

Alle auf die Couch?

Psychotherapie für Menschen mit
intellektuellen Beeinträchtigungen!



Unterlagen zum Symposium. Graz, 17. bis 18. Mai 2011

www.alle-auf-die-couch.alphanova.at

Veranstalter: **alpha nova BetriebsgesmbH**, A-8020 Graz, Idlhofgasse 59-63

www.alphanova.at

Marlis Pörtner:

Personzentrierte Psychotherapie für Menschen mit geistiger
Behinderung.

Skriptum zum Vortrag

Wenn ich hier von "Menschen mit geistiger Behinderung" spreche, so deshalb, weil "intellektuelle Beeinträchtigung" nicht - oder nur vereinzelt - auf die Menschen zutrifft, die von ihrem Umfeld als "geistig behindert" betrachtet werden und denen ich als Psychotherapeutin und bei der Beratung von Mitarbeitenden sozialer Einrichtungen, begegnet bin. Sie litten unter ganz unterschiedlichen Beeinträchtigungen: Lernbehinderungen, psychischen Störungen, organisch oder genetisch bedingten Beeinträchtigungen, Körperbehinderungen (und damit verbundener mangelnder Förderung), Mehrfachbehinderungen, Hirnschädigungen als Folge von Unfall oder Krankheit, leichten oder schweren Verhaltensauffälligkeiten. Und bei manchen Menschen stellte sich die Frage, ob nicht eher der Zufall oder widrige Lebensumstände zu der Bezeichnung "geistige Behinderung" geführt hatte.

Dieses breite Spektrum auf die Bezeichnung "intellektuelle Beeinträchtigung" zu reduzieren, birgt die Gefahr, dass unterstützende Maßnahmen und Angebote nur noch auf diese spezifische Beeinträchtigung zugeschnitten werden und dadurch vielen Menschen mit anderen Beeinträchtigungen die Unterstützung vorenthalten wird, die sie brauchen und auf die sie Anspruch hätten.



Diese verhängnisvolle Entwicklung ist im englischen Sprachraum bereits zu beobachten und es ist zu befürchten, dass sie auch andernorts um sich greift. Auch wenn noch so gut gemeint ist: es nützt nichts, alle paar Jahre den bisher gebräuchlichen Begriff gegen einen neuen auszutauschen, wenn sich die abwertende Haltung gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung nicht ändert, sondern nach einer gewissen Zeit immer wieder auf den neuen Begriff übertragen wird. Ich brauche und verstehe "geistige Behinderung" im Sinne der Definition von Hennische und Rotthaus: "Geistige Behinderung ist eine mögliche Daseinsform des Menschen, die erst im Kontext von Gesellschaft zur eigentlichen Behinderung wird," (Hennische & Rotthaus 1993) und ihres Postulats: "dass geistige Behinderung als eine Möglichkeit der Aneignung von Welt anzusehen ist, (prinzipiell ähnlich wie man es für Hochbegabte beschreiben kann)." (ebenda)

Ist Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung möglich und sinnvoll?

Dessen war ich mir keineswegs sicher, als mir vor mehr als dreißig Jahren - noch im Rahmen meiner psychotherapeutischen Ausbildung - die Gelegenheit geboten wurde, eine Psychotherapie mit einer jungen Frau mit geistiger Behinderung zu übernehmen. Das war damals Neuland - nicht nur für mich, sondern auch für meine Ausbilder. Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung begann gerade auf Kongressen und in der Literatur thematisiert zu werden, doch in der Praxis gab es zu der Zeit noch kaum Erfahrungen. Nach längerem Zögern beschloss ich, es zu wagen. Kurz darauf kam eine weitere Klientin dazu, eine junge Frau mit Down Syndrom. Die Arbeit mit diesen beiden Frauen wurde zur Schlüsselerfahrung, die mein Verständnis von Psychotherapie und meinen Werdegang als personzentrierte Psychotherapeutin ganz entscheidend geprägt hat. Ich habe später in meiner psychotherapeutischen Praxis immer auch Klientinnen und Klienten mit geistiger Behinderung gehabt und unheimlich viel von ihnen gelernt. Niemand hat so sensibel auf kleine Unaufmerksamkeiten oder ungenaues Verstehen reagiert wie sie und mir so direkt und unverblümt gezeigt, wenn sie mal nicht zufrieden waren mit mir. Von ihnen habe ich gelernt, - was mir bald darauf Garry Prouty, der Begründer der Prä-Therapie, aufgrund seiner Erfahrung bestätigte - dass jede noch so wirre und unverständliche Äußerung einen realen Hintergrund hat und ernstgenommen werden muß, auch wenn wir sie nicht entschlüsseln können. Und noch deutlicher als andere Klienten haben sie mich gelehrt, dass Psychotherapie nicht "machen" heißt, sondern ermöglichen.

