



Einfache Sprache hilft in der Kommunikation mit Menschen mit Intelligenzminderung.

Psychische Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung

Verhaltensauffälligkeiten besser einordnen und behandeln

Christian Figge

Menschen mit Intelligenzminderung sind mit höherer Wahrscheinlichkeit von einer psychiatrischen Störung betroffen. Eine Diagnostik gestaltet sich aufgrund untypischer Beschwerden schwierig, teilweise werden psychische Symptome fälschlicherweise der Intelligenzminderung zugesprochen. Wie Sie die Störungsbilder dennoch erkennen und leitliniengerecht behandeln können.

Etwa 1 % aller Erwachsenen erfüllen die diagnostischen Kriterien einer Intelligenzminderung (IM) mit leichtem Überwiegen des männlichen Geschlechts (1,2-1,8:1) [1, 2, 3]. Menschen mit IM haben ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen und somatische Erkrankungen. Dabei werden die Beschwerden aufgrund eingeschränkter kommunikativer Möglichkeiten der Betroffenen schwerer erfasst, auch die Symptome weichen von üblichen Manifestationsmustern ab. Diagnostik und Behandlung erfordern daher besondere Kenntnisse und Erfahrungen [4]. Auf Grundlage der Behindertenrechtskonvention der UN [5] wurde die „Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen bei Menschen mit Behinderung und mit IM“ unter der Rubrik „Handlungskompetenz, Erfahrung

gen und Fertigkeiten“ in die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer im Jahr 2018 aufgenommen [6]. In der S2k-Leitlinie zu Intelligenzminderung finden sich grundlegende Diagnostik, häufigste Komorbiditäten sowie therapeutische und strukturelle Ansätze zur Versorgung der Betroffenen [7].

Intelligenzminderung – Definition

IM ist eine „sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten“ [8]. Sie ist gekennzeichnet durch

- vermindertes Intelligenzniveau (Intelligenzquotient [IQ] < 70),
- Einschränkungen im adaptiven Verhalten (AV) und
- Manifestation vor Erreichen des Erwachsenenalters.

IQ-Werte basieren auf angemessen normierten, individuell durchgeführten standardisierten Tests und sind in der Regel normalverteilt mit einem Mittelwert von 100 und einer Standardabweichung von 15. Ein IQ < 70 entspricht demnach einem schweren Defizit. Der Messfehler beträgt circa fünf Punkte, so dass ein Wert zwischen 65 und 75 als Cut-off zu empfehlen ist. Stehen keine entsprechend normierten und standardisierten Tests zur Verfügung, muss sich die Diagnose auf das klinische Urteil stützen. Bei Menschen mit schweren adaptiven Defiziten kann das Funktionsniveau trotz eines IQ > 70 bereits deutlich eingeschränkt sein. In diesen Fällen ist eine klinische Einschätzung des adaptiven Funktionsniveaus unverzichtbar (**Tab. 1**).

Gemäß der ICD-10-Klassifikation wird unter Bezug auf den IQ in Kombination mit einer phänomenologischen Beschreibung zwischen leicht- und mittelgradiger sowie schwerer und schwerster IM unterschieden (**Tab. 2**). Diese Schweregradeinteilung ist jedoch willkürlich. Zudem sind IQ-Werte < 50 mit wissenschaftlich anerkannten Intelligenztests nicht sicher zu bestimmen. Im DSM-5 wird etwa auf eine Schweregradeinteilung anhand des IQ verzichtet und sich allein auf die phänomenologische Beschreibung gestützt. Oft ist es sinnvoll, lediglich zwischen leichter (IQ: 50–69) und schwerer IM (IQ < 50) zu unterscheiden.

Stadien der emotionalen Entwicklung

Im Jahr 2010 beschrieb Anton Došen in einem multidimensionalen Modell die Stufen sozioemotionaler Entwicklung gesunder Kinder [9] und bezog sich dabei auf Theorien der Entwicklungspsychologie [10, 11]. In seiner klinischen Arbeit konnte er nachweisen, dass Kinder und Erwachsene mit IM diese Stufen verzögert oder nur unvollständig erreichen. Dabei korreliert das Ausmaß oft nicht mit der Verzögerung der intellektuellen Entwicklung; häufig ist die emotionale Entwicklung deutlich stärker beeinträchtigt als die intellektuelle [9, 12].

Mithilfe der Schaal-voor-de-Emotionelle-ontwikkeling (SEO)-Stufen lässt sich bei Menschen mit IM der emotionale Entwicklungsstand bestimmen. Je nach Stufe ergeben sich verschiedene pädagogische und milieutherapeutische Empfehlungen. Als diagnostisches Instrument steht im deutschen Sprachraum die Skala der Emotionalen Entwicklung-Diagnostik (SEE-D) zur Verfügung [13]. In dieser werden acht verschiedene Domänen beurteilt, zum Beispiel der Umgang mit dem Körper, mit Peers oder mit Aggressionen. Die emotionale Entwicklung wird anschließend jeweils einer von fünf SEO-Stufen zugeordnet (**Tab. 3**). Im Anschluss wird beurteilt, ob eine Verzögerung die verschiedenen Domänen gleichmäßig oder unterschiedlich stark betrifft. Dabei sind für die Bestimmung der Bedarfe und für die Anpassung des Milieus Einzelwerte und Querschnitte zu berücksichtigen. So benötigen Patientinnen und Patienten auf SEO-Stufe 1 möglichst viele Konstanten in der räumlichen Umgebung und eine sensorische Stimulation. Selbststimulation kann durch Verhaltensstereotypen bis zu Selbstverletzungen erfolgen. Es kann zu schnell einschließenden Erregungszuständen mit Wutausbrüchen, schweren Selbstverletzungen und fremdaggressivem Verhalten kommen. Auf SEO-Stufe 3 neigen Betroffene zur Somatisierung, zeigen gelegentlich ein dissozial anmutendes Verhalten sowie Aggressio-

Tab. 1: Beurteilung des adaptiven Funktionsniveaus

Konzeptionelle Domäne	Sprache, Lesen, Schreiben, Mathematik, Urteilen, Denken, Wissen und Gedächtnis
Soziale Domäne	Empathie, soziales Urteilsvermögen, interpersonelle Kommunikationsfähigkeiten, Fähigkeiten zur Beziehungsaufnahme und -aufrechterhaltung
Praktische Domäne	Selbstmanagement, Hygiene, berufliche Verantwortlichkeit, Umgang mit Geld, Freizeitverhalten, Schulbesuch und andere Arbeitsaufgaben

Tab. 2: Schweregradeinteilung der Intelligenzminderung bei Erwachsenen nach ICD-10-Klassifikation

Schweregrad	Intelligenzquotient	Beschreibung
Leichtgradig	50–69 (Intelligenzalter: 9–12 Jahre)	Lernschwierigkeiten in der Schule; viele Erwachsene können aber arbeiten und soziale Beziehungen unterhalten und ihren Beitrag zur Gesellschaft leisten.
Mittelgradig	35–49 (Intelligenzalter: 6–8 Jahre)	Deutliche Entwicklungsverzögerungen in der Kindheit; die meisten können aber ein gewisses Maß an Unabhängigkeit erreichen und eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit und Ausbildung erwerben. Erwachsene brauchen in unterschiedlichem Ausmaß Unterstützung im täglichen Leben und bei der Arbeit.
Schwergradig	20–34 (Intelligenzalter: 3–5 Jahre)	Andauernde Unterstützung notwendig
Schwerstgradig	< 20 (Intelligenzalter: < 3 Jahre)	Die eigene Versorgung, Kontinenz, Kommunikation und Beweglichkeit sind hochgradig beeinträchtigt.

nen bei Grenzsetzungen. Es kann zu einer ständigen Suche nach Aufmerksamkeit kommen. Menschen im Stadium SEO 5 sind zunehmend in der Lage, moralisch zu handeln: Sie unterscheiden zwischen richtig und falsch und korrigieren falsches Verhalten. Der Wechsel zwischen den Sozialräumen wird zunehmend möglich. Es ist offensichtlich, dass Menschen auf SEO-Stufe 1 eine andere Umgebung und Anforderungen benötigen als solche der SEO-Stufe 5. Bei niedrigen SEO-Stufen ist bei der Anpassung milieutherapeutischer Maßnahmen darauf zu achten, Erwachsene mit IM nicht zu infantilisieren.

Ursachen einer IM

Die Ursache einer IM sollte bereits im frühen Kindesalter mit einer sorgfältigen organischen Diagnostik abgeklärt werden, sobald eine IM in Zusammenhang mit einer Entwicklungsverzögerung oder -störung nicht ausgeschlossen werden kann.

Tab. 3: SEO-Stufenmodell der emotionalen Entwicklung

SEO-Stufe	Emotionales Entwicklungsalter	Beschreibung
SEO 1	0–6 Monate	Stadium der Adaptation und Symbiose; Regulation der physiologischen Bedürfnisse
SEO 2	6–18 Monate	Stadium der Bindung und Sozialisation
SEO 3	18–36 Monate	Stadium der Autonomie und Individuation
SEO 4	3–7 Jahre	Stadium der Übernahme sozialer Rollen und Identifikation
SEO 5	7–12 Jahre	Stadium eines sich entwickelnden Realitätsbewusstseins

Tab. 4: Auswahl an Ursachen für Intelligenzminderung

Pränatale Ursachen	
Genetisch	<ul style="list-style-type: none"> — chromosomale Störungen (z. B. Trisomie 21, Prader-Willi-Syndrom, Williams-Beuren-Syndrom und Translokationen) — Einzelerkrankungen (z. B. Fragiles X-Syndrom, Rubinstein-Taybi-Syndrom, Coffin-Lowry-Syndrom) — metabolische Erkrankungen (z. B. Phenylketonurie, Galaktosämie, Smith-Lemli-Opitz-Syndrom)
Erworben	<ul style="list-style-type: none"> — Fetales Alkoholsyndrom, anderer maternaler Substanzabusus — Ernährung (z. B. maternale Phenylketonurie, Jodmangel) — Infektionen (Röteln, Toxoplasmose, Zytomegalie, HIV) — Stroke
Perinatale Ursachen	
<ul style="list-style-type: none"> — Asphyxie bei Geburt — Infektionen — extreme Frühgeburtlichkeit — metabolisch/toxisch (u. a. Hypoglykämie, Hyperbilirubinämie, Bleiintoxikation) 	
Postnatale Ursachen	
<ul style="list-style-type: none"> — Infektionen — Stroke — Trauma — Ernährungsmangel, Armut 	

So kann eine ausgeprägte Sprachentwicklungsstörung bereits im zweiten Lebensjahr eine Indikation für eine organische Abklärung sein, da sie typischerweise einen frühen Hinweis für eine IM darstellt und etwa das erste Symptom der neuronalen Ceroidlipofuszinose ist, die zu den erfolgreich behandelbaren neurodegenerativen Erkrankungen gehört. Nur die breite und frühe organische Diagnostik ermöglicht, das Potenzial spezi-

fischer organischer Therapien zu nutzen [14, 15, 16]. Eine Übersicht der behandelbaren IM („treatable intellectual disabilities“) geben Hoytema van Konijnenburg et al [17]. Zudem entlastet die Ursachenklärung auch die Eltern – auch wenn sie zu keiner grundsätzlichen Änderung der Therapiestrategie führt [18]. Eine IM kann endogene und exogene Ursachen haben. Weltweit stellt Jodmangel die häufigste vermeidbare Ursache dar. Endogen stehen insbesondere genetische Störungen im Fokus, die insgesamt die häufigste Ursache für IM sind (Tab. 4) [19].

Ein Abwarten, bis sich aus konkreten Symptomen der Verdacht auf eine spezifische ätiologische Ursache ergibt, oder die Vorgabe „zuerst eine ausführliche neuropsychologische Diagnostik“ durchzuführen, sind nicht gerechtfertigt.

Verhaltensauffälligkeiten bei Intelligenzminderung

Bei einem Drittel aller Menschen mit IM findet sich im Verlauf Zeichen einer koexistenten psychischen Störung [20]. Die häufigste Präsentationsform sind unspezifische Verhaltensauffälligkeiten (VA). Behandelnde sollten daher nach dem Grund der VA suchen. Meist liegen folgende Ursachen vor:

- Somatische Erkrankungen, einschließlich Epilepsie,
- durch ein Syndrom bestimmte Verhaltensphänotypen,
- komorbide psychiatrische Erkrankungen sowie
- unzureichend gedeckte Bedarfe der Betroffenen in ihrer Versorgungsumgebung.

Somatische Erkrankungen als Ursache für VA

Schmerzen: 30–50 % der Menschen mit IM zeigen VA aufgrund einer körperlichen Erkrankung. So können Unruhe, Gereiztheit oder anale Manipulation auf Schmerzen und Obstipation deuten. Rumination, Erbrechen und Appetitlosigkeit auf Gastritis oder Ösophagitis weisen – und Manipulationen an Mund, Ohren oder Augen auf Zahnschmerzen, Otitis oder Glaukom. Sowohl Inaktivität als auch Unruhe oder Gereiztheit können Folge von Schmerzen sein. Die Angaben zur Prävalenz von chronischen Schmerzen bei Menschen mit IM schwanken zwischen 5 % bis über 50 % [21]. Nach einer neueren Studie erhöht sich bei oralen Schmerzen das Risiko für selbstverletzendes Verhalten [22]. Eine probatorische analgetische Therapie kann als Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen VA und Schmerzen dienen. Der körperliche Befund sollte sehr sorgfältig erhoben werden und eine Labordiagnostik mit eventuell Bildgebung und EEG beinhalten, da Menschen mit IM oft Schwierigkeiten haben, lokalisierte Beschwerden anzugeben. Insbesondere ist auf Zeichen der Selbstverletzung zu achten. Je nach Alter ist auch an die Durchführung entsprechender Vorsorgeuntersuchungen zu denken. Beim körperlichen Befund sind weiterhin Dysmorphien zu beachten, die auf definierte Syndrome hinweisen. Nachschlagewerke, Datenbanken und Apps wie Face2gene können hier eine Hilfe sein.

Epilepsie: Epilepsie ist eine häufige Komorbidität bei Menschen mit IM. Betroffene können periiktal gereizt, ängstlich (Aura), unruhig, getrieben, angespannt oder in Dämmerzuständen erscheinen. Auch können Menschen mit IM und begleitender Epilepsie Gereiztheit, Aggression (z. B. unter Levetiracetam),

oder zusätzliche kognitive Einschränkungen und Müdigkeit (z. B. unter Topiramate) zeigen – als Nebenwirkung der Antikonvulsiva. Ätiopathogenetisch unklar ist die interiktale „Psychose“, die sich in anfallsfreien Intervallen als psychotische Episode manifestiert. Eine optimale medikamentöse Einstellung einer komorbiden Epilepsie unter Berücksichtigung möglicher Nebenwirkungen muss im Verlauf kontinuierlich überprüft werden. Insbesondere in Belastungssituationen zeigen Menschen mit IM zudem dissoziative Anfälle ohne EEG-Korrelat.

Psychiatrische Erkrankungen als Ursache für VA

Menschen mit IM haben ein erhöhtes Risiko für das Auftreten komorbider psychiatrischer Störungen (**Abb. 1**). Dabei weichen Symptomatik und Verlauf oft von üblichen Manifestationsmustern ab; auch die Erfassung der Beschwerden und die sichere psychopathologische Befunderhebung sind erschwert. Bekannte Fehler sind:

- „diagnostic overshadowing“: die Deutung von VA ausschließlich als immanentes Symptom der IM [23].
- „underreporting“: die fehlende Erfassung psychopathologischer Symptome, da Menschen mit IM weniger spontan darüber berichten [24, 25].
- „baseline exaggeration“: das Übersehen einer psychischen Erkrankung als Ursache der Veränderung spezifischer Verhaltensweisen im Zeitverlauf, die sich mit deren Ausbruch in Intensität und Frequenz verstärken können [26].

Bezugspersonen von Betroffenen können die Befunderhebung erleichtern. Dennoch sollte stets versucht werden, Eigenausagen der Patientinnen und Patienten zu erhalten. Dabei ist darauf zu achten, dass Betroffene zu konkretistischer Auffassung neigen sowie eine erhöhte Suggestibilität, eine unvollkommene Realitätskontrolle und inhaltliche Denkstörungen in Form einer Pseudologia aufweisen. Weiterhin ist eine einfache Sprache zu verwenden. Das Ausmaß der IM soll anhand Tests oder nach klinischem Eindruck eingeschätzt werden. Die Qualität der Kommunikation (Sprach- und Sprechvermögen, soziale Interaktion), Affektlage und Fähigkeit der Affektkontrolle sind zu bewerten. Halluzinationen können erfragt werden; andernfalls deuten Verhaltensweisen wie Abgelenktheit, sich umsehen oder Horchen darauf hin. Psychomotorische Unruhe findet sich bei hyperkinetischen Syndromen oder bei Anspannung. Aussagen über Impulsivität, Fremdgefährdung oder Störungen der zirkadianen Rhythmik müssen meist von Begleitpersonen erfragt werden. Zusätzlich kann über die SEE-D der emotionale Entwicklungsstand bestimmt werden.

Autismusspektrumstörungen: Die häufigste psychiatrische Komorbidität bei IM sind Autismusspektrumstörungen (ASS), wobei der frühkindliche und atypische Autismus häufiger zu finden sind als das Aspergersyndrom. ASS treten bei vielen genetischen Störungen auf. Bei der mütterlichen Deletion des Chromosoms 15 (Angelman-Syndrom) weisen über 85 % der Betroffenen Symptome einer ASS auf, bei der Trisomie 21 sind es 5–15 %, bei der Deletion 16q11.2 24 %, beim Klinefelter-Syndrom 27 %, bei der Mikrodeletion 22q11.1 20–50 % und beim Fragilen-X-Syndrom 90 % der Jungen und 23 % der



Abb. 1: Häufige psychiatrische Begleiterkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung

Mädchen mit Vollmutation [27]. In circa 2,5 % aller Fälle mit einer ASS liegt ein Rett-Syndrom vor. Hinweise auf das Vorliegen einer ASS gibt die Beobachtung der folgenden drei Merkmale:

- sehr leichte sensorische Überreizung („feine Antennen“),
- kein Interesse an „joint attention“ und
- Rituale, Zwänge, Stereotypen, Stimming, die bei Stress jeder Art zunehmen.

Den Verdacht unterstützen eine (Fremd-)Anamnese inklusive früher Kindheit, eine genaue Verhaltensbeobachtung sowie eine Anwendung von Testmanualen wie der Autismus Check List (ACL) oder dem diagnostischen Beobachtungsbogen bei Autismusspektrumstörung (DiBAS-R). Zur Bestätigung erfolgt die Vorstellung in speziellen diagnostischen Zentren.

Affektive Störungen: Die zweithäufigste komorbide psychiatrische Erkrankung sind affektive Störungen mit einer Prävalenz von 6,7 % [20], wobei Depressionen mit 4,5 % vor bipolaren Störungen mit 2,1 % dominieren [28]. Die Symptome sind mit zunehmendem Schweregrad der IM weniger typisch und damit schwieriger zu diagnostizieren [29]. Bei schwerer IM zeigt sich eine depressive Episode eher durch fremdaggressives, bei leichter bis mittelgradiger IM durch selbstverletzendes Verhalten [30]. Weiterhin sind Zurückgezogenheit, Motivationslosigkeit (Werkstatt, Beschäftigung) oder Verweigerung (Hygiene, Transport u. a.) typisch. Grundlage der Therapie ist neben der Bearbeitung erkennbarer Auslöser (z. B. Rückzug der Eltern, Verlust von Peers oder Bezugspersonenwechsel) auch eine leitliniengerechte Medikation und eine adaptierte Psychotherapie.

Angststörungen: Circa 5,5 % aller Erwachsenen mit IM leiden an verschiedenen Formen von Angststörungen [20]. Ursächlich sind neben Belastungs- und Anpassungsstörungen auch nach Traumatisierungen oder Folgen von Stigmatisierungen zu suchen.

