

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/015 Entwicklungsstufe: 1

Zitierbare Quelle:

Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 179 - 188

Intelligenzminderung (F70-79) und grenzwertige Intelligenz

1. Klassifikation

1.1 Definition

Gemäß ICD-10 wird unter einer Intelligenzminderung eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten verstanden, wobei besondere Beeinträchtigungen von Fertigkeiten vorliegen, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Ferner liegt stets eine Beeinträchtigung des Anpassungsverhaltens vor.

Die Lernbehinderung wird nicht als separate psychiatrische Kategorie der ICD-10 geführt. Sie ist gemäß internationaler Terminologie als grenzwertige Intelligenz im Bereich von IQ 85-70 definiert.

1.2 Leitsymptome

Für die Intelligenzminderung (geistige Behinderung) ist neben dem verminderten Intelligenzniveau die erschwerte Anpassung an die Anforderungen des alltäglichen Lebens bedeutsam. Dies gilt in geringerem Ausmaß auch für die Lernbehinderung (s. 1.3).

Die angegebenen IQ-Werte sind als Richtlinien gemeint und sollten im Hinblick auf die Problematik der transkulturellen Vergleichbarkeit nicht zu starr angewendet werden.

Personen mit Intelligenzminderungen sind nach Schweregrad in ihrer Unabhängigkeit in der Selbstversorgung, im Erlernen schulischer und beruflicher Fertigkeiten, in ihrer emotionalen und sozialen Entwicklung aufgrund von Lernschwierigkeiten beeinträchtigt.

Die medizinische Komorbidität und die Prävalenzraten für psychiatrische Störungen sind mindestens 3- bis 4-mal so hoch wie in der allgemeinen Bevölkerung (ergänzend hierzu s. 1.3).

1.3 Schweregradeinteilung

Leichte Intelligenzminderung (F70)

Der IQ-Bereich liegt zwischen 50 und 69. Die Personen erwerben Sprache verzögert, jedoch in einem Umfang, dass eine alltägliche Konversation normal gelingt. Die meisten erlangen eine volle Unabhängigkeit in der Selbstversorgung (Essen, Waschen, Ankleiden, Darm- und Blasenkontrolle) und in praktischen und häuslichen Tätigkeiten, bei allerdings verlangsamer Entwicklung. Schwierigkeiten treten beim Erlernen schulischer Fertigkeiten, insbesondere beim Erlernen des Lesens und der schriftsprachlichen Äußerungen auf. Die meisten sind für eine Arbeit anlernbar, die praktische Fähigkeiten und angelernte Handarbeit verlangt. Eine emotionale und soziale Unreife kann bestehen, sodass sie u.U. eigenständig den Anforderungen einer Ehe oder Kindererziehung nicht nachkommen können.

Mittelgradige Intelligenzminderung (F71)

Der IQ liegt gewöhnlich im Bereich zwischen 35 und 49. Die Leistungsprofile können sehr unterschiedlich sein. Das Ausmaß der Sprachentwicklung reicht von der Fähigkeit, an einfachen Unterhaltungen teilzunehmen, bis zu einem Sprachgebrauch, der lediglich für die Mitteilung der Grundbedürfnisse ausreicht; einige lernen niemals sprechen, verstehen einfache Anweisungen, andere lernen Handzeichen. Die Fähigkeiten zur Selbstversorgung entwickeln sich verzögert, einige Personen benötigen lebenslange Beaufsichtigung. Schulisch lernen sie einige grundlegende Fertigkeiten im Lesen, Schreiben und Zählen. Als Erwachsene sind sie in der Lage, einfache praktische Tätigkeiten zu verrichten, wenn die Aufgaben einfach, gut strukturiert sind und eine Beaufsichtigung besteht. Ein völlig unabhängiges Leben im Erwachsenenalter wird selten erreicht.

Die Betroffenen sind in der Regel körperlich voll beweglich und aktiv, fähig, Kontakte zu pflegen, sich zu verständigen und einfache soziale Leistungen zu bewältigen.

Schwere Intelligenzminderung (F72)

Die Störung ähnelt hinsichtlich des klinischen Bildes dem unteren Leistungsbereich der mittelgradigen

Intelligenzminderung. Die meisten Personen mit schwerer Intelligenzminderung haben ausgeprägte motorische Beeinträchtigungen. Der IQ liegt gewöhnlich im Bereich zwischen 20 und 34.

Schwerste Intelligenzminderung (F73)

Der IQ wird auf unter 20 eingeschätzt. Dies bedeutet, dass die betroffenen Personen unfähig sind, Aufforderungen oder Anweisungen zu verstehen oder sich danach zu richten. Meistens sind sie immobil oder sehr bewegungseingeschränkt, inkontinent und auch nonverbal nur zu sehr begrenzter Kommunikation fähig. Sie können weniger oder gar nicht für ihre Grundbedürfnisse sorgen und benötigen ständige Hilfe und Überwachung.

Sprachlich verstehen die Betroffenen im günstigsten Fall grundlegende Anweisungen und können bestenfalls einfache Forderungen formulieren.

Einfachste visuell-räumliche Fertigkeiten wie Sortieren und Zuordnen können erworben werden; mit Beaufsichtigung und Anleitung können sie in geringem Maße an häuslichen und praktischen Aufgaben beteiligt werden.

1.4 Untergruppen

Die verschiedenen Schweregrade der Intelligenzminderung können als Untergruppen gelten (s. 1.3). Trotz der Feststellung der ICD-10, dass intelligenzgeminderte Personen an allen psychiatrischen Störungen erkranken können, wird unter F84.4 die überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien gesondert aufgeführt. Zugleich wird eingeräumt, dass es sich hierbei um eine schlecht definierte Störung von unsicherer nosologischer Validität handelt.

Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien (F84.4)

Die Diagnose erfordert die Kombination einer entwicklungsbezogenen, unangemessen schweren Hyperaktivität mit motorischen Stereotypien und einer mittelgradigen/schweren Intelligenzminderung (IQ unter 50). Die Kinder profitieren gewöhnlich nicht von Stimulanzen und können eine schwere dysphorische Reaktion zeigen, wenn ihnen Stimulanzen gegeben werden. In der Adoleszenz kann die Hyperaktivität in verminderte Aktivität übergehen.

Eine klassifikatorische Differenzierung kann nach ICD-10 durch das Ausmaß der ggf. begleitenden Verhaltensstörung erfolgen:

Liegt keine oder eine nur geringe Verhaltensstörung vor, wird F7x.0 kodiert; liegt eine deutliche Verhaltensstörung vor, die eine Beobachtung oder Behandlung erfordert, wird F7x.1 registriert.

1.5 Ausschlussdiagnose

- Demenz (F00)
- Andere desintegrative Störung des Kindesalters (F84.3).

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

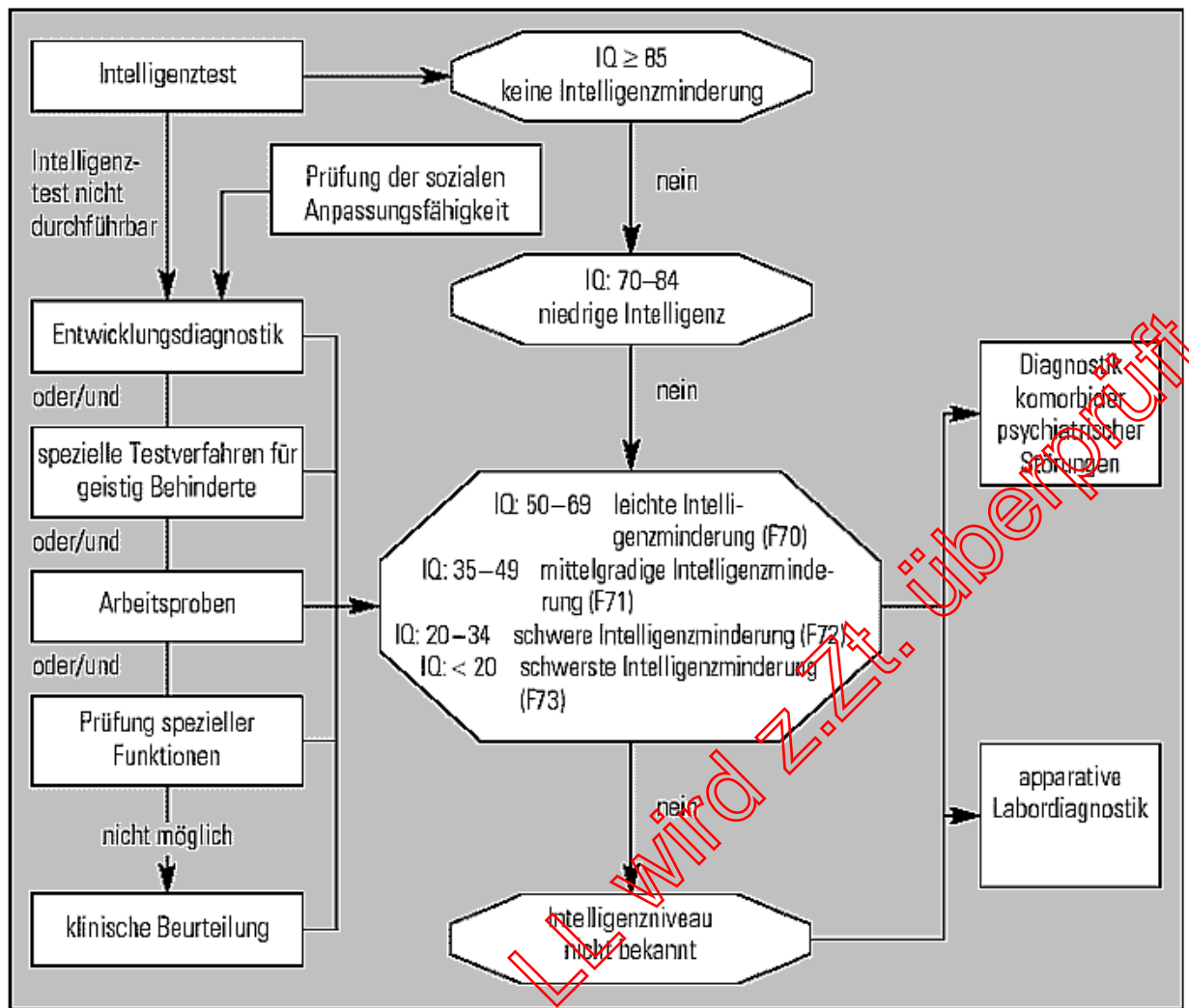
(s. Abb. 23)

