

Psychotherapie mit Menschen mit Intelligenzminderung

"Im Antlitz des anderen Menschen begegnet uns unser eigenes Menschsein. Erst indem wir uns gegenseitig als Menschen erkennen und anerkennen, werden wir zum Mitmenschen, und erst dadurch erleben wir uns als Menschen." (Bauer 2005, 115)

"Indem der Mensch ‚an sich‘ zum Menschen ‚für andere‘ wird, wird er durch deren Reaktion Mensch, Persönlichkeit ‚für sich‘." (Jantzen 2001, 240)

"Denn Anerkennung ist jene Reaktion der anderen, die die Gefühle, Intentionen und Aktionen des Selbst überhaupt erst sinnvoll macht. Sie ist die Bedingung für die Entwicklung von Selbsttätigkeit und Urheberschaft." (ebd., 16)

Haltungen und Voraussetzungen in und für die Psychotherapie mit behinderten Personen

Die psychotherapeutische Begleitung von Menschen mit Intelligenzminderung ist, wie ich sie verstehe, getragen von einer personenzentrierten Grundhaltung, wie wir sie in der humanistischen Psychologie und Psychotherapie kennengelernt haben. Diese Herangehensweise ist besonders geeignet, weil sie Menschen in ihrer Selbstbestimmung stärkt. Das Buch der Psychologin Marlis Pörtner „Ernstnehmen Zutrauen Verstehen“ ist ein Grundlagenwerk, das einen theoretischen Einblick gibt und viele praktische Hinweise für die Psychotherapie anbietet. Die Würde der Person steht im Zentrum des Denkens und Handelns. Unser Gegenüber in der Arbeit ist immer der Mensch in seiner Vielfalt und Einzigartigkeit. „Der Mensch wird am Ich zum Du“, wie der bekannte Philosoph und Theologe Martin Buber formuliert hat.

Humanistische Psychotherapieformen bauen auf die jedem Menschen innewohnende Selbstverwirklichungstendenz und wachsende Fähigkeit der Selbstverantwortung auf.

Die Konzepte zielen in erster Linie auf persönliche Erfüllung und innere Zustimmung zum Leben ab. Der Mensch wird als sinnsuchendes Wesen betrachtet, das grundsätzlich als fähig angesehen wird, in ihm wohnende Potentiale und Fähigkeiten zu entwickeln, sein Leben sinnvoll zu gestalten und Störungen aus eigener Kraft zu überwinden.

Die Psychotherapeutin Marlis Pörtner schreibt:

„Personenzentriert arbeiten heißt, nicht von Vorstellungen ausgehen, wie Menschen sein sollten, sondern davon, wie sie sind, und von den Möglichkeiten, die sie haben. Personenzentriert arbeiten heißt, andere Menschen in ihrer ganz persönlichen Eigenart ernstnehmen, versuchen ihre Ausdrucksweise zu verstehen und sie dabei unterstützen, eigene Wege zu finden, um – innerhalb ihrer begrenzten Möglichkeiten – angemessen mit der Realität umzugehen. (Pörtner 1996, Seite 20).

Im Mittelpunkt des Dialoges steht der Mensch in seinem Erleben und Verhalten und nicht die mögliche Störung oder Erkrankung.

Darüber hinaus ist bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen eine Zusammenarbeit mit den wichtigsten Bezugspersonen sinnvoll und notwendig.

Wenn Betreuungspersonen von den Klient_innen als unterstützend gespürt werden und auch unterstützend auf die Psychotherapie einwirken, kann dies für eine gelungene Begleitung sehr hilfreich sein. Oft brauchen Klient_innen schon dabei Hilfe, sich an die Termine zu erinnern, um diese dann wahrnehmen zu können.

