Leseprobe aus: Bergmann, Verhaltenstherapie bei jungen Menschen mit kognitiven Einschränkungen, ISBN 978-3-621-28633-6
© 2019 Beltz Verlag, Weinheim Basel

Bergmann

Verhaltenstherapie bei jungen Menschen mit kognitiven Einschränkungen

E-BOOK INSIDE

BELTZ

Leseprobe aus: Bergmann, Verhaltenstherapie bei jungen Menschen mit kognitiven Einschränkungen, ISBN 978-3-621-28633-6
© 2019 Beltz Verlag, Weinheim Basel

1.1 Intellektuelle Beeinträchtigung, Intelligenzminderung und geistige Behinderung – benötigen wir Etikettierungen?

Eine gemeinsame Sprache finden

Richtet man sich an ein bestimmtes Fachpublikum, wählt man in der Regel eine gemeinsame Sprache aus – so soll sichergestellt werden, dass alle vom gleichen Thema sprechen. Wenn wir von der Gruppe der Menschen mit einer geistigen Behinderung sprechen, steht zwangsläufig eine Defizitorientierung im Raum, die sich mit unserem (ressourcenorientierten) Menschenbild nicht gut vereinbaren lässt. Einen Lösungsversuch stellen Umetikettierungen dar, die politisch korrekt gemeint sind, sich schlussendlich aber nicht im Alltag etablieren lassen (»alternativ begabt«). Speck (1997, S. 255) räumt »euphemistischen Austauschversuchen von Bezeichnungen … nur – zeitlich – begrenzte Chancen« ein, da nicht die Begriffe selbst, sondern die Einstellung derer, die sie benutzen, zu einer Diskreditierung beitragen.

Je nach Fachrichtung verwenden wir im Berufsalltag verschiedene (zumeist defizitorientierte) Bezeichnungen synonym: Die in einem Wohnheim tätigen Pädagogen sprechen vielleicht von geistig Behinderten, die Psychologin von einer Intelligenzminderung und der Lehrer sowie einige Betroffene selbst von Lernschwierigkeiten. Alle bezeichnen damit jemanden, dessen intellektuelle Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist – wobei die daraus entstehenden Einschränkungen weitaus komplexer sind (Lingg & Theunissen, 2013; s. auch Tab. 1.1).

Tabelle 1.1 Die verschiedenen Begrifflichkeiten und ihr Ursprung

Perspektive	Lernen betroffen	Geistige Entwicklung betroffen
Allgemein	kognitive Einschränkung intellektuelle Beeinträchtigung Mensch mit besonderem Förderbedarf	
Betroffene	Mensch mit Lernschwierigkeiten	
Psychiatrisch-psychotherapeutisch	Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten	Intelligenzminderung
Pädagogisch	Lernbehinderung / Lernschwäche	geistige Behinderung euphemistisch: »alternative Begabung«

Wann spricht man von einer Intelligenzminderung?

Nähert man sich dem Begriff aus verschiedenen Perspektiven, wird der Ursprung der unterschiedlichen Bezeichnungen deutlicher:

Die World Health Organization (WHO) als Behörde des öffentlichen Gesundheitswesens definiert eine Intelligenzminderung als »eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z. B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten« (WHO, 2000, zit. nach Häßler, 2014, S. 12).

Leseprobe aus: Bergmann, Verhaltenstherapie bei jungen Menschen mit kognitiven Einschränkungen, ISBN 978-3-621-28633-6
© 2019 Beltz Verlag, Weinheim Basel

Formal spricht man ab einem IQ-Wert von unter 70 von einer Intelligenzminderung. Diese wird nach Schweregraden eingeteilt: leicht (IQ 69 bis 50), mittelgradig (IQ 49 bis 35), schwer (IQ 34 bis 20) und schwerst (IQ unter 20; Remschmidt et al., 2017).

