

Heike C. Schnoor

Aspekte einer psychoanalytisch orientierten Pädagogik für Personen mit einer geistigen Behinderung

Geistige Behinderung als Ich-Schwäche

Personen mit geistiger Behinderung sind von der psychoanalytischen Reflektion weitgehend unberührt geblieben. Dies kann darin begründet sein, daß sich diese Art der Behinderung gerade den Zielen tiefenpsychologischer Therapie – mit ihrem aufklärerischen Impetus, der auf Reflektion angelegt ist – erschwerend in den Weg stellt. Doch auch wenn eine geistige Behinderung eine psychoanalytische Therapie klassischen Settings nicht aussichtsreich macht, erscheint es mir für die pädagogische Arbeit mit diesem Personenkreis doch sinnvoll, die Erkenntnisse der Psychoanalyse diagnostisch und für die Planung pädagogischen Vorgehens zu nutzen.

In diesem Aufsatz möchte ich insbesondere auf die These eingehen, daß *eine geistige Behinderung eine Einschränkung von Ich-Fähigkeiten der betroffenen Person darstellt*.

Ein solcher Ansatz markiert für mich einen relevanten Schnittpunkt zwischen der Geistigbehindertenpädagogik und der Psychoanalyse, macht jedoch Übersetzungsarbeit erforderlich, die die Aufgabenfelder und Gedankengebäude beider Disziplinen soweit kompatibel macht, daß damit die Erkenntnisse der Psychoanalyse für die Geistigbehindertenpädagogik nutzbar gemacht werden können. Der Gewinn solcher Überlegungen liegt in praxisrelevanten Schlußfolgerungen, die nachfolgend angesprochen und durch ein Fallbeispiel konkretisiert werden sollen.

1. Was ist eine geistige Behinderung?

Ein Fallbeispiel¹: Frau M. ist eine 31jährige Frau mit einer geistigen Behinderung, als deren Ausgangspunkt eine frühkindliche Hirnschädigung angenommen wird. Schon mit zwei Jahren fiel bei Frau M. eine erhebliche allgemeine Entwicklungsverzögerung auf. Heute hat sie zwar ein passives Sprachverständnis aber keine aktiven Sprachmöglichkeiten entwickeln können. Im lebenspraktischen Bereich hat Frau M. einige Fertigkeiten erlernt, so kann sie Toilettengänge selbstständig erledigen, sich allein anziehen, hilft beim Tischdecken und anderen

¹ Die beschriebene Person ist der Autorin persönlich bekannt. Name und Lebensdaten wurden aus Datenschutzgründen anonymisiert.

einfachen Hausarbeiten usw. Einfache Sortieraufgaben in der heiminternen Beschäftigungstherapie kann sie ausführen. Frau M. lebt in der geschlossenen Wohngruppe einer stationären Langzeiteinrichtung. Bei Frau M. wird eine geistige Behinderung angenommen, was muß man darunter verstehen?

Nach Feuser wird „als geistig behindert (...) bezeichnet, wer aufgrund genetisch-organischer Beeinträchtigungen und der infolge davon auftretenden Störungen oder aufgrund anderweitiger Schädigungen, insbesondere durch Beeinträchtigungen infolge sozio-ökonomischer Benachteiligungen und der für diesen Personenkreis immer bestehenden hochgradigen sozialen Isolation, derart beeinträchtigt ist, daß er angesichts der vorliegenden Lernfähigkeit zur Befriedigung seines besonderen Erziehungs- und Bildungsbedarfs sowie zur Erlangung oder Aufrechterhaltung seiner Gesundheit voraussichtlich lebenslanger spezieller pädagogischer Hilfen bedarf. Die infolge der genetisch-organischen Beeinträchtigungen auftretenden Störungen betreffen besonders das äußere ‚Erscheinungsbild‘ (degenerativer Stigmata, Besonderheiten im Ausdrucksverhalten), die Grundtriebe (motorische und psychische Dynamik), die Sensibilität (physiologisch und psychisch), die Wahrnehmung (sensoriell, interpersonal, interpersonell), die Beziehungsfähigkeit (Interaktion, Kommunikation), den Ich- und Persönlichkeitsaufbau und die Lernfähigkeit. Die Lernfähigkeit ist in der Regel durch Beeinträchtigungen der Aufnahme- und Verarbeitungskapazitäten (sensomotorische und psychomotorische Prozesse der Wahrnehmungstätigkeit) gekennzeichnet, was sich insbesondere im Zusammenhang von Wahrnehmung, Denken und Handeln zeigt“ (Feuser 1981, 131f.).

Die American Association of Mental Deficiency (AAMD) betont als Folge der geistigen Behinderung die Störung des Anpassungsverhaltens (vgl. Grossmann 1977, 5), während Lempp die strukturelle Veränderung der verschiedenen psychischen Faktoren in ihrer Beziehung zueinander hervorhebt (Lempp 1991, 109f.).

Zusammenfassend kann man feststellen, daß eine geistige Behinderung vor allem eine kognitive Beeinträchtigung mit nachfolgender Schwächung der sozialen Kompetenz ist und eine Retardierung der Persönlichkeitsentwicklung zur Folge hat. Sie fällt zunächst als Entwicklungsverzögerung auf.

Diese vorwiegend deskriptive Aufzählung von Einschränkungen lassen sich unter der Perspektive der Ich- und Objektbeziehungstheorie in ihren Wechselwirkungen erklären.

Um diesen Gedankengang zu entfalten, beschreibe ich zunächst das Ich und seine Funktionen.

2. Ich und Ich-Funktionen

Erst ab 1920 hat Freud dem Ich eine streng technische und psychologische Bedeutung zugeschrieben. Im sogenannten 2. topischen Modell geht

Freud von drei funktional unterschiedlichen Bestandteilen der Psyche aus: dem Es, dem Ich und dem Über-Ich. Nach Hartmann hat das Ich weder eine Gestalt noch einen Ort, sondern es erscheint ausschließlich in seinen Funktionen (vgl. Blanck/Blanck 1979, 32).

Dem Ich werden die verschiedensten Aufgaben zugeschrieben: Kontrolle der Motilität und der Wahrnehmung, Realitätsprüfung, Antizipation, zeitliche Ordnung der seelischen Vorgänge, rationales Denken, Aufmerksamkeit, Gedächtnis Willenskraft etc. Es sind dies all die Fähigkeiten, die in ihrer Summe die Anpassungsfähigkeit eines Menschen ermöglichen. Da sich die psychoanalytische Theorie auf die Feststellung gründet, daß das Psychische nicht auf das Bewußtsein reduziert werden darf, werden dem Ich neben bewußten auch vorbewußte und unbewußte Anteile zugeschrieben. Inhalte des Es sind demgegenüber unbewußt. Neben diesen Ichfunktionen ist besonders die Synthesefunktion des Ichs hervorzuheben, denn die aufgezählten Ichfunktionen bedürfen der Organisation und Synthese, um für den Organismus sinnvoll und handlungsleitend zu sein. Diese integrierende und organisierende Funktion des Ichs bezeichnen Blanck und Blanck als „übergeordnetes Ich“ (vgl. Blanck/Blanck 1989, 52).

Anhand von klinischen Untersuchungen hat Freud außerdem entdeckt, daß das Ich die Fähigkeit hat, bedrohliche Vorstellungen in das Unbewußte abzudrängen. Dann erscheinen die am Konflikt beteiligten psychischen Systeme in folgenden Funktionen: das *Ich als Abwehrort*, das Es als Triebpol und das Über-Ich als Verbotssystem (vgl. Laplanche/Pontalis, Bd.1, 1977, 195). Dem Ich obliegt eine Vermittlerrolle zwischen den Trieb-Ansprüchen des Es und den Verboten des Über-Ichs.

Zur Erfüllung dieser Funktion kann das Ich die Verdrängung bedrohlicher Inhalte zur Hilfe nehmen. Es verfügt zu diesem Zweck über verschiedene *Abwehrformen* wie z.B. Verdrängung, Verschiebung, Isolierung und Ungeschehenmachen und kann so die Wahrnehmung eines unlustvollen Affektes verhindern. Das Ich verliert bei dem Prozeß der Verdrängung allerdings die Macht über das Schicksal der Vorstellungsinhalte.

Zusammenfassend kann man feststellen, daß der psychoanalytische Ichbegriff ein Konstrukt ist, das all die Fähigkeiten in sich vereinigt, die der *Selbsterhaltung des Menschen dienen*. Insofern ist das Ich eng mit der Handlungsfähigkeit eines Menschen verbunden und wird häufig als *Anpassungsorgan* bezeichnet.

3. Das Ich als biographische Größe

Dieser Anpassungsprozeß, der im Piagetschen Sinne sowohl den Aspekt der Adaptation, als auch den der Assimilation umfaßt, wird von jedem Kind in seiner Sozialisation abverlangt. Eine Folge der geistigen Behinderung ist jedoch die Erschwerung und Verlangsamung dieses

Prozesses. Dies drückt sich nicht nur in den eingeschränkteren kognitiven Möglichkeiten aus, sondern auch in sozialen und psychischen Entwicklungsschwierigkeiten.

Die Geistigbehindertenpädagogen fokussieren diesen Entwicklungsprozeß unter dem Blickwinkel erschwerter Lernprozesse, während die Psychoanalyse die funktionstüchtige Ausbildung des psychischen Systems betrachtet. Folgt man psychoanalytischen Erkenntnissen, so ist eine kompetente Handlungsfähigkeit in der Realität nur dann einzulösen, wenn das Ich eine entsprechende Funktionsfähigkeit entwickeln konnte. Denn das Ich als psychisches System ist nicht schon bei Geburt vorhanden, sondern entfaltet sich aus einer angeborenen Ausstattung (undifferenzierte Matrix) zu bestimmten, phasenspezifischen Zeiten nach der Geburt (vgl. Blanck/Blanck 1989, 20). Diesen Ausdifferenzierungsprozeß stellen sich die Ich-Psychologen als einen Entwicklungsprozeß vor, deren Fehlentwicklung jederzeit psychische Fixierungen entstehen lassen kann. Die Ich-Psychologen gehen sowohl von angeborenen als auch von Teilen des Ichs aus, die einem sozialisationsbedingten Anpassungsprozeß unterliegen.

Frühe Erfahrungen prägen die Synthesefähigkeit des Ichs in entscheidendem Maße. Die ersten Strukturierungen des Ichs fallen bereits in die Zeit der Mutter-Kind-Dyade im ersten Lebensjahr des Kindes. Spitz beschreibt die Bildung der Ich-Organisation mittels des affektiven Austauschs im Kommunikationsprozeß innerhalb der wechselseitigen Beziehung der Mutter-Kind-Dyade (vgl. Spitz 1988). Das Kind gilt also als Interaktionspartner und wird nicht als unbeschriebenes Blatt betrachtet, auf das die Umwelt Prägungen stanz. Insofern ist eine hinreichend gute Mutter-Kind-Beziehung auch die Voraussetzung für die optimale Entfaltung der Ich-Fähigkeiten des Kindes. Die Hospitalismusforschung von Spitz hat dies eindrucksvoll nachgewiesen (vgl. Spitz 1988, 111ff.).

Nach Glover bilden sich zunächst isolierte Ich-Fähigkeiten, sogenannte *Ich-Kerne*, die durch affektiv getönte Erfahrungen entstehen. „Wenn ähnliche Kerne zusammentreffen, kommt es zu Bündeln, die ‚Inseln‘ bilden. Diese vermehren sich, vereinigen sich zu dem ‚Kontinent‘ oder der Struktur, die das Ich ist“ (Blanck/Blanck 1989, 28). Diese Entwicklung kann als Organisationsprozeß beschrieben werden und findet größtenteils statt, bevor das Kind seine Sprachfähigkeiten voll ausbilden kann.

Präverbale Erfahrungen sind – psychoanalytischen Erkenntnissen zufolge – zwar unerinnerbar aber gleichzeitig auch unvergeßlich (vgl. Frank, zit. nach Blanck/Blanck 1979, 170). Unerinnerbar, weil erst mit fortschreitender Entwicklung Gedächtnisspuren organisiert werden und als Erfahrungen Kontinuität erwerben können. Diese Erfahrungen sind geprägt durch die täglich wiederkehrenden interpersonalen Ereignisse und werden als festgelegte Muster und Programme verinnerlicht. Keine Erfahrung im Leben geht wirklich verloren, auch die frühesten nicht

(vgl. Blanck/Blanck 1979, 171). Sie bestimmen unbewußt aber machtvoll Handlungen und Gefühle das ganze Leben hindurch (vgl. Blanck/Blanck 1989, 56), haben einen entscheidenden Einfluß auf die Realitätswahrnehmung (vgl. ebd., 73f.), bringen stereotype Verhaltensformen hervor und machen einen Aspekt der Charakterbildung aus.

Da die Ich-Entwicklung eng mit der körperlichen Reifung sowie der Trieb- und Affektentwicklung zusammenhängt, müssen diese einzelnen Prozesse aufeinander abgestimmt sein und phasengerecht angeregt werden. Geschieht dies nicht, oder wird der Gleichklang ihrer Entwicklung gestört, so kann dies – auf das Ich bezogen – zu unwiederbringlichen Verlusten von Ich-Funktionen führen. Die Ich-Entwicklung ist in ihren Grundzügen normalerweise mit etwa drei Jahren vollzogen, dann spricht Mahler von der psychischen Geburt des Menschen.

Bezogen auf Frau M. muß angenommen werden, daß sie diese phasenspezifische Anregung ihrer Ich-Fähigkeiten vermissen mußte. Sie lebte nie in einem familiären Umfeld, sondern wechselte gleich nach ihrer Geburt in ein Säuglingsheim, von dort schon mit ausgeprägten Hospitalismusschädigungen in ein Kleinkinderheim und anschließend in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie hatte keinen regelmäßigen Kontakt zu ihren Eltern, die Betreuungspersonen wechselten. Da keine Schulplätze zur Verfügung standen, hatte Frau M. nicht die Möglichkeit eine Schule oder Tagesstätte zu besuchen. Frau M. galt als kontaktscheues, schreckhaftes Kleinkind, das stereotype Verhaltensmuster zeigte, indem sie rauhe Flächen abzukratzen versuchte. In ihrer Gesamtentwicklung war Frau M. deutlich retardiert. Vor allem auf dem Gebiet der Sprachentwicklung und auf der Ebene der Beziehungsfähigkeit zu Personen sind bis heute große und dauerhafte Einbußen nachweisbar.

4. Auswirkungen der Ich-Fähigkeiten

Blanck und Blanck haben diagnostisch relevante Merkmale der Ich-Entwicklung zusammengestellt, die vor allem den Bereich der Beziehung zur Realität und zu anderen Personen betrifft. Um diesen Bereich, der in der Sonderpädagogik wenig bekannt ist, zu beleuchten, werde ich ihn im folgenden beschreiben. Blanck und Blanck beziehen sich dabei auf eine Altersstufe, die in der Normalentwicklung im Alter zwischen 0 und ca. 3 Jahren liegt.

Ich beschreibe im folgenden einzelne Dimensionen dieser Entwicklung, die vielfach miteinander verwoben sind. Die dargestellte Entwicklung ist als ein Zuwachs von Kompetenzen auf den verschiedenen Ebenen zu betrachten. Dies bedeutet nicht, daß frühere Entwicklungsstufen völlig überwunden werden. Auf deren Stufen kann ein Mensch auch in fortgeschrittenen Entwicklungsstadien noch zurückgreifen bzw. regressiv zurückfallen. Die Psychoanalyse stellt fest, daß wachsende Ich-Fähigkeiten folgende psychische Funktionsbereiche beeinflussen:

4.1 Die Selbstwahrnehmung

Bevor Psyche und Soma den langwierigen Prozeß der Differenzierung voneinander durchlaufen, lebt das Kind in seiner Selbstwahrnehmung ausschließlich im Körper. Blanck sagt, das Menschenkind sei ein „*psycho-physiologischer Organismus*“ (Blanck/Blanck 1979, 85). In dieser Phase erlebt sich das Kind außerdem mit seiner Mitwelt in einer undifferenzierten Selbst-Objekt-Einheit, aus der heraus sich erst langsam ein von der Mitwelt abgegrenztes, differenziertes Selbst mit klarem Körperbild und Geschlechtsidentität herausbildet. Dieser Differenzierungsprozeß von Psyche und Soma sowie Selbst und Objekt ist eng mit der Ich-Entwicklung verknüpft und scheint bei einigen Personen mit einer geistigen Behinderung nicht vollständig abgeschlossen zu sein. Soweit feststellbar steht bei Personen mit einer schweren geistigen Behinderung körperliches Erleben im Vordergrund. Dort finden sich auch Ansatzpunkte zum Dialog und zur pädagogischen Förderung, die konzeptual in einigen entwickelten Förderansätzen für Geistigbehinderte umgesetzt wurden. Fehlanpassungen auf dieser Stufe können in Form von selbstverletzenden Verhaltensweisen ein schwerwiegendes Problem in der Betreuung Geistigbehinderter darstellen. Beobachtungen, daß einige schwerbehinderte Personen (zumal bei zusätzlichen Hospitalismusstörungen) stark auf Atmosphärisches in der Gruppe oder auf die Gestimmtheit der Mitarbeiter reagieren lassen sich dadurch erklären, daß das Erleben von Selbst und Objekt noch nicht genügend getrennt ist, um sich innerlich von Umgebungsfaktoren abgrenzen zu können.

4.2 Konfliktbewältigung

Blanck und Blanck stellen die These auf, daß „es einen Punkt in der Entwicklung gibt, wo die auf Erfahrung beruhende Interaktion durch eine *organisierte psychische Struktur* ersetzt zu werden beginnt“ (1979, 116). Bei dieser Wendung nach Innen verliert „die interpersonelle Interaktion (...) an Einfluß und weicht dem ‚stärker im Geiste‘ –, d.h. dem In-der-Struktur-Leben“ (ebd., 86). Beispielsweise werden die Konflikte mit den Eltern bei Übernahme der elterlichen Normen und Werte ins Über-Ich zu einem inneren Konflikt zwischen den Instanzen Es und Über-Ich.

Bis zum Erreichen des Loslösungs- und Individuationsprozesses ist die Selbst-Objektbeziehung weitgehend interpersonell, d.h. in der unmittelbaren Interaktion der dyadischen Beziehung zwischen Mutter und Kind gebunden (vgl. 1979, 85). Personen mit schwerer geistiger Behinderung sind deshalb u.U. längere Zeit oder sogar zeitlebens auf konkrete interpersonale Interaktionen als Ansatz zur Förderung angewiesen. Auf dieser Ebene werden auch Konflikte ausgetragen. Bei Frau M. kann man beobachten, daß sie die Verweigerung von Anforderungen durch Autoaggressionen konsequent unterstreicht. Selbstverletzende Verhal-

tensweisen haben dann einen demonstrativen und appellativen Charakter und können als ein wirkungsvolles Mittel in der Auseinandersetzung mit dem Personal gesehen werden.

„Jeder Mensch, auch der geistig Behinderte, hat die Neigung, Schmerz abzuwehren, beschämende, demütigende, verletzende Erfahrungen zu vermeiden“ (Görres 1991, 10). Diese Vermeidung kann auf der Handlungsebene (z.B. durch Weglaufen) oder auch auf der intrapsychischen Ebene (mit Hilfe von Abwehrprozessen) erfolgen. Auf der Handlungsebene erfolgen Abwehrreaktionen schon bei neugeborenen Kindern z.B. indem sie sich von unlustvollen Geschehnissen abwenden. Wirkungsvolle psychische *Abwehrmechanismen*, als Gegenreaktion auf unlustvolle Empfindungen spiegeln dagegen ein höheres Strukturierungsniveau des Ichs wider und sind daher erst in höherem Alter von Kindern nachweisbar (vgl. Blanck/Blanck 1979, 91). Die Psychoanalyse unterscheidet einfachere (Spaltung, Introjektion, Projektion) und differenziertere (z.B. Verdrängung) Abwehrmechanismen. Die letzteren haben den Vorzug einer größeren Effektivität. Durch diesen Entwicklungsschritt werden intrapsychische Konfliktbewältigungsstrategien möglich, die auf der Verhaltensebene eine größere Konfliktfähigkeit erlauben und als erhöhte Frustrationstoleranz sichtbar werden.

Bei sprachfähigen Personen mit einer geistigen Behinderung sind vielfach auch differenziertere psychische Abwehrprozesse (z.B. Verleugnung) nachweisbar. Bei sprachunfähigen Personen mit geistiger Behinderung ist dies jedoch schwer zu überprüfen. Allein die Untersuchung der Gegenübertragung beim Personal läßt – nach psychoanalytischem Verständnis – Rückschlüsse auf diese Ebene zu. Hier fällt dann beispielsweise die Tendenz zur Projektion und die Häufigkeit auf, mit der Spaltungsprozesse im Team anzutreffen sind.

4.3 Verhaltensmodus

Mit diesem Entwicklungsprozeß eng verbunden ist eine allmähliche Änderung des vorherrschenden Verhaltensmodus. Die Psychoanalyse unterscheidet primärprozeßhaftes und sekundärprozeßhaftes Verhalten. Wobei der Primärprozeß mit zunehmender Organisation des Ichs durch den Sekundärprozeß als vorherrschenden Verhaltensmodus abgelöst wird. Beim Primärvorgang strömt die psychische Energie in weitgehend unkontrollierter Form ab und strebt unbewußt die kürzestmögliche Verwirklichung von Befriedigungserlebnissen an. Zu den Sekundärprozessen dagegen gehören bewußte und vorbewußte Formen der Entscheidung, Aufmerksamkeit, kontrollierten Handlungen und der wachen Denkvorgänge (vgl. Laplanche/Pontalis, Bd. 2, 1977, 397). Erst im Sekundärprozeß können Befriedigungen aufgeschoben und neue Befriedigungswege erprobt werden (vgl. ebd., 397). Damit hat der Sekundärvorgang eine regulierende Funktion auf das Verhalten und wird erst durch die Ich-Bildung ermöglicht. Bei ausgeprägten Ich-Schwächen sind

Verhaltensweisen zwangsläufig stärker von unbewußten Aspekten bestimmt.

Die Tendenz zu Impulsdurchbrüchen, die bei einigen Personen mit einer geistigen Behinderung beobachtbar sind, sind Ausdruck eines solchen Primärvorgangs. Bei Frau M. kann man denn auch aggressive Verhaltensweisen wie das Beißen in Tische, Tür- und Fensterrahmen in Situationen großer, ungebremster Wut beobachten. Diesen Verhaltensweisen ging jeweils ein Konflikt voraus, in dem Frau M. ihre Wünsche und Vorstellungen nicht durchsetzen konnte. Diese ohnmächtige Wut war einerseits durch einschränkende Lebensbedingungen und andererseits durch ihre wenig differenzierten Fähigkeiten zur Verdeutlichung und Realisierung ihrer Wünsche (im Sinne von Ich-Kompetenzen) bedingt und brach sich z.T. in ungesteuerten aggressiven Impulsen Bahn. Andererseits entwickelte Frau M. einige, wenn auch unbeholfene Fähigkeiten der Eigenkontrolle hinsichtlich ihrer Autoaggressionen. So ließ sich beobachten, daß sie versuchte ihre Bedürfnisse den Mitarbeitern nonverbal mitzuteilen und sich selbst zu schützen, indem sie ihre Hände in ihren Ärmeln oder Hosenbeinen vergrub oder sich mit ihrer eigenen Bettdecke ‚fesselte‘, um sich nicht schlagen zu müssen.

4.4 Affekterleben

Affekte differenzieren sich im Zuge der psychischen Entwicklung zunehmend aus: Zunächst erscheinen sie in Form der Dichotomie von gut und böse, später werden sie reichhaltiger. Lustvolle Affekte sind dann z.B. Zufriedenheit, Vertrauen, Frieden oder Freude und unlustvolle sind beispielsweise Angst, Furcht, Schuld oder Hilflosigkeit. Zu den hochentwickelten lustvollen Affekten zählt auch die Hoffnung, die schon vielfältige Ich-Fähigkeiten voraussetzt (vgl. Schnoor 1988, 78ff.). Die volle Entfaltung des affektiven Repertoires gelingt einem Kind normalerweise erst nach einigen Jahren und gilt als diagnostischer Hinweis für den Entwicklungsstand einer Person (vgl. Blanck/Blanck 1979, 91). Die früheste Form der Angstentwicklung beim Neugeborenen ist ein sogenanntes „*organismisches Unbehagen*“, ausgelöst durch Unlust oder gestörtes Gleichgewicht. Diese zunächst umfassend erlebte Bedrohung gepaart mit einer Angst vor Vernichtung, differenziert sich im Laufe der Entwicklung weiter aus. Im Zuge entwickelterer Ich-Funktionen wird Angst schließlich in umschriebeneren, gefährlichen Situationen erlebt und dient dann als Signal, die es dem Individuum ermöglicht, gezielte Schutzmaßnahmen zu ergreifen.

Der Umfang der Affektdifferenzierung bei Personen mit einer geistigen Behinderung ist allerdings bei Einbußen auf dem Gebiet sprachlicher Ausdrucksfähigkeit schwer einschätzbar, dürfte aber auch von dem Stand der Ich-Entwicklung abhängig sein (vgl. Schnoor 1991, 15f.). Beobachtbar war bei Frau M., daß sie die Gefahren im Straßenverkehr kaum realistisch abschätzen konnte, eine Signalangst auf dieser Ebene

war somit nicht vorhanden. Wobei man einschränkend erwähnen muß, daß sie auch in der geschlossenen Wohngruppe einer Vollzeiteinrichtung wenig Gelegenheit hatte, dies zu üben.

4.5 Beziehungsmodus

Der Beziehungsmodus eines Menschen ist spezifischen Entwicklungsveränderungen unterworfen, die durch die jeweils individuell unterschiedlichen Sozialisationsbedingungen ausgestaltet werden. Solange Säuglinge in der Unmittelbarkeit der interpersonellen Erfahrung leben, gewöhnen sie sich an immer wiederkehrende Erlebnisse und passen sich ihnen durch Musterreaktionen an. Diese Musterreaktionen sind relativ beständig und machen einen Aspekt der Charakterbildung aus (vgl. Blanck/Blanck 1979, 94). Bei Stagnation auf dieser Stufe erwarten die Betroffenen auch später eine Wiederholung des Erlebens, das sie mit dem Primärobjekt hatten. Auf dieser Ebene können sehr rigide Sozialisationsbedingungen auch zu einer wenig flexiblen Charakterbildung beitragen.

Dieses Phänomen muß von einer echten *Übertragung* im psychoanalytischen Sinn unterschieden werden. Übertragung ist ein Begriff für ein klinisches Phänomen, in dem Patienten „Erfahrungen, Affekte, Einstellungen und Verhalten gegenüber dem primären Objekt auf einen Therapeuten verschieben“ (vgl. ebd., 94f.). Das setzt voraus, daß sie vollständige Objektrepräsentanzen entwickelt haben. Dies erfordert wiederum, daß sie die Ähnlichkeit zwischen einem früheren und einer jetzt aktuellen Beziehungskonstellation unbewußt erkennen, sodaß es daraufhin überhaupt zu der für die Übertragung typischen Verwechslung kommen kann. Damit ist neben einer entwicklungspsychologischen Komponente auch eine kognitive Kompetenz angesprochen, die bei Personen mit einer schweren geistigen Behinderung nicht immer gegeben sein wird. In diesen Fällen finden sich übertragungsähnliche Phänomene in der Form der Suche nach oder Erwidern von Gefühlen zu dem primären Objekt.

Frau M. war in ihrem Kontakt zu Mitarbeitern sehr vorsichtig, mißtrauisch und achtete von sich aus auf einen großen Abstand, was vor dem Hintergrund ihrer langen Institutionserfahrungen, in denen sie ständig Beziehungsabbrüche erfahren hat, nur zu verständlich ist. Nur selten faßte sie zu einzelnen Betreuern Vertrauen und suchte dann einen engen, fast symbiotischen Kontakt. Diese Mitarbeiter erlebten die Beziehungswünsche von Frau M. dann als „unersättlich“, was auf frühe orale Beziehungsmuster schließen läßt. Auf den Abbruch einer solchen Beziehung reagierte Frau M. mit schweren Krisen und massivem selbstverletzendem Verhalten bis hin zur Nahrungsverweigerung.

Wenn man sich aus psychoanalytischer Sicht der Entwicklung von Personen nähert, die als geistigbehindert gelten, stößt man auf zwei Probleme: Einmal hat die Psychoanalyse ihre entwicklungspsychologi-

sche Studien meist an Kindern unternommen, die ohne primäre Schädigung in den Sozialisationsprozeß eingetreten sind, wodurch der umweltabhängige Aspekt des Ergebnisses stärker in den Vordergrund getreten ist. Zum Anderen ist das *Ich als Sammelbegriff* für die Anpassungsleistungen eines Menschen eine recht umfassende, qualitative Größe. Die Psychoanalyse hat leider keinen quantitativen Ich-Begriff entwickelt (vgl. Balint 1966, 202f.), obwohl beispielsweise bei der Frage nach der Therapieindikation quantitative Größen, wie Ich-Schwäche oder Ich-Stärke eine große Rolle spielen. Für den Bereich Geistigbehinderter ist dies jedoch durch verschiedene sonderpädagogische Diagnostikinstrumente ansatzweise versucht worden (auch wenn dies nicht mit dem Ich-Begriff belegt wurde). Der Gewinn der Einbeziehung des Ich-Begriffs in die Überlegungen der Behindertenpädagogik liegt darin, daß die Psychoanalyse vielfältige Erfahrungen gesammelt hat, wie die Ich-Kompetenzen als Teil des psychischen Apparates die anderen Bereiche der Psyche (Es und Über-Ich) in ihrer Durchschlagskraft auf das Verhalten beeinflussen müssen.

Ich-Fähigkeiten sind nicht nur nützliche Kompetenzen für die Alltagsbewältigung, weil sie in Form des Gedächtnisses, der Bewußtheit, Lernfähigkeiten u.a.m. die Voraussetzungen dafür schaffen, die verschiedenen Aspekte der Realität kognitiv einzuschätzen und entsprechende Verhaltensmöglichkeiten zu entwickeln. Sie bestimmen auch die Konfliktfähigkeit und damit das psychische Gleichgewicht einer Person empfindlich (d.h. auch die Anfälligkeit für psychische Probleme mit Krankheitswert). Außerdem beeinflussen sie das affektive Repertoire, die Selbstwahrnehmung sowie die Beziehungsgestaltung zu anderen Personen. All dies wirkt sich nach den Erkenntnissen der Tiefenpsychologie auch auf die Beziehungsdynamik zwischen einzelnen Personen aus. Insofern sind Mitarbeiter auf der Ebene eigener Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen auch direkt in diese psychischen Prozesse involviert.

5. Diagnostik der Ich-Fähigkeiten

Henderson (1982, 239ff.) unterscheidet vier Ebenen der Ich-Entwicklung, die einer phänomenologischen Diagnostik zugänglich sind:

1. Fünf Phasen der psychosexuellen Entwicklung (nach Freud: orale, anale, phallisch-genitale, Latenz, genitale Phase);
2. Acht Phasen der psychosozialen Entwicklung, die zur Ich-Identität führen (nach Erikson: Urvertrauen gg. Urmißtrauen; Autonomie gg. Scham und Zweifel; Initiative gg. Schuldgefühl; Werksinn gg. Minderwertigkeitsgefühl; Identität gg. Identitätsdiffusion; Intimität gg. Isolierung; Generativität gg. Selbst-Absorption; Integrität gg. Lebens-Ekel);
3. Vier Phasen der kognitiven Entwicklung (nach Piaget: sensomotori-

sche, voroperatorisches und konkret-operatorisches Denken sowie abstrakte Denkopoperationen);

4. Sowie fünf weitere Faktoren der Ich-Entwicklung, die ich im folgenden genauer ausführen werde:

- ① Autonome Funktionen des Ich (Autonomous Function): Dazu zählt das Erlernen intellektueller Fähigkeiten, die der Sprachfähigkeit und der Wahrnehmungsorganisation zugrundeliegen, sowie die Fähigkeiten diese zu reflektieren. Bei einer geistigen Behinderung liegen hier Defizite vor (vgl. ebd., 256f.).
- Beziehung zur Realität (Relation to Reality): Dazu zählen die Möglichkeit der Realitätsüberprüfung und die Fähigkeit zum Aufrechterhalten einer adäquaten Wahrnehmung der Realität. Diese basiert auf der eigenen Körperwahrnehmung und auf der Wahrnehmung von taktilen, visuellen und auditiven Reizen. Gehen diese Voraussetzungen verloren, verliert der Mensch das Gefühl für seine Ich-Grenzen und sein Körperschema (vgl. ebd., 256, 257).
- ② Denkprozesse (Thought processes) wie kognitive Schärfe, Vernunft, Begriffsbildung. Abhängig von der Ausdehnung einer Beeinträchtigung auf diesem Gebiet werden auch andere Prozesse davon beeinflusst (vgl. ebd., 256). Bei einer geistigen Behinderung liegen hier Defizite vor, die als Leitsymptom der geistigen Behinderung gelten.
- Objektbeziehung und Abwehrprozesse (Object relations and defenses): ihre Bedeutung für den Umgang mit Impulsen, sozialen Fähigkeiten und interpersonalen Beziehungen. Psychische Gesundheit zeichnet sich auch dadurch aus, daß Menschen in der Lage sind, befriedigende Beziehungen zu anderen aufzunehmen und zu erhalten. Henderson weist darauf hin, daß – im Gegensatz zu entwicklungsverzögerten Kindern – solche mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen auf diesem Gebiet massive Einbußen haben (vgl. ebd., 258f.). Bei Personen mit geistiger Behinderung sind die Fähigkeiten befriedigende interpersonale Beziehungen aufzubauen unterschiedlich ausgeprägt. Wobei diese durch einschränkende Lebensbedingungen sowie durch Vorbehalte der Umwelt ihnen gegenüber erschwert werden. Einbußen auf diesem Gebiet scheinen z.T. behinderungsspezifisch bedingt (z.B. bei Personen mit autistischen Störungen, ist die Einbuße auf der Beziehungsebene zentral), aber auch Resultat spezifischer Sozialisationsbedingungen zu sein.
- ③ Synthetische Funktionen (Synthetic functions): die Fähigkeit Erfahrungen und die einzelnen Ich-Funktionen effektiv zu integrieren und zu einem stabilen und lohnenden Lebensmuster zu verbinden. Solche integrativen und organisierenden Aktivitäten machen die synthetische Funktion des Ichs aus und führen zu einem funktionierenden psychischen Apparat. Personen mit

schwerwiegenden psychischen Problemen (z.B. solche, die an Schizophrenie leiden) zeigen hier eine massive Beeinträchtigung (vgl. ebd., 256, 259).

Bei Personen mit einer geistigen Behinderung treten vor allem Einschränkungen der autonomen Funktionen, der Denkprozesse und der synthetischen Funktion des Ichs auf. In welchem Umfang die Beziehung zur Realität, die Objektbeziehung sowie Abwehrprozesse in Mitleidenschaft gezogen sind, muß im Einzelfall überprüft werden. Ich möchte ergänzen, daß eine Ich-Schwäche auch die Gefahr leichter einsetzender und nachhaltigerer Regressionsprozesse mit sich bringt.

Mit diesem Ansatz versucht Henderson zu einer Beschreibung von Entwicklungsverzögerungen auf der Basis der Ich-Fähigkeiten zu kommen, und auf dieser Basis eine phänomenologische Diagnostik zu entwerfen, die die Beeinträchtigung der einzelnen Ich-Funktionen bei entwicklungsbehinderten Personen feststellen kann (vgl. ebd., 255). In diesem Zusammenhang ist die Anmerkung von Redl wichtig, der zwischen einer „Ich-Schwäche“ und einer „Ich-Störung“ unterscheidet. Ersteres bezeichnet ein mangelhaft ausgebildetes Kontroll- und Steuerungssystem einer Person, während letzteres das Ergebnis eines Zusammenbruchs dieses Systems ist. Man muß aber bemerken, daß psychische Störungen bei Personen mit einer geistigen Behinderung schwerer diagnostizierbar sind, weil die Verbalisierung der Erlebens bei Schwerbehinderten oft nicht möglich ist. Man ist deshalb gezwungen beobachtbare Symptome theoriegeleitet zu beurteilen, eine einführende Abschätzung der Befindlichkeit vornehmen und diese „im Zusammenhang mit der aktuellen Situation und der Lebensgeschichte (zu) interpretieren“ (Gaedt 1987b, 121).

6. Entwicklung des Ichs unter den Bedingungen primärer Schädigung

Blanck und Blanck weisen darauf hin, daß die angeborene Konstitution für die Entwicklung bedeutsam ist und diese auch schwerwiegend behindern kann (vgl. Blanck/Blank 1979, 101). Insofern findet die Ich-Entwicklung bei Vorliegen einer massiven primären Schädigung, auch bei Vorliegen hinreichend haltender Sozialisationsbedingungen, unter eindeutig erschwerten Bedingungen statt. Empirische Befunde zur Sozialentwicklung von Kindern mit geistiger Behinderung bestätigen dies (verspätete Lächelreaktion, Sozialentwicklung etc.). Eine geistige Behinderung fällt ja auch zunächst als breit angelegte Entwicklungsverzögerung auf.

Folgende Faktoren behindern die Ich-Entwicklung eines Kindes mit einer geistigen Behinderung:

1. Kinder mit einer geistigen Behinderung haben es schwerer in den *Dialog* mit der Mutter aktiv einzutreten (sie wirken müder und

weniger aktiv in der Erforschung ihrer Mitwelt). Wenn die Mutter mit ihren Kontaktangeboten auf keine entsprechende Resonanz bei dem Kind stößt, kann das zum Dialogabbruch der Mutter diesem Kind gegenüber führen oder aber zu einer vermehrten Anregung durch die Mutter, die auf Seiten des Kindes als Überstimulierung empfunden und den Kontaktabbruch herbeiführen kann.

2. Motorische Verzögerungen führen dazu, daß entsprechende *Entwicklungsanreize* erst später wahrgenommen werden können (z.B. Laufen als Entwicklungsanreiz für die Subphase der Eroberung der Welt als Höhepunkt des Narzißmus).
3. Eingeschränkte Wahrnehmung und verzerrte Wahrnehmungsverarbeitung führen zur *Verunsicherung* und *Irritierung* beim Kind im Entdecken seiner Umwelt und der in ihr lebenden Personen.
4. Die Enttäuschung der Mutter über die Behinderung des Kindes erschwert von dieser Seite den Kontakt.

Die Aufgabe der frühesten Phase der Beziehung zwischen Mutter und Kind ist es, zu einer gegenseitigen Abgestimmtheit zu kommen. Dieser *Konsenzbildungsprozeß* ist bei Kindern mit hirnorganischen Schädigungen schwerer realisierbar. Dies kann negative Folgen für die weitere Ich- und Selbstbildung dieser Kinder haben.

7. Psychoanalytische Traumatheorie

Das Ich entwickelt sich aus dem Dialog mit Bezugspersonen. Doch gerade Schweregeistigbehinderte sind schwieriger durch übliche Ansprachen (in verbaler oder nonverbaler Form) erreichbar, der Dialog mit ihnen ist schwerer herstellbar. Damit tritt leicht eine *Isolationssituation* ein, die dann im Sinne eines *kumulativen Traumas* schädigend auf die Ich-Entwicklung wirkt und den Weg markiert, auf dem sich aus einer primären Schädigung eine geistige Behinderung entwickeln kann.

Wie wirkt sich dies auf die weitere Entwicklung des Kindes aus?

Gaedt schreibt: „Die Bedeutung der hirnorganischen Störungen ist ... darin zu sehen, daß durch die mit ihr verbundenen Verzerrungen der Wahrnehmung durch die Verlangsamung der Verarbeitungsprozesse und durch die Unangemessenheit der Reaktionen die individuelle Entwicklung in jeder Phase gestört und verzögert wird. Der sich entwickelnde Mensch macht ungenaue, fehlerhafte und problematische Erfahrungen mit seiner Umwelt und wirkt unangemessen auf sie zurück. Die in dieser tätigen Auseinandersetzung mit der Umwelt entstehenden psychischen Strukturen nehmen diese fehlerhaften Erfahrungen auf und geben sie, gleichsam als Webfehler, der nächsten Entwicklungsstufe weiter. Von Entwicklungsstufe zu Entwicklungsstufe wiederholt sich dieser Vorgang, so daß am Ende eine verletzbar Persönlichkeit einer krankmachenden Umwelt gegenübersteht“ (Gaedt 1987b, 117).

Je geringer die Organisationsfähigkeit des Ichs ausgebildet ist und je einschränkender die Lebensbedingungen sind, desto offenkundigere und das Leben beeinträchtigendere Fehlanpassungen finden statt. Und tatsächlich findet man bei Schwerbehinderten (vor allem unter erheblich einschränkenden Lebensbedingungen) viele schwere Formen von Verhaltensauffälligkeiten, beispielsweise selbstverletzendes Verhalten oder Stereotypien. Zusätzlich können ungünstige Sozialisationsbedingungen (z.B. segregierende Unterbringung, kontaktbehindernde Einrichtungen) hemmend auf die Ich-Entwicklung wirken. Primäre Schädigung und Sozialisationsfaktoren wirken stets zusammen und können sich in ihrer Wirkung gegenseitig verstärken. Von daher läßt sich z.B. im Fall von Frau M. nicht mehr eindeutig feststellen, in welchem Ausmaß die primäre Schädigung bzw. die Hospitalisierung zu ihrer heute feststellbaren geistigen Behinderung beigetragen haben.

Auf der Verhaltensebene zeigt Frau M. vielfältige aggressive Verhaltensweisen. Diese richten sich als selbstverletzende Verhaltensauffälligkeiten gegen sie selbst, als Fremdaggressionen gegen andere Personen sowie gegen Gegenstände. Gelegentlich wird das Personal sowie andere Bewohner gekratzt, geschlagen oder geschubst, außerdem beißt Frau M. in Tür- und Fensterrahmen oder schleift mit den Zähnen an der Hauswand entlang. In sehr massiver Weise schädigt Frau M. sich selbst, indem sie sich ins Gesicht und auf ihre Ohrmuschel schlägt, sich kneift, beißt und kratzt. Bei Frau M. konnte man leichte Formen selbstverletzenden Kneifens und Kratzens in Situationen beobachten, die durch mangelnde äußere Stimulierung gekennzeichnet waren. Es schien ihre relevante Möglichkeit der Selbstwahrnehmung im Zustand sonstiger Leere und Langweile zu sein.

8. Ich-Entwicklung unter erschwerten Bedingungen und ihre Konsequenzen für das psychische Gleichgewicht

Aus meinen bisherigen Ausführungen folgt, daß eine geistige Behinderung zu einer primär bedingten Ich-Schwäche führt, die ein relevanter Risikofaktor für die Herausbildung psychischer Probleme sein kann. Dieser Zusammenhang erklärt sich als Folge eines Mißverhältnisses zwischen der eigenen Leistungsfähigkeit und Anforderungen aus der Umwelt. Gaedt schreibt: „Mangelhafte Ich-Funktionen sind bei den meisten psychischen Störungen geistig Behinderter nachweisbar und in vielen Fällen haben sie die führende Bedeutung“ (Gaedt 1987b, 118). *Es wurde mehrfach festgestellt, daß psychische Störungen bei Personen mit geistiger Behinderung häufiger sind als in der Normalbevölkerung* (vgl. Gaedt, ebd., 115f.):

- bei einer allgemeinen Rekrutenuntersuchung in den USA hat man bei 40% aller Personen mit einer geistigen Behinderung eine psychiatrisch relevante Störung gefunden, bei nicht Geistigbehinder-

ten waren dies 20% (vgl. Weaver 1946 und Dewan 1948; zit. nach Gaedt ebd., 129).

- Rutter u.a. haben in der klassischen „Isle-of-Wight-Studie“ alle Kinder bestimmter Altersgruppen einer Gemeinde untersucht. Sie haben bei Geistigbehinderten eine 4-5mal höhere Häufigkeit an psychischen Störungen festgestellt (vgl. Rutter et al. 1976; zit. nach Gaedt ebd., 128).
- Chess und Hassibi stellten fest, daß von den Mittelschichtskindern im Alter von 5-11 Jahren mit einem Intelligenzquotienten zwischen 50 und 75, mehr als die Hälfte psychisch relevante Störungen hatten (vgl. Chess/Hassibi 1970; zit. nach Gaedt ebd., 128).

Wie erklärt sich die erhöhte Anfälligkeit psychischer Störungen bei Personen mit geistiger Behinderung?

Eine Verzögerung der kognitiven und motorischen Entwicklung geistig behinderter Kinder hemmt die differenzierten Reifungs- und Entwicklungsschritte. Zudem ist der Dialog mit geistigbehinderten Kindern schwerer herstellbar. Dies liegt zum einen an der Behinderung des Kindes selbst, aber auch an den größeren Schwierigkeiten der Eltern, ein behindertes, vor allem ein geistigbehindertes Kind anzunehmen und in angemessener Weise darauf einzugehen. Immer wieder wird berichtet, wie stark auch Mütter zunächst mit ablehnenden Gefühlen von Scham und Schuld angesichts ihres behinderten Kindes zu kämpfen haben. „So wirken verzögerte kognitive Entwicklung, mangelhafte Reifung psychischer Strukturen, die der Anpassung dienenden Lernprozesse und eine reagierende und agierende Umwelt in unentwirrbarer Weise zusammen. Resultat ist eine Persönlichkeit, der man Eigenschaften, wie zum Beispiel Ängstlichkeit, geringe Frustrationstoleranz, Impulsivität, erhöhte Ablenkbarkeit, unrealistisches Selbstkonzept und ähnliches zuschreibt – Eigenschaften, die sich unter ungünstigen Lebensbedingungen zu klassifizierbaren Krankheiten verdichten“ (Gaedt ebd., 119). Die aktuelle Lebenssituation verschärft solche Defizite in der Regel noch zusätzlich, weil das Leben der meisten Personen mit geistiger Behinderung durch einen hohen Grad an Einschränkungen und Abhängigkeit geprägt ist (vgl. Gaedt ebd., 124f.).

Bei der Diagnose einer psychischen Störung muß allerdings berücksichtigt werden, ob ein Anpassungsproblem aufgrund nicht herausgebildeter Ich-Fähigkeiten eintrat oder ursächlich mit einem regressiven Zusammenbruch schon herausgebildeter Ich-Kompetenzen im Sinne einer Ich-Störung zusammenhängt. Ersterem kann man meiner Meinung nach keinen expliziten Krankheitswert zuschreiben, selbst wenn die hieraus resultierenden Probleme nicht geleugnet werden können. Auch bei Kindern, die bestimmte Ich-Fähigkeiten noch nicht entwickelt haben, wird man entsprechende Verhaltensweisen nicht als Krankheit auslegen, sie sind Entwicklungskonform. Insofern ist die Erfassung des Entwicklungsstandes bei der diagnostischen Zuordnung bedeutsam. Gleichzeitig muß man auch beachten, daß es leichter zu Fehldiagnosen

kommt, weil die Reaktivität psychischer Krisen – als wichtiges diagnostisches Merkmal – bei Personen mit einer geistigen Behinderung leichter übersehen wird und die Lebensbedingungen von Personen mit einer geistigen Behinderung häufig unbefriedigender sowie restriktiver sind und sich damit belastender auf die psychische Befindlichkeit auswirken. Außerdem weist Gaedt zu Recht darauf hin, daß Krankheitsbilder wie sie die Psychiatrie definiert, nicht ohne weiteres auf Personen mit geistiger Behinderung übertragen werden können (vgl. Gaedt ebd., 122). Psychische Störungen bekommen durch eine geistige Behinderung eine eigene Prägung und auch Frühstörungen werden in ihrer Symptomatik durch eine geistige Behinderung noch einmal in besonderer Weise ‚gebrochen‘.

9. Folgerungen für die Geistigbehindertenpädagogik

In der Behindertenpädagogik werden Verhaltensauffälligkeiten häufig auf der Basis verhaltensmodifikatorischer Maßnahmen behandelt. Mit Hilfe eines Ich-psychologischen Ansatzes kommt man u.U. zu anderen Verständnis- und Vorgehensweisen.

M. Balint weist darauf hin, daß auch in der Psychoanalyse pädagogische Einflüsse wirken: z.B. wird ein Patient zur Pünktlichkeit und zu freiem Assoziieren in der Analyse „erzogen“. Auf diesen Aspekt in den Kinderanalysen hat auch Anna Freud hingewiesen (vgl. Balint 1966, 206). Die starke Abgrenzung der Psychoanalyse von der Pädagogik kommt nach Balint daher, daß in Analysen häufig die verheerenden Folgen von Über-Ich-Erziehung zutage treten, die sich mindernd auf die Lebensfreude, Genußfähigkeit und seelische Gesundheit auswirken können. M. Balint entwirft daraufhin einen Ansatz der „wahren Ich-Psychologie“ und „echten Ich-Pädagogik“ (vgl. ebd., 211).

„Lernen“ heißt in diesem Sinne nicht Befehle introjizieren und das Über-Ich weiterbilden und kräftigen, im Gegenteil: ‚Lernen‘ heißt im ursprünglichen Sinne ‚erfahren werden‘, d.h. das Ich bereichern und entwickeln. Also gerade das, was sich bereits seit langem als der eigentliche Zweck der psychoanalytischen Behandlung entpuppt hat“ (vgl. ebd., 211). Ich-Pädagogik stellt damit einen immanenten Bestandteil der Analyse dar. Nach Balint trägt die Ich-Erziehung zu einer Stärkung des Ichs bei, die jene psychologischen Grundlagen erarbeitet, auf die dann die Pädagogik späterer Entwicklungsstufen aufbauen kann und muß (vgl. ebd., 212f.).

Die Ich-Förderung ist eine zentrale Aufgabe in der pädagogischen Arbeit mit Geistigbehinderten. Sie zielt – in der Terminologie der Psychoanalyse – auf die Erhöhung der Ich-Kompetenz. Die Formel „Anpassung in sozialer Integration“ als gängiges Leitziel für eine Geistigbehindertenpädagogik deckt sich mit den Merkmalen der Ich-Entwicklung. In der Psychoanalyse würde man von einer *Nachreifung des Ichs* sprechen.

Psychoanalytischen Erkenntnissen zufolge entwickelt sich das Ich am Günstigsten in einem fein abgestimmten interpersonellen Dialog. Dies setzt jedoch eine tragfähige Beziehung zwischen beiden Dialogpartnern voraus, die ohne eine akzeptierende Grundhaltung gegenüber Personen mit einer geistigen Behinderung nicht denkbar ist. In einem solchen ‚Dialog‘ können phasenspezifische Anregungen zur Entwicklung der Ich-Fähigkeiten gegeben werden.

Bezogen auf Frau M. konnte man einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß ihres selbstverletzenden Verhaltens und ihren Möglichkeiten in selbstbestimmten Kontakt mit ihr wichtigen Personen zu treten, nachweisen. Beispielsweise entspannte sie sich in sogenannten Urlaubssituationen sichtbar, wo ihr die für sie bedeutsame Betreuerin in einer neuen Umgebung ausnahmsweise immer zur Verfügung stand. In einem solchen Setting konnten beide gemeinsam den Tag gestalten, der Frau M. wesentlich mehr Möglichkeiten der Realisierung ihrer Wünsche offenließ. Dieser Spielraum ist in ‚totalen‘ Strukturen einer Vollzeitrichtung dagegen kaum gegeben. In dieser Situation verringerte sich auch ihr selbstdestruktives Verhalten deutlich. Was hier kurativ wirkt, ist nicht für sich genommen die einzelne Aktivität, sondern das gemeinsame Aushandeln und Durchführen dieser von Frau M. geschätzten Tätigkeit. Hier entsteht ein Dialog auf der Basis von Vorschlägen und Gegenvorschlägen zwischen einer behinderten Person und deren Bezugsperson (vgl. Milani-Comparetti 1987, 231). Für Milani-Comparetti läßt sich die Beziehung zwischen einem Individuum und der Umwelt nicht im Sinne von Reiz und Reaktion darstellen, „sondern als eine Beziehung zwischen einer autonomen Haltung des Individuums, das sich aus eigener Aktivität der Umwelt anbietet, und dieser Umwelt“ (ebd., 231). Dazu hält er ein dialogisches Vorgehen mit dem Kind für den geeigneten Weg. „Es ist nicht der Erwachsene, der die Vorschläge macht und das Kind hat irgendwie zu reagieren, sondern: Der Erwachsene muß auf die Vorschläge des Kindes reagieren und mit ihm in einen Dialog treten“ (Schöler 1987, 3).

In diesem Sinne tragen Geistigbehindertenpädagogen gerade bei Schwerbehinderten und in der Frühförderung eine besondere Verantwortung, weil sie am Prozeß der Entwicklung des psychischen Apparates direkt beteiligt sind. Dies unterscheidet sie z.B. vom Mittelstufenlehrern, die zumeist auf Kinder treffen, deren psychische Entwicklung weit fortgeschritten ist.

Neben dem Aufbau von individuellen Ich-Fähigkeiten bei Personen mit einer geistigen Behinderung geht es weiterhin auch darum, daß die trotz aller Förderung verbleibenden Defizite optimal kompensiert werden. In der psychoanalytischen Terminologie spricht man in diesem Zusammenhang von der Funktion eines Hilfs-Ichs, die Eltern, Betreuer oder auch Institutionen übernehmen müssen, um Ich-Defizite von Personen mit einer geistigen Behinderung zeitweise oder dauerhaft auszugleichen. Diese Kompensationsmöglichkeiten auf die individuellen Bedürfnisse

zuzuschneiden und zu optimieren ist eine weitere wichtige Aufgabe der Geistigbehindertenpädagogik.

Literatur

- Badelt, I.
1991 Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie mit geistigbehinderten Erwachsenen. In: Görres, S./Hansen, G. (Hrsg.): Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung a.a.O.
- Balint, M.
1966 Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Stuttgart
- Bittner, G.
1979 Psychotherapeutische Maßnahmen. In: Bach, H. (Hrsg.): Handbuch der Sonderpädagogik, Bd.5. Berlin
- Blanck, G. und R.
1979 Ich-Psychologie II. Stuttgart
- 1989 Jenseits der Ich-Psychologie. Eine Objektbeziehungstheorie auf der Grundlage der Entwicklung. Stuttgart
- Datler, W.
1984 Vom Tiefenpsychologiedefizit in der Arbeit mit geistig Behinderten. Illustriert am Fall des ‚imbezilen‘ Martin. In: Heitger, M./Spiel, W. (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik, Basel
- Diepold, B.
1984 Depression bei Kindern. Psychoanalytische Betrachtung. *Praxis der Kinderpsychologie* 33, 55-61
- Färber, H. (Hrsg.)
1983 Integrative Therapie mit geistig und psychisch behinderten Kindern und Jugendlichen. Dortmund
- Fengler, J.
1986 Supervision – Eine allgemeine Einführung. *Geistige Behinderung* 4/86, 252-265
- Feuser, G.
1981 Beiträge zur Geistigbehindertenpädagogik. Solms-Oberbiel
- Freud, S.
1923 Das Ich und das Es. Studienausgabe, Bd. III. Frankfurt
- Gaedt, C.:
1987a (Hrsg.): Psychotherapie bei Geistigbehinderten – Beiträge der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie. Neuerkeröder Anstalten
1987b Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen – Das Problem der ‚dual diagnosis‘. In: Neuerkeröder Beiträge 2: Normalisierung. Anmaßung – Anpassung – Verweigerung. Aufsätze und Vorträge. Neuerkeröder Anstalten
- Gaedt, C./Jäkel, D./Kischkel, W.
1989 Psychotherapie mit geistigbehinderten Menschen. *Geistige Behinderung* 1/89, 4-14
- Gärtner-Peterhoff, D./Rattay, E./Sand, A.
1989 Prinzipien des therapeutischen Vorgehens. *Geistige Behinderung* 1/89, 15-27
- Görres, S.
1991 Gedanken zur Notwendigkeit und zur Entstehung dieses Buches. In: Görres, S./Hansen, G. (Hrsg.): Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eine Einführung für Heil- und Sonderpädagogen, Eltern und Erzieher. Bad Heilbrunn

- Görres, S./Hansen, G. (Hrsg.)
 1991 Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eine Einführung für Heil- und Sonderpädagogen, Eltern und Erzieher. Bad Heilbrunn
- Grossmann, H.J.
 1977 Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation. Washington (AAMD)
- Hansen, G.
 1991 Gestalttherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Görres, S./Hansen, G. (Hrsg.): Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bad Heilbrunn
- Heber, R.
 1967 Geistige Retardation: Begriff und Klassifikation. In: Weinert, F. (Hrsg.): Pädagogische Psychologie. Köln, Berlin
- Heigl-Evers, A./Heigl, F.
 1983 Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* 29, 1-14
- Heigl-Evers, A./Henneberg-Mönch, U.
 1985 Psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie bei präödipl gestörten Patienten mit Borderline-Strukturen. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 30, 227-235
- Henderson, P. B.
 1982 An Overview of Ego Psychology and Developmental Theory. In: Jakob, Irene (editor): Mental Retardation. Basel
- Kernberg, O.F.
 1978 Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt
 1985 Objektbeziehungsstörungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart
- Klostermann, B./Kern, H.
 1988 Zugangswege zu Menschen. Ein Konzept zur therapeutischen Arbeit mit mehrfachbehinderten Kindern und Jugendlichen. *Geistige Behinderung* 3/88, 159-169
- Laplanche, J./Pontalis, J.-B.
 1977 Das Vokabular der Psychoanalyse Bd. 1 und 2. Frankfurt
- Lempp, R.
 1991 Psychotherapie und geistige Behinderung. In: Görres, S./Hansen, G. (Hrsg.): Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eine Einführung für Heil- und Sonderpädagogen, Eltern und Erzieher. Bad Heilbrunn
- Mahler, M.S.
 1983 Symbiose und Individuation, Bd. 1: Psychosen im frühen Kindesalter. Stuttgart
- Milani-Comparetti, A.
 1987 Grundlagen der Integration behinderter Kinder und Jugendlicher in Italien. *Behindertenpädagogik* 26, 227-234
- Müller-Hohagen, J.
 1987 Psychotherapie geistig behinderter Kinder und ihrer Eltern. *Geistige Behinderung* 4/87, 226-236
- Rubner, A./Rubner, E.
 1982 Das zurückgebliebene Kind und das analytische Psychodrama. Berlin
- Sachsse, U.
 1987 Selbstbeschädigung als Selbstfürsorge. Zur intrapersonalen und interpersonellen Psychodynamik schwerer Selbstbeschädigungen der Haut. *Forum der Psychoanalyse* 3, 51-70
- Schamberger, R.
 1978 Frühtherapie bei geistigbehinderten Säuglingen und Kleinkindern. Weinheim

- Schnoor, H.-C.
 1988 Psychoanalyse der Hoffnung. Die psychische und psychosomatische Bedeutung von Hoffnung und Hoffnungslosigkeit. Heidelberg
- 1991a Kann die Entwicklung von Hoffnung verhindert werden? Gedanken zur Kontroverse Bloch – Psychoanalyse am Beispiel hospitalisierter Personen in einer Anstalt. *Neue Sammlung* 3/1991, 482-493
- 1991b Beziehungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten. Personen mit geistiger Behinderung in stationären Langzeiteinrichtungen. *Geistige Behinderung* 1/91, 9-23
- Schöler, J.
 1987 Die Arbeit von Milani-Comparetti und ihre Bedeutung für die Nicht-Aussonderung behinderter Kinder in Italien und in der Bundesrepublik Deutschland. *Behindertenpädagogik* 26, 2-16
- Spitz, R.A.
 1988 Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Stuttgart
- Sporken, P.
 1975 Eltern und ihr geistig behindertes Kind: das Bejahungsproblem. Düsseldorf
- Stark, J. (Hrsg.)
 1986 Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings – Neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion. Stuttgart-Bad Cannstatt
- Streeck, U.
 1983 Abweichungen vom ‚fiktiven Normal-Ich‘: Zum Dilemma der Diagnostik struktureller Ich-Störungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* 29, 336ff.