Leider interessieren sich immer noch zu wenige Psychotherapeutinnen für dieses Gebiet. Das ist zu bedauern - nicht nur für die behinderten Menschen, denen Psychotherapie helfen könnte, sondern auch für die Psychotherapeuten selber, denn sie lassen sich eine unschätzbare Möglichkeit der Horizonterweiterung entgehen, die für ihre gesamte therapeutische Tätigkeit von Be-



deutung wäre. Sich in das "anders Sein" anderer Menschen einfühlen und einen Zugang finden zu ihrer - manchmal fremden und schwer zugänglichen - inneren Welt: darum geht es in jeder Psychotherapie. Zwar mag bei nicht behinderten Menschen das "anders Sein" weniger offenkundig erscheinen, doch jeder Mensch erlebt auf seine ganz eigene Weise. Diese Nuancen des individuellen Erlebens stehen im Zentrum der personzentrierten Psychotherapie, denn sie sind der Schlüssel zum Verstehen. Sie möglichst genau und sensibel zu erfassen, ist eine zentrale Anforderung an die fachliche Kompetenz der Psychotherapeutin und ein entscheidender Faktor im therapeutischen Prozeß. Mit Menschen mit geistiger Behinderung zu arbeiten, bietet eine unvergleichliche Chance, sich diese Kompetenz anzueignen.

Wir haben es, wie bereits erwähnt, nicht mit einer homogenen Gruppe zu tun, sondern mit sehr unterschiedlichen Menschen und Schicksalen. Nur bei einem Teil von ihnen liegen nachweisbare Befunde vor, wie Down Syndrom, Chromosomen-Anomalien, Hirnhautentzündung in frühen Jahren, organische Hirnschädigungen etc. Die am Tavistock Institute in London tätige Psychoanalytikerin Valerie Sinason vertritt zudem aufgrund zahlreicher Psychotherapien mit geistig behinderten Menschen die Auffassung, geistige Behinderung entstehe in vielen Fällen "sekundär", als Folge von traumatischem Erleben wie sexuellem oder emotionalem Mißbrauch oder Gewalt in der Familie. Sie verweist auf Oliver, der ihre Erfahrungen bestätigt und aufgrund seiner Forschungen explizit den Begriff "VIMH = violence-induced mental handicap", d.h. durch Gewalt verursachte geistige Behinderung, geprägt hat. (Sinason 2000)

Unabhängig davon, was der Zuschreibung zugrunde liegt: die sozialen Beeinträchtigungen, welche eine "Behinderten-Karriere" mit sich bringt, haben meist sehr viel schwerwiegendere Auswirkungen als die ursprünglich festgestellte Schädigung. Auf der anderen Seite wird im Zuge an sich begrüßenswerter, aber häufig falsch verstandener "Normalisierung" vielfach über tatsächlich vorhandene Beeinträchtigungen hinweggesehen. Indem sie nicht mehr beim Namen genannt werden, wird zugleich versäumt sorgfältig und differenziert wahrzunehmen und zu berücksichtigen, wo genau und wann ein Mensch welche Unterstützung braucht. Die Folge ist Überforderung und/oder Vernachlässigung, was wiederum neue Verhaltensauffälligkeiten bewirkt. Ein Teufelskreis, der weder der Entwicklung noch dem Wohlbefinden, noch der psychischen Gesundheit zuträglich ist. Um diese zu fördern und zu erhalten, müssen die Menschen in ihrer je individuellen Eigenart verstanden, ernst genommen und wo nötig unterstützt werden.

Es spricht demnach einiges dafür, dass ihnen auch psychotherapeutische Angebote zur Verfügung stehen müssen. Und es spricht einiges für den personzentrierten Ansatz. Warum ist er hier besonders geeignet? Verschiedene Aspekte spielen dabei eine Rolle.



Immer wieder werden - nicht ganz unberechtigt - grundsätzliche Bedenken angemeldet im Sinne von, man solle Menschen mit geistiger Behinderung "akzeptieren statt therapieren." (Stahl 1996). Aus personzentrierter Sicht sind Psychotherapie und akzeptierende Haltung jedoch kein Widerspruch. Im Gegenteil: Menschen so zu akzeptieren, wie sie sind, wird als eine Grundbedingung betrachtet, die den therapeutischen Prozess überhaupt erst ermöglicht. Allerdings würde ich diesen Prozess niemals "therapieren" nennen, weil das suggeriert, es sei die Therapeutin, die den Klienten verändert. Menschen mit Beeinträchtigungen zu akzeptieren, wie sie sind, bedeutet nicht, ihnen keine Entwicklungschancen einzuräumen. Beides ist notwendig. Meine Formulierung lautet deshalb: *Akzeptieren und nicht bestimmte Veränderungen bewirken wollen, aber Bedingungen bieten, die Veränderung ermöglichen.* (Pörtner 2003) Damit ist ein weiteres zentrales Element der personzentrierten Psychotherapie umschrieben, die sich nicht als etwas versteht, das mit anderen Menschen "gemacht" wird, sondern als ein Eröffnen von Räumen, in denen sie eigene, ihnen bisher nicht zugängliche Ressourcen entdecken können. *Empathie, Wertschätzung und Kongruenz*, die Grundpfeiler der personzentrierten Haltung sind unverzichtbar - auch und gerade gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung. Ebenso unverzichtbar ist die Bereitschaft, sich auf *ihre Welt* einzulassen, mag sie zunächst noch so fremd und unzugänglich erscheinen.

Im folgenden seien drei weitere Elemente der personzentrierten Psychotherapie herausgehoben, die bei diesen Klienten besonders ins Gewicht fallen:

Nicht die Defizite sind entscheidend, sondern die Ressourcen

Der ausschließlich "diagnostische Blick", der immerzu die Defizite im Auge hat, trübt die Sicht auf das, was Menschen können, und legt sie allzu sehr auf das fest, was sie nicht können. Was fehlt, steht dann so sehr im Vordergrund, dass was da ist, unbeachtet bleibt und verkümmert. Doch: *das Potential zu Veränderung und Weiterentwicklung liegt nicht in den Defiziten, sondern in den ganz persönlichen Ressourcen.* Die müssen aufgespürt, gefördert und genutzt werden. Ich staune immer wieder, was für originelle Wege meine behinderten Klienten finden, um mit ihren Schwierigkeiten besser zurechtzukommen.

Die kleinen Schritte

In der personzentrierten Psychotherapie finden selten große dramatische Aus- und Durchbrüche statt. Die Veränderung entwickelt sich nach und nach in kleinen Schritten, die in der Realität erprobt und integriert werden wollen. Diese kleinen Schritte müssen aufmerksam wahrgenommen und nachdrücklich ermutigt werden. Das ist bei Menschen mit geistiger Behinderung besonders wichtig - denn sie (und ihre Bezugspersonen!) sind meist so fixiert auf ihre Defizite, dass sie gar



nicht zu erkennen vermögen, wenn sie einen - vielleicht kleinen, aber bedeutsamen - Schritt gemacht haben.

Es sind vielleicht *Nuancen*: die Klientin gerät immer noch außer sich über gewisse Verhaltensweisen eines Mitbewohners, aber sie kann sich schneller wieder auffangen; der Mann, dessen Ausbrüche gefürchtet sind, hat immer noch Wutanfälle, aber sie äußern sich jetzt häufiger verbal und nur noch selten in Tätlichkeiten. Das sind Veränderungen, die zählen, denn: "Jeder Schritt, und sei er noch so klein, beweist die Fähigkeit, Schritte zu machen, und birgt das Potential zu weiteren Schritten." (Pörtner 1996)

Der Weg ist ebenso wichtig wie das Ziel

Auch das gilt nicht nur, aber ganz besonders für Menschen mit geistiger Behinderung. Ihr Selbstkonzept ist geprägt von Erfahrungen wie: "ich kann das nicht, ich bin unfähig, ich mache es falsch". Sich selbst als jemanden zu erleben, der fähig ist, Schritte zu machen, der nicht mehr nur festgefahren, sondern in der Lage ist, etwas zu verändern, eröffnet dem Selbstbild neue Perspektiven. Das ist oft viel entscheidender als ein bestimmtes Ziel zu erreichen - vor allem, wenn dieses Ziel von anderen vorgegeben wird.

Die Grundlagen, auf welchen in der personzentrierten Psychotherapie gearbeitet wird und die therapeutische Haltung sind genau dieselben wie bei anderen Klienten. Doch die Voraussetzungen sind nicht dieselben.

Spezifische Aspekte, Anforderungen und Schwierigkeiten

Die Frage nach klaren Indikationskriterien läßt sich bei dieser Klientengruppe nicht eindeutig beantworten, weil dabei ganz unterschiedliche Faktoren eine Rolle spielen, die in jedem einzelnen Fall differenziert betrachtet und gewichtet werden müssen. *Eine*, an sich sehr wichtige Voraussetzung für Psychotherapie ist jedoch kaum jemals gegeben: *Freiwilligkeit*.

In der Regel ist es das Umfeld, das eine Therapie für notwendig erachtet - und damit meist ganz bestimmte Vorstellungen verbindet, was sie bewirken soll. Da muß die Therapeutin sorgfältig darauf bedacht sein, sich nicht zum Erfüllen von Aufträgen benutzen zu lassen, sondern ganz offen zu bleiben für die Anliegen der Klienten selber. Nur so besteht die Chance, dass *Vertrauen* entsteht und Unfreiwilligkeit zum *selber Wollen* wird. Das geschieht manchmal schon bei der ersten Begegnung, manchmal erfordert es mehr Zeit - doch ohne dieses selber Wollen bleibt Psychotherapie chancenlos.

Es geht in einer Psychotherapie niemals darum, behinderte Menschen nach den Wünschen der Bezugspersonen umzuformen, sondern darum, ihnen ganz persönliche Entwicklungsschritte



und Entscheidungsfindungen zu ermöglichen. (Pörtner 2003) Das ist für den Therapeuten oft eine Gratwanderung, denn - anders als bei nicht behinderten erwachsenen Klientinnen - ist er auf Austausch mit den Bezugspersonen angewiesen. Ich werde weiter unten darauf zurückkommen.

Bei stillen, gefügigen Menschen, die dem Umfeld wenig Mühe machen, wird selten die Notwendigkeit einer Psychotherapie erkannt, obschon sie psychisch viel stärker gefährdet sind und eher eine solche brauchen würden als die lauten, aufmüpfigen, die ihre Spannungen und Frustrationen wenigstens zum Ausdruck bringen können, wenn auch nicht auf angemessene Weise. Depressive Aspekte bei Menschen, die zu allem ja sagen und brav alles mit sich machen lassen, werden leider allzu häufig übersehen. Anlass um jemanden in eine Psychotherapie zu schicken, sind in der Regel aggressive, autoaggressive oder andere Verhaltensweisen, die dem Umfeld Angst machen oder mit denen es nicht zurecht kommt,

Dabei darf die Therapeutin nie aus den Augen verlieren, dass an Konflikten und Spannungen immer auch das Umfeld beteiligt ist. Mit einem geistig behinderten Menschen therapeutisch zu arbeiten darf niemals beinhalten, ihm die alleinige Verantwortung für sein schwieriges Verhalten in die Schuhe zu schieben. Deshalb wäre in vielen Fällen das Einbeziehen der Bezugspersonen wünschenswert. Im familiären Umfeld könnte eine Familienberatung oder -therapie sinnvoll sein. Im institutionellen Bereich sind beratende Gespräche mit den Mitarbeitenden wünschenswert. Leider läßt sich das nicht immer verwirklichen, sei es weil die betroffenen Personen nicht dazu bereit sind, sei es aus organisatorischen, finanziellen oder anderen Gründen.

Behinderung oder psychische Störung?

Oft ist schwer zu unterscheiden, ob bestimmte Verhaltensweisen oder Erscheinungsbilder durch die Behinderung bedingt oder als Anzeichen psychischer Störungen zu betrachten sind. Die herkömmlichen diagnostischen Kategorien sind daher nur bedingt anwendbar. Da zeigt sich ein weiterer Vorteil der personzentrierten Arbeitsweise: sie legt den Schwerpunkt nicht auf die Diagnostik sondern auf das Bestreben, *die subjektive Welt des Gegenübers zu verstehen*. Das ist bei Menschen mit geistiger Behinderung besonders wichtig, unter anderem auch weil sie manchmal nur über wenige Verhaltens- und Reaktionsweisen verfügen, mit denen sie ganz verschiedene Befindlichkeiten ausdrücken.

Ausdrucksebene und Ausdrucksweise des Klienten

Wenn wir uns auf die Ausdrucksebene des Gegenübers einlassen, wird uns seltsames, unverständliches Verhalten nicht nur als etwas Störendes erscheinen, das zu beseitigen ist, sondern



wir werden zu verstehen suchen, was darin zum Ausdruck kommen möchte. Hier ist Proutys Begriff von der "prä-expressiven" Ebene (Prouty 1998), auf der etwas nach Ausdruck sucht, das sich noch nicht recht auszudrücken vermag, eine große Hilfe zum besseren Verständnis von Verhaltensweisen oder Äußerungen, die zunächst nicht nachvollziehbar erscheinen.

