

# **Depressive Störungen bei jungen Menschen mit Lernbehinderung und geistiger Behinderung**

**Prof. Dr. Michael Seidel  
v. Bodenschwingsche Anstalten Bethel**

**11. Wissenschaftliche Tagung des Beirates  
der AG Spina bifida und Hydrocephalus“**

**Fulda, 20.-21. November 2009**

Einführende Vorstellung der Besonderheiten affektiver Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung

Vorstellung eines entwicklungsorientierten und kontextbezogenen Modells von Problemverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung

# Vorbemerkung zum Begriff „Behinderung“ und zum Begriff „geistige Behinderung

# Modelle von Behinderung

## Integratives Modell der Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

### Medizinisches Modell

Behinderung als Problem  
des Individuums,  
direkt verursacht  
durch Krankheit, Trauma  
oder andere  
gesundheitsbezogene  
Zustände

### Soziales Modell

Behinderung  
hauptsächlich als  
gesellschaftlich  
geschaffenes Problem

Menschen,

- in der Terminologie der ICF ausgedrückt -

- die aufgrund von **Beeinträchtigungen körperlicher Funktionen oder Strukturen\*** (Impairments)
- in Wechselwirkung mit ihren **Kontextfaktoren** (Umgebungsfaktoren und Personbezogenen Faktoren)
- in ihren Aktivitäten und in ihrer **soziale Teilhabe** beeinträchtigt sind.

\* schließt mentale Funktionen bzw. ZNS-Strukturen ein!

- Sie werden in unserer sozialrechtlichen Sprache als **geistig, körperlich oder seelisch wesentlich behindert** bezeichnet.
- Zur Förderung ihrer Teilhabechancen erhalten sie **Leistungen der Sozialhilfe**, manchmal stattdessen oder ergänzend andere Leistungen (Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Jugendhilfe).

# Terminologie

## Englisch

## Deutsch

**ICD-10**

Mental Retardation

Intelligenzstörung

**DSM-IV**

Mental Retardation

Geistige Behinderung

**AAMR**

Mental Retardation

----

Neuere Begriffe: **Intellectual disability, intellektuelle Behinderung**

# Geistige Behinderung

## ICD-10

### Intelligenzminderung

- “Eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z. B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten...” (S. 238).
- Ferner heißt es: “Für die endgültige Diagnose muss sowohl eine Störung im Intelligenzniveau als auch der Anpassung an die Anforderungen des alltäglichen Lebens bestehen.” (S.239)

# Definition Geistige Behinderung

## DSM IV

“Das Hauptmerkmal der Geistigen Behinderung ist eine deutlich **unterdurchschnittliche allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit (Kriterium A)**.

Diese ist begleitet von **starken Einschränkungen der Anpassungsfähigkeit in mindestens zwei** der folgenden Bereiche: Kommunikation, eigenständige Versorgung, häusliches Leben, soziale/zwischenmenschliche Fertigkeiten, Nutzung öffentlicher Einrichtungen, Selbstbestimmtheit, funktionale Schulleistungen, Arbeit, Freizeit, Gesundheit und Sicherheit **(Kriterium B)**.

Der Beginn der Störung muss **vor dem Alter von 18 Jahren** liegen **(Kriterium C)**.“

## ICD-10

### Intelligenzminderung

- F70 Leichte Intelligenzminderung
- F 71 Mittelgradige Intelligenzminderung
- F 72 Schwere Intelligenzminderung
- F73 Schwerste Intelligenzminderung

# Problematisierung

- Stigmatisierende Wirkung
- Methodische Unzulänglichkeiten, hoch abstrahierender Begriff:
  - Ätiologische Heterogenität
  - Vernachlässigung der
  - Vernachlässigung des pathogenetischen Kontextes
  - Vernachlässigung individueller oder ätiologiespezifischer Profile von Stärken und Schwächen (vgl. Behavioural phenotypes)
- Begriff teilt das Schicksal vieler psychiatrisch-diagnostischer Kategorien; Missverständnis als ontologische Entität, obwohl nur ein multidimensionelles Funktionsbild
- **Allein: wir haben derzeit keine praktikable Alternative**

Epidemiologie  
psychischer Störungen  
bei Menschen mit geistiger Behinderung

# Vorbemerkung

- Insgesamt unbefriedigende Forschungslage
- Oft sehr kleine Stichproben
- Forschungsorganisatorische, forschungsmethodische, rechtliche und ethische Besonderheiten
- Wenig vergleichbare Stichproben
- Kaum vergleichbare diagnostische Kriterien
- Vorwiegend „Major depressive disorder“ untersucht
- Studienteilnehmer überwiegend leicht intellektuell beeinträchtigt
- In Studien oft unterschiedliche Verwendung von alternativen Symptomen für Depression (z.B. Aggression)



BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY (2007), 190, 27–35. doi: 10.1192/bjp.bp.106.022483

# **Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors**

SALLY-ANN COOPER, ELITA SMILEY, JILLIAN MORRISON,  
ANDREW WILLIAMSON and LINDA ALLAN

- Populations-basierte Studie
- Ziele:
  - Bestimmung der Prävalenz von psychischen Störungen (mental ill-health)
  - Bestimmung der Faktoren, die mit psychischen Störungen assoziiert sind

# Methode (1)

- Zustimmung Ethikkomitee
- Fallidentifikation:  
Identifikation aller Erwachsenen (16 Jahre und mehr) mit GB über ein umfassendes Netzwerk (Dienste, Ärzte usw.) zwischen 2002 und 2004 in der Greater Glasgow Area:  
3,33 per 1000 Erwachsene
- Sorgfältiger stufenweiser Untersuchungsprozess

# Untersuchung

- Untersuchung durch Schwestern und Allgemeinpraktiker (Registered nurses) mittels KG-Analyse, persönliche Untersuchung, Einsatz von Assessment-Instrumenten usw.
- Kandidaten wurden durch Psychiater mit Zielgruppen-Erfahrung untersucht: KG-Analyse, psychiatrisches Assessment, diagnostische Einordnung nach Kriterien (klinisch, DC-LD, ICD-10-DCR, DSM-IV)

- Semistrukturiertes Formular für Krankenakten-Inhalte
- PAS-ADD Checkliste
- C21st Health Check
- Demographisches Formular
- Blutuntersuchungen
- Volle psychiatrische Untersuchung bei unzulänglichen Daten mit weiteren
- Vineland Scale (Survey form) für IQ-Ermittlung, Ergänzung mit anderen Daten, in Einzelfällen Bezug auf „best-ever“-Ergebnisse

# Psychischer Status

- Semistrukturiertes Interview
- Wenigstens 1 persönlicher Termin und mit persönlichem Betreuer, möglichst auch Eltern und Angehörige
- Erstkontakt ca. 1,5 Stunden, Folgekontakte nach Bedarf
- Auch Erfassung der medizinischen und psychiatrischen Vorgeschichte
- Psychiatrische und allgemeinkörperliche Untersuchung

# Kohortencharakteristika (1)

- Assessment für 70,6 % der ausgewählten Population
- Darunter in 92,7 % der Fälle für Auswertung geeignete Ergebnisse
- Kohorte umfasste schließlich insgesamt 1023 Fälle,
- 54,9 % männlich, 45,1 % weiblich
- Alter 16 -83 Jahre (Mittelwert 43,9 Jahre)
- Leichte ID : 38,9 %,  
Mäßige ID: 24,2 %  
Schwere ID: 18,9 %  
Schwerste ID: 18 %
- 18,2 % Down-Syndrom!
- Betreuungsumstände  
38,1 % Familie  
45,7 % bezahlte Unterstützung  
10,0 % selbständiges Leben  
6,3 % in Gemeinschaftlichen Betreuungsformen („congregate care settings“)
- Singles: 94,6 %
- Hautfarbe: Weiß 96,4 %

# Kohortencharakteristika 2

54,0 % möglicherweise, wahrscheinlich oder sicher psychisch krank  
(„mental ill-health“)

davon

93,7 % Untersuchung durch die Psychiater

Prävalenzangaben

Nur operationalisierte Kategorien wurden verwendet

Allerdings nicht immer gleiche Begrifflichkeit für die Kategorie

NOS-Kategorien etc. wurden nicht verwendet.

Spezifische Phobien ausgeschlossen

ebenso ausgeschlossen abgeklungene psychische Störungsbilder,  
allerdings **nicht** im Falle von bipolar-affektiven Störungen,  
schizophrenen und Schizoaffektive Störungen!

Manchmal Mehrfachnennungen (Komorbidität)

# Prävalenz

**Table 1** Point prevalence rates of mental ill-health as defined by clinical, DC-LD, ICD-10-DCR, and DSM-IV-TR diagnostic criteria

| Diagnostic category   | Clinical diagnosis<br>(n=1023)<br>% | DC-LD diagnosis<br>(n=1023)<br>% | ICD-10-DCR<br>diagnosis<br>(n=1023)<br>% | DSM-IV-TR diagnosis<br>(n=1023)<br>% |
|---|-------------------------------------|----------------------------------|--|--------------------------------------|
| Psychotic disorder <sup>1</sup>   | 4.4                                 | 3.8                              | 2.6                                      | 3.4                                  |
| <b>Affective disorder</b>   | <b>6.6</b>                          | <b>5.7</b>                       | <b>4.8</b>                               | <b>3.6</b>                           |
| Anxiety disorder <sup>2</sup>   | 3.8                                 | 3.1                              | 2.8                                      | 2.4                                  |
| OCD   | 0.7                                 | 0.5                              | 0.2                                      | 0.2                                  |
| Organic disorder  | 2.2                                 | 2.1                              | 1.9                                      | 1.7                                  |
| Alcohol/substance use disorder  | 1.0                                 | 0.8                              | 0.8                                      | 0.8                                  |
| Pica  | 2.0                                 | 2.0                              | 0  | 0.9                                  |
| Sleep disorder  | 0.6                                 | 0.4                              | 0.2                                      | 0.2                                  |
| ADHD  | 1.5                                 | 1.2                              | 0.5                                      | 0.4                                  |
| Autistic-spectrum disorder  | 7.5                                 | 4.4                              | 2.2                                      | 2.0                                  |
| Problem behaviour   | 22.5                                | 18.7                             | 0.1                                      | 0.1                                  |
| Personality disorder  | 1.0                                 | 0.8                              | 0.7                                      | 0.7                                  |
| Other mental ill-health   | 1.4                                 | 0.8                              | 0.7                                      | 0.4                                  |
| Mental ill-health of any type, excluding problem behaviours and autistic-spectrum disorder <sup>2</sup> | 22.4                                | 19.1                             | 14.5                                     | 13.9                                 |
| Mental ill-health of any type, excluding autistic-spectrum disorder <sup>2</sup>                        | 37.0                                | 32.8                             | 14.6                                     | 14.0                                 |
| Mental ill-health of any type, excluding problem behaviours <sup>2</sup>                                | 28.3                                | 22.4                             | 16.5                                     | 15.6                                 |
| Mental ill-health of any type <sup>2</sup>  | 40.9                                | 35.2                             | 16.6                                     | 15.7                                 |

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

1. Includes schizoaffective disorders.

2. Excludes specific phobias.

# Affektive Störungen

| Diagnostische Klassifikation | Prävalenz |
|------------------------------|-----------|
| Klinische Diagnostik         | 6,6 %     |
| DC-LD                        | 5,7 %     |
| ICD-10-DCR                   | 4,8 %     |
| DSM-IV                       | 3,6 %     |

