

13 Psychische Störungen infolge von Intelligenzminderungen

von Martin H. Schmidt

Inhaltsübersicht	
1 Phänomenologie	360
1.1 Formen der Intelligenzminderung	360
1.2 Intelligenzminderungen bei umfassenden Entwicklungsstörungen	361
1.3 Intelligenzminderungen bei Erkrankungen, die typischerweise im Kindesalter beginnen	362
1.4 Intelligenzminderungen bei nicht alterstypischen Störungen	364
2 Epidemiologie und Klassifikation	366
2.1 Ergebnisse der deskriptiven Epidemiologie	366
2.2 Ergebnisse der analytischen Epidemiologie	367
2.3 Klassifikation	368
3 Erklärungsansätze	371
4 Diagnostik	373
4.1 Diagnostik kognitiver Beeinträchtigungen	373
4.2 Relevante somatische Diagnostik	374
4.3 Diagnostik psychiatrischer Störungen	375
5 Verlauf, Behandlung und Prävention psychischer Störungen bei Intelligenzminderungen	376
Zusammenfassung	378
Verständnisfragen	378
Weiterführende Literatur	379
Literatur	379

1 Phänomenologie

1.1 Formen der Intelligenzminderung

Kinder mit *intellektuellen Fähigkeiten im Grenzbereich zwischen niedriger Intelligenz und leichter Intelligenzminderung* sind bis zum Schuleintritt kaum von Kindern mit mittlerer Intelligenz zu unterscheiden. Im Grundschulalter erlernen sie die Umkehrbarkeit bestimmter Operationen verspätet. Erst wenn Beeinträchtigungen des formalen Denkens (im Sinne Piagets) an der Schwelle zur Adoleszenz deutlich werden, läßt sich die Beeinträchtigung aus dem klinischen Bild, das heißt, ohne psychometrische Verfahren erkennen.

Verhaltensbesonderheiten bei *leichter Intelligenzminderung* bestehen in einem verzögerten Spracherwerb, einem verzögerten Lernen von Alltagsroutinen, Abstraktionsschwierigkeiten und einem erschwerten Erwerb der Kulturtechniken; demgemäß bestehen Schulprobleme. Emotionale und soziale Unreife erschweren die Anpassung an gesellschaftliche Rollen in der Adoleszenz.

Bei *mittelgradiger Intelligenzminderung* ist die Entwicklung der passiven wie der aktiven Sprache verlangsamt. Die sozialen Fertigkeiten sind auf einfache beschränkt. Motorische Fertigkeiten, Blasen- und Mastdarmkontrolle sowie Fertigkeiten der Selbstversorgung werden verzögert erlernt. Nur ein Teil der Betroffenen erwirbt die Kulturtechniken. Die Beeinträchtigungen begrenzen später eine unabhängige Lebensweise dieser Gruppe.

Schwere Intelligenzminderungen weisen beschränkte Lernmöglichkeiten auf. Die Sprachentwicklung ist aktiv wie passiv auf basale Kommunikationsfunktionen beschränkt, sie wird teilweise durch Handzeichen kompensiert. Begleitende motorische Schwächen sind bei diesem Ausprägungsgrad oft nicht mehr Folge der Entwicklungsverzögerung, sondern sie resultieren aus Beeinträchtigungen des Zentralnervensystems. Der begrenzte Erwerb von Möglichkeiten der Selbstversorgung macht lebenslange Hilfen erforderlich.

Die von *schwerster Intelligenzminderung* Betroffenen weisen keine Sprachentwicklung auf. Ohne das Verstehen von Aufforderungen oder Anweisungen sind ihre Lernmöglichkeiten auf Imitation und Lernen durch Versuch und Irrtum beschränkt. Nicht nur die nonverbale Kommunikation ist begrenzt, auch die motorischen Fertigkeiten einschließlich der Blasen- und Mastdarmkontrolle. Demgemäß sind Hilfe und Überwachung ständig notwendig.

Unter *Demenz* wird eine erworbene, auf organischer Hirnschädigung beruhende Geistesschwäche verstanden. Demenz ist nur nach einer gewissen Zeit unauffälliger Entwicklung zu diagnostizieren (wie z. B. beim

Heller-Syndrom, Russow, Penny, Kolodny & Gillberg, 1996). Am Anfang ist die Anamnese ein hilfreicherer Instrument als die unmittelbare Beobachtung. Demenzprozesse beginnen – jener Entwicklungsstand – mit Einbußen beim kritischen Urteilen und der sprachlichen Darstellung komplizierter Beziehungen sowie einem Verlust von Planungsfähigkeiten. Es folgen Einschränkungen des schlußfolgernden Denkens beziehungsweise der Abstraktionsfähigkeit und des Sprachverständnisses; die Wahrnehmungsgeschwindigkeit sinkt, das Behalten wird reduziert. Dysphasien (zentral bedingte Sprachausdrucksstörungen) und Dyspraxien (zentral bedingte Unfähigkeit, sinnvolle Bewegungen auszuführen) leiten über zu Einschränkungen der Motorik und erhöhter cerebraler Erregbarkeit. Damit sind nicht nur die Fähigkeiten zum schulischen Lernen und zur Alltagsbewältigung beeinträchtigt, sondern auch Fertigkeiten der Selbstversorgung.

Einige genetisch bedingte Intelligenzminderungen verlaufen nach dem Muster dementieller Prozesse, weil sie bis zur Geburt durch den mütterlichen Stoffwechsel kompensiert werden. So besteht etwa bei der Phenylketonurie ein zunehmender Verlust früher kognitiver Fähigkeit mit der erst nach der Geburt einsetzenden stoffwechselbedingten Hirnschädigung. Für die Phänomenologie bei der Geburt vorhandener Beeinträchtigungen die Intelligenzminderungen nach sich ziehen, spielen Entstehungszeitpunkt (Früh- oder Spätschwangerschaft beziehungsweise Geburts- oder Neugeborenenphase) und Entstehungsmechanismen (erblich oder erworben) nur eine begrenzte Rolle, eben weil die Entwicklung insgesamt betroffen ist.

Posttraumatische Intelligenzminderungen, die im weiteren Entwicklungsalter erworben werden, aber nicht fortschreitend sind, gehen häufig mit hirnanorganischen Psychosyndromen einher. Beeinträchtigte Konzentration, erhöhte Reizbarkeit, vermindertes Gedächtnis und Leistungstempo werden von körperlichen Symptomen wie Kopfschmerzen, Schwindel und Schlafstörungen begleitet. Die Empfindlichkeit für affektive Einflüsse steigt. Die Verluste an intellektuellen Fähigkeiten sind natürlich um so höher, je früher das Trauma eintritt. Die weitere Intelligenzentwicklung hängt auch vom Ausmaß der Schädigung ab.

Andere *Hirnerkrankungen* führen zu leichteren Intelligenzminderungen in Kombination mit der sogenannten organischen Persönlichkeitsstörung, bei der mangelnde Ausdauer, Belastbarkeit, verminderte Frustrationstoleranz, emotionale Labilität und schlechte Impulskontrolle – auch zu Lasten der Umwelt – im Vordergrund stehen. Logorrhoe (vermehrtes Sprechbedürfnis) wird von unscharfen Formulierungen und wenig flexiblen Denken sowie thematischer Fixierung begleitet.

1.2 Intelligenzminderungen bei umfassenden Entwicklungsstörungen

Die Kombination von Intelligenzminderung mit autistischen Syndromen ist häufig, sie liegt bei 70 % der autistischen Menschen vor. Das Vollbild des *frühkindlichen Autismus* (sogenannter Kanner'scher Autismus) wird vor dem 30. Lebensmonat entwickelt, betrifft bei einer Gesamthäufigkeit von 5:10.000 Jungen häufiger als Mädchen. Vordergrundssymptome sind die Unfähigkeit, wechselseitige soziale Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten (vorzugsweise bedingt durch den kaum möglichen Wechsel der sozialen Perspektive) und sprachliche und nicht-sprachliche Kommunikation herbeizuführen, sowie ein eingegrenzt Spektrum an Verhaltensweisen und Interessen. Damit stehen eine Häufung von (nicht nur motorischen) Verhaltensstereotypen und zwanghaftes Haften an bestimmten Reaktionen und Umfeldern im Zusammenhang. Symptomatisch im frühen Kindesalter sind oft der fehlende oder verkürzte Blickkontakt, fehlendes Lächeln, Fehlen der körperlichen Kontaktbereitschaft (Kind streckt die Arme nicht aus, wenn es aus dem Bett aufgehoben werden soll) und das Fehlen gemeinsamer Aktionen (autistische Kinder weisen nicht auf Dinge hin, die ein anderer sehen soll oder folgen mit ihren Blicken nicht dessen ausgestrecktem Arm). Zur Differentialdiagnose tragen bei: qualitative Besonderheiten der immer – entsprechend der Intelligenzminderung – verzögerten Sprachentwicklung (vor allem die pronomiale Umkehr, bei der die Anrede „du“ statt „ich“ verwendet wird), Wortneuschöpfungen, Echolalien (Nachsprechen gehörter Wörter ohne Rücksicht auf deren Inhalt) und bizarre Haltungen. Die Sprachmelodie wird nicht durch Heben und Senken der Stimme verändert, und das Sprechen ist kaum von Gesten begleitet. Häufig fällt ein spezifisches Interesse für Teilaspekte von Objekten (deren Geruch oder Oberfläche) auf. Andere Merkmale, die nicht zur Differenzierung gegenüber Intelligenzminderungen dienen können, sind hier nicht aufgeführt. Zu den Bewegungsstereotypen (s. u.) gehören auch solche mit Selbstverletzungen.

Atypisch werden Autismusformen genannt, die entweder nach dem 30. Lebensmonat beginnen und/oder bei denen eines oder zwei der drei diagnostischen Kriterien fehlen. Diese Formen werden besonders bei durch organische Erkrankungen bedingte autistische Syndrome gesehen. Von ihnen zu unterscheiden sind autistische Züge bei intelligenzgeminderten Kindern. Am häufigsten ist darunter das Symptom des stereotypen und repetitiven Verhaltens mit eingeschränktem Interessenspektrum. Natürlich ist diese Symptomatik eher mit einem kognitiven Entwicklungsstand verbunden, der weniger Verhaltensvarianten zulässt.

Das praktisch nur bei Mädchen beschriebene *Rett-Syndrom* entspricht bezüglich der Intelligenzminderung einem Demenzprozeß; in der Regel um die Mitte des

ersten Lebensjahres (aber auch früher beginnend oder erst gegen Ende des zweiten Lebensjahres) gehen die bisher erworbenen Fertigkeiten im Gebrauch der Hände und der sprachlichen Kommunikation zunehmend zurück. Zielgerichtete Handlungen werden durch stereotype, windende Handbewegungen ersetzt. Ein Interesse an der Kommunikation besteht in den ersten Jahren des Krankheitsverlaufes noch, reduziert sich aber mit dem Verlust der intellektuellen Fähigkeiten. Selbstverständlich täuscht der Sprachverlust, zumal bei frühem Beginn, leicht eine verzögerte Sprachentwicklung vor. Oft bestehen Episoden von Hyperventilation und Eßstörungen, der Gebrauch der Mundorgane wird verlernt. Blasen- und Mastdarmkontrolle werden in der Regel nicht erworben. Die Sozialentwicklung ist gehemmt und ähnelt im Kommunikationsmuster autistischen Verhaltensweisen. Komplexe stereotype Bewegungen sind ebenso selten wie Selbstbeschädigungen und dienen zur differentialdiagnostischen Abgrenzung gegenüber dem Autismus.

Das Asperger-Syndrom kommt bei intelligenzgeminderten Kindern nicht häufiger vor, als es der Zufallsverteilung der Intelligenz entspricht. Eine entsprechende Verdachtsdiagnose ist demgemäß stets sorgfältig zu prüfen, zumal das Krankheitsbild bei normaler Intelligenz deutlich häufiger ist als der Kanner'sche Autismus (sicher 1:1000, nach Ehlers & Gillberg, 1993, sogar bis zu 2:1000). Zur Abgrenzung des Kanner-Syndroms bei älteren Kindern gegen das Asperger-Syndrom (vgl. Kusch & Petermann in diesem Buch).

Bei Störungen mit hyperkinetischem Verhalten bestehen zwei Varianten: Das klassische hyperkinetische Syndrom beginnt vor dem Ende des sechsten Lebensjahres. Seine Leitsymptome sind Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und eine schlecht modulierte, überschießende Aktivität, auch im Bereich der Motorik. Diese Symptome treten nicht nur situationsabhängig auf (Details der Störung vgl. Döpfner in diesem Buch) und dürfen nicht in einem Mißverhältnis zu Alter und Intelligenzniveau des betroffenen Kindes stehen, denn eingeschränkte kognitive Fähigkeiten begünstigen mangelnde Ausdauer in der Beschäftigung mit irgendwelchen Objekten oder Aufgaben. Daneben können Distanzstörungen, auffallende Angstlosigkeit, verschiedene spezifische Lernstörungen und Symptome von Störungen des Sozialverhaltens bestehen. Die Störung tritt nie akut auf und ist praktisch nicht vor dem vierten Lebensjahr erkennbar; in dieser Frühzeit sind differentialdiagnostische Erwägungen besonders wichtig. Hyperkinetisches Verhalten mit Intelligenzminderungen kommt gehäuft bei Alkoholembyopathien vor. Bei einer Alkoholembyopathie handelt es sich um eine durch Alkoholmißbrauch während der Schwangerschaft beim Kind hervorgerufene Störung.

Von dem bisher berichteten ist die Kombination eines *hyperkinetischen Verhaltens mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypen* zu unterscheiden, die vor-

zugsweise bei wenigstens mittelgradiger Intelligenzminderung, also einem IQ von weniger als 50, auftritt. Die motorische Unruhe solcher Kinder ist häufig dranghaft ausgeprägt (Erethie) und hat geringe, nicht wechselnde Ziele. Häufig bestehen hohe Ablenkbarkeit und geringe Ausdauer. Anfallsleiden vor der Pubertät häufen sich bei diesen Kindern. Für den Verlauf dieser Störung ist typisch, daß die Hyperaktivität mit Eintritt der Adoleszenz häufig in verminderte Aktivität umschlägt. Behandlung mit Stimulanzien ist in der Regel nicht möglich, wohl aber mit bestimmten Neuroleptika; eine Aufmerksamkeitsstörung zählt nicht zu den die Diagnose bestimmenden Merkmalen. Das Syndrom ist häufig von anderen Entwicklungsstörungen begleitet, Klarheit über einen Zusammenhang mit hirnorganischen Beeinträchtigungen besteht nicht.

Ausgeprägte *Entwicklungsstörungen der rezeptiven Sprache* sind sowohl gegenüber der Intelligenzminderung als auch gegenüber autistischen Syndromen schwierig abgrenzbar. Umschriebene Entwicklungsstörungen sollen wegen der besseren Differenzierbarkeit nur bei intellektuellen Fähigkeiten, die wenigstens oberhalb des Prozentrangs 3 der gesamten Intelligenzverteilung liegen, diagnostiziert werden. Ausgenommen von dieser Regel sind die sprachlichen Entwicklungsstörungen. Diese Ausnahme beruht darauf, daß das Ausmaß der Sprachentwicklungsverzögerung beziehungsweise Sprachbehinderung auch bei niedrigen Intelligenzgraden noch gut differenzierbar ist. Ausgenommen sind die schwersten Intelligenzminderungen, bei denen eine Sprachentwicklung praktisch nicht möglich ist. Bis zu einem IQ von 35 ist sprachliche Kommunikation in der Regel jedoch gegeben, auch wenn sie sich nur auf das Mitteilen basaler Bedürfnisse beziehungsweise das Verstehen basaler Informationen bezieht. Die rezeptive Sprachstörung bereitet besondere differentialdiagnostische Probleme, weil bei ihr die expressive Sprache praktisch immer beeinträchtigt ist und Störungen der Wort- beziehungsweise Lautproduktion häufig sind. Betroffene Kinder reagieren nicht auf vertraute Bezeichnungen oder Namen, selbst wenn sie das Entwicklungsniveau eines Einjährigen erreicht haben. Auf einem Entwicklungsniveau entsprechend einem Kind von 18 Monaten können sie häufig vorkommende Gegenstände nicht bezeichnen und auf einem Entwicklungsniveau entsprechend einem Kind von ca. zwei Jahren können sie einfachen, aber häufigen Instruktionen nicht folgen. Später ist das Verständnis grammatikalischer Strukturen eingeschränkt. Die Symptomatik kommt unabhängig vom Kanner'schen Autismus vor, mit dem sie leicht verwechselt werden

kann, und wird aufgrund der erhaltenen nichtsprachlichen Kommunikation von dieser Störung abgegrenzt. Die Rate begleitender emotionaler und anderer Verhaltensauffälligkeiten ist hoch und die soziale Entwicklung wird durch die Störung verzögert.

n können auftreten, während die Kinder Als-Ob-Spiele beherrschen, elterlichen Zuspruch in Anspruch nehmen und Gestik und Mimik überwiegend richtig gebrauchen.

Kasten 1: Intelligenzminderung bei umfassenden Entwicklungsstörungen.

Syndrom	gehäuft gemeinsames Vorkommen	differentialdiagnostisch bedeutsam
Frühkindlicher Autismus	+	+
Atypischer Autismus	+	+
Rett-Syndrom	+ (Demenz)	
Hyperkinetisches Verhalten mit Bewegungsstereotypien	+	
Rezeptive Sprachstörungen		+

1.3 Intelligenzminderungen bei Erkrankungen, die typischerweise im Kindesalter beginnen

Störungen, deren Qualität oder Quantität durch die Intelligenzminderung nicht verändert wird, werden hier nicht behandelt (z. B. Ticstörungen, spezifische Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten), ebenfalls nicht-neurologische Störungen. Unter den motorischen Phänomenen finden sich vorzugsweise Bewegungsstereotypien. Sie bestehen in gleichförmigen repetitiven, oft rhythmischen Bewegungen, die willkürlich in Gang gesetzt werden und keine Funktion haben. Sie sind von unterschiedlicher Komplexität und können mit Selbstbeschädigung einhergehen, was bei intelligenzgeminderten Kindern häufiger ist als bei anderen, bei denen die Häufigkeit nach dem frühen Schulalter deutlich abfällt. Eine erhöhte Prävalenz wird mit verminderter Stimulation, aber auch mit geringer Schmerzempfindlichkeit (bei Selbstverletzung) und mit unerkannten Mittelohrentzündungen in Zusammenhang gebracht. Bei Kindern in Institutionen sind Stereotypien häufiger, da sie willkürlich in Gang gesetzt werden können, verstärken sie sich oft selbst. Zu den Symptomen zählen seitliches Hin- und Herwerfen des Kopfes, Stoßen des Kopfes gegen Bett oder Wand, Auf- und Abbewegen des Rumpfes im Knien, Drehen von Haaren zwischen den Fingern, Ausreißen von Kopfharen oder Wimpern, Schlagen ins eigene Gesicht, Faustschläge gegen den Kopf, Beißen in Hände und Arme, Augenbohren, auch Finger- und Nägelabbeißen oder -abreißen gehören zu den Bewegungsstereotypien. Bei freudiger Erregung ist eine Kombination von Hüpfen auf der Stelle und Wedeln mit den

Händen beziehungsweise Schnipsen mit den Fingern häufiger. Die Abgrenzung gegen Tic-Erkrankungen gelingt leicht; letztere betreffen gewöhnlich eine ganze Muskelgruppe und werden nicht willkürlich herbeigeführt, sind auch nicht rhythmisch. Manchmal ist die Abgrenzung gegen Zwangssymptome notwendig, die gerade bei jüngeren intelligenzgeminderten Kindern keinen Krankheitswert haben, sondern als Wiederholungszwänge der Sicherung und der Affektbewältigung dienen (vgl. Döpfner in diesem Buch).

Der verzögerte Erwerb der zum Essen notwendigen Fertigkeiten bedingt bei intelligenzgeminderten Kindern häufig längeres Füttern. Damit rücken störende Interaktionsprozesse zwischen Kind und Umwelt in den Vordergrund, die sich durch Nahrungsverweigerung oder extrem wählerisches Essen als Ausdruck für oppositionelles Verhalten eignen. Dies um so mehr, je geringer die Flexibilität und je höher die Erwartungshaltung der Umwelt ist. Die Verweigerung kann sich auch auf feste Nahrung beziehen. Die Störung kann völlig einseitig durch gestörte Erwachsenen-Kind-Interaktionen ausgelöst sein und läßt sich eher als *Fütterstörung*, denn als *Eßstörung* bezeichnen. Das willkürliche Wiederheraufwürgen von bereits geschluckter Nahrung und anschließende erneute Kauen und Schlucken wird als *Rumination* bezeichnet und gilt unter anderem als Ausdruck depriverender Bedingungen, steht also den Stereotypen nahe. Das häufigere Auftreten von *Pica* (Essen nicht-essbarer Substanzen) hängt mit den kognitiven Beeinträchtigungen zusammen, kann aber gleichzeitig Ausdruck einer Deprivation sein, kommt also auch gemeinsam mit Bewegungstereotypen vor. Zu den Fütterstörungen im engeren Sinne gehört das Erbrechen im Schwall nach dem Füttern oder auch nach hastigem Essen sehr begehrter Speisen.

Einkoten und Einnässen sind als definierte Störungen an ein Entwicklungsalter von mindestens vier Jahren gebunden. Einkoten und Einnässen können also beim sechsjährigen geistig Behinderten durchaus noch physiologisch sein. Beide Störungen sind bei intelligenzgeminderten Kindern häufiger Ausdruck von Lernproblemen, selten von intrapsychischen Konflikten. Primäre Störungen sind also häufig, das heißt Darm- und Blasenkontrolle wurden in der Regel noch nie erreicht. Zur Symptomatik der Enkopresis gehören das Absetzen von Stuhl an dafür nicht vorgesehenen Orten, das sich bei geringen Mengen als Einsmieren äußert (abzugrenzen gegen unzureichende Reinigung nach dem Stuhlgang). Je geringer die intellektuellen Fähigkeiten, um so häufiger ist die Kombination mit Enuresis, um so häufiger auch das Kotsmieren an Körper oder Wände. Der unwillkürliche Urinabgang bei der Enuresis erfolgt bei Intelligenzminderung zwar immer noch häufiger nachts als tagsüber, jedoch ist die Häufigkeit des Tageseinnässens erhöht; ebenfalls gehäuft kommt die Kombination von Enuresis nocturna und diurna vor. Bei manchen Syndromen, die mit Intelligenzminderung einhergehen, ist die Differentialdiagnose gegen

die Inkontinenz, aber auch gegen neurogene Blasenstörungen wichtig. Außerdem kann nächtliches Einnässen Ausdruck nächtlicher Krampfanfälle sein (vgl. Petermann & Petermann in diesem Buch).

Trennungsängste als Symptom mangelnder Autonomie sind entsprechend der psychischen Entwicklung bei intelligenzgeminderten Kindern häufiger als bei anderen. Sehr enge Bindungen an Hauptbezugspersonen werden durch den erhöhten Schutz- und Aufsichtsbedarf verstärkt. Die Symptomatik besteht in der Angst vor Trennung von der Bezugsperson, also auch der Verweigerung, an anderen Orten zu bleiben, in fremden Wohnungen zu schlafen, trotz vorhandener kognitiver Voraussetzungen nicht allein daheim bleiben zu wollen und massiven Befürchtungen vor bevorstehenden Trennungen. Als körperliche Begleitsymptome kommen wie bei gesunden Kindern Übelkeit, Brechreiz oder Kopf- und Bauchschmerzen vor. Neben der für Intelligenzgeminderte spezifischen Pathogenese spielen natürlich auch hier erkennbar bedrohliche Zustände bei beziehungsweise zwischen den Hauptbezugspersonen (Alkoholmißbrauch, ernste Krankheiten, Tötlichkeiten) eine zusätzliche Rolle.

Die Tatsache, daß *spezifische Phobien* bei intelligenzschwachen Kindern häufiger sind, ergibt sich ebenfalls aus der Unreife der Bewältigungsfunktionen. Entsprechend beziehen sich die Ängste häufig auf fremde Personen, neue Situationen, Dunkelheit und Naturerscheinungen. Unsicherheit besteht bezüglich des häufigeren Auftretens von Geschwisterrivalität.

Eindrucksmäßig häufiger bei Intelligenzminderungen sind *reaktive Bindungsstörungen* wegen des höheren Risikos relativer Vernachlässigung solcher Kinder. Die sozialen Reaktionen sind ambivalent. Die Kinder lassen sich halten, wenden aber ihr Gesicht ab, sind für Zuspruch häufig nicht zugänglich. Sie interessieren sich zwar für Gleichaltrige, kommunizieren aber auf negative Weise. Zusätzlich treten Rückzugsverhalten, depressive Verstimmungen und aggressive sowie autoaggressive Symptome auf. Dauert dieses Verhalten an, dann entsteht ein qualitativ abnormes Interaktionsverhalten: Solche Kinder klammern sich an Fremde an, suchen diffus Kontakt und Aufmerksamkeit, das heißt ohne eine ihrer Altersstufe angemessene Distanz. Die Betroffenen können soziale Interaktionen schlechter initiieren, emotionale und dissoziale Begleitstörungen sind häufig.

Aggressives Verhalten hat bei Intelligenzgeminderten häufig Symptomcharakter. Bekommt es Störungswert, dann zeigt es häufig die spezifische Färbung oppositionellen Verhaltens, das also mehr als aufsässig, denn als dissozial erscheint. Im Hintergrund bestehen Beziehungs- und Sozialisationsmängel; die Haltung der Kinder im Kontakt ist häufig negativistisch bis feindselig, das gilt für Erwachsene wie Gleichaltrige, vor allem auch für bekannte Personen mit Autoritätsanspruch.

Wenn aus mangelnder Kooperation Widerstand wird, dann zeigen sich im Verhalten Trotz, Aufsässigkeit, Provokationen und Wutanfälle in Abhängigkeit von den Möglichkeiten des Betroffenen kann es zur aktiven Mißachtung sozialer Regeln zum gezielten Ärgern der Sozialpartner kommen. Die niedrige Frustrationstoleranz kann im weiteren Verlauf zu dissozialem Verhalten (bei vorhandenen oder fehlenden sozialen Bindungen) führen. Bei diesen Bildern stehen dann Streiten und Tyrannisieren, Sachbeschädigungen, Lügen, Stehlen, Regelübertretungen, verbale und körperliche Aggressionen sowie auch Zündeln im Vordergrund.

telligenz liegen nicht vor. Anpassungsstörungen nach entscheidenden Veränderungen in den Lebensumständen, vor allem nach Eingriffen in das Netz der persönlichen Unterstützung, zeigen sich bei Jugendlichen häufig als aggressiv-dissoziales Verhalten; es ist unklar, ob diese Tendenz bei Intelligenzminderungen verstärkt ist. Regressive Phänomene (Zurückgehen von bereits entwickelten Verhaltensweisen auf infantilere Stufen) werden bei akuten Belastungen vermehrt gesehen, gehäuft scheint auch eine Mischung von Angst mit Symptomen einer Störung des Sozialverhaltens aufzutreten.

Kasten 2: Kindheitstypische durch Intelligenzminderungen beeinflusste Störungen.

Syndrom	veränderte Häufigkeit	besondere Ausgestaltung
Bewegungsstereotypien	+	
Bewegungsstereotypien mit Selbstverletzung	+	
Fütterstörungen	+	Pica, Rumination
Ausscheidungsstörungen		Tageinnässen, komb. Tag- und Nachteinässen, komb. Enkopresis/Enuresis
Trennungsangststörungen/Phobien	+	
aggressives Verhalten	+	

Unter den *somatoformen und dissoziativen Störungen* treten die diffuseren Syndrome in den Vordergrund, während klassisch hypochondrische Störungen (mit der stetigen ängstigen Vorstellung einer schweren oder progredienten Erkrankung) seltener beobachtet werden. Wie bei Kindern ohne Intelligenzminderung wird eine Häufung von Funktionsstörungen vegetativ kontrollierter Organsysteme registriert.

1.4 Intelligenzminderungen bei nicht alterstypischen Störungen

Die Störungen beginnen entweder in der Kindheit oder Adoleszenz, gleichen aber in Symptomatik und Verlauf denen, die im Erwachsenenalter ihren Ausgangspunkt haben. Auch hier werden Störungen, bei denen infolge der Intelligenzminderung keine Besonderheiten zu beobachten sind, nicht beschrieben (vgl. Kasten 3).

Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen zeigen bei Intelligenzminderungen mit zunehmendem Alter steigende Prävalenzraten, weil die Unterstützung bei der Verarbeitung belastender Lebensereignisse beziehungsweise der Anpassung an langfristige Veränderungen abnimmt. Unter diesen Umständen sind bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen Selbstbeschädigungen im Sinne suizidaler oder parasuizidaler (alle geplanten Selbstverletzungen ohne Selbsttötungsabsicht) Handlungen seltener als unter Altersgleichen. Der im Anschluß an initiale Starre und Desorientierung häufig auftretende Rückzug ist angesichts von Intelligenzminderungen ausgeprägter. Motorische Reaktionen werden häufig als bizarrer erlebt. Anstelle depressiver Reaktionen herrscht eher Angst vor. Empirische Erkenntnisse über den Verlauf posttraumatischer Belastungsstörungen bei reduzierter In-

Sie sind häufig mit klassischen dissoziativen Symptomen kombiniert, seltener sind es reine dissoziative Störungen (vgl. Steinhausen in diesem Buch). Unter den autonomen Funktionsstörungen stehen Störungen des Gastrointestinaltraktes im Vordergrund (Schluckstörungen, Kloßgefühl, Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen, Nahrungsverweigerung), unter den dissoziativen Störungen Hyperventilation bei psychogenen Anfällen, Koordinationsstörungen und sensorische Störungen. Das begleitende Verhalten ist eher aufmerksamkeitsuchend und zeigt nicht die für Erwachsene typische *belle indifference* (unangemessene Distanz des Patienten zum eigenen Leiden). Häufig fehlt die Fixierung auf ein Organsystem bei den somatoformen Störungen, statt dessen sind die berichteten Beschwerden diffuser. Teilweise ist die Abgrenzung gegen Wahnsymptome wegen der geringen Äußerungsfähigkeit der Betroffenen erschwert.

Von den Eßstörungen gelingt der Nachweis der klassischen Anorexia nervosa bei Jugendlichen mit deutlicher Intelligenzminderung kaum. Einschlägige Bilder, die beschrieben wurden, lassen sich in der Regel als anorektische Reaktionen deuten, die häufig nach Auflösung übermäßig enger Eltern-Kind-Beziehungen auftreten. Unter differentialdiagnostischen Gesichtspunkten ist für die Anorexie die Nahrungsverweigerung aufgrund verzerrten Körpergefühls kennzeich-

nend. Bei begleitenden Depressionen ist es schwierig, diese als primär oder als Folge des Fastens zu identifizieren. Ältere Kinder mit Intelligenzminderung zeigen gelegentlich Polydipsie oder Polyphagie (vermehrte Flüssigkeits- oder Nahrungsaufnahme), die unter Umständen nach Hirnschädigung beobachtet werden konnten, außerdem ein habituiertes Erbrechen (ohne Eßanfälle), das zu Gewichtsverlusten führen kann. Übergewicht durch Überernährung ist ein häufiges Symptom bei älteren Kindern und Jugendlichen.

Bei *Angststörungen* entsprechen die Angstsinhalte älterer Kinder häufig denen jüngerer. Die Frage der Angemessenheit eigenen Verhaltens an die Erwartungen anderer oder sexuelle und politische Probleme werden seltener als Angstquellen beobachtet. Bei leichten Intelligenzminderungen ist Schulangst als Auslöser zu erwägen und von den alterstypischen Trennungsstörungen zu unterscheiden. Bei niedriger Intelligenz gelingt die Differenzierung zwischen Panikstörung und generalisierten Angststörungen nur unzureichend, weil die Plötzlichkeit und die Situationsunabhängigkeit von Panikattacken nicht beschrieben werden können. Agoraphobische Symptome sind in der Regel gut differenzierbar. Diese Symptome bedürfen der frühzeitigen Behandlung, weil die Vermeidungstendenz bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen häufig besonders stark ausgeprägt ist. Schwierigkeiten bestehen auch bei der Differenzierung der Primär- und Sekundärsymptomatik bei sozialen Phobien. Angststörungen treten häufiger in Lebensphasen auf, in denen die Unterstützung erwachsener Bezugspersonen vermindert wird. Zwangssyndrome scheinen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen seltener vorzukommen.

Erschwert ist wegen des geringeren Äußerungsspektrums und der beschränkten Introspektion die Diagnose für Persönlichkeitsstörungen. Sie sind häufig mit einem hohen Ausmaß von Unreife beziehungsweise infantilen Verhaltensweisen verknüpft, was die klassische

Diagnostik einschränkt. Soweit Erkenntnisse vorliegen, treten abnorme Gewohnheiten mit Impulskontrollstörungen (pathologische Brandstiftung, pathologisches Stehlen) bei intelligenzgeminderten Jugendlichen nicht häufiger auf als bei anderen. Unklar sind die Verhältnisse bezüglich der Trichotillomanie (krankhafte Sucht, sich die Haare auszureißen). Bezüglich isolierter dissozialer Verhaltensweisen (Zerstörungen, Angriffe auf andere) ist unklar, wie häufig sie dem Typ der Impulskontrollstörungen zuzuordnen sind, das heißt wieweit es sich nicht um gezielte Regelübertretungen, sondern um Handlungen dreht, denen eine Anspannung vorausgeht, der während des Handlungsablaufes Erleichterung folgt.

Unter den affektiven Störungen zeigen die manischen Syndrome keine wesentlichen Besonderheiten, die *depressiven Störungen* weisen phänomenologische Abweichungen auf, die auch die Diagnose erschweren. Symptome, die sich auf Stimmung, Aktivität, Ermüdbarkeit, Interessenspektrum, Schlafrhythmik, Psychomotorik, Appetit und Libido beziehen, können gut registriert werden; wesentlich schwieriger festzustellen sind Grübeln, Perspektivlosigkeit und Wertlosigkeitsvorstellungen ohne Suizidgedanken. Dysphorische Gereiztheit (mißmutig-gereizte Verstimmung) scheint häufiger aufzutreten, desgleichen Rückzugssymptomatik. Schwierigkeiten bereitet häufig die Differenzierung zwischen Appetitverlust, psychotischer Essensangst und anorektischer Symptomatik. Die Kombination von Angst und Depression ist bei ausgeprägten depressiven Zuständen ebenfalls gehäuft. Unklar ist, ob Klagen über körperliche Beschwerden zunehmen. Entsprechend schwierig ist die Diagnose dysthymen Störungen (chronisch depressive Verstimmungen).

Unter den *schizophrenen und schizoaffectiven Erkrankungen* scheint es keine Unterschiede bezüglich des leichten beziehungsweise akuten Beginns zu geben. Frühsymptome sind bei intelligenzgeminderten Jugendlichen schwer deutbar. Ob tatsächlich ein Typ schizo-

Kasten 3: Nicht-altersabhängige durch Intelligenzminderung beeinflusste Störungen.

Syndrom	veränderte Häufigkeit	besondere Ausgestaltung
Belastungs- und Anpassungsreaktionen	+	Regression, bizarre Motorik, Angst
Suizidales/parasuizidales Verhalten	-	autonome Funktionsstörung, diffuse, unspezifische Symptome
Somatoforme Störungen	-	Polydipsie, Polyphagie, habituiertes Erbrechen
Eßstörungen (außer mit Adipositas)	-	Angstsinhalte jüngerer Kinder
Angststörungen	-	
Zwangsstörungen	-	
Depressive Störung	-	
Schizophrene Störungen	-	Angst, katatone Symptome, körperbezogene Symptome

phrener Erkrankungen häufiger angetroffen wird, ist empirisch nicht geklärt. Bezüglich des Symptompektrums überwiegen aber stärker als bei Ersterkrankungen jugendlicher Angstsymptome gegenüber Wahnsymptomen. Katatone Symptome (nicht Syndrome!) werden häufiger beobachtet, desgleichen körperliche Symptome. Eßstörungen und ausgeprägter Rückzug bereiten diagnostische Schwierigkeiten. Bizarre Bewegungen werden auch bei nicht-katatonen Schizophrenen registriert. Unklar ist ebenfalls, ob Negativsymptome wirklich häufiger auftreten. Leicht übersehen werden

postschizophrene Depressionen. Residualsymptome werden häufig oft unzureichend gegen die Symptome der Intelligenzminderung differenziert. Die Diagnose schizotyper Störungen, also das schizophrene wirkende, exzentrische Verhalten mit Denkstörungen und affektive Störungen ohne eindeutige schizophrene Symptome (Persönlichkeitsstörung mit kaltem Affekt, sozialem Rückzug, Denken und Sprache umständlich), gelingt schlechter, desgleichen die akuter passagerer psychotischer Störungen (Symptome einer Schizophrenie, die nur über einen kurzen Zeitraum bestehen).

2 Epidemiologie und Klassifikation

2.1 Ergebnisse der deskriptiven Epidemiologie

Überdurchschnittliche Intelligenz stellt selten ein Risiko für psychische Störungen dar. Hinter den in Tabelle 1 zusammengestellten Häufigkeitsdaten verbergen sich selbstverständlich unterschiedlichste psychopathologische Mechanismen (vgl. Abschnitt 3). Aussagen wie in Tabelle 1 lassen sich nur für Gruppen machen, die durch ihre intellektuelle Leistungsfähigkeit definiert sind. Die Prävalenzraten schwanken auch danach, ob sich die Falldefinition auf Symptome, faktoriell ermittelte Syndrome, deskriptive Diagnosen oder Diagnosen unter Berücksichtigung von Schweregrad, Beeinträchtigung oder Behandlungsbedürftigkeit stützt. Wie frühere Untersuchungen weisen auch die in Tabelle 1 angegebenen Daten eine Häufung psychischer Störungen bei Kindern mit Intelligenzminderungen aus.

Tabelle 1:

Frequenz kinderpsychiatrischer Störungen bei unterschiedlichem Intelligenzquotienten (erweitert nach Schmidt, 1986).

IQ	Frequenz	Alter (Jahre)	Autoren
> 85	17 %	8 + 13	Esser et al. (1992)
≈ 80	32 %	7	Amon et al. (1998)
< 70	41 %	4-18	Einfeld & Tonge (1996)
≤ 50	47 %	< 14	Corbett (1983)

Die Daten aus Tabelle 1 stützen sich auf repräsentative Stichproben. In der Praxis wird jedoch häufig auf Daten aus administrativ definierten Gruppen zurückgegriffen; so werden in der Regel die Gruppen nach der Art der besuchten Schule definiert. Da in der Bundesrepublik bis zu 5 % aller Kinder Schulen für Lern- und geistig Behinderte besuchen, ist dies gerechtfertigt. Prävalenzangaben über psychische Störungen bei geistig behinderten Kindern, also mit einem IQ häufig un-

ter 60 (bei strenger Definition unter 50), liegen wesentlich häufiger vor als Angaben über Kinder aus Schulen für Lernbehinderte. Hier sind die Befunde erwartungsgemäß uneinheitlicher, setzen sich doch diese Schüler nicht nur aus denen mit leichten Intelligenzminderungen (mit einem IQ zwischen 50 und 70) zusammen, sondern schöpfen auch aus einem weiteren Grenzbereich, nämlich dem zwischen der unteren Normgrenze und der als pathologisch eingestuften Intelligenzminderung, also zwischen einem IQ von 85 und 70. Mit 14 % ist diese Gruppe für die jeweilige Altersstufe nicht unwesentlich. In Schulen für Lernbehinderte findet sich allerdings ein deutlicher Anteil von Schülern mit umschriebenen Entwicklungsstörungen, also definitionsgemäß mit uneingeschränkter Intelligenz, die jedoch deutlich häufiger psychiatrische Komplikationen aufweisen. Außerdem werden diese Schulen von mehr Ausländerkindern besucht, was auf Förderprobleme, aber auch auf diagnostische Schwierigkeiten hinweist (vgl. Abschnitt 4.1).

Geht man davon aus, daß 4% aller Kinder eine Schule für Lernbehinderte besuchen, dann muß die Hälfte von ihnen aus der Gruppe mit einem IQ 70 bis 85 stammen, dabei gibt es eine starke Streuung, die sich im unteren Bereich konzentriert. Bei der Gruppe der Schüler mit einem IQ < 80, die immerhin 10 % der Schüler umfaßt, wird die Sonderschulaufnahme durch gleichzeitiges Bestehen psychischer Störungen wahrscheinlicher, insbesondere wenn Aggression und Hyperaktivität vorliegen, was den höheren Anteil von Jungen in dieser Schulform bedingt. Eine solche Geschlechtsverschiebung finden wir in Schulen für geistig Behinderte nicht. Umgekehrt ist der Verbleib in der Regelschule auch mit einem IQ < 75 umso wahrscheinlicher, je unauffälliger sich ein Kind verhält. Demgemäß fanden Amon et al. (1998) in Förderklassen für Sechs- bis Zehnjährige im ländlichen wie im großstädtischen Bereich 33% mit psychischen Auffälligkeiten. Das sind doppelt so viele, wie zu erwarten waren.

Die bisher dargestellten Ergebnisse unterscheiden sich nochmals von Befunden aus Inanspruchnahmestichproben klinischer Einrichtungen, in denen Kinder mit Intelligenzminderungen häufig zur Klärung ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit und einer angemessenen Förderung vorgestellt werden und nicht nur wegen psychischer Auffälligkeiten. Aus solchen Stichproben lassen sich Informationen über die Inanspruchnahmegründe ableiten. Marcus und Schmidt (1993) konnten bei einer Stichprobe fünf- bis 16jähriger psychiatrischer Patienten in 70 % psychische Auffälligkeiten nachweisen; der IQ lag bei diesen Patienten zwischen 50 und 84, wobei geringgradige Intelligenzminderungen deutlich überrepräsentiert waren.

2.2 Ergebnisse der analytischen Epidemiologie

Mit zunehmender Intelligenzminderung steigt die Aufklärungsquote für deren Ursachen (von 25 % bei lernbehinderten auf über 50 % bei geistig behinderten Kindern). Parallel dazu nehmen genetische Einflüsse und erworbene Beeinträchtigungen des Zentralnervensystems zu, insbesondere durch Hirnschädigungen und Chromosomenaberrationen (Abweichung der Chromosomen von der normalen Struktur). Auch geht damit die Geschlechterverschiebung bei den leichteren Intelligenzminderungen zugunsten der Jungen von 1.8-2,1:1 auf 1:1 zurück, ebenso vermindert sich die bei den leichteren Intelligenzminderungen angetroffene Zugehörigkeit zu niedrigen sozialen Schichten beziehungsweise der deutliche Einfluß adversiver familiärer und sozialer Bedingungen auf die kognitive Entwicklung. Die Rate von Zusatzbehinderungen nimmt zu: Zweidrittel mittel und schwer Intelligenzgeminderter zeigen Sprachstörungen und die Hälfte Sehstörungen.

Die Ätiologie der Intelligenzminderung ist kaum für die Art der psychischen Auffälligkeit von Belang, sie beeinflusst jedoch die kognitive Beeinträchtigung. Bei hirngeschädigten Kindern trägt sie in der Regel deutlich den Stempel eines hirnorganischen Psychosyndroms, was mit Schwächen auch im Bereich der Wahrnehmungsorganisation und des Gedächtnisses einhergeht.

Generell sind Störungen häufiger, die sich aus Entwicklungsverzögerungen ergeben. Sie weisen auf ein größeres Maß an Unreife hin. Solches Verhalten kann also auch bei jüngeren Kindern ohne Intelligenzminderung gefunden werden. Manche Krankheitsbilder be-

kommen durch die gleichzeitig bestehende Intelligenzminderung eine typische Färbung, zum Beispiel Pffropfpsychosen (Überlagerung von Intelligenzminderung und schizophrener Psychose). Bei Kindern mit Intelligenzminderungen infolge chromosomaler Störungen ist die Rate psychischer Auffälligkeiten eher niedrig.

Die klinische Symptomatik zeigt kein einheitliches Bild. Lehmkuhl (1998) gibt für mittelgradige Intelligenzminderungen eine Häufigkeit für Stereotypien von 40% an, für autoaggressives Verhalten 13%, für motorische Unruhe 12%, für Pica fünf bis 10%. Aggressives Verhalten wird bei ausgeprägter Intelligenzminderung häufig als Begleitsymptomatik angesehen, bei leichteren Intelligenzminderungen nimmt es eher den Charakter von Störungen des Sozialverhaltens an.

Marcus und Schmidt (1993) fanden in einer Inanspruchnahmepopulation 1915 Patienten mit IQ von 50 bis 84, die in Tabelle 2 dargestellten Beziehungen zwischen Alter und psychischer Störung, wobei auch unter den Fünf- bis 16jährigen eine Jungen- und Mädchen-Relation von 1.5:1 herrschte; Störungen mit altersbedingt unterschiedlicher Auftretenswahrscheinlichkeit wurden weggelassen. Beim Vergleich der Populationen mit IQ bis 84 mit einer Teilstichprobe der Inanspruch-

Tabelle 2:

Psychische Störungen bei niedriger Intelligenz in unterschiedlichen Altersgruppen (IQ = 50 – 84), nach Marcus und Schmidt (1993).

Syndrom	5- bis 10-Jährige	11- bis 16-Jährige
Belastungsreaktion/ Anpassungsstörungen		+
hyperkinetische Störungen	+	
reaktive /neurotische Störungen		+
Enuresis	+	
Störungen des Sozialverhaltens		+

nahmepopulation mit einem IQ von 108 bis 114 fanden Marcus und Schmidt folgende Häufigkeitsdifferenzen für Fünf- bis Zehnjährigen beziehungsweise Elf- bis 16jährigen (vgl. Tab. 3).

Einfeld und Tonge (1996) untersuchten an einer repräsentativen Stichprobe aus 15- bis 18-Jährigen aus einem australischen Bundesstaat die Häufigkeit unterschiedlicher psychischer Störungen bei klinisch relevanten Intelligenzminderungen. Möglicherweise waren dabei Intelligenzgeminderte und Jugendliche mit Intelligenzminderungen etwas unterrepräsentiert. Sie fanden keinen Einfluß von Alter und Geschlecht auf die Verteilungen (lediglich die Häufigkeit antisozialer Verhaltensweisen stieg mit dem Alter an), aber eine wesentlich geringere Wahrscheinlichkeit für das Vorkommen psychischer Störungen bei schwerst Intelligenzgeminderten, die auch geringere Schweregrade

Tabelle 3:

Häufigkeit psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen aus unterschiedlichen Alters- und Intelligenzgruppen (IQ = 50 – 84), nach Marcus und Schmidt (1993).

Syndrom	5- bis 10jährige IQ 50-84		11- bis 16jährige IQ 50-84	
		IQ 85-11		IQ 85-114
frühkindlicher Autismus	+		+	
hyperkinetische Störungen	+		+	
Enkopresis			+	
Stammeln und Stottern				+
Tic-Störungen				+
altersspezifische emotionale Störungen mit Empfindsamkeit/Beziehungsstörungen			+	
altersspezifische emotionale Störungen mit Niedergeschlagenheit				+
Reaktive/neurotische Störungen	+		+	
Anorexia nervosa		+		+
Störungen des Sozialverhaltens	+			+

solcher Störungen aufwiesen. Die Daten stützen sich auf Subskalen der Developmental Behavior Checklist (DBC), die von ihren Vertrauenspersonen ausgefüllt worden war. Die Stichprobe besteht aus 454 Teilnehmern, von denen 42% weiblich waren. Weniger als 10% der Auffälligen hatten fachpsychiatrische Hilfe wegen ihrer Störung erfahren, bei allerdings relativ niedriger Prävalenz von 0,3% mittleren oder schweren Intelligenzminderungen (vgl. Tab. 4).

Sicher ist, daß bei ausgeprägter Intelligenzminderung autistische Syndrome und hyperkinetische Störungen sowie Stereotypien und Pica häufiger als Hauptdiagnosen auftreten. Bei abnehmender Intelligenzminderung treten Stereotypien und Pica mehr als Begleitsymptome auf. Aggressives Verhalten stellt bei einer ausgeprägten Störung oft eine Begleiterscheinung dar, wobei sie bei leichteren Intelligenzminderungen eher den Charakter einer Störung des Sozialverhaltens annimmt.

Dabei tritt oft der Typ mit oppositioneller Störung auf (ICD-10: F 92.3).

2.3 Klassifikation

Intelligenzminderungen als solche sind psychische Störungen; sie werden in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, in der zur Zeit gültigen 10. Revision (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993), in Kapitel V unter F 70 bis F 79 klassifiziert und zwar in einer Vierfachabstufung (bei Anwendung ausreichend standardisierter Intelligenztests; vgl. Kasten 4).

Definitionsgemäß sind Störungen der „Anpassung an die Anforderungen des alltäglichen Lebens“ Voraussetzungen der genannten Diagnosen, es besteht also im weiteren Sinne des Wortes ein gewisses Maß an „Verhaltensstörungen“ im Sinne von Defiziten. Das ein-

Tabelle 4:

Mittelwerte der Subskalen der Developmental Behavior Checklist (DBC) bei verschiedenen Ausprägungen von Intelligenzminderung (nach Einfeld und Tonge, 1996).

Subskala	Intelligenzminderung			
	leicht	mittel	schwer	schwerst
Disruptives Verhalten (hyperaktives-impulsives Verhalten)	14	12	10	3
Rückzugsverhalten	10	10	15	8
Abweichende Kommunikation	5	5	5	1
Ängstliches Verhalten	7	8	6	4
Autistisches Verhalten	5	5	7	8
Antisoziales Verhalten	1	1	1	0

Kasten 4:
Klassifikation von Intelligenzminderungen gemäß ICD-10.

F 70 Leichte Intelligenzminderung
Hierunter fällt der IQ-Bereich von 50 bis 69 mit den dazugehörigen Bezeichnungen: Schwachsinn, leichte geistige Behinderung, leichte Oligophrenie oder Debilität.
F 71 Mittelgradige Intelligenzminderung
Diese Diagnose umschreibt in der Regel einen IQ-Bereich zwischen 35 und 49 mit den dazugehörigen Begriffen: Mittelgradige geistige Behinderung, mittelgradige Oligophrenie oder Imbezilität.
F 72 Schwere Intelligenzminderung
Hier wird ein IQ-Bereich von 20 bis 34 angenommen, dazugehörig sind die Begriffe: Schwere geistige Behinderung oder schwere Oligophrenie.
F 73 Schwerste Intelligenzminderung
Unter dieser diagnostischen Kategorie wird der Intelligenzquotient auf weniger als 20 geschätzt. Dazugehörige Begriffe sind: Schwerste geistige Behinderung, schwerste Oligophrenie oder Idiotie (im Sinne der „Privatisierung“, d. h. des völligen Abgeschlossenenseins von der Außenwelt).
F 78 Sonstige Intelligenzminderung
Mit dieser Klassifikation werden Störungen belegt, bei denen Intelligenzbeurteilungen mit den üblichen Verfahren wegen der begleitenden sensorischen oder körperlichen Beeinträchtigungen, d. h. Taubheit, Körperbehinderungen oder schwere Verhaltensstörungen praktisch nicht möglich sind.
F 79 Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung
Diese Kategorie ist dann anzuwenden, wenn die Informationen nicht genügen, um die Intelligenzminderung einer der umliegenden Kategorien zuzuordnen. Dazugehörige Begriffe sind: Nicht näher bezeichneter Schwachsinn, nicht näher bezeichnete geistige Behinderung, nicht näher bezeichnete Oligophrenie.

mensionale Klassifikationsvorgehen von ICD-10 sieht vor, den Grad der Auffälligkeit dieser Störung zusätzlich zu erfassen und reserviert dafür die vierte Stelle der Klassifikation:

- F 7x-0 Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
- F 7x-1 Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
- F 7x-2 Sonstige Verhaltensstörung
- F 7x-9 Nicht näher bezeichnete Verhaltensstörung

Diese Klassifikation bezieht sich auf für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche typische Verhaltensweisen, die als Symptome zusätzlicher psychischer Störungen aufgefaßt werden können. Die Abgrenzung kann gelegentlich Schwierigkeiten bereiten. Bei konsequentem Vorgehen nach ICD-10 wird eine psychische Störung zusätzlich klassifiziert, sofern sie eine eigene diagnostische Kategorie bildet, also eine depressive Störung, ein autistisches Syndrom oder eine stereotype Bewegungsstörung darstellt. Damit werden so viele Diagnosen verschlüsselt, wie für die Beschreibung des klinischen Bildes notwendig sind. Die Diagnose, der die größte aktuelle Bedeutung zukommt, wird als Hauptdiagnose betrachtet, in der Regel die Störung, die zum Kontakt mit der in Anspruch genommenen Institution geführt hat. Das kann bei einem Kind oder einem Jugendlichen mit einer Intelligenzminderung diese selbst oder die zusätzliche psychische Störung sein. Chronische oder rezidivierende Störungen können jedoch Vorrang haben, zum Beispiel eine Intelligenzminderung oder ein autistisches Syndrom, weil sich aus ihr möglicherweise die spezifische Färbung oder Bedeutung der aktuellen Diagnose ableiten läßt. Im Zweifelsfalle empfiehlt die ICD-10 die Reihung der Diagnosen in der im F-Kapitel vorgegebenen Folge der Diagnoseziffern.

Soweit Parallelerkrankungen bestehen – bei Intelligenzminderungen vor allem aber soweit Grunderkrankungen bekannt sind – werden diese in den entsprechenden Kapiteln für körperliche Erkrankungen separat klassifiziert, also etwa eine cerebrale Lähmung, eine Stoffwechselstörung, eine Chromosomenaberration oder ein Anfallsleiden. Für Symptome, die nicht die Qualität einer Diagnose erreichen, steht speziell Kapitel R zur Verfügung, desgleichen für Verletzungen, Vergiftungen oder andere Folgen äußerer Einwirkungen wie Mißhandlungen oder sexueller Mißbrauch. Die äußeren Ursachen von Morbidität und Inanspruchnahme wie zum Beispiel Mißhandlung, Vernachlässigung, Schul- oder Erziehungsprobleme, auch suizidale Handlungen werden in den Kapiteln X, Y und Z klassifiziert.

Die ICD-10 klassifiziert Demenzprozesse unter F 0 als Folge von chronischen oder progredienten zentralnervösen Erkrankungen (wie etwa der Chorea Huntington, einer erblichen degenerativen Erkrankung des zentralen Nervensystems) oder bei Erkrankungen, die unter den körperlichen Erkrankungen klassifiziert werden (z. B. Epilepsien oder Zustände nach Schädel-Hirn-Trauma).

Die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie seit Ende der 60er Jahre übliche *multiaxiale Klassifikation* geht von vornherein von einer unabhängigen Bewertung der kognitiven Fähigkeiten und psychiatrischen Symptome, umschriebener Entwicklungsstörungen, körperlicher Störungen und potentiell auslösender psychosozialer Umstände sowie der Bewertung der Beeinträchtigung

der Alltagsfunktionen aus. Die analog zur 10. Revision der ICD erschienene Neufassung sieht also sechs Achsen zur Klassifikation psychischer Störungen vor (Remschmidt & Schmidt, 1994).

Die Klassifikation auf den verschiedenen Achsen erfolgt unabhängig voneinander. Sollten neben einer Intelligenzminderung mehrere psychische Störungen bestehen, die der ersten Achse zuzuordnen wären, ergäben sich Probleme in der Reihenfolge der Klassifikation. In diesen Fällen ist der die Konsultation verursachenden Störung Vorrang einzuräumen (um Mehrfachklassifikationen psychischer Störungen neben der Intelligenzminderung zu vermeiden), während andere behandlungsrelevante Symptome in einem diagnoseergänzenden Symptomkatalog klassifiziert werden.