Sprachlosigkeit und Sprachstörungen können das Verstehen erheblich erschweren. Die Beziehung bahnt sich dann in einem subtilen, vor-sprachlichen Bereich an, den viele Therapeutinnen erst noch entdecken müssen. Ein eindrückliches Beispiel sind die Erfahrungen der Psychologin Barbara Krietemeyer mit einer schwer behinderten Frau, die im Kapitel "Ein hoffnungsloser Fall?" in meinem Buch *Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen* beschrieben sind. (Pörtner 1996) Proutys Konzept der Prä-Therapie bietet hier eine wertvolle methodische Hilfe. Durch verschiedene Formen von Kontaktreflexionen werden konkrete Möglichkeiten erschlossen, behinderten Menschen auf *ihrer* Ausdrucksebene und in *ihrer* - verbalen oder nicht verbalen - "Sprache" zu begegnen. (Prouty 1994; Prouty, Van Werde, Pörtner 1998)

Sprachstörungen, die das einführende Verstehen erschweren, kommen auch bei Menschen mit leichten Behinderungen häufig vor. Hier bewährt sich ein altes (manchmal zu Unrecht belächeltes) methodisches Element der personzentrierten Psychotherapie: *Wiederholen, was man verstanden hat*. Menschen, die sich sprachlich schlecht ausdrücken können, erleben im Alltag ständig, dass ihre Umgebung mit "jaja" reagiert, ohne sie im geringsten verstanden zu haben - eine Erfahrung, welche die Betroffenen immer mehr ausgrenzt und isoliert - was der psychischen Gesundheit nicht eben förderlich ist. Wenn Menschen nun - oft zum ersten Mal - erleben, dass jemand nicht locker läßt, bis er wirklich verstanden hat, so ist das ein befreiendes Erlebnis, das meist mit einem tiefen Aufatmen quittiert wird. Wie wichtig das ist, hat mich eine meiner ersten Klientinnen auf eindrückliche Weise gelehrt: auch als ich mich schon recht gut in ihre Ausdrucksweise eingehört hatte und das eigentlich nicht mehr nötig fand, bestand sie hartnäckig darauf, dass ich jeden ihrer Sätze wiederholte. Offensichtlich brauchte sie diese Bestätigung, dass ich sie wirklich verstanden hatte. (Pörtner 1984, 1990).

Andere, die sich vordergründig recht gut auszudrücken vermögen, sprechen oft in vorgefertigten Klischees, die sie von den "Normalen" aufschnappen, denen sie so gerne gleichen möchten, Worthülsen, die weit entfernt ihrem Erleben sind. An diese Ausdrucksebene, die manchmal einem belanglosen Geplauder gleicht, muß sich die Therapeutin erst gewöhnen. Es braucht Sensibilität, Geduld und einen langen Atem, um der *Erlebensqualität* auf die Spur zu kommen, die sich indirekt und manchmal sehr versteckt in diesen vordergründig belanglosen und oft stereotypen Redewendungen ausdrückt, und um die Klientin behutsam und ganz allmählich in Kontakt



mit ihrem Erleben zu bringen, indem immer wieder der *emotionale Gehalt* in ihren Äußerungen aufgegriffen wird - auch das ein bewährtes methodisches Element der personzentrierten Psychotherapie.

Schwerpunkte im therapeutischen Prozess

Worum geht es denn nun im therapeutischen Prozess, wenn nicht darum, gezielt unerwünschte Verhaltensweisen zu verändern? Unabhängig von der spezifischen individuellen Problematik sind zwei Schwerpunkte von wesentlicher Bedeutung:

Veränderungen im Selbstkonzept

Damit weitere Veränderungen überhaupt möglich werden, geht es zunächst vor allem darum, *ein besseres Selbstwertgefühl* zu entwickeln und eine *annehmendere Haltung zu sich* zu finden. Sich so wie sie sind anzunehmen, fällt Menschen mit geistiger Behinderung in der Regel schwer, denn sie werden von der Umwelt ständig mit ihrer Unfähigkeit und Unzulänglichkeit konfrontiert. Sich mehr zutrauen, auf der anderen Seite aber auch die eigenen Grenzen erkennen - in dieser Hinsicht vermag Psychotherapie einiges zu bewirken. Vom Therapeuten angenommen zu sein, so wie sie ist, hilft der Klientin sich selber besser anzunehmen. Das allein bewirkt schon Veränderungen. Das Lebensgefühl verbessert sich, Energien werden freigesetzt, die neue Blickwinkel eröffnen und weitere Entwicklungsschritte ermöglichen können.

Entwicklung, Wiederherstellung und Festigung der Kontaktfunktionen

Prouty's prä-therapeutischer Ansatz, der ganz auf person-zentrierten Grundsätzen aufbaut, reduziert Kontakt nicht auf den direkten Ich-Du Kontakt sondern beschreibt drei Arten von Kontaktfunktionen: "Kontakt zur Realität Kontakt zu sich selbst und Kontakt zu anderen" (Prouty 1994; Prouty, Van Werde & Pörtner 1998). Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen oder geistiger Behinderung, sind einzelne oder alle Kontaktfunktionen dauernd oder vorübergehend beeinträchtigt oder haben sich nicht ausreichend entwickeln können. Hier erweisen sich wiederum die bereits erwähnten prä-therapeutischen, Kontaktreflexionen als sehr hilfreich, um, auf der einen oder anderen Ebene Kontakt herzustellen und die Kontaktfunktionen behutsam zu entwickeln und zu stärken.

Sich selbst besser annehmen können, mehr in Kontakt sein mit der Realität, mit sich selbst und mit anderen - das wirkt sich unweigerlich auf das Verhalten aus und erweitert den Handlungsspielraum. Auch wenn wir nicht gezielt Verhaltensänderungen zu bewirken suchen: sie bleiben nicht aus, wenn das Selbstkonzept sich verändert und das Selbstwertgefühl stärker wird. Und es macht einen entscheidenden Unterschied, ob Menschen verschüttete oder brachliegende Res-



sources in sich selber entdecken und eigene Schritte machen - wenn auch vielleicht nicht immer genau die, welche wir uns vorgestellt haben - oder ob sie in eine bestimmte Richtung gedrängt werden. Den ersteren Prozess anzuregen und zu unterstützen ist ein wesentliches Element der personzentrierten Sichtweise.

Manche Menschen können Veränderungen im Selbstkonzept durchaus verbalisieren, oft in erstaunlich ausdrucksstarken Bildern. Vor allem aber lassen sie sich am Verhalten ablesen: mehr Sicherheit, mehr Selbstbewußtsein, mehr Mut zu Eigenständigkeit und eigener Meinung - sowohl im Alltag wie auch der Therapeutin gegenüber.

Die Idee der therapeutischen Begleitung

Oft ist es so, dass Menschen mit geistiger Behinderung durch die Therapie zwar neue Möglichkeiten und Fähigkeiten entdecken, um mit der Realität zurechtzukommen, doch dass sich diese Möglichkeiten schnell wieder verschließen. Wenn die erworbenen Fähigkeiten nicht "wach gehalten" und weiterhin unterstützt werden, gehen sie verloren und an ihre Stelle treten wieder die alten Muster. Das hat mich in manchen Fällen dazu veranlasst, die therapeutische Arbeit mit diesen Klienten eher als therapeutische Begleitung denn als Psychotherapie im engeren Sinn zu verstehen, obwohl dabei ein beobachtbarer therapeutischer Prozeß stattfindet. So wie Menschen mit körperlichen Behinderungen gewisse therapeutische Hilfen, dauernd oder in gewissen Abständen immer wieder einmal brauchen - z.B. Physiotherapie, Heilgymnastik, Massage, oder auch technische Geräte wie Hörapparate, Brillen, Gehhilfen - so brauchen manche Menschen mit geistiger Behinderung, vor allem solche, die sehr im Augenblick leben, immer wieder neu Anregung und Unterstützung, wenn sie Schwierigkeiten zu bewältigen haben oder auch einfach damit das, was sie erreicht haben, nicht wieder verloren geht.

Das kann und soll vor allem im Alltag geschehen, durch personzentriertes Handeln der Bezugspersonen und förderliche Lebensbedingungen. Doch manchmal braucht es mehr, nämlich therapeutische Begleitung durch eine Fachperson, die von außen kommt und nicht direkt in den Alltag eingebunden ist. *Therapeutische Begleitung* soll den Prozeß wach halten, auch über Phasen hinweg, in denen er zu stagnieren scheint. Es gilt, die feinen Anzeichen dieses Prozesses sensibel wahrzunehmen, aufzugreifen und zu fördern. Dazu braucht es psychotherapeutische Fachkompetenz, auch wenn sich therapeutische Begleitung nicht so sehr am medizinischen Modell Krankheit - Behandlung - Heilung orientiert (das auf Psychotherapie ohnehin nur bedingt zutrifft), sondern eher als unterstützendes, die persönliche Entwicklung förderndes, das Selbstwertgefühl aufbauendes, Ressourcen erschließendes Angebot versteht, das zwar einen thera-



apeutischen Prozeß beinhaltet, aber vor allem auch unter dem Aspekt der Prävention und der Förderung gesehen werden sollte.

Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

Eine Binsenwahrheit können wir Therapeuten uns nie genug vor Augen halten: *Das wichtigste geschieht außerhalb der Therapiestunde.* (Pörtner 1994) Die aufregendsten Erlebnisse und Erkenntnisse in der Therapiestunde nützen dem Klienten wenig, wenn es ihm nicht gelingt, im Alltag neue und andere Erfahrungen mit sich und anderen zu machen. Menschen mit geistiger Behinderung, sind besonders überfordert, wenn die Gegensätze zwischen dem, was sich im Verlauf der Therapie entwickelt und dem, was in ihrem Umfeld verlangt oder toleriert wird, zu groß sind.

Therapeut und Bezugspersonen dürfen auf keinen Fall gegeneinander arbeiten, denn es sind immer die betroffenen Menschen, die es ausbaden müssen und darunter leiden. Deshalb ist es wichtig, bei den Bezugspersonen Verständnis für die therapeutische Arbeit zu wecken. Sie sollten in der Lage sein, sich anbahnende Prozesse zu verstehen, damit sie im Alltag nicht untergehen, sondern unterstützt werden können. Verhaltensweisen, die zunächst nur als störend wahrgenommen werden, sind unter Umständen Anzeichen für wichtige Entwicklungsschritte. Wenn die Bezugspersonen dafür sensibilisiert sind, können sie angemessener darauf reagieren. Auf der anderen Seite muß die Therapeutin sich auch in die Bezugspersonen einfühlen können, sie ernst nehmen und ihre Rahmenbedingungen berücksichtigen. Außerdem erfährt sie manchmal nur durch deren Rückmeldungen, dass sich im Alltag positive Veränderungen abzeichnen oder neue Schwierigkeiten aufgetaucht sind.

Ein gelegentlicher *Erfahrungsaustausch* ist daher wünschenswert, doch zugleich muss unbedingt *die Schweigepflicht und die Vertraulichkeit der Therapiestunde* gewahrt bleiben. Das ist eine heikle Balance, die Subtilität, Transparenz und klares Differenzieren erfordert. Zum Beispiel kann der Therapeut das Verständnis der Bezugspersonen erweitern, indem er *aus seiner Sicht* schildert, wo der Klient zur Zeit steht, ohne inhaltlich etwas von dem preiszugeben, was dieser ihm anvertraut hat. In jedem Fall müssen die Klienten informiert sein, dass Gespräche stattfinden, und sich darauf verlassen können, dass die Grenze zwischen dem, was zur Sprache kommen kann und dem, was vertraulich bleiben muss, strikt eingehalten wird.

Günstig sind die Voraussetzungen für die Zusammenarbeit mit Mitarbeitenden von Institutionen, in denen auf personenzentrierter Grundlage gearbeitet wird. In meinem Buch *Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen* (Pörtner 1996) habe ich anhand von konkreten Beispielen aus der Praxis ein



personzentriertes Konzept für die Alltagsarbeit in sozialen Einrichtungen beschrieben. Zu meiner großen Freude findet es zunehmend Beachtung und hat da, wo es konsequent und umfassend (also einschließlich Führung und Qualitätssicherung) zur Arbeitsgrundlage gemacht und systematisch eingeführt wurde, Entwicklungen ausgelöst, die viel weiter gehen als ich mir je hätte träumen lassen.

Viele Therapien für Menschen mit geistiger Behinderung wären überflüssig, wenn im Alltag anders mit ihnen umgegangen würde. Auch im Alltag müssen sie in ihrer ganz persönlichen Art und Weise sich auszudrücken *ernst genommen* werden. Auch im Alltag muss ihre *Eigenständigkeit* unterstützt und gefördert, müssen ihnen *Wahlmöglichkeiten* geboten werden, selbst wenn es sich von außen gesehen um belanglose Nebensächlichkeiten zu handeln scheint. Es macht einen Unterschied, ob jemand selbst entscheiden kann, wo der Rollstuhl hingestellt werden soll, oder ob die Begleitperson das bestimmt. Es hebt die Menschenwürde, wenn jemand, der nicht allein zur Toilette gehen kann, gefragt wird: "Ist es recht, wenn ich Sie/ Dich jetzt zur Toilette bringe?" Es macht etwas aus, ob einem Menschen, dem das Essen eingegeben werden muss, der Löffel in den Mund gesteckt wird, bevor er eine Chance hat, ihn selber zu öffnen, oder ob ihm dieses winzige Element der Selbstbestimmung zugestanden wird. Es ist ein anderes Lebensgefühl für einen Menschen, wenn in seiner Anwesenheit nicht über ihn, sondern *mit* ihm gesprochen wird. Auch für Menschen, die selber nicht sprechen, bedeutet es etwas, gefragt zu werden. Sie spüren die Haltung, die dahinter steht, merken, ob sie ernst genommen werden oder ob einfach über sie verfügt wird. Und wenn jemand für Sprache überhaupt nicht zugänglich ist (was selten vorkommt) kann eine solche Frage, bzw. die Bereitschaft, sie oder ihn mit entscheiden zu lassen, auch mit Gesten ausgedrückt werden.

Auch im Alltag ist das individuelle Erleben der Schlüssel zum Verstehen. Auch im Alltag gilt: "Nicht was fehlt ist entscheidend, sondern was da ist." Nicht nur auf die Defizite zu starren, auf das was Menschen mit geistiger Behinderung nicht können oder falsch machen, sondern ihre Ressourcen zu entdecken, die vielleicht winzig *kleinen Schritte*, die ihnen manchmal gelingen, gebührend zu beachten und zu ermutigen - das verbessert nicht nur die Lebensqualität und das Selbstwertgefühl der betroffenen Menschen, sondern auch die Arbeitszufriedenheit der betreuenden Personen. Dasselbe gilt für die Arbeit der Psychotherapeutin.

Jörg Fengler hat diesen Aspekt sehr treffend zum Ausdruck gebracht: "Ressourcen-Orientierung hat unmittelbar mit Psychohygiene zu tun. Wer als Therapeut den Therapieverlauf als Entwicklung und Entfaltung von Möglichkeiten betrachtet und sich selbst entsprechend als Gärtner sieht oder als Heger, oder als jemand, der ein kostbares Geschenk auspackt, also auswickelt oder



entwickelt, wird gewiss von einem anderen Lebensgefühl dabei geleitet sein als jemand, der eine Behinderung mit psychologischen Techniken *bekämpft*. Denn dieser letztere befindet sich im Krieg". (Fengler 1996) Krieg löst keine Probleme, sondern schafft neue. Das sollten wir uns bei der Arbeit mit Menschen mit Beeinträchtigungen stets vor Augen halten.

Erwähnte Literatur

- Fengler, J. (1996): Belastende Faktoren psychotherapeutischer Arbeit mit geistig behinderten Menschen - Zur Psychohygiene der Therapeutenperson. In: Lotz, W., Stahl, B. & Irblich, D. (Hrsg): *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung - Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung* (112-40). Bern, Hans Huber.
- Hennicke, K. & Rotthaus, W. (Hrsg.) (1993): *Psychotherapie und Geistige Behinderung*. Dortmund, verlag modernes lernen.
- Pörtner, M. (1984): Gesprächstherapie mit geistig behinderten Klienten. In *Brennpunkt 18* (6-23) und in: *GwG-info 56* (20-30).
- (1990): Client-Centered Therapy with Mentally Retarded Persons: Catherine and Ruth. In: Lietaer, G., Rombauts, J., Van Balen, R. (Hrsg.): *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties*.
 - (1994): *Praxis der Gesprächspsychotherapie - Interviews mit Therapeuten*. Stuttgart, Klett-Cotta.
 - (1996): *Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen - Personzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen*, 7. Aufl. (2010), Stuttgart, Klett-Cotta.
 - (2003) *Brücken bauen. Menschen mit geistiger Behinderung verstehen und begleiten*.
- Prouty, G. (1994): *Theoretical Evolutions in Person-Centered / Experiential Therapy - Applications to Schizophrenic and Retarded Psychose*. Westport, Praeger.
- (1998): Pre-Therapy and the Pre-Expressive Self. In: *Person Centred Practice*, Vol.6, No. 2 (80-88)
 - Van Werde, D. & Pörtner, M. (1998): *Prä-Therapie*. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Sinason, V. (2000): *Geistige Behinderung und die Grundlagen menschlichen Seins*, Neuwied, Luchterhand. Originalausgabe (1992): *Mental Handicap and The Human Condition*. London, Free Association Books.
- Stahl, B. (1996): Zum Stand der Entwicklung in der Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen. In: Lotz, W., Stahl, B. & Irblich, D. (Hrsg) (1996): *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung - Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung* (14-28). Bern, Hans Huber.