

**Es ist normal, anders zu sein –**

## **ein Grundsatz für die Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung**

von Dr. Michael Wunder

It's normal to be different – es ist normal, anders zu sein – ist einer der Slogans der internationalen Behindertenbewegung, der mehr ist als eine identitätsstiftende Selbstbeschreibung. Der Slogan kennzeichnet den Stolz, anders zu sein, auch die Kraft, das Anderssein nicht zu verstecken, sondern zu betonen. Gleichzeitig baut er aber auch eine Brücke zu allen anderen Menschen auf, die mit diesem Slogan daran erinnert werden, daß das, was die Menschen tatsächlich vereinigt, ihre Gleichheit in der Differenz ist.

Es ist normal, anders zu sein, eignet sich dafür, noch andere Satzergänzungen zu finden: es ist normal, psychisch abweichend zu sein; es ist normal, psychosoziale Hilfe zu brauchen; es ist normal, psychosoziale Hilfen auch zu erhalten.

### **Das Normalitätsprinzip und der Ambulanzgedanke**

Von dieser Normalität im Sinne einer Selbstverständlichkeit geht die Forderung nach psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulanzen für Menschen mit geistiger Behinderung aus. Psychologische Beratung, Psychotherapie und psychiatrische Behandlung muß für Menschen mit geistiger Behinderung ebenso erreichbar sein wie für Menschen ohne geistige Behinderung. Und psychologische Beratung, Psychotherapie und psychiatrische Behandlung für Menschen mit geistiger Behinderung muß so sein, daß sie das Anderssein berücksichtigt und auf die spezifischen und besonderen Bedürfnisse dieser Gruppe eingeht. Es ist normal, psychologische und psychiatrische Hilfe zu erhalten, und es ist normal, ganz spezifische psychologische und psychiatrische Hilfen erhalten zu können.

Ein solches Denken im Sinne des Normalitätsprinzips schließt stets ein, daß diese Hilfen unabhängig von einer gegebenen Anstalts- oder Heimstruktur oder bestimmten Wohnformen erreichbar sein müssen. Es ist nicht normal, daß Menschen in Heimen leben und dort über Mechanismen, die sie nicht selber überschauen, geschweige denn bestimmen können, psychologische und psychiatrische Hilfen erhalten, wenn dann meist lebenslanglich, oder ihnen vorenthalten werden, wenn andere, insbesondere die Träger dieser Heime dieses für notwendig erachten. Wenn sie aber schon dort leben müssen, dann ist es normal, daß sie diese Hilfen ambulant, also frei zugänglich wie für Nichtheimbewohner und unter Wahrung der freien Arzt- bzw. Therapeutenwahl erhalten können. Eine Ambulanz ist ein Stück Überwindung solcher Vollversorgungsstrukturen oder Vorenhaltungstrukturen.

### **Die Vorgeschichte der Alsterdorfer Ambulanz**

Unsere Ambulanz in der Evangelischen Stiftung Alsterdorf ist eine Antwort auf den jahrelang währenden Kampf zwischen den Kostenträgern, genauer zwischen den überörtlichen Sozialhilfeträgern und den Krankenkassen. Während der Sozialhilfeträger seit den 80er Jahren in fast allen Bundesländern stets gefordert hat, Leistungen von Ärzten und Psychologen als vorgeblich BSHG-fremde Leistungen aus dem Pflegesatz auszugliedern (oder sie gar nicht erst zuzulassen) haben die Krankenkassen diese Leistungen für Heimbewohner häufig damit abgelehnt, daß sie entweder heimspezifischer Natur seien oder fachlich nicht angemessen. Häufig drohte in diesem

Kampf zwischen Vollversorgung und Vorenthaltung professioneller Standard und notwendige Behandlung an Verteilungskämpfen zu scheitern.

Eine wichtige Erkenntnis aus diesen Auseinandersetzungen ist für mich: Kein Einrichtungsträger oder auch kein Behandler kann sich auf den Standpunkt stellen, daß einer der beiden Kostenträger tatsächlich für alle psychiatrischen und psychologischen Leistungen zuständig sein könnte. Gegen eine Komplettfinanzierung durch die Krankenkassen spricht, daß eine Reihe von Leistungen tatsächlich heim - oder wohnbereichsbezogene Beratungsleistungen sind und keine reinen Behandlungsleistungen. Umgekehrt gibt es kein gutes Argument, sämtliche beraterischen und therapeutischen Leistungen für Bewohner in Heimen vom Sozialhilfeträger mitfinanzieren zu lassen. Aus dieser Gemenge-Lage heraus haben wir in Hamburg unseren Antrag Anfang 1999 auf eine psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulanz beim Zulassungsausschuß der Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigung gestellt.

### **Die Verhandlungen um die Ambulanz in Hamburg**

Nach einer Phase der Ungläubigkeit bei unseren Verhandlungspartnern, daß das vorhandene System der BSHG-Finanzierung durch den Kostenträger in Frage gestellt würde, stießen wir im Laufe des Verfahrens auf zwei wesentliche Gegenargumente:

- Bedarf: Das Angebot des vorhandenen ambulanten Systems von niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten muß ausreichen, den Bedarf abzudecken.
- Angemessenheit: Es sei fragwürdig, ob Menschen mit geistiger Behinderung überhaupt psychotherapiefähig seien.

Die Auseinandersetzung über diese beiden Punkte dauerte anderthalb Jahre. Aber sie war erfolgreich für uns.

Den Bedarf an psychiatrischen Leistungen für Menschen mit geistiger Behinderung konnten wir auf Grund der internen wie externen Nachfrage der vorangehenden Jahre nachweisen. Dabei ging es um die psychiatrischen Mitbehandlungen im Rahmen der schon seit Jahren bestehenden somatischen oder hausärztlichen Ambulanz des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf und um die Zahl der Psychotherapien, die die Psychologen entweder BSHG-finanziert für die Bewohner Alsterdorfs durchgeführt hatten oder auf der Grundlage des Erstattungsprinzips für externe Behinderte. Dabei handelte es sich um ca. 180 Patienten pro Quartal unter den Bedingungen der freien Arzt- bzw. Therapeutenwahl für die Betroffenen, die durch die Großstadtsituation für unsere Klientel seit Jahren praktisch realisiert ist. Die Vorlage solcher Bedarfswahlen ist sicher für solche Verhandlungen wichtig, sie reicht aber noch nicht aus, da die Kassenärztliche Vereinigung das System der Niedergelassenen stets Ambulanzen gegenüber vorziehen will, also notfalls die Zulassungszahlen für die Niedergelassenen erhöht falls lediglich eine quantitative Versorgungslücke auftritt.

Die Umfrage des Zulassungsausschusses unter den niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten betraf deshalb folgerichtig auch die quantitative und die qualitative Versorgungsmöglichkeit der angefragten Klientel. Die Mehrheit der Befragten lehnte diese ab und fühlten sich überfordert. Dieses Ergebnis ist überraschend, da nach dem Niederlassungsschub im Bereich der Psychotherapeuten auf Grund des PTG fast überall Überkapazitäten bestehen. Das Ergebnis zeigt, daß entgegen anderweitigen Befürchtungen die besonderen Anforderungen in diesem Bereich von vielen niedergelassenen Kollegen ganz offensichtlich anerkannt werden und ehrlich als kaum behandelbar in ihrer Praxis eingeschätzt werden. Das Wort des „Wartezimmerprengers“, was in diesem Zusammenhang in unserer Verhandlung fiel,

löste bei uns natürlich Befremden aus, verhalf uns aber letztendlich zur Anerkennung eines besonderen qualitativen Bedarfs.

Der von der Kassenärztlichen Vereinigung in unserem Verfahren, aber auch sonst häufig geäußerten Befürchtung, niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten und Institutsambulanz würden sich um dieselbe Klientel Konkurrenz machen, kann deshalb entgegengehalten werden, daß es sich ganz offensichtlich um zwei verschiedene Klienteluntergruppen handelt. Dies belegt im übrigen auch die Praxis des ersten Jahres unserer Ambulanz, da wir viele Überweisungen gerade auch aus dem Bereich der niedergelassenen Psychiater bekommen.

