

Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung

Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen - Mit Online-
Lehrfilmen

Bearbeitet von
Christian Schanze

1. Auflage 2013. Buch. 496 S.

ISBN 978 3 7945 2951 3

Format (B x L): 16,5 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Sonstige Medizinische Fachgebiete > Psychiatrie,
Sozialpsychiatrie, Suchttherapie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

oder negative Verstärkung durch Wegfall aversiver Emotionen wie Angst diskutiert. Daher stehen, wenn das Verhalten eine behandlungsrelevante Intensität und Häufigkeit erlangt, verhaltenstherapeutische Therapiemethoden an erster Stelle. Oft handelt es sich ursächlich um eine erlernte und habituierte Methode der Selbststimulation in Situationen von Unterstimulation oder Langleweiligkeit. Tagesstrukturierende Maßnahme und deren Visualisierung (vgl. Kap. 26 TEACCH) und/oder basale Stimulation und/oder basale Kommunikation können dabei heilpädagogische Techniken der Behandlung sein.

14.1.3 Fallbeispiel

S., 32 Jahre, kam nach einem Vorgespräch zu einem 4-wöchigen stationären Aufenthalt. Sie litt unter immer wiederkehrenden Essattacken, bei denen sie v.a. Süßigkeiten in großen Mengen in sich hineinschlang. Bereits seit 16 Jahren nahm sie daher kontinuierlich zu. Die Patientin wurde ohne Schilddrüse geboren und in der Vergangenheit häufig neu medikamentös eingestellt, was einen weiteren, das Essverhalten beeinflussenden Faktor darstellte. Das Gewicht bei Aufnahme lag bei 103,6 kg bei einer Größe von 1,60 m.

Therapie: Nach einer internistischen Untersuchung nahm die Patientin an den zum Adipositasprogramm gehörenden sportlichen Aktivitäten teil. Sie erhielt Reduktionskost und im Rahmen einer Ernährungsberatung Informationen über gesunde und kalorienarme Nahrung bzw. angemessenes Essverhalten.

In Einzel- bzw. Gruppengesprächen wurden die dem problematischen Essverhalten zugrunde liegenden Bedingungen in einer Verhaltensanalyse erarbeitet. Dabei zeigte sich, dass negative Emotionen wie subjektiv erlebte Überforderung und Frustration einen klassisch konditionierten Reiz für Heißhungerattacken darstellten. Die kurzfristige Besserung der Befindlichkeit während und

nach dem Konsum von Süßigkeiten stellte im Sinne einer negativen Verstärkung eine aufrecht erhaltende Bedingung für das problematische Verhalten dar.

Im Anschluss wurden mögliche Alternativverhaltensweisen erarbeitet, die es der Patientin ermöglichten, die Verhaltenskette zu einem frühen Zeitpunkt zu unterbrechen und funktionalere Bewältigungsversuche zu wählen.

Die in der Ernährungsberatung erhaltenen Hinweise wie langsames Kauen der Nahrung und Trinken eines kalorienarmen bzw. -freien Getränks vor den Mahlzeiten wurden zusätzlich als wünschenswerte Verhaltensweisen in den für die Zeit nach der Entlassung erstellten Essplan integriert. Zur Etablierung einer hinreichenden Veränderungsmotivation wurden zudem positive Aspekte einer weiteren Gewichtsreduktion erarbeitet und Teilzielgewichte festgelegt.

S. konnte ihr Gewicht während ihres stationären Aufenthalts um 4 kg reduzieren. In einer Nachbefragung, die 7 Wochen nach ihrer Entlassung stattfand, gab sie an, bewusst auf kalorienreiche Nahrung zu verzichten und am Sport- und Aktivitätsprogramm der Werkstatt für Behinderte teilzunehmen. Ihr Gewicht konnte sie um weitere 2 kg reduzieren.

14.2 Schlafstörungen

Peter Martin

14.2.1 Allgemeine Fakten

Angaben über die Häufigkeit, mit der Schlafstörungen bei Personen mit geistiger Behinderung auftreten, variieren sehr stark, zwischen 15 und 85 % (Didden u. Sigafos 2001). Die Befragung von mehr als 1 000 erwachsenen Personen mit geistiger Behinderung in einem definierten geografischen Gebiet konnte signifikante Schlafstörungen bei

7,5% in Fällen von leichter und bei 15% in Fällen mit schwerster geistiger Behinderung aufzeigen (Boyle et al. 2010). In einer aktuellen Metaanalyse von Publikationen zu Schlafstörungen bei Kindern mit mehrfachen Behinderungen, in der mehr als 4500 Individuen erfasst wurden, konnten Ein- und Durchschlafstörungen sowie Früherwachen bei 65% der Kinder mit spezifischen Diagnosen (Down-Syndrom, Angelman-Syndrom etc.) und bei 76% der Kinder in Untersuchungsgruppen mit unterschiedlichen Diagnosen festgestellt werden; bei Kindern mit schwerer globaler Gehirnschädigung war der Schlaf in mehr als 90% gestört (Tietze 2012).

Schon ältere Publikationen weisen auf den sehr unregelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus bei Menschen mit schwerster geistiger Behinderung und entsprechend ausgedehnten Gehirnschädigungen hin, wobei in Extremfällen ein fast durchgehender schlafähnlicher Zustand („monostage sleep“) mit klinisch und physiologisch kaum zu unterscheidenden Wach- und Schlafphasen beschrieben ist (Espie et al. 1998; Landesman-Dwyer u. Sackett 1978; Okuwa u. Sasaki 1987).

Allgemein wurden Störungen des Schlafes bzw. des Schlaf-Wach Rhythmus bei Personen mit Intelligenzminderung bzw. Entwicklungsstörungen in wissenschaftlichen Untersuchungen meist lediglich durch Befragung von Angehörigen und Betreuern, jedoch nicht über klinische Beobachtung oder die Aufzeichnung definierter physiologischer Parameter (Polysomnografie) erfasst. So haben die meisten Studien nur Aussagen über Häufigkeit von Ein- und Durchschlafstörungen sowie Früherwachen zum Ergebnis. Es konnte auch gezeigt werden, dass dort, wo abnorme Befunde bei Kindern mit geistiger Behinderung in der Polysomnografie erhoben wurden, die Befragung der Eltern nur in etwa einem Drittel der Fälle mit

diesen Befunden korrespondierte (Shott et al. 2006). Dieser Umstand und auch die erhebliche Heterogenität der Untersuchungsgruppen dürfte für die sehr unterschiedlichen Häufigkeitsangaben für gestörten Schlaf bei geistiger Behinderung verantwortlich sein. Aber auch dort, wo in Studien objektive schlafbezogene Parameter bestimmt wurden, gingen diese teilweise unterschiedlich in diagnostische Kriterien ein, weshalb Häufigkeitsangaben oft nicht vergleichbar sind (Churchill et al. 2012). Andererseits sind natürlich Menschen mit schweren Entwicklungsstörungen sehr oft gar nicht in der Lage, sich einer polysomnografischen Untersuchung zu unterziehen. Dann wird es unmöglich, differenzierte diagnostische Kriterien zu erfassen (Walters et al. 2007a).

Unstrittig ist jedoch, dass Menschen mit Intelligenzminderung vielfältigen Risikofaktoren unterliegen, die das Auftreten von Schlafstörungen begünstigen. Hier sind syndromale (z. B. beim Down-Syndrom), anatomische (bei verschiedenen genetischen Syndromen oder Cerebralparesen), psychologische bzw. psychosoziale Faktoren (z. B. Lebensbedingungen in einem Wohnheim) sowie Einflussgrößen, die sich aus Komorbiditäten ergeben (z. B. Epilepsien, psychische Störungen, schmerzhafte Zustände und Erkrankungen, u. a. bei Refluxösophagitis, Cerebralparesen) zu nennen.

14.2.2 Klassifikation der Schlafstörungen

Die Einteilung der unterschiedlichen Formen gestörten Schlafes sollte sich auch bei Personen mit Entwicklungsstörungen an der internationalen Klassifikation der Schlafstörungen in ihrer zweiten Version (ICSD-2) orientieren (American Academy of Sleep Medicine 2005). In diese sind insgesamt 81 unterschiedliche Störungen aufgenommen,

die acht Hauptkategorien zugeordnet werden (Tab. 14-4).

Entsprechungen der ICSD-2 finden sich in der International Classification of Diseases der WHO (ICD-10) vor allem in den F51-Kodierungen („Schlafstörungen, die nicht auf eine Substanz oder auf bekannte physiologische Mechanismen zurückgeführt werden können“), den G47-Kodierungen („organische Schlafstörungen“) sowie auch vereinzelt innerhalb anderen (R-, Z-, N-, P-, A-) Kodierungsgruppen und in anderen G- oder F-Subgruppen. So werden u. a. die primären Insomnien oder die Hypersomnien, der *Pavor nocturnus* und das Schlafwandeln unter den ICD-10 Ziffern F51 aufgelistet und z. B. Störungen des circadianen Rhythmus, schlafgebundene Atemstörungen, Narkolepsie, REM-schlafgebundene Verhaltensstörungen sowie schlafgebundene Bewegungsstörungen unter G47 (das Restless-Legs-Syndrom erhält jedoch die Kodierung G25.81). Sprechen im Schlaf, Einschlafmyoklonien, Schnarchen und hypnagoger Fußtremor oder schlafgebundene Kopfschmerzen sind, neben anderen Schlafsymptomen, bei den R-Ziffern zu finden und dem Einnässen im

Schlaf ist die Ziffer N39.44 zugeordnet (WHO). Die Klassifikationssysteme lassen, unter definierten Voraussetzungen Mehrfachdiagnosen von Schlafstörungen zu (Thorpy 2012).

14.2.3 Formen der Schlafstörungen – Besonderheiten bei Menschen mit geistiger Behinderung

Insomnien

Insomnien können in die primären und die sekundären Insomnien unterteilt werden. Letztere treten in der Folge einer körperlichen oder psychischen Erkrankung oder deren medikamentösen Behandlung auf (Thorpy 2012). Diese Gruppe von Schlafstörungen kommt bei Personen mit geistiger Behinderung häufig im Rahmen von schmerzhaften Zuständen, bei aktiven Epilepsien, affektiven Störungen oder im Rahmen der antikonvulsiven bzw. psychopharmakologischen Behandlung vor.

Für die Entstehung von primären Insomnien können sowohl intrinsische als auch extrinsische Faktoren verantwortlich sein. Anpassungsinsomnien, die an besondere Stressoren gebunden sind, können bei Personen mit Entwicklungsstörungen z. B. im Rahmen von Wochenendaufenthalten in der Familie bzw. bei Rückkehr von denselben in die Wohneinrichtung oder auf Freizeiten auftreten (Haynes et al 2012; Thorpy 2012). Ein-, Durchschlafstörungen und Früherwachen, die durch äußere Bedingungen wie z. B. eine unbequeme Matratze, unruhiges Verhalten des Zimmernachbarn oder sonstige Umgebungsgeräusche bedingt sind, bleiben bei Personen, die sich verbalsprachlich nicht äußern können, häufig lange Zeit in ihrer Verursachung unklar. Sie sind, entsprechend der AASM-Klassifikation als umgebungsabhängige Schlafstörungen (in der Gruppe

Tab. 14-4 Klassifikation der Schlafstörungen (International Classification of Sleep Disorders, ICSD-2)

Hauptgruppen
1. Insomnien
2. schlafbezogene Atemstörungen
3. Hypersomnien zentralen Ursprungs
4. Störungen des circadianen Rhythmus
5. Parasomnien
6. schlafbezogene Bewegungsstörungen
7. isolierte Symptome, offensichtliche Normvarianten und noch nicht sicher zuzuordnende Symptome
8. andere Schlafstörungen