

3. Das sozio-emotionale Entwicklungsniveau. Ein erweiterter Blick bei der psychiatrischen Diagnostik

Sabine Zepperitz und Samuel Elstner

Dieser Beitrag wurde hauptsächlich aus dem pädagogischen Blickwinkel heraus geschrieben. Die Sichtweisen eines pädagogisch ausgebildeten Menschen unterscheiden sich teilweise erheblich von denen eines medizinisch-psychiatrisch Ausgebildeten. In der klinischen Praxis können beide Sichtweisen zusammen jedoch zu einer großen Bereicherung und Weiterentwicklung in der psychiatrischen Behandlung insbesondere von Menschen mit geistiger Behinderung (mgB) beitragen.

Grundlegendes Denken für die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus

Der erweiterte Blick in der Diagnostik

Für die psychiatrische Arbeit mit Menschen, die eine sogenannte geistige Behinderung vorweisen, ist es sinnvoll, sich ein wenig mit den Besonderheiten dieser Patientengruppe auseinanderzusetzen. Zu einer der herausforderndsten Aufgaben eines Behandlers dieser Patientengruppe gehört es, psychische Störungen von auffälligem Verhalten oder gar von adäquatem Verhalten vor dem Hintergrund eines vorliegenden emotionalen Entwicklungsstandes abzugrenzen.

Die psychiatrische Diagnostik erfolgt gemeinhin auf Grundlage des dreidimensionalen Krankheitsmodells (bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis).

Neben den bekannten psychiatrischen Störungen sind Verhaltensauffälligkeiten jedoch häufig auch durch eine unausgeglichene, verzögerte oder blockierte emo-

tionale Entwicklung erklärbar. Das Verständnis des entwicklungspsychologischen Ansatzes liefert noch einmal eine differenziertere Sichtweise auf Verhaltensauffälligkeiten und eröffnet neue Perspektiven bei der Diagnostik, Prävention und Behandlung. Ein vierdimensionales, also bio-psycho-sozial-emotionales Krankheitsmodell ermöglicht eine erweiterte Sicht.

In der Praxis erhalten Menschen mit geistiger Behinderung immer noch um ein Vielfaches mehr an psychopharmakologischer Behandlung, mit teilweise nicht nachvollziehbarer Indikation. Es ist also unbedingt notwendig, die Behandlung mit Psychopharmaka kritisch zu hinterfragen und ggf. anderen Professionen in der Behandlung den Vorrang zu geben (z.B. pädagogische Interventionen).

Die Intelligenzminderung in der ICD

In diesem Beitrag wird die Formulierung „Menschen mit einer geistigen Behinderung“ benutzt, da dies zunächst eine vertraute Begrifflichkeit ist, in pädagogischen und Betroffenenkreisen jedoch zu Recht kontrovers diskutiert wird. Aber dies führt in diesem Zusammenhang vielleicht zu weit.

Im medizinischen Kontext wird der Begriff Intelligenzminderung verwendet – ein wichtiger Unterschied. Die Intelligenzminderung ist in der ICD-10 den psychischen Störungen zugeordnet. In dieser Betrachtungsweise hat der Blick auf die Ressourcen des Menschen wenig Bedeutung. Der in der ICD-10 geprägte Terminus der Intelligenzminderung fokussiert auf die Defizite im kognitiven Bereich (durch Leistungsdiagnostik erfassbarer IQ). Im DSM-5 wird diese Sichtweise immerhin durch die Betrachtung der Defizite im sozialen Miteinander ergänzt.

Ein Mensch mit geistiger Behinderung benötigt in vielen Bereichen des Alltags Unterstützung. Die Tatsache, dass diese Menschen nicht nur im kognitiven Bereich, sondern z.B. auch in motorischen, emotionalen und sozialen Fähigkeiten eingeschränkt sind, scheint logisch, findet aber leider immer noch zu wenig Beachtung in der Betreuung und auch in der ärztlichen Behandlung.

Der entwicklungspsychologische Ansatz scheint hier eine sinnvolle Erweiterung unseres Verständnisses zu sein und lenkt unseren Blick auf vorhandene Fähigkeiten.

Die emotionale Entwicklung

Menschen mit geistiger Behinderung durchlaufen die gleichen Entwicklungsphasen wie alle Menschen. Der Unterschied ist, dass diese Entwicklung immer auch in Wechselwirkung von kognitiven und motorischen Fähigkeiten stattfindet, sich dadurch also häufig langsamer, unvollständig oder inhomogen vollzieht.

Um sich psychisch gesund zu entwickeln und wohlfühlen, ist es nicht wichtig, besonders weit in der emotionalen Entwicklung zu sein. Vielmehr kommt es auf die Ausgewogenheit der einzelnen Entwicklungsbereiche an. So kann z.B. ein 35-jähriger Mann mit mittelgradiger Intelligenzminderung (IQ 55, Referenzalter von 3–6 Jahren) durchaus ein glückliches und psychisch gesundes Leben führen, wenn er ein sozio-emotionales Alter von ca. 5 Jahren erreicht hat – im Gegensatz

zu einem Menschen, der das gleiche kognitive Niveau vorweist, jedoch in seiner sozio-emotionalen Entwicklung nur die Fähigkeiten eines 2-Jährigen entwickeln konnte (z.B. weil er ein ressourcenarmes Elternhaus oder eine tiefgreifende Entwicklungsstörung aus dem autistischen Spektrum hat).

Um eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen und die Betreuung bedarfsgerecht zu gestalten, sollte also neben dem kognitiven auch immer das emotionale Niveau berücksichtigt werden. Leider ist das Wissen hierüber in den Unterstützungssystemen der Behindertenhilfe noch nicht sonderlich verbreitet. Der Stand der emotionalen Entwicklung hat nachvollziehbarerweise unmittelbaren Einfluss darauf, wie der Mensch betreut und betrachtet werden sollte. So sollte z.B. im Bereich der frühen Entwicklungsstufen (ca. 0–3 Jahre) trotz aller erwachsenen Distanzierung auf das Bedürfnis nach Körperkontakt Rücksicht genommen werden, im emotionalen Entwicklungsalter von 2–4 Jahren sollte der Autonomie-Symbiose-Konflikt Anerkennung finden (z.B. Regeln als Struktur vorgeben, aber Machtkampf und Entzug von Zuwendung bei Regelverletzung vermeiden).

Was hat das nun mit der Diagnostik psychiatrischer Störungen zu tun?

Sie werden in der medizinischen Fachliteratur häufig auf die gängige Aussage treffen, dass Menschen mit Intelligenzminderung 3–4-mal häufiger an psychischen Störungen leiden als sogenannte Normintelligente. Was das Vorliegen psychiatrischer Diagnosen betrifft, ist dies sicher richtig. In der Praxis stoßen wir jedoch immer wieder auf Patienten, die aufgrund von auffälligem Verhalten durch psychiatrische Fachärzte eine Diagnose erhalten, die bei genauerem Hinsehen fragwürdig erscheint und deren Verhalten und Symptome auch anders erklärbar wären. Symptomkataloge psychiatrischer Störungen sind vor allem bei nicht verbalisierungsfähigen Menschen oft wenig aussagefähig. Durch die Unfähigkeit, sich verbal mitzuteilen, sind somatische Ursachen natürlich immer zuerst abzuklären. In der Diagnostik nimmt die Fremdanamnese und die Verhaltensbeobachtung einen hohen Stellenwert ein – je stärker die geistige Behinderung, umso weniger sind Selbstauskünfte für die Diagnostik verwertbar.

Vor der fachärztlichen Diagnostik einer psychischen Störung sollten Sie neben dem Intelligenzquotienten (als Anhaltspunkt für den kognitiven Entwicklungsstand) eine Erhebung des emotionalen Reifegrades anregen bzw. durchführen. Viele für uns zunächst unerklärbare und auffällige Verhaltensweisen können hierdurch verständlich oder sogar als Ressource erkannt werden. Zur Diagnostik des sozio-emotionalen Entwicklungsstandes können z.B. Instrumente wie das „Schema der emotionalen Entwicklung“ (Dosen 2006) oder das als validierte Manual vorliegende Instrument „Skala zur Einschätzung des sozial-emotionalen Entwicklungsniveaus“ (Hoekman et al. 2012) eingesetzt werden.

Grundsätzlich kann man sagen, dass eine Diskrepanz zwischen kognitivem und emotionalem Entwicklungsniveau zu auffälligem Verhalten und auch zu psychischen Störungen führen kann.

Auffälliges Verhalten vor dem Hintergrund des emotionalen Entwicklungsstandes

Erkennen adäquaten Verhaltens bei ausgeglichenem kognitivem und emotionalem Niveau

Sie können bei Menschen mit geistiger Behinderung Verhalten beobachten, das Ihnen zunächst auffällig erscheinen mag, aber keiner medikamentösen Behandlung bedarf, weil es einfach ein Verhalten darstellt, das bei dem vorliegenden Entwicklungsniveau zu erwarten ist.

Hierzu können z.B. stereotype Bewegungen oder auch Schmieren mit Exkrementen bei niedrigem emotionalem Entwicklungsstand gehören. Zeigt ein Mensch mit schwerster geistiger Behinderung ein solches Verhalten, könnte dies natürlich nach Abklärung aller somatischen Ursachen als eine adäquate Ausdrucksweise diskutiert werden. Dieser Mensch braucht dann natürlich keine pharmakologische Behandlung, sondern ein passendes pädagogisches Betreuungskonzept, das seine Bedürfnisse auf dieser Entwicklungsstufe berücksichtigt (z.B. regelmäßiges Snoezelen, basale Stimulation, Beschäftigung mit amorphen Massen wie Matsch oder Rasierschaum).

Gleiches kann z.B. bei oppositionellem und stark klammerndem Verhalten in der Phase des Autonomie-Symbiose-Konfliktes gelten. Diese Menschen sind oft sehr herausfordernd im Alltag. Die Betreuer dieser Menschen sind häufig von ihrem Verhalten gestresst, da es zu vielen Konflikten im Gruppenleben kommen kann. Der Ruf nach einer wirksamen Medikation ist verständlich, aber ethisch fragwürdig. Regen Sie lieber eine Diskussion über ein adäquates pädagogisches Konzept an, bei dem Zuwendung und Strukturgebung als zwei Seiten einer Medaille gesehen werden, anstatt sedierende Medikamente zu verabreichen.

Insgesamt wäre wünschenswert, dass bei einem ausgeglichenen emotionalen und kognitiven Entwicklungsstand Verhaltensauffälligkeiten nicht als störend gewertet, sondern als adäquate Ausdrucksweise angenommen werden.

Erkennen auffälligen Verhaltens als Ausdruck einer Diskrepanz zwischen kognitivem und emotionalem Niveau

Besteht zwischen der kognitiven und der emotionalen Entwicklung eine auffällige Diskrepanz, sind oft stark ausgeprägte Verhaltensweisen zu beobachten. Dieses innerpsychische Ungleichgewicht findet z.B. Ausdruck in teilweise erheblich selbst- und fremdaggressivem Verhalten. Eine Erhebung des Ist-Standes (IQ-Test und Erhebung des emotionalen Entwicklungsniveaus) liefert Ihnen Erklärungsansätze, wie mit diesem Menschen umzugehen ist. Ziel sollte es sein, die emotionale Entwicklung zu fördern, sodass eine Annäherung zur kognitiven Entwicklung erfolgt. Dies bedeutet zunächst, die emotionalen Bedürfnisse auf dem vorliegenden Niveau zu berücksichtigen und zu befriedigen, auch wenn es vielleicht fremd erscheint, einem Menschen mit leichter Intelligenzminderung ein Übergangsobjekt zur Verfügung zu stellen, um Situationswechsel zu meistern, in denen er bisher vor lauter Angst und Anspannung anfang, sich selbst zu verletzen.

Um die Symptome zu reduzieren, kann hier eine pharmakologische Unterstützung sinnvoll sein: insbesondere bei stark aggressivem Verhalten, um weitere Verletzungen zu vermeiden, aber auch um z.B. den Verlust eines Wohnplatzes zu verhindern. Achten Sie jedoch darauf, dass diese Therapie nicht die einzige und möglichst zeitlich begrenzt bleibt. Sie sollte vielmehr als Eintrittstor für psychotherapeutische und pädagogische Interventionen genutzt werden. Diese Methoden brauchen Zeit, um zu wirken, diese Zeit gilt es ohne weitere Katastrophen zu überbrücken.

Erkennen auffälligen Verhaltens als Symptom einer psychischen Störung auf vorliegendem emotionalem Entwicklungsniveau

Hier findet der Psychiater seine wohl größte Herausforderung in der Behandlung dieser Patientengruppe. Beachten Sie, dass Sie bei Menschen mit Intelligenzminderung oft auf Symptome treffen, die sich von gängigen Symptomkatalogen psychiatrischer Diagnosestellung unterscheiden. Insgesamt ist davon auszugehen, dass Symptome auf dem vorliegenden emotionalen/kognitiven Niveau ausgedrückt werden.

So kann z.B. bei neurotischen Störungen eine Abgrenzung schwierig werden: Ab wann gilt ein zwanghaftes Verhalten als Symptom mit Krankheitswert?

Wenn man die emotionale Entwicklung berücksichtigt, die z.B. ein gewisses Maß an anankastischem Verhalten in bestimmten Entwicklungsstadien mit sich bringt, verschieben sich die Bewertungsmaßstäbe. Maßstab ist nicht das Verhalten der sogenannten Normentwickelten, sondern der individuelle Entwicklungsstand des Patienten. Stellen Sie immer wieder die Frage, wer hier einen Leidensdruck hat. Ist es der Patient selbst oder sein Umfeld. Nun sollten Sie im Interesse des Patienten entscheiden, ob eine psychopharmakologische Behandlung angemessen ist. Natürlich kann auch hier ein Entscheidungskriterium sein, dass der Verlust eines guten Wohn- oder Beschäftigungsplatzes im Raum steht – aber eben nicht ausschließlich.

Ähnliche Diskussionen sollten Sie bei der Diagnosestellung psychotischer Störungen führen. Sicher wird ein Mensch mit schwerer Intelligenzminderung keine komplexen Wahnsysteme bilden können, jedoch könnte er Angst verursachende Phoneme hören oder unangenehme Leibesempfindungen spüren. Um Ich-Störungen zu entwickeln, bedarf es zunächst der Entwicklung eines Ichs – was bei frühen Entwicklungsstadien durchaus kontrovers diskutiert werden kann.

Kommen Sie bei allen Abwägungen zu dem Schluss, dass eine psychopharmakologische Behandlung bei vorliegenden Symptomen gerechtfertigt ist, dann scheuen Sie sich nicht vor der angemessenen Eindosierung eines geeigneten Medikamentes mit einem hoffentlich guten Ergebnis in Form einer gesteigerten Lebensqualität des Patienten.

Aber bleiben Sie kritisch – insbesondere, wenn Ihnen Patienten mit vielen verschiedenen hochdosierten Präparaten über den Weg laufen.

Schlussbetrachtung

Wie Sie sehen, führt der entwicklungspsychologische Blick zu einer erweiterten Diskussion um die Diagnosestellung psychiatrischer Störungen. Eine eindeutige Diagnose werden Sie bei der Patientengruppe mit zunehmender Intelligenzminderung weniger häufig treffen können als bei sogenannten Normintelligenten. Der Blick auf die emotionale Entwicklung bedeutet jedoch eine enorme Erweiterung der Betrachtungsweisen und der nichtmedikamentösen Behandlungsmöglichkeiten. Neben den in der Alltagspsychiatrie gängigen psychologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmethoden gewinnen hier auch pädagogische und heilpädagogische Interventionen an Bedeutung.

Die entwicklungspsychologische Sicht auf Menschen birgt immer die Gefahr, sie wieder wie Kinder zu behandeln. Achten Sie darauf, dass Sie auch bei dieser Patientengruppe in Bezug auf Wertschätzung und Selbstbestimmung die Maßstäbe des gesellschaftlichen Umgangs mit Erwachsenen anlegen. Erweitern Sie Ihren Begriff von „Erwachsen sein“ hin zu „Erwachsen sein mit kindlichen Bedürfnissen“.

Beispiel aus der Praxis

Ein junger Mann (schwer geistig behindert, nicht sprechend) schaut auffällig oft und langanhaltend in die Ecke seines Zimmers und lautiert dabei.

Mögliche Erklärungsansätze:

- Es ist ein Zeichen für optische Halluzination als Symptom einer paranoiden Schizophrenie.
- Er verfolgt als Ausdruck autismspezifischen Verhaltens gebannt die Lichtreflexe, die durch die Bäume aus dem Garten in seinem Zimmer verursacht werden.
- Er verfolgt die Lichtreflexe, weil er auf einer niedrigen emotionalen Entwicklungsstufe von diesem optischen Reiz fasziniert ist.

Jeder der 3 Erklärungsansätze hätte verschiedene Auswirkungen auf die Behandlung und Betreuung dieses Menschen. Und nur bei Ersterem wäre eine Behandlung durch den Psychiater notwendig.

Literaturempfehlung

- Dosen A (2006) Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung, Hogrefe Verlag Göttingen
- Hoekman J, Miedema A, Otten B, Gielen J (2012) Skala zur Einschätzung des Sozial-Emotionalen Entwicklungsniveaus. PITS B.V. Leiden