

Annika Kleischmann/Ulrike Willutzki

Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung

Handbuch für die Praxis

Kohlhammer

Kohlhammer

Die Autorinnen

Annika Kleischmann, Dipl.-Psych., ist Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) und Heilerziehungspflegerin. Als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Witten/Herdecke promoviert sie derzeit zur Bedeutung emotionaler Entwicklungsdiagnostik in der pädagogischen Begleitung und Psychotherapie von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Am Zentrum für Psychische Gesundheit und Psychotherapie (ZPP) arbeitet sie mit dem Schwerpunkt »Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung«. Darüber hinaus ist sie als Dozentin und Supervisorin unter anderem in der Eingliederungshilfe tätig. Zudem ist sie Vorstandsbeauftragte für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen sowie Sprecherin der gleichnamigen Kommission der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen.

Prof. Dr. Ulrike Willutzki ist Seniorprofessorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie im Department Psychologie der Universität Witten/Herdecke sowie Gründerin des dortigen Zentrums für psychische Gesundheit. Sie ist Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie und der Unabhängigen Kommission zur Aufarbeitung Sexualisierter Gewalt im Bistum Essen. Seit vielen Jahren ist sie als Referentin und Supervisorin in der Ausbildung und Fortbildung Psychologischer Psychotherapeut*innen tätig. Zudem ist sie Mitglied des inhaltlichen Teams der Akademie für Systemische Therapie (AST) in Dortmund. Neben der Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung liegen ihre Arbeitsschwerpunkte u.a. in der Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie, in der Forschung zu Sozialen Angststörungen sowie in der Psychotherapie-Prozess-Ergebnis- und der Psychotherapeut*innenforschung.

Annika Kleischmann
Ulrike Willutzki

Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung

Handbuch für die Praxis

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten, d. h. u. a. Angaben von Medikamenten, ihren Dosierungen und Applikationen, verändern sich fortlaufend durch klinische Erfahrung, pharmakologische Forschung und Änderung von Produktionsverfahren. Verlag und Autoren haben große Sorgfalt darauf gelegt, dass alle in diesem Buch gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Da jedoch die Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss ist, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, können Verlag und Autoren hierfür jedoch keine Gewähr und Haftung übernehmen. Jeder Benutzer ist daher dringend angehalten, die gemachten Angaben, insbesondere in Hinsicht auf Arzneimittelnamen, enthaltene Wirkstoffe, spezifische Anwendungsbereiche und Dosierungen anhand des Medikamentenbeipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen und in eigener Verantwortung im Bereich der Patientenversorgung zu handeln. Aufgrund der Auswahl häufig angewandeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2026

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Heßbrühlstr. 69, 70565 Stuttgart
produktusicherheit@kohlhammer.de

Print:

ISBN 978-3-17-043531-5

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-043532-2

epub: ISBN 978-3-17-043533-9

Geleitwort von Michael Seidel

Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen haben infolge häufiger zusätzlicher psychischer Störungen erheblichen Psychotherapiebedarf. Im Widerspruch dazu begegnen sie vielfältigen Hindernissen beim Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe, vor allem fehlen psychotherapeutisch Tätigen oft die Erfahrung und das Wissen um die Besonderheiten der erwähnten Zielgruppe im Allgemeinen und im Hinblick auf die modifizierte Gestaltung ihrer psychotherapeutischen Versorgung.

Problematisch ist, dass die Zielgruppe und die mit Beeinträchtigung bzw. Behinderung zusammenhängenden Aspekte in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der psychotherapeutisch Tätigen zumeist vernachlässigt werden. Dabei wird in Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention – seit 2009 in Deutschland in Kraft – das Recht aller Menschen mit Behinderung formuliert, erstens eine Gesundheitsversorgung wie alle anderen Menschen zu erhalten, zweitens auch diejenigen Leistungen der Gesundheitsversorgung zu bekommen, die sie speziell wegen ihrer Behinderung benötigen.

Ein weiterer Grund für das Fehlen von Wissen über die Zielgruppe besteht darin, dass im deutschsprachigen Raum bislang kaum einschlägige spezielle Lehr- und Handbücher vorliegen; gebündeltes zielgruppenspezifisches Wissen ist hierzulande schwer zu finden. Das begünstigt bei vielen psychotherapeutisch Tätigen die Fortdauer der oft grundsätzlichen Distanz gegenüber der Personengruppe sowie der Skepsis gegenüber den Möglichkeiten der Psychotherapie mit Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen.

Die beiden Autorinnen wollen zur Überwindung dieser Mängel beitragen. Sie verfügen über langjährige Erfahrungen als psychotherapeutische Praktikerinnen, sind theoretisch versiert und sowohl in der akademischen Lehre als auch in der Fort- und Weiterbildung engagiert.

