

Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung - *Besonderheiten einer vernachlässigten Klientel in der Praxis**

Von Christian Janßen

Zusammenfassung: Die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung ist eine besondere – wie die Arbeit mit anderen Klientinnen¹, ² auch. Sie erfordert wie sonst auch ein individuelles Vorgehen und eine Anpassung der Methoden. Soweit sind Besonderheiten so normal wie in jeder Psychotherapie. Als Teil der Gesellschaft sind Psychotherapeutinnen jedoch denselben Berührungszuständen ausgesetzt wie andere. Auch die Euthanasie des Dritten Reiches hatte und hat heute noch Folgen. In diesem Artikel soll die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung in einen historischen Rahmen gestellt werden. Eckpunkte einer psychotherapeutischen Arbeit mit dieser Klientel sollen am Beispiel des lerntheoretisch-verhaltenstherapeutischen Vorgehens des Verfassers zusammengestellt werden. Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung, so die Überzeugung des Verfassers, ist möglich – und sie ist notwendig.

Die gesellschaftliche Situation von Menschen mit geistiger Behinderung ist immer eine Besondere gewesen und wurde bereits in den 1970er Jahren von Ernst Klee beleuchtet (Klee, 1976). Die psychotherapeutische Versorgungssituation in Deutschland für Menschen mit geistiger Behinderung ist erst recht schwierig. Vor fünfzehn Jahren „wandte sich die Bundesvereinigung Lebenshilfe in einem Brief an die Landespsychotherapeutenkammern mit der Bitte um Unterstützung bei der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung“ dieser Klientel (Werther, 2005, S. 116).³ Die vier großen Fachverbände der Hilfen für Menschen mit Behinderungen veröffentlichten 2001 eine Expertise, in der sie die unzureichende gesundheitsbezogene Versorgungssituation für diese Klientel konstatierten und Verbesserungen forderten (Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe e. V., 2001, S. 53). Seitdem ist es aus Sicht des Verfassers zu keiner grundlegenden Verbesserung der Versorgungssituation gekommen.

Dieser Artikel soll Mut machen und zeigen, dass es trotz Besonderheiten möglich ist, psychotherapeutisch mit Menschen mit geistiger Behinderung zu arbeiten und er soll die Distanz zu dieser Arbeit verringern. Wir Fachleute müssen uns nur trauen, uns auf diese Gruppe Therapiebedürftiger einzulassen. Es sollen dazu zunächst die Besonderheiten dieser Klientel in der psychotherapeutischen, insbesondere der ambulant-therapeutischen Arbeit dargestellt werden. Dabei soll das eklektische,

*Quelle: Psychotherapeutenjournal 4/2018; Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion und des Autors.

¹ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der hinteren inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

² Im heilkundlichen Kontext wird normalerweise von Patientinnen gesprochen; auch dieser Artikel beschreibt die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung in ihrer Rolle als Patientin. Der Begriff Klientin trägt allerdings der regelhaften Eingebundenheit von Menschen mit geistiger Behinderung in einen institutionellen Kontext Rechnung – dort ist er ein üblicher Begriff – und soll daher für diesen Artikel erhalten bleiben.

³ Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

lerntheoretisch-verhaltenstherapeutisch basierte Vorgehen des Verfassers als Beispiel dienen.

Die Besonderheit dieser Gruppe von Menschen wird unterschiedlich kenntlich gemacht (Schanze, 2007, S. 99): In der Eingliederungshilfe (§ 2 SGB IX) ist die Bezeichnung „Menschen mit geistiger Behinderung“ üblich, die Klientel wird im Rahmen des SGB V in der International Classification of Diseases (ICD-10-GM) in der Gruppe F70-79 „Intelligenzstörung“ als „Menschen mit Intelligenzminderung“ zusammengefasst. Selbsthilfeverbände schlagen dagegen die Bezeichnung „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ vor (siehe etwa www.mensch-zuerst.de).

Psychologie in der Behindertenhilfe

In Deutschland leben nach unterschiedlichen Schätzungen etwa 400.000 bis 800.000 Menschen mit geistiger Behinderung.⁴ Insgesamt 211.943 Menschen lebten mit verschiedenen Behinderungen 2016 in einer stationären Einrichtung.⁵ Seit den 1960/70er Jahren waren Psychologinnen in „Anstalten“ beschäftigt – mit unklarer Arbeitsplatzbeschreibung. Daraus hat sich im Weiteren ein Berufsfeld „Psychologie in der Behindertenhilfe“ entwickelt. In diesem Zusammenhang ist das Entstehen von Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung zu sehen: Die Kolleginnen in den „Anstalten“ hatten unterschiedliche Hintergründe (Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, weniger tiefenpsychologische Ansätze und Psychoanalyse). Während die verhaltenstherapeutischen Konzepte immerhin auch häufiger aus universitären Projekten hervorgingen und damit auch Wege der Veröffentlichung fanden, waren es vor allem Praktiker, die in den 1990er Jahren in Deutschland auf Tagungen und in Veröffentlichungen zeigten, dass sich im psychotherapeutischen Feld auch auf humanistischer und psychodynamischer Grundlage Ansätze und Anpassungen für die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung erarbeiten lassen (Hennicke & Rotthaus, 1993; Lotz, Koch & Stahl, 1994; *Irblich & Stahl, 2003*).

Eine Zäsur erfolgte jedoch 1999 mit dem Psychotherapeutengesetz. Statt einem sprunghaften Anstieg von Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung zeigte sich das Gegenteil: Der Abbruch von Wissen und Kompetenz. In vielen Einrichtungen wurden Kolleginnen nicht approbiert. Ein anderer Teil der Anstaltspsychologinnen ließ sich aufgrund einer Approbation dagegen nieder und widmete sich fortan nicht mehr dieser Klientel. Vor allem dieser letzte Faktor ließ die psychologische Arbeit in den Einrichtungen z. T. wieder veröden. Damit wurde die psychotherapeutische Arbeit erneut abgeschnitten, dies zeigt u. a. der Einbruch an Überblicksliteratur, Lehrbüchern und anderen Veröffentlichungen.

Etwa zur gleichen Zeit führte die Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGb) ihre ersten Tagungen zu pädagogischen und psychologischen Fragen in Kassel durch, in denen auch immer wieder

⁴ Siehe <http://homepage.ruhr-uni-bochum.de/Sven.Bielski/Haeufigkeit.html> [04.08.2018].

