

Erretkamps • Kufner • Schmid • Bengel

THERAPIE-TOOLS



Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung

2. Auflage



Online-Material auf
psychotherapie.tools

BELTZ

Erretkamps • Kufner • Schmid • Bengel

Therapie-Tools

Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung



Erretkamps • Kufner • Schmid • Bengel: Therapie-Tools

Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung

Mit dem untenstehenden Download-Code erhalten Sie die digitalen Arbeitsmaterialien aus diesem Buch. Hierfür ist eine Registrierung auf psychotherapie.tools notwendig:

1. psychotherapie.tools/online-material öffnen.
2. Gutschein-Code eingeben.
3. Auf »Code einlösen« klicken. Der Code ist einmal gültig.
4. Im Warenkorb auf »Credits einlösen« klicken und Vorgang nach Login abschließen.
5. Arbeitsmaterialien nutzen.

Die Arbeitsmaterialien stehen Ihnen in Ihrem Kundenkonto unter »Meine Materialien« dauerhaft zur Verfügung. Sie sind für Ihren persönlichen Gebrauch bestimmt. Als Institution mit mehreren Nutzer:innen wenden Sie sich bitte an vertrieb-psychotherapie.tools@beltz.de.

Download-Code

Anschrift der Autoren:

Anna Erretkamps, M. Sc.
Universität Freiburg
Institut für Psychologie
Abteilung für Rehabilitationspsychologie und
Psychotherapie
Engelbergerstr. 41
79106 Freiburg
E-Mail: anna.erretkamps@gmx.de

Dr. Katharina Kufner
Universität Freiburg
Institut für Psychologie
Abteilung für Rehabilitationspsychologie und
Psychotherapie
Engelbergerstr. 41
79106 Freiburg
E-Mail: katharina.kufner@gmail.com

Susanne Schmid, Dipl.-Psych.
Caritasverband Freiburg-Stadt e. V.
Herrenstr. 6
79098 Freiburg
E-Mail: susanne.schmid@caritas-freiburg.de

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
Universität Freiburg
Institut für Psychologie
Abteilung für Rehabilitationspsychologie und
Psychotherapie
Engelbergerstr. 41
79106 Freiburg
E-Mail: juergen.bengel@psychologie.uni-freiburg.de

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29175-0 Print
ISBN 978-3-621-29176-7 E-Book (PDF)

2. Auflage 2024

© 2024 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Anne-Marie Grätz
Bildnachweis: Sonja Frank
Herstellung: Uta Euler
Satz: Markus Schmitz, Altenberge
Druck und Bindung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza
Gesamtherstellung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autoren und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Einführung: Besonderheiten der Psychotherapie von Menschen mit einer geistigen Behinderung	8
Kapitel 1 / Psychologische Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung und Depression	13
1.1 Hintergrund und Einführung	13
1.2 Überblick Arbeitsmaterialien	14
Kapitel 2 / Beginn der Therapie	37
2.1 Hintergrund und Einführung	37
2.2 Überblick Arbeitsmaterialien	38
Kapitel 3 / Aktivitätenaufbau	55
3.1 Hintergrund und Einführung	55
3.2 Überblick Arbeitsmaterialien	56
Kapitel 4 / Umgang mit alltäglichen Anforderungen und Tagesstrukturierung	83
4.1 Hintergrund und Einführung	83
4.2 Überblick Arbeitsmaterialien	84
Kapitel 5 / Arbeit mit Emotionen	99
5.1 Hintergrund und Einführung	99
5.2 Überblick Arbeitsmaterialien	101
Kapitel 6 / Steigerung von Selbstwirksamkeitserleben	137
6.1 Hintergrund und Einführung	137
6.2 Überblick Arbeitsmaterialien	138
Kapitel 7 / Beendigung der Therapie	147
7.1 Hintergrund und Einführung	147
7.2 Überblick Arbeitsmaterialien	149
Übersicht Informations- und Arbeitsblätter	167
Literatur	170

Vorwort

Menschen mit einer geistigen Behinderung haben eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit eine psychische Störung zu entwickeln als Menschen ohne eine Intelligenzminderung. Dennoch ist die psychotherapeutische Versorgung dieser Patientengruppe sehr ungünstig. Bei einer insgesamt relativen Unterversorgung und langen Wartezeiten in vielen Regionen erfahren Menschen mit einer geistigen Behinderung wie auch einige andere Patientengruppen eine noch schlechtere Versorgung. Wie bei anderen unterversorgten Patientengruppen hängt dies auch mit mangelndem Wissen und fehlender Ausbildung der Psychotherapeuten zusammen. Zudem spielen Vorurteile wie angenommene Nichteignung für Psychotherapie und der höhere Aufwand für die Anfahrt und die Organisation der Therapie, aber auch aufwändige Kontakte mit Angehörigen eine Rolle. Das Versorgungssystem setzt zudem keine (finanziellen) Anreize für Psychotherapeuten. Sicher muss noch viel mehr getan werden, bis wir die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung als eine Selbstverständlichkeit betrachten können. Es kommt jedoch Bewegung in die Wissenschaft und die Versorgung. Die Wirksamkeit von Psychotherapie bei psychischen Störungen von Menschen mit einer Intelligenzminderung ist gut belegt. Der Informationsbedarf ist zumindest bei einem Teil der Psychotherapeuten vorhanden. In den letzten Jahren erfuhr die Psychotherapie bei Menschen mit einer geistigen Behinderung größere Aufmerksamkeit. Im Kontext einer wichtiger werdenden Versorgungsforschung werden Daten zur Versorgungssituation erhoben, es werden Tagungen zum Thema veranstaltet. Die Psychotherapeutenkammern sind aktiv und klären auf bzw. werben darum, diese Patienten in den Blick zu nehmen und angemessen zu versorgen.

