

Veronika Hermes

PSYCHOTHERAPIE BEI MENSCHEN MIT LERNSCHWIERIGKEITEN¹

Therapie bedeutet laut Duden „Heilbehandlung“. Aber ist Behinderung nicht gerade so definiert, dass sie unheilbar ist? Was soll denn eigentlich geheilt werden? Und wer soll es heilen? Tätige aus der Psychologie, der Heilpädagogik, der Sonderpädagogik? In diesem Artikel geht es nicht um die Therapie der Behinderung an sich, sondern um die Therapie oder Beratung eines Menschen, der von einer Lernschwierigkeit betroffen ist. Die Gründe für das Aufsuchen einer Psychotherapie oder einer Beratung sind vielfältig und reichen von der Behandlung einer psychischen Erkrankung wie beispielsweise einer Depression über Lebensberatung bis hin zur Suchtberatung oder Paarberatung bei Beziehungsproblemen. In diesem Kontext stehen die Lernschwierigkeiten nicht im Fokus der Therapie, sondern werden vielmehr zu einer Variablen im Setting, die es an manchen Stellen zu beachten gilt und die an anderen Stellen völlig in den Hintergrund rückt. Dieser Artikel beschäftigt sich mit Psychotherapie als einer möglichen Therapieform in der Behindertenarbeit und damit, welche Anpassungen des üblichen psychotherapeutischen Rahmens in diesem Kontext hilfreich sind.

PSYCHOTHERAPIE ALS EINE MÖGLICHE THERAPIEFORM IN DER BEHINDERTENARBEIT

Psychotherapie ist sicher nur ein Baustein unter vielen. Allerdings einer, der unter mehreren Aspekten sinnvoll erscheint:

PSYCHOTHERAPIE BEHANDELT PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

Während früher Verhaltensauffälligkeiten gleich welcher Art als Ausdruck der Behinderung gewertet wurden, es also gar nicht anders möglich gewesen wäre, als eine Facette der Behinderung zu therapieren, ist heutzutage in Fachkreisen unbestritten, dass bei Menschen mit Lernschwierigkeiten eine zusätzliche psychische Erkrankung auftreten kann. Man spricht in diesem Fall von sogenannten Doppeldiagnosen oder dualen Diagnosen

Die Forschung zur Therapie und psychosozialen Beratung bei Menschen mit Lernschwierigkeiten nimmt gerade erst Fahrt auf und hat noch dringenden Nachholbedarf.

(vgl. Schanze 2014). Metaanalysen, die Daten von 1970 bis 1985 einbeziehen, legen nahe, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen steigt, wenn Personen in Großeinrichtungen leben und je gravierender die geistige Behinderung ist (Meins 2005). Insgesamt geht man davon aus, dass psychische Erkrankungen bei Menschen mit Lernschwierigkeiten drei- bis viermal häufiger auftreten als in der übrigen Bevölkerung (z. B. Schanze 2014). Und psychische Erkrankungen sind klassischer Gegenstand der Psychotherapie.

RECHT AUF PSYCHOTHERAPIE

Des Weiteren gibt es eine eindeutige Rechtslage hinsichtlich des Rechts auf Psychotherapie. Die UN-Behindertenrechtskonvention regelt den gesetzlichen Anspruch auf Therapie unter anderem in Artikel 25, in dem es heißt: „Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderung auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ (BMAS 2011). Therapie zu verweigern oder als nicht notwendig zu betrachten, entspräche also schlicht einer Rechtsbrechung. Artikel 25 schließt im übrigen Beratungssituationen mit ein. Denn Menschen profitieren ganz unabhängig von ihrer Intelligenz in Entscheidungs- oder Krisensituationen von Beratung im professionellen Setting.

Blickt man in die Geschichte der Psychotherapie, wurde die Therapiefähigkeit von Menschen mit Lern-

schwierigkeiten lange entweder gar nicht gesehen oder aber in Frage gestellt. Verhaltensauffälligkeiten galten als Teil der geistigen Behinderung und wurden damit der Pädagogik überantwortet. Erst mit dem Eingeständnis, dass Auffälligkeiten im Verhalten bei Menschen, die sich verbal weniger differenziert äußern können, Hinweise auf ein psychisches Leiden sein können, wurde einer psychotherapeutischen (und auch einer gezielten psychopharmakologischen) Behandlung der Weg geebnet. Die Verhaltenstherapie war in den 1960-er Jahren die erste, die sich mit Klientinnen und Klienten mit Lernschwierigkeiten befasste. Inzwischen gibt es Vertreterinnen und Vertreter aus allen Schulen, die „ihre“ Therapierichtung gewinnbringend bei Klientinnen und Klienten mit Lernschwierigkeiten anwenden². Am ehesten findet man Beiträge hierzu bei Tagungen oder in Sammelbänden, in denen Therapeutinnen und Therapeuten konkret aus ihrer Arbeit berichten (z. B. Hennische 2011; Schmude et al. 2006). Gerade in den letzten Jahren kamen aber auch zunehmend konkrete Praxishandbücher auf den Markt – so zum Beispiel ein an der dialektisch-behavioralen Therapie von Marsha Linehan orientiertes Manual zur Behandlung von Menschen mit Borderline-Störung (Elstner et al. 2012), ein Manual in leichter Sprache zur Behandlung von Depression (Erretkamps et al. 2017) oder die klientenzentrierten bzw. systemischen Praxishandbücher von Stahl (2012) oder Hermes (2017). Leider beschränken sich diese Texte noch zu häufig auf Einzelfallberichte. Die Forschung zur Therapie und psychosozialen Beratung bei Menschen mit Lernschwierigkeiten nimmt gerade erst Fahrt auf und hat noch dringend Nachholbedarf.

Es ist also festzuhalten: Es gibt eine Notwendigkeit für Psychotherapie, es gibt ein Recht auf Psychotherapie und man findet zunehmend auch Literatur zu dem Thema.

PSYCHOTHERAPEUTISCHE ARBEIT MIT MENSCHEN MIT LERNSCHWIERIGKEITEN – DER VERSUCH EINER DEFINITION

Es gibt eine Vielzahl von Definitionen, was Psychotherapie genau ist. Mir erschien die folgende Begriffsbestimmung von Strotzka (1978, zitiert nach Stahl 2003) ziemlich passgenau für meine Arbeit³: „*Psychotherapie ist ein bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch a verbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeiten gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und*

pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Beziehung notwendig“ (zitiert nach Stahl 2003, 595).

Der erste Punkt, der mir gut gefällt, ist die Betonung des interaktionellen Prozesses. Tatsächlich bestimmen weder ich als Therapeutin noch der Klient / die Klientin das Ziel alleine, sondern dies geschieht im gemeinsamen Aushandeln dessen, was erreicht werden soll. Dieses Ziel kann sich im Lauf der Therapie verändern, sodass das Ganze ein fortlaufender Prozess ist. Gerade in der Behindertenarbeit sind oft langfristige Therapieverläufe zu verzeichnen und die Auftragsklärung oder Dynamiken der ersten Stunden können nach einigen Jahren in eine ganz andere Richtung gehen.

Eine Klientin, die ich nun seit ca. sechs Jahren begleite, hatte anfangs das Ziel, mich möglichst stark zu binden, sprich, eine hochfrequente Therapie möglichst ohne Unterbrechungen zu erleben. Vor jedem meiner Urlaube stand die Beziehungsebene für sie komplett in Frage, was sich jeweils in sehr spannungsgeladenen Sitzungen kurz vor dem Urlaub äußerte. Irgendwann sprach ich diesen vermuteten Zusammenhang zwischen meinem Urlaub und ihrem Verhalten an und wir entschieden gemeinsam, an ihrer Angst vor dem Verlassenwerden zu arbeiten. Durch die lange Begleitung konnte die beschriebene Dynamik tatsächlich unterbrochen werden; inzwischen finden die Sitzungen im sechswöchigen Rhythmus statt und meine Urlaube stellen kein Problem mehr dar. Inhalte sind nun Themen, die die Klientin aus ihrem Alltag mitbringt und für die sie eine Lösung sucht.

Die Bindungsproblematik, die bei dieser Klientin anfangs im Raum stand, konnte bearbeitet werden; die Ziele orientieren sich nun an aktuellen Themen und deren Bearbeitung.

In Strotzkas Definition klingt weiterhin an, dass ein Verhalten sowohl vom Patienten selbst als auch von seiner Bezugsgruppe als behandlungsbedürftig betrachtet werden kann. Tatsächlich ist es so, dass bei Menschen mit Lernschwierigkeiten eine Anfrage nach Therapie oder Beratung in der Regel (noch?) durch das Umfeld initiiert wird (vergleiche hierzu u. a. Saathoff 2011; Buchner 2008; Stahl 2003).⁴ Selbst der Beginn einer Therapie in einer Art Zwangskontext ist gar nicht so selten, weil z. B. der Heimaufenthalt durch massiv selbst- oder fremdverletzendes Verhalten des Klienten / der Klientin in Frage steht und eine Therapie als Möglichkeit erscheint, dieses Verhalten zu ändern.

Dies hat weitreichende Implikationen für die Therapie: Während der Auftragsklärung gilt es sehr genau hinzusehen, welche der anwesenden und auch nicht anwesenden Personen welchen Auftrag (explizit oder implizit) erteilen – und welchen Auftrag man als Therapeut oder Therapeutin bereit ist anzunehmen:

Frau Z., 21 Jahre, wurde von ihrer Betreuerin angemeldet, weil sie sich nach ihrem Einzug in einer Wohngruppe für Erwachsene mit Lernschwierigkeiten mit dem Ankommen schwertat: Sie sah eigentlich keinen Bedarf für sich, in einer Wohngruppe zu leben, wollte so schnell wie möglich heiraten, wieder ausziehen, einen

Tatsächlich bestimmen weder ich als Therapeutin noch der Klient das Ziel alleine, sondern dies geschieht im gemeinsamen Aushandeln dessen, was erreicht werden soll.

Beruf auf dem ersten Arbeitsmarkt erlernen. Dies war jedoch angesichts ihrer lebenspraktischen Fertigkeiten und ihrer Entwicklungsreife zum derzeitigen Zeitpunkt nicht möglich. In der Folge behandelte sie ihre Mitbewohnerinnen und Mitbewohner eher abschätzig, nahm pädagogische Interventionen seitens des betreuenden Teams nur schwer an und zeigte insgesamt deutlich angespanntes Verhalten mit wiederkehrenden Selbstverletzungen. Der Auftrag der Betreuerin an die Therapie lautete entsprechend: Annahme der Behinderung und Entwickeln realistischer Ziele. Frau Z. selbst hatte kein Anliegen an eine Einzeltherapie und verhielt sich mir gegenüber eher zurückhaltend und verschlossen (ich sollte ihr ja ihre Träume wegnehmen!). Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung gestaltete sich in diesem Setting entsprechend schwierig. Mein Vorschlag, an einer Gruppentherapie zur Regulation von Spannungszuständen teilzunehmen, fand bei Frau Z. dagegen schnell Anklang, sodass die Einzelsitzungen beendet und stattdessen die Teilnahme in der Gruppe begonnen wurde. Gleichzeitig begann das Team deutlich deeskalierender zu arbeiten, sodass sich Frau Z. auf der Wohngruppe zunehmend wohlfühlte. Und schließlich erfolgte in der Werkstatt für behinderte Menschen, in der Frau Z. arbeitete, eine sehr sensible Begleitung durch den zuständigen Sozialdienst, der es Frau Z. mittels verschiedenster Praktika in unterschiedlichen Bereichen ermöglichte, eine tatsächlich realistische Vorstellung ihrer Fähigkeiten und Wünsche zu entwickeln.

Anhand dieses Beispiels wird nicht nur deutlich, dass eine Auftragsklärung ungewöhnlich enden kann, sondern auch, wie wichtig es ist, dass die verschiedenen Akteure im Umfeld von Frau Z. zusammenarbeiteten und – jeder an seiner Stelle, aber mit Absprache – schlussendlich am gleichen Strang zogen.

Und schließlich gibt es einen dritten Punkt, der Strotzkas Definition für die Arbeit in der Behindertenhilfe so passend macht: Sie erkennt an, dass Kommunikation sowohl verbal als auch a verbal stattfindet. Das ist natürlich unabhängig vom Intelligenzquotienten wahr, aber es ist doch schön, bestätigt zu bekommen, dass Psychotherapie nicht nur auf Sprache angewiesen ist. Hiermit werden Menschen mit einer schweren Behinderung eingeschlossen und die Psychotherapie auch für sie zugänglich gemacht. Wobei meines Erachtens die Trennung zwischen Psychotherapie und Pädagogik oder Heilpädagogik mit zunehmendem Schweregrad der Behinderung immer mehr verwischt und eine Unterscheidung nur noch künstlich vorzunehmen ist⁵.

