

Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung

Nora Stünkel-Grees, Jens Clausen und Alexander Wunsch^{1,2}

Summary

Outpatient Psychotherapy for Children and Adolescents with Intellectual Disability

The psychiatric morbidity risk for people with intellectual disability is considerably increased. Psychotherapy is considered as one possible treatment. Among experts the care situation is described as substantial insufficient. This study investigated the perspective of psychotherapists for children and adolescents in the German state North Rhine-Westphalia regarding the care situation of outpatient psychotherapy for children and adolescents with intellectual disability. The participants received a questionnaire (a) about the care situation, (b) how they consider their training to treat these patients and (c) the possibility for free answers. In this cross-section study 185 licensed psychotherapists for children and adolescents filled out a semi-standardized online-questionnaire. The data were analyzed descriptively; free answers were categorized according to Mayring. Additionally, group differences were tested. (a) The psychotherapeutic supply situation for children and adolescents with intellectual disability was rated as insufficient. Clients with learning disability or minor intellectual disability are mainly treated. This group of people benefits from psychotherapy. (b) The training for treating these clients was rated as inadequate. (c) Qualitative analysis refers that request for psychotherapy is seen as difficult; cognitive orientated treatments need modification. The psychotherapeutic care situation for children and adolescents with intellectual disability appears insufficient. This topic should be part of the training curriculum for psychotherapists.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 67/2018, 224-238

Keywords

dual diagnosis – child and adolescent psychotherapy – psychotherapy with cognitive disabled children and teenagers – fear of contact with cognitive disabled people – development of psychotherapeutic approaches

¹ Die Autoren bedanken sich bei den Studienteilnehmern für die wertvollen Rückmeldungen, bei Frau Dr. Schmid-Mühlbauer für ihre hilfreichen Kommentare bei der Erstellung des Manuskripts sowie bei Dipl.-Psych. Frau Koehler für die Psychotherapeutenperspektive bei der Fragebogenkonstruktion. Ein besonderer Dank gilt Frau Röderer, B. Sc. Psychologie, für ihre Mithilfe bei der Auswertung.

² Es sind keine Interessenskonflikte zu verzeichnen.

Zusammenfassung

Das psychiatrische Morbiditätsrisiko ist für Menschen mit geistiger Behinderung deutlich erhöht. Psychotherapie gilt als eine mögliche Behandlungsoption, die Versorgungssituation wird in Fachkreisen jedoch als erheblich defizitär beschrieben. In dieser Studie wurde die Perspektive approbierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Nordrhein-Westfalen bezüglich der Versorgungslage an ambulanter Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung erhoben. Die Studienteilnehmer erhielten Fragen (a) zur Versorgungssituation, (b) ihrer Vorbereitung auf die psychotherapeutische Behandlung dieser Patienten sowie (c) die Möglichkeiten freier Antworten zu diesem Thema. Im Rahmen dieser Querschnittstudie wurden 185 approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mittels eines teilstandardisierten Online-Fragebogens befragt. Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet; qualitative Ergebnisse wurden nach Mayring kategorisiert. Zusätzlich wurden Gruppenunterschiede getestet. (a) Die psychotherapeutische Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung wurde als mangelhaft bewertet. Vornehmlich behandelt werden Kinder und Jugendliche mit Lern- oder leichter geistiger Behinderung. Dieser Personenkreis profitiere von Psychotherapie. (b) Die Vorbereitung auf Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung wurde als unzureichend bewertet. (c) In den qualitativen Angaben wurden Schwierigkeiten in der Therapiebewilligung berichtet; kognitiv ausgerichtete Verfahren müssten deutlich modifiziert werden. Die psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung scheint mangelhaft. Eine Verankerung des Themas im Ausbildungscurriculum ist notwendig.

Schlagwörter

Doppeldiagnose – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Psychotherapie bei geistiger Behinderung – Berührungsanxiety geistige Behinderung – Weiterentwicklung Richtlinienverfahren

1 Hintergrund

Die globale Prävalenz für psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung wird als drei- bis viermal höher angenommen als bei nicht behinderten Personen (Häßler u. Eggers, 2012; Hennicke, 2013; Sappok, Schade, Kaiser, Dosen, Diefenbacher, 2012; Munir, 2016). Werden diese auf der Grundlage der beiden Diagnosemanuale ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort, 2010) oder DSM-5 (APA, 2013) diagnostiziert, wird häufig von einer *dual diagnosis* oder *Doppeldiagnose* gesprochen. Internationale Studien verweisen auf einen Anteil von 40-60 % an Kindern und Jugendlichen sowie 30-40 % an Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen (Rotthaus u. Wilms, 2012). In einer Untersuchung von Emerson in Großbritannien wurde bei 39 % der 264 Kinder mit geistiger Behinderung eine psychiatrische Diagnose gestellt (Emerson, 2003).

Im deutschsprachigen Raum finden sich verschiedene Begriffe, wie beispielsweise *Intelligenzminderung*, *intellektuelle Behinderung*, *Lernschwierigkeiten* oder *geistige Behinderung*, welche zwar nicht deckungsgleich, jedoch sehr ähnlich definiert sind

und teilweise synonym gebraucht werden. In dieser Arbeit wird der Begriff *Menschen mit geistiger Behinderung* verwendet und sich an der Definition von Sarimski und Steinhausen orientiert, welche geistige Behinderung als Zusammenfassung von Erscheinungsbildern definieren, die vor allem durch abweichende Entwicklungen in kognitiven sowie sozial-adaptiven Fertigkeiten charakterisiert sind. „Der Begriff hebt somit jene Merkmale hervor, die für das klinische Erscheinungsbild prominent sind, nämlich eine deutliche Beeinträchtigung in den intellektuell-kognitiven Funktionen, im Generalisierungsvermögen, im Vorstellungsvermögen, bei der Strategieentwicklung und bei der Strategieumsetzung“ (Sarimski u. Steinhausen, 2008, S. 1).

In der *S2K-Praxisleitlinie Intelligenzminderung* der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Stand 12/2014) wird darauf hingewiesen, dass Menschen mit geistiger Behinderung vulnerabler für komorbide psychiatrische Störungen seien, welche sich häufig schon in der Kindheit manifestieren und ins Erwachsenenalter persistieren (DGKJP, 2014). Die erhöhte Vulnerabilität für psychische Störungen wird unter anderem auf biologisch-genetische Einflussfaktoren sowie außerordentliche psychosoziale Belastungen zurückgeführt (Emerson u. Hatton, 2007; Sappok et al., 2012; Sarimski u. Steinhausen, 2008; Schanze, 2014).

Kinder und Jugendliche, unabhängig von Behinderung, haben einen rechtlichen Anspruch auf Leistungen, die vorhandenes seelisches Leid mildern oder drohende seelische Behinderung abwenden können. Für Kinder und Jugendliche mit Behinderung ist dieses Recht im Sozialgesetzbuch festgeschrieben (SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe, SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen; Nomos Gesetze, 2015). Die jugendpsychiatrische Versorgung dieser Kinder und Jugendlichen wird jedoch als erheblich verbesserungsbedürftig eingeschätzt (DGKJP, 2014).

Für Menschen mit geistiger Behinderung existiert keine spezielle Psychotherapie (Rotthaus u. Wilms, 2012), alle Richtlinientherapien können eingesetzt werden, sollten jedoch auf die individuellen Fähigkeiten zugeschnitten werden (DGKJP, 2014). Die Ziele sind analog zu denen in der Psychotherapie nicht behinderter Personen. „Bewährt haben sich systemische Sichtweisen und individualisierte Kombinationen verschiedener psychotherapeutischer und supportiver Techniken, die die Problembewältigungsperspektive, die Beziehungsperspektive und die Klärungsperspektive berücksichtigen und integrieren“ (ebd., S. 33). Empirische Effektivitätsnachweise wurden in erster Linie für verhaltenstherapeutische Verfahren publiziert, vornehmlich für Erwachsene (ebd.; Sturmey, 2012). Vereenoooghe und Langdon stellten in einer Meta-Analyse zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen bei Menschen mit geistiger Behinderung unter anderem fest, dass bei Erwachsenen Einzeltherapie einen größeren Behandlungseffekt besitzt als gruppenbasierte Interventionen (Vereenoooghe u. Langdon, 2013).

Derzeit gibt es keinen systematischen Überblick über die Anzahl und Dichte von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im ambulanten Bereich, die auch Patienten mit geistiger Behinderung aufnehmen. Hennicke führte 2003 eine bundesweite Befragung zur stationären Versorgung durch und befragte alle kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in Deutschland (n = 136). Die psychiatrisch-psycho-

therapeutische Versorgungssituation wurde als ausreichend bis mangelhaft bewertet (Hennicke, 2013). Bezüglich der Versorgungslage an ambulanter Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung befragten Metaxas, Wunsch, Simon und Nübling (2014) 345 Psychotherapeuten im Bundesland Baden-Württemberg. Die Versorgungslage wurde als unzureichend bewertet, nur wenige der befragten Teilnehmer verfügten über behinderungsspezifisches Wissen (Metaxas et al., 2014).

In der vorgestellten Studie, die auf einer Masterarbeit basiert (Grees, 2015), soll die Perspektive der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Nordrhein-Westfalen (NRW) bezüglich der Versorgungslage an ambulanter Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung dargestellt werden. Der Studie lagen insgesamt drei Forschungsfragen zugrunde:

1. Wie wird die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung in NRW aus Sicht von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eingeschätzt?
2. In welcher Form werden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in NRW auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung vorbereitet?
3. Welche weiteren Probleme wurden von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten identifiziert?

Explorativ wurden post hoc Fragestellungen untersucht, ob sich die Sicht auf die psychotherapeutische Versorgung unterscheidet, abhängig

- vom Geschlecht der Therapeuten
- vom Therapieverfahren: Verhaltenstherapie versus tiefenpsychologisch fundierte/analytische Psychotherapie
- von der Örtlichkeit der Therapiepraxis: Stadt versus Land

2 Methode

2.1 Stichprobe

Die Psychotherapeutenkammer NRW verzeichnet insgesamt 2.719 approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, davon 651 doppelapprobierte Psychologische Psychotherapeuten (PTK-NRW, persönliche Korrespondenz, 31.07.2015). Einbezogen in diese Querschnittstudie wurden alle approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in NRW, zu denen nach einer umfassenden Datenbankrecherche über die Psychotherapeutenkammer NRW, die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung eine E-Mail-Adresse ermittelt werden konnte. Insgesamt wurde 1.024 Postfachern eine E-Mail mit dem Betreff „Studienteilnahme: Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung“ zugesandt. Die Empfänger erhielten in einem ausführlichen Anschreiben Informationen über das Forschungsvorhaben, die Zusicherung von An-

nymität sowie einen Link als Zugang zum Online-Fragebogen. Die Umfrage fand über einen Zeitraum von acht Wochen statt (24.11.2014 – 17.01.2015), es wurden zwei E-Mails mit einer Erinnerung versandt. Es nahmen 195 Personen teil, zehn machten ausschließlich Angaben über ihre Basisdaten und brachen anschließend die Befragung ab. 185 (19 %) Beantwortungen konnten zur Auswertung verwendet werden. Beim Vergleich von verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch/psychoanalytisch ausgebildeten Therapeuten wurden Therapeuten, welche beide Ausbildungen aufwiesen, ausgeschlossen.

2.2 Instrumente

Für die Datenerhebung wurde ein teilstandardisierter Online-Fragebogen unter Verwendung der Umfragesoftware *Survey Monkey* entwickelt. Dazu wurde der Fragebogen von Metaxas et al. (2014) als Grundlage hinzugezogen und adaptiert. In einer Pilotstudie wurde eine erste Version eines Fragebogens zunächst elf Heilpädagogen und Psychotherapeuten zur inhaltlichen Validierung zugesandt und danach überarbeitet. Schließlich wurde die endgültige Version des Fragebogens verschickt, die aus den folgenden Teilen bestand: Angaben zur Soziodemografie (s. Tab. 2), Fragen zur Einschätzung der ambulanten Versorgung, Fragen zur Vorbereitung auf diese Tätigkeit und schließlich in einem explorativen Teil eine offene Frage, in der Psychotherapeuten Probleme identifizieren konnten, die über keine der anderen Fragen abgebildet wurde (s. Tab. 1). Bei der Größe des Ortes wurden große (> 100.000 Einwohner) und mittlere Städte (20.000 bis 99.999 Einwohner) zu der Kategorie „Stadt“ und kleine Städte (5.000 bis 19.999 Einwohner) und ländlicher Raum (< 5.000 Einwohner) zur Kategorie „Land“ zusammengefasst.

Tabelle 1: Hauptfragestellungen – Übersicht

Items	Antwortformat
durchschn. Therapieanfragen für Menschen mit g. B.	offen
durchschn. Therapien mit Menschen mit g. B.	offen
Schweregrade der g. B. nach ICD-10	Häufigkeitsskala
komorbide psychische Störungen nach ICD-10	Häufigkeitsskala
Anwendbarkeit von ICD-10 und DSM-5 bei Menschen mit g. B.	Ratingskala
Therapiefähigkeit von Menschen mit g. B.	Ratingskala
Sichtweisen zur Doppeldiagnose g. B. und psychiatrische Komorbidität	Ratingskala
Schulnote für die Versorgungslage an Psychotherapie für Menschen mit g. B.	Schulnote 1 - 6
Gründe für mögliche Versorgungslücke	geschlossen + offen
Notwendiges, um Therapie für Menschen mit g. B. anzubieten	geschlossen + offen
bisherige Wissensvermittlung zu Menschen mit g. B. und psychiatr. Komorbidität	geschlossen + offen
Einschätzung der eigenen Behandlungskompetenz von Menschen mit g. B.	Ratingskala
„sonstiges“	offen
Abschlusskommentar	offen

Legende: g. B. = geistige Behinderung

2.3 Analyse

2.3.1 Statistische Analyse

Die statistische Analyse erfolgte mittels der Software IBM SPSS Version 23. Für deskriptive Analyse wurden Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet. Für Gruppenvergleiche wurden zentrale Tendenzen mittels Mann-Whitney-U-Test berechnet und Kontingenzanalysen mittels Pearson Chi-Quadrat-Test durchgeführt.

2.3.2 Qualitative Analyse

Die Antworten der offenen Kategorien wurden in Anlehnung an die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (Mayring, 2015). Mittels induktiver Kategorienbildung wurden die Aussagen paraphrasiert, kategorisiert und ausgezählt.

3 Ergebnisse

Da in einigen der 185 ausgewerteten Fragebögen Items nicht beantwortet wurden, variieren im Folgenden die Angaben zur Anzahl der Beantwortungen. Für alle Analysen wird ein Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ angenommen.

3.1 Versorgungssituation und behandelte Patienten

Die erhobenen soziodemografischen Daten lassen sich Tabelle 2 (folgende Seite) entnehmen. An der Studie nahmen 91 % Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten teil (KJP, $n = 167$), 15 % Psychologische Psychotherapeuten (PP, $n = 27$) sowie 8 % Kinder- und Jugendpsychiater (KJPP, $n = 14$); 13 % besitzen eine Doppelapprobation (PP und KJP, $n = 24$). Es praktizieren 60 % der Teilnehmer Verhaltenstherapie ($n = 109$), 45 % Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ($n = 83$) und 13 % Analytische Psychotherapie ($n = 23$), Mehrfachnennungen waren bei diesem Item möglich.

Es bieten 74 % ($n = 123$) der Studienteilnehmer Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung an.

Durchschnittlich werden in den Praxen eine ($SD = 1.7$, Median = 0) Therapieanfrage für Menschen mit geistiger Behinderung pro Monat sowie 4.5 ($SD = 8.6$, Median = 2) pro Jahr gestellt, psychotherapeutisch behandelt werden monatlich 3.1 ($SD = 5$, Median = 2) Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung, sowie 6.5 ($SD = 15.4$, Median = 2) jährlich.

Von $n = 121$ Teilnehmern, die Psychotherapie für diese Patientengruppe anbieten, gaben 78 % an, Patienten mit Lernbehinderung (IQ 70-84) sehr oft bis häufig zu behandeln, 29 % solche mit einer leichten geistigen Behinderung (IQ 50-69). Es behandeln 93 % selten bis nie Patienten mit mittelgradiger (IQ 35-49) oder schwerer

geistigen Behinderung (IQ 20-34, 97 %). Die am häufigsten genannten komorbiden psychischen Störungen kamen aus dem Cluster Störungen des Sozialverhalten (F91 nach ICD-10), weitere lassen sich Tabelle 3 (folgende Seite) entnehmen.

Tabelle 2: Daten zur Beschreibung der Stichprobe

Variable	n	in %
Geschlecht		
weiblich	130	70,3
männlich	53	28,6
keine Angabe	2	1,1
Approbation		
KJP	167	91,3
PP	27	14,8
KJP und PP	24	13,1
KJPP	14	7,7
Therapieverfahren (Mehrfachnennung)		
Verhaltenstherapie	109	59,6
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	83	45,4
Analytische Psychotherapie	23	12,6
andere Verfahren	56	30,6
Arbeitsstelle (Mehrfachnennung)		
eigene Praxis	173	93,5
Gemeinschaftspraxis	9	4,9
Ambulanz	7	3,8
Beratungsstelle	6	3,2
Arbeitsort (Mehrfachnennung)		
Großstadt (> 100.000)	93	50,8
Mittelstadt (> 20.000)	73	39,9
Kleinstadt (> 5.000)	10	5,5
ländlicher Raum (< 5.000)	9	4,9
Anbieten von Psychotherapie für Kinder u. Jugendliche mit geistiger Behinderung		
ja	123	74,1
nein	43	25,9

Legende: KJP = Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, PP = Psychologischer Psychotherapeut, KJPP = Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie

Die Teilnehmer wurden dazu befragt, ob die Diagnosemanuale ICD-10 und DSM-5 ihrer Meinung nach uneingeschränkt zur Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung verwendet werden können. Es sehen 59 % der Therapeuten (von n = 162) Schwierigkeiten in der Verwendung.

Unabhängig vom praktizierten Richtlinienverfahren halten es 95 % der Psychotherapeuten (n = 165) für möglich, dass Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung die gleichen psychischen Störungen entwickeln können wie nicht behinderte sowie von Psychotherapie profitieren (91 % von n = 166).

Tabelle 3: Die häufigsten komorbiden psychischen Störungen der behandelten Patienten mit geistiger Behinderung

F91.-	Störungen des Sozialverhaltens	87 %
F43.-	Reakt. schw. Belastungen u. Anpassungsstörungen	86 %
F90.-	Hyperkinetische Störungen	80 %
F41.-	andere Angststörungen	80 %
F32.-	Depressionen	74 %
	Selbstverletzendes Verhalten	53 %
F40.-	Phobische Störungen	69 %
	Fremdverletzendes Verhalten	54 %
F42.-	Zwangsstörungen	51 %
F95.-	Ticstörungen	38 %
F50.-	Essstörungen	31 %
F23.-	Psychotische Störungen	10 %

Die Meinung, dass der IQ nicht unbedingt ausschlaggebend sei, um Psychotherapie durchzuführen, vertreten 66 %. Dabei ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen VT und TP/AP ($U = 2620.000$, $p = .090$). Ungefähr die Hälfte der Therapeuten (54-55 %) setzt verbale Kommunikations- und Introspektionsfähigkeit der Patienten voraus (von $n = 165$); das angewandte Verfahren ist hier wenig ausschlaggebend (s. Tab. 4).

Tabelle 4: Bewertung von Aussagen zur psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung

Item	n	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
ICD-10 und DSM-5 uneingeschränkt verwendbar	162	13,0 %	46,3 %	33,3 %	7,4 %
Entwickeln der gleichen psychischen Störungen profitieren von Psychotherapie	165	/	4,8 %	35,2 %	60,0 %
gewisser IQ notwendig	166	0,6 %	8,4 %	39,8 %	51,2 %
verbale Kommunikationsfähigkeit notwendig	167	17,4 %	49,1 %	28,1 %	5,4 %
Introspektionsfähigkeit notwendig	165	16,4 %	29,7 %	43,6 %	10,3 %
	165	9,1 %	35,8 %	46,1 %	9,1 %

Für die aktuelle psychotherapeutische Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen mit Doppeldiagnose geistige Behinderung und psychiatrische Komorbidität wurde die Durchschnittsnote 4.7 ($SD = 0.8$) nach dem deutschen Schulnotensystem vergeben. Die Versorgungssituation wurde demnach als mangelhaft bewertet; diese Note vergaben 52 % der Verhaltenstherapeuten (von $n = 83$) sowie 73 % der tiefenpsychologisch/analytisch orientierten Therapeuten (von $n = 56$). Dieser Unterschied wurde nicht signifikant ($X^2(1) = 2.187$, $p = .139$). Wird das Antwortverhalten hinsichtlich des Geschlechts des Therapeuten betrachtet, bewerteten 76 % der männlichen und 56 % der weiblichen Therapeuten die Versorgungslage als mangel-

haft, wobei kein signifikanter Unterschied gefunden wurde ($X^2(1) = 3.385, p = .066$). Bei der Benotung der Versorgungssituation insgesamt gab es weder Unterschiede zwischen VT und TP/AP ($U = 2162.500; p = .293$), noch zwischen männlichen und weiblichen Therapeuten ($U = 2171.000, p = .788$) oder zwischen Therapeuten, welche in der Stadt oder auf dem Land ansässig sind ($U = 942.000, p = .391$). Den Hauptgrund für die mangelhafte Versorgung sehen 87 % (von $n = 164$) darin, dass es zu wenig Psychotherapeuten gäbe, die Therapie für diese Patientengruppe anbieten. Weitere Gründe lassen sich Tabelle 5 entnehmen.

Tabelle 5: Die häufigsten Gründe für eine Versorgungslücke

„Sollte in NRW eine psychotherapeutische Versorgungslücke für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung bestehen, was könnten mögliche Gründe sein?“		
	%	n
zu wenig Psychotherapeuten, die diese Klientel behandeln	87	143
zu wenig Wissen über psychische Störungen bei geistiger Behinderung	79	130
unzureichende Wissensvermittlung in Psychotherapieausbildung	78	128
zu wenig Wissen über psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten	74	121
zu wenig Wissen über Menschen mit geistiger Behinderung	70	115

Die nicht aufnehmenden Psychotherapeuten ($n = 43, 26\%$) wurden befragt, was aus ihrer Sicht notwendig sei, um Psychotherapie für diese Patientengruppe anzubieten. So forderten 80 % spezifische Fortbildungsangebote sowie 78 % die Thematisierung von Menschen mit Doppeldiagnose in der Psychotherapieausbildung. Des Weiteren wurde Folgendes genannt: eine Weiterentwicklung der Behandlungsansätze (68 %), verbesserte Abrechnungsmöglichkeiten der Bezugspersonenarbeit (54 %), Verbesserung der Kooperation mit der Behindertenhilfe (39 %) sowie ein erleichtertes Antrags-/Aufnahmeverfahren (29 %). Ein Fünftel (20 %) gab an, keine Therapieanfragen zu erhalten. Dass Psychotherapie ungeeignet für diese Patientengruppe sei, vertraten 7 %.

3.2 Vorbereitung und Kompetenzzempfinden

Bezüglich der zweiten Hauptfragestellung zur Vorbereitung auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung gaben von $n = 183$ Therapeuten 68 % an, kein fundiertes Wissen zum Thema geistige Behinderung während ihrer praktischen Ausbildung (PP, KJP, KJPP) erhalten zu haben. Während des Studiums erlangten 49 % diesbezügliches Wissen sowie 19 % in spezifischen Fortbildungen. Die Angaben für einen thematischen Bezug in Ausbildung ($X^2(1) = .047; p = .828$) oder Fortbildung ($X^2(1) = 2.009, p = .156$) stehen nicht im Zusammenhang mit dem angewandten Therapieverfahren (VT bzw. TP/AP).

Bezüglich ihrer Behandlungskompetenz von Patienten mit geistiger Behinderung bewerteten sich 54 % der Teilnehmer als sehr kompetent bis kompetent, während sich 46 % als wenig bis gar nicht kompetent wahrnehmen (von $n = 164$). Das praktizierte

Richtlinienverfahren der Therapeuten führte bei der Beantwortung zu keinen signifikanten Unterschied ($U = 2946.000$, $p = .964$), ebenso wenig das Geschlecht ($U = 2426.500$, $p = .221$). Als sehr kompetent bis kompetent bewerteten sich VT 53 %, TP/AP 54 %; männliche Therapeuten mit 56 % und weibliche mit 54 %. Als wenig bis gar nicht kompetent bezeichneten sich VT 47 %, TP/AP 46 % sowie 44 % männliche und 46 % weibliche Teilnehmer (von $n = 89$ VT, 65 TP/AP sowie $n = 48$ m/114 w).

Bezogen auf spezielle Methoden gaben 73 % der Teilnehmer an, mit geistig behinderten Patienten vor allem spieltherapeutisch zu arbeiten (von $n = 115$); dabei gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen VT und TP/AP ($U = 1151.000$, $p = .054$). Weibliche Therapeuten gaben signifikant häufiger als ihre männlichen Kollegen an, spieltherapeutische Methoden zu verwenden ($U = 964.000$, $p = .009$). So gaben 79 % der Therapeutinnen an, oft bis sehr oft spieltherapeutisch mit den Patienten zu arbeiten, sowie 62 % der männlichen Therapeuten (von $n = 80$ w/34 m). Auch musiktherapeutische und kunsttherapeutische Ansätze wurden genannt.

3.3 Qualitative Ergebnisse

Die dritte Fragestellung lässt sich dahingehend beantworten, dass insgesamt $n = 98$ Teilnehmer die offenen Antwortformate für Ergänzungen zu Items sowie zur Meinungsäußerung nutzten. Aus den Kommentaren wurden Kategorien entwickelt, wie z. B. *Bewertung der Studie*, *Antragstellung*, *psychotherapeutisches Selbstverständnis* oder *Wirksamkeit Psychotherapie*.

Es bezeichneten 16 % die Thematik dieser Studie als sehr wichtig und befürworteten die Umfrage ausdrücklich. Auf die Schwierigkeiten des Antragsverfahrens bzw. der Psychotherapiebewilligung verwiesen 15 %. So äußerte beispielsweise ein Teilnehmer: „Ich bin in einer Ausbildungsambulanz tätig und habe dort wiederholt die Erfahrung gemacht, dass Psychotherapieanträge für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung mit Verweis auf eben diese Behinderung abgelehnt und die Behandlung als Aufgabe (sozial)pädagogischer Institutionen definiert wurde. Diese Ablehnung erfolgte in mehreren Fällen ungeachtet dessen, dass ein Behandlungsplan mit eindeutig psychotherapeutischer Zielsetzung vorgestellt wurde.“ Es betonten 8 % eine allgemein lange Warteliste. Dass sie bei entsprechender Indikation für Psychotherapie – unabhängig von geistiger Behinderung – die Patienten behandeln, gaben 14 % an. Eine Teilnehmerin kommentierte: „Ich bin Kinder- und Jugendpsychiaterin und Psychotherapeutin – dieser Beruf schließt die Behandlung aller Kinder und Jugendlichen mit ihren Systemen ein, unabhängig von ihrer Intelligenz!“ Eine weitere machte deutlich: „Ich behandle Menschen, keine Störungen oder Behinderungen. Dass gerade kognitiv ausgerichtete Verfahren dem Entwicklungsstand deutlich anzupassen seien bzw. stark modifiziert werden müssen, gaben 12 % an. Es wurden diesbezüglich Vorschläge gemacht, wie beispielsweise „Eine Mischung aus verschiedenen therapeutischen Interventionen – Spiel, Musik, Kunst – plus eine klassische Therapierichtung, wäre sinnvoll“. Es äußerten 5 %, dass ihre Kollegen Berührungsängste mit der Patientengruppe hätten.

3.4 Explorative Fragestellungen

Es wurden post hoc einige Fragestellungen hinsichtlich des Antwortverhaltens von männlichen versus weiblichen Therapeuten, Verhaltenstherapeuten versus tiefenpsychologisch/analytisch orientierten Therapeuten und Therapeuten, welche in einer Stadt versus auf dem Land tätig sind. Beim Vergleich der Therapieschulen wurden doppelapprobierte Therapeuten herausgenommen und tiefenpsychologisch/analytisch orientierte Therapie zusammengefasst. Daraus ergab sich eine Stichprobe von $n = 100$ Verhaltenstherapeuten sowie $n = 74$ Tiefenpsychologen, von denen 22 noch zusätzlich in analytischer Psychotherapie ausgebildet sind. Bezüglich des Geschlechts der Therapeuten ($n = 130$ weibliche und $n = 53$ männliche Therapeuten) und der Verteilung der Therapeuten in der Stadt und auf dem Land ($n = 133$ in der Stadt und $n = 16$) besteht ein Ungleichgewicht der Stichprobe; deshalb sind die Ergebnisse der Gruppenvergleiche nur eingeschränkt interpretierbar.

Das praktizierte Richtlinienverfahren sowie die Geschlechtszugehörigkeit der Therapeuten wirkten sich nicht auf das Kompetenzzempfinden hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit geistiger Behinderung aus. Die Versorgungslage wurde allgemein als mangelhaft bewertet; diese Note wurden gleichermaßen sowohl von tiefenpsychologisch/analytisch orientierte Therapeuten als auch von männlichen und weiblichen Therapeuten vergeben. Die Versorgungslage wurde von Therapeuten in der Stadt und auf dem Land gleich schlecht bewertet. Bezogen auf spezielle Methoden werden vor allem spieltherapeutische oft bis sehr oft angewendet; diese werden bei beiden Therapieverfahren gleich häufig verwendet. Dass für Psychotherapie ein gewisser IQ notwendig sei, befürworten Verhaltenstherapeuten und tiefenpsychologisch orientierte Therapeuten/analytische Therapeuten gleichermaßen.

4 Diskussion

Die Psychotherapeutenkammer NRW nennt monatelange Wartezeiten auf Psychotherapie für Kinder und Jugendliche (PTK-NRW, 2015), was als eine deutliche Unterversorgung gesehen werden kann. Für Personen mit geistiger Behinderung lassen die Ergebnisse vermuten, dass dies noch verstärkt zutrifft, worauf auch die Bundespsychotherapeutenkammer in einer Stellungnahme hinweist (BPtK 5/2015). Vor allem bei stärkeren Einschränkungen im kognitiven und kommunikativen Bereich sind offenbar Behandlungsbarrieren vorhanden. In der vorliegenden Studie wurde mehrfach geäußert, dass die Richtlinienverfahren den Fähigkeiten der Patienten angepasst werden müssen, einige Teilnehmer berichteten von erfolgreichem Einbeziehen spiel-, musik- und kunsttherapeutischer Methoden. Vereenoghe und Langdon stellten fest, dass es für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung an Wirksamkeitsnachweisen mangle (Vereenoghe u. Langdon, 2013). Demnach besteht an dieser Stelle Forschungsbe-

darf (Ali, Hall, Blickwedel, Hassiotis, 2015). In der Anwendbarkeit der Diagnosemanuale ICD-10 und DSM-5 bei Patienten mit geistiger Behinderung sehen einige der Studienteilnehmer deutliche Schwierigkeiten. Cooper, Smiley, Morrison, Williamson und Allan (2007) untersuchten 1.023 Personen mit geistiger Behinderung mit dem Ergebnis, dass die Vergabe zusätzlicher psychiatrischer Diagnosen stark vom jeweiligen Assessment abhängig ist. Je nach Instrument wiesen 15,7 % bis 40,9 % der Studienteilnehmer eine psychische Störung auf (Cooper et al., 2007). Im Bereich der Diagnostik besteht somit ebenfalls Forschungsbedarf.

