

Beitrag zur Fachtagung „Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung (Doppeldiagnosen) als praktische, konzeptionelle und sozialpolitische Herausforderung für die Behindertenhilfe“/15.11.2013, Kassel

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich möchte voranstellen, dass ich hier eine sehr subjektive Schilderung darstelle. Ich bin wenig vernetzt mit Kollegen aus dem hier anstehenden Aufgabenbereich, ich kann mich auf keine Zahlen oder repräsentative Untersuchungen stützen. Ich schildere Ihnen im wesentlichen meine persönlichen Eindrücke.

Ich betreue fachärztlich ca. 200 Menschen mit geistiger Behinderung, überwiegend mit zusätzlich psychischer Erkrankung, also Menschen mit besonderer Herausforderung, Menschen aus dem so benannten Kreis der „Doppeldiagnosen“. Die weitaus überwiegende Anzahl dieser Menschen leben in stationären Einrichtungen. Die ca. 10 Einrichtungen, die ich fachärztlich betreue, besuche ich regelmäßig, zwischen 2 x pro Woche und 1 x alle drei Monate. Zwischenkontakte finden in der Praxis statt oder telefonisch bzw. per Mail. Diese Tätigkeit umfasst den größeren Teil meiner psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit. Innerhalb der Praxis sehe ich dann noch nichtbehinderte Menschen im gängigen Rahmen einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis.

Einen Zusatz möchte ich machen: Wir sprechen hier von „geistig behinderten Menschen“, der Begriff hat sich etabliert – dennoch möchte ich ihn hinterfragen. Wir sprechen von Menschen, die primär eine körperliche Veränderung aufweisen, im ZNS, in Anzahl oder Struktur der Chromosomen o. Ä – aber eben: körperliche Veränderungen.

Die einen konkreten Unterstützungsbedarf erfragen, die im kommunikativen Bereich, in der intellektuellen Verarbeitungsmöglichkeit z. B. Unterstützung, Assistenz bedürfen – also eine spezifische Bedürftigkeit tragen. Ja – ich sage es kurz – der begriff „GB“ kann auch als diskriminierend empfunden werden – ich würde mir einen neuen, zutreffenderen Begriff wünschen.

Vor fast 40 Jahren habe ich eine heilpädagogische Ausbildung durchgeführt und war vor meinem Medizinstudium noch einige Jahre in diesem Bereich tätig.

Die jetzige fachpsychiatrische Arbeit führe ich seit ca. 20 Jahren durch.

In diesen Jahren hat sich eine umfassende Veränderung des Blickwinkels auf Menschen mit Behinderung ergeben. Gerade im Hinblick auf die Akzeptanz des Vorhandenseins seelischer Erkrankungen bei behinderten Menschen hat sich Entscheidendes verändert.

Ich denke rückblickend müssten wir uns vor einer großen Anzahl dieser Menschen entschuldigen: denn hinter wie vielen sogenannten „Verhaltensstörungen“ standen und stehen konkrete seelische Erkrankungen. Wahnhafte Inhalte, Angst in unterschiedlichen Formen, depressive Störungen stehen prägend hinter Verhaltensäußerungen, die mangels kommunikativer Möglichkeiten nur ausagiert werden können.

In dem von Prof. Seidel bearbeiteten Buch von Anton Dosen „Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung“ aus dem Jahre 2010 sagt Anton Dosen: „Im letzten Jahrzehnt wurde der große Rückstand der psychiatrischen Diagnostik und Behandlung von Menschen mit intellektueller Behinderung zum Teil aufgeholt. Während damals noch vor allem betont werden musste, dass Menschen mit einer intellektuellen Behinderung psychische Störungen – wie alle anderen Menschen auch – haben können, ist diese Tatsache heutzutage bekannt und weitgehend akzeptiert“. Ich schätze Anton Dosen's

Buch und Ansatz außerordentlich, deswegen stellt meine Sorge keinerlei Kritik dar. Aber: Hier ist noch ein weiter Weg zu gehen.

Die den Kontakt und die diagnostische Klärung erschwerende Kommunikationsbeeinträchtigung vieler behinderter Menschen bedingt ja ein Doppeltes: Zum einen ist das Stellen einer gesicherten und damit hilfreichen Diagnose erschwert. Mahnend steht vor mir eine junge Frau, die ich während meiner Ausbildung im Landeskrankenhaus auf die akutenpsychiatrische Station aufnahm. Es war der vielleicht 15. Aufenthalt früher jeweils wegen einer psychotischen Dekompensation. Es war eine behinderte, nicht sprachbegabte Frau aus einem Wohnheim, die jeweils nach einigen Tagen einer Krisenintervention wieder zurück in ihre Einrichtung ging. Eine dicke Akte begleitete die Frau. Der sehr erfahrene Stationspfleger sagte mir gleich nach der Aufnahme: „Du, guck da mal genauer hin, die schreit heute so anders“. Natürlich untersuchten wir gewissenhaft – hier war Ursache der Dekompensation keine Psychose, sondern eine Eileiterschwangerschaft, die zu einer erheblichen Schmerzsymptomatik und letztlich einem akuten Abdomen führte. Der Frau konnte am gleichen Tag durch eine Operation geholfen werden. Dr. Martin wird ja in seinem Beitrag auf diesen großen komplexen Bereich eingehen, den ich hier nur erwähnen und nicht vertiefen möchte: Insbesondere alle Formen einer schmerzverursachenden körperlichen Erkrankung, die mangels differenzierter kommunikativer Möglichkeiten nicht adäquat vermittelt werden können und zu Fehleinschätzungen führen können.

Ist es nicht verständlich, dass ein Mensch, der beispielsweise erheblichen Schmerz empfindet und darin keine Linderung erfährt, in seiner Verzweiflung aggressiv wird? Müssen wir nicht dahin kommen, jedwedes Verhalten als Sprache verstehen zu lernen? Oder mit den Worten des dänischen Philosophen Kirkegaard ausgedrückt: „Habe ich verstanden, was der andere verstanden hat?“ Ich denke, hier können wir uns von dem Begriff der „Verhaltensstörung“ zunehmend verabschieden.

Dieses Wort von Kirkegaard kann aber auf die zweite Problemebene verweisen: Eine Diagnose ist ja nicht nur dann hinreichend gestellt, wenn ich von außen differenzierend, sagen kann, dass dieser oder jener Mensch an einer Depression, an einer akut-wahnhaften Psychose, an einem posttraumatisch bedingten dissoziativen Zustand oder einer anderen primär seelisch bedingten Symptomatik leidet, oder eine Schmerzsymptomatik, eine Infektion, eine kardiale Symptomatik oder anderes im Hintergrund steht. Es ist wesentlich, dies zu erkennen, um gerichtet therapeutisch eingreifen zu können.

Dies enthebt mich aber nicht der drunter liegenden Aufgabe, mir ein Bild zu verschaffen der Innenlage des Anderen. Ich sehe ja meine ärztlich therapeutische Aufgabe vor allem auch darin, mich in den Anderen, hier in den Menschen, der sich mir anvertraut, der mir anvertraut wird hineinversetzen zu können. „Ich kann den anderen erst verstehen, wenn ich in seinen Mokassins gegangen bin“, ein Wort der Indianer. Es ist dies ja generell die Grundlage jeder patienten- bzw. klientenorientierten, therapeutischen Haltung. Letztlich nur aus dieser Sicht kann ich für den Anderen eine hinreichend unterstützende Struktur in Heim, Werkstatt, Schule etc. schaffen und fördernde Bedingungen aufbauen. Und hier sind beim Kernproblem der fachlichen Betreuung psychisch erkrankter behinderter Menschen.

Diese Arbeit ist immer und vor allem eine Beziehungsarbeit. Je stärker ein Mensch zusätzlich psychisch erkrankt ist, je stärker bedarf er einer gerichteten, d. h. professionellen Beziehungsarbeit.

Ich möchte an dieser Stelle die von mir sehr geschätzte Psychologin Barbara Senckel erwähnen. In ihrem Buch „Du bist ein weiter Baum“ formuliert sie die Grundlagen einer hilfreichen therapeutischen Beziehungsarbeit gegenüber psychisch erkrankten sogenannten behinderter Menschen so: Zum einen bedarf es eines erhöhten Betreuungsmehraufwandes, merkwürdigerweise benennt sie es aber dort so: „Eindrucksvolle Erfolge wurden durch einen **geringen** zeitlichen Betreuungsmehraufwand erzielt“. Sie formuliert aber weiter, dass Mitarbeiter, die sich der Aufgabe der Begleitung dieser im besonderen Maße herausfordernden Menschen annehmen einer „emotionalen Präsenz“ bedürfen. Dass sie weiterhin über „ein differenziertes entwicklungspsychologisches Fachwissen, dass die Wahrnehmungsphasen spezifischer Beziehungsbedürfnisse erlangt“, verfügen, dass sie „die Fähigkeit zur Wertschätzung, Empathie, Echtheit und reflexiver Distanz“ haben, und auch ein mögliches „Konzept gemeinsam vertreten“.

Hier ist dringender Fortbildungsbedarf in dem genannten Sinne, den ich nicht zutreffender formulieren könnte.

Ich beobachte in den von mir begleiteten Einrichtungen oft vor allem junge Menschen, die sehr engagiert sind, sich in einer gewissen „Brüderlichkeit“ mit den Menschen mit Behinderung verbinden, die sich stark auf die Beziehung einlassen, in großer Echtheit und einer tiefen Bereitschaft zu Begegnung und Assistenz. Durchaus gerade auch vor dem Hintergrund des ausgeprägten Paradigmenwechsels, den wir in Heilpädagogik und Sozialtherapie erleben, dass wir nicht mehr die alleinigen Wissenden sind, sondern dass wir versuchen wollen, den von uns begleiteten Menschen zu assistieren, d. h. deren Bedürfnisse zu unterstützen. Aber ich sehe eine relative Hilflosigkeit, wenn es um die konkrete Begleitung z. B. eines dissoziierenden Menschen mit posttraumatischer Belastungsstörung geht, oder den adäquaten Umgang mit einem paranoiden wahnerkrankten Menschen betrifft.

Ich möchte hier ein zentrales Anliegen als niedergelassener Arzt so formulieren: so wie es eine entscheidende Verbesserung der psychiatrischen Versorgung generell war, dass hier nicht nur Krankenschwestern –Pfleger psychiatrisch tätig waren, sondern dass Psychiatriefachpfleger und Pflegerinnen ausgebildet wurden, sehe ich analog hier die Notwendigkeit, dass nicht „nur“ Heilpädagogen oder Heilerziehungspfleger o. Ä. Fachberufe ausgebildet werden, sondern hier auch entsprechende Heilerziehungspfleger mit psychiatrischer Zusatzqualifikation. Ich wünsche hier jeder Einrichtung mehrere dieser professionalisierten Mitarbeiter, die – gerade im Sinne des von Dosen vorhin zitierten Wortes – das Wissen um psychische Erkrankungen gegenüber den anderen Mitarbeitern kommunizieren um adäquate Strukturen aufbauen zu helfen.

Wenn diese Beziehungsarbeit nicht in diesem Sinne vertieft wird – und nicht sogar durch eine an Kosten orientierte Personalsituation eingeschränkt wird – wird eine immer größere Medikalisierung der Betreuungsarbeit die Folge sein: Und dies nicht im Sinne der Betroffenen. Das Medikament, das Neuroleptikum, der Tranquilizer, das Antidepressivum müssten die Lücke füllen, die der Beziehungsmangel hinterlässt.

Also: Die dringende Notwendigkeit einer sehr breiten Professionalisierung der Mitarbeiter der Einrichtungen der Heilpädagogik, Sozialtherapie und Sozialpsychiatrie sehe ich als zentrale Aufgabe.

Dies betrifft auch den fachärztlichen Bereich. Prof. Seidel hat im Ärzteblatt, August 2013, auch auf diesen Mangel hingewiesen: Es gibt keine den sozialpädiatrischen Zentren vergleichbare Einrichtung im Erwachsenenbereich. Bis zum Alter von 18. Jahren gibt es ein relativ adäquates Setting (auch, wenn dies hinsichtlich der begrenzten Plätze dringend ausgebaut werden müsste) – aber hier gibt es im Erwachsenenbereich keinerlei Ersatz.

Es wäre ungeheuer hilfreich, wenn ich meine Praxis in diesem Sinne spezialisieren könnte: Psychologinnen, Sozialarbeiter o. Ä. Fachberufe gemeinsam die Versorgung der betroffenen Menschen und die Begleitung von Angehörigen und sie betreuende Mitarbeiter gewährleisten könnten.

In diesem Zusammenhang muss auch die finanzielle Vergütung der fachpsychiatrischen Arbeit erwähnt werden – die auch durch eine solche hier angesprochene Struktur verändert werden könnte. Mit ca. 25 Euro pro Monat und Patient wird die, gerade durch die Kommunikationsbeeinträchtigung bedingte oft zeitintensive Arbeit mit den betroffenen Menschen – und immer auch den Mitarbeitern und/oder Angehörigen – nicht hinreichend abgebildet.

Ein trotz wachsender Erkenntnis um psychiatrische Erkrankungen bei behinderten Menschen ist eine Therapieform noch ausdrückliches Entwicklungsgebiet, dass ich ansonsten hinsichtlich der Therapie psychiatrischer Erkrankungen tief etabliert hat: Die Psychotherapie. Es gibt erste Ansätze, insbesondere hinsichtlich der Psychologinnenverbände, sich diesem Menschenkreis zu öffnen. Hier bestehen noch viele Vorurteile, insbesondere auch Ängste, aber auch großes Unwissen. Ich erlebe in der psychotherapeutischen Arbeit mit behinderten Menschen eine ausgeprägt fruchtbare und auch für den Therapeuten zutiefst befriedigende Arbeit. Hier gilt es hinsichtlich dem üblichen Setting Veränderungen anzuführen – aber es ist möglich. Hier besteht noch ein ungeheurer Nachholbedarf einer adäquaten psychiatrischen Betreuung.

Und noch eines: Es besteht ein eklatanter Mangel an adäquaten stationären Einrichtungen – insbesondere auch zur Krisenintervention. Ein Grossteil der behinderten, psychisch erkrankten Menschen ist auf einer allgemeinen psychiatrischen Aufnahmestation nicht sinnvoll untergebracht.

Dies stellt für viele eine eklatante Überforderung dar.

Ich fasse zusammen:

Psychiatrische Erkrankungen bei behinderten Menschen werden allgemein anerkannt. Dieses Konzept führt zu einem befriedigendem therapeutischen Umgehen mit psychisch erkrankten Menschen mit Behinderung. Hier muss weiter Kompetenz vertieft werden, Mitarbeiter professionalisiert werden, um dieses Wissen in hilfreiche Strukturen und Konzepte für die behinderten Menschen umzuschmelzen. Eine breit angelegte Fachweiterbildung für Mitarbeiter tut hier not.

Weiterhin bedarf es fachspezifischer Zentren, um die psychiatrische Kompetenz zu bündeln und Prozesse fachlich begleiten zu können. Dies hängt auch mit einem noch unzureichenden finanziellen Ausgleich für die geleistete Tätigkeit zusammen.

Letztlich besteht ein eklatanter Mangel an geeigneten stationären Plätzen.

Abschließend noch zwei Gesichtspunkte. Der eine betrifft alle Beteiligten in diesem Bereich. Frau Senckel nennt das im genannten Zusammenhang, die Erfordernis eines „mehr an Beziehungsbereitschaft“. Dieses „mehr“ kann nicht durch Tarifvertrag o. Ä. geregelt werden. Hier bedarf es einer wirklich inneren Motivation. Ein mit dieser Frage vertrauter Mitarbeiter einer Einrichtung formulierte es einmal so: „Das, wenn die Pflicht getan ist, was dann bleibt – das ist's!“

Um dorthin zu finden, bedarf es einer Unterstützung der hier arbeitenden Menschen, die oft in bewundernswerter Weise hier Tag für Tag den Betroffenen zur Seite stehen. Auch hier ist die finanzielle Ausstattung nicht immer motivierend. Dies aber liegt nicht in meiner Hand – was mir möglich ist und wozu ich versuche Kollegen zu ermuntern versuche, ist Ausbildung und Kompetenzvertiefung. Ich selber versuche dies in einem unterschiedlichen Fortbildungsangebot für Mitarbeiter von Einrichtungen und Studierenden, die zu ca. 40 Fortbildungsangeboten neben der Praxisarbeit im Jahr führen. Dabei steht der Versuch im Mittelpunkt, diese vorhin benannte innere Welt des Erkrankten, Mitarbeitern zu vermitteln helfen. Aaron Antonowskis Salutogenese-Konzept steht für mich dahinter, ein Konzept, das helfen kann, selber gesund und vielleicht auch freudig in der Arbeit drinnen zu stehen. Eckpunkte dieses Konzeptes sind, dass wir in unserem jeweiligen Arbeitszusammenhang handlungsfähig sind – hier gilt es Handlungskonzepte zu entwickeln - dass, weiter, Zusammenhänge, Krankheitsbilder o. Ä. verstanden werden - dies gilt es fortbildungsmäßig zu vertiefen - und, vor allem, dass die Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns gegeben ist. Handlungsfähig sein, Zusammenhänge verstehen und einen Sinn in all dem zu wissen: Dies gilt es zu vertiefen.

Walter J.Dahlhaus
Arzt für Psychiatrie/Psychotherapie
Hexentalstr. 7
79249 Merzhausen

wjdahlhaus@hotmail.com