Im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen DSM-5 (American Psychiatric Association, 2018, S. 43) werden drei Domänen beschrieben, in denen das *adaptive Verhalten* durch die Intelligenzminderung beeinträchtigt sein kann:

- **konzeptionelle Domäne:** Sprache, Lesen, Schreiben, Mathematik, Urteilen, Denken, Wissen und Gedächtnis
- **soziale Domäne**: Empathie, soziales Urteilsvermögen, interpersonelle Kommunikationsfähigkeiten, Fähigkeiten zur Beziehungsaufnahme und zum Halten dieser
- **praktische Domäne**: Selbstmanagement, Hygiene, berufliche Verantwortlichkeit, Umgang mit Geld, Freizeitverhalten, Schulbesuch und andere Arbeitsaufgaben

Das Gesundheitswesen legt also den Fokus auf eine messbare Minderung der intellektuellen Leistungsfähigkeit, die die Anpassung in verschiedenen Lebensbereichen erschwert.

Sozialrechtlich gesehen (SGB IX, § 2 Abs. 1 Satz 1; Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2018) spricht man von einer Behinderung, wenn die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit einer Person mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und hierdurch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt ist. Nach dieser Definition ist eine intellektuelle Beeinträchtigung also eine geistige Behinderung. Diese Perspektive ist v. a. interessant, weil sie die Rolle der *Umwelt* betont und eine Behinderung demnach etwas ist, was in der Auseinandersetzung mit ihr zutage tritt. Aus dieser rechtlichen Grundlage erwächst zudem der Rechtsanspruch von Menschen mit Intelligenzminderung auf verschiedene Formen der Hilfeleistungen überwiegend im pädagogischen Bereich, in dem zumeist von einer geistigen Behinderung gesprochen wird.

In diesem Buch werden die Bezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit abwechselnd verwendet, sofern nicht eine Unterscheidung zwischen einer leichten Beeinträchtigung (Lernbehinderung) und einer geistigen Behinderung hervorgehoben wird. Die verschiedenen defizitorientierten Begrifflichkeiten bieten einen gemeinsamen Ansatzpunkt unabhängig von der Profession: Wir sprechen immer von Menschen, die einen besonderen Förderbedarf haben, der sich aus bestimmten Einschränkungen ergibt. Dieser ist auch in der Psychotherapie von Relevanz.

Die unterschiedlichen Perspektiven in der Definition einer geistigen Behinderung sind im nachfolgenden Kasten zusammengefasst.

Leseprobe aus: Bergmann, Verhaltenstherapie bei jungen Menschen mit kognitiven Einschränkungen, ISBN 978-3-621-28633-6
© 2019 Beltz Verlag, Weinheim Basel

Geistige Behinderung? Eine Frage der Perspektive
Deskriptiv: Beeinträchtigung der geistigen und sozial-emotionalen Fertigkeiten im Vergleich mit Menschen gleichen Alters
Formal-diagnostisch: Abweichung der Intelligenzleistung um mehr als zwei Standardabweichungen von einer statistisch als normalverteilt vorausgesetzten Intelligenz in der Allgemeinbevölkerung
Funktional-adaptiv: Beeinträchtigung des adaptiven Verhaltens, d. h. der Umsetzung von kognitiven Leistungen in situationsangemessenes Verhalten
Umweltbezogen-interaktionell: Eine Schädigung führt zu einer Behinderung der Teilhabe, welche als Zurücksetzung durch die Umwelt erlebt werden kann.
Bedürfnisorientierter Konsens: Menschliche Existenzweise mit besonderem Förderbedarf
(in Anlehnung an Sarimski & Steinhausen, 2008a; Sarimski & Steinhausen, 2008b; Schanze, 2014c; Gaese, 2014)