Gespräche mit Bezugspersonen dürfen nie ohne Rücksprache mit den Klient_innen erfolgen, in gemeinsamen Gesprächen wird die Schweigepflicht der Psychotherapeut_innen eingehalten, d.h es werden keine Inhalte weitergegeben, aber es werden gemeinsam Themen angesprochen, wo die Klient_innen gemeinsam weitere Unterstützung durch die Betreuungspersonen benötigen. Die Zusammenarbeit mit Familie und Betreuer_innen ist auch deshalb wichtig, um eine genaue Anamnese erheben zu können. Im Austausch mit den Betreuer_innen kann nachgespürt werden, ob die Klient_innen von der Psychotherapie profitieren. Ziel bleibt immer ein höheres Ausmass an Freiheit und Selbstbestimmung der begleiteten Person. Die Betreuungspersonen sind in den therapeutischen Prozess nicht unmittelbar, aber "mittelbar" eingebunden. Konkret bedeutet das, dass die engsten Bezugspersonen von der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der Therapie überzeugt ("Therapiemotivation") und über die Ziele der Therapie informiert ("Therapieziel") sein müssen.

Die jeweilige Person bleibt immer im Zentrum der Aufmerksamkeit. Alle humanistischen Zugänge in der Psychotherapie/Beratung setzen sich mit der Aktualität, mit dem „Hier und Jetzt“ Ihres Gegenübers auseinander und wenn notwendig mit der biographischen Gewordenheit der Person. Wie versteht sich die Klientin, hier und jetzt in ihrer Welt? In diesem Zusammenhang wird auch die Kultur oder das Milieu eine Rolle spielen. Ohne Bezug zur Kultur in der wir leben, bleiben Sprach-Verhaltens- oder Handlungsmuster oft unverständlich. Denn noch immer erleben behinderte Personen häufig Ausgrenzung, Ablehnung oder Beschämung. Das zeigt sich beispielsweise in der alltäglichen Sprachpraxis, wenn sich Jugendliche mit Ausdrücken wie: „*Bist Du behindert, oder was...?*“ an Andere wenden.

Mögliche Verletzungen aus der Umwelt sollen in der Psychotherapie auch aktiv angesprochen werden, da die Klient_innen oft nicht den Mut finden, diese von sich aus zum Thema zu machen.

Die Behinderung *in die Person zu integrieren*, sie anzunehmen, kann Teil des therapeutischen Settings sein.

Warum kommen Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen in Psychotherapie?

Wenn klargestellt ist, dass die intellektuelle Beeinträchtigung an sich keine psychische Störung oder Erkrankung ist, dass Menschen mit Behinderungen aber auch psychisch krank werden können, dann treten bei der Diagnostik manchmal erste Probleme auf: Die kommunikative Situation kann aufgrund der Beeinträchtigung erschwert sein, das heißt bereits die Anamnese kann komplizierter sein, Klient_innen können manche Fragen schwer oder gar nicht beantworten und dann sind Psychotherapeutinnen auf die Hilfe der Bezugspersonen angewiesen. Viele meiner Klient_innen wissen außerdem auch nicht, welche Medikamente sie einnehmen und welche Wirkungen diese haben. Informationen über die Einnahme von Medikamenten ist Voraussetzung, damit die Psychotherapie begonnen werden kann.

Häufig erlebe ich, dass sich zeigende Symptome von Aggression überformt sind, von Autoaggression oder Rückzug oder auch von psychosomatischen Beschwerden. Aggression und unerwünschtes Verhalten, mit dem sich die Personen in Ihrer Umwelt schwer zurecht finden oder deswegen abgelehnt werden, sind der häufigste Grund, warum Klient_innen mit Intelligenzminderung zu mir in die Praxis kommen. Verhaltensweisen, die andere „nerven“ oder als anstrengend erlebt werden. In einem vielleicht verkürzten verhaltenstherapeutischen Zusammenhang würde dann den Bezugspersonen empfohlen, das Verhalten zu ignorieren, da es durch *zu viel Aufmerksamkeit* sonst verstärkt werden könnte. Hintergrund ist die Vorstellung, durch das jeweilige Verhalten wolle Aufmerksamkeit erzielt werden oder diene der Provokation, weshalb auf das Verhalten lieber nicht eingegangen werden sollte.

Dieser Annahme würde die humanistische entgegenstehen: wer Probleme macht, hat meist vorher welche. Welche Bedeutung hat dieses oder jenes Verhalten im Kontext der Lebensbedingungen, der Lebensgeschichte, der Welt, in der die Person lebt?

Zornausbrüche, provokatives Verhalten bis hin zu körperlicher Gewalt mancher meiner Klient_innen machen Betreuungspersonen die Begegnung schwer. Psychotherapeut_innen machen sich mit den Klient_innen auf den Weg mit der Frage „was braucht die Person im Hier und Jetzt“? Um die Frage aber mit unserem Gegenüber besser beantworten zu können, braucht es zusätzlich Verständnis für die Lebensgeschichte der Person. Sehr häufig stoßen wir dann auf Kränkungen, Verletzungen, soziale Isolation bis hin zu Gewalterfahrungen oder traumatischen Erlebnissen (wo dann spezielle traumatherapeutische Maßnahmen sinnvoll und notwendig werden, die aber hier nicht Thema sind). Um das (unerwünschte) Verhalten besser verstehen zu können, bedarf es einer biographischen Rekonstruktion.

Wir beschäftigen uns mit der Frage: war die Person willkommen als sie auf die Welt kam, oder war seine oder ihre Ankunft ein Schock, eine Kränkung für die Eltern, weil sie ein Kind geboren haben, das sich langsamer entwickeln und dann vielleicht weniger leistungsfähig sein wird?

Dazu schreibt die britische Psychoanalytikerin Valerie Sinason:

Der erste Spiegel, der uns ein Bild über uns selbst und unseren Wert vermittelt, sind die Augen der primären Bezugsperson(en). Hier erfahren wir, ob wir geliebt und angenommen sind. Wenn einem Kind (ob behindert oder nicht behindert) statt Freude und gespannter Erwartung aus diesem Spiegel Angst, Scham, Enttäuschung oder Ablehnung entgegenkommt, erfährt es

in einem höchst verletzlichen Alter, dass es, so wie es ist, nicht erwünscht ist. (vgl. Sinason 2000, 204)

Der Freiburger Psychiater und Neurobiologe Joachim Bauer betont in allen seinen Veröffentlichungen die biologische Verankerung unserer Motivation, unseres Bedürfnisses nach Anerkennung und Wertschätzung (Bauer 2005) und die Notwendigkeit guter Bindungen in der frühen Kindheit. Was kränkt, macht krank. Das ist heute neurobiologisch nachweisbar. Diese Anerkennung und Wertschätzung wird Säuglingen und Kleinkindern, die behindert auf die Welt gekommen sind, oft vorenthalten.

Wenn sich Kinder ungeliebt fühlen, sie vernachlässigt werden oder gar Gewalt und Ausgrenzung erleben, reagiert das Gehirn und Stressgene werden aktiviert. Auch Erwachsene reagieren anders auf Stress als Personen, die solche Verletzungen nicht erlebt haben.

Die Spiegelneuronen, die erstmals 1992 von Giacomo Rizzolatti für Makaken (Affen) beschrieben worden sind, zeigen auch beim Menschen, wie wir auf andere angewiesen sind. Und das bereits unmittelbar nach der Geburt, wo eine Grundausrüstung für ein *Selbst* bereits besteht, dieses aber noch nicht voll ausgebildet ist. (Bauer 2005) Dass, wenn das Baby Grimassen macht, und wir, wenn wir in den Kinderwagen blicken, diese Grimassen nachahmen, wusste man bereits vor der Entdeckung der Spiegelneuronen. Mit Imitationen zeigen wir dem Säugling, dass wir da sind, zeigen dem Baby dass es geschützt ist. Der Säugling hat zwar noch kein volles Selbst entwickelt, spürt aber, wenn er das oder das macht, *dann stellt sich Resonanz ein*. Auch diese positiven Resonanzen, dieses Spüren, es ist jemand da, der kommt, wenn ich Hunger habe oder die Windeln voll habe, wenn auch vielleicht nicht immer sofort. Zu spüren, es ist jemand da, der mich in der Welt willkommen heißt, ist ein guter Start ins Leben. In der Begegnung mit dem Säugling, *fühlt die Bezugsperson wie das Baby fühlt*. Dieses Fühlen wird durch die Spiegelneuronen ermöglicht.

Wenn der Säugling kein liebevolles Du hat, ausgegrenzt wird, ist die Gefahr groß, dass er oder sie später zu Gewalt oder Aggression neigt oder häufig über Schmerzen klagt.

Menschen mit Beeinträchtigungen, die zu mir in die Praxis kommen, haben häufig erlebt, dass sie nicht oder weniger als andere willkommen sind. Dass mit ihnen anders umgegangen worden ist, als beispielsweise mit ihren Geschwistern. Vielleicht wurden sie auch besonders verwöhnt, was zu Geschwisterkonflikten führte, aber häufig haben sie notwendige Spiegelungen nicht erlebt. Ihr Defekt hat die Eltern möglicherweise so gekränkt, dass sie nur mit den Defiziten des Kindes beschäftigt waren und keine sichere Bindung aufgebaut werden konnte. Die Notwendigkeit einer sicheren Bindung haben die Bindungstheoretiker John Bowlby und Mary Ainsworth vor mehr als fünfzig Jahren klargestellt, die Notwendigkeit einer gelungenen Bindung ist in der heutigen Entwicklungspsychologie unumstritten.

Nach dem Ankommen in der Welt, folgten für das behinderte Kind möglicherweise viele, viele Arzttermine, um „zu retten, was zu retten ist“. Diese Untersuchungen sind zweifelsfrei wichtig und sinnvoll, dennoch steht bei Angehörigen von Säuglingen mit Beeinträchtigungen oft nur ein Gedanke im Vordergrund: das Kind so „normal wie möglich“ zu machen. Dieser reduzierende Blick auf das Kind schafft eine Distanz, die der Beziehung des Kindes zu seiner Bezugsperson, meist der Mutter nicht förderlich ist.

Vor allem über ein Kind mit Sinnesbehinderung, ein Kind mit Seh- oder Hörbeeinträchtigung oder auch mit einer Sprachbehinderung sagen Bezugspersonen oft: „Das Kind reagiert nicht auf mich“. Und die Bezugsperson wendet sich enttäuscht ab. Die notwendigen Spiegelungen bleiben aus und auch im körperlichen Kontakt werden Kinder mit Behinderungen häufiger vernachlässigt, was sich später auf ihren Umgang mit ihrem Körper und ihre Sexualität negativ auswirkt.

Menschen mit Intelligenzminderung haben häufig die Erfahrung gemacht, nicht ernst genommen zu werden, nicht angelächelt zu werden, ausgegrenzt zu werden. Immer wieder stand und steht der Defekt im Zentrum. Und nicht die Anerkennung und Wertschätzung für sein oder ihr So-Sein, wie sie oder er ist. Und nicht die Freude über den Lebenseintritt eines neuen Menschen in die Welt.

Der Bremer Behindertenpädagoge Wolfgang Jantzen (2002) meint in einem Vortrag: *Gewalt ist der verborgene Kern von geistiger Behinderung und zeigt den Zusammenhang von intellektueller Beeinträchtigung und unerwünschtem Verhalten auf. Er verweist diesbezüglich auch auf einige Studien, deren Ergebnis zeigt, je schwerer die Beeinträchtigung desto häufiger die Verhaltensstörung. Aber nicht, weil der Defekt zur Störung führt, sondern weil die Störung eine Folge der Gewalterfahrung ist, die die Person erleben musste.*

Im Antlitz des Anderen werden wir zu Persönlichkeiten. Die Teilhabe an der Welt und an intersubjektiven Erfahrungen ist ein Menschenrecht. Sie zu verweigern ist ethisch verwerflich.

Wenn Menschen mit Beeinträchtigungen in einer Welt leben, in der sie nicht erwünscht sind, zeigen sie unerwünschte Emotionen. Sie entwickeln Mechanismen der Aggression, weil sie diesen Angriffen auf ihr *Selbst* nicht gewachsen sind. Die Erfahrung „ich bin nicht richtig, ich bin nicht erwünscht“, diese erlebten Abwertungen und ein ungelungenes Bindungsvermögen werden ins Selbstbild integriert und die betroffenen Personen reinszenieren diese Abwertung, häufig durch aggressives Verhalten immer wieder aufs Neue, bis der Andere sich erneut abwendet. Schwerer Bindungsstress ruft tiefgreifende Veränderungen im Gehirn hervor. Es lassen sich neurobiologische Veränderungen feststellen, die Auswirkungen auf den Aufbau des Gedächtnisses und die Verbindung von Emotionen und Motiven haben können. (vgl. Bauer 2005)

Symptome einer Störung sind Ausdruck der Lebensbedingungen, der Welt der Person und ihrer Kompensationsmöglichkeiten. Isolation und Benachteiligung, schwache oder ungenügende Bindungserfahrungen und Gewalt sind häufig Ursache der psychischen Belastungen.

Der Beginn der Psychotherapie – das Erstgespräch

Gleich zu Beginn einer psychotherapeutischen Begleitung ist darauf hinzuweisen, dass es nicht um Heilung oder Behandlung der intellektuellen Beeinträchtigung geht, und dass Psychotherapie keine „Reparaturwerkstätte für unerwünschtes Verhalten“ ist. Haltungen und Zugänge zu den Klient_innen werden in einfacher Sprache, die der/die Klient_in auch verstehen muss, vorgestellt.

In jedem Erstgespräch geht es darum, formale Dinge zu klären und den Aufbau einer tragfähigen Beziehung in die Wege zu leiten. Außerdem geht es um die Abklärung der Motivation hinsichtlich einer gemeinsamen Arbeit und deren Zielsetzung. Es gilt zu schauen, wer hat angerufen, wer ist an einer Psychotherapie interessiert?

Im Erstgespräch geht es neben der Analyse der Motivation auch um die Erhebung anamnestischer Daten, und um erste Schritte zum Aufbau eines Arbeitsbündnisses. Weiters sollte unbedingt nach bisherigen Behandlungen gefragt werden. Häufig haben Bezugspersonen und die betroffenen (teils schon erwachsenen) Personen eine Reihe von Untersuchungen, Stellungnahmen, Therapieempfehlungen und Therapien durchlaufen, oder sind möglicherweise noch in verschiedenen Behandlungen (Ergotherapie, logopädische Behandlung) Wenn Eltern mit ihrem Sohn oder ihrer Tochter zum Erstgespräch kommen, bringen sie häufig einen lebenslangen Energieaufwand für Pflege, Erziehung und notwendige Untersuchung und Behandlung mit, für den sie wenig Beachtung und Anerkennung bekommen haben. Oder sie hadern immer noch mit der Tatsache, dass die Tochter oder der Sohn beeinträchtigt ist.

Die Erwartungen von Eltern und Betreuungspersonen an die Psychotherapie und ihre Wirkmöglichkeiten oder auch möglichen Enttäuschungen können Thema des Erstgesprächs sein, um eventuelle Enttäuschungen zu minimieren. Mitarbeiter_innen von Wohneinrichtungen kommen manchmal mit unrealistischen Erwartungen, zum Beispiel wenn es um sexuell unerwünschte Handlungen oder Aggressionen seitens ihrer Klient_innen geht und formulieren dann: „*Sie sind uns empfohlen worden, sie sind unsere letzte Hoffnung*“. Deshalb ist die Einbeziehung von BetreuerInnen, LehrerInnen, beteiligten Personen aus dem Gesundheitswesen oder Erwachsenenvertreter_innen notwendig, um diese Erwartungen auf ihre Erfüllbarkeit zu überprüfen. Personen aus dem engeren sozialen Umfeld können durch ihre entwickelten kommunikativen Fähigkeiten im Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen den Psychotherapeutinnen unterstützend zur Seite stehen, wenn sie in den Therapieverlauf eingebunden werden. Gespräche mit Unterstützungspersonen sind aber immer in Anwesenheit der Klientinnen durchzuführen, um möglichen weiteren Erfahrungen der Entmündigung entgegen zu wirken.