Neben diesen wichtigen Aktivitäten, um die ungünstige Versorgung zu verbessern, erscheint es notwendig, auch Handreichungen und Methoden aufzubereiten und anzubieten. Eine Möglichkeit besteht darin, Therapiematerialien zu entwickeln und bereitzustellen, die die Arbeit der Psychotherapeuten erleichtern. Der vorliegende Band stellt eine solche Sammlung von Materialien für die Psychotherapie von Depressionen bei Menschen mit geistiger Behinderung zur Verfügung. Wir möchten damit Psychotherapeuten dazu ermutigen, mit diesen Patienten zu arbeiten.

Unser besonderer Dank gilt dem Beltz-Verlag für die gute Begleitung des Bandes, namentlich Frau Dr. Svenja Wahl und Frau Anne-Marie Grätz.

Wir hoffen, dass dieser Band dazu beiträgt, die Versorgung von Menschen mit einer depressiven Störung und einer Intelligenzminderung zu verbessern.

Freiburg, im November 2016

*Anna Erretkamps
Katharina Kufner
Susanne Schmid
Jürgen Bengel*

Einführung: Besonderheiten der Psychotherapie von Menschen mit einer geistigen Behinderung

Die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung weist einige Besonderheiten auf und erfordert teilweise Anpassungen an die Zielgruppe. In diesem Abschnitt wird auf folgende zentrale Aspekte bezüglich der Anpassung an die Bedürfnisse dieser Zielgruppe fokussiert: Diagnostik, Einbeziehung von Bezugspersonen sowie Modifikationen von Therapiemethoden, -techniken und -setting.

Diagnostik

Im Folgenden wird ein Überblick über Besonderheiten bei der Diagnostik einer psychischen Störung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung gegeben. Kapitel 1 widmet sich ausführlicher dieser Thematik.

Im Rahmen der diagnostischen Abklärung ergeben sich mehrere Schwierigkeiten. Zum einen muss geklärt werden, ob die berichteten Symptome der geistigen Behinderung zuzuordnen sind oder eine davon unabhängige Symptomatik darstellen. Zum anderen können Menschen mit einer geistigen Behinderung teilweise ihre Beschwerden nicht gut mitteilen; von außen hingegen werden psychopathologische Symptome häufig der Behinderung und nicht einer psychischen Störung zugeschrieben (Schmidt & Meir, 2014). Darüber hinaus sind diverse diagnostische Kriterien der ICD-10 entwicklungsabhängig, und psychische Störungen können sich bei Menschen mit einer geistigen Behinderung durch andere Symptome äußern als bei normalintelligenten Menschen.

Vor dem Hintergrund dieser Schwierigkeiten wurden spezifisch auf diese Patientengruppe ausgerichtete Diagnosekriterien für psychische Störungen 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 mit der American Psychiatric Association (APA) erarbeitetes Diagnostik-Manual (Diagnostic Manual – Intellectual Disability (DM-ID); Fletcher et al., 2007). Neben der Störungsdiagnostik muss zudem eine fundierte Diagnostik der geistigen Behinderung erfolgen. Hierbei gilt es zunächst zu entscheiden, ob der Schwerpunkt auf einer klinischen Diagnostik der Intelligenzminderung oder auf der Diagnostik von Teilleistungsfähigkeiten liegen soll. Um die Diagnose einer Intelligenzminderung nach ICD-10 (F70) stellen zu können, eignet sich insbesondere der Einsatz der Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV; Petermann & Petermann, 2012) oder der Reynolds Intellectual Assessment Scales and Screening (RIAS; Hagmann-von Arx & Grob, 2014), da beide Instrumente auch geringe Intelligenzquotienten (WAIS-IV ≥ 40 ; RIAS ≥ 37) valide erfassen (Limberg, 2015). Bezüglich der WAIS-IV ist allerdings zu beachten, dass es Hinweise darauf gibt, dass sich die Faktorenstruktur bei Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht replizieren lässt (DGKJP, 2014). Neben dem verminderten Intelligenzniveau muss für die ICD-10-Diagnose außerdem eine Minderung in sozial adaptiven Funktionen bestehen, die ebenfalls erhoben werden muss. Für die Diagnostik von Teilleistungsfähigkeiten empfiehlt sich aufgrund guter Testgütekriterien die Werdenfelser Testbatterie zur Messung kognitiv-intellektueller Fähigkeiten bei Menschen mit Behinderungen (WTB; Peterander et al., 2009). Alternativ können der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK-IV; Petermann & Petermann, 2010) oder die Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC II; Melchers & Melchers, 2015) eingesetzt werden, um für die Leistungsprofile ein Referenzalter anzugeben (Limberg, 2015).

Einbeziehung von Bezugspersonen

Im Rahmen einer Psychotherapie ist die Einbeziehung von Bezugspersonen des Patienten mit einer geistigen Behinderung (u. a. Familie, Mitarbeiter aus Wohnheimen, Werkstätten, ambulant betreutem Wohnen sowie gesetzliche Betreuer) eine wichtige Grundlage für eine gelungene und nachhaltige Veränderung (Morin et al., 2010). In der Diagnostikphase ist die Erhebung einer Fremdanamnese als obligatorisch anzusehen (Geisenberger-Samaras, 2014). Darüber hinaus ist zu klären, ob eine gesetzliche Betreuung besteht, da diese ggf. ihre Einwilligung zur Psychotherapie geben muss. Auf weitere Aspekte der Einbeziehung von Bezugspersonen zu Therapiebeginn wird in Kapitel 2 näher eingegangen.

Im Therapieverlauf können Bezugspersonen beispielsweise den Patienten bei der Durchführung von Hausaufgaben sowie den Therapeuten bei der Therapieplanung unterstützen, indem z. B. ein Austausch zum aktuellen Symptomverlauf stattfindet (Elstner et al., 2012; Geisenberger-Samaras, 2014). Insbesondere zu Therapieende ist die Einbeziehung von Bezugspersonen nochmals zentral, um im Rahmen der Rückfallprophylaxe die Aufrechterhaltung der in der Therapie erarbeiteten Veränderungen zu unterstützen (vgl. Kap. 7).

Die Einbeziehung von Bezugspersonen sollte mittels therapeutischer Sitzungen zusammen mit dem Patienten erfolgen, um dessen Selbstbestimmung und Einbezug in die Therapie zu stärken und eine weitere Erfahrung der Entmündigung zu verhindern. Für die Einbeziehung von Bezugspersonen sollte das Einverständnis des Patienten eingeholt werden. Im Rahmen der Antragsstellung einer ambulanten Psychotherapie kann die Einbeziehung von Bezugspersonen gesondert mit beantragt werden, muss jedoch von Seiten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht bewilligt werden.

Vor dem Hintergrund dieser zentralen Bedeutung von Bezugspersonen im Rahmen einer Psychotherapie finden Sie in den vorliegenden Therapie-Tools auch zahlreiche Arbeitsblätter und Informationsmaterialien für Bezugspersonen.

Modifikationen von Therapiemethoden, -techniken und -setting

Grundsätzlich erfolgt bei der Therapieplanung eine Anpassung der geplanten Interventionen und Strategien an den individuellen Patienten. Daher müssen auch die psychotherapeutischen Interventionen, die bei der Behandlung eines Patienten mit geistiger Behinderung zum Einsatz kommen, an die spezifischen Bedürfnisse angepasst werden. Hurley und Kollegen (1998) erarbeiteten hierzu auf Grundlage einer Literaturrecherche neun zentrale Modifikationen psychotherapeutischer Techniken. Diese Modifikationen sind in Tabelle 1.1 zusammengefasst und stellen eine allgemeine Grundlage für die Planung der Therapie und das therapeutische Handeln dar. Für die vorliegenden Therapie-Tools dient die Darstellung dieser Anpassungen zudem als Hintergrundwissen für die Anwendung der Arbeitsblätter.

Tab. 1.1: Zentrale Modifikationen psychotherapeutischer Techniken (Hurley et al., 1998, S. 368; Übersetzung der Verfasser)

Anpassung	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	Therapeut agiert direkter aufgrund kognitiver Einschränkungen des Patienten; Therapieziele, Fortschritte kurz darstellen; zusätzliche visuelle Hilfen
Flexibilität	übliche Techniken an kognitiven Entwicklungsstand und verlangsamte Fortschritte anpassen; auf weitere Modalitäten fokussieren
Einbeziehung 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	Therapeut sollte Thema einbringen und positives Selbstbild unterstützen

Im Folgenden werden die angeführten Modifikationen näher beschrieben.

Vereinfachungen. Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung liegt eine Vereinfachung therapeutischer Techniken vor dem Hintergrund der Lernschwierigkeiten und begrenzten kognitiven Leistungsfähigkeit nahe. Hierbei stehen die Reduktion der Komplexität der eingesetzten Interventionen, eine kürzere Sitzungsdauer, ein kleinschrittiges Vorgehen sowie Wiederholungen im Vordergrund, um Überforderung zu verhindern (Barrett, 2012; Dodd et al., 2011). Im deutschsprachigen Raum existiert beispielsweise das DBToP-gB-Manual, das eine an der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) orientierte, vereinfachte Gruppentherapie beinhaltet (Elstner et al., 2012). Hier wurden zum Beispiel Inhalte vereinfacht, Therapiesitzungen gekürzt, stärker strukturiert und häufiger durchgeführt, um die kognitiven Einschränkungen der Zielgruppe angemessen zu berücksichtigen. Zudem wird mehr Zeit für Nachfragen, Wiederholungen und Überprüfung des Verständnisses der Therapieinhalte eingeplant. Darüber hinaus kommen vermehrt Rollenspiele und Demonstrationsmaterial zum Einsatz (Barrett, 2012).

Sprache. Meist sind bei Menschen mit geistiger Behinderung Sprachverständnis und -ausdruck eingeschränkt, jedoch sind diese Einschränkungen individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt (Barrett, 2012). Daher sollten zunächst die verbalen und non-verbalen, rezeptiven und expressiven Kommunikationsfähigkeiten des Patienten evaluiert werden (Whitehouse et al., 2006). Die Anpassung der Sprache an die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Patienten mit einer geistigen Behinderung sollte sowohl bezüglich der gesprochenen als auch der Schriftsprache erfolgen. Hinsichtlich der Schriftsprache geben die Regeln der Leichten Sprache eine Orientierungshilfe (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014). Innerhalb der Therapie verwendete Arbeitsblätter oder Informationsmaterial sollten in diesem Sinne überarbeitet werden. Die vorliegenden Therapie-Tools beinhalten zahlreiche und diesbezüglich angepasste Arbeitsblätter und Informationsmaterialien. In der gesprochenen Sprache sollte der Therapeut zum Beispiel möglichst kurze Sätze formulieren, einfache Wenn-Dann-Sätze verwenden, Ja-/Nein-Fragen und Fremdwörter vermeiden bzw. gut erklären. Weiterhin kann es für ein besseres Verständnis und das Lernen des Patienten hilfreich sein, die Wortwahl des Patienten aufzugreifen und eine Sprache, die leicht über dem Sprachniveau des Patienten liegt, zu verwenden (Whitehouse et al., 2006). Zudem haben sich die Verwendung von visuell anschaulichem Arbeitsmaterial (Bilder, Piktogramme, Cartoons) und das Festhalten des Stundenablaufs auf einer Flipchart als hilfreich erwiesen (Barrett, 2012; Geisenberger-Samaras, 2014; Whitehouse et al., 2006).

Aktivierende Elemente. Die Nutzung von aktivierenden Techniken in der Psychotherapie dient der besseren Vertiefung des Lernens und der Veränderung. Hierzu gehören zum Beispiel der Einsatz von Flipcharts, die gemeinsam von Therapeut und Patient erstellt werden, das Anfertigen von Zeichnungen und das Durchführen von Rollenspielen (Morin et al., 2010; Whitehouse et al., 2006). Eine weitere wichtige Aktivierungstechnik besteht in Hausaufgaben (Whitehouse et al., 2006), die zudem den Transfer des Gelernten in den Alltag unterstützen können.

Entwicklungsstand. Der Entwicklungsstand ist in der Gruppe von Menschen mit einer geistigen Behinderung sehr breit gefächert (Hensle & Vernooij, 2000). Zudem kann die Entwicklung in verschiedenen Teilbereichen (u. a. emotionale Entwicklung, verbaler und Handlungs-IQ) bei einer Person sehr heterogen sein (Senckel, 2003). Daher sollte im Rahmen der Therapie zunächst erfasst werden, in welchen Bereichen die Person Entwicklungsverzögerungen, -lücken, -stillstände oder -ausfälle aufweist und ob bereits erlernte Fähigkeiten nicht mehr ausgeführt werden können oder es umgekehrt Entwicklungsschübe oder Leistunginseln in Teilbereichen gibt (Senckel, 2003). Dieser Entwicklungsstand sollte in der Therapieplanung berücksichtigt werden (Whitehouse et al., 2006). So kann es hilfreich sein, an den Patienten angepasste Strategien und Interventionen für Jugendliche und Kinder zu nutzen. Beispielsweise kann der Einsatz von Spielen, Puppen/Stofftieren, Knetmasse oder Seifenopern das Verständnis für Beziehungen und Konsequenzen des Verhaltens erleichtern.

Direktives Vorgehen. Vor dem Hintergrund der kognitiven Einschränkungen von Menschen mit einer geistigen Behinderung sollte im Therapiekontext ein direktiveres Vorgehen gewählt werden. So sollte mehr auf das Lernen am Modell fokussiert, vermehrte Hilfestellung gegeben (beispielsweise bei Expositionen dem Patienten konkrete Anweisungen erteilen) und vermehrt mit Kontingenzmanagement gearbeitet werden (Sappok et al., 2010; Morin et al., 2010). Der Therapeut sollte Therapieziele und Fortschritte klar skizzieren und zusammenfassen (Whitehouse et al., 2006) und hinsichtlich seiner Aussagen und seines Handelns möglichst konkret sein (Morin et al., 2010).

Flexibilität. Die methodische Flexibilität des Therapeuten stellt eine weitere wichtige Größe dar (Whitehouse et al., 2006). Dies betrifft zum einen den Wechsel von Modalitäten. Beispielsweise kann es sinnvoll sein, statt einer mündlichen Befragung ein Problemverhalten mittels eines Rollenspiels zu erfassen. Gefühle können durch Malen oder Symbole erfasst werden oder Aktivitätenlisten mittels Bildern dargestellt werden. Zum anderen ist hinsichtlich der Sitzungslänge und dem Einbezug von Bezugspersonen in die Therapie die Flexibilität des Therapeuten notwendig.

Übertragung und Gegenübertragung. Die Therapeutenrolle und die Therapeut-Patient-Beziehung bedürfen bei der Therapie von Menschen mit einer geistigen Behinderung besondere Beachtung (Hurley et al., 1998). Da das Bindungsverhalten von Patienten mit einer geistigen Behinderung häufig nicht altersentsprechend ausgebildet ist, kann es zu einer stärkeren Bindung des Patienten und entsprechender Reaktionen des Therapeuten (z. B. Bevormundung des Patienten) kommen (Whitehouse et al., 2006). Daher ist es umso wichtiger, die Grenzen der Therapeut-Patienten-Beziehung zu wahren und seine eigene Therapeutenrolle stets kritisch zu reflektieren.

Thematisierung der Behinderung. Die Auseinandersetzung mit den eigenen Einschränkungen stellt für viele Patienten mit einer geistigen Behinderung ein wichtiges Thema dar. Daher sollte von Seiten des Therapeuten die Beschäftigung mit der eigenen Behinderung als mögliches Thema im Rahmen der Therapie vorgeschlagen werden (Whitehouse et al., 2006). Neben der Auseinandersetzung mit negativen Gefühlen bzgl. der eigenen Einschränkungen und mit den Reaktionen aus der Umwelt (u. a. Stigmatisierung und Abweisung) sollte die Therapie den Aufbau eines positiven Selbstbilds und der Wertschätzung der eigenen Person fördern.

Wie beschrieben dienen die vorgestellten Modifikationen als theoretische Grundlage bei der Entwicklung der Arbeits- und Informationsblätter für das vorliegende Arbeitsbuch. Grundsätzlich gilt, dass bei der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung dieselben Methoden und Prinzipien angewendet werden wie bei Menschen ohne Behinderung. Allerdings müssen die Anpassungen entsprechend des Entwicklungsniveaus, der Kommunikationsfähigkeit und der speziellen Bedürfnisse des einzelnen Patienten vorgenommen werden. Hierfür kann sich der behandelnde Therapeut an den in diesem Abschnitt dargestellten Modifikationen orientieren.

Aufbau des Buches

Der vorliegende Band liefert kein Manual bzw. Material für eine komplette Therapie von Depressionen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Er stellt einen Methodenkoffer mit Arbeitsmaterialien zu wesentlichen Bereichen wie Arbeit mit Emotionen, Umgang mit Alltagsanforderung, Aktivitätenaufbau und Steigerung von Selbstwirksamkeitserleben dar. Die Auswahl der Themen erfolgte auf der Grundlage einer Expertenbefragung, überwiegend Therapeuten, die Erfahrung in der Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen haben. Die Materialien basieren zudem auf systematischen Literaturrecherchen zu den jeweiligen Themen und auf den Erfahrungen, die die Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie sowie die Hochschulambulanz des Instituts für Psychologie der Universität Freiburg in der Versorgung dieser Patientengruppe sammeln konnte. Unterstützung fanden wir im Psychologischen Dienst des Caritasverbands Freiburg-Stadt e. V., der über langjährige Erfahrungen in der psychologischen Begleitung von Menschen mit einer geistigen Behinderung verfügt. Unser Buch gliedert sich in sieben Kapitel. Jedes Kapitel beginnt mit einer Einführung, in der die theoretischen Grundlagen dargestellt und der Aufbau des jeweiligen Kapitels erläutert werden. In Kapitel 1 finden Sie Arbeitsmaterialien, die Sie zur diagnostischen Abklärung von depressiven Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung nutzen können. Zudem erhalten Sie Informationsmaterial zu depressiven Störungen für Patienten und Bezugspersonen.

Im zweiten Kapitel erhalten Sie Informationen zu wichtigen Aspekten der Anfangsphase der Therapie mit Patienten mit einer geistigen Behinderung. Die Arbeitsmaterialien beinhalten Informationsblätter für Patienten und Bezugspersonen zu organisatorischen und therapeutischen Begriffen und Rahmenbedingungen.

Das dritte Kapitel widmet sich dem Aktivitätenaufbau. Hier finden Sie Informations- und Arbeitsblätter zu den wichtigsten Schritten der Verhaltensaktivierung, angefangen bei der Bedeutung von Aktivitäten bis hin zur Aufrechterhaltung eines Verhaltens.

Das vierte Kapitel thematisiert den Umgang mit alltäglichen Anforderungen und die Tagesstrukturierung. Der Patient lernt seinen Alltag und darin enthaltene Aufgaben gemeinsam mit seinen Bezugspersonen zu strukturieren. Therapeuten und Bezugspersonen erhalten Informationen zur Förderung von Selbstbestimmung und Compliance.

In Kapitel 5 finden Sie Informationen und Techniken für die Arbeit mit Emotionen. Die umfangreichen Arbeitsmaterialien dienen sowohl der Förderung der Emotionserkennung als auch der Emotionsregulation des Patienten.

Kapitel 6 bietet Arbeitsmaterialien zur Steigerung des Selbstwirksamkeitserlebens des Patienten. Es beinhaltet Informationsblätter für Therapeuten und Bezugspersonen sowie Arbeitsblätter für den Patienten zur Förderung des Kompetenzerlebens und der Selbstbestimmung.

Kapitel 7 enthält Arbeitsmaterialien, die zu Therapieende zum Einsatz kommen. Hierbei erhalten Sie Information und Material zur Therapiebilanz und Rückfallprophylaxe.

Die Materialien zeigen, dass bei der Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung kein eigenständiges Therapieverfahren erlernt werden muss, sondern bewährte Vorgehensweisen auf die Besonderheiten der Zielgruppe übertragen werden müssen. Neben der konkreten Unterstützung der Therapeuten dokumentiert ein solcher Methodenkoffer wie in diesem Buch auch, dass Konsens über Vorgehensweisen besteht.

Insbesondere bei der therapeutischen Arbeit mit Patienten mit geistiger Behinderung ist für einen sinnvollen und nutzbringenden Einsatz von Arbeitsmaterialien wichtig, dass die Arbeitsblätter durch den Therapeuten während der Sitzung ausführlich eingeführt werden. Sie sollten als Therapeut darauf achten, dass die Informationen, Anweisungen und Erläuterungen vom Patienten richtig verstanden werden. Hierfür kann es sinnvoll sein, die Arbeitsblätter gemeinsam mit dem Patienten anhand von Beispielen aus der Lebenswelt des Patienten einmal auszufüllen. Ebenso kann es hilfreich sein, hierbei die Bezugspersonen des Patienten einzubeziehen.

Die Icons auf den Arbeitsmaterialien sollen neben den jeweiligen Überschriften der besseren Orientierung bei der Auswahl der Arbeitsblätter dienen.

T

Therapeut/in: Dieses Icon kennzeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die sich an Therapeuten wenden.

P

Patient/in: Dieses Icon kennzeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die für Patienten gedacht sind.

B

Bezugsperson: Dieses Icon kennzeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die Bezugspersonen ausgehändigt werden; zur Information oder zur Vorbereitung gemeinsamer Sitzungen mit dem Therapeuten und Patienten.



Ran an den Stift: Dieses Icon fordert dazu auf, Antworten und Überlegungen direkt auf dem Arbeitsblatt zu notieren.



Hier passiert was: An dieser Stelle werden Handlungsanweisungen für Therapeuten und Patienten gegeben.



Ganz Ohr: Dieses Icon kennzeichnet Übungen, die dem Patienten wörtlich vom Therapeuten vorgelesen werden.

Zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit der Arbeitsmaterialien, insbesondere für Patienten, haben wir uns für die männliche Schreibform entschieden. Selbstverständlich sind beide Geschlechter gemeint.

KAPITEL 1/

Psychologische Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung und Depression

1.1 Hintergrund und Einführung

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Während die Prävalenz einer Major Depression in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung rund 8 Prozent beträgt, liegt diese Rate bei Menschen mit geistiger Behinderung bei ca. 15 bis 20 Prozent (Meinert & Wilking, 2014). Wie in der Allgemeinbevölkerung sind Frauen doppelt so häufig betroffen wie Männer. Eine Ausnahme stellen Männer mit Down-Syndrom (Trisomie 21) dar, bei denen die Prävalenz im Vergleich zu Frauen erhöht ist (Meinert & Wilking, 2014).

Schwierigkeiten bei der Diagnostik

Bei der Diagnostik einer depressiven Störung ergeben sich bei Menschen mit geistiger Behinderung einige Schwierigkeiten im Vergleich zur Diagnostik bei normalintelligenten Personen. Zunächst gilt es zu klären, ob die berichteten Symptome der geistigen Behinderung zuzuordnen sind. In der ICD-10 wird die Intelligenzminderung zwar als psychische Störung angeführt (F70), sie gehört jedoch nicht in den Indikationsbereich von Psychotherapie. Die geistige Behinderung kann durch eine Therapie nicht verändert werden. Die Therapie kann nur psychische Erkrankungen bei einer geistigen Behinderung behandeln. Daher ist es wichtig zu erfragen, ob die berichteten Symptome schon immer bestehen oder ob die Symptome neu aufgetreten sind oder eine Verstärkung von zuvor bestehendem Problemverhalten darstellen. Eine weitere Schwierigkeit für den Diagnostiker besteht darin, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung teilweise ihre Beschwerden nicht gut mitteilen können (*diagnostic underreporting*). Die Patienten müssen bei der Diagnoseerhebung jedoch komplizierte innere Vorgänge (Gedanken und Gefühle) beschreiben. Menschen mit leichter geistiger Behinderung können dies teilweise, Menschen mit mittelgradiger oder schwerer geistigen Behinderung können diese Vorgänge aber meist nicht adäquat beschreiben oder erleben diese möglicherweise nicht in vergleichbarer Weise (Deb et al., 2001). Hinzu kommt, dass Menschen mit geistiger Behinderung häufig nur über ein geringes biografisches Gedächtnis für frühere depressive Phasen verfügen (Meinert & Wilking, 2014).

Darüber hinaus schreiben Bezugspersonen psychopathologische Symptome häufig der Behinderung und nicht einer psychischen Störung zu (*diagnostic overshadowing*; Schmidt & Meir, 2014). Bezugspersonen sind zudem häufig wenig über depressive Störungen informiert, sodass Symptome nicht erkannt werden (Meinert & Wilking, 2014). Somit wird oft über einen längeren Zeitraum keine adäquate Hilfe aufgesucht.

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass die diagnostischen Kriterien der ICD-10 häufig entwicklungsabhängig sind. Hinsichtlich der Diagnostik einer depressiven Störung werden z. B. Konzepte wie Schuld und Wertlosigkeit erst mit einem kognitiven Alter von etwa sieben Jahren verstanden (Smiley & Cooper, 2003).

Psychische Störungen können sich bei Menschen mit geistiger Behinderung zudem durch andere Symptome äußern als bei normalintelligenten Menschen. So kann sich eine Depression in gereizter statt in niedergeschlagener Stimmung äußern. Weiterhin können eine reduzierte Selbstfürsorge oder vermehrt rückversicherndes Verhalten bei Menschen mit einer geistigen Behinderung Symptom einer depressiven Störung sein.

Spezifische Diagnosekriterien für Menschen mit einer geistigen Behinderung

Somit sind die üblichen ICD-10-Kriterien für Menschen mit einer geistigen Behinderung nur eingeschränkt oder teilweise gar nicht anwendbar. Aufgrund dieser Schwierigkeiten wurden in Anlehnung an die ICD-10 in Großbritannien spezifisch auf diese Patientengruppe ausgerichtete Diagnosekriterien entwickelt. Bei den Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD; Royal College of Psychiatrists, 2001) handelt es sich um ein neues Klassifikationssystem, das komplementär zum ICD-10-Manual verwendet werden kann. Wenn eine angemessene Diagnose mittels ICD-10-Kriterien möglich ist, sollte diesen der Vorzug gegeben werden (Royal College of Psychiatrists, 2001). Dies ist häufig bei Menschen mit leichter geistiger Behinderung möglich. Wenn eine Diagnose mittels DC-LD gestellt wird, so wird in dem Manual die Referenzdiagnose der ICD-10 angegeben.

Bezüglich affektiver Störungen wird in der DC-LD dieselbe Einteilung (depressive Episode, rezidivierende depressive Störung, bipolare Störung etc.) vorgenommen wie in der ICD-10. Hinsichtlich der Diagnosekriterien wird der Tatsache Rechnung getragen, dass sich eine depressive Störung bei Menschen mit geistiger Behinderung mit anderen Symptomen äußern kann als bei normalintelligenten Menschen.

Im Rahmen einer depressiven Erkrankung kann es bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zum Beginn oder zu einer Verstärkung von Problemverhalten (z. B. Aggressivität, selbstverletzendes Verhalten, Rückzugsverhalten) kommen. Da dieses Problemverhalten in gleichem Ausmaß schon vor der depressiven Störung vorgelegen haben kann, ist es für die Diagnosestellung wichtig, dass die Veränderung zum prämorbidem Zustand erfragt wird (Royal College of Psychiatrists, 2001).

Erhebung der Symptomatik und Anamnese

Für die Diagnostik ist es zentral, neben der intelligenzgeminderten Person mindestens eine weitere verlässliche Informationsquelle zu haben, am besten eine Person, die den Patienten schon lange kennt (Royal College of Psychiatrists, 2001). Die Fremdanamnese und Information aus mehreren Perspektiven sind als obligatorisch anzusehen.

Ferner können systematische und unsystematische Verhaltensbeobachtungen zusätzliche Informationen bieten. Mit Rücksicht auf die begrenzten zeitlichen Ressourcen in der therapeutischen Praxis kann Angehörigen für einen bestimmten Zeitraum die Aufgabe erteilt werden, verschiedene Symptome (z. B. Schlaf, Appetit, Aktivitätsniveau) zu beobachten und zu protokollieren.