Einschränkungen und Hilfebedarf abschätzen

Das Wissen um erwartbare Einschränkungen kann in der praktischen Arbeit helfen, die Beziehungsgestaltung und Interventionen an die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse des Patienten anzupassen. Die Klassifikation einer intellektuellen Beeinträchtigung erfolgt im Kapitel F *Psychische und Verhaltensstörungen* der ICD-10 (Dilling et al., 2016). Diese impliziert (historisch bedingt) fälschlicherweise einen Störungs- oder Krankheitswert, der nicht grundsätzlich bei einer intellektuellen Beeinträchtigung vorliegt. Es ist allerdings von einem erhöhten Risiko für psychische und Verhaltensstörungen auszugehen (Sarimski & Steinhausen, 2008a). Das Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (MAS, Remschmidt et al., 2017) trägt dieser unpassenden Zuordnung insofern Rechnung, als dass die Lernbehinderung (F81.9) der Achse 2 *Umschriebene Entwicklungsrückstände* zugeordnet ist und die Intelligenzminderungen (F7) der Achse 3 *Intelligenzniveau* und nicht der Achse 1 *Klinisch-psychiatrisches Syndrom*. Zudem bietet die vierte Stelle des ICD-10-Schlüssels (F70.1–F73.1) die Möglichkeit, eine Verhaltensstörung im Zusammenhang mit der Intelligenzminderung zu diagnostizieren bzw. diese auszuschließen.

Prävalenz

Die Angaben zur Häufigkeit von intellektuellen Einschränkungen variieren je nach den zugrunde gelegten Kriterien. Schätzungen zufolge ist etwa 1 % der Bevölkerung betroffen (Seidel, 2014), wobei die Häufigkeit mit zunehmendem Schweregrad abnimmt (Gaese, 2014). Weniger als 10 % dieser Menschen weisen eine schwere oder schwerste geistige Behinderung auf. In Deutschland haben etwa 0,8 bis 0,9 % eines Geburtenjahrgangs den Förderschwerpunkt geistige Entwicklung und werden entsprechend beschult (Sarimski & Steinhausen, 2008a).

Tabelle 1.2 Intellektuelle Beeinträchtigung nach Schweregrad (in Anlehnung an: Sarimski & Steinhausen, 2008a; Schanze, 2014c; Gaese, 2014; Remschmidt et al., 2017)

Art der Beeinträchtigung	ICD-10-Code	MAS-Achse	Intelligenzquotient	Mentales Alter nach ICD 10	Anteil	Womit ist zu rechnen?	
Lernbehinderung	F81.9	Achse 2: Umschriebene Entwicklungsrückstände	84–70	k.A.	ca. 2–6 % der Schulabgänger	Schwierigkeiten beim Erlernen schulischer Fertigkeiten, zudem unzureichende Befähigung, die Anforderungen eines unbeschützten gesellschaftlichen Umfelds zu erfüllen, Probleme mit organisatorischen und planerischen Fertigkeiten, der sozialen Wahrnehmung und Interaktion	individuell sehr variabel: ▶ Abweichungen in Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistung, Vorstellungsvermögen, Fähigkeit, zur Verallgemeinerung, in der Strategieentwicklung, beim abstrakt-logischen Denken, in den motorischen und sprachlichen Fähigkeiten ▶ dauerhaft nur eingeschränkt zu einem selbstständigen Leben in der Lage ▶ erhöhtes Risiko, ausgenutzt sowie körperlich oder sexuell missbraucht zu werden
Leicht	F70	Achse 3: Intelligenzniveau	69–50	9 bis unter 12 Jahre	80 % der geistig Behinderten	grundlegende Kulturtechniken (Lesen, Schreiben, Rechnen) werden i. d. R. beherrscht, sprachliche Verständigung ist möglich bei verzögerter Sprachentwicklung, selbstständige Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens (Essen, Hygiene, häusliche Tätigkeiten, Darm- und Blasenkontrolle) kann verzögert erreicht werden	

Leseprobe aus: Bergmann, Verhaltenstherapie bei jungen Menschen mit kognitiven Einschränkungen, ISBN 978-3-621-28633-6
© 2019 Beltz Verlag, Weinheim Basel

Tabelle 1.2 (Fortsetzung)