Mit Herrn S. arbeite ich an der Autonomieentwicklung. Herr S. ist 29 Jahre alt und hat eine schwere geistige Behinderung. Er spricht meist in Einzelworten und sein sozio-emotionaler Stand entspricht ungefähr dem eines Dreijährigen. Wir spielen zusammen Billard, Herr S. schreddert Dokumente in meinem Büro und manchmal brauchen wir für den Weg von seiner Werkstattgruppe über den Parkplatz bis ins Therapiezimmer fast 30 Minuten, weil wir unterwegs jede Autofarbe benennen.

Kann man das als Psychotherapie bezeichnen? Meiner Meinung nach entsprechend der Definition von Strotzka schon, denn es gibt ein Ziel: nämlich das der Autonomieentwicklung – und ich gehe bewusst und geplant vor. Auch das Element der Kommunikation ist natürlich enthalten und wurde von Sprache auf Fotokarten erweitert:

Ich lasse Herrn S. mittels Fotokarten entscheiden, was er in der Stunde gerne tun möchte. Das Sortiment an Fotos ver-

Während der Auftragsklärung gilt es sehr genau hinzusehen, wer welchen Auftrag (explizit oder implizit) erteilt.

größerte sich mit der Zeit und beinhaltet Fotos von Sachen, die wir schon gemeinsam gemacht haben. Damit ist Herr S. nicht auf Sprache angewiesen und die Fotos dienen als Gedächtnisstütze, welche Aktivitäten möglich sind. Sollte er sich jedoch autonom entscheiden, die Stunde überwiegend auf dem Weg zur gewählten Aktivität zu „vertrödeln“, ist das auch in Ordnung. Das Zerteilen von Elementen in formbare Massen (in diesem Fall das Schreddern von Papier) entspricht einer Tätigkeit, die in der Entwicklungsphase eines Kleinkindes sehr beliebt ist und gibt ihm durch das unmittelbar sichtbare Ergebnis (das kaputte Papier) ein Gefühl von Selbstwirksamkeit. Nebenbei wird auch noch die Frustrationstoleranz gesteigert, da mein Schredder häufig verstopft und Herr S. dann warten muss, bis ich ihn wieder funktionsfähig bekomme.

Die Frage ist, welche lehrbare Technik, wie Strotzka sie fordert, hier verwendet wird. Im Fall von Herrn S. greife ich auf Wissen aus der Entwicklungspsychologie und der unterstützten Kommunikation zurück. Mit Klientinnen und Klienten, die verbal besser erreichbar sind, arbeite ich systemisch und nutze dazu die Methoden der Familientherapie, angepasst an die Bedürfnisse und Kompetenzen meines Gegenübers (siehe auch Hermes, 2017).

HILFREICHE ANPASSUNGEN FÜR DIE PSYCHOTHERAPEUTISCHE ARBEIT IM KONTEXT DER BEHINDERTENHILFE

Psychotherapie mit Menschen mit Lernschwierigkeiten ist also durchaus angezeigt und möglich. Dabei gibt es jedoch einige Faktoren im Setting, deren Beachtung die therapeutische Arbeit erleichtert oder erst möglich macht.

VERSTEHEN UND VERSTANDEN WERDEN

Zunächst ist es wichtig, sich einen Eindruck über die verbalen und kognitiven Kompetenzen des Gegenübers zu verschaffen. Dies geschieht bereits im Rahmen des Erstgesprächs, sollte aber immer wieder auf den Prüfstand gestellt werden:

Frau L. kann sich verbal sehr gut ausdrücken und lebt, begleitet durch stundenweise Assistenz, in einer eigenen Wohnung. Um sich Unterstützung für auftretende Spannungszustände zu erarbeiten, fragte sie bei mir psychologische Beratung an. Nach einigen Sitzungen hatte ich das Gefühl, wir würden uns inhaltlich im Kreis drehen. Mir wurde bewusst, dass Frau L. trotz ihrer beträchtlichen Kompetenzen große Schwierigkeiten hatte, die in den Sitzungen besprochenen Inhalte in den Alltag zu übertragen. Nicht etwa, weil die Lösungen nicht passend waren, sondern weil

deren Umsetzung zu komplex war. Eine Anpassung war also dergestalt notwendig, dass wir Ideen deutlich kleinschrittiger und konkreter erarbeiteten und ich mein Sprachniveau noch einmal vereinfachte.

Um einander auf Augenhöhe begegnen zu können, sollte man immer wieder nachfragen, ob man verstanden wurde und im Bedarfsfall neue Formulierungen oder Beispiele suchen, bis das Gesagte beim Gegenüber ankommt. Bildliche Sprache, Metaphern und Humor sind meiner Erfahrung nach dünnes Eis, kommen häufig nur teilweise oder gar falsch an und können zu beträchtlicher Verwirrung führen. Ähnlich verhält es sich mit offenen Fragen, die ja zum üblichen Repertoire einer auf Sprache gestützten Therapie gehören. Sie stellen – je nach kognitiven Fähigkeiten – gegebenenfalls eine Überforderung dar, sodass es sinnvoller ist, Antwortalternativen zu bieten, aus denen das Gegenüber auswählen kann.

Verstehen ist aber nicht nur eine rein verbale Leistung. Verstehen bedeutet in meinen Augen auch, sich auf die Lebenswelt des Gegenübers einzulassen und zu versuchen, dessen Erleben der Welt nachzuvollziehen. Man sollte daher auch immer wieder überprüfen, ob man selbst richtig verstanden hat! Es ist sehr verführerisch zu glauben, man würde den Alltag eines Menschen mit Lernschwierigkeiten, der in einer vollstationären Wohngruppe lebt, begreifen. Ich denke, man irrt sich hier gründlich. Hier nur zwei Beispiele, aus denen ich viel gelernt habe:

Psychotherapie ist nicht nur auf Sprache angewiesen.

1) Für Herrn R. stellt es eine Überforderung dar, mehrere Termine nach der Arbeit an einem Tag zu haben. Dummerweise war die 30-minütige Sitzung bei mir um 16 Uhr an einem Tag vereinbart, an dem er gleichzeitig noch Bankauszüge holen sollte. Dies führte zu großem Unmut und anhaltendem Stress. Die anfängliche, rationale Erklärung, dass zwischen den Terminen zwei Stunden lagen, der Stress also nicht notwendig sei, entsprach meiner Konstruktion der Welt und nützte dem Klienten nichts. Eine Verlegung des Therapietermins auf einen Tag, an dem die Bank geschlossen hatte, führte hingegen dazu, dass sich Herr R. gerne auf die Gespräche einließ und sich für die Therapie öffnete.

2) Herr F. berichtet von Auseinandersetzungen in der Wohngruppe, weil er – so seine Aussage – seiner Aufgabe, das Frühstück für die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner aufzudecken, nicht nachkommen konnte, weil die Küchentür geschlossen war. Da die Küchentür nicht zugesperrt gewesen war, wurde dies als Ausflucht interpretiert und stieß auf Unmut bei Mitbewohnern und Mitbewohnerinnen und Betreuerinnen. Erst durch beharrliches Nachfragen stellte sich heraus, dass es auf der Gruppe eine Regel gab, die lautete: Wenn die Tür des Betreuerbüros geschlossen ist, soll dort nicht gestört werden. Herr F. übertrug diese Regel auf die Küchentür und wollte nicht stören. Nachdem die unterschiedlichen Bedeutungen geschlossener Türen geklärt waren, war das Problem beseitigt.

In beiden Fällen war die Problemlösung möglich, nachdem die Wirklichkeitskonstruktion der Klienten erkannt und angenommen wurde. Dies entspricht dem konstruktivistischen Gedanken, der in der systemischen Therapie als wichtige Voraussetzung verankert ist.