Vor diesem komplexen Hintergrund haben sie, ausgehend von einer verhaltenstherapeutischen Grundlage, einen umfassenden Zugang zur ambulanten Psychotherapie von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen gewählt. Sie bringen Erkenntnisse aus eigener therapeutischer Arbeit, Supervision, Forschung und Lehre ebenso ein wie aus der nationalen und internationalen Fachwelt.

Neben grundlegenden konzeptionellen Erörterungen, die u. a. terminologische Aspekte, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und deren integratives Behinderungsmodell umfassen, führen die Autorinnen die für die Behandlung der Zielgruppe relevanten praktischen Aspekte aus. Anhand zahlreicher Praxisbeispiele zeigen sie anschaulich, wie Psychotherapie mit der Zielgruppe wirksam gestaltet werden kann. Sie machen

deutlich, dass etablierte psychotherapeutische Konzepte grundsätzlich auch bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung anwendbar sind – sofern sie an die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse der betreffenden Person angepasst werden. Neue Verfahren sind in der Regel nicht erforderlich, vielmehr kommt es auf eine sensible und flexible Umsetzung der bestehenden Ansätze an. Zudem greifen sie die große Bedeutung des von Anton Došen herausgearbeiteten emotionalen Entwicklungsniveaus auf; sie vermitteln den Stellenwert des kognitiven Aspekts und des ressourcenorientierten Herangehens. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf den praxisbezogenen Aspekten der Psychotherapie mit der Zielgruppe, deren Lebenssituation in vielerlei Hinsicht von äußeren Faktoren bestimmt wird. Die Autorinnen behandeln daher ausführlich die Fragen der Zusammenarbeit mit familiären und institutionellen Unterstützungssystemen. Deren Qualität beeinflusst den Erfolg der psychotherapeutischen Bemühungen erheblich. Zugleich bietet die Zusammenarbeit mit dem Unterstützungssystem die Chance, das soziale Umfeld der betreffenden Person entwicklungsförderlich mitzugestalten.

Das Buch richtet sich sowohl an Lernende, die sich auf die psychotherapeutische Tätigkeit vorbereiten, als auch an bereits psychotherapeutisch Tätige. Beide Gruppen werden es mit Gewinn studieren, bestimmt auch Lehrende, Fort- und Weiterbildner – vielleicht auch Entscheidungsträger im Gesundheitssystem und Akteure der Eingliederungshilfe. Darum sind dem Buch Erfolg beim Fachpublikum und vor allem spürbare Wirkungen im Fachdiskurs und in der psychotherapeutischen Versorgungslandschaft zu wünschen.

Bielefeld, im Juni 2026

Prof. Dr. med. Michael Seidel, Universität Bielefeld

Geleitwort von Jürgen Bengel

In den letzten Jahren wird in der Psychotherapieforschung, aber auch in der Aus- und Fortbildung und der Versorgung vermehrt die Behandlung sog. vulnerabler Gruppen thematisiert. Eine wichtige Zielgruppe sind dabei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen und psychischen Belastungen und Störungen. Für sie ist es immer noch sehr schwierig, Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung zu bekommen. Trotz einiger Verbesserungen sind neben strukturellen Barrieren auch Vorbehalte auf Behandler*innenseite wie Berührungängste und mangelnde zielgruppenspezifische Kompetenz die Gründe.

Das vorliegende Buch bietet eine umfassende Synopse des Wissensstands zur psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Der Schwerpunkt ist dem Forschungsstand folgend kognitiv-behavioral, geht aber darüber hinaus. Das soziale Umfeld wird als Unterstützung der Therapie, gegebenenfalls auch als Veränderung des Umfeldes im Sinne einer systemischen Orientierung interpretiert. Über eine ressourcenorientierte Haltung werden transtheoretische Wirkfaktoren betont und die Befunde der Entwicklungspsychopathologie berücksichtigt.

Für die Behandlung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung muss kein eigenes Therapieverfahren erlernt werden, vielmehr können bewährte Methoden und Interventionen Anwendung finden, sofern sie für die Klientel angepasst und deren Besonderheiten berücksichtigt werden. Der Band geht jedoch über die Techniken hinaus und bezieht den kognitiv-adaptiven und sozial-emotionalen Entwicklungsstand in die Psychotherapie mit ein und reflektiert die Interventionen auf dem Hintergrund der besonderen Klient*in-Therapeut*in-Beziehung.

Dieser Band bietet vielfältige Anregungen und reichhaltiges Material für die Psychotherapie erwachsener Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Die beiden in Forschung und Versorgung gleichermaßen erfahrenen und kompetenten Autorinnen schaffen es hervorragend, neben der Wissensvermittlung auch Interesse an der Zielgruppe und an der Anpassung der Methoden zu wecken.

