

Psychische Störungen infolge von Intelligenzminderungen

Martin H. Schmidt

Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen bei Kindern und Jugendlichen ziehen - bis auf wenige Ausnahmen später erworbener Intelligenzminderungen - eine Veränderung in praktisch allen Entwicklungsbereichen nach sich. Das gilt nicht nur für ausgeprägte Intelligenzminderungen, sondern auch für die Minusvarianten im Übergang vom unteren Normbereich zu pathologischen Ausprägungen. Wegen ihres primären Charakters sind sie häufig mit anderen umfassenden Entwicklungsstörungen verbunden, zeigen aber auch eine regelhafte Häufung für das Kindesalter typischer psychopathologischer Auffälligkeiten. Wer sich mit solchen Auffälligkeiten beschäftigt, muß um die Regeln des gemeinsamen Auftretens wissen. Er muß weiter über mögliche Mechanismen der Verknüpfung von Intelligenzminderung und psychischer Auffälligkeit informiert sein. Die Kombination beider Auffähigkeiten erfordert Aufmerksamkeit bei der Intelligenzdiagnostik, aber auch bei der Diagnose psychischer Störungen. Interventionen bei psychischen Auffälligkeiten intelligenzgeminderter Kinder müssen der Intelligenzminderung angepaßt werden. Ebenso wichtig sind aber Überlegungen zur Verhütung psychischer Störungen beim Vorliegen des Risikofaktors Intelligenzminderung.

1. Beschreibung der Störungen

1.1 Störungen bei Intelligenzminderung

Kinder mit intellektuellen Fähigkeiten im Grenzbereich zwischen niedriger Intelligenz und leichter Intelligenzminderung sind bis zum Schuleintritt keineswegs 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, d. h. 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. Am Anfang ist die Anamnese ein hilfreicheres Instrument als die unmittelbare Beobachtung. Demenzprozesse beginnen mit Einbußen beim kritischen Urteilen und der sprachlichen Darstellung komplizierter Beziehungen sowie einem Verlust von Planungsfähigkeiten. Es folgen Einschränkungen des schlußfolgernden Denkens bzw. der Abstraktionsfähigkeit und des Sprachverständnisses; die Wahrnehmungsgeschwindigkeit sinkt, das Behalten wird reduziert. Dysphasien (zentral bedingte Sprachausdrucksstörung) und Dyspraxien (zentral bedingte Unfähigkeit, sinnvolle Bewegungen auszuführen) leiten über zur Einschränkung der Motorik und erhöhter cerebraler Erregbarkeit. Damit sind nicht nur die Fähigkeiten zum schulischen Lernen und zur Alltagsbewältigung beeinträchtigt, sondern auch Fertigkeiten der Selbstversorgung.

Posttraumatische Demenzzustände, die nicht fortschreitend sind, gehen häufig mit hirnorganischen 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.

Andere Hirnerkrankungen führen zu leichteren Intelligenzminderungen in Kombination mit der sogenannten organischen Persönlichkeitsstörung, bei der man-

gelnde 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 viskösem Denken sowie thematischer Fixierung begleitet.

1.2 Umfassende 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 4 : 10.000 Jungen häufiger als Mädchen (vgl. Kusch & Petermann in diesem Buch). 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 eingegengtes Spektrum an Verhaltensweisen und Interessen. Damit hängen eine Häufung von (nicht nur motorischen) Verhaltensstereotypen und zwanghaftes Haften an bestimmten Reaktionen und Umfeldern zusammen. Symptomatisch ist im frühen Kindesalter der fehlende oder verkürzte Blickkontakt. Zur Differentialdiagnose tragen bei: qualitative Besonderheiten der immer - entsprechend der Intelligenzminderung - verzögerten Sprachentwicklung (vor allem die pronominale Umkehr, bei der die Anrede „du“ statt „ich“ verwendet wird), Wortneuschöpfungen, Echolalien (Nachsprechen gehörter Wörter ohne Rücksicht auf deren Inhalt), bizarre Haltungen, fehlendes Lächeln, Fehlen der körperlichen Kontaktbereitschaft (Kind streckt die Arme nicht aus, wenn es aus dem Bett aufgehoben werden soll) und das Fehlen gekoppelter gemeinsamer Aktionen (autistische Kinder weisen nicht auf Dinge hin, die ein anderer sehen soll oder folgen mit ihren Blicken nicht dem ausgestreckten Arm). 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 oder bei denen eines oder zwei der drei diagnostischen Kriterien fehlen. Bei intelligenzgeminderten Kindern besteht bei autistischen Zügen am häufigsten das Symptom des stereotypen und repetitiven Verhaltens mit eingeschränktem Interessenspektrum. Natürlich ist diese Symptomatik mit dem 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).

