

Psychopharmaka und Transition

Michael Seidel

Bielefeld

22. November 2019

Transition

Transition = aktive geführte und planmäßig gestaltete Überleitung eines Jugendlichen mit einer chronischen Krankheit aus einer auf Kinder & Jugendliche zentrierten medizinischen Versorgung in eine auf Erwachsenen-zentrierte medizinische Versorgung.



Neue personelle, organisatorische, konzeptionelle, fachliche
Rahmenbedingungen

Notwendige Bedingungen von Transition

Systematischer Prozess

Bestimmte regelmäßige Elemente

Zum Beispiel:

- Weiterleitung der medizinischen Dokumentationen
- Transitions-Epikrise
- Transitionsgespräche
- Gemeinsame Sprechstunden und Fallkonferenzen
- Patientenschulung (Empowerment)
- usw.

Menschen mit „Doppeldiagnose“

Menschen mit Intelligenzminderung und zusätzlichen psychischen Störungen.

Bis zu 40 % der Menschen mit Intelligenzminderung haben irgendeine psychische Störung
(COOPER et al. 2007)

Prävalenz ist abhängig von Schwere der Intelligenzminderung.

Schwierigkeiten der Transition von Menschen mit Doppeldiagnosen

Die notwendige Transition trifft auf eine Vielzahl von organisatorischen, konzeptionellen und fachlichen Barrieren im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie mit erheblichen Folgen für die Qualität der Versorgung.

u. a. Exzessive langfristige Verordnung von Psychopharmaka.

Exzessive Psychopharmaka-Prävalenz

	Prävalenz	Range
HENNICKE 2007	34,4	7,1 – 62,5
GREMERICH 2007	35,0	27 - 51
CHAPMAN et al. 2006	23,0	
HÄBLER et al. 2005		27,0 – 44,8
SPREAT et al. 2004	50,5 ^[1]	
SPREAT et al. 2004	25,4 ^[2]	
STOLKER et al. 2002	22,8 ^[3]	
HÄBLER 1998	40,3	
SPREAT et al. 1997	33,4	
SINGH et al. 1997		44 - 60
AMAN et al. 1995	27,0	
DEB & FRASER 1994		20 - 50
MEINS et al. 1993	23,6	11,2 – 74,6
AMAN & SINGH 1988		30 - 50
GAEDT 1986	19,0	

Soziale Assistenz im Alltag



Ärztliche Versorgung

Kindes- und Jugendalter

Kinder- und
Jugendpsychiater

Pädiater (Neuropädiater)

SPZ

Erwachsenenalter

„Erwachsenen“-Psychiater

Allgemeinmediziner, Hausarzt

(MZEB)

Barrieren in der psychiatrischen Regelversorgung im Erwachsenenalter

- Mangel an psychiatrischen Fachärzten
- Mangel an zugänglichen Psychotherapeuten
- Wenig Interesse an Patienten mit Doppeldiagnosen („unattraktiv“, aufwändig, unzureichend vergütet, komplizierte Schnittstelle usw.)
- Unzureichendes zielgruppenspezifisches Wissen
- Unzureichende Interpretations- und Handlungskompetenz
- Inadäquate strukturelle und organisatorische Bedingungen (Vergütung, Zeit, Räumlichkeiten usw.)

Notwendigkeit ergänzender zielgruppenspezifisch spezialisierter Angebote im ambulanten und im stationären Sektor

Positionspapier DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde



Seit über 175 Jahren

Aktualisierte Fassung

12. September 2019

Pressestelle DGPPN e.V.
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
TEL 030 2404772-0 | FAX 030 2404772-29
pressestelle @ dgppn.de
WWW.DGPPN.DE

Positionspapier

„Zielgruppenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen – Situation, Bedarf und Entwicklungsperspektiven“

Schnittstellenprobleme Behindertenhilfe – Psychiatrie

- Regional unterschiedliche Verfügbarkeit von ambulanten und stationären psychiatrischen Angeboten mit der Folge hohen Aufwands für Organisation und Begleitung
- Unterschiedliche Modelle der ärztlichen Versorgung
- Unterschiedliche Regelungen der Begleitung der ärztlichen Versorgung seitens der Dienste und Einrichtungen
- Unterschiedliche Regelungen zur Mitwirkung und Einbeziehung der gesetzlichen Betreuer

BTHG – die große Verunsicherung

- Bundesteilhabegesetz greift tief in die Strukturen und organisatorischen Rahmenbedingungen der Behindertenhilfe ein.
- Leitungsebenen und Mitarbeitende aller nachgeordneten Ebenen sowie die Klienten und ihre Angehörigen sind tief verunsichert.
- Unklarheit in den Einrichtungen und Diensten, inwieweit Gesundheitssorge zu den Aufgaben gehört.
- Teilweise restriktive Bewilligungspraxis von Assistenz-Leistungen der Leistungsträger (u. a. Fachleistungsstunden)

Gesundheitssorge als Aufgabe der Eingliederungshilfe

Position der Fachverbände



Berlin, 21.06.2018

Gesundheitssorge in der Eingliederungshilfe nach SGB IX, 2. Teil (ab 2020)

Eine Argumentationshilfe der Fachverbände für Menschen mit Behinderung

Vorbemerkung

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung begleiten mit hoher Aufmerksamkeit gemeinsam die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) und bringen ihre Expertise in die zentralen politischen und fachlichen Gremien ein. Die wichtigsten Positionspapiere werden auf die gemeinsame Homepage gestellt: www.diefachverbaende.de.



Caritas Behindertenhilfe
und Psychiatrie e.V.
Reinhardtstraße 13
10117 Berlin
Telefon 030 284447-822
Telefax 030 284447-828
cbp@caritas.de



Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.
Leipziger Platz 15
10117 Berlin



Fachtagung

"Sorge für die seelische Gesundheit als Aufgabe in der Eingliederungshilfe"

Freitag, 15. März 2019, 11:00 – 15:30 Uhr

**Anthroposophisches Zentrum Kassel,
Wilhelmhöher Allee 261, 34131 Kassel-Wilhelmshöhe**

Leitung

Prof. Dr. med. Jeanne Nicklas-Faust, Berlin
Prof. Dr. med. Michael Seidel, Bielefeld

Gruppen psychischer Störungen bei Intelligenzminderung

- **Psychische Störungen im engeren Sinne (Psychiatrische Krankheitsbilder)**
Krankheitsbilder sind mit Diagnosen nach ICD-10 ausreichend zu beschreiben
- **Problemverhalten**
Verhalten oder „Störungsbild“ ist nicht durch eine ICD-10-basierte Diagnose ausreichend zu erklären, sondern nur aus Interaktion individueller Dispositionen und der Umwelt.
- **Verhaltensphänotyp**
Bestimmte Verhaltensweisen sind durch eine genetische Ursache des Behinderungsbildes (mit-)bestimmt.
- Psychische Störungen infolge definierter **exogener Noxen**
- Psychische Störungen im Zusammenhang **mit Epilepsie**

Typische Defizite in der „normalen“ Erwachsenenpsychiatrie

- Wenig Erfahrung mit Menschen mit geistiger Behinderung
- Kein Wissen um die Vielgestaltigkeit der psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung
- Keine Erfahrungen mit dem Stellenwert und mit dem Assessment der emotionalen Entwicklung
- Kein Wissen um Rahmenbedingungen der Assistenz durch Dienste und in Einrichtungen der Behindertenhilfe (Verwechslung mit Pflegeheimen)

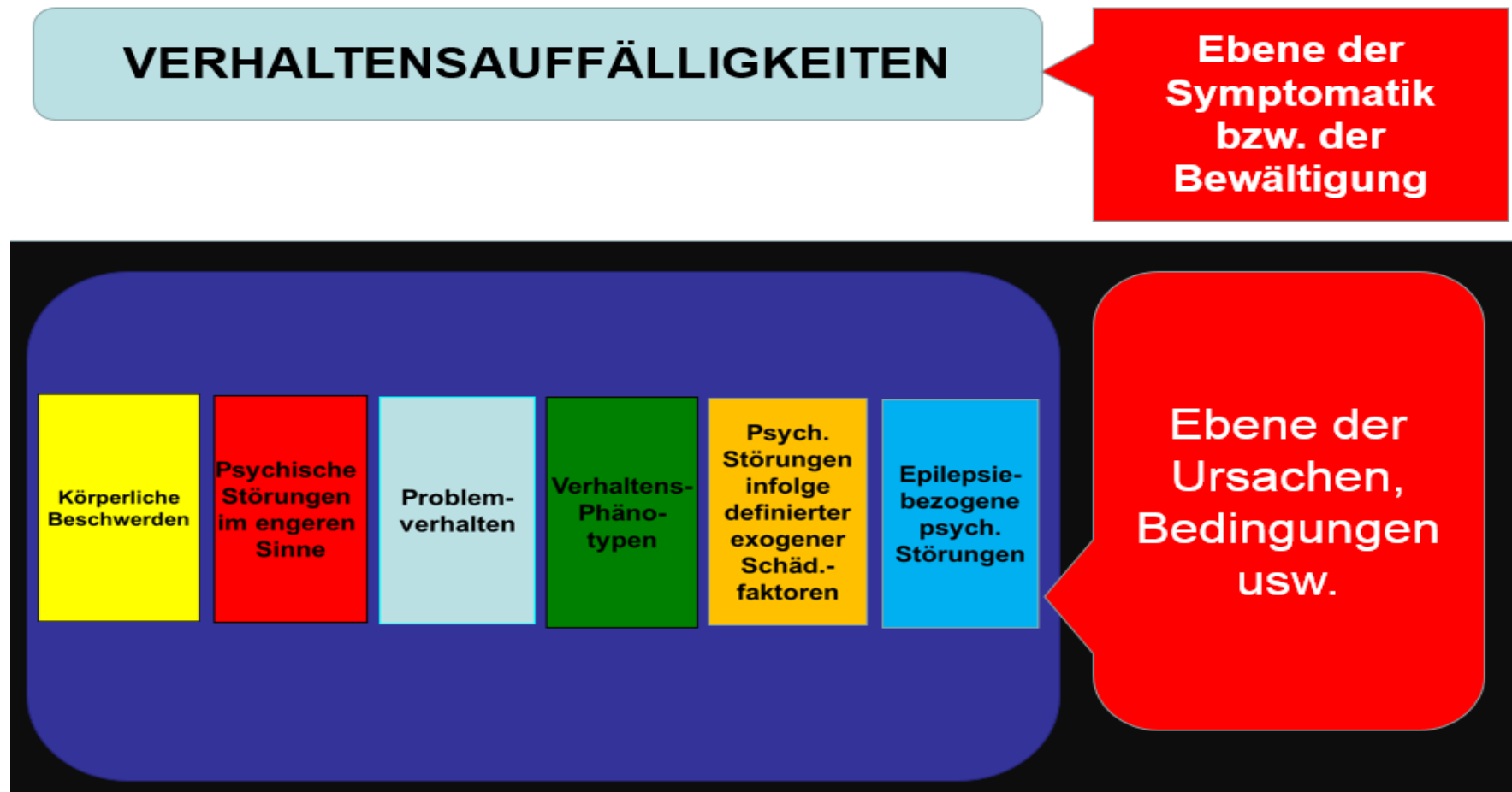
Gruppen psychischer Störungen bei Intelligenzminderung

- **Psychische Störungen im engeren Sinne (Psychiatrische Krankheitsbilder)**
Krankheitsbilder sind mit Diagnosen nach ICD-10 ausreichend zu beschreiben
- **Problemverhalten**
Verhalten oder „Störungsbild“ ist nicht durch eine ICD-10-basierte Diagnose ausreichend zu erklären, sondern nur aus Interaktion individueller Dispositionen und der Umwelt.
- **Verhaltensphänotyp**
Bestimmte Verhaltensweisen sind durch eine genetische Ursache des Behinderungsbildes (mit-)bestimmt.
- Psychische Störungen infolge definierter **exogener Noxen**
- Psychische Störungen im Zusammenhang **mit Epilepsie**

„Verhaltensauffälligkeiten“ und psychische Störungen



„Verhaltensauffälligkeiten“ und psychische Störungen



Adäquate Abklärung von Verhaltensauffälligkeiten

- Differenzierte Beschreibung der Verhaltensauffälligkeiten (Was? Wann? Wo? Unter welchen Bedingungen? Typische Konsequenzen? usw.)
- Gründliche Abklärung potentieller körperlicher Beschwerden als Ursache oder Mitbedingung
- Gründliche Analyse der Merkmale der physischen Umwelt und der Anforderungen der sozialen Umwelt
- Abklärung potentieller genetischer Aspekte (Verhaltensphänotypen)
- Abklärung evtl. epileptologischer Aspekte

Exzessive Psychopharmaka-Prävalenz

	Prävalenz	Range
HENNICKE 2007	34,4	7,1 – 62,5
GREMERICH 2007	35,0	27 - 51
CHAPMAN et al. 2006	23,0	
HÄBLER et al. 2005		27,0 – 44,8
SPREAT et al. 2004	50,5 ^[1]	
SPREAT et al. 2004	25,4 ^[2]	
STOLKER et al. 2002	22,8 ^[3]	
HÄBLER 1998	40,3	
SPREAT et al. 1997	33,4	
SINGH et al. 1997		44 - 60
AMAN et al. 1995	27,0	
DEB & FRASER 1994		20 - 50
MEINS et al. 1993	23,6	11,2 – 74,6
AMAN & SINGH 1988		30 - 50
GAEDT 1986	19,0	

Häufigste Medikament: Neuroleptika und Sedativa

Häufig Polypharmazie

Häufig Indikation oder angestrebte Wirkung nicht dokumentiert

weltweit bekanntes Phänomen
Keine Tendenz zur Besserung erkennbar

Prävalenzen psychischer Störungen (COOPER)

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

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

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

1. Includes schizoaffective disorders.

2. Excludes specific phobias.

Prävalenzen psychischer Störungen (COOPER)

Punkt-Prävalenz „Psychotic disorder“

- Klinisch-intuitive Diagnose: 4,4%
- DC-LD: 3,8%
- ICD-10-DCR 2,6%
- DSM-IV-TR 3,4%

Prävalenzen psychischer Störungen (COOPER)

Punkt-Prävalenz „Problem behaviour“

<i>Klinische Diagnose:</i>	<i>22,5%</i>
<i>DC-LD:</i>	<i>18,7%</i>
<i>ICD-10-DCR</i>	<i>0,1%</i>
<i>DSM-IV-TR</i>	<i>0,1%</i>

COOPER et al., Br. J. Psychiatry 2007

Die Hälfte der festgestellten psychischen Störungen entfällt auf die Kategorie “Problemverhalten”

Gründe der exzessiven Psychopharmaka-Prävalenz

Auf der Seite der Psychiater

- Unzureichende diagnostische bzw. differentialdiagnostische Abklärung
- Zeitdruck
- Regelmäßiger Neglect der Kontextfaktoren
- Neglect der Entwicklungsaspekte, vor allem des emotionalen Entwicklungsniveaus (emotionale Bedürfnisse, entwicklungsniveaubedingte Kompetenzen und Inkompetenzen usw.)

Gründe der exzessiven Psychopharmaka-Prävalenz

Auf der Seite der Dienste und Einrichtungen

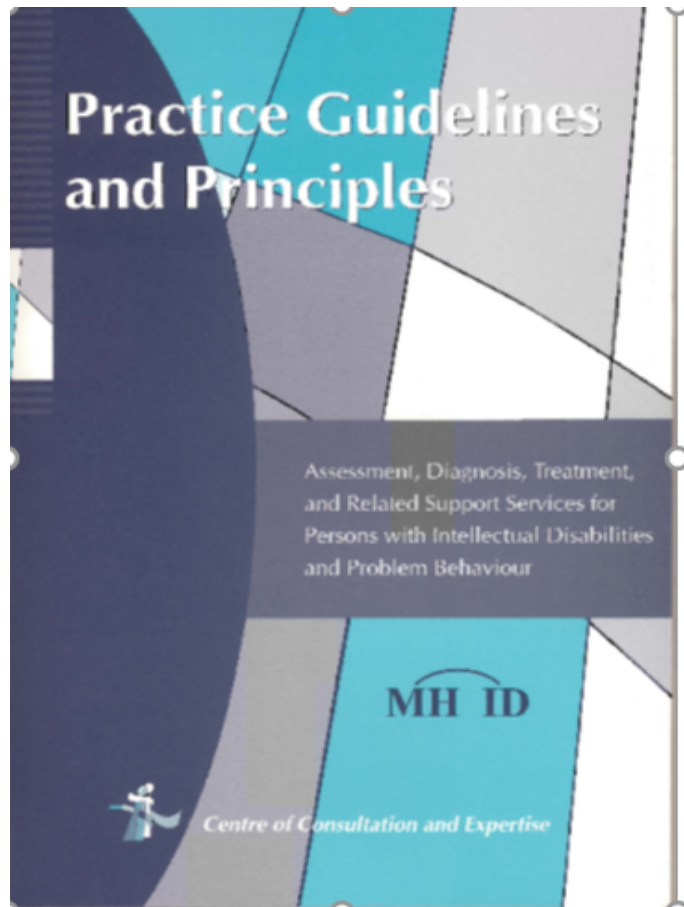
- Unvollständige Informationen zur medizinischen Anamnese
- Personalknappheit behindert notwendige interne Aufbereitung der Informationen für die Weitergabe an externe Fachleute
- Überforderung tatsächlich oder nur scheinbar widersprüchliche medizinische Informationen zu bewerten
- Fehlen interner fachlicher Unterstützungsangebote (psychologische und ärztliche Dienste)

Problemverhalten – Definition

- Häufigkeit, Schwere oder Frequenz des Verhaltens verlangt ein klinisches Assessment und spezielle Intervention
- Verhalten ist keine direkte Folge psychiatrischer Störungen (im engeren Sinne), von Medikamenten oder körperlichen Krankheiten
- Eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein:
 - Wesentlicher negativer Einfluss auf Lebensqualität des Betroffenen oder Dritter oder
 - Verhalten bewirkt wesentliches Risiko für die Gesundheit oder für die Sicherheit des Betroffenen oder Dritter

DC-LD (Royal College of Psychiatrists, 2001)

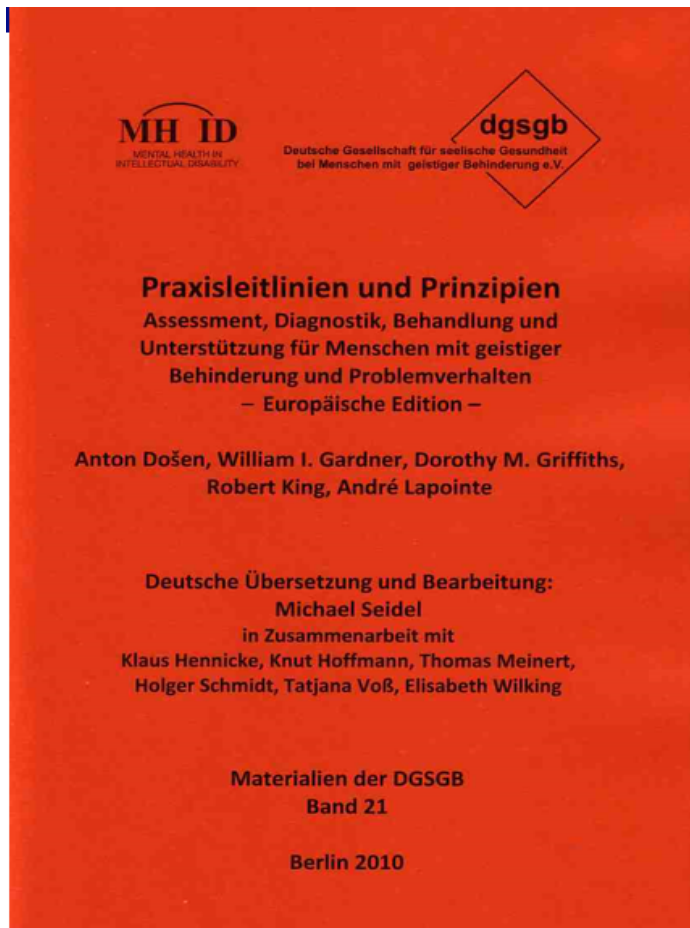
Problemverhalten – Modell



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

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

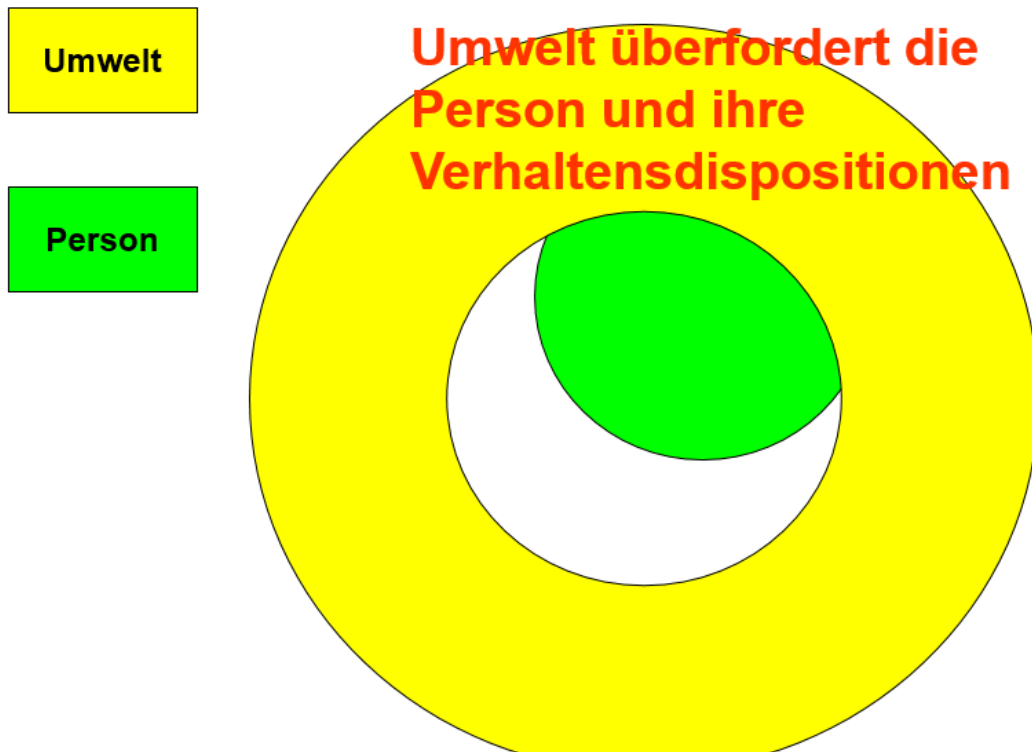
Problemverhalten – Modell



Download
www.dgsgb.de

Materialien
Bd. 21

Problemverhalten

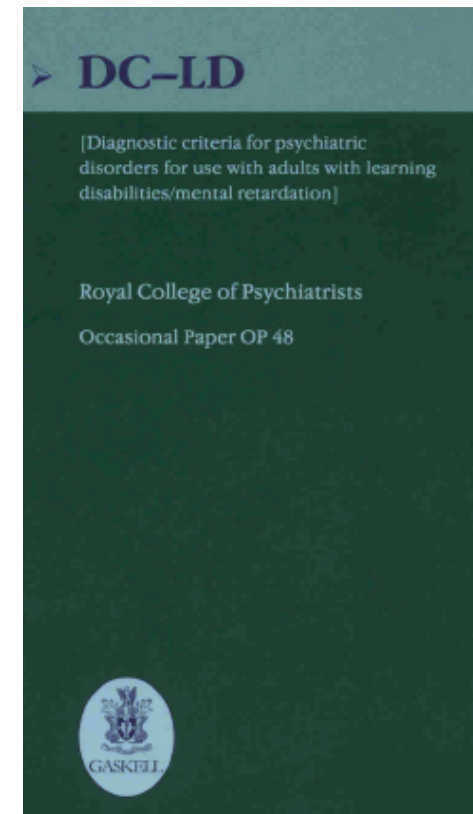
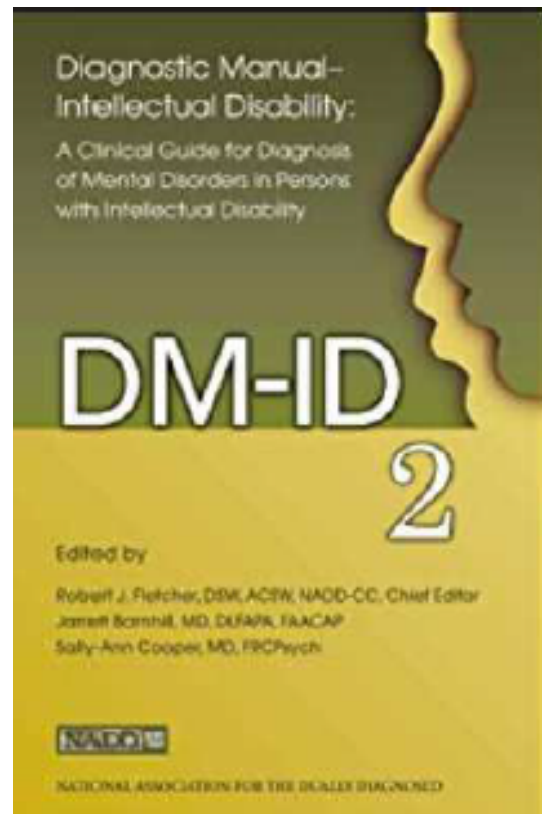
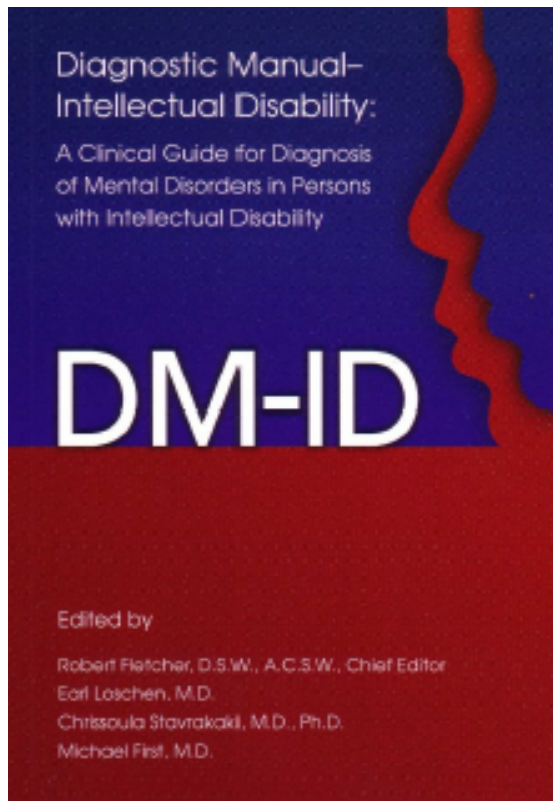


Die unzulängliche Person-Umwelt-Passung ist der Schlüssel zum Verständnis von Problemverhalten

Wohin mit Problemverhalten in der ICD-10?

- Es gibt keinen Ort in der ICD-10, die Diagnose Problemverhalten unterzubringen.
- Die Kategorien unter F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) passen nicht.

Alternative Klassifikationssysteme



Emotionale Entwicklung



Emotionale Entwicklung



Tanja Sappok
Sabine Zepperitz

Das Alter der Gefühle

Über die Bedeutung der
emotionalen Entwicklung bei
geistiger Behinderung

 hogrefe



Tanja Sappok
Sabine Zepperitz

Das Alter der Gefühle

Über die Bedeutung
der emotionalen Entwicklung
bei geistiger Behinderung

2., überarbeitete Auflage

Assessment des emotionalen Entwicklungsrückstands

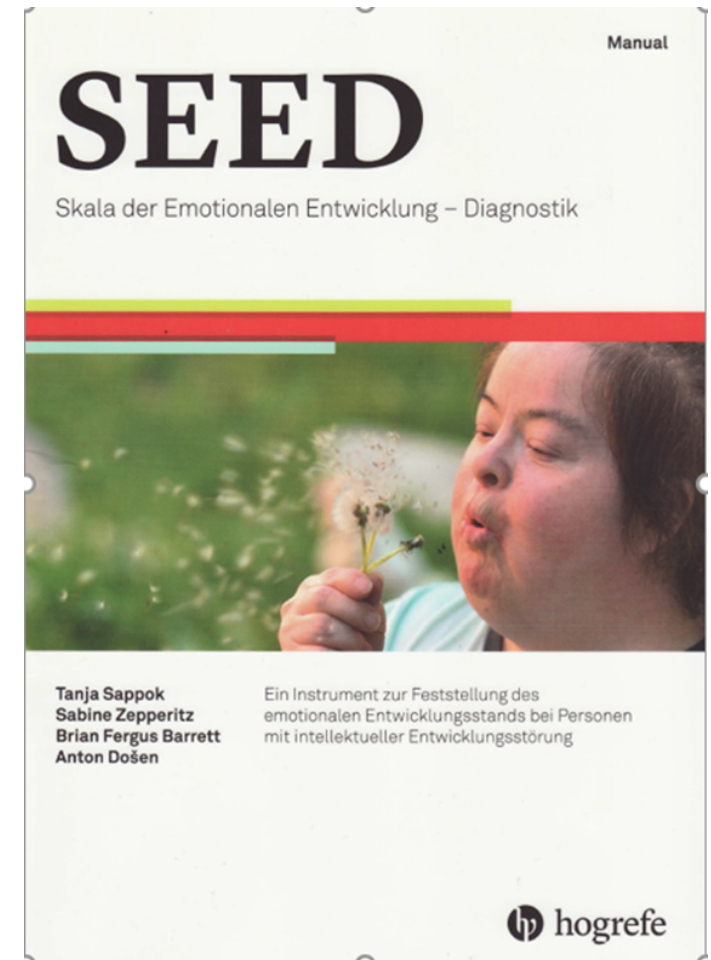
Schema van emotionele
Ontwikkeling (**SEO**)
nach Anton Došen



Assessment des emotionalen Entwicklungsrückstands

Skala der emotionalen
Entwicklung - Diagnostik (**SEED**)

(Weiterentwicklung des SEO)



Assessment des emotionalen Entwicklungsrückstands

SEED

Infoblatt

Meilensteine der Emotionalen Entwicklung

Entwicklungsschritte in den verschiedenen Domänen

Domäne 1: Umgang mit dem eigenen Körper

1. Entdecken der eigenen Körperteile und Verarbeitung überwiegend proximaler sensorischer (fühlen, riechen, schmecken) und autonomer Reize, z.B. Verdauung.
2. Entdecken des eigenen Körpers als Instrument; grobes Körperschema; Grobmotorik.
3. Entdecken des Körpers in Bezug auf zielgerichtetes Handeln; Erleben des eigenen Körpers als Zentrum der Welt (egozentrisch, allmächtig); Feinmotorik.
4. Finden der Geschlechtsrollenidentität.
5. Realistische Selbstwahrnehmung und Einschätzung des körperlichen Leistungspotenzials.


Domäne 2: Umgang mit Bezugspersonen

1. Überwiegend Beschäftigung mit sich selbst, Regulation (Erregung/Entspannung) durch Bezugspersonen; Kontakt v.a. über Nahsinne.
2. Starke Orientierung an und Abhängigkeit von wichtigen anderen; Kontakt über Nah- und Fernsinne.
3. Entdecken des eigenen Willens/ Kampf um Autonomie; Groll nach längerer Trennung; Kontakt über Sprache, Objekte und Fernsinne.
4. Beginnende Akzeptanz sozialer Regeln (von externem zu eigenem Gewissen); beginnende Empathie im Umgang; Identifikation mit wichtigen anderen; spielerischer und verbaler Kontakt.
5. Übernahme/Verinnerlichung sozialer Regeln; Gewissensbildung; Kontakt über soziale und kognitive Leistungen.

Manual

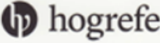
SEED

Skala der Emotionalen Entwicklung – Diagnostik

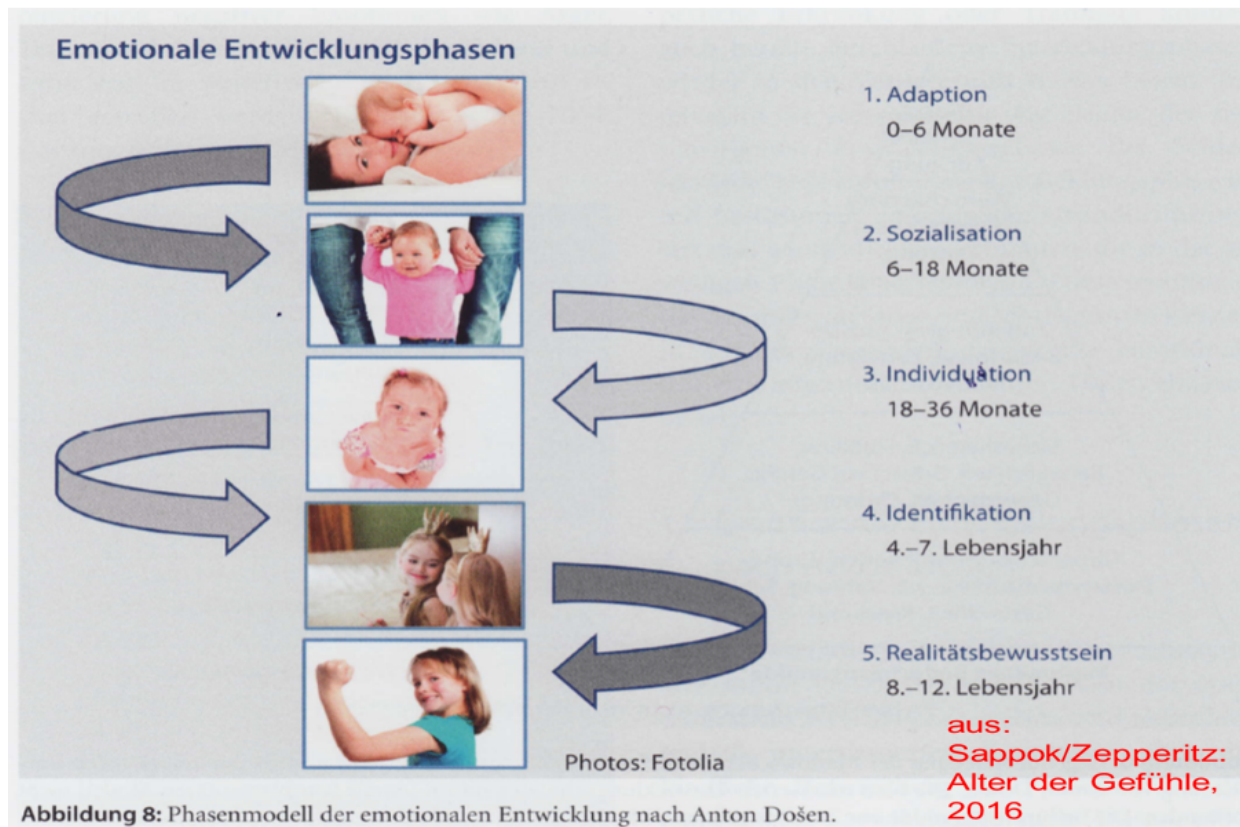


**Tanja Sappok
Sabine Zepperitz
Brian Fergus Barrett
Anton Došen**

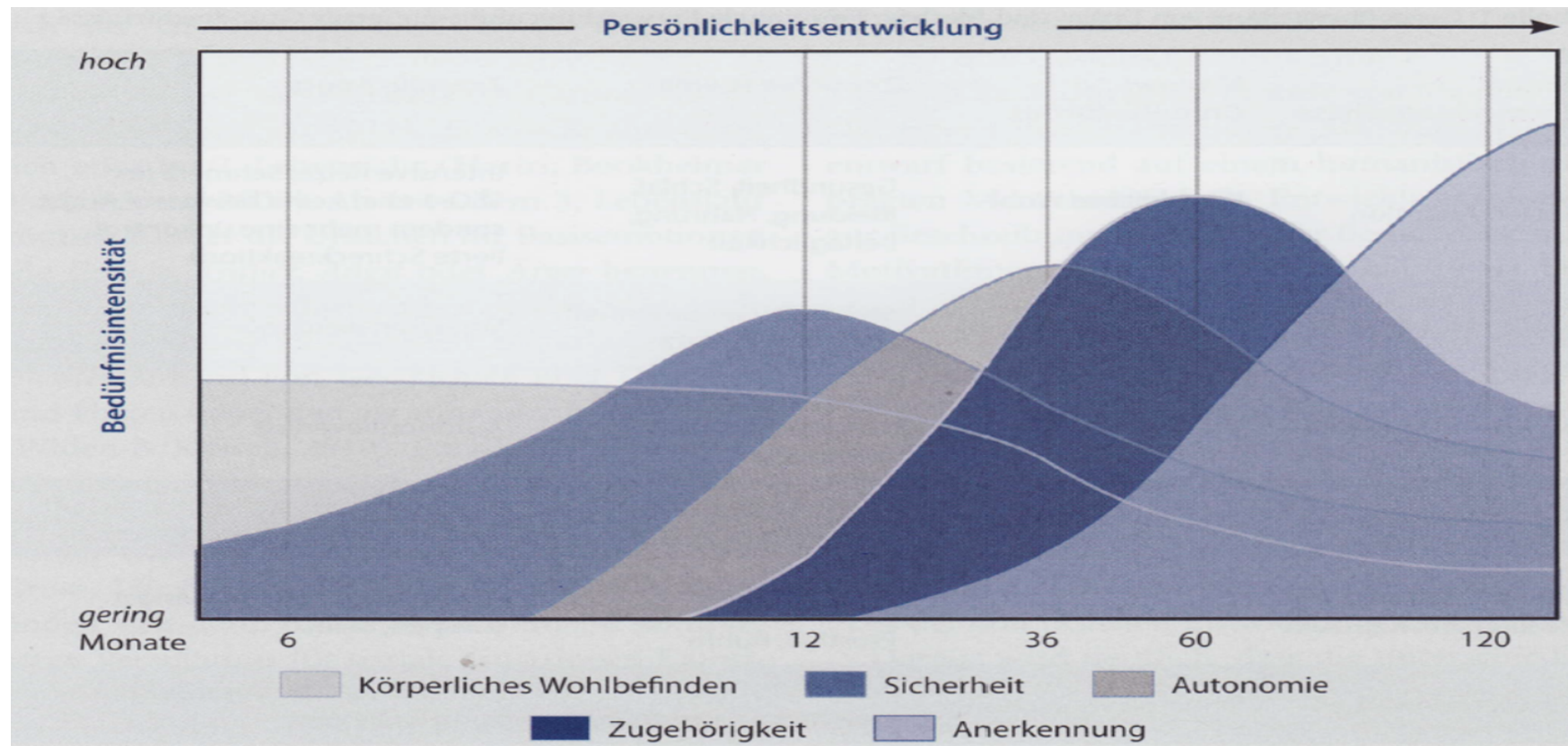
Ein Instrument zur Feststellung des emotionalen Entwicklungsstands bei Personen mit intellektueller Entwicklungsstörung



Phasen der emotionalen Entwicklung



Phasenspezifische Dominanz emotionaler Bedürfnisse



Emotionale Entwicklung und Verhalten

- Eine Person auf einem bestimmten emotionalen Niveau ihrer Entwicklung hat bestimmte grundlegende psychosoziale Bedürfnisse.
- Deren Befriedigung ist die Voraussetzung ihrer weiteren Entwicklung.
- Wenn bestimmte physische und soziale Umweltbedingungen diese Bedürfnisse nicht erfüllen, entstehen Motivationen, die maladaptives Verhalten produzieren.

Interventionen bei Problemverhalten

- Vorrangig sind die Umweltbedingungen auf ihre Veränderbarkeit zu überprüfen.
 - Therapien (z. B. Logopädie), Hilfsmittel (z. B. Hörgerät, Kommunikationshilfen) kommen ebenfalls in Betracht.
 - Psychopharmaka kommen als Bestandteil eines komplexen Interventionsplanes in Betracht, wenn sie eingesetzt werden, um eine bestimmte organische Disposition (z. B. Erregbarkeit) zu beeinflussen.
- Sie dürfen nie komplexe multimodale Interventionen ersetzen, wenn diese erforderlich sind.**

Kasuistik: „Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie“

- 35-jähriger Mann, mittelgradige bis schwere Intelligenzminderung
- Nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit seiner hochbetagten Mutter Aufnahme in Wohnstätte.
- Erhebliche Mühe, mit neuer Situation zurechtzukommen.
- Bald äußerte er, Männer kämen nachts in sein Zimmer, sie schimpften über ihn; tagsüber sähe er sie auch. Sehr verängstigt. Geht kaum noch aus der Wohnstätte,
- Psychiater verordnet unter dem Verdacht auf eine paranoid-halluzinatorische Schizophrenie Haloperidol.
- Deutliche motorische Unruhe.
- Teelfonischer Rückruf der Mitarbeiter. Telefonische Anweisung, die Haloperidol-Dosis zu erhöhen.
- Zunahme der Unruhe.

Kasuistik: „Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie“

- Aufnahme in einer spezialisierten psychiatrischen Krankenhausabteilung.
- Kritische Hinterfragung der Diagnose Schizophrenie und Abklärung der extremen motorischen Unruhe.
- SEO-Diagnostik: Phase 2- 3 – „psychotisches“ Verhalten wird als phasenspezifisches Verhalten unter Stress verständlich.
- Schizophrenie-Diagnose kann verworfen werden.
- Das rasche Ausschleichen des Haloperidols lässt motorische Unruhe verschwinden. Diagnose: Akathisie.
- Eingliedungshilfe: Bereitstellung einer intensiven Einzelbetreuung

Konklusion

- Nur eine adäquate Diagnostik unter Einbeziehung der Kontextfaktoren und des individuellen intellektuellen und emotionalen Entwicklungsniveaus können dazu beitragen, die exzessive und riskante Psychopharmakotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung zu vermeiden.
- Das lässt sich nur durch den systematischen Ausbau spezialisierter Angebote im ambulanten und stationären Sektor erreichen.

UN-BRK Artikel 25

- Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie für andere Menschen
- Gesundheitsleistungen, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden

Danke!