SITZUNGSDAUER

Neben dem Sprachniveau gilt es auch weiteren reduzierten Fähigkeiten, Rechnung zu tragen; häufig sind beispielsweise auch Konzentration und Ausdauer eingeschränkt. Für psychotherapeutische Gespräche bedeutet dies, dass Sitzungen gegebenenfalls nur 15 bis 20 Minuten dauern. Wenn die Aufmerksamkeit bereits völlig erschöpft ist, erscheint es wenig sinnvoll, weiter zu arbeiten. Entsprechend kann es auch hilfreich sein, nur ein Thema pro Sitzung zu behandeln oder Inhalte wiederholt aufzugreifen, da die Erfahrung zeigt, dass diese dann besser integriert werden können. Häufig erlebe ich auch Klienten oder Klientinnen, die ein sehr ausführliches joining benötigen. Das Ritual, zuerst Tee einzuschenken und über den letzten Urlaub oder andere Vorkommnisse zu berichten, stellt dann unter Umständen einen elementaren Schritt dar, um sich auf die Therapie einlassen zu können. Hier kann die gesamte Sitzung dann zwar 45 Minuten dauern, das eigentlich gemeinsam definierte Anliegen wird aber vielleicht nur 15 Minuten besprochen. Caby & Caby (2013) oder Lingg & Theunissen (2013) bezeichnen dies als erhöhte Anforderungen an die Anschlussfähigkeiten des Therapeuten.

FREQUENZ

Häufigkeit und Abstand der Sitzungen mache ich wiederum ganz vom Auftrag abhängig. In der systemischen Therapie gilt der Grundsatz, dass sich Veränderungen zwischen und nicht in den Sitzungen entwickeln (vgl. von Schlippe & Schweitzer 1998). Ein Abstand von mehreren Wochen zwischen den Sitzungen ist diesem Gedankengang folgend durchaus üblich. Schweitzer und von Schlippe (2015) weisen aber auch darauf hin, dass bei Kindern ein zu langer Abstand dazu führt, dass die Verbindung zur letzten Sitzung nur noch mangelhaft hergestellt werden kann. Diesen Sachverhalt kann man auch bei manchen Erwachsenen mit Lernschwierigkeiten beobachten, sodass wöchentliche oder zweiwöchige Termine angezeigt sind. Darüber hinaus spielt es eine Rolle, ob die Gespräche einer langfristigen psychischen Weiterentwicklung und Stabilisierung dienen oder in einer akuten Krise stattfinden. Bei akuten Krisen kann es sein, dass ich für einen überschaubaren Zeitraum einen kurzen Kontakt sogar täglich herstelle; bei langfristig stabilen Entwicklungen ist dagegen möglicherweise nur noch ein Gespräch pro Quartal notwendig. Diese Flexibilität in der Gestaltung rührt daher, dass ich als Fachdienst in einer Einrichtung der Behindertenarbeit angestellt bin. Für die Praxis niedergelassener Therapeuten bedarf es hier sicherlich der Entwicklung entsprechender Konzepte.

UMFELD

Was in der systemischen Therapie durchaus üblich ist, stellt sich in der Arbeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten als fast unverzichtbar heraus: der Einbezug des Systems, in dem ein Mensch lebt. Unter System verstehe ich hier nicht nur die Herkunftsfamilie eines Menschen, sondern – falls vorhanden – auch die Wohngruppe, sprich die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner und Betreuer und Betreuerinnen. Das muss nicht immer realiter geschehen, es müssen also nicht alle 10 bis 20 Menschen aus dem unmittelbaren Umfeld zu jeder Therapiesitzung erscheinen. Es ist aber durchaus hilfreich, diese immer mitzudenken und bei Bedarf und sofern von der Klientin / dem Klienten ebenfalls als hilfreich betrachtet, die benötigten Personen auch einzuladen. Dem entsprechenden theoretischen Ansatz liegt die Annahme zugrunde, dass Verhalten stets in der Interaktion mit den anderen Mitgliedern des eigenen Systems entsteht und Verhaltensänderungen einer Person entsprechend wieder Auswirkungen auf ihr System haben.

Um noch einmal auf Herrn S. zurückzukommen: Seine voranschreitende Autonomieentwicklung führte natürlich auch dazu, dass es ihm ein Anliegen war, seine Unabhängigkeit im Alltag zu erproben. Für die pädagogischen Betreuerinnen bedeutete dies aber auch, dass Herr S. Gruppenregeln in Frage stellte und Grenzen testete. In diesem Kontext war es wichtig, einen Konsens darüber herzustellen, dass dies keine Verschlechterung des Verhaltens darstellte, sondern einen Schritt der Weiterentwicklung.

