

**Onlineseminar am 23.11.21 im Rahmen der
Fortbildungen zur Psychotherapie von
Menschen mit intellektuellen Einschränkungen
– LPK 2021/22**

Aspekte der Indikation für Psychotherapie bei Menschen mit intellektuellen Einschränkungen

- Was ist relevant?

Sabine Luttinger

Dipl. Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Fachpsychologin für Rehabilitation (BDP)

Nicht Thema heute wird sein...

...die Frage **ob** Psychotherapie grundsätzlich sinnvoll und hilfreich ist

S2k Praxisleitlinie - Intelligenzminderung
AWMF-Register Nr. 028-042

„Psychotherapie

Grundsätzlich können alle psychotherapeutischen Verfahren bei Menschen mit IM angewandt werden.

Als wirksam haben sich in vielen Studien verhaltenstherapeutische und psychodynamische Ansätze erwiesen.“

(https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-042I_S2k_Intelligenzminderung_2021-09.pdf, S. 58)

Leitfragen für heute...

- Benötigt ein konkreter Mensch, der in eine psychotherapeutische Praxis kommt, Psychotherapie (oder/ und etwas anderes)?
- Welche Relevanz haben bei einem Patienten kognitive Einschränkungen für eine Behandlung?
- Kann ich im Rahmen meiner Möglichkeiten ein passendes Angebot machen?
- Wie viel Psychotherapie ist möglich und erforderlich?

Spannungsfeld

Komplexe Einflüsse
(Umfeld, medizinische
Aspekte etc.)

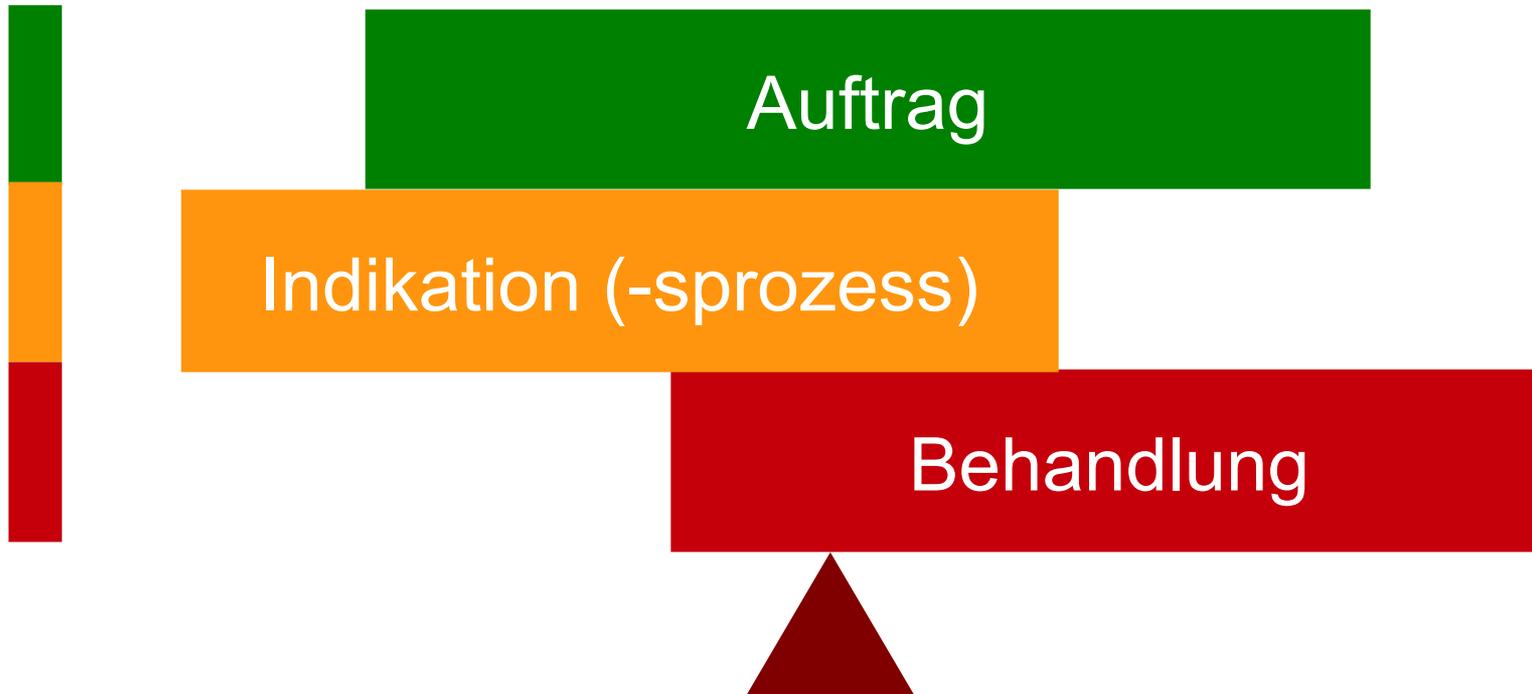
Psychische
Störung

Psychotherapie

Hilfebedarf

„Problem-
verhalten“

Balance finden



Rahmenbedingungen / Versorgungsauftrag

Seit 2019 Änderungen für Patienten mit F7.xx-Diagnose

- geänderte Stundenkontingente:
 - Sprechstunden: 10x25 Min. / 5x 50 Min.
 - Probatorik: 6 anstatt 4 Termine
- KZT, LZT, Aktubehandlung: je 4 Therapieeinheiten eine Bezugspersonenstunde möglich
- Bezugspersonenstunden – analog Ki.-Ju. Psychotherapie – auch ohne Patient möglich
- Verlängerung der Rezidivprohylaxe möglich

Aber: Nicht alle Patienten mit kogn. Einschränkungen kommen mit, haben oder benötigen eine F7.xx- Diagnose!

Rahmenbedingungen / Versorgungsauftrag



Indikation

- Behandlungsdiagnose gemäß Psychotherapierichtlinie
 - Diagnose vor Beginn einer Behandlung
 - Diagnose bestimmt Methode und Behandlungsumfang und -frequenz
- Ätiologisches Verständnis
- Pos. Prognose

Kontraindikation

- Nur Beratung ?
- Nur Anpassung an Umstände ?
- Motivation ?
- Umstellfähigkeit ?
- Stehen Persönlichkeit/ Lebensumstände stehen gegen Veränderung ?
- **...liegen beim Behandler?**

Prävalenz „Geistige Behinderung“

„Behindert ist, wer Hilfe braucht“

- Geschätzt leben 2021 in Deutschland ca. **830 000** Menschen mit Intelligenzminderung (Prävalenz: 1 %)
- 2019 waren von 7,9 Mio. Menschen mit Schwerbehindertenausweis 9% geschlüsselt mit „Zerebrale Störungen“, 13% mit „geistige und/oder seelische Behinderung“: insgesamt ca. 1,74 Mio. Menschen (Bundesamt für Statistik / [www.destatis](http://www.destatis.de)).
- Nur ein Teil der Menschen (**ca. 180 000 MmgB**) erhält Leistungen der Eingliederungshilfe beim Wohnen:
ca. MmgB: 126 000 - stationäre Behindertenhilfe (Wohnheime oder -gruppen)
ca. MmgB: 54 000 - ambulant unterstützte Wohnformen (www.kennzahlenvergleich-eingliederungshilfe.de)

Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung

- In Studien schwanken Angaben zur Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung erheblich von 4% bis über 70% (je nach Vorgehensweise, Stichprobe Erhebungsinstrument, Diagnoseschlüssel, Grad der Behinderung, inwieweit Verhaltensauffälligkeiten ein- oder ausgeschlossen sind)
- WHO: 3 bis 4 -fach erhöhten Prävalenz psychischer Störungen gegenüber Allgemeinbevölkerung
- Dilling 2014: Prävalenz ist vergleichbar zu Allgemeinbevölkerung

Fallzahlen 1 - Ambulante Psychotherapie bei F7.xx Diagnose

- **2014(*)**: 4.500 Psychotherapeutinnen und -therapeuten haben ambulante Leistungen für Patientinnen auch mit F7-Diagnose mit der KV abgerechnet (KJP ca. 82%; Erwachsene ca. 18%)
- Behandelt wurden 2014 ca. 7.000 PatientInnen auch mit F7-Diagnose - **ca. 2% der neu beantragten Psychotherapien**
- Abgerechnete Verfahren: ca. 60% VT / ca. 40% TP + PA
- Altersverteilung: ca. 40% < 20 J. / ca. 60 % > 20 J

* Zusammenfassung der Podiumsdiskussion zur Barrierefreien Psychotherapie mit Ulrich Clever, Jürgen Doeber, Claudia Köppen, Dietrich Munz, Martin Rothaug und Roland Straub In J. Glasenapp & S. Schäper (Hrsg.), *Barrierefreie Psychotherapie. Möglichkeiten und Grenzen der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung* (1. Auflage, S. 80-86. Berlin: Eigenverlag der DGSGb.

Fallzahlen 2 - Ambulante Psychotherapie bei F7.xx Diagnose

Fallzahlen aus Baden-Württemberg (KV BaWue, 11/21):
Patient/innen mit F7.xx Diagnose in Psychotherapeutischer
Behandlung - ohne Differenzierung nach Alter und Verfahren

Jahr	Fallzahlen BaWÜ KV BaWü*	BaWü Schätzung Ki/Ju**	Schätzung Erwachsene**	Praxis – Patienten über 18 J. mit F7.xx-Diagnose
2017	260	213	47	-
2018	292	239	53	2 (5***)
2019	367	301	66	6 (12***)
2020	373	306	67	9 (13***)

* Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung im November 2021

** Schätzung entsprechend der Verteilung der Fallzahlen (Bund) aus 2014 – vorherige Folie

*** keine F7.xx- Diagnose aber kognitive Einschränkung relevant

Ambulante Psychotherapie bei F7.xx Diagnose

Vorab: Aspekte, die ich im folgenden und bei den Fallvignetten (mehr oder weniger ausführlich) aufnehme

- Verfügbarkeit und Abgrenzung
- (Therapeutische) Beziehung / Haltung: „Ernst nehmen, Verstehen, Zutrauen“ (M. Pörtner)
- Flexibilität und Anpassungen (Setting, Vorgehen)
- Einbindung des Umfelds und anderer Professionen
- Motivation und Erwartungen
- Relevanz von „Behinderung“

Indikation - Behandlungsdiagnose

Anlässe zur Vorstellung sind:

Depression, traumatische Erlebnisse, Aggressionen, Angststörungen, Beziehungsstörungen, Schwierigkeiten in Beziehungen und Sozialkontakten, Selbstakzeptanz, Liebe und Zuneigung zeigen können, Verlust von wichtigen/zentralen Bezugspersonen, Verlust bislang vorhandener Kompetenzen.

Problematische Verhaltensweisen – oft bereits lange bestehend

Aktuell: Dekompensation während Corona-Phase

Indikation - Behandlungsdiagnose

Auftrag gemäß Psychotherapierichtlinie:

- Diagnose vor Beginn einer Behandlung
- Diagnose bestimmt Methode und Behandlungsumfang und – frequenz

Aber:

Komplexes Zusammenspiel individueller psychischer und somatischer Faktoren wie auch sozialer Faktoren – Wechselwirkungen

Häufig Komorbiditäten („**Doppeldiagnose**“) - Problemlagen summieren und verstärken sich gegenseitig

Gängige Diagnosekriterien sind bei Menschen mit Intelligenzminderung teilweise nicht oder nur bedingt anwendbar, da sich Symptome (nicht immer, aber öfter) anders zeigen

Indikation - Behandlungsdiagnose

Menschen mit geistiger Behinderung können ihre Beschwerden oft (nicht immer!) nicht differenziert mitteilen („**diagnostic underreporting**“). Darum werden psychopathologische Symptome der Behinderung und nicht einer psychischen Störung zugeschrieben („**diagnostic overshadowing**“) eine psychische/ emotionale (oder körperliche) Problematik nicht erkannt.

„Erst seit wenigen Jahrzehnten werden psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung erkannt – Konzept der „dualen Diagnose“. Wie alle Menschen können auch Menschen mit geistiger Behinderung psychische Probleme und Störungen entwickeln. Dies scheint jedoch in manchen Wohnheimen, Werkstätten, ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen bisher noch nicht wahrgenommen“

(aus Müller, Helmes, Bengel: Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung, S. 376 in „Psychotherapie – ein kompetenzorientiertes Lehrbuch, erschienen 2021)

Indikation - Behandlungsdiagnose



Und...

Patienten kommen und werden in der Psychotherapie mit psychischer Symptomatik und „Vor-Diagnosen“ vorgestellt, teilweise mit der Frage nach spezifische Therapien (z.B. Traumatherapie). Die Diagnose einer Intelligenzminderung liegt oft nicht vor (ins. junge Menschen).

Beeinträchtigungen, Überforderung und Hilfebedarf sind nicht immer oder in ausreichendem Maß im Blick.

Welche Relevanz hat das für Psychotherapie?

Indikation - Behandlungsdiagnose

Konsequenz

Indikationsklärung als schrittweiser Prozess

- ist in sich oft bereits eine Intervention
- ggf. als „verlängerte Indikation“ (KZT) vor Antrag LZT
- Abgrenzung psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten und -ansätze von anderen Massnahmen (medizinisch, Beratung u.a.) im Verlauf des Prozesses

Die Feststellung einer Intelligenzminderung kann sich im Verlauf einer Psychotherapie als erforderlich erweisen (um entsprechende Hilfen bekommen zu können).

Psychotherapie kann erforderliche Hilfen im Alltag nicht ersetzen

Indikation - Behandlungsdiagnose

- **Direkte Informationen: Klinischer Eindruck / Gespräch / Selbsteinschätzung**
(Fragebogen: APIPS/Uni-Freiburg; Depression-Symptom-Checklist/Erretkamp, Kufner et. al; GAS-ID/Mindham dt. Müller et. al.; Modifikation der Mini-Symptom-Checklist, Mini-SCL/Jagla et. al.)
- **Indirekte Informationen von Bezugspersonen, Fremdbeurteilung**
(Fremdeinschätzungsbogen: nur bedingt anwendbar; psychiatrisch störungsrelevant mit „Cut-off-Wert“: Erwachsene: dt. Übers. des *Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disabilities* (PAS-ADD; Zeilinger, et. Al, 2011); AMDP-System; Kinder/Jugendliche: Verhaltensfragebogen für Entwicklungsstörungen (VFE, Steinhausen)
- **Berichte**
- **Szenisches Verstehen, Übertragung/Gegenübertragung**

Indikation – Ätiologische Diagnose

(Persönlichkeits-) Entwicklungsbezogene Ansätze

- **OPD 2 – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik / Arbeitskreis OPD.**

Beurteilungssachsen: Behandlungsvoraussetzungen,
Beziehung,
Konflikt,
Struktur /Integrationsniveau
als Basis für Diagnose und Therapie

- **Mentalisierungsbasierte Ansätze**
(Fonagy, Bateman, u. a.)



Tab. 4-4 Strukturdimensionen und Strukturfokuspunkte nach OPD-1 (Heidelberger Fokusliste)

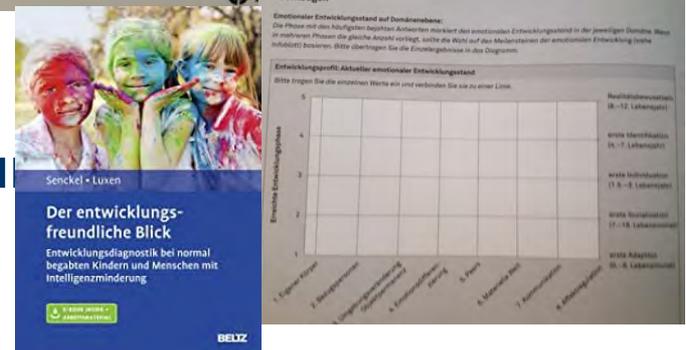
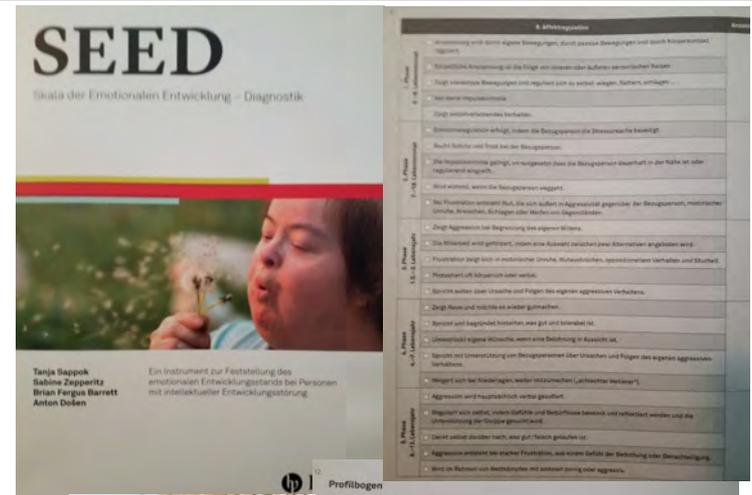
Selbstwahrnehmung	Objektwahrnehmung
Selbstreflexion	Selbst-Objekt-Differenzierung
Selbstbild	Empathie
Identität	ganzheitliche Objektwahrnehmung
Affektdifferenzierung	objektbezogene Affekte
Selbststeuerung	Kommunikation
Affekttoleranz	Kontaktaufnahme
Selbstwertregulierung	Verstehen von Affekten
Impulssteuerung	Mitteilung von Affekten
Antizipation	Reziprozität
Abwehr	Bindung
internale versus interpersonale Abwehr	Internalisierung
Flexibilität der Abwehr	Loslösung
	Variabilität der Bindungen