Das Kompendium richtet sich gezielt an psychologische und ärztliche Psychotherapeut*innen sowie Psychotherapeut*innen in Aus- und Weiterbildung. Es zeigt wissenschaftlich fundiert und didaktisch sehr gut aufbereitet, wie Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung durchgeführt werden kann. Der Band ist aber auch sehr gut geeignet, den Vorbehalten und Ängsten auf Therapeut*innenseite entgegenzuwirken, die Darstellung ist praxisnah und motiviert zur Arbeit mit der Zielgruppe.

Ich freue mich sehr, dass dieses Kompendium dazu beitragen wird, die Versorgung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zu verbessern, und wünsche dem Band eine gute Rezeption und hohe Verbreitung.

Freiburg, im Juni 2026

Prof. Dr. phil. Dr. med. Jürgen Bengel, Universität Freiburg

Inhalt

Geleitwort von Michael Seidel	5
Geleitwort von Jürgen Bengel	7
Danksagung	13
1 Einführung	15
1.1 Begrifflichkeiten	19
1.1.1 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit	21
1.2 Prävalenz, Ätiologie und Erscheinungsbild intellektueller Beeinträchtigungen	23
1.3 Therapeutische Grundhaltung	25
1.4 »Ist Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung überhaupt möglich?«	29
2 Das Arbeitsmodell für die Strukturierung der Psychotherapie – Was bedeuten die Komponenten?	33
2.1 Erste Ebene des Arbeitsmodells – Vorstellungsanlass	35
2.2 Zweite Ebene des Arbeitsmodells – Kognitiv-adaptiver und sozial-emotionaler Entwicklungsstand	36
2.2.1 Kognitiv-adaptiver Entwicklungsstand	37
2.2.2 Sozial-emotionaler Entwicklungsstand	41
2.3 Dritte Ebene des Arbeitsmodells – Biopsychosoziales Modell	43
2.3.1 Körperliche Erkrankungen	43
2.3.2 Psychische Störungen	45
2.3.3 Verhaltensstörungen	46
3 Wohnen, Arbeiten, soziales Umfeld	49
3.1 Wohnformen	49
3.2 Arbeitswelt	51
3.3 Bezugssystem	54

4	Anpassungen und Besonderheiten in der Psychotherapie	56
4.1	Anpassungen im Kontakt mit der Patient*innengruppe	57
4.1.1	Anpassungen der Sprache	57
4.1.2	Anpassungen in der Gestaltung einer Sitzung	58
4.1.3	Thematisierung der Beeinträchtigung	59
4.2	Besonderheiten bei der Einbeziehung des sozialen Umfelds	60
4.2.1	Einbeziehung von Bezugspersonen	60
4.3	Besonderheiten bei der Beantragung einer Psychotherapie für Menschen mit IB und Anpassung des Stundenkontingents	64
4.3.1	Beantragung einer Psychotherapie	64
4.3.2	Anpassung des Stundenkontingents	67
5	Das Arbeitsmodell für die Strukturierung der Psychotherapie – Wie werden die Komponenten diagnostiziert?	68
5.1	Erste Ebene des Arbeitsmodells – Vorstellungsanlass	69
5.1.1	Fremddiagnostik	69
5.1.2	Diagnostische Herausforderungen	70
5.1.3	Diagnosemanuale	72
5.2	Zweite Ebene des Arbeitsmodells – kognitiv-adaptiver und sozial-emotionaler Entwicklungsstand	74
5.2.1	Diagnostik der kognitiven und adaptiven Kompetenzen	74
5.2.2	Diagnostik des sozial-emotionalen Entwicklungsstands	80
5.3	Dritte Ebene des Arbeitsmodells – Biopsychosoziales Modell	82
5.3.1	Körperliche Erkrankungen	82
5.3.2	Diagnostische Instrumente zur Erfassung psychischer Störungen	83
5.3.3	Diagnostik von Verhaltensstörungen	87
5.4	Differentialdiagnostische Überlegungen	89
5.4.1	Verhaltensphänotypen bei genetischen Syndromen und der Fetalen Alkoholspektrumstörung	90
5.4.2	Autismus-Spektrum-Störung	96
5.4.3	Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung	99
5.4.4	Dementielle Erkrankungen	101
5.4.5	Persönlichkeitsstörungen	104
6	Das Arbeitsmodell für die Strukturierung der Psychotherapie – Wie strukturieren die Komponenten mein Handeln in Sprechstunde und probatorischen Sitzungen?	107
6.1	Erste Kontaktaufnahme: Wer ruft in der Praxis an?	107
6.2	Erste Ebene des Arbeitsmodells – Vorstellungsanlass	108
6.2.1	Kontaktaufbau und Beziehungsgestaltung	108

6.2.2	Terminorganisation, Absprachen	109
6.2.3	Struktur der Therapiesitzungen	109
6.3	Zweite Ebene des Arbeitsmodells – kognitiv-adaptiver und sozial-emotionaler Entwicklungsstand	110
6.3.1	Therapeutische Konsequenzen des kognitiv-adaptiven Entwicklungsstands	110
6.3.2	Vorgehen bei der Einschätzung des sozial-emotionalen Entwicklungsstands	112
6.3.3	Therapeutische Konsequenzen des sozial-emotionalen Entwicklungsstands	115
7	Dritte Ebene des Arbeitsmodells – Biopsychosoziales Modell – Wie ist mein Vorgehen in der Therapie?	125
7.1	Transdiagnostische Themen	126
7.1.1	Siezen oder Duzen?	126
7.1.2	Symptomverläufe erfragen	128
7.1.3	Informationsvermittlung zu Beginn der Therapie	130
7.1.4	Auftragsklärung, Motivation und Zielfindung	132
7.1.5	Einbezug von Bezugspersonen: Reflektieren und gestalten	133
7.2	Ausgewählte Problembereiche	134
7.2.1	Depression/affektive Störungen	134
7.2.2	Ängste	154
7.2.3	Störungen der Emotionsregulation	171
7.2.4	Thematisierung der Beeinträchtigung und damit verbundener Selbstwertprobleme	181
7.2.5	Einsamkeit	187
	Zum Abschluss: Ein Blick zurück und nach vorn	191
	Literatur	194
	Stichwortverzeichnis	211

Danksagung

Unser besonderer Dank gilt unseren Patient*innen, von denen wir viel lernen durften, mit denen wir gefühlt, gedacht und gelacht haben. Sie haben unsere Arbeit bereichert und unser Verständnis vertieft. Ihnen ist dieses Buch gewidmet.

Unser Dank gilt zudem Benjamin Holland für das abschließende Interview und seine hilfreichen Impulse.

Ebenso danken wir unseren Supervisand*innen und den Ausbildungskolleg*innen, deren Fragen, Rückmeldungen und kritische Perspektiven immer wieder wertvolle Anregungen und neue Denkanstöße geliefert haben.

Abschließend möchte ich (AK) meinem Partner Philip herzlich danken. Er hat mich ermutigt, meine Überlegungen und Erfahrungen in diesem Buch zusammenzuführen und zu veröffentlichen.

1 Einführung

»Es gibt ganz viele Sachen. Manche Menschen können nicht hören oder nicht laufen. Meinem Kollegen tut immer was weh. Jeder hat was Anderes. Ich brauche Hilfe. Einige brauchen das nicht.«

Die obige Äußerung aus dem Kreis unserer Patient*innen verdeutlicht: Menschen mit Beeinträchtigungen sind keine einheitliche Gruppe. Es gibt Menschen mit unterschiedlichen Arten von Beeinträchtigungen, wie beispielsweise Körper- oder Sinnesbeeinträchtigungen, chronischen Krankheiten oder intellektueller Beeinträchtigung. Manche Beeinträchtigungen sind sichtbar, manche nicht. Menschen können von Geburt an eine Beeinträchtigung haben oder sie im Laufe ihres Lebens durch Krankheiten oder Unfälle erwerben. Die Fähigkeiten und Bedürfnisse sowie die jeweiligen Lebenskontexte von Menschen mit Beeinträchtigungen sind vielfältig. Denn auch wenn zwei Personen die gleiche Beeinträchtigung haben, kann sie unterschiedlich ausgeprägt sein, je nach sozialem und/oder finanziellem Kontext zu verschiedenen Diskriminierungserfahrungen führen oder die Nutzung unterschiedlicher Hilfsmittel und eventuell Assistenz notwendig machen. In einem Seminar sagte eine Teilnehmerin: »Kennst du einen Menschen mit Beeinträchtigung, kennst du einen Menschen mit Beeinträchtigung.«

Um den psychotherapeutischen Prozess angemessen zu gestalten und möglicherweise beeinträchtigungsbezogene Themen aufgreifen zu können, ist ein grundlegendes Verständnis der jeweiligen Form der Beeinträchtigung hilfreich. Zur ersten Orientierung kann es sinnvoll sein, verschiedene Arten von Beeinträchtigungen zu differenzieren und sich mit den daraus resultierenden individuellen Unterstützungsbedarfen vertraut zu machen.

In diesem Band stehen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und psychische Belastungen, unter denen sie leiden, im Mittelpunkt. Bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (IB) handelt es sich um Personen, die einen IQ geringer als 70 haben, die in ihren adaptiven Verhaltensweisen (d. h. ihren erlernten sozialen und praktischen Kompetenzen im Umgang mit Anforderungen) eingeschränkt sind und bei denen die Störung bis zum 18. Lebensjahr aufgetreten ist (AWMF, 2021). Dieser Personenkreis zeigt zum Teil Verhaltensweisen, die für Außenstehende unverständlich sein können. Wir gehen davon aus, dass solche Verhaltensweisen in vielen Fällen im Zusammenhang mit einer psychischen Störung stehen können – eine Perspektive, die bei weitem (noch) nicht selbstverständlich ist. Tatsache ist jedoch, dass Menschen mit IB unter allen bekannten psychischen Störungen leiden können und zudem im Vergleich zu Menschen ohne IB ein höheres Erkrankungsrisiko haben. Der erhöhten Prävalenz psychischer

Störungen für Menschen mit IB steht eine massive psychotherapeutische Unterversorgung gegenüber.

Versorgungsstudien für Deutschland weisen darauf hin, dass der Bedarf an ambulanten Psychotherapieplätzen größer als das Angebot ist, was sich durch lange Wartezeiten zeigt (Puschner et al., 2020). Diese Unterversorgung besteht über alle Patient*innengruppen hinweg, betrifft Menschen mit IB jedoch verstärkt. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) gibt bereits 2006 an: *»Gravierende Versorgungsdefizite beständen insbesondere für Körperbehinderte, Migranten und andere sozial benachteiligte Gruppen«*. Um die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten und einfordern zu können, trat 2009 in Deutschland das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention, UN-BRK) in Kraft (auf die Differenzierung der Begrifflichkeiten »Beeinträchtigung« und »Behinderung« gehen wir in ► Kap. 1.1.1 ein).

Die UN-BRK ist ein internationales Abkommen, durch das keine Sonderrechte geschaffen werden, sondern die allgemeingültigen Menschenrechte auf Menschen mit Behinderungen übertragen und aus der Perspektive der Menschen mit Behinderungen spezifiziert werden. Eine der zentralen Forderungen ist dabei die Inklusionsförderung in allen Lebensbereichen (die UN-BRK kann unter folgendem Link heruntergeladen werden: https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/PublikationenErklaerungen/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile&v=8).

Die offizielle deutsche Übersetzung der UN-BRK umfasst fünfzig Artikel, wobei Artikel 25 der Konvention das Recht aller Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung und eine Gesundheitsversorgung in »derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard« bekräftigt. Der Inklusionsaktivist Raúl Aguayo-Krauthausen (2023, S. 46) fordert entsprechend:

»Barrierefreiheit ist eine Grundvoraussetzung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Wir können uns noch so viel Mühe geben, die »Barrieren im Kopf« abzubauen – wenn wir die real existierenden Barrieren ignorieren, wird Inklusion nur ein schönes Wort bleiben«.

Psychotherapie als Teil der gesundheitlichen Regelversorgung darf also nicht exklusiv sein, sondern muss auch für Menschen mit IB zugänglich, verständlich und bedarfsgerecht gestaltet sein. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, therapeutische Konzepte weiterzuentwickeln und auch im Bereich der Aus- und Weiterbildung stärker auf die Bedarfe dieser Zielgruppe einzugehen. Ein erster wichtiger Schritt in diese Richtung ist die überarbeitete Approbationsordnung für Psychotherapeut*innen. Sie hebt ausdrücklich hervor, dass im Rahmen der Störungs- und Verfahrenslehre auch Wissen zur »psychotherapeutischen Behandlung nach Zielgruppen« vermittelt werden soll – darunter Menschen mit Beeinträchtigung. Sie schafft die Grundlage dafür, praktische Erfahrungen auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu sammeln – etwa in Wohnformen oder Beratungsstellen. Damit rücken Arbeitsfelder in den Fokus, in denen psychotherapeutische Angebote bislang nur wenig verankert sind.

Trotz dieser formal garantierten Rechte hat sich an den Versorgungsdefiziten bis heute leider nicht viel geändert. Menschen mit IB haben es schwerer ein passendes Therapieangebot zu finden, sowohl im stationären als auch ambulanten Setting. Der Zugang ins Versorgungssystem ist ihnen aus vielerlei Gründen erschwert: Viele Praxen sind nur über Treppen erreichbar, haben keinen oder einen zu engen Aufzug; die Praxis ist verwinkelt; die Toiletten sind nicht rollstuhlgerecht. Neben diesen baulichen Barrieren können Sprache und Layout beispielsweise von Flyern und Webseiten Hindernisse darstellen (Bolz et al., 2021). Zudem gibt es Zugangsbarrieren, wie ein Patient von uns formuliert:

»So viele Menschen wissen auch gar nicht, wie man psychologische Hilfe in Anspruch nehmen kann. Ich sage auch manchmal meinen Arbeitskollegen auf der Arbeit: »Wenn ihr einen Psychologen braucht, sprecht eure Betreuer an. Sprecht die Eltern an. Die können euch helfen die Anlaufstellen anzutelefonieren, weil die können nicht selber aus eigener Kraft anrufen oder so.«

In Befragungen einzelner Psychotherapeutenkammern wurden zudem innere Hürden deutlich, die dazu führen, dass bis zu 60% der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeut*innen (PP) keine Psychotherapie mit erwachsenen Menschen mit IB durchführen (Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, 2020; Kremitzl et al., 2018). Gleichzeitig gaben 61% der befragten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (KJP) an, Patient*innen mit IB zu behandeln (Metaxas et al., 2014). Da jedoch die Versorgungssituation im KJP-Bereich insgesamt als unzureichend erlebt wird, trifft dies Kinder und Jugendliche mit IB besonders (ebd.).

