



dgs gb

**Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**

**Jan Glasenapp & Klaus Hennicke
(Hrsg.)**

**Intensivbetreuung in der Diskussion
Orientierungspunkte für Diagnostik und
Therapie**

**Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb in
Kooperation mit dem Netzwerk Intensivbetreuung
am 15.3.2013 in Kassel**

**Materialien der DGSGb
Band 30**

Berlin 2013

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte Informationen sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-938931-31-8

® 2013 Eigenverlag der DGSGb, Berlin

Internet: klaus.hennicke@gmx.de

1. Aufl. 2013

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Printed in Germany.

Druck und Bindung: sprintout Digitaldruck GmbH, Grunewaldstr. 18, 10823 Berlin

Intensivbetreuung in der Diskussion - Orientierungspunkte für Diagnostik und Therapie

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB in Kooperation mit dem
Netzwerk Intensivbetreuung am 15.3.2013 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Jan Glasenapp & Klaus Hennicke: Vorwort	5
Margarete Naerger: Begrüßung	10
<hr/>	
Einführung	
<hr/>	
Andreas Müller	13
Intensivbetreuung in der Behindertenhilfe – Worüber sprechen wir?	
Michael Seidel	19
Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung - Ein Beitrag zur begrifflichen Klärung	
<hr/>	
Themenblock 1: Entwicklungsorientierung	
<hr/>	
Christina Heinrich	30
Einführung	
Klaus Hennicke	32
Was ist Entwicklungsorientierung?	
Tanja Sappok	41
Emotionale Entwicklung und Verhaltensstörung	
<hr/>	
Themenblock 2: Wirksame Alltagsstrategien	
<hr/>	
Andreas Franke	49
Einführung	
Ingrid Elger	53
Die „Methode Heijkoop“ - Menschen mit Problemverhalten anders betrachten	

Themenblock 3: Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Jan Glasenapp **63**

Einführung

Brian Barrett & Christian Feuerherd **65**

Das an der dialektisch-behavioralen Therapie orientierte
Programm für Menschen mit geistiger Behinderung (DBToP-gB)

Themenblock 4: Moderne Psychopharmakotherapie

Dieter Grasruck **77**

Einführung

Knut Hofmann **79**

Moderne Psychopharmakotherapie

Abschluss

Jan Glasenapp **95**

Wirkung und Nebenwirkung von Intensiv-betreuung - Ein
Beipackzettel

Klaus Hennicke **99**

Intensivbetreuung und Psychiatrie

Referenten/Autoren **104**

Markt der Ideen **106**

Vorwort

Am 15.03.2013 fand in Kassel die traditionelle Arbeitstagung der DGSGGB statt, diesmal in Kooperation mit dem Netzwerk Intensivbetreuung zum Thema „*Intensivbetreuung in der Diskussion Orientierungspunkte für Diagnostik und Therapie*“. Mit über 240 Teilnehmern stieß sie auf ein großes Interesse. Dies ist die Dokumentation der Beiträge und eine Sammlung an Materialien rund um die Tagung. Wir danken an dieser Stelle den Referenten für die sorgfältige und erweiterte Verschriftlichung ihrer Statements und Vorträge.

Tagungsankündigung

Im Mittelpunkt dieser Fachtagung stehen Menschen mit Intelligenzminderung und zusätzlichen, oftmals schwerwiegenden herausfordernden Verhaltensweisen, die Helfersysteme nicht nur fordern, sondern auch überfordern. In diesem Kontext wurden und werden hochspezialisierte und besonders ausgestattete Betreuungssettings in der Behindertenhilfe mit ihren Bereichen Wohnen, Arbeiten und Bildung geschaffen, die sogenannte Intensivbetreuung. Diese Settings mit ihren therapeutisch-pädagogischen Konzepten stellen einerseits einen Rahmen dar, durch den für viele Menschen erst die Voraussetzungen für weitergehende Prozesse sozialer und gesellschaftlicher Teilhabe geschaffen werden können. Andererseits laufen sie Gefahr, soziale Ausschlüsse und Ausgrenzung noch zu verstärken. Die Fachtagung bietet die Gelegenheit, Intensivbetreuung mit ihren Widersprüchen und Spannungsfeldern zu reflektieren. Es werden aktuelle Konzepte und Ansätze der Diagnostik, Pädagogik, Psycho- und Pharmakotherapie vorgestellt, die als Orientierungspunkte für die alltägliche Arbeit der Intensivbetreuung dienen sollen.

Was ist das Netzwerk Intensivbetreuung?

Aus einem ersten Konzeptpapier aus 2011 geht hervor: Das Netzwerk Intensivbetreuung wurde 2005 von Professionellen für Professionelle der sogenannten Intensivbetreuung in verschiedenen Arbeitsfeldern der Behindertenhilfe gegründet. Unter Intensivbetreuung wurden dabei Betreuungssettings für Menschen mit geistiger Behinderung und sogenannten schwerwiegend herausfordernden Verhaltensweisen oder mit zusätzlichen psychischen Störungen in Verbindung mit hohem Hilfebedarf verstanden unabhängig davon, ob diese Settings im Bereich Wohnen, Arbeiten oder Bildung angesiedelt sind. Die erheblichen Belastungen der Professionellen in ihrer alltäglichen Arbeit und eine häufig anzutreffende strukturelle Isolation der intensivbetreuten Arbeitsbereiche führten zu einer hohen Motivation, sich zu

vernetzen. Die Intention des Netzwerkes Intensivbetreuung setzt hier an und bietet Möglichkeiten zum Austausch, der gegenseitigen Anerkennung sowie Anregungen für inhaltliche Weiterentwicklungen. Dies erfolgt

1. durch eine Internetplattform, die angemeldeten NutzerInnen Materialien zur Verfügung stellt sowie ein Forum für den unmittelbaren Austausch bietet. Aufgrund der geringen Nutzung dieses Forums wird es zur Zeit auf eine Mailingliste umgestellt;
2. durch jährliche Netzwerktreffen, bei denen eine einladende Institution ihren Intensivbereich vorstellt und Gelegenheit zur Diskussion aktueller und strategischer Themen besteht. Diese Netzwerktreffen stoßen dabei auf eine hohe Resonanz, zuletzt waren mehr als 120 TeilnehmerInnen bei dem Treffen 2011 in der Diakonie Stetten;
3. durch Fachtagungen, bei denen die Zielgruppe und ihre spezifischen Bedürfnisse fokussiert werden 2009 wurde hierzu eine zweitägige Fachtagung in Kooperation mit der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft (DHG) durchgeführt, die insbesondere die Bedeutung von Teilhabe und Möglichkeiten ihrer Umsetzung bei der Zielgruppe thematisierte. Mit 260 TeilnehmerInnen war die Resonanz sehr groß.

Das Netzwerk Intensivbetreuung ist keine Körperschaft. Es gibt einen Redaktionskreis, der allen Interessierten offen steht. Das Netzwerk Intensivbetreuung generiert keinen Umsatz. In seinen Diskussionen verfolgte das NIB thematisch bisher folgende Schwerpunkte:

- Diagnostik und Erfassung von Hilfebedarf bei der Zielgruppe
- Therapie und Handlungsansätze für die unmittelbare Begleitung der Zielgruppe
- Belastungen und Grenzen der Professionellen
- Strukturelle Aspekte der Intensivbetreuung.

Konzeptionelle Vorbereitungen

Die Vorbereitungen einer konkreten gemeinsamen Tagung mit der DGSGB gehen zurück in das Jahr 2011. Das Ziel der Kooperation wurde aus Sicht des Netzwerkes Intensivbetreuung darin gesehen, die ausgewiesene Expertise der DGSGB hinsichtlich der Zielgruppe der Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten bzw. psychischen Störungen zu nutzen, um die Fachlichkeit der Diskussion um die Intensivbetreuung weiter zu stimulieren. Mit den halbjährlichen Arbeitstagen verfügt die DGSGB zudem über eine hervorragende Plattform und Erfahrung in der Ausrichtung von Fachtagungen.

Aus Sicht der DGSGB wurde die Chance eine Kooperation darin gesehen, mit den Kolleginnen und Kollegen im Netzwerk Intensivbetreuung gezielt eine Gruppe an praktisch tätigen Professionellen in einem sehr dynamischen Feld

der Behindertenhilfe anzusprechen. Dazu wurden im Februar 2012 einige Fragen und Themen als Rahmkonzept für die Arbeitstagung zusammengestellt:

Arbeitstitel für eine gemeinsame Tagung mit dem Netzwerk Intensivbetreuung:
„Intensivgruppen für Menschen mit Problemverhalten in der Diskussion“

Themenrahmen:

Suche nach störungs- und problemspezifischen Konzepten bei Problemverhalten bzw. Herausforderndem Verhalten: Was gibt es? Was hat sich bewährt (evaluiert)? Gibt es bereits Standards?

1. **Erklärungsmodelle:** personenbezogen, sozialisationsbezogen, organisationsbezogen
2. **Allgemeine Praxiserfahrungen:**
 - a) Sinn und Unsinn von einrichtungsinternen oder auch externen, selbständigen Intensivgruppen
 - b) vorübergehender oder dauernder Lebensort oder begrenztes Therapieangebot?
 - c) Kritische Beschreibung des Personenkreises
 - d) Nur aus der derzeitige (Betreuungs-)Not geboren?
 - e) Pädagogische Alternative/Konkurrenz zur (ineffektiven, mangelhaften) stationären psychiatrischen Behandlung?
3. **Kontexte:**
 - a) (Komplex-)Einrichtungintern oder auch selbständige Wohngruppe in der Gemeinde?
 - b) Sachliche, personelle und fachliche Ausstattung/Voraussetzungen
 - c) Kooperationsbedingungen mit internen, externen oder kommunalen Diensten (va. Psychiatrie, Neurologie)
 - d) Finanzierungsmöglichkeiten, Mischfinanzierung SGB XII (evtl. SGB VIII §35a/SGB V); gesundheitsbezogene Leistung der Eingliederungshilfe
4. **Assessment:**
 - a) Diagnostische Voraussetzungen, multidimensionale Diagnostik und Differenzialdiagnostik „Problemverhalten/ Herausforderndes Verhalten“
 - b) Personenkreis: Geht es um psychische Störungen/psychiatrische Erkrankungen und/oder (nur) um Anpassungsprobleme an eine unpassende Umwelt?
5. **Interventionen bzw. Unterstützungsangebote der Betroffenen:**
 - a) Spezielle Therapieverfahren (evaluiert?)
 - b) Wirksamkeit des „therapeutischen Milieus der Intensivgruppe“ (Parallelen zur den Therapeutischen Wohngruppe der Jugendhilfe gem. §35a SGB VIII?)
 - c) Unterschiede zur stationären psychiatrischen Behandlung

Therapie sowie vier relevante Themenblöcke. Diese sollten als Tandem vorgestellt werden, wobei einleitend die Relevanz und Notwendigkeit des Themas in der Intensivbetreuung vorgestellt und folgend Fachvorträge das Thema vertiefen sollten. Der Redaktionskreis hat Jan Glasenapp gebeten, die weitere Planung der Tagung für das Netzwerk Intensivbetreuung mit der DGSGB zu koordinieren.

Nach ausführlicher Diskussion der eigenen konzeptionellen Überlegungen sowie des Standes der Vorbereitungen im Netzwerk Intensivbetreuung im Vorstand der DGSGB wurde die Tagung in ihrer Grundstruktur endgültig beschlossen und Klaus Hennicke beauftragt, die Vorbereitungen fortzusetzen.

Im Ergebnis wurden schließlich die fünf Themenbereiche festgelegt: „Einführung“ in die Personengruppe und die nähere Bestimmung von „Intensivbetreuung“, „Entwicklungsorientierung“ als mögliche Grundhaltung, „Wirksame Alltagsstrategien“ mit der Vorstellung des heilpädagogisch-therapeutischen Konzepts von J. HEIJKOOP als erweiterte Beobachtungs- und Umgangsmethode, „Dialektisch behaviorale Therapie (DBT) als exemplarisches Konzept einer Psychotherapie, die auch für den pädagogischen Alltag der Betreuung wichtige Anregungen enthält, sowie „Moderne Psychopharmakotherapie“ als kritischen Hinweis für den sorgsamen Umgang mit einer auch in diesem Bereich unverzichtbaren Therapieoption.

Wir wünschen Ihnen hilfreiche Anregungen für Ihre Diskussionen und Ihren Alltag um das Konzept der Intensivbetreuung.

Schwäbisch Gmünd und Berlin, im Juni 2013

Jan Glasenapp & Klaus Hennicke

Begrüßung

Margarete Naerger

Mitglied im Redaktionskreis des Netzwerks Intensivbetreuung

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, ich begrüße Sie heute im Namen des Netzwerks Intensivbetreuung alle ganz herzlich zur ersten gemeinsamen Tagung der DGSGB und des Netzwerks Intensivbetreuung mit dem Thema „Intensivbetreuung in der Diskussion – Orientierungspunkte für Diagnostik und Therapie“. Die große Zahl der Teilnehmer, die an diesem Thema Interesse haben, erfreut uns sehr. Ebenso freut uns, dass wir den Themenkomplex „extrem herausforderndes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung“ gemeinsam mit der DGSGB bearbeiten können.

Ich denke, wir werden einen spannenden Tag mit interessanten Vorträgen erleben. Auf dem „Markt der Ideen“ sind tolle Möglichkeiten zur Betreuung von Menschen mit herausforderndem Verhalten dargestellt. Allen Beteiligten schon an dieser Stelle ein herzliches Dankeschön.

Jetzt möchte ich Ihnen aber noch eine kurze Erklärung zum Netzwerk Intensivbetreuung geben, da einige uns vielleicht noch nicht kennen. Wer sind wir überhaupt?

Das Netzwerk Intensivbetreuung ist ein Zusammenschluss von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Behindertenhilfe, zu deren beruflichem Aufgabenfeld die Betreuung, Beratung und Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung und schwerwiegend herausforderndem Verhalten gehört. Gegründet wurde das Netzwerk 2006 anlässlich der Verabschiedung von Frau Anne SAND, langjährige Psychologin der Intensivgruppen der Einrichtung in Neuerkerode. Ihr Anliegen war und ist immer noch die Integration und die Begleitung von Menschen mit herausforderndem Verhalten. Aus diesem Grund hat sie sich für die Entstehung des Netzwerks eingesetzt.

Das Ziel ist es, das Thema Intensivbetreuung auf einer breiten Ebene zu diskutieren.

Das Netzwerk möchte Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Einrichtungen die Möglichkeit geben, sich mit Kollegen aus anderen Einrichtungen zu spezifischen Fragestellungen auszutauschen, einen schnellen Zugang zu aktuellen Informationen zu bekommen und sich an der Entwicklung von einrichtungsübergreifenden Standards zu beteiligen.

Außerdem möchten wir mit unserer Arbeit einen Beitrag leisten zur Verbesserung der Teilhabechancen von Menschen mit geistiger Behinderung und intensivem Betreuungsbedarf.

Mittlerweile gehören ca. 400 Mitglieder dem Netzwerk an. Neueinsteiger sind immer herzlich willkommen.

Zum gegenseitigen Austausch besteht eine Internetseite unter www.netzwerk-intensivbetreuung.de, die ganz aktuell erneuert worden ist. Deswegen müssen sich auch bereits registrierte Mitglieder des Netzwerks noch einmal anmelden und registrieren lassen. Eine Mailing-Liste ist neu dazugekommen. Das genaue Vorgehen wird in der Pause von den Verantwortlichen des Netzwerks, insbesondere von Andreas Müller genau erklärt.

Weiterhin treffen wir uns jährlich zu einem sogenannten Netzwerktreffen in einer Einrichtung über ganz Deutschland verteilt. So waren wir bereits im Wittekindshof, in der Kinderheilstätte Nordkirchen, in der Nieder-Ramsteiner Diakonie, im Auhof in Hilpoltstein, in Stetten bei Stuttgart, in Zeitz in den neuen Bundesländern und letztes Jahr im Laurentiusheim in Warburg. Im Dezember dieses Jahres werden wir in Mosbach, im Süden Deutschlands sein. Es haben bereits sieben Netzwerktreffen stattgefunden. Auf dem Netzwerktreffen hat die Gastgeber-Einrichtung die Gelegenheit sich vorzustellen und ein intensiver Austausch mit verschiedenen Beiträgen zu aktuellen Themen ist gegeben.

Außerdem haben wir 2009 in Heidelberg eine Tagung gemeinsam mit der DHG, der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft durchgeführt.

Das Netzwerk lebt von der Bereitschaft aller Beteiligten, ihr spezielles Erfahrungswissen aus der Arbeit zur Verfügung zu stellen. Dieses ist möglich durch

- Diskussionsbeiträge im Forum auf der Website*
- Fallbeispiele*
- Darstellung der einrichtungsbezogenen Angebote*
- Veranstaltungshinweise*
- Regionale Treffen und*
- Mitarbeit im Redaktionskreis, der das Netzwerk lebendig hält.*

Das war ein kleiner Einblick in das Netzwerk Intensivbetreuung.

Ich wünsche uns allen einen interessanten Tag.

Einführung

„Intensivbetreuung in der Behindertenhilfe“ - Worüber reden wir?

Andreas Müller

„Das Netzwerk Intensivbetreuung ist ein Zusammenschluss von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Behindertenhilfe, zu deren beruflichem Aufgabenfeld die Betreuung, Beratung oder Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung und schweren psychischen Störungen und/oder schwerwiegend herausforderndem Verhalten gehört. Hinzu kommen Personen, die in der Beratung und Fortbildung dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen“ (Flyer des Netzwerks Intensivbetreuung).

Was macht Betreuung zur Intensivbetreuung?

Gegenstand dieser Fachtagung ist die „Intensivbetreuung“. Meinem Eindruck nach werden mit diesem Begriff teilweise sehr unterschiedliche Formen von „intensiver Betreuung“ bezeichnet. Nicht selten scheinen mir hierbei die Kontroversen zu diesem Thema – insbesondere die sehr hitzigen – darin begründet, dass über vollkommen unterschiedliche Angebotsformen und betreute Personenkreise geredet wird.

Innerhalb des Netzwerks Intensivbetreuung haben wir hierzu bisher auch noch keine eindeutige Definition gefunden - und auch noch nicht wirklich danach gesucht. Allerdings scheint es immer mal wieder notwendig (wie z.B. an einem solchen Fachtag) den Begriff der Intensivbetreuung ein wenig klarer zu umreißen und von anderen Angebotsformen abzugrenzen.

Ausgehend von der Selbstbeschreibung des Netzwerks (s.o.) verstehen wir unter dem Begriff „Intensivbetreuung“: *„Die Betreuung, Beratung oder Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung und schweren psychischen Störungen und/oder schwerwiegend herausforderndem Verhalten“*. Die Frage ist nun, was die Grenze zwischen „Normal-“ und „Intensivbetreuung“ ausmacht:

- Die Quantität oder die Qualität der Betreuung, Beratung oder Förderung?
- Die Schwere der Behinderung oder der psychischen Störung oder deren Wechselwirkungen?
- Die Intensität oder die Besonderheiten des herausfordernden Verhaltens oder dessen Selbst- oder Fremdgefährdungspotential?

Die Antwort ist: JA! Alle diese Aspekte spielen eine Rolle bei der Definition eines Betreuungsangebotes als „Intensivbetreuung“ – allerdings sind sie alle

nicht für eine allgemeine Definition geeignet. Für eine Abgrenzung scheint es einfacher, sich dem Thema aus der umgekehrten Richtung zu nähern, d.h. zu fragen, was Intensivbetreuung nicht ist:

Was Intensivbetreuung *nicht* ist (bzw. nicht sein sollte)!

Intensivbetreuung ist nicht stationäres Wohnen mit erhöhtem Personalschlüssel

Insbesondere von Außenstehenden wird der Begriff „Intensivbetreuung“ häufig auf stationäre Wohnangebote mit erhöhtem Personalschlüssel reduziert und als „intensiv“ ausschließlich der Personaleinsatz betrachtet. Zwar erfordert Intensivbetreuung in der Regel einen höheren Personalschlüssel, allerdings muss das nicht in jedem Fall so sein. Ebenso findet Intensivbetreuung auch in ambulanten und teilstationären Angeboten statt und ist keinesfalls zwingend auf ein stationäres Setting angewiesen. Entscheidend ist vielmehr das inhaltliche und fachliche Konzept der Betreuung, dessen Blickwinkel zudem deutlich über die reine Wohnsituation hinausgehen muss. Ein reines „stationäres Standardwohnen mit mehr MitarbeiterInnen“ erfüllt diese Kriterien nicht.

Intensivbetreuung ist nicht der „Neue Markt“ für Träger stationärer Wohnangebote

Intensivbetreuung ist häufig sehr personalintensiv. Insbesondere größere Anbieter stationärer und teilstationärer Angebote, die aufgrund des zunehmenden Ausbaus ambulanter und dezentraler Angebotsformen an ihren bisherigen Standorten mit sinkenden Platzzahlen zu kämpfen haben, mögen hierin eine „Marktlücke“ und ihre Chance zur Beschäftigungssicherung sehen.

Es gibt viele gute Gründe dafür, dass sich größere Anbieter – insbesondere die ehemaligen Komplexeinrichtungen – dem Personenkreis mit besonderem Hilfebedarf zuwenden. Hierzu gehört das bestehende Know-how, eine entsprechende Infrastruktur mit Fachdiensten und therapeutischen Angeboten etc. Der Aufbau intensivbetreuer Angebote aus rein ökonomischen Gründen wird jedoch (erfahrungsgemäß) scheitern. Die mir bekannten „funktionierenden“ und fachlich fundierten intensivbetreuten Angebote sind alle aus einem zuvor nicht gedeckten Bedarf einzelner betreuter KlientInnen heraus entstanden, wurden von engagierten MitarbeiterInnen vor Ort entwickelt und werden von diesen unter hohem persönlichen Einsatz getragen.

Intensivbetreuung ist nicht „Psychiatrie Light“ für Menschen mit Intelligenzminderung

Intensivbetreuung ist kein Ersatz für fehlende adäquate Psychiatrieangebote. In vielen Fällen wird es eine enge Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und intensivbetreuten Angeboten geben müssen, wobei beide Angebote komplementär und keinesfalls alternativ gedacht werden müssen. Häufig fehlt es jedoch an geeigneten Psychiatrieplätzen und viele Psychiatrische Kliniken sind mit den betreffenden KlientInnen überfordert. Im ungünstigsten Fall kommt es dann zu einem regelmäßigen Hin- und Her zwischen Intensivbetreuung und Psychiatrie, in der dann ausschließlich Krisensituationen abgefangen werden, ohne dass eine tatsächliche Behandlung stattfindet.

Intensivbetreuung ist nicht die letzte Alternative für „anpassungsunwillige KlientInnen“

Intensivbetreuung setzt ein, wenn dem individuellen Bedarf der betreffenden KlientInnen in anderen Angebotsformen (Wohnen, Arbeit, Freizeit, Schule etc.) nicht (mehr) angemessen entsprochen werden kann. Hierbei besteht jedoch immer die Gefahr, dass eher die fehlende Flexibilität und Kreativität der bisherigen Angebotsformen das Problem darstellt und es hier ggf. nur einer kleinen Veränderung bedürfte, um eine bedarfsgerechte Betreuung weiter aufrecht erhalten zu können. Wenn die Erwartungen an die Anpassungsleistung der KlientInnen höher sind als die Anpassungsbereitschaft des bisherigen betreuenden Angebotes, besteht meiner Ansicht nach eher ein Systemfehler als die Notwendigkeit zur Einrichtung einer Intensivbetreuung.

Intensivbetreuung ist nicht die „Resterampe“ der Inklusion

Die unter dem Schlagwort „Inklusion“ eingesetzte Entwicklung geht derzeit mit einem deutlichen Anstieg von Anfragen für intensivbetreute Angebote einher. Angehörige und rechtliche BetreuerInnen von Menschen mit besonderen Hilfebedarfen stehen aktuell bei der Suche nach geeigneten Aufnahmemöglichkeiten häufig vor kaum lösbaren Problemen. Mehrjährige Wartezeiten und Fahrtwege von mehreren hundert Kilometern scheinen zunehmend die Regel. Oft reduziert sich die Suche dann nur noch auf die Frage, ob überhaupt eine Aufnahmemöglichkeit besteht – den „Luxus“, nach fachlichen und inhaltlichen Aspekten des Angebotes zu fragen, können sich viele Betroffene kaum noch leisten.

Meinem Eindruck nach wird die Inklusionsdebatte von (vermeintlich) fachlicher Seite vielfach undifferenziert ideologisch und von Kostenträgerseite fast ausschließlich mit dem Ziel der Kostensenkung geführt. In beiden „Strömungen“ scheint die Tatsache ausgeblendet zu werden, dass es Menschen

mit sehr besonderen Bedarfen gibt, die besondere Angebote benötigen, die vielleicht nicht den derzeit idealisierten Angebotsformen entsprechen. Vielleicht auch gerade deshalb, weil dieser Personenkreis verhältnismäßig klein ist. Im Ergebnis bleiben jedoch die betroffenen Menschen auf der Strecke und es droht eine zunehmende Entwicklung in Richtung „inklusive oder intensiv“ statt des erforderlichen Ausbaus „intensiv inklusiver“ Angebote.

Was Intensivbetreuung sein sollte (5 Thesen)

Da es mir vermutlich ohnehin nicht gelingen wird, eine allgemeingültige und *hinreichende Definition* des Begriffs „Intensivbetreuung“ vorzulegen, möchte ich mich darauf beschränken, in Form von 5 Thesen die *notwendigen Bedingungen* für ein intensivbetreutes Angebot zu formulieren:

Individuell

THESE 1: Ausgangs- und Mittelpunkt eines intensivbetreuten Angebotes muss stets ein auf den individuellen Bedarf der betreffenden Person abgestimmtes Betreuungskonzept sein.

Intensivbetreuung erfordert immer eine individuelle Herangehensweise und ist nicht als Standardkonzept für bestimmte Diagnosen bzw. Diagnosenkombinationen denkbar. Dies soll keinesfalls den Sinn standardisierter Programme für bestimmte Zielgruppen (z.B. im Bereich Sucht, Autismus etc.) in Frage stellen, die teilweise sehr erfolgreich im Rahmen intensivbetreuer Angebote eingesetzt werden. Allerdings muss auch hier der Ausgangspunkt immer der individuelle Bedarf sein, der sich niemals allein aus einem ICD-Code ableiten lässt.

Lebensbereichsübergreifend

THESE 2: Intensivbetreuung erfordert die Abstimmung der Angebote über die einzelnen Lebensbereiche (Wohnen, Arbeit, Freizeit etc.) hinaus.

Hierin liegt oft ein grundlegender Unterschied zu anderen Angebotsformen, bei denen gerade die Trennung der Lebensbereiche ein wesentliches konzeptionelles Element ist. Personen mit dem Bedarf einer Intensivbetreuung werden diesen jedoch kaum in nur einem Lebensbereich zeigen – was eher ein deutlicher Hinweis auf ein ungeeignetes Angebot in diesem Bereich wäre. Ohne die gegenseitige Abstimmung der jeweiligen Betreuungskonzepte lässt sich eine für die KlientInnen hilfreiche und stabilisierende Betreuung in der Regel kaum umsetzen.

Theoriegeleitet

THESE 3: Ein intensivbetreutes Angebot muss die theoriegeleitete inhaltliche (therapeutische) Bearbeitung der besonderen individuellen Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung der KlientInnen umfassen.

Bei Anfragen nach einer Intensivbetreuung zeigt sich häufig, dass es in den bisherigen Betreuungssettings nicht gelungen ist, für das herausfordernde Verhalten der betroffenen Personen einen Erklärungsansatz zu finden. Angehörige und MitarbeiterInnen stehen oft hilf- und ratlos vor den mitunter bizarren, aggressiven und selbstzerstörerischen Verhaltensweisen der Betroffenen, die selbst in der Regel unter einem erheblichen Leidensdruck stehen. Ausgangspunkt eines intensivbetreuten Angebotes muss daher immer zunächst eine Theoriebildung sein, auf deren Basis dann die entsprechenden betreuenden und therapeutischen Maßnahmen entwickelt und geplant werden.

Interdisziplinär

THESE 4: Intensivbetreuung ist nur aus einer ganzheitlichen Sichtweise heraus denkbar und erfordert eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Schwerwiegend herausfordernde Verhaltensweisen gehören für verschiedenste Professionen in der Behindertenhilfe zum Alltag. Bei Aufnahmeanfragen für ein intensivbetreutes Angebot finden sich häufig eine Vielzahl an ärztlichen und psychologischen Befunden, therapeutischen und pädagogischen Verlaufsberichten, heilpädagogischen Stellungnahmen, Berichten aus Schule, Werkstatt, Wohnheim etc., die in der Regel jedoch kaum Bezug aufeinander nehmen. Für ein tatsächliches Verständnis schwerwiegend herausfordernder Verhaltensweisen und vor allem für ein tatsächlich hilfreiches und stabilisierendes Unterstützungsangebot ist jedoch eine Gesamtsicht auf die betreffende Person eine unverzichtbare Voraussetzung. Hierzu gehört u.a. die Berücksichtigung der Lebens- und Lerngeschichte (bisherige Lebensbedingungen, bekannte oder wahrscheinliche Traumatisierungen etc.), eine differenzierte Betrachtung des Entwicklungsstandes (kognitiv, emotional etc.), die Berücksichtigung krankheitsbedingter Aspekte (einschl. (Neben-) Wirkungen der aktuellen Medikation), Erfahrungen im Kontext von Alltagsanforderungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen sowie die Einbeziehung weiterer einflussnehmender Faktoren.

Zielorientiert

THESE 5: Intensivbetreute Angebote müssen die Ziele für die betreute Person (nicht nur für deren Umfeld) konkret benennen können und diese regelmäßig reflektieren.

Sehr häufig steht hinter Anfragen für eine Intensivbetreuung nicht der besondere Bedarf einer Person mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten, sondern das Ende der Belastbarkeit des bisherigen Lebensumfeldes (Elternhaus, Wohnheim u.a.). Inhaltlich ist dies in den meisten Fällen mehr als nachvollziehbar, als alleiniges Ziel eines intensivbetreuten Angebotes jedoch vollkommen unzureichend.

Die Aufnahme in ein intensivbetreutes Angebot ist für die Betroffenen oft die erste – und mitunter auch die letzte – Chance auf eine Lebensperspektive in der sie als Person und nicht als „Problemfall“ wahrgenommen werden. Hierdurch können sich ganz neue Entwicklungsmöglichkeiten ergeben, die es individuell zu entdecken, zu fördern und zu unterstützen gilt. Nur aus einer solchen Perspektive heraus macht Intensivbetreuung – meiner Ansicht nach – überhaupt einen Sinn.

Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung.

Ein Beitrag zur begrifflichen Klärung

Michael Seidel

In der Fachliteratur oder in der Fachszene trifft man hinsichtlich des Verhältnisses der Begriffe *Verhaltensauffälligkeiten* und *psychische Störungen* bei Menschen mit geistiger Behinderung gelegentlich auf zwei Auffassungen, denen ich ausdrücklich widersprechen möchte. Der ersten Auffassung zufolge sind Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen gewissermaßen zwei gleichrangige Kategorien, die voneinander – wenigsten im Prinzip – strikt zu unterscheiden, gegeneinander abzugrenzen sind. Gemäß der zweiten Auffassung sind Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen extreme Pole eines Spektrums. An einem Pol stehen dieser Auffassung nach die Verhaltensauffälligkeiten, am anderen Pol die psychischen Störungen bzw. psychischen Krankheiten.

Im Folgenden möchte ich das Verhältnis von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen aus meiner Sicht darstellen. Dabei beziehe ich mich in jedem Falle auf Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung.

Psychische Störungen im weiteren Sinne

Zuerst ist der Begriff der psychischen Störung näher zu erläutern. Der Begriff kann zunächst in einer umfassenden Weise verstanden werden, indem man mit ihm ein irgendwie gestörtes, ein irgendwie auffälliges Verhalten charakterisieren will. Insofern handelt es sich um einen rein deskriptiven Begriff von Störung. Allerdings steht diesem weiten deskriptiven Gebrauch ein Begriff von Störung entgegen, wie ihn die ICD-10, die Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (WORLD HEALTH ORGANIZATION 1992) verwendet. Dazu werden unten weitere Ausführungen folgen.

Unter diesem sehr weiten Begriff von psychischen Störungen – hier: *psychische Störungen im weiteren Sinne* – bei Menschen mit geistiger Behinderung kann folgende Untergliederung erfolgen:

- Psychische Störungen im engeren Sinne
- Problemverhalten
- Verhaltensphänotypen

- Epilepsiebezogene psychische Störungen

Dieser Untergliederung folgen die nachfolgenden Ausführungen.

Psychische Störungen im engeren Sinne

Bei den psychischen Störungen im engeren Sinne handelt es sich um Zustandsbilder, um Krankheitsbilder, die mit Diagnosen nach den üblichen diagnostischen Klassifikationssystemen versehen werden können. Bei diesen Klassifikationssystemen handelt es sich entweder um die erwähnte ICD-10 (WORLD HEALTH ORGANIZATION 1992) oder das DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1994). In Deutschland ist die ICD-10 verpflichtend eingeführt (DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION DIMDI 1994). Übrigens befinden sich ICD-10 und das DSM-IV derzeit im Stadium der Weiterentwicklung zur ICD-11 bzw. zum DSM-5, um neueren wissenschaftlichen Erkenntnisse auch auf klassifikatorischer Ebene gerecht zu werden.

Die psychischen Störungen sind sowohl in der ICD-10 als auch im DSM-IV systematisch in Abschnitte gruppiert. Die Untergliederung des Kapitels V (F) der ICD-10 in Abschnitte zeigt Kasten 1. Es muss darauf verzichtet werden, an dieser Stelle detailliertere Ausführungen zu den einzelnen Abschnitten oder gar zu den einzelnen diagnostischen Einheiten unterhalb dieser Gliederungsebene zu machen.

Kasten 1: Die Abschnitte des Kapitels V (F) der ICD-10 (nach DILLING et al. 1991)

F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen.

Entgegen dem Alltagssprachgebrauch („psychische Krankheit“ oder „psychische Erkrankung“) werden die psychischen Krankheitsbilder in der ICD-10 als *psychische Störungen* (engl.: *mental disorder*) bezeichnet. Die Weltgesundheitsorganisation hat sich entschieden, in der ICD-10 für psychische

Erkrankungen (oder psychiatrische Störungsbilder) den Begriff psychische Störung zu verwenden, weil der klassische Begriff der *Krankheit* auf sie in vielen Fällen nicht anwendbar ist. Im Sinne der traditionellen allgemeinen Pathologie handelt es sich nämlich erst dann um eine *Krankheitseinheit*, wenn eine einheitliche Ursache (Ätiologie), eine einheitliche Symptomatik, ein einheitlicher Verlauf oder Ausgang und schließlich ein einheitlicher pathologisch-anatomischer Befund vorliegt. Es liegt auf der Hand, dass es eine Reihe psychischer Störungsbilder – zu nennen wären beispielsweise Zwangsstörungen, Angststörungen, Schizophrenie oder affektive Störungen – gibt, für die keines oder wenigstens nicht alle dieser Merkmale erfüllt sind. Um dieses Problem zu umgehen, hat die WHO den Begriff psychische Störung (*mental disorder*) eingeführt. Zum Begriff Störung erläutert die ICD-10, es sei „kein exakter Begriff; seine Verwendung in dieser Klassifikation soll einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten anzeigen, der immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit Belastungen und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden ist, sich aber nicht auf der sozialen Ebene allein darstellt“ (DILLING et al. 1991, 19).

Sowohl ICD-10 als auch DSM-IV benennen für jede diagnostische Kategorie bestimmte Merkmale oder Kriterien, die für die Anwendung der Diagnose erfüllt sein müssen. Man nennt diese Vorgehensweise *operationalisierte Diagnostik*. Mit der operationalisierten Diagnostik ist im Hinblick auf Menschen mit geistiger Behinderung allerdings die Schwierigkeit verbunden, dass oft bestimmte Symptome, die der Schilderung des subjektiven Erlebens (z. B. Angst, Trugwahrnehmungen, Wahn) entstammen, gar nicht oder nicht hinreichend sicher erhoben werden können. So bleibt man bei der Diagnostik psychischer Störungen oft vorrangig auf beobachtbare Symptome aus dem Verhaltensbereich angewiesen (z. B. Rückzug, Apathie, Bewegungsunruhe).

Problemverhalten

Bei Menschen mit geistiger Behinderung treten oft Störungsbilder auf, deren Symptomatik nicht in einem bekannten psychiatrischen Störungsbild aufgeht. Anders formuliert: Das vorliegende Störungsbild, zumeist vorrangig in *auffälligem Verhalten* verschiedener Form ausgedrückt, lässt sich gar nicht oder wenigstens nicht vollständig einer diagnostischen Kategorie des ICD-10 oder des DSM-IV zuordnen. Es lässt sich auch nicht auf eine einfache Ursache (z. B. Schmerz) zurückzuführen.

Oft werden für solche Störungsbilder im Alltag unterschiedliche Begriffe wie *Verhaltensauffälligkeiten*, Verhaltensstörungen, Verhaltensprobleme, herausforderndes Verhalten oder originelles Verhalten verwendet, mit dem sie von

„psychischen Krankheiten“ abgegrenzt werden sollen. Und hier beginnt nun die Verwirrung der Begriffe, für die weiter unten eine Lösung angeboten werden soll.

Für solche Störungsbilder sollte man, wenn sie ein bestimmtes Ausmaß erreichen, *Begriff* und *Konzept* des *Problemverhaltens* anwenden. Was ist nun aber unter Problemverhalten zu verstehen, wie ist es definiert?

In Anlehnung an die Definition des ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (2001) ist unter *Problemverhalten* folgendes zu verstehen:

1. Es handelt sich um erscheinungsbildlich sehr verschiedene Verhaltensweisen, die infolge ihrer Art, Häufigkeit oder Schwere eine ernsthafte Gefahr für die Gesundheit oder Sicherheit des Betroffenen oder anderer Menschen darstellen oder eine ernsthafte Gefahr sozialer Ausgrenzung usw. mit sich bringen.
2. Dieses Verhalten darf nicht unmittelbar auf eine psychische Störung im engeren Sinne, auf eine körperliche Erkrankung oder auf Arzneimitteleinfluss zurückzuführen sein. Praktisch heißt das, diese Ursachen müssen ausgeschlossen werden.

Mit dieser Definition von Problemverhalten, die *erhebliche Folgen* des Verhaltens voraussetzt, ist ausgeschlossen, dass etwa jede *beliebige* Verhaltensauffälligkeit eines Menschen quasi automatisch als Problemverhalten bezeichnet wird. Mit dieser Definition ist es überdies zwanglos möglich, sehr unterschiedliche Verhaltensweisen als Problemverhalten zu bezeichnen. Erscheinungsbildlich umfasst Problemverhalten überaus vielfältige Phänomene. Sie reichen von selbst- oder fremdverletzenden Verhaltensweisen über enthemmtes, distanzloses Verhalten bis hin zu Rückzug und Apathie. Allerdings fordern leider oft vor allem die expansiven Verhaltensweisen die Reaktion der Umwelt heraus, während Menschen mit stillen, eher in sich gekehrten Verhaltensauffälligkeiten nicht selten eher unbeachtet bleiben.

Wie entsteht nun Problemverhalten, wenn es nicht aus einer krankhaften Ursache (z. B. psychische Störung im engeren Sinne) erklärt werden kann? Es ist hier nicht der Ort, ins Detail zu gehen. Zu Details muss vielmehr auf andere einschlägige Veröffentlichungen (DOŠEN et al. 2005, DOŠEN 2010, DOŠEN et al. 2010) verwiesen werden.

Aber im Hinblick auf das Ursachen- oder Bedingungsgefüge kann als zentrale Aussage festgehalten werden: Bei Problemverhalten handelt es sich bei aller erscheinungsbildlichen Vielgestaltigkeit um Störungsbilder, die nur aus der *nachteiligen Wechselwirkung* der individuellen Dispositionen der betroffenen Person – vor allen ihres sozio-emotionalen Entwicklungsniveaus – einerseits mit den Anforderungen und Gegebenheiten seiner konkreten sozialen und

physischen Umwelten andererseits ausreichend zu erklären sind. Zugespitzt formuliert: Problemverhalten ist *keine individualpathologische* Eigenschaft der betroffenen Person allein, sondern eine Eigenschaft des *Systems* Person-Umwelt. Problemverhalten ist eine *maladaptive Funktion* eines nicht adäquat abgestimmten Verhältnisses zwischen den Dispositionen und Bedürfnissen der betroffenen Person einerseits und den Anforderungen, Erwartungen, Bedingungen ihrer ggf. sehr unterschiedlichen Umwelt(en) andererseits. Man kann von einer mangelnden Passung zwischen Person und Umwelt sprechen. Nur so lässt sich übrigens erklären, warum bestimmte Verhaltensweisen konkreter Personen unter Umständen gerade nicht überall auftreten, sondern in bestimmten Kontexten gar nicht, in anderen hingegen massiv. Jeder kennt Beispiele, bei denen bestimmte Verhaltensweisen nur in der Werkstatt, nicht im Wohnbereich auftreten oder umgekehrt. Das belegt eindrucksvoll den Stellenwert der Umweltfaktoren.

Wenn Störungsbilder, die als Problemverhaltens verstanden werden, aus einer inadäquaten Passung zwischen der betroffenen Person und ihren Umwelten entstehen, können sie natürlich nicht allein mit einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Intervention gelindert oder beseitigt werden. Vielmehr bedarf es zu ihrer Überwindung immer *komplexer, interdisziplinär* angelegter *Interventionsstrategien*, um auf die verschiedenen Faktoren positiv einzuwirken. Dabei muss es sich um Interventionen handeln, die einerseits auf die positive Beeinflussung der Umweltfaktoren, andererseits auf die Dispositionen der betroffenen Personen zielen. Man beachte: Zuerst sollte die Veränderung der Umweltfaktoren und -bedingungen einschließlich der Erwartungen an die Person auf ihre Veränderungsnotwendigkeit und -möglichkeit hin überprüft werden.

Es kann durchaus sein, dass in das komplexe Bedingungsgefüge eines Problemverhaltens eine psychische Störung im engeren Sinne hineinspielt (z. B. eine Depression oder eine beginnende altersbedingte Demenz). In einem solchen Fall kommt eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung als Teil der komplexen Interventionsstrategie durchaus in Betracht (Hennicke 2011). Jedoch dürfen Psychotherapie oder Psychopharmakotherapie im Falle eines Problemverhaltens keinesfalls die Beeinflussung aller anderen relevanten Faktoren behindern oder sogar ersetzen (vgl. DOŠEN et al. 2010; SEIDEL 2011).

Verhaltensphänotypen

Der Begriff der *Verhaltensphänotypen* (engl.: *behavioural phenotypes*) bezieht sich auf bestimmte Verhaltensmuster, die mehr oder minder regelhaft im Rahmen bestimmter genetisch bedingter Syndrome (z. B. Trisomie 21, Prader-Willi-Syndrom, Fragiles-X Syndrom, Tuberoöse Sklerose) oder im Rahmen von

Störungsbildern infolge definierter Ursachen (z. B. Alkoholfetopathie bzw. die Alkoholembryopathie) auftreten.

Die *Alkoholembryopathie* bzw. *-fetopathie* ist heute in Deutschland und anderen Ländern der westlichen Welt wohl das häufigste Störungsbild, das durch einen von außen kommenden – und grundsätzlich vermeidbaren – pränatalen schädigenden Faktor – Alkohol – entsteht. Bemerkenswerterweise ist auch dieses Störungsbild nicht nur durch kognitive und andere mentale Defizite gekennzeichnet, sondern ebenso durch charakteristische morphologische Auffälligkeiten. Auch die Verhaltensphänotypen bei genetisch bedingten Syndromen weisen bestimmte charakteristische Merkmale auf.

Bei Verhaltensphänotypen handelt es sich um biologische Phänomene, bei denen eine entsprechende Variabilität auftreten kann. In diesem Sinne ist die Definition von DYKENS (1995) erwähnenswert. Sie hebt nämlich hervor, dass dann ein Verhaltensphänotyp vorliegt, wenn bei einem Menschen mit einem konkreten genetisch bedingten Syndrom bestimmte Verhaltensweisen häufiger vorkommen als bei vergleichbaren Menschen ohne dieses Syndrom. Das heißt im Umkehrschluss, dass die betreffenden Verhaltensweisen nicht unbedingt bei jedem einzelnen Individuum, das von diesem Störungsbild betroffen ist, vorliegen müssen. Weitere Ausführungen zum Thema der Verhaltensphänotypen finden sich bei SARIMSKI (2003) und SEIDEL (2004).

Epilepsiebezogenen psychische Störungen

Grundsätzlich könnten die epilepsiebezogenen psychische Störungen den jeweiligen Kategorien innerhalb des Kapitels V (F) der ICD-10 zugeordnet werden. Insofern sind sie ohne weiteres als psychische Störungen im engeren Sinne zu verstehen. Aber schon die Tatsache, dass bei Menschen mit geistiger Behinderung sehr häufig eine Epilepsie besteht, lässt es als sinnvoll erscheinen, die epilepsiebezogenen psychischen Störungen gesondert zu erwähnen.

Das Spektrum ihrer Erscheinungsbilder bzw. der mit ihnen verbundenen Verhaltensauffälligkeiten ist denkbar breit. Ebenfalls sind die Beziehungen der Störungsbilder zur Epilepsie sehr heterogen. Dies kann hier nur skizziert werden: Es kann sich um erlebnisreaktive psychischen Störungen handeln, die als Folge von erlebter sozialer Zurücksetzung und Kränkung auftreten, aber auch um Ausdrucksformen des epileptischen Geschehens oder des der Epilepsie zugrundeliegenden Krankheitsprozesses selbst. Es kann sich um kurzdauernde psychische Störungen (z. B. epileptischer Dämmerzustand, Absence), um langdauernde oder chronisch progrediente psychische Störungen (z. B. organische Persönlichkeitsveränderung), aber auch um psychische Störungen handeln, die vor den Anfällen (z. B. präiktale Verstimmungszustände), während der epileptischen Anfälle (z. B. Absenzen, psycho-

motorische Entäußerungen und Handlungsabfolgen im Rahmen eines Temporallappenanfalls) oder nach den Anfällen auftreten. Einen Sonderfall bilden die *nichtepileptischen dissoziativen Anfälle* (früher: pseudoepileptische oder hysterische Anfälle). Sie können den epileptischen Anfällen zum Verwechseln ähnlich sein. Ihr nichtepileptisches Wesen ist nicht selten nur durch eine ausgefeilte Diagnostik zu erkennen. Auf jeden Fall gehören zu nahezu allen epilepsiebezogenen psychischen Störungen irgendwelche Verhaltensauffälligkeiten.

Die Vielgestaltigkeit von Verhaltensauffälligkeiten

Das erscheinungsbildliche Spektrum von Verhaltensauffälligkeiten ist sehr breit. Es kann sich um enthemmtes, selbstaggressives oder fremdaggressives Verhalten handeln, um enthemmtes sexuelles oder distanzloses soziales Verhalten, um Feindseligkeit, um Aufmerksamkeit erheischendes Verhalten, aber auch um Rückzug, Apathie, Weinerlichkeit, Klagsamkeit, stereotype Bewegungsabläufe usw.

Es entspricht psychiatrischer Erfahrung, dass dem einzelnen Symptom seine Ursache nur selten anzusehen ist. Zur Klärung der Ursachen oder Bedingungsfaktoren und damit zur diagnostischen Einordnung gehören grundsätzlich sowohl eine gründliche anamnestische Abklärung als auch eine umfassende Erhebung des psychischen, neurologischen und allgemeinkörperlichen Befundes sowie ergänzende paraklinische Untersuchungen. Unter die paraklinischen Untersuchungen fallen insbesondere Verfahren der elektrophysiologischen Diagnostik (z.B. EEG), der Bildgebung (z. B. kraniales CT, zerebrales MRT) und ergänzende Laboruntersuchungen (Blutuntersuchung, Liquoruntersuchung, Gewebsbiopsien usw.).

Grundsätzlich können mehr oder minder alle oben erwähnten Verhaltensauffälligkeiten

- Bestandteil der Symptomatik einer psychischen Störung im engeren Sinne (z. B. einer Manie, einer Schizophrenie, einer beginnenden oder fortgeschrittenen Demenz) sein,
- zu einem Verhaltenstyp im Rahmen genetisch definierter Syndrome gehören,
- Symptom eines Problemverhaltens sein, oder
- einer psychischen Störung im Zusammenhang mit einer Epilepsie zuzuordnen sein.

Insofern gehören alle Phänomene, die als Verhaltensauffälligkeiten bezeichnet werden, der symptomatischen Ebene zu. Ob sie einer psychischen Störung im engeren Sinne, einem Problemverhalten, einem Verhaltensphänotyp oder

einer epilepsiebezogenen psychischen Störung zugehören, lässt sich nur durch eine umfassende Diagnostik klären.

Schließlich muss noch bedacht werden, dass manche Verhaltensauffälligkeiten nicht unmittelbare Symptome eines Störungsbildes welcher Art auch immer sein müssen, sondern der *Kompensation* oder *Bewältigung* der zugrundeliegenden Störung dienen können. Insofern sind sie oft auch regelrecht kreative Lösungen. So können beispielsweise die starren Routinen von Menschen mit Störungen des autistischen Spektrums als Bewältigungsmechanismen gedeutet werden. Sie helfen, die als überaus komplexe und überfordernd erlebte Umweltaforderungen zu bewältigen. Sie zu beseitigen zu wollen, käme einem Boykott der Lösungen der Person gleich. Allerdings könnte die Umwelt Lösungen suchen, die die Routinen lockern und sie damit Schritt für Schritt unentbehrlich werden lassen kann.

Zum Verhältnis der Begriffe Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen

Das Verhältnis von Verhaltensauffälligkeiten und zugrundeliegenden Bedingungen oder Ursachen wird schematisch und sehr stark vereinfacht in Abb. 1 dargestellt. Im Blick auf die Eingangsfrage, in welchem Verhältnis Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen zueinander stehen, kann man also festhalten, dass sowohl die dichotom-kategoriale Gegenüberstellung von psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten als auch das Spektrum-Modell an der Realität vorbeigehen. Vielmehr gehören psychische Störungen im engeren und im weiteren Sinn der Ebene des zugrundeliegenden Bedingungs- bzw. Ursachengefüges an, während die Verhaltensauffälligkeiten der Ebene der Symptomatik oder aber der Ebene der Bewältigung oder Kompensation zugehören.

Aus verschiedenen Gründen kann hier nicht näher auf verwandte oder benachbarte Begriffe wie Verhaltensprobleme, Verhaltensstörungen usw. eingegangen werden, ebenso nicht auf den interessanten und häufig fehlinterpretierten Begriff *Herausforderndes Verhalten*. Allen diesen Begriffen ist gemeinsam, dass sie keine Aussage über die zugrundeliegende Ursache, Gründe, Motive usw. treffen, sondern rein deskriptiver Natur sind. Allerdings meint der Begriff des Herausfordernden Verhaltens (engl. *Challenging behaviour*) (EMERSON 1995) vor allem, dass sich durch die so bezeichneten Verhaltensweisen die Umwelt der betroffenen Person zum kreativen Handeln im Sinne einer adäquaten Unterstützung der Person herausgefordert sehen sollte. Insofern zielt dieser Begriff auch auf die fachliche oder versorgungskonzeptionelle Herausforderung. Der Begriff Herausforderndes Verhalten unterstellt hingegen nicht, wie manchmal irrtümlich angenommen

wird, die betreffende Person verfolge mit ihrem Verhalten eine provozierende Absicht.)

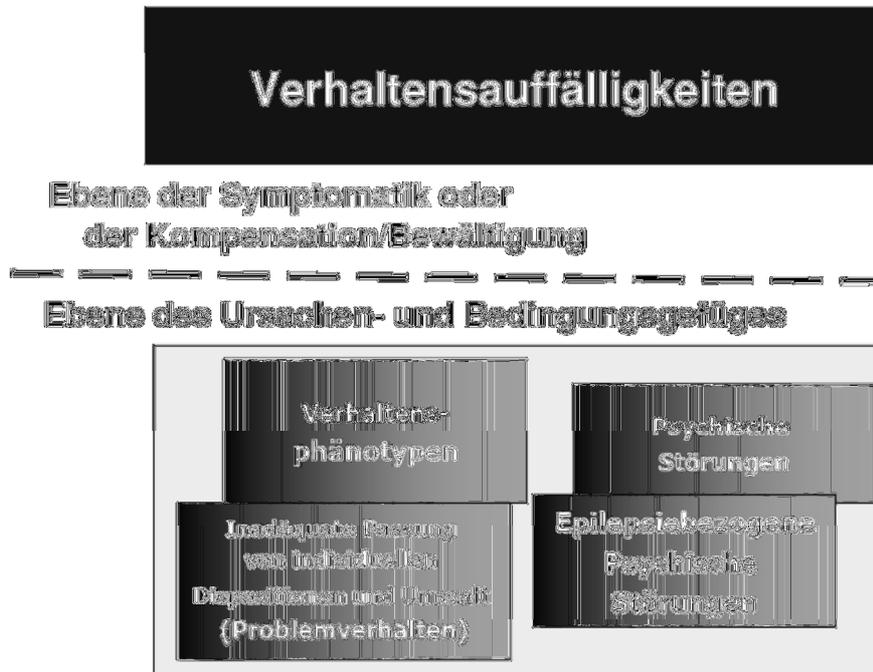


Abb. 1: Verhältnis von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen

Zusammenfassung

Auf der Grundlage der vorstehenden Ausführung kann festgestellt werden, Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen gehören unterschiedlichen Ebenen an. *Verhaltensauffälligkeiten gehören gewissermaßen auf die symptomatische Oberfläche oder auf die Ebene der Kompensation oder Bewältigung. Hingegen gehört der Begriff der psychischen Störung im engeren Sinne wie auch die Konzepte des Problemverhaltens oder des Verhaltensphänotyps auf die Ebene des ursächlichen oder des mehr oder minder komplexen Bedingungsgefüges. Damit müssen sowohl die dichotom-kategoriale Gegenüberstellung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischer Störung im engeren Sinne als auch das Spektrum-Modell verworfen werden.*

Es wäre wünschenswert, es käme anstelle weiterer sophistischer Streitereien um Begrifflichkeiten zu einer einheitlichen Verwendung der Begriffe. Damit könnte alle Energie in die noch immer notwendige Klärung der Hintergründe, Zusammenhänge und Übergänge der Phänomene und der Angemessenheit der Konzepte investiert werden.

Literatur

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV (4th edition). American Psychiatric Association, Washington, DC 1994. (Deutsch: SASS, H. et al.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV. Hogrefe, Göttingen 1996)
- DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M. H. (Hrsg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern.
- DOŠEN, A.; GARDNER, W. I.; GRIFFITH, D. M.; KING, R.; LAPOINTE, A. (2005): Practice Guidelines and Principles: Assessment, Diagnosis, Treatment and Related Support Services for Persons with Intellectual Disabilities and Problem Behaviour. European Edition. Centre of Consultation and Expertise, Gouda.
- DOŠEN, A (2010): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Herausgeber und Bearbeiter der deutschsprachigen Ausgabe: HENNICKE, K., SEIDEL, M. Hogrefe, Göttingen.
- DOŠEN, A., GARDNER, W. I., GRIFFITH; D. M., KING, R., LAPOINTE, A. (2010): Praxisleitlinien und Prinzipien. Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten. Europäische Edition. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung: MICHAEL SEIDEL in Zusammenarbeit mit KLAUS HENNICKE, KNUT HOFFMANN, THOMAS MEINERT, HOLGER SCHMIDT, TATJANA VOß, ELISABETH WILKING (Materialien der DGSGB, Band 21). DGSGB Eigenverlag, Berlin (als *Download: www.dgsgb.de*).
- DYKENS, E. (1995): Measuring behavioural phenotypes: Provocations from the „new genetics“. Am. J. Ment. Retard. 99, 522-532.
- EMERSON, E. (1995): Challenging Behaviour: Analysis and Intervention in People with Severe Learning Disabilities. Cambridge University Press, Cambridge.
- HENNICKE, K. (Hrsg.) (2011): Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. Lebenshilfe-Verlag, Marburg.
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (2001): DC-LD: Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation. Royal College of Psychiatrists.
- SARIMSKI, K. (2003): Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. 3. vollst. überarb. Erweiterte Auflage. Hogrefe, Göttingen.
- SEIDEL, M. (Hrsg.) (2002): Das Konzept der Verhaltensphänotypen. Ein klinisch-genetischer Beitrag zur Erklärung bestimmter Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung? (Materialien der DGSGB, Bd. 3). DGSGB Eigenverlag, Berlin (als *Download: www.dgsgb.de*).
- SEIDEL, Michael (Hrsg.) (2011): Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung (Materialien der DGSGB, Bd. 24). DGSGB Eigenverlag, Berlin (als *Download: www.dgsgb.de*).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.) (1992): International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. WHO Geneva. (deutsch: DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION (DIMDI) (Hrsg.) (1994): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Bd. 1: Systematisches Verzeichnis. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore.)
- WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION – SECTION ON PSYCHIATRY OF INTELLECTUAL DISABILITY (2009): Problem Behaviour in Adults with Intellectual Disabilities: International Guide for Using Medication. WPA. (Deutsch: WELTVERBAND FÜR PSYCHIATRIE – SEKTION GEISTIGE BEHINDERUNG (2012): Problemverhalten bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung - Eine internationale Leitlinie zum Einsatz von Psychopharmaka. Übersetzung und Bearbeitung: SEIDEL, M. (Materialien der DGSGB, Bd. 26). DGSGB Eigenverlag, Berlin) (als *Download: www.dgsgb.de*).

Themenblock 1: Entwicklungsorientierung

Einführung in den Themenblock 1: Entwicklungsorientierung

Christina Heinrich

In der Arbeit mit Menschen mit herausforderndem Verhalten kreisen viele unserer Gedanken um die Frage nach dem Umgang mit diesem Personenkreis: Was können wir tun, damit sich das Verhalten stabilisiert, ... damit sich die Situation beruhigt, ... damit sich etwas verändert. Dieses Gedankenkreisen ist dabei leider häufig auch verbunden mit einem Gefühl von Hilflosigkeit und Ohnmacht. Manchmal ist es unglaublich schwer auszuhalten, dass die Menschen so sind wie sie sind, dass sie sich so verhalten, wie sie sich verhalten. Wir sind enttäuscht, weil sich trotz aller Anstrengungen unsererseits nichts zu verändern scheint.

Im ersten Themenblock wollen wir unsere Gedanken nun kreisen lassen um eine andere Fragestellung – die ebenfalls häufig gestellte Frage nach dem warum? Wir möchten der Bedeutung der Diagnostik für die praktische Arbeit mit Menschen mit herausforderndem Verhalten nachgehen. Und wir möchten deutlich machen, dass Diagnostik nicht allein die Aufgabe von Ärzten und Psychologen ist, sondern auch die „Praktiker“ immer Teil dieses diagnostischen Prozesses sind.

Die Frage nach den Entstehungsbedingungen von „Auffälligem Verhalten“ oder „Herausforderndem Verhalten“ stellt sich uns in der praktischen Arbeit ohnehin täglich und immer wieder neu. Wir befinden uns auf einer ständigen Suche nach Erklärungszusammenhängen, deren Ausgangspunkt die betroffene Person mit ihrer individuellen Lebens- und Lerngeschichte, ihren Stärken und Schwächen, ihren Bedürfnissen und Interessen ist. Das heißt: Wir richten einen „diagnostischen Blick“ auf die Menschen. Wir versuchen, ihr Verhalten und Erleben zu verstehen, um ihnen eine bedarfsgerechte und entwicklungs-förderliche Unterstützung zukommen lassen zu können.

Bezogen auf die Gestaltung dieses Verstehensprozesses machen wir häufig eine wesentliche Erfahrung: Je mehr wir uns darauf konzentrieren, einen Menschen zu verstehen, desto eher tritt der Wunsch nach Veränderung in den Hintergrund. Wir können plötzlich mit größerer Gelassenheit akzeptieren, dass sich manche Dinge eben nicht verändern lassen. Das Gefühl von Hilflosigkeit und Ohnmacht wird kleiner, obwohl sich das Verhalten des Menschen gar nicht verändert hat. Verändert hat sich lediglich die Haltung, mit der wir ihm begegnen.

In der praktischen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung hat es sich als sehr hilfreich erwiesen, herausforderndes Verhalten immer auch auf dem Hintergrund des Entwicklungsniveaus der Person zu betrachten. Die Klärung

des Entwicklungsstandes eines Menschen ist wichtig, weil herausforderndes Verhalten häufig Ausdruck eines Missverhältnisses zwischen Anforderung und individuellen Möglichkeiten der Person ist.

Wir können – wie Anton DOŠEN (2010) - davon ausgehen, „*dass sich Menschen mit einer intellektuellen Behinderung in ihrer psychosozialen Entwicklung grundsätzlich nicht von anderen Menschen unterscheiden*“, der Entwicklungsprozess nur länger dauert und häufig auf einem niedrigeren Niveau endet. Da sich die verschiedenen körperlichen, kognitiven und emotionalen Aspekte relativ unabhängig voneinander entwickeln, kann es dabei zu Diskrepanzen zwischen den jeweiligen Entwicklungsniveaus kommen, aus denen sich wiederum intra- und interpsychische Konflikte ergeben können (vgl. SAPPOK et al., 2012).

Mit der Einschätzung des Entwicklungsniveaus der Persönlichkeit eines Menschen lässt sich daher bereits viel über Verhaltens- und Reaktionsmuster, sowie über auftretende Verhaltensprobleme aussagen.

Das ‚*Multidimensionalen Modell der Persönlichkeitsentwicklung*‘ von Anton DOŠEN (2010) ist ein Modell, das uns für die Berücksichtigung der physiologischen, kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung eines Menschen sensibilisiert. Mit dem ‚*Schema der emotionalen Entwicklung*‘ (SEO) wurde außerdem ein Instrument entwickelt, das die systematische Einschätzung des Entwicklungsalters ermöglicht und damit eine wichtige Basis für die Planung von bedarfsgerechten Interventionen im Alltag liefern kann.

Ich freue mich daher sehr, dass wir Klaus HENNICKE - als Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Mitherausgeber des Fachbuches „*Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung*“ von Anton DOŠEN - und Tanja SAPPOK – als klinisch erfahrene Oberärztin eines Behandlungszentrums für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung in Berlin und Expertin für das ‚*Schema der emotionalen Entwicklung*‘ - gewinnen konnten, mit uns heute diese Entwicklungsperspektive einzunehmen. Sie werden uns einzuführen in das Entwicklungsmodell von Anton DOŠEN und das Instrument SEO, sowie anhand von einzelnen Störungsbildern zeigen, wie wichtig die Berücksichtigung des emotionalen Entwicklungsniveaus für das Verständnis von herausforderndem Verhalten ist.

Literatur:

- DOŠEN, A. (2010). *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung*. Göttingen: Hogrefe.
- SAPPOK, T., DIEFENBACHER, A., BERGMANN, T., ZEPPERITZ, S. & DOŠEN, A. Emotionale Entwicklungsstörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung: Eine Fall-Kontroll-Studie. *Psychiatrische Praxis* 2012; 39: 228-238.

Was heißt „Entwicklungsorientierung“?

Klaus Hennicke

In unseren alltäglichen Begegnungen in Familie, im Beruf und in der Öffentlichkeit verhalten wir uns ständig ohne weiteres Nachdenken „entwicklungsorientiert“. Wir gestalten die Kontakte mit Säuglingen, Kleinkindern, Schulkindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen, Erwachsenen und Alten jeweils so, wie wir denken, dass es dem Entwicklungsstand angemessenen ist. Beispielsweise: Bei Säuglingen und Kleinkindern wird überwiegend lautiert, mimische Signale ausgesendet („grimassiert“), die eigenen Finger als Greifmöglichkeit angeboten, evtl. in den Bauch oder sonst wo hingepiekt usw., was bei Schulkindern oder gar Jugendlichen völlig unangemessenen und albern wäre. Mit Jugendlichen wird mal wie mit Erwachsenen, mal wie mit Kindern gesprochen, auf ihre häufig „flapsige Art“ eingegangen oder sehr handlungsorientiert empfohlen oder bestimmt, was Kinder in ihrem Alter überfordern würde. Bei ihnen wird man sich eher Mühe geben, ihren Erlebnisberichten zuzuhören, sie zu kommentieren, zu erklären zu ermutigen oder zu trösten. Wir nehmen sie in den Arm, „knuddeln“ mit ihnen, was bei Jugendlichen kaum noch geht.

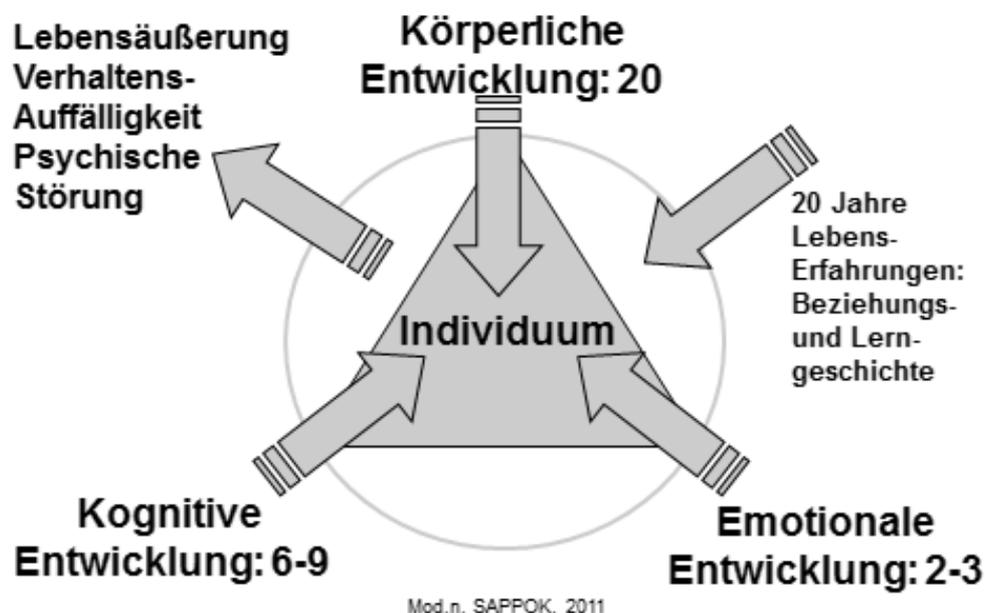
„Entwicklungsorientierung“ ist also ganz offensichtlich und sozusagen in uns angelegt, d.h. dieses Verhalten wird gleichsam „automatisch“ bei uns ausgelöst, je nachdem welche Vorstellung, welches Bild wir vom Gegenüber haben. *Im Wesentlichen orientieren wir uns dabei am (vermuteten) Lebensalter und am äußeren Erscheinungsbild des anderen.* In professionellen Kontexten beispielsweise der gesundheitlichen Versorgung (Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Frühförderung, Sozialpädiatrische Zentren) und im Bildungswesen (z.B. Kindergartenpädagogik, Grundschulpädagogik; Erwachsenenbildung) ist die Orientierung am Entwicklungsstand resp. am Lebensalter des Kindes obligatorisch, weil die jeweiligen diagnostischen Verfahren, pädagogischen Angebote sowie Therapieempfehlungen zwingend dem Entwicklungsstand des Kindes angepasst sein müssen. Es wäre sonst nicht möglich, die Symptome und Verhaltensweisen sowie die speziellen Lernstrategien- und -voraussetzungen wirklich zu verstehen, und es wären die therapeutischen, unterstützenden und Lernangebote kaum hilfreich, wenn sie nicht den Fähigkeiten und Möglichkeiten der Schüler oder Patienten angemessen wären. Bis hierher wird es wohl kaum Widerspruch geben.

Schwieriger wird es, wenn das Lebensalter und der (aktuelle) Entwicklungsstand auseinander klaffen. Normalerweise sehen wir solche (eher aktuellen und sich wieder ausgleichende) Diskrepanzen bei Jugendlichen oder

jungen Heranwachsenden, die körperlich voll entwickelt und nach außen hin sehr „erwachsen“ wirken und sein wollen, gleichzeitig aber – vor allem in Belastungs- und Konfliktsituationen Verhaltensweisen zeigen, die deutlich noch kindliche Züge aufweisen. Das bedeutet, dass eventuelle Unterstützungsangebote eben diesen Entwicklungsniveaus entsprechend gestaltet werden müssen, wenn sie hilfreich wirken sollen. Z.B. Nähe und Anwesenheit von Betreuungspersonen, die auch Verantwortung übernehmen, Sicherheit schaffen, Versorgung (einschl. Pflege) gewährleisten wirken i.d.R. wesentlich besser als Gespräche beispielsweise über Ursachen der Probleme oder Perspektivklärungen etc., also primär kognitive Strategien der Verarbeitung und Bewältigung.

Noch komplexer wird die Situation, wenn solche Diskrepanzen zwischen körperlichen, emotionalen und sozialen Entwicklungslinien und Lebensalter langanhaltend oder gar lebenslang bestehen, vor allem wenn zudem die kognitiven, intellektuellen Möglichkeiten deutlich hinter dem durchschnittlichen Intelligenzniveau zurückbleiben. Dies wird in der Abb.1 schematisch dargestellt:

Abb.1



Ein 20-jähriger junger Mann mit seiner persönlichen Lebensgeschichte (Beziehungen und Erfahrungen) und einer altersentsprechenden körperlichen Entwicklung (biologische Funktionen) steht intellektuell auf dem kognitiven Niveau eines 6-9-jährigen Kindes (d.h. er hat einen IQ-Wert zwischen 60 und 70 = „leichte geistige Behinderung“). Sein emotionaler Entwicklungsstand entspricht einem 2-3-jährigen Kind.

In der Begegnung mit diesem jungen Mann sehen wir zunächst jungen Erwachsenen, der mit seinem äußeren Erscheinungsbild uns auffordert, mit ihm als eben solchen Heranwachsenden umzugehen. Dabei zeigt sich schnell, dass er in seinen sprachlichen Äußerungen und so wie er die Kommunikation und Interaktionen mit mir gestaltet keineswegs wie ein 20-Jähriger ist. Beispielsweise: Die sprachlichen Äußerungen sind zurückhaltend, ängstlich und unsicher, bestehen in einfachen, häufig unvollständigen Sätzen, gelegentliche eher unpassende „Worthülsen“. Auf Nachfragen können die Dinge nur mühsam und langsam geklärt werden. Das Sprachverständnis ist erheblich beeinträchtigt. Allgemeine Begriffe und Bezeichnungen werden offensichtlich nicht verstanden. Er kann seinen Namen in Druckschrift schreiben, seine Adresse kennt er nicht. Rechnen bis 10 mit den Fingern gelingt hinreichend. Mengengriffe fehlen weitgehend. Orientierung im Ort und in der Zeit sehr unsicher (Wochentage und Jahreszeiten können gemeinsam erschlossen, aber nicht der aktuellen Situation zugeordnet werden). Befragt nach seinen Hauptbeschäftigungen: Kataloge durchschauen, Fernsehen, im Bett liegen; keine „spielerischen“ Beschäftigungen oder „Hobbies“. Seine Angelegenheiten kann er nur sehr bedingt selber regeln. es ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet worden, die alle Bereiche umfasst.

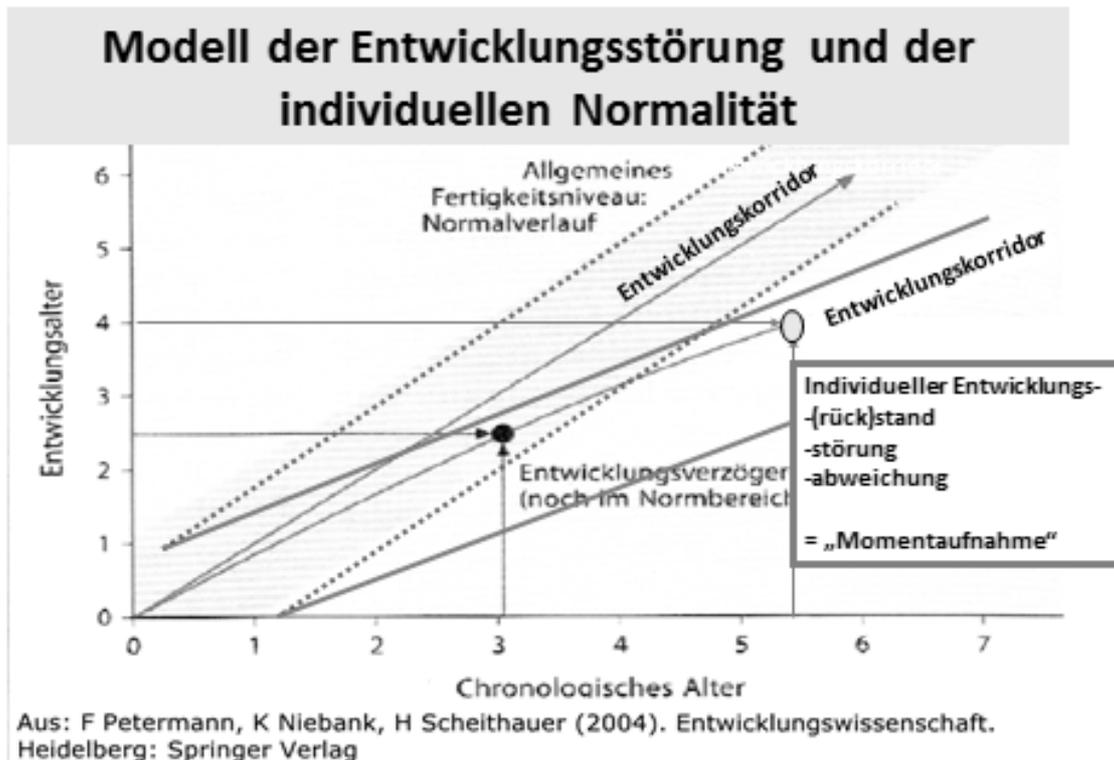
Wenn wir diese Äußerungsformen nicht als „Auffälligkeit“, als „Defizit“ oder gar als „Pathologie“ verstehen, sondern es uns gelingt, sie als Ausdruck des Entwicklungsstandes wahrzunehmen, kann es sein, dass wir sehr schnell die uns zunächst angebotene „übliche“ Ebene des Zwanzigjährigen verlassen und es möglich wird, im Rahmen seiner Denk- und Wahrnehmungsvoraussetzungen zu kommunizieren und vielleicht sogar auch die wirklichen emotionalen und sozialen Bedürfnisse zu erkennen. Damit passiert zweierlei:

- Der junge Mann fühlt sich wirklich verstanden und merkt, dass er sein Gegenüber sich die Mühe macht, ihn zu verstehen. Das bedeutet Wahrnehmung, Anerkennung, Wertschätzung, Kontakt-/Beziehungsangebot, letztlich „Begegnung in Augenhöhe“.
- Das Herausfinden und die Nutzung der passenden sprachlich/kognitiven, emotionalen und sozialen Ebene bedeutet eben nicht die Fokussierung auf den Mangel oder das Fehlende, sondern die umfassende Akzeptanz eines Menschen *mit* seinen Möglichkeiten, um ihm – falls notwendig – die *passende* Hilfe, Unterstützung oder auch Therapie zukommen lassen zu können (vgl. SARIMSKI, 2003; MEIR-KORELL, 2003).

Dieses Ergebnis könnte in dem nachfolgend kurz skizzierten Konzept der „individuellen Normalität“ eingebettet werden: In den Entwicklungswissenschaften (vgl. PETERMANN et al. 2004; PHILIPPI 2007) wird unter dem Begriff des (individuellen) „*Entwicklungskorridors*“ verstanden, dass sich die Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Menschen in allen Bereichen (im

Wesentlichen biologisch determiniert) auf einer Entwicklungskurve abbilden lassen und Abweichungen davon (Verlangsamung wie Beschleunigung) innerhalb meistens statistisch definierter Grenzen (z.B. 1-2 Standardabweichungen von der Normalverteilung) verlaufen. So ergibt sich ein „nach oben und unten“ begrenzter Entwicklungsgang („Korridor“) und definiert eine „individuelle Normalität“ für jeden Menschen (Abb.2).

Abb.2



Ungefähr 80% aller Menschen entwickeln sich in einem gleichartigen als *normal* definierten Korridor, leicht prüfbar durch die Übereinstimmung von Lebensalter und Entwicklungsstand¹. Etwa 10-20% weichen davon signifikant ab. Ihre Entwicklung verläuft aber ebenfalls in einem die Entwicklungskurve umgebenden Korridor, der ebenfalls als „individuelle Normalität“ verstanden

¹ In der Kinder- und Jugendmedizin (einschl. der Kinder- und Jugendpsychiatrie) gibt es für die meisten wichtigen biologischen Parameter sog. *Perzentilenkurven*. Das sind exakte, empirisch ermittelte Kurven, die für jeden beliebigen Wert (z.B. Körpergröße oder Hormonkonzentration im Blut) eine Aussage ermöglichen, ob das jeweilige Kind sich im Alters-Normbereich befindet, darüber hinaus wie viel Prozent der Kinder in diesem Alter einen größeren oder einen kleineren Wert haben. Für komplexere motorische, sensorische, psychologische, aber auch soziale Funktionen gibt es Normangaben oder Empfehlungen (incl. tolerabler Abweichungen), mit deren Hilfe der Entwicklungsstand eingeschätzt werden kann. Ohne solche Normorientierungen - wie oben bereits angedeutet - würde man den Lebensäußerungen von Kindern und Jugendlichen in allen Bereichen völlig ahnungslos gegenüberstehen.

werden muss, nur dass die Entwicklungskurve flacher verläuft. D.h. die Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickeln sich langsamer und begrenzter, so dass mit zunehmendem Lebensalter der Abstand zum Entwicklungsstand immer größer wird.

Die Annahme einer „Individuellen Normalität“ auch bei intelligenzgeminderten Menschen bedeutet also, dass nicht die Durchschnittsnorm zum Maßstab genommen wird, sondern die individuellen Voraussetzungen und Möglichkeiten, innerhalb derer sich die Persönlichkeit eines Menschen entwickelt. Während Diskrepanzen zur körperlichen Entwicklung nicht zu vermeiden sind, sollte im Verlauf der Entwicklung keine allzu großen Diskrepanzen zwischen dem kognitiven Niveau, den emotionalen und sozialen Entwicklungsstufen entstehen². Dies ist vor allem eine Herausforderung für die familiäre, aber auch institutionelle Erziehung intelligenzgeminderter Kinder in Kindergarten und Schule. Ziel muss sein, intelligenzgeminderten Menschen zu einer „runden“ Persönlichkeit zu verhelfen, zu einer sicheren Identität als Person mit all seinen Stärken und Schwächen, erzwungenen Einschränkungen und Beeinträchtigungen (vgl. dazu FREI, 2013).

So plausibel dies alles ist, es bedeutet eine erhebliche praktische und theoretisch-wissenschaftliche Herausforderung, die bisher nur in ersten Entwürfen gelöst ist.

Barbara SENCKEL hat bereits 1994 in ihrem Buch „Mit geistig Behinderten leben und arbeiten - Eine entwicklungspsychologische Einführung“ auf diese besonderen Voraussetzungen bei Menschen mit geistiger Behinderung hingewiesen und gleichsam den Grundstein für einen Entwicklungsstand angemessenen Umgang. Trotz der sehr breiten Rezeption ihrer Schriften in der Behindertenhilfe hat sich dieser Aspekt der Entwicklungsorientierung zur alltagspraktischen Unterstützung der Betreuung nicht durchsetzen können.

Wir beziehen uns wesentlich auf die Arbeiten von Anton DOŠEN, die seit 2010 als umfassendes Lehrbuch auch in deutscher Sprache zugänglich sind. DOŠEN hat unter Verwendung der relevanten entwicklungspsychologischen Konzepte und Erkenntnisse ein komplexes Phasenmodell der menschlichen Entwicklung zusammengestellt und diese den Schweregraden von Intelligenzminderung zugeordnet hat. Er geht von der sicherlich kaum zu widersprechenden Annahme aus, dass es vor allem die kognitiven Fähigkeiten sind, die die Aneignung und Integration von Erfahrungen, Erlebnissen, Wissen über sich und die Welt, und damit Entwicklung ermöglichen. Er stellt fest, dass je nach Schweregrad der Intelligenzminderung die Ausdrucksformen des Denkens, Erlebens, Fühlens und Verhaltens einem bestimmten sozio-emotionalen wie

² Die Entwicklungspsychologie nennt diesen Zustand „disharmonisch“ oder „asynchron“ und kennzeichnet ihn als „Entwicklungsrisiko“.

auch kognitiven *Entwicklungsstand* zugeordnet werden können³. Als *Beispiel* sei hier ausschnittsweise zitiert (Kasten 1):

<p>Kasten 1: Psychosozialer Entwicklungsstand von Menschen mit einer leichten intellektuellen Behinderung (IQ 50-70; Entwicklungsalter 7-12 Jahre) (zusammengestellt aus DOŠEN, 2010; KH)</p>
<p>Kognitiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • logisches Denken (ein fache Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge) • berichtet über konkrete Situationen • Probleme mit dem Verstehen komplexer Botschaften • Probleme mit abstraktem Denken • Lernen durch konkrete Erfahrung oder durch Vorbilder • Lesen, Schreiben, Rechnen: Niveau Ende Grundschule
<p>Sozial</p> <ul style="list-style-type: none"> • gebunden an wichtige Personen • angepasst an Regeln • schwache soziale Verantwortlichkeit • keinen Bezug zur Gruppe • loyal gegenüber wichtigen Anderen
<p>Emotional</p> <ul style="list-style-type: none"> • will sozial akzeptiert und kompetent sein • mögliche Probleme mit der Aggressionsregulierung • die Vergangenheit kann bestimmend für die jetzigen Gefühle sein • die Zukunft ist weniger wichtig • gut entwickelte Gefühle: Kummer, Glück, Liebe, Hass, Vertrauen, Misstrauen, Selbstwert • weniger entwickelte Gefühle: Gewissen, körperliche Liebe, Empathie
<p>Persönlichkeitsentwicklung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Glaube an die „Goldene Regel“ • das Ich ist abhängig vom Urteil Anderer • Gewissensentwicklung

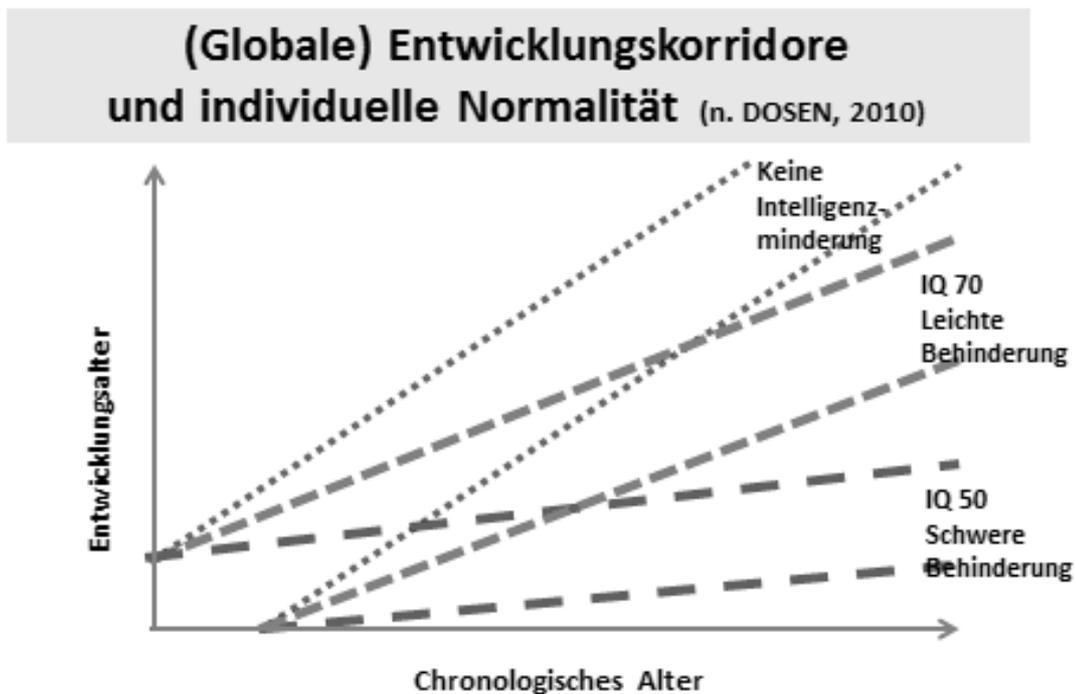
Die Items sind natürlich nur grobe Orientierungspunkte i.S. des oben beschriebenen globalen „Entwicklungskorridors“ und beziehen sich hier auf das Erwachsenenalter⁴. Aber sie deuten an, *von welchen Anforderungen und Erwartungen ausgegangen werden sollte*. Dies ist der Kernpunkt für eine Entwicklungsorientierung im Alltag der Betreuung. Ohne dass hier auf die

³ Selbstverständlich sind diese Äußerungsformen selbst kein „gestörtes“ Verhalten, sondern typischer Ausdruck der intellektuellen Möglichkeiten auf einem bestimmten Entwicklungsstand und müssen daher als gegebene „individuelle Normalität“ betrachtet werden. Die „Auffälligkeit“ ergibt sich danach nur aus dem Vergleich mit den typischen Verhaltensäußerungen nicht-intellektuell beeinträchtigter Menschen.

⁴ Für das Kindes- und Jugendalter müssen zudem noch die üblichen altersentsprechenden Entwicklungsstände, sozusagen „abzüglich“ der Verlangsamung und Begrenztheit durch die Intelligenzminderung, berücksichtigt werden, eine hochkomplizierte Angelegenheit.

konkreten pädagogischen Umgangsstrategien eingegangen werden kann: Es geht zuallererst um die Wahrnehmung der individuellen Normalität intelligenzgeminderter Menschen, d.h. seines je besonderen „Entwicklungskorridors“ (Abb.3). Diesen zu akzeptieren bedeutet dann die besondere Gestaltung des pädagogischen Umgangs in der Alltagsbetreuung, in den Wohnbedingungen, im Ausmaß und der Qualität der Unterstützung, Begleitung und Assistenz. Wesentliche Basis ist dabei das Erkennen der speziellen emotionalen und sozialen Bedürfnisse und schließlich das Verstehen der Reaktionsweisen („Lebensäußerungen“, „Botschaften“, „Verhaltensauffälligkeiten“) auf dem Hintergrund des jeweiligen Entwicklungsstandes. Für die Mitarbeiter in der Behinderten bedeutet dies natürlich eine enorme Herausforderung.

Abb.3



In gleicher Weise müssen die evtl. notwendigen spezifischen Förder- und Therapieangebote gestaltet werden. Psychotherapie, funktionelle Therapien, Psychopharmakotherapie sowie die Ausgestaltung eines „therapeutischen Milieus“ auf Klinikstationen oder auch in den speziellen Angeboten der Intensivbetreuung müssen nach Maßgabe des jeweiligen aktuellen Entwicklungsstandes des Klienten organisiert und modifiziert werden⁵.

⁵ Es liegt auf der Hand, dass im Prinzip ohne eine valide Einschätzung des kognitiven und sozio-emotionalen Entwicklungsstandes eines Menschen (z.B. testpsychologische Intelligenzdiagnostik, Fragebogenverfahren z.B. „Schema der emotionalen Entwicklung“ SEO siehe Tanja SAPPOK in diesem

Tanja SAPPOK (in diesem Band; SAPPOK et al, 2012) hat in ihrem Arbeitszusammenhang – m.W. erstmalig in der Bundesrepublik – in konsequenter Anwendung des Entwicklungskonzept von DOŠEN verschiedene Verhaltensauffälligkeiten bei erwachsenen Menschen mit Intelligenzminderung untersucht und festgestellt, dass „*Blockaden unterschiedlicher emotionaler Entwicklungsstadien*“ zu charakteristischen Störungsbildern und Verhaltensauffälligkeiten führen können, wenn sie diskrepanz zum erreichten kognitiven Niveau (Intelligenzminderung) sind. In der Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten muss daher *neben den üblicherweise berücksichtigten biologischen, psychologischen und sozialen Entstehungsbedingungen* unbedingt die „*Entwicklungsdimension*“ i.S. der Aufspürung signifikanter Entwicklungsunterschiede berücksichtigt werden.

Literatur

- DOŠEN, A (2010): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Herausgeber und Bearbeiter der deutschsprachigen Ausgabe Klaus Henricke & Michael Seidel. Hogrefe, Göttingen
- DOŠEN, A., GARDNER, W.I., GRIFFITHS, D.M., KING, R., LAPOINTE, A. (2010): Praxisleitlinien und Prinzipien - Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten - Europäische Edition – Deutsche Übersetzung und Bearbeitung: Michael Seidel . Materialien der DGSGB, Band 21, Berlin 2010 (als *Download: www.dgsgeb.de*)
- FREI, A. (2013): Problemverhalten und Identitätsentwicklung - Die Aufgabe der Förderschule für Geistige Entwicklung im Kontext der Inklusionsdebatte. In: HENNICKE, K. & KLAUSS Th. (Hrsg.): Problemverhalten von Schülern mit geistiger Behinderung - Umgang, Förderung, Therapie – Lebenshilfeverlag, Marburg (im Druck)
- HENNICKE, K. (2009): Adoleszenzkrisen aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: DOBSLAW, G. & KLAUSS, Th (Hrsg.): Identität, geistige Behinderung und seelische Gesundheit. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 14.11.2008 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 19, Berlin 2009, S. 22-33 (als *Download: www.dgsgeb.de*)
- HENNICKE, K., BUSCHER, M., HÄSSLER, F., ROOSEN-RUNGE, G. (2009): Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie. S1-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DKJPP). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2009
- IRBLICH, D., STAHL, B. (Hrsg.) (2005): Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung – Ein Interdisziplinäres Handbuch. Göttingen: Hogrefe
- MEIR-CORELL, S. (2003): Kap.9. Psychologische Maßnahmen. In: NEUHÄUSER, G., STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.) (2003): Geistige Behinderung. Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. 3. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart, S.232-247

Band) weder seine „Äußerungsformen“ nicht verstanden werden können noch ein angemessener Umgang gestaltet werden kann. Es sollte daher selbstverständlich sein, dass gerade in den Einrichtungen der Behindertenhilfe das wirkliche kognitive Niveau der Klientel (z.B. Bewohner) bekannt sein muss.

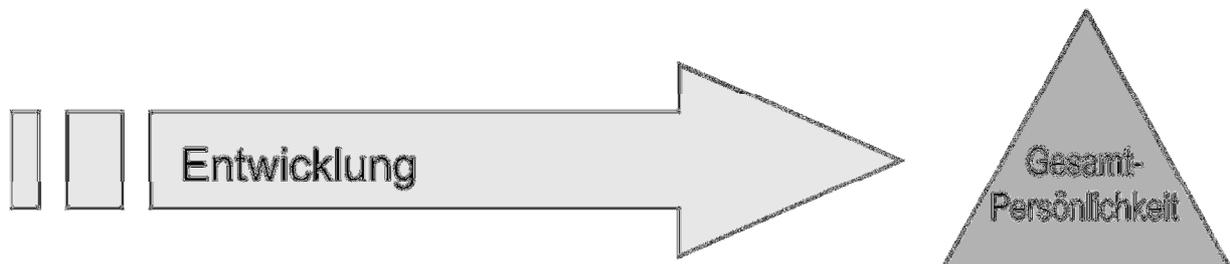
- PETERMANN, F., NIEBANK, K., SCHEITAUER, H. (2004): Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie-Genetik-Neuropsychologie. Springer, Heidelberg, New York.
- PHILIPPI, H. (2007): Entwicklungsneurologische und neurobiologische Aspekte beim Säugling. Päd Praxis 71: 23-28, 2007
- SAPPOK, T., DIEFENBACHER, A., BERGMANN, T., ZEPPERITZ, S., DOŠEN, A. (2012): Emotionale Entwicklungsstörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung: Eine Fall-Kontroll-Studie. Psychiat Prax 2012; 39:228–238
- SARIMSKI, K.(2003): Psychologische Theorien geistiger Behinderung. In: NEUHÄUSER, G., STEINHAUSEN, H-G. (Hrsg.): Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. 3. Auflage. Kohlhammer, Stuttgart, S.42-54
- SARIMSKI, K. (2006): Kompetenz- und Verhaltensdiagnostik – Neuropsychologische Differenzierung des Konstrukts „geistige Behinderung“. In: KLAUSS, T. (2006) (Hrsg.): Geistige Behinderung – Psychologische Perspektiven. Edition S, Universitätsverlag Winter, Heidelberg, S. 93-102
- SEIDEL, M. (2011): Gesundheitsbezogene Leistungen als essentieller Bestandteil der Förderung sozialer Teilhabe. In: HENNICKE, K. (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. Lebenshilfe-Verlag, Marburg (als *Download: www.dgsgb.de*)
- SENCKEL, B. (1994): Mit geistig Behinderten leben und arbeiten - Eine entwicklungspsychologische Einführung. Verlag C.H. Beck, München

Emotionale Entwicklung und Verhaltensstörung

Tanja Sappok

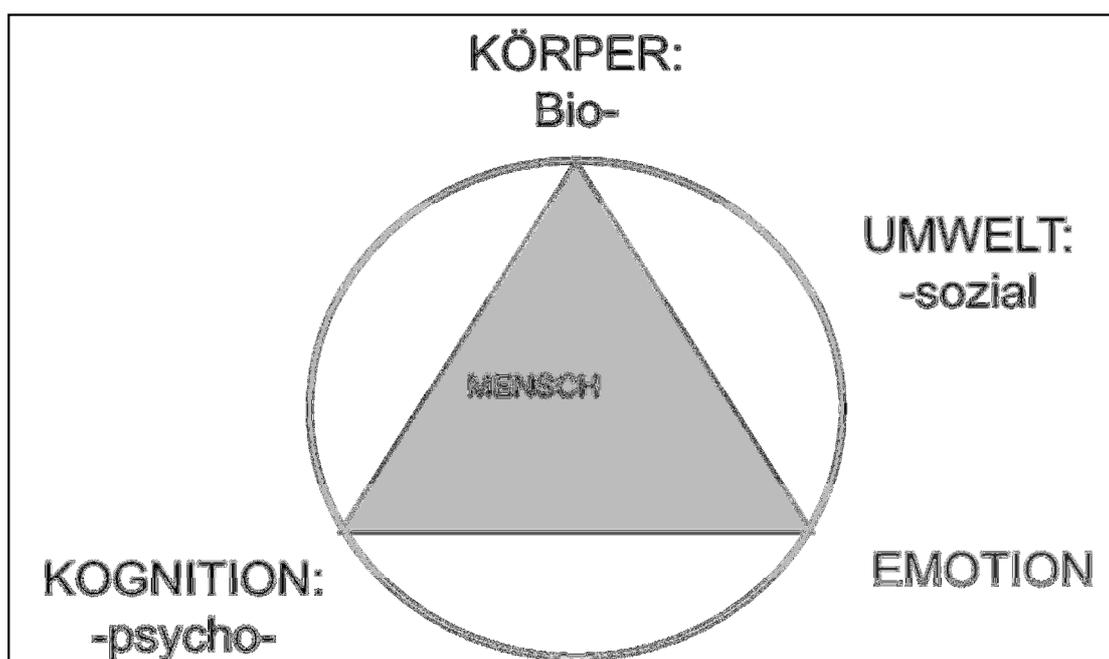
Menschen mit Intelligenzminderung durchlaufen grundsätzlich die *gleichen Entwicklungsphasen* wie Menschen ohne Behinderung, allerdings läuft die Entwicklung *verzögert oder unvollständig* ab.