Indikation – Ätiologisches Verständnis

Entwicklungsbezug

SEED (früher SEO)
Fremdeinschätzungsbogen/
strukturiertes Interview -
Entwicklungsperspektive bezogen
auf die emotionale Entwicklung
analog Lebensalter

Entwicklungsfreundliche Beziehung
Barbara Senckel, Ulrike Luxen



Intelligenzminderung - Duale Diagnose/Diagnostik



Eine diagnostische Abklärung von Intelligenzminderung/
kognitiven Störungen ist nicht Standarddiagnostik in der
Psychotherapie (insb. Erwachsene)

Diagnostik dient dem Patienten daher:

- **so wenig Diagnostik wie möglich**
und (!)
- **so viel wie erforderlich**

Intelligenzminderung - Duale Diagnose/Diagnostik

Der IQ muss mehr als 2 Standardabweichungen unterhalb des Durchschnitts liegen (> 70)

und (!)

Verzögerte oder unvollständige Entwicklung geistiger Fähigkeiten wie Kognition, Sprache, motorischer oder sozialer Fähigkeiten

Einschränkungen in den adaptiven Funktionen bzw. der Anpassungsfähigkeit (eingeschränkte Unabhängigkeit, eingeschränkte soziale Verantwortung)

Beginn in der Kindheit (Ausschluss neurodegenerativer Erkrankungen)

Nicht (!) Lernbehinderung ($85 < IQ < 70$)

Entwicklungsstörungen (ICD-F8.xx)

Intelligenzminderung - Duale Diagnose/Diagnostik

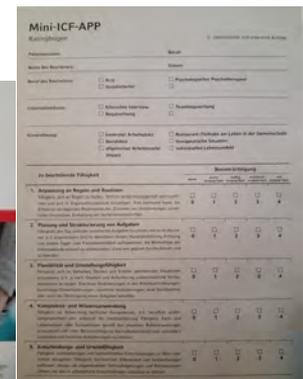
Die Feststellung einer Intelligenzminderung erfordert Erfahrung, Übung in Durchführung und Bewertung

Intelligenzminderung: Profil-Intelligenztest (!)

Erwachsene: **WAIS-IV** (IQ ab 50 - Praxis), RIAS, Werdenfelser Testbatterie
Kinder-Jugendliche: u.a. HAWIK-IV/WISC-IV, K-ABC, SON-R
selten - differenzierte neuropsychologische Untersuchung

- Vorsichtige Interpretation
- Relevanz: inhomogene Profile

Adaptive Fähigkeiten: z. B. Mini-ICF-APP / Rating



Intelligenzminderung - Duale Diagnose/Diagnostik



Wechselwirkung! Verhaltens- bzw. psychischen Problemen in direktem Zusammenhang mit kognitiven Einschränkungen

Relevanter Aspekt: Inhomogene Kompetenzprofile

Relevantes Problem: bei signifikanter sprachlicher Stärke (im Vergleich zu anderen Kompetenzen) oft Überschätzung bei erheblichen Schwierigkeiten mit Selbsteinschätzung, Handlungsplanung und -organisation. Wenig Forschung.

Diagnose „Dissoziierte Intelligenz“ soll nicht vergeben werden (!?)

Balance

Auftrag - Indikation - Behandlung

Umfeld einbinden

Ressource für Verständnis / Diagnostik
Übersetzungs- und Vermittlungsfunktion
Alltagstransfer / Alltagsunterstützung
Dyadische Beziehungen / Änderungen
oder Wegfall als Quelle für
Dekompensationen **und (!)** Quelle für
Sicherheit, Stabilität und
Resilienzstärkung im Alltag
Angehörige / päd. MitarbeiterInnen
benötigen oder möchten selbst
Unterstützung
Umgang mit Schweigepflicht!

.... in der Praxis:

Nie ohne Wissen des Patienten
I.d.R. gemeinsam mit Patient,
Ausnahme: ohne Patient
Immer (!) mit Pat. vorbereiten und
nachbesprechen
Wunsch und Wille des Pat. hat Vorrang.
Erachte ich fachlich für dringlich
erforderlich, davon abzuweichen mache
ich das transparent und bespreche
Alle Sichtweisen ernst nehmen
Widerstände ernst nehmen, ansprechen
und einbinden

- Ohne Worte -



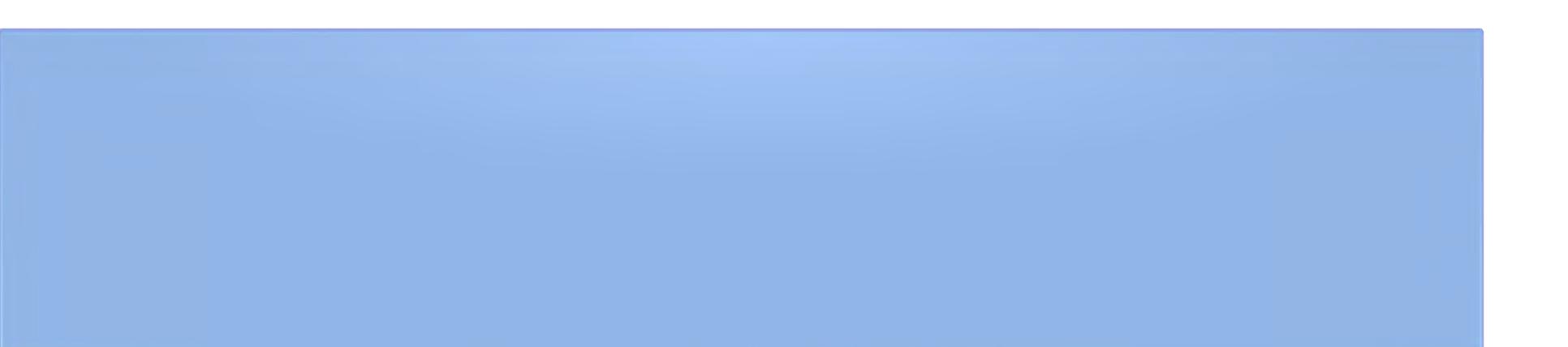
Beginn



Handwritten text: "Hilf, Lina, die"



Abschluss



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Raum für Fragen und Diskussion

Arbeitskreis „Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“

Dieser Link führt zum Programm und zur Anmeldung für die _weiteren Fortbildungsveranstaltungen zum Thema:

<https://www.lpk-bw.de/aus-fort-weiterbildung/fortbildung/veranstaltungen>

Diese links führen zu weiterer Information auf der Homepage der Kammer über die Arbeiten des Arbeitskreises, vor allem zusammengefaßt auch in der „Broschüre“, die Sie herunterladen können und weiteren Artikeln und Veröffentlichungen zum Thema:

<https://www.lpk-bw.de/fachportal/psychotherapie-fuer-menschen-mit-geistiger-behinderung>

<https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/fachportal/behinderung/20191023-psychotherapie-geistige-behinderung-fragen-antworten-pdf.pdf>



Arbeitskreis „Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“

Unser besonderes Anliegen an Sie als Teilnehmer*in der Fortbildungen:

An die Kammer kommen oft nach langer vergeblicher Suche eines Therapieplatzes immer wieder Anfragen.

Solange dies so schwierig bleibt, werden wir eine regionale Behandlerliste von Psychotherapeut*innen führen, die bereit und entsprechend vorbereitet sind Menschen mit Einschränkungen und einer psychischen Störung zu behandeln.

Anliegen dieser Fortbildungen ist es, mehr Kolleg*innen zu gewinnen, die sich auf diese Liste setzen lassen.

Sollten Sie heute oder später z.B. am Ende dieser Fortbildungen in Erwägung ziehen, sich in diese „Behandlerliste“ eintragen zu lassen, benötigen wir hierfür ihr Einverständnis. Diese können Sie uns auf diesem Formular übermitteln. Wir nehmen dann mit Ihnen Kontakt auf:

<https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/fachportal/behinderung/eintragung-behandlerliste-geistige-behinderung.pdf>