Bei Störungen mit hyperkinetischem Verhalten bestehen zwei Varianten, von denen die letztbeschriebene bei Intelligenzminderungen überzufällig häufig auftritt (hyperkinetisches Verhalten mit Intelligenzminderungen und Bewegungs-Stereotypien). 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 zum 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. Hyperkinetische Syndrome kommen gehäuft nach Alkoholembryopathien (durch Alkoholabusus während der Schwangerschaft hervorgerufene kindliche Störung) vor.

Von dem bisher berichteten ist die Kombination hyperkinetischen Verhaltens mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien zu unterscheiden, die vorzugsweise bei wenigstens mittlerer 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. Eine Therapie ist in der Regel nicht mit Stimulanzien möglich, da bei Stimulanziegabe dysphorische Reaktionen auftreten können. Ein Einsatz bestimmter Neuroleptika ist möglich. Das Syndrom ist häufig von anderen Entwicklungsverzögerungen begleitet, Klarheit über einen Zusammenhang mit hirnanorganischen Beeinträchtigungen besteht nicht. Eine Aufmerksamkeitsstörung zählt nicht zu den die Diagnose bestimmenden Merkmalen.

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 unterhalb 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 bzw. Sprachbehinderung auch bei niedrigen Intelligenzgraden noch gut differenzierbar ist. Ausgenommen sind die schwersten Intelligenzminderungen, bei denen 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 bzw. das Verstehen basaler Informationen bezieht. Besondere differentialdiagnostische Probleme bereitet die rezeptive Sprachstörung, weil bei ihr die expressive Sprache praktisch immer beeinträchtigt ist und Störungen der Wort- bzw. 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 nichtsprachlichen Kommunikation von dieser Störung abgegrenzt. Andere Entwicklungsverzögerungen sind dabei häufig, die Rate begleitender emotionaler und anderer Verhaltensauffähigkeiten ist hoch und die soziale Entwicklung wird dadurch verzögert. Echolalien können auftreten, wobei die Kinder Als-Ob-Spiele beherrschen, elterlichen Zuspruch in Anspruch nehmen und Gestik und Mimik überwiegend richtig gebrauchen.

Artikulationsstörungen sind bei den motorischen Beeinträchtigungen Intelligenzgeminderter häufig bzw. das sogenannte physiologische Stammeln dauert über lange Zeit an.

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 Ent-

wicklungsstörungen 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 jederzeit willkürlich eingesetzt werden können, verstärken sie sich selbst. Zu den Symptomen zählen seitliches Hin- und Herwerfen des Kopfes, Stoßen des Kopfes gegen Bett oder Wand, Auf- und Abbewegen des Körpers im Knien, Drehen von Haaren zwischen den Fingern, gelegentliches Ausreißen von Kopfhaaren oder Wimpern, Schlagen ins eigene Gesicht oder 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 bzw. Schnipsen mit den Fingern häufiger. Die Abgrenzung gegen Ticerkrankungen 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.

Der verzögerte Erwerb der zum Essen notwendigen Fertigkeiten bedingt bei intelligenzgeminderten Kindern häufig längeres Füttern. Damit rücken störbare 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 Fütterdenn als Eßstörung bezeichnen. Das willkürliche Wiederheraufwürgen von bereits geschluckter Nahrung und anschließende erneute Kauen und Schlucken wird als Ruminatio n bezeichnet und gilt u.a. als Ausdruck deprivierender Bedingungen, steht also den Stereotypien 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 gemeinsam mit Bewegungsstereotypien vor. Die Symptome älterer Kinder sind Polydipsie oder Polyphagie (vermehrte Flüssigkeits- oder Nahrungsaufnahme), die u.a. nach Hirnschädigungen beobachtet werden. Übergewicht ist ein häufiges Symptom ebenfalls älterer intelligenzgeminderter Kinder. Zu den Fütterstörungen im engeren Sinne gehören das Erbrechen im Schwall nach dem Füttern oder auch nach hastigem Essen sehr begehrt er 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 erst recht bei Intelligenzgeminderten Kindern häufiger Ausdruck von Lernproblemen, nicht aber von intrapsychischen Konflikten. Primäre Störungen kommen deutlich häufiger vor als sekundäre, d.h. Darm- und Blasenkontrolle wurden in der Regel noch nie erreicht. Zur Symptomatik gehören das Absetzen des Stuhls 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 tags, jedoch ist die Häufigkeit des Tageinnässens 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. Schließlich kann nächtliches Einnässen Ausdruck nächtlicher Krampfanfälle sein.

Trennungsängste als Symptom mangelnder Autonomie sind entsprechend der psychischen Entwicklung bei Intelligenzgeminderten Kindern häufiger als bei anderen. Sehr enge Bindungen an Hauptbezugspersonen werden dabei verstärkt durch den erhöhten Schutz- und Aufsichtsbedarf. 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, Bauchschmerzen vor. Neben der für Intelligenzgeminderte spezifischen Pathogenese spielen natürlich auch hier bedrohliche Zustände bei bzw. 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, interessieren sich zwar für Gleichaltrige, kommunizieren aber auf negative Weise. Zusätzlich treten Rückzugsverhalten, depressive Verstimmungen und aggressive sowie auto-aggressive Symptome auf. Dauert dieses Verhalten an, dann entsteht ein qualitativ abnormes Interaktionsverhalten: Solche Kinder klammern sich an Fremde an, suchen diffus Kontakt und Aufmerksamkeit, d.h. ohne eine ihrer Altersstufe

angemessene Distanz. Die Betroffenen können soziale Interaktionen schlechter initiieren, emotionale und dissoziale Begleitstörungen sind häufig.

Wie erwähnt, hat aggressives Verhalten 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. Es kommt zur aktiven Mißachtung sozialer Regeln und zum gezielten Ärgern der Sozialpartner. 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.

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.

Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen zeigen bei Intelligenzminderungen mit zunehmendem Alter steigende Prävalenzraten, weil die Unterstützung bei der Verarbeitung belastender Lebensereignisse bzw. 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 die 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 Intelligenz 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 jeweils in akuten Belastungen vermehrt gesehen, gehäuft scheint auch eine Mischung von Angst mit Symptomen einer Störung des Sozialverhaltens aufzutreten.

Unter den somatoformen und dissoziativen Störungen treten die diffuseren Syndrome in den Vordergrund, während klassisch hypochondrische Störungen mit

der stetigen Vorstellung einer schweren oder progredienten Erkrankung mit Depression und Angst seltener beobachtet werden. Wie bei Kindern ohne Intelligenzminderung wird eine Häufung von Funktionsstörungen vegetativ kontrollierter Organsysteme registriert. Sie sind häufig mit klassischen dissoziativen Symptomen kombiniert, seltener sind es reine dissoziative Störungen. 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 als die für Erwachsene typische belle indifferente (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.

Der Nachweis der klassischen Anorexia nervosa bei Jugendlichen mit deutlicher Intelligenzminderung gelingt kaum. Einschlägige Bilder, die beschrieben wurden, lassen sich in der Regel als anorektische Reaktionen deuten, die häufig nach Auflösung übermäßig enger Mutter-Tochter-Beziehungen auftreten. Unter differentialdiagnostischen Gesichtspunkten ist stets die Nahrungsverweigerung aufgrund verzerrten Körpergefühls kennzeichnend. Bei begleitenden Depressionen ist es schwierig, diese als primär oder als Folge des Fastens zu identifizieren.

Bei Angststörungen entsprechen die Angstinhalte 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 Schulanst 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 ausgeprägter ist als bei anderen. 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 bzw. 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 aber unklar, wie häufig sie dem Typ der Impulskontrollstörungen zuzuordnen sind, d.h. wie weit 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 dysthymischer Störungen (chronisch depressive Verstimmungen).

Unter den schizophrenen und schizoaffektiven Erkrankungen scheint es keine Unterschiede bezüglich des leichten bzw. akuten Beginns zu geben. Frühsymptome sind bei intelligenzgeminderten Jugendlichen schwer deutbar. Ob tatsächlich ein Typ schizophrener 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 häufig diagnostische Schwierigkeiten. Bizarre Bewegungen werden auch bei nichtkatatonen Schizophrenien registriert. Unklar ist ebenfalls, ob Negativsymptome wirklich häufiger auftreten. Leicht übersehen werden postschizophrene Depressionen. Residualsymptome werden häufig unzureichend gegen die Symptome der Intelligenzminderung differenziert. Die Diagnose schizotyper Störungen (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 intellektuellen Leistungsfähigkeit definiert sind. Die Prävalenzraten schwanken auch danach, ob sich die Falldefinition auf Symptome, aus diesen 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 deutliche Steigerung der Varianz bei Kindern mit einem IQ unter 50 aus.

Tabelle 1:

Raten kinderpsychiatrischer Störungen bei unterschiedlichem IQ (erweitert nach Schmidt, 1986).

IQ	Häufigkeit (in %)	Alter (in Jahren)	Autoren
> 114	13	3-14	Castell et al. (1981)
> 85	16	8	Schmidt et al. (1982)
70-84	21,4	8	Schmidt et al. (1982)
50-69	24,5	< 16	Birch et al. (1970)
≥ 60	29,1	7-16	Liepmann (1977)
≥ 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 unter 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 in deutlich höherem Maße 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 Castell et al. (1993) in Förderklassen für 6-10jährige im ländlichen wie im großstädtischen Bereich 33 % mit psychischen Auffälligkeiten. Das sind doppelt soviele, wie zu erwarten waren. Die bisherigen 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 5-16jähriger psychiatrischer Patienten in 70 % psychische Auffälligkeiten nachweisen; der IQ lag bei diesen Patienten zwischen 50 und 84, wobei geringgradige Intelligenzminderungen deutlich überrepräsentiert waren. In der Inanspruchnahmeuntersuchung geistig Behinderter fand Reid (1980) 90 % psychisch Auffällige und bestätigte damit die Ergebnisse von Phillips und Williams (1975) mit 87 %.

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 erworbenen 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 bzw. der deutliche Einfluß adversiver familiärer und sozialer Bedingungen auf die kognitive Entwicklung; die Rate von Zusatzbehinderungen nimmt zu (vgl. Tab. 2 und 3). Tabelle 2 zeigt insbesondere die hohe Rate von Sprech- und Sprachstörungen.

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 hirngeschädigten Psychosyndroms, was mit Schwächen auch im Bereich der Wahrnehmungsorganisation und des Gedächtnisses einhergeht. Generell sind Störungen

Tabelle 2:

Zusatzbehinderungen bei geistig behinderten Kindern (modifiziert nach Liepmann, 1977).

Art der Zusatzbehinderung	Häufigkeit (in %)
Motorik	17
Sehen	50
Hören	8
Sprache	77
Anfälle	14

Tabelle 3:

Anzahl der Zusatzbehinderungen bei geistig behinderten Kindern (modifiziert nach Liepmann, 1977).

Anzahl der Zusatzbehinderungen	Häufigkeit (in %)
Keine	12
Eine	26
Zwei	39
Drei	20
Vier	3

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 bekommen durch die gleichzeitig bestehende Intelligenzminderung eine typische Färbung, zum Beispiel Pflöpfpsychosen (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. 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 zehnten Revision (Dilling et al., 1993), in Kapitel V unter F 70 bis F 79 klassifiziert und zwar in einer Vierfachabstufung (bei Anwendung ausreichend standardisierter Intelligenztests) :

F 70 Leichte Intelligenzminderung

Hierunter fällt der IQ-Bereich von 50 bis 69 mit den dazugehörigen Bezeichnungen: Schwachsinn, leichte geistige Behinderung, leichte Oligophrenie oder Deblilität.

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, Stummheit, 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.

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“. Das eindimensionale Klassifikationsvorgehen von ICD-10 sieht vor, den Grad der

Augenfälligkeit 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 nicht als psychopathologische Symptome als solche aufgefaßt werden können. Die Abgrenzung kann gelegentlich Schwierigkeiten bereiten. Bei konsequentem Vorgehen nach ICD-10 wird eine zusätzliche psychische Störung auch 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 vorgesehenen Diagnosen-Ziffern.

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 (wie zum Beispiel Epilepsien oder Zustände nach Schädel-Hirn-Trauma).

Die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie seit Ende der 60er Jahre übliche multi-axiale Klassifikation geht von vornherein von einer unabhängigen Bewertung der kognitiven Fähigkeiten und psychiatrischen Symptome, körperlichen Störungen und potentiell auslösenden Umstände aus. Die analog zur zehnten Revision der ICD erschienene Neufassung sieht sechs Achsen zur Klassifikation psychischer Störungen vor (siehe Remschmidt in diesem Buch).

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. Dieses Vorgehen vermeidet die Mehrfachklassifikation psychischer Störungen (neben der Intelligenzminderung und der umschriebenen Entwicklungsverzögerung) und beschränkt sich auf eine Diagnose, während andere behandlungsrelevante Symptome in einem diagnoseergänzenden Symptomkatalog klassifiziert werden.

Das DSM-III-R, das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen in der dritten revidierten Fassung, geht von einer multiaxialen Klassifikation aus, die bei Kindern und Jugendlichen fünf Achsen umfaßt (siehe Remschmidt in diesem Buch). Da für Intelligenzminderung keine eigene Achse reserviert ist, sind Mehrfachklassifikationen bei DSM-III-R 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 Depressionsstörung.

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

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 3-4 % aller Intelligenzgeminderten, wobei die Grenzen für den IQ zwischen 20-25 und 35-40 liegen.

318.20 Schwerste Intelligenzminderung

Bis 2 % aller Betroffenen einschließlich, 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.

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 psychischen 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 häufig übersehen bei parallel bestehenden psychischen Erkrankungen. In diesen Fällen werden dann die Adaptionsmöglichkeiten der Betroffenen (Anpassungen an Entwicklungsaufgaben) nicht korrekt eingeschätzt, zum Beispiel bei der undifferenzierten oder Residual-Schizophrenie.

Im DSM-III-R 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-III-R 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.

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
- 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 bzw. 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 das Wechselspiel 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 der psychischen Entwicklung sein. Zunächst können **psychische Auffälligkeiten oder Störungen von Krankheitswert aus der Intelligenzminderung** resultieren.

1. Variante:

Grunderkrankung → Intelligenzminderung → Psychische Störung

2. Variante:

Grunderkrankung → Intelligenzminderung
 bekannt/unbekannt ↓
 psych. Störung

3. Variante:

Grunderkrankung → Intelligenzminderung
 ↓
 Andere Risikofaktoren → Psychische Störung

4. Variante:

Grunderkrankung → Intelligenzminderung → Psychische Störung
 ↓
 Andere Risikofaktoren → Psychische Störung

Abbildung 1:

Möglichkeiten für gemeinsames Auftreten von Intelligenzminderung und psychischer Störung.

Häufiger ist die Konstellation, daß **Intelligenzminderung und begleitende psychische Störungen gleichermaßen Folge einer Grundstörung** sind und sich zusätzlich gegenseitig beeinflussen, vor allem im Sinne einer typischen Färbung der psychischen Störung (vgl. Abb. 1). Die Komorbidität beruht also auf einer gemeinsamen Ursache. Eine andere Möglichkeit der Komorbidität ist die dritte in Abbildung 1 dargestellte Variante: die Grunderkrankung verursacht die Intelligenzminderung, ein anderes Risiko die psychische Störung, beide Folgezustände beeinflussen sich gegenseitig wieder im Sinne einer Überfärbung. Einem ähnlichen Mechanismus folgt die vierte in Abbildung 1 dargestellte Variante: 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, aber im Falle der protektiven Wirkung (ebenfalls dem Schema der letzten Variante in Abbildung 1 folgend) auch abschwächen. Entsprechende Überlegungen sind für die Therapieplanung von Bedeutung.

Intelligenzminderung als Schutzfaktor. Niedrige Intelligenz wirkt immer dann als protektiver Faktor, wenn sie verhindert, daß bestimmte Zusammenhänge erkannt werden, deren Wahrnehmung pathogen wirkt. Die Intelligenzminderung vermeidet in diesem Falle kognitive Dissonanz (zwei oder mehr kognitive Elemente stehen im Widerspruch zueinander, d.h. aus dem Gegenteil des einen ist das andere abzuleiten). 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 Binnendifferenzierung Voraussetzung ist, weniger auf expansive Verhaltensstörungen, die durch Selbstkontrolle reguliert werden. Bekanntlich ist die Bedeutung von Schutzfaktoren wenig erforscht, dieser Tatbestand trifft auch auf intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche zu.

Verhaltensauffälligkeiten ohne Krankheitswert, die die Intelligenzminderung begleiten. In der Regel handelt es sich 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. Solche Auffälligkeiten werden beim Vorgehen nach der ICD-10 auf der vierten Stelle der vierstelligen Klassifikationsziffer benannt, aber nicht durch eigene psychiatrische Diagnosen klassifiziert.

Psychische Störungen von Krankheitswert bei Intelligenzminderung. Mittelbare Folge der Intelligenzminderungen finden oft Ausdruck in 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 Zwangsphänomenen zu nennen, die keinen Krankheitswert hat, aber Anlaß zu differentialdiagnostischen Erwägungen gibt. In der Regel sind die genannten Störungen nicht unmittelbare Folge der Intelligenzminderung. Sie werden aber durch sie begünstigt.

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 oder zu 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 zu nennen:

- 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/Alkoholem-bryopathie
- perinatale Komplikationen/infantile Zerebralparese
- Erkrankungen in der Frühkindheit/Slow-Virus-Infektion

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) Intelligenzminderung zu einer psychischen Störung führen, wobei der Manifestationsmechanismus durch die Intelligenzminderung begünstigt wird. Dissoziale Störungen oder Depressionen, Konversionssyndrome, nicht alterspezifische 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, und sie sind nur aufgrund der geringen Äußerungsfähigkeit mancher intelligenzgeminderter Kinder schwerer zu diagnostizieren.

Intelligenzminderung als Folge anderweitiger psychischer Störungen. Dieser Mechanismus soll der Vollständigkeit wegen erwähnt werden. Für ihn ist aufgrund der kurzen Entwicklungsspannen im Kindes- und Jugendalter schon rein von der biographischen Spanne, aber auch aufgrund der Wahrscheinlichkeit, an 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 Intelligenzminderung 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 verfuhr 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 (was müßte und was kann gelernt werden?) optimal. Ein Schulsystem mit definierten Terminen für die Entscheidung über Wiederholung einer Klasse fuhr 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 Extreimbereichen der Leistungsfähigkeit zu differenzieren versuchen, beschreiben die Leistungsfähigkeit eines kognitiv beeinträchtigten Kindes nur näherungsweise. Ergeben sich dabei Hinweise auf Leistungsschwächen, bedarf es der Klärung derselben mittels gezielter Verfahren, um somit auch im unteren Leistungsbereich ausreichend differenzieren zu können. Sie beziehen heute zunehmend Aufgaben ein, die an Stelle schulisch erworbener Fertigkeiten die soziale Anpassung berücksichtigen. Sie versuchen außerdem, verschiedene Dimensionen kognitiver Leistungsfähigkeit zu betrachten.

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, erst recht der passive Wortschatz, wie er häufig mittels der PPVT (Peabody Picture Vocabulary Test) als Schätzgröße der intellektuellen Leistungsfähigkeit benutzt wird, sind keine verlässlichen Indikatoren (vgl. Facon et al., 1993, die zeigen, daß der passive Wortschatz auch eine Funktion des Alters ist). Unter diesem Aspekt stellt die Diagnostik und Intelligenzminderungen bei Ausländerkindern 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 empfiehlt sich dynamisches Testen nach dem Prinzip des Testing-the-Limits, wie es Wiedl und Carlson (1981) vorgeschlagen haben. Verfahren der Lerndiagnostik im engeren Sinne befinden sich derzeit an den Fakultäten in Aachen und Leipzig in Entwicklung (Huber & Guthke). 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 häufig nicht. Greift die Diagnostik - wie häufig im Vorschulalter bzw. dem präoperationalen Niveau angemessen - auf Paarbildungen und Seriationsaufgaben (vergleichende Betrachtungen optischer Wahrnehmungen) zurück, dann können sich Fehlurteile bei Kindern mit Beeinträchtigungen der optischen Wahrnehmung ergeben (vgl. Warnke in diesem Buch). Es hat sich nicht als effektiv erwiesen, solche Schwächen 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 (1974).

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 rezep tive Sprache weist Schwächen auf. Bei der Rechenschwäche hingegen erfolgt häufiger eine 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 die Differentialdiagnose 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 auf die Verschlechterung des abstrakten Denkens (vor allem gemessen an expressiv sprachlichen Aufgaben wie Ähnlichkeiten oder Beziehungen zwischen Worten, Problemen bei Definitionen und Konzepten) und auf Beeinträchtigungen der Bewertungsfähigkeit (innerfamiliäre oder Freizeitsituationen, schulische Probleme und auch außerschulische Aufgaben können nicht angemessen geplant, durchgeführt und beurteilt werden). Schließlich entstehen in fortgeschritteneren Stadien dysphasische und dyspraktische (s. o.) Beeinträchtigungen, später agnostische Symptome (Unfähigkeit, Wahrgenommenes zu erkennen, trotz intakter Funktion der Sinnesorgane) und solche der sogenannten konstruktiven Apraxie (Störung, bei der bei intakter Handlungsausführung die räumliche Form nachzubildender Gegenstände mißlingt). Die Alltagsbewältigung sowohl im familiären wie im schulischen Rahmen als auch nur mit Gleichaltrigen sinkt deutlich. Im einzelnen lassen sich bei dementiven Prozessen Beeinträchtigungen der Auffassungsgeschwindigkeit und des Behaltens nachweisen, die zum Teil die obengenannten Symptome begründen. Auch verschlechtert sich die affektive Kontrolle, was jedoch ein vieldeutiges Symptom ist. Auf die Notwendigkeit des Nachweises eines organischen Faktors oder entsprechender Vermutung für die Demenzdiagnose wurde bereits hingewiesen. 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, wenngleich sie mit diesen häufig assoziiert sind. Solche Züge kommen gehäuft vor bei der Kombination von Intelligenzminderungen mit therapieresistenten Epilepsien (Steffenburg et al., 1992). Frith (1989) beschreibt ein spezifisches Profil in der Wechsler-Skala 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 geschlossen, daß autistische Kinder, unabhängig von ihrem Intelligenzniveau, ein spezifisches kognitives Defizit haben, insofern 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 hyperkinetische Verhaltensweisen, wie erwähnt, bei Intelligenzgeminderten ein häufiges Symptom. Aufmerksamkeit und Impulsivität beeinträchtigen bei diesen Kindern die Intelligenzbeurteilung. Floride Zustände von schizophrenen, manischen, depressiven und anorektischen Störungen beeinträchtigen die intellektuellen Fähigkeiten und erfordern Wiederholungsmessungen für eine solide Beurteilung, erst recht bei einem Verdacht auf Intelligenzminderungen. 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 Diagnostik psychiatrischer Störungen

Das intellektuelle Niveau beeinflusst die Mechanismen der Verarbeitung intrapsychischer und externer Gegebenheiten. Die nicht altersentsprechende Differenzierung des psychischen Apparates 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. Als Ausdruck der verlangsamten Entwicklung treten mehr körperliche Symptome auf, hyperkinetisches und anderes destruktives Verhalten ist häufiger, Defizitsymptome erscheinen vermehrt. Das Symptombild ist insgesamt stereotyper und uniformer, einfache Angst- und Kontaktstörungen nehmen zu, während Erkrankungen, denen ein diffizilerer intrapsychischer Mechanismus zugrunde liegt, in ihrer Häufigkeit reduziert sind. Auch die umweltabhängigen pathogenen Mechanismen ergeben teilweise ein anderes Spektrum als bei anderen Kindern: psychische Störungen bei anderen Familienmitgliedern, Zurückweisung durch gesunde Altersgleiche und Überforderung treten ebenso gehäuft auf wie ungünstige soziale Bedingungen und restriktiver Erziehungsstil.

Aus diesen Erkenntnissen lassen sich einige Hilfsregeln für die psychiatrische Untersuchung von Kindern und Jugendlichen mit geminderter Intelligenz ableiten: Die Fremdanamnese ist ein wichtiges Instrument, auch bei älteren Kindern und bei Jugendlichen. In ihrem Rahmen ist auf die genaue Schulkarriere, nicht nur auf die augenblicklichen Schulleistungen Wert zu legen. Häufig ist die Erstellung eines Stammbaumes hilfreich. Beobachtung von Verhalten und Interaktion (auch mit Eltern und Geschwistern) hat einen oft höheren Stellenwert als die Befragung der Betroffenen. Freie oder themengeleitete Zeichnungen sind geeignet, die Beobachtung darüber zu ergänzen, wie gut Kulturtechniken beherrscht werden.

5. Verlauf, Behandlung und Prävention psychischer Störungen bei Intelligenzminderungen

Dieser Abschnitt befaßt sich nicht mit der Therapie der Intelligenzminderung selbst bzw. der ihr zugrundeliegenden Störungen. Letzteres ist, soweit dafür überhaupt Möglichkeiten bestehen, Gegenstand ärztlicher Behandlung, erstere 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). Mit zunehmendem Alter gehen sie in sonderpädagogische 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.

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. Da fachliche Hilfe häufig spät in Anspruch genommen wird, führt dies häufig zu einer stereotypen 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). 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, womit 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 ggf. unter Anleitung angeordnetes Durcheinander oder 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, d.h. 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 (zu Details der Therapie selbstverletzenden Verhaltens vgl. Brezkovsky, 1985).

Wenn umschriebene Syndrome bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen auftreten, entspricht die Behandlung dem Regelvorgehen, das in anderen Kapiteln dieses Buches beschrieben wird. 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 Verzicht 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, es muß eindeutig sein, worauf sie sich bezieht. Verstärker- oder Token-Entzugsprogramme, bei denen Belohnungen bzw. Verluste summiert werden, setzen Mengenverständnis bei den behandelten Kindern oder Jugendlichen voraus.

Stereotypes Verhalten von intelligenzgeminderten Kindern produziert stereotype Reaktionen auf seiten der 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, d.h. 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 Suggestivverfahren hilfreich (vgl. Petermann & Petermann, 1993).

Die 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 im Sinne von Pfropfschizophrenien 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 (Reiss, 1982; Koller et al., 1983, wobei nicht bekannt ist, wie häufig eine Therapie erfolgte).

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.

Weiterführende Literatur

- Dosen, A. (1993). Diagnosis and treatment of psychiatric and behavioural disorders in mentally retarded individuals: the state of the art. *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, 1-5.
- Kusch, M. & Petermann, F. (1991). *Entwicklung autistischer Störungen*. Bern: Huber, 2. erweit. Auflage.
- Whitman, T. & Johnston, M. (1987). Mental retardation. In M. Hersen & V. van Hasselt (Eds.), *Behaviour therapy with children and adolescents*. New York: Wiley.

Literatur

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Third edition revised. Cambridge: University Press.
- Birch, H. G., Richardson, S.A., Baird, D., Horobin, G. & Illsley, R. (1970). *Mental subnormality in the community: A clinical and epidemiological study*. Baltimore: Williams & Williams.
- Brezkovsky, P. (1985). *Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens*. Stuttgart: Enke.
- Castell, R., Biener, A., Artner, K. & Dilling, H. (1981). Häufigkeit von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und ihre psychiatrische Versorgung. Ergebnisse einer repräsentativen Querschnittsuntersuchung 3-14jähriger. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 9, 115-125.
- Castell, R. (1992). Persönliche Mitteilung.
- Castell, R., Mall, W., Beck, B. & Amon, P. (1993). Diagnose- und Förderklassen in München und Rosenheim. In R. Castell (Ed.), *Lernbehinderungen*. Rimpfing: Edition von Freisleben.
- Corbett, J. (1982). 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*. Stuttgart: Thieme.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1991). *ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Huber.
- 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.
- 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*, 31, 373-379.
- Frith, U. (1989). Autism and theory of mind. In C. Gillberg (Ed.), *Diagnosis and treatment of autism* (33-52). New York: Plenum Press.
- Frostig, M. (1974). *Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung* (bearb. von O. Lockowandt). Weinheim: Beltz.
- Kane, G. & Kane, N. (1990). Psychologische Magnahmen. In G. Neuhäuser & H.-Ch. Steinhausen (Hrsg.), *Geistige Behinderung* (220-234). Stuttgart: Kohlhammer.
- Koller, H., Richardson, S. A., Kolz, M. & McLaven, J. (1983). Behavior disturbance since childhood among a 5-year-birth cohort of all mentally retarded young adults in a city. *American Journal of Mental Deficiency*, 87, 386-395.
- Liepmann, M. C., Marker, K. R., Matt, W., Krzyszycha, K. & Schieber, P. (1977). *Geistig behinderte Kinder in Mannheim. Eine epidemiologische, klinische und sozialpsychologische Studie*. Bericht an die Deutsche Forschungsgemeinschaft über Stufe I des Projekts A6 im SFB. Mannheim: Zentralinstitut für seelische Gesundheit.
- Liepmann, M. C. (1979). *Geistig behinderte Kinder und Jugendliche. Eine epidemiologische, klinische und sozialpsychologische Studie in Mannheim*. Bern: Huber.
- Marcus, A. & Schmidt, M.H. (1993). Lernbehinderungen und psychische Auffälligkeiten. In R. Castell (Hrsg.), *Lernbehinderung*. Rimpfing: Edition von Freisleben.
- Petermann, F. (Hrsg.) (1997). *Kinderverhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen*. Baltmannsweiler: Schneider.

- Petermann, U. & Petermann, F. (1993). Entspannungsverfahren bei Kindern und Jugendlichen, In D. Vaitl & F. Petermann (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren, Bd. 1*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Phillips, I. & Williams, N. (1975). Psychopathology and mental retardation: A study of 100 mentally retarded children: I. Psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, *132*, 1265-1271.
- Reid, A. H. (1980). Psychiatric disorders in mentally handicapped children: A clinical and follow-up study. *Journal of Mental Deficiency Research*, *24*, 287-298.
- Reiss, S. (1982). Psychopathology and mental retardation - survey of a developmental dissatisfied mental health program. *Mental Retardation*, *20*, 128-132.
- Schmidt, M. H., Esser, G., Allehoff, W. H., Geisel, B., Laucht, M. & Voll, R. (1982). Bedeutung cerebraler Dysfunktion bei Achtjährigen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, *10*, 365-377.
- Schmidt, M. H. (1986). Psychopathologie bei geistiger Behinderung. In G. Neuhäuser (Hrsg.), *Entwicklungsstörungen des ZNS*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Steffenburg, S., Gillberg, C. & Steffenburg, U. (1992). *Psychiatric problems in children with mental retardation and seizure disorder. A population-based study*. Göteborg: WHO 6th Invitational Child and Adolescent European Research Group Meeting.
- Wiedl, K. H. & Carlson, J. S. (1981). Dynamisches Testen bei lernbehinderten Sonderschülern mit dem farbigen Matrizentest von Raven. *Heilpädagogische Forschung*, *11*, 19.
- World Health Organization (Hrsg.) (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Deutsche Bearbeitung von Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. Bern: Huber.