Für die Erhebung der Symptomatik und Anamnese gilt es folgende Punkte zu beachten:

Starten Sie mit einfachen, allgemeinen Fragen (z. B. Wie ist der Patient hergekommen? Wer begleitet den Patienten?), um dem Patienten die Nervosität zu nehmen. Diese Fragen können Sie zugleich dazu nutzen, um eine Einschätzung der Kommunikationsfähigkeiten des Patienten zu erhalten. Je nach Fähigkeiten können Sie im weiteren Verlauf Anschauungsmaterial (z. B. Photos, Zeichnungen) verwenden. Grundsätzlich sollte der intelligenzgeminderte Patient Ihr Hauptansprechpartner sein. Für Fragen an die Begleitperson holen Sie das mündliche Einverständnis des Patienten ein. Sprechen Sie stets zum Patienten und nicht über den Patienten.

Hinsichtlich des Fragestils sollten Sie möglichst offene Fragen verwenden und Suggestivfragen unbedingt vermeiden. Gleichzeitig kann es notwendig sein, den Patienten bei Antworten zu unterstützen, in dem ihm Beispiele oder mehrere Antwortmöglichkeiten genannt werden (z. B. »Manchmal können Menschen schlecht schlafen. Sie können nicht einschlafen. Oder Sie wachen mitten in der Nacht auf und können nicht mehr schlafen. Wie ist das bei Ihnen?«). Da Menschen mit geistiger Behinderung leichter suggestibel sind, sollten Sie bestimmte Sachverhalte im Verlauf mehrfach oder gegenteilig erfragen. Zudem sollten Sie sich die Antworten des Patienten erklären lassen (z. B. »Was machen Sie, wenn Sie traurig sind?«). Alternativ können Sie den Patienten in seinen eigenen Worten wiederholen lassen, was Sie gefragt haben, um eine Einschätzung zu bekommen, ob der Patient die Frage richtig verstanden hat. Insgesamt sollten Sie eine dem sprachlichen Niveau des Patienten angemessene Sprache verwenden, d. h. kurze Sätze, keine Metaphern, keine Fachbegriffe usw. (vgl. Einführung) (Deb et al., 2001).

1.2 Überblick Arbeitsmaterialien

In diesem Kapitel finden Sie folgende Arbeitsmaterialien:

- ▶ INFO 1 / *Schematische Übersicht zum diagnostischen Ablauf*: Dieses Informationsblatt enthält für den Therapeuten ein Flussdiagramm zum diagnostischen Ablauf bei der Abklärung psychischer Störungen eines Menschen mit geistiger Behinderung.
- ▶ AB 1 / *Leitfaden zur Diagnostik einer depressiven Störung bei Menschen mit geistiger Behinderung*: In diesem Arbeitsblatt sind die Kriterien für die Diagnostik einer Depression nach DC-LD (Royal College of Psychiatrists, 2001) bei Menschen mit geistiger Behinderung übersichtlich in Form eines Leitfadens für den Therapeuten zusammengestellt. Darüber hinaus werden Hinweise zur Differentialdiagnostik gegeben.
- ▶ INFO 2 / *Kurzdarstellung der Symptome einer depressiven Störung bei Menschen mit geistiger Behinderung*: Auf diesem Informationsblatt werden die Kriterien einer depressiven Störung bei Menschen mit geistiger Behinderung

nach DC-LD (Royal College of Psychiatrists, 2001) tabellarisch dargestellt und ausführlich erläutert. Der Therapeut erhält zudem Beispiele für mögliche Abklärungsfragen, mit denen das jeweilige Symptom erhoben werden kann.

- ▶ AB 2 / *Übersicht Anamneseerhebung*: Mit dieser Übersicht für die Anamneseerhebung erhält der Therapeut einen tabellarischen Überblick über alle relevanten Themenbereiche, die für eine ausführliche Anamnese wichtig sind. Zudem werden Hinweise zu besonderen Aspekten bei der Erhebung dieser Bereiche bei Menschen mit geistiger Behinderung gegeben.
- ▶ INFO 3 / *Was ist eine Depression?* Dieses Informationsblatt für den Patienten informiert in leichter Sprache über die Definition, Erkennung, Häufigkeit und Behandelbarkeit von depressiven Störungen.
- ▶ INFO 4 / *Informationen zur Depression für Bezugspersonen*: Dieses Informationsblatt für Bezugspersonen informiert über die Definition, Erkennung und Häufigkeit von depressiven Störungen. Darüber hinaus werden Hinweise zu angemessenen Verhaltensweisen für Bezugspersonen von Menschen mit geistiger Behinderung und depressiver Störung gegeben.
- ▶ AB 3 / *Wie Sie eine Depression bei sich erkennen können*: Anhand dieses Arbeitsblatts für Therapeuten und Patienten können die Depressionssymptome, die bei dem Patienten vorliegen, gesammelt werden. Diese Sammlung kann dazu genutzt werden, dem Patienten das Konzept der depressiven Störung besser zu erklären. Zudem erhalten Therapeut und Patient einen Überblick, in welchen Bereichen Beeinträchtigungen bestehen. Dies kann bei der Formulierung von Therapiezielen hilfreich sein. Je nach Verbalisations- und Introspektionsfähigkeit des Patienten sollte eine Bezugsperson zur Bearbeitung dieses Arbeitsblatts hinzugezogen werden. Da am Ende der Therapie (vgl. Kap. 7) dieses Arbeitsblatt nochmals genutzt werden kann, empfiehlt es sich, eine Kopie des ausgefüllten Arbeitsblatts in den Therapieunterlagen zu haben.

Mein Werkzeug-Koffer

In der Psycho-Therapie haben Sie viel besprochen und gelernt.

Damit es Ihnen wieder besser geht.

Es ist wichtig,

dass Sie sich die Sachen aus der Psycho-Therapie merken.

Und weiter üben.

Auch wenn es Ihnen jetzt besser geht.

Deswegen sammeln Sie alles,

was Ihnen in der Psycho-Therapie geholfen hat.

Und tun das in einen Werkzeug-Koffer.

In den Koffer können Sie immer wieder reinschauen.

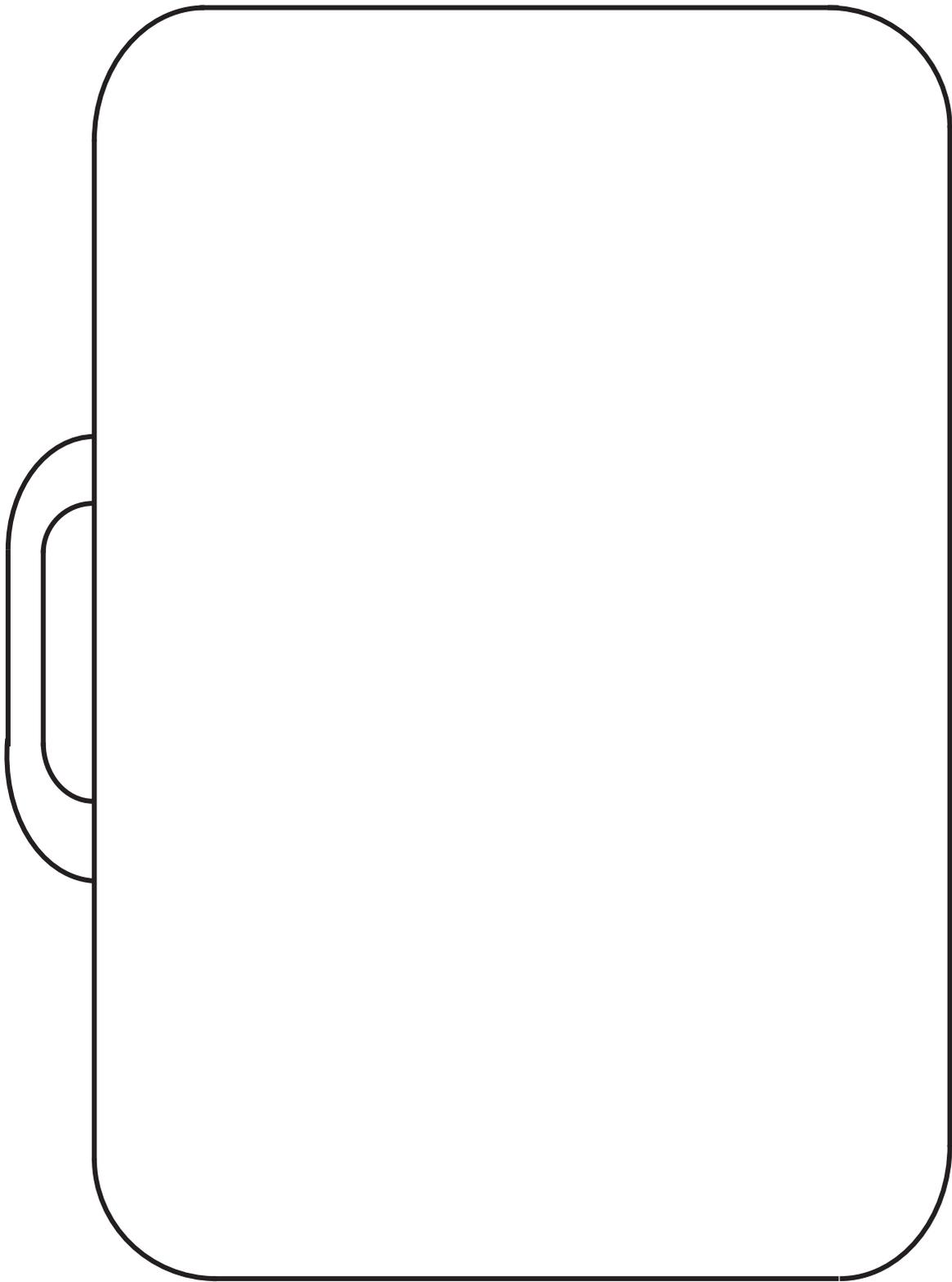
Dann wissen Sie wieder,

was Ihnen hilft.

Am besten gucken Sie da jede Woche rein.

Und machen dann etwas von den Sachen.

Damit es Ihnen weiter gut geht.



Barrierefreie Psychotherapie

Erste Materialiensammlung zu Angststörungen für diese Klientengruppe

Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung erkranken drei- bis fünfmal häufiger an einer Angsterkrankung als die Allgemeinbevölkerung. Obwohl viele von ihnen eine Psychotherapie benötigen, gibt es nur wenige adäquate Behandlungsangebote und kaum Therapiematerialien, die an ihre Bedürfnisse angepasst sind. Ein vereinfachtes Sprachniveau (»Leichte Sprache«) und der Einbezug von Bezugspersonen in die Therapie sind hierbei wichtige Aspekte.

Dieses Therapie-Tools-Buch stellt Arbeits- und Infoblätter für die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen bei Personen mit einer geistigen Behinderung zusammen.

- ▶ Über 80 Arbeits- und Infoblätter
- ▶ Alle Informationen für Patient:innen in Leichter Sprache



David Braun • Almut Helmes •
Jürgen Bengel

Therapie-Tools Angst bei Menschen mit geistiger Behinderung

Mit E-Book inside und
Arbeitsmaterial in leichter
Sprache

2022. 176 Seiten. Broschiert

ISBN 978-3-621-28877-4

ISBN 978-3-621-28878-1 (PDF)