Als Gründe für die mangelnde Versorgung werden in den Befragungen durch die Psychotherapeutenkammern von den KJP, aber vor allem von den PP Berührungsängste im Umgang sowie mangelnde Erfahrungen und Kenntnisse in der Behandlung von Menschen mit IB genannt.

Um die psychotherapeutische Versorgungslage für diesen Personenkreis zu verbessern, sind aus Sicht der Befragten Fortbildungsangebote notwendig. Inhaltlich wird unter anderem Wissen zu Methoden in der psychotherapeutischen Arbeit, zur Diagnostik und zur Arbeit mit Bezugspersonen gewünscht. Dieses Buch möchte dazu beitragen, entsprechendes Wissen zu vermitteln. Das Ziel ist es, einen roten Faden für die ambulante Psychotherapie mit Menschen mit IB zur Verfügung zu stellen und durch Praxisbeispiele konkrete Herangehensweisen zu veranschaulichen. In diesem Buch konzentrieren wir uns im Folgenden auf die Psychotherapie für erwachsene Personen mit IB; vertiefte Praxishinweise für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit IB finden sich unter anderem bei Bergmann (2019) und Hennicke (2021).

Es ist unser Ziel, in diesem Band gut nachvollziehbare Inhalte zu vermitteln, die praxisnah anwendbar sind. Wir beginnen mit grundlegenden Informationen und führen die Leser*innen schrittweise zu konkreten psychotherapeutischen Ansätzen hin, die sich besonders für die Arbeit mit Menschen mit IB eignen. Die theoretischen

schen Inhalte werden dabei immer wieder durch anschauliche Fallbeispiele ergänzt, die den Transfer in die praktische Arbeit erleichtern.

Jedes Kapitel beginnt mit einem Zitat von Patient*innen mit IB. Diese persönlichen Aussagen bieten einen Einblick in das subjektive Erleben der betreffenden Person und unterstützen das Verständnis für das jeweilige Thema. Die Fallgeschichten beruhen auf langjähriger psychotherapeutischer Erfahrung. Zum Schutz der Privatsphäre wurden sämtliche Namen geändert; aus didaktischen Gründen stellen wir Ausschnitte aus der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit IB gekürzt oder leicht modifiziert dar.

Im Folgenden geben wir einen kurzen Überblick über den Aufbau des Handbuchs.

In *Kapitel 1* werden zentrale Begriffe geklärt, Prävalenzraten psychischer Störungen bei Menschen mit IB und mögliche Ursachen vorgestellt sowie die therapeutische Grundhaltung gegenüber der Zielgruppe reflektiert. Abschließend widmet sich das Kapitel der Frage, ob Psychotherapie bei Menschen mit IB wirksam ist – was sich auf Basis der aktuellen Forschung und klinischen Erfahrungen klar mit »Ja« beantworten lässt.

Kapitel 2 führt das Arbeitsmodell zur Orientierung und Strukturierung der Psychotherapie bei Menschen mit IB ein. Dieses Modell bildet die Grundlage, um therapeutische Prozesse systematisch zu erfassen und flexibel an die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen anzupassen.

Daran anschließend beschreibt *Kapitel 3* die Kontexte der therapeutischen Arbeit, die zentralen Lebensbereiche von Menschen mit IB – Wohnen, Arbeit und soziale Beziehungen. Es wird aufgezeigt, wie diese Kontexte das psychische Erleben beeinflussen und welche Bedeutung sie für den therapeutischen Prozess haben.

Im *Kapitel 4* werden notwendige Anpassungen im psychotherapeutischen Setting vorgestellt, die Besonderheiten im direkten Kontakt thematisiert, die Einbeziehung des sozialen Umfelds beleuchtet sowie praktische Hinweise zur Beantragung einer Psychotherapie und zur Anpassung des Stundenkontingents gegeben. Die ersten vier Kapitel bilden das Fundament, auf dem die folgenden, praxisorientierten Kapitel aufbauen.

So wird im *Kapitel 5* das in Kapitel 2 eingeführte Arbeitsmodell aufgegriffen und für die praktische Arbeit expliziert, wie die einzelnen Modellkomponenten (kognitiv-adaptiver und sozial-emotionaler Entwicklungsstand, psychische Störungen und Verhaltensstörungen) diagnostisch erfasst werden können. Ausgewählte Instrumente, die sich in der Arbeit mit Menschen mit IB bewährt haben, werden vorgestellt.

Im *Kapitel 6* werden die Implikationen des Arbeitsmodells für die Struktur der ersten Kontakte mit den Patient*innen, z. B. für die psychotherapeutische Sprechstunde und die probatorischen Sitzungen, erarbeitet.

Daran anknüpfend zeigt *Kapitel 7*, wie die einzelnen Komponenten des Arbeitsmodells im weiteren Behandlungsverlauf genutzt werden können. Exemplarisch werden Anpassungen des therapeutischen Vorgehens für Menschen mit IB bezüglich der epidemiologisch relevanten Problembereiche affektive Störungen und Angststörungen dargestellt. Wesentliche Themenbereiche – wie etwa Störungen der Emotionsregulation – werden gesondert aufgegriffen. Zudem werden

praxisnahe Strategien für typische therapeutische Aufgabenstellungen (wie z. B. die Erfragung von Symptomverläufen oder die Informationsvermittlung zu Beginn der Therapie) vermittelt.

Abschließend führen wir in *Kapitel 8* ein Interview mit einem ehemaligen Patienten, der seine persönlichen Erfahrungen und Perspektiven aus der Psychotherapie schildert.

1.1 Begrifflichkeiten

»Die Behinderten« zu sagen ist nicht in Ordnung. Man kann die Menschen fragen, wie man das sagen soll.«

Barrieren können bereits auf der sprachlichen Ebene auftreten. Es gibt viele Begriffe, um Personen zu bezeichnen, die eine »intellektuelle Beeinträchtigung«, »Intelligenzminderung«, »Lernschwierigkeit«, »geistige Behinderung«, »Störung der Intelligenzentwicklung«, »kognitive Beeinträchtigung« oder ein »Handicap« etc. haben. Aber welcher Begriff ist der »richtige«? Zur Beantwortung der Frage möchten wir im Folgenden verschiedene Akteure und unterschiedliche Bezugssysteme zu Wort kommen lassen:

»Darf ich *behindert* sagen?«, so titelt der Inklusionsaktivist Raúl Aguayo-Krauthausen und führt an, dass Behinderung immer ein Wechselspiel aus der eigenen Einschränkung eines Menschen und der Umgebung ist. Behinderung sollte dort benannt werden, wo sie stattfindet, um die zahlreichen Barrieren deutlich zu machen.

Er verweist auf einen Grundsatz der Behindertenbewegung »Nichts über uns ohne uns« (Aguayo-Krauthausen, 2023, S. 41). Diesem Prinzip ist der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Jürgen Dusel, gefolgt, als er mit Expert*innen in eigener Sache und Fachleuten verschiedener Disziplinen ein Gespräch darüber geführt hat, ob der Begriff »geistige Behinderung« noch genutzt werden sollte. Bisher wird der Begriff »geistige Behinderung« im Sozialgesetzbuch SGB IX, das die Vorschriften zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen regelt, verwendet. Dusel (2024) erklärt zu diesem Begriff in den Teilhabeempfehlungen: »Ein Begriff, der von einem Großteil der so bezeichneten Menschen als diskriminierend empfunden wird, sollte nicht im Gesetz stehen, sondern durch einen besseren Begriff ersetzt werden« (Teilhabeempfehlungen, 2024, S. 7). Wir haben in unserer Praxis einige Patient*innen zu ihrer Meinung befragt:

»Ich habe eine Tetraplegie. Geistige Behinderung finde ich blöd. Das heißt, man ist bescheuert. Das ist eine Beleidigung.«

»Ich habe keine geistige Behinderung, ich habe das Down-Syndrom.«

»Das Wort finde ich nicht gut. Ich weiß gar nicht, was ich für eine Behinderung habe.«

»Zu geistiger Behinderung habe ich keine Meinung. Ich sitze im Rollstuhl und kann nicht gehen. Ich kann auch nicht so gut rechnen.«

»Ein Geist kann doch nicht behindert sein.«

»Die Bezeichnung ›geistige Behinderung‹ mag ich nicht. Ich habe eine Lernschwäche.«

»Keine Ahnung, was eine geistige Behinderung sein soll. In einem Bericht steht, ich habe eine Schwerbehinderung.«

Das Netzwerk »Mensch zuerst« kritisiert den Begriff »geistige Behinderung« bereits seit über 20 Jahren und setzt sich dafür ein, den Begriff »Menschen mit Lernschwierigkeiten« zu verwenden. »Lernschwierigkeit« ist jedoch ein Sammelbegriff, der im deutschen Sprachgebrauch Personen mit Lernbehinderungen (IQ von 70–84) oder auch mit speziellen Formen von Lernschwierigkeiten (in den Bereichen Lesen, Rechnen, Schreiben) bezeichnet. Die Einführung des Begriffs würde daher voraussichtlich zu Schwierigkeiten führen, da eine klare Abgrenzbarkeit der Personengruppe wichtig für die Bedarfsermittlung und Finanzierung ist. In der ICD-10 wird »Intelligenzminderung«, in der ICD-11 »Störung der Intelligenzentwicklung« (»Disorders of intellectual development«, WHO, 2022¹) und im DSM-5 sowie in der englischsprachigen Originalfassung der UN-BRK »intellektuelle Beeinträchtigung« verwendet. Je nach Kontext wird auch von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gesprochen.

