

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

GEISTIGE BEHINDERUNG

Geistige Behinderung ist kein leichtes Schicksal – sowohl für die Betroffenen als auch ihr Umfeld. Früher war das kein Thema, das zur vermehrten Diskussion oder gar konkreter Hilfestellung Anlass gab. Heute hat sich manches gewandelt, besonders in der westlichen Welt. Es bleiben aber noch immer viele schwere, bisweilen ungelöste Aufgaben übrig. Sie zu mildern ist vor allem eines wichtig: Ein ausreichender Kenntnisstand über die Besonderheiten von Häufigkeit, Ursachen, Risiken, geistigen sowie seelischen und sogar körperlichen und damit psychosozialen Folgen. Ferner zu den genetischen, organischen und psychischen Krankheitsbildern und nicht zuletzt Möglichkeiten und Grenzen der Therapie. Dazu eine kurz gefasste Übersicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

Geistige Behinderung – Intelligenzminderung (IM) – intellektuelle Beeinträchtigung (IB) – kognitive Beeinträchtigung – Lernbehinderung – Minderbegabung – Häufigkeit – Geschlecht – Ursachen – fetale Alkohol-Spektrum-Störung – Malnutrition – intrauterine oder perinatale Infektionen – Stoffwechselstörungen – chromosomale Anomalien – genetische Ursachen – Morbidität (Krankheitsanfälligkeit) – Mortalität (Sterberate) – häufigste Todesursachen – differentialdiagnostische Probleme – Arzt-Patient-Kommunikation – mentales Entwicklungsalter – die häufigsten körperlichen Ausdrucksformen – die häufigsten seelischen Krankheitsbilder – die häufigsten psychosozialen Folgen – genetisch bedingte Ursachen – organische Ursachen – frühkindliche Hirnschädigung mit Folgen – seelische Krankheiten – therapeutische Möglichkeiten und Grenzen – u. a. m.

Zu jeder Zeit und in jeder Gesellschaft gab und gibt es Menschen mit geistiger Behinderung und ihren psychosozialen Folgen (für sich und ihr näheres Umfeld). Aber erst in den letzten Jahrzehnten wird die intellektuelle Beeinträchtigung intensiver beforscht, besser betreut und gezielter erläutert, zumindest in der westlichen Welt. Gleichwohl gibt es auch noch in unserer Gesellschaft mit ihrem vergleichsweise leistungsfähigen Gesundheitssystem offene Fragen, unklare Beurteilungen, wenn nicht gar Fehleinschätzungen. Und damit unnötig belastende Probleme im Alltag für alle Beteiligten.

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zum Thema Mitmenschen mit Intelligenzminderung und ihre medizinische Versorgung heute. Grundlage sind die medizinischen Publikationen und Fachbücher von Frau PD Dr. Tanja Sappok und ihrer Kollegen, zuletzt zum Thema *Medizinische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung* im Deutschen Ärzteblatt 48 (2019) 809. Weitere Literatur-Hinweise siehe am Ende dieses Beitrags. Im Einzelnen:

Intellektuelle Beeinträchtigung – kein leichtes Los, keine leichte Aufgabe

Selbst in unserer Zeit und Region, in der – man darf es ruhig einmal ausdrücken –, deutlich mehr Verständnis für seelische, geistige und psychosoziale Defizite jeglicher Art erwartet werden kann als früher, selbst jetzt und hier kann man immer wieder in manch ungewöhnlichen Alltags-Situationen mit geistig Behinderten ein gewisses Befremden registrieren. Das muss nicht sein, darf aber auch nicht überbewertet werden. Denn es ist und bleibt ein meist ungewohntes Problem, schwer begreifbar, selbst bei offenkundiger Behinderung kaum adäquat durchschaubar und damit akzeptierbar, je nach indirekter oder gar direkter Betroffenheit. Gleichwohl ist und bleibt es aber auch eine Frage des jeweiligen Informations-Standes (und damit eine medizinische Aufgabe im weitesten Sinne, konkret mit psychosozialen Schwerpunkt).

Was also sollte man wissen, um hier im Alltags-Geschehen ausreichend tolerant und verständnisvoll zu reagieren und im weiteren oder gar näheren Umfeld nicht nur Geduld und Verständnis zu zeigen, sondern ggf. konkrete Hilfe zu vermitteln. Was muss man wissen?

Fachbegriffe

Die Alltags-Bezeichnungen (besser Diskriminierungen) kennt jeder. Sie müssen nicht einmal böswillig benutzt werden, vor allem in akuten (nervigen) Konfrontationen.

Fachlich lauten die Bezeichnungen: Intelligenzminderung (IM), intellektuelle Beeinträchtigung (IB), geistige Behinderung, intellektuelle Beeinträchtigung, kognitive Beeinträchtigung, Lernbehinderung, Minderbegabung etc.