Das DSM-IV, das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen in der vierten revidierten Fassung, geht von einer multiaxialen Klassifikation aus, die bei Kindern und Jugendlichen fünf Achsen umfaßt (siehe Petermann et al. in diesem Buch). Da für Intelligenzminderung keine eigene Achse reserviert ist, sind Mehrfachklassifikationen im DSM häufig notwendig, so etwa bei der Kombination von Intelligenzminderung und autistischem Syndrom. Mehrfachdiagnosen treten im DSM auch deswegen auf, weil kombinierte Störungen vermieden werden, während die ICD-10 bei spezifischem Verlauf solche Diagnosen zuläßt, wie zum Beispiel hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, Angst und depressive Störung.

Die Klassifikation der Intelligenzminderungen erfolgt analog zur ICD-10. Verlangt wird eine bedeutsame Minderung des generellen Intelligenzniveaus, begleitet von eindeutigen Beeinträchtigungen der Anpassung und vor dem 18. Lebensjahr beginnend. Die Diagnose erfolgt unabhängig von parallel bestehenden körperlichen oder psychischen Störungen und beschreibt die Unterform mit folgenden Zusätzen (vgl. Kasten 5).

Ausdrücklich wird vermerkt, daß 319.00 nicht benutzt werden soll, wenn ein IQ über 70 angenommen wird. Dafür ist als Spezialkategorie eine V-Klassifikation vorgesehen (für Bedingungen, die nicht den psy-

chischen Störungen zugeordnet werden können, aber Aufmerksamkeit, Beobachtung oder Behandlung erfordern) und zwar V 40.00 „Borderline intellectual functioning“. Hier liegt der IQ zwischen 71 und 84. Diese diagnostische Einschätzung wird bei parallel bestehenden psychischen Erkrankungen häufig übersehen und dadurch werden die Adaptionsmöglichkeiten der Betroffenen (Anpassung an Entwicklungsaufgaben) nicht korrekt eingeschätzt, zum Beispiel bei einer Residual-Schizophrenie.

Im DSM-IV wird Demenz unter den psychoorganischen Syndromen (Organic Mental Syndromes) beschrieben. Dort sind auch kindliche Demenzprozesse zu klassifizieren, sobald von einem zuvor stabilen Intelligenzniveau ausgegangen werden kann (nach DSM-IV bei einem Alter von drei oder vier Jahren). Bei vorangehender Intelligenzminderung werden dann beide Diagnosen vergeben. Für die Klassifikation muß ein spezifischer pathogenetischer organischer Faktor nachgewiesen oder vermutet werden. Die Intelligenzminderung darf beispielsweise nicht auf eine Depression zurückgehen, sie darf außerdem nicht nur während eines deliranten Zustandes (vorübergehende Bewußtseinsstörung) auftreten.

Kasten 5:

Klassifikation von Intelligenzminderung im DSM-IV.

317.00 Leichte Intelligenzminderung
Umfaßt etwa 85 % aller Intelligenzgeminderten, wobei der IQ zwischen 50 bis 55 und etwa 70 liegt und die Betroffenen sich im Vorschulalter oft nicht von gesunden Kindern unterscheiden.
318.00 Mäßige Intelligenzminderung
Umfaßt etwa 10 % aller Betroffenen, gemessener IQ zwischen 35-40 und 50-55.
318.10 Schwere Intelligenzminderung
Diese Kategorie umfaßt 3 bis 4 % aller Intelligenzgeminderten, wobei die Grenzen für den IQ zwischen 20-25 und 35-40 liegen.
318.20 Schwerste Intelligenzminderung
Bis 2 % aller Betroffenen einschließend, mit einem geschätzten IQ unter 20 bis 25.
319.00 Unspezifische Intelligenzminderung
Bei mit standardisierten Intelligenztests wegen Behinderungen oder mangelnder Kooperation nicht untersuchbaren Personen oder Fehlen geeigneter Tests, vor allem bei Unsicherheit bei nicht schwerst intelligenzgeminderten, jüngeren Kindern.

3 Erklärungsansätze

In einem vereinfachten Modell entscheiden fünf Faktoren über das Entstehen psychischer Störungen:

- eine genetisch determinierte Vulnerabilität,
- eine erworbene Vulnerabilität,
- chronische Streßfaktoren,
- akute Streßfaktoren und
- die Streßbewältigung.

Zunächst muß man von einer genetisch determinierten und/oder erworbenen Vulnerabilität ausgehen, die schon allein zur Krankheitsmanifestation führen kann; erst recht aber in Kombination mit chronischen beziehungsweise akuten Streßfaktoren. Nach heutigen Erkenntnissen kommt den chronischen Faktoren dabei die wichtigere Rolle zu; demgegenüber stehen Bemühungen zur Streßbewältigung. Im Wechselspiel von Vulnerabilität, Streß und Streßbewältigung kann sich eine allein nicht ausreichend pathogene Disposition in einer Krankheit manifestieren. Über den weiteren Krankheitsverlauf entscheidet die Balance zwischen krankheitsabhängigen Belastungen und kompensatorischen Möglichkeiten (u. a. Therapieangeboten). Abhängig von der Form des Gleichgewichts kann es zur Genesung oder Chronifizierung kommen.

Intelligenzminderungen können sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren bei der Entstehung psychischer Störungen sein, aber auch die Folge solcher Störungen.

Die möglichen Konstellationen veranschaulicht Abbildung 1. Zunächst können psychische Auffälligkeiten oder Störungen von Krankheitswert aus der Intelligenzminderung resultieren. Weiterhin können psychische Auffälligkeiten oder Störungen von Krankheitswert aus der Intelligenzminderung entstehen, zum Beispiel eine Angststörung (Variante 1). Häufiger ist die Konstellation, daß Intelligenzminderung und begleitende psychische Störungen Folge der gleichen Grunderkrankungen sind und sich zusätzlich gegenseitig beeinflussen, vor allem im Sinne einer typischen Färbung der psychischen Störung (Variante 2). Die Komorbidität beruht also auf einer gemeinsamen Ursache. Eine andere Möglichkeit ist als Variante 3 dargestellt: die Grunderkrankung verursacht die Intelligenzminderung, ein anderes Risiko die psychische Störung, beide Folgezustände beeinflussen sich gegenseitig im Sinne einer Überfärbung. Einem ähnlichen Mechanismus folgt Variante 4: wegen der durch eine bestimmte Grunderkrankung bedingten Intelligenzminderung steigt die Wahrscheinlichkeit, daß ein anderes Risiko zur Manifestation einer psychischen Störung führt, weil die Intelligenzminderung ebenfalls als Risikofaktor wirkt; zusätzliche Einflüsse der Intelligenzminderung auf die psychische Störung sind dabei vorstellbar. Diese Mechanismen sagen nichts über die quantitativen Verknüpfungen der Größen miteinander. Wenn Intelligenzminderung und psychische Störung nebeneinander bestehen, können sie sich gegenseitig im Sinne einer Beeinträchtigung des Individuums addieren oder potenzieren.

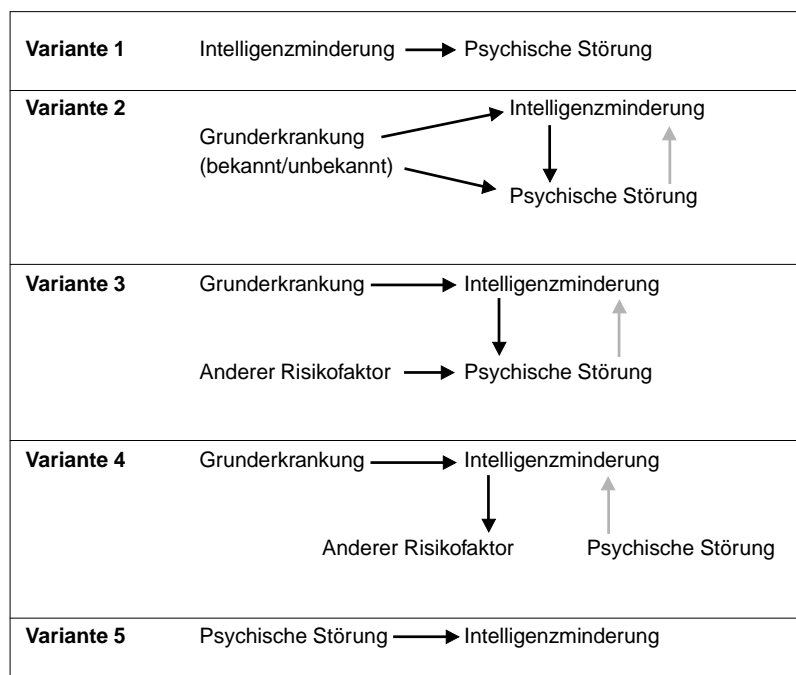


Abbildung 1: Mögliche Modelle für ein gemeinsames Auftreten von Intelligenzminderung und psychischen Störungen.

Intelligenzminderung als Schutzfaktor. Sie können sich im Sinne einer protektiven Wirkung bei Variante 4 aber auch gegenseitig abschwächen, dann nämlich, wenn die Intelligenzminderung die Wirkung des anderen Risikofaktors absenkt. Niedrige Intelligenz wirkt beispielsweise dann als Schutzfaktor, wenn sie verhindert, daß bestimmte Zusammenhänge erkannt werden, deren Wahrnehmung pathogen wirkt. Die protektive Wirkung ist umso häufiger, je jünger und auch emotional undifferenzierter ein Kind ist. Sie bleibt in der Adoleszenz nur erhalten, wenn die Forderungen der Umwelt den Handlungsmöglichkeiten des intelligenzgeminderten Jugendlichen angepaßt sind. Wahrscheinlich erstreckt sich die protektive Wirkung vor allem auf emotionale Störungen, also auf solche, für die eine relativ gute Bindendifferenzierung Voraussetzung ist, weniger auf externalisierende Verhaltensstörungen, die durch Selbstkontrolle reguliert werden.

Bei *Verhaltensauffälligkeiten ohne Krankheitswert, die die Intelligenzminderung begleiten*, handelt es sich in der Regel um eine unangemessene Bewältigung altersentsprechender Entwicklungsaufgaben wegen kognitiver Mängel. An solchen Symptomen kommen Aufmerksamkeitsstörungen und Pica, altersuntypische Ängste, Einnässen und Einkoten, Stereotypien oder Interaktionsprobleme mit Gleichaltrigen und Erwachsenen vor. Wegen des niedrigen Entwicklungsstandes haben diese Auffälligkeiten lediglich Symptomcharakter, aber keinen Krankheitswert.

Psychische Störungen von Krankheitswert bei Intelligenzminderung. Mittelbare Folgen von Intelligenzminderungen manifestieren sich oft als Entwicklungsverzögerungen; Funktionen (Handlungskompetenzen oder Abwehrmechanismen) werden verspätet erworben. Folgen sind häufig monosymptomatische Störungen wie Pica, Bewegungsstereotypien mit und ohne Selbstverletzung, Einnässen, Einkoten, spezifische Phobien, sozial ängstliches und ggfs. mutistisches Verhalten, Rivalität gegen Geschwister und oppositionelles Verhalten. Zusätzlich ist eine bestimmte Gruppe von Zwangssphänomenen zu nennen, die keinen Krankheitswert besitzt, aber Anlaß zu differentialdiagnostischen Erwägungen gibt. In der Regel sind die genannten Störungen nicht unmittelbare Folge der Intelligenzminderung. Sie werden aber durch sie begünstigt.

Qualitative Änderung komorbider psychischer Störungen durch eine Intelligenzminderung. Wie unter 1.3 und 1.4 beschrieben, können psychische Störungen bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen eine spezifische Ausprägung erfahren, auch wenn sie nicht durch die Intelligenzminderung bedingt sind. Erinnert sei an die spezifischen Angstsinhalte intelligenzgeminderter Kinder und ihre spezifischen Reaktionsweisen auf Belastungen oder Anpassungsanforderungen oder die typische Ausgestaltung ihrer depressiven Störungen.

Komorbidität von Intelligenzminderung und psychischer Störung einheitlicher Pathogenese. Komorbidität von Intelligenzminderung und psychischer Störung kann aufgrund einer gemeinsamen Grundstörung entstehen. Cerebrale Erkrankungen, die zur Demenz und zu Verhaltensauffälligkeiten als Residuen im Sinne einer „Hirnschädigung“ (z. B. nach Meningitis) führen, sind dafür klassische Beispiele. Häufigster Mechanismus sind Hirnschädigungen in früher Lebenszeit, die als Ursachen oder Mitursachen für Intelligenzminderungen und autistische Syndrome gelten. Exemplarisch für Grundstörungen und Folgeerkrankungen sind nachstehende Mechanismen (mit jeweils einem Beispiel) zu nennen.

Komorbidität von Intelligenzminderung und psychischer Störung bei unterschiedlicher Pathogenese. Weniger als die Hälfte der psychischen Erkrankungen dürfte diesem Mechanismus folgen, bei dem allfällige Verursachungsfaktoren in Kombination mit einer (aufgrund einer anderen Erkrankung bestehenden) Intelli-

Kasten 6:

Intelligenzminderung und psychische Störungen mit einheitlicher Pathogenese.

- Störung des Aminosäurestoffwechsels (Phenylketonurie)
- Störung des Kohlenhydratstoffwechsels (Galaktosämie)
- Störung des Sphingolipid-Stoffwechsels (Morbus Gaucher)
- Störung des Hormonhaushaltes (angeborene Hypothyreose)
- Störung des Elektrolythaushaltes (Chronische idiopathische Hypercalcämie)
- Störung der Plasmaproteine (Morbus Wilson)
- Chromosomenaberration (Klinefelter Syndrom)
- Fehlbildung des Zentralnervensystems (= ZNS; Dandy-Walker-Syndrom)
- hereditäre Erkrankung des ZNS (Morbus Recklinghausen)
- hereditäre Erkrankung des ZNS mit primären Zusatzbehinderungen (Möbius-Syndrom)
- infektiöse Erkrankungen während der Schwangerschaft (Rötelnembryopathie)
- externe, während der Schwangerschaft erworbene Schädigung (Alkoholembyopathie)
- perinatale Komplikationen (infantile Zerebralparese)
- Erkrankung in der frühen Kindheit (Slow-Virus-Infektion)

genzminderung zu einer psychischen Störung führen, wobei der Manifestationsmechanismus durch die Intelligenzminderung begünstigt wird. Dissoziale Störungen oder Depressionen, Konversionssyndrome, nicht altersspezifische Angststörungen und Phobien, schizophrene Erkrankungen oder Eßstörungen folgen diesem Muster. Die psychische Störung kann dabei durch die Intelligenzminderung spezifisch gefärbt sein. Oft ist die Dynamik solcher Störungen aber wahrscheinlich die gleiche wie ohne eine Intelligenzminderung. Sie sind aufgrund der geringen Äußerungsfähigkeit mancher intelligenzgeminderter Kinder schwerer zu diagnostizieren.

Intelligenzminderung als Folge anderweitiger psychischer Störungen. Dieser Mechanismus soll der Vollständigkeit halber erwähnt werden. Für ihn im Kindes- und Jugendalter wegen der kurzen biographischen Spanne, aber auch aufgrund der noch geringen Wahrscheinlichkeit an einer entsprechenden psychischen Störungen zu erkranken, wenig Raum. Wesentliches Beispiel sind Verluste der Denkfähigkeit infolge früh einsetzender schizophrener Störungen. Für chronische Folgen von Drogen- und Alkoholmißbrauch reicht die Zeitspanne bis zum Ende der Adoleszenz häufig nicht aus. Das gleiche gilt für die Folge chronifizierter Depressionen oder Eßstörungen. Ob leichte Intelligenzminderungen als Folge chronischer hyperkinetischer Syndrome vorkommen, ist noch unklar.

4 Diagnostik

4.1 Diagnostik kognitiver Beeinträchtigungen

Die Diagnose kognitiver Beeinträchtigungen will langfristige Voraussagen treffen und nötigenfalls Interventionen festlegen, die in der Regel in den Bildungsgang der Betroffenen eingreifen. Ziel dabei ist eine frühestmögliche Intervention, während die Prognose erst mit dem Alter genauer wird. Der Versuch einer möglichst punktgenauen Bestandsaufnahme verführt überwiegend zu einer Defizitdiagnostik, die aber nicht die Fähigkeiten, sondern die Bilanz der bisherigen Förderung abbildet. Für die Entwicklungsprognose und Interventionsentscheidungen wäre aber eine Förderdiagnostik optimal (Was müßte und was kann gelernt werden?). Ein Schulsystem mit definierten Terminen für die Entscheidung über Wiederholung einer Klasse führt dabei leicht zu unangemessenem Entscheidungsdruck und verhindert ein gestuftes Vorgehen, wie es im Sinne einer Förderdiagnostik nötig wäre. Vor allem bei ausgeprägteren Intelligenzminderungen übersieht eine solche Diagnostik die Abhängigkeit der Prognose von der sozialen Kompetenz eines Kindes und von seiner Lernfähigkeit. Lernfähigkeit ihrerseits hängt sowohl von der Förderung als auch der Lern- und Leistungsmotivation ab. Ein gestuftes Vorgehen ist der Tragweite entsprechender diagnostischer Prozeduren angemessen. Verfahren, die sowohl in den oberen wie in den unteren Extrembereichen der Leistungsfähigkeit zu differenzieren versuchen, beschreiben im Vorschulalter die Leistungsfähigkeit eines kognitiv beeinträchtigten Kindes nur näherungsweise (z. B. das Kaufman ABC; vgl. Melchers & Preuß, 1991). Ergeben sich dabei Hinweise auf Leistungsschwächen, bedarf es der Klärung derselben mittels gezielter Verfahren, um somit auch im unteren Leistungsbereich ausreichend differenzieren zu können (z. B. mittels der Testbatterie für geistig behinderte Kinder; Ingenkamp, 1997). Sie beziehen heute zunehmend Aufgaben ein, die an Stelle schulischer Fertigkeiten die soziale Anpassung berücksichtigen. Sie versuchen außerdem, verschiedene Dimensionen kognitiver Leistungsfähigkeit und deren Entwicklungsstand zu beurteilen.

Unabhängig davon muß sich der Diagnostiker erst recht bei schwachen Ergebnissen für die Motivation des Untersuchten interessieren, damit nicht „Lernbehinderung“ (als Behinderung beim Lernen) mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit verwechselt wird; die Lernmotivation hängt von der Förderung ab. Der Förderung sind besonders sprachliche Fertigkeiten zugänglich. Höhere Schichtzugehörigkeit, weibliches Geschlecht, gute muttersprachliche Fähigkeit der Eltern und der Umgang mit Gleichaltrigen erhöhen die sprachliche Kompetenz von Kindern mit Intelligenzminderungen. Der aktive Wortschatz, wie er häufig mittels des AWT von Kiese und Kozielsky (1996) er-

faßt wird, ist kein verlässlicher Indikator für die intellektuelle Leistungsfähigkeit (vgl. Facon, Bollengier & Grubar, 1993)

Die Diagnostik von Intelligenzminderungen bei Ausländerkindern stellt ein besonderes Problem dar, weil sie gerade in frühen Entwicklungsstadien häufig nur in der Familie leben und damit die Sprache ihrer Mutter, nicht aber die des Gastlandes lernen. Auch ältere Ausländerkinder mit Kenntnissen der deutschen Sprache haben Probleme beim Verständnis fachlicher Testanweisungen; die an ihnen mit sogenannten Speed-Tests gewonnenen Testergebnisse sind deshalb mit Vorsicht zu betrachten.

Zur Absicherung gegen Irrtümer empfehlen sich dynamisches Testen nach dem Prinzip des Testing-the-Limits oder Verfahren der Lerniagnostik im engeren Sinn, wie es Wiedl und Carlson (1981) vorgeschlagen haben. Sprachliche Fertigkeiten führen nicht nur zur Überschätzung intellektueller Fähigkeiten, sondern tragen dann zu deren Unterschätzung bei, wenn bei intelligenzgeminderten Kindern zusätzlich sprachliche Teilleistungsschwächen vorliegen. Die ICD-10 sieht deshalb die Diagnose solcher Schwächen bei einem IQ von weniger als 70 vor. Für den, der das Kind im Alltag kennt, ist die Diskrepanz zur intellektuellen Leistungsfähigkeit offenkundig, für den Diagnostiker oft nicht. Greift die Diagnostik – wie häufig dem Vorschulalter beziehungsweise dem präoperationalen Niveau angemessen – auf Paarbildungen und Seriationsaufgaben (vergleichende Betrachtungen optischer Wahrnehmungen) zurück, dann können sich Fehlerurteile bei Kindern mit Beeinträchtigungen der optischen Wahrnehmung ergeben (vgl. Warnke & Roth in diesem Buch). Es hat sich nicht als effektiv erwiesen, solche Schwächen auch über spezifische Tests zur Diagnose von Hirnschädigungen auszuschließen, weil die Spezifität dieser Verfahren niedrig ist und vor allem in jüngeren Altersstufen mit intellektuellen Fähigkeiten verknüpft ist, so zum Beispiel die Aufgaben aus den Subtests IV und V des Wahrnehmungstests von Frostig.

Die Abgrenzung von Intelligenzminderungen und Teilleistungsschwächen stellt ein weiteres Problem dar, zumal die Nichterkennung teilleistungsschwacher Kinder oft zur ungerechtfertigten Einschulung in Schulen für Lernbehinderte führt. Teilleistungsschwache Kinder können nur schwer Lesen und Schreiben erlernen, und ihre rezeptive Sprache weist Schwächen auf. Schlechte Leistungen im Rechnen hingegen führen häufiger zu einer Überschätzung der intellektuellen Fähigkeiten, weil scheinbar spezifische Rechenschwächen oft nur Indiz generell geminderter intellektueller Fertigkeiten sind. Aufgrund der ungünstigen Entwicklungsprognose von Kindern mit umschriebenen Entwicklungsstörungen (Teilleistungsschwächen) ist ihr differentialdiagnostischer Ausschluß wesentlich. Gerade wegen der zahlreichen sprachlichen Teilleistungsschwächen gilt es deswegen bei scheinbar niedriger

Intelligenz, diese stets durch ein auf das schlußfolgernde Denken beschränktes Verfahren zu sichern, das möglichst frei von schulisch erworbenen Fertigkeiten ist.

Die Diagnostik dementiver Prozesse stützt sich bei Störungsbeginn auf die Verschlechterung des abstrakten Denkens. Sie wird erkennbar am Versagen bei Aufgaben, die Ähnlichkeiten oder Beziehungen von Worten, die Definition von Konzepten oder die Fähigkeit zur Bewertung von Sachverhalten verlangen. Im weiteren Verlauf kann bei schulischen Problemen oder außerschulischen Aufgaben nicht mehr angemessen geplant werden, desgleichen ist die Durchführung eigener Pläne erschwert. In fortgeschrittenen Stadien dementiver Entwicklungen entstehen Beeinträchtigungen der Umgangssprache und des Handelns, die auf eine beeinträchtigte Auffassungsgeschwindigkeit und gestörte Merkfähigkeit zurückzuführen sind. Die Alltagsbewältigung sowohl im familiären und im schulischen Rahmen als auch im Umgang mit Gleichaltrigen sinkt oder verschlechtert sich, ebenso die affektive Kontrolle.

Die Überlagerung von Intelligenzminderung mit psychopathologischen Syndromen stellt eine spezifische Störungsquelle für die Diagnostik dar, zumal häufig die Frage auftaucht, ob ein spezifisch auffälliges Verhalten Folge der intellektuellen Beeinträchtigung oder die verminderte intellektuelle Leistungsfähigkeit Folge der psychiatrischen Auffälligkeit ist. Autistische Störungen, hyperkinetische Syndrome, psychotische Störungen, emotionale Störungen, Eßstörungen, Epilepsien sind Quellen von Fehleinschätzungen. Für autistische Syndrome besteht bei den Erkrankungen vom Kanner-Typ bei 75 bis 90% ein IQ von weniger als 70, also eine wenigstens leichte Intelligenzminderung, während beim Asperger-Syndrom die Intelligenzverteilung unbeeinträchtigt erscheint. Autistische Züge allein sagen nichts über intellektuelle Beeinträchtigungen aus, wengleich sie mit diesen häufig assoziiert sind. Solche Züge kommen gehäuft vor bei der Kombination von Intelligenzminderungen mit therapieresistenten Epilepsien. Frith (1989) beschreibt ein spezifisches HAWIK-Profil in der Wechslerskala für Kinder beim Kanner-Syndrom mit guten Ergebnissen im Mosaik-Test und extrem schlechten im Bilderordnen und in den Verständnisaufgaben, das offensichtlich häufig durch Probleme bei den Ähnlichkeitsaufgaben ergänzt wird. Daraus wurde gelegentlich geschlossen, daß autistische Kinder, unabhängig von ihrem Intelligenzniveau, ein spezifisches kognitives Defizit haben, infolgedessen sie die psychischen Zustände Dritter, die nicht anhand äußerer Handlungen beobachtbar sind, nicht nachvollziehen, also auch nicht in ihre kognitiven Prozesse einbeziehen können. Hyperkinetische Kinder weisen eine geringfügige Intelligenzbeeinträchtigung auf, die aber in unterschiedlichen Subgruppen verschieden ausgeprägt ist. Neben diesem generellen Effekt wirkt eine Aufmerksamkeitsstörung auf das Ergebnis diagnostischer Verfahren. Unabhängig davon sind hyperkineti-

sche Verhaltensweisen, wie erwähnt, bei Intelligenzgeminderten ein häufiges Symptom. Ablenkbarkeit und Impulsivität beeinträchtigen bei diesen Kindern die Intelligenzbeurteilung. Akute Zustände von schizophrenen, manischen, depressiven und anorektischen Störungen beeinträchtigen die intellektuellen Fähigkeiten und erfordern Wiederholungsmessungen für eine solide Beurteilung, erst recht bei dem Verdacht auf Intelligenzminderung. Bei mittlerem Intelligenzniveau sind emotionale Störungen eine mögliche Irrtumsquelle bei der Intelligenzbeurteilung. Wie weit das auch bei Intelligenzminderungen zutrifft, ist bisher empirisch nicht geklärt.

4.2 Relevante somatische Diagnostik

Der Klinische Psychologe, der psychische Störungen bei Intelligenzgeminderten Kindern behandelt will, muß sich Rechenschaft über deren mögliche Ursachen abgeben, also auch abschätzen können, ob diese eher erlernt sind, von der Entwicklungsretardierung abhängen oder biologische Ursachen haben. Aber auch spezifische Verhaltensprofile, zum Beispiel für eine genetisch bedingte Intelligenzminderung, wurden beschrieben (Sarimski, 1997). Oft ist auch die Kenntnis der biologischen Basis der Intelligenzminderung selbst wichtig, um eine entsprechende diagnostische Einordnung vornehmen zu können. Beispielsweise haben drei Viertel der Intelligenzgeminderten Kinder Sprech- und Sprachstörungen, die Hälfte Sehstörungen, fast ein Drittel im Laufe ihres Lebens zu irgendeinem Zeitpunkt zerebrale Anfälle und ein Fünftel leidet an Zerebralparesen.

Kinder- und Jugendpsychiater oder Pädiater untersuchen deswegen Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderungen auf vielfältige Besonderheiten, nämlich:

- Anomalien von Schädel und Gesicht sowie im Nacken- und Schulterbereich,
- Besonderheiten des Längen- und Gewichtswachstums,
- Besonderheit der Haut einschließlich ihrer Pigmentierung,
- Auffälligkeiten des Skeletts, der Muskulatur und des Bindegewebes,
- Anomalien der Augen und Ohren,
- Besonderheiten der inneren Organe und der Genitalien.

Hinzu kommen computertomographische und kernspintomographische Untersuchungen zur Beurteilung der Hirnstrukturen auf Dichteunterschiede, oder Erweiterung der Hohlräume und psychophysiologische Untersuchungen zur Beurteilung der Grundaktivität des Gehirns wie auch spezifischer Phänomene, insbesondere zerebrale Anfallsleiden, laborchemische Untersuchungen zur Feststellung biochemischer Auffälligkeit-

ten bei Stoffwechselerkrankungen und Chromosomenanalysen sowie molekulargenetische Untersuchungen zum Nachweis erheblicher Erkrankungen.

4.3 Diagnostik psychiatrischer Störungen

Das intellektuelle Niveau beeinflusst die Mechanismen der Verarbeitung intrapsychischer und externer Gegebenheiten. Die nicht altersentsprechende Entwicklung läßt lern- und geistig behinderte Kinder bezüglich Wahrnehmung und Integration (die mehr Piagets Prinzip der Assimilation als dem der Akkomodation folgt), der Abwehrmechanismen und der Bewältigungsstrategien (die häufig kurzfristig angelegt sind) jünger erscheinen. Kinder mit Intelligenzminderungen behalten länger als normal ihr egozentrisches Weltbild bei. Das erschwert Wahrnehmung, Informationsverarbeitung sowie die Entwicklung von Leistungsmotivation und beeinträchtigt den Interaktionsstil.

Demgemäß ähneln psychopathologische Symptome intelligenzgeminderter Kinder häufig denen jüngerer Kinder. Als Ausdruck der verlangsamten Entwicklung treten mehr körperliche Symptome auf, hyperkinetisches, aggressives oder destruktives Verhalten ist häufiger, Defizitsymptome erscheinen vermehrt. Das Symptombild ist insgesamt uniformer und stereotyper, einfache Angst- und Kontaktstörungen nehmen zu, während Erkrankungen, denen ein diffizilerer intrapsychischer Mechanismus zugrunde liegt, in ihrer Häufigkeit reduziert sind. Auch die unweltabhängigen pathogenen Mechanismen ergeben teilweise ein anderes Spektrum als bei anderen Kindern: psychische Störungen bei anderen Familienmitgliedern, Zurückweisung durch gesunde Gleichaltrige und Überforderung treten ebenso gehäuft auf wie ungünstige soziale Lebensbedingungen und restriktiver Erziehungsstil.

Aus diesen Erkenntnissen lassen sich einige Hilfsregeln für die psychiatrische Untersuchung von Kindern und Jugendlichen mit geminderter Intelligenz ableiten (vgl. Kasten 7).

Kasten 7:

Zusatzeempfehlung für die psychiatrische Untersuchung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung.

- Die Fremdanamnese ist auch bei älteren Kindern und bei Jugendlichen ein wichtiges diagnostisches Instrument.
- Häufig ist die Erstellung eines Stammbaums hilfreich.
- Die Beschreibung der Schulkarriere ist oft wichtiger als die augenblickliche Schulleistung.
- Wenn möglich, sind Zeichnungen geeignet, die

Informationen über den Entwicklungsstand zu ergänzen.

- Verhaltensbeobachtung ist oft wertvoller als Befragung.
- Die Beobachtung des Problemverhaltens sollte möglichst in der Interaktion, in der sie auftritt erfolgen.
- Die Reaktionen des Umfeldes auf das Problemverhalten gehören zur Diagnostik.
- Die Belastung der Umwelt durch das Problemverhalten muß zusätzlich erfaßt werden.

Hilfreich bei der Diagnostik psychischer Störungen von intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlichen sind in jüngerer Zeit entwickelte Verfahren, auch wenn sie nicht für deutsche Verhältnisse psychometrisch überprüft wurden. Solche sind in Kasten 8 aufgeführt:

Kasten 8:

Verfahren zur Verhaltensbeurteilung bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen.

- Das Nisonger Child Behavior Rating Form (CBRF), das Aman, Tasse, Rojahn und Hammer (1996) aus der Aberrant Behavior Checklist, einem Verfahren für Erwachsene, entwickelt haben.
- Die Developmental Behavior Checklist (DBC) wurde von Einfeld und Tonge (1996) aus der Child Behavior Checklist entwickelt.
- O'Brien berichtet über das Behavioral Phenotypes Postal Questionnaire.
- Die Motivation Assessment Scale (MAS) von Durand und Crimmens (1988) erfaßt die kommunikative Funktion von Problemverhalten und
- der Parenting Stress Index (PSE) von Abidin (1990), will aus der Interaktion zwischen einem intelligenzgeminderten/verhaltensauffälligen Kind und den Eltern resultierende Belastungen erfassen.

5 Verlauf, Behandlung und Prävention psychischer Störungen bei Intelligenzminderungen

Dieser Abschnitt befaßt sich nicht mit der Therapie der Intelligenzminderung selbst beziehungsweise der ihr zugrundeliegenden Störungen, auch nicht mit der Förderung intelligenzgeminderter Kinder. Ersteres ist, soweit dafür überhaupt Möglichkeiten bestehen, Gegenstand ärztlicher Behandlung, letzterer Gegenstand sonderpädagogischen Bemühens. Dafür stehen zahlreiche Entwicklungsprogramme zur Verfügung, die zu einem möglichst optimalen Entwicklungsverlauf führen sollen. Überwiegend stützen sich solche Maßnahmen auf Beiträge der Lernpsychologie (vgl. z. B. Kane & Kane, 1990). Sprachanbahnung, Erweiterung nichtsprachlicher Kommunikation und vereinfachte Gebärdensprache (Adam, 1993) spielen außerdem eine wichtige Rolle. Mit zunehmendem Alter gehen sie in schulpädagogische Maßnahmen über. Mit der Adoleszenz treten Fragen der beruflichen Eingliederung, aber auch der Partnerschaft, Sexualität und Kontrazeption hinzu. Einschlägige Überlegungen beschränken sich aber in der Regel auf Kinder mit wenigstens mäßiger oder schwer ausgeprägter Intelligenzminderung, während sie für solche mit leichteren Intelligenzminderungen oder intellektueller Befähigung im Grenzbereich zur Norm fehlen. Kommunikationsmöglichkeiten und Autonomie sind wichtige Voraussetzungen für die Lebensqualität geistig behinderter Menschen, aber auch wesentliche Elemente der Vorbeugung psychischer Störungen, da letztere teilweise der Gewinnung einer nicht erreichbaren Aufmerksamkeit und der Kompensation nicht vorhandener Kompetenz dienen.

Die Interventionen bezüglich psychiatrischer Störungen beziehen sich teils auf Auffälligkeiten, die lediglich Symptomcharakter haben, teils auf eigenständige Syndrome. Obwohl sich solche Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen, die in Heimen betreut werden, häufen, sprechen heutige Erkenntnisse dagegen, daß sie überwiegend Folge deprivierender Lebensbedingungen sind, sondern dafür, daß sie häufig Grund für die außerfamiliäre Betreuung waren, also primär bestanden. Daß fachliche Hilfe häufig spät in Anspruch genommen wird, führt leicht zu einer Verfestigung bestimmter Verhaltensweisen wie Schreien, körperliche Angriffe, Selbstverletzungen, Zerstörungen, Rumination, autistischen Verhaltensweisen, Hyperaktivität, Bewegungsstereotypien, Eßstörungen, Schlafstörungen und Wutausbrüchen. Das psychotherapeutische Repertoire zur Behandlung solcher Störungen ist überwiegend der Verhaltenstherapie entlehnt, auch bei entsprechenden Störungen, die nicht durch die Intelligenzminderung spezifisch beeinflusst sind (vgl. Petermann, 1997; Steinhausen & v. Aster, 1999). Im Vordergrund steht dabei die Modifikation auslösender Bedingungen

(fehlende Beschäftigungsangebote, fehlende Struktur, Lärm). Auf diese Weise werden Erregungszustände, in denen bestimmte Verhaltensweisen auftreten, am ehesten reduziert. Soweit das nicht möglich ist, wird das Erlernen alternativer, mit der Verhaltensauffälligkeit möglichst nicht kompatibler Verhaltensweisen eingesetzt. Auch hierbei steht der Abbau aggressiver und unruhiger Verhaltensweisen im Vordergrund.

Eine weitere Methode bilden sogenannte time-out-Verfahren, mittels deren Belohnungen entzogen werden (vgl. Petermann, 1997). Beim „time-out“ wird der Betroffene beim Auftreten bestimmter unerwünschter Verhaltensweisen sofort aus der Gruppe gebracht und darf erst dann zurückkehren, wenn das unerwünschte Verhalten nicht mehr auftritt, wenn zum Beispiel nicht mehr geschrien wird. Bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen, die an Gruppenaktivitäten nicht interessiert sind, versagt dieses Verfahren; vielfach ist es auch zur Reduktion von Selbstverletzungen geeignet. Weniger wirksam und begrenzter anwendbar sind Verfahren, bei denen die Betroffenen gegebenenfalls unter Anleitung Schäden beseitigen müssen.

Die Anwendung von Bestrafungsprozeduren ist bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen dann kaum wirksam, wenn auffälliges Verhalten eine spezifische Funktion hat. Aus ethischen Gründen wendet man solche Verfahren heute im wesentlichen an, um selbstverletzendes Verhalten abzubauen, so zum Beispiel durch kurzfristiges In-den-Mund-Nehmen von Eiswürfeln bei sich selbst beißenden Kindern. Alternative Verfahren sind positive und negative Übung. Erstere wird häufig aus einer Korrektursituation ausgeführt, das heißt der Betroffene muß zunächst die Ausgangssituation wiederherstellen (zu diesen Überkorrekturverfahren gehört die Festhaltetherapie), bei negativer Übung muß das unerwünschte Verhalten solange wiederholt werden, bis eine Sättigung eintritt.

Wehmeyer (1995) hat in seiner Metaanalyse darauf hingewiesen, daß es relativ gut möglich ist, stereotypes Verhalten zu reduzieren, wobei lediglich time-out-Prozeduren und Extinktionsversuche dabei unwirksam waren. Ausgeprägte Stereotypien waren schwer zu eliminieren, Hand- und Fingerstereotypien sprachen am besten auf die Behandlung an, stereotype Rumpfbewegungen dagegen am wenigsten. Seinen Zweifel an der besseren Ansprechrate älterer Kinder bestätigt Oliver (1995) in seiner Übersichtsarbeit über Diagnose und Therapie selbstverletzenden Verhaltens. Er rückt dieses Verhalten in die Nähe von anderem aufmerksamkeitssuchenden Verhalten und trennt es damit von aggressiven und autoaggressiven Verhaltensweisen. Seine Übersicht hebt die Notwendigkeit der Frühintervention und einer Bedingungsanalyse vor jeder Therapieplanung hervor. Sozialer Kontakt erscheint ihm als wesentlicher Verstärker und aversive Anforderungen als wesentlicher Auslöser. Er verweist auf den Nutzen der Motivanalyse nach Durand und Crimmens (1988)

und schlägt auch vor, bei der Funktionsanalyse entwickelte Annahmen durch Manipulation des Umweltverhaltens zu testen. Zur Reduzierung selbstverletzenden Verhaltens mit Funktionscharakter soll die Kommunikation des intelligenzgeminderten Kindes verbessert werden, damit das selbstverletzende Verhalten sich erübrigt beziehungsweise durch den eingeleiteten Kommunikationsvorgang ersetzt und verdrängt wird. Damit wird dem Betroffenen Kontrolle über das Verhalten zurückgegeben, aber auch zugewiesen. Trotz der Effizienz des Verfahrens sind häufig zusätzliche verhaltenstherapeutische Maßnahmen notwendig.

Die Übersicht von Oliver (1995) erwägt anhand der Erfolge mit Opiat-Blockern und Fluphenazin und Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern die Rolle des Opiatsystems, des Dopaminergen und Serotoninergen Systems bei der Pathogenese selbstverletzenden Verhaltens. Andere symptombezogene pharmakotherapeutische Ansätze betreffen in der Regel aggressives oder hyperkinetisches Verhalten. Zur Behandlung des aggressiven Verhaltens eignen sich gegebenenfalls Pipamperon, Propranolol oder Carbamazepin, letzteres nur bei Kindern über sechs Jahre, jeweils nach Ausschluß von Kontraindikationen, vorsichtiger Aufdosierung und Beachtung möglicher unerwünschter Wirkungen. Ist aggressives Verhalten mit Impulskontrollstörung verbunden, lohnt sich ein Versuch mit Methylphenidat. Letzteres wird auch bei hyperkinetischem Verhalten leicht intelligenzgeminderter Kinder mit Erfolg benutzt, während Kinder mit ausgeprägten Intelligenzminderungen darauf seltener ansprechen, so daß sich Pipamperon besser eignet (vgl. Schmidt & Blanz, 1996).

Wenn umschriebene Syndrome bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen auftreten, entspricht die Behandlung dem Regelvorgehen, das in anderen Kapiteln dieses Buches beschrieben wird; sie wird nötigenfalls durch einschlägige Pharmakotherapie ergänzt. Die Behandlung muß aber an das kognitive Niveau angepaßt werden, das bedeutet, daß Psychotherapieverfahren, die in höherem Maße Introspektion und logisches Denken erfordern, mit abnehmendem Intelligenzniveau seltener eingesetzt werden können. Die klassischen verhaltenstherapeutischen Verfahren rücken dann in den Vordergrund. Bei der Behandlung autistischer Syndrome sind sie ohnehin üblich. Bei der Behandlung hyperkinetischer Störungen entfällt die Möglichkeit von Selbstinstruktion und die Interventionen werden auf das Kontingenzmanagement beschränkt. Bei Störungen der rezeptiven Sprache stehen Verfahren der Aphasiebehandlung im Vordergrund. Bei der Behandlung entwicklungsgebundener Störungen ist mit langsameren Fortschritten als üblich zu rechnen. Die therapeutischen Schritte müssen entsprechend kleiner sein, auf die Verständlichkeit der ihnen zugrundeliegenden Kontingenzen ist zu achten. In der Regel bedeutet das klare, knappe sprachliche Anweisungen, die gestisch untermauert werden, und den Ver-

zicht auf Nebensächliches, längere Lernzeiten und häufigere Überprüfungen des Gelernten. Beim Einsatz von Verstärkern wirken Verstärker-Entzugsprogramme besser als positive Verstärkung. In jedem Falle muß die Verstärkung aber unmittelbar erfolgen, und es muß eindeutig sein, worauf sie sich bezieht. Verstärker- oder Token-Entzugsprogramme, bei denen Belohnungen beziehungsweise Verluste summiert werden, setzen Mengen- und Zeitverständnis bei den behandelten Kindern oder Jugendlichen voraus.

Das relativ stereotype Verhalten intelligenzgeminderter Kindern produziert stereotype Reaktionen auf seiten ihrer erwachsenen Bezugspersonen. Auch wenn diese nicht Auslöser auffälligen Verhaltens sind, halten sie es häufig aufrecht. Deshalb ist auch im Rahmen von Behandlungen, in denen Eltern häufig als Kotherapeuten mitarbeiten, die Überprüfung ihres Verhaltens vor Ort unumgänglich, das heißt der Behandler muß sich einzelne Therapieschritte vorführen lassen, auch um sich so zu vergewissern, daß das betroffene Kind ausreichend versteht. Primäre Interaktionsprobleme sind als solche zu behandeln; sie bestehen oft bei Fütter- und Trennungsangststörungen. Daher steht hier zunächst die Verhaltensmodifikation bei den Eltern im Vordergrund. Sind verdeckte Konflikte an dem pathogenen Verhalten der Eltern beteiligt, kommt Beratung oder konfliktzentrierte Psychotherapie der Eltern in Frage. Bei Konversionsstörungen (Verlust der normalen Integration, die sich auf die Kontrolle von Körperbewegungen, unmittelbare Empfindungen, Erinnerung an die Vergangenheit bezieht) intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher sind Entspannungsverfahren hilfreich (vgl. Petermann & Petermann, 1993).

Intelligenzminderungen selbst sind stabil, ausgenommen die Demenz, bei der ein progredienter Verlauf auftreten kann. Eine ähnlich hohe Stabilität zeigen die psychischen Auffälligkeiten vom Kindes- bis ins junge Erwachsenenalter. Die Stabilität emotionaler Störungen ist bei Mädchen stärker, die Stabilität aggressiv-dissozialer Störungen bei beiden Geschlechtern ähnlich. Hyperkinetisches und autistisches Verhalten sowie Stereotypien nehmen mit zunehmendem Alter ab. Statt dessen ergibt sich eine relative Häufung schizophrener Erkrankungen (wegen ihres späteren Auftretens als Pflorpschizophrenien bezeichnet) und Persönlichkeitsstörungen. Letztere machen ein Drittel der psychischen Störungen intelligenzgeminderter Erwachsener aus, gefolgt von autistischen und depressiven Störungen, mit denen sie zusammen zwei Drittel der einschlägigen Auffälligkeiten bilden.

Ein sekundär-präventiver Umgang mit intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen stellt die wichtigste primäre Prävention für psychische Störungen bei dieser Gruppe dar. Dazu gehören Früherkennung der Beeinträchtigung, frühe Information der Eltern und Frühförderung für die Betroffenen. Angemessene Forderungen stellen vor allem bei gering ausgeprägten

Intelligenzminderungen vielleicht die wichtigste präventive Maßnahme dar. Sie tragen auch zur ohnehin verspäteten Entwicklung überdauernder Leistungsmotivation bei. Unterforderung und Leerlauf begünstigen Verhaltensauffälligkeiten. Mit zunehmendem Alter werden für Jugendliche mit Intelligenzminderungen trotz aller Integrationsbemühungen Kontakte mit ebenfalls beeinträchtigten Gleichaltrigen wichtig, weil speziell in der Adoleszenz sozialer Austausch mit Nichtbehinderten eher schwierig ist.

Rechtliche Aspekte spielen bei Behandlung Minderjähriger mit Intelligenzminderung eine geringere Rolle als ethische. Rechtlich erfolgt die Vertretung in der Regel durch die gesetzlichen Vertreter. Erst mit Erreichen der Volljährigkeit kommen Regelungen des Betreuungsgesetzes auch als Voraussetzung für die Einwilligung in Therapien zum Tragen. Bezüglich der Finanzierung psychotherapeutischer Maßnahmen ist rechtlich zwischen der Behandlung der Grunderkrankungen zu Lasten der Krankenversicherer, der Förde-

rung bezüglich der Intelligenzminderung, die nicht in den Indikationsbereich des Psychotherapeutengesetzes, sondern in den des Bundessozialhilfegesetzes fällt und psychotherapeutische Maßnahmen bei zusätzlichen psychischen Störungen zu unterscheiden. Was die ethischen Probleme angeht, weist Lehmkuhl (1998) mit Recht darauf hin, daß sich die Angemessenheit von Interventionen an den Zuwachs an eigenständiger Lebensführung und Unabhängigkeit messen lassen muß. Wenn das nicht zu erreichen ist, dann sind im Rahmen des oben erwähnten Kommunikationstrainings eingeführte Verhaltensweisen zumindest in ihrem Wert fraglich, und Behandler und Bezugspersonen müssen über Möglichkeiten nachdenken, die Toleranz für Auslöser des unerwünschten Verhaltens zu steigern. Damit ist nochmals festzustellen, daß in der Förderung von Kindern mit Intelligenzminderungen Kommunikationsfähigkeit und Autonomie gerade wegen ihrer präventiven Bedeutung ein hoher Stellenwert zukommen muß.

Zusammenfassung

Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionen bei Kindern und Jugendlichen ziehen in der Regel eine Veränderung in praktisch allen Entwicklungsbereichen nach sich. Das gilt nicht nur für die 0,5% der mittelgradig oder schwer Intelligenzgeminderten, sondern auch für die leichteren Formen und den Übergangsbereich von der unteren Normgrenze zu den klinisch relevanten Ausprägungen. Die Komorbidität von Intelligenzminderungen mit umfassenden Entwicklungsstörungen ist hoch. Für alterstypische oder nicht altersgebundene psychische Auffälligkeiten ist sie selektiv erhöht oder erniedrigt; typische Einfärbungen solcher Störungen durch die Intelligenzminderung sind häufig. Je nach Ausprägungsgrad muß bei 30 bis 40% der Kinder und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen mit komorbiden psychischen Störungen gerechnet werden. Sie entstehen aufgrund unterschiedlicher Mechanismen und sind teils Folge, teils Begleiterscheinung der Intelli-

genzminderung, gelegentlich auch deren Ursache. Geminderte Intelligenz kann auch als Schutzfaktor wirken. Die Kenntnis der Mechanismen der Komorbidität sind wichtig für die Therapieplanung. Die vorgeschaltete Diagnostik von Intelligenzminderung und psychischen Störungen stellt spezifische Anforderungen an psychometrische Verfahren und die psychopathologische Untersuchung. Bei den Interventionen wird zwischen pädagogischen Fördermaßnahmen bezogen auf die Intelligenzminderung und spezifische Therapieverfahren unterschieden, die auf die Behandlung zusätzlicher psychischer Störungen abzielen. Die häufig nicht altersgerechte Zustimmungsfähigkeit der Betroffenen zu therapeutischen Interventionen macht spezifische ethische Überlegungen notwendig. Pädagogische Förderung ist neben Frühdiagnostik und Frühintervention bei psychischen Störungen die wichtigste Form der Prävention.

Verständnisfragen

1. Nennen Sie Merkmale zur Differentialdiagnose zwischen umfassenden Entwicklungsstörungen und Intelligenzminderungen.
2. Was unterscheidet die fünf vorgeschlagenen Mechanismen zur Erklärung der Komorbidität von psychischen Störungen und Intelligenzminderung.
3. Nennen Sie zusätzliche Veränderungen psychischer Störungen bei Intelligenzminderung.
4. Welche Fehlermöglichkeiten bestehen bei der Auffassung kognitiver Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen und wie wird ihnen vorgebeugt?
5. Erläutern Sie die Beziehungen zwischen pädagogischer Förderung und primärer und sekundärer Prävention psychischer Störungen bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen.

Weiterführende Literatur

Castell, R. (Hrsg.) (1998). *Intensive Förderung von Kindern in Schule und Heim*. Würzburg: Edition von Freisleben.

Literatur

Abidin, R. (1990). *Parenting Stress Index*. Charlottesville: Pediatric Psychology Press.

Adam, H. (1993). *Mit Gebärden und Bildsymbolen kommunizieren. Voraussetzungen und Möglichkeiten der Kommunikation von Menschen mit geistiger Behinderung*. Würzburg: Edition von Freisleben.

Aman, M., Tasse, M., Rojahn, J. & Hammer, D. (1996). The Nisonger CBRF: A child behavior rating form for children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 17*, 41-57.

Amon, P., Castell, R. & Le Pere, A. (1998). 3 Jahre Sonderpädagogik: Intelligenz, Verhalten, Sprache. Ergebnisse einer Longitudinalstudie an bayrischen Diagnose- und Förderklassen. In R. Castell (Hrsg.), *Intensive Förderung von Kindern in Schule und Heim*. Würzburg: Edition von Freisleben.

Corbett, J. (1983). An epidemiological approach to the evaluation of services for children with mental retardation. In M.H. Schmidt & H. Remschmidt (Eds.), *Epidemiological approaches in child psychiatry*, Vol. II (140-150). Bern: Huber.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1993). *ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen*, (2. Aufl.). Bern: Huber.

Dosen, A. (1993). Diagnosis and treatment of psychiatric and behavioral disorders in mentally retarded individuals: the state of the art. *Journal of Intellectual Disability Research, 37*, 1-5.

Durand, V. & Crimmens, D. (1988). Identifying the variables maintaining self-injurious behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 18*, 99-107.

Eggers, C. & Billke, O. (1995) *Oligophrenie und Demenzprozesse des Kindes- und Jugendalters*. Stuttgart: Thieme.

Ehlers, S. & Gillberg, C. (1993). The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines, 34*, 1327-1350.

Einfeld, S.L. & Tonge, B.J. (1996). Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: epidemiological findings. *Journal of Intellectual Disability Research, 40*, 99-109.

Esser, G. Schmidt, M.H., Blanz, B., Fätkenheuer, B., Fritz, A., Koppe, T., Laucht, M., Rensch, B. & Rothenberger, A. (1992). Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse einer prospektiven epidemiologischen Längsschnittstudie von 8 – 18 Jahren. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 20*, 232-242.

Eggers, C. & Billke, O. (1995). *Oligophrenie und Demenzprozesse des Kindes- und Jugendalters*. Stuttgart: Thieme.

Sarimski, K. (1997). *Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome*. Göttingen: Hogrefe.

Facon, B., Bollengier, T. & Grubar, J.C. (1993). Overestimation of mentally retarded persons IQs using the PPVT: A re-analysis and some implications for future research. *Journal of Intellectual Disability Research, 37*, 373-379.

Frith, U. (1989) Autism and theory of mind. In C. Gillberg (Ed.), *Diagnosis and treatment of autism* (22-52). New York: Plenum.

Ingenkamp, K. (Hrsg.) (1997). *Testbatterie für geistig behinderte Kinder* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Kane, G. & Kane, N. (1990). Psychologische Maßnahmen. In G. Neuhäuser & H.-Ch. Steinhausen (Hrsg.), *Geistige Behinderung* (220-234). Stuttgart: Kohlhammer.

Kiese, C. & Kozielsky, P.M. (1996) *Aktiver Wortschatztest für 3- bis 6-Jährige*. Göttingen: Hogrefe.

Kusch, M. & Petermann, F. (1991). *Entwicklung autistischer Störungen* (2. erweit. Auflage). Bern: Huber.

Lehmkuhl, G. (1998). Intelligenzminderung. In M. Berger (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (867-880). München: Urban & Schwarzenberg.

Marcus, A. & Schmidt, M.H. (1993). Lernbehinderung und psychische Auffälligkeiten. In R. Castell (Hrsg.), *Lernbehinderung* (61-103). Rimpf: Edition von Freisleben.

Melchers, P. & Preuß, U. (1991). *Kaufman ABC*, dt.-sprachige Fassung. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Neuhäuser, G. & Steinhausen, H.-C. (Hrsg.) (1990). *Geistige Behinderung. Grundlagen und genetische Syndrome. Behandlung und Rehabilitation*. Stuttgart: Kohlhammer.

O'Brien, G. (1992). Behavioural phenotypes and their measurement: Annotation. *Developmental Medicine and Child Neurology, 34*, 365-367.

Oliver, C. (1995). Self-Injurious Behaviour in children with learning disabilities: Recent advances in assessment and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30*, 909-927.

Petermann, F. (Hrsg.) (1997). *Kinderverhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Petermann, U. & Petermann F. (1993). Entspannungsverfahren bei Kinder und Jugendlichen. In D. Vaitl & F. Petermann (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren*, Band 1 (316-314). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Remschmidt, H. & Schmidt, M.H. (1994) (Hrsg.). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (3. Aufl.). Bern: Huber.

Russow, M., Penny, R., Kolodny, E. & Gillberg, C. (1996). Heller-Syndrom in a pre-schoolboy. Proposals for medical evaluation and hypothesized pathogenesis. *European Child and Adolescence Psychiatry, 5*, 172-175.

Sarimski, K. (1997). *Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome*. Göttingen: Hogrefe.

- Sass, H., Wittchen, U.H., Zaudig, M. & Houben, I. (1998). *Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen, DSM IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, M. H. (1986). Psychopathologie bei geistiger Behinderung. In G. Neuhäuser (Hrsg.), *Entwicklungsstörungen des Zentralnervensystems* (175-182). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidt, M.H. & Blanz, B. (1996). *Psychopharmakotherapie im Kindesalter*. Stuttgart: Enke.
- Steinhausen, C. & v. Aster, M. (Hrsg.) (1999). *Handbuch der Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen* (2. erweit. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Wehmeyer, M.L. (1995). Intra-individual factors influencing efficacy of interventions for stereotyped behaviours: a meta-analysis. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, 205-214.
- Wiedl, K. H. & Carlson, J. S. (1981). Dynamisches Testen bei lernbehinderten Sonderschülern mit dem farbigen Matrizen test von Raven. *Heilpädagogische Forschung*, 11, 19-26.