



Leseprobe aus Braun, Helmes und Bengel, Therapie-Tools Angst bei Menschen mit geistiger Behinderung
ISBN 978-3-621-28877-4 © 2023 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28877-4>

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	9
Einführung: Besonderheiten der Psychotherapie von Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung	10
1 Psychologische Diagnostik	20
2 Beginn der Therapie	41
3 Psychoedukation	61
4 Expositionsübungen	103
5 Achtsamkeits-, Sinnes- und Körperwahrnehmungsübungen	127
6 Training sozialer Kompetenzen	146
7 Abschluss der Therapie	178
Literatur	207
Bildnachweis	210

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

1 Psychologische Diagnostik	20
INFO 1 Diagnosekriterien und Besonderheiten von Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung	23
AB 1 SORKC-Schema	38
AB 2 Lebenslinie	40
2 Beginn der Therapie	41
AB 3 Meine Therapie-Ziele	45
AB 4 Was ich wegen meiner Angst nicht mehr machen kann	47
AB 5 Mein Leben ohne Angst	48
AB 6 Wie mein Leben ist und wie mein Leben sein soll	49
AB 7 Das bin ich!	51
AB 8 Positives Selbstbild fördern	52
AB 9 Vorteile und Nachteile einer Therapie	54
AB 10 Regeln für meine Therapie	56
AB 11 Meine Therapeutin / Mein Therapeut	59
3 Psychoedukation	61
AB 12 Was ist Angst?	65
AB 13 Geschichte zur Angst-Therapie	66
INFO 2 Infos zur Agora-Phobie	68
INFO 3 Infos zur Sozialen Phobie	69
INFO 4 Infos zur Spezifischen Phobie	70
INFO 5 Infos zur Panik-Störung	71
INFO 6 Infos zur Generalisierten Angst-Störung	72
INFO 7 Infos zur Trennungs-Angst	73
INFO 8 Informationen über Angststörungen für Angehörige	74
AB 14 Was hilft gegen Sorgen?	76
AB 15 Gedankenschleife	77
AB 16 Meine Angst-Auslöser	78
AB 17 Meine Körper-Merkmale bei Angst	80
AB 18 Meine Angst-Gedanken	81
AB 19 Überprüfung meiner Angst-Gedanken	83
AB 20 Mut-Gedanken	85
AB 21 Mein Angst-Verhalten	88
AB 22 Wie hängen Gedanken, Körper-Merkmale und Verhalten zusammen?	94
AB 23 Mein Angst-Monster	98
AB 24 Angst-Quiz	101
4 Expositionsübungen	103
AB 25 Wie stark ist die Angst?	107
AB 26 Meine Angst-Kurven	110
AB 27 Wie Sie Ihre Angst besiegen können	113

AB 28	Expositions-Geschichte	114
AB 29	Überblick über meine Angst-Situationen	118
AB 30	Fragebogen zu Angstgehalten	119
AB 31	Belohnungen für Ihren Mut	120
AB 32	Angst-Vertrag	122
AB 33	Expositions-Protokoll	123
AB 34	Tagebuch für Angst-Übungen	125
5 Achtsamkeits-, Sinnes- und Körperwahrnehmungsübungen		127
INFO 9	Was ist Achtsamkeit?	131
AB 35	Übungen zur Sensibilisierung der Sinnesmodalitäten	133
AB 36	Meine Sinnes-Organen	135
AB 37	Atemübung	136
AB 38	Rosinenübung	137
AB 39	Reise durch den Körper	138
AB 40	Achtsamkeit üben	140
AB 41	Achtsamkeit im Alltag	141
AB 42	Achtsamkeits-Spaziergang	142
AB 43	Meine Gefühle	144
6 Training sozialer Kompetenzen		146
INFO 10	Welche Beziehungen gibt es?	150
AB 44	Meine Beziehungen	152
AB 45	Was kann ich mit wem machen?	153
AB 46	Menschen, die mir helfen	155
INFO 11	Durchführung von Rollenspielen	157
AB 47	Neues Verhalten ausprobieren	158
AB 48	Wie kann ich Gefühle mit-teilen?	159
AB 49	Was mich wütend macht	161
AB 50	Wie wird die Wut weniger?	162
AB 51	Umgang mit Streit	165
INFO 12	Was ist wichtig bei Gesprächen?	166
AB 52	Nach-fragen, wenn man etwas nicht versteht	167
AB 53	Gespräche üben	168
AB 54	Selbst-sicheres, unsicheres und aggressives Verhalten	170
AB 55	Mein selbst-sicheres Verhalten	172
AB 56	Wo ist meine Grenze?	173
AB 57	Wie kann ich meine Grenze mit-teilen?	175
7 Abschluss der Therapie		178
INFO 13	Geschichte zum Ende der Therapie	182
AB 58	Diese Ziele habe ich geschafft	184
AB 59	Diese Ziele möchte ich noch schaffen	185
AB 60	So hat sich meine Angst verändert	186
AB 61	Das ist durch meine Therapie anders geworden	188
AB 62	Was habe ich in meiner Therapie gelernt?	189
AB 63	Mein Positiv-Tagebuch	190
AB 64	Positiv-Memory	192

