



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

The logo for dgsgb (Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.) consists of the lowercase letters 'dgsgb' in a bold, sans-serif font, centered within a black diamond-shaped border.

Praxisleitlinien und Prinzipien
Assessment, Diagnostik, Behandlung und
Unterstützung für Menschen mit geistiger
Behinderung und Problemverhalten
– Europäische Edition –

Anton Došen, William I. Gardner, Dorothy M. Griffiths,
Robert King, André Lapointe

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

Berlin 2010

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 978-3-938931-22-6

Deutsche Übersetzung 2010 im Eigenverlag der DGSGb, Berlin

Internet: klaus.hennicke@gmx.de

1. Aufl. 2010

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

European Association for Mental Health in Intellectual Disability (MHID)**Praxisleitlinien und Prinzipien****Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten - Europäische Edition**

ISBN 978-90-807684-5-1

Autoren

Anton Došen (Leiter der Arbeitsgruppe)
William I. Gardner (Stellvertretender Leiter der Arbeitsgruppe)
Dorothy M. Griffiths,
Robert King und
André Lapointe

Arbeitsgruppe europäischer Experten

Folgende Personen haben die Leitlinien durchgesehen und zur englischsprachigen Fassung dieser Publikation durch ihre Kommentare beigetragen:

Giorgio Albertini (I)
Juan Pascual-Leone (SP, CA)
Nick Bouras (UK)
Luis Salvador-Carulla (SP)
Ad van Gennep (NL)
Michael Seidel (D)
Johan de Groef (B)
Jasmina Skrinjar (CRO)
Annamie Geusens (B)
Joost Jan Stolker (NL)
Geraldine Holt (UK)
Paul Koch (NL)
Giampaolo Di Malfa (I)
Filip Morisse (B)

Vorbemerkung zur deutschen Ausgabe

Die deutsche Übersetzung der deutlich modifizierten europäischen Version der ursprünglich in den USA durch die NADD publizierten Dokumentes wurde im Auftrage der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Gesundheit (DGSGB) erarbeitet. Für die kritische Überprüfung der Übersetzung, Verbesserungsvorschläge und fachliche Kommentare ist herzlich zu danken:

Klaus Hennicke (Berlin)
Knut Hoffmann (Göttingen)
Thomas Meinert (Bielefeld)
Holger Schmidt (Meckenbeuren)
Tatjana Voß (Berlin)
Elisabeth Wilking (Bielefeld)

In den Fußnoten zur deutschen Ausgabe werden Details der Übersetzung erläutert und die Wahl bestimmter Termini begründet. Die Übersetzung und Herausgabe eines solchen Dokumentes steht vor einigen Herausforderungen. Man muss akzeptieren, dass manche Formulierungen nicht vollständig wortgetreu zu übersetzen und manche englischsprachigen Formulierungen mehrdeutig sind.

Die DGSGB erhofft sich von diesem Dokument, das in einer internationalen Kooperation entstanden ist, einen wichtigen Beitrag zum besseren Verständnis der komplexen Bedingungen von Problemverhalten, vor allem aber einen wichtigen Beitrag zur Organisation geeigneter fachlicher Hilfen in einem interdisziplinären Setting. Die Überwindung einseitiger und reduktionistischer Zugänge zu dieser komplexen und anspruchsvollen Thematik und zur Verwirklichung einer interdisziplinären Praxis sind die vordringlichen Ziele. Problemverhalten ist eine fachliche Herausforderung, die von keiner Berufsgruppe oder Disziplin allein bewältigt werden kann.

Deshalb wünscht die DGSGB diesem wichtigen Dokument eine große Verbreitung und eine lebhafte – auch kritische – Resonanz.

Die DGSGB erhofft sich einen strukturierten Dialog über dieses Dokument. Rückmeldungen sind daher sehr willkommen und können unter dem Stichwort „Praxisleitlinien“ an die E-Mail-Adresse michael.seidel@bethel.de gegeben werden.

Michael Seidel
Vorsitzender der DGSGB
Bielefeld, im April 2010

Inhalt

	Seite
Vorwort	6
Geleitwort zur Europäischen Ausgabe	7
Geleitwort zur Ausgabe der NADD	10
Teil A	
Der theoretische Rahmen	12
Sektion 1: Beschreibung des Problemverhaltens	13
Sektion 2: An der Entstehung von Problemverhalten beteiligte Faktoren	17
Sektion 3: Entstehungsprozess von Problemverhalten	29
Teil B	
Praxisleitlinien für Assessment, Diagnostik und Behandlung	38
Leitlinie 1: Assessment	39
Leitlinie 2: Diagnostik	44
Leitlinie 3: Behandlung	47
Leitlinie 4: Umgang mit Verhaltenskrisen	55
Leitlinie 5: Assessment der Effektivität	58
Teil C	
Leitlinien für die Organisation	59
Leitlinie 6: Personal und Setting	60
Leitlinie 7: Koordination von Behandlung und Unterstützung	63
Leitlinie 8: Bereitstellung von Dienstleistungen	66
Teil D	
Perspektiven	69
Literatur	70
Ergänzende deutschsprachige Literaturhinweise	76

Vorwort

Zweifellos können die *Praxisleitlinien und Prinzipien: Assessment, Diagnostik¹, Behandlung und Unterstützung² für Menschen mit geistiger Behinderung³ und Problemverhalten⁴* zu einem Meilenstein auf dem anspruchsvollen Gebiet des Problemverhaltens werden. Das Gebiet ist sehr komplex. Verschiedene, manchmal antagonistische Modelle und Interpretationen der Interventionsstrategien konkurrieren miteinander.

Die vorliegenden *Praxisleitlinien und Prinzipien: Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten* können dazu beitragen, diese unbefriedigende Situation zu überwinden. Das Dokument wurde durch hervorragende und international anerkannte Experten aus Europa, Kanada und den USA während eines langen und schwierigen Prozesses erarbeitet. Es liefert eine integrative Plattform für verschiedene, einander ergänzende Sichtweisen. Einige der wichtigsten Merkmale des Dokumentes sind die zentrale Position der Entwicklungsperspektive, die Beachtung der Umweltbedingungen der Person, die Kombination theoretischer und praktischer Aspekte und die Empfehlungen in organisatorischer Hinsicht. Die größte Stärke dieses Dokuments ist es, biologische, psychologische, soziale und Entwicklungsaspekte zu verknüpfen. Dieser Zugang kann helfen, eine verengte Perspektive, in der ein bestimmtes Problemverhalten ausschließlich als eine Angelegenheit der betroffenen Person interpretiert wird, zu vermeiden. Ein solcher komplexer Zugang kann die Interventionsstrategien breiter anlegen, indem die Beeinflussung der Umweltfaktoren einbezogen wird. Diese Strategie beachtet auch menschenrechtliche Aspekte und neuere Bemühungen im Hinblick auf Inklusion und die soziale Teilhabe.

Bereits der Entwicklungsprozess des Dokuments hat verschiedene Meinungen, unterschiedliche Positionen und Vertreter verschiedener Nationen zusammengebracht. Deshalb ist zu hoffen, dieses Dokument wird seine Fähigkeit beweisen, zum Austausch der Fachleute zu ermutigen und Experten aus aller Welt zusammenzuführen.

Michael Seidel, Bielefeld

Präsident der European Association of Mental Health in Intellectual Disability
2005-2007

¹ Der englischsprachige Begriff *diagnosis* kann *Diagnostik* (als Prozess) oder *Diagnose* (als Prozessergebnis) bedeuten. Hier wird er mit *Diagnostik* übersetzt.

² Der englischsprachige Begriff *related support services* wird hier mit *Unterstützung* übersetzt.

³ Der englischsprachige Begriff *intellectual disability* wird hier mit *geistige Behinderung* übersetzt.

⁴ Der englischsprachige Begriff *problem behaviour* wird durchgängig mit *Problemverhalten* übersetzt

Geleitwort zur europäischen Edition

Diese Publikation über Problemverhalten ist die zweite in einer Serie von Praxisleitlinien, die durch die *European Association for Mental Health in Intellectual Disability (EAMHID)* erarbeitet wurden. Die erste Publikation dieser Serie waren die Praxisleitlinien für das Assessment und die Diagnostik psychischer Störungen bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung (Deb et al., 2001).

Eine frühere Version der vorliegenden Praxisleitlinien, nämlich die *Practice Guidelines for Diagnostic, Treatment and Related Support Services for Persons with Developmental Disabilities and Serious Behavioural Problems* (Gardner et al., 2006) wurde durch die NADD (National Association for Dually Diagnosed) publiziert. Die *European Association for Mental Health in Intellectual Disability*, die diese frühere Version unterstützt hatte, entschied sich dafür, diese Version zu modifizieren, um der derzeitigen Praxis in verschiedenen europäischen Ländern besser gerecht zu werden. Die Fachleute aus unterschiedlichen Ländern, die in der *European Association for Mental Health in Intellectual Disability* vertreten sind, formulierten Empfehlungen, die in die vorliegende europäische Ausgabe der *Praxisleitlinien und Prinzipien: Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten* aufgenommen wurden (s. auch die Arbeitsgruppe der europäischen Experten).

Problemverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung wird unter Fachleuten häufig diskutiert. Die mit dem Thema verbundenen Schwierigkeiten erschweren oft die Versorgung dieser Zielgruppe. Problemverhalten kann zu Störungen der sozialen Interaktion zwischen der betroffenen Person und ihrer Umgebung führen. Es kann die Lebensqualität der betreffenden Person beeinflussen und sowohl der bei jeweils betroffenen Person als auch bei den Menschen ihrer Umgebung Leiden verursachen. Problemverhalten kann die psychosoziale Entwicklung und die seelische Gesundheit der betreffenden Person negativ beeinflussen und in manchmal sogar zu psychischen Störungen führen.

Das bessere Verständnis der Fachleute für Verhaltensprobleme trifft mit der Entwicklung einer verbesserten Versorgung für diese Menschen zusammen. Früher interpretierte man Probleme des Verhaltens als Folge der intellektuellen Beeinträchtigung der betroffenen Individuen. Als man erkannte, dass bei Menschen mit geistiger Behinderung seelische Krankheiten auftreten können, entwickelte sich die Vorstellung der Fachleute dahin, Verhaltensprobleme als Symptome einer psychischen Krankheit zu sehen. Gegenwärtig interpretiert man die Problemverhalten jedoch als spezielle Phänomene mit spezifischen Erscheinungsformen und Entstehungsmechanismen. Verhaltensprobleme

müssen von anderen Problemen dieser Population unterschieden zu werden. Sie brauchen eine adäquate Versorgung und Behandlung durch die Leistungserbringer⁵.

Menschen mit Verhaltensproblemen werden oft für Assessment und Behandlung durch Experten an psychiatrische Einrichtungen⁶ überwiesen, dort. Gegenwärtig gibt es spezialisierte Dienstleistungen für seelische Gesundheit – einschließlich der Verhaltensprobleme – für Personen mit geistiger Behinderung in einigen europäischen Ländern (Holt et al., 2007). Allerdings erschweren zahlreiche Diskussionen und offene Fragen auf diesem Gebiet die Behandlung der Probleme und den Umgang damit eher. Es bleiben viele ungelöste Aufgaben. Sie beziehen sich auf

- die Definition des Phänomens,
- die Unterscheidung zwischen normalem und abnormem Verhalten auf unterschiedlichem Entwicklungsniveau,
- die Unterscheidung von Symptomen psychischer Krankheit und Verhaltensproblemen,
- die Schwierigkeiten hinsichtlich der Interpretation des Phänomens unter verschiedenen Umständen und
- die Probleme, die Entstehungsmechanismen zu identifizieren.

Die vorliegende Publikation befasst sich mit diesen Themen und den Konzepten hinsichtlich der Verhaltensprobleme bei Menschen mit geistiger Behinderung und des angemessenen Umgangs damit.

Diese Leitlinien richten besondere Aufmerksamkeit auf die Entwicklungsperspektive. Diese Perspektive ist besonders herauszustellen, weil die Entwicklungsaspekte hinsichtlich seelischer Gesundheit und Verhaltensprobleme bei Menschen mit geistiger Behinderung noch immer unzureichend beachtet werden, während die auf der Entwicklungsperspektive basierende Basis schon ermutigende Ergebnisse zeigt (Došen, 2007).

Der umfassende Zugang zu Assessment, Diagnostik und Behandlung und die organisatorischen Aspekte der Versorgung wird folgendermaßen beschrieben:

- Beschreibung des Phänomens (Teil A: Sektion 1)
- Erklärung der Faktoren und Prozesse, die zu Problemverhalten führen (Teil A: Sektion 2 und 3)
- Assessment und Diagnostik des Problems (Teil B: Leitlinien 1 und 2)
- Behandlung und Handhabung⁷ des Problems (Teil B: Leitlinien 3 – 5)

⁵ Der englischsprachige Begriff *care provider* wird hier mit *Leistungserbringern* oder *Dienstleister* übersetzt.

⁶ Der englischsprachige Begriff *mental health services* findet im Deutschen keine adäquate Entsprechung, er wird hier mit *psychiatrische Einrichtungen* oder mit *psychiatrische Dienstleistungen* übersetzt.

⁷ Der englische Begriff *management* wird hier mit *Handhabung* oder *Umgang* übersetzt.

- Organisation der Dienstleistungen (Teil C: Leitlinien 6 – 8)
- Weitere Perspektiven (Teil D).

Einige Mitglieder der Arbeitsgruppe sind der Auffassung, diese Leitlinien seien auch bei Menschen mit Störungen des autistischen Spektrums und geistiger Behinderung nutzbringend anzuwenden. Angesichts der unterschiedlichen Terminologie in den verschiedenen europäischen Ländern benutzen diese Leitlinien den Begriff *Problemverhalten* (siehe Teil A: Sektion 1).

Ziele der Leitlinien sind:

- einen konzeptionellen Rahmen für Erklärung und Verständnis von Problemverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung bereitzustellen, um einen besseren fachlichen Zugang zum Problem zu fördern;
- einen Konsens unter Fachleuten verschiedener Länder bei der Beschäftigung mit Problemverhalten herzustellen und ihre Zusammenarbeit bei der zukünftigen Entwicklung für die Versorgung dieser Zielgruppe zu unterstützen;
- die nationalen Strategien der europäischen Länder zur Organisation angemessener Dienstleistungen, die zur geeigneten psychiatrischen Versorgung für Menschen mit Problemverhalten notwendig sind, zu unterstützen;
- Fachleuten Beispiele guter Praxis zu geben, um sie bei der Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in den verschiedenen europäischen Ländern zu unterstützen, damit ein europäischer Standard erreicht wird.

Geleitwort zur Ausgabe der NADD

Diese Praxisleitlinien erarbeitete eine Arbeitsgruppe von Fachleuten, die über viel Erfahrung in Ausbildung und Forschung sowie über klinische Erfahrung mit Menschen mit Entwicklungsbeeinträchtigungen und ausgeprägten Verhaltensproblemen verfügen.

Das PREM-TGC (The Programme Regional D'Expertise Multidisciplinaire en Troubles Graves du Comportements) in Quebec, Kanada, unterstützte die Arbeit technisch und finanziell. Die Arbeitsgruppe bestand aus

- Anton Došen, M. D., Ph. D., emeritierter Professor emeritus , Radboud Universität, Nijmegen, Niederlande, vormals Präsident und gegenwärtig Ehrenpräsident der European Association of Mental Health in Intellectual Disability
- William I. Gardner , Ph. D., Professor emeritus, University of Wisconsin-Madison, USA, vormals Vizepräsident und Mitglied Vorstands der National Association for the Dually Diagnosed (NADD)
- Dorothy Griffiths, Ph. D., Professor, Brock University, Ontario, Kanada, frühere Präsidentin und Mitglied des Board of Directors der National Association for the Dually Diagnosed (NADD)
- Robert King, M. D., Psychiater, North Bay Psychiatric Hospital, Ontario, Kanada
- André Lapointe, Ph. D., Psychologe, PREM-TGC, leistete technische Unterstützung; er fungierte als Verbindungsglied zwischen der PREM-Agentur und der Arbeitsgruppe.

Bei der Entwicklung der Praxisleitlinien war sich die Arbeitsgruppe bewusst, dass begrenzte Ressourcen oder die Strukturen von Verwaltung und Dienstleistungen unter verschiedenen örtlichen, regionalen oder nationalen Rahmenbedingungen die Einführung aller Komponenten dieser Leitlinien behindern können. Dennoch ließ sich die Arbeitsgruppe von dem Wunsch leiten, die Bedürfnisse der Menschen mit schweren Verhaltensproblemen zu identifizieren und zu beschreiben, was im Hinblick auf die Formen der Dienstleistungen, auf das Personal und auf die strukturellen Voraussetzungen notwendig ist, um diese Bedürfnisse zu befriedigen. Diese Praxisleitlinien sollen

(a) durch staatliche und private Dienstleistungsagenturen auf örtlicher, regionaler und nationaler Ebenen genutzt werden, um den gegenwärtigen Zustand ihrer klinischen und komplementären Dienstleistungsangebote zu bewerten und

(b) bereits vorhandene Dienstleistungen zu modifizieren und zu erweitern, damit bisher noch unbefriedigte Bedürfnisse befriedigt werden können. Von den hiermit vorliegenden Praxisleitlinien muss man die speziellen

Behandlungsleitlinien unterscheiden, die als „spezifische Empfehlungen für Behandlungen, die den Klienten angeboten werden sollen“ definiert sind (Reed et al., 2002). Das National Guidelines Clearinghouse nennt über einhundert solcher Leitlinien auf dem Gebiet der verhaltensbezogenen Gesundheit (www.guideline.gov). Rush & Frances (2000) nennen Beispiele für Behandlungsleitlinien bei psychischen und Verhaltensproblemen von Menschen mit geistiger Behinderung.

Teil A Theoretischer Rahmen

Sektion 1: Beschreibung des Problemverhaltens

Sektion 2: An der Entstehung von Problemverhalten beteiligte
Faktoren

Sektion 3: Entstehungsprozess von Problemverhalten

Sektion 1 Beschreibung des Problemverhaltens

Problemverhalten und diagnostische Kriterien

Verhaltensweisen von Menschen mit geistiger Behinderung wie physische Aggression, Sachzerstörung, Selbstbeschädigung, Pica und andere agitierte oder störende Zustände werden durch ihre soziale Umgebung als Problemverhalten infolge

- der Frequenz ihres Auftretens,
- der Schwere (möglicher physischer oder psychischer Schaden für die Person selbst oder für andere oder Sachbeschädigung) und
- der Dauer und der Situation des Verhaltens

definiert.

Manches Problemverhalten kann zwar selten auftreten, jedoch sehr intensiv und deshalb gefährlich sein. Anderes Problemverhalten kann wegen seiner hohen Frequenz oder seines ständigen Auftretens ernste Probleme verursachen, selbst wenn es nur wenig intensiv ist (Emerson, 1995). Im Hinblick auf den Schaden für die Person selbst, für andere, für Eigentum usw. sind mehrere Aspekte bedeutsam: das Ausmaß der materiellen Zerstörung, der Umfang der Wechselwirkung mit sozialen Interaktionen, die Beeinträchtigung von Lernen und Rehabilitation, das Risiko, aggressiven oder restriktiven Prozeduren unterworfen zu werden, der Ausschluss vom Zugang zu öffentlichen Angeboten, die Einschränkung von Bürgerrechten (z. B. Gefängnis) oder das Risiko, durch Hospitalisierung oder Institutionalisierung in der Freiheit eingeschränkt zu werden. (O'Brien, 2003).

Die Autoren des DC-LD⁸ (Royal College of Psychiatrists, 2001) schlagen für Problemverhalten folgende diagnostischen Kriterien vor:

- A. Frequenz, Schwere oder Chronizität eines Problemverhaltens sind so ausgeprägt, dass klinisches Assessment und spezielle Interventionen erforderlich werden.
- B. Das Problemverhalten darf nicht als unmittelbare Folge einer bestimmten psychischen Störung, von Medikamenten oder körperlichen Erkrankungen erklärbar sein.
- C. Eines der folgenden Merkmale muss vorhanden sein:
 - Das Problemverhalten beeinträchtigt wesentlich die Lebensqualität der betroffenen Person oder anderer Personen.

⁸ DC-LD = Diagnostic Criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/ mental retardation

- Das Problemverhalten stellt ein wesentliches Risiko für Gesundheit oder Sicherheit der betroffenen Person und/oder anderer Personen dar.

D. Das Problemverhalten ist andauernd und schwerwiegend.

Die Autoren des DC-LD unterscheiden u. a. folgende Formen von Problemverhalten: Verbal-aggressives, tätlich-aggressives, zerstörerisches, selbstverletzendes, sexuell unangemessenes, oppositionelles, forderndes, sich herumtreibendes, gemischtes und anderes Verhalten.

Problemverhalten über die Lebensspanne

Personen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten sind im Hinblick auf Alter sowie Art und Schwere der Behinderung eine heterogene Gruppe. Problemverhalten entwickelt sich typischerweise langsam über Monate oder Jahre entwickelt und tritt in immer mehr Lebenssituationen auf. Es ist nicht selten, dass es in der frühen Kindheit beginnt und dann während der Jugendzeit und im jungen Erwachsenenalter an Frequenz und Schwere zunimmt (Emerson, 1995; Richardson et al., 1985). Im Ergebnis stellen sich sehr unterschiedliche Bedarfslagen dar, die zwingend eine individualisierte Diagnostik verlangen.

Prävalenz, Ätiologie und Entstehungsmechanismus

Verschiedene Autoren haben eine Prävalenz von Problemverhalten zwischen 10 und 60 Prozent der Menschen mit geistiger Behinderung angegeben (Emerson et al., 1999). Allgemein stimmen die Autoren überein, dass Problemverhalten nicht auf eine psychiatrische oder eine andere medizinische diagnostische Kategorie zurückgeführt werden kann (Tsiouris, 2001; Tsiouris et al., 2003; Pary, 2005; Hemmings, 2007). Selbst wenn psychische Störungen und Problemverhalten gleichzeitig existieren, sind sie nicht unbedingt kausal miteinander verbunden. Die Ätiologie und die Entstehungsmechanismen von Problemverhalten sind vielgestaltig und komplex. Diese Fragen werden in den folgenden Abschnitten diskutiert.