Das zweite Gegenargument gegen unseren Antrag, geistig Behinderte seien nicht psychotherapiefähig, mag vielen von uns als völlig abwegig erscheinen. Es muß aber ernst genommen werden, da es landläufig sowohl bei Kostenträgern, wie auch bei Ärzten anderer Fachrichtungen immer noch weite Verbreitung hat. Der reine Verweis auf den internationalen Literatur- und Erfahrungsbestand, der dieses Argument natürlich obsolet macht, hilft aber nach unseren Erfahrungen in Hamburg ebenso wenig wie die glatte Behauptung des Gegenteils, alle geistig Behinderten seien psychotherapiefähig. Wichtig erwies sich in unserem Falle vielmehr die Abschichtung des Problems vor dem Hintergrund der langjährigen eigenen Erfahrungen in diesem Bereich.

Definiert man Psychotherapie als vorbehaltlosen interpersonalen Kontakt, in dem auf der Basis einer (minimalen) Selbstwahrnehmung und unter Ausnutzung einer ebenfalls minimalen Motivation zur Veränderung ein neuartiger Selbststeuerungsprozess in Gang gesetzt wird, so hat dies für die Gruppe der geistig behinderten Klienten folgende Konsequenzen:

1. In der sozial-emotionalen Entwicklung muß die Phase der Wahrnehmung des eigenen Selbst als getrennt vom anderen erreicht sein – die Subjekt Konstanz – und damit die Wahrnehmung eigener Aktivitäten als Handlungen mit Folgen in der Umwelt. Eine abgeschlossene Urvertrauensentwicklung oder gar eine abgeschlossene Autonomieentwicklung sind dagegen nicht zwingende Voraussetzungen für psychotherapeutische Interventionen.

2. Im Bereich der kognitiven Entwicklung liegt die Mindestvoraussetzung im Erreichen anschauungsgebundenen Denkens und der Objekt Konstanz. Egozentristische Erklärungen der Welt, magische oder anschauungsgebundene können zwar ausgesprochen große Schwierigkeiten darstellen, müssen aber nicht bereits überwunden sein. Ein Konkret-operationales Denkniveau, das diese Stufen überwunden hat, ist nicht unumgängliche Voraussetzung.

#### **Die Zulassung der Alsterdorfer Ambulanz**

Die Evangelische Stiftung Alsterdorf hat am 01.07.2000 auf der Grundlage von § 118, SGB V die Ermächtigung erhalten „psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung von schwer- und mehrfach behinderten Patienten, die anderweitig nicht adäquat versorgt werden können auf Überweisung durch Vertragsärzte“, ambulant durchzuführen. Dies ist unseres Wissens nach die erste Ermächtigung dieser Art in der BRD.

Damit wurden über unsere Erwartung hinaus wichtige Ziele der Normalisierung erreicht:

a) Der Kreis der zu behandelnden Patienten wurde über den Kreis der geistig Behinderten hinaus auf alle Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen ausgeweitet – geistig Behinderte haben keine Sonderstellung mehr innerhalb der Behinderten, wenn gleich sie die größte Gruppe bei uns darstellen.

b) Der Kreis der Patienten wurde von den Bewohnern der Stiftung Alsterdorf auf alle Behinderten ausgeweitet, die anderweitig nicht adäquat versorgt werden können – die internen Patienten haben damit keinen Sonderstatus mehr, sie sind ambulante Patienten wie andere auch.

c) Die Überweisung geschieht durch alle zugelassenen Vertragsärzte – die Zugänglichkeit zur Ambulanz ist damit für die Patienten sehr erleichtert, da sie nicht nur von einem Facharzt, sondern auch von ihrem Hausarzt oder einer anderen Ambulanz überwiesen werden können.

Die nach der Zulassung erfolgten Verhandlungen mit den Krankenkassen über die Finanzierung führten zur Vereinbarung einer Krankenscheinpauschale, die allerdings mit einer Deckelung der Scheine auf 200 pro Quartal in einem engen Korridor der Unter- und Überschreitung gekoppelt ist, sowie einer quartalsweisen und jährlich zu erstellende Statistik über die Anzahl der Kontakte der Psychotherapeuten und der Ärzte pro Krankenschein.

Praktisch arbeiten in der Ambulanz derzeit 1,25 Ärzte und 2 Psychologen. Diese Stellen sind auf 2 Ärzte und 5 Psychologen verteilt, die mit ihren anderen Stellenanteilen noch in den Bereichen Krankenhaus und Behindertenhilfe der Stiftung arbeiten. Damit werden folgende strukturelle Vorteile sichtbar:

- a. Interdisziplinarität, die die Abstimmungen zwischen psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung erlaubt
- b. Vernetzung mit den BSHG-gestützten Psychologentätigkeiten in der Behindertenhilfe der Stiftung oder (über freie Finanzierung) in anderen Einrichtungen; die klientenbezogene Arbeit in der Ambulanz kann durch die einrichtungsbezogene Beratung der jeweiligen Leitungen oder Teams abgesichert werden. Praktisch sind die psychosozialen Hilfen damit mischfinanziert.

Beide Elemente, interdisziplinäre Arbeit am Patienten und Verzahnung mit der Beratungsarbeit in den umgebenden Systemen, sind ein enormer Vorteil gegenüber niedergelassenen Psychiatern oder Psychotherapeuten.

- c. Hinzu kommt natürlich noch der übliche Vorteil von Ambulanzen durch ihre Anbindung an ein Krankenhaus, in diesem Fall an die psychiatrischen Abteilungen des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf, was die Möglichkeit der Krankenhauseinweisung in Krisenfällen und die Abstimmung der Vor- und Nachbehandlungen vereinfacht.

### **Diagnosespektrum**

Betrachtet man den Grad der Geistigen Behinderung unserer Klientel so ergibt sich eine deutliche Häufung im Bereich der leichten geistigen Behinderung (F 70-Bereich im ICD 10, IQ 75 – 50) mit 48% und die zweitstärkste Besetzung im Feld der mäßigen geistigen Behinderung (F 71-Bereich, IQ 50-35) mit immerhin noch 26%.

Betrachtet man die Untergruppe der Klienten, die ausschließlich Psychotherapie erhalten haben, zeigt sich eine Verstärkung dieses Trends (69% leichte GB, 14 % mäßige GB). Hervorhebenswert erscheinen die beiden Pole des Kontinuums: schwer

und schwerst geistig Behinderte stellen nur eine kleine Gruppe der Klienten dar. Ebenso die Klienten im Bereich der Lernbehinderung und der durchschnittlichen Intelligenz, da diese im System der Niedergelassenen ausreichend Behandlung erhalten können. Bei den Klienten dieser Gruppe, die in der Ambulanz behandelt werden, handelt es sich überwiegend um Patienten mit Schädel-Hirn-Traumata, die eine Sondergruppe darstellen, da sie aufgrund ihrer besonderen Problematik kaum Behandlung im System der Niedergelassenen finden.

Im Spektrum der psychiatrischen Diagnosen zeigen sich in der Gesamtklientel der Ambulanz Häufungen in den Bereichen

Organische psych. Störungen, Demenz u. SHT (F07) - 11%

Schizophrenie (F2) - 23%

Affektive Störungen (F3) - 13%

Neurotische Störungen (F4) - 23%

Persönlichkeitsstörungen (F6) - 17%

während Psych. Stör. durch psychotrope Substanzen (F1) oder Verhaltensauffälligkeiten mit körperl. Störungen nur eine geringe Rolle spielen.

Betrachtet man die Untergruppe der Klienten, die ausschließlich Psychotherapie erhalten haben, zeigen sich Abweichungen im Bereich Schizophrenie (unterdurchschnittlich: 9% gegenüber 23%) und Neurotische Störungen (überdurchschnittlich: 36% gegenüber 23%) und eine überraschend hohe Besetzung im Bereich Persönlichkeitsstörungen (23% gegenüber 17%).

Zu diesen Zahlen insgesamt sei angemerkt:

Es handelt sich hier nur um die Verteilung der in der Ambulanz behandelten Patienten. Eine Aussage über die Verteilung psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung lassen diese Zahlen nicht zu.

### **Erfahrungen**

Einige wichtige Erfahrungen aus meiner ambulanten psychotherapeutischen Arbeit möchte ich wie folgt zusammenfassen:

#### a) Langsamkeit

Menschen mit einer geistigen Behinderung haben eine andere Geschwindigkeit als wir. Dies gilt für den Alltag ganz allgemein, für das Lernen, aber auch für die Therapie. Nach meiner persönlichen Erfahrung hat dies nicht nur zur Folge, daß Therapien länger dauern als im nicht-behinderten Bereich, sondern stellt auch die Anforderungen an den Therapeuten, in der einzelnen Stunde geduldiger und gelassener zu sein. Deutlich mehr Zeit wird am Anfang gebraucht für den Kontaktaufbau und die Therapievereinbarung.

#### b) Eingangsschwelle oft sehr hoch

Viele Menschen mit geistiger Behinderung können sich nicht so recht vorstellen, was „Gespräche“ bei einem Menschen, den sie noch nicht kennen, bringen sollen. Die Schwelle vor Antritt der Therapie ist für sie häufig sehr hoch. Viele Angehörige und Teams werden dadurch (leider) oft zu „Überredungskünstlern“, - mit wenig Erfolg, wie ich oft merke. Wenn die Motivation eher im Bereich liegt, sozial erwünschtes Verhalten zu zeigen, sind Therapieabbrüche in den ersten Sitzungen keine Ausnahme. Die in der Literatur berichtete „erschwerte Compliance“ bei geistig behinderten Klienten bezieht sich meiner Erfahrung nach auf diese Klienten. Ist der Anfang aber geschafft – mit mehr Zeit als üblich und mit langsamen Vertrauensaufbau – gibt es auch später, beispielsweise bei konfrontativen

Interventionen, keine anderen Compliance – Probleme als bei nicht behinderten Klienten.

c) Beratungsarbeit im Umfeld

Die abstützenden Gespräche mit Angehörigen, Wohngruppen- oder Werkstattteams, sowie mit anderen Behandlern sind ein wichtiger Bestandteil der Arbeit. Ohne sie können Therapieerfolge in den meisten Fällen nicht nachhaltig erreicht werden. Es ist ein immer wieder neues Problem, wann und in welchen Fällen solche Gespräche in Anwesenheit oder Abwesenheit durchgeführt werden sollten, bei letzterem wann mit ihrer Kenntnis und wann auch ohne ihre Kenntnis.

d) Besondere Kommunikationsmuster und –formen

Es liegt auf der Hand, daß nach dem Kontaktaufbau und der Schaffung einer verständlichen und überschaubaren Situation und einer vertrauensvollen Atmosphäre das jeweilige Kommunikationsmuster des Betroffenen erkannt und zur Grundlage der Therapie gemacht werden muß. Dabei sind direkte, auch konfrontierende, z.T. auch reedukative Interventionen, die auch häufig wiederholt werden können, im Vordergrund. Nach meiner Erfahrung sind solche Interventionsformen oft erfolgreicher als non-direktive, müssen aber selbstverständlich in eine akzeptierende und emphatische Gesamtsituation eingebaut sein.

Rollenspiele und Stuhlarbeiten, sind im Falle stärkerer kognitiver Beeinträchtigungen nur begrenzt einsetzbar, insbesondere im Falle magischer Denkinhalte, da sie die Gefahr in sich bergen, zwischen der Therapiesituation und der Wirklichkeit nicht mehr klar unterscheiden zu können. Dagegen sind Methoden der Verbildlichung (Malen des Tagesablaufes oder von bestimmten Lebenssituationen) oder des Aufschreibens einfacher Merksätze besonders geeignet. Im Bereich von Entspannungstrainings habe ich mit der Progressiven Muskelrelaxation gute Erfahrungen gemacht, da sie eindeutig, überschaubar und einfach ist, weniger geeignet erscheint mir Autogenes Training. Handpuppen und Stofftiere sind nur dann einsetzbar, wenn sie nicht den Widerspruch hervorrufen, „Ich bin doch kein Kind mehr“.

### **Ein Beispiel**

Ein Beispiel aus der Praxis, das vieles von dem, was ich gesagt habe, noch einmal deutlich machen sollen:

Herr Schulte (Name geändert) ist 49 Jahre alt, wohnt seit 15 Jahren in einer Wohngruppe eines kleinen Trägers der Behindertenhilfe im südlichen Hamburg. Herr Schulte hat 7 ältere Geschwister und war in seinem Familienleben extremen Bedingungen ausgesetzt. Seine Eltern waren beide alkoholabhängig. Im Verhältnis der Familienmitglieder zueinander spielt die Gewalt eine große Rolle. Die Mutter wurde vom Vater häufig körperlich mißhandelt, dabei war Herr Schulte in der Regel anwesend. Die Geschwister zogen sehr früh aus der elterlichen Wohnung aus, Herr Schulte blieb als einziges behindertes Kind zurück, wuchs in diesem Haushalt fast gänzlich abgeschlossen von Außenkontakten und ohne Schulbesuch auf.

Seine Mutter suizidierte sich vor seinen Augen als er 12 Jahre alt war, einer seiner Brüder wurde etwas später ermordet in seiner Wohnung aufgefunden. Der Vater ließ den Jungen verwahrlosen und holte sich verschiedene Prostituierte in die Wohnung, die auch die Versorgung des behinderten Jungen – oder jungerwachsenen Menschen – übernahmen. Vermutlich kam es dabei auch zu sexuellen Übergriffen auf den Jungen. Nach dem Tod des Vaters folgte die Aufnahme in der besagten Wohngruppe.

Zur Therapie wurde Herr Schulte mit folgender Symptomatik angemeldet.

- Zunehmend autoaggressives Verhalten, fast tägliche Attacken, bei denen er sich heftig ins Gesicht schlage und sich beiße, teilweise aber auch mit Möbeln und Gegenständen um sich werfe und laut schreie.
- Psychotische Einschübe, bei denen er von „bösen Menschen“ spreche, die er gesehen habe oder sehe, insbesondere Frauen.
- In angedeuteter Weise richteten sich diese Aggressionen auch gegen Mitarbeiter, die der Situation dann meist sehr hilflos gegenüberstünden.
- Große Schwierigkeiten, sich abzugrenzen und zu schützen, viele Situationen in der Gruppe beziehe er direkt auf sich und werde dann entweder unruhig oder aggressiv oder fange auch an, zu heulen.
- Gestörter Schlaf. Er könne nur sehr wenig schlafen, wäre sofort aufzuwecken bei den geringsten Geräuschen auf dem Flur wache häufig mit Angstzuständen auf.
- Gestörtes Verhalten gegenüber dem eigenen Körper. Er sei beim Duschen ängstlich oder pöbelig, oder auch laut lachend und überdreht. Meist sei er berührungsempfindlich, würde aber auch oft deutlich um Berührung und Zuneigung bitten und zeige des öfteren übergriffiges Verhalten, insbesondere Mitarbeiterinnen in der Wohngruppe gegenüber.

Diagnostisch habe ich Herrn Schulte als einen Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Wahnbildung eingeschätzt, des weiteren liegt eine mittelgradige Intelligenzminderung vor.

Im Mittelpunkt der therapeutischen Bearbeitung steht die Verarbeitung des kumulativen Traumas, die bis heute nicht abgeschlossen ist. Zwar scheinen die Phasen der Autoaggressionen und des extremen Rückzugs überwunden zu sein, nach wie vor sind aber Angstzustände, Schlafstörungen und wahnhaft Vorstellungen von bösen Menschen, sowie übergriffiges Verhalten, insbesondere Mitarbeiterinnen der Wohngruppe gegenüber, deutlich.

Ich verstehe viele seiner Verhaltensweise im Sinne von Intrusionen, also erneutem Durchleben von belastenden Ereignissen der Vergangenheit. Übergriffe auf die Wohngruppenmitarbeiterinnen können so als Reinszenierungen und partielle Nachahmungen des Erlebten gedeutet werden. Die Angst vor Dunkelheit kann verstanden werden als angstbelastete Erinnerungsbrücke zu der Situation, in der er offensichtlich vom Vater häufig in der Wohnung alleine über Stunden zurückgelassen worden ist. Die wahnhaften Vorstellungen über böse Menschen, die ihn verfolgen, haben ihre Erklärungen in den traumatischen Erlebnissen mit den verschiedenen Prostituierten, die den Haushalt des Vaters führten und dabei vermutlich auch mißbräuchliches Verhalten dem Kind gegenüber gezeigt haben. Psychodynamisch stehen der Konflikt zwischen Angst und Aggression so wie die dauerhafte Erschütterung des Selbstverständnisses und des Urvertrauens im Vordergrund. Das Erlebnis von Ausgeliefertsein und der schutzloser Preisgabe in Form von paranoid anmutenden Wahnvorstellungen begleiten diesen Konflikt.

In der nunmehr fast einjährigen psychotherapeutischen Arbeit mit ihm stehen nach der Stabilisierung in Form von positiver Beziehungserfahrung nun die Mobilisierung im Sinne der Integration abgespaltener Affekte in sozial integrierte Situationen und Handlungen im Vordergrund. Da Herr Schulte eine hohe Motivation mitbringt und gerne mitarbeitet, ist es gelungen, daß er die Inhalte seiner Wahnvorstellungen deutlich, entweder verbal schildert und auf Band spricht oder in Bildern festhält. Bei den Bandaufnahmen wiederholt er häufig das durchaus lustbetonte Einfangen von bekannten oder auch phantasierten bösen Menschen. Teile der Bilder entpuppen sich

immer wieder ambivalent als angstvoll gemalte Sexuelsymbole oder auch als lustvoll, teilweise etwas verborgen und schwer erkennbar gemalte Sexuelsymbole von Frauen und Männern.

Auf die anschauungsgebundene Denkweise von Herrn Schulte gehe ich dadurch ein, daß ich die aufgenommenen Bänder häufiger immer wieder abspiele und ihm auch mitgebe, so daß er die jeweils symbolisch auch eingefangenen bösen Menschen durchaus in seiner Kontrolle, nämlich auf den Bändern gebannt bei sich tragen kann, oder auch Zuhause vernichten kann. Die Langsamkeit dieses Vorgangs zeigt sich darin, daß wir sehr häufig die gleichen bösen Menschen wieder einfangen müssen und die Bänder immer wieder aufs neue vernichten. Gleiches gilt für gemalte Personen oder schemenhaft dargestellte böse Menschen. Auch hier entstehen sehr häufig ähnliche Bilder und sehr häufig ähnliche Umgangsweisen, wie längeres Betrachten und dann Vernichten.

Einen Fortschritt sehe ich darin, daß Herr Schulte mittlerweile häufig betont, daß die bösen Menschen nichts mehr von ihm wollen, nur noch da seien. Einen weiteren Fortschritt sehe ich darin, daß er nun anfängt, sich eine Freundin zu wünschen, die wie er geistig behindert ist und zu ihm passen soll. Eine Reihe begleitender Teamgespräche waren notwendig, um die typischen Phasen und Kennzeichen der Verarbeitung schwerer traumatischer Erlebnisse bekannt zu machen und die Symptome zu deuten. Zwar konnten dadurch die jüngeren Mitarbeiterinnen des Teams natürlich nicht vor übergriffigen Verhaltensweise geschützt werden, das Reden darüber hat aber genutzt, um mit einem tieferen Verständnis zumindest die eigene Wut über das sich ständig wiederholende Verhalten des Bewohners zu reduzieren. Eine Absprache mit dem Arzt hat ergeben, daß auf Medikamente trotz mancher krisenhafter Zuspitzung seit Therapiebeginn verzichtet werden konnte. Dies hat ebenfalls zur Beruhigung im Team beigetragen, da hier stets die Frage war, ob nicht zusätzlich Medikamente gegeben werden müßten.

Im Rückgriff auf das vorher Referierte möchte ich folgende Aspekte hervorheben:

- a) Die Langsamkeit des Prozesses: Immerhin dauert die Therapie bisher schon ein Jahr an und ist noch bei weitem nicht abgeschlossen (bisher 42 Therapiestunden, sowie 10 Beratungsstunden mit dem Team)
- b) Enge Vernetzung der Therapie des Klienten und der Beratung des Teams, des gesetzlichen Betreuers und des überweisenden Hausarztes, übrigens ohne den Klienten, aber mit dessen Wissen
- c) Abstimmung zwischen Psychotherapie und möglicher psychiatrischer Behandlung im interdisziplinären Team der Ambulanz

Darüber hinaus ist Herr Schulte für mich ein gutes Beispiel, daß die Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung besondere Kenntnisse erfordert, in diesem Fall die Verbindung von Entwicklungspsychologie und der Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen, aber eben auch ganz unspezifische, nicht behinderungsbedingte Anforderungen stellt, wie Zugewandtheit, Wachheit und Offenheit für stets neue Möglichkeiten und Lösungen.

Die Behandlung von Herrn Schulte ist für mich eine normale Psychotherapie, aber eben auch eine ganz besondere. Normal wäre eigentlich, wenn wir das von jeder Therapie sagen könnten.