

Warum macht er das?

Zugangswege zum Verständnis von Verhaltensstörungen und Behandlungsansätze

Dr. J. Kolb / S. Meir

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Psychiatrischer
Befund

Persönlichkeit /
Entwicklungsstand

Bild
von dem
Menschen

Psychiatrische
Diagnose

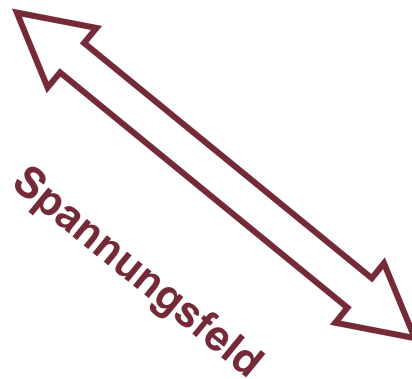
Interaktions-
muster

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Bedürfnisstruktur

Was kann er? Was braucht er?

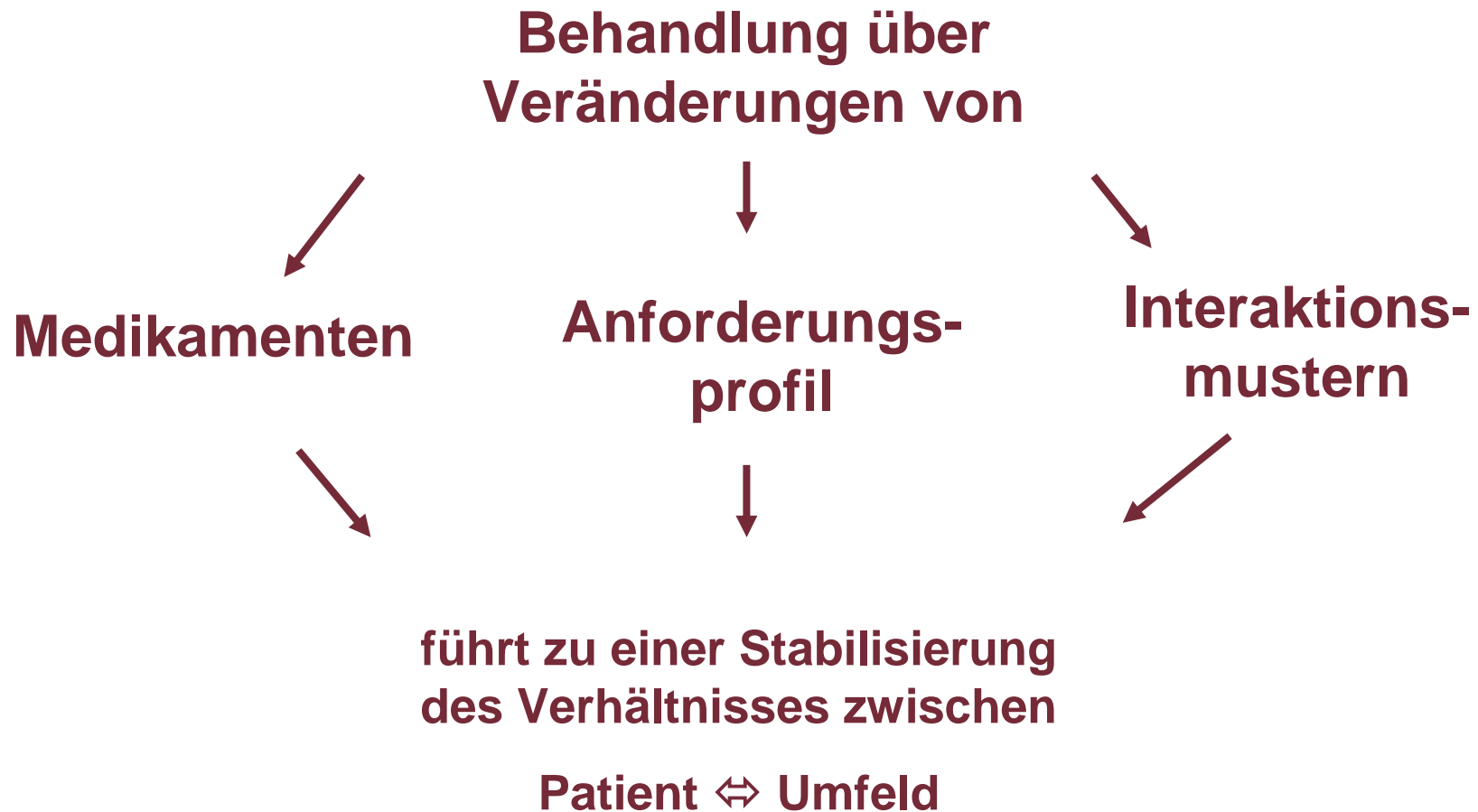


Anforderungsprofil

Was soll er können? Was wird erwartet?

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?



Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Thema:

Wie ein Paradigmenwechsel der Betreuer
einen Bewohner überfordern kann.

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Patient P.

59 Jahre, wohnt seit ca 20 Jahren in der Gruppe

Leichte Intelligenzminderung

Im Bereich der alltäglichen Versorgung selbstständig

Arbeitet in der WfbM

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Entwicklungsstand

Kognitiv:

Kann nur Bezüge zu gegenständlich Erfassbarem aufbauen.
(Stand circa 7 Jahre)

Sozial:

Egozentrische Sichtweise, eigene Bedürfnisse im Mittelpunkt
Mitmenschen werden nur an Hand äußerer Merkmale eingeordnet.
(große Menschen sind wichtig und stark, Stand 5 Jahre)

Moralisch:

Begriffe wie fair und unfair sind unscharf, keine Wertehierarchie, höherwertig ist
das Argument, welches zur eigenen Rechtfertigung besser geeignet ist.
(Stand 3-5 Jahre)

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Persönlichkeit

Geprägt von widersprüchlichen Anteilen:

Ängstlich, unsicher

(empfindlich gegen Zurückweisung und Kritik, geringer Selbstwert)

Impulsiv, erregbar

(in Belastungssituationen schnelle Affektumschläge, schnell unter innerer Anspannung)

Narzisstisch

(stellt sich gerne großartig dar, ist schnell kränkbar)

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Soziale Systeme / Situation auf der Gruppe

Mitarbeiter:

- zuvor 2 Jahrzehnte klare und autoritäre Strukturen,
- jetzt neues, junges Team, welches alte Hierarchie ablehnt.

Mitbewohner:

- Ein lange Zeit dominierender Mitbewohner hat die Gruppe verlassen.
- Unser Patient hatte die Stellvertreterposition innerhalb der Bewohnerhierarchie und rutschte jetzt auf Position 1.

Interaktionsmuster (Frustration des Teams)

Der Patient wird von den Mitarbeitern als dominant erlebt.

Sie setzen auf allen Ebenen einen höheren Entwicklungsstand voraus.

Erwarten Ansätze von Einsicht in die höhere Wertigkeit ihrer pädagogischen Maßnahmen.

Der Patient kann jedoch nur die Rolle Position 1 imitieren, ihm sind keine sozialen oder moralischen Wertungen möglich.

Interaktionsmuster (Frustration des Bewohners)

Bei seiner Rollenimitation auf der Position 1 achtet er:

- auf Einhaltung der bekannten autoritären Strukturen
- sucht Anerkennung und Unterstützung bei den Mitarbeitern.

- Verhält sich subjektiv richtig, wird aber gemaßregelt.
- Versteht die Aufforderungen der Mitarbeiter vertraute Verhaltensmuster zu verlassen nicht („Lass doch das Kommandieren“)

Folge:

- narzisstische Kränkung
- ängstlich - unsichere und impulsiv - erregbare Persönlichkeitsanteile werden aktiviert,
- aggressive Affektlabilität

Behandlung

Überarbeitung Vorstellungen im Team über den Menschen P:

- Persönlichkeit und Entwicklungsstand
- Herausarbeiten des Erwartungshaltung und Projektionen des Teams
- Klärung der Rolle des Herrn P.
- Aufzeigen der Möglichkeiten des Herrn P. im Alltag

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Behandlung

Entlastung des Bewohners:

- Übernahme der Verantwortung durch die Mitarbeiter
- Angebot von Rückzug ohne Gesichtsverlust
- Aufgabenstellung entsprechend dem Entwicklungsstand
- Aufbau neuer Kompetenzen

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Thema:

Beziehungen zwischen
einem Patienten mit Intelligenzminderung,
seinem sozialen Umfeld
und der Entwicklung eines chronifizierten Wahnes.

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Patient H.

Anfang 20, lebt seit 2 Jahren in einer Wohngruppe, vorher bei seiner alkoholkranken Mutter.

Leichte Intelligenzminderung.

Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie in der Vorgeschichte.

Seit längerem niedrig dosierte Behandlung mit Neuroleptika.

Beginnende psycho-soziale Überlastung

Man ist stolz auf den Patienten, da er einer der wenigen ist, dem der Besuch einer WfbM außerhalb der Einrichtung möglich ist.

Ein Bustraining mit selbständiges Anfahren der WfbM ist gescheitert.

Er thematisiert Ängste ins Gefängnis zu kommen, wenn er versage.

Behandlung: Erhöhung der neuroleptischen Medikation

Mehrere alltägliche Situationen bilden das Tor zum Eintritt in die Psychose

Herr H. verliebt sich in eine junge Mitarbeiterin einer anderen Wohngruppe
Will sie heiraten und Kinder mit ihr.

Die junge empathische Frau sagt ihm, sie möge ihn, sei aber nicht in ihn verliebt.

Der Bezugspfleger hat eine Mitarbeiterin einer anderen Wohngruppe geheiratet, diese ist mittlerweile schwanger.

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Ambulante Behandlung

Ziel: Abgleiten in Psychose verhindern

- Normalität im Kontext des Entwicklungsalters
- Parallelität zur Lebenssituation des Bezugsbetreuers.
- Besondere Bedeutung klarer Grenzen.

Stationäre Aufnahme unter dem Vollbild einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie

- Geht nicht mehr in die Werkstatt
- Inszeniert Suizidversuch mit appellativem Charakter.
- Hat das Gefühl die Knochen schrumpfen.
- Er hört kommentierende und beschimpfende Stimmen.
- Er ist sich sicher, dass er die Mitarbeiterin bis zu seinem Lebensende liebt.
- Er steht in magischer Verbindung mit Ihr.

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Persönlichkeit

- Konflikt vermeidend
- Mangelndes Selbstwertgefühl
- Ist abhängig von der Anerkennung durch Stärkere

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Entwicklungsstand

Kognitiv:

Erfassen von einfachen Ordnungsprinzipien.

(Wäscheschrank systematisch einräumen, Stand circa 9-12 Jahre)

Sozial:

Kann Rollen erkennen, zuordnen und übernehmen.

(Mitarbeiter ist Modell für Problemlösung, Stand 9-12 Jahre)

Moralisch:

Externe Werthierarchien werden übernommen.

Normgebung wird Stärkeren überlassen.

(Stand 5-9 Jahre)

Psychodynamische Interpretation

Herr H. ist mit der WfbM überlastet.
Selbstwertsystem ist bedroht.

Folge: Überidentifikation mit dem Bezugspfleger und Aufbau einer nicht mehr realitätskonformen Pseudorolle

Psychiatrische Schlussfolgerung

- Ambivalenz und Wahnstimmung,
- Wahnthema ergibt sich aus der Pseudorolle.

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Bedürfnisstruktur

- Kann alltägliche Notwendigkeiten selbst besorgen.
- Kommt im sozialen System der Wohngruppe gut zurecht.
- Braucht konstante Personenbezüge.
- Braucht klare und gegenständliche Tagesabläufe.
- Kann sich nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln bewegen.
- Ist in WfbM überfordert?

Situation nach Entlassung

- Antriebsminderung und Lustlosigkeit in der Wohngruppe
- Herr H. geht zwar in die WfbM, liegt dort nur auf einer Liege

Ambulante Weiterbehandlung : Medikamente

Antriebssteigernde und wahnhemmende neuroleptische
Behandlung mit:

- Ziprasidon (2x80mg)
- Haloperidol (7,5mg)
(nur vorübergehend bis der Wahn nicht mehr relevant ist)

Ambulante Weiterbehandlung : Interaktion

- Starke Identifikationsfigur
- Professionelle Distanz
- Vermeiden der wahnhaft besetzten Themen
- Akzeptanz ohne gekoppelte Leistung

Ambulante Weiterbehandlung: Anforderung

- Wechsel von WfbM in FuB führt zur Normalisierung von Antrieb und Teilnahme
- Erneute Förderung immer mit Gefahr der Aktivierung der Psychose.

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Ergebnis

- Optimierung der Interaktionsmuster
- Psycho-soziale Entlastung
- Medikation

führen zur Stabilisierung bei chronifiziertem Wahn

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Thema

Die Schwierigkeit einen kognitiven Abbau
bei einem Menschen mit Intelligenzminderung
zu erkennen.

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Herr KH

60 Jahre

Seit 30 Jahren in einem Heim

Offene Wohngruppe

Leichte bis Mittelschwere Intelligenzminderung

Besucht WfbM

Die stationäre Aufnahme erfolgt wegen Unruhe, Aggressivität, Stimmungsschwankungen, Verweigerungsverhalten

Psychiatrischer Befund

Körperlich gesund, wirkt wie Mitte 50

Sprache flüssig mit gutem sprachlichen Ausdruck,
im Antrieb gesteigert,

deutlich distanzgemindert mit Neigung zu mäßigem fremd- und
selbstverletzenden Verhalten

Affekt gereizt labil, Stimmung subdepressiv

Gedankengang sprunghaft, teilweise inkohärent

Im Denken eingeengt auf z.B. „ins Cafe gehen“, „mit Gott in Verbindung
stehen,“

Keine Wahrnehmungsstörungen

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Stat. Aufenthalt

- Er thematisiert immer wieder, wie schön es bei Papa und Mama war.
- Er wolle seinen Geburtstag in Kaffeehaus mit Kaffee und Kuchen feiern, dann sei alles in Ordnung.
- Er stehe mit Gott in Verbindung, der werde es uns schon zeigen.
- Neigt zu manipulativem Selbstverletzungen

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Stat. Aufenthalt

Es entwickelt sich schnell eine Konstellation wie in der Wohngruppe.

Herr KH geht allen auf die Nerven, ist distanzlos, gereizt, aufgedreht, provoziert, ist oft nicht erreichbar.

2 Entlassversuche scheitern.

Medikamentösen Behandlungen führen im wesentlichen zu Nebenwirkungen.

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Persönlichkeit

- Ausgeprägtes Harmoniebedürfnis
- Zieht Selbstwert aus schön erlebten sozialen Situationen
- Lässt sich gerne verwöhnen und versorgen
- Ist gewohnt, dass er im Mittelpunkt steht
- Braucht viel Aufmerksamkeit und Bühne
- Werkstatt hat keinen Wert in seiner derzeitigen Vorstellungswelt
- Seelischer Entwicklungsstand circa 8 Jahre

Überarbeitung des Falles

Nach dritter Aufnahme in 6 Monaten erfolgt noch einmal ein ausführliches Gespräch mit der Heimleitung.

Werkstattfähigkeit?

selbständige Bewältigung basaler alltäglicher Verrichtungen?

Erst jetzt kann der langsam progrediente Abbau als Ursache der Verhaltensstörung gesehen werden.

Die guten sprachlichen Fähigkeiten und das deutlich jüngere Aussehen haben den langsam progredienten Abbau verschleiert.

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Interaktionsmuster

Verbal und nonverbal signalisiert er Verständnis,

Ein Umsetzen in Handlung erfolgt nicht, das provoziert !

Bei Überforderung reagiert er gereizt und provokant, damit lenkt er von Überforderung und Hilflosigkeit ab.

Durch die gereizten Reaktionen im Umfeld, verliert er auf der Verhaltensebene vollends die Orientierung. (Er will ja die Harmonie)

Behandlung: Interaktionsmuster

Hilflosigkeit anstatt Provokation sehen

Stütze bei schwacher situativer Orientierung

Berücksichtigung fluktuierender Fähigkeiten

Vermeiden negativer Verstärkung

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Behandlung: Anforderungsprofil

Paradigmenwechsel „von der Förderung zur Pflege“

Entlastung in allen Bereichen:

- Streichen des Werkstattbesuchs
- Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen
- für den Pat. erkennbare Tagesabläufe
- strukturierte Reizabschirmung

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Behandlung: Medikation

Antidepressiv, Schlaf induzierend

Mirtazapin

Impuls stabilisierend, antipsychotisch

Risperidon 4mg

Sedierend

Chlorprotixen

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Psychiatrischer
Befund

Persönlichkeit /
Entwicklungsstand

Bild
von dem
Menschen

Psychiatrische
Diagnose

Interaktions-
muster

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Psychiatrische Diagnose

Organische Persönlichkeitsstörung mit gereizter Affektlabilität

dementielle Entwicklung unklarer Genese

Psychiatrischer Befund bei Aufnahme

Kontakt stark distanziert, kaum erreichbar
Psychomotorik starr, gebunden, aber unter innerer Anspannung
Antrieb reduziert
Stimmung depressiv, Affekt starr,
Gedanken formal verlangsamt
Gedanken inhaltlich Beziehungswahn

Forum Medizin und Behinderung 2010

Warum macht er das?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit