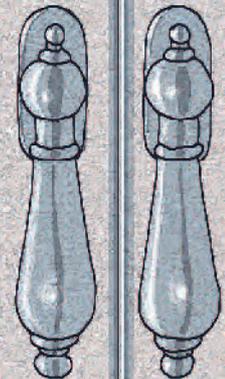


Grenzen erkennen

Der Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung in Deutschland ist nicht für alle Menschen gleichermaßen leicht. Insbesondere geistig und körperlich behinderte Patienten haben Schranken zu überwinden. Manche davon sind leicht auszumachen – andere praktisch unsichtbar. Wie können Psychotherapeuten diese Schranken erkennen und helfen, sie zu beseitigen? Ein Schwerpunkt über Barrierefreiheit



Barrierefreie Psychotherapie – wie allgemein ist die Allgemeine Psychotherapie?

Einer barrierefreien Psychotherapie geht es nicht nur um die Hindernisse gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und der gesundheitlichen Versorgung an sich, sondern auch um die inneren Barrieren – in unseren Patientinnen und Patienten wie auch in uns selbst. Sie verlangt der Psychotherapie einiges ab

Von **Jan Glasenapp**

Das Jahr 1999 hat für das Feld der Psychotherapie zwei wesentliche Entwicklungen gebracht, die uns aus heutiger Sicht fast als normal erscheinen:

1. Das Psychotherapeutengesetz hat in Deutschland wesentlich zur Anerkennung der Psychotherapie beigetragen. Sie ist heute zu einem festen Bestandteil der Gesundheitsversorgung geworden.

2. Die Arbeiten Klaus Grawes an einer Allgemeinen Psychotherapie sowie zahlreicher Kolleginnen und Kollegen haben den Schulenstreit innerhalb der Psychotherapie überwunden und eine weitere Professionalisierung bewirkt. Die seither intensivierte Suche nach Gemeinsamkeiten aller psychotherapeutischen Interventionen stärkt den Einfluss – oder besser, den Impact – von Psychotherapie in der Gesellschaft.

Doch was ist aus diesem psychotherapeutischen Impact der letzten Jahren geworden? Wer konnte davon profitieren, wen hat er erreicht, wem hat er geholfen – und wem nicht? Ist die Psychotherapie im Jahr 2015 bereits eine barrierefreie Psychotherapie?

Grenzen und Identität

In psychotherapeutischen Prozessen kämpfen wir oft mit Barrieren, doch nicht alle davon sind leicht zu erkennen. Manchmal geht es mir wie einer Fliege auf der Scheibe: Wenn ich nach einem anstrengenden Tag in der Praxis nach Hause komme, sitze ich müde im Sessel und schaue leer aus dem Fenster. Mitunter beobachte ich dann eine Fliege, wie sie dumm immer wieder gegen die Scheibe rumst. Dann denke ich: „Siehst du denn nicht, dass da eine Scheibe ist?!“ Und gleich danach frage ich mich, gegen welche Scheibe ich jeden Tag fliege, ohne zu erkennen, was mich davon abhält, das gewünschte Ziel zu erreichen.

Um die vielfältigen Barrieren in der Psychotherapie zu verstehen, ist es hilfreich, ganz vorn anzufangen. Die Grenze als ein Ort der Unterscheidung: „a“ – „nicht a“. Dabei sind die meisten Grenzen, mit denen wir es im Alltag zu tun haben, weniger natürliche Grenzen als vielmehr gemachte Grenzen. Diese gemachten Grenzen schaffen Identität auf zwei Wegen:

1. Durch Einschluss: „Ich bin so wie du – du bist so wie ich!“

Und 2. Durch Ausschluss oder besser Abgrenzung: „Ich bin nicht wie du – du bist nicht wie ich!“

Die entscheidende Frage ist daher: Wie gehen wir mit dieser Grenze um, wie starr, wie flexibel darf sie sein, ohne dass wir einerseits unsere Identität auflösen und andererseits den Rest jenseits von uns ausgrenzen? Wann wird identitätsstiftende Abgrenzung zur Ausgrenzung, sodass das Du kaum noch zu erkennen ist? Wann ist die Grenze so durchlässig, dass sich unsere Autonomie in einer verschmolzenen Symbiose auflöst? Wir selbst haben es durch unsere Grenzsetzungen in der Hand.

Wenn aus Grenzen Barrieren werden

In diesem Prozess der Grenzsetzungen war es für mich eine der schönsten Entdeckungen der letzten Jahre, mit Theodor W. Adornos „Negativer Dialektik“ ein Verständnis dafür zu entwickeln, mehr auf das zu achten, was *nicht* ist, welche Emotionen *nicht* gezeigt werden, was *nicht* gesagt wird, wenn jemand redet, was *nicht*

gelebt wird, während wir Entscheidungen fällen.

Welches *Nein* steckt also hinter jedem *Ja*?

Ja, wir haben vielen Menschen schon durch Psychotherapie helfen können. Ja, wir haben uns auf viele therapeutische Beziehungen eingelassen. Aber nein, viele Menschen haben wir als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten noch nicht erreicht.

Dabei haben wir es mit unterschiedlichen Barrieren zu tun: Manche (äußeren) Barrieren sind so gut sichtbar, dass niemand sie übersehen kann. Manche Barrieren nehmen wir im Alltag gar nicht mehr wahr, wenn wir nicht daran erinnert werden. Und manche alltäglichen Grenzen – wie beispielsweise eine Bordsteinkante – können für andere Menschen, die auf die Nutzung eines Rollstuhls angewiesen sind, bereits zu einer unüberwindbaren Barriere werden.

Schon lange erinnert die Aktion Mensch deshalb daran: „Behindert ist man nicht, behindert wird man!“ Behindert zu sein bedeutet allzu oft, behindert zu werden, und ist daher ein sozialer Tatbestand. Solche – sichtbaren – Barrieren gibt es natürlich auch in der Psychotherapie.

Barrieren in der psychotherapeutischen Versorgung

Dabei erweist sich der Zugang zur Psychotherapie für viele Patientinnen und Patienten häufig als der schwierigste Schritt auf dem Weg zur Besserung.

Die Stiftung Gesundheit kam 2012 in einer eigenen Erhebung unter bundesweit knapp 28.000 Praxen der Fachrichtungen Psychiatrie und Psychotherapie zu dem Ergebnis, dass nur 15 Prozent einen rollstuhlgerechten Zugang zu den Behandlungsräumen haben. Und nur 1 Prozent dieser Praxen verfügen über ein barrierefreies WC.

Dabei ist es eine zentrale staatliche Aufgabe, behinderten Menschen den barrierefreien Zugang zur Gesundheitsversorgung zu sichern, wie in der 2009 von Deutschland ratifizierten Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen festgeschrieben ist.

Artikel 25 darin regelt den Gesundheitsbereich: „Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.“ Und weiter: „... erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, ... indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen“.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hält es in dem 2013 veröffentlichten Teilhabebericht über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen „für erforderlich, eine verbesserte Nutzbarkeit medizinischer Infrastruktur für Menschen mit Beeinträchtigungen zu prüfen. Hierbei geht es nicht nur um Zugangs-, sondern auch um Kommunikations-Barrieren.“

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat das Thema aufgegriffen und unterstützt Kolleginnen und Kollegen darin, räumliche und sprachliche Barrieren abzubauen. Analog wird auf zahlreichen gesellschaftlichen Ebenen daran gearbeitet, Zugangsmöglichkeiten behinderter Menschen zu verbessern.

Doch bei allen Fortschritten darf nicht vergessen werden, dass es bei Barrierefreiheit um einen tiefgreifenden Wandel an Einstellungen und Verhaltensweisen geht, was nicht nur auf äußere Aspekte begrenzt bleiben darf.

Ein zynisches System, das Hilfe suggeriert, aber nicht bietet

Realität für viele Menschen mit körperlichen, geistigen oder Sinnesbehinderungen bleibt jedoch, dass sie keine adäquate psychotherapeutische Behandlung erfahren, obwohl sie das Recht darauf hätten. Denn wenn sie bei ihrer Krankenkasse

Wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten laufen oft genug Gefahr, ein zynisches System zu unterstützen, in dem allzu viele „draußen“ bleiben

anrufen, erhalten sie natürlich die Auskunft, dass sie Anspruch auf eine Behandlung haben und die Kosten übernommen werden. Aber das heißt noch lange nicht, dass sie eine Kollegin, einen Kollegen in der Nähe finden, der sie auch behandeln wird.

Daher laufen wir als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oft genug Gefahr, nicht nur erlernte Hilflosigkeit zu verstärken, sondern ein zynisches System zu unterstützen, in dem zwar diejenigen, die „drinnen“ sind, sicherlich gut behandelt werden, aber allzu viele schlichtweg „draußen“ bleiben.

Von der Integration zur Inklusion

Dieses Problem wird in der Behindertenhilfe schon seit einigen Jahren kritisch diskutiert. Lange Zeit wurde in diesem Zusammenhang von Integration gesprochen: Es ging darum, Menschen, die zuvor ausgegrenzt waren, in eine wie auch immer geartete Normalität zu integrieren. Doch allzu oft bedeutete Integration nichts anderes als einseitige Anpassung, was in dieser Form als gescheitert anzusehen ist.

Der Begriff, der die erforderlichen Veränderungen in einem helfenden System heute am ehesten beschreibt, ist der Begriff der Inklusion, ein wechselseitiger Anpassungs- und Entwicklungsprozess aller Beteiligten. Doch auch innerhalb von Inklusion bestehen Grenzen: der gesellschaftliche Rahmen einerseits und individuelle Grenzen andererseits. Inklusion muss daher so lange eine Illusion bleiben, wie diese Grenzen nicht berücksichtigt werden.

Barrierefreie Psychotherapie fokussiert nicht nur auf die mehr oder weniger sichtbaren Barrieren gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und der gesundheitlichen Versorgung an sich, sondern viel-

Barrierefreiheit verlangt uns viel ab und kann uns in Kontakt mit eigenen schmerzhaften Emotionen wie Ängsten, Ärger und vielleicht auch Trauer bringen

mehr auf die inneren Barrieren – in unseren Patientinnen und Patienten wie auch in uns selbst.