# Prävalenz

**Table 3** Point prevalence rates of clinical diagnosis of mental ill-health at different ability levels and by gender

| Diagnostic category   | Mild intellectual disabilities<br>(n=398) |                  |                  | Moderate to profound intellectual disabilities<br>(n=625) |                  |                  | All ability levels<br>(n=1023) |                  |                   |
|---|---|------------------|------------------|---|------------------|------------------|--------------------------------|------------------|-------------------|
|   | Men<br>(n=204)                            | Women<br>(n=194) | Total<br>(n=398) | Men<br>(n=358)  | Women<br>(n=267) | Total<br>(n=625) | Men<br>(n=562)                 | Women<br>(n=461) | Total<br>(n=1023) |
|   | %   | %                | %                | %   | %                | %                | %                              | %                | %                 |
| Psychotic disorder <sup>1</sup>   | 6.9                                       | 4.6              | 5.8              | 2.8   | 4.5              | 3.5              | 4.3                            | 4.6              | 4.4               |
| Affective disorder  | 5.9                                       | 7.2              | 6.5              | 5.3   | 8.6              | 6.7              | 5.5                            | 8.0              | 6.6               |
| Anxiety disorder <sup>2</sup>   | 5.4                                       | 6.7              | 6.0              | 2.2   | 2.6              | 2.4              | 3.4                            | 4.3              | 3.8               |
| OCD   | 0   | 1.5              | 0.8              | 0.6   | 0.7              | 0.6              | 0.4                            | 1.1              | 0.7               |
| Organic disorder  | 0.5                                       | 3.1              | 1.8              | 3.1   | 1.5              | 2.4              | 2.1                            | 2.2              | 2.2               |
| Alcohol/substance use disorder  | 2.5                                       | 1.0              | 1.8              | 0.8   | 0                | 0.5              | 1.4                            | 0.4              | 1.0               |
| Pica  | 0   | 0.5              | 0.3              | 3.9   | 1.9              | 3.0              | 2.5                            | 1.3              | 2.0               |
| Sleep disorder  | 1.0                                       | 0                | 0.5              | 0.6   | 0.7              | 0.6              | 0.7                            | 0.4              | 0.6               |
| ADHD  | 0   | 0                | 0                | 2.0   | 3.0              | 2.4              | 1.2                            | 1.7              | 1.5               |
| Autistic-spectrum disorder  | 5.4                                       | 1.5              | 3.5              | 13.4  | 5.6              | 10.1             | 10.5                           | 3.9              | 7.5               |
| Problem behaviour   | 11.3                                      | 14.9             | 13.1             | 24.3  | 34.1             | 28.5             | 19.6                           | 26.0             | 22.5              |
| Personality disorder  | 0.5                                       | 1.0              | 0.8              | 1.1   | 1.1              | 1.1              | 0.9                            | 1.1              | 1.0               |
| Other mental ill-health   | 1.0                                       | 1.0              | 1.0              | 0.6   | 3.0              | 1.6              | 0.7                            | 2.2              | 1.4               |
| Mental ill-health of any type, excluding problem behaviours and autistic-spectrum disorder <sup>2</sup> | 22.1                                      | 22.7             | 22.4             | 20.7  | 24.7             | 22.4             | 21.2                           | 23.9             | 22.4              |
| Mental ill-health of any type, excluding autistic-spectrum disorder <sup>2</sup>                        | 29.9                                      | 34.5             | 32.2             | 36.3  | 44.9             | 40.0             | 34.0                           | 40.6             | 37.0              |
| Mental ill-health of any type, excluding problem behaviours <sup>2</sup>                                | 26.5                                      | 24.2             | 25.4             | 30.7  | 29.6             | 30.2             | 29.2                           | 27.3             | 28.3              |
| Mental ill-health of any type <sup>2</sup>  | 33.3                                      | 35.6             | 34.4             | 42.4  | 48.7             | 45.0             | 39.0                           | 43.2             | 40.9              |

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

1. Includes schizoaffective disorders.

2. Excludes specific phobias.

# Affektive Störungen

| Schwere-<br>grad<br>..... | leicht            | Mittelgradig bis<br>schwerst |
|---------------------------|-------------------|------------------------------|
| Geschlecht                |                   |                              |
| männlich                  | von 204:<br>5,9 % | von 358<br>5.3 %             |
| weiblich                  | von 194:<br>7,2 % | von 267<br>8,6 %             |
| gesamt                    | von 398<br>6,5 %  | von 625<br>6,7 %             |

# Hauptaussagen

- Psychische Probleme („Mental ill-health“) üblich bei Menschen mit ID
- Prävalenz höher als in allgemeiner Bevölkerung
- Prävalenz abhängig von Kriterien
- Anwendung operationalisierter Kriterien sollte Standard sein
- Einige Ähnlichkeiten der Häufigkeiten bei M. mg. GB gegenüber Durchschnittsbevölkerung (z. B. weiblich, life events), aber auch Unterschiede (kein Einfluss der Beschäftigung, Wohngebiet, Epilepsie)
- Allgemeine öffentliche Anstrengungen zur Förderung seelischer Gesundheit gehen an Zielgruppe vorbei.
- Eigene Ergebnisse gehen in weiten Teilen über bisherige Befunde hinaus

# Ursachen der besonderen Häufigkeit psychischer Störungen

- **Hirnschädigung als Ursache**
- **Umfangreiches Spektrum von Komorbidität: Beeinträchtigungen der psychosozialen Entwicklung**
- **Problematische biografische bzw. Sozialisationserfahrungen**
- **Stigmatisierung im äußeren Erscheinungsbild**
- **Verminderte Kompetenz für adäquates Coping**
- **Genetische Bedingtheit des Risikos (Verhaltensphänotyp)**
- **Negative psychotrope Pharmakoeffekte usw.**

# Mögliche Beziehungen zwischen geistiger Behinderung und psychischer Störung

- 1) GB und PS zufällig koinzident
- 2) GB und PS gemeinsame Folge nachteiliger psychosozialer Entwicklungsbedingungen
- 3) GB als Vulnerabilitätsfaktor
- 4) GB als Folge frühkindlicher Psychose
- 5) PS als Folge der durch die GB beeinträchtigten psychosozialen Entwicklung
- 6) GB und PS als unspezifische gemeinsame Folge einer Hirnschädigung
- 7) GB und PS als gemeinsame Folge einer angeborenen Schädigung (Syndrom)
- 8) GB und PS als Folge eines genetischen Defektes

# Affektive Störungen

# Affektive Störungen bei geistiger Behinderung

Diagnostische Probleme:

- Modifiziertes Erscheinungsbild (Fehlen bestimmter Merkmale, Vorhandensein anderer „Ersatzmerkmale“, z. B. Aggression)
- Überlagerung durch Entwicklungsaspekte
- Eingeschränkte sprachliches Verständnis und eingeschränktes sprachliches Ausdrucksvermögen

# Affektive Störungen

Depressive Episode (Major depressive disorder)

Manische Episode

Dysthyme Störung

Bipolare I Störung (Bipolar I disorder)

Bipolar II Störung (Bipolar II disorder)

Zyklothyme Störung

.....

Affektive Störung auf der Grundlage körperlicher  
Krankheiten

Substanzinduzierte affektive Störungen

# Affektive Störungen

Je nach der Diagnose unterscheiden sich die Therapie und die rezidivprophylaktischen Maßnahmen.

Deshalb kommt es auf eine genaue Diagnose an ... und gerade die ist bei Menschen mit geistiger Behinderung sehr schwierig.

# Affektive Störungen bei jungen Menschen

Erhebliche Prävalenz depressiver Zustände

- Biologische Umbrüche
- Psychosoziale Umbrüche.

Bei Menschen mit (geistigen) Behinderungen:  
Schmerzliche Erkenntnis von objektiven  
Benachteiligungen und individuellen Grenzen

# Anpassungen der diagnostischen Regeln und Klassifikationssysteme

- DC-LD (Royal College of Psychiatrists, 2001)
- DM-ID (NADD & APA 2007)

## ➤ DC-LD

[Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation]

