

# **Schwierigkeiten bei der Exploration Psychopathologie**

Samuel Elstner

## Besondere Aspekte der psychiatrischen Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung im Vergleich zur Alltagspsychiatrie.

Erfahrungen und Vorgehen im Berliner Behandlungszentrum für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung.

B. Schmidt<sup>1</sup>, M. Vogel<sup>1</sup>, S. Michalk<sup>1</sup>, A. Diefenbacher<sup>2</sup>, S. Elstner<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Berliner Behandlungszentrum für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge

<sup>2</sup> Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge

<sup>3</sup> Leitender Arzt des Berliner Behandlungszentrums für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge

### ALLGEMEINPSYCHIATRIE

#### Diagnosephase

- Anamneseerhebung, psychopathologischer Befund (Exploration des Patienten, vorrangig verbal)
- Arbeitsdiagnostik
- Behandlungsplan
- ggf. zusätzliche weiterführende klinische, psychologische und apparative Untersuchungen

#### Behandlungsphase

- Individuelle störungsspezifische Therapie:
  - Pharmakotherapie: Beobachtung von Beeinträchtigung des Patienten zu Wirkungen und Nebenwirkungen
  - Psychotherapie: manualgestützt im Einzel- und Gruppensetting (8–12 Patienten)
  - Sozialmedizin: Erfassung der privaten und beruflichen Verhältnisse, eventuell Einleitung unterstützender Maßnahmen

#### Entlassungsphase

- Planung der nachfolgenden ambulanten, teilstationären, tagelangen oder nichtstationären Nachbehandlung
- Entlassungsgespräch mit dem Patienten und ggf. mit Angehörigen, gesetzlichem Betreuer:
  - Empfehlungen für Verhalten, Medikation, Weiterbehandlung, Nachkontrollen etc.

### INTELLIGENZMINDERUNG

#### Diagnostikphase

- Erweisung häufig wegen Verhaltensauffälligkeiten: unspezifischer Ausdruck einer psychischen oder körperlichen Erkrankung oder einer verzögerten sozio-emotionalen Entwicklung oder eines systemischen Problems
- Anamneseerhebung und psychischer Befund:
  - wegen eingeschränkter Verbalisierungsfähigkeit in einfacher Sprache
  - bei zunehmendem Schweregrad der IM nur fremdanamnese (Wohnbetreuer, Werkstatt, Angehörige) und
  - non-verbal durch Verhaltensbeobachtung durchführbar mit der Gefahr von Fehlinterpretationen (underreporting, overreporting, overshadowing)
- Beobachtungsphase: Patienten zeigen im stationären Kontext häufig erst nach ein bis zwei Wochen die zur Aufnahme führenden Verhaltensauffälligkeiten
- fast regelhaft körperliche Diagnostik:
  - 44–63 Prozent<sup>1,2</sup> aller Menschen mit IM haben zusätzlich eine körperliche Erkrankung als Ursache von Verhaltensstörungen,
  - Durchführung oft nur aufwendig in Narkose möglich
- adaptierte multiprofessionelle Entwicklungsdiagnostik: u. a. socio-emotional (SEO)<sup>3</sup>, funktionales Intelligenzniveau (DAS)<sup>4</sup>, Intelligenzquotient (Wechsler-Intelligenztest, non-verbal: Snijders Oman), Erfassung aggressiven Problemverhaltens (z. B. HES<sup>5</sup>, MOAS<sup>6</sup>) Autismsdiagnostik (DIBAS-R<sup>7</sup>)