Schizophrene Psychosen: Schizophrene Psychosen finden sich bei Erwachsenen mit IM fünfmal häufiger als in der Allgemeinbevölkerung [20, 28]. Besonders häufig sind Menschen mit Prader-Willi-Syndrom, Morbus Niemann-Pick Typ C und Deletion 22q11 betroffen [31, 32]. Eine Exploration ist aufgrund der IM schwierig. Selbstgespräche mit „Fremden“, Zurückgezogenheit, plötzliche „katatone“ Ausbrüche oder Erzählen „fantastischer“ Geschichten mit unvollkommener Realitätskontrolle können Hinweise sein. Die Behandlung erfolgt leitliniengerecht mit Antipsychotika – bevorzugt atypisch vor typisch und hochpotent vor niedrigpotent. Dabei sollte aufgrund möglicher erhöhter Empfindlichkeit langsam mit niedrigen Dosen begonnen werden – nach dem Motto „start low – go slow“. Allerdings ist ein Erfolg in einigen Fällen auch erst mit hohen Dosen typischer Antipsychotika erreichbar.

Demenz: Menschen mit IM über 55 Jahre haben ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko, eine Demenz zu entwickeln. Besonders betroffen sind Menschen mit Trisomie 21, die im Alter von 45 bis 49 Jahren eine Prävalenz von 9 % aufweisen, die sich zudem alle fünf Jahre verdoppelt [33]. Im Rahmen eines Heilverversuches kann nach ausführlicher Aufklärung eine Behandlung mit Antidementiva versucht werden [34]. Mögliche Nebenwirkungen sind Unruhezustände oder ein erhöhtes Anfallsrisiko.

Hyperkinetische Störung und ADHS: Unter den Erwachsenen mit einer IM weisen circa 3 % typische Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) auf [35]. Die pharmakologische Behandlung folgt der Leitlinie für ADHS bei Menschen ohne IM.

Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch: Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch finden sich bei Menschen mit IM, insbesondere in betreuten Wohnformen, seltener als in der Allgemeinbevölkerung [20, 28, 36, 37]. Da in beiden Fällen die therapeutischen Konzepte stark kognitiv orientiert sind, sind für Menschen mit IM angepasste Manuale und besondere Settings anzuwenden.

Traumafolgestörungen: Bei Menschen mit IM ist das Risiko, Opfer traumatischer Lebensereignisse zu werden, mit 25–75 % gegenüber der Allgemeinbevölkerung erheblich erhöht [38, 39]. Soziale Situationen werden dabei nicht richtig erfasst, Gefahren nicht erkannt, Handlungsalternativen fehlen und aus Fehlern wird wenig gelernt [40]. Dies gilt insbesondere für sexuelle Traumata, aber auch für traumatische Alltagserfahrungen, etwa innerhalb medizinischer Interventionen. Betroffene berichten häufig über Angst und ein abendliches Arousal, Flashbacks, Albträume und Dissoziationen. Aber auch sexuelle Enthemmung ist ein mögliches Symptom. In der Versorgung ist bei Verdacht auf eine Traumatisierung zunächst darauf zu achten, Sicherheit und sichere Bindungsangebote zu gewährleisten; eine Retraumatisierung ist zu vermeiden. Es können Methoden der Traumapädagogik oder eine dezidierte Traumatherapie erfolgen. Eine „aufdeckende“ Gesprächsführung ohne entsprechendes therapeutisches Angebot oder eine Thematisierung des Traumas durch Laien im Alltag ist unbedingt zu verhindern.

Tics und Stereotypien: Menschen mit IM benötigen Rituale und verlässlich wiederkehrende Abläufe zu ihrer Sicherheit. Daher finden sich bei ihnen oft Tics, Zwänge und Stereotypien. Diese geben den Betroffenen Sicherheit, können sie oder ihre Umgebung aber auch beeinträchtigen. Bei einer Zunahme von Tics und Zwängen sollte daher zunächst auf Auslöser und Verstärker (z. B. Angst, Unsicherheit, Veränderungen im Umfeld) geachtet werden, bevor die Verhaltensweisen therapeutisch oder medikamentös unterdrückt werden. Medikamentös kommen selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) wie Sertralin oder Clomipramin zur Anwendung.

(Partielles) fetales Alkoholsyndrom: Intrauterine Alkoholexposition führt zu Wachstumsauffälligkeiten, multiplen Malformationen und Störungen der Entwicklung von Kognition und Verhalten. Das fetale Alkoholsyndrom (FAS) wird anhand der Kriterien 1 bis 4 diagnostiziert:

1. Wachstumsauffälligkeiten (< 10. Perzentile)
 2. Faziale Auffälligkeiten (kurze Lidspalten, verstrichenes Philtrum, schmale Oberlippe)
 3. Funktionelle oder strukturelle ZNS-Auffälligkeiten
 4. Intrauterine Alkoholexposition, wobei Kriterium 4 bei eindeutigem Nachweis von Kriterien 1 bis 3 entfallen kann.
- Fehlt Kriterium 1, ist ein partielles FAS (pFAS) zu diagnostizieren. FAS- und pFAS-Betroffene zeigen oft gute verbale Fähigkeiten, haben aber große Schwierigkeiten, prozedurale Abläufe oder komplexe Aufgaben zu erfüllen. Sie zeigen häufig Zeichen der Hyperaktivität, sind distanzgemindert, leicht verführbar und wenig frustrationstolerant [41]. Sie profitieren bereits als Kinder von umfangreicher Frühförderung, und bleiben oft lebenslang auf begleitende Unterstützung angewiesen.

Verhaltensphänotypen als Ursache für VA

Bei einzelnen genetisch bedingten Syndromen treten sehr typische Verhaltensmuster auf, die als Verhaltensphänotypen bezeichnet werden und weitgehend unabhängig von äußeren Bedingungen oder Komorbiditäten sind. So zeigen Menschen mit Trisomie 21 ein oft im Wesentlichen freundliches Verhalten, bei Fragilem-X-Syndrom finden sich Hinweise auf ADHS- und ASS-ähnliche Verhaltensweisen sowie Wiederholungen von Worten, Sätzen oder Bewegungen. Menschen mit Prader-Willi-Syndrom zeigen extreme Hyperphagie, psychotische Symptome und Tagesschläfrigkeit, beim Williams-Beuren-Syndrom findet sich eine distanzlose Freundlichkeit, auch Fremden gegenüber, mit vermehrter Ängstlichkeit [42].

Missverhältnis zwischen Anforderung und Kompetenz als Ursache von VA

Strenggenommen stellen VA keine nosologische Entität dar, sondern ein vielschichtiges Problem [9], bei dem sie nicht Folge einer psychiatrischen Komorbidität sind, sondern darauf beruhen, dass die individuellen Verhaltenskompetenzen einer Person nicht ausreichen, den an sie gestellten Anforderungen zu entsprechen. Die Symptomatik kann sehr unterschiedlich sein und auch in Kombination auftreten: unter anderem verbale oder physische Aggressivität, selbstverletzendes, sachzer-

störendes oder unangemessenes sexuelles Verhalten, oppositionelles Verhalten, forderndes Verhalten und Weglaufen.

Eric Emerson hat für die Problematik den Begriff „Herausforderndes Verhalten“ (Challenging Behaviour, CB) geprägt: Ein kulturell unangemessenes Verhalten von Intensität, Häufigkeit und Dauer, das die physische Sicherheit und Lebensqualität der Person oder anderer ernsthaft gefährdet. Infolgedessen werde die Nutzung von Einrichtungen der Gemeinschaft gravierend begrenzt, der Zugang zu diesen verweigert und es komme zu Reaktionen, die restriktiv sind oder zur Absonderung führen. [43, 44]. Er betont jedoch, dass CB nicht als Label einer Person benutzt werden darf („... will uns provozieren!“), sondern es Probleme beschreibt, die durch die nicht angemessene Art der konkreten Versorgung einer Person verursacht werden. Die Herausforderung sei es, diese Versorgung entsprechend anzupassen [44]. Im Erwachsenenalter liegt die Prävalenz für CB bei 5–15 % [45]. Bowring et al. beschrieben CB bei 18,1 % ihrer intelligenzgeminderten Patientinnen und Patienten. Dabei stand bei 8,3 % aggressiv-destruktives und bei 7,8 % selbstverletzendes Verhalten im Vordergrund [46].

Bei der Analyse von CB steht zunächst die Fremdanamnese im Vordergrund. Wenn möglich, sollte auch der Patient oder die Patientin einbezogen werden (Eigenanamnese). Dazu ist eine sichere Umgebung notwendig, damit Entängstigung und Vertrauen aufgebaut werden kann. Leichte Sprache mit genügend Zeit zum Antworten (5-Sekunden-Regel) sowie wiederholte, behutsame Explorationen sind empfohlen. Zum Verständnis und zur Lösung ist es ratsam, einen Perspektivwechsel zu versuchen: Das Problem und Lösungsvorschläge aus der Sicht der Betroffenen zu betrachten und zu entwickeln.

Fremdanamnestic sollte die aktuelle Problematik in ihrer zeitlichen Entwicklung beschrieben werden. Defizite und Kompetenzen der Betroffenen sind zu erfassen. Die Zuziehung weiterer Informationen (Eltern, Wohnsituation) helfen, einen Situationsbezug des CB zu erkennen. Die Berücksichtigung des sozioemotionalen Entwicklungsniveaus (SEO-Stufe) kann für Verständnis und Therapieplanung eine bedeutsame Unterstützung sein. Damit ist ein teamweites, konzeptionalisiertes Vorgehen mit konkreten milieutherapeutischen Empfehlungen möglich. Bei herausforderndem Verhalten empfiehlt sich daher ein **teamweites Gesamtbehandlungskonzept**.

Versorgung von Menschen mit IM

Übergeordnetes Ziel in der Versorgung von Menschen mit IM ist die selbstständige und selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Art und Ausmaß der intellektuellen Beeinträchtigung sowie spezielle Aspekte einzelner Lebenssituationen bestimmen wesentlich den aktuellen Unterstützungsbedarf. Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Neben Körperstrukturen und -funktionen klassifiziert die ICF Umweltfaktoren sowie Aktivitäten und (soziale) Teilhabe. Damit ermöglicht sie in Ergänzung zur defizitorientierten ICD-Klassifikation die systematische Recherche nach förderlichen Faktoren und Ressourcen. „Behinderung stellt kein Merkmal einer Person dar, sondern repräsentiert ein gesellschaftlich verursachtes Problem und

Teamweites Behandlungskonzept bei Challenging Behavior von Menschen mit Intelligenzminderung

1. Zu Beginn erfolgt eine funktionale Verhaltensanalyse des CB.
2. Behandelbare somatische und psychiatrische Komorbiditäten werden diagnostiziert und behandelt.
3. Auf Grundlage der Erfassung der Bedarfe und Kompetenzen des Patienten oder der Patientin, unter Berücksichtigung auch der emotionalen Entwicklung, werden die Voraussetzungen einer leidensgerechten Umgebung festgelegt. Dabei helfen klare Strukturen und Abläufe, Visualisierungen und die Verfügbarkeit fester Bezugspersonen. Störende Reize sollten weitgehend reduziert werden.
4. Unter Ausschöpfung allgemeiner und spezieller psycho- und soziotherapeutischer sowie pädagogischer Maßnahmen wird die Person in dieser Umgebung kontinuierlich begleitet. Hilfreich ist daneben die Erweiterung kommunikativer und sozialinteraktiver Kompetenzen, auch durch technische Hilfsmittel (z. B. Sprachunterstützung).
5. Teil des Gesamtbehandlungskonzeptes kann auch eine Psychopharmakotherapie sein.
6. Bei Selbst- und Fremdgefährdung ist für Sicherheit aller Beteiligten zu sorgen, auch mit strukturellen Maßnahmen und Schulung der Mitarbeitenden.

betrifft im Wesentlichen die Frage der vollen Integration Betroffener in die Gesellschaft“ [47].

Eine teilhabeorientierte Haltung ist geprägt von gegenseitigem Respekt und Würdigung der Entscheidungsfähigkeiten des anderen. Demzufolge werden Betroffene als Expertinnen und Experten in eigener Sache akzeptiert. Maßgeblich sind ihre Ziele und Bedürfnisse sowie die ihres Umfeldes. Die Verwirklichung dieser Ziele und Bedürfnisse kann eine interdisziplinäre Aufgabe sein. Teilhabe ist durch veränderte Umweltfaktoren möglich, zum Beispiel durch verbesserte Rahmenbedingungen am Schul- oder Arbeitsplatz sowie Gewährung von Nachteilsausgleichen. Aber auch durch Verbesserung bestimmter (Körper-)Funktionen und damit der Aktivitäten (z. B. deutlichere Aussprache und damit eine verbesserte sprachliche Verständlichkeit).

Psychotherapeutische Behandlung

Effektivitätsstudien und Metaanalysen belegen die Wirksamkeit modifizierter verhaltenstherapeutischer Ansätze, kognitiv-behavioraler und psychodynamischer Verfahren für Menschen mit IM. Entsprechend ist gemäß Psychotherapie-Richtlinie aus dem Jahr 2019 die Kostenübernahme der Stundenkontingente, einschließlich Einbezug von Bezugspersonen, angepasst worden. Grundsätzlich können alle psychotherapeutischen Verfahren bei Menschen mit IM angewandt werden. Zur Unterstützung sind Veranschaulichungshilfen, entwicklungsstandgemäße Symbole sowie Möglichkeiten der unterstützten Kommunikation hilfreich. Therapeutinnen und Therapeuten kommt bei der Behandlung häufig eine aktivere, den Prozess stärker lenkende Funktion zu, die die Gefahr einer ungewollten Manipulation der Betroffenen birgt, ohne dass diese ihre eigenen Bedürfnisse explorieren und ausdrücken [48]. Weitere Modifikationen sind:

- weniger Komplexität,
- kürzere Therapieeinheiten und höhere Therapiefrequenzen,
- kürzere Sätze und wenige, einfachere Worte,
- mehr Aktivitäten wie Hausaufgaben und kreativ zeichnerische Elemente,
- Einbeziehung von Spielen,
- mehr direktives Vorgehen und
- ein engeres Einbeziehen von Bezugspersonen [49].

Grenzen und Überschneidungen zwischen der Psychotherapie und der Heilpädagogik erfordern einen regelmäßigen fachlichen Austausch. Die Nichtbeachtung der psychiatrischen Kompetenz stellt dabei ebenso einen Behandlungsfehler dar, wie die Ignoranz gegenüber der heilpädagogischen Fachkompetenz.

Verhaltenstherapeutische und kognitiv-behaviorale Interventionen

In einer Metaanalyse auf Grundlage von 482 veröffentlichten Studien wurden circa 97 % der psychotherapeutischen Maßnahmen als effektiv (mindestens 50 % Verbesserung) eingestuft gegenüber lediglich 48 % der psychopharmakologischen Therapien [50]. Die Effektivität ließ sich durch eine funktionale Verhaltensanalyse vor Behandlungsbeginn weiter steigern [51, 52]. Verhaltenstherapeutische Interventionen sind insbesondere bei mittlerer bis schwerer IM erfolgsversprechend [53], wobei das partiell implizierte mechanistische Menschenbild mit Einsatz von Strafreizen und sozialer Isolierung (Timeout) zum Entzug positiver Verstärkung beim Abbau unerwünschten Verhaltens kritisch zu bewerten ist. Diese Methoden sollten deshalb nur unter fachlich kompetenter (psychotherapeutischer) Anleitung und Überwachung durchgeführt werden, die sicherstellt, dass rechtliche und ethische Prinzipien berücksichtigt werden. Die Kombination mit Maßnahmen, die dem Aufbau sozial akzeptierter Verhaltensweisen dienen, ist oftmals sinnvoll. Vor allem Menschen mit leichter bis mittelgradiger IM profitieren von Techniken wie Problemlösung, Selbstinstruktion, Managementstrategien und Erlernen von Skills. Laut Prout und Browning sind kognitive Verhaltenstherapie, Gruppenpsychotherapie und Wutmanagementprogramme effektiv in der Behandlung von Erwachsenen mit IM [54]. In einigen Kliniken wird ebenfalls eine modifizierte Version der bei Borderline-Persönlichkeitsstörung etablierten Dialektisch-behaviouralen Therapie (DBT-oP GB) erfolgreich angewendet [55, 56].

Psychodynamische Psychotherapien

Nigel Beail konnte in mehreren Untersuchungen die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie bei Menschen mit IM nachweisen [57, 58, 59], wobei laut MacDonald et al. die Patientinnen und Patienten die Maßnahme ausgesprochen positiv bewerteten [60].

Familien- und systemische Therapie

Die systemische Familientherapie fokussiert als primäre Methode oder im Rahmen verhaltenstherapeutischer oder psychodynamischer Verfahren die Bedeutung der innerfamiliären Beziehungen [61, 62, 63].

Psychopharmakotherapie

Eine Psychopharmakotherapie (PPT) kann zur Behandlung einer komorbiden psychiatrischen Störung oder zur Beeinflussung von Verhaltensauffälligkeiten als Teil eines Gesamtbehandlungskonzepts erfolgen. Die häufigsten verabreichten Psychopharmaka sind Antipsychotika [64] – neben Antidepressiva, Anxiolytika und Phasenprophylaktika. Die aktuelle Leitlinie des National Institute for Health and Care Excellence empfiehlt den Einsatz von Antipsychotika erst bei hohem Selbst- und Fremdgefährdungsrisiko [45].

Zielsymptome einer PPT sind unter anderem fremd- und eigenaggressives Verhalten, Leidensdruck erzeugende Stereotypen, Hyperaktivität und schwere Affektregulationsstörungen. Vor Beginn sollte nach angemessener und dokumentierter Aufklärung eine rechtsverbindliche Zustimmung von den Betroffenen selbst, bei Einwilligungsunfähigkeit von der gesetzlichen Betreuung eingeholt werden. Dabei sollten die zu behandelnden Zielsymptome vor Beginn einer PPT definiert werden. Bei Verhaltensauffälligkeiten sind Irritierbarkeit, Agitiertheit und Weinen die häufigsten Indikationen [65, 66]. Vor Beginn und im Verlauf sind alle notwendigen körperlichen, technischen und laborchemischen Kontrollen durchzuführen. Eine Monotherapie ist zu bevorzugen. Es soll stets mit einer geringen Dosis begonnen werden, die in langsamen Schritten gesteigert wird. Menschen mit einer IM sind besonders vulnerabel, also generell anfälliger für Nebenwirkungen; daher sollten unerwünschte Wirkungen systematisch und regelmäßig erfasst werden. In regelmäßigen Abständen sind zudem die Beeinflussung der Zielsymptome und eine mögliche Dosisanpassung zu evaluieren.

Antipsychotika

Zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit IM haben sich Zuclopenthixol und Risperidon bewährt. So konnte die Wirksamkeit einer mittleren Dosierung von 11,4 mg Zuclopenthixol täglich gegenüber Placebo in einer randomisierten, placebokontrollierten, multizentrischen Doppelblindstudie mit insgesamt 39 Teilnehmenden mit IM nachgewiesen werden [67, 68]. Mit Risperidon (1–4 mg/Tag) über vier Wochen konnten VA bei 39 Erwachsenen mit IM reduziert werden [69]. Weiterhin sind Zuclopenthixol und Risperidon zur Kurzzeitbehandlung von bis zu sechs Wochen bei anhaltender Aggressivität bei Menschen mit Alzheimerdemenz sowie bei anhaltender Aggressivität bei Verhaltensstörungen von Jugendlichen mit unterdurchschnittlichen intellektuellen Fähigkeiten ab fünf Jahren zugelassen.

Auch andere Antipsychotika können in der Behandlung von VA erfolgreich sein. Da jedoch für die Indikation keine Zulassung besteht, sind eine vorherige umfangreiche Aufklärung und eine sorgfältige Überwachung der Behandlung unter Berücksichtigung von Erfolg und Nebenwirkung besonders wichtig. Psychomotorische Erregungszustände bei Menschen mit IM können mit niedrigpotenten Antipsychotika behandelt werden. Hierfür sind folgende Substanzen zugelassen: Melperon 25–400 mg/Tag, Pipamperon 20–120 mg/Tag, Promethazin 10–100 mg/Tag, Levomepromazin 15–600 mg/Tag und Chlorprothixen 15–100 mg/Tag.

