

# Psychotherapeutisches Propädeutikum

## Sonder- und Heilpädagogik



[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

*Qm*  
alexandra müller

# Themenüberblick

- Behinderung: Begriffsdefinitionen und Modelle
- Sonder- und Heilpädagogik
- ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)
- UN-BRK (Behindertenrechtskonvention): Teilhabe, Selbstbestimmung und Empowerment
- Psychotherapie für MmB (allgemein, psychoanalytische Theorie, systemische Theorie)
- Besonderheiten und Modifikationen (systemische Theorie)
- Inklusion & Ableismus
- Geistige Behinderung (und psychische Erkrankung) – Doppeldiagnosen
- Familien mit behinderten Kindern
- Verhaltensauffälligkeit und therapeutische Angebote



# Was erwartet Sie?

- Begriffsdefinitionen (WHO, bio-psycho-sozial)
- Modelle von Behinderung (medizinisch & sozial)
- Zur Relevanz der Begriffe von Behinderung für die psychotherapeutische Praxis
- Sonder- und Heilpädagogik als Disziplin; Geschichtliches
- WHO: ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)
- Zur Relevanz von Diagnosen für die psychotherapeutische Praxis
- UN-Konvention für die Rechte der Menschen mit Behinderungen
- Teilhabe, Selbstbestimmung und Empowerment
- Psychotherapie für Menschen mit Behinderung
- Psychotherapie für Menschen mit Behinderung (psychoanalytischer Ansatz)



# Was erwartet Sie?

- Psychotherapie für Menschen mit Behinderung (systemischer Ansatz)
- Besonderheiten und Modifikationen (systemischer Ansatz)
- Normalisierungsprinzip → Integration und Inklusion
- Ableismus
- Wie kann Psychotherapie inklusiv werden?
- Inklusion im Bildungswesen
- Geistige Behinderung
- Geistige Behinderung und psychische Erkrankung (Doppeldiagnosen)
- Zur Relevanz von Doppeldiagnosen in der psychotherapeutischen Praxis
- Familien mit behinderten Kindern
- Zur Situation von Eltern



# Was erwartet Sie?

- Frühförderung
- Modelle der Elternarbeit
- Welche „Besonderheiten“ ergeben sich daraus für die psychotherapeutische Praxis?
- Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltensstörung
- Schutz- und Risikofaktoren
- ADHS, Neurodiversität
- Multimodale Therapieangebote (Rehabilitation und pädagogisch-therapeutische Angebote)
- Psychosoziale Beratungsangebote (für An- und Zugehörige, für MmB, zielgruppenspezifisch und diagnosespezifisch)



# Was erwartet Sie?

- Leichte Sprache
- Unterstützte Kommunikation
- Umgang mit hör- sehbehinderten Menschen



[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

*Qm*  
alexandra müller

# Wie arbeiten wir miteinander?

- Vortrag / Theorieinput
- Lernunterlagen: Skriptum, Artikel, Arbeitsblatt und ppt Folien
- Dialog, Diskussion, Fragen
- Kleingruppenarbeiten
- Artikel
- Videos und Podcasts
- Fallbeispiele
- ...



# Einstieg ins Thema

- Wie ist Ihr persönlicher Bezug zum Thema Behinderung?
- Welches Bild haben Sie von Menschen mit Behinderungen? (z.B. hinsichtlich deren Bedarfe, Lebenswelten, Inklusionsmöglichkeiten usw.)?
- Haben Sie Fragen? Gibt es etwas, das Sie besonders interessiert zu diesem Thema?



# „Fisch ist Fisch“ (Leo Leonni)



# Behinderung - behindert

ICH BIN BEHINDERT  
ICH WERDE



# Behinderung



[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

Qm  
alexandra müller

# Behinderung: Begriffsdefinition

- Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die **körperliche, seelische, geistige** oder **Sinnesbeeinträchtigungen** haben, die sie in **Wechselwirkung** mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der **gleichberechtigten Teilhabe** an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit **länger als 6 Monate** hindern können (WHO).
- Behinderung ist eine andauernde Beeinträchtigung auf körperlicher, seelischer, geistiger oder sensorischer Ebene, die Menschen **in Wechselwirkung** mit unterschiedlichen Barrieren an einer **gerechten gesellschaftlichen Teilhabe** hindern können (UN-BRK).



# Behinderung

- Behinderung ist ein **multidimensionaler** Begriff, der auf drei Ebenen betrachtet werden muss: auf **körperlicher Ebene**, auf Ebene der **Aktivität und Partizipation** sowie unter Einbeziehung der **Kontextfaktoren**. In Erweiterung des ICD-10 hat die WHO 2001 die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ herausgegeben (ICF Kriterienkatalog, Kodiersystem).
- Moderne Definitionen von Behinderung betonen das Zusammenspiel und die gegenseitige Beeinflussung von medizinischen und sozialen Faktoren als Ursache einer Behinderung (bio-psycho-soziales Modell; Gesundheit – Krankheit).
- <https://www.rehadat-icf.de/de/klassifikation/> (ICF Komponenten)



# WHO Definition

Die Definitionen für Behinderung sind im internationalen Rahmen sehr verschieden. Die WHO nimmt eine grobe Definition so vor:

- **Schädigung** (impairment): Mängel oder Abnormitäten der physiologischen und psychischen Funktionen und Strukturen des Körpers.
- **Beeinträchtigung** (disability): Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von Schäden (s. impairment), die typische Alltagssituationen behindern oder unmöglich machen.
- **Behinderung** (handicap): Nachteile, die aus der Schädigung oder Beeinträchtigung, für betreffende Personen entstehen.



# Definitionsprobleme

- Menschen mit Behinderungen sind divers („Rollstuhlfahrer\*innen“, Kinder mit Zerebralparese [neurologische Erkrankung, die durch die Schädigung des Gehirns verursacht wird], Menschen, die an einer Depression leiden, Personen mit dementiellen Erkrankungen, ...)
- Behinderungen können sichtbar oder unsichtbar sein; vorübergehend oder dauerhaft, statisch oder schubförmig; mit Schmerzen verbunden usw.
- BEHINDERUNGEN sind TEIL UNSERES LEBENS
- Wissenswertes zu Behinderungen und psychischen Erkrankungen:  
[enableme.ch/de/behinderungen](http://enableme.ch/de/behinderungen)



# Selbstbezeichnungen

- Sprache spiegelt und konstruiert Realitäten
- So vielfältig MmB sind, so vielfältig sind auch die bevorzugten Selbstbezeichnungen.
- In der Therapie bzw. im Kontakt erfragen (bzw. genau hinhören).
- Breiteste Akzeptanz findet der Begriff: **Menschen mit Behinderung(en). [MmB]**
- Alternative Begriffe sind: Menschen mit Beeinträchtigungen, Menschen mit besonderen Bedürfnissen, Personen mit Handicap (werden von Betroffenen meist abgelehnt)
- **Menschen mit Lernschwierigkeiten** ist weitestgehend anerkannt und wird von vielen Betroffenen favorisiert.



# Modelle von Behinderung



[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

Qm  
alexandra müller

# Modelle von Behinderung

- Das moralische Modell
- Das medizinische Modell
- Das soziale Modell



# Das moralische Modell

- älteste Form
- religiös konnotierte Sichtweise auf Behinderung (Bestrafung für Sünden)
- Verantwortung für Behinderung ist im Individuum verortet
- häufig verbunden damit, dass Betroffene Lehren aus ihrer Behinderung ziehen sollen.



# Das medizinische Modell

- Dominierende Sichtweise
- Sieht Behinderung als medizinisches Problem innerhalb eines Individuums
- Interventionen auf das Individuum gerichtet
- Ziel: Beeinträchtigung zu „heilen“ bzw. zu lindern
- Betroffene sollen rehabilitiert werden
- Von ihnen wird erwartet, dass sie die Hilfe unterschiedlicher Professionen annehmen



# Das medizinische Modell

- Defizitorientiert
- Reduziert Menschen auf ihr Nicht – Können
- Wichtig für medizinische Diagnosen
- Wichtig für medizinische Hilfen (u.a. Rehabilitationsmaßnahmen)

→ „sowohl als auch“ ! anstatt „entweder oder“



# Medizinisches Modell

- <https://www.icd-code.de/icd/code/Z82.html>
- > bestimmte Behinderungen und chronische Erkrankungen
- <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kodesuche/htmlgm2021/block-f70-f79.htm>
- > Intelligenzstörung (F70-F79) im Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“



# Das soziale Modell

- Jüngste der drei Sichtweisen
- Problem nicht innerhalb der Person, sondern in der Gesellschaft
- Gesellschaft ist nicht angemessen auf Behinderung eingestellt
- Menschen mit Behinderung sind eine minorisierte Gruppe und strukturellen Diskriminierungen ausgesetzt
- **Behinderung ist demnach sozial konstruiert**
- Menschen sind nicht behindert, sie *werden* behindert
- Die Verantwortung für die Aufrechterhaltung oder Veränderung der Problematik liegt dementsprechend nicht bei den Betroffenen, sondern **auf sozialer und politischer Ebene.**
- Ziel: Menschen mit Behinderungen eine **gleichberechtigte Teilhabe** ermöglichen.



# Soziales Modell von Behinderung

- Kompetenz- und ressourcenorientiert
- Behinderung kein individuelles Problem
- Gesellschaftliche Teilhabe (Teilgabe)
- Kein Wesensmerkmal, sondern soziales Konstrukt
- Ungenügend in Mensch-Umfeld-System integriert / inkludiert



# Definition Bundesbehindertengesetz

- Die Definition von Behinderung im Bundesbehindertengesetz (§ 1 Abs. 2), im Bundes Behindertengleichstellungsgesetz (§ 3) und im Bundes-Behinderteneinstellungsgesetzes (§ 3) lautet:

„Behinderung ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bzw. am Arbeitsleben zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten.“



# Behinderung aus rechtlicher Sicht

- [https://www.oesterreich.gv.at/themen/menschen\\_mit\\_behinderungen/gleichstellung\\_von\\_menschen\\_mit\\_behinderungen/Seite.1871000.html#:~:text=Als%20Behinderung%20wird%20in%20diesem,die%20Teilnahme%20am%20gesellschaftlichen%20Leben](https://www.oesterreich.gv.at/themen/menschen_mit_behinderungen/gleichstellung_von_menschen_mit_behinderungen/Seite.1871000.html#:~:text=Als%20Behinderung%20wird%20in%20diesem,die%20Teilnahme%20am%20gesellschaftlichen%20Leben)
- Behindertenausweis:
- [https://www.sozialministeriumservice.at/Menschen\\_mit\\_Behinderung/Behindertenpass\\_und\\_Parkausweis/Behindertenpass/Behindertenpass.de.html](https://www.sozialministeriumservice.at/Menschen_mit_Behinderung/Behindertenpass_und_Parkausweis/Behindertenpass/Behindertenpass.de.html)
- Behinderung und Arbeitsrecht:
- <https://www.wko.at/arbeitsrecht/arbeitnehmer-behinderung>
- Behindertengleichstellungsgesetz (in Gebärde !)
- <https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Menschen-mit-Behinderungen/Behindertengleichstellung.html>



# Zahlen

- In Österreich leben aktuell ca. 9,2 Millionen Menschen
- Lt. SMS leben derzeit rund 400.000 Menschen mit einem Behindertenpass
- Lt. Mikrozensus Erhebung (aus dem Jahr 2015) leben 18,4 % der österreichischen Bevölkerung mit einer Behinderung (1,3 Millionen Menschen ca.). Vgl. Mikrozensus 2023 Statistik Austria: „MmB in Österreich“ & Ergebnisse der Mikrozensus Befragung (2015)
- chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcgkclefindmkaj/https://www.statistik.at/fileadmin/user\_upload/Menschen-mit-Behinderungen-in-Oesterreich-Teil-I.pdf
- chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcgkclefindmkaj/https://www.statistik.at/fileadmin/user\_upload/menschen\_mit\_beeintraechtigungen\_2015.pdf



# Sichtweisen auf Behinderung

## Zusammenfassung

- Behinderung ist ein relativer Begriff
- geprägt von Zeitgeist und gesellschaftlichen Strömungen
- Kompetenz- und ressourcenorientierte Sichtweise  
*„Behinderung liegt dann vor, wenn ein Mensch, aufgrund einer Schädigung oder Leistungsminderung, ungenügend in sein / ihr vielschichtiges Mensch-Umfeld-System integriert ist“*  
„behindert ist, wer behindert wird“
- Defizitorientierte Sichtweise vs. kompetenzorientierter Sichtweise
- Behinderung aus menschenrechtlicher Sicht (soziales Modell von Behinderung)



# Kompetenzorientierte Sichtweise

Stärken stärken  
schwächt  
Schwächen



# Wer sind Menschen mit Behinderungen?

- Behinderung ist kein natürliches Merkmal
- Die Unterscheidung von behindert und nicht-behindert ist sozial konstruiert
- MmB sind eine sehr heterogene Gruppe!
- Faktoren, die sich hinter einer Behinderung verbergen können:
  - Krankheiten
  - Störung der Motorik
  - Störung der Wahrnehmung
  - Neurodiversität
  - Psychische Störungen





# Sonder- und Heilpädagogik



[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

*Qm*  
alexandra müller

# Sonder- und Heilpädagogik

- Eigenartiger Doppelname?
- Konstitutionsprobleme (eklektische Disziplin)
- Teilgebiet der Allgemeinen Pädagogik / spezielle Pädagogik
- Zielgruppe: Kinder, Jugendliche und Erwachsene
- Befasst sich mit Entwicklung, Unterricht, Erziehung und Bildung
- ... unter erschwerten Bedingungen
- ... von Benachteiligung / Diskriminierung bedroht oder betroffene Personen



# Disziplinäres Selbstverständnis

- **Ziel** der Sonder- und Heilpädagogik: jedem Menschen Kompetenzen zu vermitteln, damit er / sie zunehmend mehr *Einfluss auf die eigene Lebensgestaltung* nehmen kann und sich mit der sozialen und dinglichen Umwelt lernt auseinanderzusetzen
- **Gegenstand und Aufgabenbereich:** Initiieren von Bildungsprozessen, positives Einwirken auf Lernprozesse, Schaffen von Voraussetzungen
- **Leitprinzipien:** Integration, Inklusion, Normalisierung, Teilhabe, Partizipation



# Die Idee der Bildsamkeit im geschichtlichen Rückblick

- Bildung wurde Menschen mit Behinderungen über viele Jahre nicht zugesprochen
- Niedergang der Idee der Bildsamkeit in der Zeit des Nationalsozialismus (Tötungsanstalt Hartheim in Oberösterreich)
- Sonderschulwesen in Österreich seit den 1960er Jahren
- Psychiatriereform (Hospitalismus, Deprivationssyndrom)
- Sichtweisen von Behinderung im 21.Jhdt. sind geprägt durch die UN-Konvention für die Rechte der Menschen mit Behinderungen





# ICF



[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

*Qm*  
alexandra müller

# ICF

(International Classification of Functioning, Disability and Health)

- Weltweites Klassifikationssystem der WHO
- Rahmenwerk zur Beschreibung von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
- Verwendung: in der Rehabilitation, im Gesundheitswesen, in der Sozialversicherung und in der Forschung
- ICF wird kontinuierlich weiterentwickelt (seit 2001)
- Ziel: Gesundheitszustand und individuelle Bedürfnisse von Menschen systematisch zu erfassen, um darauf aufbauend Maßnahmen zu konzipieren.



# ICF

## Was ist das Besondere an der ICF?

Diagnosen (gemäß ICD-10 und ICD-11) sagen nichts darüber aus, ob und inwiefern ein Mensch im Alltag relevante Beeinträchtigungen erlebt oder nicht.

Diagnosen sagen nichts darüber aus, wie gut es einem Menschen (mit einer Diagnose) im Alltag geht, also wie gut der Mensch im Alltag „funktioniert“ und ob ein Mensch im Alltag „behindert ist“.

→ ICF und ICD sind **komplementär** und sollten **gemeinsam** genutzt werden!



# ICF

## Grundlagen, Hintergründe, Anwendung

- Um den Gesundheitszustand einer Person näher zu beschreiben ist die Diagnose nicht ausreichend!
- Basis: bio-psycho-soziales Modell
- Die ICF kann auf alle Menschen bezogen werden (nicht nur auf Menschen mit Behinderungen)
- Fokus: positive Aspekte der Gesundheit und Teilhabe (weg von einem rein defizitorientierten Blick)
- Ist eine Ergänzung zur ICD-10, ICD-11  
(vgl. Seidel & Schneider, 2021)



# ICF

Die ICF ...

- liefert eine wissenschaftliche Grundlage für das Verstehen und das Studium von Gesundheitszuständen.
- stellt eine **gemeinsame Sprache** für die Beschreibung von Gesundheitszuständen zur Verfügung, um die Kommunikation zwischen verschiedenen Benutzer\*innen zu verbessern.
- ermöglicht Datenvergleiche (zwischen Ländern, Disziplinen im Gesundheitswesen sowie im Zeitverlauf)
- stellt ein systematisches Verschlüsselungssystem für Gesundheitssysteme bereit.

(vgl. Seidel & Schneider, 2021)



# Behinderung

- Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in **Wechselwirkung** mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der **gleichberechtigten Teilhabe** an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate hindern können.
- Eine Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

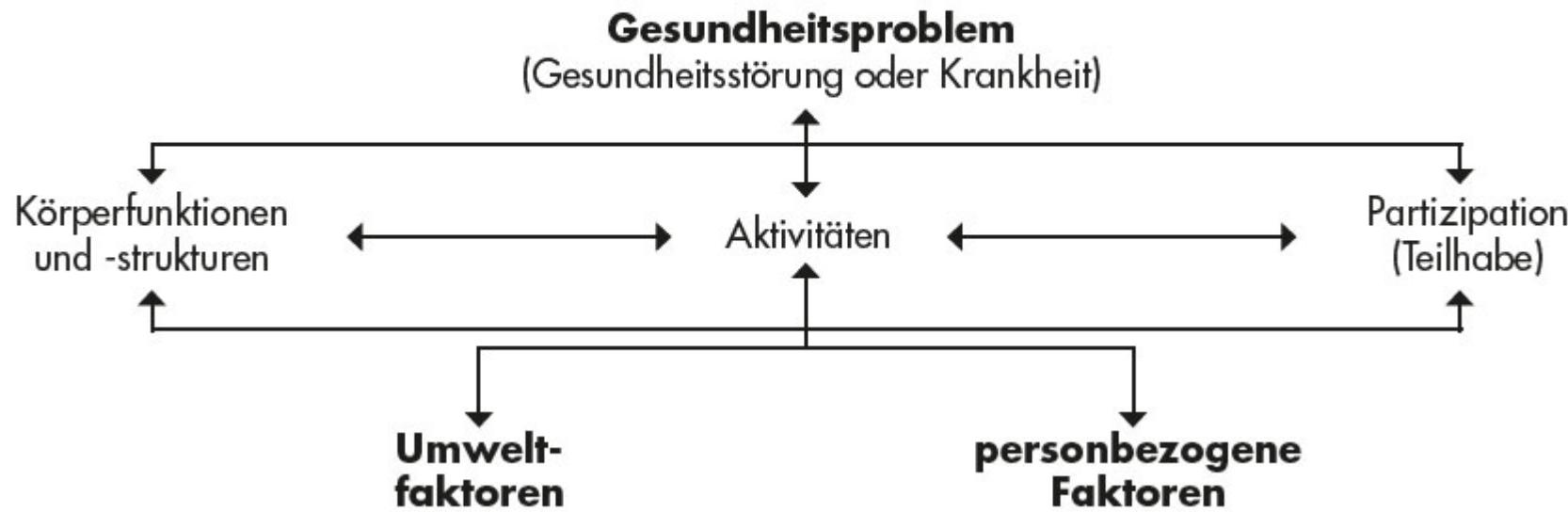
(vgl. Seidel & Schneider, 2021)



# ICF

## Bio-psycho-soziales Modell der ICF

**Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF  
(WHO 2001)**



# ICF

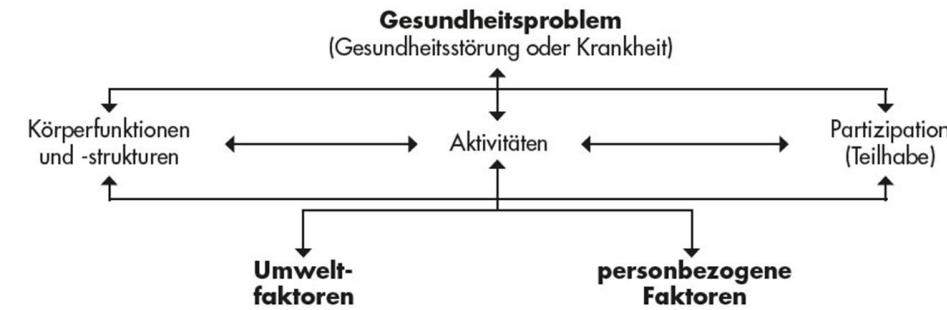
## Wie ist das Modell aufgebaut?

Hauptteile:

1. **Körperfunktionen** (physiologische und psychische Funktionen) und **Körperstrukturen** (anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile)
2. **Aktivitäten** (Durchführung von Aufgaben und Handlungen) und **Partizipation** (Teilhabe, Einbezogensein in eine Lebenssituation)

→ Es gibt Wechselwirkungen zwischen den Komponenten!

Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF  
(WHO 2001)



# Worum geht es bei den einzelnen Komponenten?

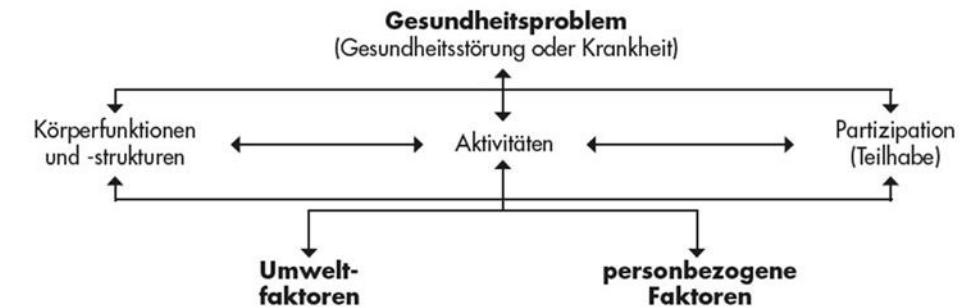
- **Körperfunktionen:** Funktioniert alles (das jeweilige Organsystem) wie erwartet?
- **Körperstrukturen:** Sieht alles (außen und innen im Körper) so aus wie erwartet?
- **Aktivität:** Kann der Mensch alleine das tun, was er möchte?
- **Partizipation:** Kann der Mensch mit anderen das tun, was er möchte?



# ICF

## Wie ist das Modell aufgebaut?

Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF  
(WHO 2001)



- **Umweltfaktoren**

Materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

- Was oder wer hilft dem Menschen (Förderfaktor), was oder wer behindert den Menschen (Barriere)?

- **Personenbezogene Faktoren**

Attribute und Eigenschaften einer Person, die nicht ein relevanter Teil des Gesundheitszustandes sind.

- Wie kann der Mensch näher beschrieben werden?



# Worum geht es bei den einzelnen Komponenten?

- Umweltfaktoren: „äußere Einflüsse“ (Förderfaktoren oder Barrieren)  
materielle Umwelt (Aufzug, Pflegebett, medikamentöse Versorgung, Wohnung etc.)
- Personenbezogene Faktoren: „innere Einflüsse von Merkmalen und Attributen einer Person“  
Haltung und Einstellungen anderer Personen („behinderte Menschen“ oder „Inklusion & Leben in Vielfalt“)



# Komponente Aktivität ↔ Partizipation

## eine genauere Betrachtung

- Jede der Komponente ist in mehrere Unterkapitel differenziert.
- Aktivität: „was ein Mensch alleine macht“ (Umgang mit Stress, Körperhygiene, Einkäufe etc.)  
*> Beeinträchtigung der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.*
- Partizipation: „was ein Mensch mit einem oder mehreren Menschen gemeinsam tut“ (Konzertbesuche, Firmenausflüge, Vereinsmitgliedschaft etc.)  
*> Beeinträchtigung der Partizipation sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erlebt.*



# Komponente Aktivität ↔ Partizipation

eine genauere Betrachtung: 9 Lebensbereiche

| Kapitel | Komponente „Aktivität und Teilhabe / Partizipation“ als Lebensbereich (life domains) |
|---------|--|
| 1       | Lernen und Wissensanwendung  |
| 2       | Allgemeine Aufgaben und Anforderungen  |
| 3       | Kommunikation  |
| 4       | Mobilität  |
| 5       | Selbstversorgung   |
| 6       | Häusliches Leben   |
| 7       | Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen  |
| 8       | Bedeutende Lebensbereiche  |
| 9       | Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben                                |



# Komponente Aktivität ↔ Partizipation

eine genauere Betrachtung: 9 Lebensbereiche

- Diese neun Lebensbereiche sind für die Beschreibung einer Behinderung von großer Bedeutung.
- Der Behinderungsbegriff (aus gesetzlicher bzw. menschenrechtlicher Perspektive) setzt eine Teilhabeberechtigung am gleichberechtigten Leben in der Gesellschaft voraus.
- Zur Bestimmung der **Teilhabeeinträchtigung** müssen daher die Wechselwirkungen zwischen der Person, der ICD-10 Diagnose und den individuellen Bedürfnissen des Menschen zu seiner Umwelt analysiert werden (bez. auf 9 Lebensbereiche).



# Fallbeispiel

- Siehe Arbeitsblatt

Fallbeispiel: Frau Müller, 65 Jahre, nach Schlaganfall

- Patientin: Frau Müller, 65 Jahre alt, erlitt vor drei Monaten einen Schlaganfall. Seitdem hat sie eine halbseitige Lähmung (Hemiparese) auf der rechten Körperseite und Schwierigkeiten beim Sprechen (Aphasie). Sie lebt mit ihrem Ehemann in einer Wohnung im dritten Stock ohne Aufzug.



# Anmerkungen zum Arbeitsblatt

- Inwieweit und wie ausführlich eine Kodierung erfolgt, sollte immer vor dem Hintergrund entschieden werden, ob mit der Kodierung ein Nutzen erzielt wird.
- Die Anwendung der Philosophie der ICF ist bedeutender als das Kodieren!



# Kodierungssystem

- Alphanumerisches Kodierungssystem:
  - „b“ (body functions) – Körperfunktionen
  - „s“ (body structures) – Körperstrukturen
  - „d“ (life domains) – Lebensbereiche  
(Aktivität ↔ Partizipation/Teilhabe)
  - „e“ (environmental functions) - Umweltfaktoren



# Kodierungssystem

- Eine exakte und objektive Abgrenzung auf einer 5-stufigen Skala (0-4):
- 0 = Problem nicht vorhanden
- 4 = Problem voll ausgeprägt

→ diese Beurteilung sollte aus Sicht der Betroffenen erfolgen, nicht primär aus Sicht einer Fachperson.



# Planung von Maßnahmen

- Personenzentriert, interaktiv, interdisziplinär
  - Was ist der Veränderungswunsch?
  - Welche Maßnahmen können geplant werden? Z.B. Assistenzleistungen organisieren, Verbesserung körperlicher Funktionen, pädagogisch-therapeutische Angebote, Bezugspersonen, ...
  - SMARTe Ziele definieren und regelmäßig reflektieren
  - Evaluierung und ggf. Neuplanung
- (vgl. Seidel & Schneider, 2021)



# Zusammenfassung

- Durch die ICF werden eingeschränkte Sichtweisen des biomedizinischen und sozialen Konzepts von Krankheit und Behinderung überwunden.
- Alle Komponenten sind gleich wichtig
- Der Mensch mit Behinderung oder Erkrankung ist bei der Beschreibung des Gesundheitszustandes und der Erstellung von Hilfe- und Förderplänen zu jeder Zeit aktiv eingebunden.
- Fachkräfte aus unterschiedlichen Disziplinen agieren miteinander „auf Augenhöhe“.



# ICF – Definition Gesundheit

ICF: Eine Person ist dann funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren –

- Ihre körperlichen Funktionen (einschließlich mentale Fähigkeiten) und Strukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Komponente Körperfunktionen und –strukturen).
- Sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Aktivität in 9 Lebensbereichen).
- Sei ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung erwartet wird (Partizipation und Teilhabe)



# ICF - Zusammenfassung

- ICF ist eine Ergänzung zu ICD
- Ermöglicht betroffenen Personen Partizipation und **Mitsprache!**
- Unterstützt die Kommunikation unter Fachleuten
- Ganzheitliches Konzept
- Personenzentriert (Sichtweise von Betroffenen zentral)
- Instrument zur Umsetzung der Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention.



# ICF - Zusammenfassung

- Interdisziplinäre Vorgehensweise
- Austausch zwischen Fachkräften und Betroffenen
- @ Betroffene: „Nichts über uns, ohne uns!“ (UN-BRK) >>> [www.menschzuerst.de](http://www.menschzuerst.de)





# UN-BRK



[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

*Qm*  
alexandra müller

# UN-Behindertenrechtskonvention

- 2006 von UN Generalversammlung angenommen (nach ca. 4 jähriger Verhandlungszeit)
- Dieses Vertragswerk ist für alle Mitgliedstaaten, die diese ratifiziert haben, völkerrechtlich wirksam gültig.
- Aus der Ratifizierung werden rechtliche Folgen abgeleitet.
- Wichtig zur Stärkung der Rechte von Menschen mit Behinderungen (weltweit ca. 650 Millionen Menschen)
- Das Prinzip der Fürsorge wird als nicht mehr zeitgemäß angesehen.



# UN-Behindertenrechtskonvention

- Konkretisierung der allgemeinen Menschenrechte
- Keine Sonderrechte für Menschen mit Behinderungen
- Würdigung von Behinderung als Teil der Vielfalt menschlichen Lebens (Diversity)
- NAP (Nationaler Aktionsplan) zur Umsetzung entwickelt (mit Beteiligung von Menschen mit Behinderung)
- ICF ist ein geeignetes Instrument zur Umsetzung der international erklärten Menschenrechte.



# Diversity



# Selbstbestimmung und Teilhabe

- Menschen mit Behinderungen oder von Behinderungen bedrohte Menschen erhalten Leistungen, um ihre Selbstbestimmung und ihre **volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben** in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligung zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.
- Dabei wird den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen sowie Menschen mit **seelischen Behinderungen** oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen (vgl. Seidel & Schneider, 2021).

→ Daraus resultiert ein Anspruch auf die Leistungen unseres Gesundheitswesens!  
(care rights in der UN-BRK)



# Empowerment

## Ausgangspunkt von Empowermentprozessen:

- Machtlosigkeit
- Fremdbestimmung
- Verlust von Autonomie

## 2 Lesarten von Empowerment:

- Empowerment als **Selbstbemächtigungsprozess** betroffener Personen  
(selbstinitiiert und eigengesteuert; Beispiele hiefür: people first Bewegung oder Independent Living Bewegung, direct Payment / persönliches Budget)
- Empowerment als **professionelle Unterstützung** (durch Professionals, die die Prozesse anregen und begleiten)



# Wie kann professionelle Arbeit (um)gestaltet werden?

- **Sharing power** (Macht für Beteiligte) anstatt stellvertretendem Handeln (Machtlosigkeit für Betroffene). „Nichts über uns, ohne uns!“
- **Kooperation auf Augenhöhe** (Vertrauensbasis, Kommunikationsstil)
- Professionals als **Mentor\*innen** (zurückhaltende Professionalität ; Assistenz)



# Psychotherapie für MmB



[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

*Qm*  
alexandra müller

# Psychotherapie für MmB

- Wie schätzen Sie den Bedarf an Psychotherapie bei Menschen mit Behinderung ein?
- Wodurch begründen Sie Ihre Annahme bzw. Einschätzung?
- Inwiefern müssten PsychotherapeutInnen Ihr Vorgehen/Ihre Arbeitsweisen modifizieren? Bräuchte es überhaupt Modifikationen? Welche fallen Ihnen ein?



# Psychotherapie mit Menschen mit Behinderungen: allgemein

- Obwohl Menschen mit Behinderungen häufig zusätzliche psychische Störungen aufweisen, gibt es vergleichsweise wenig ambulante oder stationäre psychotherapeutische Angebote.
- Gründe hierfür sind u.a. die Konzentration auf den medizinischen Erklärungsansatz, nach dem es sich bei einer (geistigen) Behinderung um eine individuelle Diagnose handelt, die nicht verändert werden kann.
- Weitere Gründe können sein:
  - Die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung ist für Psychotherapeut\*innen emotional sehr herausfordernd.
  - Es besteht eine gewisse Scheu mit dieser Personengruppe zu arbeiten, weil sie (bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit) weitgehend als unfähig zur Selbstreflexion gilt und es zu Überforderung kommen könnte.



# Der Bedarf an Psychotherapie resultiert aus (vgl. Pörtner 2014):

- Mangel an grundlegender Annahme und Wertschätzung
- Wiederholende emotionale Verlassenheit und Trennung
- Abwertung, Zurücksetzung, Ausgrenzung
- Fremdbestimmung, Anpassungsdruck, Kontrolle und Einschränkung der Selbstbestimmung



# Marlies Pörtner „Brücken bauen“

- „In der Praxis befassen sich heute wenige TherapeutInnen mit diesem speziellen Arbeitsgebiet. Das ist zu bedauern - nicht nur für die behinderten Personen, denen Psychotherapie helfen könnte - sondern auch für die PsychotherapeutInnen selber, denn sie lassen sich eine unschätzbare Gelegenheit zur Horizonterweiterung entgehen, aus der sie für ihre gesamte therapeutische Tätigkeit Nutzen ziehen können“ (Pörtner, 2003, S. 185)
- "Grundsätzlich wissen wir nicht, was für andere Menschen gut ist, sondern sie selber, auch wenn der Zugang zu diesem Wissen verschüttet sein mag" (Pörtner, 2014, S. 28)
- "Wir müssen versuchen, uns in seine / ihre Wahrnehmung und das Empfinden einzufühlen, auch wenn sie schwer nachvollziehbar sind" (Pörtner, 2014, S. 28).



# Buchempfehlung



[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

*Qm*  
alexandra müller

# Worum geht es in der Psychotherapie mit Menschen mit Behinderungen?

- Die Verknüpfung von Heilung und organisch bedingter Schäden wirkt (unbewusst), sodass möglicherweise der Eindruck entsteht, es bestünde kein Sinn in der Therapie.
- Aber der Sinn der Therapie ist nicht die auffälligen Verhaltensweisen zum Verschwinden zu bringen, sondern den verborgenen Sinn hinter dem Leid zu verstehen, das Menschen veranlasst, sich um Therapie zu bemühen.
- „Der verführerischen Illusion der Machbarkeit von Heilsein stehen Menschen mit einer geistigen Behinderung schon mit ihrer Existenz im Weg“ (Becker, 2023, S. 37).





[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

*Qm*  
alexandra müller



# Psychotherapie für MmB (psychoanalytisch)



[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

*Qm*  
alexandra müller

# Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung: psychoanalytisch

- Geistige Behinderung soll **nicht als individuelle Diagnose** von Menschen verstanden werden, sondern als eine **unbewusst wirksame Beziehungsfigur**, die *immer auch das nicht behinderte Gegenüber umfasst*.
  - Hypothese: Im Eindruck des/der Therapeut\*in, dass „das Gegenüber überfordert ist“, verbirgt sich ein Einfühlungswiderstand.
  - Hypothese: im Kontext von Übertragung – Gegenübertragung kann diese Wirkung als Ausgrenzungsfigur verstehbar werden, die (in uns allen?) unbewusst wirkt.
- (vgl. Becker, 2023).



# Psychotherapie mit Menschen mit Behinderungen: psychoanalytische Sicht

- Diese Ausgrenzung hat ihren Grund nicht allein in einer je individuellen Begrenzung.
- Es ist verständlich, dass nicht jede\*r Psychotherapeut\*in mit jedem Krankheitsbild zurecht kommt bzw. kommen muss.
- Becker (2023, S. 18) vermutet systemische Gründe und meint, dass die Ressentiments seitens der Therapeut\*innen viel eher als **Folge einer «kollektiven Abwehr»** zu deuten sind, die eben auch den Berufsstand der Psychotherapeut\*innen erfasst hat.
- Obwohl der Bedarf an Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung und/oder Lernschwierigkeiten um ein drei- bis vierfaches höher ist, ist diese Personengruppe eklatant unversorgt.
- Es kann festgehalten werden, dass es sich hierbei um Diskriminierung handelt und Maßnahmen zur Entdiskriminierung von Menschen mit geistiger Behinderung erfolgen müssen (vgl. UN-BRK: Recht auf Gesundheit bzw. die Inanspruchnahme von Dienstleistung zu Verbesserung oder Erhaltung der eigenen Gesundheit).



# Sichtweisen auf Behinderung:

## Abwehr und Projektionsfläche

- Jantzen und Mertens (2000) verstehen geistige Behinderung als Auswirkung einer **gesellschaftlichen Konstruktion** (vgl. soziales Modell von Behinderung) > Ansatzpunkt für Psychotherapie
- Oft aber werden Menschen mit einer geistigen Behinderung auf ihr organisches Defizit reduziert und damit zur „**Projektionsfläche für das, was dem gesellschaftlichen Streben nach Machbarkeit, Heilsein, Autonomie und Erfolg im Weg steht**“ (Becker, 2023, S. 20).
- „Gesunde, vorhandene Anteile von Ich-Schwäche, Ohnmacht, Dummsein und die daraus resultierenden Ängste werden auf Menschen mit geistiger Behinderung verlagert und so **von sich selbst ferngehalten**“ (Becker, 2023, S. 20).
- Der medizinische/naturwissenschaftliche Fortschritt suggeriert, dass ein Leben mit Krankhaftem und Schwäche vermeidbar ist, was die Frage nach einem lebenswerten und lebensunwerten Leben (in Anbetracht von Hilflosigkeit, Angewiesensein, Nicht-Denken-Können) aufrecht hält (vgl. Becker, S. 25).



# Geistige Behinderung:

## Phantasma und Schuldgefühle

- Bei nicht behinderten Menschen werden in der Begegnung mit geistig behinderten Menschen Affekte ausgelöst, die um die **Gefahr des Nicht-Denken-Könnens**, aber auch um die **Verlockung des Nicht-Denken-Müssens** kreisen.
- *Diese hochwirksamen Ängste, Empfindungen von Hilflosigkeit und Abhängigkeit/Angewiesensein müssen verdrängt werden, um sich als autonomes Subjekt zu konstituieren, aber in der Begegnung (von nicht geistig behinderten Menschen) mit geistig behinderten Menschen drohen sie virulent zu werden und unseren eigenen inneren Halt zu gefährden.*
- Das *Phantasma des lebensunwerten Lebens*, das Wegwünschen des geistig behinderten Gegenübers, bindet die dadurch ausgelösten Tötungsphantasien und ruft gleichzeitig Schuldgefühle hervor.
  - MmB werden in speziellen Einrichtung gefördert, betreut und geschützt.
  - so stellt sich die Frage, was am Angewiesensein hochbedrohlich ist, nicht mehr.



# Wirksamkeit des Phantasma

- Konzepte von Förderung, Pflege und Fürsorge werden als **angemessene Umgangsformen** erachtet und so sieht man Menschen mit geistiger Behinderung nicht mehr (sie sind in speziellen Einrichtungen 'aufgehoben').
- Menschen mit geistiger Behinderung werden zum **Objekt von Förderansprüchen**, Plänen und Programmen.
- Einrichtungen, die sich um MmB kümmern, erfahren **Abwertung**.
- so schützt sich eine **auf Leistung und Machbarkeit festgelegte Gesellschaft** vor der Begegnung mit MmB und dem Erleben eigener Hilflosigkeit.
- Auch innerhalb der Einrichtungen gibt es eine Spaltung: MmB, die als integrationsfähig gelten und jene, die aufgrund ihres hohen Unterstützungsbedarfs nicht als integrationsfähig gelten („zu intensive Bedarfe haben“).
- Professionals im Gesundheits- oder Sozialwesen arbeiten sich an institutionell organisierten und individuell verankerten **kollektiven Widerständen** ab.



# Wirksamkeit des Phantasma

- Der Anspruch, dass Menschen mit geistiger Behinderung Psychotherapie zugänglich wird arbeitet sich an den kollektiven Widerständen ab.
- Die Widerstände schützen Einzelne vor der Angst vor 'Ansteckung'. Gemeint ist damit die Angst vor den eigenen Entwertungs- und Versagensgefühlen, vor dem Gewahrwerden von Vernichtungsängsten und Vernichtungsimpulsen sowie Tötungsphantasien.
- In der psychoanalytisch psychotherapeutischen Arbeiten mit geistig behinderten Menschen begegnen Therapeut\*innen dieser Dynamik auf der Übertragungs- und Gegenübertragungsebene.



# Gegenübertragung

Gegenübertragung: Konfrontation mit den eigenen Versagensgefühlen und Ängsten.

„Das Aushalten von Empfindungen der Ohnmacht, Hilf- und Sinnlosigkeit in der Arbeit mit MmB, die nicht einen nachweisbaren Erfolg versprechen, die mit ihrem Sosein auf ein entwertetes und entwertendes Nichtdazugehören festgelegt sind, macht Angst“ (Becker, 2023, S. 27f).

„Das gesellschaftlich verankerte Ausagieren der Gegenübertragung in Form von Behandlungsverweigerung seitens der PsychotherapeutInnen wird in einem gesundheitspolitischen Klima nahegelegt, dessen Maßgaben störungsspezifische Fokussierung, Wirtschaftlichkeit und Effizienz sind“ (Becker, 2023, S. 28)



# Becker, 2023, S. 30:

- „Sich in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen auf die eigene Gegenübertragung einzulassen, wie es im Setting der psychotherapeutischen Arbeit mit nichtbehinderten PatientInnen üblich ist, findet hier erschwerte Bedingungen.“
- „Dies erlebt die PsychotherapeutIn zuallererst bei sich selbst und ihren Widerständen“
- „Die Wahrnehmung der in ihr ausgelösten Fantasien und Vorstellungen als eine Gegenübertragung, sie ihrer scheinbaren sachlichen Selbstverständlichkeit zu entkleiden und als zur Beziehung gehörig wahrzunehmen, kann ein bedeutsamer und befreiender Schritt in der Therapie sein“
- „Denn er macht den Weg frei, den bisherigen Verlust des Denkenkönnens im Sinne Fantasierenkönnens als Folge einer Einfühlungsverweigerung zu verstehen“



# Therapeutische Haltung & Methodik

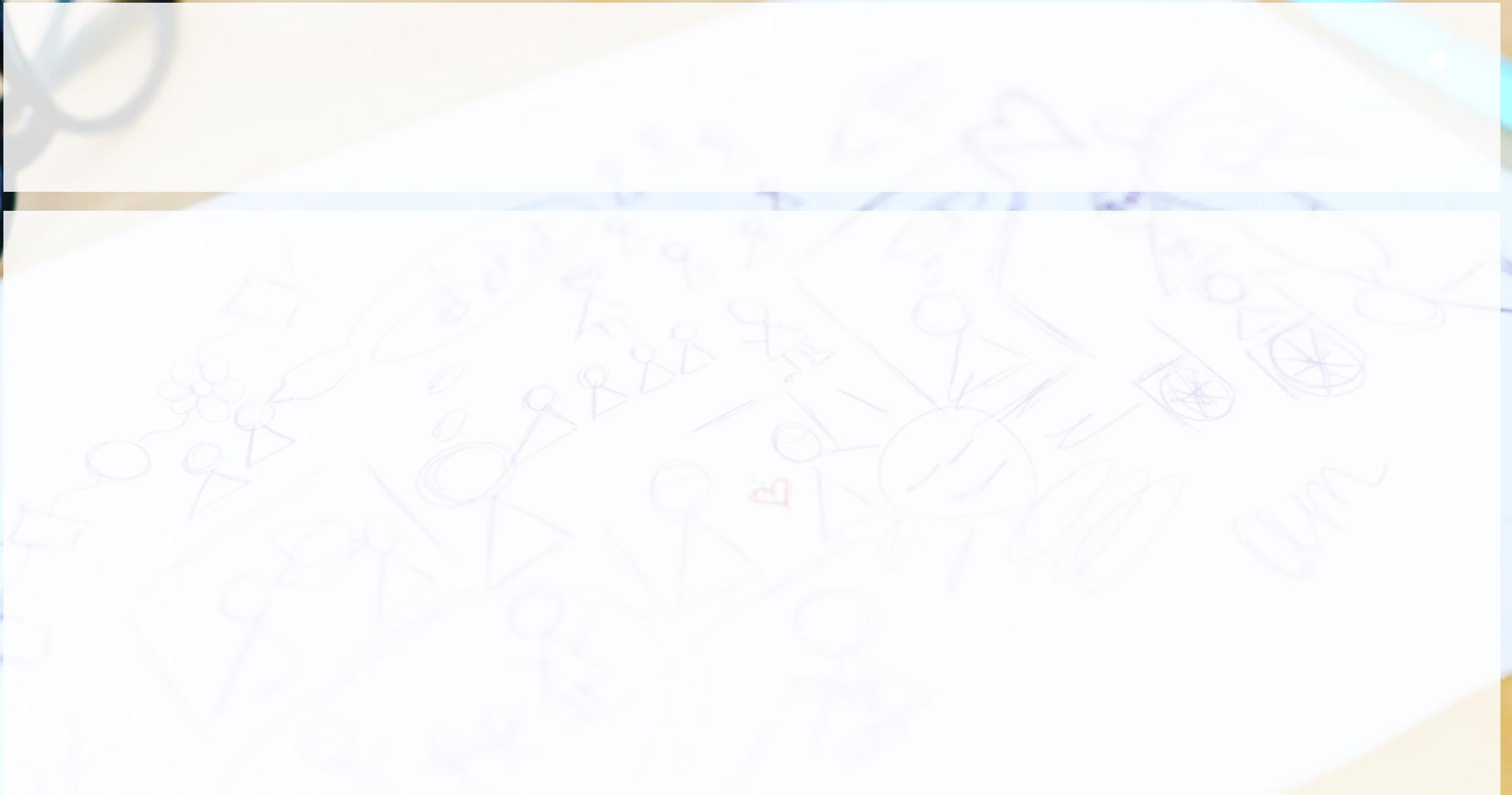
- Weg von: „Es ereignet sich nichts, kein Verstehen, keine Deutung, keine Intervention scheint den/die Klient\*in zu erreichen“
- Hin zu: „Auch wenn ich es nicht verstehe, der Sinn wird sich schon zeigen“
- Wenn die **Fähigkeit zu intentionalem Sprechen** eingeschränkt ist, kann auch das intentionale Spielen eingeschränkt sein.
- *Therapie auf nicht sprachlicher Ebene bedeutet natürlich nicht, dass nicht gesprochen wird.*
- Auch wenn Gesprochenes beim Gegenüber scheinbar kaum auf Resonanz stößt (keine erkennbare Wirkung zeigt), **wirkt Sprache und Sprechen tief ins Erleben des Gegenübers hinein.**
- *Auch eine Frage, auf die wir keine Antwort hören bzw. bekommen, kann im Gegenüber etwas auslösen.*



# Fazit:

- Psychotherapeut\*innen sind gefordert, die eigenen, oft erschreckend heftigen Gegenübertragungen auszuhalten und sich Menschen mit vielleicht sehr auffälligen/sonderbar wirkenden Verhaltensweisen zu stellen.
- Das psychotherapeutische Verständnis muss Interventionen auf vorsprachlicher Ebene miteinbeziehen (z.B. tiefenpsychologisch fundiert und in einer Sonderform, z.B. Einbeziehung musiktherapeutischer Methoden oder Einbeziehung kunsttherapeutischer Methoden etc.).
- **Alle Äußerungen** (auch Lautieren, mimische Verhaltensweisen, Hantieren mit Gegenständen etc.) werden in die Therapie miteinbezogen bzw. **sind die Therapie**.
- *Therapie mit MmB ist zu verstehen als Zusammen'spiel' eines schwer greifbaren Gegenübers und einer ebenso schwer greifbaren eigenen Beteiligung.*
- Erst wenn es gelingt, sich von einem Menschen mit geistiger Behinderung affizieren zu lassen und den dadurch hervorgerufenen Schrecken ins Auge zu schauen, kann Therapie mit MmB eine lebendige und bereichernde Erfahrung sein.





[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

*Qm*  
alexandra müller



# Psychotherapie für MmB (systemisch)



[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

*Qm*  
alexandra müller

# Systemische Therapie

- Es gibt unterschiedliche Ansätze (narrativ, hypnosystemisch, lösungsorientiert)
- Betrachtet Familien und deren Mitglieder als ein System
- Alle Teile in diesem System beeinflussen sich gegenseitig und sind miteinander verbunden.
- Anstatt nur das einzelne Individuum (Indexpatient\*in, Symptomträger\*in) zu fokussieren, betrachtet SF das gesamte System
- Veränderungen bei einem Mitglied beeinflussen das gesamte System
- Veränderungen im Familiensystem können Auswirkungen auf einzelne Mitglieder haben
- Nicht komplexitätsreduzierend, sondern komplexitätsadäquat
- Angemessen ungewöhnlich verstören, um Veränderung zu initiieren
- Ziel: Dynamiken und Muster zu verstehen, zu identifizieren und zu verändern; Verbesserung der Kommunikation



# SF - Grundlagen

Zirkuläre Kausalität:

- Lineare Kausalität: Ursache – Wirkung
- Zirkuläre Kausalität: das Verhalten eines Mitglieds kann sowohl Ursache als auch Wirkung sein für das Verhalten anderer Mitglieder
- Konzeption der „Schuld“ nicht systemisch
- Probleme entstehen durch gegenseitige Beeinflussung
- Probleme werden durch Wechselwirkungen aufrecht erhalten

Ressourcenorientierung:

- Konzentration auf Stärken und Ressourcen
- Menschen „haben“ Probleme, die sie oft nicht kennen, aber sie spüren deren Auswirkungen.



# SF – Grundlagen und system. Haltung

Musterveränderung:

- Ziel: problematische Interaktionsmuster identifizieren und verändern (neue Wege finden oder „umdenken“ / Reframing)

Haltung der Therapeut\*innen:

- Neutralität / Allparteilichkeit (bezogen auf Ziel und Person)
- Neugier („Noch-Nicht Wissen“)
- Zirkularität
- Wertschätzung
- „jedes Verhalten ist sinnvoll, egal wie dysfunktional es von außen wirken mag“



# SF: Techniken, Methoden

- Skulpturarbeit: Techniken, die Beziehungen und Dynamiken sichtbar machen (Familienbrett, Aufstellungen)
- Genogramm: „Familienstammbaumdiagramm“, visualisiert biologische und emotionale Beziehungen, hilft bei ‚Mustererkennung‘ (VIP-Karte, Ressourcogramm)
- Zirkuläre Fragen / systemische Fragen: Fragen zur Wirklichkeitskonstruktion und Fragen zur Möglichkeitskonstruktion (Möglichkeitsraum). Fragen dienen nicht in erster Linie dazu, dass die Therapeut\*in neue Informationen bekommt, sondern dass die Klient\*in neue Informationen über sich selbst und ihr System erhält. (Yes-Set)
- Reflecting Team: Reflexion und Perspektivenerweiterung, Multiperspektivität, bestimmter Ablauf; Klient\*innen hören, was Zuhörer\*innen hörten; Hypothesen im Konjunktiv anbieten.



# Modifikationen (systemische Therapie)

- Anschlussfähigkeit seitens Therapeut\*in
- Alltag validieren (häufig mit Alltags-Invalidierung konfrontiert)
- Zeit nehmen (so lange nachfragen, bis man – rein akustisch – verstanden hat)
- Leichte Sprache verwenden
- Dauer / Länge / Frequenz
- Genaue Auftragsklärung (WER genau möchte WAS?)
- Lösungsfokussierung
- Einsatz kreativer Methoden
- Familienbrett und Aufstellungsarbeiten
- Rituale
- Mit Bezugsobjekten arbeiten



# Modifikationen

- Mit Bildern, Piktogrammen oder Comics arbeiten
- Zeichnungen verwenden oder als 'Hausaufgabe' geben
- Spiel bzw. psychodramatische Ansätze
- Hand- oder Fingerpuppen
- Genogramme, VIP-Karten
- Gäst\*innen in die Therapie einladen
- Reflecting Team
- Ressourcen fokussieren
- Unterstützungskreis
- ...



# Modifikationen

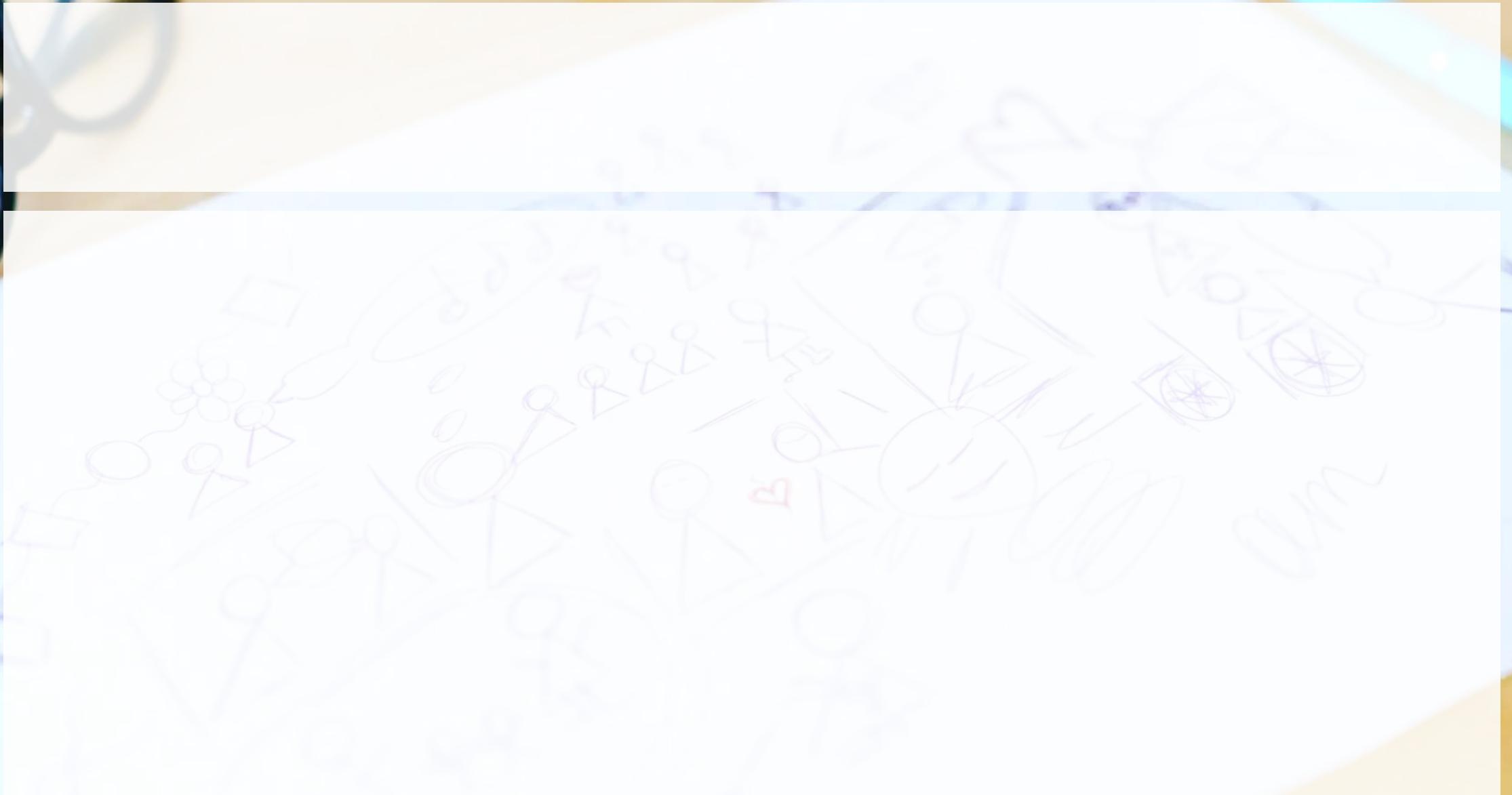
- Material (symbolhaltige Materialien verwenden)
- Fotos machen
- „Sprache ist flüchtig“ > aufschreiben, aufzeichnen
- Spiele, Mandala etc. als Joining, um einen arbeitsfähigen Zustand herzustellen
- Wenn emotionale Entwicklung weniger ausdifferenziert, dann auf Freude, Trauer, Wut, Angst, Überraschung und Ekel als Grundemotionen achten.
- Mit Symbolen arbeiten
- ...



# Auftragsklärung (in LL)

- Wieso sind Sie hier?
- Was ändert sich, wenn wir hier gut arbeiten?
- Was wünschen Sie sich von der Therapie / Beratung?
- Was wünschen Sie sich von mir?
- Was wünschen sich die Betreuer\*innen von unserem Gespräch?
- Woran würden Sie merken, dass es etwas bringt, dass Sie zu mir kommen?
- Was soll sich ändern?
- Worüber wollen Sie reden?





[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

*Qm*  
alexandra müller

# Normalisierung, Integration, Inklusion



[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

*Qm*  
alexandra müller

# Das Normalisierungsprinzip

- **Ein normaler Tagesablauf:** der Tagesrhythmus soll weitestgehend dem von Altersgleichen angepasst sein.
- **Ein normaler Wochenablauf:** Trennung der Bereiche Wohnen – Arbeit – Freizeit. Diese Forderung wird auch „Zwei-Milieu-Prinzip“ genannt und bedeutet, dass die einzelnen Bereiche durch Ortswechsel, Wechsel der Bezugs- und Kontaktpersonen usw. klar getrennt sind.
- **Ein normaler Jahresrhythmus:** Normalisierung bedeutet, den normalen Jahresablauf durch Einhaltung von Feiertagen, Ferien und Familientagen von persönlicher Bedeutung erleben zu können.
- **Die normalen Erfahrungen eines Lebenszyklusses:** Normalisierung muss auch die Gelegenheit bringen, die normalen Entwicklungserfahrungen eines Lebens zu machen. Die Lebensumstände und –bedingungen sollen altersentsprechend sein.



# Das Normalisierungsprinzip

- **Normaler Respekt:** Das Normalisierungsprinzip bedeutet auch, dass die Entscheidungen, Wünsche und Bitten geistig behinderter Menschen respektiert und berücksichtigt werden müssen.
- **In einer zweigeschlechtlichen Welt leben:** Normalisierung bedeutet, dass Männer und Frauen zusammen arbeiten, leben, ihre Freizeit verbringen und Beziehungen und Partnerschaften miteinander eingehen können.
- **Normaler Lebensstandard:** Normalisierung bedeutet, einen normalen (üblichen) materiellen Lebensstandard anzustreben.
- **Normale Umweltbedingungen:** Das Normalisierungsprinzip beinhaltet, dass der Standard für Einrichtungen, wie Schulen, Arbeitsstätten, Wohnstätten und Wohnheime, sich am Maßstab dessen messen soll, was dem/der durchschnittlichen BürgerIn in seiner/ihrer Gesellschaft geboten wird.



# Inklusion

- Was sind Ihre ersten Gedanken / Assoziationen zum Inklusionsbegriff?
- Welche Rolle spielt Inklusion in Ihrem Leben?
- Welche Bedeutung hat Inklusion für MmB?



# Inklusion?



Bild: Phil Hubbe



# Inklusion?

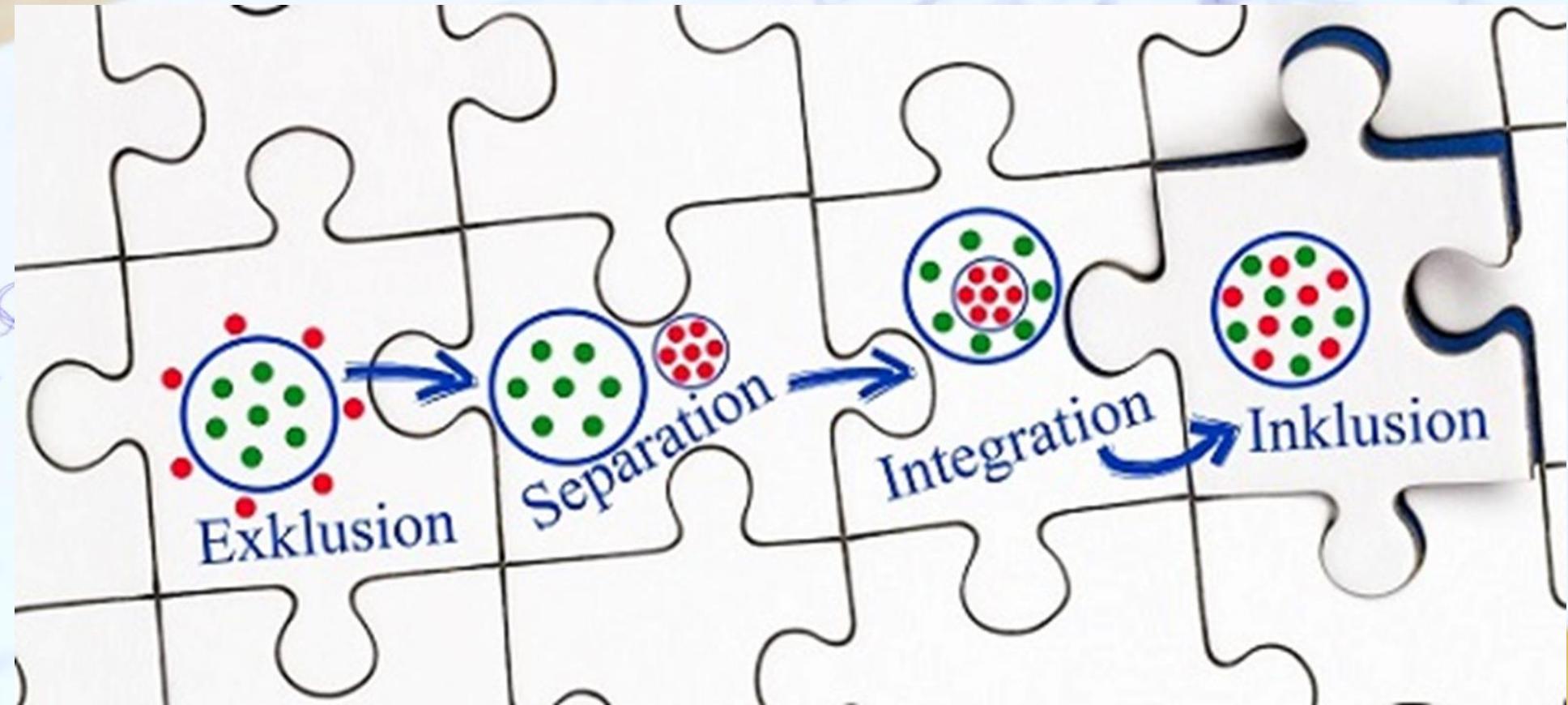


# UN-BRK

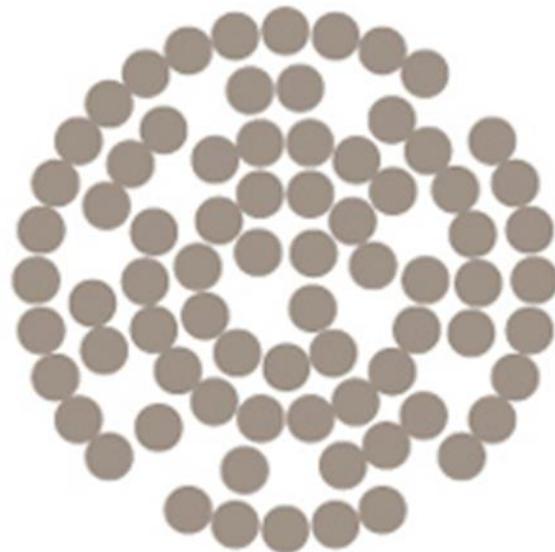
- Enthält keine Sonderrechte, sondern konkretisiert und präzisiert den allgemeinen Menschenrechtsschutz
- Gleichheit (Gleichwertigkeit), nicht Gleichartigkeit
- Beinhaltet einen gesamtgesellschaftlichen Aspekt
- Seit 26.10.2016 in Kraft getreten
- NAP und Monitoring Ausschuss
- Übersetzungsfehler? „Inclusive Education“ > „Integratives Bildungssystem“



# Am Weg zur Inklusion?



# Exklusion – Integration - Inklusion



Exklusion



Integration



Inklusion

# Ableismus

- **Ableismus** (oder **Ableism** im Englischen) bezeichnet eine Form der Diskriminierung und Vorurteile gegenüber Menschen mit Behinderungen. Der Begriff setzt sich aus dem englischen Wort "able" (fähig) und dem Suffix "-ismus" zusammen und beschreibt eine gesellschaftliche Haltung, die Menschen ohne Behinderung als "normal" und diejenigen mit Behinderung als "anders" oder "minderwertig" betrachtet.
- Ableismus ist also eine tief verwurzelte gesellschaftliche Problematik, die es zu erkennen und zu bekämpfen gilt, um eine inklusive Gesellschaft zu schaffen, in der alle Menschen, unabhängig von ihren Fähigkeiten, gleichberechtigt und respektiert werden.

Quelle: ChatGPT. (2024, 9. August). Ableismus: Bedeutung und Kernpunkte. OpenAI.



# Ableismus

## Formen von Ableismus

- **Öffentliche Barrieren**

Bei ableistischer Diskriminierung denken die meisten Personen an erster Stelle an Barrieren (im Zugang zu Orten, Ressourcen und Informationen), die das Leben von MmB massiv einschränken. Oft geht es um **bauliche Barrieren** (fehlende Beschilderung, Treppen, Türen, Sanitäranlagen, schlechte Raumbeleuchtung)

oder um Barrieren bezüglich **Information/Kommunikation** (Webseiten, die nicht barrierefrei sind, Broschüren in schwerer Sprache oder bürokratische Hürden)

- **Ökonomische Barrieren** (Zugang zu ökonomischen Ressourcen):

**Struktureller Ableismus** betreffen Arbeitsmarkt (Einstellungschancen, Bezahlung)

**Institutioneller Ableismus:** Umgehung des gesetzlichen Mindestlohns in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen.



# Ableismus

## Formen von Ableismus

- **Alltagsableismus**

MmB sind einer Vielzahl an **Mikroaggressionen** ausgesetzt (Handlungen, unangemessene Äußerungen, unangemessene Fragen, das Aufdrängen von Hilfe, das Absprechen grundlegneder Kompetenzen).

Dazu zählen auch 'gut gemeinte' Beschreibungen, wie 'besonders tapfer', „ich könnte das nicht“, 'immer so positiv', ...

„Wenn die Mehrheitsgesellschaft ganz ergriffen ist von der Bewältigung jener Barrieren, die sie selbst davor konstruiert hat.“ (Schütteler & Slotta, 2023, S. 146)

Dazu zählen natürlich auch: negative Einstellungen gegenüber MmB oder stereotype Einstellungen.



# Ableismus in der Psychotherapie

- Oft kommt es zu einer **Überschattung** weiterer Diagnosen durch die medizinische Primärdiagnose (z.B. wenn ein gestörter Antrieb mit der Form von Behinderung erklärt wird, kann deine depressive Symptomatik übersehen werden).  
→ wichtig ist zu erkunden worunter leiden Menschen: was sind diskriminierungsbezogene Belastungen und was ist einer körperlichen Beeinträchtigung zuzuschreiben?

- **Therapieziele**

MmB sind einem Anpassungsdruck ausgesetzt: in der Therapie könnte es darum gehen wie diese Anpassung gezielt reduziert werden kann und das Erleben entpathologisiert werden kann (Empowerment).



# Ableismus in der Psychotherapie

- **Therapiethemen**

Selbstverständlich ist die Identität und Individualität/das Selbst weder vollständig von der Behinderung bestimmt, noch muss sie zwangsläufig relevant werden in der Therapie.

- **Modifikationen / Adaption von Interventionen**

Die Modifikation von Interventionen sollte nicht pauschal geschehen, sondern an tatsächlichen Fähigkeiten und Bedürfnissen der Klient\*innen orientiert sein.

Keine voreilige Vereinfachung der Sprache (eine unangemessen niedrige Kompetenzerwartung wirkt indirekt abwertend)

Klient\*innen bei der Modifikation mitentscheiden lassen!

Nachfragen, ob / wie verständlich das Gesagte war!



# Inklusion & Psychotherapie

- Wie kann Psychotherapie inklusiv(er) werden?
- Denken Sie an Ihr zukünftiges Fachspezifikum und weiterführend an Ihre eigene Tätigkeit als Psychotherapeut\*in – wie können Sie, sofern Sie das wollen, Ihre Praxis inklusiv(er) gestalten?
- Was ist Ihnen wichtig?
- An welche Zielgruppe denken Sie dabei?



# Merkmale von Sonderpädagog\*innen im Bildungssystem (vgl. Rittmeyer, 2012):

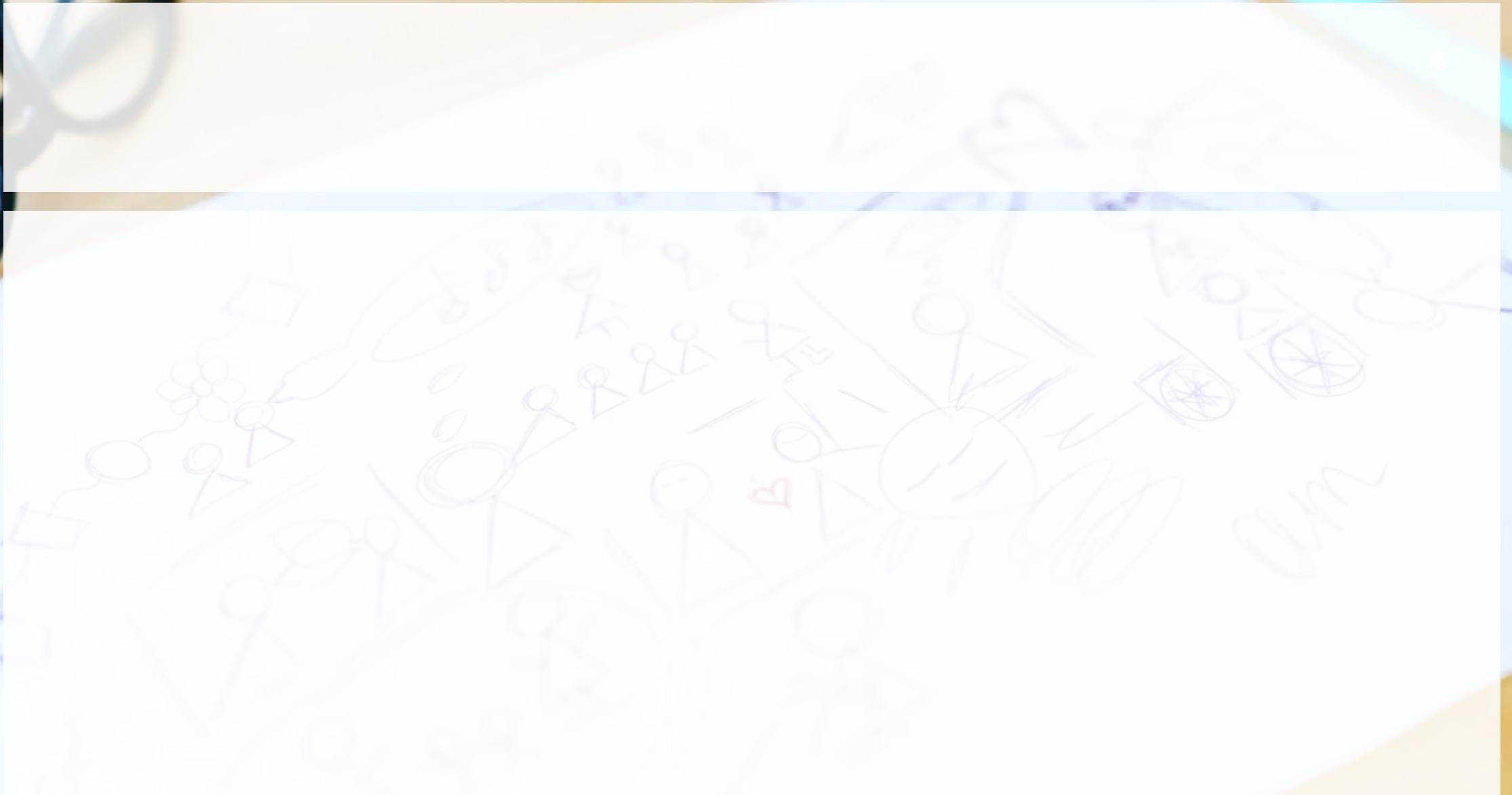
- Sie arbeiten in der Klasse für alle SchülerInnen mit
- Sie erweitern das Methoden Repertoire des Unterrichts
- Sie kennen unterschiedliche Interventionsstrategien
- Sie kennen besondere Lehr-. Lern- und Arbeitsmittel und wissen diese auch zu besorgen
- Sie kennen außerschulische Dienstleistungen
- Sie haben Beratungskompetenz für den Umgang mit unterschiedlichen KooperationspartnerInnen
- Sie haben Kompetenz in qualitativer und quantitativer Diagnostik



# Diskussionspunkte

- Wie ist das Recht auf Arbeit mit der gängigen Praxis vereinbar?
- Braucht es weiterhin Sondereinrichtungen?
- Soll die Sonderpädagogik in Schulen abgeschafft werden?
- Inklusive Schule! Eine Schule für alle? Oder droht Low-Cost Education?





[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

*Qm*  
alexandra müller



# Geistige Behinderung



[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

*Qm*  
alexandra müller

# Geistige Beeinträchtigung

- Weitestgehend etabliert, aber heftig kritizierter Begriff
- Im deutschsprachigen Raum terminologische Vielfalt
- WHO Definition
- Medizinisches Modell von Behinderung



# IQ bezogene Sichtweise auf den MmB

- „normaler“ IQ 100
- Weniger als 70: Intelligenzminderung, kognitive Beeinträchtigung
- Zwischen 70 und 85: Lernbeeinträchtigung

... bei einem IQ < 50 meist pränatale Ursachen  
(es wird eine geistige Behinderung diagnostiziert, aber die Ursache ist unbekannt)



# Geistige Behinderung (WHO)

- WHO ICD 10 – Psychische und Verhaltensstörungen (F70-F79)
- <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kodesuche/htmlgm2020/block-f70-f79.htm>
- Leichte Intelligenzminderung
- Mittelgradige Intelligenzminderung
- Schwere Intelligenzminderung
- Schwerste Intelligenzminderung
- Andere und nicht näher bezeichnete Intelligenzminderungen



# 4 Dimensionen Modell nach Theunissen

- Faktor A: Organdefekte, körperliche Fehlbildungen
- Faktor B: Lern- und Entwicklungsbereich auf kognitiver, sensorischer, motorischer und aktionaler Ebene - „Lernbeeinträchtigung“, „Entwicklungsverzögerung“, „Wahrnehmungsstörung“
- Faktor C: Kontextfaktoren (Hospitalisierung, Ausgrenzung, emotionale und soziale Vernachlässigung)
- Faktor D: Selbst- und Fremdwahrnehmung

Beispiel: Faktor BCD: Gilt insbesondere bei Formen einer leichten geistigen Behinderung oder Lernbeeinträchtigung, bei der keine medizinisch nachweisbare Schädigung festzustellen ist, aber zahlreiche ungünstige soziale Faktoren eine Rolle spielen (wie z.B. soziale Benachteiligung, Armut, broken homes).



# Geistige Behinderung

## WHO Definition

- Das Merkmal einer geistigen Behinderung ist eine **signifikant verringerte Fähigkeit**, neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fähigkeiten zu erlernen und anzuwenden (**beeinträchtigte Intelligenz**).
- Dadurch verringert sich die Fähigkeit, ein unabhängiges Leben zu führen (soziale Kompetenzen).
- Dieser Prozess beginnt vor dem Erwachsenenalter und hat **dauerhafte Auswirkungen** auf die Entwicklung.
- Behinderung ist nicht nur von der individuellen Gesundheit abhängig, sondern auch entscheidend davon abhängig, in welchem Ausmaß die vorhandenen Rahmenbedingungen eine vollständige Beteiligung am gesellschaftlichen Leben begünstigen (oder erschweren).



# Geistige Behinderung

## WHO Definition

- Geistige Behinderung ist eine Diagnose, die eine Intelligenzminderung/Defizite in der Intelligenz beschreibt.
- Diese Defizite werden als Folge von neurologischen bzw. hirnorganischen Beeinträchtigungen verstanden und mit dieser Verknüpfung erklärt.
- Differenzierung:
  - Leichtgradig
  - Mittelgradig
  - Schwergradig
  - Tiefgreifende Störung
- diese Verknüpfung ist problematisch (wirkt wie ein Urteil auf lebenslänglich)
- Es gibt keine klaren Kriterien.



# Diagnostische Probleme

- Die Verknüpfung von neurologischen Schäden und Beeinträchtigung trifft nicht immer zu
- Nur bei 30-50 % der Menschen mit einer geistigen Behinderung lässt sich eine organische Schädigung nachweisen.
- Umgekehrt gelten Menschen mit einem nachweislich organischen Schaden (z.B. durch Schlaganfall) nicht unbedingt als geistig behindert, weil sie nicht dementsprechend wirken.
- Aber es gibt Menschen, die in die **Rolle** des geistig behinderten Menschen gedrängt werden & es gibt Menschen, die eine psychische Störung haben (z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörung) und sich in diese Rolle 'flüchten'.
  - geistige Behinderung ist als Diagnose bis heute nicht eindeutig geklärt.
  - diese Diagnose betrifft eine sehr heterogene Zielgruppe.



# Probleme, die aus der Diagnose resultieren

- Welche Bedeutung hat die Diagnose für Betroffene, wenn neurologische/hirnorganische Gegebenheiten den Eindruck einer unverrückbaren, widerspruchsfreien Diagnose erwecken?
  - Menschen mit geistiger Behinderung können im anamnestischen Gespräch ihre Individuallage oft nur sehr eingeschränkt selbst schildern.
  - Sie sind auf Fremdbeobachtungen angewiesen. Diese beinhaltet aber natürlich auch einen großen Auslegungsspielraum.
  - Sie sind abhängig davon was der/die Therapeut\*in unter geistiger Behinderung versteht.
  - Betroffene schreiben sich nicht selbst eine geistige Behinderung zu.
  - Diese Fähigkeit zur Introspektion (Denkenkönnen, Selbstreflexion) würde ja bedeuten das eben diese Bezeichnung nicht auf sie zutrifft (vgl. Becker, 2023, S. 38).



# Geistige Behinderung als soziale Kategorie

- Das soziale Umfeld ist bedeutend für die Entstehung der Kategorie 'geistige Behinderung'!
- Es bestimmt was als Behinderung wahrgenommen wird (Definitionsmacht) und inwiefern gewisse Verhaltensweisen (z.B. nicht altersadäquate Protesthaltung) als problemhaft gelten.
- Betroffene bringt dies häufig in **paradoxe Situationen**, weil sie zu mehr **Selbstbestimmtheit** aufgefordert werden, aber ihnen eben **dieses Selber-bestimmen-Können nicht zugetraut wird**.
- Menschen mit einer geistigen Behinderung sind, so könnte man sagen, **einer für sie sinnvoll erscheinenden Förderung 'ausgesetzt'**, die meist Paradigmen wie Selbsttätigkeit, Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit folgen.
- So, als würden Sie auf ein eigenständiges Leben vorbereitet, dass ihnen eigentlich nicht zugemutet/zugetraut wird.





# Geistige Behinderung & psychische Störung (Doppeldiagnose)



[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

*Qm*  
alexandra müller

# Doppeldiagnose:

## Geistige Behinderung & psychische Erkrankung

- Diagnostik: bio-psycho-soziales Verständnis anstatt monokausaler Betrachtung
- Doppeldiagnosen: erschwert Diagnostik (anamnestisches Gespräch)
- Psychiatrische Untersuchung (abhängig von kommunikativen Kompetenzen der PmgB)
- Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten oft nicht klar zu differenzieren
- Je leichter die kognitive Beeinträchtigung, desto differenzierter ist Diagnostik möglich.

Beispiele zu:

- Diagnose Schizophrenie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung
- Diagnose Depression bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung



# Doppeldiagnose

## Psychiatrische Diagnostik

- Starke Kommunikationseinschränkungen schränken eine klare Diagnostik ein
- Patient\*innen haben Schwierigkeiten ihre Gefühle und Beschwerden mitzuteilen
- „**Underreporting**“: Betroffene können selbst nicht berichten
- Bei MmB kann es zu einer Verarmung der Symptomatik kommen (z.B. Wahnideen oder Halluzinationen können sehr einfach, auf einem kindlichen Niveau, sein)
- In Stresssituationen neigen Mm intellektueller B dazu, auf ein niedrigeres Funktionsniveau zurückzufallen
- Der Beginn einer psychischen Erkrankung kann bereits bestehende Verhaltensauffälligkeiten verstärken (z.B. massive Auto- oder Fremdaggressionen)
- Es braucht klare Informationen darüber, wie das „normale“ Verhalten ist
- „**Diagnostic overshadowing**“: viele Veränderungen sind vom „normalen“ Erscheinungsbild der Behinderung nicht zu unterscheiden



# Verlaufsbeobachtung

- Wichtiges Instrument bei MmgB!

Eine standardisierte Beobachtung beinhaltet 4 Situationen:

- Die Person alleine
- Die Person in Interaktion mit wichtigen Bezugspersonen
- Die Person während der Beschäftigung mit Material
- Die Personen zusammen mit anderen Personen (Mitbewohner\*innen, Mitpatient\*innen)



# Psychische Störungen bei M mit schwerster intellektueller Beeinträchtigung

- IQ < 20
- Entwicklungsalter < 2 Jahre
- Psychosoziale Entwicklung: Handeln ist primär, Denken ist sekundär, Probleme mit Veränderungen, vor allem mit dem eigenen Körper beschäftigt.
- Bei Menschen mit schwerster intellektueller Beeinträchtigung können nur wenige psychiatrische Störungsbilder unterschieden werden (Folge eines geringen Entwicklungsniveaus). Die Diagnostik muss ihr Augenmerk vor allem auf Funktionsstörungen (Schlafprobleme, Essstörungen, motorische Auffälligkeiten) legen.
- Frühkindliche Bindungsstörungen, ASS (Autismusspektrumsstörung)



# Psychische Störungen bei M mit schwerer intellektueller Beeinträchtigung

- IQ zwischen 20 und 35
- Entwicklungsalter: 2-4 a
- Psychosoziale Entwicklung: Lernen aus konkreten Erfahrungen, Fokus auf wichtige Menschen, wenig Interesse an Altersgenoss\*innen, verträgt keinen Aufschub von Lust, Wut und Aggression nach außen gerichtet, Trotzphase.
- Hier können mehr Störungen diagnostiziert werden als bei Menschen mit schwerster i. B.
- Störungen des Bindungsprozesses (psychotische Störung, depressive Störung, bipolare Störung)
- Störung der Selbst- und Fremddifferenzierung (oppositionelles Trotzverhalten)



# Psychische Störungen bei M mit mittelgradiger intellektueller Beeinträchtigung

- IQ zwischen 35 und 50
- Entwicklungsalter: 4-7 a (Entwicklung wie Vorschulkinder, aber körperlich wie Erwachsene)
- Psychosoziale Entwicklung: das Denken ist egozentrisch, Vorausdenken ist möglich, Lernen an Vorbildern, orientiert an Familie, gerne mit Altersgenoss\*innen zusammen, tut Dinge gerne mit anderen, bindet sich an wichtige Andere und identifiziert sich mit anderen, fantasiereich, eingeschränkte Impulskontrolle, Emotionen wie Glück, Angst, Scham und Kummer entwickeln sich, das Über-Ich ist unzureichend internalisiert, beginnende Gewissensentwicklung.
- Ausgeprägte Symptomatiken gut erkennbar
- 40% aller Betroffenen zeigen psychische Störungen
- Häufige Diagnosen: Psychosen, Depression, Manie, Angststörungen, Zwangsstörungen, ADHS, oppositionelles Trotzverhalten.



# Psychische Störungen bei M mit leichter intellektueller Beeinträchtigung

- IQ zwischen 50 – 70
- Entwicklungsniveau: 7-12 a
- Psychosoziale Entwicklung: logisches Denken möglich, Sprechen über konkrete Situationen, Probleme mit Verstehen komplexer Botschaften, Probleme mit abstrakten Denken, Lernen durch Erfahrung, Bedeutung von Vorbildern, angepasst an Regeln, will sozial akzeptiert sein, ggf. Probleme mit Aggressionsregulierung, gut entwickelte Gefühle: Kummer, Glück, Liebe, Hass, Vertrauen, Misstrauen und Selbstwert. Weniger gut entwickelt: Gewissen, körperliche Liebe und Empathie, das Ich ist abhängig vom Urteil anderer.
- Man geht davon aus, dass MmliB dieselben psychischen Störungen entwickeln wie die Normalbevölkerung.
- Sie sind allerdings einem höheren Risiko ausgesetzt psychisch zu erkranken



# Psychische Störungen bei M mit leichter intellektueller Beeinträchtigung

- Risikofaktoren: fühlen sich weniger sozial akzeptiert, ungenügende Coping-Strategien, sind abhängig von Anderen (faktisch eine oft geringe oder sehr eingeschränkte Autonomie)
- Wenn sie ins frühe Erwachsenenalter eintreten, treten die Unterschiede (zur 'Normalbevölkerung') stärker hervor (Rollenbilder!)
- Diagnosen: ADHS, psychotische Zustände, affektive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und delinquentes Verhalten.



# Schizophrenie – allg.

- Kognitive Symptome: Wahn, Halluzinationen, Versagensangst, Phobien, Zwangsgedanken, Suizidalität, zielgerichtete Aggressivität, antisoziales Verhalten
- Emotionale Symptome: Unruhe, Wut, Existenz und Trennungsängste, selbstverletzendes Verhalten, Zurückgezogenheit, Stereotypien, zwanghaftes Ordnen
- Physiologische Symptome: Schlafstörungen, Essstörungen, Verdauungsstörungen, somatische Beschwerden
- Positivsymptome: Wahn, Halluzination, Denkstörungen, unzusammenhängende Sprache, bizarres Verhalten (dem Erleben wird etwas hinzugefügt)
- Negativsymptome: Sprachverarmung, kognitiver Abbau, Zurückgezogenheit, Apathie (Symptome, die bisher vorhandene Kompetenzen einschränken)
- Phasen: Prodromal-, Zwischen-, Akutphase und Residuum



# Diagnose Schizophrenie bei MmgB

- Bei Mm leichter und mittelgradiger intellektueller B treten alle drei Symptomarten auf (kognitive, emotionale und physiologische Symptome)
- Bei Mm schwerer können keine beobachtet werden (Sammeldiagnose, atypische Diagnose)
- Bei Mm mittelgradig bis schwerer i B überwiegend Negativsymptome
- Bei Mm I i B auch Positivsymptome sichtbar
- Generell mehr Negativsymptome bei MmiB
- Früherkennung: Prodromalphase bei Mm I i B erkennbar (Psychoeduktion)



# Diagnose Depression bei MmiB

- Mm schwerer i B: auffällig, dass Symptome, für die ein höherer kognitiver und emotionaler Entwicklungsstand nötig ist (depressive Verstimmung, negatives Selbstbild, Schuldgefühle, Suizidalität) fehlen.
- Symptome eher: selbstverletzendes Verhalten, motorische Hemmungen, Inkontinenz, Lautieren, Schlafstörungen.
- Mm mittelgradiger i B: Verlust von Interesse, Traurigkeit, Reden über den Tod, auch selbstverletzendes Verhalten, manchmal Halluzinationen.
- Mm I i B: auffallend, dass Betroffene nicht über Traurigkeit klagen, aber Fragen, ob sie Kummer haben, oft mit Weinen beantworten.
- Symptome: Antriebsverlust, suizidale Äußerungen, Negativismus, vegetative Störungen, Halluzinationen, Rückgang kognitiver Funktionen.





# Familien mit behinderten Kindern



[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

Qm  
alexandra müller

# Familien mit behinderten Kindern



[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

Qm  
alexandra müller

# Psychotherapie – Hilfe für An- und Zugehörige?

- Wie kann Psychotherapie Eltern unterstützen?
- Womit sind Eltern konfrontiert, wenn ihr Kind mit einer Behinderung geboren wird?
- Was bedeutet es für Eltern ein behindertes Kind zu haben?



# Geistige Behinderung als gescheiterte Subjektgenese – Eltern sein von einem Kind mit Behinderung

- Geistige Behinderung kann als Produkt eines spezifischen Sozialisationsvorganges gesehen werden - zwischen einem Kind mit spezifisch beeinträchtigten körperlichen Voraussetzungen und einer sich dazu in spezifisch pathogener Weise verhaltenden Umwelt.
- Geistigbehindertsein ist dementsprechend auch eine angeeignete Umgangsform, mit der ein Mensch sich in einem für ihn höchst bedrohlichen Umfeld zu behaupten sucht.
- Er/sie ist in einer für ihn/sie kaum verständlichen Weise mit einer extremen Bedrohung konfrontiert, der er/sie nicht entkommen kann, die da lautet: „du sollst so, wie du bist, nicht sein.“
- Mütter spüren in der Beziehung zu ihren meist noch sehr kleinen Kindern mit Behinderung auf beunruhigende Weise eine Irritation – sie spüren die Verletzlichkeit und Verletztheit ihres Kindes.



# Geistige Behinderung als gescheiterte Subjektgenese – zur Situation von Eltern

- Viele Eltern fürchten um das Leben ihrer Kinder, die oft mit massiven Komplikationen während der Geburt zur Welt kamen.
- Eltern fürchten sich auch vor dem Leben mit einem behinderten Kind, weil es vielleicht nie das Kind sein wird, das sie sich erträumten.
- Es ist schwer, Kinder in ihrem Sosein anzunehmen.
- Zudem bringt das Leben mit einem behinderten Kind auch das Lebenskonzept der Eltern durcheinander. Häufig resultieren daraus Konflikte.
- Die Mutter verspürt Schuldgefühle, sie darf nicht wütend sein auf das Kind
- Gewisse Befürchtungen (z.B. eine lebenslanges Angewiesensein) müssen verdrängt werden, um das Leben des Kindes (in einer Leistungsgesellschaft) nicht zu gefährden.
- Unterstützung von außen hilft, um sich mit den heftigen Unsicherheitsgefühlen und der erlebten Ohnmacht dennoch kompetent zu fühlen.



# Zur Situation von Müttern und Eltern

- Die Diagnose wirkt in der Regel immer als Schock (verbunden mit Wut, Ablehnung und Enttäuschung)
- Zugleich entlastet sie von unerträglichen Schuldgefühlen.
- „Sie entlastet entsprechend der Formel: > organisch = unschuldig, psychisch = schuldig“ (Becker, 2023, S. 66).
- Diese Schuldentlastung wirkt aber nur, solange sie an der Diagnose festhält.
- Gleichzeitig nimmt es der Mutter die Möglichkeit sich einzufühlen, weil entsprechende Formel lautet weiters „der Einfühlungsversuch in Menschen mit hirnorganisch bedingten Störungen ist sinnlos“ (ebd.)
- Das Idealbild einer guten, alles verstehenden Mutter wird brüchig.
- Mütter spüren oft ein lebenslange Verantwortung, sie erleben ‘ewige’ Mutterschaft.



# Zur Situation von Müttern und Eltern

- Mütter und Eltern bekommen von außen oft Reaktionen wie „das könnte ich nicht“ oder „das wird schon, wirst sehen“
- In diesen Reaktionen müssen sie ihre Kinder zwangsläufig als entwertet erleben
- Auch für Eltern ist es kränkend ein gesellschaftlich unerwünschtes Kind zu haben
- Für Eltern kann das eine narzistische Kränkung darstellen.
- Das Umfeld sieht die störenden Verhaltensweisen des Kindes als organisch bedingt
- Dieses Erklärungsschemata wird dominant und erzeugt bei der Mutter eine unbewusste Einfühlungsverweigerung.
- Dies wiederum löst beim Kind Todesängste aus, die als beunruhigende Verhaltensweisen in Erscheinung treten und wiederum als Zeichen einer organisch bedingten geistigen Behinderung gedeutet werden.
- In diesem Regelkreis realisiert sich das Phantasma



# Zur Situation von Müttern und Eltern

- Fördermaßnahmen werden geplant, sie gelten als angemessen aufgrund der Schädigung (damit das Kind Verhaltensweisen lernt, die einer normalen Entwicklung entsprechen).
- Eltern werden zur Förderung ihres Kindes 'gezwungen'.
- Sie dürfen sich nicht ihren spontanen Reaktionen und Empfindungen überlassen
- Ihre eigene Not und die ihrer Kinder findet keinen Platz
  - deshalb ist es wichtig in Gesprächen Räume zu öffnen
  - Eltern müssen über ihre (unerlaubten oder verdrängten) Gefühle sprechen können – ohne dafür verurteilt zu werden und in ihrer elterlichen Kompetenz angezweifelt zu werden.
  - Es kann erleichternd wirken über Tötungsfantasien zu sprechen, vor allem, wenn bewusst geworden ist, dass nicht alles 'heil' wird.



# Frühförderung

- Frühförderung als Angebot für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder
- Interdisziplinarität
- Förderung des Kindes & unterstützende Begleitung für Familien
- Angebote: stationär, ambulant und mobil
- Mobile Angebote von Wiener Sozialdiensten, Lebenshilfe, Caritas, Volkshilfe usw.
- Ziel: Kinder zu möglichst viel Eigenaktivität anregen (Explorationsfreude)



# Modelle der Elternarbeit

- Laienmodell
- Co-Therapeut\*innenmodell
- Kooperationsmodell
- Consulting: unterstützende Begleitung fachlicher Natur
- Counselling: begleitend-beratende Unterstützung (Psychotherapie)





# Verhaltensstörungen



[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

*Qm*  
alexandra müller

# Verhaltensauffälligkeit oder -störung

- Sind multikausal bedingt (Ursachengefüge): individuelle, biologische, situative, gesellschaftliche und kulturelle Faktoren
- Soziales Umfeld als Faktor (systemische Sicht: Indexpatient\*in, Symptomträger\*in)
- Erfordern multimodale Therapie (systemische Sicht: ggf. auch Mehrpersonensetting)
- Sind als interdisziplinäres Problem zu begreifen (vor allem im stationären Kontext)
- Weisen hohe Komplexität auf (Wechselwirkungen mit dem Umfeld)
- Erfordern, dass Hilfen in ganz unterschiedlichen Bereichen ansetzen
- Systemische Sicht: Verhaltensweisen sind für 'Betroffene' subjektiv höchst sinnvoll
- Verhaltensweisen stellen den Versuch einer Lösung dar

@ Was heißt hier gestört? Podcast (Asklepios Kliniken)



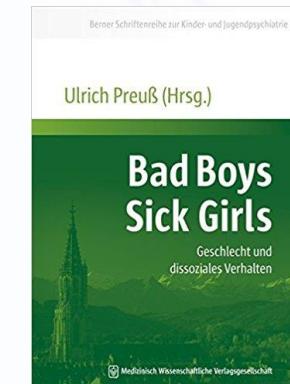
# Störungen des Sozialverhaltens

- Das Kindes- und Jugendalter ist die Zeit mit den rasantesten Entwicklungsfortschritten und die Zeit erhöhter Vulnerabilität (Störbarkeit).
- Kennzeichen: wiederholende anhaltende Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltensweisen, die altersentsprechende soziale Erwartungen übersteigen.
- Beispiele: Extremformen des Streitens oder Tyrannisierens, Grausamkeiten gegenüber Personen oder Tieren, erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum, Feuerlegen, Stehlen, häufiges Lügen, Schulschwänzen, Weglaufen von zu Hause, schwere Wutausbrüche, ... für eine Mindestdauer von 6 Monaten.



# Auffälliges Sozialverhalten

- Im Kindes- und Jugendalter ist die Unterscheidung zwischen *gesund und krank* bzw. *normal und gestört* schwierig
- Es ist daher zweckmäßig von Auffälligkeiten und Störungen zu sprechen, anstatt von Erkrankungen
- Nicht jedes Verhalten, das auffällig ist (wie z.B. Raufereien), ist gleich als Störung zu begreifen, aber es gibt Verhaltensweisen, die nicht dem Selbstlauf überlassen werden dürfen
- Es gibt geschlechtsspezifische Unterschiede „Bad boys“ und „Sick girls“



# Risikofaktoren

- Biologisch: diverse Dysfunktionen, hormonelle Störungen
- Psychosozial: niedriger sozioökonomischer Status, Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit, delinquente Eltern, psychische erkrankte Familienmitglieder, inkonsequenter Erziehungsstil, Misshandlungen, unsichere oder desorganisierte Bindung, Konflikte zwischen den Eltern, ungenügendes Erziehungsverhalten ...
- Temperamentsfaktoren: explosives Verhalten, mangelnde Empathie, Ungehemmtheit, ...
- Soziale und familiäre Risikofaktoren: bildungsferne Eltern, beengte Wohnverhältnisse, krimineller Vater oder Mutter, Heimaufenthalte, ...
- Life events: Erkrankungen, Scheidung, Tod einer nahestehenden Person, schlechte Noten, Schulversagen, ...



# Protektive Faktoren / Resilienzfaktoren



[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

Qm  
alexandra müller

# ... sind:

- Stabile emotionale Beziehungen
- Familiärer Zusammenhalt
- Gutes Familienklima
- Positive Peer Beziehungen
- Positive Schulerfahrungen
- Aktives Bewältigungsverhalten
- Positives Sozialverhalten
- Gutes Selbstwertgefühl
- Emotionale Ausgeglichenheit
- Hohe Sprachfertigkeiten
- Gute Distanzierungsfähigkeit
- Gute Fähigkeit zur Selbsthilfe
- Gute Selbstwirksamkeitsüberzeugung
- Angemessene Leistungsorientierung



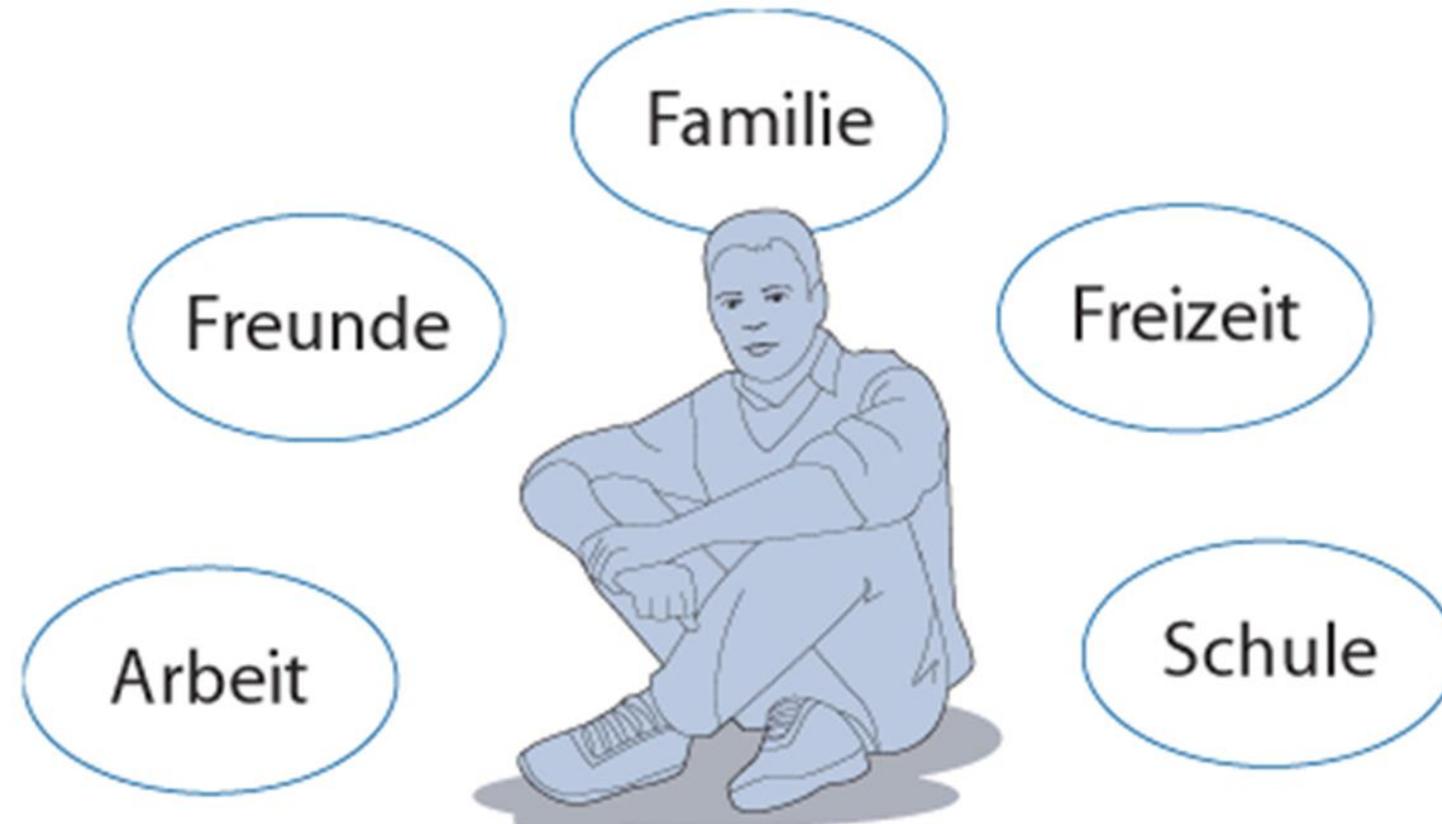
# Resilienz



[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

Qm  
alexandra müller

# Bedeutung des sozialen Umfelds



# Bedeutung des sozialen Umfelds

- Familie: „Home base“, konsistentes Erziehungsverhalten
- Schulangst / Schulverweigerung: Kinder begreifen Schule nicht als altersgemäße Aufgabe, der besuchte Schultyp überfordert, die Furcht vor Misserfolg überwiegt die Hoffnung auf Erfolg > Kinder unternehmen jede Anstrengung, um der kognitiven Leistungsanforderung aus dem Weg zu gehen.
- Freizeit: in der Peer Group werden neue Formen des Verhaltens erprobt (auch peer pressure)
- Gesellschaft: Pluralisierung von Lebensformen, Medien



# Schulsozialarbeit & Schulsozialpädagogik



# AD(H)S Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung

## 4 Hauptsymptome:

- Mangel an Aufmerksamkeit: 'mit den Gedanken woanders', leicht ablenkbar, Desorganisiertheit, ...
- Impulsivität: sehr spontanes Handeln, 'aus dem Bauch heraus', Distanzlosigkeit
- Überaktivität: große innere Unruhe, 'Zappelphilipp', chronisch angespannt, Erwachsene erleben Überaktivität als Entspannung
- Emotionale Instabilität: rasche Stimmungsschwankungen



# AD(H)S?



# AD(H)S

- Komorbide Störung (Suchtverhalten, Angststörung, Depression, ...)
- Risikofaktor für andere Störungen und Erkrankungen
- Kann im Jugendalter in aggressiv-dissoziales Verhalten oder in Depression übergehen
- Eine der häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter (4-5 %, 3 von 4 sind Jungen)
- Tritt auch bei Erwachsenen auf (ca. 2 %)
- Die **Behandlung** von ADHS erfordert eine multimodale Therapie (häufig: Verhaltenstherapie und medikamentöse Behandlung)
- Die Behandlung von ADHS erfordert Aufklärungsarbeit bei Eltern und Lehrkräften
- Ein etwas anderer Blick auf ADHS: Ressourcenorientierter Blick  
Neugier, Risikobereitschaft, Energie, Kreativität, Fantasie, rasche Auffassungsgabe, Flexibilität, ...



# AD(H)S



# AD(H)S

## pädagogisch-therapeutisches Arbeiten

### Wichtige Punkte:

- Für Beruhigung und Sicherheit sorgen (klare Regeln, Situationen vorplanen, Handlungsabläufe strukturieren)
- Ich-stärkende Führung in der Erziehung (Lob, Anerkennung, stärkendes Feedback)
- Verbale Ebene (klare und eindeutige Äußerungen, Konflikte benennen, Lösungen vereinbaren)
- Den Erfahrungsraum begrenzen (Bewegungsräume schaffen, Bewegung erlauben und einplanen)
- Praktische und seelische Verfügbarkeit der Eltern gewährleisten



# Neurodiversität

EnableMe

- **Neurodiversität** ist ein Konzept, das die Vielfalt der menschlichen Gehirne und kognitiven Funktionen anerkennt und wertschätzt. Es geht davon aus, dass es keine "normale" oder "richtige" Art zu denken, zu lernen oder zu verhalten gibt, sondern dass Unterschiede in der neurologischen Entwicklung natürliche Variationen darstellen.
- **Grundgedanke:** Neurodiversität betont, dass Menschen mit neurologischen Unterschieden keine fehlerhaften Versionen von neurotypischen Menschen sind, sondern einfach anders denken und erleben. Diese Unterschiede sollten respektiert und als wertvoller Teil der menschlichen Vielfalt angesehen werden.
- <https://www.enableme.de/de/behindernungen/neurodiversitat-vielfalt-leben-9757>



# Therapieangebote



[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

*Qm*  
alexandra müller

# Multimodale Therapie

Ausgangslage:

- Die Anzahl multipler Entwicklungsstörungen bei Kinder und Jugendlichen häuft sich
- Immer öfter **Problemkomplexe** aus Traumata, Bindungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Neurosen, Psychosen, Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten, Sucht, ...
- Multiproblembelastete Kinder und Jugendliche
- Mehr „**hard to reach**“ Fälle
- Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeit ist sozial ungleich!



# Pädagogisch-therapeutische Angebote

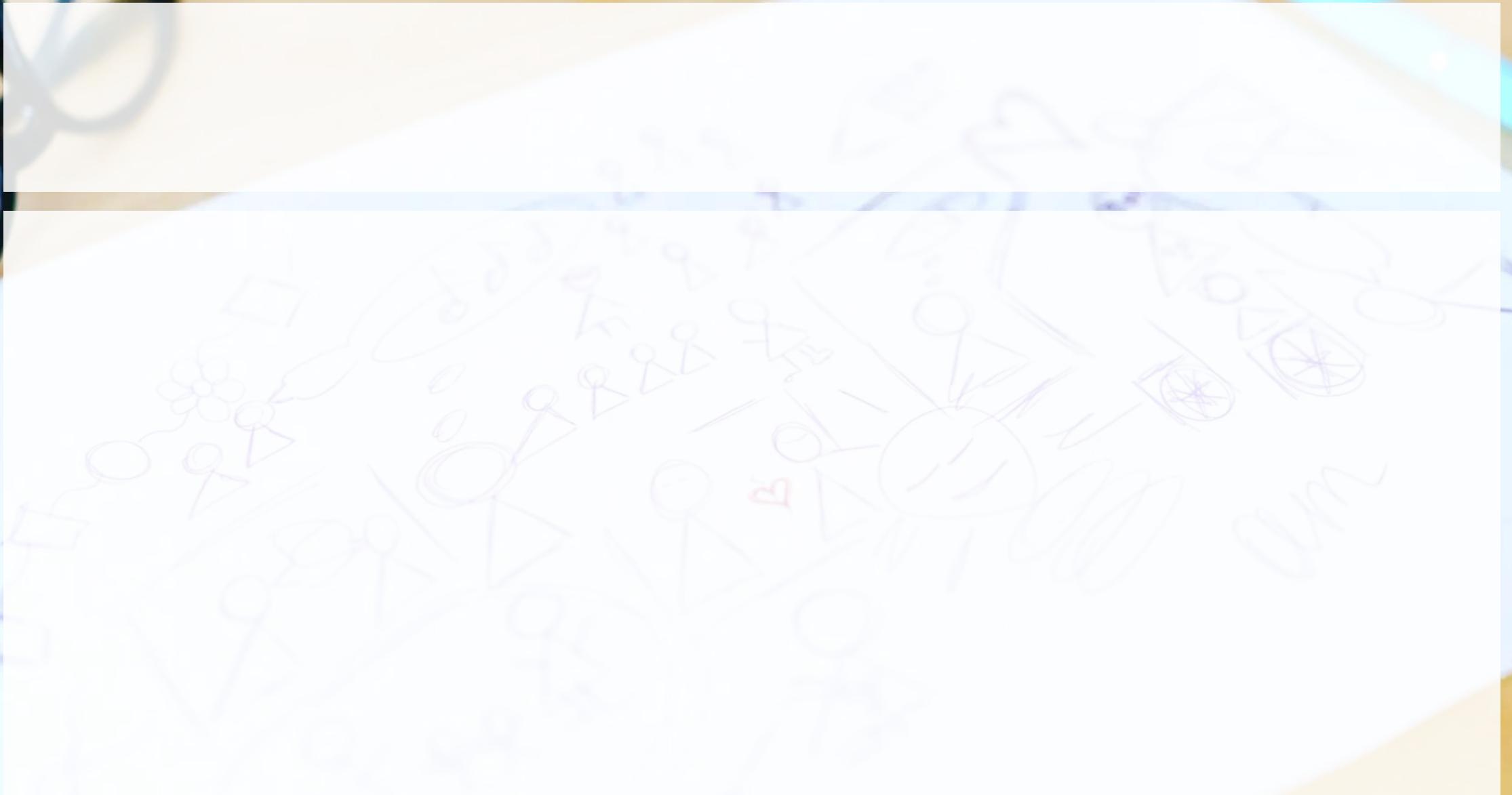
- Erlebnispädagogik
- Heilpädagogische Rhythmik
- Psychomotorik / Motopädagogik
- Therapeutisches Klettern
- Sensorische Integration
- Heilpädagogisches Reiten
- Snoezelen
- Ergotherapie
- Beschäftigungstherapie
- Basale Stimulation
- ...



## Videos und Diverses

- Behindert ist, wer behindert wird
- Pro infirmis
- Jeder ist anders
- Podcast: Vierrad Diva u.a.
- Rebecca Maskos: das ...
- Raoul Krauthausen @ Inklusion
- Blinde Menschen und App Hilfen
- Die mit den Ohren sehen
- Gebärden Dolmetsch Super B
- Unterstützte Kommunikation (Gallneukirchen)
- Inklusion einfach erklärt
- Frühförderung
- LL Text was ist Psychotherapie
- Netzwerk für Leichte Sprache
- Neurodiversität enableme
- Sensibilisierungsübungen
- VIP-Karte
- Aufstellungsübungen
- Inklusion auf Ö1
- Artikel
- Elefantenrunde





[www.alexandramueller.at](http://www.alexandramueller.at)

*Qm*  
alexandra müller

# Literatur

- Ackermann, K.-E. (2012). Veränderungen im Selbstverständnis der Leitvorstellungen. Zur Verortung von Inklusion in der Geistigbehindertenpädagogik. In: Breyer et al. (Hrsg.), *Sonderpädagogik und Inklusion* (S. 75 - 83). Oberhausen: Athena.
- Azun, S. (2022). Zusammenarbeit mit Eltern: Respekt für jedes Kind – Respekt für jede Familie. In: Wagner, P. (Hrsg.), *Handbuch Inklusion* (S. 245 – 263). Freiburg im Breisgau: Herder GmbH.
- Becker, Maria (2023). Psychotherapie mit Menschen mit Behinderung. Chancen und Schwierigkeiten der psychoanalytischen Behandlung. Gießen: Psychosozial.
- Biewer, G. (2005). Inclusive Education - Effektivitätssteigerung von Bildungsinstitutionen oder Verlust heilpädagogischer Standards? In: Zeitschrift für Heilpädagogik 56 (3), S. 101 - 108.
- Bundschuh, K. (2010). Allgemeine Heilpädagogik: Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundschuh, K. (2012). Systeme – Inklusion – Betroffene. Grenzen und Möglichkeiten der Verwirklichung. In: Breyer et al. (Hrsg.), *Sonderpädagogik und Inklusion* (S. 101- 117). Oberhausen: Athena.
- Derman-Sparks, L. (2022). Anti-Bias Education for Everyone – Vorurteilsbewusste Bildung und Erziehung für alle. In: Wagner, P. (Hrsg.), *Handbuch Inklusion* (S. 299 – 313). Freiburg im Breisgau: Herder GmbH.



# Literatur

- Dreher, W. (2012). Winds of change - Inklusion wollen. In: Breyer et al. (Hrsg.), *Sonderpädagogik und Inklusion* (S. 27 - 43). Oberhausen: Athena.
- Fröhlich, A. (2012). Diversity Management - ein übertragbarer Ansatz? In: Breyer et al. (Hrsg.), *Sonderpädagogik und Inklusion* (S. 75 - 83). Oberhausen: Athena.
- Janßen, C. (2015). Die Geschlechterperspektive in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung und ihre geschlechtersensible Begleitung. In: Gebhart, H. & Kosuch, R. (Hrsg.), *Genderwissen und Gendernutzen für die Praxis der Sozialen Arbeit. Tagungsdokumentation* (S. 48 - 66). Essen: Reihe Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW
- Kiessl, Heidrun (2019). Systemische Ansätze in der Heilpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kluger, I. (2009). *Über die Zusammenarbeit mit den Eltern in der Frühförderung hörbeeinträchtigter Kinder. Ein Vergleich aktueller Elternberichte mit dem "Brief einer Mutter" von Hanni Holthaus.* Unveröffentlichte Diplomarbeit. Wien: Universität Wien.
- Kronauer, M. (2010). Inklusion - Exklusion. Eine historische und begriffliche Annäherung an die soziale Frage der Gegenwart. In: Kronauer, M. (Hrsg.), *Inklusion und Weiterbildung. Reflexion zur gesellschaftlichen Teilhabe in der Gegenwart* (S. 24 - 58). Bielefeld: Bertelsmann.
- Lelgemann, R. (2012). Arbeit muss möglich sein! - Auch in inklusiven Zeiten! In: Breyer et al. (Hrsg.), *Sonderpädagogik und Inklusion* (S. 269 - 283). Oberhausen: Athena.
- Lyra, O. (2010). *Führungskräfte und Gestaltungsverantwortung in schulischen Bildungsfeldern. Theorie U als Impuls für tiefgreifenden Wandel in inklusiven Bildungslandschaften.* Dissertation. Köln.



# Literatur

- Moor, P. (1965). *Heilpädagogik. Ein pädagogisches Lehrbuch.* Bern, Stuttgart: Huber.
- Möckel, A. (2007). Geschichte der Heilpädagogik. Oder: Macht und Ohnmacht der Erziehung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Möckel, A. (2012). Heilerziehung, Bildsamkeit und Inklusion in der Geschichte der (Hrsg.), *Sonderpädagogik und Inklusion Heilpädagogik.* In: Breyer et al.
- (S. 13 - 27). Oberhausen: Athena.
- & Baig, S. (Hrsg.), *Diversity in*
- Pauser, N. (2009). Exklusive Behinderung! Inklusive Beratung?. In: Abdul-Husain, S. *Supervision, Coaching und Beratung* (S. 141 - 171). Wien: Facultas.
- und begleiten. Stuttgart: Klett Cotta.
- Pörtner, M. (2003). *Brücken bauen. Menschen mit geistiger Behinderung verstehen*
- im Umgang mit geistig behinderten
- Pörtner, M. (2014). *Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen. Personenzentrierte Haltung*
- Studies. URL: [www.portal-](http://www.portal-intersektionalitaet.de)
- und pflegebedürftigen Menschen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rittmeyer, C. (2012). Zum Stellenwert der Sonderpädagogik. In: Breyer et al. (Hrsg.), *Intersektionalität und Behinderung – Perspektiven der Disability*
- Sonderpädagogik und Inklusion (S.
- 43 - 59). Oberhausen: Athena.



# Literatur

- Sander, A. (2003). Von Integrationspädagogik zu Inklusionspädagogik. In: *Sonderpädagogische Förderung. Integration und pädagogische Rehabilitation* 48, S. 313 - 329. Beltz.
- Schütteler, Christina & Slotta, Timo (2023). Diskriminierungssensible Psychotherapie und Beratung. Basiswissen, Selbsterfahrung und therapeutische Praxis. Berlin: Springer.
- Seidel, Andreas & Schneider, Sonja (2021). Praxishandbuch ICF-orientierte Bedarfsermittlung. Beratung, Diagnostik und Hilfeplanung in sozialen Berufen. Weinheim: Beltz.
- Speck, O. (2010). *Schulische Inklusion aus heilpädagogischer Sicht*. München, Basel: Reinhardt.
- Sulzer, W. (2022). Inklusion als Werterahmen für Bildungsgerechtigkeit. In: Wagner, P. (Hrsg.), *Handbuch Inklusion* (S. 13 – 21). Freiburg im Breisgau: HerderGmbH.
- Theunissen, G. (2011). *Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten*. Stuttgart: Klinkhardt.
- Thimm, W. (1984). *Das Normalisierungsprinzip - Eine Einführung*. Marburg: Lebenshilfe.



# Literatur

- Vogel, Verena (2012). *Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Marburg: Tectum.
- Wagner, M. (2012). Die inklusive Schule der Zukunft - wirklich eine Schule für alle? In: Breyer et al. (Hrsg.), *Sonderpädagogik und Inklusion* (S. 75 - 83). Oberhausen: Athena.
- Wagner, P. (2022). Der Ansatz Vorurteilsbewusster Bildung und Erziehung als inklusives Praxiskonzept. In: Wagner, P. (Hrsg.), *Handbuch Inklusion* (S. 23 –41). Freiburg im Breisgau: Herder GmbH.
- Warnke, A. & Taurines, R. (2012). Inklusion - Was kann die Kinder- und Jugendpsychiatrie dazu tun? In: Breyer et al. (Hrsg.), *Sonderpädagogik und Inklusion* (S. 75 - 83). Oberhausen: Athena.





Danke für Ihre  
Aufmerksamkeit