Durch die Offenheit des Teams diesbezüglich wurde es möglich, Herrn S. kleine – seinen Fähigkeiten entsprechende – Aufgaben zu übertragen, die ihm Verantwortung übertrugen und die Inhalte der Therapie somit im Alltag fortführten.

Man kann sich dagegen lebhaft vorstellen, welches Unverständnis oder auch Widerstand es ausgelöst hätte, wenn die Betreuerinnen der Wohngruppe von Herrn S. außen vor gelassen worden wären...

Eine sehr viel pragmatischere, aber ebenso weitreichende Implikation hat das Umfeld bei der Arbeit mit Menschen mit einer schwereren Behinderung. Hier ist die Deutung des Verhaltens oft erst möglich, wenn eine lange Beziehung zu der Person besteht. Ein Therapeut oder eine Therapeutin ist dann dringend auf die „Dolmetscherfunktion“ der Bezugspersonen angewiesen. Auch in Fällen einer stark gestörten Sprachfähigkeit ist es für Klientin oder Klient und Therapeut oder Therapeutin äußerst entlastend, wenn eine Simultanübersetzung mindestens in den ersten Stunden stattfindet. Bei Gruppentherapien erlebe ich es oft, dass Mitklienten oder Mitklientinnen, die die Person schon länger kennen, diese Funktion übernehmen.

FAZIT

In den 1990-er Jahren bildete sich bei Psychologen und Psychologinnen und Psychiaterinnen und Psychiatern zunehmend das Bewusstsein heraus, dass Psychotherapie


 Bundeskanzleramt


bundeskanzleramt.gv.at


Sie haben Fragen ...


- an den Bundeskanzler
- an die Bundesministerin für Frauen, Familien und Jugend
- an den Bundesminister für EU, Kunst, Kultur und Medien
- zu aktuellen Themen der Regierungspolitik
- zur Europäischen Union
- zur öffentlichen Verwaltung in Österreich
- zu Familienleistungen des Bundes (z. B. Familienbeihilfe)
- zu Anlaufstellen und Services für Mädchen und Frauen

Bürgerinnen- und Bürgerservice

 0800 222 666*
Mo bis Fr: 8–16 Uhr


 service@bka.gv.at


 Bundeskanzleramt
Ballhausplatz 1
1010 Wien

 +43 1 531 15-204274


* gebührenfrei aus ganz Österreich


Frauenservice

 0800 20 20 11*
Mo bis Do: 10–14 Uhr
Fr: 10–12 Uhr

 frauenservice@bka.gv.at

Familienservice

 0800 240 262*
Mo bis Do: 9–15 Uhr

 familienservice@bka.gv.at

ENTGELTLICHE EINSCHALTUNG

Wir freuen uns auf Ihre Fragen und Anliegen!

und Beratung auch bei Menschen mit Lernschwierigkeiten einen wertvollen Baustein in der Behandlung darstellt. Ab den 2000-er Jahren finden sich zunehmend Publikationen, die sich auf einer eher theoretischen Ebene mit Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung befassen und die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen einander gegenüberstellen (z. B. Stahl 2003; Vogel 2012; Lingg & Theunissen 2013). Und seit einigen Jahren kommen Praxishandbücher für die konkrete Arbeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten auf den Markt (Stahl 2012; Elstner 2012; Hermes 2017; Erretkamps et al. 2017 – um nur einige zu nennen!). Diese Entwicklung lässt hoffen, dass die Therapie und Beratung von Menschen mit Lernschwierigkeiten zunehmend zur Normalität wird und in Zukunft auch in sogenannten normalen Praxen stattfinden wird.