Royal College of Psychiatrists

Occasional Paper OP 48

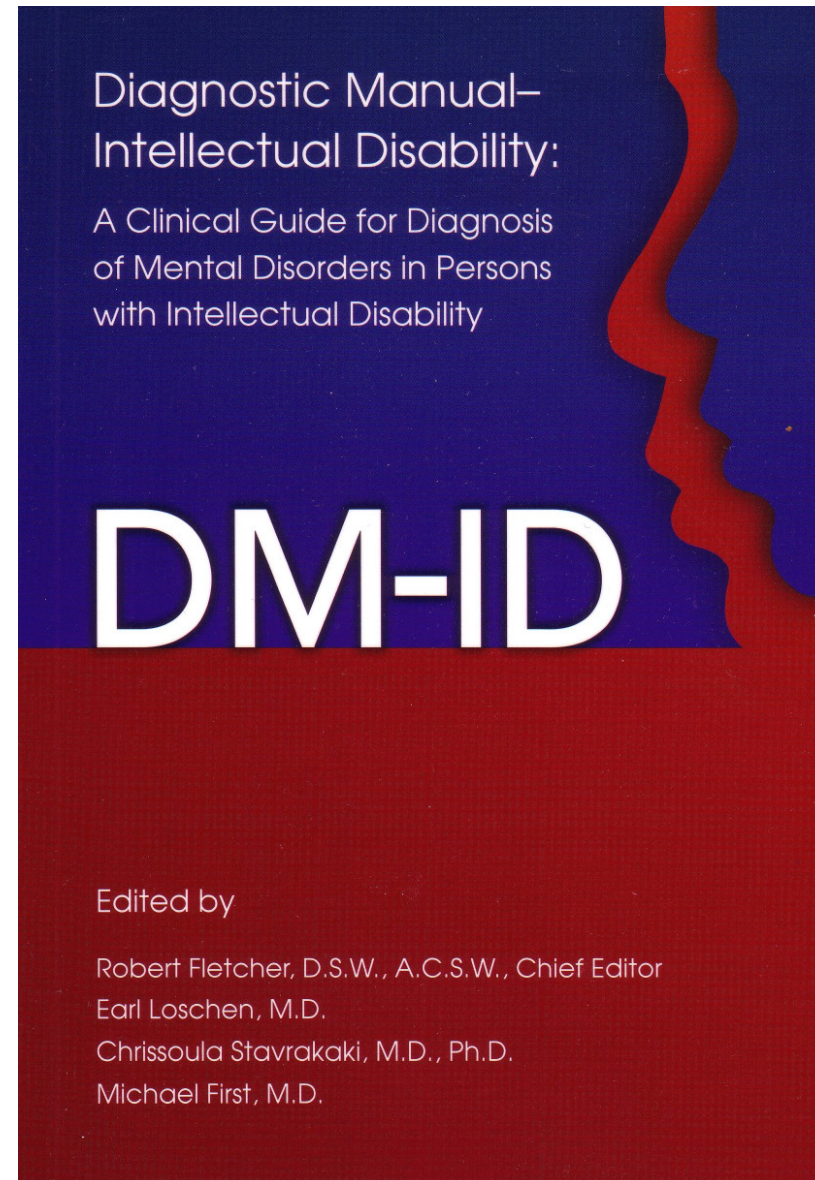


Fletcher, R., Loschen, E.;  
Stavarakaki, C.; First, M.  
(eds.)

Diagnostic Manual –  
Intellectual Disability  
DM-ID

Kingston, N.Y.

NADD press 2007



# Beispiel aus DM-ID: depressive Episode

| DSM-IV  | DM-ID   |
|---|---|
| <p><b>A. Fünf</b> oder mehr der nachfolgenden Symptome müssen während einer Zeit von zwei Wochen vorliegen und eine Abweichung von vorherigen Funktionsniveau darstellen.<br/>Wenigstens (1) eine depressive Verstimmung oder (2) ein Verlust an Interesse oder Freude müssen vorliegen.</p> <p>(1) Gedrückte Stimmung<br/>(2) Deutlich vermindertes Interesse<br/>(3) Signifikanter Gewichtsverlust<br/>(4) ...<br/>.....<br/>(9) ....</p> | <p><b>A. Vier</b> oder mehr der nachfolgenden Symptome müssen während einer Zeit von zwei Wochen vorliegen und eine Abweichung von vorherigen Funktionsniveau darstellen.<br/>Wenigstens (1) eine depressive Verstimmung oder (2) ein Verlust an Interesse oder Freude <b>oder eine gereizte Stimmung (3)</b> müssen vorliegen.</p> <p>(1) Gedrückte oder <b>gereizte</b> Stimmung<br/>(2) Keine Adaptation<br/>(3) Keine Adaptation<br/>(4) ...<br/>.....<br/>(9) ....</p> |

Hinweis: Inoffizielle Eigenübersetzung

# Beispiel aus DM-ID: depressive Episode

| DSM-IV   | DM-ID   |
|--|---|
| D. Symptome gehen nicht auf direkte physiologische Effekte von Substanzen oder auf eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück. | D Keine Adaptation<br>Anmerkung:...<br>übliche medizinische Probleme können Symptome auslösen, die wie eine Depression aussehen. Das bezieht sich auf solche Probleme wie Otitis media, Pilzinfektionen der Haut, Verstopfung, Migränekopfschmerz, oder medikamentös induzierte Bewegungsstörungen. |

Hinweis: Inoffizielle Eigenübersetzung

# Beispiel aus DM-ID: depressive Episode

| DSM-IV   | DM-ID  |
|--|--|
| E. Symptome dürfen nicht besser als Symptome von Trauer interpretiert werden können. | D Keine Adaptation<br><br>Anmerkung:...<br>Bei Menschen mit geistiger Behinderung wird der Einfluss von belastenden Lebensereignissen unterbewertet. |

Hinweis: Inoffizielle Eigenübersetzung

**Practice Guidelines and Principles:  
Assessment, Diagnosis, Treatment and  
Related Support Services for Persons  
with Intellectual Disabilities and  
Problem Behaviour.  
European Edition.**

**A. Dosen, W. I. Gardner, D. M.  
Griffiths, R. King, A. Lapointe**

# Practice Guidelines and Principles

Assessment, Diagnosis, Treatment,  
and Related Support Services for  
Persons with Intellectual Disabilities  
and Problem Behaviour

MH ID



*Centre of Consultation and Expertise*

- Was ist die Grundfrage der psychiatrischen Diagnostik?
- Verhaltensauffälligkeiten, Problemverhalten – was meint man damit?
- Was kann hinter einem Problemverhalten stecken?
- Was sagen die Guidelines dazu?
- Wie gehen die Guidelines vor?

# Grundfrage

- A) Handelt es sich um eine psychische Störung im engeren Sinne?
- B) Oder handelt es sich „nur“ um eine „einfache“ Verhaltensauffälligkeit, ein **Problemverhalten**?

Die Beantwortung dieser Fragen hat erhebliche Konsequenzen für die Art der Intervention!

