



# **Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung (geistiger Behinderung)**

Fragen & Antworten  
für interessierte Psychotherapeutinnen und  
Psychotherapeuten

Herausgeber:

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Arbeitskreis „Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung“ (unter Mitwirkung von Ullrich Böttinger, Klaus Diegel, Martin Dornberg, Jan Glasenapp, Damaris Halbeis, Hermann Kolbe, Katharina Kufner, Sabine Luttinger, Kerstin Lutz, Stefan Meir, Dietrich Munz, Elisabeth Noeske, Arno Remmers, Silke Sacksofsky, Roland Straub)

Stuttgart (2019)

## Inhalt

Vorwort / Hinweise zu dieser Handreichung und ihre Entstehung .....	3
Was ist bei einem Erstgespräch zu beachten? .....	6
Was ist bei der Klärung von Rahmenbedingungen und Behandlungsauftrag zu beachten? .....	9
Wie können Barrieren abgebaut werden? .....	14
Was ist in der Beziehungsgestaltung zu beachten? .....	15
Was ist bei der Diagnose einer psychischen Erkrankung zu beachten? .....	18
Was ist bei der Beantragung einer kassenfinanzierten Psychotherapie zu beachten? .....	20
Anhang: .....	24
Was ist bei einer Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung, die auch Eltern sind, zu beachten? .....	24
Was ist bei Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung und Autismus-Spektrum-Störung(ASS) zu beachten? .....	26
Welche Änderungen in den Psychotherapierichtlinien sind für die Behandlung von Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung relevant? .....	29

## **Vorwort / Hinweise zu dieser Handreichung und ihrer Entstehung**

Menschen mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung und gleichzeitiger psychischer Erkrankung haben es besonders schwer, einen ambulanten Therapieplatz zu finden. Der Landespsychotherapeutenkammer ist dieses Problem länger bekannt, da sie immer wieder von Angehörigen, Verbänden und Trägern um Hilfe bei der Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz angefragt wird. 2012 wurde dann in der Kammerversammlung beschlossen, hier etwas zu tun und einen Arbeitskreis von ExpertInnen einzuberufen. Dieser wurde beauftragt, zu erarbeiten, wie Verbesserungen erreicht werden könnten. Zudem sollten die Erfahrungen und das Wissen aus den unterschiedlichen Arbeitsfeldern der ExpertInnen wie ambulanten Praxen, Beratungsstellen, stationären Einrichtungen u.a. in der Arbeit mit Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung über Fortbildungen an interessierte KollegInnen weitergegeben werden.

Konsens war beim ersten Arbeitstreffen, dass die aktuell gegebenen Versorgungsengpässe durch z.T. lange Wartezeiten bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen derzeit alle Therapiesuchenden betreffen und dies unabhängig davon, ob mit oder ohne Behinderung. Daher sollte der Fokus des Arbeitskreises nicht auf dieses Thema gerichtet werden, da die Kammern hier ohnehin aktiv sind und auf diese Versorgungsmängel und deren Auswirkungen regelmäßig hinweisen.

Der Arbeitsansatz sollte vielmehr sein:

1. Wie kann die Erfassung der KollegInnen verbessert werden, die bereits Psychotherapie für Menschen mit einer intellektuellen Entwicklungsstörung anbieten? Wie kann diese besser zugänglich gemacht werden für Therapiesuchende?
2. Eine weitere Überlegung war, potentiell interessierte KollegInnen, die über wenig Erfahrung bzw. fachlichen Informationsbedarf verfügen, über Fortbildungen und gegenseitigen Erfahrungsaustausch in regionalen Veranstaltungen zu erreichen und zu informieren, um sie dadurch zu ermutigen und zu qualifizieren. Hierzu sollte das erforderliche Know-How zur besonderen Beziehungsarbeit und Arbeitsweise im Kontakt mit PatientInnen mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung, zu wichtigen Aspekten in der diagnostischen Phase und den formellen wie inhaltlichen Rahmenbedingungen vermittelt werden. Diese Kenntnisse und Fertigkeiten in Verbindung mit einem Überblick zu den häufig ergänzend aktiven Angehörigen, Institutionen und Netzwerken könnten so eventuell weitere PsychotherapeutInnen ermutigen, sich mit dieser PatientInnengruppe mehr zu befassen und sich zu engagieren.

Rein rechnerisch würde aufgrund der Häufigkeit von psychischen Erkrankungen bei Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung der Versorgungsengpass für diese PatientInnengruppe entfallen, wenn jeder niedergelassene Kollege / jede niedergelassene Kollegin nur einen Menschen mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung behandeln würde.

Die erstmals durchgeführten regionalen Veranstaltungen im Jahr 2013 waren gut besucht und stießen auf unerwartet hohes Interesse in den fünf Regionen Baden-Württembergs. Viele wichtige

Fragen kamen auf. Ein Überblick der Fragen umfasste z.B. folgende Bereiche:

1. Was ist bei der Antragstellung zu beachten?
2. Welche Besonderheiten gibt es in der Beziehungsgestaltung, was ist dabei zu beachten?
3. Wo bekomme ich Supervision?
4. Wie lassen sich die besonderen Probleme der Impulskontrolle bei Jugendlichen mit selbst- und fremddestruktiven Verhalten behandeln?
5. Wie ist das mit der Schweigepflicht bei erwachsenen PatientInnen mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung?
6. Wie kann eine psychotherapeutische Arbeit mit PatientInnen mit intellektueller Entwicklungsstörung und zusätzlichen schweren körperlichen oder mehrfachen Behinderungen aussehen?
7. Wie ist der Umgang bei Suizidalität?
8. Wie gehe ich mit den überdurchschnittlich häufigen Problemen durch Missbrauchserfahrungen und Traumafolgestörungen bei Menschen mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung um?
9. Was passiert, wenn betreuende Eltern alt werden? Wer kümmert sich um die BetreuerInnen mit Behandlungsbedarf?

Aus dem Pool der bereits bekannten KollegInnen und dem der in den Fortbildungen angefragten KollegInnen verfügt die Kammer nun bereits über ca. 35 Adressen von Praxen, die für Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung einen Therapieplatz anbieten. Allerdings bestehen hier derzeit aufgrund der gegebenen Probleme die gleichen langen Wartezeiten wie für alle PsychotherapiepatientInnen.

In Folge der Diskussion im Arbeitskreis und den in den Fortbildungen deutlich gewordenen Fragen entschieden wir dann in Vorbereitung weiterer regionaler Fortbildungen im Arbeitskreis die Erstellung einer Art FAQ (frequently asked questions, Fragen und Antworten zur Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung), die wir „Handreichung“ nannten und die den TeilnehmerInnen der Fortbildungen und weiteren interessierten KollegInnen überreicht werden sollen.

Diese „Handreichung“ liegt nun in einer revidierten Version hier vor. Neben inhaltlichen Ergänzungen haben wir uns dafür entschieden, in dieser Fassung von „Menschen mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung“ zu sprechen. Dies wird im internationalen Klassifikationssystem ICD-11 die neue Bezeichnung für unsere Patientengruppe sein. Wir als Arbeitskreis würden uns freuen, wenn diese Handreichung für Sie in Ihrer praktischen Arbeit hilfreich und nützlich sind.

Einige der gestellten Fragen (insbesondere 4, 6, 7, 8 und 9) sollten uns veranlassen, nicht nur Möglichkeiten, sondern auch Grenzen ambulanter Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung in den Blick zu nehmen. Es ist richtig und wichtig, die Zugänglichkeit zu ambulanter Psychotherapie (gemäß den Richtlinien für Psychotherapie) für Menschen mit einer

Störung der intellektuellen Entwicklung zu erleichtern und zu öffnen. Für eine fachlich gute psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung und psychischen Erkrankungen ist es jedoch erforderlich, auch die Grenzen der Richtlinienversorgung zu benennen, Wissen um vorhandene Unterstützungsressourcen (an der Schnittstelle stationär /ambulant) zur Verfügung zu stellen, Vernetzung und auch Lücken im Versorgungsangebot bzw. unpassende Angebote für Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung zu erkennen und daraus resultierende Erfordernisse zu beschreiben.

Gerne können Sie uns Rückmeldungen geben und weitere Anregungen und Hinweise zukommen lassen.

Schließlich bleibt unsere Bitte:

Da wir zunehmend häufiger Anfragen nach PsychotherapeutInnen erhalten, die Menschen mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung behandeln oder behandeln würden, würden wir uns freuen, wenn wir den Kreis erweitern könnten und Sie durch diese Informationen und Anregungen gewinnen könnten, eine weitere regionale psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeit zu schaffen.

Arbeitskreis und Kammervorstand der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Einen geistig Zurückgebliebenen  
sollte man nicht wie eine Uhr ansehen,  
deren Werk nicht mehr in Ordnung ist.

Stattdessen sollten wir fragen:  
„Welche Sprachspiele kann er spielen?“

Ludwig Wittgenstein, 1946/47

## Was ist bei einem Erstgespräch zu beachten?

Gesichtspunkte für das Erstgespräch mit Familien mit einem Kind oder Jugendlichen mit  
intellektueller Entwicklungsstörung und erwachsenen Menschen mit intellektueller  
Entwicklungsstörung.

„In jedem psychotherapeutischen Erstkontakt gibt es – unabhängig von den jeweiligen  
Therapieverfahren – zwei für den weiteren Verlauf der Patient-Therapeut-Begegnung entscheidende  
Prozesse:

1. Aufbau einer tragfähigen persönlichen Beziehung zwischen Therapeut und Patient.
2. Abklärung bzw. Modifikation der Motivation von Patient und Therapeut hinsichtlich einer  
gemeinsamen Arbeit und deren Zielsetzung“ (Hand, 1981, S.55).

Studien (Sarimski, 2010; Sarimski et al. 2012) haben gezeigt, dass Mütter / Eltern die  
Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder und weniger das Ausmaß der Behinderung im Alltag als  
besonders belastend erleben und hier häufig wenig Hilfe erfahren haben.

Im psychotherapeutischen Setting geht es um Verhaltensstörungen, psychische Störungen,  
Beziehungsstörungen und die Ressourcen von Familien und Familienmitgliedern – hier sind wir  
PsychotherapeutInnen die Experten. Es geht nicht um die „Heilung“ oder Behandlung von  
Behinderung. Daher unterscheiden sich Erstgespräch bzw. erste Gespräche mit Familien mit einem  
Familienmitglied mit Behinderung nicht grundsätzlich von Erstgesprächen mit anderen Familien:  
Es dient der Erhebung anamnestischer Daten, der Analyse der Motivation, des Erklärungsmodells der  
Betroffenen, der Bildung erster diagnostischer Hypothesen und den ersten Schritten zum Aufbau  
eines Arbeitsbündnisses.

Dennoch gibt es einige Besonderheiten, die zu berücksichtigen sind:

Bei Vorliegen einer Diagnose „Störung der intellektuellen Entwicklung“ oder einer entsprechenden  
Verdachtsdiagnose sind die bisherigen Untersuchungen und Behandlungen zu erfassen. Häufig haben  
Eltern und die betroffenen (teils schon erwachsenen) Kinder eine Kette von Untersuchungen,  
Stellungnahmen, Therapieempfehlungen und Therapien durchlaufen, sind möglicherweise noch  
aktuell in Behandlung oder in verschiedenen Behandlungen (z.B. Ergotherapie, Krankengymnastik  
und logopädische Behandlung). Eltern von Kindern mit Behinderung bringen häufig lebenslang viel  
Energie für Pflege, Erziehung und notwendige Untersuchungen und Behandlungen ihrer Kinder auf,  
finden dafür aber oft wenig Anerkennung. Dies kann schon im Erstgespräch berücksichtigt werden.

Behandlungsmüdigkeit oder Behandlungswiderstand auf Seiten des Kindes, Jugendlichen oder

Erwachsenen mit Behinderung kann den Zugang erschweren. Diese Menschen haben häufig viele Untersuchungen und Behandlungen (z.T. schmerzhaft) – oft ohne eigene Kontrollmöglichkeit – über sich ergehen lassen müssen und immer wieder erlebt, dass sie nicht „in Ordnung“ sind. Ihnen sollte daher von Anfang an Raum für Selbstbestimmung, also auch für Widerstand gegeben werden.

Die Erwartungen von Eltern gegenüber den therapeutischen und psychotherapeutischen Wirkmöglichkeiten, ihre Bereitschaft, sich mit der Behinderung ihres Kindes „realistisch“ auseinander zu setzen, und ihre möglichen Enttäuschungen bisherigen Behandlungen gegenüber sollten im Erstkontakt bzw. im Verlauf der ersten Gespräche berücksichtigt werden, um das Risiko einer erneuten Enttäuschung, z.B. aufgrund unrealistischer Erwartungen („Sie wurden uns empfohlen, Sie sind unsere letzte Hoffnung“), zu minimieren. Auf Seiten des Kindes oder Jugendlichen sind die kommunikativen Fertigkeiten (sprachlich und nichtsprachlich) von großer Bedeutung und sollten differenziert erhoben werden, da sie eine wesentliche Ausgangsbasis für die Interventionsplanung darstellen.

Da häufig schon viele Fachleute tätig waren und sind, sind Absprachen mit den Eltern / der Familie hinsichtlich der Kooperation frühzeitig sinnvoll.

Auch für das Erstgespräch mit erwachsenen Menschen mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung sind die genannten Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Der Einbezug des sozialen Umfelds stellt auch hier eine wichtige Größe im therapeutischen Prozess dar: Eltern und Geschwister, MitarbeiterInnen von Werkstätten und Wohngruppen, BetreuerInnen von Freizeit- und Gruppenangeboten, MitarbeiterInnen für Einzelbetreuungen und intensiv betreutes Wohnen, beteiligte Personen aus dem Gesundheitswesen sind je nach Bedeutung für den Patienten / die Patientin in die Psychotherapie einzubeziehen. Dabei ist die Frage nach einer möglichen gesetzlichen Betreuung zu klären. Personen aus dem engeren sozialen Umfeld können auch durch ihre entwickelten kommunikativen Fähigkeiten im Umgang mit Menschen mit Behinderung den PsychotherapeutInnen unterstützend zur Seite stehen. Die Gespräche mit Angehörigen und Fachkräften sollen möglichst zusammen mit den PatientInnen geführt werden, um weiteren Erfahrungen der Entmündigung entgegen zu wirken. Zu Beginn des Erstgesprächs ist daher auch die Klärung eines realistischen Behandlungsauftrages sinnvoll (vgl. unten) – wer leidet unter den aufgetretenen Problemen und wer sieht Behandlungsbedarf bzw. wünscht Behandlung, gibt es einen Zwangskontext oder entscheidet der Patient / die Patientin nach dem Erstgespräch über die Fortführung der Therapie?

Menschen mit intellektuellen Entwicklungsstörung leiden, bei einem höheren Erkrankungsrisiko, an denselben psychischen Störungen wie Menschen ohne Behinderung. Unsere psychotherapeutische Kompetenz, unsere Methoden sind daher eine ausreichende Ausgangsbasis. Unsere Anpassungsleistung an die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung besteht dann darin, einen Zugang zu den sprachlichen und nichtsprachlichen Kommunikationsfähigkeiten des Patienten zu finden – ohne die eigene Sprache zu „verlieren“.

### **Weiterführende Literaturempfehlungen**

Dosen, Anton (2010). Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung: Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Berlin: Hogrefe.

- Glaserapp, Jan & Hennicke, Klaus (Hrsg.) (2013). Intensivbetreuung in der Diskussion. Orientierungspunkte für Diagnostik und Therapie. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB in Kooperation mit dem Netzwerk Intensivbetreuung am 15.3.2013 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 30, Berlin. Abrufbar (18.09.2014) unter [http://www.dgsgb.de/downloads/band\\_30\\_000\\_intensivbetreuung.pdf](http://www.dgsgb.de/downloads/band_30_000_intensivbetreuung.pdf)
- Hand, Iver (1981). Motivationsanalyse und Motivationsmodifikation im Erstkontakt. In W.D. Zuzan, R. Larcher & B. Chrombach-Seeber (Hrsg.), Erstkontakt. Wien: Literas.
- Hennicke, Klaus (Hrsg.) (2011). Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg : Lebenshilfe-Verlag.
- Hennicke, Klaus; Buscher, Michael & Häßler, Frank (2009). Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung: Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie. Berlin : MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Sarimski, Klaus (2010). Mütter mit jungen (schwer) geistig behinderten Kindern: Belastungen, Bewältigungskräfte und Bedürfnisse. Frühförderung interdisziplinär, 29, 62-72.
- Sarimski, Klaus, Hintermair, Manfred & Lang, Markus (2012). Zutrauen in die eigene Kompetenz als bedeutsames Merkmal familienorientierter Frühförderung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 61,183-197.
- Theunissen, Georg (2011). Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten: Ein Lehrbuch für die Schule, Heilpädagogik und außerschulische Behindertenhilfe. Stuttgart: Klinkhardt UTB.



## Was ist bei der Klärung von Rahmenbedingungen und Behandlungsauftrag zu beachten?

Auftragsklärung in einer Psychotherapie mit Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung hat einen wichtigen Platz nicht nur in der Gestaltung des Kontrakts in der Anfangsphase einer Psychotherapie, sondern hat Einfluss auch auf Rahmenbedingungen, Prozess und Beendigung der Psychotherapie.

### Rahmenbedingungen

Psychotherapie mit erwachsenen Menschen mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung bewegt sich in einem Spannungsfeld gegenseitiger faktischer oder emotionaler Abhängigkeiten, in dem andere Menschen zustimmungspflichtig sind (z.B. gesetzliche Betreuung mit Zuständigkeit für Gesundheitspflege) oder sich verantwortlich fühlen (Angehörige, BetreuerInnen in Wohneinrichtungen). In diesem Spannungsfeld bewegen sich nicht nur die PatientInnen sondern mit ihnen auch die PsychotherapeutInnen. Als PsychotherapeutIn ist man daher von vorneherein Handelnde in einem Beziehungssystem, in dem es gilt, die eigene Haltung zu prüfen und zu finden, die eigene Position und die eigene Rolle zu klären und sich ggf. abzugrenzen.

### Klärende Fragen:

- Kommt der Patient / die Patientin freiwillig oder ist er / sie geschickt bzw. möchte Erwartungen des Umfelds erfüllen?
- Kann der Patient / die Patientin die Aufklärung hinreichend verstehen (Therapiemethode, Kosten, Dauer, Effektivität, Möglichkeit die Therapie jederzeit zu beenden, Ziele, Risiken, Belastungen, Alternativen)?
- Ist der Patient / die Patientin einwilligungsfähig und verfügt über ausreichende Entscheidungskompetenz?
- Mit wem werden Vereinbarungen getroffen (z.B. auch bzgl. Terminvereinbarung und Absagen)?
- Wer ist für mich als PsychotherapeutIn der Auftraggeber / die Auftraggeberin?

Die Feststellung einer Behandlungsbedürftigkeit und die Entscheidung, eine Psychotherapie durchzuführen, sollten sich nicht allein am Vorliegen einer entsprechenden Symptomatik und entsprechenden Motivation der PatientInnen orientieren. Entsteht bei der Klärung des Auftrags der Eindruck, dass vorrangig die Menschen im Umfeld eines behinderten Menschen leiden, Unterstützungs- und Änderungswünsche haben, sollte besonders sorgfältig überlegt und geprüft werden, ob eine Psychotherapie die geeignete Intervention ist. Überlegungen auf Seiten von Angehörigen / BetreuerInnen / Teams hinsichtlich Beratung und Supervision oder auch eigener Psychotherapie sollten auf keinen Fall als selbstverständlich vorausgesetzt, sondern erfragt und ggf. dahingehend beraten werden. In Einzelfällen kann die Entscheidung des Therapeuten / der Therapeutin, eine Psychotherapie gut begründet abzulehnen, als therapeutische Intervention

verstanden und behandelt werden.

#### **Klärende Fragen:**

- Wer leidet? Wer hat ein Problem?
- Wer braucht etwas? Wer möchte etwas verändern?
- Welche Anliegen haben die Beteiligten an die Psychotherapie (beteiligt sein können auch Personen oder Instanzen, die am Gespräch nicht teilnehmen)?
- Welche Erwartungen, hinsichtlich Person und Verhalten des Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin, Psychotherapie generell, Vorgehen und Erfolgsprognose, Befürchtungen bezüglich der Auswirkungen der Therapie, und Erwartungen hinsichtlich der Einbeziehung des Umfeldes haben die Beteiligten?
- Abgleich Erwartungen / Anliegen und eigene Möglichkeiten als PsychotherapeutIn: „Passen“ KlientInnenauftrag und PsychotherapeutInnenangebot? Kann ein gemeinsamer Auftrag definiert werden?

Unklare Anliegen von Seiten der PatientInnen sollten bei entsprechender Motivation für sich genommen noch kein Hinderungsgrund sein (s.u. Auftragsklärung als Bestandteil der Therapie). Bereits zu Beginn sollte jedoch sowohl mit den PatientInnen, als auch mit relevanten Bezugspersonen Informationen über intendierte Wirkungen der Therapie, jedoch auch über mögliche „Nebenwirkungen“ einer Psychotherapie informiert werden, wie beispielsweise, dass nach Therapiestunden ggf. eine höhere emotionale Vulnerabilität auch im Alltag spürbar werden kann, oder auch darüber, dass positive Effekte von Psychotherapie, wie wachsendes Selbstbewusstsein, Äußern von Wünschen und Bedürfnissen, Entwicklungsschritte in Richtung Autonomie, auch mit mehr Abgrenzung und Konfliktbereitschaft verbunden sein können. In Abhängigkeit vom Grad der intellektuellen Entwicklungsstörung der PatientInnen ist es ggf. sinnvoll, Vereinbarungen über Informationsfluss bezüglich Besonderheiten in und zwischen Therapiesitzungen bzw. Handhabung von emotionalen und Beziehungskrisen zu treffen.

#### **Klärende Fragen:**

- Können Ziel, Maßnahmen und „Spielregeln“ der Therapie vereinbart werden?
- Können Erfolgskriterien gefunden und festgelegt werden?
- Wie handhaben wir als PsychotherapeutInnen die Schweigepflicht? Wer tauscht mit wem welche Informationen aus?
- Wann ist ein Austausch von Informationen auf jeden Fall sinnvoll?
- Wie geht man mit Krisen in der Therapie um? Was ist eine Krise?
- Stimmen wesentliche / verantwortliche Personen der Maßnahme zu und entsteht Verbindlichkeit?

#### **Auftragsklärung als Bestandteil der Psychotherapie**

Menschen mit Behinderungen bringen in besonderem Maß ein Spannungsfeld zwischen Fürsorge bzw. Begleitung und Respekt vor der Autonomie des anderen in die Psychotherapie ein, das sich auch in der Psychotherapie selbst entfaltet - ggf. auch auf sehr konkrete Weise. Auch gelingende Psychotherapie löst dieses Spannungsfeld nicht auf. Der Auftrag für die Psychotherapie sollte auch

während des Verlaufs immer wieder geprüft, ggf. auch neu begriffen und neu bestimmt werden.

In der therapeutischen Beziehung auch Raum dafür zu schaffen, dass ein Patient eigene Anliegen und einen Auftrag an die Psychotherapie entwickelt bzw. weiter entwickelt, ein Raum in dem über eigene Wünsche, Möglichkeiten und Grenzen der Möglichkeiten verhandelt werden kann, erlaubt Orientierung und Kontrolle durch die PatientInnen und ist für sich genommen bereits eine Chance bzw. ein in seiner Wichtigkeit nicht zu unterschätzendes potentielles Lernfeld für PatientInnen. Bereitschaft und Möglichkeiten hierzu sollten bei Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung nicht unterschätzt werden! Das Beziehungsangebot eines Psychotherapeuten / einer Psychotherapeutin, sich als nicht in die aktuelle Lebenswirklichkeit eingebundene Person zur Verfügung zu stellen, anzubieten, gemeinsame Aufträge zu erarbeiten, diese im Therapieverlauf zu überprüfen und ggf. zu verändern, kann ein vollständig neues und an sich bereits hilfreiches Beziehungsangebot sein. Das Angebot annehmen und für sich nutzen zu können, kann für die PatientInnen bereits ein Entwicklungsschritt und auch ein mögliches positives Ergebnis einer Psychotherapie sein.

Besondere Herausforderungen an die Gestaltung des therapeutischen Auftrags und die therapeutische Beziehung entstehen, wenn begleitende, unterstützende oder auch regulierende Maßnahmen parallel im Lebensumfeld der PatientInnen erforderlich sind (z.B. Hausaufgaben, Essenspläne etc.). Austausch und Vereinbarungen mit Bezugspersonen sollten nie ohne PatientInnen stattfinden – auch wenn dies ggf. erwartet wird.

Eine gelingende Psychotherapie profitiert von der Akzeptanz des Umfeldes. Akzeptanz kann durch Kommunikation mit den Bezugspersonen verbessert werden. Im Spannungsfeld realer und auch künftig fortbestehender Abhängigkeiten der PatientInnen birgt die Zusammenarbeit mit wichtigen Bezugspersonen Chancen und Belastungen. Chancen liegen z.B. in der Möglichkeit zu einer „Übersetzer- und Vermittlerrolle“ durch die PsychotherapeutInnen. Eine veränderte Sicht der Bezugspersonen auf Probleme und Störungen, jedoch auch Fähigkeiten, Stärken und Potentiale der PatientInnen bzw. laufende Entwicklungsprozesse können sowohl PatientInnen, als auch Bezugssysteme entlasten, zu größerer Akzeptanz führen oder wiederum weitere positive Entwicklungen anstoßen. Die Bereitschaft der PsychotherapeutInnen, diese Rolle zu übernehmen, sollte nicht unreflektiert und im Wissen getroffen werden, hierdurch möglicherweise selbst in Rollenkonflikte zu geraten.

Das Zutage treten impliziter Aufträge im Verlauf der Psychotherapie ist keine Besonderheit in Psychotherapien mit Menschen mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung. Neben allen in Psychotherapien möglichen Problemen und Störungen im Verlauf des therapeutischen Prozesses, können insbesondere in der Arbeit mit erwachsenen Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung, die noch in der Herkunftsfamilie oder in institutionellen Kontexten leben und betreut werden, erst im Verlauf der Therapie zutage tretende Differenzen in Erwartungen, Interessen und Zielen zwischen PatientInnen und Umfeld sich als Arbeitsfeld ggf. auch Belastung für das therapeutische Arbeitsbündnis insgesamt herauskristallisieren. Für PatientInnen entstehen dann Loyalitätskonflikte. Eine gute therapeutische Bewältigung dieser Konflikte kann zu einem emotionalen Reifungs- und Persönlichkeitsentwicklungsprozess beitragen. Problematischen Einfluss auf die Psychotherapie kann nehmen, wenn erst im Verlauf der Therapie zutage tritt, dass die Erwartungen des Umfeldes stark durch eine unbewusste Delegation von Verantwortung

lebensweltlicher Probleme an die Psychotherapie geprägt sind. Leben oder arbeiten PatientInnen in einer Einrichtung, sollte bewusst sein, dass MitarbeiterInnen dort selbst in einem Spannungsfeld (wie sich ändernde Anforderungen, Arbeitsverdichtung) stehen. Erwartungen an Psychotherapie sind daher immer auch mit der Erwartung an eine Problemlösung und Zielerreichung verbunden. Werden diese Erwartungen enttäuscht oder geht die Psychotherapie in eine andere Richtung als dies vom Umfeld von Bezugspersonen gewünscht wird, kann sich die Abhängigkeit der PatientInnen sehr konkret zeigen, z.B. in verringerter Bereitschaft zur Unterstützung (bspw. PatientInnen kommen nicht mehr, weil die erforderliche Begleitung nicht mehr realisierbar ist), in Versuchen aktiv auf Inhalte und Ablauf der Psychotherapie einzugreifen, oder Sinn und Zweckmäßigkeit einer laufenden Psychotherapie überhaupt in Frage gestellt werden. Möglich ist zwar auch, dass sich auf diese Weise Widerstände der PatientInnen selbst äußern, die sie in der Psychotherapie nicht zeigen oder äußern können. Möglich ist jedoch auch, dass dies keineswegs den Bedürfnissen der PatientInnen entspricht; dies kann sowohl bei PatientInnen als auch bei PsychotherapeutInnen Unverständnis, Wut, Selbstzweifel, Ohnmacht und Hilflosigkeit auslösen.

### **Klärende Fragen:**

- Inwieweit nehme ich wichtige Bezugspersonen in die Psychotherapie mit hinein? In welchem Umfang gibt es gemeinsame Termine? Wie gestaltet und beeinflusst dies meine Beziehung zu dem Patienten / der Patientin?
- Wie vereinbare ich in meiner Haltung die Beachtung vom Wohl des Patienten / der Patientin und die Arbeit mit dem Bezugssystem?
- Wie erlebe und handhabe ich als PsychotherapeutIn reale Abhängigkeit bei PatientInnen und bei mir?
- Mit wem kann ich mich als PsychotherapeutIn entlasten und austauschen?

### **Auftragsklärung am Ende des Auftrags**

Alle Therapien enden, auch Psychotherapien mit Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung. Die therapeutische Beziehung zu lösen, Trennung und Abschied in der Psychotherapie sind der letzte Prüfstein und wichtiger Aspekt, in dem sich der therapeutische Auftrag konkretisiert. Dies ist in der Arbeit mit Menschen mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung nicht nur möglich, sondern ein sehr wesentlicher Aspekt.

Für PatientInnen liegt eine Chance darin, zurück zu schauen, was sie erreichen wollten, was davon erreicht werden konnte und was nicht erreicht wurde; eigene Veränderungen nochmals nachzuvollziehen, Stolz über das Erreichte erleben, Trauern können über das, was nicht erreicht wurde und möglicherweise nie erreichbar sein wird. In der Psychotherapie Raum bieten für Auseinandersetzen mit Ablösung aus der Bindung, Trennungsaggression („Brauche ich den Psychotherapeuten / die Psychotherapeutin noch?“) und Trennungsschmerz können ebenfalls wichtige neue Erfahrungen darstellen und emotionale Reifung unterstützen.

Die größere Aufgabe besteht möglicherweise für die PsychotherapeutInnen: PatientInnen gehen zu lassen - mit Zuversicht, doch ggf. mit dem Gefühl, er oder sie sei „unfertig“, und dabei für sich zu prüfen und bewusst zu machen, woran sich der Erfolg der Psychotherapie bemisst.

### **Klärende Fragen:**

- Wie viel Erfolg muss sein? Worin besteht für mich als PsychotherapeutIn der Erfolg in der Psychotherapie?
- Wie viel Psychotherapie brauchen PatientInnen wirklich? Ist eine Fortsetzung der therapeutischen Beziehung durch eine lang dauernde ambulante Psychotherapie oder in einer „längerfristig haltgebenden“ stützenden Begleitung tatsächlich erforderlich?

### **Weiterführende Literaturempfehlungen**

Boessmann, Udo, u.a. (2005). Wirksam behandeln: Nutzung von bewussten und unbewussten Aufträgen in der Psychotherapie, Medizin und Supervision.

Grieser, Jürgen (2011). Architektur des psychischen Raumes: Die Funktion des Dritten.

Günther, Eduard (2011). Auftragsklärung in der Psychotherapie - Kolloquium für Psychotherapie und Psychosomatik, Schwerpunktthema: Motivation, Widerstand, Auftrag. Vortrag gehalten am 31. Oktober 2011. Abrufbar unter:  
[http://www.psychiatrie.usz.ch/HealthProfessionals/Fortbildung/Documents/G%c3%bcnther\\_Auftragskl%c3%a4rung\\_20111031.pdf](http://www.psychiatrie.usz.ch/HealthProfessionals/Fortbildung/Documents/G%c3%bcnther_Auftragskl%c3%a4rung_20111031.pdf)

Oberholzer, David (2013). Zielperspektive Lebensqualität: Menschen mit Behinderungen unterstützen und begleiten.

Pörtner, Marlies (1996). Ernstnehmen - Zutrauen - Verstehen: Personzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen.

Prior, Manfred (2006). Beratung und Therapie optimal vorbereiten: Informationen und Interventionen vor dem ersten Gespräch.

## Wie können Barrieren abgebaut werden?

PatientInnen mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung, die auf der Suche nach einer psychotherapeutischen Behandlung sind, stoßen auf vielfältige Barrieren:

- Häufig erhalten sie oder ihre BetreuerInnen bereits telefonisch die Auskunft, dass Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung nicht von dem Kollegen oder der Kollegin psychotherapeutisch behandelt werden können.
- Kognitive Einschränkungen und wechselseitige Schwierigkeiten in der Kommunikation erschweren tatsächlich die Anwendung von psychotherapeutischen Standard-Interventionen und stellen daher Barrieren dar, die nur durch ein sehr individualisiertes therapeutisches Vorgehen überwunden werden können.
- Manchmal erschweren die Rahmenbedingungen wie z.B. eine nötige Fahrbegleitung das Aufsuchen einer ambulanten Praxis, dies erfordert häufig zusätzliche Absprachen mit dem Bezugssystem der PatientInnen.
- Immer wieder stoßen Menschen mit Behinderungen generell an räumliche und sprachliche Barrieren bei der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Hilfen, die es zu überprüfen gilt.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bietet Unterstützungen an, wie Barrieren in einer Praxis abgebaut werden können. Die entsprechenden Broschüren und weitere Hinweise und Anregungen können abgerufen werden unter: <http://www.kbv.de/html/barrierefreiheit.php>

## Was ist in der Beziehungsgestaltung zu beachten?

Zu Besonderheiten der Beziehungsgestaltung bei Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung, zum Einsatz und Bedeutung der leichten Sprache.

Die erfolgreich gestaltete Beziehung zwischen PsychotherapeutIn und KlientIn ist zentral bei jedem therapeutischen Prozess, soll er zu einem wie auch immer definierten Ziel führen. Grundsätzlich können die Gesprächsprinzipien für alle Psychotherapien gelten: unbedingte Wertschätzung, einführendes Verstehen und Echtheit.

Bei Menschen mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung können zudem folgende Aspekte beachtet werden:

- Eine oft höchst individuelle Sprache mit anderen als den eigenen denotativ bekannten Wortbedeutungen. Oft die spezialisierte konnotative Sprache eines Familiensystems, das sich nicht ohne Kontakt mit diesen eruieren lässt. Dies bedeutet eventuell Hausbesuche.
- Der Kontakt mit dem Bezugspersonensystem ist häufig eine zentrale Hilfe, um die Potentiallandschaft eines Klienten / einer Klientin überhaupt einschätzen zu können. Gibt es dieses System, können darin wertvolle Hilfen für Beziehungsaufbau und Therapieprozess gefunden werden.
- Gleichzeitig ist es zentral, die Doppelfunktion dieses Systems zu verstehen: Häufig sind die Familienmitglieder des Klienten / der Klientin die wichtigsten Vertrauenspersonen einerseits. Andererseits stecken diese Vertrauenspersonen oft auch in sehr unterschiedlichen Phasen des Bewältigungsprozesses der Enttäuschung, die die Feststellung der Behinderung ausgelöst hatte (Sporken, 1975). Diese kann direkt oder indirekt zur Symptomatik beigetragen haben. Eine andere Form negativen Einflusses ist der mögliche seelische (und oft körperliche) Missbrauch von Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung durch Angehörige, die erlebt haben, wie einfach sich völlig von ihnen abhängige Erwachsene (natürlich auch Kinder) manipulieren lassen. Noch so erfolgreiche, bewährte Techniken können sich nicht bewähren, wenn es nicht gelingt, auf dieses Fundament „stabilisierender sozialer / materieller Umwelt“ (Geisenberger-Samaras) zurück zu greifen- oder es zu ersetzen.
- Zur Besonderheit im Psychotherapieprozess bei Menschen mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung gehört auch, dass sie selten von sich zur Psychotherapie kommen, sondern von anderen geschickt werden. Im oben beschriebenen Fall muss beachtet werden, dass die Funktionalität der Störung dann anders sein kann, als die Bezugspersonen (oder die KlientInnen in deren Auftrag) sie beschrieben haben. Da die KlientInnen diesen Bezugspersonen glauben, sollte beim Beziehungsaufbau mit dem Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin beachtet werden, dass die mit den Bezugspersonen zusammenhängenden Selbstkonzepte nicht erschüttert werden.
- Die Beziehungsgestaltung sollte so tragfähig werden, dass eine eventuell konkretere, d.h. oft direktivere Sprache möglich wird, als sie bei KlientInnen ohne intellektuelle Entwicklungsstörung angebracht ist. Entscheidungen bzgl. Psychotherapietechniken, die

nicht-behinderten Menschen überlassen bleiben, können Menschen mit intellektuellen Entwicklungsstörungen in ihren Auswirkungen erst verstehen, wenn sie so weit erklärt wurden, dass sie damit quasi schon angewendet sind. Dies bedeutet, dass unter Umständen der notwendige Beziehungsaufbau länger dauern kann. Auch andere Entscheidungen sollten sehr viel ausführlicher erläutert werden.

- Der Beginn des Kennenlernens sollte in der Suche nach Gemeinsamkeiten („Ich kenne die WfbM, in die Sie gehen....“, gemeinsamer (Musik-) Geschmack, Hobbies) und nach unmittelbaren Gefühlen im Hier und Heute liegen: Wovor hat jemand heute Angst, worauf freut er sich heute usw.? Unter Umständen kann so auch festgestellt werden, wie groß die Sprachkompetenz des Betroffenen ist bzw. wie differenziert er oder sie eigene Gefühle ausdrücken kann.
- Die mangelnde Konzentrationsfähigkeit vieler Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung erzwingt immer wieder Redundanz und / oder verkürzte Therapiesitzungen. Ungeduld schadet der therapeutischen Beziehung.
- Unterbrechungen, wie z.B. Ferienzeiten können zu neuen Anläufen der Beziehungsaufnahme zwischen KlientIn und PsychotherapeutIn führen.
- Es empfiehlt sich, Materialien mit einzubeziehen (Bildkarten, Figuren usw.).
- Die Benutzung einfacher Sprache ist zentral. D.h., dass zunächst nicht davon ausgegangen werden kann, dass der Klient / die Klientin ein differenziertes Vokabular für z.B. eigene oder fremde Gefühle hat. Sätze sollten kurz und einfach sein. Plastische Umschreibungen sind nützlich für komplexere Aussagen. Einfache wenn-dann Sätze sollten so oft wie möglich gewählt werden. Fremdwörter und Abstraktionen sollten vermieden werden. Es ist nützlich, Aussagen und v.a. Gefühle immer wieder zu spiegeln, weil dies dem Vertrauensaufbau nutzt.

Ein Beispiel für leichte Sprache:

*„Eine Therapie ist das Zusammen-Reden über das Schwere in Ihrem Leben. Dazu müssen wir uns kennenlernen. Wenn Sie wollen, werden wir uns jede Woche hier treffen. Sie können mir erzählen, was Sie gerade bedrückt.*

*Wir suchen dann nach gemeinsamen Lösungen. Ich werde Ihren Angehörigen nicht sagen, was wir hier sprechen, es sei denn, dass Sie das wollen. Ich möchte auch nicht, dass Sie etwas darüber erzählen, es sei denn, wir haben das abgemacht. Wenn wir uns treffen, ist es wichtig, dass Sie immer kommen, wenn wir eine Treff-Zeit abgesprochen haben! Wenn Sie nicht kommen können, sollten Sie mich anrufen! Können Sie das?*

*Ich freue mich auf Sie!*

*Sie sind hier immer herzlich willkommen!“*

### **Weiterführende Literaturempfehlungen**

Glaserapp, J., Elbing, U., Moschner, B. & Rohmann U.H. (2000). Explorative Mikroanalyse von Prozessen der Beziehungsgestaltung in der Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung. Heilpädagogische Forschung, 26, 132-142.

Schanze, Christian (Hrsg.) (2007). Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit



Intelligenzminderung. Stuttgart: Schattauer.

Ebd: Geisenberger-Samaras, C. Verhaltenstherapie bei Menschen mit Lern- und geistiger  
Behinderung.

Ebda: Schanze, Christian. Gesprächsführung, Beratung und personenzentrierte Gesprächstherapie.

Ebda: Weber, Martina. Kognitive Verfahren.

Stahl, B. & Irblich D. (Hrsg.) (2005). Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Göttingen:  
Hogrefe.

## Was ist bei der Diagnose einer psychischen Erkrankung zu beachten?

Menschen mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung haben ein ca. 30% höheres Risiko, psychisch zu erkranken.

Es können dabei sämtliche psychische Erkrankungen auftreten. Aufgrund der Besonderheiten im Erleben und der Kognition, aber auch durch häufig komorbide neurologische Störungen sowie dem Einfluss der Kommunikation und Interaktion mit dem Umfeld, ist eine Häufung von Regulations- und Anpassungsstörungen zu vermuten.

Das Erscheinungsbild der Erkrankung kann sich aufgrund spezieller Beeinträchtigungen, aber auch Fähigkeiten und dem Einfluss der häufig besonderen Lebenssituation (Helfersysteme, familiäre Beziehungen, Betreuungsformen), von dem bei Menschen ohne intellektuelle Entwicklungsstörung unterscheiden.

Die Diagnostik ist grundlegend erschwert durch zwei Phänomene:

- Diagnostic Overshadowing: Symptome einer Erkrankung können durch die besondere Erscheinungsform des Menschen überdeckt werden. Hier kommt hinzu, dass auffälliges Verhalten bei Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung häufiger auftritt, ohne dass dies ein Hinweis auf eine psychische Erkrankung sein muss.
- Underreporting: Betroffene können oft ihre Befindlichkeit, ihr Erleben, Schmerzen oder Leiden nicht so gut lokalisieren und ausdrücken.