Art der Beeinträchtigung	ICD-10-Code	MAS-Achse	Intelligenzquotient	Mentales Alter nach ICD 10	Anteil	Womit ist zu rechnen?	
Mittelgradig	F71	Achse 3: Intelligenzniveau	49–35	6 bis unter 9 Jahre	12 % der geistig Behinderten	stärkere Beeinträchtigung der o. g. Entwicklungsbereiche, Kommunikation und körperliche Aktivität i. d. R. möglich, praktische Fertigkeiten erlernbar, Selbstversorgung im Alltag teilweise möglich, lebenslange Beaufsichtigung notwendig	
Schwer	F72	Achse 3: Intelligenzniveau	34–20	3 bis unter 6 Jahre	7 % der geistig Behinderten	in allen Dingen des Lebens weitgehend auf Hilfe angewiesen, sprachliche Fähigkeiten oft sehr eingeschränkt, minimales passives Verständnis von grundlegenden Anweisungen, oft immobil, inkontinent, benötigt ständige Hilfe und Überwachung	
Schwerst	F73	Achse 3: Intelligenzniveau	19–0	unter 3 Jahre	< 1		
Dissoziierte Intelligenz	F74	Achse 3: Intelligenzniveau	Diskrepanz von mindestens 15 IQ-Punkten zwischen verschiedenen Intelligenzanteilen, z. B. sprachlicher und abstraktlogischer Anteil		–	▶ Über- oder Unterschätzung der Fähigkeiten durch die Umwelt, Gefahr der daraus resultierenden Über- oder Unterforderung, Entwicklung eines verzerrten Selbstbilds ▶ Auftreten unabhängig vom allgemeinen Intelligenzniveau ▶ Diagnostik nur anhand eines differenzierten IQ-Profils möglich	

Leseprobe aus: Bergmann, Verhaltenstherapie bei jungen Menschen mit kognitiven Einschränkungen, ISBN 978-3-621-28633-6
© 2019 Beltz Verlag, Weinheim Basel

Leseprobe aus: Bergmann, Verhaltenstherapie bei jungen Menschen mit kognitiven Einschränkungen, ISBN 978-3-621-28633-6
© 2019 Beltz Verlag, Weinheim Basel

Die Frage nach der Häufigkeit von Lernbehinderungen ist weitaus schwerer zu beantworten. Hochrechnungen auf Basis von Zahlen zu Schulabgängern legen eine Prävalenz von etwa 2 bis 6 % nahe. Hier ist jedoch ein systematisches diagnostisches Artefakt zu vermuten, da Menschen mit einer Lernbehinderung aus Unkenntnis nicht selten fälschlicherweise unter der Kategorie *Leichte Intelligenzminderung* subsumiert werden. Zudem sind sie häufig nicht zu einer eigenständigen Lebensführung in der Lage, sodass aus ihrer Lernbehinderung »diagnostisch« eine geistige Behinderung gemacht wird, um ihnen den Zugang zu Einrichtungen der Behindertenhilfe zu ermöglichen (Schanze, 2014c).

Ätiologie

Man unterscheidet *prä-*, *peri-* und *postnatale Ursachen*, die eine intellektuelle Beeinträchtigung bedingen können. In etwa 30 bis 60 % der Fälle ist die Ursache jedoch unbekannt, insbesondere bei leichten geistigen Behinderungen. In dieser Gruppe ist das männliche Geschlecht weitaus häufiger vertreten (Gaese, 2014). Zudem besteht ein Zusammenhang mit einem niedrigen Haushaltseinkommen und Bildungsstatus der Eltern (Schanze, 2014c). Der Einfluss von ungünstigen Umweltfaktoren wie mütterlicher Alkohol- bzw. Drogenkonsum ist mit fast 10 % der Fälle weitaus größer als bei schweren Behinderungen (Sarimski & Steinhausen, 2008b). Das Risiko von Vernachlässigung im Sinne einer Deprivation ist zudem erhöht (Camp et al., 1998). Aber auch perinatale Ursachen wie Infektionen, Asphyxien und Hirnblutungen bei Frühgeburten spielen bei leichten Beeinträchtigungen eine erhöhte Rolle. Bei schweren geistigen Behinderungen überwiegen pränatale Ursachen wie genetische Störungen und nicht-chromosomale Dysmorphiesyndrome, also angeborene Fehlbildungen, welche verschiedene Organsysteme betreffen können (Sarimski & Steinhausen, 2008b).

1.2 »Herausforderndes Verhalten« oder psychische Auffälligkeit?

Indikation für eine Psychotherapie

Auffällige Verhaltensweisen, auch »herausforderndes Verhalten« (aus dem Englischen: »challenging behaviors«), sind häufig Gegenstand der Inanspruchnahme von verschiedenen Hilfsangeboten. Sie können sich auf verschiedenen Ebenen zeigen (Ling & Theunissen, 2013):

- **Sozialverhalten:** Streiten, Fremdaggression, sozialer Rückzug
- **psychischer Bereich:** Apathie, Ängstlichkeit, mangelndes Selbstvertrauen
- **Arbeits- und Leistungsbereich:** Arbeitsunlust, mangelnde Ausdauer, Arbeitsverweigerung
- **gegenüber Sachobjekten:** Zerstören von Dingen, ritueller, stereotyper Sachumgang
- **somatisch-psychischer Bereich:** leichte Ermüdbarkeit, motorische Hyperaktivität
- **selbstverletzendes Verhalten:** sich kratzen, schlagen, Haare ausreißen

Leseprobe aus: Bergmann, Verhaltenstherapie bei jungen Menschen mit kognitiven Einschränkungen, ISBN 978-3-621-28633-6
© 2019 Beltz Verlag, Weinheim Basel

4 Störungen der Impulskontrolle und der Emotionsregulation: »Immer benutzt er mich als Blitzableiter!«

4.1 Impulsdurchbrüche bei intellektuellen Beeinträchtigungen

Art und Häufigkeit

Bei einer Intelligenzminderung können Beeinträchtigungen des Wahrnehmens, Erlebens und Verarbeitens die Anpassung an soziale Situationen erschweren. Es kommt daher häufiger zu kommunikativen Missverständnissen und krisenhaften Eskalationen, wenn ein Anliegen nicht richtig mitgeteilt werden kann und der Betroffene sich nicht verstanden fühlt. Die unzureichende Berücksichtigung von Bedürfnissen, Wünschen und Nöten kann sich dann in aggressivem Verhalten zeigen, welches einen Hauptgrund für sozialen Ausschluss darstellt. Die Prävalenzraten sind mit bis zu 50 % bei Menschen mit intellektuellen Einschränkungen hoch (Ali et al., 2015). Potenzielle Risikofaktoren hierfür sind das männliche Geschlecht, der Schweregrad der Behinderung und eine institutionalisierte Wohnform (Schanze et al., 2014a; Ali et al., 2015). Bei Menschen mit Autismus besteht zudem eine erhöhte physiologische Reizbarkeit durch externe Stimuli, die bei zusätzlichen Anforderungen in vulnerablen Momenten zu einem Hyperarousal führen kann (Schanze et al., 2014a).

Crocker et al. (2006) untersuchten 3165 Menschen mit Intelligenzminderung und konnten eine allgemeine Aggressionsrate von 51,8 % nachweisen. Die Art der Aggression ließ sich dabei wie folgt einteilen (Mehrfachnennungen möglich):

- 24,4 % tätlich aggressiv
- 24,0 % sachaggressiv
- 37,6 % verbal aggressiv
- 24,4 % selbstverletzend

Die Vermeidung von Anforderungen oder unangenehmen Zuständen steht bei selbstverletztendem (Schlagen, Beißen, s. auch Abschn. 9.1) sowie bei fremdaggressivem Verhalten im Vordergrund, bei verbaler Aggression spielt das Erlangen von Aufmerksamkeit hingegen eine noch größere Rolle. Das Schlagen der eigenen Person hat zudem offenbar einen selbststimulierenden Charakter (Rojahn et al., 2012).

Ein typisches Beispiel für einen aggressiven Impulsdurchbruch im Jugendalter zeigt die folgende Verhaltensanalyse:

Leseprobe aus: Bergmann, Verhaltenstherapie bei jungen Menschen mit kognitiven Einschränkungen, ISBN 978-3-621-28633-6
© 2019 Beltz Verlag, Weinheim Basel

Fallbeispiel **Funktionale Verhaltensanalyse**

Handykontrolle

S: Yannick (15) soll sein Handy zur Kontrolle abgeben, da seine Mutter vermutet, dass er wieder heimlich verbotene Musikstücke (»Gangsta-Rap«) heruntergeladen hat.

O: durch Genanomalie bedingt Impulskontrollschwäche und geringe Frustrationstoleranz, pubertäre Entwicklung mit alterstypischem Streben nach sozialer Anerkennung und Selbstständigkeit, mangelndes Unrechtsbewusstsein, emotionales Entwicklungsalter, welches einem Kleinkind entspricht, durchsetzungswilliges, starrköpfiges Temperament, rigider Denkstil

R: **Motorisch:** weigert sich, wird laut, fängt an zu weinen, steht auf und nimmt persönliche Gegenstände der Mutter, öffnet Schränke, spricht Drohungen aus
Emotional: Wut, Hilflosigkeit, fühlt sich nicht ernst genommen
Kognitiv: »Das ist mein Handy«, »Die soll vorher Bescheid sagen«
Physiologisch: muskuläre Anspannung, Gesicht rötet sich, aufgerissene Augen, Unruhe, Zittern, Beben, Verkrampfung

C: C+ Machtgefühl, kann die Mutter kontrollieren (kurzfristig, intermittierend)
Ȼ+ Mutter vertraut ihm auch zukünftig nicht (langfristig, kontinuierlich)
C– Scham, Reue und Verzweiflung (mittelfristig, kontinuierlich)
Ȼ– Muss sein Handy nicht abgeben (kurzfristig, intermittierend)

Risiken

Bei etwa 4 bis 15 % der Impulsdurchbrüche kommt es zu einer Verletzung anderer Personen (Cooper et al., 2009). Aggressive Verhaltensweisen sind häufig ein Vorstellungsgrund für eine psychotherapeutische Behandlung. Nicht selten entsteht aus den Schilderungen der Eltern und Betreuer heraus der Eindruck, es handele sich um schwerwiegende Ausbrüche, die ein unmittelbares Einschreiten zwingend erforderlich machen. Diese Aussagen sollten im Rahmen einer Risikoabschätzung immer ernst genommen werden, jedoch nicht ohne sie kritisch zu hinterfragen. Folgende Überlegungen können dabei hilfreich sein:

- Welche Gefühle gehen bei den Eltern bzw. Betreuern mit Krisensituationen einher? Haben sie regelmäßig Angst vor Verletzungen oder Zerstörung von Gegenständen? Halten sie sich für hilflos im Umgang mit dem Patienten?
- Welche Erwartungshaltung ist für sie mit Krisensituationen verbunden? Glauben sie, der Betroffene kann sich nicht selbst kontrollieren und ihr Eingreifen ist zwingend erforderlich? Welche Erwartung haben sie in Bezug auf den Ausgang der Situation?

Leseprobe aus: Bergmann, Verhaltenstherapie bei jungen Menschen mit kognitiven Einschränkungen, ISBN 978-3-621-28633-6
© 2019 Beltz Verlag, Weinheim Basel

- Welches Selbstbild hat der Betroffene vermutlich in Bezug auf die Krisensituation entwickelt? Fühlt er sich stark und überlegen oder seinen Gefühlen ausgeliefert? Glaubt er, sich selbst beruhigen zu können oder wartet er gar auf die Hilfe von außen?
- Welche Bedeutsamkeit hat das Eingreifen im Sinne einer sozialen Zuwendung für den Betroffenen?
- Ist der Betroffene in Krisensituationen ansprechbar bzw. über körperlichen Kontakt erreichbar oder verschlimmert dies die Problematik noch?
- Wie lange verbleibt der Betroffene in dem Zustand der Hochspannung und was führt zu einer Entspannung der Situation? Trägt er selbst aktiv dazu bei, müssen die Bezugspersonen etwas unternehmen oder kann eine Veränderung der Situation für Abhilfe sorgen?

Längerfristige Folgen

Neben einer möglichen unmittelbaren Gefährdung gilt es auch, längerfristige Folgen von aggressiven Verhaltensweisen und damit auch den Schweregrad der Problematik abzuschätzen. Droht der Ausschluss von gemeinsamen Aktivitäten in der Familie, im Kindergarten bzw. in der Schule oder sogar der komplette Ausschluss aus diesen Institutionen? Wie stark sind Eltern, Geschwister, Betreuer und Lehrer belastet? Sind körperliche Begrenzungen und Veränderungen im Lebensumfeld notwendig, um auf das Problemverhalten zu reagieren? Erscheint aufgrund der Schwere und unzureichenden Kontrollierbarkeit der Symptomatik eine medikamentöse Behandlung notwendig, sollte ein Psychiater hinzugezogen werden bzw. eine medikamentöse Einstellung im stationären Rahmen vorgenommen werden. Es sollte auch beachtet werden, dass aggressive Verhaltensauffälligkeiten sich häufig in der Kindheit entwickeln und bis ins Erwachsenenalter eine hohe Stabilität aufweisen (Dekker & Koot, 2003). Insbesondere die körperlichen Veränderungen in der Pubertät (Wachstumsschub, hormonelle Umstellung) können eine verstärkte Strukturierung und Beaufsichtigung von außen notwendig machen, die manchmal von den Eltern kaum zu erbringen ist. Die Versorgung von Geschwisterkindern, die eigene Erwerbstätigkeit oder die fehlende Verfügbarkeit des zweiten Elternteils sind in diesem Zusammenhang ungünstige Faktoren, die das familiäre System bei einer Zunahme der Impulsdurchbrüche und der körperlichen Kraft überlasten können. Eine Zusammenarbeit mit der ambulanten oder stationären Jugendhilfe kann in diesen Fällen notwendig werden.

Eskalationsverlauf

Emotionale Impulsdurchbrüche lassen sich nach Breakwell (1997) in einem phasenhaften Verlauf beschreiben:

(1) Eine emotional aufwühlende oder kognitiv bzw. körperlich belastende Situation führt zu einem Anstieg der psychischen Spannung, begleitet von vegetativen Reaktionen (Hyperarousal; Kampf- oder Fluchtreflex).
(2) kontinuierliche Eskalation

Leseprobe aus: Bergmann, Verhaltenstherapie bei jungen Menschen mit kognitiven Einschränkungen, ISBN 978-3-621-28633-6
© 2019 Beltz Verlag, Weinheim Basel

(3) Krisensituation mit zu- und abnehmendem Spannungsniveau, Re-Arousal durch kleinste Irritationen möglich
(4) Entspannung
(5) Nach-Krisen-Depression mit Gefühlen von Scham, Reue, Angst
(6) Aufarbeitung, erst nach Abschluss der letzten Phase möglich

Diese Verlaufsbeschreibung macht deutlich, dass es je nach Krisenphase unterschiedliche Ansatzpunkte für Interventionen geben muss. Diese werden im Folgenden beschrieben.

4.2 Therapeutisches Vorgehen mit dem Patienten

Die therapeutische Aufarbeitung eines Impulsdurchbruchs ist bei Patienten mit leichter bis mittelgradiger intellektueller Beeinträchtigung möglich. Sie setzt eine intakte Gedächtnisfunktion, Sprachfertigkeiten und eine grundlegende Reflexionsfähigkeit voraus. Zur Orientierung: Entwicklungspsychologisch entwickelt sich etwa ab dem Vorschulalter eine Vorstellung davon, was »Denken« und »Wissen« bedeuten. Etwa ab diesem Alter sind Kinder zudem in der Lage zu verstehen, dass andere Menschen nicht die gleichen Gedanken haben wie sie selbst. Die Fähigkeit zur Perspektivübernahme entwickelt sich allmählich (Lohaus & Vierhaus, 2015).

Die Situation nachvollziehen

Zunächst gilt es, die problematische Situation in der Therapiesitzung zugänglich zu machen. Da die kognitiven Fähigkeiten bei allen Menschen unter Hochstress in der Regel deutlich unter dem Alltagsniveau liegen, kann es hier bei Menschen mit Intelligenzminderung zu erheblichen Schwierigkeiten kommen (Schanze et al., 2014b). Die Erinnerung kann lückenhaft sein, die Ereignisse werden nicht chronologisch erzählt, bestimmte Handlungen werden anderen Personen zugeschrieben oder verschiedene Ereignisse werden vermischt. Sollten Schwierigkeiten dieser Art auftreten, können die folgenden Maßnahmen helfen:

