

Kischkel, Wolfgang / Pohl-Kroll, Karin / Rüster, Kerstin / Schultz, Regina
/ Sievers, Robert und Störmer, Norbert

Therapie bei schwer geistig behinderten Menschen mit depressiven Symptomen in stationären Langzeiteinrichtungen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40 (1991) 7, S. 254-259

urn:nbn:de:bsz-psydok-34990

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Behinderte Interaktion

- GERLICHER, K.: Zur Psychodynamik in Familien mit einem behinderten Kind (Psychodynamics in Families with an Handicapped Child) 265
- KISCHKE, W./POHL-KROLL, K./SCHULTZ, R./SIEVERS, R./STÖRMER, N.: Therapie bei schwer geistig behinderten Menschen in stationären Langzeiteinrichtungen (Therapy of Severely Mentally Handicapped Persons with Symptoms of Depression in Long Term Facilities) 254
- SARIMSKI, K./SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklung und Spielniveau bei retardierten Kindern (Linguistic and Symbolic Development in Retarded Children) 250
- VIRTANEN, T./MOILANEN, I.: Stress und Stressbewältigung bei Müttern von Kindern mit leichten zerebralen Dysfunktionen (Stress and Coping in Mothers of Children with Minimal Brain Dysfunction) 260

Erziehungsberatung

- BOHLEN, G.: Hindernisse in der Praxis systematisch orientierter Beratung an Erziehungsberatungsstellen (Obstructing Factors in Practising Systemic Oriented Therapy at Child Guidance Centers) 222
- HUNDSALZ, A.: Methoden und Konzeptentwicklung in den Psychologischen Beratungsstellen (Development of Methods and Concepts in Psychological Counseling Services) 55

Familientherapie

- KNOKE, H.: Familiäre Wirklichkeitskonstruktionen (Constructions of Reality in the Family) 293
- V. SCHLIPPE, A.: Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik – vier Imperative (Systemic View and Therapeutic Ethics – Four Imperatives) 368

Forschungsergebnisse

- BOEHNKE, K./V. FROMBERG, E./MACPHERSON, M.: Makrosozialer Stress im Jugendalter – Ergebnisse einer Wiederbefragung zu Kriegsangst und Angst vor Umweltzerstörung (Macro-social Stress in Adolescence – Results from a Follow-up Survey on War Anxiety and Anxiety about Destruction of the Environment) 204
- BRON, B.: Die Bedeutung von Elternverlusten in der Kindheit bei depressiven und suizidalen Patienten (The Significance of Loss of Parents in Childhood for Depressive and Suicidal Patients) 322
- BUNK, D./SCHALL, U.: Die Effizienz des Hintergrund-Interferenz-Verfahrens in der psychiatrischen Differentialdiagnostik hirnnorganischer Schäden bei Kindern (The Efficiency of the Background Interference Procedure in Discriminating Brain Damages in Children) 134
- HAAG, R./GRAF, N./JOST, W.: Subjektiv erlebte Ängstlichkeit als Aspekt der Krankheitsverarbeitung bei Kindern mit bösartigen Erkrankungen (Perceived Anxiety as an Aspect of Coping Illness in Oncologically III Children) 78

- HEGEMANN, T.: Untersuchungen zum Rehabilitationserfolg eines sozialtherapeutischen Segelschiffprojekts (An Investigation about Effectiveness of a Social-Therapeutic Sailing Project) 61
- HOBRÜCKER, B.: Die jugendpsychiatrische Station als Handlungsfeld: Pflicht und Kontrolle von Tätigkeiten (The Adolescent Psychiatric Ward as an Actional Field: Obligation and Control of Everyday Conditions) 90
- LÜCKE, M./KNÖLKER, U.: Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (On Stigmatization of In-Patients of a Child-Psychiatric Unit) 138
- MÜLLNER, E.: Die Re-Integration von Kindern in die leibliche (Teil-)Familie (The Re-Integration of Children into Their Biological (Partial) Family) 184
- REICH, G./DEYDA, H.: Interaktionsmuster in Familien mit psychosomatisch und depressiv erkrankten Kindern und Jugendlichen (Pattern of Interaction in Families with Psychosomatic III and Depressive Children and Adolescents) 96
- SCHROEDER, W./GRAF, U./WAGNER, U.: Der OFFER-Selbstbildfragebogen für Jugendliche und stationärer Psychotherapieerfolg (The OFFER-Self-Image-Questionnaire reflects Psychotherapeutic Effects under Special Conditions) 85

Jugendhilfe

- SCHWEITZER, J./REUTER, D.: Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation (Thinking in a Systemic Way in Residential Child Care: Suggestions for Pedagogy, Counseling and Organisation) 171

Praxisberichte

- BÖNNER, G.: Die Gestaltungstherapie – eine zusätzliche Möglichkeit in der Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen (Psychoanalytically Oriented Art Therapy – an Additional Opportunity in Group Psychotherapy with Adolescents) 177
- FÄRBER, H.P./LIEBENOW, H.: Integratives Betreuungskonzept für impulsiv-koordinationschwache Kinder (An Integrated Therapeutic Concept for Children with MBD-Syndrome) 375
- ROMER, G.: Methoden der Prävention psychischer Fehlentwicklungen im Rahmen der Kleinstkindpädagogik – Erfahrungen an einem amerikanischen Eltern-Kind-Zentrum (Methods of Mental Health Prevention in the Context of Infant and Toddler Education – Experiences in an American Parent-Child Center) 284

Psychotherapie

- ARNOLD, U./ARNOLD, K.H.: Dokumentation kinderspsychotherapeutischer Einzelbehandlungen – Entwurf eines Protokollbogens (Documentation of Single Treatments in Child Therapy – Outline of a Record Schedule) 298

STREECK-FISCHER, A.: Grenzgänger – Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Borderline Behavior: Dealing with Self-destructive and Outwardly Destructive Behavior during In-patient Child und Juvenile Psychotherapy)	105	TEXTOR, M.R.: Auslandsadoptionen: Forschungsstand und Folgerungen (International Adoptions: Research Results and Consequences)	42
STREECK-FISCHER, A.: Entwicklungsförderliche Laufställe – Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Development-Conductive Play-Pens – Power Factors in Stationary Psychotherapy with Children and Adolescents)	328	Werkstattberichte	
WILLE, A.: Voice Dialogue – Dialog der Stimmen (Voice Dialogue)	227	FUCHS, D.: Einzelfallhilfen für Kinder mit Entwicklungsschwierigkeiten in den Stuttgarter Kindertagesstätten ..	303
Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie		KRAUSE, C.: Aus der Arbeit der Erziehungsberatungsstelle Greifswald	112
GÜNTHER, M./GÜNTHER, W.: Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter (Inpatient Crisis Intervention in Adolescence)	22	Tagungsberichte	
KOWERK, H.: Qualitative Evaluation systematischer Aspekte bei stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Qualitative Evaluation of Systematic Aspects of Inpatient Therapy in Child and Adolescent Psychiatry)	4	Bericht über die 7. Bundestagung des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“	189
SCHULTE-MARKWORT, M.J./KNÖLKER, U.: Therapieabbrüche im stationären Bereich (Dropping-Out of Inpatient Treatment)	28	Bericht über ein internationales Symposium zum Thema „Eßstörungen“	231
Übersichten		Bericht über den Internationalen Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bad Homburg	272
BENGEL, J.: AIDS-Risikowahrnehmung und -verarbeitung bei Jugendlichen (AIDS-Risk Perception und Coping by Adolescents)	356	Bericht über den IX. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie	380
BRAUN-SCHARM, H.: Zwangssphänomene bei schizophrenen Jugendlichen (Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescent Schizophrenia)	166	Buchbesprechungen	
CHRISTIAN, H./ZECH, T.: Schulpsychologie im Spannungsfeld von Individuum und Systemen (A Concept of School Psychology viewing Individual and Systems)	339	ANDERSEN, T. (Hrsg.): Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge	198
DELLISCH, H.: Krankmachende Angst in der Familie (Illness-causing Anxiety within the Family)	128	ANSTÖTZ, C.: Ethik und Behinderung	238
HEIGL-EVERS, A./KRUSE, J.: Frühkindliche gewalttätige und sexuelle Traumatisierungen (Aggressive and Sexual Traumatization during Early Childhood)	122	BASTINE, R.: Klinische Psychologie, Bd. 1	316
HIRSCHBERG, W./ALTHERR, P.: Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen (Social Therapy with Dissocial Adolescents)	362	BOMMERT, H./HENNING, T./WÄLTE, D.: Indikation zur Familientherapie	313
JAKOB, P.: Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem (Developmental Problems Faced by Children, Adolescents and Young Adults in Families with an Alcohol Problem)	49	BUCHHEIM, P./SEIFFERT, T. (Hrsg.): Zur Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion	197
LIEBECK, H.: Neue Elemente in der Verhaltenstherapie einer Hundephobie bei einem Jugendlichen mit Down-Syndrom (New Elements in Behavior Therapy of a Dog-Phobia of a Juvenile with Down-Syndrom)	289	CIERPKA, M.: Zur Diagnostik von Familien mit einem schizophrenen Jugendlichen	242
LUDEWIG, K.: Unruhige Kinder. Eine Übung in epistemischer Konfusion (Restless Children. An Exercise in Epistemic Confusion)	158	CIOMPI, L./DAUWALDER, H.P. (Hrsg.): Zeit und Psychiatrie – Sozialpsychiatrische Aspekte	197
RENNEN-ALLHOFF, B.: Wie verlässlich sind Elternangaben? (How useful are Parent Reports?)	333	CLEMENS, M./COMBE, A./BEIER, C./LUTZI, J./SPANGENBERG, N.: Soziale Krise, Institution und Familiendynamik ...	349
SOHNI, H.: Mutter, Vater, Kind – Zur Theorie dyadischer und triadischer Beziehungen (Mother, Father, Child – Attribution to a Theory of Dyadic and Triadic Relationships)	213	DZIKOWSKI, S./ARENS, C. (Hrsg.): Autismus heute, Bd. 2: Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder	196
		EDELSTEIN, E.L.: Anorexia Nervosa and Other Dyscontrol Syndromes	195
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 26	313
		ELBERT, T./ROCKSTROH, B.: Psychopharmakologie. Anwendung und Wirkungsweise von Psychopharmaka und Drogen	386
		ELGER, W.: Sozialpädagogische Familienhilfe	115
		FEND, H.: Vom Kind zum Jugendlichen. Der Übergang und seine Risiken	315
		FICHTER, M.: Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung	316
		FIGENBAUM, W./BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): Angststörungen. Diagnose und Theorie	315
		FLÖTTMANN, H.B.: Angst. Ursprung und Überwindung ..	279
		GAUDA, G.: Der Übergang zur Elternschaft. Eine qualitative Analyse der Entwicklung der Mutter- und Vateridentität ..	277
		GRISSEMAN, H./WEBER, A.: Grundlagen und Praxis der Dyskalkulithherapie	239
		HAEBERLIN, U./BLESS, G./MOSER, U./KLAGHOFER, R.: Die Integration von Lernbehinderten. Versuche, Theorien, Forschungen, Enttäuschungen, Hoffnungen	243
		HILFE FÜR DAS AUTISTISCHE KIND, REGIONALVERBAND NORDBADEN-PFALZ e.V.: Autismus: Erscheinungsbild, mögliche Ursachen, Therapieangebote	71

HUBER, G./RIEDER, H./NEUHÄUSER, G. (Hrsg.): Psychomotorik in Therapie und Praxis	348	SCHEPANK, H. (Hrsg.): Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute.	313
JONAS, M.: Trauer und Autonomie bei Müttern schwerstbehinderter Kinder	68	SCHRAML, W.J.: Kinder und Kinderpsychotherapie	117
JUNGE, H./LENDERMANN, H. B.: Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – Einführende Erläuterungen	311	SCHRAML, W.J.: Einführung in die moderne Entwicklungspsychologie für Pädagogen und Sozialpädagogen	347
KAUFMANN, R.A.: Die Familienrekonstruktion. Erfahrungen-Materialien-Modelle	241	SEIFFGE-KRENKE, I. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen	314
KÖHNKEN, G.: Glaubwürdigkeit. Untersuchungen zu einem psychologischen Konstrukt	317	SIELERT, U./MARBURGER, H.: Sexualpädagogik in der Jugendhilfe	69
KOLLMANN, B./KRUSE, M.: Krebskranke Jugendliche und ihre Familien. Problematik und Möglichkeiten einer psychologischen Begleitung	195	SPADA, H. (Hrsg.): Allgemeine Psychologie	150
KUSCH, M./PETERMANN, F.: Entwicklung autistischer Störungen	36	STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Das Jugendalter. Entwicklung, Probleme, Hilfen	278
MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern	240	STEINKE, T.: Stationäres Training mit aggressiven Kindern: Die Implementation eines verhaltenstheoretisch orientierten Behandlungsprogramms in stationäre psychosoziale Organisationen	72
MCGOLDRICK, M./GERSON, R.: Genogramme in der Familienberatung	276	STRAK, W. (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis	195
MELTZER, D.: Traumleben. Eine Überprüfung der psychoanalytischen Theorie und Technik	311	TEXTOR, M. (Hrsg.): Hilfen für Familien. Ein Handbuch für psychosoziale Berufe	312
MOLNAR, A./LINDQUIST, B.: Verhaltensprobleme in der Schule. Lösungsstrategien für die Praxis	116	TRAD, P. V.: Infant Previewing. Predicting and Sharing Interpersonal Outcome	151
OLBING, H./BACHMANN, K. O./GROSS, R. (Hrsg.): Kindesmißhandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe	34	TRESCHER, H. G.: Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik	239
OLBRICH, R. (Hrsg.): Therapie der Schizophrenie. Neue Behandlungskonzepte	309	TRESCHER, H. G./BÜTTNER, C. (Hrsg.): Jahrbuch der psychoanalytischen Pädagogik 2	198
PETERMANN, F./NOEKER, M./BOCHMANN, F./BODE, U.: Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	310	TRÖSTER, H.: Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung	68
POHLER, G./POHLER-WAGNER, L.: Atemzentrierte Verhaltenstherapie	384	UHLEMANN, T.: Stigma und Normalität. Kinder und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	347
PRESTING, G. (Hrsg.): Erziehungs- und Familienberatung. Untersuchungen zu Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven	237	VOGEL, D./RAUH, H./JORDAN, D.: Therapieangebote für behinderte Kinder	309
PREYER, W.T.: Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren	35	WEINWURM-KRAUS, E.: Soziale Integration und sexuelle Entwicklung Körperbehinderter	278
PRITZ, A./SONNECK, G.: (Hrsg.): Medizin für Psychologen und nichtärztliche Psychotherapeuten	350	WIEMANN, I.: Pflege- und Adoptivkinder – Familienbeispiel, Informationen, Konfliktlösungen	308
RANDOLL, D./JEHLE, P.: Therapeutische Interventionen bei beginnendem Stottern	150	WHITE, M./EPSTON, D.: Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken	385
REMSCHMIDT, H./WALTER, R.: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern	240		
ROEDEL, B.: Praxis der Genogrammarbeit. Die Kunst des banalen Fragens	277	Editorial 2, 248	
ROHMANN, U.H./ELBING, K.: Festhaltetherapie und Körpertherapie	70	Ehrungen 346	
ROTHENBERGER, A. (Ed.): Brain und Behavior in Child Psychiatry	308	Nachruf 189	
ROTHHAUS, W.: Stationäre systematische Kinder- und Jugendpsychiatrie	69	Autoren der Hefte 34, 66, 115, 148, 193, 233, 275, 305, 347, 383	
SALZGEBER, J./STADLER, M.: Familienpsychologische Begutachtung	317	Diskussion/Leserbriefe 193, 234, 276	
SALZGEBER, J./STADLER, M./DRECHSLER, G./VOGEL, C. (Hrsg.): Glaubhaftigkeitsbegutachtung	35	Zeitschriftenübersicht 67, 148, 235, 305, 383	
		Tagungskalender 37, 73, 118, 152, 199, 244, 280, 318, 351, 387	
		Mitteilungen 37, 75, 119, 153, 200, 245, 281, 319, 351, 387	

Therapie bei schwer geistig behinderten Menschen mit depressiven Symptomen in stationären Langzeiteinrichtungen

Von Wolfgang Kischkel, Karin Pohl-Kroll, Kerstin Rüster, Regina Schultz,
Robert Sievers und Norbert Störmer

Zusammenfassung

Viele frühkindliche Kommunikations- und Interaktionsformen finden sich auch bei schwer geistig behinderten Menschen. Das Zurückspiegeln und Beantworten dieser Äußerungen spielt eine zentrale Rolle bei der Behandlung depressiver Symptome.

1 Einleitung

Psychischen Problemen bei schwer geistig Behinderten wird nur ein außerordentlich geringes Interesse entgegengebracht. Das ist insofern überraschend, weil gerade diese Personen in besonders hohem Maße gefährdet sind depressive Symptome zu entwickeln. Aufgrund ihrer Behinderung verfügen sie nur über wenige Möglichkeiten ihre Beziehungen aktiv zu gestalten. Sie werden gewandelt, gewaschen und gefüttert, oft ohne daß sie in der Lage sind, diese Abläufe zu beeinflussen. Ihre eigenen subtilen Versuche, Beziehungen zu regulieren, werden oft nicht beachtet oder übersehen. Hinzu kommt, daß der relativ häufige Mitarbeiterwechsel zu Beziehungsabbrüchen führt und den Aufbau stabiler Objektbeziehungen erschwert.

Trotz dieser offensichtlichen Problematik wird dieses Thema nur in wenigen Arbeiten aufgegriffen, wie etwa bei BOJANIN und ISPANOVIC-RADOJKOVIC (1989). Sie betrachten den Interessenverlust, den Rückzug auf sich selbst sowie die oft langandauernden Verstimmungszustände als Anzeichen der Depression. In ihrer Arbeit wird deutlich, daß bei der Entstehung depressiver Symptome bei schwer geistig behinderten Menschen ähnliche strukturelle Mechanismen eine Rolle spielen, wie bei der frühkindlichen Depression. Von daher ist es lohnenswert, sich mit den zahlreichen neueren Forschungsergebnissen zur frühkindlichen Entwicklung zu beschäftigen, um herauszufinden, welche frühen Formen der wechselseitigen Beziehungsgestaltung und Affektregulation es gibt, und welchen Stellenwert sie bei der Erklärung depressiver Entwicklungen haben.

2 Frühe Eltern-Kind-Kommunikation

2.1 Das Neugeborene ist an soziale Interaktion angepaßt

Aus der entwicklungspsychobiologischen Forschung gibt es eine Reihe von Befunden, die aufzeigen, daß der Säugling schon von Geburt an über Kompetenzen zur sozialen Interaktion sowie über eine Reihe präverbaler

Kommunikationsmuster verfügt. Das Neugeborene zeigt eine Vorliebe für das menschliche Gesicht und reagiert bevorzugt auf akustische Signale, die im Frequenzbereich der menschlichen Stimme liegen. Auch die Fähigkeit, verschiedene mimische Reaktionen zu unterscheiden und nachzuahmen, ist unmittelbar nach der Geburt gegeben. Neugeborene, die durchschnittlich 26 Stunden alt waren, unterschieden fröhliche, überraschte und traurige Gesichtsausdrücke. Darüber hinaus zeigten sie von Anfang an auch Imitationsversuche, was sich an Bewegungen der Augenbrauen, der Augen und des Mundes zeigte (TRAD 1986, 7. Kapitel).

Weiterhin kann der Säugling in verschiedenen Sinnesbereichen zwischen sich selbst und seiner Umwelt differenzieren. Er hat die Voraussetzungen zwischen Selbstberührung und Berührung von außen zu unterscheiden, zwischen selbsterzeugten Lauten und Lauten von seiten der Umwelt und ganz besonders zwischen allen Umwelt Erfahrungen, die in irgendeiner Form durch sein eigenes Verhalten bedingt sind und denen, die davon unabhängig sind. Er zeigt aktive Versuche, die Beziehung aufrechtzuerhalten und fortzuführen. PAPOUŠEK (1989) schreibt, daß bereits der 2 Monate alte Säugling eine wirksame Vorstellung von der Mutter hat, die weit über das partielle Erkennen hinausgeht und die Abgestimmtheit auf sein eigenes Verhalten zum Inhalt hat.

2.2 Abgestimmtheit des elterlichen Verhaltens

Die Eltern zeigen in der Interaktion eine Reihe von Verhaltensanpassungen, die fast unbemerkt und ohne bewußte Kontrolle verlaufen. So bemühen sie sich von Anfang an lebhaft um Blickkontakt. Sie bringen ihr Gesicht immer wieder in das Blickfeld des Kindes, in gleichbleibender „En-face-Position“. Sie verkürzen auffallend den Abstand zum Kind und nehmen den für die Sehfähigkeit des Kindes optimalen Dialogabstand von ca. 20 cm ein. Das Erreichen des Blickkontakts wird regelmäßig mit einem bemerkenswerten Gruß belohnt, bei dem die charakteristischen Merkmale des Gesichts auf stets gleiche Weise übertrieben dargeboten werden. Die Augenbrauen werden gehoben, die Augen und der Mund werden weit geöffnet, die Stirn in Falten gelegt und ein Ausdruck erwartungsvoller Aufmunterung wird eingenommen. Die anfangs noch flüchtigen Momente beiderseitigen Blickkontakts werden optimal ausgenutzt, um dem Neugeborenen das elterliche Gesicht in seinen charakteristischen Merkmalen vertraut zu machen (PAPOUŠEK 1989, 116). Auch im sprachlichen Bereich gibt es solche intuitiven Anpassungen. Die Eltern verändern ihre eigene Sprechweise, um sie dem Kind zugänglich und verständlich zu

machen. Die Konturen der elterlichen Sprechweise zeichnen sich vor allem durch erhöhte Stimmlage, erweiterten Stimmumfang und einfache Struktur aus. Es gibt ein kleines Repertoire von deutlich differenzierbaren, kontrastreichen melodischen Mustern, die in der Minute bis zu 15mal wiederholt werden. So finden sich:

- a) ansteigende Konturen in hoher Stimmlage, wenn die Eltern zum Vokalisieren oder zu anderen Formen aktiver Teilnahme am Dialog anregen wollen;
- b) aufsteigend-abfallende Konturen, wenn besonders geglückte Laute oder ein Lächeln freudig begrüßt und gelobt werden;
- c) abfallende Konturen mit langsamem Tempo und dunkler Stimme, wenn ein verdrießliches oder schreiendes Kind beruhigt und getröstet wird;
- d) beim Bemühen um Blickkontakt treten häufig Rufkonturen auf;
- e) unliebsame Verhaltensformen wie Quengeln werden durch kurze stakkatoartige Interventionen unterbrochen (PAPOUŠEK 1989, 117).

Durch diese kontrastreichen Prototypen lernt das Kind elementare Botschaften nonverbaler Kommunikation kennen, lange bevor es die Sprache versteht.

2.3 Das Zurückspiegeln des kindlichen Selbst

Von den ersten Kontakten mit dem Neugeborenen an neigen die Eltern dazu seine Mimik und Laute nachzuahmen. Das Zurückspiegeln des kindlichen Selbst ist in seiner Funktion sehr vielschichtig. Es zeigt dem Kind, daß es etwas in seiner Umwelt bewirkt und animiert das Kind herauszufinden, wie es durch Wiederholen seiner eigenen Äußerungen die erwarteten Äußerungen erneut hervorrufen kann. Die Selbstimitation bietet die Möglichkeit, im Vergleich mit dem dargebotenen Modell, die eigenen Reaktionen zu erkennen und zu differenzieren (PAPOUŠEK 1989, 113).

2.4 Beziehungsregulierung

In dem Prozeß wechselseitiger Verhaltensabstimmung erwirbt das Kind schon bald die Fähigkeit, die affektiven Reaktionen zu beeinflussen und die Kontaktaufnahme zu regulieren. Während das Kind bis zur 6. Woche die komplexe Grußreaktion der Mutter nicht imitieren kann und ohne Reaktion der Mutter keinen Kontakt aufnimmt, erfolgt mit 26 Wochen die Kontaktaufnahme in gleicher Häufigkeit von seiten der Mutter wie von seiten des Kindes.

Bei der Kontaktaufnahme entwickeln sich synchrone rhythmische Muster des kommunikativen Austauschs durch gegenseitige Anpassung. Diese Rhythmen wiederholen sich 2–3mal pro Minute. Dabei sieht das Kind die Mutter an, lächelt, vokalisiert und zeigt erhöhte motorische Aktivität und Aufmerksamkeit sowie einen positiven Affekt. Nach einer gewissen Zeit läßt die Intensität des Verhaltens nach, bis sich das Kind plötzlich abrupt abwendet und die Mutter nur noch peripher wahrnimmt. Danach wandert der Blick wieder zurück und der Dialog wiederholt sich. In 95% aller Fälle beenden die Kinder

den Blickkontakt, nicht die Mutter. Bei 6 Wochen alten Säuglingen betrug diese Phasen der Zuwendung 20 Sekunden und die der Abwendung 18 Sekunden. Mit 26 Wochen waren es dann 5 Sekunden Zuwendung und 12 Sekunden Abwendung.

2.5 Affektregulation

Mit zunehmender Kompetenz entwickelt das Kind auch verschiedene Bewältigungsstrategien, um mit unangenehmen Reizen fertig zu werden. Diese Formen der Affektregulierung sind:

- a) aktiver Rückzug (Blick- und Gesichtsabwendung);
- b) Zurückweisung (der Reiz wird mit Händen und Füßen weggeschoben, ursprüngliche Position wird beibehalten);
- c) Reduzierung der Sensibilität (gähnen, schlafen, gelangweilter Gesichtsausdruck);
- d) Schreien und Weinen; Ruf nach Hilfe von außen, um mit unangenehmen Reizen fertig zu werden.

Die Eltern beantworten die Unlustäußerungen des Kindes mit folgenden Strategien: sie reduzieren ihre eigene Aktivität, ermutigen das Kind zu einem aktiveren Zustand zurückzukehren, schaffen eine erwartungsvolle Atmosphäre, versuchen die Aufmerksamkeit zu erregen, um Austausch zu ermöglichen oder sie nehmen sich Zeit, um die Botschaften des Kindes zu erwidern (TRAD 1986).