Psychiatrisch-therapeutische Diagnostik sollte immer die Informationen aus mehreren Perspektiven zusammenfassen. Psychotherapeutische Diagnostik sollte neben der Individualdiagnostik (Anamnese, Status, Fähigkeiten, Bedürfnisse, evtl. Leistungsdiagnostik) auch eine ausreichende Fremdanamnese und Systemdiagnostik umfassen.

Systematische und freie Verhaltensbeobachtungen (Interaktion, szenische Gestaltung) können sowohl in der anfänglichen wie auch der Verlaufsdagnostik zur Formulierung und Überprüfung von Hypothesen eingesetzt werden.

Diagnostik in der Psychotherapie mit Menschen mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung ist zu Beginn, jedoch auch im Verlauf der Therapie, in hohem Maß auf fremdanamnestische Angaben angewiesen.

Die zu Beginn sowohl vom wesentlichen Bezugspersonen, als auch von PatientInnen geschilderten Problematiken und Symptome bzw. mitgeteilten Diagnosen sollten aufgenommen und gewürdigt, jedoch nicht ungeprüft übernommen werden. Möglicherweise zeigen sich hier bereits zentrale dysfunktionale Aspekte im Beziehungsgefüge. Diagnostische Aufgabe des Auftrags ist zum einen, zwischen intellektueller Entwicklungsstörung und der Frage einer behandlungsbedürftigen Störung zu differenzieren. Der Aspekt, dass Mitteilungen von (z.B. ICD-) Diagnosen auch Erklärungszuschreibungen im Sinne von Festlegungen bedienen können, sollte sorgfältig im Blick

behalten werden. Darüber hinaus sollte Diagnostik, mehr als bei anderen Patienten, Informationen auf mehreren Ebenen berücksichtigen und ebenso einen Blick auf das aktuelle Lebensumfeld der PatientInnen richten; auf Ressourcen, jedoch auch Belastungen und Konflikte in der Familie, im Wohnumfeld oder am Arbeitsplatz. ICF-basierte Erhebungen und szenisches Verstehen können diagnostisch einen hilfreichen psychotherapeutischen Prozess unterstützen und begleiten.

Mit Rücksicht auf die begrenzten zeitlichen Ressourcen in der ambulanten Behandlung sind im Folgenden Instrumente aufgeführt, die in einer knappen Form oft ausreichende Informationen zu diagnostisch relevanten Fragen geben können.

- **Intelligenz:** CFT 20-R (Culture Fair Test, Altersbereich 8,5-60 Jahre), SON-R 6-40 (Altersbereich 6-40 Jahre ), RIAS (Reynolds Intellectual Assessment Scales and Screening, Altersbereich 3-99 Jahre, Dauer ca. 1 Std.)
- **Emotionale Entwicklung:** SEN (Skala zur Einschätzung des sozio-emotionalen Entwicklungsniveaus)
- **Soziale Kommunikation /Autismus:** FSK (Fragebogen zur sozialen Kommunikation)
- **Psychische Erkrankungen:** Kinder und Jugendliche: DISYPS-KJ

### Weiterführende Literaturempfehlungen

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. –  
Materialien der DGSGB. Abrufbar unter: [www.dgsgb.de](http://www.dgsgb.de)

Sand, Anne (2007). Szenisches Verstehen – Ein tiefenpsychologisch fundierter Ansatz zu Diagnostik und Therapie von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen. Vortrag gehalten am 16.3.2007. Abrufbar unter: <http://www.ptk-saar.de/pdf/VortragAnneSand.pdf>

Sarimski, Klaus (2014). Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. Göttingen: Hogrefe.

Schanze, Christian ( 2013). Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Stuttgart: Schattauer.

Stahl, B. & Irblich D. (Hrsg.) (2005). Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Göttingen: Hogrefe.

## Was ist bei der Beantragung einer kassenfinanzierten Psychotherapie zu beachten?

PatientInnen mit intellektueller Entwicklungsstörung haben die gleichen Rechte und Pflichten wie PatientInnen ohne intellektuelle Entwicklungsstörung. Daher gelten auch die Bestimmungen der Berufsordnung in gleicher Weise. Dies betrifft beispielsweise die Schweigepflicht gegenüber gesetzlichen Vertretern (vgl. §9 und §10 der Berufsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg).

Bei psychischen Erkrankungen haben Menschen mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung grundsätzlich Anspruch auf Übernahme der Behandlungskosten durch die gesetzliche und private Krankenkasse, wenn einige Punkte berücksichtigt werden:

1. Viele Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung haben gesetzliche BetreuerInnen, die für medizinische und therapeutische Fragen zuständig sind. Diese sind unbedingt in den Entscheidungsprozess zur Einleitung einer Psychotherapie einzubeziehen. Nach Möglichkeit sollte bereits bei Vereinbarung eines Erstgesprächs für Menschen mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung nach der gesetzlichen Betreuung gefragt werden. Leider werden oftmals Professionelle in Wohneinrichtungen für Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung ebenfalls BetreuerInnen genannt, auch wenn diese nicht die gesetzlichen BetreuerInnen sind. Gesetzliche BetreuerInnen sind häufig Angehörige, manchmal aber auch professionelle oder ehrenamtliche BerufsbetreuerInnen. Diese unterschreiben dann auch (zusammen mit dem Patienten / der Patientin) den Therapieantrag (PTV1).
2. Eine Psychotherapie zu Lasten der Krankenkassen darf nur dann durchgeführt werden, wenn die Bedingungen der Psychotherapierichtlinien erfüllt sind. Dies bedeutet:
  - In den Indikationsbereich der Psychotherapierichtlinien fallen beispielsweise affektive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Anpassungsstörungen, Essstörungen und andere. Auch wenn Intelligenzminderung als F7 in der ICD-19 (künftig Störung der intellektuellen Entwicklung in der ICD-11) als psychische Erkrankungen genannt wird, fällt diese nicht unter den Indikationsbereich (vgl. § 22 (1)). Dies bedeutet, dass im Mittelpunkt der Behandlung nicht die intellektuelle Entwicklungsstörung stehen darf, sondern die psychische Störung. Wir machen daher - in Anlehnung an einen Ausspruch von Peter Fiedler - nicht Psychotherapie der intellektuellen Entwicklungsstörung, sondern Psychotherapie bei intellektueller Entwicklungsstörung.
  - Die Psychotherapierichtlinie schreibt vor, dass eine Psychotherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nur dann erbracht werden darf, wenn mit einem ausreichenden Behandlungserfolg gerechnet werden darf. Dabei ist besonders die Motivation und Umstellungsfähigkeit des Patienten zu berücksichtigen (§ 22 (3)).
  - Psychotherapie im Sinne der Psychotherapierichtlinien muss der Behandlung von Krankheiten dienen und darf nicht nur zur sozialen oder beruflichen Anpassung bzw. zur schulischen oder beruflichen Förderung angewendet werden.

Psychotherapie darf nicht alleine eine Beratung darstellen (ebd.).

- Psychotherapie kann im Rahmen einer „die gesamten Lebensverhältnisse umfassenden psychosozialen Versorgung“ erbracht werden, wenn sie der Behandlung der o.g. Krankheiten dient (§ 22 (4)).

Diese Aspekte sind besonders im Bericht an den Gutachter / die Gutachterin zu berücksichtigen und ausführlich zu begründen. GutachterInnen müssen Therapieanträge ablehnen, wenn der Eindruck entsteht, dass nicht die psychische Störung im Mittelpunkt der Behandlung stehen soll, die Behandlung nicht mit ausreichendem Erfolg durchgeführt werden kann oder ausschließlich als Beratung zur sozialen Anpassung durchgeführt wird.

### **Antrag auf Verhaltenstherapie**

In einem Antrag auf Verhaltenstherapie sollte die Störung der intellektuellen Entwicklung im psychischen Befund (Punkt 2 des Antrages) ausführlich dargestellt werden, nach Möglichkeit durch eine teststatistisch abgesicherte Einschätzung der Intelligenz. Im SORK-Modell findet sich die intellektuelle Entwicklungsstörung als Teil der Organismus-Variable. Bei den Reaktionen sollte die intellektuelle Entwicklungsstörung nicht erwähnt werden, da sie nicht im Mittelpunkt der Behandlung steht, sie kann aber wieder in der funktionalen Analyse auftauchen. Bitte wählen Sie realistische Behandlungsziele, die zu den berichteten kritischen Reaktionen passen und formulieren Sie einen möglichst individualisierten Behandlungsplan, eine reine Aufzählung von Standardinterventionen wird bei Menschen mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung nicht ausreichend sein. Es ist ratsam, eher verhaltensnahe Interventionen oder einfach strukturierte Trainings zu wählen, komplexe kognitive Interventionen sollten gut hinsichtlich der selbständigen Umsetzung durch den Patienten / die Patientin begründet werden. Begründen Sie ruhig ausführlich in der Prognose, warum Sie - trotz der intellektuellen Entwicklungsstörung - die Zielerreichung für realistisch halten.

### **Antrag auf Analytische Psychotherapie / tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**

Bei psychodynamisch orientierten Anträgen stellt die reflektierte therapeutische Beziehung den zentralen wirksamen Faktor von Diagnostik und Therapie dar. Im Abschnitt "Psychodynamik" bilden ein Konflikt- und ein Strukturmodell die Basis für eine fokuserorientierte, richtliniengerechte Diagnostik und Therapieplanung. Die Formulierung der Psychodynamik sollte ein Verständnis früher (Persönlichkeits-)strukturbildender Faktoren als Disposition ermöglichen, Grundkonflikte oder / und nicht biologische strukturelle (Ich-Funktions)Defizite und die beziehungs-dynamisch wirksame Rolle der Behinderung klar werden lassen, auf deren Basis ein aktueller innerer Konflikt oder eine jetzt wirksame psychogene Strukturminderung als symptomverursachend verstanden werden kann. Ist darstellbar, dass der innere Konflikt oder jetzt symptomatisch werdende strukturelle Defizite durch psychodynamisch wirksame aktuelle Lebensveränderungen oder wiederholte Konflikte ausgelöst wurden und zur Dekompensation bisheriger Bewältigungsstrategien und Abwehrmöglichkeiten geführt haben, ist eine Indikation zur psychodynamischen Therapie wahrscheinlich.