Abb.1:



Insgesamt bestimmt der Stand der *kognitiven, sozialen und emotionalen* Entwicklung den Reifungsgrad der Persönlichkeit, aber nicht immer sind alle auf dem gleichen Entwicklungsstand (Abb. 2). Das heißt, es ist unzulässig vom Intelligenzquotienten oder vom biologischen Alter auf eine emotionale Entwicklungsstufe zu schließen.

Abb.2: Erweiterung des biopsychosozialen Krankheitsmodells um die 4. Dimension: Emotion (GARDNER et al., 2006)



Die Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Problemen erweitern daher das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell um die emotionale Entwicklungskomponente (GARDNER et al. 2006). Dies ergänzt die aktuellen kategorial-phänomenologischen Diagnosesysteme ICD-10 und DSM-IV-TR⁶ um einen zusätzlichen, prozesshaft-ätiologisch orientierten Entstehungsmechanismus psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung (SAPPOK et al. 2011).

Das Schema der emotionalen Entwicklung

Anton DOŠEN⁷ entwarf ein diagnostisches Instrument zur Erfassung des emotionalen Entwicklungsstands eines Menschen (SEO, Schema van Emotionele Ontwikkeling; DOŠEN 1997; 2010).

Tab. 1:

Entwicklungsbereiche im Schema der emotionalen Entwicklung („SEO“ nach A. DOŠEN)

1. Umgang mit dem eigenen Körper
2. Umgang mit anderen Personen
3. Selbst-Fremd-Differenzierung
4. Objektpermanenz und Trennungsangst
5. Ängste
6. Umgang mit Gleichaltrigen
7. Umgang mit Dingen
8. verbale Kommunikation
9. Affektdifferenzierung
10. Aggressionsregulation

Dieses Schema misst in 10 unterschiedlichen Bereichen (siehe Tab. 1) die erreichte Entwicklungsstufe (siehe Tab. 2). Die zehn Bereiche des SEO-Schemas werden auf der jeweiligen Entwicklungsstufe durch – in der Regel – je drei Verhaltensweisen bzw. Eigenschaften genauer beschrieben. Diese dienen als

⁶ ICD-10 steht für „*International Classification of Diseases and Related Health Problems*“ (deutsch: Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen, 10. Revision, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation WHO). Im Kap. V der ICD-10 sind sämtliche „Psychischen und Verhaltensstörungen (F00-F99) aufgelistet. DSM-IV-TR bedeutet *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4. Revision) herausgegeben von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft APA; TR heißt Textrevision der deutschen Fassung (SASS et al., 2003) (Anm. der Hrsg.).

⁷ Facharzt für Kinder- und Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie, ehemaliger Leiter des Behandlungszentrums für psychische Störungen und geistige Behinderung in Oostrum/Niederlande und Prof. emeritus der Radboud Universität in Nijmegen.

Tab. 2: Emotionale Entwicklungsphasen nach A. DOŠEN		
Entwicklungsphase	Alter (Jahre)	Entwicklungsschritte
1. erste Adaption	0- 0,5	Integration von sensorischen Stimuli und Strukturen
2. erste Sozialisation	0,5 -1,5	soziale Bindungen, Bildung einer Vertrauensbasis
3. erste Individuation	1,5 - 3	Ich-Du Differenzierung, Objektkonstanz
4. erste Identifikation	3 – 7	Ich-Bildung, Ich-Zentriertheit, Lernen aus Erfahrung
5. Entwicklung von	7 – 12	Ich-Differenzierung, moralisches Ich, Realitätsbewusstsein logisches Denken

Interviewleitfaden, der entwicklungspsychologisch geschulte Durchführende ordnet die Aussagen dem jeweiligen Entwicklungsstadium zu. Für den ersten Entwicklungsbereich z.B. Umgang mit dem eigenen Körper, werden die 5 Entwicklungsphasen wie folgt beschrieben:

1. Entdecken der eigenen Körperteile und sensorische Integration.
2. Entdecken des eigenen Körpers als Instrument.
3. Entdecken des Körpers in Bezug auf zielgerichtetes Handeln.
4. Erleben des eigenen Körpers als Zentrum der Welt (egozentrisch, allmächtig).
5. Messen der eigenen körperlichen Leistung mit Anderen (kompetitiv).

Die Einordnung erfolgt entweder auf der Grundlage eigener Verhaltensbeobachtungen oder im Interview mit vertrauten Bezugspersonen. Dabei wird das Verhalten des zu Untersuchenden in verschiedenen Situationen, z.B. allein, in der Interaktion mit anderen wichtigen Bezugspersonen, in der Interaktion mit Gleichrangigen und im Umgang mit Gegenständen/ Materialien beurteilt. Die insgesamt erreichte emotionale Entwicklungsstufe wird nach den fünf am niedrigsten eingeschätzten Bereichen bestimmt. Die Durchführung des SEO dauert im Durchschnitt ca. 1/2 Stunde⁸.

Emotionale Entwicklungsstörungen

Auch wenn der intellektuelle, soziale und emotionale Entwicklungsstand insgesamt den Reifungsgrad der Persönlichkeit bestimmen, können diese

⁸ LA MALFA et al. (2009) eine akzeptable externe Validität des SEO mit der Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS; Persons's Correlation = .512; p < .002), eine hohe interne Konsistenz (Cronbach's alpha = .958) und eine gute Interrater Reliabilität mit kappa = .75.

Das bedeutet, dass die testtheoretische Güte für die Verwendung in der Praxis hinreichend ist: Der Fragebogen misst, was er zu messen vorgibt, verschiedene Untersucher erzielen weitgehend übereinstimmende Ergebnisse (Anm. der Hrsg.).

Persönlichkeitsanteile auf einem unterschiedlichen Entwicklungsniveau sein. Bei einem jungen Mann mit mittelgradiger Intelligenzminderung in der SEO Phase 3 entspricht die körperliche Entwicklung i.d.R. dem biologischen Alter und kann somit beispielsweise bei 20 Jahren liegen, eine mittelgradige Intelligenzminderung entspricht in etwa einem mentalen Alter von 6 bis 9 Jahren und die SEO Phase 3 (erste Individuation) entspricht dem emotionalen Entwicklungsalter eines 1,5-3 jährigen Kindes.

Eine Pilotstudie von SAPPOK et al. (2012) untersuchte bei N = 18 Erwachsenen mit Intelligenzminderung die Effekte einer emotionalen Entwicklungsblockade auf das Verhalten. Dabei wurde das Verhalten von n = 9 Probanden mit Entwicklungsblockade mit 9 Probanden ohne Entwicklungsblockade verglichen. Die Kontrollgruppe war 1:1 in Bezug auf Alter, Schweregrad der Intelligenzminderung, Vorhandensein von Autismus und Geschlecht gematcht. Das gezeigte Verhalten wurde anhand der *Aberrant Behavior Checklist* (ABC, AMAN et al. 1985) und der *Modified Overt Aggression Scale* (MOAS; YUDOVSKY et al. 1986) gemessen. Während die Gruppe mit der Entwicklungsblockade ein emotionales Entwicklungsalter von durchschnittlich 0,5-1,5 Jahren (SEO Phase 2) erreichte, war die Kontrollgruppe im Durchschnitt in der SEO Phase 4 (3-7 Jahre). Signifikante Gruppenunterschiede (Mann-Whitney Test, $p < .05$) zeigten sich in den Gesamtergebnissen der beiden Skalen ABC und MOAS, sowie in den ABC Subskalen 'Hyperaktivität' und 'Irritabilität'. Erwachsene mit Intelligenzminderung und emotionaler Entwicklungsverzögerung zeigen also insgesamt mehr Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere Aggressivität, Irritabilität und Bewegungsunruhe.

Die Art des gezeigten Problemverhaltens unterschied sich in Abhängigkeit von der erreichten emotionalen Entwicklungsstufe. Eine Blockade auf der SEO Stufe 1 (erste Adaptation, 0-0,5 Jahre) führte zur **Kontaktstörung**. Hier zeigten sich besonders hohe ABC-Werte in den Subskalen Irritierbarkeit, Lethargie, Stereotypie und Hyperaktivität sowie selbstverletzendes Verhalten. Die häufigsten Verhaltensauffälligkeiten der Kontaktstörung sind:

- Ablehnung von Körperkontakt
- Desinteresse an der Umgebung/ Materialien
- Stereotype Beschäftigung mit dem eigenen Körper
- Heftige Ängste oder plötzliche Wutausbrüche
- Selbstverletzendes Verhalten
- Problemverhalten bei Änderungen, Wunschversagen, Anforderungs-, Wartesituationen und körperlichen Beschwerden

Eine Blockade auf der SEO Stufe 2 (erste Sozialisation, 0,5-1,5 Jahre) führte zur **desintegrierten Verhaltensstörung**, die besonders hohe ABC-Werte in der

Subskala Irritierbarkeit zeigte. Die desintegrierte Verhaltensstörung ist charakterisiert durch:

- Bemühungen um körperliche Nähe
- Aggression gegenüber dem Versorger
- Panik/Wut bei Trennung von Bezugsperson
- Stereotype Beschäftigung mit Dingen
- Sachaggressives Verhalten
- Übersensible Reaktion auf Stress/Unruhe
- Schlafstörungen
- Affektive Labilität

Menschen mit einer emotionalen Entwicklungsblockade auf der SEO Stufe 3 (erste Individuation, 1,5-3 Jahre) zeigten besonders hohe Werte in der ABC Subskala Hyperaktivität und entwickelten eine desorganisierte Verhaltensstörung, die folgende Verhaltensmerkmale aufweist:

- Suche nach Aufmerksamkeit
- niedrige Frustrationstoleranz
- Unruhe, Hypermobilität, chaotische Aktivität
- Eigensinnigkeit, Trotz
- Neugierde
- Kann sich nicht mit sich allein zu beschäftigen
- Sucht überwiegend Kontakt zu Bezugspersonen.

Sozialmedizinische Relevanz

Die emotionale Entwicklungsverzögerung führte nicht nur zu häufig klinisch relevanten herausfordernden Verhaltensweisen, sie war auch sozialmedizinisch relevant: Ein Chi-Quadrat Test für Trends konnte signifikante Gruppenunterschiede in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Während die Probanden ohne emotionale Entwicklungsverzögerung, also mit ausgeglichener kognitiver und emotionaler Entwicklung, überwiegend einen Werkstatt- (n=5) oder Förderplatz (n=3) hatten, waren die Probanden mit emotionaler Entwicklungsblockade überwiegend arbeitslos (n=5), nur 2 konnten eine Fördergruppe besuchen und nur ein Proband hatte einen Werkstattplatz.

Die Behandlung der emotionalen Entwicklungsblockade

Neben der *Aufklärung der wichtigsten Bezugspersonen* über den emotionalen Entwicklungsstand und der damit veränderten Erwartungshaltung, ist die Berücksichtigung der mit der jeweiligen Entwicklungsstufe verbundenen *emotionalen Grundbedürfnisse* die wichtigste pädagogisch-therapeutische

Maßnahme. Dadurch kann Problemverhalten abgebaut und ggf. auch eine weitere Reifung der Persönlichkeit angestoßen werden.

Bei einer **Kontaktstörung** (SEO 1 Blockade) könnten z.B. folgende pädagogische Maßnahmen geeignet sein:

- Unmittelbare Bedürfnisbefriedigung ohne Wartezeit
- Schutz vor Reizüberflutung
- Befriedigung von Kontakt- und Ruhebedürfnis
- Angebote zur sinnlichen Wahrnehmung
- Schaffung von Situationen ungeteilter Aufmerksamkeit
- Eigenbeschäftigung zulassen

Bei einer **desintegrierten Verhaltensstörung** (SEO 2 Blockade) könnten hilfreich sein:

- Verlässliche Bezugspersonen
- Arbeiten mit einem Übergangsobjekt
- Übungen zur Objektpermanenz, z.B. Kuckuck- und Versteckspiele
- Körperliche Angebote

Bei einer **desorganisierten Verhaltensstörung** (SEO 3 Blockade) könnten z.B. folgende therapeutische Maßnahmen sinnvoll sein:

- Anleitung zur Eigenbeschäftigung
- sofortige positive Verstärkung
- Wartezeiten visualisieren
- klare Grenzen sichtbar setzen

Fazit

- Verzögerungen der emotionalen Entwicklung führen zu vermehrten Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere von Irritabilität und Hyperaktivität.
- In Abhängigkeit von der blockierten Entwicklungsphase entstehen charakteristische Störungsbilder: Die Kontaktstörung, die desintegrierte und die desorganisierte Verhaltensstörung.
- Diese Störungsbilder können einen Teil der Verhaltensstörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung näher charakterisieren und sind ursachenspezifisch behandelbar
- Emotionale Entwicklungsblockaden führen zu verminderter Leistungsfähigkeit.

Literatur

- AMAN, M. G., SINGH, N. N., STEWARD, A. W., FIELD, C. J. (1985): The Aberrant Behavior Checklist: a behavior rating scale for the assessment of treatment effects. *American Journal of Mental Deficiency* 89, 485–491
- DOŠEN, A. (1997): *Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag
- DOŠEN, A. (2010): *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung: Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene*. 1. Auflage. Hogrefe, Göttingen
- GARDNER, W.-I., DOSEN, A., GRIFFITHS, D.-M (2006): *Practice guidelines for diagnostic, treatment and related support services for people with developmental disabilities and serious behavioral problems*. 1. Auflage. NADD Press, New York
- LA MALFA, G., LASSI, S., BERTELLI, M., ALBERTINI, G., DOSEN, A. (2009): Emotional development and adaptive abilities in adults with intellectual disability. A correlation study between the Scheme of Appraisal of Emotional Development (SAED) and Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS). *Research Developmental Disability* 30, 1406-1412
- SAPPOK, T., SCHADE, C., KAISER, H., DOSEN, A., DIEFENBACHER, A. (2011): Die Bedeutung des emotionalen Entwicklungsniveaus bei der psychiatrischen Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie* 79, 1-8
- SAPPOK, T., DIEFENBACHER, A., BERGMANN, T., ZEPPERITZ, S., DOSEN, A. (2012): Emotionale Entwicklungsstörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung: Eine Fallkontrollstudie. *Psychiatrische Praxis* 39, 1-11
- SAß, H.; WITTCHEN, H.-U. & ZAUDIG, M. (Hrsg.) (2003): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision DSM IV-TR*. Göttingen: Hogrefe
- YUDOVSKY, S. C., SILVER, J. M., JACKSON, W., ENDICOTT, J., WILLIAMS, D. (1986): The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry* 143, 35-39.

Themenblock 2: Wirksame Alltagsstrategien

Alltagsstrategien in der Intensivbetreuung Die Imaginations-Biographie – ein erster Zugang

Andreas Francke

Zum Thema "Alltagsstrategien in der Intensivbetreuung" für die Menschen mit einer geistigen Behinderung und Verhaltensbesonderheiten gehören immer auch die Menschen selber, um die es hier geht. Daher wird im Folgenden ein kurzer Ausschnitt aus einer Biographie vorgestellt, die in der ICH-Version geschrieben ist, um sich einmal einer subjektiven Erlebnisweise der Betroffenen zu nähern. Durch die ICH-Version des Erzählens und Zuhörens wird die gesamte Biographie leichter zugänglich und die Person ganzheitlich erfasst und das problematische Verhalten von der Frage nach der Ursache entkoppelt. Dies ermöglicht den Mitarbeitern sehr viel besser, sich auf die Person des Einzelnen einzulassen und ihre Erlebnisweisen, Gefühle, Entwicklungen und Besonderheiten subjektiv nachzuvollziehen. Nicht das einzelne Verhalten steht im Vordergrund, sondern die gesamte Person mit der vollständigen Biographie. So erschließen sich die Ursachen der Verhaltensbesonderheiten durch die Gesamtbetrachtung häufig viel schlüssiger und logischer, weil deutliche herausgearbeitet werden kann, dass der Einzelne nur solche Verhaltensweisen als Lösungsstrategien entwickeln konnte, um zu überleben oder seine Probleme zu bewältigen. Erst die Gesamtheit der Betrachtung hilft zu erkennen, dass die Verhaltens-besonderheiten eine wichtige und mitunter auch überlebenswichtige Funktion hatte. Häufig kann nicht eine Verhaltensbesonderheit auf nur eine Ursache zurückgeführt werden, sondern nur auf die Gesamtheit des Erlebten in bestimmten geprägten Entwicklungszeiträumen der Person. Durch die Imaginations-Biographie fällt den Mitarbeitern der Zugang häufig viel leichter und die Akzeptanz des auffälligen Verhaltens wird größer und die Ursachen sehr viel spürbarer. Dabei ist es nicht wichtig, dass die Biographie genau erforscht ist, sondern ungefähr die Abfolge der sich entwickelnden Verhaltensweisen mit dem Entwicklungsalter übereinstimmen. Für die Zuhörer ist es manchmal gut, wenn sie die Augen schließen, um so die Person vor dem inneren Auge erscheinen zu lassen und sich etwas unabhängiger von der Person zu machen, die sie schon kennen. Die folgende Biographie ist natürlich verfälscht dargestellt, aber kann ein Beispiel sein:

Fallbeispiel eine Imaginations-Biographie

Rafik ist heute ein junger 28-jähriger Mann mit einer geistigen Behinderung, der aus einer Familie mit Migrationshintergrund stammt. Er könnte hier heute vielleicht folgendes erzählen:

Ich wurde als mittleres Kind von insgesamt fünf Kindern geboren. Meine Mutter ist Deutsche. Mein Vater lebt schon sehr lange hier, aber kommt gebürtig aus Pakistan und ist Hindu.

Mit drei Jahren kam ich für einige Jahre zu meinen Großeltern nach Pakistan ohne meine Eltern. Ich weiß nicht, ob es so Tradition ist im Hinduismus oder ob meine Mutter überfordert war. Auf jeden Fall musste ich dann einige Zeit ohne meine Eltern auskommen, die mich zwar hin und wieder bei meinen Großeltern in Pakistan besucht haben, aber dann ohne mich wieder abreisten. Ich erinnere mich kaum noch daran, aber zur Einschulung kam ich wieder nach Deutschland zurück. Es kam aber erst gar nicht zur Einschulung. Alle meine Geschwister wurden nämlich vom Jugendamt in Pflegefamilien oder auf Heimplätze verteilt. Die Ursachen und Gründe kenne ich nicht. Ich selber bin mit sechs Jahren, nach der Rückkehr aus Pakistan, aus dem oberen Stockwerk unserer Wohnung gesprungen und hatte mich leicht verletzt. Ich weiß selber nicht, ob es Absicht war oder ein Unfall. Auf jeden Fall wurde ich dann auch in eine Pflegefamilie vermittelt und kam von dort mit 10 Jahren das erste Mal in eine geschlossene Abteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Da war ich dann fast ein Jahr lang in stationärer Behandlung. Grund für die Aufnahme waren viele verschiedene Verhaltensbesonderheiten. Ich simulierte epileptische Anfälle, schlug schon mal wild um mich, zerstörte Gegenstände, schmierte mit Exkrementen, stellte mich tot oder riss von Zuhause aus. Das Pflegepersonal, die Therapeuten, Ärzte usw. – sogar Richter haben von mir schon irgendwelche Kratzer oder blaue Flecken davon getragen. Ich war für sie immer ein besonderer Fall. Es gab kaum Leute, die es mit mir längere Zeit ausgehalten haben. Ich selber konnte es mit meinem dominanten Vater und meiner schwachen Mutter kaum aushalten, aber irgendwie sind mir beide bis heute auch sehr wichtig geblieben. Mein Vater gab mir auch Sicherheit durch seine Autorität, die besonders stark wirkte im Kontrast zu meiner Mutter, die kaum in der Lage war, eine eigene Meinung zu bilden.

Zwei Jahre später kam ich erneut in eine geschlossene Kinder- und Jugendpsychiatrie. Jetzt hatte ich auch Halluzinationen, sah Vampire, Hexen und Schlangen. Ich bellte und biss um mich wie ein Hund. Man glaubte mir erst nicht, dass ich all dies sehe, aber ich hatte auch Angst, vergiftet zu werden. Infolge dessen verweigerte ich das Essen, aber auch Flüssigkeit und Tabletten und schmierte mit Erbrochenem, wenn ich doch mal was zu mir genommen hatte. Es war fürchterlich. Ich war gerade 13 Jahre alt geworden. Da meine

Pflegeeltern mich nicht zurück nehmen wollten, gab es einen Rücknahmeversuch zu meinen leiblichen Eltern mit viel Unterstützung vom Jugendamt.

Als ich mit 16 Jahren mehrmals von der Polizei aufgegriffen wurde, weil ich von Zuhause weggelaufen war und andere Sachen in der Öffentlichkeit zerstört hatte und auch die Polizisten geschlagen und beschimpft hatte, kam ich erneut in verschiedene Kinder- und Jugendpsychiatrien und auch zwischendurch immer mal wieder zu meinen Eltern oder in Einrichtungen der Jugendhilfe. Viele waren ratlos und wussten nicht weiter mit mir. Sogar Polizisten habe ich gekniffen, bespuckt, beschimpft und verletzt. Ich hatte immer wieder in der Klinik mit Halluzinationen und Ängsten, aber auch mit simulierten Krankheitssymptomen zu tun. Ich habe Matratzen und Betten zerbissen und versucht, mich aus Fixierungen zu befreien, indem ich die Gurte zerbeiße. Mein Vater hat diese Fixierungen lange Zeit nicht akzeptiert. Nach einem der Krankenhausaufenthalte hat er mich sogar erneut auf eine Reise zu Verwandten nach Pakistan mitgenommen. Ich kam auch ohne Probleme zurück.

Als ich endlich 18 Jahre alt war konnte ich in die hiesige Einrichtung der Behindertenhilfe ziehen. Zunächst war ich dort ziemlich unauffällig und angepasst. Aber auch dort musste ich dann zeigen, was ich konnte. Ich lief weg, verletzte mich selber oder andere. Der Gipfel war, dass ich mit 20 Jahren den Feuermelder in unserer Gruppe eingeschlagen und somit die Feuerwehr alarmiert hatte und mich dann auf die Haupteinfahrt der Einrichtung gelegt habe. Hätte mich der erste Löschzug nicht rechtzeitig gesehen, wäre ich glatt von ihm überfahren worden. So sorgte ich immer wieder dafür, dass man mit mir zum Arzt oder ins Krankenhaus musste, weil ich mir erhebliche Selbstverletzungen zugefügt hatte oder man mich fixieren musste, weil ich andere oder mich selbst gefährdete.

Heute lebe ich in einem geschützten Umfeld in einem eigenen Appartement, aber verbringe noch immer sehr viel Zeit im fixierten Zustand. Mein Leben hat viel mehr Kontinuität bekommen. Ich besuche die Werkstatt und muss kaum noch ins Krankenhaus. Trotzdem ist es nicht immer einfach, aber es gibt mir Sicherheit. Mein Tag in der Werkstatt und in meinem geschützten Appartement ist sehr klar reguliert und trotzdem passiert es mir immer wieder, dass ich mir oder anderen Schaden zufüge.

Diese Imagination soll einerseits die Not, Unsicherheit, aber auch die geringen Selbstgestaltungsmöglichkeiten deutlich machen, in der Rafik sich als junger Mann mit einer geistigen Behinderung aber auch seine helfende Umgebung befindet. Die Unsicherheit auf beiden Seiten, die durch die „scheinbare Sicherheit“ einer umfassenden Fixierungsmaßnahme kompensiert wird. Diese

verringert aber die Möglichkeiten des Erlebens des Betroffenen von Selbstwirksamkeit oder auch der Selbstbestimmung.

Das „festgefahrene Verhalten“

Im geschützten Rahmen gilt es nun, die Lebensmöglichkeiten der Betroffenen zu vergrößern, um Rafik wieder mehr eigenes Erleben und Selbstwahrnehmung zu ermöglichen als dies bisher der Fall war. Das festgefahrene Verhalten, wie Jacques HEIJKOOP (2007) es nennt, sollte aus dem Zentrum des Lebens herausgenommen werden. Wichtiges Ziel ist es jetzt, neue Spiel- und Bewegungsräume zu schaffen, die es Rafik ermöglichen, die verschiedenen Variationen und Dynamiken des Lebens wieder mehr wahrzunehmen und daran teilhaben zu können. Dies erfordert aber erst einmal eine Umgebung und ein Milieu, das nicht einfach so überall zu schaffen ist. Ein geschütztes, aber nicht geschlossenes Milieu mit einer intensiven Betreuung könnte eine erste Lösung sein. Dies ist nicht allein mit technischen Hilfsmitteln zu schaffen, sondern vorwiegend mit ausreichend ausgebildeten Mitarbeitern und einem ebenso gut ausgebildeten begleitenden und leitenden Team, die gut aufeinander abgestimmt sein müssen.

Nur so kann es Rafik gelingen, wieder mehr Einfluss auf sein Leben zu haben, und ermöglicht ihm Entwicklung. Nur so kann es ihm gelingen, sich nach und nach von seinen alten Lösungsstrategien und den damit verbundenen „festgefahrenen Verhalten“ zu befreien. Es hilft wenig, sich immer wieder mit den Ursachen und dem „Warum?“ für das festgefahrene Verhalten zu beschäftigen, sondern vermehrt auf das zu schauen, was gelingt. Dazu müssen entsprechende Situationen und Möglichkeiten geschaffen werden. Darüber kann der Mensch mit einer geistigen Behinderung wieder Mut fassen für eine gelungene Selbstregulation. Dies erfordert aber seitens der Mitarbeiter den Mut, zu wissen, dass ihr Halt nicht immer ausreicht, um das festgefahrene Verhalten zu vermeiden, aber helfen kann, das festgefahrene Verhalten wieder einzufangen und die Folgen einzudämmen oder zu minimieren.

In diesem großen Spannungsfeld von Schutz und Sicherheit einerseits und Selbstwirksamkeit andererseits, in dem es darum geht, positives Verhalten überhaupt wieder zu entdecken und zu ermöglichen, kann die „*Methode Heijkoop*“ eine Möglichkeit sein, die es in dem Alltag der Betroffenen zu installieren gilt.

Literatur

Heijkoop, J. (2007). Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Neue Wege der Begleitung und Förderung. 3. Aufl., Weinheim: Juventus.

„Die Methode Heijkoop“ Menschen mit Problemverhalten anders betrachten

Ingrid Elger

Ich bin Mitarbeiterin des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) im *Institut Kompass*. Das Institut berät Menschen mit geistigen Behinderungen und deren Unterstützer in schwierigen Lebenssituationen.

Seit 3 Jahren arbeite ich in der Praxis der Beratung mit der *Methode Heijkoop*. Voraussetzung dafür war die Teilnahme an einem Training bei Jacques HEIJKOOP in den Niederlanden. Nach der erfolgreichen Teilnahme am Basiskurs habe ich den Fortgeschrittenenkurs mit der Qualifikation als Heijkoop Videotrainerin abgeschlossen.



Auf dem Bild sehen sie André, er wohnt in einer Wohngruppe am Niederrhein. Bilder und ein Video von ihm habe ich zur Illustration des Vortrages verwendet.

Themen auf die ich eingehen werde

Ich werde zunächst kurz etwas zur Person und zur Vorgeschichte sagen. Danach gehe ich auf die Hintergründe und die Vision der Methode ein. Es werden die Instrumente der Methode im Prozess vorgestellt und ein Beispiel für die Arbeit mit Videobildern schließt sich an. Mit einigen Tipps und einer Zusammenfassung schließe ich ab.

Person und Historie

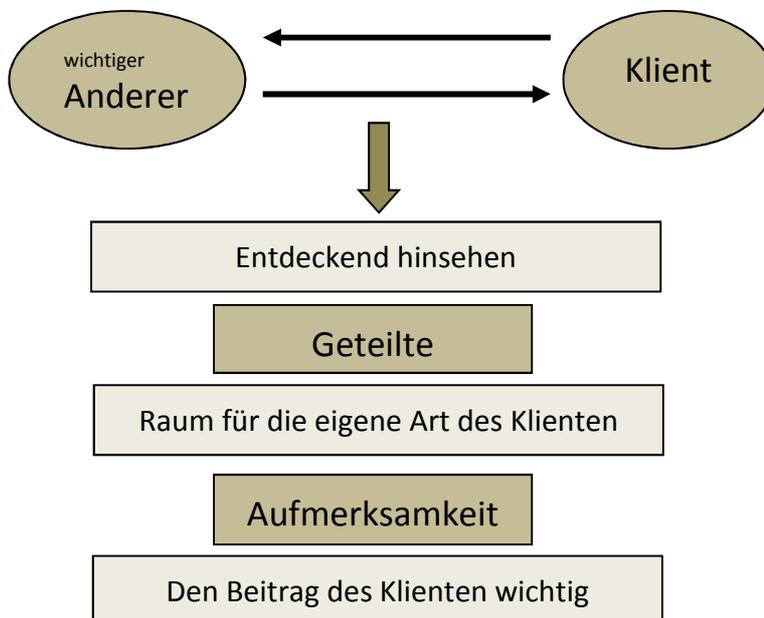
Der niederländische Entwicklungspsychologe Jaques HEIJKOOP arbeitet seit über 30 Jahren mit der Methode und an deren Weiterentwicklung. In den Niederlanden wird sie in vielen Einrichtungen genutzt, zahlreiche MitarbeiterInnen aus Einrichtungen der Behindertenhilfe wurden mit der Methode geschult. Sein Buch „*Vastgelopen*“⁹ erschien 1992 in den Niederlanden und 1998 unter dem Titel „*Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung - Neue Wege der Begleitung und Förderung*“ in Deutschland. Einen Satz daraus möchte ich herausgreifen:

„Jemand, der sich selbst oder andere schlägt, erzeugt mit diesem Verhalten eine große Wirkung auf sich selbst und auf andere. Man kann sich nur schwer vorstellen, dass jemand, der ein Verhalten mit einer so großen Wirkung zeigt, jemand ist, der sich seines eigenen Einflusses nur sehr wenig bewusst ist“ (<http://www.heijkoop.nu/deutsch/>).

Die Methode Heijkoop hat das Ziel, den eigenen Einfluss zu stärken und macht die Beobachtung, das „anders Hinsehen“ und „neu Entdecken“, zum Ausgangspunkt der Betrachtung und zur Grundlage für die Zusammenarbeit.

Stärkung des Selbst

Abb. 1



Bei Klienten mit Verhaltens- oder emotionalen Problemen ist das „Selbstwertgefühl“ kaum entwickelt oder traumatisiert. Das Selbst des

⁹ „Vastgelopen“ bedeutet so viel wie „festgefahren“, „gestrandet“ (Anm.d.Hersg.)

Menschen ist in schwierigen Situationen sehr verletzlich. Das Ziel der Arbeit ist, das Selbst zu stärken.

Der Begriff Selbst wird gebraucht, um die Zunahme des persönlichen Einflusses auf das gemeinsame Tun zu beschreiben. Das Wachstum des Selbst findet innerhalb und durch die Beziehung zu einer wichtigen anderen Person im Umfeld des Menschen mit Behinderung statt.

Die Arbeit mit der Methode Heijkoop zielt auf die Stärkung des „Selbst“ des Klienten durch die Unterstützung des Selbst der Begleiter.

Begleiter werden angeleitet und unterstützt entdeckend hinzusehen. Das „Selbst“ drückt sich mittels Körpersprache aus, bei der Kontaktaufnahme, dem Unterhalten und Beenden von Kontakt, Aktionen und Beziehungen. In wieweit ist jemand abhängig vom Wohlwollen oder Ablehnung, kann er selbst Entscheidungen treffen, seine emotionale Anspannung beherrschen, sich selbst begrenzen und wie sucht er dafür Hilfe bei Anderen. Raum für die eigene Art des Klienten wird geschaffen und der eigene Beitrag des Klienten wird deutlicher gesehen.

Der Motor für die grundlegende Besserung ist hier: Gemeinsam Erfahrungen zu sammeln und dabei persönlich zu erfahren, Einfluss zu haben.

Gegenseitiges Vertrauen stärken

Die Reaktion auf Problemverhalten ist dadurch bestimmt was wahrgenommen wird und wie jemand gesehen wird. Die Sichtweise, die Mitarbeitende auf Problemverhalten haben, ist stark von der Theorie bestimmt, mit der sie arbeiten.

Negatives Verhalten

Die Betreuer versuchen das Verhalten zu beherrschen, indem sie es sanktionieren mit Strafe, Belohnung oder Ignorieren. Es ist ein Verhalten, dass gestoppt oder abgewöhnt werden muss. Beim Versuch, das negative Verhalten zu beherrschen, kann es zu unnötigen Einschränkungen kommen. Der Klient wird einer steigenden Anzahl von Regeln und Verboten unterworfen. Der Betreuer erlebt sich als Aufpasser.

Problemverhalten

Die Betreuer versuchen den Klienten zu beschützen. Sie versuchen Spannungen und Reize zu reduzieren und das Problemverhalten so zu verhindern. Bei dieser Sichtweise wird der Klient von allem abgeschirmt und verlernt immer mehr, mit Emotionen umzugehen. Der Betreuer ist immer auf der Hut und besorgt. Der Erfahrungshorizont wird immer weiter eingeschränkt.

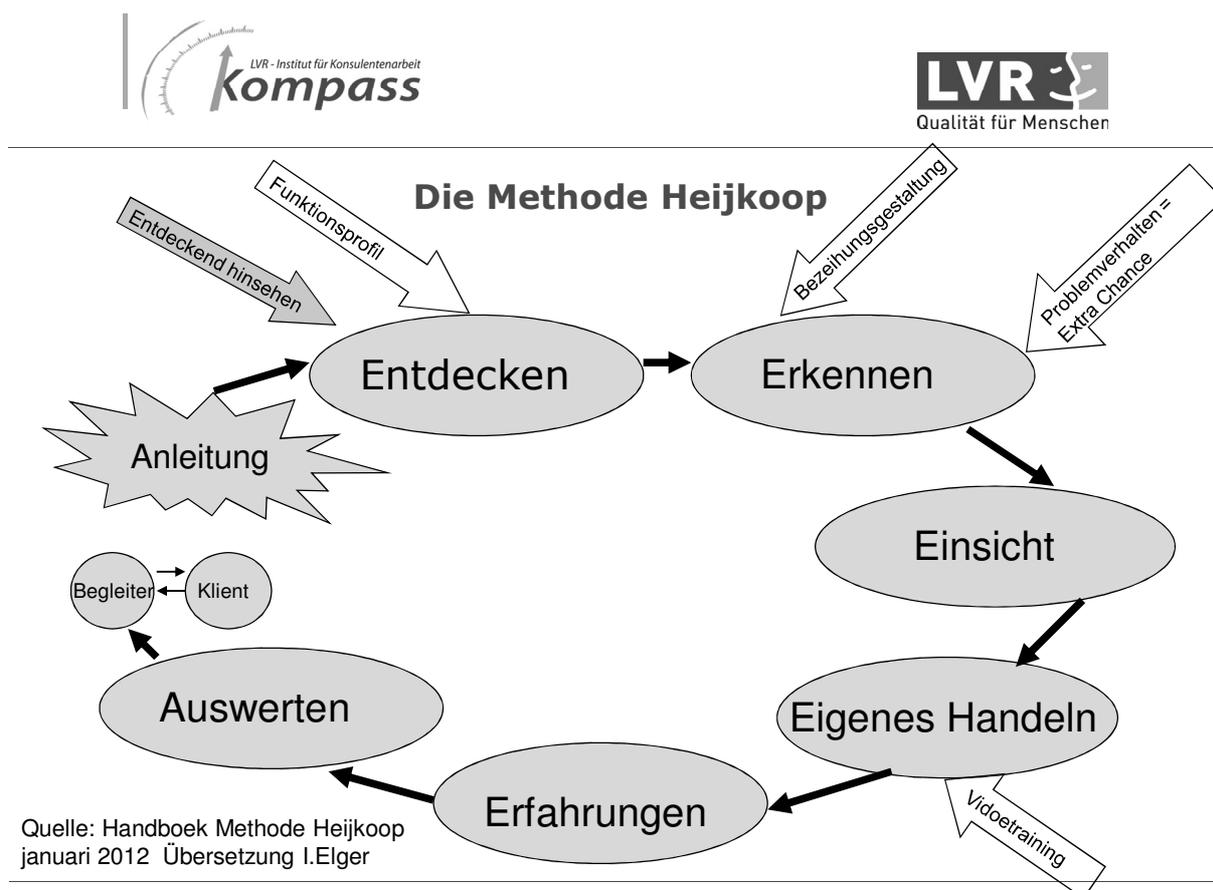
Bedeutungsvolles Verhalten

Die Betreuer suchen nach Möglichkeiten der gemeinsamen Problemlösung. Das Ziel ist wachsendes Selbstvertrauen und gegenseitiges Vertrauen. Bei der dritten Sichtweise wird der Schutz, der manchmal notwendig ist, zum Startpunkt gemeinsamer Entscheidungen. Auf der Grundlage wächst bei beiden das Selbstvertrauen.

Ein Effekt von Problemverhalten ist, dass die Folgen das Selbstvertrauen weiter einschränken und Problemverhalten so zur Ursache für gesteigertes Problemverhalten wird.

- Unsicherheit, wenn die Möglichkeiten zu Handeln eingeschränkt werden,
- Angst, als Folge und Ursache von Kontrollverlust,
- Entfremdung, wenn das Verhalten zur Einschränkung der Kontakte führt,
- Abweisung, wenn der Kontaktverlust durch Schuldgefühle verstärkt wird.

Beschreibung der Instrumente im Prozess:



Nach der Einleitung und der Vereinbarung, wer welche Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Prozess übernimmt, beginnt die Arbeit mit dem Instrument „entdeckend Hinsehen“. Es wird mit Video gearbeitet, die

Entdeckungen geben den Begleitern Hinweise auf das Erleben, die Emotionen und die Beziehung zum Menschen mit Problemverhalten. Sie können sich besser auf seine Art einstellen und er fühlt sich weniger schnell überrumpelt, kann besser folgen, fühlt sich eher verstanden, weniger allein gelassen, kann sich auf das einstellen, was kommt und auf seine eigene Art aktiv werden.

Das Funktionsprofil macht den Begleitern bewusst, welche Erwartungen sie selbst in Bezug auf das Unterstützungsbedürfnis des Klienten haben und welche Bedürfnisse der Klient wirklich hat. Indem Unter- und Überforderung erkannt und verringert werden kann, vermindert sich Problemverhalten.

Beziehungsgestaltung macht den Begleitern festgefahrene Gewohnheiten in der Beziehungsgestaltung zum Klienten bewusst, die Gestaltungsmöglichkeiten für den Klienten und die Begleiter verhindern. Es geht darum, die Dynamik in der Beziehung zu erkennen und Variationen anzubringen. Die Theoretische Grundlage ist hier die Transaktionsanalyse.

Das Instrument „Problemverhalten = Extra Chance“, durchbricht den Teufelskreis, in welchem Problemverhalten die Ursache für mehr Problemverhalten ist. Die Basis ist die Annahme, dass der Mensch mit Behinderung selbst dazu beitragen möchte, sein Verhalten im Griff zu halten. Dadurch hat der Begleiter nicht mehr das Gefühl, allein da zu stehen und die Grundlage für Zusammenarbeit in schwierigen Augenblicken ist geschaffen.

Bei dem Instrument Videotraining stehen der Begleiter und sein Handeln im Mittelpunkt. Die Verantwortlichkeit für die Entwicklung von Begleitungsqualitäten wird unterstützt. Der Begleiter kann sein eigenes Handeln reflektieren.

Die Sicherung der Ergebnisse und die regelmäßige Überprüfung schließen die Arbeit ab.

Eigenen Einfluss unterstützen

Wir gehen im Alltag davon aus, dass der Mensch mit einer geistigen Behinderung und herausforderndem Verhalten sehr auf die Unterstützung der Begleiter angewiesen ist, um das Problemverhalten im Griff zu halten. Auf die Frage, wie und ob der Mensch mit Behinderung sein Verhalten selbst im Griff zu halten versucht oder kontrollieren kann, erhalte ich erstaunte Reaktionen.

Selbstschutz

Es geht darum, herauszufinden, auf welche Weise sich die selbstschützende Kraft im Verhalten zeigt. Der Mensch mit einer geistigen Behinderung, dessen Problemverhalten darin besteht, dass er mit den Händen sich oder andere verletzt, versucht vielleicht, etwas in den Händen zu halten oder die Hände in die Hosentaschen zu schieben, um den Händen eine andere Aufgabe zu geben.

Er kann auch darum bitten, dass der Begleiter hilft, indem er die Hände festhält. Oder wie André sich etwas vor das Gesicht zu halten, wenn er leicht erschrickt, oder um seinen Wahrnehmungshorizont zu begrenzen.

Selbstverteidigung:

Eine besondere Form des Selbstschutzes ist die Selbstverteidigung. Während Selbstschutz als eine aktive Handlung gesehen wird, setzen sich die Menschen bei der Selbstverteidigung passiv mit ihrer Umgebung auseinander, z.B. indem Sinnesorgane für die Aufnahme von Informationen teilweise geschlossen werden oder mit etwas anderem gefüllt werden. z.B. durch die Finger gucken, Finger in die Ohren stecken, brummen oder schaukeln. André wendet sich vom Geschehen ab und richtet seine Aufmerksamkeit auf einen Ausschnitt.

Entdeckend Hinsehen mit Video

Erste Videobetrachtung

Durch die Arbeit mit Videobildern sehen alle die gleiche Situation und können darauf reagieren, ohne direkt handeln zu müssen. Dem Gesehenen kann eine Bedeutung zugeordnet werden und man kann Bilder stoppen und vor und zurückspulen, um noch einmal genauer hinzusehen, was wichtig war.

Erster Eindruck

Die Teilnehmer können sich äußern und eigene Eindrücke formulieren. Sie spüren, dass es um sie geht, und können Spannungen abbauen. Unterschiedliche Beobachtungen im Falle André werden deutlich.

Welche ersten Eindrücke wurden genannt:

- *Er macht viel mit den Händen.*
- *Sein Blick ist unruhig, er fixiert wenig und hat wenig Blickkontakt.*
- *Er zeigt Freude deutlich.*

Entdeckend Hinsehen ermöglicht es den Begleitern, den Wert von Bedeutungszuschreibung zu erkennen. Es geht darum, die Bedeutung im hier und jetzt für die einzelnen Begleiter und den Klienten zu benennen und den Austausch darüber anzuregen. Es wird der Frage nach dem „Wie“ nachgegangen, statt nach dem „Warum“ zu fragen, was weg von der Person und in die Vergangenheit führt.

Zweite Videobetrachtung

Bei der zweiten Runde wird an den Beobachtungen der Teilnehmer angeknüpft. Das Bild wird gestoppt, wenn Teilnehmer oder Trainer etwas Interessantes

erkennen und die Teilnehmer formulieren, was sie sehen oder hören und was das bei Ihnen auslöst. Einige Beispiele:

„Wenn ich sehe, wie er sich umblickt, habe ich den Eindruck, er sucht nach Orientierung.“

„Wenn ich sehe, wie er seine Hände gebraucht, denke ich er sucht Halt.“

„Wenn ich sehe, dass er den Fuß in den Schuh steckt, erkenne ich sein Interesse an Zusammenarbeit.“

Welche Bedeutung geben sie dem in die Hände klatschen? Freude? Begeisterung? Kontaktaufnahme? Suche nach Bestätigung?

Abschluss

Beim Abschluss geht es darum, auf das Gesehene zurückzublicken und von den Entdeckungen ausgehend Vereinbarung für die Folgezeit zu treffen. Jeder Begleiter formuliert Merkmale, auf die er im Alltag bis zum nächsten Treffen achten möchte. Die Ergebnisse und Entdeckungen sind Ausgangspunkt beim nächsten Treffen.

Die Videoanalyse wird abgeschlossen mit der Zusammenfassung der eigenen Art des Klienten. Wie er sich orientiert, Kontakt aufnimmt, beteiligt ist, kommuniziert etc. und der Frage, wo im Betreuungsalltag darauf geachtet wird und wie damit umgegangen wird. Welche Folgerungen aus den Beobachtungen und Entdeckungen für die Begleitung gezogen werden. Jeder Teilnehmer wird zu seiner Sichtweise gefragt, so entsteht ein Entwicklungsprozess auch für die Begleiter.

Sichern der Ergebnisse

Nach jedem Instrument sammelt der Heijkoop-Trainer zusammen mit den Begleitern Themen, die für die Begleitungsqualität von Bedeutung sind.

Neben einem Kernthema, das immer gemeinsames Interesse und geteilte Aufmerksamkeit ist, gibt es weitere Themen, z.B.

- Annäherung suchen
- Kontakt aufnehmen, halten und beenden
- Bindung und Loslassen
- aktiv und passiv Beteiligten
- Übergänge unterstützen
- emotionale Unterstützung
- Soziale Unterstützung
- Schwierige Momente gemeinsam angehen.

Ergebnissicherung und Integration in den Alltag

Zu den Begleitungsqualitäten wird individuell beschreiben, wie sie für diesen Menschen aussehen sollen. Es wird konkret beschrieben, was gemacht wird. Hilfreich ist, aus dem Videomaterial Beispiele in Form von Bildern oder kurzen Szenen zur Illustration zu verwenden. Die Begleitungsqualitäten sind Grundlage für das individuelle Videotraining, bei dem sich Begleiter einzelne Aspekte herausuchen und diese konkret mit Hilfe von Video im Alltag aufnehmen und sich anhand der Videoaufnahmen selbst reflektieren. Die dokumentierten Ergebnisse sind Grundlage für die regelmäßige Überprüfung des eigenen Handelns.

Tipps

- Versuchen Sie, die eigene Aufmerksamkeit auf das zu lenken, was sie zusammen tun. Was der Klient mit den Händen tut. Wo sein Blick hingeht. Was seine Körperhaltung ausdrückt. Wie er Anspannung zeigt und wo er Unterstützung braucht, z.B. um seine Emotionen zu regulieren.
- Wenn Sie merken, dass die eigene Aufmerksamkeit durch Irritation oder Unsicherheit auf das Problemverhalten fixiert wird, legen Sie dann eine Pause für sich selbst ein und versuchen anschließend das gemeinsame Tun zu einem guten Abschluss zu bringen. Der Klient erfährt dadurch, dass Sie es gemeinsam schaffen und entwickelt Vertrauen in das gemeinsame Tun.
- Wenn Sie sich immer häufiger „Nein“ oder „Stopp“ sagen hören, bedenken Sie dann, was ein „Ja“ auf der Handlungsebene bedeuten könnte. Versuchen Sie Wege zu finden, wie Sie gemeinsam die Erfahrung machen können, dass es auch gut geht. Z.B. eine Tasse Tee zusammen trinken und dann weiter machen.
- Wenn das Problemverhalten als körperliche Bedrohung erfahren wird, beantworten Sie dann erst die Frage: „Was brauche ich, um wieder in den gewohnten Gang zu kommen?“ Wie kann ich eine für alle sichere Situation herstellen, z.B. Hilfe von Kollegen, Notfallnummer wählen etc. Nur wenn ich für mich gut sorgen kann, kann ich auch den Klienten gut begleiten.

Zusammenfassung

Der Schutz, den der Klient am Anfang noch braucht wird zum Ausgangspunkt für gemeinsame Entscheidungen und gemeinsames Handeln. Auf der Grundlage wachsen bei Klient und Begleiter das Selbstvertrauen und das gegenseitige Vertrauen.

Die Methode unterstützt den Prozess, den eigenen Einfluss von Klient und Begleiter zu stärken und wieder handlungsfähig zu werden.

Literatur

Heijkoop, J. (1992): Vasgelopen. Anders kijken naar begeleiding van mensen met een verstandelijke han-dicap met ernstige gedragsproblemen. Uitgeverij H.Nelissen B.V.,Soest

Heijkoop, J. (2006): Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Neue Wege der Begleitung und Förderung. Juventa, Weinheim 2006 (5. Aufl. 2011)

Heijkoop. J. (2012): Handboeck Methode Heijkoop, januari 2012, unveröffentlichte Teilnehmermaterialien

<http://www.heijkoop.nu/deutsch/>

http://youtu.be/u_1P3tQ864Y

Der Film – LVR-Institut für Konsulentenarbeit Kompass, Karl-Heinz-Beckurts Str. 13, 52428 Jülich, kann dort bezogen werden. Weitere Informationen unter www.konsulenten.lvr.de

Themenblock 3: Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Themenblock 3: Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Einführung

Jan Glasenapp

Die Begründerin der DBT Marsha LINEHAN hat ihre psychotherapeutische Arbeit mit suizidalen Patienten begonnen. Ausgangspunkt war für sie die Frage, bei welchen Menschen der Leidensdruck am höchsten ist, welche am meisten zweifeln. Schnell stellte sie fest, dass ein hoher Anteil dieser Patienten unter Borderline-Persönlichkeitsstörung litt, eine Patientengruppe, die bereits seit Jahrzehnten als besonders herausfordernd für die psychotherapeutische Arbeit galt. Sie entwickelte, aufbauend auf ihrer Ausbildung in Kognitiver Verhaltenstherapie, ihren dialektischen Ansatz, der heute zu den führenden Störungstheorien und Behandlungsansätzen für Borderline gilt (LINEHAN, 1996a; 1996b).

Wesentlich für die Störungstheorie ist dabei das von ihr entwickelt bio-soziale Modell der Emotionsregulationsstörung. Ein Grundrational ist dabei: „Ich bin mehr als mein Gefühl!“ Zentraler Interventionsansatz ist das dialektische Vorgehen aus Akzeptanz und Veränderung, die im therapeutischen Prozess ständig auszubalancieren sind. Wesentliche akzeptanzorientierte Interventionen sind dabei Achtsamkeit und Validierung des emotionalen Erlebens. Wesentliche veränderungsorientierte Interventionen sind die Erweiterung von zentralen Fertigkeiten, das Skills-Training (sowie Interventionen aus der verhaltenstherapeutischen und Kognitiven Therapie).

Die DBT ist eingebettet in unterschiedliche, sich ergänzende Module: Einzeltherapie, Skills-Training als Gruppentherapie, schnelle Erreichbarkeit des Therapeuten durch Telefonkontakte, Interventionen ins soziale Umfeld sowie regelmäßiger Austausch der Behandler untereinander.

Marsha LINEHAN hat wesentlich die dritte Welle der Verhaltenstherapie geprägt. Ihr Name ist heute eng verbunden mit anerkannten therapeutischen Konzepten wie Achtsamkeit, Validierung, Skills-Training und dialektisches Vorgehen.

Die Wirksamkeit der DBT ist hinreichend geprüft. Es liegen heute zahlreiche Adaptionen der Dialektisch-Behavioralen Therapie vor, z.B. für Adoleszente, für Menschen mit Essstörungen, mit Substanzmissbrauch, mit ADHS und auch für Menschen mit geistiger Behinderung.

DBT hat sich als therapeutisches Konzept bewährt. An vielen Orten weltweit wird daran gearbeitet, die Strategien der DBT an die Arbeit für Menschen mit geistiger Behinderung anzupassen.

DBT bietet sich dementsprechend auch für und in der Intensivbetreuung an:

1. Sie fokussiert die Emotionsregulation eines Menschen und damit die Ursache zahlreicher intra- und interpsychischer Schwierigkeiten.
2. Sie erfordert ein komplexes, multimodales und multiprofessionelles Behandlungssetting, wie es oftmals in der Intensivbetreuung anzutreffen ist.
3. Sie hat eine lerntheoretisch fundierte Basis, kombiniert diese aber mit zahlreichen beziehungs- und achtsamkeitsorientierten Interventionen.
4. Sie bietet mit Skills konkrete und strukturierte Hilfen an für schwere emotionale Krisen und unterstützt Menschen engagiert darin, diese Hilfen auch zu nutzen.
5. Sie liefert eine Fülle an hilfreichen Meta-Strategien für den therapeutischen und pädagogischen Alltag, z.B. die Dialektik von Akzeptanz und Veränderung.

Der Dachverband DBT bietet mittlerweile ein eigenes Referat „*DBT für Menschen mit geistiger Behinderung*“, das die verschiedenen DBT-orientierten Angebote in ihrer Vernetzung unterstützt. Kontakt: www.dachverband-dbt.de; praxis@therapie-und-beratung.de

Literatur

- BOHUS, M. & WOLF, M. (2009). Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten. Manual zur CD-ROM für die therapeutische Arbeit. Stuttgart: Schattauer.
- LINEHAN, M.M. (1996a). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.
- LINEHAN, M.M. (1996b). Trainingsmanual zur Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.

Das an der dialektisch-behavioralen Therapie orientierte Programm für Menschen mit geistiger Behinderung (DBToP-gB)

Brian Barrett & Christian Feuerherd

Es ist offensichtlich, dass Menschen mit geistiger Behinderung nicht über ein normalbegabtes, kognitives Niveau verfügen und häufig insbesondere in ihrem Sprachverständnis und –gebrauch eingeschränkt sind. Die DBT, wie sie ursprünglich von M. LINEHAN konzipiert wurde, kann also nicht 1:1 bei Menschen mit geistiger Behinderung angewendet werden. Warum macht es dennoch Sinn, eine Anwendung zu versuchen und die Mühe zu unternehmen, notwendige Modifikationen vorzunehmen?

Neben einer generell erhöhten Inzidenz psychischer Erkrankungen und damit auch der Boderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) finden sich bei Menschen mit geistiger Behinderung darüber hinaus häufig eine erhöhte Impulsivität sowie emotionale Instabilität und damit die beiden Kernsymptome der BPS, ohne dass deren weitere, dezidierte Diagnosekriterien immer erfüllt würden. Menschen mit geistiger Behinderung haben ähnlich den Menschen mit BPS nicht selten Probleme, ihre Gefühle wahrzunehmen und einzuordnen. Schließlich finden sich bei Menschen mit geistiger Behinderung gewisse Parallelen in der bio-sozialen Theorie zur Genese der BPS.

Bei der Adaptation der DBT für Menschen mit geistiger Behinderung mussten einige, in der Intelligenzminderung begründete Herausforderungen bewältigt werden. Auch wenn diese individuell unterschiedlich stark ausgeprägt sind, so finden sich bei Menschen mit geistiger Behinderung doch regelhaft Einschränkungen im Sprachverständnis und –gebrauch, der Ausdrucksfähigkeit, der Vorstellungs- und Abstraktionsfähigkeit, der Aufmerksamkeitsspanne und Konzentrationsfähigkeit, der Prospektivität (Fähigkeit, vorauszudenken) und Mnestik (Gedächtnisfunktionen), der Aufnahme- und Introspektionsfähigkeit, der Handlungsplanung sowie der Verständnisfähigkeit und Lerngeschwindigkeit.

- Um dem eingeschränkten Sprachverständnis und –gebrauch gerecht zu werden, war es notwendig, die verwendete Sprache zu vereinfachen sowie wo möglich auf geschriebene Sprache zu verzichten und stattdessen auf Piktogramme und Visualisierungen sowie ggf. nonverbale Kommunikation zurückzugreifen.
- Der geminderten Konzentrations- und Verständnisfähigkeit sowie Aufmerksamkeitsspanne und Lerngeschwindigkeit musste mit vereinfachten

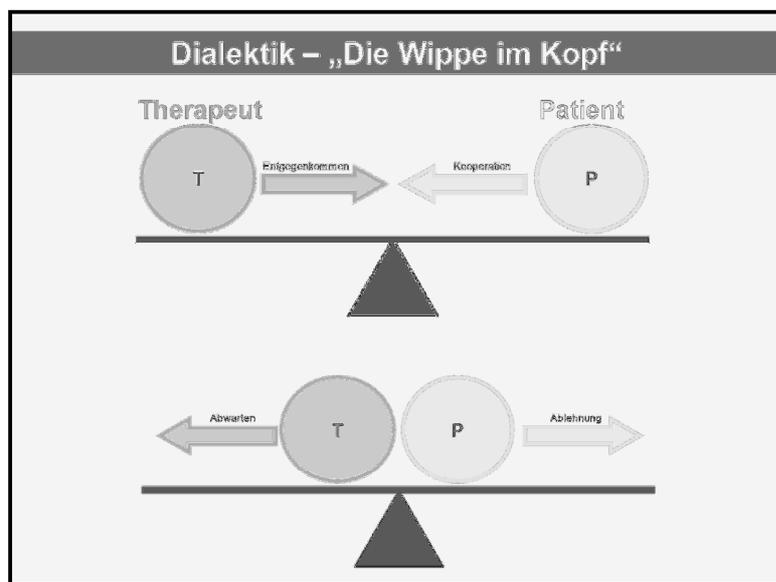
Inhalten sowie kürzeren, dafür aber häufigeren sowie strukturierteren Therapieeinheiten begegnet werden.

- Im Rahmen der verminderten Aufnahme- und Introspektionsfähigkeit mussten die Ansprüche an die Momenterfassung und eine vertiefte Selbsterkenntnis im Sinne der spirituellen Tradition der DBT gedrosselt werden.
- Aufgrund der eingeschränkten Vorstellungs- und Abstraktionsfähigkeit sowie Handlungsplanung erschien der verstärkte Einsatz von Demonstrationsmaterial und Rollenspielen sowie Notfallplänen sinnvoll.
- Die verminderte Prospektivität bedingte eine umgehende Adressierung aufkommender Probleme und im Rahmen eines Kontingenzmanagements eine zeitnahe Verstärkung funktionalen Verhaltens.

Dialektik, Radikale Akzeptanz und Bereitschaft

Vor dem Hintergrund der bio-sozialen Theorie zur Genese der BPS konzentriert sich die DBT darauf, den dort beschriebenen Teufelskreis zu durchbrechen. Dazu bedient sie sich verschiedener dialektischer Strategien. Der grundlegende dialektische Zugang erfolgt hierbei durch die Integration von (scheinbaren) Widersprüchen im konkreten Problemverhalten zu einer Synthese, die diese Widersprüche aufhebt und in eine neue Qualität des Verhaltens führt. Die primäre dialektische Spannung liegt dabei zwischen Akzeptanz und Veränderung, die sekundäre Spannung besteht zwischen Gewährung von Freiheit und Ausübung von Kontrolle (Abb.1).

Abb.1



M. LINEHAN spricht von radikaler Akzeptanz („radical acceptance“), einem Konzept, das dem Buddhismus entlehnt ist. „Radikal“ deshalb, weil es um Akzeptanz nicht nur auf rationaler, sondern auch auf emotionaler und ggf. sogar physischer Ebene gehe. Zunächst müsse man die Realität als solche wahr- und

hinnehmen. Als nächstes gelte es zu akzeptieren, dass alles eine Ursache habe, auch wenn diese nicht immer ersichtlich sei. Nicht zu klagen, dass etwas

ausgerechnet einem selbst passiert sei oder hätte gar nicht passieren dürfen. Als letztes bleibe zu akzeptieren, dass das Leben trotz eventuell schmerzlicher Realität lebenswert bleibe und man selbst aus einer misslichen Situation noch das Beste machen könne. Akzeptanz mache eine schmerzliche Realität zwar nicht weniger schmerzhaft, reduziere aber das Leid, das sie verursache. Die Akzeptanz einer Ursache sei Bedingung dafür, sie auszumachen und ggf. auszuschalten. Die Akzeptanz der Realität sei Bedingung, diese zu verändern. Dazu bedürfe es dann im Weiteren einer grundsätzlichen Bereitschaft („willingness“), sich auf die Gegebenheiten einzulassen, sich ihnen zu stellen und wenn nötig anzupassen. Im Gegensatz dazu verharre jemand, der fortgesetzt über seine Realität klage, diese als schicksalhaft und ohne Änderungsmöglichkeiten ansehe, durch aktive Passivität („willfulness“) in Agonie.

In der therapeutischen Beziehung geht der Therapeut in Sachen Akzeptanz voran, nimmt den Klienten so an wie er ist, nimmt dessen Gefühlsäußerungen ernst und ordnet sie in dessen Realität ein. Auch das Verhalten des Klienten wird in den Kontext seiner Realität gestellt und in diesem Zusammenhang zunächst einmal akzeptiert. Dies spiegelt der Therapeut dem Klienten wider („validation“). Dysfunktionale Verhaltensweisen werden im Rahmen der dialektischen Strategie aber dennoch möglichst nüchtern und nicht abwertend als solche benannt.

Dadurch soll es dem Klienten ermöglicht werden, zunächst seine Gefühle und sein Verhalten wieder als in sich stimmig wahrzunehmen und letztlich seine Realität aber auch seine dysfunktionalen Verhaltensweisen als solche zu akzeptieren. Dies als Voraussetzung dafür, gemeinsam in eine therapeutische Allianz einzutreten, um die Realität des Klienten zum Positiven zu verändern und dysfunktionale Verhaltensweisen sukzessive durch funktionale abzulösen.

Auswerten und Analysieren von Krisensituationen

Das Therapieprogramm fokussiert sowohl in seiner theoretischen als auch praktischen Darstellung anhand der einzelnen Module, insbesondere den Umgang mit dysfunktionalen Verhaltensweisen. Den Patienten werden vielschichtige Fertigkeiten vermittelt, mit denen sie mit sehr unterschiedlichen Impulsen und einhergehenden Handlungen / Handlungsmustern lernen umzugehen. Dennoch können extreme Situationen und massive Eskalationen eintreten und an das unmittelbar beteiligte soziale Umfeld und Helfersystem außerordentliche Herausforderungen stellen. In diesen Situationen sollten auch durch das reagierende Personal einige Besonderheiten in punkto Kommunikation und Validation beachten werden:

- Fluchtwege ermöglichen

- Einfache Sprache – kurze, eindeutige Aussagen
- Keine Fragen
- Keine Problembewältigung
- Zuversicht und Sicherheit signalisieren
- Antwortlatenz 5-7 Sekunden - Zeit geben, nicht reden - warten!
- Faktor Angst – beider Parteien – berücksichtigen
- Rückzug einräumen – die Situation (optional) gänzlich verlassen!
- Und immer wieder: Validieren!

In derart besonderen Situationen ist die eigene emotionale Beteiligung der Professionellen zu berücksichtigen. Dabei spielen umstandsbedingte nachvollziehbare Ängste und Unsicherheiten eine wichtige Rolle und beeinflussen unmittelbar Entscheidungen für das eigene und situationsbedingte Handeln. Umso wichtiger ist es, massive Eskalationen im Rahmen einer funktionalen oder situativen Analyse retrospektiv auszuwerten.

Dabei sollte es nicht um die Erfassung möglicher Defizite einzelner Akteure gehen. Eher geht es um die Erkennung von Risiko- und Beeinflussungsfaktoren und einer daraus resultierenden Optimierung zukünftiger Interventionen. Da eine ausgeprägte Krisensituation auch immer eine Belastung der professionellen Helfer und eine Konfrontation mit deren eigenen Ängsten und Unsicherheiten darstellt, kann eine solche Analyse auch der Aufarbeitung der Krise im Team und der Wiedererlangung von dessen Sicherheit im Umgang mit künftigen Ereignissen dienen.

Eine Situative Analyse ist im Vergleich zu einer Funktionalen Analyse vom zeitlichen und personellen Aufwand weniger intensiv und analysiert solche Situationen, zum einen sehr dezidiert und erkenntnisreich, zum anderen bietet sie eine andere Perspektive auf die Situation – die Vogelperspektive. Dabei erfolgt, nach Befragung aller beteiligten, sowie anwesenden Personen eine bildhafte Darstellung der Eskalationssituationen auf der Vorlage der örtlichen baulichen Situation. Detailliert werden die Standorte des erregten Patienten, des anwesenden sowie beteiligten Personals als auch der anderen Patienten bildlich erfasst. Durch Unterscheidungen in Form und Farbe der gekennzeichneten Akteure, ist eine übersichtliche und unkomplizierte Analyse mit einem relativ geringen zeitlichen Aufwand gut möglich.

Aus unserer Erfahrung bietet es sich an die situationsbezogene Analyse in 4 Stadien der bildlichen Auswertung zu untergliedern:

1. „Situation in der Subjektiven Wahrnehmung unmittelbar beteiligter Personen“
2. „Situation objektiviert nach Befragung aller Beteiligten“
3. „Reaktion des erregten Patienten“
4. „Alternative Gestaltung der Situation“.

Bei der Erstellung ist nicht nur die individuelle örtliche Position einzelner Akteure wichtig. Aus unserer Sicht sollten z.B. folgende Dinge in allen vier Stadien ergänzend erfasst werden.

- Wer hat mit dem erregten Patienten kommuniziert?
- Wer hat die Initiative zur Koordination der anderen Mitarbeiter übernommen?
- Wieviele Mitarbeiter waren direkt involviert?
- Wieviele Mitarbeiter haben sich um die anderen Patienten gekümmert?
- Welche Faktoren spielten noch eine Rolle in der Situation?

Punkt 1 erfasst eine bildliche Darstellung aus der Perspektive derer, die sich im unmittelbaren Kontakt zum erregten Patienten befunden haben.

Punkt 2 beinhaltet eine vergleichbare Darstellung von denen, die sich zu diesem Zeitpunkt auf der Station befunden haben und sowohl aktiv als auch passiv die Situation miterlebt und mitgestaltet haben. Dabei kann ein Vergleich der Darstellungen aus 1 und 2 bereits eine sehr unterschiedliche Wahrnehmung der Situation widerspiegeln. Dieser Vergleich kann sich insofern als günstig erweisen, als das die mehrfach im Nachgang resümierende Einschätzung des unmittelbar involvierten Personals, erheblich von der des beobachtenden Personals abweichen kann. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die hohe persönliche Beanspruchung und Intensität der Situation eine ebenso unklare sowie unvollständige Wahrnehmung des direkt involvierten Personals zur Folge haben kann.

Punkt 3 greift die Reaktion des Patienten auf die Intervention des Personals auf. Diese lässt sich unter Umständen auf Aspekte, wie z.B. das Versperren von Fluchtwegen, aus Darstellung 1 und/oder 2 zurückführen bzw. macht diese nachvollziehbar. In

Punkt 4 sollte die Bündelung der aus den Punkten 1, 2 und 3 ergebenden Erkenntnisse schaffen. Es sollte gemeinsam im Team darüber in den Diskurs gegangen werden, inwieweit eine alternative Gestaltung der Situation hätte aussehen können. Welche evtl. ungünstigen Faktoren wären beeinflussbar gewesen und welche nicht.

Unsere Erfahrung zeigt uns, dass differenzierte Analysen von Krisensituationen außerordentlich produktiv sind und erheblich zu deren Rückgang beitragen können.

Gefühlsregulation

Um die Gefühlsregulation („emotion regulation“) zu verbessern, geht die DBT davon aus, dass zunächst einmal die Fähigkeiten der Klienten geschult werden müssen, ihre Gefühle zu erkennen und zu benennen. Sie sollen lernen, ihrer Gefühlswahrnehmung wieder zu trauen. Darüber hinaus soll ein Verständnis

für mögliche Auslöser bestimmter Gefühle sowie die Bedeutung von Gefühlen für das eigene Verhalten und umgekehrt entwickelt werden. Schließlich werden Möglichkeiten erarbeitet, positiven Einfluss auf das eigene Gefühlsleben zu nehmen, z. B. in dem aktiv emotional positiv besetzte Momente herbeigeführt werden und die eigene, emotionale Verletzlichkeit verringert wird, in dem z. B. auf Substanzgebrauch verzichtet und stattdessen Sport getrieben sowie auf ausreichenden Schlaf und eine gesunde Ernährung geachtet wird.

Das Modul der Emotionsregulation bildet ein Kernstück der psychotherapeutischen Behandlung und erfolgt aufgrund dessen zweimal wöchentlich. Die Zielstellung der „Gefühlsgruppe“ ist das Wahrnehmen, Beobachten, Beschreiben, Verbalisieren und Verstehen von Gefühlen oder emotionalen Zuständen. Die Teilnehmer sollen befähigt werden, eigene Affekte differenziert zu erkennen und zu modulieren.

Gefühlsgruppe

In der Gefühlsgruppe sollen die Klienten lernen, ihre Gefühle zu erkennen und zu benennen sowie die Bedeutung ihrer Gefühle für das eigene Verhalten und umgekehrt zu erfassen. Darüber hinaus sollen sie befähigt werden, positiven Einfluss auf das eigene Gefühlsleben zu nehmen.

Es hat sich bewährt, dabei nicht zu viele verschiedene Gefühle zu differenzieren und sich stattdessen auf wenige, wichtige Gefühle zu konzentrieren. Wir haben diese Gefühle „die sechs Grundgefühle“ genannt. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass es Klienten mit Intelligenzminderung über die Fremdwahrnehmung von Gefühlen leichter fällt, einen Zugang zu ihrer eigenen Gefühlswahrnehmung zu bekommen. Wir haben daher Bilderkarten erstellt, auf denen Schauspieler der Theatergruppe für Menschen mit geistiger Behinderung „RambaZamba“ aus Berlin diese sechs Grundgefühle darstellen. Anhand dieser Bilderkarten erfolgt der Einstieg in die Arbeit zu jedem der sechs Grundgefühle über die Fremdwahrnehmung, bevor im weiteren Verlauf zur Selbstwahrnehmung übergegangen wird.

Um die Klienten zu einer regelmäßigen Introspektion bzgl. ihres Gefühlslebens anzuhalten, werden sie schließlich dazu angeleitet, ein „Gefühlsprotokoll“ zu führen. Dieses wird zur Sensibilisierung und Einübung einer verbesserten Selbstwahrnehmung hinsichtlich eigener Emotionen eingesetzt. Das „Gefühlsprotokoll“ beinhaltet eine dokumentarische Erfassung des gegenwärtigen emotionalen Zustandes zu drei verschiedenen Tageszeiten. Die Unterscheidung orientiert sich an den „6 Grundgefühlen“. Entsprechend dem individuellen Therapiefortschritt, kann die praktische Umsetzung optional assistiert werden.

Stresstoleranz

Im Rahmen der Stresstoleranz („distress tolerance“) gilt es zunächst, eigene Stress- und Anspannungszustände als solche wahrzunehmen und zu akzeptieren. Sodann soll kurz innegehalten und „ein Schritt zurück“ gegangen werden. Dies dient dazu, das Ausmaß der Anspannung einzuordnen und sich auf die Bewältigung des Stresszustandes zu fokussieren. Im nächsten Schritt wird eine Bewältigungsstrategie gewählt. Hierbei sollen das Für und Wider verschiedener Strategien, insbesondere bisheriger, dysfunktionaler, wie z. B. Selbstverletzungen, und alternativer, funktionaler Strategien, gegeneinander abgewogen werden. Als funktionale Strategien zur Stress- und Spannungsregulation kommen verschiedene Methoden zum Einsatz, die v. a. der Ablenkung und der Selbstberuhigung dienen.

Eine Ablenkung kann dabei auf der Gefühls- oder Handlungsebene, auf körperliche oder gedankliche Art erfolgen. So können auf der Gefühlsebene bewusst Emotionen provoziert werden, die den in der Stress-Situation vorherrschenden entgegenstehen, z. B. in dem ein besonders gruseliger oder lustiger Film angeschaut wird. Auf der Handlungsebene können bewusst Taten vollbracht werden, die den Stress auslösenden Handlungen oder den sich aus dem Stresserleben ergebenden Handlungsimpulsen entgegenstehen („opposite action“), z. B. in dem jemandem anderem oder sich selbst eine Freude bereitet wird. Eine weitere Art der Ablenkung auf der Handlungsebene ist das Verrichten notwendiger Alltagsaufgaben, wie z. B. etwas zu reparieren, zu putzen oder einzukaufen. Eine körperliche Ablenkung kann durch sensorische Reize unterschiedlicher Intensität sowie körperliche Aktivität und sozialverträgliches, körperliches Abreagieren erfolgen. Gedanklich kommen z.B. Zählreihen, Rechenaufgaben, Konzentrationsübungen, das Lösen von Rätseln, Puzzles legen und Ähnliches mehr zum Einsatz.

Selbstberuhigung geht eng einher mit dem Versuch, den „Moment zu verbessern“ („improve the moment“). Dabei kann es hilfreich sein, sich voll und ganz auf den aktuellen Moment zu konzentrieren, um von dort aus Schritt für Schritt („step by step“) voranzuschreiten. Hierzu ist nicht selten eine kurze Auszeit aus der Stress auslösenden Situation notwendig, z. B. in dem man sich an einen ruhigen Ort zurückzieht. Im Weiteren kommen dann Muskelrelaxation, Ruhebildverfahren, Gebete, Mantras und beruhigender, sensorischer Input, z. B. in Form von Wärme und angenehmen Gerüchen sowie entsprechender Musik und Farbenspiele zum Einsatz.

Um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass die Klienten in Stress- und Anspannungszuständen tatsächlich auf die genannten Strategien zurückgreifen können und nicht in ihre gewohnten, dysfunktionalen Verhaltensweisen zurückfallen, ist es notwendig, diese regelmäßig außerhalb von Stress-

Anspannungszuständen einzuüben. Dadurch können erste positive Erfahrungen mit diesen Strategien gesammelt und sie in Situationen kognitiver Einengung aufgrund Stresserlebens besser abgerufen werden.

Spannungskurve

Zentrales Element des Fertigkeitentrainings zur Stresstoleranz ist die Spannungskurve. Dabei wird eine, vorerst gefühlsunabhängige, Darstellung inneren Erlebens, innerer Anspannung erarbeitet, die in 5 unterschiedliche Stadien gegliedert und mit dem entsprechenden Zahlenwert, sowie dem entsprechend zugeordneten Luftballon-Piktogramm verknüpft werden.

Es hat sich gezeigt, dass es Klienten mit Intelligenzminderung in der Regel außerordentlich schwer fällt, ihre Anspannungszustände differenziert wahrzunehmen. Um ihnen den Zugang zu erleichtern, haben wir die Entwicklung von Anspannung bis hin zum Impulsdurchbruch stark vereinfacht und in einer sogenannten „Spannungskurve“ schematisiert dargestellt.

Die Spannungskurve postuliert zunächst fünf Stadien der Anspannung, wobei das erste Stadium den basalen „Normalzustand“ und das fünfte Stadium den Impulsdurchbruch darstellt. Dazwischen liegen drei weitere Stadien der Anspannung sowie der Punkt, ab dem die Kontrolle verloren geht und nicht mehr rational, sondern emotional gehandelt werde. Wird dieser Punkt überschritten, so führe dies regelhaft zum Impulsdurchbruch und meist gebe es „kein Zurück“ („point of no return“). Diesen Punkt gelte es daher zu vermeiden, indem Anspannungszustände frühzeitiger wahrgenommen und Skills zum deren Abbau angewendet würden. Zur Veranschaulichung werden die Stadien der Anspannung mittels eines zunehmend praller aufgeblasenen Luftballons visualisiert, der schließlich platzt:

- 1 = Grundspannung/Grundniveau
- 2 = geringfügige „Anspannung“
- 3 = mittelstarke „Anspannung“
- 4 = deutlich erhöhte Anspannung (letzte Stufe vor dem Point of No Return)
- 5 = Point of No Return („Kein Zurück“) überschritten → Kontrollverlust

Zum besseren Verständnis der unterschiedlichen Graduierungen, werden sowohl in Einzel- als auch Gruppensitzungen, jeweils individuelle Körpersensationen den einzelnen Stufen innerer Anspannung zugeordnet. Die differenzierte Erarbeitung der einzelnen Körpersensationen wird als besonders wichtig erachtet. Die praktische Umsetzung erfolgt mittels eines Torso's. Es entsteht für jeden Patienten eine individuelle Figur, die entsprechende

Körpersensationen / -wahrnehmungen mit der entsprechenden Graduierung innerer Anspannung individualisiert erfasst und darstellt. Der Patient erhält dadurch die Befähigung, anhand der frühzeitigen Wahrnehmung etwaiger Körpersignale, diese entsprechend zu kategorisieren, zuzuordnen und gezielt zu reagieren.

POINT OF NO RETURN – „Kein Zurück“

Ein wichtiger Aspekt der Arbeit mit der Spannungskurve ist die Darstellung und Erläuterung des Point of No Return. Dabei vollzieht sich ein elementarer Wechsel von vorhandener Verhaltenskontrolle zum Kontrollverlust. In vereinfachter Weise erfolgt die Erklärung des Verlustes eigener Kontrollfähigkeiten, bedingt durch ein übermäßiges Niveau an unspezifischer Anspannung, die dazu führt, dass der Betroffene aufgrund übermäßig starker Emotionalität nicht mehr in der Lage ist, die Kontrolle und Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen. Zur Illustration oder bildlichen Darstellung erweist sich der Einsatz eines gefüllten Wasserglases als außerordentlich praktikabel. Anhand dessen können ebenso Aspekte erhöhter Grundspannung oder die Reduktion des Spannungsniveaus, zur Steigerung der Stress- und Alltagsresistenz bildhaft dargestellt werden. Die eindeutige Zielstellung des Fertigkeitentrainings zur Stresstoleranz, ist die unabdingbare Vermeidung der Überschreitung des Point of No Return.

Spannungsprotokoll

In erste Linie dient das Spannungsprotokoll dem Training der Introspektionsfähigkeit. Dabei erfolgt eine hochfrequentierte, protokollarische Dokumentation der inneren Anspannung auf dem Arbeitsblatt „Spannungsprotokoll“: Der Patient vermerkt in stündlicher Taktung, entsprechend der fünfstufigen Graduierung, mittels eines Kreuzes seine gegenwärtige Anspannung auf dem Protokoll. Die Umsetzung wird zunächst durch das Pflegepersonal assistiert und inhaltlich wiederholt erarbeitet. Mit zunehmendem Behandlungsverlauf erfolgt die Durchführung eigenverantwortlich. Am Ende des Tages können die vermerkten Punkte miteinander verbunden werden, sodass demzufolge eine individuelle Spannungskurve entsteht, die in der Tagesauswertung eine gute Grundlage zum Austausch bietet.

Weiterer Vorteil der protokollarischen Übersicht, ist die Option der Auswertung über einen längeren Zeitraum. So können mehrere Protokolle in Reihe, eine Dauer von mehreren Tagen umfassen, mit deren Hilfe mittel- bis längerfristige dynamische Veränderungen dargestellt werden können. Diese Form der

Betrachtung dient sowohl der präventiven Beobachtung, als auch resümierenden Auswertung.

Skilltraining

Ein wichtiger Bestandteil dieses Moduls ist die Verbesserung der Selbstwahrnehmung für Anspannungszustände als Voraussetzung für die frühzeitige und effektive Anwendung von Fertigkeiten („Skills“) zur Spannungsregulation.

In der Vermittlung von Skills zur Spannungsregulation kommen die verschiedensten Methoden aus dem Bereich der Ablenkung und der Selbstberuhigung zum Einsatz. Diese werden mit den Klienten zusammen ausprobiert und der Klient wird angeleitet, die getesteten Methoden bzgl. ihres Potentials zur Spannungsregulation zu bewerten sowie von stark bis schwach zu hierarchisieren. Ist eine hinreichende Anzahl unterschiedlich wirksamer Skills erarbeitet worden, so werden die dafür notwendigen Utensilien in einem „Notfallkoffer“ gelagert, den der Klient immer bei sich führen soll, um Anspannungszuständen zu allen Zeiten entgegenwirken zu können.

Um Klienten mit Intelligenzminderung in Momenten starker Anspannung und damit in der Regel bereits erheblicher, kognitiver Einengung, die Auswahl eines hinreichend wirksamen Skills zu erleichtern, hat sich die Einführung des Begriffs „Powerskill“ für besonders stark wirksame Skills bewährt.

Die Wahrnehmung von Anspannungszuständen sowie die gefühlte Wirksamkeit verschiedener Skills sind intraindividuell sehr unterschiedlich, so dass es sich als effektiver erwiesen hat, zu Beginn mit den Klienten im Einzelsetting zu arbeiten, um eine ausreichende Grundlage zu schaffen, auf die in weiteren Gruppenstunden aufgebaut werden kann. Auf jeden Fall bedarf das Skilltraining initial einer hohen Frequenz und auch im weiteren Verlauf häufiger Wiederholungen, um von Klienten auch in Momenten kognitiver Einengung abgerufen werden zu können.

Skillskette

Zur Regulierung besonders hoher Anspannungszustände wird die sog. „Skillskette“ erstellt. Die Skillskette beinhaltet eine feste Verknüpfung von ausgewählten Stresstoleranzskills, die in einer individuell erarbeiteten Reihenfolge unterbrechungsfrei durchgeführt wird. Dabei ist darauf zu achten, dass diese mit einem besonders starken Skill (Power-Skill) beginnt und mit einem schwachen oder weichen Skill endet. D.h., dass einem besonders hohen Anspannungszustand mit einem besonders starken und direkten Reiz oder Skill entgegnet werden sollte, um das ausgeprägte Erregungsniveau möglichst schnell zu senken und die Person möglichst schnell auf ein Niveau unterhalb

Themenblock 4: Moderne Psychopharmakotherapie

Moderne Psychopharmakotherapie Wie kommen wir dieser Wunschvorstellung näher?

Dieter Grasruck

Bei der Psychopharmakotherapie bei Menschen mit intellektueller Behinderung treffen wir auf eine Reihe von Schwierigkeiten:

- Die Diagnostik ist oft unsicher und damit wird der gezielte Einsatz von Psychopharmaka eher zu einem Ausprobieren nach dem Prinzip von Versuch und Irrtum.
- Indikationen werden aufgrund von Verhaltensproblemen anstatt von psychiatrischen Störungsbildern gestellt. Verhaltensprobleme bieten jedoch keine eindeutigen Hinweise – sie können Ausdruck unterschiedlichster Ursachen sein.
- Oft ist Anpassungsdruck an vorgegebene Strukturen der Einrichtungen ein Auslöser für Verhaltensprobleme. Mit der Gabe von Psychopharmaka wird also versucht, ein Symptom bei einzelnen Menschen zu behandeln, dessen eigentlich zugrunde liegende Störung eher in der Umwelt zu suchen ist, als in dem betroffenen Menschen. D.h. der Einsatz der Medikamente geschieht im Interesse der Umgebung, die sich durch Verhaltensprobleme belastet fühlt (vgl. DOŠEN 2010, 107).

Deutlich wird dies an der hier dargestellten Verordnungsgeschichte:

Datum	Medikament	Verordnet	abgesetzt
20.01.2009	Haloperidol 1 mg	1 - 0 - 1	
27.07.2011	Levomepromazin 50 mg	½ - ½ - ½ - 1	
27.07.2011	Valproat Chrono 300 mg	2 - 0 - 2	
16.08.2011	Haloperidol 1 mg		1 - 0 - 1
16.08.2011	Risperidon 2 mg	1 - 0 - 1	
22.11.2011	Risperidon 2 mg	½ - 0 - ½	
30.11.2011	Risperidon 2 mg		½ - 0 - ½
10.01.2012	Haloperidol 1 mg	2 - 0 - 2	
28.02.2012	Valproat Chrono 300 mg		2 - 0 - 2 (schrittweise reduziert)
04.09.2012	Olanzapin	0 - 0 - 5 mg	
11.09.2012	Olanzapin	10 mg - 5 mg - 5 mg	
30.10.2012	Haloperidol	4 mg - 0 - 2mg	

Lange Zeit kam Herr S. mit einer relativ geringen Medikation aus. Die niedrige Dosierung wurde über einen langen Zeitraum Stück für Stück erreicht, nachdem durch kontinuierliche pädagogische Arbeit mit Herrn S. eine deutliche Verminderung seiner zwanghaften und fremdverletzenden Verhaltensweisen feststellbar war. Diese bekannten Verhaltensweisen stellten sich 2011 wieder

ein. Im Nachhinein konnte ein Auslöser identifiziert werden, der nicht in Herrn S. selbst, sondern in dessen direktem Umfeld lag. Somit war er selbst durch pädagogische Maßnahmen nicht erreichbar und die daraus resultierende Hilflosigkeit führte zu den Versuchen, ihm mit verschiedenen Medikamenten eine Erleichterung seiner Lebenssituation zu ermöglichen. Der Verlauf in der Abbildung zeigt, dass sich der Erfolg der medikamentösen Behandlung in bescheidenen Grenzen hielt. Mehrere Wirkstoffe wurden an- und wieder abgesetzt. Erst als sich die Belastung in Herrn S. Umwelt verringerte, konnte er sich auch wieder entspannen und seine positiven Kompetenzen wirksam werden lassen.

Aber eben auch erst dann wurde der Blick aller Beteiligten dafür frei, den tatsächlichen Auslöser der Verhaltensproblematik zu erkennen. In der aktuellen Situation ist das oft nicht möglich, weil dieselben Belastungen, die auf Herrn S. wirkten, auch auf die Mitarbeitenden Auswirkungen hatten.

In diesem Beispiel werden die o.g. Schwierigkeiten in der Behandlung mit Psychopharmaka deutlich. Vor allem wird deutlich, wie schwierig die Diagnostik ist und wie wichtig es wäre, eine gute Diagnose zu haben. Erst dann können Medikamente gezielt eingesetzt werden.

Ebenso deutlich werden die in der Praxis (und hier ist sowohl die pädagogische, wie auch die psychiatrische Praxis gemeint) wirkenden Mechanismen. Die medikamentöse Behandlung verschiedenster Verhaltensproblematiken ist oftmals ein Ausdruck von Hilflosigkeit. Ein Mensch stellt uns vor ein Rätsel, das wir momentan nicht lösen können. Es bestehen vielfach strukturbedingte Schwierigkeiten der genauen Analyse in der aktuellen Situation und dann bietet sich die Psychopharmakotherapie als schnelle Lösung an.

Eine moderne Psychopharmakotherapie sollte also leisten:

Auf Basis einer fundierten Diagnostik zur Unterscheidung von psychiatrischen Krankheitsbildern und umweltbedingten Verhaltensproblemen

- eine zielgerichtete Verordnung von Medikamenten statt Versuch und Irrtum sowie
- die Kombination mit heilpädagogischer/psychotherapeutischer Behandlung.

Damit könnte vermieden werden, was VOLTAIRE einmal bemerkte:

„Ärzte geben Medikamente, von denen sie wenig wissen, in Menschenleiber, von denen sie noch weniger wissen, zur Behandlung von Krankheiten, von denen sie überhaupt nichts wissen“.

Literatur

DOŠEN, A (2010).: Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Hogrefe, Göttingen

Moderne Psychopharmakotherapie

Knut Hoffmann

Vorbemerkungen

Eingangs muss hier gesagt werden, dass eine psychopharmakologische Behandlung, genauso wie jede andere medizinische Behandlung oder Maßnahme, der Einwilligung der jeweiligen Patienten bedarf. Sollte ein Mensch aufgrund einer Krankheit oder einer Behinderung nicht in der Lage sein, in eine notwendige Behandlung einzuwilligen, so ist es nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen möglich eine solche durchzuführen. Geregelt wird dieses explizit in den §§1896-1906 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch). Es ist weiterhin anzumerken, dass durch den Bundesgerichtshof am 20.06.2012 entschieden worden ist, dass eine medikamentöse Zwangsbehandlung, und Zwangsbehandlung meint hier jede Behandlung ohne den expliziten, erklärten Willen des Betroffenen, im Rahmen der vorliegenden Gesetzgebung nicht möglich ist, da die gültige Rechtsnorm nicht den notwendigen verfassungsrechtlichen Anforderungen genügen würde (Aktenzeichen: XII ZB 99/12). Mit Datum vom 18.02.2013 wurde nun vom Deutschen Bundestag eine Novellierung des sog. Betreuungsgesetzes verabschiedet, in dem das Kapitel der Zwangsbehandlung zumindest geregelt worden ist. Sollte eine Zwangsbehandlung durchgeführt werden, so ist immer die explizite Genehmigung des zuständigen Betreuungsgerichtes notwendig. Diese kann auf Antrag des gesetzlichen Betreuers oder der gesetzlichen Betreuerin erteilt werden. Notwendig hierfür ist ein ärztliches Gutachten, wobei das Gesetz als Sollvorschrift den Passus enthält, dass dieses ärztliche Gutachten durch eine Person erstattet wird, die sonst nicht mit der Behandlung oder Betreuung des betroffenen Patienten befasst ist (Bundesgesetzblatt I, Seite 266).

Diese Einführung / Exkurs wurde deshalb eingefügt, da in vielen Fällen bei Personen, die sich in der Intensivbetreuung befinden, nicht davon auszugehen ist, dass diese explizit in eine solche Behandlung einwilligen werden, oder ob ggf. eine solche Einwilligung überhaupt Rechtskraft hat. In diesem Zusammenhang muss noch das Phänomen des natürlichen Willens angesprochen werden. Juristisch ist mit natürlichem Willen jede Form von Willensäußerung gemeint, die zwar nicht explizit erklärend, jedoch auf der Handlungsebene darauf schließen lässt, dass eine Person mit einer Handlung / Maßnahme einverstanden ist oder nicht. Wenn z. B. ein Mensch den ihm angebotenen Medikamentenbecher wegstößt ist dies als Äußerung seines natürlichen Willens zu verstehen und dieser ist zunächst einmal zu

respektieren. Um Handlungen gegen diesen natürlichen Willen durchzuführen müssen besondere rechtfertigende Gründe vorliegen, so z. B. eine erhebliche Gefährdung einer Person bei Nichtdurchführung einer solchen Maßnahme.

Ergänzend ist noch anzuführen, dass das Gesagte sich natürlich nicht nur auf psychopharmakologische Maßnahmen bezieht sondern auf jegliche medizinische Maßnahmen, wie z. B. Operationen oder somatische diagnostische Maßnahmen. Auch psychotherapeutische Therapieverfahren wären hier einzuschließen.

Grundsätzliches zur medikamentösen Therapie in der Behindertenhilfe

Tab. 1: Psychopharmakaprävalenzen in der stationären Behindertenhilfe im nationalen und internationalen Vergleich (in %) (HENNICKE 2008)		
	Prävalenz	Range
Deutschland		
GREMERICH 2007	35,0	27 - 51
HÄßLER et al. 2005		27,0 – 44,8
HÄßLER 1998	40,3	
MEINS et al. 1993	23,6	11,2 – 74,6
GAEDT 1986	19,0	
STOLKER et al. 2002 (NL)	22,8	bis 52,6%
USA, GB		
CHAPMAN et al. 2006	23,0	
SPREAT et al. 2004	25,4	
SPREAT et al. 1997	50,5	
SINGH et al. 1997		44 - 60
AMAN et al. 1995	27,0	
DEB & FRASER 1994		20 - 50
AMAN & SINGH 1988		30 - 50

Im Rahmen einer Arbeitstagung der DGSGB hat HENNICKE (2008) die Prävalenzen der Psychopharmakabehandlung in der stationären Behindertenhilfe im nationalen und internationalen Vergleich zusammengetragen (Tab. 1). Hier finden sich Werte zwischen 19 und über 50%, wobei allerdings nicht differenziert worden ist, bei welchem Anteil der Betroffenen eine zusätzliche psychische Störung vorliegt, welche ja dann ggf. die Anwendung einer entsprechenden Psychopharmakotherapie rechtfertigen könnte. Ebenfalls HENNICKE (2008) hat in einer Untersuchung an 547 Heimbewohnern in Deutschland die Prävalenz einer Poly-

pharmazie, d.h. einer Behandlung mit mehreren Psychopharmaka gleichzeitig untersucht und kam auch hier auf sehr hohe Werte (Tab. 2).

Derzeit haben nur zwei Medikamente eine explizite Zulassung für die Behandlung von Verhaltensstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung, nämlich Zuclopendixol (Ciatyl®) und Risperidon (Risperdal®). Alle anderen medikamentösen Interventionen müssen als sog. Heilversuch bezeichnet werden und unterliegen besonders strengen Bedingungen (s. u.).

Tab. 2: Polypharmazie zwischen den Medikamentengruppen (in % aller Heimbewohner N=547) (HENNICKE 2008)	
Psychopharmaka und Antiepileptika mit anderen Medikamenten	2,6%
Psychopharmaka und Antiepileptika ohne andere Medikamente	3,5%
Psychopharmaka, ohne Antiepileptika, aber mit anderen Medikamenten	13,5%
Keine Psychopharmaka, aber Antiepileptika und andere Medikamente	6,6%
Gesamt	26,2%

Grundsätze ärztlicher Therapie

Die ärztliche Therapie richtet sich seit dem Altertum nach dem Grundsatz *Primum nil nocere, secundum cavere, tertium sanare* (Deutsch: Zuerst einmal nicht schaden, zweitens vorbeugen, drittens heilen). Diese Grundregel war eigentlich Teil des Hippokratischen Eides, wurde in dieser Form allerdings erst um ca. 50 n. Chr. latinisiert und durch Scribonius LARGUS, Hofarzt von Kaiser Tiberius veröffentlicht. Hierzu ist allerdings anzumerken, dass dieses auch Teil einer Rufförderungskampagne römischer Ärzte gewesen sein soll, da diese immer in Verdacht gestanden hätten, mittels allerlei giftiger Substanzen an mysteriösen oder prominenten Todesfällen beteiligt gewesen zu sein (ALBRECHT, 2005). Dieses berührt natürlich grundsätzlich das Thema, ob evtl. schwerwiegende Nebenwirkungen einer therapeutischen Maßnahme, sei diese nun medikamentös oder auf irgendwie anders geartet, immer gegenüber dem Nutzen für den individuellen Patienten abgewogen werden müssen. Diese Fragen werden natürlich umso bedeutsamer, je schwerwiegender bzw. eingreifender eine solche Maßnahme ist und je tiefgreifender die Konsequenzen aus dieser sein können. Naheliegend ist hier auch, dass insbesondere langdauernde Therapien, wie sie ja häufig Therapien mit Psychopharmaka in der Behindertenhilfe und insbesondere in der Intensivbetreuung darstellen, hiervon betroffen sind. Ein weiterer Grundsatz ärztlicher Therapie lautet:

Vor der Therapie kommt die Diagnose!

Dieser Grundsatz ist natürlich immer vom Erkenntnisstand der aktuellen medizinischen Wissenschaft abhängig und so einem ständigen Wandel unterlegen. So gibt es eine große Anzahl von Erkrankungen, welchen bis vor kurzer Zeit noch eine Entstehungsgeschichte zugeschrieben wurde, welche sich mit dem Fortschritt der Wissenschaft als unzuverlässig erwiesen hat und zu völlig falschen therapeutischen Schlüssen geführt hat. Als Beispiel mag hier das Magengeschwür (Ulcus ventriculi) dienen, welches bis zur Entdeckung des Bakteriums *Helicobacter pylori* als Ergebnis von innerseelischen Konflikten und

Stress angesehen wurde und somit psychosomatischer / psychotherapeutischer Behandlung überantwortet worden ist. Dieses muss heutzutage als obsolet gelten, vielmehr wird eine Behandlung der Infektionskrankheit mit dem o.g. Bakterium durchgeführt und es ist üblicherweise vollkommene Beschwerdefreiheit zu erzielen.

Auf dem Gebiet der Psychiatrie finden sich ebenfalls viele klar definierte, distinkte Diagnosen, so z.B. Psychosen, affektive Störungen, hirnorganische Störungen, Demenzerkrankungen, Suchterkrankungen und psychoreaktive Störungen. All diesen Störungen ist es gemein, dass sie über das gesamte Bevölkerungsspektrum verteilt sind, somit auch Menschen mit einer geistigen Behinderung an diesen erkranken können. Letztendlich ist dieses sogar bei einigen dieser Erkrankungen deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung der Fall, eine sehr umfängliche Untersuchung dieser Art wurde von COOPER et al (2007) durchgeführt (Tab. 3), an dieser Untersuchung ist vor allen als Besonderheit hervorzuheben, dass verschiedene psychiatrische Diagnose-manuale mit erfahrenen Diagnostiker im Bereich von Menschen mit geistiger Behinderung verglichen worden sind.

Weiterhin ist davon auszugehen, dass auch bei der Personengruppe, die sich im Setting der Intensivbetreuung befindet, ein nicht unerheblicher Teil an einer dieser o. g. psychischen Störungen leiden wird, konkrete epidemiologische Untersuchungen hierzu liegen allerdings nicht vor. Leider ergeben sich in der Diagnostik psychischer Störungen bei der Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung erhebliche Schwierigkeiten, da die üblicherweise benutzten psychiatrischen Diagnose-manuale nur von sehr geringer Eignung in der Anwendung bei dieser Personengruppe sind. Es gab bisher mannigfaltige Versuche, adaptierte Diagnose-manuale zu erstellen, welche sich teilweise dadurch auszeichnen, dass sie für den praktischen Gebrauch letztendlich zu umfangreich sind bzw. dass sie meist, zumindest für den Erfahrenen, keine besondere spezifische Erkenntnis liefern können (z. B. DM-ID¹⁰, FLETCHER et al 2007). Auch fragebogenbasierte Untersuchungsverfahren, wie z.B. das PAS-ADD (MOSS et al 1998) haben sich in der breiten Anwendung nicht durchgesetzt, eine deutsche Übersetzung befindet sich gerade in der wissenschaftlichen Evaluation. Letztendlich wäre es für die sichere Diagnostik von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung notwendig, dass eine genügend große Personengruppe von Psychiatern und Psychiaterinnen über einen ausreichenden Erfahrungsschatz in Diagnostik und Therapie dieser Personengruppe verfügen. Hierzu ist auch anzumerken, dass erst seit 1993 das „Erkennen und Behandeln psychischer Erkrankungen bei

¹⁰ Zu einigen Abkürzungen, medizinischen Fachausdrücken und Medikamenten-bezeichnungen sie im Anhang: Kleines Glossar.

lern- und geistig behinderten Menschen“ Teil der Weiterbildungsordnung für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ist. Zuvor wurde dieses Themengebiet in der Weiterbildungsordnung nicht einmal erwähnt. In anderen

Tab. 3: Diagnosegruppen bei Menschen mit geistiger Behinderung und Prävalenzen nach Klassifikationssystemen (COOPER et al, 2007, N= 1023, Angaben in %)				
Diagnosegruppe	erfahrene Diagnostiker	DC-LD	ICD-10	DSM-IV
Psychose	4.4	3.8	2.6	3.4
Affektive Störung	6.6	5.7	4.8	3.6
Angststörung	3.8	3.1	2.8	2.4
Zwangsstörung	0.7	0.5	0.2	0.2
Organisch-Psychische Störung	2.2	2.1	1.9	1.7
Substanzmissbrauch	1.0	0.8	0.8	0.8
Pica	2.0	2.0	0.0	0.9
Schlafstörungen	0.6	0.4	0.2	0.2
ADHS	1.5	1.2	0.5	0.4
Autismus	7.5	4.4	2.2	2.0
Problemverhalten (PV)	22.5	18.7	0.1	0.1
Persönlichkeitsstörung	1.0	0.8	0.7	0.7
andere	1.4	0.8	0.7	0.4
Σ ex PV + Autismus	22.4	19.1	14.5	13.9
Σ ex Autism	37.0	32.8	14.6	14.0
Σ ex PV	28.3	22.4	16.5	15.6
Σ	40.9	35.2	16.6	15.7

europäischen Ländern, so z. B. in Großbritannien, gibt es spezifische, curriculär ausgelegte Zusatzausbildungen für diesen Themenbereich („psychiatry in intellectual disability“), was dazu führt, dass in Großbritannien viele hundert Kollegen mit einer entsprechenden Weiterbildung vorhanden sind.

Für die meisten psychiatrischen Diagnosen, wie sie oben aufgeführt worden sind, liegen entsprechende konzertierte Behandlungsleitlinien vor, welche sich auf dem Leitlinienportal der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (www.awmf.org) befinden. Grundsätzlich sind diese therapeutischen Leitlinien auch für die Behandlung von psychischen

Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung geeignet, bedürften an manchen Stellen jedoch der Modifikation.

Als besonderes Problem der Personengruppe der Menschen, die sich in der Intensivbetreuung befinden, dürfte sich darstellen, dass, hat man erst einmal die Menschen mit parallelen akuten psychischen Störungen ausgeschlossen, immer noch eine große Menge von Personen an erheblichen Verhaltensstörungen im Sinne von Problemverhalten leiden werden, es sich hierbei jedoch nicht um eine medizinische Diagnose im engeren Sinne handelt. Es entsteht also das Dilemma, dass ein irgendwie gearteter Interventionsbedarf besteht, auf medizinischem Gebiet allerdings eine basale Grundvoraussetzung für die Anwendung der üblicherweise zur Verfügung stehenden Interventionen fehlt.

Zu den therapeutischen Interventionsmöglichkeiten im Einzelnen

Moderne psychiatrische Therapie setzt sich aus mehreren Säulen zusammen, zum einen aus einer psychopharmakologischen Therapie, aus einer störungsspezifischen Psychotherapie und Psychoedukation und einer ebenso gearteten Soziotherapie. Zusätzlich kommt bei der Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung eine entsprechende vierte, heilpädagogische Säule (vgl. Abb. 1). Das Ganze findet auf dem Boden einer



stabilen und möglichst gleichberechtigten Arzt-Patient-Beziehung statt. Im Rahmen dieses Artikels soll allerdings ausschließlich zur Psychopharmakologie ausgeführt werden.

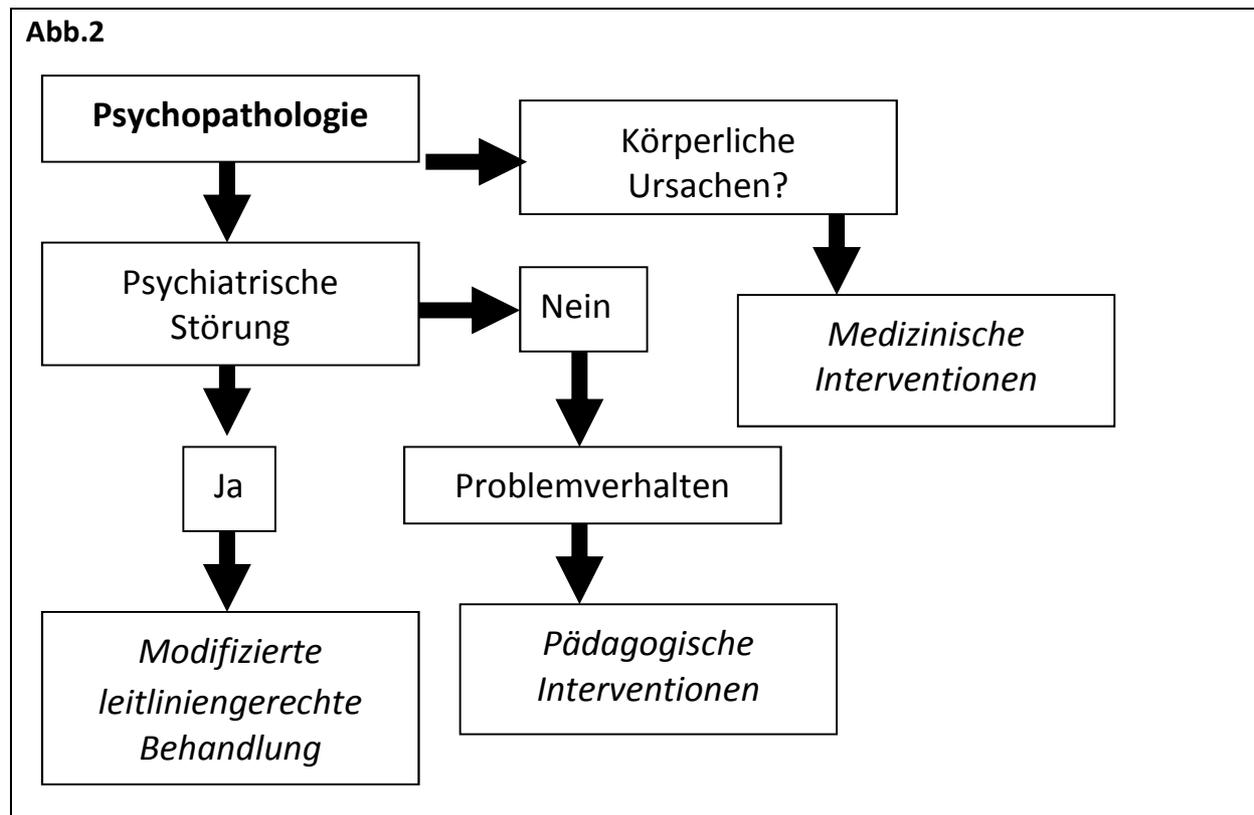
Hier ist zunächst einmal zu sagen, dass, schließt man die Betroffenen aus, welche an einer distinkten psychiatrischen Erkrankung leiden, welche ebenfalls nicht Teil

dieses Artikels sein sollen, es lediglich um die Behandlung von sogenanntem Problemverhalten geht. Und diesbezüglich ist zunächst einmal auszuführen, dass lediglich zwei Medikamente auf dem deutschen Markt überhaupt eine Zulassung zur Behandlung von Verhaltensstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung haben (vgl. oben). Zum einen ist dieses das Risperidon und zum anderen das Zuclopenthixol. Zu beiden Medikamenten gibt es einige wenige

Veröffentlichungen, die eine Wirksamkeit bei Problemverhalten nachweisen, es ist allerdings daran zu zweifeln, dass andere Medikamente aus der Gruppe der sog. Neuroleptika hier grundsätzlich unterlegen sein sollten, da die Wirkmechanismen dieser Medikamente letztendlich ausgesprochen ähnlich sind. Es liegen lediglich zu keinen weiteren Medikamenten Untersuchungen vor. Die Konsequenz aus dieser Zulassungsrealität ist, dass, wenn man Problemverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung psychopharmakologisch behandeln will, man sich im sog. Off-Label Bereich befindet. Dieses bedeutet, dass man Medikamente, welche keine spezifische Zulassung für eine bestimmte Erkrankung oder ein bestimmtes Symptom haben, im Rahmen eines sog. Heilversuches einsetzt. Der Bundesgerichtshof hat noch einmal 2005 in einer Entscheidung (Aktenzeichen: VI ZR55/05) festgelegt, welche besonderen Kautelen in einem solchen Zusammenhang zu beachten sind. Diese wären insbesondere:

1. Aufklärung über die fehlende Zulassung
2. Aufklärung über unbekannte Risiken notwendig
3. Eine besondere sorgfältige Abwägung von Nutzen und Risiko
4. Bei neuen Erkenntnissen sind diese Abwägungen erneut durchzuführen.

Abb. 2 zeigt einen möglichen Weg, um sich grundsätzlich für eine medizinische Intervention zur Behandlung von Problemverhalten zu entscheiden. Hier möchte ich ins-besondere auf den Faktor körperliche Ursachen verweisen.



Insbesondere wenn Problemverhalten nur intermittierend auf-taucht (aber auch chronisches Problem-verhalten ist kein Ausschlussgrund), sollte grundsätzlich danach gesehen werden, ob die Ursachen für das Verhalten sich nicht im körperlichen Bereich der betroffenen Menschen finden lassen. Insbesondere wären hier Schmerzen zu nennen (Zahnschmerzen, Kopfschmerzen und vieles andere mehr) aber auch Verdauungsstörungen und Harnverhalt sind häufige Ursachen für derartige Verhaltensweisen, insbesondere wenn sie neu und plötzlich auftreten. Hier hat sich die probatorische Gabe eines ausreichend hoch dosierten Schmerzmittels bewährt. Sollte diese Wirkung zeigen, empfiehlt es sich, eine intensive Suche nach körperlichen Ursachen durchzuführen. Dies ist umso mehr sinnvoll und notwendig, je stärker die Kommunikationsfähigkeit des betroffenen Menschen beeinträchtigt ist.

Hat man sich nun für eine medizinische psychopharmakologische Intervention entschieden, so sind es insbesondere folgende vier Problemfelder, die am häufigsten zu Interventionsbedarf führen:

- Autoaggression
- Fremdaggression
- Unruhe
- Sexuelle Auffälligkeiten.

Zu den Punkten im Einzelnen:

Autoaggression

Autoaggression kann sich in verschiedensten Verhaltensweisen, von sehr gering ausgeprägten Dingen wie Selbstkneifen oder Hautrubbeln bis hin zu schwersten Selbstverletzungen (Extrembeispiele: Herausreißen der Augäpfel, Selbstkastration) darstellen. Insbesondere hier ist auch nach einer psychotischen Motivation z.B. durch Halluzinationen oder Wahnvorstellungen intensiv zu forschen und diese ggf. diagnosenspezifisch zu behandeln. In der Literatur empfohlene Medikamente zur Behandlung aggressiver Verhaltensstörungen sind u. a.:

- Opiatantagonisten
- β -Blocker
- Lithium
- Phasenprophylaktika (Valproinsäure, Carbamazepin)
- Neuroleptika
- Antidepressiva
- Vitamine.

All diesen Interventionen ist gemein, dass sie häufig am Anfang einer Intervention relativ gute Wirkung zeigen, nach mehr oder weniger langer bzw.

kurzer Zeit jedoch in ihrer Wirksamkeit nachlassen. Üblicherweise wird aus einem solchen Nachlassen der Wirksamkeit mit einer Dosiserhöhung reagiert, welches manchmal auch kurzfristig eine erneute Wirkungsverbesserung hervorrufen kann, sinnvoller ist allerdings in solchen Fällen zu versuchen, erneut die vorhandenen pädagogischen Konzepte integrativ zu überprüfen und ggf. zu modifizieren oder den Wechsel auf eine andere geeignete Substanz durchzuführen. Verlässliche evidenzbasierte Daten oder gar Metaanalysen zu diesem Themenfeld liegen nicht vor. Bleibt eine solche ständige Evaluation (Erfolgsprüfung) eine medikamentöse Maßnahme aus kann die dazu führen, dass die Liste der verordneten Medikamente immer länger wird und am Ende niemand mehr weiß, wann und zu welchem konkreten Zweck eine bestimmte Medikation einmal begonnen wurde. Auch steigt mit zunehmender Anzahl der verordneten Medikamente die Anzahl der möglichen Wechselwirkungen, so dass selbst pharmakologisch sehr erfahrene Ärzte diese nicht mehr beurteilen können.

Fremdaggression

Auch hier sei noch einmal die dringende Notwendigkeit und das genaue Hinschauen bzgl. des Vorhandenseins von Symptomen anderer psychiatrischer Erkrankungen dringend nahegelegt. Fremdaggression ist ein häufiges Symptom, welches sich auch bei vielen psychiatrischen Erkrankungen findet und hier normalerweise keiner besonderen spezifischen Therapie zugeführt wird, sondern sich im Laufe der Behandlung der Grunderkrankung bessert. Es verhält sich hier ähnlich wie bei der Behandlung der Autoaggression, nämlich dass sich meist rasche und gute Therapieerfolge einstellen, welche jedoch sehr schnell in ihrer Wirkung nachlassen und dann häufig zu, teilweise exorbitanten, Dosissteigerungen führen. Häufig empfohlene Medikamente sind hier:

- Lithium
- Phasenprophylaktika
- Neuroleptika
- SSRI (selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer)

Unruhe

Unruhe muss als sehr unspezifisches Symptom angesehen werden und kann in seiner Genese ausgesprochen vielfältig sein. Es seien hier aber noch einmal zwei besondere Punkte angemerkt, die sich phänomenologisch ausgesprochen ähneln können. Zum einen gibt es als Nebenwirkung einer mehr oder weniger lang dauernden Neuroleptikabehandlung das Phänomen der sog. Akathisie. Hierbei handelt es sich um eine Unfähigkeit der betroffenen Menschen ihre Beine ruhig zu halten oder ruhig auf einem Stuhl zu sitzen oder ähnliches.

Ebenfalls besteht eine deutliche innere Unruhe und Getriebenheit, welche sich dann in einer deutlichen Hypermotilität ausdrücken kann. Diese Nebenwirkung kann auch noch lange Zeit über das Absetzen einer solchen Medikation andauern. Sollte eine Akathisie Ursache einer Unruhe sein, besteht logischerweise die Konsequenz darin, den auslösenden Mechanismus, d.h. das verursachende Medikament, das Neuroleptikum abzusetzen und zu hoffen, dass nach einer mehr oder weniger langen freien Phase Symptomfreiheit bestehen wird. Die zweite, häufig hier gedeutete Ursache von Unruhe ist eine nach eigener Terminologie sog. agitierte Depression. D. h. eine depressive Erkrankung, welche sich nicht ausschließlich durch Antriebsarmut, Schlafstörungen, niedergeschlagene Stimmung und Interesselosigkeit darstellt, sondern eben durch eine erhebliche innere Unruhe und Getriebenheit. Sollte die betroffene Person zusätzlich nicht in der Lage sein, ihr inneres Empfinden entsprechend zu verbalisieren, kann dieser Aspekt leicht übersehen werden. Aus einer solchen Diagnose wird sich natürlich eine leitliniengerechte Behandlung einer depressiven Erkrankung ergeben. Üblicherweise werden folgende Medikamente zur Behandlung verwendet:

- β -Blocker
- Phasenprophylaktika
- eher sedierende Antidepressiva
- Neuroleptika
- Opipramol
- Temporär: Benzodiazepine

Sexuelle Auffälligkeiten

Hier wäre zuerst einmal zu definieren, was eigentlich Auffälligkeiten sein sollen. Ein Mensch mit geistiger Behinderung hat sicherlich relativ ähnliche sexuelle Bedürfnisse wie ein Mensch ohne geistige Behinderung. Er hat nur möglicherweise erhebliche Probleme, diese im Rahmen seiner Umgebungsbedingungen adäquat umzusetzen. Auch ist es z.B. beim Vorliegen einer parallel autistischen Störung mit den damit verbundenen Schwierigkeiten in das Einleben der Gefühlswelt anderer Personen manchmal schwierig, vom primärbedürfnisorientierten Aspekt der Sexualität auf einen sozial integrierten Beziehungsaspekt abzuheben. Die medikamentöse Behandlung ist äußerst äußerst problematisch:

- Antiandrogene, LH-RH-Analoga
- SSRI
- Phasenprophylaktika
- Neuroleptika

Der Bereich der Behandlung von sexuellen Auffälligkeiten stellt einen besonderen Problembereich dar, die zur Verfügung stehenden therapeutischen Optionen müssen als ausgesprochen schwierig und mit teilweise schwersten Nebenwirkungen behaftet angesehen werden. Hier sind insbesondere die Antiandrogene sowie die sog. LH-RH-Analoga zu sehen. Beide Medikamentengruppen wirken sich auf die Testosteronbildung aus und senken diese. Eine Senkung des Testosteronspiegels führt normalerweise zu einem Libidoverlust und zu einem deutlich gesenkten Bedürfnis an sexuellen Aktivitäten. Diese Medikamente führen allerdings häufig zu schwersten Nebenwirkungen, in erster Linie muss hier die Osteoporose genannt werden, welche so ausgeprägt sein kann, dass es bereits bei jungen Menschen zu Wirbelkörperfrakturen und ggf. Querschnittslähmungen kommen kann. Die übrigen dargelegten Medikamente müssen als nicht spezifisch „trieb-dämpfend“ angesehen werden, sondern es handelt sich hier ausschließlich um sekundäre Effekte, die über eine unspezifische Sedierung bzw. eine unspezifische Verbesserung der Impulskontrolle wirken können.

Zur praktischen Durchführung psychopharmakologischer Interventionen

Auf die ausführliche Diagnostik und die Probleme der Indikationsstellung wurde bereits hingewiesen. Darüber hinaus sind einige weitere Aspekte, die hier nur angedeutet werden können, von großer Bedeutung:

Die Behandlung mit Medikamenten muss grundsätzlich eingebettet sein in einen multimodalen Behandlungsplan. Psychopharmaka alleine können in aller Regel die Probleme nicht lösen. Das heißt, es müssen neben der genaueren Beschreibung des Behandlungsziels die weiteren (heil-)pädagogischen, psychologischen und kontextorientierten systemischen Unterstützungsmaßnahmen beschrieben werden. Die Wirkungen des Medikaments sollten dazu genutzt werden, die pädagogischen Umgangsstrategien im Alltag sowie evtl. weiterer heilpädagogisch-psychologische Angebote zu unterstützen, gleichzeitig sollten diese wiederum die erhoffte Wirkung des Medikaments verstärken helfen.

Natürlich müssen die üblichen Standards der Behandlung mit Psychopharmaka eingehalten werden:

- Laborkontrollen körperlicher Parameter (z.B. Leber-, Nieren-, Blutbildwerte; EKG, Blutdruck, evtl. EEG);
- Effektive und systematische Kontrolle der Nebenwirkungen mit vorgegebenen Beobachtungsbögen: „Auf was muss geachtet werden?“

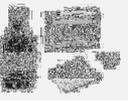
- Dokumentation und Evaluation der Wirkung mit systematischer Verhaltensbeobachtung und regelmäßiger psychopathologischer Befunderhebung;
- Wiederkehrende Dosisreduktions- und Absetzversuche bei langdauernden Behandlungen (vgl. dazu HENNICKE, 2011).

Zusammenfassung

Es gibt nur sehr wenig Evidenz für die längerfristige Wirksamkeit von Psychopharmaka bei Verhaltensstörungen. Dieses ist allerdings auch methodisch dadurch bedingt, dass die Durchführung entsprechender sog. randomisierter kontrollierter Studien bei der Personengruppe von Menschen mit geistiger Behinderung nur ausgesprochen schwer durchführbar ist. Grundlage für die Durchführung solcher Studien ist ein sog. informed consent, das bedeutet, dass die teilnehmenden Patienten/Probanden über den Sinn und Zweck einer solchen Studie aufgeklärt werden können und dieser dann aus freien Stücken zustimmen. Da die Sachlage in diesem Fall so kompliziert ist, ist nicht davon auszugehen, dass Menschen mit einer relevanten geistigen Behinderung zu einem informed consent in diesem Sinne in der Lage wären. Die Stellvertreter-Einwilligung eines entsprechenden gesetzlichen Betreuers muss in diesem Zusammenhang als zumindest problematisch angesehen werden und wird üblicherweise auch nicht von den zuständigen Ethikkommissionen, welche eine solche Studie grundsätzlich genehmigen müssen, akzeptiert. Eine Übersicht über die vorhandenen Studien findet sich bei KONIARCZYK (2011).

Zu empfehlen ist auch eine, allerdings englischsprachige Website, auf der sich in leichter Sprache gute Erklärungen für verschiedene Medikamentenwirkungen und Nebenwirkungen finden (Abb.3) (www.birmingham.ac.uk/research/activity/ld-medication-guide/downloads/medicine-information.aspx). Zum Schluss muss noch einmal gesagt werden, dass es zwar für die meisten psychiatrischen Erkrankungen Standards in der Behandlung gibt, welche sich in den o.g. Behandlungsleitlinien auch wiederfinden, dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass sich jede psychische Störung befriedigend behandeln lässt, einige psychische Störungen verlaufen trotz Ausschöpfung aller Behandlungsmöglichkeiten weitgehend unbeeinflusst weiter und führen letztendlich dazu, dass man therapeutisch lediglich eine Begleitung durchführen kann. Dieses wird sicherlich auch für Problemverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung übertragbar sein.

Abb 3

Risperidone	
This is an easy way to read this word...ris-perry-done	
 <p>What is this leaflet for? This leaflet is to help you understand more about your medicine. Your medicine could look different to the photographs on this leaflet.</p>	 <p>For example, it may...</p> <ul style="list-style-type: none"> • help you control your temper • help you stop hurting yourself • help you stop breaking things.
 <p>What is the medicine called? Risperidone is also called Risperdal. You will see 1 of these names on your prescription. Risperidone could come as tablets or as a liquid.</p>	 <p>What are the side effects of risperidone? Side effects are effects medicine can have on your body that are not wanted. Not everyone taking a medicine will get side effects. Many side effects will go away with time. Many side effects are rare. You might want to talk to your doctor if you have any side effects. For example, these are some side effects of risperidone...</p>
 <p>What is risperidone for? Risperidone could be used for different reasons. Risperidone is used for psychosis and mania. Risperidone is sometimes used for people who have behaviour problems. For example, it could...</p>	 <ul style="list-style-type: none"> • headaches • feeling dizzy when you stand up • feeling more restless and agitated • you could lose interest in sex • constipation • feeling sleepy or sluggish • problems with sleeping • putting on weight • if you are female, your periods could change.
 <p>What will risperidone do? Risperidone should help you feel calm and relaxed. It could take some time for risperidone to have its full effect. This effect should reduce your behaviour problem.</p>	

Literatur

- ALBRECHT, H. (2005): Primum nil nocere. Zeit Online: www.zeit.de/2005/15/M-Hypokrates; Zugriff: 10.03.2013
- BUNDESGESETZBLATT Teil I, Nr. 9, S. 266-7 (2013): Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligungen eine ärztliche Zwangsmaßnahme. Via: www.bgbl.de, Zugriff: 10.03.2013
- COOPER, S.A., SMILEY, E., MORRISON, J., WILLIAMSON, A., ALLAN, L. (2007): Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. Br J Psychiatry 190:27-35
- FLETCHER, R., LOSCHEN, E., STAVRAKAKI, C., FIRST, M. (2007): Diagnostic Manual - Intellectual Disability: A Clinical Guide for Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability: DM-ID. NADD Press, Kingston NY.
- HENNICKE, K (2008) Psychopharmaka in Wohnstätten der Behindertenhilfe. In: Henicke K (Hrsg.) Psychopharmaka in der Behindertenhilfe – Fluch oder Segen? Materialien der DGSGb, Band 17. Berlin, S. 4-22 (*als Download www.dgsgb*)
- HENNICKE, K. (2011): Anforderungen an eine fachlich und ethisch verantwortliche Psychopharmakotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Seidel, M. (Hrsg.) (2011): Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung - Erfüllte und unerfüllte Versprechen. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb am 12.11.2010 in Kassel. Materialien der DGSGb, Band 24, Berlin, S. 36-51 (*als Download www.dgsgb*)
- KONIARCZYK, M (2011): Die neuen Psychopharmaka und ihr Nutzen bei Problemverhalten – Eine Übersicht. In: Seidel M: Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung – Erfüllte und unerfüllte Versprechen. Materialien der DGSGb Band 24. Berlin, S. 23-35 (*als Download www.dgsgb*)
- MOSS, S., PROSSER, H., COSTELLO, H., SIMPSON, N., PATEL, N., ROWE, S., TURNER, S., HATTON, C. (1998): Reliability and validity of the PAS-ADD checklist for detecting psychiatric disorder in adults with intellectual disability. JIDR 42(2): 173-83

SCHANZE, Ch. (2005): Die Behandlung mit Psychopharmaka. Ein Element im Rahmen der multidimensionalen psychiatrischen Therapie und Förderung von Menschen mit Intelligenzminderung. In: KONIARCZYK, M., HENNICKE, K., HOFFMANN, K. (Hrsg.) Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eine kritische Standortbestimmung. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 30.03.2001 in Kassel. Materialien der DGSGB Bd.5. Berlin, 2. Auflage (*als Download www.dgsgeb.de*)

Anhang: Kleines Glossar

- **DM-ID: Diagnostic Manual - Intellectual Disability Text Book:** Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C., & First, M. (Eds.). (2007). Diagnostic Manual -- Intellectual Disability (DM-ID): A Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability. Kingston, NY: NADD Press. *Clinical Guide:* Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C., & First, M. (Eds.). (2007). Diagnostic Manual -- Intellectual Disability (DM-ID): A Clinical Guide for Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability. Kingston, NY: NADD Press.
- **PAS-ADD: Psychiatric Assessment Schedules for Adults with Developmental Disabilities** Ed. Steve Moss. Umfasst eine Reihe von standardisierten Untersuchungsinstrumenten zur seelischen Gesundheit von Menschen mit Intelligenzminderung (<http://www.pas-add.com/>)
- **DC-LD: Diagnostic Criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation.** Royal College Of Psychiatrists (ed.): Occasional Paper OP48. Gaskell, London 2001
- **ICD-10: Internationale Klassifikation psychischer Störungen.** ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. Hrsg: Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (3. Auflage). Bern: Huber.
- **DSM-IV: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision DSM IV-TR.** Hrsg.: Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. Göttingen: Hogrefe.

- **Osteoporose** oder auch „Knochenschwund“ führt zu einem Abbau der Knochensubstanz mit dem hohen Risiko von (spontanen) Brüchen.
- **Akathisie** bedeutet Sitzunruhe (die Unmöglichkeit in einer Position zu verharren) und ist eine gefürchtete Nebenwirkung der Neuroleptika

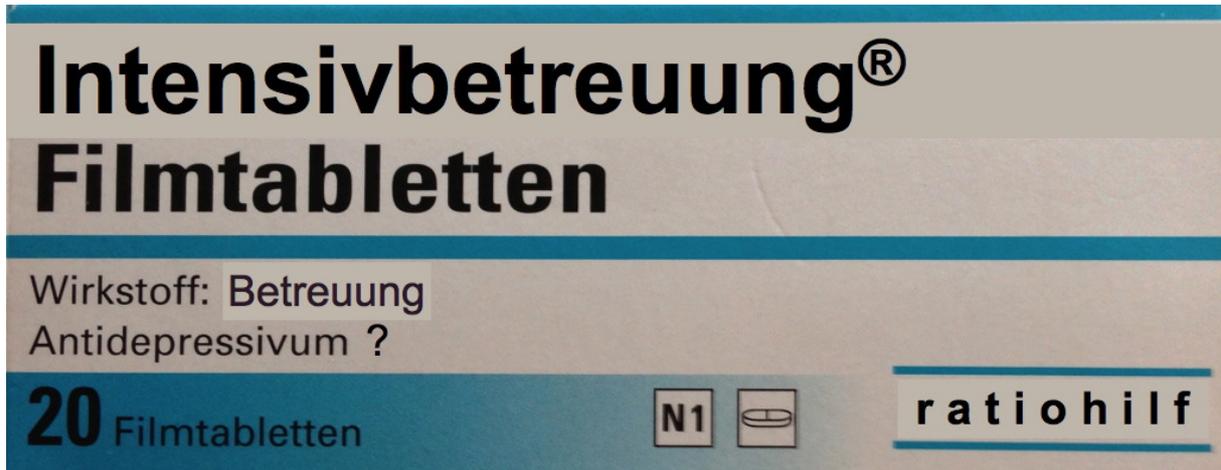
- **Opiatantagonisten** sind Medikamente, die im Gehirn die Rezeptoren für Opiate blockieren.
- **β-Blocker** sind eigentlich Herz-Kreislauf-Mittel, die die Wirkung von „Stresshormonen“ (Adrenalin, Noradrenalin) reduzieren. Der Wirkstoff **Opipramol** gehört in diese Stoffgruppe.
- **Lithium** – ein Element des chemischen Periodensystems - wird schon seit Jahrhunderten in der Medizin eingesetzt. Die psychiatrische Indikation sind manisch-depressive Erkrankungen.
- **Phasenprophylaktika** (Valproinsäure, Carbamazepin) sind Medikamente, die seit vielen Jahren in der Behandlung von Epilepsien erfolgreich eingesetzt werden. In der Psychiatrie haben sie eine ähnliche Indikation wie Lithium: Vermeidung bzw. Ausgleichen der enormen zyklischen Stimmungsschwankungen bei manisch depressiven Störungen. Sie werden daher auch Stimmungsstabilisierer (mood stabilizer) genannt.
- **Neuroleptika** sind eine sehr weitgefächerte Wirkstoffgruppe insbes. zur Dämpfung psychotischer Symptome, daher auch als **Antipsychotika** bezeichnet.
- **Antidepressiva** sind ebenfalls eine sehr weitgefächerte Wirkstoffgruppe. Die sog. SSRI (selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer) beeinflussen den Neurotransmitter Serotonin, dessen Mangel bei depressiven Störungen eine Rolle spielen soll. Sie haben entweder eine zusätzliche antriebssteigernde oder –hemmende („sedierende“) Wirkung.

- **Benzodiazepine** sind ein sehr beliebte Wirkstoffgruppe zur Entspannung und Angstlösung. Benzodiazepine sind die einzigen Medikamente, die zu körperlicher Sucht und Abhängigkeit führen können. Daher sollten sie nur „temporär“, vorübergehend eingesetzt werden
- **Antiandrogene** hemmen die Wirkung des Testosterons (sog männliches Sexualhormon) mit der erhofften Folge, dass triebhaftes, aggressives Sexualverhalten reduziert wird. Die **LH-RH-Analoga** oder auch GnRH-Analoga beeinflussen direkt den hormonellen Kreislauf des Testosterons mit der gleichen erhofften Wirkung.

Abschluss

Wirkung und Nebenwirkung von Intensivbetreuung Ein Beipackzettel

Jan Glasenapp



WAS IST *Intensivbetreuung*® UND WOFÜR WIRD ES ANGEWENDET?

Intensivbetreuung ist ein Setting innerhalb der Behindertenhilfe für die Betreuung von Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten. Das langfristige Ziel von Intensivbetreuung ist Wenigerbetreuung.

WAS MÜSSEN SIE VOR DER ANWENDUNG VON *Intensivbetreuung*® BEACHTEN?

- Intensivbetreuung richtet sich an Menschen, die aufgrund ihrer Verhaltensstörungen und psychischen Erkrankungen einen Betreuungsbedarf haben, der in regelbetreuten Settings nicht angemessen beantwortet werden kann.
- Intensivbetreuung erfordert eine entsprechende Diagnostik sowohl der Behinderung, bei der Person- und Umweltfaktoren im Sinne der ICF interagieren, als auch der psychischen Störung, bei der das emotionale Entwicklungsniveau berücksichtigt wird.
- Intensivbetreuung stellt einen Rahmen für eine Fülle an therapeutischen Hilfen, die in diesem Setting zu koordinieren sind: Dies beinhaltet u.a. Psychopharmaka, medizinische Hilfen, Psychotherapie, pädagogische Förderung und Begleitung.

- Intensivbetreuung kann angewendet werden auf einem Kontinuum von Beheimatung ihrer Nutzer, bei der der Aspekt der Akzeptanz im Vordergrund steht, bis hin zu zeitbegrenzter Intensivtherapie, bei der der Aspekt der Veränderung im Vordergrund steht. Sie ist kein Ersatz für psychiatrische Angebote, deren Nutzung im Falle einer Krise erforderlich sein kann.
- Intensivbetreuung setzt an den individuellen Bedürfnissen ihrer Nutzer an und beinhaltet die Kompensation von Sinnes- und Körperbehinderungen, den Aufbau von Kommunikation und Dialog, die Ermöglichung von Bindung, die Förderung von Selbständigkeit, Selbstwirksamkeit und Autonomie, die Erweiterung von Fähigkeiten zur Bewältigung von Krisen sowie gegebenenfalls die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen.
- Intensivbetreuung erfordert Strukturen in Raum und Zeit, die an die individuellen Bedürfnisse angepasst werden können. Eine Ausstattung, die soziale Räume und individuelle Rückzugsmöglichkeiten gleichermaßen beinhaltet, und die so gestaltet ist, dass die Konsequenzen destruktiver Verhaltensweisen minimiert werden.
- Intensivbetreuung erfordert eine tragfähige therapeutisch-pädagogische Beziehung, bei der die Nutzer von Intensivbetreuung als Menschen mit ihrer einzigartigen Lebensgeschichte und ihrem sozialen System von Angehörigen angenommen werden und in der zwischen dem oftmals dysfunktionalen Verhalten und ihrer Person hinreichend differenziert werden kann. Dies erfordert von den Anwendern der Intensivbetreuung eine entsprechende Grundhaltung, Belastbarkeit, Flexibilität sowie eine hohe Fachlichkeit bei der Anwendung von therapeutisch-pädagogischen Maßnahmen.
- Intensivbetreuung erfordert von den Institutionen, in denen Intensivbetreuung angewendet wird, die Entwicklung von Konzepten sowie die notwendige und hinreichende Sicherung von Ressourcen.
- Intensivbetreuung erfordert von Kostenträgern und der Gesellschaft die Bereitstellung dieser Ressourcen und Bereitschaft, sich mit den Bedürfnissen von Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten auseinander zu setzen.

WIE IST *Intensivbetreuung*[®] ANZUWENDEN?

Intensivbetreuung hat unter den Bedingungen der UN-Behindertenrechtskonvention und der Wahrung von Grundrechten, insbesondere bei ergänzenden freiheitsentziehenden Maßnahmen, zu erfolgen.

WELCHE NEBENWIRKUNGEN SIND BEI *Intensivbetreuung*[®] MÖGLICH?

- Intensivbetreuung macht abhängig. Dies gilt grundsätzlich für jede Form von Hilfe. Je intensiver diese Hilfe erfolgt, umso mehr besteht die Gefahr, dass sich Nutzer und Anwender von Intensivbetreuung an diese Form der Hilfe gewöhnen. Es ist daher regelmäßig und in jedem Einzelfall zu überprüfen, inwieweit eine weitere Anwendung und Nutzung von Intensivbetreuung erforderlich ist. Intensivbetreuung erfordert Strukturen, die, wenn sie einmal geschaffen wurden, nicht wieder einfach abgebaut werden können. Eine einmal begonnene Intensivbetreuung verlangt daher, immer neue Nutzer zu finden, wodurch die Gefahr besteht, dass sie sich selbst verstärkt.
- Intensivbetreuung führt bei den Anwendern zu intensiven Belastungen. Die Anwender von Intensivbetreuung arbeiten unter einem latent hohen Stresspegel und sind bedroht, selber traumatisiert zu werden. Die hohe Belastung an der Grenze zur emotionalen Deformation kann dysfunktionale Regulationsstrategien der Anwender von Intensivbetreuung fördern und Burnout begünstigen.
- Intensivbetreuung führt zur Konzentration von Gewalt. Mit Intensivbetreuung werden Räume geschaffen, in denen es durch das alltägliche Erleben von Gewalt zur wechselseitigen Verstärkung dysfunktionaler Verarbeitungsprozesse bei Nutzern, Mitnutzern und Anwendern von Intensivbetreuung kommen kann. In der Folge droht die Schwächung ethischer Standards.
- Intensivbetreuung droht, exkludierende Prozesse zu fördern, indem die Nutzer häufig isoliert werden und die Anwender sich als Spezialisten ebenfalls abgrenzen. Diese Exklusion wird häufig durch das soziale Umfeld verstärkt.
- Intensivbetreuung ermöglicht Institutionen, sich selbst weiter als Sozialkonzerne zu sichern. Die Anwendung von Intensivbetreuung erfolgt in einer Zeit, in der die Behindertenhilfe großen Veränderungen unterliegt. Dabei spielen nicht nur individuelle Bedürfnislagen, sondern auch unternehmerische und sozial-politische Überlegungen eine Rolle, die es zu reflektieren gilt.

WIE IST *Intensivbetreuung*[®] AUFZUBEWAHREN?

Intensivbetreuung verlangt nach regelmäßiger kritischer Reflexion, um frisch zu bleiben.

WEITERE INFORMATIONEN ZU *Intensivbetreuung*[®]

Bei Fragen zur Intensivbetreuung wenden Sie sich zunächst an Ihren örtlichen Fachdienst, bitten Sie Ihre Vorgesetzten um mehr Informationen und besprechen Sie Möglichkeiten mit Ihrem Kostenträger. Organisieren Sie Supervision und entsprechende Beratung.

Weitere Informationen erhalten Sie unter:

- www.netzwerk-intensivbetreuung.de
- Bei der DGSGB und anderen Fachverbänden.

Literaturhinweise zur Vertiefung

- Glaserapp, J. (2013). Emotionen als Ressourcen. Manual für Psychotherapie, Beratung und Coaching. Weinheim: Beltz.
- Glaserapp, J. (2011). „Hilfe, mein Therapeut versteht nur Nichtbehinderte!“ Über den mühsamen Weg in und durch die Verhaltenstherapie. In K. Hennische (Hrsg.). Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung (S. 41-70). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Glaserapp, J. (2010). „Another brick in the wall“ Grenzen und Entgrenzung in der Arbeit für Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten. In Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) (Hrsg.). ausgrenzen? - begrenzen? - entgrenzen? Teilhabechancen von behinderten Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten. Dokumentation der gemeinsamen Fachtagung mit dem Netzwerk Intensivbetreuung, Oktober 2009, Heidelberg (S. 13-28). Jülich: DHG Eigenverlag.
- Glaserapp, J. (2010). Im Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit. Über Deinstitutionalisieren in der Behindertenhilfe. Münster: Lit-Verlag.
- Glaserapp, J. (2010). Über das unendliche Streben nach psychischem Wohlbefinden, Orientierung, 2010 (2), 32-33.

Intensivbetreuung und Psychiatrie

Klaus Hennicke

Intensivbetreuung - in der derzeitigen Struktur als spezielles Lebensumfeld von intelligenzgeminderten Menschen mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten in Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe - ist ein umfassender Eingriff in die persönliche Lebenslage eines Menschen. Es muss also *zwingend* über Nutzen und Schaden der Maßnahmen Rechenschaft abgelegt und die Wirksamkeit begründet werden („Evidenz“)

- sowohl im Einzelfall (z.B. Welchen Nutzen hat die Person selbst und wie kann dieser gemessen werden?)
- als auch in der Struktur und Organisation der konkreten Einrichtung (Intensivgruppe im Spannungsfeld zwischen therapeutischem Angebot und „Ausgrenzung“)
- sowie schließlich im Kontext der allgemeinen gesundheitlichen, speziell psychiatrischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung (Alternative oder Ergänzung?).

In der gebotenen Kürze, als zusammenfassendes Schlusswort auf der Tagung, sollen die Risiken und der Nutzen des Konzepts der Intensivbetreuung sowie einige Hoffnungen und Perspektiven aus psychiatrischer Sicht angesprochen werden:

Risiken

Maßnahmen der Intensivbetreuung gehen nicht von einem „Entwicklungskonzept“ aus. Aufgrund der oftmals extremen Verhaltensauffälligkeiten („Herausforderndes Verhalten“) werden Bewohner der Einrichtung schwerpunktmäßig zu ihrem eigenen Schutz (Selbstverletzungen, Unfälle, Weglaufen) und vor allem auch zum Schutz anderer Bewohner (vor aggressiver Gewalt) in der Intensivbetreuung untergebracht. So entsteht eine „Parallelwelt“ mit einer sich selbst-isolierenden Eigendynamik: Aufgrund der „Eintrittskarte“ schwerwiegendes expansiv-aggressives Verhalten des Bewohners müssen besondere Regeln des Umgangs geschaffen werden mit dem hohen Risiko von sich aufschaukelnden „Spiralen der Gewalt und Gegengewalt“ (HENNICKE, 1999; 2000). Es findet eine pädagogisch-therapeutisch undefinierte Aussonderung der „Unerträglichen“ statt, eine Praxis, die in den 1980er Jahren Christian GAEDT im Kontext überstürzter Normalisierungs- und Ausgliederungsbestrebungen befürchtet, dass nämlich

die schwierigsten Menschen als Nicht-Ausgliederbare in „*neuen Schwerstbehindertenzentren*“ verbleiben.

Unter versorgungspolitischen aber auch unter fachlich-inhaltlichen Aspekten kann die Praxis der Intensivbetreuung dazu führen, dass das etablierte psychiatrische Diagnose- und Behandlungssystem als inakzeptabel abgelehnt und ausgegrenzt wird, sowohl als Reaktion auf die noch weitverbreiteten fachlich defizitären Leistungen der Psychiatrie für diese Klientel, aber auch aufgrund der eigenen Überzeugungen, dass die schwierigen Verhaltensweisen intelligenzgeminderter Menschen ausschließlich mit pädagogischen Mitteln unter Nutzung pädagogisch-psychologischer Konzepte zu beeinflussen seien¹¹. Wie auch immer – Intensivbetreuung würde damit „die Psychiatrie“ in der Behindertenhilfe fachlich und strukturell ersetzen, was ethisch und fachlich aus vielerlei Gründen *keinesfalls* vertretbar wäre, weil dadurch den Menschen eine Hilfemöglichkeit tatsächlich vorenthalten würde.

Nutzen

Intensivbetreuung kann als nützliche *Ergänzung und Erweiterung* der pädagogisch-psychiatrischen Interventionsmöglichkeiten verstanden werden, da sie eine zeitlich begrenzte *zielorientierte Behandlung in einem lebensnahen Kontext* praktiziert (dabei soweit möglich das bisherige erweiterte Lebensumfeld in der Einrichtung dem Betroffenen zur Verfügung steht). Ziel ist die Befähigung des Klienten (Bewohners) zur Rückkehr in die üblichen Wohn- und Lebenskontexte der Einrichtung. Dies bedeutet eine Normalisierung der Lebensverhältnisse auch im Sinne einer verbesserten Teilhabe. Der wichtige fachlich-inhaltliche Aspekt liegt in der *Abkehr vom rein klinischen Denken* (Störung, Krankheit) hin zu multidimensionalen Konzepten. Das Problemverhalten ist *nicht nur* individuelle Störung, *sondern* ist *auch* eine individuelle Anpassungsstrategie an eine eher „unpassende“ Lebenswelt. Die Veränderung und Entwicklung des Betroffenen liegen im Erwerb besserer Bewältigungsstrategien der Anforderungen, die seine innere Welt aber auch die äußeren Bedingungen abverlangen. Ebenso müssen diese äußeren Bedingungen auf ihre Entwicklungs- und Veränderungsmöglichkeiten überprüft werden, um sie den besonderen Bedürfnissen dieser Menschen soweit möglich anzupassen.

¹¹ „Viele der Verhaltensauffälligkeiten sind (...) mit pädagogischen Hilfen sehr gut beeinflussbar“ (WÜLLENWEBER, 2004); „Die Mehrzahl (...) läßt sich mit lebensweltbezogenen und pädagogisch-therapeutischen Konzepten weitgehend kompensieren“ (THEUNISSEN, 2000). Offen bleibt, in welchen Größenordnungen sich die Einschätzungen bewegen.

Hoffnungen und Perspektiven

Der Nutzen von Intensivbetreuung liegt also wesentlich in der konsequenten Minimierung der skizzierten Risiken auf allen der dort angesprochenen Ebenen. Danach muss gewährleistet sein, dass für den einzelnen Klienten eine positive Entwicklung eingetreten ist, die messbar und damit nachweisbar geworden ist. Es müssen also Kriterien („Zielorientierung“) erarbeitet werden, die „Lebensqualität“ und „Teilhabe“ ausdrücken. Am ehesten – wie generell bei allen gesundheitlichen Maßnahmen – sind diese erkennbar an der Reduktion auffälliger Verhaltensweisen, Reduktion von Leidensäußerungen sowie verbesserte psychosoziale Funktionsfähigkeit in allen Bereichen. Ohne eine solche *Evaluation* (schriftlich und nachvollziehbar dokumentiert) kann letztlich der Nutzen und der Sinn solcher interner Angebote nicht bewiesen werden. Das bedeutet auch, auch die eigenen Erfahrungen transparent gemacht werden müssen, mindestens einrichtungsintern, am besten natürlich für den Austausch mit anderen Praxiskonzepten z.B. im *Netzwerk Intensivbetreuung* oder als fundierte Praxisberichte in Fachzeitschriften oder sogar im Kontext einer qualifizierten wissenschaftlichen Begleitforschung (DIECKMANN, 2006). Damit bestünde auch die Chance, dass „*nicht jeder das Rad neu erfinden muss*“, sondern – wie eigentlich in allen derartigen versorgungsrelevanten Praktiken – auf Erfahrungen und bewährte Konzepte zurückgegriffen werden kann.

Die für die Arbeit zugrunde gelegten Störungskonzepte (*Was verstehen wir unter Verhaltensauffälligkeit, Problemverhalten, psychische Störung?*) und daraus abgeleitet die speziellen Diagnose-, Betreuungs- und Behandlungskonzepte sollten möglich explizit dargelegt werden, damit für jeden Mitarbeiter wie auch externen Beobachter die „Logik“ der Praxis verstehbar wird. Das würde eine enorme Professionalisierung der Arbeit bedeuten und die Gefahr der Beliebigkeit („*Gut ist was hilft!*“) reduzieren (WÜLLENWEBER, 2009). Gerade in diesem Kontext muss zwingend ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Konzept aus (Heil-)Pädagogik, Psychologie, Psychiatrie gefordert werden, das der *Komplexität der Problematik* hinreichend angemessen ist (DOŠEN, 2010; HENNICKE, 2013; SAPPOK et al., 2012).

Die Hoffnung wäre schließlich, dass eine so verstandene Intensivbetreuung in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungslandschaft bruchlos integriert werden könnte, indem z.B. verbindliche multiprofessionelle Kooperationen geschaffen werden, die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Beteiligten geklärt sind, die Rechtsgrundlagen (Heilbehandlung, Rehabilitation und/oder Eingliederungshilfe) vorhanden sind und damit schließlich – häufig das Wichtigste – die Finanzierung geregelt ist.

Die Tagung hat gezeigt, dass in diesem Bereich enorm viel in Bewegung gekommen ist und eine Vielzahl von Initiativen mit unterschiedlichen Konzepten und Modellen mit großem Einsatz und Engagement praktisch arbeiten.

Literatur

- DIECKMANN, F. & GIOVIS, C. (2007). Therapeutische Wohngruppen für Erwachsene mit schwerwiegendem herausforderndem Verhalten - Evaluation eines Modellversuches in Baden-Württemberg. In: Dieckmann, F. & Haas, G. (Hg.), *Beratende und therapeutische Dienste bei geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten* (S. 83-118). Stuttgart: Kohlhammer
- DIECKMANN, F. (2006): Therapeutische Wohngruppen für Erwachsene mit schwerwiegendem herausforderndem Verhalten - Evaluation eines Modellversuchs. In: Hennicke, K. (Hrsg.): *Psychologie und geistige Behinderung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB vom 29.9. bis 1.10.2005 in der Pädagogischen Hochschule Heidelberg. Materialien der DGSGB, Band 12.* Berlin 2006
- DOŠEN, A (2010): *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene.* Herausgeber und Bearbeiter der deutschsprachigen Ausgabe Klaus Hennicke & Michael Seidel. Hogrefe, Göttingen
- GAEDT, Ch. (1981): *Einrichtungen für Ausgeschlossene oder "Ort zum Leben". Überlegungen zur Betreuung Geistigbehinderter.* Argument-Sonderband AS 73, Argument, Berlin 1981,96-109
- HENNICKE, K. (1999): „Wer ist Täter, wer ist Opfer?“ Spiralen der Gewalt in Einrichtungen der Behindertenhilfe und wie sie zu unterbrechen sind. In: SEIDEL, M., HENNICKE, K. (Hrsg.): *Gewalt im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung.* Berliner Beiträge Bd.8. Diakonie-Verlag, Reutlingen, S. 147-187
- HENNICKE, K. (2000): *Aggressive Verhaltensauffälligkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung - Wozu könnten sie nützlich sein und wie werden sie aufrechterhalten? Was müßte getan werden, damit sie weiterhin bestehen bleiben?* In: THEUNISSEN, G. (Hrsg.): *Verhaltensauffälligkeiten Ausdruck von Selbstbestimmung? Wegweisende Impulse für die heilpädagogische, therapeutische und alltägliche Arbeit mit geistig behinderten Menschen.* Klinkhardt, Bad Heilbrunn/Obb., S.217-233 (2.Aufl. 2001)
- HENNICKE, K. (2004): *Die Ausgrenzung psychisch gestörter Menschen mit geistiger Behinderung vom psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem in Deutschland.* In: WÜLLENWEBER, E. (Hrsg.) (2004): *Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung und soziale Abwertung.* Kohlhammer, Stuttgart, S.202-211 (ISBN 3-17-018062-2)
- HENNICKE, K. (2011): *Erscheinungsformen auffälligen Verhaltens bei Menschen mit geistiger Behinderung – Wozu macht es Sinn, diese zu unterscheiden?* In: HENNICKE, K. (Hrsg.) (2011): *Verhaltensauffälligkeiten, Problemverhalten, Psychische Störungen - Herausforderungen für die Praxis.* Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 18.3.2011 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 25, Berlin, S. 5-35
- HENNICKE, K. (2013): *Problemverhalten - Verhaltensauffälligkeiten — Psychische Störung. Unterschiede und Entscheidungshilfen.* In: Hennicke, K. & Klauß, T. (Hrsg.): *Problemverhalten von Schülern mit geistiger Behinderung - Umgang, Förderung, Therapie.* Lebenshilfeverlag, Marburg, 2013 (im Druck)
- SAPPOK, T., DIFENBACHER, A., BERGMANN, T., ZEPPELITZ, S., DOŠEN, A. (2012): *Emotionale Entwicklungsstörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung: Eine Fall-Kontroll-Studie.* Psychiat Prax 2012; 39:228–238

- SEIDEL, M. (2011): Gesundheitsbezogene Leistungen als essentieller Bestandteil der Förderung sozialer Teilhabe. In: Hennicke, K. (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. Lebenshilfe-Verlag, Marburg
- SENCKEL, B. (1994): Mit geistig Behinderten leben und arbeiten - Eine entwicklungspsychologische Einführung. Verlag C.H. Beck, München
- THEUNISSEN, G. (1997): Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Bad Heilbrunn (2. veränderte und erweiterte Aufl.)
- WÜLLENWEBER, E. (2004). Verhaltensauffälligkeiten als soziales Problem. In: E. Wüllenweber (Hrsg.), *Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung und soziale Abwertung* (S. 244-262). Stuttgart: Kohlhammer.
- WÜLLENWEBER, E. (2009): Handlungskonzepte und Methoden in Heilpädagogik und Behindertenhilfe und ihre Bedeutung für die Professionalität. *Teilhabe* 48, 2 (2009) 75-80

Referenten und Autoren

Brian F. Barrett: Dr. med.; Psychiater und Psychotherapeut; Ltd. Oberarzt der St.Lukas-Klinik, Fachklinik für Menschen mit geistiger Behinderung der Stiftung Liebenau; E-Mail: brian.barrett@st.lukas-klinik.de; www.st.lukas-klinik.de; www.seo-gb.de

Ingrid Elger: Dipl.Psych., Psychologische Psychotherapeutin/Verhaltenstherapeutin; Mitarbeiterin im LVR-Institut-Kompass, Karl-Heinz-Beckurts Str. 13, 52428 Jülich; Beratung für Menschen mit geistigen Behinderungen in schwierigen Lebenssituationen. Kontakt: www.konsulenten.lvr.de; E-Mail: ingrid.elger@lvr.de

Christian Feuerherd: Dipl. Heilpädagoge; Berliner Behandlungszentrum für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung im Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH, Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in 10365 Berlin; E-Mail: c.feuerherd@keh-berlin.de; www.keh-berlin.de

Andreas Francke: Krankenpfleger/Dipl.-Heilpädagoge; Stift Tilbeck, Havixbeck, Bereichsleitung für den Bereich stationäre Eingliederungshilfe für erwachsene Menschen mit geistiger und / oder psychischer Behinderung

Jan Glasenapp: Dr. phil., Dipl. Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis; Supervisor (DVT) und Dozent; Schwäbisch Gmünd; Kontakt: www.therapie-und-beratung.de

Dieter Grasruck: Pädagoge M.A.; Fachdienst Therapeutische Wohngemeinschaften und Personenbezogene Intensivbetreuung, Koordinator der Fachdienste Wohnen am Auhof (einer Einrichtung der Rummelsberger Dienste für Menschen mit Behinderung); Kontakt: grasruck.dieter@rummelsberger.net

Christina Heinrich: Dr.phil., Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin; Stellv. Ressortleitung Arbeit, Bildung & Gesundheit der Diakonischen Stiftung Wittekindshof (DSW); Mitbegründung des Netzwerks Intensivbetreuung; Kontakt: christina.heinrich@wittekindshof.de

Klaus Hennicke: Prof. Dr.med., Facharzt für Kinder-, Jugendpsychiatrie und – psychotherapie, Dipl.Soziologe, Familientherapeut; Stellvertr. Vorsitzender der DGSGB; ehem. Lehrender an der Ev. Fachhochschule Bochum (FB Heilpädagogik), ehem. Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstellen im Gesundheitsamt Spandau von Berlin

Knut Hoffmann: Dr.med., Facharzt für Psychiatrie, forensische Psychiatrie und Psychotherapie; Stellvertr. Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventionsmedizin des LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum; Mitglied im Vorstand der DGSGB

Andreas Müller: Dipl.-Psychologe; Diakonische Stiftung Wittekindshof (DSW), Bad Oeynhausen; Koordinator der Angebote des ‚Heilpädagogischen Intensivbereiches‘ innerhalb der DSW

Margarete Naerger: Diplomsozialpädagogin; Systemische Familientherapeutin und Systemische Kinder- und Jugendtherapeutin; Altersteilzeit, zuvor pädagogische Wohnbereichsleiterin und stellvertretende Wohnheimleiterin in der Kinderheilstätte in Nordkirchen

Tanja Sappok: Dr.med., Fachärztin für Neurologie und Nervenheilkunde, Psychotherapie; Oberärztin am Berliner Behandlungszentrum für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung im Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH, Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Berlin

Michael Seidel: Prof. Dr. med., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie; Ärztlicher Direktor Bethel.regional 33617 Bielefeld; Vorsitzender der DGSGB

Anhang: Markt der Ideen

Liebe Kolleginnen und Kollegen des Netzwerks-Intensivbetreuung, am 15.03.2013 wird eine gemeinsame Tagung des Netzwerks-Intensivbetreuung mit der DGSGB in Kassel-Wilhelmshöhe stattfinden. Das Thema lautet: „Intensivbetreuung in der Diskussion – Orientierungspunkte für Diagnostik und Therapie“. Während dieser Tagung ist geplant, einen Markt der Ideen aufzubauen: „Quadratisch-praktisch-gut“ kreative Ideen und praktische Beispiele aus dem Alltag der Intensivbetreuung. Hier können Kommunikationshilfen, Visualisierungsbeispiele, räumliche Gestaltungen, Sicherheitsideen u.a. in Form von z.B. Gegenständen, Plakaten oder Fotos gezeigt werden.

Hierfür benötigen wir natürlich Ihre Unterstützung!!! Bitte präsentieren Sie dort Ihre Ideen und Hilfsmittel aus der Intensivbetreuung, damit eine interessante und kreative Ausstellung das Tagungsprogramm bereichert. Stellwände und Tische werden vor Ort vorhanden sein. Wenn Sie Ihre Ideen zur Verfügung stellen möchten, melden Sie diese bitte bis zum 31.01.2013 bei mir an.

Für eine Anmeldung zur Teilnahme zum Markt der Ideen benötige ich von Ihnen: Name der Einrichtung, Ansprechpartner, E-Mail / Telefon, Art der Präsentation, Bedarf an Tischen / Stellwänden.

Der Name Ihrer Einrichtung mit Adresse zur Kontaktaufnahme sollte auf der Präsentation vermerkt sein. Auf eine Darstellung der Einrichtung bitten wir zu verzichten, um den Focus auf das Thema „Intensivbetreuung“ zu richten.

*Schon einmal im voraus vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir freuen uns auf interessante Beiträge. Im Namen des Redaktionskreises mit herzlichen Grüßen
Margarete Naerger*

Teilnehmende Einrichtungen & Projekte

- Stift Tilbeck
- Heilpädagogischer Intensivbereich der Stiftung Wittekindshof
- Kinderheilstätte Nordkirchen
- Regens-Wagner-Stiftung, Burgkunstadt
- LVR-Institut für Konsulentenarbeit -Kompass-
- Die Zieglerschen, Haslachmühle
- Stiftung Liebenau, St.-Lukas-Klinik

Fotodokumentation

Aus drucktechnischen Gründen konnten wir leider keine Fotodokumentation abdrucken. Sie können die Fotos der präsentierten Projekte auf der Internetseite des Netzwerks Intensivbetreuung betrachtet werden.

Impressum

Die „*Materialien der DGSGB*“ sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) und erscheinen in unregelmäßiger Folge. Anfragen und Anforderungen an die Redaktion erbeten.

Die Druckauflage ist eng begrenzt auf die Mitglieder der DGSGB. Die Bände können als Ganzes sowie in Form der einzelnen Aufsätze über die Website der DGSGB (www.dgsgb.de) als PDF-Dateien kostenlos heruntergeladen werden.

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)
Maraweg 9
33617 Bielefeld
Tel. 49 + 521 144-2613
Fax 49 + 521 144-3467
www.dgsgb.de

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke
Nelkenstr. 3
12203 Berlin
Tel.: 0174/989 31 34
E-Mail klaus.hennicke@gmx.de

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt. Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhauspsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten
- der Standards ihrer psychosozialen Versorgung
- der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung
- des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Arbeitstagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGB werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand:

Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)
 Prof. Dr. Klaus Hennicke, Berlin (Stellv. Vorsitzender)
 Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vorsitzender)
 Prof. Dr. Gudrun Dobsław, Bielefeld (Schatzmeisterin)
 Dr. Knut Hoffmann, Bochum
 Dipl.-Psych. Stefan Meir, Meckenbeuren
 Juniorprof. Dr. Pia Bienstein, Köln

Postanschrift

Prof. Dr. Michael Seidel
 v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel
 Bethel.regional
 Maraweg 9
 D-33617 Bielefeld
 Tel.: 0521 144-2613
 Fax: 0521 144-3467
 www.dgsgb.de

