

# Schwere Verhaltensstörungen: berufsgruppenübergreifende Ansätze

**Sophie Sommerick**

FÄ für Psychiatrie & Psychotherapie

FÄ für Neurologie

MZEB am KEH

**Klara Döllner**

Gesundheits- und Krankenpflegerin

Pflegeexpertin Psychiatrie

MZEB am KEH

**Behandlungszentrum für seelische Gesundheit  
bei Entwicklungsstörungen am KEH**

Herbsttagung DGMGB 2022



# Allgemeine Aspekte

## Definition Verhaltensstörungen:

Kulturell unangemessenes Verhalten von Intensität, Häufigkeit und Dauer, dass physische Sicherheit der Person oder Anderer ernsthaft gefährdet ist, oder Verhalten, das gravierend die Nutzung von Einrichtungen der Gemeinschaft begrenzt oder dazu führt, dass der Zugang zu diesen verweigert wird



# Allgemeine Aspekte: Prävalenz von Verhaltensstörungen

Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung zeigen sowohl für psychische Störungen als auch für Verhaltensstörungen eine deutlich höhere Prävalenz



# Schwere Verhaltensstörungen

Verhalten hat eine spezifische Funktion (Hanley et al. 2003)



# Schwere Verhaltensstörungen

„Verhalten erfüllt unter den gegebenen Umständen einen nachvollziehbaren Zweck.“

Es wird beispielsweise gezeigt, um einer situativen Überforderung zu entgehen, körperliche Nähe oder Aufmerksamkeit zu erhalten, Beschäftigungs- oder beliebte Gegenstände einzufordern, oder auch auf körperliches Unwohlsein zum Ausdruck zu bringen.“



# Schwere Verhaltensstörungen

Verständnis für die Ursache der Verhaltensstörungen  
bestimmt die Therapieoption

# Vorstellungsgrund



## Entwicklungsstand: Kognitiv und emotional



### 1. Körperliche Krankheit

Schmerzen  
Gastrointestinal  
Motorik  
Epilepsie  
Metabolische  
Erkrankung  
UAW ...



### 2. Psychische Störung

Demenzen  
Abhängigkeit  
Schizophrenien  
Affektive Störungen  
Zwangsstörungen  
Angststörungen  
PTBS  
Persönlichkeitsstörung



### 3. Verhaltens- störung

Umfeldassoziiert  
Entwicklungsassoziiert\*  
Genetisch assoziiert:  
Verhaltensphänotypen

\*Autismus-Spektrum-Störungen,  
emotionale Entwicklungsstörungen,  
Entwicklungstraumastörungen, Bindungsstörungen

# Vorstellungsgrund



## Entwicklungsstand: Kognitiv und emotional



### 1. Körperliche Krankheit

Schmerzen  
Gastrointestinal  
Motorik  
Epilepsie  
Metabolische  
Erkrankung  
UAW ...



### 2. Psychische Störung

Demenzen  
Abhängigkeit  
Schizophrenien  
Affektive Störungen  
Zwangsstörungen  
Angststörungen  
PTBS  
Persönlichkeitsstörung



### 3. Verhaltens- störung

Umfeldassoziiert  
Entwicklungsassoziiert\*  
Genetisch assoziiert:  
Verhaltensphänotypen

\*Autismus-Spektrum-Störungen,  
emotionale Entwicklungsstörungen,  
Entwicklungstraumastörungen, Bindungsstörungen





# Schwere Verhaltensstörungen

Diagnostik der Verhaltensstörung:

## 1. Umfeldassoziiert

- was benötigt der/ die Betroffene für das emotionale Wohlergehen?
- wo sind "Stellschrauben"



# Schwere Verhaltensstörungen

Diagnostik der Verhaltensstörung:

## 2. entwicklungsassoziiert

- ist das sozio-emotionale Entwicklungsalter bekannt?
  - welche besonderen Bedürfnisse bestehen in dieser Entwicklungsphase?
- > Je niedriger der emotionale Entwicklungsstand desto schwerer die gezeigten Problemverhaltensweisen



# Schwere Verhaltensstörungen

Diagnostik der Verhaltensstörung:

## 2. entwicklungsassoziiert

- der emotionale Entwicklungsstand ist für die Schwere der Verhaltensstörung wichtiger als das kognitive Funktionsniveau

(Sappok et al. 2013b, Otsuka et al. 2017)

- Gründe:
  - Einschränkungen der Affektregulation
  - Diskrepanzen zw. Kognitiven und emotionalem Entwicklungsstand

*(Emotionale Entwicklung, Aggressionsregulation und herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Intelligenzminderung*

Böhm, Dziobek, Sappok, 2019, Fortschritte der Neurologie & Psychiatrie, Thieme Verlag)



# Schwere Verhaltensstörungen

Diagnostik der Verhaltensstörung:

## **2. entwicklungsassoziiert**

- liegen tiefgreifende Entwicklungsstörungen z.B. Autismus vor? > weitergehende Diagnostik
- hat der/die Betroffene traumatisierende Bindungserfahrungen?  
(z.B. Hospitalismus?)



# Schwere Verhaltensstörungen

Diagnostik der Verhaltensstörung:

## 3. Genetisch assoziiert?

- liegt ein genetisches Syndrom vor?
- ist schon mal eine genetische Diagnostik erfolgt und wann?
- sind Verhaltensphänotypen zu diesem Syndrom bekannt?

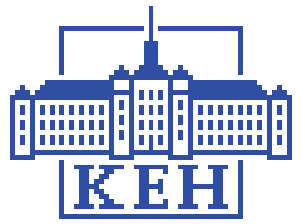


# Verhaltensanalyse

Reflexion der Art, der Intensität und der Häufigkeit des Verhaltens in Bezug auf Auslöser und auf Faktoren oder Situationen, in denen das Verhalten nicht auftritt

Analyse positiver und negativer Verstärker





# Verhaltensbeobachtung

## Beobachtungsbögen

Verhalten		1	2	3	4	5	6	7	Legende
Unruhe	F	0	0	0	2	3	4	2	0= kein
	S	0	0	0	3	4	4	2	1= leicht
	N	-	-	-	-	2	4	-	2= mittel
Anspannung	F	0	0	0	0	1	4	1	3= schwer
	S	0	0	0	0	1	4	0	4= schwerst
	N	-	-	-	-	-	2	-	
Stimmung	F	F	F	F	G	R	R	R	F= fröhlich
	S	F	G	F	G	G	R	G	G= gedrückt
	N	-	-	-	-	G	R	-	R= gereizt





# Verhaltensanalyse

Der diagnostische Prozess dient einem Verstehen  
und auch der **Vermittlung einer verstehenden Grundhaltung**



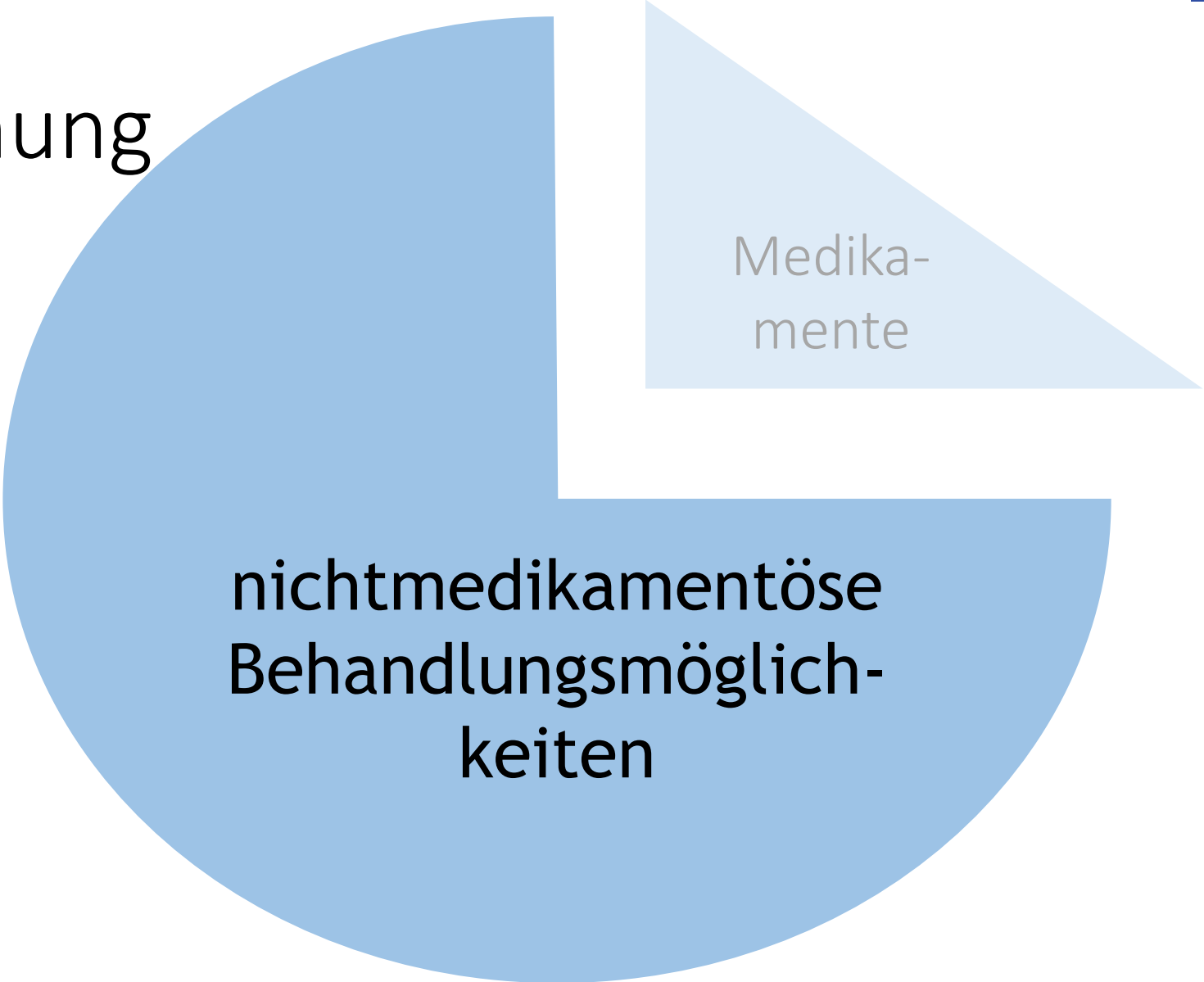
# Therapieplanung

**Medikamentöse  
Behandlungsmöglichkeiten**

**nichtmedikamentöse  
Behandlungsmöglichkeiten**



# Therapieplanung



nichtmedikamentöse  
Behandlungsmöglich-  
keiten

Medika-  
mente



# Therapieplanung

## Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

- am wenigsten erfolgversprechend
- Häufig unkritische Verwendung v.a. bei aggressivem Verhalten
- Oft Off—Label-Einsatz



# Therapieplanung

## Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

Einfeld (1990), Ji und Findling (2016), Schanze (2014):  
**Richtlinien einer rationalen Psychopharmakotherapie**

Berücksichtigung der gründlichen Diagnostik im Vorfeld, des rechtlichen Rahmens, der Möglichkeiten der Aufklärung und Einbeziehung des Patienten, Einbettung der Pharmakotherapie in Gesamtkonzept, genaue Definition und Besonderheiten der Therapieüberwachung



# Therapieplanung

## Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

Einfeld (1990), Ji und Findling (2016), Schanze (2014): Richtlinien einer rationalen Psychopharmakotherapie - Beispiele

„eine Verhaltenskrise sollte nicht zu einem vorschnellen pharmakologischem Handeln verleiten“

„Behandlungsziel bzw. Zielsyndrom muss möglichst genau definiert werden“



# Therapieplanung

## Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

Einfeld (1990), Ji und Findling (2016), Schanze (2014): Richtlinien einer rationalen Psychopharmakotherapie - Beispiele

„Lang verordnete Medikamente nicht zu schnell absetzen. Tagesdosis monatlich um 10-15% reduzieren“

„Eine Verschlechterung der psychischen Symptomatik unter Ein- und Aufdosierung ist typisch“



# Therapieplanung

## Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

- Vorübergehend bis pädagogisches Gesamtkonzept wirksam
- Richtlinien beachten
- Polypharmazie vermeiden!!!

## nichtmedikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

- Pädagogische, heilpädagogische Ansätze
- Psychologische und psychotherapeutische Ansätze
- Fachpflegerische Maßnahmen
- Kreativtherapeutische Interventionen
- ...





# Therapieplanung

## Nichtmedikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

Adaptation an kognitive und emotionale Fähigkeiten

- Einfache Sprache
- Visuelle Aufbereitung
- Kleine Lernschritte, kurze und häufige Therapieeinheiten
- Häufige Wiederholungen
- Spielerisches Vorgehen, praktische Übungen



# Fallbeispiele



Hr. S.

22jähriger junger Mann mit schwerer Störung der Intelligenzentwicklung und frühkindlichem Autismus, lt. Mutter im Rahmen einer perinatalen Hypoxie

Fehlende Sprachentwicklung bei Sprachverständnis für einfache Anweisungen

Kommt aus Lettland, lebt seit 2018 mit den Eltern und der 7J jüngeren gesunden Schwester in Deutschland, seit 2021 in einem Förderbereich und pädagogische ambulante Betreuung durch die Heilpädagogische Ambulanz

Somatische VE: Epilepsie



Hr. S.

Beschäftigt sich gern mit Schnürsenkeln, mag es sich die Hände und das Gesicht mit Wasser zu benetzen, berührt gern Hände des Gegenübers, Kontaktaufnahme zu Anderen ist ausgerichtet an eigenen Bedürfnissen

Er wird schnell unruhig, geht umher, jaktiert im Sitzen und im Stehen, entkleidet sich gern

Hr. S. kritzelt gern an einer Magnettafel

# Hr. S.

Verhaltensstörungen:

Schubsen und Anspannung bei Wunschversagen, Unruhe, ständiges Einfordern von Beschäftigung, Drängen nach Essen, zur Küche ziehen

Lautes Lautieren/Schreien, Türen knallen

Zwanghaftes Verhalten: z.B. Entkleiden, Einfordern von Entkleiden der Mutter in der Wohnung, Leertrinken bzw. Ausgießen sämtlicher Flüssigkeiten im Haushalt, ordnen und sortieren, ritualisierte Abläufe bei der Körperpflege, "aufräumen" (was falsch steht, wird entsorgt) nicht nur der eigenen Dinge





Hr. S.

Verhaltensstörung:

der Pat. wirkt aufgrund seines Körperbaus und seiner Vehemenz bedrohlich und nicht gut zu begrenzen

Intermittierend Schlafstörungen mit erheblicher Unruhe und Zunahme der Verhaltensstörungen



Hr. S.

Einordnung der Verhaltensstörung:

Schwere IM + Autismus + SEED-2

- Ordnungszwänge
- Drängen und Schreien zur raschen Bedürfnisbefriedigung
- Funktionalisierende Kontaktaufnahme

- Bedürfnis nach Bindung / Kontakt

Hr. S.



Therapeutische Interventionen:

Engmaschige Kurzkontakte (Begrüßung)

> irritierte den Pat. zunächst, zog sich zurück

Engmaschige Strukturierung der Beschäftigungsangebote

> zunächst eher zurück gezogen, ins Bett gelegt

Klare und einheitliche Aussage und Geste, wenn Mitarbeiter irgendwohin gezogen wurde : „Tsimá, nicht ziehen“ mit Blickkontakt und wegweisender/verneinender Geste

> keine Nachhaltigkeit, aber das Ziehen konnte im Moment beendet werden





# Hr. S.

Therapeutische Interventionen:

Mit viel Geduld und Wiederholung gelang es manchmal, Dinge, die Hr. S. unbedingt wegwerfen wollte, dem Gegenüber zu reichen

insgesamt zeigten sich in dem Aufenthalt:

- weniger drängendes Verhalten
- Vermehrte soziale Kontaktaufnahme zu Mitarbeitern (nah an das Gesicht kommen und Lächeln, wurde hin und her gespiegelt)



Hr. S.

