

Christian Gaedt

Geistige Behinderung und psychische Störungen

Vorlesung 1994/95
Medizinische Hochschule Hannover

Zu beziehen über:
Evangelische Stiftung Neuerkerode, Krankenhaussekretariat
38173 Neuerkerode, Tel.: 05305 201 280 Fax: 05305201321

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	S. 4
E i n l e i t u n g	S. 5
Definition der geistigen Behinderung - Klassifikationsprobleme	S. 5
Epidemiologische Angaben	S. 8
Das belastete Verhältnis zur Psychiatrie	S.10
Was bedeutet eine geistige Behinderung?	S 12
Genetisch bedingte Syndrome und der medizinische Blick	S.13
Geistige Behinderung und psychische Störungen - Epidemiologie	S.16
Die Vielfalt der klinischen Bilder	S.17
Wie erklärt sich die Häufigkeit von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung?	S.21
Der familiendynamische Aspekt	S.23
Der entwicklungspsychologische Aspekt	S.27
"Entwicklungsschaden" als pathogenetisches Prinzip	S.23
Der lerntheoretische Aspekt	S.31
Verhaltensstörungen als Anpassungsleistung	S.27
Der diagnostische Prozeß	S.32
Exkurs 1: Die Bedeutung der Elternberatung und die Frage nach der Ursache	S.36
Exkurs 2: Regionale Verteilung psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung	S.43
Exkurs 3: Der neurosenpsychologische Aspekt	S.48
Exkurs 4: An der Grenze zur Psychopathologie: das "sekundäre psychosoziale Defizit" (Levitas und Gilson)	S.50
Exkurs 5: Pathologische Selbstentwürfe - „pathologische Identität“	S.50
Exkurs 6: Verschiedene Formen der Anpassung	S.52

Vorwort

Für das Thema "geistige Behinderung" ist innerhalb der Psychiatrie-Vorlesungen lediglich eine Doppelstunde vorgesehen. Das zwingt zur Beschränkung auf das Wesentliche. Es ist daher das vorrangige Ziel dieser Vorlesung, deutlich werden zu lassen, daß Menschen mit geistiger Behinderung sich nicht über psychiatrische Begrifflichkeiten definieren lassen. Sie sind keine psychiatrischen Patienten. Zuständig wird die Psychiatrie erst dann, wenn Menschen mit geistiger Behinderung an einer psychischen Störung leiden.

Daher heißt die Vorlesung auch nicht "Oligophrenie", wie man es in früheren Vorlesungsverzeichnissen üblicherweise lesen konnte, sondern "Geistige Behinderung und psychische Störungen". Hier eröffnet sich für den Medizinstudenten ein faszinierendes Feld. Gerade in einer Zeit, in der psychiatrische Diagnostik sich in zunehmenden Maße auf die Zuordnung operationalisierter Definitionen internationaler Klassifikationssysteme beschränkt, und das Verstehenwollen von Störungen sich auf lerntheoretisch oder organisch begründete Hypothesen beschränkt, sind psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung eine neue Herausforderung. Natürlich kann man in den meisten Fällen davon ausgehen, daß eine "organische Komponente" vorliegt. Aber wie wirkt sie sich aus? Was sind "organische bedingte Störungen" bei einem Menschen mit geistiger Behinderung? Entlang der organischen Fährte nach den Bedingungsfaktoren suchend stößt man auf pathogene entwicklungspsychologische und familiendynamische Konstellationen, man wird sensibel für die Pathogenität eines unnormalen Alltages und gerät in eine produktive Konfrontation mit völlig anderen Erklärungsansätzen, die vor allem von pädagogischer Seite vorgebracht werden. Das Dogma der "Organizität" verliert so zwangsläufig seine Überzeugungskraft. Das zweite wesentliche Ziel der Vorlesung ist daher, bei der Erklärung psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung eine ganzheitliche Sichtweise zu bahnen.

Das vorliegende Manuskript enthält mehr, als in einer Doppelstunde vorgetragen werden kann. Es ist für interessierte Studenten gedacht, die die in der Vorlesung gegebenen Anregungen etwas vertiefen wollen. Zu diesem Zweck enthält dieses Heft auch Hinweise auf weiterführende Literatur zu diesem Thema.

Neuerkerode, den 7.10.95

Christian Gaedt

Einführung

Das Thema der heutigen Vorlesung heißt „Geistige Behinderung“. Dieses Problem wird Ihnen in vielen Bereichen Ihrer zukünftigen ärztlichen Tätigkeit begegnen.

Konfrontiert werden Sie mit der geistigen Behinderung in der **Geburtshilfe, d.h. Schwangerenberatung, in der genetischen Beratung und in der Pädiatrie, in der Psychiatrie und Neurologie**, denn geistig behinderte Menschen sind häufiger als die Normalbevölkerung psychisch und neurologisch krank, schließlich in der **Orthopädie** und in der **allgemein-ärztlichen Versorgung**. Und die geistig Behinderten werden Sie als **Gutachter** beschäftigen im Zusammenhang mit einer geplanten Sterilisation, mit Schwangerschaftsunterbrechungen, mit der Gewährung von Sozialhilfe, in Verbindung mit dem Betreuungsgesetz und mit gerichtlicher Unterbringung. Daß Sie in vielen Lehrbüchern für Psychiatrie ein Kapitel über „Oligophrene“ finden, ist problematisch. Es steht im Widerspruch zu den Bemühungen um eine Normalisierung der Lebensweise dieser Personengruppe. Ich werde später noch näher darauf eingehen. In dieser Vorlesung werde ich mich hauptsächlich mit den psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung beschäftigen. Zunächst werde ich Sie allerdings mit einigen allgemeinen Ausführungen in das Problem einführen.

Definition der geistigen Behinderung - Klassifikationsprobleme

Geistige Behinderung oder Oligophrenie, wie sie im psychiatrischen Sprachgebrauch genannt wird, ist **keine Krankheit**. Allerdings besteht oft - oder sogar meistens - ein Zusammenhang mit medizinisch definierbaren Krankheiten. Auf diese Unterscheidung wird aber auch heute noch im psychiatrischen Alltag wenig Wert gelegt und die Oligophrenie wird in die Reihe der psychiatrischen Krankheiten eingeordnet. Es gibt zum Beispiel auch heute noch Oligophrenie - Abteilungen in psychiatrischen Krankenhäusern.

Das heute übliche Klassifikationssystem, die **ICD 10**, Kapitel V, versucht dieses Mißverständnis zu umgehen. Hier wird nicht mehr von Oligophrenie, sondern von **Intelligenzminderung** und nicht von Krankheit, sondern generell von Störungen gesprochen. Es bleibt aber auch hier bei der Einordnung in die Reihe der klassischen psychiatrischen Krankheitsbilder, wie zum Beispiel der Schizophrenie, der affektiven Störungen usw. Im Sinne der Normalisierungsbestrebungen wäre es besser, die Intelligenzminderung nicht als eine Hauptkategorie aufzufassen. Es ist aus heutiger Sicht nicht mehr berechtigt, einem Menschen, der nicht psychiatrisch erkrankt ist, das Etikett „Intelligenzminderung“ aus einem Klassifikationssystem psychiatrischer Störungen zu verleihen. Man würde dies zum Beispiel bei der Gruppe der Hochgaben auch nicht tun. Sicherlich ist es aber für den behandelnden Arzt wichtig zu wissen, ob ein störendes Verhalten mit einer geistigen Behinderung kombiniert ist oder nicht. Man könnte bei den einzelnen Störungen die Möglichkeit einer zusätzlichen Codierung schaffen. Diesen Weg ist man in der ICD-10 (noch) nicht gegangen.
(Abb. 2).

Abb.2

F70 leichte Intelligenzminderung IQ 50-69

Andere Bezeichnungen: Leichte geistige Behinderung, leichte Oligophrenie, Debilität, Schwachsinn

Gekennzeichnet durch: Verzögerter Spracherwerb, Selbstversorgung in alltäglichen Verrichtungen möglich (Essen, Waschen, An-und Ausziehen usw.) Schulschwierigkeiten. Anlernberufe möglich in praktischen Berufsfeldern.

F71 mittelgradige Intelligenzminderung IQ 35-49

Andere Bezeichnungen: Imbezillität, mittelgradige geistige Behinderung, mittelgradige Oligophrenie.

Gekennzeichnet durch: Begrenzter Spracherwerb möglich, lebenslange Abhängigkeit bei Alltagsverrichtungen von Unterstützung und Hilfe; Erwerb von Kulturtechniken begrenzt, einfache Arbeiten können mit Unterstützung bzw. unter Aufsicht verrichtet werden.

F72 schwere Intelligenzminderung IQ 20- 34

Andere Bezeichnungen: Schwere geistige Behinderung, schwere Oligophrenie.

Gekennzeichnet durch: In allen Bereichen auf eingreifende Hilfe angewiesen, Spracherwerb nur in Ansätzen möglich. Arbeit nur in einfachster Form denkbar.. Meist kombiniert mit schwerwiegenden motorischen und sensorischen Störungen.

F73 schwerste Intelligenzminderung IQ < 20

Andere Bezeichnungen: Idiotie, schwerste geistige Behinderung, schwerste Oligophrenie.

Gekennzeichnet durch: Praktisch unfähig, Aufforderungen oder Anweisungen zu verstehen. Vorwiegend non-verbale Kommunikation. Meist schwerste motorischen Störungen (Immobilität).

Die ICD teilt die Intelligenzminderung in **vier Schweregrade** ein und ermöglicht, durch eine Zusatzcodierung die Schwere begleitender Verhaltensauffälligkeiten zu verschlüsseln. Natürlich kann die Intelligenzminderung mit jeder anderen Diagnose der ICD-10(V) kombiniert werden. Wichtig ist, daß die Klassifizierung sich nicht allein auf den Intelligenzquotienten stützt. Geistige Behinderung ist in diesem Sinne ein **komplexes Phänomen**, das außer durch unterdurchschnittliche intellektuelle Fähigkeiten auch durch **soziale Anpassungsschwierigkeiten** gekennzeichnet ist. Wichtig für die Klassifikation ist auch das Auftreten im **frühen Kindesalter**. Die Definition von Grossmann aus dem Jahre 1973 ist heute noch gültig :

"Geistige Behinderung bezieht sich auf signifikant unter-durchschnittliche intellektuelle Funktionen, die gleichzeitig mit Mängeln im Anpassungsverhalten existieren und sich während des Entwicklungsalters manifestiert haben."

Ich komme nochmals zurück zu der ICD-Klassifikation (**Abb. 4**), um noch etwas genauer die Bedeutung der einzelnen Schweregrade geistiger Behinderung zu erklären.

Andere, noch heute im deutschen Sprachgebrauch übliche Bezeichnungen für die **leichte Intelligenzminderung** sind leichte geistige Behinderung, leichte Oligophrenie, Debilität oder Schwachsinn. Dieser Grad der Intelligenzminderung ist gekennzeichnet durch einen verzögerten Spracherwerb. Selbstversorgung ist in bezug auf alltägliche Verrichtungen (An- und Ausziehen, Waschen etc.) möglich. Es bestehen schwerwiegende Schulschwierigkeiten, und Anlernberufe sind nur auf einfachem Niveau in praktischen Berufsfeldern möglich

Intelligenzminderung sind leichte geistige Behinderung, leichte geistige Behinderung, leichte Oligophrenie, Debilität oder Schwachsinn. Für die **mittelgradige Intelligenzminderung** werden auch folgende Bezeichnungen gebraucht: Imbezillität, mittelgradige geistige Behinderung, mittelgradige Oligophrenie. Auch bei diesem Behinderungsgrad ist ein begrenzter Spracherwerb möglich. Es besteht jedoch eine lebenslange Abhängigkeit von Unterstützung und Hilfe bei schwierigeren Alltagsverrichtungen. Der Erwerb von Kulturtechniken ist begrenzt. Einfache Arbeiten können mit Unterstützung bzw. unter Aufsicht verrichtet werden.

Die **schwere Intelligenzminderung** wird auch schwere geistige Behinderung oder schwere Oligophrenie genannt. Sie ist gekennzeichnet durch eine ausgeprägte Unselbständigkeit. In allen Bereichen sind diese Personen auf Hilfe angewiesen. Spracherwerb ist nur in Ansätzen möglich und Arbeit nur in einfachster Form denkbar. Meist ist diese Form der Behinderung kombiniert mit schwerwiegenden motorischen und sensorischen Störungen.

Zur Kennzeichnung der **schwersten Intelligenzminderung** benutzt man auch die Begriffe schwerste geistige Behinderung oder schwerste Oligophrenie. Der früher häufig gebrauchte Ausdruck „Idiotie“ ist heute wegen des diskriminierenden Effektes nicht mehr üblich. Personen mit dieser Behinderung sind praktisch unfähig, einfache, nicht eingeübte Aufforderungen

zu verstehen oder ihnen nachzukommen. Die Kommunikation ist vorwiegend präverbal. Meist bestehen schwerste motorische Behinderungen.

Epidemiologische Angaben

Wie häufig ist die geistige Behinderung? Es gibt hier keine im wissenschaftlichen Sinn exakten Angaben. In der Regel basieren die Häufigkeitsangaben auf Schätzwerten und auf Mikrozensus-Erhebungen. Die geschätzten Häufigkeiten in verschiedenen Ländern unterscheiden sich erheblich (**Abb. 5**).

Tabelle 1
**Häufigkeit der geistigen Behinderung in verschiedenen Ländern
(nach Scheerenberger 1964)**

Land	Anteil in der Bevölkerung (%)	Geschätzte Zahl der geistig Behinderten Personen
Australien(Kupinski et al. (1966)	0,65	15.000
Dänemaqr (Mission n.Dänemark, 1962)	1,0*	45.000
Deutschland (Bundesrepublik, Mutters, 1963)	3,0*	2 222.130
England (Lewis, 1929)	0,9	420.000
Finnland (Amnell et al. ,1962)	0,6	24.000
Kanada (Shaw, 1962)	3,4*	540.000
Niederlande (Brouwert,1963)	2,2	22.000
Schweden (Akesson, 1961)	1,8	135.000
UdSSR (Dunn and Kirk;1963)	1,0*	2 214.650
USA	3,0*	5 400.000

* Schätzwerte

Tabelle 2
**Häufigkeit der geistigen Behinderung nach Schweregrad
(nach Scheerenberger 1964)**

Grad	Anteil an der Gesamtbevölkerung	Anteil an der Anzahl der geistig Behinderten (%)	Geschätzte Zahl in den USA
leicht	2,6	86,7	4 680.000
mittel	0,3	10	540.000
schwer	0,1	3,3	180.000
Gesamt	3	100	5. 400.000

Abb.5

So ermittelte man in Australien eine Häufigkeit von 0,65%, in Kanada einen Anteil von 3,4% und in den USA sowie in der Bundesrepublik Deutschland einen Anteil von 3% an der Gesamtbevölkerung (aus Spreen 1978). Der Unterschied erklärt sich einmal durch die Anwendung verschiedener Erhebungsmethoden und vor allem durch die Wahl eines unterschiedlichen „cut off“-Punktes.

Früher war es üblich, bereits bei Werten außerhalb einer Standardabweichung von der durchschnittlichen Intelligenz - also bei einem IQ von <85 - von einer relevanten Minderbegabung zu sprechen. Heute legt man den Wert von zwei (IQ <70) bzw. drei Standardabweichungen (IQ <55) als Grenze zur Normalbegabung zu Grunde. Das hat zu einer erheblichen Senkung der Häufigkeitsangaben geführt (vgl Lotz 1993). Für die meisten entwickelten Industrieländer hat man sich auf Häufigkeitsangaben zwischen **0,4 % und 1,0 %** eingependelt (vgl. auch Thimm 1990).

Dabei fällt auf, daß Pädagogen eher von dem niedrigeren „cut-off“-Wert ausgehen. So empfiehlt der Deutsche Bildungsrat (1973) die Grenze bei einem IQ-Wert von <55 zu ziehen. In der medizinischen Praxis gilt dagegen bereits ein IQ-Wert <70 als Hinweis auf eine geistige Behinderung (vgl. ICD 10). Diese unterschiedliche Handhabung des Behinderten-Begriffes läßt sich möglicherweise durch die jeweils verschiedenen Zielsetzungen erklären. Die Absicht der Pädagogen ist es offensichtlich, das Etikett „Behinderung“ wegen der diskriminierenden Wirkung möglichst zu vermeiden und die Integration in das Schulsystem zu fördern. Der begutachtende Arzt dagegen ist bemüht, den Zugang zu notwendigen Sozialhilfeleistungen offen zu halten; für diesen Zweck ist die Bestätigung einer „wesentlichen Behinderung“ eine Grundvoraussetzung. Da Menschen mit einem IQ von <70 in der Regel auf Sozialhilfeleistungen (zum Beispiel Eingliederungshilfe §39 BSHG) angewiesen sind, ist es aus dieser Sicht notwendig, auch in diesem IQ-Bereich von einer geistigen Behinderung zu sprechen.

Wichtig ist, daß **der Anteil der leichter Behinderten mit ca. 87%** der geistig geistig behinderten Menschen der weitaus größte ist (siehe Tabelle 2 in Abb.5). Im Prinzip gilt dieses Verhältnis auch dann noch, wenn man den heute üblichen cut-off-Wert bei einem IQ von <70 bzw. von <55 zugrundelegt und die Häufigkeitsangaben entsprechend niedriger sind. Die **schweren und schwersten Formen der Behinderung machen nur einen Anteil von 3,3%** der Gesamtzahl der geistig Behinderten aus (siehe Folien 5, unten). Das heißt, man kann davon ausgehen, daß der Anteil dieser Personengruppe bezogen auf die Gesamtbevölkerung den Wert von **0,1%** nicht überschreitet.

Das belastete Verhältnis zur Psychiatrie

Die vereinfachende Gleichstellung niedriger Intelligenz mit einem psychiatrischen Krankheitsbild, die letztlich auf Kraepelin zurückgeht (Bradl 1989), ist der erste Schritt zu einer existenzbedrohenden Etikettierung von Menschen mit geistiger Behinderung. Damit war die Zuordnung zu einer medizinischen Fachdisziplin festgelegt. Ein soziales Problem - nämlich die Frage: Wie sollen geistig Behinderte leben, bzw. wie sollen wir mit geistig Behinderten leben? - wurde in ein medizinisches umdefiniert und medizinischen Lösungsstrategien unterworfen. Die Medizin fühlt sich einerseits sicherlich einer humanistischen Tradition verpflichtet. Dieser Tradition entspricht ihr übergeordnetes Ziel, heilen zu wollen. Die medizinische Sichtweise hat andererseits aber auch andere Wurzeln. Nahezu unvermeidlich war in der Geschichte der Medizin - zum Beispiel bei der Abwehr von Seuchen - ihre Nähe zu ordnungsrechtlichem Denken. Dabei tritt das Interesse an dem Einzelnen und seinen gesundheitlichen Bedürfnissen in den Hintergrund. Sie werden gesellschaftlichen Notwendigkeiten untergeordnet, wobei sich die gesellschaftlichen Notwendigkeiten nicht immer aus gesundheitspolitischen Zielsetzungen ergeben. Was bei der Abwehr von Seuchen noch verständlich erscheint, wird zum Beispiel bei den Isolierungs- und Befriedungsstrategien der Psychiatrie - nicht nur in früheren Zeiten - zu einem nicht mehr hinzunehmenden Mißbrauch. Aus dieser Tradition erwuchs auch das Risiko für Menschen mit geistiger Behinderung. Nachdem sich die Hoffnung auf „Heilung“ als Illusion herausgestellt hatten, diente die Medizin nur noch dazu, die gesellschaftliche Isolierung behinderter Menschen zu rechtfertigen.

Zu der Tradition der Rechtfertigung gesellschaftlicher Isolierung gehörte es auch, die bei den geistig Behinderten häufig zu beobachtenden Persönlichkeitszüge und Verhaltensweisen als Ausdruck der Behinderung selbst zu werten. Noch heute wird die in der Tradition von Kurt Schneider entwickelte beschreibende Typologie in den psychiatrischen Lehrbüchern wiedergegeben. Die typischen Persönlichkeiten geistig behinderter Menschen sind danach: „*Der indolent Passive, der faule Genießer, der sture Eigensinnige, der kopflos Widerstrebende, der aggressiv Losschimpfende, der ständig Erstaunte, der verstockte Duckmäuser, der heimtückisch Schlaue, der treuherzig Aufdringliche, der selbstsichere Besserwisser, der prahlerische Großsprecher, der chronisch Beleidigte*“, (Huber 1981, S. 360, zitiert nach Bradl, S. 16). Die differenzierte Typeneinteilung reduziert sich bei den meisten Autoren auf zwei, nämlich den „torbiden“ (den stumpf-apathischen) und den „erethischen“ (den erregbar-aggressiven). Dies alles sind Beispiele für psychiatrische Negativdefinitionen, die das Bild des geistig behinderten Menschen in der Bevölkerung bis heute prägen.

Mit dieser Koppelung zwischen geistiger Behinderung und psychischer Auffälligkeit schleicht sich eine pseudowissenschaftliche Überzeugung ein, die auch heute noch von vielen Ärzten geteilt wird, und die zu dem führt, was man „diagnostic overshadowing“ nennt. Ärzte verzichten häufig, wenn es um psychische Auffälligkeiten bei geistig Behinderten geht, auch heute noch weitgehend auf ihre diagnostische Phantasie und auf ihr Fachwissen. Die Diagnose einer geistigen Behinderung macht weitere Überlegungen offensichtlich unnötig. Gleichzeitig wird damit die Zuständigkeit der Psychiatrie untermauert.

Die volle Durchschlagskraft erhielt diese Sichtweise mit der Verknüpfung mit der psychiatrischen Konstitutions- und Degenerationslehre. Die geistig behinderten Menschen werden damit - und zwar in ihrer Gesamtpersönlichkeit einschließlich ihrer psychischen Auffälligkeiten - als Minusvarianten angesehen. So schreibt etwa Stier (1928, S. 204, zitiert nach Bradl, S.

138): „...*Sie werden in ihrer Eigenart uns immer nur verständlich, wenn wir sie als Minusvarianten, also als Ausdruck einer konstitutionellen, das ist tief in der Gesamtpersönlichkeit verankerten, vererbten und vererbbaeren biologischen Minderwertigkeit auffassen.*“ Indem sich die psychiatrische Sichtweise eine wissenschaftliche Grundlage gegeben hatte, wurde sie immun gegen Zweifel und Kritik, die auch innerhalb der Psychiatrie, aber insbesondere bei den Pädagogen immer vorhanden war. Die Grundlage für die Entmenschlichung der geistig Behinderten war damit gelegt. Mit der jetzt scheinbar wissenschaftlich belegten negativen Definitionsstruktur, die alle Bereiche der Medizin, der Pädagogik, der Justiz, aber auch das Alltagsverständnis prägte, hatte die Psychiatrie die Basis für die gesellschaftliche „Ausspernung der Unvernunft“ (Dörner, 1975) geschaffen. Sie wissen, daß dies in der nationalsozialistischen Herrschaft zu der Ermordung tausender Behinderter geführt hat. Sie wissen auch, in welchem Umfange die Mediziner, die Psychiater, als Wissenschaftler, als Berater, als Ärzte, die die Selektion betrieben, aber auch als Ärzte, die die Tötung selbst durchführten, beteiligt waren.

Wir wissen heute, und man konnte es schon damals wissen, daß die Rassentheorie unsinnig ist, und daß die Vererbung bei geistig Behinderten eine untergeordnete Rolle spielt. Sie wissen, daß diese Vorstellungen, genau wie der Nationalsozialismus, als weitgehend überwunden gelten. Warum ist es trotzdem wichtig, sich heute mit dieser Frage auseinanderzusetzen?

Ich finde dies aus zwei Gründen wichtig: Ich finde dies aus zwei Gründen wichtig:

1. Weil die Vorstellung vom minderwertigen Leben nach wie vor weit verbreitet ist und von der medizinischen Wissenschaft und von der Psychiatrie mitbegründet worden ist und aufrechterhalten wird. Erst dadurch, daß die Medizin mit ihrer Fachdisziplin Psychiatrie sich des Behindertenproblems bemächtigte, konnten die geistig Behinderten Opfer dieses Entmenschlichungsprozesses werden, der noch heute in vielerlei Gestalt bis hin zum „deathmaking“ wirksam ist. Wolfensberger (1985 u. 1991) wählt diesen Ausdruck, um deutlich zu machen, was die heute noch mehr oder weniger öffentlich bekannten und geduldeten Euthanasiemaßnahmen sind. „Deathmaking“ nennt er z.B. Abtreibung behinderter Kinder, Verweigerung notwendiger ärztlicher Hilfe, Mißhandlung, übermäßige Neuroleptikabehandlung usw. (vgl. auch Lusthaus, 1985). Vielleicht achten Sie selbst darauf, in welcher Weise geistig Behinderte in Ihrer Alltagsumgebung und in Ihren medizinischen Erfahrungsbereichen besprochen und behandelt werden.

2. Ein zweiter Grund, sich mit dieser Frage zu beschäftigen ist, daß man daran erkennen kann, wie groß für die Medizin, mit ihr für die Psychiatrie, das Risiko ist, mißbraucht zu werden. Sie wird dann mißbrauchbar, wenn sie sich in ihren Zielsetzungen nicht dem einzelnen Menschen widmet, sondern abstrakten Zielen, wie z.B. wissenschaftlichen Erkenntnissen, dem „Volkkörper“ oder dem „Recht- und Ordnungs-Denken“ verschreibt. Sie wird dann von einer Wissenschaft für den Menschen zu einer Praxis gegen den Menschen, wobei sich der Arzt wegen seines mystifizierten Ansehens und seiner über allen Zweifeln stehenden Glaubwürdigkeit sehr gut als unverdächtiges Instrument zur Durchsetzung aller möglichen Interessen eignet. Der Umgang der Medizin mit geistig Behinderten ist der Maßstab für die Humanität einer Gesellschaft und wird es bleiben.

Was bedeutet eine geistige Behinderung?

Es bleibt die Frage zu klären, wie man nun eigentlich einen geistig behinderten Menschen zu sehen hat, wenn er nicht mit seiner ganzen Persönlichkeit durch ein womöglich noch erblich bedingtes psychiatrisches Krankheitsbild erklärbar ist?

Geistige Behinderung ist keine Krankheit!

Ein geistig behinderter Mensch ist, wenn er nicht an einer medizinisch definierten Krankheit leidet, ein normaler Mitbürger.

Hierzu ist es notwendig, die geistige Behinderung von den sie oft begleitenden Einschränkungen der körperlichen und sensorischen Fähigkeiten, aber auch von den Prägungen der individuellen Lebensgeschichte zu trennen. Was bleibt, ist **ein Mensch, der in seiner individuellen Entwicklung sich die zu seiner sozialen Integration notwendigen gesellschaftlich geprägten und gesellschaftlich geforderten Fertigkeiten, Einstellungen und Bedürfnisse nicht in ausreichenden Maße aneignen kann**. Das bedingt sein Anderssein, das macht in „unnormale“. In dieser Definition wird deutlich, daß sein Anderssein sich aus der Konfrontation mit dem gesellschaftlich Durchschnittlichen ergibt, daß seine Unnormalität immer **relativ zu dem gesellschaftlichen Anforderungsniveau** zu sehen ist.

Ein Beispiel:

Noch vor weniger als 20 Jahren konnten viele Bewohner Neuerkerodes, einer Einrichtung für geistig Behinderte, in den benachbarten Dörfern bei den Bauern arbeiten. Sie waren wegen ihrer Fertigkeiten geachtet und waren zumindest in den Arbeitsprozeß integriert. Für viele aber bot sich die Chance, von den Bauern in Kost und Logis aufgenommen zu werden, was oft mit engen familiären Beziehungen verbunden war. Mit zunehmender Technisierung der Landwirtschaft wurde es immer schwieriger, für einen behinderten Menschen in der Landwirtschaft Arbeit zu finden. Die Rüben- und Kartoffelernte wurde von Maschinen übernommen, und die Tierzucht wurde auf eine wissenschaftliche Basis gestellt. Behinderte waren keine Hilfe mehr, sie wurden zu Störfaktoren. Der technische Fortschritt veränderte die Arbeits- und Lebensweise in dem Dorf und entzog den Behinderten ihre Nischen, in denen sie am normalen Leben partizipieren konnten. Erst jetzt wird das „Anderssein“ zu einem trennenden Kriterium. Soziale Isolation ist also auch und in erster Linie Resultat der gesellschaftlichen Organisationform und nicht nur ein Ergebnis von Vorurteilen und menschenunfreundlichen Einstellungen.

Was ergibt sich daraus? Der Hinweis auf die gesellschaftlichen Normen als Basis für die Definition einer Unzulänglichkeit, also einer Behinderung, soll nicht als oberflächliche Gesellschaftskritik verstanden werden. Es ist keine Gesellschaft vorstellbar, in der eine geistige Behinderung nicht zu einer schwerwiegenden Einschränkung der Qualität des Lebens führen würde. Eine geistige Behinderung kann man nie völlig ausgleichen. Trotzdem muß man versuchen, den Einfluß gesellschaftlich bedingter Faktoren zu minimieren, die zu einer Verschärfung der Situation führen. Bezogen auf geistig behinderte Menschen heißt das, daß sie **keine Patienten** sind, also nicht Objekte der Medizin und der Psychiatrie sein dürfen, sondern daß sie in erster Linie Mitbürger sind. Zweitens ergibt sich hieraus die Forderung, Integration in eine ihnen **angemessene soziale Umgebung**, in einen „Ort zum Leben“ (Gaedt, 1981 u.1983) zu ermöglichen. Es muß also eine politische Aufgabe sein, die Gesellschaft so zu verändern, daß auch Menschen mit einer geistigen Behinderung ihren „Ort zum Leben“ finden können.

Genetisch bedingte Syndrome und der medizinische Blick. Warum fällt den Ärzten der Umgang mit geistig behinderten Patienten so schwer?

Ich verzichte auf eine detaillierte Darstellung der verschiedenen Ursachen für eine geistige Behinderung und deren Klassifikation. Insbesondere im Zusammenhang mit der genetischen Beratung und der Betreuung von Familien mit behinderten Kindern ist die Frage nach den Ursachen wichtig. (**Exkurs 1: Die Bedeutung der Elternberatung und die Frage nach den Ursachen.** Siehe Anhang).

**Genetisch geprägte Syndrome und schwerste Behinderungen prägen den medizinischen Blick
Die an seltenen Bildern erworbenen klinischen Erfahrungen erschweren den Zugang zu den normalen menschlichen Problemen behinderter Menschen.**

Ich bin der Meinung, daß dies in Ihren Vorlesungen über Geburtshilfe, Kinderheilkunde und Genetik in ausreichender Weise geschieht. Aber gerade die Art und Weise, wie Medizinstudenten mit dem Phänomen geistige Behinderung vertraut gemacht werden, prägt in entscheidender Weise ihre Einstellungen gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung. Die medizinischen Lehrbücher, aber auch die Visiten im Rahmen der Ausbildung, zentrieren sich um dieschweren und eindrucksvollen Fälle und insbesondere auf die seltenen genetisch bedingten Syndrome.

Ich zeige Ihnen in rascher Folge einige Dias, auf denen Kinder oder Jugendliche mit einem klar definierten Syndrom zu sehen sind. Mir geht es dabei nicht um eine genauere Schilderung und Erklärung der einzelnen Syndrome. Vielmehr will ich deutlich machen, daß solche Bilder, wie Sie sie aus verständlichen Gründen in medizinischen Lehrbüchern häufig sehen, dazu geeignet sind, bestimmte Einstellungen gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung zu bahnen bzw. zu verfestigen. Ich möchte also zumindest eine Andeutung der Faszination vermitteln, der man als angehender Arzt mit seinem wissenschaftlichen Erkenntnisdrang sehr leicht erliegen kann. Ich werde später noch einmal darauf zurückkommen.

Sie sehen zunächst ein Kind mit einem **Rubinstein-Taybi-Syndrom**, die Häufigkeit unter geistig Behinderten wird auf 1 zu 500 geschätzt. Die Ursache dieses Syndroms ist noch unklar. Wichtige Charakteristika sind z. B. Mikrocephalie, Naevus flammeus auf der Glabella, buschige Augenbrauen, lange Wimpern, schräge Lidachsen, Epikanthus, ständiges Lächeln, breite Daumen, geknickter Penis, Kryptochismus und andere.

Auf dem zweiten Bild sehen Sie ein Kind mit einer **Katzenschrei-Krankheit**. Dieses Syndrom tritt bei Neugeborenen mit einer Häufigkeit von 1 zu 50.000 auf. Es ist gekennzeichnet durch ein eigenartiges Schreien, das dem Miauen einer Katze ähnelt. Es ist weiterhin charakterisiert durch Mikrocephalus, Hypertelorismus, Epikanthus, Strabismus, schräge Lidspalten, breite Nasenwurzel, tiefsitzende Ohren mit Anhängseln, Mikrogene und kurzem Hals, Tränensekretion und eine auffallende Gesichtsasymmetrie. Es liegt eine Chromosomenanomalie vor, die sporadisch auftritt, vorwiegend als Folge einer Translokation, von der der kurze Arm des Chromosom Nr. 5 betroffen ist.

Als nächstes (Nr. 3) sehen Sie ein Bild eines Kindes mit einer **tuberösen Hirnsklerose**. Diese Erkrankung tritt einmal pro 20.000 bis 40.000 Neugeborenen auf. Es handelt sich um eine chromosomale Störung, die das Chromosom Nr. 9 betrifft. Die Störung ist charakterisiert durch depigmentierte Hautflecken am Rumpf und an den Extremitäten. Meist treten im frühen Kindesalter Anfälle auf, die man in Verbindung mit tuberösen Veränderungen im Gehirngewebe bringt. Typisch ist auch eine schmetterlingsförmige Hautveränderung auf beiden Wangen (Morbus Pringle). Oft treten auch tuberöse Veränderungen an anderen Organen auf.

Als nächstes Dia (Nr. 4) sehen Sie ein **Robinow-Syndrom**. Es ist charakterisiert durch disproportionierten Minderwuchs, mit zum Teil asymmetrischer Prachymelie, Hypertelorismus, tiefem Nasensattel, stark vorspringender Hirnpartie, Hyperplasie des Unterkie-

fers, Zahndysplasie, Dysgenitalismus, aber: oft normale psychomotorische und geistige Entwicklung! Es liegt ein autosomal dominanter Erbgang vor.

Auf dem nächsten Bild sehen Sie ein **Ullrich-Turner-Syndrom**. Charakteristisch ist hier ein Pterygium colle bilaterale, tiefer Haaransatz, Infantilismus bezüglich der Ausbildung insbesondere der genitalen Merkmale, die in der Regel weiblich sind, Minderwuchs, multiple Thoraxdeformitäten, Agenesie oder Dysgenesie der Gonaden. Die typische Chromosomenkonstellation ist X0.

Auf dem nächsten Dia sehen Sie ein **Menkes-Syndrom**. Diesem Syndrom liegt eine Kupferstoffwechselstörung zugrunde, die geschlechtsgebunden (rezidiv) vererbt wird. Sie tritt nur bei Knaben auf. Kennzeichnend sind ein spärliches Haar, eine kurze breite Nase, volle Wangen, Mikrogenie, wenig Mimik, gedrehte Haarschäfte mit variablem

Diese Dias lenken das Interesse auf eine für die Medizin und die Biologie zweifellos wichtige Frage: Auf Grund welcher genetischer Fehlinformationen kann es zur Entwicklung von Menschen kommen, die in ihrer abnormen Erscheinung und in ihren pathologisch-biologischen Eigenschaften sich so ähnlich sind? Wichtig sind auch die **Fragen nach der Prognose, nach möglichen präventiven und therapeutischen Strategien, nach besonderen Vulnerabilitäten oder Überempfindlichkeiten** u.ä. Es ist verständlich, daß Fortschritte auf diesem Gebiet als Triumph der medizinischen Wissenschaft gesehen werden, insbesondere dann, wenn, wie es bei der Phenylketonurie geschehen ist, sich daraus praktikable Präventivmaßnahmen ableiten lassen. Es ist verständlich, daß diese relativ seltenen Syndrome in der Ausbildung der Ärzte eine übergroße Rolle spielen.

Das **Risiko** dabei ist, daß die Einstellung der Ärzte gegenüber der geistigen Behinderung sich hauptsächlich in der Auseinandersetzung mit diesen genetisch bedingten Krankheitsbildern bildet. Es kommt dadurch zu einer **Überbetonung des naturwissenschaftlich und biologischen Aspektes** und zu einer ungünstigen Festlegung der Einschätzung der Prognose und der Beeinflussbarkeit. Feuser charakterisiert die ärztlich-medizinische Sichtweise gegenüber geistig Behinderten mit sechs Dogmen: Das Dogma der **Endogenität**, das Dogma der **Chronizität**, das Dogma der **Lern- und Bildungsunfähigkeit**, das Dogma der **Irreversibilität**, das Dogma der **Behindertenspezifität** und das Dogma der **Therapieresistenz**.

Die genetischen Syndrome und die schweren Formen von geistiger Behinderung sind jedoch selten. Ich weiß nicht, ob Ihnen in Ihrer Praxis einmal ein Kind mit einem Katzenschrei-Syndrom begegnen wird. In der ganzen Welt sind etwa 400 Fälle bekannt. Sicher werden sie aber mit vielen geistig behinderten kranken Menschen konfrontiert werden. Der auf Syndrome gerichtete klinische Blick übersieht dann leicht die ganz normalen menschlichen gesundheitlichen Belange und deren Bedingungskonstellation, in der dann die biologischen Faktoren möglicherweise nur eine untergeordnete Rolle spielen. **Denn mit jedem Tag, den ein Kind mit einer vielleicht auch genetisch bedingten Störung überlebt, entwickelt sich seine ganz spezifische Persönlichkeit, die zu einer neuen Einflußgröße auf psychische, aber auch auf körperliche Vorgänge wird.**

Geistige Behinderung und psychische Störungen - Epidemiologie

Das Bild des geistig Behinderten in der Öffentlichkeit, aber auch in Fachkreisen, ist geprägt durch die Vorstellung, daß der geistig Behinderte nicht nur in seinen intellektuellen Leistungen herabgesetzt, sondern auch in seinem Wesen verändert ist, d.h. daß er in verschiedener Weise psychisch gestört ist. Erst in den letzten Jahren beginnt sich diese Sichtweise langsam zu ändern. Gerade in Zusammenhang mit den Erfolgen von Normalisierungs- und Integrationskonzepten wurde der Bedarf an einer kompetenten psychiatrischen Diagnostik und Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung immer deutlicher. Es zeigte sich, daß nicht alle Verhaltensauffälligkeiten sich mit der Normalisierung der Lebensbedingungen zurückbildeten. Psychisch kranke geistig Behinderte wurden zu einer neuen Problemgruppe, für die weder die pädagogischen Angebote noch die psychiatrischen Dienste vorbereitet waren. Die Verantwortlichkeit wurde zwischen Pädagogik und Psychiatrie hin- und hergeschoben. Kein Bereich fühlte sich letztlich für die Betreuung zuständig. Die Psychiater sahen in den Störungen eine pädagogische Problematik, für die Pädagogen waren es psychiatrische Störungen, die sie mit ihren Mitteln nicht erreichen konnten. In den USA wurde für dieses Problem der griffige Ausdruck „**dual diagnosis**“ geprägt. Dieses Problem hat einen beträchtlichen Umfang. Lotz kommt in seinem Literaturüberblick zu dem Ergebnis, daß **30-40%** aller Menschen mit geistiger Behinderung eine relevante psychische Störung aufweisen.

Insgesamt kann aufgrund der Auswertung der vorliegenden Literatur (75 empirische Studien) davon ausgegangen werden, daß ca. **30-40%** der geistig Behinderten irgendeine Form psychischer Störung aufweisen.“
Aus Lotz: : Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung .Eine Übersicht über empirische Literatur von 1870 bis 1990

Die **diagnostische Einordnung** dieser Störungen macht aus verständlichen Gründen **erhebliche Schwierigkeiten**. Menolascino hat die Aufnahmen in seine Klinik nach den üblichen psychiatrischen Kriterien klassifiziert und kam dabei zu folgenden Ergebnissen. (**Folie 9**) Die häufigsten Störungen wurden in dieser Untersuchung dem schizophrenen Formenkreis zugeordnet (25,4%). Mit den hirnganisch bedingten Auffälligkeiten und Anpassungsstörungen machten sie mehr als die Hälfte aller Diagnosen aus. Es muß bei diesen Zahlen betont werden, daß sie die klinischen Aufnahmen in einer ambulant gut versorgten Region betrafen. Man muß hier also mit einem starken Selektionseffekt rechnen.

Häufigkeit der Diagnosen bei 543 neu aufgenommenen Patienten aller Altersgruppen mit einer geistigen Behinderung (nach Menolascino et al., 1986)	
Schizophrene Störungen	25,4%
organisch bedingte Störungen	19,3%
Anpassungsstörungen	18,9%
Persönlichkeitsstörungen	12,5%
Affektive Störungen	8,2%
Psychosexuelle Störungen	6,2%
Angststörungen	3,6%
andere Störungen	1,6%

Wie eine Untersuchung aus dem Raum Braunschweig zeigt (Michels 1992), finden sich schwere psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht mehr ausschließlich in psychiatrischen Krankenhäusern und in den pädagogischen Großeinrichtungen. In zunehmendem Maße werden Personen mit diesen Problemen auch in den Familien oder in in die Gemeinden integrierten Wohnformen betreut. **Therapeutische Hilfe wird in zunehmenden Maße auch außerhalb der großen Einrichtungen und außerhalb psychiatrischer Kliniken angeboten werden müssen.** (Exkurs 2: *Regionale Verteilung psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Siehe Anhang) Diese Aufgabe wird sich keineswegs auf die Psychiater beschränken. In starkem Maße werden **auch Hausärzte** in Diagnostik und Therapie einbezogen werden müssen. Zur Zeit sind aber weder Hausärzte noch Fachärzte auf diese Aufgabe vorbereitet.

Die Vielfalt der klinischen Bilder

Bevor ich auf diagnostische Probleme eingehe, zeige ich Ihnen, um eine Andeutung der Vielfalt psychischer Auffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung zu vermitteln, einige Szenen aus der Einrichtung, in der ich arbeite. Sie sehen darauf - nicht nur, aber vorwiegend - Personen, die in unserer psychiatrischen Ambulanz betreut werden.

Szene 1

Zunächst sehen Sie Frau K. mit einer kleinen, schwarzen Ziege. Dieses Bild, wie auch die nächsten beiden Bilder zeigen psychisch unauffällige Personen. Medizinisch gesehen leiden sie an einer chromosomalen Störung. Diese Bilder sollen veranschaulichen, daß eine Persönlichkeit nicht nur durch das zugrundeliegende Syndrom charakterisiert ist. Das zugrundeliegende Syndrom bei Frau K. ist eine Trisomie 21. Frau K. ist eine sehr lebenswürdige Persönlichkeit.

Szene 2

Auch Herr B. ist eine völlig unproblematische Persönlichkeit. Oft steht er vor dem Krankenseingang und begrüßt am Morgen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, denen er ein Lied auf seiner Mundharmonika spielt. Dann geht er zur Arbeit. Er verrichtet einige Hilfsdienste im Rahmen der Physiotherapie. Auch seine Behinderung ist verursacht durch eine Trisomie 21.

Szene 3

Herr P., hier mit seiner Freundin, leidet an dem sogenannten „Fragiles X-Syndrom“. Er hat eine leichte geistige Behinderung. Die sonst bei dem Syndrom nachgesagten autistischen Züge sind bei ihm nicht ausgebildet.

Szene 4

Die Vielfältigkeit von Verhaltensauffälligkeiten ist sehr groß. Meistens kann man keine Ursache im Stoffwechselgeschehen oder im chromosomalem Bereich feststellen. Das gilt z. B. auch für Frau H. Das Bild zeigt sie während der Arbeit. Sie brauchte in dieser Phase, in der dieses Bild entstanden ist, eine besonders engmaschige Betreuung. Ihr Problem bestand darin, daß sie völlig unvorhersehbar mit gespreiztem Mittel- und Zeigefinger in die Augen anderer Heimbewohner und Heimbewohnerinnen stach und dadurch schon schwe-

re Verletzungen verursacht hatte. Diese Störung hat sich nach dreijährigen intensiven therapeutischen und pädagogischen Bemühungen zurückgebildet.

Szene 5

Auf dem nächsten Dia sehen Sie eine Szene aus unserem Dorfkrug. Sie sehen hier in der Mitte zwei Heimbewohner. Der eine trägt einen Kopfschutz und hält sich die Ohren zu. Es ist Herr W. Wir haben seine Krankheit nicht genau entschlüsseln können. Möglicherweise hörte er Stimmen, möglicherweise hatte er aber auch nur einen verminderten Reizschutz. Den Helm muß er tragen, weil er sich bei den geringsten Erregungen sofort massiv mit der Faust gegen den Kopf schlug (er hat sich blind geschlagen), oder aber er rannte mit dem Kopf gegen die Wand. Gelegentlich wurde er auch in diesen Situationen massiv aggressiv gegen seine Betreuerinnen und Betreuer. Innerhalb von ca. 7 Jahren hat sich das Verhalten weitgehend normalisiert. Er mußte während dieser Zeit in einer geschlossenen Wohngruppe betreut werden.

Szene 6

Auf dem nächsten Dia sehen Sie Herrn K. Er zeigte ein Verhalten, was man bei einer epileptoiden Wesensveränderung findet. Er war stark verlangsamt und es war kaum möglich ein Gespräch mit ihm zu beenden. Er leidet an einer Epilepsie und hat über mehrere Jahrzehnte hochdosiert Antiepileptika bekommen.

Szene 7

Sie sehen erneut eine Szene aus unserem Dorfkrug. Herr St. und Herr Sch. stehen an der Theke. Herr Sch. macht uns Schwierigkeiten, weil er die Angewohnheit hatte, seine Wohngruppe unbeaufsichtigt zu verlassen und sich in den benachbarten Dörfern eine Unterkunft, meist in Scheunen, suchte. Da er einmal von einem Bauern dabei erwischt wurde, als er einen Benzinkanister mit sich herumtrug, wurde er zu einem unkalkulierbaren Risiko. Die Dorfbewohner reagierten aus verständlichen Gründen sehr aggressiv auf seine Verhaltensweisen. Aus diesem Grunde mußte er ebenfalls auf einer geschlossenen Wohngruppe betreut werden. Wegen dieser aufwendigen Freiheitseinschränkung traten daraufhin bei ihm gehäuft aggressive Verhaltensweisen auf. Inzwischen lebt er wieder in einer offenen Wohngruppe, aber immer noch unter stark kontrollierenden Bedingungen.

Herr St. ist ein außerordentlich problematischer Mensch. Er ist meist in seinen Phantasien versunken. In bestimmten Phasen ist er unberechenbar aggressiv und hat schon schwere Körperverletzungen hervorgerufen. In solchen Phasen muß er in sein Zimmer eingeschlossen werden, bzw. an sein Bett fixiert werden. Eine neuroleptische Behandlung hat kaum einen Effekt gezeigt. Auch hier fällt es schwer, die Krankheit einzuordnen. Wahrscheinlich handelt es sich um eine frühkindliche Psychose.

Szene 8

Herr L. ist im Prinzip ein freundlicher junger Mann. Er kann aber mit Frustrationen und Enttäuschungen nicht umgehen. In solchen Situationen fehlt ihm eine ausreichende Impulskontrolle und es kommt immer wieder zu Aggressionen, die er hinterher selbst sehr bedauert. Nach einer mehrjährigen intensi-

ven therapeutisch-pädagogischen Betreuung ist er jetzt weitgehend unproblematisch .

Szene 9

Auf diesem Bild sehen Sie eine Szene aus unserer Einrichtung, die wir auch gerne als „Dorf“ bezeichnen. In der Mitte sitzt Frau M. in ihrem Rollstuhl. Frau M. leidet an einer Trisomie 21. Wie Sie wissen, ist sind Menschen mit diesem Syndrom mit dem Risiko behaftet, früher und häufiger als andere Menschen an einer M.Alzheimer, also einer praesenilen Demenz, zu erkranken. Dies ist auch hier der Fall. Frau M. hat trotzdem die Kontakte zu ihren früheren Freunden nicht verloren, die sich in ihrer Freizeit um sie kümmern.

Szene 10

Hier sehen Sie zwei Heimbewohnerinnen im Gespräch mit einem Heimbewohner. Die Frau in der Mitte ist Frau R. Sie verfügt über außerordentlich störende Durchsetzungsstrategien. Durch gezielte Aggression und Androhung derselben, hat sie die Wohngruppen, in denen sie lebte, immer an den Rand des Chaos gebracht. Eine weitere Besonderheit bei ihr war, daß sie einen „Sammeltrieb“ hatte und ihre Zimmer immer mit Puppen und anderen Gegenstände vollgestopft hatte. In einer mehrjährigen Therapie, verbunden mit entsprechenden sozialpädagogischen Maßnahmen ist es gelungen, das Leben mit ihr etwas leichter zu gestalten.

Szene 11

Sie sehen eine Szene vor unserem Kiosk. Frau C., die Sie in der Mitte sitzen sehen, ist eine Frau mit einer leichten geistigen Behinderung. Das Problem ist, das sie an einer schweren psychosomatischen Erkrankung, einer Colitis ulcerosa leidet. Frau C. hatte vor etwa 15 Jahren eine Schwangerschaft. Im Zusammenhang mit dieser Schwangerschaft wurde sie schwer depressiv und es kam zu einer Verschlimmerung ihrer Colitis ulcerosa. Es bestand eine ständige Selbstmordgefahr. Die Situation war dadurch kompliziert, das Frau C. sich auf keinen Fall von ihrem Kind trennen wollte. Auf den weiteren Verlauf kann ich nicht eingehen. Das Kind ist inzwischen in einem Internat und besucht die Mutter regelmäßig.

Szene 12

Dieses Bild zeigt eine Szene aus unserer Tag- und Nachtklinik. Ganz links sitzt Frau St., ganz rechts Frau W., neben Frau W. sitzt Frau E. Frau St. ist eine leicht geistig behinderte Frau mit einer Schizophrenie. Frau W. hat eine schwere Depression mit Todesphantasien. Frau E. hat eine Störung, die nicht leicht einzuordnen ist. Innerhalb kurzer Zeit gelingt es ihr, die Wohngruppe in ein emotionales Chaos zu verwandeln. Vorherrschend sind dann aggressive Gefühle gegen sie, was immer wieder Ausstoßungstendenzen provoziert. Frau E. mußte deswegen schon häufig ihre Wohngruppe wechseln.

Szene 13

Dieses Dia zeigt Ihnen Frau M. Sie hat die Tendenz, sich schwere Verletzungen zu zufügen. Diese Tendenz besteht seit ihrer Kindheit. Die Stirn zeigt eine offene Wunde, weil sie sich ständig den Kopf aufschlägt. Sie hat sich die Nasen- und Zungenspitze sowie beide Ohrläppchen abgeschnitten. Außerdem hat sie sich drei Finger amputiert. Sie droht damit, ein Auge auszustechen. Trotz dieser schweren Störungen, die uns viele Rätsel aufgibt, führt Frau M. zeitweise ein recht unproblematisches Leben.

Szene 14

Auf diesem Dia sehen Sie Frau M. im Kreise der Frühstücksrunde mit den Mitarbeitern der Klinischen Station sitzen.

Szene 15

Dies Bild zeigt Herrn S. Er hatte auffallende Fähigkeiten, die Wohngruppe unbemerkt zu verlassen. So hat er es z. B. geschafft, drei Mitarbeiter in drei verschiedene Räume einzu-

sperrten, einen Autoschlüssel zu entwenden, die Wohngruppe zu verlassen, die Wohngruppe abzuschließen und dann ein Dienstfahrzeug aus der Garage zu entwenden. Ein Baum vor der Garage beendete seinen Ausflug. Es ist bemerkenswert, daß Herr S. als mittelgardig geistig behindert eingestuft war.

Szene 16

Hier sehen Sie Frau L. Sie hat eine manisch-depressive Störung. In ihren manischen Phasen ist sie außerordentlich einfallsreich. In einer dieser Phasen hat sie sich in unserem Krankenhaus nachts einschließen lassen und über Nacht die Fußböden im ganzen Krankenhaus mit Ata bestreut, um sie hinterher zu reinigen.

Szene 17

Hier sehen Sie Herrn W. Er ist im Bezug auf seine Tendenz zu Selbstbeschädigungen kaum zu beeinflussen. Fast suchthaft versucht er, sich Kopfverletzungen oder Bauchverletzungen zuzufügen, um dann die medizinische Behandlung zu erfahren.

Wie erklärt sich die Häufigkeit von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung?

Die „organische Schiene“

Psychische Störungen werden häufig - und oft ausschließlich - auf hirnorganische Schädigungen zurückgeführt. Hier zeigen sich oft überholte Vorstellungen über hirnorganische Funktionsstörungen und deren Auswirkungen auf die Psyche. Hierzu gehört insbesondere die Auffassung, daß eine Störung in bestimmten Hirnregionen entweder zu eindeutig definierten neurologischen Symptomen oder aber zu einem klar umrissenen Psychosyndrom führen muß. Es hat sich aber herausgestellt, daß **vergleichbare Symptome bei ganz unterschiedlichen Störungen** des neuro-anatomischen Substrates beobachtet werden können. Für das Psychosyndrom gilt, daß es auch als Folgezustand von nicht ausgeübter Funktion, also von Deprivation, entstehen kann. Dies verweist auf die grundlegende Tatsache, daß die **funktionelle Organisation des Gehirns** nicht nur eine **normale neuro-anatomische Basis** voraussetzt, sondern daß deren notwendige **Differenzierung nur über den „Stimulus der Funktion“** erreicht werden kann. Diese Tatsache ist für Betreuungs- und Förderungskonzepte für hirnorganisch geschädigte Kleinkinder von vorrangiger Bedeutung.

Sicher bleibt es aber richtig, daß **jede Schädigung** des neuro-anatomischen Substrates, wie auch jede Deprivation, zu einer Störung der psycho-physischen Entwicklung im Sinne einer **Entharmonisierung**, einer **Retardierung** oder **Akzelerierung** sowohl im körperlichen wie auch im psychischen Bereich führt. In der Regel wird sich dies auch in der Persönlichkeit zeigen, oft im Sinne einer Nivellierung und Vergröberung. In der Regel werden sich auch hirnlokale Hinweise ergeben, zumindest im Sinne einer neurologischen Spurensymptomatik oder aber in Form einer Leistungs- und Werkzeugstörung wie z.B. einer Aphasie, einer Apraxie u.ä..

Es muß jedoch betont werden, daß die spezifischen Ausprägungen der **Persönlichkeit** eines Menschen **nicht allein aus den Beschädigungen ableitbar** sind, die sein Zentralnervensystem in einer frühen Entwicklungsphase erfahren hat. Aus diesem Grunde ist es nicht verwunderlich, daß man das, was man als hirnorganisches Psychosyndrom beschreibt, noch am ehesten im Kindesalter sieht, während es im Erwachsenenalter schwierig wird, spezifische Auffälligkeiten nachzuweisen.

Das **hirnorganische Psychosyndrom** soll wegen seiner möglichen Bedeutung für die Entwicklung des behinderten Kindes näher erläutert werden. Dabei wird deutlich werden, wie eine **primär organische Schädigung** über die Störung von Entwicklungsprozessen, sich letztlich als psychische Funktionsstörung manifestiert.

Das hirnorganische Psychosyndrom ist eine **Bündelung mehrerer Symptome**. Hierzu gehören

Chronisches hirnorganisches Psychosyndrom

Starke vegetative Labilität

Unfähigkeit zur harmonisierenden Koordination der Motorik

geringe Fähigkeit zur Modulation im affektiven Bereich

Antriebsstörungen (zuviel/zuwenig)

Gestalterfassungsschwierigkeiten

Wesensveränderungen

Im **vegetativen Bereich** findet man oft eine Entgleisung der Schweißdrüsensekretion, eine gestörte Durchblutung der Haut, einen unangepaßten Speichelfluß, aber auch Tachycardie und gastrointestinale Dysfunktion. Es ist verständlich, daß auf Grund dieser vegetativen Störungen, Störungen des Körperbefindens auftreten müssen mit **undifferenzierten Unlustgefühlen, die oft aggressiv oder autoaggressiv verarbeitet werden**. Viele Verhaltensauffälligkeiten sind so zu erklären. Im Zusammenhang mit den vegetativen Störungen entwickeln sich auch zentrale Regulationsstörungen, die zu Schlafstörungen, zu leichter Ermüdbarkeit, zu Konzentrationsstörungen oder auch zu einer gesteigerten allgemeinen Erregbarkeit führen können.

Die **Unfähigkeit zur harmonisierenden Koordination** zeigt sich insbesondere in einer Störung der Feinmotorik. Die Kinder haben Schwierigkeiten, z.B. Schnürsenkel zuzubinden oder später in der Schule das Schreiben zu lernen. Aber auch die **Ausdrucksmotorik, also Gestik und Mimik** sind gestört, so daß diese ihre Signalfunktion verlieren und die **Kommunikation** mit anderen Menschen sehr **erschwert** wird.

Der **Antrieb** ist entweder gesteigert oder gehemmt. Ein Überschuß an Antrieb ist oft die Grundlage der häufig zu beobachtenden Bewegungsschablonen oder führt zu einem eigenartig unruhigen, zappeligen und umtriebigen Verhalten.

Auffallend ist die **Unfähigkeit, Affekte adäquat zu äußern und zu steuern**. Es finden sich überschießende Affektäußerungen. Freudige Erregungen werden genauso übertrieben mitgeteilt wie ärgerlich-wütende Affekte. Auf der anderen Seite beobachtet man sich lang hinziehende Stimmungen und eine eingeschränkte affek-

tive Reaktionsbereitschaft. Weil diese Kinder Schwierigkeiten haben, ihre Gefühlsäußerungen normal zu dosieren, sind sie in der Kommunikation mit anderen Kindern und Erwachsenen gestört. Dies muß zu **schwerwiegenden Kontaktstörungen** führen. Dies wiederum führt dazu, daß diese Kinder keine Gelegenheit haben, angemessenere Formen der affektiven Kommunikation zu erlernen, was sicherlich ein Grund für die Eigenarten wird, die wir später als **Wesensveränderungen** beschreiben.

Die **Gestalterfassungsschwierigkeiten** treten insbesondere als **Figur-Hintergrund-Erfassungs-Störungen** auf. Damit ist gemeint, daß diese Kinder sowohl im visuellen als auch im akustischen Erlebnisfeld Schwierigkeiten haben, eine scharfe Trennung von Gegenstand und Hintergrund durchzuführen. Diese Störungen der Gestalterfassung werden von vielen Autoren als das zentrale Problem der leicht Hirngeschädigten (minimale cerebrale Dysfunktion) angesehen.

Bei den vorhin skizzierten Schwierigkeiten im Kontakt zu anderen Menschen ist es nicht verwunderlich, daß hirngeschädigte Kinder die Signale, die in Form von Sprache, Mimik und Gestik Grundlage der Kommunikation sind, nicht richtig erfassen und auch nicht richtig aussenden können. Sie ecken überall an und sind schwer zu integrieren. Sie leben also in einer **partiellen Isolation**.

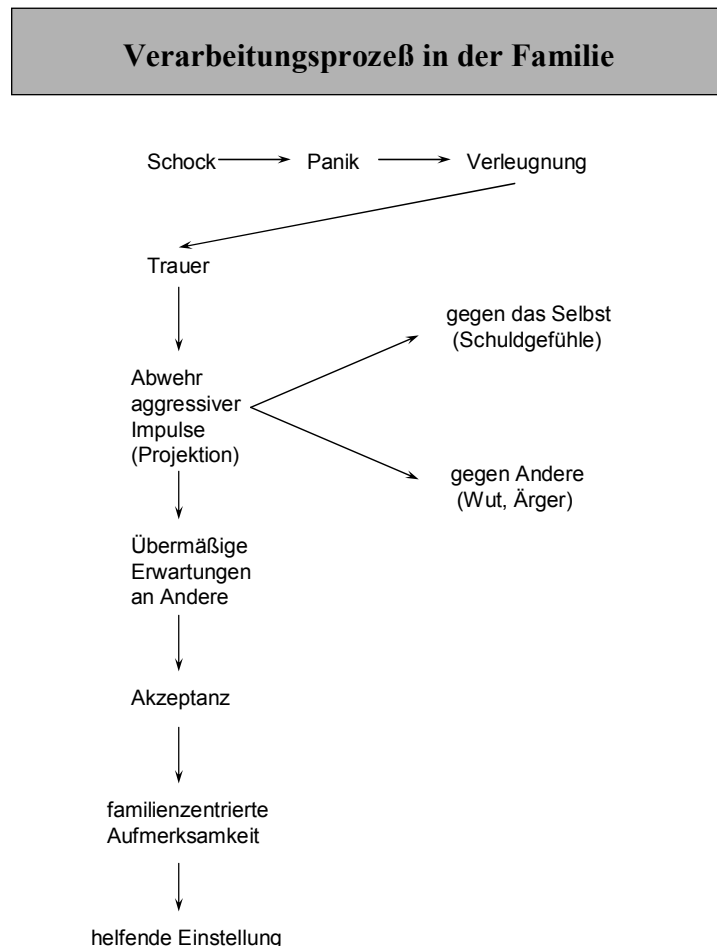
Ein Fehlverhalten, wie es in jeder kindlichen Entwicklung zu irgendeinem Zeitpunkt einmal vorkommt, kann dann nicht mehr korrigiert werden. **Die steuernde und korrigierende Funktion der Kommunikation kann nicht genutzt werden.** Hat sich das Gefühl, nicht dazuzugehören, in ihrem Erleben festgesetzt, so ergibt sich für sie auch nicht mehr die Notwendigkeit, sich auf andere Menschen einzustellen und damit die Fähigkeiten zu schulen, die für die weitere Entwicklung notwendig sind, wie z.B. Impulskontrolle, Frustrationstoleranz, Urteilsfähigkeit usw. Es ist im späteren Leben kaum möglich, die daraus resultierenden Persönlichkeitsveränderungen von dem Bild einer organischen Wesenveränderung zu unterscheiden.

Das Wissen um diese in dem Ausdruck chronisches hirnorganisches Psychosyndrom zusammengefaßten Symptome und ihre Auswirkungen auf geistig Behinderte sind für jeden Arzt, der mit Eltern oder mit den Betroffenen selbst umgehen muß, von großer Bedeutung. Sie erleichtern auch das Verständnis der im späteren Leben auftretenden psychiatrischen Störungen und Eigenarten.

Der familiendynamische Aspekt

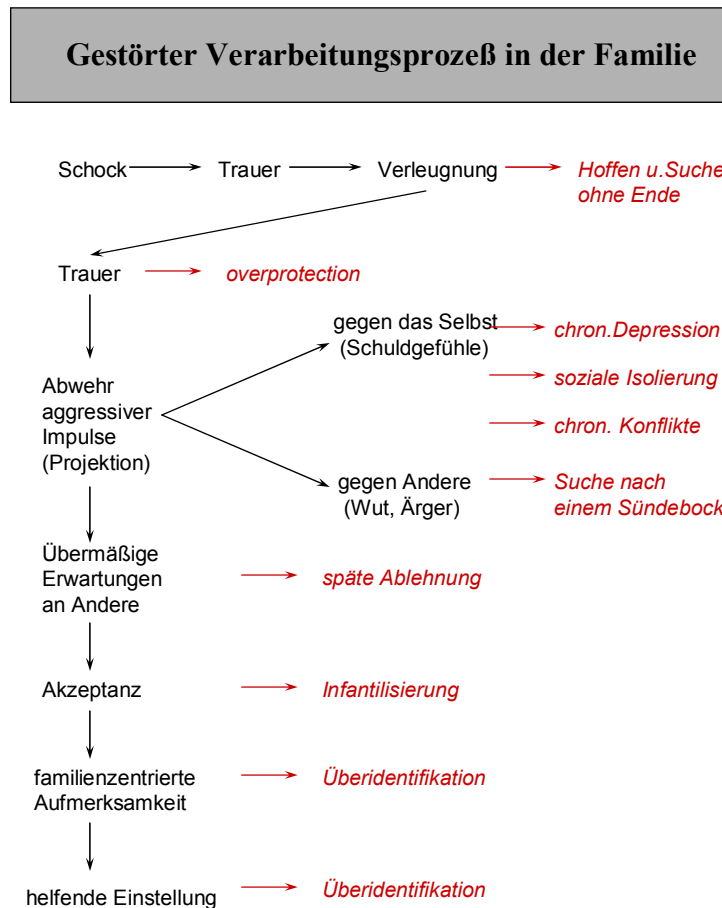
In der Regel erlebt ein geistig behindertes Kind die ersten Jahre seines Lebens in der Familie, was sicherlich eine wichtige Voraussetzung für eine normale Entwicklung ist. Natürlich ist das Kind dann wie andere nicht behinderte Kinder auch den störenden Einflüssen ausgesetzt, wenn es sich um eine pathologische Familienstruktur handelt. Darauf will ich hier nicht eingehen. Dagegen will ich die Schwierigkeiten aufzeigen, die auch in einer „normalen“ Familie entstehen können, wenn sie mit der Tatsache konfrontiert wird, daß ein neues Familienmitglied geistig behindert ist.

Joan Bicknell (1980) hat diese Schwierigkeiten an Hand der Trauerarbeit in diesen Familien erforscht. Bicknell setzt hier den Verlust eines Familienangehörigen gleich mit dem Verlust einer Hoffnung, der Hoffnung auf die Geburt eines „perfekten Kindes“. Üblicherweise sind bei den Eltern folgende Stadien der Trauerarbeit festzustellen:



- zunächst durchlaufen die Eltern eine Phase des **Schocks** („emotionale Erstarrung“), der **Panik** („ich kann das nicht“) und der **Verleugnung** („das ist nicht wahr“)
- danach verfallen sie in einer **Trauerstimmung**, mit Schlaflosigkeit, Verzweiflung und Schuldgefühlen.
- die **Schuldgefühle** sind entweder real begründbar (z.B. bei genetisch bekannten Ursachen) oder nicht real begründbar („das alles passiert nur, weil Oma T. in der Psychiatrie war“). Die Schuldgefühle verwandeln sich oft in Ärger und Wut auf die Verwandten und auf die Ärzte und andere professionelle Kontaktpersonen (z.B. auf die Hebamme)
- es folgt die Phase des **Sich-Abfindens und des Akzeptierens**, verbunden zunächst mit „Aushandeln“ verschiedener Bedingungen für das weitere Vorgehen („wenn die und die Hilfe gegeben ist...“)
- in der Phase des **familienzentrierten Engagements** versuchen die Eltern dann alles zu tun, was ihnen und ihrem Kind helfen kann („wo ist der beste Arzt, wo der beste Kindergarten?“ usw)
- schließlich werden sie vielleicht versuchen, mit ihren Erfahrungen anderen Familien zu helfen. (**übergreifendes Engagement**)

Verläuft die Trauerarbeit in dieser Form, so kann davon ausgegangen werden, daß sich keine auf Dauer nachteilig auswirkende Familiendynamik entwickelt. Oft kommt es in diesen frühen Phasen jedoch zu Störungen, die letztlich die normale psychische Entwicklung eines behinderten Kindes sehr erschweren können.



Statt sich mit der Behinderung abzufinden, verharren die Eltern in einem **Stadium der Verleugnung**. Sie gehen von Arzt zu Arzt, von Therapeut zu Therapeut. Weder sie noch das Kind kommen zur Ruhe. Das behinderte Kind bleibt ein „Übel“, das geheilt werden muß. Diese Einstellung verhindert den liebevollen Umgang mit dem Kind und erschwert die Entwicklung narzißtischer Reserven.

Wenn die Eltern gelernt haben, das Kind zu akzeptieren, droht eine neue Gefahr, die **Gefahr der Überbehütung**. Das Kind wird daran gehindert, Risiken zu bewältigen. Wichtige Erfahrungen zum Aufbau eigener Bewältigungsmechanismen werden verhindert. Das Kind bleibt ängstlich und ohne Selbstvertrauen. Eine andere Gefahr der Überbehütung ist das **allmähliche Anwachsen aggressiver Gefühle** gegen das Kind aufgrund zunehmender Überforderung. Die daraus sich entwickelnde Ambivalenz stört das emotionale Klima der ganzen Familie und trägt zur Verunsicherung des Kindes bei.

Gelingt es nicht, die Trauer weiter zu verarbeiten, können sich protrahierte Traurigkeit und **Verbitterung** entwickeln. Depressive Eltern sind meist nicht in der Lage, sich auf die Interaktionsangebote ihres behinderten Kindes einzustellen, so daß das Kind in Gefahr ist, zu re-

signieren und selbst depressiv zu werden. Die ganze Familie ist in Gefahr, in **soziale Isolation** zu geraten.

Werden die Schuldgefühle auf Außenstehende projiziert (Suche nach einem „Sündenbock“), kommt es zu **chronisch schwelenden Spannungen** und zu dauernden **Konflikten**, die sich beim Kind als ängstliche Erregtheit und als Kontaktstörungen niederschlagen können.

Auch wenn es zu einer Akzeptanz der Behinderung gekommen ist, ist die Gefahr einer **„späten Ablehnung“** noch immer nicht überwunden. Wenn sich die Hoffnungen der Eltern auf kleine Erfolge in der Entwicklung ihres Kindes nicht bestätigen, kann es auch später dazu kommen, daß sie sich innerlich von ihrem Kind distanzieren. Die Eltern suchen dann nur noch nach einem Grund, der eine Heimunterbringung rechtfertigen könnte. In solchen Fällen **fördern sie unbewußt ungünstige Entwicklungen**, statt sie zu verhindern.

Auch die gelungene Akzeptierung birgt noch Gefahren. Oft arrangieren sich die Eltern in einem übersteigerten Maße mit der Behinderung, so daß Reifungsschritte von ihnen nicht mehr wahrgenommen werden. Es kommt zur **Infantilisierung** ihres Kindes.

Schließlich kann es auch zu einer **Über-Identifikation** mit der Behinderung kommen. Die ganze Familie dreht sich dann tagein tagaus um das behinderte Kind, was dem Kind ein unrealistisches Maß an Aufmerksamkeit zukommen läßt und eine Integration in die soziale Umgebung außerhalb der Familie in starkem Maße erschwert. Da die übergroßen Erwartungen nicht mehr erfüllt werden können, entstehen **chronische Frustrationsgefühle**, die entweder zu aggressiven Auseinandersetzungen oder aber zu einer Depression führen.

Der entwicklungspsychologische Aspekt- "Entwicklungsschaden" als pathogenetisches Prinzip

Freuds **konfliktorientierte Konzeption** hat sich bei der Erklärung der Psychopathologie bei Menschen mit geistiger Behinderung als **unzureichend** erwiesen. Bei geistig behinderten Menschen findet man zwar auch neurotische Störungen, also psychopathologische Bilder, deren Dynamik auf einen unbewußten und ungelösten Triebkonflikt zurückzuführen ist. Sie treten aber im Vergleich zu den dramatischen Auswirkungen der sogenannten „**Frühstörungen**“ in den Hintergrund, so daß für sie meist keine diagnostische oder therapeutische Aufmerksamkeit übrigbleibt (**Exkurs 3: Der neurosenpsychologische Aspekt**, siehe Anlage).

Die **Ichpsychologie, die Objektbeziehungstheorie** und die **psychoanalytisch orientierte Entwicklungspsychologie** haben die diagnostische Aufmerksamkeit auf die Frühstörungen gelenkt und hier neue Wege zum Verständnis geöffnet (Blanck & Blanck, 1974 und 1979; Jacobson 1964; Spitz, 1965; Mahler, Pine & Bergman, 1975). Die psychischen Strukturen und Funktionen, die das Kind befähigen, als autonomes Individuum in sozialen Beziehungen zu existieren, entstehen nach diesen inzwischen allgemein anerkannten Vorstellungen in Interaktionsprozessen mit den frühen bedeutsamen Objekten. Dabei spielt das Entwicklungsschema von Mahler und Mitarbeitern immer noch eine besonders wichtige Rolle. Die neueren Ergebnisse der Säuglingsforschung haben zwar zu wichtigen Modifikationen geführt, haben aber die Bedeutung dieses Entwicklungsschemas für die Diagnostik und Therapie von Frühstörungen nicht gemindert (Lang, 1988; Baumgart, 1991). Vererbte und konstitutionelle Defizite und andere organische Faktoren wirken ebenso wie ungünstige psychosoziale Einflüsse über **Hemmung oder Verzerrung dieses Entwicklungsprozesses**. Hoffmann und Hochapfel (1987) sprechen von einem „**erhaltenen Entwicklungsschaden**“ (S.65). Im deutschen Sprachraum hat sich als übergeordneter Begriff für diese psychopathologischen Bilder der Ausdruck „Frühstörungen“ durchgesetzt. Hinweise auf eine erschwerte psychische Entwicklung finden sich bei sehr vielen Menschen mit geistiger Behinderung (**Exkurs 4: Das sekundäre psychosoziale Defizit**, siehe Anlage). **Schwere Formen** von Frühstörungen entwickeln sich vor allem dann, wenn die frühen Interaktionen durch **Unzuverlässigkeit, durch Vernachlässigung, durch Mißbrauch oder durch Isolation** gekennzeichnet sind.

In den meisten Fällen ist es schwierig, diese sehr vielfältigen Störungen in die üblichen Klassifikationssysteme einzuordnen. Um so wichtiger ist eine ausführliche Erhebung des psychopathologischen Befundes, aus dem dann das Ausmaß des Entwicklungsschaden deutlich werden kann. Die Erfassung der Ichfunktionsstörungen sind dabei besonders wichtig (Robinson & Robinson, 1976; Balthazar & Stevens, 1975; Sternlicht, 1976; Levitas and Gilson, 1988; Ruth, 1990). man kann sich aber nicht auf sie beschränken. Wichtige Kategorien sind:

Ichfunktions-Defizite

Ichfunktionen sind die **Grundausrüstung zur Anpassung** an die soziale Umwelt und sind im menschlichen Entwicklungsplan angelegt. Ihre funktionsgerechte Ausreifung wird jedoch nur in einer ausreichend guten Beziehung zwischen dem Kind und der primären Bezugsperson möglich. Voll ausgereift, setzen sie das „Ich“ und damit das Individuum instand, kompetent mit der umgebenden sozialen Umwelt umzugehen. Sie integrieren innere Bedürfnisse mit den Anforderungen der äußeren Welt und des Über-Ichs (Hartmann, 1958). Die Ichfunktionen bestimmen zum Beispiel die Qualität des Gedächtnisses, der Sprache, der Motorik, der Impulskontrolle, der Realitätsprüfung und der Ur-

teilsfähigkeit. Personen mit mangelhaft ausgebildeten Ichfunktionen sind oft hyperaktiv. Oft ist die selektive Wahrnehmung gestört, es besteht also die Gefahr einer „Reizüberflutung“. Meist können sie interne und externe Reize nicht ausreichend gut eingrenzen. Im Zusammenhang mit ihren Wahrnehmungsstörungen fehlt ihnen die Fähigkeit, zuverlässig zwischen inneren und äußeren Reizen zu unterscheiden. Unter diesen Bedingungen wird die Realitätsprüfung schwierig. Oft sind sie nur eingeschränkt fähig, den Zusammenhang zwischen ihren Handlungsimpulsen und den auslösenden Ursachen zu erkennen. Häufig sind auch Schwierigkeiten mit der Kontrolle und Differenzierung von Affekten.

Unreife Abwehrmechanismen

Abwehrmechanismen sind in späteren Entwicklungsstadien insbesondere wichtig, um angstbesetzte unbewußte Wünsche oder Vorstellungen in Schranken zu halten. Im Laufe der Entwicklung werden frühe, unreife Formen der Abwehr durch reifere Formen mit höherer Effektivität ersetzt. Wenn das Abwehrsystem primitiv bleibt, können Ängste nicht effektiv gebunden werden und drängen leicht und massiv in das bewußte Erleben ein, was sich etwa in angstbetontem und erregtem Verhalten manifestiert. **Frühe Abwehrmechanismen beziehen stärker als die reiferen Formen die soziale Umgebung mit ein**, was oft in einer außerordentlich intensiven und dramatischen Weise geschieht. Dies gilt insbesondere für **Spaltung, Projektion, Introjektion und primäre Identifikation**. Die dramatische Einbeziehung der sozialen Umgebung ist charakteristisch für psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung.

Primitive Objektbeziehungen

Die Entwicklung der Ichfunktionen und der Abwehrmechanismen ist eingebettet in den **Prozeß der Reifung des Selbst und seiner Beziehung zur Welt der Objekte**. Um die innere Welt eines psychisch Kranken mit unreifen psychischen Funktionen zu verstehen, muß der Therapeut einen empathischen Zugang zu den frühen Entwicklungsphasen finden, wie sie zum Beispiel von Blanck und Blanck (1979) beschrieben wurden. Jede Phase der Entwicklung hat ihre spezifische Entwicklungsaufgabe, die zu meistern ist. Wenn ein Kind dieses Entwicklungsziel verfehlt, werden im späteren Leben die spezifischen Bedürfnisse und Konflikte, die ihren Ursprung in diesen gestörten Entwicklungsphasen haben, die soziale Anpassungsfähigkeit schwer behindern. Die sich manifestierenden klinischen Symptome werden dann auf die nicht gelösten Entwicklungsaufgaben hinweisen. Ist zum Beispiel in der frühen Entwicklung die zuverlässige Unterscheidung von „Selbst“ und „Nichtselbst“ nicht geglückt, kann es in den Interaktionen mit bedeutungsvollen Partnern zu Verschmelzungsängsten kommen. Oft führt dies zu dem Versuch, durch Aggressionen effektive Grenzen herzustellen. Auch autoaggressives Verhalten, wie zum Beispiel Kopfschlagen oder Beißen, können als Versuche interpretiert werden, "Grenzen" erlebbar zu machen. Auf der anderen Seite kann aber auch ein persistierender Wunsch nach Symbiose beobachtet werden, der sich zum Beispiel in einer parasitären Beziehung äußern kann.

Primitive Überichstrukturen

Auf der Grundlage der Ichfunktionsschwäche und des Überdauerns von primitiven Objektbeziehungen treten auch Störungen der Überichentwicklung auf. Ein reifes **Überich** ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine **autonome Existenz**. Ein gut funktionierendes Überich wird vernünftige Ziele und Standards setzen. Es wird nicht nur die Funktion eines „Gerichtshofes“ haben, sondern wird auch eine Quelle der Selbstachtung sein und so die jeweilige Person weniger abhängig machen von Beziehungen, in denen sie ihre narzißtischen Befriedigungen erfährt (Chetic, 1979). Wenn die Entwicklung des Überichs erschwert ist, werden die betreffenden Personen weniger Möglichkeiten für eine **effektive innere Kontrolle** haben und ihre Stabilität und Kontrolle von ihren jeweiligen Objekten fordern. Es erklärt zum Beispiel die häufig zu beobachtende Abhängigkeit und das anklammernde Verhalten bei psychisch gestörten geistig Behinderten. Darüberhinaus kommt es vor, daß unter dem Einfluß von Härte und Gewalt in der frühen Kindheit Vorstufen des Überichs in einer externalisierten Form bestehen bleiben; diese Kinder werden die emotionale Qualität ihrer frühen Objektbeziehung in die Außenwelt projizieren und sie somit als feindlich und erschreckend erleben. Es ist verständlich, daß diese Personen ein hohes Angstniveau haben und dazu tendieren, die äußere Welt zu negieren und in ihrer narzißtischen Phantasiewelt verhaftet zu bleiben.

Unreife Übertragungsphänomene

Die Differenzierung der Objektbeziehungen ist nicht nur ein struktureller Prozeß, sie hat auch affektive Aspekte. Die affektiven Erfahrungen der frühen Beziehungen beeinflussen die sich herausbildenden „Selbst-“ und „Objektrepräsentanzen“. Auf diese Weise erwirbt das Kind entsprechend der frühen Erfahrungen affektive Muster, um die äußere Welt zu beurteilen und zu klassifizieren. Diese vorgeformten affektiven Erwartungen sind gekoppelt an korrespondierende Verhaltensmuster. Beide werden später das Erleben und das Verhalten prägen. Wenn zum Beispiel ein geistig behinderter psychisch kranker Mensch entsprechend seiner dominierenden frühkindlichen Erfahrung in seiner Betreuerin seine Mutter sieht, die er als „bedrohlich-verschlingend“ erlebt hat, wird er unter Mißachtung der realen Eigenschaften der Betreuerin bei ihrem Anblick mit Panik oder mit Aggression reagieren. Ein anderer wird möglicherweise in der gleichen Betreuerin, die „omnipotente, alles gebende Mutter“ erleben und wird sich entsprechend übermäßig fordernd verhalten und bei den kleinsten Frustrationen enttäuscht und aggressiv reagieren. Diese Phänomene lassen sich nicht lerntheoretisch erklären und angehen. Es sind **Übertragungsphänomene**, die jedoch wegen der primitiven Natur der zu Grunde liegenden Objektbeziehungen einen archaischen Charakter haben. In Abgrenzung von der Übertragung im engeren Sinne auf der Basis einer gereiften Objektbeziehung nach Erreichen der Objektkonstanz sprechen Blanck u. Blanck (1979) von „Objektwiederholungen“.

„Pathologische Identität“

Personen mit unreifen psychischen Strukturen und Funktionen haben in der Regel Probleme, sich sozial anzupassen. Sie sind darauf angewiesen, ihre Persönlichkeit und ihre Identität auf der Grundlage ihrer erworbenen Interaktionsmuster aufzubauen. Dabei wird die sich entwickelnde Persönlichkeit die ver-

zerzte Welterfassung und -deutung widerspiegeln. Die frühen Interaktionsmuster bilden auch den „**affektiven Kern**“ (Emde) der werdenden Persönlichkeit. Diese in diesem affektiven Gedächtnis fixierten emotionalen Erfahrungen werden zu einem Teil der **Identität**. Damit ist auch das Bedürfnis (oder der „Zwang“) verbunden, diese emotionalen Erlebnisse immer und immer wieder zu reproduzieren. Da es sich um unreife Affekterlebnisse handelt, werden diese Wiederholungen („**Inszenierungen**“) in der Regel sehr störend sein (**Exkurs 5: Pathologische Selbstentwürfe - „pathologische Identität“**, siehe Anlage).

Beispiel: Jürgen K. :

Jürgen K., 23 Jahre alt, hat bisher jeden Versuch, ihn in ein Heim bzw. in eine Wohngruppe zu integrieren, scheitern lassen; auch die Versuche, ihn an einem Arbeitsplatz zu halten, mißlingen immer nach kurzer Zeit. Herr K. ist zunächst ganz begeistert von seinem neuen Heim oder von seinem neuen Arbeitsplatz. Nach kurzer Zeit aber beginnt er zu provozieren. Zunächst hat er immer neue Wünsche in Bezug auf seine Selbständigkeit, die er bald an die Grenze des Nichterfüllbaren steigert. Ist diese Grenze erreicht, wird er verbal aggressiv und sucht Möglichkeiten, die pädagogischen Mitarbeiter aus dem Gleichgewicht zu bringen (er wirft z.B. immer wieder sein Essen mit Teller gegen die Wand). Unvermeidbar kommt es dabei zu handgreiflichen Auseinandersetzungen, die Herr K. mit großer Vehemenz führt, ohne dabei wirklich gefährlich zu werden. Oft entdeckt man in dieser Phase in seiner Mimik Andeutungen eines Triumphgefühles. Sobald er überwältigt ist, fängt er an zu weinen und betont daß er in Zukunft „artig“ sein werde. Da sich diese Vorfälle fast täglich wiederholen, wächst bei allen Betroffenen eine aggressive Haltung gegen ihn. Irgendwann wird ein Antrag auf Verlegung gestellt, weil das Personal keine Chancen für einen pädagogisch sinnvollen Umgang mehr sieht. Im Prinzip waren es diese Vorfälle, die die Eltern schließlich überforderten und an eine Heimunterbringung denken ließen.

Diese Art von masochistischer Provokation findet man bei verhaltensgestörten geistig behinderten Menschen nicht selten. Oft stößt man bei der Bearbeitung der Vorgeschichte auf Störungen früher Autonomiebestrebungen. Im Falle von Herrn K. spielte möglicherweise die überbehütende, aber gleichzeitig jähzornige Mutter die entscheidende Rolle. Mit einiger Phantasie kann man sich die Interaktion und die begleitenden Gefühle bei Jürgen K. und seiner Mutter in dieser frühen Entwicklungsphase vorstellen: bei ihm Neugier und Stolz über seine Selbständigkeitsversuche, verbunden vielleicht mit aggressiven Regungen gegen die Mutter, bei der Mutter zunächst Freude gepaart mit Angst und schließlich Wut. Nach der gewaltsamen und bestrafenden Beendigung der Interaktionen durch die Mutter vereint sie beide ein intensives Zusammengehörigkeitsgefühl, das auf Seiten der Mutter von Schuldgefühlen geprägt sein mag. Für Jürgen K. hat diese Sequenz von emotionalen Erfahrungen eine große Bedeutung bekommen, so daß er sie immer wieder reproduziert. Sie sind ein Teil seines Identitätserlebens geworden.

Der lerntheoretische Aspekt - Verhaltensstörungen als Anpassungsleistung

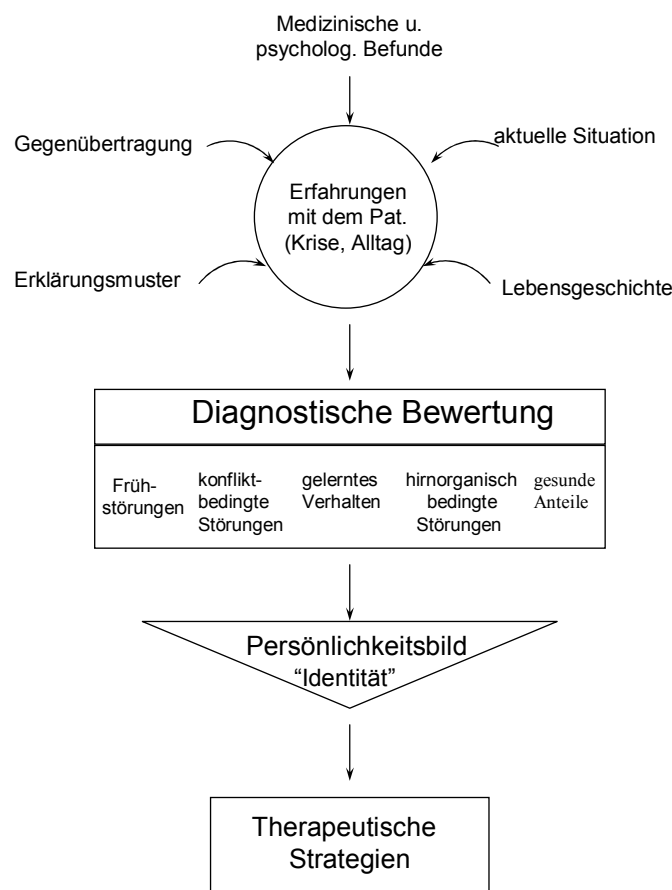
Zu den notwendigen theoretischen Grundlagen gehört auch die Lerntheorie. Es kann keinen Zweifel daran geben, daß ein sehr großer Teil der Verhaltensauffälligkeiten, die man bei geistig behinderten Menschen findet, gelernt sind. Häufig kann man sie als **Anpassungs- oder Durchsetzungsstrategien** begreifen. Sie wären dann eigentlich gesunde Reaktionen. Wenn sie störend oder befremdend wirken, dann eben aus dem Grunde, daß die Bedingungen, unter denen sich die Betroffenen entwickeln mußten, befremdend waren. Sie mußten diese Verhaltensweisen lernen, um sich zu schützen oder sich durchzusetzen. Im Prinzip können auch die Auffälligkeiten, die im Zusammenhang mit pathologischen Selbstentwürfen oder mit neurotischen Störungen auftreten, als Anpassungsleistung aufgefaßt werden. Hier liegen aber pathogenetische Mechanismen zugrunde, die nicht mit den an rational beschreibbaren Zielsetzungen orientierten Lernprozessen erklärbar sind. Hier geht es um Verzerrungen bei der Entstehung der axiomatischen Basis affektiver Bewertungen. Lincke spricht daher von zwei **verschiedenen Formen von Anpassung**, was für das therapeutische Vorgehen von Bedeutung ist. (**Exkurs 6: *Verschiedene Formen der Anpassung***; siehe Anhang)

Selbstverständlich kann auch jedes Symptom, das sich im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung entwickelt hat, zu einem Durchsetzungsinstrument werden. Die Betroffenen lernen sehr schnell, wie sie mit ihren "Symptomen" ihre Betreuer beeindrucken und konditionieren können. Die Symptome erfahren also oft einen **Bedeutungswandel**. Meist besteht die ursprüngliche Störung nebenher noch weiter, so daß das gleiche Symptom in verschiedenen Bedeutungen auftritt. Dieser Bedeutungswandel ist ein schwieriges diagnostisches Problem, das sich oft nicht in befriedigender Weise lösen läßt. Mit der Bewertung der Gegenübertragungsreaktionen hat gerade das psychoanalytisch orientierte diagnostische Vorgehen eine Möglichkeit zur Unterscheidung scheinbar gleicher Symptome, die von anderen therapeutischen Konzepten nicht in gleicher Weise genutzt wird.

Der diagnostische Prozeß

Will man die angedeuteten vielfältigen psychischen Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung behandeln, so muß versuchen, diese Störungen und ihre Entstehung zu verstehen. Man muß also versuchen, die Bedingungskonstellation zu entwirren. Dabei geht es um therapierelevante diagnostische Einschätzungen. Eine Zuordnung zu einem der klassischen psychiatrischen Krankheitsbilder wird dabei oft vergeblich angestrebt.

Die Zuordnung ist besonders auch dadurch erschwert, daß man zumindest bei den schwereren Behinderungsgraden auf die Verbalisierung des Erlebens fast ganz verzichten muß. Aber auch, wenn eine sprachliche Kommunikation möglich ist, kann die Verständigung dadurch erschwert sein, daß die gebrauchten Worte eine unterschiedliche Bedeutung haben. Eine diagnostische Klärung muß sich daher weitgehend auf eine theoriegeleitete Beurteilung der beobachtbaren Symptome und auf das einführende Abschätzen der Befindlichkeit verlassen. Dabei ist der Therapeut oft auf die Erfahrungen des pädagogischen Personals oder der Angehörigen angewiesen. Aber auch diese Erfahrungen sind nicht einfach zu gewinnen. Es ist in jedem Fall ein Zeit erfordernder Prozeß. In den Gesprächen wird man sich von folgenden Fragestellungen leiten lassen



1. Welche Erfahrungen gibt es mit dem Betroffenen im Alltag?

Dabei ist es wichtig, nicht nur die pathologischen Seiten seiner Persönlichkeit zu erfahren, sondern auch seine Anpassungsleistungen, seine Eigenständigkeiten, seine Vorlieben usw. Immer ist es dabei wichtig, Erfahrungen aus verschiedenen Lebensbereichen zusammenzutragen. Oft sind die Erfahrungen in erstaunlicher Weise unterschiedlich. Die unterschiedlichen Wahrnehmungen, Einschätzungen und Erfahrungen führen in der Regel zu einer veränderten Sichtweise. Oft entsteht ein engagiertes Interesse an dem "Patienten", oft kann ein Gefühl der Achtung vor seiner Person geschaffen werden und oft können die Verstrickungen seiner Symptomatik mit dem Gruppengeschehen verdeutlicht werden. Manchmal genügt dann ein in dieser Form geführtes Gespräch, um die ganze Symptomatik aufzulösen.

2. Welche Gegenübertragungsgefühle gibt es?

Oft ist die diagnostische Einschätzung der Symptomatik ohne eine Analyse der Gegenübertragungsreaktion nicht möglich. Gegenübertragungsreaktionen sind alle gefühlsmäßigen Reaktionen, die das Verhalten bei dem betreuenden Personal, den Eltern oder den Therapeuten auslöst. Ein plötzlich auftretendes Einnässen zum Beispiel, das zu Mitleid und zu verstärkter Fürsorge führt, ist diagnostisch anders zu bewerten als ein Einnässen, das Ärger hervorruft. In dem einem Fall wird man intensiver nach einer organischen Ursache suchen, im anderen Fall wird man vielleicht eher an ein provozierendes Verhalten im Rahmen einer Regression denken. Wichtig ist auch das Aufspüren chronischer negativer Übertragungsreaktionen. Diese zeigen sich zum Beispiel in einer vernachlässigenden Haltung, in einer auffallend leeren aktuellen Anamnese oder aber auch in überzogen wirkenden pädagogischen Maßnahmen (z.B. Überhäufung mit „Ämtern“, ungewöhnliche Strafaktionen usw.)

3. Welche medizinischen und psychologischen Befunde liegen vor?

Da psychische Störungen häufig Ausdruck eines Mißverhältnisses zwischen Anforderung und Leistungsfähigkeit sind, muß eine Beurteilung des Entwicklungsstandes unbedingt einbezogen werden. Aber auch die Frage nach spezifischen hirneigenen Funktionseinschränkungen ist wichtig. Hier ist insbesondere nach Seh- und Hörbehinderungen, nach Sprach- und Leseschwierigkeiten sowie nach anderen Teilleistungsstörungen zu suchen. Diese bringen nicht nur ein zusätzliches Risiko für die psychische Entwicklung, sondern bedeuten später auch immer die Gefahr einer Überforderung.

4. Welche Rolle spielt die aktuelle Lebenssituation?

Das Leben geistig Behinderter ist trotz aller Fortschritte immer noch durch Mangelerscheinungen geprägt. Durch das Leben in Gruppen, durch die professionelle Betreuung, durch den Mangel an Einfluß auf das eigene Leben und durch das Fehlen einer gesellschaftlichen Perspektive ist das

Alltagsleben immer noch durch Belastungen gekennzeichnet, die schwerer und häufiger sind als in der Normalbevölkerung. Pathologisch erscheinende Alltagsbewältigungsstrategien sind daher die Regel. Diese als Verhaltensauffälligkeiten erscheinenden Alltagsbewältigungsstrategien sind scharf von psychischen Störungen abzugrenzen, da ihre „Therapie“ nur in einer Normalisierung der Lebensbedingungen und nicht in psychologischen und ärztlichen Anpassungsmaßnahmen bestehen kann. Wichtig ist es auch, auf spezifische Überempfindlichkeiten zu achten, die zu einer diagnostischen Spur führen könnten. Viele behinderte Menschen haben eine Heimkarriere, und ihre Vorgeschichte erhält eine Fülle von Trennungserlebnissen. Daraus kann zum Beispiel eine Überempfindlichkeit gegenüber Trennungen entstehen. Ein banaler Personalwechsel oder der Jahresurlaub eines bestimmten Mitarbeiters reichen dann schon aus, um aggressive Ausbrüche oder eine chronische depressive Stimmungsschwankung auszulösen.

5. Welche Hinweise auf Krisen enthält die Lebensgeschichte?

Der Schlüssel zum Verständnis von Überempfindlichkeiten findet sich oft in der Lebensgeschichte. Nicht nur Trennungserlebnisse finden sich bei behinderten Menschen häufig, sondern auch Zurückweisungen, Vernachlässigung, Verachtung, Mißhandlungen, Versagenserlebnisse usw. Oft werden erst nach Auswertung der Vorgeschichte banale Ereignisse im Gruppenleben als Auslöser von bestimmten Verhaltensweisen oder bestimmten Stimmungen erkannt.

6. Ist eine Zuordnung zu den psychopathologischen Grundstörungen möglich?

Gibt es Hinweise auf eine **mangelhafte Ausbildung der Ichfunktionen und Störung der Objektbeziehungen**? Für viele bei geistig Behinderten beobachteten psychischen Auffälligkeiten ist ein Zusammenhang mit Ichfunktionsstörungen plausibel gemacht worden. So wird z. B. die Impulsivität, die Ablenkbarkeit, die affektive Starrheit, die Aggressivität und ähnliches auf Ichfunktionsstörungen zurückgeführt. Aber auch bei komplexeren Störungen, wie z. B. Autismus, Borderline-Störung, psychotische Störungen spielen diese Ichfunktionsdefizite eine große Rolle. Liegt eine **neurotische Störung** vor? Die durch die geistige Behinderung komplizierten Eltern-Kind-Beziehungen bringen nicht nur das Risiko von Ichdefekten, sondern machen auch konflikthafte Störungen der Triebentwicklung wahrscheinlich. Neurotische Anteile findet man daher bei sehr vielen psychischen Störungen bei geistig Behinderten. Sie zeigen sich insbesondere in einer Bedürfnisarmut oder aber in einem unrealistischen Umgang mit Bedürfnissen sowie in den damit zusammenhängenden pathologischen Kompensations-, Vermeidungs- und Frustrationsreaktionen. Finden sich **pathologische gelernte Verhaltensweisen**? Die Lerntheorie bietet einen breiten Erklärungsansatz, der die meisten psychischen Störungen bei geistig Behinderten umfaßt. In der Tat muß man immer damit rechnen, daß ein pathologisches Verhalten unabhängig davon, durch wel-

ches pathogene Prinzip es ursprünglich verursacht wurde, durch Lernprozesse modifiziert und verschlimmert werden kann.

Gibt es Hinweise auf **hirnorganisch bedingte psychische Auffälligkeiten**? Diese Frage sollte immer mit besonderer Sorgfalt geprüft werden, weil sich diese Diagnose immer anbietet und die Gefahr besteht, daß alles Störende auf diese Weise erklärt wird („diagnostic overshadowing“). Eine Vertiefung des diagnostischen Prozesses wird verhindert. In der Regel ist dieses diagnostische Etikett mit therapeutischem Nihilismus verbunden.

Nach dieser diagnostischen Erörterung wird es dann leichter möglich sein, sich ein **Bild von der Persönlichkeit** des Betroffenen zu machen. Hier leiten die Fragen nach den Schwerpunkten, mit denen der Betroffene sein Leben zu organisieren versucht. Was ist ihm wichtig? Welche Bedürfnisse sind deutlich, verzerrt oder gehemmt? Was sind seine bevorzugten Interaktionsmuster? Welche Erlebnisse versucht er zu reproduzieren? Was also ist seine Identität? Hieraus ergeben sich dann die therapielevanten Symptome.

Erst nach dieser theoretischen Erörterung ist die Frage nach einer geeigneten Therapie sinnvoll. Gleichgültig, für welche Therapieform man sich entscheidet, immer wird es vorrangig wichtig sein, die Verbesserung seiner Lebensbedingungen im Auge zu behalten und zweitens, die unmittelbaren Bezugspersonen, also die Familie oder die Wohngruppe, mit in die therapeutische Strategie mit einzubeziehen.

Exkurs 1

Die Bedeutung der Elternberatung und die Frage nach der Ursache

Ursachen

Die Suche nach den Ursachen der geistigen Behinderung ist ein menschlich verständliches Anliegen, obwohl sie nur in seltenen Fällen zu einer erfolgreichen Behandlung oder zu einer wirksamen Prävention führt. Eine Diagnose befriedigt jedoch den Wunsch nach dem Verstehen, sie beantwortet die Fragen nach dem „Warum“ und beseitigt damit bei den betroffenen Eltern oft einen Teil der mit der Geburt eines behinderten Kindes entstandenen Schuldgefühles. Dadurch verbessern sich die Chancen für eine adäquate Einstellung der Eltern gegenüber ihrem behinderten Kind.

In der Mehrzahl der Fälle läßt sich jedoch **keine klare Ursache** finden. Oft liegen mehrere Ursachen gleichzeitig vor, die sich untereinander in einer nicht überschaubaren Weise beeinflussen. Oft bleiben die Ursachen völlig unbekannt. Nach Zerbin-Rüdin sind dies 60%. Bei 40% ist nicht nur die Ursache unbekannt, es liegen auch keine relevanten organischen Befunde vor (Zerbin-Rüdin 1990). Man spricht hier von der „befundlosen geistigen Behinderung“.

Heber (1970; zit. n. Spreen) untersuchte die Häufigkeiten der verschiedenen Ursachen für geistige Behinderung bei Aufnahmen in öffentliche Krankenhäuser und Anstalten in den USA. Auffallend ist hier der **hohe Anteil der als "psychologisch verursacht" (ca. 30%)** eingeschätzten Fälle. In der gleichen Größenordnung ist auch die Kategorie "**unbekannte vorgeburtliche Einflüsse" (ca. 27%)**. Der Anteil der gut abklärbaren Ursachen ist dagegen sehr gering, er beträgt etwa 22 Prozent.

Hanefeld und König haben 1974 in einer Berliner Klinik folgende Häufigkeitsverteilung bei geistig Behinderten im Alter zwischen 6 Monaten und 14 Jahren festgestellt:

- 8% Folgen von Infektionen
- 9% Folgen von Vergiftungen und Traumen
- 4% Folgen von Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen
- 22% perinatale Störungen
- 19% genetische Störungen und Chromosomenaberrationen
- 6% Mißbildungen unklarer Genese
- 40% unklare Verursachungen.

Bei dieser Aufzählung muß man berücksichtigen, daß es sich um eine Aufnahmestatistik in eine Universitätsklinik handelt, in der bevorzugt Kinder mit dem Verdacht auf ein organisch bedingtes Syndrom aufgenommen wurden. Auch unter diesen Auswahlbedingungen lag der Anteil der genetisch oder durch Chromosomenaberration bedingten Störungen **unter 20%**. Man kann also davon ausgehen, daß deutlich weniger als 20% der bekannten Ursachen für geistige Behinderung vererbbar sind.

Zwei zentrale Fragen der Elternberatung

Was kann man den Eltern sagen, wenn sie nach einer Erstuntersuchung ihres Kindes bzw. nach einer pränatalen Diagnostik mit einem Befund konfrontiert werden, der auf eine geistige Behinderung hinweist? **In Hinblick auf den außerordentlich großen Einfluß, den die Eltern auf die Entwicklung eines behinderten Kindes haben, sind solche Gespräche bedeutsam.** Die Eltern brauchen sicherlich fachlichen Rat und **sachliche Informationen**. Noch wichtiger aber für eine angemessene Haltung der Eltern ist die **gefühlsmäßige Orientierung**, die der Arzt vermittelt. Ein Arzt, der noch in den oben geschilderten Vorurteilen befangen ist, wird den Eltern kaum die nötige Zuversicht vermitteln können, die sie für die Betreuung ihres Kindes brauchen. Auf der anderen Seite wird natürlich auch der Arzt, der in einer verharmlosenden optimistischen Art unangenehmen Wahrheiten aus dem Wege geht, die Eltern nicht in einer realistischen Weise auf ihre Aufgabe vorbereiten können.

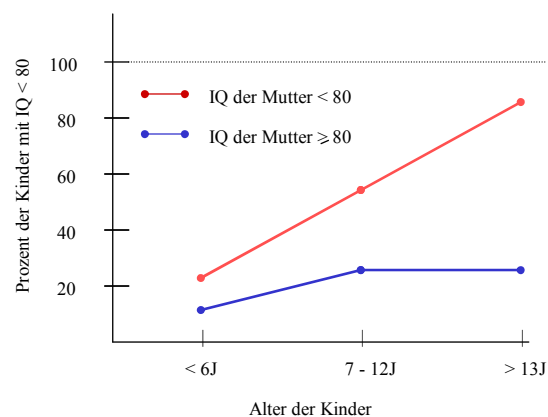
Im wesentlichen drehen sich die Fragen der Eltern immer wieder um **zwei Probleme**. Sie wollen wissen, wie die **weitere Entwicklung** ihres Kindes unter den Bedingungen einer frühkindlichen Hirnschädigung bzw. einer geistigen Behinderung verlaufen wird und ob bei weiteren Geburten ähnliche Probleme zu erwarten sind, ob also ein **Wiederholungsrisiko** besteht.

Prognostische Erwägungen

Wenden wir uns zunächst der **ersten Frage** zu. Für den Arzt ist wichtig zu wissen, daß es **keine einfache Korrelation** zwischen Hirnschädigung bei der Geburt und späterer Entwicklung gibt. Dies zeigt z.B. die sehr sorgfältige Studie von Graham (1961; zit. nach SPREEN). Bei Kindern mit bei der Geburt festgestellten Risikokonstellationen konnte er im Alter von 3 Jahren nur dann einen Zusammenhang mit der psychisch-geistigen Entwicklung feststellen, wenn diese Risikofaktoren bei der Geburt sehr ausgeprägt waren. Mäßige oder leichte Risikobelastungen waren prognostisch nicht brauchbar. CORAH u.a. (1965; zit. nach SPREEN) bestätigt dieses Ergebnis und stellte sogar fest, daß der größte Teil der nach der Geburt als mäßig oder leicht hirngeschädigt diagnostizierten Kinder im Alter von sieben Jahren von gesunden Kindern nicht mehr zu unterscheiden war. **Es muß also mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß das Gehirn Schädigungen weitgehend oder völlig kompensieren kann.** Wie weit eine solche Kompensation zerstörter oder geschädigter Teile durch andere Teile des Gehirns gehen kann, zeigen die Ergebnisse der Hemisphärektomie im Kleinkindalter. Bei diesem Eingriff wird wegen einer lebensbedrohenden Erkrankung eine Großhirnhälfte völlig entfernt. Es wird beschrieben (WILSON, 1970, zit. nach SPREEN), wie sowohl die sprachlichen als auch die motorischen Fähigkeiten bei diesen Kindern sich zwar verzögert, letztlich aber nahezu normal entwickelten.

Viele Untersuchungen weisen auf eine Verflechtung **sozio-ökonomischer Faktoren** mit den bei der Geburt festgestellten Risikokonstellationen hin. Ein gut untersuchter Risikofaktor ist z.B. das zu niedrige Geburtsgewicht. Vergleichende Untersuchungen mit Kindern, die diesen Risikofaktor hatten, beweisen, daß die weitere Entwicklung in entscheidendem Ausmaße durch den sozioökonomischen Status beeinflusst wird.

Die Abbildung zeigt, daß Kinder aus der gehobenen Sozialschicht mit vergleichbarer Risiko-
belastung bei der Geburt sich schon im Alter von 6 Monaten deutlich von den Kindern aus
den unteren sozialen Schichten absetzen und nach 30 Monaten sich um ca. 15 IQ-Punkte von
anderen Kindern unterscheiden.



Häufigkeit der Kinder mit einem IQ unter 80 mit
zunehmenden Alter als Funktion des IQ der Mutter
(nach Heber, 1968)

BROMAN und Mitarbeiter (1975; zit. nach SPREEN) untersuchten 169 verschiedene bei der
Geburt festgestellte Faktoren, um prognostisch Aussagen über den weiteren Entwicklungsver-
lauf von hirngeschädigten Kindern zu ermöglichen. Er fand, daß folgende Faktoren am besten
eine statistisch abgesicherte Aussage ermöglichen:

1. Hirnabnormalität unmittelbar nach der Geburt.
2. Schulbildung der Mutter.
3. Sozialökonomischer Status.
4. Schädelumfang.
5. Länge der Schwangerschaft.
6. Apgar-Wert 5 Minuten nach der Geburt.
7. Zahl der vorhergegangenen Geburten der Mutter.

Sie sehen, daß unter den 7 Faktoren an zweiter bzw. dritter Stelle die Schulbildung der Mutter
und der sozioökonomische Status der Familie aufgeführt sind.

Ein weiterer Hinweis ergibt sich aus den Untersuchungen von Kindern mit Trisomie 21. Hier
korreliert der Intelligenzgrad mit dem Bildungsgrad der Eltern, vorausgesetzt, daß die Kinder
während der ersten zwei Jahre im Elternhaus verbleiben.

Der beratende Arzt ist also in keiner einfachen Situation. Er ist nicht in der Lage, den Eltern voraussagen zu können, wie sich ihr Kind entwickeln wird. Er muß einerseits vermeiden, den Eltern unrealistische Hoffnungen zu machen, andererseits darf er ihr Engagement nicht durch eine pessimistische Einschätzung ersticken. Es kommt also darauf an, den Eltern zu helfen, mit dieser **offenen Situation** fertig zu werden und ihnen eine **realistisch-optimistische Einschätzung** bezüglich der Entwicklung ihres Kindes zu ermöglichen. Sicher spielen dabei die professionellen Hilfen, insbesondere die Frühförderung, eine entscheidende Rolle. Sicherlich aber hätten alle diese Maßnahmen nur einen beschränkten Erfolg, wenn es nicht gelingt, den Eltern eine wohlwollende, liebevolle und optimistisch gefärbte Beziehung zu ihrem Kinde zu ermöglichen.

Wiederholungsrisiko - Ist Intelligenz vererbbar?

Ich komme nun zu der zweiten Frage der Eltern, der Frage nach der Vererbung. Ich habe Sie vorhin bei der Darstellung der Ursachen darauf aufmerksam gemacht, daß die Ursachen, die nach den heutigen Kenntnissen als vererbbar gelten, relativ selten sind. Man könnte es sich also einfach machen und die Vererbbarkeit im Hinblick auf ihre untergeordnete Rolle übergehen. Auf der anderen Seite hat sich das Bild der "vererbaren Minderwertigkeit" so festgesetzt, daß es notwendig ist, darauf noch einmal einzugehen. Ich will dies am Beispiel der Vererbung der Intelligenz tun.

Dabei geht es eigentlich um die Frage, ob Personen mit der Diagnose „befundlose geistige Behinderung“ Kinder haben dürfen oder nicht. Die Vorstellung von der Vererbung der „Dummheit“ entstand weniger durch wissenschaftliche Erkenntnisse als durch eindrucksvolle und einprägsame Einzelbeobachtungen. Bekannt ist z.B. die Geschichte von Martin Kallikak, die durch GODDARD (1912; zit. nach SPREEN, S. 54) in die Fachliteratur eingegangen ist. Kallikak war ein Soldat im Amerikanischen Revolutionskrieg, der eine Affäre mit einem schwachsinnigen Mädchen hatte. Zur Zeit der Untersuchung hatte Kallikak 480 Nachkommen, die sich auf diese Beziehung zurückführen ließen. Diese Nachkommen waren zum großen Teil intelligenzgemindert. Derselbe Mann hatte aus seiner legalen Ehe ebenfalls zahlreiche Nachkommen, die alle normale und anerkannte Bürger waren.

Ähnliches berichtete ESTABROOK (1916; zit. nach SPREEN, S. 54) über ein schwachsinniges Ehepaar. Unter den 1257 Nachkommen häuften sich Schwachsinn, Kriminalität und Armut. ESTABROOK errechnete, daß der Staat in den zurückliegenden 75 Jahren eine Million Dollar für Wohlfahrts-, Anstalts- und Gefängniskosten für diese Familie aufzubringen hatte.

So eindrucksvoll diese Darstellungen sind, es bleiben Einzelfälle. Alle wissenschaftlichen Untersuchungen sprechen für außerordentlich **komplizierte Verhältnisse bei der Vererbung der Intelligenz**. In der Tat gibt es bisher wenig gesicherte Erkenntnisse über den Erbgang. Diese Schwierigkeiten liegen daran, daß die Intelligenz erstens nicht einheitlich definiert ist und zweitens, daß viele Faktoren an der Struktur der Intelligenz beteiligt sind. Eine autosome Form der Vererbung ist daher kaum zu erwarten. Man muß daher von einer **polygenen Vererbung** ausgehen, also die Beteiligung von mehreren Chromosomen und Chromosomenpositionen (Allelen) annehmen, wodurch zahllose Varianten und Kombinationen bei der Zellvereinigung möglich werden. Es ist also wenig wahrscheinlich, daß man bei der Untersuchung

des genetischen Materials selbst schnelle Erfolge bei der Aufklärung des Erbganges der Intelligenz finden kann. Als Ausweg bleiben die Untersuchung von Korrelationen der Intelligenz von Personen mit verschiedenen Verwandtschaftsgraden. Aus diesen Ergebnissen, auf die ich hier nicht näher eingehen kann (SPREEN, S. 56/57), geht eindeutig hervor, daß es in der Tat eine **starke Beteiligung der Vererbung** an der Intelligenzentwicklung gibt. Sie kann und soll daher nicht abgestritten werden.

Mutter IQ Kinder	Mutter IQ				Summe
	>=100	99-84	83-68	67-52	
>=100	10,845,8	37,4	6,0	100%	
99-84	8,334,5	40,6	16,6	100%	
83-68	6,618,0	42,5	32,9	100%	
67-52	1,818,2	25,5	54,5	100%	

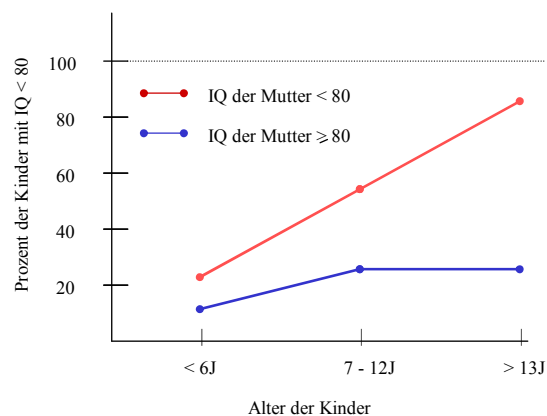
Verteilung der Kinder nach IQ und IQ der Mutter in Prozent (nach Heber, 1968)

Trotzdem gibt es keinen Grund, die Rolle der Vererbung übermäßig zu betonen, wie es im Alltagsverständnis, aber auch bei Experten oft geschieht. Denn die Untersuchungen über den Einfluß der sozialen Umwelt führen zu ebenso beeindruckenden Befunden.

Die Liste der wissenschaftlich untersuchten, auf das Kind einwirkenden und seine Intelligenzentwicklung beeinflussenden Faktoren ist lang und reicht von unzureichender Anregung durch überbeschäftigte Eltern, über ungeeignete Erziehungsmethoden bis zur groben Vernachlässigung und Mißhandlung, von neurotischen Einstellung bis zum psychischen Trauma durch ständigen Streit, durch Trennung und Scheidung, von mangelnder oder fehlerhafter Ernährung bis zu subtileren Einflüssen des Klimas und anderen Faktoren der physischen Umgebung, von der ablehnenden Einstellung der Gesellschaft zum Kind bis zu rassistischen und anderen Vorurteilen (SPREEN, S. 58/59). Interessant sind Untersuchungen über Kinder, die bei

ihren natürlichen Müttern aufwachsen. Zunächst zeigen diese Untersuchungen einen engen Zusammenhang zwischen der Intelligenz der Mutter und des Kindes.

Noch deutlicher wird dieser Zusammenhang dargestellt, wenn man die Entwicklung der Kinder von IQ-schwachen Müttern der Entwicklung von Kindern von IQ-starken Müttern gegenüberstellt. Im Vorschulalter zeigen die Kinder minderbegabter Mütter nur in einem geringeren Umfang eine schwächere Intelligenz. Diese Diskrepanz nimmt jedoch im weiteren Verlauf der Entwicklung zu. Man könnte diese Untersuchungen also als ein Hinweis auf einen starken Einfluß genetischer Faktoren nehmen. Insofern sind Untersuchungen wichtig, die SPEER (1940) und STIPPICH (1940; zit. nach SPREEN, S. 60) veröffentlicht haben. Sie konnten nachweisen, daß Kinder geistig behinderter Mütter, wenn sie bei Pflegeeltern untergebracht werden, eine normale Intelligenzentwicklung zeigen. CLARKE und CLARKE (1970; zit. nach SPREEN, S. 60) fanden, daß die Intelligenzentwicklung von Kindern aus schlechten sozioökonomischen Verhältnissen nach Einweisung in eine Anstalt deutliche Fortschritte zeigen (im Gegensatz zu Kindern aus normaler Umgebung, die in der Anstalten



Häufigkeit der Kinder mit einem IQ unter 80 mit zunehmenden Alter als Funktion des IQ der Mutter (nach Heber, 1968)

verkümmerten). In vielen Untersuchungen wurde bestätigt, daß der IQ der Kinder mit dem sozioökonomischen Status der Eltern ab- bzw. zunimmt (s. nach HEBER, 1970, zit. nach SPREEN). Nach BAUMEISTER (1988) ist die geistige Behinderung - und zwar die häufigeren leichten Formen - Teil der "**neuen Morbidität**". Er vergleicht diese neue Morbidität mit den Volkskrankheiten, die in vorhergehenden Jahrzehnten die Kinder bedrohten. Neben der geistigen Behinderung sieht er eine Zunahme an körperlichen Behinderungen, organischen Erkrankungen, Verhaltensstörungen und an Gewalttätigkeiten. Als Ursache sieht er eine Bündelung pathogener Faktoren, die sich aus ungünstigen Lebensumständen ergeben, wie sie vor allen in der Unterschicht zu finden sind.

Zusammenfassend kann man also sagen, daß die Einflüsse der Vererbung auf die Intelligenz-entwicklung gegenüber den Einflüssen der Umwelt, insbesondere der sozialen Schicht, als relativ gering eingeschätzt werden müssen. Der Wunsch nach Beratung bei den Eltern, die ein Kind mit einer Behinderung geboren haben, ist genauso verständlich wie der Wunsch einer werdenden Mutter, sich über eine mögliche Schädigung ihres Kindes zu informieren. Solange diese Maßnahmen auf der freiwilligen Entscheidung Einzelner beruhen, werden hierdurch keine größeren Probleme aufgeworfen, obwohl zumindest bei der pränatalen Diagnose schwierige ethische Fragen zu beantworten sind, auf die ich aber hier nicht näher eingehen kann.

Unsinnig werden diese Maßnahmen jedoch, wenn man sie mit der Hoffnung verbindet, darüber die Volksgesundheit zu verbessern und - wie der Theologe und Erzieher an der Universität Virginia Joseph FLETCHER (zit. nach SPREEN, S. 65) es macht - einen moralischen Druck erzeugt, indem er von "fahrlässiger Lebenserzeugung" spricht und diese der "fahrlässigen Tötung" gleichsetzt.

Exkurs 2:

Regionale Verteilung psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung

Zur Planung und Entwicklung regionaler psychiatrischer Dienste sind Daten über die Häufigkeit psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung erforderlich. Für die Region Braunschweig, Wolfenbüttel und Helmstedt liegen orientierende Zahlen vor (Michels, 1993). Ich will kurz auf diese Ergebnisse eingehen.

In der Region leben ca. 550000 Einwohner. In die Untersuchungen einbezogen waren alle Einrichtungen der Lebenshilfe, eine Großeinrichtung (Evangelische Stiftung Neuerkerode) und das regionale psychiatrische Landeskrankenhaus (Niedersächsisches Landeskrankenhaus Königslutter). Von der Untersuchung wurden 1619 Personen erfaßt, die als geistig behindert galten. Das entspricht einem Anteil von **0,3%** an der Gesamtbevölkerung.

Psychische Auffälligkeiten		
	N	%
Gesamterhebung	1619	100
keine psychischen Auffälligkeiten	479	30
nur leichte psychische Auffälligkeiten	318	20
provozierendes Sozialverhalten	546	34
aggressives Verhalten gegen Personen	472	29
Zwanghaftes Verhalten, Stereotypen	459	28
Depr. Verhalten, Passivität, Rückzug	424	26
Unruhe, Überaktivität, hektisches Verhalten	417	26
Schreien, Kreischen, Weinen	341	21
Angstsymptomatik	332	21
aggressives Verhalten gegen Sachen	326	20
autoaggressives Verhalten	279	17
unangemessenes Sprachverhalten	182	11
psychosomatische Störungen	175	11
auffälliges sexuelles Verhalten	138	9
psychotische Störungen	116	7
sonstige Störungen	83	5
Alkohol- und Drogenabusus	53	3

Aus: Michels "Erhebung zum Bedarf diagnostisch-therapeutischer Angebote in der Region Braunschweig/Wolfenbüttel/Helmstedt" (1993)

Von den 1619 erfaßten Personen mit einer geistigen Behinderung hatten 479 Personen keine relevanten psychischen Probleme. Das entspricht einem Anteil von 30%. Das heißt, daß **bei 70% schwerwiegende Störungen** angegeben wurden. Zu den häufigsten Verhaltensauffälligkeiten zählten "provozierendes Sozialverhalten (34%), aggressives Verhalten gegen Personen (29%) zwanghaftes Verhalten und/oder Stereotypen (28%), depressives Verhalten

(26%) und unruhiges Verhalten (26%). Auffallend ist der geringe Anteil von eindeutig psychotisch gestörten Personen (7%). Auch Alkohol- und Drogenabusus ist selten (3%).

Erwartungsgemäß sind die Störungen in den verschiedenen Wohnformen unterschiedlich häufig. Am häufigsten sind schwere Verhaltensauffälligkeiten im psychiatrischen Landeskrankenhaus (90%). Je "normaler" die Wohnform ist, desto seltener sind schwere Verhaltensauffälligkeiten. Die Untersuchung erlaubt keine Analyse dieses Befundes. Es ist aber wahrscheinlich, daß es sich hierbei um einen Selektionseffekt handelt. **Wichtig ist, daß auch bei geistig behinderten Personen, die in der Gemeinde leben, häufig schwere psychische Störungen zu finden sind** (zwischen 13% und 32%).

Gesamterhebung	36%
Wohnheim/Wohngruppen der Lebenshilfe	13%
Familie	16%
Sonstige Wohnformen	9%
Außenwohngruppen-NE	32%
Wohngruppen in NE	56%
Landeskrankenhaus	90%

Erhebliche Verhaltensauffälligkeiten in
mindestens einer der Symptomkategorien
getrennt nach Wohnform (aus Michels, 1993)

Psychopharmaka	
Gesamterhebung	18%
Familie	8%
Wohnheime (Lebenshilfe)	11%
Sonstige (z.B. betr. Wohnen)	16%
Außen-WG Neuerkerode	14%
WG in Neuerkerode	25%
Landeskrankenhaus	75%

(Prozentangaben beziehen sich auf
die Gesamtanzahl der in den unter-
schiedlichen Settings lebenden geistig
behinderten Personen)

Für diese Personen müssen Fachdienste bereit gestellt werden. Erfahrungsgemäß sind die üblichen Angebote (niedergelassene Nervenärzte, sozialpsychiatrische Dienste, psychiatrische Abteilungen in Krankenhäusern) nicht auf diese Aufgabe eingestellt. Eine besondere Schwierigkeit ergibt sich daraus, daß sowohl bei der Diagnostik als auch bei der Therapie pädagogisches Fachpersonal einbezogen werden muß. Die Praxis eines niedergelassenen Nervenerztes ist damit überfordert. Auch der sozialpsychiatrische Dienst wird diese enge Kooperation nicht leisten können.

Man muß also nach neuen Kooperationsmodellen suchen. (vgl. Gaedt, 1993). Da diese Personen häufig lieber zu ihrem Hausarzt gehen, müssen auch die Allgemeinarztpraxen sich verstärkt auf diese

Problematik vorbereiten. Das gilt auch für die Anwendung von Psychopharmaka. Zwischen 6 und 14% aller in der Gemeinde lebender Personen mit einer geistigen Behinderung erhalten Psychopharmaka

Exkurs 3

Der neurosenpsychologische Aspekt

Zu den theoretischen Grundlagen gehört zunächst die psychoanalytische Neurosentheorie. Der Kernprozeß, der zur Ausbildung einer neurotischen Störung führt, in der Terminologie der Neo-Psychoanalyse (z.B. Dührssen) ist die **Hemmung des Antriebserlebens**. Mit dem Terminus „Antriebserleben“ beschreibt die Neo-Psychoanalyse das, was man in der Alltagssprache als Grundbedürfnisse bezeichnen würde. Wichtige Antriebserleben sind in der Lehre der Neo-Psychoanalyse das Bedürfnis, etwas zu "erobern" und zu behalten („Besitzergreifen“, „Besitzerleben“), das Bedürfnis, sich gestaltend und einflußnehmend mit der Umwelt auseinanderzusetzen („Handlungsbedürfnis“, „Machtbedürfnis“) und das Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Sexualität. Werden diese Antriebserlebnisse in ihrer Entwicklung blockiert und unterdrückt, so entstehen die für neurotische Störungen charakteristischen **"Lücken" in der Wahrnehmung, in der emotionalen Bewertung und in den Handlungsimpulsen**. Häufig sind diese "Lücken" dann gekoppelt mit **Begleiterscheinungen** wie zum Beispiel konflikthafte (schuldhaftes) Erleben, Durchbruchsreaktionen, Kompensationsversuche und gelernten Verhaltensweisen ("sekundärer Krankheitsgewinn").

Es gibt keinen Grund anzunehmen, daß es neurotische Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht geben könnte. Gerade die zentralen Bedürfnisse ("Antriebserleben") sind in der psychischen Entwicklung eines geistig behinderten Kindes ständig besonders schwerwiegenden Risiken ausgesetzt. Wer traut dem geistig behinderten Kind zum Beispiel eigenständiges Handeln zu? Wer hat nicht gerade bei einem behinderten Kind besondere Angst vor Unfällen? Welche Eltern haben eine unbelastete Einstellung zur Sexualität ihres behinderten Kindes? Wir finden also unter geistig behinderten Menschen häufig Persönlichkeiten, die in allen wesentlichen Antriebserlebnissen gehemmt sind. Wir finden auch Personen mit "Riesenerwartungen", mit neurotischer Passivität ("Bequemlichkeit") oder mit aggressiven Durchbruchsreaktionen, also mit sekundären Störungen, die auf eine neurotische Genese hinweisen. Oft werden gerade die aggressiven Durchbruchshandlungen über Lernprozesse zu Durchsetzungsstrategien werden. Wir sehen Personen, die mit Besitz nicht umgehen wollen, die vor Zärtlichkeit und Sexualität Angst haben und aggressiv auf etwaige Angebote reagieren (im Sinne einer schuldhaft verarbeiteten Versuchungs- und Versagenssituation). Wir begegnen behinderten Menschen mit psychogenen Leistungseinschränkungen oder mit unrealistischem Selbstbewußtsein. Wir sehen auch Personen mit den typischen Merkmalen einer neurotischen Verwahrlosung.

Das Problem ist nur, daß neurotisch bedingte Störungen bei der Fülle von Auffälligkeiten oft übersehen werden, zumal die Betroffenen nicht über ihr Leid reden, und man gar keine realistischen Chancen für eine Behandlung sieht. Man hat sich daran gewöhnt, bei geistig behinderten Menschen abweichende Einstellungen und Verhaltensweisen zu finden, die man bei Nicht-Behinderten psychopathologisch definieren und behandeln würde. Wer kommt schon auf den Gedanken, einen geistig behinderten jungen Mann zu einem Therapeuten zu schicken, weil er offensichtlich keinerlei sexuelles Interesse zeigt? Oder weil er sich nicht wehren kann und sich sein Geld wegnehmen läßt. Wen stört die oft zu beobachtende Fügsamkeit und Unterwürfigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung? Wer macht sich Gedanken, warum

Fettleibigkeit so verbreitet ist oder warum auch organisch gesunde und erwachsene geistig behinderte Menschen nachts einnässen?

Auch wenn die Diagnose in den meisten Fällen nicht zu einer speziellen Therapie führt, sind neurosenpsychologische Grundkenntnisse für das pädagogische Personal sehr nützlich. Mit ihrer Hilfe sind sie in der Lage, viele herausfordernde Alltagssituationen besser zu verstehen und sinnvolle Umgangsformen mit den betreffenden Personen zu finden.

Exkurs 4

An der Grenze zur Psychopathologie: das "sekundäre psychosoziale Defizit" (Levitas und Gilson)

Das Drama der kindlichen Entwicklung unter den Bedingungen einer geistigen Behinderung mit den Risiken zur Ausbildung von Frühstörungen läßt sich gut bei der Erklärung des "sekundären psychosoziales Defizit" erklären. Unter dieser Bezeichnung haben Levitas und Gilson eine Reihe von Persönlichkeitsmerkmalen zusammengefaßt, die sie bei vielen Menschen mit geistiger Behinderung gefunden haben.

Bei der Entstehung von Frühstörungen geht es nicht um Hemmung von Antriebserlebnissen, die bei der Entstehung von neurotischen Konflikten eine so bedeutsame Rolle spielen. Es geht vielmehr um grundlegende Voraussetzungen einer gesunden menschlichen Entwicklung, deren oberstes Ziel die Autonomie in sozialer Gebundenheit ist. Mit der Geburt übernimmt der Säugling die Initiative in diesem Entwicklungsprozeß und beginnt, über die Interaktion mit den primären Bezugspersonen für sich eine entwicklungsfreundliche Umwelt zu organisieren. Bei den vielfältigen Handicaps, mit denen sich ein geistig behinderter Säugling konfrontiert sieht, ist zu erwarten, daß diese so entscheidende frühe Lebensphase nicht ungestört durchlaufen werden kann.

Selbst unter günstigen Bedingungen hat ein geistig behindertes Kind kaum die Chance, sich normal zu entwickeln. Das ist sicherlich zunächst einmal auf die **organische Schädigung** zurückzuführen, die zu einer erheblichen Störung der Kind-Umwelt Interaktion führt. Bedeutend ist in diesem Zusammenhang aber auch ein **kulturspezifisches Sozialisationsmuster**, auf das Levitas und Gilson (1988) aufmerksam gemacht haben. Dieses verdeutlicht sich schon in der frühen Entwicklungsphase. Die Beziehung zwischen den Eltern und dem behinderten Kind unterscheidet sich in einem ganz bedeutsamen Aspekt von ihrer Beziehung zu einem nicht behinderten Kind: die **Kind-Eltern Interaktion** wird im Falle eines behinderten Kindes von den Eltern und nicht vom Kind selbst initiiert und dominiert (Literatur siehe bei Levitas und Gilson, 1988). Interaktionen werden von den Eltern oft geradezu erzwungen. Das Kind hat also kaum eine Chance, sich selbst als Urheber von Veränderungen in seinem Erfahrungsraum zu erleben. Damit ist das befriedigende Erleben wachsender Autonomie als eine wichtige Quelle zum Aufbau narzißtischer Reserven dem behinderten Kind weitgehend verwehrt. Narzißtische Bestätigung kann es nur über die zweite Quelle, die "Bewunderung" durch die Eltern, gewinnen, was die Abhängigkeit von ihnen noch mehr verfestigt. Dieses Interaktionsmuster prägt die einzelnen Entwicklungsstadien der frühen Kindheit und wird im späteren Leben durch die üblicherweise an kognitiven Leistungen orientierten pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen noch verstärkt. Unter diesen Bedingungen können zwar Fortschritte auf dem Gebiet der motorischen und kognitiven Entwicklung erreicht werden, Selbstachtung und eine darauf gegründete Autonomie werden jedoch eher gehemmt. Diese verzerrte Form der Interaktion führt also zu einer Schwäche der Persönlichkeitsstrukturen, die von Levitas und Gilson als "sekundäres psychosoziales Defizit" zusammengefaßt wurden.

Neben dem untypischen Selbst-Erleben ("mediated self"), dem wichtigsten Merkmal dieses sekundären psychosozialen Defizites, finden sich außerdem ein primitives Über-Ich, ein omnipotentes Ich-Ideal und eine unzureichende Selbststeuerung. (**Abb. 22**) Charakteristisch für eine in dieser Weise geprägten Persönlichkeit ist ein Entwicklungsstillstand in der Adoleszenz. Entsprechend ihrer unreifen Persönlichkeitsstruktur zeigen diese Jugendlichen oft ein

Sekundäres psychosoziales Defizit

(n. Levitas und Gilson, 1987)

"Mediated self"

Primitive superego

Impaired self-regulation

Prohibitions experiences as inhibition

**Developmental arrest in mid-adolescence
(primarily autoerotic sexual activity
profound ambivalence about autonomy)**

Verhalten, das leicht in psychopathologischen Begriffen beschrieben werden könnte. Auch im späteren Leben reagieren sie zum Beispiel übermäßig stark auf Trennung, sie bleiben abhängig von dominanten Bezugspersonen, sie verweigern sich tendenziell bei Forderung nach selbständigem Handeln, sie haben eine ausgeprägte Selbstwertproblematik und sind somit überempfindlich gegen Kränkungen, sie fordern ein großes Maß an emotionaler Unterstützung, wenn sie mit neuen oder schwierigen Aufgaben konfrontiert werden und reagieren häufig mit Panikreaktionen, wenn sie überfordert sind. Trotzdem wäre es falsch, von einer psychiatrischen Störung im engeren Sinne zu sprechen.

Diese strukturellen Schwächen sind das Resultat einer "normalen" Entwicklung unter den Bedingungen einer geistigen Behinderung. Sie sind also nicht als ein angeborenes oder konstitutionelles Defizit anzusehen, wie die von Levitas und Gilson gewählte Bezeichnung zunächst nahelegt.

Die Autoren betonen ausdrücklich das Zusammenspiel von vorgegebenen Schwächen auf Seiten des behinderten Kindes, reaktiver psychischer Schwierigkeiten der Eltern und einer "defektorientierten" Pflege- und Förderkultur.

Exkurs 5

Pathologische Selbstentwürfe - „pathologische Identität“

Es wurde bereits dargestellt, daß Frühstörungen häufig durch unreife Übertragungsphänomene charakterisiert sind (siehe "Entwicklungsschaden als pathogenetisches Prinzip"). Im normalen Verlauf der Entwicklung haben diese archaischen kombinierten **Affekt- und Verhaltensmuster** einen flüchtigen Charakter. Sie sind jedoch die Grundlage für das, was wir **Identität** nennen. Identität bezeichnet ein überdauerndes Schema der Selbst-Erkennung und Selbst-Realisierung (Berman, 1979; Erikson, 1959). Die Entwicklung und Differenzierung dieser Schemata ist ein **lebenslanger Prozeß**. Eine erwachsene Person verfügt über ein Ensemble gut differenzierter, anpassungsfähiger Schemata und gebraucht sie, um für sich eine stabile und befriedigende, individuell gestaltete Umwelt aufzubauen. Die verschiedenen Grundbedürfnisse verwirklichen sich über diese Schemata in einer sehr individuellen Weise. Auf diese Weise sind diese Schemata in das motivationale System eingebettet. Über den **individuellen Interaktionsstil** wird "Identität" erlebbar. Dieser auf diese Weise wiederbelebte emotionale Zustand selbst bekommt eine motivationale Qualität. Das Individuum fühlt sich gedrängt, diese (Identitäts-) Erfahrungen zu wiederholen, und es wird geeignete Situationen aufsuchen oder selbst inszenieren, um seine Identität erlebbar zu machen. Es wird unbewußt seine Interaktionspartner dazu "verführen", über eine bestimmte Interaktionsform die gewünschte spezifische emotionale Atmosphäre zu gestalten. Derartige Prozesse werden üblicherweise als **"Reinszenierung"** bezeichnet.

Normalerweise sind sogar schon bei einem Kind die verschiedenen **Interaktionsschemata** so komplex, vielfältig und variationsfähig, daß man sie im einzelnen kaum mehr erkennt. Bei einem geistig behinderten Menschen dagegen sind die emotionalen Zustände, die er erleben kann, oft noch wenig differenziert. Entsprechend undifferenziert ist seine Identität. Die verschiedenen Interaktionsschemata passen nicht richtig zusammen und sind kaum variationsfähig. Es gibt also keine fließenden Übergänge. Entsprechend unharmonisch erscheinen die Interaktionen. Im Falle von psychisch kranken geistig behinderten Personen kommt noch ein weiteres Merkmal hinzu. Die Selbstschemata haben oft eine archaische emotionale Qualität. Als Folge davon sind die Reinszenierungen dramatisch und oft gewalttätig. Man kann in diesen Fällen von einer **pathologischen Identitätsbildung** sprechen.

Mit dem Konstrukt der "pathologischen Identität" kann man zum Beispiel die häufig zu beobachtende destruktive Interaktion in Familien oder Gruppen mit psychisch kranken geistig behinderten Personen erklären. Oft sieht man hier **stereotype Interaktionssequenzen**, die immer und immer wieder genau zu dem Verhalten führen, das die Eltern oder die Betreuer mit großer Anstrengung zu vermeiden suchen. Sie selbst werden letztlich oft dazu gebracht, ihre pädagogischen Prinzipien aufzugeben und rigide, abwertend oder sogar manifest aggressiv zu werden. Die betreffende auslösende Person jedoch ignoriert diese negativen Konsequenzen. Wie in einer Sucht braucht sie diesen ganz spezifischen emotionalen Zustand, der Teil ihres **Identitätserlebens** geworden ist.

Dieses Phänomen ähnelt dem sogenannten **Wiederholungszwang**, der üblicherweise auf der Basis eines zu Grunde liegenden unbewußten Konfliktes erklärt wird. Dies mag möglicherweise bei vielen neurotischen Persönlichkeiten zutreffen. In der psychoanalytischen Literatur (Emde, 1988b; Hoffmann & Hochapfel, 1987; Sander, 1985) hat jedoch die Hypothese zunehmende Zustimmung gefunden, daß diese Wiederholungsphänomene auch als individuelle

Problemlösungsversuche angesehen werden können. Die betreffende Person wiederholt dieses Verhalten in spezifischen Situationen ständig, weil sie keine anderen Verhaltensmöglichkeiten zur Verfügung hat. Sander drückt das so aus, daß die jeweilige Person auf ihre Weise Situationen schafft, in denen **Kontinuität und Vertrautheit** erlebt werden kann. Offensichtlich ist das vorrangige Ziel dieser Inszenierungen, die Kontinuität der Selbstwahrnehmung sicherzustellen. Diese Erklärung erinnert an das Konzept von Sandler und Joffe (1969), die von einem grundlegenden Bedürfnis nach "Sicherheit" ausgehen.

Das individuelle Spektrum von erlebbaren Gefühlszuständen ist **Grundlage der individuellen Identität**. Das Individuum schafft sich selbst Situationen, diese Identität mit den begleitenden emotionalen Erfahrungen wiederzubeleben. Aus dieser Sicht haben Wiederholungsphänomene eine vorrangige Bedeutung bei der Organisation normalen aber auch pathologischen sozialen Handelns.

Exkurs 6

Verschiedene Formen der Anpassung

Es ist wichtig, zu unterscheiden, welche Symptome im Sinne der Lerntheorie gelernt sind und welche nicht. In vielen Fällen wird es schwierig oder sogar unmöglich sein. Theoretisch jedenfalls ist eine derartige Unterscheidung anzustreben und auch möglich. Harold Lincke (1981) trifft diese Unterscheidung auf der Basis der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie. Er geht von zwei verschiedenen Prozessen der Adaptation aus. Den einen nennt er „**Angleichung**“ und den anderen „**Adaptation durch Lernen**“.

Über „**Angleichung**“ bringt das Kind während seiner Entwicklung sein motivationales Grundsystem in Übereinstimmung mit den affektiven Mustern, die es im Umgang mit bedeutungsvollen Objekten erfährt. Es ist also die Sozialisation der affektiven Bewertung. Auf diese Art und Weise erhalten belebte und unbelebte Objekte eine motivationale Qualität, die nicht auf objektive Eigenschaften zurückzuführen ist. Diese in den frühen Interaktionen erworbenen emotionalen Erfahrungen bilden die **axiomatische Basis** (Lincke) für die Zuschreibung **affektiver Bedeutung**. Nach Lincke ist dieser Prozeß nicht vergleichbar mit Konditionierungsprozessen oder mit dem operanten Lernen. Lernprozesse arbeiten mit einer Umwelt, die bereits mit motivationalen Werten versehen ist. Auf dieser Basis bauen sie ein zweites komplementäres motivationales System auf, das das erste an die Anforderungen der Realität anpaßt. Diesen Prozeß nennt Lincke „**Adaptation durch Lernen**“. In Kontrast zur „Angleichung“ unterliegen die Prozesse des Lernens den Prinzipien der **Objektivität und der Rationalität**.

Therapie hat diesen Unterschied zu beachten. Ein psychisch gestörter Patient kann nicht durch ein Schema ausgeklügelter Konsequenzen erreicht werden, wenn seine Symptome ihren Ursprung in einer **verzerrten affektiven Bedeutungszuschreibung** haben. Gerade aber diese Fälle stellen die wirklichen therapeutischen Probleme dar. Veränderungen sind hier nur innerhalb einer **therapeutischen Beziehung** möglich. Welche Faktoren dabei bedeutsam sind, ist noch weitgehend unklar. Es ist jedoch berechtigt, einen Vergleich mit der frühen Kindheitsentwicklung zu ziehen. Eine entwicklungsfördernde therapeutische Beziehung bei diesen frühgestörten Patienten ist in vielerlei Hinsicht mit der Beziehung einer 'hinreichend guten Mutter' zu ihren Kinde vergleichbar. Emde (1988) spricht von der „**emotionalen Verfügbarkeit**“ als dem wichtigsten Faktor sowohl für die normale Kindheitsentwicklung als auch für einen erfolgreichen Verlauf einer Psychotherapie. Unter dem Schutz einer solchen Beziehung ergibt sich die Möglichkeit für einen Neubeginn. Konsequenterweise beruhen die meisten psychotherapeutischen Methoden, die in der Behandlung von psychisch kranken geistig Behinderten angewandt werden, auf dem Prinzip der **entwicklungsfördernden Beziehung** (Dosen, 1984 u. 1990).

Literatur

- Balthazar, E.E., Stevens, H.A. (1975). The emotionally disturbed mentally retarded: A historical and contemporary perspective. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall
- Berman S (1979). The psychodynamics aspects of behavior. In Noshpitz J D (Ed.) Basic Handbook of Child Psychiatry, Vol.II. New York: Basic Books
- Bicknell J (1983) The psychopathology of handicap. British Journal of Medical Psychology, 56: 167-178
- Blanck G, Blanck R (1974). Ego Psychology: Theory and Practice. New York: Columbia University Press
- Blanck G, Blanck R (1979). Ego Psychology II. New York: Columbia University Press
Blanck G, Blanck R (1980). Ich-Psychologie II. Psychoanalytische Entwicklungspsychologie. Stuttgart: Klett-Cotta
- Bradl C, (1987a). Geistig Behinderte und Psychiatrie. In: Dreher W, Hofmann T, Bradl C (Hrsg.) Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie. S. 9-33. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Bradl C, (1987b) Das Bild Geistigbehinderter in der Geschichte der Psychiatrie. In: Dreher W, Hofmann T, Bradl C (Hrsg.) Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie. S.125-153. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Baumeister AA (1988) The New Morbidity: Implications for Prevention. In: Stark, J. A., Menolascino, F. J., Albarelli, M. H., Gray, V. C.(Eds.) (1988) Mental Retardation and Mental Health. Classification, Diagnosis, Treatment, Services. S. 71-80. New York- Berlin- Heidelberg: Springer Verlag
- Chetic M (1979). The Borderline Child. In Noshpitz, J.D. (Ed.) Basic Handbook of Child Psychiatry, Vol. II. New York: Basic Books
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber (1993)
- Dörner K (1975) Bürger und Irre. Frankfurt/M: Fischer Taschenbuch
- Došen A (1984). Experiences with individual Relationship Therapy within a therapeutic milieu for retarded children with severe emotional disorders. In: Berg J (Ed.) Perspectives and progress in mental retardation. Vol II. Baltimore: University Park Press
- Došen A (1990). Developmental-Dynamic Relationship Therapy. In: Dosen A, Van Gennep A, Zwanikken G J (Eds.) Treatment of Mental Illness and Behavioral Disorder in the Mentally Retarded. Proceedings of the International Congress, May 3rd & 4th, 1990, Amsterdam, Netherlands: Logon Publications.
- Dreher W, Hofmann Th, Bradl Chr (Hrsg.) (1987) Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Eaves LC, Nuttall JC, Klonoff H, Dunn HG (1970) Development and psychological test scores in children with low birth weight. Pediatrics, 45: 9-20
- Emde R N (1988) Development terminable and interminable. I. Innate and motivational factors from infancy. Int. J.Psycho-Anal., 69, 23-42
- Emde R N (1988) Development terminable and interminable II. Recent Psychoanalytic Theory and Therapeutic Considerations. International J.Psychoanal. 69:283-296
- Erikson E H (1956). The problem of Identity. Journal of the American Psychoanalytic Association, 4: 56-121
- Erikson EH (1959) Identity and the Life Cycle. Psychological Issues. Monograph No1: 1 - 171
- Gaedt C (1981) Einrichtung für Ausgeschlossene oder "Ein Ort zum Leben" - Überlegungen zur Betreuung geistig Behinderter. Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd 7: 96-109, Berlin: Argument Verlag
- Gaedt C (1983) Normalisierung und Integration als orientierende Begriffe bei der Reform von Einrichtungen für geistig Behinderte. Forum der Kritischen Psychologie, Bd 7:152-169, Berlin: Argument Verlag
- Grossmann HJ (ed.) Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation. Washington: American Association on Mental Deficiency. Special Publication No 2
- Hartmann H (1958). Ego Psychology and the Problem of Adaptation. New York: International Universities Press

- Heber R, Dever R, Conry J (1968) The influence of environmental and genetic variables on intellectual development. Oregon: University of Oregon Press
- Hoffmann S O, Hochapfel G (1987) Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin. 3.AUfl. Stuttgart/New York: Schattauer
- Jacobson E (1964). The Self and the Object World. New York: Int. Universities Press
- Cavalier A R (1982). Current models of psychopathology. In: Matson J L., Barrett, R P (Eds.) Psychopathology in mentally retarded. New York: Grune & Straton
- Konarski E A, Cavalier A R (1982). Current models of psychopathology. In Matson, J.L., Barrett, R.P. (Eds.) Psychopathology in mentally retarded. New York: Grune & Straton
- Levitas A, Gilson St F (1988) Toward the Developmental Understanding of the Impact of Mental Retardation on the Assessment of Psychopathology. In: Dibble, E., Gray, D.B. (Eds.) Assessment of Behavior Problems in Persons with Mental Retardation Living in the Community. Report on a Workshop, September 9, 1988. National Institute of Mental Health, Rockville, Maryland pp 71-107
- Lincke H (1981). Instinktverlust und Symbolbildung. Berlin: Severin und Siedler
- Lotz W (1991?) Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eine Übersicht über empirische Literatur von 1970-1990. Diplomarbeit. Freiburg/Breisgau
- Lusthaus, E. W. (1985) Involuntary euthanasia and current attempts to define persons with mental retardation as less than human. *Mental Retardation*, 23, No.3: 148-154
- Mahler M, Pine S, Bergman A (1975). The Psychological Birth of the Human Infant. New York: Basic Books
- Menolascino FJ, Levitas A, Greiner C (1986) The nature and types of mental illness in the mentally retarded. *Psychopharmacology Bulletin* 22,4: 1060-1071
- Michels H (1993) Erhebung zum Bedarf diagnostisch-therapeutischer Angebote in der Region Braunschweig-Wolfenbüttel-Helmstedt. In: Gaedt Chr, Bothe S, Michels H (Hrsg) Psychisch krank und geistig behindert. Regionale Angebote für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung. Dortmund: verlag modernes lernen
- Robinson, N. M., Robinson, H.B. (1976). The mentally retarded child (3rd ed). New York: McGraw-Hill
- Ruth R (1990). Some trends in psychoanalysis and their relevance for treating people with mental retardation. In Dosen A, Van Gennep A, Zwanikken G J.(Eds.) Treatment of mental illness and Behavioral Disorder in the Mentally Retarded. Proceedings of the International Congress, May 3rd & 4th, 1990, Amsterdam, the Netherlands: Logon Publications.
- Sander LW (1985) Toward a logic organization in psychobiological development. In: Klar H, Siever L (eds.) Biological response styles: Clinical implications. Monogr. Series of the Am.Psychiatric Press
- Sandler J, Joffe W G (1969) Towards a basic psychoanalytic model. *Int. J. Psycho-Anal.*, 50: 79-90
- Spitz R (1965). The First Year of Life. New York: International Universities Press
- Spreen O (1978) Geistige Behinderung. Berlin: Springer
- Sternlicht M (1976). One view. In Wortis J (Ed.) Mental retardation and developmental disabilities (Vol. 8). New York: Brunner/Mazel
- Wolfensberger, W. (1985) Once again, Deathmaking. *TIPS*, Vol.5, No.1 (zu beziehen über W.Wolfensberger, Institute for Human Service, Planning, Leadership and Change. Syracuse, N.Y.)
- Wolfensberger, W. (1991) Der neue Genocid an den Benachteiligten, Alten und Behinderten. Gütersloh.
- Zerbin-Rüdin E (1990) Genetische und biologische Faktoren. In: Neuhäuser G, Steinhausen H-C (Hrsg.) Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome und Rehabilitation. S. 24-34
Stuttgart: Kohlhammer

Veröffentlichungen zu dieser Thematik von Neuerkeröder Autoren

- Berry P. and Gaedt C (1995) Psychiatry of Mental Handicap. *Current Opinion in Psychiatry*, 8 (5).
- Bothe S, Michels H (1992) Treatment concept og mental illness and behavioural disorders in menatilly retarded persons. *Italian Journal of Intellective Impairment*, Vol. 5, No 1: 25-30
- Gaedt C (1991) Die Reinszenierung der Selbstentwertung. *Depressive Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung*. *Praxis für Psychotherapie u. Psychosomatik*, 36:249-256
- Gaedt C. (1986) Überlegungen zu der Anwendung von Psychopharmaka bei geistig Behindernten. *Neuerkeröder Beiträge* 1, S. 11-20.*
- Gaedt C (1993) Geistige Behinderung und psychische Erkrankung. In: *Lebenshilfe Gießen* (Hrsg.) (1993). *Wir gehören auch dazu. Integration schwerstbehinderter Menschen in einem Wohnverbundsystem und tagesstrukturierenden Angeboten*. Lernbüro der Reha-Werkstatt, Gießen
- Gaedt C. (1995) Psychotherapeutic approaches in the treatment of mental illness and behavioural disorders in mentally retarded people: the signifance of a psychoanalytic perspective. *Journal of Intellectual Disability Research*, Volume 39 Par 3 pp 233-239
- Gaedt C (1983) Normalisierung und Integration als orientierende Begriffe bei der Reform von Einrichtungen für geistig Behinderte. *Forum der Kritischen Psychologie*, Bd 7:152-169, Berlin: Argument Verlag
- Gaedt C (1993) Der Beitrag psychoanalytisch orientierter Konzeptionen zum Verständnis geistig behinderter Menschen und ihrer psychischen Störungen. In: Henicke K., Rotthaus W. (1993) *Psychotherapie und Geistige Behinderung*. *Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie* 10. S. 219-230. Dortmund. verlag modernes lernen.
- Gaedt C (1994) Aspekte eines psychoanalytisch orientierten Konzeptes zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen bei Menschen mit einer geistiger Behinderung. In: Lotz W. Koch U, Stahl B (Hrsg.) *Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen*. Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte . Bern: Huber, S.124-140
- Gaedt C (1994) Psychoanalytisch interaktionelle Psychotherapie bei psychisch kranken Menschen mit geistiger Behinderung. In: *Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse*, Heft 18. Herausgegeben am wissenschaftlichem Zentrum II, Gesamthochschule Kassel
- Gaedt C (1997) Psychopharmakotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Došen A : *Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen*. Stuttgart: Gustav Fischer
- Gaedt C, Bothe S, Michels H (Hrsg.)(1993). *Psychisch krank und geistig behindert*. Regionale Angebote für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung. Dortmund: modernes lernen
- Gaedt C., Gärtner D. (1990) *Depressive Grundprozesse - Reinszenierungen der Selbstentwertung*. *Neuerkeröder Beiträge* 6, S. 25-48*
- Gaedt C., Jäkel D., Kischkel W. (1987) *Psychotherapie bei geistig Behinderten*. *Neuerkeröder Beiträge* 3, S.13-20

- Gärtner D. (1986) Allgemeine Ergebnisse der Untersuchung. Neuerkeröder Beiträge 1, S. 39-47.*
- Gärtner D. (1988): Hunger ist nicht der einzige Antrieb zum Essen. Zur Orientierung 2/88.
- Gärtner-Peterhoff D. (1986) Art und Häufigkeit von Nebenwirkungen. Neuerkeröder Beiträge 1, S. 48-59.*
- Gärtner-Peterhoff D., Rattay E., Sand A. (1987) Prinzipien des therapeutischen Vorgehens. Neuerkeröder Beiträge 3, S. 36-47*
- Garzmann R, Nierste E., Schneider E. (1987) Theoretische Grundlagen der therapeutischen Praxis in Neuerkerode. Neuerkeröder Beiträge 3, S. 27-35*
- Garzmann R. (1986) Therapie-Versager anhand von Fallbeispielen. Neuerkeröder Beiträge 1, S. 60-67.*
- Hennige U., Rüster K., Sievers R., Wolf E. (1988) Die Erfassung und Förderung der sensorischen Kompetenz geistig Schwerstbehinderter. Neuerkeröder Beiträge 4.*
- Kischkel W., Pohl K., Rüster K., Schultz R., Sievers R., Störmer N. (1990) Therapeutische Ansätze bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung und depressiven Symptomen. Neuerkeröder Beiträge 6, S. 82-99.*
- Kischkel W., Schneider E. (1990) Erscheinungsformen depressiver Inszenierungen. Neuerkeröder Beiträge 6, S. 12-24*
- Kischkel W., Pohl K., Rüster K., Schultz R., Sievers R., Störmer N. (1991) Therapie bei schwer geistig behinderten Menschen mit schwer geistiger Behinderung und depressiven Symptomen in stationären Langzeiteinrichtungen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 40, S. 254-259.*
- Kischkel, W. (1988) Autistisches Syndrom bei Störung des fronto-limbischen Systems. Ein Fallbeispiel. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 3/88, S. 83-89. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.*
- Michels H., Bothe S., Heinrich M., Person G. (1990) Gesellschaftliche Entwertung und Entwertungsprozesse in der Institution. Neuerkeröder Beiträge 6, S. 49-64.*
- Michels H (1993) Erhebung zum Bedarf diagnostisch-therapeutischer Angebote in der Region Braunschweig-Wolfenbüttel-Helmstedt. In: Gaedt Chr, Bothe S, Michels H (Hrsg) Psychisch krank und geistig behindert. Regionale Angebote für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung. Dortmund: verlag modernes lernen
- Michels H. (1986) Zielsetzung und Methodik der Psychopharmaka-Untersuchung von 1985. Neuerkeröder Beiträge 1, S. 28-38.*
- Michels H. (1992) Lücken im Versorgungsnetz? Kerbe, 10.Jg. 3/1992.
- Michels H. (1995) Der psychisch kranke geistigbehinderte Mensch - Probleme der Diagnose und der Behandlung. Kongreßdokumentation zur Psychiatrietagung vom 3.-5.1995 Berlin. VEEMB
- Pohl-Kroll, K., Rüster K (1993) Psychotherapie einer schwer geistig behinderten Frau mit depressiven Syndromen. In: Hennicke K., Rotthaus W. (1993) Psychotherapie und Geistige Behinderung. Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 10. S. 103-106. Dortmund. verlag modernes lernen
- Rattay E. (1986) Struktur erfolgreicher Therapie-Verläufe. Neuerkeröder Beiträge 1, S. 68-81*
- Rüster K., Argenton, K., Sievers R., Kischkel W. and Berry P. (1994) The effects and evaluation of a multi-dimensional communication programme in a residential group of severely

mentally handicapped women. *International Journal of Rehabilitation Research*, 17 (4), 364-369.

- Sand A. (1986) "Inszenierung" der Medikamentengabe. *Neuerkeröder Beiträge* 1, S.21-27.*
- Sand A, Gaedt C (1992) Mental Health care for the mentally handicapped in Germany. *Italian Journal of Intellective Impairment*, Vol. 5, No 1: 21-24
- Sand A., Ohmes J., Gärtner-Peterhoff D., Nierste E. (1990) Therapeutischer Umgang mit Entwertungsprozessen. *Neuerkeröder Beiträge* 6, S. 65-81*
- Sand A, Bothe S.(1993) Auf der Suche nach der Depression - Ein psychoanalytisch- entwicklungspsychologischer Ansatz zum Verständnis depressiver Verhaltensweisen -In: Hennicke K., Rotthaus W. (1993) *Psychotherapie und Geistige Behinderung. Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie* 10. S. 94-102. Dortmund. verlag modernes lernen
- Sand A (1994) Psychopharmakotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Einige Überlegungen aus psychotherapeutischer Sicht. In: Lotz W. Koch U, Stahl B (Hrsg.) *Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte* . Bern-Göttingen-Toronto-Seattle: Hans Huber; S.257-276
- Störmer N., Kischkel W. (1988) Festhaltetherapie. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 9/88, S. 326-333. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.

- * Die Neuerkeröder Beiträge können über das Sekretariat des Krankenhauses
- der Evangelischen Stiftung Neuerkerode, 38173 Sickinge, bestellt werden.
- Telefon: 05305 201 280; Fax: 05305 201 321

Neuerkeröder Beiträge

Heft 1

Besonderheiten der Behandlung psychisch gestörter geistig Behinderter mit Neuroleptika

Heft 2

Normalisierung

Anmaßung - Anpassung - Verweigerung

Heft 3

Psychotherapie bei geistig Behinderten

Heft 4

Die Erfassung und Förderung der sensomotorischen Kompetenz geistig Schwerbehinderter

Heft 5

Personalbemessung in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (vergriffen)

Heft 6

Selbstentwertung. Depressive Inszenierungen bei Menschen mit geistiger Behinderung

Heft 7

Erwachsenenbildung. Wege zum gestalteten Alltag

Heft 8

Aufgreifen - Öffnen - Gestalten. Erwachsenenbildung als Alltagsgeschehen.

Vorträge anlässlich der 4. Internationalen Tagung der Gesellschaft zur Förderung der Erwachsenenbildung für Menschen mit geistiger Behinderung

Heft 9

Geistige Behinderung

Vorlesungen an der Medizinischen Hochschule Hannover

Heft 10

Psychopharmakotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung

Heft 11

Therapie - Medizin - Pädagogik

Besondere Aspekte gesundheitlicher Probleme bei Menschen mit geistiger Behinderung

Heft 12

Autonomie und soziale Strukturen

Kritische Gedanken zu modernen Betreuungskonzepten für Menschen mit geistiger Behinderung

**Zu beziehen über: Ev. Stiftung Neuerkerode, Krankenhaussekretariat, 38173 Sickinge
Preisliste auf Anfrage. Tel.: 05305 201 280, Fax: 05305 201 321**