

Wirksamkeit von Psychotherapie bei Menschen mit einer geistigen Behinderung und psychischen Störungen

Bachelorarbeit

Vorgelegt von Josefine Grams
Hochschule Magdeburg-Stendal

Matrikel-Nr.: 20102577

Studiengang: Rehabilitationspsychologie, B.Sc.

Fachbereich: Angewandte Humanwissenschaften

Abgabetermin: 02.10.2014

Erstprüfer: Prof. Dr. habil. Dipl.-Psych. Gabriele Helga Franke

Zweitprüfer: M.Sc., Dipl. Rehabilitationspsychologie Melanie Jagla

Andreasstraße 22

10243 Berlin

Mobil: 0172 18 66 126

josefine_grams@yahoo.de

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	IV
Zusammenfassung	5
1 Einleitung	6
2 Fragestellung	7
3 Methode.....	7
4 Geistige Behinderung.....	9
4.1 Begriff „geistige Behinderung“	9
4.2 Epidemiologie	9
4.3 Ätiologie	10
4.4 Diagnostik der Intelligenzminderung	11
4.5 Intelligenzminderung Klassifikation nach ICD-10.....	12
4.6 Intelligenzminderung Klassifikation nach DSM-V	13
5 geistige Behinderung und psychische Störungen.....	19
5.1 Überblick psychischer Störungen	19
5.2 Problemverhalten, Verhaltensauffälligkeiten, herausforderndes Verhalten	20
5.3 Prävalenz psychischer Störungen	21
5.4 Vulnerabilitäts-Stress-Modell und Resilienz	24
5.5 Diagnostik psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten	25
5.6 Psychopharmaka bei psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten	29
6 Wirksamkeit von Psychopharmakotherapie.....	33
7 Stand der Psychotherapieforschung bei geistig behinderten Menschen mit einer psychischen Störung oder Verhaltensauffälligkeiten	36
8 Ergebnisse	45
9 Diskussion.....	47
Literaturverzeichnis.....	48
Eigenständigkeitserklärung	52

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Ursachen für geistige Behinderung.....	11
Tabelle 2: Einteilung der Intelligenz nach Schweregrade im DSM-V	15
Tabelle 3: Point prevalence rates of mental ill-health as defined by clinical, DC-LD, ICD-10-DCR, and DSM-IV-TR diagnostic criteria.	21
Tabelle 4: Point prevalence rates of clinical diagnosis of mental ill-health at different ability levels and by gender.	22
Tabelle 5: Point prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents with and without intellectual disabilities.	23
Tabelle 6: Untersuchungsschema für die integrative Diagnostik.....	26
Tabelle 7: Übersicht ausgewählter Psychopharmaka nach ihrer Wirkung und ausgewählter Nebenwirkungen.....	31
Tabelle 8: <i>Übersicht der Ergebnisse zur Wirksamkeit von Psychopharmaka bei geistig Behinderten mit herausforderndem, aggressivem und selbstverletzendem Verhalten. ...</i>	35
Tabelle 9: Metaanalyse (Prout & Nowak-Drabik, 2003)	36
Tabelle 10: Psychodynamische Psychotherapie (Beail, Warden, Morsley & Newman, 2005).....	37
Tabelle 11: Trauerintervention (Dowling, Hubert, Whit & Hollins, 2006)	38
Tabelle 12: Dialektisch-Behaviorale Therapie (Lew, Matt, Tripp-Tebo & Watts, 2006)	39
Tabelle 13: Behandlungsprogramm Depression (McCabe, McGillivray & Newton, 2006)	40
Tabelle 14: Verhaltenstherapie bei herausforderndem Verhalten (Hassiotis et al., 2009)	41
Tabelle 15: kognitive Verhaltenstherapie bei Aggression (Taylor, Novaco & Johnson, 2009).....	42
Tabelle 16: Metaanalyse (Heyvaert, Maes & Onghena, 2010)	43
Tabelle 17: kognitive Verhaltenstherapie (Sappok, Milauere, Schade & Diefenbacher, 2010).....	44

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: diagnostische Verfahren bei Intelligenzminderung..... 12

Abkürzungsverzeichnis

z.B.	- zum Beispiel
bspw.	- beispielsweise
bzw.	- beziehungsweise
d.h.	- das heißt
engl.	- englisch
etc.	- et cetera
e.V.	- eingetragener Verein
ff.	- folgende Seiten
ggf.	- gegebenenfalls
u.a.	- unter anderem
vgl.	- vergleiche
z.B.	- zum Beispiel
§	- Paragraph

Zusammenfassung

Die Arbeit gibt einen Überblick über das Themengebiet der geistigen Behinderung und insbesondere im Kontext psychischer Störungen, sowie den damit verbundenen Problemen in der Praxis. Psychopharmaka und Polypharmazie sind in der Behindertenhilfe ein wichtiges Thema. Bei der Behandlung psychischer Störungen nehmen sie einen großen Stellenwert ein. Jedoch hat auch die Behandlung mittels Psychotherapie viele Vorteile, obwohl lange die Vermutung bestand, dass der Intellekt von geistig Behinderten für eine Therapie nicht ausreichen könnte. Zur Untersuchung der Wirksamkeit wurde in wissenschaftlichen Datenbanken nach Studien recherchiert, die belegen, ob und falls ja, in welchem Maße die psychotherapeutische Behandlung wirksam ist. Insgesamt wurden 9 Studien mit unterschiedlichen Störungsbildern bei geistig Behinderten eingeschlossen. Die Ergebnisse psychotherapeutischer Behandlung zeigten bei der Personengruppe signifikante Verbesserungen. In 5 Studien wurde eine deutliche Wirksamkeit durch mittlere und hohe Effektstärken belegt. Darüber hinaus zeigten Follow-up-Messungen in 3 Studien, dass die Effektgrößen immer noch im mittleren bis hohen Bereich lagen, was als deutlicher Hinweis auf die Nachhaltigkeit der Behandlung aufgefasst werden kann. Die umfangreiche Betrachtung der Studien zeigt, dass Psychotherapie bei geistig behinderten Menschen mit einer psychischen Störung wirksam ist und eine Alternative zur Pharmakotherapie darstellt. Eine stetige Verbesserung bei der Qualität der Studien und auch bei den Schlussfolgerungen muss in Zukunft weiterhin erfolgen. Zudem zeigte sich, dass auch auf dem Gebiet der Forschung und Adaption der Therapieverfahren für die Zielgruppe zukünftig noch intensiver geforscht werden muss.

1 Einleitung

Menschen mit einer geistigen Behinderung, unabhängig vom Schweregrad, sind drei bis viermal häufiger von psychischen Störungen betroffen als die Allgemeinbevölkerung (Dilling, Mombour & Schmidt, 2014). Lange Zeit ging man davon aus, dass Psychotherapie für diese Personengruppe aufgrund des intellektuellen Anspruchs nicht hilfreich sei, wodurch sie kaum zum Gegenstand der Psychotherapieforschung wurde. In den letzten Jahren gewann das Thema Psychotherapie im Zusammenhang mit geistig behinderten Menschen jedoch vermehrt Aufmerksamkeit (Stahl, 1996). Die Behandlung der Betroffenen erfolgt bis heute trotzdem größtenteils über Psychopharmaka und wie Untersuchungen zeigen, bleibt es oftmals in der Behandlung nicht nur bei einem Psychopharmakon (Häßler, 2006). Kapitel 6 zeigt auf, dass Psychopharmaka die Lebensqualität deutlich verbessern können, jedoch weisen sie ein vielfältiges Spektrum an Nebenwirkungen auf, so reichen diese von Sedierung und bei einigen wenigen Psychopharmaka bis hin zur Abhängigkeitsentwicklung. Als alternative Behandlungsmöglichkeit könnten psychotherapeutische Verfahren verwendet werden, wenn die Wirksamkeit auch tatsächlich nachgewiesen werden kann. Um dieser Hypothese nachzugehen, wird in Kapitel 4 zunächst eine Einführung in die Grundlagen geistiger Behinderung gegeben. Es gibt Aufschluss über die Häufigkeit und zeigt die Ursachen auf, die zu einer geistigen Behinderung führen können. Darüber hinaus, wird auf die Diagnostik und Klassifikationen eingegangen. Wegen der nicht hinreichenden Forschungsergebnisse zu einem speziellen Störungsbild, liegt der Fokus der Arbeit nicht auf einer konkreten psychischen Erkrankung sondern befasst sich im Allgemeinen mit psychischen Störungen. Die Besonderheiten von psychischen Störungen bei geistig Behinderten und die sich daraus ergebene Problematik der Diagnostik, werden in Kapitel 5 erläutert. Dazu wird zunächst ein Überblick über psychische Störungen gegeben und auf die Verhaltensauffälligkeiten eingegangen. Desweiteren wird die Prävalenz psychischer Störungen bei geistig behinderten Menschen genauer betrachtet, um anschließend einen Erklärungsansatz zu geben, warum geistig Behinderte häufiger von psychischen Störungen betroffen sind. Die Psychopharmakotherapie nimmt bei der Behandlung einen großen Stellenwert ein. Kapitel 5.6 sowie Kapitel 6 Wirksamkeit von Psychopharmakotherapie befassen sich näher mit der Verwendung und Wirkung von Psychopharmaka. Kapitel 0 gibt Aufschluss über den Stand der Psychotherapieforschung bei geistig Behinderten und zeigt durch quantitative Ergebnisse mehrerer klinischer Studien die Wirksamkeit und gibt damit die Antwort auf die in Kapitel 2 formulierte zentrale Fragestellung.

2 Fragestellung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Frage, inwieweit Psychotherapie bei geistig behinderten Menschen, die von einer psychischen Störung betroffen sind, wirksam ist? Liegen Studien bzw. Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei geistig behinderten Menschen mit einer psychischen Störung vor? Zu welchen Störungsbildern liegen bisher psychotherapeutische Wirksamkeitsstudien vor und welche Effektstärken konnten ermittelt werden? In diesem Zusammenhang stellt sich nicht nur die Frage nach den Effektstärken sondern auch wie groß die Wirksamkeit von Psychotherapie im Vergleich zur pharmakologischen Behandlung bei geistig behinderten Menschen mit einer psychischen Störung ist und ob eine psychotherapeutische Behandlung nicht eine Alternative zur Psychopharmakotherapie wäre.

3 Methode

Die Erstellung der Arbeit basiert auf der Methode der Literaturrecherche. In dem Zeitraum von April bis August 2014 wurde in folgenden Datenbanken recherchiert: Springer Link, PubMed, PsyContent, Wiley Online Library, PsycNet, PSYINDEX, ResearchGate und Google Scholar. Des Weiteren wurde für die Literaturrecherche der Bibliothekskatalog der Hochschule Magdeburg-Stendal, die bayrische Staatsbibliothek und der Bibliothekskatalog der Humboldt Universität zu Berlin genutzt.

Für die Recherche wurden deutsche und englische Suchbegriffe/Keywords eingesetzt. Folgende Begriffe wurden für die Literatursuche in den genannten Datenbanken verwendet.

Deutsche Suchbegriffe: Psychotherapie und geistige Behinderung, Psychoanalyse und geistige Behinderung, Intelligenzminderung und psychische Störungen, Möglichkeiten der Behandlung von psychischen Störungen bei geistig behinderten Menschen, Wirksamkeit von Psychotherapie bei geistig behinderten Menschen, Verhaltenstherapie bei geistig behinderten Menschen, Gesprächspsychotherapie bei geistig behinderten Menschen mit psychischen Störungen, psychotherapeutische Versorgung geistig behinderter Menschen, Polypharmazie bei geistig behinderten Menschen.

Englische Suchbegriffe: effectiveness psychotherapy intellectual disability cognitive-behavior therapy for people with intellectual disabilities, effectiveness of treatment intellectual disability, therapy for individuals with mental retardation, prevalence of mental disorders mental disability, psychoanalysis and mental handicap, intellectual disability and mental disorders, intervention effects people with disability, humanistic therapy intellectual disability.

Für die Präzisierung der Recherche wurden bestimmte Ein- und Ausschlusskriterien getroffen.

Einschlusskriterien: Geistig behinderte Menschen ab dem 18. Lebensjahr / people with an intellectual disability from the age of 18. Leichte- mittelgradige- schwere- und schwerste Intelligenzminderung/ mild-moderate-severe and profound mental retardation. Dynamische, kognitive, systemische und klientenzentrierte psychotherapeutische Verfahren. Psychotherapeutische Studien, Einzelfallstudien, randomisierte kontrollierte Studien die von 2003 bis 2013 in wissenschaftlichen Zeitschriften publiziert wurden. Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten/ challenging behavior.

Ausschlusskriterien: Geistig behinderte Kinder und Jugendliche / mental disability in children and adolescent. Erfahrungsberichte und Studien die keine quantitativen Ergebnisse nachweisen. Tier- Musik- Entspannungstherapie und Snoezelen

4 Geistige Behinderung

Das folgende Kapitel dient der Einführung in den Bereich der geistigen Behinderung. Die Begriffe „geistige Behinderung“ und „Intelligenzminderung“ werden in dieser Arbeit als Synonyme verwendet und stehen jeweils für die gleiche Bedeutung. Es gilt die Begrifflichkeiten der geistigen Behinderung, die Klassifikation bis hin zur Epidemiologie und Ätiologie in diesem Zusammenhang zu betrachten.

4.1 Begriff „geistige Behinderung“

Die Begrifflichkeit der geistigen Behinderung ist von einem langen und problematischen Weg geprägt. Der heutige Begriff der geistigen oder auch intellektuellen Behinderung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten erst allmählich entwickelt. So wurde in der Geschichte der Begriff der geistigen Behinderung gleichsam mit Begriffen wie z.B. Schwachsinn oder Idiotie verwendet (Došen, 2010). Erst zum Ende der 50er Jahre wurde in Westdeutschland der Fachterminus der geistigen Behinderung eingeführt. Die Begriffe sollten gleichzeitig auch eine Anpassung an das angloamerikanische Sprachgebiet ermöglichen, in denen der Begriff der Mental Retardation verwendet wurde. Jedoch ist der amerikanische Begriff im Gegensatz zum deutschen Begriff weiter gefasst. So bezieht sich der amerikanische Terminus nicht nur auf Menschen mit einer geistigen Behinderung, sondern auch auf Menschen die in Deutschland als Lernbehindert bezeichnet werden. Dies entspricht jedoch nicht dem deutschen Begriff. Diese unterschiedlichen Auffassungen führen bis heute bei internationalen Vergleichen zu Schwierigkeiten und Missverständnissen. Darüber hinaus hat sich in den letzten Jahrzehnten auch die Denk- und Betrachtungsweise der Fachwelt zum Verständnis der geistigen Behinderung gewandelt. Früher wurden geistig behinderte Menschen als krank betrachtet und Verhaltensauffälligkeiten sowie psychische Störungen als dazugehörige Erscheinungsform der geistigen Behinderung gesehen. Diese Betrachtungsweise ist in der Fachwelt heute weitaus differenzierter, indem sie Behinderung von Krankheit unterscheidet und davon ausgeht, dass psychische Störungen unabhängig von geistigen Behinderungen auftreten können (Lingg & Theunissen, 2008).

4.2 Epidemiologie

Die American Psychiatric Association (2013) gibt für das Aufkommen einer geistigen Behinderung in der Bevölkerung eine Prävalenz von 1% an. Für den europäischen Raum wird ebenfalls eine Prävalenz von 1% angegeben (Wittchen et al., 2011). Der Bevölkerungsstand in Deutschland beträgt ca. 80,5 Millionen Menschen (statisches Bundesamt, 2014). Bei einer Prävalenz von 1% leben in Deutschland schätzungsweise 805.000 Menschen mit einer geistigen

Behinderung. Die leichte Intelligenzminderung ist mit 80-85% die am häufigsten vertretene Intelligenzminderung. In der Mehrheit der Fälle geht sie mit einem niedrigen sozioökonomischen Status einher. Die Eltern weisen meistens ebenfalls einen niedrigen IQ auf. Desweiteren haben 10-12% eine mittelgradige Intelligenzminderung, 3-7% eine schwere und 1-2% eine schwerste Intelligenzminderung. Die schwereren Formen der Intelligenzminderung stehen jedoch nicht im Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status und dem IQ der Eltern (Hölscher & Schneider, 2012).

4.3 Ätiologie

Die Ursachen für eine geistige Behinderung sind vielfältig. Sie lassen sich in pränatal, perinatal und postnatal unterscheiden. Die pränatale Phase bezieht sich auf den Zeitraum vor der Geburt. Die pränatalen Ursachen in diesem Zeitraum sind Drogen- und Alkoholkonsum der Mutter, jedoch können auch Infektionen, Strahlenexpositionen und andere giftige Substanzen während der Schwangerschaft eine geistige Behinderung verursachen. Nicht zu vergessen sind auch genetische Veränderungen des Erbguts wie z.B. chromosomale Erkrankungen. Die letzte Woche vor der Geburt und die ersten vier Wochen nach der Geburt wird als perinatale Phase bezeichnet. In diesem Zeitraum handelt es sich um aufgetretene Komplikationen während der Geburt wie z.B. Sauerstoffmangel und Infektionen. In der Zeit nach der Geburt, der sogenannten postnatalen Phase können ebenfalls Infektionen die Ursachen für eine geistige Behinderung sein, sowie Verletzungen und Traumata durch Stürze. In Tabelle 1 wird eine Übersicht der Ursachen gegeben, die zu einer geistigen Behinderung führen können. Die Ursachen lassen sich in prä-, peri- und postnatale Ursachen einteilen, doch: „Jeder geistigen Behinderung liegt zweifellos eine gestörte Hirnfunktion zugrunde (Seidel, 2014a, S. 111).“ Die Ursachen einer geistigen Behinderung sind nicht überall gleich häufig verteilt. So wird ein Großteil der Ursachen durch kulturelle und soziale Faktoren beeinflusst, die je nach Ländern und Regionen unterschiedlich sein können. Im Großen und Ganzen bestehen viele Wechselwirkungen zwischen biologischen und sozialen Faktoren (Seidel, 2014a).

Tabelle 1: *Übersicht der Ursachen für geistige Behinderung*

Pränatale Ursachen	Perinatale Ursachen	Postnatale Ursachen
<ul style="list-style-type: none"> ➤ genetische Anomalien <ul style="list-style-type: none"> - X-chromosomale Störungen - autosomale chromosomale Störungen - chromosomale Anomalien - uniparentale Dimensionen - Einzelgenerkrankungen, multigenetische Störungen, Copy number variants - unbekannte genetische Ätiologien ➤ vorgeburtliche Infektionen ➤ Alkoholexposition (und andere psychotrope Substanzen) ➤ andere schädigende Faktoren z.B. Strahlungen, Viren, Gifte ➤ intrauterine Mangelernährung ➤ Krankheiten der Schwangeren z.B. Diabetes mellitus, Schilddrüsenfehlfunktionen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Funktionsstörung der Gebärmutter ➤ Erkrankungen der Mutter die mit Krämpfen einhergehen (Präeklampsie, Eklampsie) ➤ Geburtstraumata ➤ z.B. Hyperbilirubinämie ➤ Komplikationen bei Frühgeburt ➤ Infektionen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Infektionen ➤ Traumata, z.B. durch Stürze vom Wickeltisch ➤ Umweltgifte ➤ Deprivation (Mangel an Zuwendung oder Reizen) ➤ Fehl- und Unterernährung ➤ Angeborene Stoffwechselstörungen, z.B. Zöliakie ➤ bestimmte Epilepsien

(Seidel, 2014a, S. 115 f.)

4.4 Diagnostik der Intelligenzminderung

Die Diagnostik umfasst die Bereiche Anamnese, psychologische- und medizinische Diagnostik sowie die Laboruntersuchungen, die aus Abbildung 1 ersichtlich sind. In der ICD-10 wird darauf hingewiesen, dass die Beurteilung der Intelligenz nicht allein auf den Intelligenzquotienten beruhen sollte, sondern dass alle vorhandenen Informationen für die Einschätzung einzubeziehen sind. Nach Dilling, Mombour und Schmidt (2014, S. 309) gehören dazu: „klinischer Eindruck, Anpassungsverhalten, gemessen am kulturellen Hintergrund des Individuums, und die psychometrische Leistungsfähigkeit.“ Auch nach Häbler (2011, S. 1118) „ist die Diagnostik der Intelligenzminderung ein komplexer Prozess, der auf mehreren Ebenen mit unterschiedlichen Methoden ablaufen muss (multidimensionale Diagnostik).“ Daher sollten für die Anamnese des Patienten Informationen von Eltern oder Mitarbeitern von Werkstätten und Wohnheimen eingeholt werden (Fremdanamnese) (Häbler, 2011). Für die Ermittlung des Intelligenzquotienten wird ein standardisierter Intelligenztest eingesetzt. Dabei sollte ein Test ausgewählt werden, der das individuelle Leistungsniveau sowie zusätzliche sensorische und sprachliche Beeinträchtigungen berücksichtigt (Dilling, Mombour & Schmidt, 2014). Zur Intelligenzdiagnostik können z.B. der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene, der Snijders-Oomen-Nonverbaler Intelligenztest von Tellegen und Laros 2005 (SON-R) aber auch die Leiter-Scale von Roid und Miller von 1997 eingesetzt werden (Hölscher & Schneider 2012).

Für die Intelligenzdiagnostik im unterdurchschnittlichen Bereich können bei Kindern und Jugendlichen der AID, K-ABC, HAWIK-R und der KFT 1-3 eingesetzt werden (Holling, Preckel & Vock 2004).

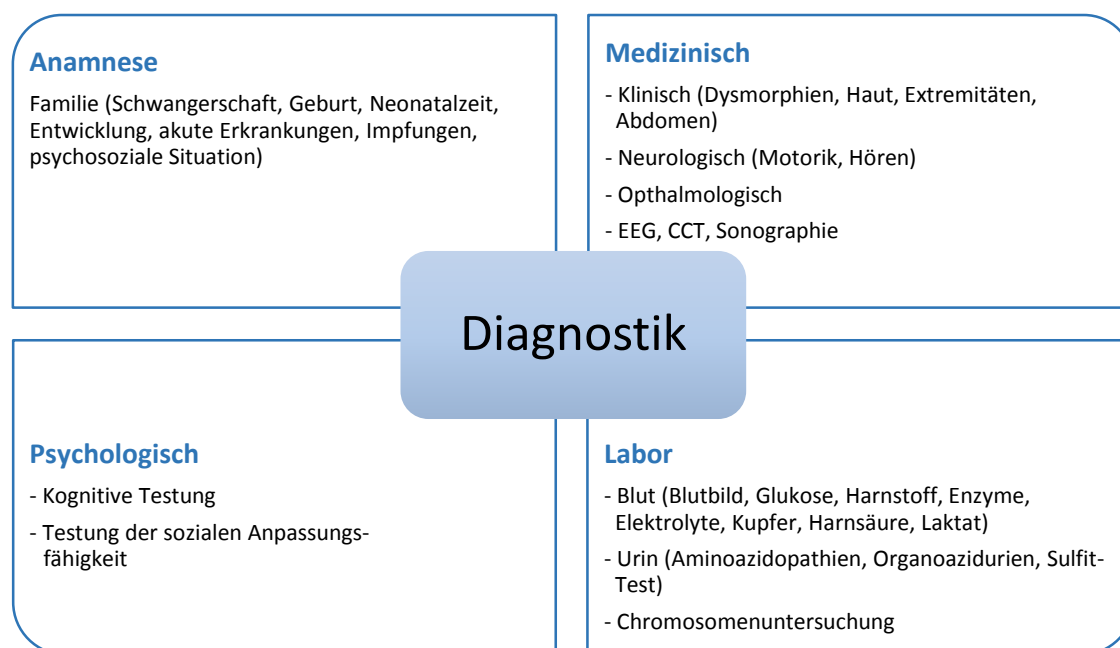


Abbildung 1: *diagnostische Verfahren bei Intelligenzminderung.*

Hölscher & Schneider, (2012). Intelligenzminderungen (F7) und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In F. Schneider (Hrsg.), *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 437). Berlin: Springer.

4.5 Intelligenzminderung Klassifikation nach ICD-10

Intelligenzminderung ist nach der ICD-10 „eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderen Beeinträchtigungen von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen wie z.B. Kognitionen, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten (Dilling, Mombour & Schmidt, 2014, S. 308).“

Die ICD-10 unterteilt Intelligenzminderung in vier verschiedene Schweregrade. Dieser wird mit der dritten Stelle F7x klassifiziert. Besteht zusätzlich eine Verhaltensstörung, die nicht aus einer anderen Störung resultiert, kann diese mit der vierten Stelle kodiert werden z.B. F71.8 für eine mittelgradige Intelligenzminderung mit sonstiger Verhaltensstörung. Darüber hinaus schließt eine Intelligenzminderung weitere Diagnosen aus der ICD-10 des Kapitel V nicht aus (Dilling, Mombour & Schmidt, 2014).

Die klinisch-diagnostischen Leitlinien für eine Intelligenzminderung sind dem Kapitel V (F7) der ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen nach Dilling, Mombour und Schmidt (2014)

entnommen. Zusätzlich ist anzumerken, dass für Intelligenzminderung keine ausführlichen klinischen Kriterien, wie bei der Mehrheit der anderen psychischen Störungen der ICD-10 im Kapitel V vorliegen. Denn niedrige kognitive und soziale Fähigkeiten stehen in Abhängigkeit von sozialen und gesellschaftlichen Normen der verschiedenen Kulturen. (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2011).

- *F70 leichte Intelligenzminderung:*

Der IQ Bereich einer leichten Intelligenzminderung liegt zwischen 50 und 69. Die Entwicklung der Personen verläuft langsamer, sodass sich Verzögerungen beim Erlernen der Sprache, dem Sprachverständnis und Schwierigkeiten bei der schulischen Ausbildung ergeben. Trotzdem sind betroffene Personen damit in der Lage praktischen und häuslichen Tätigkeiten nachzugehen, wodurch ihnen meistens eine unabhängige Selbstversorgung möglich ist.

- *F71 mittelgradige Intelligenzminderung:*

Der IQ Bereich bei einer mittelgradigen Intelligenzminderung liegt zwischen 35 und 49. Die betroffenen Personen zeigen ebenfalls eine verzögerte Entwicklung in den sprachlichen Fähigkeiten. Zusätzlich ist die Leistungsfähigkeit der Sprache begrenzt. Manche der betroffenen Personen erlernen nie das Sprechen. Das Entwicklungsniveau reicht dann jedoch für eine nonverbale Kommunikation aus. Darüber hinaus verläuft das Erlernen von praktischen Fähig- und Fertigkeiten verlangsamt. Für gewöhnlich können die betroffenen Personen einfachste Tätigkeiten ausüben. Menschen mit einer mittelgradigen Intelligenzminderung benötigen ihr Leben lang eine Betreuung.

- *F72 schwere Intelligenzminderung:*

Der IQ Bereich der betroffenen Personen liegt zwischen 20 und 34. Sie weisen ein niedriges Entwicklungs- und Leistungsniveau auf. Des Weiteren leidet die Mehrheit der Personen an motorischen Beeinträchtigungen oder anderen Defiziten.

- *F73 schwerste Intelligenzminderung:*

Der IQ Bereich der betroffenen Personen liegt unter 20. Eine eigene Selbstversorgung ihrer Grundbedürfnisse ist ihnen nicht möglich. Aus diesem Grund benötigen sie in allen Lebensbereichen eine intensive Betreuung (Dilling, Mombour & Schmidt, 2014).

4.6 Intelligenzminderung Klassifikation nach DSM-V

Das DSM ist ein Klassifikationssystem für psychische Störungen. Herausgeber ist die American Psychiatric Association (APA). Das im Jahr 2013 neu erschienene DSM-V erfasst die geistige Behinderung im Kapitel „Neurodevelopmental Disorders“. Eine geistige Behinderung ist nach dem DSM-V „a disorder with onset during the developmental period that

includes both intellectual and adaptive functioning deficits in conceptual, social, and partical domains (APA, 2013, S. 33).” Die APA (2013) bestimmt für eine geistige Behinderung die folgenden drei Kriterien.

- *Kriterium A:*
Einschränkungen in der intellektuellen Leistungsfähigkeit, wie z.B. im Denken und Urteilsvermögen, sowie bestehende Beeinträchtigungen bei Problemlösungen und abstraktem Denken.
- *Kriterium B:*
Eingeschränkte Anpassungsfähigkeit. Wenn eine Einschränkung der Anpassungsfähigkeit bei einer oder mehreren Aktivitäten des täglichen Lebens, wie der Kommunikation oder der sozialen Teilhabe, vorliegt. Die unabhängige Lebensführung in den Bereichen Schule, Arbeit oder der Gemeinschaft beeinträchtigt ist.
- *Kriterium C:*
Eine beginnende Beeinträchtigung der geistigen und adaptiven Fähigkeiten in den Entwicklungsphasen.

Wie in der ICD-10 wird auch im DSM-V die Intelligenzminderung in verschiedene Schweregrade eingeteilt. Jedoch werden die Schweregrade nicht nach dem Intelligenzquotienten definiert, sondern auf der Basis der adaptiven Fähigkeiten. Denn die adaptiven Fähigkeiten bestimmen die Höhe und das Ausmaß der benötigten Unterstützung, welche die Grundlage für die Schwere der Intelligenzminderung angibt (APA, 2013). Die Einteilung der Schweregrade erfolgt im DSM-V ebenfalls wie im ICD-10 in leichte, mittelgradige, schwere und schwerste Intelligenzminderung. Die Einteilung nach Schweregrad der Intelligenzminderung ist der Tabelle 2 *Severity levels for intellectual disability (intellectual developmental disorders)* des DSM-V der APA (2013, S. 34 - 36) entnommen. Diese gehen aus der ins Deutsche übersetzten Tabelle 2 hervor.

Tabelle 2: Einteilung der Intelligenz nach Schweregrade im DSM-V

Schweregrad	Bereich der konzeptionellen Fähigkeiten (Conceptual Domain)	Fähigkeiten und Fertigkeiten im sozialen Bereich (Sozial Domain)	Fähigkeiten und Fertigkeiten im praktischen bzw. lebenspraktischen Bereichen (Practical Domain)
leicht	<p>Bei Kindern im Vorschulalter existieren oft keine offensichtlichen Unterschiede. Bei Kindern im Schulalter und bei Erwachsenen, treten Schwierigkeiten beim Erlernen von akademischen Fähigkeiten, wie dem Lesen, Schreiben und Rechnen auf. Weiterhin treten Schwierigkeiten bei dem Erlernen im Umgang mit Geld oder der Uhrzeit auf. Sie benötigen bei dem Erlernen der Fähigkeiten in einem oder mehreren Bereichen Unterstützung, um die gleichen Erwartungen wie an gleichaltrige erfüllen zu können.</p> <p>Bei Erwachsenen sind die geistigen Fähigkeiten des abstrakten Denkens beeinträchtigt (z.B. Planen, Strategieentwicklung, Prioritäten setzen und kognitive Flexibilität). Des Weiteren treten Beeinträchtigungen im Kurzzeitgedächtnis sowie in der funktionalen Verwendung erlernter Fähigkeiten auf (z.B. Lesen, Umgang mit Geld).</p>	<p>Im Vergleich zu normal entwickelten Altersgenossen zeigen die Personen ein unreifes Verhalten in sozialen Interaktionen. Zum Beispiel treten Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung von sozialen Signalen von gleichaltrigen Personen auf. Es zeigt sich für die altersgemäße Entwicklung eine unreife Kommunikation, Gesprächsführung und Sprache, als für das Alter erwartet.</p> <p>Es können Schwierigkeiten bei der Regulierung von Emotionen und Verhalten auftreten.</p> <p>In sozialen Kontexten werden diese Schwierigkeiten von gleichaltrigen Personen wahrgenommen. Für ihr Alter weisen sie eine unreife Urteilsfähigkeit und ein begrenztes Risikoverständnis auf. Durch ihre Leichtgläubigkeit können sie Manipulationen zum Opfer fallen.</p>	<p>Die Person ist in der Lage die Körperpflege selbstständig durchzuführen. Bei komplexen Alltagsaufgaben benötigen sie im Vergleich zu gleichaltrigen Personen Unterstützung. Im Erwachsenenalter, erfolgt die Unterstützung typischerweise beim Einkauf, Transport, im Haushalt, bei der Kinderbetreuung und bei der Zubereitung von Mahlzeiten sowie bei der Vermögensverwaltung und dem Umgang mit Geld.</p> <p>Freizeitaktivitäten ähneln denen von Altersgenossen.</p> <p>Bei der Gestaltung der Freizeit und bei der Erholung des Wohlbefindens benötigen sie in Planung und Organisation Unterstützung. Bei dem Erlernen eines Berufes benötigen sie Unterstützung.</p> <p>Eine Arbeitsanstellung im Erwachsenenalter erfolgt häufig in einer Beschäftigung die keine konzeptionellen Fähigkeiten erfordert.</p> <p>Bei Entscheidungen von Gesundheitsversorgung und rechtlichen Angelegenheiten benötigen die Personen Unterstützung.</p> <p>Ebenso wird in der Regel Unterstützung bei der Gründung einer Familie benötigt.</p>

Schweregrad	Bereich der konzeptionellen Fähigkeiten (Conceptual Domain)	Fähigkeiten und Fertigkeiten im sozialen Bereich (Sozial Domain)	Fähigkeiten und Fertigkeiten im praktischen bzw. lebenspraktischen Bereichen (Practical Domain)
mittel	<p>Während der gesamten Entwicklung bleiben die geistigen Fähigkeiten deutlich hinter denen der gleichaltrigen zurück. Sie zeigen eine verlangsamte Entwicklung. Bei Kindern im Vorschulalter entwickeln sich Sprache und vorschulische Fähigkeiten verzögert. Kinder im Schulalter zeigen während der ganzen Schulzeit im Vergleich zu gleichaltrigen nur langsame Fortschritte und begrenzte Fähigkeiten beim Lesen, Schreiben, Mathematik, beim Verständnis von Zeit und Geld. In der Regel sind die schulischen und geistigen Fähigkeiten bei Erwachsenen auf einem elementaren Niveau, wodurch eine Unterstützung in allen Lebensbereichen (Arbeits- und Privatleben) erforderlich ist. Personen benötigen kontinuierlich tägliche Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags und lebenspraktischer Aufgaben.</p>	<p>Die Personen zeigen im Vergleich zu gleichaltrigen eine deutlich verzögerte Entwicklung im sozialen und kommunikativen Verhalten. Die Sprache ist in der Regel ein wichtiges Werkzeug für die soziale Kommunikation, jedoch ist sie weit weniger komplex ausgeprägt als bei der Allgemeinbevölkerung, sie reicht jedoch für einfache Gespräche aus. Die Beziehungsfähigkeiten zeigen sich in der Verbindung zur Familie und zu Freunden. Personen können erfolgreich Freundschaften und manchmal auch romantische Beziehungen im Erwachsenenalter aufbauen. Allerdings können die Personen oft keine sozialen Signale korrekt wahrnehmen oder interpretieren. Das soziale Urteilsvermögen und die Entscheidungsfähigkeit sind begrenzt und benötigen aus diesem Grund einen Betreuer der sie in ihrem Leben und bei Entscheidungen unterstützt. Freundschaften mit normal entwickelten Altersgenossen sind häufig durch die sozialen und kommunikativen Einschränkungen begrenzt.</p>	<p>Die Personen können ihren persönlichen Bedürfnissen wie z.B. essen, anziehen von Kleidung und der Körperhygiene nachgehen, dafür benötigen sie jedoch eine intensive Förderung um in den Bereichen weitgehend unabhängig zu werden und benötigen hin und wieder Unterstützung in Form von Erinnerungen/ Aufforderungen. Ebenso können im Erwachsenenalter fast alle Aufgaben im Haushalt erledigt werden, wenn die Aufgaben über eine lange Zeitperiode gelernt wurden und die Personen kontinuierlich angeleitet werden. Eine unabhängige Beschäftigung in einem Beruf, die auch mit geringen geistigen und kommunikativen Fähigkeiten ausgeübt werden können, sind zwar möglich, jedoch benötigen die Personen erhebliche Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte, um den Erwartungen der gesellschaftlichen Normen und der Komplexität der beruflichen Aufgaben gerecht zu werden. Zusätzliche Unterstützung wird bei den Aufgaben benötigt, die unmittelbar mit der erfolgreichen Ausübung des Berufes zusammenhängen wie z.B. Zeit- und Terminplanung, Bewältigung des Arbeitsweges und der Umgang mit Geld.</p>

Schweregrad	Bereich der konzeptionellen Fähigkeiten (Conceptual Domain)	Fähigkeiten und Fertigkeiten im sozialen Bereich (Sozial Domain)	Fähigkeiten und Fertigkeiten im praktischen bzw. lebenspraktischen Bereichen (Practical Domain)
mittel		Die Einstellung und Bewältigung eines Berufes erfordert eine umfangreiche Unterstützung.	Die Personen zeigen Interessen an mehreren Freizeitaktivitäten, benötigen jedoch viel Zeit und Unterstützung bei der Auswahl und Durchführung der Aktivitäten. Eine Minderheit der betroffenen Personen haben unangepasste Verhaltensweisen, diese führen häufig vor allem in sozialen Bereichen zu Problemen.
schwer	Die Entwicklung der konzeptionellen Fähigkeiten ist begrenzt. Die betroffenen Personen haben in der Regel wenige Fähigkeiten für das Verständnis von Schriftsprache, Zahlen- und Mengensystemen (wie z.B. Geld und Zeit). Für die Bewältigung des Alltags benötigen sie eine lebenslange umfangreiche Betreuung.	Sie können verbal kommunizieren, jedoch sind die Grammatik und der Wortschatz sehr begrenzt. Der Sprachgebrauch besteht aus einzelnen Worten oder Phrasen, die Kommunikation wird durch Gestik und Mimik verstärkt bzw. ergänzt. Die Kommunikation konzentriert sich auf das Hier und Jetzt im Alltagsgeschehen. Sie verstehen einfache Anweisungen, kurze und einfache Sätze sowie nonverbale Kommunikation (Gestik und Mimik). Die betroffenen Personen können eine vertrauensvolle Beziehung zu Familienmitgliedern und oder andern vertrauten Personen aufbauen. Eine vertrauensvolle Beziehung vermittelt ihnen ein Gefühl von Geborgenheit und Freude.	Die betroffenen Personen benötigen in allen Bereichen des täglichen Lebens Unterstützung einschließlich bei Mahlzeiten, beim Anziehen, Körperpflege (Baden und Toilettengang). Personen können nicht verantwortlich Entscheidungen über das Wohlbefinden von sich selbst oder anderen treffen. Im Erwachsenenalter erfordert die Teilnahme an Aufgaben im Haushalt und bei der Gestaltung und Durchführung der Freizeit, kontinuierliche Unterstützung und Hilfe. Das Erwerben von Fähigkeiten in allen Bereichen erfordert über einen langen Zeitraum intensive Förderung und Unterstützung. Bei der Minderheit der betroffenen Personen treten unangepasste Verhaltensweisen, einschließlich selbstverletzendes Verhalten auf.

Schweregrad	Bereich der konzeptionellen Fähigkeiten und Fertigkeiten (Conceptual Domain)	Fähigkeiten und Fertigkeiten im sozialen Bereich (Sozial Domain)	Fähigkeiten und Fertigkeiten im praktischen bzw. lebenspraktischen Bereichen (Practical Domain)
schwerst	<p>Die konzeptionellen Fähigkeiten beschränken sich eher auf die physische Welt als auf symbolische Prozesse. Die Personen können Objekte zielorientiert für die Körperpflege, Arbeit und Freizeit nutzen.</p> <p>Bestimmte visuell-räumliche Fähigkeiten, wie z.B. physisches zuordnen und sortieren, können zwar erworben werden, jedoch können motorische und sensorische Beeinträchtigungen die funktionale Nutzung von Objekten verhindern.</p>	<p>Die betroffenen Personen weisen ein sehr begrenztes Sprachverständnis und Sprachvermögen auf. Sie können in der Lage sein, einfache Anweisungen und Gesten zu verstehen. Die Person äußert ihre eigenen Bedürfnisse, Wünsche und Emotionen weitgehend durch nonverbale Kommunikation.</p> <p>Die Personen genießen Beziehungen mit bekannten Familienmitgliedern, Pflegern, und anderen Vertrauten. Sie initiieren und reagieren auf soziale Interaktionen durch gestische und emotionale Anreize.</p> <p>Zusätzlich sind die Personen häufig von körperlichen Beeinträchtigungen betroffen, was die Teilnahme an sozialen Aktivitäten einschränkt bzw. verhindert.</p>	<p>Personen sind in allen Bereichen des täglichen Lebens, der Pflege, Gesundheit und Sicherheit von anderen abhängig, obwohl sie sich bei einigen Tätigkeiten beteiligen können.</p> <p>Personen ohne körperliche Beeinträchtigungen können einige der täglichen Arbeitsaufgaben zu Hause wie z.B. Geschirr zum Tisch tragen übernehmen.</p> <p>Einfaches Agieren mit Objekten kann die Grundlage für die Teilnahme an einigen beruflichen Tätigkeiten sein, wobei ständig ein hohes Maß an Unterstützung erforderlich ist.</p> <p>Freizeitaktivitäten können beispielsweise, Musikhören, Filme ansehen, Spaziergänge oder die Teilnahme an Wasseraktivitäten beinhalten, die jedoch alle nur mit der Unterstützung von einer betreuenden Person möglich sind.</p> <p>Zusammenauftretende körperliche und sensorische Behinderungen sind häufig Hindernisse für Beteiligungen an häuslichen, beruflichen und freizeithlichen Aktivitäten.</p> <p>Unangepasste Verhaltensweisen sind bei der Minderheit der betroffenen vorhanden.</p>

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013. S.34-36)

5 geistige Behinderung und psychische Störungen

„Eine Intelligenzminderung kann allein oder zusammen mit einer anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten (Dilling, Mombour & Schmidt, 2014, S. 308).“ Dass die Fachwelt heute zwischen einer geistigen Behinderung und einer psychischen Störung unterscheidet, gehörte vor einiger Zeit noch nicht zur Selbstverständlichkeit. Früher war man der Auffassung, dass psychische Störungen mit zum Repertoire der geistigen Behinderung gehören (Wunder, 2014). Darüber hinaus gibt die WHO in der ICD-10 Kapitel V (Dilling, Mombour & Schmidt, 2014) an, dass Menschen mit einer Intelligenzminderung an allen psychischen Störungen erkranken können. Ein Überblick der psychischen Störungen wird im Kapitel 5.1 gegeben. Desweiteren liegt die Prävalenz psychischer Störungen bei geistig behinderten Menschen höher als in der allgemeinen Bevölkerung. Wie hoch die Prävalenz psychischer Störungen bei geistig behinderten Menschen liegt und warum sie häufiger von psychischen Störungen betroffen sind, soll in diesem Kapitel erörtert werden. Auch wird auf die Problematik bzw. auf die Besonderheiten der Diagnostik einer psychischen Störung bei intelligenzgeminderten Menschen sowie der Behandlungsmöglichkeit mittels Psychopharmaka eingegangen.

5.1 Überblick psychischer Störungen

Überblick der psychischen Störungen nach der ICD-10 Kapitel V (Dilling, Mombour & Schmidt, 2014).

- *F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)*
- *F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-19)*
- *F2 Schizophrenie, schizothyme und wahnhaftige Störungen (F20-F29)*
- *F3 Affektive Störungen (F30- F39)*
- *F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)*
- *F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F50-F59)*
- *F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)*
- *F7 Intelligenzminderung (F70-F79)*
- *F8 Entwicklungsstörungen (F80-F89)*
- *F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)*

5.2 Problemverhalten, Verhaltensauffälligkeiten, herausforderndes Verhalten

Die Begriffe Problemverhalten, Verhaltensauffälligkeiten und herausforderndes Verhalten oder problem behavior und challenging behavior (angloamerikanische Bezeichnung) werden in dieser Arbeit als Synonyme verwendet und stehen jeweils für die gleiche Bedeutung. Menschen mit einer geistigen Behinderung zeigen neben psychischen Störungen oftmals herausforderndes Verhalten bzw. wird ihr Verhalten als solches von der Umwelt wahrgenommen (Seidel, 2014b). Lingg und Theunissen (2008, S. 21) beschreiben unter Verhaltensauffälligkeiten „ein gestörtes Verhältnis zwischen Individuum und Umwelt, welches die betreffende Person durch Verhaltensweisen oder Ausdrucksformen zu lösen versucht, die von anderen als normabweichend, erwartungswidrig, gestört oder eben auffällig wahrgenommen und bewertet werden.“ Die Bezeichnung „Verhaltensauffälligkeiten“ umfasst dabei ein weites Spektrum von störenden Verhaltensweisen, demnach ist auch die Liste der Verhaltensauffälligkeiten lang. So wird der Begriff z.B. auf verbale und körperliche Fremdaggressivität, selbstverletzendes Verhalten, Sachzerstörung, unangepasstes Sozialverhalten, störendes Verhalten usw. angewandt. Aus dieser nur kurzen Auflistung geht schon die Vielseitigkeit der Verhaltensauffälligkeiten hervor. Einzelne Symptome der Verhaltensauffälligkeiten lassen sich auch bei den psychischen Störungen der ICD-10 Diagnosen wiederfinden, jedoch können diese nicht hinreichend nach der ICD-10 klassifiziert werden (Seidel, 2014b). So führt Seidel (2014b, S. 133) als Beispiel an „dass eine Person selbstverletzendes Verhalten zeigt, ansonsten aber keine Symptome hat, die die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung rechtfertigen würden.“ Trotzdem können Verhaltensauffälligkeiten Ausdruck einer psychischen Störung sein (Došen, 2010) aber auch der anfängliche Ausbruch einer psychischen Störung kann das Ausmaß von vorherbestehenden Verhaltensweisen intensivieren (Schmidt & Meir, 2014). Dies zeigt nur umso mehr die Komplexität von Verhaltensauffälligkeiten sowie die Schwierigkeit derer Interpretationen, welche auch eine besondere Herausforderung im diagnostischen Prozess darstellt. Die Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten, wie auch aus der folgenden Auflistung hervorgeht, können sehr vielfältig sein.

Ausgewählte Ursachen und Erklärungen für Verhaltensauffälligkeiten

- Ausdruck einer psychischen Störung (Došen, 2010).
- Vorbestehende Verhaltensweisen können durch den Beginn einer psychischen Störung verstärkt werden (Schmidt & Meir, 2014).
- Verhaltensauffälligkeiten treten meistens nur an bestimmten Orten auf. Grund dafür kann sein, dass der Ort einen pathogenen Faktor darstellt oder aber auch der Betroffene

sich an diesem Ort so geborgen fühlt, dass er seine Verhaltensauffälligkeiten frei zeigen kann (Schmidt & Meir, 2014).

- Verhaltensauffälligkeiten können Bewältigungsversuche sein (Seidel, 2014b).
- Sie können genetisch bedingt sein (Seidel, 2014b).

Aufgrund der hohen Prävalenz mit bis zu 22.5% (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson & Allan, 2007) stellt das Spektrum der Verhaltensauffälligkeiten neben den psychischen Störungen einen weiteren Bedarf an Behandlungsnotwendigkeit dar. Jedoch macht Seidel (2014b) darauf aufmerksam, dass es nur wenig Sinn hat nach einer einheitlichen Intervention für Verhaltensauffälligkeiten zu suchen, da diese aus verschiedenen Ursachen resultieren können.

5.3 Prävalenz psychischer Störungen

Im Gegensatz zu der Allgemeinbevölkerung, die eine 12-Monatsprävalenz von 33,3% aufweist (Wittchen & Jacobi, 2012), ist die Prävalenzrate psychischer Störungen bei Menschen mit einer Intelligenzminderung drei- bis viermal höher (Dilling, Mombour & Schmidt, 2014). Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen von Cooper, Smiley, Morrison, Williamson und Allan (2007) wieder. In ihrer Populationsstudie mit einer Stichprobengröße von n=1023 untersuchten sie die Prävalenz psychischer Störungen bei erwachsenen Menschen mit einer geistigen Behinderung. Im Rahmen der Untersuchung wurden mehrere diagnostische Klassifikationen (klinische Diagnosen, DC-LD, ICD-10-DCR, DSM-IV-TR) verwendet. Aufgrund der unterschiedlichen verwendeten psychiatrisch-diagnostischen Methoden, variieren die Ergebnisse der Punktprävalenz. „Pointprevalence of mental ill-health was 40.9% (clinical diagnoses), 35.2% (DC - LD), 16.6% (ICD - 10 - DCR) and 15.7% (DSM - IV - TR) (Cooper et al., S. 27).“ Die Ergebnisse können der Tabelle 3 entnommen werden.

Tabelle 3: *Point prevalence rates of mental ill-health as defined by clinical, DC-LD, ICD-10-DCR, and DSM-IV-TR diagnostic criteria.*

Diagnostic category	Clinical diagnostics (n=1023) %	DC-LC diagnostics (n=1023) %	ICD-10-DCR diagnostics (n=1023) %	DSM-IV-TR diagnostics (n=1023) %
*Psychotic disorder	4,4	3,8	2,6	3,4
Affective disorder	6,6	5,7	4,8	3,6
**Anxiety disorder	3,8	3,1	2,8	2,4
OCD	0,7	0,5	0,2	0,2
Organic disorder	2,2	2,1	1,9	1,7
Alcohol/substance use disorder	1,0	0,8	0,8	0,8
Pica	2,0	2,0	0	0,9
Sleep disorder	0,6	0,4	0,2	0,2
ADHD	1,5	1,2	0,5	0,4
Autistic-spectrum disorder	7,5	4,4	2,2	2,0
Problem behavior	22,5	18,7	0,1	0,1
Personality disorder	1,0	0,8	0,7	0,7
Other mental ill-health	1,4	0,8	0,7	0,4
**Mental ill-health of any type, excluding problem behaviors and autistic spectrum disorders	22,4	19,1	14,5	13,9

**Mental ill-health of any type, excluding autistic spectrum disorder	37,4	32,8	14,6	14,0
** Mental ill-health of any type, excluding problem behaviors	28,3	22,4	16,5	15,6
** Mental ill-health of any type	40,9	35,2	16,6	15,7

ADHD, attention-deficit hyperactivity disorder; OCD, obsessive-compulsive disorder.

