

Qualitätszirkel

„Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung“

Zusammensetzung (QZ-Mitglieder)

Ute Mendes, Berlin (Leitung); Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Rainer Blank, Maulbronn, Arzt für Kinder- und Jugendmedizin und Arzt für Kinder und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie

Reiner Hasmann; Kohlhof, Arzt für Kinder- und Jugendmedizin

Helmut Hollmann, Bonn, Arzt für Kinder- und Jugendmedizin

Manfred Mickley, Berlin, Psychologe

Helmut Peters, Mainz, Arzt für Kinder- und Jugendmedizin

Friedrich Voigt, München, Psychologe

Korrespondenz-Adresse: Dr. med. Ute Mendes
Sozialpädiatrisches Zentrum
Vivantes-Klinikum im Friedrichshain
Landsberger Alle 49
10249 Berlin
Tel.: 030 130 23 1545
Fax: 030 130 23 7022
E-Mail: ute.mendes@vivantes.de

Inhalt:

1. Einführung

- 1.1. Klassifikation
- 1.2. Ätiologie psychischer Störungen

2. Allgemeine und spezialisierte Versorgung

- 2.1. Versorgung beim niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt
- 2.2. Spezialisierte Versorgung

3. Diagnostik und Behandlung im SPZ

- 3.1. Allgemeine Diagnostik
 - 3.1.1 Somatische Diagnostik
 - 3.1.2 Testpsychologische Diagnostik
- 3.2. Störungsspezifische Diagnostik
 - 3.2.1. Exploration der Eltern und weiterer Bezugspersonen
 - 3.2.2. Exploration des Patienten und psychopathologischer Befund
 - 3.2.3. Eltern-Kind-Beziehung
 - 3.2.4. Soziale Belastungen und Ressourcen
 - 3.2.5. Verhaltensanalyse
- 3.3. Behandlung
 - 3.3.1. Nicht störungsspezifische Behandlung und Unterstützung
 - 3.3.1.1. Somatische Behandlung
 - 3.3.1.2. Gestaltung der Lebensbedingungen
 - 3.3.1.3. Allgemeine therapeutische Unterstützung
 - 3.3.1.4. Psychoedukation / Psychotherapie
 - 3.3.2. Störungsspezifische Behandlung (nicht medikamentös)
 - 3.3.3. Medikamentöse Behandlung

4. Spezialisierte (teil-)stationäre Versorgung

5. Literatur

6. Anhang (ausgewählte Fragebögen)

1. Einführung

Kinder und Jugendliche mit einer Intelligenzminderung entwickeln 3- bis 4-mal häufiger psychische Störungen und Verhaltensprobleme als normal intelligente Kinder. Insgesamt ist davon auszugehen, dass bei 30 bis 40% der Kinder und Jugendlichen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung eine behandlungsbedürftige psychische Störung besteht. Das Risiko einer psychischen Störung steigt dabei mit dem Ausmaß der intellektuellen Beeinträchtigung an. Die Diagnostik dieser komorbiden Störungen wird durch die meist eingeschränkte Kommunikations- und Introspektionsfähigkeit der Patienten erschwert. Sowohl die Diagnostik als auch die Behandlung dieser Störungen erfordern deshalb deutlich mehr Zeit, spezifische Erfahrungen in der Arbeit mit dieser Klientel und eine stetige interdisziplinäre Abstimmung zwischen verschiedenen Professionen, den Eltern und weiteren Bezugspersonen.

Für die Diagnose einer Intelligenzminderung wird nach der Definition der American Association on Mental Retardation (AAMR 2002) neben den Ergebnissen der psychometrischen Verfahren die Einschätzung des Niveaus der adaptiven Fähigkeiten einbezogen. Hierzu bietet die ICD-10 keine ausreichenden Klassifikationsmöglichkeiten, wobei durch die ICF-CY gute Möglichkeiten der Kodierung bestehen.

Im pädagogischen Bereich ebenso wie bei den Betroffenen selber wird der Begriff „Geistige Behinderung“ gegenüber dem medizinischen Terminus „Intelligenzminderung“ bevorzugt. Im Behinderungsbegriff ist die Unterstützungsnotwendigkeit in Hinblick auf die Realisation von sozialer Teilhabe impliziert. Beide Begriffe werden häufig auch synonym verwendet.

1.1. Klassifikation nach ICD-10

Die ICD-10 der WHO unterscheidet folgende spezifische Formen von Intelligenzminderung:

- leichte Intelligenzminderung F70 (IQ 50 bis 69)
- mittelgradige Intelligenzminderung F 71 (IQ 35 bis 49)
- schwere Intelligenzminderung F 72 (IQ 20 bis 34)
- schwerste Intelligenzminderung F 73 (IQ < 20)

Zusätzlich erlaubt die ICD-10 eine Klassifikation komorbider Verhaltensstörungen in Verbindung mit der Intelligenzminderung an der 4. Stelle im Kapitel F7:

- keine oder geringfügige Verhaltensstörung F7x.0
- deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert F7x.1
- sonstige Verhaltensstörung F7x.8
- nicht näher bezeichnete Verhaltensstörung F7x.9

Die Diagnose einer Intelligenzminderung schließt zusätzliche Diagnosen der anderen Abschnitte des Kapitels V der ICD-10 nicht aus. Lediglich die Diagnose aus dem Kapitel der Umschriebenen Entwicklungsstörungen sollen bei Vorliegen einer Intelligenzminderung im Allgemeinen nicht gleichzeitig verschlüsselt werden. Diagnostisch ist es teilweise schwierig exakt zu unterscheiden, ob es sich bei Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen um eine Symptomatik i. R. der Behinderung oder um eine eigenständige psychische Störung handelt. Verhaltensstörungen sind bei entsprechender Ausprägung als zusätzliche Diagnosen, ggf. zunächst als Verdachtsdiagnosen, zu kodieren.

1.2. Ätiologie psychischer Störungen

Für die Entwicklung psychischer Störungen bei Patienten mit Intelligenzminderung spielen biologische, psychologische und soziale Faktoren eine Rolle, die sich im Einzelfall nur schwer voneinander abgrenzen lassen und sich gegenseitig beeinflussen können. Bei den biologischen Einflussfaktoren lassen sich in endogene (Genetik) und exogene Faktoren (Frühgeburt, Infektionen, Noxen u.a.) unterscheiden. Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung sind meist hinsichtlich ihrer motorischen Fähigkeiten und der Sinneswahrnehmung eingeschränkt. Sie können Reize schlechter verarbeiten und sich emotional weniger gut regulieren. Aufgrund ihrer begrenzten kognitiven und kommunikativen Kompetenzen sind sie weniger gut in der Lage, Bedürfnisse mitzuteilen, Verhaltensweisen ihrer Interaktionspartner zu antizipieren, eigene Handlungen zu planen oder Belastungen adäquat zu bewältigen. Für diese Patienten ist die Entwicklung eines positiven Selbstbildes und von Selbstregulationsfähigkeiten dadurch erschwert. Oft haben sie keine angemessene Selbstwirksamkeitserwartung, sie sind häufiger mit sozialer Ablehnung konfrontiert und ihre Teilhabe im Alltag kann dadurch beeinträchtigt sein. Aufgrund der Schwierigkeiten in der Informationsverarbeitung kommt es häufiger zu Misserfolgen in Anforderungssituationen, Kinder werden von familiären und externen Bezugspersonen nicht selten unterfordert oder überfordert. Bei einigen genetischen Syndromen werden charakteristische Verhaltensauffälligkeiten beschrieben (z. B. Hyperphagie bei Prader-Willi-Syndrom), für andere Merkmale wird aber nur eine teilweise Spezifität angenommen (z. B. Hyperaktivität bei fragilem X-Syndrom und bei Kindern mit 5p Syndrom) (Hodapp 2007). Zur weiteren Beschreibung der syndromspezifischen Psychopathologie wird auf die ausführliche Darstellung im Buch „Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome“ (Sarimski 2003) verwiesen.