⁵ Siehe <http://kennzahlenvergleich-eingliederungshilfe.de/zentrale-ergebnisse.html> [04.08.2018].

psychotherapeutische Themen bearbeitet wurden (siehe Dokumentation im Internet unter www.dgsgb.de). Etwa ab 2005 wurden psychiatrisch-klinische Spezialabteilungen an einzelnen Krankenhäusern gebildet, in deren Rahmen das Interesse an Psychotherapie wieder zunahm (z. B. Veröffentlichungen des Krankenhauses Königin-Elisabeth-Herzberge [KEH] in Berlin, das zu den v. Bodenschwinghschen Stiftungen Bethel [vBS Bethel] gehört).

„In der 2006 verabschiedeten Musterberufsordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurden explizit im § 13 Regeln für den ‚Umgang mit eingeschränkt einwilligungsfähigen Patienten‘ aufgenommen als deutliches Signal, dass Psychotherapeuten sich für diese Klientel zuständig sehen“ (Stellpflug & Berns, 2006, zitiert nach *Werther & Hennicke, 2008*, S. 121f.). Dieser Passus wurde entsprechend auch in die Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern wie etwa der der Psychotherapeutenkammer NRW (zuletzt geändert am 9. Dezember 2011) übernommen.

Psychotherapeutische Zugänge in der Behindertenhilfe

Es finden sich in allen psychotherapeutischen Schulen Zugänge für die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung. Beispielhaft sollen folgende Ansätze und ihre Protagonisten genannt werden:

- Psychoanalytische Konzeption (Gaedt, 1993; Lingg & Theunissen, 1993),
- Verhaltenstherapie (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1990),
- Gesprächspsychotherapie (Badelt, 1994; Pörtner, 2017),
- Prä-Therapie (Prouty, Pörtner & Van Werde, 2015),
- Gestalttherapie (van Vugt & Besems, 2004),
- Systemische Therapie (Hennicke, 1994).

Ein zusammenfassender Überblick über die Ansätze würde an dieser Stelle zu weit führen. Es soll deshalb auf die beigefügten Literaturhinweise und auf die Überblicksliteratur verwiesen werden (z. B. Elstner, 2016; *Glaserapp, & Schäper, 2016*; Hennicke, 2004; *Irblich & Stahl, 2003*; Kufner, 2015; Kufner & Bengel, 2016; Lotz, Stahl & Irblich, 1996; Peters, 2001; *Schanze, 2007*; *Seidel, 2008*; Vereenoooghe & Langdon, 2013).

In den Übertragungen der schulspezifischen psychotherapeutischen Ansätze auf die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung finden sich ähnliche Bestandteile des Settings und des Vorgehens auf der Basis der jeweiligen Modellvorstellung wieder (vgl. auch Kufner & Bengel, 2016, S. 24):

- Eine aktivere Rolle der Psychotherapeutin sowie das Vorgehen als Modell bzw. über die Rolle eines stellvertretenden Ichs,
- die Anpassung der Methoden, der Technik und des Vorgehens auf der jeweiligen Grundlage auch hinsichtlich ihrer Komplexität und in Bezug auf ihre Flexibilität sowie
- ein eklektisches Arbeitsverständnis.

- Der Ansatz ist an den Belastungen orientiert (z. B. in Wohn- oder Werkstattgruppe) und nimmt die Diskrepanz von Ideal und Realität bzw. von Diskriminierungen im Alltag auf.
- Bei der Diagnostik steht das „Wozu?“ im Vordergrund.
- „Wofür steht ein Verhalten?“ und „Hat eine ICD-Diagnose einen fachlichen Mehrwert?“ sind dabei zu berücksichtigende Aspekte.
- Das Individuum wird in den meisten Ansätzen in seinem Kontext wahrgenommen. Dadurch wird das Augenmerk auf die Beeinflussung der Umwelt mit der Einbeziehung von Angehörigen, Bezugspersonen sowie Mitarbeitenden in Wohngruppe und Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) gerichtet. Das „pädagogische Feld“ wird damit Ansatzpunkt psychotherapeutischer Arbeit.
- Auch aktivierende Elemente wie gemeinsames Kochen oder Puppenspiele sowie kreative Medien und Materialien werden in vielen Ansätzen als niedrigschwelliger Zugang genutzt.
- Außerdem ist allen Ansätzen eine Variabilität in Bezug auf Ort, Zeit und Inhalt der psychotherapeutischen Kontakte gemein.

Gesellschaftlicher Zeitgeist in Definition und Klassifikation

Noch Anfang der 1970er Jahre war eine anerkannte Definition für geistige Behinderung in der Psychiatrie: „Schwachsinn (Oligophrenie) ist ein angeborener, anlagebedingter oder perinatal [...] erworbener Intelligenzmangel, verbunden mit der mangelhaften Differenzierung der Persönlichkeit“ (Tölle & Schulte, 1971, S. 280). Die zugrundeliegende ICD-Klassifikation (ICD-7 von 1954) unterschied im Schweregrad zwischen debil, imbezill und idiot (ebd., S. 281). Menschen mit geistiger Behinderung lebten institutionell wie Menschen mit psychischen Störungen in den großen Anstalten, in Altenheimen oder psychiatrischen Krankenhäusern häufig „unter elenden, menschenunwürdigen Umständen“ (Finzen, 1979; Deutscher Bundestag, 1975). Aber noch immer befindet sich in der aktuellen ICD-10 unter dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)“ die Kategorie „Intelligenzstörung (F70-F79)“ als psychopathologische Diagnosegruppe. Dies ist einzigartig in der ICD. Damit werden auch gesellschaftliche Vorurteile tradiert: „Schwachsinnige neigen zu Verstimmungen. Sie sind öfter depressiv als euphorisch und besonders häufig gereizt. Auf kleine Anlässe kann der Schwachsinnige mit Wutausbruch reagieren“ (Tölle & Schulte, 1971, S. 280). Und es wird das psychische oder psychiatrische Störungsbild weiterhin als Symptom der geistigen Behinderung verstanden (siehe auch *Werther, 2005, S. 118*)

Im Rahmen dieser Logik auf der Grundlage einer „Intelligenzminderung“ als entscheidendes Kriterium lässt die aktuelle ICD-Version immerhin ein weiteres Kriterium für die Klassifikation zu: Das Anpassungsverhalten der Betroffenen ist danach stets beeinträchtigt. Außerdem konstatiert zum ersten Mal die ICD-10, dass eine Intelligenzminderung alleine oder mit einer anderen psychischen oder körperlichen Störung einhergehen könne – was dem unten folgenden Definitionsversuch näherkommt. In der Logik geht die ICD aber trotzdem weiter davon aus, dass „Intelligenzminderung“ an sich eine psychische Störung von Krankheitswert darstellt. So wird einer relevanten gesellschaftlichen Gruppe von Menschen grundsätzlich eine psychische Störung unterstellt.

