



Besonderheiten der Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung

Christian Janßen

Christian Janßen
Dipl.-Psych, Psych. Psychotherapeut
In den Barkwiesen 15
33613 Bielefeld
Tel./AB 895326
Tel. dienstl. 144-5049
mailto:info@sivus-online.de
Internet: www.sivus-online.de



Christian Janßen

Dipl.-Psychologe
Psychologischer Psychotherapeut
Verhaltenstherapeut

hauptberuflich seit 1991 in den v.Bodelschwingschen Stiftungen
Bethel, in Bielefeld, Stiftungsbereich Bethel.regional
derzeit Vorsitzender der Gesamtmitarbeitendenvertretung
nebenberuflich seit 2000 mit Ermächtigung für den Personenkreis
Menschen mit geistiger Behinderung tätig

ehrenamtlich im Verein
Gemeinsam Wohnen in Bielefeld e.V.
„TherapeutInnenliste Bi und OWL“ unter www.sivus-online.de

Geistige Behinderung - Annäherung an eine Definition



ICD 10 (1991) – F 70

1. Intelligenzminderung:
eine sich in der Entwicklung manifestierende stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten mit besonderer Beeinträchtigung von Fähigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen wie z.B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten.
2. Das Anpassungsverhalten ist stets beeinträchtigt.
3. **Eine Intelligenzminderung kann allein oder mit einer anderen psychischen oder körperlichen Störung einhergehen.**

3

Geistige Behinderung - Annäherung an eine Definition



4. Intelligenzminderung:

F70.x	leichte Intelligenzmind.	IQ 50 – 69	IA 12 – 9
	Lernschwierigkeiten in der Schule. Viele Erwachsene könnten auf dem 1. Arbeitsmarkt arbeiten, gute soziale Beziehungen unterhalten und ihren Beitrag zur Gesellschaft leisten.		
F71.x	mittelgradige Intell.-mind.	35 – 49	9 - 6
	Deutliche Entwicklungsverzögerung in der Kindheit. Die meisten können aber ein gewisses Maß an Unabhängigkeit erreichen und eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit und Ausbildung erwerben. Erwachsene brauchen in unterschiedlichem Ausmaß Unterstützung im täglichen Leben und bei der Arbeit.		
F72.x	schwere Intelligenzmind.	20 – 34	6 - 3
	Andauernde Unterstützung ist notwendig.		
F73.x	schwerste Intelligenzmind.	< 20	< 3 Jahre
	Die eigene Versorgung, Kontinenz, Kommunikation und Beweglichkeit sind hochgradig beeinträchtigt.		
F78.x	andere Intelligenzminderung, F79.x nicht näher bezeichnete I.		

4

Geistige Behinderung - Annäherung an eine Definition



Annäherungen an eine Definition aus sozialpsychiatrischer Sicht:

(Dörner & Ploog, 1986 - neueste Auflage 2013)

- Menschen mit geistiger Behinderung oder Menschen mit Lernschwierigkeiten (People First) oder Menschen mit Einschränkungen
- Geistige Behinderung gehört zu dem, was ich mit auf die Welt bringe:
 - Haarfarbe
 - Augenfarbe
 - Körpergröße u.a.= eine Eigenschaft, ein Merkmal, eine Einzigartigkeit.
- Geistige Behinderung ist eine **Eigenart**, die mich von den anderen unterscheidet, mein Leben lang.
- Das bedeutet, dass ich zu dieser Eigenart ein Verhältnis finden muss. Das bedeutet jedoch auch, dass die mit mir Lebenden (Familie, Spielfreunde u.a.) ebenfalls ein Verhältnis zu meiner Eigenart finden müssen.

5

Geistige Behinderung - Annäherung an eine Definition



- Als geistig behinderter Mensch bin ich behindert, ich werde jedoch auch behindert:
 - Aussonderung: Spielen, KiTa, Schule, Clique, Arbeit
 - Heimaufnahme z.T. weit vom Wohnort entfernt
 - Euthanasie im Nationalsozialismus
- die **Wirtschaft** definiert Geistige Behinderung als Störung der Produktion / Produktivität und hat die Menschen ausgesondert in Werkstätten für behinderte Menschen:
 - einfache Arbeiten sind durch Maschinen ersetzt worden,
 - Anforderungen am Arbeitsplatz an Tempo, Flexibilität, Konzentration etc.

Unter diesem Aspekt wurde ein immer größerer Teil der Bevölkerung als behindert - arbeitsbehindert - aus dem 1. Arbeitsmarkt ausgesondert: ebenso wie „die Alten“ ab 50 Jahre.

6

Geistige Behinderung - Annäherung an eine Definition



- **Das „Problem der geistigen Behinderung ist dreigeteilt (Dörner/Plog, 1986, S.71f):**
 - a. eine Frage des endogenen Anteils:
Haarfarbe, Augenfarbe, Körpergröße und auch Intelligenz werden vererbt. Dies ist die Basis der einzigartigen Individualität und damit auch der Würde des Menschen.
 - b. eine Frage des psychosozialen Anteils:
Überzufällig häufig findet man leichte und mäßige Geistige Behinderung da, wo der Zugang an Bildungsmöglichkeiten behindert ist, also in den unteren Sozialschichten, auf dem Lande und in verwahrlostem Milieu
 - c. eine Frage des körperlichen Anteils:
es wurden in den letzten Jahrzehnten eine Reihe von körperlichen Krankheiten oder Störungen entdeckt, die vor, während oder nach der Geburt hirnschädigend und damit intelligenzmindernd wirken. Schwere geistige Behinderungen verteilen sich daher auch eher gleichmäßig über alle soziale Schichten.

7

Geistige Behinderung - Annäherung an eine Definition



Definition von geistiger Behinderung aus sozialpsychiatrischer Sicht (Dörner & Plog, 1986, S.70/71):

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/sie versucht, ein Selbstwertgefühl herzustellen, z.T. äußert sich diese Strategie in „Verhaltensstörungen“, wie wir als nicht behinderte sie bezeichnen)

Von außen betrachtet wirkt sich dies als Mangel der Reifung, des Lernens und/oder der sozialen Anpassung aus.

Geistige Behinderung zeigt sich schwerpunktmäßig
beim Kleinkind als Reifungsstörung,
beim Schulkind als Lernstörung
und beim Erwachsenen als Anpassungsstörung.

8

Modellvorstellungen zur Psychotherapie



Zugänge zur Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung u.a.:

- Psychoanalytische Konzeption (A. Lingg und G. Theunissen, 1993)
- Psychoanalytische Konzeption (Chr. Gaedt, 1993)
- Verhaltenstherapie (F.H. Kanfer, u.a. 1990)
- Gesprächspsychotherapie (I. Badelt, 1994)
- (- Prätherapie (G. Prouty, 1976)
- Gestalttherapie (G. van Vugt & T. Besems, 1981)
- Systemisches Konzept (K. Hennicke, 1994)

Impulse aus anderen Fachgebieten:

- Empowerment (N. Herriger, 2002)
- SIVUS (Soziale und individuelle Entwicklung durch gemeinschaftliches Handeln, Walujo, 1978)
- Biografiearbeit: Rehistorisierung (W.Jantzen & W. Lanwer-Koppelin, 1996)

Janßen, Ptk-NRW (2017)

9

UN-Übereinkommen über die Rechte behinderter Menschen (2006)



Artikel 3 – Inklusion

- Akzeptanz von Behinderung als Bestandteil menschlicher Normalität
- volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft

Artikel 25 – Resümee:

- Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie für andere Menschen
- Gesundheitsleistungen, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden

10

Modellvorstellungen zur Psychotherapie Zentrale Bestandteile und Gemeinsamkeiten



Es finden sich ähnliche Bestandteile des Settings und des Vorgehens auf der Basis der jeweiligen Modelvorstellung:

- aktivere Rolle der Therapeut/-in sowie das Vorgehen als Modell oder über die Rolle eines stellvertretenden Ichs
- Anpassung des Vorgehens und der Methoden auf der jeweiligen Grundlage
- Eklektisches Vorgehen
- Ansatz an den Belastungen (in Heim oder WG, Ideal vs. Realität, Diskriminierungen im Alltag etc.)
- Diagnostische Frage: „Wozu?“, „Wofür steht ein Verhalten?“
- Das Individuum wird in seinem Kontext wahrgenommen
- Beeinflussung der Umwelt - Einbeziehung von Bezugspersonen und WfbM.
- Variabilität in Bezug auf Ort, Inhalt und Zeit der therapeutischen Kontakte
- Auch Aktivitäten (wie gemeinsames Kochen, Puppenspiele) und kreative Medien/Materialien werden genutzt

Janßen, PtK-NRW (2017)

11

Besonderheiten bei der Psychotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung



Strukturaspekte

- PT findet in einem Arbeitsfeld statt, dass stark von anderen Disziplinen und ihren Interventionsformen beeinflusst ist (z.B. Heilpädagogik, Psychiatrie),
- Häufig sind neben Psychotherapeut/-innen andere Berufsgruppen oder Angehörige an der PT von Menschen mit geistiger Behinderung beteiligt - deutlich mehr, als in Therapie mit nichtbehinderten Menschen: Partner/-in, Angehörige wie Mutter, Vater, Geschwister, Betreuende hinsichtlich Wohnen oder WfbM, HeilpädagogInnen, Einrichtungsarzt ggf. andere Ärzt/-innen
⇒ d.h. Notwendigkeit der Koordination und Kooperation zwischen diesen Personen sowie ggf. Verhandlung von Vorgehensweisen / einer gemeinsamen pädagogischen Richtung.
- Frage: Wer definiert das „Problem“ – das (un)erwünschte Verhalten?
 - Bezugsperson oder
 - Klient/-in

Janßen, PtK-NRW (2017)

12

Besonderheiten der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung



- Menschen mit geistiger Behinderung werden auch im ambulanten Setting zum größten Teil **über Bezugspersonen angemeldet**:
 - der „Leidensdruck“ liegt bei den Betreuenden:
„Die Person braucht Hilfe/Therapie, ... weil wir (im Umfeld) Probleme haben!“
 - **Klärung der Motivation** der/s KlientIn zur Psychotherapie
 - a. grundsätzliche und
 - b. situative Motivation
- **familiäre Verwicklungen**:
„Verwicklungen“ sind häufig: „Ablösungsproblematik“, Loslassen v.a. der Mütter, Überforderungen des familiären Systems

Janßen, PtK-NRW (2017)

13

Besonderheiten bei der Psychotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung



Abstimmung des „pädagogischen Feldes“

- **bei therapeutischen Inhalten**:
insbesondere die Vermittlung von Therapieinhalten für die Begleitung und Unterstützung bei deren Umsetzung (z.B. „rote Hand“ als Stopp-Signal)
- **Arbeit in und mit den Betreuungsteams** ist (v.a. Menschen mit schwerer geistiger Behinderung) notwendig und wichtiger Bestandteil der Arbeit. Sie hat oft große Auswirkungen auf das „Problem“ (z.B. einheitliches pädagogisches Vorgehen, Anerkennen der „schweren“ Arbeit).