Die Studienergebnisse lassen annehmen, dass zu wenig Psychotherapeuten diese Patientengruppe in ihrer Praxis aufnehmen, z. B. aufgrund von als unzureichend wahrgenommener Vorbereitung bzw. Behandlungskompetenz, diese Gründe führen Rotthaus und Wilms (2012) ebenfalls an. Dies wird auch in unserer Erhebung als möglicher Grund für eine Versorgungslücke genannt. Wissen und Erfahrung über Menschen mit geistiger Behinderung, psychiatrischen Komorbiditäten sowie psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten sollten im Ausbildungscurriculum vermehrt aufgenommen werden. In Deutschland boten im Jahr 2014 von insgesamt 87 Ausbildungsinstituten nur 22 Institute (25 %) Inhalte zum Thema „geistige Behinderung/Intelligenzminderung“ an. Dies ging aus einer Analyse von Ausbildungscurricula für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hervor (Jäckel u. Simon, 2014). Auch in anderen Ländern beschreiben therapeutische Fachleute die Vorbereitung auf die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung als unzureichend. In einer Befragung von 256 Psychiatern in Israel bezeichneten 90 % ihre diesbezügliche Ausbildung als begrenzt (Werner, Levav, Stawski, Polakiewicz, 2013).

Als weitere Aufnahmebarrieren kommen eine erschwerte Antragsstellung, Mehraufwand in der Therapie und mangelnden Abrechnungsmöglichkeiten der deutlich vermehrten Bezugspersonenarbeit hinzu. Die rechtlichen Grundlagen eines Therapieantrags für diese Patientengruppe sind hinreichend gegeben. Aus wirtschaftlichen Gründen ist es jedoch nachvollziehbar, dass einige Psychotherapeuten bei nicht vergütetem Mehraufwand die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung eher scheuen.

Die aktuelle Versorgungslage an ambulanter Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung wurde von den Studienteilnehmern im Durchschnitt mit „mangelhaft“ bewertet. Dies entspricht sowohl dem Durchschnittsergebnis der Vergleichsstudie aus Baden-Württemberg als auch dem aus Hennickes bundesweiter Erhebung stationärer Einrichtungen (Hennicke, 2013; Metaxas et al., 2014). Im Studienvergleich NRW und Baden-Württemberg zeigt sich, dass bei allen vergleichbaren Fragebogen-Items die Auswertung relativ ähnlich ausfällt. Es lässt sich trotz Unterschiedlichkeit der beiden Bundesländer annehmen, dass die jeweiligen Studienteilnehmer die ambulante psychotherapeutische Versorgungslage der Zielgruppe ähnlich wahrnehmen und bewerten. Die aufgezeigten Schwierigkeiten/Besonderheiten, wie beispielsweise die mangelnden Abrechnungsmöglichkeiten der Bezugspersonenarbeit, fehlende Inhalte in der Ausbildung oder die anpassungsbedürftigen Richtlinienverfahren sind deckungsgleich.

Die Ergebnisse lassen sich nicht auf alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in NRW generalisieren, da der Rücklauf nur 19 % betrug. Metaxas et al. (2014) geben einen Rücklauf von 21 % für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an und 26 % für psychologische Psychotherapeuten, Walendzik und Kollegen befragten alle Mitglieder der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung mit einem Rücklauf von 33 % (Walendzik, Rabe-Menssen, Lux, Wasem, Jahn, 2010). Der eher verhaltene Rücklauf scheint demnach keine Besonderheit zu sein. Eine inhaltliche Verzerrung wird dahingehend angenommen, dass vermutlich lediglich engagierte und am Thema interessierte Psychotherapeuten teilgenommen haben, jedoch unabhängig davon, ob sie Psychotherapie bei dieser Klientel als sinnvoll erachten.

5 Ausblick

Einige Psychotherapeuten behandeln Patienten mit Doppeldiagnose geistige Behinderung und psychiatrische Komorbidität und erachten dies als eine Selbstverständlichkeit. Damit sich in Zukunft mehr Psychotherapeuten dazu befähigt sehen, diese Personengruppe in ihre Behandlung aufzunehmen, müssen einige Weiterentwicklungen stattfinden.