Die Informationen über Entwicklungs-, Bildungs- und Krankheitsgeschichte müssen durch Befragung von mehreren zuverlässigen, unabhängigen Quellen erhoben werden.

Exploration der Eltern/Bezugspersonen hinsichtlich des Entwicklungsstandes:

- Kognitive Leistungsfähigkeit: Denken, Wahrnehmung, Gedächtnis
- Sprache, Motorik, Lernfähigkeit, Emotionalität
- Soziale Anpassungsfähigkeit (bezogen auf die jeweilige Entwicklungsstufe)
- Persönlichkeit, Temperament
- Kommunikation und zwischenmenschliche Fähigkeiten (Sprachverständnis, expressive Sprache)
- Eigenständigkeit, Selbstbestimmtheit
- Lebenspraktische Fertigkeiten, schulische Fertigkeiten, Freizeit, Körperhygiene, Ernährung (Essen, Trinken)
- Information von Kindergarten/Schule, Frühförderstellen, ärztlichen Praxen/Kliniken
- Untersuchung/klinischer Eindruck des Intelligenz- bzw. Entwicklungsniveaus (vgl. 2.5)
- Beobachtung von Verhalten und Interaktion mit relevanten Bezugspersonen während Testung, Arbeitsproben, Spiel, anderen strukturierten Situationen im sozialen Kontext von Kindergarten/Schule oder anderen Einrichtungen
- Selbstschilderung in Abhängigkeit von der Beeinträchtigung und Kooperationsfähigkeit der jeweiligen Person
- Medizinische Untersuchung (internistisch-neurologisch).

Abb. 23: Diagnostik der geistigen Behinderung



2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Intelligenzminderung

Exploration der Eltern/Bezugspersonen hinsichtlich:

- Risiken während der Schwangerschaft, Geburt, Neugeborenenperiode
- Meilensteine der Entwicklung (motorische Entwicklung, Sprachentwicklung, Sauberkeitsentwicklung)
- Beginn, Intensität (Gesamtentwicklung, Teilbereiche) und Verlauf der Entwicklung (Stillstand, Abbau, auch Beeinflussung durch Belastungen)
- Entwicklungsstörungen und Behinderungen in der Familie.

Soziale Anpassungsfähigkeit

Exploration der Eltern/Bezugspersonen:

- Soziale Kompetenz des Kindes und Integration in die Familie
- Belastende Bedingungen/Ressourcen in der Familie
- Förderungskonzepte und -möglichkeiten
- Entwicklungs- und Bildungsverlauf; Krankheitsanamnese.

