

DGSGB

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

**Manfred Koniarczyk, Klaus Hennicke
(Hrsg.)**

**Psychopharmaka bei Menschen mit
geistiger Behinderung
Eine kritische Standortbestimmung**

**Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am
30.03.2001 in Kassel**

**Materialien der DGSGB
Band 5**

Berlin 2003

Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung

Eine kritische Standortbestimmung

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 30.03.2001 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Matthias Dose	4
Psychopharmaka - Wie rational sind weit verbreitete Ängste?	
Manfred Koniarczyk	18
Psychopharmaka - Einsatzmöglichkeiten bei Verhaltensstörungen	
Christian Schanze	29
Die Behandlung mit Psychopharmaka - Ein Element im Rahmen der multidimensionalen psychiatrischen Therapie und Förderung von Menschen mit Intelligenzminderung	
Pharmakaverzeichnis	53
Autoren	55

Anmerkung der Herausgeber

Sämtliche im Text erwähnten Medikamente sind nur mit der chemischen Kurzbezeichnung (auch Freiname, Wirkstoffbezeichnung oder „generic name“) aufgeführt und nicht mit dem Namen des Handelspräparates, um nicht in Gefahr zu geraten, für diese Werbung zu betreiben. Denn für einen Wirkstoff gibt es oft zahlreiche Präparatehersteller. Das Pharmakaverzeichnis am Ende der Broschüre ermöglicht dennoch eine Zuordnung der Wirkstoffe zu Präparatenamen, die beispielhaft und zufällig ausgewählt wurden.

Therapeutische Angaben zu den Wirkstoffen (Indikationen, Dosierung, Nebenwirkungen) erfolgten sorgfältig nach bestem Wissen, müssen aber unbedingt in eigener Verantwortung nach den Herstellerinformationen (z.B. Beipackzettel) und im konkreten Einzelfall überprüft werden.

Psychopharmaka

Wie rational sind weit verbreitete Ängste?

Matthias Dose

Definition

Unter „Psychopharmaka“ im weiteren Sinn verstehen wir definierte pflanzliche, Mineral- oder chemisch synthetisierte Stoffe, die zu einer Beeinflussung psychischer Vorgänge führen. Psychopharmakologisch aktive Substanzen sind in vielen Kulturen seit Jahrhunderten in der Volksmedizin bekannt gewesen und eingesetzt worden (so z.B. in Europa Baldrian, Hopfen, Johanniskrautextrakte, in Südamerika Produkte der Koka-Pflanze, in Indien Scopolamin).

Chemisch synthetisierte psychoaktive Substanzen fanden in Deutschland ab 1869 medizinische Verwendung: so benennen KRAEPELIN und BLEULER in ihren 1896 und 1911 publizierten Lehrbüchern der Psychiatrie neben verschiedenen heute als Drogen eingeschätzten Substanzen (Opiate, Cannabis, Alkohol) auch chemische Substanzen (wie z.B. Chloralhydrat, Paraldehyd, Barbitat) als Psychopharmaka mit unterschiedlichen Einsatzgebieten. Heutzutage verstehen wir als Psychopharmaka im engeren Sinn die Stoffgruppen

- Neuroleptika
- Antidepressiva
- Tranquilizer
- phasenprophylaktisch wirksame Medikamente (Lithium, Carbamazepin, Valproinsäurederivate).

Eine Sonderrolle nehmen sog. Psychostimulantien (z.B. Methylphenidat) ein, die jedoch außerhalb einer beschränkten Indikation (z.B. zur Behandlung hyperaktiver Kinder) im Wesentlichen als Suchtmittel verwendet werden und nicht zu den Psychopharmaka im engeren Sinn gehören. Sie werden deshalb in diesem Rahmen nicht weiter besprochen. Im Folgenden sollen die angesprochenen Stoffgruppen hinsichtlich ihrer erwünschten und unerwünschten Wirkungen, ihres Wirkungsmechanismus und des möglichen Einsatzes bei Menschen mit autistischen Störungen besprochen werden.

Vorurteile und Ängste gegenüber Psychopharmaka

Gegenüber kaum einer in der Medizin verwendeten Medikamentengruppe bestehen so viele Vorbehalte und Ängste wie gegenüber Psychopharmaka. Es erscheint uns unheimlich, krankhafte psychische Zustände, über deren Entstehung unterschiedlichste Theorien bestehen (von denen die einer psychosozialen, entwicklungsbedingten Verursachung die höchste Akzeptanz haben) pharmakologisch beeinflussbar sein sollen. In zahlreichen Büchern und Filmen (z.B. „Einer flog übers Kuckucksnest“) wird darüber hinaus der Eindruck entwickelt, Psychopharmaka würden hauptsächlich als „Disziplinierungsmittel“ für

„aufmüpfige“ Menschen eingesetzt (womit nicht bestritten werden soll, dass es so etwas in der Wirklichkeit nicht gäbe oder gegeben hätte - aber es stellt die Ausnahme, nicht die Regel der Anwendung von Psychopharmaka dar). Es besteht die Befürchtung, Psychopharmaka führten zu „Persönlichkeitsveränderungen“ und man könne von ihnen abhängig werden.

Persönlichkeitsveränderung durch Psychopharmaka?

Psychopharmaka im engeren Sinn wirken definitionsgemäß auf krankhaft veränderte, aus dem Gleichgewicht geratene psychische Zustände. Sie können Betroffenen helfen, sich von wahnhaftem Erleben, von halluzinatorischem Erleben und Störungen der Ich-Identität zu distanzieren und wieder in die reale Welt zurückzufinden. Bei ausgeprägten Stimmungsstörungen (depressiv-traurige oder manisch-euphorische Verstimmungen), die durch andere Therapieformen (z.B. Psychotherapie) nicht ausreichend behandelbar sind, können pflanzliche und chemisch synthetisierte Medikamente zu einer Normalisierung und Stabilisierung führen. Periodisch auftretende extreme Stimmungsschwankungen können durch sog. phasenprophylaktisch wirksame Medikamente verhindert oder abgemildert werden. Bei extremen Angst-, Zwangs- oder Schlafstörungen können ebenfalls wirkungsvolle Medikamente eingesetzt werden. Bei zweckmäßiger und sachkundiger Anwendung führen diese Medikamente zur symptomatischen Besserung des jeweils als krankhaft erlebten Zustandes - ein Umstand, der ebenfalls zahlreiche Kritiker auf den Plan ruft. Sie postulieren, eine wirkungsvolle Behandlung müsse die *Ursache* einer Störung beseitigen, nicht an Symptomen „herumkurieren“. Leider fehlt uns aber - trotz intensiver wissenschaftlicher Bemühungen - für die meisten psychischen Störungen die Kenntnis der jeweiligen Ursache, so dass eine kausale Therapie nicht möglich ist. Dennoch schließt dies eine wirkungsvolle symptomatische Behandlung nicht aus - eine Situation, mit der wir in der somatischen Medizin (z.B. bei der Anwendung fiebersenkender oder schmerzlindernder Medikamente) offensichtlich viel weniger Probleme haben. Gerade weil Psychopharmaka in der Regel ausschließlich symptomatisch und nicht kausal wirksam sind, sind persönlichkeitsverändernde Wirkungen auszuschließen, sofern nicht unerwünschte Wirkungen einzelner Psychopharmaka (z.B. eine Dämpfung des Antriebs und der Stimmung durch Neuroleptika, ein vorübergehendes „Wurstigkeitsgefühl“ unter Benzodiazepinen) als „Persönlichkeitsveränderung“ interpretiert werden.

In keinem Fall kann jedoch bewirken Psychopharmaka eine Veränderung persönlicher Einstellungen (z.B. politischer, ethischer und religiöser Überzeugungen oder der sexuellen Orientierung), sofern diese nicht vorübergehend krankhaft verändert waren.

Abhängigkeit von Psychopharmaka

Eine weitere, weit verbreitete Angst besteht im Zusammenhang mit Psychopharmaka davor, von ihnen „abhängig“ zu werden. Sofern damit „Abhängigkeit“ im Sinne eines süchtigen Verlangens gemeint ist, kann dem für die Psychopharmaka im engeren Sinn (s.o.) mit Ausnahme der Benzodiazepine (siehe

dort) eindeutig widersprochen werden. Damit wir Menschen einen Stoff als Suchtmittel missbrauchen und von ihm abhängig werden, müssen (zumindest kurzfristig) seine positiven, erwünschten psychischen und körperlichen Wirkungen die möglichen unerwünschten Wirkungen deutlich überwiegen (z.B. Alkohol, Benzodiazepine, Schmerz- und Rauschmittel). Darüber hinaus tritt bei Stoffen mit Suchtpotential häufig eine physiologische Gewöhnung (Toleranzentwicklung) ein, d.h. zum Erreichen der gewünschten Wirkung sind mit der Zeit immer höhere Dosierungen in immer kürzeren Abständen notwendig.

Diese beiden Bedingungen treffen (mit Ausnahme der Benzodiazepine) nach bisheriger Kenntnis auf Psychopharmaka im engeren Sinne nicht zu. Ihre erwünschte Wirkung tritt ausschließlich beim Vorhandensein entsprechender krankhafter Symptome ein - der Nichtkranke erlebt keine erwünschten, sondern ausschließlich unerwünschte Wirkungen, die bei den gebräuchlichen Psychopharmaka (leider) so zahlreich sind, dass niemand sie ohne den Druck krankhafter und störender Symptome einnehmen würde.

Einer Sucht oder Abhängigkeit von Psychopharmaka steht darüber hinaus die Tatsache entgegen, dass es unter ihnen keine Gewöhnung bzw. Toleranzentwicklung gibt. Im Gegenteil: Erfreulicherweise kann die zur Behandlung einer akuten Symptomatik notwendige Dosis eines Psychopharmakon (z.B. Neuroleptika, Antidepressiva) nach Besserung der Symptome beim Übergang zur (falls erforderlich) Langzeitbehandlung auf eine „Erhaltungsdosis“ reduziert werden, ohne dass mit einer Zustandsverschlechterung gerechnet werden muss. Auch nach längerfristiger Einnahme von Psychopharmaka sind beim Absetzen keine „Entzugssymptome“ festzustellen. Entsprechende Berichte in der (vorwiegend „antipsychiatrischen“) Literatur schildern vorübergehend auftretende Nebenwirkungen, bzw. das Wiederauftreten von Symptomen, die vorher durch die Einnahme der Medikamente erfolgreich unterdrückt waren (z.B. Angstzustände, Schlafstörungen).

Neuroleptika

Mit „Neuroleptika“ (aus dem griechischen *neuron* - Nerv und *leptein* - ergreifen, also: „Medikamente, die das Nervensystem ergreifen“) bezeichnen wir eine 1952 von den französischen Psychiatern DELAY und DENIKER in die Therapie psychotischer Symptome eingeführte und von ihnen so benannte Gruppe chemisch unterschiedlicher Substanzen, die folgende gemeinsame Merkmale aufweisen:

- im Tierversuch gemeinsame Wirkungen (antiemetisch, dh. gegen induziertes Erbrechen, Unterdrückung der durch Apomorphin induzierten Bewegungsstereotypien, Erzeugung von Katalepsie, d.h. einer „künstlichen Starre“)
- biochemisch Interaktion mit wichtigen Botenstoffen des Gehirns (Neurotransmitter) und ihrer Empfängerregionen (Rezeptoren), vor allem Blockade von Rezeptoren für Dopamin
- beim akut psychotisch Kranken Affektdämpfung und dadurch mögliche Distanzierung von wahnhaftem, halluzinatorischem Erleben

Die Bezeichnung „Neuroleptika“ für diese Medikamentengruppe wurde von den Entdeckern ihrer günstigen Wirkung bei psychisch Kranken gewählt, weil man lange Zeit der Meinung war, die bald nach der Einführung beobachteten unerwünschten extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen (EPMS oder EPS; s. u.) dieser Medikamente seien eine unverzichtbare Bedingung für die gewünschten psychischen Wirkungen. Diese Auffassung beherrschte lange Zeit die Theoriebildung über die Wirkung der Neuroleptika. Sie wurde in Frage gestellt, als mit Clozapin ein antipsychotisch wirksames Medikament entwickelt wurde, das zu aller Erstaunen *keine* extrapyramidalen Nebenwirkungen nach sich zog und deshalb als „atypisch“ klassifiziert wurde.

Einteilung der Neuroleptika

Neuroleptika werden einerseits nach ihrer chemischen Struktur, andererseits nach ihren erwünschten und unerwünschten Wirkungen eingeteilt. Als „hochpotent“ gilt ein Neuroleptikum, das mit geringen Dosierungen eine starke Wirkung auf wahnhaftes, halluzinatorisches Erleben hat und - ohne unmittelbar müde zu machen - stark dämpfend auf das affektive Erleben wirkt. Demgegenüber treten unter hochpotenten Neuroleptika besonders häufig extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen (EPS) auf. Biochemisch zeichnen sich hochpotente Neuroleptika durch eine hohe Bindungsaffinität zu bestimmten Dopaminrezeptoren aus, ihre Bindung an andere Rezeptoren (Acetylcholin, Histamin, Noradrenalin, Serotonin) ist vergleichsweise gering. Auf Grund dieses Rezeptorprofils zeichnen sich hochpotente Neuroleptika durch geringe vegetative Nebenwirkungen (s. Tab. 1) aus und sind abgesehen vom Risiko extrapyramidal-motorischer Symptome sichere Medikamente. Niederpotente Neuroleptika (s. Tab. 1) zeichnen sich demgegenüber durch eine eher schwache antipsychotische Wirkung, dafür stark sedierende Wirkungen aus. Entsprechend ihrer schwachen Affinität für Dopaminrezeptoren und stärkere Bindung an andere Rezeptortypen haben niederpotente Neuroleptika ein geringes EPS-Risiko, dafür aber zahlreiche vegetative Begleiterscheinungen. Als „atypisch“ werden Neuroleptika bezeichnet, die sich zumindest gegenüber den herkömmlichen Substanzen durch ein deutlich geringeres EPS-Risiko auszeichnen.

Tab.1

Einige gebräuchliche Neuroleptika (chem. Kurzbezeichnungen) ohne Anspruch auf Vollständigkeit

Hochpotent	Mittelpotent	Schwachpotent	Atypisch bzw. neu
Benperidol Haloperidol (auch als Depot) Flupentixol (auch als Depot) Fluphenazin (auch als Depot) Fluspirilen (Depot)	Perazin Clopenthixol (auch als Depot) Thioridazin Zotepin Perphenazin (auch als Depot)	Chlorprothixen Levomepromazin Melperon Pipamperon Promethazin	Clozapin Sulpirid Risperidon Olanzapin Amisulprid Quetiapin
pharmakologisches Profil	pharmakologisches Profil	pharmakologisches Profil	pharmakologisches Profil
<ul style="list-style-type: none"> • stark antipsychotisch und psychomotorisch dämpfend • Geringe Sedierung • Hohes EPS-Risiko. Geringe anticholinerge und vegetative NW • Starke Affinität zu DA-Rezeptoren; schwache Affinität zu S, NA, Ach und H-Rezeptoren 	<ul style="list-style-type: none"> • Mittelstellung bzgl. des Wirkungsspektrums, der NW und des Rezeptorprofils. 	<ul style="list-style-type: none"> • schwach antipsychotisch • stärker sedierend • Geringes EPS-Risiko. Ausgeprägte anticholinerge bzw. vegetative Begleiterscheinungen • Schwache Affinität zu DA-Rezeptoren, stärker zu S, NA, Ach und H-Rezeptoren 	<ul style="list-style-type: none"> • Clozapin und Olanzapin besitzen ein "Breitband-Rezeptor-Profil" • Bei den übrigen steht der DA/5-HT-Antagonismus im Vordergrund, daher geringeres EPS-Risiko bei • Clozapin hat das geringste EPS-Risiko, dafür vegetative NW und Agranulozytose-Risiko (BB-Kontrollen!)

Einige Neuroleptika sind auch als „Depotpräparate“ verfügbar: bei tiefer Injektion in das Muskelgewebe wird aus dem dort entstandenen „Wirkstoff-Depot“ kontinuierlich über 1-4 Wochen der Wirkstoff in das Blut abgegeben und in das Gehirn transportiert. Depotpräparate gewährleisten daher über einen definierten Zeitraum neuroleptische Wirkungen, ohne dass täglich Tabletten oder Tropfen eingenommen werden müssen. Sie sind allerdings besonders wenn unerwünschte Nebenwirkungen auftreten schlechter steuerbar als oral (in Tropfen oder Tablettenform) eingenommene Medikamente.

Wirkungsweise der Neuroleptika

Neuroleptika besetzen im menschlichen Gehirn Empfangsorgane (Rezeptoren) verschiedener Überträgerstoffe (Neurotransmitter) wie Dopamin, Serotonin, Histamin, Noradrenalin und Acetylcholin. Für die erwünschten psychischen Wirkungen wird die Blockade von Dopaminrezeptoren des limbischen Systems verantwortlich gemacht. Die Dopamin-Übertragung spielt auch entlang weiterer Nervenbahnen des Gehirns eine wichtige Rolle: die „nigrostriatalen Bahnen“ sind

für die Steuerung von Bewegungsabläufen (z.B. das „automatische“ Mitschwingen der Arme beim Gehen) und das psychomotorische Ausdrucksverhalten wichtig. Die Hemmung der Dopamin-Übertragung führt zur Bewegungsverarmung und einem gehemmten psychomotorischen Ausdrucksverhalten, den sog. extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen (EPS). Die Blockade der Dopamin-Übertragung im „tubero-infundibulären System“ führt zu hormonellen Störungen, z.B. Zyklusstörungen bei Frauen und möglicherweise auch zu Stoffwechselstörungen (Gewichtszunahme) unter Neuroleptika. Leider gibt es bislang keine Neuroleptika, die ausschließlich oder vorzugsweise im limbischen System ansetzen. Aus diesem Grund gibt es kein Neuroleptikum, das ausschließlich erwünschte psychische und keine unerwünschten Wirkungen hat.

Neuroleptika unterscheiden sich allerdings hinsichtlich ihres Wirkungsprofils auf die unterschiedlichen Transmitter und Rezeptoren, so dass ein im Umgang mit Neuroleptika erfahrener Arzt eine für den jeweiligen Patienten angemessene Auswahl treffen kann. Die hochpotenten Neuroleptika (z.B. Haloperidol) haben eine hohe Bindungsaffinität zu Dopamin-Rezeptoren. Dies impliziert, dass hochpotente Neuroleptika eine gute Wirkung auf psychotische Symptome wie Wahnvorstellungen und Halluzinationen und eine stark affektdämpfende Wirkung haben. Entsprechend der starken Affinität zu Dopaminrezeptoren haben hochpotente Neuroleptika eine starke Tendenz, extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen hervorzurufen. Demgegenüber sind vegetative Begleiterscheinungen (Blutdrucksenkung, Beschleunigung des Herzschlages, Darmträgheit, Blasenentleerungsstörungen) und zentralnervöse Nebenwirkungen wie die Senkung der Krampfschwelle (bei Patienten mit Neigung zu epileptischen Anfällen gefährlich) oder das Hervorrufen von Verwirrheitszuständen (delirante Symptome) bei hochpotenten Neuroleptika selten. Schwach- oder niederpotente Neuroleptika (z.B. Melperon, Pipamperon, Levomepromazin, Thioridazin) haben demgegenüber eine geringere Affinität zu Dopaminrezeptoren. Das Risiko der Auslösung extrapyramidalmotorischer Nebenwirkungen ist entsprechend geringer, obwohl höhere Dosierungen bei entsprechend disponierten Patienten, z.B. mit vorgeschädigtem Gehirn, durchaus EPS auslösen können. Durch ihre stärkere Affinität zu Rezeptoren für Noradrenalin, Histamin, Serotonin und Acetylcholin kommt es unter niederpotenten Neuroleptika häufiger zu vegetativen und zentralnervösen Wirkungen (siehe oben). Außerdem sind sie stärker sedierend als hochpotente Neuroleptika.

Entsprechend dem Ziel, antipsychotisch wirksame Medikamente mit geringem EPS-Risiko zu finden, sind einige Substanzen entwickelt worden, die bei den hochpotenten Neuroleptika vergleichbarer antipsychotischer Wirkung weniger EPS hervorrufen. Ein „Klassiker“ unter diesen Substanzen ist Clozapin, das aber zu Blutbildschäden führen kann und deshalb strengen Anwendungsrichtlinien unterliegt. Weitere neuentwickelte Substanzen (die wegen ihres geringeren EPS Risiko auch als „atypisch“ bezeichnet werden, sind in den letzten Jahren entwickelt und zur Behandlung psychotischer Störungen zugelassen worden. Über ihre Anwendung bei Menschen mit geistiger Behinderung liegen für diese neuen Medikamente erst wenig wissenschaftliche Untersuchungen vor. Günstige

Erfahrungen liegen mit Risperidon vor, das bei ausreichend guter antipsychotischer und affektdämpfender Wirkung zumindest im niedrigen Dosisbereich ein deutlich niedrigeres EPS-Risiko aufweist, als andere Substanzen mit vergleichbarer Wirkpotenz.

Antidepressiva

Als Antidepressiva werden Medikamente bezeichnet, die sich bei depressiven Verstimmungszuständen durch stimmungsaufhellende, antriebssteigernde und u.U. schlaffördernde Wirkungen auszeichnen. Antidepressiva bewirken im Gehirn eine Hemmung der Wiederaufnahme von Überträgerstoffen (vor allem Serotonin, Noradrenalin, z.T. Dopamin) in sog. präsynaptische Endigungen. Dadurch wird unter dem Einfluss antidepressiv wirksamer Substanzen das für die Signalübertragung verfügbare Angebot an Transmitterstoffen verbessert. Als Folge des erhöhten Transmitter-Angebotes kommt es bei den nachgeschalteten Nervenzellen (postsynaptisch) zu Anpassungsvorgängen, auf die die antidepressive Wirkung dieser Medikamente zurückgeführt wird. Eine weitere Gruppe von Antidepressiva führt durch die Hemmung eines für den Abbau von Transmitterstoffen zuständigen Enzyms (der Monoaminoxidase, abgekürzt MAO) zum erhöhten Angebot an Transmittern im synaptischen Spalt. Man nennt diese Substanzen MAO-Hemmer.

Die meisten der bereits länger angebotenen Antidepressiva hemmen sowohl die Aufnahme von Noradrenalin wie von Serotonin. Bei gut erwiesener antidepressiver Wirksamkeit haben diese Substanzen zahlreiche (den unerwünschten Wirkungen der niederpotenten Neuroleptika vergleichbarer) Nebenwirkungen.

Neuerdings werden Antidepressiva angeboten, die selektiv die Wiederaufnahme von Serotonin hemmen (sog. Selektive Serotonin Re-uptake Inhibitoren, abgekürzt SSRI). Ihr Vorteil besteht darin, dass sie keine den „klassischen“ tri- und tetrazyklischen Antidepressiva vergleichbaren vegetativen Nebenwirkungen haben. Allerdings sind auch SSRI's nicht frei von unerwünschten Nebenwirkungen: sie können Kopfschmerzen, zwanghaftes Gähnen, Übelkeit und Appetitstörungen und auch qualvolle Unruhezustände hervorrufen (s. Tab.2).

Tab.2

Antidepressiva (chem. Kurzbezeichnungen) nach Wirkung auf Neurotransmittersysteme und therapeutischer Dosierung (Auswahl)

Handelsname	hemmt überwiegend die Wiederaufnahme (Re-uptake) von	durchschnittliche Tagesdosis (mg)
Amitryptilin	Noradrenalin, Serotonin	75-200
Doxepin	Noradrenalin, Serotonin	75-200
Dibenzepin	Noradrenalin, Serotonin	120-480
Clomipramin	Noradrenalin, Serotonin	50-150
Desipramin	Noradrenalin, Serotonin	50-150
Tranlycypromin	Noradrenalin, Serotonin	10-20
Moclobemid	Noradrenalin, Serotonin	300-450
Imipramin	Noradrenalin, Serotonin	150-300
Amitryptilinoxid	Noradrenalin, Serotonin	180-300
Nortryptilin	Noradrenalin, Serotonin	150
Venlafaxin	Noradrenalin, Serotonin	75-375
Maprotilin	Noradrenalin	75-225
Viloxazin	Noradrenalin	100-150
Paroxetin	Serotonin	20-50
Citalopram	Serotonin	20-60
Sertralin	Serotonin	50-100
Fluoxetin	Serotonin	10-20
Fluvoxamin	Serotonin	100-250
Trazodon	Serotonin, Noradrenalin	100-600
Trimipramin	Histaminantagonist	150-225
(EDRONAX)	Noradrenalin	8-10
Mirtazapin	präsyn. α_2 -Antagonist (NaSSA)	30-60

Geht man davon aus, dass psychische Störungen, einschließlich depressiver Verstimmungen bei Menschen mit geistiger Behinderung mindestens doppelt so häufig auftreten als bei nicht geistig behinderten Menschen, so müssten angesichts epidemiologischer Daten, wonach mindestens jeder 5.-7. Bundesbürger einmal im Leben an einer depressiven Verstimmung leidet, etwa 10% der Menschen mit geistiger Behinderung ebenfalls einmal im Leben depressiv sein. Misst man daran die Häufigkeit der Verabreichung von Antidepressiva bei Menschen mit geistiger Behinderung, so muss angenommen werden, dass depressive Verstimmungen bei Menschen mit geistiger Behinderung entweder zu selten diagnostiziert oder aber medikamentös behandelt werden. Neben den bereits diskutierten Schwierigkeiten, bei Menschen mit geistiger Behinderung, die sich nicht angemessen verbal ausdrücken können eine psychiatrische Störung zu diagnostizieren kommt hier wahrscheinlich ein weiterer Umstand zum Tragen: in vielen Institutionen, die Menschen mit geistiger Behinderung betreuen finden in erster Linie störende Verhaltensauffälligkeiten therapeutische Beachtung. Teilnahmslosigkeit, sozialer Rückzug und Antriebsmangel werden hier – zumindest solange keine weiteren Auffälligkeiten wie Gewichtsabnahme oder Schlafstörungen dazutreten und auf eine Depression hinweisen - als „angepasstes Verhalten“ und „unauffällig“ interpretiert. Der Verdacht auf das Vorliegen einer depressiven Verstimmung wird

häufig gar nicht geäußert und entsprechend keine Diagnose gestellt und Behandlung eingeleitet.

Auf Grund günstiger Wirkungen bei Impulskontrollstörungen, Angst und Zwangssymptomatik finden selektive Hemmstoffe der Serotonin-Wiederaufnahme bei entsprechender Symptomatik zunehmende Anwendung bei Menschen mit geistiger Behinderung.

Phasenprophylaktisch wirksame Medikamente

Bei phasenhaft verlaufenden, z.B. manisch-depressiven Stimmungsschwankungen, aber auch zum Teil bei Impulskontrollstörungen und aggressiven Verhaltensweisen werden prophylaktisch Lithiumpräparate und/oder antiepileptisch wirksame Substanzen (Carbamazepin, Valproat) eingesetzt. Lithium ist ein in der Natur vorkommendes Erdalkalimetall, das schon seit Jahrzehnten wegen seiner stabilisierenden Wirkung bei phasenhaft verlaufenden psychischen Störungen eingesetzt wird. Der therapeutische Konzentrationsbereich von Lithium zur Phasenprophylaxe liegt zwischen 0,6 und 0,8 mval/l. In höheren Konzentrationen wirkt Lithium toxisch. Die Einnahme des Medikaments und die Überprüfung der Serumkonzentration müssen daher sehr zuverlässig erfolgen.

Carbamazepin und Valproat sind seit vielen Jahren zur Behandlung von Anfallsleiden eingesetzt worden. Ihre Wirksamkeit bei phasenhaft verlaufenden affektiven (Gemüts-) Störungen und bei gestörter Impulskontrolle ist in den letzten Jahren entdeckt worden. Auch bei diesen Medikamenten ist eine sorgfältige Einnahme und Überwachung der Serumspiegel erforderlich.

Sowohl Lithium als auch Carbamazepin und Valproat haben eine Reihe unerwünschter Nebenwirkungen, die eine Verordnung durch einen im Umgang mit diesen Präparaten erfahrenen Arzt erforderlich machen.

Benzodiazepine (Tranquilizer, Anxiolytika)

Benzodiazepine (auch Tranquilizer genannt) sind Medikamente mit sedierender, schlafanstoßender und angst- und spannungslösender Wirkung. Sie besitzen darüber hinaus noch muskelrelaxierende und antikonvulsive Wirkungen. Von allen Psychopharmaka haben sie das günstigste Verhältnis zwischen erwünschten und unerwünschten Wirkungen. Darin und in ihren angenehmen Wirkungen liegt ihr extrem hohes Suchtpotential. Daher sollen Benzodiazepine in der Regel nur zeitlich begrenzt und nicht als Dauermedikation eingesetzt werden. Benzodiazepin-Entzug kann zu Krämpfen, deliranten und lang andauernden psychotischen Verwirrheitszuständen führen.

Benzodiazepine binden an Rezeptoren im menschlichen Gehirn, die eng mit den Rezeptoren für den Transmitter-Stoff γ -Amino-Butter-Säure (GABA) vergesellschaftet sind. GABA ist im menschlichen Gehirn einer der wichtigsten hemmenden Transmitterstoffe. Die Bindung von GABA an entsprechende Rezeptoren von Nervenzellen führt zur Öffnung von Ionenkanälen in der Zellmembran, durch die negativ geladene Chloridionen in das Zellinnere fließen. Die Öffnungszeit der Chloridkanäle wird durch die Anwesenheit von

Benzodiazepinen verlängert, da diese die Bindung von GABA an seine Rezeptoren verstärken. Durch die GABA-induzierte Zunahme negativ geladener Teilchen im Zellinneren wird das Ruhemembranpotential der Nervenzellen von der Erregungsschwelle weggeführt (hyperpolarisiert), so dass die Zelle auf einen erregenden Impuls nicht mehr mit der Weiterleitung eines Aktionspotentials reagiert. Darauf beruht z.B. die antikonvulsive (gegen Anfälle) gerichtete Wirkung von GABA, GABA-ähnlichen Substanzen und Benzodiazepinen. Die salvenartigen Entladungen einzelner Nervenzellen, die bei den umliegenden Nervenzellen eine Fortleitung der Entladungssalven induzieren würde, kann sich unter dem Einfluss von GABA und Benzodiazepinen nicht ausbreiten, da die Zellen durch die Verschiebung der Erregungsschwelle die erregenden Impulse an den entsprechenden Rezeptoren nicht weiterleiten. In der Akutpsychiatrie werden Benzodiazepine vorübergehend zur Sedierung, Angst- und Spannungslösung eingesetzt.

Einige gebräuchliche Wirkstoffe sind z.B. Diazepam, Lorazepam, Flunitrazepam, Clonazepam.

Weitere Medikamente

Auf Grund günstiger Wirkungen bei Menschen mit Bewegungstörungen (z.B. Chorea Huntington, Dyskinesien und Hyperkinesen) wird das Benzamid-Präparat Tiaprid gelegentlich auch bei psychomotorischer Unruhe von Menschen mit geistiger Behinderung eingesetzt. Dieses Medikament erzeugt – obwohl es wie die Neuroleptika antagonistisch an Dopaminrezeptoren wirkt – in niedrigen Dosierungen so gut wie keine extrapyramidalen Nebenwirkungen und wirkt auch nur leicht antriebsdämpfend und sedierend.

Bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsstörungen oder hyperkinetischem Syndrom (attention deficit/hyperactivity disorder/ADHD) hat sich der amphetaminähnliche Wirkstoff Methylphenidat bewährt. Bei nicht gegebener Indikation und bei Erwachsenen unterliegt die Anwendung Methylphenidat auf Grund des hohen Suchtpotentials weitgehenden Einschränkungen. Bei Kindern und Jugendlichen, die auf Grund einer fachärztlich gestellten Diagnose einer Aufmerksamkeitsstörung oder eines hyperkinetischen Syndroms mit diesem Medikament behandelt wurden, sind bislang keine Abhängigkeitsentwicklungen bekannt geworden. Entgegen weit verbreiteten Vorurteilen in der Öffentlichkeit (zu großzügige Anwendung von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen) wird Methylphenidat in der Bundesrepublik (trotz steigender Verordnungszahlen) nicht in dem Maße angewendet, wie es von den international ermittelten Prävalenzzahlen für ADHD zu erwarten wäre: nach Auswertung der Verordnungshäufigkeit ist von derzeit ca. 41000 Behandlungen pro Jahr auszugehen. Bei einer Prävalenz der ADHD von 2,2% der 5-10-jährigen Kinder wäre in Deutschland jedoch mit 165000 Behandlungen pro Jahr zu rechnen (SCHUBERT et al., 2001).

Anwendung von Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung

Geistige Behinderung ist nach Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durch eine unterdurchschnittliche Intelligenz gekennzeichnet, die bereits seit oder während der Kindheit und Jugend besteht oder entstanden ist und dadurch die Entwicklungs- und Anpassungsfähigkeit beeinträchtigt. Geistige Behinderung an sich ist keine Indikation für eine psychopharmakologische Behandlung, da es (von einigen z.B. Stoffwechselstörungsbedingten Beeinträchtigungen) keine kausale Behandlungsmöglichkeit der Intelligenzstörung und geistigen Behinderung gibt.

Häufig gehen mit einer geistigen Behinderung jedoch psychische Störungen einher, die die Integration und Rehabilitation der Betroffenen erheblich behindern oder unmöglich machen und weder durch heilpädagogische noch psycho- oder soziotherapeutische Bemühungen ausreichend zu beeinflussen sind. In der wissenschaftlichen Literatur wird die Häufigkeit psychischer Störungen mit 34-57% bei leichter, mit 45-64% bei schwerer geistiger Behinderung angegeben.

Das Spektrum der psychischen Störungen geistig Behinderter reicht von Störungen, wie sie auch bei nicht geistig behinderten Menschen vorkommen bis zu Störungen, die spezifisch für Menschen mit geistiger Behinderung sind. Das Spektrum der psychischen Störungen bei Menschen mit leichter geistiger Behinderung gleicht dem in der nicht behinderten Bevölkerung, allerdings ist ihre Häufigkeit doppelt so hoch. Bei schwerer geistiger Behinderung wird die Häufigkeit psychischer Störungen als dreimal höher als in der nicht behinderten Bevölkerung angegeben (Tab. 3).

Tab. 3

Psychische Störungen bei leichter und schwerer geistiger Behinderung (Überschneidungen möglich)

Leichte geistige Behinderung	Schwere geistige Behinderung
<ul style="list-style-type: none"> • Desintegrative Psychosen • Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis • Affektive (manisch-depressive) Psychosen • Angststörungen • Zwangsstörung • Schlafstörungen • Störungen der Psychomotorik, des Affekts, der Stimmung, des Antriebs, Sozial- und Sexualverhaltens ohne „Störungswert“ im Sinne der ICD-10 • Sexuelle Deviationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Organische Psychosyndrome • Hyperkinetische Störungen • Stereotypien • Erethisches Verhalten • Selbstverletzungen • Fremdaggressives Verhalten • Enuresis, Enkopresis • Essstörungen (Pica, Ruminieren, Polyphagie, Polydispsie)

Selbstverständlich ist es möglich, dass auch Menschen mit schwerer geistiger Behinderung von einer schizophrenen Psychose, einer Depression, Angst- oder Zwangsstörung betroffen sind. Die Diagnosestellung ist hier jedoch meist durch die mangelnde Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt, so dass sich

entsprechende Diagnosen häufig ausschließlich auf den sich aus Beobachtungen ergebenden Verdacht für das Vorliegen einer spezifischen Störung stützen können.

Vorgehen bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung mit Psychopharmaka

Vor Beginn einer psychopharmakologischen Behandlung eines Menschen mit geistiger Behinderung, der in der Regel wegen Verhaltensauffälligkeiten/-störungen vorgestellt wird, wird immer der Versuch einer diagnostischen Zuordnung gemacht werden:

- Gibt es Anzeichen dafür, dass eine psychotische Symptomatik (mit Wahnvorstellungen und/oder Halluzinationen) vorliegt?
- Stehen affektive, d.h. manische oder depressive Symptome im Vordergrund?
- Liegt eine Störung der Impulskontrolle vor?
- Zusätzlich wird versucht, das „Bedingungsgefüge“ der aufgetretenen Störung abzuklären: Gab es im sozialen Umfeld einschneidende Änderungen (z.B. den Wechsel von Bezugspersonen)?
- Liegt möglicherweise eine entwicklungsbedingte Störung vor (z.B. Pubertät)?
- Sind körperliche Ursachen (z.B. Anfallsleiden) eindeutig auszuschließen?

Trotz dieser Bemühungen ist es angesichts der erschwerten Kommunikation mit den Betroffenen oft nicht möglich, eine eindeutige psychiatrische Diagnose zu stellen. Der Einsatz von Psychopharmaka orientiert sich dann pragmatisch an Zielsymptomen bzw. im Sinne einer Verdachtsdiagnose an einem vermuteten psychiatrischen Störungsbild. Für kurzzeitige Krisenintervention bei Anspannung, Erregung, Angst und Aggressionen eignen sich Benzodiazepine, die nur in Ausnahmefällen zu „paradoxen“ (der erwünschten entspannenden und sedierenden Wirkung entgegen gesetzten) Reaktionen führen können. Langfristige Anwendung von Benzodiazepinen setzt auf Grund ihres Abhängigkeitspotentials eine sorgfältige Abwägung des zu erwartenden Nutzens gegen die bestehenden Risiken voraus. Medikamente aus der Gruppe der Antikonvulsiva (Carbamazepin, Valproat) haben sich nicht nur zur Behandlung von Anfallsleiden, sondern auch bei krankhaft ausgeprägten Stimmungsschwankungen und Störungen der Impulskontrolle, vor allem auch bei aggressiven Verhaltensweisen bewährt. Bei Hinweisen auf depressive Störungen, die bei Menschen mit geistiger Behinderung häufig übersehen werden, weil das damit verbundene „Rückzugsverhalten“ als sozial angepasst und in der Gruppe als „nicht störend“ erlebt wird, ist der Einsatz antidepressiv wirksamer Medikamente zu überlegen. Medikamente aus der Gruppe der Neuroleptika gehören allgemein zu den am häufigsten eingesetzten Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung. Mit Hinblick auf mögliche Nebenwirkungen sollte ihr Einsatz jedoch kritisch und zurückhaltend erfolgen. Die erhöhte Empfindlichkeit von Menschen mit hirnorganischer Schädigung gegenüber Nebenwirkungen und deren mögliche „Maskierung“ als psychische Auffälligkeit setzen gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung Erfahrung und Kenntnisse im Umgang mit Psychopharmaka voraus. Andererseits entwickeln sich aus Ängsten und Vorbehalten gegen den Einsatz von Neuroleptika

bei Menschen, deren schwere Verhaltensstörungen auf keine andere Behandlung angesprochen haben, häufig Hindernisse einer erfolgreichen Therapie. So wird, ohne dass konkrete Anhaltspunkte für Nebenwirkungen bestehen, häufig mit dem Argument „es geht schon besser und wir wollen keine Abhängigkeit riskieren“ auf das Absetzen, bzw. Reduzieren von Neuroleptika gedrängt, obwohl nur durch eine konsequente Erhaltungsdosis ein Wiederauftreten der behandelten Symptomatik verhindert werden kann. Auch bei Antidepressiva ist es nicht ratsam, zum Zeitpunkt der ersten Zeichen einer Besserung bereits die Therapie wieder abzubrechen. Vielmehr muss abgewartet werden, bis sich der Zustand deutlich stabilisiert hat, manchmal kann auch eine Langzeitbehandlung zur Rezidivprophylaxe erneuter depressiver Phasen sinnvoll sein. Medikamenten zur Phasenprophylaxe stellen in der Regel eine Dauertherapie dar und sollte ohne zwingende Gründe (intolerable Nebenwirkungen und gesundheitliche Risiken) nicht abgesetzt werden. Als Faustregel gilt: Medikamente ohne Not (gesundheitliche Gefährdung durch akute Nebenwirkungen) niemals eigenmächtig absetzen oder reduzieren!

Wechselwirkungen

Werden mehrere Medikamente gleichzeitig verabreicht, so kann es zu Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten kommen. Zu den häufigsten Wechselwirkungen gehört die Hemmung bzw. Induktion des Metabolismus von Medikamenten in der Leber durch andere Medikamente. So führt z.B. das Antiepileptikum Carbamazepin nach einigen Wochen der Einnahme zu einer Beschleunigung sowohl seines eigenen Abbaus in der Leber, aber auch des Abbaus anderer Medikamente, deren Wirkspiegel dann – bei gleich bleibender Dosierung – abgesenkt werden (wichtig z.B. bei der gleichzeitigen Einnahme von chemischen Verhütungsmitteln oder Kontrazeptiva). Umgekehrt muss nach Absetzen einer mehrwöchigen Behandlung mit Carbamazepin damit gerechnet werden, dass die Plasmaspiegel anderer, gleichzeitig gegebener Medikamente in die Höhe schnellen. Auch von den Antidepressiva der SSRI-Gruppe ist bekannt, dass sie den Abbau anderer Medikamente (z.B. Neuroleptika) erheblich hemmen und dadurch deren Plasmakonzentration (bei konstanter Dosis) erhöhen können.

Praktische Konsequenz: Ärzte, die einem Medikamente verschreiben immer darauf aufmerksam machen, welche Medikamente bereits eingenommen werden und um Information bezüglich möglicher Wechselwirkungen bitten.

Medikamente und Straßenverkehr

In der Regel stellt die Einnahme konstanter Dosierungen gewohnter Psychopharmaka zur Behandlung psychischer Störungen keine Einschränkung der Teilnahme am Straßenverkehr, des Bedienens von Maschinen und der Ausübung von Sport und Hobbies dar, solange nicht die zu behandelnde Störung selbst einer Teilnahme am Straßenverkehr entgegensteht. Ausgenommen von dieser Regel ist die Phase der Akutbehandlung, also des Einstellens auf neue, bislang ungewohnte Medikamente bzw. der Dosiserhöhung oder –reduzierung. Im Zweifelsfall kann ein

Arzt mit verkehrsmedizinischer Qualifikation diesbezügliche Fragen beantworten, bzw. durch Veranlassung entsprechender Leistungs- und psychologischer Testuntersuchungen zu klären helfen.

Zusammenfassung

Bei richtig gestellter Indikation und sachgerechter Anwendung können Psychopharmaka durch die günstige Beeinflussung psychopathologischer Symptome im Rahmen psychischer Störungen aber auch von Verhaltensauffälligkeiten die – ohne die diagnostischen Kriterien einer psychischen Störung zu erfüllen – ein deutliches Hindernis der sozialen oder beruflichen Integration darstellen einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung leisten. Sowohl die Indikations- und Diagnosestellung als auch die sachgerechte Anwendung von Psychopharmaka erfordern in der Regel die fachliche Qualifikation eines Kinder- und Jugendpsychiaters oder Arztes für Psychiatrie, der sich durch regelmäßige persönliche Visiten selbst ein unmittelbares Bild vom Zustand der Betroffenen verschaffen und insbesondere seine Medikamenten- und Dosierungsempfehlungen nicht ausschließlich auf Berichte Dritter stützen darf.

Literatur

- DOSE, M. (1997): Spektrum Neuroleptika und andere Psychopharmaka. Aesopus Verlag Stuttgart
- DOSE, M. (1999): Psychopharmaka-Behandlung bei chronisch psychisch Kranken und geistig behinderten Menschen. In: THEUNISSEN G, LINGG A (Hrsg) Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung. Klinkhardt, Bad Heilbrunn/Obb., S. 168-186
- DOSE, M. (1999): Notfall- und Krisensituationen bei Minderbegabung. In: HEWER W, RÖSSLER W (Hrsg) Das Notfall Psychiatrie Buch. Urban & Schwarzenberg, München, S. 438-454
- MEINS, W. (2000): Epidemiologie der Psychopharmakabehandlung bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: HÄSSLER, F., FEGERT, J.M. (Hrsg): Moderne Behandlungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung. Schattauer, Stuttgart, S. 77-84
- SCHUBERT, I., LEHMKUHL, G., SPENGLER, A., DÖPFNER, M., VON FERBER, L. (2001): Methylphenidat bei hyperkinetischen Störungen. Deutsches Ärzteblatt 98; A 541-544 (Heft 9)
- STEINHAUSEN, H.C. (2000): Epidemiologie, Klinik und Diagnostik der geistigen Behinderung. In: HÄSSLER, F., FEGERT, J.M. (Hrsg): Moderne Behandlungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung. Schattauer, Stuttgart, S. 9-20

Psychopharmaka

Einsatzmöglichkeiten bei Verhaltensstörungen

Manfred Koniarczyk

Einleitung

Die Behandlung mit Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung geschieht häufig aufgrund problematischer Verhaltensweisen. Hierbei kommen vor allem niederpotente Neuroleptika mit psychomotorisch dämpfenden Wirkungseffekten zum Einsatz, analog erfolgt ein solches Vorgehen noch viel häufiger bei unruhigen und verwirrten BewohnerInnen in Altenpflegeheimen (ARD-Report vom Bayerischen Rundfunk am 12.03.2001). Problematisch ist hierbei vor allem die Tatsache, dass in ca. 75 % der behandelten Fälle keine klare medizinische Indikation bzw. Zielsymptomatik definiert ist und eine Überprüfung der Wirkungen und Nebenwirkungen im Verlauf so gut wie gar nicht stattfindet bzw. dokumentiert wird. Schon MEINS et. al. (1993) konnten aufzeigen, dass die Wohnform geistig behinderter Menschen (Wohngruppe, Kleinheim, Großeinrichtung) einen Einfluss darauf hat, ob und unter welchen Rahmenbedingungen eine Behandlung mit Psychopharmaka erfolgt.

BRINKMANN et. al. (2001) konnten in ihrer Prävalenzstudie über Verhaltensauffälligkeiten bei Personen mit geistiger Behinderung zeigen, dass die Behandlung mit Psychopharmaka den weitaus größten Anteil der Behandlungsmaßnahmen bei Personen mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen darstellt, diese jedoch häufig ohne fachärztliche Begleitung durchgeführt wird. Ein wesentliches Merkmal der psychiatrischen Behandlung sei häufig eine relativ unkontrollierte Verordnung und Vergabe von Psychopharmaka an überwiegend geistig behinderte Menschen mit höherem Behinderungsgrad. HESSE (2001) hat in seiner Kölner Untersuchung gezeigt, dass pädagogische und psychiatrischen Krisen bei geistig behinderten Personen im Verlauf eines Jahres häufig sind (bei 224 von 577 Probanden = 38,8 %) und die Hauptlast durch die MitarbeiterInnen vor Ort getragen werden muss, da adäquate, insbesondere psychotherapeutisch orientierte Hilfen und Beratung vor Ort oft fehlen. So bleibt oft nur das psychiatrische Versorgungssystem als „Ausweg“, und dieses greift dann schnell und einseitig - auch und gerade aufgrund mangelnder Kompetenzen und Erfahrungen im Umgang mit geistig behinderten Menschen - auf den Einsatz von Psychopharmaka als Behandlungsmethode zurück.

Definition von „Verhaltensauffälligkeit“ und „Herausforderndem Verhalten“

In der vorliegenden Literatur findet man zahlreiche Definitionen, ab wann ein Verhalten als „auffällig“, als „störend“ und/oder als „herausfordernd“ zu betrachten ist. LINGG & THEUNISSEN (1994) betonen hierbei die

Abb.1

Definition von Verhaltensauffälligkeiten

Verhaltensauffälligkeiten sind Signal einer Beziehungsstörung. Die betreffende Person versucht sie durch spezifische Verhaltensweisen zu bewältigen, die von anderen als normabweichend der sozial unerwünscht eingestuft werden (THEUNISSEN)

Verhaltensauffälligkeiten können Ausdruck einer tieferliegenden psychischen Störung sein und sollen somit psychiatrisch behandelt werden oder sie werden als schwerwiegende, aber „einfache“ Verhaltensprobleme verstanden, die pädagogisch zu beeinflussen sind (PETRY)

Signalfunktion, Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung als Beziehungsstörung zu verstehen und sie als Problemlöseversuch zu verstehen. PETRY (1999) hingegen befürwortet eher eine pragmatische Sichtweise, entweder sind Verhaltensauffälligkeiten als Symptom einer psychiatrisch behandlungsbedürftigen Störung einzuordnen oder als pädagogisch zu beeinflussendes Verhaltensproblem (s. Abb. 1). Im Kapitel V(F) der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)“ (DILLING et. al.) wird im Abschnitt

F70-79 ein Schweregradkriterium angeführt für Verhaltensstörungen bei intelligenzgeminderten Personen. Hier sind im erweiterten Sinne eigentlich Anpassungsstörungen von Menschen mit geistiger Behinderung gemeint welche als „deutliche Verhaltensstörungen erscheinen, die Beobachtung oder Behandlung“ erfordern, wobei Behandlung nicht nur, aber möglicherweise auch eine Psychopharmakotherapie beinhalten kann. In dieser Definition wird das Dilemma

Abb.2

Herausforderndes Verhalten oder „challenging behaviour“

„Hochgradig herausforderndes Verhalten ist Verhalten von solcher Intensität, Häufigkeit und Dauer, dass die körperliche Sicherheit der Person selbst und von anderen ernsthaft gefährdet ist; oder das Verhalten begrenzt oder verzögert ernsthaft den Zugang zu oder die Nutzung von üblichen gemeindenahen Einrichtungen (community facilities)“ (EMERSON et al. 1999).

deutlich, ab wann und welchem Kontext ein Verhalten als so deutlich auffällig und/oder gestört imponiert, dass es Beobachtung oder Behandlung erfordert. Zahlreiche Studien wurden zu dieser Thematik schon durchgeführt, wobei die Metaanalyse aus 75 Studien von LOTZ & KOCH (1994) belegen, dass Menschen mit geistiger Behinderung in hohem Masse zusätzlich Verhaltensstörungen bzw. psychische Störungen zeigen. Davon

sind männliche Personen im Vergleich zu weiblichen Personen wohl häufiger betroffen (65 % zu 35 %, BRINKMANN et. al. 2001).

Eine gute Definition, was eine deutliche Verhaltensstörung im Sinne von herausforderndem Verhalten (engl.: *challenging behaviour*) ist haben EMERSON et al. 1999 vorgelegt, wobei sowohl die Auswirkung auf die Person selbst als auch auf seine unmittelbare Umgebung und Bezugswelt wichtig sind (s. Abb. 2).

Erscheinungsformen, Einteilung und Diagnostik

Eine gute Zusammenfassung über die möglichen Erscheinungsformen auffälligen Verhaltens findet sich im Arbeitshilfebuch des Lebenshilfe-Verlags, erschienen

Abb.3

Erscheinungsformen auffälligen Verhaltens

Prinzipiell können bei geistig behinderten Menschen die gleichen Auffälligkeiten auftreten wie bei nichtbehinderten Personen. Die am häufigsten genannten und problematischsten Verhaltensweisen sind:

- schwere Fremdaggressionen (z. B. andere schlagen, kratzen, verletzen; Zerstörung von Gegenständen);
- schwere Autoaggressionen (z. B. sich Finger in die Augen drücken, sich blutig kratzen, sich mit spitzen Gegenständen verletzen);
- Hyperaktivität (z. B. ständiges Hin- und Herrennen; Gegenstände vom Tisch herunterreißen; kein Stillsitzen);
- depressive Verstimmungszustände und Rückzugstendenzen (z. B. kommunikative Abkapselung; apathisches Verhalten);
- Stereotypen, Autostimulation (z. B. rhythmisches Schaukeln; langanhaltendes lautes Schreien);
- Zwangshandlungen (z. B. Waschwang);
- Kontaktprobleme im Sinne von Kontaktdistanz (z.B. andere ständig umarmen, küssen oder an sich drücken);
- dissoziales Verhalten (z. B. Verwahrlosen, Zündeln, Diebstähle);
- Suchtverhalten (z.B. Alkoholmissbrauch);
- sexuelle Auffälligkeiten (z. B. Exhibitionismus, Quänerien in der Öffentlichkeit, Prostitution, sexuelle Übergriffe auf den Partner);
- psychische Störungen im engeren Sinn, z. B. Angstzustände, Depressionen, schizophrene Symptome.

Für den Begriff Verhaltensauffälligkeit gibt es mehrere Parallelbezeichnungen wie: Verhaltensstörung, Erziehungsschwierigkeit, Dissozialität, soziale Auffälligkeit, abweichendes Verhalten, Devianz, Verwahrlosung, Anpassungsstörung, neurotisches Verhalten, psychopathisches Verhalten, Persönlichkeitsstörung, psychiatrische Auffälligkeit, psychische Störung, emotionale Störung, seelische Behinderung, psychische Krankheit. Es fällt auf, dass bei diesen Bezeichnungen häufig nur bestimmte Aspekte hervorgehoben, andere ausgeblendet werden.

Quelle

„Wenn Verhalten auffällt... Eine Arbeitshilfe zum Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung“. Herausgegeben von der Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V., Lebenshilfe-Verlag, Marburg 1996

1996 (s. Abb. 3). ANTOR & BLEIDICK (2001) unterscheiden zwischen externalisierenden und internalisierenden Verhaltensstörungen, sozial unreifem Verhalten und sozialisiert delinquentem Verhalten, dem v.a. zunehmend forensische Bedeutung gerade auch für erwachsene Personen mit geistiger Behinderung zukommt (s. Abb. 4). Wie schwierig sich gerade für im Umgang mit geistig behinderten Menschen unerfahrenen Personen eine diagnostische Zuordnung von Problemverhalten darstellen kann zeigt die Auflistung möglicher „Fallstricke“ (*baseline exaggeration, diagnostic overshadowing, underreporting, overreporting*) in Abb. 5. Insofern sollte eine hierarchische Vorgehensweise nach Möglichkeit

innerhalb eines multiprofessionell besetzten Teams erfolgen mit dem Ziel einen Konsens zu entwickeln hinsichtlich der Einordnung eines Problemverhaltens eines geistig behinderten Menschen (s. Abb. 6).

Abb.4

Einteilung der Verhaltensstörungen

- **Externalisierende Störungen:** Aggression, Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität
- **Internalisierende Störungen:** Angst, Minderwertigkeit, Trauer, Interesselosigkeit, Schlafstörungen, somatische Störungen
- **Sozial unreifes Verhalten:** Konzentrationsschwäche, altersunangemessenes Verhalten, leicht ermüdbar, leistungsschwach, nicht belastbar
- **Sozialisiert delinquentes Verhalten:** Gewalttätigkeit, Reizbarkeit, Verantwortungslosigkeit, leichte Erregbarkeit und Frustration, Beziehungsstörungen, niedrige Hemmschwellen

Die größte Häufigkeit kommt den externalisierenden Störungen zu, gefolgt von internalisierenden Auffälligkeiten. Die beiden verbleibenden Klassen sind empirisch weniger abgesichert.

Quelle:

ANTOR, G., BLEIDICK, U. (Hrsg.): Handbuch der Behindertenpädagogik. W. Kohlhammer, Stuttgart 2001

Abb.5

Zur Diagnostik von Verhaltensauffälligkeiten

- **Baseline exaggeration** (SOVNER & HURLEY 1986): Das Hinzukommen einer psychischen Störung (z. B. Depression) verstärkt vorbestehende Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Selbstverletzendes Verhalten)
- **Diagnostic overshadowing:** Zuschreibung des psychopathologischen Verhaltens zur geistigen Behinderung (eingeschränkte Anwendbarkeit der üblichen diagnostischen Regeln, z. B. bei operationalisierter Diagnostik (ICD-10, DSM-IV))
- **Underreporting:** Verminderte Introspektionsfähigkeit, Sprachverständnis und Ausdrucksvermögen bedingen eine verminderte Mitteilung bzw. diagnostische Wahrnehmung psychopathologischer Erlebnisweisen.
- **Overreporting:** Verhaltensbesonderheiten werden als Symptom einer psychischen Störung gewertet.

Abb.6

Hierarchie der psychiatrischen Diagnostik bei Menschen mit Intelligenzminderung

Alltagsverhalten

(z.B. schlägt sich auf die Augen und Ohren, kaum Blickkontakt, schlägt grundlos zu, schreit, versteckt sich)



Symptom-Ebene

(z.B. optische und akustische Halluzinationen, Beziehungswahn, Verfolgungswahn)



Syndrom-Ebene

(z.B. paranoid-halluzinatorisches Syndrom)



Nosologie-Ebene

(z.B. Schizophrenie, ICD-Diagnose)

Dabei kann der „Fragenkatalog“ aus BRADL & PETRY (1999) ein guter Leitfaden sein:

Sind Verhaltensauffälligkeiten ...

- eine normale, „gesunde“ Reaktion auf ungünstige aktuelle Lebensbedingungen?
- in früheren Lebensphasen gelernte Verhaltensweisen ?
- Folge traumatischer Erlebnisse in der Lebensgeschichte?
- Ausdruck einer frühen Störung (Persönlichkeitsstörung)?
- Ausdruck eines inneren Konflikts?
- Ausdruck körperlichen Missempfindens oder von Krankheit?

Neurobiologische und medizinische Erklärungsmodelle von Problemverhaltensweisen (Verhaltensstereotypien und Selbstverletzendes Verhalten)

TUINIER & VERHOEVEN (1994, 1999) haben ausgehend von neueren Forschungsergebnissen aus der Entwicklungsbiologie, Neurobiologie und Neurophysiologie, insbesondere aus dem Bereich der Stressforschung, ein

Abb.7

Entwicklungsmodell für Verhaltensstereotypien(ST) und selbstverletzendes Verhalten (SVV)

1. Erste Umweitreize und -einflüsse induzieren ST und SVV als Bewältigungsmechanismus (Coping) (**Endorphin-System**)
2. Im weiteren Verlauf folgendes ST und SVV dient dazu Arousal-Effekte zu reduzieren, d.h. durch Reize hervorgerufenen Einstrom unangenehmer Wahrnehmungen abzumildern, wobei die eigentlich auslösenden Reize immer unspezifischer sind (**Serotonin/Neurosteroide**)
3. ST und SVV werden als autonome Verhaltensweisen integriert und dienen als eigene Stimuli innerhalb eines sensibilisierten Nervensystems (**Dopamin-System**)

Die Dauer eines abnormen Verhaltensmusters ist in der Entstehung von Verhaltensstereotypien und/oder selbstverletzendem Verhalten ein kritischer Faktor, wobei in der frühen Phase wohl das Endorphin-System eine besondere Rolle spielt.

(VERHOEVEN & TUINIER 1999)

Entwicklungsmodell auf Transmitter- bzw. Überträgerstoffebene entwickelt, auf welchem aufbauend ein gezielter Einsatz unterschiedlicher Psychopharmaka möglich sein kann, um bestimmte Problemverhaltensweisen geistig behinderter Menschen auf unterschiedlichen Entwicklungsstufen medikamentös positiv zu beeinflussen (siehe Abb. 7). Die Autoren gehen von folgenden möglichen pathogenetischen Faktoren für stereotype Verhaltensauffälligkeiten aus:

- Veränderte Schmerzwahrnehmung durch eine Überaktivierung des **Endorphin-Systems**
- Enthemmung von Verhalten als Resultat von **Serotonin-Mangel**

- **GESTÖRTE** Stressverarbeitung durch Überfunktion der **Hypothalamus-Hypophysen-Achse**
- Genetisch bedingte oder durch externe Einflüsse getriggerte Überempfindlichkeit des **dopaminergen Systems**

Diese neueren Hypothesen gilt es im nächsten Schritt durch z.B. entsprechende Studiendesigns zu überprüfen, wofür jedoch gerade in Deutschland nur wenig wissenschaftliches Interesse und noch weniger personelle und materielle Ressourcen verfügbar sind. Auch der Stellenwert von „Verhaltensphänotypen“ (siehe Abb. 8) sowie die Bedeutung der hohen Komorbidität (d.h. das Zusammen-

Abb.8

Verhaltensphänotyp (behavioural phenotyp)

Unter dem Verhaltensphänotyp versteht man eine Kombination von Entwicklungs- und Verhaltensmerkmalen, die bei Kindern und Erwachsenen mit einem definierten genetischen Syndrom mit höherer Wahrscheinlichkeit auftritt als bei Kindern und Erwachsenen mit einer Behinderung anderer Ursache (DYKENS 1995; SARIMSKI 1997a; FINEGAN 1998)

treffen) von geistiger Behinderung mit v.a. neurologischen (z.B. Epilepsie), orthopädischen (z.B. Störungen des Bewegungsapparates) und internistischen Zusatzerkrankungen (z.B. Magen-Darm-Erkrankungen) im Sinne von Mehrfachbehinderung (vgl. BEANGE & BAUMAN 1991) wird in der medizinischen Versorgung von geistig behinderten Menschen noch viel zu wenig beachtet und wissenschaftlich untersucht. Insbes. Schmerzen und

Funktionseinschränkungen sowie Sinnesbehinderungen sind nicht selten Auslöser für Problemverhaltensweisen. Somit erfordert die Wahrnehmung von und der Zugang zu diesen „herausfordernden Verhaltensweisen“ ein hohes Maß an Erfahrung, Kompetenz, Kommunikationsfähigkeit, Integrationsvermögen und Wissen (HENNICKE & MEINS 1995). Entsprechende Aus- Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich „Behindertenmedizin“ werden in Deutschland aber nur marginal angeboten und sind bisher nicht curricular geregelt oder zertifiziert.

Handlungsmöglichkeiten

Im Umgang mit Problemverhaltensweisen von Menschen mit geistiger Behinderung kommt daher der ärztlichen Seite die Aufgabe zu, so gut es geht:

- körperliche Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Hypothyreose)
- psychische Störungen (z.B. Schizophrenie, Demenz, Autismus)
- genetisch bedingte Syndrome mit spezifischen psychopathologischen Symptomkomplexen (*Konzept der Verhaltensphänotypen*) (z.B. Down-Syndrom, Fragiles X-Syndrom)

zu erkennen und zu behandeln.

Das kann oftmals zeit- und personalintensiv sein, erfordert Phantasie und die Bereitschaft, klassisch-medizinische Vorgehensweisen auch mal zu verlassen und

auf „ Umwegen“ dem Ziel näher zu kommen. In den letzten Jahren haben besonders die molekulargenetischen Erkenntnisse an Bedeutung gewonnen (u. a. das Konzept der Verhaltensphänotypen), die auch in die heilpädagogische Aus- und Weiterbildung transportiert werden müssen. Diese gilt es besonders

Abb.9

Anforderungen an MitarbeiterInnen und Teams

1. Veränderung eigener Wahrnehmung durch Reflektion und Supervision
2. Keine „einfachen“ Erklärungen suchen, denn es gibt auch selten „einfache“ Lösungen
3. Handlungsansätze individuell am Einzelfall erarbeiten
4. Keine illusionären Ziele setzen, Symptomreduktion und/oder Symptomverlagerung statt Heilung
5. Alltagshandeln auf wenige Schlüsselprobleme der Handlungsstrategien reduzieren, um handlungsfähig zu bleiben.

„MitarbeiterInnen sind die wesentlichsten Ressourcen für Veränderungs- und Lösungsprozesse in der alltäglichen Praxis!“ (BRADL 1999)

aufmerksam zu beachten und *nicht* schablonenhaft in die Diskussion mit einzubringen. Der in diesem Feld tätige Arzt hat diesbezüglich eine besondere Verantwortung. Vielmehr noch muss eine ärztlich-psychiatrische Vorgehensweise im Bereich von Problemverhalten und psychischen Störungen bei geistiger Behinderung darauf ausgerichtet sein, die MitarbeiterInnen und Teamperspektive wahrzunehmen und in das diagnostische und therapeutische Vorgehen einzubinden (s. hierzu Abb. 9 und 10). Nur wenn dies gelingt ist auch der Einsatz von Psychopharmaka als eine von mehreren Handlungsmöglichkeiten zu integrieren, wobei

über die erwünschten Wirkungen und mögliche Begleit- bzw. Nebenwirkungen zu informieren und aufzuklären ist MitarbeiterInnen, Angehörige und auch die betroffenen Personen selbst müssen so gut es geht in die Lage versetzt werden, entsprechende Effekte sowohl einer Fest- als auch einer möglichen Bedarfs-

Abb.10

Aspekte pädagogischen Handelns bei Problemverhalten

- Einstellungsänderungen von Bezugspersonen, etwa Verhalten akzeptieren bzw. tolerieren;
- Förderung von Sozialverhalten, Verhaltensänderung, etwa Konfliktregelung ohne Aggressionen;
- Klärung und Aushandeln von Regeln, z.B. Absprachen für Gruppenverhalten;
- Kompensation durch geeignete Betreuungsformen, beispielsweise mehr bewegungsorientierte oder andere individuelle Angebote;
- Veränderungen des „krankmachenden“ Milieus
- pädagogisch-therapeutische Einzelhilfe, z.B. individuelle Bearbeitung kritischer Lebensprobleme, wie Ablösung vom Elternhaus oder traumatische Erfahrungen, wie z.B. sexueller Missbrauch;
- Krisenintervention, wenn auto- oder fremdaggressives Verhalten soweit eskaliert, dass keine Selbststeuerung mehr möglich ist;
- psychiatrische Behandlung bei akuten oder chronischen psychotischen Störungen.

PETRY, D., BRADL, Ch. (1999): Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Geistigbehindertenhilfe - Projekte und Konzepte. Psychiatrie-Verlag, Bonn

-medikation zu erkennen und auch zu dokumentieren (siehe hierzu auch die Beiträge von DOSE und SCHANZE in diesem Heft). Nur so gelingt die

Umsetzung eines ganzheitlich orientierten Therapieansatzes nach dem bio-psycho-sozialen Modell, welches neben den „klassischen Disziplinen“ der Psycho-, Sozio- und Somatherapie noch zusätzlich heil- und sonderpädagogische Methoden integrieren sollte, um den Anforderungen von Problemverhaltensweisen geistig behinderter Menschen umfassend begegnen zu können.

Psychopharmakotherapie und geistige Behinderung

In Deutschland existieren nur eine handvolle Publikationen zum Thema geistige Behinderung und Psychopharmakotherapie¹, so dass der in diesem Feld interessierte oder tätige Arzt „gezwungen“ ist, auf internationale und hier vor allem angloamerikanische Literatur zurückzugreifen. Hier stößt er aber auf erfreulich reichhaltiges, ja zum Teil schon evidenzbasiertes Material, wobei insbesondere auf die Arbeiten von AMAN & REISS (1997), BOURAS (1999), SANTOSH (1999) und BUITELAAR (2000) zu verweisen ist. Dabei ist die Grundaussage, dass Psychopharmaka in die Regulierung von Erregungs- und Hemmungsprozessen neuronaler Netzwerke eingreifen und psychotherapeutisch orientierte Interventionen an der Gestaltung der Subjekt - Umwelt - Beziehung ansetzen, nicht als Beschreibung sich widersetzender oder einander ausschließender Pole zu verstehen. Vielmehr wissen wir heute, dass nicht nur Psychopharmaka, sondern auch Psychotherapie im Gehirn wirken und Veränderungen auf neuronaler und synaptischer Ebene erzeugen. Dies konnte eindrücklich durch Untersuchungen mit der funktionellen Kernspintomographie belegt werden. Auch wurde hierdurch ein Fenster geöffnet zum besseren Verständnis von Wahrnehmungs- und Erlebensweisen von geistig behinderten sowie autistischen Menschen, welche sowohl funktionelle als strukturelle Unterschiede hinsichtlich der Hirnentwicklung als auch der Reaktionsweise auf Psychopharmaka zeigen können. Hierbei kommt vor allem den Effekten und Nebenwirkungen auf sog. herkömmliche als auch auf neuere, sog. „atypische“ Neuroleptika eine besondere Bedeutung zu, die ja neben den antiepileptischen Medikamenten die häufigste Gruppe von Psychopharmaka darstellen, welche bei geistig behinderten Menschen eingesetzt werden. Nach neueren Untersuchungen scheinen Atypika innerhalb des präfrontalen Cortex, in welchen vor allem dopaminerge Bahnen des sog. Belohnungssystems münden, aktivierende bzw. stimulierende Eigenschaften zu besitzen während die klassischen bzw. herkömmlichen Neuroleptika diese Hirnregion, welche für die Auswahl und die Anpassung von Verhaltensmustern an die Bedingungen der gegebenen Situation eine zentrale Bedeutung hat, eher hemmen bzw. blockieren (AMAN 1999, KARNATH & THIER 2003).

Beispiele für mögliche Psychopharmaka - Indikationen bei speziellen Symptomen

¹ Wolfgang MEINS, Hamburg: 1988, 1991, 1993, 1995; Christian GAEDT, Sickinge: 1996, 1997; Michael SEIDEL, Bielefeld: 1994, 1999; Frank HÄSSLER, Rostock: 1998, 1999, 2000, 2001, 2002

Abb.11

Spezielle Psychopharmaka-Indikationen bei Menschen mit geistiger Behinderung

Zielsyndrom	Freiname	Dosierung (mg/Tag)
Angst mit Agitiertheit/ Aggressionen	Buspiron	15-45
Autismus	Olanzapin	5-20
Autoaggression	Risperidon	1-4
Fremdaggression	Zuclopenthixol	6-60
Tic-Störung (Tourette-Syndrom)	Pimozid Tiaprid	4-16 300-600
Stereotypien, Zwänge	SSRI z.B. Paroxetin	20-60

finden sich in den Abb. 11 und 12, wobei wir in der Fachabteilung im Bezirkskrankenhaus Haar sowohl im ambulanten wie im stationären Setting mit

Abb.12

Wirkstoffe (chem. Kurzbezeichnung) mit möglicher „antiaggressiver“ Wirkung

- **Neuroleptika:**
 - Risperidon 1. Wahl bei Selbstaggressionen
 - Zuclopenthixol 1. Wahl bei Fremdaggressionen
- **Antidepressiva:**
 - Fluoxetin, Citalopram, Sertralin
 - Buspiron
- **Lithium**
- **Antiepileptika:**
 - Carbamazepin, Valproinsäure
 - Lamotrigin
- **Betablocker:** Propranolol
- **Opiatantagonisten:** Naltrexon
- **Testosteronantagonist:** Cyproteronazetat

den hier aufgeführten Medikamenten gute Erfolge erzielen konnten, sofern die Psychopharmakotherapie integriert war in ein Gesamtbehandlungskonzept (SEIDEL 1994). Insbesondere im Umgang mit aggressiven Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung empfiehlt sich nach unseren Erfahrungen der schrittweise Einsatz verschiedener Substanzgruppen, wenn nach einem festgelegtem Zeitraum mit der zunächst eingesetzten Substanz keine signifikante Verbesserung zu erreichen ist. Nach Möglichkeit sollte eine Polypharmazie hierbei aber vermieden werden.

Rechtliche Aspekte

Vor einer Behandlung mit Psychopharmaka sollte nach Möglichkeit immer eine sorgfältige Aufklärung und Information über die gewünschten Wirkeffekte, mögliche Nebenwirkungen und notwendige Vor- und Begleituntersuchungen erfolgen. Die Aufklärung soll dokumentiert sein, wobei eine allgemeinverständliche Sprache und Formulierungen zu wählen sind und die Möglichkeit für Fragen ausreichend gegeben ist. Aufzuklären ist immer der Patient selbst, was bei Menschen mit leichter und mittelgradiger geistiger Behinderung in der Regel auch gelingt sofern man sich hierum bemüht. Zusätzlich und notwendigerweise bei schwerer und schwerst geistig behinderten Menschen ist das Einverständnis der Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuer einzuholen. Im Falle besonderer gesundheitlicher Risiken muss nach § 1904 BGB zusätzlich eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts eingeholt werden. Werden Psychopharmaka bei nicht

einwilligungsfähigen Personen nicht im Rahmen einer Heilbehandlung angewandt, sondern zum Beispiel zur Unterstützung pädagogischer Maßnahmen bei aggressiven Verhaltensstörungen, so sollte in jedem Fall nach § 1906 BGB die Einwilligung des Vormundschaftsgerichts eingeholt werden.

Problematisch ist in zunehmendem Maße auch im Bereich der Psychopharmakotherapie der sog. *Off-Label-Use*, das heißt die zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln außerhalb der Indikationen, für welches das jeweilige Medikament zugelassen ist. Für den Bereich „Verhaltensstörungen bzw. Impulskontrollstörungen bei geistig behinderten Menschen und/oder Autismus“ gibt es schon einige ältere Präparate (Clopenthixol, Sulpirid, Haloperidol) und wenige neuere Substanzen (Risperidon) mit entsprechender Zulassung. Auf jeden Fall sollte auch hierüber aufgeklärt werden und eine gute und sorgfältige Dokumentation erfolgen. Dass auf dem Gebiet der Psychopharmakotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung noch ein enormer Forschungs- und Evaluationsbedarf besteht sei an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich erwähnt.

Literaturverzeichnis

- AMAN, M.G., MADRID, A. (1999): Atypical Antipsychotics in Persons with Developmental Disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 5(1999).
- ANTOR, G., BLEIDICK, U. (2001): Handbuch der Behindertenpädagogik. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart.
- BOURAS, N. (Ed.) (1999): *Psychiatric and Behavioural Disorders in Developmental Disabilities and Mental Retardation*. Cambridge University Press.
- BRADL, CHR., PETRY, D. (1999): Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Geistigbehindertenhilfe – Projekte und Konzepte. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- BRINKMANN, H., BRANDENBUSCH, I., CISCHINSKY, N., ROHLFING, U. (2001): Verhaltensauffälligkeiten bei Personen mit geistiger Behinderung - Ergebnisse einer Prävalenzstudie in der Stadt Delmenhorst und Teilen des Landkreises Oldenburg. *Geistige Behinderung* 1(2001).
- BUITELAAR, J.K., WILLEMSSEN-SWINKELS, S.H.N.(2000): Medication treatment in subjects with autistic spectrum disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry* 9(2000).
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig behinderte Menschen e.V. (Hrsg.) (1996): Wenn Verhalten auffällt...Eine Arbeitshilfe zum Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung. Lebenshilfe-Verlag, Marburg.
- DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M.H. (Hrsg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V(F). Verlag Hans Huber, Bern.
- EMERSON, E., MOSS, S., KIERNAN, C. (1999): The relationship between challenging behaviour and psychiatric disorder in people with severe developmental disabilities. In: BOURAS, N. (Ed.) (1999): *Psychiatric and behavioral disorders in developmental disabilities and mental retardation*. Cambridge University Press, p.38-48
- GAEDT, CHR. (1996): Psychopharmakotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. *Neuerkeröder Beiträge*, Heft 10.
- HÄBLER, F., BUCHMANN, J., GÖHRE, CHR., FEGERT, J.M. (2001): Hyperkinetische Störungen - Pharmakotherapeutische Alternativen zu Stimulanzien. *Psychopharmakotherapie* 2(2001).
- HÄBLER, F., FEGERT, J.M. (2000): Moderne Behandlungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung. *Therapiekompandium für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte*. Schattauer-Verlag, Stuttgart.
- HENNICKE, K., MEINS, W.(1995): Besonderheiten der psychiatrischen Versorgung von geistig Behinderten mit psychischen Störungen. *Psychiatrische Praxis* 22(1995).
- HESSE, W.(2001): Hilfeangebote zur Krisenintervention – Eine Studie zum Bedarf und zur Versorgung geistig behinderter Menschen in Köln. *Geistige Behinderung* 1(2001).

- KARNATH, H.-O., THIER, P. (Hrsg.) (2003): Neuropsychologie. Springer-Verlag, Berlin
- LINGG, A., THEUNISSEN, G. (1994): Psychische Störungen bei geistig Behinderten. Lambertus-Verlag, Freiburg i.B.
- LOTZ, W., KOCH, U., STAHL, B. (1994): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen-Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte. Hans Huber Verlag, Bern.
- MEINS, W., AUWETTER, J., KRAUSZ, M., TURNIER, Y. (1993): Behandlung mit Psychopharmaka in unterschiedlichen Einrichtungen für geistig Behinderte. Nervenarzt 64, 451-455 (1993).
- REISS, S., AMAN, M.G. (Eds.) (1998): Psychotropic Medication and Developmental Disabilities. The International Consensus Handbook. The Ohio State University Nisonger Center (Publisher)
- SANTOSH, P.J., BAIRD, G. (1999): Psychopharmacotherapy in children and adults with intellectual disability. Lancet 354(1999).
- SEIDEL, M. (1994): Aspekte der Psychopharmakotherapie psychischer Störungen und Krankheiten bei geistig behinderten Menschen. In: LOTZ, W., KOCH, U., STAHL, B.: Psychotherapeutische Behandlung geistig Behinderter Menschen-Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte. Hans Huber Verlag, Bern.
- SEIDEL, M., HENNICKE, K. (Hrsg.) (1999): Gewalt im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung. Diakonie-Verlag, Reutlingen.
- TUINIER, S., VERHOEVEN, W.M.A. (1994): Pharmacological advances in mental Retardation: a need for reconceptualization. Current Opinion in Psychiatry 7(1994).

Die Behandlung mit Psychopharmaka

Ein Element im Rahmen der multidimensionalen psychiatrischen Therapie und Förderung von Menschen mit Intelligenzminderung

Christian Schanze

Das „Viersäulenmodell“ in der psychiatrischen Behandlung von geistig behinderten Menschen

Die Behandlung psychischer Störungen basiert heutzutage auf dem sog. Dreisäulenmodell: Aufbauend auf der Arzt-Patient-Beziehung stehen hier die drei Säulen Soziotherapie, Psychotherapie und Psychopharmakotherapie nebeneinander. Auf ihrer Tragfähigkeit stützt sich das Dach des therapeutischen Gesamtkonzeptes. Betrachtet man die psychiatrische Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen, so ist dieses Modell an entscheidenden Punkten zu erweitern. Einerseits reiht sich neben den drei genannten Säulen die vierte der Heilpädagogik gleichberechtigt ein (siehe hierzu Abb. 1). Andererseits handelt es sich bei psychiatrisch erkrankten geistig Behinderten größtenteils um Menschen, die in ihrem ersten Lebensbereich (Wohnen) und/oder in ihrem zweiten Lebensbereich (Beschäftigung, Arbeit) in Institutionen der Behindertenhilfe integriert sind. Daraus folgt, dass die Arbeit mit den psychisch auffälligen behinderten Menschen zumeist auch eine enge Zusammenarbeit mit den Fachleuten dieser beiden Bereiche beinhaltet.

Diese Erweiterung des Säulenmodells psychiatrischer Therapie erfordert die Annäherung von heil-/pädagogischen und psychologischen Betreuungskonzepten insbesondere mit der klinischen Psychiatrie. Leider vollzieht sich dieser Prozess in Deutschland nur zögerlich und ist bislang auf einige wenige, auf die Behandlung psychisch kranker geistig Behinderter spezialisierte Bereiche psychiatrischer Kliniken begrenzt. Diese Spezialbereiche haben zumeist nicht nur eine hohe fachliche Kompetenz in der Diagnostik und Therapie entwickelt, sondern in ihrer Region auch eine Versorgungsstruktur aufgebaut, die ambulante und stationäre Angebote miteinander vernetzt. Das Wichtigste jedoch erscheint, dass diese Bereiche gemeinsam mit den psychologischen und heil-/pädagogischen Fachkräften in den Einrichtungen der Behindertenhilfe eine Kommunikationskultur entwickelt haben, die eine fachliche Kooperation zum Nutzen der psychisch kranken, geistig behinderten Menschen ermöglicht. Dies schien noch vor wenigen Jahren angesichts der polarisierenden Haltung dieser Fachbereiche untereinander, undenkbar.

Ein wesentlicher Punkt in der Kooperation mit nicht-medizinischen Berufsgruppen stellt die Frage dar, welchen Stellenwert die Psychopharmakotherapie innerhalb (**ABB. 1:** Siehe Datei: *Broschüre Bd.5 Abb. Aufsatz SCHLANZE.pdf*) eines individuellen Behandlungsplanes hat. Hier ist im Rahmen des therapeutischen

Gesamtsettings zu klären, welche Zielsetzung für die Verordnung eines Psychopharmakons jeweils definiert wird. Im vorliegenden Artikel werden - ausgehend von den therapeutischen Dimensionen des Vulnerabilitätskonzeptes und dem Therapieansatz des Medizinisch-Heilpädagogischen Zentrums am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren - spezielle psychopharmakologische Behandlungsstrategien bei geistig Behinderten vorgestellt. Anhand dieser Strategien kann die Rolle der Psychopharmakologie innerhalb eines therapeutischen Gesamtplans näher bestimmt werden. Am Anfang jedes Abschnitts wird die jeweilige Behandlungsstrategie zunächst definiert und dann anhand von Fallbeispielen erläutert. Am Ende des Artikels wird der therapeutische Stellenwert der einzelnen Strategien in einer Tabelle visualisiert.

Therapeutische Dimensionen des Vulnerabilitätskonzeptes

Das von dem amerikanischen Psychologen ZUBIN Ende der siebziger Jahre (ZUBIN & SPRING 1977) in der Psychiatrie reaktualisierten Vulnerabilitätsbegriff (SCHMIDT-DEGENHARD 1988) wurde in den vergangenen Jahren von verschiedenen Autoren zur Erklärung der erhöhten Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung herangezogen (u.a. LINGG & THEUNISSEN, 1993). Wie CIOMPI jedoch bereits 1982 in seinem Buch „Affektlogik“ deutlich machte, beinhaltet dieses Konzept klare strukturelle Aspekte bezüglich des Zusammenwirkens verschiedener therapeutischer Verfahren in der Behandlung schizophrener Psychosen. V.a. auf diese therapeutischen Dimensionen des Vulnerabilitätskonzeptes soll im Weiteren näher eingegangen werden.

Wie aus der Abb. 2 deutlich wird, vollzieht sich die Entwicklung jedes Individuums in einem *soziokulturellen Kontext*, der das Ausmaß der sozialen Ressourcen, die Wertesysteme und die medizinisch-pädagogische Versorgungsstruktur z. B. auch für Menschen mit geistiger Behinderung definiert. Geistig Behinderte haben insofern in den verschiedenen Kulturen und auch abhängig von dem spezifischen Entwicklungsstand der jeweiligen Gesellschaft sehr unterschiedliche Voraussetzungen dafür ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickeln zu können oder eine spezifische Förderung zu erhalten, die es ihnen ermöglicht, ihre kognitiven, motorischen oder ihre Defizite im sozialen Bereich kompensieren zu können.

Aus den *biologisch-genetischen* Einflüssen einerseits und aus den *psychosozialen Einflüssen* andererseits entwickelt sich im Laufe der Kindheit und Jugend jedes Menschen seine individuelle *praemorbid* Vulnerabilität (*Verletzbarkeit*). Diese ist geprägt durch ein unterschiedliches Ausmaß an Fähigkeiten, Informationen zu verarbeiten, Ich-Stärke zu entwickeln und darin, mehr oder minder gut, soziale Bezugssysteme internalisieren und sie auch zur Anwendung bringen zu können. Hierbei ist zu beachten, dass biologisch genetische und psychosoziale Einflüsse im Prozess der individuellen Reifung nicht getrennt voneinander diese Verletzbarkeit prägen. Vielmehr sind beide Einflussbereiche auf das engste ineinander verwoben, was (**ABB. 2:** Siehe Datei: *Broschüre Bd.5 Abb. Aufsatz SCHANZE.pdf*) allein an der

Tatsache deutlich wird, wie sehr sich familiäre Erziehungs- und eventuell auch Kommunikationsstile verändern, wenn in einer Familie ein behindertes Kind geboren wird.

Doch die Wirkung erfolgt auch in die andere Richtung: Neuropsychologische Teilleistungsstörungen sind im Umfang ihrer Ausprägung und in ihrer psychosozialen Bedeutung durch familiäre Erziehungsstile mit beeinflusst. So besitzt das Gehirn besondere sensible Phasen, in denen sich neuronale Schaltkreise entwickeln. Die Voraussetzung hierfür sind, dass geeignete psychosoziale Lern- und Entwicklungsfelder auch zur Verfügung stehen bzw. gestellt werden. So verwundert es nicht, dass ein überbehütender Erziehungsstil sich auf den Erwerb von Kompetenzen und Copingstrategien einerseits auswirkt. In diesen sensiblen Entwicklungsphasen ist es möglich die schon bestehende neuropsychologische Teilleistungsstörungen zum Teil oder sogar vollständig zu kompensieren. Wenn dies versäumt wird, kommen die bestehenden Defizite in der weiteren Entwicklung des Individuum so deutlicher und lang anhaltender zur Ausprägung. Das in diesem Zusammenhang zu nennende wichtige Stichwort ist die heilpädagogische Diagnostik und Frühförderung. Sie sind zum Glück inzwischen in Deutschland fast flächendeckend verbreitet. Doch werden die hier gemachten Erkenntnisse leider allzu oft nicht bis ins Erwachsenenleben der Behinderten bewahrt bzw. von den Therapeuten und Betreuern des Kinder- und Jugendbereichs an die des Erwachsenenalters weitergegeben. Dies ist um so bedauerlicher, da das menschliche Gehirn zwar in bestimmten Entwicklungsphasen besonders sensibel für die Wirkung bestimmter Reize ist, es aber seine Plastizität sein Leben lang nicht verliert (SPITZER 1996).

Das Ineinanderwirken von psychosozialen und biologisch-genetischen Aspekten prägt insofern die Verletzbarkeit jedes einzelnen Menschen in mehr oder minder starkem Ausmaß. Die praemorbide Vulnerabilität stellt jedoch nicht eine unveränderbare Größe dar, sondern sie unterliegt der Veränderung durch die sog. Moderatorvariablen: Kompetenz, Coping und soziales Umfeld. Das heißt, dass die Verletzbarkeit und Irritierbarkeit eines Individuums auf unspezifischen Stress mit der Gefahr einer psychischen Dekompensation auch noch im Erwachsenenalter reduziert werden kann. Hierfür ist die Vermittlung von Kompetenz und Bewältigungsstrategien (Coping) erforderlich.

So fordert DOŠEN, dass im Rahmen der Vermittlung von Kompetenz und Coping vermehrt auf eine systematische Förderung kortikaler Funktionen im Sinne einer Entwicklungsstimulation Wert gelegt wird um somit der Tatsache der lebenslänglich bestehenden Plastizität des Gehirns Rechnung zu tragen (DOŠEN 1997). Das heißt, dass der Erwerb von Kompetenz und Coping auf neuronaler Ebene zu Veränderungen im Sinne eines Wachstums von Neuronenverbänden, die mit bestimmten Aufgabenbereichen betraut sind, führen und so zu einer stabilen Reduktion der Vulnerabilität beitragen.

Die Psychopharmakotherapie hat ebenfalls Einfluss auf diese Verletzbarkeit eines Individuums. Einerseits reduzieren gerade Neuroleptika den zum Teil für das Individuum nicht mehr verträglichen Zufluss von Informationen aus Körper und Umwelt im Sinne einer Verbesserung der Filterfunktion. Dies führt zu einer

Reduzierung der Irritierbarkeit des Patienten und führt somit zu einer deutlich verbesserten Reintegration in das angestammte soziale Umfeld. Wie viele Studien gezeigt haben, wirken darüber hinaus verschiedene Medikamentengruppen (Phasenprophylaktika und Neuroleptika) gegen das Wiederauftreten von bestimmten psychiatrischen Symptomen im Sinne einer Phasen- oder Rezidivprophylaxe (siehe MÖLLER 1993).

Auf welche Weise sich nun Moderatorvariablen und Psychopharmaka in einem multidimensionalen therapeutischen Setting ineinander verschränken und idealerweise ergänzen, soll im Weiteren noch näher erklärt werden. Zunächst soll jedoch kurz das Medizinisch-Heilpädagogische Zentrum am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, das den Erfahrungshintergrund der vorliegenden Erläuterungen darstellt, geschildert werden.

Medizinisch-Heilpädagogisches Zentrum (MHZ) am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren

Diese seit 1993 bestehende akupsychotherapeutische Einheit für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen stellt den Erfahrungshintergrund der hier vorgebrachten Erläuterungen und Erkenntnisse dar. Wie aus der Abb. 3 zu entnehmen ist, hat die Kriseninterventionsstation derzeit 16 Betten. Pro Jahr erfolgen ca. 130 stationäre Aufnahmen aus einem Einzugsbereich von ca. 800.000 Einwohnern. Hierbei ist zu erwähnen, dass der Einzugsbereich dieser kleinen Spezialeinrichtung deutlich größer ist als der der anderen Abteilungen der Klinik. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Dezentralisierung einerseits und der Aufbau von Abteilungspsychiatrien andererseits, die im Bezirk Schwaben weit fortgeschritten sind, vereinbarungsgemäß die Versorgung von psychisch auffälligen geistig Behinderten größtenteils ausschließt und die psychiatrische Betreuung entsprechend vom MHZ-Kaufbeuren übernommen wird.

Angegliedert an die Kriseninterventionsstation ist eine *Ambulanz* mit Komm- und Gehstruktur mit ca. 250 verschiedenen Patienten pro Quartal. In diesem Zusammenhang werden auch psychiatrische Kriseninterventionen ambulant sowohl von pädagogischem und pflegerischem Personal, wie auch von psychologisch oder medizinisch qualifizierten Mitarbeitern durchgeführt. Der Entwicklungsschwerpunkt liegt momentan auch in den Bereichen Prävention und Beratung (s. **ABB. 3:** Siehe Datei: *Broschüre Bd.5 Abb. Aufsatz SCHANZE.pdf*).

Die nichtpharmakologische Behandlung vollzieht sich in unserem *Behandlungszentrum* (s. **ABB. 4:** Siehe Datei: *Broschüre Bd.5 Abb. Aufsatz SCHANZE.pdf*). Hier werden sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich verschiedene psychotherapeutische, ergotherapeutische und körperbezogene Therapieverfahren für Einzelne und für Gruppen angeboten. Eine multidimensionale Therapie kann insofern sowohl im stationären, teilstationären und natürlich auch im ambulanten Bereich auf qualifizierter Ebene umgesetzt werden.

Der Therapieansatz des Medizinisch-Heilpädagogischen Zentrums ist *individuell* und *multidimensional*. Das heißt, für jeden Patienten wird ein auf seine besonderen

Bedürfnisse und Erfordernisse abgestimmtes Therapiekonzept erstellt. Hierbei setzt die Behandlung mit verschiedenen Therapieverfahren in einer sinnvollen Abgestimmtheit entweder gleichzeitig, überlappend oder auch hintereinander gestuft an unterschiedlichen Stellen an. Die Voraussetzung hierfür ist ein multiprofessionell besetztes Behandlungsteam.

Ausgangspunkt einer multidimensionalen Therapie stellt jeweils eine gründliche Diagnostik dar. Entsprechend des Vulnerabilitätskonzeptes ist es hierbei nicht nur erforderlich, sich über den biologisch-genetischen Aspekt der geistigen Behinderung ein Bild zu machen, sondern in gleichem Maße über die psychosozialen Einflussfaktoren alle verfügbaren Informationen einzuholen. Der Ansatz erfolgt insofern systemisch und muss im Weiteren exakt dokumentiert werden. Nur anhand dessen lässt sich die Wirksamkeit einzelner Therapieverfahren oder des multidimensionalen Therapieverbundes feststellen. Denn nicht immer heißt es, dass viel Therapie gleichzusetzen ist mit einem besseren Therapieerfolg.

In der Abb. 5 lässt sich nun die zeitliche Abstimmung von Diagnostik, Psychopharmakotherapie und anderen therapeutischen Verfahren für den stationären Behandlungsbereich des Medizinisch-Heilpädagogischen Zentrums gut ablesen. Hierbei ist nicht nur der Ansatzpunkt jedes einzelnen Falles zwischen Aufnahme und Entlassung des Patienten von Bedeutung, sondern die farbliche Abstufung von Hell (weniger) zu Dunkel (mehr) ist ebenfalls von zentraler Bedeutung. Es lässt sich z. B. erkennen, dass die Anfangsphase der Psychopharmakotherapie vor allem durch Bedarfsmedikationen, die akute Erregungszustände oder Momente von intensiver Depression und Suizidalität lindern, geprägt ist. Eine spezifische, d. h. eine an Syndromen oder Störungsbildern orientierten Psychopharmakotherapie löst diese Behandlungsstrategie allmählich ab. Sie wird dann, im Gegensatz zur Bedarfsmedikation, über die Entlassung hinaus verabreicht.

Es wird aus der Abb. 5 (Siehe Datei: *Broschüre Bd.5 Abb. Aufsatz SCHANZE.pdf*) ersichtlich, dass andere, spezifische Therapieverfahren wie die Ergotherapie, Motopädie oder dann auch die Psychotherapie erst schrittweise in das therapeutische Gesamtsetting integriert werden. Bestimmte psychotherapeutische Verfahren werden im Rahmen des stationären Settings zumeist auch nur auf ihre individuelle Praktikabilität hin überprüft und dann nach der Entlassung entweder über einen niedergelassenen Psycho-/Therapeuten oder über unser Behandlungszentrum ambulant durchgeführt.

Die zeitliche Abstimmung von Diagnostik und therapeutischen Verfahren ist gekennzeichnet durch den Grundsatz: *vor jeder Therapie kommt die Diagnostik*. Andererseits begrenzt die anfängliche Akutheit der psychiatrischen Störungsbilder und die dadurch beeinträchtigte Gruppenfähigkeit bzw. motorische oder verbale Kommunikationsfähigkeit und das für jeden Patienten unterschiedliche Ausmaß an Belastbarkeit die Möglichkeit, andere therapeutische Verfahren zu realisieren.

Psychopharmakologische Behandlungsstrategien

Im Rahmen der langjährigen Erfahrung in der ambulanten und stationären Versorgung von psychisch kranken Menschen mit Intelligenzminderung, haben

sich im MHZ-Kaufbeuren verschiedene psychopharmakologische Behandlungsstrategien entwickelt (**ABB. 6:** Siehe Datei: *Broschüre Bd.5 Abb. Aufsatz SCHANZE.pdf*). Die angeführte Terminologie spiegelt die Zielsetzung eines multidimensionalen, individuellen Therapiekonzepts wieder. Die Begriffe orientieren sich hierbei sowohl an der psychiatrischen Indikation, als auch an den besonderen diagnostischen und therapeutischen Bedingungen in der Behandlung von geistig Behinderten. Den Bezugsrahmen stellen hierbei die im Kapitel 2 aufgeführten Moderatorvariablen: Kompetenz, Coping und soziales Umfeld dar.

Bedarfsmedikation

Unter einer Bedarfsmedikation versteht man die einmalige Gabe einer festgelegten Substanz bei dem Auftreten einer vorher exakt definierten Symptomatik. Ziel wäre es hierbei, durch diese Medikation zu vermeiden, dass es in einer situativ entstandenen Problematik zu einer weiteren Eskalation kommt. Darüber hinaus sollen Bedarfsmedikationen auch dann eingesetzt werden, wenn bestimmte Symptome wie z. B. extreme Tic-Störungen, sachaggressives Verhalten oder vor allem autoaggressives Verhalten nach einer zumeist situativen Auslösung automatisiert weiter ablaufen. Das Wirkprinzip der Medikation liegt in diesem Fall in einem vorübergehenden pharmakologischen Ersatz von bislang noch fehlender Kompetenz und von Copingstrategien. Die Wahl des Medikamentes hängt u. a. auch von dem Bedarf eines schnellen Wirkungseintrittes ab.

Schneller Wirkungseintritt erwünscht

Lorazepam (Expidet-Form)

Dieses Benzodiazepin führt zu einer Verstärkung der Hemmung der garbaergen Neuronen und wird in der Psychiatrie als Anxiolytikum und häufig bei psychiatrischen Notfällen als i.v.- und i.m.-Injektion eingesetzt. Die Expidetform kann in Form eines lyophilisierten Plättchens, das gelutscht werden muss, eingenommen werden. Es kommt hierdurch zu einer direkten Resorption der Substanz über die Mundschleimhaut und durch eine Umgehung des First-Pass-Leberstoffwechsels tritt die Wirkung innerhalb von ca. zehn Minuten ein.

Es handelt sich hierbei um eine gute und zuverlässige Wirkung, wobei vor allem bei geistig Behinderten vor einer solchen Krisenmedikation ausgeschlossen werden müsste, ob der jeweilige Patient auf Benzodiazepine paradox reagiert (Unruhe statt Beruhigung), wodurch es zu einer Verschlechterung der Symptomatik kommen würde. Darüber hinaus besteht der Vorteil der nicht-invasiven Verabreichung in Tablettenform.

Diazepam und niederpotente Neuroleptika

Während das Diazepam als Rektiole über die Rektumschleimhaut ebenso schnell wie Lorazepam Expidet resorbiert wird, und durch die Umgehung des First-Pass-Leberstoffwechsels ein schnelles Anfluten mit entsprechender sedierender Wirkung erfolgt, müssen die niederpotenten Neuroleptika, um einen schnellen Wirkungseintritt zu erzielen, intramuskulär oder intravenös injiziert werden. Hierfür werden Substanzen der verschiedensten Stoffgruppen im klinischen

Bereich verwendet. Substanzen wie Promethazin, Chlorprothixen oder Levomepromazin kommen, bzw. kamen in der Vergangenheit meist zum Einsatz. Wegen des medizinisch invasiven Charakters der Verabreichung sowohl der Rektienform, als auch der intramuskulären oder intravenösen Injektion kommen diese Substanzen im pädagogischen Alltag so gut wie gar nicht zum Einsatz (Ausnahme: Diazepam Rektiole 5 - 10 mg bei cerebralen Krampfanfällen). Da die Gabe der Substanzen in Krisensituationen als Bedarf meist nur unter Gewaltanwendung möglich ist, wurden die niederpotenten Neuroleptika als Bedarfsmittel auch im klinischen Bereich von Lorazepam Expidet fast vollständig abgelöst.

Verzögerter Wirkungseintritt möglich

Sollte eine Bedarfsmedikation nicht unbedingt auf einen schnellen Wirkungseintritt angewiesen sein, wie dies z. B. bei situativ ausgelösten motorischen Unruhezuständen, die dann im Laufe der nächsten Stunden zu einer vermehrten Reizbarkeit und Irritierbarkeit führt, der Fall ist, können folgende Medikamente eingesetzt werden:

Lorazepam, Alprazolam

Das schon weiter oben geschilderte Anxiolytikum ist geringer sedierend und wirkt sehr gut angstlösend. Durch die kürzere Halbwertszeit von 8 - 24 Stunden besteht eine geringere Kumulationsgefahr als beim verwandten Diazepam. Bei oraler Einnahme erfolgt die Wirkung nach ca. 30 - 40 Minuten.

Diazepam

Die Substanz ist motorisch gut dämpfend und wirkt stark sedierend. Die angstlösende Wirkung ist deutlich geringer als bei Lorazepam. Der Nachteil der Substanz liegt in einer extrem langen Halbwertszeit ($t_{1/2}$) zwischen 36 und 200 Stunden, wodurch eine deutliche Kumulationsgefahr gegeben ist.

Substanzen mit kurzer Halbwertszeit

Ideal als Bedarfsmedikation sind Substanzen, die durch eine kurze Halbwertszeit ($t_{1/2}$) im Rahmen der Therapie gut steuerbar sind und keine Kumulationsgefahr besitzen. Hier wären zu nennen Temazepam ($t_{1/2} = 5 - 14$ Std.) oder Oxazepam ($t_{1/2} = 4 - 15$ Std.). Gelegentlich werden auch Substanzen wie Zolpiden ($t_{1/2} = 1 - 3,5$ Std.) oder Zopiclon ($t_{1/2} = \text{ca. } 5$ Std.) mit ihrem sehr kurzen sedierenden Effekt als Bedarfsmedikation bevorzugt.

Niederpotente Neuroleptika

Substanzen, wie das Thioxanten Chlorprothixen oder das Phenothiazin Levomepromazin oder die Butyrophenone Melperon oder Pipamperon haben eine motorisch dämpfende und gut sedierende Wirkung. Der Nachteil liegt bei einigen Substanzgruppen (vor allem Thioxanthene und Phenothiazine) in ihrer anticholinergen Wirkung, die die Kognition und Lernfähigkeit beeinträchtigen. Deshalb sind die beiden o. g. Butyrophenone, Melperon und Pipamperon, den

anderen Substanzen vorzuziehen. Ihr Nachteil liegt in einer Alpha-1-Blockade und die dadurch gelegentlich auftretenden orthostatischen Problemen (Blutdruck sackt beim plötzlichen Aufstehen ab und der Patient kann kollabieren). Die niederpotenten Neuroleptika sind vor allem dann den anderen o.g. Substanzen vorzuziehen, wenn bei den Benzodiazepinen (Lorazepam, Alprazolam oder Diazepam) eine paradoxe Wirkung bei dem jeweiligen Patienten vorhanden oder eine Suchterkrankung aus der Anamnese bekannt ist. Darüber hinaus muss an diese Substanzen auch gedacht werden, wenn Bedarfsmedikationen besonders häufig verabreicht werden müssen, da sich hier eine Abhängigkeitsentwicklung, die für alle Benzodiazepine gegeben ist, bei dem Patienten entwickeln kann.

Allgemein ist die Gefahr einer *Benzodiazepinabhängigkeit* bei geistig Behinderten insofern geringer, als bei Normalintelligenten, da dieses Klientel nicht selbständig über die Medikamente verfügt, d. h. von sich aus nicht einen Missbrauch betreiben kann. Werden Medikamente gut dokumentiert und ärztlich überwacht verabreicht, kann es im Grunde genommen hier zu keinen gravierenden Problemen kommen. Problematisch sind jedoch die sog. „vergessenen Benzodiazepinverordnungen“, die dann meist, weil es dem Patienten gut geht, über Wochen und Monate nicht abgesetzt werden. Andererseits werden diese Patienten, weil es ihnen gut geht, oft über längere Zeit nicht mehr beim behandelnden Psychiater oder Nervenarzt vorgestellt. Zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Benzodiazepinen gehört neben einer exakten Dokumentation der Verabreichung auch die Fortbildung zu dieser Substanzgruppe und der Hinweis auf die Gefahr iatrogenen Abhängigkeitsentwicklung bei geistig Behinderten². Bei einer diese Grundsätze beherzigenden Verordnungsstrategie ist insofern die Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung bei geistig Behinderten als sehr gering einzuschätzen.

Kasuistik

25jähriger Mann mit einer Lernbehinderung. Er lebt in einem Wohnheim für geistig Behinderte und arbeitet in der ortsansässigen WfB. In der letzten Zeit war ein immer wieder aufbrausendes und verbal aggressives Verhalten zu beobachten. Ein leicht depressiv gefärbter Affekt mit sozialem Rückzug war tageweise festzustellen. Der Patient kommt deshalb seit kurzer Zeit zu regelmäßigen Gesprächsterminen ins Medizinisch-Heilpädagogische Zentrum.

Aktuelle Problematik: Der Patient wird als psychiatrischer Notfall in die Ambulanz gebracht. In der WfB hatte er einen Zivildienstleistenden verprügelt und ernsthaft verletzt. Über Kündigung des Arbeitsplatzes wird bereits vonseiten der Werkstatteleitung laut nachgedacht. Der Patient sitzt tränen aufgelöst mit seinem Wohnheimleiter im Wartezimmer und stammelt unzusammenhängend Worte von Empörung, Beschämung und Reue. In dem vorliegenden Fall wurde ein multidimensionales Therapiekonzept erarbeitet und eine Bedarfsmedikation von Lorazepam Expidet 1,25 mg implementiert. Die Abb.7 (Siehe Datei: Broschüre Bd.5 Abb. Aufsatz SCHANZE.pdf) zeigt das vom MHZ modifizierte Wutmanagementtraining nach BENSON. Die ersten fünf Schritte wurden mit dem Patienten entsprechend durchgeführt. Bei den fakultativen Maßnahmen 6 - 9 erfolgten für den jungen Mann die Punkte 6 (Gesprächstherapie) und 8 (Kleingruppe Rollenspiel mit Entwicklung von Gruppenstrategien).

Diagnostisch wurde eine protrahierte Adoleszenzkrise, in deren Rahmen es zu einer Anpassungsstörung mit depressiven und sozialen Symptomen gekommen war, diagnostiziert. Der gemeinsam mit dem Wohnheim, der Werkstatt und vor allem mit dem Patienten erarbeitete Krisenplan und die darin implementierte

² iatrogen = durch den Arzt verursacht - die Bedeutung ist hier auch auf das pädagogischen Betreuungspersonal zu übertragen

Bedarfsmedikation von 1,25 mg Lorazepam Expidet führte zu einer wachsenden Kompetenz des Betreuungspersonals in den beiden Einrichtungen. Der Patient fühlte sich darüber hinaus sicher betreut und konnte sich darauf verlassen, in Situationen, die für ihn belastend waren (Zurechtweisung und Kritik durch gleichaltriges oder jüngeres männliches Betreuungspersonal), kompetent und für ihn vorhersehbar betreut zu werden. Bedarfsmedikation wurde nur noch zweimal verabreicht und erbrachte den gewünschten Effekt der situativen Deeskalation. In der Gesprächstherapie konnte er seine Probleme mit dem Erwachsenwerden und dem Finden seiner Rolle als junger, nur leicht kognitiv eingeschränkter Mann in dieser Gesellschaft besser finden. Im Rahmen der Kleingruppe erwarb er einige neue Bewältigungsstrategien, um mit für ihn stressenden Situationen besser umgehen zu können.

Supportive Bedarfsmedikation

Unter einer supportiven Bedarfsmedikation versteht man die Einmalgabe eines angstlösenden und /oder motorisch dämpfenden Medikamentes zur Unterstützung einer anderen, nichtpharmakologischen therapeutischen Maßnahme. Ziel ist es hierbei, bei dem Patienten Ängste oder motorische Unruhe so weit abzubauen, dass er ein Therapiesetting (meist körperzentriertes Verfahren, wie z. B. integrative Körpertherapie nach BESSEMS & BESSEMS) tolerieren lernt (s. ROHMANN & ELBING 1990). Ziel dieser körperzentrierten Therapieverfahren wäre, genau die Angst oder die motorische Unruhe durch die entsprechende Behandlung zu lindern, zu bessern oder ganz zu heilen.

Als Substanzen sind die gleichen Medikamente wie bei der Bedarfsmedikation mit verzögertem Wirkungseintritt zu verwenden. Auch hier ist eine exakte Dokumentation erforderlich und es sind grundlegende Überlegungen über das weitere therapeutische Vorgehen anzustellen, wenn es nicht möglich sein sollte, diese vorbereitende unterstützende Bedarfsmedikation allmählich auszuschleichen und das grundlegendere Therapieverfahren zu etablieren.

Kasuistik

24-jähriger Mann mit frühkindlichem Autismus vom Kanner-Typ. Aktuelle psychische Auffälligkeit: Schwere Unruhezustände mit autoaggressivem Verhalten. Therapiegedanken: Eine ausführliche Dokumentation der situativen Zusammenhänge des auftretenden autoaggressiven Verhaltens und eine genaue Analyse seiner psychosozialen Situation und Biographie erbrachte deutliche Hinweise, dass die Ursache für sein autoaggressives Verhalten in einem großen Defizit an Kommunikationsfähigkeiten lag. Es sollte insofern ein körperzentriertes Verfahren zur Verbesserung des kommunikativen Verhaltens aufgebaut werden (körperzentrierte Interaktion nach HARTMANN & ROHMANN 1988). Als Problem stellte sich dabei heraus, dass der Patient so starke Angst zeigte, dass er sich auf das für die Therapie erforderliche Setting nicht einlassen konnte. Nach einer supportiven Bedarfsmedikation von Lorazepam 1,25 mg, verabreicht ca. 60 Minuten vor Therapiebeginn, konnte er dieses neue Verfahren der Therapie kennen lernen. Nach der vierten Therapiesitzung konnte die Medikation reduziert und schließlich nach der sechsten Sitzung abgesetzt werden. Der Patient erhielt insgesamt 20 Therapiestunden und war danach in seinem angestammten Wohnheim im interpersonellen Kontakt deutlich aktiver und konnte besser gegenüber den Betreuern seine aktuellen Bedürfnisse signalisieren.

Überbrückungsmedikation

Hierbei handelt es sich um eine angstlösende und/oder motorisch dämpfende Medikation, die zur Symptomlinderung eines bekannten und erfahrungsgemäß in weniger als 14 Tagen vorübergehenden Zustandsbildes eingesetzt wird. Die Symptome müssen für den Patienten selbst und/oder für Dritte gefährlich sein oder durch ihr Auftreten wird die soziale Existenzgrundlage des Patienten

gravierend bedroht (z. B. Entlassung aus der Werkstatt, dem Wohnheim etc.). Es handelt sich insofern um eine Art Intervallbehandlung mit einer Dauer bis zu maximal 14 Tagen. Die Symptomatik, die damit gelindert werden soll, hat bislang noch nicht auf eine andere Therapiemaßnahme ausreichend angesprochen, bzw. eine solche andere Maßnahme ließ sich bisher noch nicht realisieren. Häufig werden solche Medikationen jedoch auch verabreicht, wenn man noch keine ausreichenden Erklärungsmuster für das auffällige Verhalten des Patienten gefunden hat. Die Verstehensdiagnostik (LINGG & THEUNISSEN 1993) ist insofern noch nicht abgeschlossen und der notwendige permanente diagnostisch-therapeutische Zirkel ist unterbrochen (vgl. UEXKÜLL 1988). Je besser eine solche Überbrückungsmedikation „funktioniert“, desto weniger sieht man sich vonseiten der Behandler und Betreuer dazu veranlasst, den diagnostisch-therapeutischen Prozess erneut in Gang zu setzen, um die Bedeutungshaftigkeit des störenden bzw. auffälligen Verhaltens zu entschlüsseln und damit einer ursächlichen Therapie zugänglich zu machen.

Auch bei der Überbrückungsmedikation sind sämtliche unter der Bedarfsmedikation aufgeführten Substanzen möglich. Im Medizinisch-Heilpädagogischen Zentrum Kaufbeuren hat man gute Erfahrung mit Lorazepam gemacht. Verabreichung erfolgt zumeist incl. Ausschleichen und Absetzen in 6-, 9-, 12- oder 16-Tages-Intervallen. Bisher gab es in keinem Fall Probleme im Absetz-Prozess. Der Vorteil der Substanz liegt in dem geringen Sedierungsgrad, der weiterhin eine Integration in den Werkstattbereich für die meisten Patienten ermöglicht hat. Dies wiederum ist die Voraussetzung, um eine stationäre Krisenintervention zu vermeiden, denn auch eine ein- bis zweiwöchige "Werkstattunfähigkeit" aufgrund einer aggressiven Verhaltensstörung, lässt sich nicht ohne weiteres in jedem Wohnheim durch eine Tagesbetreuung kompensieren. Diazepam und niederpotenten Neuroleptika können hier durch ihre sedative Wirkung zu Schwierigkeiten im WfB-Bereich führen.

Kasuistik

Bei einem 34jährigen Mann mit einer mittelgradigen Intelligenzminderung und einer ängstlich-gehemmten Persönlichkeitsstruktur kommt es immer wieder in den verschiedensten Belastungssituationen zu massiven clusterförmigen Verhaltensstörungen (Patient beißt sich selbst, schlägt und kratzt andere). Er ist in diesen "Phasen" (ca. zehn bis zwölf Tage) nicht mehr ohne weiteres gruppenfähig und kann deshalb vor allem nicht in die Werkstatt gehen. Bei einer genauen Analyse der auslösenden Situationen und des Verlaufs der Verhaltensstörungen konnte retrospektiv häufig eine reaktive Ursache festgestellt werden. Unter der Medikation von Olanzapin 2,5-0-2,5 mg stabilisierte sich das Zustandsbild deutlich und der Patient war durch Lärm, Unruhe oder im Vorfeld von wichtigen Ereignissen (Geburtstag, Ostern, Ferien, Weihnachten, Silvester, etc.) bei weitem nicht mehr so irritierbar (s. hierzu auch 4.6 Neuroleptische Langzeitbehandlung). Die aggressiven Durchbrüche, die früher 25- bis 30mal im Jahr auftraten, treten jetzt noch ca. vier- bis fünfmal pro Jahr auf. Eine höhere Medikation von Olanzapin wird nicht vertragen. Der Patient erhält jetzt bei dem Eintreten bestimmter, für das Vorfeld solcher Verhaltensstörungen typischen Verhaltensmerkmale, Lorazepam 3 x 1,0 mg. Nach sechs Tagen wird jeweils an jedem zweiten Tag 0,5 mg reduziert und am 16. Tag die Medikation abgesetzt. Zusätzlich erhält er wöchentliche Gespräche mit dem psychologischen Fachdienst des entsprechenden Heimes. Die Gespräche finden unter folgenden Gesichtspunkten statt: 1. Klientenzentriert, 2. Verbalisierung („Worte finden“), 3. kognitiv (Wochenrückblicksgespräche im Sinne von: „Was war, was ist, was wird am Wochenende sein?“).

Diese drei therapeutischen Zielsetzungen dienen entsprechend des Vulnerabilitätskonzepts dem Zuwachs der individuellen Kompetenz und Coping des betroffenen Patienten. Als vierter Therapieaspekt kommen Rollenspiele hinzu, in denen bestimmte Bewältigungsstrategien, die vorher gemeinsam entwickelt wurden, immer wieder verbal und auf der Handlungsebene eingeübt werden. Nach Ablauf eines Jahres wurden die Überbrückungsmedikationen immer seltener und der Patient hat im letzten halben Jahr keine Medikation außer Olanzapin 2,5-0-2,5 mg benötigt.

Syndromatische Therapie

Unter einer syndromatischen Therapie verstehen wir im Medizinisch-Heilpädagogischen Zentrum eine pharmakologische Dauerbehandlung von Einzelsymptomen oder Symptomgruppen (Syndrom) zur Linderung des Zustandsbildes. Andere, die Kompetenz und die Copingstrategien des Patienten fördernde therapeutische Maßnahmen ergänzen das multidimensionale Behandlungskonzept. Diese Strategie kann theoretisch bei sämtlichen Syndromen der psychiatrischen Störungsbilder Anwendung finden. Gehäuft behandelt wird jedoch in der oben definierten Weise Tic-Störungen, Zwangssymptome, Angstsymptomatik oder depressive Syndrome. An der vorliegenden Kasuistik soll diese gleichrangig zu nichtpharmakologischen Therapieverfahren stehende Behandlungsstrategie nochmals genauer erläutert werden:

Kasuistik

Ein 52jähriger Mann mit einer mittelgradigen geistigen Behinderung hat seit vielen Jahren phobische und andere Angstsymptome. Eine autistische Störung wurde nach ausführlicher Fremdanamnese verworfen und lange wurde der Patient als „Pfropfschizophrener“ diagnostiziert und behandelt. Massive Nebenwirkungen schon bei geringsten Dosen von Neuroleptika waren die Folgen: Der Erfolg der Pharmakotherapie war jedoch äußerst gering. Nach einer ausführlichen Anamnese und diagnostischen Maßnahmen aus dem Blickwinkel unterschiedlicher Berufsgruppen wurde die Diagnose einer generalisierten Angststörung mit Agoraphobie bei mittelgradiger geistiger Behinderung gestellt. Als Medikation wurde Bupiron 10-10-10 mg einschleichend verordnet. Dies führte zu einer deutlichen Linderung der Symptomatik. Der Patient war nun sowohl im interpersonellen Kontakt deutlich besser kommunikationsfähig, so dass im Wohnheimbereich eine konfliktzentrierte verbale Rekonstruktion der Ereignisse durchgeführt werden konnte. Als dritte Maßnahme wurde jeweils ein Wochenabschlussgespräch von seinem Bezugsbetreuer mit ihm geführt ("was war, was ist, was wird am Wochenende sein?"). Als vierte Maßnahme wurde dann mit großem Erfolg therapeutisches Reiten etabliert. Der Patient profitierte enorm davon, wirkte immer entspannter und berichtete zum ersten Mal von sich aus über emotionales Befinden vor, während und nach der Reittherapie³. Sowohl bei Reduktionsversuchen von Bupiron als auch bei Reduktion der Häufigkeit des therapeutischen Reitens kam es jedes Mal zu einem erneuten Aufflackern v.a. der autoaggressiven Handlungen. Beide therapeutischen Ansätze werden gleichberechtigt nebeneinander weitergeführt.

„Primärtherapie“

Hierunter versteht man eine Psychopharmakotherapie, die im Gesamttherapiekonzept absolut im Vordergrund steht. Andere, vor allem psychotherapeutische Verfahren stehen demgegenüber deutlich zurück bzw. werden allenfalls überlappend oder gestuft an die medikamentöse Therapie angeschlossen. Heilpädagogische Maßnahmen stellen jedoch häufig eine sinnvolle

³ Leider wird dieses wirksame Therapieverfahren immer noch nicht von den Krankenkassen für geistig Behinderte finanziert und muss von den Patienten entweder selbst oder über Spendengelder bezahlt werden.

Ergänzung zur Primärtherapie dar. Gemeint sind hierbei vor allem Fälle, bei denen aufgrund der psychopharmakologischen Behandlung eine akute schizophreniforme Symptomatik durch eine adäquate neuroleptische Behandlung gelindert wird, die Patienten jedoch immer noch so vulnerabel und irritierbar sind, dass sie bei dem Hinzukommen von anderen therapeutischen Maßnahmen aufgrund der dadurch entstehenden relativen Überstimulation erneut psychotisch dekompensieren.

Kasuistik:

Ein 32jähriger Mann mit einer leichten geistigen Behinderung und einer chronisch paranoiden halluzinatorischen Schizophrenie befindet sich immer wieder auch längere Zeit in stationär-psychiatrischer Behandlung. Die pharmakologische Therapie sieht wie folgt aus: Olanzapin 5-0-10 mg, Amisulpirid 200-0-0 mg, Biperiden ret. 1-0-0 Tabl. Wie aus der Medikation hervorgeht, ist der Patient sehr empfindlich bezüglich des Auftretens von unerwünschten Arzneimittelwirkungen unter Neuroleptika, so dass auf die atypischen Medikamente Olanzapin und das Benzamid Amisulpirid zurückgegriffen werden muss. Trotzdem klingt die paranoid-halluzinatorische Symptomatik nicht vollständig ab. Der Patient ist jedoch dann so weit stabilisiert, dass er in einer in vielen Bereichen stützenden und entlastenden Atmosphäre eines intensiv betreuten Wohnheimes außerhalb der Klinik lebensfähig ist. Die Strukturierung des Alltags mit Integration in eine Fördergruppe und fünfmal in der Woche zehn Minuten kognitives Training werden von ihm noch toleriert. Mehr therapeutische Interventionen und vor allem Gespräche sind mit ihm nicht in die Tat umzusetzen, da hierdurch ein schnelles Aufflackern einer floriden psychotischen Symptomatik riskieren werden würde.

Neuroleptische Langzeitbehandlung

Bei diesem Behandlungstyp sind je nach zugrunde liegender Störung zwei Varianten möglich:

- a) Unter einer neuroleptischen Langzeitbehandlung versteht man die Erhaltungsdosis von Neuroleptika zur Rezidivprophylaxe bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis.
- b) Niedrigdosierte Neuroleptika-Therapie zur Verbesserung der neuropsychologischen Filterfunktion (Patienten mit kognitiver Instabilität und erhöhter Irritierbarkeit).

Während es zu dem Punkt a) verschiedenste Untersuchungen gibt, die belegen, dass eine neuroleptische Erhaltungsdosis die Rezidivrate bei schizophrenen Erkrankungen doch erheblich reduziert und es entsprechende Therapieempfehlungen verschiedener psychiatrischer Organisationen gibt (z.B. KISSLING et al. 1991) gibt es bislang für die unter b) aufgeführte Indikation einer niedrigdosierten Neuroleptikabehandlung neuropsychologischer Filterstörungen keine gesicherten empirischen Daten. Die Erfahrung vieler Kollegen, die in Spezialbereichen für geistig Behinderte mit psychischen Störungen arbeiten, decken sich jedoch dahingehend, dass kognitiv instabile und unter einer erhöhten Irritierbarkeit leidende geistig Behinderte oftmals von einer niedrigdosierten Neuroleptikatherapie (hochpotente oder vor allem atypische Neuroleptika) profitieren können. Hierbei hat sich im Medizinisch-Heilpädagogischen Zentrum neben einigen anderen Atypika vor allem eine niedrigdosierte Benzamid-Behandlung mit Amisulpirid bewährt. Es ist bekannt, dass diese Substanz in niedrigen Dosen präfrontal stimulierend wirkt, was in diesem Bereich, der für das Lernen wichtig ist, kognitive Prozesse fördert bzw. stabilisiert. Die Gabe erfolgt

jedoch ex juvantibus und die Begründung für die Wirksamkeit ist nicht wissenschaftlich belegt. Da diese Medikamente für eine solche Indikationsstellung nicht zugelassen sind, erfolgt die Verordnung im Rahmen der gesetzlich verankerten „Kurierfreiheit“ (s. SEIDEL 2001). Die Praxis zeigt jedoch, dass viele geistig behinderte Menschen Neuroleptika erhalten, ohne an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis zu leiden. Bei diesen Menschen treten die verschiedensten Verhaltensstörungen bei kleinsten Irritationen auf und die Gabe von Neuroleptika führt zu einer Abnahme dieser Verhaltensstörungen. Gesicherte Ergebnisse zur positiven Wirkung von Neuroleptika bei Verhaltensstörungen von Menschen mit Intelligenzminderung gibt es zu den Substanzen Zuclopenthixol und Risperidon. Andere Substanzen sind hier bislang nicht systematisch untersucht worden und es liegt bislang auch noch kein schlüssiges Erklärungsmodell zu der Frage, warum geistig Behinderte von der Gabe dieser Medikamente profitieren, vor.

Kasuistik zur neuroleptischen Langzeitmedikation

Eine 29jährige Frau mit einer leichten geistigen Behinderung leidet an einer schizophrenen Psychose vom undifferenzierten Typ. Ihre ebenfalls geistig behinderte Zwillingsschwester leidet ebenfalls an einer Schizophrenie und hat inzwischen ein ausgeprägtes Residual entwickelt. Unter der Therapie Olanzapin 5-0-10 mg kann die akute schizophrene Symptomatik gut behandelt werden. Einige Wochen nach Abklingen der Symptomatik wird die Medikation schrittweise bis auf 5 mg Olanzapin reduziert. Die Patientin ist unter dieser Erhaltungsdosis zwei Jahre frei von einer akuten Symptomatik. Frühere Absetzversuche führten innerhalb weniger Wochen zu einem schizophrenen Rezidiv.

Kasuistik zur niedrigdosierten Neuroleptikabehandlung

Ein 42jähriger Mann mit einer mittelgradigen geistigen Behinderung zeigt seit vielen Jahren bei den geringsten Belastungssituationen und vor allem bei Lärm und mehreren Anforderungen, die gleichzeitig an ihn herangetragen werden, stark aggressives Verhalten. Eine paranoide Psychose und eine Angststörung sind sicher ausgeschlossen. Außer der erhöhten Irritierbarkeit zeigt der Patient kurz vor seinen aggressiven Dekompensationen eine deutliche Abnahme seiner Verbalisierungsfähigkeit. Der Sprachzerfall wirkt wie eine akute, zeitlich begrenzte formale Denkstörung im Sinne von Zerfahrenheit und kann als schizophreniforme Denkstörung fehlinterpretiert werden. Dieses Phänomen tritt bei den geringsten Stressbelastungen auf.

Unter der Gabe von 100 mg Sulpirid kommt es zu einem erkennbaren Rückgang dieser kognitiven Instabilität und zu einer Reduktion der psychischen Irritierbarkeit. Von höheren Dosen der Medikation profitiert der Patient nicht. Nach einem Absetzversuch kommt es zu einem erneuten Anstieg der aggressiven Durchbrüche.

Phasenprophylaxe

Eine Phasenprophylaxe ermöglicht es, dass das Wiederauftreten zukünftiger Krankheitsphasen affektiver Psychosen zu verhindern oder zumindest in Ausmaß und/oder Dauer zu reduzieren. Zu den hierfür verwendeten Medikamenten zählen heute neben Lithium inzwischen die ursprünglichen Antiepileptika Carbamazepin und Valproat. Die Phasenprophylaxe gehört inzwischen schon mehrere Jahrzehnte zu den klassischen Behandlungsmethoden in der Psychiatrie. Ziel ist es, durch diese Behandlung die Patienten durch seltenere und weniger intensive affektive Krankheitsphasen auf Dauer zu entlasten. Diese Behandlungsstrategie spielt innerhalb des gesamttherapeutischen Konzeptes die Hauptrolle (s.a. GREIL 1993).

Hiervon profitieren natürlich geistig Behinderte, die im engeren Sinn nicht zu einer tiefgreifenden, aufdeckenden psychotherapeutischen Behandlung in der Lage sind, in besonderem Maße.

Kasuistik

Eine 38jährige Frau mit einer mittelgradigen geistigen Behinderung und einer beinbetonten Tetraspastik leidet an einer Zyclothymia (manisch-depressive Persönlichkeitsstörung). Zusätzlich kommt es sowohl zu länger anhaltenden mittelschweren depressiven Phasen als auch zu längeren manischen Phasen.

Durch die Gabe von Lithium (400–0–400 in Retardform) stabilisierte sich das Zustandsbild in überraschender Weise. Es kam seit fünf Jahren zu keinen depressiven oder manischen Phasen mehr und auch die affektiven Schwankungen im Rahmen der Zyclothymia sind weniger häufig aufgetreten und haben an Intensität verloren. Als begleitende Maßnahme werden lediglich kognitiv stabilisierende Wochengespräche (was war, was ist, was wird sein?) geführt. Vor allem anfangs waren mehrere Elterngespräche erforderlich, um die Familie davon zu überzeugen, dass man um erneute Krankheitsphasen zu verhindern, zunächst vor allem eine Phasenprophylaxe durchführen und nicht noch diverse andere Therapieverfahren hinzuziehen sollte.

Zusammenfassung

In Abb. 8 (Siehe Datei: Broschüre Bd.5 Abb. Aufsatz SCHANZE.pdf) sind nochmals alle psychopharmakologischen Behandlungsstrategien zusammengefasst. Ihr jeweiliger Stellenwert in der Gesamtheit eines multidimensionalen Therapieansatzes lässt sich aus dieser Tabelle ablesen. Hierbei soll das Verhältnis der dunkelgrauen zur hellgrauen Fläche jeder Zeile unter der Spalte „Stellenwert“, das Verhältnis der Bedeutung von Psychopharmakotherapie (dunkelgrau) zu den nicht-pharmakologischen Behandlungsformen (hellgrau) visualisieren. Diese Darstellung darf jedoch nicht als starres Schema missverstanden werden, sondern ist als ein erfahrungsgeliteter Mittelwert der Behandlungskonzepte des Medizinisch-Heilpädagogischen Zentrums am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren zu werten.

Natürlich muss jede Therapie individuell an den Erfordernissen, Besonderheiten, Bedürfnissen, Möglichkeiten und Defiziten jedes einzelnen Patienten ausgerichtet werden. Anhand einer gründlichen Diagnostik müssen, neben der Feststellung der zugrunde liegenden Psychopathologie, das Ausmaß der individuellen Vulnerabilität und die Art und Intensität der sich ungünstig auf die psychische Gesundheit des jeweiligen Patienten auswirkenden sozialen Umweltfaktoren ermittelt werden. Aus diesem Wissen kann im Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen die individuelle multidimensionale Therapie aufgebaut werden. Die Förderung von Kompetenz und Coping sowie eine eventuelle Milieuthérapie und die Psychopharmakotherapie sind dann jeweils aufeinander abzustimmen. Erfahrungsgemäß sind hier die individuelle Belastbarkeit (Akutheit des psychiatrischen Störungsbildes und/oder emotional-kognitive Irritierbarkeit) und die persönlichen und sozialen Ressourcen (kognitiv-emotionale Möglichkeiten und Defizite, sozioökonomische Möglichkeiten und Einschränkungen; therapeutische Infrastruktur in der Region) limitierende Faktoren für die Umsetzbarkeit der vorgeschlagenen Therapiekonzeptes. Auch sind die Möglichkeiten, das soziale Milieu auf die Erfordernisse und Bedürfnisse des jeweiligen Patienten abzustimmen bzw. es in dieser Hinsicht zu verändern z.T. leider so begrenzt, dass „krankmachende“ Faktoren für die Zukunft nur ungenügend ausgeschlossen werden können. Die Gefahr einer Chronifizierung des Zustandsbildes ist dadurch

entsprechend größer. Einen erheblichen Missstand stellt in diesem Zusammenhang auch die ungenügende Finanzierung behindertengerechter, nicht-pharmakologischer Therapieverfahren durch die Krankenkassen dar. Hier muss dringend auf eine baldige Novellierung der bislang geltenden Bestimmungen hingearbeitet werden.

Aus der Zusammensicht all dieser Faktoren ergibt sich schließlich auf der praktischen Ebene das Maß der Bedeutung der Psychopharmakotherapie im gesamttherapeutischen Kontext. Der praktische Stellenwert der Psychopharmakotherapie kann sich aufgrund der oben geschilderten Limitierungen mitunter sehr deutlich von dem in diesem Artikel eher idealtypisch definierten Stellenwert der pharmakologischen Behandlung unterscheiden. Die Definitionen des Stellenwertes jeder der geschilderten psychopharmakologischen Behandlungsstrategien sollen jedoch dazu beitragen die Notwendigkeit und auch die Möglichkeiten der Psychopharmaka realistischer einzuschätzen. Überhöhte Erwartungen sowohl von Seiten der Therapeuten wie auch von Seiten der Angehörigen, der pädagogischen Betreuer und der Patienten selbst an die verordneten Medikamente können dadurch abgebaut werden. Erst hierdurch wird der Weg für eine wirklich multidimensionale, systemische Therapie eröffnet.

Literaturverzeichnis

- BENKERT, O., HIPPIUS, H. (1996): Psychiatrische Pharmakotherapie. Springer, Berlin/Heidelberg/New York
- BENKERT, O., HIPPIUS, H. (1998): Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie. Springer, Berlin/Heidelberg/New York
- BENSON, B.A. (1992): Teaching Anger Management to Persons with Mental Retardation. IDS Publishing, Worthington OH
- CIOMPI, L (1989): Affektlogik. Ernst Klett, Stuttgart
- DOSEN, A. (1997): Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen. Gustav Fischer, Stuttgart/Jena/Lübeck/Ulm
- GÖRRES, S., HANSEN, G. (Hrsg.) (1992): Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Klinkhardt, Bad Heilbrunn
- GREIL, W. (1993): Medikamentöse Rezidivprophylaxe affektiver Psychosen. In: MÖLLER, H.-J.: (Hrsg.): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Enke, Stuttgart
- HÄSSLER, F., FEGERT, J.M. (2000): Moderne Behandlungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung. Therapiekompodium für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte. Schattauer, Stuttgart
- HEIJKOOP, J. (1998): Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Neue Wege der Begleitung und Förderung. Beltz, Weinheim/Basel
- KISSLING, W. (1991): Guidelines for neuroleptic relapse prevention in schizophrenia. Springer, Berlin/Heidelberg/New York
- KÖNIG, F., KASCHKA, W. P. (Hrsg.) (2000): Interaktionen und Wirkmechanismen ausgewählter Psychopharmaka. Thieme, Stuttgart
- LINGG, A., THEUNISSEN, G. (1993): Psychische Störungen bei geistig Behinderten. Lambertus, Freiburg i.Br.
- MÖLLER, H.-J., LAUX, G., KAPFHAMMER, H.-P. (Hrsg.) (2000): Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Berlin/Heidelberg/New York
- MÖLLER, H.-J. (1993): Medikamentöse Rezidivprophylaxe schizophrener Erkrankungen. In: MÖLLER, H.-J.: (Hrsg.): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Enke, Stuttgart
- NABER, D., LAMBERT, M., KRAUSZ, M., HAASEN, C. (Hrsg.) (2000): Atypische Neuroleptika in der Behandlung schizophrener Patienten. UNI-MED, Bremen

- OLBRICH, R. (1987): Die Verletzbarkeit des Schizophrenen: J. Zubins Konzept der Vulnerabilität. *Nervenarzt* 58: 65-71
- ROHMANN, U.H., ELBING, U. (1990): Festhaltetherapie und Körpertherapie. *Modernes Lernen*, Dortmund
- ROHMANN, U.H., Hartmann, H. (1988): Autoaggression. Grundlagen und Behandlungsmöglichkeiten. *Modernes Lernen*, Dortmund
- SCHMIDT-DEGENHARD, M. (1988): Disposition – Vulnerabilität – Verletzlichkeit. *Nervenarzt* 59: 573-585
- SPITZER, M. (1996): Geist im Netz. Modelle für Lernen, Denken und Handeln. Spektrum, Heidelberg/Berlin
- UEXKÜLL, Th. v., WESIACK, W. (1988): Theorie der Humanmedizin. Urban und Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore
- WÜLLENWEBER, E. (2000): Krisen und Behinderung. Entwicklung einer praxisbezogenen Theorie und eines Handlungskonzeptes für Krisen von Menschen mit geistiger Behinderung. Psychiatrie Verlag, Bonn
- ZUBIN, J., SPRING, B. (1977): Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 86: 102-126

Pharmakaverzeichnis

Alphabetische Liste der in den Texten erwähnten Wirkstoffe mit einer zufälligen Auswahl der dazugehörigen Handelsnamen

Freiname, Name des Wirkstoffs, chemische Kurzbezeichnung („generic name“)	Handelsnamen, Präparatename Warenzeichen z.B.
Alprazolam	TAFIL
Amisulprid	SOLIAN
Amitryptilin	SAROTEN, LAROXYL
Amitryptilinoxid	EQUILIBRIN
Benperidol	GLIANIMON
Biperiden	AKINETON
Buspiron	BESPAR
Carbamazepin	TEGRETAL, TIMONIL,
Chlorprothixen	TRUXAL
Citalopram	CIPRAMIL, SEPRAM
Clomipramin	ANAFRANIL
Clonazepam	RIVOTRIL
Clopenthiol	CIATYL
Clozapin	LEPONEX
Cyproteronazetat	ANDROCUR
Desipramin	PERTOFRAN
Diazepam	VALIUM
Dibenzepin	NOVERIL
Doxepin	APONAL, SINGUAN
Flunitrazepam	ROHYPNOL
Fluoxetin	FLUCTIN
Flupenthixol	FLUANXOL
Fluphenazin	DAPOTUM, LYOGEN
Fluspirilen	IMAP
Fluvoxamin	FEVARIN
Haloperidol	HALDOL
Imipramin	TOFRANIL
Lamotrigin	LAMICTAL
Levomepromazin	NEUROCIL
Lithium	QUILONUM, HYPNOREX
Lorazepam	TAVOR, LAUBEEL
Maprotilin	LUDIOMIL

Melperon	EUNERPAN
Methylphenidat	RITALIN, MEDIKINET
Mirtazapin	REMERGIL
Moclobemid	AURORIX
Naltrexon	NEMEXIN
Nortryptilin	NORTRILEN
Olanzapin	ZYPREXA
Oxazepam	ADUMBRAN
Paroxetin	SEROXAT, TAGONIS
Perazin	TAXILAN
Perphenazin	DECENTAN
Pipamperon	DIPIPERON
Promethazin	ATOSIL
Propranolol (DOCITON
Quetiapin	SEROQUEL
Risperidon	RISPERDAL
Sertralin	GLADEM, ZOLOFT
Sulpirid	DOGMATIL, MERESA
Temazepam	PLANUM
Thioridazin	MELLERIL
Tiaprid	TIAPRIDEX
Tranlylcypromin	PARNATE
Trazodon	THOMBRAN
Trimipramin	STANGYL
Valproat	CONVULEX, ERGENYL
Venlafaxin	TREVILOR
Viloxazin	VIVALAN
Zolpiden	STILNOX
Zopiclon	XIMOVAN
Zotepin	NIPOLEPT
Zuclopenthixol	CIATYL-Z

Autoren

Professor Dr. med. Matthias Dose
Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhaus Taufkirchen (Vils)
Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie
BKH Taufkirchen
Bräuhausstr. 5
D-84416 Taufkirchen
Tel. 08084/934-212
Fax 08084/934-400
E-mail: m.dose@bkh-taufkirchen.de

Prof. Dr. Klaus Hennicke
Arzt für Kinder-, Jugendpsychiatrie und psychotherapie
Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe
D-44803 Bochum
E-Mail: hennicke@efh-bochum.de

Dr. med. Manfred Koniarczyk
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Bezirkskrankenhaus Haar
Postfach 1111
85529 Haar
Tel.: 089/4562-0
Email: Koniarczyk@Krankenhaus-Haar.de

Christian Schanze
Arzt für Psychiatrie, Pädagoge
Leiter des Medizinisch-Heilpädagogischen Zentrums
am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren
Kemnater Str. 16
87600 Kaufbeuren

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 Anforderungen an die Redaktion erbeten.

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.dgsgeb.de

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke
Laubacher Str. 46a
14197 Berlin
Tel.: 030/854 87 00
0174/989 31 34
E-mail hennicke@freenet.de

DGSGB

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 Arbeitstagungen 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-Korell, 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.dsgb.de