- Es bedarf dringend spezieller regionaler Fort- und Weiterbildungsangebote (DGKJP, 2014) sowie interdisziplinärer Austauschmöglichkeiten der beteiligten Professionen.
- Das zur psychotherapeutischen Behandlung zur Verfügung stehende Zeitkontingent sollte erhöht werden und die erforderlichen Leistungen, wie zum Beispiel Kooperationen, Einbezug des sozialen Umfeldes oder kleinschrittigeres Vorgehen, angemessen vergütet werden.
- Eine Verankerung des Themenfelds „Menschen mit geistiger Behinderung“ in den Ausbildungscurricula (PP, KJP, KJPP) sollte in Betracht gezogen werden, möglicherweise mit einem Praktikum in der Behindertenhilfe verbunden, um Berührungspunkten entgegenzuwirken.
- Zudem sollte die Wirksamkeit der Richtlinienverfahren bei Menschen mit geistiger Behinderung besser erforscht werden.
- Die Diagnosemanuale bedürfen einer Überarbeitung/Erweiterung hinsichtlich der Anwendung bei Menschen mit geistiger Behinderung, besonders für Menschen mit schwereren Einschränkungen. Ebenfalls gilt es diagnosespezifische Diagnoseinstrumente für psychiatrische Komorbidität zu entwickeln, die den Einschränkungen sowie Ressourcen der betroffenen Personen und ihres Umfeldes gerecht werden können.
- Es sollten außerdem Möglichkeiten einer Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Richtlinienverfahren erarbeitet werden, vor allem dahingehend, dass sie weniger kognitive Fähigkeiten bzw. solche zur verbalen Kommunikation und Introspektion voraussetzen.

Fazit für die Praxis

Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung können die gleichen psychischen Störungen entwickeln wie nicht-Behinderte und von Psychotherapie profitieren. Die aktuelle Versorgung wird als mangelhaft bewertet, hauptsächlich auf Grund zu weniger Psychotherapeuten, die Patienten mit geistiger Behinderung behandeln. Um die Bedingungen zu verbessern, sollte die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung in die Ausbildungscurricula aufgenommen werden, die psychotherapeutischen Richtlinienverfahren erweitert, das Zeitkontingent für die Behandlung erhöht und flächendeckend spezifische Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten werden.

Literatur

- Ali, A., Hall, I., Blickwedel, J., Hassiotis, A. (2015). Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with intellectual disabilities. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- APA – American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2015). <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/psychische-e-7.html>.
- Cooper, S.-A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., Allan, L. (2007). An epidemiological investigation of affective disorders with a population-based cohort of 1023 adults with intellectual disabilities. *Psychological Medicine*, 37, 873-882.
- DGKJP – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2014). S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-042l_S2k_Intelligenzminderung_2014-12.pdf
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2011). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis (5., überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 51-58.
- Emerson, E., Hatton, C. (2007). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 493-499.
- Grees, N. (2015). Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung. Eine quantitative Sozialstudie zur aktuellen Versorgungslage in Nordrhein-Westfalen. Masterthesis im Studiengang Klinische Heilpädagogik, Katholische Hochschule Freiburg.
- Häßler, F., Eggers, C. (2012). Intelligenzminderung. In M. Fegert, C. Eggers, F. Resch, F. (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalter* (S. 786-833). Berlin: Springer.
- Hennicke, K. (2013). Zur psychosozialen Versorgungssituation geistig behinderter Menschen mit zusätzlichen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen. In P. Bienstein, J.

- Rojahn (Hrsg.), Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Grundlagen, Diagnostik und Intervention (S. 228-250). Göttingen: Hogrefe.
- Jäckel, A., Simon, T. (2014). Inhalte zur Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Eine Analyse von Ausbildungscurricula. *Psychotherapeutenjournal* 2/2014, 131-133.
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (12., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Metaxas, C., Wunsch, A., Simon, T., Nübling, R. (2014). Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung. Zur aktuellen Versorgungslage in Baden-Württemberg. *Psychotherapeutenjournal* 2/2014, 122-130.
- Munir, K. (2016). The co-occurrence of mental disorders in children and adolescents with intellectual disability/intellectual developmental disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 29, 95-102.
- Nomos Gesetze (2015). Gesetze für die Soziale Arbeit (4. Aufl.). Baden-Baden: Nomos.
- Psychotherapeutenkammer NRW (2015). www.ptk-nrw.de/de/aktuelles/nachrichten-2015/detail/article/entschliessung-des-landtages-nrw-vom-2812015-fuer-eine-sozial-ausgestaltete-und-flaechendeckende-g.html.
- Rothhaus, W., Wilms, B. (2012). Psychotherapie von psychischen Störungen und Verhaltensproblemen bei Menschen mit Intelligenzminderung. In W. Senf, M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein Integratives Lehrbuch* (5., vollst. überarb. Aufl., S. 636-639). Stuttgart: Thieme.
- Sappok, T., Schade, C., Kaiser, H., Dosen, A., Diefenbacher, A. (2012). Die Bedeutung des emotionalen Entwicklungsniveaus bei der psychiatrischen Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 154-161.
- Sarimski, K., Steinhausen, H. (2008). *Psychische Störungen bei geistiger Behinderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schanze, C. (2014). *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen* (2., überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Sturme, P. (2012). Treatment of psychopathology in people with intellectual and other disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57, 593-600.
- Vereenooghe, L., Langdon, P. (2013). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 4085-4102.
- Walendzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J., Jahn, R. (2010). Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. Universität Duisburg Essen.
- Werner, S., Levav, I., Stawski, M., Polakiewicz, Y. (2013). Israeli psychiatrists report on their ability to care for individuals with intellectual disability and psychiatric disorders. *The Israel journal of psychiatry and related science*, 50, 202-209.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. phil. Jens Jürgen Clausen, Katholische Hochschule Freiburg, Karlstr. 63, 79104 Freiburg; E-Mail: jens.clausen@kh-freiburg.de

Nora Stünkel-Grees und *Jens Clausen*, Katholische Hochschule Freiburg, Fachbereich Klinische Heilpädagogik, Freiburg; *Alexander Wunsch*, Department Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg