

# **Differenzierung des Begriffs psychische Störung im Hinblick auf unterschiedliche (Be-)Handlungsoptionen**

**Michael Seidel**

**v. Bodenschwingsche Stiftungen Bethel**

**Fachtag der Fachverbände für Menschen mit Behinderungen**

**„Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung als  
praktische, konzeptionelle und sozialpolitische Herausforderung für die  
Behindertenhilfe“**

**Kassel-Wilhelmshöhe, 15. November 2013**

# Einordnung der Thematik

**Übereinkommen der Vereinten Nationen  
über die Rechte  
von Menschen mit Behinderungen**



# Einordnung der Thematik

## *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

# Einordnung der Thematik

## *UN-BRK Artikel 25:*

- „Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben...“

# UN-Übereinkommen

## *Festlegungen in Artikel 26*

- Maßnahmen, ... um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an **Unabhängigkeit**, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle **Einbeziehung** in alle Aspekte des Lebens und die volle **Teilhabe** an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren,
- Entwicklung der **Aus- und Fortbildung** für Fachkräfte und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in **Habilitations- und Rehabilitationsdiensten**,
- Förderung der Verfügbarkeit, der Kenntnis und die Verwendung unterstützender **Geräte** und **Technologien**

# Ziele des Einführungsvortrages

# Ziele der Einführung

- Differenzierung des Begriffs psychische Störung
- Klärung der Begriffe Rehabilitation und Habilitation
- Fachliche, konzeptionelle und sozialpolitische Schlussfolgerungen aus Art. 25 und 26 der UN-BRK

# Doppeldiagnose



# Doppeldiagnose

Zusätzliches Auftreten einer psychischen Störung bei einer Person mit einer geistigen Behinderung

Begriff verweist auf die Versorgungsprobleme „zwischen den Stühlen“

# Rehabilitation und Habilitation

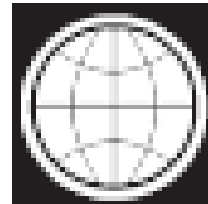
**WHO & World Bank 2011**

# **WORLD REPORT ON DISABILITY**

---



**World Health  
Organization**



**THE WORLD BANK**

Rehabilitation ist die Gesamtheit der Maßnahmen, die Menschen mit Behinderungen oder drohender Behinderung helfen, die optimale Funktionsfähigkeit in Wechselwirkung mit ihrer Umwelt zu erreichen oder aufrecht zu erhalten.

# Rehabilitation in der WHO

A distinction is sometimes made between habilitation, which aims to help those who acquire disabilities congenitally or early in life to develop maximal functioning; and rehabilitation, where those who have experienced a loss in function are assisted to regain maximal functioning (2). In this chapter the term "rehabilitation" covers

# Rehabilitation & Habilitation

Manchmal wird unterschieden zwischen **Habilitation**, die darauf zielt, denen zu helfen ihre maximale Funktionsfähigkeit zu erreichen, die eine angeborene Behinderung haben oder die Behinderung sehr früh in der Kindheit erwarben, und zwischen **Rehabilitation**, bei der denen, die ihre Funktionsfähigkeit verloren hatten, geholfen wird, dieselbe wiederzuerlangen

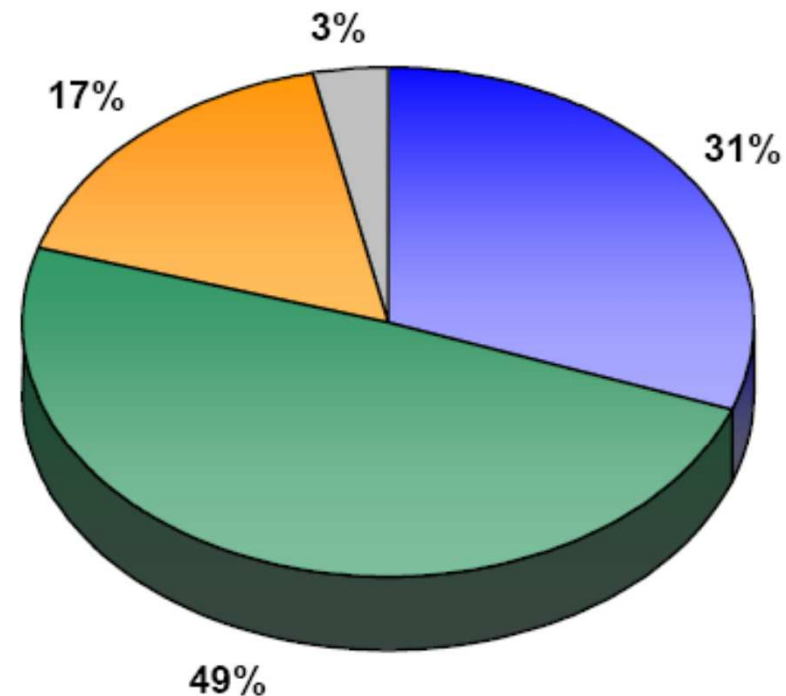
# Ergebnisse der BeB-Umfrage

2003 Fragebogenaktion zur orientierenden  
Bewertung des Problemkreises  
„Doppeldiagnose“ in den  
Mitgliedseinrichtungen des Bundesverbandes  
evangelische Behindertenhilfe e. V.

Teilnehmer: Mitgliedseinrichtungen des BeB

Auswertung: 147 zurückgesandte Fragebögen.





■ große Rolle ■ durchschnittliche Rolle ■ untergeordnete Rolle ■ k. A.

Abbildung 10: Verteilung der Angaben zum Stellenwert der Problematik Doppeldiagnosen

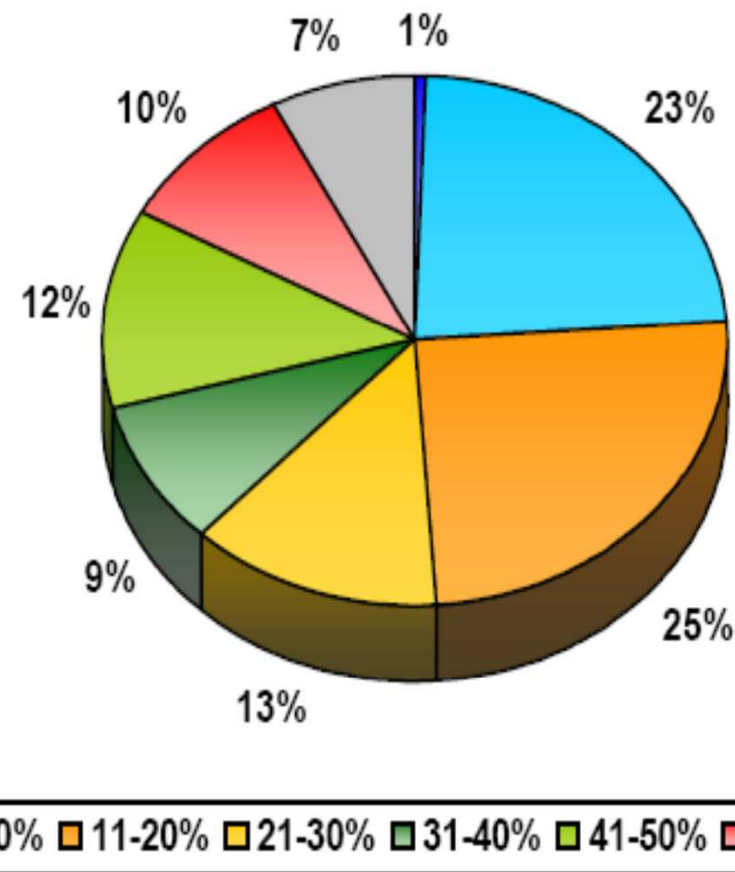


Abbildung 14: Häufigkeit von Doppeldiagnosen unter den Klienten der jeweiligen Einrichtung

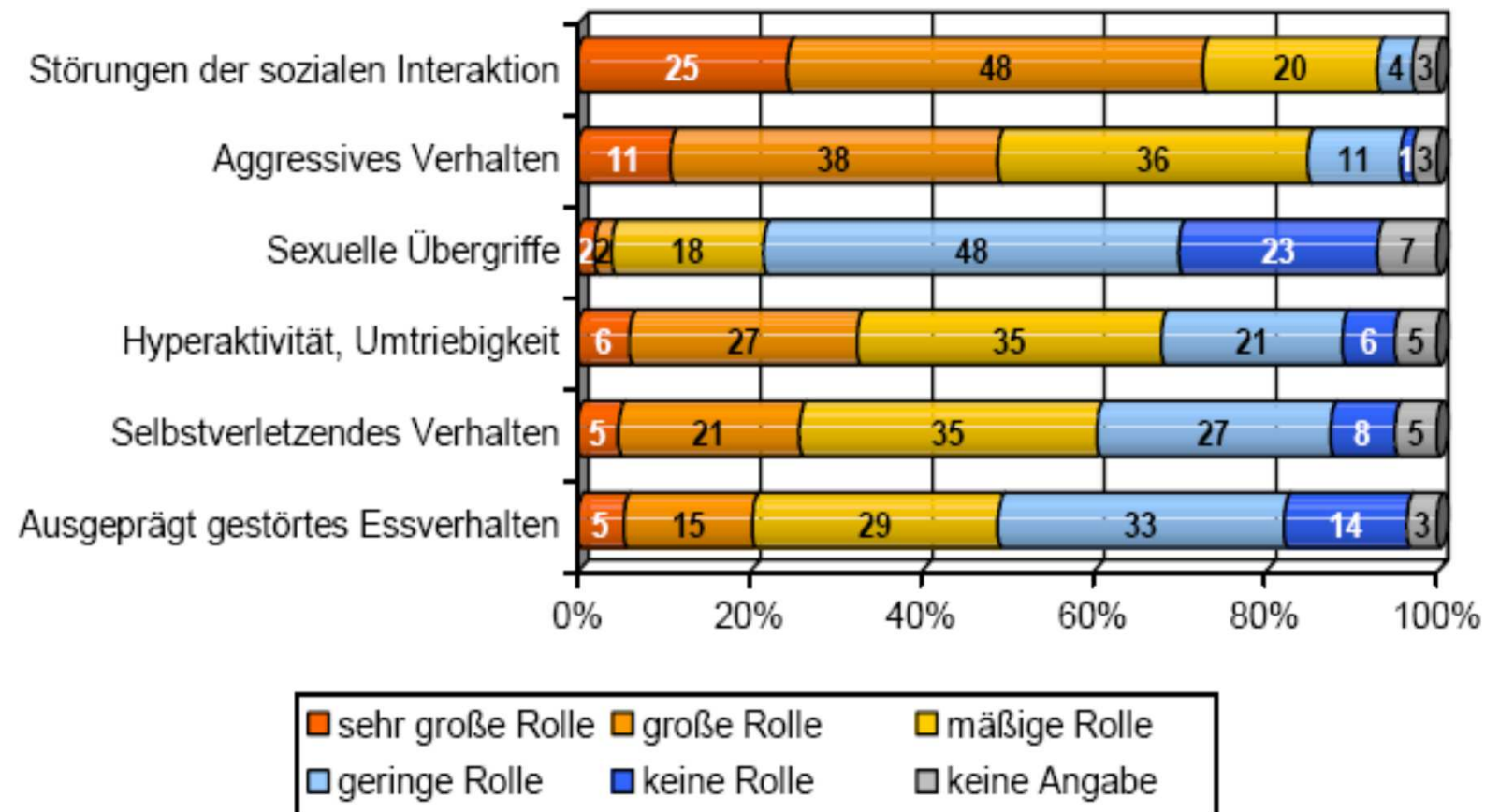


Abbildung 11: Verteilung der Angaben zum Stellenwert spezieller Auffälligkeiten

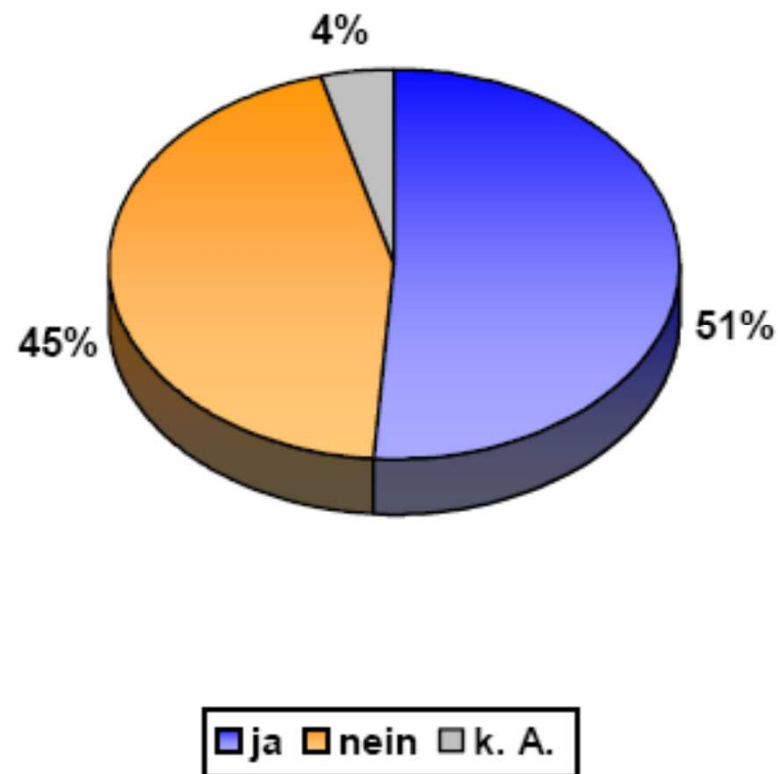
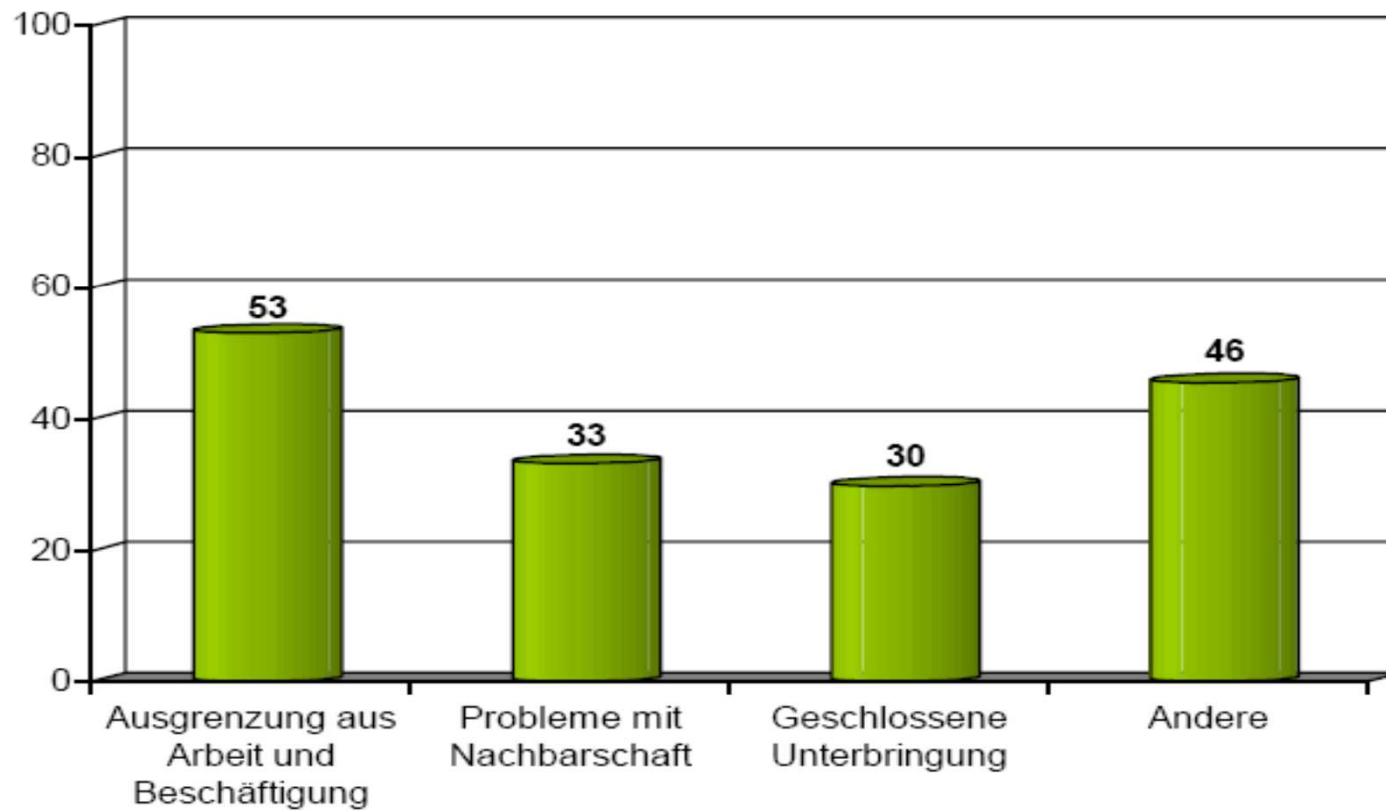


Abbildung 20: Verteilung der Angaben der Einschätzungen zur angemessenen Bedarfsdeckung in den Einrichtungen



**Abbildung 12: Verteilung der Angaben zu den Folgen der beschriebenen Probleme im Verhaltensbereich**

# Häufigkeit psychischer Störungen bei geistiger Behinderung

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

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

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

# COOPER et al. 2007

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

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

1. Includes schizoaffective disorders.

2. Excludes specific phobias.



# Häufigkeit psychischer Störungen

## *Punkt-Prävalenz „mental-ill health“*

*insgesamt: 40,9%*

*Leicht GB: 34,4%*

*Schwere GB: 45,0%*

*COOPER et al. , Br. J. Psychiatry 2007*

## ***Verteilung der Schweregrade***

***insgesamt: 1023 (100%)***

***Leichte GB: 398 (39%)***

***Mittelgradige bis schwerste GB:  
625 (61%)***

# Häufigkeit psychischer Störungen

## *Punkt-Prävalenz „Psychotic disorder“*

*Insgesamt: 4,4%*

*Leichte GB: 5,8%*

*Schwerere GB: 3,5%*

*COOPER et al. , Br. J. Psychiatry 2007*

# Häufigkeit psychischer Störungen

## *Punkt-Prävalenz*

### *„Affective disorder“*

<i>Insgesamt:</i>	<i>6,6%</i>
<i>Leichte GB:</i>	<i>6,5%</i>
<i>Schwerere GB:</i>	<i>6,7%</i>

*COOPER et al. , Br. J. Psychiatry 2007*

# Häufigkeit psychischer Störungen

## *Punkt-Prävalenz*

### *„Autistic-spectrum disorder“*

<i>Insgesamt:</i>	<i>7,5%</i>
<i>Leichte GB:</i>	<i>3,5%</i>
<i>Schwerere GB:</i>	<i>10,1%</i>

*COOPER et al., Br. J. Psychiatry 2007*

# Häufigkeit psychischer Störungen

## *Punkt-Prävalenz*

### *„Problem behaviour“*

*Insgesamt: 22,5%*

*Leichte GB: 13,1%*

*Schwerere GB: 28,5%*

*COOPER et al., Br. J. Psychiatry 2007*

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

# Ursachen der besonderen Häufigkeit psychischer Störungen

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

# Mögliche Beziehungen zwischen geistiger Behinderung und psychischer Störung

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



# Praktische Bedeutung

- *Zusätzliche psychische Störungen im engeren und im weitesten Sinne verschlechtern die Teilhabechancen*
- *Kombinierte Probleme („Doppeldiagnose“) erhöhen das Risiko einer Unter- oder Fehlversorgung („Systemsprenger“)*

# Formen psychischer Störungen (im weitesten Sinne) bei geistiger Behinderung

# Psychische Störungen im weitesten Sinne

- **Psychische Störungen im engeren Sinne:**  
Krankheitsbilder sind mit Diagnosen nach ICD-10 ausreichend zu beschreiben
- **Problemverhalten:**  
Verschiedenartige Verhaltensweisen oder „Störungsbild“, nicht durch eine ICD-10-basierte Diagnose ausreichend zu erklären
- **Verhaltensphänotyp:**  
Bestimmte Verhaltensweisen sind durch eine genetische Ursache des Behinderungsbildes mitbestimmt oder determiniert.
- **(Epilepsiebezogene psychische Störungen)**

# Psychische Störungen im engeren Sinne

# Psychische Störungen im engeren Sinne

Krankheits- oder Störungsbilder sind  
im Prinzip mit Diagnosen  
nach ICD-10 ausreichend zu  
beschreiben.

# Psychische Störungen im engeren Sinne

Eine ernsthafte - praktisch relevante -  
Problematik besteht in den  
Schwierigkeiten der sicheren  
Diagnostik.

# Kapitel V (F) der ICD-10

- F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F30-F39 Affektive Störungen
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70-F79 Intelligenzstörung
- F80-F89 Entwicklungsstörungen
- F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

# Problemverhalten



# Problemverhalten

Verschiedene Störungsbilder, die nicht durch eine ICD-10-basierte Diagnose ausreichend beschrieben bzw. erklärt werden können, sondern nur aus der Wechselwirkung individueller Dispositionen (vor allem emotionales Entwicklungsniveau) mit den Anforderungen und Gegebenheiten der Umwelt (soziale und physische Umwelt).

# Exkurs: „Verhaltensauffälligkeiten“ und psychische Störungen

- **Verhaltensauffälligkeit**
- **Verhaltensstörung**
- **Verhaltensprobleme**  
**Herausforderndes Verhalten**
- **usw.**

**keine echten allgemein verbindlichen  
Definitionen im wissenschaftlichen Sinne.**

# Formen von Verhaltensauffälligkeit

## Formen der Verhaltensauffälligkeit

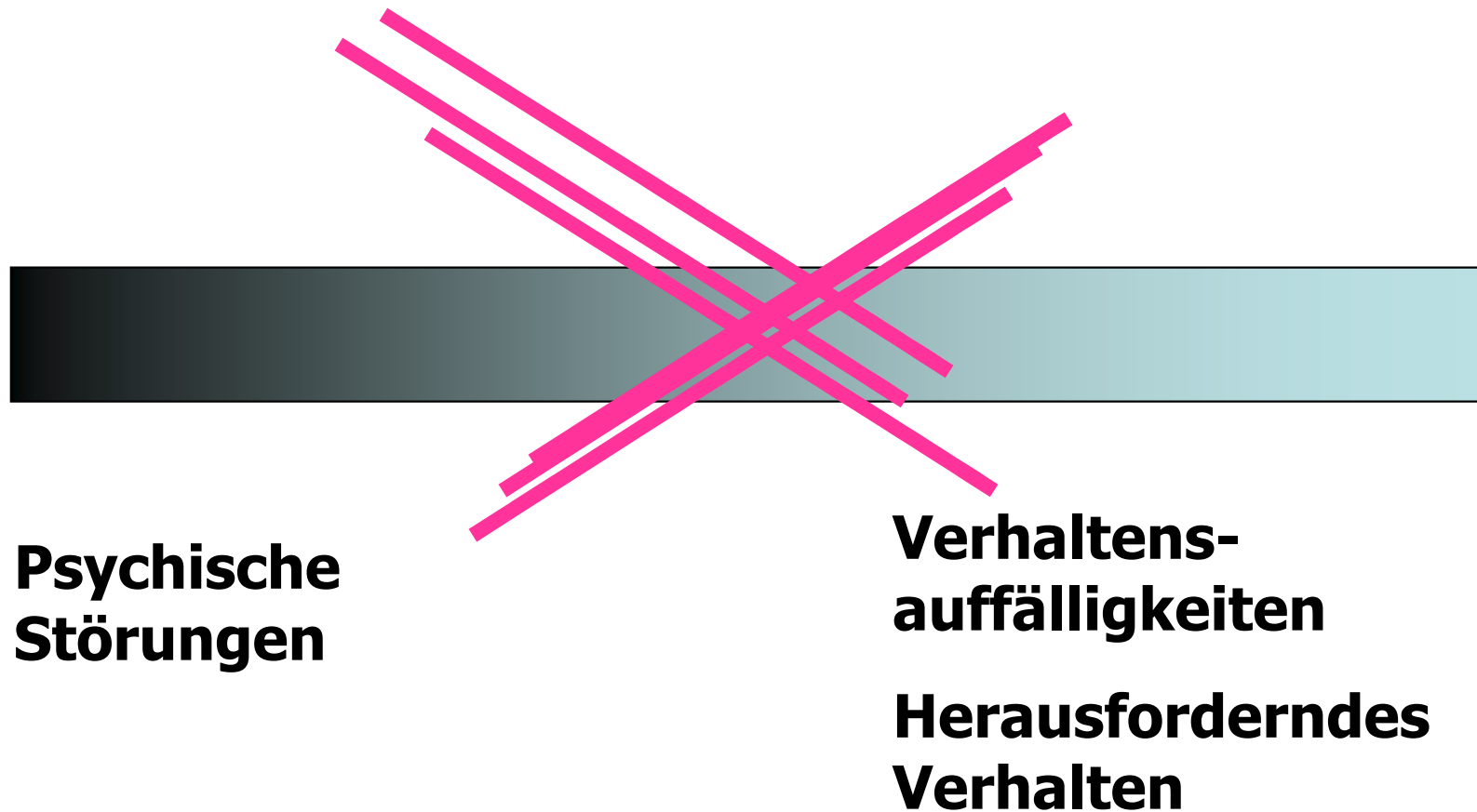
- Überaktivität, Umtriebigkeit
- Aufmerksamkeit erwecken
- Störende Geräusche verursachen
- Stereotypien
- Physische Aggressivität
- Zerstörung
- Selbstverletzung
- Wutausbrüche
- Weglaufen
- antisoziales Verhalten
- unangemessenes Sexualverhalten usw.

# Ursachen von Verhaltensauffälligkeiten

**Alle diese Formen von  
Verhaltensauffälligkeiten können  
verschiedene Ursachen und  
Bedingungsgefüge haben**

**Danach richtet sich die Behandlung  
oder Intervention**

# Fehlerhaftes Spektrummodell



# Beziehung Psychische Störung - Verhaltensauffälligkeiten

## Verhaltensauffälligkeiten

Ebene der Symptomatik oder  
der Kompensation/Bewältigung

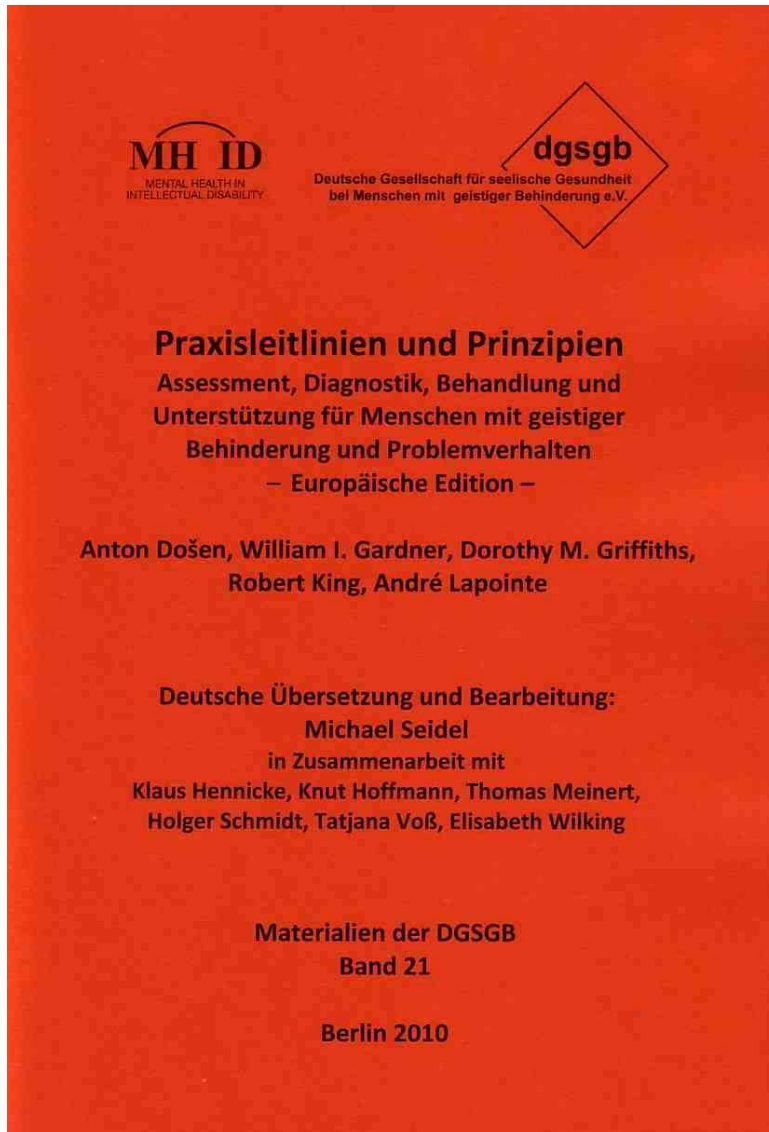
-----  
Ebene des Ursachen- und Bedingungsgefüges



Praxisleitlinien und Prinzipien:  
Assessment, Diagnostik und  
Behandlung und Unterstützung für  
Menschen mit geistiger Behinderung  
und Problemverhalten



# Praxisleitlinien



Download

[www.dgsgb.de](http://www.dgsgb.de)

Materialien

Bd. 21

# Verhaltensphänotypen

# Merkmale genetisch bedingter Störungen

- *Ebenen der Symptomatik:*
- morphologische Merkmale (Fehlbildungen, Dysmorphien)
- funktionelle bzw. metabolische Merkmale
- Verhaltensmerkmale

Faustregel: Je komplexer ein Störungsbild, desto wahrscheinlicher ist eine genetische Ursache

# Verhaltensphänotypen

**E. DYKENS (1995)**

**Verhaltensphänotypen liegen vor,  
wenn bei Menschen mit einem  
bestimmten Syndrom bestimmte  
Verhaltensweisen häufiger  
vorkommen als bei vergleichbaren  
Personen ohne dieses Syndrom.**

**(Sie liegen nicht unbedingt in jedem Einzelfall  
vor oder sind immer gleich schwer  
ausgeprägt.)**

# Genetisch bedingte Syndrome mit Verhaltensphänotypen

- Trisomie 21 (Down-Syndrom)
- Fragiles-X-Syndrom
- Smith-Magenis-Syndrom
- Prader-Willi-Syndrom
- Tuberöse Sklerose
- usw.

# Epilepsiebedingte psychische Probleme

# Psychische Störungen

- Psychische Symptomatik vor Anfällen
- Psychische Symptomatik nach Anfällen
- Psychische Symptomatik anstelle von Anfällen (Alternativpsychosen)
- Psychische Symptome als Ausdruck von Anfällen
- Kognitiver Abbau, organisch bedingte Persönlichkeitsstörungen
- Reaktive Verstimmungen (u. U. Suizidgefahr) wegen der Lebenssituation
- Negative psychotrope Effekte (Konzentration, Stimmung, Halluzinationen usw.) von AED
- Dissoziative Anfälle

# Epileptische und „pseudoepileptische“ Anfälle

- Epileptische Anfälle sind kurzzeitige Veränderungen des Bewusstseins, des Verhaltens oder der Motorik auf der Grundlage krankhaft veränderter hirnelektrischer Aktivitäten. Das erscheinungsbildliche Spektrum der Anfälle ist sehr breit (z. B. Grand mal, Absence, hypermotorischer Anfall).
- Dissoziative Anfälle sind Anfälle, die einerseits epileptischen Anfällen zum Verwechseln ähnlich sein können, andererseits nicht auf krankhaft veränderter hirnelektrischer Aktivitäten beruhen, sondern auf psychologischen Mechanismen (Dissoziation).



# Anforderungen an die Dienste und Einrichtungen

---

Fachliche, konzeptionelle und  
sozialpolitische  
Schlussfolgerungen

# Allgemeine Anforderungen an die Dienste und Einrichtungen

# Allgemeine Anforderungen

- Konzeptionelle Verankerung des Themas Psychische Störungen in den Diensten und Einrichtungen
- Systematische Umsetzung der Konzepte
- Systematische Schulung der Mitarbeitenden
- Multiprofessionelle Ausstattung
- Gezielte Schnittstellengestaltung mit dem psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem

# Störungsform-spezifische Anforderungen an die Dienste und Einrichtungen

# “Übliche” psychische Störungen

Die psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen für die üblichen psychischen Störungen dürften im Allgemeinen Leistungen des Regelversorgungssystems zu Lasten der Krankenkassen sein.

# “Übliche” psychische Störungen

Ob sich der damit verbundene Anspruch dann praktisch vor Ort tatsächlich umsetzen lässt, steht auf einem anderen Blatt

und wird bei einer zunehmenden Zerrüttung der flächendeckenden Leistungsfähigkeit unseres Regelversorgungssystems mehr und mehr zum Problem werden.

# “Übliche” psychische Störungen

Anbahnung und Begleitung von Therapieprozessen:

- Beobachtungen aus dem Alltag in konzentrierter und durch Konsensbildung validierter Form zum Therapeuten transportieren,
- Erwartungen an die Behandlung konkretisieren,
- Rückmeldung des Therapeuten beachten,
- Therapieziele dokumentieren,
- Therapiefortschritte dokumentieren,
- verbindliche Absprachen über Ansprechpartner, Formen des Austauschs usw. getroffen werden.

# “Übliche” psychische Störungen

## Position der DGPPN (s. Stellungnahme 2009)

- Weiterentwicklung der Angebote der psychiatrischen Regelversorgung
- Ergänzung des psychiatrischen Regelversorgungssystems durch Spezialangebote für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung



Stellungnahme  
Nr. 8 / 11.08.2009



Deutsche Gesellschaft  
für Psychiatrie,  
Psychotherapie und  
Nervenheilkunde

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für  
Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde  
(DGPPN)**

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

# Problemverhalten

Problem kann nicht in Arztpraxis oder Krankenhaus zur „Reparatur“ abgegeben werden.

Bestenfalls kann es dort um Identifikation medizinisch charakterisierbarer Komponenten bei der Person (z. B. Impulskontrollstörung, Schwerhörigkeit) gehen.

# Problemverhalten

Einer als Problemverhalten charakterisierten Symptomatik kommt man erfahrungsgemäß nur bei, wenn man in einem konkreten Settingbezug unter Einschluss interdisziplinärer Kompetenzen vorgeht.

## Interdisziplinäre Herausforderung

- Analyse der Bedingungen und Ursachen,
- Planung und Durchführung komplexer Interventionen,
- Erfolgsevaluation usw.

**Es gibt keine Alternative dazu, derartige Experten unmittelbar im System der Eingliederungshilfe verfügbar zu haben, (z. B. in Form interdisziplinär besetzter Konsulententeams)**

# Problemverhalten

Darstellung solcher Angebote bzw.  
Leistungen als integraler Bestandteil  
der Eingliederungshilfe

Einbindung dieser Forderung in den  
Prozess der Reform der  
Eingliederungshilfe.

# Verhaltensphänotypen

- Etablierung maßgeschneiderter Fördermaßnahmen unter Einbezug wiederholter differenzierter neuropsychologischer u. a. Assessment durch jederzeit verfügbare, mit dem System vertraute Mitarbeitende.
- Abwehr des Missverständnisses, genetische (Mit)Bedingtheit bedeute (heilpädagogische) Unbeeinflussbarkeit

# Mit Epilepsie verbundene psychische Störungen

- Sicherstellung einer regelmäßigen qualifizierten epileptologischen Versorgung einschließlich Anleitung und Beratung der Mitarbeitenden.
- Schulung der Mitarbeitenden in Anfallsbeobachtung und -dokumentation



# Zusammenfassung

# Zusammenfassung

- Die Verankerung von „medizinischen“ fachlichen Hilfen in den Leistungen der Eingliederungshilfe – in finanzieller, konzeptioneller und organisatorischer Hinsicht – ist unverzichtbar.
- Solche Leistungen müssen konzeptionell von den Leistungen der Krankenversorgung (SGB V) abgegrenzt werden: Aktualisierung der Expertise Behinderung und Gesundheit (Gelbes Papier) (2000).

# **Gesundheit und Behinderung**

“Expertise zu bedarfsgerechten gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als notwendiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und zur Förderung ihrer Partizipationschancen”

**Diakonie-Verlag**

Bundesverband  
Evangelische  
Behindertenhilfe  
e. V. (BEB)

Bundesvereinigung  
Lebenshilfe für  
Menschen mit  
geistiger  
Behinderung e. V.

Verband Katholi-  
scher Einrichtun-  
gen für lern- und  
geistigbehinderte  
Menschen e. V.

Verband für  
Anthroposophische  
Heilpädagogik, So-  
zialtherapie und  
Soziale Arbeit e. V.

# Zusammenfassung

Wir müssen unter Bezug auf UN-BRK, ICF und andere Leitdokumente buchstabieren lernen, was ein Verständnis von Eingliederungshilfe als Rehabilitation bzw. Habilitation bedeutet.

# Fortbildungsmöglichkeit

Anton Došen

## Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung

Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene

Herausgeber und Bearbeiter der deutschsprachigen Ausgabe  
Klaus Hennicke und Michael Seidel



HOGREFE 



michael.seidel@bethel.de

*Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!*

# Fortbildungsmöglichkeit

Anton Došen

## Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung

Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene

Herausgeber und Bearbeiter der deutschsprachigen Ausgabe  
Klaus Henricke und Michael Seidel



HOGREFE 