Bei A: stehen psychiatrische oder psychotherapeutische Interventionen im Vordergrund

Bei B: stehen Umweltsituationen und/oder Trainingsalternativen im Vordergrund

**Sehr vergrößert!**

Bei A:  psychiatrische oder psychotherapeutische  
Therapie im Vordergrund

Individuumszentrierung der Intervention

Bei B:  Umgestaltung des Kontextes, Training von  
Verhaltensalternativen im Vordergrund

Kontextorientierung der Intervention



# Problemverhalten, Verhaltensauffälligkeiten

Unter Verhaltensauffälligkeiten oder Problemverhalten wird alles Mögliche verstanden:

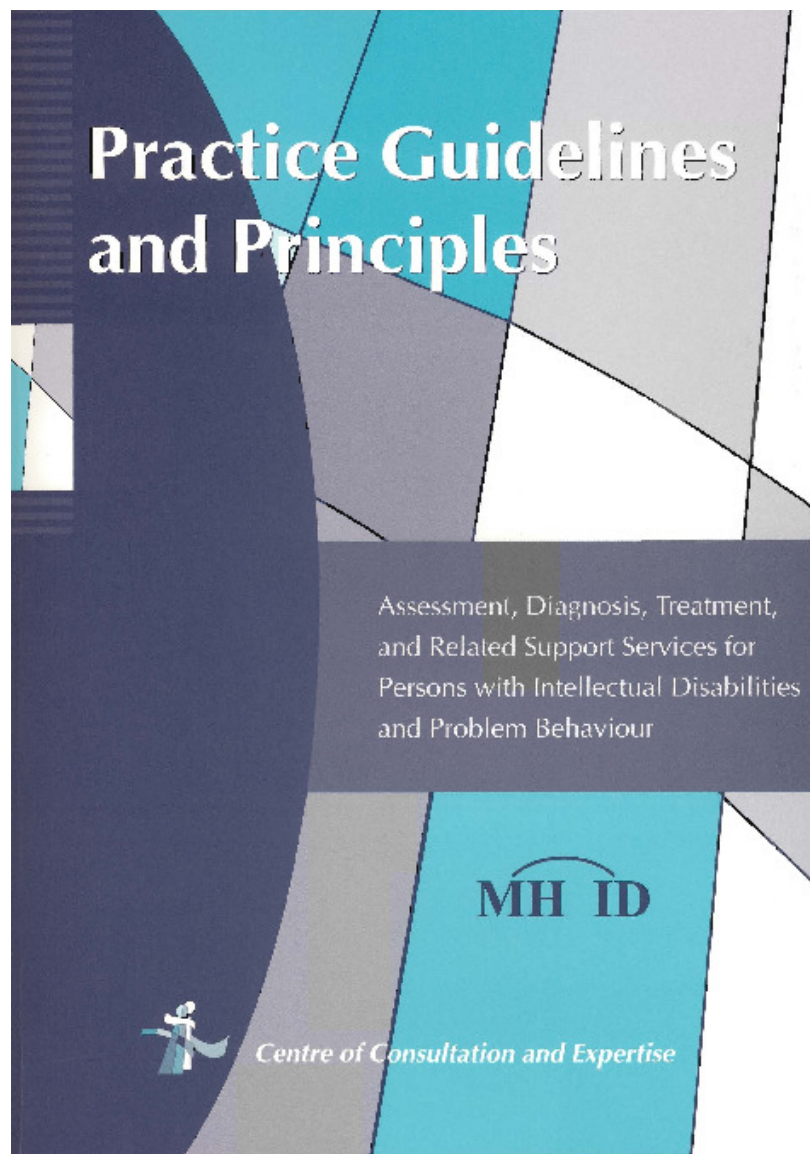
- Störendes Verhalten
- Rückzug
- Aggressives Verhalten (verbal, tätlich)
- Selbstverletzendes Verhalten
- Unangepasstes sexuelles Verhalten
- Verhaltens- und Bewegungstereotypien
- usw.

# Gründe, Ursachen

- Überforderung der individuellen Verhaltensdisposition durch die sozialen, physischen u. a. Umweltanforderungen  
*z. B. Lärm als Überforderung für Menschen mit autistischen Störungen*
- Fehlen alternativer Verhaltensmuster, um Bedürfnisse oder Wünsche auszudrücken  
*z. B. Körperliche Zudringlichkeit bei Fehlen sprachlicher Ausdrucksmöglichkeiten*
- Fehlendes Verständnis für Situation oder situationsgerechtes Verhalten  
*z. B. Unangemessenes „Revierverhalten“ bei Menschen mit Autismus*
- Verhaltensmuster, die aus genetischen Dispositionen entstehen  
*z. B. Selbstverstümmelung bei Lesch-Nyhan-Syndrom*
- Verhaltensmuster, die aus akuten oder chronischen psychischen Störungen resultieren  
*z. B. enthemmte soziale Interaktion bei Manie*  
(nach strenger Anwendung der Definition von Problemverhalten nicht als solches zu benennen!)

# Zwischenbilanz

- Ein schematisches Entweder-Oder ist oft inadäquat für die Erklärung des Verhaltens und
- für die angemessene, erfolgreiche Komposition der Interventionen.
- Eine komplexe, umfassenden Analyse aller Aspekte ist notwendig.
- Ein systematischer methodischer Zugang ist erforderlich.



## **Practice Guidelines and Principles: Assessment, Diagnosis, Treatment and Related Support Services for Persons with Intellectual Disabilities and Problem Behaviour. European Edition.**

A. Dosen, W. I. Gardner, D. M. Griffiths, R. King, A. Lapointe

- Geschichte des Dokumentes
- Struktur des Dokumentes
- Aspekte der Diagnostik in den Guidelines

## Panel:

**G. Albertini (I)**

**J. Pascual-Leone (SP)**

**N. Bouras (UK)**

**L. Salvador-Carullo (SP)**

**A. Van Gennep (NL)**

**M. Seidel (D)**

**J. de Groef (B)**

**J. Skrinjar (CRO)**

**A. Geusens (B)**

**J. J. Stolker (NL)**

**A.G. La Malfa (I)**

**B.F. Morisse (B)**

- 2006  
Treat  
with  
Beh
- 2005  
Platt  
*in In*
- 2007  
Princ  
Rela  
Disa

,  
persons

s auf der  
*al Health*

ines and  
and  
llectual  
**Edition.**

## **Teil A: Der theoretische Rahmen**

Sektion 1: Beschreibung des Problemverhaltens

Sektion 2: Am Auftreten von Problemverhalten beteiligte Faktoren

Sektion 3: Prozess des Auftretens von Problemverhalten

## **Teil B: Praktische Leitlinien für Assessment, Diagnostik und Behandlung**

Leitlinie 1: Assessment

Leitlinie 2: Diagnostik

Leitlinie 3: Behandlung

Leitlinie 4: Management von Verhaltenskrisen

Leitlinie 5: Assessment der Effektivität

## **Teil C: Leitlinie für die Organisation**

Leitlinie 6: Team und Settings

Leitlinie 7: Koordination von Behandlung und Unterstützung

Leitlinie 8: Bereitstellung der Dienstleistungen

## **Teil D: Zukunftsausblick**

## **Teil A: Der theoretische Rahmen**

Sektion 1: Beschreibung des Problemverhaltens

Sektion 2: Am Auftreten von Problemverhalten beteiligte Faktoren

Sektion 3: Prozess des Auftretens von Problemverhalten

## **Teil B: Praktische Leitlinien für Assessment, Diagnostik und Behandlung**

Leitlinie 1: Assessment

Leitlinie 2: Diagnostik

Leitlinie 3: Behandlung

Leitlinie 4: Management von Verhaltenskrisen

Leitlinie 5: Assessment der Effektivität

## **Teil C: Leitlinie für die Organisation**

Leitlinie 6: Team und Settings

Leitlinie 7: Koordination von Behandlung und Unterstützung

Leitlinie 8: Bereitstellung der Dienstleistungen

## **Teil D: Zukunftsausblick**

## Teil A: Der theoretische Rahmen

Sektion 1: Beschreibung des  
Problemverhaltens

Sektion 2: Am Auftreten von  
Problemverhalten beteiligte  
Faktoren

Sektion 3: Prozess des Auftretens von  
Problemverhalten

# Sektion 1: Beschreibung des Problemverhaltens

DC-LD (Royal College of Psychiatrists, 2001)

## Definition von Problemverhalten (PV):

- A) Häufigkeit, Schwere oder Frequenz des PV verlangt klinisches Assessment und spezielle Intervention
- B) PV keine direkte Folge psychischer Störungen, Medikamente oder körperlicher Krankheiten
- C) Eines der folgenden Kriterien muss vorliegen:
  - Wesentlicher Einfluss auf Lebensqualität des Betroffenen oder Dritter
  - PV bewirkt wesentliches Risiko für die Gesundheit oder für die Sicherheit des Betroffenen oder Dritter

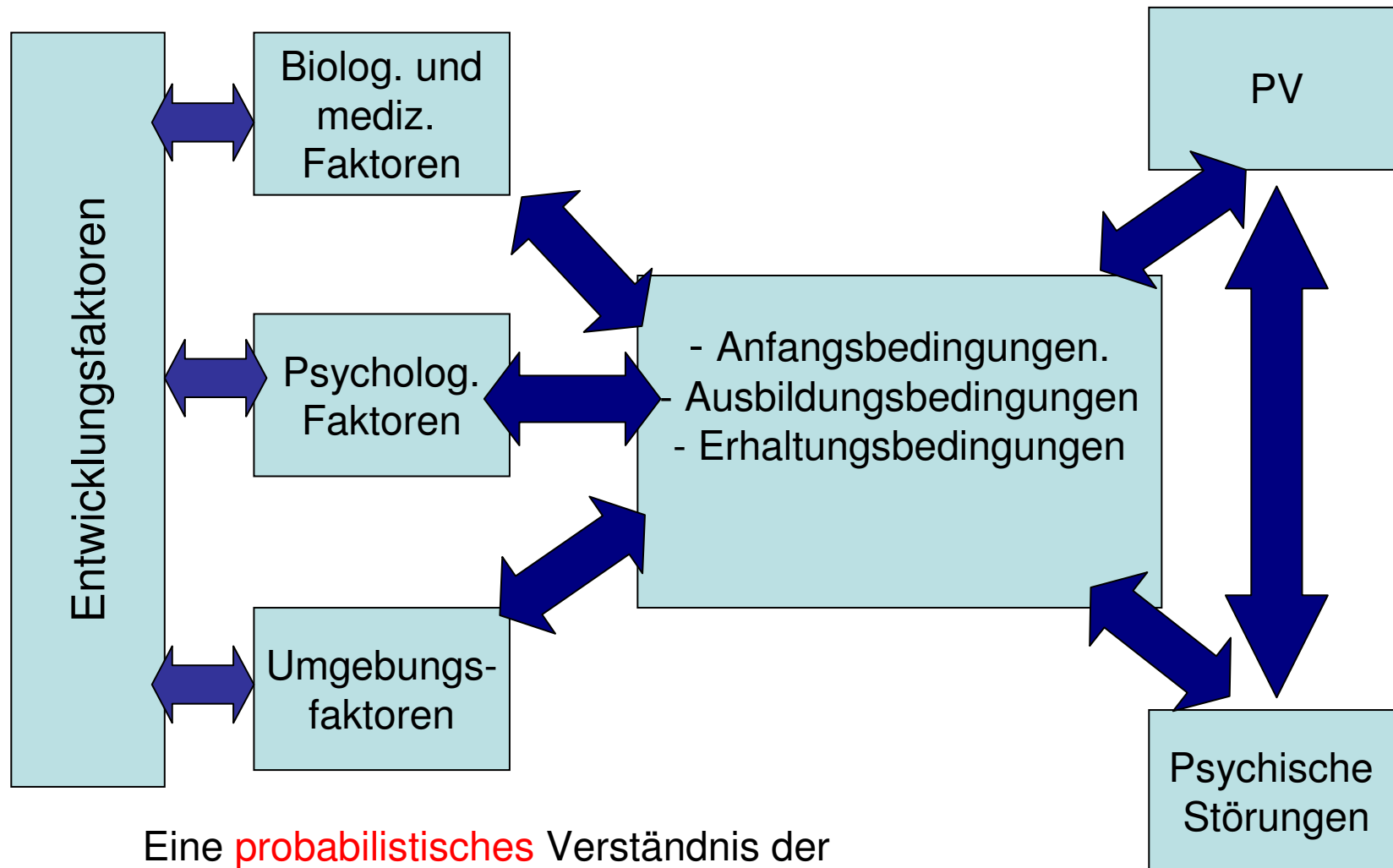
# Sektion 1: Beschreibung des Problemverhaltens

PV ist beschrieben als **ungünstige (maladaptive) Interaktion zwischen der Person und der Umgebung.**

Weil PV nicht auf eine einzige diagnostische Kategorie reduziert werden kann, müssen mögliche biologische, medizinische, psychologische und andere Störungen untersucht werden.

PV sollte interdisziplinär untersucht werden.

## Sektion 2: Beteiligte Faktoren



Eine **probabilistisches** Verständnis der Wechselwirkungen ist angemessener als ein deterministisches Verständnis

## Sektion 2: Beteiligte Faktoren

Das **Entwicklungsniveau** einer Person im umfassenden Sinne sollte als Hauptbedingung eines PV verstanden werden.

# Sektion 2: Beteiligte Faktoren

## Entwicklungsperspektive:

Das **Entwicklungsniveau** einer bestimmten Person wird als die Gesamtheit von Persönlichkeitsmerkmalen gesehen, die darüber bestimmt, was einer Person schadet oder wie eine Person mit einem Schaden oder einem Nachteil umgeht.

Die **Entwicklungsperspektive** ergänzt den üblichen bio-psycho-sozialen Zugang.

**Persönlichkeit** wird als Resultat der kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung verstanden.

D. h. eine Person auf einem bestimmten emotionalen Niveau hat bestimmte grundlegende psychosoziale Bedürfnisse, deren Befriedigung die Voraussetzung ihrer weiteren Entwicklung ist.

Wenn bestimmte Umgebungsbedingungen diese Bedürfnisse nicht erfüllen, entstehen Motivationen, die maladaptives Verhalten produzieren.

## Sektion 2: Beteiligte Faktoren

### **Entwicklungsperspektive:**

Auf einem bestimmten Entwicklungsniveau entstehen bestimmte Verhaltensweisen als Reaktion auf Belastungen.

Das Niveau der kognitiven, emotionalen und Persönlichkeitsentwicklung spielt die wesentliche Rolle dafür, wie eine Person mit GB belastende Stimuli verarbeitet.

Die Kenntnis des Entwicklungsniveaus kann deshalb Erklärungen für das Verhalten in einer bestimmten Situation liefern.

# Sektion 2: Beteiligte Faktoren

## Körperliche Erkrankungen

Erkrankungen bzw. erkrankungsbedingte Beschwerden oder Nebenwirkungen von Behandlungen können beitragen zur Ausbildung von PV.

Beispiele:

**Ekzeme**

**Ohrenschmerzen**

**Anämie**

**Schlafstörungen**

**Epilepsie**

**Menstruationsbeschwerden**

**Arzneimittel-Nebenwirkungen**

# Sektion 2: Beteiligte Faktoren

## Biologische und genetische Störungen

Behavioral phenotypes (Verhaltensphänotypen)

Erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass bei bestimmten genetisch definierten Störungen bestimmte Verhaltensweisen oder Entwicklungsabfolgen auftreten.

Beispiele:

**Rett-Syndrom**

**Lesch-Nyhan-Syndrom**

**FragileX-Syndrome**

**Williams-Syndrome**

# Sektion 2: Beteiligte Faktoren

## Störungen körperlicher Funktionen (Impairments)

Bestimmte funktionelle Beeinträchtigungen können die Interaktion zwischen einer Person und ihrer sozialen Umwelt beeinträchtigen.

Beispiele:

Beeinträchtigungen der Sprache,

Beeinträchtigungen Sinneswahrnehmung,

Beeinträchtigungen exekutiver Funktionen,

Beeinträchtigungen der Affektkontrolle

# Sektion 2: Beteiligte Faktoren

## Umgebungsbedingungen

besondere Rolle bei Entstehung von PV.

Beispiele:

Missbrauchserfahrungen,

unangemessene Erwartungen der Umwelt,

Vernachlässigung grundlegender psychosozialer Bedürfnisse,

nachteilige Erziehungsbedingungen und der daraus resultierende Mangel protektiver Elemente usw.

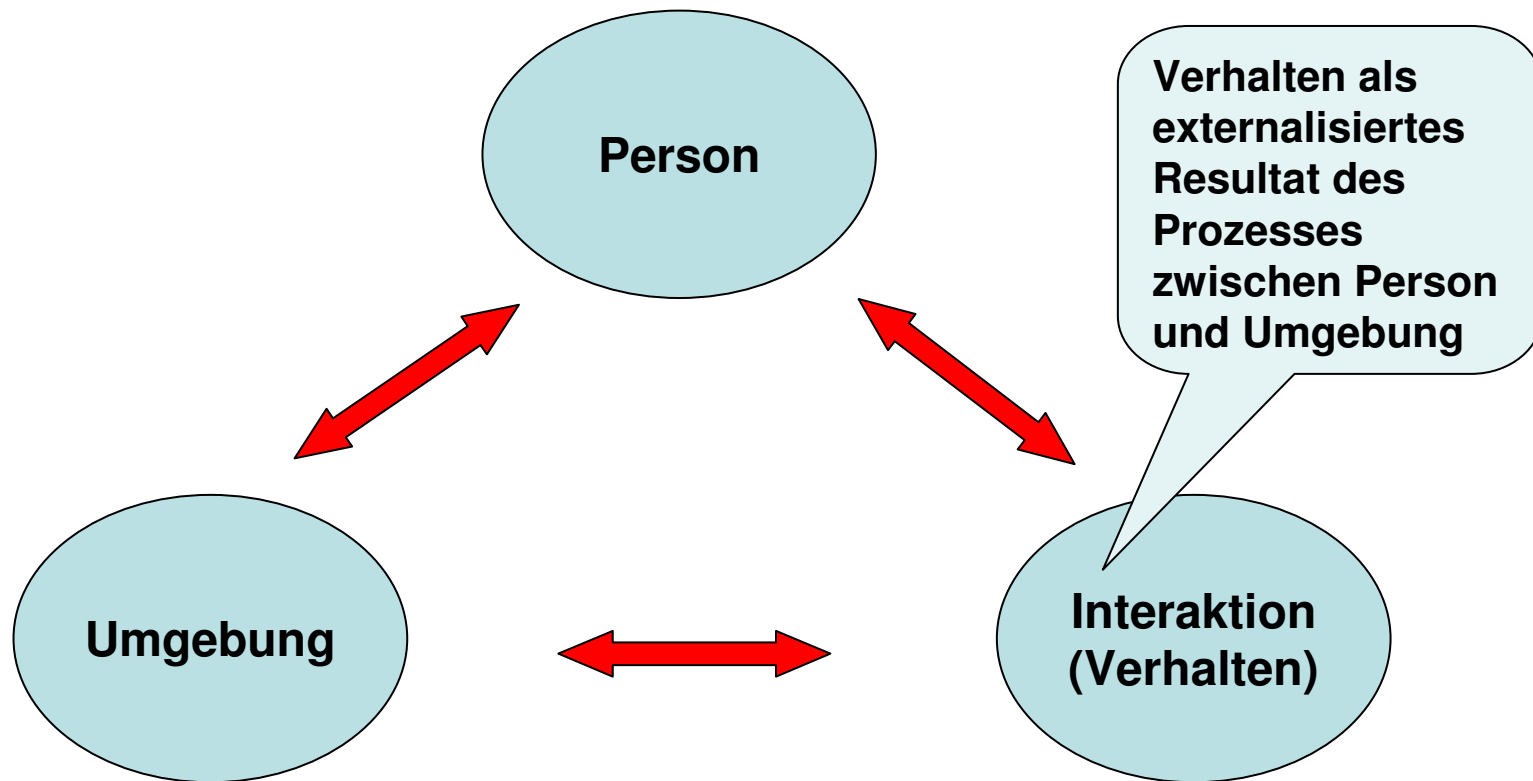
# Sektion 2: Beteiligte Faktoren

## Stress Erfahrungen

Stresserfahrungen sind besonders häufig bei Menschen mit GB wegen:  
erhöhter Störbarkeit,  
Fehlen protektiver Faktoren,  
geringer Coping-Fähigkeiten.

# Sektion 3: Prozess des Auftretens von Problemverhalten

## Das Entstehungs-Dreieck und die Dynamik von PV



# Teil B: Praktische Leitlinien

Leitlinie 1: Assessment

Leitlinie 2: Diagnostik

## Assessment

- A) Assessment des PV**
- B) Assessment der Person**
- C) Assessment der Umgebung**

## A) Assessment des PV

- Krankenakten, Aufzeichnungen
- Interview der Person
- Informationen von Betreuungspersonen
- Direkte Verhaltensbeobachtungen
- Formalisierte, standardisierte Verfahren (Checklisten, Rating-Skalen, Verhaltensanalyse)

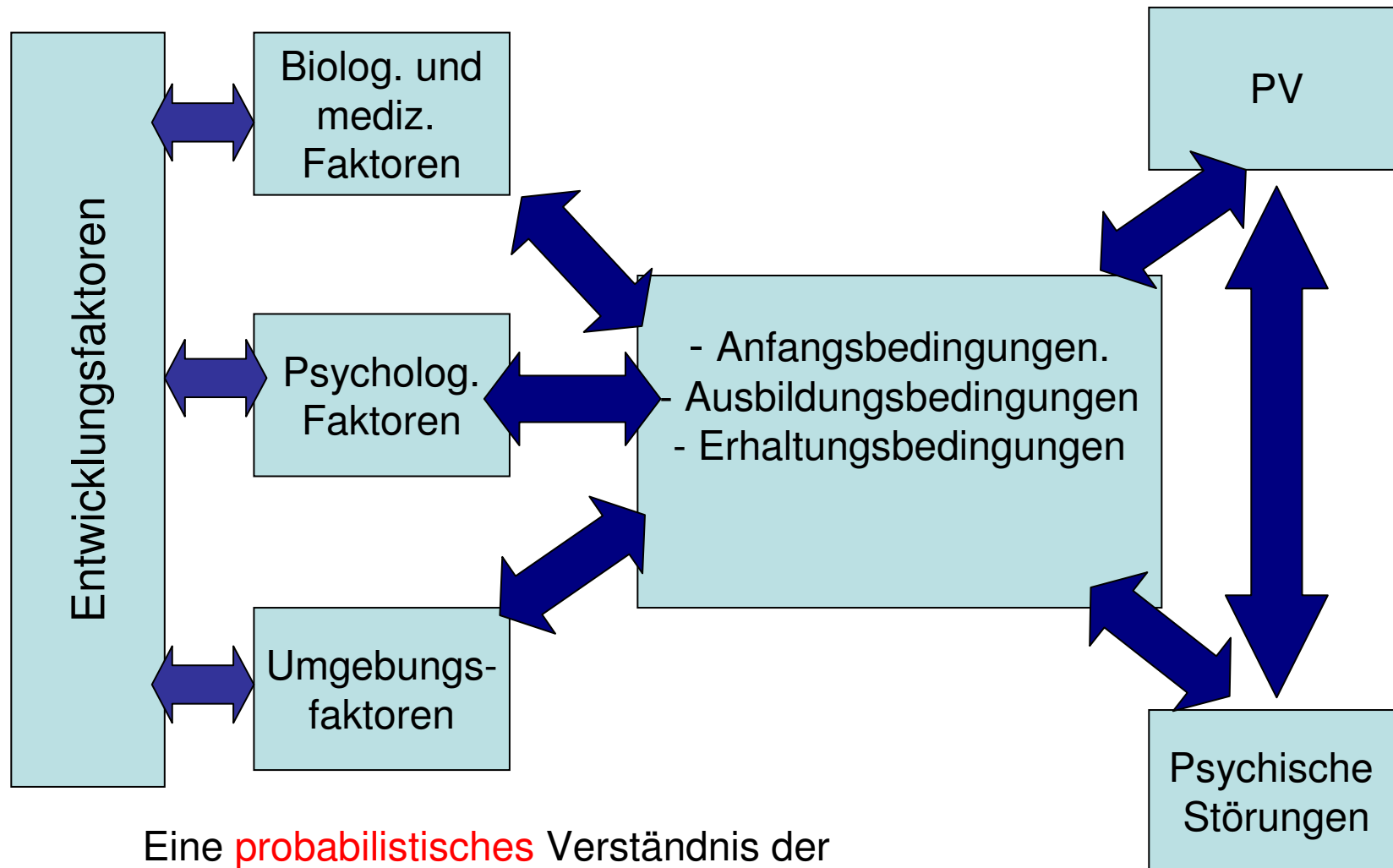
## **B) Assessment der Person**

- Biologische Charakteristika
- Psychosoziale Aspekte
- Körperliche Gesundheit
- Psychiatrische Befunden
- Funktionseinschränkungen

## C) Assessment der Umgebung

- Physische Umgebung (Heim, Arbeit, Tagesstruktur)
- Bedeutung der Person für ihre Umwelt
- Systemprobleme
- Pädagogische Probleme
- Soziale Probleme, kulturelle Aspekte

## Sektion 2: Beteiligte Faktoren



Eine **probabilistisches** Verständnis der Wechselwirkungen ist angemessener als ein deterministisches Verständnis

### **Integrative multimodale Fallformulierung - Diagnose**

- A) Formulierung der bio-psycho-sozialen Aspekte und der Entwicklungsaspekte
- B) Beschreibung der Entstehungsmechanismen und der Dynamik
- C) Formulierung der Diagnose

- Es handelt sich um einen sehr komplexen diagnostischen Prozess.
- Er enthält viele Besonderheiten.
- Er unterscheidet sich vor allem im Hinblick auf die systematische Analyse der Umgebung (Kontext) deutlich vom allgemein-psychiatrischen diagnostischen Prozess.
- Er verlangt spezielle Erfahrungen, die sich auf die Zielgruppe und ihre Lebenswelt beziehen.

- Eine deutschsprachige Ausgabe ist demnächst verfügbar
- ES ist geplant, sie auf die Website der DGSGb zu stellen: [www.dgsgb.de](http://www.dgsgb.de)
- Eine umfassende Diskussion der Anwendungsvoraussetzungen, -erfahrungen usw. ist erforderlich.

# Resümee

- Die Diagnostik von depressiven Zuständen bei Menschen mit geistiger Behinderung ist mit vielen Besonderheiten verbunden.
- Die üblichen diagnostischen Regeln und Prozeduren sind oft unzulänglich.
- Eine sorgfältige Einbeziehung von Entwicklungs- und Kontextfaktoren ist unentbehrlich, um zu einer zielführenden Behandlung und Unterstützung zu kommen
- Dies verlangt interdisziplinäre Kooperation.

Michael.seidel@bethel.de

*Herzlichen Dank  
für Ihre  
Aufmerksamkeit!*