

**Onlineseminar 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)

zu Beginn...

Im Vortrag kommen viele „und“ und „aber“ vor.

Ich bitte Sie, Fragen, die Sie bereits haben oder die Ihnen im Verlauf kommen in den Chat zu schreiben.

Im Verlauf mache ich xx Pausen. Fragen versuche ich in den Pausen und im Anschluss zu beantworten.

Was ich heute nicht mache..

...die Frage diskutieren **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/028-042l_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?

Informationen zur Praxis

- Gut erreichbar per ÖPNV
- niederschwellig (im wörtlichen und übertragenen Sinn) – Zugang barrierefrei
- 2 kleine Behandlungsräume und ein großer Behandlungsraum (für Mehrpersonen-Gespräche)
- Büro/ Persönliche Erreichbarkeit durch Praxismitarbeiter (2x/W)
- Interkollegiale/interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung in der Praxis (-gemeinschaft) und im Netzwerk

Bitte haben Sie Verständnis: Ersttermine erfolgen nur nach telefonischer Vereinbarung.

Bei vereinbarten Terminen:

- Bitte klingeln Sie an dieser Tür noch einmal.
- Hören sie den Summer, drücken Sie die Tür fest auf.
- Warten Sie bitte im Wartebereich.



Den größten Fehler,
den man machen kann
ist immer Angst zu haben
Fehler zu machen.
(Richard Schöffel)



Informationen zur Praxis – Patienten

4/18 bis 11/21 insgesamt 24 (26) Pat. m. kogn. Einschränkungen (ca. 20 % der Patienten)

- **Aktuell** 7 (9) PatientInnen in Behandlung (3x KZT1, 1x KZT2 in UMW, 5x LZT); 2 Pat. Laufende Sprechstunde
- 7 Therapien abgeschlossen (1 x LZT beendet, 3 x KZT1, 2 x KZT 1 + 2, 1 x LZT Rezidivprohylaxe (Termine n.B. = letzter Termin vor 6 Mon.))
- 5 x nur Sprechstunde/Probatorik/Abklärung/Weitervermittlung
- 3x Pause?/Abgebrochen?/Beendet? (2 erneut Kontaktaufnahme)
- *Sprechstunde: 6x Behinderung b. Ang. relevant (2x KV- Terminservice)*

Spannungsfeld

Komplexe Einflüsse
(Umfeld, medizinische
Aspekte etc.)

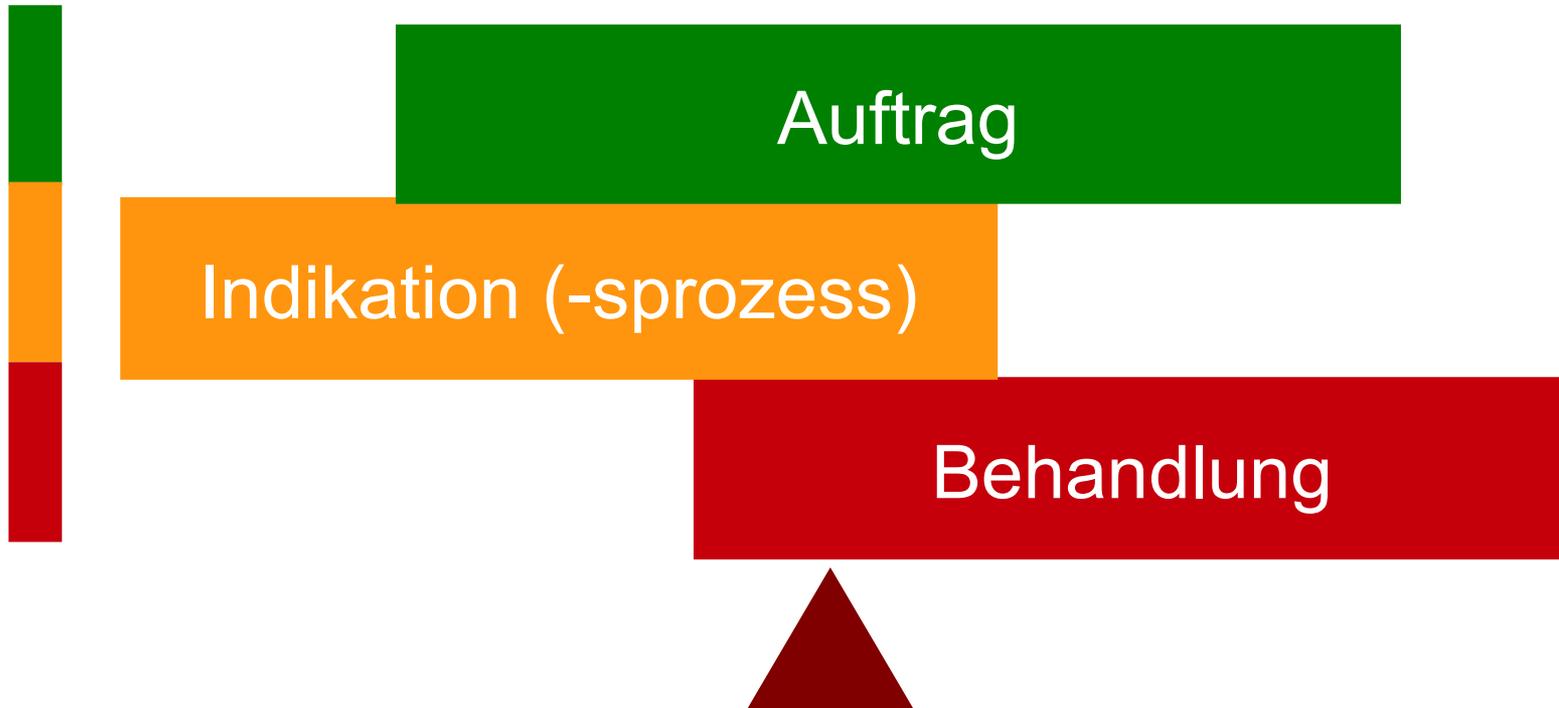
Psychische
Störung

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 ?
- Persönlichkeit/
Lebensumstände stehen gegen Veränderung ?
- ..liegen beim Behandler?

Prävalenz „Geistige Behinderung“

- 
- 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 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 Doebert, Claudia Köppen, Dietrich Munz, Martin Röthaug 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.

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

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

Wichtige Aspekte

Weil Menschen mit geistiger Behinderung ihre Beschwerden oft (nicht immer!) nicht differenziert mitteilen können (**„diagnostic underreporting“**) 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“

Indikation - Behandlungsdiagnose

Wichtige Aspekte

Aber..

Patienten kommen und werden in der Psychotherapie mit psychischer Symptomatik und „Vor-Diagnosen“ vorgestellt, teilweise mit der Frage nach spezifische Therapien (z.B. Traumatherapie)

Beeinträchtigungen, Überforderung und Hilfebedarf sind nicht im Blick, Die Diagnose einer Intelligenzminderung liegt nicht vor (ins. junge Menschen)

Indikation - Behandlungsdiagnose

Konsequenz

Indikationsklärung als schrittweiser Prozess

- in sich oft bereits eine Intervention
- ggf. als „verlängerte Indikation“ (KZT) vor Antrag LZT
- Abgrenzung psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten und -ansätze im Verlauf des Prozesses

Psychotherapie kann erforderliche Hilfen im Alltag nicht ersetzen

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

Indikation - Behandlungsdiagnose

Behandlungsdiagnosen in der Praxis seit 4/18

Teilw. Mehrfachdiagnosen

F07.8	Sonstige organische Persönlichkeitsstörung	1
F32xx	Depressive Episode	2
F33xx	Rezidivierende depressive Episode	6
F34xx	Sonstige anhaltende affektive Störungen / Dysthymia	2
F40,1	Soziale Phobien	1
F41.2	Angst und Depression gemischt	1
F43.2	Anpassungsstörungen	7 (G + V)
F43.8 bzw. 9	Reaktion auf schwere Belastung n.n.	3
F45.41	Chronische Schmerzstörung m.it somatischen u. ps. Faktoren	1 (V)
F56.6	Multiple Störungen der Sexualpräferenz	1
F81.9	Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten n.n.	2
F84.1	Atypischer Autismus	2
F98.1	Nichtorganische Enkopresis	1

Indikation - Behandlungsdiagnose

Gelegentlich zu Beginn: vorläufige Diagnosen während Sprechstunde/Probatorik: F7.xx Diagnose und..

