



## Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Behinderung

**AutorIn:** Ernst Berger

**Themenbereiche:** Therapie

**Schlagwörter:** Geistige Behinderung, Psychotherapie, Rehistorisierung

**Textsorte:** Zeitschriftenartikel

**Releaseinfo:** Dieser Beitrag stützt sich auf einen Vortrag aus 1995: "Psychotherapie in der Behindertenpsychiatrie" (Ernst Berger, Paulus Hochgatterer, Monika Heumayer). Verfügbar unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/berger-psychotherapie.html>

**Copyright:** © Ernst Berger 2007

---

### Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG

2. DIE BEDINGUNGEN:

3. DAS KONZEPT

3.1. ISOLATION

3.2. KLINISCHE INDIKATIONSBEREICHE

3.3. METHODIK

4. PRAXIS

4.1. EXKURS "REHISTORISIERUNG":

LITERATUR

Korrespondenzadresse:

---

## 1. EINLEITUNG

Als Basis der Diskussion muss vorerst der Gegenstand definiert werden: "Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch aversal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und / oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens." (15)

Diese Definition entspricht durchaus dem Zugang, den wir in der Arbeit mit Menschen mit intellektueller Behinderung verfolgen und spannt einen dafür ausreichenden Rahmen. Dennoch muss darauf hingewiesen werden, dass in der Periode der Niederschrift dieser Definition die psychotherapeutische Arbeit mit geistig behinderten Menschen noch mehr als Bekenntnis verstanden wurde und von der Realität noch weit entfernt war: "Die traditionellen Therapien und in etwas abgeschwächtem Ausmaß die Verhaltenstherapien stellen beim Patienten Anforderungen an seine verbalen und kognitiven Fähigkeiten in der Übersetzung der Gefühle in kommunizierbare verbale Gehalte, im diskriminativen Lernen an verbalen Stimuli, in der Auseinandersetzung mit alternativen Denkansätzen, in der Introspektion und Selbstexploration etc. Das Verhältnis zwischen Intelligenz und der Anwendbarkeit verschiedener Techniken ist deshalb in den traditionellen Therapien kaum in Frage gestellt worden (bzw. wurde häufig genug bestätigt). Doch gibt es abgewandelte Therapieformen, die durchaus mit Erfolg bei Schwachbegabten angewandt werden können." (15, S 57). Es dauerte noch etwa 10 Jahre, bis zum Beginn einer strukturierten Arbeit in diesem Bereich (3)(13). Dies ist deshalb nicht weiter verwunderlich, weil jene Menschen mit intellektueller Behinderung, die auffälliges Verhalten und / oder psychopathologische Symptome entwickelten, meist rasch zu Patienten der Anstaltspsychiatrie wurden und oft jahrelang dort verblieben (10). Erst jener Paradigmenwechsel, der mit der Reintegration behinderter Menschen in die Gesellschaft (5)(2) einherging, führte dazu, dass diese Menschen in nennenswertem Ausmaß in das Blickfeld der Psychotherapeuten gelangten. Dennoch stehen Menschen mit intellektueller Behinderung noch immer am Rand der psychotherapeutischen Versorgung: "Es besteht immer noch die Tendenz, psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung als Ausdruck der geistigen Behinderung zu betrachten und

nicht als Phänomene, die einer besonderen Erklärung bedürfen. Die Konsequenz ist, dass diese Störungen im Schatten der geistigen Behinderung bleiben und weder differenzierte diagnostische Mittel noch angemessene Behandlungsstrategien entwickelt werden." (4).

In der aktuellen Diskussion dominiert nach wie vor der Aspekt der Verhaltensänderung (16). Der Aspekt der Persönlichkeitsveränderung wird im Rahmen mancher Therapieschulen vertreten (4,12), steht aber im allgemeinen nicht im Zentrum. Er muss aber ebenso in den Diskurs einbezogen werden wie andere methodische Ansätze, die in der Definition von STROTZKA inkludiert sind, ohne unter der Bezeichnung Psychotherapie im engeren Sinne zu firmieren - z.B. der methodische Ansatz der "Rehistorisierung" (10).

---

## 2. DIE BEDINGUNGEN:

Für das Verständnis des Zusammenhangs zwischen intellektueller Behinderung und psychischer Störung kann von folgenden Prämissen ausgegangen werden:

- Intellektuelle Behinderung ist keine psychische Krankheit
- Menschen mit intellektueller Behinderung können - wie alle anderen Menschen auch - psychisch krank werden ("Dual Diagnosis")
- In der Diagnostik psychischer Störungen bei Menschen mit intellektueller treten zusätzliche Probleme auf:
  1. Häufig ist die (verbale) Kommunikation erschwert, sodass das "psychiatrische Interview" modifiziert werden muss und zeitaufwendiger wird.
  2. Die (übliche) Symptomatik ist häufig "überformt" oder "verkleidet" durch Aggression, Autoaggression, Somatisierung.
  3. Psychotische Einzelsymptome treten relativ häufig auch bei primär reaktiven Störungen auf.
- Bei der Einschätzung der Symptome sind die spezifischen Lebensbedingungen als pathoplastische Faktoren in besonderem Maße in Rechnung zu stellen: Menschen mit intellektueller Behinderung sind den belastenden Einflüssen des Alltagslebens häufig relativ schutzlos ausgeliefert, da ihre Möglichkeiten, diese Bedingungen zu kontrollieren, eingeschränkt sind: sie haben weniger Möglichkeiten, ihre Arbeits- oder Wohnplatz oder ihr persönliches Umfeld zu verändern und sind häufiger Gewalterlebnissen (einschließlich sexueller Gewalt) ausgesetzt.
- Für die Therapie ist das allgemeine Inventar psychiatrischer Interventionsformen anzuwenden: Pharmakotherapie, Psychotherapie, soziale Therapie.

Nach wie vor sind Menschen, die sich beruflich mit Menschen befassen, die von einer intellektuellen Behinderung betroffen sind, einem Rechtfertigungsdruck ausgesetzt. Im medizinischen Bereich wird dies gelegentlich in die Frage gekleidet, ob sich eine (finanziell) aufwendige Intervention denn "auszahlt". Je höhergradig der biologische Defekt ist, der der Behinderung zugrunde liegt (17), desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass auch bei somatisch-medizinischen Maßnahmen - z.B. Implantation eines Herzschrittmachers, Einleitung einer Dialysebehandlung - diese Frage gestellt wird. Auch im Bereich der Psychotherapie begegnen wir solchen Fragen immer noch. Es ist daher notwendig, zu einigen grundlegenden Voraussetzungen der Arbeit in diesem Feld Stellung zu beziehen:

- Die *Psychiatrie* hat sich mit ihrer historisch belasteten Beziehung zu behinderten Menschen nicht ausreichend auseinandergesetzt: Das "traditionelle" Paradigma ruht auf dem Hintergrund biologistischer Konzepte, die alle wesentlichen psychischen Eigenschaften des Menschen als unmittelbar biologisch begründbar darstellen. *Geistige Behinderung* war - und ist - in dieser Konzeption einer psychischen Störung gleichzuhalten, die als unmittelbarer Ausdruck einer organischen Schädigung des ZNS verstanden und mit abwertenden diagnostischen Begriffen (z.B. "Pfropfpsychose") belegt wurde. Dieses biologistische Denken lieferte die theoretischen Grundlagen für die nationalsozialistische Vernichtungsaktion behinderter Menschen ("Ausmerze lebensunwerten Lebens"), in der Psychiater eine führende Rolle spielten (1). Dieses Faktum stellt auch heute noch in so mancher Familienhistorie ein verborgenes, oft therapierelevantes Element dar (11). Die psychiatrischen Anstalten, die in der Zeit des Nationalsozialismus "leergemordet" wurden, füllten sich in den

folgenden Jahrzehnten aufgrund mangelnder extramuraler Betreuungsangebote neuerlich mit psychisch kranken und behinderten Menschen. Bis in die 1980-er Jahre waren psychiatrische Anstalten (in ganz Europa) Lebensraum für eine große Zahl der Menschen mit intellektueller Behinderung. Die gesellschaftlichen und sozialpolitischen Veränderungen der 1970-er Jahre waren die Triebkräfte der "Psychiatriereform", von der die Patienten mit intellektueller Behinderung allerdings erst relativ spät profitieren konnten. Die ambulante und stationäre psychiatrische Hilfe für Menschen mit intellektueller Behinderung ist in den meisten Ländern auch heute noch unzureichend organisiert.

- Die *Lebensrealität* behinderter Menschen liegt im sozialen Abseits: In den Statistiken über Armut und Beschäftigungslosigkeit sind behinderte Menschen überrepräsentiert. Die Deinstitutionalisierungsprojekte (2) haben den Menschen mit intellektueller Behinderung gemeinwesenintegrierte Lebensformen ermöglicht. Nach wie vor aber bestehen Mängel an adäquaten Wohn- und Arbeitsplätzen und insbesondere an geeigneter Unterstützung im Freizeitbereich. Die Integration behinderter Kinder ins Regelschulwesen stößt - auch dort, wo die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen wurden - nach wie vor auf beträchtliche Widerstände, die sich auf dem Hintergrund neoliberaler Gesellschaftspolitik auch mancherorts wieder vergrößert haben. Insgesamt also ist das Leben der Menschen mit intellektueller Behinderung mit einem durchschnittlich höheren Maß an Belastungen verbunden.
- Die *psychotherapeutische Arbeit* in diesem Feld hat sich in den letzten Jahren weiterentwickelt, nach wie vor aber ist das Angebot an Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Behinderung nicht bedarfsdeckend. Dies liegt einerseits an dem Mangel an geeigneten Therapeuten (Interesse, Qualifikation), andererseits an unzureichenden Möglichkeiten der Finanzierung.

Diese Fakten sollten vor Einstieg in die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit intellektueller Behinderung einer bewussten Reflexion unterzogen werden.

---

## 3. DAS KONZEPT

### Inhaltsverzeichnis

#### 3.1. ISOLATION

#### 3.2. KLINISCHE INDIKATIONSBEREICHE

#### 3.3. METHODIK

---

### 3.1. ISOLATION

W. JANTZEN (6,7,9) benennt "Isolation" als Kernproblem von Behinderung im allgemeinen; er unterscheidet zwischen den isolierenden Bedingungen, die auf biologischer, psychischer oder sozialer Ebene auftreten und die menschliche Entwicklung beeinflussen können vom Prozess der Isolation, der als Summe sozial bedingter Ausgrenzungen von umfassender Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verstanden werden kann. Isolierende Bedingungen können - je nach der Entwicklungsperiode in der sie wirksam sind - pathogene und phasenspezifisch pathoplastische Wirkungen entfalten. In der Konsequenz stellen sie jedenfalls einen beträchtlichen Risikofaktor in der Konstituierung einer stabilen Ich - Identität dar, dessen konkrete Wirksamkeit allerdings von der Summe der Entwicklungsbedingungen abhängig ist. Somit müssen die pathologischen Konsequenzen (Syndrombildungen) jeweils individuell konkret bestimmt werden.

Daraus ergeben sich die Ansatzpunkte und die Leitlinien der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit intellektueller Behinderung:

- Ziel der Psychotherapie ist ein Beitrag zur *Konstituierung von Ich - Identität*
- Voraussetzung ist die individuelle biographisch geleitete *Analyse der konkreten Ausformung von Isolation* (psychopathologisches Syndrom, aktueller Stellenwert eines biologischen Defekts, soziale Lebenssituation)
- Der Weg besteht in der (kollektiven) *Reflexion der aktuellen Lebensrealität* und ihrer Veränderung. Hauptthema der Psychotherapie ist somit das "hier und jetzt".

- Der Therapeut / die Therapeutin müssen über
  1. spezifische methodische Kompetenzen im Bereich nonverbaler Methoden
  2. spezifische Strukturen und Ressourcen (Raumbedingungen, Material etc.) verfügen.
- Die Durchführung der Therapie muss - bei Wahrung des Vertrauensverhältnisses - in das "Netz der Helfer" eingebettet werden.

### 3.2. KLINISCHE INDIKATIONSBEREICHE

Die hier aufgezählten Themen stellen den derzeitigen Einsatzschwerpunkt der Psychotherapie in unserem klinischen Alltag dar; sie sind nicht als erschöpfende Liste möglicher Einsatzbereiche zu verstehen.

- Belastungsreaktionen:

Posttraumatische Belastungsstörungen (F 43.1) wie sie im klinischen Alltag vor allem nach dem Verlust von Bezugspersonen, nach Gewalterlebnissen (inkl. Sexueller Gewalt), nach dem Eintritt einer Gravidität etc. auftreten.

Anpassungsstörungen (F 43.2) wie zum Beispiel aufgrund fortgesetzten sexuellen Missbrauchs oder im Zusammenleben mit psychotischen Elternteilen vorkommen.