AB 65	Mein Wohlfühl-Koffer	196
AB 66	Das kann ich tun, wenn die Angst wieder kommt	198
INFO 14	Wichtige Infos zum Therapieende	200
AB 67	Schwierige Situationen in der Zukunft	202
AB 68	Wünsche von Ihrer Therapeutin oder Ihrem Therapeuten zum Abschluss der Therapie	204
AB 69	Reflexion meines therapeutischen Vorgehens	205

Einführung: Besonderheiten der Psychotherapie von Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung

Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung (Došen, 2018; Schanze, 2014), erhalten aber mit geringerer Wahrscheinlichkeit eine adäquate psychotherapeutische Behandlung. Hartnäckig hält sich die Befürchtung, dass Psychotherapie beim Vorliegen einer intellektuellen Beeinträchtigung wenig erfolgsversprechend oder zumindest grundlegend »anders« sei. Hierdurch scheinen bei vielen Therapierenden nach wie vor eine Hemmschwelle und Vorbehalte für die Arbeit mit dieser Klientel vorzuliegen. Es gibt aber in Studien eindeutige Hinweise, dass Psychotherapie für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen keinesfalls neu erfunden werden muss, damit sie von ihr profitieren können.

Mit diesen Therapie-Tools möchten wir zeigen, dass bei der Behandlung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und einer Angststörung bekannte und etablierte Verfahren zur Anwendung kommen können, wenn sie flexibel an die individuellen Bedürfnisse der Patient:innen angepasst werden. Hierbei ist nicht eine besondere Expertise oder Fachkompetenz aufseiten von Therapierenden entscheidend, sondern vielmehr deren Offenheit und Neugierde hinsichtlich der besonderen Lebenswelten von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Nachfolgend soll eine praxisorientierte Einführung in dafür grundlegende Aspekte gegeben werden.

Klärung der verwendeten Begrifflichkeiten

In verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen werden Personen mit einer verringerten intellektuellen Leistungsfähigkeit unterschiedliche Begrifflichkeiten zugeordnet. Eine einheitliche Terminologie liegt bis heute nicht vor (Lingg & Theunissen, 2017). Alltagssprachlich, aber auch in vielen offiziellen Texten, wird oft von »geistiger Behinderung« gesprochen. Dies ist allerdings ein Begriff, den viele Betroffene als stigmatisierend erleben (Greving & Gröschke, 2000). Der Begriff »geistige Behinderung« fokussiert auf Defizite und lässt sich nicht mit einer kompetenzorientierten Sichtweise in Einklang bringen (Bergmann, 2019). Zudem deutet der Begriff an, dass die erschwerte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben hauptsächlich auf die betroffene Person selbst und nicht auf Eigenschaften der Gesellschaft zurückgeführt werden kann. Die Bezeichnung »geistige Behinderung« wird daher zunehmend kritisch diskutiert.

Für den Titel dieses Buches wurde dennoch der Begriff »geistige Behinderung« gewählt. Dieser ist für viele potenzielle Anwender:innen dieses Buches nach wie vor am geläufigsten. Das Buch soll bei Recherchen leicht zu finden sein, so auch für »Neueinsteiger:innen«, die die kritische Diskussion des Begriffes nicht verfolgen. Eine Abgrenzung zu anderen kognitiven Defiziten wie beispielsweise »Demenz« kann durch andere Begrifflichkeiten erschwert werden und die Ausrichtung des Bandes anhand des Titels nicht eindeutig kennzeichnen. Innerhalb des Buches wird, wie auch schon in den bisherigen Abschnitten, der Begriff der geistigen Behinderung nicht verwendet und stattdessen von »intellektueller Beeinträchtigung« gesprochen. Diese Bezeichnung erscheint geeigneter, um der Vielfalt der Phänomenologie und den Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb dieser Beeinträchtigungen bestmöglich gerecht zu werden (Lingg & Theunissen, 2017). Zudem wird sie auch in der Wissenschaft am häufigsten verwendet.