Diagnostisch ist die Strukturachse der OPD-Diagnostik geeignet, die Flexibilität der Persönlichkeit, auf Alltagssituationen und Konflikte zu reagieren (sog. Strukturniveau), zu beschreiben und einen strukturellen Behandlungsfokus von besonders reduzierten oder nur einseitig entwickelten (Ich -)

Fähigkeiten zu definieren. Außerdem erlaubt die Beobachtung von aktuellen

Beziehungsepisoden zwischen PatientIn und Bezugspersonen bzw. in der therapeutischen Begegnung die Diagnostik von typischen, dysfunktionalen und symptomatischen Beziehungsmustern, die in der therapeutischen Beziehung behandelt werden können. Für die Behandlungsplanung und die prognostische Einschätzung ist es wichtig, hier zwischen behinderungsbedingt eher kaum veränderlichen und veränderbaren Potentialen zu differenzieren, die Entwicklungsbedingungen innerhalb der gegebenen Umgebung (wie auch in der KJP) kritisch anzuschauen und auf innerseelische und interpersonelle Entwicklungsmöglichkeit der PatientInnen und Ressourcen hin zu erfassen.

Bei der Fokusformulierung in der Behandlungsplanung sind verschiedene Zugänge denkbar. Vergleichbar mit der Kinder-Jugendlichen-Psychotherapie ist eine konfliktzentrierte TP-Therapie möglich, ohne dass patientInnenseitig eine intellektuelle Einsicht erforderlich ist (Cierpka; Trautmann-Voigt). Ein Fokus auf dysfunktionale Beziehungsmuster bietet sich an, wenn dieser zum Leiden führt, weil dies in der psychodynamischen Therapie von Seiten des Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin reflektiert, gemeinsam erlebt und in der therapeutischen Beziehung neu gestaltet werden kann. So wird das vorhandene Unter- und Unbewusste genutzt, erkennbar und veränderbar (szenisches Verstehen, Übertragung und Gegenübertragung). Strukturfähigkeiten wie Selbst- oder Fremdwahrnehmung, Impulssteuerung, emotionale Kommunikation, Fähigkeit zu Bindung oder Lösung, können in der therapeutischen Beziehung erlebt und in einer mehrschrittigen Therapie zur Verbesserung der Interaktion genutzt werden (Klarifizierung von Affekten, Förderung von Selbstreflexion und Selbstverantwortung, Verselbständigung aus verstrickt dependenten Beziehungen - in Anlehnung an die strukturbezogene Therapie nach Rudolf). Die bisherige Bewältigung von Entwicklungskonflikten und Schwellensituationen (Veränderung der Lebenssituation, körperliche Entwicklungsschritte, Beziehungsentwicklung) kann Fähigkeiten der PatientInnen beschreiben, die auch in der Therapie genutzt werden könnten.

Individuelle Gestaltung von Behandlungssetting, Klärung der Aufträge, eine Modifikation der Beziehungsgestaltung, die gemeinsame Suche nach für die PatientInnen geeigneten Möglichkeiten des Ausdrucks und der Symbolisierung können zu zentralen Aspekten des Behandlungsplans werden, besonders wenn die verbale Interaktion eingeschränkt ist. Geeignet ist oft eine therapeutische Haltung, die sich einerseits am strukturbezogenen Arbeiten orientiert (präsenes und antwortendes Gegenüber im Hier und Jetzt) und andererseits die Konfliktthematik in der Haltung und Interaktion durch die PsychotherapeutInnen aufnimmt und korrigierende Erfahrungen ermöglicht.

Werden auch die oft vorhandenen sozialen und emotionalen Ressourcen und tiefen individuellen Erfahrungen von Menschen intellektueller Entwicklungsstörung wahrgenommen, in der Diagnostik aufgenommen und im Antrag geschildert, dürfte eine Begründung, warum Sie - trotz der geistigen Behinderung - die Zielerreichung für realistisch halten, gut möglich sein.

### **Weiterführende Literaturempfehlungen**

Badelt, I. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit gesprächspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. Materialien der DGSGB, Band 9. Abrufbar unter: [http://www.dgsgb.de/downloads/band\\_9.pdf](http://www.dgsgb.de/downloads/band_9.pdf)

Cierpka, Manfred & Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2014). OPD-2 - Operationalisierte Psychodynamische

Diagnostik: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung.

Hennicke, K. & Glasenapp, J. (2011). Psychotherapeutengesetz, Psychotherapierichtlinie und Bewilligungsverfahren. In K. Hennicke (Hrsg.). Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung (S. 194-204). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

Rudolf, G. (2012). Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen.

Trautmann-Voigt, S. & Voigt, B. (Hrsg.) (2012). Grammatik der Körpersprache. Ein integratives Lehr- und Arbeitsbuch zum Embodiment (2., überarbeitete und erweiterte Auflage).

Werther, F. (2011). „Oh, bin ich doof“ - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit einer Patientin mit Intelligenzminderung und (auto-)aggressivem Verhalten im Rahmen einer Kassenpraxis. In K. Hennicke (Hrsg.), Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit Intelligenzminderung.

Wunder, M. (2011). Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung – ist dies eine Selbstverständlichkeit? In K. Hennicke (Hrsg.), Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit Intelligenzminderung.

## **Anhang:**

### **Was ist bei einer Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung, die auch Eltern sind, zu beachten?**

Auch Eltern mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung, werdende Eltern und Erwachsene mit intellektueller Entwicklungsstörung und Kinderwunsch können an psychischen Erkrankungen leiden und benötigen psychotherapeutische Unterstützung. Die psychotherapeutische Tätigkeit ist von der Beratung in Fragen der Erziehung (Erziehungsberatung) und Partnerschaft (Ehe- und Partnerschaftsberatung) abzugrenzen.

Bei Eltern mit intellektueller Entwicklungsstörung sind immer schon die jeweiligen Jugendämter und Sozialen Dienste in der Familie tätig. Eine Zusammenarbeit mit den beteiligten Diensten ist daher sowohl bei der psychotherapeutischen Behandlung von Eltern mit intellektueller Entwicklungsstörung als auch deren Kinder unabdingbar.

Die Eltern haben häufig Ängste gegenüber den Jugendämtern entwickelt und Vorbehalte gegenüber den ambulanten Diensten. Die Störung der intellektuellen Entwicklung wurde teilweise als zumindest drohende Kindeswohlgefährdung gesehen. Hier hat ein Umdenken eingesetzt und es liegen schon seit einigen Jahren Empfehlungen und Konzepte zu „Begleitete Elternschaft“ und „Elternassistenz“ vor. Eltern mit intellektueller Entwicklungsstörung brauchen langfristige Unterstützung in der Erziehung ihrer Kinder.

Hier bestehen vielfältige und unterschiedlich intensive ambulante Angebote der Jugendämter und das gut ausgebaute Netz der Psychologischen- und Erziehungsberatungsstellen bietet Beratung und Therapie bei Schwierigkeiten in Erziehung und Partnerschaft an, auch die Beratungsangebote für Eltern mit Kindern von 0-3 Jahren wurden im Rahmen der „Frühen Hilfen“ ausgebaut.

#### **Begleitete Elternschaft und Elternassistenz:**

Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Eine praxisingerechte Unterstützung von Eltern mit Beeinträchtigungen und deren Kinder:

[http://www.begleitete-elternschaft-bb.org/pdf/fachtagung2015/  
Empfehlungen\\_des\\_dt\\_Vereins\\_zur\\_Unterstz\\_g\\_v\\_Eltern.pdf](http://www.begleitete-elternschaft-bb.org/pdf/fachtagung2015/Empfehlungen_des_dt_Vereins_zur_Unterstz_g_v_Eltern.pdf)

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.: So soll gute Unterstützung sein: für Eltern mit Beeinträchtigung und ihre Kinder – Erklärungen in Leichter Sprache:

[http://www.bke.de/content/application/explorer/public/  
newsletter/2015/januar/dv-32-13-eltern-mit-beeintraechtigung.pdf](http://www.bke.de/content/application/explorer/public/newsletter/2015/januar/dv-32-13-eltern-mit-beeintraechtigung.pdf)

Eltern mit Unterstützungsbedarf – Zielgruppe der Eingliederungshilfe?

<https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/vam/2015/doku/f-4437-15/vortrag-zinsmeister.pdf>



Elterliche Kompetenzen bei Eltern mit intellektueller Entwicklungsstörung: [http://mlecture.uni-bremen.de/intern/ws2004\\_2005/fb12/vak-12-263/20041207/fohlen.pdf](http://mlecture.uni-bremen.de/intern/ws2004_2005/fb12/vak-12-263/20041207/fohlen.pdf)

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Begleitete Elternschaft:  
<http://www.begleiteteelternschaft.de/>

Der Paritätische Berlin: Begleitete Elternschaft: [https://www.paritaet-berlin.de/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/2018/September/2018-04-18\\_Begleitete\\_Elternschaft.pdf](https://www.paritaet-berlin.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/2018/September/2018-04-18_Begleitete_Elternschaft.pdf)

Stiftung Liebenau: Begleitete Elternschaft in einer inklusiven Gesellschaft - Spannungsfeld oder Menschenrecht: [https://www.stiftung-liebenau.de/fileadmin/benutzerdaten/teilhabe/pdf/Fachtage/Kein\\_besonderes\\_Bed%C3%BCfnis/2017-05-18-prof-dr-erik-weber-begleitete-elternschaft.pdf](https://www.stiftung-liebenau.de/fileadmin/benutzerdaten/teilhabe/pdf/Fachtage/Kein_besonderes_Bed%C3%BCfnis/2017-05-18-prof-dr-erik-weber-begleitete-elternschaft.pdf)

Lebenshilfe Aalen: Begleitete Elternschaft:  
[http://lebenshilfe-aalen.de/wp-content/uploads/2017/05/Konzeption-Begleitete-Elternschaft\\_Version-03\\_Stand-2016\\_12\\_01.pdf](http://lebenshilfe-aalen.de/wp-content/uploads/2017/05/Konzeption-Begleitete-Elternschaft_Version-03_Stand-2016_12_01.pdf)

Universität Bremen: Forschungsbericht: Welche Unterstützung brauchen Eltern mit Lernschwierigkeiten und ihre Kinder:  
<http://www.behinderte-eltern.de/pdf/Forschungsprojekt.pdf>

Positionspapier der Lebenshilfe:  
<https://www.lebenshilfe.de/fileadmin/Redaktion/PDF/Wissen/public/Positionspapiere/20180118-BVLH-Positionspapier-Begleitete-Elternschaft.pdf>

Gudrun Dobslaw & Stefan Meir (Hrsg.), Kinderwunsch und Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung. Tagungsbericht der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung DGSGb, Berlin 2010  
<http://dgsgb.de/volumes/978-3-938931-23-3/978-3-938931-23-3.pdf>

Nationales Zentrum Frühe Hilfen: <https://www.fruehehilfen.de>

#### **Verzeichnis der Psychologischen Beratungsstellen:**

Bundeskongress für Erziehungsberatung bke: <http://www.bke.de>

## **Was ist bei Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung und Autismus-Spektrum-Störung (ASS) zu beachten?**

Autismus ist keine Störung mit Krankheitswert, kann aber als tiefgreifende Entwicklungsstörung eine Indikation für Psychotherapie rechtfertigen. Die Diagnose bedeutet oft eine entscheidende Minderung an Chancen für den betreffenden Menschen. Störungen, v.a. des Sozialverhaltens, sind häufig.