Langfristige Ziele:

Umzug in eine autismusspezifische Wohneinrichtung mit  
entsprechendem Förderkonzept

Reduktion der Polypharmazie



Hr. S. Medikation:

Präparat	Dosierung
Carbamazepin 400mg	1-0,5-0,5 Stk
Ciatyl Z (Zuclopenthixol) 10mg	2-1-1-0 Stk.
Diazepam 5mg	1-1-1-0 Stk.
Levomepromazin 25mg	0,5-0-1-1 Stk.
Luminal (Phenobarbital) 100mg	0,5-0,5-0,5-0 Stk.
Melatonin 3mg	0-0-0-1 Stk.
Parkopan (Trihexyphenidylhydrochlorid) 2mg	1-1-0-0 Stk.
Promethazin 25mg	0-0-0-2 St.
Bedarfsweise: Levomepromazin 25mg	Bis 2x zusätzl. Bei schwerer Anspannung



Fr. H.

19jährige junge Frau mit schwerer Störung der Intelligenzentwicklung im Rahmen einer Tuberosen Sklerose

Somatische VE: subependymales Riesenzellastrozytom unter Therapie mit Everolimus, fokale Epilepsie, polyzystische Nieren bds., renal bedingte Hypertonie, Hüftdysplasie bds. – mehrfache OP's, Spitzfußstellung bds., Skoliose der BWS, Netzhautveränderungen, Obstipation



Fr. H.

Lebt bei der Mutter zusammen mit der 2 Jahre älteren Schwester und der Nichte

Besucht tgl. einen Förderbereich von 8-15h in einer kleinen Gruppe von insgesamt 4 Klienten und 2 Betreuer



Fr. H.

Verhaltensstörungen:

Bestehen seit dem 10.LJ

Autoaggression: z.B. Schlagen mit dem Hinterkopf gegen Betonwand

Fremdaggression: Kratzen, Kneifen, an Kleidung anderer festklammern

Sehr lautes Lautieren, v.a. bei Anspannung

> führten mehrfach zu Abbruch der Betreuung im Förderbereich



Fr. H.

Bisherige medikamentöse Behandlungsversuche:

Seit vielen Jahren Risperidon 4mg, lt. Mutter kein deutlicher Effekt

Seit 5 Wochen Clobazam gg. Aggressives Verhalten, initial guter Effekt, mittlerweile hat Effekt nachgelassen

In einem stat. Aufenthalt erhielt die Pat. Melperon, mittlerweile 3x 50mg



Fr. H.

Verhaltensanalyse:

Auslöser seien:

- wenn die Pat. etwas nicht möchte
- oder unerwartete Dinge passieren

Hilfreich seien:

- z.B. Snoezeln
- Reizabschirmung





Fr. H.

Einordnung der Verhaltensstörungen:

Schwere IM + SEED 2

> wie könnte ein pädagogisches Gesamtkonzept aussehen?



## Fr. H.

Pädagogisch-therapeutische Beratung des Bezugssystems zu SEED  
Phase 2:

- Fokus auf: Entdeckung des eigenen Körpers und Materialien bei intensiver Bindung auf Bezugspersonen
- Fehlende Objektpermanenz > Blickkontakt zu Bezugsperson muss sicher gestellt werden, Förderung durch „Versteck-Spiele“
- Eigenständige Affektregulation ist nicht zu erwarten, benötigt dafür Unterstützung der Bezugspersonen
- Kurze Sequenzen von 1:1-Kontakten



## Fr. H.

Pädagogisch-therapeutische Beratung des Bezugssystems zu SEED Phase 2:

- Gezielte Förderung im 1:1-Setting: Entdecken von Materialien –Ballrollen, Sand rieseln...
- Auto- und fremdaggressives Verhalten ist Ausdruck von Unsicherheit > Kontakt und Regulation durch Bezugsperson
- Bei hoher Anspannung kann Pat. nicht auf Bindungsangebote reagieren > Reizabschirmung (in ruhiges Zimmer), Angebot von Bedürfnisbefriedigung (z.B. Essen, Getränke, Schmerzregulation...)



Fr. H.

Pädagogisch-therapeutische Beratung des Bezugssystems:

Absprache: Erarbeitung eines angepassten Förderkonzeptes im BFB, Rücksprache mit Pädagogin des MZEB's am KEH und nach 6 Monaten gemeinsame Auswertung angeboten,

Sabine Zepperitz, Dipl.-Pädagogin, BHZ am KEH



Fr. H.

Regelmäßiger Austausch, Abgleich der Erwartungen,  
Supervisionen

Schutz der Betreuenden:

Gehörschutz, Lärmschutzelemente, Auswahl der Räume

Entlastung durch Verteilung der Betreuung auf mehrere Personen

Validierung der erheblichen Leistung der Betreuenden, Angebot  
entlastender Gespräche



Fr. H.

Medikamentös:

1. nach Umsetzung des pädagogischen Konzeptes: schrittweise Reduktion von Risperidon mindestens auf 2mg/d, bei gutem Verlauf weitere Reduktion bis Absetzen erwägen
2. Clobazam nach Rücksprache mit Epileptologie aus psychiatrischer Sicht schrittweise absetzen
3. Melperon mglst. Auf bedarfsweise Dosierungen reduzieren



Fr. S.

55jährige Patientin mit schwerster Störung der Intelligenzentwicklung, SEED 1, Tetraspastik und rezidivierender depressiver Störung

Langjährige Patientin in unserem Haus

Mehrere schwere depressive Phasen mit lautem Weinen, Selbstverletzungen (mit dem Finger in die rechte Wange pieksen, die Wunde offen halten), Appetitminderung bis zu bedrohlichem Gewichtsverlust von 35kg



Fr. S.

Frau S. liebt Sonne, Wärme, die Wintermonate sind immer sehr schwierig für sie, sie liebt es umsorgt zu werden, liebt Nutella

Sie Lebt in einer vollstationären Wohnstätte mit 8 Mitbewohner\*innen





# Fr. S.

## Medikation nach Übernahme aus stationärem Aufenthalt:

Präparat	Dosierung
Carbamazepin 400mg	1-0-1-0 Stk
Pipamperon 40mg	1-1-1-1 Stk.
Diazepam 5mg	1-0-1-0 Stk.
Baclofen 5mg	1-0-1-0 Stk.
Mirtazapin 45mg	0-0-0-1 Stk.
Aripiprazol 5mg	1-0-0-0 Stk.
Ramipril 5mg	1-0-0-0 Stk.
Pantoprazol 40mg	1-0-0-0 Stk.
Promethazin 25mg	1-0-0-2 St.
Bedarfsweise: Promethazin	Bis 2x zusätzl. Bei schwerer Anspannung



Fr. S.

Nach dem Abklingen der depressiven Phase blieben weiterhin bestehen:

Plötzliche Stimmungswechsel mit plötzlichem starkem Weinen

Intermittierende Selbstverletzungen mit offenen Wunden

Anspannungsphasen



Fr. S.

Aber:

- sie genoss wieder die Sonne
- zeigte zunehmend wieder alte Kompetenzen (selbstständig Nahrung mit dem Löffel in den Mund führen)
- nahm an Gewicht zu, sodass die Betreuer die Nutella-Rationen wieder reduzierten, durch die veränderten Proportionen war eine Anpassung des Rollstuhls nötig, Physiotherapie beschwerlicher



Fr. S.

Ziel: Reduktion der Polypharmazie nach der akuten Phase

Problem: Sorge des Betreuungsteams vor Rückfall

Aktuelle Stimmungsschwankungen wurden immer in Bezug zur Erkrankung gebracht



Fr. S.

Fokus: Edukation, Pädagogische Beratung, Erarbeitung SEED-1-spezifischer Interventionen mit den Wohnstättenbetreuern

Verstehende Grundhaltung zu plötzlichen Stimmungswechseln

Ziel: Grundbedürfnisse befriedigen

Problem: man weiß nie, was gerade fehlt



Fr. S.

Ressourcenorientiertes Arbeiten:

Pat. liebt Wärme und Sonne

- > Warme Kuschedecken, Fußbäder, Bäder, Massagen, „Pucken“
- > warm eingepackt mit Rollstuhl auf die Terrasse bei Sonnenstrahlen
- > Tageslichtlampe

Balance zwischen Förderung und Überforderung nach schwerer Depression



Fr. S.

Bei Auftreten vermehrter Selbstverletzungen:

leichte Baumwollhandschuhe

große Pflaster

Reizabschirmung

In Anspannungsphasen:

Wohnbetreuer stellen sich vor sie und sagen laut „was ist los?“

> sie signalisieren damit, ich bin da, ich kümmere mich um Dich,

manchmal zeigt die Patientin auf etwas

aus dem Gruppengeschehen nehmen, Reizreduktion,

Grundbedürfnisse überprüfen



Fr. S.

Seit ca. 3 Jahren keine schweren depressiven Phasen mehr

Stabiles Gewicht

Leichte Zunahme von Kompetenzen





Fr. S.

Präparat	Dosierung
Carbamazepin 400mg	1-0-1-0 Stk
Pipamperon 40mg	<del>1-1-1-1</del> Stk. > 0-0-0-0,5 Stk
<del>Diazepam 5mg</del>	<del>1-0-1-0</del> Stk.
Baclofen 5mg	1-0-1-0 Stk.
Mirtazapin 45mg	0-0-0-1 Stk.
Aripiprazol 5mg	1-0-0-0 Stk.
Ramipril 5mg	1-0-0-0 Stk.
Pantoprazol 40mg	1-0-0-0 Stk.
<del>Promethazin 25mg</del>	<del>1-0-0-2</del> Stk.
Bedarfsweise: <del>Promethazin</del> -Pipamperon	Bis 2x zusätzl. Bei schwerer Anspannung



## Hr. C.

26 jähriger junger Mann mit schwerer Störung der Intelligenzentwicklung, SEED-3, organisch affektiver Störung, Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte

Er ist verbalisierungsfähig, sucht viel Kontakt

Mit ca. 18J Auszug von der Mutter in eine vollstationäre Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe, lebt mit 7 weiteren Bewohnern mit schweren Störungen der Intelligenzentwicklung in einer Wohngemeinschaft



# Hr. C.

Verhaltensstörungen:

Ständiger Wunsch nach Beschäftigung mit dem Betreuungspersonal

Kann sich kaum allein beschäftigen

Wut und Sach- und Fremdaggression v.a. bei Wunschversagen, Kontaktabbruch des Betreuungspersonal, Zuwendung der Betreuer zu Mitbewohnern und „ohne Grund“

Fremdaggression richtet sich v.a. gegen Betreuungspersonal



# Hr. C.

## Medikation

Präparat	Dosierung
Quetiapin ret. 500mg	0-0-0-1 Stk
Valproat 500mg	1-0-0-1 Stk
Levomepromazin 25mg	1-1-1-2 Stk.
Quetiapin unret. 50mg	0-0-0-1 Stk
Bedarfsweise: Tavor 1mg	Bis 2x bei schwerer Anspannung
Bedarfsweise: Levomepromazin 25mg	Bis 2x zusätzl. Bei schwerer Anspannung



# Hr. C.

Verhaltensproblematik basiert auf der Entwicklungsstufe SEED 3 (1,5-3J)

Autonomie-Symbiose-Konflikt

Größte Angst vor Verlust der Autonomie bei weiterhin starker Abhängigkeit von Bezugspersonen

Egozentrisches Weltbild, Theory of mind noch nicht entwickelt, benötigt Unterstützung zur Affektregulation



# Hr. C.

Empfehlungen:

Strukturvorgaben: wer ist heute für Dich zuständig, was machen wir heute, wann...  
Spielerische Herangehensweise bei Anforderungen

Erwünschtes Verhalten loben

Mit einbinden in Abläufe, "als Helfer mitnehmen"

Klare Regeln aufstellen, was geht und was nicht, was passiert, wenn man die Regeln bricht



# Hr. C.

Empfehlungen:

Wenn dysfunktionales Verhalten auftritt:

- Rückmeldung, das geht nicht
- zugewandt bleiben
- Alternativen anbieten
- spielerisch bleiben
- Nachreflexion später nicht sinnvoll, in der Situation direkt rückmelden



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit