

Psychische Störungen bei Intelligenzminderung

Christopher Göpel und Martin H. Schmidt

Beeinträchtigungen intellektueller Funktionen bei Kindern und Jugendlichen ziehen Veränderungen bzw. Verzögerungen in den meisten Entwicklungsbereichen nach sich. Verknüpfungen mit anderen umfassenden Entwicklungsstörungen und/oder körperlichen Behinderungen sind häufig, so die Kombination von Intelligenzminderungen mit autistischen Syndromen, die oft diagnostische und therapeutische Schwierigkeiten bereitet.

Der Anteil der Intelligenzgeminderten an der Gesamtbevölkerung beträgt 3,5%. Die Rate psychiatrischer Auffälligkeiten und die Zuordnung zu einer Grunderkrankung steigt deutlich mit dem Ausmaß der Intelligenzminderung an. Die Ätiologie der Intelligenzminderung ist für die Art der psychischen Auffälligkeit kaum bedeutsam. Bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen sind bestimmte psychopathologische Symptome als Folge häufig zu beobachten, wie zum Beispiel Stereotypien, selbstverletzendes Verhalten oder Pica. Oft kommt es bei psychischen Störungen mit gleichzeitig bestehender Intelligenzminderung zu einer charakteristischen klinischen Färbung der Symptomatik, die im klinischen Alltag berücksichtigt werden muß (Schmidt, 2000)

In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen in der zur Zeit gültigen 10. Revision (ICD-10; Dilling et al., 1991) werden Intelligenzminderungen in einer vierfachen Abstufung klassifiziert:

- F70, leichte Intelligenzminderung (IQ zwischen 50 und 69),
- F71, mittelgradige Intelligenzminderung (IQ zwischen 35 und 49),
- F72, schwere Intelligenzminderung (IQ zwischen 20 und 34) und
- F73, schwerste Intelligenzminderung (IQ niedriger als 20).

Fünf Faktoren sind wesentlich für das Entstehen psychischer Störungen (wobei protektive Faktoren hier außer acht bleiben):

- genetisch determinierte Vulnerabilität,
- eine erworbene Vulnerabilität,
- chronische Belastungen und
- akute Belastungen sowie
- die Art der Streßbewältigung.

Das Wechselspiel dieser Faktoren kann die Ausprägung und den Verlauf einer Störung beeinflussen. Intelligenzminderungen können dabei als Risikofaktoren wirken.

Psychische Störungen und Intelligenzminderungen sind häufig miteinander verbunden, weil eine gemeinsame Pathogenese möglich ist. Vier Möglichkeiten eines gemeinsamen Auftretens von Intelligenzminderungen und psychischen Störungen lassen sich unterscheiden und werden in den folgenden Kasuistiken veranschaulicht:

- das Störungsbild läßt sich aus der Intelligenzminderung ableiten, tritt also nur zusammen mit geminderter Intelligenz oder erheblicher Entwicklungsverzögerung auf.
- Psychische Störungen und Intelligenzminderungen sind häufig miteinander verbunden, weil eine gemeinsame Pathogenese möglich ist.
- Psychische Störungen und Intelligenzminderungen treten gemeinsam auf, haben aber keine gemeinsame Pathogenese. Die Intelligenzminderung bestimmt lediglich Färbung und Verlauf der psychischen Störung.
- Die Intelligenzminderung ist Folge einer anderen psychischen Störung; bei früher intakten intellektuellen Fähigkeiten handelt es sich also um einen dementiellen Prozeß, also einen Intelligenzabbau.

Auf diese vier Möglichkeiten soll im folgenden – jeweils an einem Fallbeispiel verdeutlicht – eingegangen werden.

1 Psychische Störungen und Intelligenzminderung einheitlicher Pathogenese

1.1 Beschreibung des Störungsbildes: Hyperkinetische Störung mit Bewegungstereotypien und Intelligenzminderung (nach Alkoholembryopathie)

Marion ist neun Jahre alt, das zweite Kind einer 40jährigen Mutter und eines 37jährigen Vaters, der als Berufskraftfahrer arbeitet. Marions Geburt war durch vorzeitige Wehen sowie einer Sectio wegen Verdachts auf intrauterinen Sauerstoffmangel kompliziert. Schon kurz nach der Geburt fanden sich Hinweise auf eine Alkoholembryopathie; Laufen und Sprachentwicklung waren deutlich verzögert. Im Kindergarten fiel Marion durch massives umtriebigen Verhalten auf. In der dritten Klasse einer Schule für Geistigbehinderte machten ausgeprägte motorische Unruhe, Konzentrationsdefizite sowie Schwierigkeiten, zwischen Phantasie und Realität zu unterscheiden, den Schulbesuch fast unmöglich. Marions Mutter gab an, daß sie bis zu Marions dritten Lebensjahr „stark getrunken“ habe, seitdem aber „trocken“ sei. Marions zehnjähriger Bruder ist ebenfalls durch eine Alkoholembryopathie leicht beeinträchtigt.

Marions Mutter berichtet jetzt, daß ihre Tochter sich seit ungefähr einem Jahr sich häufiger selbst verletzt. Sie schlägt sich einen Gürtel „stundenlang an den Kopf“, reißt die Haut von den Fingern oder kratzt sich mit den Fingernägeln so, daß es blute. Dabei empfinde sie offensichtlich keine Schmerzen. Ihre Tochter sei zudem sehr unruhig, schaukelt oft stundenlang nach vorne und nach hinten, kann sich oft „keine zwei Minuten“ auf etwas konzentrieren, provoziert Eltern und Geschwister, ist ungehorsam und reagiert auf Anforderungen und Einschränkungen mit minutenlangen Wutanfällen. Gegenüber anderen Kindern ist sie jedoch freundlich und hilfsbereit, tiefergehende Freundschaften bestehen trotzdem nicht. Ihre Mutter gab an, mit ihr hoffnungslos überfordert zu sein, ihre Tochter sei „der Teufel“. Da sich ihr Mann wegen der großen Schwierigkeiten zunehmend von der Familie distanziert, ist sie oft deprimiert; Auseinandersetzungen mit dem Partner sind häufig. Im Alltag benötigt Marion beim Anziehen und Waschen noch größere Hilfe, den kurzen Schulweg kann sie noch nicht alleine bewältigen.

1.2 Differentialdiagnostik

Bei Marion sind die drei Kriterien einer hyperkinetischer Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien (ICD-10: F84.4; DSM-IV: 307.3) erfüllt. Im einzelnen sind dies:

- **Bewegungsstereotypien**, also gleichförmige, willkürliche Bewegungen ohne Funktionscharakter, die zum Teil auch mit Selbstschädigungen einhergehen oder in diese übergehen;
- als besonderes Merkmal fällt bei ihr die zur Klassifizierung notwendige schwere motorische, **zwanghaft ausgeprägte Überaktivität (Erethie)** auf;
- die diagnostisch geforderte Intelligenzminderung zeigte sich anamnestisch in **verzögerter sprachlicher und motorischer Entwicklung**, Defiziten der **sozialen Entwicklung** sowie deutlichen intellektuellen Mängeln in der **Abstraktionsfähigkeit** und **Realitätsbeurteilung**.

Differentialdiagnostisch müssen die stereotypen Bewegungen gegenüber Tic-Störungen abgegrenzt werden. Im Unterschied zu Bewegungsstereotypien können motorische Tics nicht willkürlich herbeigeführt werden und betreffen oft ganze Muskelgruppen, wobei sie nicht rhythmisch sind.

Komplexe Stereotypien können bei schizophrenen Störungen und autistischen Syndromen beobachtet werden. Zielgerichtet und in der Durchführung komplexer sind die Handlungen bei Zwangserkrankungen. Insbesondere im Hinblick auf therapeutische Interventionen sind von dem hier beschriebenen Syndrom andere hyperkinetische Störungen (ICD-10: F90.0/F90.1; DSM-IV: 314.01) abzugrenzen. Patienten mit diesen Störungen sind in der Regel normal bis leicht unterdurchschnittlich intelligent und zeigen im allgemeinen keine stereotypen Bewegungsmuster. Ein Behandlungsversuch mit Stimulantien ist hier sinnvoll. Eine Methylphenidatbehandlung erweist sich bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen im Zusammenhang mit Intelligenzminderung und

Bewegungstereotypien jedoch selten effektiv. Es kann dabei zu schweren dysphorischen Reaktionen kommen.

1.3 Erklärungsansätze

Die hyperkinetische Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien gilt als ungünstig definierte Störung von unsicherer nosologischer Validität. Bei der Ausbildung des hyperkinetischen Störungsspektrums bei Normalintelligenten besitzen neurobiologische Bedingungen eine erhebliche Bedeutung, auch wenn Zeichen einer Reifungsverzögerung oder perinataler Risikofaktoren oft nicht feststellbar sind. Die Zusammenhänge von Hyperaktivität und Intelligenzminderung sind noch unklar. Für die Entwicklung von Stereotypien, die auch im Säuglingsalter als Übergangsphänomene ohne Krankheitswert gesehen werden und Automutilationen (selbstverletzenden Handlungen) können hingegen verschiedene biologische und lerntheoretische Hypothesen angeführt werden. Bei Automutilationen werden gestörte opiateerge und dopaminerge Mechanismen diskutiert. Lerntheoretische Überlegungen rücken mehr positive und negative Verstärkungen des gezeigten Verhaltens durch die soziale Umwelt des Kindes oder interne propriozeptive Reize in den Mittelpunkt. Über das Zutreffen psychodynamischer Konstrukte (das Verhalten dient zur Abgrenzung und Einrichtung einer verbesserten Ich-Identität) fehlen empirische Untersuchungen.

1.4 Interventionsprinzipien

Prinzipiell werden Bewegungstereotypien mit selbstverletzenden Verhaltensweisen neben zusätzlicher externer Stimulation im Umfeld, die die Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens senken sollen, direkt symptomatisch mit verhaltenstherapeutischen Techniken angegangen, die auf die Einführung mit der Stereotypie unvereinbarer Alternativhandlungen zielen. Aversive Methoden sind nur bei schwersten Automutilationen gerechtfertigt. Übermäßige Hyperaktivität bei intelligenzgeminderten Patienten spricht in der Regel auf psychopharmakologische Behandlung (Pipamperon) an.

Zu Beginn des stationären Aufenthaltes bei Marion wurden die zuhause auftretenden autoaggressiven stereotypen Verhaltensweisen beobachtet. Geringe Reize (Langeweile, Müdigkeit) oder erhöhte Stimulation von außen (z. B. unstrukturierte Situationen in der Kindergruppe) waren oft auslösende Bedingungen für die bekannten Verhaltensweisen, die sich daraufhin meist selbst verstärkten bis hin zu blutenden Verletzungen an Fingern und Zehen. Die bekannte motorische Unruhe war eindrucksvoll und erschwerte die Einbindung von Marion in Gruppensituationen, die den Stereotypien generell hätten entgegenwirken können.

Im Rahmen der Intervention wurde versucht, im strukturierten engen Betreuungsrahmen Marion beim Auftreten stereotyper Verhaltensweisen in praktische Tätigkeiten (Tischdecken, Spiele) einzubinden und so ein Aufschaukeln der Symptomatik zu verhindern. Ein Behandlungsversuch der schweren motorischen Hyperaktivität bei Marion mit Pipamperon bei gleichzeitig kontingenter Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen wurde jedoch aufgrund deutlicher EEG-Veränderungen abgebrochen. Trotz Verbesserung der Symptomatik im stationären Rahmen, wurde auf Wunsch der Mutter eine außerfamiliäre Unterbringung eingeleitet.

2 Typische Begleiterkrankungen einer Intelligenzminderung bei häufig einheitlicher Pathogenese

2.1 Beschreibung des Störungsbildes:

Frühkindlicher Autismus und Intelligenzminderung

Dirk war zum Zeitpunkt seiner zweiten stationären Aufnahme fast 14 Jahre alt. Sein 58jähriger Vater ist Arbeiter bei der Gemeindeverwaltung an Dirks Wohnort, die 53jährige Mutter Hausfrau, eine 19jährige Tochter studiert. Vor Dirks Geburt hatte seine Mutter zahlreiche Frühaborte, die Schwangerschaft mit Dirk war wegen Blutungen in den ersten Wochen kompliziert. Laufen erlernte Dirk mit 17 Monaten, die ersten Worte sprach er mit drei Jahren, später war seine Sprachproduktion gering. Der Kindergartenbesuch wurde mit drei Jahren schon nach wenigen Wochen wegen schwerer Verhaltensauffälligkeiten von Dirk abgebrochen. An Kontakten zu Gleichaltrigen oder gemeinsamen Spielen war Dirk nicht interessiert, er beschäftigte sich im Kindergarten und auch zuhause hauptsächlich mit Wasserhähnen, mit Handwedeln vor den Augen oder „Licht-Schatten-Spielen“. Über elektiv mutistisches Verhalten vor allen Betreuern im Kindergarten gegenüber oder später in der Schule wurde mehrfach berichtet. Zunächst besuchte Dirk den Sonderkindergarten einer Einrichtung für Geistigbehinderte, später auch die Schule für Geistigbehinderte. Gelegentliche mutistische Phasen in der Schule sowie aggressiv-provokantes Verhalten gegenüber den Eltern, machte eine kontinuierliche kinder- und jugendpsychiatrische Betreuung über Jahre hinweg notwendig.

Von den Eltern wurde berichtet, daß sich seit einiger Zeit aggressive Verhaltensweisen von Dirk ihnen gegenüber zuhause häuften. Vor allen Dingen, wenn Dirk seine „Lieblingssendung“ im Fernsehen (Testbild vor Sendebeginn) nicht sehen kann, reagiert er heftig wütend und wirft zum Teil auch mit Gegenständen in der Wohnung. Von der Schule wurde berichtet, daß Dirk seit ungefähr einem Jahr nicht mehr aktiv am Unterricht teilnimmt, er hält sich demonstrativ die Hand vor dem Mund. Den Eltern gegenüber besteht er darauf, die Schule verlassen und eine Hauptschule besuchen zu wollen. Über gelegentliche Befürchtungen vor Lehrern, die er mit ängstlichem Affekt als „Wölfe“ bezeich-

net, berichten die Eltern. Kontakte zu Gleichaltrigen lehnt Dirk ab, nach der Schule beschäftigt er sich hauptsächlich mit Schnecken, die er auch stundenlang beobachtet, weiterhin mit den bekannten Schattenspielen und „Testbild schauen“ im Fernsehen.

2.2 Differentialdiagnostik

- Deutliche **qualitative Beeinträchtigungen in der sozialen Interaktion** (kein Interesse an Beziehungen zu Gleichaltrigen bzw. Freundschaften) und in der Kommunikation,
- **stereotype Beschäftigung mit Objekten** (hier: Schnecken) oder ritualisierte Verhaltensweisen (z. B. Testbild schauen),
- eine **Sprachentwicklungsverzögerung** und
- Auftreten der typischen **Symptome vor dem dritten Lebensjahr**

sichert die Diagnose des Vollbildes eines frühkindlichen Autismus (ICD-10: F84.0; DSM-IV: 299.0). Aggressives bzw. selbstverletzendes Verhalten, unspezifische Befürchtungen („Lehrer sind Wölfe“) bzw. elektiv mutistische Perioden sind als diagnoseergänzende Merkmale häufige Symptome, besonders wenn eine deutliche Intelligenzminderung vorliegt.

Differentialdiagnostisch müssen vor allen Dingen nach dem zweiten oder dritten Lebensjahr beginnende autistische Syndrome (sogenannter atypischer Autismus) von anderen Störungen der Sprache und der Interaktion (elektiver Mutismus, rezep tive Sprachstörungen, desintegrative Störungen des Kindesalters oder (selten) frühkindliche Psychosen) abgegrenzt werden. Normale Sprachbenutzung und Beziehungsfähigkeit zu vertrauten Personen grenzen elektiven Mutismus ab. Bei den seltenen, ausgeprägten rezeptiven Sprachentwicklungsverzögerungen fehlen die für den Autismus typischen massiven Störungen der sozialen Interaktion, Gestik und Mimik (vgl. Kusch & Petermann, 2000). Bei der seltenen Differentialdiagnose der desintegrativen Psychose ist eine normale Entwicklung bis zum dritten Lebensjahr mit dann rasch einsetzendem irreversiblen Abbau der Sprache sowie weiteren kognitiven Fähigkeiten typisch. Sinnesdefekte oder Deprivationsschäden können dem Autismus ähnliche Symptome hervorrufen, eine Abgrenzung gegenüber dem Autismus ist über eine intakte soziale Beziehungsfähigkeit möglich, auch wenn das Bindungsverhältnis bei deprivierten Kindern beeinträchtigt ist.

2.3 Erklärungsansätze

Frühkindlicher und atypischer Autismus scheinen gemeinsame Endstrecken verschiedener pathogenetischer Prozesse zu sein, wobei sich aus neuroanatomischen, biochemischen und genetischen Befunden eine biologische Grundlage der Störungsmuster abzeichnet. Psychodynamische oder familienorientierte Hypothesen konnten nicht bestätigt werden. Die Verknüpfung mit neurologischen Symptomen, perinatalen Infektionen und chromosomalen Defek-

ten deutet auf neurobiologische pathogenetische Gemeinsamkeiten hin. Dies gilt sicher genauso für die Kombination von Intelligenzminderung mit autistischen Syndromen, die bei 70% der autistischen Menschen vorliegt. Gerade unter Intelligenzgeminderten findet sich häufig nicht das Vollbild des frühkindlichen Autismus, bei gleichzeitig autistischen Zügen besteht das Syndrom am häufigsten aus stereotypen bzw. repetitiven Verhaltensweisen mit eingeschränktem Interessenspektrum (Kusch & Petermann, 2000). Die embryonale Schädigung im ersten Drittel der Schwangerschaft scheint die gemeinsame Ursache beider Störungen, Autismus und Intelligenzminderung, zu sein.

2.4 Interventionsprinzipien

Die Prinzipien der Behandlung autistischer Syndrome mit bzw. ohne Intelligenzminderung liegen darin:

- spezifisch fehlangepaßtes Verhalten zu eliminieren,
- Erwerb notwendiger Kommunikationsmuster zu fördern,
- familiäre Belastungen durch Änderung des elterlichen Erziehungsverhaltens abzubauen und
- die normale Lernfähigkeit und Entwicklung zu fördern.

Domäne der Behandlung autistischer Kinder sind verhaltenstherapeutische Techniken, die weitestmöglich in das Alltagsverhalten integriert werden müssen, so daß die Behandlung auf Bezugspersonen, die als Kotherapeuten wirken können, angewiesen ist. Dies gilt nicht nur für den häuslichen Rahmen, sondern auch für den Schulunterricht; im Kindergarten und in der Schule sind die sozialen Defizite und daraus folgende Stereotypien weitaus kritischer als die Leistungseinschränkung.

Der Einsatz von Psychopharmaka kann zur Beeinflussung motorischer Unruhe, von Affektdurchbrüchen oder Erregung sowie zur Erhöhung der sozialen Erreichbarkeit eingesetzt werden (Schmidt & Brink, 1995). Zum Abbau von Verhaltensexzessen, Reduktion von Stereotypien und Ritualen sowie der Förderung der Sprachentwicklung und sozialer Reaktionsformen sind ausgefeilte verhaltenstherapeutische Techniken entwickelt worden (vgl. Brack, 1997). Der Einsatz von Festhaltetherapie (Prekop, 1984) und sogenannter gestützter Kommunikation zu Förderung des Spracherwerbs muß aufgrund fehlender empirischer Nachweise über Indikation und therapeutischer Effekte als überaus kritisch betrachtet werden (Rimland & Ort, 1992).

Ein Schwerpunkt der stationären Behandlung bei Dirk war die Beeinflussung der symptomatisch mutistischen Verhaltensweisen mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen. In einer Vielzahl strukturierter Sprechsituationen (Leseübung, Wortspiele, Singen, Tonbandübung) wurde Häufigkeit und Intensität von Dirks Sprachäußerungen verstärkt und stufenweise erweitert. Schriftliche oder gestische Mitteilungen von Dirk zur Durchsetzung eigener Wünsche wurden durch seine Betreuer negiert. Die Behandlung des Mutismus wurde im

weiteren auf Situationen außerhalb der Klinik ausgedehnt (Einkaufen, Straßenbahnfahren u. v. a.). Dirk konnte sich nach einigen Wochen in einer klar verständlichen Alltagssprache gegenüber ihm fremden oder weniger sympathischen Personen verständlich machen, dabei auch Zeichen der Schüchternheit oder Unsicherheit weitestgehend ablegen.

Dirks aggressives Verhalten konnte nur im familiären Rahmen beobachtet werden und diente dazu, sich gegen elterliche Eingrenzungen zu wehren. Zögerliches und unsicheres Verhalten seiner Eltern („Vielleicht beruhigt er sich wieder!“) verstärkten Dirk in solchen Verhaltensweisen. Diese Zusammenhänge wurden neben Informationen über das Störungsbild des Autismus und der sich daraus ableitenden therapeutischen und prognostischen Perspektiven in gemeinsamen Gesprächen mit den Eltern thematisiert. Es wurden Möglichkeiten zur Eingrenzung der aggressiven Verhaltenssexzesse entwickelt und versucht, diese an den Wochenenden zuhause umzusetzen. Sollte eine Eingrenzung von Dirk durch die Eltern im häuslichen Rahmen in Zukunft nicht möglich sein, müssen Möglichkeiten einer außerhäuslichen Unterbringung in einer Spezialeinrichtung für autistische Jugendliche diskutiert werden.

3 Typische Begleiterkrankung einer Intelligenzminderung bei häufig uneinheitlicher Pathogenese

3.1 Beschreibung des Störungsbildes:

Störung des Sozialverhaltens und Intelligenzminderung

Alfred ist zur Zeit circa 14 Jahre alt. Sein Vater ist ein 50jähriger Weinbauingenieur, seine Mutter eine 43jährige kaufmännische Angestellte. Schwangerschaft und Geburt waren kompliziert durch frühzeitige Wehen, Blutungen und vorzeitigen Blasensprung. Nach der Geburt sei Alfred „blau“ gewesen und habe beatmet werden müssen. Die frühkindliche Entwicklung sei bezüglich der Sprache, Motorik und des Spielverhaltens verzögert gewesen. Folgende Phänomene habe man bei Alfred beobachtet:

- Vermeiden von Blickkontakt,
- Riechen an Händen und
- Fingerbewegungen vor dem Gesicht.

Wegen der deutlichen Entwicklungsverzögerung und anderer beobachteter Verhaltensweisen wurde Alfred in einer Vielzahl von Kliniken vorgestellt. Die Einschulung erfolgte deshalb mit acht Jahren zunächst in einer Schule für Geistigbehinderte, wo er zum Teil wegen fehlender Gruppenfähigkeit nur in Einzelbetreuung unterrichtet werden konnte. Es folgten mehrere Schulwechsel. Kurz vor der stationären Behandlung im Alter von 14 Jahren wurde Alfred probeweise in eine Schule für Körperbehinderte aufgenommen. Dies geschah auf Initiative der Eltern, die stets seine intellektuellen Fähigkeiten höher ein-

geschätzt hatten. Alfred verfügte zu diesem Zeitpunkt nach Angaben der Schule über „keine aktive Sprache“, die Verständigung erfolgte gestisch oder mündlich, schriftliche Arbeiten konnte er nicht durchführen.

Seit seiner Aufnahme in eine Schule für Körperbehinderte greift Alfred Mitschüler und Lehrer körperlich an, reißt Mitschülern Haare aus, zerstört Brillen und andere Gegenstände von Lehrern und hat auch versucht, die Elektro-Rollstühle seiner Mitschüler zu zerstören. Meist erfolgten diese Handlungen in Konflikt- oder Anforderungssituationen, gelegentlich aber auch ohne ersichtlichen Anlaß. Die Schule hat Alfred den Schulausschluß angedroht. Alfreds Eltern erklären seine aggressiven Durchbrüche meist mit körperlichen Beschwerden (z. B. Nierenkoliken, Magenschleimhautentzündung), die ihn in diesem Moment belasteten.

3.2 *Differentialdiagnostik*

Bei Alfred liegen autistische Züge vor, die Suche nach Körperkontakt, gute Toleranz von Veränderungen der sozialen Umwelt und – wenn auch selten – Kontaktaufnahme, sprechen jedoch gegen das Vollbild eines frühkindlichen Autismus. Alfreds expressive Sprachleistung, die weit unter dem zu erwartenden Bereich zu seiner psychometrisch gesicherten leichten Intelligenzminderung (IQ zwischen 50 und 69) liegt, ist nicht im Zusammenhang mit autistischen Symptomen zu sehen und wurde nach intensiver neuropsychologischer Befunderhebung als Ausdruck einer expressiven Sprachstörung mit Beeinträchtigung der rezeptiven Sprache diagnostiziert. Näher betrachtet werden sollen die aggressiven Verhaltensweisen von Alfred.

Differentialdiagnostisch muß aggressives Verhalten als Symptom auch bei Intelligenzgeminderten von Aggressivität abgegrenzt werden, die aus psychotischen Wahnideen oder aus Manien resultiert, vor allem, wenn auslösende Bedingungen des aggressiven Verhaltens nicht oder nur schwer nachvollziehbar sind. Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen bei kritischen Lebensereignissen können bei jugendlichen Intelligenzgeminderten neben bekannten depressiven oder ängstlichen Reaktionen, häufig auch aggressiv-dissoziale Verhaltensweisen zeigen. Bei Verdacht auf kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotion ist bei Intelligenzgeminderten besonders Wert auf die diagnostische Sicherung emotionaler Symptome zu legen, die phänomenologisch gewisse Abweichungen von Patienten mit durchschnittlichen oder höheren intellektuellen Leistungen zeigen können. Bei Intelligenzgeminderten mit begleitenden organischen Psychosyndromen können sich aggressive Handlungen gelegentlich in Form enthemmter unvermittelter Durchbrüche äußern.

3.3 *Erklärungsansätze*

Aggressives Verhalten bei Intelligenzgeminderten hat oft Symptomcharakter und zeigt dabei eher oppositionelle Färbung als bei dissozialen Kindern und Jugendlichen. Eine niedrige Frustrationstoleranz bei Intelligenzgeminderten kann sich erst recht bei bestehenden Sozialisationsmängeln in impulsiv-aggressiven Durchbrüchen entladen. Im weiteren Verlauf kann es zu dissozialen Syndromen kommen, bei denen die auch bei Normalintelligenten beobachteten Symptome, wie Streiten, Tyrannisieren, Sachbeschädigung, Lügen, Stehlen, verbale oder körperlich aggressive Verhaltensweisen sowie Zündeln, im Vordergrund stehen können.

3.4 *Interventionsprinzipien*

Die Behandlung aggressiver Verhaltensweisen mit Symptomcharakter bei Intelligenzgeminderten (ICD-10: F91; DSM-IV: 312.8) ist verhaltenstherapeutisch angelegt (vgl. Brack, 1997). In Ausnahmefällen kann eine begleitende pharmakotherapeutische Behandlung – in der Regel durch Neuroleptika – vor allem bei hirnorganisch unterlegten Aggressionsdurchbrüchen notwendig sein (vgl. Schmidt & Brink, 1995). Systematische Verhaltensanalysen des kritischen Verhaltens und das Erkennen von Kontingenzen, die dieses im sozialen Umfeld begünstigen, sind für die Interventionsplanung unverzichtbar.

In der Mehrzahl der Situationen konnte bei Alfred registriert werden, daß aggressives Verhalten (lautes Schreien, Zerstören von gerade greifbaren Gegenständen etc.) dazu diente, sich Konflikt- und/oder Anforderungssituationen zu entziehen. Die Bereitschaft zu aggressivem Verhalten wurde durch erhöhte Einwirkung von Außenreizen (Musik, Schreien anderer Kinder oder ähnliches) oder eine zeitlich veränderte Abfolge des Tagesablaufs erhöht. Als therapeutische Antwort auf seine aggressiven Verhaltensweisen wurde – neben einer übersichtlichen Strukturierung des Tagesablaufs und einer allgemeinen Abschottung von störenden Außenreizen – das „Time out“-Verfahren angewendet. Alfred wurde bei Anzeichen des Auftretens des bekannten Verhaltens aus der Gruppe und bis zur Beruhigung in ein reizabgeschirmtes Zimmer gebracht. Dieses Vorgehen wurde stets durch einen Betreuer kurz angekündigt und ohne Aufsicht und Einreden durchgeführt. Eine Rückkehr in die Gruppe wurde erst nach seiner Beruhigung zugelassen. Nach mehrmaligem Durchführen dieser Prozedur reichte bei Alfred in der Regel die Ankündigung, um ein Aufschaukeln des aggressiven Verhaltens zu unterbinden und ihm den Verbleib in der Gruppe zu ermöglichen, was für ihn Belohnungscharakter hatte. Anzumerken ist jedoch, daß bei Intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen, die an Gruppenaktivitäten nicht interessiert sind, dieses Verfahren versagt.

4 Intelligenzminderung als Folge einer anderen psychischen Störung

4.1 *Beschreibung des Störungsbildes:* *Intelligenzminderung nach schizophrener Störung*

Bianca, zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme 20 Jahre alt, ist das älteste von fünf Kindern. Der 54jährige Vater ist Bauarbeiter, die 50jährige Mutter Hausfrau. Nach normaler Schwangerschaft und Geburt wurde bei Bianca im zweiten Lebensmonat ein Herzfehler festgestellt, größere operative Eingriffe waren notwendig. Die motorische Entwicklung verlief verzögert, die Mutter erinnerte Trinkschwierigkeiten bei Bianca. Den Kindergarten besuchte Bianca wegen „starker Angst“ nicht. Mit verspäteter Einschulung im achten Lebensjahr zeigten sich bei ihr massive Leistungsschwierigkeiten. Die dringend notwendige Umschulung auf eine Schule für Lern- oder Geistigbehinderte erfolgte „aus Rücksicht auf Bianca“ nicht. Nach dem Wechsel auf eine Hauptschule wiederholte Bianca mehrere Klassen und mußte die Schule schließlich nach der achten Klasse ohne Abschluß verlassen. Kurz danach wurde sie erstmals mit Symptomen einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie stationär behandelt. Zum damaligen Zeitpunkt konnte ein bestehender Vergiftungswahn neben anderen typischen Symptomen exploriert werden, die sich unter neuroleptischer medikamentöser Behandlung vollständig zurückbildeten. Zur Wiedereingliederung hielt sich Bianca danach in einer sozialtherapeutischen Einrichtung auf, wo sie leichte Küchenarbeiten verrichtete.

Seit einem halben Jahr wurden bei Bianca in der Institution, in der sie lebte, auffällige Verhaltensänderungen beobachtet. Sie vernachlässigte zunehmend ihr Äußeres, ist morgens nicht mehr aufgestanden, schlief tagsüber und näßte häufig ein. Ihre schon immer geringen sozialen Kontakte hat sie ganz eingestellt, zuletzt auch kaum mehr gesprochen. In ihrem Tätigkeitsbereich konnte sie als Küchenhilfe nicht mehr eingesetzt werden. Das Vorliegen von Wahnsymptomen und/oder Halluzinationen konnte nicht ausgeschlossen werden. Fragen in dieser Richtung beantwortete die Patientin nur vage. Eine Aufnahme in stationäre jugendpsychiatrische Behandlung war unvermeidbar. Bianca wirkte dabei angespannt, ängstlich und unnatürlich abwesend, gelegentlich äußerte sie diffuse Ängste vor Mitpatienten.

4.2 *Differentialdiagnostik*

Bei der knapp 20jährigen waren zu erkennen:

- schleichend beginnendes Rückzugsverhalten,
- Vernachlässigen ihres Äußeren,
- häufiges Einnässen sowie
- mutistisches Verhalten.

- sozialen Anforderungen kam sie nicht mehr nach,
- hinzu trat ein diffuses, wenig spezifisch ängstliches Verhalten
- mit Antriebsminderung und Affektverflachung.
- floride psychotische Symptome, wie beim ersten Aufenthalt, wurden nicht beobachtet;
- ebenso fanden sich keine Hinweise auf halluzinatorische Phänomene irgendeiner Qualität.

Wegen des sich ausbildenden Mutismus waren Explorationen jedoch wenig ergiebig. Aufgrund der akuten psychopathologischen Phänomene sowie unter Berücksichtigung des Verlaufes der Erkrankung, sind die Kriterien für eine Schizophrenia simplex (ICD-10: F20.6; DSM-IV: 295.6) erfüllt; ein Übergang von der bestehenden früheren paranoid-halluzinatorischen Form in die jetzt bestehende ist hier wahrscheinlich.

Bei intelligenzgeminderten psychotischen Jugendlichen überwiegen gerade bei den Frühsymptomen Ängste gegenüber Wahnsymptomen, differentialdiagnostische Abgrenzungen gegenüber phobischen und Angstzuständen sind notwendig. Häufig sind erste Anzeichen einer psychotischen Erkrankung, wenn sie unspezifischen Rückzug, Abnahme der Leistungsfähigkeit oder Eßstörungen betreffen, bei intelligenzgeminderten Jugendlichen – nicht zuletzt wegen der begrenzten Möglichkeiten der verbalen Ausdrucksfähigkeit und geringer Reflexion – schwer deutbar und auch von depressiven bzw. Überforderungssymptomen kaum abzugrenzen. Die Abgrenzung der Symptome der Intelligenzminderung von Negativ- und/oder Residualsymptomatik kann Schwierigkeiten bereiten. Auch das vermehrte Auftreten katatoner bzw. körperlicher Symptome der Schizophrenie muß bei Intelligenzgeminderten beachtet werden. Die Abgrenzung psychischer – insbesondere psychotischer – Symptome bei Epilepsien, die ebenfalls eine erhöhte Komorbidität bei Intelligenzminderung zeigt, gegen schizophrene Störungen ist notwendig.

4.3 Erklärungsansätze

Bei der Entstehung schizophrener Störungen stehen neben einer genetischen Disposition biologische Faktoren im Vordergrund. Insbesondere strukturelle Abnormalitäten des Gehirns im Sinne pränatal induzierter Zelldifferenzierungsstörungen (Beckmann & Jakob, 1994) sowie biochemischen Faktoren im Sinne einer Neurotransmitterstörung (Benkert & Hippus, 1992) werden diskutiert. Psychische Unreife und/oder Überforderung scheinen im Jugendalter die Manifestation zu begünstigen (Dworkin et al., 1994), für intelligenzgeminderte Jugendliche gilt dies erst recht. Andere Konzepte, die zum Beispiel von Störungen im Rollengefüge der Familie ausgehen, haben keine Bedeutung mehr.

4.4 Interventionsprinzipien

Die Behandlung schizophrener Störungen beruht auch bei intelligenzgeminderten Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf drei Prinzipien:

- **Pharmakotherapie** bei allen akuten Phasen und zur Rezidivprophylaxe,
- **soziotherapeutische Maßnahmen** (wie Beschäftigungstherapie oder rehabilitative Maßnahmen bei der Wiedereingliederung in Schule oder am Arbeits-/Ausbildungsplatz) zur Förderung der sozialen Anpassung und Kompetenzen sowie der sozialen Weiterentwicklung bzw. Frührehabilitation (Huber, 1976) und
- **stützende Psychotherapie** bezüglich der Akzeptanz der Störungen und Unterstützung der notwendigen Ablösung von den Eltern.

Die therapeutische Umsetzung hängt vor allem von den individuellen Krankheits- und Persönlichkeitsbedingungen der Patienten ab, wobei die Einbeziehung des Familienumfeldes bei Jugendlichen und intelligenzgeminderten jungen Erwachsenen besondere Bedeutung besitzt.

Die Basistherapie bei Bianca war eine sofort begonnene Behandlung mit Neuroleptika. Schlechtes Ansprechen und auftretende Nebenwirkungen – auch im Zusammenhang mit den Vorerkrankungen der Patientin – machten mehrere Wechsel der Medikation notwendig. Die Beurteilung des Therapieerfolges war, vor allem was wahnhaft und affektive Symptome der Erkrankung betraf, wegen der eingeschränkten sprachlichen Möglichkeiten und des mutistischen Rückzugsverhaltens schwierig. Dem Urteil von Außenstehenden (Eltern und Betreuern) kam deshalb große Bedeutung zu. Sofort nach Abklingen der Akutsymptomatik war es notwendig, der Patientin unter verhaltenstherapeutischen Vorgaben einen strukturierten Tagesablauf (vor allem regelmäßige Körperhygiene, körperliche Aktivierung, Anbahnen sozialer Kontakte zu Mitpatienten) zu vermitteln; ergotherapeutische Maßnahmen dienten zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit. Das Erkennen von Über- bzw. Unterforderungssituationen war in der Phase der Frührehabilitation zum Teil wegen der Kombination von Intelligenzminderung und psychotischer Erkrankung schwierig. Biancas Zustand besserte sich trotz intensiver therapeutischer Bemühungen leider nur mäßig und erreichte bei Entlassung bei weitem nicht das prämorbide Niveau, ein chronifizierter Verlauf war absehbar. Familienorientierte Interventionen zielten bei Bianca neben Informationen über die Erkrankung auf die gemeinsame Erarbeitung von Zukunftsperspektiven, da absehbar war, daß Bianca aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung weiter intensiv in einer entsprechenden Einrichtung betreut werden muß. Die Einrichtung einer Pflegschaft zu Wahrung ihrer Interessen wurde durch die Eltern beantragt. Zu einer außerhäuslichen Unterbringung ihrer Tochter in einer für sie geeigneten Einrichtung konnten sich Biancas Eltern aber nicht entschließen. Im Laufe dieser Krankheitsepisode haben sich Biancas Fähigkeiten in den meisten Lebensbereichen noch einmal deutlich verschlechtert. An eine Weiterbeschäftigung als Küchenhilfe war nicht mehr zu denken. Bianca benötigte in vielen Bereichen des Alltages

engmaschige Einzelbetreuung, vor allem bei Aufgaben, die sie vor dieser Episode auch alleine durchführen konnte. Bei Entlassung beherrschten vor allem die Antriebsminderung, sozialer Rückzug bzw. Mutismus in geringerer Form das klinische Bild.

Literatur

- Beckmann, H. & Jakob, H. (1994). Pränatale Entwicklungsstörungen von Hirnstrukturen bei schizophrenen Psychosen. *Der Nervenarzt*, 65, 454–463.
- Benkert, O. & Hippus H. (1992). *Psychiatrische Pharmakotherapie*. Berlin: Springer, 5. Auflage.
- Brack, U.B. (1997). Verhaltenstherapeutische Förderung entwicklungsgestörter Kinder. In F. Petermann (Hrsg.), *Kinderverhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen* (311–330). Baltmannsweiler: Schneider.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1991). *ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Huber.
- Dworkin R.H., Lewis J.A., Cornblatt B.A. & Erlenmeyer-Kimling, L. (1994). Social competence deficits in adolescents at risk for schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 103–108.
- DSM-IV (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Huber, G. (Hrsg.) (1976). *Therapie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Kusch, M. & Petermann, F. (2000). Tiefgreifende Entwicklungsstörungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie* (431–452). Göttingen: Hogrefe, 4., völlig veränd. Auflage.
- Prekop, I. (1984). Festhaltetherapie bei autistischen Kindern. *Der Kinderarzt*, 15, 789–802.
- Rimland, B. & Ort, B. (1992). Let's teach the kids to read. *Autism Research Review*, 3, 3–5.
- Schmidt, M.H. (2000). Psychische Störungen infolge von Intelligenzminderungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie* (359–380). Göttingen: Hogrefe, 4., völlig veränd. Auflage.
- Schmidt, M.H. & Brink, A. (1995). Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie. *Kindheit und Entwicklung*, 4, 236–239.