Auch bei Menschen mit einer Störung der intellektuellen Entwicklung kann ASS festgestellt werden. Autistische Menschen können trotz eines IQs im Norm- oder leicht unterdurchschnittlichen Bereich schwer intelligenzgemindert erscheinen. Besteht bei der KlientIn der Verdacht auf ASS, empfehlen wir zur diagnostischen Abklärung die Konsultation von hierfür ausgebildeten KollegInnen. Diese finden Sie beim Autismusverband Deutschland und in den regionalen Autismuszentren. Das Screeningverfahren SEAS-M (Skala zur Erfassung von Autismusspektrumstörungen bei Minderbegabten) hat sich als Hinweisgeber zur Differentiadiagnostik ebenfalls bewährt.

Der Verdacht auf ASS ist bei KlientInnen immer dann gegeben, wenn neben den bekannten Wahrnehmungs- auch sprachliche Auffälligkeiten bestehen, ein extremes Spezialinteresse, z.B. an einfachsten Bewegungsspielen beobachtet wird und der unmittelbare Eindruck von Nicht-Einfühlen können in andere (sog. Theory-of-Mind-Defizit) besteht. Weiterer Hinweis kann ein auffälliges Ungleichgewicht zwischen den unterschiedlichen Hilfebedarfen in den Lebensformen des Alltags sein: Oft ist in der Selbstpflege ein viel höherer Bedarf an Fremdhilfe notwendig als bei der Selbstbeschäftigung; es ist durchaus möglich, dass Sie auf KlientInnen treffen, die sich nicht waschen können oder wollen, aber Sudoku-Spiele lieben!

### **ASS bringt oft Besonderheiten für die Therapie mit sich:**

- Die Fähigkeit zum Perspektivwechsel wird mit großer Wahrscheinlichkeit ein zentrales Thema der gesamten Therapie bleiben. Missverständnisse mit nicht autistisch denkenden Menschen bilden oft die Grundlage für Depressionen und Zwangserkrankungen dieser Klientel
- Die Notwendigkeit, sich in das Denken der KlientIn, in eine andere Sicht der Ereignisse und Wahrnehmung der Welt einzufühlen: Völlige Veränderungen dessen, was man selbst für einen logischen Schluss hält.
- Einen größeren Aufwand für die Kommunikation aufgrund der Verständigungsschwierigkeiten. Die Hälfte der von ASS Betroffenen hat vermutlich keine aktive Sprache. Technische Hilfen: Talker, FC (facilitated communication – dt: gestützte Kommunikation, PECS, Gefühlsmonsterkarten, Gebärdensprache
- Die meisten Menschen mit ASS haben große Schwierigkeiten bei der Verständigung mit anderen und dem Aufbau von Freundschaften, da sie nicht wissen, wie dies funktioniert. Als

TherapeutIn müssen Sie davon ausgehen, dass diese Eigenart geradezu alle anderen Probleme überlagert.

### **Therapeutische Möglichkeiten:**

Die Therapie selbst wird immer mithilfe von Elementen der kognitiven Verhaltensmodifikation darauf abzielen, Selbstkontrolle sowie Verständnis für andere aufzubauen. Verhaltenstherapie und Aufbau sozialer Kompetenzen können die Kommunikation verbessern und exzessives, störendes Verhalten abbauen (z.B. Modifikationsprogramme nach Lovaas: ABA, „Applied Behavior Analysis“). U.U. kann erst über lange Übungsprozesse und Psychoedukation der Angehörigen und Betreuer (keine "Heilung", begrenzte Therapieziele, Anstoß von Trainingsinteresse!) ein Erfolg erreicht werden. U.U. können Elemente von ABA<sup>1</sup> und TEACCH eingesetzt werden.

TEACCH ("Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children") ist ein international anerkanntes pädagogisches Instrument. Ziel ist die Minimierung des Stresses, den viele mit Menschen mit ASS (und intellektueller Entwicklungsstörung) durch ihre Wahrnehmungsdefizite und mangelnde Fertigkeiten, mit diesen Einschränkungen umzugehen, erleben. Wahrnehmungsdefizite äußern sich bei ASS in Form von Reizüberflutung, die handlungsunfähig macht, wenn es dem Individuum nicht gelingt, sich entsprechend zu schützen. Oft sind es genau diese Schutzmechanismen, die das Umfeld als Problem wahrnehmen, z.B. komplette Verweigerungshaltung oder unerklärliche Aggressionen. Die Aufgabe des Umfelds ist es daher, beim Schutz vor Reizen durch eine hohe und daher vorhersehbare Strukturierung des räumlichen und zeitlichen Alltags zu helfen.

Zum besseren Verständnis seien Berichte ASS-Betroffener empfohlen, z.B. Birger Sellin, Susanne Nieß, oder Dietmar Zöllner.

ABA ist ein bei kleinen Kindern mit ASS in seinem Erfolg gut dokumentiertes verhaltenstherapeutisches Programm, das mithilfe von unmittelbaren primären und sekundären Verstärkern u.a. Sozialverhalten trainiert. Beide Methoden eignen sich nur bedingt als Bestandteil einer Psychotherapie. Sie können jedoch Angehörigen und BetreuerInnen flankierend oder vorbereitend empfohlen werden. Elemente, wie die triadische Kommunikation mithilfe von Sorgeberechtigten, Strukturierung von unerträglichen Reizen oder die gemeinsame Entdeckung von operanten Verstärkern, können durchaus auch in der Psychotherapie nützlich sein.

Kognitive Verhaltensmodifikation kann bei Patienten mit ASS und einer geringer ausgeprägten intellektuellen Entwicklungsstörung zur Verbesserung der Selbstkontrolle und der Kontaktfähigkeit angewandt werden, z.B. Therapieprogramme, die auf den Abbau von Theory-of-Mind-Defiziten abzielen. In der Behandlung sollen nicht mehr als ein oder zwei Ziele gleichzeitig therapeutisch angegangen werden.

### **Weiterführende Literaturempfehlungen**

Enders, Angelika & Noterdaeme, Michele. (Hrsg.) (2010): Autismus-Spektrum-Störungen: Ein integratives Lehrbuch für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.

---

<sup>1</sup> Hinweis: ABA kann in der kompletten Form bisher nicht als Kassenleistung abgerechnet werden!

Hejlskov Elvén, Bo. (2015): Herausforderndes Verhalten vermeiden. Menschen mit Autismus und psychischen oder geistigen Einschränkungen positives Verhalten ermöglichen. Tübingen: DGVT Verlag.

Weiß, Michaela (2002): Autismus. Therapien im Vergleich: Ein Handbuch für Therapeuten und Eltern. Berlin: Spiess.

Silberman, Steve (2017): Geniale Störung: Die geheime Geschichte des Autismus und warum wir Menschen brauchen, die anders denken. Köln: DuMont.

Zöller, Dietmar (2002): Gestützte Kommunikation (FC): Pro und Contra. Diskussion aus der Sicht eines Betroffenen: In Autismus. Studien, Materialien und Quellen Bd. 4. Berlin.

Nieß, Susanne (1995): Sprachschwierigkeiten. In: Fachtagung Beschulung autistischer Kinder. Hilfe für das autistische Kind Bd. 28.

Kühn, Gabriele & Schneider, Jana (2009): Zwei Wege zur Kommunikation. Praxisleitfaden TEACCH und PECS. Hamburg: Verlag hörgeschädigte Kinder.

Bernard-Opitz, Vera & Nikopoulos, Cristos (2016): Lernen mit ABA und AVT. Appliedbehavior Analysis und Autismusspezifische Verhaltenstherapie. Kohlhammer.

Zu PECS:

<http://www.pecs-germany.com> (abgerufen am 10.07.2019)

Autismus Bundesverband Deutschland:

[www.autismus.de](http://www.autismus.de) (abgerufen am 10.07.2019)

# Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung

## Änderungen der Richtlinie machen den Weg frei zu einer verbesserten Versorgung

Von Jan Glasenapp

### Zum Hintergrund

Es ist noch gar nicht allzu lange her, da wurde Menschen mit geistiger Behinderung abgesprochen, überhaupt psychisch krank sein zu können. Psychische Symptome wurden als Merkmal der Behinderung hingenommen, entsprechend gerieten Menschen mit geistiger Behinderung aus dem Blick moderner Psychotherapie.

Nachdem das Psychotherapeuten-Gesetz 1999 in Deutschland zu einem Durchbruch in der psychotherapeutischen Versorgung geführt hatte, musste in der Folge festgestellt werden, dass nicht alle Bürgerinnen und Bürger, nicht alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen gleichermaßen von dem verbesserten Zugang zur Versorgung profitieren.

Dabei wurde in der von Deutschland 2009 ratifizierten Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen das Recht behinderter Menschen auf das „erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ anerkannt und sich verpflichtet, ihnen eine Gesundheitsversorgung in „derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard“ zur Verfügung zu stellen.

Betroffene, deren Angehörige und Betreuer sowie verschiedene Fachverbände der Behindertenhilfe haben seit

Jahren auf das Problem der strukturellen Unterversorgung geistig behinderter Menschen in der psychotherapeutischen Versorgung hingewiesen.

In der Folge reagierten einzelne Landespsychotherapeutenkammern, beriefen Behindertenbeauftragte und Arbeitskreise, führten Tagungen und Fortbildungen zu dem Thema durch, stellten Informationen ihren Mitgliedern zur Verfügung (zum Beispiel LPK Baden-Württemberg, 2014).

Im Zuge dieses Prozesses wendete sich 2015 die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB e.V.) auch an den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) und formulierte Vorschläge für eine Anpassung der Psychotherapierichtlinie (vgl. Glasenapp & Schäper, 2016).

Am 18.10.2018 hat nun der GBA Änderungen der Richtlinie beschlossen und damit den Weg freigemacht für eine Flexibilisierung und Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung.

Die Änderungen erfordern weitere Anpassungen der Psychotherapie-Vereinbarungen und im EBM, sodass sie voraussichtlich im Sommer 2019 in Kraft treten werden. Die KBV wird zur gegebenen Zeit alle Niedergelassenen über die anstehenden Änderungen informieren.

### Was beinhalten diese:

Für die kassenfinanzierte ambulante Psychotherapie von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung gelten zukünftig ähnliche Bedingungen, wie sie bereits heute für Kinder und Jugendliche gelten.

1. In die Behandlung können, wenn dies notwendig sein sollte, nicht nur enge Bezugspersonen (Familienangehörige) einbezogen werden, sondern „relevante Bezugspersonen auch aus dem sozialen Umfeld“ (§9), zum Beispiel Bezugspersonen aus Betreuungseinrichtungen wie Wohngruppen, Schulen, Werkstätten. Diese Sitzungen werden nicht — wie bei erwachsenen Patienten ohne geistige Behinderung — auf das Gesamtkontingent angerechnet (§27 Abs. 4).

2. Es besteht die Möglichkeit 5 (10) statt 3 (6) Sprechstunden je 50 (25) Minuten durchzuführen (§ 11 Abs. 5), darunter 2 (4) Sprechstunden entsprechender Zeitdauer „auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit“ (§ 11 Abs. 6) des Patienten/der Patientin mit geistiger Behinderung.

3. Es können zwei weitere (max. 6) probatorische Sitzungen (auch unter Einbezug von Bezugspersonen) durchgeführt werden (§12 Abs. 3f.).

4. Bei der Durchführung von Lang-

zeittherapien bestehen erweiterte Möglichkeiten der Rezidivprophylaxe, bei insgesamt 40 oder mehr Einheiten können bis zu 10 Einheiten als Rezidivprophylaxe genutzt werden, bei 60 oder mehr Einheiten bis zu 20 (§14 Abs. 3).

Aus diesen Änderungen ergeben sich für die ambulante Praxis einige Fragestellungen:

#### **Wie wird festgestellt, ob ein Patient/eine Patientin eine geistige Behinderung hat?**

Geistige Behinderung meint zunächst im Sinne der ICF einen komplexen biopsychosozialen Tatbestand, bei dem Personenfaktoren und Umweltfaktoren interagieren. In diesem Prozess können Schädigungen der Körperfunktionen von Einschränkungen der Aktivitäten sowie Begrenzungen in der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unterschieden werden.

Die Schädigungen der Körperfunktionen werden als Krankheiten in der ICD beschrieben, im Falle der geistigen Behinderung ist das zunächst die im Kapitel F7 umschriebene Intelligenzstörung (IS), in der ICD 11 zukünftig „Störung der intellektuellen Entwicklung“. IS ist ein Sammelbegriff vielfältiger intellektueller Einschränkungen und beschreibt einen „Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung geistiger Fähigkeiten“, darunter Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. In Abgrenzung zu erworbenen Hirnschädigungen finden sich die Ursachen der IS prä- oder perinatal, zum Beispiel in Gendefekten.

Die IS kann in der vierten Stelle hinsichtlich auftretender Verhaltensstörungen spezifiziert werden. Die Verhaltensstörungen sind als solche jedoch nicht abschließend definiert und ersetzen nicht die Feststellung einer weiteren psychischen Störung.

Der Schweregrad der IS wird in Abhängig-

keit des Intelligenzquotienten (IQ) unterschieden in leichte Intelligenzminderung (IM) (F70, IQ 69–50), mittelgradige (F71, IQ 49–35), schwere (F72, IQ 34–20) und schwerste (F73, IQ<20).

Klinisch können Menschen mit leichter IM bei sehr günstiger Förderung noch so eben einen Hauptschulabschluss gemacht, zumeist jedoch Förderschulen besucht haben. Selten werden manche einen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt haben, zumeist jedoch eine Werkstatt für Menschen mit geistiger Behinderung besuchen. Sie leben oft in ihren Herkunftsfamilien, alleine oder in einer WG mit ambulanter Betreuung, manchmal in offenen Wohngruppen. Sie können sich in der Regel verbal gut ausdrücken und ihre Bedürfnisse, Wünsche und Gefühle artikulieren. Menschen mit mittelgradiger IM stellen eine sehr heterogene Gruppe dar. Manche leben noch selbstständig, die meisten in Wohngruppen. Manche beeindrucken mit sehr guten verbalen Fähigkeiten, die mitunter darüber hinwegtäuschen, dass in anderen kognitiven Bereichen größere Defizite vorhanden sind. Mit zunehmender Schwere der IM nehmen die Einschränkungen in Sprache, Motorik und sozialen Fähigkeiten zu.

Neben diesen gibt es noch die dissoziierte IM (F74), wenn der Handlungs-IQ und Sprach-IQ sich um mindestens 15 Punkte unterscheiden, andere IM (F78), wenn eine Testdurchführung nicht möglich ist, und die nicht näher bezeichnete IM (F79), die zu vergeben ist, wenn die Informationen für eine nähere Einstufung nicht ausreichen.

In vielen Fällen wurde der Grad der IM bereits andernorts festgestellt und kann gegebenenfalls übernommen werden. Dennoch kann die Überprüfung der Intelligenz zur Feststellung des IQ sowie

zur differenziellen Erfassung von (Teil-) Leistungsaspekten notwendig und sinnvoll sein. Die entsprechenden Verfahren müssen normiert sein und einen IQ ergeben. Beispielsweise können die Reynolds Intellectual Assessment Sales (RIAS) in 30-60 Minuten noch mit vertretbarem Aufwand in der ambulanten Praxis durchgeführt werden. Sie differenzieren hinreichend gut auch im niedrigen IQ-Bereich und sind für alle Altersgruppen normiert. Die hohen Anschaffungskosten eines IQ-Verfahrens können möglicherweise durch den Zusammenschluss mehrerer Praxen aufgeteilt werden.

#### **Ist Psychotherapie überhaupt wirksam und was ist inhaltlich dabei zu beachten?**

Mittlerweile liegen eine Reihe von Studien und Metaanalysen vor, darunter mit randomisierten Kontrollgruppen, die die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Menschen mit IS nachweisen konnten (vgl. Beail, 2016). Eine gute Wirksamkeit wird berichtet für den Umgang mit Ärger und Aggressionen sowie Depressionen. Wirksamkeit findet sich auch bei Ängsten und anderen psychischen Störungen. Grundsätzlich kommen alle Verfahren zur Anwendung, natürlich unter Berücksichtigung der kommunikativen Fähigkeiten. Das therapeutische Vorgehen und die gewählten Methoden erfordern Anpassungen, beispielsweise eine einfache, angepasste Sprache, Vereinfachungen, die Verwendung von Illustrationen, die Nutzung von nichtsprachlichen Interventionen wie kreativer Ausdruck, Rollenspielübungen, Wiederholungen, Geduld, Flexibilität, die Fokussierung von Ressourcen, manchmal ein direktives Vorgehen, das offene Ansprechen von Aspekten der Behinderung, Halbierung von Sitzungen, um der verminderten Konzentrationsfähigkeit zu entsprechen. Zwischenzeitlich gibt es zur

weiteren Vertiefung eine Fülle an Übersichtsliteratur, darunter Manuale für die Behandlung von Depressionen (Erretkamps et al., 2017) oder auch emotionaler Instabilität (Elstner et al., 2012).

Wichtig ist es, Menschen mit geistiger Behinderung voller Respekt zu begegnen, mit Neugierde für ihre Lebenswirklichkeit, mit einer Offenheit und Bereitschaft, sich von einer unbekannteren Weltsicht anregen zu lassen. Die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung bietet eine wunderbare Gelegenheit, eigene Denkmuster und therapeutische Routinen zu überprüfen und loszulassen.

#### Was ist formal zu beachten?

Nicht die Intelligenzstörung wird psychotherapeutisch behandelt, denn sie fällt nicht unter den Indikationskatalog der psychischen Störungen, die zu Lasten der Krankenkassen behandelt werden dürfen. Das bedeutet, dass die Indikation für eine Behandlung sich immer aus einer weiteren Diagnose ergibt, zum Beispiel Depression, Angststörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung etc.

Darauf aufbauend sollte im Bericht an den Gutachter oder die Gutachterin der Behandlungsplan an der Behandlungsdiagnose ausgerichtet sein und der Intelligenz entsprechen (zum Beispiel in der verhaltenstherapeutischen Depressionsbe-

handlung mehr am Verhalten orientierte Interventionen umfassen als komplexe kognitive Umstrukturierungen).

Menschen mit geistiger Behinderung haben häufig (aber nicht immer) gesetzliche Betreuer, die für den Gesundheitsbereich zuständig sind. Daher muss vor Aufnahme probatorischer Sitzungen geklärt werden, ob eine gesetzliche Betreuung vorliegt. Diese muss über die Behandlung informiert werden und unterschreibt zusammen mit dem Patienten die erforderlichen Formulare (PTV1, Therapievertrag).

Grundsätzlich gelten darüber hinaus für Menschen mit geistiger Behinderung die gleichen informationellen Selbstbestimmungsrechte wie für Menschen ohne geistige Behinderung (vgl. Musterberufsordnung). Das bedeutet, dass PatientInnen mit geistiger Behinderung der Weitergabe von Informationen an Bezugspersonen zustimmen müssen. Wenn sie dies nicht tun oder können, muss das Wohl des Patienten gegen das informationelle Selbstbestimmungsrecht sorgfältig abgewogen werden. Dieses Problem tritt beispielsweise dann zutage, wenn Sitzungen mit Bezugspersonen ohne Anwesenheit der (erwachsenen) PatientInnen durchgeführt werden, was auf gut begründete Ausnahmen beschränkt sein sollte. Menschen mit geistiger Behinderung wollen und können ihre Anliegen zumeist selbst vertreten! \_\_

#### Literatur

Beail, N. (Ed.) (2016). Psychological therapies and people who have intellectual disabilities. Division of Clinical Psychology of the British Psychological Society.

Elstner, S., Schade, C. & Diefenbacher, A. (Hrsg.) (2012). DBToP-gB-Manual für die Gruppenarbeit. An der Dialektisch Behavioralen Therapie orientiertes Programm zur Behandlung Emotionaler Instabilität bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bielefeld: Bethel-Verlag.

Erretkamps, A., Kufner, K., Schmid, S. & Bengel, J. (2017). Therapie-Tools Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung. Weinheim: Beltz.

Glasenapp, J., Schäper, S. (Hrsg.) (2016). Barrierefreie Psychotherapie. Möglichkeiten und Grenzen der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. März 2016 in Kassel. Materialien der DGSGB Band 37. Berlin: DGSGB. (<http://dgsbg.de/volumes/978-3-938931-38-7/978-3-938931-38-7.pdf>, Zugriff am 19.03.2019).

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (2014). Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung. Fragen & Antworten für interessierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. (<https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/fachportal/behinderung/20141219-psychotherapie-geistige-behinderung-fragen-antworten.pdf>, Zugriff am 19.03.2019).