- Wird eine Situation im Rollenspiel oder mit Figuren nachgestellt, kann der Patient sich auf wesentliche Ereignisse konzentrieren und muss nicht die zeitlichen und situativen Merkmale verbalisieren. Ebenfalls erleichternd kann sein, dass er das Gesagte nicht in die indirekte Rede übersetzen muss.
- Sind ebenfalls beteiligte Personen in der Therapiesitzung anwesend, können diese gebeten werden, die Situation nachzuerzählen. Der Patient sollte unbedingt ermuntert werden, sich zu Wort zu melden, wenn er etwas anders wahrgenommen hat. Auch ein gemeinsames Nachspielen mit Figuren ist möglich.
- Handelt es sich um regelmäßige bzw. vorhersehbare Situationen, kann mit dem Einverständnis des Patienten eine Videoaufnahme angefertigt werden. Eine vorhergehende Symptomexternalisierung kann hilfreich sein, um den Patienten für eine Mitarbeit zu gewinnen (z. B. *Robbi regt sich auf*; d'Allancé, 2017). Lehnt er eine Aufzeichnung dennoch vehement ab, sollte dies natürlich respektiert werden.

Leseprobe aus: Bergmann, Verhaltenstherapie bei jungen Menschen mit kognitiven Einschränkungen, ISBN 978-3-621-28633-6
© 2019 Beltz Verlag, Weinheim Basel

- Gemeinsam mit den Bezugspersonen kann auch eine überschaubare Vorlage für eine Verhaltensanalyse erstellt werden, die der Patient dann zeitnah im Anschluss an die Situation (ev. mit Hilfe) ausfüllt und diese dann mit in die nächste Therapiesitzung bringt.
- Es sollte auch erfragt werden, ob möglicherweise verwertbare Aufzeichnungen vorliegen. Das können Notizen im Hausaufgabenheft sein, ein strukturierter Rückmeldebogen des Klassenlehrers sowie Materialien von der Schulsozialarbeiterin oder dem Ergotherapeuten.

Körperreaktionen benennen und Selbstberuhigung erlernen

Der Zugang zu den spezifischen und individuell unterschiedlichen Körperreaktionen fällt den meisten Menschen mit einer geistigen Behinderung sehr schwer (Schanze et al., 2014b). Dies ist nicht weiter verwunderlich, wenn man bedenkt, dass die kognitiven Funktionen unter Hochstress bei jedem Menschen unter dem Alltagsniveau liegen und dass sich das autonome Nervensystem im »Kampf oder Flucht«-Modus befindet. Vermutlich erscheint es für einen Menschen mit begrenzten Verarbeitungskapazitäten weder notwendig noch sinnvoll, seine Wahrnehmung auf körperliche Vorgänge zu richten, wenn er die der Emotion entsprechenden Ziele in der Situation erreichen will. Er wird demnach wenig bis keine Erfahrung im Bereich der Interozeption besitzen und Hilfestellung bei der Wahrnehmung seiner körperlichen Reaktionen benötigen. Nun birgt die reine Vorgabe von Beispielen die Gefahr, ein »Ja« als sozial erwünschte Antwort zu erhalten. Daher empfiehlt sich eine offene Eingangsfrage, um abzuschätzen, welches Konzept der Patient von seinen Körperfunktionen hat und wie differenziert seine Wahrnehmung ist. Es kann durchaus sein, dass auch Menschen mit einer mittelgradigen geistigen Behinderung körperliche Veränderungen wahrnehmen und in Worte fassen können. Manchmal zeigt sich dabei ein ganz eigenes Konzept von Körperfunktionen mit einer individuellen Wortwahl. Dies muss keineswegs den realen Gegebenheiten entsprechen, solange sich mit diesem Grundverständnis therapeutisch arbeiten lässt. Wenn ein Patient z. B. glaubt, die Vorstellung von einem Spaghettieis kühle seinen Kopf tatsächlich ab (vgl. Abschn. 3.8), sollte dies als seine Realität anerkannt und der therapeutische Nutzen hervorgehoben werden.