3 Frühe Störungen der Eltern-Kind-Interaktion

Ein großer Teil des kindlichen Verhaltens scheint sich darauf zu konzentrieren, normale Interaktionen wiederherzustellen. So läßt sich bei simulierter Depression, bei der die Mutter mit starrem und ausdruckslosem Gesicht dasitz oder ganz wegblickt, ein typisches Protestverhalten beobachten. Das Kind versucht zunächst, ihrem Blick zu begegnen, bewegt Hände, Arme und Beine. Ist dies ohne Erfolg, versinkt das Kind nach einer Weile in eine zurückgezogene Haltung, dreht Körper und Gesicht weg. Dieser Zyklus wiederholt sich einige Male mit zunehmenden Anzeichen von Unlust und Erschöpfung. Der mißlungene Versuch normale Interaktion wiederherzustellen überträgt sich zudem auch stimmungsmäßig auf die folgenden Interaktionen.

Dieses zurückgezogene Verhalten fand sich deutlich ausgeprägt bei Kindern depressiver Mütter. Sie zeigten bei simulierter Depression wesentlich weniger Versuche, die Interaktion wieder zu normalisieren als Kinder nicht-depressiver Mütter, sondern blieben resigniert und passiv. Kinder depressiver Mütter gingen auch schneller aus einer positiven Interaktion heraus zu Protest und Blickabwendung über, und während normaler Interaktion machten sie seltener positive Kontaktangebote (TRAD 1986).

Offenbar organisieren diese Kinder ihr Verhalten als Antwort auf den Erwachsenen und spiegeln die Passivität der depressiven Mütter wider. Durch die ungenügenden Reaktionen auf ihre Kontaktversuche entwickelten diese

Kinder einen passiven Bewältigungsstil. Depressives mütterliches Verhalten beeinträchtigt also die Fähigkeiten des Kindes zur effektiven Selbstregulation. Bei diesen Kindern war auch die Flexibilität und Leichtigkeit beeinträchtigt, den negativen affektiven Zyklus zu durchbrechen und wieder zu normaler Interaktion zurückzukehren. Sie entwickelten eine fortdauernde negative Stimmung und eine negative Erwartungshaltung.

4 Entstehung der frühkindlichen Depression

Welche Hinweise lassen sich hieraus auf die Mechanismen einer depressiven Entwicklung in der frühesten Kindheit gewinnen? Nach SANDLER und JOFFE (1980) ist für die Depression der Objektverlust grundlegend, der gescheiterte Versuch, etwas entscheidend Wichtiges nicht erreichen zu können. Wir müssen daher davon ausgehen, daß bei diesen Kindern bereits eine positive Objektbesetzung stattgefunden und sich eine wirksame Vorstellung von der Mutter herausgebildet hat, so daß das Kind auch aktive Versuche entwickelt, die Beziehung aufrechtzuerhalten und fortzuführen. Aber offenbar werden bei diesen Kindern die beginnenden Versuche, die Beziehung eigenaktiv zu gestalten und fortzuführen, nur ungenügend beantwortet. Das eigene Bemühen, den positiven Zustand wiederherzustellen, scheitert durch die mangelnde Abgestimmtheit der elterlichen Äußerungen. Dieses Scheitern führt zu der Erfahrung, daß es die Interaktion nicht aktiv gestalten kann, sondern passiv auf die Zuwendung der Eltern angewiesen ist. Es macht somit die Erfahrung von Unkontrollierbarkeit und persönlicher Hilflosigkeit, die sich zu einem Gefühl von Hoffnungslosigkeit verdichtet und sich stimmungsmäßig auf die weiteren Interaktionen auswirkt.

5 Allgemeine Merkmale der Kommunikation zwischen schwer geistig Behinderten und Mitarbeitern

Unser erster Schritt bestand darin, zu beobachten, ob sich auch bei schwer geistig Behinderten die Formen der präverbalen Kommunikation wiederfinden lassen. Da die elementaren Formen der Kommunikation unterhalb der bewußten Wahrnehmungsschwelle liegen, hat sich die Aufzeichnung der Interaktion mittels Video bewährt, um die oft nur flüchtigen Formen der Kommunikation und Beziehungsregulation aufzudecken.

Bei der mikrostrukturellen Untersuchung der stattfindenden Interaktionen konnten wir feststellen, daß fast alle Elemente, die in der frühkindlichen Kommunikation anzutreffen sind, auch bei schwer geistig Behinderten vorkommen. Es scheint so zu sein, daß im prä- und nonverbalen Bereich relativ stabile Kommunikationsmuster existieren, die selbst nach schweren hirneigenen Schädigungen weiterbestehen und auch nach langjähriger Hospitalisierung nicht verschwinden. Allerdings waren die kommunikativen Elemente oft nur sehr flüchtig und wenig ausgeprägt. So sind beispielsweise bei man-

chen Heimbewohnern die akustischen Äußerungen so leise und schwach, daß man sie kaum hört; wohl die Folge davon, daß diese Laute lange Zeit in der Umwelt nichts bewirkt haben. Außerdem gab es auf seiten dieser Heimbewohner nur wenige Versuche, die Beziehung zu regulieren. Hingegen war bei nicht-depressiven Heimbewohnern zu beobachten, daß sie sich immer wieder um Blickkontakt bemühten und versuchten, ihr Gesicht ins Blickfeld zu bringen.

Bei der Auswertung fiel weiterhin die mangelnde Abgestimmtheit bei der Kommunikation auf. Zwar ließen sich bei den Mitarbeitern zahlreiche Versuche der Kontaktaufnahme beobachten, die aber nicht dem Entwicklungsstand angemessen waren. So wurde oft gar kein Blickkontakt aufgenommen, oder der Blickkontakt erfolgte über eine zu weite Distanz. Die Kopfhaltung wurde nicht synchronisiert, stimmliche Äußerungen fehlten oft ganz und mimische Reaktionen waren wenig ausgeprägt. Beim Füttern saßen Mitarbeiter bisweilen neben dem Heimbewohner, so daß überhaupt keine eingehendere Kommunikation möglich war.

Häufig war zu beobachten, daß die anfänglich noch vorhandenen Kontaktversuche der Mitarbeiter, die aber wegen ihrer Unangemessenheit nicht beantwortet wurden, allmählich reduziert oder ganz eingestellt wurden, was sich in beobachtbarem Desinteresse und in Langeweile ausdrückte. Die Interaktion wurde zu einer emotional unattraktiven Aufgabe. Offenbar besteht bei den unterhalb der bewußten Wahrnehmungsschwelle liegenden Kommunikationsformen die Erwartung, daß auf die Kontaktversuche eine standardisierte und hochgradig synchronisierte Antwort erfolgt. Wenn die Antwort nicht der Erwartung entspricht, erfolgt eine Abwendung und ein Verlust des Interesses.

Bezogen auf die Heimbewohner müssen wir also davon ausgehen, daß sie seit längerer Zeit in einer Situation leben, in der sie nicht adäquat angesprochen werden. Der gegenseitige kommunikative Austausch entfällt. Daraus lassen sich kritische Folgen ableiten. Statt Motivation zum aktiven Erkunden sind Inaktivität und Passivität, statt Übung Vermeidung und Mängel in der Beziehungsfähigkeit die Folge. In vielen Arbeiten wird das fehlende Bedürfnis von geistig schwer Behinderten, auf die Umwelt einzuwirken, als Ausdruck der hirneigenen Störung betrachtet. Aufgrund dieser Beobachtungen scheint es ebenso sehr die Folge eines nicht abgestimmten Verhaltens zu sein. Offenbar findet durch die mangelnde Abgestimmtheit ein Entgleisen des Dialogs im Sinne von SPIRZ statt.

6 Therapeutisches Vorgehen

6.1 Kriterien zur Diagnose von Depressionen bei schwer geistig Behinderten

Ein weiteres Anliegen war es nun herauszufinden, wie schwer geistig Behinderte mit depressiven Symptomen auf abgestimmte Kommunikationsformen reagieren. Als Kriterien zur Beurteilung der Depression wurden auf-

grund der oben dargestellten Funktionszusammenhänge folgende Merkmale ausgewählt, die auch die entwicklungspezifischen Zusammenhänge berücksichtigen:

- a) Das Aussehen des Heimbewohners wird als traurig, unglücklich oder niedergeschlagen beschrieben.
- b) Er weist ausgeprägte Grade von als Rückzug zu bezeichnendem Verhalten auf und bringt Berichten zufolge seiner Umwelt nur gelegentlich oder kaum Interesse entgegen.
- c) Er zeigt phasenweise langandauernde Verstimmungszustände.
- d) Es ist schwierig, einen längeren Kontakt mit ihm aufrechtzuerhalten.
- e) Er zeigt keine oder nur geringe aktive Versuche, die Beziehung zu regulieren: bleibt mit seinem Gesicht nicht im Blickfeld, nimmt keinen Blickkontakt auf, zeigt kein Protestverhalten, wenn sich vertraute Mitarbeiter von ihm abwenden.
- f) Es finden sich Schlafstörungen, Appetitstörungen, psychosomatische Störungen.

6.2 Allgemeine Überlegungen

Die Ergebnisse aus der entwicklungspsychobiologischen Forschung zeigen, daß wir anstelle der psychoanalytisch konzipierten Stadienfolge von primärem Autismus, Symbiose und Individuation davon ausgehen müssen, daß die Differenzierung von Selbst und Umwelt, die Entwicklung von Autonomie und Individualität auf frühen Vorstufen beginnt, und daß das therapeutische Vorgehen diesen Erkenntnissen anzupassen ist.

Bei schwer geistig Behinderten mit depressiven Symptomen hat das wiederholte Scheitern Beziehungen aktiv zu gestalten dazu geführt, daß sie den Kontakt mit der Umwelt stark reduziert haben. Bei der Behandlung dieser Personengruppe kommt es daher ganz entscheidend darauf an, ihre eigenen Versuche, Beziehungen zu regulieren, zu unterstützen. Wichtigstes Ziel ist dabei die Verstärkung der positiv besetzten Selbst- und Objektrepräsentanzen mittels der frühkindlichen Interaktionsformen, wie sie eingangs beschrieben wurden.

Da korrigierende emotionale Erfahrungen nicht auf Aufforderung des Therapeuten erreicht werden können, wurde darauf verzichtet, die frühen Kommunikationsformen in speziell ausgearbeiteten Programmen zu präsentieren. Die Kunst des therapeutischen Vorgehens besteht gerade darin, die Angebote des Patienten aufzugreifen und zu beantworten.

6.3 Kennenlernen

In der Anfangsphase geht es zunächst einmal darum, daß beide Partner sich kennenlernen und miteinander vertraut werden. Für den Therapeuten ist es wichtig, die oft nur flüchtigen Kommunikationsversuche seines Gegenübers zu erkennen und sich in seinem eigenen Verhalten verständlich zu machen. Er muß mit seinen intuitiven Reaktionen vertraut werden, die in ihrer Komplexität meist unterhalb der bewußten Wahrnehmungsschwelle liegen. In beiden Fällen ist die mikrostrukturelle Auswertung mittels Videoaufzeichnungen äußerst hilfreich.

Typische Merkmale in der Anfangsphase sind das Bemühen des Therapeuten im Blickfeld zu bleiben sowie einen nahen Blickkontakt herzustellen. Es zeigt sich immer wieder, daß auch bei schwer geistig Behinderten ein Abstand von ca. 20 cm am besten geeignet ist, um zu Blickkontakt anzuregen und sich mimisch zu verständigen. Obwohl die Wahrnehmungsleistungen meist weiter entwickelt sind als beim Säugling, ist diese Nähe emotional bedeutsam. Bei größerem Abstand gestaltet sich die Kontaktaufnahme schwieriger. Auch Rufkonturen als Werbung um Blickkontakt sind häufig. Außerdem werden oft die Hände des Gegenüber in die Hand genommen, um Aufschluß über dessen Kommunikationsbereitschaft zu erhalten. Hingegen ist das Berühren der Mundregion, das im frühkindlichen Dialog eine wichtige Rolle spielt, nur selten zu beobachten. Der Therapeut ist anfangs oft mit dem Problem konfrontiert, daß auch auf abgestimmte Kommunikationsformen keine unmittelbare Rückmeldung erfolgt. Dennoch kann er in der Regel davon ausgehen, daß dieses Vorgehen äußerst wirksam ist.

Besonders drastisch wurde dies bei der 13jährigen Annelise K. deutlich. In der 1. Stunde bemühte sich die Therapeutin 20 Minuten lang um sie, ohne erkennbare Reaktion. Annelise wandte den Kopf zur Seite und klopfte mit ihrem Daumen stereotyp an Nase und Mund und schien die Therapeutin nicht weiter zu beachten, die dennoch ihre freundlich zugewandte Haltung beibehielt und den Kontakt nicht forcierte. Auch bei der mikrostrukturellen Auswertung ergaben sich keine Hinweise auf Blickkontakt. Es war lediglich feststellbar, daß Annelise gelegentlich den Kopf ins Blickfeld brachte, ohne allerdings Blickkontakt aufzunehmen. Um so überraschender war daher die Reaktion, als die Therapeutin zur 2. Stunde in die Wohngruppe kam. Sobald Annelise die Stimme der Therapeutin an der Tür hörte, stand sie auf und kam auf sie zu. Obwohl Annelise sich so uninteressiert gezeigt hatte, hatte sie doch sehr genau beobachtet.

Es kommt somit in der Anfangsphase darauf an, eine freundliche zugewandte Haltung beizubehalten und speziell das Abwenden des Kopfes als Bestandteil eines rhythmischen Regulationsmusters zu sehen und nicht als endgültige Ablehnung. Eine solche Einstellung fällt leichter, wenn man bedenkt, daß nach der langen Zeit des Rückzugs das Sich-Einlassen für den Heimbewohner mit dem großen Risiko behaftet ist, zurückgewiesen oder nach anfänglichem Erfolg erneut frustriert zu werden. Das Zögern und Abwarten ist also ein Hinweis darauf, den Kontakt noch nicht weiter zu intensivieren. Dieses selbstregulierende Verhalten des Heimbewohners zu akzeptieren verfolgt auch das positive Ziel, die Vorstufen der Ich-Entwicklung zu fördern und schon von Anfang an die Erfahrung zu vermitteln, daß er nicht nur passiver Teilnehmer ist, sondern daß sein eigenes Verhalten eine wichtige Rolle dabei spielt, die Interaktion zu regulieren, sie zu intensivieren oder zu beenden. Dieser Schutz der Autonomie vermeidet die negative therapeutische Reaktion der Aktivitätssteigerung, die den Heimbewohner dazu zwingt, seine Affektregulation gegen den Widerstand des Partners durchzusetzen, der nichts zu seiner Beruhigung beiträgt.

Hinsichtlich der Entschlüsselung der lautlichen Äußerungen des Patienten hat es sich als sinnvoll erwiesen, sie entsprechend den Prototypen der lautlichen Kommunikation zu klassifizieren, um ihre Funktion im jeweiligen situativen Zusammenhang zu verstehen; ob es also Laute sind, die der eigenen Beruhigung dienen, die als Begrüßung und als Werbung um Kontakt zu verstehen sind, ob sie Ausdruck angenehmer Empfindungen sind oder ob es sich um Warnlaute handelt, die unliebsame Verhaltensweisen unterbinden sollen. Über diese elementaren präverbalen Kommunikationsformen verfügen auch viele Heimbewohner. Als Annelise K. es beispielsweise nicht mochte, daß in einer der ersten Stunden die Hand der Therapeutin auf ihrer Schulter lag, äußerte sie mehrmals die typischen stakkatoartigen Warnlaute, die unliebsame Verhaltensweisen unterbinden sollen. Als das nichts nützte, nahm sie die Hand selber herunter.

In der Anfangsphase sollten auch die Gegenübertragungsgefühle verstärkt beachtet und diagnostisch genutzt werden. Wie bei anderen frühen Störungen auch kommt in den Gegenübertragungsgefühlen oft sehr präzise zum Ausdruck, welche dominierenden Erfahrungen der Heimbewohner in seiner Biographie gemacht hat. Verliert man beispielsweise schnell das Interesse an dem Heimbewohner, so ist das ein Hinweis darauf, daß das Interesse an ihm zu häufig verlorengegangen ist. Bleiben die Interventionen zunächst wirkungslos, so ist das ein Anzeichen dafür, daß seine eigenen Versuche der Beziehungsregulation oft wirkungslos geblieben sind.

6.4 Zurückspiegeln und Beantworten

Nach der ersten Phase des Kennenlernens kommt allmählich ein Dialog in Gang. Die Nähe des Therapeuten wird akzeptiert, die Interaktionen intensivieren und differenzieren sich, Beziehungsangebote des Patienten werden häufiger. Zentrale Aspekte des therapeutischen Vorgehens sind in dieser Phase das *Zurückspiegeln* und das *Beantworten* der Äußerungen des Patienten.

Das Zurückspiegeln der Mimik und der Laute regt zur Nachahmung an und bietet die Möglichkeit, die eigenen Reaktionen zu differenzieren und zu unterscheiden. Es ist somit für den Heimbewohner die Voraussetzung für die Wahrnehmung der eigenen Befindlichkeit. Vor allem aber vermittelt es das Gefühl, etwas in seiner Umwelt bewirken zu können und durchbricht so den depressiven Kreislauf. Darüber hinaus kommt in der Selbstimitation auch ein empathisches Hineinversetzen in die Gefühlsbewegungen zum Ausdruck. Es können sich Kommunikationsformen entwickeln, mit denen sich beide über ihr Erleben verständigen. Das Zurückspiegeln darf aber nicht zu einem mechanischen Vorgang werden, sondern muß berücksichtigen, inwieweit die Reaktionen des Gegenübers als Kommunikationsangebote aufzufassen sind.

Als beispielsweise Annelise K.s Handstereotypen imitiert wurden, brachte sie zum Ausdruck, daß ihr dies außerordentlich unangenehm war. Offensichtlich dienten die Handstereotypen nicht der Kommunikation, sondern waren darauf ausgerichtet, die Vorstufen der Ich-Autonomie zu erhalten und hatten in die-

ser Situation die Funktion, eine noch zu bedrohlich erlebte Intimität abzuwehren. Auch bei Astrid S. war dies ähnlich. Hingegen bemühte sich Christine D. durch wiederholtes In-die-Hände-Klatschen um Kontakt mit dem Therapeuten, wobei sie auch den Blickkontakt suchte und die Beziehung durch das Hin- und Abwenden des Kopfs regulierte. Als der Therapeut auf sie einging, entwickelte sich ein 20minütiger Dialog, während es sonst schon schwierig war, sie minutenweise für eine Aufgabe zu interessieren.

Wie Ergebnisse aus der Säuglingsforschung zeigen (TRAD 1986), gehören Handstereotypen offenbar nicht zum primären angeborenen Kommunikationsrepertoire. Daher kommt es bei diesen Verhaltensweisen darauf an, zunächst ihren individuellen Sinn für den Heimbewohner zu entschlüsseln, bevor man sie zurückspiegelt.

Neben dem Zurückspiegeln kommt auch dem *Beantworten* der Reaktionen ein wichtiger Stellenwert zu, in denen der Therapeut eigene Bewertungen zum Ausdruck bringt und z. B. unliebsame Verhaltensweisen beeinflusst.

Als beispielsweise die 32jährige Sybille T. in einer Stunde an ihrem Pullover kaute, machte der Therapeut deutlich, daß er mit diesem Verhalten nicht einverstanden war. Er zog vorsichtig am Pullover und seine sprachlichen Äußerungen hatten kurzen stakkatoartigen Charakter. Sybille nahm zwar den Pullover nicht aus dem Mund, wandte sich jedoch dem Therapeuten zu und beobachtete aufmerksam seine Reaktionen. Sie schien neugierig darauf zu warten, was jetzt passieren würde. Durch diese Zuwendung wurde auch der Therapeut in seinen intuitiven Reaktionen beeinflusst. Er beharrte zwar weiterhin darauf, daß sie den Pullover aus dem Mund nehmen sollte, seine sprachlichen Äußerungen waren aber jetzt mit Beruhigungskonturen untersetzt sowie gelegentlichem Lachen, was dem ganzen Vorgang eine spielerische Qualität verlieh. Im weiteren Verlauf ließ sich Sybille von diesem Affekt anstecken, ließ den Pullover los und fing schließlich selbst an lauthals zu lachen.