Mögliche Probleme:

- Zielvereinbarungen ergeben sich aus der Diagnose, aber v.a. in der Verhandlung mit den Betreuenden (s.o.)
- Loyalität zur Klientin und hinsichtlich der
- Schweigepflicht (z.B. in der „Helferkonferenz“)
- Umfeld hat wenig Wissen; Therapie unter „ferner liefern“; MA haben z.T. wenig Gespür,
- Gendereffekte: Mitarbeitende in den Wohngruppen sind zum überwiegenden Teil Frauen.

Janßen, PtK-NRW (2017)

14

Besonderheiten bei der Psychotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung



Therapeut/-innen-Variablen

- Positive Grundeinstellung zu den anfragenden Menschen.
Neugier auf den Menschen und die Bereitschaft zum Lernen.
- **Kompetenzen der Therapeut/in**
 - individuelle Anpassung des Vorgehens und der Methodenelemente auf die Person und ihre aktuelle Situation,
 - Übersetzungshilfe von der Ebene der Handlungen und des Verhaltens auf die der und Wahrnehmungen und Gefühle (i.S. eines Hilfs-Ichs und Vermittlerin),
 - Geduld: Langsamkeit der Prozesse und eines Transfers, außerdem: es reden andere Personen in die Prozesse hinein,
 - Kreativität
 - Gespräche in Kontextsituationen mit oder ohne Zeitstruktur z.B. während eines Spazierganges, während des Malens oder einer anderen Tätigkeit
 - Symbole, Zeichen, Signale verwenden:
z.B. Rote Hand als Signal „Stopp ich möchte etwas sagen!“
 - Flexibilität im Vorgehen: eine aufsuchende, niedrigschwellige Arbeit (Sitzungen in der WfbM, es kann spontan Bedürfnisse geben, die vorgehen etc.). Schwer umsetzbar in Praxen.

Janßen, Ptk-NRW (2017)

15

Besonderheiten bei der Psychotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung



Weitere Aspekte:

- Die Rolle der Therapeut/-in ist oft aktiver und gestaltender, als sonst in der Psychotherapie üblich.
- Notwendigkeit klarer, einfacher Absprachen (z.B. in Bezug auf die Schwierigkeit, Terminabsprachen einzuhalten / einhalten zu können)
- Psychotherapeutisches Vorgehen ist kleinschrittig aufzubauen, die einzelnen Schritte müssen häufig mehrfach wiederholt werden (direkt im konkreten Kontakt und später im Therapieverlauf).
- Nonverbale bzw. ergänzende/kreative Angebote einsetzen:
 - a. Prätherapie, körperorientierte Ansätze, Biografiearbeit / Rehistorisierung.
 - b. Smiliekarten, Malen, Visualisierung, Puppen/Stofftiere, Playmobilfiguren
- Handlungsorientierte Angebote: Übungen, Rollenspiel, Stabilisierungsgruppe, Gruppenangebot zu sozialen Fertigkeiten (social skills)
- Diffusität des Störungsbildes (Overshadowing und „Doppeldiagnosen“): Was ist Ausdruck der geistigen Behinderung, einer psychischen Störung, von Hospitalisierung oder einer längerfristigen Auswirkung der Medikation?¹⁶

Janßen, Ptk-NRW (2017)

Besonderheiten bei der Psychotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung



Klient/-innen-Variablen

- häufig ist es das erste Mal, dass die Person eine ungeteilte Aufmerksamkeit und Parteilichkeit erfährt (eine Person, die gezielt in einer dyadischen Situation zuhört).
- Psychotherapie ist daher (zunächst) primär Beziehungsangebot
- Menschen mit einer geistigen Behinderung haben oft eine sehr hohe emotionale Wahrnehmungsfähigkeit:
 - sie erfassen Stimmungen und Schwingungen und
 - insbes. in Bezug auf Authentizität.
- „Ich bin anders und kann nicht so, wie alle anderen!“
 - ⇒ Die Orientierung am (vermeintlichen) gesellschaftlichen Ideal ist bei Menschen mit leichter geistiger Behinderung stark ausgeprägt, ohne dass sie dieses Ideal jemals erreichen können
 - bzw. gerade weil sie es nie erreichen werden.
 - (Der Orientierungsrahmen wird dabei v.a. durch das Fernsehen und Werbung vermittelt).
 - = Diskrepanz zwischen Ich-Ideal und Realität.

Janßen, Ptk-NRW (2017)

17

Besonderheiten bei der Psychotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung



- Die **Lebensgeschichte** ist immer eine besondere („behinderte Biografie“: Krankenhausaufenthalte, Trennungen und Beziehungsabbrüche (Bezugspersonenwechsel), Heimaufenthalte, Heilpädagogik, Förderung, diverse Therapien etc.)
- **Transferprobleme**
 - a. zeitlicher Transfer (Probleme oft von einem zum nächsten Termin)
 - b. inhaltlicher Transfer (Übertragung eines Musters auf ähnl. Themen)
 - c. Transfer aus der Therapie auf den Alltag.
- begrenzte **Einsichtsfähigkeit**: Absprachen, Verträge, Hausaufgaben etc. (Abhängig von den kognitiven Fähigkeiten, Transferfähigkeiten, Betreuenden ...)
Themen können nur bedingt aufbauend bearbeitet werden
- Einbeziehung der (allgem. und akuten) **Auswirkung der Medikation** auf das Verhalten oder Konzentrationsfähigkeit etc. (Psychopharmaka, Antiepileptika)

Janßen, Ptk-NRW (2017)

18

Diagnostik



Probleme in der Psychodiagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung

- Eine fundierte Diagnostik braucht Zeit und Kenntnis der/s Klientin
- Standarddiagnostik ist nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich (ggfls. Brief Symptom Inventory – BSI (Franke, 2000) als Verlaufsmessung)
- Intelligenztests liefern nur Annäherungswerte zur Bestimmung der individuellen kognitiven Fähigkeiten und das bei eher leichter geistiger Behinderung!
Intelligenztests dienen daher nur noch als ein Mosaikstein im Rahmen der pädagogischen Förder- bzw. Entwicklungsdiagnostik.
- Diagnose im subjektiven Feld: Team – Angehörige (Beobachtungen im Lebensumfeld des Klienten)
- Verhaltensbeobachtung und -analyse

Janßen, PtK-NRW (2017)

19

Diagnostik durch Verhaltensbeobachtung



- **Verhaltensbeobachtung: xxxxxxxx**
Datum, mo - di - mi - do - fr - sa – so, Früh- - Spätdienst, Uhrzeit, Mitarbeiter/-in
- **2. Was war?**
- **1. Was war davor?**
Was hat xxxx gemacht?
Was habe ich (MAin) gemacht?
Was haben die Mitbewohner/-innen gemacht?
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?**

20

Diagnostik



- Mehr Wert wird auf die Feststellung des Entwicklungsstandes gelegt z.B. hinsichtlich
 - lebenspraktischer Kompetenzen (Fähigkeit zur Selbsthilfe, Kommunikation),
 - der emotionalen und sozialen Entwicklung,
 - persönliche Verantwortung (Vertrauenswürdigkeit),
 - soziale Verantwortung (Gruppenintegration) und
 - ökonomische Selbstständigkeit (Umgang mit Geld).
- Diagnostik des sozial-emotionalen Entwicklungsstandes:
 - Entwicklungsfreundliche Beziehung (B. Senckel, 1996, 2006)
 - Schema für emotionale Entwicklung“ (SEO, Došen (2010)
 - Skala zur Einschätzung des Sozial-Emotionalen Entwicklungsniveaus (SEN, Hoekman et al. (2011)

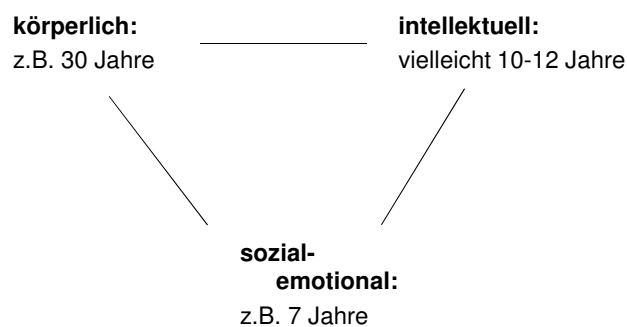
21

Diagnostik



Der Entwicklungsstand in verschiedenen Bereichen kann auseinander „fallen“:

Beispiel: Eine Klientin



Janßen, Ptk-NRW (2017)

22

Besonderheiten bei der Psychotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung



Häufige Inhalte der Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung:

- Zuwendung/Aufmerksamkeit
- Selbstwert / -stabilisierung
- Einsamkeit
- Ich-Entwicklung
- Biografie
- Lebenssinn
- Lebensperspektive (Wohnen, Arbeiten, Beziehung)
- Wahrnehmen und Äußern von Bedürfnissen und Wünschen
- Stärke- und Ressourcenarbeit, Empowerment
- Realistischer Optimismus:
„Das kann ich - aber dabei brauche ich eine Hilfe/Unterstützung.“
- Umgang mit Grenzen (Nähe und Distanz)
- Frustrationen / Frustrationstoleranz
- Traumabearbeitung

23

Besonderheiten der ambulanten Psychotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung



- Normalisierung und Inklusion heißen, dass ambulant begleitete Menschen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) niedergelassene Therapeut/-innen aufsuchen sollen ...
... für die diese Menschen u.a. jedoch wirtschaftlich uninteressant sind.
Das Bundesteilhabegesetzes (BTHG) wird diesen Prozess auch auf stationär Begleitete ausdehnen. Dabei wird es vermutlich zu Streitigkeiten zwischen Kostenträger und GKV auf dem Rücken der Betroffenen kommen.
- Die Berührungsängste von niedergelassenen Psychotherapeut/-innen mit behinderten Menschen sind wie in der Gesellschaft ausgeprägt.
- Erfahrungen in der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung haben primär Psychotherapeut/-innen in stationären/teilstationären Einrichtungen und Beratungsstellen der Behindertenhilfe gesammelt (Werther, 2005).
- Die Kompetenz der niedergelassenen Psychotherapeut/-innen ist daher häufig nicht ausreichend bzw. sicher. In die ambulante Praxis kommen überwiegend Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung, sonst findet Psychotherapie höchstens in den Institutionen/Einrichtungen statt.

Janßen, Ptk-NRW (2017)

24

Besonderheiten der ambulanten Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung



- **Psychotherapie braucht Flexibilität im Vorgehen**
vs. Psychotherapie-Richtlinie für Methoden: PA, tiefenpsychol., VT
- **Psychotherapie braucht (mehr) Zeit**
vs. Psychotherapie-Richtlinie z.B. für Verhaltenstherapie 60/80 Std.
 - Aufbau und Erhalt von Vertrauen
 - Verständnisprobleme
 - Verständigungsprobleme
 - Wirksamwerden von Therapieinhalten
 - Einbeziehung von Bezugspersonen
 - Abstimmung des „pädagogischen Feldes“
- **Dauer der Therapiesitzung**
 - Kürzere Sitzungen aufgrund von begrenzten und schwankenden Konzentrations- und Aufmerksamkeitsspannen
vs. EBM „Dauer von mindestens 50/25 min.“

25

Besonderheiten - Verlässlichkeit der KlientInnen



- **Verlässlichkeit bei Überweisungen** oder der Krankenkassen-/Gesundheitskarte
- **Verlässlichkeit bei der Terminwahrnehmung:**
unkalkulierbare Terminplanung wegen der Unzuverlässigkeit:
 - eingeschränkte zeitliche und/oder örtliche Orientierung,
 - erfahrungsgemäß ist ein kontinuierlicher und pünktlicher Sitzungsrythmus fremd
 - das Erscheinen ist z.T. stark von aktuellen Bedürfnissen geprägt
 - dadurch gibt es häufig Ausfälle, Verspätungen oder ein Zufrühkommen,
vs. Abrechenbarkeit nach EBM ist unmöglich, wenn der/die Klient/-in nicht zur Sitzung kommt.
 - Organisation eines „Bringedienstes“ für die Wahrnehmung der Termine
 - Angebot spontaner Termine, dann wenn der Klient „da“ ist
 - das geht stationär ggfls. aber ambulant nicht
- **Verlässlichkeit in Absprachen**, „Hausaufgaben“, Verträge und ihre Vermittlung den Bezugspersonen gegenüber

Janßen, Ptk-NRW (2017)

26

Besonderheiten der ambulanten Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung



- **Aufsuchende Arbeit**
 - Besuche in der Wohnung, Wohnheim, Familie oder in der Werkstatt.
vs. eingeschränkte Abrechenbarkeit nur nach vorheriger Bewilligung
Frage: Was ist mit den Fahrtzeiten
 - Psychotherapeutische Arbeit außerhalb z.B. in Räumen der WfBM
- Es kann aufgrund des Status´ (Empfänger/in von staatlicher Hilfe) keine ausreichende Ausfallvereinbarung getroffen werden. Diese kann nur ggfls. pädagogisch eingesetzt und wirksam werden (z.B. 5,- bis 10,- €).

Und:

- Ärzt/-innen, die eine Überweisung wegen der Behinderung verweigern (weil sie Psychotherapie in diesem Personenkreis für nicht durchführbar halten)
- Gutachter/-innen, die eine Bewilligung wegen der Behinderung verweigern (v.a. bei tiefenpsychologisch und psychoanalytisch begründeten Psychotherapien)

Janßen, PtK-NRW (2017)

27

Besonderheiten der ambulanten Psychotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung



- Zusätzlich gibt es schlecht oder nicht refinanzierbaren Aufwand durch
 - begleitende, wiederholte und z.T. längere Telefonate,
 - Koordination der Beteiligten im Umfeld
 - Vermittlung von Angehörigen an Unterstützungsangebote wie Beratungsstelle, Familienentlastender Dienst etc.
 - Angehörigenarbeit (Beratung, A.-gruppe, triadisches Setting)
 - nachgehende bzw. aufsuchende Tätigkeiten→ ich beantrage n.B. 25 % der Sitzungen für Bezugspersonen

„Neues“ Problem:

- Die Geb.ziffer 23220 (Psychologisches Gespräch) ist eine Möglichkeit z.B. der Nachsorge oder als Sicherheit für die Klientin.
Die Nutzung ist jedoch als „nicht-genehmigungspflichtige Leistung“ kontingentierte, d.h. davon abhängig wird z.B. nur 80 % ausgezahlt (ein 50minütiges Gespräch wird dann nur mit etwa 45,- € brutto vergütet).

Janßen, PtK-NRW (2017)

28

Was tun? – als Psychologischer Psychotherapeut



- Ausnutzen der Kontingente mit entsprechender Argumentation und Begründung
- Einbeziehen der Bezugspersonen, Aufbau eines „Sicherheitsnetzes“
- „Nachsorge“ – Nutzung von Gesprächen als Sicherheit beim Ausschleichen: „Ich kann kommen, aber ich brauche es nicht!“

Nutzung von Unschärfen in den Richtlinien:

- Beantragung von Einheiten für die Bezugspersonen zusätzlich zum verfügbaren Kontingent durch begründeten Verweis auf die Richtlinien zur Psychotherapie von Kinder/Jugendlichen (Verhältnis 4:1).
- Begründete Neubeantragung einer Psychotherapie nach Ende der maximal möglichen Therapiekontakte.

Was tun? – als psychotherapeutisches Hilfesystem



- Mehr Bereitschaft und Kompetenz der niedergelassenen Psychotherapeut/-innen aufbauen, zumindest begrenzt mit diesem Personenkreis zu arbeiten.
 - Organisation von Fortbildungen
 - Bildung von Kompetenznetzen oder Vermittlungsstellen.
- Schaffung von Möglichkeiten der Ermächtigung für Psychotherapie in diesem Personenkreis (existiert nach dem PsychotherapeutInnengesetz jedoch nicht, sondern nach § 31, 1a ÄrztInnen-ZV)
- An Standorten von Einrichtungen der Behindertenhilfe mit psychotherapeutischer Kompetenz sollte diese Kompetenz genutzt werden durch
 - die Erleichterung von Ermächtigungen und/oder
 - die Schaffung von Ambulanzen für Menschen mit Behinderungen.

Was tun? – als psychotherapeutisches Hilfesystem



- Berücksichtigung der Besonderheiten der Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung im Rahmen der Abrechnung der Leistungen:
 - Möglichkeiten für eine längere Psychotherapie (mehr als 60/80 Sitzungen)
 - Erweiterung der Möglichkeit einer Abrechnung:
 - für kurzfristige Ausfälle
 - von Telefonaten (z.B. Abr.-nummer 23220)
 - zur Möglichkeit der Durchführung von Kontakten mit Bezugspersonen nach begründeter aktueller Notwendigkeit
 - von Biografiearbeit, gestalttherapeutischer und körperorientierter Arbeit
 - von aufsuchender Arbeit
 - von Arztkontakten (z.B. Kontakte mit Psychiater/-innen oder der Psychiatrischen Ambulanz)
 - für die Arbeit während eines Klinikaufenthalts
 - mit dem/r Klient/-in
 - mit der Station

Janßen, PtK-NRW (2017)

31

Was ist nötig?



