

**MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER
PSYCHOTHERAPEUTISCHEN ARBEIT MIT MENSCHEN MIT
GEISTIGER BEHINDERUNG AUS SICHT DER INTEGRATIVEN
GESTALT THERAPIE**

Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (M. Sc.)

im Universitätslehrgang

Psychotherapie – Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

eingereicht von

Melanie Erker

Department für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

an der Universität für Weiterbildung Krems

Betreuerin: Mag. Veronika Guggenberger-Kranewitter

Betreuerin: Katja Haider, BA MSc.

Salzburg, 26.03.2023

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Melanie Erker, erkläre hiermit an Eides statt,

1. dass ich meine Master-Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master-Thesis oder wesentliche Teile daraus bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Master-Thesis mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master-Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Salzburg, 26.03.2023



Unterschrift

DANKSAGUNGEN / WIDMUNGEN

Zum Gelingen dieser Master-Thesis haben zahlreiche Personen beigetragen, deren Mitwirkung an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben soll. Zunächst möchte ich mich herzlich bei Frau Mag. Veronika Guggenberger-Kranewitter und Frau Dr. Andrea Jesser für die Betreuung dieser Master-Thesis und die vielen Hilfestellungen bedanken. Zudem bin ich jenen Expert*innen zu Dank verpflichtet, die mir im Rahmen der Interviews ihre Zeit und ihr Wissen zur Verfügung gestellt sowie ihre wertvollen Erfahrungen mit mir geteilt haben. Nicht zuletzt gilt mein Dank auch meiner Familie sowie allen Freund*innen und Kolleg*innen, die mich während des Verfassens dieser Master-Thesis fachlich und moralisch unterstützt haben.

ABSTRACT (DEUTSCH)

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, welche Möglichkeiten und Grenzen Psychotherapeut*innen in ihrer Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung erfahren. Vor allem der Einsatz der Integrativen Gestalttherapie (im Folgenden: IGT) in der psychotherapeutischen Arbeit mit dieser Klientel soll dabei beleuchtet werden. Da in der Forschung zur IGT die Arbeit mit dieser spezifischen Zielgruppe bisher nur in einigen wenigen Einzelfallstudien untersucht wurde, konnte hier eine Forschungslücke identifiziert. Im theoretischen Teil wurde zunächst, aus gestalttherapeutischer Perspektive, auf die Rolle der Beziehung, die Gefahr von Diagnosen und die Therapie und Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung eingegangen. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde auf die Methode des Expert*inneninterviews zurückgegriffen, deren Auswertung nach der Grounded Theory und der Sequenzanalyse erfolgte. Insgesamt konnten in den Interviews acht Oberkategorien und fünf Unterkategorien identifiziert werden, die das subjektive Erleben der befragten Therapeut*innen strukturiert und anschaulich darstellen. Die Untersuchung hat gezeigt, dass hinsichtlich der Möglichkeiten eine Vielzahl an unterschiedlichen kreativen Zugängen genannt wurde, die auch in der Literatur als für die IGT kennzeichnend erwähnt werden: das Symbolisieren, der sichere Ort, Rollenspiele, das Hinausgehen ins Leben bzw. ins Feld und/oder experimentelle Zugänge. Voraussetzung für das Wirken der Interventionen ist jedoch zunächst der Aufbau der therapeutischen Beziehung und die Abstimmung der Methoden auf die individuellen Bedürfnisse der Klient*innen. Vor allem entwicklungspsychologische Kontexte sind hierbei zu berücksichtigen. Grenzen erleben die Therapeutinnen insbesondere dann, wenn die gewählten Interventionen keine Wirkung zeigen oder wenn Klient*innen sprachlich nicht in der Lage sind, ihre Gefühle und Gedanken auszudrücken. Zudem werden hinderliche Einflüsse von außen (Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, die Erwartungen von Angehörigen) als Grenzen erlebt.

Stichworte (Autorenschlagwörter): Integrative Gestalttherapie, Menschen mit geistiger Behinderung, Grenzen, Möglichkeiten, Grounded Theory, Sequenzanalyse.

ABSTRACT (ENGLISCH)

This master thesis investigates the possibilities and limitations that psychotherapists experience when working with people with cognitive disabilities. Especially the use of Integrative Gestalt therapy (IGT) in psychotherapy is examined in this respect. Since research in the field of IGT has so far only investigated this specific clientele in exemplary single-case studies, this master thesis had the possibility to narrow this gap in research to a certain extent. For that purpose, the significance of relationships, the dangers of diagnoses, and the therapy and treatment of people with cognitive disabilities were illustrated in the theoretical background of this thesis. To answer the research question, interviews with psychotherapists with an experience in IGT were conducted and analysed by the help of Grounded Theory and sequential analysis. In total, a number of eight supercategories and five subcategories were identified. In terms of possibilities, the interviewees mentioned a variety of approaches which are also discussed in literature as characteristic for IGT: symbolising, the safe place, role plays, going out into the life and into the field respectively and especially experimental approaches. For these interventions to be effective, however, a good relationship between therapist and client has to be established beforehand and methods have to be adapted to the needs of the client. Especially findings from developmental psychology have to be considered. Therapists experience limitations whenever their chosen interventions do not lead to significant improvements or whenever their clients are not capable of expressing their thoughts and feelings. Moreover, hindering external influences (e.g. cooperations with other institutions or expectations of the clients' relatives) were experienced as limitations.

Keywords: Integrative Gestalt therapy, people with cognitive disabilities, Grounded Theory, limits, possibilities, sequential analysis

INHALTSVERZEICHNIS

1 Einleitung.....	1
2 Die Rolle der Beziehung in der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung.....	4
2.1 Das Konzept der entwicklungsfreundlichen Beziehung.....	4
2.2 Begrifflichkeit und ein Versuch der Definition von Menschen mit geistiger Behinderung und die Klassifikation der Intelligenzminderung nach ICD-10.....	8
2.3 Die Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung erkennen und durch Beziehung mildern	10
3 Die Gefahr von Diagnosen bei Menschen mit geistiger Behinderung	13
3.1 Miteinbeziehung des Entwicklungsstandes bei der Diagnosestellung bei Menschen mit geistiger Behinderung	13
3.2 Entwicklungsstand, Entwicklungspsychologie, Entwicklungsmodelle und die Möglichkeit einer Emotionalen Entwicklungs-Diagnostik.....	15
3.3 Vielseitigkeit im diagnostischen Raum	21
3.4 Beziehungsstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung.....	26
3.5 Abwehr- bzw. Bewältigungsstrategien	29
4 Therapie, Behandlung, Ansätze für Menschen mit geistiger Behinderung	32
4.1 Ziele der Behandlung und die Rolle der Integrativen Gestalttherapie	32
4.2 Studienergebnisse zur Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung bzw. Lernbehinderung und Verhaltensauffälligkeiten	40
4.2.1 Evidenzbasis zu psychologischen Interventionen bei Menschen mit geistiger Behinderung.....	40
4.2.2 Integrative Gestalttherapie bei Lernbehinderungen und Verhaltensauffälligkeiten.....	42
5 Methodisches Vorgehen.....	45
5.1 Forscher*innenreflexion	48
5.2 Grounded Theory	48
5.3 Sequenzanalyse.....	51
6 Forschungsergebnisse	53
6.1 Oberkategorie 1 „Möglichkeiten“	53

6.1.1 Unterkategorie 1 „Hilfreich“	58
6.2 Oberkategorie 2 „Grenzen“	62
6.2.1 Unterkategorie 2 „Schwierigkeiten“	65
6.3 Oberkategorie 3 „Arbeitsgestaltung“	67
6.3.1 Unterkategorie 3 „Gestaltprinzipien“	70
6.3.2 Unterkategorie 3 „Gestaltmethoden“	73
6.3.3 Unterkategorie 3 „Interventionen“	74
6.4 Oberkategorie 4 „Erleben der psychotherapeutischen Arbeit“	76
6.5 Oberkategorie 5 „Kontexte“	80
6.6 Oberkategorie 6 „Therapieziele“	82
6.7 Oberkategorie 7 „Wirksamkeit der angewandten Methoden“	83
6.8 Oberkategorie 8 „Entwicklungspsychologie“	84
7 Diskussion der Ergebnisse	89
7.1 Zusammenfassung zentraler Ergebnisse	89
„Hilfreich“	90
„Grenzen“	91
„Schwierigkeiten“	92
„Arbeitsgestaltung“	93
„Gestaltprinzipien“, „Gestaltmethoden“ und „Interventionen“	94
„Erleben der psychotherapeutischen Arbeit“	95
„Kontexte“	96
„Therapieziele“	96
„Wirksamkeit der angewandten Methoden“	97
„Entwicklungspsychologie“	98
7.2 Schwächen und Limitationen der Studie	99
7.3 Ausblick	100
Literaturverzeichnis	101
Tabellenverzeichnis	105
Anhang	106

1 Einleitung

Die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung stellt Psychotherapeut*innen in ihrer praktischen Arbeit oftmals vor Herausforderungen. Dies ist nach Senckel (2017, S. 37) unter anderem in der erhöhten Vulnerabilität von Menschen mit geistiger Behinderung begründet: Beziehungsstörungen und kontinuierliche Traumatisierungen, die negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl der Betroffenen haben, gepaart mit behinderungsbedingten kognitiven Einschränkungen, führen oftmals zu problematischem Verhalten. Obwohl die Wahrscheinlichkeit von Verhaltensauffälligkeiten mit dem Grad der Intelligenzminderung zunimmt (Sappok & Zepperitz, 2019, S. 101), wurde die psychotherapeutische Arbeit mit dieser Zielgruppe in der Forschung bisher wenig beleuchtet. Aus diesem Grund sollen in der vorliegenden Master-Thesis die Möglichkeiten und Grenzen, die Psychotherapeut*innen in ihrer Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung erfahren, untersucht werden. Weiters soll herausgefunden werden, welchen Schwierigkeiten und Hindernissen, insbesondere methodischer Natur, sie dabei begegnen und durch welche Strategien sie diese mindern oder überwinden können. Vor allem der Einsatz der Integrativen Gestalttherapie (im Folgenden: IGT) in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung soll dabei beleuchtet werden. Da in der Forschung zur IGT die Arbeit mit dieser spezifischen Klientelgruppe bisher nur in einigen wenigen Einzelfallstudien untersucht wurde (zum Beispiel Berger, 2007; Senckel, 2017), konnte hier eine Forschungslücke identifiziert werden. Diese soll mit der vorliegenden Master-Thesis ein Stück weit geschlossen werden.

Zu diesem Zweck werden Expert*inneninterviews durchgeführt, die vor allem das subjektive Erleben der Therapeut*innen erfragen sollen, das heißt, was sich nach Ansicht der interviewten Therapeut*innen in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung schwierig gestaltet und was sie, insbesondere methodisch, als hilfreich erleben. Auch die Wirksamkeit von Gestalt-Methoden (die Technik des leeren Stuhls, Rollenspiele, Fantasiereisen, Identifikationstechnik, Experiment, Einbeziehen des nonverbalen Ausdrucks, kreative Medien) sowie die Anwendbarkeit von Gestalt-Prinzipien (zum Beispiel Kontaktprinzip, Hier-und-Jetzt-Prinzip, dialogisches Prinzip) bei der gewählten Zielgruppe sollen im Zuge der Interviews erhoben werden. Damit soll die folgende Forschungsfrage beantwortet werden: Was sind die Möglichkeiten

und Grenzen von Psychotherapeut*innen bei der praktischen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung? Zudem sollen folgende Unterfragen beantwortet werden:

- Was und in welcher Form kann die IGT dazu beitragen, mit Menschen mit geistiger Behinderung psychotherapeutisch zu arbeiten?
- Welche Interventionen aus der IGT werden in der praktischen Arbeit von Psychotherapeut*innen derzeit eingesetzt? Weshalb gerade diese? Wie erleben Therapeut*innen die Wirkung der eingesetzten Interventionen?
- Wie gestalten Therapeut*innen die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung?
- In welchen Kontexten arbeiten Therapeut*innen mit Menschen mit geistiger Behinderung?

Meine persönliche Motivation, diesem Forschungsthema nachzugehen, wurzelt in meiner eigenen Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung. In meiner praktischen Arbeit habe ich erlebt, dass psychotherapeutische Konzepte oftmals nicht auf die speziellen Bedürfnisse geistig behinderter Menschen abgestimmt sind und deshalb modifiziert werden müssen. Aus diesem Grund ist es für mich sinnvoll, die Schwierigkeiten in der psychotherapeutischen Arbeit mit dieser Klientel zu erheben, um einen Anstoß zu geben, die Methoden der IGT zu adaptieren und in der Arbeit zu nutzen, um diese Schwierigkeiten zu mindern oder zu überwinden.

Die Arbeit gliedert sich in insgesamt sieben Großkapitel. In Kapitel 2, 3 und 4 werden die theoretischen Grundlagen und der Forschungsstand zu verschiedenen Aspekten bei der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung erläutert: die Rolle der Beziehung und in dieser Hinsicht Senckels (2017) Konzept der entwicklungsfreundlichen Beziehung; die Diagnosestellung bei Menschen mit geistiger Behinderung und deren Fallstricke; sowie die Therapie und Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. In Kapitel 5 wird danach das methodische Vorgehen, insbesondere die Anwendung der Grounded Theory und die Sequenzanalyse, dargestellt. Anschließend folgt in Kapitel 6 eine ausführliche Darstellung der Forschungsergebnisse, die nach den ermittelten Ober- und Unterkategorien strukturiert ist. Eine abschließende Diskussion der Ergebnisse, unter

anderem in Hinblick auf die Schwächen und Limitationen der Studie, folgt in Kapitel 7. Im Anhang der Arbeit findet sich der Interviewleitfaden.

2 Die Rolle der Beziehung in der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung

Als Grundlage beziehe ich mich in meiner Master-Thesis vor allem auf Barbara Senckels (2017) Konzept der entwicklungsfreundlichen Beziehung. Dieses soll nachfolgend mit den Ansätzen ausgewählter weiterer Psychotherapeut*innen verglichen und deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede diskutiert werden. Vor allem die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung soll in dieser Hinsicht im Interessenfokus stehen.

2.1 Das Konzept der entwicklungsfreundlichen Beziehung

In ihrer 2017 publizierten Monographie „Du bist ein weiter Baum“ geht Senckel, Psychotherapeutin und Begründerin des Konzepts der entwicklungsfreundlichen Beziehung, der Frage nach, wie eine Beziehung zu geistig behinderten Menschen gestaltet werden muss, um individuelles Wachstum zu fördern und eine heilsame Wirkung der Therapie zu ermöglichen. Zu diesem Zweck zeigt die Autorin Methoden und Strategien auf, wie schwere psychische Störungen durch Beziehungen gemildert und die Persönlichkeitsentfaltung unterstützt werden kann. Im Folgenden wird an die Theorien und Konzepte der IGT angeknüpft und diese mit Senckels Ansätzen verbunden.

In ihrer Grundhaltung orientiert sich Senckel am Philosophen Martin Buber. Dessen Leitspruch „Alles wirkliche Leben ist Begegnung“ (Buber, 1994, S. 15) und Verständnis, dass es im Leben vor allem auf die Ich-Du-Beziehungen ankomme (Buber, 1994, S. 32), übernimmt auch Senckel für das von ihr entwickelte Konzept der entwicklungsfreundlichen Beziehung. Dieses wurde speziell für die psychotherapeutische sowie für die pädagogische Arbeit mit Menschen mit kognitiver Behinderung konzipiert und spiegelt eine Grundhaltung wider, die gemäß Senckels (2017) Beobachtungen positive Auswirkungen auf die Entfaltung der Gesamtpersönlichkeit haben könne (S. 12–13). Eine positive Grundhaltung und ein Fokus auf die Beziehung zwischen Therapeut*in und Klient*in führe zu einer Arbeitsweise, die nicht mehr Zeit in Anspruch nehme als andere Methoden. Erst durch das Konzept der entwicklungsfreundlichen Beziehung könne ein ehrlicher Kontakt gefördert werden, da diese ein innigeres, tiefergehendes und aufrichtigeres Kontaktangebot bereitstelle. Dies ermögliche sowohl für Menschen mit als auch für

Menschen ohne geistige Behinderung Entwicklungschancen (Senckel, 2017, S. 12–13).

Diese Arbeitsweise setze jedoch eine bewusste Entscheidung des*der Psychotherapeuten*in bzw. des*der Pädagogen*in voraus, in eine tiefere Form der Begegnung zu gehen und selbst auch tiefere Emotionen, die durch diese Form der Begegnung entstehen können, zuzulassen. Auch für Psychotherapeut*innen bzw. Pädagog*innen bringt diese Herangehensweise eine gewisse Anstrengung mit sich. Aus diesem Grund seien Teamwork und Supervision von Vorteil, um gemachte Erfahrungen und neue Erkenntnisse in einem multiprofessionellen Team austauschen zu können. Dies helfe Psychotherapeut*innen auch dabei, sich von belastenden Inhalten zu lösen (Senckel, 2017, S. 14–15). Bei Anwendung von Senckels Konzept in der therapeutischen Arbeit sei vor allem das richtige Verhältnis von Nähe und Distanz zu berücksichtigen. Die Autorin plädiert dafür, eine entwicklungsfreundliche Beziehung zu einem kognitiv beeinträchtigten Menschen, der einen hohen Grad an Intelligenzminderung aufweise, so zu gestalten, dass die Arbeitshaltung heilsam wirke und somit psychisches Wachstum ermögliche (Senckel, 2017, S. 13–14). Um diese Ziele erreichen zu können, führt Senckel (2017) einige psychotherapeutische Methoden an, welche von ihr eigens für die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung adaptiert wurden. Auf diese Methoden wird in der Arbeit genauer eingegangen. Durch diese Anpassung können die Methoden auf die Bedürfnisse von Menschen, deren emotionaler Entwicklungsstand dem Kleinkindalter entspricht, eingegangen werden. Durch das Konzept der entwicklungsfreundlichen Beziehung können emotionale Stagnationen überwunden und Verhaltensauffälligkeiten bzw. Verhaltensstörungen gemildert werden (S. 13–14).

Diese positive Wirkung ihres Konzepts belegt die Autorin anhand von sechs Fallbeispielen, in denen sie die Arbeit mit geistig behinderten Menschen, die den emotionalen Entwicklungsstand eines Kleinkindes aufwiesen, beschreibt. Auf Basis ihrer eigenen Beobachtungen kommt sie zu der Überzeugung, dass in der psychotherapeutischen Arbeit ein Mehraufwand an Beziehungsbereitschaft eindrucksvolle Erfolge leisten könne (Senckel, 2017, S. 13–14). Ein Fokus auf die zwischenmenschliche Beziehung setze voraus, dass der*die Psychotherapeut*in selbst verschiedene Kompetenzen mit sich bringe: die Fähigkeit zu Wertschätzung, Empathie, reflexiver Distanz, Echtheit, emotionaler Präsenz, einem guten

entwicklungspsychologischen Fachwissen, einer guten Wahrnehmung phasenspezifischer Beziehungsbedürfnisse und den Willen, sich in einen Menschen mit geistiger Behinderung hineinzusetzen (Senckel, 2017, S. 14–15). All diese Anforderungen würden in der Arbeit als Chance angesehen werden, um eine psychische Nachreife zu gewährleisten, die zu mehr Lebensqualität führe. Eine emotionale Ausdifferenzierung sei dann möglich, wenn der*die Psychotherapeut*in dem Menschen mit geistiger Behinderung ein „mit dir sein“ und ein „ich nehme dich an, so wie du bist“ zu Verfügung stelle. So solle die Psychotherapie den Menschen darin unterstützen, seine Gefühle auszudrücken. Denn oftmals würden Menschen mit geistiger Behinderung nicht über die Fähigkeit verfügen, ihre Gefühlslage adäquat zu äußern, wodurch sie häufig unverstanden bleiben. Dies könne zur Folge haben, dass der Mensch resigniere, aggressives Verhalten zeige und/oder Verhaltensauffälligkeiten entwickle, die wiederum fehlgedeutet werden können. Dies sei ein negativer Kreislauf, der jedoch durchbrochen werden könne (Senckel, 2017, S. 19–20).

Neben Senckel können auch die Ansätze Anton Došens, eines in den Niederlanden bekannten Psychiaters und emeritierten Professors für Psychiatrische Aspekte geistiger Behinderung, Einblicke in die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung geben. Neben seiner Professur war Došen unter anderem zehn Jahre lang als Vorsitzender der Sektion ‚Geistige Behinderung‘ in der World Psychiatric Association (WPA) tätig (Došen, 2008). In der Diagnostik und Behandlung folgte er zu diesem Zeitpunkt bereits seit mehr als dreißig Jahren einem entwicklungsorientierten und integrativen Ansatz und entwickelte darauf aufbauend ein praxisorientiertes Konzept, das in der Arbeit mit geistig behinderten oder autistischen Menschen mit psychischen Problemen vielfach eingesetzt wird (Došen, 2008).

In einem 2008 publizierten Interview beschreibt Došen vor allem die Anforderungen an Psychotherapeut*innen in ihrer Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Er empfiehlt, dass bei der Behandlung stets auf die Grundbedürfnisse der Betroffenen geachtet und auf deren psychosoziale Bedürfnisse eingegangen werden sollte, wenngleich sich diese jedoch nicht von jenen anderer Bevölkerungsgruppen unterscheiden würden. Psychotherapeut*innen sollten deshalb nicht störungs-, sondern gesundheitsorientiert arbeiten und den Menschen in seiner Ganzheit

betrachten. Insbesondere sei es wichtig, grundlegende Bedürfnisse zu stillen. Mithilfe dieser Arbeitsweise könnten Störungen möglicherweise verschwinden – sei dies nicht der Fall, dann müsse man sich, so Došen, weiterer Methoden für die Behandlung bedienen (zum Beispiel einer Pharmakotherapie) (Došen, 2008).

Auch der diplomierte Psychologe und Psychotherapeut Frank-Matthias Staemmler umreißt in seinem 2009 erschienenen Buch „Was ist eigentlich Gestalttherapie?“ die Rolle von Psychotherapeut*innen in der psychotherapeutischen Arbeit. Diese Anforderungen verbindet er jedoch zusätzlich mit den Grundhaltungen der IGT. Staemmler (2009) beschreibt Psychotherapeut*innen als Begleitpersonen, die Menschen auf ihren Entdeckungsreisen unterstützen und dadurch Veränderungs- und Entwicklungsprozesse in Gang setzen. Laut ihm könne die persönliche Beziehung in der IGT zu den Klient*innen vor allem dann eine heilsame Wirkung haben, wenn sich genug Vertrauen entwickelt habe (S. 15–16). Diese Art der Beziehung könne schließlich auch Veränderungen ermöglichen (Staemmler, 2009, S. 17–18). In der IGT spiele insbesondere das Verstandenwerden eine Rolle, das durch emotionales Mitschwingen und aufrichtige Anteilnahme sichtbar werde. Die Begegnung mit den Klient*innen müsse stets eine lebendige sein, das heißt, die Therapeut*innen müssen durch persönliche Präsenz sichtbar werden (Staemmler, 2009, S. 15–16). Auch Senckel (2017) vertritt die Meinung, dass es im Wesentlichen auf die Qualität der Beziehung ankomme und der positive therapeutische Effekt in ihrem Konzept daher durch eine Ich-Du-Beziehung im Sinne Bubers sichtbar werde (S.14–15).

In diesem Zusammenhang nennt Staemmler (2009) ebenfalls zwei Grundsätze der IGT: einerseits Martin Bubers Diktum „Der Mensch wird am Du zum Ich“ (Buber, 1994, S. 32), womit die Wechselwirkungen zwischen Subjekt und Umwelt betont werden; andererseits die Unvoreingenommenheit und Offenheit Neuem oder Andersartigem gegenüber, dass also nur das, was erst einmal ohne negative Bewertungen und mit freundlicher Aufmerksamkeit betrachtet, gespürt und erforscht wird, sich dann im Weiteren auch ändern könne (Staemmler, 2009, S. 17). In dieser Hinsicht beschreibt der Autor den Einfluss der IGT durch Martin Buber genauer. Dieser war der Ansicht, dass Menschen von Beginn ihres Lebens stets auf andere Menschen bezogen seien und in ständigem Austausch mit ihnen leben würden. Laut Staemmler (2009) könne dies bedeuten, dass es unsere Beziehungen sind, die uns zu dem

Menschen machen, der wird sind. Demnach könnten Beziehungen schädigend, aber auch heilsam sein (S. 17–18).

2.2 Begrifflichkeit und ein Versuch der Definition von Menschen mit geistiger Behinderung und die Klassifikation der Intelligenzminderung nach ICD-10

Angesichts der Vielzahl unterschiedlicher Entwicklungstheorien stellt sich zunächst die Frage, wie eine geistige Behinderung definiert und diagnostiziert werden kann. Der deutsche Kinder- und Jugendpsychiater Braun-Scharm (2005) weist in seinem Aufsatz zu „kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen einschließlich Oligophrenien“ zunächst auf die Begriffsverwandtschaft zur Intelligenzminderung hin, welche auch als Minderbegabung, Schwachsinn oder Oligophrenie bezeichnet wird (S. 406–407).

Die Klassifikation der Intelligenzminderung nach ICD-10 bezeichnet die Diagnose Intelligenzminderung (F70-F79) als deutliche Minderung des Intelligenzquotienten (IQ) bei einem IQ unter 70, wobei es sich um eine Störung der Sprache, Motorik, Anpassungsfähigkeit und des Sozialverhalten handle (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2020). Die Klassifikation der Intelligenzminderung nach DSM-IV bezeichnet Intelligenzminderung (317-319) als deutliche IQ-Minderung (IQ unter 70) mit Beginn vor dem 18. Lebensjahr. Hier finde man begleitende Defizite in der sozialen Anpassungsfähigkeit und in mindestens zwei der folgenden Bereiche: Sicherheit, Gesundheit, Freizeit, Arbeit, schulische Fertigkeiten, Selbstbestimmtheit, Nutzung öffentlicher Einrichtungen, soziale / zwischenmenschliche Fertigkeiten, häusliches Leben, Eigenständigkeit und Kommunikation (Falkai & Wittchen, 2015).

Dies bedeutet also, dass bei einer Intelligenzminderung ab dem Kindesalter eine deutlich unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit besteht. Man spricht hier von einem IQ im Bereich zwischen 70 und 90 Punkten, welcher unter dem Begriff der ‚Lernbehinderung‘ subsumiert wird. In älteren Kategorisierungen finden sich unterschiedliche Termini zur Bezeichnung kognitiver Beeinträchtigungen. Bei einem IQ zwischen 50 und 69 sprach man von ‚Debilität‘, zwischen 35 und 49 von ‚Imbezillität‘, zwischen 20 und 34 von einer schweren geistigen Behinderung und bei einem IQ von unter 20 von ‚Idiotie‘. Diese Begriffe werden in der neuen Nomenklatur jedoch nicht mehr geführt. Vielmehr fasst man einen IQ von unter 70 unter dem Begriff der Intelligenzminderung verschiedener Grade zusammen: Eine leichte

Intelligenzminderung wird bei einem IQ zwischen 50 bis 69 diagnostiziert; eine mittelgradige Intelligenzminderung bei einem IQ zwischen 35 und 49; eine schwere Intelligenzminderung bei einem IQ zwischen 20 und 34 und die schwerste Form der Intelligenzminderung bei einem IQ von unter 20. Prinzipiell spricht man bei einem IQ von 100 von einem durchschnittlichen Wert (Braun-Scharm, 2005, S. 406–407).

Menschen mit geistiger Behinderung unterscheiden sich in der Art der psychosozialen Auffälligkeiten zwar nicht merklich von Menschen ohne geistiger Behinderung, jedoch treten die Auffälligkeiten bei geistig behinderten Menschen drei- bis viermal häufiger auf als bei der Allgemeinbevölkerung (Lingg & Theunissen, 2017, S. 20). Lingg und Theunissen (2017) weisen darauf hin, dass sich dies bei Menschen mit geistiger Behinderung vor allem in Form von Kontaktproblemen (zum Beispiel mangelnder Distanz oder Kontaktverweigerung) äußere. Auch merken die Autoren kritisch an, dass bei einer allzu häufigen Betonung der Tatsache, dass Menschen mit geistiger Behinderung häufig unter psychischen Störungen leiden, die Gefahr bestehe, diese Bevölkerungsgruppe psychiatrisch zu „vereinnahmen“. Da es keine allgemeine Definition von „Normalität“ oder geistiger Gesundheit gebe, seien auch Abweichungen davon diagnostisch schwer zu fassen (S. 20).

Auch gemäß Braun-Scharm (2005) sei das Risiko einer psychiatrischen Erkrankung bei einer Intelligenzminderung drei- bis viermal höher als bei einer Normalbegabung. Die Ursache einer Intelligenzminderung bliebe jedoch in rund einem Drittel der Fälle unbekannt. Eine Intelligenzminderung könne in 30 % der Fälle auf eine frühe Störung der Embryonalentwicklung zurückgeführt werden, bei 15-20 % auf Umwelteinflüsse, bei 10 % auf Probleme während der Schwangerschaft sowie bei jeweils 5 % auf genetische beziehungsweise auf körperliche Erkrankungen im Kindesalter (S. 408–409). Die diagnostische Einschätzung der Intelligenzminderung erfolgt durch spezielle testpsychologische Untersuchungen, beispielsweise dem HAWIK-III Test (Schober et al., 2005) bzw. der BGB-Testbatterie (Bondy et al., 1975), das heißt eigens für geistig behinderte Kinder entwickelte Diagnoseverfahren. Eine Intelligenzminderung könne sich in verschiedenen Leistungs- und Lebensbereichen unterschiedlich auswirken. Symptome seien zum Beispiel eine niedrige Frustrationstoleranz, Passivität, psychische Abhängigkeit, ungenügende Impulskontrolle, Aggressivität sowie Stereotypie. Bei schweren Formen der Intelligenzminderung fände man Einschränkungen in der sozialen Kompetenz, den

emotionalen Funktionen und den basalen kognitiven Funktionen. Häufig kämen neurologische, muskuläre, auditive und/oder visuelle Komplikationen dazu (Braun-Scharm, 2005, S. 409). Laut Braun-Scharm (2005) manifestieren sich die meisten Intelligenzminderungen im Kleinkindalter und werden als Entwicklungsverzögerung bezeichnet (S. 409).

2.3 Die Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung erkennen und durch Beziehung mildern

Ein Großteil des theoretischen Teils der vorliegenden Arbeit ist der Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung gewidmet. Dieser Fokus liegt einerseits daran, dass gezeigt werden soll, wie komplex sich die Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung darstellt, andererseits aber auch an der Absicht, auf die dennoch vorhandenen Möglichkeiten für Psychotherapeut*innen hinzuweisen. Zudem ist bei der Diagnostik dieser Klientel eine Vielzahl an Einfluss- und Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Bevor jedoch ausführlich auf diese Thematik eingegangen wird, sollen zunächst gängige Definitionen von Verhaltensstörungen diskutiert werden, da die in der Literatur verwendete Terminologie oftmals nicht klar definiert ist.

Unter Verhaltensstörungen versteht man gemäß der Definition des Royal College of Psychiatrists „kulturell unangemessene Verhaltensweisen erheblicher Intensität oder Dauer, die zu einer Gefährdung der körperlichen Gesundheit oder sozialen Teilhabe führen und nicht durch andere psychische Störungen der körperlichen Erkrankungen erklärbar sind“ (Emerson & Bromley, 1995, zitiert nach Sappok & Zepperitz, 2019, S. 101–102). In der ICD-10 werden diese mit F7x.1 (Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung) verschlüsselt (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2020). Je nach Kontext wird zur Bezeichnung von Verhaltensstörungen auch auf Begriffe wie „Verhaltensauffälligkeit“, „Problemverhalten“ oder „herausforderndes Verhalten“ zurückgegriffen. Vor allem bei Menschen mit Intelligenzminderung können Verhaltensstörungen häufig beobachtet werden, wenngleich sich die Diagnose und Ätiologie von Verhaltensauffälligkeiten je nach Schwere der Intelligenzminderung als problematisch erweist (Sappok & Zepperitz, 2019, S. 101). Dennoch konnte in einer Studie von Cooper et al. (2007) nachgewiesen werden, dass bei einer schweren Intelligenzminderung mehr als doppelt so häufig Verhaltensstörungen auftreten als bei einer leichten

Intelligenzminderung (29 % bzw. 13 %) (Cooper et al., 2007, zitiert nach Sappok & Zepperitz, 2019, S. 101).

Zum Thema der Diagnostik von Verhaltensauffälligkeiten schildern Lingg und Theunissen (2017) in ihrer Monographie „Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. Erscheinungsformen, Ursache und Handlungsmöglichkeiten aus pädagogischer und psychiatrischer Sicht“ ihre Ansätze. Sie weisen ebenfalls darauf hin, dass der Mensch ein gesellschaftliches Wesen sei, weshalb man Verhaltensauffälligkeiten nicht auf den Menschen an sich und/oder seine Natur zurückführen könne. Eine Auffälligkeit sei kein angeborener Charakterzug, sondern entstehe stets in Folge von kreisförmigen Interaktionsmustern. Es handle sich bei Auffälligkeiten immer um ein grundlegend soziales Phänomen. Demnach können Interaktionsmuster in der jeweiligen Lebenswelt des Menschen krankmachend, heilend oder gesundheitsfördernd wirken. Die beiden Autoren plädieren deshalb dafür, dass man in der Diagnosestellung nicht das Individuum an sich für krank erklärt, sondern lediglich sein Interaktionsmuster. Dadurch vollziehe sich eine Abkehr von einer personalen hin zu einer interpersonalen Betrachtungsweise (Lingg & Theunissen, 2017, S. 22).

Diese Ansätze sind auch in Senckels (2017) Überlegungen zu finden. Sie gibt zu bedenken, dass neben Frühförderungsmaßnahmen auch ein vielschichtiger Diagnoseprozess notwendig sei, um psychische Störungen heilen oder mildern zu können. Das reine Angebot eines Frühförderungskonzept sei nicht hinreichend, um Menschen mit geistiger Behinderung in ihrer Persönlichkeitsentfaltung zu unterstützen. Verhaltensstörungen, die sich als manifeste emotionale Störung einstufen ließen, würden nach ihr in der therapeutischen Behandlung mehr Berücksichtigung bedürfen (Senckel, 2017, S. 19). Des Weiteren sei es bei der Diagnostik notwendig, eine Verhaltensstörung bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht als Konsequenz eines hirnganischen Defektes zu sehen und mit einer Behandlung darauf abzielen. Vielmehr solle der Blick aufs Ganze erfolgen, um den Menschen nicht lediglich in einer biologisch bedingten Fehlerhaftigkeit zu erfassen. Den diagnostischen Blick zu erweitern, würde bedeuten, auch traumatische Erfahrungen sowie die erhöhte Verwundbarkeit zu berücksichtigen, die durch verletzendere Lebensereignisse bedingt sei und die psychische Beeinträchtigung erhöhen könne. Eine vielschichtiger, offener Diagnoseprozess sei zwar zeitaufwendiger, da dieser an mehr Beobachtungszeit und

einen multiprofessionellen Austausch gebunden sei, jedoch stelle er ein größeres Ausmaß an Einsicht der seelischen Verwundbarkeit und Verletztheit von geistig behinderten Menschen dar. Dadurch ließen sich auch die Behandlungsmöglichkeiten erweitern (Senckel, 2017, S. 19). Ein diagnostisches Problem sei gemäß Senckel (2017) jedoch, dass Menschen mit geistiger Behinderung häufig nicht über die Fähigkeit verfügen, ihre inneren Gefühlszustände auszudrücken. Somit seien sie oft nicht den Diagnosekriterien zuordenbar oder würden Gefahr laufen, fehlinterpretiert zu werden (S. 19–20).

3 Die Gefahr von Diagnosen bei Menschen mit geistiger Behinderung

Betrachtet man die Behandlung von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung in der Vergangenheit, wird augenscheinlich, welche Konsequenzen definitive Diagnosen nach sich ziehen können. Lange wurden Menschen mit geistiger Behinderung in Großkrankenhäusern verwahrt, in denen oftmals folgenschwere Behandlungen durchgeführt wurden: geistige Behinderungen wurden pathologisiert, gesunde Anteile ignoriert und medikamentöse Behandlungen führten zu irreparablen Schäden (Lingg & Theunissen, 2017, S. 27). Dennoch könne man, so Lingg und Theunissen (2017), nicht die Psychiatrie selbst für diese Fehler im Umgang mit geistig behinderten Menschen verantwortlich machen – wenngleich man heute weiß, dass es angemessenere therapeutische Zugänge gibt (S. 27). Die Autoren nehmen diese falsche Behandlung vielmehr zum Anlass, um darauf hinzuweisen, dass Menschen mit geistiger Behinderung nicht durch unzulässige Diagnosen pathologisiert oder um hilfreiche psychologische und medizinische Therapien gebracht werden dürfen. Dies würde eine Diskriminierung darstellen (Lingg & Theunissen, 2017, S. 27–28).

3.1 Miteinbeziehung des Entwicklungsstandes bei der Diagnosestellung bei Menschen mit geistiger Behinderung

Nach wissenschaftlichem Konsens ist die Berücksichtigung des individuellen Entwicklungsstands bei der Diagnosestellung bei Menschen mit geistiger Behinderung unabdingbar. Auch Došen (2008) gab dies im oben erwähnten Interview zu bedenken. Um auf die Bedürfnisse der Betroffenen angemessen eingehen zu können, sei der Entwicklungsstand der jeweiligen Person zentral, vor allem dann, wenn ein Mensch mit schwerer geistiger Behinderung ein sehr geringes kognitives, emotionales und/oder soziales Niveau zeigt. Nur so könne auf die Person adäquat reagiert werden (Došen, 2008). Laut Došen (2008) sei es nicht wichtig, welche psychotherapeutischen Methoden angewandt werden; vielmehr sei es von Bedeutung, von Anfang an auf den Entwicklungsstand des Gegenübers einzugehen. Aus diesem Grund solle laut Došen (2008) auch die Entwicklungspsychologie in der psychotherapeutischen Arbeit Priorität haben. So könne man über das Entwicklungsalter lernen und verstehen, weshalb ein Mensch mit geistiger Behinderung andere Symptome aufweisen kann als normal entwickelte Menschen. Zur Erstellung einer Diagnose sei deshalb die Ermittlung des Entwicklungsalters zentral. Došen (2008) unterscheidet hierbei zwischen der

kognitiven Entwicklung, der sozialen Entwicklung und der emotionalen Entwicklung. Würden nun alle drei Dimensionen der Entwicklung ein gleiches Niveau aufweisen, so ließe sich eine Aussage zur Stufe der Persönlichkeitsentwicklung machen. Laut Došen (2008) könne zwar das soziale, nicht aber das emotionale Niveau höher sein als das kognitive. Demnach beginne die Entwicklungsdiagnostik immer auf dem niedrigsten Niveau, welches erfahrungsgemäß jenes der emotionalen Entwicklung sei. Wenn man in Erfahrung gebracht habe, welche emotionalen Grundbedürfnisse die Betroffenen haben, könne man die emotionale Entwicklung stimulieren und somit näher an das Niveau der kognitiven Entwicklung gelangen. Dadurch ließe sich die Persönlichkeit stärken und stabilisieren (Došen, 2008, S. 189).

Ähnlich argumentieren auch Sappok und Zepperitz (2019) in ihrem Buch „Das Alter der Gefühle“. Darin beschäftigen sie sich mit der gesundheitlichen Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung, die psychische Auffälligkeiten aufweisen. Die Autorinnen plädieren dafür, dass bei deren Begleitung in der Betreuung, Psychologie, Psychotherapie, Medizin und Pädagogik der emotionale Entwicklungsstand der Betroffenen berücksichtigt wird. Sie sehen im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung, die eine intellektuelle Entwicklungsstörung aufweisen, Verbesserungspotential: Es sollen nicht nur das Lebensalter und die kognitiven Fähigkeiten der Betroffenen, sondern auch das emotionale Entwicklungsalter berücksichtigt werden. Hierbei ergibt sich ein erneutes Spannungsfeld, da ein Erwachsener mit kindlichen Bedürfnissen trotzdem nicht wie ein Kleinkind behandelt werden sollte (S. 18). Denn, so Sappok und Zepperitz (2019), „Menschen mit einer intellektuellen Entwicklungsstörung durchlaufen grundsätzlich dieselben Entwicklungsphasen wie Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung, dies können allerdings zeitlich verzögert oder unvollständig sein“ (S. 18).

Die Entwicklung psychischer Störungen geschieht bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht nur vor dem Hintergrund einer größeren Verwundbarkeit (Vulnerabilität), sondern auch den prägenden und aktuellen Lebensbedingungen. Eine Schwierigkeit bei der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung bzw. bei der Diagnostik ist jedoch, wie erwähnt, deren oftmals eingeschränkte Fähigkeit, über ihre Gefühle und Gedanken zu sprechen. Auch können sie teilweise nicht ausreichend Auskunft über ihre Lebensgeschichte geben. Zwar besteht bei ihnen genauso die Möglichkeit, eine psychische Störung zu entwickeln, doch deren

Symptome können sie oft nicht artikulieren. Folglich komme es hier oft zu einer Fehl- oder Nichtbehandlung psychischer Störungen (Senckel, 2017, S. 21–22). Aus diesem Grund müsse laut Senckel (2017) versucht werden, Selbstaussagen, wie sie im Rahmen einer gewöhnlichen Therapie gemacht werden, durch erweiterte Beobachtungen, Verhaltensbeschreibungen und sorgfältige Interpretationen zu ersetzen (S. 21–22). Zwar können psychische Störungen von nur leicht geistig behinderten Menschen mithilfe der ICD-10 (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2020) und DSM-IV (Falkai & Wittchen, 2015) erfasst werden, doch für schwer geistig Behinderte müssen die üblichen Diagnoseverfahren adaptiert werden. Es solle zunächst vielmehr eine genaue Beobachtung erfolgen, um schließlich die tatsächlich beobachteten Merkmale den jeweiligen Störungen zuzuordnen (Senckel, 2017, S. 22).

3.2 Entwicklungsstand, Entwicklungspsychologie, Entwicklungsmodelle und die Möglichkeit einer Emotionalen Entwicklungs-Diagnostik

Angesichts der Berücksichtigung des individuellen Entwicklungsstandes von Klient*innen stellt sich zudem die Frage nach der Bedeutsamkeit von entwicklungspsychologischen Überlegungen und einer Emotionalen Entwicklungs-Diagnostik. Auch der deutsche Kinder- und Jugendpsychiater Braun-Scharm (2005) geht unter anderem auf die Themen Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen, emotionale und neurotische Störungen, Intelligenzminderung und Bindungsstörungen ein. Er bedient sich in seiner Arbeit klassischer Entwicklungsmodelle von Sigmund Freud und Jean Piaget (S. 405–406). Der Autor beginnt seine Ausführungen mit einer Kritik an der Theorie John Lockes aus dem 17. Jahrhundert, wonach alle Menschen von Geburt an als *tabula rasa*, als unbeschriebenes Blatt, geboren und somit gleiche Voraussetzungen mitbringen würden (Locke, [1690] 1975). Diese Theorie wurde durch die Forschung und die individualistische Sichtweise längst widerlegt: Schon Säuglinge würden sich in Schlafbedürfnis, Aktivität und Kontaktverhalten unterscheiden (Braun-Scharm, 2005, S. 401–402). Nach Braun-Scharm (2005) beginne Entwicklung bereits bei der Zeugung und sei am Anfang ein Zusammentreffen lebensgeschichtlicher sowie genetischer Informationen. Somit können ungünstige Lebensumstände den Geburtsverlauf sowie die frühkindliche Entwicklung negativ beeinflussen. Obwohl der Säugling durch die Geburt ein selbständiger Organismus werde, wäre er von der Hilfe

der Eltern völlig abhängig, was als physiologische Eltern-Kind-Symbiose bezeichnet werden kann (S. 401–402). Werden die Bedürfnisse des Säuglings in den ersten Lebensmonaten vernachlässigt, werde gemäß Braun-Scharm (2005) kein Urvertrauen ausgebildet und fundamentale Beziehungsstörungen können entstehen. Eine normale Reifung und Entwicklung erfolge dann, wenn dem Säugling ein fürsorgliches Kontaktangebot bereitgestellt und Lächeln, Liebkosungen, Tragen und Nachahmen von der Umgebung angeboten werden (S. 402–403). Die Eltern-Kind-Bindung stehe in engem Zusammenhang mit der Ausbildung verschiedener Kompetenzen während des ersten Lebensjahrs, so Braun-Scharm (2005):

Das rasche Fortschreiten der perzeptiven, affektiven, kognitiven, mnestischen und motorischen Fähigkeiten sowie der beginnende erweiterte Bewegungsradius mit Krabbeln, Kriechen und Greifen erlauben dem Kind die Differenzierung der neuen Erfahrungen und die Ausbildung der eigenen Identität durch die bessere Unterscheidbarkeit des eigenen Selbst von anderen Personen. Erst auf dieser Basis kommt es zu Bindungen zwischen Kind und Eltern und zu ersten situationsgebundenen Ängsten, die man ‚Fremdeln‘ (Angst vor Fremden) oder ‚Acht-Monats-Angst‘ nennt. (S. 403)

Im Alter zwischen zwei und drei Jahren treten Trotzphasen auf, in denen sich Autonomiebestrebungen mit einem Wunsch nach Nähe abwechseln und es zu einer Wiederannäherung an die Bezugsperson komme. Ab dem dritten Lebensjahr verfügen Kinder schließlich über eine primäre eigene Identität und haben eine gefestigte Vorstellung von ihrer eigenen Persönlichkeit (Braun-Scharm, 2005, S. 403). Braun-Scharm (2005) schreibt, dass psychogene Störungen und umweltbedingte Störungen, die nach dem vierten Lebensjahr auftreten, im Vergleich zu frühen Störungen strukturierter seien und eher einzelne Persönlichkeitsbereiche schädigen, als dass sie zu einer globalen Deformation führen würden (S. 403–404). Entwicklungsstörungen und Störungen der Intelligenz würden häufig erst zu spät erkannt, da diese erst im zweiten und dritten Schuljahr zum Vorschein kämen und bis dahin oftmals als unerkannte, latente Probleme vorhanden seien. Erst hier werden ungünstige Einflüsse des Elternhauses, beispielsweise Vernachlässigung, Misshandlung, Alkoholismus und andere soziale und familiäre Traumata, sichtbar. Weiters würden Kinder erst nach der Einschulung bei Ärzt*innen und Psycholog*innen vorstellig gemacht – zu einem Zeitpunkt also, wo das Kind bereits sekundäre Symptome (zum Beispiel Einnässen,

Ängste) entwickelt habe. Im Jugendalter festige sich schließlich die sexuelle Orientierung (Braun-Scharm, 2005, S. 404–405). Die Pubertät sei laut Braun-Scharm (2005) eine psychologische und psychiatrische Grenz- und Übergangszeit, die jedoch von den meisten Jugendlichen als harmonisch beschrieben werde (S. 404–405).

Sappok und Zepperitz (2019) befassen sich ebenfalls mit entwicklungspsychologischen Modellen. Schließlich entwickelten sie selbst, in Anlehnung an die Skala des niederländischen Kinder- und Jugendpsychiaters Anton Došen (2018), die ‚Skala der Emotionalen Entwicklungs-Diagnostik‘ (im Folgenden: SEED) (Sappok et al., 2018). Sie erweiterten Došens 5-Phasen-Modell der emotionalen Entwicklung (Došen, 2018) um eine sechste Entwicklungsphase, wodurch sich das Modell wie folgt darstellt: Phase 1 (1. bis 6. Lebensmonat) stehe gemäß der SEED unter dem Schlagwort der Adaption, da hier vor allem die Reizverarbeitung stattfindet. In Phase 2 (7. bis 18. Lebensmonat) würden die ersten Bindungen geknüpft sowie das Körperschema gebildet. Phase 3 (19. bis 36. Lebensmonat) wird in der SEED als erste Individuation bezeichnet, da hier erstmals die Ich-Du-Differenzierung stattfindet. Phase 4 (4. bis 7. Lebensjahr) sei die Phase der Identifikation, in der sich die Ich-Bindung vollzieht. In Phase 5 (8. bis 12. Lebensjahr) entwickle sich das Realitätsbewusstsein und das logische Denken. Phase 6 (13. bis 18. Lebensjahr) wird in der SEED als zweite Individuation bezeichnet, in der sich das abstrakte Denken ausbilde und die Identität entwickle. Treten in einer dieser sechs Phasen Entwicklungsstörungen auf, so zeige sich eine geistige Behinderung auf unterschiedliche Weise.

- Entwicklungsstörungen in Phase 1 und in Phase 2 würden ein kognitives Funktionsniveau der schwersten Intelligenzminderung zeigen, welche als (F73) bekannt sind.
- Entwicklungsstörungen in Phase 3 würden ein kognitives Funktionsniveau einer schweren bis schwersten Intelligenzminderung zeigen, welche als (F72-F73) bekannt sind.
- Entwicklungsstörungen in Phase 4 würden ein kognitives Funktionsniveau einer mittelgradigen bis schweren Intelligenzminderung zeigen, welche als (F71-F72) bekannt sind.

- Entwicklungsstörungen in Phase 5 würden ein kognitives Funktionsniveau einer leichten bis mittelgradigen Intelligenzminderung zeigen, welche als (F70-F71) bekannt sind.
- Entwicklungsstörungen in Phase 6 würden ein kognitives Funktionsniveau einer Lernbehinderung bis Normalintelligenz zeigen, welche keiner Klassifikation zugeordnet sind (Sappok et al., 2018)

Die SEED besteht aus acht Entwicklungsbereichen, mit deren Hilfe man ein Entwicklungsprofil erstellen und so den emotionalen Entwicklungsstand von Menschen mit geistiger Behinderung feststellen kann. Das Erhebungsinstrument bildet dafür einen Interviewleitfaden, der aus insgesamt 200 Items besteht, die mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Es wird empfohlen, das strukturierte Interview möglichst von einem*einer Experten*in mit entwicklungspsychologischem Schwerpunkt und einer vertrauten Bezugsperson des*der Betroffenen durchzuführen. Die Fragen beziehen sich dabei auf folgende acht Bereiche: 1. Umgang mit dem eigenen Körper; 2. Umgang mit der Bezugsperson; 3. Umgang mit Umgebungsveränderungen; 4. Emotionsdifferenzierung; 5. Umgang mit Peers; 6. Umgang mit der materiellen Welt; 7. Kommunikation; 8. Affektregulation (Sappok et al., 2018). Auf diese soll aus Platzgründen in der vorliegenden Arbeit jedoch nicht genauer eingegangen werden.

Zwar beschäftigt sich Braun-Scharm (2005) mit den klassischen Entwicklungsmodellen, kritisiert jedoch das triebtheoretische Entwicklungsmodell nach Freud sowie das kognitive Entwicklungsmodell nach Piaget (S. 405). Nach Freud würden frühe Traumatisierungen in den sogenannten „triebtheoretischen Phasen“ (der oralen, analen, ödipalen und genitalen Entwicklungsstufe) zu Neurotisierungen führen. Selbst innerhalb der Psychoanalyse wird diese Annahme jedoch als zu simpel gewertet, da dies nicht die Komplexität der kindlichen Entwicklung berücksichtigt (Braun-Scharm, 2005, S. 405). Aus diesem Grund würden sich laut Braun-Scharm einige psychoanalytische Autor*innen, trotz ihrer Orientierung an psychoanalytischen Theorien (zum Beispiel der Theorie des Unbewussten und der Theorie der Instanzenlehre von Ich, Es und Über-Ich), auf Konzepte zum Kontaktverhalten und zum Bindungsverhalten stützen. Jean Piaget wiederum differenziert in seinem kognitiven Entwicklungsmodell folgende vier Stadien: (1) das sensomotorische Stadium von 0 bis 18 Monaten; (2) das präoperationale Stadium von 18 Monaten bis zum siebten Lebensjahr; (3) das Stadium der konkreten Operation vom siebten bis

zum zwölften Lebensjahr; und (4) das Stadium der formalen Operation ab dem zwölften Lebensjahr. Dieses Modell bezieht sich jedoch vorrangig auf die intellektuellen Entwicklungsstadien, nicht auf die emotionale Entwicklung (Piaget, 2003). Laut Braun-Scharm (2005) stelle die moderne Entwicklungspsychologie jedoch neben dieser klassischen Entwicklungstheorien eine Reihe weiterer Modelle bereit, die alternative Deutungsangebote liefern (S. 406). In diesem Zusammenhang nennt der Autor beispielsweise das Konzept der Entwicklungsaufgaben (Havinghurst, 1972), die Entwicklung von Problemlösungsstrategien sowie die Berücksichtigung gesunder, protektiver Entwicklungsaspekte (Gesundheitspsychologie).

Mit der Annahme, dass bereits Neugeborene emotional kompetente Wesen seien, beziehen sich Sappok und Zepperitz (2019) auf die Theorien John Bowlbys, Jean Piagets und Daniel Sterns (S. 24–25). Nach diesen können bereits Säuglinge verschiedene Emotionen zeigen, wahrnehmen und darauf reagieren. Im Laufe der Kindheit entwickeln sich diese emotionalen Kompetenzen zunehmend weiter: Im ersten Lebensjahr wird die Reaktion des Kindes durch das Verhalten des Interaktionspartners moduliert, im zweiten Lebensjahr genießen Kinder die geteilte Aufmerksamkeit. Etwa ab dem dritten Lebensjahr ist das Kind in der Lage, selbst emotionale Zustände bei anderen hervorzurufen. Im Vorschulalter können Kinder ihre Affekte schließlich selbst regulieren und im Schulalter zeigen sich dann Fortschritte im Einfühlungsvermögen (Sappok & Zepperitz, 2019, S. 18–19). Mit dieser Einteilung orientieren sich Sappok und Zepperitz (2019) stark an Došens (2008) Theorie, die besagt, dass die angeführten altersangemessenen Veränderungen die Basis für die Ausbildung der Persönlichkeitsstruktur und des Selbstkonzeptes seien.

In Bezug auf Entwicklungstheorien und damit zusammenhängende Entwicklungsaufgaben nennen die Autorinnen eine Reihe federführender Forscher in diesem Bereich. Diese bezeugen, dass Theorien zur psychosozialen Entwicklung die Forschung bereits seit Jahrzehnten beschäftigen (Sappok & Zepperitz, 2019, S. 24–25). Die grundlegenden Positionen von Sigmund Freud und Jean Piaget wurden zuvor dargelegt. Ein weiterer von Sappok und Zepperitz (2019) erwähnter Theoretiker ist der Psychoanalytiker Erik H. Erikson, der 1959 ein Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung beschrieb (S. 24–25). Dieses besagt, dass das Urvertrauen bereits im Säuglingsalter entstehe, sich die Autonomie und Initiative im Kleinkind- bzw. Vorschulalter entwickle, der Werksinn im Schulalter und die Identität in der Adoleszenz

herausgebildet werde (Erikson, 1959). Zehn Jahre nach Eriksen begründete Bowlby (1969) eine Bindungstheorie, die er aus einer Mutter-Kind-Beziehungsanalyse ableitete. Demnach findet bis zum dritten Lebensmonat die Homöostase statt, zwischen dem dritten und sechsten Lebensmonat die soziale Interaktion, zwischen dem sechsten und dem 15. Monat die Bindung und zwischen dem 15. und dem 35. Monat die Lösung. Eine ähnliche Theorie wurde 1975 von Margarete Mahler aufgestellt. Sie beschrieb die verschiedenen Phasen in ihrem Entwicklungsmodell der sozialen Interaktionsfähigkeiten bis zum dritten Lebensjahr. Das erste Lebensmonat beschrieb sie als autistische Phase, die Zeit zwischen dem zweiten und sechsten Lebensmonat als symbiotische Phase und die Zeit zwischen dem sechsten und dem 36. Monat als die Phase der Separation/Individuation (Mahler et al., 2008). Einen vergleichsweise neuen Ansatz stellt hingegen das Schichtenmodell von Daniel Stern (2007) dar. Dieses beschreibt die progressive Entwicklung von Selbstempfinden, sozio-affektiven Fähigkeiten und Formen des Zusammenseins mit anderen. Nach Stern gebe es bereits vor der Geburt ein auftauchendes Selbst und ein Kernselbst. Am dem neunten Lebensmonat bilde sich ein intersubjektives Selbst, ab dem 18. Lebensmonat das verbale Selbst und ab dem dritten Lebensjahr das narrative Selbst heraus (Stern, 2007).

Wachstum durch Beziehungsgestaltung kann durch das Einnehmen einer Elternrolle geschehen. Sich als Therapeut*in dem Menschen mit geistiger Behinderung als „Elternersatz“ anzubieten, bedeutet gleichermaßen, auf den psychischen Entwicklungsstand des Menschen einzugehen und ihm Rückhalt zu geben, um damit den Wachstumsprozess zu fördern (Senckel, 2017, S. 150). Ein weiterer Aspekt der Beziehungsgestaltung sei laut Senckel (2017) das Spiegeln, welches im intuitiven Dialog der geglückten Mutter-Kind-Beziehung entstehe – beispielsweise, dass die Mutter zurücklächelt, wenn das Baby lacht. Dieses ‚Miteinanderschwingen‘ funktioniere als symbiotische Einheit, welche das Kind für die Bildung des Urvertrauens benötige. Besonders in der humanistischen und psychoanalytisch orientierten Psychotherapie wird die Bedeutsamkeit des Spiegels als beziehungs- und persönlichkeitsfördernde Kommunikationsform betont. Selbst bei Menschen mit Defiziten in der Kontaktfähigkeit und bei psychotischen Menschen können Formen der Spiegelung angewandt werden, um mit ihnen in Kontakt zu treten und ihren Realitätsbezug zurückzugewinnen (S. 150–151). Spiegelungen würden

entwicklungshemmende Defizite abschwächen, das Grundvertrauen aufbauen und die Selbstbewusstheit erwecken. Eine weitere Entwicklungschance ergebe sich aus einem erhöhten Maß an Autonomie, welche zur Reifung der Gesamtpersönlichkeit beitrage. Auch können im Alltag Übergangsobjekte (zum Beispiel Stofftiere, Decken, Spielzeuge oder andere Materialien) integriert werden, welche als Tröster dienen und in bedrohlichen Situationen, beispielsweise der Trennung von zentralen Bezugspersonen, ein Gefühl von Sicherheit vermitteln (Senckel, 2017, S. 159–160).

3.3 Vielseitigkeit im diagnostischen Raum

Zu diesem Kapitel ist vorab zu erwähnen, dass der Begriff der Vielseitigkeit bewusst gewählt wurde, da die Ursachen für psychische Störungen bei einer Intelligenzminderung und vice versa vielschichtig sind. Zudem werden in der Forschung verschiedene Erklärungsmodelle diskutiert, die entweder die Intelligenzminderung als Folge der psychischen Störung oder, umgekehrt, die psychische Störung als Folge der Intelligenzminderung darstellen. Dieser Frage nach den Ursachen soll in der vorliegenden Arbeit jedoch nicht nachgegangen werden, sondern es sollen vielmehr verschiedene Erklärungsansätze vorgestellt werden. In Zusammenhang mit der Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung ist es für die vorliegende Masterarbeit deshalb von Bedeutung, die Vielseitigkeit der Entstehungszusammenhänge von geistiger Behinderung sichtbar zu machen. In diesem Zusammenhang soll nachfolgend auf den Aufsatz des deutschen Psychologen und Psychotherapeuten Arno Deister (2005) eingegangen werden, der sich in seiner Untersuchung mit Behinderungen, die durch psychische Erkrankungen bedingt werden, beschäftigt.

Versucht man die Entstehung einer geistigen Behinderung aus der Perspektive der Ursache einer psychischen Erkrankung zu sehen, in der sich ein Mensch beeinträchtigt fühlt, so kann man die Daten der WHO heranziehen. Diese besagen, dass von jenen zehn Erkrankungen, die weltweit die häufigsten Behinderungen verursachen, sechs aus dem psychiatrischen Formenkreis stammen (Deister, 2005, S. 542–543). Diese Zahlen zeigen deutlich, dass die Einbeziehung psychiatrischer Krankheitsbilder bei einer Diagnostik unabdingbar ist. In diesem Zusammenhang differenziert Deister (2005) deshalb zwischen drei verschiedenen Formen möglicher Behinderungen. Nach ihm gibt es eine soziale Behinderung, eine primäre Behinderung

und eine sekundäre Behinderung. Eine soziale Behinderung zeichne sich dadurch aus, dass bei Betroffenen nur ein niedriges Niveau an sozialer Interaktion stattfinde. Eine primäre Behinderung sei dadurch gekennzeichnet, dass sie einer direkten Krankheit bedingten Einschränkung zu Grunde liegt (zum Beispiel einer Psychose). Eine sekundäre Behinderung sei eine sekundäre psychosoziale Störung, welche durch soziale oder individuelle Reaktionen auf die Umstände des Krankseins verursacht wird (S. 542–543).

Senckel (2017) bezieht sich in ihrem erwähnten Buch auf Christian Gaedt (1987), einen psychoanalytisch orientierten Psychiater mit einem Schwerpunkt auf der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. Bei seinen Diagnosestellungen orientiert sich dieser insbesondere an den Phasen der Persönlichkeitsentwicklung nach Mahler. Er beschreibt Störungen also vor allem aus entwicklungspsychologischer Sicht. Durch eine Analyse der aktuellen Beziehungsstrukturen diagnostizierte Gaedt sogenannte Frühstörungen, welche sich durch tiefgreifende Beziehungsstörungen auszeichnen (Gaedt, 1987, zitiert nach Senckel, 2017, S. 22). Laut Senckel (2017) seien Menschen mit geistiger Behinderung im Säuglings- und frühen Kindesalter hochgradig von ihren primären Bezugspersonen abhängig und dadurch einem hohen Maß an Hilflosigkeit ausgesetzt. Das Kind habe nicht die Fähigkeit, adäquat auf ein fehlerhaftes oder mangelhaftes Beziehungsangebot zu reagieren, was mit großer Irritation einhergehe. Da es in der Folge kaum oder nur geringe Übereinstimmung im frühen Eltern-Kind-Dialog gebe, könne dies auf beiden Seiten zu einem Gefühl der Unzufriedenheit führen. Eine Beziehungsstörung könne hier ihren Ursprung haben. Schwer geistig behinderte Säuglinge würden kaum in Blickkontakt gehen können, apathisch im Bett liegen oder eine abgeschwächte Mimik zeigen. Sie würden nicht über die Fähigkeit des sozialen Lächelns verfügen und Gefühle kaum vom Säugling ablesbar sein. Sie können weder Wohlbehagen noch Unwohlsein deutlich ausdrücken, denn das Ausdrucksverhalten, die Stimme und die Motorik seien oft nicht ausgereift. Zudem hätten schwer geistig behinderte Säuglinge eine Reizverarbeitungsschwäche. Die durch die Behinderung bedingte, erschwerte Kontaktaufnahme, welche zu einem unglücklichen Eltern-Kind-Dialog führen könne, könne sowohl auf Seiten des Säuglings als auch auf Seiten der Eltern zu verstärkter Unruhe, Überreiztheit, Verspannungen und anderen negativen Empfindungen führen. Die Säuglinge seien oft

nur schwer zu beruhigen und würden auf eine Kontaktaufnahme nicht freudig, sondern eher abweisend reagieren (S. 26–27).

Durch die Anwendung einer interpersonalen Perspektive entfällt auch die Etikettierung Betroffener als „auffällige Person“. Lingg und Theunissen (2017) verwenden stattdessen die Diagnose einer „psychosozialen Auffälligkeit“. Eine Beziehungsstörung sei somit der Versuch, eine Störung in der Wechselwirkung zwischen der Umwelt und dem Individuum zu bewältigen. Der Begriff der psychosozialen Auffälligkeit konzentrierte sich somit nicht auf das Individuum und impliziere keine täter*innenfixierte Denkweise (S. 22–23). Psychische Prozesse dürfen nach Lingg und Theunissen (2017) also nicht unabhängig vom sozialen Kontext betrachtet werden. Es sei wichtig, dass psychopathologische Diagnosen eine Kategorisierung beinhalten, welche die sozialen Interaktionen widerspiegelt – ganz im Gegensatz zu psychiatrischen Diagnosen, die einen unbeweglichen, kategorialen und etikettierenden Wert hätten (S. 23–24). Die Autoren empfehlen deshalb,

nach den Wirkungen, der Funktion und der subjektiven Bedeutung bestimmter Verhaltensweisen zu fragen und die situativen Bedingungen und zirkulären Muster zu erfassen, in denen Auffälligkeiten auftreten. Dann lassen sie sich als Problemlösungsmuster verstehen, die der Selbsterhaltung dienen und das Bedürfnis nach Anerkennung, Liebe, Selbstbestimmung und Realitätskontrolle befriedigen sollen. (Lingg & Theunissen, 2017, S. 23)

Weiters solle jede Diagnose zusammen mit den Betroffenen im Rahmen eines laufenden diagnostischen Prozesses gestellt werden, um die Lebenswelt der Klient*innen verstehen zu können. Dies verlange von Therapeut*innen Fachwissen, Empathie, Beobachtungsgabe, Kreativität und Geduld. Die Autoren nutzen hierfür den Begriff der „verstehenden Diagnose“. Menschen mit geistiger Behinderung, die psychosoziale Auffälligkeiten zeigen, würden von dieser Art der Diagnosestellung profitieren (Lingg & Theunissen, 2017, S. 26–27).

Lingg und Theunissen (2017) führen insgesamt elf Bausteine der verstehenden Diagnose an:

1. Aufbereitung der Lebensgeschichte, zum Beispiel das frühkindliche Spielverhalten
2. Kritische Lebensereignisse, die gegebenenfalls validiert werden können
3. Erhebung der sozialen Ressourcen

4. Erhebung der bisher geglückten Bewältigungsstrategien und Kompetenzen
5. Erfassen der physischen Befindlichkeit
6. Sammlung der Verhaltens- und Erlebnisweisen
7. Erhebung der Häufigkeit und Dauer der Verhaltensweisen
8. Erfassen der Funktion des Verhaltens
9. Darstellung der Situation, in der Auffälligkeiten auftreten
10. Beschreibung der beteiligten Menschen in dem zirkulären Muster
11. Betrachtung der Verstrickungen des sozialen Umfeldes mit dem Problemverhalten (S. 26–27).

Diese Art der verstehenden Diagnosestellung, mit der Auffassung eines psychosozialen Problems als Ausdruck einer gestörten Individuum-Umwelt-Beziehung, könne nach Lingg und Theunissen (2017) an sich bereits heilsam wirken (S. 24–25).

Zur Diagnosestellung in der IGT äußert sich auch Staemmler (2009). Zu betonen sei hier, dass die IGT keine diagnostischen Etiketten vergibt, sondern eine Diagnosestellung jeweils gemeinsam mit den Klient*innen im Rahmen einer Klärungsphase erfolgt. Dieser kontinuierliche Klärungsprozess sei als Teil der Therapie aufzufassen, da er zu einem positiven therapeutischen Veränderungsprozess beitragen und somit eine heilsame Wirkung entfalten könne. Therapeut*innen begleiten dabei ihre Klient*innen und helfen ihnen, sich selbst besser verstehen zu können (S. 19–20). Staemmler (2009) nennt diesbezüglich die dialogische Haltung in der IGT. Diese sei geprägt vom Versuch, die Erfahrungswelt des Anderen zu verstehen. Dafür müsse den Klient*innen stets mit Würde begegnet und ihr Anderssein bzw. ihre Einzigartigkeit geschätzt werden, da nur so gemeinsam ein Veränderungsprozess angeregt werden könne (S. 21–22).

Gerade dort, wo ein Mensch kein erotisches Verhältnis zur Welt habe, würde er leiden, so Staemmler (2009). Diese erotische Verbundenheit mit allen Sinnen wird in der IGT Bewusstheit genannt. Wir Menschen seien von Natur aus sinnliche Wesen, die aus demselben Element gemacht seien wie die Welt, die uns umgibt. Aus Sicht der IGT sei der Mensch direkt auf die Welt um ihn herum bezogen und würde stets aktiv etwas von der Welt wollen – angefangen von der Luft zum Atmen bis hin zu Berührungen. Von Geburt an habe der Mensch soziale Bedürfnisse, er sehne sich

nach Aufmerksamkeit, Ansprache und Liebe. Dieser Wunsch, mit anderen in Verbindung zu sein, sei Voraussetzung für Kontakt (S. 25–26). Bei der Gestalttherapie gehe es deshalb nicht primär darum, Symptome zu bekämpfen, wenngleich dies für Klient*innen oftmals das vorrangige Ziel ist. Wichtig zu verstehen sei, dass Symptome lediglich einen Teil des Ganzen bilden. Vielmehr verfolgt die Gestalttherapie das Ziel, den Menschen bei der Ausbildung eines (neuen) erotischen Verhältnisses zur Welt zu unterstützen. Dadurch könne die Lebensqualität gesteigert werden, „zu der Lebensfreude, Liebes- und Lustfähigkeit und kreative Formen der Arbeits- und Lebensgestaltung gehören sowie eine vitale und zuverlässige Verbundenheit mit Anderen“ (Staemmler, 2009, S. 27).

Auch der österreichische Kinder- und Jugendpsychiater und Neurologe Ernst Berger (2007) widmet sich in seiner Arbeit der Psychotherapie von Menschen mit intellektueller Behinderung. In seiner Definition von Psychotherapie orientiert sich dieser an Strotzka (1975), der Psychotherapie als einen „bewusste[n] und geplante[n] interaktionelle[n] Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden“, definiert (Strotzka, 1975, zitiert nach Berger, 2007). Wenngleich die gesellschaftliche Integration von Menschen mit intellektueller Behinderung mittlerweile fortgeschrittener ist als noch vor einigen Jahrzehnten und auch biologistische Konzepte nicht mehr verfolgt werden, wird diese Zielgruppe in der psychotherapeutischen Versorgung, so Berger (2007), auch jetzt noch marginalisiert. Dies liege nicht nur an der fehlenden Finanzierung, sondern auch an einem Mangel darauf spezialisierter Therapeut*innen. Dennoch dürfe nicht verkannt werden, dass Menschen mit intellektueller Behinderung genauso psychische Krankheiten entwickeln können („Dual Diagnosis“) und deviantes Verhalten nicht ausschließlich der Behinderung zugeschrieben werden kann (Berger, 2007).

Obwohl die Behinderung selbst also keine Krankheit darstellt, weist Berger (2007) darauf hin, dass sie einige Probleme mit sich bringe, da sich die Diagnostik hier schwierig gestaltet: Einerseits sei die Kommunikationsfähigkeit der Betroffenen eingeschränkt, andererseits äußere sich die psychische Krankheit durch eine andere Symptomatik, zum Beispiel durch (Auto-)Aggression oder Somatisierung. Psychotische Einzelsymptome würden häufig auch mit primär reaktiven Störungen

einhergehen. Die betroffenen klinischen Indikationsbereiche sind hierbei Posttraumatische Belastungsstörungen (F 43.1), Anpassungsstörungen (F 43.2) sowie Autonomiekrisen (F 92) (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2020); letztere vor allem deshalb, da sich bei behinderten Jugendlichen oftmals ein Konflikt zwischen ihrem überbehütenden Betreuungsnetz und ihrem eigenen Streben nach Selbstständigkeit ergebe (Berger, 2007). Bei der Beurteilung von Behinderung im Rahmen psychischer Erkrankungen ist zudem zu berücksichtigen, dass häufig bereits vor dem Auftreten der Erkrankung ungünstige Umstände bestehen (zum Beispiel soziale Isolierung, fehlende Ausbildung). Es ist nicht auszuschließen, dass es sich hier bereits um mögliche Folgen einer vorausgehenden Krankheitssymptomatik handelt (Deister, 2005, S. 542). Dadurch wird die Bedeutung einer weitläufigeren Diagnostik in der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung sichtbar. Insbesondere die psychiatrische Diagnostik sollte hier nicht außer Acht gelassen werden. So können auch ungünstige Ereignisse, beispielsweise eine Hospitalisierung, als Einflussfaktoren für die Entstehung einer psychischen Erkrankung bei Menschen mit geistiger Behinderung Berücksichtigung finden (Deister, 2005, S. 542). Bei der Diagnosestellung sind gemäß Berger (2007) deshalb stets die individuellen Lebensbedingungen des Klienten/der Klientin zu berücksichtigen. Menschen mit intellektueller Behinderung hätten häufig keine Schutzmechanismen, um das hohe Maß an belastenden Einflüssen, die ihnen aufgrund ihrer Behinderung und des damit einhergehenden Platzes am Rande der Gesellschaft im Alltag begegnen, abzuwehren (Berger, 2007).

3.4 Beziehungsstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung

In Zusammenhang mit entwicklungsbedingten psychischen Störungen führt Senckel (2017, S. 27–28) die Beziehungsstörung an. Hierzu macht sie auf einen Sachverhalt aufmerksam, der gerade in der psychotherapeutischen Arbeit nicht ausgeblendet werden sollte – nämlich, dass die Geburt eines behinderten Kindes auch auf Seiten der Eltern mit Gefühlen der Enttäuschung, des Versagens, der Angst und der Schuld einhergehen kann. Die Eltern werden gezwungen, sich von ihren zuvor ausgemalten Vorstellungen eines künftigen Familienlebens zu verabschieden und ihr eigenes Leben grundlegend umzukrempeln. Auch das Sozialleben der Eltern, möglicherweise sogar ihre Paarbeziehung, kann darunter leiden. Eltern fühlen sich

durch die Geburt eines behinderten Kindes oft in ihrem Selbstwert verletzt und kommen mit der großen Verantwortung nicht zurecht, weshalb sie mit Abwehr oder Resignation auf die neuen Lebensumstände reagieren. Es dauert oft mehrere Jahre, bis diese unabänderliche Situation akzeptiert wird. Aufgrund dieser Befangenheit und negativen Grundhaltung wird die Beziehungsentwicklung zwischen Eltern und Kind von Anfang an massiv beeinträchtigt (Senckel, 2017, S. 27–28).

In Anbetracht dessen, dass in der Forschungsliteratur häufig ein Zusammenhang zwischen geistiger Behinderung und Bindungsstörungen hergestellt wird und die Diagnose einer Bindungsstörung eine wichtige Grundlage für die therapeutische Arbeit darstellt, wird dieses Krankheitsbild nachfolgend genauer beschrieben. Braun-Scharm (2005) beschreibt die Genese einer Bindungsstörung wie folgt:

Wachsen Kinder unter schädigenden psychosozialen Umständen auf, bilden sich zu einem gewissen Anteil typische deviante Verhaltensmuster aus. Bindungsstörungen beginne meist in den ersten 5 Lebensjahren und zeichnen sich durch eine deutlich gestörte Beziehungsfähigkeit ohne Intelligenzminderung als Folge von Vernachlässigung und häufigen Beziehungswechsel aus. Es kann zu partiellen oder globalen Entwicklungsstörungen kommen, die vor allem die affektiven, aber auch die intellektuellen und statomotorischen Funktionen betreffen. Man unterscheidet vorwiegend depressive und vorwiegend distanzlose Formen. (S. 455)

Der Autor listet zudem weitere Diagnosen mit Ursprung von Beziehungsproblemen, die mit einer Bindungsstörung einhergehen können, auf. Die Bindungsstörung des Kleinkindalters äußere sich laut Braun-Scharm vor allem durch die Enthemmung als eine deutlich gestörte soziale Beziehungsfähigkeit. Neben einer Bindungsstörung zu Gleichaltrigen zeigen Kinder auch ein aufdringliches oder distanzloses Verhalten gegenüber Erwachsenen. Hier sei eine milieutherapeutische Maßnahme als sinnvoll anzusehen (Braun-Scharm, 2005, S. 451–452). Auch die Fütterungsstörung im Säuglings- und Kleinkindalter wird in diesem Zusammenhang erwähnt. In der Klassifikation nach ICD-10 wird beschrieben, dass die Fütterungsstörung im frühen Kindesalter (F98.2) mit einem wiederholten Heraufwürgen von Nahrung ohne Übelkeit oder gastorintestinalen Krankheiten einhergehe (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2020). Gemäß der

Klassifikation nach DSM-IV wird die frühkindlichen Fütterungsstörung (307.59) definiert als das Unvermögen, über den Zeitraum von einem Monat adäquat zu essen, wobei keine organische Grunderkrankung vorliegt und keine anderen psychischen Störungen oder Nahrungsmängel aufscheinen. Die Fütterungsstörung beginne vor dem sechsten Lebensjahr und werde vorrangig als eine Beziehungsproblematik zwischen Eltern und Kind gedeutet. Es könne eine psychische Störung der Eltern zugrunde liegen, welche dazu führe, das Kind zu vernachlässigen oder zu misshandeln. Hier sollen Therapeut*innen vor allem beobachtend vorgehen, um die familiäre Problematik erfassen zu können (Falkai & Wittchen, 2015).

Auch laut Senckel (2017) können Abweichungen im entwicklungsfördernden Kontaktverhalten eine Ursache für Beziehungsstörungen sein. Wenn Eltern nicht oder nur bedingt auf ihr Kind eingehen, das Kind nicht ausreichend spiegeln oder nicht auf sein Kommunikationsniveau eingehen, so könne dies sowohl bei behinderten als auch bei nicht behinderten Kindern eine psychische Störung zur Folge haben (S. 26–27). Aufgrund ihrer Bedürfnisse würden Kinder mit Behinderung oftmals vernachlässigt, versteckt oder misshandelt werden. Die Eltern seien häufig überfordert, wodurch sie die Kinder ablehnen würden. Manche Eltern leugnen auch den Zustand ihres Kindes und behandeln es ganz normal, ohne auf dessen spezielle Bedürfnisse einzugehen. Es würde von den Eltern keine Förderung angeboten, sondern eher auf Distanz gegangen. Bereits im Säuglingsalter können sich so erste Beziehungsstörungen abzeichnen. Wenn Eltern den Anforderungen des Kontaktverhaltens des behinderten Säuglings nicht genügen und ihnen die nötige Empathie im ersten Lebensjahr des Kindes fehle, dann könne die Beziehungserfahrung derart schädigend ausfallen, dass es zu einem Mangel an Urvertrauen und einem verminderten Selbstwert kommen könne. Des Weiteren können entwicklungshemmende Beziehungserfahrungen (zum Beispiel Fremdbestimmung, Abwertung, emotionale Verlassenheit, Mangel an Annahme, Trennungsverfahren und Ausgrenzung) psychische Störungen bedingen (Senckel, 2017, S. 36–37). Nach Senckel (2017) sei dies mit ein Grund für die erhöhte Vulnerabilität von Menschen mit geistiger Behinderung:

Die erhöhte psychische Verletzlichkeit und Verletztheit geistig behinderter Menschen beruht zum einen auf behinderungsbedingten Einschränkungen der kognitiven Verarbeitungsprozesse und einer relativen Ich-Schwäche. Zum anderen ist sie das Ergebnis von Beziehungsstörungen und fortwährenden

Traumatisierungen, die wieder und wieder das Selbstwertgefühl kränken oder gar vernichten. (S. 37)

3.5 Abwehr- bzw. Bewältigungsstrategien

Senckel (2017) beschreibt zudem, dass Menschen mit Behinderung oftmals unter einem Selbstwertmangel leiden und den Anforderungen des alltäglichen Lebens nicht gerecht würden. Auch würden sie ihre Bedürfnisse nicht ausreichend befriedigen können (S. 23–24). Des Weiteren habe die Autorin beobachtet, dass Menschen mit Behinderung häufig über ein schwaches bzw. geschwächtes Ich verfügen würden. Dieses geschwächte Ich sei anfälliger für Verletzungen und die an sie in der Realität gestellten Anforderungen seien oft mit Überforderungssituationen und Misserfolgen verbunden, die wiederum zur Frustration führen und schlussendlich das Selbstwertgefühl verletzen können (Senckel, 2017, S. 24–25). In diesem Zusammenhang bezieht sich Senckel auf Vaillant (1977), welcher die vier Reifungsebenen der Schutz- und Bewältigungsstrategien konzipierte. Um den Bedrohungen des Selbstwertgefühls zu entkommen, habe der Mensch Schutz- und Abwehrmechanismen entwickelt, um zu überleben. Die psychotischen Mechanismen seien auf der niedrigsten Stufe beheimatet. Hier zeige der Mensch wahnhaftige Projektionen, Verleugnung und Spaltung. Auf der zweiten Ebene befänden sich nicht mehr ganz so unreife Strategien, welche als nicht-psychotische Projektion bezeichnet werden. Hier finde man das regressive Verhalten und das blinde Ausagieren. Auf dem dritten Niveau finde man die neurotischen Bewältigungsformen der Dramatisierung und Verdrängung. Das reife Coping werde der vierten Stufe zugeordnet. Hier habe der Mensch die Fähigkeit zu Humor, Aufschub und Altruismus (Vaillant, 1977).

Analog dazu beschreiben Hochgerner und Wildberger (1998) in ihrem Aufsatz zu „[f]rühe[r] Schädigung“ und „späten Störungen“ eine Reihe von Fixierungshypothesen, die je nach zeitlichem Auftreten unterschieden werden und die gemäß Hausmann und Meier-Weber (1990) als frühe Schädigungen gelten können. Sie nennen in diesem Zusammenhang sechs Phasen, in denen sich die Fixierungshypothesen auf unterschiedliche Weise äußern:

- In der ersten Phase könne die Fixierungshypothese eine schizophrene Psychose mit Katatonie sein. Insbesondere, wenn die Mutter dem Säugling in

der prä- und perinatalen Symbiose-Zeit keinen Reizschutz bieten kann, könne es zu einem sogenannten Totstellreflex kommen.

- In der zweiten Phase könne die Fixierungshypothese eine schizophrene Psychose sein, wenn die Mutter in der sozialen Symbiose-Zeit kein Schutzschild darstelle und keine Zwei-Einheit herrsche.
- In der dritten Phase könne die Fixierungshypothese eine Borderlinestörung sein, wenn die Mutter in der Zeit des Differenzierungsbeginns keine Unterscheidung der Kind-Mutter-Position leisten kann.
- In der vierten Phase könne die Fixierungshypothese eine depressiv gefärbte Borderlinestörung sein, wenn es zu ambivalentem Erleben der Unterscheidungsfähigkeit in dieser Separations- und Differenzierungszeit kommt.
- In der fünften Phase könne die Fixierungshypothese eine manische Reaktion sein, wenn in der Trennungs- und Loslösungszeit die Funktionslust und Hinwendung zur Welt gestört sei.
- In der sechsten Phase könne die Fixierungshypothese eine Depression mit ängstlich-klammerndem Verhalten sein, wenn es in der Wiederannäherungszeit zu Ängsten (zum Beispiel vor dem Verlust der Mutter oder dem Verlust von sich selbst) komme (Hochgerner & Wildberger, 1998, S. 14–15).

Diese Kette an Negativ-Erfahrungen könne bereits beim Säugling zu primitiven und wirksamen Abwehr- bzw. Bewältigungsstrategien führen. Diese „archaischen Strategien“ unterscheiden Petzold und Orth wie folgt: Die erste Strategie sei die archaische Regression, bei der es weiterhin zu Symbiosewünschen komme und eine Abgrenzung kaum gegeben sei. Als zweite Strategie nennen Petzold und Orth die archaische Retroflexion, bei der es zu einem Affektstau komme, der wiederum zu einem Kampf gegen den eigenen Körper führen könne. Eine dritte Strategie sei die archaische Anästhetisierung, bei der das Selbst als Leib-Seele-Einheit kaum spürbar sei. Die archaische Spaltung sei schließlich die vierte Strategie, bei der es zu einem fragmentierten Selbst komme (Petzold & Orth, 1990, S. 1011ff., zitiert nach Hochgerner & Wildberger, 1998, S. 20–21).

Wenngleich Symptome auf eine psychische Verletztheit hinweisen, sollten Störungen laut Senckel (2017) weniger im Sinn einer Fehlbildung oder Fehlerhaftigkeit aufgefasst, sondern die Störungs- und Symptombildung vielmehr als ein Anhaltspunkt

zur Orientierung gesehen werden, der Behandlungsmöglichkeiten eröffnet. Man solle Symptome als wichtige Grundsteine für das therapeutische Handeln sehen, um Betroffene adäquat fördern zu können (S. 146–147). Im Vergleich zu gewöhnlich begabten Menschen komme es bei Menschen mit geistiger Behinderung zu einem Stillstand bzw. zu einem minder ausgereiften Niveau der üblichen Meilensteine der Entwicklung. Während die körperliche Entwicklung oftmals in normaler Geschwindigkeit voranschreitet, verzeichnet die Entwicklung kognitiver Fähigkeiten wie Sprache, Denken und Wahrnehmen oft starke Einbrüche. Auch die Spielentwicklung bzw. Zeitvorstellung sei oft stark verzögert bzw. versage gänzlich. Ein weiteres Merkmal der Entwicklung bei geistig behinderten Menschen sei auch die fehlende Fähigkeit, Schlussfolgerungen zu ziehen (Senckel, 2017, S. 146). Dennoch gebe es gemäß Senckel (2017) auf dem erreichten Niveau oft sogenannte Sonderbegabungen – Leistungsspitzen etwa, bei denen beispielsweise ein Mensch mit geistiger Behinderung und der kognitiven Leistungsfähigkeit eines fünfjährigen Kindes alle wichtigen Geburtsdaten erinnern und aufzählen kann (S. 146–147). Aus diesem Grund weist Senckel in ihrem Werk darauf hin, dass die aufgelisteten Entwicklungsspezifika für sie kein Ausdruck einer Störung sind. Eine Niedrigbegabung solle, genau wie eine Hochbegabung, nicht als Störung gewertet werden. Voraussetzung für die deskriptive Diagnostik sei also die Bestimmung des Entwicklungsniveaus, so Senckel (2017): „Jeder Entwicklungsebene sind bestimmte Charakteristika – Beziehungsqualitäten, Erfahrungen, Anforderungen – zugeordnet. Diese zu vermitteln und damit die Auflösung von Fixierungen und traumatisch bedingte Selbsteinschränkungen anzuregen, so daß eine Nachreifung erfolgen kann, ist das Anliegen eines entwicklungsstandgerechten Beziehungsangebotes“ (S. 147–148).

4 Therapie, Behandlung, Ansätze für Menschen mit geistiger Behinderung

Basierend auf dem aktuellen Forschungsstand soll in den folgenden Unterkapiteln auf die Ziele, welche mit einer Behandlung bei Menschen mit geistiger Behinderung verfolgt werden, und auf die Rolle der Integrativen Gestalttherapie dabei eingegangen werden. Gestützt werden diese Überlegungen weiters durch aussagekräftige Studienergebnisse zur Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung.

4.1 Ziele der Behandlung und die Rolle der Integrativen Gestalttherapie

Für die Behandlung und Therapie bei Menschen mit geistiger Behinderung finden sich in der Literatur unterschiedliche Empfehlungen. Ziel einer Behandlung, so beispielsweise Deister (2005), sei grundsätzlich eine ressourcenorientierte Arbeitsweise, welche Fähigkeiten sichtbar mache, erhalte und weiterentwickle. Des Weiteren sei es in der Behandlungskette notwendig, die Kooperation zwischen Psychotherapie, Ergotherapie, niedergelassenen Psychiater*innen, sozialpsychiatrischen Diensten und Angehörigen als eine wichtige Säule anzusehen (S. 542).

Berger (2007) rät in diesem Zusammenhang dazu, auf allgemeine psychiatrische Interventionsformen zurückzugreifen (Pharmakotherapie, Psychotherapie, soziale Therapie). Eine schulenübergreifende Arbeitsweise, bei der alternative Kommunikationsformen (zum Beispiel Gestaltungs-, Spiel- und Zeichenmaterialien, Musik, Puppen) Anwendung finden und unmittelbare Bezugspersonen in den therapeutischen Prozess einbezogen werden, könne sich hier als hilfreich erweisen (Berger, 2007). Auch Došen (2008) erwähnt die Relevanz bindungsbezogener Aspekte. Vor allem bei Kindern mit mentaler Retardierung seien Bindungsprobleme sehr häufig und würden sich negativ auf deren Entwicklung auswirken. Es sei deshalb gerade in der Psychotherapie wichtig, eine gute Bindung herzustellen. Auch solle hierbei die Familie des*der Betroffenen in die Therapie einbezogen werden. So könne die Gesundheit der Betroffenen maßgeblich gefördert werden (Došen, 2008).

Laut Senckel (2017) sei es das Ziel der Psychotherapie, den Prozess der Persönlichkeitsentwicklung anzuregen, Fähigkeiten zu entfalten und Beziehungen befriedigend zu gestalten. Aus diesem Grund ist sie der Meinung, dass die Gestalttherapie für Menschen mit geistiger Behinderung zielführend sein kann, da diese den Menschen darin fördert, die eigenen Gefühle auszudrücken und die

individuellen Bedürfnisse zu stillen. Dies könne zu einer erhöhten Selbstannahme führen. Da die humanistisch orientierte Psychotherapie ihr Hauptaugenmerk auf frühe Beziehungserfahrungen legt, welche die Persönlichkeitsstruktur geprägt haben, bietet sie dem psychisch gestörten Menschen im therapeutischen Rahmen eine Beziehung an, die Emotionen und schmerzliche Erfahrungen zulässt, die Abwehr- und Schutzmechanismen lockert und das Selbstkonzept heilt (S. 100–101). Mangelenerlebnisse und Ängste, die zur Symptombildung geführt haben, könne man hiermit versorgen. Dieses ‚Nachreifen‘ werde durch ein elterliches, erwachsenes Gegenüber erzeugt, die Selbstheilungskräfte aktiviert und das Erkennen von inneren Kompetenzen bei Menschen mit geistiger Behinderung gefördert (Senckel, 2017, S. 147–148).

Aufgrund ihrer Bedeutsamkeit bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung widmet Senckel (2017) ein Kapitel ihres Buches der Gestalttherapie. Sie beschreibt, in Anlehnung an Fritz Perls bzw. Thijs Besems und Gerry Van Vugt, praxisnah die Adaption der Gestalttherapie für Menschen mit geistiger Behinderung. Laut ihr sei die Gestalttherapie für Menschen jeden Alters sinnvoll, da sie sich die Körperbezogenheit zu nutzen mache. Dieser leibbezogene therapeutische Zugang würde sich für jeden Schweregrad einer geistigen Behinderung eignen. Aufgrund dessen, dass Menschen mit geistiger Behinderung oft nicht über die Fähigkeit verfügen, ihre Bedürfnisse ausreichend zu befriedigen, könne dies zur Folge haben, dass es zu einer gehemmten Entfaltung der Persönlichkeit kommt (S. 50–51). Da es sich die Gestalttherapie zum Ziel gemacht hat, Fehlentwicklungen zu korrigieren, Blockaden zu überwinden und ein Wachstum bzw. eine Entfaltung der Persönlichkeit zu fördern, sei diese Art der Therapieform für die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung höchst geeignet. Diese Therapieform gründe auf einem Störungs- und Therapieverständnis, das die frühkindlichen Beziehungserlebnisse berücksichtigt und Akzeptanz, Geborgenheit, Resonanz, Ermutigung und vieles mehr, das eine heilsame Wirkung mit sich bringe, bietet. Der Kern des Störungsverständnisses sei die Konsequenz von negativen Erlebnissen wie Zurückweisung, Missachtung oder Verlassenwerden. Vor diesem Hintergrund würden sich psychische Störungen wie aggressives Verhalten, sozialer Rückzug und Depressivität entwickeln (Senckel, 2017, S. 51–52).

Auch Staemmler (2009) votiert für den Einsatz der Gestalttherapie im therapeutischen Prozess. Er beschreibt die Gestalttherapie als

ein modernes psychotherapeutisches Verfahren, das sich weniger an dem traditionellen medizinischen Krankheitsmodell und festgelegten Normen davon orientiert, was als ‚richtig‘ und ‚falsch‘ oder als gesund und krank gilt [...]; wichtiger ist ihr die Vielseitigkeit von Menschen und deren Vorstellungen davon, wie sie mit anderen Menschen und der Welt insgesamt in Kontakt sein und sich dadurch individuell entwickeln wollen. (S. 11)

Sappok und Zepperitz (2019) möchten wiederum Personen aller Berufsgruppen, die mit Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten, dazu animieren, den emotionalen Entwicklungsstand der Betroffenen in ihre Arbeit miteinzubeziehen, um diese besser fördern, begleiten und therapieren zu können. So könne man die Kompetenzen des Menschen deutlicher wahrnehmen und diesen ganzheitlich unterstützen, wodurch sich dieser in der Gesamtpersönlichkeit weiterentwickeln und seine Lebensqualität steigern könne (S. 18–19). Weiters plädieren die Autorinnen dafür, das biopsychosoziale Krankheitsmodell um die emotionale Entwicklungsperspektive zu erweitern. Insbesondere solle die Kompetenz, Gefühle wahrzunehmen, zu erkennen und sich derer bewusst werden zu können, erweitert werden (Sappok & Zepperitz, 2019, S. 19).

Gestalttherapeut*innen versuchen in ihrer Arbeit, dieser Vielfalt gerecht zu werden, weshalb in der IGT auch nicht von Patient*innen, sondern von Klient*innen gesprochen wird. Vorrangiges Ziel der Gestalttherapie ist es, persönliche Veränderungsprozesse bei Klient*innen zu initiieren. Dies soll durch neue Erfahrungen mit sich selbst und der Umwelt sowie durch das Erlernen neuer Verhaltensweisen erfolgen, um so bestehende Schwierigkeiten zu überwinden (Staemmler, 2009, S. 11). Dazu wird in der IGT mit verschiedenen Methoden experimentiert, bei denen Bewegungen, Gefühle und alle Erfahrungen – seien sie emotional, körperlich, intellektuell oder zwischenmenschlich – miteinbezogen werden. Denn „nur alle Bereiche *gemeinsam*“, so die Überzeugung von Gestalttherapeut*innen, können „jene ganzheitliche Gestalt bilden, die einen Menschen ausmacht“ (Staemmler, 2009, S. 12). Hiervon leitet sich schließlich auch der Begriff der Gestalttherapie ab. In der psychotherapeutischen Arbeit werde vor allem Wert darauf gelegt, dass die Wahrnehmung von eigenen Bedürfnissen und Gefühlen erlernt und der Mensch mit

geistiger Behinderung dahingehend unterstützt wird, seine Hauptorientierung in sich selbst zu finden (Senckel, 2017, S. 51–52). Senckel (2017) fasst diese Zielsetzungen wie folgt zusammen:

In der Beziehung zum Therapeuten sammelt er [der Klient] die notwendigen Erfahrungen, bekommt die hilfreichen Anregungen für seine Selbstwahrnehmung, die Ermutigung zum Selbstaussdruck und den Freiraum zum Erproben von Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung. Das verlangt vom Therapeuten, daß er seine Schützlinge grundsätzlich akzeptiert sowie in seinem Selbstaussdruck ernst nimmt, daß er ihm ehrlich und ‚echt‘, der eigenen Gefühle bewußt, begegnet und den Zugang zu ihm sucht. Deshalb wird er, da insbesondere bei schwer geistig behinderten Menschen die sprachliche Mitteilung erheblich eingeschränkt ist oder ganz entfällt, die körperlichen und lautlichen Signale sorgfältig beobachtet und entschlüsselt. (S. 51–52)

Demnach sei es in der psychotherapeutischen Beziehung wichtig, das Erkannte im Kontakt anzubieten, weshalb Senckel empfiehlt, den Körper als Medium der Kontaktgestaltung zu nutzen. Da die schweren Störungen aus Defiziten in der frühen Kindheit resultieren, rät sie zudem, Formen der Beziehungsgestaltung anzuwenden, die dem frühkindlichen Erleben entsprechen (zum Beispiel saches Streicheln, Halten oder ‚Spielübungen‘ mit dem Körper). Für Therapeut*innen setze dies einerseits ein gewisses Maß an Flexibilität voraus, um die Klient*innen nicht zu überfordern, andererseits Zielorientierung, die auch einer ablehnenden Haltung der Klient*innen etwas entgegensetze (Senckel, 2017, S. 52–53).

Um den Menschen mit geistiger Behinderung in seiner Lebensverwirklichung unterstützen zu können, wird in Senckels Konzept auf die gestalttherapeutischen Grundsätze und die Übernahme von gestalttherapeutischen Prinzipien im psychotherapeutischen Prozess geachtet. Das Prinzip der Leib-Seele-Geist-Einheit eigne sich für die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung insofern, als die Gestalttherapie den Körper als Grundlage ihrer Interventionen sieht. Es werden hier gemeinsam Bewegungs- und körperliche Wahrnehmungsübungen erarbeitet und erprobt. Dem Menschen mit geistiger Behinderung solle hiermit die Möglichkeit gegeben werden, mangelhafte oder schädigende frühkindliche Erlebnisse wiederzubeleben, Lücken zu schließen und korrigierende Erlebnisse zu erfahren. Das Kontaktprinzip der Gestalttherapie könne

dahingehend positiv wirken, da man dem Menschen mit geistiger Behinderung darin unterstützt, Kontakte befriedigend gestalten zu können. Dem*der Psychotherapeuten*in werde hier ein hohes Maß an Wahrnehmung abverlangt und gleichsam werde er in der Therapie zum Vorbild für Selbstwahrnehmung (Senckel, 2017, S. 58–59). Das Figur-Grund-Prinzip der Gestalttherapie gewähre laut Senckel (2017) eine ganzheitliche Sicht auf den Menschen, indem sie die Lebensgeschichte des sogenannten Hinter-Grundes und die Wahrnehmung der Figur im Vorder-Grund berücksichtigt. Diese Art der vollen Aufmerksamkeit solle dem Menschen mit geistiger Behinderung dabei helfen, seine Gefühlswelt ausdrücken zu können. Gestalttherapeutische Grundsätze seien hochwirksame Prinzipien, die dabei helfen können, die körperliche, geistige und seelische Ebene miteinander in Verbindung zu bringen, so die Integration der Persönlichkeit zu fördern und das Selbst zu stärken. Dazu gehöre es beispielsweise, den Ausdruck von Gefühlen zu erlernen, Erlebnisse im Hier und Jetzt zu aktivieren, sich seiner augenblicklichen Verfassung bewusst zu werden, die Selbstheilungskräfte anzuregen, Selbstverantwortung zu übernehmen, eine Bewusstheit über die eigenen Bedürfnisse zu erfassen sowie Kontakte befriedigend gestalten zu können. Denn psychische bzw. Verhaltensstörungen entwickeln sich unter anderem deshalb, weil sie „die bestmögliche Art und Weise [sind], die einem Individuum zur Verfügung stehen, um fortdauernd problematische Interaktionsangebote zu verarbeiten. Je schwerer die Störung ist, um so früher setzen diese Interaktionsformen ein und um so verletzender wirken sie“ (Senckel, 2017, S. 99). Das Erlernen verschiedener Copingstrategien kann deshalb dazu beitragen, die Ausprägungen psychischer bzw. Verhaltensstörungen zu mildern (Senckel, 2017, S. 99).

Das Organismus-Umwelt-Feld-Konzept wurde von Paul Goodman, dem Mitbegründer der IGT, entwickelt. Es besagt, dass erst durch den Kontakt zwischen Individuum und Umwelt „Existenz“ überhaupt möglich sei. Erst hier fände Wirklichkeit statt. Diese Ansicht sei der Grundstein eines nicht-individualistischen Verständnisses der menschlichen Seele gewesen (Staemmler, 2009, S. 54–55). Laut F. Perls sei das Selbst ein System von Reaktionen, welches in der IGT als Prozess gesehen werde. Diese Ansicht weiche von den üblichen westlichen Selbstkonzepten ab und stehe eher der buddhistischen Psychologie nahe (Staemmler, 2009, S. 55–56). Staemmler führt zudem an, dass die IGT ihre Arbeitsweise als eine experimentelle ansehe. Hierbei

bezieht er sich auf Lore Perls, welche die IGT als einen existentiellen, erfahrungszentrierten und experimentellen Ansatz beschrieb. In der praktischen Arbeit bedeute dies, dass Klient*innen darin ermutigt werden, sich ihre Erfahrungen und Erlebnisse sinnlich zu vergegenwärtigen. Existentiell sei die IGT, da der Mensch in seiner Lebenssituation in Bezug zum jeweiligen Umfeld gesehen wird; experienciell bzw. erfahrungszentriert, da auf das unmittelbare Erleben fokussiert wird; und experimentell, da die Entwicklung des Menschen nicht als determiniert angesehen werde und deshalb stets Neues ausprobiert werden könne (Staemmler, 2009, S. 70–80).

In der IGT werden aus diesem Grund verschiedene Methoden bei der Arbeit mit Klient*innen genutzt. Therapeut*innen sollen sie dazu ermutigen, mit Körperbewegungen zu experimentieren und dadurch mehr über sich selbst zu erfahren. Auch kreative Medien wie Malerei, Gesang, Tanz oder Musik eignen sich, um die inneren Empfindungen zum Ausdruck zu bringen. Durch diese Verfahren können Klient*innen die Aufmerksamkeit auf sich selbst richten, was ihnen ermögliche, sich ganzheitlich zu erfassen, sich sich selbst zuzuwenden und sich dadurch selbst besser zu verstehen (Staemmler, 2009, S. 74–76).

Das Menschenbild der IGT ist ein grundlegend humanistisches; es stehe laut Staemmler für die Wertschätzung des Eigenen und die Wertschätzung des Andersartigen. Diese Auffassung spiegle sich auch „in der Überzeugung [...], dass jede Form von Diskriminierung auf der Grundlage von Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, religiöser Überzeugung, sexueller Orientierung, körperlicher oder geistiger Behinderung oder ähnlicher Kriterien inhuman und lebensfeindlich ist“ (Staemmler 2009, S. 28–29). Gemäß der IGT ist man den jeweiligen Lebensbedingungen nicht einfach ausgeliefert, sondern man hat immer die Möglichkeit, darauf zu antworten und zu reagieren – verbal wie nonverbal, aktiv wie passiv. Sogar Säuglinge können schon auf negative Lebensbedingungen antworten. In der IGT spricht man hierbei von kreativer Anpassung: Das Kind versucht dabei, das Beste aus den jeweiligen Lebensbedingungen zu machen (Staemmler, 2009, S. 33–34).

Staemmler nennt insgesamt sechs positive Wirkfaktoren in der IGT: (1) die Empathie, (2) die positive Beziehungserfahrung, (3) die Stabilisierung des Selbstwertes, (4) die Übernahme von Selbstverantwortung, (5) die Orientierung am

persönlichen Kontakt sowie (6) die Konzentration auf den Prozess (Staemmler, 2009, S. 39–40). Das persönliche Kontaktangebot setze voraus, dass der*die Therapeut*in als Person auftritt, um Klient*innen die nötige Sicherheit zu geben, sich ihren Problemen zuzuwenden und ihren Horizont zu erweitern (Staemmler, 2009, S. 44–45). Die Konzentration auf den Prozess meint, dass Klient*innen ihre inneren psychischen Prozesse intensiv wahrnehmen. Sie sollen, durch ein Erleben mit Leib, Seele und Geist, eine ganzheitliche Bewusstheit erlangen. Erst diese Art der Selbstbeobachtung ermögliche auch eine Neustrukturierung (Staemmler, 2009, S. 46–47).

Die Sinnhaftigkeit der IGT lasse sich laut Staemmler jedoch nicht auf eine Personengruppe beschränken; vielmehr sei die Gestalttherapie für alle Menschen offen, die psychotherapeutische Unterstützung benötigen und bereit sind, diese in Anspruch zu nehmen (Staemmler, 2009, S. 91–92). Auch der Bildungsstand der Klient*innen sei laut Staemmler nicht von Bedeutung, da sich die IGT auch an nicht-sprachlichen Prozessen orientiere (Staemmler, 2009, S. 92–93). Demnach stellt die IGT ein ideales Therapiekonzept für Menschen mit geistiger Behinderung dar.

Wie bereits mehrmals erwähnt, stellt Senckel (2017) die Bedeutung von Beziehung im therapeutischen Prozess in den Fokus. Diese heilsame Wirkung stellt die Autorin anhand von sechs Fallbeispielen dar, in denen sie die durch gezielte Beziehungsangebote ausgelösten positiven Veränderungen aufzeigt. Beglückende Erfahrungen im Hier und Jetzt könnten, so Senckel, verhärtete psychische Strukturen von Menschen mit geistiger Behinderung aufweichen und so die Lebensqualität der Betroffenen erheblich steigern. Eine Grundeinstellung, die sich durch Echtheit, Wertschätzung und Einfühlungsvermögen auszeichne, könne in der Therapie zu einer Reifung der Persönlichkeit führen. Sie setze in der therapeutischen Arbeit den Mut und die Offenheit voraus, sich als ganze Person dem Gegenüber zu Verfügung zu stellen. Neben einer Steigerung der emotionalen Aufnahmebereitschaft könne so auch das „seelische ‚Fassungsvermögen‘ und die Standhaftigkeit“ (Senckel, 2017, S. 309–310) wachsen. Die Wirkung ihres Konzepts schildert Senckel (2017) anhand von sechs Fallvignetten. Eines dieser sechs Fallbeispiele soll nachfolgend skizziert werden, um zu verdeutlichen, welche therapeutischen Erfolge möglich sind, wenn man Senckels Konzept der entwicklungsfreundlichen Beziehung folgt (S. 309–310).

Die Fallvignette handelt von einer 26-jährigen, schwer geistig behinderten Frau, welche in einem Wohnhaus lebte und den kognitiven Entwicklungsstand eines

zweieinhalbjährigen Kindes aufwies. Durch ihr autoaggressives und aggressives Verhalten forderte sie ihre Mitmenschen im Alltag. Die Frau konnte sich lediglich durch lallende Lautäußerungen mitteilen, zeigte zwanghaftes Verhalten und kotete und nässte regelmäßig ein. Da ihr emotionaler Entwicklungsstand dem eines einjährigen Kindes entsprach, zeigte sie all ihre Gefühle mit außerordentlicher Intensität. Laut Senckel sei es zur Herstellung von Grundvertrauen bei dieser Frau notwendig gewesen, ein Beziehungskonzept anzuwenden, welches auf die frühkindlichen Beziehungsbedürfnisse eingeht. Im Kontakt sei es von Wichtigkeit gewesen, der Betroffenen eine Ersatzmutter zu bieten, welche sie selbst spiegelte und ihr die Grundlage und die Sicherheit bot, in einem geschützten Rahmen ihre Grenzen auszuloten und bei ihrem Zwangsverhalten Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Das Ergebnis nach einer vierjährigen Beziehungsgestaltung sei laut Senckel gewesen, dass die Frau Festigkeit im emotionalen Bereich erlangt hatte. Zwar blieben ihre kognitiven Fähigkeiten gleich, doch habe sie eine emotionale Stabilität ausgebildet, ihr Grundvertrauen und ihr Selbstwertgefühl seien sichtlich gestiegen. In der Folge konnten Psychopharmaka deutlich reduziert werden (Senckel, 2017, S. 309–310). Dieser Fall ist nur ein Beispiel dafür, welche Fortschritte erzielt werden können, wenn Menschen mit geistiger Behinderung im Rahmen einer psychotherapeutischen Begleitung ein ihnen individuellen Bedürfnissen und ihrem Entwicklungsstand angepasstes Beziehungsangebot erhalten.

Wie diese Fallvignette anschaulich zeigt, stellt die entwicklungsfreundliche Beziehung nach Senckel ein vielversprechendes Beziehungskonzept für die therapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung dar, welches mit den Grundsätzen der IGT kompatibel ist. Es ist durchaus vorstellbar, dieses Konzept in der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung, welche auf den Grundsätzen der IGT aufbaut, zu integrieren. Senckels Ansätze lassen sich jedoch nicht nur mit den Prinzipien der IGT kombinieren, sondern stimmen zudem damit überein (Senckel, 2017, S. 311). So zeigt die folgende Passage Senckels (2017) ihre Übereinstimmung mit der IGT äußerst eindrücklich:

Trotz ihrer fachlichen Verankerung handelt es sich dabei um eine natürliche Art der Beziehung, die auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingeht und sie emotional dort abholt, wo sie gerade stehen. Dadurch kann das Beziehungsangebot heilsam wirken und das Wachstum fördern: „Sie entspricht den Wachstumsbedingungen

des Lebens; sie hilft ihm zur Entfaltung gleich einem ‚weiten Baum‘, der Raum für vielerlei Getier bietet und ereignet sich überall dort, wo das Leben gelingt. Denn: ‚Alles wirkliche Leben ist Begegnung‘. (S. 311–312)

4.2 Studienergebnisse zur Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung bzw. Lernbehinderung und Verhaltensauffälligkeiten

Nachfolgend soll anhand zweier Untersuchungen gezeigt werden, inwiefern andere Therapieschulen mit den Prinzipien der IGT in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung kombiniert werden können. Zunächst wird auf die zur Verfügung stehende Evidenzbasis zu psychologischen Interventionen bei der erwähnten Zielgruppe eingegangen (Bhaumik et al., 2011), bevor anschließend die Anwendung der IGT bei Lernbehinderungen und Verhaltensauffälligkeiten beleuchtet wird (Žic et al., 1997).

4.2.1 Evidenzbasis zu psychologischen Interventionen bei Menschen mit geistiger Behinderung

Der Einsatz psychologischer Interventionen zur Sicherstellung der psychischen Gesundheit und zur Behandlung von Verhaltensproblemen ist bei Menschen mit geistigen Behinderungen weit verbreitet. Die Evidenzgrundlage hierzu, einschließlich der Kosteneffektivität solcher Interventionen, ist jedoch begrenzt, wie die von Bhaumik, Gangadharan, Hiremath und Russell durchgeführte Studie (2011) zeigt. In ihrem Artikel werden neben der Möglichkeiten und Grenzen der aktuellen Evidenzbasis auch die Probleme bei der Durchführung von randomisierten kontrollierten Studien in diesem Bereich thematisiert und Lösungsangebote für künftige Studien vorgestellt. Auch die Gabe von Medikamenten zur Behandlung von oft multifaktoriell bedingten Verhaltensweisen bei Menschen mit geistiger Behinderung wird von den Autoren kritisiert, wie folgendes Zitat zeigt: „A significant proportion of people with intellectual disabilities present with maladaptive behaviours [...]. Behavioural problems, especially those without any underlying mental illness, are usually multifactorial in origin, and hence the use of medications to manage these behaviours is controversial” (Bhaumik et al., 2011, S. 428).

Meist werden Menschen mit geistiger Behinderung von Krankenpfleger*innen und/oder Psycholog*innen mit einer spezifischen Ausbildung in diesem Bereich

behandelt. Insbesondere verhaltenstherapeutische Interventionen können auf diese Zielgruppe flexibel angepasst werden. In vielen Fällen wird jedoch der nachhaltige Nutzen ebendieser Interventionen in Frage gestellt, da er oft nicht den emotionalen Kontext des Verhaltens anspricht. In der vorliegenden Studie wurde von Bhaumik et al. (2011) deshalb versucht, die Wirksamkeit der verschiedenen Komponenten von Verhaltensinterventionen bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung zu bewerten. Eine Meta-Analyse von Didden, Duker und Korzilius (1997) zeigte beispielsweise, dass die Funktionsanalyse vor der Behandlung und respondentenkontingente Verfahren signifikant wirksamer waren als andere Verfahren.

Die kognitive Verhaltenstherapie ist in der Regelversorgung weit verbreitet, weshalb man in diesem Bereich über eine gute Evidenzbasis zur Kurz- und Langzeitwirksamkeit von getroffenen Interventionen verfügt (Bhaumik et al., 2011). Ein Großteil der Forschungsergebnisse stammt jedoch, auch hinsichtlich Menschen mit geistiger Beeinträchtigung, aus forensischen Sicherheitseinrichtungen. Gerade für die Kognitive Verhaltenstherapie bei Erkrankungen wie Depression, Angst und Angstzuständen und Sexualstraftaten liegt eine starke Evidenzbasis vor. Eine besonders gute Datengrundlage gibt es jedoch zur Wutbewältigung. Zwei Studien hierzu zeigten beispielsweise die positiven Auswirkungen der Kognitiven Verhaltenstherapie: Eine davon wurde in gesicherten Einrichtungen durchgeführt und ergab eine signifikante Verringerung der selbstberichteten Ergebniswerte (Taylor et al., 2002), eine zweite, in einer Gemeinde durchgeführte Studie ergab sowohl bei den Teilnehmer*innen als auch bei den Betreuer*innen eine signifikante Verringerung der Wut (Willner et al., 2002). Da der Einsatz der Kognitiven Verhaltenstherapie in hohem Maße von der Sprache abhängig ist, kann der Nutzen der Interventionen bei Kommunikationsschwierigkeiten eingeschränkt sein (Bhaumik et al., 2011).

Obwohl eine Vielzahl an Maßnahmen zur Reduktion von Zugangsbarrieren ergriffen wurde, war es bisher nicht möglich, standardisierte Ansätze für die Anwendung der Kognitiven Verhaltenstherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung zu entwickeln. Weiters wies Emerson (2006) darauf hin, dass bisher nicht klar ist, inwieweit die Kognitive Verhaltenstherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung eingesetzt werden kann. Aus diesem Grund ist die Kognitive Verhaltenstherapie im Gegensatz zu verhaltenstherapeutischen Interventionen in

vielen Bereichen noch kein fester Bestandteil der Leistungserbringung (Bhaumik et al., 2011).

Wie Studien gezeigt haben, kann eine psychodynamische Psychotherapie zu einer Verringerung von psychischen Symptomen und einem verbesserten Selbstwertgefühl bei Menschen mit geistiger Behinderung führen. Die Forschung in diesem Bereich ist jedoch auf einige wenige Fallberichte beschränkt. Wie bei allen hier diskutierten Interventionen ist die Anwendung der psychodynamischen Therapie durch eventuell vorhandene Kommunikationsdefizite begrenzt, was es schwierig macht, die dynamischen Konstrukte der Betroffenen zu verstehen. Außerdem kann die Bewertung der Wirksamkeit der Intervention schwer von dem Nutzen zu unterscheiden sein, den Betroffene vom humanistischen Element des Kontakts haben können. Es gibt jedoch Bemühungen, die psychodynamische Interpretationen und die damit verbundenen Erfahrungen von Menschen mit geistiger Behinderung zu erforschen (Bhaumik et al., 2011).

Hinsichtlich der Studienlage zu psychologischen Behandlungen bei Menschen mit geistigen Behinderungen können die getroffenen Interventionen demnach in drei verschiedene Kategorien unterteilt werden: (1) Interventionen ohne Evidenz, (2) Interventionen mit begrenzter, aber vielversprechender Evidenz sowie (3) Interventionen mit ausreichender Evidenz. Da verhaltensorientierte Interventionen bei den meisten Behandlungen routinemäßig eingesetzt werden, ist es nach Bhaumik et al. (2011) erforderlich, der Forschung in diesem Bereich Priorität einzuräumen. Vor allem die Kognitive Verhaltenstherapie hat bisher die stärkste Evidenzbasis, weshalb sie auch zunehmend bei Menschen mit geistiger Behinderung eingesetzt wird – anders als die psychodynamische Therapie, die noch in der Entwicklung steckt und weiterer Validierungen bedarf, bevor sie bei Menschen mit geistiger Behinderung angewandt wird (Bhaumik et al., 2011).

4.2.2 Integrative Gestalttherapie bei Lernbehinderungen und Verhaltensauffälligkeiten

In einer 1997 publizierten Studie von Žic et al. wurden die Auswirkungen der Integrativen Gestalttherapie auf die intellektuellen Aspekte der sozialen Kompetenz bei 13 Kindern im Alter von 7 bis 11 Jahren untersucht. Ziel der Studie war es, das Niveau des Fertigkeitserwerbs und der Gewohnheiten des täglichen Lebens bei

Schüler*innen mit Lernschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten zu bestimmen und durch eine auf den Prinzipien der IGT durchgeführte Gruppentherapie zu verbessern. Zu diesem Zweck wurde untersucht, ob eine solche Therapieform die Entwicklung der praktischen Intelligenz fördern kann.

Die IGT eignete sich methodisch deshalb, da sie „the wholeness of a person's body, intellect, and soul in the social and ecological environment in which the individual is embedded“ (Žic et al., 1997, S. 143) betrachtet. Der Körper steht in dieser Therapieform im Fokus, da die gesamte innere Struktur des persönlichen Systems auf ihm beruht und er als Basis emotionaler Antriebe und komplexer perzeptiver, affektiver und kognitiver Prozesse fungiert. Eine Reihe von Sitzungen konzentrierte sich deshalb auf den Körper als Element des ganzheitlichen „Körper-Geist-Seele-Subjekt“-Systems. Dabei wurden die visuelle und taktile Wahrnehmung sowie die okulomotorische Koordination, das heißt die Körperwahrnehmung auf Grundlage der Erfahrungen des eigenen Körpers und seines rezeptiven und expressiven Potentials, stimuliert (Žic et al., 1997).

Die in der Studie von Žic et al. (1997) untersuchten Kinder wiesen kognitive und psychologische Probleme auf. Auswahlkriterien für die Studienteilnahme waren einerseits eine Lernbehinderung (IQ zwischen 54 und 84), andererseits Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit emotionalen Schwierigkeiten. Die Proband*innen erhielten ein Schuljahr lang jeweils wöchentlich eine 90-minütige, integrative Gruppentherapie. Ziel war es, den Reifungsprozess, insbesondere hinsichtlich der Körperwahrnehmung, der Emotionen, des Selbstbewusstseins und des sozialen Bewusstseins, zu fördern. Durch Sensibilisierungs- und Ausdrucksübungen wurde in den Gruppensitzungen deshalb die Körperwahrnehmung durch positive Körpererfahrungen stimuliert. Diese trugen dazu bei, dass die Kinder ihre Aufmerksamkeit auf sich selbst und ihren Körper richteten. Gleichzeitig entwickelten sie eine eigene Identität, auf deren Grundlage sie Beziehungen zu ihrer Umwelt aufbauten, was sich positiv auf die soziale Interaktion auswirkte (Žic et al., 1997).

Die Studienergebnisse zeigen, dass die Proband*innen signifikante Fortschritte in den intellektuellen Aspekten der sozialen Intelligenz machten. Nach Einschätzung der Eltern wiesen die Kinder nach der Behandlung eine signifikante Verbesserung der Durchschnittswerte für alltägliche Fähigkeiten und Gewohnheiten in insgesamt zehn Bereichen auf (unabhängiges Funktionieren, körperliche Entwicklung, ökonomische

Aktivität, Sprachentwicklung, Zahlen und Zeit, häusliche Aktivität, Selbststeuerung, Verantwortung und Sozialisation). Die Veränderungen werden als eine Steigerung der Selbstständigkeit, der Wahrnehmungs- und Bewegungsfähigkeit, des geschickteren Umgangs mit Geld und der erfolgreicheren sozialen Interaktion beschrieben (Žic et al., 1997). Obwohl die IGT in dieser Studie in erster Linie auf die Reduktion bzw. Beseitigung von Verhaltensstörungen bei Schüler*innen mit Lernschwierigkeiten ausgerichtet war, erwies sie sich auch als effiziente Methode zur Förderung der Entwicklung der praktischen Intelligenz. Dies zeigt die Komplexität der Wirkungen der IGT, die den Menschen als Ganzes betrachtet, und die Veränderungen spiegeln sich mit unterschiedlicher Intensität in allen Bereichen des menschlichen Verhaltens wider (Žic et al., 1997).

Auf Basis der vorliegenden Daten kann demnach geschlussfolgert werden, dass diese Schüler*innen, obwohl ihr persönliches und soziales Anpassungsniveau sehr niedrig war, im Vergleich zu den Durchschnittswerten von Menschen mit geistiger Behinderung ein hohes Niveau an Fähigkeiten und Gewohnheiten des täglichen Lebens entwickelten (Žic et al., 1997). Diese Studie stützt aus diesem Grund die Annahme, dass die IGT bei Menschen mit geistiger Behinderung wirksam und förderlich ist.

5 Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der zugrunde liegenden Fragestellung „Was sind die Möglichkeiten und Grenzen von Psychotherapeut*innen bei der praktischen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung?“ wurde eine qualitative Forschungsmethode gewählt. Für die Datenerhebung wurde auf die Methode des Expert*inneninterviews zurückgegriffen. Dieses bildet nach Mayring (2015) einen Teilbereich qualitativer Interviews, wobei die Befragten als Spezialist*innen für bestimmte Konstellationen agieren. Gleichmaßen können in diesen Interviews auch die Erfassung und Deutung von Sichtweisen und Einstellungen der Befragten im Fokus stehen (S. 33–34). Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden im Zuge eines theoretischen Samplings insgesamt drei Expertinnen interviewt, die zum Zeitpunkt der Erhebung als Integrative Gestalttherapeut*innen in Instituten und/oder in freier Praxis tätig waren und die bereits Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung mitbrachten. Nur so konnte gewährleistet werden, dass die befragten Psychotherapeut*innen auch die nötige Expertise im Untersuchungsbereich aufwiesen. Diese Expertinnen waren mir, als Kolleginnen während meiner Ausbildung und Praxis, bereits bekannt, wodurch die schriftliche und telefonische Kontaktaufnahme äußerst unproblematisch verlief und sie sich auch rasch zu einem Interview bereit erklärten. Da die theoretische Sättigung mit maximaler Kontrastierung durch den offenen Zugang bereits nach drei Interviews erreicht worden war und durch weitere Interviews keine theoretisch relevanten Informationen mehr generiert werden konnten, wurden diese als ausreichend erachtet.

In der nachfolgenden Tabelle werden demografische bzw. für die Untersuchung relevante Merkmale der Befragten wie Alter, Geschlecht, Wohnort, Beruf (mit Therapieschule), Grundberuf sowie das in der Auswertung verwendete Kürzel angegeben.

Tabelle 1:

Merkmale ausgewählter Expertinnen

Kürzel	Geschlecht	Alter	Ort	Beruf	Grundberuf
NB	weiblich	40 Jahre	Salzburg	Integrative Gestalttherapeutin in Institut und freier Praxis	Klinische Gesundheitspsychologin

Kürzel	Geschlecht	Alter	Ort	Beruf	Grundberuf
JS	weiblich	45 Jahre	Salz- burg	Integrative Gestalttherapeutin in Ausbildung unter Supervision in Institut und freier Praxis	Studierte Erziehungs- wissenschaftlerin und Sonder- und Heilpädagogin
MS	weiblich	43 Jahre	Tirol	Integrative Gestalttherapeutin in Ausbildung unter Supervision in Institut und freier Praxis	Klinische Gesundheits- psychologin

Pro Interview war eine Dauer von rund 60 Minuten vorgesehen, die auch stets eingehalten wurde. Die Interviews selbst wurden mithilfe der Software „Zoom“ in Form von Videokonferenzen durchgeführt. Zur weiteren Auswertung wurden die Interviews nach Einwilligung der Interview-Partnerinnen aufgezeichnet und die Aufnahmen für die Dauer der Untersuchung aufbewahrt. Schließlich wurde auf Basis der Aufnahmen ein Transkript angefertigt und die Kodierung mithilfe der Software „ATLAS.ti“ erstellt. Eine grundlegende Voraussetzung für die Interviews war, dass sich die Befragten vor dem Interview explizit damit einverstanden erklärten, dass die Interviews aufgezeichnet und ihre Daten in anonymisierter Form verwendet werden. Auch wurde vor der Durchführung des Interviews mehrmals auf die Freiwilligkeit hingewiesen, um die in der qualitativen Sozialforschung notwendigen ethischen Aspekte zu berücksichtigen. Die Aussagen der Interviewten und die Falldarstellungen werden in Kapitel 6 in anonymisierter Form wiedergegeben und interpretiert.

Aufgrund der offenen Interviewform ergaben sich hinsichtlich der Analysemethodik zwei Potentiale, die sich bei der Auswertung des Datenmaterials als fruchtbar erwiesen. Eine Kombination aus Grounded Theory und Sequenzanalyse (SA), einer Methode der rekonstruktiven Sozialforschung, konnte hierbei aufschlussreiche Erkenntnisse zutage fördern. Obwohl zu Beginn lediglich eine Auswertung im Sinne der Grounded Theory vorgesehen war, wurde diese um den rekonstruktiven Forschungsansatz ergänzt. Zu diesem Zweck wurden für die Analyse der drei Interviews, die mit den ausgewählten Expertinnen in narrativer, äußerst ausführlicher und offener Form geführt worden waren, einerseits Kategorien gebildet, andererseits auch Interviewpassagen rekonstruktiv interpretiert. Zu betonen ist hier, dass die

Kategorien nicht bereits vor dem Interview definiert, sondern induktiv aus den Interviews extrahiert und, ohne zuvor getroffene Vorannahmen, erst im Zuge der Analyse durch offenes Kodieren gebildet wurden. Dieses Vorgehen entspricht dem „Prinzip der Offenheit“ der qualitativen Sozialforschung (Rosenthal, 2008, S. 55–57). Ergänzt wurden diese Methoden der Grounded Theory um ein rekonstruktives Verfahren deshalb, da in dem gewonnenen Datenmaterial eine hohe Informationsfülle und -dichte zu erkennen war, für die ein kleinschrittigeres und interpretatives Vorgehen naheliegend erschien. Zudem können mithilfe dieser detaillierten Auswertungsmethode noch validere Aussagen über das subjektive Erleben der Psychotherapeut*innen getroffen und auch latente Inhalte rekonstruiert werden. Im Zuge der Datenerhebung wurde schließlich deutlich, dass einzelne Textpassagen für die Grounded Theory, andere wiederum für die SA geeignet waren. Diese beiden Auswertungsmethoden wirkten demnach komplementär, wodurch aufschlussreichere Forschungsergebnisse generiert und etwaige Erkenntnislücken geschlossen werden konnten. Die Anwendung dieser beiden qualitativen Verfahren soll der Struktur des Textes als „Gestalt“ gerecht werden, als ein Ganzes, in dem verschiedene Verbindungen – sowohl manifest als auch latent – deutlich werden. Gemäß dem Soziologen Siegfried Kracauer (1952) sollen so Muster rekonstruiert und isolierte Analysen von einzelnen Textelementen vermieden werden. Kracauer nennt zusammenfassend folgende vier Anforderungen an die qualitative Analyse, die auch in der vorliegenden Master-Thesis erfüllt werden sollen:

- 1) Die Rekonstruktion des Kontextes,
- 2) die Analyse des latenten Sinngehalts,
- 3) die Berücksichtigung von Einzelfällen und Besonderheiten,
- 4) die Rekonstruktion des Ganzen, der „Gestalt“ (Ritsert, 1972, 14ff., zitiert nach Rosenthal, 2008, S. 217).

Die Kombination von Grounded Theory und SA erfordert ein flexibles Vorgehen, da nach zweiterer Methode nicht alle drei Interviews vermischt werden dürfen. Doch gerade die Anwendung beider Methoden bringt einen inhaltlichen Vorteil: einerseits erfordert die Grounded Theory eine wertfreie, sachliche Wiedergabe und eine fallübergreifende Darstellung, wodurch Erkenntnisse besser verglichen werden können, andererseits folgt die SA einer fallbasierten Betrachtungsweise, wodurch,

aufgrund der spezifischen Analyse des Einzelfalls, Generalisierungen vermieden werden können. Dieses Vorgehen erfordert einen permanenten Perspektivenwechsel, der jedoch gerade deshalb besonders verlässliche Erkenntnisse zutage fördert.

Die Forschungsergebnisse beider Methoden werden nachfolgend gemeinsam präsentiert. Die Ober- und Unterkategorien bilden, dem Vorgehen der Grounded Theory entsprechend, die eigenständigen Kapitel. Innerhalb dieser Kapitel findet schließlich im Anschluss an die ausgewählten Zitate die SA statt. Im Zuge der Analyse werden weiters laufend erste Hypothesen formuliert, da die Hypothesenbildung im Rahmen des gesamten Forschungsprozesses erfolgen soll (Rosenthal, 2008, S. 83).

5.1 Forscher*innenreflexion

Wie erwähnt, war zu Beginn der Erhebung vorgesehen, teilstrukturierte Interviews mit in Österreich praktizierenden Psychotherapeut*innen durchzuführen und deren Erfahrungen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung zu erfragen. Schon in der Durchführung des ersten Interviews wurde jedoch ersichtlich, dass eine narrative Form relevantere Daten generiert, die zudem weniger *interviewer bias* aufweisen, da die Befragten in ihren Antworten nicht gelenkt werden. Dadurch ergab sich der Umstand, dass schon die folgenden beiden Interviews nicht in teilstrukturierter, sondern in narrativer Form geplant und durchgeführt wurden. Auch hier schilderten die Befragten ihre Erfahrungen und Sichtweisen bereitwillig und machten ein erneutes Nachfragen kaum nötig. Diese offene Form der Interviews und die Kombination zweier Forschungsansätze trugen dazu bei, dass bereits mit nur drei Interviews die theoretische Sättigung erreicht worden war und die Forschungsfrage beantwortet werden konnte.

5.2 Grounded Theory

Die Grounded Theory dient der Strukturierung der Interviews durch Kategorienbildungen und anschließender Interpretation. In der Grounded Theory geht es demnach nicht um die Sammlung und Auswertung quantitativer Daten (zum Beispiel Häufigkeiten), wodurch auch latente Inhalte, wie beiläufige Kommentare oder subtile Bewertungen durch die Interview-Partner*innen, in der Analyse erfasst werden können. Dabei ist jedoch anzumerken, dass eine Interpretation des gesammelten

Datenmaterials nach Mayring (2015) nie abgeschlossen ist; vielmehr gibt es ihm zufolge immer Potential für eine „Re-Interpretation“ (S. 28–29).