* Includes schizoaffective disorders

** Excludes specific phobias

Cooper et al., (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. (S. 30). *The British Journal of Psychiatry*. (<http://bjp.rcpsych.org/content/190/1/27.full.pdf+html>).

Die Ergebnisse zeigen, dass das problem behavior (herausforderndes, problematisches Verhalten) die am häufigsten auftretende Störung ist. In der nachfolgenden Tabelle 4 wurden die Ergebnisse der Prävalenzraten zusätzlich in Schweregrad der Intelligenzminderung als auch geschlechterspezifisch differenziert. Es lassen sich bei dem herausfordernden Verhalten deutliche Unterschiede bezüglich des Geschlechts, als auch der Schwere der Intelligenzminderung erkennen. Bei den Frauen mit einer leichten Intelligenzminderung, als auch mit einer mittelgardigen bis hin zur schweren Intelligenzminderung ist die Prävalenz des herausfordernden Verhaltens deutlich höher als bei den Männern. Die Prävalenz des herausfordernden Verhaltens liegt bei Männern mit einer leichten geistigen Behinderung bei 11,3% und bei Frauen bei 14,9%. Die Gesamtprävalenz im Bereich der leichten Intelligenzminderung liegt bei 13,1%. Im Gegensatz dazu liegt die Gesamtprävalenz im Bereich der mittleren bis schweren Intelligenzminderung mit 28,5% deutlich höher. Auch liegt in diesem Bereich eine größere Differenz der Prävalenz zwischen Männern (24,3%) und Frauen(34,1%) vor.

Tabelle 4: Point prevalence rates of clinical diagnosis of mental ill-health at different ability levels and by gender.

Diagnostic category	Mild intellectual disabilities (n=398)			Moderate to profound intellectual disabilities (n=625)			All ability levels (n=1023)		
	Men (n=204) %	Women (n=194) %	Total (n=398) %	Men (n=358) %	Women (n=267) %	Total (n=625) %	Men (n=562) %	Women (n=461) %	Total (n=1023) %
*Psychotic disorder	6,9	4,6	5,8	2,8	4,5	3,5	4,3	4,6	4,4
Affective disorder	5,9	7,2	6,5	5,3	8,6	6,7	5,5	8,0	6,6
**Anxiety disorder	5,4	6,7	6,0	2,2	2,6	2,4	3,4	4,3	3,8
OCD	0	1,5	0,8	0,6	0,7	0,6	0,4	1,1	0,7
Organic disorder	0,5	3,1	1,8	3,1	1,5	2,4	2,1	2,2	2,2
Alcohol/substance use disorder	2,5	1,0	1,8	0,8	0	0,5	1,4	0,4	1,0
Pica	0	0,5	0,3	3,9	1,9	3,0	2,5	1,3	2,0
Sleep disorder	1,0	0	0,5	0,6	0,7	0,6	0,7	0,4	0,6
ADHD	0	0	0	2,0	3,0	2,4	1,2	1,7	1,5
Autistic-spectrum disorder	5,4	1,5	3,5	13,4	5,6	10,1	10,5	3,9	7,5
Problem behavior	11,3	14,9	13,1	24,3	34,1	28,5	19,6	26,0	22,5
Personality disorder	0,5	1,0	0,8	1,1	1,1	1,1	0,9	1,1	1,0
Other mental ill-health	1,0	1,0	1,0	0,6	3,0	1,6	0,7	2,2	1,4
**Mental ill-health of any type, excluding problem behaviors and autistic spectrum disorders	22,1	22,7	22,4	20,7	24,7	22,4	21,2	23,9	22,4

**Mental ill-health of any type, excluding autistic spectrum disorder	29,9	34,5	32,2	36,3	44,9	40,0	34,0	40,6	37,0
** Mental ill-health of any type, excluding problem behaviors	26,5	24,2	25,4	30,7	29,6	30,2	29,2	27,3	28,3
** Mental ill-health of any type	33,3	35,6	34,4	42,4	48,7	45,0	39,0	43,2	40,9

ADHD, attention-deficit hyperactivity disorder; OCD, obsessive-compulsive disorder.

* Includes schizoaffective disorders

** Excludes specific phobias

Cooper et al., (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. (S. 31). The British Journal of Psychiatry. (<http://bjp.rcpsych.org/content/190/1/27.full.pdf+html>).

Für einen Vergleich der Prävalenzraten psychischer Störungen von der Allgemeinbevölkerung und von Menschen mit Intelligenzminderung haben sich während der Recherchezeit keine ausreichenden Ergebnisse und keine vergleichenden Prävalenzangaben (Punktprävalenz vs. 12-Monatsprävalenz) finden lassen bzw. es wurden unterschiedliche diagnostische Methoden verwendet, was einen Vergleich erschwerte. Daher wird für den Vergleich eine Studie von Emerson und Hatton (2007) herangezogen. In dieser Studie wird die Punktprävalenz psychischer Störungen von 641 geistig Behinderten Kindern und Jugendlichen mit 17.774 Kindern ohne geistiger Behinderung verglichen. Die Ergebnisse der Punktprävalenzen im Vergleich können aus der folgenden Tabelle 5 entnommen werden.

Tabelle 5: *Point prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents with and without intellectual disabilities.*

Diagnostic category	Point prevalence, %		Odds ratio (95%vCI)
	With intellectual disability	Without intellectual disability	
Any psychiatric disorder	36,0	8,0	6,5(5,4-7,7)***
Any emotional disorder	12,0	3,7	3,6(2,8-4,6)***
Any anxiety disorder	11,4	3,2	3,9(3,0-5,0)***
Separation anxiety	2,7	0,6	4,9(2,9-8,3)***
Specific phobia	2,0	0,8	2,4(1,4-4,3)**
Social phobia	0,9	0,3	3,3(1,4-7,7)**
Panic disorder	0,2	0,2	1,0(0,1-7,3)
Agoraphobia	0,2	0,1	1,7(0,2-13,1)
Post-traumatic stress disorder	0,5	0,2	3,1(0,9-10,2)
Obsessive-compulsive disorder	0,2	0,2	0,7(0,1-5,1)
Generalized anxiety disorder	1,6	0,6	2,5(1,3-4,9)**
Other anxiety disorder	4,4	0,9	4,8(3,2-7,2)***
Any depressive disorder	1,4	0,9	1,7(0,8-3,3)
Depressive episode	0,9	0,6	1,5(0,7-3,4)
Other depressive episode	0,5	0,2	2,1(0,7-7,0)
Hyperkinesis (ADHD)	8,3	0,9	8,4(6,1-11,5)***
Any conduct disorder	20,5	4,3	5,7(4,6-7,0)***
Oppositional defiant disorder	11,1	2,3	5,3(4,1-6,9)***
Unsocialized conduct disorder	1,9	0,4	4,9(2,8-8,5)***
Socialized conduct disorder	1,3	0,9	2,1(1,2-3,8)**
Other conduct disorder	5,2	0,5	10,5(7,0-15,7)***
Autistic-spectrum disorder	8,0	0,3	33,4(22,3-50,2)***
Tic disorder	0,8	0,2	5,2(2,0-13,5)**
Eating disorder	0,2	0,1	1,3(0,2-9,4)
Emotional disorder + conduct disorder	4,4	0,8	5,8(3,8-8,8)***
Conduct disorder + ADHD	5,8	0,6	9,4(6,5-13,8)***
Emotional disorder + ADHD	1,3	0,1	9,8(4,4-21,9)***
Emotional disorder + conduct disorder + ADHD	0,8	0,1	8,7(3,2-23,9)***

*P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001

ADHD, attention-deficit hyperactivity disorder

I. Those with missing data were excluded from analyses.

Emerson & Hatton, (2007). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. (S. 495). *The British Journal of Psychiatry*. (<http://bjp.rcpsych.org/content/191/6/493.full.pdf+html>).

Aus den Ergebnissen geht deutlich hervor, dass selbst intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche bereits schon deutlich mehr von psychischen Störungen betroffen sind, als Kinder und Jugendliche ohne eine Intelligenzminderung. Die Prävalenz der psychischen Störungen bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen ist mit 36.0% um mehr als das Vierfache höher als bei Kindern und Jugendlichen ohne Intelligenzminderung, deren Prävalenz der psychischen Störungen bei 8.0% liegt. Die höchste Prävalenz bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen, liegt mit 20.5% bei den Verhaltensstörungen. Im Gegensatz dazu sind diese bei Kindern und Jugendlichen ohne Intelligenzminderung mit 4.3 % vertreten.

5.4 Vulnerabilitäts-Stress-Modell und Resilienz

Die Ursachen für die deutlich erhöhte Häufigkeit psychischer Störungen bei geistig behinderten Menschen sind verschieden. Seidel (2014b, S. 129) weist auch daraufhin, dass diese: „von Mensch zu Mensch unterschiedlich sind.“ Für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer psychischen Störung sind zumeist mehrere zusammenwirkende Faktoren verantwortlich. Aus diesem Grund spricht man auch von multifaktoriellen Ursachen (Seidel, 2014b). Daher lässt sich die Ursache der erhöhten Häufigkeit psychischer Störungen nicht nur in der angeborenen oder früh erworbenen Hirnschädigung erklären. Ebenso muss der Erwerb der individuellen Bewältigungsstrategien, wie auch die psychosozialen Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Eine umfassende Erklärung dieser verschieden zusammenwirkenden Einflussfaktoren stellt das Vulnerabilitäts-Stress-Modell dar, welches ursprünglich für die Schizophrenie entwickelt wurde. Zugleich wird es seit den letzten Jahren auch für die Erklärung der erhöhten Anfälligkeit von psychischen Störungen bei geistig behinderten Menschen herangezogen (Schanze, 2014). Vulnerabilität bedeutet Verletzlichkeit. Das Modell geht davon aus, dass die individuelle Verletzlichkeit bzw. die Neigung des Körpers zu einer bestimmten Krankheit oder einem bestimmten Symptom (Diathese) von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren bestimmt wird. Das Gegenstück zur Vulnerabilität bildet die Resilienz die sogenannte Widerstandsfähigkeit gegen Stress und Lebenskrisen. Aufgrund von negativen Lebenserfahrungen wie z.B. Missbrauch und Gewalt, verminderter Bewältigungsstrategien (Coping), genetischer Faktoren und zahlreichen weiterer Faktoren ist anzunehmen, dass die geprägte Vulnerabilität bei Menschen mit einer Intelligenzminderung höher bzw. die Resilienz

geringer ist als bei Menschen ohne eine Intelligenzminderung und sie aus diesem Grund anfälliger für psychische Störungen sind (Seidel, 2014b).

5.5 Diagnostik psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten

Zur Diagnostik psychischer Störungen werden bei geistig behinderten Menschen dieselben diagnostischen Verfahren eingesetzt, die auch bei Menschen ohne eine geistige Behinderung verwendet werden (Došen, 2010). Daher fokussiert der Abschnitt den diagnostischen Prozess und insbesondere die Probleme und Besonderheiten der Diagnostik psychischer Störungen bei geistig behinderten Menschen.

Allein die biologischen und funktionell unterschiedlichen Aspekte bei geistig behinderten Menschen, sowie ihre Lebensbedingungen und ihre Kommunikation mit der Umwelt tragen dazu bei, dass sich die Diagnostik psychischer Störungen in wesentlichen Aspekten als bei nicht intelligenzgeminderten Menschen unterscheidet. Die Untersuchung beläuft sich oftmals nur auf der Feststellung und Klassifikation von beobachtbaren Symptomen, auffälligen Verhaltensweisen und psychischen Funktionsstörungen. Die innere Welt des Betroffenen bleibt meistens außen vor. So findet der Prozess der Diagnostik nach Došen (2010, S. 65) „überwiegend an der Oberfläche wahrnehmbarer Verhaltensphänomene statt. Solche Feststellungen ohne Kenntnis der inneren Welt der betroffenen Personen führen meistens zu falschen Schlussfolgerungen.“ Infolgedessen ist eine ganzheitliche Untersuchung unabdingbar. Dafür müssen alle Lebensumstände und insbesondere die innere Welt des Patienten in den diagnostischen Prozess mit einbezogen werden. In Tabelle 6 werden die Aspekte eines ganzheitlichen diagnostischen Prozesses, wie ihn auch Došen praktiziert, aufgezeigt (Došen, 2010).

Wenn Menschen mit einer geistigen Behinderung von einer psychischen Belastung bzw. Störung betroffen sind, kommt es im Lebensumfeld häufig zu Problemen. Die Probleme werden in den meisten Fällen nicht von den betroffenen Personen geäußert, sondern von ihren Bezugs- und Betreuungspersonen. Daher sucht oftmals nicht der intelligenzgeminderte Mensch um Hilfe sondern seine Betreuungsperson (Schmidt & Meir, 2014). Deswegen werden im diagnostischen Prozess neben den Äußerungen des Betroffenen auch die Informationen dritter Personen (Fremdanamnese) eingeholt (Došen, 2010). Im diagnostischen Prozess werden oft die Problemerkahrungen im Lebensumfeld des Betroffenen von den Betreuern in den Vordergrund gerückt. Diese gilt es jedoch von der Symptomatik des intelligenzgeminderten Menschen zu unterscheiden. Eine zusätzliche Herausforderung stellt auch der oftmalige Wechsel von Betreuungspersonen dar. Dies ermöglicht es selten Informationen zu früheren Zeiten einzuholen (Schmidt & Meir, 2014).

Tabelle 6: *Untersuchungsschema für die integrative Diagnostik*

<ol style="list-style-type: none">1. <i>Anamnese</i><ul style="list-style-type: none">- Beschreibung des Problems- Milieubedingungen- medizinische Familienanamnese- Beschreibung der Entwicklung (mit besonderem Augenmerk hinsichtlich der verschiedenen Entwicklungsphasen)- Beschreibung der heutigen Situation (was erzählt der Patient selbst und was erzählen andere)2. <i>Beobachtung des Verhaltens</i>3. <i>Körperliche Untersuchungen</i> (allgemeine körperliche und neurologische Untersuchungen einschließl. genetischer Diagnostik; weitergehende Diagnostik evtl. motorischer und sensorischer Abweichungen sowie psychosozialer Funktionseinschränkungen)4. <i>Psychologische und heilpädagogische Untersuchung</i><ul style="list-style-type: none">- kognitives Entwicklungsniveau- soziales Entwicklungsniveau und Anpassungsfähigkeit des Verhaltens (adaptives Verhalten)- emotionales Entwicklungsniveau- Persönlichkeitsentwicklung und Persönlichkeitsmerkmale- neuropsychologische Untersuchung- Verhaltensanalyse5. <i>Psychiatrische Untersuchung</i><ul style="list-style-type: none">- Bewusstseinsqualität- Orientierung zu Zeit, Ort und Person- formale Denkstörungen- Störungen des Gefühlslebens- Störungen von Wille und Motivation- Störungen von Motorik und Haltung- Störungen physiologischer Funktionen- Störungen sensorischer Funktionen- Verhaltenseigenschaften (Persönlichkeitszüge)- basale emotionale Bedürfnisse und Motivationen- basale Lebensprobleme- Copingmechanismen- Interaktionsmuster6. <i>Untersuchung der schulischen und beruflichen Leistungsfähigkeit</i>7. <i>Untersuchung der Lebensbedingungen</i>8. <i>Andere relevante Untersuchungen</i>
--

Došen, (2010). *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung: Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene.* (S. 66). Göttingen: Hogrefe.

Weitere Besonderheiten der Diagnostik bei geistig behinderten Menschen liegen in der eingeschränkten Kommunikation und der ungenügenden Introspektionsfähigkeit. Dies erschwert häufig die Exploration des Betroffenen. Darüber hinaus beantwortet der Betroffene die Fragen des Untersuchers oft im Sinne der sozialen Erwünschtheit. In einigen Fällen bestehen die Antworten intelligenzgeminderter Menschen auch aus den letzten Wörtern der Frage - eine sogenannte echolalische Wiederholung. Die Frage wird dadurch nur scheinbar beantwortet. Infolgedessen ist die Fremdanamnese für den diagnostischen Prozess mit von großer Bedeutung. Aufgrund dieser Besonderheiten streckt sich die Zeit der Exploration über eine längere Dauer, aber auch das verlangsamte Sprach- und Denkvermögen geistig behinderten Menschen tragen zu einem höheren Zeitaufwand bei. Um so wenig wie möglich für Ablenkung bei der Diagnostik zu sorgen, sollte eine reizarme Umgebung gewählt werden. Untersuchungen von bildgebenden Verfahren (apparative Diagnostik) wie z.B. die Blutentnahme, die Elektroenzephalografie (EEG), die Magnetresonanztomographie (MRT) als auch das Elektrokardiogramm (EKG) können eine besondere Herausforderung sein insbesondere, wenn der Betroffene keine Einsicht für seine Erkrankung zeigt und ihm die Notwendigkeit der Untersuchungen nicht nachvollziehbar erscheint. Die Kooperationsbereitschaft des geistig behinderten Menschen kann somit zum Teil sehr begrenzt sein. Darüber hinaus wird die Kooperationsbereitschaft auch von dem Schweregrad der Intelligenzminderung beeinflusst (Schmidt & Meir, 2014).

Neben den Besonderheiten steht die Diagnostik geistig behinderter Menschen auch vor einigen Problemen. Bei vielen intelligenzgeminderten Menschen sind häufig Verhaltensauffälligkeiten anzutreffen. Die Interpretation der Verhaltensauffälligkeiten kann den Untersucher vor Schwierigkeiten stellen. Die Verhaltensauffälligkeiten sind zum einen oft unspezifisch und zum andern können Symptome, die psychiatrischen Krankheitsbildern entsprechen durch bestehende medikamentöse Behandlungen und körperliche Begleiterkrankungen hervorgerufen werden. So kann wie Schmidt und Meir (2014, S. 31) darauf hinweisen: „eine erhebliche psychomotorische Unruhe nicht nur Ausdruck einer psychiatrischen Erkrankung (z.B. agitierte Depression) sein, sondern auch durch körperliche Schmerzen (Otitis media, vereiterter Zahn), massive Obstipation . . . oder durch eine Neuroleptika bedingte Akathisie hervorgerufen werden.“ In den meisten Fällen sind Verhaltensauffälligkeiten nur an einer bestimmten Umgebung beobachtbar wie z.B. im Wohnheim. Dahingegen treten die Verhaltensauffälligkeiten an anderen Orten wie z.B. zuhause bei den Eltern nur geringfügig oder überhaupt nicht auf (Schmidt & Meir, 2014).

Eine Erklärung, warum das Verhalten nur im Wohnheim zu beobachten ist wäre, dass dieser Ort einen photogenen Faktor verkörpert. Aus einer anderen Perspektive könnte die Erklärung auch darin liegen, dass sich der geistig behinderte Mensch in seinem Wohnheim so geborgen fühlt, dass er dort seine Symptome ohne Angst zeigen darf und zuhause bei seinen Eltern aus Freude sehr darum bemüht ist die auffälligen Verhaltensweisen zu verbergen. Dieses Phänomen stellt insbesondere bei der stationären Behandlung ein Problem dar. Häufig treten hier die Verhaltensauffälligkeiten des geistig behinderten Patienten erst nach einigen Tagen der Eingewöhnung auf. Dies hat zur Folge, dass sie dann oftmals vorschnell entlassen werden, obwohl sie dringlich einer Behandlung bedürfen (Schmidt & Meir, 2014).

Weitere Probleme, die bei der Diagnostik geistig behinderter Menschen auftreten können, sind:

- *Diagnostic overshadowing*: wenn die Symptome einer psychischen Störung nicht erkannt bzw. irrtümlicherweise dem Verhalten der geistigen Behinderung zugeordnet werden. Zum einen resultiert dieser Irrtum gelegentlich aus einem Mangel an praktischen Erfahrungen und Unwissenheit seitens des Untersuchers, zum anderen aber auch aus einer geringfügigen Wertschätzung gegenüber geistig behinderten Menschen (Seidel, 2014b).
- *Behavioral overshadowing*: Die auffälligen Verhaltensweisen werden nicht als symptomatischer Ausdruck einer körperlichen oder psychischen Erkrankung wahrgenommen, sondern es wird den Personen die Absicht unterstellt, Aufmerksamkeit zu erhalten (Seidel, 2014b).
- *Baseline exaggeration*: vorher bestehende Verhaltensauffälligkeiten treten durch den Beginn einer psychischen Störung verstärkt auf. Als Beispiel benennen Schmidt und Meir (2014) stereotype Verhaltensweisen, wie ein geringfügiges Schaukeln des Oberkörpers. Eine psychotische Störung könnte dies verstärken, so dass der geistig behinderte Mensch anstatt mit dem Oberkörper zu wippen, den Kopf an die Wand schlägt und sich dabei zusätzlich körperliche Verletzungen zuzieht.
- *Underreporting*: durch eingeschränkte Kommunikation und Introspektion des Betroffenen können nicht beobachtbare Symptome psychischer Störungen wie z.B. Halluzinationen oder Zwangsgedanken nicht ausreichend mitgeteilt werden und fließen somit nicht in den Prozess der Diagnostik mit ein (Schmidt & Meir, 2014).

Abschließend ist anzumerken, dass die Besonderheiten und Probleme der Diagnostik einer psychischen Störung bei geistig behinderten Menschen erhebliche Auswirkungen auf die Versorgung im Sinne einer Fehl- oder Unterversorgung haben können (Seidel, 2014b).

5.6 Psychopharmaka bei psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten

Aus der Literatur (Došen, 2010; Seidel, 2014b) gehen zahlreiche Angebote für die Behandlung bzw. Therapie von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistig behinderten Menschen hervor. Die Therapieangebote erstrecken sich von Psychopharmaka, Psychotherapie bis hin zu heilpädagogischen Behandlungsangeboten. Wegen der „bis heute anzutreffenden Auffassung, psychische Auffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung seien nur medikamentös, aber nicht psychotherapeutisch behandelbar und pädagogisch lediglich durch verhaltenstherapeutisch orientierte Verstärkerprogramme zu behandeln“ (Wunder, 2014, S. 29), bezieht sich das Kapitel auf die Therapie mittels Psychopharmaka und insbesondere über die Verwendung von Psychopharmaka bis hin zur Polypharmazie.

Für die Indikation von Psychopharmaka muss eine Störungsdiagnose nach ICD-10 oder DSM-V vorliegen (Došen, 2010). Jedoch ist oftmals das Stellen einer Diagnose wegen der eingeschränkten Kommunikation seitens des geistig behinderten Menschen nicht möglich. In solchen Fällen orientiert sich die Verwendung von Psychopharmaka an einer Verdachtsdiagnose auf den zugrundeliegenden Zielsymptomen (Dose, 2003). Die Gruppe der Psychopharmaka, ihre Einsatzgebiete und die Nebenwirkungen sind sehr vielfältig, und sind in Tabelle 7 dargestellt. Aufgrund der zahlreichen Nebenwirkungen, werden in Tabelle 7 nur relevante Nebenwirkungen benannt. Trotz der vielen Nebenwirkungen und der zum Teil Abhängigkeitsentwicklungen tragen Psychopharmaka zu einer verbesserten Lebensqualität bei geistig behinderten Menschen mit einer psychischen Störung bei (Dose, 2003). Jedoch findet der Einsatz von Psychopharmaka bei geistig behinderten Menschen mit psychischen Störungen und oder Verhaltensauffälligkeiten zum Teil eine recht großzügige und unbedenkliche Anwendung (Seidel, 2011). Darüber hinaus nimmt ein Großteil der betroffenen mehr als nur ein Präparat zu sich (Polypharmazie), was sich auch in den folgenden Ergebnissen widerspiegelt.

- *Psychopharmaka Verordnungen und Polypharmazie bei geistig behinderten Menschen:*
 - ❖ Aus einer Untersuchung von Lott et al. (2004) geht hervor, dass 62% der Studienpopulation eine ärztliche Verordnung für mehr als ein Psychopharmakon-Präparat und 36% drei und mehr ärztliche Verordnungen für Psychopharmaka erhielten.
 - ❖ Auch die Untersuchung von Häßler im Jahr 2000 an 3 Betreuungseinrichtungen in Deutschland zeigt den Einsatz von Psychopharmaka. In der Betreuungseinrichtung Erlenhof bekamen von 126 Bewohnern fast die Hälfte, mehr als ein Psychopharmakon. In der Betreuungseinrichtung „Haus Oberlin“, n=58, waren es 23,1%. Im Michaelshof

erhielten 27,0% von 128 Bewohnern mehrere Medikamente. „Insgesamt erhielten 32,9% der leichten, 29,1% der mittelgradigen und 50,9% der schwer geistig Behinderten Psychopharmaka (Häßler, 2006, S108).“ Darüber hinaus befanden sich 67 Bewohner in der Untersuchung, bei denen festgestellt wurde, dass sie keine dokumentierte Verhaltensauffälligkeit und keine dokumentierte psychische Störung hatten und trotzdem Psychopharmaka erhielten (Häßler, 2006).

- ❖ Hennicke (2008) untersuchte mittels eines Fragebogens in 16 Berliner Wohnstätten den Einsatz von Psychopharmaka. Die Mitarbeiter füllten zusätzlich zu den soziodemographischen Daten eine Aufstellung der gegenwärtig verabreichten Medikamente aus (Dauermedikation, Tagesdosis, Dauer und Art der Behandlung, Bedarfsmedikation, Medikamentennamen). Insgesamt gingen die Daten von 547 vollstationär wohnenden Bewohnern ein. Im Durchschnitt erhielten 34,4% der Heimbewohner Psychopharmaka, darunter dominierten Neuroleptika. Der Anteil der Bewohner, die mehr als ein Psychopharmakon erhielten, lag bei 62,5%.

Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Verwendung von Psychopharmaka und insbesondere der Polypharmazie bei geistig behinderten Menschen mit psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten. So können, wie Häßler (2006, S. 116) anmerkt: „Bereits in einer Monotherapie . . . viele Nebenwirkungen auftreten, die sich aufgrund zu wenig beachteter und teils auch nicht bekannter und zu wenig untersuchter Interaktionen bei Polypharmazie zu einem kaum beherrschbaren Problem ausweiten.“

Darüber hinaus nahm die Kritik über den breiten Einsatz von Psychopharmaka bei psychischen Störungen und insbesondere bei der Behandlung von herausfordernden Verhalten/Problemverhalten zu (Koniarczyk, 2011). Auch Die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie weist in ihrem Memorandum „Zur Anwendung von Neuroleptika“ (2012, S.10) daraufhin, dass: „Die Anwendung von Neuroleptika zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung . . . muss aufgrund neuerer Studien wegen fehlender Wirksamkeit oder erheblicher Nebenwirkungen kritisch bewertet werden“.

Tabelle 7: Übersicht ausgewählter Psychopharmaka nach ihrer Wirkung und ausgewählter Nebenwirkungen

Einteilung der Psychopharmaka		Nebenwirkungen
Antidepressiva:	Hauptindikation depressive Störungen, Zusatzindikation für Zwangsstörungen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörung, bulimische Essstörung, Schlafstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und Entzugssyndrome.	<ul style="list-style-type: none"> • Obstipation, übermäßige Schweißproduktion, Mundtrockenheit, Unruhe, Angst, Schlafstörungen. Bei Langzeiteinnahme können Gewichtszunahme und sexuelle Funktionsstörungen auftreten. • Vorsichtige Indikationsstellung bei Polypharmazie
Phasenprophylaktika:	(Stimmungsstabilisierer) dienen der Linderung oder Verhinderung affektiver Störungen. Zu den Phasenprophylaktika gehören: Lithium, Valproinsäure, Carbamazepin, Lamotrigin	<ul style="list-style-type: none"> • Lithium: kognitive Störungen, feinschlägiger Tremor, Gewichtszunahme, • Carbamazepin: zentralnervöse Bewegungsstörungen (z.B. Tics), Konzentrationsstörungen, Müdigkeit, Schwindel, Ataxie. • Lamotrigin: Tremor, Ataxie, Kopf- u. Gelenkschmerzen, Schlaflosigkeit, Agitiertheit, Schläfrigkeit
Antipsychotika (Neuroleptika)	<p>Neuroleptika dienen der Verminderung von psychotischen Symptomen wie z.B. Halluzinationen und Wahn. Antipsychotika können nach chemischer Struktur, neuroleptischer Potenz (nur bei klassischen Antipsychotika) und in klassische und atypische Neuroleptika eingeteilt werden.</p> <p>Chemische Grundstruktur klassischer und atypischer Antipsychotika: Thioxanthene, Phenothiazine, Diphenylbutylpiperidene, Butyrophenone</p> <p>Neuroleptischer Potenz: Der Grad der Potenz gibt die antipsychotische Wirkung und Sedierung an.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niederpotent: sedierende Eigenschaft, geringe antipsychotische Wirkung (z.B. Chlorpromazin (100)) • Mittelpotent: sedierende Eigenschaft • und antipsychotische Wirkung (z.B. Perazin (130)) 	<ul style="list-style-type: none"> • Klassische und atypische Antipsychotika: Extrapyramidal-motorische Störungen (EPMS). • Angaben für einen optimalen Dosisbereich bei Schizophrenie mit klassischen Antipsychotika liegen zwischen 300 u. 800mg Chlorpromazin-Aquivalenten Tagesdosis (hohes Risiko für EPMS). • Klassische und atypische Antipsychotika: atypische Antipsychotika zeichnen sich gegenüber den klassischen mit einem verbesserten Wirkverhältnis zum Nebenwirkungsrisiko aus.

	<ul style="list-style-type: none"> • Hochpotent: keine sedierende Eigenschaft, gute antipsychotische Wirkung (z.B. Haloperidol (2)) 	
Einteilung der Psychopharmaka		Nebenwirkungen
Anxiolytika:	<p>angst- und spannungslösende Substanz.</p> <p>chemische Einteilung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepine wie z.B. Diazepam wirken unmittelbar sedierend, muskelrelaxierend, schlafinduzierend, angst- und spannungslösend • Hydroxyzin: sedierende, angst- und spannungslösende Eigenschaften • Opipramol: angstlösende, beruhigende und geringe stimmungsaufhellende Wirkung. Zur Behandlung von Somatisierungsstörungen und generalisierten Angststörungen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepine: hohes Abhängigkeitsrisiko, nicht als Dauermedikation geeignet. • langfristiger Konsum: kognitive Störungen, Sedierung, chronische Antriebschwäche • Hydroxyzin: kognitive Störungen, Schwindel, paradoxe Reaktionen, Sedierung
Hypnotika	Schlaferzeugende Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> • Verwirrheitszustände, Müdigkeit, Schwindel, Tinnitus, Tremor
Psychostimulanzien	Z.B. Amphetamine wirken für eine kurze Zeit Leistungs- und Konzentrationsfördernd. Zur Behandlung von Narkolepsie, ADHS und Schlafapnoe Syndroms	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko für Abhängigkeitsentwicklung • Akkomodationsstörungen, Hypertonie, Insomnie • Gefahr bei Absetzung: Psychoseinduktion, Tics, Krampfanfälle

(Vernaleken, Schneider & Niebling, 2012)

Die American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) gab in ihrem 1999 veröffentlichten Diagnostik und Therapierichtlinien für die Praxis bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen Menschen mit einer geistigen Behinderung und psychischen Störung mitunter eine Liste von medikamentösen Nebenwirkungen die bei geistig behinderten Menschen häufiger vorkommen heraus. Darunter waren bei den Medikamenten Aminophyllin, Clobazam, Gabapentin (Antiepileptikum), die Nebenwirkung von Aggressionen, bei Phenobarbital Aggressionen und selbstverletzendes Verhalten und bei Antipsychotika selbstverletzendes Verhalten aufgeführt.

(Szymanski, King, Bernet, et al., 1999)

6 Wirksamkeit von Psychopharmakotherapie

In dem Recherchezeitraum wurden 2 systematische Übersichtsarbeiten und 1 Studien zur Wirksamkeit von Psychopharmaka bei Problemverhalten (Aggression und selbstverletzendes Verhalten) gefunden die im Internet zur freien Verfügung standen und die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten

- Brylewski und Duggan (1999) finden in Ihrer systematischen Überprüfung nach randomisierten kontrollierten Studien (RCT) zu der Behandlung von herausforderndem Verhalten bei geistig behinderten erwachsenen Menschen mit Antipsychotika drei Studien (aus den Jahren 1975, 1977, 1994). Aus der Überprüfung der Studien geht für Brylewski und Duggan kein Nachweis für die Wirksamkeit oder Unwirksamkeit der antipsychotischen Behandlung von herausforderndem Verhalten hervor (Brylewski & Duggan, 1999).
- Häßler, Buchmann und Bohne (2002) untersuchten die Effektivität von Risperidon bei 20 geistig behinderten Menschen mit selbstverletzendem Verhalten sowie fremd und verbal Aggressionen. Der Durchschnittliche IQ lag bei 53. Aufgrund einer fehlenden Langzeiteffizienz wurden 3 der 20 Patienten auf ein anderes Medikament umgestellt. Die Behandlungsdauer mit Risperidon lag im Durchschnitt bei 35 Monaten, dabei betrug die durchschnittliche Dosierung von Risperidon 3-6 mg am Tag. Über den Behandlungszeitraum wurden die zusätzlichen Medikamente der Patienten konstant gehalten, lediglich fanden kurzzeitig wechselnde Bedarfsmedikationen statt. Das Ergebnis von Risperidon zur Behandlung von Fremd- und Verbalaggressionen zeigt über den Behandlungszeitraum keine signifikante Veränderung (n.s), jedoch konnte die Effektivität von Risperidon bei selbstverletzendem Verhalten ($p < 0,001$ sehr signifikant) und bei Aggressivität gegen Gegenstände ($p < 0,05$ signifikant) nachgewiesen werden. Für die Gesamtgruppe ($n=17$) verbesserten sich die Punkte im DAS-Test (Disability Assessment Schedule) im vorher-nachher-Vergleich um 22,3% mit einer Signifikanz von $p < 0,001$. Das klassische Antipsychotika Zuclopenthixol scheint dem Risperidon zur Behandlung von Fremdaggressionen überlegen zu sein. Aus diesem Grund ergibt sich für die Autoren die Überlegung, die beiden Psychopharmaka-Präparate miteinander zu kombinieren (Häßler, Buchmann & Bohne, 2002).

- Roy, Hoffman, Dudas und Mendelowitz (2013) suchten mittels einer Literaturrecherche Studien zur Wirksamkeit zur Therapie mit Psychopharmaka bei erwachsenen geistig behinderten Menschen mit Aggressionen. Unter den insgesamt 42 Studien befanden sich 10 randomisierte kontrollierte Studien. Insgesamt liegen zu wenig Daten vor, um gesicherte Aussagen über die Wirksamkeit der Behandlungen treffen zu können
 - *Randomisierte kontrollierte Studien:* Es wurden 6 Studien mit atypischen Antipsychotika, 3 Studien in denen Stimmungsstabilisierer und 1 in der Antidepressiva zur Behandlung von Aggressionen und selbstverletzendem Verhalten gefunden. Von den 6 Studien wurden in 3 Risperidon mit Placebo verglichen. Eine einzige Studie verglich Risperidon mit Haloperidol und Placebo. Diese Studie war hinsichtlich ihrer gesamten Wirkung mit $p=0.06$ nicht signifikant. Im Gegenzug dazu waren die Effekte zur Behandlung von Aggression zweier Studien in denen Risperidon verwendet wurde mit $p<0.05$ signifikant. Eine weitere Studie verglich Risperidon mit Olanzapin, beide Medikamente wirkten positiv auf Aggressionen und selbstverletzendes Verhalten. Risperidon zeigte gegenüber dem Olanzapin jedoch eine bessere Wirkung. Des Weiteren wurde in 3 Studien Lithium mit Placebo verglichen, auch hier zeigte sich bei der Verwendung von Lithium eine positive Wirkung auf aggressives Verhalten ($p=0.002$). Bei der einzigen Studie mit Antidepressiva verringerten sich bei 6-8 Personen die aggressiven Verhaltensweisen um 50%, jedoch wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe und der Behandlungsgruppe gefunden (Roy, Hoffman, Dudas & Mendelowitz 2013).

Aus Tabelle 8 gehen die wichtigsten Fakten als Übersicht hervor. Der überwiegende Teil der Ergebnisse zeigt eine signifikante Wirkung, jedoch gehen aus den Berichten keine Effektstärken zur Wirksamkeit hervor. Das dominierende Psychopharmakon bei selbstverletzenden als auch bei aggressiven Verhaltensweisen ist Risperidon.

Tabelle 8: Übersicht der Ergebnisse zur Wirksamkeit von Psychopharmaka bei geistig Behinderten mit herausforderndem, aggressivem und selbstverletzendem Verhalten.

Autor/en und Publikationsjahr	Patientengruppe, die untersucht wurde	Intervention (Art, Intensität, Dauer)	Falls Kontrollgruppe Beschreibung	Kernergebnis
Brylewski und Duggan (1999) Systematische Übersichtsarbeit (3 RCT)	geistig behinderte Menschen mit herausfordernden Verhalten	Antipsychotika	Placebo	kein Nachweis für die Wirksamkeit oder Unwirksamkeit
Häßler, Buchmann und Bohne (2002) Retrospektiv Studie	geistig behinderte Menschen mit aggressiven und selbstverletzenden Verhalten	Risperidon durchschnittl. Tagesdosis 3-6 mg 35 Monate lang	keine Kontrollgruppe	Aggressivität gegen Personen n.s. Aggressivität gegen Gegenstände $p < 0,05$ verbale Aggressivität n.s. Autoaggressivität $p < 0,001$ Aggressivität gesamt $p < 0,01$ Der DAS-Test zeigt im vorher-nachher Vergleich eine Verbesserung um 22,3 Punkte mit $p < 0,001$
Roy, Hoffman, Dudas und Mendelowitz (2013) Systematische Übersichtsarbeit (10 RCT)	geistig behinderte Menschen mit Aggressionen	3x Risperidon	Placebo	nur 2 von 3 Studien zeigten gegenüber dem Placebo eine Besserung von aggressiven Verhalten $p < 0,05$
		1x Risperidon, Haloperidol	Placebo	Ergebnisse nicht signifikant (n.s.)
		1x Risperidon	Olanzapin	beide Medikamente wirkten positiv auf aggressive und selbstverletzende Verhaltensweise, Risperidon hatte eine stärkere Wirkung
		3x Lithium	Placebo	Lithium positive Wirkung ($p < 0,002$)
		1x Antidepressiva	Placebo	bei 6-8 Probanden Reduktion der Aggressionen um 50%, keine signifikanten Unterschiede zwischen Kontroll-u. Behandlungsgruppe

7 Stand der Psychotherapieforschung bei geistig behinderten Menschen mit einer psychischen Störung oder Verhaltensauffälligkeiten

In dem Recherchezeitraum wurden 11 Studien gefunden die dem Einschlusskriterium in wissenschaftlichen publizierten Zeitschriften von 2003 bis 2013 entsprachen. Eine Studie zur kognitiven Verhaltenstherapie bei geistig behinderten Menschen mit Schizophrenie von Haddock, Lobban, Hatton und Carson (2004) wurde auf Grund nicht ausreichender quantitativer Ergebnisse nicht in die nähere Betrachtung aufgenommen. Auch eine Studie zur kognitiven Verhaltenstherapie bei geistiger Behinderung mit Depressionen und Angststörungen von Hassiotis et al. (2011) konnte aufgrund der noch nicht vollendeten Untersuchung und somit fehlender Ergebnisse nicht einbezogen werden.

Insgesamt wurden neun Studien in die nähere Betrachtung aufgenommen, die den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen. Die neun Studien setzen sich aus zwei Metaanalysen, einer psychodynamischen und sechs Studien zum kognitiven Bereich zusammen. Die Ergebnisse der Studien sind in tabellarischer Form aufgeführt und werden aus den Tabelle 9 bis Tabelle 17 ersichtlich.

Tabelle 9: *Metaanalyse (Prout & Nowak-Drabik, 2003)*

Prout, H.T. & Nowak-Drabik, K.M. (2003). Psychotherapy with persons who have mental retardation: An evaluation of effectiveness. <i>American Journal on Mental Retardation</i> , 108(2), 82-93.	
Anzahl und IQ	92 Studien in Metaanalyse enthalten, davon 9 relevant
Störungsbild	keine Angaben
Behandlung	diverse
Wie lange	Metanalyse (zwischen 1970 bis 2000)
Design	Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Metaanalyse. Es wurden 92 Studien ausgewertet, allerdings entsprachen nur 9 Studien aus den Jahren 1980-1994 allen Kriterien. Zusammenfassend lässt sich sagen: <ul style="list-style-type: none"> • Dominanz von Fallstudien • Wenig Kontrollgruppen • Interventionen sind häufig vage beschrieben • Sehr wenig manual basierte Interventionen • Ergebnisse sind unpräzise dargestellt • Die abgeleiteten Ergebnisse beruhen auf wenigen aussagekräftigen Daten
Ergebnisse	Zentrale Ergebnisse: Moderate Effekte, d.h. kleine Effekte welche unabhängig vom Alter, dem Ausmaß der geistigen Behinderung, und der Technik und der Theorie der Behandlung waren. Die Ergebnisse genügen, um Psychotherapie bei geistig behinderten Menschen zu empfehlen. Gleichzeitig Forderung nach besseren Studien.
Effektstärken	Moderate Effekte. Effektmaße wurden wie folgt berechnet: (Mittelwert vor Behandlung minus Mittelwert nach Behandlung) geteilt durch Standardabweichung der Kontrollgruppe.

Tabelle 10: *Psychodynamische Psychotherapie (Beail, Warden, Morsley & Newman, 2005)*

Beail, N., Warden, S., Morsley, K. & Newman, D. (2005). Naturalistic Evaluation of the Effectiveness of Psychodynamic Psychotherapy with Adults with Intellectual Disabilities. <i>Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities</i> 18, 245–251.	
Anzahl und IQ	20 Probanden (17 Männer, 3 Frauen), geistige Behinderung, IQ nicht näher angegeben.
Störungsbild	Die Probanden befanden sich in Behandlung wegen: aggressives Verhalten, selbstverletzendes Verhalten, sexuell unangemessenes Verhalten, herausforderndes Verhalten, psychotisch/bizarres Verhalten, Depression, Bulimie, Zwangsstörung, spezifische Phobie, Trauer und schizoaffektive Störung
Behandlung	Psychodynamische Psychotherapie
Wie lange	Kein definiertes Ende der Behandlung
Design	Offenes Studiendesign mit einer 3-Monats-Follow-up-Periode. Einzelsitzungen wurden einmal wöchentlich für 50 Minuten durchgeführt. Die Anzahl der Sitzungen lag zwischen 5 und 48. Messwerte wurden zu Beginn, am Ende und nach 3 Monaten aufgenommen. Als Messmethode wurden folgende Tests durchgeführt: <ul style="list-style-type: none"> • Symptom Checklist SCL-90-R • Global Severity Index GSI • Inventory of Interpersonal Problems IIP-32 • Rosenberg Self-Esteem Scale
Ergebnisse	Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass sich die Messwerte positiv verändert haben. Darüber hinaus wurde aufgezeigt, dass psychodynamische Psychotherapie in der klinischen Routinepraxis eine signifikante Reduktion der psychischen Belastung erzeugen kann, und darüber hinaus eine Verbesserung zwischenmenschlicher Funktion sowie eine Erhöhung des Selbstwertgefühls bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung bewirken kann. In der Studie wurde die Behandlungsdauer nicht auf einen fest vorgegebenen Wert beschränkt und schwankte teilweise sehr stark was zum einen auf eine heterogene Gruppenzusammensetzung und zum anderen auf die Tatsache zurückzuführen ist, dass die notwendige Dauer bei psychodynamischer Psychotherapie stark von den individuellen Fortschritten und des Zugangs zu den Teilnehmern abhängig sind. Es wurde empfohlen, weitere Studien durchzuführen, um die Validität und Aussagefähigkeit genauer zu überprüfen.
Effektstärken	Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass der durchschnittliche GSI-Wert der Teilnehmer(Global Severity Index) den Werten von geistig Behinderten entsprach. Dies gibt einen Hinweis auf die klinische und auch die statistische Signifikanz der Ergebnisse. <u>SCL-90-R:</u> Die stat. Auswertung der SCL-90-R Werte (durchschnittl. höchstes Symptom) ergab, dass der Haupteffekt $F(2, 38)=6,6$ mit einer Wahrscheinlichkeit von $p<0,01$ unter der Nullhypothese auftrat. Wahrscheinlichkeitsverteilung: $F(2, 38)=6,6$ Signifikanz: $p<0,01$ (sehr signifikant) Effektstärke: $d=0,71$ (Beginn-Ende)- $d=0,76$ (Beginn-Follow-up) (hoch) <u>SCL-90-R Werte (GSI):</u> Wahrscheinlichkeitsverteilung: $F(2, 38)=8,64$ Signifikanz: $p<0,001$ (hochsignifikant) Effektstärke: $d=0,55$ (Beginn-Ende)- $d=0,78$ (Beginn-Follow-up) (hoch) <u>IIP-32:</u> Wahrscheinlichkeitsverteilung: $F(2, 38)=6,55$ Signifikanz: $p<0,005$ (hochsignifikant) Effektstärke: $d=0,46$ (Beginn-Ende)- $d=1,02$ (Beginn-Follow-up) (hoch) <u>Rosenberg:</u> Wahrscheinlichkeitsverteilung: $F(2, 38)=7,77$ Signifikanz: $p<0,002$ (hochsignifikant) Effektstärke: $d=0,88$ (Beginn-Ende)- $d=0,88$ (Beginn-Follow-up) (hoch)

Tabelle 11: *Trauerintervention (Dowling, Hubert, Whit & Hollins, 2006)*

Dowling, S., Hubert, J., Whit, S. & Hollins, S. (2006). Bereaved adults with intellectual disabilities: A combined randomized controlled trial and qualitative study of two community-based interventions. <i>Journal of Intellectual Disability Research</i> , 50(4), 277-287.	
Anzahl und IQ	Insgesamt 56 Probanden mit leichter-, mittlerer- und schwergradiger geistiger Behinderung. IQ nicht näher angegeben.
Störungsbild	Trauer
Behandlung	Einzeltherapie
Wie lange	15 Sitzungen, 1h pro Sitzung, erst wöchentlich und später im zwei Wochenrhythmus.
Design	<p>Hypothese: Menschen mit geistiger Behinderung würden besser von einer Trauerintervention durch ihr bekanntes Pflegepersonal profitieren als von einer klassischen Trauerberatung.</p> <p>Die Teilnehmer wurden nach dem Zufallsprinzip (Randomisierung) in zwei Gruppen zugeordnet. In Gruppe 1(n=32) wurde die klassische Trauerintervention von Trauerbegleitern angewendet. Den Teilnehmern der zweiten Gruppe (n=24) wurden eine integrierte Trauerintervention angeboten, bei der eine Trauerfallspezifische Unterstützung durch Personen erbracht wurde, die die Teilnehmer bereits gut kannten (z.B. Pfleger oder Familie)</p> <p>Die Messwerte wurden von beiden Gruppen vorher und nachher mit folgenden Methoden quantitativ erhoben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ABC, Aberrant Behavior Checklist • HoNOS-LD, Health of the Nation Outcome Scales for People with Learning Disabilities <p>Die Ergebnisse der Teilnehmer aus beiden Methoden wurden mit dem Wilcoxon Signed Rank Test (bei ABC-C) und t-Tests (bei <i>HoNOS-LD</i>) vorher und nachher miteinander verglichen.</p>
Ergebnisse	<p>Im Gegensatz zu der Ausgangshypothese zeigte der Gruppenvergleich des ABC post-Tests im Nachhinein eine signifikante Verbesserung der Werte der klassischen Trauerintervention sowie keine Verbesserung oder sogar eine Verschlechterung bei der integrierten Trauerintervention.</p> <p>ABC: Vergleich Klassische Trauerintervention - Integrierte Trauerintervention (delta)</p> <p>Reizbarkeit: Unterschied=7,1; 95% CI=3,4 bis 10,7; p>0,001</p> <p>Lethargie: Unterschied=7,4; 95% CI=3,1 bis 11,7; p=0,001</p> <p>Stereotypie: Unterschied=2,3; 95% CI=0,4 bis 4,2; p=0,020</p> <p>Hyperaktivität: Unterschied=6,5; 95% CI=2,1 bis 10,8; p=0,005</p> <p>unangem. Sprache: Unterschied=-0,5; 95% CI=-3,8 bis 2,9; p=0,781</p> <p>Auch beim HoNOS-LD post-Test zeigte die klassische Trauerintervention eine signifikante Verbesserung. Die Werte der integrierten Intervention zeigten dagegen keine signifikante Verbesserung.</p> <p>HoNOS-LD: Vergleich Klassische Trauerintervention - Integrierte Trauerintervention (delta) Unterschied=7; 95% CI=1,9 bis 12,1; p=0,009</p>
Effektstärken	<p>Die Studie enthält keine konkreten Angaben zur Effektstärke.</p> <p>Die Auswertung der Messwerte aus dem ABC-Test und dem HoNOS-LD kann dem Abschnitt „Ergebnisse“ entnommen werden.</p>

Tabelle 12: *Dialektisch-Behaviorale Therapie (Lew, Matt, Tripp-Tebo & Watts, 2006)*

Lew, M., Matt, C., Tripp-Tebo, C. & Watts, D. (2006). Dialectical behavior therapy (DBT) for individuals with intellectual disabilities: A program description. <i>Mental Health Aspects of Developmental Disabilities</i> , 9(1), 1-13.	
Anzahl und IQ	8 Frauen, davon 7 mit diagnostizierter leichter Intelligenzminderung und 1 mit mittelgradiger Intelligenzminderung
Störungsbild	Major Depression (38%) und schizoaffektive Störungen
Behandlung	Für die Untersuchung wurde ein Programm basierend auf dem dialektisch-behavioralen Programms, das ursprünglich für die Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung konzipiert war, weiterentwickelt. Die Behandlung richtete sich nach den BDT Standards <ul style="list-style-type: none"> • Einzeltherapie (1h pro Woche pro Patient) • Fähigkeitstraining in der Gruppe (2-2,5h pro Woche) • Coaching in der Krise (Bei jedem Vorfall - Arzt war 24h/Tag erreichbar) • Strukturierung der Umwelt
Wie lange	18 Monate
Design	Bei der DBT werden mit der Gruppe wöchentlich für 2 bis 2½ Stunden Fähigkeiten trainiert. Die Hälfte der Gruppe widmet sich der Vorstellung neuer Fähigkeiten, während der andere Teil die Anwendung der Fähigkeiten übt. Der Ablauf ist dabei sehr strukturiert. Die Daten (Fragenkatalog mit 22 von 87 Fragen) wurden zu Beginn und dreimal hintereinander im 6 Monats Rhythmus aufgenommen.
Ergebnisse	Von den 22 anfangs gemessenen Fragen erfüllten die Frauen 6 Indikatoren für riskantes Verhalten. Die Anzeichen für riskantes Verhalten hatten sich beim Test nach den ersten 6 Monaten zunächst stark verschlechtert. Das bedeutet, von den 22 Fragen wurden 7 positiver bewertet, bei 3 Fragen blieb die Bewertung gleich und 12 Bewertungen haben sich zunächst verschlechtert. Die Verschlechterung wurde auf die Behandlungsmethode und die Tatsache zurückgeführt, dass Traumata Behandlungen sich über einen längeren Zeitraum erstrecken und somit die Ergebnisse erst später sichtbar werden. Die Bewertungen für selbstverletzendes Verhalten sind jedoch stetig über die Dauer der Studie von 6 auf 2 gesunken. Bei der Messung nach 12 Monaten wurde bei 4 Fragen keine Änderung festgestellt, 4 Fragen wurden negativer bewertet und 12 positiver. Bei der letzten Messung nach 18 Monaten wurden die gleichen Ergebnisse festgestellt. Eine offensichtliche Einschränkung dieser Studie ist die Tatsache, dass nur acht Personen enthalten waren und somit die Aussagekraft begrenzt ist. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Effektivität nicht für die klinische Praxis angelegt ist, sondern eher als Langzeitmodell erfolgreich ist.
Effektstärken	Die Studie enthielt keine Aussage über eine berechnete Effektstärke.

Tabelle 13: *Behandlungsprogramm Depression (McCabe, McGillivray & Newton, 2006)*

McCabe, M.P., McGillivray, J.A. & Newton, D.C. (2006). Effectiveness of treatment programmes for depression among adults with mild/moderate intellectual disability. <i>Journal of Intellectual Disability Research</i> , 50(4), 239-247.	
Anzahl und IQ	Insgesamt 49 Probanden (34 Interventionsgruppe und 15 Kontrollgruppe) mit leichter und mittelgradiger geistiger Behinderung, IQ nicht näher angegeben.
Störungsbild	Depression
Behandlung	Gruppenprogramm
Wie lange	5 Wochen mit je 2h Sitzungsdauer
Design	<p>Randomisierte kontrollierte Studie. Die Daten wurden von beiden Gruppen vorher, nachher und drei Monate später mit folgenden Methoden erhoben (Follow-up-Test nur Behandlungsgruppe):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beck Depression Inventory II (BDI-II) • Social Comparison Scale (SCS) • Rosenberg Self-esteem Scale (RSES) • Automatic Thoughts Questionnaire – Revised (ATQ-R) • Cognitive behavioral intervention programme <p>Mit der Behandlungsgruppe wurden über fünf Wochen (Sitzungsdauer zwei Stunden pro Woche) Gesprächstherapien durchgeführt, in der ein Umfeld geschaffen wurde, in dem sich die Teilnehmer wohl fühlen und gerne offen über ihre persönlichen Belange und Gefühle reden und diese mit den anderen teilen. Darüber hinaus erlernten sie Fähig- und Fertigkeiten um selbstständig ihre Lebensqualität zu steigern.</p>
Ergebnisse	<p>Im ersten Test zu Beginn des Programms erreichten beide Gruppen ähnliche Depressionswerte. Im post-Test unmittelbar nach Programmende lagen die Werte (5,71) für Depressionen der Behandlungsgruppe unter denen des pre-Tests (M=14,56), d.h. sie zeigten im Anschluss weniger depressive Stimmungen als vor der Behandlung. Beim Vergleich der post-Test Werte im Bereich „Soziales“ lagen die Punkte bei der Behandlungsgruppe (M=9,93) höher als bei der Kontrollgruppe (8,80). Dies zeigt auf, dass die Personen, die an der Gesprächspsychotherapie teilnahmen, mehr positive Gefühle in Bezug auf sich selbst wahrnahmen. Ebenso hat bei der Behandlungsgruppe im vorher-nachher-Vergleich (von M=7,03 zu M=4,15) die Häufigkeit von negativen automatischen Gedanken stark abgenommen, während sich bei der Kontrollgruppe keine signifikanten Änderungen herausstellten. Im Follow-up-Test nach drei Monaten haben sich die Werte der Behandlungsgruppe kaum geändert, was ein Anzeichen für die Nachhaltigkeit der Therapie darstellt.</p>
Effektstärken	<p>Der Haupteffekt $F(24, 371) = 4,42$ tritt mit einer Wahrscheinlichkeit von $p=0,001$ unter der Nullhypothese auf. Als Effektstärke wird das partielle Eta Quadrat mit $\eta^2 = 0,24$ angegeben (großer Effekt) Effektstärke $\eta^2 = 0,24$ Wahrscheinlichkeitsverteilung: $F(24, 371) = 4,42$ Signifikanz $p<0,001$ (hoch) Wilks' Lambda = 0,42</p> <p>Nach der Bonferroni Korrektur mit einem alpha level von 0,008 wurden folgende Effektstärken ermittelt: Depression: $F(4, 111) = 28,0$; $p<0,001$; partielles $\eta^2=0,85$ Sozialer Vergleich: $F(4, 111) = 5,13$; $p<0,001$; partielles $\eta^2=0,16$ Häufigkeit negativer automatischer Gedanken: $F(4, 111) = 8,84$; $p<0,001$; partielles $\eta^2=0,24$</p>

Tabelle 14: *Verhaltenstherapie bei herausforderndem Verhalten (Hassiotis et al., 2009)*

Hassiotis, A., Robotham, D., Canagasabey, A., Romeo, R., Langridge, D., Blizard, R., Murad, S. & King, M. (2009). Randomized, single-blind, controlled trial of a specialist behavior therapy team for challenging behavior in adults with intellectual disabilities. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 166, 1278-1285.	
Anzahl und IQ	63 Personen mit leichter- bis schwergradiger geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten, IQ nicht näher angegeben.
Störungsbild	Aggression, herausforderndes Verhalten
Behandlung	Gruppenprogramm
Wie lange	6 Monate
Design	<p>Randomisierte, einfachblinde, kontrollierte Studie.</p> <p>Die Teilnehmer wurden nach dem Zufallsprinzip (Randomisierung) entweder in das Verhaltenstherapie-Team plus Standardbehandlung (n=32, Interventionsgruppe) oder zur Standardbehandlung allein (n=31, Kontrollgruppe) zugeordnet.</p> <p>Das Verhaltenstherapieteam (bestehend aus Verhaltensspezialisten, Ärzten und Verwaltern) verwendete ein mehrdimensionales Modell einschließlich angewandter Verhaltensanalysen und positiver Verhaltensunterstützung ohne auf aversive Strategien zurückzugreifen. Das Standardbehandlungsteam bestand aus interdisziplinären Spezialisten (Psychiater, Gemeindefachkräften, Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten, Allgemeine Psychologen) und bot definierte Standardbehandlungen an.</p> <p>Die primäre Messgröße war herausforderndes Verhalten (Absolut, Reizbarkeit, Lethargie, stereotype Verhalten, Hyperaktivität und unangemessene Sprache) nach der Aberrant Behavior Checklist. Zusätzlich wurden psychische Begleiterkrankungen gemessen. Die Messvorgänge erfolgten zu Beginn, nach drei und nach sechs Monaten. Zusätzlich wurde eine Kostenbetrachtung durchgeführt, die in diese Auswertung nicht miteinbezogen wird.</p>
Ergebnisse	<p>Bei der Betrachtung der transformierten Werte der Aberrant Behavior Checklist lassen sich signifikante Verbesserungen im Allgemeinen, bei Hyperaktivität und Lethargie beobachten. Nichtsignifikante Verbesserungen ergaben sich bei Reizbarkeit, unangemessene Sprache und stereotype Verhalten. Der psychische Zustand der Teilnehmer verbesserte sich über den gesamten Betrachtungszeitraum.</p> <p>In der Interventionsgruppe wurden bei 18,7% komorbide affektive Störungen festgestellt (vergl. Kontrollgruppe 21,9%) und 9,3% bei psychotischen Störungen (vgl. Kontrollgruppe 6,4%). Für organische Störungen ist der Wert von 16% der Kontrollgruppe auf 6,4% der Interventionsgruppe gefallen.</p>
Effektstärken	<p>Bei der Betrachtung der transformierten Hauptwerte der Aberrant Behavior Checklist lassen sich signifikante Verbesserungen finden. Unterschied = -0.89; 95% CI = -1.74 zu -0.04 (kein numerischer Wert für Signifikanz angegeben).</p> <p>Auch bei den transformierten Werten der Lethargie- und Hyperaktivität Subskala lässt sich eine gleichgroße signifikante Verbesserung nachweisen: Lethargie: Unterschied = -0,56; 95% CI = -0,97 zu 0,15; p = 0,008 Hyperaktivität: Unterschied = -0,56; 95% CI = -0,97 zu 0,15; p = 0,008.</p> <p>Bei der Auswertung der anderen Subskalen (Reizbarkeit, unangemessene Sprache, stereotype Verhalten) war eine nichtsignifikante Verbesserung der Messwerte feststellbar.</p> <p>unangem. Sprache: Unterschied = -0,21; 95% CI = -0,50 zu 0,08; p = 0,162 Stereotypie: Unterschied = 0,06; 95% CI = -0,33 zu 0,45; p = 0,764 Reizbarkeit: Unterschied = -0,21; 95% CI = -0,50 zu 0,08; p = 0,162</p>

Tabelle 15: *kognitive Verhaltenstherapie bei Aggression (Taylor, Novaco & Johnson, 2009)*

Taylor, J.L., Novaco, R.W. & Johnson, L. (2009). Effects of intellectual functioning on cognitive behavioral anger treatment for adults with learning disabilities in secure settings. <i>Advances in Mental Health and Learning Disabilities</i> 3 (4), 51-56.	
Anzahl und IQ	n=83 (67 Männer, 16 Frauen). Verbaler IQ durchschnittlich 69
Störungsbild	Aggression
Behandlung	Kognitive Verhaltenstherapie, Einzelgespräche, Gruppen Supervision
Wie lange	Individuell 4-6 Wochen mit 12 Monats-Follow-Up
Design	<p>Unter der Vermutung, dass die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie bei Menschen mit Lernschwierigkeiten bzw. leichter geistiger Behinderung abhängig von den verbale Fähigkeiten sind, wurden insgesamt 18 Sitzungen mit dem gleichen Therapeuten durchgeführt. 6 Vorbereitungssitzungen zur Motivation behandlungsresistenter Patienten und 12 Behandlungssitzungen, in denen die kognitive Restrukturierung sowie die Reduzierung der Aggression und Verhaltensfähigkeiten trainiert wurden.</p> <p>Die Messwerte wurden zu Beginn, vor der Behandlung, nach der Behandlung und nach 12 Monaten mit vier Methoden(NAS, PI, STAXI und WARS) aufgenommen.</p>
Ergebnisse	<p>Zwischen den Messwerten, zu Beginn der Studie und vor der eigentlichen Behandlung wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt.</p> <p>Signifikante Verbesserungen zeigten sich im Vergleich der Messwerte vor- und nach der Behandlung. Besonders bei der Häufigkeit wütender Gefühle, bei der Reizbarkeit und der Wutregulierung wurden Verbesserungen im Behandlungszeitraum erzielt. Die lineare Trendverbesserung setzt sich beim Vergleich der Werte (vorher-nachher und vorher-12-Monats-Follow-up fort. Damit entsprechen die Ergebnisse denen früherer Studien und Unterstützen die Vermutung, dass besonders männliche Patienten von der kognitiven Verhaltenstherapie profitieren.</p> <p>Darüber hinaus konnte mit Ausnahme der NAS kognitiv-Subskala keine signifikante Auswirkung des verbalen IQ auf die Ergebnisse nachgewiesen werden.</p>
Effektstärken	<p>NAS(total=Geistig+Erregung+Verhalten) n=62 Wahrscheinlichkeitsverteilung: F=25,99 Signifikanz: p=0,000 Effektstärke-Korrelationsmaß (Rosnow & Rosenthal): r²=0,55 (groß)</p> <p>STAXI, n=57 Charakter: F=10,33; p=0,002; r²=0,39 (mittel bis groß) Ausdruck: F=26,15; p=0,000; r²=0,56 (groß) Kontrolle: F=14,71; p=0,000; r²=0,46 (groß)</p> <p>PI, n=56 total: F=5,29; p=0,025; r²=0,29 (mittel)</p> <p>WARS Anger Index, n=36: F=9,98; p=0,003; r²=0,47 (groß)</p>

Tabelle 16: *Metaanalyse (Heyvaert, Maes & Onghena, 2010)*

Heyvaert, M., Maes, B. & Onghena, P. (2010). A meta-analysis of intervention effects on challenging behavior among persons with intellectual disabilities. <i>Journal of Intellectual Disability Research</i> , 54(7), 634-649.	
Anzahl und IQ	Metaanalyse: 7 Studien mit 20 oder weniger Teilnehmern, 12 Studien mit 20-50 Teilnehmern und 11 Studien mit mehr als 50 Teilnehmern. Genauere IQ Werte waren nicht angegeben. 16 Studien mit leichter geistiger Behinderung (gB), 14 Studien mit mittlerer gB, 15 Studien mit schwerer gB und 8 mit schwerster gB. In 6 Studien wurden keine Angaben zum Grad der gB gemacht.
Störungsbild	Herausforderndes Verhalten
Behandlung	biologische Intervention, psychotherapeutische Intervention, kontextbezogene Intervention, biologisch-psychotherapeutische Intervention, psychotherapeutische kontextuelle Intervention, biologische kontextuelle Intervention, biologisch-psychotherapeutische kontextuelle Intervention
Wie lange	Die durchschnittliche Zeit zwischen der ersten Messung und der letzten Messung lag in 13 Studien bei unter einem Jahr, bei 10 Studien bei mehr als einem Jahr, bei 7 Studien wurde die Dauer nicht genau spezifiziert.
Design	Metaanalyse mit 30 Studien
Ergebnisse	Aus der Metaanalyse geht hervor, dass alle Interventionen in jeder Studie eine positive Wirkung hatten. Es zeigte sich, dass es keine Überlegenheit von pharmakologischen, psychotherapeutischen und kontextbezogenen Behandlungen, allein oder in Kombination, gab. Es wurden Effektgrößen von $d=0,223$ bis $d=1,411$ festgestellt, was einer Bandbreite zwischen gering und groß entspricht. Alle errechneten Effektgrößen waren jedoch positiv. Nach Anwendung der Zufallseffekt Gewichtung lag die standardisierte mittlere Differenz bei 0,671 bei einem 95% CI von 0,570 bis 0,771 bei mittlerer bis hoher Wirkung (Effektgröße $d=0,5$ bis $d=0,8$). Durchgeführte Sensitivitätsanalysen zeigten, dass dieser Effekt als sehr robust anzusehen ist. Die Varianzanalysen zeigten keine unterschiedlich signifikanten Behandlungseffekte für biologische, psychotherapeutische und kontextbezogene Behandlungen.
Effektstärken	Standardisierter mittlerer Unterschied= $0,671$; 95% CI= 0,570 bis 0,771; Effektstärke 0,5-0,8 $Z (n = 30) = 13,070$, $p < 0,0014$ Damit kann die Nullhypothese (Mittelwert dieser Effekte gleich NULL) zurückgewiesen werden.

Tabelle 17: *kognitive Verhaltenstherapie (Sappok, Milauere, Schade & Diefenbacher, 2010)*

Sappok, T., Voß, T., Milauere, E., Schade, C. & Diefenbacher, A. (2010). Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. <i>Der Nervenarzt</i> , 81, 82-836.	
Anzahl und IQ	Eine Person/Einzelfallstudie, Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (WIE) gesamt IQ 58 (Verbal-IQ 49, Handlungs-IQ 75-Lernbehinderung)
Störungsbild	Spezifische Phobie, ICD-10: F40.2, (Hundephobie) bei gleichzeitiger Intelligenzminderung, ICD-10: F70.0
Behandlung	Psychotherapeutische Behandlung (Einzel) durch In-vivo-Exposition, Einbeziehung des sozialen Umfelds, Kontingenzmanagement und Coping-Strategien.
Wie lange	Behandlungsdauer: 32 Therapiestunden
Design	<p>Vor und nach der Behandlung wurden mit dem Patienten mehrere Tests, bestehend aus den folgenden sieben Messinstrumenten durchgeführt, um die Therapieeffizienz bewerten zu können:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klinisches Interview zur alltagsrelevanten Beeinträchtigung • Angsthierarchiestufe • Abstand zum angstbesetzten Objekt (Hund (m)) • Lebensqualitätsskala • Hamilton-Skala (HAMD) (Fremdbeurteilung von Depression) • Hamilton-Skala (HAMA) (Fremdbeurteilung von Angst) • Panik- und Agoraphobie-Fremdbeurteilungsskala (PAS) <p>Die Behandlung, in der die Person mit dem angstbesetzten Objekt konfrontiert wurde, verlief in vier Phasen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aufbau einer therapeutischen Beziehung, Zieldefinition und Behandlungsauftrag festlegen 2. Angsthierarchie und Bewältigungsstrategien aufstellen 3. In-vivo Exploration im Garten mit Verminderung des Abstandes, Üben von Bewältigungsstrategien 4. In-vivo Exploration im Zimmer mit Verminderung des Abstandes, Festigung von Bewältigungsstrategien
Ergebnisse	Der Zustand des Patienten besserte sich sehr stark. Vor der Behandlung verließ der Patient Phobie bedingt, nicht freiwillig das Haus. Am Ende der Behandlung konnte er einen Hund zwar füttern, jedoch keine liebevolle Beziehung zu ihm aufbauen. Die Messwerte zwischen Anfang und Ende der Behandlung verbesserten sich sehr stark. Die Beurteilung des Behandlungserfolges stellte sich als schwierig heraus, da z.B. die Selbstbestimmungsskala für Angst bei dem Patienten mit geistiger Behinderung nicht angewendet werden konnte. Zusammenfassend muss die Messung der Therapieeffizienz mit den zur Verfügung stehenden Mitteln als unzureichend bezeichnet werden.
Effektstärken	keine quantifizierte Effektstärke angegeben

8 Ergebnisse

Insgesamt lagen neun Studien vor. Diese setzten sich aus zwei Metaanalysen, einer psychodynamischen und 6 kognitive Verfahren zusammen. Anhand der betrachteten Studien lassen sich interessante Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der Behandlung durch Psychotherapie ziehen. Es wurden folgende Störungsbilder psychotherapeutisch behandelt.

- Aggressives Verhalten
- Selbstverletzendes Verhalten
- Sexuell unangemessenes Verhalten
- Herausforderndes Verhalten
- Psychotisch/ bizarres Verhalten
- Depression
- Trauer
- Zwangsstörung
- Bulimie
- Spezifische Phobie
- Schizoaffective Störung

Grundsätzlich kann zusammenfassend ausgesagt werden, dass eine Behandlung mittels Psychotherapie in den betrachteten Fällen wirksam ist und zu großen Teilen einen großen Behandlungserfolg aufweist. Dabei sind die Ergebnisse keinesfalls zufällig sondern es konnte die statistische Genauigkeit durch eine hohe Signifikanz belegt werden. Von den 9 untersuchten Studien enthielten 3 Studien und 2 Metaanalysen quantifizierte Belege von mittleren bis hohen Effektstärken bei großer Signifikanz. Darüber hinaus waren die angegebenen Verbesserungen im vorher-nachher Vergleich in vier Studien sehr groß, was auf eine hohe Wirkung der Behandlung schließen lässt. Damit wird die Vermutung unterstützt, dass die psychotherapeutische Behandlung durchaus eine Alternative zur Pharmakotherapie darstellt.

Stellt man die Ergebnisse der psychotherapeutischen Behandlung mit denen von Pharmakotherapien gegenüber, so lässt sich keine gravierende Überlegenheit in der Wirksamkeit feststellen. Aus der Metaanalyse von Heyvaert, Maes und Onghena (2010), geht hervor, dass alle Interventionen in jeder Studie eine positive Wirkung hatten. Es zeigte sich, dass es keine Überlegenheit von pharmakologischen, psychotherapeutischen und kontextbezogene Behandlungen, allein oder in Kombination, gab. Es wurden Effektgrößen in einer Bandbreite zwischen gering und groß festgestellt. Darüber hinaus zeigen die Analysen, dass diese Werte als sehr robust angesehen werden können.

Darüber hinaus beinhalteten 3 Studien eine Follow-up-Messung mit mittleren bis hohen Effektgrößen. Diese stellen eine Nachhaltigkeit des Therapieerfolgs und somit die Wirksamkeit dar.

9 Diskussion

Die hohen Prävalenzraten von psychischen Störungen bei geistig Behinderten zeigen auf, dass ein hoher Behandlungsbedarf existiert. Psychotherapie hat durch die erwiesene Wirksamkeit das Potential als alternative Behandlungsmethode zum Einsatz zu kommen. Während der genauen Betrachtung wurde jedoch auch deutlich, dass zukünftig noch erhebliche Aufwände im Bereich der Forschung notwendig sind. So sind beispielsweise die diagnostischen Verfahren und besonders die Erhebungsinstrumente, die der Selbsteinschätzung dienen, noch nicht weit genug auf die Belange der Zielgruppe ausgerichtet. Durch die unterschiedlich stark ausgeprägten Intelligenzminderungen, sind nicht alle Tests in gleicher Qualität anwendbar wie bei der Allgemeinbevölkerung. Ebenso müssen zukünftig bedarfsgerechtere Therapieverfahren für die zahlreichen Störungsbilder entwickelt werden, mit denen intelligenzgeminderte Personen behandelt werden.

Bei den gemachten Rückschlüssen der Ergebnisse muss angemerkt werden, dass sich die Aussagen auf wenige Studien mit durchwachsender Qualität und verschiedenen Störungsbildern beziehen. Darüber hinaus waren die untersuchten Stichproben vergleichsweise klein und es wurden nicht in allen Fällen Kontrollgruppen verwendet. Um die Aussagekraft weiter zu verbessern, müssen zukünftig Studien differenzierter betrachtet werden (z.B. mit ähnlichen Störungsbildern und Interventionen).

Zukünftig müssen neben der klinischen Wirksamkeit auch die Kosten und der Nutzen im Vergleich zur Pharmakotherapie betrachtet werden um einen wirtschaftlichen Mehrwert der Psychotherapie auch auf gesundheitspolitischer Ebene aufzeigen zu können.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5™* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Beail, N., Warden, S., Morsley, K. & Newman, D. (2005). Naturalistic Evaluation of the Effectiveness of Psychodynamic Psychotherapy with Adults with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 18, 245–251.
- Brylewski, J. & Duggan, L. (1999) Antipsychotic medication for challenging behavior in people with intellectual disability: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Intellectual Disability Research* 43 (5), 360-371. Zugriff am 06.06.2014 unter <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2788.1999.043005360.x/pdf>
- Cooper, S.A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A. & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry* 190, 27-35. Zugriff am 04.08.2014 unter <http://bjp.rcpsych.org/content/190/1/27.full.pdf+html>
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (2012). *Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zur Anwendung von Neuroleptika* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage) [Broschüre]. Köln: Autor. Zugriff am 28.08.2014 unter http://www.dgsp-ev.de/fileadmin/dgsp/pdfs/Flyer_Infoblatt_KuFo-Programme_Broschueren/Broschuere_Neuroleptika_2012_web.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., überarbeitete Auflage). Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (9. Auflage). Bern: Huber.
- Došen, A. (2010). *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene*. Göttingen: Hogrefe.
- Dose, M. (2003). Psychopharmaka – Wie rational sind weit verbreitete Ängste?. IN M. Koniarczyk & K. Henricke (Hrsg.), *Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eine kritische Standortbestimmung. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 30.03.2001 in Kassel Bd.5* (S. 4-17). Berlin: Eigendruck der DGSGB. Zugriff am 07.04.2014 unter <http://www.dgsgb.de/downloads/band%205.pdf>
- Dowling, S., Hubert, J., Whit, S. & Hollins, S. (2006). Bereaved adults with intellectual disabilities: A combined randomized controlled trial and qualitative study of two community-based interventions. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(4), 277-287.
- Emreson, E. & Hatton, C. (2007). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *British Journal of Psychiatry* 191, 493-499. Zugriff am 04.08.2014 unter <http://bjp.rcpsych.org/content/191/6/493.full.pdf+html>

- Haddock, G., Lobban, F., Hatton, C. & Carson, R. (2004). Cognitive-behavior therapy for people with psychosis and mild intellectual disabilities: A case series. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 282-298
- Häßler, F., Buchmann, J. & Bohne, S. (2002). Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung aggressiven Verhaltens bei Menschen mit geistiger Behinderung mit Risperidon. *Der Nervenarzt*, 73, 278-282.
- Häßler, F. (2006). Polypharmazie in der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. In T. Messer & M. Schmauß (Hrsg.), *Polypharmazie in der Behandlung psychischer Erkrankungen* (S. 103-120). Wien: Springer.
- Häßler, F. (2011). Intelligenzminderung im Erwachsenenalter. In H. J. Möller, G. Laux & H. P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (4., erweiterte und vollständig neu bearbeitete Auflage, S. 1109-1128). Berlin: Springer.
- Hassiotis, A., Robotham, D., Canagasabay, A., Romeo, R., Langridge, D., Blizard, R., Murad, S. & King, M. (2009). Randomized, single-blind, controlled trial of a specialist behavior therapy team for challenging behavior in adults with intellectual disabilities. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1278-1285. Zugriff am 06.06.2014 unter <http://ajp.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3905/09aj1278.PDF>
- Hassiotis, A., Serfaty, M., Azam, K., Strydom, A., Martin, S., Parkes, C, Blizard, R. & King, M. (2011). Cognitive behavior therapy (CBT) for anxiety and depression in adults with mild intellectual disabilities (ID): A pilot randomized controlled trial. *Trials*, 12, 95. Zugriff am 06.06.2014 unter <http://www.trialsjournal.com/content/pdf/1745-6215-12-95.pdf>
- Hennicke, K. (2008). Psychopharmaka in Wohnstätten der Behindertenhilfe – Vermutungen über eine zunehmende unerträgliche Situation. In K. Hennicke (Hrsg.), *Psychopharmaka in der Behindertenhilfe – Fluch oder Segen?. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 9.11.2007 in Kassel Bd. 17* (S. 4-22). Berlin: Eigendruck der DGSGB. Zugriff am 07.04.2014 unter <http://www.dgsgb.de/downloads/band%2017.pdf>
- Hölscher, F. & Schneider, F. (2012). Intelligenzminderungen (F7) und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In F. Schneider (Hrsg.), *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 433 - 440). Berlin: Springer-Verlag.
- Heyvaert, M., Maes, B. & Onghena, P. (2010). A meta-analysis of intervention effects on challenging behavior among persons with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(7), 634-649.
- Holling, H., Preckel, F. & Vock, M. (2004). *Intelligenzdiagnostik* (Bd. 6, Kap. 6). Göttingen: Hogrefe.
- Koniarczyk, M. (2011). Die neuen Psychopharmaka und ihr Nutzen bei Problemverhalten - Eine Übersicht. In M. Seidel (Hrsg.), *Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung - Erfüllte und unerfüllte Versprechen - . Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 12.11.2010 in Kassel Bd. 24* (S. 23-34). Berlin: Eigendruck der DGSGB. Zugriff am 07.04.2014 unter <http://www.dgsgb.de/downloads/band%2024.pdf>

- Lew, M., Matt, C., Tripp-Tebo, C. & Watts, D. (2006). Dialectical behavior therapy (DBT) for individuals with intellectual disabilities: A program description. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 9(1), 1-13. Zugriff am 06.06.2014 unter <http://gra.midco.net/pdkolstoe/MHS/DownloadResources/MHADD06-DBT-IDDPgmDesc.pdf>
- Lingg, A. & Theunissen, G. (2008). *Psychische Störungen und geistige Behinderungen. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis* (5., überarbeitete und aktualisierte Auflage, Kap. 1). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Lott, I.T., McGregor, M., Engelman, L., Touchette, P., Tournay, A., Sandman, C. et al. (2004). Longitudinal prescribing patterns for psychoactive medications in community-based individuals with developmental disabilities: utilization of pharmacy records. *Journal of Intellectual Disability Research* 48(6), 563-571.
- McCabe, M.P., McGillivray, J.A. & Newton, D.C. (2006). Effectiveness of treatment programmes for depression among adults with mild/moderate intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(4), 239-247.
- Prout, H.T. & Nowak-Drabik, K.M. (2003). Psychotherapy with persons who have mental retardation: An evaluation of effectiveness. *American Journal on Mental Retardation*, 108(2), 82-93.
- Roy, D., Hoffman, P., Dudas, M. & Mendelowitz, A. (2013). Pharmacologic Management of Aggression in Adults with Intellectual Disability. *Journal of Intellectual Disability - Diagnosis and Treatment*, 1, 28-43. Zugriff am 28.08.2014 unter http://lifescienceglobal.com/pms/index.php/jiddt/article/download/1467/pdf_4
- Sappok, T., Voß, T., Milauere, E., Schade, C. & Diefenbacher, A. (2010). Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. *Der Nervenarzt*, 81, 82-836.
- Schanze, C. (2014). Intelligenzminderung und psychische Störung – Grundlagen, Epidemiologie, Erklärungsansätze. In C. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und –pädagogen* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 21-29). Stuttgart: Schattauer.
- Schmidt, H. & Meir, S. (2014). Strukturelle und methodologische Besonderheiten in der Diagnostik bei geistig Behinderten. In C. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und –pädagogen* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 30-33). Stuttgart: Schattauer.
- Seidel, M. (2011). Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung – Ein kritischer Problemaufriss. In M. Seidel (Hrsg.), *Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung - Erfüllte und unerfüllte Versprechen - . Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 12.11.2010 in Kassel Bd. 24* (S. 4-21). Berlin: Eigendruck der DGSGB. Zugriff am 07.04.2014 unter <http://www.dgsgb.de/downloads/band%2024.pdf>

- Seidel, M. (2014a). Geistige Behinderung und Intelligenzminderung. In P. Bienstein & P. Weber (Hrsg.), *Psychische Störungen im Arbeitsgebiet der Heilerziehungspflege* (1. Auflage S. 111-118). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Seidel, M. (2014b). Psychische Störungen – Allgemeines. In P. Bienstein & P. Weber (Hrsg.), *Psychische Störungen im Arbeitsgebiet der Heilerziehungspflege* (1. Auflage S. 118-175). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Stahl, B. (1996). Zum Stand der Entwicklung in der Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen. In W. Lotz, B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.), *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung* (1. Auflage, S. 14-28). Bern: Hans Huber.
- Statistisches Bundesamt, (2014). Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011. Zugriff am 03.08.2014 unter https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungss tand/Tabellen/Zensus_Geschlecht_Staatsangehoerigkeit.html
- Szymanski, L.S., King, B. H., Bernet, W. et al. (1999). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with mental retardation and comorbid mental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38 (Suppl. 12), 5-31. Zugriff am 28.08.2014 unter <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0890-8567/PIIS0890856799800021.pdf>
- Taylor, J.L., Novaco, R.W. & Johnson, L. (2009). Effects of intellectual functioning on cognitive behavioral anger treatment for adults with learning disabilities in secure settings. *Advances in Mental Health and Learning Disabilities* 3 (4), 51-56.
- Vernaleken, I., Schneider, F. & Niebling, W. (2012). Allgemeine Psychopharmakotherapie. In F. Schneider (Hrsg.), *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 97-144). Berlin:Springer.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 21, 655-679. Zugriff am 17.07.2014 unter <http://www.ecnp.eu/~media/Files/ecnp/communication/reports/ECNP%20EBC%20Report.pdf>
- Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2012). *Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland. DEGS Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. DEGS Symposium 14.06.2012. Robert Koch Institut.* Zugriff am 06.06.2014 unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile
- Wunder, M. (2014). Berufliche Ethik in der Heilerziehungspflege. In P. Bienstein & P. Weber (Hrsg.), *Psychische Störungen im Arbeitsgebiet der Heilerziehungspflege* (1. Auflage, S. 22-32). Köln: Psychiatrie Verlag.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, Josefine Grams, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und wörtlich oder inhaltlich entlehnte Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit wurde noch keiner Prüfungsbehörde in gleicher oder ähnlicher Form vorgelegt.

Berlin, 02.10.2014, Josefine Grams