- Autonomiekrisen (F 92):

Behinderte Jugendliche oder junge Erwachsene, die in wachsenden Widerspruch zu ihren oft überbehütenden (familiären) Betreuungssystemen geraten, bringen diesen Widerspruch häufig über psychopathologische Syndrombildungen (häufig mit Symptomen der Fremd- und Autoaggression, der Regression, der Handlungsstereotypie) oder über somatische Symptome zum Ausdruck. Die Entschlüsselung derartiger Konstellationen und - sofern Aussicht auf Veränderung besteht - ihre psychotherapeutische Bearbeitung sind häufig Inhalt einer erweiterten psychiatrischen Krisenintervention.

### 3.3. METHODIK

Zentrales Prinzip ist die *schulen-übergreifende Arbeitsweise*, die bewusste Anwendung eines psychotherapeutischen Eklektizismus, wie ihn auch W.SPIEL (14) für die Kinder- u. Jugend-Psychotherapie fordert. Aufgabe des Therapeuten ist es, den für die aktuellen Bedürfnisse des Patienten richtigen methodischen Weg zu finden. Ungeachtet der Tatsache, dass unser Denkhintergrund dem tiefenpsychologischen Konzept psychischer Vorgänge und psychischer Entwicklung nahe steht, kommen zahlreiche Elemente verschiedener Schulrichtungen zur Anwendung.

- Der *Verzicht auf therapeutische Abstinenz* ist ein wichtiges Arbeitsprinzip. Der therapeutische Prozess - ob einzeln oder in Gruppen - wird stets dialogisch geführt. Sofern in der Therapie Übertragungsagieren auftritt, wird es als Material in den dialogischen Prozess eingebaut; auf offensive Deutungen bzw. Unterbindung des Übertragungsgeschehens wird verzichtet.
- Die *Mittel der Kommunikation* stammen aus dem verbalen (und mimisch-gestischen) Bereich unter intensiver zusätzlicher Nutzung diverser Gestaltungsmaterialien (Zeichen- u. Spielmaterialien, Musik, Puppen etc.)
- Der *Themenzugang* muss meist aktiv durch den Therapeuten eröffnet werden. Auf der Grundlage der klinischen Diagnostik und der Kenntnis der Biografie des Klienten / der Klientin werden jene Themen ausgewählt, die den Konfliktfeldern des aktuellen Lebens nahe stehen und die vermutlich die wesentlichsten veränderbaren Elemente der aktuellen psychosozialen Dynamik darstellen. Diese Themen werden vom Therapeuten als "semidirektiver Vorschlag" in den Dialog eingebracht.

Stets ist parallel zur eigentlichen Therapie eine *begleitende Arbeit mit den unmittelbaren Bezugspersonen* (oft Elternarbeit) erforderlich. Derzeit geschieht dies vorwiegend unter dem Gesichtspunkt einer stützenden Beratung. Die Anwendung eines systemischen Settings wäre zu erwägen.

## 4. PRAXIS

### Inhaltsverzeichnis

#### 4.1. EXKURS "REHISTORISIERUNG":

Im stationären Setting arbeiten wir mit erwachsenen Patienten einer behindertenpsychiatrischen Krankenhausstation. Die Indikationen zur stationären Aufnahme ergeben sich aus der Notwendigkeit zur psychiatrischen Krisenintervention oder im Rahmen der Planung und Anbahnung psychiatrischer Rehabilitationsmaßnahmen. Auf der Symptomebene dominieren Fremd- und Selbstaggression, katatoniformer Rückzug, (pseudo)psychotisch-produktive Bilder und somatische Konversion. Die Therapiedurchführung fällt in den Aufgabenbereich der psychotherapeutisch ausgebildeten MitarbeiterInnen verschiedener Berufsgruppen (PsychologInnen, ÄrztInnen, PädagogInnen).

Für die ambulante Psychotherapie gelten grundsätzlich die gleichen Prinzipien. Spezielle Aufmerksamkeit erfordert in diesem Rahmen die Einbettung der Therapie in das soziale Betreuungsnetz. Da Menschen mit intellektueller Behinderung in höherem Maße als andere Menschen in (abhängige) Beziehungen eingebunden sind, müssen diese Beziehungsstrukturen als Einflussfaktoren der Therapie berücksichtigt werden. Die Lösung dieses Problems kann in ähnlicher Weise gestaltet werden, wie dies in der Psychotherapie in der Adoleszenz erfolgt: Die Betreuungspersonen sind in den therapeutischen Prozess nicht unmittelbar, aber "mittelbar" eingebunden. Konkret bedeutet das, dass die engsten Bezugspersonen von der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der Therapie überzeugt ("Therapiemotivation") und über die Ziele der Therapie informiert ("Therapieziel") sein müssen.

#### 4.1. EXKURS "REHISTORISIERUNG":

Der Begriff "Rehistorisierung" (8) beschreibt den professionell unterstützten therapeutischen Prozess der Wiedergewinnung der eigenen Lebensgeschichte als Weg zur Überwindung von Isolation. Die aktuelle Lebenssituation von Menschen mit intellektueller Behinderung verschleiert meist die (biologischen, psychischen, sozialen) Bedingungen, die zur Herausbildung dieser Situation geführt haben, sodass aktuelle Verhaltensweisen und psychosoziale Probleme als unmittelbarer Ausdruck des biologischen Defekts (Hirnschädigung etc.) verstanden werden (vgl. 4). Wenn es in einem kollektiven Prozess der Reflexion der biografischen Bedingungen gelingt, die Lebensgeschichte nachzuzeichnen und traumatisierende Ereignisse, Ausschließungsprozesse, Verlusterlebnisse der Erinnerung zugänglich zu machen, kann auf diese Weise ein Beitrag zur Konstituierung von Ich - Identität geleistet werden. " Die Aufarbeitung der Vergangenheit in der Gegenwart richtet sich insofern in die Zukunft, als durch das Erinnern Handlungsmöglichkeiten eröffnet werden, die die zukünftige Lebenspraxis verändern. Dadurch werden Verhaltensweisen, Prozesse usw. aus der Vergangenheit verständlich" (10 ).

Ausschnitte aus einem Arbeitsbericht (10) sollen diesen Prozess beispielhaft verdeutlichen:

- Frau S. wird 1951 als ledige Tochter von Anna S. geboren... sie wird gleich nach der Geburt in ein Säuglingsheim eingeliefert ... mit zwei Jahren wird sie von den Großeltern in die Familie geholt und mit 6 Jahren in die allgemeine Sonderschule (Schule für Lernbehinderte) eingeschult. Die erste psychiatrische Hospitalisierung erfolgt 1965. Ab 1969 lebt Frau S. dauernd in psychiatrischen Anstalten. Die Aufnahme erfolgte 1969 über Weisung der Jugendfürsorge. Frau S. leidet seit Eintreten der Menstruation unter Erregungszuständen ... in einem gemeinsamen Gespräch vermutet ihr Cousin als Grund für die Einlieferung ihre epileptischen Anfälle ... die verschiedenen Diagnosen beziehen sich u.a. auf Deblilität höheren Grades, Erethismus, epileptische Wesensveränderung etc.
- Frau S. wird erst nach 21 Jahren (1990) in eine betreute Wohngemeinschaft entlassen. Seit 1995 lebt sie in einer betreuten Einzelwohnung.
- Im Jänner 1998 beginnt die Zusammenarbeit von Frau Kreilinger mit Frau S. auf der Basis eines Arbeitsübereinkommens und dauert bis Dezember 1998. Frau Kreilinger definiert diesen Prozess als "Erinnerungsarbeit" im feministischen Kontext und spricht von der "Vergangenheit als wiedergefundene Geschichte": "Frau S. erzählt Geschichten ihres Lebens, die Teile eines Gewebes sind, das sie immer mehr für sich entdeckt." (S 45)
- Das Vorwort des Buches ist ein Faksimile eines Briefes von Frau S.: "Ich war mit Dir bei der Tante Erika und dann haben wir sie gefragt, wo ich aufgewachsen bin. Mit dir habe ich besprochen, warum ich auf die Baumgartner Höhe gekommen bin. Was ich mit dir gesprochen habe, hast du aufgenommen. Wir sind essen gegangen. Das war sehr schön, mit dir zusammen zu arbeiten. Ich warte, dass du wieder kommst, damit wir wieder etwas untenehmen können. Frau S."
- Aus dem Nachwort des Buches: "Frau S. und ich haben gemeinsam überlegt, welche Auswirkungen diese

Arbeit auf ihr Leben gehabt hat und ob es zu Veränderungen gekommen sei. Frau S. meint dazu, dass ihr Alltag gleich geblieben sei und sich nicht verändert habe. Aber sie könne jetzt besser denken." (S 152f.)

- Zu den methodischen Aspekten: "Hilfreich war wohl, gezielte Fragen zu stellen und auch die Geschehnisse in eine chronologische Reihenfolge zu bringen. Frau S. kann sich gut an Orte und Personen erinnern, hatte aber immer wieder Schwierigkeiten, die Geschehnisse zeitlich zuzuordnen ... teilweise konnten wir mit Hilfe der Krankenakte und der Familie Ereignisse präzise zeitlich bestimmen. Durch unsere Zusammenarbeit konnte der Kontakt mit der Familie hergestellt werden. ... Weiters ermöglichte das Durcharbeiten der Krankenakte, einige Erinnerungen von Frau S. zu modifizieren. Vor allem ihre Erzählungen über ihre Aggressivität erschienen in einem neuen Licht." (S 153).

---

## LITERATUR

- (1) **BERGER E.:** Psychiatrie im Faschismus. Behinderte 11, 5, 59-62, 1988
- (2) **BERGER E. HOCHGATTERER P., LEITHNER K., MARYSCHKA CH., GRASSL R.:** Die Reintegration behinderter Menschen durch Ausgliederung aus psychiatrischen Einrichtungen - das Wiener Deinstitutionalisierungsprojekt. Med. f. Mensch. Behind. 3, 2006
- (3) **GAEDT CH.:** Psychotherapie bei geistig Behinderten. Beiträge der psychoanalytischen Entwicklungstheorie. Tagungsbericht, Ev. Stiftung Neuerkeröde, 1987
- (4) **GAEDT CH.:** Der Beitrag eines psychodynamischen Konzepts zum Verständnis und zur Therapie von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: HÄSSLER F., FEGERT J.M. (Hrsg.): Moderne Behandlungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung. Schattauer, Stuttgart 2000
- (5) **HOCHGATTERER P.:** Zur Auflösung der Großanstalten. Facultas Universitätsverlag, Wien 1995
- (6) **JANTZEN W.:** Grundriss einer allgemeinen Psychopathologie und Psychotherapie. Pahl-Rugenstein, Köln 1979
- (7) **JANTZEN W.:** Allgemeine Behindertenpädagogik; Bd. I (Sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlagen). Beltz, Weinheim 1987
- (8) **JANTZEN W.:** Rehistorisierung - Zu Theorie und Praxis verstehender Diagnostik bei geistig behinderten Menschen. Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft Nr. 6, 1999
- (9) **JANTZEN, W.; LANWER-KOPPELIN, W. (Hrsg.):** Diagnostik als Rehistorisierung. Methodologie und Praxis einer verstehenden Diagnostik am Beispiel schwer behinderter Menschen. Berlin (Edition Marhold) 1996
- (10) **KREILINGER B.:** 20 Jahre leben in der Psychiatrie. Literas-Univ.Verlag, Wien 2002
- (11) **MÜLLER - HOHAGEN J.:** Verleugnet, verdrängt, verschwiegen; die seelischen Auswirkungen der Nazizeit. Kösel, München 1988
- (12) **PÖRTNER M.:** Personenzentrierte Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung. Med. f. Mensch. Behind. 3, 32-38, 2006
- (13) **REISS St.:** A University-Based Demonstration Program on Outpatient Mental Health Services for Mentally Retarded People. In: STARK J.A., MENOLASCINO F.J., ALBARELLI M.H., GRAY V.C. (Eds.): Mental Retardation and Mental Health. Springer, New York 1988
- (14) **SPIEL W., SPIEL G.:** Kompendium der Kinder- u. Jugendneuropsychiatrie. Reinhardt, München 1987
- (15) **STROTZKA H. (Hrsg.):** Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen, Urban & Schwarzenberg, Wien 1975
- (16) **TAYLOR J.L.:** In Support of Psychotherapy for People Who Have Mental Retardation. Mental Retardation Vol. 43, No. 6, pp. 450-453, 2005
- (17) **WHO:** The International Classification of Functions (ICF). World Health Organization; Geneva 2000
- 

## Korrespondenzadresse:

Univ.Prof.Dr. Ernst Berger

Krankenhaus Hietzing

Neurologisches Zentrum Rosenhügel

Neuropsychiatrische Abteilung für Kinder

Und Jugendliche mit BHZ

Riedelgasse 5

A-1130 Wien

Tel: 0043 1 88000 321

Fax:0043 1 88000 360

E-mail: [ernst.berger@meduniwien.ac.at](mailto:ernst.berger@meduniwien.ac.at)

**Quelle:**

Ernst Berger: Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Behinderung.

Erschienen in: Med. f. Mensch. Behind. 4, 10 -16, 2007

**bidok** - Volltextbibliothek: Wiederveröffentlichung im Internet

Stand: 28.04.2010