Allgemein gesprochen sehen die Autoren dieser Leitlinie Problemverhalten als Ergebnis einer ungünstigen Wechselwirkung zwischen der Person (mit ihrem biologischen und psychologischen Substrat) und ihrer physischen und sozialen Umwelt.

Konsequenzen von Problemverhalten

Chronisches Problemverhalten enthält einer Person viele entwicklungsnotwendige und wünschenswerte soziale Erfahrungen und viele Erfahrungen im Bereich Bildung, Arbeit und Freizeit vor. Solche Restriktionen stehen im Widerspruch zu Zielen wie soziale Inklusion, unbeschränkter Zugang zur Gemeinschaft und freier Ausdruck persönlicher Wahl und Vorlieben. Problemverhalten kann auch die Familie oder die Menschen, die die betreffende Person in Wohn- und Tageseinrichtungen begleiten, erheblich belasten (Jacobsen et al., 2002a).

Mängel im psychiatrischen Regelversorgungssystem

Diagnostik, Behandlung, Fallmanagement und Unterstützung können sowohl im psychiatrischen Regelversorgungssystem, in den Versorgungssystemen für behinderte Menschen, Gesundheit und Erziehung, als auch in sozialen Dienstleistungssystemen verfügbar sein. Jedoch nutzen solche Dienstleistungssysteme üblicherweise Modelle, denen ein umfassender, entwicklungsbezogener und bio-psycho-sozialer Zugang zu Problemverhalten fehlt. Außerdem fehlen häufig speziell ausgebildetes und erfahrenes Personal sowie spezialisierte Angebote, um Menschen mit geistiger Behinderung zu unterstützen. Nach der Erfahrung der Autoren der vorliegenden Praxisleitlinien konzentrieren sich allgemeine klinische Dienstleistungssysteme auf ein eng begrenztes Spektrum bio-medizinischer, psychologischer und sozialer Aspekte. Das führt oft zum exzessiven und unangemessenen Einsatz von Psychopharmaka und zu restriktiven verhaltensbezogenen und ähnlichen Maßnahmen, mit denen man versucht, Problemverhalten zu beeinflussen. Schließlich können allgemeine Dienstleistungssysteme nicht die notwendige umfassende und koordinierte Unterstützung über die Lebensspanne geben, um das Problemverhalten von Anfang an oder bei seinem Wiederauftreten optimal zu behandeln und auf diese Weise zu gewährleisten, dass die Lebensqualität der Person gefördert und aufrechterhalten wird. Als Folge dessen bleiben wesentliche biomedizinische, psychologische und soziale Bedingungen, die zum Auftreten, zur Schwere und zur Chronizität des Problemverhaltens beitragen, unerkannt und unbehandelt (Griffiths & Gardner, 2002a, b; Jacobson et al., 2002a, b).

Bedarf an spezialisierten Dienstleistungen

Ein breites Spektrum biologischer, medizinisch charakterisierbarer und psychosozialer Faktoren kann an der Entwicklung und am wiederholten Auftreten von Problemverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung und anderen Entwicklungsstörungen beteiligt sein. Deshalb ist ein umfassender und

koordinierter Zugang zur Diagnostik, zur Behandlung und zur Unterstützung für die möglichst weitgehende Verminderung dieser Probleme und den Umgang damit erforderlich. Die Dienstleistungen und die Unterstützung werden für die kompetente Diagnostik und für die Behandlung derjenigen Bedingungen, die das Problemverhalten verursachen und aufrechterhalten, gebraucht.

Des Weiteren müssen solche Dienstleistungen und Unterstützungsmaßnahmen auf das Individuum orientiert sein. Vor allem müssen sie dort, wo die Person wohnt oder unterstützt wird, so erreichbar sein, dass es den individuellen Bedürfnisse und Wünschen so gut wie möglich entspricht. Diese Ziele sind erfolgreich verwirklicht, wenn die Experten für geistige Behinderung und Psychiatrie mit den örtlichen und regionalen allgemeinen Dienstleistungen auf dem Gebieten von Gesundheit, Erziehung und Sozialwesen eng kooperieren. Auf diese Weise sollten alle Kerndienstleistungen und Unterstützungen geplant werden, um die persönlichen Ziele und Wünsche oder Präferenzen der betreffenden Person zu unterstützen (Griffiths & Gardner, 2002a, b).

Problemverhalten wird als ungünstige (maladaptive) Wechselwirkung zwischen der Person (mit bestimmten biologischen, medizinischen, psychologischen Merkmalen und einem bestimmten Entwicklungsniveau) und ihrer jeweiligen Umwelt verstanden.

Problemverhalten kann nicht auf eine einzelne diagnostische Kategorie reduziert werden. Darum müssen alle möglichen biologischen, medizinisch charakterisierbaren, psychologischen und andere Störungen, die an der Entstehung des Problems beteiligt sein könnten, untersucht werden. Problemverhalten sollte aus der Sicht verschiedener Berufsgruppen und Disziplinen, die in den Kerndienstleistungen für diese Zielgruppe kooperieren, betrachtet werden.

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.

Solche Verhaltensweisen beschränken den Zugang einer Person zur Gemeinschaft oder die persönliche Freiheit.

Sektion 2 An der Entstehung von Problemverhalten beteiligte Faktoren

Eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren kann zur Entstehung von Problemverhalten beitragen. Im Detail sind die Vitalität der Person, die Persönlichkeitscharakteristika und die Bewältigungsfähigkeiten bedeutsam. Das Entwicklungsniveau dieser Persönlichkeitsmerkmale ist eine wichtige Eigenschaft. Immer dann, wenn ungünstige innere oder externe Umstände die Fähigkeiten der Person überfordern, wird sie zu Problemverhalten neigen (Pasqual-Leone, 2007).

Von diesem Gesichtspunkt aus ist die Entwicklung einer Person – einschließlich der biologischen und psychosozialen Aspekte – als Hauptbedingung, die das Problemverhalten determiniert, zu diskutieren (Abb. 1). Offensichtlich müssen sowohl die medizinisch charakterisierbaren, die funktionellen und die Umweltbedingungen als auch die Art ihrer Wechselwirkung untereinander während des Assessments der potentiellen Entstehungsfaktoren sorgfältig untersucht werden. Es muss jedoch betont werden, dass dieser Vielzahl der potenziellen ursächlichen Faktoren ein probabilistisches Verständnis von Kausalität besser als ein deterministische Verständnis gerecht wird. Abb. 1 stellt die Entstehung von Problemverhalten schematisch dar.

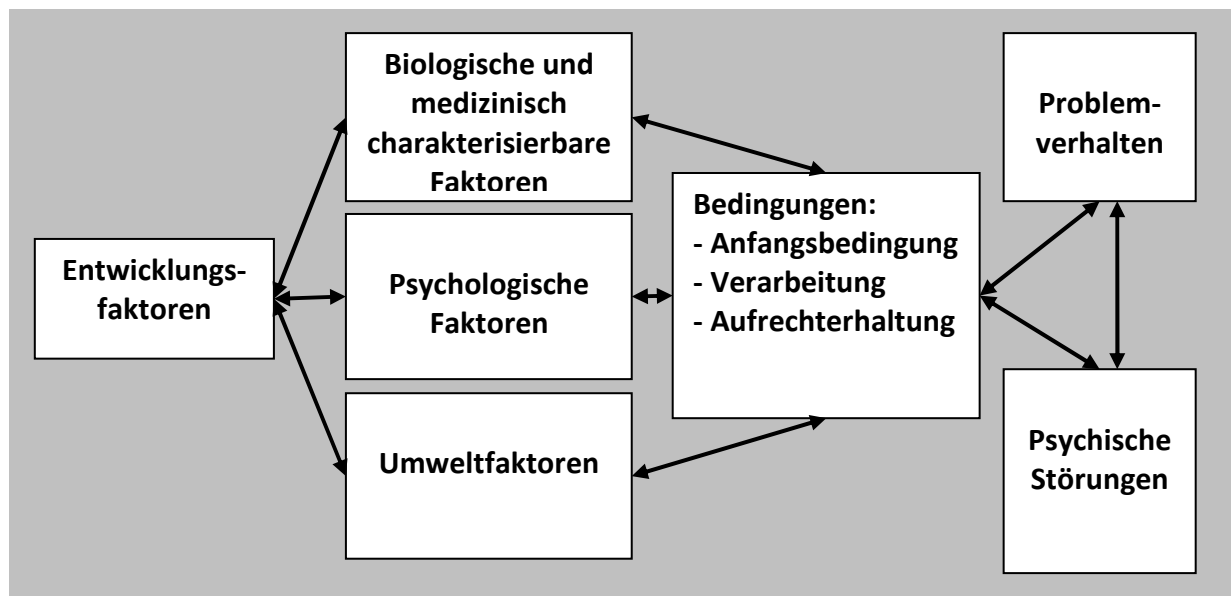


Abb. 1: An der Entstehung von Problemverhalten beteiligte Faktoren

Problemverhalten und Entwicklungsfaktoren

Entwicklungsperspektive

Diese Praxisleitlinien spiegeln eine individualisierte und personenzentrierte Entwicklungsperspektive wider. Sie betonen ausdrücklich, dass die Kompetenzen der Person, die das Problemverhalten zeigt, zu fördern sind. Problemverhalten ist am besten im Kontext der allgemeinen Entwicklung einer bestimmten Person zu verstehen. Mit anderen Worten: Problemverhalten vollzieht sich sowohl im Kontext der biologischen Entwicklung als auch spezifischer Bereiche der psychischen Entwicklung wie der kognitiven, sozialen, emotionalen und entwicklungsbezogenen Funktionsfähigkeit.

Diese Eigenschaften beeinflussen sowohl die Art, wie eine Person relevante Auslösebedingungen verarbeitet und interpretiert, als auch die Formen des Problemverhaltens, die eingesetzt werden, um mit solchen Bedingungen zurechtzukommen. In diesem Sinne sollte das dreidimensionale bio-psycho-soziale Paradigma, das gegenwärtig beim psychiatrischen Assessment und in der psychiatrischen Diagnostik verwendet wird, bei Menschen mit Entwicklungsstörungen mit der Entwicklungsperspektive verbunden werden (Abb. 1). Aus dieser Entwicklungsperspektive nämlich sieht man das Entwicklungsniveau einer Person als das Gesamtgefüge individueller Merkmale, das darüber entscheidet, was die Person als schädlich erlebt, wie sie damit umgeht und wie sie auf negative Einflussfaktoren reagiert. In der täglichen Praxis ist die Entwicklungsperspektive eine nützliche Ergänzung des bio-psycho-sozialen Zugangs für das Assessment, für die Diagnostik und für die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung (Došen 2004, 2005a, b) (s. Leitlinien 1 bis 3).

Persönlichkeitsentwicklung und grundlegende psychosoziale Bedürfnisse

Zum besseren Verständnis der verhaltensbezogenen Merkmale, die ein bestimmtes Entwicklungsniveau charakterisieren, wurde das Konzept der Persönlichkeitsentwicklung eingeführt. Persönlichkeit ist konzeptualisiert als das Resultat ihrer kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung (Greenspan, 1997; Harris 1998). Der jeweilige Entwicklungsstand dieser drei Aspekte bestimmt das Niveau der Persönlichkeitsentwicklung. Eine Person, die ein bestimmtes Niveau ihrer Persönlichkeitsentwicklung erreicht hat, besitzt bestimmte grundlegende psychosoziale Bedürfnisse. Diese müssen befriedigt werden, um ein adaptives (angepasstes) Verhalten zu erreichen und in der psychosozialen Entwicklung fortzuschreiten (Došen, 2005a, b).

Grundlegende psychosoziale Bedürfnisse und maladaptive Verhalten

Wenn eine bestimmte Umwelt die grundlegenden psychosozialen Bedürfnisse einer Person nicht befriedigt, können ungünstige Motivationen auftreten, die ihrerseits maladaptive Verhaltensweisen produzieren. Reiss & Haverkamp (1998) benutzen den Begriff der „aberranten Motivationen“, um solche Zustände zu beschreiben. Gegenüber Situationen, die dauerhafte oder wiederkehrende Belastungen darstellen, kann das Problemverhalten die überwiegende oder einzige Interaktion mit der Umwelt werden.

Pasqual-Leone & Johnson (2005) boten eine sog. dialektisch-konstruktivistische Sicht der Funktionsfähigkeit an. Der Begriff „konstruktivistisch“ bezieht sich auf den Prozess, durch den die Person adaptiv reagiert, indem sie neue Arten der Bewältigung synthetisiert oder konstruiert, die dann internalisiert (gelernt) werden, wenn sie sich als adaptiv erweisen. „Dialektisch“ beschreibt den Prozess dynamischer Koordinierung aller „ursächlichen“ Prozesse, die im Organismus eines bestimmten Menschen infolge verschiedener Umstände auftreten und der die Widersprüche auflöst, die aus diesen verschiedenen Prozessen folgen.

Niveau der Persönlichkeitsentwicklung und Verhalten

Auf einem jeden Entwicklungsniveau bildet ein sich typisch entwickelndes Kind besondere adaptive und maladaptive Verhaltensweisen aus.

So kann ein Säugling auf eine belastende Situation mit exzessiver Erregung, mit Kopfschlagen, Wutausbrüchen und Zerstörung reagieren, ein Kleinkind mit oppositionellen und trotzigem Verhalten oder mit Hyperaktivität und mit impulsiv-aggressiven Akten, ein Schulkind mit zwanghaften oder aggressiven oder destruktiven Verhaltensweisen.

Niveau der Persönlichkeitsentwicklung und Verhalten bei geistiger Behinderung

Untersucht man Menschen mit geistiger Behinderung oder anderen Entwicklungsstörungen mit Problemverhalten, kann man beobachten, dass sie auf einem bestimmten Niveau ihrer kognitiven Beeinträchtigung bestimmte maladaptive Verhaltensweisen zeigen, die bei sich typisch entwickelnden Kindern in bestimmten Stadien ihres normalen Entwicklungsprozesses auftreten. Wie eine Person mit intellektueller Behinderung ungünstige Umstände oder Belastungen verarbeitet und wie die resultierenden Bewältigungsreaktionen aussehen, stellt sich auf ihrem jeweiligen Entwicklungsniveau ähnlich dar wie bei sich einem typisch entwickelnden Kind auf vergleichbarem Entwicklungsniveau.

Beispiele mögen dies illustrieren: Einer Person mit sehr schwerer geistiger Behinderung, die große Schwierigkeiten hat, ihre grundlegenden physiologischen Bedürfnisse (Schlaf-Wach-Rhythmus, Essen, Verdauung) zu regulieren sowie Sinnesreize zu verarbeiten, wird es schwer fallen, ungünstige Umstände (z. B. besonders intensive Sinneseindrücke, Veränderungen der Umwelt usw.) zu verarbeiten und zu bewältigen. Wahrscheinlich treten maladaptive Verhaltensweisen (z. B. Selbstverletzung) auf.

Bei einer Person mit Schwierigkeiten, sichere Bindungen zu entwickeln und aufrecht zu erhalten, werden Probleme bei der Bewältigung von Umwelanforderungen zu maladaptivem Verhalten führen (z. B. Aggressionen gegenüber nahe stehenden Personen). Ähnlich würde eine Person mit Schwierigkeiten in der Entwicklung ihrer persönlichen Autonomie bestimmte Situationen, die mehr Unabhängigkeit verlangen, als gefährlich erleben. Sie würde wahrscheinlich auf solche Situationen hin maladaptive Verhaltensweisen, entwickeln, z. B. exzessiv Aufmerksamkeit suchen (Došen, 2005a, c).

Zusammengefasst: Das psychosoziale Entwicklungsniveau einer Person (das Niveau ihrer kognitiven, sozialen, emotionalen und Persönlichkeitsentwicklung) stellt ein kritisches Merkmal dar. Das psychosoziale Entwicklungsniveau beeinflusst, wie eine Person ungünstige Umstände interpretiert und verarbeitet. Das wiederum führt zu besonderen Verhaltensweisen.

Das Niveau der kognitiven, der sozialen, der emotionalen und der Persönlichkeitsentwicklung ist wesentlich dafür, wie eine Person mit geistiger Behinderung Belastungen und Anforderungen bewältigt.

Das Entwicklungsniveau einer Person zu kennen, kann bestimmte Verhaltensweisen unter bestimmten Bedingungen erklären helfen.

Literatur

Entwicklungsperspektive und Verhalten	Literatur
Entwicklungsniveau und Verhalten	Cicchetti & Toth, 1995; Greenspan, 1997; Izard & Harris, 1995
Psychosoziale Bedürfnisse/Motivation	Došen, 2005 a; Reiss & Haverkamp, 1997
Adaptives und maladaptives Verhalten	Glick, 1998; Greenspan & Wieder, 1998
Persönlichkeitsentwicklung	Greenspan, 1997; Harris, 1998; Pascual-Leone & Johnson, 2005; Rutter, 1980; Zigler & Burack, 1989

Problemverhalten und körperliche Krankheit

Die Rolle körperlicher Erkrankungen bei Problemverhalten

Eine Vielzahl akuter und chronischer Krankheiten oder Gesundheitsstörungen kann zu belastenden psycho-physiologischen Erfahrungen (Schmerzen, Beschwerden, Schwäche, Angst, Erregbarkeit, Reizbarkeit und Stimmungs-

veränderungen) führen. Stress kann das Auftreten und die Schwere von Problemverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung beeinflussen. Wie in Teil B noch beschrieben werden wird, können solche persönlichen Erfahrungen eine vielgestaltige Rolle bei der Entstehung, hinsichtlich Schwere und Dauerhaftigkeit von Problemverhalten spielen. Das bezieht sich auf Krankheitsbilder oder Beschwerden wie chronische Kopfschmerzen, Menstruationsbeschwerden, Mittelohrinfektion, Allergien, Hauterkrankungen, Herzprobleme, Schlafstörungen, Verstopfungen, gastro-intestinale Beschwerden, Epilepsien, Zahninfektionen, aber auch auf Nebenwirkungen von Psychopharmaka oder anderen Medikamenten.

Veränderungen in der Häufigkeit oder Schwere von Problemverhalten können, sofern psychiatrische, umweltbezogene und psychologische Faktoren fehlen, auf körperliche Krankheiten oder Funktionsstörungen hinweisen. Werden solche medizinisch charakterisierbaren Faktoren erfolgreich behandelt, kann das den Stress für die Betroffenen lindern oder beseitigen und damit Frequenz oder Schwere des Problemverhaltens vermindern.

Medizinisch charakterisierbare Zustände und chronisches Problemverhalten

Einige medizinisch charakterisierbare Zustände sind wechselhaft ausgeprägt oder dauern relativ kurz. Als Beispiele dafür mögen prämenstruelle Beschwerden oder Allergien dienen. Weil sich solche Zustände als Problemverhalten einer Person gewissermaßen maskieren können, gehört eine sorgfältige Analyse der Schwankungen von Frequenz und Schwere von Problemverhalten, das nicht mit anderen Gegebenheiten in Verbindung gebracht werden kann, zum umfassenden Assessment.

Meist verschwindet chronisches Problemverhalten nach erfolgreicher Behandlung der körperlichen Erkrankung oder der Gesundheitsstörung nicht gänzlich, wenn andere zum Problemverhalten beitragende Umweltfaktoren, psychologische oder psychiatrische Einflüsse unerkannt und unbeeinflusst bleiben.

Zusammengefasst: Körperliche Krankheiten oder Gesundheitsstörungen können zur Entstehung, zur Schwere und zu Schwankungen von Frequenz und Schwere von Problemverhalten beitragen. Sie beeinflussen das Verhalten üblicherweise in Wechselwirkung mit psychologischen Merkmalen und mit Umweltmerkmalen. Bei der multimodalen Fallbeschreibung müssen die möglichen Wechselwirkungen zwischen Problemverhalten und körperlicher Krankheit beachtet werden. Nur so ist gewährleistet, dass alle Aspekte berücksichtigt werden, die zur Beschreibung eines individualisierten Behandlungs- und Unterstützungsplans für das Problemverhalten einer Person gehören.

Körperliche Krankheiten oder Gesundheitsstörungen können zum Auftreten von Problemverhalten beitragen. Für die multimodale Fallbeschreibung sind die möglichen Auswirkungen körperlicher Krankheiten oder Gesundheitsstörungen zusätzlich zu den gleichzeitigen psychologischen und umgebungsbezogenen Merkmalen zu identifizieren. Dies ist erforderlich, um einen Behandlungsplan zu entwickeln, der alle wichtigen Aspekte berücksichtigt.

Literatur

Physische Krankheit	Literatur
Akute und chronische Zustände wie Augenjucken, Verstopfung, Ohrenschmerzen, Furunkel, Ekzeme	Peine et al., 1995
Eisenmangelanämie, Schlafstörungen	Tu et al., 1994; Brylweski & Wiggs, 1999; Carr & Neumann, 1999; O'Reilly, 1995; O'Reilly & Lancioni, 2000
Nebenwirkungen von Antiepileptika	Kalachnik et al., 1995;
Frontal- und Temporallappenanfälle	Creaby et al., 1993; Deb & Hunter, 1991; Tucker et al., 1986
Schmerzen wegen Zahnabszessen	Gardner & Whalen, 1996
Psychotrope Nebenwirkungen von Medikamenten	Friedman et al., 1992; Gardner & Sovner, 1994

Biologische und genetisch bedingte Störungsbilder und Problemverhalten

Probabilistisches Auftreten von Problemverhalten

Bestimmte Verhaltens- und emotionale Merkmale treten bei Personen mit bestimmten organischen Anomalien des Zentralnervensystems oder bei Personen mit genetisch bedingten Störungen häufiger als bei Personen ohne solche Störungen auf. Beispiele sind Dysfunktionen bestimmter ZNS-Regionen (z. B. Läsionen der präfrontalen Hirnrinde) oder Schädigungen durch Epilepsie (besonders bei Menschen mit unbeherrschbaren Anfällen) als Risikofaktoren für impulsives, episodisches Problemverhalten.

Bei genetisch bedingten Störungen wird der Begriff Verhaltensphänotyp (engl.: behavioural phenotype) verwendet, um die Beziehung zwischen einer bestimmten genetischen Abweichung und einem besonderen Verhalten zu beschreiben. Hierzu ist zu betonen, dass Menschen mit einem gegebenen genetischen Syndrom bestimmte Verhaltens- und Entwicklungsfolgen nicht immer, sondern häufiger als vergleichbare Menschen ohne ein solches Syndrom aufweisen (Dykens, 1996).