An diesem Beispiel wird deutlich, wie sich beide in ihrem Verhalten gegenseitig steuern und die mitgeteilten Affekte aufgegriffen und aufgenommen werden.

7 Zusammenarbeit mit der Wohngruppe

Bei der Therapie von schwer geistig behinderten Heimbewohnern mit depressiven Symptomen ist eine enge Zusammenarbeit mit der Wohngruppe unerlässlich, damit die Ergebnisse der Therapie aufgegriffen und in den Alltag integriert werden können. Eine wichtige Aufgabe der Therapie ist es, mit Hilfe der mikrostrukturellen Analyse die Kommunikationsansätze des Heimbewohners aufzudecken, auf die man sich beziehen kann. Da die frühen Kommunikationsformen oft nicht abgestimmt beantwortet werden, geht es darum Verständnis für diese Interaktionsform zu entwickeln. Dabei sollte deutlich werden, daß es nicht um das Befolgen rigider Normen und Techniken geht, sondern um das Zurückgreifen auf intuitive Kommunikationsformen, die jeder ohnehin in seinem Repertoire hat, um einen Dialog in Gang zu bringen, in dem das gegenseitige Interesse geweckt wird.

Hierdurch können oft wichtige Veränderungen in der Beziehung erreicht werden, wie z.B. bei dem 13jährigen Stefan P.

Stefan ist durch eine spastische Lähmung in seinen Ausdrucksmöglichkeiten stark eingeschränkt. Er sitzt im Rollstuhl und ist im lebenspraktischen Bereich auf völlige Versorgung angewiesen. Bei ihm traten häufig depressive Verstimmungszustände auf. Ein besonderes Problem für die Mitarbeiter war das Essen und Trinken. Die Mitarbeiter hatten ständig Angst davor, daß er sich verschluckt und daß die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme nicht ausreichend sein könnte. Daher erfolgte die Flüssigkeitszufuhr mittels einer Spritze, weil sich hier die Menge der aufgenommenen Flüssigkeit am leichtesten kontrollieren ließ. Außerdem gab es beim Füttern Probleme. Er wandte sich oft ab und war meistens mürrisch und schlecht gelaunt.

Mit ihm wurde ein Essenstraining durchgeführt, wobei besonders darauf geachtet wurde, ständig im Blickfeld zu bleiben und die Nahrungsaufnahme mittels des Kieferkontrollgriffs zu kontrollieren. Die Aufnahme von Blickkontakt und die gegenseitige mimische Verständigung blieben so jederzeit möglich. Es bildete sich so ein wechselseitiges Vertrautwerden heraus, was die Mitarbeiter sicherer und angstfreier im Umgang mit ihm werden ließ. Daß das gegenseitige Vertrautwerden ein wichtiger Faktor für die Entwicklung ist, wurde auch hier deutlich. Aufgrund der veränderten Vorgehensweise war es ihm bald möglich, aus der Schnabeltasse zu trinken. Während er früher beim Essen meist schlecht gelaunt war, entwickelte sich das Essen für ihn zu einer angenehmen Situation, bei der er ausgeprägte mimische Signale von Freude und Wiedererkennen zeigte.

An diesem Beispiel wird deutlich, daß die Beziehung nicht nur auf der bedürfnisbefriedigenden Ebene liegt, sondern daß der Kontakt eine wichtige Quelle von Sicherheit, Geborgenheit, Freude und emotionaler Bindung ist.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Anwendung frühkindlicher Kommunikationsformen im Umgang mit schwer geistig Behinderten mit depressiver Symptomatik ein sinnvolles Mittel ist, um einen Dialog in Gang zu setzen, gegenseitiges Interesse zu fördern und so korrigierende emotionale Erfahrungen zu vermitteln. Durch die Berücksichtigung der entwicklungsspezifischen Zusammenhänge werden die oft übersehenen Kommunikationsformen verständlich und können sinnvoll interpretiert und aufgegriffen werden.

Summary

Therapy of Severely Mentally Handicapped Persons with Symptoms of Depression in Long Term Facilities

Early childhood communication and interaction often can be found in the severely mentally retarded. Adequate responding to this kind of behaviour plays a crucial role in the therapy of symptoms of depression.

Literatur

- BOJANIN, S./ISPANOVIC-RADOJKOVIC, V. (1989): Treatment of depression in mentally retarded children: A developmental approach. In: DOSEN, A./ENGELN, P. (Eds.): Depression in the mentally retarded. Proceedings of the international symposium 18.3.1988. PAOS: Niederlande, 76-90. - HARTKAMP, N. (1990): Einige Befunde der Säuglingsbeobachtung und der neueren Entwicklungspsychologie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 39, 120-126. - KÖHLER, L. (1990): Neuere Ergebnisse der Kleinkindforschung. Ihre Bedeutung für die Psychoanalyse. Forum der Psychoanalyse, 6, 32-51. - MENOLASCINO, F.J./WEILER, M.A. (1990): The challenge of depression and suicide in severely mentally retarded adults. In: DOSEN, A.D./MENOLASCINO, F.J. (Eds.): Depression in mentally retarded children and adults. Leiden, the Netherlands: Logon Publications, 155-173. - PAPOUŠEK, M. (1989): Frühe Phasen der Eltern-Kind-Beziehung. Ergebnisse der entwicklungspsychobiologischen Forschung. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 34, 109-122. - PAPOUŠEK, M./PAPOUŠEK, H. (1981): Intuitives elterliches Verhalten im Zwiegespräch mit dem Neugeborenen. Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik, 3(5), 229-238. - SANDLER, J./JOFFE, W.G. (1980): Zur Depression im Kindesalter. Psyche, 31(5), 413-329. - SCHOETZAU, A./PAPOUŠEK, H. (1977): Mütterliches Verhalten bei der Aufnahme von Blickkontakt mit dem Neugeborenen. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, IX, 231-239. - SCHÜSSLER, G./BERTL-SCHÜSSLER, A. (1989): Psychoanalytische Theorien der frühen Kindheit und Ergebnisse der Verhaltensforschung: Ist eine Revision notwendig? Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 34, 270-281. - TRAD, P.V. (1986): The face-to-face interaction paradigm. In: TRAD, P.V.: Infant depression. Berlin: Springer, 147-189.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Wolfgang Kischkel, Ev. Stiftung Neuerkerode, Schusterweg 8, 3305 Sickinge.