Natürlich gibt es auch individuelle Selbstbezeichnungen, wie das folgende Praxisbeispiel verdeutlicht:

»Ich sage ›Menschen mit Handicap‹, das ist nicht so diskriminierend. Man kann auch ›Menschen mit Einschränkungen‹ sagen. Das sind Menschen, die nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt Fuß fassen können. Da muss man die Kompetenz haben und fit sein. Das ist nicht hoppla hopp und einfach, es ist zu schnell und komplex. Man muss gut funktionieren und mir steht meine Intelligenzsache im Kopf im Weg, ich bin zu vergesslich und kann nicht gut schreiben. Menschen mit Handicap holen sich für zuhause Tipps und Tricks von den Betreuungsfachkräften. Das Alleineleben ist wie ein Abenteuerspielplatz, ich weiß nicht, wie die Gerätschaften zu bedienen sind oder wie ich richtig putze. Ich weiß nicht, wie warm ich mich anziehen muss, und kann die Wetterlage alleine nicht rausfinden. Bei Geldfinanzen brauche ich auch Hilfe.«

Die Diskussion um eine passende Bezeichnung ist noch nicht abgeschlossen. Erst einmal lässt sich festhalten, dass die verwendeten Begriffe kontextabhängig sind und zudem individuell unterschiedliche Assoziationen auslösen. In diesem Band

1 Der Abdruck von Auszügen aus der ICD-11 erfolgt auf Grundlage der Lizenz CC BY-ND 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/igo/>.

entscheiden wir uns dazu, bevorzugt den Begriff »intellektuelle Beeinträchtigung« aus dem DSM-5 und der englischsprachigen Originalfassung der UN-BRK zu verwenden. Wir schließen uns damit Jürgen Dusel an, der in den Teilhabeempfehlungen ausführte:

»Anlässlich der berechtigten Kritik der Selbstvertretung und in Anlehnung an die englischsprachige Originalfassung der UN-BRK habe ich mich dazu entschlossen, in diesen Teilhabeempfehlungen die Bezeichnung »Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen« zu verwenden. Dabei ist mir wichtig zu betonen, dass es sich hierbei um keine abschließende Entscheidung handelt« (Teilhabeempfehlungen, 2024, S. 7; vgl. https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/PublikationenErklaerungen/Teilhabeempfehlungen_2024.pdf?__blob=publicationFile&v=3).

Bezüglich der gendersensiblen Sprache orientieren wir uns an den Empfehlungen des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbands, wählen Formulierungen, die kein Geschlecht ausschließen und verwenden das Sternchen, wenn wir mit Kurzformen gendern. Für Texte in Leichter Sprache ist bislang nicht abschließend geklärt, ob gendersensible Sprache grundsätzlich mit einer erhöhten Textkomplexität verbunden ist (vgl. Bedijs, 2021). Vor diesem Hintergrund haben wir uns hier für die Verwendung des Femininums entschieden, um zusätzliche sprachliche Markierungen zu vermeiden, die das Leseverstehen erschweren könnten.

1.1.1 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

In diesem Abschnitt nehmen wir die Begriffe »Behinderung« und »Beeinträchtigung« gezielt in den Blick. Im alltäglichen Sprachgebrauch werden sie oft synonym verwendet, eine begriffliche Unterscheidung kann daher zunächst irritierend wirken. Eine für Deutschland verpflichtende und hilfreiche Grundlage für ihre Differenzierung bietet die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (WHO, 2005):

Die ICF ist eine Klassifikation zur Beschreibung von Gesundheitszuständen sowie damit verbundenen Funktionsfähigkeiten und wurde 2001 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingeführt. Während mit der ICD Krankheiten diagnostiziert werden, ermöglicht die ICF eine einheitliche Kommunikation über die Auswirkungen von Gesundheitsproblemen (wie z. B. eingeschränkter Zugang zu bestimmten Lebensbereichen wie öffentliches Leben, berufliche Karrieren, Wohnraum etc.). Die Klassifikationsinstrumente ergänzen sich somit. In der ICF sind Merkmale zur Beschreibung von Funktionsfähigkeit und Behinderung aufgeführt. Der Begriff »Funktionsfähigkeit« meint, dass eine Person funktional gesund ist, wenn ihre Körperfunktionen und Körperstrukturen (einschließlich kognitiver Bereiche) denen einer gesunden Person entsprechen, sie darüber hinaus die Fähigkeiten besitzt, Aktivitäten in ihrem Leben auszuführen und am sozialen Leben teilzuhaben, so wie es von Menschen ohne Gesundheitsprobleme erwartet wird.

Die Begriffe »Behinderung« und »Beeinträchtigung« werden in der ICF unterschieden, um zwischen den verschiedenen Ebenen der Funktionsfähigkeit einer