Z-Diagnosen	Z60 Kontakianlässe mit Bezug auf die soziale soziale Umgebung	1
	Z53 Kontakianlass mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage	1
	Z72.9 Problem mit Bezug auf die Lebensführung	1
	Z73 Problem mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	2
	Z75.2 Wartezeit auf eine Untersuchung oder Behandlung	1
R-Diagnosen	R45.4 Reizbarkeit und Wut	2
	R46.6 Unangemessene Betroffenheit und Beschäftigung mit Stressereignissen	1
	R47.8 sonstige Sprach- und Sprechstörung	1

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

Entwicklungsbezogene ätiologische Ansätze

- **OPD 2** – Aspekte der Persönlichkeits(struktur)entwicklung (psychodynamische Therapien)
- **Mentalisieren**
- **SEED (früher SEO)**
Fremdeinschätzungsbogen/strukturiertes Interview -
Entwicklungsperspektive bezogen auf die emotionale
Entwicklung analog Lebensalter
(Verhaltenstherapeutische Ansätze?)

Indikation – Ätiologisches Verständnis

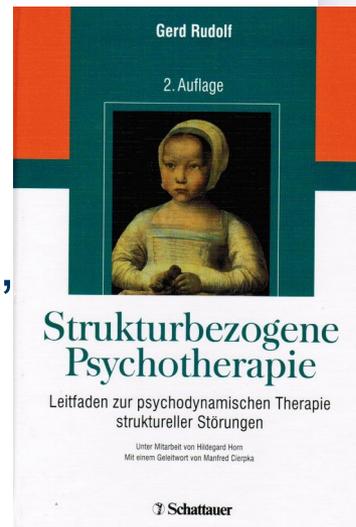
Psychodynamische Therapien

OPD-2:

- **Konflikt**
- **Trauma**
- **Struktur**

(- einschätzung, Strukturverlust unter Belastung?)

Struktur ist definiert als die Verfügbarkeit über psychische Funktionen, die für die Organisation des Selbst und seine Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich sind. Strukturelle Störungen beinhalten die unzureichende Verfügbarkeit über diese Funktionen, bzw. ihre Vulnerabilität. Strukturelle Störungen sind meist die Folge frühkindlicher Beziehungsstörungen.



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 Bindung

Indikation – Ätiologisches Verständnis

Entwicklungsbezug -
Symptome, Bedürfnisse
und Emotionen

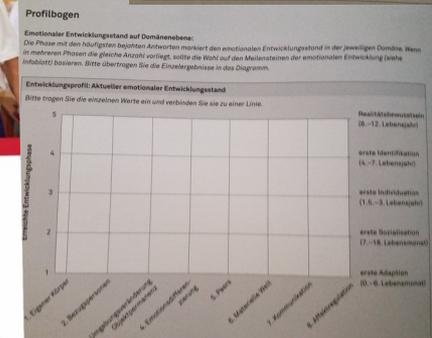
Strukturiertes Interview
mit
Bezugspersonen

Dimensionen der
emotionalen
Entwicklung



Tanja Sappok
Sabine Zeppertitz
**Das Alter
der Gefühle**
Über die Bedeutung der
emotionalen Entwicklung
bei geistiger Behinderung

Phase	Lebensalter	Merkmale
1. Phase	0-6 Monate	<ul style="list-style-type: none"> Anpassung wird durch eigene Bewegungen, durch passive Bewegungen und durch Körperkontakt reguliert. Körperliche Anpassung ist die Folge von inneren oder äußeren sensorischen Reizen. Zeigt orientierende Bewegungen und reguliert sich so selbst: wagen, fassen, schlagen ... Nur keine Impulskontrolle. Zeigt selbstverhaltendes Verhalten. Emotionsregulation erfolgt, indem die Bezugsperson die Stressauslöser beseitigt. Sucht Schutz und Trost bei der Bezugsperson.
2. Phase	7-18 Lebensmonate	<ul style="list-style-type: none"> Die Impulskontrolle gelingt, vorausgesetzt dass die Bezugsperson dauerhaft in der Nähe ist oder regelmäßig eingreift. Wird wachend, wenn die Bezugsperson wegwagt. Bei Frustration entsteht Wut, die sich äußert in Aggression gegenüber der Bezugsperson, motorischer Urteile, Kreischen, Schlagen oder Werfen von Gegenständen. Zeigt Aggression bei Begrenzung des eigenen Willens. Die Mitarbeit wird gefördert, indem eine Auswahl zwischen zwei Alternativen angeboten wird. Frustration zeigt sich in motorischer Urteile, Wutausbrüchen, oppositionellem Verhalten und Sturheit. Protestiert oft körperlich oder verbal. Spricht selbst über Ursache und Folgen des eigenen aggressiven Verhaltens. Zeigt Reue und möchte es wieder gutmachen. Spricht und begründet hinterher, was gut und tolerabel ist.
3. Phase	1,5-3 Lebensjahre	<ul style="list-style-type: none"> Überblickt eigene Wünsche, wenn eine Belohnung in Aussicht ist. Spricht mit Unterstützung von Bezugspersonen über Ursachen und Folgen des eigenen aggressiven Verhaltens. Belegt sich bei Niederlagen, weilt Mitspieler („Leichter Spieler“). Aggression wird hauptsächlich verbal geäußert. Reguliert sich selbst, indem Gefühle und Bedürfnisse benannt und reflektiert werden und die Unterstützung der Gruppe gesucht wird. Denkt selbst darüber nach, was gut/falsch gelaufen ist. Aggression entsteht bei starker Frustration, aus einem Gefühl der Bedrohung oder Benachteiligung. Wird im Rahmen von Wettkämpfen mit anderen zornig oder aggressiv.
4. Phase	4-7 Lebensjahre	
5. Phase	8-10 Lebensjahre	



Intelligenzminderung - Duale Diagnose/Diagnostik

Praxis: Patienten mit F7.xx Diagnose: 23

F70	Leichte Intelligenzminderung (mit/ohne Verhaltensstörung)	8
F71	Mittelgradige Intelligenzminderung (mit/ohne Verhaltensstörung)	5
F74	Dissoziierte Intelligenz	2
F78.x	Andere Intelligenzminderung (nicht feststellbar)	2
F79.x	N.n IQ-Minderung	4

seit 4/18 7 x Intelligenzdiagnostik (Anlässe: Differenzieren und verstehen, Teilhabeleistung - Hilfebedarf im Alltag)

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)

**Beachte: Nicht (!) Lernbehinderung ($85 < IQ < 70$)/
Entwicklungsstörungen (ICD-F8.xx)**

Intelligenzminderung - Duale Diagnose/Diagnostik

Intelligenzminderung

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

Die Feststellung einer Intelligenzminderung erfordert Erfahrung, Übung und Kompetenz

Intelligenzminderung: Profil-Intelligenztest (!)

Erwachsene: **WAIS-IV** (IQ ab 50 - Praxis), RIAS, Werdenfelser Testbatterie

Kinder-Jugendliche: HAWIK-IV/WISC-IV, K-ABC

selten - differenzierte neuropsychologische Untersuchung

- Vorsichtige Interpretation
- Relevanz: inhomogene Profile

Adaptive Fähigkeiten: Mini-ICF-APP / Ratingbogen

The image displays two versions of the Mini-ICF-APP Ratingbogen. The left version is the cover page, featuring the title 'Mini-ICF-APP' and the subtitle 'Mini-ICF-Rating für Arbeits- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen'. The right version is the rating scale table, which includes a header with 'Name des Beurteilten', 'Beruf', and 'Beitrag des Beurteilten'. Below this, there are checkboxes for 'Männlich' and 'Weiblich', and 'Psychologischer Psychiater' and 'Sonstige'. The table has five columns for rating levels: 'sehr gering', 'gering', 'mäßig', 'stark', and 'sehr stark'. The rows represent different functional areas: 1. Anpassung an Regeln und Routinen, 2. Planung und Strukturieren von Aufgaben, 3. Freiwilligkeit und Umstellungsfähigkeit, 4. Kompetenz und Wissenserwerb, and 5. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit. Each cell in the table contains a small icon and a numerical rating from 0 to 4.

Intelligenzminderung - Duale Diagnose/Diagnostik

Problem: Verhaltens- bzw. psychischen Problemen in direktem Zusammenhang mit kognitiven Einschränkungen

Aspekte:

inhomogene Kompetenzprofile (inc. Teilleistungsschwächen, Teilleistungstärken)

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

Intelligenzminderung - Duale Diagnose/Diagnostik

Diagnostik dient dem Patienten

- so wenig Diagnostik wie möglich und (!)
- so viel wie erforderlich – je nach Fragestellung

Balance Auftrag – Indikation - Behandlung

- 
- Motivation: Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen kommen nicht von sich aus und nicht immer freiwillig
 - Restkategorie? Verhaltensauffälligkeiten
 - Hohe Erwartungen an Psychotherapie
 - Überförderung – Überforderung ist keine ICD-Diagnose
 - Psychotherapeutischer Bedarf in Abgrenzung von anderweitigem Hilfe- oder Unterstützungsbedarf
 - Kontraindikationen prüfen



Erforderlich / Ressource

- Für Verständnis / Diagnostik
- Für Übersetzungs- und Vermittlungsfunktion
- Alltagstransfer / Alltagsunterstützung
- Angehörige / päd. MitarbeiterInnen benötigen oder möchten selbst Unterstützung

Problematisch

- Unrealistische Erwartungen an Behandlung und Patient
- Konflikte mit/zwischen Bezugspersonen
- Schweigepflicht

Fallvignetten

Klärung der Indikation als Prozess

Nicht unterschätzen – auch wenig ist manchmal viel:

Erreichbarkeit/Möglichkeit: Telefonische Vorabklärungen - Weitervermittlung

Nur Sprechstunde: H (Sohn, 14 J.) schüchtern, soz. unsicher, Ängste: ÖPNV, Leiden an Behinderung, Resignation, Rückzug. Beratung / Entlastung Eltern (v.a. Vater), mehr Klarheit über weitere Schritte – Erwartungen anpassen.

Nur Sprechstunde? B. (m, 31 J, Mittelgr. IQ-Minderung)
Phasen mit nächtlichem Einkoten / Kot schmierem. Lebt Homosexualität (Beginn Symptomatik mit deutlich-werden der homosexuellen Interessen (2010 – Psychotherapieversuch). Weitere Klärung, ggf. Hilfestellung vor Ort möglich?

Fallvignetten

Klärung der Indikation als Prozess

Nicht unterschätzen – wenig ist manchmal viel: Nur KZT 1

Vignette N (w, 19J, mittelgradige IQ-Minderung) Blockaden, stundenlanges Einschließen in Toilette (Schule)Konflikt Eltern/Schule;14 Termine zw. 9/19 u. 6/29, Kontrolltermin 7/21. Termine geteilt, 3-4 Wo. Abstand, Telefonate schule, ein separater Elterntermin. Patientin: Reifungsprozess (Ärgerwahrnehmung/Abgrenzung/Akzeptanz „langsam machen dürfen“). Pat. Eltern: Trauerprozess.

Vignette G. (w, 22 J, Soziale Phobie, PTBS Leichte IQ-Minderung wenig relevant). Ängste v.a. nachts/ Viel Rückzug / wenig Selbstwert, Bedürfnisse nicht äußern können, Missbrauch (Vorgeschichte). Begleitetes Wohnen, Anlernausbildung. 20 Termine zw. 12/18 bis 12/20 inc. Fallrunde + Bez.pers.). Selbstwahrnehmung, sich in Beziehungen abgrenzen dürfen + Unterstützung erfahren.

Fallvignetten

Klärung der Indikation als Prozess

Psychotherapie ersetzt Alltagsentscheidungen nicht: KZT2 /keine UMW

Vignette W (w, 28J, Atypischer Autismus, Depression, PTBS; Widersprüchl. Vordiagnosen von „Lernbehinderung“ bis Grenzbereich IQ-min. Als Kind / Ki-ju. Psychiater, Hauptschuläquivalent)

ICD

Bezugspersonen

Indikationsprozess

Stand

Fallvignetten

Klärung der Indikation als Prozess

Motivation? Manchmal dauert es: KZT 1+2 / in Umwandlung

Vignette M (m, 31 J, mittelgradige IQ-Minderung)

ICD

Bezugspersonen

Indikationsprozess

Stand

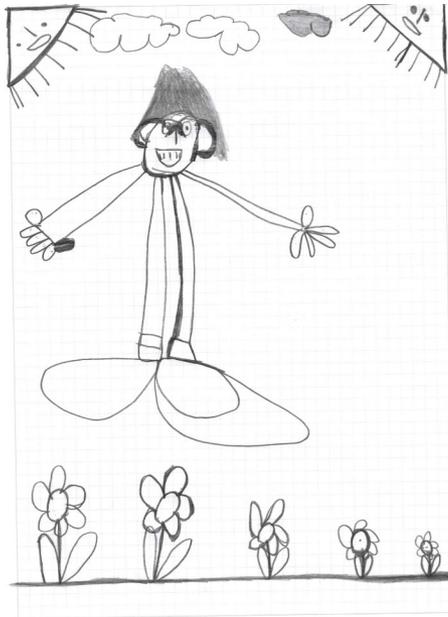
Fallvignetten

Klärung der Indikation als Prozess

Diagnose (leichte) IQ-Minderung im Verlauf - LZT abgeschlossen

Vignette H (m, 25 J, Vordiagnose: Entwicklungsverzögerung/
Lernbehinderung)

- Ohne Worte -



Beginn



- Wende



- Abschluss



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!