- Eine Ermächtigung wird von Zulassungsausschuss in Westfalen-Lippe seit kurzem nur für 2 Jahre ausgesprochen
 - Therapien laufen bei mir über deutlich mehr als diese Zeit.
 - Ermächtigungszeiträume verlängern.
- Es gibt ebenfalls seit kurzem einen Mindestumfang der ermächtigten Tätigkeit von 13 Wochenstunden
 - bei 4-6 Therapiestunden in meiner Praxis bleibt die Unsicherheit, ob alle zwei Jahre erneut die Notwendigkeit einer Ausnahme gesehen wird.
 - Ausnahmeregelung für die Therapie mit dieser Klientel bei Ermächtigungen.
- Unbürokratische Krisenintervention unter Berücksichtigung der laufenden psychotherapeutischen Prozesse.
- Möglichkeiten zu niedrigschwelliger Hilfe (z.B. durch Kompetenz in bestehenden Beratungsstellen)
- Förderung von Kooperation / Fortbildung durch Kompetenznetze
- Vernetzung durch „TherapeutInnenliste“

Janßen, PtK-NRW (2017)

32

Erfahrungen mit der „TherapeutInnenliste“



- Lange Wartezeit
- Es gibt kaum niedergelassene Therapeut/-innen, die mit geistig behinderten Menschen arbeiten oder dazu bereit sind.
- Bereit sind Therapeut/-innen, die bereits in Bethel gearbeitet, Kompetenz besitzen und keine Berührungsängste mit diesem Personenkreis haben.
- Eine Reihe von Therapeut/-innen vermerken bei der KV, dass sie auch für diesen Personenkreis Angebote machen, lassen jedoch konkret keine Übernahme von KlientInnen erkennen.
- Die Liste der Schwerpunkte der KV-WL ist daher vermutlich nicht real.
- In Bielefeld sind 2-4 Therapeut/-innen bekannt, die konkret und kontinuierlich psychotherapeutisch mit geistig behinderten Menschen arbeiten.

Janßen, Ptk-NRW (2017)

33

Ein Beispiel – die eigene therapeutische Arbeit



Mein therapeutisches Modell ist eine Kombination aus:

- Verhaltenstherapie
 - Aufbau von positiven Lern- und Verstärkungsprozessen
- Einnehmen einer Stärkoperspektive / Empowerment
 - Akzentuierung der positiven Ressourcen, auf denen schrittweise aufgebaut werden kann: „Ich kann ...“ = „realistischer Optimismus“
- Gesprächspsychotherapie / Prätherapie
 - Aufbau von Vertrauen und therapeutischer Beziehung, Authentizität und Parteilichkeit (Anwalt der Klientin)
- systemisches Verständnis
 - Einbeziehung und Beeinflussung des pädagogischen Umfeldes i.S. eines einheitlichen pädagogischen Feldes für die Klientin
- Weitere Elemente:
 - Biografiearbeit (Kontakt mit der eigene Lebens-/Leidensgeschichte), Arbeit mit Elementen des SIVUS-Konzepts (im Klientenkontakt und mit dem Team: Planen – Tun – drüber reden)

Janßen, Ptk-NRW (2017)

34

Ein Beispiel – die eigene therapeutische Arbeit



Grundannahme (auf der Basis der Definition Dörner & Plog, 1986):

Geistige Behinderung kann als „Lebensentwicklung unter Isolationsbedingungen“ aufgefasst werden (W. Jantzen, Bremen)

Frage:

Welche „Überlebensstrategie“ zeigt sich in dem auffälligen Verhalten bzw. der psychischen Störung bzw. liegt ihr zugrunde bzw. was verunsichert die Person?

Laut: Aggression, Sachbeschädigung, Fremd- und Selbstverletzendes Verhalten

Leise: Rückzug, Depression

Ziel ist das Anerkennen dieser Überlebensstrategie, ihr Bewusstmachen und Überflüssigmachen.

Welche Sicherheiten braucht die Klientin

(ggfls. um auf das (auffällige) Verhalten verzichten zu können)?

(Wieder-) Herstellung entsprechender Sicherheiten und vertrauensfördernder Bedingungen. Anschließende Bearbeitung der psychischen Störung.

Janßen, Ptk-NRW (2017)

35

Ein Beispiel – die eigene therapeutische Arbeit



- Als Modell zur Entwicklung und der größeren Häufigkeit von psychischen Störungen auf der Grundlage einer geistigen Behinderung nutze ich das Vulnerabilitäts-Stressmodell (Zubin & Spring, 1977).
- Diagnostik des Entwicklungsstandes in verschiedenen Bereichen und deren Berücksichtigung beim psychotherapeutischen Vorgehen (ggfls. Brief Symptom Inventory (BSI, Franke, 2000) als Verlaufsmessung)
- Verhaltensbeobachtung im Feld von WG und Werkstatt. Im häuslichen Umfeld ist das deutlich schwieriger.
- Diagnose einer psychischen Störung erfolgt erst nach Ausschluss des Vorliegens von Eigenarten, „Verhaltensauffälligkeiten“ sowie von pädagogisch verursachten Problemen. D.h. ich setze eine spezifisch psychotherapeutische Vorgehensweise dann auf mit einem verhaltenstherapeutischen Modell bei Anpassungsstörung, Depression etc.
- Frage: Hat eine ICD-Klassifikation Auswirkungen auf das Vorgehen oder kann ich darauf verzichten? (Diagnosen bleiben z.T. jahrzehntelang in den Krankenakten und der Betreuungsdokumentation erhalten).

Janßen, Ptk-NRW (2017)

36

Ein Beispiel – die eigene therapeutische Arbeit

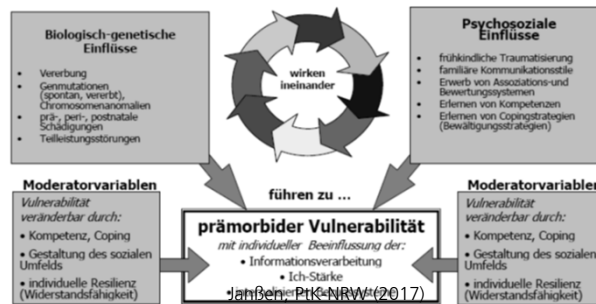


Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Zubin & Spring, 1977) zur Entstehung psychischer Störungen (Abb.: Chr. Schanze, 2007)

Vulnerabilitätskonzept

Auf der Basis des jeweiligen soziokulturellen Kontextes mit spezifischen:

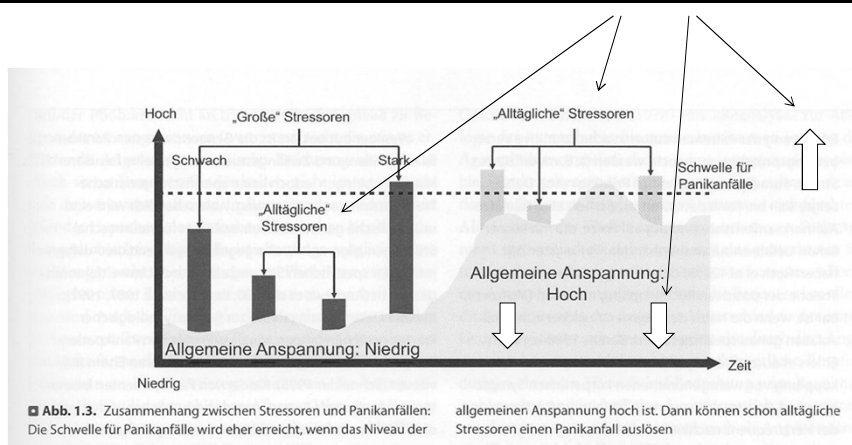
- sozialen Ressourcen
- Wertesystemen
- medizinisch-pädagogischen Versorgungsstrukturen



37

Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Hierauf kommt es an:



■ **Abb. 1.3.** Zusammenhang zwischen Stressoren und Panikanfällen: Die Schwelle für Panikanfälle wird eher erreicht, wenn das Niveau der allgemeinen Anspannung hoch ist. Dann können schon alltägliche Stressoren einen Panikanfall auslösen

Margraf, J. & Schneider, S., 2009, S.11

Janßen, Ptk-NRW (2017)

38

**Beispiel:
Nutzung von Spielpuppen (PlayMo)**



Janßen, Ptk-NRW (2017)

39

**Beispiel:
Nutzung von Spielpuppen (PlayMo)**



Janßen, Ptk-NRW (2017)

40

Beispiel: Bielefeld



- In Bielefeld wird seit 2000 im Rahmen meines Antrages auf Ermächtigung ein Versorgungseingpass für die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in Bielefeld festgestellt.
- sozialpolitische Festlegung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Förderung ambulanter vor stationären Plätzen.
→ derzeit wirtschaftspolitische Überlagerung aller Diskussionen
- Für den Standort Bielefeld mit ursprünglich mehr als 2000 stationären Plätzen der Behindertenhilfe verschiedener Anbieter (v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Lebenshilfe, Stiftung Ummeln) hatte dies in den letzten Jahren eine deutliche Ausweitung der ambulanten Begleitung für Menschen mit Behinderungen zur Folge.
- Vervielfachung von „nur“ .ca 200 Begleitungen 1999 auf heute etwa 500 Begleitungen von Menschen mit geistiger Behinderung

Janßen, PtK-NRW (2017)

41

Entwicklung meiner Anfragesituation



- Psychotherapeutisches Angebot:
4 Wochenstunden im Jahresdurchschnitt
im Rahmen einer Ermächtigung als Nebentätigkeit.
Das sind aufgrund der Ausfallquote jeweils 5-6 Klient/-innen.
- Insgesamt 210 Anfragen nach Durchführung von Psychotherapie.
- lediglich 8 Anfragen wurden während der Wartezeit zurückgezogen (weil der Therapieplatz nicht mehr benötigt wurde (7 Anfragen) oder weil während der Wartezeit ein Therapieplatz bei einem/r anderen Therapeut/-in frei wurde (1 Anfrage).
- Die Anfragen liegen konstant bei mehr als 10 Anfragen jährlich.
- Lange „Wartezeiten“- keine Warteliste mehr.
- Auf der TherapeutInnen-Liste nehmen die Meldungen ab.

Janßen, PtK-NRW (2017)

42

Entwicklung meiner Anfragesituation



Die Anfragen seit 2000 liegen jährliche zwischen 7 und 18,

Jahr	Anfragen	neue Therapieprozesse
2010	12	2
2011	18	1
2012	12	3
2013	11	4
2014	7	2
2015	11	2
2016	10	1
9.2017	9	3

Janßen, PtK-NRW (2017)

43

Erfahrungen



- Häufigkeit kurzfristiger Ausfälle (d.h. innerhalb von 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin).
- Insgesamt fielen mehr als 20 % der Kontakte auf diese Weise - über einen längeren Zeitraum betrachtet - aus (im Einzelnen von monatl. bis zu 50 %).
- Ein Ersatz durch eine/n andere/n Klient/-in ist bei verabredeten Terminen nicht möglich.

Monat	Erschienen	in Prozent
3.2017	14/19	74 %
5.2017	12/17	71 %
6.2017	15/15	100 %
9.2017	12/17	71 %

Janßen, PtK-NRW (2017)

44

Literatur



- Badelt, I., Die klientenzentrierte Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen, In: Lotz, W., Koch, U. & Stahl, B. (Hrsg.), Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen, Bern, Huber, 1994, S.141-153
- Buchner, T., Erleben von Psychotherapie aus Sicht von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung, Psychotherapie im Dialog, 2008, 9, 178-182
- Dörner, Kl. & Plog, U., Irren ist menschlich, Bonn, Psychiatrie-Verlag, 1986, 2016
- Došen, A. Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Göttingen, Hogrefe, 2010
- Endermann, M. & Sander, J., Psychotherapeutische Handlungsmodelle im Arbeitsfeld Geistige Behinderung, Geistige Behinderung, 1999, 2, 179-192
- Franke, G.H., Brief Symptom Inventory (BSI, Kurzform der SCL-90-R von L.R. Derogatis), Beltz, Weinheim, 2000
- Gaedt, Chr., Psychoanalytische Konzeption, K. Henricke & W. Rotthaus, Psychotherapie und geistige Behinderung, Dortmund, 1993
- Henricke, Kl., Therapeutische Zugänge zu geistig behinderten Menschen mit psychischen Störungen: traditionelles u. systemisches Konzept, Geistige Behinderung, 1994, 2, 95 ff
- Hensle, U., Einführung in die Arbeit mit Behinderten, Heidelberg, UTB, 1979 (1998²)
- Hoekman, J., Miedema, A., Otten, B. & Gielen, J. Skala zur Einschätzung des Sozial-Emotionalen Entwicklungsniveaus SEN, 2011
- Irblich, D. & Stahl, B. (Hrsg.), Menschen mit geistiger Behinderung, Göttingen, Hogrefe, 2003

Janßen, Ptk-NRW (2017)

45

Literatur



- Janßen, Chr. & Begemann, I., „Hier mach´ ich das jetzt alles alleine“ – Die SIVUS-Methode im Wohnheim, Bielefeld, Bethel Verlag, 1998
- Janßen, Chr., SIVUS. Ein Modell ganzheitlichen Lernens, In: Theunissen, G. & Wüllenweber E. (Hrsg.), Zwischen Tradition und Innovation, Marburg, Lebenshilfe Verlag, 2009, S.60-68
- Jantzen, W. & Lanwer-Koppelin, W., (Hrsg.), Diagnostik als Rehistorisierung, Berlin, Marhold, 1996
- Kanfer, F., Reinecker, H. & Schmelzer, D., Selbstmanagement-Therapie, Ein Lehrbuch für die klinische Praxis, Berlin, Springer, 1990
- Kleemann, J., Systemisches Denken und Therapie im Kontext geistiger Behinderung - die Sprache der Sprachlosen, In: Lotz, W., Stahl, B. & Irblich, D. (Hrsg.), Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung, Bern, Huber, 1996, S. 194ff.
- Lingg, A. & Theunissen, G., Psychische Störungen bei geistig Behinderten, Freiburg, 1994
- Meins, W., Psychische Störungen bei geistig Behinderten - Prävalenz und psychopathologische Besonderheiten, Zeitsch. KPPP, 1994, 42, 274-285
- Pörtner, M., Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen - personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen, Stuttgart, Klett-Cotta, 1999 (2.Aufl.)
- Sander, J. & Endermann, M., Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung im institutionellen Rahmen: Merkmale von Therapeuten und ihren Klienten, Report Psychologie, 1997, 7, 493-499

Janßen, Ptk-NRW (2017)

46

Literatur



- Schanze, Chr., Entstehungsbedingungen und Prävention psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung aus Sicht der Erwachsenenpsychiatrie, In: Hennicke Kl. (Hrsg.), Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit geistiger Behinderung - Möglichkeiten der Prävention, Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 10.11.2006 in Kassel, 2007, S.63-67
- Senckel, B. Mit geistig Behinderten leben und arbeiten. München, Beck, 2. Aufl. 1996
- Senckel, B. Du bist ein weiter Baum. München, Beck, 3. Aufl. 2006
- Steiger, P., Selbstmanagement - Möglichkeiten psychotherapeutischer Arbeit mit geistig behinderten Menschen, Geistige Behinderung, 1994, 2, 111-116
- Werther, F., Warum finden Menschen mit geistiger Behinderung so schwer einen ambulanten Psychotherapieplatz? Überlegung zu den Ursachen und Gedanken zur Überwindung der Misere, Psychotherapeutenjournal, 2005, 2, 116-122
- Werther, F. & Hennicke, K., Der Versuch einer Bestandaufnahme, Psychotherapie im Dialog, 2008, 9, 117-124
- Wortberg-Börner, M. & Janßen, Chr., Betreutes Wohnen für Menschen mit geistiger Behinderung - Thesen zum Betreuten Wohnen für Menschen mit geistiger Behinderung, In: Westfälische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie & Diakonisches Werk Westfalen Lippe (Hrsg.), 20 Jahre Probezeit - Betreutes Wohnen, Dokumentation der Tagung am 26.5.1998 in Bielefeld, Bielefeld, 1998
- Zubin, J. & Spring, B., *Vulnerability - a new view of schizophrenia*, *Journ. abnormal Psychol.*, 1977, 86, 103-126

Janßen, PtK-NRW (2017)

47



- **Anschrift:**
Christian Janßen
Dipl.-Psych., PP
In den Barkwiesen 15
33613 Bielefeld
Tel./AB 0521-895326
Tel. dienstlich 0521-144 5049
- **mailto:** christian.janssen@bethel.de
info@sivus-online.de
- **Im Internet:**
www.sivus-online.de/

Janßen, PtK-NRW (2017)

48