Wir alle kennen diese individuellen Ausgrenzungen und arbeiten täglich mit ihnen. Mir selbst hilft es in der therapeutischen Arbeit, diese Grenzen unter dem Gesichtspunkt des Schutzes zu verstehen und im Kontext der Ich-Entwicklung zu sehen. Den Gedanken der Inklusion aufgreifend, würde dies für traumatherapeutische Ansätze beispielsweise bedeuten, dass es nicht um die Integration abgespaltener Ich-Zustände oder Persönlichkeitsanteile geht. Denn mit dem Begriff der Integration bleibt uns und unseren Patientinnen und Patienten mitunter unklar, wer oder was wie integriert werden soll. Allzu oft mündet der Wunsch, das vermeintlich „Schmerzhafte“, „Unerträgliche“, „Bedrohliche“ und daher Abzuspaltende in eine vermeintliche „Normalität“ zu überführen, in einem inneren Kampf, an dem so viele zu scheitern drohen.

Inklusion statt Integration in der Traumatherapie würde dann vielmehr einen Transformationsprozess beinhalten, in dem der traumatisierte Mensch sich mit seinen schmerzhaften Erfahrungen des Traumas neu konstituiert.

Barrierefreiheit beginnt im Herz!

Und wir selbst? Auch wir stoßen in unserem therapeutischen Alltag immer wieder an eigene Grenzen, an denen wir unsere Entscheidungen überprüfen können. Denn wer bekommt den freien Therapieplatz, den wir gerade haben? Herr Müller, Dipl.-Ing., Teamleiter bei Daimler, mit depressiver Symptomatik bei Burn-out? Oder doch Frau Maier, Rollstuhlfahrerin mit Verdacht auf leichte Intelligenzminderung und emotionale Instabilität? Wir haben die Wahl!

Aus dieser Perspektive beginnt Inklusion mit dem Einzelnen, mit uns. Und dabei gilt weniger (wie die Lebenshilfe-Kampagne unter Rückgriff auf Georg Feuser beschreibt): „Inklusion beginnt im Kopf!“ Sondern eher: „Inklusion (oder wenn Sie so wollen, Barrierefreiheit) beginnt im Herzen!“ Und damit im Umgang mit unseren Emotionen.

Eine entsprechende Barrierefreiheit verlangt uns viel ab und kann uns in Kontakt mit eigenen schmerzhaften Emotionen wie Ängsten, Ärger und vielleicht auch Trauer bringen. Sich diesen immer wieder zu stellen bedeutet, sich kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Dies ist weniger ein Prozess der Suche nach etwas Vorgefertigtem, etwa in dem Sinne, in dem Nietzsche sagte, „werde der, der du bist“. Vielmehr geht es bei dem Neuen um Selbstkonstituierung, also um die immer wieder neu stattfindende Selbsterschaffung in unserem Handeln, Denken und Fühlen. Dann geht es darum: „Werde anders, als du bist“ – eine offene Geschichte.

Dies bedeutet, Spaß daran zu finden, immer wieder aufs Neue die eigene Komfortzone zu verlassen, auf der Suche nach dem einen Augenblick in der Begegnung mit einem anderen Menschen. Dies verlangt Mut und die innere Bereitschaft, bekanntes Terrain zu verlassen und Neues zu entdecken. Wer dabei auf ein manualisiertes Vorgehen hofft, wird möglicherweise enttäuscht werden.

Es kommt also auf unsere therapeutische Haltung an, mit der wir Patientinnen und Patienten begegnen. Und es kommt auf unsere therapeutische Flexibilität an, mit der wir therapeutische Tools nutzen.

Barrierefreie Psychotherapie braucht ...

Nein, so gesehen haben wir auch im Jahr 2015 noch lange keine barrierefreie Psychotherapie. So gesehen ist jeder psychotherapeutische Prozess eine Arbeit an und mit Barrieren. Doch was braucht es, um sich ihr anzunähern?

... **Versorgungsstrukturen.** Barrierefreie Psychotherapie benötigt zunächst Versor-

gungsstrukturen, die Anreize schaffen, sichtbare Barrieren abzubauen und bislang unterversorgten Zielgruppen von Psychotherapie Chancen zu ermöglichen, anstatt – wie bisher – die Komfortzone der Behandlerinnen und Behandler zu konsolidieren.

... **Ausbildung.** Barrierefreie Psychotherapie verlangt eine Ausbildung, die nicht nur die Anwendung von Techniken lehrt, sondern eine Therapeutinnen- und Therapeuten-Persönlichkeit fördert, die Freude daran hat, sich ständig weiterzuentwickeln und im Fremden statt einer Bedrohung eine Bereicherung sieht. Eine Persönlichkeit, die so in der Lage ist, versorgungsverantwortlich zu denken, zu fühlen und zu handeln.

... **Wissen.** Barrierefreie Psychotherapie erfordert ein entsprechendes Wissen, wofür allerdings nicht immer das Rad neu erfunden werden muss. Viel wichtiger als Spezialistentum ist es, das vorhandene Wissen flexibel nutzen und anwenden zu können. Wir verfügen bereits über wunderbares Wissen, nun geht es darum, dieses Wissen weiter zu nutzen, sodass immer mehr Menschen von diesem Wissen profitieren können.