Dörner & Plog (1978) und in der aktuellen Auflage ihres Standardwerkes *Schanze (2017, S. 100f.)* beschreiben eine geistige Behinderung dagegen eher als eine Eigenschaft und halten fest: Geistige Behinderung besteht

- a) in einem Defizit der Kapazität der Aneignung gesellschaftlich vorgeformter Bedürfnisse und Fähigkeiten,
- b) aus Alltagsstrategien, mit denen der behinderte Mensch mit seiner Behinderung umzugehen versucht (wie er versucht, ein Selbstwertgefühl herzustellen). Diese Strategie äußert sich z. T. in „Verhaltensstörungen“, wie wir sie als Menschen ohne geistige Behinderung bezeichnen.

Von außen betrachtet wirkt sich dies je nach Alter als Mangel der Reifung, des Lernens und/oder der sozialen Anpassung aus. „Die Anpassungsleistungen im Alltag erfordern für Menschen mit geistiger Behinderung immer wieder besondere Anstrengungen, da die Betroffenen in der Orientierung und im strukturierenden Erfassen und Planen unbekannter oder neuer Situationen behindert sind. So kann es schwerfallen, Erfahrungen aus einer Situation auf eine neue zu übertragen, Informationen von anderen aufzunehmen und zu verstehen. Es ist schwer, sich Konsequenzen vorzustellen, gezielt Fragen zu stellen oder eigene Gewohnheiten zu hinterfragen und zu verändern sowie eigene Gefühle in Worte zu fassen und mitzuteilen oder in Konfliktsituationen Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln“ (*Janßen & Wortberg-Börner, 2003, S. 30*). Mit *Wolfgang Jantzen* (1980, 1990) kann geistige Behinderung auf dieser Verständnisgrundlage auch als „Lebensentwicklung unter Isolationsbedingungen“ aufgefasst werden – als Versuch der Betroffenen, auf der Grundlage einer „behinderten Biografie“ am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben.

Ziel des psychotherapeutischen Handelns ist damit zunächst die Wahrnehmung und Anerkennung dieser individuellen Überlebensstrategie in einem „auffälligen Verhalten“ bzw. einer psychischen Störung. Dazu ist die Suche danach notwendig, welche Sicherheiten eine Klientin (wieder) braucht. Es geht dabei um die Herstellung vertrauensfördernder Bedingungen. Wichtig ist die Anerkennung und Berücksichtigung der subjektiven Logik von Verhalten. Damit lautet eine Frage: Wie kann ein Mensch ein Ziel besser erreichen, als damit, wie er es bislang versucht hat und dabei aneckt? Häufig ist es dabei wichtig, Aufgaben für eine Klientin zu finden und damit subjektiv einen „Sinn“ zu unterstützen und das Gefühl zu vermitteln: „Ich bin wichtig in dem, was ich bin und mache!“ Häufig kann erst im Anschluss an diese Überprüfung und Anerkennung die Bearbeitung einer ggf. vorliegenden psychischen Störung beginnen. Denn eine psychische Störung kann sich auf dieser Grundlage – wie sonst auch – unabhängig, trotz oder wegen dieser Eigenschaft entwickeln.

Große Verletzlichkeit für psychische Störungen

In der psychotherapeutischen Praxis arbeitet der Verfasser mit Menschen mit geistiger Behinderung auf der Grundlage des bisher Gesagten mit einem lerntheoretisch-verhaltenstherapeutischen Zugang. Auch bei der psychischen Störung eines Menschen mit geistiger Behinderung ist die „behinderte Biografie“ und das Copingverhalten ein entscheidender Faktor. Welche Stressoren und welche „Überlebensstrategie“ haben auf dieser Grundlage die Notwendigkeit von psychischen Schutzmechanismen erzeugt?

Psychische Störungen sind bei Menschen mit geistiger Behinderung drei- bis fünfmal häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung (z. B. Meins, 1994; *Schanze, 2007*; Seidel, 2013). Als zugrundeliegendes Erklärungsmodell kann auf der Grundlage eines biopsychosozialen Verständnisses, das auch verhaltenstherapeutischen Zugängen zugrunde liegt, auf das Vulnerabilitäts-Stressmodell von Zubin und Spring (1977, für diese Klientel: *Schanze, 2007*) zurückgegriffen werden: Menschen mit geistiger Behinderung sind verletzlicher als andere. Faktoren und Gründe sind z. B. Einschränkungen im „Verstehen der Welt“, die bereits genannte „behinderte Biografie“, eine lebenslange Abhängigkeit oder wiederholte Kränkungen durch nicht erreichbare gesellschaftliche Normalität (hinzukommen außerdem z. B. vermehrte Krankenhaus- und Heimaufenthalte, isolierende Erfahrungen als „Behinderte“, erlebte Verluste in Familie und bisheriger Betreuung oder familiäre Verwicklungen).

Die Diagnose einer psychischen Störung und eine spezifisch psychotherapeutische Vorgehensweise sollten erst nach Ausschluss des Vorliegens von „Eigenarten“ oder „Auffälligkeiten“ erfolgen, die aus der Biografie und Lerngeschichte erklärbar sind sowie von institutionell und pädagogisch verursachten herausfordernden Verhaltensweisen. Denn ein für betreute Menschen spezifischer Faktor der Diagnosestellung über die ICD beinhaltet eine besondere Verantwortung der Psychotherapeutin, die so nie für die Diagnosestellung von Menschen ohne geistige Behinderung gelten würde: Durch eine z. T. jahrzehntelang aufbewahrte Betreuungsdokumentation (die häufig als „Krankenakte“ geführt eine Pflicht durch den Kostenträger darstellt) kommt der Diagnose auch i. S. einer Etikettierung eine besondere Bedeutung zu. Es ist vor dem Hintergrund noch vorhandener – i. d. R. aus Unwissenheit immer wieder tradiert – Diagnosen aus den 1960er und 1970er Jahren die Frage erlaubt: Hat eine ICD-Klassifikation Auswirkungen auf das pädagogisch-therapeutische Vorgehen oder kann darauf verzichtet werden? Für die Auswirkungen einer Diagnosestellung im Rahmen des SGB V gelten vergleichbare Überlegungen (*Schanze, 2017, S. 111f.*).

Geistige Behinderung bzw. Intelligenzminderung muss nach Ansicht des Verfassers darüber hinaus in einen gesellschaftlichen Verständniszusammenhang gestellt werden: Psychologische Psychotherapeutinnen sind eine Teilgruppe der Gesellschaft ohne Behinderung. Deren Berührungspunkte gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung sind ebenso „normal“ ausgeprägt. Im Unterschied zu Niedergelassenen haben v. a. Psychologinnen in Einrichtungen einen Erfahrungsschatz in der Begegnung sowie dem psychologischen und psychotherapeutischen Vorgehen mit der Klientel.

Individualität der Klientinnen

In der psychotherapeutischen Arbeit muss immer auf die individuellen Besonderheiten der Klientin geachtet werden. Wo steht eine Klientin? Was ist ihr Tempo? Was ist ihre Sprache? Was ihr Thema? In der Arbeit mit Klientinnen mit geistiger Behinderung ist es genauso. Die Psychotherapeutin ist in all diesen Aspekten nur stärker gefordert. Häufig ist es z. B. das erste Mal, dass die Person eine ungeteilte Aufmerksamkeit und Parteilichkeit erfährt mit der Folge, dass Psychotherapie dann (zunächst) primär Beziehungsangebot ist. Darüber hinaus

geht es um eine sehr hohe emotionale Wahrnehmungsfähigkeit in Bezug auf Stimmungen und Schwingungen ins besondere auch hinsichtlich der Authentizität der Psychotherapeutin. Die Orientierung am (vermeintlichen) gesellschaftlichen Normalzustand, v. a. durch Fernsehen und Werbung bzw. inzwischen häufig auch durch das Internet und soziale Medien vermittelt, ist bei Menschen mit leichter geistiger Behinderung stark ausgeprägt. Dabei ist immer wieder eine Diskrepanz zwischen dem Ich-Ideal der Person und der Realität zu beobachten und im Prozess zu beachten. Eine andere Besonderheit kommt in dem Satz zum Ausdruck: „Ich bin anders und kann nicht so, wie alle anderen!“

Ein weiterer Aspekt betrifft die Auswirkung der (dauerhaften und akuten) Medikation auf das Verhalten oder die Konzentrationsfähigkeit der Klientinnen. Dabei müssen insbesondere die Nebenwirkungen von Neuroleptika und Antiepileptika berücksichtigt werden. „In stationären Betreuungskontexten erhalten durchschnittlich ein Drittel der Bewohner Psychopharmaka mit teilweise sehr schwankenden Prävalenzen von 7-73 %“ (Häßler et al. 2005, Hennicke, 2008, zitiert nach *Werther & Hennicke, 2008, S. 122*).

Ebenso praktische Relevanz im Psychotherapiealltag hat die Schwierigkeit des Transfers von bearbeiteten Themen von einem zum nächsten Termin, die Übertragung eines Musters auf ähnliche Themen sowie von Themen aus der Psychotherapie in den Alltag. Auch ist häufig die Übersicht bzw. Einsicht in Absprachen, Verträge, Hausaufgaben etc. begrenzt, die von den kognitiven Fähigkeiten abhängen. Dies berücksichtigend können Themen nur bedingt aufbauend bearbeitet werden. Sie müssen oft immer wieder „angearbeitet“ werden. Bezugspersonen sollten deshalb in die Arbeit einbezogen werden.

Die Lebensgeschichte von Menschen mit geistiger Behinderung insgesamt ist – wie erwähnt – immer eine besondere, eine „behinderte Biografie“. Sie ist gekennzeichnet durch Krankenhausaufenthalte, Trennungen und Beziehungsabbrüche (z. B. Bezugspersonenwechsel), durch Heimaufenthalte, Heilpädagogik, andere Therapien etc. Schließlich wirkt sich in der Psychotherapie das soziale Netz der Menschen mit geistiger Behinderung aus, das berücksichtigt und in seinen Auswirkungen einbezogen werden muss (*Janßen & Wortberg-Börner, 2003*).

Die Klientel ist eine gesellschaftliche Gruppe, die durch die Euthanasie des Nationalsozialismus getroffen wurde, der geistig behinderte und psychisch kranke Menschen als „lebensunwertes Leben“ kategorisierte und zunächst individuell, später in einer Form des industriellen Massenmords tötete (Klee, 1983; *Schanze, 2017, S. 96*; Schneider & Lutz, 2014). Erst spät arbeiten wir daher in Deutschland mit älter werdenden und alten Menschen mit geistiger Behinderung. Die Nachwirkungen des Nationalsozialismus betreffen auf verschiedenen Ebenen auch unseren Berufsstand. Man schätzt, dass während des Nationalsozialismus aus ideologischen und ökonomischen Gründen systematisch etwa 100.000 Anstaltsinsassen der Heil- und Pflegeanstalten getötet wurden. Die ‚wilde‘ Euthanasie, das allmähliche Verhungern lassen, ging sogar deutlich über das Jahr 1945 hinaus (vgl. Harms, 1996, S.114ff.). [...] In Deutschland klaffte nach 1945 nicht nur eine reale Lücke durch die vielen wegen ihrer geistigen Behinderung getöteten Menschen. Auch die Träger humanistischer Ideen in der Wissenschaft und Politik waren verfolgt, mit Berufsverboten belegt, in Konzentrationslager eingesperrt und getötet worden. [...] Deutschland hinkte nach 1945 auch wegen dieses Exodus anderen hochentwickelten Ländern bezogen auf die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung um Jahrzehnte hinterher. Das Feld bestellten nach wie vor biologische Wissenschaftler“

(Werther, 2005, S. 120). Klee wies eine Reihe von Ärzten und Wissenschaftlern nach, die nach der Überwindung des Dritten Reiches weiterarbeiteten und ihre Ansichten und Forschungen in hohen Positionen einbringen konnten (Klee, 1983; aktuell in Bezug auf Medikamentenversuche an Kindern z. B. die Vorgänge in der Klinik Mammolshöhe in Hessen, siehe Bedenburg, 2018).

Fallbeispiel:

Ein 75-jähriger Klient mit depressiven Episoden jeweils zu Beginn der dunklen Jahreszeit äußerte während eines Gespräches, dass er Angst habe, „wieder abgeholt zu werden“. Es stellte sich in der Rehistorisierung und der Arbeit an einem Lebensfotoalbum heraus, dass der Klient in einer psychiatrischen Einrichtung im Krieg die Abholung von Menschen eben im Herbst erlebt hatte. Diese Menschen waren nicht zurückgekommen. Jeden Herbst erschien diese Erinnerung zusammen mit der Angst, dass er wieder in diese Einrichtung zurückverlegt werden könnte, in der seine Mitbewohner verschwunden waren. Die depressiven Phasen und Ängste verschwanden, nachdem der Klient zusammen mit dem Verfasser diese Einrichtung besuchen und feststellen konnte, dass das damalige Gebäude abgerissen war und nicht mehr existierte.

Psychodiagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung

Eine Standarddiagnostik ist bei dieser Klientel nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich (Kufner & Bengel, 2016). Die Normung berücksichtigt diese Gruppe zudem i. d. R. nicht, sodass Normtabellen höchstens als Anhaltspunkte genutzt werden können. In diesem Sinne sind ggf. einzelne Instrumente bei Menschen mit leichter Behinderung anwendbar wie z. B. die Brief Symptom Inventory – BSI (Franke, 2000) als Verlaufsmessung oder für mittelgradige Behinderung das Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped Scale – DASH II (Matson, Gardner, Coe & Sover, 1991) und das Psychiatric Assessment Schedule for Adults with a Developmental Disability – PAS-ADD (Prosser, Moss, Costello, Simpson & Patel, 1997).

Die Gruppe der Intelligenztests liefert darüber hinaus ebenfalls nur Annäherungswerte zur Bestimmung der individuellen kognitiven Fähigkeiten und das bei eher leichter geistiger Behinderung. Der Rand der Normalverteilung ist nicht mehr zu einer reliablen und validen Diagnostik geeignet. „Geistige Behinderung“ wird mehr als zwei Standardabweichungen unterhalb der Mittelwerte verortet. Schwierigkeiten bereitet auch der Aufbau der meisten Intelligenztests, die in hohem Ausmaß Kulturwissen abfragen. Wissen wie in der Frage „Wer ist Bundespräsident in Deutschland?“ hat für Menschen mit geistiger Behinderung oft keine oder nur eine geringe Relevanz und verfehlt folglich oft allein aus diesem Grund – und nicht aufgrund der Intelligenzminderung – IQ-Wert steigernde Bewertungen. Auch kultur- bzw. sprachfreie Intelligenztests dienen nur noch als ein Mosaikstein im Rahmen der umfassenderen Entwicklungsdiagnostik. Wert wird auf die Feststellung des Entwicklungsstandes über das kognitive Niveau hinaus in weiteren Bereichen gelegt. Hier spielen z. B. lebenspraktische Kompetenzen, die Fähigkeit zur Selbsthilfe und Kommunikation, die emotionale und soziale Entwicklung, die persönliche und soziale Verantwortung oder die ökonomische Selbstständigkeit eine Rolle.

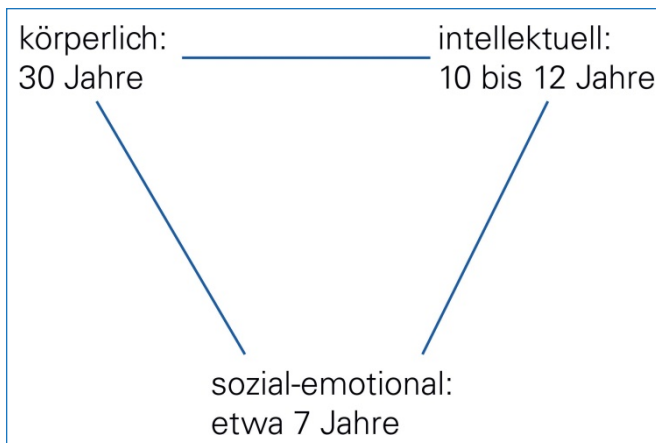


Abbildung 1: Beispiel zum Entwicklungsstand in verschiedenen Bereichen für eine Klientin mit geistiger Behinderung

Verhaltensbeobachtung: xxx		Datum:
mo - di - mi - do - fr - sa - so	Früh- / Spätdienst	Uhrzeit:
		Mitarbeiter/-in:
1. Was war?		
2. Was war davor?		
a. Was hat xxx gemacht?		
b. Was habe ich (MAin) gemacht?		
c. Was haben die Mitbewohner/-innen gemacht?		
d. Was war sonst bemerkenswert?		
3. Was war danach?		
a. Was hat xxx gemacht?		
b. Was habe ich (MAin) gemacht?		
c. Was haben die Mitbewohner/-innen gemacht?		
d. Was war sonst bemerkenswert?		
4. Was war positiv in der Situation oder vorher bzw. nachher?		

Abbildung 2: Beispiel eines Verhaltensbeobachtungsschemas im professionellen Betreuungsrahmen

Für die pädagogische und psychotherapeutische Arbeit muss zudem berücksichtigt werden, dass die Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung häufig in disparate Teilbereiche „auseinanderfällt“. So zeigte sich die in der Abbildung 1 als Beispiel dargestellte 30-jährige Frau im kognitiven Bereich auf dem Niveau einer Elfjährigen. Die sozial-emotionale Entwicklung bewegte sich bei dieser Klientin zusätzlich in einem dritten Altersbereich, der typisch für sechs- oder siebenjährige Kinder ist. Sie konnte aufgrund ihres emotionalen Entwicklungsrückstandes z. B. noch nicht die moralische Entwicklungsreife erlangt haben, die üblicherweise für Erwachsene als „angemessen“ bewertet wird. Für die Psychotherapie und für die pädagogische Begleitung in der Wohngruppe war hier zu berücksichtigen, dass die Klientin – nicht nur, aber auch – auf dem Entwicklungsniveau des jeweiligen Entwicklungsfeldes angesprochen werden musste, um sie zu erreichen.

Beobachtete Auffälligkeiten dieser jungen Frau waren in einzelnen Entwicklungsbereichen auf einem niedrigeren Entwicklungsniveau durchaus altersangemessen. Dies musste entsprechend berücksichtigt werden und auf das psychotherapeutische Vorgehen Einfluss nehmen. In diesem Fall ging es v. a. um das Urinieren der Klientin im Tagesraum zur Zeit

des gemeinsamen Kaffeetrinkens. Dahinter stand ihre „Überlebensstrategie“: „Aufmerksamkeit durch Provokation“. In der Beratung des Teams wurden die Mitarbeitenden angeleitet, der Klientin rechtzeitig Aufmerksamkeit und Zuwendung zukommen zu lassen, bevor es zu Auffälligkeiten kommt. Dies war möglich, indem der Klientin direkt nach Rückkehr aus der WfbM ein Gespräch in ihrem Zimmer über ihre Tageserlebnisse angeboten wurde. Anschließend konnte sie „angemessen“ und entspannt am Beisammensein teilnehmen. Ihre Lebensqualität erhöhte sich durch eine positivere Einstellung der Mitbewohnerinnen, Schwierigkeiten in anderen Bereichen reduzierten sich ebenfalls. Auch für die Mitarbeitenden verlagerte sich der Fokus von den Problemen hin zu den lebenswerten Anteilen der Klientin. Damit war ein Wechsel von einer krisengeführten hin zu einer präventiven Arbeit gebahnt.

Der breiteren Diagnostik des Entwicklungsstandes und der Berücksichtigung der entwicklungspsychologischen Perspektive kommt im Verständnis einer „Störung“ sowie beim psychotherapeutischen Vorgehen eine besondere Bedeutung zu, die wie der psychotherapeutische Prozess insgesamt Zeit und Kenntnis der Klientin erfordert.

Inzwischen sind mehrere Möglichkeiten zur Diagnostik des sozial-emotionalen Entwicklungsstandes veröffentlicht worden:

- Entwicklungsfreundliche Beziehung (Senckel, 2015, 2017)
- Schema für emotionale Entwicklung (SEO) (Došen, 2010; Sappok & Zepperitz, 2016)
- Skala zur Einschätzung des Sozial-Emotionalen Entwicklungsniveaus (SEN) (Hoekman, Miedema, Otten & Gielen, 2011)

Diese Verfahren basieren ausschließlich auf Befragungen zentraler Bezugspersonen. Sie geben Anhaltspunkte, die für ein Verständnis der Persönlichkeit und für den Therapieverlauf genutzt werden können. Bei allen Instrumenten ist allerdings noch nicht geklärt, inwieweit eine Diagnostik objektiv, valide und reliabel möglich ist. Aufgrund dieser Problematik ist es daher sinnvoll bzw. notwendig, das subjektive Feld, also das Betreuungsteam und/oder Angehörige, zu berücksichtigen. Dazu können Checklisten und Verhaltensbeobachtungsbögen (siehe Abbildung 2) genutzt werden, die dem Lebensumfeld der Klientin ggf. angepasst werden.

Unter Einbeziehung dieser Perspektiven lassen sich Fragen klären wie: Liegt eine psychische Störung vor oder sind problematische Erlebens- bzw. Verhaltensweisen Ausdruck einer Entwicklungsverzögerung bzw. Verhaltensauffälligkeit? Ist Psychotherapie indiziert und – wenn ja – mit welcher Zielsetzung? Außerdem: Welche Schlussfolgerungen ergeben sich für die Alltagsgestaltung? Geht es um das Verstehen einer Überlebensstrategie und der Subjektlogik oder kann das Verhalten durch eine pädagogische Intervention beeinflusst werden?

Psychotherapeutinnen-Variablen

Eine Grundvoraussetzung für die psychotherapeutische Arbeit ist aus Sicht des Verfassers – wie sonst auch – die positive Grundeinstellung zu den Anfragenden sowie eine Neugier auf den Menschen, Engagement und die Bereitschaft zum eigenen Lernen.

Notwendige Kompetenzen der Psychotherapeutin beziehen sich dann auf die individuelle Anpassung des Vorgehens und der Methodenelemente auf die vor ihr sitzende Person und

ihre aktuelle Situation. Erforderlich ist eine Übersetzungshilfe für die Klientin von der Ebene der Handlungen und des Verhaltens auf die der Wahrnehmungen und Gefühle (i. S. eines Hilfs-Ichs oder Vermittlerin). Weiterhin ist Geduld für die Langsamkeit der Prozesse und des Transfers eine Voraussetzung. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass immer wieder andere Personen in die Prozesse hineinreden (können).

Die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung erfordert die Bereitschaft zu einer einfachen Sprache mit klaren Absprachen (z. B. in Bezug auf die Umsetzung und Einhaltung von Terminen). Das psychotherapeutische Vorgehen ist darüber hinaus kleinschrittig aufzubauen, die einzelnen Schritte müssen häufig mehrfach wiederholt werden (direkt im konkreten Kontakt und später im Therapieverlauf) – dann, wenn sich eine Situation dazu anbietet.

Hinsichtlich der Methoden und des Vorgehens sind sicherlich Kreativität und Ideenreichtum gefordert, etwa für Gespräche in Kontextsituationen mit oder ohne vorgegebene Zeitstruktur z. B. während eines Spazierganges, während des Malens oder einer anderen Tätigkeit. Immer wieder unterstützen Symbole, Zeichen, Signale oder Rituale die Therapie.

Fallbeispiel:

Eine vierunddreißigjährige Klientin, die stark von ihrer Mutter dominiert in einem Wohnheim lebte, wurde aufgrund einer Selbstwertproblematik vorgestellt. Im Verlauf der Therapiegespräche erarbeitete ich mit der Klientin ihr zur Verfügung stehende Möglichkeiten, Wünsche und Bedürfnisse zu äußern oder „Nein“ zu sagen. Diese wurden u. a. in Rollenspielen eingeübt. Zusammen erstellten wir ein laminiertes rotes Abbild ihrer Hand, das sie als Übungsfeld im wöchentlichen Wohngruppengespräch jeweils hochhalten sollte, um zu signalisieren, „Stopp, ich will etwas sagen!“ oder „Stopp, damit bin ich nicht einverstanden!“ Im WG-Team wurde der Einsatz der „roten Hand“ i. d. S. vereinbart, dass die gesprächsführende Kollegin das Zeichen verbal wertschätzen sowie eine Äußerung der Klientin dazu anregen und im Gespräch aufnehmen sollte. Dies diente einem Transfer der psychotherapeutischen Inhalte in die reale Wohngruppensituation, dem andere Situationen folgten.

Sinnvoll und Bestandteil des Vorgehens des Verfassers ist auch die Ergänzung des psychotherapeutischen Vorgehens mit nonverbalen bzw. kreativen Angeboten wie z. B.

- a) aus der Prä-Therapie (Prouty et al., 2015), körperorientierten Ansätzen wie der Gestalttherapie, z. B. der Anpassung von van Vugt und Besems (2004), oder aus der Biografiearbeit.
- b) Auch Smiliekarten und andere Visualisierungen, Puppen/ Stofftiere oder Playmobilfiguren haben sich bewährt ebenso wie
- c) handlungsorientierte Angebote, z. B. Malen, Übungen, Rollenspiele oder auch Gruppenangebote zu sozialen Fertigkeiten (social skills).

Darüber hinaus haben sich Impulse aus anderen Fachgebieten nach Bedarf als hilfreich für die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung erwiesen, wie z. B.

- der Empowerment-Ansatz (Herriger, 2006), der die Stärkeperspektive einer Klientin in den Vordergrund stellt statt ihrer Defizite („Ich kann ...“),
- das SIVUS-Konzept (Soziale und individuelle Entwicklung durch gemeinschaftliches Handeln) (Walujo & Malmström, 1996; Janßen 2009), das eine pragmatisch kurze Anleitung zur einem systematischen Lernzyklus bestehend aus Planung und Reflexion von Aktivitäten für Klientinnen und ebenso für die beratende Arbeit in Wohngruppenteams bietet oder
- die Arbeit mit der Biografie als Rehistorisierung der Lebensgeschichte (Jantzen & Lanwer-Koppelin, 1996).

Als Psychotherapeutin muss man auch die Diffusität des Störungsbildes im Blick behalten (das als „overshadowing“ bezeichnete Überlappen von Anteilen der geistigen Behinderung mit einer psychischen Störung und von „Doppeldiagnosen“). Hinzu kommt die Frage danach, welches Verhalten oder welche Eigenart Ausdruck bzw. Folge der geistigen Behinderung ist, welches ggf. auf eine psychische Störung hinweist und welches eher der dauerhaften Unterbringung in Einrichtungen sowie der längerfristigen Auswirkung einer Medikation zuzurechnen ist.

Die Psychotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung erfordert im Einzelfall auch eine Flexibilität in Bezug auf eine aufsuchende, niedrigschwellige Arbeit, die auch Sitzungen in der WfbM notwendig machen kann. Besuche in Wohnung, Wohnheim, Familie oder Werkstatt sind sinnvoll, um sich ein möglichst vollständiges Bild von der Klientin zu machen, wenn es ausschließlich durch den individuellen wöchentlichen Termin nicht ausreichend differenziert werden kann. Psychotherapeutische Arbeit ist manchmal z. B. in den Räumen der WfbM allein deshalb notwendig, um die Verlässlichkeit der Terminwahrnehmung zu erhöhen. Denn aufgrund des „Status“ der Klientin als Empfängerin von staatlicher Hilfe kann keine ausreichende Ausfallvereinbarung getroffen werden. Eine solche kann ggf. nur pädagogisch eingesetzt und wirksam werden (z. B. 5,- € bis 10,- €), um eine größere Verpflichtung zu unterstützen. Es kommt immer wieder vor, dass z. B. ein Friseurtermin eine höhere Priorität erhält als die psychotherapeutische Verabredung.

Auch ist bei Klientinnen, die in der Ursprungsfamilie leben, die Besonderheit der „behinderten Familie“ zu berücksichtigen: Väter und Mütter müssen die besseren Pflegerinnen, Sozialarbeiterinnen, Juristinnen und Einrichtungsleiterinnen sein, damit ihr (erwachsenes) Kind mit geistiger Behinderung all die Hilfen auch wirklich erhält, die ihm rechtlich zustehen. Der Ablösungsprozess ist darüber hinaus aufgrund von Schuldgefühlen und der bisherigen 24-Stunden-Zuständigkeit der Eltern immer ein schwieriger Prozess. Die Rolle von Kränkungen der Mutter aus Sicht eines psychodynamischen Ansatzes ist bei *Werther (2005)* beschrieben. Eine sensible Angehörigenarbeit auf Basis des Empowerment-Ansatzes kann deshalb eine wichtige Ergänzung der psychotherapeutischen Prozesse sein (Janßen & Bücker, 2005).

Externe Variablen, die die Arbeit beeinflussen

Menschen mit geistiger Behinderung werden stationär wie auch ambulant zum größten Teil über Bezugspersonen angemeldet, der „Leidensdruck“ liegt bei den Betreuenden. Übersetzt könnte die Motivation lauten: „Die Person braucht Hilfe/Therapie, weil WIR (im Umfeld) Probleme haben!“ Hier kommt der Klärung der Motivation der Klientin zur Psychotherapie in grundsätzlicher Hinsicht und jeweils situativ eine besondere Rolle zu.

Psychotherapie findet auf dieser Grundlage in einem Arbeitsfeld statt, das stark von anderen Disziplinen und ihren Interventionsformen beeinflusst ist (z. B. Heilpädagogik, Psychiatrie). Häufig sind neben der Psychotherapeutin andere Berufsgruppen oder Angehörige beteiligt – deutlich mehr, als in der Therapie mit nichtbehinderten Menschen. Da sind Angehörige wie Partner bzw. Partnerin, Mutter oder Vater und Geschwister zu nennen sowie unter den Professionellen Betreuende in der Wohngruppe, Tagesstätte oder WfbM, wie auch Heilpädagoginnen oder Einrichtungsärztinnen und Allgemeinmedizinerinnen bzw. Psychiaterinnen.

Für die psychotherapeutische Arbeit bedeutet diese Vielfalt der Einflussnahme die Notwendigkeit der Kooperation und häufig auch Koordination zwischen den beteiligten Personen und Gruppen sowie ggf. die Verhandlung von Vorgehensweisen oder einer gemeinsamen pädagogischen Richtung. Dabei ist manchmal erhebliches Verhandlungsgeschick erforderlich, um eine für die Klientin förderliche pädagogische Unterstützung zu erzielen.

Eine gemeinsame Richtung ist insbesondere wichtig bei der Vermittlung von psychotherapeutischen Inhalten und deren Umsetzung in der Begleitung und Unterstützung (s. o. die „Rote Hand“ im Fallbeispiel) sowie in Bezug auf die Arbeit in und mit den Betreuungsteams. Vor allem in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit schwerer geistiger Behinderung ist diese Einbeziehung und Kooperation als wichtigster Bestandteil absolut notwendig. Sie hat oft große Auswirkungen auf das „Problem“ (auch in Bezug auf die Anerkennung der „schweren“ Arbeit mit diesen Menschen in der pädagogischen Begleitung). In dieser differenzierten Zusammenarbeit sind Fehler und Pannen menschlich und manchmal nicht zu vermeiden. Zielvereinbarungen mit den Betreuenden sollten primär Ergebnis der Diagnose sein, sie sind jedoch oft auch Ergebnis der Verhandlung mit den Begleitpersonen. Das Vorgehen der Einbeziehung der Betreuenden wirft aber gleichzeitig Fragen der Loyalität zur Klientin und hinsichtlich der Schweigepflicht auf (z. B. in einer „Helferkonferenz“). Hinzu kommt die Tatsache, dass das Umfeld aufgrund des zunehmenden Einsatzes angelernter Hilfskräfte häufig wenig und z. T. fragwürdiges Wissen und zu wenig Gespür für den Menschen und das beabsichtigte psychotherapeutische Vorgehen hat (Finzen, 1993). Eine Therapie wird unter „ferner liefen“ manches Mal „vergessen“. Und schließlich ist zu berücksichtigen, dass häufig mehr als Zweidrittel der Professionellen Frauen sind. Lernfelder können aus diesem Grund für Klienten eingeschränkt sein (Janßen, 2015a, 2015b).

Fazit

Die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung ist möglich. Sie ist auch gar nicht schwer. Trauen Sie sich, beginnen Sie und sammeln Sie so Erfahrungen.

Nehmen Sie die Not der Menschen mit geistiger Behinderung in Ihre Arbeit auf und helfen Sie, den Bedarf an Psychotherapie besser zu decken.

Für die psychotherapeutische Arbeit ist eine Anpassung der Methoden notwendig – wie sonst häufig auch. Die Psychotherapeutenkammern müssen dieses Engagement unterstützen. Das bedeutet z. B. Lobbyarbeit für eine Anpassung und Verbesserung der Psychotherapiebedingungen für diese Klientel und ihre Abrechenbarkeit sowie der Aufbau passender Fort- und Weiterbildungen und die Vernetzung.

Wie dargestellt haben neben vereinzelt Psychologischen Psychotherapeutinnen in Deutschland v. a. Kolleginnen in den größeren Einrichtungen Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung. „Der Transfer dieser Erfahrungen erfolgt bisher überwiegend dann, wenn frühere Angestellte ihre Kenntnisse aus den Einrichtungen in die ambulante Versorgung mitnehmen, sobald sie sich niederlassen“ (Werther, 2005, S. 119). Aus Sicht des Verfassers ist das nicht mehr ausreichend, wenn die Vorgaben zur Inklusion aus der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (2006) ernst genommen werden. Solange müssen jedoch Möglichkeiten zur Finanzierung psychotherapeutischer Arbeit in den Einrichtungen über die Eingliederungshilfe im neuen Bundesteilhabegesetz bestehen bleiben.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Quellen. Das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe e. V. (2001). Expertise zu bedarfsgerechten gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als notwendiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und zur Förderung ihrer Partizipationschancen. Reutlingen: Diakonie-Verlag.

Glaserapp, J. & Schäper, S. (Hrsg.). (2016). Barrierefreie Psychotherapie, Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutischer Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. Dokumentation der Tagung der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit geistig Behinderter (DGSGB) 11.3.2016. (Materialien der DGSGB, 37). Berlin. Verfügbar unter: <http://dgsgeb.de/index.php?volume=978-3-938931-38-7> [03.11.2018].

Irblich, D. & Stahl, B. (Hrsg.). (2003). Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. Göttingen: Hogrefe.

Janßen, C. & Wortberg-Börner, M. (2003). Heim in die Wohnung ... – Soziale Netze für Menschen mit geistiger Behinderung. Soziale Psychiatrie, (4), 29-31. Verfügbar unter: http://www.sivus-online.de/Organisatorisches/Veroffentlichungen/V_Download/Texte_8-14/Text_9/Soziale_Netze-1.pdf [03.11.2018].

Jantzen, W. (1990). Isolation. In H. G. Sandkühler (Hrsg.), Europäische Enzyklopädie zu Philosophie und Wissenschaften, Bd. 2 (S. 714-716). Hamburg.

Schanze, C. (Hrsg.). (2007). Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung: Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen. Stuttgart: Schattauer.

Schanze, C. (2017). Der sich und Andere behindernde Mensch mit Lernschwierigkeiten. In K. Dörner, U. Plog, T. Bock, P. Brieger, A. Heinz & F. Wendt (Hrsg.), *Irren ist menschlich* (24. neubearbeitete Aufl.) (S. 91-134). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Seidel, M. (2008). Psychotherapie bei Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe. *Psychotherapie im Dialog*, 9 (2), 138-143.

Vereinte Nationen. (2006). „Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung“ – UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen. 13. Dezember 2006, abgestimmte deutsche Übersetzung.

Werther, F. (2005). Warum finden Menschen mit geistiger Behinderung so schwer einen ambulanten Psychotherapieplatz? Überlegung zu den Ursachen und Gedanken zur Überwindung der Misere. *Psychotherapeutenjournal*, 4 (2), 116-122.

Werther, F. & Hennicke, K. (2008). Der Versuch einer Bestandsaufnahme. *Psychotherapie im Dialog*, 9 (2), 117-124.



Dipl.-Psych. Christian Janßen

Karl-Siebold-Weg 9
33617 Bielefeld christian.janssen@bethel.de

Dipl.-Psych. *Christian Janßen* arbeitet für die v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel in Bielefeld in der Funktion des Vorsitzenden der Gesamtmitarbeitendenvertretung und als Psychologe. Zudem ist er als Psychologischer Psychotherapeut mit Versorgungssicherstellungsauftrag tätig, veröffentlicht zu verschiedenen Themen und engagiert sich in der Fortbildung z. B. für angehende Fachärztinnen. Als Vorsitzender des Aufsichtsrates bei Gemeinsam Wohnen in Bielefeld e. V. hat er die Vernetzung von Psychotherapeutinnen für Menschen mit geistiger Behinderung in Bielefeld als Ziel.