Verhaltensphänotypen und Problemverhalten

Menschen mit bestimmten genetischen Syndromen (z. B. Cornelia-de-Lange-Syndrom, Cri-du-Chat-Syndrom, Fragiles X-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Rett-Syndrom, Smith-Magenis-Syndrom, Williams-Syndrom) zeigen ein Spektrum neuropsychologischer Merkmale, die Risikofaktoren für das Auftreten und die Schwere von Problemverhalten sind. Zu solchen Faktoren gehören massive Hyperaktivität, ritualisiertes Verhalten, Impulsivität, Schwäche und Reizbarkeit mit Schlafstörungen, Angst, Aufmerksamkeitsstörungen, übersteigerte Erregung als Antwort schon auf geringe Umweltstimulierung und emotionale Instabilität mit affektiven Zyklen (Anderson & Ernst, 1994; Dykens et al., 2000; Griffiths & King, 2004; Griffith & Watson, 2004; Tuinier & Verhoeven, 1993)

Beispielsweise tragen Menschen mit Lesch-Nyhan-Syndrom, Smith-Magenis-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom oder Cornelia-de-Lange-Syndrom ein erhöhtes Risiko, Problemverhalten einschließlich aggressiver und selbstverletzender Handlungen zu entwickeln. Gualtieri (2002) verwendet hier den Begriff „Pathobehaviorale Phänotypen“. Beim Assessment des Problemverhaltens dieser Menschen muss man untersuchen, welche Auswirkungen solche Risikofaktoren haben und wie sie mit anderen Faktoren in Wechselwirkung treten.

Literatur

Genetische Syndrome und Problemverhalten	Literatur
Lesch-Nyhan-Syndrom	Anderson & Ernst, 1994
Fragile-X-Syndrom	Barnhill, 2001
Cri-du-Chat-Syndrom	Collins & Cornish, 2002
Williams-Syndrom	Einfeld et al., 1997

Zusammengefasst: Biologische Faktoren und genetisch bedingte Syndrome können zu verschiedenen Funktionsbesonderheiten des ZNS und damit verbundenen psychologischen Besonderheiten führen. Diese stellen ein Risiko für Problemverhalten dar. Diese Merkmale variieren sowohl in der Effektstärke hinsichtlich des Auftretens und des Schweregrades der Problemverhaltens als auch dahingehend, wie sie mit körperlichen Krankheiten und mit weiteren psychiatrisch charakterisierbaren Zuständen, psychologischen Faktoren und Umweltbedingungen interagieren. Es werden eine multimodale Fallbeschreibung und eine Behandlung benötigt, die die möglichen Wechselwirkungen dieser verschiedenen Bedingungen erkennt bzw. darauf eingeht.

Krankheiten und Gesundheitsstörungen können zum Entstehen von Problemverhalten beitragen. Bei der Formulierung der Diagnose sollten mögliche Effekte von Krankheiten und Gesundheitsstörungen zusätzlich zu

den psychosozialen und Umweltmerkmalen identifiziert werden, um einen Behandlungsplan zu entwickeln, der alle diese Aspekte berücksichtigt.

Funktionsstörungen und Problemverhalten

Neben den Beeinträchtigungen der kognitiven Funktionen und der Anpassungsfähigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung bestehen bei ihnen oft andere Dysfunktionen des Zentralnervensystems: Wahrnehmungsprobleme, Störungen exekutiver Funktionen, Störungen der rezeptiven und der expressiven Sprache, unzulängliche Affektkontrolle usw. Solche Funktionsstörungen (z. B. Störungen der Sprache) können es der Umwelt der Person erschweren, sie zu verstehen und mit ihr zu interagieren. Das kann dann zu Problemverhalten führen.

Andere Dysfunktionen wie eine Schädigung des Frontalhirns oder Schlafstörungen können die Impulskontrolle vermindern oder die Erregbarkeit erhöhen; auch daraus können schwere Verhaltensprobleme resultieren.

Man achtet zunehmend auf den möglichen Zusammenhang zwischen funktionellen Defiziten des ZNS und der Psychopathologie (Tabelle 4). Neben anderen multidisziplinären Untersuchungen ist also ein gründliches neurologisches, neuropsychologisches und neuropsychiatrisches Assessment dieser Personen notwendig, um solche Funktionsstörungen zu identifizieren.

Funktionsstörungen des ZNS können Schwierigkeiten der Interaktion zwischen einer Person und ihrer Umwelt bewirken. Problemverhalten oder psychiatrische Krankheitsbilder können daraus resultieren.

Literatur

Funktionelle Störung und Problemverhalten	Literatur
Funktionelle Psychopathologie	Charlot, 2003; Van Praag, 2000
Probleme der Aktivitäts- und Affektregulation	Bradley, 2000; Sovner & Lowry, 2001

Umweltbedingungen und Problemverhalten

Inadäquate Umweltbedingungen und Problemverhalten

Die Umweltbedingungen spielen gewöhnlich eine wesentliche Rolle dabei, dass Problemverhalten entsteht. Missbrauchserfahrungen findet man bei Personen mit geistiger Behinderung oft. Solche Erfahrungen können die soziale Wechselwirkung stören und zu maladaptivem Verhalten führen.

Neben einer missbrauchenden Umwelt kann eine soziale Umwelt, die die grundlegenden psychosozialen Bedürfnisse einer Person nicht erkennt, Interaktionsprobleme bewirken. Diese Interaktionsprobleme können ihrerseits zu unterschiedlichem Problemverhalten führen. Beispiele für solche inadäquate

sind überzogene Anforderungen an die Person oder inadäquate Stimulationen der psychosozialen Entwicklung einer Person. Unangemessene Erwartungen und Anforderungen der Umgebung können sozial unerwünschte Reaktionen der Person hervorrufen. Manchmal sollte man solche Verhaltensweisen besser nicht als maladaptives Verhalten, sondern eher als angemessene Strategien, mit pathologischen Bedingungen zurechtzukommen, interpretieren.

Erziehungsstil und Problemverhalten

Die Erziehung einer Person mit geistiger Behinderung kann sich darauf auswirken, wie sie ungünstige Umstände und Belastungen bewältigt. Schwierigkeiten, eine sichere Bindung oder Persönlichkeitsautonomie zu entwickeln, hat man oft als Faktoren diskutiert, die zu schweren und dauerhaften Verhaltensschwierigkeiten führen können. Ein angemessener pädagogischer Zugang zur betreffenden Person kann die Verarbeitung des Inputs aus der Umwelt und für die Affektkontrolle unterstützen. Eine beschützende Erziehung mit adäquater Strukturierung der Umweltstimuli und der Aktivitäten der Person und – wenn möglich der Einführung klarer sozialer Regeln, um solche Interaktionen zu steuern – kann die Entwicklung eines adäquaten Bewältigungsstils fördern. Wenn solche protektive Faktoren fehlen, werden die betreffenden Menschen eher Verhaltensprobleme und psychische Störungen entwickeln (Hodapp & Zigler, 1995; Masten & Coatsworth, 1995).

Inadäquate Umweltbedingungen können eine wesentliche Rolle für die Entstehung von Problemverhalten spielen. Neben Missbrauchserfahrungen können schädliche Erziehungsbedingungen und das daraus resultierende Fehlen protektiver Faktoren die soziale Interaktion und das Verhalten massiv beeinträchtigen.

Stress und Problemverhalten

Wahrscheinlich treten belastende Ereignisse besonders häufig bei Menschen mit intellektueller Behinderung auf, weil sie eine erhöhte Verletzlichkeit haben, weil ihnen protektive Faktoren fehlen und weil sie Probleme in der Bewältigung widriger Umstände haben (Jansen et al., 2002). Die Konsequenzen belastender Ereignisse (Stressoren) werden sichtbar auf der emotionalen, auf der Entwicklungs- und auf der physiologischen Ebene. Auf der emotionalen Ebene kann ein belastendes Ereignis Furchtsamkeit und Angst erzeugen, es kann begleitet sein von einer erhöhten Aktivierung, um die belastende Situation zu überwinden. Daraus können ausgeprägte Verhaltensprobleme resultieren.

Literatur

Umgebungsbedingungen	Literatur
Adaptives Verhalten	AAMR, 2002; Loveland & Tonal-Kotoski, 1998
Kindesmissbrauch und Psychopathologie	Cicchetti & Toth, 1995; Colew & Zahn-Waxler, 1992
Erziehung und pädagogische Probleme	Irblich, 2003; Van Genneep, 2005

Auf der Entwicklungsebene kann regressives Verhalten auftreten. Manchmal kann die psychosoziale Entwicklung sogar langfristig stagnieren. Auf der physiologischen Ebene können bestimmte hormonelle Veränderungen auftreten. In Wenn die jeweilige Person die Belastungen als Herausforderung wahrnimmt, wird ein Kampf-Flucht-Mechanismen in Gang gesetzt. Dieser ist wiederum mit noradrenerger Aktivierung assoziiert. Noradrenalin- und Adrenalin werden vermehrt ausgeschieden. Damit korrespondieren gesteigerte Mobilität und Aggression. Wenn hingegen der Stress mit Kontrollverlust und Hilflosigkeit verbunden ist, wird die Hypothalamus-Schilddrüsen-Nebennierenrinde-Achse aktiviert. Der Spiegel von Adrenocorticotropem Hormon (ACTH) und Kortisol erhöht sich, was möglicherweise zu Rückzug und zu den Merkmalen einer Depression führt (Henry, 1980; Ciarnello, 1983).

Lange anhaltende und wiederholte Belastungen rufen Gefühle von Furcht, Wut und Traurigkeit hervor. Verteidigungsmechanismen werden aktiviert, in denen dann oft Aggressionen oder selbstverletzende Verhaltensweisen hervortreten. Die Merkmale einer Posttraumatischen Belastungsstörung können auftreten. Bradley (2000), Pynoos et al. (1995), Ryan (1994), Szymanski & King (1999) diskutierten die Beziehung von Stress zu Problemverhalten und verwandter Psychopathologie.

Personen mit geistiger Behinderung erleben wegen ihrer Anpassungsprobleme und ihres Mangels an Bewältigungsstrategien sehr oft belastende Erfahrungen. Verhaltensprobleme als Folge belastender Ereignisse können zur langdauernden Störung des Verhältnisses zur Umwelt und auch zu psychischen Störungen führen.

Psychische Störungen und Problemverhalten

Symptome psychischer Störungen und Problemverhalten

Viele Autoren haben festgestellt, dass Problemverhalten häufiger bei Menschen auftritt, die außerdem Symptome einer oder mehrerer psychischer Störungen aufweisen (Moss et al., 2000).

Die folgenden Literaturhinweise (vgl. untenstehende Tab.) zeigen das Spektrum psychiatrisch relevanter Symptome. Früher neigte man dazu, bestimmte

„Verhaltensäquivalente“ (wie Aggression, Schreien und selbstverletzendes Verhalten bei Depression) als psychiatrisch-diagnostische Kriterien bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung zu nutzen. Mittlerweile hat man jedoch diese Auffassung verlassen (Tsiouris et al., 2003; Hemming, 2007).

Wenn sich Frequenz oder Schwere von Problemverhalten ändern, ohne dass sich Veränderungen von Umwelt- und psychologischen Bedingungen oder körperliche Krankheiten finden, kann das auf psychiatrisch relevante Symptome wie erhöhte Erregbarkeit, Angst, Halluzinationen oder dysphorische Stimmung hinweisen. Solche pathologischen Bedingungen können die Wechselwirkung einer Person in ihrer Umwelt beeinflussen und Problemverhalten verursachen (z. B. aggressives oder selbstverletzendes Verhalten). Jedoch sollte das Problemverhalten nicht als ein primäres Symptom der psychiatrischen Störung gesehen werden. Eher sollte es als sekundäre Folge verstanden werden und als Aufforderung, professionell zu intervenieren. Der Einfluss einer psychischen Störung muss identifiziert werden. Die erfolgreiche Behandlung der psychischen Störung und der damit verbundenen Symptomatik wiederum müsste die dadurch verursachten Probleme vermindern oder ganz beseitigen.

Literatur

Psychiatrische Symptome und Problemverhalten	Literatur
Flashbacks	Ryan, 1994
Emotionale Überaktivität	Sovner et al., 1993; Sovner & Lowry, 2001; Tsiouris, 2001; Vitiello et al., 1989; Vitiello & Stoff, 1997
Wahnhaftige Ideen	Cole & Gardner, 1990
Delirante Zustände	Gedye, 1997
Angstsymptome	Moss et al., 2000

Psychische Störungen in Verbindung mit anderen Bedingungen

Selten sind psychische Störungen der einzige Grund für Problemverhalten. Typischerweise kombinieren sich psychische Störungen mit Umweltfaktoren und psychologischen Faktoren. So beeinflussen sie Frequenz, Schwere oder Schwankungen von Frequenz und Schwere des Problemverhaltens. Symptome psychischer Krankheiten können Problemverhalten auf vielerlei Weise beeinflussen. Klinische Berichte legen nahe, dass der Einfluss gleichzeitig bestehender psychischer Störungen auf Frequenz und Schweregrad und auf die Wahrscheinlichkeit der Wiederkehr von Problemverhalten bei einer Person sehr stark variieren können (Deb et al., 2001; Royal College of Psychiatrists, 2001).

Beeinflussung von psychischen Störungen durch Problemverhalten

Es können sogar noch komplexere Probleme entstehen, wenn ein Problemverhalten überhaupt erst das Auftreten einer psychiatrischen Störung bewirkt. Das kann der Fall sein, wenn eine Person einen massiven Konflikt mit ihrer Umgebung hat und dieser dann dazu führt, dass sie sozial isoliert, schlecht behandelt, wiederholt körperlichen Restriktionen unterworfen oder exzessiv mit Medikamenten behandelt wird. Solcher chronischer Stress kann die biologischen und die psychologischen Regulationssysteme stören und dadurch zur Auslösung einer psychischen Störung beitragen.

Zusammengefasst gilt: Psychische Störungen zeigen ihren Einfluss auf Problemverhalten in Verbindung mit einer aktuellen körperlichen Krankheit oder psychologischen Bedingungen oder Umweltgegebenheiten einer betroffenen Person. Zumeist ist Problemverhalten nicht das Symptom einer psychischen Krankheit, sondern erklärt sich eher als eine sekundäre Auswirkung des psychopathologischen Zustandes einer Person. Die Methode der multimodalen Fallbeschreibung ist erforderlich, um (a) die Rolle, die psychiatrisch charakterisierbare Faktoren für die Beeinflussung von Problemverhalten spielen, zu identifizieren, (b) die Stärke des Effekts dieser psychiatrisch charakterisierbaren Bedingungen auf das Problemverhalten, wenn sie kombiniert ist mit anderen körperlichen Krankheiten, psychologischen und Umwelteinflüssen, zu bestimmen und (c) die mögliche Rolle des Problemverhaltens für das Auftreten einer psychischen Störung festzustellen.

Problemverhalten sollte nicht in erster Linie als unmittelbares Symptom einer psychischen Störung (psychischen Krankheit) angesehen werden. In Kombination mit psychologischen und Umweltbedingungen können psychische Störungen jedoch das Auftreten und die Form von Problemverhalten beeinflussen. Problemverhalten kann aber, indem es zu schwerwiegenden Konflikten mit der Umgebung führt, umgekehrt auch das Auftreten psychischer Störungen fördern. Deshalb bedarf es einer umfassenden Diagnostik, um zweckmäßige Behandlungen auszuwählen.

Sektion 3 Entstehungsprozess von Problemverhalten

Entstehungsdreieck und Dynamik von Problemverhalten

Entstehungsdreieck

Die Abb. 2 vermittelt ein Bild der komplexen Dynamik, in der Problemverhalten entsteht. Verhalten wird dabei verstanden als eine beobachtbare Interaktion, die sich zwischen der betroffenen Person und ihrer Umwelt vollzieht und folgende Komponenten aufweist:

- Die Person selbst (mit ihren biologischen und psychologischen Faktoren und medizinisch beschreibbaren, funktionellen und psychiatrischen Problemen).
- Die Umwelt (materielle, personelle, soziale, pädagogische und kulturelle Faktoren, Charakteristika des Systems und die Bedeutung der betroffenen Person für ihre Umwelt).
- Die Interaktion. Das Verhalten wird als externalisiertes Resultat des Prozesses zwischen der betreffenden Person und ihrer Umgebung verstanden.

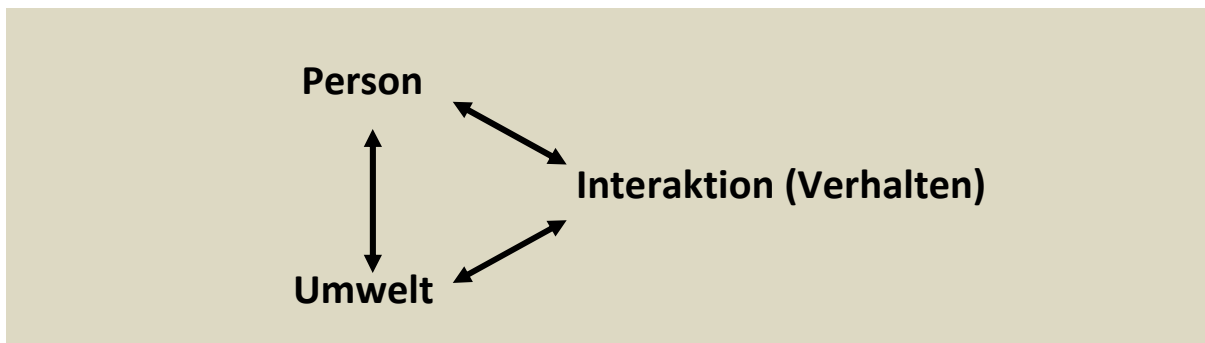


Abb.2: Entstehungsdreieck für Problemverhalten

Im Entstehungsdreieck können ungünstige Faktoren (z. B. affektive Störungen) einen wesentlichen Effekt darauf haben, wie eine Person sich zu anderen Personen in ihrer Umgebung verhält (z. B. Veränderungen der gewohnten Umstände). Dies kann negative Reaktionen in der Umwelt auslösen. Solche Wechselwirkungen können zu einem besonderen Interaktionsmuster (z. B. Aggression) zwischen diesen beiden Komponenten führen. Der Fokus dieses Interaktionsmusters ist üblicherweise das Verhalten der betroffenen Person. Ähnlich kann es ein besonderes Muster von Wechselwirkungen geben, wenn ungünstige Umweltbedingungen (z. B. Veränderungen in den Lebensbedingungen) negative Folgen für die Person haben (z. B. Belastungen). In der Folge können sich frühere Interaktionsmuster verändern. Das kann von einem

maladaptiven Verhalten begleitet sein (z. B. Aggression). Ein bestimmtes Interaktionsmuster kann die beiden anderen Komponenten erheblich beeinflussen. Beispielsweise kann aggressives Verhalten die Einstellung anderer Personen in der Umwelt verändern (z. B. kann der Gebrauch restriktiver Maßnahmen zunehmen). Solche Veränderungen verschärfen den Konflikt und das kann – falls er lange dauert und sehr intensiv ist – zu einer psychischen Störung führen.

Das ist offenkundig eine eher vereinfachende Darstellung des Entstehens von Verhaltensproblemen, die folgendermaßen ausgedrückt werden könnte:

Verhalten = Person ↔ Entwicklung.

Pascual-Leone (2007) betont zutreffend, dass die Prozesse zwischen Person und ihrer Umwelt sehr komplex sind. Personen bestehen aus impliziten Prozessen (unbewusste neurobiologische Prozesse, die inneren Zuständen zugrunde liegen) und expliziten Prozessen (bewusste zentrale Prozesse, Personen, Repräsentationen). Die Umgebung besteht sowohl aus Kontextfaktoren als auch aus anderen Personen und deren Verhalten. Die Interaktion, das Verhalten wird bestimmt durch die Beziehung zwischen den beiden am Prozess beteiligten Systemen, nämlich der Person und ihrer Umwelt.

Dynamik des Problemverhaltens

Wiederholtes Problemverhalten wird am besten verstanden, wenn es innerhalb eines dynamischen interaktiven Kontextes folgender Komponenten gesehen wird:

1. Anfangsbedingungen⁹
2. Zentrale Verarbeitung der Anfangsbedingungen
3. Aufrechterhaltende Bedingungen.

Diese Bedingungen sollten im Kontext des Entstehungsdreiecks gesehen werden. Jede dieser drei Komponenten des Dreiecks kann eine oder mehrere dieser dynamischen Bedingungen enthalten. Die spezifischen Einflüsse der Anfangsbedingungen auf das Verhalten sind durch die Interaktion zwischen diesen Bedingungen und den Besonderheiten der zentralen Verarbeitung durch die Person determiniert. Ein bestimmtes Verhalten kann auch auf die aktuellen Verhaltensmotivationen einwirken. Dieser Effekt bestimmt die Wahrscheinlichkeit, mit der das Problemverhalten wieder auftritt. Er repräsentiert die verstärkenden oder aufrechterhaltenden Bedingungen, die zu einem gewohnheitsmäßigen Problemverhalten beitragen bzw. die

⁹ Der Begriff *instigating condition* wurde mit *Anfangsbedingung* übersetzt. Die naheliegende Übersetzung mit „auslösender Faktor“ würde unterstellen, dass eine latente Bereitschaft durch den Faktor angesprochen würde. *Instigating* meint aber, dass verschiedene Faktoren oder Bedingungen am Anfang der Entwicklung eines bestimmten Verhaltens zusammenspielen und so die Entwicklung des Problemverhaltens bewirken.

Wahrscheinlichkeit, dass das Verhalten erneut auftritt, wenn wieder ähnliche Bedingungen vorhanden sind. Die Abfolge stellt sich folgendermaßen dar:

Anfangsbedingungen ↔ Einflüsse der zentrale Verarbeitung → Verhalten ↔ Umwelt- und personale Konsequenzen.

Dabei gibt es Wirkungen und Rückwirkungen.

Wie in den folgenden Abschnitten dargestellt werden wird, gründet sich die Wahl der Behandlung und des Umgangs mit Problemverhalten auf die in der Diagnostik gewonnenen Informationen darüber, welche Bedingungen in jeder dieser drei beeinflussenden Kontexte innerhalb des Entstehungsdreiecks und über die Art ihrer Wechselwirkung bestehen. Eine kurze Beschreibung jedes Kontextes wird im Folgenden gegeben.

Dynamischer interaktiver Kontext

Anfangsbedingungen

Problemverhalten oder Episoden von Problemverhalten treten nicht zufällig oder willkürlich auf. Vielmehr erscheint ein bestimmtes Problemverhalten selektiv unter speziellen und für das Individuum bedeutsamen vorausgehenden Bedingungen, die belasten oder eine bestehende Belastung intensivieren. Diese belastenden Bedingungen sind initiale Bedingungen, die ihrerseits aus dem sozialen oder physischen Setting, in dem dieses Problemverhalten in auftritt, stammen können. Die Umweltgegebenheiten können sich mit aktuellen psychologischen und biomedizinischen Bedingungen der jeweiligen Person kombinieren. Das kann den Einfluss der Umgebungsbedingungen verändern. In anderen Fällen können die vorausgehenden Anfangsbedingungen aus internen Zuständen entstehen. Dies zeigen Episoden von Selbstverletzungen, die unabhängig von externen Umweltfaktoren entstehen. Im Nachstehenden wird illustriert, wie sich die Wirkungen verschiedener Quellen vorausgehender Anfangsbedingungen addieren:

Ein Kind zeigt Episoden selbstverletzenden Verhaltens als Antwort auf eine Anforderung durch einen Lehrer (das ist die Anfangsbedingung, die der sozialen Umgebung entstammt). Man beobachtet aber auch, dass manchmal die selbstverletzenden Episoden schwerer werden und länger dauern, wenn der Lehrer etwas verlangt. Die gründliche Analyse bringt zutage, dass solche schweren und längeren Episoden immer dann auftreten, wenn das Kind gleichzeitig vermehrt reizbar ist. Diese Reizbarkeit ihrerseits geht zurück auf die Antiepileptika (interne psychologische Anfangsbedingung, die aus ungünstigen Arzneimittelwirkungen resultiert). Die Zunahme von Schwere und Dauer der selbstverletzenden Episoden kann der diagnostische Schlüssel dafür sein, dass einige Faktoren zusätzlich zu den Anforderungen des Lehrers einen Effekt auf das Problemverhalten haben. Solche kombinierten Anfangsbedingungen müssen für die Entwicklung eines Interventionsplans, der beide Quellen der vorausgehenden Einflüsse aufdeckt, identifiziert werden.

Ein zweites Beispiel:

Bei einem jungen Mann mit einer bipolaren Störung werden aggressive Handlungen als Reaktion auf unerwünschte Anforderungen seitens der Eltern (Anfangsbedingungen aus der sozialen Umgebung) häufiger (schwankend von einmal bis fünfmal pro Tag) und schwerer (von leicht mit geringer Wahrscheinlichkeit physischer Schädigung bis schwer mit hoher Wahrscheinlichkeit physischer Selbstschädigung) während der manischen Episoden, während der Hypomanie oder während der Depression (interne Bedingungen, die aus einer psychischen Störung resultieren) beobachtet.

Solche diagnostischen Einsichten, die sich auf vielfältige und interaktive Quellen auslösender Einflüssen beziehen, sind die Grundlage für passende Behandlungen, die sowohl die psychiatrisch definierbaren Bedingungen beeinflussen als auch die Art und Weise der Person, auf elterliche Anforderungen zu reagieren.

Zusammengefasst: Anfangsbedingungen beeinflussen nicht nur die Person, sondern über das bewirkte Verhaltens auch die Umwelt. Mit anderen Worten: Es besteht eine Wechselwirkung zwischen den Anfangsbedingungen der Umwelt, die beeinflussen, wie die Person reagiert. Die Antwort der Person beeinflusst, wie die Umwelt auf das Verhalten reagiert. Das alles führt zu einer Wechselwirkung. Soziale, kulturelle, pädagogische und andere Umweltaspekte bestimmen die Interaktion zwischen Umgebung und Verhalten. In diesem Interaktionsgefüge hat eine tolerante und verständnisvolle Umwelt andere Wirkungen auf die Person als eine intolerante und restriktive Umwelt. Eine tolerante Umwelt wird sich besser an die aktuellen Bedürfnisse der Person anpassen. Hingegen wird eine intolerante Umwelt die interne Belastung der Person steigern, was wiederum die Konflikte verschärft und das Problemverhalten eskalieren lässt (Hasting et al., 2004; Moss et al., 2005).

Die Anfangsbedingungen können sowohl aus den internen Zuständen der Person selbst als auch aus der sozialen und physischen Umwelt stammen und individuelle Belastungen darstellen oder solche verstärken.

Merkmale der zentralen Verarbeitung

Das Ausmaß des Risikos für Problemverhalten und das besondere Muster des Problemverhaltens, das unter den individuell bedeutsamen Anfangsbedingungen auftritt, hängen von Art, Anzahl und Stärke folgender Faktoren ab:

- biologische Faktoren und psychosoziale Faktoren der zentralen Verarbeitung

- Entwicklungsaspekte einer Person in verschiedenen Dimensionen der Funktionsfähigkeit (kognitive, soziale, emotionale und Persönlichkeitsaspekte).

Diese Faktoren bestimmen sowohl darüber, wie die Person die Anfangsbedingungen verarbeitet, als auch über die Art und Weise der Bewältigung. Zu wissen, wie die aktuellen Fähigkeiten einer Person zur zentralen Verarbeitung beschaffen sind, kann den Fachleuten helfen zu klären, warum eine Person ein erhöhtes Risiko für Problemverhalten, eine andere Person dagegen nur ein geringes oder gar kein Risiko hat – selbst wenn beide ähnlichen Anfangsbedingungen – z. B. Provokationen von Gleichrangigen oder Anforderungen seitens des Personals oder Ärger – ausgesetzt sind.

Bio-psycho-soziale Merkmale

Das bio-psycho-soziale System der zentralen Verarbeitung kann als Risikofaktor für Problemverhalten wirksam werden, wenn folgendes vorliegt:

- Neurologische und damit verbundene neurochemische Anomalien
- Psychische Störungen und Symptome
- Andere medizinisch beschreibbare Anomalien und genetisch bedingte Syndrome.

Die neurologischen und biochemischen Anomalien einer Person können zu einer generellen affektiven Überaktivierung (Übererregbarkeit und gesteigerte Reizbarkeit) (Sovner & Lowry, 2001) führen – sogar zu Reaktionen auf scheinbar geringfügige Bedrohungen oder Provokationen. Wenn die Modulation von übererregten Zuständen gestört ist, können sie lange anhalten und das Risiko für heftiges, impulsives Problemverhaltens erhöhen, wenn die betreffende Person geringfügigen Herausforderungen – z. B. einer Aufforderung eines Betreuers – ausgesetzt wird (Bradley, 2000). Solche Anomalien sieht man besonders häufig und schwer ausgeprägt bei Menschen mit einer schweren intellektuellen Behinderung. Ähnliches gilt für Menschen mit intellektueller Behinderung, die außerdem psychische und Persönlichkeitsstörungen, akute und chronische körperliche Krankheiten oder genetisch bedingte Syndrome haben. Emotionale Besonderheiten (z. B. Reizoffenheit, Dysphorie, Angst), kognitive (z. B. wahnhaftige Gedankeninhalte), wahrnehmungsbezogene (z. B. akustische und optische Halluzinationen) und ähnliche Merkmale, die auf psychischen Krankheiten, Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitszügen beruhen, können die individuelle Bedeutung oder die Funktion des auslösenden Ereignisses beeinflussen. Beispielweise kann eine Person dazu neigen, gegenüber den Aktivitäten anderer Menschen misstrauisch zu sein oder sie als Bedrohung zu erleben. Solche oder ähnliche paranoide Züge findet man häufig bei Menschen mit intellektueller Behinderung und zusätzlichem Problemverhalten (Bouras & Drummond, 1992; Reiss, 1994). Eine solche Sicht auf die Aktionen anderer Personen beeinflusst die informationsverarbeitenden

Prozesse, die an der Speicherung und an der Interpretation sozialer Ereignisse beteiligt sind. Sie beeinflusst die Auswahl und die Bewertungen von Alternativen zum Problemverhalten als Möglichkeiten, wahrgenommene Gefährdungen zu bewältigen. Schwierigkeiten der Verarbeitung führen in Kombination mit erworbenen Gewohnheiten des Problemverhaltens zu einem Verhalten, das sich auf die wahrgenommene Gefahrenquelle richtet (z. B. Aggression) oder zu einer Reaktion darauf (z. B. selbstverletzendes Verhalten). In Sektion 2 werden die zentralen Verarbeitungsmerkmale, die medizinisch charakterisierbaren Anomalien und genetisch bedingte Syndrome dargestellt (siehe Sektion 2).

Entwicklungsmerkmale

Man kann zwei Gruppen von Entwicklungsmerkmalen, die die zentrale Verarbeitung beeinflussen, unterscheiden. Beide stellen Risiken für das Auftreten von Problemverhalten dar.

1. Ein niedriges Entwicklungsniveau der Person in kognitiven, sozialen, emotionalen und anderen Persönlichkeitsbereichen kann die zentrale Verarbeitung besonders beeinflussen (s. Sektion 2).
2. Defizite in funktionellen Fertigkeiten (z. B. Probleme mit Ärger umzugehen, Probleme der Kommunikation, der Impulskontrolle, der Konfliktlösung oder des Selbstmanagements) können für die zentrale Verarbeitung erhebliche Konsequenzen haben.

Die persönlichen Merkmale, die bestimmen, wie auslösende Situationen verarbeitet werden, spiegeln das bio-psychoziale und das Entwicklungsniveau einer Person wider. Um ein bestimmtes individuelles Problemverhalten zu verstehen, muss man die internen Prozesse der Person, die die Wirkungen vorausgehender Ereignisse bestimmen, kennen.

Aufrechterhaltende Bedingungen

Bedingungen, die Problemverhalten aufrechterhalten, finden sich auf mehreren Ebenen:

1. Psychosoziale Ebene
2. Neurobiologische Ebene
3. Umweltebene.

Psychosoziale Ebene

Dauerhaft bestehendes Problemverhalten wie körperliche und verbale Aggressionen, Selbstverletzung, physische Zerstörung und ähnliche agitierte oder störende Handlungsweisen sind oft erlernte Verhaltensweisen. Sie haben die Funktion, bestimmte Effekte, die der Person nützen, herbeizuführen.

Problemverhalten kann die Funktion haben, persönliche Belastungen zu vermeiden, zu verzögern, zu reduzieren oder zu beenden. Solchen belastenden Bedingungen, die zu Problemverhalten geführt haben, können aversive Zustände zugrunde liegen (z. B. Schmerz bei verschiedenen körperlichen Anomalien, aus dem sozialen Umfeld herrührender Ärger, Angst oder Frustration verbunden mit übertriebener körperlicher Erregung, oder Angst, Unruhe und Reizbarkeit erzeugt durch neurologische Anomalien oder psychische Krankheiten). Belastungen können auch mit fehlender Erfahrung von sozialer Interaktion, persönlicher Beachtung, sensorischer Stimulation, Aktivitätsänderungen oder sexueller Stimulation zusammenhängen. In allen solchen Fällen dient das Problemverhalten als Mittel, um die Belastungen zu bewältigen. Im folgenden Beispiel wird dieser Verstärkungsprozesses illustriert.

Frau Jamison ist eine erwachsene Frau mit schwerer kognitiver Beeinträchtigung. Sie hat eine Vorgeschichte von körperlicher Gewalt durch den Vater und einer daraus folgenden Posttraumatischen Belastungsstörung. Sie geriet in heftige Erregung mit körperlichen Aggressionen, als ein neuer Mitarbeiter ihr bei einer schwierigen motorischen Aufgabe zu Hilfe kam. Die Gegenwart eines Mannes, der ihrem Vater äußerlich ähnelte, hatte zu dieser massiven Erregung geführt. Die frühere persönliche Belastung formte in Verbindung mit dem körperlichen Kontakt durch den Mitarbeiter den auslösenden Impuls für die aggressiven Akte, die dann unmittelbar zur Beendigung des körperlichen Kontaktes führten. Sie hatten auch die Versetzung dieses männlichen Mitarbeiters zur Folge. Ihre Aggression als Reaktion auf den auslösenden Reiz wurde immer stärker – bis der affektive Ausbruch schließlich in einer Entspannung ihres Gemütszustandes mündete und den ängstigenden körperlichen Kontakt beendete.

Neurobiologische Ebene

Neuere Erkenntnisse der Neurowissenschaften weisen darauf hin, dass bestimmte Verhaltensweisen auf der Aktivierung bestimmter neuronaler Schaltkreise im Gehirn beruhen. Nach Kandel (1998) repräsentiert ein neuronaler Schaltkreis zu einer gegebenen Zeit die Veränderungen in der biologischen Entwicklung, die Auswirkungen von Stress (einschließlich wiederholter psychologischer oder physischer Traumata) und andere sozialer Erfahrungen einer Person. Die emotionalen Erfahrungen können durch zwei unterschiedliche Systeme neuronaler Schaltkreise verarbeitet werden: Die subkortikalen Schaltkreise (sog. low road) und die kortikale Schaltkreise (sog. high road) (LeDoux, 1996). Einige Anfangsbedingungen (z. B. solche, die lebensgefährlich oder hoch belastend sind) werden ebenso wie Erfahrungen während der frühen Lebensjahre auf der subkortikalen Ebene verarbeitet. Sie führen zu unmittelbaren Verhaltensreaktionen ohne Beteiligung höherer

kortikaler (kognitiver) Vermittlung. Solche Erfahrungen sind in der Amygdala¹⁰ gespeichert. Sie werden üblicherweise automatisch und unbewusst verarbeitet. Dieses emotionelle Lernen formt neuronale Schaltkreise für den Output bestimmter Verhaltensweisen, die nicht der kognitiven Kontrolle unterworfen sind (wie bei Phobien). Während sich ein Kind entwickelt, werden soziale Erfahrungen nach und nach durch subkortikal-kortikale Einflüsse (high road) verarbeitet, begleitet von bewusstem (kognitiven) Lernen und durch die Bildung kognitiv vermittelter neuronaler Schaltkreise und daran gekoppeltes Verhalten.

Gemäß dieser Hypothese sind neuronale Schaltkreise wahrscheinlich für fortbestehende Verhaltensprobleme verantwortlich, bei denen die ursprünglich auslösenden Faktoren gar nicht mehr gegenwärtig sind (z. B. selbstverletzendes Verhalten). Selbstverletzende Verhaltensweisen können selbst nach Beseitigung des belastenden Faktors oder nach Besserung einer psychischen Störung, die vorher das selbstverletzende Verhalten beeinflusst hatte, weiterhin bestehen. Möglicherweise ist das Neurotransmittersystem in diesem Fall betroffen; deshalb hält die Person die typische Reaktion auch auf geringfügige Stimuli aufrecht (Sovner & Lowry, 2001). Eine solche Sicht auf die unterschiedlichen Modalitäten neuronaler Transmission vorhergehender Bedingungen ist hilfreich sowohl für das Verständnis der Entstehung und der Schwere der jeweiligen Verhaltensweisen als auch für die Auswahl der Behandlung. Bei Personen, deren Fertigkeiten zur kognitiven Steuerung des Verhaltens noch nicht genug entwickelt sind, werden Behandlungsmethoden auf der Basis kognitiven Lernens weniger erfolgreich sein als jene, die sich auf grundlegende emotionale Bedürfnisse und Motivationen beziehen.

Umweltebene

Verschiedene Umweltbedingungen wirken typischerweise als Hauptfaktoren zur Aufrechterhaltung von Problemverhalten. In solchen Fällen verstehen üblicherweise die Personen der sozialen Umwelt die Entstehungsmechanismen von Problemverhalten nicht. Sie erkennen ihre eigenen Anteile am Auftreten oder Wiederauftreten von Problemverhalten nicht. Das Problemverhalten wird oft als Störung interpretiert, die ausschließlich mit der betreffenden Person zu tun hat. Die verschiedenen – unangemessenen – Maßnahmen der Umwelt, das betreffende Verhalten zu kontrollieren, sind dadurch ineffektiv. Die nachteiligen Interaktionen zwischen der Person und ihrer Umwelt können sogar dazu führen, dass das Problemverhalten zunimmt.

¹⁰ Die Amygdala ist ein paarig angelegtes Kerngebiet („Mandelkerne“) im medialen Bereich der Temporallappen. Die Amygdala gehört zum limbischen System, das wesentlich an der Regulation der Emotionen, der Grundbedürfnisse wie auch intellektuellen Funktion beteiligt ist.

Es gibt zahlreiche Faktoren, die Problemverhalten aufrechterhalten. Ein integriertes biologisches, psychosoziales und umweltbezogenes Assessment soll diese Faktoren richtig zu verstehen helfen.

Zusammenfassung Teil A

Der erste Schritt in der Planung einer geeigneten Behandlung und dazugehöriger Unterstützungsmaßnahmen für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten besteht darin, diejenigen Bedingungen und Faktoren zu identifizieren, die als individuelle Belastungen wirken und die Belastung aufrechterhalten. Eine erfolgreiche Behandlung kann nur in dem Maße verwirklicht werden, wie das Verhalten aus den Erfahrungen der Person erklärt und verstanden worden ist. Diejenigen, die die betroffene Person unterstützen, werden erfolgreich sein, wenn sie die Erfahrungen der Person (z. B. Gedanken, Gefühle, Wahrnehmung) verstehen. Schädliche Umweltbedingungen sollten identifiziert und ihr Beitrag zum Problemverhalten sollte verstanden werden. Die Erkennung dieser belastenden Faktoren wird über den Inhalt und den Schwerpunkt der Unterstützungsmaßnahmen zur Minderung der Belastung entscheiden. Erfolgreiche Interventionen, gleichgültig ob sie auf biologische, medizinisch charakterisierbare, psychologische oder Umweltfaktoren zielen, bewirken

- die Minderung oder Beseitigung der Belastungsfaktoren,
- die Vermittlung neuer oder fördernde Alternativen zur Bewältigung von Stress und
- Veränderungen der physischen und sozialen Umwelt, um grundlegende Bedürfnisse der Person zu befriedigen.

Teil B Praxisleitlinien für Assessment, Diagnostik und Behandlung

Abb. 3 beschreibt das schrittweise Vorgehen bei Problemverhalten von Menschen mit geistiger Behinderung.

Abb.3: Schrittweiser Zugang zu Problemverhalten

Schritt 1 Assessment zur Bestimmung der Anfangsbedingungen, 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 2 Multimodale Fallbeschreibung/ integrative Diagnose

- a. Bio-psychoziale Elemente und entwicklungsbezogene Elemente, die beim Problemverhalten eine Rolle spielen
- b. Entstehungsmechanismen
- c. Diagnostische Beschreibung des Problemverhaltens.

Schritt 3: Behandlung

- a. Ganzheitlicher Zugang zur Wiederherstellung seelischen Wohlbefindens der Person
- b. Integrative Behandlung der Faktoren, die das Problemverhalten hervorbringen.

Leitlinie 1 Assessment

Umfassendes entwicklungsbezogenes bio-psycho-soziales Assessment

Das Assessment dient dazu, die Anfangsbedingungen innerhalb des Entstehungsdreiecks (Abb. 2) zu erkennen, das Phänomen des Problemverhaltens zu erklären, die Eigenschaften der zentralen Verarbeitung und die Faktoren, die die Belastung auf den verschiedenen entwicklungsbezogenen bio-psycho-sozialen Ebenen aufrechterhalten, wenn die Person speziellen Umgebungsbedingungen ausgesetzt wird, zu identifizieren. Abb. 4 gibt das Modell des umfassenden Assessments wieder.

Abb. 4: Assessment

(A) Assessment des Problemverhaltens:

- 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)

(B) Assessment der Person:

- Biologische Charakteristika (genetische und ZNS-Anomalien)
- Psychoziale Aspekte (Niveau der kognitiven, sozialen, emotionalen und der Persönlichkeitsentwicklung)
- Körperliche Gesundheit
- Psychiatrische Befunde
- Funktionelle Probleme.

(C) Assessment der Umwelt:

- 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

Die Fachleute auf diesem Gebiet sollten die Faktoren, die beim Assessment beachtet werden müssen, kennen. Allerdings benötigen einige dieser Faktoren weitere Erklärung.

Komponenten eines umfassenden psychologischen Assessments

Beim psychologischen Assessment sind neben der Evaluierung der kognitiven Funktionen die soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung zu erfassen. Die Informationen über die Persönlichkeit und das Niveau der emotionalen Entwicklung helfen, die grundlegenden Bedürfnisse der Person und ihre Motivation zu verstehen (siehe Teil A, Sektion 2, Entwicklungsfaktoren).

Für das Assessment der kognitiven und der sozialen Aspekte gibt es verschiedene Skalen. Das Assessment der emotionalen Entwicklung ist jedoch ziemlich schwierig, da es dafür kaum geeignete Messinstrumente gibt. Dennoch liefern die *Vineland Adaptive Behaviour Scale – Socialization Domain* (Sparrow et al., 1984), aber auch andere Skalen für adaptives Verhalten nützliche Informationen. Darunter sind die *AAMR Adaptive Behaviour Scale* (Lambert et al., 1993), die *Scales of Independent Behaviour-Revised* (Bruninks et al., 1991) und die *Comprehensive Test of Adaptive Behaviour-Revised* (Adams, 1999) zu erwähnen. In jüngerer Zeit wurde versucht, Systeme und Skalen für die Erhebung der emotionalen Entwicklung zu entwickeln (DeGangi & Greenspan, 1989; Carter & Briggs-Gowan, 1999). Došen entwickelte das Instrument *Framework for the Appraisal of Emotional Development* (FAED) (Došen, 2005a). Allerdings verlangt das Fehlen standardisierter Instrumenten von den Praktikern eine eigene klinische Beurteilungsfähigkeit, um die emotionale Entwicklung zu bewerten.

Psychiatrisches und funktionelles Assessment

Für das psychiatrische Assessment von Menschen mit intellektueller Behinderung, besonders bei Menschen mit einem niedrigen Entwicklungsniveau, müssen die Standardmethoden des Assessments angepasst werden (Levitas et al., 2001; Deb et al., 2001; Royal College of Psychiatrists, 2001). Funktionelle Störungen (Schlafstörungen, spezielle Lernprobleme, Sprachstörungen usw.) verdienen besondere Beachtung. Solche Störungen können als Anfangsbedingungen wesentliche Faktoren für Problemverhalten sein und erhebliche Probleme der Interaktion der Person mit ihrer Umwelt verursachen.

Assessment der Umwelt

Die Untersuchung der Umweltbedingungen verdient hohe Aufmerksamkeit. Probleme in der Familie und im übrigen Lebensraum haben einen erheblichen Einfluss auf Problemverhalten. Sie werden bei Personen, die mangels sprachlicher Fähigkeiten ihre Probleme nicht darstellen können, leicht übersehen.

Literatur

Assessmentbereiche	Literatur
Körperliche Untersuchungen	Gualtieri, 2002; Harris, 1998
Psychosoziale Untersuchungen	Došen, 2005a; Greenspan & Wieder, 1998; Harris, 1998; Sparrow et al., 1984
Psychiatrische Untersuchungen	Levitas et al., 2001; Szymanski & King, 1999, Volkmar et al., 1999

Ein Assessment des Systems kann in solchen Fällen nützlich sein (Hennicke, 1993; Rotthaus, 2001).

Der Schwerpunkt des Assessments sollte darauf liegen, die Anfangsbedingungen, die Merkmale der zentralen Verarbeitung und die aufrechterhaltenden Faktoren zu identifizieren. Diese Faktoren sollten im Kontext des Entstehungsdreiecks (Person – Interaktion – Umwelt) gesehen werden. Zu beachten sind die biologischen, medizinisch charakterisierbaren, psychologischen, sozialen Faktoren und die Entwicklungsmerkmale des Individuums selbst, aber auch die physischen und die sozialen Bedingungen in der aktuellen Umwelt.

Fallvignette 1: Jan

Jan, ein 7-jähriger Junge, wurde wegen selbstverletzenden Verhaltens, Ruhelosigkeit, Weinen und Schwierigkeiten mit Schlafen und Essen aufgenommen. Diese Probleme begannen drei Monate vor der Aufnahme mit Reizbarkeit und Selbstverletzungen. Sie traten immer auf, wenn man sich ihm näherte. Über mehrere Wochen nahm das selbstverletzende Verhalten schrittweise zu, er wurde ruhelos und hoffnungslos, konnte nicht schlafen, wies das Essen zurück und hatte Durchfall. Verschiedene somatische Untersuchungen erbrachten keine relevanten Befunde. Jan zeigte autistische Verhaltensweisen bei schwerer Intelligenzminderung infolge einer pränatalen Hirnschädigung. Die Ursache der Schädigung war ungeklärt. Jan lebte bei seinen Eltern und besuchte ein Tageszentrum für behinderte Kinder. Er konnte nicht sprechen und kommunizierte mit wenigen Gesten. Wenn er alleine gelassen wurde, machte er üblicherweise stereotype Rumpfbewegungen. Kurze Episoden selbstverletzender Verhaltensweisen konnten nach frustrierenden Erlebnissen auftreten. Beobachtung und Untersuchung zeigten ein verzweifertes Kind, das sich ständig selbst verletzte und nur nach leichter visueller und taktiler Stimulation kurz zur Ruhe kam. Sein kognitives und soziales Entwicklungsniveau wurde auf ungefähr 15 Monaten geschätzt (Bayley Scale). Untersuchungen mit der Vineland Adaptive Behaviour Scale (VABS) und dem Framework for the Appraisal of Emotional Development (SAED) belegten ein emotionales Niveau von weniger als sechs Monaten. Die Eltern berichteten, dass seine emotionale Entwicklung vor dem Auftreten des Problemverhaltens höher war. Seine Persönlichkeitsentwicklung vor dem Auftreten des Problemverhaltens entsprach seinem kognitiven und sozialen Niveau.

Zu vermuten ist, dass die Veränderungen von Jans emotionalem Niveau aus extrem belastenden Erfahrungen herrührten, die sein früheres Niveau der Funktionsfähigkeit und auch sein früher erreichtes psycho-physiologisches Gleichgewicht beeinträchtigten. Die Untersuchung der Umgebungsbedingungen zeigte verschiedene Ereignisse und Veränderungen in der Umgebung des Jungen (einschließlich eines exzessiven und anspruchsvollen Kommunikationstrainings, Veränderungen der Gruppe, Krankheit der Mutter) innerhalb relativ kurzer Zeit. Für Jan bedeuteten offenkundig diese Ereignisse einen sehr großen Stress. Als Folge seines niedrigen psychosozialen Entwicklungsniveaus und seiner geringen Copingfähigkeiten reagierte er mit selbstverletzendem Verhalten. Als Folge des Verhaltens traten Störungen weiterer psychischer und körperlicher Funktionen auf, was zur psychischen Krankheit führte.

Formulierung der relevanten Befunde aus dem Assessment der Fallvignette 1 (siehe Abb. 4):

(A) Assessment des Problemverhalten:

Anamnestiche Aufzeichnungen: Selbstverletzendes Verhalten, Ruhelosigkeit und andere Problemen begannen drei Monate zuvor.

Verhaltensbeobachtungen: Das Problemverhalten ist intensiv, dauert den ganzen Tag mit kurzen Pausen von Passivität und Rückzug; das Problemverhalten ist zumeist unabhängig von externen Stimuli.

(B) Assessment der Person:

Biologische und medizinische Faktoren: Keine relevanten Befunde.

Psychosoziale Faktoren: Schwerste Intelligenzminderung, Autismus, kognitives Niveau von 15 Monaten, soziales Entwicklungsniveau von 15 Monaten, emotionales Entwicklungsniveau unterhalb von sechs Monaten, Persönlichkeitsniveau diskrepant.

Psychiatrische Untersuchung: Klinisches Bild einer Dysregulation der psychosozialen und physiologischen Funktionen – vergleichbar mit einem atypischen psychotischen Zustand.

(C) Assessment der Umgebung:

Relevante Befunde: Offenkundig überfordernde Umwelt, mangelndes Verständnis für die psychosozialen Bedürfnisse des Kindes. Veränderungen in der Umwelt belasten das Kind.

Schrittweiser Zugang

Schritt 1:

Assessment: Bestimmung der Anfangsbedingungen, der Merkmale der zentralen Verarbeitung und der aufrechterhaltenden Faktoren zu Vignette 1 (siehe Abbildung 3).

Anfangsbedingungen: Ungünstige Umweltbedingungen. Unangemessene Wechselwirkung, belastende Erfahrungen für das Kind.

Merkmale der zentralen Verarbeitung: Das Problemverhalten ist Folge des maladaptiven Copings der Frustrationen bei einem Kind mit stark verzögerter psychosozialer Entwicklung (besonders im Bereich der emotionalen Entwicklung), mit verletzlichem psychosozialen Gleichgewicht und mit einer psychiatrischen Störung.

Aufrechterhaltende Faktoren: Das Problemverhalten wird aufrechterhalten durch unangemessene Reaktionen der Umwelt (die Umwelt versteht die psychosozialen Grundbedürfnisse des Kindes nicht) und durch eine gleichzeitige psychische Störung.

Schritt 2:

Siehe nächste Sektion.

Leitlinie 2: Diagnostik

Integration der Assessment-Ergebnisse, Multimodale Fallbeschreibung und integrative Diagnose

Das Assessment der Faktoren, die das Problemverhalten einer Person beeinflussen können, und die Zusammenschau dieser Daten mit den anamnestischen Informationen aus den klinischen Dokumentationen und den Berichten Dritter führen zu Hypothesen über die vielfältigen Einflussfaktoren (z. B. körperliche Krankheit, genetische, psychiatrische und psychologische Faktoren sowie die soziale und physische Umwelt). Im Ergebnis der Erhebung dieser möglichen Einflussfaktoren wird eine umfassende multimodale Fallbeschreibung erforderlich, mit der die Resultate des Assessments in eine komplexe Matrix hypothetischer Risikofaktoren integriert werden. Diese Matrix schließt alle Faktoren ein, die möglicherweise zum Auftreten des Problemverhaltens, zu seiner Schwere, zur Schwankung in der Schwere und zum wiederholten Auftreten des Problemverhaltens beitragen. Die Methode des sog. *Multimodal Contextual Case Formulation Approach* wurde von Gardner beschrieben (Gardner 2002; Gardner et al., 2006; Gardner & Sovner, 1994); sie ist ein Beispiel für einen solchen Zugang.

Die Autoren der DC-LD (Royal College of Psychiatrists, 2001) haben diagnostische Kriterien für Problemverhalten vorgeschlagen (siehe Teil A, Sektion 1). Verschiedene Kategorien von Problemverhalten wurden beschrieben und in einen diagnostischen Rahmen einbezogen. Andere Autoren (Szymanski, 1988; Došen, 2005b) haben alternativ zum Begriff der multimodalen Fallbeschreibung den Begriff integrative Diagnose vorgeschlagen. Mit dieser Methode werden die Befunde verschiedener Untersuchungen wie die Bilder eines Puzzles zusammengefügt. Sie werden eingebunden in einen integrativen Rahmen, der ein komplettes klinisches Bild beschreibt. Došen (2005b, c) schlägt ein Schema für eine integrative Diagnose bei psychischen Störungen vor. Dieser Rahmen kann leicht auf Problemverhalten angewendet werden (siehe Abb. 3 und 5).

Der Vorteil einer integrativen Diagnose ist ihr umfassender Charakter und die Zusammenschau der verschiedenen Aspekte, Faktoren und Prozesse, die einerseits an der Entstehung von Problemverhalten beteiligt sind und andererseits im Hinblick auf die Behandlung und den Umgang mit dem Problemverhalten berücksichtigt werden müssen.

Wenn eine psychische Störung als Hauptfaktor für ein Problemverhalten identifiziert wird, liefert die integrative diagnostische Beschreibung eine Erklärung und ein Verständnis der psychischen Störung (Došen, 2005b, c) und dafür wie sie auf das Problemverhaltens einwirkt.

Abb. 5: Schrittweiser Zugang, Schritt 2: Multimodale Fallbeschreibung, integrative Diagnose des Problemverhaltens

1. Beschreibung der verschiedenen biologischen, psychologischen, sozialen, entwicklungsbezogenen, somatischen und psychiatrischen Aspekte in Bezug auf die Auslösung, die zentrale Verarbeitung und Aufrechterhaltung von Problemverhalten
2. Beschreibung der Entstehungsmechanismen und der Dynamik von Problemverhalten, der Anfangsbedingungen, der zentralen Verarbeitung und der aufrechterhaltenden Faktoren.
3. Diagnostische Einordnung des Problemverhaltens.
4. Behandlung

Gemäß der Darstellung in Abb. 5 sollte eine multimodale Fallbeschreibung oder eine integrative Diagnose folgende Aspekte enthalten:

1. Assessment-Ergebnisse im Hinblick auf biologische Aspekte, somatische Befunde, neurophysiologische Aspekte, kognitive und Lernaspekte, Persönlichkeitsentwicklung, Persönlichkeitszüge, grundlegende emotionale Bedürfnisse, grundlegende Bewältigungsprobleme, Umweltaspekte und psychiatrische Befunde.
2. Entstehungsmechanismen und Entstehungsdynamik einschließlich einer kurzen Beschreibung des Prozesses, der zum Problemverhalten führt.
3. Darlegung der diagnostischen Erwägungen mit einer beschreibenden Terminologie im Hinblick auf das Problemverhalten und eine Beschreibung der zugrunde liegenden Bedingungen. Eventuelle psychische Störungen müssen erwähnt werden.
4. Beschreibung der Behandlungsstrategien, die auf den verschiedenen diagnostischen Aspekten beruhen.

Das folgende Beispiel bezieht sich auf die Fallvignette 1 (siehe vorhergehende Sektion) basiert.

Schritt-für-Schritt-Zugang, Schritt 2: Multimodale Fallbeschreibung, integrative Diagnose

1. Beschreibung bio-psychosozialer, entwicklungsbezogener, somatischer und psychiatrischer Faktoren:

- a. Biologische Faktoren: Pränatale Schädigung der Hirnentwicklung, erweiterte Seitenventrikel des Gehirns.
- b. Somatische Untersuchung: Keine relevanten Befunde.
- c. Neurophysiologische Faktoren: EEG ohne relevante Befunde, Schlafprobleme.

- d. Kognitive und Lernfaktoren. Mentales Alter von 18 Monaten, reflexives Lernen.
- e. Persönlichkeitsentwicklung. Soziale Entwicklung auf dem Niveau von 15 Monaten, emotionale Entwicklung auf einem Niveau unter sechs Monaten, diskrepante Persönlichkeitsentwicklung.
- f. Persönlichkeitszüge: Schwierigkeiten, das psycho-physiologische Gleichgewicht aufrechtzuerhalten; Stereotypen, selbstverletzendes Verhalten.
- g. Bedürfnisse: Konstanz der Umgebung; adäquate Sinnesreize; adäquate soziale Interaktion.
- h. Grundlegende Bewältigungsprobleme: Sich verändernde Umwelt; Schwierigkeiten, Sinnesreize zu integrieren; offenkundig überfordernde soziale Umwelt.
- i. Umweltfaktoren: Fehlendes Verständnis für die grundlegenden Bedürfnisse und Bewältigungsprobleme des Jungen.
- j. Psychiatrische Befunde: Diagnose nach DSM-IV: Stereotype Bewegungsstörungen mit selbstverletzendem Verhalten.

Entwicklungspsychiatrische Diagnose: Verlust des psychologischen Gleichgewichts als Konsequenz belastender Erfahrungen (reaktiver, atypischer psychotischer Zustand).

2. Entstehungsmechanismen und Entstehungsdynamik des Problemverhaltens (Beschreibung der Auslösefaktoren, der Merkmale der zentralen Verarbeitung und der aufrechterhaltende Bedingungen): Das Problemverhalten erscheint als Konsequenz der Frustration (infolge belastender Umweltereignisse) eines Kindes mit einem diskrepanten und sehr niedrigen Niveau der psychosozialen Entwicklung. Das Problemverhalten wird aufrechterhalten einerseits durch unangemessene Reaktionen der Umwelt auf die grundlegenden Bedürfnisse des Kindes, andererseits durch eine gleichzeitige psychische Störung.

3. Diagnostische Einordnung des Problemverhaltens: Selbstverletzendes Verhalten als Folge einer gestörten psycho-physiologischen Homöostase. Komorbide reaktive atypische psychotische Störung.

4. Behandlung (siehe nächste Sektion, Schritt 3).

Leitlinie 3: Behandlung

Behandlung und Hilfeplan

Alle biologischen, medizinischen, psychosozialen und entwicklungsbezogenen Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen zur Beeinflussung derjenigen Faktoren, die ein Problemverhalten beeinflussen, müssen in einen *Umfassenden individualisierten Behandlungs- und Hilfeplan* eingebunden werden. Dieses Konzept wurde eigens entwickelt, um die individuellen Bedürfnisse und Ziele anzusprechen. Er basiert auf den Informationen aus dem umfassenden, individualisierten Assessment und auf der integrativen Diagnose (siehe Abb. 5).

Hypothesengeleitete Interventionen

Jede Komponente des Umfassenden individualisierten Behandlungs- und Unterstützungsplans gründet sich auf Hypothesen. Er soll die spezifischen und individuellen Anfangsbedingungen, die Merkmale der Verarbeitung und die aufrechterhaltenen Faktoren auf dem Hintergrund der biologischen, medizinischen, psychologischen, entwicklungs- und umweltbezogenen Bedingungen, die im Assessment identifiziert und in der integrativen Diagnose beschrieben wurden, ansprechen. Die umfassende Behandlung betont

- den ganzheitlichen Zugang zur betroffenen Person und
- die integrative Behandlung der Faktoren des Problemverhaltens (siehe Abb. 6).

Abb. 6: Die beiden Komponenten in der Behandlung von Problemverhalten

1. Ganzheitliche Behandlung der betroffenen Person

- die Person und ihre Umwelt sind der Fokus von Behandlung und Unterstützung

2. Integrative Behandlung der Faktoren des Problemverhaltens

- Erarbeitung einer angemessenen Behandlungsstrategie
- Auswahl der Behandlungsmethoden.

Ganzheitliche Behandlung

Behandlung und Unterstützung dienen dazu, das seelische Wohlergehen und die psychische Gesundheit der betroffenen Person zu fördern. Sie gehen also darüber hinaus, nur das Problemverhalten zu reduzieren oder zu eliminieren. Ein ganzheitlicher Zugang richtet sich auf die Person und deren Wechselwirkung mit der physischen und sozialen Umwelt.

Die betroffene Person

Die Person erhält die notwendige Unterstützung, um den Stress zu eliminieren, indem ihre grundlegenden psychosozialen Bedürfnisse befriedigt werden. Die Unterstützungsmaßnahmen werden ausgewählt, dass sie das Wohlergehen des Betroffenen fördern. Zugänge, die die Entwicklung der Person sowie ihre Aktivitäten und solche Interaktionen, die dem Entwicklungsniveau entsprechen, fördern, stehen im Mittelpunkt des ganzheitlichen Zugangs. Alltagssituationen, die für die Person angenehm sind, werden betont und möglichst häufig herbeigeführt. Die medizinisch charakterisierbaren Probleme, gleichzeitige psychische Störungen und psychisch belastende Probleme, die die Verarbeitung anderer Faktoren beeinträchtigen, müssen angemessen behandelt werden.

Die Umwelt

Die Umwelt sollte so angepasst werden, dass sie den grundlegenden Bedürfnissen der betreffenden Person entspricht, damit eine adäquate Interaktion entstehen kann. Beispielsweise sind belastende Bedingungen zu vermindern oder ganz zu beseitigen. Das betrifft beispielsweise übermäßigen Lärm, zu viele Leute, überzogene Anforderungen, die die Fähigkeiten der Person überfordert oder die nicht zu ihren Bedürfnissen passen, heftige Konflikte mit seinesgleichen, oder Angst machende soziale und physische Umweltbedingungen.

Die Behandlung des Problemverhaltens in einer inadäquaten Umwelt (z. B. traumatisierende, gefährdende, unsichere, massiv überfordernde oder kränkende Umgebung) bringt gewöhnlich keine befriedigenden Ergebnisse. Die Schaffung angemessener Umweltbedingungen ist die Vorbedingung für die Behandlung der Person. Situationen, die die Menschen Wechselwirkungen aussetzen, die sie nicht tolerieren können oder die im Widerspruch zu ihren grundlegenden Bedürfnissen stehen, sollten vermieden werden. Ein Beispiel dafür wäre, wenn man von einer Person mit einem Fragile X-Syndrom erwartete, sie solle routinemäßig zurechtkommen mit einer lauten Umwelt voller Menschen (Griffiths et al., 1998).

Integrative Behandlung der Faktoren des Problemverhaltens

Schon nachdem medizinisch beschreibbare Belastungsfaktoren und Umweltbedingungen beseitigt oder vermindert sowie die grundlegenden psychosozialen Bedürfnisse der Person erfüllt worden sind, kann das Problemverhalten beträchtlich vermindert oder sogar verschwunden sein. Bei fortbestehendem Problemverhalten sollten zielgerichtete integrative Behandlungsmaßnahmen angewendet werden. Integrative Behandlung bedeutet, dass alle relevanten biologischen, psychosozialen und sozialen

Einflüsse, die innerhalb einer Entwicklungsperspektive zu bewerten sind, in individualisierter Weise berücksichtigt werden. Wie schon erwähnt, geschieht dies in der gegenwärtigen Praxis nicht genügend. Wenn man den Wert der Entwicklungsperspektive in der Behandlung von psychischen Problemen und Problemverhalten betont (siehe Teil A, Sektion 2), wird der entwicklungsbezogene Zugang als die vierte Behandlungsdimension in das integrative Behandlungsmodell einbezogen (Došen, 2007). Die Beachtung der Entwicklungsdimension unterstreicht die Notwendigkeit, die grundlegenden psychosozialen Bedürfnisse als die entscheidende Komponente innerhalb eines integrativen Behandlungszugangs zu beachten. Die Behandlungen, die von jeder der Dimensionen abgeleitet werden, sind auf der Grundlage der diagnostischen Befunde in einer Reihenfolge angeordnet (siehe Abb. 7). Das dient dafür, die Prozesse in den verschiedenen Dimensionen, die zum Verhaltensproblem führen, zu beeinflussen. Das führt dazu, dass eher der Teufelskreis, der das Problemverhalten aufrechterhält, durchbrochen wird, als dass das unangemessene Verhalten unmittelbar beseitigt würde. Für jede Dimension können verschiedene Behandlungsmethoden implementiert werden (Došen & Day, 2001). Die integrative Diagnose bestimmt die Auswahl der Behandlungsstrategien und Behandlungsmethoden. Die Abb. 7 und 8 zeigen verschiedene Strategien und Methoden, die sich auf verschiedene integrative Diagnosen beziehen.

Bei der Auswahl von Behandlungsstrategie und Behandlungsmethoden kann das Entstehungsdreieck (siehe Abb. 2) hilfreich sein. In den Fällen, in denen die Anfangsbedingungen überwiegend im Interaktionsmuster liegen, kann eine integrative Behandlung gemäß Abb. 7 stattfinden. In solchen Fällen wird nämlich das Problemverhalten üblicherweise durch Konflikte zwischen der Person und ihrer Umwelt hervorgerufen. Die Konflikte resultieren sowohl aus den besonderen Charakteristika der Person als auch aus den spezifischen Umweltbedingungen. Üblicherweise spielt beides bei der Auslösung und Aufrechterhaltung von Problemverhalten eine Rolle.

In Fällen, in denen einem Problemverhalten eine psychische Störung zugrunde liegt oder eine psychische Störung als Folge des Problemverhaltens entsteht oder als Komorbidität auftritt, sollte die Behandlung gemäß Abb. 8 geplant werden.

Abb. 7: Integrative Behandlung eines Problemverhaltens, das vorwiegend auf ungünstigen Wechselwirkungen beruht

Die integrative Behandlung erfolgt auf vier Ebenen:

- Behandlung auf 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). Zu erwarten ist, dass die positiven Erfahrungen aus solchen Wechselwirkungen zu positiver sozialer Motivation führen und die vorherige maladaptive Verarbeitung von Ereignissen durch die Person verändern.
- Behandlung auf der zweiten Ebene: Die *soziale Dimension* wird verändert durch Information, Ausbildung und Training der Umwelt. Man versucht, die Umwelt an die psychosozialen Bedürfnisse der Person anzupassen und eine bedeutsame Beziehung zu etablieren (Rotthaus, 2001).
- Behandlung auf der dritten Ebene: Das Training von Fähigkeiten oder Psychotherapie können der Person helfen, ihre Fähigkeit, Probleme unabhängig zu lösen, zu aktivieren und sich den 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) (*Psychologische Dimension*).
- Behandlung auf der vierten Ebene: Sie richtet sich auf die *biologische Dimension*. Falls es angezeigt ist, können Psychopharmaka eingesetzt werden, um andere Interventionen zu unterstützen (Reiss & Aman, 1998).

Abb. 8: Planung der integrativen Behandlung des Problemverhaltens bei zugrunde liegender oder koexistenter psychiatrischen Störungen

- Zuerst muss die festgestellte psychiatrische Störung mit einem ganzheitlichen und integrativen Zugang – wie oben beschrieben – behandelt werden.
- Falls das Problemverhalten dabei nicht verschwindet, behandelt man die übrigen Faktoren, die zum Problemverhalten beitragen. Diese Behandlung muss parallel mit der Behandlung der psychiatrischen Störung oder zusätzlich zu dieser Behandlung erfolgen.

Verwendung von Psychopharmaka

Der Einsatz von Psychopharmaka für die Behandlung von Problemverhalten wird kontrovers diskutiert. Konsens ist, dass Problemverhalten vielfältige unterschiedliche Bedingungen und Prozesse zugrunde liegen. Deshalb werden sie mit einer Kombination therapeutischer Zugänge behandelt, die auf der Grundlage einer umfassenden Diagnostik ausgewählt werden. Ein Psychopharmakon kann einen positiven Effekt haben, wenn es eine klare Indikation hat (z. B. Angst oder Erregbarkeit zu vermindern) oder in Fällen, in denen Ruhelosigkeit, Erregbarkeit, Impulsivität oder ähnliches die Anwendung anderer Behandlungsmethoden erschweren. Es ist aber ein Fehler, Problemverhalten nur mit Psychopharmaka zu behandeln. Hohe Dosierungen und

unkontrollierte chronische Anwendung schaden (Aman & Reiss, 1998; King, 2007).

Behandlung von Problemverhalten auf Grundlage oder neben einer psychischen Störung

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

1. Ein ganzheitlicher Zugang zur Person.
2. Die integrative psychiatrische Behandlung auf
 - a. Biologischer Ebene
 - b. Entwicklungsebene
 - c. Sozialer Ebene
 - d. Psychologischer Ebene.

Bei weniger schweren psychischen Erkrankungen kann es eine andere Rangfolge geben. So würden z. B. bei einer Dysthymen Störung die psychologische Dimension an die erste Stelle und die biologische Dimension an die vierte Stelle rücken. Falls erforderlich, sollte eine zusätzliche Behandlung für das Problemverhalten erfolgen.

Fallvignette 1: Jan

(Anamnese, Assessment und integrative Diagnose wurden in der vorausgehenden Sektion beschrieben)

Schrittweiser Zugang Schritt 3: Behandlung

Ganzheitlicher Zugang zur Person. Anpassung der Umwelt an Jans grundlegende emotionale Bedürfnissen, indem eine sichere Umwelt hergestellt wird, vertraute Menschen zu Verfügung stehen, Aktivitäten strukturiert werden, angemessene sensorische Stimulationen erfolgen und frustrierende Erfahrungen minimiert werden.

Integrative Behandlung der Bedingungsfaktoren:

1. Biologische Dimension: Regulation der physiologischen und psychologischen Funktion des Kindes durch Psychopharmaka, um ein psycho-physiologisches Gleichgewicht zu erreichen.
2. Entwicklungsdimension: Man begegnet dem Kind auf seinem emotionalen Niveau und führt es zu positiven, emotionalen Erfahrungen.
3. Psychologische Dimension: Anregung des Kindes, an Stelle des selbstverletzenden Verhaltens besser geeignete Aktivitäten auszuführen, z. B. dadurch, dass man seine Hände in einer angenehmen Weise aktiviert oder indem man es in eine angenehme Interaktion bringt.

4. Soziale Dimension: Die relevanten Personen der Umwelt werden informiert und angeleitet, wie sie die grundlegenden Bedürfnisse des Kindes befriedigen können.

Illustration der Leitlinien 1, 2 und 3

Die Illustration eines umfassenden Zugangs zu Assessment, Diagnostik und Behandlung bei einer Person mit Problemverhalten

Fallvignette 2: Tom

Tom ist ein 21-jähriger Mann mit einer leichten geistigen Behinderung. Er wurde aufgenommen wegen abrupter und manchmal gefährlicher, aggressiver „Explosionen“. Das Problemverhalten existiert seit seiner frühen Kindheit. Frühzeitig wurde Tom konfrontiert mit großen sozialen Problemen. Seine Mutter war psychisch krank. Sein Vater starb, als er zwei Jahre alt war. Er selbst kam wegen verschiedener banaler körperlicher Probleme häufig ins Krankenhaus. Aggressive Ausbrüche, vorwiegend gegen vertraute Menschen gerichtet, begannen schon, als er noch ein Kleinkind war; sie wurden nach seiner Pubertät schwerer. Toms aggressives Verhalten führte im Alter von sieben Jahren zur Aufnahme in einer Einrichtung. Seine Aggressivität bewirkte häufige Aufenthalte in psychiatrischen Krankenhäusern. Zu den verschiedenen psychiatrischen Diagnosen zählten Verhaltensstörungen und antisoziale Persönlichkeitsstörung. Er erhielt hohe Dosen verschiedener Psychopharmaka.

Schritt 1: Assessment des Problemverhaltens

Assessment der Person. Die medizinischen Untersuchungen blieben ohne relevante Befunde. Die psychologische Untersuchung erbrachte einen IQ von 60. Die emotionale Entwicklung war auf einem überraschend niedrigen Niveau. Tom erreichte Werte, die einem Alter von unter zwei Jahren entsprachen. Die Persönlichkeit des jungen Mannes zeigte sich als sehr instabil und verletzlich. Die Beobachtung des jungen Mannes in seiner Umgebung zeigte, dass seinem aggressiven Verhalten meistens frustrierende Wechselwirkungen mit seiner Umwelt vorausgingen. Die psychiatrische Untersuchung belegte die Symptome einer Impulskontrollstörung.

Assessment der Umwelt. Die soziale Umwelt versuchte vor allem, sein aggressives Verhalten mit Psychopharmaka, mit Verhaltensmodifikationen und mit ähnlichen Umweltsteuerungen zu beeinflussen. Unangemessene Wechselwirkungen zwischen dem jungen Mann und seiner Umgebung spielten eine große Rolle. Seine Umwelt erkannte seine grundlegenden emotionalen Bedürfnisse nicht und überforderte die Fähigkeiten des jungen Mannes. Die Fähigkeiten der Bewältigung, die zentrale Verarbeitungsfähigkeit waren wegen des Stillstandes der emotionalen Entwicklung zu schwach. Das führte zu fehlangepassten Verhaltensweisen. Das Problemverhalten wurde durch ein unangemessenes Feedback aus der sozialen Umwelt aufrechterhalten.

Schritt 2: Multimodale Fallbeschreibung/Integrative Diagnose

Relevante Ergebnisse

Kognitive Faktoren: Leichte intellektuelle Behinderung (IQ 60), Lernen am Beispiel.

Persönlichkeitsentwicklung: Diskrepanz als Folge einer deutlichen Differenz zwischen kognitiver (entspricht 9 Jahren) und emotionaler Entwicklung (entspricht 2 Jahren).

Persönlichkeit: Suche nach Beachtung und positiver Beziehung zu anderen Menschen. Rasche Stimmungswechsel, impulsive Aggressionen gegenüber Betreuungspersonen.

Grundlegende Bedürfnisse: Braucht Akzeptanz durch wesentliche Personen, braucht vertrauenswürdige Personen und Aktivitäten.

Grundlegende Coping-Probleme: Kann das Fehlen sozialer Akzeptanz, den Mangel an Einfühlung seitens wesentlicher Personen oder den Mangel an eigener sozialer Kompetenz nicht bewältigen.

Umweltfaktoren: Fehlendes Verständnis für Toms grundlegende Bedürfnisse; konzentriert auf die Kontrolle seines Problemverhaltens.

Psychiatrische Befunde: DSM-IV, Achse I: Intermittierende explosive Störung

Entwicklungspsychiatrische Diagnose: Impulsiv-aggressives Verhalten eines Menschen mit einer erheblichen Diskrepanz zwischen kognitiver und emotionaler Entwicklung und Bewältigungsproblemen unter ungünstigen Umständen.

Entstehungsmechanismus und Entstehungsdynamik des Problemverhaltens

Das aggressive Verhalten entsteht als Reaktion auf unangemessene Anforderungen der Umwelt bei einem jungen Mann mit einer diskrepanten Persönlichkeitsentwicklung (Stillstand der emotionalen Entwicklung auf dem Entwicklungsniveau der Bindung). Die soziale Umwelt versteht seine grundlegenden emotionalen Bedürfnisse nicht. Sie frustriert ihn sowohl durch unangemessene Erwartungen als auch durch erfolglose Versuche, sein Verhalten zu kontrollieren. Das Problemverhalten wird durch das ständig negative Interaktionsmuster aufrechterhalten.

Diagnostische Einordnung des Problemverhaltens

Aggressives Verhalten, initiiert und aufrechterhalten durch unangemessene Wechselwirkungen zwischen Tom und seiner Umwelt.

Schritt 3: Behandlung

Ganzheitlicher Zugang zur Person

Die Umgebung wird informiert über die möglichen Ursachen des aggressiven Verhaltens. Sie erhält Instruktionen, wie sie ihm so begegnen kann, damit er sich sicher fühlen kann, um Konfliktsituationen zu vermeiden.

Integrative Behandlung der Faktoren des Problemverhaltens

1. **Entwicklungsdimension:** Ausgehend von der Annahme, dass der junge Mann im Bereich der Bindung unsicher ist, sollen die Betreuungspersonen dahin angeleitet werden, ihm ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln und in individualisierter Weise mit ihm umzugehen. Das Hauptaugenmerk liegt darauf, eher Toms grundlegende Bedürfnisse zu befriedigen als sein aggressives Verhalten zu kontrollieren.
2. **Soziale Dimension:** Toms Wohnraum, die physischen Gegenstände, die Aktivitäten und die sozialen Interaktionen werden strukturiert, um positive Resultate zu sichern. Ziel ist, sein Vertrauen zu fördern, ihm einen eigenen Platz und eine soziale Rolle in der Umwelt zu geben.
3. **Psychologische Dimension:** Tom wird angeleitet, seine eigenen Gefühle zu erkennen und zu verbalisieren. Er wird trainiert, die ersten Symptome von Frustration und Ärger zu erkennen. Er wird ermutigt zu Handlungen, die sich eignen, um solche Gefühle zu reduzieren und zu steuern (Wutmanagement).
4. **Biologische Dimension:** Ein Medikament (Valproat) wurde verschrieben, um die Reizbarkeit zu reduzieren.

Leitlinien 4 Umgang mit Verhaltenskrisen

Verhaltenskrisen, Deeskalation und Krisenmanagement

Der *Umfassende individualisierte Behandlungs- und Hilfeplan* schließt Deeskalationsstrategien und Krisenmanagement ein. Deren Ziele sind:

- a. die Minderung der emotionalen oder körperlichen Belastungen der Person auf die effektivste und am wenigsten eingreifende oder restriktive Weise,
- b. die Gewährleistung des Schutzes Dritter und von Eigentum und
- c. die frühestmögliche Beendigung der Verhaltenskrise in Übereinstimmung mit den Bedürfnissen der Person.

Deeskalation und Krisenmanagement

Dieser Abschnitt beschreibt folgendes:

Ganzheitlicher Zugang

1. Individualisierte Anpassungen der Umwelt, um diejenigen Ereignisse, die zum Problemverhalten (durch Störung von Routinen und Programmen, Direktiven und Forderungen, Über- oder Unteraktivität) beitragen können, zu minimieren oder auszuschalten.
2. Veränderung der sozialen Interaktionen der Person oder der Umwelt ereignisse, um spezifische prosoziale Verhaltensweisen als Alternativen zum Krisenverhalten zu fördern.
3. Identifikation und Beachtung von frühen Hinweisen im Verhalten, die man als Vorläufer einer Verhaltenskrise kennt.
4. Bestimmung spezifischer proaktiver Zugänge (Was ist durch wen zu tun, um markante Auslöser zu reduzieren oder gänzlich zu eliminieren?).

Integrative Behandlung

1. Vielfältige Strategien (evtl. einschließlich pharmakotherapeutischer Maßnahmen), um die Krise in ihrem Stadium zu beeinflussen: Klärung, was zu tun ist unter bestimmten Umständen, wer verantwortlich dafür ist, bestimmte Zugänge zu implementieren und ihre Effekte zu bewerten.
2. Spezielle Verantwortlichkeiten von Anbietern von Dienstleistungen in der Gemeinde einschließlich der möglichen Nutzung von polizeilicher Unterstützung.
3. Verfahren, um nach der Überwindung einer Krise sowohl die Person selbst als auch ihr personelles Umfeld, ihre Familie und Betreuungspersonen rückblickend zu befragen und zu unterstützen.

4. Nach der Krise sind Behandlungsstrategien für die Zukunft zu formulieren, um die betreffende Person zu trainieren, mit Vorläufern einer Krise umgehen zu können. Es sind die Fähigkeiten zu fördern, um künftig solche oder ähnliche Situationen bewältigen zu können.

Prüfung und Modifikation

Die Empfehlungen dieses Abschnitts über Deeskalationsstrategien und Krisenmanagement werden nach einer genauen Analyse jeder Krise herangezogen und nach Bedarf modifiziert. Dabei wird sichergestellt, dass die präventiven und die therapeutischen Methoden und Maßnahmen der Unterstützungen situationsgerecht sind und den Faktoren der Krise entsprechen. Die Komponenten der Deeskalationsstrategien und des Krisenmanagement werden erforderlichenfalls angepasst.

Das Spektrum der Krisenmanagements

Dieser Abschnitt Deeskalationsstrategien und Krisenmanagement des *Umfassenden individualisierten Behandlungs- und Hilfeplans* befasst sich mit dem Management einer Krise innerhalb der Umwelt, in der sie auftritt. Wenn solche Interventionen aus Sicherheitsgründen nicht durchzuführen sind, oder wenn die unterstützenden Personen wegen der Schwere oder Dauer der Krise dazu nicht in der Lage sind, sollten zusätzlich unterstützende Dienstleistungen herangezogen werden können. Folgendes kommt in Frage:

1. Ein mobiles Team kommt dorthin, wo die Krise auftritt. Es steht dort zur Verfügung bis die Krise abklingt und die Person mit der alltäglichen Umwelt, den Routinen und Unterstützungen zurechtkommt.
2. In Krisensituationen, die in der Wohnumgebung oder vergleichbaren Settings (Schule, Arbeit, Tagesstätten) nicht beherrscht oder nicht verstanden werden, sollten alternative Plätze für die Stabilisierung des Verhaltens verfügbar sein.

Für eine zeitweilige Entlastung kommen in Frage:

- ein gemeindenahes Krisenwohncentrum mit Mitarbeitern, die speziell trainiert sind für Behandlung und Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten,
- ein spezialisiertes Behandlungszentrum für Menschen mit Problemverhalten,
- eine spezialisierte Kurzeiteinheit zur Stabilisierung in einem örtlichen Krankenhaus und
- eine spezialisierte Behandlungseinheit innerhalb eines psychiatrischen Krankenhauses.

In den meisten Kommunen wird die Aufnahme in solche Einrichtungen an das Eingangsassessament für Notfälle im örtlich zuständigen Allgemeinkrankenhaus gebunden sein. Die Notdienste sollten durch pädagogische Fachleute unterstützt werden, um sicherzustellen, dass sie den Menschen mit geistiger Behinderung (Bradley, 2002) gerecht werden können.

3. Die am wenigsten eingreifende der möglichen Alternativen sollte genutzt werden.
4. Sobald unter Sicherheits- und Behandlungsaspekten möglich, sollte die betroffene Person an ihren gewöhnlichen Wohnort zurückkehren, unter Umständen mit einer für die Reintegration notwendigen Unterstützung. Die gemeindeintegrierten Unterstützungsteams sollten so lange wie möglich einbezogen bleiben. Das verbessert die Kontinuität in der Betreuung und die Kommunikation.

Leitlinie 5 Assessment der Effektivität

Assessment der Effektivität der Deeskalationsstrategien und Krisenmanagement

Objektive Datenerfassung

Die Effektivität der einzelnen und der kombinierten Komponenten der Deeskalationsstrategien und des Krisenmanagements wird mit einem System der Datenerfassung, -aufzeichnung und Evaluierung erfasst. Datenbasierte Verfahren des Assessments umfassen sowohl standardisierte Skalen und Inventare als auch individuell entwickelte Verfahren zur Beobachtung und Dokumentation.

Diese Datensysteme werden gebraucht

1. für die Testung von Hypothesen während der Fallbeschreibung,
2. zur Unterstützung des laufenden klinischen Entscheidungsprozesses und
3. zur Messung des Einflusses der einzelnen und der kombinierten Interventionen.

Kontinuierliches Assessment

Das Assessment des Fortschritts und der Ergebniseffektivität beginnt schon bei den ersten Interventionen. Es wird kontinuierlich fortgesetzt bis die Behandlungsziele erreicht und die Behandlung und die Unterstützungsmaßnahmen beendet sind.

Teil C Leitlinien für die Organisation

Leitlinie 6 Personal und Setting

Zusammensetzung und Qualifikation des Personals für das Assessment

Ausgebildete Mitarbeiter von gemeindeintegrierten Diensten, von Krankenhäusern und von Trägern von Wohnangeboten sind für die Assessments der Einflussfaktoren zuständig. Sie müssen Qualifikationen und Erfahrungen auf folgenden Gebieten haben:

1. Seelische Gesundheit und geistige Behinderung
2. Assessment und Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten
3. Durchführung von Assessments und Planung von Interventionsprogrammen unter Berücksichtigung des Entwicklungsniveaus der betroffenen Personen.

Die Mitarbeiter mit Spezialqualifikationen und Erfahrungen in Medizin, in Pflege, in Psychiatrie, Psychologie, Pädagogik (einschließlich Verhaltensanalyse) Sozialarbeit sowie Sprach- oder Beschäftigungstherapeuten usw. arbeiten in Teams zusammen, die sich auf das Thema seelische Gesundheit bei Personen mit geistiger Behinderung spezialisiert haben. Wenn notwendig, wird ein mobiles Dienstleistungsteam herangezogen, um die Behandlungen und die übrigen Unterstützungsmaßnahmen für die betroffene Person selbst und wesentliche Dritte (Familie, Schule, Mitarbeiter in der Wohneinrichtung u. a.) innerhalb der üblichen Umwelt, in der das Problemverhaltens zutage tritt, zu unterstützen. Die Teammitglieder, die Diagnostik oder bestimmte Interventionen durchführen oder andere dazu anleiten, müssen sich Fachliteratur und Fortbildungsmöglichkeiten erschließen können. Das ist notwendig, damit sie aktuell informiert sind über relevante Erkenntnisse und Entwicklungen, die für die Beeinflussung der Faktoren des Problemverhaltens bedeutsam sein könnten.

Das Setting für das Assessment und die damit verbundenen Aktivitäten

Die Assessments und die daraus abgeleiteten individuellen Maßnahmen der Behandlung und Unterstützung werden in der üblichen Umwelt der betreffenden Person durchgeführt. Dabei ist darauf zu achten, dass der Alltag der Person so wenig wie möglich beeinträchtigt wird. Da – von einigen Ausnahmen abgesehen – ein Problemverhalten sehr von Abläufen und Bedingungen in der alltäglichen sozialen und physischen Umwelt beeinflusst

wird, werden die diesbezüglichen Informationen am besten dort selbst erhoben. Falls die problematischen Verhaltensweisen im häuslichen Setting auftreten, findet die Untersuchung der sozialen, interpersonellen und physischen Umweltbedingungen, der damit verbundenen Verhaltenskonsequenzen und die Interaktion der Person mit diesen Faktoren in eben dieser häuslichen Umwelt statt. Falls die Verhaltensepisoden wiederholt auftreten oder die einzelnen Episoden sehr schwer sind und in der Schule, im Arbeitsbereich oder in Tagesstätten auftreten, muss das diagnostische Assessment in diesen Settings stattfinden. Das erlaubt, die Interaktionen zwischen Umwelt und Person zu verstehen. Wenn es um diese Umwelt (Häuslichkeit, Schule, Tagesprogramm usw.) bzw. die Interaktion der Person mit den physischen und sozialen Umweltfaktoren geht, werden diese im Mittelpunkt der Behandlung und Unterstützung stehen.

Zu einer kompetenten Praxis gehört es, solche diagnostische Prozesse und die daraus hergeleitete Behandlung und Unterstützung in der jeweiligen Umwelt, die Eingriffe, Restriktionen und Störungen des täglichen Lebens der Person auf ein Minimum zu beschränken. Allerdings müssen manche spezialisierte Maßnahmen im Rahmen einer Praxis oder eines Sprechzimmers erfolgen. Falls man von einem körperlichen Zustand (z. B. einem wiederholten Kopfschmerz) annimmt, dass er eine Person belastet und zu Verhaltensproblemen dieser Person beiträgt, muss die Untersuchung in einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus stattfinden. Sogar in diesem Beispiel kann man den Beitrag eines medizinisch beschreibbaren Beitrags zum Problemverhalten nur richtig verstehen, wenn man die Wechselwirkung mit anderen Persönlichkeits- und Umgebungsbedingungen erfasst. Wie schon erwähnt wurde, ist Problemverhalten selten unmittelbar oder ausschließlich auf einen medizinisch beschreibbaren Faktor zurückzuführen.

Manchmal können es Schwere oder Chronizität des Problemverhaltens notwendig machen, die Person aus der Wohnumgebung, in der das Problemverhalten auftritt, herauszunehmen, um entlastende Pflege oder spezialisierte Ressourcen der Diagnostik und Behandlung zu erschließen. Von solchen Fällen ist es bekannt, dass die neue Örtlichkeit als neue Umgebung mit neuen Erwartungen, neuen Interaktionen und Stressfaktoren wirksam wird. In vielerlei Hinsicht wird diese Örtlichkeit nicht wieder jene kritischen Bedingungen der physische Umwelt, sozialen Umwelt und Routinen hervorbringen, die das Problemverhalten in der üblichen Alltagsumgebung bewirkt haben. In der Tat ist es nicht selten, dass in neuen, entlastenden Umgebungen oder in spezialisierten Settings das Problemverhalten ganz verschwinden oder hinsichtlich Frequenz und Schwere erheblich reduziert sein kann. In anderen Fällen hingegen kann das Problemverhalten häufiger und massiver hervortreten, gerade weil die Person mit neuen Anforderungen und

Belastungsfaktoren konfrontiert ist. Die Informationen aus dem klinischen Assessment, die man in solchen Settings gewinnt, sind darum nur von sehr begrenztem Wert dafür, die Hauptfaktoren der Interaktion in der normalen, alltäglichen sozialen und physischen Umwelt des Problemverhaltens zu identifizieren.

Zusammenfassend: Die wichtigsten diagnostischen Informationen des Assessments betreffen die Bedingungen der täglichen Lebensumstände, in denen das Problemverhalten auftritt. Wichtige Quellen der Informationen für das Assessment sind die betreffende Person selbst, die Familie, Betreuungspersonen, Lehrer, unterstützende Mitarbeiter oder andere am Alltag des Betroffenen beteiligte Menschen. Wie im Hinblick auf die potenziellen Ursachen angemerkt wurde, braucht man ein Modell der Fallbeschreibung oder der integrativen Diagnose, das das Assessment lenkt und alle Informationen integriert, um die Komplexität der entscheidenden Bedingungen wiederzugeben.

Leitlinie 7 Koordination von Behandlung und Unterstützung

Behandlungsplan-Koordinator

Ein Behandlungsplans-Koordinator sollte über ausreichende Fertigkeiten und Erfahrungen in der Implementierung der Methode der multimodalen Fallbeschreibung und zu den Aspekten der Entwicklung verfügen. Ein solcher Koordinator gewährleistet die Bereitstellung der koordinierten Behandlung und Unterstützung, wie sie im *Umfassenden individualisierten Behandlungs- und Hilfeplan* spezifiziert ist.

Funktionen des Behandlungsplan-Koordinators

Der Behandlungsplan-Koordinator oder – wenn nötig – eine benannte alternative Person, die mit den Besonderheiten der Person und mit dem *Umfassenden individualisierten Behandlungs- und Hilfeplan* vertraut ist, ist für Folgendes verantwortlich:

1. Sicherung der vollen Integration aller einzelnen Komponente des *Umfassenden individualisierten Behandlungs- und Hilfeplan*.
2. Unterstützung der rechtzeitigen und koordinierten Bereitstellung der Behandlung und der Unterstützungsmaßnahmen für die betroffene Person, wie sie der Behandlungsplan detailliert beschreibt.
3. Sicherstellung, dass der *Umfassenden individualisierten Behandlungs- und Hilfeplan* ständig nach Vorliegen neuer Informationen aktualisiert wird und sich damit dynamisch verändert, und dass alle relevanten Personen darüber informiert sind.
4. Vorbereitung der betroffenen Person, ihrer Familie oder der Betreuungspersonen auf die Teilnahme am weiteren Assessment, auf Unterstützungsmaßnahmen oder auf veränderte Behandlungsstrategien.
5. Begleitung der Person, ihrer Familie oder ihrer Betreuer zu den Vorstellungsterminen für Assessment, Behandlung und Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen. Diese Funktion des Koordinators ist besonders wichtig, wenn die Fachleute, die diese Untersuchungen und Hilfen durchführen, mit der jeweiligen Person nicht vertraut sind oder nur wenig Erfahrung mit Menschen mit geistiger Behinderung haben. Das Ziel ist es, die Kommunikation zu unterstützen. Der Koordinator hat deshalb folgende Aufgaben:
 - sicherstellen, dass die Fachleute für die spezifischen Dienstleistungen über das Anliegen voll informiert sind,

- die Person dabei unterstützen, ihre Bedenken und Sorgen und auch die speziellen Informationen zu kommunizieren, die die Fachleute brauchen,
 - sicherstellen, dass die umfassenden Informationen über die Person und das Problemverhalten aktuell sind und angemessen an die Experten für die Dienstleistungen übermittelt werden. Der Behandlungskoordinator soll sicherstellen, dass die aktuellen relevanten Informationen verfügbar sind und dass das Expertenteam umfassend informiert wird über das Anliegen. Die Informationen sollten die bündige Zusammenfassung der einschlägigen Vorgeschichte und die detaillierte Darstellung der aktuellen Informationen, die für das Assessment und für die Behandlung relevant sind, umfassen.
6. Bericht der Ergebnisse an das Betreuungsteam nach Abschluss der Angelegenheit, damit alle Mitarbeiter, die an Behandlung und Unterstützung mitwirken, und die Familienmitglieder alle aktuellen Informationen haben.
 7. Koordinieren einer raschen Antwort auf Verhaltenskrisen.

Anzahl der durch einen Koordinator zu betreuenden Fälle

Die Anzahl der Fälle, die ein Behandlungsplan-Koordinator betreut (sog. Caseload), wird von den Anforderungen bezüglich individualisierter Unterstützung der betreuten Person, bestimmt. Die Anzahl der begleiteten Personen sollte einen ausreichenden Kontakt mit den Hilfeempfängern (das sind sowohl die Personen mit Problemverhalten als auch die Personen, die diese Personen routinemäßig in ihrer natürlichen Umgebung unterstützen) erlauben. Dies gilt im Hinblick auf ausreichende Frequenz und Dauer der Kontakte, damit notwendige Behandlung und Unterstützung rechtzeitig gewährleistet werden.

Die Dauer der Dienstleistungen des Behandlungsplan-Koordinators

Die Behandlungsplan-Koordination für Menschen mit geistiger Behinderung – obgleich hinsichtlich Art und Intensität abhängig von den Bedürfnissen an Behandlung und Unterstützung der Person oder der Familie zu einer bestimmten Zeit – muss schnell verfügbar sein, wann immer die individualisierter Unterstützung notwendig ist. Weil typische Probleme außerhalb der Tagesarbeitszeiten einschließlich Nachtzeiten und Wochenenden auftreten können, sollten die Dienstpläne von Behandlungsplan-Koordinatoren erlauben, die Anforderungen innerhalb einer akzeptablen Zeit zu erfüllen. Im Hinblick auf die chronische und wiederkehrende Natur einiger Arten von Problemverhalten und im Hinblick auf die Bedingungen, die dessen Auftreten

beeinflussen (chronische psychische oder andere wiederkehrende medizinisch charakterisierbare Faktoren), kann der Bedarf an Unterstützung durch einen Behandlungsplan-Koordinator langdauernd und über mehrere Lebensabschnitte eines Individuums hinaus gegeben sein.

Leitlinie 8 Bereitstellung von Dienstleistungen

Bereitstellung der Dienstleistungen

Die speziellen Dienstleistungen schließen ein: Multimodales Assessment und Diagnostik (wenn notwendig auch multidisziplinärer Art), spezialisierte Behandlung, weitere Unterstützungsleistungen und deren Koordination. Diese Spezialisten sollten der allgemeinen Öffentlichkeit und den regionalen Unterstützungsagenturen für Familie und soziale Fragen Konsultationen im Falle von Problemverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung anbieten. Für Fachleute aus dem psychiatrischen Regelversorgungssystem und für andere Agenturen sollten Weiterbildungsmöglichkeiten zum Erkennen, zum Behandeln und zum Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten zur Verfügung stehen. Für Familien und Betreuungspersonen sollten auch Angebote zur Prävention und zur Früherkennung von Problemverhalten sowie zu Umgangsstrategien mit Menschen mit Problemverhalten eingerichtet werden.

Gegenwärtige Servicesysteme in europäischen Ländern

Die vorherrschende Meinung unter den Fachleuten auf diesem Gebiet ist, dass das psychiatrische Regelleistungssystem für Menschen mit geistiger Behinderung soweit wie möglich genutzt werden kann. Dennoch bleiben spezielle Dienstleistungen notwendig, weil die Komplexität der Probleme der Menschen mit geistiger Behinderung spezielles Wissen und spezielle klinische Fertigkeiten für die Kommunikation, für die Diagnostik und für die Behandlung braucht (Holt et al., 2007; Cumella, 2007). Solchen Menschen ist offensichtlich am besten durch spezialisierte psychiatrische Angebote gedient. In Übereinstimmung mit den Zielen der psychiatrischen Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung, wie sie durch die *European Association for Mental Health in Intellectual Disability* formuliert wurden, besteht die Rolle dieser spezialisierten Dienste nicht alleine darin, seelische Krankheit und Problemverhalten zu behandeln, sondern auch seelische Gesundheit zu fördern und das Wohlbefinden dieser Menschen als Mittel der Prävention seelischer Krankheit und Problemverhalten zu fördern.

Spezialisierte psychiatrische Dienste müssen auch das Personal gemeindenaher Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung weiterbilden. Gegenwärtig entwickeln sich spezielle psychiatrische Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung in vielen europäischen Ländern. Jedoch bestehen erhebliche Unterschiede in Art, Qualität und Entwicklungsniveau solcher Dienstleistungen zwischen den verschiedenen Ländern. In einigen Ländern sind die

spezialisierten psychiatrischen Angebote für diese Menschen sehr gut strukturiert; sie haben einen anerkannten Platz und eine anerkannte Rolle sowohl innerhalb der allgemeinen Betreuung für diese Zielgruppe als auch innerhalb der psychiatrischen Regelversorgung. In anderen Ländern wurden spezialisierte psychiatrische Dienste entwickelt, sie sind aber mit verschiedenen organisatorischen und strukturellen Problemen konfrontiert. Schließlich werden in manchen Ländern die psychischen Probleme dieser Population ausschließlich durch das allgemeine psychiatrische Versorgungssystem behandelt.

Beispiele guter Praxis

In **Großbritannien** gibt es spezialisierte Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen seelischen Problemen. Diese umfassen spezialisierte Langzeitkrankenhäuser, gemeindenahе Dienstleistungssysteme, die in die anderen Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung integriert sind, gemeindebasierte Dienstleistungen, die sowohl in das allgemeine psychiatrische Versorgungssystem als auch in die Dienstleistungssysteme für Menschen mit geistiger Behinderung integriert sind sowie besondere Dienstleistungssysteme für Menschen mit herausforderndem Verhalten (Bouras & Holt, 2001). Beispielsweise ist das Londoner Estia Centre integraler Teil des lokalen Dienstleistungssystems für Menschen mit geistiger Behinderung, das durch den South London Maudsley NHS Trust (NHS Trust, 2006) angeboten wird. Dieses Zentrum umfasst:

- einen spezialisierten gemeindebezogenen Dienst für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung, der ein hochspezialisiertes Assessment, hochspezialisierte Behandlungen und Prävention anbietet. Die Interventionen werden im Wohnsetting oder als ambulante Leistungen angeboten. Beratung, Konsultation und Unterstützung werden anderen klinischen Dienstleistungssystemen, wie den allgemeinen gemeindebezogenen oder stationären Dienstleistungssystemen angeboten.
- einen spezialisierten Dienst für Personen, die eine befristete Aufnahme benötigen.
- einen spezialisierten psychologischen Dienst mit einem Spektrum von Therapien und Verhaltensintervention.

Das Zentrum bietet Training und Ausbildung für Personal und Betreuungspersonen im Hinblick auf seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung an.

In den **Niederlanden** gibt es verschiedene spezialisierte Angebote (Došen & van Belle-Kusse, 2007). Sie umfassen:

- Spezialisierte klinische Zentren für Erwachsene mit leichter geistiger Behinderung und psychiatrischen oder Verhaltensproblemen.
- Spezialisierte Abteilungen für Menschen mit geistiger Behinderung in allgemeinen psychiatrischen Krankenhäusern.
- Spezialisierte Zentren für Kinder und Heranwachsende mit leichter geistiger Behinderung und psychiatrische oder Verhaltensproblemen.
- Mobile psychiatrische Spezialistenteams für Kinder und Jugendliche mit mittelgradiger und schwerer geistiger Behinderung und psychiatrischen Problemen.
- Zentren für Konsultation und Expertise mit einer aufsuchenden Funktion für Kinder und Erwachsene mit geistiger Behinderung aller Schweregrade und mit zusätzlichen psychischen Problemen.

In **Katalonien, Spanien**, wurden kürzlich zwei spezialisierte Dienstleistungen eröffnet.

- Der spezialisierte psychiatrische Service für Menschen mit geistiger Behinderung, der als ein liaisonpsychiatrischer Dienst psychiatrische Kliniken und Zentren der Primärversorgung unterstützt.
- Die spezialisierten Krankenhausabteilungen für Menschen mit geistiger Behinderung. Dieses Modell dient als Grundlage für die Entwicklung spezifischer Liaisonzentren, die sich der seelischen Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung in anderen spanischen Regionen befassen (Salvador-Carulla & Martinez, 2007).

In **Deutschland** werden Menschen mit geistiger Behinderung und psychiatrischen Problemen hauptsächlich durch die psychiatrische Regelversorgung und die allgemeinen psychiatrischen Praxen versorgt. Zusätzlich gibt es einige spezialisierte Krankenhausabteilungen für Menschen mit geistiger Behinderung sowohl in psychiatrischen Krankenhäusern als auch in allgemeinen Krankenhäusern. Schließlich existieren einige spezielle Settings in Wohneinrichtungen und in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (Seidel & Schanze, 2007).

Diese und ähnliche Beispiele verdeutlichen erhebliche Unterschiede zwischen den europäischen Ländern im Hinblick auf das Niveau der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Der Austausch des Wissens zwischen den Fachleuten aus verschiedenen Ländern und die Nutzung der Beispiele guter Praxis sind eine wertvolle Ressource für die Länder, die sich noch auf einem niedrigeren Niveau hinsichtlich der Entwicklung spezialisierter Dienstleistungen befinden.

Teil D Perspektiven

Für einen noch bessere Bewältigung von Problemverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung sollten in Zukunft verschiedene professionelle, kulturelle und organisatorische Aspekte bearbeitet werden.

- **Professionelle Aspekte:** Die Entstehung des Problemverhaltens sollte bei den Fachleuten, die psychiatrische Dienstleistungen für Menschen mit geistiger Behinderung anbieten, mehr Beachtung finden. Das Assessment sollte darauf gerichtet sein, den zugrunde liegenden Prozess zu identifizieren. Instrumente für Assessment und Differenzierung von Problemverhalten und anderen sozialen Problemen und Störungen sollten entwickelt werden. Eine breitere oder neue Taxonomie für solche Probleme sollte eingeführt werden. Ein adäquates diagnostisches System würde die Kommunikation zwischen Fachleuten und der Wissenschaft auf diesem Gebiet fördern. Die spezialisierte Ausbildung der Fachleute, die auf diesem Gebiet arbeiten, ist von wesentlicher Bedeutung für die Entwicklung einer adäquaten psychiatrischen Versorgung.
- **Kulturelle Aspekte:** Es ist größere Aufmerksamkeit innerhalb der sozialen Umgebung erforderlich im Hinblick darauf, dass Problemverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung primär ein Interaktionsproblem zwischen der Person und ihrer Umwelt ist. Es geht um positive Veränderungen der Umwelt. Die überholten Vorstellungen, Problemverhalten sei untrennbar verbunden mit geistiger Behinderung oder Problemverhalten sei ein Symptom einer psychischen Störung, sollten verlassen werden.
- **Organisatorische Aspekte:** Die Entwicklung spezialisierter psychiatrischer Dienstleistungen für Menschen mit geistiger Behinderung sollte in verschiedenen europäischen Ländern vorangebracht werden, um eine Übereinstimmung mit den europäischen Leitlinien herbeizuführen. Bei diesem Vorhaben ist sowohl der Austausch von fachlicher Erfahrung und fachlichem Wissen als auch die offene Diskussion auf verschiedenen Ebenen hinsichtlich der Fragen angemessener psychiatrischer Versorgung dieser Gruppe unverzichtbar in der Entwicklung eines angemessenen Zugangs zu diesem Problem.

Literatur

- AAMR (2002). *Mental Retardation, definition, classification and systems of supports*. Washington, AAMR.
- Adams, G.L. (1999). *Comprehensive test of adaptive behavior – Revised*. Seattle WA, Educational Achievement system.
- Allen, M. H., Currier, G. W., Hughes, D. H., Reyes-Harde, M., Docherty, J. P., Ross, G. W. (2001). *Treatment of behavioral emergencies. Expert Consensus Guideline Series. Postgraduate Medicine Special Report*. May 2001. White Plains, NY: Expert Knowledge Systems
- Anderson, L.T., Ernst, M. (1994). Self-injury in Lesch-Nyhan Disease. *J Autism Dev Disord* 24:67-81
- Barnhill, L.J. (2001): Behavioral phenotypes: a glimpse into the neuropsychiatry of genes – part II: analysis of behavioral phenotypes – social anxiety in fragile X syndrome and autism. *NADD Bulletin*, 4(4): 63-69, 2001.
- Benson, B., Valenti-Hein, D. (2001). Cognitive and social learning treatments. In: Došen A., Day K. (eds.): *Treating mental illness and behaviour disorders in children and adults with mental retardation*. Washington. Am. Psychiatric Press, 101-118.
- Bouras, N., Drummond, C. (1992). Behavior and psychiatric disorders of people with mental handicaps living in the community. *Journal of Intellectual Disability Research*, 36, 349-357.
- Bouras, N., Holt G. (2001). Psychiatric treatment in community care. In: Došen, A., Day K. (eds.): *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation*, Washington, Am. Psychiatric Press, 493-502.
- Bradley, E. (2002). *Guidelines for managing the client with intellectual disability in the emergency room*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health, University of Toronto.
- Bradley, S.J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: The Guilford Press.
- Bruninks, R.H., Morreau, L.E., Gilman, C.J., Anderson, J.L. (1991). *Adaptive living skills curriculum*. Itaca, IL, Riverside.
- Brylewski, J., & Wiggs, L. (1999). Sleep problems and daytime challenging behaviour in a community-based sample of adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43, 504-512.
- Carr, E., Neumann, J (1999). Graphic sleep monitoring. A clinical program to improve sleep in residents with mental retardation. *J Developmental and Physical Disabilities*, 11, 91-103.
- Carter, A.S., Briggs-Gowan, M.J. (1999). *Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): Manual* New Haven CT, Yale University.
- Charlot, L.R. (2003). Mission impossible? Developing an accurate classification of psychiatric disorders for individuals with developmental disabilities. *Mental health Aspects of Developmental Disabilities*. 6, 1, 26-35.
- Ciarnello, R.D. (1983). Neurochemical aspects of stress. In: Germazy, N., Rutter M. (eds.) *Stress, coping and development in children*, New York, McGraw-Hill.
- Cicchetti, D., Toth, S.L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *J. Am. Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 5, 541-564.
- Cole, P.M., Zahn-Waxler, C. (1992). Emotional dysregulation in disruptive behavior disorders. In: Cicchetti D., Toth S. (eds): *Developmental perspectives on depression*. Rochester, Univ. of Rochester Press, 173-211.
- Cole C. & Gardner W.I. (1990) Effects of staff- and self-assessment procedures on disruptive behavior in a vocational setting. *Vocational Evaluation and Work*.
- Collins, P.F., Depue, R.A. (1992). A neurobehavioral systems approach to developmental psychopathology; Implications for disorders of affect. In: Cicchetti D., Toth S.L.(eds): *Developmental perspectives on depression*. Rochester, Univ. Rochester Press, 29-102.
- Collins, M., Cornish, K.M. (2002). A survey of the prevalence of stereotypy, self-injury and aggression in children and young adults with Cri du Chat syndrome. *J Intellectual Disability Research* 46, 2, 133-40

- Creaby, M., Warner, M., Jamil, N., Jawad, S. (1993). Ictal aggression in severely mentally handicapped people. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 10, 12-15.
- Cumella, S. (2007). Mental health and intellectual disabilities: the development of services; in Bouras N. & Holt G (eds.): *Psychiatric and behavioural disorders in intellectual and developmental disabilities*; Cambridge, Cambridge Univ. Press, 353-363.
- Davidson, P. W., Caine, N. N., Sloane-Reeves, J. E., Gresow, V. E., Quigano, L. E., Vanlleyningen, J., Shoham, I. (1995). Crisis intervention for community-based individuals with developmental disabilities and behavioral and psychiatric disorders. *Mental Retardation*, 33, 21-33.
- Deb, S., Hunter D. (1991). Psychopathology of people with mental retardation and epilepsy II: Psychiatric illness. *Br. J. Psychiatry*. 169, 26-30.
- Deb, S. (1997). Behavioural phenotypes. In: Read, S. (ed): *Psychiatry in learning disability*. London, W.B. Saunders Co. 93-116.
- Deb, S., Matthews, T., Holt, G., Bouras, N. (2001). Practice guidelines for the assessment and diagnosis of mental health problems in adults with intellectual disability. Brighton, Pavilion.
- DeGangi, G., Greenspan, S.I. (1989). The assessment of sensory functioning in infants. *J. of Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 9:21-33.
- Došen, A. (2004). The developmental psychiatric approach to aggressive behaviors among persons with mental retardation. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 57-68.
- Došen, A. (2005a). Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability: part I – assessment. *J. Intellectual Disabilities Research*. 49, 1, 1-8.
- Došen, A. (2005b). Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability: part II – diagnosis. *J. Intellectual Disabilities Research*. 49, 1, 9-15.
- Došen, A. (2005c). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap*. Assen, Van Gorcum
- Došen, A. (2007). Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental health problems. *J. Intellectual Disability Research*, 51, 1, 66-74.
- Došen, A., Day, K. (2001). *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation*. Washington, American Psychiatric Press.
- Došen, A., Van Belle-Kusse, P. (2007). The Netherlands. In: Holt G., Costello H., Bouras N.: *European Service Perspectives for People with Intellectual Disability and Mental Health Problems*; to be published in *Themes for International Psychiatry*
- Dykens, E. M. (1996). DNA meets DSM: The growing importance of genetic syndromes in dual diagnosis. *Mental Retardation*, 34, 125-127.
- Dykens, E. M., Hodapp, R. M., & Finucane, B. M. (2000). *Genetics and mental retardation syndromes*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Einfeld, S.L., Tonge, B.J., Florio T. (1997). Behavioral and emotional disturbance in individuals with Williams syndrome. *American Journal of Mental Retardation* 102(1):45-53.
- Emerson, E. (1995). Challenging behaviour. Analysis and intervention in people with learning difficulties. Cambridge University Press, Cambridge.
- Emerson, E., Moss, S., Kiernan, C. (1999). The relationship between challenging behaviour and psychiatric disorders in people with severe intellectual disability. In: Bouras, N. (ed.): *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation*, Cambridge, Cambridge Univ. Press, 38- 48.
- Friedman, D. L., Kastner, T., Plummer, A. T., Ruiz, M. Q., & Henning, D. (1992). Adverse behavioral effects in individuals with mental retardation and mood disorders treated with carbamazepine. *American Journal of Mental Retardation*, 96, 541-546..
- Gardner, W.I., Graeber-Whalen, J., Ford, D.R. (2001). Self-injurious behaviours: Multimodal contextual approach to treatment. In: Došen, A. Day, K. (eds.): *Treating mental illness and behaviour disorders in children and adolescents with mental retardation*. Washington. Am. Psychiatric Press, 323-343.

- Gardner, W.I. (2002). Aggression and other disruptive behavioral challenges: Biomedical and psychosocial assessment and treatment. Kingston, NY: NADD Press.
- Gardner, W.I., Hunter, R. H. (2003). Psychosocial diagnosis and treatment services in inpatient psychiatric facilities for persons with mental retardation: Practice Guides. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 6, 68-80.
- Gardner, W.I., Sovner, R. (1994). *Self-injurious behaviors: Diagnosis and treatment*. Willow Street, PA: Vida Press.
- Gardner, W.I., Whalen, J.P. (1996). A multimodal behavior analytic model for evaluating the effects of medical problems on nonspecific behavioral symptoms in persons with developmental disabilities. *Behavioral Interventions*, 11, 147-161.
- Gardner, W.I., Došen, A., Griffiths, D.M., King, R. (2006). Practice guidelines for diagnostic, treatment and related support services for persons with developmental disabilities and serious behavioral problems. Kingston, NADD Press.
- Gedye, A. (1998). Neuroleptic-induced dementia documented in four adults with mental retardation. *Mental Retardation*, 36, 182-186.
- Genep, A. van (2005). Een orthopedagogische perspectief op psychosociale gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke handicap. In Došen, A.: *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap*. Assen, van Gorcum, 36-45.
- Glick, M. (1998). A developmental approach to psychopathology in people with mild mental retardation. In: Burack J.A., Hodapp R.M., Zigler E. (eds.): *Handbook of mental retardation and development*. Cambridge. Cambridge Univ. Press, 563-582.
- Greenspan, S.J. (1997). *Developmentally based psychotherapy*. Madison, International University Press.
- Greenspan, S.I., Wieder, S. (1998). *The child with special needs: Encouraging intellectual and emotional growth*. Reading MA: Addison-Wesley.
- Griffiths, D.M. (2001). Strategic behavioral intervention in aggression. In: Došen A., Day K. (eds): *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation*. Washington, Am. Psychiatric Press, 305-322.
- Griffiths, D.M., Gardner, W.I. (2002a). Programs and intervention approaches for the treatment of persons with dual diagnosis: A summary. In: Jacobson, J.W., Holburn, S., Mulick J.A. (Eds.): *Contemporary dual diagnosis: MH/MR. Service models Vol II: Partial and supportive services*. Kingston, NY: The NADD Press, 141-149.
- Griffiths, D.M., Gardner, W.I. (2002b). Residential and day programs for persons with dual diagnosis: A summary. In: J.W. Jacobson, S. Holburn, & J. A. Mulick (Eds.): *Contemporary dual diagnosis: MH/MR. Service models Vol I: Residential and day services*. Kingston, NY: The NADD Press, 123-139.
- Griffiths, D.M., Gardner, W.I., Nugent, J.A. (1998). *Behavioral supports: Individual centered interventions*. Kingston, NY: NADD Press.
- Griffiths, D.M., King, B. (2004). *Demystifying syndromes: Clinical and educational implications of common syndromes associated with persons with intellectual disabilities*. Kingston, NY: NADD Press.
- Griffiths, D.M., Watson, S.L. (2004). Demystifying syndromes associated with intellectual disability. In D. Griffiths & R. King, (Eds.), *Demystifying syndromes*. Kingston, NY: NADD Press.
- Griffiths, D.M., Stavrakaki, P., Summers, J. (Eds.). (2002). *Dual diagnosis: An introduction to the mental health needs of persons with developmental disabilities*. Sudsbury, Ontario: Habilitative Mental Health Resource Network.
- Gualtieri, C.T (2002). *Brain injury and mental retardation*. Philadelphia, Lippincott, Williams&Wilkins.
- Hastings, R.P., Hatton, C., Taylor, J.L., Maddison, C. (2004). Life events and psychiatric symptoms in adults with intellectual disabilities. *J. Intellectual Disability research*, 48, 42-46.
- Harris, J.C. (1998). *Developmental neuropsychiatry. Vol. II*. Oxford, Oxford Univ. Press.

- Hemmings, C. (2007). The relationship between challenging behaviour and psychiatric disorders in people with severe intellectual disabilities. In: Bouras, N. & Holt, G. (eds): *Psychiatric and behavioural disorders in intellectual and developmental disabilities*, Cambridge, Cambridge Univ. Press, 62-75.
- Hennicke, K. (1993). Systems therapy for persons with mental retardation. In: Fletcher R., Došen, A. (eds.): *Mental health aspects of mental retardation*. New York. Lexington Books, 402-418.
- Henry, J. P. (1980). Present concepts of stress theory. In: Usdin E. (ed.): *Catecholamines and stress; Recent advances*, New York, Elsevier.
- Hodapp, R.M., Zigler, E. (1995). Past, present and future issues in the developmental approach to mental retardation and developmental disabilities'. In: Cicchetti, D., Cohen, D.J. (eds): *Developmental psychopathology*, New York, John Wiley & Sons.
- Holt, G, Costello, H., Bouras, N. (2007). European service perspectives for people with intellectual disability and mental health problems; to be published in *Themes for International Psychiatry*.
- Irblich, D. (2003). Problematische Erlebens- und Verhaltensweisen geistig behinderter Menschen. In: Irblich D., Stahl B. (eds): *Menschen mit geistiger Behinderung*. Göttingen, Hogrefe, 312-374.
- Izard, C.E., Harris, P. (1995). Emotional development and developmental psychopathology. In: Cicchetti, D., Cohen, D.J. (eds.): *Developmental psychopathology*. New York, John Wiley & Sons, 467-504.
- Jacobson, J.W., Mulick, J.A., Holburn, S. (eds) (2002a). *Contemporary dual diagnosis: MH/MR service models Vol I: Residential and day services*. Kingston, NY: The NADD Press.
- Jacobson, J.W., Holburn, S., Mulick, J.A. (eds) (2002b). *Contemporary dual diagnosis: MH/MR service models Vol II: Partial and supportive services*. Kingston, NY: The NADD Press.
- Janssen, C.G.C., Schuengel, C., Stolk, J. (2002). Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model. *J. Intellectual Disability Research*. 46, 6, 445-453.
- Kandel, E.R. (1998). A new intellectual framework of psychiatry. *Am. J. Psychiatry*. 155, 4, 457-469.
- Kalachnik, J. E., Hanzel, T. E., Harder, S. R., Bauernfeind, J. D., Engstrom, E. A. (1995). Antiepileptic drug behavioral side effects in individuals with mental retardation and the use of behavioral measurement techniques. *Mental Retardation*, 33, 374-382.
- King, B. (2007). Psychopharmacology in intellectual disabilities. In: Bouras, N. & Holt, G. (Eds): *Psychiatric and behavioural disorders in intellectual and developmental disabilities*, Cambridge, Cambridge Univ. Press, 310-329.
- King, R., Fay, G., Croghan, P. (2000). Pro Re Nata: Optimal use of psychotropic PRN medication. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 3, 8-16.
- Lakin, K.C., Larson, S.A. (2002). The social and policy context of community-centered behavioral supports and crisis response. In R. H. Hanson, N. A. Wieseler, K. C. Lakin (Eds.): *Crisis: Prevention and response in the community* (3-32). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Lambert, N., Nihira, K., Leland, H. (1993). *AAMR Adaptive Behavior Scale – School and Community*, Austin, TX, Pro-Ed.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster.
- Levitas A.S., DesNoyers Hurley A., Pary R. (2001). The mental status examination in patients with mental retardation and developmental disabilities. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 4, 2-17.
- Loveland, K., Tunali-Kotoski, B. (1998). Development and adaptive behavior in persons with mental retardation. In: Burack J., Hodapp M., Zigler E. (eds.): *Handbook of mental retardation and development*. Cambridge, Cambridge Univ. Press, 521-541.
- Masten, A.S., Coatsworth, J.D (1995). Competence, resilience and psychopathology. In: Cicchetti D., Cohen D. (eds): *Developmental psychopathology*. New York, John Wiley & Sons, 715-753.

- Moss, S.C., Emerson, E., Kierman, C., Turner, S., Hatton, C., Alborz, A. (2000). Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 177, 452-456.
- Moss, J., Oliver, C., Hall, S. (2005). The association between environmental events and self-injurious behaviour in Cornelia de Lange syndrome. *J. Intellectual Disability Research*, 49, 269-277.
- NHS Trust (2006). Estia Centre; Five years report; Institute of Psychiatry at the Maudsley, King's College, London
- O'Brien, G. (2003). The classification of problem behaviour in Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD). *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 32-37.
- O'Reilly, M.F. (1995). Functional analysis and treatment of escape-maintained aggression correlated with sleep deprivation. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 28, 225-226.
- O'Reilly M., Lancioni G. (2000). Response covariation of escape-maintained aberrant behavior correlated with sleep deprivation. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 125-136.
- Pary, R.J. (2005). The referral dilemma of challenging behaviors, psychiatric disorders and treatment: Are there shortcuts in 2005? *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 8, 126-128.
- Pascual-Leone, J., Johnson, J. (2005). A dialectical constructivist view of developmental intelligence. In: Wilhelm, O., Engle, R.W. (eds): *Handbook of Understanding and Measuring Intelligence*. Thousand Oaks: Sage Publications, 177-201.
- Pascual-Leone, J. (2007). Comments to the Practice Guidelines for diagnostic, treatment and related support services for persons with intellectual disabilities and problem behaviour.
- Peine, H.A., Darvish, R., Adams, K., Blakelock, H., Jenson, W., Osborne, J. G. (1995). Medical problems, maladaptive behaviors, and the developmentally disabled. *Behavioral Interventions*, 10, 149-159.
- Praag, H.M. van (2000). Nosologomania: A disorder of psychiatry. *The World Journal of Biological psychiatry*, 1, 151-158
- Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., Wraith R. (1995). A developmental model of childhood traumatic stress. In: Chicchetti, D., Cohen D. (eds): *Developmental Psychopathology*, New York, John Wiley & Sons, 72-96.
- Reed, G. M., McLaughlin, C. J., Newman, R. (2002). American Psychological Association policy in context. The development and evaluation of guidelines for professional practice. *The American Psychologist*, 57, 1041-1047.
- Reiss, S. (1994). *Handbook of challenging behavior: Mental health aspects of mental retardation*. Worthington, OH: IDS Publications.
- Reiss, R., Aman, M. G. (eds) (1998). *Psychotropic medication and developmental disabilities: The international consensus handbook*. Ohio State University Nisonger Center. Columbus, Ohio.
- Reiss, S., Havercamp, S. M. (1997). Sensitivity theory and mental retardation: Why functional analysis is not enough. *American Journal of Mental Retardation*, 101, 553-566.
- Reiss, S., Havercamp, S. M. (1998). Toward a comprehensive assessment of fundamental motivation: Factor structure of the Reiss Profiles. *Psychological Assessment*, 10, 97-106.
- Richardson, S.A., Koller, H., Katz, M. (1985). Continuities and change in behavior disturbance: A follow-up study of mildly mentally retarded young people. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 220-229.
- Rotthaus W. (2001). System therapy. In: Došen A., Day K. (eds.): *Treating mental illness and behaviour disorders in children and adolescents with mental retardation*. Washington. Am. Psychiatric Press, 167- 182.
- Royal College of Psychiatrists (2001). DC-LD: Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/ mental retardation. London , Gaskell Press.
- Rush, A.J., Frances, A. (eds) (2000). *Expert Consensus Guidelines Series: Treatment of psychiatric and behavioral problems in mental retardation*. *American Journal on Mental Retardation* 105, 3 (Special Issue).
- Rutter, M. (1980). *Developmental psychiatry, scientific foundations*. London, Heinemann

- Ryan, R. (1994). Posttraumatic stress disorder in persons with developmental disabilities. *Community Mental Health Journal*, 34, 1, 45-54.
- Salvador-Carulla, L., Martinez, R. (2007). Spain. In: Holt, G. Costello, H. and Bouras, N.: *European Service Perspectives for People with Intellectual Disability and Mental Health Problems*; to be published in *Themes for International Psychiatry*.
- Seidel, M., Schanze, C. (2007). Situation in Germany (unveröffentlicht)
- Sovner, R., Lowry, M. (2001). Mood and affect as determinants of psychotropic drug therapy: Response in mentally retarded persons with organic mental syndromes. In: Došen, A., Day, K. (Eds): *Treating mental illness and behavioural disorders in children and adults with mental retardation*. Washington. Am. Psychiatric Press, 265-282.
- Sovner, R., Fox, C.J., Lowry, M.J., Lowry, M.A. (1993). Fluoxetine treatment of depression and associated self-injury in two adults with mental retardation. *Journal of Intellectual Disability Research* 37, 301-311.
- Sparrow, S.S., Balla, D., Chicchetti, D. (1984). *The Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines MN, American Guidance Service.
- Szymanski, L.S. (1988). Integrative approach to diagnosis of mental disorders in retarded persons. In: Stark, J, Menolascino, F.J., Alberelli, N., Gray, V. (eds): *Mental retardation and mental health*. New York. Springer, pp. 124-140.
- Szymanski, L.S., King, B.H. (1999). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with mental retardation and comorbid mental disorders. *J. Am. Academy Child and Adolescent Psychiatry, Supplement*, 38, 12, 5S-31S.
- Tager-Flusberg, H. (1999). *Neurodevelopmental disorders*. Cambridge, A. Bradford Book.
- Tsiouris, J.A. (2001). The diagnosis of depression in people with severe/profound intellectual disability. *J. Intellectual Disability Research*, 45, 115-120.
- Tsiouris, J.A., Mann, R., Patti, P.J., Sturmey, P. (2003). Challenging behaviours should not be considered as depressive equivalents in individuals with intellectual disability: *J. Intellectual Disability Research*, 47, 14-21.
- Tu, J., Shafey, H., & Van Dewetering, C. (1994). Iron deficiency in two adolescents with conduct dysthymic and movement disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 371-375
- Tucker, G. J., Price, T. R., Johnson, V. B., & McAllister, T. (1986). Phenomenology of temporal lobe dysfunction. A link to atypical psychosis - a series of cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 348-356.
- Tuinier, S., & Verhoeven, W.M.A. (1993). Psychiatry and mental retardation: Towards a behavioural pharmacological concept. *Journal of Intellectual Disability Research* 37, 16-24.
- Tyrer, S. (2001). Psychopharmacological approaches. In: Došen, A., Day, K. (eds): *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation*. Washington, Am. Psychiatric Press, pp. 45-68.
- Vitiello, B., Stoff, D.M. (1997). Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, 307-315.
- Vitiello, B., Spreat, S., Behar, D. (1989). Obsessive-compulsive disorder in mentally retarded patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 177, 232-236.
- Volkmar, F., Cook, E.H., Pomeroy, J., Realmuto, G. (1999). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with autism and other pervasive developmental disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Supplement* 38, 12, 32S-53S.
- Zelenski, S. (2002). Evaluation for and use of psychopharmacologic treatment in crisis intervention for people with mental retardation and mental illness. In: Hanson, R. H., Wieseler, N. A., Lakin, K. C. (eds): *Crisis: Prevention and response in the community*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 243-256
- Zigler, E., Burack, J.A. (1989). Personality development and the dually diagnosed persons. *Research in Developmental Disabilities*, 10, 225-236.

Ergänzende deutschsprachige Literaturhinweise

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2007): Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage
- DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M.H. (Hrsg.) (1999): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. 3. Aufl., Huber, Bern
- DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M.H., SCHULTE-MARKWORT, E. (Hrsg.) (1994): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): Forschungskriterien. Huber, Bern
- DOŠEN, A. (2010): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene . Hrsg.: HENNICKE, K., SEIDEL, M. Hogrefe, Göttingen 2010 (im Druck)
- HARTJE, W., POECK, K. (Hrsg) (2006): Klinische Neuropsychologie. 6. unveränderte Auflage. Stuttgart, New York: Thieme
- HÄBLER, F., FEGERT, J.M. (Hrsg.) (2000): Moderne Behandlungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung. Therapiekompodium für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte. Schattauer, Stuttgart, New York
- HEINEMANN; E., de GROEF; J. (Hrsg.) (1997): Psychoanalyse und geistige Behinderung. Fallstudien aus Belgien, Deutschland, England, Frankreich und den USA. Matthias-Grünwald, Mainz
- HENNICKE, K. (2008): Zur Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Deutschland – Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung. Z. Kinder-Jugendpsychiatr. 36, 2 (2008)
- HENNICKE, K., BUSCHER, M., HÄBLER, 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
- HENNICKE, K., ROTTHAUS, W. (Hrsg.): Psychotherapie und Geistige Behinderung. modernes lernen, Dortmund 1993
- LINGG, A., THEUNISSEN, G. (2008): Psychische Störungen bei geistig Behinderten. 5. überarbeitete und aktualisierte Ausgabe. Lambertus, Freiburg
- LOTZ, W., KOCH, U., STAHL, B. (Hrsg.) (1994): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte. Huber, Bern,
- LOTZ, W., STAHL, B., IRBLICH, D. (Hrsg.) (1996): Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung. Mit einem Vorwort von Uwe Koch. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber
- NEUHÄUSER, G., STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.) (1990): Geistige Behinderung. Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln
- PÖRTNER, M. (1996): Ernstnehmen - Zutrauen - Verstehen. Personzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. Klett-Cotta, Stuttgart
- PÖRTNER, M. (2003): Brücken bauen. Menschen mit geistiger Behinderung verstehen und begleiten. Klett-Cotta, Stuttgart
- PROUTY, G., PÖRTNER, M., van WERDE, D. (1998): Prä-Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- REMSCHMIDT, H., SCHMIDT, M.H., POUSTKA, F. (Hrsg.). (2006): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Hans Huber, Bern
- SARIMSKI, K. (2001): Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung. Bd.4 Klinische Kinderpsychologie. Hogrefe, Göttingen
- SARIMSKI, K., Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. 3. vollst. Überarb. und erweiterte

- Auflage. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Prag, Hogrefe 2003
- SARIMSKI, K., STEINHAUSEN, H.-C. (2007): KIDS-2 – Kinder-Diagnostik-System – Geistige Behinderung und schwere Entwicklungsstörungen. Hogrefe, Göttingen .
- SARIMSKI, K., STEINHAUSEN, H.-C. (2008): Psychische Störung und geistige Behinderung. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie Bd.11. Hogrefe, Göttingen
- SARIMSKI, K., STEINHAUSEN, H.-C. (2008): Ratgeber Psychische Störung und geistige Behinderung. Informationen für Eltern, Lehrer und Erzieher. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie Bd.11. Hogrefe, Göttingen
- SAß, H.; WITTCHEN, H.-U. & ZAUDIG, M. (Hrsg.) (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision DSM IV-TR. Göttingen: Hogrefe
- SEIDEL, M. (2002): Das Konzept der Verhaltensphänotypen. Materialien der DGSGB. Bd. 4. Berlin: Eigenverlag der DGSGB
- SEIDEL, M., HENNICKE, K. (Hrsg.) (1999): Gewalt im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung. Berliner Beiträge Bd.8. Diakonie-Verlag, Reutlingen
- SINASON, V. (2000): Geistige Behinderung und die Grundlagen menschlichen Seins. Luchterhand, Neuwied (SINASON, V. (1992): Mental Handicap and the Human Condition: New Approaches from the Tavistock. Free Association Books, London)
- STAHL, B. & IRBLICH, D. (Hrsg.) (2005): Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung – Ein Interdisziplinäres Handbuch. Göttingen: Hogrefe

Impressum

Die englische Originalversion wurde herausgegeben von

Centre of Consultation and Expertise (CCE)

Tielweg 62

N L-2803 PK-Gouda

The Netherlands

E-Mail: gouda@ccl.nl

www.cce.nl

für die

European Association for Mental Health in Intellectual Disability (EAMHID)

ISBN 978-90-807684-5-1

Herausgeber der deutschen Übersetzung ist die

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit

bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)

Maraweg 9

33617 Bielefeld

Tel 0521 144 2613

Fax 0521 144 3096

www.dgsgb.de

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 Bestellungen an die Redaktion erbeten (Bestellformular über die Website www.dgsgb.de).

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke

Brüderstr. 5

12205 Berlin

Tel.: 0174 9893134

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 Dobslaw, Bielefeld (Schatzmeisterin)
 Dr. Knut Hoffmann, Göttingen
 Dipl.-Psych. Stefan Meir, Meckenbeuren
 Prof. Dr. Georg Theunissen, Halle

Postanschrift

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