... **Sie.** Und schließlich braucht barrierefreie Psychotherapie: Sie. Tragen Sie mit dazu bei, die vielfältigen Barrieren im Feld der Psychotherapie Schritt für Schritt abzubauen!

Foto: Privat



Dr. phil. Dipl.-Psych. Jan Glasenapp

ist Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis in Schwäbisch Gmünd, Dozent und Supervisor. Er ist Mitglied

der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, stellvertretendes Mitglied im Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg und Referatsleiter für Menschen mit geistiger Behinderung im Dachverband Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT).

Wie behandeln wir Menschen mit einer Intelligenzminderung?

Die Wirksamkeit von Psychotherapie mit intelligenzgeminderten Menschen mit psychischen Störungen ist unbestritten, aber es besteht weiter großer Forschungsbedarf. Viele Psychotherapeuten wünschen sich mehr Informationen zu den Besonderheiten der Arbeit mit dieser Patientengruppe

Von **Katharina Kufner**

— **In der 2009** auch von Deutschland ratifizierte UN-Konvention für Menschen mit Behinderung wird gefordert, dass Menschen mit Behinderungen eine Gesundheitsversorgung in der gleichen Bandbreite, von der gleichen Qualität und gemäß dem gleichen Standard zur Verfügung gestellt wird wie anderen Menschen. Vor diesem Hintergrund gibt dieser Beitrag einen Überblick über psychische Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung und die aktuelle Versorgungslage dieser Patientengruppe. Darüber hinaus werden Ergebnisse zur Wirksamkeit von sowie Besonderheiten bei der Psychotherapie mit Menschen mit einer Intelligenzminderung referiert.

Psychische Störungen bei Menschen mit einer Intelligenzminderung

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung geht die Weltgesundheitsorganisation (WHO) von einer drei- bis vierfach erhöh-

ten Prävalenz psychischer Störungen bei intelligenzgeminderten Menschen aus (Dilling, 2014). Die Prävalenzraten schwanken jedoch stark, je nach Studie: Cooper, Smiley, Morrison, Williamson und Allan (2007) berichten von 7 bis 97 Prozent. Diese Schwankungen können sowohl durch mangelnde Studienqualität erklärt werden als auch dadurch, dass psychische Störungen sich bei dieser Personengruppe durch andere Symptome äußern können und somit die ICD-10-Kriterien nicht oder nur schlecht anwendbar sind (Došen, 2010; Sappok, Voß, Millauer, Schade & Diefenbacher, 2010). Hinzu kommt, dass intelligenzgeminderte Menschen ihre Beschwerden teils nicht gut mitteilen können (*diagnostic underreporting*), während von außen psychopathologische Symptome häufig der Behinderung und nicht einer psychischen Störung zugeschrieben werden (*diagnostic overshadowing*; Schmidt & Meir, 2014; Morin, Cobiogo, Rivard & Lépine, 2010).

Die Ursache für die höhere Prävalenz wird in einer erhöhten Vulnerabilität aufgrund der Konfrontation mit mehr potenziellen Risikofaktoren gesehen. Neben biologischen wird von sozialen Risikofaktoren ausgegangen – zum Beispiel fehlende Partnerschaft/Arbeitsfähigkeit oder Missbrauch –, aber auch von psychischen, unter anderem Beeinträchtigungen in der Kommunikation/sozioemotionalen Entwicklung sowie reduzierte Stresstoleranz (Sappok et al., 2010).

Versorgungslage

Aktuell existiert in Deutschland keine Studie zur Versorgungslage von intelligenzgeminderten Erwachsenen mit einer psychischen Störung. Was die stationäre psychiatrische Versorgung betrifft, gibt es derzeit deutschlandweit etwa 500 Akutbetten, meist in psychiatrischen Spezialabteilungen. Die ambulante psychiatrische Versorgung hat sich zwar in den letzten Jah-

ren verbessert, dennoch besteht weiterhin eine Unterversorgung (Schanze & Schmitt, 2007). Die Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie ist vor dem Hintergrund der allgemein schwierigen Versorgungslage ebenfalls als unzureichend einzuschätzen (Landespsychotherapeutenkammer, 2014).

Zudem können bei Erbringern von Psychotherapie Vorbehalte gegenüber einer Psychotherapie mit Menschen mit Intelligenzminderung existieren. Zunächst ist von einem erhöhten Aufwand für den Behandler auszugehen, zum Beispiel durch Einbezug der Bezugspersonen. Weitere zentrale Faktoren, die für das Nicht-Anbieten einer Behandlung verantwortlich sein können, sind eine als eingeschränkt wahrgenommene eigene Kompetenz, der Grad der Behinderung, das *diagnostic overshadowing* (Mason, 2007; Royal College of Psychiatrists, 2004; Morin et al., 2010) sowie Zweifel an der Wirksamkeit von Psychotherapie bei dieser Patientengruppe (Adams & Boyd, 2010).

Wirksamkeit von Psychotherapie

Im Folgenden wird ein Überblick über systematische Reviews und Metaanalysen zur Effektivität von Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung gegeben. Hierbei muss vorangestellt werden, dass bislang nur wenige hochqualitative Studien publiziert worden sind. Häufig weisen die Studien mangelnde Qualität auf: kleine Stichprobengröße/Einzelfallstudien, Mängel bei Design und Outcome-Messung. Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) sind eher selten (Vereenoghe & Langdon, 2013; Sappok et al., 2010; Willner, 2005; Prout & Browning, 2011).

Willner (2005) fasst zusammen, dass sowohl psychodynamische Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie als auch kognitive Therapie bei Menschen mit leichter Intelligenzminderung effektiv sind. In einer Übersichtsarbeit über Reviews in den vergangenen zehn Jahren kommen die Autoren ebenfalls zu dem Ergebnis, dass

Während intelligenzgeminderte Menschen ihre Beschwerden teils nicht gut mitteilen können, werden psychopathologische Symptome von außen häufig der Behinderung zugeschrieben und nicht einer psychischen Störung

Psychotherapie mindestens moderate Effekte erzielt (Prout & Browning, 2011).

In einer Metaanalyse zu Gruppen- und Einzeltherapie fanden sich gesamthaft moderate Effekte ($g = .682$; 95% CI [.379, .985], $N = 663$) bezüglich der Behandlung depressiver Störungen und von Wut (Vereenoghe & Langdon, 2013). Einzeltherapie erzielte höhere Effekte als Gruppentherapie. Kein Effekt zeigte sich für die Behandlung interpersoneller Probleme. Positive Effekte bestanden für Verhaltenstrainings bei phobischer Vermeidung (Jennett & Hagopian, 2008) sowie zur PTSD-Behandlung (Mevissen & Jongh, 2010) (jeweils überwiegend nur Einschluss von Fallstudien). Kognitive Verhaltenstherapie erzielte bei Wut als Problemverhalten intelligenzgeminderter Patienten große Effekte ($g = .88$; 95% CI [.65, 1.12], $N = 168$; Einschluss von zwei RCTs und sieben kontrollierten Studien; Nicoll, Beail & Saxon, 2013). Darüber hinaus werden Erfolge für Therapieansätze der dritten Welle (Achtsamkeitsbasierte Therapien, Dialektisch-Behaviorale Therapie) berichtet (Robertson, 2011; Elstner, Schade & Diefenbacher, 2012).

In zwei qualitativen Studien mit Psychotherapie-Patienten mit Intelligenzminderung wurde eine Psychotherapie als erfolgreich wahrgenommen, wenn aus Patientensicht der Therapeut als kompetent erlebt wurde und Einfühlungsvermögen gezeigt hatte. Neben einer positiven Beziehung und der Therapie als „Ort zum Reden“ stellten das Einhalten der Schwei-

gepflicht, eine intrinsische Motivation sowie das Erlernen von Bewältigungsstrategien für Alltagskonflikte zentrale Faktoren für eine gelungene Psychotherapie dar (Buchner, 2011).

Besonderheiten bei der Psychotherapie mit Menschen mit einer Intelligenzminderung

Die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit einer Intelligenzminderung erfordert einige Anpassungen an die Zielgruppe. Im Folgenden werden drei Aspekte näher erläutert. Weitere Hinweise finden sich in einer Handreichung der Landespsychotherapeutenkammer (LPK) Baden-Württemberg (LPK, 2014).

1. Diagnostik

Zur Diagnostik psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung werden im Folgenden einige Hinweise im Hinblick auf Diagnosekriterien und spezifische Instrumente gegeben. Auf Aspekte der Diagnostik des kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklungsstands der Person, der ebenfalls ein hoher Stellenwert bei der Behandlung dieser Patientengruppe zukommt, wird an dieser Stelle nicht eingegangen.

Die diagnostischen Kriterien des ICD-10 beinhalten häufig Kriterien, die vom Entwicklungsstand der Person abhängen. So werden Konzepte wie Schuld und Wertlosigkeit erst mit einem kognitiven Alter von etwa sieben Jahren verstanden (Smiley & Cooper, 2003). Somit ist der Nutzen der üblichen Kriterien für Menschen mit Intelligenzminderung eingeschränkt. In den letzten Jahren wurden spezifisch auf diese Patientengruppe ausgerichtete Diagnosekriterien entwickelt. Neben den in Großbritannien entwickelten diagnostischen Kriterien für psychische Störungen (diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation, DC-LD; Royal College of Psychiatrists, 2001) gibt es ein Diagnostik-Manual, das gemeinsam

mit der American Psychiatric Association (APA) erarbeitet wurde (Diagnostic Manual – Intellectual Disability, DM-ID; Fletcher, Loschen, Stavrakaki & First, 2007).

Hinsichtlich diagnostischer Instrumente zur Erfassung psychischer Störungen liegt im deutschsprachigen Raum lediglich ein aus dem Englischen übersetztes, dreiteiliges Instrument vor, das PAS-ADD (psychiatric assessment schedule for adults with developmental disabilities; Zeilinger, Weber & Haveman, 2011). Ergebnisse einer laufenden Normierungsstudie für den deutschsprachigen Raum sind noch nicht publiziert. Für eine Beschreibung des PAS-ADD wird auf Meir und Sabellek (2014) verwiesen.

2. Einbezug von Bezugspersonen

Der Einbezug von Bezugspersonen des Patienten mit Intelligenzminderung (zum Beispiel Familie, Mitarbeiter aus Wohnheimen oder Werkstätten, gesetzliche Betreuer) ist für eine Psychotherapie zentral. Zum einen können diese als Informationsquelle dienen, zum anderen sollten auch sie über das Störungsbild und die Behandlung aufgeklärt und in den Therapieverlauf einbezogen werden.

Bei der Diagnostik ist eine Fremdanamnese als obligatorisch anzusehen (Schmidt & Meir, 2014; Geisenberger-Samaras, 2014; Morin et al., 2010). Therapieziele sollten gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet und mit den Bezugspersonen abgeglichen werden, auch um (implizite) Ziele und Erwartungen des Umfelds frühzeitig erkennen zu können (Geisenberger-Samaras, 2014). Zu Therapiebeginn sollte abgeklärt werden, ob eine gesetzliche Betreuung besteht und somit ein Einverständnis des gesetzlichen Betreuers für die Behandlung notwendig ist, auch bei der Antragsstellung.

Im Therapieverlauf stellt die Begleitung durch Bezugspersonen eine wichtige Grundlage für eine gelungene und nachhaltige Veränderung dar (Morin et al., 2010). So können beispielsweise Bezugspersonen den Patienten bei der Durchführung von Hausaufgaben sowie die Therapieplanung unterstützen, indem ein Austausch zum aktuellen Symptomverlauf er-

Einer der Gründe für Vorbehalte gegenüber einer Psychotherapie mit Menschen mit Intelligenzminderung kann eine als eingeschränkt wahrgenommene eigene Kompetenz sein

möglicht wird (Elstner et al., 2012; Geisenberger-Samaras, 2014; Whitehouse, Tudway, Look & Stenfert Kroese, 2006). Bezugspersonen sollten im Idealfall gemeinsam mit dem Patienten an Sitzungen teilnehmen. Diese können vom Psychotherapeuten bei der Antragsstellung gesondert mit beantragt werden.

3. Modifikationen von Therapiemethoden, -techniken und -settings

Die psychotherapeutischen Interventionen, die bei der Behandlung eines intelligenzgeminderten Patienten zum Einsatz kommen, sollten ebenfalls an die spezifischen Bedürfnisse angepasst werden. Auf Basis einer Literaturrecherche wurden neun zentrale Modifikationen psychotherapeutischer Techniken erarbeitet (Hurley, Tomasulo & Pfadt, 1998). In der Tabelle (rechte Seite) sind diese Modifikationen dargestellt.

In einer Übersichtsarbeit wurde die Umsetzung dieser Empfehlungen zur Psychotherapie mit intelligenzgeminderten Patienten untersucht (Whitehouse et al., 2006). Für kognitive Verhaltenstherapie zeigte sich die Flexibilität als zentrale Komponente, bei psychodynamischer Therapie wurde am häufigsten Übertragung/Gegenübertragung als Modifikation gegenüber dem üblichen Vorgehen thematisiert.

In Bezug auf die Ausgestaltung der einzelnen Anpassungen finden sich zahlreiche Beispiele. Die Verwendung visuell anschaulicher Arbeitsmaterialien wie Cartoons oder Arbeitsblätter mit Satzanfängen sowie das Festhalten des Stundenablaufs auf einer Flipchart haben sich als hilfreich erwiesen (Sappok et al., 2010; Morin et al., 2010; Geisenberger-Samaras, 2014), zudem der stärkere Fokus auf das

Lernen am Modell, vermehrte Hilfestellung (beispielsweise bei Expositionen dem Patienten konkrete Anweisungen erteilen) und Kontingenzmanagement (Sappok et al., 2010; Jennett & Hagopian, 2008; Morin et al., 2010). Des Weiteren empfiehlt sich ein Therapiebuch, in dem zentrale Aspekte der Therapie notiert werden (Geisenberger-Samaras, 2014).

Ausblick

Die Wirksamkeit von Psychotherapie mit Menschen mit einer Intelligenzminderung und einer psychischen Störung ist nach aktuellem Forschungsstand unbestritten. Dennoch besteht großer Forschungsbedarf, vor allem in Bezug auf RCTs. Bei Psychotherapeuten besteht Informationsbedarf zur Behandlung intelligenzgeminderter Patienten. Vereinzelt stehen auch in deutscher Sprache bereits Instrumente und Manuale zur Verfügung. Zunehmend werden Informations- und Fortbildungsveranstaltungen angeboten, und das Thema wird vereinzelt in die Psychotherapieausbildung integriert. Dies lässt darauf hoffen, dass mehr Psychotherapeuten Therapieplätze für intelligenzgeminderte Patienten anbieten und somit der Versorgungsengpass für diese Patientengruppe minimiert werden kann.

Eine ausführliche Literaturliste ist bei der Verfasserin erhältlich: kufner@psychologie.uni-freiburg.de

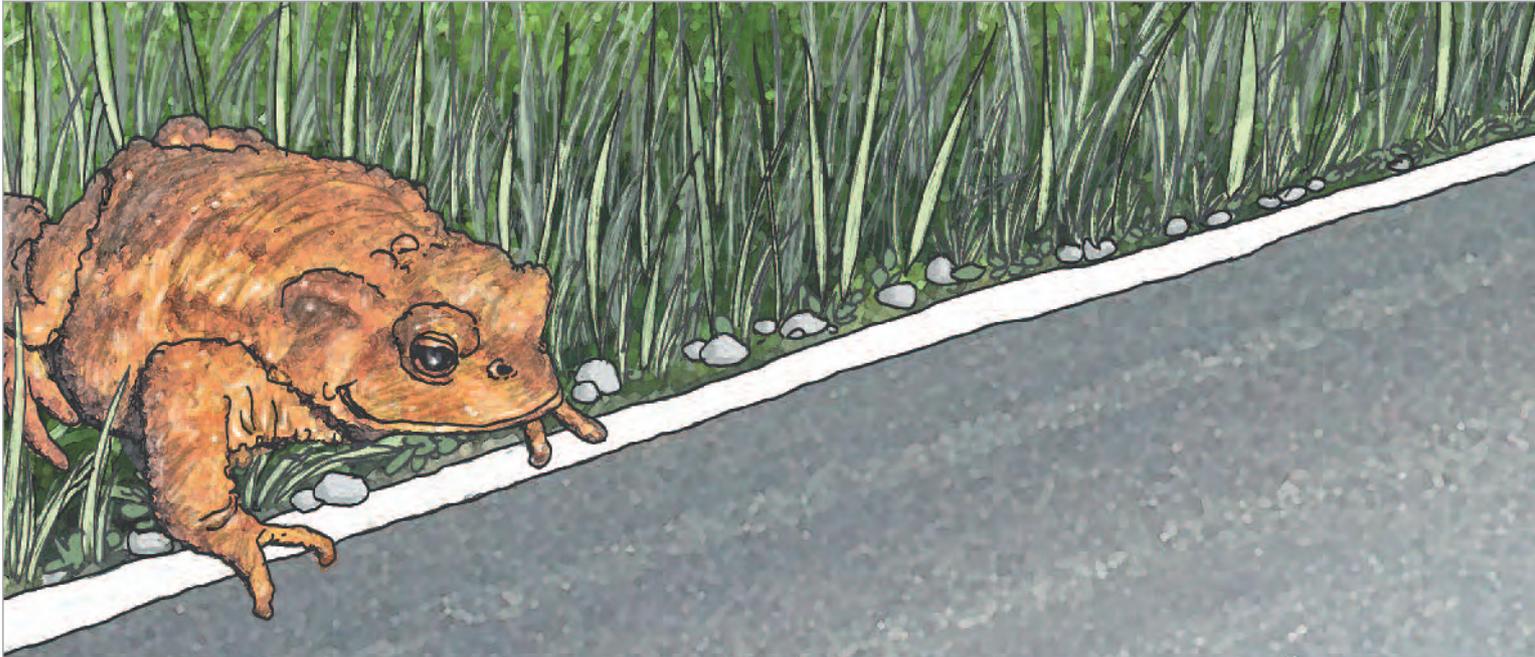
Foto: Privat



Dr. phil. Dipl.-Psych. Katharina Kufner

ist Psychologische Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Sie ist Wissenschaftliche

Angestellte an der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie des Instituts für Psychologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und lehrt an verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstituten zum Thema Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen.



Zentrale Modifikationen psychotherapeutischer Techniken

Adaption	Definition/Beispiel
Vereinfachungen	Reduktion der Komplexität üblicher Techniken, Interventionen in kleine Schritte aufteilen, kürzere Sitzungsdauer
Sprache	Vereinfachte/s Vokabular, Satzstruktur und Gedankenlänge; kurze Sätze, einfache Worte
Aktivierende Elemente	Erweitern typischer Techniken mittels aktivierender Elemente, um Veränderung und Lernen zu festigen; ergänzende Bilder, Hausaufgaben
Entwicklungsstand	Entwicklungsstand bei Gestaltung von Techniken und Material berücksichtigen; Spiele verwenden; Erfassen von Veränderung in Bezug auf relevante soziale Aspekte
Direktives Vorgehen	Aufgrund der kognitiven Einschränkungen sollte der Therapeut direkter sein. Therapieziele, Fortschritte kurz darstellen, zusätzliche visuelle Hilfen verwenden
Flexibilität	Übliche Techniken an kognitiven Entwicklungsstand und verlangsamte Fortschritte anpassen; auf weitere Modalitäten fokussieren
Einbezug von Bezugspersonen	Bezugspersonen zur Unterstützung von Veränderung einbeziehen, Hausaufgaben oder Übungen mit Bezugspersonen für zu Hause aufgeben
Übertragung und Gegenübertragung	Stärkere und schnellere Bindung; Reaktionen des Therapeuten ähneln den elterlichen; Bedürfnis der Therapeuten, sich stärker abzugrenzen, und Sicherstellung von Peer-Supervision
Thematisierung der Behinderung	Thematisierung der Behinderung in der Therapie; Therapeut sollte Thema einbringen und positives Selbstbild unterstützen

Quelle: Hurley et al., 1998, S. 368; Übersetzung der Verfasserin

Intensivierte Auseinandersetzung

Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung: das Beispiel Baden-Württemberg

Von **Roland Straub**

Seit die UN-Behindertenrechtskonvention 2009 in Deutschland in Kraft getreten ist, fordern Betroffene, Angehörige und Verbände verstärkt deren Umsetzung in den Ländergesetzen ein. In Baden-Württemberg wurde die Neufassung des Landes-Behindertengleichstellungsgesetzes zum 1. Januar 2015 in Kraft gesetzt. Damit werden nun neue Strukturen, Ämter und Gremien eingerichtet, etwa ein Landesbehindertenbeirat oder eine Landesbehindertenbeauftragte, bis hin zu Behindertenbeauftragten auf kommunaler Ebene.

Seit 2009 nehmen in der Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg Anfragen und Forderungen deutlich zu, die sich auf die unbefriedigende psychotherapeutische Versorgungssituation speziell für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung beziehen. Beklagt wird dabei immer wieder, dass es zu wenige Psychotherapeuten gebe, die grundsätzlich bereit seien – beziehungsweise sich zutrauten –, Menschen mit einer geistigen Behinderung und psychischen Störung zu behandeln.

In der Vertreterversammlung wurde vor diesem Hintergrund im April 2011 ein Antrag eingebracht, hier aktiv zu werden. Der Vorstand wurde beauftragt, eine Kommission einzurichten, zusammengesetzt aus erfahrenen institutionellen und niedergelassenen „Experten“. Deren Auftrag sollte darauf gerichtet sein, die wesentlichen Hindernisse einzugrenzen, welche die Bereitschaft und das Angebot einschränken, damit die Probleme dann in den entsprechenden gesundheitspolitischen Gremien bearbeitet werden können. Auch sollen

spezifische Fortbildungen angeboten werden, um die Kompetenz zu stärken.

Die Experten des Arbeitskreises (Ulrich Böttinger, Klaus Diegel, Jan Glase-napp, Damaris Halbeis, Herman Kolbe, Katharina Kufner, Sabine Luttinger, Kerstin Lutz, Stefan Meir, Elisabeth Noeske, Silke Sacksofsky) empfahlen, regionalisierte Fortbildungen durchzuführen, um Psychotherapeuten in ihren Vernetzungsstrukturen, Hilfesystemen und mit Kenntnis der regionalen Versorgungsprobleme anzusprechen. Fachvorträge sollten durch Fallbeispiele ergänzt werden. Die Organisation wurde von Mitgliedern des Arbeitskreises aus der jeweiligen Region übernommen – mit dem Ziel, in der Fortsetzung Qualitätszirkel anzuregen und zu begleiten.

Die Beteiligung an den Fortbildungsveranstaltungen war unerwartet stark

Im November 2013 wurden erstmals regionale Fortbildungsveranstaltungen in Stuttgart, Ravensburg, Karlsruhe, Reutlingen und Freiburg durchgeführt. Die Anzahl der Teilnehmer war unerwartet hoch. Dadurch ermutigt, fanden weitere Veranstaltungen im November 2014 statt. Bei allen Fortbildungen wurde den Teilnehmern eine Liste vorgelegt, in der sie einwilligen konnten, dass sie als Ansprechpartner genannt werden dürfen, wenn eine Anfrage nach einem Therapieplatz für einen Menschen mit geistiger Behinderung in der Kammer eingeht. Diese Liste umfasst derzeit etwa 60 Psychotherapeuten und wird laufend erweitert.

Der Austausch bei den ersten Veranstaltungen diente zugleich als Pool für die parallel dazu erarbeitete Informationsbroschüre. Diese ist nun auf der Homepage der Kammer herunterladbar (lpk-bw.de). Sie umfasst zum Beispiel die Bearbeitung von Fragen zu den Besonderheiten der Beziehungsgestaltung, den Rahmenbedingungen, der Diagnostik und den kassenfinanzierten Anträgen. Die Broschüre soll jährlich aktualisiert und erweitert werden.

Die Fortbildungen haben eine intensivierte Auseinandersetzung mit den bestehenden Hindernissen bewirkt; die Kammer tauscht sich stärker mit gesundheitspolitischen Gremien, Behörden und großen Trägern aus und ist auch in Projekte eingebunden. Weitere Veranstaltungen, auch zusammen mit der Ärztekammer, werden folgen. Um die Fortführung und Koordination der weiteren Aktivitäten zu gewährleisten, wurde ein Mitglied des Vorstandes zum Behindertenbeauftragten ernannt.



Foto: Privat

Dr. Roland Straub

ist Psychologischer Psychotherapeut und Supervisor in Verhaltenstherapie und seit 2010 Vorstandsmitglied der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, deren Behindertenbeauftragter er ist. Er engagiert sich im Verband der Klinikpsychotherapeuten B-W (LVKP-BW) für die Anliegen der KollegInnen in Kliniken.