

GGN 63385

Ruedi Haltiner
Jakob Egli
(Hrsg.)

**Dezentrale Betreuung
von Menschen mit
geistiger Behinderung**
Eine Alternative
zur Anstalt



EDITION SZH
EDITION SPC

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	9
Jakob Egli Von der Symptomlinderung zur Realisation nachhaltiger Lösungen Bericht aus einer Projektarbeit	11
<hr/> Lebenswelt <hr/>	
Andreas Bächtold Probleme der lebensweltlichen Daseinsgestaltung geistigbehinderter Menschen	29
<hr/> Rolle und Aufgabe der Psychiatrie <hr/>	
Hans D. Brenner und Ruth Genner Die neue Rolle der Psychiatrie in der Betreuung Geistigbehinderter	41
<hr/> Wege der Entpsychiatisierung <hr/>	
Marco C.G. Merlo und Trudy Bruçaj-Frey Der "Berner Ansatz": theoretische Aspekte, Erfahrungen und Perspektiven	61

Edeltraud Schlosser Wege der Enthospitalisierung im Land Brandenburg Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung	73
Hannes Meyer Kinder bis in alle Ewigkeit?	85
Anne Gietzen Verbundsystem für geistig mehrfach behinderte Menschen in Bremen Mitte Erfahrungsbericht aus dem Alltag – Fünf Jahre nach der Auflösung der Klinik Kloster Blankenburg	99
Hermann Jahns Die Auflösung der Klinik Blankenburg – fünf Jahre Erfahrungen regionaler Versorgung geistig behinderter Menschen in Bremen	105
Gerhard Schaffner Basel – Stand der Ausgliederung Bisherige Entwicklung, aktueller Stand, gelöste und ungelöste Probleme	117
Ruedi Haltiner Eine Erhebung zur Situation der geistig behinderten Bewohnerinnen und Bewohner in den psychiatrischen Kliniken und den mit diesen assoziierten Wohnheimen der Deutschschweiz	129

Tragfähige Lebensräume

Marianne Schütz Tragfähige Lebensräume für Gehörlose	143
Peter Moser Betreuung ohne Ausgrenzungsmöglichkeit	147
Remi Frei Tragfähige Lebensräume für autistische Menschen	155
Martin Ott Der Bauernhof als Lebensraum	171

Therapie und Beziehung

Harald Haas Anthroposophisch erweiterter psychiatrischer Behandlungsansatz Die Bedeutung der Anthroposophie I.P.V. Troxlers und R. Steiners für die Behandlung geistig behinderter Menschen	177
Wolfgang Tschacher und Harald Haas Zeitreihenanalyse einer anthroposophisch erweiterten psychiatrischen Behandlung bei einer geistig behinderten, schizophrenen Patientin	181
Maria von Saurma Krisenintervention und Krisenprävention	191
Claudia Meier Burgherr Psychotherapie mit Gehörlosen	199
A. Margareta und Richard Motschmann-Burri Autismus überwinden	203
Harald Goll Heilpädagogische Musiktherapie (HMT) mit Menschen, die wir als "besonders schwierig" bezeichnen Zehn Thesen zur anthropologischen, heilpädagogischen und musiktherapeutischen Fundierung eines Förderkonzeptes	209
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	221

Wolfgang Tschacher und Harald Haas
**Zeitreihenanalyse einer anthroposophisch
erweiterten psychiatrischen Behandlung
bei einer geistig behinderten, schizophrenen Patientin**

Fallbeschreibung

Im folgenden wird exemplarisch eine Krankenbehandlung dargestellt, die auf Anfrage des Wohnheimleiters und des zuständigen Oberpflegers seit November 1991 bei einer Bewohnerin des Wohnheims für geistig Behinderte der Psychiatrischen Klinik Münsingen vom Referenten durchgeführt werden konnte. (Ein Kurzauszug der Krankengeschichte findet sich in Abb. 1). Aus den kurzen Angaben ergibt sich sicher schon eindrücklich die Lebensgeschichte einer minderintelligenten, entwicklungsretardierten Patientin, die früh ein sehr aggressives, auffälliges Verhalten zeigte und bereits seit der Jugend in der Psychiatrischen Klinik und später im Wohnheim hospitalisiert wurde, was wir als typische Geschichte eines schwerbehinderten Menschen mit schwierigem Verhalten kennen. Da verschiedenste Behandlungsversuche bis hin zur Elektrokramptherapie keine wesentliche Besserung brachten und die Patientin so aggressiv war, dass u.a. Mitarbeiter wegen ihr gekündigt hatten, wurde Anfang 1991 ein Einzelbetreuer eingestellt, der halbtags nur für sie zur Verfügung stand. Im November kamen zu der neuroleptischen und Carbamazepin-Behandlung die ergänzende anthroposophisch-medikamentöse sowie auch äussere Anwendungen (vor allem Oeleinreibungen) hinzu. Zunächst wurde versucht, die vorbestandene, sehr hohe Medikation eines hochpotenten Neuroleptikums (Dapotum 100 mg täglich per os plus 100 mg Depot 14tägig), innerhalb von 3 Monaten ganz abzusetzen. Darunter entwickelte sich jedoch ein verstärktes aggressives Verhalten, so dass stufenweise wieder auf eine hohe neuroleptische Dosierung zurückgekehrt werden musste. Hierbei ist zu betonen, dass die Patientin seit Jahren unter deutlichen Symptomen einer Schizophrenie leidet, die auch während des Absetzversuchs der Neuroleptika deutlich verstärkt waren. Danach entwickelte sich unter Zusammenwirkung der Psychopharmakabehand-

lung, der anthroposophischen Medikamente sowie nicht zuletzt der intensiven Einzelbetreuung eine deutliche Stabilisierung des Verhaltens, so dass die Patientin heute nicht mehr als die besonders Schwierige und Auffällige in der Gruppe gilt.

Methodik

Bereits Mitte September 1991 wurde damit begonnen, anhand einer Skala zum quantitativen Erfassen der Aggressivität der Patientin (siehe Abb. 2), die durch die Wohnheimmitarbeiter entwickelt wurde, das Verhalten der Patientin täglich mit einem Maximal- bzw. Minimalwert (siehe Abb. 3 und 4) zu erfassen. Dabei wurde die Einteilung überwiegend durch den Einzelbetreuer und bei dessen Abwesenheit aus den Beschreibungen der weiteren Teammitarbeiter und der Kardex-Einträge vorgenommen.

Auf Abb. 5 ist der zeitliche Ablauf der Neuroleptika-Dosierung dargestellt, zusammengerechnet nach standardisierten Chlorpromazin-Aequivalenten von Dapotum und Nozinan bei gleichbleibender Carbamazepin-Behandlung; für die weitere Untersuchung ist dieser Medikationsablauf in die Phasen A - D unterteilt. Des weiteren findet sich die Markierung für den jeweiligen Beginn der medikamentösen Behandlung mit anthroposophisch-homöopathischen Präparaten, wobei 3 - 5 Präparate in verschiedener Zusammensetzung gleichzeitig gegeben wurden.

Die quantitative Untersuchung der "Aggressivitätszeiträume" im Vergleich zur neuroleptischen sowie auch zu den homöopathisch-anthroposophischen Behandlungsabschnitten wurde mit verschiedenen linearen und nichtlinearen statistischen Methoden vorgenommen. Diese werden im folgenden kurz dargestellt, wobei zur Verminderung der Komplexität der Untersuchung auf die genaue zahlenmäßige Darstellung verzichtet wird.

Ergebnisse

Zunächst einmal untersuchten wir, ob die Zeitreihen für die Minimal- und Maximalwerte eine vorhersagbare Struktur nach einem mathematisch-statistischen Modell aufwiesen. Dabei zeigte die Arimaanalyse, d.h. eine lineare Modellie-

rung der Zeitreihe, eine Vorhersagbarkeit der Werte nach einem bestimmten Zeitpunkt aufgrund der vorhergehenden Beurteilungen eine Korrelation, die unter 0,2 (bei Maximalwert 1) lag. Die nichtlineare Vorhersagbarkeit nach dem Forecasting-Modell erbrachte eine Korrelation von ebenfalls nur maximal 0,22 und damit auch eine geringe Vorhersagbarkeit. Aus beiden Untersuchungen ergab sich, dass die Vorhersagbarkeitsgüte für den jeweils nächsten Tag aufgrund beider Modelle sehr gering war. Dies kann man so verstehen, dass es sich um keine sogenannte "dynamische Krankheit" handelt, bei der die Symptome durch ein im Hintergrund ablaufendes Systemgeschehen verstanden werden können, sondern mehr durch äussere Einflüsse bestimmt erscheinen. Im Vergleich zum täglichen Erleben der Patientin war dieses Ergebnis nicht erstaunlich, da man generell den Eindruck hatte, dass Verhaltensänderungen der Patientin nicht vorhersehbar waren. Diese Nichtvorhersagbarkeit ist dem Wesen nach zufälliger, nicht deterministisch-chaotischer Natur.

Bezüglich des Vergleichs der einzelnen anthroposophischen Medikationsabschnitte ergab sich bei der Untersuchung durch Varianzanalysen der Maximal- und Minimalwerte, dass die Zeitabschnitte IV und IX die niedrigsten Werte, d.h. das am wenigsten aggressive Verhalten der Patientin zeigten. Interessant ist dabei, dass in beiden Zeitabschnitten fast die identische Kombination der anthroposophischen Medikation verwendet wurde.

Daraufhin wurde noch mit den Werten des Zeitabschnitts IX ein Mittelwertvergleich mittels t-Tests zu den Zeitabschnitten VI - VIII durchgeführt, die signifikant niedrigere Minimalwerte ($p < 1\%$) für den Zeitabschnitt IX ergaben. Bezüglich der Maximalwerte zeigten sich keine signifikanten Unterschiede der Mittelwerte.

Beim Vergleich der neuroleptischen Medikationsabschnitte durch die Chlorpromazin-Äquivalenzwerte wies in der Varianzanalyse der Abschnitt C die niedrigsten Minimal- und Maximalwerte auf. Literatur zum Hintergrund der statistischen Analysen findet sich bei W. Tschacher (1990), sowie bei W. Tschacher, Ch. Scheier, E. Aebi (in Vorbereitung) zur nichtlinearen Modellierung. Schmitz (1989) führte in die lineare Zeitreihenanalyse ein.

Bezüglich des alltäglichen Umgangs mit der Patientin zeigte sich die Unterscheidung der Tage wichtig, an denen die Patientin nur positives Verhalten zeigte (Ratingskala 1 und 2) sowie Tage, an denen nur negatives Verhalten (Ratingskala 4 und 5) zu beobachten war. In der von Herrn Althaus (Wohnheimleiter PK Münsingen) zusammengestellten Abb. 6 sind diese beiden unterschiedlichen Tagesprofile auf jeweils einen Monat summiert. Dabei zeigt sich ein deutlicher Trend zum Anstieg der "nur positiven Tage" im Laufe jeweils eines Monats im bisherigen Krankheitsverlauf. Vergleicht man diesen Kurvenverlauf mit den Abschnitten der anthroposophischen Medikation, so zeigt sich der Tendenz nach meist nach Medikationswechsel eine Zunahme der positiven

Tage sowie eine Abnahme der negativen Tage, was sich jedoch nach 2 - 3 Monaten wieder aufhebt und sich nach erneutem Medikationswechsel wiederholt.

Diskussion

Fasst man die Ergebnisse der statistischen Untersuchungen zusammen, so sieht man zum einen, dass das Verhalten der Patientin weniger von inneren Rhythmen als von äusseren Umständen, die jedoch schwierig zu erfassen sind, bestimmt erscheint. Auch innerhalb der Abschnitte der anthroposophischen Medikation zeigen sich deutliche Unterschiede, die zum Teil bei gleicher Medikation wieder reproduzierbar sind und so mithelfen, die besten Medikamente für die Patientin auch empirisch aufzufinden. Auffällig ist dabei die Erfahrung, dass nach spätestens 3 Monaten ein Medikamentenwechsel zu vollziehen ist, da ansonsten Einbrüche im generellen Trend der Besserung des Verhaltens zu erkennen sind. Insgesamt zeigen die Zeitreihen eine mehr oder weniger konstante Verbesserung des Verhaltens nach Wiederaufnahme der neuroleptischen Medikation (Abschnitt C), so dass diese doch mittel- oder vielleicht auch langfristig unerlässlich erscheint. Aus den statistischen Ergebnissen kann sicher nicht die Wirksamkeit der anthroposophisch-homöopathischen Medikation erwiesen werden, jedoch ergeben sich starke Hinweise eines diesbezüglichen Einflusses auf das Verhalten der Patientin. Sicherlich ist die Medikation nicht der einzige Faktor, sondern sie wirkt ergänzend zu der intensiven Individualbetreuung mit Supervision des Betreuers sowie auch zu dem zunehmenden besseren Umgang des gesamten Wohnheimteams mit der Patientin. Inzwischen kann die Patientin wieder regelmässig Ateliers auf dem Klinikareal besuchen und auch Ausflüge ins Dorf unternehmen.

Die bisherigen fast zweijährigen Erfahrungen ermutigen zur Erprobung eines Modells einer externen "anthroposophisch-psychiatrischen" Konsiliartätigkeit zur Mitbetreuung von Wohnheimpatienten.

Literatur:

SCHMITZ, B.: Einführung in die Zeitreihenanalyse. Hans Huber, Bern 1989

TSCHACHER, W.: Interaktion in selbstorganisierten Systemen. Asanger, Heidelberg 1990

TSCHACHER, W.: Nichtlinearität in Psychoseverläufen. (Brenner/Böker, IV. Int. Schizophrenie-Symposium Bern), Hans Huber, Bern, in Vorbereitung

Die Autoren bedanken sich bei Herrn Althaus, Wohnheimleiter, Psychiatrische Klinik Münsingen, herzlich für die Zusammenarbeit.

Abb. 1

Krankengeschichte Frau W.B., geb. 1964

Geburtskomplikation mit Fruchtwasseraspiration.

Mit 3 J. Zunehmend häufiges "grundloses" Weinen.

Mit 7 J. Deutlich retardiert, Stereotypien. - Erziehung wurde zur "Dressur", strenger Vater. Eintritt in Sonderschule, Kleider zerreißen, Wutanfälle.

Mit 8 J. Heim für Geistesschwache. Haldol bei Erregungszuständen. Besserung bis zum 12. Lebensjahr, dann sehr unruhig.

Mit 14 J. Zwei "Schlafkuren". Angst vor Feuer, Lärm und Wasser, glaubt, niemand habe sie lieb, Aggressivität im Heim. Klinikeinweisung: ängstlich, gespannt, lächelt "uneinfühlsam", möchte 100jährig sein, zerreißt Kleider, reißt sich Haare aus, zerstört Mobiliar. Rückkehrversuche ins Heim scheitern wegen Erregungszuständen.

Mit 16 J. Phasenweise Ergotherapie.

Mit 17 J. Weiss alle Geburtstage, Heimsuche erfolglos.

Mit 20 J. Intensive Verhaltenstherapie als "Rehabilitationsbeschleunigung", zunächst Besserung, dann Rückverlegung auf Akutabteilung, erneute Besserung mit Verhaltenstherapie.

Mit 22 J. Sterilisation bei Curettage wegen Tumorverdacht, deutliche Halluzinationen, Verdacht auf Pfropfschizophrenie.

Mit 27 J. Starke Autoaggressivität, verschiedene Therapieversuche: Medikamente, EB., Verschlechterung. Beginn der anthroposophischen "Erweiterung" der Therapie.

Abb. 2

Qualitatives Erfassen der Aggressivität

Skala

- | | | |
|---|---|---------------|
| 1 | B. ist über <u>mind die Hälfte der Wachzeit</u> (muss nicht zusammenhängend sein) <u>locker</u> , zufrieden und gut ansprechbar - Aggressivität kaum vorhanden. | Zufrieden |
| 2 | <u>Während mehreren Stunden kamen nur einzelne</u> (tägl. max. 5) <u>kurze Verspannungen vor</u> (Schimpfen, Fluchen, kurzes Schreien oder Poltern). Guter Gesamteindruck, B. ist nicht bedrohlich. | Still |
| 3 | Ueber längeren Zeitraum (- 1 ^h) <u>schlechte Stimmung</u> . Aggressivität ist latent und bricht häufig durch; B. ist heftig und laut. | Fluchen |
| 4 | <u>Ueber mehrere Stunden hinweg</u> ist B. verbal und physisch <u>sehr aggressiv</u> , sowohl gegen Sachen wie auch gegen Personen. | Tätlich |
| 5 | Autoaggressionen:
a) Haare ausreißen
b) Kopf anschlagen (gegen Flächen; "poltern")
c) sich beißen
d) Kopf wundschiagen, aufreiben | Auto
aggr. |

Die Skalenbereiche sind nicht ausschliesslich; Mehrfachbenennungen sind meist nötig = Baukastensystem

Abb. 3

Diagramm der Maximalwerte nach Ratingskala

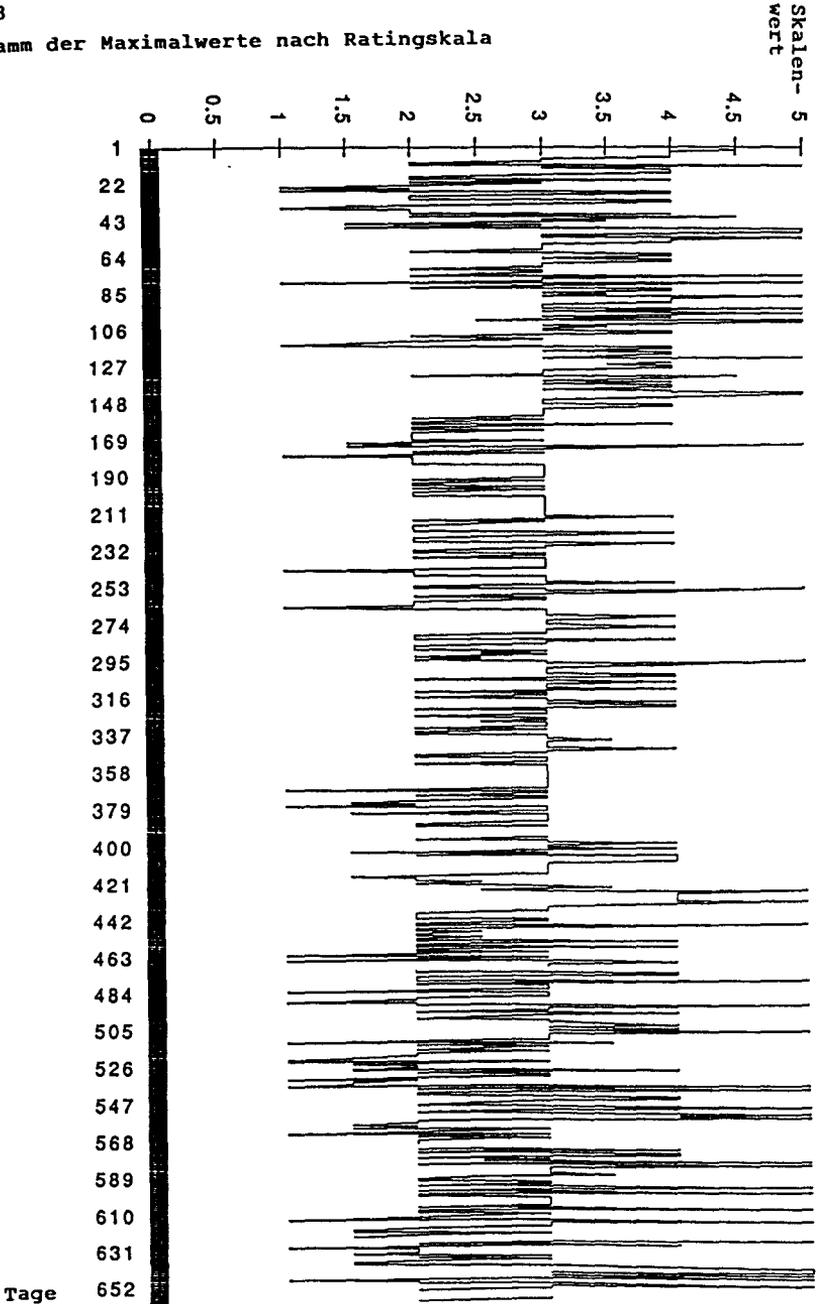
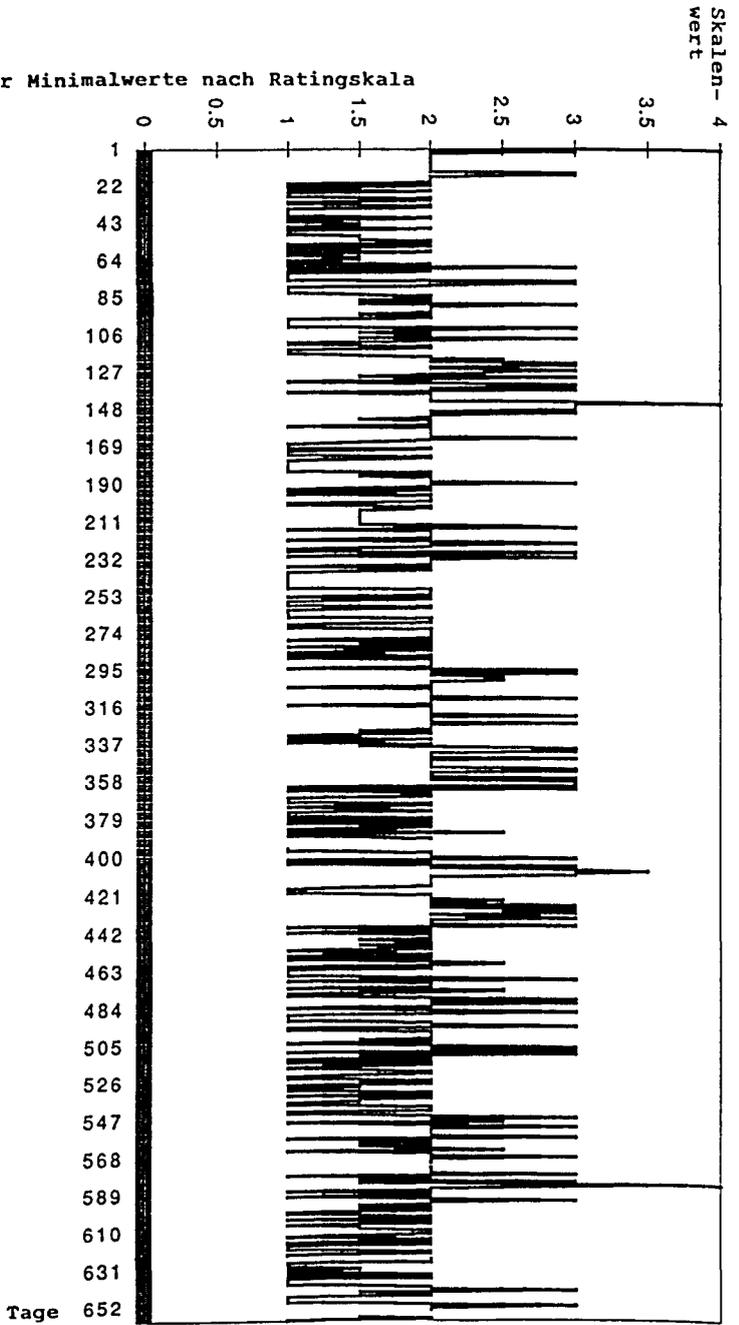
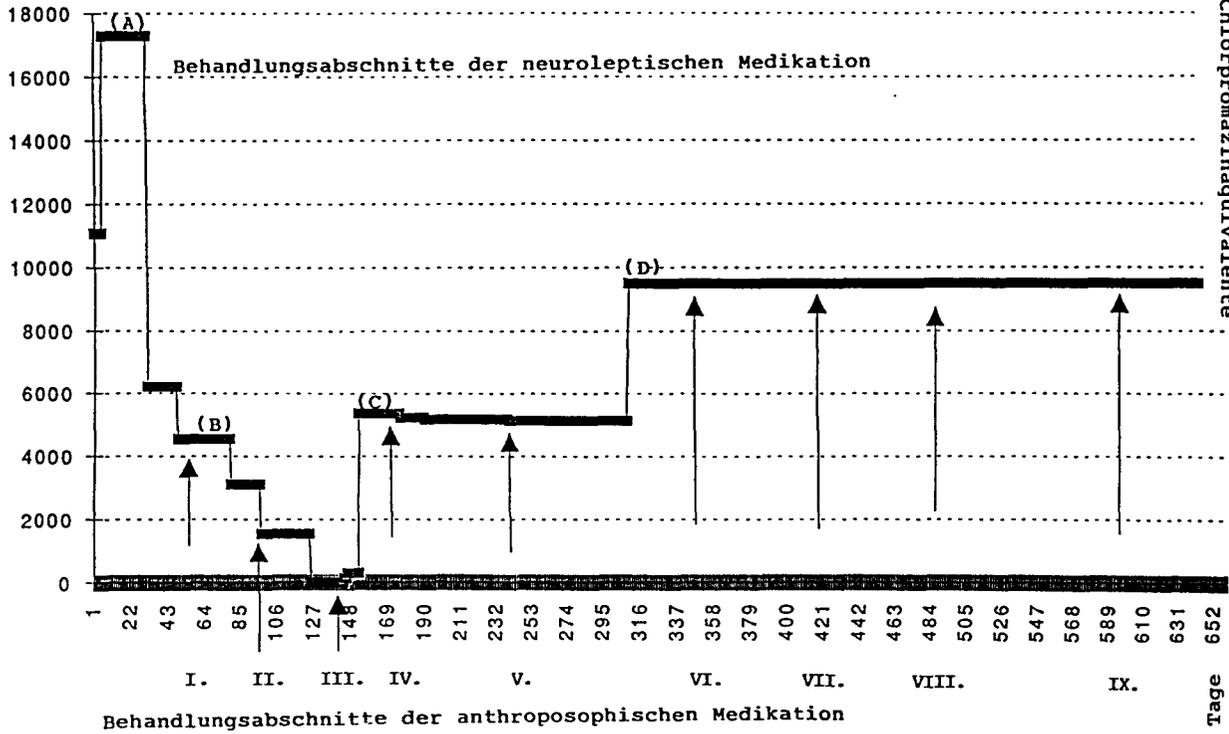


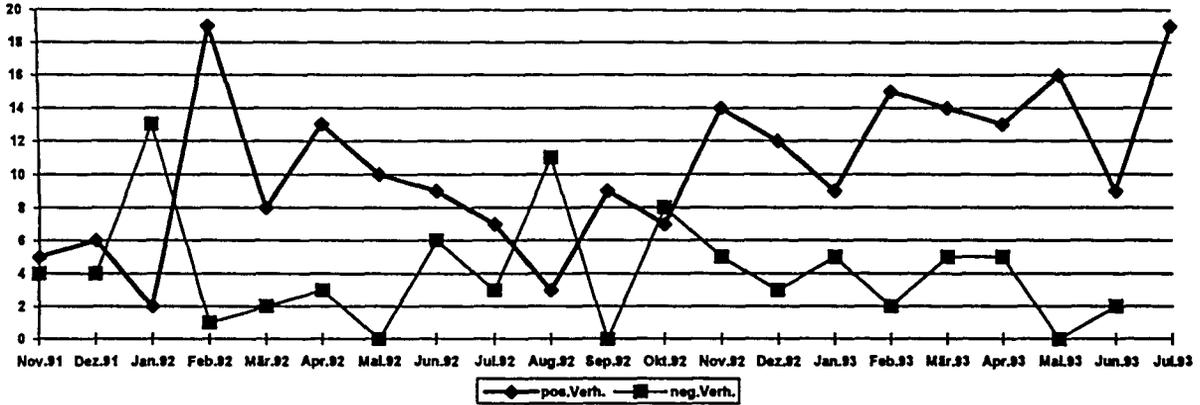
Abb.4

Diagramm der Minimalwerte nach Ratingskala



Chlorpromazinäquiv.

Abb. 5
Summe der Chlorpromazinäquivalente



pos. Verhalten: Häufigkeiten von Tagen mit nur positivem Verhalten (monatsweise ausgezählt)

neg. Verhalten: Häufigkeiten von Tagen mit nur negativem Verhalten

Abb. 6
"positive" und "negative" Tage pro Monat