Die Kategorien wurden im Rahmen eines zirkulären Prozesses von Datenerhebung und -auswertung gebildet. Nach der Durchführung des ersten Interviews wurden die hierin erhobenen Daten ausgewertet, erste Kategorien gebildet und Theorien formuliert. Nach der Durchführung des zweiten Interviews bzw. auch des dritten Interviews wurden die Kategorien sowie Theorien ergänzt und in ihrer Formulierung angepasst. In der nachfolgenden Tabelle werden alle dabei erhobenen Kategorien abgebildet. Insgesamt wurden acht Oberkategorien („Möglichkeiten“, „Grenzen“, „Arbeitsgestaltung“, „Erleben der psychotherapeutischen Arbeit“, „Kontexte“, „Therapieziele“, „Wirksamkeit der eingesetzten Methoden“ sowie „Entwicklungspsychologie“) mit fünf Unterkategorien eingerichtet. In der nachfolgenden Tabelle werden zusätzlich die jeweilige Anzahl der Textstellen und die zugehörige Kodierregel dargestellt.

Tabelle 2:

Kategorien und Kodierregeln (Grounded Theory)

Kategorien	Anzahl der zugeordneten Textstellen	Kodierregel
1 Oberkategorie „Möglichkeiten“	73 Textstellen	„alle Textstellen, in denen von den Expertinnen über die Möglichkeiten bei der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung gesprochen wurde“
1 Unterkategorie „Hilfreich“	57 Textstellen	„alle Textstellen, in denen von Seiten der Expertinnen etwas als hilfreich angesehen und angewandt wurde“
2 Oberkategorie „Grenzen“	26 Textstellen	„alle Textstellen, in denen über die Behandlung von Menschen mit Behinderung berichtet wurde, bei der die Expertinnen angaben, an ihre Grenzen gestoßen zu sein“
2 Unterkategorie „Schwierigkeiten“	43 Textstellen	„alle Textstellen, in denen über die Behandlung von Menschen mit Behinderung berichtet wurde, die von den Expertinnen als schwierig empfunden wurden.“

3 Oberkategorie „Arbeitsgestaltung“	100 Textstellen	„alle Textstellen, in denen über die Arbeitsweise bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung berichtet wurde“
3 Unterkategorie „Gestaltprinzipien“	49 Textstellen	„alle Textstellen, in denen bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung Gestaltprinzipien angewandt oder in Bezug gebracht wurden“
3 Unterkategorie „Gestaltmethoden“	37 Textstellen	„alle Textstellen, in denen bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung Gestaltmethoden in Bezug gebracht wurden“
3 Unterkategorie „Interventionen“	35 Textstellen	„alle Textstellen, in denen Interventionen seitens der Expertinnen thematisiert oder angewandt wurden“
4 Oberkategorie „Erleben der psychotherapeutischen Arbeit“	71 Textstellen	„alle Textstellen, in denen über das Erleben der Arbeit von Menschen mit geistiger Behinderung von den Expertinnen gesprochen wurde.“
5 Oberkategorie „Kontexte“	10 Textstellen	„alle Textstellen, in denen die Expertinnen erwähnten, in welchen Kontexten sie bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten“
6 Oberkategorie „Therapieziele“	7 Textstellen	„alle Textstellen, in denen Therapieziele seitens der Expertinnen thematisiert werden“
7 Oberkategorie „Wirksamkeit der eingesetzten Methoden“	41 Textstellen	„alle Textstellen, in denen von den Expertinnen über die Wirksamkeit der Methoden in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung gesprochen wurde“

Kategorien	Anzahl der zugeordneten Textstellen	Kodierregel
8 Oberkategorie „Entwicklungspsychologie“	37 Textstellen	„alle Textstellen, in denen von den Expertinnen entwicklungspsychologische Ansätze mit der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung in Bezug gesetzt wurden“

5.3 Sequenzanalyse

Die Sequenzanalyse (SA) folgt anschließend dem „Prinzip der Sequenzialität“. Nach Rosenthal (2008) werden dabei „[e]inzelne Sprech- oder auch Schreibeinheiten [...] Zug um Zug interpretiert“ sowie „sowohl Hypothesen zum expliziten Geschehen als auch zum möglichen, aber verhinderten Geschehen formuliert“ (S. 70). Ziel einer SA ist es demnach einerseits, zwischen den Zeilen zu lesen und auch den nur latent vorhandenen Sinngehalt zu rekonstruieren, sowie andererseits, jene Themen zu rekonstruieren, die nicht erwähnt werden (Rosenthal, 2008, S. 222).

Die Auswahl der für die SA geeigneten Textstellen erfolgte im Anschluss an die Grounded Theory. Hierbei wurden vor allem jene Textpassagen gewählt, die für eine tiefgreifendere Analyse geeignet waren und die mit einem Fokus auf den offensichtlichen und manifesten Sinngehalt nicht adäquat erschlossen werden konnten. Denn durch die SA konnte zusätzlich auch das ermittelt werden, was in den Schilderungen „zwischen den Zeilen“, das heißt nur latent, sichtbar wurde. Auch Auslassungen und Lücken in den Interviews – jene Themen, die nicht angesprochen wurden – wurden so evident. In der Analyse stellte sich besonders der dadurch ermöglichte Perspektivenwechsel als äußerst fruchtbar heraus. Denn mithilfe der SA konnten so verborgene Inhalte in den Interviewpassagen offenbar werden, die bei der Grounded Theory unbemerkt blieben.

Die Kriterien für die Auswahl der Textstellen die sequenzielle Analyse werden fallbasiert festgelegt, da ein fallbasiertes Vorgehen für diese Methode zentral ist. Einzelne Textstellen werden interpretiert und, darauf aufbauend, laufend Hypothesen formuliert sowie Schlussfolgerungen gezogen. Die Analyse erfolgt dabei dem Prinzip der Sequenzialität nach Rosenthal (2008, S. 70).

Die einzelnen Fallvignetten wurden von den Expertinnen im Laufe des Interviews oftmals nur kurz am Rande eingebracht, um etwas zu verdeutlichen. Daher gingen die Interviewten auf diese Klient*innen nicht näher ein, wodurch nur wenige Eckdaten über die Personen für eine Interpretation zur Verfügung stehen. Die Expertinnen sprachen häufig nur allgemein über ihre Tätigkeit und brachten keine umfassende Fallvignette ein. Daher können den Interviews oft nur kurze Fallsequenzen entnommen werden, welche in der Analyse dennoch einer detaillierteren Veranschaulichung dienen.

6 Forschungsergebnisse

Die Interviews werden zunächst anhand der gebildeten Kategorien vorgestellt. Anschließend werden einzelne Sequenzen aus den relevanten Interviewpassagen gewählt und verschiedene Interpretationsmöglichkeiten diskutiert. Diese sollen schließlich mit den Ergebnissen der Grounded Theory in Beziehung gesetzt werden. Für die Analyse werden den Interviews gemäß Rosenthal (2008, S. 70) teils kürzere Zitate, teils längere Passagen entnommen. In einer nachstehenden Klammer wird das Kürzel der Befragten und der Absatz des Zitats im Interview ergänzt.

6.1 Oberkategorie 1 „Möglichkeiten“

Zunächst wurde die Oberkategorie „Möglichkeiten“ eingerichtet. Die Kodierregel lautete dabei: „alle Textstellen, in denen von den Expertinnen über die Möglichkeiten bei der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung gesprochen wurde.“ Dieser Oberkategorie konnten insgesamt 73 Textstellen zugeordnet werden. Da dieser Code jedoch sehr umfangreiches Material bot, wurde zusätzlich die Unterkategorie „Hilfreich“ eingerichtet. Für diese Unterkategorie lautete die Kodierregel: „alle Textstellen, in denen von Seiten der Expertinnen etwas als hilfreich angesehen und angewandt wurde“. Zwar ist diese Kategorie inhaltlich ebenfalls breit gefächert und bietet vielfältige Zuordnungsmöglichkeiten, doch eine weitere Spezifizierung ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit aus Platzgründen nicht möglich.

Nachstehend beschreibt eine Expertin anhand einer Fallvignette, wie sie mit einem Mädchen mit geistiger Behinderung im Volksschulalter, welches eine Integrationsklasse besuchte, an Ängsten arbeitete und wie ihr das Symbolisieren, der sichere Ort oder auch das Hinausgehen ins Leben bzw. ins Feld therapeutische Möglichkeiten boten:

„also ich habe ein IM Mädchen (...) betreut, und mit der war ganz ganz viel möglich, und ich glaub tatsächlich, aufgrund von der Beziehung, also das tragende (...).“ (NB, Absatz 68)

Die Expertin bezeichnet ihre Klientin im Interview in alltäglicher Sprache als „IM Mädchen“, das heißt als intelligenzgemindertes Mädchen, und nicht als ein Mädchen, welches, zusätzlich zu anderen Merkmalen, eine Intelligenzminderung aufweist

(„Mädchen mit Intelligenzminderung“). Die Intelligenzminderung wird also als wesensbestimmendes Charakteristikum der Klientin gesehen – nicht jedoch als ein Teil eines Menschen, der, neben anderen Facetten, eine Intelligenzminderung aufweist. Dies wird weiters durch den Nachsatz, dass mit dieser Klientin „ganz ganz viel möglich“ gewesen sei, hervorgehoben. Zwar verwendet die Expertin in diesem Kontext das Bindewort „und“, doch ihre Betonung der Möglichkeiten lässt viel eher den Schluss zu, dass dies als überraschend empfunden wurde. Es war vielmehr „trotz“ der Intelligenzminderung der Klientin und, allem Anschein nach, entgegen der Erwartungen der Expertin, „viel möglich“. In den Schilderungen gibt die Expertin jedoch den Grad der Intelligenzminderung nicht an, weshalb nicht beurteilt werden kann, inwieweit die Betreuung dadurch beeinflusst wurde bzw. wie viel Kontakt mit der Klientin tatsächlich möglich war. Auch geht die Expertin nicht genau darauf ein, inwiefern die therapeutische Beziehung hier hilfreich war. Ihre Schilderungen zu diesem Fall sind auf einzelne Schlagworte reduziert, bis auf die kurze Nebenbeschreibung, dass die Beziehung eine tragende gewesen sei. Jedoch kann angesichts der abschwächenden Phrase „ich glaube“ davon ausgegangen werden, dass die Expertin selbst unsicher ist, welche Interventionen und Methoden nun tatsächlich positiv wirkten. Des Weiteren beschreibt die Expertin die Beziehung lediglich grob als „Betreuung“, wobei hier nicht spezifiziert wird, ob es sich um eine psychotherapeutische, psychologische oder pädagogische Betreuung handelte. Da ihr der Titel der vorliegenden Arbeit zu Beginn des Interviews mitgeteilt wurde, kann der Rückschluss gezogen werden, dass die Expertin hier eine psychotherapeutische Betreuung meint. Auch fällt auf, dass sie eben nicht von einer „Behandlung“ sprach, sondern von einer „Betreuung“, wodurch die Pathologisierung von Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung bewusst vermieden wird.

„(...) also sie hatte eine ziemlich klassische, spezifische Phobie gehabt (...)“ (NB, Absatz 68)

Bei diesem Abschnitt fällt der Gebrauch des abschwächenden Wortes „ziemlich“ in Kombination mit einer augenscheinlich sicheren Diagnose auf. Was genau die Expertin mit „ziemlich“ in Bezug auf eine „klassische, spezifische Phobie“ meint, bleibt jedoch fraglich. Vielmehr wirkt es als Füllwort bzw. als vage Angabe, um

möglicherweise die Phobie in ihrer Schwere abzuschwächen. Die Bezeichnung als „klassische, spezifische Phobie“ kann darauf hindeuten, dass es sich um eine tiefgehende Angst, um eine häufig auftretende Angst oder auch um eine im Moment sehr stark auftretende Angst handelte. Doch was ist mit einer „klassischen Phobie“ gemeint, was mit einer „spezifischen“? Die gewählte Wortkombination verweist letztlich eben nicht auf das Spezifische, was sie zu bezeichnen vorgibt, sondern lässt Zuhörer*innen im Unklaren. Für Zuhörer*innen bleibt der Eindruck, dass die Expertin die Diagnose ihrer Klientin, möglicherweise zu deren Schutz, verschleiern möchte und deshalb die Phobie nicht ausdrücklich benennt. Vielmehr bezieht sich die Expertin auf eine angenommene gemeinsame Wissensbasis von ihr selbst und ihrem Gegenüber, wengleich es sich nicht um Bezeichnungen handelt, die in der psychotherapeutischen Forschung derart gebraucht werden. Eine weitere Lesart kann sein, dass sich die Expertin selbst über die Phobie nicht im Klaren ist und deshalb auf nichtssagende Adjektiva zurückgreift. Möglicherweise ist es auch der Versuch, Zuhörer*innen wissentlich in die Irre führen zu wollen, um von der eigenen Unsicherheit über die Diagnose ihrer Klientin ablenken zu können.

*„(...) war ganz viel möglich (...) über Rollenspiele, symbolisieren, sicherer Ort (...).“
(NB, Absatz 68)*

„mhm mhm, bei dem IM Mädchen, hat es mich gewundert, dass sie sich so gut auf den sicheren Ort einlassen konnte. Das habe ich so irgendwie nicht erwartet gehabt (...).“ (NB, Absatz 76)

Für die SA soll nachfolgend lediglich auf den zweiten Satz eingegangen werden, da dieser mehrere Bedeutungsebenen beinhaltet, die einer detaillierten Analyse bedürfen. Der erste Satz soll lediglich zur Veranschaulichung des Kontexts, in dem der relevante Satz geäußert wurde, dienen. Was meint die Expertin damit, wenn sie sagt, das habe sie „so irgendwie nicht erwartet“? Es erweckt den Eindruck, als ob sie vorweg schon davon ausgegangen wäre, dass ein Mädchen mit Intelligenzminderung kognitiv nicht in der Lage wäre, sich auf den sicheren Ort einlassen zu können. Hier kann herausgelesen werden, dass die Expertin mit verschiedenen Methoden experimentierte und dadurch auf eine Methode stieß, die eine positive Wirkung

entfaltete. Dieses anfängliche Ausprobieren und die Unsicherheit, welche Methoden Wirkung zeigen könnten, lässt darauf schließen, dass sie möglicherweise über wenig Vorerfahrung mit Menschen mit Intelligenzminderung verfügte. Ihre Überraschung über die positive Wirkung der gewählten Methode verstärkt diesen Eindruck zusätzlich. Auch das unbestimmte Wort „irgendwie“ zeigt an sich wenig Prägnanz und erweckt die Annahme, dass sich die Expertin in ihrer Arbeit mit dem Mädchen auf wackeligem, unsicherem Boden befand.

In einer weiteren Textpassage beschreibt eine Expertin, wie sie mit einem Mädchen mit geistiger Behinderung im Volksschulalter an dessen Ängsten vor Wasser arbeitete und dass ihr hierbei die Option, ins Leben bzw. ins Feld hinauszugehen, therapeutische Möglichkeiten einräumten:

„es war in einer Institution, was gut war, weil man da einfach, mehr Möglichkeiten gehabt hat, (...) Thema war Wasser. Irgendwie alle in der Schule gehen schwimmen, und sie kann nicht schwimmen, sie hat Angst vor Wasser, das würde ich in der freien Praxis nicht abdecken können (...).“ (NB, Absatz 70)

Eine detaillierte SA des Gesagten zeigt, dass die Expertin der Meinung ist, in einem Institut besser an den Ängsten des Mädchens arbeiten zu können als in freier Praxis. Dies lässt darauf schließen, dass sie sich in freier Praxis selbst Grenzen auferlegt, und lässt unweigerlich die Frage aufkommen, weshalb sie in freier Praxis nicht mit Klient*innen mit geistiger Behinderung zum Wasser gehen könnte. Möglicherweise würde es zu viel Zeit in Anspruch nehmen, wodurch sich die Anzahl der Therapiestunden und der damit verbundene Preis deutlich erhöhen würde. Denkbar wäre auch, dass versicherungstechnische Aspekte die Expertin daran hindern, mit Klient*innen außerhalb der Praxis zu arbeiten, da dies den Versicherungsschutz der Therapie aufheben würde. Ihre Betonung, dies nicht zu „können“, das heißt nicht die Möglichkeiten dazu zu haben, lässt jedoch darauf schließen, dass die Bereitschaft dazu ihrerseits grundsätzlich vorhanden wäre.

Weiters beschreibt diese Expertin anhand von zwei Fallvignetten, wie sie mit einem Mädchen mit geistiger Behinderung im Volksschulalter an Schulängsten arbeitete und wie ihr Rollenspiele therapeutische Möglichkeiten gestatteten:

„(...) und auch in der Schule, vor der Klasse zu reden, also das war in der Klasse ein großes Thema, in der Klasse zu reden, frei zu sprechen, sich zeigen zu müssen, können, dürfen, also, das war Thema bei ihr. Und mit Intelligenzminderung ist es natürlich in der Integrationsklasse auch nochmal schwierig, weil alle wissen das sie IM ist, sie weiß es, die Klasse weiß es, die Lehrer wissen es und natürlich sind Kinder oft gemein. Ahn, also das war großes Thema, und wir haben da im Rollenspiel ganz viel geübt, Gefühle externalisiert, (...).“ (NB, Absatz 72)

Aus dieser Schilderung ist herauszulesen, dass die Expertin meint, ein Leben mit Intelligenzminderung sei „natürlich“ schwierig und dass „natürlich“ auch in einer Integrationsklasse Gemeinheiten unter den Kindern stattfinden würden. Dies sei auch der Punkt, an dem sie mit dem Mädchen psychotherapeutisch arbeitete. Vor allem sei es gemäß der Interviewten in einer Integrationsklasse noch einmal schwieriger für Menschen mit Intelligenzminderung. Den Grund dafür nennt sie in diesem Zusammenhang jedoch nicht. Unweigerlich stellt sich hier die Frage, wieso es in einer Integrationsklasse – einem Ort, von dem man erwarten kann, dass Intelligenzminderung in einer höheren Häufigkeit auftreten – „natürlich“ schwierig sei. Man könne annehmen, die Expertin spräche hier von einem Einzelfall oder einer Besonderheit, als würden Intelligenzminderung in einer Integrationsklasse nur äußerst selten auftreten, wodurch der Klientin „natürlich“ eine Außenseiterrolle in der Klasse zukomme.

„Ja, (...) Also ein anderes Mädchen, ein Mädchen, an das ich gerade jetzt denke, die war auch so eine engagierte Schauspielerin. Also von der IM schulisch sehr sehr schwierig, aber wenn sie mal sein durfte, was ihr grad einfallt, ohne dass sie etwas wissen musste. Da hat sie sich eben dann im sicheren Rahmen gern gezeigt, und da war sie dann über Rollenspiele voll gut. Wenn man zum Beispiel mal die Lehrerin sein darf. Und dann hat sie mich voll fertig gemacht. Quasi, haha, also ich die arme Schülerin und sie die Lehrerin, sie die machtvolle und die große, und starke und und dann auch die Eltern kommen und das Kind beschützen, vor dieser bösen Lehrerin und so. Und ja, ist interessant so irgendwie, das spielerisch passe, das ist ihr wirklich sehr leichter gefallen, mir ist es leichter gefallen mit IM Personen und jugendlichen zu

arbeiten, (...) mehr Methoden anzuwenden, mehr zu merken, was da wirklich sichtbar, merkbar wirksam ist.“ (NB, Absatz 79)

Hier skizziert die Expertin eine Situation, nach der sich ihre Klientin, ein Mädchen mit geistiger Behinderung, in der Opferrolle sah. Die Klientin konnte durch Rollenspiele sowohl in die Täter- als auch in die Beschützerrolle schlüpfen, wodurch ihr ein Perspektivenwechsel sowie das Externalisieren von Gefühlen ermöglicht wurde.

Alle Expertinnen geben an, dass die Wertschätzung gegenüber ihrer Klient*innen und der geschützte Rahmen, den man im therapeutischen Setting anbietet, viele Möglichkeiten bieten würde, Vertrauen aufzubauen. Dadurch würde die Arbeit am Kontakt ermöglicht und der Raum geöffnet, um sich ein Stück weit verbalisieren zu können. Auch sei es dadurch möglich, auf die Klient*innen und ihre Bedürfnisse individuell und flexibel einzugehen.

Viele Möglichkeiten würden sich, nach Schilderungen der Expertinnen, auch durch die dialogische Arbeitsweise ergeben. Darüber hinaus würde die IGT viele weitere Methoden anbieten, beispielsweise kreative Ansätze (zum Beispiel Malen oder kreatives Denken). Durch einen spielerischen, lockeren und humorvollen Zugang sowie eine niedrigere Erwartungshaltung könnte sich eine Vielzahl an Möglichkeiten ergeben und alternative Lösungswege für Klient*innen gefunden werden. Auch sei es nötig, die Klient*innen immer wieder zu bestärken und Vertrauen zu schaffen. Entwicklungspsychologische Zusatzinformationen könnten hilfreich sein, um die Therapieziele zu formulieren. Es dürfe jedoch auch die Komorbidität der Klient*innen nicht außer Acht gelassen werden und jeder Mensch individuell gesehen und in seiner Andersartigkeit wertgeschätzt werden.

6.1.1 Unterkategorie 1 „Hilfreich“

Der Unterkategorie „Hilfreich“ wurden 57 Textstellen zugeordnet. Die Kodierregel lautet: „alle Textstellen, in denen von Seiten der Expertinnen etwas als hilfreich angesehen und angewandt wurde“. Die Interviews zeigen, dass die IGT als hilfreiches Instrument in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung empfunden wurde.

Eine Expertin gibt beispielsweise an, dass sie bei einer Klientin, einem Mädchen im Volksschulalter mit Intelligenzminderung, hilfreiche Erfahrungen mit Rollenspielen gemacht habe:

„genau, genau, auf dieses Erleben zu gehen, tatsächlich. (...) und wir haben dann im Rollenspiel ganz viel geübt, Gefühle externalisiert, ja (...) zu merken, da gibt's was, das hilft mir, was zu ändern (...).“ (NB, Absatz 72)

Analysiert man diese Textpassage genauer, kann herausgelesen werden, dass es der Expertin wichtig gewesen war, der betroffenen Person Änderungen in ihrem Leben zu gestatten. Ob sie nun im zweiten Satz meint, dass sie merkt, dass es etwas gebe, ihr selbst zu helfen oder ob sie hier in der dritten Person über jemanden spricht, ist nicht herauszulesen. Man könnte meinen, es gebe etwas, was ihr helfe an jemanden anderes etwas zu ändern, wodurch die Selbstwirksamkeit der Klient*innen eingeschränkt werden würde.

Eine weitere Befragte gibt an, dass sie hilfreiche Erfahrungen mit dem dialogischen Prinzip gemacht habe. Damals habe sie eine Klientin Mitte zwanzig in einer Einrichtung für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung betreut:

„(...) und was hilfreich war, also, ich mein das find ich halt das Schöne, dass (...) es ja im Endeffekt dann wieder um das Dialogische geht, ja (...).“ (JS, Absatz 129)

Grundsätzlich zeigt dieser Satz die Zufriedenheit der Expertin mit dem dialogischen Prinzip, sofern sich „das Schöne“ im ersten Satzteil auf das Ende der Passage bezieht. Es kann sich jedoch auch auf das zuvor Gesagte beziehen, dass also die Expertin ihre Zufriedenheit mit dem, was hilfreich war, ausdrückte. Des Weiteren meint sie, dass es „im Endeffekt dann wieder um das Dialogische [gehe]“, was darauf schließen lässt, dass sie dies als Kern der therapeutischen Arbeit ansieht. Man müsse als Psychotherapeut*in in seiner Arbeit demnach immer das dialogische Prinzip anwenden, um Heilung zu erzeugen.

„(...) im Endeffekt, geht dann find ich darum, einfacher zu werden, ja, und das find ich dann auch schön, an der IGT, also da so einfache Fragen zu stellen, zuerst ja, wie war der Tag, was esse sie gern.“ (JS, Absatz 133)

Dieses Beispiel zeigt, wie die Expertin mit Hilfe von einfachen Fragen den Kontakt zu ihren Klient*innen herstellte. Hier verwendet sie erneut die Phrase „im Endeffekt“, was folglich bedeutet, man brauche zur Zielerreichung lediglich einfache Fragen zu stellen. Auch sagt sie, dass dies das Schöne an der IGT sei. Dies kann so gelesen werden, als ob es nur in dieser einen Therapieschule die Möglichkeit der einfachen Fragestellungen gäbe oder es ohne den Rückhalt der IGT gar nicht denkbar wäre, einfache Fragen stellen zu können.

Nachfolgend schildert eine Expertin eine Situation, in der sie eine Klientin mit geistiger Behinderung im Rahmen eines Instituts betreute. Diese habe sich als äußerst affektflach gezeigt und sich ihrem Gegenüber nicht öffnen können. Auch in dieser Situation wurde die IGT als äußerst hilfreich empfunden:

„(...) und warum sie sich überhaupt nicht öffnen konnte und ich (...) kann das bis heute nicht ganz einschätzen, auf jeden Fall, die IGT war da hilfreich, ja.“ (JS, Absatz 168)

Bei der Analyse der Interviewpassage zeigt sich das auch gegenwärtig noch bestehende Unverständnis der Expertin darüber, dass sich die Klientin ihr gegenüber nicht öffnen konnte. Einerseits wird dadurch deutlich, dass sie das Verhalten der Klientin und ihre persönliche Rolle im therapeutischen Prozess reflektierte bzw. noch zum Zeitpunkt des Interviews reflektiert, andererseits, dass sie selbst mit dem Fall noch nicht abgeschlossen hat. Möglicherweise gab ihr die Klientin keine Gründe für ihre reservierte Haltung, möglicherweise fragte die Therapeutin jedoch auch nicht danach. Inwieweit in dieser Situation nun die IGT hilfreich war, wird im folgenden Absatz näher beschrieben:

„(...) Geschichten erzählt haben. Also ich habe auch mitgemacht (...) über diesen Weg, sind dann schon immer wieder Botschaften über ihr Leben gekommen (...).“ (JS, Absatz 170)

Anhand dieses Zitates wird anschaulich, wie hilfreich eine authentische Haltung von Therapeut*innen sein kann, indem sie sich auf Augenhöhe mit den Klient*innen begeben und ebenfalls Geschichten über sich erzählen. Damit werden sie für die Klient*innen zu einem gleichrangigen Gegenüber.

„(...) ja, durch diese Würfel du diese Bilder und genau das wollte ich sagen, was ich schon sagen muss, grad in dem Bereich mit ah ahh ist es halt dann auch, finde ich hilfreich, oder manchmal ist es halt hilfreich, gemeinsam auf etwas Drittes zu schauen, weil der direkte Kontakt oft zu intensiv ist, und ich glaube, es war da mit dem Würfel leichter für sie. (...).“ (JS, Absatz 170)

In der Satzsequenz „grad in dem Bereich mit ah ahh“ wird die Vermeidung des Begriffes „Behinderung“ evident. Diese Vermeidungshaltung wirft die Frage auf, ob die Expertin hier ihren Redefluss abrupt stoppt, bevor sie etwa das Wort „Behinderte(n)“ ausgesprochen hätte. Dies wäre in heutiger Zeit auch politisch inkorrekt und würde, was der Expertin gewiss bewusst ist, negativ aufgefasst werden. Möglicherweise ist ihr jedoch auch im Redefluss schlicht die politisch korrekte Bezeichnung für Menschen mit geistiger Behinderung nicht eingefallen, weshalb sie auch sinnhaft beim Inhalt bleiben und den gedachten Gedanken nicht verlieren wollte. In dieser Lesart kann „ah ahh“ als ein Füllwort interpretiert werden, bei dem die Expertin auf der gemeinsamen Wissensbasis mit der Interviewerin aufbaut. Weiters wäre es möglich, dass die Expertin selbst noch keinen für sie passenden Begriff zur Bezeichnung dieser Personengruppe gefunden hat, weshalb sie ihn gänzlich zu vermeiden versucht.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass alle Expertinnen es als hilfreich ansehen, mit den Klient*innen in einen Dialog zu treten (NB, Absatz 72; JS, Absatz 129). Auch die Offenheit für die Individualität der Klient*innen – beispielsweise, dass Menschen mit geistiger Behinderung oftmals mehr verstehen als zunächst angenommen – sei mitzubringen, um ‚Aha-Erlebnisse‘ haben zu können. Weiters sei es hilfreich, eine Atmosphäre zu schaffen, in der sich die Klient*innen in der Therapie wohlfühlen. So könnten sie Dinge aussprechen, die in anderen Kontexten oft nicht möglich sind (JS, Absatz 170). Zuletzt sei es noch hilfreich, keine hohe Erwartungshaltung an sich selbst,

die Klient*innen und die Therapie mitzubringen, sondern auch einfache und kreative Methoden zuzulassen, ohne dadurch verunsichert zu werden (JS, Absatz 133).

6.2 Oberkategorie 2 „Grenzen“

Da die Expertinnen selbst im Interview häufig den Unterschied zwischen Grenzen und Schwierigkeiten betonen, erachtete ich es als wichtig, bei der Auswertung zu differenzieren. Aus diesem Grund wurde zusätzlich die Unterkategorie „Schwierigkeiten“ geschaffen.

Insgesamt 26 Textstellen wurden der Oberkategorie „Grenzen“ zugeordnet. Die Kodierregel lautete dabei: „alle Textstellen, in denen über die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung berichtet wurde, bei der die Expertinnen angaben, an ihre Grenzen gestoßen zu sein“. Vorab ist zu erwähnen, dass von allen Expertinnen direkt oder indirekt angemerkt wird, dass sie Grenzen in der IGT nicht ausschließlich als negativ oder als Hindernis betrachten. Vielmehr geben sie an, auftauchende Grenzen auch willkommen zu heißen und aktiv mit diesen zu arbeiten. Zudem merken sie an, Grenzen oftmals im Außen erlebt zu haben, das heißt im Umfeld der Klient*innen, da dieses manchmal als zu einflussreich erlebt wird. Auch sei es zu Stigmatisierungen gekommen, bei denen der Mensch nicht in seinen Fähigkeiten, sondern in seinem Anderssein entwertet worden war. Den möglichen Einfluss des Umfeldes zeigt folgendes Zitat:

„Ja, ja das ist halt so eine Sache, ja ich habe ja auch erlebt. (...) wo die Grenzen ja eher darin liegen, auch ah ah sag ich mal auch so, mit Forderungen vom Umfeld, wo die die Leute hinhaben wollen.“ (JS, Absatz 174)

Diese Art zu formulieren kann darauf hinweisen, dass die Expertin lange gebraucht hat, um mit den Forderungen des Umfelds umgehen und diese akzeptieren zu können. Die Phrase „ah ah, sag ich mal auch so“ schwächt die Anschuldigungen, die anschließend an das Umfeld der*die Klient*in gerichtet werden, ab, um dieses nicht allzu negativ darzustellen. Dennoch begegnet die Expertin Grenzen durchaus mit einer offenen, positiven Haltung und begrüßt diese in der Therapie, wie das folgende Zitat zeigt:

„(lacht) Ja, das Schöne an der IGT ist, dass wenn du an Grenzen stoßt, dass du das gleich wieder nutzen kannst (lacht). Und sie ist oft dagesessen und hat gesagt, das will ich alles nicht (lacht), ja.“ (JS, Absatz 184)

Hieran ist zu erkennen, wie humorvoll die Expertin mit schwierigen Situationen umgeht. Es wird deutlich, dass sie die Bedürfnisse und Wünsche der betreffenden Klientin in der Therapiestunde akzeptiert und generell auch einer ablehnenden Haltung positiv gegenübersteht, da an dieser Ablehnung sogleich wieder therapeutisch gearbeitet werden könne.

Eine Expertin gibt an, die Erfahrung gemacht zu haben, dass die Grenzen vom kognitiven Niveau der Klient*innen abhängen. Der Expertin zufolge stoße sie bei Klient*innen im niedrigen IQ-Bereich eher an ihre Grenzen als bei jenen im höheren IQ-Bereich. Die Schwierigkeit, den Klient*innen Erklärungen verständlich zu machen – beispielsweise hinsichtlich zeitlicher und örtlicher Strukturen – sei für sie eine Herausforderung gewesen. Eine besonders klare Grenze zeige sich laut ihr beim abstrakten Denken, wenn sie Menschen mit geistiger Behinderung im unteren IQ-Bereich nicht begreifbar machen kann, dass es sich um Projektionen handelte. Dies zeigen die nächsten beiden Zitate:

*„(...) also dass war wirklich also so richtig, ich würde jetzt einmal sagen, a- ahm, schon so eine Projektion (...) deshalb dann auf mich eben ah übertragen hat (...).“
(MS, Absatz 52)*

„(...) ja und das war absolut nicht möglich, das in irgendeiner Weise begreifbar zu machen, dass des eben nicht mein Thema ist (...).“ (MS, Absatz 54)

In diesen beiden Passagen schildert die Expertin, dass sich die kognitiven Grenzen bei der Klientin vor allem beim abstrakten Denken abgezeichnet hätten und es kaum bis gar nicht möglich gewesen sei, ihr eine Projektion verständlich zu machen. Die Expertin verwendet zur Beschreibung dieser Projektion die Worte „wirklich also so richtig“, was möglicherweise auf ihre Verwunderung über diesen Umstand hindeutet, doch durch die anschließende Phrase „würde ich jetzt einmal sagen“ und das Füllwort „a- ahm“ wird eine Abschwächung des zuvor zweimal Betonten sichtbar.

Eine weitere Expertin sieht ihre Grenze eher bei den Angeboten, die sie den Klienten gerne machen würde, jedoch aus verschiedenen Gründen oft nicht machen könne. Nachfolgend beschreibt sie die Situation bei einem Mann mit geistiger Behinderung Mitte vierzig, der in freier Praxis zu ihr gekommen war:

„(...) also ich würde bei ihm manchmal mehr anbieten (...) ich merke aber, dass es nicht geht, und das kann auch einfach sein, dass er nicht der Mensch ist für irgendwelche Imaginationen oder ähnliches (...) und oder dass er einfach (...) in einer anderen Denkschiene ist (...) gäbe viele Dinge, wo ich glaube, das kann man ausprobieren, aber irgendwie steigt er nicht drauf ein.“ (NB, Absatz 38)

*„das klingt jetzt vielleicht komisch (...) aber vielleicht ist er einfach zu anders (...)“
(NB, Absatz 40)*

Diese Expertin schildert ihre Erfahrung mit gescheiterten Angeboten bei einem ihrer Klienten. Den fehlenden Erfolg führt sie jedoch nicht auf seine Intelligenzminderung zurück, sondern darauf, dass „er nicht der Mensch“ dafür gewesen sei und „dass er einfach (...) in einer anderen Denkschiene [sei]“. Dies ist möglicherweise ein Versuch, ihn vor den Konsequenzen einer Intelligenzminderung zu schützen und es zu vermeiden, seine mangelnde IQ-Reife als Ursache für die Schwierigkeiten mit ihm anzusehen. Am Ende schwenkt sie jedoch um und deutet doch Konsequenzen durch die Intelligenzminderung an, da er eventuell „zu anders“ sei. Zwar spezifiziert die Expertin nicht genauer, wie sich diese Andersartigkeit für sie manifestiert, doch lassen die vorhergehenden Äußerungen darauf schließen, dass sie auf seine mangelnde Fähigkeit zu abstraktem Denken und Imaginationen anspielt. Auch ist es denkbar, dass sie diese Andersartigkeit als Abweichung von der Norm, also Menschen ohne geistiger Behinderung (wie sie selbst), sieht und dies als Erklärung für den Misserfolg ihrer Methoden heranzieht.

Eine weitere Expertin machte laut ihrer Auskunft die Erfahrung, dass die Arbeit mit Menschen mit Behinderung oft nicht immer einfach und eine Herausforderung sei, doch dies habe sie nicht ausschließlich als Grenze erlebt, sondern eher als brauchbaren Widerstand. Auch wird von einer Expertin geschildert, dass sie die Grenzen eher hinsichtlich der Rahmenbedingungen erlebt habe als bei der Arbeit mit

Menschen mit Behinderung selbst. Dies zeigt auch folgende Textpassage, in der sie die Arbeit mit einer ihrer Klient*innen, einer Dame Mitte zwanzig mit geistiger Behinderung, beschreibt:

„(...) also da hätte es dann wesentlich mehr an Betreuung ahh für den Rahmen geben müssen, den ich so in da Praxis nicht zu Verfügung stelle konnte. Ja, weil dann hätte ich das Vor- und Nachbetreuen müssen und (...) bei einer Minderbegabung und einer Lernstörung (...) mit sonderpädagogischem Förderbedarf, wo (...) versucht man den Rahmen zu halten. Ich könnte anbieten von der Bushaltestelle abholen und solche Geschichten (...) hat komplizierend reingespielt.“ (MS, Absatz 62)

6.2.1 Unterkategorie 2 „Schwierigkeiten“

Insgesamt wurden 43 Textstellen der Unterkategorie „Schwierigkeiten“ zugewiesen. Die Kodierregel lautete dabei: „alle Textstellen, in denen über die Behandlung von Menschen mit Behinderung berichtet wurde, die von den Expertinnen als schwierig empfunden wurden“. Hier ein Beispiel:

„(schnauft) also die Dame hat nicht gesprochen.“ (JS, Absatz 127)

In dieser Passage spricht die Expertin darüber, dass es sich für sie in dem konkreten Fall als schwierig erwies, dass die von ihr in einem Institut betreute Klientin (Mitte zwanzig) im Laufe der Therapie kaum bis gar nicht gesprochen habe. Seufzend erzählt die Expertin darüber, dass sie die Arbeit mit der Klientin, die nicht sprach, als eine für sie anstrengende Herausforderung erlebte und sich erst mit der Zeit an die nonverbale Kommunikation gewöhnen konnte. Die Expertin habe sich im Laufe der Zeit jedoch vermehrt mit dem Einbezug von kreativen Medien beholfen, um mit der Klientin zu kommunizieren und in Kontakt zu kommen.

Bei einer detaillierten Analyse der Textpassage fällt vor allem das betonte, spontane Schnaufen vor der Äußerung auf, wodurch diese noch stärker in den Vordergrund gerückt wird. Dies ist möglicherweise auf die Anstrengung der Expertin zurückzuführen, die sie bei der Arbeit mit der Klientin empfunden hatte. Auch schildert sie den darauffolgenden Satz erst nach einer kurzen Redepause und mit strapazierter

Tonlage, wodurch der Eindruck, dass die Betreuung der Klientin äußerst anstrengend war, noch verstärkt wird. Denkbar ist auch, dass dies die Ratlosigkeit der Expertin zum Ausdruck bringen soll, wie sie mit Klient*innen, die nicht sprechen, in Kontakt kommen kann.

Eine weitere Expertin gibt an, dass die Betreuung von Klient*innen mit Intelligenzminderung für sie deshalb so schwierig gewesen sei, da sie nicht überprüfen konnte, ob ihr Gesagtes bei den Klient*innen so ankam, wie sie es meinte. Dies habe sie häufig unter Stress und Druck gesetzt. Vor allem bei Klient*innen in einem niedrigen IQ-Bereich habe sie die therapeutische Arbeit als besonders schwierig empfunden, da die Kontaktaufnahme beeinträchtigt und eine Rückkoppelung nicht immer spür- bzw. sichtbar gewesen sei. Sie gibt an, nicht gewusst zu haben, woran sie Reaktionen festmachen und wodurch sie überprüfen sollte, dass sich die Klient*innen auf gleicher Ebene mit ihr befinden.

*„(...) umschriebene Diagnose (...) arbeitet schon in einem geschützten Bereich (...) im Hintergrund, also einen betreuten Wohnverbund. Und also in Sprache und Gedanken, wo ich gemerkt habe, dass er ein bisschen einfacher strukturiert ist (...).“
(NB, Absatz 36)*

Bei dieser Äußerung verhält sich die Expertin eher zögerlich, wodurch der Eindruck entsteht, als ob ihr die Tatsache, dass der Klient „ein bisschen einfacher strukturiert“ war, suspekt gewesen war. Womöglich wurde dieses Gefühl dadurch ausgelöst, dass sie in eine andere Welt eintauchen und den Klienten zunächst zu verstehen lernen musste. Hierbei geht sie jedoch nicht näher ins Detail, was möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass sie in diesem Fall ihr eigenes Unvermögen eingestehen hätte müssen, mit dem Klienten in Kontakt zu treten.

Eine weitere Expertin gibt an, es als schwierig zu empfinden, wenn sie Klient*innen betreut, die in ihrer Gedächtnisfähigkeit eingeschränkt sind und die Probleme bei der Planung von Terminen haben und deshalb auf Hilfe aus dem Umfeld angewiesen sind. Besonders wenn sie weiß, dass die Klient*innen ohne Unterstützung nicht zur richtigen Zeit am richtigen Ort sein würden, ist die Umfeldarbeit von großer Bedeutung. Diese gestaltete sich in der Vergangenheit oftmals als problematisch, wie das folgende Zitat zeigt:

„(...) also wie schafft's der Mensch daher zu kommen, Wege zu gehen, die Termine ihm so geordnet ihm zu planen (...) das Umfeld, wie das somit hineinspielt, sehr wichtig war, viel wichtiger, als wenn halt der Mensch, die Person halt ah selbständig auf den Beinen steht und das alles selbst leben kann und das selbst managen kann, so organisatorische Geschichten, so Planungsgeschichten (...).“ (MS, Absatz 64)

Es sei für die Expertin schwierig gewesen, manchen Klient*innen mit geistiger Behinderung verständlich zu machen, dass es zeitlich ein Dazwischen gibt – dass es also zwischen zwei Terminen eine Wartezeit gibt. Dies wäre oft nicht möglich gewesen, es sei für die Klient*innen nicht antizipierbar gewesen (MS, Absatz 64).

Weiters thematisieren zwei Expertinnen das Thema der Freiwilligkeit. Sie schildern, dass ihnen in der Vergangenheit oftmals Klient*innen von Institutionen oder Einrichtungen zugewiesen wurden, bei denen evident wurde, dass die Therapie eine Forderung von außen war. Alle Expertinnen merkten in ihrer Tätigkeit, dass sich manche Klientinnen nicht mit ihren Diagnosen oder ihrer Intelligenzminderung auseinandersetzen wollten, wodurch die Therapeutinnen auf Widerstand stießen. Dies sei für sie eine Herausforderung gewesen. Auch sei es in der Therapie unabdingbar gewesen, Missverständnisse auszuräumen. Klient*innen hätten sich manchmal nicht verstanden und angegriffen gefühlt, wobei den Expertinnen wiederum die Gründe dafür nicht nachvollziehbar waren. Auch sei es für alle Expertinnen schwierig gewesen, bereits gestellte Befunde zu erhalten. Oftmals sei nicht klar gewesen, ob die Klient*innen schon einen klar umgrenzten Leistungs- oder IQ-Nachweis haben.

6.3 Oberkategorie 3 „Arbeitsgestaltung“

Der Oberkategorie „Arbeitsgestaltung“ wurden 100 Textstellen zugeordnet. Die Kodierregel lautete dabei: „alle Textstellen, in denen über die Arbeitsweise bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung berichtet wurde“.

Folgende Absätze zeigen, wie die Expertinnen ihre Arbeit auf kreative, abwechslungsreiche Art und Weise gestalten – beispielsweise, indem sie die therapeutische Beziehung fördern, Rollenspiele spielen oder Geschichten erzählen (NB, Absatz 72; JS, Absatz 135; JS, Absatz 170). Alle Expertinnen gaben an, mit Stofftieren oder Puppen sowie Symbolen zu arbeiten. Auch die Durchführung von

Experimenten und die Einbeziehung der Komponente der Langsamkeit unterstütze sie dabei, mit den Klient*innen gut in Kontakt kommen zu können. Im Großen und Ganzen kann man herauslesen, dass es oftmals nicht die komplexen, lange geplanten Interventionen sein müssen, um Menschen mit geistiger Behinderung gut begleiten und erreichen zu können. Vielmehr sind Spontaneität und Offenheit seitens der Therapeut*innen wichtig, um dadurch auf so manche Fähigkeit der Klient*innen stoßen zu können, mit denen man zunächst nicht gerechnet hat. Auch im nachstehenden Auszug wird deutlich, wie eine Expertin die Beziehungsgestaltung für die therapeutische Arbeit als wichtig erachtet. Folgend habe ich mich bewusst auf Schlagwörter eines Kommentares passend dazu beschränkt.

„(...) 5 oder 6 Jahre lang betreut, (...) ohne Beziehung wird's schwierig, aber mit der Beziehung war mit der (...) viel möglich (...).“ (NB, Absatz 68)

Auffällig in der obigen Sequenz ist hier die verneinende Satzkonstruktion. Die Verneinung „ohne Beziehung wird's schwierig“ deutet darauf hin, dass die Expertin auch das therapeutische Arbeiten, ohne eine stabile Beziehung zu Klient*innen zu haben, kennt. Ob sie diese in der Selbsterfahrung oder als Therapeutin erlebte, wird zwar nicht erwähnt, doch der Satz lässt darauf schließen, dass sie möglicherweise auch die gegenteilige Arbeitsform erfahren hat. Weiters wäre es denkbar, dass sie lediglich auf ihr Wissen über die aktuelle Forschung, das sie in ihrer therapeutischen Ausbildung erworben hat, referenziert.

Nachkommend beschreibt eine Expertin eine entwicklungspsychologische Sichtweise mit dem Blick auf den „Ego State“, der in einer Fallvignette gezeigt wird. Alle Expertinnen geben an, dass sie eine entwicklungspsychologische Sichtweise in ihre therapeutische Arbeit bewusst miteinbeziehen und bei ihrer Arbeitsgestaltung berücksichtigen würden.

„(...) also ich finde, ich würde entwicklungspsychologisch, also ich würde vom Ego State (...).“ (JS, Absatz 152)

„(...) Ja, 5. Also es hat eine Seite an ihr gegeben, die war 5, ja.“ (JS, Absatz 156)

„(...) und gleichzeitig hat sie ahm, (...) hat sie schon im Leben auch bestehen können.“ (JS, Absatz 158)

„(...) in der Gefühlswelt und entwicklungsdiagnostisch würde ich sie, natürlich auch da irgendwo nochmal jünger sehen, aber (...) ich denke auch viele Traumatisierungen, die da auch mitspielen.“ (JS, Absatz 166)

Die vier Zitate dieser Expertin deuten auf eine Verunsicherung hin. Ihr Sprachgebrauch ist stockend und im Ausdruck zögerlich. Die Phrase „ich würde sagen“ mit Zuhilfenahme des Konjunktivs hat beinahe revidierenden Charakter. Man könnte meinen, dass sich die Expertin hier nicht festlegen und die Klientin in ihrer emotionalen Entwicklung nicht jünger darstellen will, als sie körperlich erschien. Auch die Ergänzung, dass Traumata hineinspielen würden, kann als Rechtfertigung für ein emotional jung gebliebenes Alter angesehen werden. Woher wurzelt die Scheu, offen und flüssig über die emotionale Entwicklung der Klientin zu sprechen? Möglicherweise ist auch dies ein Schutzmechanismus, um die Klientin vor einer (Vor-)Verurteilung zu schützen. Darauf lässt auch die Betonung, dass dies lediglich „eine (!) Seite an ihr“ gewesen sei, schließen.

Alle Expertinnen geben an, dass sie ihre Arbeit in Bezug auf das Hier und Jetzt gestalten. Beispielsweise werden einfache Fragen zum Erleben und Wahrnehmen in einem spezifischen Moment, wenn die Klient*innen aus dem Fenster sehen, gestellt. Dies verdeutlichen auch die beiden folgenden Zitate.

„(...) und was ist denn ihre Lieblingsmusik und wie wohnen sie und was sehen sie, wenn sie aus dem Fenster rausschauen (...) ganz langsam, das weiß ich genau, so war das, da habe ich mich dann ganz lange mit ihr drüber unterhalten, ja.“ (JS, Absatz 135)

Die Expertin erzählt, dass sie lange versucht habe, die oben angeführten Klientin im Hier und Jetzt abzuholen, um ihr den Moment bewusst zu machen. Zunächst banal klingende Fragen (zum Beispiel was die Klientin gerade sehe) werden von der Expertin als Intervention vorgestellt und rücken dadurch in ein positives Licht. Es ist anzunehmen, dass Menschen, die mit dieser Arbeitsweise nicht vertraut sind,

zunächst irritiert oder verunsichert werden. Die Expertin betont im Interview vor allem die Langsamkeit, mit der sie diese Technik durchführte und der Klientin so das Hier und Jetzt bewusst machen konnte.

Aus den oben analysierten Interviewpassagen wird deutlich, dass alle Expertinnen es als wertvoll zu erachten, den Klient*innen ohne Vorannahmen oder Erwartungen zu begegnen. Viel wichtiger sei es, die Klient*innen als Individuen wahrzunehmen, auf ihre Bedürfnisse zu achten und ihnen in der Gegenwart gegenüberzutreten. Im Mittelpunkt steht dabei das individuelle Erleben der Klient*innen und die Unterstützung durch die Expertin, die erlebten Gefühle zu externalisieren. Auch das Miteinbeziehen von kreativen Zugängen, die Orientierung an und Mitbestimmung der Klient*innen am therapeutischen Setting sowie der langsame Aufbau von Vertrauen werden mehrfach erwähnt. Zudem geben sie mehrmals an, zwar darauf zu achten, wo die Beeinträchtigung lokalisiert ist (z B. das Alter der kognitiven Entwicklung, die Verbalisierungsfähigkeit, der passive Wortschatz), doch nicht ausschließlich mit den Befunden zu arbeiten, sondern vielmehr die Klient*innen in ihrer Individualität wahrzunehmen.

6.3.1 Unterkategorie 3 „Gestaltprinzipien“

Der Unterkategorie „Gestaltprinzipien“ wurden insgesamt 49 Textstellen zugeordnet. Die Kodierregel lautete dabei: „alle Textstellen, in denen bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung Gestaltprinzipien angewandt oder in Bezug gebracht wurden.“

Nachfolgend werden zwei Textpassagen vorgestellt, in denen eine Expertin angibt, bei der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung die Gestaltprinzipien als große Hilfe erlebt zu haben – die Menschen so anzunehmen, wie sie sind, in ihrem ganzen Sein, und eine wertschätzende Haltung einzunehmen.

„(...) auch so individuell, wie jeder anders ist (...).“ (JS, Absatz 121)

„und was hilfreich war, (...) miteinander schweigt, oder sie hat auch immer, sie hat nicht in ich gesprochen, sondern immer man.“ (JS, Absatz 129)

Anhand dieser beiden Sequenzen ist zu erkennen, dass von dieser Expertin jede*r Klient*in als Individuum mit all ihren*seinen Eigenarten wahr- und angenommen wird. Weiters akzeptiert sie das gemeinsame Schweigen, ohne ihr Gegenüber zum Erzählen zu drängen, und lässt es zu, dass Klient*innen in der dritten Person über sich sprechen, ohne dies zu korrigieren oder zu hinterfragen. Auch in diesen Schilderungen ist zu erkennen, dass die Expertin ihre Klient*innen augenscheinlich annimmt, wie sie sich in der Situation, im Hier und Jetzt, präsentieren. Weiters deutet die Expertin an, den Menschen in ihren Fähigkeiten und ihrer Individualität zu bestärken:

„und was ist denn ihre Lieblingsmusik (...) dann ganz lange mit ihr drüber unterhalten, ja.“ (JS, Absatz 135)

„das war halt auch das, was sie konnte.“ (JS, Absatz 137)

Zunächst erscheint die Äußerung über die Kompetenzen der Klientin aufgrund der emotionslos gehaltenen, deskriptiven Schilderung latent negativ, doch ist darin auch die Akzeptanz der Klientin durch die Expertin zu erkennen. Auch lässt sich eine Förderung und Bestärkung der Interessen der Klientin wahrnehmen.

Das folgende Beispiel zeigt, wie eine Expertin achtsam mit der Intensität des Kontaktangebots umgeht. Dabei gehe es darum, abschätzen zu können, wie viel Kontakt für den Klienten angenehm und zu ertragen ist.

„ja, durch diese Würfel du diese Bilder (...) manchmal ist es halt hilfreich, gemeinsam auf etwas Drittes zu schauen, weil der direkte Kontakt oft zu intensiv ist, und ich glaube, es war auch mit dem Würfel leichter für sie. Indem man gemeinsam auf diese Bilder geschaut haben, und gemeinsam die Geschichten erzählt haben. Also ich habe auch mitgemacht, ich habe auch was dazu erzählt und dann hat sie wieder was erzählt und dann über diesen Weg, sind dann schon immer wieder Botschaften über ihr Leben gekommen (...).“ (JS, Absatz 170)

Eine eingehendere Analyse der obigen Textsequenz wirft die Frage auf, ob sich in der Ausdrucksweise der Expertin eine Art der Symptomübernahme erkennen lässt und sie phasenweise in die Sprache der Klientin zurückfällt. Beispielsweise lässt sich

bei der Feststellung, dass „der direkte Kontakt oft zu intensiv [sei]“, nicht klar zwischen der Meinung der Klientin und jener der Therapeutin unterscheiden. Daraus ergibt sich die weitere Frage, ob dies nicht nur eine Gegenübertragung sein könne, sondern eine Vermeidungshaltung der Expertin, um nicht in direkten Kontakt mit der Klientin treten zu müssen.

Weiters schildern die Expertinnen, wie sie den Menschen als Ganzes betrachten, eingebettet in dessen Umfeld. Vor allem dann, wenn das Umfeld Einfluss auf die jeweilige Person nimmt oder eine starke Abhängigkeit zum Umfeld herrscht, sei die Arbeit mit dem Umfeld wichtig:

„(...) braucht die Person Erinnerungen vom Umfeld (...) schon gemerkt, dass einfach die Umfeldarbeit, oder das Umfeld wie das somit hineinspielt sehr wichtig war, viel wichtiger als wenn halt der Mensch, die Person halt ah selbständig auf den Beinen steht und (...) selber leben kann und das selber managen kann, so organisatorische Geschichten, so Planung Geschichten, Planungsfähigkeit.“ (MS, Absatz 64)

„(...) und es war halt so die Erfahrung mit einer Institution für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderungen (...) vor allem wenn ah das Umfeld ah so a starke Rolle gespielt hat, also wenn so viel Abhängigkeit bestanden hat (...) wenn das Umfeld sehr stark reagiert hat. (...) und dass das nachher sehr erleichternd war äh hergehen zu können und zu sagen, es ist jetzt so mit mir (...) und wir könne über das sprechen (...) und können schauen, was ist da eigentlich, was ist da grad.“ (MS, Absatz 70)

An diesen Interviewpassagen ist zu erkennen, dass die Expertinnen versuchen, den Menschen in seiner Gänze zu erfassen – beispielsweise wie die Klient*innen leben oder in welchem Milieu sie sich befinden –, um sie und ihre Situation verstehen zu können.

Das nachstehende Beispiel zeigt, welche zentrale Bedeutung der Körper in der IGT einnimmt. Durch das Einüben des sicheren Ortes könne beispielsweise Beruhigung im Körper abgespeichert werden. Die Expertin arbeitet hier nach dem Prinzip „Wir sind Körper“:

„(...) sicheren Ort (...) bei ihr wirklich gefühlt angekommen ist (...) es ist nicht im Hirn gespeichert gewesen, sondern im Körper, das hat echt einen sehr beruhigenden Effekt für sie gehabt. Und da habe ich mir vorher gedacht, ich probier's halt aus (...).“
(NB, Absatz 76)

Aus dieser Interviewsequenz wird deutlich, dass die Expertin das experimentelle Prinzip der IGT ausprobierte und selbst überrascht war, dass ihr Versuch Erfolg hatte. Diese hörbare Unsicherheit beim Experimentieren, die mit der Phrase „da habe ich mir vorher gedacht, ich probier's halt aus“ hervorgehoben wird, offen auszusprechen und dies zu reflektieren, scheint charakteristisch für diese Expertin zu sein.

6.3.2 Unterkategorie 3 „Gestaltmethoden“

Der Unterkategorie „Gestaltmethoden“ wurden 37 Textstellen zugeordnet. Die Kodierregel lautete dabei: „alle Textstellen, in denen bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung Gestaltmethoden in Bezug gebracht wurden.“

Alle Expertinnen geben an, dass sie die Komponente der Langsamkeit als methodisch äußerst wirksam empfinden würden. Es sei das Ziel, alles zu verlangsamen und es zuzulassen, dass es in diesem Moment einfach mal ‚ist‘ und ‚sein‘ darf, also das ‚Sein‘ im Hier und Jetzt zu gestatten. Dies veranschaulicht auch das nachfolgende Zitat:

„(...) habe ich mit ihr dann halt mal was gespielt, oder da habe ich (...) so eben auf die Sprache bezogen, da habe ich dann im Internet recherchiert und habe dann so Karten, für therapeutische Setting, was gefunden, wo man (...) dann so Würfel hat, und so Symbole (...).“ (JS, Absatz 144)

Die Beschreibung des Spiels wirkt durch den oftmaligen Gebrauch des Füllwortes „so“ äußerst holprig („so Karten“, „so Würfel“, „so Symbole“). Es erweckt den Eindruck, als hätte die Expertin aufgrund ihrer Unsicherheit im Internet nach hilfreichem Material gesucht und als sei sie schließlich auf besagtes Spiel gestoßen, dessen Wirkung sie jedoch entweder nicht besonders überzeugt oder die sie nicht versteht. In jedem Fall deutet die Passage darauf hin, dass die Expertin zu diesem Zeitpunkt nur wenig

Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung gesammelt hatte bzw. in diesem Bereich kaum geschult war.

Zudem gibt eine Expertin an, methodisch viele Möglichkeiten zu sehen, um mit Menschen mit geistiger Behinderung zu arbeiten – vor allem deshalb, da die IGT auch schulübergreifend viele weitere Methoden anbietet. Dies ermögliche ihr, die Menschen dort abzuholen, wo sie gerade stehen. Auch könnten die Wünsche der Klient*innen durch die kreativen Zugänge besser berücksichtigt werden. Eine weitere Expertin gibt jedoch zu bedenken, dass sich bei Menschen mit geistiger Behinderung kreative Medien nicht immer eignen würden. Viel wichtiger sei es, wie die individuelle Person auf diese Angebote reagiert. Die Anwendung des leeren Stuhls – das heißt, dass sich die Klient*innen vorstellen, auf dem leeren Stuhl würde jemand sitzen – schließe sie bei Menschen mit Intelligenzminderung bewusst aus, sofern diese nicht über die Fähigkeit des abstrakten Denkens verfügen. Alle Expertinnen finden es ihren Schilderungen zufolge hilfreich, methodisch mehr Möglichkeiten als „nur“ das Gespräch zu haben und schätzen den offenen Ansatz der IGT, bei der das Gegenüber auf allen Sinnebenen im Fokus steht.

6.3.3 Unterkategorie 3 „Interventionen“

Der Unterkategorie „Interventionen“ wurden 35 Textstellen zugeordnet. Die Kodierregel lautet: „alle Textstellen, in denen Interventionen seitens der Expertinnen thematisiert oder angewandt wurden“. Die Interviews mit den Expertinnen zeigen, dass es von Relevanz ist, wie Interventionen gesetzt werden. Psychotherapeut*innen sollten nach Auskunft der Expertinnen stets versuchen, in Abstimmung von Intuition und Reflexion, am richtigen Ort und zur richtigen Zeit spontan zu intervenieren und danach die Wirkung zu überprüfen.

Eine Expertin gibt beispielsweise an, dass sie gute Erfahrungen in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung gemacht habe, wenn sie experimentelle Interventionen eingesetzt habe. Gerade Menschen mit Intelligenzminderung würden laut ihr auf den sicheren Ort eingehen und sich danach gelöster fühlen. Dies zeigt das nachstehende Beispiel:

„(...) was anders ist als sonst, aber es hat extrem gut gewirkt, sie ist da total gern an diesen sicheren Ort zurück und sie sagte, da riechts ja nach Lebkuchen und das

Haus hat diese und diese Farbe und das war was, was bei ihr wirklich gefühlt angekommen ist (...).“ (NB, Absatz 76)

Eine weitere befragte Expertin meint, in ihrer therapeutischen Arbeit mehr auf einfache Interventionen zurückzugreifen, diese jedoch häufiger anzuwenden. So stelle sie beispielsweise einfache Fragen und würde auch Sprechpausen ausprobieren. Die Klient*innen hätten dadurch das Gefühl, sie könnten das Gespräch steuern. Weiters seien Interventionen sinnvoll, die weniger komplex sind, oder lediglich auf das einzugehen, was die Klient*innen in die Therapiestunde mitbringen. Zudem habe sie die Erfahrung gemacht, dass es hilfreich sei, alles „einfacher“ zu machen, manchmal eher vorsichtiger zu sein und mit den Klient*innen mitzuschwingen. Dadurch könne man auch als Therapeut*in offener sein. Für sie seien es oft die kleineren Schritte gewesen, die zählten. Oftmals lasse sie die Klient*innen anfangs sehr lange das Setting bestimmen und baue dadurch Vertrauen auf. Eine weitere wichtige Intervention sei für sie das Spiel, wie das nachstehende Beispiel zeigt:

„(...) eben und dann so Würfel halt, uns so so Symbole, ich weiß jetzt leider nicht wie es heißt und hab's grad nicht bei mir, da sind Symbole auf dem Würfel(...).“ (JS, Absatz 144)

„und das war dann so, das hat sie geliebt (...) darauf gut eingegangen (...) sie war halt eher (...) affektflach.“ (JS, Absatz 148)

Die nähere Analyse zeigt, dass spielerische Interventionen hilfreich sein können, um Vertrauen zwischen Therapeut*innen und Klient*innen aufzubauen oder um etwas zu versprachlichen. Dadurch wird demnach nicht nur ein Zugang zu den Klient*innen gefunden, sondern die Klient*innen werden dabei unterstützt, einen Zugang zu sich selbst und ihrer Gefühlswelt zu finden.

Weiters erzählt diese Expertin, dass diese spielerischen Interventionen ihr nicht nur zu Kreativität im Tun geholfen hätten (zum Beispiel durch die Anwendung kreativer Methoden), sondern auch zu Kreativität im Denken, beispielsweise durch das Abweichen vom üblichen Vorgehen, einen spielerischen und lockeren Umgang und das Herabsetzen von Erwartungen. Dafür sei die IGT ihrer Meinung nach besonders

gut geeignet. Konflikten mit Klient*innen sei sie dadurch mit einem gewissen Humor begegnet.

„das sind sechs Würfel, da sind Symbole auf dem Würfel und wenn man das würfelt, dann kommen Symbole und zu diesen Symbolen erzählt man oder erzählst du Geschichten und da kann man zum Beispiel sagen, da kommt ein Vogel, ein Tiger ähh Landschaft, also zu verschiedenen Bereichen und Karten hats auch gegeben für ein Thema, ja (...)“ (JS, Absatz 146)

6.4 Oberkategorie 4 „Erleben der psychotherapeutischen Arbeit“

Der Oberkategorie „Erleben der psychotherapeutischen Arbeit“ wurden 71 Textstellen zugeordnet. Die Kodierregel lautete dabei: „alle Textstellen, in denen über das Erleben der Arbeit von Menschen mit geistiger Behinderung von den Expertinnen gesprochen wurde.“

Eine Expertin gibt an, die Erfahrung interessant gefunden zu haben, dass sie bei Menschen mit Intelligenzminderung auch ihre Arbeitsweisen anpasse – beispielsweise, indem ihr die Komponente der Langsamkeit plötzlich wichtig erscheint. Eine weitere Expertin schildert, dass ihr ihre eigenen Reaktionen im Umgang mit den Klient*innen wichtig seien – beispielsweise das Agieren, wenn sie nonverbal kommunizieren und die Expertin zu verstehen versucht, was die Klient*innen zum Ausdruck bringen möchten. Eine weitere Expertin habe die Arbeit des gemeinsamen Schweigens ihren Angaben nach erst mit der Zeit als positiv wirksam erlebt. Sie habe sich zunächst daran gewöhnen müssen, da sie das Schweigen anfangs als ungewöhnlich empfand. Eine Expertin erlebt die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung vor allem im Bereich des Organisatorischen als Herausforderung, insbesondere dann, wenn Klient*innen kaum über Planungsfähigkeit verfügen. Auch schildert eine Expertin, bei Klient*innen mit Intelligenzminderung auf Widerstand gestoßen zu sein, wenn es um die Arbeit mit der Diagnose ging. Dies erlebte die Therapeutin als schwierige Situation, da sie die Intelligenzminderung bei der Diagnosestellung nicht unberücksichtigt lassen wollte. Nachstehend erzählt eine Expertin, wie sich über spontane Experimente Erfolge abgezeichnet haben:

„(...) also so, ja so viele mentale Techniken, wie zum Beispiel er stellt sich ein Stoppschild vor, wenn wieder irgendwelche nervigen Gedanken kommen oder so. Und er hat die Gedanken schon sein ganzes Leben lang, und dann stellt er sich dieses Stoppschild vor, welches wir gemeinsam besprochen haben, wie das aussieht, weil das kennt er halt vom Leben draußen. Und das stellt er sich vor, das funktioniert. Und ja ok, haha (...) und er kommt, und sagt, das hat funktioniert.“ (NB, Absatz 79)

Hier beschreibt die Expertin eine Situation mit einem Klienten, in dem am Ende des Zitats ihre Überraschung über den Erfolg einer von ihr empfohlenen Technik deutlich wird. Vor allem die Aussage „ja ok, haha“ wirkt positiv, als wäre die Expertin selbst äußerst erfreut über den Erfolg.

Nachfolgend schildert eine Expertin anhand zweier Beispiele ihr Erleben mit Grenzen in der freien Praxis, welche sie selbst als kompliziert erlebt habe:

„es war einfach nicht antizipierbar ahm für die Person (...) dass man Termine hintereinander (...) legt und dass das gar nicht schlimm sein muss. Also da hätte es dann wesentlich mehr Betreuung für den Rahmen geben müssen, den ich so in da Praxis nicht zu Verfügung stellen konnte, ja, weil dann hätte ich das vor- und nachbetreuen müssen (...).“ (MS, Absatz 62)

Bei dieser Aussage ist in der Stimmlage der Expertin eine große Variation von Emotionen zu erkennen – von leicht verärgert über verwundert bis hin zu verständnisvoll. Die Verärgerung rührt möglicherweise von den nicht änderbaren Bedingungen des Settings; die Verwunderung eventuell daher, dass der*die Klient*in nicht über die nötigen kognitiven Fähigkeiten verfügte, Zeitliches angemessen zu erfassen.

„(...) ein anderes Beispiel im Kopf, ah, ahm wo einfach eine Minderbegabung und eine Lernstörung vorhanden war, mit ah einer Jugendlichen, ah, mit sonderpädagogischen Förderbedarf. Wo (...) ich irgendwie geschaut habe (...) den Rahmen zu halten. Ich könnte anbieten sie von der Bushaltestelle abzuholen und solche Geschichten (...) hat komplizierend reingespielt.“ (MS, Absatz 62)

Nachfolgend zeigt ein Zitat die Schwierigkeiten einer Expertin bei der Arbeit mit einem Klienten mit Intelligenzminderung, dessen Denkweise sie nicht nachvollziehen konnte:

„(...) so routiniert. So wie er denkt, so denkt er. Und wenn etwas so ganz anders ist, dann ist da schon schwierig, da irgendwie mitzugehen.“ (NB, Absatz 40)

Da die Expertin hier nicht weiter in die Tiefe geht, ist es schwierig, ihre Gedanken nachzuvollziehen und angemessen zu interpretieren. Sie spezifiziert die von ihr als andersartig wahrgenommene Denkweise des Klienten nicht näher und gibt keine Gründe dafür an, warum es schwierig gewesen sei, „da irgendwie mitzugehen“. Es ist anzunehmen, dass das Wort „routiniert“ am ehesten das Denken und Verhalten des Klienten in der Therapiestunde beschreibt, was möglicherweise darauf schließen lässt, dass die Expertin seine Denkweise als unflexibel und starr wahrnahm.

Im nachfolgenden Zitat beschreibt eine Expertin eine Situation, in der sie die Grenzen eher im Außen erlebt habe als direkt in der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung selbst:

„Ja. Ja, das ist halt so eine Sache, ja ich habe ja auch erlebt. Das war jetzt bei dieser Dame nicht so, wo die Grenzen ja eher darin liegen, sag ich mal auch so, mit Forderungen vom Umfeld, (...).“ (JS, Absatz 174)

„Die Grenzen waren dann eher auch irgendwo im Außen.“ (JS, Absatz 178)

Auch im nachfolgenden Zitat einer weiteren Expertin wird der Einfluss des Umfelds deutlich. Die Expertin schildert, dass sie Grenzsituationen besonders dann als schwierig erlebt habe, wenn das Umfeld stark in die Therapie hineinwirkte. Dieses Erleben und ihren Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung, welche Suizidgedanken äußerten, schildert die Expertin wie folgt:

„(...) also ich hab's zumindest auch mit Menschen mit Beeinträchtigung erlebt ahm wo ich mal in einer Institution gearbeitet hab (...) es war sehr schwierig, weil die

ganze Institution eine Weisung gehabt hat, sobald jemand ahm was sagt, dass er Suizidgedanken hat, muss sofort die Rettung gerufen werden, und ah, das war für die Leute halt, ahm, sehr ahm erleichternd, dass die irgendwo hingehen können, ganz niederschwellig, ahm wo sie einfach sagen können, ja mir geht's grad wieder so, also ich denk dran, mich umzubringen, oder so. Es wird mir grad ganz schlecht. Und ahm es geht jetzt nicht gleich die Feuerwehr los. Quasi, es kommt gleich die Rettung und ja genau, und es war halt so die Erfahrung mit einer Institution für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderungen (...) und wenn das Umfeld sehr stark reagiert hat. Dass das nachher sehr schwierig war und das des nachher sehr erleichternd war äh hergehen zu können und zu sagen, es ist so mit mir und ich will natürlich jetzt nicht, dass die Rettung geholt wird und wir können über das sprechen, wir könne das umformulieren und können schauen, was ist da eigentlich, was ist da grad.“ (MS, Absatz 70)

Bei diesem ausführlichen Zitat soll die Satzsequenz „Es wird mir grad ganz schlecht“ näher analysiert werden. Die Aussage zeigt die starke emotionale und körperliche Beteiligung der Expertin in dieser Situation anschaulich. Möglicherweise war sie derart stark beteiligt, da sie mit den Regeln des Institutes nicht einverstanden war, denn dieses führt bei der Äußerung von Suizidgedanken rasche Konsequenzen in seinem Reglement. Eventuell war die Expertin auch deshalb stark beteiligt, da sie sich generell unwohl fühlt, wenn Menschen Suizidgedanken ansprechen. Dies führt sie in diesem Zusammenhang nicht näher aus.

Alle Expertinnen geben an, es als wichtig zu erachten, in ihre Arbeit entwicklungspsychologische Kenntnisse einfließen zu lassen. Zudem finden es alle drei Befragten bedeutsam, eine gute therapeutische Beziehung aufzubauen und den Klient*innen einen Raum zu bieten, in dem sie einfach ‚sein‘ können. Weiters empfinden sie es als positiv wirksam, den Klient*innen dieses Beziehungs- und Raumangebot bereitstellen zu können. Dies sei ein wesentlicher Aspekt der IGT und trage zu einer erfolgreichen Therapie bei. Wenn es jedoch um abstraktes Denken ging, ergaben sich für alle Expertinnen in ihrer Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung Schwierigkeiten (zum Beispiel in der Anwendung des leeren Stuhls). Auch die Anwendung des offenen Ansatzes der IGT wird als hilfreich empfunden.

Eine phänomenologische Herangehensweise – die achtsame Konzentration darauf, wer ihr Gegenüber ist und was sie auf den verschiedenen Sinnebenen wahrnehmen können, die Offenheit und Verlangsamung – wird in allen drei Interviews deutlich. Auch die Betonung des Dialogischen und das individuelle Eingehen auf den Menschen steht im Vordergrund des therapeutischen Prozesses. Eine Expertin empfand die Kooperation mit dem sonderpädagogischen Förderzentrum bei Menschen mit geistiger Behinderung dann als hilfreich, wenn es um eine umfassende Betreuung ging, wie beispielsweise eine Psychotherapie bei Menschen mit Downsyndrom. Eine Expertin beschreibt die Arbeit als lehrreiche Erfahrung, wenn die Beeinträchtigung lokalisiert werden konnte, beispielsweise von welchem emotionalen Alter auszugehen war oder die Verbalisierungsfähigkeit zu orten. Sie habe es als spannend empfunden, dass Menschen mit einem passiven Wortschatz oft aktiv sehr viel weniger in der Lage sind, sich auszudrücken, aber dennoch sehr viel verstehen.

6.5 Oberkategorie 5 „Kontexte“

Der Oberkategorie „Kontexte“ konnten zehn Textstellen zugeordnet werden. Die Kodierregel lautet: „alle Textstellen, in denen die Expertinnen erwähnten, in welchen Kontexten sie bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten“. In weiterer Folge soll beschrieben werden, in welchen Kontexten die befragten Expertinnen bei ihrer Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten und welches Arbeitsumfeld sie vorfinden, das heißt, ob sie in freier Praxis und/oder in einem Institut tätig sind.

Eine Expertin gibt an, seit Jahren psychotherapeutisch in freier Praxis sowie in einem Institut mit Menschen mit geistiger Behinderung zu arbeiten. Sie schildert die Vorteile der Arbeit im Institut, welches ihr mehr Möglichkeiten und Spielräume biete. Ihrer Erfahrung nach könnten sich Menschen mit geistiger Behinderung im Institut besser auf experimentelle Methoden einlassen, insbesondere wenn es um den Wechsel von Räumen gehe oder das Üben im freien Feld draußen. Hierfür biete das Institut auch mehr zeitliche Ressourcen. Zudem seien häufigere Termine über eine längere Dauer möglich. In der freien Praxis gestalte es sich laut der Expertin oft dahingehend anders, als die zeitlichen Ressourcen knapper seien und das Arbeiten draußen, im Freien, zeitlich begrenzt sei.

„also ich habe ein minderintelligentes Mädchen über 5 oder 6 Jahre lang (...) dann ins Leben ins Feld raus gegangen sind, muss man sich tatsächlich schrittweise annähern, wie geht's, wie lang geht's, wie geht's mir, was kann ich aushalten.“ (NB, Absatz 68)

Eine weitere Expertin gibt ebenfalls an, jahrelang mit Menschen mit geistiger Behinderung in freier Praxis sowie in einem Institut gearbeitet zu haben. Sie habe im Institut einen eigenen Status, gemäß welchem sie eine beratende sowie therapeutische Funktion hat. Sie sei nicht direkt ins Team eingebunden, sondern nehme eher eine außenstehende Rolle ein. Manchmal sei es ihrer Ansicht nach jedoch schwierig, da sie sich trotz ihrer außenstehenden Position an Weisungen des Institutes halten müsse, die jedoch psychotherapeutisch nicht immer mit ihrer Haltung übereinstimmen würden.

„mit Intelligenzminderung ist es natürlich in der Integrationsklasse auch nochmal schwierig (...) und wir haben dann im Rollenspiel ganz viel geübt, Gefühle externalisiert (...) in einer Institution, wo es gut war, weil man dann einfach mehr Möglichkeiten hat.“ (NB, Absatz 70)

Dieses Zitat zeigt die Unterschiede zwischen der Arbeit im Institut und in der freien Praxis eindrücklich. Die Expertin erzählt im Interview, dass sie in ihrer jahrelangen Arbeit mit Menschen mit Intelligenzminderung in einer Institution immer wieder gemerkt habe, dass sie sich im Institut auf mehreren Ebenen bewegen und auch über mehrere Stunden am Stück ins Freie hinausgehen konnte. Dies sei ihr, wie sie mehrmals betont, in der freien Praxis nicht möglich, da die Praxis nur über einen Raum verfüge und das Hinausgehen über mehrere Stunden finanziell nicht leistbar wäre.

Eine weitere Expertin gibt an, dass sie mit Menschen mit geistiger Behinderung lediglich in Institutionen gearbeitet habe, ebenfalls über mehrere Jahre. Ihrer Erfahrungen nach hänge die Arbeit in einem institutionellen Setting oftmals eng mit einem therapeutischen Auftrag zusammen, da im multiprofessionellen Team gearbeitet werde.

6.6 Oberkategorie 6 „Therapieziele“

Der Oberkategorie „Therapieziele“ konnten sieben Textstellen zugeordnet werden. Die Kodierregel lautete: „alle Textstellen, in denen Therapieziele seitens der Expertinnen thematisiert werden“. In der Oberkategorie „Therapieziele“ stellt sich eine Gratwanderung zwischen den Zielen der Expertinnen, jenen der Klient*innen und jenen des sozialen Umfelds der Klient*innen dar. Die Interviews zeigen, dass es von äußerst hoher Relevanz ist, wer das Therapieziel bestimmt.

„...ok, was will ich eigentlich. Ja, ich will eigentlich einen guten Kontakt herstellen, ja, ahm... es war sicher oft nicht einfach, ja...“ (JS, Absatz 176)

Mit ihrer Aussage zeigt die Expertin ihre eigenen Ansprüche an sich selbst, das Gestaltprinzip „Kontakt“ zu wahren. Hinsichtlich der Therapieziele kann hier gelesen werden, dass die Therapeutin selbst das Therapieziel „in Kontakt gehen“ gesetzt hat und nicht der*die Klient*in das Therapieziel bestimmte. Zu fragen bleibt hier, ob das Ziel der Therapeutin auch jenem der*des Klienten*in entspricht. Angesichts ihrer Reflexion, dass es „sicher oft nicht einfach“ gewesen sei, lässt dies Zweifel an der Übereinstimmung der Therapieziele.

„... im Endeffekt zählen halt dann manchmal kleinere Schritte...“ (JS, Absatz 29)

Hier sagt die Expertin aus, dass sie auf kleine Erfolge baue. Die Phrase „im Endeffekt“ kann auch insofern verstanden werden, dass das übergeordnete Therapieziel eher nebensächlich sei; vielmehr sei ein kleinschrittiges Vorgehen das Heilsame an der Therapie. Was genau diese kleinen Schritte sind, erwähnt sie im Interview nicht. Dennoch wird deutlich, dass Therapeut*innen auch geringe Fortschritte wertschätzen sollen.

Eine Expertin gibt zu bedenken, dass es Menschen mit geistiger Behinderung oft zum Ziel haben, überhaupt den Weg in die Praxis zu bewältigen und Termine einzuhalten. Eine weitere Expertin schildert in diesem Zusammenhang auch ihre Erfahrungen mit dem Umfeld von Klient*innen, das Forderungen stellte und Ziele formulierte, die mithilfe der Therapie erreicht werden sollten. Laut einer weiteren Expertin hängt das therapeutische Ziel eng mit dem Therapieauftrag zusammen, der

gestellt wird, wobei hier zu bedenken sei, dass dieser Auftrag bei Menschen mit Behinderung oftmals stellvertretend von Seiten eines Institutes bzw. des Betreuungssystems gestellt werde.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass das Therapieziel für die Gestaltung des therapeutischen Prozesses bei Menschen mit (geistiger) Behinderung insbesondere dann Relevanz hat, wenn Therapeut*innen ausreichend reflektieren, welche Wünsche sie selbst an die Therapie haben, welche Ziele von außen bestimmt werden und welche Ziele die Klient*innen haben.

6.7 Oberkategorie 7 „Wirksamkeit der angewandten Methoden“

Der Oberkategorie „Wirksamkeit der angewandten Methoden“ wurden 41 Textstellen zugeordnet. Die Kodierregel lautete dabei: „alle Textstellen, in denen von den Expertinnen über die Wirksamkeit der Methoden in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung gesprochen wurde“.

Begonnen werden soll hierfür jedoch mit einem Negativbeispiel, welches die Grenzen der Wirksamkeit spiegelt. Im Interview schildert eine Expertin eine Therapiesituation, in der sie es als schwierig sah, etwas überhaupt wirksam werden zu lassen und es manchmal als Überraschung empfand, wenn sie eine Wirkung erzeugen konnte. Die Expertin beschreibt den betreffenden Klienten als einen Mann Mitte vierzig, der streng seiner täglichen Routine folgte und sich wenig flexibel zeigte. Die Expertin merkte, dass er neue Methoden kaum annehmen und umsetzen konnte. Dies habe sie manchmal frustriert, da sie eine positive therapeutische Wirkung erzielen wollte.

„(...) wo es einfach schwieriger ist, neues anzubieten, neue Methoden, ja wirksam werden zu lassen (...)“ (NB, Absatz 72)

„(...) Überraschungen gibt's immer wieder. Wo ich spezifisch (...) an geistige Behinderung denk (...).“ (NB, Absatz 74)

„(...) aber mehr Methoden anzuwenden, mehr zu merken, was da wirklich sichtbar, merkbar wirksam ist (...) ob das wirklich wirkt. Aber so Dinge, die mich dann wundern, also so Kleinigkeiten, wo ich mir gar nicht so große Interventionen

ausgedacht hab, (...) des funktioniert.“ (NB, Absatz 79)

Schließlich sei es ihr demnach gelungen, durch weniger durchdachte, kleinere Interventionen große Wirkungen zu erzielen. Die damals angewandten Methoden werden von der Expertin jedoch nicht näher spezifiziert.

Alle Expertinnen stimmen darin überein, dass es für sie wirksam sei, sich ganz auf die Klient*innen einzulassen, ohne ein vorgefertigtes Bild oder Ziel im Kopf zu haben. Vielmehr sollen die Klient*innen so gesehen und wahrgenommen werden, dass man ihre Bedürfnisse verstehen und auf dieses Erleben eingehen könne. Dabei sei es wichtig, den*die Klient*in stets als Individuum wahrzunehmen und das eigene Sprachniveau auf die Bedürfnisse der Klient*innen anzupassen. Den Klient*innen soll in der Gegenwart begegnet werden und durch Experimentieren und Kreativität ein sicherer Raum gegeben werden, um eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen zu können. Auch solle mit einem gewissen Humor gearbeitet werden. Diese Grundsteine der IGT seien in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung besonders wirksam.

Eine weitere Expertin gibt an, die Komponente der Langsamkeit als wirksam zu empfinden. Sie umschreibt dies mit dem Sinnspruch „Das Gras wächst nicht schneller, wenn du daran ziehst“, der ihrer Meinung nach gut mit der IGT vereinbar sei. Zudem bemerkte eine Expertin im Interview, dass auch das gemeinsame Schweigen Wirkung haben könne, genauso wie das Erzählen von Geschichten:

„(...) und was hilfreich war, also, ich mein das find ich halt das schöne, (...) das es ja im Endeffekt dann wieder um das Dialogische geht, ja und auch wenn man dann miteinander schweigt, (...).“ (JS, Absatz 129)

*„(...) Geschichten erzählt haben. (...) über diesen Weg, sind dann schon immer wieder Botschaften über ihr Leben gekommen. Das man dann aufgreifen konnte.“
(JS, Absatz 170)*

6.8 Oberkategorie 8 „Entwicklungspsychologie“

Der Oberkategorie „Entwicklungspsychologie“ wurden 37 Textstellen zugeordnet. Die Kodierregel lautete dabei: „alle Textstellen, in denen von den

Expertinnen entwicklungspsychologische Ansätze mit der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung in Bezug gesetzt wurden.“ Exemplarisch wird hierfür eine Textpassage vorgestellt, in der gut zu erkennen ist, dass die Expertin im Rollenspiel eine Beschützer*innenrolle für eine Klientin, ein Mädchen mit geistiger Behinderung, einnahm und für sie so eine nachnährende, beschützende Atmosphäre schaffte, die frühkindlich gefehlt hatte. Dies lässt eine entwicklungspsychologische Komponente in den Ansätzen der Expertin erkennen. Folgend habe ich mich bewusst auf Schlagwörter eines Kommentares passend dazu beschränkt.

*(...) Mädchen (...) über Rollenspiele (...) Eltern kommen und das Kind beschützen
(...) gespielt (...) war wirksam.“ (NB, Absatz 79)*

In einer weiteren Fallvignette erzählt eine Expertin von einer Klientin, einer Frau mit geistiger Behinderung, die von ihr als „affektflach“ wahrgenommen wurde und bei der im Laufe der Therapie traumatische Erfahrungen sichtbar wurden. Die Expertin betrachtet die Klientin und ihr Verhalten hierbei aus entwicklungspsychologischer Perspektive. Sie berichtet, dass diese Persönlichkeitsanteile gehabt habe, die rund fünf Jahre alt gewesen seien, und andere Anteile, in denen sie wiederum über ein höheres Funktionsniveau verfügt habe.

*„also ich find, ich würde entwicklungspsychologisch, also ich würde vom Ego State.“
(JS, Absatz 152)*

„Ja, 5. Also es hat eine Seite an ihr gegeben, die war 5, ja.“ (JS, Absatz 156)

„und gleichzeitig hat sie ahm, war sie schon ahhhhh wie soll ich sagen, also i, also hat sie schon im Leben auch bestehen können.“ (JS, Absatz 158)

*„in der Gefühls Welt und entwicklungsdiagnostisch würde ich sie, natürlich auch da irgendwo nochmal jünger sehen, aber es ist sehr, es kommen ein paar Dinge zusammen, also ich denke auch viele Traumatisierungen, die da auch mitspielen.“
(JS, Absatz 166)*

„(...) geht es dann find ich darum, einfacher zu werden, ja, und das find ich dann auch schön, an der IGT, also da so einfache Fragen zu stellen, zuerst ja, wie war der Tag, was esse sie gern.“ (JS, Absatz 133)

Alle Expertinnen geben an, dass sie Menschen mit geistiger Behinderung aus entwicklungspsychologischer Perspektive mit Kindern vergleichen würden, um zu sehen, wo der Mensch kognitiv, sozial oder emotional steht. So könne eruiert werden, welche Möglichkeiten es etwa im vorsprachlichen Raum gäbe, um mit Klient*innen mit schweren geistigen Behinderungen zu kommunizieren und den Menschen erreichen zu können. Auch soll so ergründet werden, wo es Möglichkeiten des Agierens und des Reagierens gibt. Alle Expertinnen geben außerdem an, entwicklungspsychologisch darauf zu achten, ob bzw. wie es die Klient*innen schaffen, in die Therapie zu kommen – ob sie also Termine organisieren können und die Gedächtnisfähigkeit ausreichend ausgebaut ist, um diese auch wahrzunehmen, oder ob die Klient*innen durch das Umfeld Erinnerungen benötigen.

„eben, also das mit Zeitgefühl und Zeitwahrnehmung und Zeit generell war ein sehr schwieriges Thema. Das hat dann in die Therapie reingespielt (...) konnten einfach den Rahmen so nicht halten (...).“ (MS, Absatz 60)

An dieser Textpassage ist beispielhaft zu erkennen, welche Aspekte für die Bestimmung des Entwicklungsstands von Klient*innen herangezogen werden, um sich entwicklungspsychologisch zu orientieren und adäquate Hilfestellung geben zu können. So könne gemäß der Expertin das Zeitgefühl eine Rolle spielen. Im Interview sagt sie, dass sie Menschen mit geistiger Behinderung die Länge der Stunde oder die Länge der Therapiepausen nicht begreifbar machen konnte. Dies habe in ihr oft die Sorge ausgelöst, dass sich die Klient*innen nicht gut versorgt fühlten. Bei einem Entwicklungsstand auf niedrigem Niveau sei es schlicht nicht möglich gewesen, die Zeitwahrnehmung zu vermitteln.

In einem weiteren Beispiel schildert eine Expertin, wie sie eine Klientin mit jungen Anteilen im vorsprachlichen Bereich mithilfe von entwicklungspsychologischen Ansätzen betreute:

*„(...) Komorbidität gedacht (...) es ist ja auch so individuell, wie jeder anders ist (...).“
(JS, Absatz 121)*

„(schnauft) also die Damen hat nicht gesprochen.“ (JS, Absatz 127)

„und was hilfreich war, also, ich mein das find ich halt das schöne, das das äh das wir eben das das es ja im Endeffekt dann wieder um das Dialogische geht, ja und auch wenn man dann miteinander schweigt, oder sie hat auch immer, sie hat nicht in ich gesprochen, sondern immer man.“ (JS, Absatz 129)

„also, sie hat über sich in einer Außenperspektive gesprochen.“ (JS, Absatz 131)

Anhand dieser Schilderungen kann gemutmaßt werden, dass sich die Dame in ihrer Gefühlswelt entwicklungspsychologisch im frühkindlichen Bereich befand, in dem Sprache noch nicht ausreichend vorhanden ist. In dieser Phase haben Kinder noch kein Ich-Gefühl entwickelt und sprechen noch in der dritten Person über sich selbst.

Das nachstehende Beispiel zeigt den entwicklungspsychologischen Stand eines Mädchens mit Intelligenzminderung, welches ebenso wenig bis kaum sprach und auf ein Angebot von außen angewiesen war, um ihre inneren Zustände zu beruhigen – so, wie es im frühen Mutter-Kind-Dialog zu finden ist.

„mhm mhm, bei dem IM Mädchen, hats mich gewundert, dass sie sich so gut auf den sichern Ort einlassen konnte. Das habe ich so irgendwie nicht erwartet gehabt. (...) Ich habe es für sie abgeändert, also sie hat ganz wenig gesprochen, wir haben den Ort gemeinsam kreierte. Ich habe ihr Dinge angeboten, und sie hat quasi ausgewählt, hmh, Schritt für Schritt, wie groß ist das Gebäude, welche Farbe hats, also wir haben das wirklich sehr sehr gemeinsam kreierte. Was anders ist als sonst, aber es hat extrem gut gewirkt, sie ist da total gern an diesen sicheren Ort zurück und sie sagte, da riechts ja nach Lebkuchen und das Haus hat diese und diese Farbe und das war was, was bei ihr wirklich gefühlt angekommen ist, weil eben sich an Dinge erinnern, zu merken war nicht ihre Stärke. Und aber ja, es ist nicht im Hirn gespeichert gewesen, sondern im Körper, das hat echt einen sehr beruhigenden Effekt für sie

gehabt. Und da habe ich mir vorher gedacht, ich probier's halt aus, aber hätte nicht geglaubt, dass das so funktioniert.“ (NB, Absatz 76)

Eine Expertin gab zu diesem Thema an, dass sie das Gefühl habe, in der Ausbildung zur IGT viele entwicklungspsychologische Zusatzinformationen erhalten zu haben. Dies habe sie in ihrer Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung als äußerst hilfreich empfunden. So könne sie einerseits die zukünftige Entwicklung der Klient*innen besser einschätzen, andererseits jedoch auch die Altersebene, auf der sich dieser Mensch befindet. Beispielsweise könne sie einen*r Klient*in Mitte vierzig betreuen, jedoch das Gefühl bekommen, in sozialer, kognitiver und/oder emotionaler Hinsicht jemanden wesentlich jüngeren Alters vor sich zu haben. Eine weitere Expertin gibt an, bei der Verwendung von Stofftieren oder Puppen in der therapeutischen Arbeit darauf zu achten, ob die Klient*innen darauf ansprechen würden. Dadurch könne man darauf schließen, ob sich diese als Erwachsene gesehen fühlen oder ob sie auf eine kindliche Ebene zurückversetzt werden.

7 Diskussion der Ergebnisse

Nachfolgend sollen die Ergebnisse aus dem vorangegangenen Kapitel zusammengefasst und in den theoretischen Rahmen, der in den Kapiteln 2, 3 und 4 vorgestellt wurde, eingebettet werden. Zu diesem Zweck werden die Ergebnisse mit jenen Thesen und Erkenntnissen in Bezug gesetzt, die im Theorieteil vorgestellt wurden, um eine abschließende Antwort auf die Forschungsfrage zu finden. Zusätzlich werden die Ergebnisse, wie bereits zuvor, nach den in der Analyse identifizierten Ober- und Unterkategorien strukturiert. Dies soll eine bessere Nachvollziehbarkeit und Anschaulichkeit gewährleisten. Anschließend sollen die Schwächen und Limitationen der Studie diskutiert und ein Ausblick auf die weitere Forschung in diesem Bereich gegeben werden.

7.1 Zusammenfassung zentraler Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der im vorangegangenen Kapitel durchgeführten Analyse zusammengefasst. Diese Zusammenfassung orientiert sich dabei an identifizierten Ober- und Unterkategorien, um eine nachvollziehbare und anschauliche Diskussion zu gewährleisten. Zunächst sollen jedoch die zentralen Ergebnisse zusammengefasst und die Forschungsfrage beantwortet werden.

Die Forschungsfrage, die in der vorliegenden Master-Thesis beantwortet werden sollte, lautete wie folgt: Was sind die Möglichkeiten und Grenzen von Psychotherapeut*innen bei der praktischen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung? Hinsichtlich der Möglichkeiten wurde in den Interviews eine Vielzahl an unterschiedlichen Zugängen genannt, die unter anderem in der Literatur erwähnt werden und für die IGT kennzeichnend sind: beispielsweise das Symbolisieren, der sichere Ort oder auch das Hinausgehen ins Leben bzw. ins Feld boten den Expertinnen therapeutische Möglichkeiten. Auch Rollenspiele in geschütztem Rahmen, in denen Klient*innen und Therapeut*innen verschiedene Rollen einnehmen, können im therapeutischen Prozess förderlich sein – beispielsweise, indem Therapeut*innen die Elternrolle einnehmen und sich als „Elternersatz“ anbieten. Durch diese Form der Beziehungsgestaltung kann Wachstum gefördert werden (Senckel, 2017, S. 150–151).

In den Interviews wurde zuweilen auch eine latente Unsicherheit und Ratlosigkeit bei der Betreuung von Klient*innen sichtbar, wenn diese nicht auf die gewählten

Methoden ansprachen. Doch ein experimentelles Vorgehen durch das Ausprobieren verschiedener Methoden konnte schließlich positive Wirkung erzielen. Dieses Experimentieren entspricht den Grundsätzen der IGT, die ihre Arbeitsweise als eine grundsätzlich experimentelle ansieht (Staemmler, 2009, S. 55–56).

Neben der Methodenvielfalt konnten in den Interviews zudem die Einstellungen der Therapeut*innen zu ihrer Klientel erhoben werden. Zunächst wurde evident, dass die befragten Psychotherapeutinnen eine Pathologisierung ihrer Klient*innen vermieden – so sprachen sie beispielsweise von „Betreuung“ statt von „Behandlung“. Sie sahen sich vorrangig als Begleitpersonen, die Menschen auf ihren Entdeckungsreisen unterstützen (Staemmler, 2009, S. 15–16), nicht jedoch als Behandler*innen im medizinischen Sinne. Dies deutet auf eine wertschätzende Haltung hin, welche die Behinderung nicht als behandlungsbedürftige „Krankheit“ ansieht. Durch diese Auffassung wird eine therapeutische Beziehung auf Augenhöhe ermöglicht. Auch die Schutzmechanismen im Sprachgebrauch, beispielsweise durch eine abschwächende Wortwahl, deuten darauf hin.

Grenzen erlebten die Therapeutinnen insbesondere dann, wenn die von ihnen gewählten Interventionen keine Wirkung zeigten oder wenn Klient*innen sprachlich nicht in der Lage waren, ihre Gefühle und Gedanken auszudrücken. Diese Problematik ist in der Forschung bereits bekannt. Auch Senckel (2017) gibt an, dass gerade die Kommunikationsschwierigkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung oft zu Fehlinterpretationen führen würden (S. 19–20). Zudem wurden hinderliche Einflüsse von außen (Zusammenarbeit mit anderen Instituten, die Erwartungen von Angehörigen) in der therapeutischen Arbeit als Grenzen erlebt.

„Hilfreich“

Wie schon in der Forschung zur IGT diskutiert, wurde auch von den interviewten Expertinnen betont, dass es bei der Therapie von Menschen mit geistiger Behinderung „im Endeffekt dann wieder um das Dialogische [gehe].“ Dieses dialogische Prinzip nach Buber (1994) wurde von den Interviewten als Kern ihrer therapeutischen Arbeit angesehen. Auch sei es der Zielerreichung durchaus dienlich, ‚einfache‘ und wenig komplexe Interventionen zu setzen, wie beispielsweise einfache Fragen zum Erleben in diesem Moment zu stellen. In der IGT wird diese dialogische Haltung beschrieben als der Versuch, die Erfahrungswelt der Klient*innen zu verstehen und

nachzuvollziehen, wodurch schließlich die Beziehung zwischen Klient*innen und Therapeut*innen verbessert und Veränderungsprozesse angeregt werden können (Staemmler, 2009, S. 21–22).

Aus den Interviews ging zudem deutlich hervor, dass die interviewten Expertinnen eine authentische Haltung als hilfreich empfinden. Auch Senckel (2017) betont, dass die Fähigkeit zur „Echtheit“ – neben anderen Kompetenzen – in der psychotherapeutischen Arbeit eine Voraussetzung für das Gelingen der Beziehung zwischen Psychotherapeut*innen und ihren Klient*innen sei (S. 14–15).

Weiters wurde in den Interviews evident, dass die Expertinnen selbst versuchen, den Begriff „Behinderung“, bezogen auf ihre Klient*innen, zu vermeiden. In keinem der Interviews wurde der Begriff genutzt; vielmehr wurde deutlich, dass die Therapeutinnen eine für sie selbst passende, individuelle Wortwahl bevorzugen, mit der sie sich wohl fühlen und die trotzdem die Behinderung als solche sichtbar macht. In der Literatur wird diese Vermeidungshaltung und Suche nach alternativen Begriffen keineswegs erwähnt. Damit kommt jedoch eine wertschätzende Haltung zum Ausdruck, die den Menschen als Individuum und nicht vorrangig seine Behinderung wahrnimmt. Auch von den Expertinnen wurde diese wertschätzende Haltung gegenüber den Klient*innen explizit als hilfreicher Zugang im therapeutischen Prozess genannt. Aufgrund ihres grundsätzlich humanistischen Menschenbilds steht diese wertschätzende und respektvolle Haltung auch in der IGT wiederholt im Zentrum (Senckel, 2017, S. 14–15; Staemmler 2009, S. 28–29).

„Grenzen“

Von den interviewten Expertinnen wurde angegeben, dass sie, ganz im Sinne der IGT, Grenzen willkommen heißen und mit diesen arbeiten würden. Auch in der IGT wird mit etwaigen Widerständen gearbeitet. Dennoch wurde in den Interviews ersichtlich, dass die diesbezüglichen Aussagen von den Expertinnen oftmals revidiert oder abgeschwächt wurden. Beispielsweise wurden Anschuldigungen, die an das Umfeld gerichtet waren, im Interview lediglich angedeutet, nicht jedoch explizit angesprochen. Aus den Interviews ging zudem deutlich hervor, dass die Expertinnen jene Grenzen, die durch das niedrige kognitive Niveau ihrer Klient*innen auftraten, zu schützen versuchten. Sie vermieden es, etwaiges Verhalten und Probleme auf die mangelnde IQ-Reife als Ursache zurückzuführen. Vielmehr wurden Begriffe wie

„Andersartigkeit“ verwendet, um keine Kausalität zwischen problematischem Verhalten und geistiger Behinderung zu implizieren.

„Schwierigkeiten“

Als erhebliche Schwierigkeit wurde in den Interviews vor allem die verminderte Kommunikationsfähigkeit von Klient*innen genannt. Wie schon von Senckel (2017, S. 21–22) erwähnt, stellt es für Therapeutinnen ein Hindernis dar, wenn Menschen mit geistiger Behinderung ihre Gefühle und Gedanken nicht in Worte fassen können. In der Literatur wird jedoch dahingehend auf die Potentiale der IGT verwiesen, die sich auch an nicht-sprachlichen Prozessen orientiert (Staemmler, 2009, S. 92–93).

War die Kommunikation in der Therapie nur schwer möglich – beispielsweise lediglich nonverbal –, so stellte dies die Expertinnen vor große Herausforderungen. Als Möglichkeiten, um diese Schwierigkeiten zu umgehen, nennt Senckel (2017) Beobachtungen und Verhaltensbeschreibungen sowie sorgfältige Interpretationen derselben (S. 21–22). Diese Vorgehensweisen wurden in den Interviews jedoch nicht erwähnt. Hier wurde lediglich der Einbezug verschiedener kreativer Methoden genannt, um mit den Klient*innen in Kontakt zu treten. Aus den Interviews ging deutlich hervor, dass all dies eher spontane, improvisierte Interventionen waren, die vielmehr auf dem Prinzip von „Trial and Error“ basierten als auf fundiertem Wissen.

Auch habe es auf Seiten der Therapeutinnen ein Gefühl der Ratlosigkeit hinterlassen, wenn sie zu Klient*innen nicht durchdringen konnten. In diesem Zusammenhang wurde weiters deutlich, dass sich in der Folge eine möglicherweise ablehnende Haltung gegenüber Klient*innen entwickelt. Nach Senckel (2017) ist jedoch der Wille – und auch die Fähigkeit –, sich in einen Menschen mit geistiger Behinderung hineinzusetzen, Voraussetzung für die Etablierung einer guten Beziehung zwischen Therapeut*innen und Klient*innen (S. 14–15). Auch seien die Fähigkeit zu Wertschätzung und zu Empathie dafür vonnöten, welche die Expertinnen in den Interviews jedoch beizeiten vermissen ließen – beispielsweise, wenn Klient*innen als „suspekt“ beschrieben wurden. Eine Reflexion über das eigene Unvermögen, diese Klient*innen verstehen zu können, wurde in den Selbstaussagen der interviewten Therapeutinnen jedoch nicht ersichtlich. Ähnlich verhielt es sich, wenn sich Klient*innen durch Missverständnisse angegriffen oder unverstanden fühlten.

Zusätzlich zu diesen Schwierigkeiten innerhalb der Therapie wurde auch die grundsätzliche Freiwilligkeit von Klient*innen, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, als eine Schwierigkeit erwähnt – beispielsweise, wenn Klient*innen durch Forderungen des äußeren Umfelds (zum Beispiel familiär oder institutionell) zu einer Therapie verwiesen wurden und sich nicht mit ihrer Diagnose auseinandersetzen wollten. Die grundsätzliche Bereitschaft zu psychotherapeutischer Unterstützung sei jedoch zwingend vonnöten, um durch ein gestalttherapeutisches Angebot Verbesserung erzielen zu können (Staemmler, 2009, S. 91–92).

Eine weitere Schwierigkeit, welcher die interviewten Expertinnen begegneten, war es, bereits gestellte Befunde anderweitiger Institutionen zu erhalten. Diese organisatorische Hürde kann durch verbesserte Kommunikationswege zwischen den beteiligten Parteien jedoch rasch bewältigt werden.

„Arbeitsgestaltung“

In Bezug auf die Arbeitsgestaltung wurde von den Expertinnen auf kreative und abwechslungsreiche Methoden hingewiesen. Sie gaben an, fantasievolle und vielfältige Interventionen, wie beispielsweise Rollenspiele oder das Geschichtenerzählen, in der therapeutischen Arbeit zu nutzen. Diese Methoden haben das Ziel, durch den Ausdruck innerer Empfindungen die therapeutische Beziehung zu fördern (Staemmler, 2009, S. 74–75). Auch Berger (2007) verweist auf diese Form der schulübergreifenden Arbeitsweise und den Einbezug alternativer Kommunikationsformen, die sich im therapeutischen Prozess als hilfreich erweisen können. In der Literatur wird ebenfalls erwähnt, dass ein Schwerpunkt auf die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut*in und Klient*in gelegt werden solle. Durch diese Art der „entwicklungsfreundlichen Beziehung“ würden sich insbesondere für Menschen mit geistiger Behinderung Entwicklungschancen eröffnen (Senckel, 2017, S. 12–13). Auch Staemmler (2009) betont, dass Therapeut*innen stets durch persönliche Präsenz sichtbar werden sollen (S. 15–16). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass auch Therapeut*innen bereit sein müssen, in diese tiefe Form der Begegnung zu gehen und tiefergehende Emotionen zuzulassen. Wichtig sei es weiters, den Klient*innen stets unvoreingenommen zu begegnen und keine Erwartungen an sie oder die Therapie zu haben. Vielmehr solle nach Ansicht der Expertinnen das Individuum als solches, im Hier und Jetzt, wahrgenommen werden – so, wie es auch

die Prinzipien der Gestalttherapie vorsehen. Gemäß Staemmler (2009) ist es auch für die Gestalttherapie wesentlich, Klient*innen aufgrund ihrer Behinderung nicht zu pathologisieren, sondern die Vielseitigkeit und Individualität von Menschen in den Vordergrund zu rücken (S. 11). Auch in der Literatur wird die Anpassung von Methoden empfohlen, um den Bedürfnissen von Menschen mit geistiger Behinderung zu entsprechen (Senckel, 2017, S. 13–14).

Weiters wurde in den Antworten der Expertinnen ein Schutzmechanismus augenscheinlich, mit dem diese offenbar Klient*innen vor einer (Vor-)Verurteilung zu schützen versuchten. Dies deutet auf einen grundsätzlichen Mehraufwand an Beziehungsbereitschaft hin, der nach Senckel (2017) in der psychotherapeutischen Arbeit zum Erfolg der Therapie beitragen kann (S. 13–14). Die Interviews wiesen zudem darauf hin, dass auch grundlegende Prinzipien von Senckels (2017) Konzept der entwicklungsfreundlichen Beziehung in der Therapie umgesetzt werden. Denn entwicklungspsychologische Perspektiven fanden in vielen Antworten der Expertinnen Eingang: Erwähnt wurden beispielsweise die Berücksichtigung des „Ego States“ in einer Fallvignette, die Diskrepanz zwischen der körperlichen Erscheinung und der geistigen Fähigkeiten bei einer Klientin sowie der Einbezug möglicher Traumata.

„Gestaltprinzipien“, „Gestaltmethoden“ und „Interventionen“

Die Gestaltprinzipien bauen mit ihrem humanistischen Menschenbild darauf auf, die Menschen so anzunehmen, wie sie sind – in ihrem ganzen Sein – und grundsätzlich eine wertschätzende Haltung einzunehmen. Jedes Individuum soll mit all seinen Eigenarten wahr- und angenommen werden. Nach Senckel (2017) eignen sich gestalttherapeutische Prinzipien (das Prinzip der Leib-Seele-Geist-Einheit, das Figur-Grund-Prinzip) für die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung äußerst gut (S. 55–57).

Auch aus den Interviews ging deutlich hervor, dass die interviewten Expertinnen ihren Klient*innen äußerst wertschätzend begegnen und als Individuen mit all ihren Eigenarten wahr- und annehmen. Zudem wurde eine grundsätzlich offene Haltung „Neuem“ und „Andersartigem“ gegenüber ersichtlich, das, im Sinne Staemmlers, im therapeutischen Prozess unvoreingenommen „erspürt“ und „erforscht“ wird (Staemmler, 2009, S. 17). Evident wurde auch das Bemühen der Expertinnen, eine gute therapeutische Beziehung zu den Klient*innen aufzubauen. Diese Wichtigkeit

bindungsbezogener Aspekte, insbesondere bei Kindern bzw. Menschen mit geistiger Behinderung, betont auch Došen (2008). Bei einer Expertin wurde dennoch eine Vermeidungshaltung deutlich, da sie angab, den direkten Kontakt aufgrund seiner Intensität oftmals zu meiden. Es ließ sich im Interview eine mögliche Symptomübernahme, jedenfalls jedoch eine Gegenübertragung erkennen, die Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung haben kann. Diese reservierte Haltung widerspricht den Prinzipien der IGT.

In den Interviews wurden weiters verschiedene Angaben zu den Gestaltmethoden gemacht. Während von den Aussagen einer Expertin darauf geschlossen werden konnte, dass diese zum betreffenden Zeitpunkt keine oder wenig Erfahrung mit den methodischen Möglichkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung gesammelt hatte bzw. nicht geschult war, meinte eine andere Expertin wiederum, dass ihr gerade die IGT bei der Therapie von Menschen mit geistiger Behinderung behilflich sei, da diese auch schulübergreifend viele Methoden anbietet. Dadurch könne sie ihre Klient*innen stets dort abholen, wo sie gerade stehen. Demnach war das Wissen über die methodische Vielfalt, welche die IGT bietet, äußerst unterschiedlich.

Als mögliche Methoden werden in der IGT vor allem kreative und körperbezogene genannt. Klient*innen können beispielsweise mit Körperbewegungen experimentieren und dadurch mehr über sich selbst erfahren. Auch kreative Medien wie Malerei, Gesang, Tanz oder Musik eignen sich (Staemmler, 2009, S. 74–76). Der Körper als Medium der Kontaktgestaltung könne insbesondere bei schweren Störungen genutzt werden, um frühkindliches Erleben nachzuahmen (zum Beispiel Streicheln, Halten, Spielübungen mit dem Körper) (Senckel, 2017, S. 52–53). In den Interviews wurden insbesondere körperbezogene Methoden jedoch nicht erwähnt.

Hinsichtlich gesetzter Interventionen wurde in den Interviews erwähnt, dass experimentelle Interventionen bei Menschen mit geistiger Behinderung am wirkungsvollsten gewesen seien. Vor allem spielerische Elemente seien hilfreich gewesen, um Vertrauen zwischen Therapeut*innen und Klient*innen aufzubauen.

„Erleben der psychotherapeutischen Arbeit“

Als eine wichtige Komponente in der psychotherapeutischen Arbeit wurde von den Expertinnen Langsamkeit genannt. Eine langsame Herangehensweise sei nötig

gewesen, um die therapeutische Beziehung aufzubauen und um es Klient*innen zu ermöglichen, sich auf die Therapie und Methoden einzustellen. Es ist in der Therapie von Menschen mit geistiger Behinderung demnach ein äußerst kleinschrittiges Vorgehen vonnöten. In den Interviews war zusätzlich teils eine starke körperliche und emotionale Beteiligung der Therapeut*innen zu erkennen, beispielsweise wenn Themen angesprochen wurden, die für sie mit intensiven Gefühlen behaftet waren.

Auch wurde in allen Interviews eine phänomenologische Herangehensweise nach der IGT evident. Dabei konzentrieren sich Therapeut*innen auf ihre Klient*innen, auf deren Wahrnehmung und auf deren Gefühle und Erleben im jeweiligen Moment. Hierbei wird das Erleben auf allen Sinnebenen einbezogen und in den Mittelpunkt des Interesses gestellt. Eine Expertin erlebte weiters die Kooperation mit einem sonderpädagogischen Förderzentrum als äußerst hilfreich. Diese institutionenübergreifende Zusammenarbeit nennt auch Deister (2005, S. 542) als ein Ziel der Psychotherapie, um eine umfassende Behandlung gewährleisten zu können.

„Kontexte“

In den Expertinneninterviews wurden die Unterschiede zwischen der Arbeit im Institut und der freien Praxis deutlich. Die Therapeutinnen gaben an, dass ihnen die Arbeit im Institut mehr Möglichkeiten und Spielräume bieten könne – sei es durch das bessere zeitliche oder räumliche Angebot. Zudem würde das institutionelle Setting oftmals eng mit einem therapeutischen Auftrag zusammenhängen, da im multiprofessionellen Team gearbeitet wird. Es stünden ihnen mehr zeitliche Ressourcen zur Verfügung, da nach Auskunft der Expert*innen häufigere Termine über eine längere Periode möglich seien. In der freien Praxis würde vieles auch von der finanziellen Situation der Klient*innen abhängen, wodurch die Zeitressourcen oftmals knapper seien.

„Therapieziele“

Hinsichtlich der Therapieziele wurde eine Diskrepanz zwischen den theoretischen Erläuterungen, die in der Literatur zu finden sind, und den praxisorientierten Beispielen in Expertinneninterviews deutlich. Nach Deister (2005, S. 542) sei eine ressourcenorientierte Arbeitsweise, welche Fähigkeiten sichtbar mache, erhalte und weiterentwickle, das grundsätzliche Ziel einer Behandlung. Auch

sei die Kooperation zwischen Psychotherapie, Ergotherapie, niedergelassenen Psychiater*innen, sozialpsychiatrischen Diensten und Angehörigen zu fördern (S. 542). Weiters sei es das vorrangige Ziel der Psychotherapie, Anreize für die Persönlichkeitsentwicklung, die Ausbildung der Fähigkeiten und die befriedigende Beziehungsgestaltung zu setzen (Senckel, 2017, S. 100–101).

In den Interviews hingegen wurde ein hohes Maß an Selbstreflexion auf Seiten der Expertinnen deutlich. Eine Expertin meinte beispielsweise, man müsse sich stets fragen, wer welches Therapieziel verfolge und aus welchem Grund (Therapeut*innen, Klient*innen, Institutionen bzw. Betreuungssystemen, Angehörige). Auch die eigenen Ansprüche und Erwartungen seien zu hinterfragen. Primäres Ziel der IGT sei gemäß der Forschung, dem psychisch gestörten Menschen ein Beziehungsangebot zu unterbreiten. Dieses solle Emotionen und schmerzliche Erfahrungen zulassen, Abwehr- und Schutzmechanismen lockern und das Selbstkonzept heilen (Senckel, 2017, S. 100–101) – also einen Rahmen für all jene Erfahrungen bieten, die in den frühkindlichen Beziehungen nicht gemacht wurden. Die Therapieziele können einer Expertin zufolge jedoch auch viel kleinschrittiger sein: Beispielsweise hätten Menschen mit geistiger Behinderung selbst oftmals lediglich das Ziel, den Weg in die Praxis zu bewältigen. Viel mehr noch als in der Literatur wurde von den Expertinnen der Fokus auf die ‚kleinen Erfolge‘ in der Therapie gelegt und auf die Wertschätzung geringer Fortschritte. Dafür sei jedoch ein hohes Maß an Selbstreflexion vonnöten.

„Wirksamkeit der angewandten Methoden“

Die Expertinnen gaben in den Interviews an, mit einer unvoreingenommenen Herangehensweise, ohne Ziele und Erwartungen, am meisten Wirksamkeit zu erleben. Nur so können Klient*innen als Individuen gesehen und ihre Bedürfnisse verstanden werden. Auch Došen (2008) plädiert dafür, den Menschen in seiner Ganzheit zu betrachten und seine individuellen Bedürfnisse zu stillen – so könnte die Therapie wirksam sein (S. 188). Auch sei es nach Staemmler (2009) wichtig, dass Vertrauen zwischen Therapeut*in und Klient*in aufgebaut wird, da nur so Veränderungsprozesse in Gang gesetzt werden können (S. 17–18).

Auch die Anpassung des Sprachniveaus sei nach Meinung der Expertinnen wichtig, um mit der Therapie Wirksamkeit erzielen zu können. Zieht man die Evidenzbasis zur Kognitiven Verhaltenstherapie zurate, so kann zur Kurz- und

Langzeitwirksamkeit gesagt werden, dass diese in hohem Maße auch von der Sprache abhängt und Kommunikationsschwierigkeiten die Wirksamkeit behindern (Bhaumik et al., 2011). Die Expertinnen betonen jedoch auch, dass sich durch einen humorvollen Zugang zur Therapie und im Umgang mit etwaigen Schwierigkeiten viele alternative Lösungswege eröffnen können.

„Entwicklungspsychologie“

Die Expertinnen gaben in den Interviews an, den Entwicklungsstand ihrer Klient*innen zu eruieren und diesen für eine bessere Beurteilung oft mit der kindlichen Entwicklung zu vergleichen. Dies würde ihnen ermöglichen, individuell und flexibel auf die Klient*innen zu reagieren. Beispielsweise könne so festgestellt werden, welche Möglichkeiten es im vorsprachlichen Bereich gäbe, um mit Klient*innen mit schwerer geistiger Behinderung in Kontakt zu treten. Weiters gab eine Expertin hierzu an, in der Ausbildung zur IGT fachwissenschaftliche Hintergründe zur Entwicklungspsychologie erhalten zu haben. Dies sei in ihrer praktischen Arbeit äußerst hilfreich gewesen, da sie nicht nur das Entwicklungsniveau ihrer Klient*innen besser einschätzen, sondern auch deren zukünftige Entwicklung besser antizipieren habe können.

Auch gemäß den Erkenntnissen der Forschung (Došen, 2008; Senckel, 2017) ist es in der Therapie unverzichtbar, das kognitive, soziale und emotionale Entwicklungsalter von Klient*innen zu bestimmen. Nur so könne angemessen auf die Bedürfnisse der Betroffenen reagiert und auf diese eingegangen werden. Unklar blieb in den Interviews, ob sich die Therapeutinnen auf den kognitiven, den sozialen und/oder den emotionalen Entwicklungsstand ihrer Klient*innen bezogen bzw. ob sie hier überhaupt differenzierten. Für Došen (2008) ist jedoch die Ermittlung des Entwicklungsalters auf allen drei Ebenen für die Therapie und Diagnosestellung zentral, weshalb der Entwicklungspsychologie in der psychotherapeutischen Arbeit vermehrte Aufmerksamkeit zukommen zu lassen sei. In den Interviews nur wenig thematisiert, in der Literatur jedoch wiederholt erwähnt, ist der Zusammenhang zwischen Frühstörungen und Beziehungs- bzw. Bindungsstörungen (Braun-Scharm, 2005, S. 451–452; Senckel, 2017, S. 22). Auf die therapeutische Beziehung wurde in den Interviews lediglich bei jenen Fallvignetten eingegangen, in denen sich diese während der Therapie nicht besserte; dies wurde jedoch nicht auf Bindungsstörungen zurückgeführt, sondern auf die Andersartigkeit der Klient*innen.

7.2 Schwächen und Limitationen der Studie

Zwar führten die drei Expertinneninterviews zu neuen Erkenntnissen hinsichtlich der Möglichkeiten und Grenzen, die Psychotherapeut*innen in ihrer Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung regelmäßig erfahren, dennoch gibt es im Forschungsdesign einige methodische Limitationen, die bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sind. Eine Schwäche der Studie, die dem offenen Stil der Interviews geschuldet war, ist, dass nur wenige Hintergründe und Kontextinformationen zu den Fallvignetten bereitgestellt wurden. Viele Schilderungen durch die Expertinnen wurden oberflächlich gehalten und lediglich mit den nötigsten Informationen zu den betreffenden Klient*innen versehen, ohne jedoch näher ins Detail zu gehen; auch waren die Beschreibungen der gesetzten Interventionen oder ausgewählten Methoden oftmals vage, wodurch der inhaltliche Gehalt der Aussagen vermindert wurde. Da dennoch relevante Themenbereiche angesprochen wurden, wurde es vermieden, den Redefluss der Interviewten zu unterbrechen. Denn gerade das freie Erzählen und die selbstständige Strukturierung des Narrativs, ohne lenkende Aspekte von außen (*interviewer bias*), gibt Aufschluss über das subjektive Erleben der Expertinnen. Dennoch hätte ein häufigeres immanentes und exmanentes Nachfragen bei Unklarheiten validere Ergebnisse generiert.

Auch ist die Stichprobengröße von lediglich drei Expertinnen kritisch zu betrachten. Zwar wurde in den Interviews ein aufschlussreicher Einblick in die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung gewährt, doch handelt es sich dabei eher um exemplarische Falldarstellungen mit einer nur eingeschränkten und kontextabhängigen Verallgemeinerbarkeit. Dennoch konnte durch die Auswertung nach der Grounded Theory übereinstimmende Kategorien in allen drei Interviews ermittelt werden, womit die Grundlage für weiterführende Untersuchungen gelegt wurde. Weiters wurden im Zuge der Sequenzanalyse auch latente Inhalte offengelegt. Dieses kleinschrittige Vorgehen ist bei einer groß angelegten Studie nicht möglich.

Zudem wäre es bei einer weiteren Untersuchung vonnöten, die Auswahl der Expert*innen heterogener zu gestalten. Da in dieser Master-Thesis drei Expertinnen mit ähnlichen Merkmalen befragt wurden (Anfang 40, ähnliche Region, ähnliche Ausbildung), spiegeln die Ergebnisse primär eine weibliche Therapeutinnen-

Perspektive, von der nicht zwangsläufig auf die männliche Sichtweise geschlossen werden kann.

7.3 Ausblick

Die vorliegende Master-Thesis konnte durch die Einbindung der IGT ein neues Licht auf die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung werfen. Da es sich um eine in der Forschung sonst wenig beleuchtete Zielgruppe handelt, konnte im Rahmen der Untersuchung gezeigt werden, dass auch hierzu ergiebige Erkenntnisse zutage gefördert werden können und das Forschungspotenzial in diesem Bereich noch lange nicht erschöpft ist.

Mit ihren Erkenntnissen hat die vorliegende Master-Thesis jedoch nicht nur wissenschaftliche, sondern auch praktische Relevanz. Das in den Interviews geschilderte subjektive Erleben der Expertinnen kann Therapeut*innen künftig bei der Auswahl von Therapiemethoden, Interventionen und bei dem grundsätzlichen Zugang zu dieser Klientel unterstützen. Doch auch Klient*innen und deren Angehörige können von den Schilderungen der Therapeutinnen profitieren, da diese ihr Erleben – geprägt von Wertschätzung und Zuversicht, aber auch von Unsicherheit und Ratlosigkeit – anschaulich schildern und auch für Außenstehende nachvollziehbar darstellen. Gesellschaftlich ist die Arbeit insofern relevant, als sie den Fokus auf Menschen mit geistiger Behinderung legt und so ihre Bedürfnisse als Individuen anerkennt.

Angesichts der zuvor genannten Limitationen der vorliegenden Untersuchung ist es aus Gründen der Verallgemeinerbarkeit zu empfehlen, in weiterführenden Studien eine größere Stichprobe zu befragen. In Verbindung mit quantitativen Auswertungsmethoden können die dadurch generierten Ergebnisse auch statistische Relevanz erlangen, wenngleich das subjektive Erleben, wie es in der vorliegenden Untersuchung erhoben wurde, hier eine ungeordnete Rolle spielen würde – obwohl gerade diesem im therapeutischen Prozess ein besonders hoher Stellenwert zukommt. Statistische Untersuchungen könnten dennoch genauer auf Teilbereiche der vorliegenden Master-Thesis, beispielsweise auf den Einfluss der institutionellen Rahmenbedingungen (Kapitel 6.5) oder auf die Wirksamkeit der angewandten Methoden (Kapitel 6.7), eingehen.

Literaturverzeichnis

- Berger, E. (2007). Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Behinderung. *Medizin für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung*, 4, S. 10–16.
- Bhaumik, S., Gangadharan, S., Hiremath, A., & Russell, P. S. S. (2011). Psychological treatments in intellectual disability: The challenges of building a good evidence base. *The British Journal of Psychiatry*, 198 (6), 428–430.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085084>
- Bondy, C., Cohen, R., Lüer, G. & Eggert, D. (1975). *Testbatterie für geistig behinderte Kinder. TBGB Manual* (3. Auflage). Beltz Test Gesellschaft.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. 2 Bände. University of Michigan.
- Braun-Scharm, H. (2005). Kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen einschließlich Oligophrenien. In H.-J. Möller, G. Laux & A. Deister (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (3. Aufl.) (S. 401-456.). Thieme.
- Buber, M. (1994). *Das dialogische Prinzip* (7. Aufl.). Lambert Schneider.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (Hrsg.) (2020). *ICD-10-GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (10. Revision). Online: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html (20.01.2023).
- Deister, A. (2005). Sozioökonomie, Soziotherapie und psychiatrische Rehabilitation. Behinderung durch psychische Erkrankungen. In H.-J. Möller, G. Laux & A. Deister (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (3. Aufl.) (S. 542–546.). Thieme.

- Didden, R., Duker, P.C. & Korzilius H. (1997). Meta-analytic study on treatment effectiveness for problem behaviors with individuals who have mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 101 (4), 387–399.
- Došen, A. (2018). *Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene* (2., überarbeitete Auflage). Hogrefe.
- Došen, A., Wilms, B., & Rotthaus, W. (2008). „Ich hoffe nun, dass es weiter vorangeht!“ (Interview). *Psychotherapie im Dialog*, 9 (2), 187–192. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067406>
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the Life Cycle*. International Universities Press.
- Emerson, E. (2006). The need for credible evidence: comments on ‘on some recent claims for the efficacy of cognitive therapy for people with intellectual disabilities’. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 121–123. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00305.x>
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-5*. Hogrefe.
- Hausmann, B. & Meier-Weber, U. (1990). Kreative Medien, Bewegung und bildnerisches Gestalten in der Integrativen Kurztherapie mit psychotischen Erwachsenen. In H. Petzold & I. Orth, (Hrsg.) (1990), *Die neuen Kreativitätstherapien. Bd. II* (S. 1011–1114). Junfermann.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental Tasks and Education*. Longman.
- Hochgerner, M., & Wildberger, E. (1998). *Frühe Schädigung, späte Störungen. Beiträge aus der Sicht acht psychotherapeutischer Methoden* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Facultas.

- Kracauer, S. (1952). The challenge of qualitative content analysis. *Public Opinion Quarterly*, 16 (4), 631–642
- Lingg, A., & Theunissen, G. (2017). *Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. Erscheinungsformen, Ursache und Handlungsmöglichkeiten aus pädagogischer und psychiatrischer Sicht* (7. Auflage). Lambertus.
- Locke, J. [1690] (1975). *An Essay concerning Humane Understanding*. Clarendon Press.
- Mahler, M. S., Pine, F. & Bergman, A. (2008). *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation*. Fischer Taschenbuch Verlag.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Beltz.
- Piaget, J. (2003). *Meine Theorie der geistigen Entwicklung*. Beltz.
- Rosenthal, G. (2011). *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung* (3., korrigierte und ergänzte Auflage). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Sappok, T., Zepperitz, S., Barrett, B. & Došen, A. (2018). *SEED. Skala der Emotionalen Entwicklungs-Diagnostik. Ein Instrument zur Feststellung des emotionalen Entwicklungsstands bei Personen mit intellektueller Entwicklungsstörung*. Hogrefe.
- Sappok, T., & Zepperitz, S. (2019). *Das Alter der Gefühle. Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung* (2., überarbeitete Auflage). Hogrefe Verlag.
- Senckel, B. (2017). *Du bist ein weiter Baum. Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung* (5. Auflage). C.H. Beck.
- Staemmler, F.-M. (2009). *Was ist eigentlich Gestalttherapie? Eine Einführung für Neugierige*. EHP Edition Humanistische Psychologie.
- Strotzka, H. (1975). Was ist Psychotherapie? In H. Strotzka (Hrsg.), *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen* (S. 3–36). Urban & Schwarzenberg.

- Taylor, J. L., Novaco, R. W., Gillmer, B. & Thorne, I. (2002). Cognitive-behavioural treatment of anger intensity among offenders with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15 (2), 151–165. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3148.2002.00109.x>
- Schober, B., Dresel, M., & Heller, K. A. (2005). *Der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder. Dritte Version, 1999 (HAWIK-III)*. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.11327>
- Stern, D. (2007). *Die Lebenserfahrung des Säuglings* (9. Auflage). Klett-Cotta.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to Life*. Little Brown and Co.
- Willner, P., Jones, J., Tams, R., Green, G. (2002). A randomised controlled trial of the efficacy of a cognitive-behavioural anger management group for adults with learning disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15 (3), 224–235. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3148.2002.00121.x>
- Žic, A., Nikolić, B. & Igrić, L. (1997). The influence of Integrative Gestalt Therapy on acquisition of daily life skills and habits [Der Einfluss der Integrativen Gestalttherapie auf den Erwerb alltäglicher Fähigkeiten und Gewohnheiten]. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja (= Croatian review of rehabilitation research)*, 33 (2), 143–152. Online: <https://hrcak.srce.hr/file/149074> (18.06.2022).

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Merkmale ausgewählter Expertinnen.....	44
Tabelle 2: Kategorien und Kodierregeln (Grounded Theory).....	48

Anhang

Interviewleitfaden

1. Einstieg

- Begrüßung, Frage nach Technik („Siehst du mich gut?“ „Kannst du mich gut hören?“)
- Frage zu Befinden, kurzer Smalltalk
- Aufnahme starten
- Auf Aufnahme hinweisen, erneute Einverständniserklärung zur Aufzeichnung einholen
- Auf Freiwilligkeit hinweisen
- Hinweis auf Anonymisierung der Daten in der Master-These
- Hinweise zur Master-These (Thema der Arbeit)
- Hinweise zum Interview (ungefähre Dauer, wenige Fragen, Hinweis, dass gerne frei und ausführlich erzählt werden kann)

2. Interviewfragen

- „Wie erlebst du die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung?“
 - „Wann bist du bei der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung an deine Grenzen gestoßen?“
 - „Wann hast du die Arbeit als schwierig empfunden?“
- „In welchem Kontext arbeitest du mit Menschen mit geistiger Behinderung?“
 - „Wie beeinflussen die Rahmenbedingungen deine Arbeit?“
- „Welche Möglichkeiten hast du/haben Sie bei der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung?“
 - „Was ist für dich hilfreich?“
 - „Wann oder wie wendest du Gestaltprinzipien an?“
 - „Wann wendest du Interventionen an? Welche erachtet du als besonders wirksam, welche als weniger wirksam?“
 - „Was möchtest du mit deiner Arbeit erreichen?“

3. Abschluss

- Für die Teilnahme bedanken, schönen Tag/Abend wünschen, verabschieden