



dgsgb

**Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**

**Michael Seidel
(Hrsg.)**

Zwänge, Tics und Stereotypien bei Menschen mit geistiger Behinderung

**Eine therapeutische und pädagogische
Herausforderung**

**Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb am
5.3.2005 in Kassel**

**Materialien der DGSGb
Band 11**

Berlin 2005

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte Informationen sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 3-938931-10-8

© 2005 Eigenverlag der DGSGb, Berlin

Internet: klaus.hennicke@gmx.de

1. Aufl. 2005

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Printed in Germany.

Druck und Bindung: Copyhaus Vervielfältigungs GmbH Berlin

Zwänge, Tics und Stereotypien bei Menschen mit geistiger Behinderung

Eine therapeutische und pädagogische Herausforderung

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGGB am 3.12.2004 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Michael Seidel Zwänge, Tics und Stereotypien bei Menschen mit geistiger Behinderung – Einführung in das Thema und Begriffsklärung	4
Klaus Sarimski Stereotypien bei schwerer geistiger Behinderung und speziellen Störungsbildern	13
Jürgen Seifert Zwänge und Tics - Erscheinungsbilder und Therapie	19
Martin Menzel Stereotypien und Manieren im Rahmen schizophrener Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung	30
Rositta Symalla Die Funktion von Stereotypien bei Menschen mit autistischen Störungen – eine Herausforderung für Pädagogen und Therapeuten	40
Autoren	50

Zwänge, Tics und Stereotypien bei Menschen mit geistiger Behinderung – Einführung in das Thema und Begriffsklärung

Michael Seidel

Einführung

Mit dem Thema des heutigen Tags „Zwänge, Tics und Stereotypien bei Menschen mit geistiger Behinderung“ haben wir, die DGSGb, als Veranstalter der heutigen Arbeitstagung offenkundig das Interesse vieler getroffen. Das zeigt die überraschend hohe Teilnehmerzahl am heutigen Tage.

Ich habe es übernommen, in das Thema einzuführen und einige der heute wiederholt eine Rolle spielenden Begriffe zu erklären und zu definieren.

Sie alle wissen, Menschen mit geistiger Behinderung weisen oft eigenartige, sich schematisch wiederholende Bewegungen oder Handlungsweisen ohne erkennbaren Zweck und ohne erkennbares Ziel auf. Dies trifft bekanntlich besonders für Menschen mit schweren geistigen Behinderungen zu. Verlässliche Statistiken über die Häufigkeit solcher Phänomene gibt es nur wenige. Häufig die Untersuchungen nur an ausgewählten Stichproben durchgeführt worden oder die erfassten Phänomene sind jeweils sehr unterschiedlich beschrieben worden.

Auch die im Alltag verwendeten Bezeichnungen für solche Phänomene sind wenig systematisch. Sie variieren oft von Einrichtung zu Einrichtung oder von Person zu Person. Jeder von Ihnen wird manchmal geradezu „privatsprachlich“ zu nennende Bezeichnungen für bestimmte auffällige Verhaltensweisen kennen. Beispiele zu nennen möchte ich unterlassen. Es ist also eine verbindliche Begriffsklärung auf dem Hintergrund eines wissenschaftlichen Verständnisses dringend notwendig. Das ist mehr als nur eine akademische Spielerei. Eine treffender Begriff, noch besser eine gute Beschreibung weisen nämlich oft den Weg zur richtigen Diagnose und diese wiederum evtl. auch den Weg zur richtigen Behandlung, falls eine solche verfügbar ist.

Zwänge, Tics und Stereotypien kann man ganz nüchtern als Verhaltensauffälligkeiten beschreiben. Damit hat man aber noch nichts erklärt. Schon gar nichts hat man darüber in Erfahrung gebracht, was man therapeutisch tun kann, um dieses Verhalten zu lindern oder abzustellen, wenn es erhebliche Risiken, Gefährdungen oder Beeinträchtigungen der Lebensqualität mit sich bringt. Vielen Zwängen, Tics und Stereotypien liegen definierbare psychische Störungen (Krankheiten) oder umschriebene genetisch bedingte Behinderungssyndrome zugrunde. Solche psychische Störungen, auch als psychische Krankheiten bezeichnet, zu denen Zwänge, Tics und Stereotypien als deren Symptome gehören, sind beispielsweise Autismus, schizophrene Erkrankungen, Zwangserkrankungen oder Ticserkrankungen. Eine Reihe von spezifischen Behinderungssyndromen ist ebenfalls durch Zwänge, Tics oder Stereotypien gekennzeichnet. Aus der großen

Zahl solcher Behinderungssyndrome möchte ich nennen: Das Rett-Syndrom, das Cri-du-Chat-Syndrom, das Cornelia-de-Lange-Syndrom, das Lesch-Nyhan-Syndrom, das Prader-Willi-Syndrom, das Angelman-Syndrom und schließlich das Fragiles-X-Syndrom. Auf den Problemkreis der umschriebenen genetisch bedingten Behinderungssyndrome wird ein späterer Beitrag eingehen.

Wenn wir Verhaltensauffälligkeiten feststellen, können wir verschiedene Gründe oder Ursachen dafür suchen, darunter:

- Reaktionen auf eine über- oder unterfordernde Umwelt
- Suche nach Kommunikation
- Autismus
- Psychische Störungen
- Körperliche Krankheitsbilder (z. B. auch Epilepsie)
- Verhaltensphänotypen.

Im Falle einer psychischen Krankheit, einer sog. psychischen Störung, ist die Verhaltensauffälligkeit also *Symptom* der Krankheit selbst oder eine *Reaktion* der Person auf die Krankheit oder Störung. Wenn jemand sehr erregt und übergriffig wird, kann dieses beispielsweise Symptom einer manischen Erkrankung sein. Wenn jemand sich still zurückzieht, kann dies unmittelbarer Ausdruck einer Antriebshemmung im Rahmen einer depressiven Störung oder auch die Reaktion auf eine psychotisch bedingte Wahnsymptomatik im Rahmen einer Schizophrenie sein.

Bei Verhaltensauffälligkeiten sind also stets mehrere Fragen zu beantworten: Wann tritt die Verhaltensauffälligkeit auf? Seit wann tritt die Verhaltensauffälligkeit auf? Was geschieht, wenn die Verhaltensauffälligkeit auftritt? Welchen Zweck hat die Verhaltensauffälligkeit scheinbar oder offenbar? Warum tritt die Verhaltensauffälligkeit auf? Alle diese Fragen muss man systematisch abzuklären versuchen – stets wissend, dass manche Antwort nur scheinbar plausibel ist, dass manche Antwort eher dem eigenen Erklärungsbedürfnis als der Realität entspringt. Man muss bedenken, dass sich die Akzente verschieben können. Aus einem Warum kann ein Wozu werden: Z. B. jemand hat ein bestimmtes Verhalten zunächst wegen eines körperlichen Schmerzes gezeigt und dann Schritt für Schritt gelernt, dass er dabei Zuwendung erhält. Damit kann sich dieses als nützlich erlernte Verhalten gleichsam verselbständigen und dann zweckhaft eingesetzt werden.

Die Aspekte der Analyse können einander also ergänzen und im Verlaufe der Zeit unterschiedliche Akzente erhalten.

Begriffserklärungen, Definitionen

In meinem Beitrag kommt es vor allem auf die Klärung wichtiger Begriffe an. Im Folgenden möchte ich deshalb einige Erklärungen und Definitionen für die wichtigsten Begriffe vornehmen:

Zwang

Das psychopathologische Phänomen Zwang ist bereits seit dem 19. Jahrhundert bekannt. Die im Grunde noch bis heute im Wesentlichen gültige Erstbeschreibung

erfolgte durch den Berliner Psychiater und Neurologen Carl WESTPHAL (1833 – 1890) in einem Vortrag vor fast 130 Jahren vor der Berliner medicinisch-psychologischen Gesellschaft. Dieser Vortrag wurde später schriftlich publiziert, daher können wir ihn noch heute zitieren. Carl WESTPHAL führte aus: *„Unter Zwangsvorstellungen verstehe ich solche, welche bei übrigens intacter Intelligenz und ohne durch einen Gefühls- oder affectartigen Zustand bedingt zu sein, gegen und wider den Willen des betreffenden Menschen in den Vordergrund des Bewusstseins treten, sich nicht verscheuchen lassen, den normalen Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, welche der Befallene stets als abnorm, ihm fremdartige anerkennt und denen er mit seinem gesunden Bewusstsein gegenübersteht“* (WESTPHAL 1877, 669).

Viel später beschrieb der Schweizer Psychiater Christian SCHARFETTER das psychopathologische Symptom Zwang mit folgenden anschaulichen Worten: *„Zwänge sind imperative Erlebnisse, die mit dem Gefühl der Unausweichlichkeit und Machtlosigkeit des eigenen willentlichen Widerstrebens erfahren werden und die sich trotz des Widerstandes des Kranken, der die Zwänge in selbstreflexiver Stellungnahme als unsinnig, unangemessen (d. h. ohne Grund beherrschend) erkennt, aufdrängen... Der Kranke erkennt den Zwang als etwas von ihm Selbstausgehendes (im Gegensatz zu den „Befehlen“ und der Fremdbeeinflussung schizophrener)... Zwänge müssen inhaltlich an sich nicht unsinnig sein. Als unsinnig oder jedenfalls ungerechtfertigt wird aber ihre Persistenz und Penetranz und ihre Neigung zum ständigen gleichförmigen Wiederholen empfunden.“* (SCHARFETTER 1976, 207)

Der Psychiater Kurt SCHNEIDER (1887 – 1967) schrieb: *„Zwang ist, wenn jemand Bewusstseinsinhalte nicht loswerden kann, obschon er sie gleichzeitig als inhaltlich unsinnig oder wenigstens als ohne angemessenen Grund beherrschend und beharrend beurteilt.“* (SCHNEIDER 1987, 50f)

Die zitierten Definitionen lenken die Aufmerksamkeit vor allem auf die Teilphänomene des komplexen Phänomens Zwang, die sich nur in Gedanken und Vorstellungen abspielen. Man nennt diese deshalb *Zwangsideen, Zwangsgedanken* und *Zwangsvorstellungen*. Darüber hinaus gibt es nicht nur solche sozusagen rein kognitiven Phänomene des Zwangs, sondern auch Handlungsimpulse, die zwanghaft auftreten, und Zwangshandlungen, die sich gegen den Widerstand des Betreffenden durchsetzen. Die Letztgenannten nennt man *Zwangsimpulse* und *Zwangshandlungen*.

Zwangssymptome der genannten Formen kommen nun nicht nur bei Zwangsstörungen (früher auch als Zwangsneurose bezeichnet) vor. Sie können auch im Rahmen organischer Hirnschädigungen oder im Rahmen anderer seelischer Erkrankungen als Symptome auftreten. Die Zwangsstörungen haben in den letzten Jahrzehnten zunehmend das Interesse der Psychiatrie und auch der Öffentlichkeit gewonnen. Sie bedeuten für die betroffenen Menschen ganz erhebliche Einschränkungen in der Lebensbewältigung und in der Lebensqualität. Die Internationale Statistik zur Klassifikation der Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme, die ICD-10, verlangt eine Reihe von Kriterien, damit die Diagnose einer *Zwangsstörung* verwendet werden kann:

- Die Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen müssen wenigstens zwei Wochen lang an den meisten Tagen bestehen,
- die Symptome müssen quälend oder störend sein,

- die Symptome müssen folgende Merkmale aufweisen:
 - Sie müssen als eigene Gedanken oder Impulse erkennbar sein, wenigstens einem der Symptome muss noch – wenn auch erfolglos – Widerstand geleistet werden,
 - Gedanken oder Handlungen dürfen nicht an sich angenehm sein
 - und sie müssen sich in unangenehmer Weise wiederholen.

Wir merken uns: Zwangssymptome treten gegen den Widerstand und gegen die inhaltliche Kritik des Betroffenen wiederholt und relativ gleichförmig auf. Die Zwangssymptomatik im Einzelfall kann sehr komplex sein, also verschiedene Zwangsideen, Zwangsimpulse und Zwangshandlungen umfassen.

Mit der Anwendung dieser strengen Kriterien für das psychopathologische Phänomen Zwang gerät man bei Menschen mit geistiger Behinderung oft in ein *diagnostisches Dilemma*: Die und die kritische Einschätzung der Zwangssymptomatik als unsinnig und inadäquat sowie die subjektive Auflehnung setzen doch ein erhebliches Maß selbstkritischer und kritischer Kompetenzen voraus. Die subjektive Kritik mitzuteilen verlangt einerseits die Fähigkeit, innerpsychische Vorgänge zu vergegenwärtigen (Introspektionsfähigkeit), andererseits deutliche Kompetenzen auf dem Gebiet sprachlich-begrifflicher Mitteilungsfähigkeit. So kommt man u. U. zu der Konsequenz, dass eine bestimmte Person mit einer schweren geistigen Behinderung eine Symptomatik aufweist, die tatsächlich zu einer Zwangsstörung im engeren Sinne gehört, das andererseits diese Diagnose nicht oder nur unter Vorbehalt gestellt werden kann.

Tics

Den Zwangsphänomenen sind einige andere Phänomene erscheinungsbildlich sehr ähnlich. Trotzdem oder auch deshalb muss man diese gleichwohl von jenen streng unterscheiden.

Deshalb sollte man – anders als das leider vielfach in der wissenschaftlichen Literatur geschieht – diese Phänomene ungeachtet vieler Ähnlichkeiten (Wiederholung, Gleichförmigkeit usw.) nicht als Zwang bezeichnen, bestenfalls als zwangartig oder zwangsähnlich. Worum handelt es sich? Es handelt sich

- um motorische und vokale Tics,
- um Stereotypien und Rituale,
- Rituale und
- um Manieren und Manierismen.

Zuerst möchte ich die *Tics* erklären, die ihrerseits eine sehr differenzierte Gruppe von Erscheinungen darstellen. Auf die anderen Phänomene komme ich später zurück.

Unter *Tics* versteht man allgemein rasch sich wiederholende, unwillentliche Bewegungsabfolgen in einem Muskel oder einer Muskelgruppe ohne einen deutlichen Bewegungszweck. Beispiele sind: Blinzeltic, Gesichtstic, Schnüffeltic, Räuspertic, Hustentic, Belltic usw. (nach PETERS 1990, 530).

„Tics sind rasche, nicht zweckgebundene, intermittierende, oft stereotype unwillkürliche Kontraktionen funktionell zusammengehörender Muskelgruppen, welche zu Bewegungen (motorische Tics) oder zu Lautäußerungen (vokale Tics)

führen. Sie treten normalerweise plötzlich auf und sind kurz (klonische Tics) oder langsam und andauernd (dystone Tics).“ (ROLAK 2001, 264)

Typisch ist die kurzzeitige willentliche Unterdrückbarkeit. Häufig tritt vor der Ausführung der Tics ein Spannungsgefühl auf, das nach der Ausführung der Tics einem kurzzeitigen Gefühl der Erleichterung weicht.

Manche Patienten erleben die Tics als willkürliche, von einem Drang zur Bewegungsausführung ausgelöste Bewegungen. Gerade das zuletzt erwähnte Merkmal des Drangs zur Bewegungsausführung belegt deutlich die Beziehung des Tic-Komplexes zur Zwangssymptomatik.

Im Hinblick auf die Erscheinungsbilder von *motorischen Tics* unterscheidet man *einfache* und *komplexe motorische Tics*. Die *einfachen motorischen Tics* werden in klonische Tics (Blinzeln, Stirnrunzeln, Kopfdrehen) und dystone Tics (Bauchanspannung, Blepharospasmus, Bruxismus, okulogyre Bewegungen, Schulterzucken, verlängerte Mundöffnung) eingeteilt.

Bei den *komplexen motorischen Tics* kennt man Kopropraxie (obszöne Gesten), Echopraxie (Imitation von Gesten), Kopfschütteln, Stoßen, Schlagen, Springen, Treten, Werfen, Berühren.

Unter den *vokalen Tics* unterscheidet man *einfache* und *komplexe vokale Tics*. Unter den *einfachen vokalen Tics* sind Blasen, Hüsteln, Grunzen, Schreien, Niesen, Quietschen, Saugen, Räuspern zu nennen.

Unter den *komplexen vokalen Tics* kennen wir die Koprolalie (das zwanghafte Aussprechen obszöner, unanständiger Wörter oder Silben), Echolalie (das zwanghafte Wiederholen von Passagen einer Anrede oder einer Frage eines Dritten), die Palilalie (das Wiederholen von Wortteilen oder Silben, die selbst gesprochen werden). (vgl. ROLAK 2001, 264f)

Tics werden im Allgemeinen vom Betroffenen selbst bemerkt und natürlich auch als störend empfunden. Menschen mit geistiger Behinderung sind aber zu dieser Selbstwahrnehmung oder ihrer Mitteilung möglicherweise nicht in der Lage.

Stereotypien und Rituale

Eine andere Gruppe von Phänomenen, die ein sehr differenziertes Spektrum von Erscheinungen umfasst, sind die Stereotypien. Unter *Stereotypien* versteht man auffällig gleichförmige, kaum oder gar nicht variierte Gesten, Mienen, Haltungen oder Bewegungen, die dauernd beibehalten und ohne erkennbaren Situationsbezug und ohne Situationsadäquatheit wiederholt werden. (vgl. PETERS 1978, 504; SCHARFETTER 1976, 204f)

Man unterscheidet

- Bewegungstereotypien,
- Handlungstereotypien,
- Haltungstereotypien,
- Stereotypien des Ortes des Aufenthaltes,
- sprachliche Stereotypien (auch Verbigerationen genannt) und
- musikalische Verbigerationen.

Unter den *Bewegungstereotypien* kann man wiederum die *Stereotypien der Mimik* (Paramimie), *Stereotypien der Gestik* (Parakinesen) und *Stereotypien der lokomotorischen Bewegungen* unterscheiden. Zum Beispiel: Der Betreffende zieht ohne erkennbaren Anlass Grimassen beim Reden.



Abb. 39. Grimassierender Katatoniker.



Abb. 35. Spontane Haltung eines Katatonikers, zuerst dauernd, dann nur eingenommen, wenn der Arzt erschien.

Ich zeige zur Veranschaulichung einige Bilder aus dem klassischen psychiatrischen Lehrbuch von Eugen BLEULER (BLEULER 1943).

Bei den *Handlungstereotypien* laufen bestimmte, zumeist zwecklose Handlungen in einer auffällig gleichförmig-starren Weise ab. So wird beispielsweise der Türrahmen immer wieder berührt bei jedem Durchtritt durch eine Tür. Oder vor jedem Hinsetzen muss der Betreffende einen Tisch mehrmals umkreisen.

Bei den *Haltungstereotypien* werden bestimmte starre Haltungen so oft wie möglich eingenommen. Der Betreffende sitzt in einer eigenartigen Weise auf einer Bank, steht vornüber gebeugt in einer Zimmerecke, biegt dabei den Kopf zurück oder hält die Arme merkwürdig angewinkelt usw.

Stereotypien des Ortes des Aufenthaltes liegen vor, wenn jemand schematisch immer wieder – ohne Rücksicht auf die Situation und ihre Anforderungen – einen bestimmten Ort aufsucht und sich dort länger aufhält. So kann sich jemand regelmäßig unmittelbar nach dem Essen in eine Zimmerecke zurückziehen, dort hinhocken, auf ein Sofa setzen usw. Der entscheidende Unterschied zu bloßen Gewohnheiten liegt in der schematischen Starre des Ablaufs, der sich gewissermaßen ohne Rücksicht auf die

Situationsangemessenheit durchsetzt. Im konkreten Einzelfall mag man übrigens



Abb. 41. Chronische Katatonikerinnen. Beide reagieren auf das Photographieren mit halbem Hinwenden des Blickes. Die Patientin links hat ausgesprochen zusammengekniffenen Mund. Die Kauernde rechts schließt halb die Augen. Die ganze Haltung ist (abgesehen von der Aufmerksamkeit auf das Photographieren) dauernde Ruhestellung.

trefflich streiten, ob es sich bloß um ausgeprägte Gewohnheiten oder doch schon um (psychopathologisch zu bewertende) Stereotypien handelt.

Sprachliche Stereotypien (Verbigerationen) liegen vor, wenn jemand in einer starren, situationsinadäquaten Weise bestimmte Wörter, Floskeln oder Sätze wiederholt, ohne dass das einen kommunikativen Sinn ergibt.

Musikalische Verbigerationen nennt man das Phänomen, wenn jemand sich durch gesummte oder gesungene Melodien in der ebenfalls typischen stereotypen Weise „vor sich hin“ äußert.

Unter *Ritualen* versteht man

komplexe stereotype Handlungsabfolgen, also Handlungsstereotypien komplexer Zusammensetzung. Auch komplexe Zwangshandlungen im engeren Sinne werden manchmal als Rituale bezeichnet. Dann müssen sie natürlich die übrigen Kriterien des Zwanges erfüllen (s. dort). Rituale haben in der Psychopathologie – anders als in der Umgangssprache – nicht zwangsläufig eine tiefere Bedeutung.

Stereotypien und Rituale werden vom Betroffenen selbst nicht bemerkt oder jedenfalls nicht kritisch bewertet. – schon gar nicht von Menschen mit Schizophrenien oder schwererer geistiger Behinderung. Eine Ausnahme können Menschen mit autistischen Störungen ohne geistige Behinderung bilden; gelegentlich können sie die Wahrnehmung subjektiver Entlastung oder Beruhigung durch Stereotypien beschreiben.

Manieren, Manierismen

Den Stereotypien sehr nahe verwandt – und manchmal Übergänge aufweisend – sind die so genannten *Manieren* oder *Manierismen*. Darunter versteht man ein auffällig verändertes Ausdrucksverhalten (in Mimik, Gestik, Sprache). Statt des natürlichen, harmonischen Ablaufs der mimischen oder gestischen Abläufe oder des Sprachdukus entstehen sonderbar verschrobene gewohnheitsmäßige Abläufe, die meist bizarre Entstellungen sinnvoller Handlungen darstellen. Der Betreffende spricht z. B. in eigentümlich affektierter und gespreizt-pathetischer Sprache. Oder er zeigt beim Sprechen grob auffällige mimische Äußerungen, die schon ans Grimassieren heranreichen können. Oder er setzt unter schriftliche Mitteilungen,

die vielleicht nur leere Floskeln enthalten, bedeutungslose, aber sehr auffällige Signaturen, gezeichnete Schleifen usw.

Alle solche Verhaltensweisen werden manchmal auch als *bizarres Verhalten* oder *Bizzarrie* bezeichnet.

Ich möchte nicht auf die Krankheitsbilder, in deren Zusammenhang alle diese Phänomene auftreten können, hier näher eingehen. Aber ich will wenigstens kurz erwähnen, dass alle diese Phänomene bei verschiedenen Störungsbildern, bei verschiedenen Krankheiten auftreten können. Man darf jedenfalls nicht ohne weiteres von einem bestimmten einzelnen Phänomen auf das Vorliegen einer bestimmten Krankheit schließen. In aller Regel macht erst das Gesamtbild, also mehrere Symptome und Merkmale, eine konkrete Diagnose möglich. Überdies gehört die Diagnose einer psychischen Störung in die Hand eines Psychiaters, eines Nervenarztes oder eines Psychologen, sofern letzterer klinische Erfahrungen hat.

Abschließende Bemerkungen und Überleitung

Es ging mir, wie schon eingangs dargelegt, vor allem um eine allgemeine Einführung ins Thema und eine Erklärung wichtiger Begriffe.

Auch wenn die Referentin und die Referenten Ihnen im Folgenden zeigen werden, wie sich bestimmte Zwangsphänomene, Stereotypien und Rituale im Rahmen bestimmter psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung darstellen, müssen wir doch zugeben, dass wir vieles davon noch immer nicht richtig erklären können.

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass jedoch in vielen Fällen bereits eine richtige Bezeichnung eines beobachteten Phänomens und vielleicht dann auch die richtige diagnostische Zuordnung zu einem bestimmten Krankheits- oder Störungsbild bereits zu erheblicher Entlastung führt – auch wenn man dann auch nicht immer helfen kann im Sinne einer wirksamen Therapie.

Jeder von uns weiß, dass Zwangsphänomene, Stereotypien und Rituale etwas Fremdartiges, etwas Unheimliches und sehr Irritierendes an sich haben. Sie belasten nicht nur den Betroffenen, sondern häufig in erheblichem Umfang auch seine Umwelt. Und es ist entlastend zu wissen, dass jemand solche Auffälligkeiten nicht zeigt, weil er damit etwas Bestimmtes ausdrücken oder sogar provozieren will, sondern weil sie Ausdruck einer willentlich nicht anhaltend zu unterdrückenden krankhaften Grundlage sind. Und es ist auch entlastend zu wissen, dass man solche Symptome nicht mit irgendwie gearteten pädagogischen Maßnahme hätte beseitigen können oder müssen, sondern dass man dazu kompetente psychiatrische oder psychologisch-psychotherapeutische Hilfe braucht.

Ich bin mir sicher, dass die verschiedenen Beiträge, für die wir sehr kompetente Referenten gewinnen konnten, Ihrem Interesse am Thema gerecht werden und dass Sie mit vielen neuen Erkenntnissen nach Hause fahren werden.

Sie werden vor allem hören, dass in vielen Zusammenhängen Symptome wie Zwänge, Tics und Stereotypien durchaus behandelbar sind – es kommt darauf an, zu welchem Störungsbild sie gehören und ob es dafür eine wirkungsvolle Therapie gibt.

Ich wünsche uns allen einen interessanten, informativen Tag.

Literatur

- BLEULER, E. (1943): Lehrbuch der Psychiatrie. 7. von M. BLEULER umgearbeitete Auflage. Springer, Berlin
- PETERS, U. H. (1990): Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. 4. überarb. u. erweit. Aufl. Urban/Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore
- ROLAK, L. A. (2001): Fragen und Antworten zur Neurologie. „Neurology Secrets“. Dt.-sprachige Ausg. 1. Aufl., übers., hrsg. und ergänzt von H. WIENDL. Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- SCHARFETTER, C. (1976): Allgemeine Psychopathologie. Thieme, Stuttgart
- SCHNEIDER, K. (1978): Klinische Psychopathologie. 13. unveränderte Aufl. Thieme, Stuttgart, New York
- WESTPHAL (1877): Über Zwangsvorstellungen (Vortrag am 5. 3. 1877, Berliner medicinisch-psychologische Gesellschaft). Berliner klinische Wochenschrift 14, 669 – 672

Stereotypien bei schwerer geistiger Behinderung und speziellen Störungsbildern

Klaus Sarimski

Erscheinungsbild und Häufigkeit

Zur Beurteilung von Stereotypien und zwanghaftem Verhalten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen stehen spezifische Fragebögen zur Verfügung, die sowohl die Art der Verhaltensmuster wie auch Schwere und Häufigkeit der Problematik zu erfassen helfen.¹ So enthält das *Behavior Problems Inventory* (BPI, ROJAHN et al., 2001) zahlreiche Items, die sich auf stereotype Verhaltensmuster beziehen: Hin- und Herschaukeln des Körpers, an Objekten schnüffeln, mit den Armen wedeln, Objekte drehen, monotone Handbewegungen, Manipulation von Objekten in monotoner Form, Grimassieren u. a. Die *Compulsive Behavior Checklist* (CBC, FEURER et al., 1998) spezifiziert in 25 Items verschiedene Formen zwanghaften Verhaltens: ordnet Gegenstände in einer bestimmten Ordnung an, benutzt immer den gleichen Stuhl im Raum, besteht darauf, dass Türen oder Schubladen geschlossen sind, versteckt oder hortet bestimmte Objekte, besteht auf festen Abläufen bei der Körperpflege, berührt oder beklopft wiederholt bestimmte Objekte.

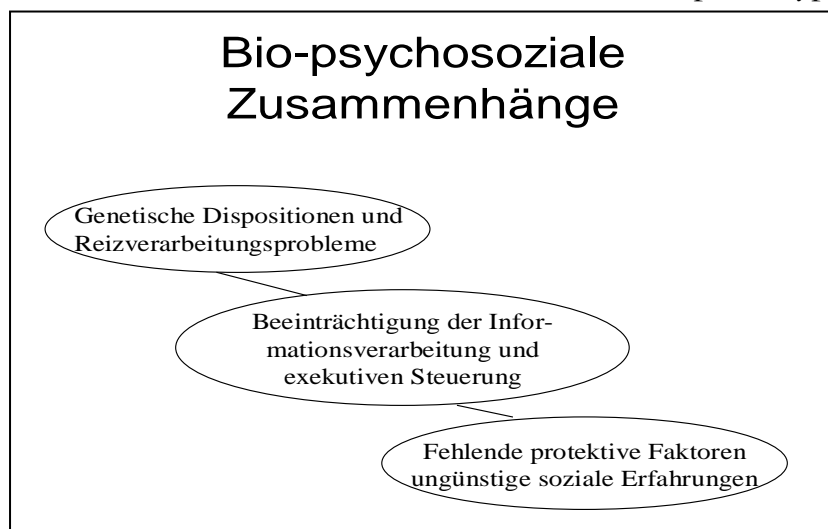
Verwendet man solche Fragebogen zur systematischen Erfassung von zwanghaftem Verhalten und Stereotypien bei Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung, so zeigt sich in dieser Gruppe eine sehr hohe Prävalenz der Problematik. In einer Studie an 210 Bewohnern in Heimen wurde von BODFISH et al. (1995) z.B. für Stereotypien eine Prävalenzrate von 60%, für Zwänge von 40% ermittelt.

Eine Meta-Analyse (Gesamtzahl: 23051), die sich auf etwas ältere Studien mit sehr großen Stichproben bezieht, zeigt, dass die Häufigkeit bei Menschen mit schwerer und schwerster Behinderung um mehr als sechsfach höher ist als bei Menschen mit leichter oder mittelgradiger intellektueller Beeinträchtigung (McCLINTOCK et al., 2003). Daraus lässt sich als erste Aussage über funktionale Zusammenhänge ableiten: Stereotypien sind bei schwerer Behinderung besonders häufig und spiegeln die Schwierigkeiten in der Planung und Variation von adaptiven Verhaltensweisen wider.

Stereotypien als Merkmale des Verhaltensphänotyps bei genetischen Syndromen

¹ Zur begrifflichen und diagnostischen Problematik des psychopathologischen Phänomens Zwang bei Menschen mit geistiger Behinderung ist auf die Ausführungen von SEIDEL im einleitenden Beitrag dieser Broschüre zu verweisen.

Stereotypien treten nicht nur als Korrelat schwerer intellektueller Beeinträchtigung, sondern gehäuft auch bei bestimmten genetisch bedingten Syndromen auf. Die Stereotypien sind dann als Merkmal des Verhaltensphänotyps beschrieben. Unter dem Begriff des Verhaltensphänotyps ist zu verstehen, dass eine Kombination von bestimmten Entwicklungs- und Verhaltensmerkmalen bei Kindern und Erwachsenen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit auftritt als bei Kindern und Erwachsenen mit einer Behinderung anderer Ursache (DYKENS, 1995). Anders ausgedrückt: Nicht bei jeder Person, die ein solches genetisch bedingtes Syndrom aufweist, müssen diese bestimmten Verhaltensweisen feststellbar sein. Es handelt sich dabei um genetische Dispositionen und Reizverarbeitungsprobleme, die in einem bio-psychozialen Zusammenhang mit der grundsätzlichen Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung und exekutiven Steuerung sowie ungünstigen sozialen Erfahrungen und fehlenden protektiven Faktoren zur Ausbildung von problematischem Verhalten beitragen. Die Zuordnung eines Verhaltensmerkmals zu einem Verhaltensphänotyp setzt dabei bestimmte



methodische Kriterien voraus (z. B. Kontrolle des intellektuellen Niveaus in vergleichenden Studien, Verwendung standardisierter Diagnosekriterien und Messverfahren). Repetitive (wiederholte) und zwanghafte Verhaltensformen erwiesen sich als syndrom-

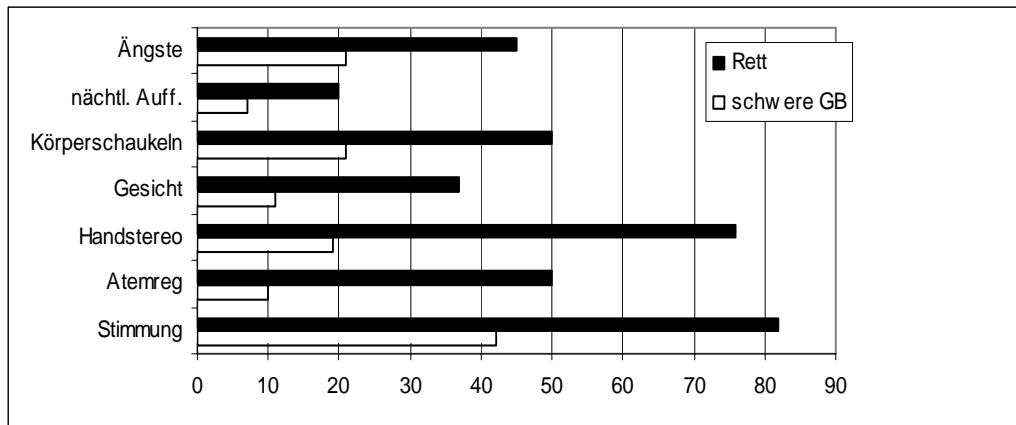
spezifische Merkmale in Vergleichsstudien, bei denen der Verhaltensphänotyp von Kindern mit Prader-Willi-Syndrom und mit Fragilem-X-Syndrom erhoben wurde. Diese Studie wurde mit dem Verhaltensfragebogen für Kinder mit Entwicklungsstörungen (VFE) durchgeführt, der 56 Items zu antisozialen, selbst-absorbierten, ängstlichen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten sowie Kommunikationsstörungen enthält. Über Kinder mit Fragilem-X-Syndrom berichteten zwei Drittel der Eltern und Betreuer, dass sie dazu neigen, stereotyp auf Objekten oder Körperteilen zu „kauen“; über die Hälfte neigt danach zu repetitiven Handbewegungen (STEINHAUSEN et al., 2002).

Stereotypien treten auch bei sehr vielen Kindern mit Cri-du-Chat- und Cornelia-de-Lange-Syndrom auf (zusammenfassend SARIMSKI, 2003). So beschrieben ROSS COLLINS & CORNISH (2002) bei mehr als 70% unter 66 untersuchten Patienten mit Cri-du-Chat-Syndrom die Neigung zu rhythmischem Kopf- oder Körperschaukeln. HYMAN et al. (2002) berichteten, dass 70% unter 77 Patienten mit Cornelia-de-Lange-Syndrom Ordnungszwänge zeigen, über 60% ein zwanghaftes Berühren von Gegenständen.

Besonders charakteristisch sind Stereotypien für das Störungsbild des Rett-Syndroms. Es handelt sich um eine genetisch bedingte Entwicklungsstörung, die

Merkmale des Verhaltens und emotionalen Ausdrucks bei Mädchen mit Rett-Syndrom

(RSBQ; n=143/85; Mount et al., 2002)



mit einem Verlust der Fähigkeit zielgerichteter Handbewegungen und dem Verlust vorhandener oder dem Ausbleiben sprachlicher Fähigkeiten einhergeht sowie mit charakteristischen stereotypen Handbewegungen, die vom Erstbeschreiber Andreas RETT als „waschende“ Handbewegungen mit hoher Frequenz und zwanghaftem Charakter beschrieben wurden (RETT, 1996).

Für die systematische Erhebung von Verhaltensmerkmalen bei Mädchen und Frauen mit Rett-Syndrom steht ein spezifischer Fragebogen zur Verfügung, der Stimmungsschwankungen, Probleme der Atemregulation, Körperschaukeln, Handbewegungen, nächtliche Auffälligkeiten, repetitive Gesichtsbewegungen und Anzeichen von Angst und Unsicherheit dokumentiert. Bei einer Befragung der Eltern von 83 Mädchen in der deutschen Selbsthilfegruppe erweisen sich die stereotypen Handbewegungen in der Tat als das am stärksten ausgeprägte Verhaltensmerkmal. Auch in Vergleichsstudien im Kindes – und Erwachsenenalter erweisen sich diese Stereotypien als weitaus ausgeprägter als bei anderen Kindern oder Erwachsenen mit vergleichbar schwerer Behinderung (MOUNT et al., 2002; SARIMSKI, 2003).

