

Ambulante Krisenintervention im Berliner Behandlungszentrum für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung

Tatjana Voß

SAGB Tagung Bern 10.09.2009

Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH

Berlin - Lichtenberg



Inhalt

- 1. Theoretische Grundlagen:
 - Practice Guidelines and Principles
 - Pharmakotherapie bei Intelligenzminderung
- 2. Spezialambulanz am ev. Krankenhaus Königin Elisabeth H
- 3. Krisenintervention



Prävalenz psychischer Störungen bei geistiger Behinderung

- 1023 Erwachsene
 - 38.9% leichte (n:398),
 - 24.2% mittelschwere (n:625),
 - 18.9% schwere,
 - 18.0% schwerste geistige Behinderungen
- 40,9% psychische Störung
- 33.3% leicht geistig behinderte Männer
- 48.7% mittel bis schwer geistig behinderte Frauen

(Cooper, BJP, 2007, 190, 27-35)

Challenging behaviour



- Behaviour of such an intensity, frequency or duration that the physical safety of the person or others is likely to be placed in serious jeopardy,
- or behaviour which is likely to seriously limit or deny access to and use of ordinary community facilities (Emerson et al, 1995)

Praxisleitlinien und Prinzipien

(Dosen/ Gardner, 2007)



Assessement, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten

Teil A: Der theoretische Rahmen

Sektion1: Beschreibung des Problemverhaltens

Sektion 2: An der Entstehung von Problemverhalten beteiligte Faktoren

Sektion 3: Entstehungsprozess von Problemverhalten

Teil B: Praxisleitlinien für Assessement, Diagnostik und Behandlung

Leitlinie 1: Assessement

Leitlinie 2: Diagnostik

Leitlinie 3: Behandlung

Leitlinie 4: Umgang mit Verhaltenskrisen

Leitlinie 5: Assessement der Effektivität

Teil C: Leitlinien für die Organisation



Die Autoren des DC-LD (Royal College of Psychiatrists, schlagen folgende diagnostischen Kriterien für Problemverhalten vor:

- (a) Die Frequenz, die Schwere oder die Chronizität eines Problemverhaltens sind ausgeprägt genug, um klinisches Assessement und spezielle Interventionen/Unterstützung zu benötigen
- (b) Das Problemverhalten kann nicht als unmittelbare Folge einer anderen psychiatrischen Störung, von Medikamenten oder physischen Erkrankungen gesehen werden,



- (c) Eines der folgenden Merkmale muss vorhanden sein:
- 1. Das Problemverhalten beeinflusst signifikant die Lebensqualität der betroffenen Person oder anderer.
- Das Problemverhalten ist ein wesentliches Risiko für Gesundheit oder Sicherheit der betroffenen Person und/oder anderer Personen.
- 3. Das Problemverhalten ist andauernd und schwerwiegend.



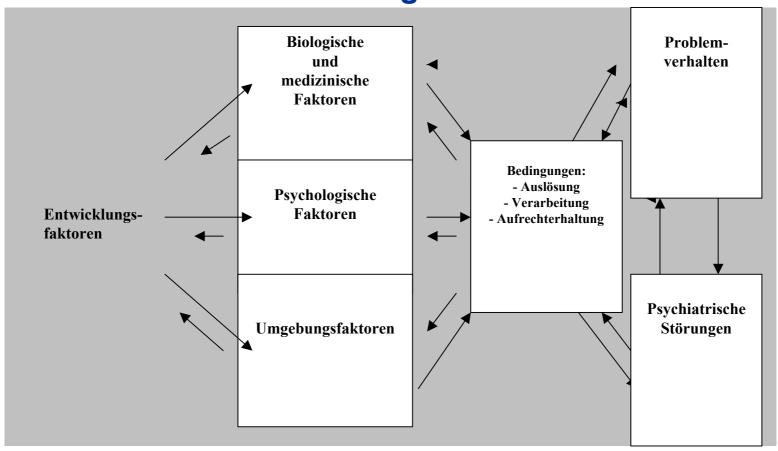
Die häufigsten Arten des Problemverhaltens bei Menschen mit geistiger Behinderung sind:

- intensive, häufige und dauerhafte Aggression, selbstverletzendes Verhalten, Schädigung oder Zerstörung von Eigentum, sexuelle Gewalt;
- störendes Verhalten.

Diese und ähnliche Verhaltenweisen führen zu einer Beschränkung des Zugangs einer Person zur Gemeinschaft oder zu Einschränkungen persönlicher Freiheit.



 Abb. 1: Faktoren, die am Entstehen von Problemverhalten beteiligt sind





 Das Niveau der kognitiven, der sozialen, der emotionalen und der Persönlichkeitsentwicklung spielt die wesentliche Rolle für die Art, in der eine Person mit geistiger Behinderung nachteilige Stimuli bewältigt.

Das Wissen über das Entwicklungsniveau einer Person kann bestimmte Verhaltensweisen unter bestimmten Bedingungen erklären.

Praxisleitlinien für Assessement, Diagnostik und Behandlung



Schritt 1: Assessement

Identifikation der auslösenden Faktoren, der Merkmale der zentralen Verarbeitung und der aufrechterhaltenden Bedingungen innerhalb des Entstehungsdreiecks

- a) in der Interaktion zwischen der Person und ihrer Umwelt
- b) in der Person
- c) in der Umwelt.

Schritt 1: Assessement



(A) Assessement des Verhaltens (Problemverhalten):

- anamnestische und aktuelle klinische Aufzeichnungen
- Interview mit der betroffenen Person
- Informationen von den Betreuungspersonen
- direkte Verhaltensbeobachtung
- formale und standardisierte Prozeduren (z. B. Checklisten, Rating-Skalen und Verhaltensanalyse)

Schritt 1: Assessement



(B) Assessement der Person:

- Biologische Charakteristika (genetische, organische ZNS-Anomalien)
- Psychosoziale Aspekte (Level der kognitiven, sozialen, emotionalen und der Persönlichkeitsentwicklung)
- Physische Gesundheit
- Psychiatrische Befunde
- Funktionelle Probleme

Schritt 1: Assessement



(C) Assessement der Umgebung:

- Physische Umwelt (Wohnsituation, Schule, Arbeit, Tagesprogramme etc.)
- Bedeutung der Person für ihre Umwelt (z. B. Akzeptanz der Person durch die Umwelt)
- Systemprobleme
- Pädagogische Probleme
- Soziale Probleme, kulturelle Aspekte

Praxisleitlinien für Assessement, Diagnostik und Behandlung



Schritt 2: Integrative/multimodale Falldarstellung

- a) Bio-psychosoziale Elemente und Elemente der Entwicklung, die eine Rolle beim Problemverhalten spielen
- b) Entstehungsmechanismen
- c) Diagnostische Einordnung des Problemverhalten.

Praxisleitlinien für Assessement, Diagnostik und Behandlung



Schritt 3: Behandlung

- a) Ganzheitlicher Zugang zur Wiederherstellung seelischen Wohlbefindens (well-being) der Person
- b) Integrative Behandlung der Bedingungen, die das Problemverhalten hervorbringen.

Zwei Komponenten in der Behandlung von Problemverhalten



- 1) Holistische Behandlung der betroffenen Person
- die Person und ihre Umwelt sind der Fokus von Behandlung und Unterstützung
- 2) Integrative Behandlung der Bedingungen, die dem Problemverhalten zu Grunde liegen:
- Entwicklung einer angemessenen Behandlungsstrategie
- Auswahl der Behandlungsmethoden



Behandlung der ersten Ebene:

Die Entwicklungsfaktoren (Entwicklungsdimension) werden berücksichtigt:

Man begegnet der Person auf dem Niveau ihrer emotionalen Entwicklung.

Man interagiert mit ihr in Übereinstimmung mit ihren grundlegenden emotionalen Bedürfnissen (Došen, 2005 c).

Man kann erwarten, dass die positiven Erfahrungen der Wechselwirkung zu positiver sozialer Motivation führen und die frühere maladaptive Verarbeitung von Ereignissen durch die Person verändern.



Behandlung der zweiten Ebene:

Die soziale Dimension wird modifiziert durch Information, Ausbildung und Training der Umwelt.

Man versucht, die Umwelt an die psychosozialen Bedürfnisse der Person anzugleichen, um eine Beziehung von Bedeutung zu etablieren (Gath, 2001; Rotthaus, 2001).



Behandlung der dritten Ebene:

Das Training von Fähigkeiten oder Psychotherapie können der Person helfen, ihre Fähigkeit, Probleme unabhängig zu lösen, zu aktivieren und sich Umgebungsbedingungen anzupassen (z. B. durch kognitive Verfahren oder Verfahren des Social Learning oder multimodale Behandlung (Benson & Valenti-Hein, 2001; Gardner et al., 2001; Griffiths, 2001).



Behandlung der vierten Ebene:

Es wird die biologische Dimension angesprochen.

Falls angezeigt, können Psychopharmaka eingesetzt werden, um andere Interventionen zu unterstützen (siehe Reiss & Aman, 1998).



Planung der integrativen Behandlung des Problemverhaltens bei zu Grunde liegender oder koexistenter psychiatrischer Störung:

Zuerst muss die diagnostizierte psychiatrische Störung mit einem ganzheitlichen und integrativen Zugang

wie oben beschrieben – behandelt werden.



Falls das Problemverhalten dabei nicht eliminiert wird,

behandelt man die zusätzlichen Bedingungen, die während

des multimodalen Assessement als Faktoren, die zu

dem behandlungsbedürftigem Problemverhalten

beitragen, identifiziert wurden.

Diese Behandlung muss parallel mit der Behandlung

der psychiatrischen Störung oder zusätzlich zu dieser

Behandlung erfolgen.



<u>Die Behandlung von Problemverhalten mit einer zu Grunde</u> <u>liegenden oder co-existenten psychiatrischen Störung</u>

Für eine schwere psychiatrische Störung (z. B. eine Psychose), die einem Problemverhalten zugrunde liegt oder gleichzeitig existiert, schlug Došen (2007) die folgende Behandlungsstrategie vor:



Integrative Behandlung der psychischen Störung

Erste Ebene: Biologische Dimension

Zweite Ebene: Entwicklungsdimension

Dritte Ebene: Soziale Dimension

Vierte Ebene: Psychologische Dimension



Bei weniger schweren psychiatrischen Erkrankungen kann es eine andere Rangfolge der Prioritäten geben. So würden z. B. bei einer Dysthymen Störung die psychologische Dimension an die erste Stelle und die biologische Dimension würde an die vierte Stelle rücken.

Falls erforderlich, sollte eine zusätzliche Behandlung für das Problemverhalten gegeben werden.



Der

Umfassende individualisierte Behandlungs- und Hilfeplan (UIBH)

schließt einen spezifischen Abschnitt über Deeskalationsstrategien und Krisenmanagement ein.

Expert Consensus Guideline: Treatment of Psychiatric and Behavioral Problems in mental retardation; Aman et al (2000) AJMR



• 51 Experten

- Psychotische Symptome: Risperidon, Olanzapin, Quetiapin
- SVV:Risperidon, Olanzapin, Quetiapin
- Agressives Verhalten: Risperidon, Olanzapin, Quetiapin
- Mood Stabilizer: VPA; CBZ
- Antidepressiva: SSRI



Dosierungen:

Risperidon: bis 6 mg

– Olanzapin : bis 20mg

Quetiapin: bis 500 mg

– Haloperidol: bis 10mg

Royal College of Psychiatrist'Learning Disability Faculty:



- Bei expansivem, aggressivem CB:
 - 1. Wahl: 80,6% Neuroleptika; 6,5% Antidepressiva;
 - 2. Wahl: Mood-stabilizer 40,7%
- bei SVV :
 - 49,1% Neuroleptika; 25,9% Antidepressiva;
 - 2. Wahl: Mood-stabilizer:22,2%; Opoid-Antagonisten 3,7%
- Antipsychotika:
 - Risperidon 78%; Olanzapin 13%; Quetiapin 1,9%
- Antidepressiva:
 - Citalopram 35,2%; Fluoxetin 19,4%; Sertralin 13,0%; Escitalopram 10,2%; Mirtazapin 2,8%; Venlafaxin 2,8%
- Mood- Stabilizer:
 - CBZ 44.4%; VPA 37,0%; Lithium 9,3%; LTG 2,8%