Antidepressiva

Der Effekt von SSRI auf das herausfordernde Verhalten von Menschen mit IM ist gering. Für Clomipramin und Paroxetin (10–40 mg/Tag) konnten in kleinen Studien Effekte demonstriert werden [70, 71].

Weitere Substanzen

Der Opioidantagonist Naltrexon konnte selbstverletzendes Verhalten in bis zu 47 % aller Fälle kurzfristig reduzieren [69]. Von Mood Stabilizern wie Valproat oder Topiramaten werden positive Effekte auf Verhaltensauffälligkeiten berichtet – kontrollierte Studien liegen bislang nicht vor [73].

Kombinationen von Psychopharmaka

In Studien aus Australien, Irland und Kanada nahmen 20–42,1 % der älteren Erwachsenen mit IM zwischen fünf und neun verschiedene Psychopharmaka ein [74]. Dabei können zwei konventionelle Antipsychotika miteinander kombiniert werden sowie ein atypisches Antipsychotikum mit einem konventionellen Antipsychotikum, Methylphenidat oder einem Antidementivum. Weiterhin ist auch eine gleichzeitige Gabe von Antipsychotika und Antidepressiva (SSRI) oder Antikonvulsiva möglich. Im Verlauf ist zu überprüfen, ob einzelne Psychopharmaka auch wieder abgesetzt werden können, da durch ein Absetzen der Antipsychotika sogar Funktionsniveau und Lebensqualität in vielen Fällen verbessert werden konnte [75, 76].

Dissoziales und delinquentes Verhalten

Dissoziales Verhalten ist nach ICD-10 durch die fehlende Beachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen, fehlendes Schuldbewusstsein sowie geringes Einfühlungsvermögen in andere Menschen gekennzeichnet. Laut einer skandinavischen Langzeitstudie haben Männer mit IM gegenüber Männern ohne ein fünffach erhöhtes Risiko für Gewaltdelikte; bei Frauen mit IM besteht sogar ein 25-fach erhöhtes Risiko [78]. Menschen mit IM haben eine niedrige Schwelle für aggressives oder gewalttätiges Verhalten, eine geringe Frustrationstoleranz sowie eine mangelnde Fähigkeit, aus Erfahrung zu lernen. Häufig können Wünsche aufgrund mangelnder sozialer und kommunikativer Kompetenz nicht adäquat geäußert und umgesetzt werden. Auch der Anstieg von Suchtproblemen im Rahmen der Ambulantisierung der Eingliederungshilfe für Menschen mit leichter IM trägt zu dem Effekt bei [78]. 10–30 % der Inhaftierten in Jugendstrafanstalten weisen eine IM auf [78], der Anteil der nach § 63 StGB im Maßregelvollzug untergebrachten Menschen mit IM liegt bei 7–8 % [80]. Auch die Unterbringungsdauer von Straftäterinnen und Straftätern mit IM in der forensischen Psychiatrie ist überdurchschnittlich hoch [81]. Dies ist nicht zuletzt durch eine fehlende Nachsorge bedingt. Bei den Delikten handelt es sich vor allem um Gewalt- und Sexualstraftaten sowie um Brandstiftung [82]. Über Behandlung und Prognose von Straffälligen mit IM im Maßregelvollzug fehlen bis heute systematische Studien. Traditionelle Therapieangebote für psychisch kranke Straffällige mit IM haben sich bislang als wenig wirksam erwiesen. Die empfohlene Behandlung sollte sich im Wesentlichen am Behandlungs-

konzept für VA/CB orientieren. Da viele Betroffene aus einem multipel belasteten Umfeld stammen, kommt der Prophylaxe sozialmedizinisch eine große Rolle zu [83, 84]. Beurteilung und Behandlung von Sexualstraftäterinnen und -tätern mit IM folgen strukturierten Programmen [85, 86, 87, 88]. Neben strukturellen und psychotherapeutischen Interventionen kann auch eine antiandrogene Medikation indiziert sein.

Fazit für die Praxis

Störungen der Intelligenzentwicklung betreffen circa 1 % der Bevölkerung. Durch eine frühe Diagnostik lässt sich vor allem der Effekt von Stoffwechselstörungen vermeiden. Alle anderen Betroffenen profitieren von früher gezielter Förderung. Die Diagnostik der IM und der begleitenden Störungen erfordert spezielle Expertise. Somatische und psychische komorbide Erkrankungen treten bei IM häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung, zeigen ein anderes Bild und sind schwieriger zu diagnostizieren. Im Bereich der Psychiatrie haben sich angepasste Psychotherapieformen und spezialisierte Psychopharmakotherapien bewährt. Verhaltensauffälligkeiten wie herausforderndes Verhalten (CB), die nicht durch komorbide Erkrankungen bedingt sind, erfordern ein strukturiertes teamweites Gesamtkonzept mit Verhaltensanalyse, Bestimmung von Kompetenzen und Bedarfen, auch unter Berücksichtigung der emotionalen Entwicklungsstufe und Anpassung der Umgebungsstruktur an die Bedürfnisse der Betroffenen.

Literatur



als Zusatzmaterial unter
<https://doi.org/10.1007/s15202-024-6161-7>
in der Online-Version dieses Beitrags

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass er sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ. Er legt folgende potenzielle Interessenkonflikte offen: keine. Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags durch zwei unabhängige Gutachten bestätigt wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.



Dr. med. Christian Figge

Direktor der Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie
Ambulanz für Neuronale Entwicklungsstörungen und Autismspektrumstörungen
Karl-Jaspers-Klinik
Universitätsmedizin Oldenburg
Hermann-Ehlers-Straße 7
26160 Bad Zwischenahn
christian.figge@karl-jaspers-klinik.de

Psychische Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung

FIN gültig bis 20.02.2024:

DN24N1zq

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent*in von SpringerMedizin.de
- als registrierte*r Abonnent*in dieser Fachzeitschrift
- zeitlich begrenzt unter Verwendung der abgedruckten FIN.



Dieser CME-Kurs ist auf [SpringerMedizin.de/CME](https://www.springermedizin.de/CME) zwölf Monate verfügbar. Sie finden ihn, wenn Sie die FIN oder den Titel in das Suchfeld eingeben. Alternativ können Sie auch mit der Option „Kurse nach Zeitschriften“ zum Ziel navigieren oder den QR-Code links scannen.

? Wie hoch ist die Prävalenz der Intelligenzminderung?

- < 1/10.000
- 1/1.000
- 1/100
- 5 %
- 10 % aller Erwachsenen

? Welche Aussage zu psychiatrischen Erkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung trifft zu?

- Psychiatrische Erkrankungen treten seltener auf als in der Allgemeinbevölkerung.
- Psychiatrische Erkrankungen treten genauso häufig auf wie in der Allgemeinbevölkerung.
- Psychiatrische Erkrankungen entsprechen in Symptomatik und Verlaufsform dem von Menschen ohne Intelligenzminderung.
- Psychiatrische Erkrankungen sind aufgrund abweichender Symptome und Verläufe bei Menschen mit Intelligenzminderung schwerer zu diagnostizieren.
- Psychiatrische Erkrankungen sind einer Behandlung nicht zugänglich.

? Was zählt zu den diagnostischen Kriterien einer Intelligenzminderung?

- Intelligenzniveau (IQ) < 70
- Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten
- Abbau der intellektuellen Fähigkeiten nach dem 50. Lebensjahr

- Mikrozephalie
- Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft

? Welche Aussage zu den Stufen der emotionalen Entwicklung (SEO) trifft zu?

- Sie entsprechen stets der intellektuellen Entwicklung
- Sie haben keine Bedeutung für das Verhalten der Betroffenen.
- Sie lassen sich diagnostisch nicht erfassen.
- Sie sind für die Bedürfnisse der Betroffenen von Bedeutung.
- Sie spielen bei der Gestaltung des Versorgungsrahmens keine Rolle.

? Welches Verhalten gemäß SEO-Stufenmodell ist korrekt?

- Menschen auf SEO-Stufe 1 können die Bedürfnisse anderer gut einschätzen und respektieren.
- Menschen auf SEO-Stufe 5 benötigen eine sehr konstante Umgebung.
- Menschen auf SEO-Stufe 3 haben ein gutes Verständnis für Moral und Verantwortung.
- Menschen auf SEO-Stufe 5 können zwischen falsch und richtig unterscheiden und ihr Verhalten korrigieren.
- Menschen auf SEO-Stufe 1 zeigen Aggressionen bei Grenzsetzungen.

? Welche Aussage zu Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Intelligenzminderung ist korrekt?

- Betroffene müssen immer medikamentös behandelt werden.
- In weniger 1 % der Fälle sind Verhaltensauffälligkeiten Folge einer somatischen Erkrankung.
- Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Intelligenzminderung korrelieren nicht mit der emotionalen Entwicklung (SEO-Stufe).
- Sie lassen sich durch ein teamweites Behandlungskonzept beeinflussen.
- Sie sind beweisend für das Vorliegen einer Psychose.

? Welche Aussage zur schizophrenen Psychose bei Menschen mit Intelligenzminderung ist zutreffend?

- Sie lässt sich aufgrund der Beschwerdeschilderung durch die Betroffenen gut diagnostizieren.
- Sie beeinflusst nicht das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten.
- Sie tritt bei Menschen mit Intelligenzminderung fünfmal häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung.
- Sie stellt die häufigste psychiatrische Komorbidität bei Intelligenzminderung dar.
- Sie erfordert keine medikamentöse Behandlung.

Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I (tutoriell unterstützte Online-Maßnahme) zur zertifizierten Fortbildung freigegeben und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit zutreffend. Bitte beachten Sie, dass Fragen wie auch Antwortoptionen online abweichend vom Heft in zufälliger Reihenfolge ausgespielt werden.

Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf [SpringerMedizin.de/CME](https://www.springermedizin.de/CME) tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

? Wie erfolgt die medikamentöse Behandlung psychiatrischer Erkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung?

- Die Pharmakotherapie psychiatrischer Erkrankungen entspricht in Dosierung und Medikation der Behandlung von Menschen ohne Intelligenzminderung.
- Sie führt im Vergleich zur Behandlung von Menschen ohne Intelligenzminderung selten zum Auftreten von Nebenwirkungen.
- Sie erfolgt aufgrund der Verhaltensauffälligkeiten von Menschen mit Intelligenzminderung möglichst ohne Laborkontrollen.

- Sie sollte ohne umfangreiche Aufklärung der Betroffenen oder ihrer Betreuenden rasch umgesetzt werden.
- Sie sollte einschleichend und niedrigdosiert begonnen werden sowie nur langsam gesteigert werden.

? Welche Aussage zu Menschen mit Intelligenzminderung trifft zu?

- Sie begehen seltener Straftaten.
- Sie begehen häufig Raubüberfälle.
- Sie begehen häufig Gewalt- und Sexualdelikte.
- Sie stellen circa 1 % der Insassen in Jugendstrafanstalten dar.
- Sie werden schneller aus dem Maßregelvollzug entlassen als Menschen ohne Intelligenzminderung.

? Welche Aussage zur Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung ist richtig?

- Eine Psychotherapie hat wenig therapeutischen Effekt.
- Sie ist der medikamentösen Therapie unterlegen.
- Eine psychotherapeutische Behandlung erfordert stets den Einsatz von Bestrafungen, um unerwünschtes Verhalten zu unterdrücken.
- Sie wird nicht von der gesetzlichen Krankenkasse finanziert.
- Eine Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung bezieht als Elemente Spiele ein.

Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

► „Lass mich nicht allein!“ - Trennungsangststörung im Erwachsenenalter nach ICD-11

aus: DNP – Die Neurologie und Psychiatrie, 6/2023
von: S. Anders, U. Voderholzer, C. Auer-Mackinger
Zertifiziert bis: 29.11.2024
CME-Punkte: 2

► Laborkontrollen bei Therapien mit Psychopharmaka

aus: NeuroTransmitter, 12/2023
von: M. Weih, T. Samusch
Zertifiziert bis: 07.12.2024
CME-Punkte: 2

► Anticraving-Substanzen in der Therapie der Alkoholabhängigkeit

aus: InFo Neurologie + Psychiatrie, 12/2023
von: J. Kramer, G. Koller, O. Pogarell
Zertifiziert bis: 13.12.2024
CME-Punkte: 2

Diese Fortbildungskurse finden Sie, indem Sie den Titel in das Suchfeld auf SpringerMedizin.de/CME eingeben. Zur Teilnahme benötigen Sie ein Zeitschriften- oder ein e.Med-Abo.

Effizient fortbilden, gezielt recherchieren, schnell und aktuell informieren – ein e.Med-Abo bietet Ihnen alles, was Sie für Ihren Praxis- oder Klinikalltag brauchen: Sie erhalten Zugriff auf die Premiuminhalte von SpringerMedizin.de, darunter die Archive von 99 deutschen Fachzeitschriften. Darüber hinaus ist im Abo eine Springer-Medizin-Fachzeitschrift Ihrer Wahl enthalten, die Ihnen regelmäßig per Post zugesandt wird.

Als e.Med-Abonnent*in steht Ihnen außerdem das CME-Kursangebot von SpringerMedizin.de zur Verfügung: Hier finden Sie aktuell über 550 CME-zertifizierte Fortbildungskurse aus allen medizinischen Fachrichtungen!

Unter www.springermedizin.de/eMed können Sie ein e.Med-Abo Ihrer Wahl und unser CME-Angebot 14 Tage lang kostenlos und unverbindlich testen.

