

Konzepte und Methoden im Umgang mit herausforderndem Verhalten - Wo stehen wir heute?

St. Lukas-Klinik, 27.02.2020

Dr. med. Christian Schanze

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

MA: Pädagogik, Psychologie und Soziologie

Landsberg am Lech





Wo stehen wir heute?

Immer noch im Zentrum des Sturms?



... oder sind wir verstrickt in
Medikamentengläubigkeit?



Ist alles eine Frage der beruflichen Kompetenz?





Begriff „Herausforderndes Verhalten“



Was ist am Verhalten von Menschen mit Lernschwierigkeiten herausfordernd?

- Begriff „Herausforderung“ richtig verwenden!
- Challenging Behaviour, Übersetzung ins Deutsche:
 - Herausforderndes Verhalten ✓
- Bedeutung des Wortes „Herausforderung“:
 - 1. Bedeutung im Deutschen: Beleidigung, Kränkung, Kampfansage, Provokation

falsch!!!

Was ist am Verhalten von Menschen mit Lernschwierigkeiten herausfordernd?

- Begriff „Herausforderung“ richtig verwenden!
- Challenging Behaviour, Übersetzung ins Deutsche:
 - Herausforderndes Verhalten ✓
- Bedeutung des Wortes „Herausforderung“:
 - 1. Bedeutung im Deutschen:
Beleidigung, Kränkung, Kampfansage, Provokation
 - 2. Bedeutung im Deutschen:
Anforderung, Aufforderung

Erster Grundsatz zur konkreten Standortbestimmung

Lassen Sie uns die
Herausforderung
annehmen!

annehmen;

Herausforderung

lassen sie uns die



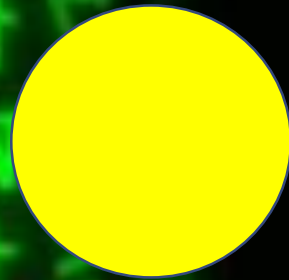
Zweiter Grundsatz zur konkreten Standortbestimmung

Am Anfang dieser
Herausforderung steht
immer eine umfängliche
Diagnostik



Diagnostik
immer eine umfängliche
Herausforderung steht
Am Anfang dieser

Den „Code knacken“!



Verhalten verstehen!

Diagnostisches Vorgehen

„Drei-Schritte-Diagnostik“,

bio-psycho-soziales Assessment und seine Grundlagen

1. Hinweise auf das Bestehen einer körperlichen Erkrankung
2. Psychosoziale Belastungsfaktoren im sozialen Umfeld
3. Hinweis auf das Bestehen eines psychiatrischen Störungsbildes

Die Basis dazu ist ...

→ *Kognitive Entwicklung*

Kognitives Entwicklungsmodell (*Piaget 1896-1980* ⇔ 1. *Sensomotorische Funktionen*, 0-2 Jahre, 2. *voroperatorisches, anschauliches Denken*, 2-6 Lj., 3. *konkret-operatorische Strukturen*, 5-10 Lj., 4. *formal operatorisches Stadium*, ab 10 Lj.)

→ *Emotionale Entwicklung*

Entwicklungskonzept (*A. Došen 2010*); Phase 1: *Adaption*, Phase 2: *erste Sozialisation*, Phase 3: *erste Individuation*, Phase 4: *Identifikation*, Phase 5: *Realitätsbewusstsein*, Phase 6 *zweite Individuation*

Psychische Auffälligkeiten bei Menschen mit Intelligenzminderung

Psychische Auffälligkeiten

```
graph TD; A[Psychische Auffälligkeiten] --> B[Psychiatrische Störungsbilder (ca. 17%)]; A --> C[Verhaltensauffälligkeit (ca. 40%)];
```

Psychiatrische Störungsbilder (ca. 17%)

- Schizophrener Formenkreis
- Affektive Störungen
- Persönlichkeitsstörungen

Verhaltensauffälligkeit (ca. 40%)

- Sozial störendes Verhalten
- Expansiv-aggressives Verhalten

motorische (physiologisch) - kognitive - sozio-emotionale Entwicklung

⇐ **B a s i s** ⇒

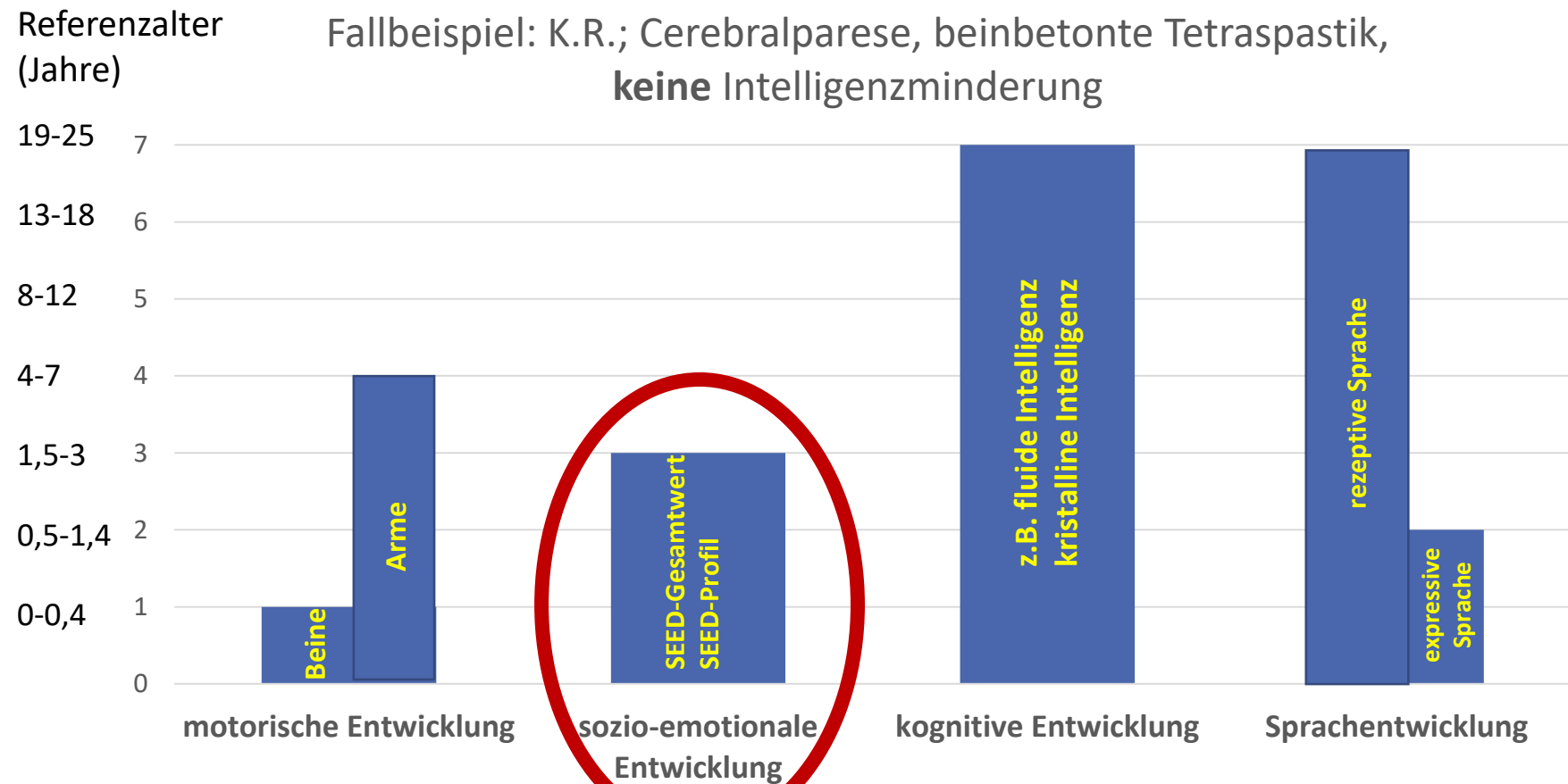
Entwicklung



Entwicklung bezieht sich auf relativ überdauernde intraindividuelle Veränderungen des Erlebens und Verhaltens über die Zeit hinweg (Trautner 1992)



Entwicklung als multidimensionaler Prozess



Dimensionen der menschlichen Entwicklung

Emotionale Entwicklung

Die Basisemotionen (Ekman 1976)



1. Fröhlichkeit



2. Wut



3. Ekel



4. Furcht



5. Traurigkeit



6. Überraschung

Phasen der emotionalen Entwicklung

Ermittlung anhand der

SEO-Skala

(Schaal voor emotionele Ontwikkeling)

jetzt im Deutschen SEED (Skala der Emotionalen Entwicklung – Diagnostik)



Phasenmodell SEED

Sappok & Zepperitz 2019

Emotionale Entwicklungsphasen

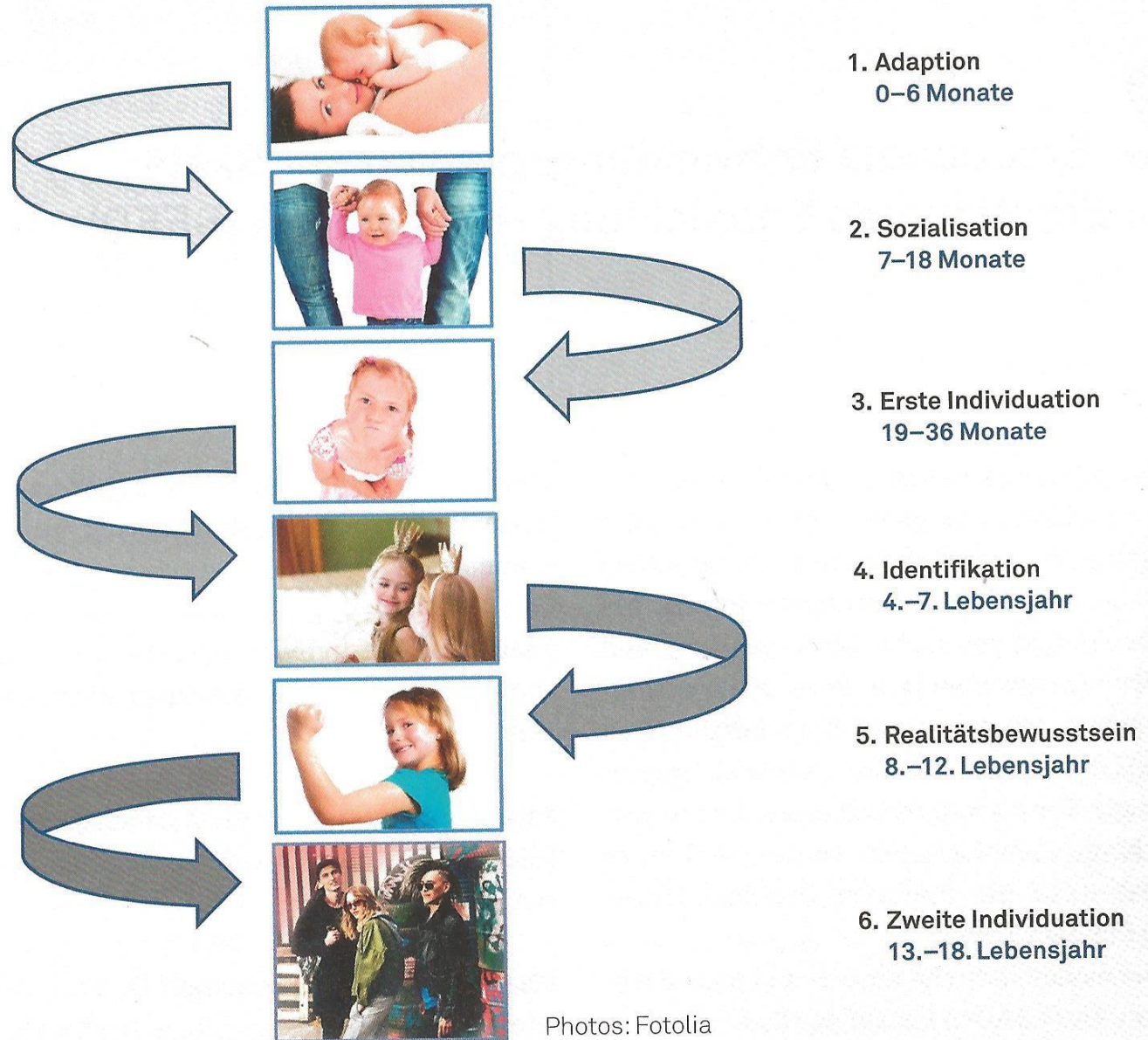


Abbildung 12: Phasenmodell der emotionalen Entwicklung.

Sappok & Zepperitz 2019

Was bedeutet dann eigentlich SEED für die alltägliche Arbeit?

- Diagnostisches Verstehen
 - Alltagsbegleitende Maßnahmen, Milieugestaltung und therapeutische Interventionen werden aus dieser Diagnostik abgeleitet
 - Alltägliches Arbeiten wird kontinuierlich reflektiert, entwicklungspsychologisch fundiert und humanistisch ausgerichtet
- ⇒ **Veränderung der pädagogischen Haltung**

Dritter Grundsatz zur konkrete Standortbestimmung

Die richtige Diagnose weist
den Weg zur richtigen
Therapie

Therapie

den Weg zur richtigen

Die richtige Diagnose weist



Pharmakologische Therapie von aggressivem Verhalten mit „Neuroleptika“ (allgemein)

Keine gute Evidenz für die Wirksamkeit von antipsychotisch wirksamen Medikamenten bei aggressiven Verhaltensstörungen

*Evidenz-Typ I - Systematische Übersichtsarbeit (500) mit 3 gründlichen RCTs
Brylewski, Duggan; Cochrane Library; 2004*

Fremdverletzendes Verhalten

Autoren	Substanz	Veröffentlg.	N	Besonderheiten	Ergebnisse
Van den Borre	Risperidon	1993	37 Erwachsene	RCT, Crossover	Guter Effekt
Aman et al.	Risperidon	2002	115 Kinder	IQ 36-48, Alter 5-12, multicentre RCT	Unterstützt die Anwendung
Gagiano et al.	Risperidon	2005	77 Erwachsene	18-57 Jahre, Risperidon (n=39), Placebo (n=38)	Unterstützt die Anwendung
Findling et al.	Risperidon	2004	104 Kinder	Risperidon (n=47), Placebo (n=57)	Keine klare Evidenz, evtl. etwas besserer Langzeiteffekt

AJP 2005, Shea et al 2004, Snyder et al. 2002, Turgay et al 2002: Kinder: ⇒ unterstützen die Anwendung
 Untersuchungen zu Clozapin, Olanzapin und Quetiapin ⇒ Wirksamkeit

Aber auch SSRIs: Untersuchungen zu Venlafaxin, Paroxitin ⇒ 11-60% Besserungsquote

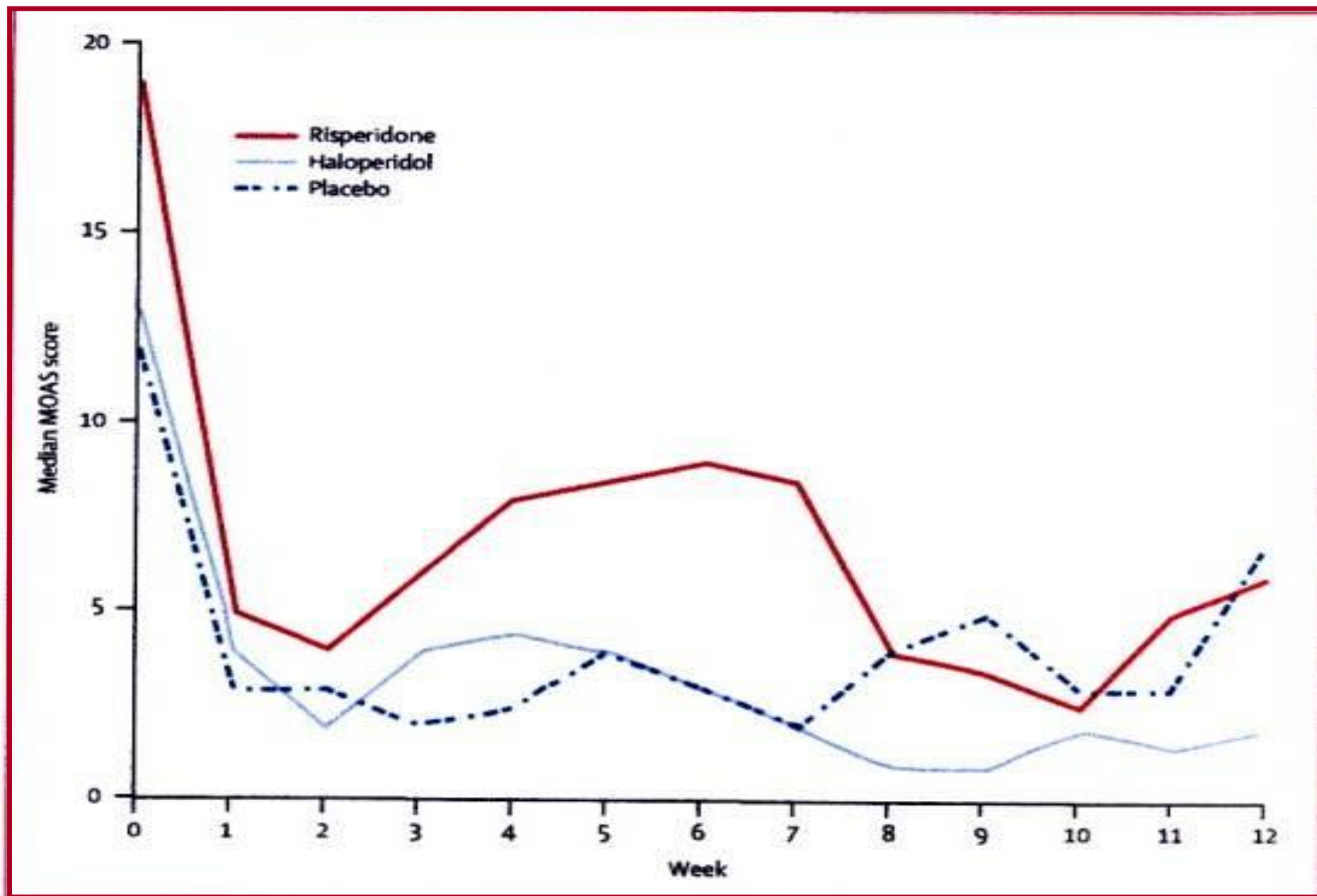
--	--	--	--	--	--

Fremdverletzendes Verhalten

Autoren	Substanz	Veröffentlg.	N	Besonderheiten	Ergebnisse
Van den Borre	Risperidon	1993	37 Erwachsene	RCT, Crossover	Guter Effekt
Aman et al.	Risperidon	2002	115 Kinder	IQ 36-48, Alter 5-12, multicentre RCT	Unterstützt die Anwendung
Gagiano et al.	Risperidon	2005	77 Erwachsene	18-57 Jahre, Risperidon (n=39), Placebo (n=38)	Unterstützt die Anwendung
Findling et al.	Risperidon	2004	104 Kinder	Risperidon (n=47), Placebo (n=57)	Keine klare Evidenz, evtl. etwas besserer Langzeiteffekt
<p>AJP 2005, Shea et al 2004, Snyder et al. 2002, Turgay et al 2002: Kinder: ⇒ unterstützen die Anwendung Untersuchungen zu Clozapin, Olanzapin und Quetiapin ⇒ Wirksamkeit Aber auch SSRIs: Untersuchungen zu Venlafaxin, Paroxitin ⇒ 11-60% Besserungsquote</p>					
Tyrer et al.	Risperidon, Haloperidol, Placebo	2008	86 Erwachsene	Risperidon (29), Haloperidol (28), Placebo (29)	Kein signifikanter Unterschied zwischen Placebo und Verum

Risperidon, Haloperidol und Placebo

Tyrer et al. 2008



Selbstverletzendes Verhalten

Autoren	Substanz	Jahr	N	Besonderheiten	Ergebnis
Ruedrich, S.L., Swales, T.P., Rossvanes, C., Diana, L., Arkadiev, V., Lim, K.	Verschiedene Atypika: Risperidon, Quetiapin, Olanzapin	2008	31	12 Monate Behandlungsdauer	Fremdaggressives Verhalten (FAV) ⇒ signifikante Abnahme der Häufigkeit. FAV und SVV , SVV allein ⇒ in beiden Fällen keine signifikante Besserung
McDonough, M., Hillery, J., Kennedy, N.	Olanzapin	2008	7	Pilotstudie	Anzahl und Stärke des SVV wurden signifikant reduziert
Häßler, F., Fegert, J.-M.	Risperidon	1999	3	12 Wochen Behandlungsdauer	Signifikante Reduktion des SVV
Canitano, R.	Risperidon	2005	11	Kinder mit SVV und Autismus	9 zeigten eine leichte Abnahme des SVV, 2 keine Änderung
Snyder et al.	Risperidon	2002	110	Doppelblind, Placebo, Alter: 5-12 Jahre	Verhaltensauffälligkeiten allgemein (incl. SVV) nahmen signifikant ab
Symons, F.J., Thompson, A., Hodrriguez, M.C.	Naltrexon	2004	86	Zusammenfassung von 27 Veröffentlichungen	80% Besserung des SVV im Vergleich zur Basisrate; 47% Reduktion des SVV um 50%; kein Zusammenhang der Besserung mit ASS-Diagnosen
Davanzo, P.A., King, B.H.	Lamotrigin	2009	1	1 Jahr follow-up	deutliche Besserung des SVV
McManaman, J., Tam, D.A.	Gabapentin	1999	1	Lesch-Nyhan-Syndrom	Besserung des SVV

Aktuelle Übersichtsarbeiten: Behandlung von aggressivem Verhalten mit Antipsychotika (Neuroleptika)

- Cooper et al. (2008),
- Unwin et al. (2008),
- Matson u. Neal (2009),
- Tsiouris (2010)
- Unwin u. Deb (2011)

**Keine
Evidenz**

Paradigmenwechsel

- Keine wesentlichen, neuen Evidenzprüfungen zu Antipsychotika (AP) bei aggressivem Verhalten bei Menschen mit IM
- STOMP-Kampagne in GB (stopping the over-medication of people with a learning disability, autism or both)
- Forschung zur Reduktion und zum Absetzen von AP

Reduktion und Absetzen von Antipsychotika bei Menschen mit IM

Bei Diagnose „Verhaltensauffälligkeiten“:

- Hohe Rate an „off-label-use“ von Antipsychotika (AP) ca. 30% derer, die Psychopharmaka nehmen (Lunsky et al. 2017, Branford et al. 2019a)

Off-label-use

Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung B 1 37/00 R vom 19.3.2002

- „...Die Verordnung eines Medikaments in einem von der Zulassung nicht umfassten Anwendungsgebiet kommt deshalb nur in Betracht, wenn es
- (1) um die Behandlung einer schwerwiegenden lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden Erkrankung geht, wenn
- (2) keine andere Therapie verfügbar ist und wenn
- (3) aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann.
- Damit Letzteres angenommen werden kann, müssen Forschungsergebnisse vorliegen, die erwarten lassen, dass das Arzneimittel für die betreffende Indikation zugelassen werden kann.
- Davon kann ausgegangen werden, wenn entweder die Erweiterung der Zulassung bereits beantragt ist und die Ergebnisse einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase III (gegenüber Standard oder Placebo) veröffentlicht sind und eine klinisch relevant Wirksamkeit respektive einen klinisch relevanten Nutzen bei vertretbaren Risiken belegen oder außerhalb eines Zulassungsverfahrens gewonnene Erkenntnisse veröffentlicht sind, die über Qualität und Wirksamkeit des Arzneimittels in dem neuen Anwendungsgebiet zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen zulassen und auf Grund deren in den einschlägigen Fachkreisen Konsens über einen voraussichtlichen Nutzen in dem vorgenannten Sinne besteht, ...“

Reduktion und Absetzen von Antipsychotika bei Menschen mit IM

Eine kurze Übersicht über internationale Studien

Bei Diagnose „Verhaltensauffälligkeiten“:

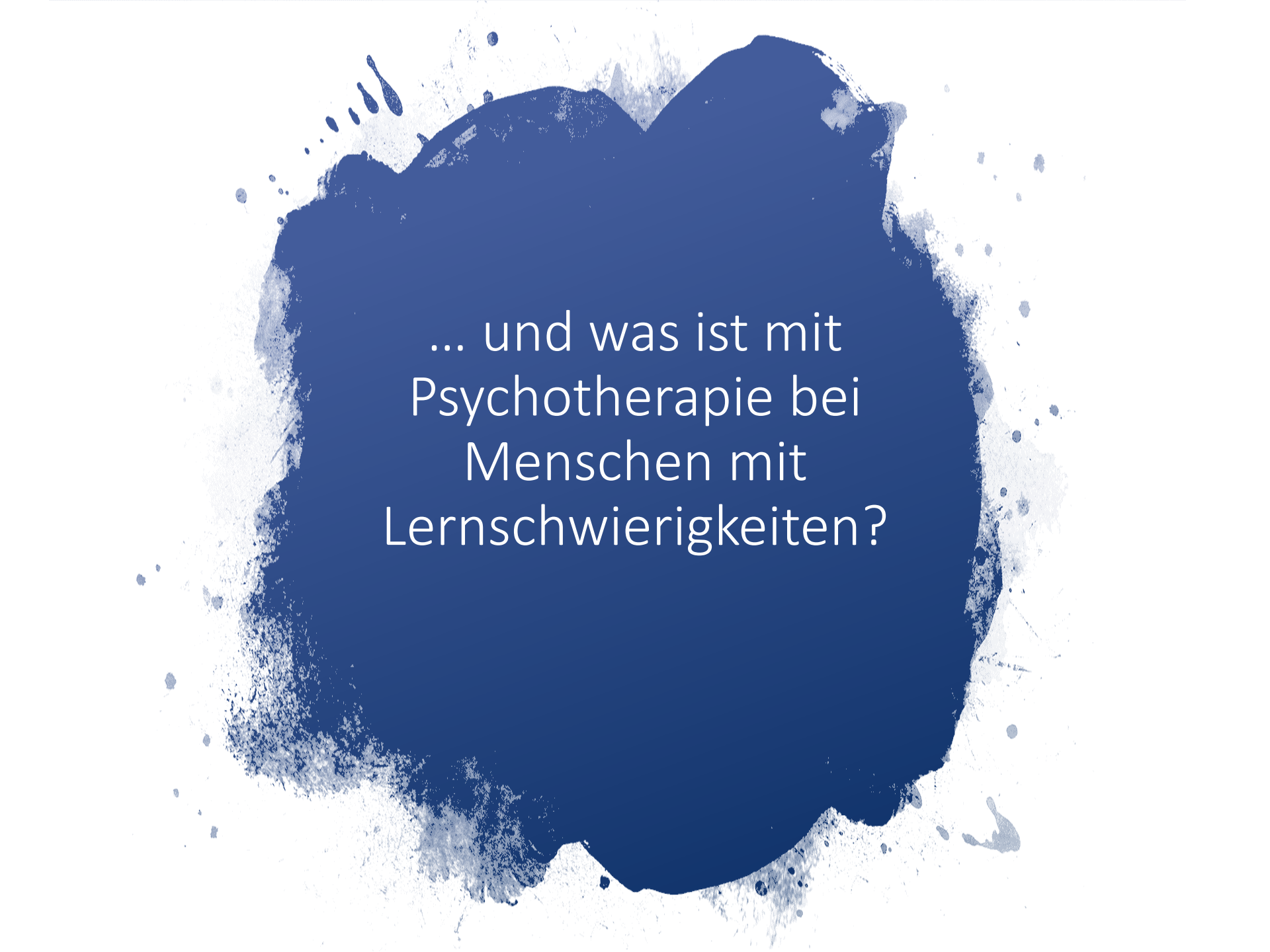
- Hohe Rate an „off-label-use“ von Antipsychotika (AP) ca. 30% derer, die Psychopharmaka nehmen (Lunsky et al. 2017, Branford et al. 2019a)
- Australien: keine Evidenz der Wirkung von Antipsychotika (AP) auf aggressives Verhalten bei IM. Gabe nur wenn nicht-pharmakologische Verfahren wirkungslos sind oder das aggressive Verhalten sehr stark ausgeprägt sein sollte (Troller et al. 2016)
- Notwendigkeit der Reduktion/des Absetzens! STOMP-Kampagne (Branford et al. 2019a&b)
- Mehr Aufmerksamkeit auf Nebenwirkung der antipsychotischen Medikationen ⇒ Monitoring (Scheifes et al. 2016)
- USA: weniger Verordnung (nur noch 13%) wegen Verhaltensauffälligkeiten (Tsiouris et al. 2013)
- Reduktion/Absetzen von AP möglich (de Kuijper et al. 2014, 2018)
- Keine systematischen Reduktionsregeln evident. Multiprofessionelles Team erforderlich (Shankar et al. 2019)
- Individuelle Beurteilung und Konzeption (Sheehan & Hassiotis 2017)
- Untersuchungen der aktuellen Verordnungshäufigkeit z.B. in GB (Branford et al. 2019b)

Vierter Grundsatz zur konkrete Standortbestimmung

Die Gabe von Antipsychotika
(Neuroleptika) kann in der
Behandlung von aggressivem
Verhalten bei Menschen mit
Lernschwierigkeiten **nicht** als
Standard erachtet werden

Standard erachtet werden
Lernschwierigkeiten **nicht** als
Verhalten bei Menschen mit
Behandlung von aggressivem
(Neuroleptika) kann in der





... und was ist mit
Psychotherapie bei
Menschen mit
Lernschwierigkeiten?

Nicht-pharmakologische Therapieformen

- Zwei verschiedene Ansätze:
 - Therapie der betroffenen Personen
(z.B. CBT, Anger-Management)
 - **Aus- und Weiterbildung von Betreuungspersonal**
(z.B. Staff-Training, Nidotherapy, Systemic Approach)
- International nur wenige aussagekräftige Studien vorliegend

Beispiele von Reviews zum Thema „Psychotherapie & Geistige Behinderung“ (2013-2019)

Evidenz

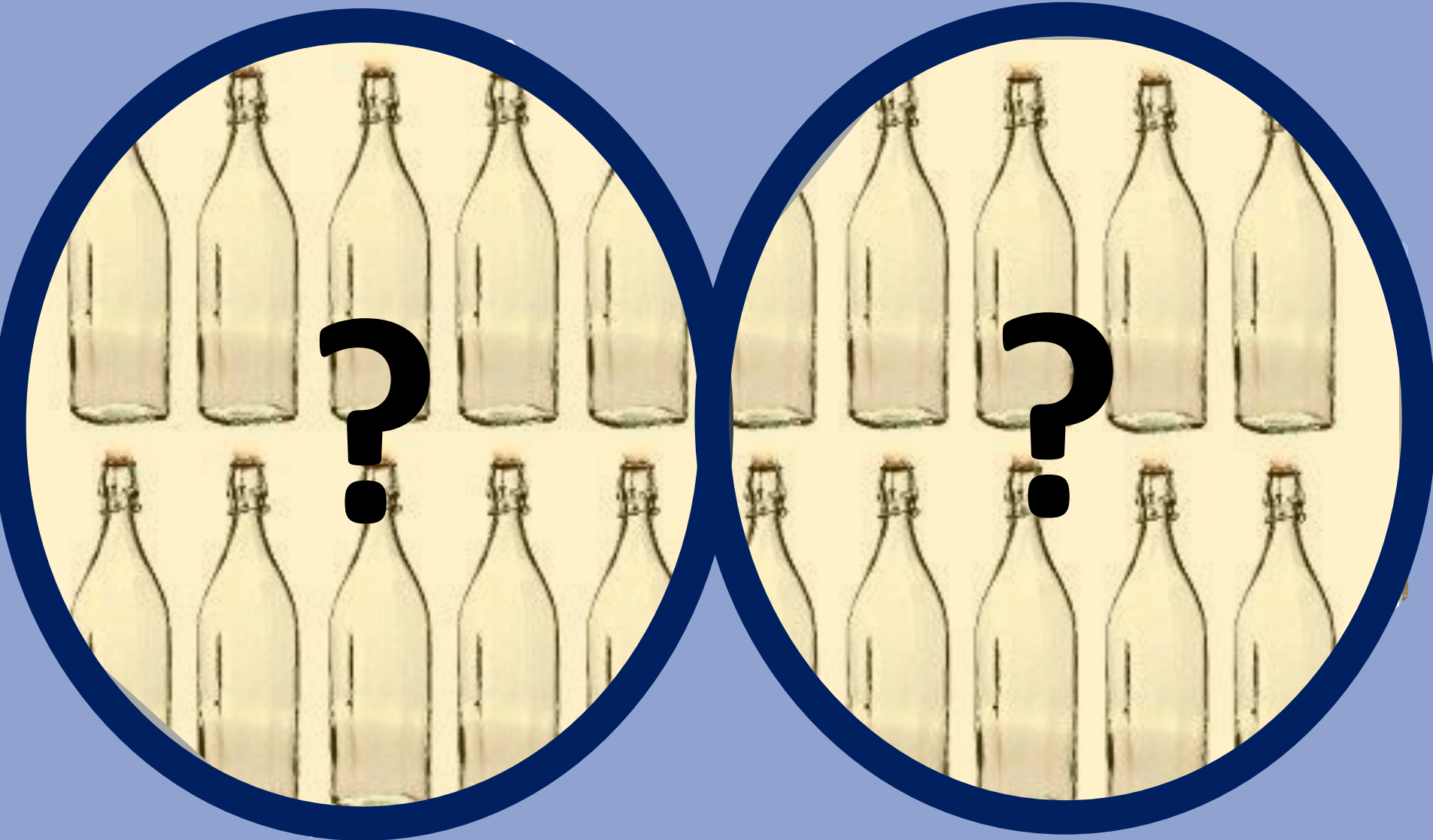
- Sturmey, P. (2019). Non-Behavioral and Non-Medical Psychosocial Interventions in Individuals with Intellectual Disabilities. *Current Developmental Disorders Reports*, 6(4), 217-223.
- Surley, L., & Dagnan, D. (2019). A review of the frequency and nature of adaptations to cognitive behavioural therapy for adults with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(2), 219-237.
- Hassiotis, A., Poppe, M., Strydom, A., Vickerstaff, V., Hall, I. S., Crabtree, J., ... & Cooper, V. (2018). Clinical outcomes of staff training in positive behaviour support to reduce challenging behaviour in adults with intellectual disability: cluster randomised controlled trial. *The British Journal Psychiatry*, 212(3), 161-168.
- Shepherd, C., & Beail, N. (2017). A systematic review of the effectiveness of psychoanalysis, psychoanalytic and psychodynamic psychotherapy with adults with intellectual and developmental disabilities: progress and challenges. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 31(1), 94-117.
- James, J. S. (2017). Cognitive-behavioral therapy for depression in individuals with intellectual disabilities: A review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 10(1), 17-29.
- Unwin, G., Tsimopoulou, I., Kroese, B. S., & Azmi, S. (2016). Effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT) programmes for anxiety or depression in adults with intellectual disabilities: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 51, 60-75.
- Koslowski, N., Klein, K., Arnold, K., Koesters, M., Schuetzwohl, M., Salize, H. J., & Puschner, B. (2016). Effectiveness of interventions for adults with mild to moderate intellectual disabilities and mental health problems: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 209(6), 469-474.
- Vereenoghe, L., Gega, L., Reynolds, S., & Langdon, P. E. (2016). Using computers to teach people with intellectual disabilities to perform some of the tasks used within cognitive behavioural therapy: A randomised experiment. *Behaviour Research and Therapy*, 76, 13-23.
- Hamelin J, Travis R, Sturmey P. Anger management and intellectual disabilities (2013): a systematic review. *J Ment Health Res Intellect Disabil*; 6: 60–70.



Wie sind aktuell die Aussichten für die Verfügbarkeit von adaptierten bzw. spezifischen Therapieverfahren in Deutschland?



Ein Rundumblick in Deutschland





Wo stehen wir also?



Umkehr erforderlich?



Zusammenfassung



- Umorientierung \Rightarrow Behandlungsschwerpunkt
- Die Herausforderung richtig erkennen
- Multiprofessioneller und multidimensionaler Ansatz
- Diagnostische Sorgfalt
- Zu häufig, zu viel, zu lange!
- Off-Label-Use von Medikamenten \rightarrow rechtliche Grundlagen konsequent umsetzen
- Nicht-pharmakologische Therapieformen für Menschen mit Lernschwierigkeiten/intellektuellen Entwicklungsstörungen entwickeln, adaptieren und den Therapieeffekt wissenschaftlich überprüfen
- Weiterbildung / Zusatzqualifikation (nicht-pharmakologische Therapieverfahren bei Menschen mit Lernschwierigkeiten)
- Antipsychotika bei aggressivem Verhalten nur im individuell genau überprüften und kontrollierten (Nebenwirkungs-Monitoring) Fall einsetzen
- Therapieverlauf genau dokumentieren; standardisierte Instrumente verwenden (z.B. MOAS-D) bzw. Beobachtungen systematisieren (z.B. 31-Tage-Dokumentationsbogen)



Danke für Ihre
Aufmerksamkeit