Definition und Häufigkeit

Die Intelligenzminderung wird als Störung der intellektuellen Entwicklung beschrieben. Sie beginnt vor dem Erwachsenenalter. Sie erschwert es neue und komplexe Informationen/Fähigkeiten zu erlernen und ein unabhängiges Leben zu führen.

Eine unterdurchschnittliche Intelligenz findet sich in 1 bis 2 % der Bevölkerung, d. h. bei ca. 1,5 Millionen Betroffenen.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wurde 2017 bei 9,4 % der Bevölkerung (7,8 Millionen) eine Schwerbehinderung mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mehr als 50 % festgestellt. Bei etwa einer Million waren Störungen der geistigen Entwicklung bzw. hirnorganische Störungen die führenden Arten der Behinderung.

Ursachen in Fachbegriffen

Eine Intelligenzminderung ist durch eine Reihe exogener (äußerer) Faktoren möglich. Beispiele in Fachbegriffen: Mütterlicher Alkoholkonsum (fetale Alkohol-Spektrum-Störung) oder Malnutrition (Fehlernährung) während der Schwangerschaft. Ferner durch intrauterine (in der Gebärmutter) oder perinatale (um die Geburt) Infektionen sowie Geburtskomplikationen oder Stoffwechselstörungen (z. B. Hypothyreose, d. h. Unterfunktion der Schilddrüse). Eine Lernbehinderung in bestimmten Bereichen (Intelligenzquotient 70 bis 84) kann auch durch zu wenig Anregungen oder Zuwendung im sozialen Umfeld mitbedingt sein.

So genannte chromosomale Anomalien, d.h. krankhafte Veränderungen der Erbanlagen, werden in etwa jedem 5. Fall gefunden. Neben monogenetisch dominanten und rezessiv vererbten Störungen (etwa 30 bis 40 %) sind auch polygenetische Störungen in rund 30 bis 40 % beschrieben. Einzelheiten s. später.

Inzwischen gibt es über tausend so genannte primäre Gene (Erbgut-Einheiten) für eine Intelligenzminderung mit klinisch gesichertem Zusammenhang für eine entsprechende Entwicklungsstörung, wobei noch mindestens genau so viele weitere genetische (Erb-)Ursachen diskutiert werden (Einzelheiten siehe Fachliteratur).

Risiken und Folgen

Eine intellektuelle Beeinträchtigung führt nicht nur zu einer Reihe zwischenmenschlicher Irrtümer, Komplikationen und ggf. ernsterer Auseinandersetzungen, sie erhöht auch Morbidität (Krankheitsanfälligkeit) und Mortalität (Sterbe-

rate). Im Einzelnen nach den Experten T. Sappok, A. Diefenbacher und M. Winterholler:

Das *Sterbe-Risiko* ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung 3- bis 4-mal erhöht. Nach einer entsprechenden Studie in Deutschland war die Lebenserwartung von geistig behinderten Männern (65 bis 71 Jahre) und Frauen (70 bis 73) gegenüber der deutschen Gesamtbevölkerung um 6 bis 12 Jahre reduziert (jeweils 77 bis 82 ,5 Jahre).

Häufigste Todesursachen sind respiratorische (Atemwegs-)Erkrankungen, insbesondere Pneumonien (Lungenentzündungen), Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neoplasien (Geschwulstbildungen). Besonders problematisch so genannte Aspirations-Pneumonien (Lungenentzündung durch Ansaugen von Erbrochenem u. a.) bei z. B. unerkannter Dysphagie (Schluckstörung). Außerdem vermeidbare Stürze und Verletzungen, unvollständige Impfungen, fehlende Vorsorge-Untersuchungen und nicht zuletzt eine Polypharmazie (medikamentöse Viel- bzw. Überversorgung).

Auf was ist diagnostisch zu achten?

Was immer wieder auffällt, aber nur selten im jeweiligen (besonders akuten) Fall berücksichtigt wird, ist die alte Erkenntnis: Patienten mit Intelligenzmindering können selber oft nur eingeschränkt von ihren Beschwerden berichten, und wenn, dann auf z. T. ungewöhnliche Weise (s. später).

Auf jeden Fall sollte hier wie bei jedem anderen Patienten bei vor allem plötzlich auftretenden Verhaltensänderungen eine organische Erkrankung erwogen und differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden (s. u.). Insbesondere die Symptome „körperliches Unwohlsein“ und „unklare Schmerzzustände“ führen im Gegensatz zu gesunden Betroffenen nicht selten zu fremd- oder auto-aggressivem Verhalten (gegen sich selber). Das erschwert natürlich die Untersuchungssituation. Deshalb empfehlen hier die Experten auf eine so genannten bildgebende Diagnostik oder andere ggf. irritierende körperliche Eingriffe (Narkose!) nicht zu verzichten, trotz erhöhtem Aufwand und vielleicht nicht unbedingt nachvollziehbarer Ursache.

Darüber hinaus gilt es das einzurechnen, was man als ein „emotionales Referenz-Alter“ bezeichnet (s. u.), weil es so manche ungewöhnliche Verhaltensweise entschlüsseln und vor allem differentialdiagnostisch einzuordnen hilft. Dabei muss man auch auf die Regeln der so genannten leichten Sprache achten und vor allem ausreichend Zeit zum Antworten geben („6-Sekunden-Regel“).

Weitere Praxis-Hinweise für gelungene Kommunikation setzen sich nach Experten-Erfahrung aus folgenden Empfehlungen zusammen:

Kurze Sätze ohne Nebensätze verwenden. Am besten Worte bzw. Formulierungen des Patienten selber. Beziehungspersonen als Übersetzer nutzen. Fremdworte, Metaphern (bildhafte Ausdrücke), Ironie und Verneinungen vermeiden (z. B. „bitte leise sprechen“ anstatt „nicht schreien“). Prüfen, ob man verstanden wurde, indem man darum bittet, das Gesagte in eigenen Worten zu wiederholen. Mit Bildern oder Gegenständen veranschaulichen. Gestisch und verbal vormachen, wie man den Patienten zu untersuchen gedenkt. Dabei gestisch bildhaft vorgehen (z. B. sich selbst abhören, Kuscheltier verarzten). Am besten die Untersuchung schon zuvor durch eine vertraute Bezugsperson vorbereiten und so gut es geht einüben lassen (Ablauf, Umfeld).

Mentales Entwicklungsalter und zusätzliche Erkrankungen berücksichtigen

Eine wichtige Empfehlung, um es sich, dem Patienten und seinen Angehörigen leichter zu machen, ist die Abschätzung des so genannten *mentalen Entwicklungsalters*. Will heißen: Diese Patienten leider ja an einer intellektuellen Entwicklungsstörung, d. h. sind „geistig zurückgeblieben“, also jünger, „kindlicher“ – mit allen seelisch-geistig-körperlichen Folgen, wie schon angedeutet. Und das muss bedacht und eingerechnet werden. Oder kurz: Einblick nehmen in das mentale Entwicklungsalter, das deutlich vom biologischen Lebensalter abweicht. Und das Ergebnis dieses emotionalen und kognitiven Entwicklungsstands mit den (scheinbar nicht alters-typischen) Verhaltensweisen abgleichen, um zu dem notwendigen Verständnis und damit geforderten verbalen und motorischen Eingriffen (in Wort und Handlungen) zu kommen.

Ein gutes Beispiel ist das oppositionell-ablehnende Verhalten eines älteren Menschen mit Intelligenzminderung, dem man „ansonsten mehr Vernunft und Kooperationswille“ zubilligen würde. Er steht aber beispielsweise in seiner Entwicklung in einem „mentalen Referenzalter von etwa 3 Jahren“, was dann die „diagnostisch unnötigen Erschwernisse“ wieder verständlicher macht.

Darüber hinaus gilt es noch mögliche weitere Erkrankungen zu beachten (s. u.), die neben dem Entwicklungs-Rückstand Leidensbild, Untersuchungssituation und Behandlungsmöglichkeiten erschweren. Beispiele: Schmerzen, Magen-Darm-Störungen, Epilepsie, Schizophrenie, Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), emotionale sowie traumatische Entwicklungs- sowie Bindungsstörungen u. a.

Verhaltensweisen und Beschwerden der häufigsten körperlichen und seelischen Krankheitsbilder bei intellektueller Beeinträchtigung

Das leitet zum nächsten Thema über, das nach T. Sappok u. Mitarbeiter die häufigsten körperlichen Krankheitsbilder abhandelt, die bei zusätzlicher intellektueller Beeinträchtigung Probleme in Diagnose und Therapie aufwerfen können.

Dabei unterscheiden die Experten neben den rein körperlichen und seelischen Krankheitsbildern auch noch die immer häufiger fachärztlich diagnostizierten genetisch bedingten Störungen mit Intelligenzminderung im Erwachsenenalter. Im Einzelnen mit Fachbegriffen (siehe Fachliteratur):

● **Genetisch bedingte Krankheitsbilder**

Zu den durch Veränderungen des Erbguts bedingten Störungen mit Intelligenzminderung im Erwachsenenalter zählt man beispielsweise das *Down-Syndrom*. Hier muss mit folgenden Organbeteiligungen gerechnet werden: z. B. Schilddrüse (Unterfunktion der Schilddrüse), Herz (Herzklappenfehler), Blut (akute myeloische Leukämie mit Schwäche, Infektionen, Blutungen), Stoffwechsel (Fettsucht), Skelett-Veränderungen (z. B. Hüftdysplasie), Atmung (Schlafapnoe), Sinnesorgane (Schwerhörigkeit, Sehstörungen, Katarakt) sowie gehirn-spezifische Beeinträchtigungen (Alzheimer-Demenz, Epilepsie, von der Bewegung her Gangstörungen etc.).

Ein weiteres Problem ist das so genannte *fragile-X-Syndrom*, das Skelett (Sprunggelenks-Deformität, Skoliose), Herz (Herzklappen), Atmung (Schlafapnoe) und Gehirn-Funktionen beeinträchtigt (Autismus, Verhaltensstörung, Epilepsie).

Ähnlich komplex ist die so genannte *tuberöse Sklerose*. Hier trifft es Gehirn (Epilepsie, Tumore, Hydrocephalus = „Wasserkopf“), Haut (Adenome etc.) sowie Herz, Zähne, Augen, Nieren, Lunge etc.

Ebenfalls mit vielschichtigen Folgen belastet sind die so genannte *myotone Dystrophie* sowie die *Curschmann-Steinert-Erkrankung*. Mögliche Folgen: Wiederum Gehirn-Beteiligung mit Lähmung von Armen und Beinen und organische Wesensänderung, ferner Muskulatur (Muskelschwäche, vor allem Atemmuskeln) sowie Bauchspeicheldrüse (Zuckerkrankheit), Herz (Rhythmusstörungen bis zur Gefahr des plötzlichen Herztods) und schließlich Sinnesorgane (Hörstörung, Katarakt = Trübung der Augenlinse).

So vielschichtig belastend ist auch das so genannte *Rett-Syndrom*, das wiederum Hirn (schwere fortschreitende Entwicklungsstörung, Spastizität = krankhaft erhöhte Muskelspannung, Epilepsie), das Skelett-System (Skoliose

= Wirbelsäulen-Deformierung, Mikrocephalus = Verkleinerung des Schädelumfangs) sowie sogar Zähne (Bruxismus = Zähneknirschen) betrifft.

Schließlich das *Prader-Willi-Syndrom* mit metabolischen (Fettsucht, Zuckerkrankheit etc.) und endokrinen Störungen (Hypogonadismus = Minderwuchs) und wieder Beteiligung des Zentralen Nervensystems (z. B. Schlafapnoe-Syndrom).

Schlussendlich das so genannte *velocardiofaziale Syndrom*, das erneut Herz (angeborene Herzfehler, Aorten-Stenose, Organ-Fehlbildungen), endokrines Syndrom (Hypoparathyreoidismus = Unterfunktion der Nebenschilddrüsen) sowie psychische Störungen nach sich zieht (z. B. schizophrene Psychosen).

● Weitere organische Erkrankungen

Hier geht es im Rahmen intellektueller Beeinträchtigungen beispielsweise um

- *Epilepsien*: Sie kommen bei etwa 0,5 % in der Allgemeinbevölkerung vor. Das ändert sich dramatisch im Rahmen einer geistigen Behinderung, nämlich mit 15 % bei leichter und 30 bis 50 % bei schwerer bis schwerster Intelligenzminderung. Das wirkt sich auch auf die Sterberate aus, nämlich durch unmittelbar anfallsbedingte Todesfälle und Verletzungen infolge der Anfälle bzw. medikamentös erhöhter Sturzneigung.

- Ein besonders häufiges und mitunter schwer erkennbares und dann bisweilen auch nur begrenzt behandelbares Problem sind *Schmerzen*. Denn Menschen mit Intelligenzminderung leiden erstaunlich häufig an Schmerzzuständen unterschiedlicher Ursache. Dieses Los teilen sie zwar mit anderen Leidensgruppen auch, doch hier irritiert das Umfeld und sogar die Ärzteschaft ein spezielles Problem, nämlich eine eher ungewöhnliche Symptom-Präsentation, wie es die Experten nennen. Oder kurz: Wenig ursachen- und damit diagnostisch zielorientiert, häufig verzögert und manchmal bisweilen erstaunlich lange überhaupt nicht. Gleichwohl wird dadurch nicht nur die Lebensqualität im Allgemeinen, sondern besonders der Schlaf beeinträchtigt, mit allen Folgen.

Wegen der spezifischen Bedeutung solch verzögerter Schmerz-Hinweise (und dann noch in nicht „üblicher“ Art und Weise), nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht, wie die Experten eine entsprechend unklare Verhalten, seine möglichen Ursachen und die konkrete Diagnostik und Therapie jeweils einschätzen (in Fachbegriffen):

Am unauffälligsten beispielsweise das wiederholte Reiben am Ohr durch eine Otitis oder Störung der Tubenbelüftung (diagnostisch Otoskopie, therapeutisch abschwellende Nasentropfen). Ebenfalls auf vielfältige Ursachen zurückgehend:

die Nahrungs-Verweigerung (Hals- oder Zahnschmerzen, Pharyngitis, Ulcus; orale Inspektion, ggf. Gastroskopie).