Unwin G., Deb S.:Use of medication for the management of behaviour problems amoung adults with intellectual disabilities: A Clinicians Consenssus Survey; American Journal on mental retardation, Vol 113, 1/2008 Konsensus Befragung von 258 Experten

Psychopharmakotherapie von GB



Dosierungen

Risperdal: min 0,25 bis max 6mg; mean 1

Olanzapin min 2,5 bis max 20mg; mean 6

– Quetiapin min 25 bis max 750mg;mean 210

- Citalopram min 5 bis max 40mg; mean 18
- Mirtazapin min 7,5 bis max30mg; mean 21
- Venlafaxin min 37,5 bis max225mg; mean101

Unwin G., Deb S.:Use of medication for the management of behaviour problems amoang adults with intellectual disabilities: A Clinicians Consenssus Survey; American Journal on mental retardation, Vol 113, 1/2008



- Haessler et al : Zuclopenthixol in adults with intellectual disabilities and aggressive behaviour, BJP, 2007:
 - Doppelblind Multicenter, Placebo-kontrolliert
 - N=49 ; 2-20 mg/t für 6 wochen
 - 37% der behandelten Patienten zeigten Reduktion der Aggessionen



- Tyrer et al: "Risperidone, Haloperidol, and placebo in the treatment of aggressive challenging behaviour in patients with intellectual disabilities: a randomised controlled trial" Lancet, 1/2008
 - N = 86
 - 1-2mg Risperidon
 - 2,5-5 mg Haloperidol
 - Plazebo
 - Alle drei Gruppen erzielten eine Verminderung der Aggression, am höchsten die Placebo- Gruppe!

Risperidon



Risperidone Treatment of Autistic Disorder: Long –Term Benefits and Blinded Discontinuation After 6 Months"; Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network; Am J Psychiatry 162: 7, July 2005

"Self-injurious behaviour (SIB) in individuals with intellectual disabilities"; Current opinion in Psychiatry 2005,

101 Kinder und Adoleszenten mit Autismus erhielten doppelblind placebokontrolliert 2 mg Risperdal über 8 Wochen. Signifikante Reduktion von Aggression und Wutanfällen unter RIS. (2002):

RIS is a well tolerated and effective treatment for up to 6 months for children with autism complicated by tantrums, aggression, irritability and self- injury. Improvements were maintained in over 80% of the subjects with very good tolerability. RIS is an efficacious treatment for short- and intermediate-term management of serious behavioural problems in children with autism. A key clinical question concerns the length of continued treatment with RIS in this indication...



Zwar gibt es neuere Doppelblindstudien zu einzelnen Atypika, die eine positive Wirkung auf autoaggressive, aggressive, agitierte sowie stereotype Verhaltensstörungen darlegen (Aman et.al. 1999; Häßler et.al. 2002; (n=20); Deb et.al.2007),

doch sind die Fallzahlen sehr gering und eine abschließende Aussage bezüglich ihrer positiven Wirkung ist (noch) nicht möglich. Gleiches gilt auch für die Gruppe der Antidepressiva, hier v.a. der SSRI's.

Psychopharmakotherapie bei Verhaltensstörungen



Fazit:

Die <u>Pharmakotherapie</u> ist die am wenigsten erfolgversprechende Therapieform bei Verhaltensstörungen und trotzdem findet sie allzu häufig unkritische Verwendung.

(Brylewski, Duggan; Cochrane Library; 2004: systematische Übersichtsarbeit, 500 Studien umfassend, mit drei gründlichen, randomisierten Doppelblindstudien).

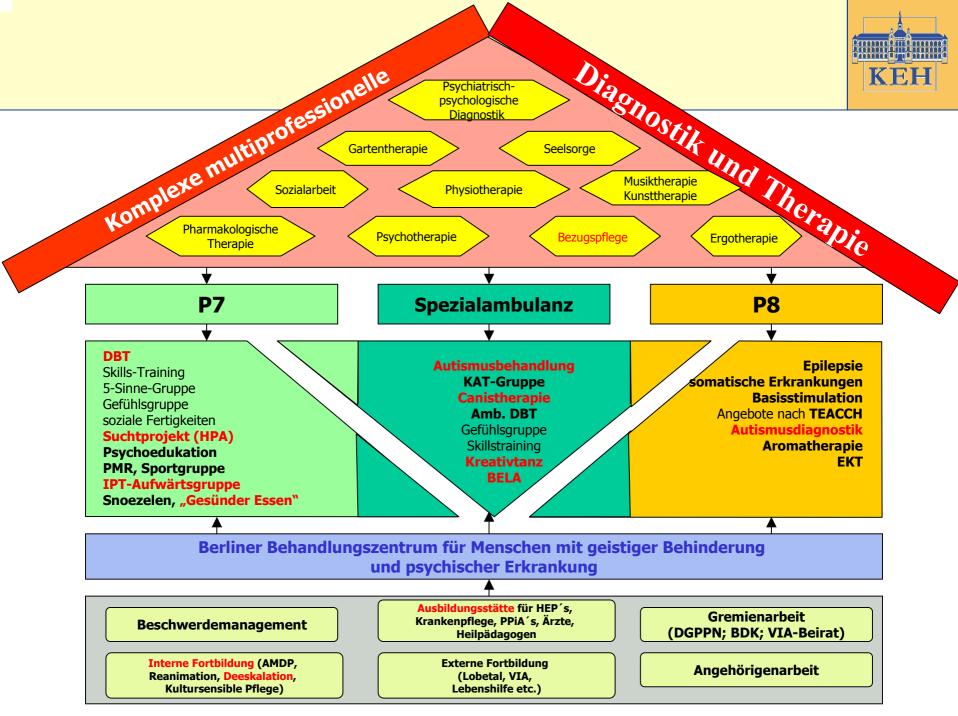




"...Wir verstehen geistige Behinderung als eine von vielen Möglichkeiten menschlichen Lebens. Dabei wird Behinderung nicht als eine Störung, sondern als integraler Bestandteil unserer Gesellschaft verstanden.

Diese Wertschätzung der Andersartigkeit führt zu einer Begegnung auf Augenhöhe.

Wir sind zutiefst von der unverlierbaren Würde jedes Menschen überzeugt. Jeder Mensch hat einmalige Gaben...."



Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH



Berliner Behandlungszentrum

für psychisch kranke erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung

Stationen: - P07: 16 Betten + 2 TP-Plätze

- P08: 14 Betten

Spezialambulanz: - Betreuung von 350 Pat./ Quartal

Indikation zur Aufnahme I



1. Stationäre Krisenintervention bei schweren, expansiven Verhaltensstörungen

 Exazerbation oder Erstmanifestation psychotischer Störungen bzw. aller anderer psychiatrischer Erkrankungen

3. Suizidale Krisen

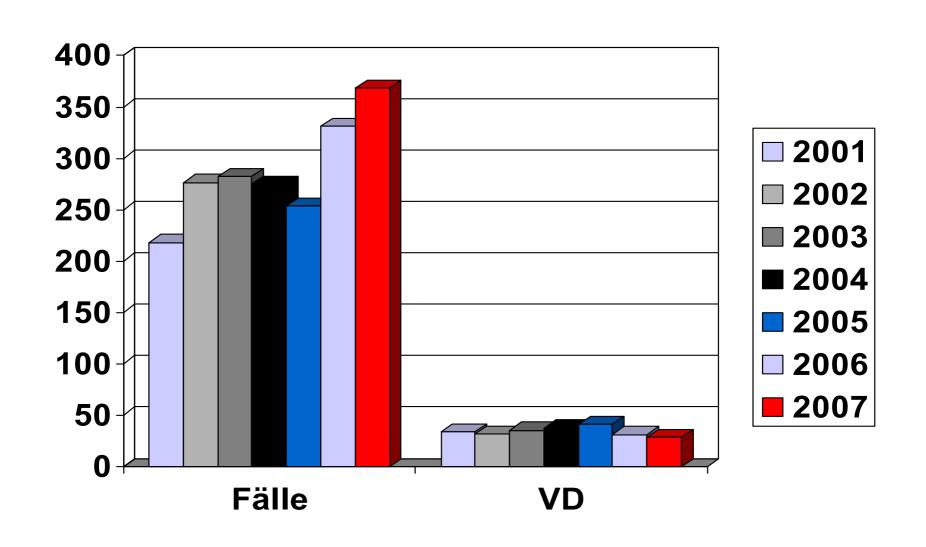
Indikation zur Aufnahme II



- 4. Umfassende somatische Diagnostik, Behandlung von somatischen Erkrankungen durch konsiliarische Kooperation mit den weiteren somatischen Fachabteilungen des KEH:
 - Chirurgie einschließlich Gefäßchirurgie
 - Innere Medizin einschließlich Dialyse
 - Urologie
 - Neurologie und Epileptologie

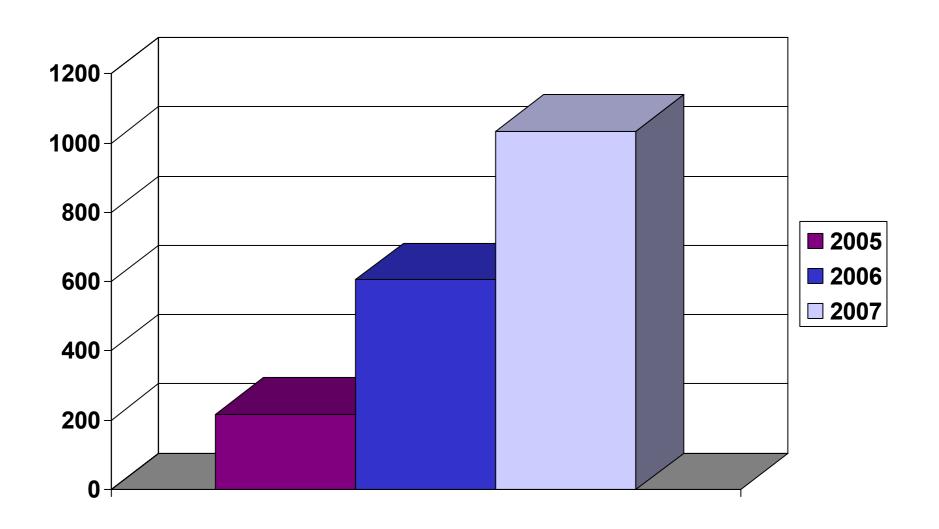
Übersicht über die Belegungsdaten P7/P8 von 2001 – 2007





Scheine/Jahr der Spezialambulanz





Station P 7



- 18 Plätze für Menschen mit mittelgradiger bis leichter geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung.
- Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, affektive Erkrankungen wie z.B. depressive oder bipolare Störungen und Persönlichkeitsstörungen, insbesondere vom Borderline - Typ.
- 15-köpfiges Pflegeteam (KrankenpflegerInnen, PflegehelferInnen, HeilerziehungspflegerInnen und Heilpädagogen) zwei Assistenzärzte, 0,5 Psychologin, 0,25 Oberarzt
- Ergo-, Musik-, Kunst- und Physio-Therapeuten

Station P 8



- 14 stationäre Behandlungsplätze für mittel-, schwer- und schwer mehrfach behinderte Erwachsene mit psychischer und/ oder somatischer Erkrankung.
- Pflegeteam :18 Mitarbeitern (KrankenpflegerInnen, PflegehelferInnen, HeilerziehungspflegerInnen)
- 1,75 Assistenzärzte, 0,3 Psychologin, 0,25 Oberärztin
- Ergo-, Musik-, Kunst- und Physio-Therapeuten

Therapieplan der P 8



			ıstag	Mittw	vocii	Donne	erstag	Freitag	Samstag
				Frühstück					
		Sonnen	gruppe		-	Einzel- therapie Fr.Camatta	9.30 Oberarztvisite	10.00-10.30 Basale Stimulation	9.30-10.30 Sonnengr.
		Fr.Ca	matta			9.30-12.00 Uhr Einzelther. Musik Hr. Bergmann	1x monatl. Chefarzt visite	9.30-10.30 Sonnengruppe Fr.Rohr	Fr.Rohr
Aussen- Training	Sonnen- Gruppe Fr.Camatta	Bewegun gsgruppe PP	Musik- einzel H.Berg- mann	Basale Stimulation PP	Bewegung sgruppe PP	Mondgruppe Frau Camatta	Aussen- Training PP	10.30-11.30 Genusstherapie PP 10.45-11.45 Einzeltherapie Fr.Rohr	Mondgr. Fr.Rohr
3:30 Uhr				Mittagspause				-	
Mondg	14.00-15.00 13.30-13.30 Mondgruppe Sportgruppe				14.15-15.00	13.00-13.30 Sportgruppe Er Nittrol			
	Training PP 3:30 Uhr 14:00- Monds	Training Gruppe PP Fr.Camatta 3:30 Uhr	Frau Camatta Fr.Ca 10.00-11.00 Basale Stimulation Aussen- Training Gruppe Bewegun gsgruppe PP Fr.Camatta PP 3:30 Uhr 14.00-15.00 Mondgruppe Sportgr	Frau Camatta Fr. Camatta 10.00-11.00 Basale Stimulation Aussen- Training Gruppe Bewegun gsgruppe einzel PP Fr. Camatta PP H. Bergmann 3:30 Uhr 14.00-15.00 Mondgruppe Sportgruppe	Frau Camatta Fr.Cam Fr.Camatta Fr.Camatta	Frau Camatta Fr. Camatta	Frau Camatta Frau Camatta Fr. Nützel	Einzel-Snoezelen Frau Camatta Fr. Camatta Ix monatl. Chefarzt visite Musik- einzel Hr. Bergmann Aussen- Training PP Fr. Camatta PP H. Berg- mann Mondgruppe Fr. Camatta PP H. Berg- mann Fr. Camatta PP H. Berg- mann Fr. Camatta PP H. Berg- mann Fr. Camatta PP Frau Camatta PP Frau Camatta PP Frau Camatta PP Sportgruppe Fr. Camatta Fr. Nützel Sportgruppe Fr. Nützel Fr. Nützel	Frau Camatta Fr. Nützel Fr. Nützel

15:00 – 15:30 Uhr ------ Kaffeepause ------

15.15-16.15	15.30-16.30	Snoezelen	Kreatives
o Shoczcich			Gestalten,
e Fr.Ronr	·	PP	Spiele
16.15-16.45	Bewegung		
Einzelth. PP	DD		PP
Fr.Rohr	PP		
	Mondgr. Fr.Rohr 16.15-16.45 Einzelth. Snoezelen PP	de Mondgr. Fr.Rohr Snoezelen Tanz/Rhytm. Bewegung 16.15-16.45 Einzelth. PP	de Mondgr. Fr.Rohr Snoezelen Tanz/Rhytm. Bewegung PP



Psychiatrische Institutsambulanz der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des ev. Khs. Königin-Elisabeth-Herzberge, Bereich: Geistige Behinderung

"Spezialambulanz"

Das Team der Spezialambulanz





Warum diese Ambulanz?



 deutlich höhere Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung

 hoher Bedarf eines ambulanten multiprofessionellen/ komplexen Therapieangebotes bei Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung

 häufig schwierige Durchführung diagnostischer (z.B. Blutentnahme, EKG) und therapeutischer (z.B. Skillstraining) Maßnahmen in einem Praxisbetrieb

Warum diese Ambulanz?



 Verkürzung und wenn möglich Vermeidung der von unseren Patienten als traumatisch erlebten stationären psychiatrischen Aufenthalte

Optimierung der stationären Nachsorge

Behandlungskontinuität im Berliner Behandlungszentrum

 Aufbau einer ambulanten Zusammenarbeit mit den komplementären Einrichtungen/ Angehörigen

Welche Patienten werden behandelt?



Optimierung der ambulanten Versorgung für:

- stationäre Problempatienten ("Drehtürpatienten")
- Patienten mit schweren Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen von chronischen Psychosen, affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen
- Patienten mit Demenz und geistiger Behinderung
- Patienten mit nicht sicher diagnostizierbaren psychischen Erkrankungen
- Patienten mit Komorbiditäten z.B. Epilepsie



Unser Team

Chefarzt

Hr. Prof. Dr. med. A. Diefenbacher MBA

Oberärztin und Leiterin des

Berliner Behandlungszentrums

Fr. Dr. med. Tatjana Voß

Oberarzt und therapeutischer Leiter der Spezialambulanz

Hr. Dr. med. Ch. Schade

Ärzte

Fr. Dr. med. T. Sappok

Fr. I. Gaul

Unser Team



Pflegerische Leitung der Spezialambulanz

Schwester M. Steffen

Heilerziehungspflegerin

Fr. M. Adam, Fr. L. Kienitz

Stationsassistentin

Schwester Rosemarie Altenkirch

Kunsttherapeutin Musiktherapeutin

Fr. R. Camatta Fr. K. Marten/Hr. Bergmann

Psychologin

Frau Dipl-Psych. H. Kaiser

Sozialkoordinator

Hr. Dr. M. Böhm

Konzept



- keine arztzentrierte Behandlung, nur multiprofessionell
- mindestens 2 ärztliche Kontakte im Quartal
- mindestens 2 nicht- ärztlicher Kontakt im Quartal
- Aufnahmegespräch immer mindestens triangulär
- Begleitpersonen bei Erstkontakt sollten Patienten gut kennen
- konstante Bezugspersonen für diagnostische/ therapeutische Kontakte

Konzept



- nach ca. 3 Kontakten, vorläufige Diagnosestellung und Erarbeitung/ Umsetzung eines individuellen Therapieplanes
- Ziel sollte eine zügige Weiterbehandlung durch den überweisenden ambulanten Nervenarzt/ Psychiater sein
- regelmäßige Besuche des Patienten in seinem sozialen Umfeld
- keine "Doppelbehandlung" (z.B. ambulante Psychotherapie)



Interdisziplinäre Arbeit in der Spezialambulanz ... mit anderen Fachrichtungen

- ausführliche somatische Diagnostik Standard (körperlicher Befund, Labor, EKG)
- Umfassende Ausbildung der Ambulanzärzte (neurologisch, epileptologisch, psychotherapeutisch (VT, DBT))
- Rücksprache mit ambulant behandelnden Ärzten (Hausärzten, Neurologen, Bewegungsstörungssprechstunde, Schlafambulanz, Internisten, Urologen, Chirurgen, Zahnärzten, Gynäkologen, ...)
- epileptologisch-psychiatrische Fallbesprechung



Psychologische Diagnostik in der Spezialambulanz

- Leistungsdiagnostik
- sozioemotionales Entwicklungsniveau
- Persönlichkeitsdiagnostik
- Autismusdiagnostik
- Demenzdiagnostik



Verhaltensstörungen oder psychische Erkrankung???

Multidisziplinärer Ansatz ist unverzichtbar! Phänomene sind in der Regel nicht <u>rein</u> pädagogisch bzw. rein psychiatrisch.

Aber häufig: Nutzlose Machtkämpfe im Sinne von Wer hat Recht?
Wer kennt den Patienten besser/länger?
Gibt es überhaupt psychische Erkrankungen?
Können Medikamente hier helfen?

Verlierer in diesem Spannungsfeld sind in der Regel die Patienten....



Interdisziplinäre Arbeit mit dem Helfersystem

- Ganzheitliche differenzialdiagnostische Beurteilung und
- Therapieplanung
- Einbeziehung von Familie, Wohngruppenbetreuer,
 Werkstattbetreuer, gesetzliche Betreuer, Einzelfallhelfer,
 Psychologen, Geistliche
- Helferkonferenzen



Therapie im interdisziplinären Kontext I

- Therapie findet bei Menschen mit Intelligenzminderung nur selten im bilateralen Setting statt.
- Auf Grund der besonderen Lebenswelt sind sowohl die Patientinnen und Patienten als auch ihr Umfeld in alle therapeutischen Überlegungen und Interventionen einzubeziehen.



Therapie im interdisziplinären Kontext II

- Dabei kommt es darauf an, eine "gemeinsame Basis" für die vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen zu schaffen.
- Wirkungen und unerwünschte Wirkungen sind oft nicht unmittelbar, sondern nur durch Information seitens der Betreuenden zu erfahren

→ gute Informationen vor Beginn der Pharmakotherapie senken das Risiko von Therapieabbrüchen



Therapie im interdisziplinären Kontext III

- Auf Grund der engen Beziehung zu den Patienten kommt der Kompetenz der Betreuenden eine Schlüsselfunktion in der erfolgreichen Behandlung von psychischen Störungen zu.
- Die Fähigkeit zu beobachten und objektiv zu dokumentieren, muss erlernt werden.

→ bei berichteten Auffälligkeiten lohnt genaues Nachfragen

Voraussetzungen für eine rationale integrierte Psychopharmakotherapie

KEH

- Integration der Psychopharmakotherapie in den therapeutisch-pädagogischen Prozess
- Besondere Qualifikation der p\u00e4dagogischen Mitarbeiter/innen
- Koordination des therapeutisch-p\u00e4dagogischen Prozesses
- Besondere Qualifikation der koordinierenden Therapeut/innen
- Besondere Qualifikation des Arztes

aus: Lotz, W.Koch, U., Stahl, B.(1994): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen-Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte.

Verlag Hans Huber, Bern.

Beobachtungsbogen I



Symptomatik/ Tag F S N F S N F S N F F F F F F F F F F	6																											28 2				
S N F S N F S N	6																-											\rightarrow	-	-	-	
N F S N F S N	N =														-																	
F S N F S N	: 6 1 3																							\top	1	\top	+	+	+	+		
S N F S N	6 N = 6											l																\top	T	1	7	
N F S N	N =					+																		1		T	1	\top	\top			
S N F	3																									T		十	十	1		
N F	1			1																								丁	\top			
N F	1	_	1																									十	T			
	:																															
s	3																															
N	1																												T			
F	= [
Stimmung S	3																															
N	1																															
Maßnahmen		1 2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23 2	24 2	5 2	6 2	7 2	28 2	29 3	30 3	31	
F	= [
S	3																															
N	1																															
F	= [
S	3																															
N	1																															
F	=																															
S																																
N	١																															
				Schweregrad/ Vorhandensein Symptom																ung			<u>ımu</u>									
	nich leic	cht vorhanden 2 mittelschwer cht 3 schwer							4 s	sehr schwer							A ausgeglichen B gehoben				C gedrückt D angespannt							E müde x Schlaf				

© Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte bleiben der Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH,
Berliner Behandlungszentrum für Menschen mit geistiger Behinderung, vorbehalten. Die Vervielfältigung und die Vebreitung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist nicht zulässig.
Zuw iederhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechts. 2007.

Beobachtungsbogen II (ABC-Bogen)



Datum/ Uhrzeit	Beschreibung der Verhaltens- auffälligkeit	unmittelbar vorausgehende Situation	Reaktion Bezugspersonen/ Betreuungspersonal	weiteres Verhalten des Patienten	Hand- zeichen

© Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte bleiben der Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH, Berliner Behandlungszentrum für Menschen mit geistiger Behinderung, vorbehalten. Die Vervielfältigung und die Verbreitung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist nicht zulässig. Zuw iderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechts. 2007.

Funktionale Verhaltensanalyse



- Interview mit der Familie/ dem Unterstützer-System
- Direkte Verhaltensbeobachtung ABC: antecedent behaviour consequence
- Anamnese und k\u00f6rperliche Untersuchung
- Funktionale Verhaltensanalyse
- Medikation und Evaluation von UAWs
- Unstrukturierte Erhebung des psychopathologischen Befundes
- (American Journal on mental retardation, Rush and Frances, 2000)

Funktionale Analyse



1. Beschreibung des Verhaltens:

Art

Länge

Ausmaß

Frequenz

Stereotyp? Erinnernd an epileptischen Anfallstyp? Seit Einführung Antiepileptika? Erinnernd an bekannte Nebenwirkung?

Funktionelle Analyse



1. Beschreibung des Verhaltens

2. Welche Umstände vor/bei dem Verhalten?

3. Welche Folgen hat das Verhalten?

Funktionale Analyse



2. Welche Umstände vor/bei dem Verhalten?

Setting

Anwesenheit anderer Personen

Zeitliche Zusammenhänge (insb. mit Med.)

Andere Umstände, die das Verhalten beeinflussen

Auftreten überall? Nur in bestimmten Situationen? Eher "gelassene" oder "panische" Atmosphäre? Kurz vor Med.-Einnahme? Schlafentzug? Reizreiche Situationen?...



3. Welche Folgen hat das Verhalten?

Reaktion von Anderen

Zustand nach Verhalten

Zuwendung? Abwendung? Ruhe? Desorientierung mit langsamer Reorientierung?

Problemanalyse



$$S - O - R - K$$

 α = externe Variablen

β = psychologische Person-Variablen

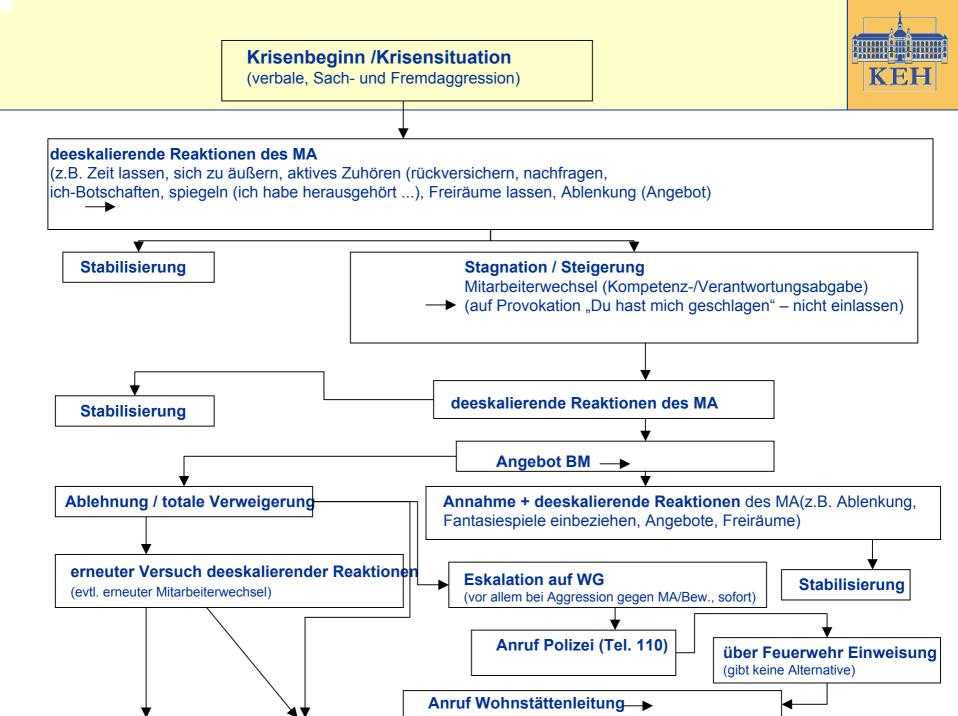
γ = biologisch-physiologische Variablen

Das SORCK Schema

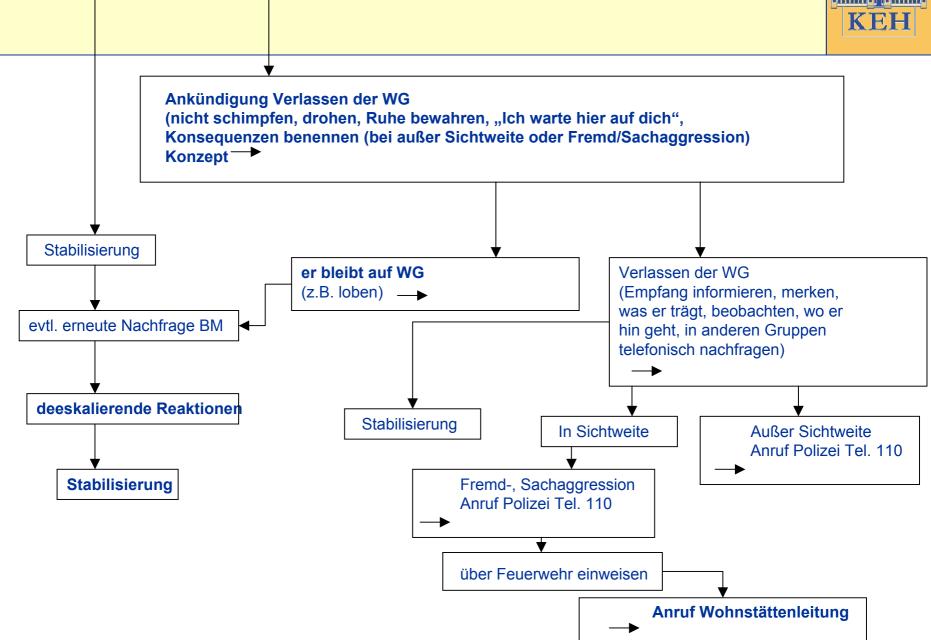
Folie nach Prof. Dr. J. von Wietersheim (Universität Ulm)



Stimulus	Organismus	Respondentes Verhalten	Kontingenz	Consequence C
Äußere Stimuli (wahrnehmbare)	biologisch- physiologische Einflüsse	emotional kognitiv	immer häufig	positiv/negativ Eintreten/Wegfall
Innere Stimuli (Gedanken, Vorstellungen,	Psychologische Variablen:	verhaltensmäßig	selten	intern/extern
physiologische Abläufe, emotionale Reaktionen)	Einstellungen / Überzeugungen Kompetenzen / Defizite	physiologisch	gelegentlich	kurz-/langfristig
	Prädispositionen			







Therapieraum







Interdisziplinäre Arbeit in der Spezialambulanz

- Ressourcenorientiert
- Ganzheitlich
- Individuell
- Menschlich



Therapieangebote in der PIA/gB



- Fachärztlich psychiatrische Behandlung (medikamentös)
- Psychotherapie (in genehmigten Ausnahmefällen)
- Musiktherapie
- Snoozeln
- Kontakt- und Aktivitätengruppe



Therapieangebote in der PIA/gB

- Kunsttherapie
- Kreativtanz
- Skillsgruppe
- Gefühlsgruppe
- Ernährungsberatung
- Adipositasgruppe
- Canistherapie
- Psychotherapie
- PMR

