

Vortrag im Rahmen der Fachtagung Down-Syndrom

3. bis 5. Oktober 2008 in Hamburg

Psychotherapie bei Menschen mit Down-Syndrom

Friederike ist 27 Jahre alt. Sie ist vor fünf Jahren aus dem Elternhaus ausgezogen: erst in eine Wohngruppe mit einem hohen Betreuungsschlüssel, vor kurzem in eine Wohngruppe für selbständigere junge Erwachsene.

Ich lernte Friederike vor vier Jahren kennen. Damals wurde sie mir vorgestellt, weil sie sich in der Wohngruppe stark zurückzog und lieber Fernsehen guckte als am gemeinsamen Abendbrot teilzunehmen.

Nach einem Erstgespräch und drei probatorischen Sitzungen, also nach der „Probezeit“, erklärte mir Friederike, dass es ihr sehr geholfen habe zu mir zu kommen. Sie habe endlich frei sprechen können. Aber nun sei es auch genug.

Eine Therapie kam damals nicht zustande.

Vor einem Jahr rief die Mutter an. Friederike habe zweimal geklaut und sei dabei erwischt worden. Die Eltern hätte sich einige Gedanken gemacht, woran das liegen könnte. Die tieferen Beweggründe sollten am besten in einer psychotherapeutischen Behandlung bearbeitet werden.

Bis vor einigen Jahren wurde es noch bestritten, dass geistig behinderte Menschen überhaupt von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren könnten. Das damit verbundene Vorurteil lautete, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht therapiefähig seien. Und des weiteren besteht immer noch die Tendenz, psychische Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung als Ausdruck der geistigen Behinderung zu betrachten und nicht als Phänomene, die einer besonderen Erklärung und Herangehensweise bedürfen.

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

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

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

Voraussetzungen der Behandlung

Die Voraussetzung der psychotherapeutischen Behandlung in der Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Ambulanz Alsterdorf besteht abgesehen von den formalen Erfordernissen der Überweisung durch einen Vertragsarzt und dem Vorliegen eines Krankenscheines in der Diagnose einer krankheitswertigen Störung gemäß den Psychotherapierichtlinien, bspw. Depressionen, Angsterkrankungen, u.a..

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

Der Erstkontakt kommt oft über Betreuungspersonen oder Eltern zustande. Um die Therapie angemessen gestalten zu können, ist es bei den geistig behinderten Klienten wichtig, zu Beginn das kognitive Niveau zu erfassen. Meistens geschieht dies innerhalb der Gespräche selbst. Bei Bedarf werden auch Testverfahren angewendet (z. B. Raven, Diagnostischer Fragebogen Alsterdorf), denn für die weitere Gestaltung der Therapie ist es entscheidend, inwieweit die Klientin in der Lage ist, den Konjunktiv, d. h. Möglichkeiten zu begreifen, welche Einsichtsfähigkeit und welche Möglichkeiten zur Selbstreflexion bestehen, oder auch welche Formen des Zeitbegriffs entwickelt wurden.

Grundsätzlich ist für die psychotherapeutische Behandlung in unserer Ambulanz ein gewisses sprachliches Verständnis Voraussetzung. Klienten, die aufgrund einer schweren geistigen Behinderung keine Sprache erwerben konnten, verweisen wir an unsere intensivpädagogischen Kollegen.

Therapeutisches Setting

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

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

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

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

Im Unterschied zu Psychotherapien mit nicht behinderten Menschen beanspruchen Therapien mit behinderten Menschen meist wesentlich mehr Zeit. Die Anfangsphase, in der es um die Klärung der Motivation, der Themen und des therapeutischen Auftrags geht, dauert in der

Regel wesentlich länger. Geistig behinderte Menschen brauchen mehr Zeit, um Dinge zu verstehen, umzusetzen und zu verarbeiten.

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

So wird die spezifische Langsamkeit bei Menschen mit Down-Syndrom in einem Artikel von Wolfgang Jantzen beschrieben. Jantzen geht davon aus, dass eine große Vulnerabilität (Verletzlichkeit) für psychische Störungen besteht und, dass die Reaktionen auf Anforderungen „empfindlich“ sind bzw. ein Ausweichverhalten dominiert. Jantzens These lautet, dass die Langsamkeit als Anpassungsleistung zu betrachten ist und der Misserfolgsvermeidung dient.

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

Sitzungsfrequenz der Behandlung der behinderten Klienten entsprechen dem, was in der Psychotherapie üblich ist, d. h. die Sitzungen finden in der Regel einmal wöchentlich statt und dauern ca. 50 Minuten. In Krisenfällen kann die Sitzungsfrequenz vorübergehend erhöht sein. Auch kann die Sitzungsdauer variieren, wenn Klienten die volle Zeit nicht durchhalten können. Die Dauer der Behandlung ist eher an der oberen Grenze angesiedelt, also 70 bis 80 Stunden.

Therapeutisches Vorgehen

Auch im therapeutischen Vorgehen ist meistens eine wesentlich größere Flexibilität erforderlich, als bei der Behandlung nicht behinderter Menschen. Die Behandler und Behandlerinnen sollten deshalb über das therapeutische Richtlinienverfahren hinaus, in dem sie ausgebildet wurden, eine große Bandbreite an Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung haben. Dies gilt besonders für die Behandlung geistig behinderter Menschen. Hier ist es ausschlaggebend, inwieweit es gelingt, in der Therapie Worte in konkrete Erfahrungen zu übersetzen und dem kognitiven Niveau anzupassen. Wesentlich ist es, sich dem Sprachniveau in bezug auf Satzbau, Wortwahl und vor allem Langsamkeit des Sprechens anzupassen.

Um Therapieinhalte konkret erfahrbar zu machen, gibt es verschiedene Möglichkeiten. So können verschiedene Techniken hilfreich sein, wie beispielsweise

- Rollenspiele
- Verdeutlichung innerer Konflikte mithilfe von zwei Puppen
- Malen von Bildern
- Einsatz des Szeno-Kastens oder des Familienbrettes, jeweils diagnostisch und therapeutisch zu nutzen.

Manchmal ist die Anwesenheit von persönlichen Assistenten, Beziehungspartnern oder Eltern günstig, weil sie die konkrete Verbindung zum Leben außerhalb der Therapie herstellen und in der Therapie Konflikte direkt bearbeitbar machen. Wie in anderen Therapien auch, zeigen sich viel problematische Verhaltensweisen in der Übertragungsbeziehung zum Therapeuten und werden dort auch in sinnvoller Weise bearbeitet.

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

Die supportive Haltung, also die unterstützende Haltung, des Therapeuten sowie die Fähigkeit zum Containing sind dabei wesentliche Wirkfaktoren.

Containing bedeutet, auf intensive positive, aber auch hochgradig aversive Beziehungserfahrungen nicht unmittelbar zu reagieren. Die „Kunst“ besteht darin, sie zunächst „in sich zu bewahren“ und sie an passender Stelle in einer verarbeiteten, reflektierten Form dem Klienten in Form einer hinweisenden oder interpretierenden Intervention zur Verfügung zu stellen.

Dies ist besonders wichtig bei Menschen, die ihre Schwierigkeiten im psychosozialen Umfeld handelnd zur Darstellung bringen und nicht in der Lage sind, diese zu verbalisieren. Hier kann der Therapeut zum „Behälter“ der Emotionen und Phantasien des Klienten werden, was diesem wiederum vermittelt, dass er auch mit seinen heftigen Affekten und Impulsen vom Behandler angenommen wird und sich sicher fühlen kann.

Therapeutische Beziehung

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

Support, also die Unterstützung, spielt in der Psychotherapie mit behinderten Menschen eine wesentliche Rolle. Weit gefasst könnte dies so verstanden werden, dass die Therapeutin sich als „Hilfs-Ich“ zur Verfügung stellt.

Die Funktionen, die das Ich in der reifen und gesunden Persönlichkeit ausübt (sog. Ich-Funktionen), bestehen u.a. in der Regulation von Affekten und Triebzuständen, der Realitätsprüfung, der Unterscheidung von innen und außen, Abwehrfunktionen und vielem mehr.

Personen mit mangelhaft ausgebildeten Ich-Funktionen haben Schwierigkeiten mit der selektiven Wahrnehmung und können sich gegen interne und externe Reize nicht gut genug abschirmen. Es besteht die Gefahr der „Reizüberflutung“.

Es fehlt die Fähigkeit oder sie ist eingeschränkt, zuverlässig zwischen inneren und äußeren Reizen und zwischen Wirklichkeit und Phantasie zu unterscheiden.

Ebenso schwer ist es, den Zusammenhang zwischen Handlungsimpulsen und den auslösenden Ursachen zu erkennen oder Affekte und Handlungsimpulse zu kontrollieren und zu differenzieren.

Somit ist es wichtig, dies zu erkennen und sich als Therapeutin als „Hilfs-Ich“ anzubieten, um Überforderung zu vermeiden und eine allmähliche Übernahme dieser Funktion über Internalisierung anzubahnen.

Zur Veranschaulichung möchte ich kurz auf Abwehrmechanismen eingehen.

Abwehrmechanismen funktionieren unbewusst und dienen dazu, aktuell unlösbare innerpsychische Konflikte einer suboptimalen (Schein-)Lösung zuzuführen. Auf diese Weise besteht der Konflikt zwar weiterhin, das Individuum nimmt ihn aber nicht mehr in seiner ursprünglichen Form und Intensität wahr und ist so vom Konfliktdruck zeitweise und vordergründig befreit. Abwehr stellt somit kein per se pathologisches, sondern ein Phänomen dar, das als Schutzfunktion ähnlich wie Schmerz oder Angst den Menschen lebensfähig macht.

Somit sind Abwehrmechanismen sinnvoll, um das Individuum vor Angst zu schützen. In späteren Entwicklungsstadien, um angstbesetzte, unbewusste Wünsche oder Vorstellungen in Schranken zu halten. Im Laufe der Entwicklung werden frühe, unreife Formen durch reifere Formen mit höherer Effektivität ersetzt.

Ein reifer Abwehrmechanismus ist z.B. die Verdrängung (Verlagerung von Triebimpulsen, Affekten oder Erinnerungen vom Bewussten in das unbewusste), Verschiebung ((Nichtanerkennen der Realität, bspw. werden Auswirkungen einer Erkrankung nicht wahrgenommen), Rationalisierung (Rechtfertigung von Triebimpulsen oder Verhalten durch Scheinbegründungen), Sublimation (Gestalteter Ausdruck von Wünschen und Trieben, meist Umwandlung in sozial hoch bewertete Aktivität, bspw. künstlerische Arbeit).

Erreicht das Abwehrsystem nicht die reifere Form, können Ängste nicht effektiv gebunden werden. Sie dringen leicht und massiv in das bewusste Erleben ein und führen zu erregtem, angsterfülltem und aggressivem Verhalten. Unreife Abwehrmechanismen wie Spaltung, Projektion etc. beziehen stärker als die reiferen Formen die soziale Umgebung mit ein. Diese extreme Einbeziehung der sozialen Umgebung ist charakteristisch für psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung.

Am Beispiel der eingangs beschrieben jungen Frau lässt sich der Abwehrmechanismus der Regression erkennen. So befindet sie sich in ihrer psychosexuellen Entwicklung schon seit längerer Zeit in der Phase, in der Wünsche nach Beziehung, Nähe und auch Sexualität eine wichtige Rolle spielen. Die junge Frau lebt in einer Traumwelt. Sie schwärmt für Bands mit gutaussehenden jungen Männern und Schauspieler. Der jeweilige Traummann wechselt, aber es gibt immer einen. An dem Abendbrot in der Wohngruppe hat sie deswegen nicht teilnehmen können, weil zu der Zeit ihre Lieblingsvorabendserie im Fernsehen lief. Auf reale Beziehungsmöglichkeiten angesprochen, gibt die junge Frau an, dass sie niemanden kennt, der in Frage käme. Und gegen ihre Traumänner hat sowieso keiner eine Chance. Es gibt vielen Deutungsebenen der beschriebenen Situation. Eines zeichnet sich hier aber ganz sicher ab: Gelebte Sexualität spielt im Leben dieser Patientin scheinbar keine Rolle. Es gibt Träume, Phantasien und einen kaum zu bremsenden Hunger auf Süßigkeiten. Da die genitale Sexualität so angstbesetzt ist, geht die junge Frau auf eine frühere Entwicklungsphase der Befriedigungsform zurück, die der übermäßigen oralen Nahrungsaufnahme.

Ebenso hat ein gut funktionierendes Über-ich nicht nur die Funktion eines inneren „Gerichtshofes“, sondern wird auch eine Quelle der Selbstachtung sein und die Personen weniger abhängig machen von Beziehungen, in denen sie ihre narzisstischen Befriedigungen erfahren. Wenn die sozial-emotionale Entwicklung eingeschränkt ist, werden die Personen weniger Möglichkeiten zu einer effektiven inneren Kontrolle haben und ihre Stabilität und Kontrolle von ihren jeweiligen Bezugspersonen abverlangen. Dies kann sich in einer häufig zu beobachtenden Abhängigkeit und dem Klammern ausdrücken.

Diese Ich-Funktionen sind also in der einen oder anderen Weise als Funktionen der Urteilsbildung, der Beurteilung anzusehen. Eine Übernahme von Hilf-Ich-Funktionen richtet sich also auch darauf, diese Beurteilungsfunktionen zu stärken.

Konkret kann dies bedeuten, mit einem Patienten in kleinen, detaillierten Schritten durchzugehen, was die Folgen bestimmter Handlungen sein können, um so dem Patienten eine besser fundierte eigene Urteilsbildung zu ermöglichen. Die Übernahme der Hilfs-Ich-Funktion besteht dann bspw. darin, das Problem oder die anstehende Fragestellung in hinreichend kleine Teile zu „zerlegen“, so dass es dem Patienten gelingt, das Problem Schritt um Schritt einer Lösung näher zu bringen.

Eine vielfach unterschätzte Form des Supports besteht darin, die vom Patienten erreichten Fortschritte explizit zu bestätigen.

Das Konzept der korrigierenden emotionalen Erfahrung beschreibt die Vorstellung, durch besondere Zuwendung im Hier und Jetzt der therapeutischen Situationen die emotionalen Deprivationen der frühen Kindheit der Patienten zu kompensieren. Dazu gehören die Haltungsaspekte von Präsenz, Respekt und Akzeptanz, das empathische Zuhören, die Bereitschaft des Therapeuten, anders zu reagieren, als es der Patient aufgrund seiner Übertragungen erwartet sowie die Erfahrung, durch eigenes Wahrnehmen und Verstehen von Zusammenhängen Linderung von Symptomen und zunehmendes Kohärenzgefühl der eigenen Person zu erreichen.

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

Wichtig für die therapeutische Beziehung ist eine angemessene Anrede. Viele der geistig behinderten Klienten sind es häufig gewohnt, geduzt zu werden. Trotzdem ist es oft sinnvoll, beim „Sie“ zu bleiben, um ihre Autonomie als erwachsene Menschen deutlich zu markieren. Andererseits erzeugt in einigen Fällen die Anrede mit dem Nachnamen eine so große Distanz (einige geistig behinderte Menschen identifizieren sich nur mit ihrem Vornamen), daß der therapeutische Kontakt dadurch erschwert ist. Dann kann es durchaus sinnvoll sein, sich zu duzen.

Themen

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

Hinter auftretenden Störungen verbergen sich vielfältige Themen, von denen im Folgenden einige exemplarisch vorgestellt werden.

Häufiges Thema ist eine Selbstwertproblematik im Zusammenhang mit Erfahrungen und Einschränkungen als behinderter Mensch. Ebenso geht es oft um das Gefühl der Trauer um

die behinderungsbedingten Einschränkungen, die Möglichkeiten, die man nicht mehr oder noch nie hatte.

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

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

Ein ebenfalls vielfach auftretendes Thema sind Partnerschaftsprobleme und Partnerschaftswünsche. Es geht dann beispielsweise um die Schwierigkeiten, einen Partner oder eine Partnerin zu finden, häufig um unrealistische Vorstellungen über den Wunschpartner und darum mit den Schwierigkeiten des Alleinlebens fertig zu werden oder auch um Probleme in einer bestehenden Partnerschaft. Auch hier müssen behinderte Menschen meist mit größeren Problemen kämpfen als andere. Sei es, weil es schwierig ist, einen Partner kennenzulernen oder, weil es durch die Direktheit und häufige Unverstelltheit der Beziehungskonstellationen schwierig ist, Probleme zu erkennen und angemessen zu benennen.

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

Zusammenfassung

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