Definition intellektueller Beeinträchtigungen

In der ICD-10 wird eine intellektuelle Beeinträchtigung als »Intelligenzstörung« (F70–F79) geführt. In der neu erschienenen ICD-11 ist sie unter »Störungen der Intelligenzentwicklung« (intellectual de-

velopmental disorder) gefasst. Je nach Intelligenzquotient (IQ) können verschiedene Schweregrade eingeteilt werden. Ein IQ im Bereich von 50 bis 69 wird als leichte, von 35 bis 49 als mittelgradige, von 20 bis 34 als schwere und unter 20 als schwerste Intelligenzminderung gewertet. Zusätzlich kann eine Lernbehinderung, welche sich vor allem in Schulschwierigkeiten äußert und in den Indikationsbereich sonderpädagogischer Förderung fällt, im IQ-Bereich von 70 bis 84 eingeordnet werden (Häßler, 2011; Schanze, 2014). Hierfür gibt es in der ICD-10 keine spezifische Diagnose, sondern wird unter F81.9 »Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, nicht näher bezeichnet« eingeordnet.

Zu beachten ist, dass eine ausschließliche Fokussierung auf das Intelligenzniveau weder für die Diagnosestellung noch für eine umfassende Beschreibung der damit einhergehenden Phänomenologie ausreichend ist. Über die Intelligenzminderung hinaus müssen auch Einschränkungen der adaptiven Funktionsfähigkeit in kognitiven, sozialen und praktischen Bereichen vorliegen (Bergmann, 2019; Došen, 2018). Die Weltgesundheitsorganisation definiert die intellektuelle Beeinträchtigung beziehungsweise die Intelligenzminderung in diesem Sinne als »eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie zum Beispiel Kognition, Sprache, motorische und soziale Fertigkeiten« (Dilling & Freyberger, 2014, S. 308).

Psychische Störungen bei intellektueller Beeinträchtigung

Eine intellektuelle Beeinträchtigung kann sich in Verhaltensweisen äußern, welche insbesondere vom Umfeld als auffällig und herausfordernd erlebt werden. Oft liegen beispielsweise auto- oder fremdaggressive, hyperaktive, impulsive und stereotype sowie soziale Auffälligkeiten vor (Fletcher et al., 2016; Bergmann, 2019). Diese müssen nicht zwangsläufig Ausdruck eines psychischen Störungsbildes sein, können jedoch auf ein solches hinweisen. Generell schließt eine intellektuelle Beeinträchtigung das Vorliegen zusätzlicher psychischer Erkrankungen nicht aus (Lingg & Theunissen, 2017; Sarimski & Steinhausen, 2008). Epidemiologische Untersuchungen legen sogar nahe, dass das Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung drei- bis vier- oder sogar fünffach erhöht ist (American Psychiatric Association, 2013; Došen, 2018; Schanze, 2014). Die große Spannweite dieser Angaben resultiert zu großen Teilen aus einem unterschiedlichen Vorgehen bei der Diagnostik und daraus resultierenden methodischen Qualitätsproblemen der Primärstudien (Kufner, 2015; Sappok et al., 2010).

Angststörungen. Auch Angststörungen können sich bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung anders zeigen als bei Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigung. Hieraus ergeben sich für die Diagnostik und Psychoedukation einige Besonderheiten, auf welche in den jeweiligen Kapiteln genauer eingegangen wird. Allgemein kann man sagen, dass die Prävalenzangaben für Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in vielen epidemiologischen Untersuchungen mindestens genauso hoch oder sogar höher ausfallen als in der Allgemeinbevölkerung (Dekker & Koot, 2003; Einfeld et al., 2011; Emerson, 2003; Maïano et al., 2018). Allerdings unterscheiden sich die genauen Angaben teils erheblich zwischen den einzelnen Studien, was eine abschließende Bewertung der Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung schwierig macht (Davis et al., 2008; Kufner, 2015).

Wirksamkeit von Psychotherapie bei intellektueller Beeinträchtigung

Das Vorliegen einer intellektuellen Beeinträchtigung wurde lange Zeit als Ausschlusskriterium für die Durchführbarkeit einer Psychotherapie angesehen. Es wurde angenommen, dass die kommunikativen und kognitiven Defizite deren Wirksamkeit im Wege stehen. Des Weiteren wurden psychische oder verhaltensbezogene Auffälligkeiten oft als direkter Ausdruck der intellektuellen Beeinträchtigung und somit als nicht separat behandelbar gewertet (Glasenapp, 2019; Lingg & Theunissen, 2017).

Metaanalysen. Inzwischen geht man davon aus, dass Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung möglich und hilfreich ist (Müller et al., 2021). Metaanalysen kommen zu unterschiedlichen Befunden hinsichtlich der genauen Effekte. So werden in einer Metaanalyse von Vereenooghe

und Langdon (2013) auf Basis von 14 kontrollierten und nicht-kontrollierten Studien moderate Effekte ($g = 0.682$) für Psychotherapie berichtet, in einer weiteren Metaanalyse von Koslowski et al. (2016) mit zehn RCTs oder kontrollierten Studien zeigten sich allerdings keine signifikanten Effekte. Bei beiden Metaanalysen lagen eine hohe statistische Heterogenität sowie erhebliche methodische Unterschiede zwischen den einbezogenen Studien vor. Hieran zeigt sich, dass es derzeit noch zu wenige methodisch hochwertige Primärstudien gibt, um die genaue Effektivität auf Basis von Metaanalysen abschließend bewerten zu können (Kufner, 2015). Explizit für Angstsymptome werden in einem systematischen Review von Graser et al. (2021) erste Wirksamkeitsbelege für psychotherapeutische Behandlungsansätze berichtet. Auch die Ergebnisse von Einzeluntersuchungen, insbesondere aus dem Bereich kognitiv-verhaltenstherapeutischer und achtsamkeitsbasierter Ansätze, geben Hinweise auf eine gute Wirksamkeit. Ermutigend ist außerdem, dass Patient:innen mit intellektueller Beeinträchtigung zurückmelden, dass sie eine Psychotherapie als hilfreich und positiv erleben (Roscoe et al., 2016; Unwin et al., 2016).

Allgemeine Hinweise für die Gestaltung der Therapiesitzungen

Für die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung bedarf es keiner grundlegend veränderten Form der Therapie. Allerdings müssen die angewandten Methoden individuell an die jeweiligen Fähigkeiten der Patient:innen angepasst werden. Hurley et al. (1998) beschreiben hierfür verschiedene Ansatzpunkte, die bis heute aktuell sind. Im Folgenden werden diese grundlegenden Adaptionen im Einzelnen dargestellt.

Vereinfachungen und Flexibilität. Damit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung von einer Psychotherapie profitieren können, müssen die zur Anwendung kommenden Interventionen vereinfacht werden. Es ist wichtig, Patient:innen nicht in ihren emotional-kognitiven Kompetenzen zu überfordern. Dies erfordert eine hohe Flexibilität und mitunter auch Kreativität der Therapierenden, da nicht starr an den bei der Behandlung durchschnittlich intelligenter Menschen etablierten Vorgehensweisen festgehalten werden kann. Vielmehr sollte das individuelle Entwicklungsniveau der Patient:innen als Wegweiser für die Gestaltung der Therapie herangezogen werden.

Für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung kann es anfangs sehr ungewohnt sein, sich in dem therapeutischen Setting zurechtzufinden. Ein Beginn des Gesprächs mit Fragen über den Alltag, die leicht zu beantworten sind (Wie sind Sie hergekommen? Wo wohnen Sie? Was machen Sie gerne?), ist empfehlenswert, damit Patient:innen Sicherheit gewinnen und sich mit der Situation vertraut machen können. Auch kleine Erholungspausen zwischendurch können helfen, die ungewohnte Situation aufzulockern. Dabei kann es hilfreich sein, wenn Patient:innen sich so verhalten dürfen, wie es für sie angenehm ist (z. B. aufstehen und durch den Raum gehen) (Bergmann, 2019; Geisenberger-Samaras, 2014; Vogel, 2012).

Weiterhin bietet sich an, die Sitzungen in ihrer Dauer zu verkürzen und dafür mehrmals die Woche abzuhalten, Interventionen in kleine Schritte aufzuteilen und häufige Wiederholungen der Inhalte einzubauen (Bergmann, 2019; Hermes, 2017; Sarimski & Steinhausen, 2008). Dies kann dazu führen, dass insgesamt mehr Sitzungen notwendig sind als bei durchschnittlich intelligenten Personen (Došen, 2018; Royal College of Psychiatrists, 2004).

■ Wichtig

- ▶ Passen Sie Interventionen und Techniken flexibel an das Entwicklungsniveau Ihrer Patient:innen an.
- ▶ Vereinfachen Sie die Therapie durch eine kürzere Sitzungsdauer, ein kleinschrittiges Vorgehen und inhaltliche Wiederholungen.

Einbindung von Bezugspersonen. Ein besonderes Merkmal der Psychotherapie von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ist die im Regelfall erforderliche Zusammenarbeit mit dem Umfeld der

Patient:innen. Es ist empfehlenswert, Familie, Betreuende und sonstige Bezugspersonen in den therapeutischen Prozess einzubinden. Dies ergibt sich aufgrund von zwei Aspekten:

- (1) Therapierelevante Informationen können manchmal nur mithilfe der Bezugspersonen oder anderer wichtiger Personen aus dem Umfeld der Patient:innen ermittelt werden. So benötigt beispielsweise die Erfassung von Veränderungen und Schwierigkeiten im Alltag oft eine Fremdbeobachtung. Im Rahmen der Therapieplanung können Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zudem manchmal nur wenig Informationen über den Verlauf und die Entstehung ihrer Problematik selbst liefern (Geisenberger-Samaras, 2014; Kufner, 2015; Schmidt & Meir, 2014).
- (2) Bezugspersonen können eine unterstützende Rolle innerhalb des therapeutischen Geschehens einnehmen. Sie können im Alltag eine co-therapeutische Funktion ausüben und beispielsweise bei der Durchführung von Hausaufgaben helfen, Übungen anleiten und Rückmeldungen geben (Bergmann, 2019; Whitehouse et al., 2006). Auch nach Beendigung der Therapie ist die Rolle von Bezugspersonen von großer Bedeutung, um die Aufrechterhaltung der erarbeiteten Fortschritte im Alltag bestmöglich zu unterstützen (Došen, 2018).

Zu beachten ist, dass für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung die gleichen Rechte auf informationelle Selbstbestimmung wie für Menschen mit durchschnittlicher Intelligenz gelten. Um das Umfeld einbeziehen und Informationen an dieses weitergeben zu dürfen, muss somit immer zuerst die Zustimmung der Patient:innen eingeholt werden. Ausnahmen müssen gut begründet werden und können sich nur aus einer mit großer Sorgfalt durchgeführten Abwägung zwischen dem Wohl der Patient:innen gegenüber ihrem Recht auf Selbstbestimmung ergeben (Glasenapp, 2019). Auch muss darauf geachtet werden, dass ein zu starker Einbezug des Umfelds zu Rollenkonflikten führen oder aufgrund der begrenzten zeitlichen Ressourcen zur Belastung für die Therapie werden kann (Bergmann, 2019; Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, 2019).

■ Wichtig

- ▶ Beziehen Sie Bezugspersonen in die Planung und Durchführung der Therapie ein.
- ▶ Holen Sie sich hierfür immer das Einverständnis Ihrer Patient:innen ein und fördern Sie deren Selbstbestimmung.

Beziehungsaufbau. Viele Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung werden im Laufe ihres Lebens mit negativen Beziehungserfahrungen konfrontiert. Oft berichten sie von Erlebnissen, in denen die Kommunikation und das »In-Kontakt-Treten« mit anderen Menschen scheitern oder von erheblichen Schwierigkeiten geprägt sind. Eine sichere therapeutische Beziehung kann einen Gegenpol hierzu darstellen, weshalb deren Gestaltung eine große Bedeutung zukommt. Grundsätzlich gelten dabei die gleichen therapeutischen Grundhaltungen wie bei normintelligenten Personen (Bergmann, 2019). Allerdings kann es vorkommen, dass Patient:innen mit intellektueller Beeinträchtigung besonderen Wert auf Aspekte der Beziehung legen, welche für Therapierende ungewohnt sind. Für einige Patient:innen kann es zum Beispiel wichtig sein, mit dem Vornamen angesprochen zu werden oder Therapierende zu duzen, während es für andere wichtig ist, auch einmal mit dem Nachnamen angesprochen zu werden, da sie diese Erfahrung sonst selten machen können und es sie als erwachsene Personen aufwertet. Als erwachsene Person wahrgenommen und behandelt zu werden ist für viele Patient:innen ein sehr wertvoller Bestandteil der Therapie und sollte dann durchaus als ein Schwerpunkt der Behandlung bearbeitet werden. Einige Patient:innen wünschen, dass sich Therapierende möglichst viele Notizen machen, um zu signalisieren, dass sie das Gesagte aufmerksam verfolgen (Bergmann, 2019). Auch können Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung vermehrt Körperkontakt suchen. Hier müssen Therapierende abwägen, wie viel Nähe sie zulassen können und wollen (Bergmann, 2019; Geisenberger-Samaras, 2014; Whitehouse et al., 2006).

2 Beginn der Therapie

Neben einer ausführlichen Diagnostik sollten zu Beginn einer Therapie gute Voraussetzungen für die therapeutische Zusammenarbeit geschaffen werden. Hierunter fallen der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sowie die gemeinsame Zielfindung. Zusätzlich kann es nötig sein, die Therapiemotivation von Patient:innen und Bezugspersonen abzuklären und gegebenenfalls zu erhöhen.