Die Psychotherapie

Am Beginn einer Psychotherapie geht es darum, Vertrauen zu schaffen und eine gemeinsame Sprache zu finden. Es gilt, den Klient_innen zu zeigen, dass eine Psychotherapie nicht dafür da ist, um mögliche Anforderungen der Umwelt besser erfüllen zu können. Bei Personen, die ihre Impulse schwer kontrollieren können, und die motiviert wurden, deswegen in Psychotherapie zu gehen, soll es in der Therapie darum gehen, mögliche Ursachen zu finden, warum diese Aggressionen immer wieder auftreten, wo ihre Ursachen liegen. Es geht um die innersten Gefühle, um eine eigene Stellungnahme zu den Impulsen und wie die Person ins Handeln kommen könnte, um besser mit sich und Anderen in guter Begegnung zu sein.

Viele Personen mit Behinderung sind von einer komplexen Sprache umgeben, viele Fremdwörter und Redewendungen können sie nicht verstehen. Hier ist es ganz wichtig für Psychotherapeut_innen immer wieder nachzufragen: „Verstehst Du mich?“ aber auch: „Ich habe Dich noch nicht ganz verstanden, es ist ganz wichtig, dass ich Dich verstehe...“ Sonst kann kein Dialog stattfinden.

Klient_innen müssen in ihrer Sprache ernstgenommen werden, Therapeut_innen müssen eine einfache und klare Sprache finden. Und immer wieder spiegeln: Spiegeln heißt, ich gebe in meinen (einfachen) Worten zurück, was ich an Gefühlen, Bedürfnissen und Inhalten meines Gegenübers verstanden habe. Zuviel Informationen auf einmal hat sich als nicht sinnvoll erwiesen. Intuition,

Empathie und Erfahrung zeigt den Therapeut_innen, ob das Gegenüber überfordert, müde, genervt ist, wenn zuviel Information angeboten wurde.

Wie man in den Wald hineinruft, so hallt es wieder zurück. Wenn unser Gegenüber spürt, dass er oder sie ganz so angenommen wird wie er oder sie ist, wird er sich öffnen, in *der Psychotherapie ankommen*.

Therapeut_innen sind in der Arbeit mit behinderten Personen in einer sehr aktiven, gestaltenden Rolle, geben viel Feedback und strukturieren die Sitzung, vielleicht auch mit haltgebenden Ritualen wie regelmäßige Achtsamkeitsübungen.

Emphatisches Verstehen braucht Zeit. Deswegen dauern psychotherapeutische Behandlungen mit Personen mit Intelligenzminderungen auch oft über einen längeren Zeitraum, während zu beobachten ist, dass die Einzelsitzungen oft mit 50 Minuten zu lange dauern und es dann vielleicht angebracht ist, Stunden mit einem Spiel zu beginnen oder zu beenden.

Wenn Termine abgesagt werden, muss dies unbedingt in der nächsten Stunde zum Thema gemacht werden, da es für den therapeutischen Prozess wichtig ist, zu wissen, warum die Klient_in nicht kommen konnte oder wollte.

Methoden

Wenn wir Psychotherapeut_innen uns in Fallsupervisionen über die Personen austauschen, mit denen wir arbeiten, kommen wir häufig zu der Ansicht, es braucht für jede einzelne Person eine jeweilige spezielle Psychotherapie. Dies gilt besonders für Menschen mit Behinderungen.

Neben dem besprochenen personalen Zugang braucht es einen methodischen Eklektizismus, um den Anforderungen und Bedürfnissen, die unser Gegenüber an uns stellt, gerecht zu werden.

Es braucht eine Vielfalt an Materialien, Methoden und Interventionen. Am besten einsetzbar sind Methoden, die den sowohl den Therapeut_innen als auch Klient_innen entsprechen.

Ein guter Einstieg können Fotos sein, die von den Klient_innen gerne zum Einsatz gebracht werden, Fotos die aus dem eigenen Fotoalbum oder digital mitgebracht werden. Das Smartphone wird gerne eingesetzt, wenn Bilder von Personen gezeigt werden, mit denen die Person in Beziehung steht oder in den, die er oder sie vielleicht verliebt ist. Wenn Botschaften von anderen, wichtigen Personen am Smartphone nicht verstanden werden, möchten Klient_innen oft gemeinsam mit mir daran arbeiten, wie sie wohl verstanden werden könnten. Damit können Themen wie Beziehungen gut eröffnet werden.

Malen oder Gestalten mit Knetmasse können die Phantasie anregen und gute Möglichkeiten bieten, Zugang zum eigenen Erleben zu finden.

Generell sollen Methoden vorgestellt und genutzt werden, wo Gefühle, Erfahrungen oder Erinnerungen auch nonverbal ausgedrückt werden können, da dies manchen Personen mit Lernschwierigkeiten so leichter möglich ist. Auch Collagen sind manchmal sehr beliebt.

Wutbilder oder das Basteln von Wutbällen können ein Start sein, um negative Gefühle zum Ausdruck zu bringen. Ebenso können Limonadendosen dafür verwendet werden, um auf sie draufzuschlagen um dabei an eine Situation zu denken, die immer wieder aggressiv und ohnmächtig macht.

Die Übereinstimmung von Gefühlen und Ausdruck derselben gelingt manchmal schwer. Da können Gefühlsbilder wirksam sein.

Im sogenannten *Körperschema* legt sich der, die Klient_in auf einen großen Papierbogen und die Therapeut_in zeichnet die Umrisse nach. Danach wird das Bild aufgehängt. Für viele Personen ist es ein einprägendes Erlebnis „sich selbst gegenüberzustehen“ die eigene Größe und Form zu sehen.

Danach kann der Körper genauer illustriert oder auch „angezogen“ werden indem die Textilien aufgemalt werden. Mitgebrachte Fotos oder Texte, die auf dem Körperschema aufgeklebt werden können als Einstieg in eine Biographiearbeit dienen.

Gerne arbeite ich auch mit Fragekarten, wo ebenfalls Gefühle leichter zum Ausdruck gebracht werden können.

Es können auch Objekte wie Stofftiere und Puppen als Therapiematerial verwendet werden, um Erlebtem oder Erwünschtem eine Stimme zu geben. Sie können auch gut für Rollenspiele eingesetzt werden, um beispielsweise Beziehungsprobleme zu veranschaulichen und schwierige Situationen zu bearbeiten.

Achtsamkeitsübungen, Entspannungsübungen und Körperreisen können ebenso zum Einsatz kommen wie vorgefertigte Materialien, wo Klient_innen Fragen ausfüllen wie: Was mag ich an mir, was mache ich gerne und mit wem mache ich was gerne, was ist mir und wer ist mir wichtig? Personen, die wenig lesen und schreiben können, bekommen beim Lesen und Schreiben Unterstützung.

Zusammenfassend kann gesagt werden: methodisch ist generell ein Verzicht auf therapeutische Abstinenz gefordert, wir sind immer im Dialog und ausgehend von einer humanistischen Grundhaltung sind Ansätze verschiedener therapeutischer Schulen anwendbar. Die Mittel der Kommunikation sind sehr vielgestaltig, unter Nutzung diverser Gestaltungsmaterialien. Der Zugang zu den Themen wird aktiver als bei Personen ohne Behinderung durch die Therapeut_innen gestaltet, unter Einbeziehung biographischer Daten wird im Hier und Jetzt, vordergründig an den aktuellen Konfliktfeldern mit Einbeziehung der wichtigsten Bezugsperson(en) gearbeitet. Für ein besseres Verständnis ist das Wissen um eine mögliche Gewalt- oder Verletzungsgeschichte der Klient_in unverzichtbar.

Literatur:

BAUER, J.: Warum ich fühle, was Du fühlst. München, Heyne.2006

PÖRTNER, M. : Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen - Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. Stuttgart, Klett-Cotta. 1996

JANTZEN W.: Grundriss einer allgemeinen Psychopathologie und Psychotherapie. Pahl-Rugenstein, Köln 1979

JANTZEN W.: Allgemeine Behindertenpädagogik; Bd. I (Sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlagen). Beltz, Weinheim 1987

JANTZEN W: Vortrag auf der Tagung „Institution = Struktur = Gewalt“ des Fachverbandes Erwachsene Behinderte und des Heimverbandes Schweiz am 18.11.2002 in Olten (Schweiz)

In: www.basaglia.de/Artikel/Olten%202002.htm. Aufgerufen am 23.8.2019

SINASON, Valerie: Geistige Behinderung und die Grundlagen menschlichen Seins. München, Luchterhand Verlag 2000