

# Wie behandeln wir Menschen mit einer Intelligenzminderung?

Die Wirksamkeit von Psychotherapie mit intelligenzgeminderten Menschen mit psychischen Störungen ist unbestritten, aber es besteht weiter großer Forschungsbedarf. Viele Psychotherapeuten wünschen sich mehr Informationen zu den Besonderheiten der Arbeit mit dieser Patientengruppe

Von **Katharina Kufner**

— **In der 2009** auch von Deutschland ratifizierten UN-Konvention für Menschen mit Behinderung wird gefordert, dass Menschen mit Behinderungen eine Gesundheitsversorgung in der gleichen Bandbreite, von der gleichen Qualität und gemäß dem gleichen Standard zur Verfügung gestellt wird wie anderen Menschen. Vor diesem Hintergrund gibt dieser Beitrag einen Überblick über psychische Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung und die aktuelle Versorgungslage dieser Patientengruppe. Darüber hinaus werden Ergebnisse zur Wirksamkeit von sowie Besonderheiten bei der Psychotherapie mit Menschen mit einer Intelligenzminderung referiert.

## **Psychische Störungen bei Menschen mit einer Intelligenzminderung**

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung geht die Weltgesundheitsorganisation (WHO) von einer drei- bis vierfach erhöh-

ten Prävalenz psychischer Störungen bei intelligenzgeminderten Menschen aus (Dilling, 2014). Die Prävalenzraten schwanken jedoch stark, je nach Studie: Cooper, Smiley, Morrison, Williamson und Allan (2007) berichten von 7 bis 97 Prozent. Diese Schwankungen können sowohl durch mangelnde Studienqualität erklärt werden als auch dadurch, dass psychische Störungen sich bei dieser Personengruppe durch andere Symptome äußern können und somit die ICD-10-Kriterien nicht oder nur schlecht anwendbar sind (Došen, 2010; Sappok, Voß, Millauer, Schade & Diefenbacher, 2010). Hinzu kommt, dass intelligenzgeminderte Menschen ihre Beschwerden teils nicht gut mitteilen können (*diagnostic underreporting*), während von außen psychopathologische Symptome häufig der Behinderung und nicht einer psychischen Störung zugeschrieben werden (*diagnostic overshadowing*; Schmidt & Meir, 2014; Morin, Cobiogo, Rivard & Lépine, 2010).

Die Ursache für die höhere Prävalenz wird in einer erhöhten Vulnerabilität aufgrund der Konfrontation mit mehr potenziellen Risikofaktoren gesehen. Neben biologischen wird von sozialen Risikofaktoren ausgegangen – zum Beispiel fehlende Partnerschaft/Arbeitsfähigkeit oder Missbrauch –, aber auch von psychischen, unter anderem Beeinträchtigungen in der Kommunikation/sozioemotionalen Entwicklung sowie reduzierte Stresstoleranz (Sappok et al., 2010).

## **Versorgungslage**

Aktuell existiert in Deutschland keine Studie zur Versorgungslage von intelligenzgeminderten Erwachsenen mit einer psychischen Störung. Was die stationäre psychiatrische Versorgung betrifft, gibt es derzeit deutschlandweit etwa 500 Akutbetten, meist in psychiatrischen Spezialabteilungen. Die ambulante psychiatrische Versorgung hat sich zwar in den letzten Jah-

ren verbessert, dennoch besteht weiterhin eine Unterversorgung (Schanze & Schmitt, 2007). Die Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie ist vor dem Hintergrund der allgemein schwierigen Versorgungslage ebenfalls als unzureichend einzuschätzen (Landespsychotherapeutenkammer, 2014).

Zudem können bei Erbringern von Psychotherapie Vorbehalte gegenüber einer Psychotherapie mit Menschen mit Intelligenzminderung existieren. Zunächst ist von einem erhöhten Aufwand für den Behandler auszugehen, zum Beispiel durch Einbezug der Bezugspersonen. Weitere zentrale Faktoren, die für das Nicht-Anbieten einer Behandlung verantwortlich sein können, sind eine als eingeschränkt wahrgenommene eigene Kompetenz, der Grad der Behinderung, das *diagnostic overshadowing* (Mason, 2007; Royal College of Psychiatrists, 2004; Morin et al., 2010) sowie Zweifel an der Wirksamkeit von Psychotherapie bei dieser Patientengruppe (Adams & Boyd, 2010).

### **Wirksamkeit von Psychotherapie**

Im Folgenden wird ein Überblick über systematische Reviews und Metaanalysen zur Effektivität von Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung gegeben. Hierbei muss vorangestellt werden, dass bislang nur wenige hochqualitative Studien publiziert worden sind. Häufig weisen die Studien mangelnde Qualität auf: kleine Stichprobengröße/Einzelfallstudien, Mängel bei Design und Outcome-Messung. Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) sind eher selten (Vereenoghe & Langdon, 2013; Sappok et al., 2010; Willner, 2005; Prout & Browning, 2011).

Willner (2005) fasst zusammen, dass sowohl psychodynamische Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie als auch kognitive Therapie bei Menschen mit leichter Intelligenzminderung effektiv sind. In einer Übersichtsarbeit über Reviews in den vergangenen zehn Jahren kommen die Autoren ebenfalls zu dem Ergebnis, dass

### **Während intelligenzgeminderte Menschen ihre Beschwerden teils nicht gut mitteilen können, werden psychopathologische Symptome von außen häufig der Behinderung zugeschrieben und nicht einer psychischen Störung**

Psychotherapie mindestens moderate Effekte erzielt (Prout & Browning, 2011).

In einer Metaanalyse zu Gruppen- und Einzeltherapie fanden sich gesamthaft moderate Effekte ( $g=.682$ ; 95% CI [.379, .985],  $N=663$ ) bezüglich der Behandlung depressiver Störungen und von Wut (Vereenoghe & Langdon, 2013). Einzeltherapie erzielte höhere Effekte als Gruppentherapie. Kein Effekt zeigte sich für die Behandlung interpersoneller Probleme. Positive Effekte bestanden für Verhaltenstrainings bei phobischer Vermeidung (Jennett & Hagopian, 2008) sowie zur PTSD-Behandlung (Mevissen & Jongh, 2010) (jeweils überwiegend nur Einschluss von Fallstudien). Kognitive Verhaltenstherapie erzielte bei Wut als Problemverhalten intelligenzgeminderter Patienten große Effekte ( $g=.88$ ; 95% CI [.65, 1.12],  $N=168$ ; Einschluss von zwei RCTs und sieben kontrollierten Studien; Nicoll, Beail & Saxon, 2013). Darüber hinaus werden Erfolge für Therapieansätze der dritten Welle (Achtsamkeitsbasierte Therapien, Dialektisch-Behaviorale Therapie) berichtet (Robertson, 2011; Elstner, Schade & Diefenbacher, 2012).

In zwei qualitativen Studien mit Psychotherapie-Patienten mit Intelligenzminderung wurde eine Psychotherapie als erfolgreich wahrgenommen, wenn aus Patientensicht der Therapeut als kompetent erlebt wurde und Einfühlungsvermögen gezeigt hatte. Neben einer positiven Beziehung und der Therapie als „Ort zum Reden“ stellten das Einhalten der Schwei-

gepflicht, eine intrinsische Motivation sowie das Erlernen von Bewältigungsstrategien für Alltagskonflikte zentrale Faktoren für eine gelungene Psychotherapie dar (Buchner, 2011).

### **Besonderheiten bei der Psychotherapie mit Menschen mit einer Intelligenzminderung**

Die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit einer Intelligenzminderung erfordert einige Anpassungen an die Zielgruppe. Im Folgenden werden drei Aspekte näher erläutert. Weitere Hinweise finden sich in einer Handreichung der Landespsychotherapeutenkammer (LPK) Baden-Württemberg (LPK, 2014).

#### **1. Diagnostik**

Zur Diagnostik psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung werden im Folgenden einige Hinweise im Hinblick auf Diagnosekriterien und spezifische Instrumente gegeben. Auf Aspekte der Diagnostik des kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklungsstands der Person, der ebenfalls ein hoher Stellenwert bei der Behandlung dieser Patientengruppe zukommt, wird an dieser Stelle nicht eingegangen.

Die diagnostischen Kriterien des ICD-10 beinhalten häufig Kriterien, die vom Entwicklungsstand der Person abhängen. So werden Konzepte wie Schuld und Wertlosigkeit erst mit einem kognitiven Alter von etwa sieben Jahren verstanden (Smiley & Cooper, 2003). Somit ist der Nutzen der üblichen Kriterien für Menschen mit Intelligenzminderung eingeschränkt. In den letzten Jahren wurden spezifisch auf diese Patientengruppe ausgerichtete Diagnosekriterien entwickelt. Neben den in Großbritannien entwickelten diagnostischen Kriterien für psychische Störungen (diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation, DC-LD; Royal College of Psychiatrists, 2001) gibt es ein Diagnostik-Manual, das gemeinsam

mit der American Psychiatric Association (APA) erarbeitet wurde (Diagnostic Manual – Intellectual Disability, DM-ID; Fletcher, Loschen, Stavrakaki & First, 2007).

Hinsichtlich diagnostischer Instrumente zur Erfassung psychischer Störungen liegt im deutschsprachigen Raum lediglich ein aus dem Englischen übersetztes, dreiteiliges Instrument vor, das PAS-ADD (psychiatric assessment schedule for adults with developmental disabilities; Zeilinger, Weber & Haveman, 2011). Ergebnisse einer laufenden Normierungsstudie für den deutschsprachigen Raum sind noch nicht publiziert. Für eine Beschreibung des PAS-ADD wird auf Meir und Sabellek (2014) verwiesen.

## 2. Einbezug von Bezugspersonen

Der Einbezug von Bezugspersonen des Patienten mit Intelligenzminderung (zum Beispiel Familie, Mitarbeiter aus Wohnheimen oder Werkstätten, gesetzliche Betreuer) ist für eine Psychotherapie zentral. Zum einen können diese als Informationsquelle dienen, zum anderen sollten auch sie über das Störungsbild und die Behandlung aufgeklärt und in den Therapieverlauf einbezogen werden.

Bei der Diagnostik ist eine Fremdanamnese als obligatorisch anzusehen (Schmidt & Meir, 2014; Geisenberger-Samaras, 2014; Morin et al., 2010). Therapieziele sollten gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet und mit den Bezugspersonen abgeglichen werden, auch um (implizite) Ziele und Erwartungen des Umfelds frühzeitig erkennen zu können (Geisenberger-Samaras, 2014). Zu Therapiebeginn sollte abgeklärt werden, ob eine gesetzliche Betreuung besteht und somit ein Einverständnis des gesetzlichen Betreuers für die Behandlung notwendig ist, auch bei der Antragsstellung.

Im Therapieverlauf stellt die Begleitung durch Bezugspersonen eine wichtige Grundlage für eine gelungene und nachhaltige Veränderung dar (Morin et al., 2010). So können beispielsweise Bezugspersonen den Patienten bei der Durchführung von Hausaufgaben sowie die Therapieplanung unterstützen, indem ein Austausch zum aktuellen Symptomverlauf er-

## Einer der Gründe für Vorbehalte gegenüber einer Psychotherapie mit Menschen mit Intelligenzminderung kann eine als eingeschränkt wahrgenommene eigene Kompetenz sein

möglicht wird (Elstner et al., 2012; Geisenberger-Samaras, 2014; Whitehouse, Tudway, Look & Stenfert Kroese, 2006). Bezugspersonen sollten im Idealfall gemeinsam mit dem Patienten an Sitzungen teilnehmen. Diese können vom Psychotherapeuten bei der Antragsstellung gesondert mit beantragt werden.

## 3. Modifikationen von Therapiemethoden, -techniken und -settings

Die psychotherapeutischen Interventionen, die bei der Behandlung eines intelligenzgeminderten Patienten zum Einsatz kommen, sollten ebenfalls an die spezifischen Bedürfnisse angepasst werden. Auf Basis einer Literaturrecherche wurden neun zentrale Modifikationen psychotherapeutischer Techniken erarbeitet (Hurley, Tomasulo & Pfadt, 1998). In der Tabelle (rechte Seite) sind diese Modifikationen dargestellt.

In einer Übersichtsarbeit wurde die Umsetzung dieser Empfehlungen zur Psychotherapie mit intelligenzgeminderten Patienten untersucht (Whitehouse et al., 2006). Für kognitive Verhaltenstherapie zeigte sich die Flexibilität als zentrale Komponente, bei psychodynamischer Therapie wurde am häufigsten Übertragung/Gegenübertragung als Modifikation gegenüber dem üblichen Vorgehen thematisiert.

In Bezug auf die Ausgestaltung der einzelnen Anpassungen finden sich zahlreiche Beispiele. Die Verwendung visuell anschaulicher Arbeitsmaterialien wie Cartoons oder Arbeitsblätter mit Satzanfängen sowie das Festhalten des Stundenablaufs auf einer Flipchart haben sich als hilfreich erwiesen (Sappok et al., 2010; Morin et al., 2010; Geisenberger-Samaras, 2014), zudem der stärkere Fokus auf das

Lernen am Modell, vermehrte Hilfestellung (beispielsweise bei Expositionen dem Patienten konkrete Anweisungen erteilen) und Kontingenzmanagement (Sappok et al., 2010; Jennett & Hagopian, 2008; Morin et al., 2010). Des Weiteren empfiehlt sich ein Therapiebuch, in dem zentrale Aspekte der Therapie notiert werden (Geisenberger-Samaras, 2014).

## Ausblick

Die Wirksamkeit von Psychotherapie mit Menschen mit einer Intelligenzminderung und einer psychischen Störung ist nach aktuellem Forschungsstand unbestritten. Dennoch besteht großer Forschungsbedarf, vor allem in Bezug auf RCTs. Bei Psychotherapeuten besteht Informationsbedarf zur Behandlung intelligenzgeminderter Patienten. Vereinzelt stehen auch in deutscher Sprache bereits Instrumente und Manuale zur Verfügung. Zunehmend werden Informations- und Fortbildungsveranstaltungen angeboten, und das Thema wird vereinzelt in die Psychotherapieausbildung integriert. Dies lässt darauf hoffen, dass mehr Psychotherapeuten Therapieplätze für intelligenzgeminderte Patienten anbieten und somit der Versorgungsengpass für diese Patientengruppe minimiert werden kann.

*Eine ausführliche Literaturliste ist bei der Verfasserin erhältlich: kufner@psychologie.uni-freiburg.de*

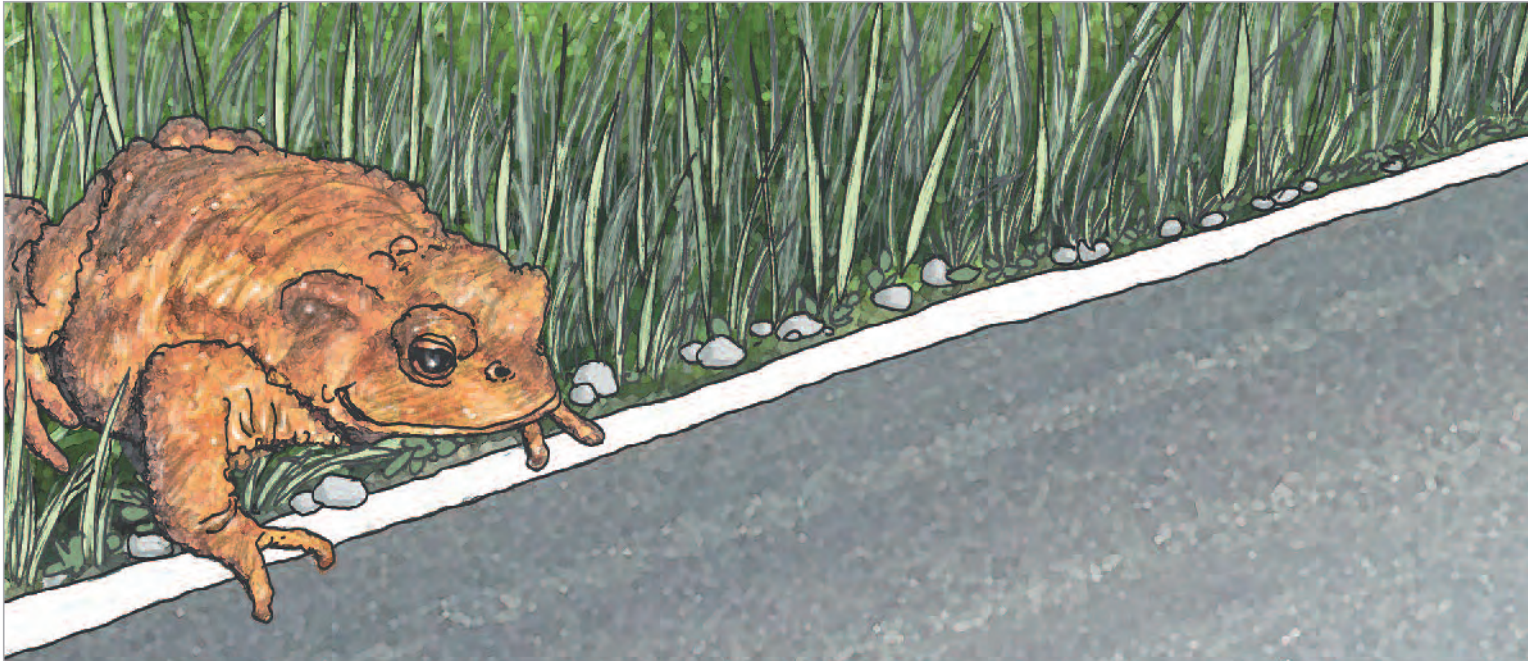
Foto: Privat



### Dr. phil. Dipl.-Psych. Katharina Kufner

ist Psychologische Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Sie ist Wissenschaftliche

Angestellte an der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie des Instituts für Psychologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und lehrt an verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstituten zum Thema Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen.



## Zentrale Modifikationen psychotherapeutischer Techniken

Adaption	Definition/Beispiel
Vereinfachungen	Reduktion der Komplexität üblicher Techniken, Interventionen in kleine Schritte aufteilen, kürzere Sitzungsdauer
Sprache	Vereinfachte/s Vokabular, Satzstruktur und Gedankenlänge; kurze Sätze, einfache Worte
Aktivierende Elemente	Erweitern typischer Techniken mittels aktivierender Elemente, um Veränderung und Lernen zu festigen; ergänzende Bilder, Hausaufgaben
Entwicklungsstand	Entwicklungsstand bei Gestaltung von Techniken und Material berücksichtigen; Spiele verwenden; Erfassen von Veränderung in Bezug auf relevante soziale Aspekte
Direktives Vorgehen	Aufgrund der kognitiven Einschränkungen sollte der Therapeut direkter sein. Therapieziele, Fortschritte kurz darstellen, zusätzliche visuelle Hilfen verwenden
Flexibilität	Übliche Techniken an kognitiven Entwicklungsstand und verlangsamte Fortschritte anpassen; auf weitere Modalitäten fokussieren
Einbezug von Bezugspersonen	Bezugspersonen zur Unterstützung von Veränderung einbeziehen, Hausaufgaben oder Übungen mit Bezugspersonen für zu Hause aufgeben
Übertragung und Gegenübertragung	Stärkere und schnellere Bindung; Reaktionen des Therapeuten ähneln den elterlichen; Bedürfnis der Therapeuten, sich stärker abzugrenzen, und Sicherstellung von Peer-Supervision
Thematisierung der Behinderung	Thematisierung der Behinderung in der Therapie; Therapeut sollte Thema einbringen und positives Selbstbild unterstützen

Quelle: Hurley et al., 1998, S. 368; Übersetzung der Verfasserin