Schon eindrücklicher eine permanente Unruhe, ggf. mit autoaggressiven Handlungen (beispielsweise juckende Hauterkrankung: Inspektion des entkleideten Patienten mit Ganzkörper-Untersuchung).

Oder ständige Regurgitation bzw. Rumination, also z. B. Rückfluss von Speisebrei bzw. erneutes Würgen und Kauen von Mageninhalt (Reflux, Achalasie, Magen-Darm-Erkrankung: körperliche Untersuchung, Gastroskopie, gezielte medikamentöse Therapie).

Ungewöhnlich, aber eben nicht ohne Grund: ständige Manipulationen im Genitalbereich (Harnwegsinfekte oder sonstige Infektionen: Urinstatus, gezielte Untersuchung der Genitalregion).

Besonders irritierend, aber nicht selten, ständige Bewegungs-Unruhe, ggf. mit Schreien, wenn nicht gar selbst- oder fremd-aggressiven Durchbrüchen (Harnverhalt, Frakturen, weitere Schmerz-Ursachen in jeglichem Bereich: ausgiebige Ganzkörper-Untersuchung einschließlich Enddarm und Genitalbereich mit oder ohne CT/MRT-Untersuchung in Narkose).

Das Schreien auf der einen Seite und eine plötzliche und eher ungewöhnliche Schonhaltung auf der anderen hat ebenfalls seine Bedeutung (nicht selten Knochenbrüche oder sonstige Verletzungen: körperliche Untersuchung, ggf. Röntgendiagnostik, CT u. a.).

Zu den eher rasch auffallenden ungewöhnlichen Verhaltensweisen gehören schließlich das Schlagen ins Gesicht oder Spucken (meist Zahnschmerzen, Nasennebenhöhlen-Entzündung, Zoster-Erkrankungen: körperliche und zahnärztliche Untersuchung) sowie

Wälzen und meist „anfallsartiges“ Schlagen am Boden (z. B. Koliken: gezielte Oberbauch-Diagnostik mit Sonographie).

Soweit diese Übersicht nach T. Sappok, A. Diefenbacher und M. Winterholler, die auch für das Laien-Umfeld der Betroffenen einige Hinweise vermitteln sollten, um dann möglichst bald fachärztlichen Rat einzuholen.

Zu den weiteren schwer einordenbaren Beeinträchtigungen gehören

- die *gastrointestinalen Störungen*. Hier ist es vor allem eine chronische Verstopfung, die bei geistig beeinträchtigten Patienten nicht selten und dann oftmals auch noch risikoreich verläuft. Dazu gehören insbesondere schwere Fälle von Pseudo-Durchfall bei so genannter Überlauf-Koprostase (Kotstauung im Dickdarm), was sogar tödlich enden kann. Eine sorgfältige rektale Untersu-

chung und entsprechende Abführmaßnahmen rechtzeitig ersparen dem Patienten dann unnötige diagnostische Belastungen, wie sie sonst unverzichtbar wären. Ein so genannter gastro-ösophagealer Reflux (Rückfluss von Mageninhalt über die Speiseröhre) findet sich beispielsweise umso häufiger, je niedriger der Intelligenzquotient (IQ) ausfällt. Zusätzliche Risiko-Faktoren sind Zerebralparesen (Lähmungen im Gehirnbereich), Skoliose (Deformität der Wirbelsäule) und eine antikonvulsive Therapie gegen epileptische Anfälle. Schwierig das gesamte Leidensbild, weil auch nicht selten Schlafstörungen, depressive Verstimmungen, Appetitlosigkeit mit Rumination (s. o.) und generelle Unruhe dazukommen, die natürlich zu allerlei Mutmaßungen anregen und damit zu differential-diagnostischen Zusatzuntersuchungen zwingen.

- *Kardiovaskuläre (Herz-Kreislauf-)Erkrankungen* kommen zwar bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung nicht häufiger vor als in der Normalbevölkerung, werden aber seltener gezielt erkannt bzw. differential-diagnostisch geklärt (was könnte es sonst noch sein?) und damit gezielt behandelt. Und da gerade bei diesen Patienten häufiger mit Adipositas (Fettsucht) und Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) gerechnet werden muss, steigt auch das entsprechende Erkrankungs-Risiko.

- Ein besonderes Problem sind *Malignome und andere Tumoren*. Denn einzelne Tumor-Erkrankungen werden bei bestimmten Krankheitsbildern geistiger Behinderung vermehrt gefunden (z. B. die akute lymphoblastische Leukämie beim Down-Syndrom). Die Sterberate in Folge entsprechender Tumor-Erkrankungen geht vor allem auf kolorektale (Dickdarm- und Enddarm-)Tumoren zurück, die an sich medizinisch keine größeren Probleme bereiten sollten. Doch die reduzierte Überlebensrate geht in solchen Fällen auf eine verzögerte Diagnose, nicht zuletzt durch seltenere Vorsorge-Untersuchungen und eine dann ggf. schwierigere Adhärenz (Therapietreue der Patienten) zurück. Auch andere Tumor-Erkrankungen sind mit ähnlichen Diagnose- und Verlaufs-Risiken belastet.

- Als Folge einer frühkindlichen Hirnschädigung findet sich im Bereich der *Bewegungsstörungen* am häufigsten die so genannte Cerebralparese (gehirn-bedingte Lähmung). Daneben nicht selten dystone (krankhafter Spannungszustand der Muskeln), athetoide (bizarre Bewegungsmuster) und ballistische Krankheitsbilder (Schleuderbewegungen von Armen oder Beinen). Sie zwingen dann zu einer meist lebenslangen Betreuung durch verschiedene medizinische Fachbereiche (neurologisch, psychiatrisch, orthopädisch etc.), nicht nur mit entsprechender medikamentöser Behandlung, sondern auch ggf. notwendigen Hilfsmitteln und sogar operativen Unterstützungs-Maßnahmen.

- Im neurologisch-psychiatrischen Grenzbereich sind es schließlich die *Demenzen*, die bei Intelligenzminderung häufiger zu erwarten sind, unabhängig vom Schweregrad der geistigen Beeinträchtigung. Das kommt bis zu 5-mal häufiger vor als in der Allgemeinbevölkerung, besonders beim so genannten

Down-Syndrom und seinen vielfältigen Leidens-Varianten (Übergewicht, Epilepsie, Schlaf-Apnoe, Herz-Kreislauf- sowie Schilddrüsen-Erkrankungen, Seh- und Hörstörungen u. a.).

Charakteristisch sind neben dem dementiellen Verlust von Gedächtnis und alltags-praktischen Fähigkeiten das vermehrte und frühe Auftreten von Verhaltens-Auffälligkeiten vielfältiger Art. Natürlich gibt es heute ein erstaunliches (und wohl nur in der westlichen Welt verfügbares) Angebot an Untersuchungsmöglichkeiten (vor allem Labor- und bildgebende Diagnostik) einschließlich entsprechender Therapie-Angebote. Doch auch hier stößt man bald an seine Grenzen, nicht nur was das gewünschte End-Resultat betrifft, auch was die erhöhte Nebenwirkungs-Empfindlichkeit der ansonsten notwendigen Medikamente (z. B. Antiepileptika) anbelangt. Dabei ist die so genannte demenzfreundliche Umfeld-Gestaltung noch gar nicht berücksichtigt, was ohnehin rasch an seine Grenzen stoßen kann.

● **Psychische Störungen**

Psychische Störungen bei Intelligenzminderung sind häufig. Man spricht von jedem 5. Betroffenen. Das ist schon eine erhebliche Belastung.

Noch problematischer wird es bei so genannten Verhaltensstörungen, also definitionsgemäß ein „kulturell ungewöhnliches Verhalten von derartiger Intensität, Häufigkeit und Dauer, dass entweder die körperliche Unversehrtheit des Betroffenen oder anderer Personen ernsthaft gefährdet ist“ oder „den Betroffenen die Nutzung öffentlicher Einrichtungen erheblich erschwert oder verweigert wird“. Hier ist sogar in jedem 4. Fall damit zu rechnen.

Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht zu den wichtigsten seelischen Erkrankungen mit psychosozialen Beeinträchtigungen (nach T. Sappok, A. Diefenbacher u. M. Winterholler):

- *Schizophrene Psychosen* sind bei leichter Intelligenzminderung in ca. 6 % der Fälle zu erwarten, nehmen aber mit zunehmendem Schweregrad der geistigen Beeinträchtigung ab. Oft bleiben schizophrene Leidensbilder sogar unerkannt, weil sie als Teil der geistigen Behinderung fehl-interpretiert werden oder Sinnestäuschungen nicht berichtet und Denkstörungen nicht beurteilbar werden.

Bisweilen geben bestimmte Eigenheiten zu diagnostischen Vermutungen Anlass. Beispiele: Gespräche des Patienten mit nicht-anwesenden Personen, Zuhalten oder gar Schlagen der Ohren (akustische Halluzinationen?), anfallsartige aggressive Durchbrüche oder Angst-Attacken usf. Bisweilen hilft eine so genannte positive Familien-Anamnese (erbliche Belastung) weiter; aufhorchen lassen sollten entsprechende Krankheitszeichen im frühen Erwachsenenalter.

- *Affektive Störungen*, also vor allem Depressionen sind über alle Schweregrade der Intelligenzminderung mit 6 bis 7 % gleich verteilt und vor allem in ähnlichem Bereich wie in der Allgemeinbevölkerung (9,3 %) angesiedelt.

Das Risiko für Depressionen ist bei bestimmten Formen der Intelligenzminderungen erhöht. Beispiele in Fachbegriffen: fetale Alkoholspektrum-Störung, Phenylketonurie und dem Down-Syndrom. So genannte bipolar affektive Störungen (also Depressionen die sich mit manischer Hochstimmung abwechseln) findet man vermehrt beim Klinefelter-Syndrom, dem Rubenstein-Taybi-Syndrom, der fetalen Alkoholspektrum-Störung u. a.

Die bei Depressionen am ehesten auffallende bedrückte Stimmung ist bei Intelligenzminderung oftmals weniger offensichtlich beobachtbar. Stattdessen findet man häufiger verstärkte Reizbarkeit und Irritierbarkeit, seelisch-körperliche Unruhe und ggf. Schreien, Selbstverletzung und Aggressionen, regressive Verhaltensweisen (wie in früher Kindheit) sowie Schlaf- und Ess-Probleme.

Antidepressiv wirksame Medikamente sind bisweilen unverzichtbar, aber vor allem bei bestimmten Stoffgruppen (Trizyklika) aufgrund der erhöhten Nebenwirkungs-Empfindlichkeit risikoreich(er). Bei den entsprechend angepassten Psychotherapie-Versuchen wird am häufigsten die kognitive Verhaltenstherapie genutzt.

- *Angststörungen* lassen sich schon in sehr jungen Jahren feststellen. Die soziale Phobie (Angst vor anderen Menschen) und die Generalisierte Angststörung (mit einem breiten Leidensspektrum) treten schon ab etwa vier Jahren auf. Genaue Daten sind gerade bei diesem Krankheitsbild zwar schwer zu erfassen (je leichter, desto eher?), doch scheint die Häufigkeit zwischen 2 und 6 % zu liegen. Spezifische Phobien, z. B. vor Hunden oder Aufzügen, sind dagegen öfter zu beobachten.

Therapeutisch empfiehlt sich vor allem eine so genannte Expositions-Therapie (sich unter fachlicher Anleitung der furchtauslösenden Situation zu stellen: Konfrontationstherapie), allerdings unter Anpassung an das geistige und seelische Entwicklungsalter.

- *Abhängigkeitserkrankungen* sind krankheits-abhängig. Je leichter die Intelligenzminderung, desto eher wie in der Allgemeinbevölkerung (knapp 2 %). Bei schwerer bis schwerster Beeinträchtigung hingegen seltener (0,5 %) und dann eher iatrogen, d. h. durch ärztliche Behandlungsmaßnahmen bedingt.

Therapeutisch geht man hier (wie bei den Gesunden) mit einer Kombination aus Entzug, Entwöhnung, psychotherapeutischer Unterstützung und Information und Mitarbeit des näheren Umfelds vor.

- *Trauma-Folgenstörungen* finden sich bei Menschen mit Intelligenzmindering häufiger, vor allem was Gewalt-Erfahrung anbelangt. Für Erwachsene mit Behinderung spricht man mit 6 % von einem 1,5-fach erhöhtem Risiko gegenüber der Allgemeinbevölkerung. Bei Kindern wurden sogar noch höhere Zahlen für kombinierte Gewalterfahrungen (27 %), körperliche Gewalt (20 %) und sexuelle Gewalt (14 %) berichtet.

Durch die häufigere Unterbringen in einer Institution, die entsprechende Abhängigkeit von Bezugspersonen, die reduzierten Möglichkeiten bezüglich eigenen Bewältigungsverhaltens und weniger sozialer Unterstützung ist natürlich auch die Verwundbarkeit für/durch dramatische Ereignisse erhöht. So droht in jedem 10. Fall eine posttraumatische Belastungsstörung.

Aus den erwähnten Ursachen ergeben sich entsprechende Behandlungsmöglichkeiten, ergänzt durch gezielte Unterstützungs-Maßnahmen (z. B. Verhaltenstherapie mittels Augenbewegung-Desensibilisierung – EMDR).

- *Autismus-Spektrum-Störungen* finden sich bei geistiger Behinderung mit 7,5 bis 15 % deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung (dort 1 %). Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie, einschließlich Möglichkeiten und Grenzen von Diagnose und Therapie (vor allem bei Co-Morbidität, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt wie hier zusätzlich ADHS, Depressionen, Schlafstörungen etc.).

Therapie der intellektuellen Beeinträchtigung

Einzelheiten zum therapeutischen Vorgehen wurden schon angedeutet, je nach Ausgangslage. Nachfolgend noch einmal kurz gefasst die wichtigsten Empfehlungen bzw. Vorsichtsmaßnahmen nach T. Sappok, A. Diefenbacher und M. Winterholler:

Körperliche und psychische Krankheitsbilder bei intellektueller Beeinträchtigung werden nach denselben Grundsätzen behandelt wie bei Menschen ohne Behinderung. Allerdings muss man hier den so genannten bedarfs-gerechten und ziel-orientierten Gesamt-Behandlungsplan aller Störungs-Ebenen (also bio-psycho-sozio-emotional) und das Umfeld einbeziehen. Das macht die Aufgaben erheblich komplizierter, ggf. belastender und natürlich störungs-anfälliger, auf und von beiden Seiten.

Nicht-medikamentöse Therapien entsprechen bei leichter Intelligenzminderung überwiegend dem üblichen Vorgehen. Dabei muss man allerdings die Prinzipien der so genannten „leichten Sprache“ beachten, die Lern-Geschwindigkeit anpassen und den Schwerpunkt auf mehr erlebnis- und körper-orientierte Übungen legen.

Bei schwerer bis schwerster Intelligenzminderung stehen heilpädagogische und entwicklungs-basierte Ansätze im Vordergrund, d. h. eine entsprechend spezialisierte Aufgabe.

Nicht-psychopharmakologische Arzneimittel gegen vor allem körperliche Beeinträchtigungen richten sich im Wesentlichen nach dem, was auch eine gesunde Klientel verabreicht bekommt. Allerdings mit entsprechender Vorsicht: Medikamente sollten langsam aufdosiert und die Zieldosis möglichst niedrig gewählt werden, Polypharmazie (mehrere Medikamente auf einmal) und der Off-Label-Gebrauch (außerhalb der gängigen Rezeptur-Möglichkeiten) eher vermieden werden. Auch die Bedarfsmedikamente (Schmerz, Schlaf etc.) sind klar zu definieren und nur gezielt einzusetzen.

Ein besonderes Problem, obgleich wahrscheinlich sehr häufig diskutiert, sind Psychopharmaka mit Wirkung auf das Seelenleben. Auch sie sind natürlich indikations-gerecht (möglichst exakte Diagnose und damit Medikation) und in Monotherapie (nur ein Arzneimittel?) nutzbar. Gerade hier ist jedoch die regelmäßige Frage unerlässlich: Wie lange vertretbar und wie hoch dosiert?

Psychopharmaka zur ausschließlichen Behandlung von Verhaltens-Schwierigkeiten sollten möglichst vermieden bzw. nur in Ausnahmefällen vorübergehend und – wie erwähnt – niedrigdosiert verordnet werden.

Medizinische Versorgung

Wie der informative Fachbeitrag der Experten PD Dr. Tanja Sappok, Prof. Dr. A. Diefenbacher und PD Dr. M. Winterholler über *Medizinische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung* im Deutschen Ärzteblatt 48 (2019) 809 ausführt, sind die entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Aufgaben komplex und erfordern interdisziplinäres Denken sowie besondere Kenntnisse und Fertigkeiten.

Deren Vermittlung widmen sich verschiedene Fachgesellschaften. Beispiele:

- Deutsche Gesellschaft für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung (DGMGB; www.dgmgb.de)
- Deutsche Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung (DGSGB; www.dgsgeb.de)
- Fachliteratur: z. B. die Fachzeitschrift „Inklusive Medizin“ oder die Materialsammlung der DGSGB
- Ferner stehen seit Anfang 2019 in Deutschland bisher 38 Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwere Mehrfachbehinderungen zur Verfügung (MZEB; www.bagmzeb.de)

LITERATUR

Weiterführende deutschsprachige Fachbücher (Auswahl):

*Dieckmann, F., H. Metzler (Hrsg.): **Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter.*** Kommunalverband für Jugend und Soziales, Stuttgart 2013

*Elstner, S., E. Salzmann: **Angst-, Zwangsstörungen, Belastungs-, dissoziative und somatoforme Störungen.*** In: C. Schanze (Hrsg.): Psychiatrie Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2014

*Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e. V.: **Das neue Wörterbuch für Leichte Sprache.*** Nordlicht Digitaldruck, Kassel 2008

*Rittmannsberger, D. u. Mitarb.: **Traumafolgestörungen.*** In: T. Sappok (Hrsg.): Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2018

*Sappok, T., A. Diefenbacher (Hrsg.): **Die 4. Dimension: Erweiterung des biopsychosozialen Krankheitsmodells um die emotionale Entwicklungskomponente bei Menschen mit geistiger Behinderung.*** Bethel-Verlag, Bielefeld 2017

*Sappok, T. u. Mitarb.: **Skala der emotionalen Entwicklung – Diagnostik (SEED).*** Hogrefe-Verlag, Bern 2018

*Sappok, T. u. Mitarb.: **Intelligenzminderung.*** In: M. Berger (Hrsg.): Psychische Erkrankungen. Elsevier Urban & Fischer, München 2018

*Sappok, T. (Hrsg.): **Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung.*** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2018

*Sappok, T., S. Zepperitz: **Das Alter der Gefühle – über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung.*** Hogrefe-Verlag, Bern 2019

*Vogel, M., C. Feuerherd: **Die Erhebung des psychopathologischen Befundes.*** In: T. Sappok (Hrsg.): Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2018

*Zweier, C.: **Genetische Störungen.*** In: T. Sappok (Hrsg.): Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2018