

„Menschen mit geistiger Behinderung haben öfter psychische Leiden“

Professor Dr. Michael Seidel ist Ärztlicher Direktor des Stiftungsbereichs Bethel regional der von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel in Bielefeld. Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie ist ein ausgewiesener Experte, wenn es um psychische Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung geht. Das *Rheinische Ärzteblatt* sprach mit dem Arzt und Hochschullehrer, kurz bevor er in den Ruhestand übertritt.



Professor Dr. Michael Seidel plädiert für einen finanziellen Ausgleich bei der psychotherapeutischer und psychiatrischen Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. Foto: v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel

RhÄ: Herr Professor Seidel, sind psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung ein häufig anzutreffendes Phänomen?

Seidel: Es ist ein vielfach bestätigter Sachverhalt, dass Menschen mit geistiger Behinderung häufiger unter psychischen Störungen leiden als Menschen ohne Behinderung. Eine schottische Studie aus dem Jahr 2007 hat bei 41 Prozent dieser Patientengruppe sowohl leichte als auch schwere psychische Störungen festgestellt. Das ist deutlich mehr als in der Durchschnittsbevölkerung.

RhÄ: Werden psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen anders definiert als bei nicht behinderten Patienten?

Seidel: Grundsätzlich werden sie gleich definiert. Alle Verhaltensmerkmale und -besonderheiten, die sich nicht in den Kriterien der geistigen Behinderung wiederfinden, sind also psychische Störungen. Das Problem besteht auf der praktischen Ebene: Zur Diagnostik gehören die Aufnahme von Verhaltensbesonderheiten und von pathologischen Abwandlungen des subjektiven Erlebens wie etwa depressive Verstimmungen oder psychotische Erlebnisse. Diese Symptome können geistig behinderte Menschen haben, aber die Frage ist, ob sie das eindeutig ausdrücken können, wie dies ein nicht geistig behinderter Mensch kann. Dies ist im Einzelfall schwierig zu beurteilen. Dieses Dilemma führt dazu, dass mancher Psychiater oder Psychologische Psychotherapeut sich davor scheut, mit geistig behinderten Menschen therapeutisch zu arbeiten. Das eingetübte Handwerkszeug kann nicht

immer ohne weiteres angewendet werden. Das verunsichert natürlich.

RhÄ: Wie können Ärzte Symptome psychischer Störungen bei diesen speziellen Patienten erkennen?

Seidel: Je schwerer die geistige Behinderung ausgeprägt ist, desto ausschließlicher muss man sich auf die Verhaltensbeobachtung stützen. Dies schränkt die Sicherheit der Diagnostik besonders dort ein, wo es auf eine überzeugende Beschreibung des veränderten Erlebens ankommt. Hier haben wir ein diagnostisch-methodisches Problem: Nehmen Sie beispielsweise psychotisches Erleben. Hier fragt der Arzt: „Haben Sie neuerdings Angst vor der Zukunft, die Ihnen bisher unbekannt war?“ Dies ist eine Frage, deren Beantwortung ein hohes Abstraktions- und Introspektionsvermögen sowie ein ausreichendes sprachliches Ausdrucksvermögen voraussetzt.

Dazu treten noch die sogenannten Verhaltensphänotypen. Darunter versteht man Störungen, die bei bestimmten genetisch bedingten Störungsbildern neben der intellektuellen Beeinträchtigung auftreten. Von noch größerer Bedeutung sind die schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten, die aus Überforderung durch die Umwelt oder aus Missachtung grundlegender emotionaler Bedürfnisse gemäß dem verzögerten sozio-emotionalen Entwicklungsniveau resultieren.

RhÄ: Gibt es spezielle Therapieansätze?

Seidel: Die somatischen Therapieansätze sind bei allen Patienten gleich. Hier muss darauf geachtet werden, ob Komorbiditäten bestehen. Selbstverständlich ist eine Psychotherapie grundsätzlich auch möglich, aber dem Therapeuten sollte klar sein, dass das Setting modifiziert werden muss. Es

empfiehlt sich, verstärkt körperorientierte Therapieansätze zu verwenden. Das größte praktische Problem ist, dass sich viel zu wenig Psychotherapeuten finden, die einen Patienten mit geistiger Behinderung und einer psychischen Störung behandeln.

RhÄ: Woran liegt das?

Seidel: Nach meiner Wahrnehmung liegt dem ein ganzes Bündel von Gründen zugrunde: Angefangen von Voreingenommenheit gegenüber diesen Patienten über praktisch-therapeutische Unsicherheiten bis hin zu erhöhten Abstimmungsaufwand mit den Assistenzpersonen. Leider wird dieser Mehraufwand vom Vergütungssystem nicht aufgefangen. Auch sehe ich immer wieder Gutachter als Bremse, die eine Psychotherapie verweigern, weil sie der altmodischen Auffassung anhängen, dass sich geistige Behinderung und Psychotherapie ausschließen würden. Das ist natürlich Unsinn.

RhÄ: Leiden Menschen mit geistiger Behinderung öfter an Demenz?

Seidel: Die Demenz beschreibt den allmählichen Verlust eines bisher vorhandenen kognitiven Niveaus. Dies kann bei geistig behinderten Patienten von Fall zu Fall etwas später entdeckt werden, da dieser Verlust eventuell vor dem Hintergrund der beeinträchtigten kognitiven und alltagspraktischen Kompetenzen übersehen wird.

Wir beobachten besonders bei Menschen mit Down-Syndrom, dass etwa ein Drittel von ihnen bereits sehr früh eine Alzheimerdemenz ausprägen. Das hängt mit den genetischen Bedingungen zusammen.

RhÄ: Welche Symptommatiken und Therapien sind dafür charakteristisch?

Seidel: Wenn Fähigkeiten, die vorher schon gekannt, gewusst oder beherrscht wurden, allmählich und kontinuierlich verloren gehen, dann sind dies wahrscheinlich Anzeichen für eine Altersdemenz. Die pharmakologischen Therapien sind die gleichen. Man muss früh genug anfangen, um einen zeitweiligen Effekt zu erreichen.

RhÄ: Herr Professor Seidel, vielen Dank für das Gespräch. Das Interview führte Jürgen Brenn