

Erster Teil

Konzepte

Erstes Kapitel:

Psychische Störungen

Unter dem Begriff der Entwicklungsförderung verbirgt sich ein für den Umgang mit geistig behinderten Menschen schier unerschöpfliches Thema. Wird eine Behinderung diagnostiziert, so setzt alsbald – falls der Betroffene gut versorgt wird – die «Frühförderung» ein. Sie erfaßt alle Gebiete: die Motorik, die Wahrnehmung, das Spiel, die Denkfähigkeit, die Sprache, das Sozialverhalten. Gefördert wird auf die unterschiedlichste Art und Weise, und jede Methode beansprucht, einen Beitrag zur gesamten Persönlichkeitsentwicklung zu leisten. Daß dabei jeweils die Beziehung eine Rolle spielt, daß eine gute Beziehung sogar grundlegend ist für die Bereitschaft, sich auf den Prozeß der Förderung überhaupt einzulassen, daß sie somit eine unverzichtbare Voraussetzung für den Erfolg bildet, bestreitet heute niemand mehr.

In den letzten beiden Jahrzehnten wurde darüber hinaus zunehmend deutlich, daß reine Förderkonzepte nicht hinreichen, um geistig behinderte Menschen in ihrer Persönlichkeitsentfaltung zu unterstützen. Denn ein verändertes Menschenbild in der Behindertenpädagogik schärfte die Wahrnehmung dafür, daß zahlreiche Persönlichkeitseinschränkungen, die sich neben dem Mangel an Fähigkeiten auch als behandlungsbedürftige Verhaltensstörung äußern, als manifeste emotionale Störungen einzustufen sind. Das bedeutet, daß die auffälligen und oft als «typisch» geltenden Schwierigkeiten weder einseitig als unmittelbare Folge der Behinderung zu werten sind, noch lediglich eine Konsequenz einschränkender, menschenunwürdiger Lebensbedingungen darstellen. Erstere Meinung herrschte in der traditionellen Behindertenpädagogik ebenso wie in der klassischen Psychiatrie vor. Ausgehend von der Hypothese, geistige Behinderung sei durch einen hirnorganischen Defekt bedingt, wurden die Verhaltensstörungen lediglich als Ergebnis fehlerhaft arbeitender Hirnfunktionen gedeutet, somit als biologisch bedingt, für den gesunden Außenstehenden nicht nachvollziehbar und vom Pädagogen unbeeinflussbar.

Eine andere lerntheoretisch ausgerichtete und milieuoorientierte Sichtweise vertraten viele moderne Pädagogen der siebziger Jahre, die sich im Zuge der Psychiatriereform für die Enthospitalisierung geistig behinderter Menschen und die Normalisierung ihrer Lebensbedingungen einsetzten. Spricht das biologisch-defektorientierte Menschenbild den geistig Behinderten jegliche Fähigkeit ab, auf

verletzende Erlebnisse und widrige Lebensumstände mit psychischen Störungen zu antworten, so betrachtet dieses Modell ihn als zwar lernfähigen, aber völlig außengesteuerten Organismus, der auf positive Lebensbedingungen «automatisch» positiv reagiert.

Erst die Tatsache, daß mit der Annäherung der Lebensverhältnisse an das «gesellschaftlich Normale» zwar einige, aber beileibe nicht alle schwerwiegenden Verhaltensstörungen, «von selbst» verschwanden, öffnete den Blick dafür, daß geistig behinderte Menschen traumatische Erfahrungen konflikthaft verarbeiten und seelisch erkranken können. Nun erkannte man, daß geistig Behinderte sich nach denselben psychischen Gesetzen entwickeln, daß sie empfinden, emotional reagieren und kognitive Strukturen ausbilden wie normal begabte Menschen auch. Mit diesem Ansatz ließen sich die Mehrzahl ihrer fremdartig anmutenden, oftmals unverständlich scheinenden Verhaltensmuster als zwar chronifizierte, aber sinnvolle Antwort auf verletzende Ereignisse, unbefriedigende Beziehungsangebote, unangemessene Lebensbedingungen mit ständigen Über- oder Unterforderungen, kurz als psychische Störung begreifen.

Obgleich sich manches Problemverhalten tatsächlich als unmittelbare, hirnorganisch oder genetisch bedingte Folge der Behinderung herausstellte, ließ sich aufgrund dieses Befundes die klassisch psychiatrische Auffassung nicht mehr halten, daß geistig behinderte Menschen psychisch zu undifferenziert, d.h. «zu dumm», sind für eine «eigentliche» psychische Störung. Vielmehr erweist sich die geistige Behinderung unter dieser Perspektive als ein «Risikofaktor», der die Wahrscheinlichkeit seelischer Schwierigkeiten erhöht, weil die kognitiven Bewältigungsmöglichkeiten (z.B. die Einsicht in Zusammenhänge) vermindert sind. Die Behinderung führt also zu einer gesteigerten Verwundbarkeit der Betroffenen. Zudem bedingt sie oft besonders verletzende Lebensereignisse, die wiederum die Wahrscheinlichkeit psychischer Beeinträchtigungen erhöhen. So sind geistig behinderte Menschen oftmals dauerhaftem psychosozialen Streß ausgesetzt, indem sie häufig emotional unverstanden bleiben und abgelehnt oder stigmatisiert werden, weil sie vielfältigen kognitiven und praktischen Anforderungen nicht genügen können, indem sie ständig mit allzu engen Grenzen konfrontiert werden und schließlich weil sie wieder und wieder schmerzliche Trennungen (durch Krankenhausaufenthalte oder das Heimleben) ertragen müssen.

Als Konsequenz der psychischen Voraussetzungen und der objektiven Belastungen treten seelische Erkrankungen, wie neuere Forschungen übereinstimmend belegen, bei geistig behinderten Menschen gehäuft auf. Lotz und Koch (in Lotz, Koch, Stahl 1994, S. 25) haben die vorliegenden Studien ausgewertet und kommen zu dem Schluß, «daß etwa 30 bis 40% der Personen mit geistiger Behinde-

«...irgendeine Form psychischer Störung aufweisen.» Und in der International Classification of Diseases (ICD) 10 der Weltgesundheitsorganisation wird ihre Häufigkeit als «drei- bis viermal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung» (ICD-10 V 2. Aufl. 1993, S. 254) angenommen.

Die Einsicht in die seelische Verwundbarkeit und Verletztheit geistig behinderter Menschen regte das Forschungsinteresse an. Es galt, die Fragen der Diagnose, der Entstehung und der Behandlungsmöglichkeiten ihrer psychischen Störungen zu klären. Zunächst im anglo-amerikanischen Sprachraum und den Niederlanden, während der letzten zehn Jahre auch in Deutschland, häuften sich die Veröffentlichungen zu den genannten Themenkreisen.

1. Diagnostische Probleme

Die Tatsache, daß geistig behinderten Menschen die «Fähigkeit zur psychischen Störung» so lange Zeit abgesprochen wurde, verweist schon auf den Umstand, daß bei ihnen solche Störungen nicht so leicht diagnostizierbar sind. Denn geistig behinderte Menschen besitzen nur ein eingeschränktes Spektrum an Verhaltens- und Reaktionsweisen, um die unterschiedlichsten inneren Zustände auszudrücken. Außerdem zeigen sie Symptomkombinationen, die sich nicht zwanglos in geläufige psychiatrische Krankheitsbilder einordnen lassen. Kann man dennoch von der gleichen psychischen Krankheit sprechen, auch wenn die Symptome nicht «passen»? Manche Symptome sind unspezifisch, ungewöhnlich oder für das Alter untypisch. Bei anderen Symptomen ist unklar, ob sie bei geistig behinderten Menschen dieselben Rückschlüsse zulassen wie bei nicht behinderten. Die psychische Bedeutung der Symptome läßt sich auch deswegen schwer erfassen, weil geistig behinderte Menschen verbal häufig überhaupt nicht oder nur undifferenziert über ihre emotionale Befindlichkeit und ihre Lebensgeschichte Auskunft erteilen können. Damit entfällt jedoch ein sehr wichtiges, wenn nicht gar das wichtigste Mittel zur psychopathologischen Differenzierung. Denn das Auftreten allein macht ein Symptom noch nicht zum Krankheitszeichen. Dazu wird es erst durch seine Häufigkeit, Dauer und Intensität, die Kombination mit anderen Symptomen und seine die Lebensgestaltung beeinträchtigende Wirkung – kurz, erst durch die Art, wie der Patient sein Symptom erlebt. Erst wenn er oder seine Mitwelt unter dem Symptom leidet, darf es als Signal einer psychischen Störung gewertet werden.

Da der geistig behinderte Mensch über sein seelisches Leiden nur eingeschränkt oder gar nicht sprechen kann, müssen eine erweiterte

Beobachtung und sorgfältige Interpretation bzw. genaue Verhaltensbeschreibung versuchen, die Selbstaussage zu ersetzen. Darüber hinaus gilt es, auch wenn diese oft schwer zu erhalten sind, umfassendere Informationen über die Lebensgeschichte, aktuelle Situation und Beziehungskonstellationen zu erfragen, als dies bei der durchschnittlichen Befunderhebung geschieht. Denn die auffälligen oder störenden Symptome stellen immer auch Problemlösungsstrategien dar, die eine Wurzel in der Lebensgeschichte haben, ebenso wie sie als Beziehungsangebot und als Antwort auf ein solches, d.h. als Interaktionsphänomene, zu werten sind.

Das diagnostische Vorgehen wird also dahingehend verändert, daß es den Gedanken der Leitsymptome weitgehend aufgibt und eine psychische Krankheit nicht mehr einseitig über eine bestimmte Symptomkombination (Syndrom) definiert. Vielmehr rückt es die Bedeutungsebene in den Vordergrund, indem es die Symptome im Zusammenhang mit dem sonstigen Verhalten und dem jeweiligen aktuellen, sowie lebensgeschichtlichen Hintergrund zu verstehen sucht. Dadurch gelangt es zu der Erkenntnis, daß es keinen prinzipiellen Unterschied zwischen den psychischen Erkrankungen nicht geistig behinderter und behinderter Menschen gibt. Letztere erleiden die ganze Vielfalt psychischer Beeinträchtigungen, nur daß deren Erscheinungsweise sich mit zunehmendem Behinderungsgrad von dem gewohnten Krankheitsbild entfernt; andere Symptome, die aber ein vergleichbares Leiden anzeigen, treten an die Stelle.

So lassen sich die psychischen Störungen leicht geistig behinderter Menschen noch recht gut mit den gängigen Diagnoseschlüsseln ICD-10 und DSM IV erfassen. Für die Diagnostik schwer geistig Behinderter müssen diese Standardverfahren jedoch modifiziert werden, indem die tatsächlich beobachtbaren Merkmale den ihnen entsprechenden Störungen zugeordnet werden.

Dem Bestreben, die psychischen Störungen geistig behinderter Menschen anhand des ICD-10 oder DSM IV zu klassifizieren, setzen andere Forscher eine Methode entgegen, in der sie Störungen vornehmlich aus entwicklungspsychologischer Sicht beschreiben und erklären. Zu nennen wäre von deutscher Seite insbesondere *Gaedt*, der als psychoanalytisch orientierter Psychiater bei der diagnostischen Differenzierung die Phasen der Persönlichkeitsentwicklung anwendet, wie *Mahler* sie erarbeitet hat. Da das psychische Entwicklungsniveau gestörter geistig behinderter Menschen häufig gering anzusetzen ist, diagnostiziert *Gaedt* zumeist sogenannte Frühstörungen, die sich vornehmlich durch tiefgreifende Beziehungsstörungen, frühe Formen der Angst, eine unzureichende Ausbildung der Ich-Funktionen, ein primitives Über-Ich und die Entwicklung einer pathologischen Identität auszeichnen. Solche Frühstörungen

werden erkannt und in ihrer Qualität genau beschrieben durch die Analyse der aktuellen Beziehungsstrukturen und Gegenübertragungsreaktionen. Denn psychisch früh gestörte Menschen erleben und deuten die Welt nicht nur gemäß den ursprünglich erlebten, verinnerlichten, affektiv aufgeladenen und niemals überwundenen Beziehungsmustern. Vielmehr reagieren sie auch entsprechend und zwingen damit heutige Bezugspersonen in die ihnen zugeordneten, das alte Muster vervollständigenden Rollen. Deshalb sagen nicht nur die beobachteten Verhaltensweisen des behinderten Menschen (Übertragung), sondern auch die Gefühle und Reaktionen der Interaktionspartner (Gegenübertragung) etwas über die Natur seiner seelischen Störung aus. *Gaedt* verzichtet bewußt auf die psychiatrische Klassifikation, d. h. auf die exakte Zuordnung zu einem vorgegebenen Krankheitsbild, weil sie keinen Ansatz für das psychotherapeutische Vorgehen bietet. Den eröffnet aber die psychoanalytisch ausgerichtete, entwicklungsbezogene Denkweise. Denn sie bezieht sich, indem sie die Störung beschreibt, immer schon auf eine Theorie, die ihre Entstehung erklärt und die eine Perspektive der Weiterentwicklung enthält.

2. Entwicklungsbedingungen psychischer Störungen

Vielerlei Faktoren tragen, wie bereits angedeutet, zu der größeren psychischen Verwundbarkeit und der fortbestehenden Verletztheit geistig behinderter Menschen bei. So sind die Gründe für die seelischen Störungen sowohl in der geistigen Behinderung selbst als auch in den prägenden Lebenserfahrungen und in den aktuellen Lebensbedingungen zu suchen.