



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung

Fragen & Antworten

für interessierte Psychotherapeutinnen und
Psychotherapeuten

Herausgeber

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Arbeitskreis
„Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“

unter Mitwirkung von Ullrich Böttiger, 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 (2014)

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

Vorwort / Hinweise zu dieser Handreichung und ihre Entstehung

Menschen mit geistiger Behinderung 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 geistig behinderten Menschen 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 geistig behinderte PatientInnen 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 geistig behinderten PatientInnen, 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 geistig behinderter Menschen der Versorgungsengpass für diese PatientInnengruppe entfallen, wenn jeder niedergelassene Kollege / jede niedergelassene Kollegin nur einen Menschen mit geistiger Behinderung 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 geistiger Behinderung?
6. Wie kann eine psychotherapeutische Arbeit mit geistig behinderten PatientInnen mit 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 geistiger Behinderung 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 geistiger Behinderung 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 ersten Version hier vor. Wir als Arbeitskreis würden uns freuen, wenn diese für Sie in Ihrer praktischen Arbeit hilfreich und nützlich sind. Wir haben vor, diese Fragen weiter auszuarbeiten und auch die Fragen zu bearbeiten, die hier noch nicht beantwortet werden konnten. Der Austausch mit Ihnen, die Auswertung von Erfahrungen und daraus ggf. entstehen neuen Fragen aus der Praxis werden uns dabei hilfreich sein.

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 geistiger Behinderung in den Blick zu nehmen. Es ist richtig und wichtig, die Zugänglichkeit zu ambulanter Psychotherapie (gemäß den Richtlinien für Psychotherapie) für Menschen mit geistiger Behinderung zu erleichtern und zu öffnen. Für eine fachlich gute psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung 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 geistiger Behinderung zu erkennen und daraus resultierende Erfordernisse zu beschreiben.

Gerne können Sie uns weitere Anregungen und Hinweise zukommen lassen.

Schließlich bleibt unsere Bitte:

Da wir zunehmend häufiger gebeten werden, Adressen zu vermitteln, bitten wir weiterhin PsychotherapeutInnen, die PatientInnen mit geistiger Behinderung behandeln oder behandeln würden (und die wir bislang noch nicht erfasst haben), sich bei der Kammer zu melden.

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 geistiger Behinderung und erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung.

„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 „Geistige Behinderung“ 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 geistiger Behinderung 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?

Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung 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 geistiger Behinderung 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
- 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 geistiger Behinderung 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 geistiger Behinderung 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 Wohnheimen). In diesem Spannungsfeld bewegen sich nicht nur die PatientInnen sondern mit ihnen auch die PsychotherapeutInnen. Als PsychotherapeutIn ist man daher von vornherein 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. möchten 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 PsychoherapeutIn: „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 Behinderung 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 potentiell Lernfeld für PatientInnen. Bereitschaft und Möglichkeiten hierzu sollten bei Menschen mit geistiger Behinderung 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 geistiger Behinderung. Neben allen in Psychotherapien möglichen Problemen und Störungen im Verlauf des therapeutischen Prozesses, können insbesondere in der Arbeit mit erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung, 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 geistiger Behinderung. 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 geistiger Behinderung 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

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 geistiger Behinderung, 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 geistiger Behinderung 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 geistiger Behinderung, 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 geistiger Behinderung 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 (Sporcken, 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 geistiger Behinderung 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 geistiger Behinderung 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 nicht behinderten KlientInnen angebracht ist. Entscheidungen bzgl. Psychotherapietechniken, die nicht-behinderten Menschen überlassen bleiben, können behinderte Menschen 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 geistiger Behinderung 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 geistiger Behinderung 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 Behinderung 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 geistiger Behinderung 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 geistiger Behinderung 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 Behinderung und der Frage einer behandlungsbedürftigen Behandlung 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)
- **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

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. & Irlich D. (Hrsg.) (2005). Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Göttingen: Hogrefe.

Was ist bei der Beantragung einer kassenfinanzierten Psychotherapie zu beachten?

PatientInnen mit geistiger Behinderung haben die gleichen Rechte und Pflichten wie PatientInnen ohne geistige Behinderung. 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 geistiger Behinderung grundsätzlich Anspruch auf Übernahme der Behandlungskosten durch die gesetzliche und private Krankenkasse, wenn einige Punkte berücksichtigt werden:

1. Viele Menschen mit geistiger Behinderung 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 geistiger Behinderung nach der gesetzlichen Betreuung gefragt werden. Leider werden oftmals Professionelle in Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung 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 als psychische Erkrankungen genannt wird, fällt diese nicht unter den Indikationsbereich (vgl. § 22 (1)). Dies bedeutet, dass im Mittelpunkt der Behandlung nicht die geistige Behinderung stehen darf, sondern die psychische Störung. Wir machen daher - in Anlehnung an einen Ausspruch von Peter Fiedler - nicht Psychotherapie der geistigen Behinderung, sondern Psychotherapie bei geistiger Behinderung.
 - 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 geistige Behinderung im psychischen Befund (Punkt 3 des Antrages) ausführlich dargestellt werden, nach Möglichkeit durch eine teststatistisch abgesicherte Einschätzung der Intelligenz. Im SORK-Modell findet sich die geistige Behinderung als Teil der Organismus-Variable. Bei den Reaktionen sollte die geistige Behinderung 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 geistiger Behinderung 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 geistigen Behinderung - 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 fokusorientierte, 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 mit geistiger Behinderung 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

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.