Individuelle Variabilität und Abhängigkeit von sozialen Bedingungen

Allerdings zeigt sich am Beispiel der differenzierten Befragungen von Eltern von Mädchen mit Rett-Syndrom aber auch, dass trotz aller Gemeinsamkeiten erhebliche

interindividuelle Unterschiede in der Häufigkeit und Stärke der Problematik bei Kindern und Erwachsenen mit dem gleichen genetischen Syndrom bestehen können. Bei der Befragung von Eltern der deutschen Selbsthilfegruppe baten wir um eine Einschätzung, ob einzelne Verhaltensformen gar nicht, manchmal oder sehr auf die Mädchen zutrafen. Selbst bei den besonders charakteristischen handmotorischen Stereotypien treten erhebliche Schwankungen auf. So geben ein Drittel der Eltern an, dass die gleichförmigen Handbewegungen vor der Brust (derzeit) nicht auftreten; 12% geben an, dass ihr Kind die Handstereotypien unterbrechen kann.

Neben solchen interindividuellen Unterschieden zeigen Studien an Mädchen mit Rett-Syndrom, aber auch bei Jungen mit Fragilem-X-Syndrom, Kindern mit Cornelia-de-Lange und Angelman-Syndrom, dass die stereotypen Verhaltensweisen keineswegs unabhängig von sozialen Bedingungen sind.

Studien zu repetitiven Äußerungen bei Jungen mit Fragilem-X-Syndrom deuten darauf hin, dass diese abhängig sind von sozialen Anforderungen und – bei ausgeprägtem Wunsch nach sozialer Beteiligung – als Zeichen von Übererregung und Überforderung der exekutiven Verhaltenssteuerung verstanden werden können. Die Analyse von Atemregulationsstörungen bei Kindern mit Cornelia-de-Lange- und Handstereotypien bei Mädchen mit Rett-Syndrom belegt, dass das Auftreten der Verhaltensmuster abhängig ist davon, ob das Kind eine soziale Anforderungen verspürt oder besonders soziale Aufmerksamkeit als Reaktion erfährt oder ob es sich allein beschäftigt (zusammenfassend: SARIMSKI, 2003).

Diese Beispiele weisen darauf hin, dass in jedem Einzelfall eine funktionale Analyse zu empfehlen ist, um die Zusammenhänge des Auftretens von Stereotypien und Zwängen möglichst eindeutig zu identifizieren. Dies kann durch systematisch variierte Beobachtungsbedingungen sowie durch eine sorgfältige Befragung von Eltern und Betreuer sowie eine Protokollierung des Verhaltens geschehen.

Stereotypien und zwanghaftes Verhalten als Störung der Selbstregulation (biologische Disposition)

Neben den Schwierigkeiten der Planung adaptiver Verhaltensweisen (Selbststimulation) bei sehr schwerer Behinderung und den Schwierigkeiten der Bewältigung von sozialen Anforderungen bei Kindern und Erwachsenen mit bestimmten Syndromen muss allerdings auch die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass Zwänge als Störung der Hemmung von Verhaltensmustern Teil einer anlagebedingten Regulationsstörung sind.

Dafür sprechen beispielsweise viele Beobachtungen beim Prader-Willi-Syndrom. Die betroffenen Personen ähneln hinsichtlich der Formen zwanghaften Verhaltens (Horten, zwanghaftes Reden, Ordnungszwänge) Patienten mit einer Zwangsstörung (DYKENS et al., 1996). Diese zwanghaften Verhaltensweisen treten sehr früh in der Entwicklung auf und lassen sich nicht als sekundäre Reaktion auf die Erfahrung stetigen Hungergefühls und Restriktionen des Essens erklären, die bei Kindern mit diesem Syndrom ebenfalls typisch sind (DIMITRIPOULOS et al., 2001). Neuere Studien zeigen zudem Zusammenhänge mit Störungen des Dopaminstoffwechsels, die gleichfalls dafür sprechen, dass es

sich primär um Störungen der biologischen Regulation handelt – unabhängig von der Schwere der intellektuellen Beeinträchtigung und den Merkmalen der Situation. Beim Lesch-Nyhan-Syndrom, einem weiteren, sehr seltenen genetischen Syndrom, kommt es ebenfalls zu zwanghaften Verhaltensformen. Diese nehmen als selbstverletzende Verhaltensweisen sehr dramatische Formen an, bei denen die betroffenen Kinder sich selbst zwanghaft beißen. Trotz des damit verbundenen Schmerzes können sie nicht von diesem Verhalten ablassen. Die therapeutischen Einwirkungsmöglichkeiten sind leider beschränkt. Oft bleibt nur die Suche nach Restriktionen der Bewegungsfreiheit, mit der die Kinder vor sich selbst geschützt werden können.

Konsequenzen für die Interventionsplanung

Die Zusammenhänge des Auftretens von Zwängen und Stereotypien zu verstehen und diese gegebenenfalls als Ausdruck einer genetischen Disposition bei einem spezifischen Syndrom zu erkennen, ist Voraussetzung, um die Planung von Interventionen auf die individuellen Bedürfnisse eines Kindes oder Erwachsenen abstimmen zu können. In jedem Fall – gerade auch bei Kindern oder Erwachsenen, bei denen diese Verhaltensmerkmale für den Verhaltensphänotyp charakteristisch sind – ist eine sorgfältige funktionale Analyse angezeigt.

Ein interdisziplinäres Interventionskonzept kann sich je nach Einzelfall aus folgenden Elementen zusammensetzen:

- Gelegenheiten zu Aktivität und Partizipation (Umgebungsqualität)
- Systematische Förderung von adaptiven Fähigkeiten (Beschäftigung, Fertigkeiten)
- Systematische Förderung sozialer Kommunikation im Dialog
- Förderung der Fähigkeit zur Selbstregulation (Bewältigung von sozialen Anforderungen, Selbstkontrolle über Zwänge)
- Medikamentöse Unterstützung der Selbststeuerung

Literatur

- BODFISH, J., CRAWFORD, T., POWELL, S., PARKER, D., GOLDEN, R., LEWIS, M. (1995). Compulsions in adults with mental retardation: Prevalence, phenomenology, and comorbidity with stereotypy and self-injury. *American Journal on Mental Retardation*, 100, 183-192
- DIMITROPOULOS, A., FEURER, I., BUTLER, M., THOMPSON, T. (2001). Emergence of compulsive behavior and tantrums in children with Prader-Willi syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 106, 39-51
- DYKENS, E., LECKMAN, J., CASSIDY, S. (1996). Obsessions and compulsions in Prader-Willi syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 995-1002
- DYKENS, E. (1995). Measuring behavioural phenotypes: Provocations from the "New Genetics". *American Journal on Mental Retardation*, 99, 522-532.
- FEURER, I., DIMITROPOULOS, A., STONE, W., ROOF, E., BUTLER, M., THOMPSON, T. (1998): The latent variable structure of the Compulsive Behaviour Checklist in people with Prader-Willi syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 472-480.
- HYMAN, P., OLIVER, C., HALL, S. (2002). Self-injurious behavior, self-restraint, and compulsive behaviors in Cornelia de Lange syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 146-154.
- McCLINTOCK, K., HALL, S., OLIVER, C. (2003). Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities: a meta-analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 405-416.

- MOUNT, R., CHARMAN, T., HASTINGS, P., REILLY, S., CASS, H. (2002). The Rett Syndrome Behaviour Questionnaire (RSBQ): refining the behavioural phenotype of Rett syndrome. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 43, 1099-1110.
- RETT, A. (1966). Über ein eigenartiges hirnatrophisches Syndrom bei Hyperammonämie im Kindesalter. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 116, 723-732.
- ROJAHN, J., MATSON, J., LOTT, D., ESBENSEN, A., SMALLS, Y. (2001). The Behavior Problems Inventory: an instrument for the assessment of self-injury, stereotyped behavior, and aggression/destruction in individuals with developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 577-588.
- ROSS COLLINS, M., CORNISH, K. (2002). A survey of the prevalence of stereotypy, self-injury and aggression in children and young adults with Cri du Chat syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 133-140.
- SARIMSKI, K. (2003). *Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome*. 3. überarb. u. erw. Auflage. Hogrefe, Göttingen.
- STEINHAUSEN, H., von GONTARD, A., SPOHR, H., HAUFFA, B., EIHOLZER, U., BACKES, M., WILLMS, J., MALIN, Z. (2002). Behavioral phenotypes in four mental retardation syndromes: Fetal alcohol syndrome, Prader-Willi syndrome, Fragile X syndrome, and Tuberous Sclerosis. *American Journal of Medical Genetics*, 111, 381-387.

Zwänge und Tics - Erscheinungsbilder und Therapie

Jürgen Seifert

Einleitung

Die Diagnose von Zwangs- und Ticstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung ist häufig schwierig. Die Symptomatik gleicht eigentlich grundsätzlich der bei Personen ohne Intelligenzminderung. Aber wegen der eingeschränkten Auffassungsgabe in Verbindung mit einer beeinträchtigten verbalen Mitteilungsfähigkeit sind die systematische psychopathologische Befunderhebung sowie die Durchführung standardisierter psychodiagnostischer Untersuchungsverfahren nur bedingt anwendbar. Demgegenüber kommen der Verhaltensbeobachtung (ggf. mittels Videographie) und den fremdanamnestischen Informationen im diagnostischen Prozess eine große Bedeutung zu. Bei stärkerer Ausprägung können Zwangs- und Ticsymptome sogar zu selbst- oder Fremdschädigendem Verhalten führen. Besonders im Falle einer nichtadäquaten Einschätzung bzw. Fehlinterpretation der Symptomatik kommt es nicht selten – besonders auch bei Menschen mit geistiger Behinderung - zu einer zusätzlichen Beeinträchtigung der Beziehungs- und Integrationsfähigkeit.

Zwangsstörungen

Definition

Als *Zwang* wird ein unwiderstehlicher Drang bezeichnet, bestimmte Denk- und Handlungsvollzüge zu absolvieren, obgleich sie als unsinnig und belastend empfunden werden. Die Zwangsgedanken und Zwangshandlungen werden als abnorm und unsinnig erkannt und abgelehnt, erscheinen aber gleichzeitig als imperativ und unabweisbar. Obgleich sie als persönlichkeitsfremd empfunden werden, können sie kaum unterdrückt und abgewehrt werden, weil dies mit einer intensiven, unerträglichen Angstspannung verbunden wäre. Die Zwangssymptome dienen subjektiv der Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches, Schaden bringendes Ereignis oder der Neutralisierung der Befürchtung selbst Unheil anzurichten.

Bei den *Zwangsgedanken* handelt es sich um Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die sich den Erkrankten gegen ihren Willen aufdrängen und die sie immer wieder beschäftigen. Meist sind es zwanghafte Befürchtungen, die sich inhaltlich auf Verschmutzung, Bakterien, Infektionen, Symmetrie, Genauigkeit oder auch das Sammeln von Gegenständen beziehen. Zwangsvorstellungen können auch aggressive, sexuelle oder religiöse Inhalte haben, die sich dem Bewusstsein aufdrängen. Im Unterschied zu einer psychotischen Symptomatik werden Zwangsgedanken als eigene Gedanken erlebt, die nicht von Außen kommen oder als eingegeben empfunden werden.

Zwangshandlungen sind häufig wiederholte, ritualisierte, z. T. stereotyp anmutende Handlungen, deren Unterlassung den Betroffenen in der Regel nur sehr schwer möglich ist, obwohl die Handlungen der willentlichen Kontrolle unterstehen. Kann eine Zwangshandlung nicht verwirklicht werden, führt dies zu einem Anstieg von Anspannung, Angst, aber auch von Aggression und Wut. Typische Zwangshandlungen sind Wasch- und Reinigungsrituale, exzessives Kontrollieren oder Ordnungs- und Sortierrituale. Zusätzlich kommen Wiederholungsrituale, Sammel-, Berührungs- oder Zählzwänge vor.

Zwangshandlungen werden vielfach ausgeführt, um die Angst durch vorausgehende Zwangsgedanken zu neutralisieren. Dieser Mechanismus der Neutralisation verliert sich jedoch häufig im chronifizierten Stadium der Erkrankung. Die Handlungen laufen zunehmend ritualisierter, stereotyper, ohne vorausgehende Zwangsgedanken ab- und verselbständigen sich, was im Verlauf zu einer Steigerung der Zwangshandlungen führen kann.

Symptomentwicklung

In der kindlichen Entwicklung sind häufig abergläubisches Verhalten, magisches Denken und ausgeprägte Rituale zu beobachten (RAPAPORT 1994). Dabei beziehen sich die ritualisierten Handlungen vor allem auf Alltagssituationen wie das Zubettgehen, das Essen oder das Anziehen. Der Altersgipfel liegt zwischen dem 2. und 4. Lebensjahr. Danach nimmt dieses Verhalten mit zunehmendem Alter wieder ab. Während die meisten kindlichen Rituale im Alter von 8 Jahren abgeklungen sind, nimmt die Häufigkeit von Zwangsstörungen ab diesem Alter zu (LEONARD et al. 1990).

Ähnlich wie bei Zwangssymptomen werden die kindlichen Rituale nach bestimmten „Regeln“ und mit großer Hartnäckigkeit durchgeführt. Auch die Situationen des täglichen Lebens, in denen sie auftreten, entsprechen häufig denen bei Personen mit Zwangsstörungen. Während Zwangsrituale als ich-dyston, belastend und quälend erlebt werden, erleben Kleinkinder die so genannten physiologischen Rituale positiv. Sie dienen dazu, altersabhängige Ängste (z. B. vor Dunkelheit oder Alleinsein) zu bewältigen, Sicherheit und Zuverlässigkeit oder ein Gefühl der Geborgenheit zu vermitteln. Sie gehören durchaus zu einer normalen emotionalen und sozialen Entwicklung. In der Literatur konnte bisher kein Kontinuum von kindlichen Ritualen und Zwangsstörungen belegt werden. So zeigte sich z. B. in einer Studie von LEONARD et al. (1990), dass Kinder mit einer Zwangskrankheit und deren Eltern nicht häufiger als Kontrollprobanden kindliche Rituale und abergläubisches Verhalten angaben.

Ätiologie und Pathogenese

Viele Befunde sprechen dafür, dass es sich bei den Zwangsstörungen um ein Störungsbild mit ätiologisch heterogenen Untergruppen handelt. Die bisherigen Erkenntnisse definieren die Zwangsstörung wesentlich als eine neuropsychiatrische Störung (HERPERTZ-DAHLMANN & SIMONS 2003). Neurobiologische Modellvorstellungen zur Entstehung der Zwangserkrankung gehen davon aus, dass die kortiko-striato-talamischen Informationsschleifen (Verknüpfungen bestimmter

Hirnregionen miteinander) aufgrund einer genetischen Disposition, einer Hirnerkrankung, eines immunologischen Prozesses oder einer Kombination unterschiedlicher Ursachen (Umwelteinflüsse) dysfunktionale Regelkreise aufweisen, welche eine optimale Anpassung des Individuums an die Umwelt erschweren. Dabei spricht vieles dafür, dass ein Ungleichgewicht zwischen kortikalen und subkortikalen Anteilen der Regelkreisschleife vorliegt. Während der subkortikale Anteil (Basalganglien, Thalamus) eher den Ablauf gewohnter instinktiver Verhaltensweisen vermittelt, ermöglicht der kortikale Anteil (orbitofrontaler Kortex) die flexible Anpassung an neue Situationen und Umweltanforderungen. Ein Überwiegen des subkortikalen Anteils könnte erklären, warum – insbesondere bei den Zwangshandlungen – zumeist auf früh in der Kindheit erlernte Mechanismen (z. B. Waschen, Sortieren) oder früh durch kulturelle Normen geprägte Handlungen (Beten, religiöse Handlungen) zurückgegriffen wird. Die durch die Zwangsstörung des Kindes bedingte Aufmerksamkeit der Eltern bzw. Bezugspersonen könnte im Sinne einer „Verstärkung“ die Entwicklung nicht adaptiver neuronaler Bahnen fördern. *Neuroanatomische und neuroradiologische Untersuchungen* zeigen bei zwangskranken Patienten Beeinträchtigungen der Informationsverarbeitung zwischen frontalem Kortex, Striatum, limbischem System und Basalganglien. *Neuroendokrinologische Befunde* weisen auf funktionelle Defizite im serotonergen Neurotransmittersystem hin, wodurch auch die therapeutische Wirksamkeit von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) erklärt wird.

Epidemiologie

Bei Kindern und Jugendlichen werden die Prävalenzraten von Zwangsstörungen in selektiven Stichproben mit ca. 2-3 % angegeben. Nach neueren Untersuchungen kann im Erwachsenenalter von einer 6-Monats-Prävalenzrate von 1-2 % und von einer Lebenszeitprävalenz von 2,5-3 % ausgegangen werden (BLAND et al. 1988). Somit gehören Zwangserkrankungen im Erwachsenenalter zu den häufigsten psychischen Störungen.

In den meisten Studien zu Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter wird das Verhältnis von Jungen zu Mädchen mit etwa 2 zu 1 angegeben. Im Erwachsenenalter ist die Geschlechterrelation ungefähr ausgewogen. In einigen Studien wird sogar ein leichtes Überwiegen der Frauen beschrieben. Ein Drittel bis ca. die Hälfte aller Patienten mit Zwangsstörungen erkrankt schon im Kindes- oder Jugendalter. Das Durchschnittsalter bei Erkrankungsbeginn liegt zwischen 10 und 13 Jahren (WEWETZER et al. 2001). Vergleiche mit der kognitiven Entwicklung zeigen, dass Zwangsstörungen am häufigsten bei Kindern und Jugendlichen mit durchschnittlicher Intelligenz auftreten und die Häufigkeit bei über- bzw. unterdurchschnittlich Begabten relativ niedriger ist.

Komorbidität

Ebenso wie im Erwachsenenalter findet sich auch bei Kindern und Jugendlichen, die unter einer Zwangsstörung leiden, eine hohe Komorbidität (gleichzeitiges Vorkommen anderer Krankheiten) anderer psychiatrischer Erkrankungen. Die

häufigsten komorbiden Störungen sind Angststörungen, depressive Erkrankungen, Ticstörungen und das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (WEWETZER et al. 2003; RASMUSSEN & EISEN 1994). Des Weiteren finden sich vermehrt Störungen im Sozialverhalten, Essstörungen, Ausscheidungsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen.

Die *differenzialdiagnostische Abgrenzung* ist besonders bei Menschen mit Intelligenzminderung wegen der eingeschränkten Umsetzbarkeit standardisierter diagnostischer Verfahren sowie einer überhaupt erhöhten Komorbidität mit Erkrankungen, die ebenfalls durch zwangsähnliche Symptome gekennzeichnet sind, erschwert. Hierzu zählen Symptome *körperlicher Erkrankungen* und *primär organisch bedingter psychischer Störungen* wie z. B. ziellose Aktivitäten bei Temporallappen-Epilepsie (anfallsbezogen) oder postenzephalitisch und hirntraumatisch bedingte Stereotypien und sprachliche Iterationen.

Zwangsgedanken sind von wahnhaften Symptomen und Ich-Störungen bei *schizophrenen Störungen* abzugrenzen. Wahnsymptome unterscheiden sich dadurch von Zwangsgedanken, dass sie objektiv falsch, nicht verstehbar und unkorrigierbar sind und diesbezüglich seitens der betroffenen Person keine Einsichtsfähigkeit besteht. Evtl. Gedankeneingebungen werden als nicht zur eigenen Person gehörend erlebt. Des Weiteren sind stereotype Verhaltensweisen, Sonderinteressen, Rituale und Veränderungsängste bei Menschen mit *autistischen Störungen* von Zwangssymptomen zu unterscheiden. Gleiches gilt für die gedankliche Einengung bzw. exzessives Grübeln im Rahmen *depressiver Erkrankungen*. Bei der *Anorexia nervosa* können die gedankliche Einengung auf Essen und Figur, ritualisiertes Essverhalten und exzessive körperliche Aktivität zwanghaft wirken. Ähnliches gilt für die gedankliche Einengung auf körperliche Erkrankungen oder Entstellung bei *hypochondrischen und dysmorphophoben Störungen*. Auch *Störungen der Impulskontrolle und der Sexualpräferenz*, z. B. einhergehend mit dem nicht kontrollierbaren Drang zu bestimmten Verhaltensweisen bei Trichotillomanie, Kleptomanie, pathologischem Spielen, Exhibitionismus u. a. können wie Zwänge erscheinen. Außerdem können *Ticstörungen* – insbesondere komplexe motorische Tics wie etwa Berührungen – bisweilen nur schwer von Zwangshandlungen unterscheidbar sein; dies vor allem dann, wenn sich die diagnostische Einschätzung weitgehend auf Verhaltensbeobachtungen und fremdanamnestische Angaben beschränken muss. Bei der zwanghaften *Persönlichkeitsstörung* finden sich für die Umgebung störende bzw. beeinträchtigende Einstellungen und Verhaltensweisen wie z. B. übertriebener Ordnungssinn, Pedanterie, Rigidität, an Geiz grenzende Sparsamkeit u. ä. Diese werden von den betroffenen Menschen jedoch durchaus als ich-synton und situationsangemessen eingeschätzt.

Behandlung

Die Therapie der Zwangsstörung stützt sich auf zwei Zugänge:

- Psychotherapie unter Einbeziehung der Eltern bzw. der Bezugspersonen.
- Medikamentöse Therapie.

Die Therapie hat das Ziel, die Zwangssymptomatik und evtl. komorbide Störungen zu bessern und eine Re-Integration des Patienten in den Alltag, einschließlich

Schul- und Ausbildung, zu erreichen. Die Behandlung kann in Abhängigkeit von der Schwere der Symptomatik im ambulanten oder stationären Rahmen stattfinden. *Die Psychotherapie der Zwangserkrankung bei Kindern und Jugendlichen ruht im Wesentlichen auf vier Säulen:*

- Psychoedukation,
- familienorientierte Interventionen,
- Verhaltenstherapie (Exposition mit Reaktionsverhinderung) sowie
- kognitive Therapie.

Für eine ausreichende *Therapiemotivation* empfiehlt es sich, die Patienten und ihre Eltern oder andere Bezugspersonen zunächst über die Störung, ihre mögliche Ursachen und die verschiedenen Therapieansätze aufzuklären. Dazu gehören Informationen, dass die Zwangsstörung keine „dumme Angewohnheit“, keine „vorübergehende Entwicklungsphase“ und schon gar kein „Erziehungsfehler“ ist, sondern eine Störung, die zumeist längerfristiger therapeutischer Hilfen bedarf. Wesentliche Ziele bestehen darin zu lernen, welche Faktoren zum Entstehen und zur Aufrechterhaltung der Zwangsprobleme beigetragen haben (Störungskonzept) und welche therapeutischen Maßnahmen sich daraus ableiten (Interventionskonzept).

Familienorientierte bzw. umgebungsorientierte Interventionen sind grundsätzlich empfehlenswert, da Zwänge häufig durch Zuwendung Dritter aufrechterhalten oder verstärkt werden. Nahezu regelhaft werden die Eltern oder Geschwister bzw. andere Bezugspersonen in die Zwangsrituale einbezogen (KNÖLKER 1987). Besonders enge Kontaktpersonen wie Familienmitglieder und Lebenspartner von Zwangskranken versuchen sich in der Regel an die Symptomatik des Patienten anzupassen und lassen sich auch unterschiedlich stark in die durch die Symptomatik bedingten Verhaltensweisen einbinden. Ebenso wie in der Expositionsbehandlung besteht das Ziel bei familienorientierten bzw. umgebungsorientierten Interventionen für die Bezugspersonen darin, auf ihre Teilnahme am Zwangsritual zu verzichten oder wenigstens zu reduzieren. Gelingt es die familiäre Einbindung der Zwänge zu lösen, so bessert sich die Prognose für den Patienten. Primär familienorientierte Interventionen sind angezeigt, wenn die Patienten selbst nicht ausreichend zur Expositionsbehandlung zu motivieren sind. Im Einzelfall müssen Bezugspersonen des außerfamiliären Umfeldes (Lehrer, Betreuer oder Personal in Heimen u. a.) einbezogen werden, damit die verstärkende Zuwendung bei der Durchführung von Zwangshandlungen vermindert werden kann (HERPERTZ-DAHLMANN & SIMONS 2003).

Zwangshandlungen vermindern kurzfristig die durch Zwangsgedanken ausgelösten Ängste. In der Therapie sollen die Patienten sich den angstausslösenden Gedanken und Situationen bewusst aussetzen (*Exposition*), ohne die Zwangshandlungen auszuführen (*Reaktions- bzw. Ritualverhinderung*) (FOA et al. 1984). Während der Exposition wächst die Angst zunächst, wobei angstreduzierende Maßnahmen wie Ablenkung oder Entspannungstechniken kontraindiziert sind, da die Patienten die Erfahrung machen sollen, dass die Angst von allein nachlässt (*Habituation*). Die Dauer der Expositionsübung hängt von der Stärke des Angsterlebens ab; sie sollte erst nach deutlicher Angstreduktion beendet werden, da bei einer vorzeitigen

Beendigung die Gefahr besteht, den Patienten für die Ängste zu sensibilisieren und weiteres Vermeidungsverhalten zu fördern.

Wegen der geringeren psychischen Belastung wird besonders bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Menschen mit geistiger Behinderung die *graduierte (gestufte) Exposition* angewandt. Dabei wird etwa in der Mitte der Angsthierarchie angesetzt und der Schwierigkeitsgrad sukzessive erhöht. Bei der so genannten *massierten Exposition (Reizüberflutung oder flooding)* wird sofort mit dem höchsten Schwierigkeitsgrad begonnen (ABRAMOWITZ 1996).

Die *Reaktionsverhinderung* kann unterschiedlich stark durchgeführt werden; so können die Rituale entweder ganz unterlassen oder auch nur zeitlich verschoben oder hinsichtlich ihres Ablaufes bzw. der Intensität verändert werden. Die ersten Expositionsübungen sollten immer in Gegenwart eines ausgebildeten Therapeuten stattfinden, können aber auch zunehmend selbständig von den Patienten und unter Umständen von entsprechend eingewiesenen Angehörigen oder anderen Bezugspersonen durchgeführt werden.

Aus der Sicht der *kognitiven Therapie* gehen Zwangsstörungen mit bestimmten kognitiven Fehleinstellungen wie z. B. Fehlinterpretationen sowie daraus erwachsenen Lösungsversuchen einher. In Gedanken- und Verhaltensexperimenten bei der kognitiven Umstrukturierung und im so genannten *sokratischen Dialog* geht es darum, entsprechende kognitive Fehleinstellungen zu korrigieren und hilfreichere Lösungen auszuprobieren.

Zwangspatienten interpretieren aufdringliche Zwangsgedanken („Ich könnte jemanden umbringen.“) - so genannte „*Intrusionen*“ – als Hinweis auf eine reale Gefahr. Darüber hinaus vermischen sie häufig Gedanken und Handlungen („Wer so etwas denkt, der tut es auch.“), sogenannte „*Gedanken-Handlungs-Konfusionen*“. Hieraus resultiert der Versuch, das Bewusstwerden dieser Gedanken zu verhindern. Das verstärkt jedoch in der Regel die Zwangsgedanken (Rebound-Effekt). In der kognitiven Therapie hat sich zur Symptombesserung die so genannte *Gedankenexposition* gut bewährt: Die Patienten lernen, die Zwangsgedanken zuzulassen bis eine deutliche Habituation eingesetzt hat (SALKOVSKIS 1999).

Die *Pharmakotherapie* von Zwangsstörungen wird mittels Antidepressiva insbesondere aus der Gruppe der selektiven *Serotoninwiederaufnahmehemmer* (SSRI) durchgeführt. Dabei kommt es bei längerfristiger Einnahme dieser Medikamente zu Anpassungsvorgängen an den Rezeptoren des serotonergen Neuromodulatorsystems. Solche adaptiven Veränderungen können die Beobachtung erklären, dass sich bei Gabe eines SSRI in der Regel frühestens nach vier Wochen eine positive Wirkung auf Zwangsgedanken und -handlungen einstellt. In plazebo-kontrollierten klinischen Studien konnte die symptommindernde Wirkung von Clomipramin (trizyklisches Antidepressivum), Fluoxetin, Fluvoxamin, Sertralin (SSRI) u. a. nachgewiesen werden (RIDDLE et al. 1992; MARCH et al. 1998).

Die Pharmakotherapie von Zwangsstörungen trägt häufig auch dazu bei, die oben geschilderten psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen effizienter zu gestalten oder gar erst zu ermöglichen. Pharmakotherapie und Psychotherapie stehen also nicht im Widerspruch zueinander, sondern können einander ergänzen.

Fehlen eine stabile Motivation oder die intellektuellen Kooperationsvoraussetzungen für eine Verhaltenstherapie, kann die Pharmakotherapie die Hauptrolle einnehmen.

Ticstörungen

Definition und Klassifikation

Tics sind plötzliche, unwillkürliche Bewegungen und/oder Lautäußerungen, bei denen funktionell zusammenhängende Muskelgruppen in einem oder mehreren Körperbereichen gleichzeitig oder auch nacheinander einbezogen sind. Typischerweise sind sie abrupt einschließend und kurz andauernd (weniger als 1 Sekunde), wobei sie sich oft in Serien stereotyp wiederholen können, aber keinen Rhythmus entwickeln. Im Unterschied zu willkürlichen Verhaltensweisen sind sie nicht zweckgerichtet und werden subjektiv als bedeutungslos erlebt. Selten können sie in Willkürhandlungen integriert sein. Für kurze Zeit können sie unterdrückt werden. Oft folgen solchen kurzen Zeitabschnitten willentlicher Unterdrückung Phasen massiver Entladungen.

Tics variieren über die Zeit in ihrer jeweiligen *Erscheinungsform (Art, Intensität, Häufigkeit)* und lassen sich nach ihrer *Qualität (motorisch oder vokal)* und ihrem *Komplexitätsgrad (einfach oder komplex)* unterscheiden.

Motorische Tics äußern sich in plötzlichen einfachen Bewegungen (z. B. Blinzeln), bis hin zu komplexen Verhaltensweisen (z. B. sequentielles Zucken des ganzen Körpers). In ausgeprägten Fällen können sie obszön (z. B. Kopropraxie) oder selbstverletzend (z. B. Schläge gegen die eigene Brust mit Verletzungsfolgen) sein.

Vokale Tics variieren vom einfachen Räuspern und Schniefen bis zum Auftreten von Sprachfragmenten, Silben, Wörtern oder Wortabfolgen; diese können bevorzugt obszönen Inhaltes sein: Koprolalie. Einige Patienten wiederholen unwillkürlich Gesprochenes anderer Menschen (Echolalie) und Bewegungen (Echopraxie) oder eigene Wörter (Palilalie).

Vielfach gehen den Tics *sensomotorische Vorgefühle* voraus. Diese werden z. B. als erhöhte diffuse innere Anspannung und Unruhe beschrieben und werden in Form einer erhöhten Sensitivität, eines inneren Drang-, Enge- oder auch Druckgefühls erlebt. Oft werden sie lokal begrenzt in einem umschriebenen Gelenk, Haut oder Muskelbereich wahrgenommen. In selteneren Fällen beschreiben Betroffene direkt nach einem ausgeführten Tic beunruhigende Gedanken, den Tic „nicht richtig ausgeführt zu haben“. Diese „Nachgefühle“ können subjektiv so unangenehm erlebt werden, dass die Betroffenen das jeweilige Bewegungsmuster eines Tics mehrfach willentlich vollführen, bis es „genau richtig ausgeführt ist“, wobei dies mit verschiedenen emotionalen Qualitäten wie Ärger, Wut, Resignation, Unruhe oder auch dem kurzfristigen Gefühl der Entlastung von innerer Anspannung verbunden sein kann.

Im Krankheitsverlauf variiert die Ticsymptomatik hinsichtlich Komplexität, Art, Intensität und Häufigkeit. Die Symptome können unter emotionaler Anspannung (z. B. Ärger, Angst, Freude), verstärkten Anforderungen (Stress), Ermüdung oder Stimulanziengebrauch zunehmen. Oft lassen sie unter Konzentration auf eine

Tätigkeit, bei Ablenkung, Entspannung und im Liegen sowie unter Einfluss psychotroper Substanzen wie Cannabis oder Alkohol nach. Sie interferieren gewöhnlich kaum mit intendierten Bewegungen und kommen seltener, dann aber in der Stärke abgemildert und weniger komplex in allen Schlafstadien vor (ROTHENBERGER et al. 1999).

Anhand der üblichen Klassifikationssysteme (ICD-10, WHO 1993; DSM-IV, APA 1994) werden die Ticstörungen nach der Art (motorisch und/oder vokal) und aufgrund des vorliegenden Chronifizierungsgrades der Tics (Dauer: weniger/mehr als 1 Jahr) unterteilt.

Bei dem so genannten Gilles de-la-Tourette-Syndrom, kurz als *Tourette-Syndrom* bezeichnet, handelt es sich um eine kombinierte Ticstörung, bestehend aus vielfältigen vokalen Tics in Form von Vokalisationen, Räuspern, Grunzen und Gebrauch von obszönen Wörtern oder Phrasen in Kombination mit multiplen, zumeist komplexen motorischen Tics. Die Störung beginnt schon in der Kindheit und kann zu schweren sozialen Ausgrenzungen führen. Deshalb sollte sie behandelt werden – auch wenn nicht immer ein befriedigender Erfolg eintritt.

Epidemiologie

Nach den vorliegenden Schätzungen leiden etwa 4-12 % der Kinder im Grundschulalter vorübergehend, 3-4 % chronisch unter Ticstörungen. Für das Gilles-de-la-Tourette-Syndrom wird eine Häufigkeit von etwa 0,05 bis 3 % geschätzt (SCAHILL et al. 2001). Kinder und Jugendliche sind etwa 10-fach häufiger von Ticstörungen betroffen als Erwachsene (KERBESHIAN & BURT 1992), Das weist auf eine Tendenz zur Spontanremission der Symptomatik im Entwicklungsverlauf hin. Ticstörungen finden sich bevorzugt beim männlichen Geschlecht, etwa im Verhältnis von 3-4,5 zu 1. Ihre Häufigkeit ist unabhängig von Kultur und ethnischer Zugehörigkeit.

Ätiologie und Pathogenese

Zwillings- und Familienuntersuchungen zeigen die *Bedeutung genetischer Faktoren* bei etwa 30-50 % der Betroffenen. Während etwa 20 % der zweieiigen Zwillingspaare konkordant für das Gilles-de-la-Tourette-Syndrom oder chronische Ticstörungen sind, liegt die Konkordanzrate bei eineiigen Zwillingen bei 90 %.

Neben einem autosomal dominanten Erbgang mit variabler Expression sowie herabgesetzter Penetranz beim weiblichen Geschlecht und bei heterozygot Betroffenen und einer Phänokopierate von etwa 10 % wird ein kombiniertes additives Vererbungsmodell mit einem genetischen Hauptlokus diskutiert. Danach bewirken verschiedene *Vulnerabilitätsgene* eine bestimmte *Vulnerabilität* (Verletzlichkeit) für Ticstörungen; weitere Gene beeinflussen die Expression und die Schwere der Ticsymptomatik mit (PAULS et al. 1991; WALKUP et al. 1996).

Art und Schwere des klinischen Erscheinungsbildes werden auch durch andere biologische, nicht genetische Faktoren mitbestimmt. Als Risikofaktoren gelten verschiedene unspezifische Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sowie ein niedriges Geburtsgewicht (LECKMAN 1997).

Zum *neurobiologischen Hintergrund* von Ticstörungen nimmt man an, dass die Basalganglien und mit diesen verbundene thalamische und kortikale Strukturen betroffen sind (BLANZ & ROTHENBERGER 2000). Jüngere, mittels funktioneller bildgebender Verfahren (Positronenemissionstomographie, PET) gewonnene Befunde, weisen darauf hin, dass sowohl kortikale als auch subkortikale Hirnbereiche mit der Ticaktivität verbunden sind. Motorische Tics können unter anderem dem sensomotorischen Kortex, vokale Tics können kortikalen und subkortikalen Sprachregionen zugeordnet werden. Mittels der Transkraniellen Magnetstimulation erhobene Befunde deuten auf eine zentral-nervöse Inhibitionsstörung im Bereich des motorischen Kortex hin.

Auf der Ebene der *Neurotransmitter* vermutet man neben einer Hyperaktivität des dopaminergen Systems im Bereich der Basalganglien auch Störungen der serotonergen und noradrenerge Transmittersysteme, die die Aktivität kortiko-striato-pallido-thalamiko-kortikaler Regelkreise beeinflussen und auch bei Zwangsstörungen beteiligt sein sollen. Die D2-Rezeptor-blockierenden Neuroleptika können Tics wirkungsvoll unterdrücken (GADOW et al. 1995).

Das Zusammenwirken der reduzierten Bewegungskontrolle im sensomotorischen Regelkreis mit einer zusätzlichen Störung der Arousalregulation kann über ein erhöhtes Arousal (Erregungsniveau) zu Einschlafstörungen, Parasomnien, vermehrter allgemeiner motorischer Aktivität und nächtlichen Tics beitragen. In der Folge könnte es zu einer mit erhöhter Stressempfindlichkeit im Wachzustand verbundenen latenten Tagesmüdigkeit kommen. Das kann schließlich zu einer Vermehrung und Intensivierung der Tics führen. An symptomverstärkenden Umgebungsfaktoren wird vorrangig subjektiv belastend erlebter psychosozialer Stress vermutet. Es konnte jedoch nicht nachgewiesen werden, dass durch stetigen Stress die Tics entstehen. Stress hat also allenfalls eine modulierende Wirkung auf die Tics.

Komorbidität

Gehäuft mit Ticstörungen einhergehende neuropsychiatrische Begleitstörungen sind das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom, Zwangsstörungen, emotionale Störungen (depressive Episoden) sowie Schlafstörungen (ROTHENBERGER et al. 1999). Bei starker Symptomausprägung können diese zusätzlichen Belastungsfaktoren - insbesondere bei Menschen mit geistiger Behinderung - direkt oder indirekt zu Beziehungsstörungen oder auch zu selbst- und fremdaggressivem Verhalten führen.

Differenzialdiagnostisch sollten Tics von epileptischen Anfällen, Manierismen, Konversionsstörungen sowie anderen Bewegungsstörungen (z. B. Stereotypien, Tortikollis, Dystonien, Myoklonien, Tremor, Ballismus u. a.) abgegrenzt werden.

Therapie

Bei der Behandlung von Ticstörungen kommen sowohl *Pharmakotherapie* als auch *Psychotherapie* zur Anwendung. Im Rahmen der *Psychotherapie* bietet sich die Vermittlung von *Entspannungstechniken* und *Kontrollstrategien* der Symptomatik an. In einem verhaltenstherapeutischen Programm zur Reaktionsumkehr werden

Wahrnehmung, Entspannung, mit dem jeweiligen Tic inkompatible Reaktionen und die entsprechende Generalisierung mit dem Ziel des Selbstmanagement trainiert (AZRIN & PETERSON 1990).

Die Indikation zur *Pharmakotherapie* ist in Abhängigkeit vom Schweregrad der Symptomatik und dem deutlichen Leidensdruck bei chronifiziertem Verlauf (über 6 Monate) zu stellen. Sie muss auf eventuelle psychiatrische Begleiterkrankungen abgestimmt werden. Grundlage des jeweils individuellen Behandlungskonzeptes bilden zunächst die Information und Beratung der Patienten sowie der Bezugspersonen über die Erkrankung sowie anschließend die systematische Selbst- und Fremdbeobachtung sowie gegebenenfalls eine funktionale Verhaltensanalyse mit Dokumentation der Ticsymptomatik.

Ticsymptome erfordern zumeist erst dann eine medikamentöse Intervention, wenn Alltagskompetenzen beeinträchtigt werden, ein deutlicher Leidensdruck besteht und verhaltenstherapeutische Maßnahmen allein nicht ausreichen oder - wie es besonders bei Menschen mit Intelligenzminderung häufig der Fall ist - nicht effektiv angewendet werden können.

In Anlehnung an die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie empfiehlt sich der Einsatz von Neuropsychopharmaka: Medikament der ersten Wahl ist Tiaprid. Bei unzureichender Wirkung oder unerwünschten Nebenwirkungen können als Medikamente der zweiten Wahl Pimozid, Risperidon oder Haloperidol eingesetzt werden (ROBERTSON & STERN 2000; ROTHENBERGER & BANASCHEWSKI 2001).

Bei Menschen mit geistiger Behinderung stellt die medikamentöse Therapie bei Ticstörungen wie auch schon bei den Zwangsstörungen wegen der häufig nur eingeschränkt anwendbaren psycho- bzw. verhaltenstherapeutischen Behandlungsoptionen eine wichtige Behandlungsoption zur effektiven Symptombesserung dar.

Literatur

- ABRAMOWITZ JS (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder. A meta-analysis. *Behavior Therapy*; 27: 583-600.
- AZRIN NH, PETERSON AL (1990). Treatment of Tourette syndrome by habit reversal. *Behavior Therapy*; 21: 305-18.
- BLAND RC, ORN H, NEWMANN SC (1988). Lifetime prevalence of psychiatric disorder in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scand*; 77, Suppl 338: 24-32.
- BLANZ B, ROTHENBERGER A (2000). Bildgebende Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Hentschel F, Stoppe G (Hrsg). *Bildgebende Verfahren in der Psychiatrie*. Stuttgart: Fischer; 174-84.
- FOA EB, STEKETEE GS, GRAYSON GB, TURNER RM, LATIMER PR (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: immediate and long term effects. *Behavior Therapy*; 15: 450-72.
- GADOW KD, SVERD J, SPRFKIN J, NOLAN EE, EZOR SN (1995). Efficacy of methylphenidate for attention-deficit hyperactivity disorder in children with tic disorder. *Arch Gen Psychiatry*; 52: 444-55.
- HERPERTZ-DAHLMANN B, SIMONS M (2003). Zwangserkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: Schlottke PF, Solberisen RK, Schneider S, Lauthe GW (Hrsg). *Enzyklopädie Psychologie*. Band 5: Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe.

- KERBESHIAN J, BURD L (1992). The North Dakota prevalence studies of Tourette syndrome, and other developmental disorders. In: Chase TN, Friedhoff AJ, Cohen DJ (eds). Tourette syndrome: Genetics, neurobiology and treatment, advances in neurology. Vol. 58. New York: New Raven Press; 67-74.
- KNÖLKER U (1987). Zwangssyndrome im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- LECKMAN J, WALKER D, GOODMAN W, PAULS D, COHEN D (1994). „Just right“ perceptionis associated with compulsive behavior in Tourette's syndrome. American Journal Psychiatry; 151: 675-80.
- LEONARD HL, GOLDBERGER E, RAPOPORT J, CHESLOW D, SWEDO S (1990). Childhood rituals: normal development or obsessive-compulsive symptoms? Journal American Academy of Child Adolescents Psychiatry; 29: 17-23.
- MARCH JS, MULLE K (1998). OCD in Children and Adolescents. A cognitive-behavioral treatment manual. New York: Guilford Press.
- PAULS DL (2001). Update on the genetics of tourette syndrome. In: Cohen DJ, Jankovic J, Goetz CG (eds). Advances in Neurology. Volumen 85: Tourette syndrome. Lippincott, Philadelphia: Williams & Wilkins; 281-93.
- RAPOPORT LJ, SWEDO S, LEONARD H (1994). Obsessive-compulsive disorder. In: Rutter M, Taylor E, Mersov L (eds). Child and Adolescent Psychiatry – Modern approaches. 3 rd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 441-54.
- RASMUSSEN SA, EISEN JL (1991). Epidemiology, clinical features and genetics of obsessive-compulsive disorder. In: Jenike MA, Asberg M (eds). Understanding Obsessive-Compulsive Disorder. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers; 12-43.
- ROBERTSON MM, STERN JS (2000). Gilles de la Tourette syndrome: symptomatic treatment based on evidence. Review. European Child Adolescents Psychiatry; 9, Supply 1: I 60-75.
- RIDDLE MA, SCAHILL L, KING RA, HARDIN MT, ANDERSON PD, ORT SI, SMITH JC, LECKMAN JF, COHEN DJ (1992). Double-blind, cross-over trial of Fluoxetine and placebo in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry – 31: 1062-9.
- ROTHENBERGER A, KOSTANECKA T, KINKELBUR J, WÜLLNER I, WOERNER W., HAJAK G (1999). Tourette Syndrom und Schlaf im Kindesalter. Somnologie; 3: 148-54.
- ROTHENBERGER A, BANASCHEWSKI T (2001). Diagnose und Behandlung von Tourette Syndrom und anderen Tic-Störungen. In: Arbeitsgemeinschaft Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg). Leitlinien für Diagnostik und Therapie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie (DGKJPP). Internet, aktualisierte Fassung: [www.uni-duesseldorf.de /AWMF/II/Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie](http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/Kinder-undJugendpsychiatrieundPsychotherapie).
- SCAHILL L, TANNER C, DURE L (2001). The epidemiology of tics and Tourette syndrome in children and adolescents. Advances in Neurology. Volume. 85: Tourette Syndrom. Lippincott, Philadelphia: Williams & Wilkins; 261-71.
- SALKOVSKIS PMJ (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. Behavior Res Therapy; 37: 529-52.
- WALKUP JT, LABUDA MC, SINGER HS, BROWN J, RIDDLE MA, JURKO O (1996). Family study and segregation analysis of Tourette syndrome: evidence for a mixed model of inheritance. American Journal Human Genetics; 59: 684-93.
- WEWETZER C, HEMMINGER U, WARNKE A (1999). Aktuelle Entwicklungen in der Therapie von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Nervenarzt; 70: 11-9.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Stereotypien und Manieren im Rahmen schizophrener Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung

Martin Menzel

Einleitung

Treffen wir Menschen mit geistiger Behinderung in ihrem Alltag, beispielsweise auf ihrem Weg zur Arbeitsstelle, so fallen uns vielfältige motorische Phänomene auf. Einige Personen sind durch halbseitige, aber auch komplexe Lähmungen in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt. Wir sehen die unterschiedlichsten Gangbilder: abrupte Schritte unterschiedlicher Länge, breitbasiger Gang mit Schwanken zu einer Seite, Standunsicherheit, kurze, schlurfende Schritte, oder beim Gehen stark angehobene Knie mit hängender Fußspitze - um nur einige zu nennen. Daneben begegnen wir oft Personen mit ganz eigenwilligen, auffälligen Bewegungsmustern. Ein Herr mittleren Alters hält den Arm im Schultergelenk angehoben, im Ellbogengelenk gebeugt und dabei die Hand ständig drehend. Wieder andere zupfen auffällig oft und stereotyp an der Nase, an den Ohren oder zeigen klatschende oder reibende Bewegungen der Hände. Andere laufen mit eckigen, unharmonischen Bewegungen drei Schritte nach vorne und dann wieder zurück. Manchen fällt das Überschreiten einer bestimmten Stelle des Bürgersteiges schwer, ohne dass Außenstehende dort etwas Besonderes erkennen könnten. Auffällig ist auch eine Person, die bei jeden Entgegenkommen die Hand salutierend zum Kopfe führt. Die Aufzählung solcher groben motorischen Besonderheiten ließe sich beliebig fortsetzen, gipfelnd bei Personen, die sich Purzelbaum schlagend vorwärts bewegen. Ebenso auffällig wie die Grobmotorik sind oft auch die Feinmotorik und das Ausdrucksverhalten, wofür sich zahlreiche klinische Beispiele anführen ließen. Generell werden motorische Besonderheiten bei Personen mit geistiger Behinderung von ihren Angehörigen und ihren professionellen Betreuungspersonen kaum mehr wahrgenommen. Sie werden oft unzutreffenderweise als Bestandteil der Behinderung interpretiert oder ursächlich den unterschiedlichsten neurologischen Störungen oder so genanntem „autistischem Verhalten“ zugeordnet oder als Medikamentennebenwirkung angesehen.

Schizophrene Erkrankungen bei Personen mit geistiger Behinderung

Dieser Beitrag geht auf eine weitere wichtige Ursache motorischer Besonderheiten ein und zwar auf ihr Auftreten im Rahmen schizophrener Erkrankungen. Wie aus der Literatur hinlänglich bekannt ist, treten schizophrene Erkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung häufiger auf. Sie sind allerdings auch

wesentlich schwieriger zu diagnostizieren als bei Normalbegabten (DEB et al. 2001).

Schizophrene Erkrankungen lassen sich als eine komplexe fundamentale Störung des Realitätsbezuges, der Wahrnehmung, des Denkens, der Kognition, der Stimmung, des Affektes und des Verhaltens beschreiben. Sie sind mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 1 % in der Durchschnittsbevölkerung eher selten, und hinsichtlich ihrer Ausprägung, ihres Schweregrades und ihres Verlaufs sehr verschieden. Trotzdem besitzen schizophrene Störungen sowohl im Hinblick auf die individuelle Lebenssituation als auch im Hinblick auf die Volkswirtschaft erhebliche nachteilige Folgen.

Als Ursachen oder Risikofaktoren werden Infektionen während der Schwangerschaft, Geburtskomplikationen, Pubertätsbeginn sowie neurologische Erkrankungen, genetische Abweichungen und auch geistige Behinderung genannt. Die Mehrzahl der Erkrankungen beginnt bereits im Kindes- und Jugendalter. Deshalb interpretiert man heute die psychische Störung Schizophrenie zunehmend als eine neurobiologische Entwicklungsstörung: vorgeburtliche Faktoren führen zu einer abnormen Gehirnentwicklung mit unterschiedlichen Folgestörungen der Gehirnstruktur, -funktion und der Neurotransmission. Es resultieren in der weiteren Entwicklung Defizite der Aufmerksamkeit, der Blickfolgebewegungen und des Gedächtnisses (CORNBLATT et al. 1999). Durch geeignete Trigger (Auslösefaktoren) wie soziale Anforderungen, Entwicklungsanforderungen, kritische Lebensereignisse oder Drogenkonsum können nach der Vulnerabilitäts-Stress-Hypothese schizophrene Erkrankungen ausgelöst werden (CIOMPI 1982). Die aktuellen psychiatrischen Klassifikationssysteme ICD-10 (WORLD HEALTH ORGANIZATION 1992) und DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1994) unterscheiden vier wesentliche klinische Unterformen. Vor allem Wahnvorstellungen und daneben auch Halluzinationen prägen die *paranoide Schizophrenie* (ICD-10 F 20.0). Bei der *hebephrenen Schizophrenie* (F 20.1) finden sich schwere Störungen des Affektes, des Antriebs, des Denkens und hemmungsloses und unvorhersehbares Verhalten. Bei der eher seltenen Form der *Schizophrenia simplex* (ICD-10 F 20.6) steht eine schrittweise absinkende Leistungsfähigkeit und Unfähigkeit, soziale Anforderungen zu erfüllen, im Vordergrund. Es findet sich also eine fortschreitende „Minussymptomatik“ (Antriebsmangel, Apathie, Desinteresse, Initiativverlust usw.).

Katatone Schizophrenie

Bei der *katatonen Schizophrenie* (ICD-10 F 20.2) (auch Katatonie genannt), werden in der ICD-10 folgende Merkmale beschrieben:

1. Stupor (eindeutige Verminderung der Reaktionen auf die Umgebung, sowie Verminderung spontaner Bewegungen und Aktivität) oder Mutismus
2. Erregung (anscheinend sinnlose motorische Aktivität, die nicht durch äußere Reize beeinflusst ist)
3. Haltungstereotypien (freiwilliges Einnehmen und Beibehalten unsinniger und bizarrer Haltungen)

4. Negativismus (anscheinend unmotivierter Widerstand gegenüber allen Anforderungen oder Versuchen, bewegt zu werden; oder statt dessen Bewegungen in gegensinniger Richtung)
5. Rigidität (Beibehaltung einer starren Haltung gegenüber Versuchen, bewegt zu werden)
6. wächserne Biegsamkeit, Verharren der Glieder oder des Körpers in Haltungen, die von außen auferlegt sind.
7. Befehlsautomatismen (automatische Befolgung von Anweisungen)

Es ist davon auszugehen, dass katatone Psychosen zu selten diagnostiziert und zu oft übersehen werden (LEONHARD 1984). Im Gegensatz zu der vorherrschenden Annahme, dass paranoid-halluzinatorische Psychosen die Mehrzahl der schizophrenen Erkrankungen darstellen, fand TROTT (1999) bei der Analyse einer stationären Inanspruchnahmepopulation mit 211 Kindern und Jugendlichen und der Diagnose einer schizophrenen Psychose in 72 Fällen eine katatone Schizophrenie; in 64 Fällen eine schizoaffektive Psychose. In lediglich 38 Fällen wurde eine paranoid-halluzinatorische und in 30 Fällen eine hebephrene Schizophrenie festgestellt. Bei 7 Patienten wurde eine undifferenzierte Schizophrenie bzw. Schizophrenia simplex diagnostiziert. Die Patienten unterschieden sich neben den Hauptsymptomen signifikant unter anderem in ihren Intelligenzquotienten. Die katatonen Patienten erreichten den geringsten Gesamt- und Handlungs-Intelligenzquotienten. Bei ihnen bestand ein signifikantes Gefälle vom deutlich besser ausgebildeten Verbal-IQ zum Handlungs-IQ.

Das diagnostische Dilemma katatoner Störungen

Die Ursachen dafür, dass katatone Psychosen im Alltag sogar von erfahrenen Klinikern übersehen werden, sind vielfältig. In den derzeitigen Klassifikationssystemen bilden im Wesentlichen die Kriterien nach Kurt Schneider und somit ein sehr eingegrenzter Schizophrenie-Begriff die Grundlage für die Schizophreniediagnostik (TROTT 1999). Zur Diagnose werden Störungen komplexer psychischer Funktionen herangezogen. Störungen der Motorik und Psychomotorik, die ebenso zu den Kardinalsymptomen zählen, werden häufig nicht erfasst, zum einen, weil sie nicht ausreichend bekannt sind, und zum anderen, weil sie diagnostisch, prognostisch und therapeutisch als nicht relevant angesehen werden (BRÄUNIG et al. 1999). Hinzu kommt, dass die motorischen Auffälligkeiten bei Katatonien vielfach fehlinterpretiert werden als Nebenwirkungen der Behandlung mit Neuroleptika.

Personen mit Intelligenzminderung sind von diesem Dilemma in besonderer Weise betroffen. Ausgehend von einem modernen neuropsychologischen Entwicklungskonzept geht man davon aus, dass komplexe Hirnfunktionen von der individuellen Entwicklung abhängen. Neuropsychologische Basisfunktionen bilden sich in Folge einer genetischen Prädisposition und sozialer und organischer Wirkfaktoren, zum einen unabhängig, zum anderen sich gegenseitig beeinflussend, aus. Diese Basisfunktionen führen zu konkreten, sich weiter ausdifferenzierenden Fertigkeiten, die wiederum in mannigfacher Weise zu komplexen Fertigkeiten und

Fähigkeiten führen. Bei Personen mit mittelgradiger oder schwerer Intelligenzminderung liegen auf den unterschiedlichen Ebenen Störungen dieser Entwicklungsprozesse vor. Komplexe kognitive Fertigkeiten werden gar nicht oder nur sehr eingeschränkt ausgebildet. Dies führt nicht nur zu einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Erkrankungen. Durch die Fokussierung des diagnostischen Blicks auf höhere kognitive Funktionen und wegen der verminderten Introspektions- und Berichtsfähigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung wird die Diagnose einer Schizophrenie mit den derzeitigen Diagnosesystemen bei diesem Patientenkreis nur eingeschränkt oder gar nicht gestellt (DEB et al. 2001), wodurch fatalerweise wirksame Therapieoptionen unterbleiben.

Kinder mit früh auftretenden katatonen Psychosen bleiben in ihrer weiteren kognitiven und psychischen Entwicklung deutlich zurück. Sie werden häufig als „geistig behindert“ diagnostiziert und ohne angemessene psychiatrische Behandlung in Behinderteneinrichtungen gegeben (NEUMÄRKER 1997). Ausgehend von einem großen Überschneidungsbereich „Autismus Spektrum Störung“ und katatone Psychose wird bei diesen Patienten häufig die Fehldiagnose Autismus gestellt. Um solche *Fehldiagnosen* zu vermeiden, sind mehrere Aspekte bei der Diagnosestellung wichtig. Es sind alters- und entwicklungsstandabhängige Symptome präpsychotischen und psychotischen Erlebens zu beachten und mögliche katatone Phänomene zu erkennen und zu beschreiben.

Symptomentwicklung kindlicher Schizophrenien

Die Symptomentwicklung kindlicher Schizophrenien wurde in mehreren großen Studien untersucht (ASARNOW et al. 2001; NICOLSON et al. 1999) sowie in Übersichten zusammengetragen (NEUMÄRKER 1996). Nach der Untersuchung von NICOLSON (1999) an 47 Kindern, die im Verlauf eine schizophrene Erkrankung entwickelten, zeigten 48 % eine Sprachstörung, 54 % soziale Kontaktstörungen, 62 % schulisches Versagen und 71 % der Jungen motorische Entwicklungsdefizite (jedoch nur 32 % der Mädchen). Auffallend waren abnorme Bewegungsmuster, Ungeschicklichkeit und Koordinationsstörungen. In der Studie von ASARNOW (2001) fanden sich bei kindlichen Psychosen im Vorfeld im Alter bis 30 Monate in 72 % motorische Entwicklungsverzögerungen und in 28 % Hypotonie der Muskulatur. Sprachentwicklungsverzögerungen fanden sich bei mehr als 70%. In über 50 % fand sich im weiteren Verlauf eine Hyperaktivitätsstörung.

Nach NEUMÄRKER (1996) finden sich bei Kindern bis zum 10. Lebensjahr als sogenannte Prodromalsymptome (Vorbotensymptome) Beziehungsstörungen, Störungen der Motorik, des Antriebs und der Wahrnehmung, Affektveränderungen, Besonderheiten in der Sprachentwicklung bzw. Verlust sprachlicher Fertigkeiten, und zumeist Störungen auch der kognitiven Funktionen. Die Störungen der Motorik verdeutlichen sich durch Stereotypien, Manierismen, Alterationen, Schaukelbewegungen, Zehengang, gespreizte Bewegungen sowie einem Verlust der Bewegungsharmonie.

Kardinalsymptom ist jedoch eine motorische Überaktivität, die nicht selten zur Fehldiagnose einer sog. Hyperaktivitätsstörung führt. Hinsichtlich der Beziehungsstörung stehen fehlender Blickkontakt, häufige Ablehnung von Körperkontakt und eine zunehmende Interesseneinengung, gefolgt von einem Interessenverlust, dem sog. autistischen Syndrom, im Vordergrund. Auch finden sich Ersatzkontaktbildungen und bizarre Beziehungsformen, Apathie oder dranghafte Impulse mit fremd- oder selbstverletzendem Verhalten. Auch im Bereich der Sprechmotorik finden sich Auffälligkeiten mit singendem, monotonen Sprachablauf, Wort- und Satzstereotypien, sowie bizarren Wortneubildungen. Ängste, Verstimmungen sowie bizarre Einfälle runden das Bild der auffälligen, häufig auch als geistig behindert geltenden Kinder ab. Zwischen dem 10. und 14. Lebensjahr stehen Störungen der Motorik und Ausdrucksmotorik im Vordergrund psychotischer Symptome: Gestik, Mimik und Willkürmotorik weichen in vielfältiger und eigentümlicher Weise vom Normalbild ab. Die Körperhaltung ist durch Eckigkeit und Steifheit gekennzeichnet, die Bewegungsabläufe wirken zunächst zwanghaft, unharmonisch und erhalten, ebenso wie die Sprache, einen manierierten Charakter. Neben den charakteristischen Veränderungen der Psychomotorik können sich Angst- und Wahnsymptome, Denkstörungen, Halluzinationen und Depersonalisationserscheinungen einstellen. Mit der Pubertätsentwicklung tritt eine Symptomverschiebung auf. Motorische Stereotypien und Rituale erhalten zunehmend einen zwangartigen Charakter, beispielsweise Wasch- und Laufzwänge. Kurze und einschließende, teils ticartig anmutende Bewegungen werden als Zwangsimpulse erlebt und gedeutet.

Psychomotorische Störungen bei Schizophrenien

Mit zunehmendem Alter kommt es zu einer Ausdifferenzierung der einzelnen Schizophrenieformen. In der schon erwähnten Untersuchung von TROTT (1999) wurde bei 33 % eine katatone Psychose festgestellt. In 32 % der Fälle fand sich eine schizoaffektive Psychose, 19% litten unter einer paranoid-halluzinatorischen Psychose; 16 % wurden der hebephrenen Verlaufsform zugeordnet. Besonders bemerkenswert ist, dass in der Gruppe untersuchter Kinder mit einem frühen Krankheitsbeginn, d.h. vor dem 14. Lebensjahr, sogar in 64,9 % der Fälle eine katatone Psychose festgestellt wurde. Die prozentuale Verteilung der Hauptsymptome ist für die Diagnostik schizophrener Erkrankungen besonders aufschlussreich. Im Vordergrund der klinischen Symptomatik stehen Affektstörungen (67,0 %), Denkstörungen (44,8 %), wahnhaftes Erleben (35,0 %) und psychomotorische Störungen (34,0 %). Sinnestäuschungen (11,3 %), Halluzinationen (5,4 %) und paranoides Erleben (1,0 %) spielen nur eine untergeordnete Rolle (Tab. 1).

Betrachtet man die Hauptsymptome katatoner Schizophrenien, ergeben sich durch den Symptomenkomplex psychomotorische Störungen, Affekt- und Denkstörungen einerseits Überschneidungen, andererseits eindeutige Abgrenzungen gegenüber den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen wie den Autismus-Spektrum-Störungen oder komplexen Tic- und Zwangsstörungen.

Tab. 1. Prozentuale Verteilung der Hauptsymptome (nach AMDP) bei schizophrenen Kindern und Jugendlichen (Trott 1999)

Symptomatik	Gesamt n = 203	Klinische Diagnose			
		Hebephrenie n = 30	Katatonie n = 68	Paranoid- halluz. n = 38	Schizoaffekt. n = 64
Affektstörung	67,0 %	86,7 %	47,1 %	41,0 %	95,3 %
Denkstörung	44,8 %	66,7 %	36,8 %	25,6 %	54,7 %
Wahn	35,0 %	33,3 %	16,2 %	69,2 %	34,4 %
Psychomot. St.	34,0 %	3,3 %	97,1 %	-	1,6 %
Sinnestäusch.	11,3 %	-	-	43,6 %	9,4 %
Halluzinationen	5,4 %	3,3 %	1,5 %	20,5 %	1,6 %
Paranoia	1,0 %	-	-	-	3,1 %

Wesentlich für die Diagnose einer katatonen Störung ist das Wissen um die differenzierte klinisch-symptomatische Ausprägung und die Möglichkeit standardisierter Untersuchung katatoner Symptome. Es stehen aus dem angloamerikanischen Raum verschiedene Checklisten und Skalen zur Verfügung (ROSEBUSH et al. 1999; BUSH et al. 1996). Für den deutschsprachigen Raum wurde die gut validierte Katatonie-Rating-Skala (KRS) vorgelegt (BRÄUNIG et al. 1999). Diese Skala erfasst Anzahl, Häufigkeit und Schwere katatoner Symptome. Es werden 16 katatone Motorsymptome und 5 katatone Verhaltensweisen unterschieden. Die Diagnose einer Katatonie wird bei Vorhandensein von mindestens 4 Symptomen oder Verhaltensweisen mit mindestens mittelschwerem Ausprägungsgrad gestellt:

Katatone Motorsymptome in der Katatonie-Rating-Skala

1. Nesteln

Unruhiges Bewegen der Hände/Finger mit zum Teil tastendem oder suchendem Charakter. Spielen mit den Händen/Fingern, ratlos wirkendes Betasten des eigenen Körpers oder von Gegenständen. Zupfen an der Bettdecke, an Kleidungsstücken, etc. Spontanes Ergreifen von Gegenständen. Leichte motorische Ablenkbarkeit durch äußere Stimuli.

2. Stereotypien

Einfache oder komplexe, einförmige, repetitive, sinnlos wirkende Bewegungen oder Handlungen (z. B. Bewegungen/Gesten des Kopfes, der Arme, der Hände, des Rumpfes, der Zehen, Beine oder Füße; reibende Bewegungen, sich selbst bekreuzigen, rotierende Bewegungen). Die Bewegungen werden über längere Zeiträume ausgeführt und scheinen unter relativ geringer willkürlicher Kontrolle abzulaufen.

3. Iterationen

Rhythmische, repetitive Bewegungen (z.B. Schaukelbewegungen des Kopfes, des Oberkörpers, des Fußes und Unterschenkels, rhythmisches Drehen der Unterarme).

4. Verbigerationen

Stereotypes Wiederholen einzelner Worte oder ganzer Sätze.

5. *Grimassieren*

Hyperkinetische (kurz, einfach, schnell), und/oder dystone (länger andauernd, komplex, langsam) Bewegungen der Gesichtsmuskulatur. Die Bewegungsstörungen können einzelne Gesichtsmuskeln betreffen, es kann sich aber auch um sehr komplexe Bewegungsstörungen unter Einbeziehung zahlreicher Muskelgruppen handeln.

6. *Pseudoexpressivbewegungen*

Einfache, ruckartige, kurze und schnelle Bewegungen des Kopfes, der Schultern Arme oder Hände. Häufig im Zusammenhang mit Ausdrucksbewegungen auftretend.

7. *Verharren in Haltungen*

Spontanes, gewohnheitsmäßiges Einnehmen bestimmter, auch unbequemer oder sozial unüblicher Haltungen/Positionen. Der Muskeltonus ist im Gegensatz zur kataleptischen Rigidity nicht erhöht, oft sogar schlaff.

8. *Rigidität/ starre Katalepsie*

Beibehalten einer starren Haltung mit deutlich verminderten oder fehlenden spontanen Bewegungen und erhöhtem Muskeltonus.

9. *Blinzeln*

Erhöhte Lidschlagfrequenz.

10. *Motorische Erregung*

Generalisierte motorische Unruhe mit Hyperaktivität und Bewegungsdrang.

11. *Motorische Hemmung*

Generalisierte motorische Hemmung mit Hypoaktivität. Willkürbewegungen werden verzögert, verlangsamt oder gar nicht ausgeführt.

12. *Anstoß-/Nachahmungsautomatie*

Anstoßautomatie: Abnorme motorische Anregbarkeit und Beeinflussbarkeit. Gesteigerte Bereitschaft, einfache Bewegungen auf einen geringen Anstoß hin auszuführen.

Nachahmungsautomatie: Gesteigerte Bereitschaft des Patienten, vor seinen Augen ausgeführte Bewegungen und Gebärden bzw. zufällig in seiner Umgebung wahrgenommene Bewegungen und Handlungen nachzuahmen. Erfolgt die Nachahmung nicht vollkommen spontan, erweist sich der Patient als extrem suggestibel.

Mitgehen/Mitmachen: Nach kurzem passivem Anstoß wird die angestoßene Bewegung „automatisch“, ohne weitere Einflussnahme des Untersuchers, ausgeführt.

Gegengreifen: Der Patient ergreift die ihm vom Untersucher unüblich häufig entgegengestreckte Hand immer wieder in einer automatisch wirkenden Art.

Echophänomene: Spontanes oder induziertes Nachahmen von Gesten, Gebärden, Bewegungen, Handlungen oder sprachlichen Äußerungen.

13. *Gegenhalten*

Aktives Widerstreben gegenüber Versuchen, bewegt zu werden und gegenüber Versuchen, durch passive Bewegungen Lage- oder Handlungsveränderungen des Körpers herbeizuführen. Gegenhalten muss nicht generalisiert auftreten, sondern kann auf bestimmte Körperregionen bzw. Muskelgruppen beschränkt sein

(Steifmachen des Nackens oder des Oberkörpers, krampfhaftes Verschließen der Augen oder des Mundes, Zusammenkneifen der Kiefer, krampfhafter Faustschluss oder krampfhaftes Festhalten von Gegenständen, z. B. der Bettdecke). Lider, Lippen, Mund und Kiefer, Nacken, Oberkörper, Fäuste, Flexoren und Adduktoren sind bevorzugt betroffen. Der vom Patienten aufgebrachte Widerstand wächst mit der vom Untersucher aufgewandten Kraft.

14. *Parakinesen*

Eckige, ungrazile, disharmonische oder roboterhaft wirkende Willkürbewegungen, die auch das Gangbild mit einschließen.

15. *Flexibilitas cerea*

Durch passive Bewegungen lassen sich die Glieder des Patienten in jede beliebige, auch unbequeme Lage bringen (biegsam wie Wachs). Die passiv herbeigeführte Position wird dann so lange beibehalten, bis ein neuer Anstoß erfolgt, oder Muskelermüdung eintritt.

16. *Mutismus*

Deutliche Verminderung bzw. Aufhebung sprachlicher Äußerungen bei organisch intakten Sprechorganen.

Katatone Verhaltensweisen in der Katatonie-Rating-Skala

17. *Manierismus*

Umständlich, geschraubt, verschnörkelt, geziert oder verschroben wirkende Abänderungen gewöhnlicher Bewegungen und Verhaltensweisen. Manieren werden von dem Patienten gewohnheitsmäßig beibehalten und häufig wiederholt. Das manierierte Verhalten kann offensichtlich nicht ohne weiteres unterlassen werden. Manieren werden fast immer zur Karikatur.

18. *Befehlsautomatie/Proskinese*

Abnorme Zuwendungs-, Bejahungs-, Gefolgs- und/oder Anschlussbereitschaft. Der Patient befolgt Aufforderungen überaus prompt und übertrieben bereitwillig, er zeigt ein übersteigertes entgegenkommendes und/oder devotes Verhalten, ist extrem leicht beeinflussbar und suggestibel.

19. *Negativismus*

Verhaltensweisen, die Ausdruck von Ablehnung, Abkehr und aktivem Widerstreben sind. Der Patient verhält sich betont unkooperativ, befolgt Aufforderungen nicht oder führt das Gegenteil aus (Befehlsnegativismus). Äußeren Einwirkungen begegnet der Patient mit Unzugänglichkeit, Widerstand, zum Teil auch mit Gereiztheit oder Aggressivität. Erscheinungsformen des Negativismus sind z.B. auch Nahrungsverweigerung, Kommunikationsverweigerung, Harn- und Stuhlverhalt, bzw. Enuresis und Enkopresis oder auch die sogenannte „Schikanose“ (aktiv querulierendes oder andere peinigendes Verhalten).

20. *Impulsives Verhalten*

Trieb- bzw. dranghafte Verhaltensweisen, die mit Unruhe oder Erregung einhergehen und nicht, oder nicht ausreichend, steuerbar zu sein scheinen. Impulshandlungen können aggressiv oder autoaggressiv getönt sein, sie können sich als poriomaner Bewegungsdrang, als gieriges Essen oder Schlingen (auch von

Ungenießbarem) äußern oder sexueller Natur sein (z. B. triebhaft hemmungsloses Onanieren in Gegenwart anderer Personen).

21. Rituale

Regelmäßige Wiederholung rigide fixierter komplexer Verhaltensweisen und Handlungen. Die Patienten etablieren diese extrem monotonen Verhaltensweisen gewohnheitsmäßig, wodurch es zu einer Erstarrung der Tagesabläufe oder der gesamten Lebensform kommt. Leidensdruck oder Widerstand gegen die Rituale bestehen überwiegend nicht. Versuchen, die Rituale zu unterbrechen, wird aktiver Widerstand entgegengesetzt.

Die in der KRS genannten Symptome ließen sich durch einige weitere ergänzen bzw. noch weiter differenzieren. Für den klinischen Alltag sind die angeführten Symptome ausreichend. Sie stellen eine wichtige Ergänzung zur Katatonie-Diagnostik nach ICD-10 dar. In einer Symptomfindungsstudie untersuchten HÖFFLER & BRÄUNIG (1999) 61 chronisch schizophren erkrankten Personen. Die Autoren unterschieden 44 katatone Symptome, die in unterschiedlichen Häufigkeiten und Kombinationen auftraten. Sie fanden, dass zahlreiche und häufig gebotene klassische katatone Symptome in der ICD-10 nicht erfasst werden. Darüber hinaus gehören die katatonen Symptome gemäß ICD-10 zu den nur selten vorhandenen, die Mehrzahl findet sich im letzten Drittel der Häufigkeitsverteilung.

Differentialdiagnosen

An dieser Stelle sei jedoch ausdrücklich darauf verwiesen, dass das Vorliegen katatoner Syndrome allein noch keine Katatonie beweist, denn auch bei anderen schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen können katatone Symptome auftreten. Wichtige Differentialdiagnosen der Katatonie sind Depression, Manie, komplexe Tic- und Zwangsstörungen, hirnorganische und somatoforme Störungen und im Kindes- und Jugendalter Hyperaktivitätsstörungen. Symptomüberschneidungen gibt es auch zu den medikamentös bedingten Bewegungsstörungen.

Zusammenfassung

Unter den schizophrenen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist die katatone Form am häufigsten. Sie beginnt in der Regel sehr früh und nimmt einen ungünstigen Verlauf. Die Betroffenen zeigen ein buntes Bild motorischer Symptome und katatoner Verhaltensweisen. Diese sind in dem Diagnosesystem ICD-10 nicht ausreichend abgebildet und werden somit oft nicht diagnostiziert. Der mit der Erkrankung einhergehende Intelligenzmangel verleitet in diesen Fällen zur Diagnose einer „geistigen Behinderung“. Die motorischen Phänomene führen oft zu der Fehldiagnose Autismus. Auf diese Weise werden aber den betroffenen Personen wirksame multimodale Therapiekonzepte vorenthalten.

Literatur

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (Ed.) (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) - DSM-IV. American Psychiatric Association Washington, DC

- ASARNOW, J. R.; KARATEKIN, C. (2001): Neurobehavioral perspective. In: REMSCHMIDT H. (Ed.): Schizophrenia in Children and Adolescents. Cambridge University Press; 168-91
- BRÄUNIG, P.; KRÜGER, S.; HÖFFLER, J.; SHUGAR, G.; BÖRNER, I. (1999): Entwicklung, Anwendung und Reliabilität einer Katatonie-Skala. . In: BRÄUNIG, P. (Hrsg.): Motorische Störungen bei schizophrenen Psychosen. Schattauer, Stuttgart; 41-67
- BUSH, G.; FINK, M.; PETRIDES, G.; DOWLING, F.; FRANCIS, A. (1996): Catatonia. 1. Rating Scale and standardized examination. *Acta Psychiatrica Scandinavia*; 93: 129-36.
- CIOMPI, L.(1982): Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Klett-Cotta, Stuttgart
- CORNBLATT, B.; OBUCHOWSKI, M.; ROBERTS, S.; ERLLENMEYER-KIMMLING, L. (1999): Cognitive and behavioural precursors of schizophrenia. *Developmental Psychopathology*; 11(3): 487-508
- DEB, S; MATTHEWS, T; HOLT, G. (Eds.) (2001): Practice Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Mental Health Problems in Adults with Intellectual Disability, Pavilion, Brighton; 32-43
- HÖFFLER, J.; BRÄUNIG, P. (1999): Katatone Symptome bei chronischen Schizophrenien: Eine Symptomfindungsstudie. . In: BRÄUNIG, P. (Hrsg.): Motorische Störungen bei schizophrenen Psychosen. Schattauer, Stuttgart; 8-17
- REMSCHMIDT, H. & SCHMIDT, M. H. (Hrsg.) (1994):. Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Huber, Bern; 37-41
- LEONHARD, K. (1984): Als geistige Behinderung verkannte Kindheitsschizophrenie. In: NISSEN, G.; (Hrsg.) *Psychiatrie des Schulalters*. Huber, Bern; 28-46
- NEUMÄRKER, K. J. (1996): Entwicklungsabhängige Manifestation von Schizophreniesymptomen. In: STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Urban & Schwarzenberg, München; 74
- NEUMÄRKER, K. J. (1997): Early childhood catatonia. In: FRANZEK, E., UNGVARI, E. S. (Eds.): *Recent Advances in Leonhard's Nosology*. International Wernicke-Kleist-Leonhard Society, Würzburg ; 36-47
- NICOLSON, R.; RAPOPORT, J. L. (1999): Childhood onset schizophrenia: rare but worth studying. *Biology Psychiatry*; 46 (10) 1418-28
- ROSEBUSH, P. I.; HILDEBRAND, A. M.; FURLONG, B. G.; MAZUREK, M. F (1990): Catatonic syndromes in a general psychiatric inpatient population: Frequency, clinical presentation and response to lorazepam. *Journal of Clinical Psychiatry* 51: 357-62
- TROTT, G. E. (1999): Die katatone Schizophrenie im Kindes- und Jugendalter. In: BRÄUNIG, P. (Hrsg.): *Motorische Störungen bei schizophrenen Psychosen*. Schattauer, Stuttgart; 198-210
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992): *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. WHO. Geneva

Die Funktion von Stereotypen bei Menschen mit autistischen Störungen – eine Herausforderung für Pädagogen und Therapeuten

Rositta Symalla

Diagnostische Kriterien der autistischen Störung

Stereotypen gehören zu den diagnostischen Kriterien der autistischen Störung und bilden damit einen Teil der so genannten „autistischen Triade“, d.h. der zentralen Verhaltensbereiche, in denen sich bei einer autistischen Störung Auffälligkeiten zeigen. Repetitive und stereotype Verhaltensmuster treten allerdings auch häufig bei Menschen mit einer geistigen Behinderung ohne Autismus auf und differenzieren daher im Vergleich zum Sozialverhalten und zur Kommunikation am wenigsten zwischen diesen beiden Personengruppen.

Abb. 1: Kriterien der autistischen Störung nach DSM-IV (299.00)

- A. Es müssen mindestens sechs Kriterien aus (1), (2) und (3) zutreffen, wobei mindestens zwei Kriterien aus (1) und je ein Kriterium aus (2) und (3) stammen müssen:
- B.
- (1) qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion in mindestens zwei der folgenden Bereiche:
 - (a) ausgeprägte Beeinträchtigung im Gebrauch vielfältiger nonverbaler Verhaltensweisen wie beispielsweise Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Gestik zur Steuerung sozialer Interaktionen,
 - (b) Unfähigkeit, entwicklungsgemäße Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen,
 - (c) Mangel, spontan Freude, Interessen oder Erfolge mit anderen zu teilen (z. B. Mangel anderen Menschen Dinge, die für den Betroffenen von Bedeutung sind, zu zeigen, zu bringen oder darauf hinzuweisen),
 - (d) Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit;
 - (2) qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation in mindestens einem der folgenden Bereiche:
 - (a) verzögertes Einsetzen oder völliges Ausbleiben der Entwicklung von gesprochener Sprache (ohne den Versuch zu machen, die Beeinträchtigung durch alternative Kommunikationsformen wie Gestik oder Mimik zu kompensieren),
 - (b) bei Personen mit ausreichendem Sprachvermögen deutliche Beeinträchtigung der Fähigkeit, ein Gespräch zu beginnen oder fortzuführen,
 - (c) stereotyper oder repetitiver Gebrauch von Sprache oder idiosynkratische Sprache,
 - (d) Fehlen von verschiedenen entwicklungsgemäßen Rollenspielen oder sozialen Imitationsspielen;
 - (3) **beschränkte, repetitive und stereotype Verhaltensweisen, Interessen oder Aktivitäten in mindestens einem der folgenden Bereiche:**
 - (a) **umfassende Beschäftigung mit einem oder mehreren stereotypen und begrenzten Interessen, wobei Inhalt und Intensität abnorm sind,**
 - (b) **auffälliges und starres Festhalten an bestimmten nichtfunktionalen Gewohnheiten oder Ritualen,**

- (c) **stereotype und repetitive motorische Manierismen (z. B. Biegen oder schnelle Bewegungen von Händen oder Fingern oder komplexe Bewegungen des ganzen Körpers),**
 (d) **ständige Beschäftigung mit Teilen von Objekten. (Hervorhebung durch die Autorin)**

C. Beginn vor Vollendung des dritten Lebensjahres und Verzögerungen oder abnorme Funktionsfähigkeit in mindestens einem der folgenden drei Bereiche:

- (1) Soziale Interaktion,
- (2) Sprache als soziales Kommunikationsmittel oder
- (3) symbolisches oder Phantasiespiel.

D. Die Störung kann nicht besser durch die Rett-Störung oder die Desintegrative Störung im Kindesalter erklärt werden.

Formen stereotypen Verhaltens

Während sich „echte“ Zwangsstörungen häufig in Form von Waschwängen und Kontrollzwängen äußern, zeigt sich stereotypes Verhalten im Rahmen einer autistischen Störung eher als exzessives Ordnen, Sammeln, Berühren oder auch als selbststimulierendes Verhalten. (McDOUGLE et al. 1995). Im Gegensatz zu Menschen mit Zwangsstörungen, die sich gemäß den klinisch-diagnostischen Kriterien von ihren Zwangssymptomen beeinträchtigt fühlen, sie als unsinnig oder inadäquat erleben usw., erleben autistische Menschen ihre stereotypen Handlungen meistens als positiv und selbstverstärkend. Dies wird vor allem in den Äußerungen autistischer Menschen deutlich, die solche Verhaltensauffälligkeiten aus ihrer Innensicht beschreiben.

Folgende Formen stereotypen Verhaltens sind bei autistischen Menschen häufig zu beobachten:

Bewegungsstereotypien und selbststimulierendes Verhalten.

Typische Bewegungsstereotypien sind das Flattern mit den Händen, das Schaukeln des Oberkörpers, der Zehenspitzenengang oder das Hüpfen. Solche auffällige Bewegungen sind bei autistischen Menschen mit einer zusätzlichen geistigen Behinderung besonders häufig zu beobachten. Autistische Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigung bemühen sich stärker, ihre Bewegungen zu kontrollieren und zeigen eher unauffälligere Bewegungsstereotypien.

Manche Bewegungsstereotypien haben selbststimulierenden Charakter. wie z. B. das Schlagen des Kopfes an die Wand. Sie führen oft zu Verletzungen, was von den Betreuungspersonen und Beobachter nur schwer zu ertragen ist oder wegen der Folgen nicht toleriert werden kann. Es ist anzunehmen, dass bei Menschen mit Autismus manchmal die Schmerzschwelle heraufgesetzt ist, so dass sie Selbstverletzungen nicht als schmerzhaft empfinden.

Verbale Stereotypien

Diese zeigen sich als ritualisierte verbale oder andere lautliche Äußerungen in bestimmten Situationen oder als Echolalie, dem Wiederholen von Gehörtem. Echolalie kann unmittelbar oder verzögert auftreten. Oft hat sie einen kommunikativen Charakter, der aber nicht immer sofort ersichtlich ist. Eine andere

Form verbaler Stereotypen, die häufig beobachtet werden kann, ist das ständige Wiederholen ein und derselben Frage. Darauf soll später noch etwas genauer eingegangen werden.

Objektfixierungen

Objektfixierungen sind vor allem im Kindesalter nichts Ungewöhnliches. Die meisten Kinder haben zeitweilig eine enge Bindung an ein Objekt wie ein Kuscheltier, eine Puppe oder ein Schmusetuch. Auffällig bei autistischen Menschen ist zum einen die Art der gewählten Objekte, die in der Regel gerade nicht weich und kuschelig sind, sondern so ungewöhnlich wie Schrauben, Kochlöffel oder Bauklötze. Zum anderen ist die Dauer der Objektfixierung auffällig, denn oft bleibt sie bis ins Erwachsenenalter hinein bestehen. Häufig werden die Objekte auch in komplexere Rituale eingebaut.

Exzessives Sammeln

Auch hier sind es oft ungewöhnliche Objekte, die gewählt werden. Diese werden dann oft in einem solchen Ausmaß gesammelt, dass sie das Lebensumfeld der betroffenen Person massiv beeinträchtigen.

Rituale, komplexe Handlungsstereotypen, Routinen

Bestimmte komplexe, mehrschrittige Handlungsabläufe werden immer in derselben Reihenfolge und in derselben Art und Weise ausgeführt. Dabei werden manchmal auch andere Personen mit eingebunden. Jede externe Störung im Handlungsablauf ruft massive Unruhe bei der autistischen Person hervor, manchmal selbst- oder fremdverletzende Reaktionen.

Solche schematisierten Abläufe werden oft als Routinen bezeichnet, die besonders dann sinnvoll ist, wenn sie sich auf zweckvolle, zielgerichtete Handlungen beziehen. Auch nicht autistische Menschen entwickeln Routinen, im Unterschied zu autistischen Menschen sind sie aber sehr viel stärker in der Lage, sie flexibel zu handhaben und an die aktuellen Situationserfordernisse anzupassen.

Ausgeprägte Spezialinteressen

Besonders Menschen ohne stärkere intellektuelle Beeinträchtigung beschäftigen sich auffällig intensiv und oft fast ausschließlich mit einem Thema, mit einer Aktivität, mit einem Interessensgebiet (z. B. Kopfrechnen, Zeichnen, Studium von Bauplänen, Fahrplänen usw. Sie können hier eine ausgeprägte Expertise, eine weit überdurchschnittliche Leistungsfähigkeit erreichen (vgl. HERMELIN, 2002). Diese Spezialinteressen können andererseits aber auch oft die Interaktion mit anderen Menschen beeinträchtigen, wenn etwa Gespräche fast nur über diese Themen geführt werden, ungeachtet der Interessen des Gegenübers.

Exkurs: kognitive Beeinträchtigung bei Autismus

Die „typisch autistischen“ Verhaltensweisen sind überwiegend als Copingmechanismen zu verstehen, also als Versuche, trotz der autistischen Störung

die Alltagsanforderungen zu bewältigen. Die Funktion von Stereotypen bei Menschen mit Autismus kann daher nur auf dem Hintergrund der durch die Behinderung verursachten Schwierigkeiten verstanden werden.

Autismus ist im Kern eine Störung der Wahrnehmungsverarbeitung. Die betroffenen Menschen nehmen die Welt als eine Flut von Einzelreizen wahr, die weitgehend unverbunden nebeneinander stehen, vergleichbar mit Puzzleteilen, die verstreut umher liegen. Sie haben Schwierigkeiten, die einzelnen Reize zu einem Gesamtbild zusammen zu fügen und so die Bedeutung zu erkennen. Diese Reizüberflutung führt zu Anspannung. Die Schwierigkeit zu verstehen, was um sie herum passiert und was als nächstes passieren könnte, führt zu Angst. Dies trifft in besonders hohem Maße auf den Umgang mit anderen Menschen zu. Autistische Menschen haben Einschränkungen in der „Theory of mind“ (FRITH, 2003) d.h., in der Fähigkeit sich in andere Menschen hineinzusetzen. Menschen mit autistischen Störungen mangelt es an Empathie (Fähigkeit emotionaler Einfühlung in andere), dem „Navigationssystem für die soziale Welt“. Sie können daher nicht erkennen, wie es anderen Menschen geht und welche Absichten sie verfolgen; sie können deren Handlungen nicht vorhersehen und oft nicht adäquat reagieren.

Ein weiteres Problem entsteht durch die Störung der Handlungsorganisation - auch als Exekutive Dysfunktion bezeichnet. Damit eine Handlung erfolgreich durchgeführt werden kann, muss das Ziel mental präsent sein, ebenso die notwendigen Teilschritte und deren Reihenfolge. Es muss klar sein, womit begonnen wird, und wann die Handlung beendet ist. Je ausgeprägter die Schwierigkeiten in diesem Bereich sind, umso begrenzter ist das Repertoire an Handlungen, die selbstständig und flexibel durchgeführt werden können.

Funktionen stereotypen Verhaltens

Im Wesentlichen dienen Stereotypen zwei Zielen:

- der Regulation des sensorischen Inputs und/oder
- der Kommunikation.

Regulation des sensorischen Inputs

In einem Experiment wurde an Ratten beobachtet, dass sie auf eine unkontrollierbare Stresssituation zunächst mit Verhaltensstörungen wie Urinieren und Essensverweigerung reagierten (MAIER 1961). In der Folge nahmen diese Verhaltensweisen aber in demselben Maße ab, wie die Ratten begannen stereotype Reaktionen aufzubauen. Offensichtlich entfalteten die Stereotypen also stabilisierende Wirkung. Auch wenn die Übertragung von Erkenntnissen aus Tierexperimenten auf Menschen immer Vorsicht gebietet, so stimmt dieses Ergebnis mit Beobachtungen bei autistischen Menschen sowie deren Selbstbeschreibungen überein. So stellte CHARLOP (1986) fest, dass die Echolalie autistischer Kinder zunahm, je unbekannter der Raum, die anwesenden Personen und die präsentierten Stimuli waren, je größer die Verunsicherung und der Stress für die Kinder.

Stereotypes Verhalten bewirkt hier offensichtlich eine Stressreduktion. Es dient der Beruhigung und Fokussierung in Situationen, die durch ein subjektiv empfundenes Übermaß an Reizen, durch Reizüberflutung gekennzeichnet sind
Hierzu einige illustrative Zitate von Menschen mit Autismus:

„Andere Methoden, um mich gegen die Welt abzuschotten, wenn ich von übermäßigem Lärm bedrängt wurde, bestanden darin, dass ich rhythmisch hin und her wippte oder mich im Kreis drehte. Das Wippen gab mir ein Gefühl der Ruhe. Es war, als nähme ich eine Droge. Je mehr ich es tat, desto mehr brauchte ich es“. (GRANDIN 1997, S. 53)

„Ich konnte stundenlang am Strand sitzen und zusehen, wie der Sand durch meine Finger rieselte. Ich studierte die einzelnen Sandkörner, die zwischen meinen Fingern hindurchrannen. Jedes Sandkorn war anders, und ich war wie eine Wissenschaftlerin, die die Körner unter einem Mikroskop studierte. Während ich ihre Formen und Konturen einer genauen Prüfung unterzog, versank ich in Trance, die mich für die Anblicke und Geräusche rund um mich unempänglich machte.“ (GRANDIN 1997, 53)

„Eine frühe Erinnerung. Ich sitze im Kinderzimmer auf dem Boden. Vor mir habe ich ein Spielzeug, eine Art Brett mit länglichen, verschiedenfarbigen Holzklötzchen. In dem Brett befinden sich Löcher, und durch diese Löcher müssen die Holzklötzchen mit einem dazugehörigen Hammer runtergeschlagen werden. Ich hämmere die Klötzchen runter und bin völlig in meine Tätigkeit versunken. Ich sitze zur Wand gekehrt. Außerhalb dessen, was ich tue, gibt es nichts. Keine Welt. Nur ich und das, was ich tue.“ (GERLAND 1998, 11)

„Ich empfand ein Bedürfnis nach Biegungen, sie schenkten mir eine Art Befriedigung. Eine gebogene Sache hatte etwas Beruhigendes an sich, das war ein ganz selbstverständliches Gefühl. Eine gebogene Sache war auf die gleiche Art beruhigend wie grün eben grün ist, so selbstverständlich, dass man es unmöglich erklären konnte.

In den Augen der Umwelt war mein Verhalten völlig unbegreiflich. Unentwegt fasste ich alles Mögliche an, pulte mit den Fingern in oder unter Flaschen, strich über Sofalehnen und Türgriffe, rieb die Handfläche an geschwungenen Geländern. Es war unbedingt notwendig, alle diese gebogenen Sachen anzufassen, sie enthielten Biegungen, die ich brauchte....Ich wusste nicht, dass das, was ich tat, anderen seltsam und irritierend erschien. Ich wusste nur, dass ich es tun musste, es war notwendig, lebensnotwendig“. (GERLAND 1998, 11f)

Ein Übermaß an sensorischem Input kann durch ein objektiv erhöhtes Reizangebot oder auch durch eine individuelle Übersensitivität auf bestimmte Reize entstehen. Auch dann kann eine stereotype Verhaltensweise beruhigend wirken. Dieses kann wie in dem folgenden Beispiel von Gunilla GERLAND u. U. eine Form annehmen, die von Außenstehenden fälschlicherweise als selbst- oder fremdaggressiv beabsichtigt interpretiert werden könnte:

„Die Kauflächen der Zähne reagierten manchmal ebenfalls unglaublich empfindlich auf Berührung, fast elektrisch, und schienen mit einer empfindlichen Stelle im Nacken gekoppelt zu sein. Wenn dieses Gefühl allzu unerträglich wurde, half es, in irgendetwas hineinzubeissen. Am liebsten in etwas, das den Zähnen einen einigermaßen harten Widerstand bot, damit im Mund ein gleichmäßiger Druck entstand. Am allerbesten war es, in Menschenfleisch zu beißen. Ich wollte irgendjemanden beißen, einen Arm, ich wusste nicht, warum. Ich fühlte nur, dass ich es brauchte. Es gefiel mir, Menschen zu beißen, und ab und zu durfte ich meine große Schwester beißen. Aber meistens musste ich mich mit Gegenständen aus weichem Kunststoff begnügen – mit meinem alten Kauring, Spielzeug, Möbeln ... Wenn ich dieses unangenehme Gefühl in den Zähnen beruhigen musste, biss ich in alles, was zur Hand war.“ (GERLAND 1998, 15f)

Stereotypes Verhalten ermöglicht die Kontrolle über einen kleinen Bereich in einer Umwelt, die als unkontrollierbar und überwältigend erlebt wird.

„Die Realität ist für einen autistischen Menschen ein verwirrendes Durcheinander von Ereignissen, Leuten, Orten, Geräuschen und Bildern. Es scheint keine klaren Grenzen, keine Ordnung, keine Bedeutung von irgendetwas zu geben. Einen großen Teil meines Lebens verbringe ich damit, das Muster hinter allem zu entdecken. Das Aufstellen von Routinen, festen Zeitpunkten, festgelegten Wegen und Ritualen, all das hilft mir Ordnung in dieses unerträglich chaotische Leben zu bringen. Das Bemühen, immer alles gleich bleibend zu halten, reduziert ein wenig diese schreckliche Angst.“ (JOLIFFE, 1992)

„Der Mathe-Lehrstoff der 1. Klasse beinhaltete Mengenlehre, und beim Sortieren von den kleinen Übungsplättchen nach Farbe, Form und Größe war ich ja voll in meinem Element. Kleine Dinge ordnen, das habe ich ja mein Leben lang zum Überleben gebraucht. Geordnete kleine Dinge wirken dem Chaos im Großen entgegen. Wenn ich meine kleinen Details kontrolliere, dann ist es nicht ganz so schlimm, dass ich das Gesamte nicht überblicken kann“ (SCHÄFER 1997, 36).

„Ich machte mich sogleich über den Lichtschalter her. Auf den Druck meines Fingers folgte ein feines Geräusch und ich wurde von Anwesenheit behelligt: Licht nahm den Raum in Besitz. Auf den erneuten Druck meines Fingers folgte ein feines Geräusch und das Licht versteckte sich. Jede Bewegung meines Fingers hatte sichtbare Auswirkungen. Licht erstrahlte, Licht erlosch. Sicherheit fand ich in diesem Wechselspiel. Hingebungsvoll widmete ich mich dem Lichtschalter des Heizungskellers.“ (BRAUNS 2002, 36)

Stereotypes Verhalten ist jedoch nicht immer eine Reaktion auf ein Übermaß an Reizen. Stereotypes Verhalten kann auch die gegenteilige Funktion haben: das Setzen von Reizen bei Reizarmut oder Reizabschirmung. Bei autistischen Menschen kann diese Reizarmut (Reizdeprivation) paradoxerweise manchmal als indirekte Folge eine Reizüberflutung auftreten. Da sie nicht ausreichend in der Lage sind, den sensorischen Input zu modulieren, bleibt ihnen nur die Wahl zwischen dem Alles oder Nichts: Reizüberflutung oder die selbstgewählte völlige Abschottung gegen alle Reize. Es ist auch möglich, dass Reizdeprivation in einem Bereich (z. B. Geräusche) mit Reizüberflutung auf einem anderen Gebiet (z. B. Berührungen) einhergeht.

Spätestens seit den Untersuchungen von René SPITZ an hospitalisierten Kindern wissen wir um die Notwendigkeit einer angemessenen sensorischen Stimulation für eine gesunde Entwicklung und um den Versuch, einem Mangel an Stimulation durch stereotype Verhaltensweisen entgegenzuwirken. Das Bedürfnis nach Stimulation scheint angeboren zu sein. Nicht behinderte Menschen in einem normalen Umfeld wählen hierfür vorwiegend verbale, soziale oder Freizeit-Aktivitäten. Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung Schwierigkeiten haben, komplexe Handlungen durchzuführen, greifen auf einfache, sich wiederholende Handlungen zurück. Bei selbststimulierendem Verhalten, das oft bis zur schmerzhaften Selbstverletzung ausgeführt wird, werden zudem so genannte Endorphine im Gehirn ausgeschüttet, das sind körpereigene Opiate, die über ihre spezifische Wirkung Wohlbefinden auslösen und damit zusätzlich verstärkend sind.

Kommunikation und soziale Interaktion

Stereotypes Verhalten tritt nicht immer nur als Reaktion auf. Sondern es kann auch der aktiven Kontaktaufnahme oder der Kommunikation dienen. KENNEDY et al. (2000) stellten in einem Experiment fest, dass das Ausmaß an stereotypem Verhalten in Abhängigkeit von den Situationsanforderungen und dem Verstärkerverhalten anwesender Personen variiert, dass sich die Reaktionsmuster der verschiedenen Versuchspersonen über die verschiedenen Settings aber unterscheiden. Das gleiche Verhalten kann für verschiedene Personen unterschiedliche Funktionen haben: es kann z.B. der Vermeidung unangenehmer Aufgaben dienen oder dazu, die Aufmerksamkeit der anwesenden Personen zu erreichen. Durch gezieltes Kommunikationstraining konnte dann in den jeweiligen Situationen das Ausmaß an Stereotypen verringert werden. Dies weist bereits darauf hin, wie wichtig der Aufbau von Alternativverhalten im Rahmen der Intervention ist. KENNEDY et al. (2000) stellten zudem fest, dass die Form des stereotypen Verhaltens nicht unbedingt seine Funktion widerspiegelt; dies umso weniger je mehr es der Reizmodulation und weniger es der Kommunikation diene.

Beispiel: Funktionen von wiederholtem Fragen

Die Vielfalt möglicher Funktionen einer bestimmten stereotypen Verhaltensweise zeigt VICKER (2004) am Beispiel sich ständig wiederholender Fragen auf. Diese können u. a. folgende Ursachen haben:

- Einschränkungen in der verbalen Kommunikation und damit die Schwierigkeit flexibler Sätze zu formulieren
- Schwierigkeit, auf andere Art und Weise ein Gespräch zu initiieren und aufrechtzuerhalten
- Mangel an anderen Möglichkeiten, Aufmerksamkeit zu erlangen, z.B. um einen Wunsch befriedigt zu bekommen
- Bedürfnis nach Informationen
- Bedürfnis nach Sicherheit, die hier durch die Vorhersehbarkeit einer Antwort gegeben wird
- Vermeidung oder Hinausschieben einer unangenehmen Situation, z.B. einer ungeliebten Aufgabe, die erfüllt werden soll
- Vermeidung des Übergang zu einer anderen Situation und damit der Verunsicherung, was kommen wird.
- Wunsch, sozial zu sein; dies vorwiegend bei Menschen mit einer geringen oder keiner intellektuellen Beeinträchtigung
- Bedürfnis nach Situationskontrolle
- Bemühen die Kommunikation auf ihrem Level zu halten und unverständliche komplexere verbale Kommunikation zu vermeiden
- Faszination von vorhersehbaren Antworten
- Wunsch, eigenes Wissen anhand der Fragen zu demonstrieren (bei Menschen mit geringer oder ohne intellektuelle Beeinträchtigung)

Interventionen

Stereotypes Verhalten hat also meist eine Funktion oder eine bestimmte Ursache, die es zu entschlüsseln gilt. Erst nachdem im Rahmen einer funktionalen Verhaltensanalyse die auslösenden und verstärkenden Faktoren erkannt sind, können darauf aufbauend sinnvolle Interventionsschritte eingeleitet werden. Da stereotypes Verhalten in der Regel eine Funktion hat, ist ein Verbot oder striktes Unterbinden der unerwünschten Stereotypen allein nicht Erfolg versprechend, sondern eher kontraindiziert, weil dadurch zusätzliche Verunsicherung oder Angst erzeugt wird, welche die autistische Person dann durch (evtl. andere) stereotype Verhaltensweisen zu reduzieren versucht. Es müssen also gleichzeitig die verursachenden Faktoren beseitigt und/oder alternative Reaktionsmöglichkeiten angeboten werden.

Ziel der Intervention sollte auch nicht unbedingt das völlige Verschwinden der Stereotypen sein, sondern ihre Begrenzung auf ein nicht störendes Maß, das weder den Alltag der autistischen Person und ihres Umfeldes beeinträchtigt oder die soziale Integration verhindert, noch das Erlernen neuer Kompetenzen erschwert. Die vollständige Beseitigung der stereotypen Verhaltensweisen kann allerdings dann ein angemessenes Ziel sein, wenn sie deutliche fremd- und selbstverletzende Risiken bergen.

Patricia HOWLIN (1998) formuliert folgende Grundregeln für den Umgang mit Stereotypen:

- Die Intervention sollte so früh wie möglich erfolgen, sinnvollerweise bevor sich ein unerwünschtes Verhalten überhaupt etabliert hat.
- Es sollten von Anfang an klare und konsistente Regeln darüber etabliert werden, *wo* und *wann* das Verhalten erlaubt ist, *mit wem* und *wie lange* es ausgeführt werden darf. Dies gilt auch für die Fixierung auf bestimmte Gesprächsthemen.
- Es ist wichtig, mögliche Probleme schon im Voraus zu erkennen und die kritischen Verhaltensweisen rechtzeitig zu unterbinden. Ein Verhalten, das unproblematisch ist, wenn es von einem Kind gezeigt wird (z.B. unter den Tisch kriechen und Füße zu streicheln), kann bei einem Erwachsenen völlig unakzeptabel sein. Wir müssen bei autistischen Menschen aber davon ausgehen, dass sie einmal Gelerntes über Jahre und Jahrzehnte beibehalten und es nicht automatisch wieder aufgeben, nur weil sie erwachsen geworden sind.
- Da das Verhalten meist über lange Zeit aufgebaut wurde, benötigt auch der Abbau Zeit. Die Veränderungen sollten in kleinen Schritten erfolgen
- Die Ursachen bzw. Funktionen des Verhaltens müssen geklärt werden
- Auf der Basis dieser Verhaltensanalyse sind die auslösenden Faktoren zu ändern und/oder Verhaltensalternativen anzubieten
- Zur Stressreduktion ist auf jeden Fall ausreichend Vorhersehbarkeit zu schaffen
- Rituale und Stereotypen werden als positiv und selbstverstärkend erlebt. Sie bilden daher einen idealen Ausgangspunkt für das Erlernen neuer und

angemessenerer Aktivitäten, indem sie weiter ausdifferenziert werden.

- Akzeptable Stereotypen können auch gut als Verstärker eingesetzt werden.

Die konkreten Interventionen können ein breites Spektrum von Maßnahmen umfassen, wie

- a) Individuell abgestimmte Gestaltung und Strukturierung der Umwelt mit dem Ziel sie verständlicher zu machen, Stress zu reduzieren und den Aufbau neuer Handlungskompetenzen zu ermöglichen (z. B. TEACCH-Konzept), und auf diesem Wege Stereotypen entbehrlicher zu machen
- b) Verhaltenstherapeutisch orientierte Maßnahmen
- c) Programme zur Entwicklung kommunikativer Kompetenzen
- d) Entspannungstechniken
- e) Pharmakotherapie mit dem Ziel, störende verfestigte Stereotypen aufzulösen oder die individuelle Reizempfindlichkeit abschirmen zu helfen. (GRANDIN, 1996, schildert eindrucksvoll das subjektive Erleben der pharmakotherapeutischen Effekte).

Die verschiedenen Zugänge können dabei auch miteinander kombiniert werden. Die Wahl der konkreten Maßnahmen sollte in jedem Fall durch das Ergebnis der Verhaltensanalyse begründbar sein.

Zusammenfassung

Stereotype Verhaltensweisen bei Menschen mit Autismus sind als Bewältigungsmechanismen zu verstehen. Sie sind multifunktional, können der Reizmodulation dienen und/oder kommunikativen Charakter haben und in Abhängigkeit von sozialen Verstärkern auftreten. Im Einzelfall kann nur eine funktionale Verhaltensanalyse die Ursachen und Funktionen erhellen und damit Anhaltspunkte für Erfolg versprechende Interventionen bieten.

Literatur

- BRAUNS, A. (2002): Buntschatten und Fledermäuse. Leben in einer anderen Welt. Hoffmann und Campe, Hamburg
- CHARLOP, M. (1986): Setting Effects on the Occurrence of Autistic Children's Immediate Echolalia. *Journal of Autism and Developmental Disorder* 16, 3, 473-483
- FRITH, U., HILL, E. (2003): *Autism: Mind and Brain*. Oxford University Press, Oxford
- GERLAND, G. (1998): Ein richtiger Mensch sein. Autismus, das Leben von der anderen Seite. Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart
- GRANDIN, T. (1997): Ich bin die Anthropologin auf dem Mars. Mein Leben als Autistin. Knaur Verlag, München
- GRANDIN, T. (1996):. *Thinking in pictures*. Vintage Books/Random House, New York
- HERMELIN, B. (2002): Rätselhafte Begabung. Eine Entdeckungsreise in die faszinierende Welt außergewöhnlicher Autisten. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart
- HOWLIN, P. (1998): *Children with Autism and Asperger Syndrome*. Wiley, New York
- JOLIFFE, T., LANSDOWNE, R. & ROBINSON, C. (1992): Autism: A Personal Account. *Communication*, 26(3)
- KENNEDY, C. H., MEYER, K. A., KNOWLES, T. (2000): Analyzing the Multiple Functions of Stereotypical Behaviour for Students with Autism: Implications for Assessment and Treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis* 33, 559-571
- KUHN, J. (1999): Stereotypic Behavior as a Defense Mechanism in Autism. *Harvard Brain Special Issue* 6, 1, 11-15

- McDOUGLE, C. J., KRESCH, L. E., GOODMAN, W. K., NAYLOR, S. T., VOLKMAR, F. R., COHEN, D. J., PRICE, L. H. (1995): A Case-controlled Study of Repetitive thoughts and Behavior in Adults with Autistic Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry* 152, 772-777
- MAIER, N. R. F. (1961): *Studies of Abnormal Behavior in the Rat*. Harper Collins, New York
- SCHÄFER, S. (1996) . *Sterne, Äpfel und rundes Glas. Mein Leben mit Autismus*. Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart
- VICKER, B (2004): Long and Short Term Strategies for Reducing Specific Repetitive Questions. Autism Society of America, Central Virginia Chapter, Newsletter 12, 2 (siehe auch: www.asacv.org/newsletter/February2004.pdf)



Autoren

Dr. med. Martin Menzel
 Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
 Arzt für Kinder- und Jugendmedizin
 Psychotherapeut
 Chefarzt am Fachkrankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –
 psychotherapie Marienberg
 Burghaldenstrasse 12
 72501 Gammertingen
 Tel.: 07124 9237200
 Fax: 07124 923555
 E-mail: m.menzel@marienberg.de

Priv.Doz. Dipl.Psych. Dr. Klaus Sarimski
 Kinderzentrum München
 Heiglhofstr. 63
 81377 München

Prof. Dr. Michael Seidel
 Stiftungsbereich Behindertenhilfe
 v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel
 Maraweg 9
 33617 Bielefeld

Dr. med. Jürgen Seifert
 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
 Facharzt für Kinderheilkunde
 Oberarzt
 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der
 Julius-Maximilians-Universität Würzburg,
 Fuchsleinstr. 15,
 97080 Würzburg

Dipl. Psych. Rositta Symalla
 v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel
 Stiftungsbereich Behindertenhilfe
 Autismusprogramm
 Remterweg 58
 33617 Bielefeld
 Tel.: 0521 144-4764
 Fax: 0521 144-4751
 E-mail: Autismusprogramm@bethel.de

Impressum

Die „*Materialien der DGSGB*“ sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) und erscheinen in unregelmäßiger Folge. Anfragen und Bestellungen an die Redaktion erbeten (Bestellformular über die Website www.dgsgb.de).

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)
Maraweg 9
33617 Bielefeld
Tel. 0521 144-2613
Fax 0521 144-3096
www.dgsgb.de

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke
Laubacher Str. 46a
14197 Berlin
Tel.: 0174 9893134
E-mail klaus.hennicke@gmx.de



**Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt. Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhauspsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten
- der Standards ihrer psychosozialen Versorgung
- der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung
- des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Arbeitstagen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGB werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand:

Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)
 Prof. Dr. Klaus Hennicke, Berlin (Stellv. Vorsitzender)
 Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vorsitzender)
 Dipl.Psych. Dr. Gudrun Dobsław, Bielefeld (Schatzmeisterin)
 Knut Hoffmann, Göttingen
 Dipl.-Psych. Stefan Meir, Meckenbeuren
 Prof. Dr. Gerhard Neubäuser, Linden
 Prof. Dr. Georg Theunissen, Halle

Postanschrift

Prof. Dr. Michael Seidel
 v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel
 Stiftungsbereich Behindertenhilfe
 Maraweg 9
 D-33617 Bielefeld
 Tel.: (0521) 144-2613
 Fax: (0521)144-3467
 www.dgs gb.de