



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



**World Psychiatric Association
Section on Psychiatry of Intellectual Disability**

Problemverhalten bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung

Eine internationale Leitlinie zum Einsatz von Psychopharmaka

**Übersetzung und Bearbeitung
Michael Seidel**

**Materialien der DGSGB
Band 26**

Berlin 2012

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 978-3-938931-27-1

® 2012 Eigenverlag der DGSGb, Berlin

Internet: klaus.hennicke@gmx.de

1. Aufl. 2012

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

Arbeitsgruppe der Sektion “Psychiatry of Intellectual Disability”

Professor **Shoumitro Deb**, MBBS, FRCPsych, MD, FRSM (Chair) (UK)
Clinical Professor of Neuropsychiatry & Intellectual Disability
College of Medical and Dental Sciences
University of Birmingham
Birmingham, Großbritannien
(s.deb@bham.ac.uk)

Professor **Luis Salvador Carulla**, MD, PhD (Spain)
Professor of Psychiatry, University of Cadiz, Spain
Advisor, Department of Mental Health, Regional Government of Catalonia
Cadiz, Spanien
(luis.salvador@telefonica.net)

Professor **Jarrett Barnhill**, MD, DFAPA, FAACAP (USA)
Professor of Psychiatry
University of North Carolina School of Medicine
Chapel Hill/North Carolina, USA
(jarrett_barnhill@med.unc.edu)

Dr **Jennifer Torr**, MB BS, MMed (Psychiatry), FRANZCP (Australia)
Director of Mental Health, Centre for Developmental Disability Health Victoria
Monash University
Notting Hill/Victoria, Australien
(jenny.torr@med.monash.edu.au)

Dr **Elsbeth Bradley**, MB BS, PhD, FRCPC (Canada), FRCPsych (UK)
Vice President Medical Affairs and Chief of Staff
Medical Services, Surrey Place Centre
Associate Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto
Toronto, Kanada
(e.bradley@utoronto.ca)

Dr **Henry Kwok**, FRCPsych (UK), FHKAMP (Psychiatry), FHKCPsych
(Hongkong/China)

Head, Psychiatric Unit for Learning Disabilities

Kwai Chung Hospital

Hongkong, China

(kwokwmh@ha.org.hk)

Dr **Marco Bertelli**, MD (Italy)

Italian Society for the Study of Mental Retardation, Florence

Florenz, Italien

(bertelli.fi@tiscali.it)

Professor **Nick Bouras**, MD, PhD, FRCPsych (UK)

Emeritus Professor of Psychiatry, Institute of Psychiatry, London

Head of Maudsley International,

London, Großbritannien

(nick.bouras@iop.kcl.ac.uk)

Die Arbeitsgruppe dankt Frau Gemma Unwin (g.l.unwin@bham.ac.uk) für ihre Unterstützung bei der Erarbeitung dieser Leitlinie.

Geleitwort zur deutschsprachigen Ausgabe

Schon immer ist es Aufgabe der Psychiatrie, Verhaltensauffälligkeiten und seelische Störungen zu behandeln. Schon immer besteht die Schwierigkeit darin zu entscheiden, ab welcher Schwelle die Behandlung einsetzen sollte und mit welchen Methoden sie durchgeführt wird.

Ob ein Verhalten normal ist, wird nicht nur mittels statistischer Kriterien (Grad der Abweichung) festgestellt, sondern wird auch – manchmal sogar überwiegend – an sozialen, moralischen oder religiösen Maßstäben gemessen. Die Gefährlichkeit des Verhaltens für die Person selbst und andere, das Ausmaß der Störung und Belästigung anderer Menschen, das Überschreiten moralischer Grenzen sind häufig Grundlage von Entscheidungen. Dabei spielen immer die sozialen Bezugssysteme in der jeweiligen Umwelt eine entscheidende Rolle.

Menschen mit Intelligenzminderung zeigen wesentlich häufiger ungewöhnliche Reaktionen und Verhaltensmuster als die Durchschnittsbevölkerung. Problemverhalten sowie psychische Störungen im engeren Sinn sind bei ihnen viel häufiger. Aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigungen haben sie in ihrer Entwicklung und bei der Anpassung an verschiedene Lebensbedingungen größere Schwierigkeiten. Sie sind infolge biologischer Bedingungen (z. B. Krankheiten oder körperliche Störungen, Sinnesbehinderungen oder motorische Beeinträchtigungen), psychologischer Bedingungen (z. B. Schwierigkeiten, sich auszudrücken, Aufgaben zu bewältigen, Selbstachtung zu entwickeln oder Selbstwirksamkeit zu erwerben) und besonderer Bedingungen der Beziehungsgestaltung (z. B. Abhängigkeiten, Ablehnung oder wiederholtes Versagen) besonders verletzlich.

Aus der epidemiologischen Forschung wissen wir, dass bei Menschen mit Intelligenzminderung gerade Problemverhalten sehr häufig auftritt. Dessen klinische Behandlung und die Durchführung rehabilitativer und sozialer Integrationsmaßnahmen sind schwierig.

Es ist vielfach beschrieben worden, dass bis zu einem Drittel der Menschen mit geistiger Behinderung Psychopharmaka zur Beeinflussung des Verhaltens bekommt – vor allem aufgrund von Auto- oder Fremdaggression – ohne dass eine psychiatrische Störung diagnostiziert worden wäre. Zwei Drittel der verschriebenen Pharmaka sind Neuroleptika. Häufig werden auch andere Psychopharmaka wie Antidepressiva, Anxiolytika, Stimmungsstabilisatoren, Stimulantien und Opioidantagonisten verschrieben.

Die übermäßig häufige Verordnung von Psychopharmaka, oft auch von Kombinationsbehandlungen und hohen Dosierungen, bei Menschen mit geistiger Behinderung ist ein weltweites und Besorgnis erregendes Problem vor

allem wegen der spärlichen Belege bezüglich Wirksamkeit, Sicherheit und Auswirkungen auf die Lebensqualität. Lieber von Verhaltensstörungen zu sprechen als von Problemverhalten oder von herausforderndem Verhalten lenkt davon ab, dass es sich in vielen Fällen nicht um psychiatrische Störungen handelt und dass vielmehr die gründliche Reflexion und das vertiefte Verständnis der Zusammenhänge notwendig sind. Dass Vertreter mancher Berufe behaupten, solche Verhaltensweisen beruhten nie auf einer psychiatrischen Störung und könnten daher auch nicht von einer adäquaten pharmakologischen Behandlung profitieren, kann gleichfalls negative Folgen haben.

Die bestehende Verwirrung und Unsicherheit haben die Sektion Psychiatrie der Intelligenzminderung des Weltverbandes für Psychiatrie veranlasst, die vorliegende Leitlinie zum Einsatz von Psychopharmaka bei Problemverhalten zu erarbeiten. Sie gibt den aktuellen Stand der Kenntnisse der Fachleute wieder. Sie schließt die Auffassungen von Experten, die tagtäglich in der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung tätig sind, ein.

Die Leitlinie hat weder das Ziel, den Einsatz von Psychopharmaka zur Beeinflussung problematischer Verhaltensweisen pauschal zu forcieren, noch das Ziel, pauschal davon abzuraten. Sie soll vielmehr Ärzten und den Vertretern verschiedener Berufsgruppen, die mit Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten, fachlich fundierte und bewährte Hinweise an die Hand geben für ein Gebiet, in dem Qualitätsstandards noch ungenügend etabliert sind.

Dr. Marco Bertelli (Florenz),
World Psychiatric Association
Section on Psychiatry of Intellectual Disability

Vorwort zur deutschsprachigen Ausgabe

Michael Seidel

Die DGSG hat sich entschieden, die Leitlinie *Problem Behaviour in Adults with Intellectual Disabilities: International Guide for Using Medication*, erarbeitet von einer internationalen Arbeitsgruppe innerhalb der *Section on Psychiatry of Intellectual Disability* der *World Psychiatric Association* und 2008 verabschiedet, ins Deutsche zu übertragen und in der Reihe der "Materialien der DGSGB" zu veröffentlichen.

Einerseits enthält diese Leitlinie für Ärztinnen und Ärzte der WPA vieles, was Ärztinnen und Ärzten in unserem Land bekannt sein sollte und wohl auch bekannt ist. Andererseits herrschen auf dem Gebiet der Psychopharmakotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung teilweise besorgniserregende Missstände. Insofern kann gar nicht genug zur Verbesserung der Situation getan werden. Manche Missstände, namentlich eine auffällig hohe Prävalenz von Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung sowie die Vernachlässigung elementarer fachlicher Regeln und Sorgfaltspflichten, sind keine deutsche Besonderheit; sie sind vielmehr für viele Länder beschrieben worden. Die Situation in Deutschland hinsichtlich der Verordnung von Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung hat Klaus Hennis (2008b, 2009) kritisch analysiert und eine grundlegende Verbesserung der Qualität der Versorgung gefordert.

Die DGSGB hat schon mehrfach, zuletzt im November 2010, Veranstaltungen zur Psychopharmakotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung durchgeführt und dokumentiert (Koniarczyk & Hennis, 2001; Hennis, 2008a; Seidel, 2011). Ziel der Veranstaltungen war es, eine differenzierte und kritisch reflektierte Handhabung von Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung auf dem Boden eines interdisziplinären und multiprofessionellen Handlungskonzeptes zu fördern und sowohl einer pauschalen Ablehnung von Psychopharmaka als auch einer unkritischen und fachlich unzulänglichen Verwendung – die wohl besser als Missbrauch zu bezeichnen wäre – zu wehren.

Die vorliegende Leitlinie bezieht sich speziell auf den Einsatz von Psychopharmaka gegen Problemverhalten. Problemverhalten macht rund die Hälfte der psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung aus (Cooper et al., 2007). Im Unterschied zu den psychischen Störungen im engeren Sinne, also solchen Störungsbilder, die in den üblichen Klassifikationssystemen (ICD-10, DSM-IV) abzubilden sind, handelt es sich bei Problemverhalten um

sehr unterschiedliche Phänomene (Fremdaggressivität, Selbstverletzung, Sachzerstörung, übergriffiges oder anderweitig massiv störendes Verhalten, Rückzug usw.) mit einem komplexen Ursachen- und Bedingungsgefüge.

Problemverhalten ist ein maladaptives Verhalten, mit dem eine geistig behinderte Person auf ihrem jeweiligen emotionalen und psychosozialen Entwicklungsniveau auf für sie nicht geeignete Umwelтанforderungen und Umweltbedingungen reagiert. Dabei spielen die Eigenschaften der Person in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht einerseits, die Merkmale ihrer physischen und sozialen Umwelt andererseits eine Rolle. Im Mittelpunkt der Analyse muss die Frage stehen, ob bzw. wie durch die Umwelt den mit dem gegebenen emotionalen Entwicklungsniveau verbundenen grundlegenden Bedürfnisse und Handlungsdispositionen gemeinsam mit den übrigen individuellen Dispositionen entsprochen wird oder ob sie durch die Gegebenheiten und durch die Ansprüche der Umwelt missachtet, überfordert oder unterfordert werden. Dabei darf bei der Untersuchung dieser Wechselwirkungen nicht allein eine rein psychologische oder heilpädagogische Perspektive eingenommen werden, sondern die biologischen Aspekte der Person einschließlich aller medizinisch zu charakterisierenden Faktoren müssen einbezogen werden. Zu den Aspekten oder Dispositionen der Person gehören demzufolge auch Beeinträchtigungen der körperlichen Funktionen (z. B. Sprache, Gedächtnis, Affektkontrolle, exekutive Funktionen usw.), die gegebenenfalls beeinflusst werden können oder müssen. Deshalb kann eine solche Analyse nur interdisziplinär bzw. multiprofessionell erfolgen. Es gibt im Ergebnis auch keine „einfache“ Diagnose (z. B. Depressive Störung), sondern es wird eine *integrative Diagnose formuliert*, die alle Aspekte miteinander zu verknüpfen sucht. Im Grunde genommen ist Problemverhalten keine Eigenschaft der betreffenden Person, kein individualpathologisches Phänomen, sondern eine Funktion eines Systems, das aus der betreffenden Person und ihrer sozialen und physischen Umwelt besteht.

Die vorliegende Leitlinie lässt sich von einem komplexen Erklärungsmodell zum Problemverhalten und von einem multiprofessionellen Handlungskonzept leiten, wie es heute weit verbreitet ist und beispielsweise in den *Praxisleitlinien und Prinzipien* der EAMHID (Došen et al., 2005, Došen et al., 2010) und in dem Grundlagenwerk von Anton Došen (Došen, 2010) näher ausgeführt ist. Mit der Publikation der deutschsprachigen Fassung der internationalen Leitlinie möchte die DGSGB zu einer kritisch reflektierten Handhabung von Psychopharmaka bei Problemverhalten von Menschen mit geistiger Behinderung beitragen.

Die DGSGB vereint Vertreter verschiedener Berufsgruppen als Mitglieder. Die Veranstaltungen der DGSGB – regelmäßig angekündigt und dokumentiert auf der Website der DGSGB (www.dgsgb.de) – werden von Vertretern unterschiedlicher Berufsgruppen, die Menschen mit geistiger Behinderung im

Wohn-, Arbeits- oder Beschäftigungsbereich unterstützen oder therapeutische Aufgaben erfüllen oder sich wissenschaftlich mit ihnen befassen, besucht.

Die DGSGB stellt die vorliegende Leitlinie mit der Veröffentlichung in den "Materialien der DGSGB" bewusst in diesen interdisziplinären und multiprofessionellen Kontext. Davon unberührt bleibt natürlich, dass für die Verordnung und die fachgerechte Beobachtung der Wirkungen und Nebenwirkungen der Psychopharmaka auf dem Boden gültiger gesetzlicher Bestimmungen ausschließlich Ärztinnen und Ärzte befugt sind. Zugleich sind die verordnenden Ärzte auf die Zusammenarbeit mit dem betroffenen Patienten selbst, mit seinen Bezugs- und Betreuungspersonen, Assistenten, Angehörigen, gesetzlichen Betreuern usw. angewiesen. Vor allem vollzieht sich auch der Prozess der Meinungsbildung über den Einsatz von Psychopharmaka in der Regel im Diskurs aller erwähnten Beteiligten. Deshalb ist es aus Sicht der DGSGB zwingend geboten, die fachlichen Prämissen und Aspekte diesbezüglicher Entscheidungen transparent zu machen. Dazu dient die Publikation in der Reihe "Materialien der DGSGB".

Die deutsche Übersetzung sah sich vor die Anforderung gestellt, für einige im Englischen durchaus gebräuchliche Begriffe geeignete deutschsprachige Entsprechungen zu finden, die näherungsweise dem Gemeintem im gegebenen Kontext entsprechen. So wurde beispielsweise der im Englischen häufig verwendete Begriff "management" im vorliegenden Zusammenhang als "Umgang mit..." übersetzt. Durchgängig wurde der eher ungenaue Begriff "medication" hier mit "Psychopharmakon" bzw. "Psychopharmaka" übersetzt.

Überdies sei der Leser darauf verwiesen, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse einerseits, das Spektrum der Psychopharmaka und seine zugelassenen Indikationen andererseits einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess unterworfen sind. Von daher ist jeder Arzt im Rahmen seiner Sorgfaltspflichten angehalten, die von ihm erwogenen Psychopharmaka auf ihre Zulassung für die betreffende Indikation in Deutschland, auf Dosierungs- und Sicherheitshinweise der Hersteller usw. zu bewerten. Für den Fall, dass wegen fehlender Zulassung für die in Betracht gezogene Indikation ein sog. off-label-use in Frage kommt, sind besondere Anforderungen an die Indikationsstellung, die Aufklärung, die Dokumentation usw. zu stellen (vgl. Francois, 2011).

Frau Dr. Tatjana Voß, Berlin, Herr Dr. Knut Hoffmann, Bochum, und Prof. Klaus Hennische, Berlin, seien herzlich für die kritische Durchsicht der Übersetzung und für ihre nützlichen Hinweise, Frau Dr. Michelina Bocchicchio, Bielefeld, für die Übersetzung des Geleitwortes von Dr. Marco Bertelli aus dem Italienischen bedankt. Schließlich gilt noch ein besonderer Dank Herrn Dr. Bertelli, der seine Zustimmung zur deutschsprachigen Übersetzung der WPA-Leitlinie gab und ein Geleitwort für diese deutschsprachige Ausgabe verfasste.

Literatur

- COOPER, S.-A., SMILEY, E., MORRISON, L, WILLIAMSON, A., ALLAN, L. (2007): Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Br. J. Psychiatry* 190, 27-35.
- DOŠEN, A. (2010): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Herausgeber und Bearbeiter der deutschsprachigen Ausgabe: K. HENNICKE und M. SEIDEL. Hogrefe, Göttingen.
- DOŠEN, A., GARDNER, W. I., GRIFFITH, D. M., KING, R., LAPOINTE, A. (2005): Practice Guidelines and Principles: Assessment, Diagnosis, Treatment and Related Support Services for Persons with Intellectual Disabilities and Problem Behaviour. European Edition. Centre of Consultation and Expertise. Gouda.
- DOŠEN, A., GARDNER, W. I., GRIFFITH, D. M., KING, R., LAPOINTE, A. (2010): Praxisleitlinie und Prinzipien: Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten. Europäische Edition. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung: SEIDEL, M., in Zusammenarbeit mit HENNICKE, K., HOFFMANN, K., MEINERT, T., SCHMIDT, H., VOß, T., WILKING, E. Materialien der DGSGB. Band 21. Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eigenverlag Berlin.
- FRANCOIS, R. (2011): Rechtliche Aspekte der Behandlung mit Psychopharmaka. In: Seidel, M. (Hrsg.): Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung – erfüllte und unerfüllte Versprechen. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 12.11.2010 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 24, Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eigenverlag Berlin, S. 52-60.
- HENNICKE, K. (Hrsg.)(2008a): Psychopharmaka in der Behindertenhilfe - Fluch oder Segen? Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 9.11.2007 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 17, Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eigenverlag Berlin.
- HENNICKE, K. (2008b): Psychopharmaka in Wohnstätten der Behindertenhilfe. Vermutungen über eine zunehmend unerträgliche Situation. In: Hennicke, K. (Hrsg.): Psychopharmaka in der Behindertenhilfe - Fluch oder Segen? Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 9.11.2007 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 17, Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eigenverlag Berlin, S. 4-22.
- 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.
- KONIARCZYK, M. & HENNICKE, K. (Hrsg.) (2001): Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung – eine kritische Standortbestimmung. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 30.3.2001 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 5, Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eigenverlag Berlin
- SEIDEL, M.(Hrsg.) (2011): Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung – erfüllte und unerfüllte Versprechen. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 12.11.2010 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 24, Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eigenverlag Berlin.

Über diese Leitlinie

Diese Leitlinie soll jene Personen beraten, die über die Verordnung von Psychopharmaka gegen Problemverhalten bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung zu entscheiden haben¹. Dazu wurde eine britische Leitlinie (www.ld-medication.bham.ac.uk) für das internationale Fachpublikum überarbeitet. Die britische Leitlinie ihrerseits beruhte auf den Kriterien des National Institute Health and Clinical Excellence (NICE, www.nice.org.uk) zur Entwicklung von Leitlinien; sie wurde bewertet unter Verwendung der international üblichen Kriterien *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE 2001) für die Leitlinienentwicklung. Die Leitlinie gründet sich auf die aktuell verfügbaren wissenschaftlichen und klinischen Evidenzen sowie auf den auf klinischer Erfahrung begründeten Konsens.

Die Arbeitsgruppe, bestehend aus Mitgliedern der *Section on Psychiatry of Intellectual Disability* der *World Psychiatric Association* (siehe Seite 3/4), sah die britische Leitlinie gründlich durch und entwickelte die internationale Leitlinie. Diese internationale Leitlinie steht neben anderen internationalen Leitlinien und Dokumenten, die durch die WPA herausgegeben wurden, z. B. *Psychiatry for the person* (Mezzich, 2007) oder *Consensus Statement on the use and usefulness of second generation antipsychotic medication* (www.worldpsychiatricassociation.org/content/consensus.html).

Diese Leitlinie empfiehlt weder Psychopharmaka zur Behandlung von Problemverhalten bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung, noch lehnt sie sie ab. Solche Entscheidungen müssen immer nach sorgfältiger Prüfung aller möglichen Vorteile und Risiken, die mit der Intervention verbunden sind, getroffen werden. Die Leitlinie empfiehlt Vorsichtsmaßnahmen zur Absicherung beim Einsatz von Psychopharmaka. Die Ärzte sollten diese Empfehlungen berücksichtigen, wenn sie ihre klinische Entscheidung treffen. Die Leitlinie entbindet sie nicht von ihrer individuellen Verantwortung, ihre Entscheidungen der individuellen Situation anzupassen.

Diese Leitlinie erörtert keine detaillierten Indikationen für spezielle Arzneimittel gegen Problemverhalten bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Eher liefert sie klinisch-praktische Empfehlungen, die beim Einsatz von Medikamenten gegen Problemverhalten bei geistig behinderten Personen ab 18 Jahren bedacht werden sollten. Alle relevanten Gruppen der Psychopharmaka und die damit verbundenen Fragen werden berücksichtigt.

¹ In Deutschland – durchaus anders als in manchen anderen Ländern - liegt die Verordnung von Arzneimitteln ausschließlich in den Händen approbierter Ärzte (Anmerkung M.S.).

In den verschiedenen Ländern gibt es erhebliche Unterschiede in den Organisationsmodellen der Dienstleistungen, in der Ausbildung und in den Ressourcen. Deshalb werden nicht alle Empfehlungen jederzeit an jedem Ort unmittelbar anwendbar sein. Die Empfehlungen dieser Leitlinie sind ziemlich allgemein gehalten, ihre die Grundprinzipien bleiben unverändert. Es ist zu hoffen, dass die Ärzte trotz eventuell begrenzter Ressourcen die Empfehlungen dieser Leitlinie in die tägliche Praxis überführen.

Ziel der Leitlinie ist, den Betreuungsprozess zu fördern, den Umgang mit Problemverhalten zu verbessern und so zu einer besseren Lebensqualität von Erwachsenen mit geistiger Behinderung beizutragen.

Einführung

Manche Erwachsene mit geistiger Behinderung weisen Problemverhalten auf. Problemverhalten (engl.: Problem behaviour) wird hier definiert als sozial inakzeptables Verhalten, das Stress, Schaden oder Nachteile für die betreffende Person selbst oder andere Menschen oder Eigentum verursacht und üblicherweise eine Intervention verlangt.

Der Begriff Problemverhalten schließt in diesem Kontext andere Begriffe wie herausforderndes Verhalten (engl.: Challenging behaviour), Verhaltensstörung (engl.: Behaviour disorder), Verhaltensprobleme (engl.: Behaviour problem), Verhaltensschwierigkeiten (engl.: Behaviour difficulty) ein. Beispiele für Problemverhalten sind verbale Aggressionen, Selbstverletzung, Tötlichkeiten gegen andere Personen oder Sachzerstörung.

Allgemeine Prinzipien bei der Verordnung eines Psychopharmakons

Assessment und Diagnoseformulierungen

Primäres Ziel der Intervention sollte sein, nicht nur das Verhalten als solches zu behandeln, sondern seine Ursachen zu ermitteln und anzugehen. Allerdings ist es nicht immer möglich, die Ursachen des Problemverhaltens zu finden. In diesem Fall sollte sich die Intervention darauf richten, den Einfluss des Verhaltens auf die Person, ihre Umwelt und andere Menschen zu vermindern.

Für Problemverhalten kommen viele Gründe einschließlich physischer oder psychischer Probleme in Frage. Manche Faktoren liegen in der Person (z. B. negative Kindheitserfahrungen, unzulängliche Coping-Strategien), andere außerhalb der Person (z. B. unter- oder überstimulierende Umwelt). Sie alle können zum Problemverhalten beitragen.

Manchmal wird Problemverhalten als Kommunikationsmittel eingesetzt. So können z. B. Menschen mit schwerer geistiger Behinderung, die sich nicht sprachlich äußern können, schreien, weil sie Schmerzen haben und diese nicht anders ausdrücken können. Manchmal setzen Menschen mit geistiger Behinderung ein bestimmtes Verhalten ein, um ihre Befindlichkeit mitzuteilen.

Darum sind ein gründliches Assessment der Ursachen des Verhaltens und seiner Konsequenzen ebenso wie die Formulierung einer integrativen Diagnose²

² Der Begriff *Formulierung einer integrativen Diagnose* im gegebenen Zusammenhang soll verdeutlichen, dass hier eine Beschreibung des Zusammenwirkens verschiedener Aspekte und Ebenen notwendig ist, die sich von der einfachen Nennung einer Diagnose (z. B. Depression) unterscheidet (s. a. DOŠEN et al., 2010, DOŠEN, 2010) (Anmerkung M.S.).

unbedingt erforderlich, um mit dem jeweiligen Problemverhalten richtig umzugehen (s. Anhang 1). Ein angemessenes Assessment und eine angemessene Formulierung einer integrativen Diagnose (s. Anhang 2) kann einen Input von verschiedenen Disziplinen, von den Familien und von den Betreuungspersonen einschließen. Ein multiaxiales oder mehrschichtiges diagnostisches Vorgehen (vgl. Royal College of Psychiatrists, 2001; Fletcher et al., 2007) sind dafür zweckmäßig. Ein derartiges Assessment soll individuelle, psychologische, medizinische, soziale und umweltbezogene Aspekte berücksichtigen. Die Formulierung einer integrativen Diagnose sollte auch dann versucht werden, wenn eine medizinische oder psychiatrische Diagnose fehlt. Die psychiatrische Diagnostik vor einer Psychopharmakotherapie sollte einem personenzentrierten Zugang und einem idiographischen Assessment folgen, wie es das *WPA Institutional Programme on Psychiatry for the Persons* (Mezzich, 2007) empfiehlt.

Informationen von der betroffenen Person, ihrer Familie und weiteren Personen

Sowohl beim Assessment als auch bei der Formulierung einer integrativen Diagnose ist man oft auf Informationen von der Person mit geistiger Behinderung selbst und/oder von ihrer Familie und ihren Betreuungspersonen angewiesen. Solche Informationen sollten kontinuierlich in jedem Stadium der Interventionen berücksichtigt werden. Wichtig ist, dass die Person mit geistiger Behinderung ihrerseits die Informationen in einer für sie verständlichen Weise vermittelt bekommt. Möglicherweise sind solche zusätzlichen Informationen zeitaufwändig; sie nehmen die Ärzte und andere Mitglieder des multidisziplinären Teams in Anspruch. Es kann auch bedeuten, innovative Wege zur Informationsvermittlung zu betreten, z. B. Bilder einzusetzen.

Multidisziplinäre Informationen

Auf multidisziplinärem Wege erhobene Informationen sind auch bei der Implementierung und während des Monitorings der Interventionen erforderlich. Nicht immer werden solche Informationen zu erhalten sein, wenn es an notwendigen Ressourcen fehlt. Aber wo es wichtig und irgend möglich ist, sollte versucht werden, multidisziplinäre Informationen zu gewinnen, um sie im Prozess der Interventionen gegen das Problemverhalten zu berücksichtigen.

Indikationen für Psychopharmaka

Falls es offensichtlich eine medizinische oder psychiatrische Ursache für das Verhalten gibt, sollte auf dem üblichen Wege behandelt werden. Wenn eine zugrundeliegende psychische Störung mit Medikamenten behandelt werden

soll, sind die relevanten Leitlinien zur Psychopharmakotherapie zu beachten (vgl. WPA, Mezzich, 2007, NICE, UK, www.nice.org. usw.)³.

Falls weder eine medizinische noch eine psychiatrische Störung identifiziert werden kann, sind in Abhängigkeit von der formulierten integrativen Diagnose nichtpharmakologische Interventionen zu erwägen. Manchmal ist neben nichtpharmakologischen Interventionen eine Psychopharmakotherapie entweder als eigenständige Behandlung oder als unterstützende Zugabe zur nichtmedikamentösen Intervention sinnvoll.

Ob eine psychopharmakologische oder eine nichtpharmakologische Behandlungsstrategie implementiert werden soll, hängt von den individuellen Umständen ab. Das darzustellen gehört nicht in den Rahmen dieser Leitlinie (s. Anhang 3). Es ist jedoch möglich, das Befinden einer Person durch Beratung, durch Beeinflussung der sozialen und Umweltfaktoren oder durch angenehm erlebte Tagesaktivitäten positiv zu beeinflussen und gleichzeitig Psychopharmaka zu verwenden, um die Ängstlichkeit der Person zu lindern. Diese Strategie sollte aber als Interimsstrategie angesehen werden, die regelmäßig und sorgfältig auf ihre Wirksamkeit überprüft werden muss.

Monitoring der Wirksamkeit der Interventionen

Wirkungen und mögliche Nebenwirkungen jeder Intervention werden in regelmäßigen Abständen einem Monitoring unterzogen. Dieses Monitoring sollte ein objektives Assessment und Informationen von der betroffenen Person selbst und/oder von ihrer Familie und den Betreuungspersonen umfassen, ebenfalls Informationen von Vertretern anderer wichtiger Disziplinen, wann immer es nötig und möglich ist. Das Assessment sollte Verhaltensaspekte (sowohl das Problemverhalten als auch andere Verhaltensweisen), Nebenwirkungen, Berichte von den Familien und von den Betreuungspersonen, die Untersuchung des körperlichen und psychischen Zustandes und im Bedarfsfall bestimmte Zusatzuntersuchungen wie Bluttests, EKG usw. einschließen.

Die Formulierung der integrativen Diagnose und der Interventionsplan kann zu jeder Zeit überprüft werden. Das Ziel besteht darin, Psychopharmaka, falls sie überhaupt notwendig sind, in möglichst niedriger Dosis und für eine möglichst kurze Zeit zu verordnen. Auch nichtpharmakologische Strategien und das Absetzen der Psychopharmaka sollten immer in regelmäßigen Abständen geprüft werden.

³ Hier ist für Deutschland vor allem auf die einschlägigen Leitlinien der DGPPN hinzuweisen (Anmerkung M.S.).

Arzneimittelverordnung innerhalb einer personenzentrierten Planung

Der Umgang mit Problemverhalten sollte immer personenzentriert sein. Er sollte von der Person selbst und ihren Betreuungspersonen ausgehen und auf das Interesse der betreffenden Person ausgerichtet sein. Die Verordnung von Psychopharmaka erfolgt nicht isoliert, sondern sie ist immer Teil eines breiteren personenzentrierten Plans.

Kommunikation

Der Behandlungsplan sollte mit der betroffenen Person, ihrer Familie und ihren Betreuungspersonen erörtert werden. Auch die Professionellen, die außerdem an der Betreuung der Person beteiligt sind, werden im erforderlichen Umfang informiert. Die Information sollte in regelmäßigen Intervallen aktualisiert werden. Spezielle Aufmerksamkeit und innovative Zugänge können notwendig sein, um die Informationen dem Betroffenen, der Familie und den Betreuungspersonen mitzuteilen.

Rechtliche Aspekte

Alle Interventionen im Hinblick auf das Problemverhalten müssen sich an den rechtlichen Rahmenbedingungen des jeweiligen Landes orientieren. Die Ärzte sollten immer ihre Einschätzung hinsichtlich der Fähigkeit des Betroffenen, in die Behandlungsvorschläge rechtswirksam einzuwilligen, dokumentieren. Falls es an der Fähigkeit zur rechtswirksamen Einwilligung fehlt, sollte ein Konsens im multidisziplinären Team und den Familien und den Betreuungspersonen soweit wie möglich erzielt werden, um zu entscheiden, welche Intervention dem Interesse der Person mit geistiger Behinderung am besten entspricht. In manchen Ländern gibt es die Möglichkeit, stellvertretend zu entscheiden, falls der Betreffende selbst nicht einwilligungsfähig ist.⁴

Wichtigste Empfehlungen

Jede Verordnung von Psychopharmaka gegen Problemverhalten bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung sollte folgende Kriterien einer guten Praxis beachten:

Der Einsatz von Psychopharmaka sollte nur im besten Interesse der Person erfolgen.

- Alle nichtmedikamentösen Behandlungsalternativen sollten erwogen sein.

⁴ Das deutsche Betreuungsrecht schreibt vor, in diesem Fall die Einwilligung des gesetzlichen Betreuers einzuholen (Anmerkung M.S.).

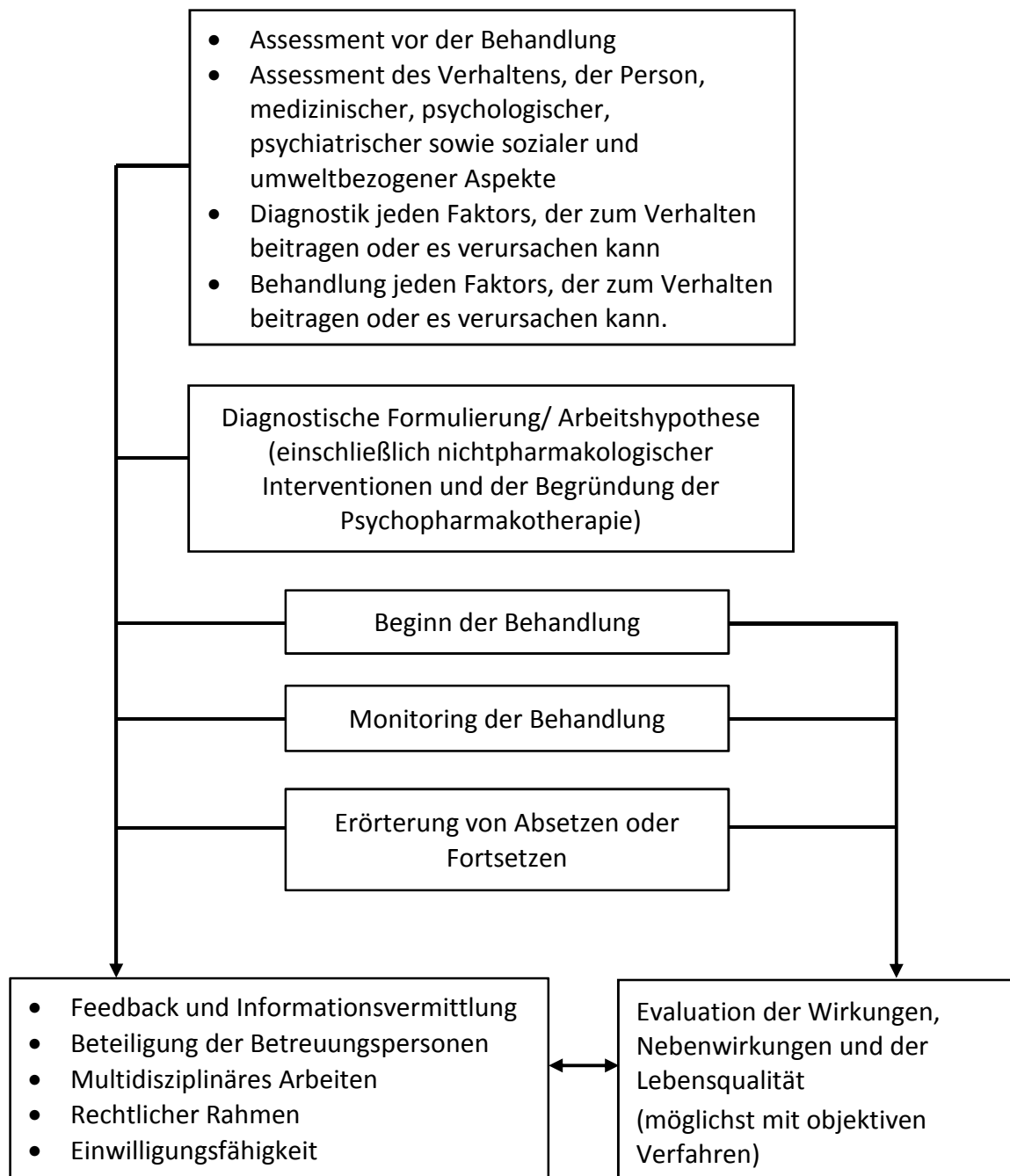
- Die psychopharmakologische Behandlung sollte unter den gegebenen Umständen als notwendig angesehen werden oder sie sollte parallel mit der nichtmedikamentösen Behandlung erfolgen.
- Falls möglich, sollten Evidenzen über das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Medikation in Betracht gezogen werden.
- Alle Informationen über frühere - auch erfolglose - Interventionen sollten herangezogen werden.
- Falls frühere Interventionen inakzeptable Nebenwirkungen hervorgerufen haben, sollte das dokumentiert werden.
- Die Verfügbarkeit oder Nichtverfügbarkeit bestimmter Dienstleistungsangebote und Therapien und die Auswirkungen dessen auf den Behandlungsplan sollten in Betracht gezogen werden.
- Relevante nationale oder regionale Vorschriften und Leitlinien müssen beachtet werden.

Wenn die Entscheidung für die Verordnung von Psychopharmaka gefallen ist, sollten folgende Empfehlungen beachtet werden:

- Es ist sicherzustellen, dass alle notwendigen körperlichen Untersuchungen und Analysen durchgeführt wurden.
- Es ist sicherzustellen, dass alle erforderlichen Untersuchungen wie Bluttests, EKG usw. in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden und dass deren Ergebnisse den dafür zuständigen Personen zur Verfügung stehen.
- Es ist gegenüber der Person, ihrer Familie oder der Betreuungsperson zu erläutern, ob die Psychopharmaka, die empfohlen werden sollen, für die Indikation zugelassen sind. Falls sie nicht für diese Indikationen zugelassen sind (off-label-use), sollte erklärt werden, welche Evidenzen es für die Zweckmäßigkeit dieser Medikation gibt.
- Es ist eine verantwortliche Person zu bestimmen, die sicherstellt, dass das Psychopharmakon im notwendigen Maße eingenommen wird und die wesentlichen Beteiligten über alle Veränderungen informiert.
- Soweit es möglich ist, sollte ein objektiver Modus gefunden werden, die Ergebnisse einschließlich der Nebeneffekte zu einzuschätzen (es sollten möglichst standardisierte Skalen eingesetzt werden oder ein Monitoring der Schwere und Frequenz des Zielverhaltens erfolgen).
- Es ist sicherzustellen, dass ein angemessenes Follow-up arrangiert ist und durchgeführt wird.
- Es sollte zum jeweiligen Zeitpunkt möglichst nur ein Psychopharmakon gegen Problemverhalten verordnet werden.
- Das Psychopharmakon sollte in der Regel innerhalb der empfohlenen Standarddosierung verordnet werden.

- Dosierungen oberhalb der empfohlenen Maximaldosis sollten nur unter bestimmten Ausnahmebedingungen nach umfassender Diskussion mit allen Beteiligten unter angemessenen Sicherheitsvorkehrungen und regelmäßiger Überprüfung zur Anwendung kommen.
- Es ist mit einer niedrigen Dosis zu beginnen. Dosissteigerungen sollten langsam erfolgen.
- Das Psychopharmakon sollte mit der niedrigstmöglichen Dosis für möglichst kurze Zeit verwendet werden.
- Es ist immer wieder zu erörtern, ob die Medikation reduziert werden kann und ob nichtmedikamentöse Behandlungsmöglichkeiten in Frage kommen.

Die wesentlichen Aspekte der Psychopharmakotherapie gegen Problemverhalten finden sich in der folgenden Abb. 1:

Abb. 1:**Kernprozesse bei der Psychopharmakotherapie gegen Problemverhalten****Risiken der Psychopharmaka**

Die meisten Psychopharmaka haben Nebenwirkungen. Jedoch stammen die Kenntnisse darüber überwiegend von Untersuchungen an Patienten mit psychischen Erkrankungen ohne geistige Behinderung. Beispielsweise weiß man mittlerweile, dass atypische Neuroleptika ein Risiko für Gewichtszunahme,

für Herz-Kreislauf-Probleme und verschiedene Stoffwechselstörungen einschließlich einer veränderten Glukosetoleranz, eines veränderten Fettstoffwechsels und eines veränderten Prolaktinmetabolismus haben.

Es gibt nicht genug Evidenz im Hinblick auf erhöhte Nebenwirkungsrisiken bei geistig behinderten Menschen. Dieses Fehlen ausreichender Evidenz bedeutet aber nicht, dass Psychopharmaka gerade für Menschen mit geistiger Behinderung ein inakzeptables Risiko darstellen würden. Deshalb werden folgende **allgemeine Empfehlungen** gegeben:

Nebenwirkungen

- Mit der betreffenden Person, mit ihrer Familie und mit ihren Betreuungspersonen ist über die üblichen und über schwerwiegende Nebenwirkungen⁵ der Behandlung zu reden. Es sollten möglichst schriftliche Informationen zur Verfügung gestellt werden.
- Es ist auch darüber zu informieren, was im Falle schwerwiegender Nebenwirkungen erfolgen muss.
- Alle Nebenwirkungen sollten sorgfältig dokumentiert werden.

Auswahl der Medikation

Es ist gegenwärtig nicht möglich, ein spezifisches Psychopharmakon für die Behandlung von bestimmten Formen von Problemverhalten zu empfehlen. Dafür gibt es keine ausreichenden wissenschaftlichen Evidenzen. Jedoch werden im Anhang 4 Psychopharmaka aufgeführt, die für die Behandlung von Problemverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung gegeben werden; auch ihre üblichen Nebenwirkungen (vgl. Unwin & Deb 2008) sind aufgeführt.

Abbruch der Behandlung

- Wenn ein Psychopharmakon verordnet worden ist, sollte man kontinuierlich das Risiko-Nutzen-Profil bewerten. Dabei ist besonderes Augenmerk auf die Lebensqualität der Person und ihrer Familie zu legen.
- Eine Dosisreduktion oder das Absetzen der Medikation sind kontinuierlich zu prüfen, ebenso die Anwendung nichtmedikamentöser Behandlungsverfahren.

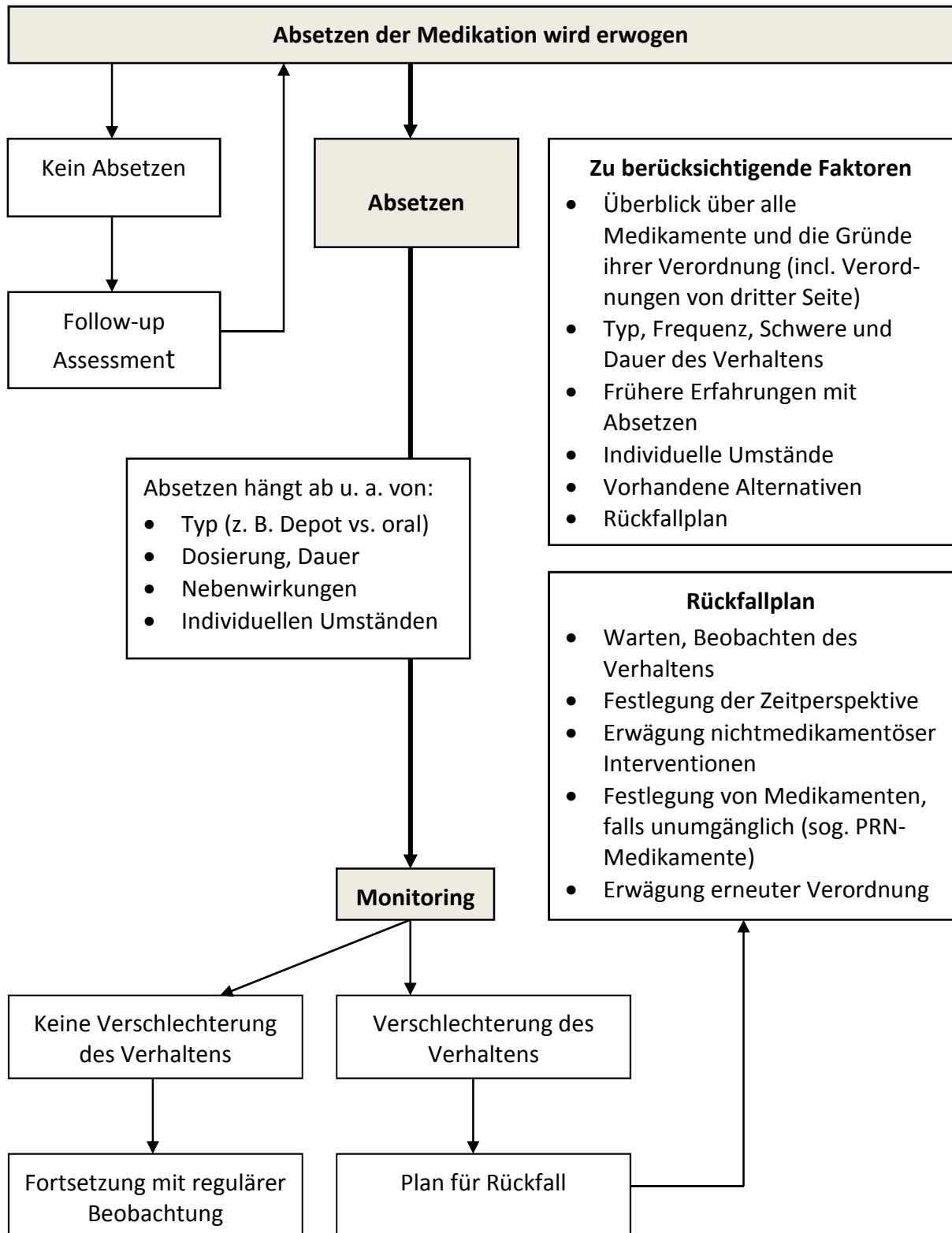
⁵ Wenn Arzneimittel in einem bestimmten Umfang schwerwiegende Nebenwirkungen haben, wird amtlicherseits ihre Anwendung eingeschränkt oder sie werden sogar gänzlich aus dem Verkehr gezogen (Anmerkung M.S.).

Rückfall nach Dosisreduktion oder Absetzen der Medikation

- Es sollte ein Plan für den Umgang mit einem Rückfall vorhanden sein, wenn man das Absetzen eines Psychopharmakons plant (siehe Abb.2).
- Der Absetzeffekt des betreffenden Psychopharmakons ist zu beachten. Es ist ausreichend viel Zeit für das Abklingen des Absetzeffektes zu geben, bevor erwogen wird, das Psychopharmakon wieder einzusetzen.
- Immer sind nichtmedikamentöse Interventionen zu berücksichtigen. Die ursprüngliche Formulierung einer integrativen Diagnose und die Begründung für den Einsatz des Psychopharmakons sind erneut zu prüfen.

Die folgenden Abb. 2 gibt die Aspekte beim Absetzen der Psychopharmakotherapie in schematisierter Form wieder:

Abb. 2: Aspekte, die beim Absetzen eines Psychopharmakons zu beachten sind



Polypharmazie

Menschen mit geistiger Behinderung erhalten oft Arzneimittel für eine Vielzahl von Störungen und Krankheiten. Der Begriff Polypharmazie meint hier, dass mehr als ein Psychopharmakon für eine bestimmte Indikation, hier ein bestimmtes Problemverhalten, verordnet wird.

Es gibt kaum Studien über Kombinationen von Psychopharmaka gegen Problemverhalten bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Daher ist es nicht möglich, irgendeine bestimmte Kombination zu empfehlen. Jedoch spricht die Evidenz aus Beobachtungsstudien dafür, dass die Reduktion von Polypharmazie nicht nur das Verhalten verbessert, sondern auch die Lebensqualität der betreffenden Person.

Falls zusätzlich ein Psychopharmakon (add-on-Medikation) zu einer schon bestehenden Psychopharmakotherapie indiziert ist, sollten folgende Empfehlungen berücksichtigt werden:

- Falls die add-on-Medikation keine Wirkung zeigt, ist die Situation erneut zu bewerten.
- Falls die vorbestehende Medikation unter der zusätzlichen Medikation fortgesetzt wird, sind die Gründe für die Fortsetzung dieser Medikation bei gleichzeitig add-on-Medikation für dieselbe Indikation zu dokumentieren.
- Der Einsatz einer add-on-Medikation aus derselben Arzneimittelgruppe ist nicht zu empfehlen. Ausgenommen davon ist die antiepileptische Medikation gegen eine Epilepsie.
- Falls die gewählte Kombination wirksam ist, sollte man versuchen, eines der Medikamente in der Zukunft abzusetzen oder wenigstens die Dosis zu reduzieren.
- Die Optionen einer nichtpharmakologischen Intervention oder einer nicht medikamentösen Intervention in Kombination mit einem Psychopharmakon sind immer wieder zu erwägen.
- Sobald wie möglich sollte versucht werden, zur Monotherapie zurückzukehren.
- Es ist zu vermeiden, mehr als zwei Medikationen gleichzeitig für dieselbe Indikation zu verwenden. Mehr als zwei Psychopharmaka sollten nur ausnahmsweise eingesetzt werden.
- Es sollte versucht werden, die Meinung eines anderen Kliniklers einzuholen, falls mehr als zwei Psychopharmaka simultan verwendet werden.
- Der gleichzeitige Einsatz von mehr als drei Psychopharmaka zur gleichen Zeit ist nur schwer zu legitimieren, falls sie nicht für andere Indikationen (z. B. eine gleichzeitige Epilepsie oder eine bestimmte zusätzliche psychische Störung) eingesetzt werden.

Absetzen lange verordneter Psychopharmaka

Studien über das Absetzen von Psychopharmaka zeigen, dass in einem bestimmten Anteil der Fälle ein Psychopharmakon auch nach längerem Gebrauch erfolgreich abgesetzt werden kann. Bei einem Teil der Fälle kann die Dosis reduziert werden, obgleich ein vollständiges Absetzen nicht möglich ist. In einigen Fällen ist es schwierig, die Dosis der Medikation nach einer langen Verordnungszeit zu reduzieren. Viele Faktoren, einschließlich nichtmedizinischer Faktoren wie Training und Ausbildung sowie die Einstellung des Betreuungspersonals, beeinflussen den Erfolg des Absetzens.

Jedoch reichen die Evidenzen nicht aus, zu empfehlen, welches Psychopharmakon abzusetzen ist und wie dies geschehen soll. Dennoch können folgende allgemeine Empfehlungen abgegeben werden:

- Man soll versuchen, das Problemverhalten der Person mit einer geringen Anzahl von Psychopharmaka und mit einer möglichst niedrigen Dosierung zu behandeln oder ganz ohne Medikation auszukommen.
- Man sollte die Empfehlungen im Abschnitt „Abbruch der Behandlung“ dieser Leitlinie beachten.
- Man sollte jeweils nur ein Psychopharmakon zur gleichen Zeit reduzieren.
- Man entziehe oder reduziere ein Psychopharmakon langsam.
- Man warte, falls es nötig, nach dem Absetzen eines bestimmten Psychopharmakons möglichst lange, manchmal sogar einige Wochen, bevor man andere Psychopharmaka abzusetzen beginnt.

Appendix 1: Assessment

Das Assessment sollte sich richten auf:

- das konkrete Verhalten, das den Anlass zur Behandlung gibt,
- die betreffende Person selbst,
- medizinisch charakterisierbare und organische Faktoren,
- psychologische Faktoren,
- psychiatrische Faktoren,
- soziale Faktoren und
- Umweltfaktoren.

Das Assessment des Problemverhaltens sollte folgende Aspekte berücksichtigen:

- Art und Natur des Problemverhaltens,
- die Entwicklung des Problemverhaltens,
- die Ausgangslage des Verhaltens vor Auftreten des Problemverhaltens,
- das Auftreten des Problemverhaltens oder der verschiedenen Problemverhaltensweisen,
- die Frequenz, die Schwere und die Dauer des Problemverhaltens,
- assoziierte Problemverhaltensweisen und andere Verhaltensweisen,
- Einfluss des Problemverhaltens auf das Leben der betreffenden Person, auf das Leben anderer Personen und auf die Umwelt,
- Reaktion der Person selbst auf das Problemverhalten ,
- Reaktion anderer Personen und der Dienstleistungssysteme und
- die Funktion des Problemverhaltens.

Assessment der Risiken des Problemverhaltens:

- Art und Natur der Risiken:
 - für andere Personen,
 - für das betreffende Individuum,
 - für die Umwelt,
 - andere Risiken einschließlich der Vorgeschichte hinsichtlich Übergriffe,
- Methoden des Risiko-Assessments wie der Einsatz von Rating-Skalen usw.,
- Ergebnisse früherer Risiko-Assessments,
- Die Dokumentationen zum Risikoassessment sind in einem regelmäßigen Intervall zu prüfen.

Assessment der Person

- Stärken: Fähigkeiten, Möglichkeiten und Ressourcen,
- Bedarf als Folge der Behinderung, der Mängel der Dienstleistungsangebote und der unzulänglichen individuellen Ressourcen sowie der seelischen und physischen gesundheitliche Verfassung,
- Wünsche, Abneigungen und Vorlieben und wie sie zum Ausdruck gebracht werden,
- individuelle Vorgeschichte (sozial, entwicklungsbezogen, psychologisch),
- Vorgeschichte hinsichtlich der Nutzung von Dienstleistungen und
- Schwierigkeiten bei der Entwicklung erfüllender Beziehungen, erfüllenden Lebens oder Interessen.

In diesem Kontext ist eine Beschreibung über die aktuellen und früheren wöchentlichen Routinen des betroffenen Individuums nützlich.

Medizinisch charakterisierbare und organische Faktoren

- akute gesundheitliche Probleme einschließlich solcher der Mundgesundheit(z. B. Zahnschmerz)
- chronische körperliche Gesundheitsstörungen (z. B. chronische Bronchitis)
- Epilepsie
- andere neurologische Störungsbilder (z. B. Spastik)
- genetisch begründete Syndrome (z. B. Lesch-Nyhan-Syndrom)
- Sinnesbehinderungen (z. B. Seh- und Hörbehinderung)
- Behinderungen der Kommunikation (z. B. Sprechen und Kommunikation)
- körperliche Behinderungen (z. B. Lähmungen)
- illegale Drogen und alkoholbezogene Aspekte
- verordnete Arzneimittel und deren mögliche Nebenwirkungen
- relevante entwicklungsbezogene und medizinische Anamnese

Psychologische und psychiatrische Faktoren

- psychische Störungen (z. B. Depression),
- relevante Aspekte der psychologischen Entwicklung (z. B. maladaptive Coping-Strategien),
- psychologische und emotionale Aspekte wie Ärger, Beziehung, Missbrauch usw.,
- neue, fortdauernde und wiederkehrende Belastungen,
- Schwierigkeiten in der Entwicklung befriedigender zwischenmenschlicher Beziehungen,

- Entwicklungsstörungen wie Autismusspektrumsstörungen und Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) einschließlich Impulsivität,
- neuropsychologische Faktoren:
 - Beeinträchtigte Intelligenz,
 - beeinträchtigt Gedächtnis,
 - beeinträchtigte Aufmerksamkeit,
 - beeinträchtigte oder abnorme Kommunikationsfähigkeiten,
 - verminderte oder beeinträchtigte exekutive Funktionen,
 - beeinträchtigte Frontallappenfunktion (z. B. Mangel an Initiative oder Apathie) und
 - erniedrigte Stresstoleranz.

Soziale und Umweltfaktoren

- Beschreibung und Assessment der Umwelt (z. B. Lebensbedingungen, Unterbringungsbedingungen) und tägliche Aktivitäten,
- Verhältnis zu anderen Menschen aus der Umgebung der betreffenden Person, einschließlich Personal und anderen Betreuungspersonen,
- Veränderungen in der Umgebung,
- Einfluss der Lebensereignisse,
- Beziehungen in der Peer-Group, zu Freunden, zu Familienmitgliedern und zum Betreuungspersonal (einschließlich irgendwelcher Veränderungen),
- Effekte der täglichen Aktivitäten (einschließlich aller Veränderungen),
- Effekte von Freizeit oder Mangel an Freizeit- und Tagesaktivitäten (einschließlich aller Veränderungen),
- organisatorisches Setting: Systeme und Prozeduren der Betreuung (z. B. Betreuung innerhalb der Organisation, fachliches Training für das Personal usw.),
- Fehlen angemessener Unterstützung für die Person und ihre Familie oder die Betreuungspersonen,
- Unter- oder überstimulierende Umwelt,
- Mangel angemessener sozialer Erlebnisse,
- Aspekte, die sich auf die Integration in größere soziale Zusammenhänge beziehen,
- Stigmatisierung und Diskriminierung und
- Aspekte der Betreuung einschließlich des Levels von Stress und Mangel an Unterstützung für das Pflegepersonal.

Die vorstehende Liste ist nicht abschließend. Nicht in allen Fällen werden alle Assessments benötigt.

Appendix 2

Generell sollte für die Formulierung einer integrativen Diagnose Folgendes bedacht werden:

- Liste des Zielproblems, das behandelt werden soll,
- klare Beschreibung des Problemverhaltens einschließlich seiner Frequenz und Schwere,
- Assessment des Problemverhaltens und seiner Ursachen,
- Differenzialdiagnose der Ursachen, die das Problemverhalten steigern,
- Aufzeichnungen über die Reaktionen auf und die Auswirkungen des Verhaltens,
- Assessment der prädisponierenden auslösenden und fortsetzenden Risikofaktoren,
- Berücksichtigung aller Behandlungsoptionen und ihres Ausgangs,
- Begründung für die vorgeschlagenen Behandlungsoptionen,
- Risiko-Assessment,
- mögliche Nebenwirkungen der vorgeschlagenen Interventionen und
- wahrscheinliche Wirkung der beabsichtigten Interventionen auf die Lebensqualität der Person.

Appendix 3

Situationen, unter denen die Anwendung eines Psychopharmakons erwogen werden kann:

- Versagen nichtmedikamentöser Behandlungen,
- befürchtete oder bereits eingetretene Schädigungen oder Belastungen für die betreffende Person,
- befürchtete oder schon eingetretene Schädigungen oder Belastungen für dritte Personen oder Eigentum,
- hochfrequentes oder schweres Problemverhalten,
- Behandlung einer zugrunde liegenden psychischen Störung oder Angst,
- Beruhigung der Person, um eine nichtmedikamentösen Intervention zu ermöglichen,
- Risiko, dass andernfalls die Platzierung bzw. Unterbringung der Person verändert werden müsste,
- gute Reaktionen bei früherer Anwendung von Psychopharmaka und
- der Wunsch der betreffenden Person selbst oder des Betreuers.

Das generelle Fehlen oder auch nur die fehlende Verfügbarkeit einer nichtmedikamentösen Intervention sollten kein Grund für den Einsatz von Psychopharmaka sein, was aber in der Praxis leider vorkommt. Die Leitlinie empfiehlt, eine solche Praxis möglichst zu unterlassen. Unter derartigen Umständen sollten Psychopharmaka so kurz wie möglich eingesetzt werden.

Appendix 4:

Übliche Psychopharmaka gegen Problemverhalten - Dosierungen, Nebenwirkungen und notwendige Untersuchungen

Neuroleptika (Antipsychotika)

Häufig verwendete **typische Neuroleptika** sind Chlorpromazin (eher sedierend) und Haloperidol (mehr extrapyramidale Nebenwirkungen).

Mögliche Nebenwirkungen sind extrapyramidale Symptome wie akute Dystonie (akuter Opisthotonus), Parkinsonsymptome (Tremor, Steifigkeit usw.), Akathisie (äußerlich sichtbare und innere Ruhelosigkeit), Dystonie (langsame Bewegungen) und tardive Dyskinesie (Langzeitnebenwirkungen, abnorme Bewegungen, beginnend in der orofazialen Muskulatur, aber auch im Bereich der Gliedmaßen und der Schultern; außerdem Mundtrockenheit, verschwommenes Sehen und Verstopfungen. Weitere Nebenwirkungen sind kardiale und sexuelle Dysfunktionen und metabolische Nebenwirkungen wie ein erhöhter Prolaktin-Spiegel. Eine ernste Nebenwirkung ist das neuroleptische maligne Syndrom (eine Störung des autonomen Nervensystems mit hoher Körpertemperatur, erhöhtem Blutdruck, Muskelsteifigkeit). Die Untersuchung der Muskel-Kreatininphosphokinase ist erforderlich, denn eine erhöhte Muskel-Kreatininphosphokinase bestätigt den klinischen Verdacht. Die Behandlung besteht im sofortigen Absetzen des Neuroleptikums und einer symptomatischen Behandlung.

Atypische Neuroleptika sind Risperidon, Olanzapin, Quetiapin, Clozapin, Aripiprazol, Amisulprid, Zotepin und Sertindol. Diese Arzneimittel greifen an den D₂-, D₄-, und Serotonin-Rezeptoren, aber auch an den alpha-adrenergen und an den Histamin-Rezeptoren an.

Mögliche Nebenwirkungen sind extrapyramidale Symptome, ein malignes neuroleptisches Syndrom, ein metabolisches Syndrom mit Glukoseintoleranz (führt zu Diabetes mellitus, Hyperprolaktinämie, Hyperlipidämie und Gewichtszunahme). Andere Nebenwirkungen sind Schwindel, Agranulozytose (besonders bei Clozapin), Herzrhythmusstörungen (verlängertes QT-Intervall) und sexuelle Dysfunktion. Die meisten Neuroleptika sind anfallsfördernd (Clozapin ist in hohen Dosen in dieser Hinsicht besonders riskant). Die atypischen Neuroleptika sind wahrscheinlich diesbezüglich etwas besser als die typischen Neuroleptika.

Die üblichen Untersuchungen bei diesen Psychopharmaka sind Blutdruck- und Gewichtskontrollen, großes Blutbild, Leberfunktionstest, Nierenfunktionstest, Serumelektrolyte, Lipid-Profil, Blutzucker, EKG, Prolaktin usw.

Antidepressiva

Zur älteren Generation der Antidepressiva gehören Amitriptylin, Clomipramin, Imipramin usw. Mögliche Nebenwirkungen sind Mundtrockenheit, Verstopfung, verschwommenes Sehen, Blutdrucksenkung, kardiale Komplikationen bei Überdosierung. Übliche Untersuchungen sind Blutbild, Nierenfunktionstest, Serumelektrolyte, Leberfunktionstest und EKG.

Die neue Generation der Antidepressiva umfasst die selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) wie Fluoxetin, Fluvoxamin, Sertralin, Citalopram, Escitalopram, Paroxetin, Mirtazapin sowie Venlafaxin, ein Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI).

Andere Antidepressiva sind Duloxetin, Reboxetin und Tryptophan.

Nebenwirkungen dieser Arzneimittel sind Agitiertheit, Schlafprobleme, sexuelle Dysfunktion, Probleme beim Absetzen, Serotonin-Syndrom (besonders bei SSRI), erhöhtes Risiko für Suizidalität.

Die üblichen Untersuchungen sind Blutbild, Leber- und Funktionstests, Serumelektrolyte und EKG.

Stimmungsstabilisierer (Mood stabiliser, Phasenprophylaktika)

Lithium

Mögliche Nebenwirkungen sind Tremor, Nierenversagen, Schilddrüsendysfunktion, Verwirrtheit bei toxischen Dosen. Übliche Untersuchungen sind Serum-Lithium-Spiegel (für Dosisanpassung und Erkennen toxischer Blutspiegel), Blutbild, Nierenfunktionstest, Serumelektrolyte und Schilddrüsenfunktionstest.

Antiepileptika

Carbamazepin

Mögliche Nebenwirkungen sind Schwindel, Doppelbilder, Ataxie, Hyponatriämie und Hautrötungen (kann u. U. zum Steven-Johnson-Syndrom führen).

Als Untersuchungen sind Blutbild, Leberfunktionstest, Serumelektrolyte und Nierenfunktionstests erforderlich.

Valproat

Mögliche Nebenwirkungen sind Schwindel, Gesichtszunahme, Haarausfall, Hautrötung, Ataxie und in seltenen Fällen Leberfunktionsversagen. Bei Frauen im gebärfähigen Alter sollte die Teratogenität beachtet werden,

An Untersuchungen sind Blutbild, Leberfunktionstest, Serumelektrolyte und Nierenfunktionstest notwendig.

Sonstige

Sowohl hochdosierte Betablocker wie Atenolol und Propanol als auch Anxiolytika wie Diazepam sind gegen Problemverhalten eingesetzt worden. Die Anwendung von Benzodiazepinen wie Diazepam sollte auf kurze Zeit (6 bis 8 Wochen) begrenzt werden. Opioid-Antagonisten wie Naloxon (intramuskulär oder intravenös) und Naltrexon (orale Verabreichung) sind insbesondere gegen schweres selbstverletzendes Verhalten verwendet worden. Jedoch ist die Wirksamkeit zweifelhaft.

Literatur

- The AGREE Collaboration (2001) Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument. Available www.agreecollaboration.org
- Deb S., Clarke D. & Unwin G. (2006) Using medication to manage behaviour problems among adults with a learning disability: Quick Reference Guide (QRG). University of Birmingham, MENCAP, The Royal College of Psychiatrists, London, UK. ISBN: 0855370947. www.ld-medication.bham.ac.uk
- Fletcher R., Loschen E., Stavrakaki C. & First M. (Eds) (2007) Diagnostic Manual-Intellectual Disability (DM-ID): A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability. The National Association for the Dually Diagnosed (NADD) Press and the American Psychiatric Association (APA), Washington DC, USA.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2004) Guideline Development Methods: Information for national collaborating centres and guideline developers. London: Author. Available www.nice.org
- Royal College of Psychiatrists (RCPsych, 2001) Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation (DC-LD, Occasional Paper OP48). London: Gaskell Press.
- Mezzich J. E. (2007) Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry*, 6, 2, 1-3.
- Unwin G. & Deb S. (2008) Use of medication for the management of behaviour problems among adults with intellectual disabilities: a clinicians' consensus survey. *American Journal on Mental Retardation*, 113, 1, 19-31.

Impressum

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

Herausgeber

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

Redaktion

Prof. em. Dr. Klaus Hennicke
Brüderstr. 5
12205 Berlin
Tel.: 0174/989 31 34
E-Mail klaus.hennicke@gmx.de

Zweck

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

Hintergrund

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

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

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

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

Mitgliedschaft

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

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

Organisation

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

Vorstand:

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

Postanschrift

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