Eltern von Kinder und Jugendlichen mit Intelligenzminderung sind oft unsicherer in ihrem Erziehungsverhalten: es fällt ihnen schwerer, kindliche Grundbedürfnisse zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. Entwicklungshemmende Bindungsmuster wie symbiotische Bindungen zu Bezugspersonen, feindselige und / oder vernachlässigende

Bindungsmuster; einseitig Erwachsenen-gesteuerte Interaktionsmuster im Kontext elterlich-familiärer Belastung und resultierende Isolation können im sozialen Bereich Risikofaktoren für die Entwicklung emotionaler Störungen darstellen. Eine wesentliche Rolle spielt dabei auch die Akzeptanz der Diagnose einer Intelligenzminderung durch die Eltern auf dem Hintergrund etwaiger Schuld- und Schamgefühle. Zudem müssen sich die Eltern im Entwicklungsverlauf ihres Kindes und Jugendlichen mit vielfältigen Sorgen und Belastungen im Umgang mit den körperlichen und psychischen Störungen auseinandersetzen.

2. Allgemeine und spezialisierte Versorgung

2.1. Versorgung beim niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt

Beim niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt findet die allgemeine Behandlung dieser Patienten statt. Hierzu zählen u.a. Diagnostik und Behandlung akuter Erkrankungen, die Beratung hinsichtlich Impfungen und Ernährung, Früherkennungsuntersuchungen, Beratung der Eltern und die Koordination zur Diagnostik und Behandlung bei weiteren Fachärzten. Die Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Intelligenzminderung verlangt spezifische klinische Kenntnisse. Anamnese, gezielte Abklärung organischer Problemen als Auslöser für Verhaltensauffälligkeiten sowie Beratung und Behandlung sind zeitaufwändiger als bei normalintelligenten Patienten. Da bei Patienten mit Intelligenzminderung und komorbiden psychischen Störungen in der Regel eine interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung erforderlich ist, empfiehlt sich die rechtzeitige Einleitung der Mitbehandlung durch spezialisierte Einrichtungen.

2.2. Spezialisierte Versorgung

Häufig wenden sich die Eltern oder andere Bezugspersonen mit folgenden Problemen an Ärzte und /oder Therapeuten:

- Verhaltensstörungen mit oppositionellen und fremdaggressiven Verhaltensweisen
- Selbstverletzendes Verhalten
- Motorische Unruhe und impulsive Verhaltensweisen
- Stark Aufmerksamkeit suchendes Verhalten
- Ein- und Durchschlafstörungen
- Fütter- und Essstörungen
- Einnässen und/oder Einkoten
- Stereotype Verhaltensweisen
- Zwanghaftes Verhalten
- Autistische Symptome
- Soziale Ängste und Rückzugsverhalten
- Depressive Symptomatik

Es besteht die Gefahr, dass diese Symptome ausschließlich als Folge der Intelligenzminderung interpretiert und nicht als eine spezifische psychische Störung diagnostiziert werden (sog. diagnostic overshadowing).

3. Diagnostik und Behandlung im SPZ

Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung und psychischer Störung benötigen eine rechtzeitig einsetzende interdisziplinäre Diagnostik. Ätiologisch-diagnostisch und therapeutisch muss der Einsatz medizinischer, psychologischer, sozial- und heilpädagogischer Maßnahmen erwogen werden. Je nach Fragestellung ist eine kinder- und jugendpsychiatrische Expertise erforderlich.

3.1. Allgemeine Diagnostik

3.1.1. Somatische Diagnostik

Schwerpunkt der ärztlichen Diagnostik von psychischen Störungen ist zunächst die ätiologische Abklärung der Intelligenzminderung. Sie erlaubt ggf. die Identifikation von syndromspezifischen Symptomen und eine prognostische Einschätzung. Sie ist ebenfalls von hoher Wichtigkeit bei der Identifikation behandelbarer Erkrankungen (z. B. Stoffwechselstörungen) (van Karnebeek 2012). Eine ätiologische Zuordnung kann bedeutsam für die Akzeptanz der Intelligenzminderung eines Kindes durch die Eltern sein und so möglicherweise vorhandene Schuldgefühle vermindern.

Bei Patienten mit Intelligenzminderung treten in ca. 10 % Hörbehinderungen, in ca. 15 % schwere Sehbehinderungen auf (Häßler 2011, Sarimski 2008). Diese Störungen sind ebenfalls deutlich schwieriger diagnostizierbar und werden daher oft nicht oder verspätet erkannt. Bedeutsam ist außerdem der Ausschluss von behandlungsbedürftigen organischen Erkrankungen. Zu berücksichtigen sind Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, Menstruationsbeschwerden, Knochen- und Gelenkschmerzen, Hauterkrankungen, Infektionen, Verdauungsstörungen wie Obstipation und Diarrhoe, Lebensmittelunverträglichkeiten, Störungen der Mundmotorik mit daraus resultierenden Kau- und Schluckstörungen und sensorische Überempfindlichkeit im orofazialen Bereich. Auch Epilepsien können mitunter differenzialdiagnostisch Schwierigkeiten bereiten.

3.1.2. Testpsychologische Diagnostik

Eine testpsychologische Diagnostik ist indiziert um die Diagnose zusätzlich abzusichern, sowie bei Hinweisen auf kognitive Über- oder Unterforderung in einzelnen Lebensbereichen des Kindes oder Jugendlichen. Sie ist ebenfalls notwendig, um ggf. vorhandene Begabunginseln oder stark dissoziierte Intelligenzprofile -bei gegebener statistischer *und* klinischer Signifikanz- zu identifizieren. Dementsprechend ist ein mehrdimensionales

Intelligenzdiagnostisches Verfahren auszuwählen. Für das Verständnis der Verhaltensauffälligkeiten ist die Erfassung von deutlichen Entwicklungsdiskrepanzen auf Seiten eines Kindes hilfreich, z. B. starke Unterschiede zwischen sprachlicher Kommunikation und nonverbalen kognitiven Fähigkeiten oder starke Diskrepanzen zwischen der Einschätzung der emotionalen Entwicklung und den kognitiven Funktionen.

Für die psychometrische Diagnostik von Kindern und Jugendliche mit einer Intelligenzminderung ist eine besondere Expertise des Untersuchers notwendig. Durch zusätzlich vorliegende psychische und Verhaltensstörungen sowie mangelnde Motivation kann eine valide standardisierte Testdiagnostik erschwert sein. Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung zeigen oft problematische Verhaltensweisen, mit denen das Kind bereits früh gelernt hat, solchen Anforderungen auszuweichen, die es überfordern. Bei der Auswahl des Verfahrens muss der tatsächliche Entwicklungsstand des Kindes berücksichtigt werden. Testverfahren differenzieren im untersten Leistungsbereich aufgrund von Bodeneffekten und/oder ungünstigen Itemgradienten oft nur sehr begrenzt, so dass die berechneten Intelligenzwerte an Messgenauigkeit verlieren oder gar keine Aussagekraft mehr haben. Sinnvoll kann es dann sein, ein Testverfahren zu verwenden, das nicht dem kalendarischen Alter des Kindes entspricht, aber das angenommene kognitive Entwicklungsniveau des Kindes besser abbildet. In diesem Fall kann anhand der verfügbaren Testalteräquivalente ein Entwicklungsquotient geschätzt werden. Ein solches Verfahren ist insbesondere bei Kindern zu empfehlen, deren vermutetes kognitives Entwicklungsalter unter 3 Jahren liegt. Der Untersucher muss sich bewusst sein, dass das Verfahren ggf. für die spezielle klinische Patientengruppe nicht standardisiert ist und deshalb nur ein begrenzter prognostischer Aussagewert abzuleiten ist.

Bei der psychometrischen Diagnostik liefert die Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung einen wesentlichen Beitrag. Sie gibt Auskunft darüber, wie ein Kind sich in einer Anforderungssituation verhält, wie es auf Überforderung und Nichtwissen reagiert, wie lang seine Ausdauer- und Konzentrationsspanne reicht und wie flexibel es an die Lösung verschiedener Aufgabenstellungen herangeht. Insgesamt ist darauf zu achten, dass die diagnostische Situation das Kind nicht unangemessen belastet.

Die Diagnose einer Intelligenzminderung stützt sich nicht allein auf testdiagnostische Resultate einer Intelligenzmessung. Ergänzend können eine Einschätzung des Sprachentwicklungsstandes und eine Einschätzung des Entwicklungsstands vorsprachlicher kommunikativer Fähigkeiten notwendig sein. Hinsichtlich der Auswahl von Verfahren zur Intelligenz- und Entwicklungsdiagnostik sowie bzgl. der Durchführung der psychologischen Untersuchung insgesamt wird auf das Qualitätspapier zur psychologischen Diagnostik verwiesen (Fricke 2012).

In der Diagnostik von Kindern mit fraglicher Intelligenzminderung ist eine Beurteilung des adaptiven Niveaus im alltäglichen Bereich von zentraler Bedeutung. Dies geschieht möglichst bereichsübergreifend unter Einbezug von Eltern, Erziehern und Lehrern. Eine Orientierung an der ICF-CY kann hierbei hilfreich sein.

3.2. Störungsspezifische Diagnostik

3.2.1. Exploration der Eltern und weiterer Bezugspersonen

Das ausführliche Gespräch möglichst mit beiden Eltern ist ein Kernstück der Diagnostik.

Inhalte der Exploration sind:

- Detaillierte Schilderung problematischer Verhaltensweisen
- Mögliche situative Auslöser für dieses Verhalten
 - Auch ungewöhnliche Reaktionen auf Sinnesreize, Reizüberflutung
- Auswirkungen des Verhaltens für das Kind und Andere
 - Soziale, emotionale, körperliche Folgen
- Soziale Kompetenzen des Kindes
- Kommunikative Kompetenzen des Kindes
- Selbstständigkeit im Alltag
- Sexuelle Entwicklung(ssstörungen) bei Jugendlichen
- Hinweise auf sexuellen Missbrauch / körperliche Misshandlung

Einige ausgewählte Fragebögen und Interviews, die bei behinderten Kindern eingesetzt werden können und die größtenteils populations-spezifische Normen aufweisen, werden im Anhang aufgelistet.

3.2.2. Exploration des Patienten und psychopathologischer Befund

Auch ein Kind oder Jugendlicher mit Intelligenzminderung sollte exploriert werden, wenn seine kommunikativen Fähigkeiten das erlauben. In diesem Gespräch gewinnt man einen Eindruck zu Kontakt und Kooperation, Auffassung, Antrieb, Stimmung und Stimmungsregulation. Das Gespräch kann mit einfachen, möglichst offenen Fragen begonnen werden, die keinen Bezug zum problematischen Verhalten haben. Direkt exploriert werden sollten dann:

- Ängste
- Zwänge
- Hinweise auf depressive Stimmung
- Selbstverletzungen und Suizidalität

- Hinweise auf psychotisches Erleben (Ich-Störungen, inhaltliche Denkstörungen, Halluzinationen)
- Sexuelle Entwicklung(störungen)
- Hinweise auf sexuellen Missbrauch / körperliche Misshandlung
- Soziale Belastungen
- Wünsche
- Eigene Sicht auf problematische Verhaltensweisen

3.2.3. Eltern-Kind-Beziehung

Hinweise zur Beziehung der Eltern zu ihrem Kind bekommt man bereits während der Exploration der Eltern. Wichtig ist zu beurteilen, inwieweit Eltern die Bedürfnisse ihres Kindes verstehen, ob die Erwartungen der Eltern an das Kind seinem Entwicklungsstand angemessen sind und wie Eltern das problematische Verhalten ihres Kindes interpretieren. Zusätzlich lässt sich die Eltern-Kind-Interaktion in einer freien Spielsituation und in einer Situation mit Anforderungscharakter beurteilen (u. U. im Hausbesuch). Geachtet werden sollte auf:

- Emotionale Responsivität und Feinfühligkeit
- Raum für Eigeninitiative des Kindes
- Unter- oder Überforderung
- Angemessenheit der Hilfestellungen
- Eindeutigkeit von Anforderungen
- Positive Verstärkung für Kooperation
- Ungewollte Verstärkung problematischer Verhaltensweisen

Bei Jugendlichen ist es notwendig, das häufig tabuisierte Thema der sexuellen Entwicklung sowohl mit ihnen selbst als auch mit den Eltern anzusprechen, da es häufig aus Scham nicht berichtet wird. Sowohl für die Jugendlichen als auch für die Eltern ist es wichtig, ihnen einen Gesprächsraum zur Verfügung zu stellen, der Informationen zur sexuellen Entwicklung einschließt.

3.2.4. Soziale Belastungen und Ressourcen

Psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen müssen auch auf dem Hintergrund der Ressourcen und sozialen Belastungen einer Familie gesehen werden. Hierzu gehören:

- Finanzielle Lage
- Einbindung in das soziale Netzwerk
- Vereinbarkeit von Beruf und Kinderbetreuung
- Management der Betreuungs- und Pflegesituation

- Partnerschaftssituation
- Geschwistersituation
- Psychische Erkrankung und Intelligenzminderung von Eltern(teilen)
- Wohnbedingungen
- Zusammenarbeit mit Betreuungseinrichtungen (Kindergarten, Schule,)

Fragebögen zur Erfassung der Belastungen und Ressourcen der Familie und zur Lebensqualität können hilfreiche Instrumente zum Verständnis der Situation von Patient und Familie darstellen. Sie werden ebenfalls im Anhang aufgelistet.

3.2.5. Verhaltensanalyse

Generell sollten direkte Beobachtungsmethoden und in-vivo-Verhaltensanalysen (z. B. im Rahmen von Haus- oder Schulbesuchen) genutzt werden. Im Folgenden werden einige Aspekte aufgelistet:

- Allgemein: Analyse der sozialen Anforderungen und Umgebungsbedingungen
- Tagesdokumentationen (Aufretenshäufigkeiten, Tagesvariationen; problem- und konfliktfreie Zonen; Einsatz von „Problem-Thermometern“), Analyse von Schwankungen innerhalb der Konzentrationsleistungen und damit einhergehender stärkerer Irritierbarkeit incl. klar erkennbarer Stressanzeichen
- Funktionelle Verhaltensanalyse (SORCK-Schema)
- Analyse der Umweltbedingungen
 - Ist für das Kind eine inklusive Lebensform möglich und realisiert?
 - Ist das Betreuungssystem stabil?
 - Sind verschiedene Personen des Betreuungssystems stringent in der Realisierung konstruktiver Verhaltenssteuerung?
 - Einstellungen des Umfeldes zum Kind und seiner Behinderung
 - Welche Kommunikationsmuster sind vorhanden?
 - Gibt es einen Einsatz von Symbolkarten, Talkern, alternativen Kommunikationsformen?
 - Gibt es gemeinsame Rituale im Tagesablauf?
 - Gibt es einen strukturierten Tagesablauf und Strukturierungshilfen für Übergänge im Tagesverlauf?
 - Gibt es eine Rhythmisierung?
 - Ist die Reizvielfalt im Raum angemessen?
 - Gibt es ausreichende Bewegungsmöglichkeiten für das Kind?
 - Gibt es abwechslungsreiche Handlungs-, Beschäftigungs- und Spielangebote?

- Welche Verstärker sind für das behinderte Kind relevant und verfügbar? Wird erwünschtes Verhalten ausreichend verstärkt?
- Wird das Kind in Alltagsaktivitäten einbezogen? (Wahlmöglichkeiten und Ausmaß der Selbstbestimmung)
- Welche nützlichen Funktionen kann das Kind für die Gemeinschaft übernehmen (Bsp. einfache alltägliche Hausarbeiten)?
- Welche Strategien eines Ärger-Managements sind beim Kind vorhanden? Über welche Kompetenzen zur emotionalen Regulation verfügt es?
- Liegen Störungen des Wohlbefindens beim Kind vor?
- Gibt es Probleme in den Bereichen Ernährung und Schlaf?
- Werden Schutzbedingungen (wie Helm etc.) genutzt?
- Experimentelle funktionale Analyse (bei systematischer Variation situativer Bedingungen)
- Plananalyse zur Bewertung handlungsleitender Kognitionen und Regeln, z. B. auf Seiten der Eltern hinsichtlich der Frage, inwieweit sie Problemverhalten des Kindes ausschließlich im Kontext der nicht zu beeinflussenden Behinderung des Kindes sehen

Mit Hilfe von individuell erstellten Beobachtungsprotokollen können Verhaltensweisen hinsichtlich ihrer Frequenz und Ausprägung protokolliert werden. Diese Bögen sollten einfach und praktikabel gestaltet sein, um den Mehraufwand für Bezugspersonen so gering wie möglich zu halten. Sie dienen der Erfassung auslösender Bedingungen und ungewollter Verstärkung problematischer Verhaltensweisen. So kann es möglich sein, zunächst als problematisch eingestufte Verhaltensweisen als zweckmäßige und sinnvolle Problemlösestrategien des Patienten und somit nicht als „voraussetzungslose“ *Verhaltensstörungen* zu erkennen.

3.3. Behandlung

Bei der Behandlungsplanung müssen Eltern und andere Bezugspersonen beteiligt sein. Je jünger und je schwerer beeinträchtigt das Kind ist, desto mehr steht die Beratung der Bezugspersonen im Vordergrund. Kinder und Jugendliche mit ausreichenden kommunikativen Fähigkeiten sollen aktiv an der Therapieplanung beteiligt sein und ihr Einverständnis zu geplanten therapeutischen Schritten geben. Eine vertrauensvolle, emotional haltgebende Beziehung ist dabei wie bei anderen (psycho-)therapeutischen Maßnahmen zentral.

3.3.1. Nicht störungsspezifische Behandlung und Unterstützung

3.3.1.1. Somatische Behandlung

Sofern die ärztliche Diagnostik Hinweise auf somatische Erkrankungen ergibt, sind diese zu behandeln. Beispiele therapeutischer Interventionen sind:

- Pharmakotherapie
 - Optimierung der antikonvulsiven Dauermedikation bei Epilepsien zur Minimierung von Nebenwirkungen
 - Schmerzmedikation
 - Medikation von Reflux / Obstipation
 - Beachtung von Medikamenteninteraktionen
- Lagerung, Hilfsmittelversorgung und gegebenenfalls Physiotherapie
- Versorgung mit Brille und/oder Hörgerät
- Optimierte Mundpflege und Zahnsanierung
- Adäquate Ernährung, Diäten bei Lebensmittelunverträglichkeiten

3.3.1.2. Gestaltung der Lebensbedingungen

Eine an die Belastbarkeit und die Fähigkeiten des Kindes oder Jugendlichen angepasste und tolerante Umgebung leistet einen entscheidenden Beitrag zum Rückgang psychischer Störungen und problematischen Verhaltens. Wichtig sind eine Vermeidung von Reizüberflutung durch die Schaffung einer strukturierten, überschaubaren Umgebung, die Einhaltung fester, ritualisierter Tagesabläufe, sowie die Ankündigung und Unterstützung bei situativen Übergängen. Wenn ein Förderangebot soweit vereinfacht wird, dass das Kind oder der Jugendliche es auf seinem aktuellen Entwicklungsstand erfasst, wird das Erlernen neuer Fähigkeiten erleichtert.

Die Selbstbeschäftigung des Kindes oder Jugendlichen mit Dingen, die ihm Freude bereiten und die die Eigenmotivation stärken, soll gefördert werden. Dabei muss auf den problemlosen Zugang zu diesen Beschäftigungen geachtet werden. Hilfreich hierbei ist das Lernen am Modell. Bei diesem Prinzip ist zu beachten, dass die zu imitierenden Modelle für die Kinder möglichst interessant und anziehend sind. Seinen Fähigkeiten entsprechend sollte dem Kind oder Jugendlichen die Möglichkeit zur Selbst- bzw. Mitbestimmung eingeräumt werden. Häufige Wechsel der Bezugspersonen sollten vermieden werden. Gerade bei einer größeren Anzahl von Bezugspersonen sind Absprachen zwischen diesen unabdingbar. Überforderungen und Konflikte der Eltern müssen thematisiert werden, ggf. sollte der Einsatz von Jugendhilfemaßen (Einzelfallhilfe, Familienhilfe), empfohlen werden. Eine wirksame Unterstützung kann die Einbindung der Eltern in Selbsthilfegruppen sein. Diese kann auch die Akzeptanz der Behinderung durch die Eltern fördern.

Eine institutionelle Unterbringung kann einerseits aus einer Überforderungssituation und der Notwendigkeit eines anders strukturierten Unterstützungssystems resultieren. Zum anderen kann sie eine Option zur Ablösung eines älteren Jugendlichen darstellen. Der Prozess einer Unterbringung erfordert immer eine Begleitung der Familie.

Eine Beratung zur Erfüllung der sozialrechtlichen Ansprüche (Beantragung eines Schwerbehindertenausweises, Pflegeversicherung) ist in jedem Fall erforderlich. Zusätzlich kann eine Beratung zu Freizeitangeboten und den Möglichkeiten von Kurzzeitpflege notwendig sein. Weitere Ausführungen hierzu sind dem Qualitätspapier Sozialarbeit zu entnehmen (Fricke 2007).

3.3.1.3. Allgemeine therapeutische Unterstützung

Der Einsatz funktioneller Therapien und Übungsbehandlungen muss alltagsorientiert erfolgen. Als Bezugsgröße ist das Entwicklungsalter des Kindes zu wählen und nicht das chronologische Alter. Eine klare Zieldefinition und eine begrenzte Behandlungszeit mit anschließender Überprüfung der Behandlungserfolge und ihrer Alltagsrelevanz sind notwendig, um unreflektierte Dauerbehandlungen zu vermeiden. Generell sollten Initiative, Reaktionsbereitschaft und Ausdauer des Kindes, seine Toleranz für Umwelteindrücke und Frustrationen, seine Selbstregulation und die Fähigkeit, soziale Beziehungen einzugehen, gefördert werden. In alle funktionellen Therapien müssen die Eltern bzw. Bezugspersonen eingebunden sein, um einen Transfer von Therapieinhalten in den Alltag sicher zu stellen.

Kinder mit deutlichen Einschränkungen in der Kommunikation profitieren von Visualisierungshilfen und Instrumenten zur Kommunikationsunterstützung (z. B. sprachbegleitende Gesten bei der Gebärden unterstützten Kommunikation (GUK), Einsatz von Bildkarten, Talkern etc.).

3.3.1.4. Psychoedukation / Psychotherapie

Die durch die Behinderung des Kindes hervorgerufene Entwicklungsstörung bedingt Folgebelastungen für die Familie. Eltern benötigen deshalb eine Beratung und bei Bedarf auch eine psychotherapeutische Behandlung. Neben der individuellen Begleitung von Eltern wurde in den letzten Jahrzehnten eine Reihe von Elterntrainings entwickelt, die den Eltern den Umgang mit einem schwierigen Kind erleichtern können. Sie beziehen sich aber meist auf allgemeine kindliche Verhaltensprobleme, nur selten auf Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderungen. Typisch für die meisten Elterntrainings ist ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Konzept. Metaanalysen belegen die Wirksamkeit von Elterntrainings vor allem im Hinblick auf die soziale und kommunikative Interaktion und auf das konsistente und konsequente Verhalten der Eltern. Weniger systematische Effekte werden für Lernverhalten und soziale Kompetenzen von Kindern beschrieben (Kaminski

2008). Ein Elterntraining, das speziell für Belange der Eltern behinderter Kinder entwickelt worden ist, ist das Stepping Stones Triple P Eltern-Gruppentraining von Sanders. In der Evaluation zeigten sich signifikante Effekte hinsichtlich der Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten der Kinder, der Verbesserung der elterlichen Erziehungskompetenz, der Verminderung der psychischen Belastung der Eltern sowie der Steigerung ihres Selbstwirksamkeitserlebens und der Zufriedenheit mit der Elternrolle. (Hampel 2010; Roberts 2006).

Neben den verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen, die sich in Organisation und Durchführung primär an die Bezugspersonen in Familie und betreuender Institution richten, kann bei ausreichender Einsichts- und Reflexionsfähigkeit auch mit dem Kind oder Jugendlichen selbst psychotherapeutisch gearbeitet werden. In Betracht kommen je nach Alter Spieltherapie und Verhaltenstherapie. Bei eingeschränkten kommunikativen Fertigkeiten sind nonverbale Therapieformen, wie Musik- und Kunsttherapie, zu überlegen. Diese können auch im Sinne einer Ressourcenaktivierung wirken. Kinder und Jugendliche mit ausreichenden kommunikativen Fertigkeiten können von einem Training sozialer Kompetenzen im Rahmen einer Gruppentherapie profitieren. Der in der Behandlung autistischer Störungen etablierte TEACCH-Ansatz kann auch Kindern und Jugendlichen ohne autistische Symptomatik darin unterstützen, eine bessere Orientierung im Alltag und eine verbesserte Kommunikation zu erlangen.

Ein besonderes Gewicht kommt der Verhaltenstherapie mit Techniken zur Verbesserung sozialer Kompetenzen und Problemlösefähigkeiten, des Selbstmanagements und der Selbstinstruktion zu. Im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Behandlung sollten entsprechend der individuell erstellten Verhaltensanalyse (s.o.) Anforderungen, auf die regelmäßig problematisches Verhalten folgt, genau überprüft werden. Einzelne Lernschritte sollten bei der Wiedereinführung möglichst sensibel, klein und gut aufeinander abgestimmt sein. Es muss darauf geachtet werden, dass das Problemverhalten des Kindes nicht ungewollt sozial verstärkt wird. Stattdessen sollen alternative, erwünschte Verhaltensweisen eine positive Konsequenz nach sich ziehen. Der Einsatz einer videogestützten Beratung kann hierbei hilfreich sein. Es müssen individuell wirksame Verstärker eingesetzt werden. Die Verstärkung soll kontinuierlich und kurzfristig auf das Zielverhalten folgen. Ziel ist auch, dass das Kind bzw. der Jugendliche, Überforderungssituationen selbst wahrnimmt, sich entsprechend äußert und ggf. eigene Strategien im Umgang damit entwickelt.

Das therapeutische Vorgehen setzt eine besondere Expertise voraus. Die Grenzen einer psychotherapeutischen Einzelbehandlung eines Patienten mit Intelligenzminderung müssen bedacht werden, um eine Überforderung zu vermeiden.

3.3.2. Störungsspezifische Behandlung (nicht medikamentös)

Eine störungsspezifische Behandlung richtet sich nach der diagnostizierten psychischen Störung und unterscheidet sich prinzipiell nicht von der Behandlung derselben Störung bei Patienten mit einer Intelligenz im Normbereich. Im Folgenden wird auf die Behandlung häufig zur Vorstellung führender Probleme eingegangen.

Expansiv-aggressives und selbstverletzendes Verhalten

(mögliche Kodierung unter ICD-10, F91.1; F91.3; F07.8)

Eine genaue Analyse der Auslöser des (auto-)aggressiven Verhaltens ist wichtig (vgl. Abschnitt 3.2.). Häufig wird aggressives Verhalten auf der Basis von Fehlinterpretationen kindlicher Signale durch soziale Zuwendung in den Situationen des Auftretens ungewollt verstärkt. Diese ungewollte Verstärkung soll durch die Verhaltensanalyse aufgedeckt und wenn möglich reduziert werden. Soziale Verstärkung sollen Kinder vermehrt für nicht-aggressive Verhaltensweisen erhalten. Kinder können auch darin unterstützt werden, Wünsche und Aversionen auf anderen Wegen gezielt und eigenständig mitzuteilen. Bei Kindern mit sehr eingeschränkter Kommunikation bedarf es dazu individuell abgestimmter Kommunikationshilfen, z. B. Bildkarten zur Auswahl von Beschäftigungen.

Bei Selbstverletzungen muss auch an interne Verstärkungsprozesse gedacht werden. So reduzieren solche Verhaltensweisen die Schmerzwahrnehmung oder führen zu einer als angenehm erlebten sensorischen Stimulation (Rohjan 2007). Bei schweren Selbstverletzungen ohne eindeutige soziale Verstärkung sind Schutzmaßnahmen des Kindes indiziert. Der Einsatz eines Helmes oder von Armmanschetten, time-out oder Fixierungen sollten so kurz wie möglich erfolgen, da Kinder durch die Einschränkungen allein keine alternativen Verhaltensweisen erlernen können.

Starke motorische Unruhe und impulsive Verhaltensweisen

(mögliche Kodierung unter ICD-10, F84.4; F90.8)

Bei Kindern mit motorischer Unruhe ist es sinnvoll, ihren erhöhten Bewegungsdrang im Alltag zu berücksichtigen. Dies kann durch das Vorliegen einer gleichzeitig vorhandenen körperlichen Beeinträchtigung erschwert sein. Beispiele für zusätzliche Bewegungsangebote sind: Spaziergänge mit Gehhilfen, der Einsatz behindertengerechter Fahrräder, Bewegen des eigenen Rollstuhls mit Muskelkraft, Bewegung im Wasser und Reiten.

Der Einsatz von Sanduhren oder Symbolkarten kann Patienten helfen, Impulse nicht sofort auszuagieren bzw. abwarten zu lernen. Wie normal begabte Kinder mit einer ADHS-Symptomatik profitieren auch Patienten mit einer Intelligenzminderung von klar strukturierten Tagesabläufen, klaren Kontingenzen und einer Vermeidung einer zu großen Menge an gleichzeitig zu verarbeitenden Reizen.

Stark Aufmerksamkeit suchendes Verhalten

(mögliche Kodierung unter ICD-10, F93.0; F93.8)

Dieses Verhalten wird häufig ungewollt sozial verstärkt; eine Selbstbeschäftigung des Kindes häufig unzureichend beachtet und wertgeschätzt. Patienten mit diesem Problemverhalten profitieren von einer Förderung selbstständiger Beschäftigung und einer Verbesserung ihrer Fähigkeiten, Bedürfnisse klar zu äußern. Aufmerksamkeit suchendes Verhalten kann für das Kind auch die Funktion haben, Anforderungen zu vermeiden. Genauso kann es Ausdruck von Trennungsängsten oder spezifischen Phobien sein, wie z. B. bei sehr klammerndem Verhalten, Schwierigkeiten, allein in einem Raum zu spielen und Abneigung gegenüber bestimmten Spielsachen oder Alltagsgegenständen. Eine gestufte Exposition in Verbindung mit sicherheitsgebenden Ritualen kann dann hilfreich sein.

Schlafstörungen

(mögliche Kodierung unter ICD-10, F51.0; F51.2)

Wichtig ist es, konstante Schlafens- und Aufstehzeiten festzulegen und ein Zu-Bett-Geh-Ritual einzuhalten. Entspannungshilfen beim Einschlafen können leise Musik, bestimmte Gerüche oder Übergangsobjekte (Kuscheltiere) sein, die individuelle Vorlieben des Kindes berücksichtigen. Bei Ängsten vor Dunkelheit oder Alleinsein können ein Nachtlicht oder eine leicht geöffnete Tür zu einem beleuchteten Raum eine Hilfe sein. Schlafen am Tag (insbesondere am Nachmittag) sollte verhindert werden, damit das Kind am Abend ausreichend müde ist. Einschlafstörungen sollen vor Durchschlafstörungen behandelt werden. Zuwendung in der Einschlafsituation sollte schrittweise reduziert werden. Kinder die das Bett verlassen, sollten ohne verbale Ansprache ins Bett zurückgebracht werden. Bei sehr langer Einschlafzeit ist es z. T. notwendig, die Zu-Bett-Geh-Zeit vorübergehend so weit nach hinten zu verschieben, dass das Kind aufgrund der dann sehr großen Müdigkeit rasch einschläft und das Bett so zum diskriminativen Stimulus für das Einschlafen wird. Die Zu-Bett-Geh-Zeit kann dann schrittweise wieder nach vorn verlagert werden. Ebenso kann es sinnvoll sein, ein Kind, das sehr früh aufwacht, vorübergehend noch früher zu wecken. Das Wecken wird dann zum konditionierten Stimulus für Aufwachen/Aufstehen. Nachfolgend ist die Zeit dann schrittweise wieder nach hinten zu verschieben.

Fütter- und Essstörungen

(mögliche Kodierung unter ICD-10, F98.2; F98.3; F50.5; F50.8)

Die problemspezifische Analyse der Füttersituation unter Berücksichtigung eventueller orofazialer Probleme, ggf. unterstützt durch eine Videoaufzeichnung der Mahlzeit erlaubt es, spezifische Strategien für die Behandlung abzuleiten. Voraussetzung für die Behandlung ist

das Einhalten regelmäßiger Mahlzeiten (4-5 / Tag). Dazwischen sollte keine Nahrung angeboten werden, das Kind sollte lediglich kalorienarme Getränke erhalten. Die Länge der einzelnen Mahlzeit sollte auf 15-30 min begrenzt sein. Während der Mahlzeit sollte keine Ablenkung des Kindes erfolgen. Auf eine gute und bequeme Sitzposition ist zu achten. Nahrung, die aufgrund des Geschmacks oder der Konsistenz bisher abgelehnt wurde, sollte in kleinen Mengen angeboten werden. Die Akzeptanz wird durch intensives Loben und anschließende Gabe präferierter Nahrungsmittel verstärkt. Beim Auftreten von Rumination, willkürlich herbeigeführtem Erbrechen oder Ausspucken der Nahrung können umschriebene negative Konsequenzen als ultima ratio notwendig werden, z. B. die Gabe einer schlecht schmeckenden Flüssigkeit. Der Einsatz aversiver Methoden darf aus ethischen Erwägungen nur bei gravierender Selbstgefährdung, bei Versagen anderer Methoden, zeitlich begrenzt und unter erfahrener therapeutischer Anleitung erfolgen.

Störungen der Sauberkeitsentwicklung

(mögliche Kodierung unter ICD-10, F98.0; F98.1; N39.x)

Entwicklungsaufgaben im Bereich der Sauberkeitsentwicklung müssen auf das Entwicklungsalter des Kindes und seine tatsächlichen Fähigkeiten abgestimmt werden. Um Kinder mit Intelligenzminderung bei der Sauberkeitsentwicklung zu unterstützen, ist ein kleinschrittiges Vorgehen notwendig. Das Kind muss in engen Zeitabständen (stündlich), auf die Toilette oder einen Topf gesetzt werden. Bei Erfolg werden die Zeitintervalle langsam vergrößert. Der Topf sollte nur vorübergehend, vor allem bei Angst vor der Toilette verwendet werden. Das Kind sollte bequem und sicher sitzen. Erfolgte Entleerung wird positiv verstärkt. Eine apparative Verhaltenstherapie (Klingelgerät) ist bei nächtlichem Einnässen die Methode der ersten Wahl, bei Kindern mit schwerer Intelligenzminderung kann sie auch tagsüber eingesetzt werden. Weitere Details finden sich im Qualitätspapier zu nichtorganischen Ausscheidungsstörungen (zur Publikation eingereicht).

Stereotype Verhaltensweisen / zwanghaftes Verhalten

(mögliche Kodierung unter ICD-10, F84.4; F 98.4; F42.1)

Diese Verhaltensweisen treten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung häufig in Verbindung mit freudiger Erregung oder bei Langeweile auf. Wenn stereotypes Verhalten die Alltagsaktivitäten nicht oder nur wenig beeinträchtigt, sollte es als emotionaler Ausdruck von Befindlichkeit oder als Form kommunikativen Ausdrucks toleriert werden. Die gezielte Förderung von Selbstbeschäftigung, die dem Kind Freude bereitet, kann helfen, Langeweile zu reduzieren. Das Angebot vestibulärer Reize (Schaukeln) kann Jaktationen vermindern. Entspannungstechniken (mit propriozeptiven Reizen) können stereotypes Verhalten vermindern.

Die Behandlung von Zwängen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung unterscheidet sich grundsätzlich nicht von dem Vorgehen ohne Vorliegen einer Intelligenzminderung. Zum Einsatz kommen vor allem die gestufte Exposition mit Reaktionsverhinderung sowie Selbstverbalisationen zur Korrektur von Fehlinterpretationen. Wichtig ist eine Psychoedukation für Bezugspersonen, da sie meist in Zwangsrituale eingebunden sind.

Autistische Symptome mit zusätzlich eingeschränkter Kommunikation

(mögliche Kodierung unter ICD-10, F84.x)

Bedingung für eine Beeinflussung problematischer Verhaltensweisen ist bei diesen Patienten, eine positive Interaktion zu schaffen, die zunächst völlig losgelöst von Anforderungen oder Verhaltensbeeinflussung sein sollte. Ziel ist es herauszufinden, worauf das Kind positiv und worauf es aversiv reagiert, was es mag, was es interessiert und welche Art von Kontaktaufnahme es zulässt. Diese Erkenntnisse bilden zusammen mit einer guten Alltagsstrukturierung die Grundlage für eine Anbahnung kommunikativer Prozesse und eine allmähliche Verhaltensänderung. Die Komplexität autistischer Störungen erfordert eine Behandlung über eine längere Zeit. Weitere Ausführungen dazu finden sich im Qualitätspapier Autismus (Fricke 2012).

Soziale Ängste und soziales Rückzugsverhalten, Vermeidung

(mögliche Kodierung unter ICD-10, F93.2)

Soziale Ängste bis hin zu mutistischem Verhalten können Ausdruck erlebter sozialer Ausgrenzung und kognitiver Überforderung sein. Häufig sind sie rückläufig, wenn ein Kind begabungsadäquat gefördert wird und sich in einer seine Besonderheiten akzeptierenden Umgebung befindet. Kinder mit leichter kognitiver Beeinträchtigung und ausreichenden kommunikativen Fertigkeiten können von einer Einzelpsychotherapie profitieren, in die Bezugspersonen eingebunden sind. Bei der Indikationsstellung zur Behandlung im Rahmen einer Gruppenpsychotherapie ist zu beachten, dass diese Gruppe möglichst klein und hinsichtlich des Entwicklungsstands der behandelten Kinder und Jugendlichen homogen sein sollte. Patienten laufen sonst Gefahr, erneut in Situationen von Überforderung und Ausgrenzung zu geraten.

Depressive Symptomatik

(mögliche Kodierung unter ICD-10, F32.x; F43.2, F92.0)

Depressive Symptome bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen treten meist im Sinne einer Anpassungsstörung auf. Hintergründe dafür können der Verlust von Bezugspersonen, überfordernde Umgebungsbedingungen oder soziale Isolation sein. Kinder

und Jugendliche mit Intelligenzminderung sind häufig schlechter in der Lage, ihre Gefühlszustände differenziert zu benennen und bekommen so häufig keine angemessene Unterstützung bei deren Bewältigung. Liegt eine depressive Symptomatik vor, sollten ggf. ungünstige Umgebungsbedingungen verändert werden. Visualisierungshilfen können die Patienten bei der differenzierteren Wahrnehmung und Mitteilung ihrer Stimmung unterstützen. Bezugspersonen können dann besser darauf eingehen. Lustbetonte Selbstbeschäftigungen und mögliche nützliche Beiträge für die Gemeinschaft sollten gefördert werden.

3.3.3. Medikamentöse Behandlung

Allgemeines

Häufig stellt sich die Frage nach einer ergänzenden psychopharmakologischen Behandlung. Generell gilt, dass anderen, nichtpharmakologischen Maßnahmen der Vorrang gegeben wird und eine Pharmakotherapie in ein Gesamtbehandlungskonzept einzubinden ist.

Bei Patienten mit Intelligenzminderung besteht ein höheres Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW). Daher sollte mit einer niedrigeren Dosierung als üblich begonnen und die Dosis eines Medikaments langsamer gesteigert werden. Die UAW sind bei diesen Patienten schwieriger zu erkennen. Daher ist eine besonders engmaschige Betreuung unter Einbezug verlässlicher Beobachtungen von Bezugspersonen erforderlich. Zu beachten sind Medikamentenwechselwirkungen, da diese Patienten aufgrund komorbider Erkrankungen oft mehrere Medikamente erhalten. Eine Polypharmazie ist, wenn irgend möglich, zu vermeiden. Bei fehlender Zulassung der Medikamente für den entsprechenden Indikationsbereich, die Altersgruppe der Kinder- und Jugendlichen und bei Dosierungen oberhalb der Zulassungsgrenze (sog. off-label-use) ist es notwendig, die Eltern über die Anwendung außerhalb des Zulassungsbereichs und die Behandlung im Rahmen eines individuellen Heilversuchs zu informieren und ihr schriftliches, widerrufbares Einverständnis einzuholen.

Vor Beginn der Behandlung und im Verlauf müssen zum Ausschluss von UAW je nach Wirksubstanz und unter Beachtung spezifischer Hinweise in der Fachinformation die Laborparameter, Herzfrequenz, Blutdruck, ggf. EKG sowie die Entwicklung von Länge und Gewicht kontrolliert werden.

Spezielle Medikamente (Auswahl)

Die Auswahl des Medikamentes richtet sich nach der zu behandelnden Symptomatik, den komorbiden Erkrankungen und der Gabe weiterer Medikamente. Die im Folgenden dargestellten einzelnen Substanzen stellen eine empirisch gestützte Auswahl dar (weiterführende Literatur Häbler 2011, Gerlach 2009).

Antipsychotika:

Hoch- und mittelpotente Antipsychotika sind indiziert bei psychotischen Symptomen, bei impulsiven aggressiven und autoaggressiven Verhaltensweisen, sowie bei ausgeprägten Unruhezuständen.

Risperidon (als Tropfen und Tabletten verfügbar)

- Indiziert zur Behandlung von Hyperaktivität, Impulsivität, Irritabilität, (auto-) aggressiven Verhaltensweisen und Stereotypien
- Einziges Medikament mit Zulassung zur Therapie aggressiver Verhaltensstörungen bei Kindern mit Intelligenzminderung ab dem 5. Lebensjahr für eine Behandlung bis zu 6 Wochen
- Seltener extrapyramidal-motorische Störungen (EPS) als bei Neuroleptika der ersten Generation

Zuclopenthixol (als Tropfen und Tabletten verfügbar)

- Indiziert zur Behandlung von Hyperaktivität, Impulsivität und Aggressivität
- Keine Zulassung für Kinder
- Hinweise auf günstige Nutzen-Risiko-Relation, häufiger anticholinerge und kardiogene UAW

Weitere atypische Antipsychotika wie Olanzapin, Quetiapin, Aripiprazol und Clozapin sind nur in wenigen Studien untersucht und gelten deshalb nicht als Mittel der ersten Wahl. Aripiprazol hat eine in Studien belegte Wirksamkeit auf Impulsivität, (Auto-)Aggressionen, Unruhe und Stereotypien. Da unter diesem Medikament deutlich weniger UAWs auftreten (insbesondere weniger EPS, Gewichtszunahme, Prolaktinerhöhung), verfügt es über eine günstigere Wirkung-Nebenwirkungsrelation (cave: fehlende Zulassung für Kinder und den Indikationsbereich).

Niedrig potente, stärker sedierende Antipsychotika können zur Behandlung von Schlafstörungen und Unruhe- und Erregungszuständen eingesetzt werden. Aufgrund der Vielfalt der verfügbaren Substanzen kann hier nur eine Auswahl dargestellt werden, die sich vor allem an der Zulassung für Kinder und dem Indikationsbereich orientiert.

Melperon (als Lösung und Tabletten verfügbar)

- Indiziert zur Behandlung von Unruhe- und Erregungszustände, Schlafstörungen
- In diesem Indikationsbereich bei Intelligenzminderung ab 12. LJ zugelassen
- Als einziges Neuroleptikum auch antikonvulsiv wirksam
- Atypikum, seltener EPS, weniger häufig anticholinerge UAW

Chlorprothixen (als Saft und Dragees verfügbar)

- Indiziert zur Behandlung von Unruhe- und Erregungszustände, Schlafstörungen
- Zulassung ab 3. LJ
- Höhere Wahrscheinlichkeit anticholinergener und kardiogener UAW

Pipamperon (als Saft und Tabletten verfügbar)

- Indiziert zur Behandlung von Unruhe- und Erregungszustände sowie Schlafstörungen
- Eingeschränkte Zulassung < 18 LJ
- Seltener anticholinerge UAWs, seltener EPS, QT-Zeit-Verlängerungen bei höheren Dosierungen

Levomepromazin (als Tabletten, Tropfen und Lösung verfügbar)

- Indiziert zur Behandlung von Unruhe- und Erregungszuständen
- Zulassung ab 16. LJ zur Behandlung von Unruhe- und Erregungszuständen i. R. psychotischer und manischer Störungen
- Deutlich häufiger kardiogene UAW (trizyklisches Antipsychotikum) und anticholinerge UAW, Herabsetzung der Krampfschwelle, Einsatz nur bei Versagen anderer Medikamente

Antihistaminika

Promethazin (als Tropfen und Tabletten verfügbar)

- Indiziert zur Behandlung von Unruhe- und Erregungszuständen und Schlafstörungen
- In diesem Indikationsgebiet ab 2. LJ zugelassen
- Häufiger anticholinerge UAW, QT-Zeit-Verlängerung, EPS, geringe therapeutische Breite

Stimulanzien

Methylphenidat

- Indiziert zur Behandlung von hyperkinetischem Verhalten bei IQ > 50
- Response-Rate <20% bei IQ<50, dann auch höhere Rate an UAW sowie paradoxe Wirkungen
- Vorteil ist die rasche Einschätzbarkeit von Wirkung und UAW

Auch Atomoxetin kann zur Behandlung hyperkinetischen Verhaltens indiziert sein.

Antidepressiva

Aufgrund der hohen Rate an UAW sollten trizyklische Antidepressiva nicht eingesetzt werden. Studien zu selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI) zeigen keine eindeutige Wirksamkeit auf stereotypes und aggressives Verhalten. Fluoxetin besitzt eine Zulassung für den Indikationsbereich Depression für Kinder ab 8. LJ, Fluvoxamin ist zugelassen für die Behandlung von Zwangsstörungen ab 8. LJ.

Mood Stabilizer

Valproinsäure, Carbamazepin, Oxcarbazepin und Lamotrigin haben neben der antiepileptischen eine stimmungsstabilisierende Wirkung und sind effektiv in der Behandlung von Impulsivität, (Auto-)Aggressivität und bipolaren Störungen. Insbesondere bei komorbider Epilepsie und einer Verhaltensstörung sollten, wenn möglich, stimmungsstabilisierenden Antiepileptika der Vorrang gegeben werden.

Weitere Psychopharmaka

Naltrexon

- Zeigt in Studien mit kleinen Fallzahlen gute Effekte auf Hyperaktivität, Impulsivität, (Auto-)Aggressionen und Stereotypien

Buspiron

- Zeigt Effekte in der Behandlung von Angststörungen und oppositionellen Verhaltensweisen

Melatonin

- Indiziert zur Behandlung von Schlafstörungen
- Keine Sedierung am nächsten Tag
- Keine Zulassung für Patienten < 18 LJ
- Kombination mit SSRI sollte vermieden werden

4. Spezialisierte (teil-)stationäre Versorgung

Eine (teil-)stationäre Behandlung ist zu erwägen, wenn:

- Der adäquate Behandlungsbedarf ambulant nicht eindeutig festgelegt werden kann, weil die diagnostische und / oder ätiologische Einordnung der Symptomatik nicht gelingt, oder
- Die Erfolge der ambulanten Behandlungs- und Beratungsmaßnahmen weit hinter den begründeten Erwartungen zurückbleiben, oder
- Eine akute Verschlechterung der Symptomatik oder eine Dekompensation der psychosozialen Situation vorliegt und eine Krisenintervention indiziert ist.

Notwendig ist dann die Behandlung in einer sozialpädiatrischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, die mit dieser Thematik Erfahrungen hat und die besondere Bedürfnislage von Patienten mit Intelligenzminderung und ihrer Familien konzeptionell in einem inklusiven Konzept berücksichtigt. Im Einzelnen bedeutet das:

- Eine enge Verzahnung der neuropädiatrischen und sozialpädiatrischen mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung
- Zusammenarbeit mit weiteren Fachärzten während einer stationären Behandlung
- Eine Betreuungskontinuität in kleinen geschützten Gruppen, in denen vorhersehbare Abläufe vorherrschen und eine Reizüberflutung vermieden werden kann
- Kein Gruppenwechsel von der tagesklinischen zur vollstationären Behandlung, z. B. feste Tagesgruppen, die bei entsprechendem Bedarf durch eine Nachtbetreuung ergänzt werden können
- Am Alter und Entwicklungsstand der Kinder orientiertes heilpädagogisches und therapeutisches Angebot
- Inklusive Beschulung durch Sonderschulpädagogen
- Die Verfügbarkeit von Eltern oder anderen vertrauten Bezugspersonen in der gesamten Behandlungszeit, um zusätzlichen Stress durch die stationäre Aufnahme zu minimieren und die Bezugspersonen als Experten für die individuellen Besonderheiten der Patienten einzubeziehen
- Ausreichende zeitliche und personelle Ressourcen
- Eine besondere Expertise sowohl für die psychopharmakologische als auch für die psychotherapeutische Behandlung und
- Eine enge Verzahnung der (teil-)stationären Behandlung mit der ambulanten Behandlung, die im Vorfeld der stationären Behandlung, im Verlauf und in der Entlassungsplanung erfolgt

5. Literatur

American Association on Mental Retardation. Mental retardation: Definition, classification and systems of support. American Association on Mental Retardation, Washington D.C. 2002

Benkert O, Hippus H. Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie, 8. Auflage, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2011

Fricke C, Kretschmar C, Hollmann H, Schmid RG. Qualität in der Sozialpädiatrie Band 2, RS-Verlag, Altötting 2007

Fricke C, Hollmann H, Schmid RG, Kretschmar C. Qualität in der Sozialpädiatrie Band 3, RS-Verlag, Altötting 2012

Gerlach M, Mehler-Wex C, Walitza S et al. Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter: Grundlagen und Therapie. Springer –Verlag, Wien New York 2009

Häßler F. Intelligenzminderung. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 2011

Hampel OA, Hasmann SE, Schaadt AK et al. Effekte des Stepping Stones Elterngruppentrainings für Familien mit behinderten Kindern. Kindheit und Entwicklung 2011; 19:36-46

Hampel OA, Schaadt AK, Hasmann SE et al. Evaluation von Stepping Stones Triple P: Zwischenergebnisse der Stepping-Stones-SPZ-Multicenterstudie. Klinische Pädiatrie 2010; 222:18-25

Hennicke K, Buscher M, Häßler F et al. Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2009

Hodapp RM, Dykens EM. Behavioral effects of genetic mental retardation disorders. In: Jacobson JW, Mulick JA, Rojahn J. (Eds.). Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities, Springer, New York 2007

Irblich D. Problematische Erlebens- und Verhaltensweisen geistig behinderter Menschen. In D. Irblich & B. Stahl (Hrsg.). Menschen mit geistiger Behinderung. Hogrefe, Göttingen 2003

Jacobson JW, Mulick JA, Rojahn J. (Eds.). Handbook of Developmental Disabilities, Springer, New York 2007

Kaminski JW, Valle LA, Filene JH et al. A Meta-analytic Review of Components Associated with Parent Training Program Effectiveness, Journal of Abnormal Child Psychology 2008; 36:567–589

Kober R. Enhancing the Quality of Life of People with Intellectual Disabilities, From Theory to Practice, Springer, New York 2010

Lundahl BW, Risser HJ, Lovejoy MC. A meta- analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review* 2006; 26:86–104

Mazzucchelli TG, Sanders MR. Preventing behavioural and emotional problems in children who have a developmental disability: A public health approach. *Research in Developmental Disabilities* 2011; 32:2148-2156

Roberts C, Mazzucchelli T, Studman, L et al. Behavioral family intervention for children with developmental disabilities and behavioral problems. *Journal of Clinical and Adolescent Psychology* 2006; 35:180-193

Rohjan J, Bienstein P. Selbstverletzendes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2007; 6:411-422

Sarimski K. Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. 3. Auflage. Hogrefe, Göttingen 2003

Sarimski K, Steinhausen HC. Geistige Behinderung und schwere Entwicklungsstörung, Kinder-Diagnostik-System-2. Hogrefe, Göttingen 2007

Sarimski K, Steinhausen HC. Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. In: Döpfner M, Lehmkuhl G, Petermann F. (Hrsg.). Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen, Hogrefe 2008

Schultheiss J. Aggressives und herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Intelligenzminderung. *Geistige Behinderung* 2007; 3:202-214

van Karnebeek CD, Stockler S. Treatable inborn errors of metabolism causing intellectual disability: a systematic literature review. *Mol Genet Metab.*2012;105:368-81

van Karnebeek CD, Houben RF, Lafek M et al. The treatable intellectual disability APP. *Orphanet J Rare Dis* 2012; 7:47

6. Anhang

Ausgewählte Verfahren zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung

Verfahren zur Einschätzung des adaptiver Kompetenzen	Erfasste Dimensionen
Heidelberger Kompetenzinventar (HKI)	Praktische Kompetenz (Selbständigkeit im Alltag) Kognitive Kompetenzen (Lernen, Planung) Soziale Kompetenzen
Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS) (bislang keine deutsche Übersetzung und Normierung)	Kommunikation Alltagsfertigkeiten Beziehungen zu anderen
Elterninterview zu praktischen und sozialen Kompetenzen (EPS)	Selbstversorgung praktische Fertigkeiten bei alltäglichen Anforderungen Soziale Wahrnehmung Verhaltensregulation
Nisonger Beurteilungsbogen für das Verhalten von behinderten Kindern (NCBRF)	Positives Sozialverhalten Problematisches Verhalten
Verhaltensfragebogen bei Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung (VFE) Eltern- und Lehrer-Version	Disruptives / antisoziales Verhalten Selbst-absorbiertes Verhalten Kommunikationsstörung Angst Soziale Beziehungsstörung
Inventar für Verhaltensprobleme (bei Geistiger Behinderung und Entwicklungsstörungen) (IVP)	Selbstverletzendes Verhalten Stereotypien Aggressiv/destruktives Verhalten
Inventar zur funktionellen Erfassung selbstverletzenden Verhaltens bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (IfES)	Selbstverletzendes Verhalten
Non-Communicating Children's Pain Checklist – revised (NCCPC-R)	Erfassung von Schmerzzuständen bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderung

Verfahren zur Erfassung elterlicher Belastungsfaktoren	Erfasste Dimensionen
Fragebogen zu Bedürfnissen von Eltern behinderter Kinder (BEK)	Informationsbedürfnisse (Behinderung selbst; Verhalten des Kindes; Möglichkeiten der Förderung; Entwicklungsperspektiven; Netz von Fördereinrichtungen) Bedürfnis nach Unterstützung (Erklärung der Behinderung für das Umfeld; Suche nach ambulanten Diensten; finanzielle Unterstützung; Beratung in Familienbeziehungen)
Soziale Orientierungen von Eltern behinderter Kinder (Erfassung des elterlichen Bewältigungsverhaltens) (SOEBEK)	Intensivierung der Partnerschaft Nutzung sozialer Unterstützung Fokussierung auf das behinderte Kind Selbstbeachtung und Selbstverwirklichung Stressbelastungsskala Fragen zur Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung
Familien-Belastungs-Fragebogen (FaBel)	Tägliche soziale Belastung Persönliche Belastung/Zukunftssorgen Finanzielle Belastung Belastung der Geschwisterkinder
Eltern-Belastungs-Inventar (EBI) (Parenting Stress Index)	Erfassung personeller und sozialer Belastungen