Beziehungsaufbau

Patient:innen sollten von Anfang an aktiv in die Planung der Therapie eingebunden werden. Ihre Ziele und Wünsche sind zentral. Die Therapie sollte mit einem Erleben von Autonomie und Selbstbestimmung einhergehen, damit Patient:innen Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten entwickeln können. Es muss somit vermittelt werden, dass es in der Therapie um ihre eigenen Bedürfnisse gehen soll und nicht um die der Eltern oder anderer Bezugspersonen. Hierunter fällt auch, dass zu Beginn nicht ausschließlich die Symptomatik und Defizite, sondern Ressourcen und Stärken betont werden (Bergmann, 2019; LPK-BW, 2019; Sarimski & Steinhausen, 2008). Bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung liegt in vielen Fällen ein von Minderwertigkeitserfahrungen und negativen Rückmeldungen geprägtes Selbstbild vor. Therapierende sollten diesem eine positive Haltung gegenüberstellen. Durch das Signal, dass nicht nur die Defizite, sondern auch die Stärken wahrgenommen werden, kann die therapeutische Beziehung gefestigt und die spätere Auseinandersetzung mit den vorliegenden Problembereichen erleichtert werden. Die Einnahme einer ressourcenorientierten Sichtweise ist nicht nur zu Beginn der Therapie zu empfehlen, sondern sollte sich über die komplette Therapie in der therapeutischen Grundhaltung widerspiegeln.

Das Feststellen von Gemeinsamkeiten, beispielsweise durch einen Austausch über Hobbys und Vorlieben, kann eine weitere Basis für eine gute therapeutische Beziehung liefern. Therapierenden steht es frei, Informationen über die eigene Person je nach individueller Bereitschaft zu teilen. Dabei kann ein größeres Maß an Selbstoffenbarung als üblicherweise förderlich sein. Therapierende sollten ein ehrliches Interesse an der Lebenswelt der Patient:innen zeigen. Hierunter fallen beispielsweise Gespräche über bevorzugte Freizeitaktivitäten, Lieblingssendungen, -musik oder sonstige Aktivitäten. Diese können dann im weiteren Therapieverlauf aufgegriffen werden, z. B. als positive Verstärker (Bergmann, 2019).

Zu beachten ist, dass sich besonders intensive Übertragungen und Gegenübertragungen ergeben können. So kann es bei Patient:innen mit intellektueller Beeinträchtigung schnell vorkommen, dass sie unbefriedigte Bedürfnisse in die therapierende Person projizieren. Therapierende werden dann in einer Elternrolle oder als Freund:in gesehen, woraus sich ein abhängiges Beziehungsmuster ergeben kann. Verstärkt wird dies dadurch, dass auch Therapierende mit Gegenübertragungen reagieren, indem sie beispielweise eine elterliche Haltung einnehmen oder versuchen, die Patient:innen zu erziehen. So braucht eine 36-jährige Patientin mit einem emotionalen Entwicklungsalter von sechs Jahren zwar Zielsetzungen in der Therapie, die für dieses Alter passen, aber sie ist gleichzeitig eine erwachsene Person und sollte auch wie eine solche behandelt werden. Dabei kann das Erarbeiten von mehr Autonomie einen großen Raum einnehmen, denn häufig leben diese Patient:innen in stark fremdbestimmten Strukturen. Um einem problematischen Verlust von Distanz und Objektivität vorzubeugen, müssen klare Grenzen in der therapeutischen Beziehung gesetzt und diese schon am Anfang der Therapie besprochen werden. Hierbei ist die Art der professionellen Beziehung klarzustellen. Werden Übertragungsdynamiken bemerkt, ist es wichtig, diese in einer Supervision zu reflektieren und zu besprechen (Hurley et al., 1998; Langdon et al., 2017; Whitehouse et al., 2006).

Behandlungsauftrag

Im Anschluss an die Diagnostik ist im Rahmen der ersten Sitzungen vertiefend zu klären, was der genaue Behandlungsauftrag ist und ob dieser im Rahmen einer Psychotherapie erfüllt werden kann. Der formelle Ablauf unterscheidet sich nicht grundlegend vom Vorgehen bei Patient:innen mit durchschnittlicher Intelligenz. Therapierende sollten sich einen Eindruck über die vorliegende Symptomatik und Behandlungsmöglichkeiten verschaffen sowie anhand eigen- und fremdanamnestischer Informationen Ressourcen und Ziele erfragen und miteinander abgleichen. Ebenso sollte man sich für die Klärung des Auftrags ausreichend Zeit nehmen (LPK-BW, 2019).

Oft liegen unterschiedliche Ziele und unrealistische Erwartungen bei Patient:innen und deren Bezugspersonen vor, die zunächst in einen einvernehmlichen und realistischen Rahmen eingebettet werden müssen. Vereinbarte Ziele müssen innerhalb des psychotherapeutischen Settings erreichbar sein. Zu beachten ist, dass in vielen Fällen das Umfeld nach Hilfe sucht und die Aufnahme einer Psychotherapie veranlasst. Dementsprechend stehen dessen Wünsche oft im Vordergrund. Therapierende haben die Aufgabe, diese zu erfassen und anzuerkennen, sie dabei aber nicht einfach zu übernehmen. Nicht das Umfeld, sondern die Patient:innen und ihre Bedürfnisse sind Kern der Behandlung. Wenn möglich sollten Therapieziele daher zuerst mit den Patient:innen entwickelt und erst anschließend mit den Bezugspersonen abgeglichen werden. Die Ziele müssen so einfach formuliert werden, dass sie für Patient:innen leicht nachvollziehbar sind; gleichzeitig müssen sie konkret und realistisch sein. Vage formulierte Ziele wie »Ich möchte glücklich sein« sind keine gute Grundlage für die Therapieplanung (Bergmann, 2019; Hermes, 2017; LPK-BW, 2019).

Motivationsaufbau

Neben einer eindeutigen Formulierung von Zielen kann der Aufbau von Veränderungsmotivation entscheidend sein. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Therapie nicht aus eigenem Anlass begonnen wird. Für den Motivationsaufbau eignen sich gängige Vorgehensweisen wie beispielsweise Ist-Soll-Vergleiche mit einem Besprechen der aktuellen Ist-Situation und der erwünschten Soll-Situation. Auch kann es hilfreich sein, Vor- und Nachteile für die Therapie gemeinsam zu sammeln. Wo liegen Beeinträchtigungen im Alltag vor und wie kann eine Therapie helfen, diese zu bewältigen? Patient:innen kann so verdeutlicht werden, wie sie in ihrer Lebensführung durch die psychische Erkrankung eingeschränkt werden. In der Regel lässt sich darauf aufbauend ein Übergewicht an Vorteilen einer Therapie gegenüber den Nachteilen zeigen (Geisenberger-Samaras, 2014).

Organisatorische Aspekte

Es kann sinnvoll sein, bereits zu Beginn der Therapie Informationen über die Patient:innen einzuholen, um benötigte Hilfestellungen und besondere Bedürfnisse gleich zu Beginn berücksichtigen zu können (Bergmann, 2019). In vielen Fällen liegen Daten aus Voruntersuchungen oder bereits erfolgten Behandlungen vor, welche die Vorbereitung der Therapie erleichtern können (LPK-BW, 2019).

Bevor die Therapie starten kann, ist das Einverständnis der Patient:innen erforderlich. Dafür müssen diese zunächst über die Psychotherapie aufgeklärt werden. Auch ist zu klären, ob eine gesetzliche Betreuung im Bereich Gesundheitspflege vorliegt. In diesem Fall ist eine Einverständniserklärung der Betreuenden für die Antragstellung und Behandlung erforderlich (Glasenapp, 2019; Kufner, 2015; LPK-BW, 2019).

Um den Verlauf der Therapie strukturiert festhalten zu können, bietet sich die Einführung eines Therapiebuchs an. In diesem können die wichtigsten Punkte der Therapie und Hausaufgaben schriftlich festgehalten werden. Ist die Schreibkompetenz der Patient:in nicht ausreichend, kann das Aufschreiben durch die therapierende Person übernommen werden. Das Therapiebuch wird von Patient:innen mit nach Hause genommen und zu jedem Termin wieder mitgebracht. In Absprache mit den Patient:innen kann das Therapiebuch auch verwendet werden, um Bezugspersonen über die Therapie auf dem Laufenden zu halten. In diesem Fall können Bezugspersonen auch Nachrichten an die Therapierenden in das Buch schreiben. Die Patient:innen sollten dabei über alle Inhalte im Buch Bescheid wissen.

Arbeits- und Informationsmaterial

Im Folgenden finden Sie eine Übersicht über die Arbeitsmaterialien dieses Kapitels. Weitere Arbeitsmaterialien für die Therapiebeziehung, die Aufklärung über den Ablauf von Psychotherapie und die Aufgaben von Therapierenden in Leichter Sprache können den *Therapie-Tools Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung* (Infoblätter 5 bis 12; Erretkamps et al., 2017) entnommen werden.

AB 3 Meine Therapie-Ziele

Mit diesem Arbeitsblatt sollen Ziele für die Therapie gemeinsam erarbeitet und schriftlich festgehalten werden. Ein kurzer Erklärungstext für Patient:innen mit Beispielen für mögliche Ziele ist angefügt. Wichtig ist, Patient:innen bei der Zielformulierung einerseits selbstbestimmt entscheiden zu lassen, andererseits die Ziele auf die jeweilige Angstsymptomatik hin auszurichten. In der Abschlussphase der Therapie sollen die hier formulierten Ziele evaluiert werden.

AB 4 Was ich wegen meiner Angst nicht mehr machen kann

Dieses Arbeitsblatt dient der Herausarbeitung von negativen Auswirkungen der individuellen Angstsymptomatik. Patient:innen sollen erkennen, dass sie aufgrund ihrer Angststörung viele Dinge nicht mehr machen können und hieraus Motivation für die Angsttherapie entwickeln.

AB 5 Mein Leben ohne Angst

Auf diesem Arbeitsblatt soll eine »Vision« für ein Leben ohne Angst hergestellt werden. Hierdurch soll die Therapiemotivation gestärkt werden. Zusätzlich kann die Aufgabe helfen, mit Patient:innen ins Gespräch über ihre Wünsche zu kommen und dadurch die therapeutische Beziehung zu festigen.

AB 6 Wie mein Leben ist und wie mein Leben sein soll

Durch eine Malaufgabe soll kreativ ein Ist-Soll-Vergleich der aktuellen Lebenssituation und der gewünschten Lebenssituation erfolgen. Hieraus kann die Bedeutsamkeit einer Angstbewältigung abgeleitet werden, um sich dem Wunschzustand annähern zu können.

AB 7 Das bin ich!

Dieses Arbeitsblatt soll Patient:innen die Möglichkeit geben, über ihre Stärken und Besonderheiten zu sprechen. Therapierende können hierdurch Interesse signalisieren und die therapeutische Beziehung festigen.

AB 8 Positives Selbstbild fördern

Dieses Arbeitsblatt kann wichtigen Bezugspersonen ausgehändigt werden. Es beinhaltet Informationen über die Bedeutsamkeit positiver Verstärkung für das Selbstbild der Patient:innen. Zusätzlich können Bezugspersonen auf dem Arbeitsblatt positive Eigenschaften der Patient:innen verschriftlichen.

AB 9 Vorteile und Nachteile einer Therapie

Mit diesem Arbeitsblatt können Vor- und Nachteile einer Therapie strukturiert festgehalten und gegeneinander abgewogen werden. Dabei können etwaige Fragen und Unsicherheiten der Patient:innen im Gespräch aufgegriffen werden. Das Ziel sollte sein, gemeinsam ein Übergewicht an Vor- gegenüber den Nachteilen herauszuarbeiten, sodass Patient:innen in ihrem Entschluss für die Therapie gefestigt werden.

AB 10 Regeln für meine Therapie

Für den Erfolg einer Therapie müssen klare Regeln vereinbart werden. Dieses Arbeitsblatt soll bei der Vereinbarung dieser Regeln helfen. Es werden zunächst Beispiele für mögliche Regeln gegeben, anschließend sollen gemeinsam die für die eigene Therapie fünf wichtigsten Regeln festgehalten werden. Diese können dann gemeinsam unterschrieben werden.

AB 11 Meine Therapeutin / Mein Therapeut

Hier finden Patient:innen Informationen über die Aufgaben von Therapeut:innen und den Ablauf einer Therapie. Es wird hervorgehoben, was mit Therapeut:innen gemacht werden kann und was nicht. Hierdurch sollen die therapeutischen Grenzen vor Start in die Behandlung verdeutlicht werden. Neben den vorgegebenen Aspekten können eigene Beispiele ergänzt werden.

Meine Therapie-Ziele

Am Anfang einer Therapie überlegt man,
was man mit der Therapie erreichen will.
Das sind dann Ziele.
Man versucht, diese Ziele zu erreichen.

Es gibt kleine Ziele.
Zum Beispiel pünktlich zu sein.
Und große Ziele.
Zum Beispiel alleine zu wohnen.

Was sind Ihre Therapie-Ziele?
Was möchten Sie lernen?
Was wünschen Sie sich?

Überlegen Sie.
Schreiben Sie Ihre Therapie-Ziele auf der nächsten Seite auf.
Ihre Therapeutin oder Ihr Therapeut hilft Ihnen dabei.



Meine Therapie-Ziele

Meine Therapieziele sind ...



Ziel 1:

.....

Ziel 2:

.....

Ziel 3:

.....

Ziel 4:

.....