Informationen von Kindergarten, Schule oder sonstigen Einrichtungen

- Soziale Kompetenz des Kindes und Integration in die Gruppe
- Belastende Bedingungen/Ressourcen im Kindergarten/Schule etc.
- Förderungskonzepte der Erzieher/Lehrer.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Spezifische Komorbidität:

- Autismus
- Hyperkinetische Störung (Erethie)
- Stereotype Bewegungsstörungen und Automutilation
- Essstörungen (Pica, Rumination, Polyphagie, Polydipsie)
- Ausscheidungsstörungen (Enuresis/Enkopresis).

Unspezifische psychiatrische Komorbidität:

- Jede andere psychische Störung kann auftreten.

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Umweltfaktoren wie Bildungsmöglichkeiten, soziokultureller Hintergrund, Anregung durch die Umwelt, Umgang mit der Störung selbst.

Exploration der Eltern/Bezugspersonen hinsichtlich psychosozialer Bedingungen und familiärer Ressourcen, insbesondere:

- Spezifische Bewältigungsstrategien
- Inkonsistentes/restriktives Erziehungsverhalten
- Mangelnde Wärme in den familiären Beziehungen, Zurückweisung, Überforderung
- Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit bei der Förderung in Kindergarten, Schule oder sonstigen Einrichtungen
- Motivation, Persönlichkeitsmerkmale, Umfang der Beeinträchtigungen
- Krankheiten und Syndrome (z.B. Chromosomenaberrationen, Stoffwechselerkrankungen, Sinnesbehinderungen, Zerebralparese, Fehlbildungen, Epilepsie)
- Ausmaß begleitender psychischer Störungen.

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

Der Schwerpunkt liegt bei der Intelligenz-, Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik zur Abklärung der Intelligenzminderung. Erforderlich ist die individuelle Testung in Abhängigkeit von der Beeinträchtigung und Kooperationsbereitschaft der Person.

Bei der Auswahl der Instrumente und Interpretation der Ergebnisse müssen der soziokulturelle Hintergrund, bisherige Bildungsmöglichkeiten sowie kommunikative, motorische und sensorische Beeinträchtigungen berücksichtigt werden. In der Regel ist das Profil der Stärken und Schwächen einer Person in der Alltagsbewältigung eine präzisere Grundlage für die Abschätzung der Lernfähigkeit als die Bestimmung des Intelligenzquotienten.

Die medizinischen Zusatzuntersuchungen orientieren sich jeweils an spezifischen Indikationen.

Psychologische Untersuchung

- Ausführliche Untersuchung der Intelligenz mit standardisierten Intelligenztests (z.B. Kaufman Assessment Battery for Children, Wechsler-Verfahren)
- Ausführliche Entwicklungsdiagnostik, wenn eine Intelligenztestung aufgrund der Beeinträchtigung und Kooperationsfähigkeit bzw. des Alters (Säugling, Kleinkind, mentales Alter < 3) nicht möglich ist:
- Erfassung des Entwicklungsstandes (z.B. Bayley Scales of Infant Development, Sensomotorisches Entwicklungsgitter, Denver-Entwicklungsskalen, Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik, Ordinalskalen zur sensomotorischen Entwicklung)
- Erfassung von Leistungen mit speziellen standardisierten Verfahren für die zugrunde liegende Subpopulation (z.B. Snijders-Oomen Nonverbaler Intelligenztest, Testbatterie für geistig behinderte Kinder, TBGB)
- Arbeitsproben (z.B. Malen, Spielen, Alltagsfertigkeiten beim Essen, Anziehen usw.; Kulturtechniken)
 - Erfassung spezieller Funktionen (z.B. neuropsychologische Verfahren, BLN-K, TÜKI, Heidelberger Sprachentwicklungstest HSET, Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung FEW, Körperkoordinationstest für Kinder KTK, spezielle Untertests der Leistungsverfahren oder Skalen der Entwicklungsverfahren)
- Fragebogen zur Erfassung des Verhaltens und der gegenwärtigen sozialen Anpassungsfähigkeit (z.B. Verhaltensfragebogen für Entwicklungsstörungen VFE, Vineland Social Maturity Scale, deutsche Kurzform; Vineland Adaptive Behavior Scales, American Association on Mental Retardation, Adaptive Behavior Scale, Heidelberger Kompetenzinventar für geistig Behinderte).

Medizinische Labor Diagnostik

Im Einzelfall können indiziert sein:

- Sprach- und Hörprüfung
- Elektrophysiologische Untersuchungen
- Neuroradiologische Untersuchungen
- Biochemische Untersuchungen
- Serologisch-immunologische Untersuchungen
- Hormonanalysen
- Liquor-Untersuchungen
- Biopsien
- Zytogenetische und molekulargenetische Untersuchungen (z.B. bei Down-Syndrom, Fragilem-X-Syndrom, Angelman-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Williams-Beuren-Syndrom, Rubinstein-Taybi-Syndrom, Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom sowie Suche nach Mikrodeletionen bei unspezifischer geistiger Behinderung).

2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

Differenzialdiagnostisch sind abzugrenzen:

- Umschriebene Entwicklungsstörungen (Teilleistungsstörungen)
- Lernstörungen ohne Intelligenzminderung
- Tief greifende Entwicklungsstörungen (F84)
- Demenz
- Desintegrative Psychosen (F84.3)
- Seh-, Hör- oder Sprachstörung

- Misshandlung oder massive Vernachlässigung des Kindes

2.7 Entbehrliche Diagnostik

Keine Angaben

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

- Es muss eine Störung im Intelligenzniveau und eine Störung der Anpassung an die Anforderungen des alltäglichen Lebens bestehen (s. Kap. 1.1, 1.3).
- Die Intelligenzminderung wird gemäß ICD-10-Kriterien erfasst, nach MAS auf Achse III kodiert.
- Sie bezieht sich auf eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehengebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten.
- Die Informationen zur Beurteilung beruhen auf klinischem Eindruck, Anpassungsverhalten und psychometrischen Befunden.

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Die psychiatrische Komorbidität wird auf der Achse I erfasst, das spezifische körperliche Syndrom auf Achse IV, die begleitenden abnormen psychosozialen Bedingungen auf Achse V und die Beurteilung der psychosozialen Anpassung auf Achse VI gemäß MAS.

Eine psychiatrische Komorbidität ist bei Personen mit Intelligenzminderung mindestens 3- bis 4-mal häufiger als in der Normalbevölkerung; sie wird wahrscheinlicher, je schwerer der Grad der Intelligenzminderung ist. Ebenso ist eine mit dem Schweregrad assoziierte Häufung der Prävalenz für spezifische körperliche Beeinträchtigungen und Fehlbildungen zu beachten.

Die Beurteilung der psychosozialen Anpassung ist von wesentlicher Bedeutung für die Schweregradeinteilung.

Aufgrund der beeinträchtigten Fähigkeit zur sprachlichen Verständigung bei schwereren Intelligenzminderungen ist die Diagnostik psychiatrischer Störungen erheblich erschwert und in hohem Maße von Verhaltensbeobachtung, anamnestischen Kenntnissen und fremdanamnestischen Angaben abhängig.

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des Vorgehens

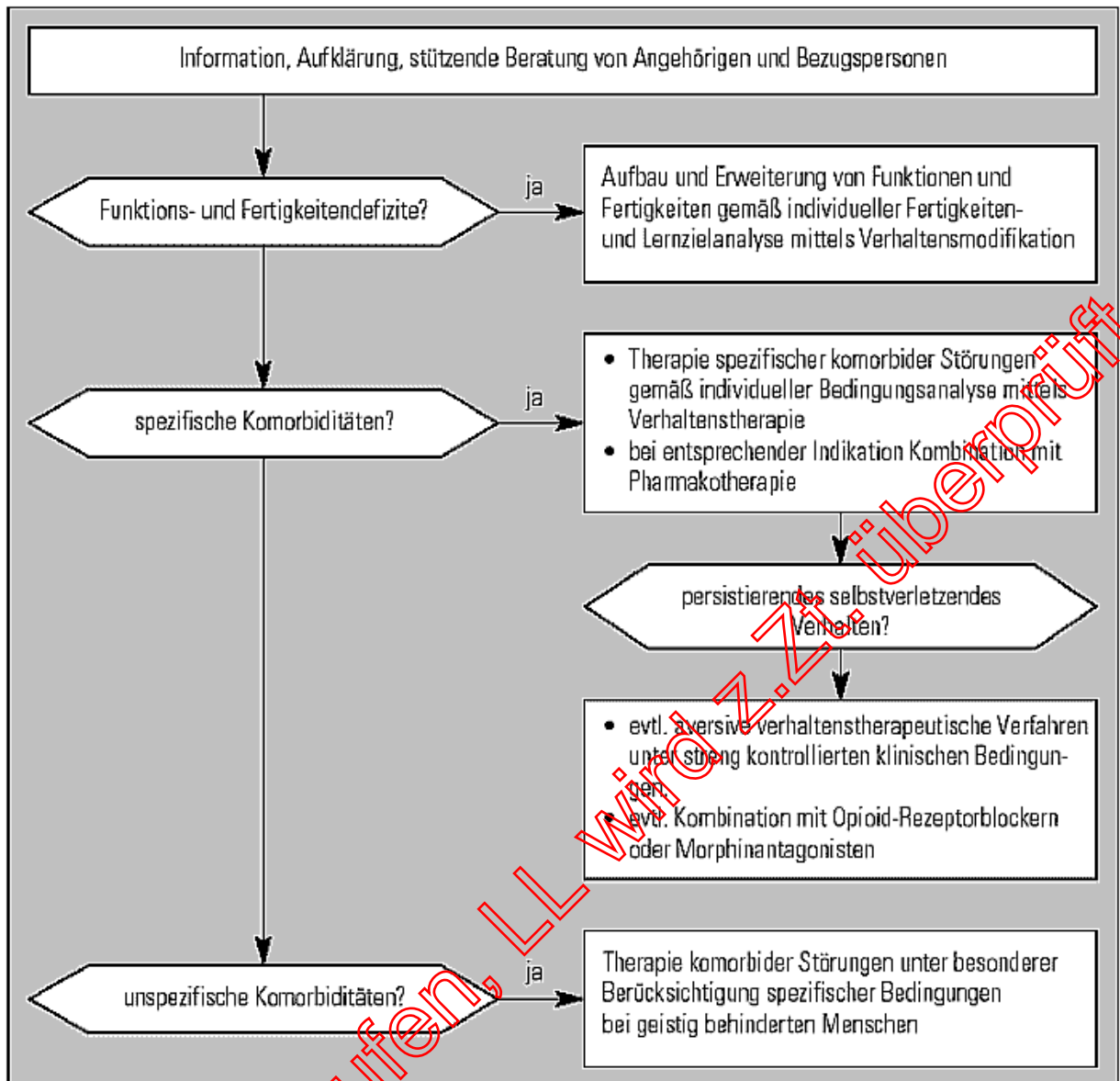
- Zur Differenzialdiagnostik siehe Abbildung 23.
- Zum therapeutischen Vorgehen siehe Abbildung 24.

4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Behandlungen von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung sollten, wann immer möglich, im vertrauten Lebensumfeld durchgeführt werden. Je nach Schweregrad werden Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung ganz oder teilweise in spezialisierten Einrichtungen betreut und beschult. Insbesondere Behandlungen, die auf den Aufbau und die Erweiterung von Funktionen und Fertigkeiten abzielen, sind daher in der Regel ambulant unter Einschluss gezielter Anleitungen für Eltern sowie Pflege-, Erziehungs- und Betreuungspersonal durchzuführen. Stationäre oder teilstationäre kinderpsychiatrisch-psychotherapeutische Interventionen können indiziert sein, wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichend erfolgreich sind, z.B. infolge mangelnder Ressourcen in der Familie oder in der betreuenden Einrichtung bei besonders ausgeprägten komorbiden Störungen.

Abb. 24: Interventionen bei geistiger Behinderung



4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

(s. Abb. 24)

Jeder Behandlung sollte eine sorgfältige Information und Aufklärung über die Art der Behinderung, ihre speziellen Auswirkungen auf das Erlernen sozial adaptiver Fertigkeiten, auf die Bewältigung von Anforderungen des täglichen Lebens (z.B. im Kontakt mit anderen Menschen) sowie auf die Verarbeitung und Bewältigung von Gefühlszuständen (z.B. Angst, Freude, Traurigkeit) vorausgehen.

Training lebenspraktischer Fertigkeiten

Die Auswahl und Hierarchisierung von Behandlungszielen zum Aufbau und zur Erweiterung von Funktionen und Fertigkeiten sollte im Rahmen einer stützenden Beratung mit den Angehörigen bzw. zuständigen Bezugspersonen und, soweit dies möglich ist, auch mit dem Patienten selbst besprochen werden.

Ziele für Trainingsmaßnahmen können z.B. angemessenes Toilettenverhalten, Körperpflegeverhalten, selbstständiges An- und Auskleiden, Essverhalten, soziale Fertigkeiten, praktische Problemlösefertigkeiten, Ausdauer und Konzentration und anderes mehr sein. Die Ziele sollten im Hinblick auf ihre jeweilige Bedeutung für die Gesamtsituation des Patienten (d.h. das Ausmaß seiner Abhängigkeit von anderen Menschen bzw. seine Möglichkeiten zu selbstbestimmtem Handeln, Bewegungsfreiheit, Eigenständigkeit) hierarchisiert werden.

Im Bereich des Aufbaus und der Erweiterung von Funktionen und Fertigkeiten werden die folgenden Methoden angewendet:

- Methoden der Verhaltensmodifikation (operante Konditionierung, sukzessive Approximation, Generalisationslernen)
- Methoden des Eltern- und Mediatorentrainings.

Diese Behandlungen basieren immer auf sorgfältigen Analysen des individuell vorhandenen Funktions- und Fertigkeitenniveaus sowie auf einer Operationalisierung von zielorientierten Teillernschritten. Das gezielte Training lebenspraktischer Fertigkeiten soll die Kompetenz zu eigenständiger Lebensbewältigung anheben und dient auch der Prävention von sekundären Verhaltens- und Emotionsstörungen (Hospitalismus).

Behandlung komorbider Störungen

Der Aufbau und die Erweiterung von Funktionen und Fertigkeiten können erschwert werden durch spezifische

psychische Störungen. Einige Störungen machen spezielle Interventionen erforderlich:

- Bei autistischem Verhalten sind besondere Akzente hinsichtlich des Fertigkeitenerwerbs im Bereich der sozialen Funktionen zu setzen, z.B. durch Aufbau von Blickkontakt, Imitationsverhalten, sprachlicher Kommunikation und Interaktion.
- Bei stereotypem und selbstverletzendem Verhalten sind gemäß individueller Bedingungsanalyse verhaltenstherapeutische Verfahren einzusetzen, insbesondere positive Verstärkung von alternativen oder mit dem Problemverhalten unvereinbaren Verhaltensweisen, Stimuluskontrolle, gezielte Beschäftigungs- und Kontaktangebote, funktionelle Kommunikationstrainings, Löschung und Time-out, Over-Correction. Die Kombination mehrerer Techniken ist üblich (IV).
- Bei persistierendem und schwerwiegend selbstverletzendem Verhalten können aversive verhaltenstherapeutische Techniken (z.B. dosierbare elektrische Reize, aversive Gerüche und Sichtblockaden) eingesetzt werden. Solche Verfahren sind insbesondere aus ethischen Gründen umstritten, ihr Einsatz ist nur unter streng kontrollierten klinischen Bedingungen in hierfür ausgestatteten und mit diesen Techniken vertrauten Behandlungszentren vertretbar (IV).
- Bei akuter motorischer Unruhe und Erregung, Affektdurchbrüchen und Erregungszuständen, aber auch zur Verminderung von autistischem und stereotypem Verhalten kann der Einsatz von Neuroleptika zusätzlich erwogen werden (III).
- Für die Therapie unspezifischer psychischer Störungen bei Personen mit Intelligenzminderungen gelten im Grundsatz die gleichen Prinzipien wie bei nicht intelligenzgeminderten Personen. Es sind jedoch einige Besonderheiten zu berücksichtigen:
 - Für die Psychopharmakotherapie sind Indikationseinschränkungen besonderer Art zu beachten. Die Behandlung von hyperkinetischen Störungen mit Stimulantien ist in der Regel weniger bzw. nur bei höherer Dosierung (0,60 mg/kg) wirksam (II). Zur Behandlung von disruptivem, aggressivem und dissozialem Verhalten kann Risperidon eingesetzt werden (II). Problematisch sind Dauermedikation und hohe Dosen sowie der parallele Einsatz mehrerer Psychopharmaka.
 - Die Möglichkeiten für den Einsatz kognitiver Psychotherapieverfahren sind in Abhängigkeit vom Grad der Intelligenzminderung eingeschränkt. An zentraler Stelle stehen daher einfache, auf den psychologischen Lern- und Verhaltenstheorien basierende Techniken der operanten und klassischen Konditionierung. Die therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen müssen jeweils auf das Entwicklungsalter bezogen sein. Dementsprechend stehen in der Frühförderung sensorisches Training, Sprachtherapie und der Aufbau sozialer und kommunikativer Fertigkeiten mit besonderer Betonung der Elternarbeit (z.B. auch als Mediatoren) im Vordergrund. Im mittleren Kindesalter zielen die Maßnahmen vornehmlich auf sonderpädagogische Förderung, die Erweiterung sozialer Kompetenzen und die Entwicklung der Selbstständigkeit. Ab dem Jugendalter stehen Fragen der beruflichen Eingliederung, der Wohn- und Lebensverhältnisse einschließlich Partnerschaft und Sexualität zur Klärung an.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Die unter 4.2 beschriebenen Interventionsmöglichkeiten sind in der Regel ambulant zu handhaben, wenn die Ressourcen der Familie oder der betreuenden Einrichtung ausreichen und keine besonders ausgeprägten komorbiden Störungen vorliegen.

In aller Regel sind die Kinder mit Intelligenzminderungen im Vorschul- und Schulalter heute im familiären Rahmen führbar und ambulant zu betreuen.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Das Vorgehen entspricht dem unter 4.2 genannten, sofern eine entsprechende Kooperation der Familie bzw. betreuenden Einrichtung möglich ist und die teilstationäre Einrichtung verkehrsmäßig in vertretbarer Zeit zu erreichen ist, sodass eine tägliche Anfahrt und Rückkehr in die Familie möglich wird.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Grundsätzlich gelten die unter 4.2 beschriebenen Interventionsmöglichkeiten. Im stationären Rahmen können insbesondere intensive Übungsbehandlungen unter gleichzeitiger Elternanleitung erfolgen. Insbesondere bei Patienten mit schwergradiger Intelligenzminderung und ausgeprägten komorbiden Störungen können die diagnostischen und therapeutischen Anforderungen so schwierig sein, dass sie zunächst stationär bewältigt werden müssen. Dies gilt auch für die Einleitung pharmakotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Grundsätzlich gelten die unter 4.2 beschriebenen Interventionsmöglichkeiten. Im stationären Rahmen können insbesondere intensive Übungsbehandlungen unter gleichzeitiger Elternanleitung erfolgen. Insbesondere bei Patienten mit schwergradiger Intelligenzminderung und ausgeprägten komorbiden Störungen können die diagnostischen und therapeutischen Anforderungen so schwierig sein, dass sie zunächst stationär bewältigt werden müssen. Dies gilt auch für die Einleitung pharmakotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Behandlung mit speziellen Ernährungen und Diäten sowie Hormonen. Zelltherapie beim Down-Syndrom.

Literatur:

1. Aman MG et al., Double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of disruptive behaviours in children with subaverage intelligence. American Journal of Psychiatry (2002), 159, 1337-1346
2. Aman MG, Buican B, Arnold LE, Methylphenidate treatment in children with borderline IQ and mental retardation: analysis of three aggregated studies. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology (2003), 13, 29-40
3. Bibliographie der Bundesvereinigung Lebenshilfe, Marburg
4. Einfeld S, Tonge B, Steinhausen HC (2002) Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 5. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München
5. Neuhäuser G, Steinhausen HC (Hrg.) (2003) Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation, 3. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
6. Pearson D et al., Effects of methylphenidate treatment in children with mental retardation and ADHD: Individual variation in medication response. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2004), 43, 686-689
7. Sarimski K (1997) Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. Hogrefe, Göttingen
8. Sarimski K (2005) Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. Hogrefe, Göttingen
9. Sarimski K, Steinhausen HC (2006) Geistige Behinderung und schwere Entwicklungsstörung. KIDS Kinder-Diagnostik-System Band 2. Hogrefe, Göttingen
10. Steinhausen HC (2006) Verhaltensfragebogen für Kinder mit Entwicklungsstörungen (VFE). Hogrefe, Göttingen
11. Steinhausen HC, von Aster M (Hrg.) (1999) Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen. 2. Aufl. Beltz-PVU, Weinheim
12. Warnke A, Remschmidt H (2000) Behandlung bei geistiger Behinderung. In: Möller (Hrsg.), Therapie psychiatrischer Erkrankungen, 547-561. Enke, Stuttgart

Verfahren zur Konsensbildung:

Frühere Bearbeiter dieser Leitlinie

H.-C. Steinhausen, H. Lugt, M. von Aster

Jetzige Bearbeiter dieser Leitlinie

H.-C. Steinhausen

Korrespondenz an:

Prof. Dr. med. Dr. phil. H.-C. Steinhausen
Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universität Zürich
Neumünsterallee 9
8032 Zürich
Schweiz

Redaktionskomitee:

federführend
Martin H. Schmidt, Mannheim
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg
Gerhard Lehmkuhl, Köln
Helmut Remschmidt, Marburg
Franz Resch, Heidelberg
Christa Schaff, Weil der Stadt
Andreas Warnke, Würzburg

Erstellungsdatum:

01/1999

Letzte Überarbeitung:

11/2006

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 25.01.2008; 09:53:42

Gültigkeit abgelaufen, LL wird z.Zt. überprüft