LITERATUR

- BMAS (2011):** Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Buchner, T. (2008):** Erleben von Psychotherapie aus Sicht von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung. In: PID – Psychotherapie im Dialog 9(2), 178–182.
- Caby, A. & Caby, F. (2013):** Die kleine psychotherapeutische Schatzkiste – Teil 2. Weitere systemisch-lösungsorientierte Interventionen für die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen oder Familien (2. Auflage). Dortmund: Borgmann Media.
- Duden (1996):** Die deutsche Rechtschreibung. Mannheim: Dudenverlag.
- Elstner, S., Schade, C. & Diefenbacher, A. (2012):** DBToP-gB-Manual für die Gruppenarbeit – an der Dialektisch Behavioralen Therapie orientiertes Programm zur Behandlung emotionaler Instabilität bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bielefeld: Bethel-Verlag.
- Erretkamps, A., Kufner, K., Schmid, S. & Bengel, J. (2017):** Therapie Tools. Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung. Weinheim: Beltz.
- Hennicke, K. (2011):** Psychotherapie – ein notwendiges, gesundheitsbezogenes Angebot für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Ders. (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Lebenshilfe, 7–22.
- Hermes, V. (2017):** Beratung und Therapie bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Das Praxishandbuch mit systemisch-ressourcenorientiertem Hintergrund. Bern: Hogrefe.
- Lingg, A. & Theunissen, G. (2013):** Psychische Störungen und geistige Behinderung. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis. Freiburg: Lambertus.
- Meins, W. (2005):** Epidemiologie der Psychopharmakabehandlung bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Häfslers, F. & Fegert, J. M. (Hrsg.): Geistige Behinderung und seelische Gesundheit. Kompendium für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte. Stuttgart: Schattauer, 115–122.
- Saathoff, B. (2011):** Traumatherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung – Eine Fallgeschichte. In: Hennicke, K. (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Lebenshilfe, 71–86.
- Schanze, C. (2014):** Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Schlippe von, A. & Schweitzer, J. (1998):** Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung (5. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmude, M. & Tenner-Paustian, Y. (2006):** Nicht therapiefähig? Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung. Berlin: allgemeine jugendberatung.
- Schweitzer, J. & von Schlippe, A. (2015):** Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Stahl, B. (2003):** Psychotherapie und psychologische Beratung. In: Irblich, D. & Stahl, B. (Hrsg.): Menschen mit geistiger Behinderung. Bern: Hogrefe, 591–645.
- Stahl, S. (2012):** So und So. Beratung für Erwachsene mit sogenannter geistiger Behinderung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Strotzka, H. (1978):** Was ist Psychotherapie. In: Ders. (Hrsg.): Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). München: Urban & Schwarzenberg, 3–6.
- Vogel, V. (2012):** Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Tectum.



VERONIKA HERMES

Diplom-Psychologin, Familientherapeutin und systemische Supervisorin, lebt und arbeitet in Bayern. Den Großteil ihrer Arbeitszeit bestreitet sie im psychologischen Fachdienst für Erwachsene in einer Einrichtung der Behindertenhilfe; außerdem ist sie freiberuflich als Supervisorin und Dozentin tätig. In ihrem Buch „Beratung und Therapie bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung“ (Rezension Seite 79) sammelt sie systemische Methoden und bereitet diese für die Arbeit mit Klientinnen und Klienten mit Lernschwierigkeiten auf.
supervision@veronika-hermes.de

FUSSNOTEN

- 1 Lernschwierigkeiten steht synonym für geistige Behinderung. Es ist der Begriff, den die deutsche Selbsthilfebewegung People First derzeit bevorzugt. Auch wenn das Wort dazu verleitet, die damit beschriebenen Personen Menschen mit Lernbehinderung gleichzusetzen, habe ich mich entschieden, diesem Wunsch Folge zu leisten. Denn Sprache konstruiert Wirklichkeit.
- 2 Im Hinblick auf die Unterscheidung der Therapieschulen schliesse ich mich gerne Stahl an, der darauf hinweist, dass die Zuordnung zu bestimmten, miteinander konkurrierenden Therapierichtungen in Frage zu stellen sei und eine übergreifende Psychotherapie in vielen Fällen sehr viel gewinnbringender einzusetzen wäre (vgl. Stahl 2003).
- 3 Ich arbeite als Psychologin in einer Einrichtung der Behindertenhilfe. Meine Klientinnen und Klienten sind Erwachsene mit Lernschwierigkeiten unterschiedlichen Ausmaßes.
- 4 In den letzten Jahren beobachte ich erfreulicherweise aber auch eine Veränderung in diesem Punkt dahingehend, dass immer mehr Menschen mit Lernschwierigkeiten von der Möglichkeit einer Therapie oder Beratung wissen und diese auch selbst anfragen.
- 5 Dabei sollte man jedoch nicht unterschätzen, wie sehr das eigene Menschenbild von Ausbildung bzw. Studium geprägt wird!