#### Behandlungsphase

- Pharmakotherapie:
  - Beginn mit niedrigerer Dosis und langsamerer Aufdosierung<sup>8</sup>
  - wegen veränderter Wirksamkeit und hoher Empfindlichkeit gegenüber Nebenwirkungen (vom Patienten zudem nicht oder untypisch wahrgenommen und geteilt)
  - unter Beachtung der Wechselwirkungen bei häufiger Polypharmazie (u. a. wegen nicht seltener Ko-Morbidität mit Epilepsie),
  - Verbreichungsprobleme durch zusätzliche körperliche Behinderung, z. B. Tetraspastik, Notwendigkeit der Aufklärung von Patient und gesetzlichem Betreuer
- Psychotherapie/pädagogische Interventionen:
  - modifizierte Programme in leichter Sprache (z. B. DBTOP<sup>9</sup>),
  - zusätzliche pädagogische Kompetenzen und Interventionen, orientiert am aktuellen Stand der emotionalen Entwicklung nach SEO<sup>3</sup>,
  - kleinere Therapieeinheiten, kleinere Gruppen (3–5 Patienten)
- Sozialmedizin:
  - Vernetzung mit komplementärem System (WG, Werkstatt, Erwerbshilfe) in mindestens drei Fallkonferenzen/Aufenthalten,
  - Eduktion/Schulung der Betreuer schon während des stationären Aufenthaltes des Patienten (z. B. SEO, TEACCH bei Autismus)

#### Entlassungsphase

- Transfer der pädagogischen, pharmako- und psychotherapeutischen Empfehlungen in einer Abschlusskonferenz mit Patienten, Angehörigen, WG, Werkstatt- und gesetzl. Betreuern
- häufig Beratung/Unterstützung bei Suche nach alternativer Wohnform/Werkstatt

#### Literatur

1. Ellis S, Spitzer J (1982) Diagnostic overshadowing and professional expertise with mentally retarded patients. *Am J Ment Defic*; 87: 390–402
2. Vogt T, Böhm M, Diefenbacher A (2010) Psychische Erkrankungen bei Intelligenzminderung als ungedeckte Diagnostik. *Berliner Arzte* 11:56–57
3. Müller T, Fegert J, Diefenbacher A, Böhm M (2015) IM & Minderheiten: was gilt bei hochfunktionalen Einzelfällen? Anforderungen an eine gute medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. *Med Man Geist Mehrh Beh* 12:69–82
4. Dissen A (1997) Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag
5. Holmes N, Drah A, Wang L (1992) The Credibility Assessment Schedule: a brief screening device for use with the mentally retarded. *Psychol Med*; 22(4):979–980
6. Baxendale P, Nollbach C (2010) Interview zur funktionellen Erhebung von besonderen Verhalten (IEE). Göttingen: Hogrefe
7. Oliver PC et al. (2007) Modified Direct Aggression Scale (MDAS) for people with Intellectual Disability, and Aggressive Challenging Behaviour: A Feasibility Study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 20(4): 303–312
8. Sieppelt T, Groll J, Bergmann T et al. (2010) DRG-SG. Der Diagnostische Beobachtungsprotokoll für Autismus-Spektrumstörungen – Baseline. Berlin: Verlag Hans Huber
9. Groll C (1997) Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Dissen A: Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen. Fischer: Stuttgart, wie oben: 242–264
10. Böhm M, Spitzer J, Diefenbacher A (2012) DBTOP-Manual für die Gruppenarbeit an der Diakonie Berlin: ein innovatives Therapie-orientiertes Programm zur Behandlung emotionaler Instabilität bei Menschen mit geistiger Behinderung. Berlin: Diakonie-Verlag
11. Elstner S et al. (2012) Sagen Sie, warum Sie sich immer so schlecht fühlen? – Konzepte der mehrdimensionalen integrativen Behandlung in der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. *Med Man Geist Mehrh Beh* 9:92–101

Im Vergleich zur psychiatrischen Versorgung von Menschen ohne Intelligenzminderung weist die medizinisch-psychiatrische Versorgung zusätzliche Besonderheiten auf.