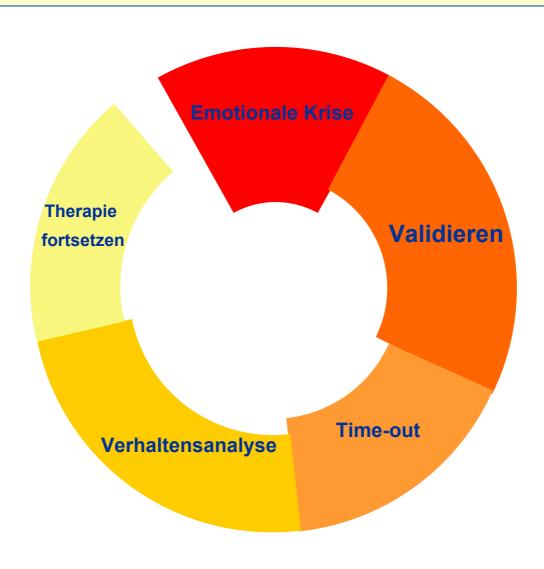
Krisenintervention



- "Ziel der Ambulanz ist es, die Patienten auch in akuten Krankheitsphasen zu begleiten und Wege aus der Krise zu finden. Leider ist eine notfallmäßige Aufnahme in den vollstationären Bereich des Behandlungszentrums aus Kapazitätsgründen nicht immer möglich (ausgenommen Lichtenberg/Hohenschönhausen).
- In solchen Fällen muss die stationäre Aufnahme zunächst im stadtbezirklich zuständigen psychiatrischen Krankenhaus erfolgen. Wir bitten, die Ambulanz darüber telefonisch zu informieren. Ggf. kann der Patient nach Rücksprache in den stationären Bereich des Behandlungszentrums oder in die ambulante Weiterbehandlung übernommen werden."

Krisenmanagement





Krisenmanagement



Emotionale Krise: - Suizidandrohung

- aggressive Handlungsweisen jedweder Art

Validierung: Ich verstehe, dass Sie sich ärgern.

Ihr Ärger ist aus Ihrer Position berechtigt.

Ich sehe es geht Ihnen sehr schlecht.

Sie merken, dass sich Ihre Gedanken im Kreis drehen.

Ich merke Sie können meinen Ausführungen nicht mehr

folgen.

Ich möchte dass es Ihnen besser geht.

Ich werde Sie dabei unterstützen .

Ich verspreche Ihnen, es wird Ihnen wieder besser gehen.

Gemeinsam schaffen wir das.

Krisenmanagement



Während der Krisen ...

- Bedarfsmedizin anbieten
- ggf. assistierte Skillsanwendung / insbesondere Power-Skills / Skillskette!
- keine Problembewältigung
- kein Gespräch über die auslösende Problemsituation

- Den Patienten in den Krisen "tragen"! -

Umgang mit Suizidandrohungen



Risikobewertung

(Wie? wo? vorherige Versuche? Konkrete Vorbereitungen? Trennung? Verlust? Hoffnung? Körperliche Krankheit? Abschiedsbrief? Psychose/Depression/Angst/Panik/Stimmungsschwankungen? Alkohol? Isolation/Rückzug? Schlafstörungen?)

- Waffen beseitigen
- Instruktion, sich nicht umzubringen, Not validieren
- "Selbstmord ist keine gute Lösung"
- Hoffnung vermitteln
- In engem Kontakt bleiben
- Rechne mit Wiederholung
- Netzwerk aufbauen
- Don't panic!!! Eigene Grenzen beachten

Krisenmanagement IV



Reflektion – Verhaltensanalyse

Was ist passiert?

- Situative Beschreibung der impulsiven/dysfunktionalen Handlung/Verhaltensweise

Was ist dem voraus gegangen?

- Was ist der Eskalation <u>unmittelbar</u> voraus gegangen?

Warum ist es passiert?

- Welches Gefühl hat es in mir ausgelöst? Warum dieses Gefühl?

Wie ging es mir dabei?

- Wie habe ich mich dabei gefühlt?

Wie wird es weiter gehen?

Funktionale Analysen I



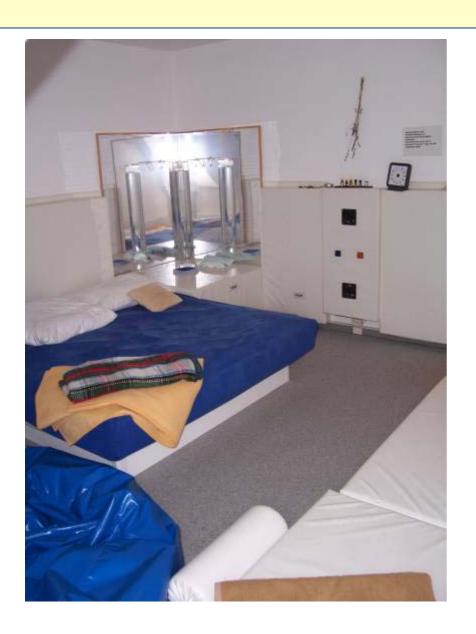
- Auswerten von eskalierten Situationen
 - Situative und wertfreie Auflistung des "Geschehenen"

-	Was ist	passiert?	(Aktion))
---	---------	-----------	----------	---

- Wann bzw. Wie ist es zeitlich einzubetten? (Zeitrahmen)
- Wo ist es passiert? (Ort)
- Wer war beteiligt? (Personal)
- Wie war die Reaktion? (Intervention)
- Weshalb wurde in dieser Form reagiert? (Grundlage)
- Folge der Intervention (Resultat)

Snoezelen









Man löst Probleme am besten, wenn es einem gut geht.





Konzeption der Psychiatrischen Ambulanz



1.Präambel

2. Einleitung

- 1. Ganzheitlicher Ansatz, Interdisziplinäres Team, Ziele
- 2.Besonderheiten in der Behandlung geistig behinderter Menschen

3. Personelle und organisatorische Rahmenbedingungen

1. Aufnahmemodalitäten, Weiterbehandlung

4. Leistungsspektrum

- 1.Ärztliche Betreuung
- 2. Psychologische Betreuung
- 3.Sozialarbeit
- 4. Heiltherapeutische Betreuung
- 5. Krankenpflegerische Betreuung
- 6.Kreativtherapien
- 7. Spezialangebote
 - 1.DBT angelehnte Behandlung von Borderline Patienten
 - 2. Autismus diagnostik
- 8. Notfälle
- 9. Was wir nicht leisten können

5. Kooperationen

6.Literatur