

DGSGB

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

Klaus Hennicke
(Hrsg.)

**Ambulante Psychotherapie bei
Menschen mit geistiger Behinderung
und einer psychischen Störung
Praktische Erfahrungen mit den sog.
Richtlinienverfahren**

**Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am
5.3.2004 in Kassel**

**Materialien der DGSGB
Band 9**

Berlin 2004

Ambulante Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung und einer psychischen Störung

Praktische Erfahrungen mit den sog. Richtlinienverfahren

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 5.3.2004 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Klaus Hennicke	4
Zur Einführung: Wer bietet Psychotherapie an, wie und unter welchen Voraussetzungen bekommt man sie?	
Isolde Badelt	11
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit gesprächspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung	
Maria Becker	21
Die Bedeutung musiktherapeutischer Interventionen für die Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung im Rahmen einer psychotherapeutischen Kassenpraxis	
Ernst Hohn & Doris Janssen	34
Verhaltenstherapie unter systemischem Aspekt bei Menschen mit geistiger Behinderung - Grundsätzliche Überlegungen und vier Praxisbeispiele -	
Autoren	55

Zur Einführung: Wer bietet Psychotherapie an, wie und unter welchen Voraussetzungen bekommt man sie?

Klaus Hennicke

Gesetzliche Vorschriften und Definitionen

Das SGB V regelt im Wesentlichen die komplexen Beziehungen der Leistungsanbieter, Institutionen und Leistungsempfänger im Gesundheitswesen. Das seit 1. Jan. 1999 in Kraft stehende „Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG)“ ermöglicht es den genannten Berufen – analog den niedergelassenen Kassenärzten – ambulant als sog. Vertragspsychologen tätig zu werden. Ihre psychotherapeutischen Leistungen werden von den Krankenkassen honoriert. Ergänzend zu diesen Bundesgesetzen gibt es Vereinbarungen, die sog. „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 23. Oktober 1998“, die detailliert Methodik und Praxis der Kassenpsychotherapie regelt. Diese Vorschriften haben entscheidend zur Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung beigetragen und endlich die formelle Gleichstellungen ärztlicher und Psychologischer Psychotherapeuten vollzogen.¹

Nach den Psychotherapie-Richtlinien kann „Psychotherapie (...) erbracht werden, sofern und solange eine seelische Krankheit vorliegt. Als seelische Krankheit gilt auch eine geistige oder seelische Behinderung, bei der Rehabilitationsmaßnahmen notwendig werden“. Psychotherapie muss der Heilung oder Besserung einer Krankheit bzw. der medizinischen Rehabilitation dienen. „Psychotherapie ... wendet methodisch definierte Interventionen an, die auf als Krankheit diagnostizierte seelische Störungen einen systematisch verändernden Einfluss nehmen und Bewältigungsfähigkeiten des Individuums aufbauen“.²

Psychotherapie bedeutet wörtlich übersetzt Behandlung der Seele beziehungsweise von seelischen Problemen. Sie bietet Hilfe bei Störungen des Denkens, Fühlens, Erlebens und Handelns.

In diesen Richtlinien wird seelische Krankheit verstanden als „krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen. Es gehört zum Wesen dieser Störungen, dass sie der willentlichen Steuerung durch den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind“.

¹ Es gibt allerdings noch zahlreiche Kontroversen – z.B. insbes. das Begutachtungsverfahren und die Zulassung nur bestimmter Psychotherapieverfahren.

² Als Psychotherapie gelten nicht bzw. ausgeschlossen von der Kostenerstattung der Krankenkassen sind:

Maßnahmen zur beruflichen Anpassung oder Berufsförderung, Erziehungsberatung, Sexualberatung, Körperbezogene Therapieverfahren, Darstellende Gestaltungstherapie, Heilpädagogische oder ähnliche Maßnahmen, Beratung über vorbeugende und diätetische Maßnahmen sowie übende, therapiefördernde Begleitmaßnahmen.

Welche Therapieverfahren erlauben die „Psychotherapie-Richtlinien“?

Nach den „Psychotherapie-Richtlinien“ sind folgende Psychotherapieverfahren zugelassen (sog. „Richtlinienverfahren“):

1. Psychoanalytisch begründete Verfahren, d.h. *ätiologisch orientierte Psychotherapien*, welche die *unbewusste Psychodynamik neurotischer Störungen mit psychischer oder somatischer Symptomatik* zum Gegenstand der Behandlung machen. Dazu zählen:

1.1. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, worunter *ätiologisch orientierte Therapieformen* verstanden werden, *mit welchen die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden*. Als Sonderformen werden unterschieden *Kurztherapie, Fokaltherapie, Dynamische Psychotherapie, Niederfrequente Therapie (Längerfristig)*.

1.2. Analytische Psychotherapie *umfasst jene Therapieformen, die zusammen mit der neurotischen Symptomatik den neurotischen Konfliktstoff und die zugrunde liegende neurotische Struktur des Patienten behandeln und dabei das therapeutische Geschehen mit Hilfe der Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse unter Nutzung regressiver Prozesse in Gang setzen und fördern*.

2. Verhaltenstherapie, d.h. Therapieverfahren, die vorwiegend auf der *Lern- und Sozialpsychologie* beruhen. Unter den Begriff "Verhalten" fallen dabei *beobachtbare Verhaltensweisen sowie kognitive, emotionale, motivationale und physiologische Vorgänge*. Folgende Therapieformen werden unterschieden: *Stimulus-bezogene Methoden* (z.B. systematische Desensibilisierung), *Response-bezogene Methoden* (z.B. operante Konditionierung, Verhaltensübung), *Methoden des Modelllernens*, *Methoden der kognitiven Umstrukturierung* (z.B. Problemlösungsverfahren, Immunisierung gegen Stressbelastung) sowie *Selbststeuerungsmethoden* (z.B. psychologische und psycho-

physiologische Selbstkontroll-techniken). Die Komplexität der Lebensgeschichte und der individuellen Situation des Kranken erfordert eine Integration mehrerer dieser Interventionen in die übergeordnete Behandlungsstrategie.

Psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie sind nicht kombinierbar. Derzeit sind keine sonstigen Verfahren zugelassen. Derzeit wird geprüft, ob die Gesprächspsychotherapie zugelassen werden soll.

Die sog. Richtlinienverfahren

Psychoanalytisch begründete Verfahren

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Kurztherapie

Fokaltherapie

Dynamische Psychotherapie

Niederfrequente Therapie (Längerfristig).

Analytische Psychotherapie

Verhaltenstherapie

Stimulus-bezogene Methoden

Response-bezogene Methoden

Methoden des Modelllernens

Methoden der kognitiven Umstrukturierung

Selbststeuerungsmethoden

Wer ist ein Psychotherapeut?

Es gibt drei Möglichkeiten, im Rahmen der Krankenkassen ambulant psychotherapeutisch³ tätig zu sein:

1. „*Ärztlicher Psychotherapeut*“: Eine psychotherapeutische Zusatzausbildung (zur Erreichung des sog. „Zusatztitel Psychotherapie“) berechtigt jeden niedergelassenen Arzt Psychotherapie auszuüben und neben der Facharztbezeichnung die Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" oder "Psychoanalyse" zu führen. Ein Psychiater z.B. ist also erst dann Psychotherapeut, wenn er diesen Zusatztitel erworben hat.

2. Der "*Psychologische Psychotherapeut*" muss ebenfalls nach abgeschlossenem Psychologiestudium eine psychotherapeutische Ausbildung absolvieren, die ihn für die eigenverantwortliche Ausübung der Psychotherapie qualifiziert. Der so ausgebildete Psychologe erhält die staatliche Berufszulassung (Approbation) analog dem ärztlichen Therapeuten.

3. „*Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*“ sind meistens weder Ärzte noch Psychologen sondern häufig Pädagogen, die die psychotherapeutische Ausbildung nach abgeschlossenem Studium absolviert haben. Nach einer staatlichen Prüfung erhält er die staatliche Berufszulassung (Approbation).

Für alle drei Gruppen gilt, dass sie eine dreijährige ganztägige oder eine fünfjährige berufsbegleitende psychotherapeutische Ausbildung in einem der beiden Haupt-Richtlinienverfahren an einem anerkannten Ausbildungsinstitut absolviert haben.

Auf der Suche nach einem qualifizierten psychotherapeutischen Behandler sollten immer nur seriöse Quellen genutzt werden z.B. Adressenlisten der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie des Vermittlungsdienst Psychotherapie-Informationen-Dienstes PID⁴.

Wer bekommt Psychotherapie?

Wer in einer Gesetzliche Krankenversicherung versichert ist (z.B. AOK, einer Ersatz-, Betriebs-, Innungs-Krankenkasse) kann mit seiner Versicherungskarte jeden kassenzugelassenen Psychotherapeuten ohne Überweisung aufsuchen, also ohne vorher einen Arzt zu konsultieren. Der Versicherte beantragt dann bei seiner Krankenkasse die Bewilligung und Übernahme der Kosten. Das Antrags- und Genehmigungsverfahren selbst wickelt der Psychotherapeut direkt mit der Krankenkasse ab. Die Kosten der (genehmigten) Behandlung werden von der gesetzlichen Krankenkasse in voller Höhe übernommen. Die ersten beiden Behandlungsstunden werden als "probatorische", d. h. vorbereitende Sitzungen bezeichnet. Der Therapeut nutzt diese Stunden zur Erarbeitung einer Diagnose

³ Nur der Titel "Psychologischer Psychotherapeut" sowie die Kurzform "Psychotherapeut" sind gesetzlich geschützt. Auch heute noch ist es möglich aufgrund einer Zulassung nach dem "Heilpraktikergesetz" psychotherapeutische Behandlungen durchzuführen. Die obigen Titel allerdings darf man nicht führen.

⁴ Psychotherapie-Informationen-Dienst, Oberer Lindweg 2, 53129 Bonn; kostenloser Beratungs- und Vermittlungsservice unter (0228) 746699; Anfragen per Telefax (0228/641023) und E-Mail: wd-pid@t-online.de.

und entscheidet, ob eine Indikation⁵ für eine psychotherapeutische Behandlung vorliegt. Der Klient nutzt diese Stunden, um festzustellen, ob sich zwischen ihm und dem Therapeuten eine vertrauensvolle Beziehung herstellt, die für den Behandlungsverlauf entscheidend ist. Nach den probatorischen Sitzungen, doch bevor der Psychotherapeut mit der eigentlichen Behandlung beginnt, muss ein Arzt, z.B. der Hausarzt, aufsucht werden (zur Erstellung eines sog. Konsiliarberichts, der evtl. körperliche oder psychiatrische Erkrankungen oder Probleme ausschließt, die gegen eine Psychotherapie sprechen oder zusätzlich zu behandeln sind).

Indikationen/Anwendungsbereiche für Psychotherapie

Die „Richtlinien“ legen folgende Indikationsbereiche für Psychotherapie fest:

1. *Psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen)*
2. *Vegetativ-funktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie*
3. *Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation kann Psychotherapie angewendet werden, wenn psychodynamische Faktoren wesentlich Anteil an einer seelischen Behinderung oder an deren Auswirkung haben und mit ihrer Hilfe eine Eingliederung in Arbeit, Beruf und/oder Gesellschaft möglichst auf Dauer erreicht werden kann; Indikationen hierfür können nur sein:*
 - a. *Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung.*
 - b. *Seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen und/oder Missbildungen stehen.*
 - c. *Seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet.*
 - d. *Seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten.*
 - e. *Seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.*

Die Feststellung einer seelischen Behinderung als Folge einer schwerwiegenden Störung, Belastung oder Krankheit ist daher eine gewichtige Voraussetzung auch für Psychotherapie und sie ermöglicht gleichzeitig Hilfeleistungen nach dem BSHG (§§39, 40) bzw. dem §35a SGB VIII/KJHG (Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche).

Neben den bereits oben aufgeführten Hilfemaßnahmen, die nicht als für Psychotherapie akzeptiert werden, bestehen weitere an der Person des Klienten festgemachte Ausschlusskriterien, „wenn „ein Behandlungserfolg nicht erwartet werden kann, weil dafür beim Patienten die Voraussetzung hinsichtlich seiner Motivationslage, seiner Motivierbarkeit oder seiner Umstellungsfähigkeit nicht gegeben sind, oder weil die Eigenart der neurotischen Persönlichkeitsstruktur des Patienten (gegebenenfalls seine Lebensumstände) dem

⁵ Indikation heißt „Heilanzeigen“ und bedeutet das Vorliegen von Umständen, nach denen die Anwendung bestimmter Heilmittel od. Behandlungsmethoden angezeigt erscheint.

Behandlungserfolg entgegensteht“. Bei Menschen mit geistiger Behinderung können diese Kriterien wesentliche Hinderungsgründe für die Gewährung einer Psychotherapie sein, wenn sie im Antrag oder in der Problemanalyse nicht gut begründet werden.

Die Möglichkeit der Kostenerstattung bei Unterversorgung

Psychotherapeutische Praxen sind häufig überlaufen, haben eine lange Warteliste oder liegen in weiter räumlicher Entfernung. Wenn gegenüber der Kasse nachzuweisen ist⁶, dass innerhalb einer zumutbaren Wartezeit und/oder in einer örtlich angemessenen Entfernung kein Therapieplatz bei einem Vertragstherapeuten zu bekommen ist, kann von der Krankenkasse verlangt werden, dass sie die Behandlung durch einen psychologischen Behandler bezahlt, der die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde (Berufszulassung) hat, aber keine Kassenzulassung besitzt. In diesem Fall muss unbedingt vor Beginn der Behandlung ein Antrag auf Kostenübernahme (Kostenerstattungsverfahren) bei der Krankenkasse gestellt werden. Die Therapie darf erst dann beginnen, wenn die Kasse dem Antrag stattgegeben hat. Der Klient trägt zunächst die Kosten der Behandlung, die dann nach Rechnungsvorlage von der Kasse erstattet wird. Bei Privatversicherten gelten alle beschriebenen Verfahren analog. Beihilfeberechtigte bekommen i.d.R. nur einen Teil der Kosten erstattet. Selbstzahler müssen mit einem Betrag zwischen 60 und 100 € pro Therapiestunde rechnen.

Bewilligungszeiträume für Psychotherapie

Psychotherapie – wie jede Therapie - wird naturgemäß nur für eine definierte Zeitstrecke gewährt. Die Stunden-Kontingente können allerdings i.d.R. über lange Zeiträume gestreckt werden, was insbes. bei chronisch Kranken wichtig und notwendig ist. Wie bereits oben angedeutet kann oder sollte Kassenpsychotherapie als wichtiger Teil eines multimodalen Behandlungskonzeptes in weitere Hilfemaßnahmen der Jugend- oder Sozial-/Behindertenhilfe eingebettet werden.

⁶ Bescheinigungen oder auch Notizen über die Kontaktversuche reichen aus, diesen Nachweis zu führen. Der weitere Verlauf (Antragsverfahren, Konsiliarbericht) ist analog wie bei Kassentherapeuten.

	Probatorische Sitzungen	1. Bewilligung	2. Bewilligung ¹⁾	3. Bewilligung ¹⁾	Höchstgrenzen
Kurzzeitpsychotherapie	5	25			
Langzeitbehandlung					
• Verhaltenstherapie	5	45	15	20	85
• Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie	5	50	25	30	110
• Psychoanalyse	8	5 x 60			308
• Kinderpsychotherapie	5	70	50	30	155
• Jugendlichenpsychotherapie	5	90	50	40	185

1) Bewilligung nur in „besonderen Fällen“ zulässig, wenn aus der Darstellung des therapeutischen Prozesses hervorgeht, dass mit der Beendigung der Therapie das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, aber begründete Aussicht auf Erreichung des Behandlungsziels bei Fortführung der Therapie besteht.

Pädagogisch-therapeutische Leistungen im Rahmen des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz - KJHG)

Unter bestimmten Voraussetzungen können psychotherapeutische Hilfen („Pädagogisch-therapeutische Leistungen“) für Kinder und Jugendliche auch im Rahmen des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz - KJHG), also über die Kostenträgerschaft des örtlichen Jugendamtes, finanziert werden. Nach § 27 KJHG (Hilfe zur Erziehung) hat „ein Personensorgeberechtigter ... bei der Erziehung eines Kindes oder eines Jugendlichen Anspruch auf Hilfe (Hilfe zur Erziehung), wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist“ (Abs.1). (...) „Hilfe zur Erziehung umfasst insbesondere die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen“ (...) (Abs.3). Selbstverständlich gilt diese Vorschrift auch im Falle geistig behinderter Kinder und Jugendlicher. Auch der §35a KJHG (Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte) gewährt Kindern und Jugendlichen psychotherapeutische Hilfe, wenn „1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und 2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ Die therapeutischen Leistungen werden von Psychotherapeuten erbracht, die vom Kostenträger (Jugendamt) anerkannt sind (und über die Berufszulassung verfügen), aber nicht von den Krankenkassen zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassen sind. Eben diese Therapeuten können aber über das Kostenerstattungsverfahren bei Unterversorgung wie oben beschrieben auch „Kassentherapien“ übernehmen.

Auch im Rahmen des §§39, 40 BSHG (Eingliederungshilfe für Behinderte) werden (noch) therapeutische Leistungen gewährt z.B. Hippotherapie oder Musiktherapie als anerkannt hilfreiche therapeutische Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung.

Zusammenfassung

Die *formellen gesetzlichen Voraussetzungen* für ein umfassendes ambulantes psychotherapeutisches Angebot auch für Menschen mit geistiger Behinderung sind hinreichend gegeben. Es kommt darauf an, das Angebot zu nutzen. Dazu sind notwendig:

- eine ausreichende Anzahl ambulant tätiger Psychotherapeuten, die für dieses Klientel qualifiziert sind;
- Angehörige, Helfer, Betreuer und Assistenten, die die Inanspruchnahme vermitteln und begleiten können;
- eine sorgfältige und umfassende psychiatrisch-psychologische Diagnostik und Indikationsstellung.

Die Realität der Versorgung allerdings ist *dramatisch*: Hilfesuchende bekommen keine Hilfe trotz intensivster Bemühungen, die fachlichen Hilfsangebote sind nicht vorhanden, nur sehr begrenzt zugänglich und nur selten qualifiziert. Selbst wenn der Hilfesuchende und das Hilfsangebot zueinander passen, gibt es Hemmnisse der Bewilligung und Kostenübernahme. Es ist davon auszugehen bzw. es ist bereits harte Realität, dass mit Abbau der sozialstaatlichen Verpflichtungen auch die Reste eines passenden psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgungsangebotes für psychisch gestörte Menschen mit geistiger Behinderung verschwinden werden.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit gesprächspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung⁷

Isolde Badelt

Einführung

Ich habe seit 1974 bis zum September letzten Jahres (2003) als Psychotherapeutin und Leiterin des psychosozialen Dienstes in den Heidelberger Werkstätten für Menschen mit einer geistigen Behinderung (einer Einrichtung der Lebenshilfe, die 500 Menschen mit einer geistigen Behinderung Arbeitsplatz und Lebensraum bietet) gearbeitet. Außerdem habe ich seit 30 Jahren eine psychotherapeutische Allgemeinpraxis. Ich bin als tiefenpsychologisch fundierte Gesprächspsychotherapeutin zu den Kassen zugelassen und behandle vorwiegend PatientInnen mit depressiven, phobischen und Zwangsstörungen, aber auch mit Störungen des psychotischen Formenkreises.

Als klientenzentrierte Gesprächspsychotherapeutin konnte ich sowohl in der persönlichen Zusammenarbeit mit Carl ROGERS als auch in meiner eigenen psychotherapeutischen Allgemeinpraxis die beeindruckenden Erfolge der klientenzentrierten Therapie miterleben. So wandte ich seit Anfang meiner Tätigkeit in der WfB Heidelberg den klientenzentrierten Ansatz in der Beratung von geistig behinderten Mitarbeitern, deren Angehörigen und der Gruppenleiter an. Dabei stellte ich fest, dass gerade geistig behinderte Menschen sehr schnell von dieser akzeptierenden Haltung profitieren konnten und ich durch mein einführendes Verstehen und meine bedingungslose Wertschätzung gut mit ihnen in Kontakt kam.

Zu dieser Zeit galt als allgemeine Meinung in der Literatur und bei Kollegen, dass Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen wegen der intellektuellen Defizite grundsätzlich nicht möglich sei. Ich erlebte aber in der alltäglichen Arbeit häufig geistig behinderte Mitarbeiter mit schweren Verhaltensstörungen und neurotischen und psychotischen Symptomen, so dass mir in diesen Fällen eine längere Psychotherapie geeignet erschien. In den folgenden Jahren entwickelte ich aus der Erfahrung mit meinen Klienten heraus differenzierte Ansätze zu einer klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie mit diesem Personenkreis, die ich im Anschluss an einige Vorbemerkungen zu meiner therapeutischen Vorgehensweise und zur Welt geistig Behinderter Menschen anhand von Beispielen aus der Praxis darstellen möchte.

⁷ Dieser Aufsatz ist unter dem Titel „Die klientenzentrierte Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen“ veröffentlicht in: RÜHL, K., LÄNGLE, A. (Hrsg.) (2001): Ich kann nicht Behinderung als menschliches Phänomen. Facultas-Universitätsverlag, Wien, S. 97-108. Wir danken Herausgebern und Verlag für die Erlaubnis der Wiedergabe.

Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach C. ROGERS

Die therapeutische Atmosphäre sollte bestimmt sein durch drei wesentliche **Therapievariablen:**

- einführendes Verstehen (Empathie),
- nicht an Bedingungen gebundenes Akzeptieren und
- Kongruenz.

Diese Grundhaltungen schaffen ein Klima des persönlichen Wachstums. Der Klient fühlt sich nicht bedroht, kann auch Teile von sich, die bislang verdrängt waren, zulassen. Durch das Akzeptiert-Werden kann er langsam seine Abwehr abbauen, sein Selbstwertgefühl stabilisieren und neue Weg des Umgangs mit sich finden.

Einführendes Verstehen bedeutet, dass der Therapeut versucht, den Klienten aus dessen Bezugsraum heraus zu verstehen und quasi mit seinen Augen zu sehen. Dabei verbalisiert der Therapeut vor allem emotionale Inhalte vor dem, was ihm der Klient verbal und nonverbal anbietet.

Nicht an Bedingungen gebundenes Akzeptieren: Der Therapeut kann durch das einführende Verstehen den Klienten so akzeptieren, wie er jetzt ist. Er gibt ihm das Gefühl, dass er trotz seiner Probleme und Symptome ein liebenswerter Mensch ist und vermittelt ihm das Vertrauen, dass er imstande ist, einen eigenen Weg aus seinen Schwierigkeiten zu finden.

Kongruenz: Der Therapeut versucht in der Beziehung, sich auch seiner eigenen Gefühle gewahr zu werden und sie, wenn es für den Klienten hilfreich ist, anzubieten. Er trägt keine professionelle Maske und behandelt den Klienten als Partner; er vermittelt ihm den Eindruck, dass nur er der Experte für sich selbst sein kann und begleitet ihn auf seinem individuellen Weg. Carl Rogers geht von der Annahme aus, dass jedem Menschen eine Selbstaktualisierungstendenz innewohnt, dass er nicht nur versucht, sich selbst zu erhalten, sondern auch sich weiter zu entwickeln. Für den Therapeuten gilt es nun, eine Atmosphäre zu schaffen, in der diese Kraft sich am besten entfalten kann. Auch in der Beratung verhält sich der Therapeut klientenzentriert. Er versucht, sich in den Bezugsrahmen des Klienten einzufühlen und das Problem mit dessen Augen zu sehen. Er ermutigt den Klienten, eigene Wege zu entwickeln; wenn der Therapeut aufgrund seiner fachlichen Kompetenz Vorschläge anbieten kann, versucht er durch einführende Rückkoppelung wahrzunehmen, wie der Klient damit umgehen kann und stellt ihn und seine Welt als Bezugspunkt in den Mittelpunkt der Beratung (vgl. Rogers 1974, 1977, 1981).

Zunächst jedoch noch eine kurze Bemerkung zur Abgrenzung von Beratung versus Therapie: Die Haupttätigkeit meines psychologischen Dienstes in der Werkstatt für Behinderte besteht aus Beratung, d. h. es handelt sich meist um themenzentrierte Gespräche, die sich auf eine fest umrissene Fragestellung beziehen, z. B. in welche Arbeitsgruppe der behinderte Mitarbeiter gehen möchte. Ziel der Beratung ist es, eine befriedigende Lösung für ein eingegrenztes Problem zu finden. Bei schwereren

Symptomen ist jedoch eine Psychotherapie möglich, wenn der Klient bereit ist, für eine längere Zeit in einem fest umrissenen Setting Kontakte aufzunehmen, die zu länger dauernden Einstellungs- und Verhaltensänderungen führen, wobei das Ziel vom Klienten bestimmt wird und dessen erweiterte Selbstkompetenz voraussetzt. Bei der Beratung kann sich der Therapeut, wenn er das Problem verstanden hat, mit eigenen Vorschlägen einbringen, bei der Therapie wird er sich zurückhalten zugunsten der Entwicklung des eigenständigen Vorgehens des Klienten.

Die Welt geistig behinderter Menschen

In der Institution der Lebenshilfe, in der ich arbeite, leben und arbeiten 470 geistig behinderte Menschen, viele von ihnen sind zusätzlich körper- oder sinnesbehindert und leiden unter Verhaltensstörungen oder psychotischen und neurotischen Symptomen. Nur 40% von ihnen verfügen über normale Sprachfähigkeiten; der weitaus größere Teil drückt sich in Ein- oder Zweiwortsätzen aus. Manche Personen können überhaupt nicht sprechen oder sich nur durch mimische oder gestische Mittel oder in Körpersprache mitteilen. Viele von ihnen neigen zu Stereotypen und wiederholen einen Satz, eine Geschichte oder eine Handlung sehr häufig.

Abgesehen von den reduzierten sprachlichen Möglichkeiten gibt es noch andere Probleme mit dem Ausdruck. So sind es viele behinderte Menschen nicht gewöhnt, über sich selbst zu sprechen. Sie geben häufig wieder, was die Umwelt von ihnen erwartet. Durch lange Gespräche mit einzelnen Klienten, aber auch in Gruppengesprächen haben geistig behinderte Menschen versucht, mir ihre Welt zu vermitteln, und ich glaube, dass sie für uns nach wie vor schwer nachzuvollziehen ist.

In ihrer Welt ist es so, dass alles um sie herum zu schnell geht, dass Entscheidungen über sie hinweg getroffen werden, die sie nicht verstehen, sie aber auch keine Zeit haben, sich damit auseinanderzusetzen. Durch ihre langsame Auffassungsgabe sind sie im normalen Alltagsvollzug immer wieder darauf angewiesen, nach den Erwartungen der Umwelt zu handeln, weil die Zeit nicht ausreicht, um eigene Möglichkeiten zu prüfen. Da sie häufig nur einen Bruchteil davon verstehen, was um sie herum vorgeht und nach welchen Regeln gehandelt wird, ist die Welt für sie recht unberechenbar. Dieser unüberschaubaren Welt fühlen sie sich ausgeliefert; sie empfinden sie oft als bedrohlich und die Situationen erscheinen unvorhersehbar. So versuchen sie mit Stereotypen ihre Umwelt zu kontrollieren, Rituale dem Unvorhergesehenen entgegenzusetzen. Durch wiederholte Sätze und Handlungen gewinnen sie an Sicherheit. Außerdem orientieren sie sich stark an den Erwartungen der Umwelt. Sie versuchen herauszufinden, was man von ihnen möchte und handeln danach, oder kopieren ganz einfach die anderen. So erwerben sie sich allmählich Masken, die dann ein Teil von ihnen werden. Die Umwelt reagiert positiv auf diese Anpassung und so ist es schwer, hinter diesen Masken ihr wirkliches Wesen mit eigenen Bedürfnissen und Wünschen zu erkennen. Diese Schutzmauern stellen Barrieren für eine

Psychotherapie dar, da die Erwartungen der anderen wie Häute über de eigenen Gefühl liegen.

Ich möchte dies an einem Beispiel illustrieren: Eine junge Frau sollte, da eine neue Werkstatt in der Nähe ihres Heimortes gebaut wurde, in die neue Werkstatt umziehen. Mir war noch unklar, ob dies auch ihrem eigenen Wunsch entsprach. Ich bat sie daher zu einem Gespräch und fragte sie: „Ich habe gehört, dass du in die Werkstatt nach x kommen sollst. Möchtest du das denn gerne?“ Sie antwortete: „Mein Vater hat gesagt, dass es einfacher wär' mit der Fahrt“. Darauf sagte ich: „Ja, also du weißt, was dein Vater darüber denkt. Und was meinst du?“ Dann sagte sie: „Mein Bruder meint, dass i dort vielleicht mehr verdienen könnte“. Ich sagte: „Also auch dein Bruder ist dafür, dass du dahin gehst. Aber ich weiß immer noch nicht, was du dazu meinst.“ Sie erzählte mir in der Folge die Meinungen von mindestens acht anderen Menschen und ich blieb hartnäckig dabei, zu erfahren, was sie persönlich denn dazu dachte. Ganz am Schluss, als ich praktisch schon aufgegeben hatte und wieder fragte: „Ja, und deine ganz persönliche Meinung. Möchtest du gerne in die andere Werkstatt gehen?“, fing sie plötzlich an zu weinen und sagte: „Nein, weil ich dann meine beste Freundin verliere.“

Dieses Gespräch ist im Hinblick auf mehrere Aspekte typisch. Es zeigt, dass diese geistig behinderte Frau sehr gut über die Erwartungen anderer an sich Bescheid wusste, dass es aber auch für sie überraschend war, nachdem nacheinander die Erwartungen der anderen beiseite geschoben hatte, festzustellen, dass sie persönlich einen ganz anderen Wunsch hatte.

Die gleichen Erfahrungen machte ich in Selbsterfahrungsgruppen mit geistig behinderten Mitarbeitern. Auch hier war es so, dass ich jede Woche die Gruppenmitglieder (sechs Teilnehmer mit verschiedenen Problemen) zusammenfasste und in jeder Stunde immer die gleiche Anweisung gab, dass nämlich alle sagen könnten, was sie bewegt, was ihnen wichtig sei, dass offen sprechen könnten, dass alles, was sie sagten, wichtig genommen würde usw.

Ich erlebte, dass die Gruppenmitglieder mich anschauten und warteten, dass ich ihnen sagen sollte, was sie mir sagen sollten. Es dauerte zwischen drei und vier Monate, bis die Gruppenmitglieder wirklich von sich und ihren eigenen Empfindungen sprachen; bis sie ihre Masken ablegen konnten und genügend Vertrauen fanden, um sich auf sich selbst zu besinnen. Aufgrund dieser Erfahrung mit der Welt geistig behinderter Menschen aus Beratungsgesprächen und längeren Therapiesitzungen habe ich gelernt, die therapeutischen Grundhaltungen differenzierter anzuwenden.

Sechs differentielle Aspekte bei der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie mit geistig behinderten Menschen

Der erste Aspekt betrifft die Aufnahme der Therapie. In manchen Fällen kamen und kommen geistig behinderte Klienten von sich aus zu mir, d.h. es geht ihnen schlecht, sie fühlen sich unwohl: sie haben durch viele Gespräche Vertrauen zu mir

und kommen mit der Bitte um Hilfe. In solchen Fällen kann die Therapie gleich beginnen.

Sehr häufig jedoch ist nach meiner Erfahrung eine Vorphase nötig, eine Motivierung zur Therapie wie sie auch Garry PROUTY in seinen Büchern als „pre-therapy“ bezeichnet (vgl. PROUTY 1990). PROUTY arbeitete mit geistig behinderten Klienten, die zum Teil psychotische Symptome hatten, und beschreibt ebenfalls diese Vorphase. Sie ist häufig nötig, um vor allem bei schwerer behinderten Menschen eine Beziehung überhaupt erst einmal aufzubauen und einen psychologischen Kontakt zu finden. Einmal ist es nicht einfach, die o. g. Masken zu durchdringen, manchmal ist es auch deswegen wichtig, weil der Wunsch nach Therapie von anderen kommt, z.B. von Betreuern oder Eltern und der geistig behinderte Mensch selbst gar nicht weiß, was da auf ihn zukommt.

Zunächst versuche ich, bestimmte Zeiten mit diesem geistig behinderten Klienten zusammen zu verbringen. Ich mache mit ihm gemeinsame Tätigkeiten, z. B. Malen, Arbeiten, ich versuche sein Vertrauen zu gewinnen und ihm die Stunden der Therapiesitzungen vertraut und attraktiv zu machen. In anderen Fällen geht es um den psychologischen Kontakt. Ich wiederhole z.B. die Sätze, wie ich sie verstehe, oder nehme die gleiche Haltung ein, oder ich spreche Körperhaltungen an. Ich muss also versuchen, bei jedem Klienten die Möglichkeit zu finden, einen Zugang zu ihm zu erreichen, und locke ihn heraus, bis er verbal oder nonverbal beginnt, sich mitzuteilen; oder, bei Klienten mit psychotischen Symptomen, bis sie meine Empathie, meine Wertschätzung und meine Kongruenz überhaupt wahrnehmen können. Wenn ein Klient den Mut gefasst hat, sich mir mitzuteilen und versteht, dass die therapeutische Atmosphäre ein Rahmen ist, in dem er sich ausdrücken kann, beginnt die Therapie.

Der zweite differentielle Aspekt bezieht sich auf das einführende Verstehen. Da, wie oben erwähnt, geistig behinderte Menschen häufig verbal eingeschränkt sind, muss ich wie ein guter Übersetzer nicht nur den Ausdruck selbst, sondern den Ausdruck im Zusammenhang verstehen. Dies kann z.B. so aussehen: Eine junge Frau, die ich schon längere Zeit in therapeutischen Sitzungen habe, kommt herein, setzt sich auf einen Stuhl und fängt an zu weinen. Es entwickelt sich folgender Dialog:

Ich: „Es scheint mir, dass du heute sehr unglücklich bist?“

Sie nickt mit dem Kopf.

Ich: „Es gab Schwierigkeiten bei dir zu Hause?“

Sie schüttelt den Kopf.

Ich: „Mit deinem Gruppenleiter?“

Sie verneint.

Ich: „Mit jemand in deiner Gruppe?“

Sie: „Der Walter hat mit der Maria gesprochen.“

Ich: „Dein Freund Walter hat sich heute Morgen nur um die Maria gekümmert und hat dich überhaupt nicht beachtet“.

Sie: „Ja.“ Weint lauter. „Ich bin so unglücklich“.

Ich: „Es hat dich sehr verletzt, dass Walter heute sich nur um Maria kümmert, obwohl du ihn so sehr magst“.

Sie: „Ja, ich mag ihn, sehr.“

Es geht also darum, dass ich mich als Therapeutin sehr viel aktiver als bei „normalen“ Klienten in meiner Allgemeinpraxis einbringe.

Der dritte Aspekt bezieht sich ebenfalls auf das einführende Verstehen. Hier geht es um das Verständnis von nonverbalen und anderen unüblichen Äußerungen, z.B. dem Umgang mit Stereotypen, Ritualen und bizarren Formen der Wiederholung.

Ein Beispiel: Eine Klientin, 30 Jahre alt, Trisomie 21, befand sich in einer schweren Krisensituation. Sie war depressiv und versuchte sich vom Treppengeländer zu stürzen. Kollegen brachten sie zu mir. Sie erzählte unter Weinkrämpfen, dass ihr Freund sich von ihr getrennt habe und sie daher nicht länger leben könne. Ich vereinbarte mit ihr tägliche therapeutische Gespräche, die sie regelmäßig wahrnahm. Manchmal kam sie auch zweimal am Tag. Sie sprach lange Zeit über ihre Gefühle von Eifersucht, Abwertung und Verzweiflung und dass ihr nichts mehr Spaß mache. Um diese Gefühle auszudrücken, benutzte sie stereotyp immer die gleichen Sätze, z. B.: „Das kann er doch nicht machen, dass er nicht mehr mit mir geht. Er kann mich doch nicht vergessen. Was hat die denn, was ich nicht habe? Das kann er doch nicht machen, der Walter“. Und so ging es nun jeden Tag. In den gleichen stereotypen Redewendungen versuchte sie ihren verzweifelten Gefühlen Ausdruck zu geben. Ich nahm alle meine Geduld zusammen und versuchte immer wieder auf diese Gefühle einzugehen, immer wieder ihre Verzweiflung, ihre Hilflosigkeit, Ohnmacht, ihren Wunsch nach Rache, ihre Wut auf die Nebenbuhlerin usw. aufzugreifen und anzusprechen. So verbrachten wir vier Wochen. Obwohl sie jeden Tag die gleichen Sätze aussprach, veränderte sich langsam ihr Zustand. Durch dieses einführende Verstehen, das Akzeptieren ihrer Gefühle konnte sie sich in ihrem Leid selbst besser annehmen. Sie begann wieder Alternativen zu sehen, teilte sich Freundinnen mit und hatte langsam wieder Freude am Leben. Nach einem Monat war sie so stabil, dass sie nur noch einmal wöchentlich kam und sich nach zwei Monaten gut alleine zurecht fand. Trotz der immer wiederkehrenden stereotypen Sätze hatte es ihr so gut getan, von mir akzeptiert zu werden und bei mir einen Raum zu finden, dass sie ihre Depression überwinden konnte.

Eine andere Frau, etwa 30 Jahre alt, hatte die Angewohnheit, viele Bilder von Stars mit sich in ihrer Handtasche herumzutragen. Diese Bilder nahm sie mit zur Arbeit, sie legte sie am Arbeitsplatz um sich herum, nahm sie mit nach Hause, legte sie an den Esstisch, packte sie ein und nahm sie mit in ihr Bett. Mit der Zeit wurden die Bilder immer unansehnlicher und ihre Betreuer versuchten, sie ihr auszureden. Sie unterhielt sich mit diesen Bildern den ganzen Tag. Dadurch gab es Störungen mit ihren Kollegen am Arbeitsplatz und mit ihren Mitbewohnern im Wohnheim; so brachte man sie zu mir und wollte, dass sie aufhören sollte, die Bilder mit sich herumzuschleppen. Ich nahm Kontakt zu ihr auf und versuchte mich in ihr System hineinzusetzen. Wir sahen uns zwei- bis dreimal in der Woche und sie legte in der Therapiestunde die Bilder um sich herum und sprach mit ihnen. Ich versuchte, mich in diese Gespräche mit einzufinden und konnte allmählich einen guten Kontakt mit ihr aufbauen. Im Verlauf unserer Gespräche über diese Bilder, mit den

Bildern und durch die Bilder kam heraus, dass sie schon ganz früh sehr traumatische Erfahrungen mit nahen Bezugspersonen gemacht hatte. Sie hatte jedes Vertrauen in die Zuneigung der Umwelt verloren, die einzigen verlässlichen Partner waren die Bilder ihrer Lieblingsstars. Diese Bilder hörten ihr zu, stellten keine Fragen, ihnen konnte sie vertrauen und sich anvertrauen. Wichtig ist auch hier, sich in den inneren Bezugsrahmen des Klienten hineinzusetzen, auch wenn seine Verhaltensweisen merkwürdig bizarr erscheinen.

Ein letztes Beispiel: Herr F., ein Mann von 42 Jahren, verlor ganz plötzlich seine Mutter durch eine schwere Krankheit. In den ersten Tagen wirkte er sehr ausgeglichen und war stolz, im Mittelpunkt des allgemeinen Interesses zu stehen. Er erzählte allen vom Tod seiner Mutter, schien jedoch kaum innerlich berührt zu sein, sondern nahm großes Interesse daran, welchen Anzug er anziehen solle an der Beerdigung, erzählte begeistert, was für eine schöne Beerdigung es gewesen sei, wie alle ihm kondolieren hätten und fühlte sich auch im Kreis der Kollegen aufgewertet. Nach Monaten schließlich entwickelte er Verhaltensauffälligkeiten und Symptome, die ihn immer mehr von seinen Kollegen isolierten, so dass der Gruppenleiter mir empfahl, mit ihm therapeutische Gespräche zu führen. Er fühlte sich verfolgt, glaubte, dass der Geheimdienst heimlich sein Zimmer durchstöbere und nach wichtigen Sachen suche; er wurde wütend, weil ihm plötzlich Papiere und andere Habseligkeiten fehlten; er wollte seine Wäsche nicht mehr herausgeben, fing wegen der geringsten Anlässe Streit an, war gereizt und schien zutiefst unglücklich. Da er sich auch nur beschränkt verbal ausdrücken konnte, brauchte es viele Gespräche, um seinen inneren Bezugsrahmen besser zu erfassen. Herr F. erlebte Monate nach dem Tod seiner Mutter langsam, dass sie wirklich nicht mehr da war. Während er in den ersten Tagen danach dies alles eher wie ein Theaterspiel betrachtet hatte und glaubte, dass seine Mutter trotzdem wiederkommen würde, war ihm inzwischen langsam klar geworden, dass sie für immer von ihm gegangen war. Dies verunsicherte ihn so und zog ihm den Boden unter den Füßen weg, dass er sich der Umwelt ohnmächtig ausgeliefert sah und dies mit Verfolgungsideen und Vorstellungen, man greife in seine intimen Angelegenheiten ein, ausdrückte. Durch Ansprechen der Gefühle von Trauer und wie schwer es ihm falle, dass die Mutter nicht mehr da sei, gelang es immer wieder, ihm die Möglichkeit zu geben, sich seiner Gefühle mehr gewahr zu werden und sie auszuleben. Die Symptome begleiteten ihn noch lange Zeit, aber er musste die Trauer nicht mehr verdrängen, sondern verstand auch selbst, dass ihm der Tod seiner Mutter so viel ausmachte und er sich nun wirklich sehr allein fühlte. In der Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen ist also mehr Personenzentriertheit, mehr Kreativität, mehr Ideenreichtum und mehr Geduld vonnöten. Man braucht fast detektivischen Spürsinn, um die Symbolik zu verstehen und die Emotionen zu „dechiffrieren“.

Der *vierte* Aspekt bezieht sich auf ein Training in Konfliktlösungs- und Problemlösungsstrategien. Mir fiel in den Gesprächen und therapeutischen Sitzungen immer wieder auf, wie wenig geistig behinderte Menschen gelernt hatten, mit schwierigen Situationen umzugehen. Ihnen fehlte einfach ein grundlegendes Know-how in Konfliktsituationen. Sie wussten häufig nicht, an wen sie sich bei

bestimmten Problemen wenden konnten. Sie wussten nicht, wie sie bei Schwierigkeiten vorgehen sollten und hatten keine Alternativen. Wir besprachen also in den Therapiesitzungen häufig Vorgehensweisen. z. B. wenn Klienten sich ein bestimmtes Ziel gesetzt hatten und absolut keine Idee hatten, wie sie dieses Ziel erreichen konnten, und übten auch im Rollenspiel verschiedene Lösungswege. Während normale Kinder schon früh verschiedene Lösungsstrategien bei Problemen spielerisch ausprobieren können, hatten meine geistig behinderten Partner häufig in ihrer Kindheit keine Möglichkeit gefunden und trauten sich auch nicht zu, Probleme eigenständig anzugehen, sondern verließen sich immer auf andere. Dies förderte ihr Gefühl von Ohnmacht und Ausgeliefertsein. Das Bewusstsein, Probleme aktiv angehen zu können, stärkte ihr Selbstwertgefühl und brachte ihnen mehr Selbstvertrauen in ihre eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten. Der *fünfte* Aspekt bezieht sich auf die Beeinflussung der Umgebung. Geistig behinderte Menschen sind noch mehr abhängig von ihrer Umwelt als Nichtbehinderte. Wenn sie ihr Verhalten ändern und mehr selbstbestimmt und kritisch werden, reagiert ihre soziale Umgebung mit Widerstand und Verständnislosigkeit. Dadurch werden ihre Frustrationen größer und sie scheitern häufig in ihrem Bemühen, ihre Umgebung zu verändern. Für einen therapeutischen Zugang ist es daher notwendig, auch die Umgebung mit einzubeziehen.

Auch hier ein Beispiel aus der Praxis: Herr W., der bisher gut zurechtkam mit seinem sozialen Umfeld (er wohnte mit einer alten Tante zusammen, die ihn nach dem Tod der Eltern aufgenommen hatte), wurde nach deren Tod in eine Außenwohngruppe unseres Wohnheims eingegliedert. Er fühlte sich dort zunächst wohl und begann nach einiger Zeit, problematische Symptome zu entwickeln. So tyrannisierte er seine Mitbewohner, indem er nachts mit einem Ball gegen die Wände seines Zimmers trommelte, er wurde unleidlich, wollte seine Ämter nicht mehr ausführen, begann auch in der Arbeit gereizt zu sein, stritt mit Kollegen, mit denen er sich früher gut verstanden hatte, boykottierte immer mehr die Arbeit und wirkte zutiefst verstört und unglücklich. Er wollte mit niemandem sprechen und verweigerte längere Zeit auch die Gespräche mit mir. Schließlich überlegten sich die Betreuer des Wohnheims, ob er überhaupt noch tragbar sei. Als sein Rausschmiss drohte, kam er von sich aus zu mir, und in mehreren Gesprächen kam heraus, dass er sich in der Wohngruppe deswegen sehr unwohl fühlte, weil er bisher gewohnt war, relativ eigenständig zu leben, der Betreuer seiner Wohngruppe jedoch glaubte, dass Gruppenfähigkeit ein hohes Ziel für die Bewohner sei und von ihm verlangte, dass er jeden Nachmittag nach der Arbeit zu einem gemeinsamen Gruppenkaffee kommen solle. Dieser junge Mann war aber sehr gut in einen Leichtathletikverein integriert, in dem er zweimal in der Woche nach der Arbeit trainieren konnte. Er stand nun in einem Konflikt, zugunsten der Gruppe sein geliebtes Hobby aufgeben zu müssen. Zunächst versuchte er sich zu weigern, konnte aber gegen die Person des Erziehers nicht ankommen. Er konnte sich nicht verteidigen und begann nun mit seinem störenden Verhalten, da er keinen anderen Ausweg aus seinen Schwierigkeiten sah. In gemeinsamen Gesprächen mit den Betreuern und ihm konnten Kompromisse gefunden werden und er konnte seinem

Leichtathletikhobby wieder nachgehen. Seine Symptome besserten sich und er fand wieder Freude an der Arbeit und an seiner Wohnsituation.

Der *sechste* Aspekt bezieht sich auf die eingeschränkte Möglichkeit geistig behinderter Menschen, übergreifende Muster und Lebenskonzepte aus immer wiederkehrenden Situationen zu abstrahieren und dadurch in einer kognitiven Umstrukturierung ihr Verhalten ändern zu können. Diese Einschränkungen haben Auswirkungen auf die Möglichkeit, Lebensskripte, Selbstkonzepte oder Verhalten positiver gestalten zu können. In diesem Fall muss der therapeutische Ansatz die Umgebung zur Unterstützung der Verhaltensänderung mit einbeziehen. Als Beispiel möchte ich einen Fall schildern: Frau S., eine etwa 30-jährige Frau mit einer schwereren geistigen Behinderung, hatte ein agoraphobisches Verhalten entwickelt. Dies schränkte sie so ein, dass sie kaum noch zur Arbeit kommen konnte. Sie musste immer an den Wänden entlang schleichen, konnte sich kaum von der Wand auf die Treppe begeben, hatte Schwierigkeiten, ihren Arbeitsraum aufzusuchen und konnte freie Stellen nicht ohne Hilfe überqueren. Während des therapeutischen Prozesses fand ich heraus, dass sie sich seit dem plötzlichen Tod ihres Vaters sehr unsicher fühlte und ihr Vertrauen in die Welt verloren hatte. Ihre innere Unsicherheit wurde ausgedrückt durch ihre Symptome. Sie war nur fähig zu laufen, wenn sie sich an der Wand halten konnte. Sie konnte keine Treppen steigen, wenn andere Leute um sie herum waren, und sie konnte keine offene Strecke überqueren. Ein Klient mit normalen intellektuellen Fähigkeiten hätte die Verbindung zwischen diesen Symptomen und seiner Unsicherheit hergestellt und er würde einen Weg finden, um sich mehr Sicherheit zu verschaffen. Für meine geistig behinderte Klientin war es unmöglich, diese Schlussfolgerung zu ziehen. So musste ich in der Arbeitsstelle dafür sorgen, dass Bedingungen geschaffen wurden, in denen sie sich sicherer fühlte und ihre Symptome reduzieren konnten. Ich sprach daher mit der Gruppe und der Gruppenleiterin, und wir bemühten uns alle, sie mehr zu akzeptieren, ihr positiv entgegenzukommen, sie mehr in die Gruppe zu integrieren und ihr mehr Sicherheit zu verschaffen. Dies führte zu einer Reduzierung ihrer Symptome.

Abschließende Überlegungen

Neben all diesen besonderen Implikationen haben geistig behinderte Menschen die gleichen Schwierigkeiten wie andere Menschen auch: Partnerkonflikte Probleme mit Eltern, Freunden und Kollegen. Probleme mit der Arbeitssituation, mit Geldmangel, mit Sexualität und mit besonders kritischen Lebensereignissen. Insgesamt scheint es mir, dass geistig behinderte Menschen besonders gut von der klientenzentrierten, akzeptierenden, warmen Atmosphäre profitieren können, da es ihnen so selten passiert, dass sie wirklich ernst genommen werden in ihren Bedürfnissen und Wünschen, so dass dies eine überwältigende Erfahrung für sie ist und große Entwicklungspotentiale freisetzt.

Angewendet werden kann die klientenzentrierte Therapie als Einzeltherapie, Partnertherapie und Gruppentherapie (s. BADEL'T 1984, 1986, 1990).

Es gab auch eine Reihe von Langzeittherapien, die ich durchgeführt habe, weil etliche meiner behinderten Mitarbeiter immer wieder in Krisen kamen. Im Rückblick auf diese Langzeittherapien stellte ich auch fest, dass die Schwerpunkte, die die jüngeren behinderten Mitarbeiter in ihren Therapien thematisierten, sich unterschieden von denen, die ich in letzter Zeit mit den älteren behinderten Mitarbeitern in Therapien höre. Jüngere Mitarbeiter wollen selbständiger werden, sie wollen sich anders ausdrücken können, sie wollen mehr teilhaben am Leben, mehr eigenständig mitwirken. Bei den älteren Mitarbeitern geht es in den Therapien um eine Identitätsfindung, und eine Suche nach dem Lebenssinn, wobei häufig schmerzlich erlebt wird, dass gerade bei schwerer behinderten Mitarbeitern nur wenige Erinnerungen da sind, dass die Vergangenheit nicht lückenlos ist. Wenn ich insgesamt auf meine therapeutische Tätigkeit in den Heidelberger Werkstätten zurückblicke, so waren die Therapien für mich häufig anstrengend, manchmal quälend, manchmal monoton oder enttäuschend, und ich war öfter hilflos. Insgesamt habe ich aber sehr viel aus diesen Gesprächen gelernt; durch das genaue Hinhören hat sich mein Verständnis für die vielfältigen Prozesse und Ausdrucksweisen erweitert, es hat mich gelassener gemacht und insgesamt mein Leben sehr bereichert.

Ich möchte schließen mit einem Erlebnis, das ich kürzlich hatte: Eine behinderte Mitarbeiterin, mit der ich häufig im Laufe ihres Daseins in der WfB Krisenintervention gemacht hatte, da sie neben ihrer geistigen Behinderung immer wieder psychotische Schübe hatte und ich sie auch manchmal vor einer Einweisung ins Psychiatrische Landeskrankenhaus bewahren konnte, kam auf mich zu, schaute mich eine Zeit lang prüfend an, klopfte mir dann auf die Schulter und sagte: „Frau Badelt, ich habe mir was überlegt. Wir beide werden hier zusammen alt“. Dann rannte sie davon.

Als ich weiterging, ließ ich mir das durch den Kopf gehen. Es stimmt. Wir sind miteinander älter geworden. haben viele Jahre unseres Lebens miteinander geteilt. die geistig behinderten Menschen und ich. und ich bedauere es nicht.

Literatur

- BADELDT, I. (1984) Selbsterfahrungsgruppen geistig behinderter Erwachsener. Geistige Behinderung 23(4)
- BADELDT, I. (1986) Selbsterfahrungsgruppen geistig behinderter Erwachsener. In: WALTER, J. (Hrsg.) Sexualität und geistige Behinderung. Heidelberg: Edition Schindele, 2. Aufl.
- BADELDT, I. (1990) Client-centered psychotherapy with mentally handicapped persons. In: Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties. Leuven: University Press
- PROUTY G.F. (1990): Pre-therapy: A theoretical evolution in the person/experiential psychotherapy of schizophrenia and retardation. In: Clientcentered and experiential psychotherapy in the nineties. Leuven: University Press.
- ROGERS, C. (1974): Encounter Gruppen. München: Kindler

ROGERS, C. (1977): *Therapeut und Klient*. München: Kindler

ROGERS, C. (1981): *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett-Cotta

Die Bedeutung musiktherapeutischer Interventionen für die Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung im Rahmen einer psychotherapeutischen Kassenpraxis

Maria Becker

Einführung

Mit Kassenpraxis ist die institutionelle Einbindung meiner Praxis in den vom Gesundheitssystem vorgegebenen Rahmen der kassenärztlichen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter mit psychotherapeutischer Behandlung gemeint. Voraussetzung hierfür ist auf Seiten der AnbieterInnen die Approbation, mit der die Heilerlaubnis erteilt wird, und die Zulassung, mit der die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung geregelt wird. In diesem Rahmen ist nur eine sehr begrenzte Anzahl von Verfahren vorgesehen: Psychoanalyse mit den Formen der analytischen Psychotherapie und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, Verhaltenstherapie und seit Neuestem auch Gesprächstherapie. Die Therapien müssen beantragt und begutachtet werden. Die Bewilligungsschritte sind bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie 50 / 30 / 20 Stunden. Die Berichte (mit detaillierten Behandlungskonzepten) gehen in anonymisierter Form an GutachterInnen, die den Kassen eine Bewilligung oder eine Ablehnung empfehlen. Musiktherapie als eigenständige Behandlungsmethode wird im ambulanten Versorgungssystem nicht angeboten. Dennoch ist auch in diesem ausgrenzenden Rahmen im beschränkten Maß die Einbeziehung musiktherapeutischer Interventionen in eine tiefenpsychologisch fundierte psychotherapeutische Behandlung möglich und für Menschen mit geistiger Behinderung Voraussetzung dafür, dass sie von der Therapie für ihren Lebensalltag profitieren.

Im Folgenden möchte ich Möglichkeit, Notwendigkeit und Schwierigkeit dieser Einbeziehung erörtern und zur Veranschaulichung eine kurze Fallvignette vorstellen.

Zu meiner Person und Praxis

Theoretischer Hintergrund meiner Arbeit ist die Psychoanalyse. Praktische Erfahrung in der Arbeit mit behinderten Menschen habe ich in der fünfzehnjährigen sozialtherapeutischen Arbeit mit Familien mit behinderten und nicht behinderten Kindern und Jugendlichen erworben. Bei dieser Arbeit ging es sehr wesentlich darum, das kreative Potential der Eltern, Kinder und Jugendlichen freizusetzen. Die Erkenntnis, welche grundlegende Bedeutung die Musik für diese Arbeit hatte war ein Motivationsaspekt für die musiktherapeutische Ausbildung. Im Anschluss daran habe ich 10 Jahre lang auf Teilzeitbasis beim Berufsbildungswerk Hamburg für Lernbehinderte gearbeitet, mit dem Thema Musiktherapie mit

schweremehrfachbehinderten Menschen promoviert und parallel dazu in eigener Praxis freiberuflich psychotherapeutisch gearbeitet.

Seit 1999 arbeite ich ausschließlich als psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis. Diese ist rollstuhlgängig. Ca. 1/5 meiner Klientel sind körper- oder / und geistig behindert. In sehr geringem Umfang arbeite ich auch mit schwerstmehrfachbehinderten Menschen.

Die geistig behinderten Menschen kommen in der Regel mit Hilfe ihrer Eltern, Betreuer oder Wohngruppenmitarbeiter zu mir. Sie leiden unter Essstörungen, aggressiven Verhalten, depressiven Rückzug, selbstzerstörerischen Verhalten oder Leistungsstörungen. Manchmal liegt ein sexueller Missbrauch vor. Bei einigen handelt es sich um Schwierigkeiten, die nach dem Umzug in eine Wohngruppe auftauchen, um nachhaltige Verweigerung der Mitarbeit in der Werkstatt für Behinderte oder um Beziehungsstörungen. Ziele sind i.d.R. die Verbesserung der Stimmungslage, der Beziehungsfähigkeit, das Akzeptieren von Grenzen etc. und zwar aufgrund der Zunahme an innerem Spielraum, an Autonomie.

Die besondere Problematik der Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen

Um der spezifischen Situation geistig behinderter Menschen gerecht zu werden, müssen eine Reihe von Modifikationen am Standardverfahren bzw. am Setting vorgenommen werden. Hier sind äußere, mehr das Setting betreffende Besonderheiten (a) zu beachten, sowie Anforderungen an die geistig behinderten Menschen (b), besondere Anforderungen an die PsychotherapeutIn (c), konzeptionelle Überlegungen (d) sowie Anforderungen an die Therapiemethode (e). Das ist eine künstliche Unterscheidung, die wegen der besseren Übersichtlichkeit vorgenommen wird. Im Folgenden werden Überschneidungen vielfach deutlich werden.

Vom Gesundheits-/Kassensystem her ist zu beachten, dass in den Berichten die für geistig behinderte Menschen sinnvolle und notwendige Einbeziehung musiktherapeutischer Interventionen ausführlich und sorgfältig begründet werden muss. Ich habe hier bislang positive Erfahrungen gemacht. Auch im Falle schwerstbehinderter PatientInnen wurde die Therapie genehmigt, wenn sie im Sinne des Konzepts der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie schlüssig begründet werden konnte.

Das Setting betreffende Besonderheiten

Räumlich ist die Erfordernis einer rollstuhlgängigen Praxis zu erwähnen, falls die Betroffenen auch zusätzlich körperbehindert sind.

Die Tatsache, dass geistig behinderte Menschen vorwiegend mit Hilfe ihrer Eltern, BetreuerInnen und / oder MitarbeiterInnen zur Therapie kommen, stellt für die ambulante Praxis eine Besonderheit des Settings dar. Es ist das Ziel ambulanter Psychotherapie, die Autonomie der Betroffenen zu stärken und zu verbessern, die durch die Symptomatik mehr oder weniger stark eingeschränkt ist. Anders herum ausgedrückt: die Einschränkung der Autonomie aufgrund eines unbewussten

Konfliktes hat das Auftreten der Symptomatik erzwungen. AuftraggeberIn der Psychotherapie ist die PatientIn, an deren Seite die TherapeutIn steht und der sie verpflichtet ist. Deren Therapiemotivation und deren Leidensdruck sind wesentlich der Motor des therapeutischen Prozesses. Um einen geschützten therapeutischen Raum zu gewährleisten, den die PatientIn entsprechend ihrer un- und vorbewussten Konflikte gestalten kann, und nicht nur wegen der Schweigepflicht kommuniziert die TherapeutIn nur mit der PatientIn selbst und nicht bzw. nur in Ausnahmefällen mit Angehörigen oder/und BetreuerInnen. Wenn geistig behinderte PatientInnen eben nicht von sich aus, sondern nur mithilfe oder über ihre Eltern / BetreuerInnen kommen können, dann kennzeichnet das die Besonderheit des Beginns der Therapie. Aufgrund der Tatsache, dass die geistig behinderten Menschen in der Regel von den Eltern und BetreuerInnen, die sie zur Therapie bringen, abhängig sind, ergeben sich verschiedene Fragen:

Was ist das Problem des geistig behinderten Menschen und was ist das Problem der Eltern / BetreuerInnen?

Wie wirkt sich das Problem der PatientIn auf Eltern / BetreuerInnen aus?

Ist die Symptomatik möglicherweise Ausdruck eines Konfliktes zwischen der PatientIn und den Eltern/BetreuerInnen, die die Therapie vorschlagen?

Welche Erwartungen hat die PatientIn und welche haben die Eltern / BetreuerInnen hinsichtlich der Frage, was sich verändern soll?

Welche Erwartungen haben beide an die Therapie?

Manchmal leidet zwar das Umfeld unter der Symptomatik, die PatientIn selbst verspürt jedoch subjektiv keinen Leidensdruck. Das kann z.B. bei Essstörungen der Fall sein. Manchmal besteht zwar ein Leidensdruck. Die Symptomatik hat die Funktion, das Leiden zu verändern, möglicherweise jedoch als Einflussnahme auf andere. Kann sich daraus die Motivation entwickeln, etwas bei sich selbst zu verändern? Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie hat die Veränderung eines innerseelischen Geschehens zum Ziel. Sie kann nur dann eingreifen, wenn sich äußere Konflikte als Ausdruck eines solchen inneren Konfliktes verstehen lassen und in der Einigung über einen solchen Verstehenszugang ein Arbeitsbündnis mit der PatientIn entsteht.

Ziel der Vorgespräche ist, die entstehende Beziehung zum geistig behinderten Menschen – sein Beziehungsangebot - wahrzunehmen und einzuschätzen, inwiefern sich ein Arbeitsbündnis aufbauen lässt. Erst auf dieser Basis kann die PatientIn von den therapeutischen Interventionen in einer Weise profitieren, die ihr Antwort gibt auf die Fragen, die sie ohne es zu wissen mit der Symptomatik formuliert. Besonders in den Fällen, in denen sie weiter auf Begleitung angewiesen ist, ist ein guter Kontakt mit Eltern/BetreuerInnen nötig, um äußere Faktoren zu begrenzen, die die Therapie beeinträchtigen können⁸ einzuschränken, und um

⁸Dies können beispielsweise Koordinationsschwierigkeiten in der Wohngruppe sein. Therapien scheitern manchmal, weil aufgrund der Mitarbeiterfluktuation in der Wohngruppe keine kontinuierliche Begleitung zu gewährleisten ist, oder weil die MitarbeiterInnen, die die Therapie für wichtig hielten und sich für sie einsetzten, nun nicht mehr dort arbeiten.

sicher zu stellen, dass das veränderte oder unveränderte Verhalten des behinderten Menschen die Kooperationsbereitschaft der Begleitpersonen nicht beeinträchtigt⁹

Anforderungen an die PatientInnen

Die Musiktherapie, so wie ich sie durchführe, stellt keine Voraussetzungen an die Sprachfähigkeit behinderter Menschen. Da ich jedoch ansonsten mit geistig behinderten Menschen im gleichen Setting arbeite wie mit nicht behinderten Menschen (i.d.R. 1 Wochenstunde, manchmal auch 14-tg.), bedeutet dies, dass die Betroffenen in der Lage sein müssen, auch über einen längeren Zeitraum, den Weg auf sich zu nehmen, und zwar auch dann, wenn sie eigentlich „gar keine Lust haben“. Dies gelingt umso besser, je mehr die therapeutische Beziehung zumindest anfangs idealisiert wird und stützende Funktion annehmen kann. Die Therapie erfordert die Bereitschaft, sich auf einen manchmal längeren Prozess einzulassen, auf einen Weg mit unbekanntem Ziel. Die konkreten Lösungen können nur als eigene, aus den Ressourcen des Betroffenen gewachsene entstehen. Hierbei benötigen die Betroffenen oft auch die motivierende Unterstützung des Umfeldes. Wenn das Problem, weshalb die Betroffenen therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, Schuldgefühle verursacht, womöglich denen gegenüber, die die Therapie veranlasst haben, dann ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass die Therapie als Strafe erlebt und das anfänglich beängstigend Fremde an ihr zum Phantasma einer verurteilenden Instanz wird. Wenn es nicht auf der Basis der positiven Aspekte der therapeutischen Beziehung gelingt, dies in irgendeiner Form zur Sprache zu bringen, ist die Therapie vom Abbruch bedroht.

Anforderungen an die TherapeutIn

Seitens der TherapeutIn erfordert die Arbeit mit geistig behinderten Menschen die Bereitschaft, sich auf die heftigen Gefühle einzulassen, die in der Begegnung mit ihnen zwangsläufig ausgelöst werden, diese zu reflektieren und sie nutzbar zu machen zur Wahrnehmung und zum Verständnis dessen, was sich in der therapeutischen Beziehung als Ausdruck der verinnerlichten Beziehungsmuster der PatientIn gestaltet. Hier spielt die unbewusste Abwehr der TherapeutIn eine Rolle, die sich gegen das ängstigend Fremde des geistig behinderten Menschen richtet. Die in der TherapeutIn ausgelösten Affekte sind so bedrohlich, da sie entwicklungsgeschichtlich aus dem Kontext früher vor- und nichtsprachlicher Konflikte stammen und damit häufig unser Denken und Denkvermögen in Frage stellen. Sie wühlen uns heftig auf und sind geeignet, die angemessene therapeutische Distanz in Frage zu stellen. Die TherapeutIn ist in Gefahr, zur Abwehr dieser Affekte unbewusst eine beurteilende Distanz im Sinne einer Einfühlungsverweigerung einzunehmen (DEVREUX 1992). Es ist jedoch für die TherapeutIn zwingend notwendig, sich sowohl von diesen heftigen Affekten ergreifen zu lassen, wie auch sich von diesen verstehend distanzieren zu können,

⁹Das betrifft sowohl ein mögliches Ausagieren von Schwierigkeiten seitens der PatientIn mit den Begleitpersonen als auch deren möglicher Ärger, wenn die Therapie andere Auswirkungen als erwartet hat.

um die die Symptomatik hervorbringenden konflikthafter Beziehungsmuster erkennen zu können. Um diesen heftigen Affekten Ausdruck zu geben, sie zu verstehen und sie in einem zweiten Schritt verbalisieren zu können, ist Musik als Material besonders hilfreich.

Das Störungskonzept der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist eine Abwandlung der klassischen Psychoanalyse. Sie basiert mit einigen Unterschieden auf den gleichen Wurzeln. Der zeitliche Rahmen ist deutlich begrenzter (360 vs max. 100 Std.)

Der Ansatz geht von den aktuell wirksamen psychischen Konflikten aus, die für die Symptomatik verantwortlich sind. Diese aktuell wirksamen psychischen Konflikte werden als relativ bewusstseinsnahe Abkömmlinge von Grundkonflikten aus der frühkindlichen Entwicklung verstanden. Die frühkindliche Entwicklung ist naturgemäß durch eine Reihe von Konflikten gekennzeichnet, für die Menschen Lösungen finden müssen. Diese formen die Persönlichkeit eines Menschen und ermöglichen ihm je nach ihrer immanenten Flexibilität im späteren Leben einen mehr oder weniger großen Gestaltungsspielraum in der Auseinandersetzung mit den allgemeinen Lebensherausforderungen. Die kompromisshaften Lösungen dieser Konflikte können später in bestimmten Lebenssituationen - Veränderungen im außen (Arbeitslosigkeit, Partnerverlust) oder innen (Inszenierung von Konflikten in Beziehungen, Eintritt der Menopause) - fraglich werden und zu sog. krankheitswertigen Symptomen führen.

Ein Beispiel für einen solchen Grundkonflikt ist der Wunsch des Kindes, sich aus dem Angewiesensein auf mütterliche Hilfe zu lösen und auf eigenen Beinen zu stehen. Dieser Wunsch macht Angst, denn er bedeutet eben, die Mutter als Sicherheitsbasis 'loszulassen' und hat zur Folge, dass das Kind sein Angewiesensein auf die Mutter wahrnimmt. Schwierig wird der Konflikt für das Kind, wenn es, ohne sich dessen bewusst sein zu können, den Eindruck hat, die Mutter kann mit Wut/Ärger nicht umgehen, mag keine Kinder mit 'eigenem Kopf', ist besonders ängstlich, belastet etc. Die Angst mindert sich, wenn dem Kind eine weitere wichtige Beziehung – i.d.R. der Vater – real zur Verfügung steht. Eine häufige Kompromisslösung für diesen Konflikt ist, dass Menschen sich übermäßig auf ihre Leistungsfähigkeit stützen, die ihnen ein Gefühl für Autonomie bei gleichzeitiger Anerkennung vermittelt. Manchmal entwickeln Menschen eine Trotzhaltung, die ihnen ein Gefühl der Stärke bei gleichzeitigem Kontakt verschafft. Manchmal werden Menschen besonders brav und angepasst bei gleichzeitiger passiver Verweigerungshaltung. Aggressive Impulse bleiben unbewusst und sind umgewandelt in ihr Gegenteil. Solche 'Lösungen' können in bestimmten Lebensphasen dysfunktional werden – z.B. bei Trennung aus dem Elternhaus, Aufnahme von Beziehungen, Tod eines Elternteils etc.

Die geistige Behinderung ist in der psychischen Entwicklung als ein verkomplizierender Faktor zu betrachten, der nicht einfach als zu berücksichtigende Eigenschaft dazukommt, sondern im frühen Beziehungssystem

spezifische Bedeutung gewinnt. Ein in besonderer Weise verletzlich Kind wird in ein Beziehungsfeld hineingeboren, in dem die Behinderung – die jedoch nicht vom Kind zu trennen ist – i.d.R. Sorge, Erschrecken, Angst und Abwehr auslöst. Die Eltern – insbes. die Mutter – stehen hierdurch unter großem Druck. Die Wahrnehmung der großen Verletzlichkeit des Kindes zusammen mit der Wahrnehmung der gesellschaftlichen Ausgrenzung und Ablehnung behinderter Menschen verschärft ihren eigenen inneren Konflikt erheblich. Dies führt häufig dazu, dass die Beziehungspersonen ihre aggressiven Intentionen dem Kind gegenüber nicht mehr wahrnehmen können, da diese unerträgliche Schuldgefühle verursachen würden. Dies erzwingt eine Beeinträchtigung ihrer Beziehungsfähigkeit. Ihre Offenheit gegenüber den sinnlichen Signalen ihres kleinen Kindes ist zwangsläufig eingeschränkt. Häufig dürfen gerade dessen aggressive und selbstbehauptende Impulse nicht wahrgenommen werden, da sie von ihnen als Bestätigung ihrer Schuld erlebt werden könnten. Interaktionen, in denen aggressive Impulse des Kindes gestaltend eingreifen, sind jedoch von besonderer Bedeutung für die Entwicklung innerer Instanzen, die es dem Kind ermöglichen, das Erleben der Getrenntheit von der Mutter zu tolerieren. Das geistig behinderte Kind ist aufgrund dieser Komplikation für den oben beschriebenen Konflikt meist gezwungen, sich unbewusst an die Erwartungen der Eltern anzupassen, eigene Intentionen in Reaktionsbildung und Identifikation aufzugeben und diese in passiver Verweigerungshaltung zu leben. Der zugrunde liegende Konflikt bleibt auf einer frühen präverbalen Ebene fixiert, und ist häufig ein gestaltendes Moment für die Weise, wie der betroffene Mensch die geistige Behinderung 'ausgestaltet' bzw. lebt und erfährt. Sie kann für ihn darin zum Beweis eines Lebens- oder Autonomieverbotes werden (NIEDECKEN 2003a).

Die Therapiemethodik unter Einbeziehung musiktherapeutischer Interventionen

In der Therapie ist die aktuelle Beziehungssituation – die strukturellen Entsprechungen der konflikthafter Alltagsbeziehungen, in die das Symptom 'eingreift', mit der therapeutischen Beziehung - wichtig. Diese strukturellen Entsprechungen sollen in ihrer Sinnhaftigkeit der PatientIn deutlich werden, indem das in ihnen wirksam werdende biografische Material aufgegriffen wird mit dem Ziel, dass neue Umgangsformen für die 'alten Konflikte' gefunden werden können und sich aktuelle Lebenseinstellungen verändern. Im Falle geistig behinderter Menschen ist eine rein sprachlich durchgeführte Therapie nicht nur aufgrund der eingeschränkten Sprachfähigkeit der behinderten Menschen nicht angezeigt. Die der Symptomatik zugrunde liegenden Konflikte sind darüber hinaus auf einer sehr frühen vorsprachlichen Ebene fixiert. Wenn diese in der Therapie so zum Tragen kommen sollen, dass veränderte Umgangsweisen erarbeitet werden können, dann muss das Material als Ausdrucksmittel für diese frühe Konfliktebene geeignet sein. Hierfür bietet sich Musik an.

Ich führe Musiktherapie als aktive Musiktherapie durch. Dies ist ein Sammelbegriff für alle Arten der Musiktherapie, bei denen die PatientIn selbst mit Instrumenten

oder ihrer Stimme handelnd beteiligt ist. In der Regel spielt oder singt die TherapeutIn mit und ist dadurch in besonderer Weise affektiv in das musikalische Geschehen eingebunden. Indem wir miteinander improvisieren, kann die PatientIn mir über die musikalische Gestaltung ihr Erleben mitteilen und es buchstäblich mit mir teilen. Dies ist möglich, weil Musik an unsere ganz frühen Erfahrungen anknüpft. Klänge, Geräusche, Rhythmen sind in den frühesten, schon intrauterin sich bildenden Interaktionsformen zwischen Mutter und Kind verwurzelt. Sie sind Teil dieser Interaktionen und damit in Musik wie auch zugleich in diesen Interaktionen eingebunden. Musik kann daher diese frühen Beziehungserfahrungen in uns 'zum klingen bringen'. Darüber hinaus sind musikalische Parameter wie Rhythmus, Dynamik, Melodik etc. zugleich Parameter dieser Interaktionen. Sie kennzeichnen die ersten Ordnungsfaktoren – die von STERN so genannten 'Vitalitätsaffekte' (KÖHLER 1990, 46f) -, mit denen der Säugling seine Erfahrungen 'sortiert', erinnert und darin gestaltet. Musik steht insofern – über die Gemeinsamkeit dieser Parameter - in engem Wirkzusammenhang mit vegetativen Körperprozessen und mit dem Erleben von Affekten. Hieraus ergibt sich die herausragende Bedeutung von Musik, da in ihren allgemeinen Formenbildungen gerade jene frühen Erfahrungen aufgehoben sind, die aus dem gesellschaftlich Anerkannten herausfallen (NIEDECKEN 1988). Musik greift jene menschlichen Erfahrungen auf und bringt sie zum Ausdruck, die im Kontext des gesellschaftlich Verwertbaren und sprachlich Anerkannten ausgegrenzt werden. So kann das Kind in der gelingenden Entwicklung anfangs im Spiel und später auch sprachlich sich Situationen aneignen, in denen es sich ausgeschlossen, verlassen, zu kurz gekommen oder nicht wahrgenommen vorkommen musste. Hiervon bleiben jedoch die Erfahrungen ausgeschlossen, für die das Mutter-Kind-Paar¹⁰ keine 'tröstende Form' gefunden hat. Sie sind als Fremdkörper im Eigenen ein Stachel und bilden einen ständigen Ansporn zur Auseinandersetzung. Da Musik beides ist - ein hoch differenziertes Symbolsystem ähnlich wie Sprache, d.h. es gibt ein Regelwerk, historisch gewachsene Formenbildungen, und sinnliche Erfahrung -, ist sie in der Lage, jenen Aspekten zur Formulierung zu werden, die nicht im Spiel und/oder sprachlich gewendet und integriert werden konnten. Dies ist möglich, da die für Musik charakteristische Symbolform die Subjekt und Objekt umfassende szenische Struktur in einer Weise aufgreift, in der ähnlich wie beim Kinderspiel das Symbol sich auf die Szene als Ganzes bezieht und die Szene noch nicht wie in Sprache grammatikalisch ausdifferenziert ist. So formuliert man mittels Sprache eine Wiegenlied-Tröst-Situation, indem die einzelnen Teile der Szene symbolisiert und im Satz grammatikalisch aufeinander bezogen werden: 'Die Mutter singt eine Wiegenlied und das Kind beruhigt sich.' In der Musik wird diese Szene als Ganze im Wiegenlied mit spezifischen Rhythmus und Melodieführung gefasst. Das lässt sich zwar strukturell beschreiben, das Wiegenlied erfordert jedoch zu seiner Erfassung, das man es auf sich wirken lässt und darin die Beschreibung der Szene 'erkennt'. Auch die oben beschriebenen Ordnungsfaktoren beziehen sich auf

¹⁰ 'Mutter' steht hier für 'frühe Beziehungsperson'.

szenisch organisierte Situationen, in denen der Säugling und seine Beziehungspersonen affektiv aufeinander bezogen sind. Sie sind über Sprache und Musik zweifach eingebunden. Musik kann aufgrund der Verwurzelung musikalischer Parameter in frühe Interaktionsformen und ihrer spezifischen, dem Spiel nahe stehenden szenischen Struktur einem Konflikt sowohl zum Ausdruck verhelfen wie auch zu dessen illusionärer Wunscherfüllung werden. Das Wiegenlied tröstet wie es auch einen Konflikt beschreibt, der der Tröstung bedarf. Musik ermöglicht darin einen illusionären Spielraum, in dem Selbst und Objekt, Außen und Innen noch nicht ausdifferenziert sind. Musik aktiviert jene frühe Ebene des Erlebens, auf welcher die Grenze zwischen dem Selbst und dem Anderen im gemeinsamen Ausdruck noch unscharf ist.¹¹ Musik als Ausdrucksmaterial ist daher immer als zum Selbst gehörig als auch von ihm getrennt zu begreifen und formuliert ein Interaktionsgeschehen, das sich erst durch die Formulierung allmählich in etwas dem Selbst Verfügbares verwandelt. Diese Möglichkeit ist vor allem wichtig, wenn Menschen keinen inneren Spielraum haben, dieser zerstört oder besetzt ist (BECKER 2002, 178 ff).

Fallvignette

Der 28-jährige Patient – ich möchte ihn hier Bastian nennen - wendet sich über/mit Hilfe seiner Mutter an mich. Die Mutter berichtet, er sei schon immer sehr schüchtern und zurückhaltend gewesen, mit geringem Selbstbewusstsein und vermutlich eher minderbegabt. Bisher sei es aber eher unproblematisch mit ihm gewesen. Am letzten Sylvester habe er im Kreise kleinerer Kinder jede Menge Knallkörper geknallt, habe diesen wohl imponieren wollen. Von da an habe er Kindern heimlich größere Geldbeträge (bis 500 DM) geschenkt und sich ausnutzen lassen (Eis-Kaufen, Video kaufen etc.). Sie - die Mutter - habe ihm deshalb zeitweise die Geldkarte abgenommen. Sie mache sich Sorgen, ob er auf diesem Wege Anerkennung suche oder ob er gar pädophile Neigungen habe. Bastian sei böse geworden, als die Eltern ihm Einhalt gebieten wollten, sie seien Kinderhasser, machten seine Freundschaften kaputt. Bastian selbst berichtet dazu wenig. Es sei halt so, dass er zu allem ja sage. Er könne nicht nein sagen. Bastian ist ein großer, kräftiger junger Mann, nachlässig und unordentlich gekleidet, der in freundlich-unterwürfiger Weise Kontakt aufnimmt. Er spricht unter großen Mühen, mit langen Pausen, in denen er wortlos verlegen und beschämt wirkt. Seine Worte und Sätze wirken häufig wie Worthülsen der Mutter. In der Gegenübertragung entstehen quälende Empfindungen, ein enormer Druck wird deutlich mit sadistisch abwertenden Tendenzen, die sich in entwertenden Fantasien äußern. Die Therapiemotivation ist anfangs ganz diffus. In meiner Fantasie komme ich mir vor wie der Erfüllungsgehilfe der Mutter 'Nun hat er mal was Eigenes gemacht. Nun soll das auch noch weggemacht werden.'

Bastian ist der jüngere Sohn eines Bäckers und seiner Frau. Die Mutter berichtet, er habe erst sehr spät sprechen gelernt und sei ein ruhiges Kind gewesen. Bewegungstherapie als Kind. Sprachheilschule und Förderschule, da er große Schwierigkeiten in Mathematik gehabt habe. Nach der Berufsvorbereitung bemüht er sich um eine Ausbildung im Garten- u. Landschaftsbau,

¹¹Zwar verhält sich der Säugling so, als könne er zwischen sich und dem Gegenüber unterscheiden, wie die Säuglingsforschung gezeigt hat. Dies lässt jedoch nicht auf ein entsprechendes Selbsterleben schließen. Das erste sich bildende episodische Gedächtnis bezieht sich auf Situationen, Handlungsabläufe, in denen zwischen den eigenen Aktivitäten und dem Gegenüber, auf das sie gerichtet sind, nicht unterschieden wird. (LICHTENBERG 1991, 51ff.; STERN nach ZELNICK & BUCHHOLZ 1991, 833f)

scheitert aber an der Theorieprüfung. Auf die Empfehlung der Werkstatt für Behinderte reagiert er mit depressivem Rückzug. Der Vater habe dann erfolgreich versucht, ihn in seiner Firma unterzubringen. Dort arbeite er seit 2 Jahren und komme gut zurecht. Der Bruder sei sehr begabt und studiere Informatik. Zwischen den Geschwistern habe es viele Streitigkeiten gegeben. In der Freizeit schaue der Patient Horrorfilme an, sei früher zu Pfadfindern gegangen und habe Kontakt zu einer Gruppe behinderter junger Menschen.

Anfangs ist Bastian kaum in der Lage, aus seinem Leben zu berichten, kann nur fragmentarisch einzelne Stationen wie Förderschule oder Berufsvorbereitung angeben. Im Laufe der Therapie hat sich dies etwas geändert. So beschrieb er seine Eltern als weich. Er habe sich immer mehr an der Mutter orientiert. In der Schule habe er schon immer Schwierigkeiten beim Rechnen gehabt. Bei schlechten Noten habe die Mutter sofort mit ihm geübt, ihm Nachhilfeunterricht in Deutsch und Rechnen verschafft. Die praktischen Fächer wie Werken und Kochen hätten ihm gut gefallen. Nach der gescheiterten Ausbildung sei die Zeit der Arbeitslosigkeit sehr schwierig gewesen. Er sei aber stolz, dass er es jetzt mit der Arbeit als Bäcker so gut schaffe. Mit dem Bruder habe er früher viel gestritten. Der hätte immer gewonnen. Jetzt sei er nett, schenke ihm auch schon mal Konzertkarten. Während einer Urlaubsreise habe er eine Freundin gehabt. Die Initiative sei von dem Mädchen aus gegangen. Er habe keine Adressen austauschen wollen, sie wohnten viel zu weit auseinander. Er hätte schon gern eine Freundin. Er wirkt aber gänzlich ratlos bei dem Thema. Zunehmend unternimmt Bastian – anfangs auf Anregung der Mutter später mehr nach eigenem Gusto - kleine Reisen allein, geht häufig auf Stadtteilstadt und Flohmärkte oder trifft sich mit seinem blinden Freund. Er gibt an, darin noch unabhängiger und weniger ängstlich werden zu wollen.

Ich gehe von folgenden Hypothese zur Psychodynamik aus: Bastian ist schwach begabt und hat sich aus der engen Mutterbeziehung innerlich nicht lösen können. Durch ihre eher ängstliche und übergewärtige Haltung hatte er wenig Raum für eigene Autonomiebestrebungen beim Ausdruck aggressiver wie auch libidinöser Impulse. Möglicherweise war es der Mutter durch die bei Bastian wahrgenommene Schwäche und Schutzbedürftigkeit besonders schwierig, sich ihre eigenen aggressiven Empfindungen und Trennungswünsche zu gestatten. Sie erlebte diese schuldhaft und musste sie durch Überfürsorglichkeit kompensieren. Vor ihren wegen dieser Ambivalenz als intrusiv empfundenen Eingriffen schützte sich Bastian durch Rückzug und durch Identifikation mit ihren Beziehungswünschen. Mit seiner Bravheit bestätigte er sie als gute Mutter und erhielt sich damit die Nähe zu ihr. Zugleich bedeutet dies ein innerliches Festhalten an einem kindlichen Größenselbst in Verbindung zur als allmächtig phantasierten Mutter. Die verzögerte Sprachentwicklung lässt sich so gesehen verstehen als regressiver Versuch, die Ungetrenntheit zwischen sich und der Mutter zu erhalten wie sie zugleich als Verweigerung die einzig mögliche Form des Neinsagens ist. Dieses Muster dient der Leugnung von Grenzen und zwar sowohl der Trennungsangst wie auch der Wahrnehmung eigener Begrenztheit.

Die Konflikt auslösende Situation ist als Verführungssituation zu verstehen, als Versuch, sich aus der Verstrickung mit der Mutter zu lösen. Die Inszenierung erzwingt ein Eingreifen der Mutter. Die exhibitionistischen Wünsche als Ausdruck eines Größenselbst beruhen noch auf einer weitgehenden Ungetrenntheit von der frühen Mutter. Die Ausblendung der Trennungsangst und schamvoller Kleinheitsempfindungen zeigt sich in der Wahl seiner 'Freunde': Kinder, mit denen er sich auf dieser Ebene identifizieren kann.

Die Stunden laufen folgendermaßen ab: anfangs sprechen wir miteinander. Bastian erzählt auf meine Frage hin, wie es ihm gehe, was er erlebt hat. Zum Schluss machen wir Musik. Hierbei frage ich immer, ob wir weiter sprechen oder Musik machen sollen. Dann frage ich, welches Instrument er spielen möchte, ob er allein oder mit mir zusammen spielen möchte. Meist spielt er am Schlagzeug – ich am Klavier. Am Xylophon und Metallophon spielt er allein. Auf der Steeldrum begleite ich ihn auf seinen Wunsch hin mit der Piccolo-Flöte.

Bastian kommt sehr regelmäßig zu den verabredeten Stunden und arbeitet bemüht mit. Dabei erscheint gerade dieses Bemühen als ein hartnäckiger, geradezu erschlagend wirkender Widerstand. Er bemüht sich verzweifelt, von seinen Unternehmungen zu erzählen. Er grübelt

dabei lange und unter Mühen darüber nach, was er in der Woche bzw. an den Wochenenden unternommen hat. Erleben scheint sich für ihn ausschließlich im Außen abzuspielen. Für sein Innenleben scheinen ihm die Worte zu fehlen. Ein Interesse daran erscheint bedrohlich, stürzt ihn in Verwirrung. In der Gegenübertragung wird heftige wortlose Qual spürbar. Dabei drängt sich mir die Assoziation des Kindes auf, das auf seinem Töpfchen sitzt und voller Mühe vergeblich drückt. In der Musik ist die Dynamik ganz anders. Bastian stürzt sich förmlich in das Trommelspiel, sehr laut und heftig mit wirbelndem Rhythmus. Einmal ging dabei ein Trommelfell kaputt. Am Schlagzeug ist seine Wucht und Lautstärke so stark, dass das Klavier kaum zu hören ist. An 'leiseren' Instrumenten wie dem Xylophon oder Metallophon spielt er grundsätzlich allein. Gerade hierdurch entsteht das Gefühl von 'zum Nicht-Wahrgenommen-Werden' verurteilt zu sein. Es verstärkt den Eindruck, dass Lautstärke und 'Klangschwall' die Funktion haben, das Gegenüber zuzudecken und von sich fernzuhalten und Kontakt zu vermeiden. Häufig fühle ich mich ohnmächtig, zurückgewiesen, manchmal auch wütend. Hier wird die hinter der Sprachlosigkeit stehende affektive Wucht hörbar. Ich verstehe, dass es wichtig ist, diese Distanzierungsbemühungen wahrzunehmen als Bemühungen Bastians, sich Raum zu verschaffen. Bastian gelingt darin, etwas ins Aktive zu wenden. Er grenzt mich aus, ich bleibe stumm oder unhörbar. Da er weder für das Ausgrenzen noch für die ausgegrenzten Gefühle Verantwortung übernehmen und sie noch nicht als seine erkennen kann, bietet ihm/uns die Musik hier ein Beziehungsfeld, in der er das auch noch nicht muss. Der Raum hierfür ist vorerst in der Therapeutin im Sinne eines Containers (GRINBERG et al. 1993) für unaushaltbare und vorerst nicht verbalisierbare Affekte von Qual und Wut. In vorsichtiger Weise gelingt es im Folgenden, diese Sprachlosigkeit zu thematisieren. Bastian berichtet, wie schwer es ihm auch im Kreis von Freunden ist, zu sprechen. Er wirkt erleichtert und kann auch über den Streit mit der Mutter erzählen, über die Angst, die er vor den Auseinandersetzungen hatte, und über seine Bemühungen, seine Aktionen zu verheimlichen.

In der Therapie wird nach und nach deutlich, dass seine meist beziehungslos wirkenden Unternehmungen die Langeweile und das Allein-Sein vertreiben sollen. Mit 'Langeweile' scheint Bastian einen Ausdruck gefunden zu haben, der sich auf eine innere Leere als Abwesenheit von lebendigen Vorstellungen über Beziehungen bezieht. So phantasiert er über einen Cola-Automaten und eine Eismaschine, die er sich gerne kaufen würde, um einen Partykeller auszustatten. Dabei stößt er auf die Frage, wo denn die Gäste herkommen könnten. Da er mit dieser Frage in ähnlicher Weise verfährt wie mit der Frage, wie er an einen Cola-Automaten kommen könnte, kann sie nur Ratlosigkeit erzeugen. Es gelingt ihm jedoch im Gespräch über die musiktherapeutischen Interventionen, etwas von seinem Erleben in der therapeutischen Beziehung deutlich zu machen. Als ich frage, warum er am Xylophon immer allein spiele, antwortet er, dass das Xylophon 'nicht gegen das Klavier', das die Therapeutin spielt, ankomme. Ich bin schockiert, da mir mit seiner Antwort deutlich wird, dass er die Improvisation Schlagzeug – Klavier als einen Vernichtungskrieg zu erleben scheint. Er scheint sich nicht vorstellen zu können, dass ein Gegenüber ihm antworten könnte, ohne ihn zu vernichten. Das Ansprechen dieser Umgangsweisen als Ausdruck der Schwierigkeit, mit sich selbst umzugehen, ruft erhebliche Verwirrung und Angst hervor. Mit dem Schrecken – seinem und meinem – wird die Ungetrenntheit Bastians von seiner frühen Mutter-Beziehung deutlich. Ich war in der Übertragung an die Stelle der übermächtigen Mutter geraten, gegen die er sich mit großer Anstrengung zu behaupten sucht. In dem Umstand, dass es die Instrumente sind, die übermächtig sind und vor denen er sich distanzieren muss, zeigen sich einerseits die positiven Aspekte der therapeutischen Beziehung. Das Übertragungsgeschehen zerstört nicht unsere Beziehung. Zum anderen wird darin auch deutlich, dass Bastian die Wut und die Angst noch nicht als zu ihm gehörig erkennen kann, da er das Gute mit der Mutter schützen muss. Im Gespräch über das Schöne mit der Mutter erinnert er sich an ein schönes 'Picknick mit der Mutter', das er anscheinend in seinen Bemühungen (Flohmarkt, Museen) konkretistisch wieder zu beleben versucht. Langeweile und Druck im Rahmen beziehungslos wirkender Unternehmungen lassen sich nun verstehen als Versuch, das 'Picknick mit der Mutter' in die eigene Hand zu

nehmen und dabei das Gegenüber zugleich von sich fernzuhalten. Hierin zeigt sich Misslingen des Versuches, das 'Picknick mit der Mutter' im Vollzug eines aggressiven Aktes / einer gelingenden Auseinandersetzung metaphorisieren zu können, wodurch es ihm möglich würde, sich im Rahmen einer Beziehung mit eigenen Gefühlen und Wünschen präsent zu erleben. Immerhin lockert sich im Zuge dieser Auseinandersetzung sein Beziehungsverhalten auf. Er erzählt spontaner. In seinen Erzählungen wird eine Distanz zwischen ihm und der Mutter spürbar, die er nun auch schon mal kritisiert. Diese Entwicklung wird durch den Schlaganfall des Vaters vorübergehend zum Stillstand gebracht. Bastian ist unfähig, hierauf emotional zu reagieren, bzw. seine Reaktion emotional zu entschlüsseln. Er erwähnt die Tatsache und berichtet, wie langweilig es im Krankenhaus war. Die Beschäftigung mit Phantasien über exotische Weinsorten, die er kaufen könnte, löst in der Gegenübertragung Schrecken und eine mit großer Einsamkeit verbundene Qual aus, Qual darüber, sich nicht ausdrücken zu können. Ich verstehe, dass Bastian eine Situation, die heftige Gefühle auslöst bzw. eine emotionale Reaktion erwartet wird, als Überforderung erlebt. Das Beziehungsangebot der Therapeutin zeigt sich nun als massiver Druck: Druck einer unverständenen und als Überforderung erlebten emotionalen Botschaft: 'erzähl etwas von deinem Erleben', auf den Bastian nur mit Gegendruck - krampfhaftes Erinnerungsbemühungen an beziehungslose Erlebnisse und Lautstärke in der Musik - reagieren kann, um sich zu behaupten. Der starke Druck erscheint als ein archaisches Über-Ich, dem sich Bastian unterwerfen muss als Schutz vor der Heftigkeit seiner Wünsche und Verlassensängste. Die Inszenierung von Überforderung scheint wichtig zu sein, da hierin seine immensen inneren Spannungen, die auch Halt bedeuten, externalisiert – veräußert – werden. Bastian beginnt nun vorsichtig über den Druck zu sprechen, unter dem er steht, über die Hindernisse und Mühen, die er bei allen Aktivitäten überwinden muss, über die Angst vor der Reaktion anderer Menschen auf ihn, Angst vor der Dunkelheit, Angst vor Ohnmacht und Hilflosigkeit. In der Bearbeitung dieser Thematik kann Bastian bezüglich der Frage der Therapieverlängerung für sich formulieren, dass er die Therapie verlängern will, da es mit dem Ja und Nein immer noch sehr schwierig sei. Vereinzelt gelingen in der Improvisation nun Überraschungen, in denen er erstmals entdeckt, dass da noch jemand außer ihm ist. Auf die regelmäßige Frage, ob es zur Musik was zu sagen gibt, antwortet er mit wenigen Ausnahmen 'laut' 'schön' 'lange'. Er spielt an den Trommeln heftig und für sich, hört meist abrupt auf, ohne musikalisch ersichtlichen Grund oder irgendwelche 'Vorwarnungen'. Als ich einmal dennoch weiterspiele und meine Passage 'beende' und ausklingen lasse, antwortet er diesmal auf die übliche Frage sichtlich überrascht: 'Das Klavier hat weiter gespielt'. Als ich einmal zur Begleitung ein Trinklied spiele – er liebte irische Pub's und auch die dort aufgeführte Live-Musik, sprach für seine Verhältnisse viel davon – spricht er erstaunt: da war ein irisches Lied. Erst gegen Ende der Therapie wird es ihm möglich, in rudimentärer Weise über das Allein-Sein in Kneipen zu sprechen – er habe den Mut gefunden hinein zu gehen und festgestellt, dass er nicht allein ist. Auch andere sind allein. Er spricht auch über den Weg zur Therapiepraxis, der anfangs nur 'lang' war. Es wird deutlich, wie fremd und beängstigend er gewesen war. Gegen Ende entdeckt er, dass es auf dem Weg 'interessante Kneipen' gibt. Er entdeckt vertraute Stellen. Als er sich verabschiedet, ist er erleichtert. Aber es ist auch 'ein bisschen schade'.

Schluss

Die Symptomatik, die Anlass der Therapie gewesen war, hatte ziemlich rasch nachgelassen. Bastian wurde im Laufe der Therapie aktiver. Er unternahm wie schon erwähnt, kleine Reisen, besuchte Museen, Flohmärkte und Stadtteilstellen. Nach und nach wurden dabei auch seine Vorlieben deutlich. Er besuchte gerne Pub's mit Live-Musik und zeigte bei seinen Einkäufen einen etwas skurrilen Geschmack. Die sinnlichen Eindrücke waren ihm wichtig. Auch bei seinen spärlichen Treffen mit Freunden verfuhr er deutlicher danach, was ihm gefiel. Bei

seinen Unternehmungen konnte er schließlich seine Beobachtungen stützend für sich selbst nutzen.

In dieser Therapie vollzog sich der Weg aus der Sprachlosigkeit über die Musik. In der Improvisation gelang es ihm mittels der Wendung von Passiv in Aktiv, seinem Erleben partiell Ausdruck zu verleihen. Während er anfangs sprachlich verstummen musste und nur mit peinvollem Schweigen und quälenden Sprechbemühungen anwesend war, konnte er in der Musik mich zum verstummen bringen, so dass ich unhörbar blieb. Während zuvor er ausgeschlossen war, schloss nun er aus. In einem zweiten Schritt gelang es ihm, das sein Beziehungserleben kennzeichnende 'Nicht-dagegen-Ankommen' - das Ausgeschlossenein - zu formulieren. Durch zwei Menschen mit eigenem Willen gekennzeichnete Beziehungen waren für ihn nicht vorstellbar. Immer konnte nur einer da sein, sonst gab es Vernichtungskrieg. Hier konnte er ausdrücken, wie sehr er sich mit seinem intentional Eigenen bedroht fühlte. Und indem er dies formulieren konnte, war er dieser Bedrohung nicht mehr ganz so ausgeliefert. Denn es gab nun ein 'ich' – ein Selbsterleben, aus dem heraus Bastian das formulieren konnte, wenn auch die Intentionalität auf die Instrumente verschoben blieb. Immerhin musste jetzt der immense Druck nicht mehr als Lautstärke-Schlacht zwischen Klavier und Schlagzeug real vollzogen werden. Wir konnten über ihn sprechen. Damit wurde er als hohe innere Anspannung in Bastian deutlich. In entsprechender Weise konnte Bastian mein Klavierspiel nun zeitweise wahrnehmen, das damit nicht mehr ganz so unendlich fremd und bedrohlich war. Zum Schluss konnte Bastian erstmals ein Gefühl und vor allem ein ambivalentes Gefühl formulieren. 'Er war erleichtert. Aber es war auch ein bisschen schade'.

Die Musik und auch die Musikinstrumente wurden in dieser Therapie zum 'Ort des Dritten'. Die innere Ungetrenntheit von der frühen Mutter hatte den 'Vernichtungskrieg' zur Folge. Denn innerlich war Bastian auf die Anwesenheit eines spiegelndes und stützenden Gegenüber angewiesen, das sich jedoch nicht als Person mit eigenem Willen/Erwartungen/Ansprüchen zu erkennen geben durfte, da sich sonst Bastian mit seinem Selbsterleben erdrückt/verlassen/verloren etc. fühlen musste. Die hieraus resultierenden Erfahrungen hatte er als hohe Spannung verinnerlicht, gegen die er gewissermaßen ankämpfte. Indem die Musik und Musikinstrumente nun zum Austragungsort dieser 'Schlacht' wurden, begannen sie etwas Drittes zu repräsentieren bzw. eine dritte Position zu ermöglichen, von der aus man 'darüber' sprechen konnte. Während sprachlich Bastian passiver Teil der Interaktion war, wurde er beim Spielen aktiv und verlagerte darüber hinaus die bedrohlichen Aspekte in die Instrumente. Beim 'Hören der und Sprechen über die Musik' konnte Bastian Interaktionsmuster erkennen, die er sonst passiv erlitt. Denn mit dem Satz 'das Xylophon kommt gegen das Klavier nicht an' formulierte er unbewusst aus seinem eigenen Erleben heraus und erkannte darin etwas in der musikalischen Interaktion wieder. Es war bezeichnend, dass er Melodie-Instrumente nur alleine spielen wollte. Er spielte dort ähnlich schnell und ohne Pausen wie am Schlagzeug, war jedoch um eine zartere Spielweise bemüht. Er konnte keine Pausen machen, wie auch der jeweilige Schluss kein gestalteter war, sondern ein erschöpfungsbedingter Abbruch. Pausen waren Leerstellen –

Abwesenheit, die ihn zu vernichten drohte. Ein gemeinsames Spiel hätte jedoch zur Voraussetzung gehabt, dass er sein dauerndes Tun hätte unterbrechen, hinhören, sich einem gemeinsamen Spiel hätte überlassen können. Er hatte sich jedoch mühsam diese Form der Kontrolle im Festhalten angeeignet. Das war sein Eigenes. Indem er jedoch bemerkte, dass 'das Klavier weiterspielt', erschien die Leerstelle/Pause nicht mehr nur als ein Nichts. Er konnte nun auch im Klavierspiel manchmal etwas von sich erkennen. Damit begann er, sich in begrenzter Form die „Repräsentanz des Fremden“ (ERDHEIM 1992, NIEDECKEN 2003b) anzueignen. Diese ist Voraussetzung dafür, dass wir etwas von uns auch im Fremden wieder finden können. Es ermöglicht uns, in Beziehungen das Gegenüber auch in seiner Fremdheit und in seinem Anderssein zu akzeptieren. Hierbei kann Musik, gerade da sie immer beides ist – zugleich fremd und vertraut –, eine hervorragende Rolle spielen.

Literatur

- BECKER, M. (2002): Begegnung im Niemandsland – Musiktherapie mit schwermehrfachbehinderten Menschen. Beltz Verlag, Weinheim, Berlin, Basel
- DEVREUX, G. (1992): Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main
- ERDHEIM, M. (1992): Das Eigene und das Fremde. Über ethnische Identität. Psyche 8, 730-744
- GRINBERG, L.; SOR, D.; TABAK DE BIANCHEDI, E. (1993): W. R. Bion. frommann-holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt
- KÖHLER, L. (1990): Neuere Ergebnisse der Kleinkindforschung. Ihre Bedeutung für die Psychoanalyse. Forum der Psychoanalyse 6, 32-51
- LICHENTBERG, J.D. (1991): Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Springer-Verlag, Heidelberg New York
- NIEDECKEN, D. (1988): Einsätze. VSA-Verlag, Hamburg
- NIEDECKEN, D. (2003a): Namenlos. Geistig Behinderte verstehen. 4., überarbeitete Auflage. Beltz Verlag, Weinheim, Basel, Berlin
- NIEDECKEN, D., LAUSCHMANN, I., PÖTZL, M. (2003b): Psychoanalytische Reflexion in der pädagogischen Praxis. Innere und äußere Integration von Menschen mit Behinderung, Beltz Verlag, Weinheim, Basel, Berlin
- ZELNICK, L. M., BUCHHOLZ, E.S. (1991) : Der Begriff der inneren Repräsentanz im Lichte der neueren Säuglingsforschung. Psyche 9, 810-846

Verhaltenstherapie unter systemischem Aspekt bei Menschen mit geistiger Behinderung

- Grundsätzliche Überlegungen und vier Praxisbeispiele -

Ernst Hohn und Doris Janssen¹²

Einleitung

Wenn Psychologische Psychotherapeuten (früher: nicht-ärztliche Therapeuten) über ihre Arbeit und deren Bedingungen reden, müssen sie sich sehr hüten, den aktuellen Zustand nicht lediglich als Vorläufer einer noch zu erwartenden Gesetzesnovelle zu betrachten. Zwar lag es in der Absicht der Organisatoren der Arbeitstagung, nicht zu ausgiebig die vielfältigen Mängel unseres hochgelobten Gesundheitswesens zu diskutieren, weil es für nicht-niedergelassenen Therapeuten auch wegen der Undurchschaubarkeit des Systems von nur begrenztem Interesse sein dürfte. Dennoch zuvor einige, für das Verständnis unserer Tätigkeit relevante Anmerkungen:

Obwohl der Gesetzgeber mit dem Psychotherapeutengesetz (seit 1999) die Psychotherapie als eigenständige Domäne geschaffen hat, die sowohl von Ärzten als auch von Psychologen ausgeübt werden kann, ist diese Autonomie wegen der Integration in die klassischen medizinischen Strukturen (z.B. Kassenärztlichen Vereinigungen) permanent bedroht. Neue Therapieformen werden nicht zugelassen, da letztlich weil die falschen (weil interessengeleiteten) Leute darüber entscheiden. Die Psychotherapie ist gefährdet, weil an die Stelle der Kunstlehre *heilkundlicher* Psychotherapie ein simples Regelsystem für Anfänger ('Manualisierung') zu treten droht (LEGEWIE 2000, 45).

Für die Psychologischen Psychotherapeuten (die etwa 90 % der gesamten psychotherapeutischen Versorgung in der Republik leisten) und ihre Funktionäre ist die Aufgabe im System klar: die Psychotherapie muss in ihrer Besonderheit respektiert werden.

Die Psychotherapie (oder nur die Psychologische Psychotherapie?) ist kein Teil der Medizin und darf auch nicht der Medizin unterworfen werden, indem Denkweisen (überkommener ätiologischer Krankheitsbegriff) und naturwissenschaftlich orientierte Anwendungspragmatik unkritisch übernommen und den politisch Verantwortlichen als Königsweg der Wirksamkeit verkauft werden. Sie darf nicht als "Verfahren" marginalisiert und ihrer Vielfalt und Kreativität beraubt werden.

Wir Psychologischen Psychotherapeuten haben unsere Heimat, nämlich die Psychologie, und weisen das Angebot der Adoption freundlich zurück. Wir

¹² Beide Autoren sind Psychologische Psychotherapeuten und arbeiten im Bereich der Behindertenhilfe als Therapeuten, Berater und Supervisoren. Gleichzeitig führen sie Fortbildungen zu den verschiedenen Themen der Erlebens- und Verhaltensprobleme bei Menschen mit herausforderndem Verhalten durch.

akzeptieren auch unabhängige Psychotherapieforschung nicht etwa um neuerlich nachzuweisen, dass Psychotherapie wirkt, sondern um herauszufinden, wie Behandlung verbessert werden kann. Bei diesem Unternehmen hat es sich als wenig sinnvoll herausgestellt, die Therapieschulen miteinander zu vergleichen, das spielt die Therapieformen nur gegeneinander aus. Zukunftsträchtiger ist vielmehr ein Ansatz, der die gemeinsamen Wirkmechanismen untersucht, nämlich:

- Problemerkklärung
- Problembewältigung
- spezifische Methoden
- Ressourcenorientierung.

Wir brauchen auch keinen an der somatischen Medizin orientierten Krankheitsbegriff, wir finden inhaltlich begründete Überlegungen z.B. bei GRAWE (1999, 117 ff) in seiner konsistenztheoretischen Sichtweise.

An dieser Stelle darf ein besonderes Ärgernis nicht verschwiegen werden: das sog. Gutachterverfahren. Berichte von Therapeuten - werden in der Regel von medizinischen Gutachtern, auch wenn der Therapeut Psychologe ist - daraufhin überprüft, ob die Therapie den bekannten Erfordernissen nach Zweckmäßigkeit, Effektivität und Wirtschaftlichkeit entspricht. Obwohl die sog. Psychotherapierichtlinien sehr wohl die Gruppe der geistig behinderten Menschen im Sinne einer Rehabilitation berücksichtigt, maßen sich viele Gutachter an, hier darüber zu entscheiden, wer dieses Gut Psychotherapie erhält. Unvereinbar mit dem Stand der Wissenschaft und der therapeutischen Kunst werden hier mit dem Argument, Menschen mit geistiger Behinderung seien nicht therapiefähig (Prognosekriterium), oft genug Anträge (bzw. die Weiterbewilligungen) auf Psychotherapie abgelehnt! Erst der Umweg über einen Obergutachter kann Abhilfe schaffen – verwaltungs- und zeitaufwendig. Wir als Psychotherapeuten verstehen die "Psychotherapie-Richtlinien" so, dass wir den Linien folgen, die wir gemäß unserer Identität als Psychologen, unserer beruflichen Ethik, sowie unserer Verantwortung gegenüber unseren PatientInnen mit geistiger Behinderung für richtig halten.

Was ist (eigentlich) Verhaltenstherapie?

Philosophie

Therapieformen kennen Gemeinsamkeiten und Unterschiede: alle haben mit Menschen zu tun, entwerfen ein Modell vom Menschen, nach dem sie arbeiten und wirken mittels Kommunikation. Wie sie das tun, mag unterschiedlich sein und unterschiedlich dargestellt werden. Wir haben bereits dafür plädiert, die Gemeinsamkeiten zu akzentuieren. Nicht nur aus berufspolitischem Interesse, sondern vor allem aus Verantwortung unseren geistig behinderten PatientInnen gegenüber sollten wir diesen Standpunkt konsequent einnehmen. In der *Verhaltenstherapie* wandelt der Therapeut auf dem schmalen Grat zwischen *Empathie* und *Veränderung*. Zuviel der Empathie kann Stagnation bewirken, zuviel

Änderungsdruck kann Widerstand erzeugen. Als "unkonditionaler Verstärker" wird dem Therapeuten Vertrauen und Bereitschaft zur Veränderung entgegengebracht, von welcher der Patient (noch) nicht weiß, ob diese wirklich besser ist als das "Alte". Eine Atmosphäre von Vertrauen und das Gefühl von Geborgenheit sind die besten Voraussetzungen zu lernen. Denn darum geht es in der Verhaltenstherapie: Verlernen, was Leiden verursacht, Neulernen, was die Person gesünder leben lässt. Bereits im Jahre 1953 hat einer der bestmischverständenen Väter der Verhaltenstherapie festgestellt, dass das soziale System der Psychotherapie eine Reaktion auf die Folgen übermäßiger, unbeständiger oder fehlender Verhaltenssteuerung sei. Ziel einer Psychotherapie, die selbst als verhaltenssteuernde Instanz fungiert, sei nun, die betroffene Person in die Lage zu versetzen, ihr Verhalten (wieder) selbst zu steuern. Dieser Autor hat in seinem Werk "Wissenschaft und menschliches Verhalten", das formal so ästhetisch ist wie ein Gedicht von Trakl oder die Brandenburgischen Konzerte, dargelegt, dass eine Person drei Optionen besitzt, um auf die subjektiv als schädlich erlebte verhaltenssteuernde Kontrolle zu reagieren:

1. *Flucht* (die von Furcht und Angst begleitet wird)
2. *Revolte* (die Aggression hervorbringen kann)
3. *Passiver Widerstand* (Autoaggression, Depression sind hier zu orten)

Wir erkennen leicht, dass dieser Ansatz für unsere Klientel von hoher Relevanz ist und sich verblüffend leicht mit modernen Konzepten der Behindertenarbeit (z.B. KLEINE-SCHAARS 2003) verbinden lässt.

Der Mann, von dessen Darlegungen die Rede ist, heißt B.F. SKINNER, ein entschiedener Kriegsgegner, hochgebildet, dem das Verdienst gebührt, Bestrafung als Methode und institutionelle Praxis der Verhaltenssteuerung als untauglich identifiziert zu haben. SKINNER hat als erster konsequent die Lernbedingungen in seinem *operanten Ansatz* analysiert und die Voraussetzungen geschaffen, dass Verhaltenstherapie einen gewaltigen Entwicklungssprung machen konnte. Übrigens schätzte er FREUD als großen Lerntheoretiker und beabsichtigte mit seiner Wissenschaft einen Beitrag zu einer humaneren Welt zu leisten. Wer's nicht glaubt, mag bei ihm nachlesen.

Verhaltenstherapie ist vernetzt und vernetzbar

Mit der Betonung auf *Lebensbedingungen, Umwelt und Lerngeschichte* blieb die Verhaltenstherapie immer Kind der *Allgemeinen Psychologie* und wird von dieser theoretisch und empirisch genährt. Ob es sich um die Integration *kognitiver Methoden* oder die Berücksichtigung *neurobiologischer und hirnelektrischer Erkenntnisse* handelt, die Verhaltenstherapie ist vorbereitet und reagiert forschungsintensiv (FIEDLER 2000). Die sog. *kognitive Wende* stellte weniger eine Abkehr von alten Ansätzen dar, sondern ist besser zu begreifen als erkenntnislogische Weiterentwicklung, die bruchlos vonstatten ging. Heute findet kein Verhaltenstherapeut etwas dabei, *Verstärkungsmethoden* mit kognitiven zu kombinieren, wie z.B. in der Depressionsbehandlung, wo Aktivitätenplanung und kognitive Therapie sensu BECK zum Standardrepertoire gehören. *Systemische Methoden* fügen sich problemlos

ein: zirkuläres Fragen (kognitive Repräsentation von Kontingenzen), Verschreibungen (Neulernen) und Umdeutungen (Trennung von Motiv und Verhalten) sind allesamt lerntheoretisch beschreibbar und machen deshalb ihre Anwendung kalkulierbarer. Die Einbeziehung des *Kontextes* liegt der Verhaltenstherapie besonders am Herzen, um die Effekte zu generalisieren und zu stabilisieren. Bei Menschen mit Geistiger Behinderung pflegen fast alle Therapeuten, die Betreuer mit ins Boot zu holen, indem sie Rollen und Funktionen verteilen. Lerntheoretisch gesprochen findet hier Kontingenzmanagement statt.

Verhaltenstherapie ist problem- und symptomorientiert

Verhalten ist entweder *beobachtbar* oder kein Verhalten. Dies trifft zu für *motorisches, physiologisches, kognitives und emotionales Verhalten*. Die möglichst präzise Erfassung eines Verhaltens/einer Reaktion verhindert vorschnelle Fixierungen auf hypothetische Ursachen. In vielen Fällen reicht dem Verhaltenstherapeuten die Ermittlung aufrechterhaltender Bedingungen zur *Aufstellung einer Veränderungsstrategie*. "Symptome" sind nicht identisch mit Krankheiten und können vielfältige "Ursachen" haben. In der Verhaltenstherapie werden Symptome nicht primär erfasst, um die dahinter liegende Störung zu entdecken, auch wenn dies von den "Psychotherapierichtlinien" so gefordert wird; ein solcher Ansatz gehört in die Domäne psychiatrischer Diagnosen. Die Verhaltenstherapie verhält sich den *Problemen und Symptomen gegenüber neutral*; vorrangig ist die *Analyse der Bedingungen*.

Verhaltenstherapie ist aufklärerisch und emanzipatorisch

Die Botschaft, dass "*gestörtes*" Verhalten *gelernt* ist und auch wieder *verlernt* werden kann, führt den Menschen aus unverschuldeter Ohnmacht heraus. So wie FREUD den Menschen vom Thron hybrider Naturbeherrschung stieß, so versteht die Lerntheorie den Menschen als ein *konditionales Wesen*, das seine äußeren und inneren Bedingungen zu verstehen, zu akzeptieren und (mit anderen zusammen) zu steuern lernen muss. Natürlich bedeutet dies nicht, dass Verhaltenstherapie einem unkritischen Machbarkeitswahn frönt. Zum Thema Bestrafung (lerntheoretisch expliziert: das Hinzufügen aversiver Reize bzw. das Wegnehmen positiver Reize), das in der Arbeit mit Behinderten eine besondere Relevanz besitzt, nimmt die Verhaltenstherapie ein unmissverständliche Haltung ein. Lassen wir einmal B.F. SKINNER (1973, 173) zu Wort kommen, der unter der Kapitelüberschrift: Bestrafung - ein zweifelhaftes Verfahren, folgendes ausführt:

„Das verbreitetste Kontrollverfahren ist die Bestrafung. Das Muster ist vertraut: Verhält sich jemand nicht so, wie du möchtest, schlag ihn nieder; benimmt sich ein Kind schlecht, gib ihm eine Tracht Prügel; scheinen sich die Leute in einem Land schlecht zu betragen, bombardiert sie. Rechts- und Polizeistaaten stehen und fallen mit strafendem Verhalten, wie Geldbussen, brutalen Züchtigungen, Inhaftierungen und Zwangsarbeit. Kirchliche Verhaltenssteuerung wird durch auferlegte Bussen, angedrohte Exkommunizierung und die angeblichen künftigen Qualen der Hölle ausgeübt. Die Erziehung hat auf den Rohrstock auch noch nicht ganz verzichtet. Und im alltäglichen Kontakt mit unseren Mitmenschen steuern wir Verhalten durch Tadel, Zurechtweisungen, Missbilligung oder Ächtung. Kurzum, das Ausmaß, in dem wir Bestrafung als Kontrollverfahren benutzen, scheint nur durch das Ausmaß begrenzt zu sein, in dem wir uns die erforderliche Macht aneignen

können. All dem liegt eine Absicht zugrunde: Tendenzen zu gewissen abweichenden Verhaltensweisen einzuschränken. Verstärkung baut solche Tendenzen auf; Bestrafung aber soll sie niederreißen.“

Nicht (nur) aus ethischer Überzeugung, sondern wegen der lerntheoretisch nachgewiesenen Asymmetrie zwischen Verstärkung und Bestrafung, ist *Bestrafung* als therapeutische Methode indiskutabel. Mittels *Verstärkung* lässt sich ein Verhalten ungleich besser aufbauen und stabilisieren als es sich mittels Bestrafung über einen situativ wirksamen Effekt hinaus unterdrücken (und schon gar nicht zum Verschwinden bringen) ließe. Die Erfahrungen mit aversiver Konditionierung (z.B. bei Alkoholmissbrauch) waren in der Tat “enttäuschend“. Einige wenige Fälle, z.B. wenn gravierende Schäden drohen, können es notwendig erscheinen lassen, Verhaltensketten durch aversives Konditionieren zu unterbrechen. Ein solches Vorgehen verlangt aber die vollständige Kontrolle über die Bedingungen, also gleichsam eine Laborsituation – nichts für die Praxis eines niedergelassenen Verhaltenstherapeuten.

Verhaltenstherapie ist entwicklungsorientiert und optimistisch

Wenn wir die Lebens- und Entwicklungsbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung betrachten - und damit sind nicht nur die institutionellen gemeint - und mit den Maßstäben der Lerntheorie analysieren, so spielt sich deren Leben in der Regel zwischen Überbehütung und Überforderung ab. Überbehütung kann lerntheoretisch als Positive Verstärkung unerwünschter (von wem?) Verhaltensweisen, Überforderung als Lösungsprozedur (auf erwünschtes Verhalten folgt keine verstärkende Reaktion bzw. die Wegnahme positiver Verstärker) definiert werden. Ein solcher “Verstärkungsplan“ hat die Macht, eine Entwicklung stagnieren zu lassen und “Verhaltensstörungen“ mit besonderer Änderungsresistenz auszustatten. Dies gilt umso mehr, als Menschen mit geistiger Behinderung oft einem Betreuungskontext ausgesetzt sind, der ihnen - milde ausgedrückt - unübersichtlich vorkommen muss.

Bei einer verhaltenstherapeutischen Behandlung, die den Kontext auf systemische Weise mit einbezieht, geht es also immer um mehr als die Reduzierung störenden Verhaltens; mit der *Lösung eines Problems* soll immer auch eine zuvor blockierte, fehlgeleitete oder stagnierende *Entwicklung in Gang* gebracht werden.

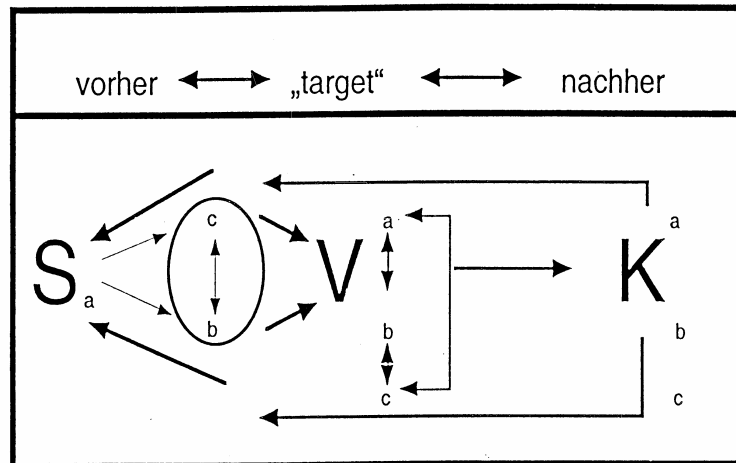
Bis hierhin haben wir nun den verhaltenstherapeutischen Therapiebegriff weitgehend definiert.

Die Verhaltensanalyse

Jetzt fällt es dem Leser nicht mehr schwer, die zentrale Denkfigur des Verhaltenstherapeuten zu verstehen: die Verhaltensanalyse – hier in der modernen Form mit der Berücksichtigung der Erkenntnis, dass jeder Organismus als System mittels vielfältiger Rückkoppelungsmechanismen auf die Umwelt reagiert, auf sich selbst Bezug nimmt und mit sich selbst “interagiert.

Abb.: Verhaltensanalyse-Schema

Verhaltensanalyse



S Situation, .O Organismusvariablen, V (problematisches) Verhalten, K Konsequenz

Beschreibung der Determinanten (a/ b/ c - Variablen):

- a: externe Variablen
- b: psychologische Person-variablen
- c: biologisch-physiologische Variablen

Das problematische (Ziel)Verhalten wird zum Zwecke der Therapieplanung in vier Klassen unterteilt:

- offenes, motorisches Verhalten (Bewegung, Sprache, „Tun“)
- kognitives Verhalten (Denken, Wahrnehmung, Erinnerung, Erwartung, Verstehen, Wissen)
- emotionales Verhalten (Trauer, Freude, Wut, Angst)
- biologisch-physiologisches Verhalten (körperliche Vorgänge und Reaktionen)

Jedes Verhalten ist sowohl bedingt als auch variabel und somit immer sowohl die Folge vorübergehenden Verhaltens und Situationen als auch Auslöser weiteren Verhaltens und Situationen von/bei/für sich und andere(n).

So können z.B. harmlose körperliche Symptome (biologisch-physiologische Variable) bei einem psychoserfahrenen, geistig behinderten Menschen psychotische Erlebnisweisen (problematisches Verhalten) auslösen. Die Wahrnehmung der Welt (externe Variable) als bedrohlich (psychologische Person-Variable), kann reflexhaft zu Aggressionen (problematisches Verhalten) führen, die sich, falls sie bestraft werden, wiederum in Autoaggressionen (konditioniertes Vermeidungsverhalten) wandeln können. Mangelnde soziale Kompetenz (Fehlen von Verhaltensweisen) kann den Menschen in die Isolation (Konsequenzen)

treiben. Fehlende Selbstkenntnis (sensu SKINNER, 1953) kann die Person (oft als autistisch beschrieben) von ihrer Umwelt abkoppeln und vollständig abhängig machen. Stereotypes Verhalten kann die Person einsetzen, um eine Modulation zwischen innerem Milieu und äußerer Welt zu erzeugen, usw. usw.

Wir sehen: der kompetente Gebrauch der Verhaltensanalyse kommt nicht ohne profundes, psychologische Wissen aus, sonst wird jede Intervention im günstigsten Falle wirkungslos bleiben.

Welche Probleme, welche Störungen werden behandelt?

Prinzipiell kann man sagen, dass jedes psychische Problem, das stört, mit entsprechender Konzeption und Methode behandelt werden könnte. Es kann aber nicht darum gehen, ständig etwas zu verändern, weil z.B. einem Betreuer, den Eltern, einem Mitbewohnern, einem Nachbarn oder dem Pastor etwas „nicht passt“. Letztlich entscheidend sind der Leidensdruck und die negativen Konsequenzen eines Verhaltens, eines Problems, also die Intensität der „Störung“. Hierbei sollte zuallererst der Betroffene selbst das Maß der Dinge sein. Ob etwas eine leichte, mittlere, schwere oder überhaupt eine Störung darstellt, kann nicht per Mehrheitsbeschluss entschieden werden. Ein gutes Beispiel sind die häufig vorkommenden traumatischen Erfahrungen geistig behinderter Menschen. Sie treten zuweilen nur schwer merklich in Erscheinung. Hilfreich sind dann Beobachtungen der Betreuer, die einen sozialen Rückzug bemerken oder in der Nachtwache feststellen, dass in einem Zimmer häufig Weinen zu vernehmen ist. Wenn ein Mensch leidet, sollte man ihm helfen – am besten dadurch, dass er sich selbst zu helfen lernt.

Möchte man - aus epidemiologischen Gründen oder diagnostischen Erwägungen - eine Unterscheidung zwischen psychiatrischen Diagnosen und Verhaltensstörungen (ICD 10 – Kapitel F 70 - 79), die bei geistig behinderten Menschen auffallen und häufiger anzutreffen sind, so dominieren ansonsten in der Tat nach ROJAHN & WEBER (1996):

- *Aggressives Verhalten*
- *Selbstverletzendes Verhalten*
- *Stereotypes Verhalten*
- *Destruktives Verhalten.*

Solche Verhaltensweisen stören Integration und positive Entwicklung – sie behindern. Sie fordern verhaltenstherapeutische Kompetenz heraus und zwingen zu einer Kooperation mit anderen Disziplinen. Oft ist ein hoher Betreuungsaufwand nötig. Verhaltenstherapeuten haben dabei nicht nur das störende Verhalten im Auge, sondern kümmern sich um die ganze (ganzheitliche) Entwicklung. Sie nutzen dazu die oben dargestellte Philosophie, den stetig wachsenden psychologische Wissensstand und nicht zuletzt den Optimismus, dass es für jedes „Problem“ eine Lösung gibt – man muss sie mit den passenden Mitteln suchen und umsetzen.

Vier Menschen und ihre (Verhaltens-) Probleme

Sandra

Sandra, 32 Jahre alt und schwerbehindert, spricht nicht, sitzt im Rollstuhl und nimmt am Leben als Beobachterin teil. Die kleinen Dinge in ihrem Leben bedeuten ihr vielmehr als uns „höhere“ Ziele verfolgenden Zeitgenossen. Essen und Trinken, z.B. sind Höhepunkte, Rituale und auch Quelle von Frustrationen im Leben dieses Menschenkindes. Dennoch entwickelte sich daraus für Sandra und ihre BetreuerInnen ein Problem: Sandra wollte nicht mehr aus der Schnabeltasse trinken, sie verweigerte das Trinken überhaupt, was übrigens selten vorkommt.

Diagnostisch handelt es sich hier um ICD: 10 F 73 (Schwerste geistige Behinderung mit deutlicher Verhaltensstörung, die einer Behandlung bedarf); wäre Sandra ein Kind, so würde man eher von einer Fütter- und Ess-Störung (ICD 10 F 98.2) sprechen und abklären, ob Betreuungsfehler eine Rolle spielen, eine organische Krankheit zugrunde liegt, Gewichtsverlust droht und wie lange die Störung existiert.

Der Arzt ordnete an, dass Sandra zu jeder Mahlzeit 150 ml trinken müsse, „egal wie“. Unversehens sahen sich die BetreuerInnen in der Rolle eines Gewalttäters und suchten nach anderen Wegen. Trotz des Motivs, Sandra etwas Gutes zu tun, fehlte es ihnen an der Methode. Sandra saß auf ihrem Stuhl - verkrampft, sie wollte ja trinken - aber die Furcht stieg in ihr hoch. Je näher die Schnabeltasse an ihren Mund kam, desto stärker verschlossen sich ihre Lippen. Ihr Blick wurde starr, sie vernahm ungeduldige Stimmen, die Umwelt verschwamm, das helle Weiß der Schnabeltasse blendete sie. Mit einem Ruck drehte sie ihren Kopf, um auszuweichen – jemand bog ihren Kopf zurück, ihre Starre nahm zu...

Interessanterweise sagt lerntheoretischen Laien die Verhaltensanalyse nicht viel. Dass die Verhaltensanalyse eine konditionierte Vermeidungsreaktion mit emotionalen Begleiterscheinungen identifizierte, welche in Abhängigkeit vom biologischen Bedürfnis nach Trinken variierte, war für den Therapeuten eine wichtige Erkenntnis und bestimmte seinen Behandlungsplan. Die BetreuerInnen hingegen konnten damit wenig anfangen und profitierten mehr von einer Runde Selbsterfahrung in Sachen „Objekt der Trinkprozedur“ zu sein. Danach waren sie bereit, etwas Neues zu versuchen und von rigiden „Sie-muss-Maximen“ Abstand und Abschied zu nehmen.

Der Leser möge sich die folgende Szene vorstellen: *Sandra wird gekitzelt, es wird gelacht und es wird mit ihr gesprochen; Zwang ist tabu.* Diese Methode, eine angstbesetzte Situation mit einer entspannenden Reaktion zu koppeln, bedient sich des *Prozesses der Gegenkonditionierung* und liefert die Grundlage der *Systematischen Desensibilisierung*. Damit die Aversivität der Situation reduziert wird, muss diese so häufig wie möglich in Koppelung mit dem Prozess der Gegenkonditionierung hergestellt werden, d.h. Sandra bekam alle zwei Stunden zu trinken, die Zeit wurde auf eine halbe Stunde begrenzt.

Wieder möge der Leser sich seiner Vorstellungskraft bedienen: *Wir sehen, wie sie auf den Löffel starrt und wir bemerken die mit verschiedenen Getränken gefüllten Gläser vor ihr.*¹³ Hier läuft ein anderer Prozess ab: *Habituation* als Gewöhnung an den Löffel, von dem sie ja „eigentlich“ gerne trinken würde. Der Löffel war aversiv konditioniert und löste eine Vermeidungsreaktion aus. Wird eine Vermeidungsreaktion bestraft, so wird sie fixiert und somit veränderungs-resistent. Es ist daher von beträchtlicher theoretischer und praktischer Bedeutung bei der Analyse von Verhaltensproblemen herauszufinden, inwieweit Bestrafungsaspekte mitspielen. Da geistig behinderte Menschen oft chaotischen Verstärkerplänen ausgesetzt sind, darf man legitimerweise Bestrafungseffekte unterstellen. Hier hilft auch wenig die gut gemeinte Beschwörung von Empathie und Verständnis, hier ist profunde lerntheoretische Kenntnis von Nöten.

¹³ „Wir begehren, was wir sehen!“ Hannibal LECTOR in `Das Schweigen der Lämmer`)

Mit der Zeit, die ein Zusammenwirken von Gegenkonditionierung und Habituation gestattet, wird die *aversive Konditionierung gelöscht* und Sandra begann wieder zu trinken. BetreuerInnen brauchen während dieses Prozesses mehr Vertrauen in die menschliche Natur, als sie behinderten Menschen gewöhnlich zutrauen. Oft kommen Fragen wie: "Und wenn sie nicht trinkt?"

Der oben beschriebene Abbau "unerwünschten" Verhaltens ist aber noch lange nicht alles. (Fast) alles Verhalten spielt sich innerhalb sozialer Kontexte ab, wo wir unsere Verhaltenssteuerung lernen bzw. nicht zu lernen vermögen. Indem die BetreuerInnen lernen, sorgfältig kleinste motorische Änderungen in Sandras Verhalten wahrzunehmen und zu deuten (vor allem Blickbewegungen), bieten sie ihr und auch sich selbst neue Gelegenheiten *verhaltenssteuernde Strategien* zu erwerben. So darf ihr der Löffel nur gereicht werden, wenn sie diesen anschaut; er darf ihren Mund und ihre Lippen nur berühren, wenn sie die Lippen öffnet. So wird aus einem mechanischen Essensvorgang eine Mahl-Zeit!

Diese Behandlung hat insgesamt nur ca. 14 Tage in Anspruch genommen und wurde von den BetreuerInnen unter Anleitung durchgeführt. Natürlich ist ein solches Vorgehen nur durch flexible Handhabung (Form des Hausbesuchs) der Kontextbedingungen und gute Kooperation der Einrichtung möglich.

Susanne

Susanne hört Stimmen, die ihr befehlen, jemanden umzubringen. Dieses Verhalten wurde als psychotisch gewertet und brachte Susanne, als sie auch noch aggressiv wurde, sechs Wochen in der Akut-Psychiatrie ein. Im psychiatrischen Kurzbericht stand als Diagnose: "paranoid-halluzinatorische Psychose", telefonisch wurde diese aber von der entlassenden Ärztin stark relativiert.

Die Verhaltenstherapie wurde unter der Bedingung aufgenommen, dass die Entlassmedikation im ersten Schritt um die Hälfte reduziert wurde und Susanne vorläufig und ihrem eigenen Wunsch entsprechend vom Werkstattbesuch befreit wurde. Wer wirklich etwas ändern will, darf keine halben Sachen machen (HEIJKOOP 1996; RÖSSERT & STEIGER 2003).

Im Folgenden stellen wir das 15 Minuten Gespräch beinhaltende Transkript der 2. Sitzung nach der Entlassung aus der Psychiatrie vor. Die anamnestischen Daten werden erst einmal hintangestellt, differentialdiagnostische Überlegungen ebenfalls. Die Sitzung fand in Anwesenheit des rechtlichen Betreuers, des Alltagsbegleiters und des Prozessbegleiters (sensu KLEINE-SCHAARS) in der Wohnstätte statt.

Th (Therapeut)

S (Susanne)

Th: Warum sind wir denn hier heute zusammengekommen?

S: Wegen dem Gespräch von mir.

Th: Und worum geht es da?

S: Um meine Psyche.

Th: (verweist auf die Anwesenheit des gesetzlichen Betreuers)

Beim letzten Mal ging es um die Werkstatt und um dein Recht zu sagen, wenn du da nicht hinwillst.

S: Genau.

Th: Wann hast du von deinem Recht Gebrauch gemacht?

S: Ich hab' gesagt, dass ich nicht in die Werkstatt will, das ist mein Recht, wie du das gesagt hast.

Th: Und hast du das dem Doktor auch gesagt?

S: Sag' ich ihm noch dem Doktor.

Th: Hm.

S: Deshalb hat der mich krankgeschrieben.

- Th: Dann ist ja alles in Ordnung.
S: Nein, meine Psyche wird immer schlechter, immer schlimmer, immer schlechter, immer mehr wird das, dann hör' ich wieder Stimmen, dann dreh' ich manchmal durch, ich bin schon mal dreimal, viermal hintereinander durchgedreht, jeden Tag fast...
Th: Wann?
S: Das war letzte Woche, ist das paar Mal hintereinander passiert.
Th: Ab wann ist das denn wieder mehr geworden mit den Stimmen.
S: Montags fing das an, dass das schlimmer wird, tags wird das schlimmer, nachts wird das schlimmer, dann weiß ich nicht, was manchmal mit mir los ist.
Th: Obwohl du jetzt nicht mehr in die Werkstatt gehst?
S: Hm
Th: Aber kurzfristig war das weniger geworden, hat mir Frau X (Alltagsbegleiterin) erzählt. Nach dem letzten Termin war das ganz selten vorgekommen.
S: Aber als Y (andere Betreuerin) im Nachtdienst war, hatte ich das ganz gehabt mit die Psyche.
Th: Mit den Stimmen.
S: Genau.
Th: Im Nachtdienst.
S: Genau, in der Nacht war das passiert.
Th: Und was haben die gesagt?
S: Die haben mich beruhigt.
Th: Die Stimmen haben dich beruhigt?
S: Nein, die Betreuer.
Th: Ach so. Was haben denn die Stimmen gesagt?
S: Ich soll jemand umbringen, ihr seid nichts mehr wert, vergiss' ihn...
Th: (hellhörig) Vergiss' ihn?
S: Ja, vergiss' und bring' ihn um, haben die gesagt.
Th: Und was hast du dann gemacht?
S: Hab' ich mich lieber oben (im Zimmer) gehalten, damit ich auf niemandem losgehe. Da hab' ich oben die Wut losgelassen.
Th: Oben in deinem Zimmer?
S: Ja.
Th: Ich denke, du hast dich beruhigen lassen?
S: Später hab' ich mich beruhigen lassen.
Th: Also, du hattest Wut gehabt?
S: Ich bin dann oben geblieben, sonst wär' ich noch auf jemand losgegangen, das wollte ich aber nicht. Ich hatte mit jemand Stress gehabt.
Th: Mit wem hattest du Stress gehabt?
S: Mit Helga und Rita
Th: Hast du schon lange Stress mit denen?
S: Manchmal hab' ich mit denen Stress, manchmal auch Monika dazu...
Th: Und dann sagen die Stimmen: "Bring sie um"
S: Manchmal sagen die auch die falsche Person.
Th: Dass du die falsche Person umbringen sollst?
S: Ja.
Th: Wen denn zum Beispiel?
S: Derjenige der vor mir steht, den ich angucke.
Th: Mich zum Beispiel
S: (lacht herzlich) Wenn jemand vor mir steht und ich den („die Stimme“, Anm. des Verf.) höre, sagt der, ich soll jemand umbringen.
Th: Wir wissen, dass die Stimmen übertreiben und dich in Wut und Rage versetzen.
S: Hm. (zustimmend)

- Th: Dann gehst du zu deinen Betreuern und lässt dich beruhigen.
S: Ich trete dann gegen den Wäschekorb oder schmeiße was gegen die Heizung und wenn ich ausgetobt bin, komme ich wieder runter und besprech' mich mit den Betreuern.
Th: Perfekt.
(zu den beiden anwesenden Alltags- und Prozessbegleitern gewandt): Ist das so?
Betreuer: Ja
S: So extrem ist das bei mir.
Th: Verstehe ich gut, dass du nicht in die Werkstatt gehen willst, das würde dich ja zerreißen. Das musst du alles hier abmachen, in der Wohnstätte.
S: Mh.
Th: Siehst du auch so? (fragend-prüfender Blick des Th.)
S: Ja. Was ist?
Th: Und wenn das alles noch schlimmer wird, was dann?
S: Mh? (irritiert) ... schlimmer wird?
Th: Was war gerade? Was ist dir durch den Kopf gegangen?
S: Hä? Durch den Kopf gegangen?
Th: Ja, so wie gerade auch, dein Kopf ist runter gegangen, dein ist Blick ist starr geworden. Was ist dir durch den Kopf gegangen?
S: Ich habe gerade was gesehen.
Th: Was hast du gesehen?
S: Einen Dämon von mir.
Th: Dämon? (Th. liebt Dämonen, Monster u.ä.) Wie sieht der denn aus?
S: Erst sieht er aus wie ein normaler Mensch, hat kurze Haare wie ich, so dunkel, und dann hat er noch so blaue Augen, das Gesicht kenne ich nicht, dann hat er das Gesicht aufgerissen und dann kam der Dämon heraus.
Th: Aus dem Gesicht heraus?
S: Mh.
Th: Und was macht der denn?
S: Hat rote Augen und kam näher... und wollte mich angreifen.
Th: (nimmt Susannes Hand) Gib' mir mal dein Händchen zum Beruhigen.
S: (atmet schwer)
Th: Machen wir mal aus dem Dämon einen normalen Menschen, der aussieht wie ein Opa, der am Friedhof (in der Nähe der Wohnstätte gibt es einen Friedhof) spazieren geht. Guckst du mich an? Geht das?
S: (schaut den Th. an; stumm, ernst; 25 Sekunden lang)
Th: Gemütlicher, netter, älterer Herr, der spazieren geht.
Okay?
S: Mh. (zustimmend)
Th: Fertig?
S: Mh.

ca. 20 Sekunden Pause

- Th: Was ist das für ein Krach, den du mit Helga und Rita hast?
S: Manchmal sagt die zu mir, die würde wegen mir ausziehen, nur weil ich mit der nicht in die Stadt gehe, weil ich keine Zeit habe oder zum Arzt muss oder weil ich alleine gehen möchte.
Th: Die haben bestimmte Erwartungen, was du tun sollst.
S: Ich lasse mir nichts gefallen. Ich bin alt genug.
Th: Du hast dir lange Zeit alles gefallen lassen.
S: Diesmal habe ich mich gewehrt.

- Th: In welcher Weise?
S: Nein, (mit unvermittelt kleinkindhafter Stimme) ich habe gesagt, mich kannst du nicht zwingen, ich kann selber entscheiden.
Th: Und dann?
S: Hinterher war die erst mal sauer; nächsten Tag hat die zu mir gesagt, dass es ihr leid tut und dass ich meine Freiheit selber brauche.
Th: Aber so was regt dich ziemlich auf!
S: Diesmal habe ich mich gewehrt.
Th: War das richtig, sich zu wehren?
S: Ich habe meine Meinung gesagt. Die wollte mit mir Abstand halten, da bin ich erst mal ausgeflippt. Da habe ich zu ihr gesagt, wenn du so weiter machst, mach' ich die Freundschaft aus. Das hab' ich gesagt.
Th: Das war wieder ein bisschen übertrieben;
S: Ja. Da wollte ich die Freundschaft kündigen.
Th: Das war aber sehr übertrieben. Nur weil man ein bisschen Krach oder Streit hat, gleich die Freundschaft kündigen?
S: Was haben denn deine Stimmen dazu gesagt?
S: Dasselbe wieder, ich soll jemanden umbringen.
Th: Da wusstest du, dass sie wieder übertreiben.
S: Mh.
Th: Und im Moment, sagen die im Moment auch was?
S: Im Moment hör' ich die nur ganz schwach.
Th: Was machst du den ganzen Tag? (S. besucht z.Zt. nicht die WfB)
S: Meist tu ich ausschlafen, spazieren mit jemandem, damit ich rauskomme.
S: Meist auch in die Stadt gehe ich.
Th: Alles selbständig?
S: (Nickt) Bin fast wie ein selbständiger Mensch.
Th: Fast wie ein selbständiger Mensch.

ca. 20 Sekunden Pause

- S: Was geht dir durch den Kopf?
S: Mh?
Th: Was geht dir durch den Kopf?
S: (wieder mit kleinkindhafter, ängstlicher Stimme)
S: Alle diese Erinnerungen, die ich damals hatte. Das geht mir im Kopf. Dass ich viel mitgemacht habe zu Hause. Das geht mir im Kopf.
Th: Sollen wir uns eine der Erinnerungen rausholen und unschädlich machen?
S: Ich habe sehr viele schlimme Erinnerungen, sehr viele. Deshalb bin ich auch froh, dass ich da raus bin.
Th: Fühlst du dich hier auf sicherem Boden?
S: Hier fühl' ich mich sicher (schaut entspannt und versonnen)
Th: Gut (beendet die Sitzung)

Das Hauptziel dieser kurzen Sitzung von 15 Minuten bestand darin, den Zusammenhang herzustellen zwischen dem "Symptom" und den Erfahrungen von Susanne die, wie sich inzwischen herausstellt, Traumatisierungen ausgesetzt war. Dies ist hier gelungen, ohne Susanne mittels hypothesengeleiteten Befragens zur Produktion zweifelhafter Erinnerungen zu verleiten. Die dürre Schriftsprache kann natürlich nicht die emotional dichten Momente dieser diagnostisch-therapeutischen Begegnung einfangen.

Bestimmte soziale Auslöser, wie z.B. Konflikte mit Bewohnerinnen, gingen aggressiven Episoden voraus, die wiederum im Zusammenhang mit Gefühlen von Bedrohung und Hilflosigkeit standen. Die "paranoid-halluzinatorischen" Symptome, die Susanne in ihrer kognitiven Welt metaphorisch als Dämon verdichtet und reifiziert, müssen nicht unbedingt als psychotisch gewertet werden. Sinnvoller scheint vielmehr – auch eingedenk der Beobachtung der kindlichen Stimme, die Susanne annimmt, wenn sie die Bilder erinnert und – konstruktivistisch gewendet – erschafft, die Problematik als dissoziative Störung (FIEDLER 2001) zu betrachten, die sich im Rahmen traumatisierender und anderer unerträglicher Erfahrungen etabliert hat und im Sinne der Protektionshypothese (LUDWIG 1983, VAN DER KOLK 1999) eine adaptive Funktion erfüllt. Für ein dissoziatives Geschehen sprechen auch die auf dem Video erkennbaren Absorptionen der Aufmerksamkeit und die Trancephänomene. Susanne beginnt aber – und dem ist therapeutisch und pädagogisch entgegenzuwirken – sich mit Hilfe einer Besessenheitstheorie (Dämon) als psychisch krank ("Wird immer schlimmer mit meiner Psyche") zu definieren, sodass sie keine Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen braucht. Andererseits ist sie schon auf das Angebot einer Stimuluskontrolle (pädagogisch: Umlenken) eingegangen, indem sie z.B. gegen den Wäschekorb tritt.

In der Signatur der *Verhaltensanalyse* lässt sich die Problematik so darstellen:

- *S (Reizbedingungen)*: Konflikte im Alltag
- *O (Organismusvariablen)*: Geistige Behinderung, Lerngeschichte, Traumata?
- *R (Verhalten)*
 - *offenes Verhalten*: Schlagen, Schreien, Aggressionen
 - *Kognition*: "Ich bin besessen"; Stimme befiehlt: „Bring jemanden um!“
 - *Emotion*: Wut, Ärger, Hilflosigkeit, Aggression
 - *Physiologie*: Erregung (Stressäquivalente)
- *K (Konsequenzen)*: Entlastung von Verantwortlichkeit, kurzfristige Reduktion negativer Emotionen, stationäre Unterbringung, langfristig negative Identität als psychisch krank, erschwerte soziale Integration.

Die nunmehr übersichtliche Verhaltensanalyse gestattet auch dem therapeutischen Laien die therapeutische Strategie, die im Skript gesät wird, psycho-logisch nachzuvollziehen.

Die Befreiung vom Werkstattbesuch soll Susanne das Gefühl vermitteln, in ihrem Leben selbst bestimmen zu können und soll negative Einflüsse ("Das macht die nur wegen der Aufmerksamkeit") verringern. Gleichzeitig wird der positive Einfluss der Wohnstättenmitarbeiter erhöht, die rund um die Uhr als Ansprechpartner zu Verfügung stehen. Es wird ihr versprochen, dass sie nicht in die Psychiatrie muss, aber gleichzeitig wird von ihr erwartet, dass sie mitarbeitet: Susanne wird Subjekt ihrer Entwicklung. Auf der Ebene ihrer emotionalen Entwicklung lernt sie, ihre Erregungen wahrzunehmen und in ungefährlicherer (Stimuluskontrolle) Weise zu kanalisieren, z.B. durch Tritte gegen den Wäschekorb. Die Stimmen (das "psychotische" Symptom) leisten bei der Identifizierung problematischer Situationen wertvolle Hinweise, denn jeder erlebt Situationen anders. Beim Ratgeben, was in solchen Situationen zu tun sei, sind sie weniger kompetent, denn sie "übertreiben". Dies lässt sich leicht daran ablesen, dass die Stimmen nur ganz schwach sind, wenn Susanne konstruktive Lösungen erarbeitet. Das Übertreiben der Stimmen und die Heftigkeit mancher ihrer Reaktionen (gleich bei Streit die Freundschaft kündigen!) muss in einem Zusammenhang mit Susannes persönlicher Geschichte stehen, denn weder sind Menschen mit geistiger Behinderung "von Natur" aus extrem, noch müssen sie auf die eine (medikamentös) oder andere (Überbehütung) Art kontrolliert werden.

Das Stichwort "traumatisierende Erfahrungen und deren Folgen" (die Susanne gerade in Riesenschritten bewältigt) leitet über zu:

Chrissi

Chrissi ist Ende zwanzig und lebt in einer größeren Wohneinrichtung mit mehreren Gruppen. Sie arbeitet in einer Werkstatt und verbringt ihre Freizeit zumeist in dem Gemeinschaftsraum ihrer

Gruppe oder gelegentlich bei ihrem Bruder und dessen Frau. Obschon sie wenig spricht und dabei zumeist Drei-Wort-Sätze verwendet, ist sie sehr gesellig und kommunikativ. Ihre Kollegen, Mitbewohner und BetreuerInnen mögen sie sehr. Sie scheint sich in der Einrichtung wohl zu fühlen, lacht viel und steckt andere mit ihrer Freude an. Dennoch ist sie aufgrund der strengen und nachweislich einengenden Erziehung durch ihre inzwischen verstorbene Mutter eher als zurückhaltend, selten fordernd und vordringlich am Wohlergehen anderer statt ihres eigenen orientiert. Sie kritisiert nie etwas, bemüht sich sehr die Erwartungen ihrer Mitmenschen zu erfüllen und wirkt oft „artig“.

Problem („Teil 1“)

Eines Tages beginnt Chrissi, um die Ecken zu schleichen. Zu Beginn ihrer Verhaltensänderung fällt auf, dass sie das Geschehen auf dem Flur prüft, bevor sie aus ihrem Zimmer tritt. Im Verlauf einiger Wochen macht Chrissi in zunehmenden Situationen und bei einer zunehmenden Zahl von Mitbewohnern einen unsicheren, dann ängstlichen und schließlich panischen Eindruck. Einigermassen ruhig wirkt sie nur noch an ihrem Schreibtisch, wo sie Puzzle legt. Die Zeit, welche sie mit ihren Mitbewohnern verbringt wird immer weniger. Sie ist ganz offensichtlich voller Angst und sie ist sehr unglücklich: sie hat aufgehört zu lachen

Ziel („Teil 1“)

Die Betreuer (Bt.) wollen wissen, was mit Chrissi los ist, damit sie ihr helfen können.

Mittel („Teil 1“)

Schon mit den ersten deutlichen Änderungen ihres Verhaltens fragen einige Betreuer Chrissi, wonach sie Ausschau auf dem Flur hält, weshalb sie die Gruppe zunehmend meidet, was mit ihr los sei, wie es ihr geht, ob sie Angst hat.

Chrissi sagt es ginge ihr gut, bejaht jedoch, Angst zu haben. Sie weicht auf die Fragen nach dem `Warum` aus. Da ihre Mimik deutlich macht, dass solcherart Fragen sie in einen Konflikt bringen, wird nach anderen Möglichkeiten gesucht, welche die Bedingungen für ihr vermeidendes Verhalten, ihre Angst und ihr Unglück erklären können:

Die Person, der gegenüber ihre Angst zuerst und bereits vor einer wahrscheinlichen Generalisierung auf andere Menschen am stärksten aufgetreten ist, wird eingehend befragt, als sich eine konkrete Gelegenheit bietet, in der nämlich Chrissi vor ihm wegrennt. Es ist der weniger als Chrissi behinderte Gerd. Gerd reagiert auf die Fragen der Betreuer, ob er wisse, weshalb Chrissi vor ihm weggelaufen ist, aufgebracht und abwehrend. Gerd schimpft über Chrissi und äußert unter anderem: „Die ist alleine schuld, die hat es nicht anders verdient“.

Ein Betreuer beschäftigt sich eingehend mit Gerds Reaktionen und hakt nach. Gerd gesteht schließlich, Chrissi mehrfach vergewaltigt zu haben.

Sofort wird Gerd aus der Wohneinrichtung verwiesen. Mit Angabe dessen, was vorgefallen ist, wird er in eine geschlossene Einrichtung geschickt, wo andere sich weiter mit ihm beschäftigen und schließlich Anzeige erstattet wird, da seine Schuldunfähigkeit nicht sicher ist. All das dient dem Schutz von Chrissi und weiteren Frauen, welcher - wie bei jedem Opfer von Missbrauch und/oder Vergewaltigung - das *nächste und vorrangige Ziel* sein muss.

Problem/Ziel/Mittel („Teil 2“)

Mit dem Schutz vor Gerd allein ist Chrissi nicht geholfen. Sie kann schlecht einschlafen, schreckt in der Nacht auf und weint. Sie kann die traumatischen Erlebnisse nicht ohne Hilfe verarbeiten. Ihre Angst nimmt nur wenig ab. Trotz ihrer Erleichterung über die Befreiung fühlt sie sich an der Vergewaltigung mitschuldig – so wie es ihr während der Taten von ihm vermittelt worden ist – und auch weil Gerd weggeschickt worden ist. Die Betreuer sind überfordert, ratlos und traurig. Sie sehen, dass sie Unterstützung benötigen und finden eine Psychotherapeutin, die Chrissi helfen soll.

Problem („Teil 3“)

Die Psychotherapeutin und Chrissi kennen einander noch nicht, und Chrissi ist nicht an fremden und darüber hinaus neugierigen Leuten interessiert.

Ziel („Teil 3“)

Vertrauensaufbau und Finden einer gemeinsamen Sprache

Mittel („Teil 3“)

Chrissis erste Begegnung mit der Therapeutin ist eine beobachtende. Eine ausgesuchte Betreuerin unterhält sich mit der Therapeutin. Sie erzählen sich bei Chrissis Lieblingsmusik (sowohl sie als auch die Therapeutin sind Fans der Beatles), wie toll diese Songs sind, was es zum Mittagessen gab, wann das nächste Fest im Haus sein wird usw., um Chrissi eine vorsichtige Kontaktaufnahme über die Betreuerin zu ermöglichen. Diese kennt Chrissi gut, sie mögen einander sehr. Vor allem: dieser Betreuerin gegenüber hat sie bislang keine Angst gezeigt.

In den folgenden Sitzungen wird die räumliche Distanz zwischen Therapeutin (Th.) und Chrissi mit gewollt übermäßiger Langsamkeit soweit reduziert, dass sie schließlich direkt beieinander sitzen und Chrissi ihre Hand in die leicht offen gewölbte Hand der Th. legen kann, wenn sie will. Es wird in dieser Phase wenig und gezielt gesprochen. Für Chrissi ist die Konstruktion von Sätzen schwierig, sie versteht jedoch sehr viel von dem, was andere sagen, sofern ein begrenzter und ihr bekannter Wortschatz Verwendung findet. Sie lernt spielerisch über aufgesetzte Gesichtsausdrücke von Th. und stets beteiligter Betreuerin die Unterscheidung von Angst, Trauer, Wut und Freude durch Mimik. In diesem Zusammenhang wird ihr vermittelt, dass fortan eine weit oberhalb der Tischplatte gehaltene Hand „sehr viel“ und eine knapp oberhalb der Tischplatte gehaltene Hand „sehr wenig“ bedeuten soll. So wird schrittweise eine gemeinsame Sprache gefunden.

Psychotherapeutische Problembestimmung

Über Befragung der Betreuer zu Chrissis Biographie, das erlittene Trauma und ihr Vorher-Nachher-Verhalten kommt die Therapeutin zu folgender (kurzgefasster) Auffassung. Chrissi

- braucht rasch (!) Druckentlastung von Trauma-Flashbacks und angenommenen Schuldzuschreibungen
- hat keine kognitive Form für das Trauma, d.h. sie kann weder sich noch anderen erzählen, was genau, wann und wie oft, wie genau und weshalb passiert ist und zweifelt, ob es überhaupt „wirklich“ passiert und/oder vorbei ist
- erlebt folglich ihr jeweils gegenwärtiges Verhalten und Leid (Flashbacks, Angst, Trauer, Irritation, Einsamkeit, Unlust) losgelöst von den bedingenden Traumata, was ihre Kontrollerleben erheblich einschränkt und ihre Identitätswahrnehmung gefährdet (Auflösung von Raum und Zeit)
- kann Ansprüche anderer kaum abwehren und ist deshalb nicht in der Lage, sich selbst (auch vor weiteren Traumata) zu schützen
- erlebt - u.a. durch ihren ängstlichen Rückzug - zu wenig angenehme Situationen, hat also zu wenig positive Verstärker

Psychotherapeutische Zielorientierung

- möglichst weitgehende Traumaverarbeitung
- Kontrollerleben und Identitätswahrnehmung stärken
- Selbstsicherheit erhöhen
- Rückkehr zum Gruppenleben
- Glück

Mittel

- Schuldentlastung durch öffentliche Versicherungen der Betreuer
- EMDR
- dem Trauma durch Finden einer erzählbaren Form einen Anfang, einen Verlauf und durch einen Aufsehen erregenden Ritus ein erlebbares Ende geben
- Hervorheben und Verstärkung von individuellen Vorlieben, Abneigungen, Erlebnissen aller Art, Besuch in der Werkstatt, Vormachenlassen von oft ausgeübten Aufgaben und Tätigkeiten, aktives Zuhören inklusive Im-Gesicht-Lesen, maximal Wahl lassen, individuelle Unterschiede durch respektierende Abgrenzung etc.
- Nein-Sage-Spiele, Frech- und Lautsein üben etc.
- Wochenpläne angenehmer Aktivitäten
- Förderung von lustvollen Wünschen und Tätigkeiten

Was passierte unter anderem wie und warum?

Vom EMDR liegt bislang keine Fassung für die Traumatherapie bei geistig behinderten Menschen vor. Obschon Chrissi bereits Mitte zwanzig ist, halfen Vorgehensweisen aus den Erfahrungen mit EMDR bei Kindern. Da Chrissi nicht in der Lage ist, mit ihren Augen Fingerbewegungen zu folgen, wurde eine Variante mit rhythmischem Fingerklopfen auf die Handaußenflächen gewählt. Bevor die EMDR Sitzungen begannen, wurde mit der therapiebegleitenden Betreuerin eine leicht verständliche Erzählung verfasst, in der eine andere Person (ein Mädchen) ähnliches erlebt, was Chrissi bei der mehrfach wiederholten Vergewaltigung erlitt. Ergänzt wurde die Geschichte durch eindeutig herausgestellte Folgen dieses schrecklichen Erlebnisses. Damit wurde u.a. erreicht, dass Chrissi ihre leidvollen Gedanken, Gefühle und ihr verändertes Verhalten sich selbst durch „die schlimmen Erlebnisse“ erklären kann. Sie erlebt dadurch mehr Kontrolle, was auch als Depressionsprophylaxe betrachtet werden kann. Diese - mit ihrer liebsten Betreuerin und der zunehmend weniger fremden Therapeutin geteilten - Geschichte in ihrem Kopf brachte ihr trotz des aufwühlenden Inhaltes wieder etwas mehr Ruhe. Sie identifizierte sich zunächst mit der Person in der Geschichte. Dann – und dies ist von besonderer Bedeutung – identifizierte sie die Person mit sich: sie „benutzte“ sie für sich als Mittel der Heilung. Dieser Vorgang ging von ihr selbst aus und wurde verstärkt. Alles was ihr geschah, geschah auch „diesem Mädchen“. Mit ihm konnten Einblicke in Emotionen, in die Vergangenheit, die Zukunft, die Lösung, in so etwas wie ein „happy end“ genommen werden. Dem Mädchen konnten durch Chrissi Anregungen gegeben werden. Th. und Bt. diente sie als zusätzliche Informationsquelle. Chrissi entschied schließlich, dass der Täter in der Geschichte des Mädchens Gerd gewesen war, was äußerst hilfreich für das EMDR war, da leichter mit seinem Namen und später mit einem Foto von ihm als stellvertretendem Traumafokus gearbeitet werden konnte, denn wenn sie gelegentlich nicht mit ihm in Zusammenhang gebracht werden wollte, konnte sie das Mädchen an ihre eigene Stelle denken.

Es wurden 15 EMDR-Sitzungen mit jeweils 3-12 Serien gemacht. Chrissi litt sehr bei dieser Behandlung. Sie erlebte jedoch offenbar die heilende Wirkung und äußerte dies auch. Nach zwei Sitzungen EMDR wusste sie, dass das Ziel der gedanklichen Reise der Traumafokus („Auge des Hurrikans“) war und begab sich, deutlich in ihrer Mimik erkennbar, von sich aus dorthin. Einige Male forderte sie fortzufahren, als die Th. die Sitzung beenden wollte.

Begleitend erschien es für Chrissi nützlich, ihr ein wenig helfendes Wissen zu verschaffen. Auf eine Weise, die weniger den korrekten Begriffen, sondern ihr gerecht werden musste, erzählten Th. und Bt. von Gesetzen, Rechten, Tätern, Opfern, verbotenem Tun (sie kannte nur „unerwünschtes“ Verhalten und hielt solches für verboten!), Schuld und Unschuld. Sie war begierig auf dieses Wissen und nutzte es zur Lösung von der Vorstellung, sie selbst habe etwas Schlimmes getan. Sie wurde aufgefordert, unerwünschtes Verhalten zu zeigen, was sie aufgrund ihrer Sozialisation zunächst strikt ablehnte. Laut und frech zu sein - und vor allem das Nein-

Sagen - war ihr schlichtweg unheimlich und solcherart Verhaltensspielarten mussten schrittweise durch Übung und positive Verstärkung aufgebaut werden. Während der Therapiephase durfte sie nach „Lust und Laune“ zur Arbeit in die Werkstatt gehen, was ihr nach einer Weile den Spaß an der Arbeit zurückgab. Alle Betreuer wurden angewiesen, sie königlich zu behandeln, um die Gesamtrate an positiven Verstärkern zu erhöhen. Dieses Vorgehen hatte in dieser Konstellation mehrere Funktionen:

- Chrissis Freude zu locken, mit anderen Menschen zusammen zu sein, denn die waren lieb und lustig mit ihr
- in der Folge die Rückkehr zu ihrem früheren geselligen Verhalten zu unterstützen
- Trost, Sicherheit, Vertrauen zu vermitteln
- Desensibilisierung angstbesetzter Räume, Situationen, Menschen
- depressiver Verstimmung entgegenzuwirken und somit
- eine konkrete Stärkung der Kognition, dass das Leben nicht nur hart, sondern auch wunderschön sein kann.

Die Betreuer unterstützten Chrissis „Königinnendasein“ trotz anfänglicher Bedenken, die Gruppe könne dabei Schaden nehmen. Sie zeigten empathische Fähigkeiten, die sie sich selbst vielleicht nicht in dem Maße zugetraut hatten, und sie hatten letztlich keinerlei Probleme mit den anderen Bewohnern in der Gruppe. Der Grund dafür ist sehr einfach: die anderen Bewohner spürten, dass es Chrissi sehr schlecht ging und wünschten ihr Besserung. Da war schon mal eine „Extrawurst“ von Seiten aller drin. Einer Betreuerin war all das leider überhaupt nicht zu vermitteln. Sie schadete Chrissi mit äußerst unprofessionellem Verhalten. Um einen kurzen Einblick zu geben, was nicht passieren darf, im Folgenden einige Beispiele: Sie verweigerte, sich an der öffentlichen Versicherung der Betreuer gegenüber Chrissi zu beteiligen, dass sie keine Schuld an der Vergewaltigung hat. Sie beschimpfte Chrissi als „fett, faul, dumm, verwöhnt...“. Sie fasste Chrissi gegen deren Willen (hart) an und entfernte (gewaltsam) einen Nierengurt, den Chrissi sich um die Brust geschnallt hatte. Hier wäre eine Kündigung fällig gewesen, die nicht ausgesprochen wurde. Zu Chrissis Glück meldete die Betreuerin sich längerfristig krank.

Chrissi erholte sich zunehmend. Die vor allem nachts auftretenden Flashbacks nahmen ab. Sie begann, zunehmend deutlicher werdend, den anderen Bewohnern von dem zu erzählen, was Gerd ihr angetan hatte. Das EMDR hat sich bei Chrissi sehr bewährt. Die generelle positive Verstärkung war nach einigen Wochen nicht mehr erforderlich. Die Übungen zum unerwünschten Verhalten (frech, laut, Nein, wollen statt möchten usw.) fielen ihr zwar bis zuletzt schwer, zeigten jedoch eine deutliche Steigerung in Bezug auf die angestrebten Ziele ihres Selbstschutzes und selbstsicheren Verhaltens.

Die Therapie wurde damit beendet, dass Chrissi das Foto von Gerd, welches bei der Traumabehandlung als Reiz gedient hatte, zunächst in kleine Stücke riss, dann in einem Aschenbecher in Flammen aufgehen ließ und danach mitsamt Aschenbecher in den Mülleimer schmiss. Sie klatschte in die Hände und ließ laut vernehmen: „Aua weg, fertig, gut!“

Nachtrag

Es wurde eine weitere EMDR-Sitzung nötig, als Chrissi auf einer Kirmes Gerd nochmals begegnete. Ihr war von der Therapeutin und den Betreuern versichert worden, dass sie ihn nie mehr sehen müsste. In gewissem Sinne half ihr deren Bestürzung; zumindest führte der Vorfall nicht zu einem dauernden Vertrauensverlust.

Lucy

Im Folgenden handelt es sich ebenfalls um eine Psychotherapie bei einer jungen Frau, die Opfer einer Vergewaltigung wurde. Hier wurde eine Darstellung gewählt, die sich an den Belangen von

Gutachtern orientiert¹⁴, die über eine Kostenzusage durch die Krankenkasse entscheiden. Doch auch diese *technokratische Darstellungsform* öffnet Einblicke in das schier unglaubliche Leid von Lucy...

Angaben zur Person

Die Pat. ist 29 Jahre alt, geistig behindert, paranoid halluzinatorische Psychose seit 10 Jahren bekannt, superinfiziertes Ganzkörperexzem mit ursprünglichem Herd im Genitalbereich, in der Vorgeschichte sexueller Missbrauch. Die Pat. lebt in einem Wohnheim für geistig behinderte Frauen, zurzeit arbeitsunfähig, voraussichtlich für die Dauer von 6 – 12 Monaten.

Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik

Die Pat. wurde wegen zunehmend paranoid-halluzinatorischen Produktionen krankgeschrieben. Bei der ersten Kontaktaufnahme erzählt sie: "Ich bin die Königin von Deutschland, verheiratet mit Robert, der Staatsanwalt ist. Von ihm habe ich Schlangenkinder, die aus meinem Bauch kommen." Die Pat. produziert wiederholt Bilder mit sexuellem Inhalt, verbalisiert keine Gefühle, kann körperliche Korrelate emotionaler Reaktionen (Erröten, Zittern, Tränen) nicht als Gefühle verbalisieren. Sie kennt offenbar nicht die Bedeutung von Trauer und Angst, andeutungsweise scheint sie den Begriff Ärger bestimmten Situationen zuordnen zu können. Während der ersten Sitzungen kratzt sie sich häufig am Kopf und an den Armen. Aufgrund des Ekzems verfügt die Pat. kaum noch über Kopfbehaarung, am Hals, an den Mundwinkeln, den Händen und Armen sind tiefe, blutige Kratzwunden sichtbar.

Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese

Die Pat. hat Artikulationsschwierigkeiten, es ist jedoch bekannt, dass sie eine klare Singstimme hat und, abgesehen von schwierigen und gefühlsbetonten Inhalten, recht viel begreift. Sie benutzt das Wort "Psychologin", ohne dass ihr die Therapeutin als solche angekündigt wurde. Die Pat. freut sich offensichtlich, eine Therapeutin zu haben, die gleichen Alters und Geschlechtes ist.

Psychischer Befund zum Zeitpunkt der Antragsstellung

Die Pat. ist das älteste von drei Kindern, ihre Schwester und ihr Bruder sind gesund, jedoch lernbehindert. Ihr Vater ist Alkoholiker und seit einigen Jahren arbeitslos. Die Mutter ist vor 4 Jahren an Krebs gestorben. Die Pat. hat eine Sonderschule besucht und bis vor 3 Jahren als Arbeiterin in einer Fabrik gearbeitet. Vor 4 ½ Jahren erkrankte ihre Mutter an Krebs. Aus der Folgezeit ist bekannt, dass die Pat. durch ihre Arbeit in der Fabrik ihre Familie ernährt hat, den Haushalt führte, die Mutter bis zu ihrem Tod pflegte und während dieser Zeit ein Inzestgeschehen vorlag. Aus den Akten geht die Durchführung einer Ausschabung hervor. Nach dem Tod der Mutter wurde die Pat. vor 3 ½ Jahren nach einem psychiatrischen Krankenhausaufenthalt in ein Wohnheim mit Behindertenwerkstätten in der Nähe ihres Heimatortes aufgenommen. Von dort wurde sie jedoch durch ihre Betreuerin nach zahlreichen Besuchen männlicher Familienmitglieder und anschließender Dekompensation in ein weiter entferntes Wohnheim verlegt. Häufige Aufenthalte in psychiatrischen und dermatologischen Kliniken seitdem.

Verhaltensanalyse

Mit Hilfe von Äußerungen der Pat., des Pflegepersonals und der Betreuerin sowie Verhaltensbeobachtungen konnte folgendes Verhaltensmuster als typisches eruiert werden:

¹⁴ Anmerkung des Herausgebers: Die Fall-Darstellung folgt der für den Antrag vorgeschriebenen Gliederung und benutzt die dort übliche Sprache

- **Situation:** Situation, die für die Pat. Hinweischarakter auf sexuellen Missbrauch haben könnte; z.B.: Pat. steht unter der Dusche, Mitbewohnerin betritt das Badezimmer, lässt die Tür offen stehen und starrt die Pat. an.
- **Kognitive Reaktion:** Gedanken, bedroht zu sein, „schmutzig“ zu sein
- **Emotionale Reaktion:** Angst, Scham, Schuldgefühle
- **Beobachtbare Reaktion:** Pat. wendet sich von der aktuellen Situation ab, halluziniert spontan laut, dass „Schlangenkinder“ aus ihrem Bauch kommen, der Staatsanwalt Robert bei ihr sei und auf sie „aufpasst“. Pat. beginnt „auf seinen Befehl hin“ sich Seife in die Hautwunden zu kratzen. Die Symptome halten nach einer solchen Situation 1 – 2 Tage an.
- **Kurzfristige Konsequenzen:** Pat. „vergisst“ vermutlich durch ihre halluzinatorischen Produktionen die Assoziation der Situation mit Inzesterlebnissen, Schmerz durch Kratzen verringert Schuldgefühle, die Pat. bekommt Zuwendung von Betreuerin mit Pflegeausbildung
- **Langfristige Konsequenzen:** Pat. fügt sich zunehmend schwere Hautverletzungen zu, wird in einem für sie schutzbietenden Raum behalten, verliert jedoch dadurch den Anschluss an die Wohnheimgruppe.
- **Motivation:** Die kurzfristigen Konsequenzen steuern im Wesentlichen ihr Verhalten. Der Pat. ist bekannt, dass in Zeiten akut verschlimmelter Hautinfektion ihr Vater sie nicht besucht.

Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung

siehe oben

Therapieziele

Von Seiten der Heimleitung und des behandelnden Arztes wurden als Ziel der psychotherapeutischen Behandlung die Reduktion der paranoid-halluzinatorischen Reaktionen und der Abbau des Kratzverhaltens angegeben¹⁵.

Behandlungsplan

Der Behandlungsplan sah folgende Zugangsweisen vor:

- 2 Einzelsitzungen pro Woche mit einer jeweiligen Behandlungsdauer von 25 Minuten
- token-economy in Bezug auf das Kratzverhalten
- Aufbau einer besseren Verbalisierungsfähigkeit in Bezug auf Gefühle durch Exploration und Rückmeldung mit dem (idealistischen) Ziel ein Alternativverhalten zu den paranoid-halluzinatorischen Reaktionen anzubieten
- vorsichtiges pacing beim Inzestthema

Die Th. entschied sich, die Pat. – entgegen anderer Kontaktpersonen – zu siezen und sie nicht zu berühren.

Therapieverlauf

Die Therapie nahm 60 Sitzungen in Anspruch. In der ersten Phase wurde zunächst auf das paranoid-halluzinatorische Verhalten in der Form eingegangen, dass die Th. der Pat. in ihren Produktionen nicht zustimmte, jedoch stets darauf verwies, dass sie die Inhalte nicht wahrnehmen könne und wolle. Bsp.: Die Pat. „telefonierte“ mit einem imaginären Telefon mit „Robert“. Die Th. betrachtete das Verhalten der Pat. und äußerte, sie selbst benutze für Anrufe stets das Telefon (zeigte auf im Raum befindliches Gerät) und schlug vor, die Telefonnummer

¹⁵ Für diese Veröffentlichung zusätzliche Anmerkung der Verf.: Der Arzt wies darauf hin, es sei „kein Schaden mehr möglich, weil die sowieso bald tot ist...“)

von Robert herauszusuchen und ihn mit dem Fernsprecher anzurufen. Dieser Ablauf wiederholte sich einige Male, bis die Pat. einräumte, dass auch sie eigentlich ohne Telefon nicht anrufen könne, dass sich dahinter aber ein Geheimnis verberge, dass sie der Th. zur "richtigen Zeit" erzählen wolle.

Nach der Kennlernphase ließ sich die Pat. auf eine token-economy ein. Als Verstärker wurde der Besuch des benachbarten Cafes eingesetzt. Zunächst wurde sie angewiesen, zum "Kratzen" sterile Handschuhe und medizinische Salbe zu benutzen. Das zuvor durch die Betreuerin erteilte Kratzverbot wurde nach Absprache aufgehoben. In einem nächsten Schritt wurde als weitere Bedingung die Beschränkung des Kratzens auf das eigene Zimmer und den Therapieraum mit der Pat. vereinbart. Dann wurde ihr vermittelt, dass sie bei Juckreiz zuerst überlegen sollte, ob sie "wirklich kratzen will". Sie verwies darauf, dass "Robert" ihr das Kratzen befohlen habe. Die Th. unterstützte sie mit dem Hinweis, dass sie eine erwachsene Frau sei, die selbst viel besser wisse, was gut für sie sei. Von dieser Wertschätzung zeigte sie sich sehr beeindruckt und das Verhalten reduzierte sich weiter. Zudem war sie in der Folge in der Lage, die Situationen in denen sie kratzte, konkreter zu beschreiben.

Nach einem Besuch des Vaters, der mit ihr unbefugt das Haus für fast 2 Stunden verließ, verschlechterte sich der psychische und dermatologische Zustand der Pat. massiv. Mit hoher Neuroleptikadosierung musste sie in eine Hautklinik eingewiesen werden. Sie hatte ihren Körper innerhalb von 2 Tagen vollständig zerkratzt, blutete und eiterte, Nasenflügel und Ohrläppchen waren eingerissen, das Haupthaar in Büscheln ausgerissen. In der Hautklinik wurde der Kontakt zur Pat. durch wöchentliche Besuche der Th. aufrechterhalten, bei denen sie jedoch kaum ansprechbar war. Bei der Entlassung nach 4 Wochen äußerte die Pat. gegenüber einer Stationsschwester: "Ich will nicht zurück, da kommt mein Vater und bumst mich". Nachdem ihr versichert wurde, sie käme in eine andere (geschützte) Gruppe auf der dies verhindert würde, beruhigte sie sich und ließ sich von der Th. abholen. Bei der Rückkehr ins Wohnheim waren die dermatologischen Befunde verbessert, das durch die Hauterkrankung jedoch immer noch abschreckende Äußere der Pat. erschwerte ihr das Einleben in der neuen Gruppe, und sie zog sich von den Mitbewohnern sehr zurück. In der folgenden Zeit musste zunächst das bereits eingeübte Kontrollverhalten des Kratzens wieder eingeübt werden. Positiv wirkte sich der gute Kontakt der Betreuerinnen zur Pat. und der tolerante Umgang mit ihrer Symptomatik aus.

In der letzten Therapiephase wurde bei zunehmender Besserung der Hautsymptomatik unter token-economy der Versuch unternommen, der Pat. für die paranoid-halluzinatorischen Reaktionen auf belastende Situationen eine Alternative zu entwickeln. Schwierige Situationen, die bei der Pat. negative Gefühle auslösen oder solche, in denen sie sich von Anforderungen nicht absetzen oder Bedürfnisse nicht durchsetzen kann und in denen sie anscheinend in ihre Wahnsymptomatik "flüchtet", wurde folgendes Alternativmuster entgegengesetzt: Die Th. befragte sie nach Ereignissen der letzten Tage. Jedes Ereignis wurde gleichwertig auf der Ebene des sichtbaren Verhaltens aller Beteiligten im Rahmen des Verständnisses der Pat. exploriert. Gefühlsreaktionen der Pat. wurden von der Th. als Angebote rückgemeldet. Die Pat. lernte zunächst deutlich sichtbare Gefühlsreaktionen, wie z.B. Zittern ohne Kältegefühl, bei sich als "Aufregung" zu erkennen. Nach einigen Sitzungen konnte sie ärgerliche Aufregung von Freude durch Selbstbeobachtung unterscheiden. Ein entscheidender Fortschritt in der Behandlung stellte sich ein, als die Pat. bemerkte, dass "Robert kommt", wenn sie aufgeregt sei und dass "Schlangenkinder aus dem Bauch kommen", wenn jemand anderes außer einer bestimmten Betreuerin sie nackt sähe. Die Th. machte ihr das Angebot, als Reaktion auf solche schwierigen Situationen "etwas Besseres zu finden als das Kratzen oder Robert und die Schlangenkinder kommen zu lassen". Die Pat. stimmte dieser "Idee" zu, mit der Einschränkung, auf Robert zurückzugreifen, wenn "es nicht mehr anders geht". Th. und Pat. malten gemeinsam ein Schild mit der Aufschrift "Betreten verboten" und einer passenden Zeichnung, das sie an die Badezimmertüre hängte, wenn sie duschte. Hierbei zeigte sich, dass die Pat. größte Schwierigkeiten hatte, Forderungen an andere zu stellen, woraufhin sie ermutigt und verstärkt wurde, dies doch zu tun. Auf Absprache mit den Betreuerinnen wurde ihr Verhalten in der

Gruppe geshaped und kontingent verstärkt. In dieser Weise wurde auch mit Reaktionen umgegangen, in denen die Pat. Anforderungen ablehnte. Ihre soziale Kompetenz entwickelte sich unter diesem Vorgehen enorm und ihr Interaktionsverhalten normalisierte sich. Zum Ende der Therapie erklärte die Pat. "Robert nicht mehr zu brauchen". Als Erklärung gab sie an, "alles allein zu können oder zu fragen". Die Hauterkrankung war soweit gebessert, dass sie ihr Haupthaar wiedererlangte und dermatologisch nicht mehr behandlungsbedürftig war.

Katamnese

Nach drei Monaten war die Pat. dermatologisch immer noch beschwerdefrei, das Kratzen war nicht wieder aufgetreten. Paranoid-halluzinatorische Reaktionen wurden nicht mehr berichtet. Die Pat. war wieder arbeitsfähig und besuchte für 6 Stunden täglich ein Arbeitstraining für Behinderte.

Literatur

- FIEDLER, P.: Dissoziative Störungen und Konversion. Weinheim 2001 (2.Aufl.)
- GRAWE, K.: Allgemeine Psychotherapie: Leitbild für eine empiriegeleitete psychologische Therapie. In: WAGNER, R.F. & BECKER, P. (Hrsg.) Allgemeine Psychotherapie, Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen. Göttingen 1999.
- HEIJKOOP, J.: Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Geistiger Behinderung. Weinheim 1996.
- KLEINE SCHAARS, W.: Durch Gleichberechtigung zur Selbstbestimmung. Menschen mit Geistiger Behinderung im Alltag unterstützen. Weinheim 2003.
- LEGEWIE, H.: Psychotherapie unter Rationalisierungsdruck. psychomed, 2, 45-50.
- LUDWIG, A.M.: The psychobiology function of dissociation. American Journal of clinical Hypnosis, 26, 1983, 93-99.
- ROJAHN, J. & WEBER, G.: Geistige Behinderung. In: MARGRAF, J.: Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2, 401-413. Heidelberg 1996.
- RÖSSERT, B. & STEIGER, P.: Es geht doch ohne Psychopharmaka. Mehr Lebensqualität für Menschen mit herausforderndem Verhalten. Geistige Behinderung 4/03, 42. Jg., 317-328.
- SKINNER, B.F.: Wissenschaft und menschliches Verhalten. München 1973. (Orig.1953).
- VAN DER KOLK, B.: Das Trauma in der Borderline-Persönlichkeit. Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie, 3, 1999, 21-29.

Autoren

Dipl.Psychologin Isolde Badelt
Psychologische Psychotherapeutin
Humboldtstr. 32
69120 Heidelberg
Tel. 06221/436861, E-mail: IBadelt@t-online.de

Dipl.Psychologin Dr. sc.mus. Maria Becker
Psychologische Psychotherapeutin, Diplom-Musiktherapeutin
Fischers Allee 73
22763 Hamburg
Tel.: 040/39905437, E-Mail: BeckRau@t-online.de
Psychologische Praxis
Unzerstr. 1-3
22767 Hamburg
Tel. 040/4303716, Fax: 040/30606386, E-mail: MaElBecker@t-online.de

Prof. Dr. Klaus Hennicke
Facharzt für Kinder-, Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum
Tel. 0234/36901-189, E-Mail: hennicke@efh-bochum.de
Leiter des Kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes des Bezirks Spandau
Tel. 030/437995-10

Dipl.Psychologe Ernst Hohn
Psychologischer Psychotherapeut
Dipl.Psychologin Dr. Doris Janssen
Psychologische Psychotherapeutin
Bahnhofstr. 89
52499 Baesweiler
Tel. 02401-603908, E-mail: ernsthohn@ginko.de

Impressum

Die „*Materialien der DGSGB*“ sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) und erscheinen in unregelmäßiger Folge. Anfragen und Anforderungen an die Redaktion erbeten.

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)
Maraweg 9
33617 Bielefeld
Tel. 0521/144-2613
Fax 0521/144-3096
www.dgsgb.de

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke
Laubacher Str. 46a
14197 Berlin
Tel.: 0174/989 31 34
E-mail hennicke@freenet.de

DGSGB

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt. Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhaupspsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten
- der Standards ihrer psychosozialen Versorgung
- der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung
- des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Arbeitstagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGB werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand:

Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)
Prof. Dr. Klaus Hennicke, Berlin (Stellh. Vorsitzender)
Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellh. Vorsitzender)
Dipl.Psych. Dr. Gudrun Dobsian, Bielefeld (Schatzmeisterin)
Knut Hoffmann, Göttingen
Dipl.-Psych. Stefan Meir-Korell, Meckenbeuren
Prof. Dr. Gerhard Neubäuser, Linden
Prof. Dr. Georg Theunissen, Halle

Postanschrift

Prof. Dr. Michael Seidel
v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel
Stiftungsbereich Behindertenhilfe
Maraweg 9
D-33617 Bielefeld
Tel.: (0521) 144-2613
Fax: (0521)144-3467
www.dsgb.de