# Phasen der Anamnese



Erster Eindruck

Kontaktaufnahme

Direkte Interaktion

Beobachtung

Rückschluss auf körperliche Beschwerden

Rückschluss auf psychische Beschwerden

Rückschlüsse auf Entwicklungsprobleme

# Erster Eindruck



- Umherschauen
- Blickkontakt
- Kontakt mit  
Bezugsperson
- soziale  
Umgangsform

# Kontaktaufnahme

## Bist Du da?



- körperlich
- Augenkontakt
- soziale Umgangsform
- Kommunikation
- verbal
- Gebärden
- Sprachverständnis

# Direkte Interaktion

## Wer bist Du?



- Verständnis von Fragen
- Antwort auf Fragen
- Metakognition
- Selbstreflektion

# Beobachtung

## Was machst Du?



- Allgemeine Aktivität
- Extrovertiertheit –  
Introvertiertheit
- Angst, Scheu
- ungewöhnliches Verhalten

# Diagnostik psychischer Störungen





# Diagnostik - Anamnese



- Problembeschreibung, Milieubeurteilung, medizinische Familienanamnese, Entwicklungsbeschreibung, Beschreibung der heutigen Situation
- Fremdanamnese mit allen beteiligten Parteien
- Fragenform: einfach, offen, teils im ungezwungenen Gespräch oder nonverbal über Materialien, Spiele

# Diagnostik - körperliche Untersuchung

- allgemeinmedizinisch – neurologisch
- Labor: Blut, Urin
- EEG, EKT, evtl. cCT
- weitergehende Diagnostik bei abweichender Motorik, Sensorik
- evtl. genetisch

# Diagnostik - Psychologische und heilpädagogische Untersuchung



- kognitives Entwicklungsniveau (IQ-Tests)
- Soziales Entwicklungsniveau und Anpassungsfähigkeit des Verhaltens (Skalen zur sozialen Fähigkeit (SRZ, SRZ-P nach Kraijer&Kema 2004)
- Emotionales Entwicklungsniveau (SEO nach Dosen 2005)
- Persönlichkeitsentwicklung, Persönlichkeitsmerkmal (welche Entwicklung besteht auf dem kognitiven, sozialen, physiologischen und emotionalen Niveau? Gibt es Diskrepanzen?)
- Neuropsychologische Untersuchung
- Verhaltenanalyse: auslösende Bedingungen, individuelle Bedingungen der zentralen Verarbeitung, aufrechterhaltende Bedingungen (Gardner 2006)

## Vorgehen:

1. Einleitungsphase: Auswahl des passenden Kommunikationsmittels
2. Beobachtungsphase: offener, ungezwungener Umgang zur Beobachtung von spontanem Verhalten
3. Explorative Phase: Belastungsfragen nach stärker emotional besetzten Themen, Grenzsetzungen zur Frustrationstoleranzprüfung, Selbstbehauptung
4. Abschließende Phase: Ansprache weniger belastende Themen, Ergebnisdiskussion, Vermittlung optimistischer Zukunftsaussicht

# Diagnostik muss einschließen



- die Erhebung der Anamnese, einschließlich familiärer Belastung!
- die umfassende neuropsychiatrische und somatische (u. U. inkl. genetische) Abklärung
- die Erfassung des psychopathologischen Gesamtbildes, ggfs. operationalisierte Diagnostik
- die funktionale Analyse, d.h. Bedingungs-  
zusammenhänge und adäquate Interpretation
- Beobachtung des Patienten nach Möglichkeit in  
Alltagszusammenhängen

⇒ Enormer Zeitaufwand !!!

# integrative Diagnose - psychiatrische Diagnose



Diagnose nach ICD-10/ DSM-IV

Diagnose von Funktionsstörungen (Epilepsie, Schlafstörungen, Seh-/ Hörstörungen, ...)

genetische Diagnose

Dimensionale Diagnose:

Psychopathologische Syndrome

(Kontaktstörung, atypische Psychose, tiefgreifende Entwicklungsstörung, negativ-destruktives Verhalten, Depression, „Neurose“, antisoziales Verhalten, reaktiver (psychotischer) Zustand, organisches Psychosyndrom, manisch-depressive Störung)  
nach der Skala für entwicklungspsychiatrische Diagnostik

Heilpädagogische Diagnose:

Zusammenhang zwischen der Verhaltensauffälligkeit und den Anlage- und Umgebungsfaktoren

Entwicklungspsychiatrische Diagnose

# psychopathologischer Befund



# AMDP





# AMDP- Fremdbeurteilung



		F
		F
3.		SF
9.		SF
10.	Konzentrationsstörungen	SF
11.	Merkfähigkeitsstörungen	SF
12.	Gedächtnisstörungen	SF
13.	Konfabulationen	F
16.	Verlangsamt	F
17.	Umständlich	F
18.	Eingeschränkt	SF
19.		F
		F
		F
24.		SF
25.	Inkohärenzen/zerfahren	F
26.	Neologismen	F
27.	Misstrauen (Gegenteil von Vertrauen)	SF
35.	Wahneinfall	SF
38.	Wahndynamik	SF
59.	Ratlos	F
61.	Affektarm	F
63.	Deprimiert	SF
65.	Ängstlich	SF
66.	Euphorisch	SF

67.	Dysphorisch	SF
68.	Gereizt	SF
70.	Klagsam/jammrig	F
76.	Parathymie	F
77.	Affektlabil	SF
78.	Affektinkontinent	SF
79.	Affektstarr	F
80.	Antriebsarm	SF
82.		SF
83.		SF
84.		
85.		F
86.	theatralisch	F
87.	mutistisch	F
88.	mogorrhoisch	F
89.-91.	Circadiane Besonderheiten	SF
92.	sozialer Rückzug	SF
93.	soziale Umtriebigkeit	SF
94.	Aggressivität	SF
95.	Suizidalität	SF
96.	Selbstbeschädigung	SF
97.	Mangel an Krankheitsgefühl	SF
98.	Mangel an Krankheitseinsicht	SF
99.	Ablehnung der Behandlung	SF
100.	Pflegebedürftigkeit	SF

# AMDP - Selbstbeurteilung



4.		S
8.		S
14.	Parannesien	S
15.	Gehemmt	S
20.		S
30.		S
33.	Wahnstimmung	S
34.	Wahnwahrnehmung	S
36.	Wahngedanke	S
37.	systematisch	S
39.		S
43.	Verarmung	S
46.	andere Wahninhalte	S

Orientierung

zwangstypische Störungen

inhaltliche Denkstörungen

47.	Illusi	S
50.		S
51.	Körperhalluzinationen	S
52.	Geruchs- und Geschmackshalluzinationen	S
53.	Derealisation	S
54.	Depersonalisation	S
55.		S
58.	Anders	S
60.	Gefühl der Gefühllosigkeit	S
62.	Störung der Vitalgefühle	S
64.	hoffnung	S
67.		S
73.		S
74.	Verarmungsgefuhle	S
75.	ambivalent	S
81.	antriebsgehemmt	S

Wahrnehmungsstörungen

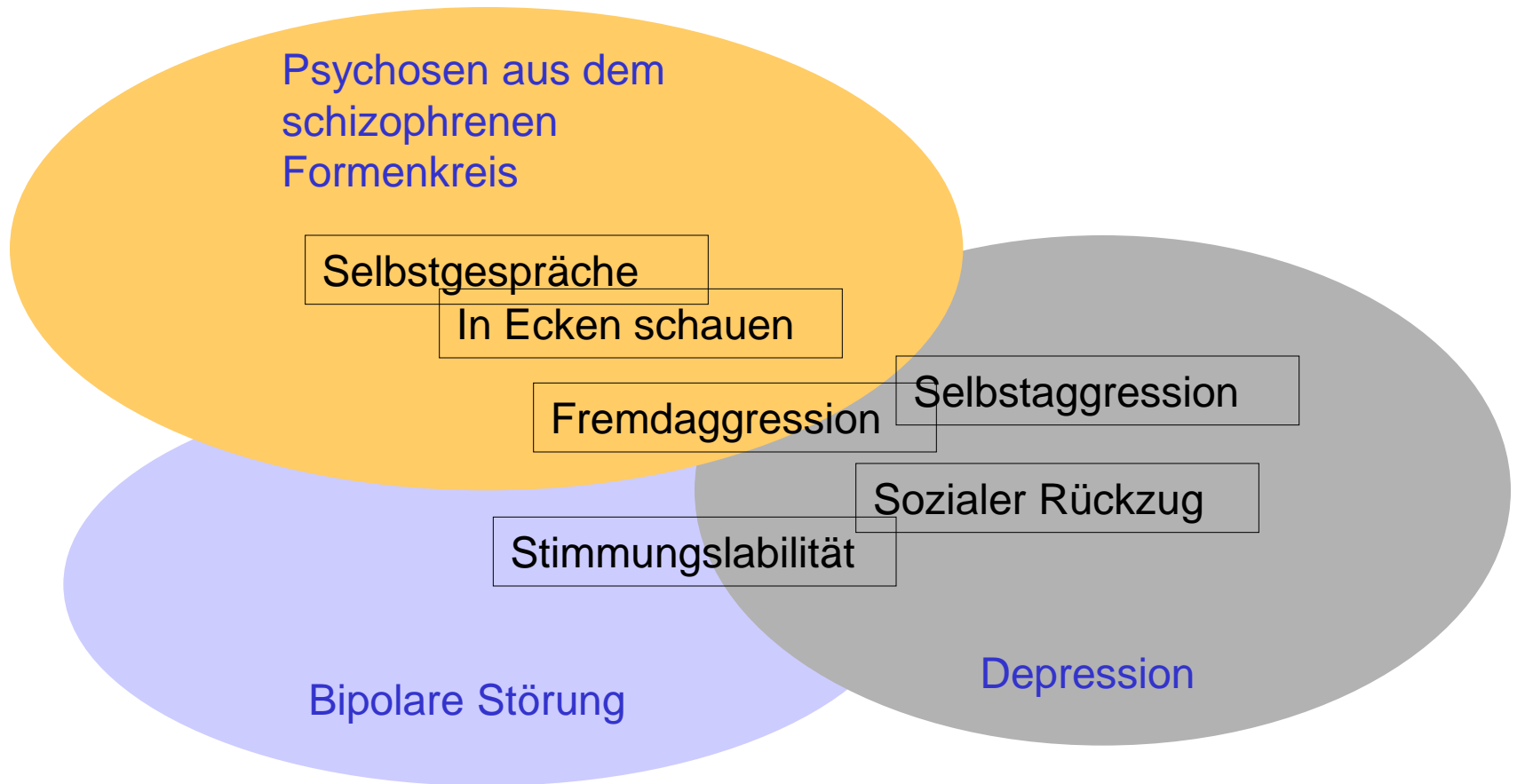
Ich-Störungen

affektiv-depressive Störungen

## Besonderheiten bei der Beurteilung des Psychopathologischen Befunds

- Orientierung, formales Denken gemäß des kognitiven Leistungsniveaus
- Affekte gemäß des kognitiven und emotionalen Niveaus
- Antrieb, Psychomotorik und Körperhaltung unter Beachtung des physiologischen und neurophysiologischen Gegebenheiten
- Aussagen zu „Stimmenhören“ können auch auf üblichen Denkprozess hinweisen

# Beobachtung



# Diagnostische Besonderheiten bei Menschen mit geistiger Behinderung



## Schizophrenie

- Selbstgespräche sind gebräuchlich und können nicht immer als Zeichen für Stimmenhören gewertet werden
- Warnsymptome: deutliche Verhaltensänderung (Aggressions-, Selbstverletzungszunahme, bizarres Verhalten)
- katatone Symptome werden oft als Verhaltensauffälligkeiten gewertet.
- negative Symptome sind schon früh vorhanden und werden als „behinderungsbedingt“ interpretiert.

# Sondergruppe: junge Erwachsene



Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis

- besondere Aufmerksamkeit: hebephrene Schizophrenie

# Diagnostische Besonderheiten bei Menschen mit geistiger Behinderung



## Depression

- wichtiges Kriterium zusätzlich zu depressiver Verstimmung und Interessens-/ Freudverlust: affektive Irritierbarkeit
- zu beobachten:
  - trauriger Gesichtsausdruck, flacher oder fehlender emotionaler Ausdruck, wenig Lächeln, weinerlich wirkend
  - ärgerlich, mürrisch, agitierte Verhaltensweisen (Spucken, Selbstverletzung, zerstörerische Handlungen, Verstärkung von bekannten Verhaltensweisen wie Stereotypen, Ritualen)
  - Rückzug, Aufgabe früherer Interessen, aggressives Verhalten bei Ermunterungen zu Aktivitäten)

# Diagnostische Besonderheiten bei Menschen mit geistiger Behinderung



## Depression:

- Essanfälle, zwanghaftes Essen, Stehlen von Essen
- Essensverweigerung, Werfen von Essen
- unruhiges oder gar aggressives Verhalten um die und in den Essenszeiten herum
- Äußerungen von Wertlosigkeit (kaum bei schwere gB), spricht viel über den Tod oder über Leute, die gestorben sind; häufige körperliche Beschwerden, impulsive Suizidversuche (Springen vor Autos)
- Konzentrationsstörungen in Form von Arbeitsleistungsabfall, körperliche Vernachlässigung, Unruhe/ Aggression bei Arbeitsaufforderung, Fähigkeitenverlust)



## Depression

### Risikofaktoren für die Depressionsentwicklung

- Angst bei Mädchen
- antisoziales Verhalten, soziale Kompetenz- und Aufmerksamkeitsprobleme bei Jungen

Mazza JJ, et al: Identifying Trajectories of Adolescents' Depressive Phenomena: An Examination of Early Risk Factors. *J Youth Adolesc* 2010, 39(6): 579-593

# Diagnostische Besonderheiten bei Menschen mit geistiger Behinderung



## Zwangsstörung

- erschwerte Erueierung von Zwangsgedanken oder Widerstände gegen die Zwangssymptome aufgrund womöglich mangelnder Kommunikationsfertigkeit
- Bewusstsein eigener Gedanken von Entwicklungsstand und Kommunikationsfertigkeit abhängig
- schwere gB: sich wiederholende Handlungen können sich auch in Beharren auf bestimmten Handlungsabfolgen äußern
- statt Angst und Anspannung:
  - positiver Effekt (Ausführung der entspannenden Zwangshandlung)
  - herausfordernde Verhaltensweisen (Verhinderung der Zwangshandlungen durch Dritte)
- zu unterscheiden von Stereotypen

# Diagnostische Besonderheiten bei Menschen mit geistiger Behinderung



PTSD:

Ursachen: Ereignisse katastrophalen Ausmaßes

Der Traumabegriff kann bei MmgB weiter gefasst werden:

- Entwicklungsschritte
- Wohnwechsel
- einvernehmlicher Sexalkontakt

können auch traumatisierend wirken.

# DM-ID



## Schizophrenie:

**Selbstgespräche, die nicht als  
Wahrnehmungsstörung interpretiert  
werden dürfen**

## Depression:

**irritable Stimmung, auch Reizbarkeit  
mit Selbstverletzung, Spucken,  
Schreien, fremdaggressive  
Handlungen**

## Zwang:

**Widerstand ist nicht Bedingung**

# Auf gute Zusammenarbeit!



**Danke für Ihre Aufmerksamkeit!**  
**[s.elstner@keh-berlin.de](mailto:s.elstner@keh-berlin.de)**