



psychiatriezentrum münsingen
bzw. *gemeinsam lösungen finden.*

pzm

Menschen mit geistiger Beeinträchtigung in der Psychiatrie

Vorstellung des KogB: Stationen KRIAS und KRIAM

Einstiegsrunde

Anliegen, Erwartungen, Wünsche



Definition «Geistige Beeinträchtigung» nach ICD-10

«Eine Intelligenzminderung ist eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten.» (ICD-10).

Entwicklung

Mentales Alter/Kognition

Verhaltensmuster

Bedürfnisse

Sexualität

Motorik

Körper

Moral

Körper

Kognition

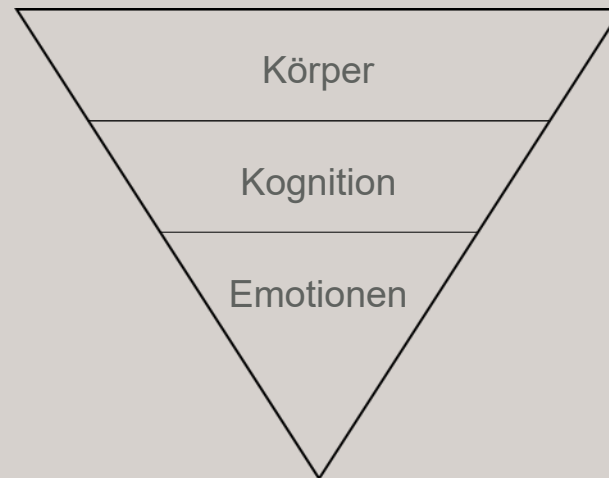
Sprache

Emotionen

Emotionen

Entwicklungsaufgaben

Sozialisation/Kultur



Symptomatik/Entwicklung I

Bereich	Betroffen ist	Beispiele aus dem Alltag
Kognition	z.B. Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Flexibilität im Denken, Impulskontrolle	Egozentrische Sichtweise, gleichbleibende Strukturen und Rituale, Konsequenzen nicht einschätzen
Anpassungsfähigkeit	Problemlösefähigkeiten, alternative Strategien	Mühe neue Strategien zu erwerben, weicht auf bekannte Muster aus
Sprache	z.B. Sprachverständnis/-ausdruck; Schreiben, Lesen	Kleiner Wortschatz, Schreien als Kommunikationsmittel
Motorik	z.B. Fein-, Grob- und Grafomotorik; Bewegungstereotypien	Mühe im Umgang mit Schere, Mühe beim Ankleiden; Wippen

Symptomatik/Entwicklung II

Bereich	Betroffen ist	Beispiele aus dem Alltag
Sozio-emotionale Entwicklung	z.B. Affektregulation, Beziehungsgestaltung, Gruppe	Angst vor Neuem, geringe Frustrationstoleranz, Unsicherheit
Aggressive Verhaltensprobleme	Selbst-, Fremd- und Sachaggression	mit Faust oder Kopf gegen die Wand schlagen, Aggression als Ausdruck eingeschränkter Kommunikation
Psychosexuelle Entwicklung	Sexualität des Patienten oder der Patientin, sexuelle Identität	Exhibitionismus, Nähe-Distanz/Abgrenzung

Prävalenz

In internationalen Studien wird eine weltweite Häufigkeit von 2-3% angegeben, wobei männliche Personen 1.5x häufiger betroffen sind.

Einteilung gemäss WHO:

- | | |
|---|----------|
| - Leichte Intelligenzminderung 80% | IQ 50-69 |
| - Mittelgradige Intelligenzminderung 12% | IQ 35-49 |
| - Schwere Intelligenzminderung 7% | IQ 20-34 |
| - Schwerste Intelligenzminderung weniger als 1% | IQ < 20 |

Klassifikation

Beschreibung	Einteilung	ICD-10-Kodierung
Lernbeeinträchtigung	Unterdurchschnittliche Intelligenz (IQ 70-84)	Entwicklungsstörungen F8
Geistige Beeinträchtigung	Leichte Intelligenzminderung (IQ 50-69; 9-12 Jahren)	F70
	Mittelgradige Intelligenzminderung (IQ 35-49; 6-9 Jahren)	F71
	Schwere Intelligenzminderung (IQ 20-34; 3-6 Jahren)	F72
	Schwerste Intelligenzminderung (IQ < 20; unter 3 Jahren)	F73

Verhaltensauffälligkeiten

- Fremdverletzung
- Selbstverletzung
- Störung des Zusammenlebens
- Schreien
- Essstörungen
- Störungen der Ausscheidung
- Weglauftendenz
- Sexuelle Auffälligkeiten

→ F7x.1 Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert

Perspektive ICF

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

- Basierend auf dem bio-psycho-sozialen Modell
- nicht rein defizit- sondern auch ressourcenorientiert
- Individuelle Person und nicht Symptome im Zentrum
- Beeinträchtigung bzw. Funktionsfähigkeit zeigt sich in der Beziehung zwischen Person und Umwelt, nicht als Eigenschaft
- Partizipation als zentrales Element

Ursachen

Faktor	Bereich	Beispiele
Pränatal	z.B. genetisches Syndrom oder Fehlbildungen des Nervensystems	Trisomie 21 Prader-Willi-Syndrom Gehirnfehlentwicklungen
	Syndrom nach Infektion oder Intoxikation	Rötelnembryopathie Alkoholembryopathie
Perinatal	Komplikationen während der Geburt	Sauerstoffmangel Hirnblutung
Postnatal	Unfälle, Infektionen oder neurologische Erkrankungen	Hirnhautentzündung Schädel-Hirn-Trauma Hirntumor

Komorbiditäten I

Beispiele körperliche Störungen:

- häufig sind cerebrale Anfälle und Epilepsien
- Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen
- Tics
- Chorea
- Dystonie
- Seh- und Hörstörungen, orthopädische und dermatologische Störungen
- Gewichtsprobleme

(Neuhäuser, Steinhausen, Hässler, Sarimski, 2013; Linng & Theunissen, 2017)

Komorbiditäten II

Prävalenz für **andere psychische Störungen** ist 3-4x so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung:

- Autismus-Spektrum-Störung
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
- Depression
- Angst- und Zwangsstörungen
- Demenz
- Psychosomatische Symptome

(Neuhäuser, Steinhausen, Hässler, Sarimski, 2013)

Diagnostik I

- Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung durch kognitive und sprachliche Einschränkungen
- Einschätzung Intelligenz anhand aller verfügbaren Informationen:
 - Klinischer Eindruck
 - (Fremd-)Anamnese/Genogramm
 - Systemgespräch für Eindruck alltägliches Leben
 - Akten/frühere Berichte
 - Testpsychologie

Diagnostik II

Intelligenzmessung

- WAIS-IV (Wechsler Adult Intelligence Scale)
- CFT-20-R (sprachfreie Erfassung der Grundintelligenz)

Emotionale Kompetenz

- SEN (Instrument zur Erfassung der sozial-emotionalen Entwicklung)
- SEED (Skala der Emotionalen Entwicklung)

Psychopathologie

- BDI (Beck Depressions-Inventar)

Autismus

- ACL (ASS-Checkliste)
- DiBAS (Diagnostischer Beobachtungsbogen für ASS)
- FSK (Fragebogen zur sozialen Kommunikation)

Praktische Herausforderungen in der Diagnosestellung

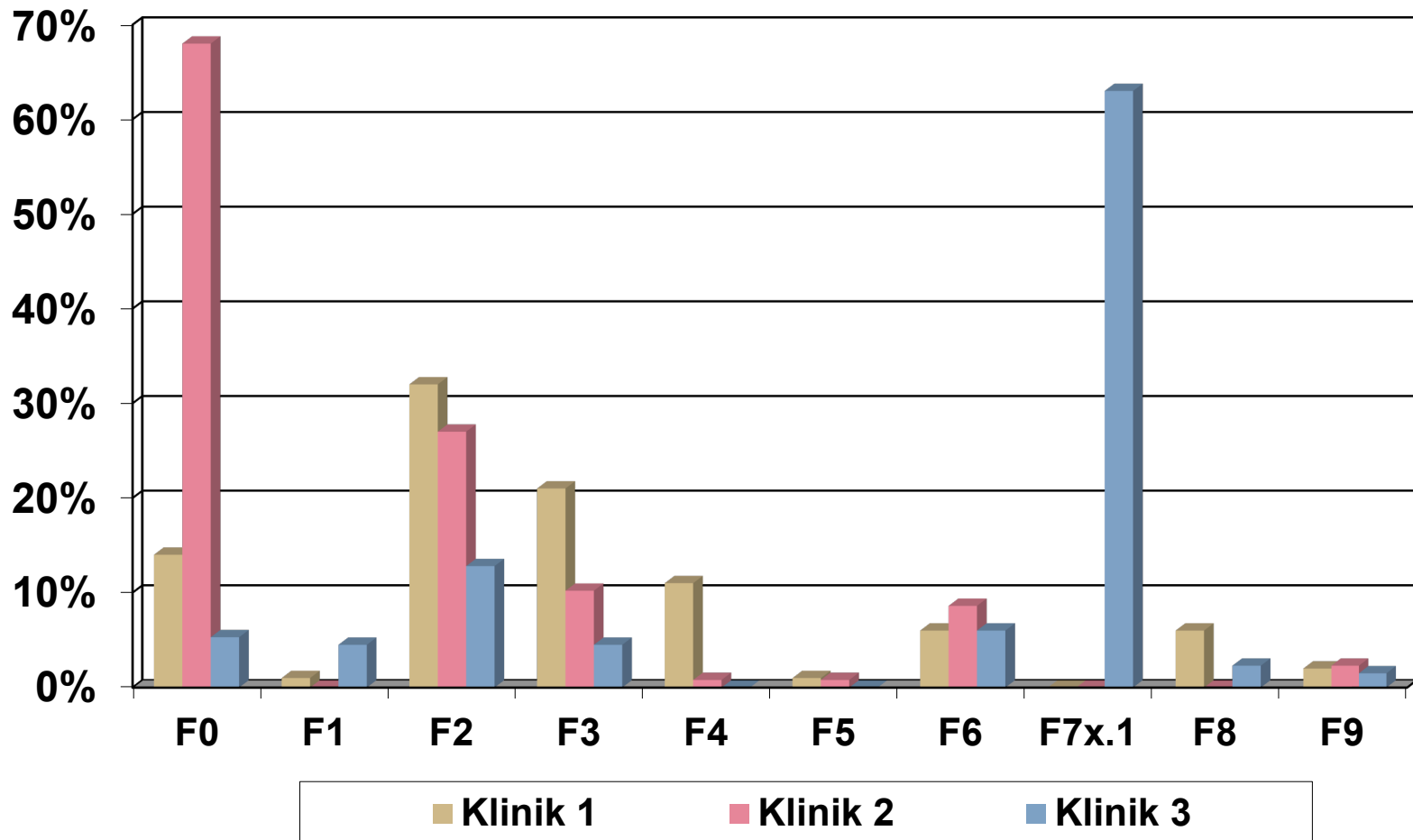
Unterdiagnostizierung psychischer Störungen → Diagnostic Overshadowing & Underreporting

Beispiele Differentialdiagnosen:

- Verhaltensauffälligkeiten
- Psychosen
- Pädophilie

Psychiatrische Diagnosen nach ICD-10

beispielhaft an drei Kliniken bezogen auf Aufnahmen im Jahr 2002 (Schanze, 2008)



Therapieansätze

- Psychopharmakotherapie
 - Psychotherapie (v.a. VT, adaptierte Formen)
 - Heil- und Sozialpädagogik
 - Körpertherapeutische- und Entspannungsverfahren
 - Physio- und Ergotherapie
 - Andere therapeutische Verfahren (Reittherapie, Musik-, Mal-, Tanz und Bewegungstherapie etc.)
- Beziehungs- und Systemarbeit
- Multidimensionalität (therapeutisch) & Multiprofessionalität

Individueller, multidimensionaler Therapieansatz

- Erstellen eines den individuellen Bedürfnissen abgestimmten Therapiekonzepts.
- Die Behandlung setzt mit verschiedenen Therapieverfahren in einer sinnvollen Abgestimmtheit (gleichzeitig, überlappend oder gestuft) an unterschiedlichen Stellen an (Multidimensionalität).
- Voraussetzung: multiprofessionelles Team

(Schanze, 2008)

Medikamentöse Therapie I

- Neuroleptika: RISPERIDON, QUETIAPIN, DIPIPERON etc.
- Benzodiazepine: TEMESTA *nur in Reserve !*
- Antidepressiva: CIPRALEX, ESCITALOPRAM, TRITTICO
PAROXETIN, VALDOXAN etc.
- Antiepileptika: ORFIRIL, LAMICTAL, DEPAKINE etc.
- Schlafmittel: STILNOX, IMOVANE *nur kurzzeitig !*
- pflanzliche Basis: RELAXANE, JARSIN, DORMIPLANT etc.

→ **START LOW, GO SLOW**

Psychopharmaka Forschung I

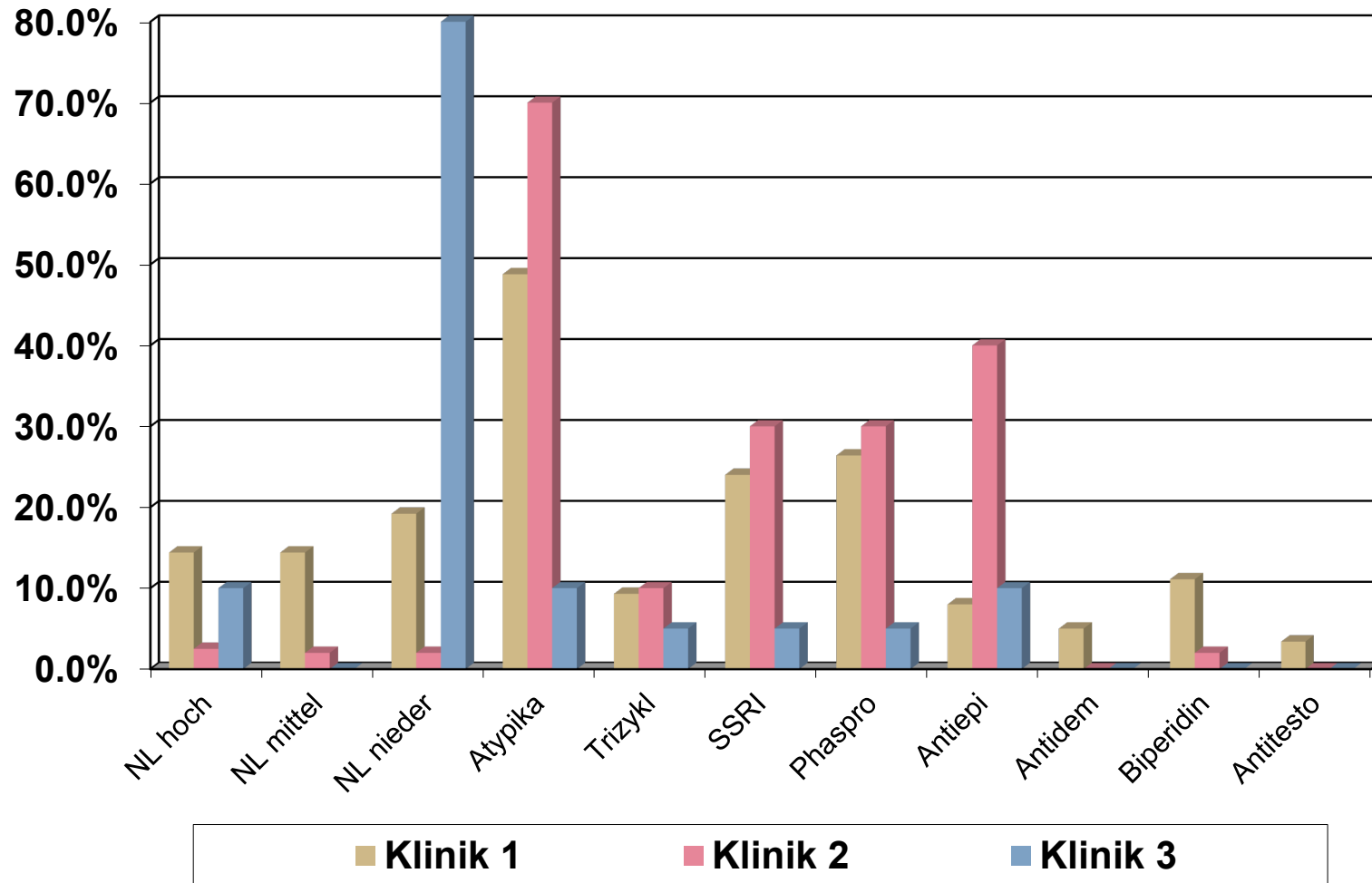
Tyrer et al. (2008) randomisierte Kontrollstudie: Risperidon (Atypika), Haloperidol (1. Generation) und Placebo zur Behandlung von aggressiven Verhaltensweisen von Patient:innen mit einer Intelligenzminderung
→ bei allen Abnahme in der Aggression, Placebo beste Werte

Sawyer et al. (2014) Meta-Analyse: Verhaltensauffälligkeiten von Patient:innen mit ASS und Intelligenzminderung
→ Risperidon und Fluvoxamin (SSRI) lieferten die besten Belege für die Behandlung. Risperidon einziges Medikament, dessen Wirksamkeit in mehreren Studien nachgewiesen wurde.

Psychopharmaka Forschung II

beispielhaft an drei Kliniken aus dem Jahr 2002

(Schanze, 2008)



Medikamentöse Therapie II

Es besteht häufig eine erheblich höhere Empfindlichkeit bezüglich des Auftretens unerwünschter Arzneimittelwirkungen, bspw.:

- paradoxe Reaktion auf Temesta 2.5 mg
- vermehrte Episoden von «Ausrastern» mit massiver Zerstörung von Gegenständen und Aggressivität gegen das PP unter Aufdosieren bis zur maximalen Dosis von Clopixol
- malignes neuroleptisches Syndrom unter Behandlung von Sequase 150 mg und Entumin 120 mg

→ Broschüre Psychopharmaka der Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB)

Dilemma der Sedation

Menschen mit geistiger Beeinträchtigung wollen uns mit ihrem auffälligen Verhalten etwas mitteilen (körperliches & emotionales Bedürfnis, Schmerz, Wut, Angst, Enttäuschung, Verletzung etc.), es ist ihre Form der Sprache.

Wenn wir mit Medikamenten nur das Verhalten behandeln bzw. einschränken oder stoppen, nehmen wir ihre Sprache weg.

→ Unsere Aufgabe ist es, diese Sprache zu verstehen! (Trigger)

Eine sedierende Medikation kann aber bei Selbst- und Fremdgefährdung notwendig und sinnvoll sein.

→ Motto «less is more» gilt auch hier!

Aggression I

Risikofaktoren	aggressionsfördernde	positive
Patient:in	<ul style="list-style-type: none"> • Geringe Frustrationstoleranz • Schmerzen • Aggression als erfolgreiche Durchsetzungsstrategie • Traumatisierungen • Kognitive Einschränkungen bei der Problembewältigung • Eifersucht (Beziehungsangebote) 	<ul style="list-style-type: none"> • Erlebte Wertschätzung • Hilfsmittel bei der Informationsverarbeitung und Kommunikation • Selbstwirksamkeit • Beziehungsgestaltung • Formulierung von Bedürfnissen und Gefühlen
Mitarbeitende	<ul style="list-style-type: none"> • Angst und Mutlosigkeit • Problematische Einstellung zum Betreuungsauftrag • Durch Mangel an Fachwissen eingeschränkte Methodenvielfalt 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbewusstsein • Fachwissen • Berufserfahrung • Beziehungsaufbau • Einfühlungsvermögen • Reflexionsfähigkeit
Umgebung	<ul style="list-style-type: none"> • Räumliche/Soziale Enge • Eingeschränkte Wahlmöglichkeiten • Reizmangel/-überflutung • Planloser Umgang mit Gewalt • Mängel an Alternativen 	<ul style="list-style-type: none"> • Rückzugsmöglichkeiten • Wahlmöglichkeiten • Individuelle Tagesstruktur • Autonomiemöglichkeit • Therapiemöglichkeiten

Aggression II

Risikofaktoren	aggressionsfördernde	positive
Interaktion	<ul style="list-style-type: none"> • Direktives Verhalten • Subtiles oder offenes Ausüben von Macht • Bevormundung, Abwertung und Kränkung • Unsichere Kommunikation • Mangelnde Kompetenzen hinsichtlich Konflikten 	<ul style="list-style-type: none"> • Empathie und Wertschätzung • Klare, verbindliche und selbstsichere Aussagen • Dem Entwicklungsstand angemessener Dialog und Interventionen • Fähigkeit eigene Bedürfnisse zurückzustellen
Trigger	<ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnisverweigerung • Schmerzen • Erleben akuter Bedrohung • Eingrenzung und Grenzen • Retraumatisierungen • Anforderungen • Gefühl von Zurücksetzung • Verhinderungen von Zwangshandlungen • Reizüberflutung 	

Station 45.1 / KRIAS

- einzige stationäre Abteilung für Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung im Kanton Bern
- interdisziplinäres Behandlungsteam mit 24h-Betreuung: OÄ, AA, Psycholog:in, Heil- und Sozialpädagog:in, Sozialarbeiter:in und Pflegefachpersonen
- Krisenintervention, individueller Tagesablauf, individuelle Beziehungsgestaltung (SEED), krisenorientiert (Systemarbeit)
- eigenes Atelier (max. 5 Personen) mit niederschweligen Aktivitäten, Bewegungsgruppe usw.
- Patient:innen ab 18 bis aktuell 80 Jahre

KRIAS



Geschlossene Station mit 10 Einzelzimmern davon ein Isolationszimmer mit Glastür und ein Time Out Zimmer in «Cool Down Pink» sowie Gartenzugang

Sicherheitsgebende Massnahmen:

- Individuelle Kontaktaufnahme
- enger Rahmen
- Reizabschirmung
- Eigen- und Fremdschutz

Angebote und Aufgaben des KRIAM

- Therapie (Psychotherapie und medikamentöse Therapie)
- Beratung von Angehörigen, internen und externen Stellen
- Teamsupervision
- Abklärung (z.B. ASS, SEED)
- Gutachten
- Suche nach Wohn- und/oder Tagesplätzen
- Zusammenarbeit mit Wohnheimen, Werkstätten und Heim-/ Hausärzt:innen
- Erfahrungsaustausch
- Mitwirkung in Arbeitsgruppen (z.B. SEED) und Organisationen (z.B. Verbund, KBS)

Stationsübergreifendes Angebot des KogB

Die Station 45.1 KRIAS bietet für andere Stationen:

- Stationäre Übernahme von Patient:innen mit den Diagnosen Intelligenzminderung und Autismusspektrumsstörung
- ein Coaching im Umgang mit diesen Störungsbildern

Das Ambulatorium KRIAM:

- kann bei bekannten ambulanten Patient:innen in beratender Funktion miteinbezogen werden, übernimmt aber keine Fallführung
- bietet den Erstkontakt für eine ambulanten Nachbetreuung

Fallbeispiel

Zusammenarbeit KRIAS – KRIAM

Herr F. (Jg. 1989), Frühkindlicher Autismus (F84.0)

Ambulant: Mai 2017: Schwierigkeiten im Westwind Uetendorf, zunehmend aggressiv, will nicht mehr in Westwind, sondern bei der Mutter bleiben. Schwester ist Beiständin, geht für ein Jahr ins Ausland, Eltern in Scheidung. Westwind zunächst sehr aktiv und unterstützend in Freizeitgestaltung Klavierlehrer, Schwimmen, Backen.

Intensive Zusammenarbeit mit Westwind und Mutter. Relativ stabiles Jahr.

Stationär: August 2018 Krise im Tessin, mit FU (FG) in Klinik, schwierig, lange keine Besserung, Davonlaufen, zuhause versteckt, Aggressionen, kaum Ansprechen auf Medikamente. Intensive Familienarbeit durch KRIAM: Vater und Mutter gemeinsame Elternrolle bleibt (!), Tochter klare Rolle. Beziehung Mutter-Klinik dank Einzelarbeit von miserabel bis sehr gut. Februar 2019: Schnuppern in ARWO Frutigen.

Ambulant: Seit März 2019 Wohnen und Arbeit in ARWO. Lockere systemische Begleitung in der ARWO, regelmässiger Kontakt mit Mutter. Halbjährliche STAO, läuft bis heute sehr gut.

Autismus-Spektrum-Störung I

Prävalenz: 1%, ca. 5x häufiger bei Männern

Symptome:

- Sie nehmen ihre **Umwelt** anders wahr.
- Sie können die **Stimmung** ihres Gegenübers aus dessen Gesicht **schlecht erkennen**.
- Sie können sich nur **mit Mühe** in andere Menschen **empfinden** und adäquat mit ihnen **kommunizieren**. **Kontakte** werden eher **vermieden**.
- Gerne befassen sie sich mit einem **Spezialgebiet**.
- Sie haben **Schwierigkeiten, sich auf Neues einzustellen** und den Wunsch, Alltagsabläufe immer gleich zu gestalten (**Rituale**). Sie haben **Angst vor Veränderungen**.
- **Sie orientieren sich an Details** und haben Mühe, eine Situation ganzheitlich zu erfassen.
- In vielen Fällen sind die Betroffenen in ihren **Bewegungen** eher **ungeschickt**.

Autismus-Spektrum-Störung II

Frühkindlicher Autismus

- **In der Sprache und der Kommunikation:**
verspätete oder fehlende Sprachentwicklung oder Verlust von vorhandener Sprache, häufiges Wiederholen von Wörtern oder Sätzen, Ich/Du-Vertauschung
- **Auffälligkeiten der sozialen Interaktionen:**
Besonderheiten im Blickkontakt, Mimik und Gestik, wenig Interesse an anderen Personen oder ungeschickte Formen der Kontaktaufnahme, fehlendes Verständnis für Abläufe innerhalb von Gruppen
- **Eingeschränkte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten:**
Drehen an Rädern von Spielzeugautos, Aufreihen von Gegenständen, auffällige Hand- und Körperbewegungen, Festhalten an Gewohnheiten, Mühe mit Programmänderungen
- **Intelligenzminderung bei 70% der Kinder**

Autismus-Spektrum-Störung III

Asperger Syndrom

- **Beeinträchtigung des sozialen Verhaltens:**
eingeschränktes Interesse an Gleichaltrigen, Schwierigkeiten, sich in andere hinein zu versetzen, ungeschickter sozialer Umgang mit anderen Menschen
- **Sprach- und Sprechauffälligkeiten:**
eine altkluge, pedantische Ausdrucksweise oder eine besondere Sprachmelodie, wörtliches Verständnis und dadurch Mühe mit Ironie oder Wortspielen
- **Auffälligkeiten in der nonverbalen Kommunikation:**
im Blickkontakt oder im Einsatz von Mimik und Gestik
- ausgeprägte Interessen, die viel Zeit beanspruchen, repetitiv ausgeübt werden und oft einen eher technischen Charakter haben, z. B. Vorliebe für Formeln, Fahrpläne, technische Details, historische Daten oder ähnliches

ASS Selektive Wahrnehmung I

Audio-Beispiel

- Was empfanden Sie während des Zuhörens?
- Wie wäre es, wenn Sie immer mit solchen Erschwernissen konfrontiert würden?



ASS Selektive Wahrnehmung II

- Hintergrund – Vordergrund

Erklärung:

Um uns auf die wesentlichen Dinge konzentrieren zu können, bedürfen wir eines Filters. Dieser Filter sondert die unwichtigen Reize aus. Aufgrund ihrer Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen fällt es Betroffenen schwer, die für die jeweilige Situation bedeutsamen Eindrücke als solche zu erkennen und die unwichtigen in den Hintergrund zu drängen.

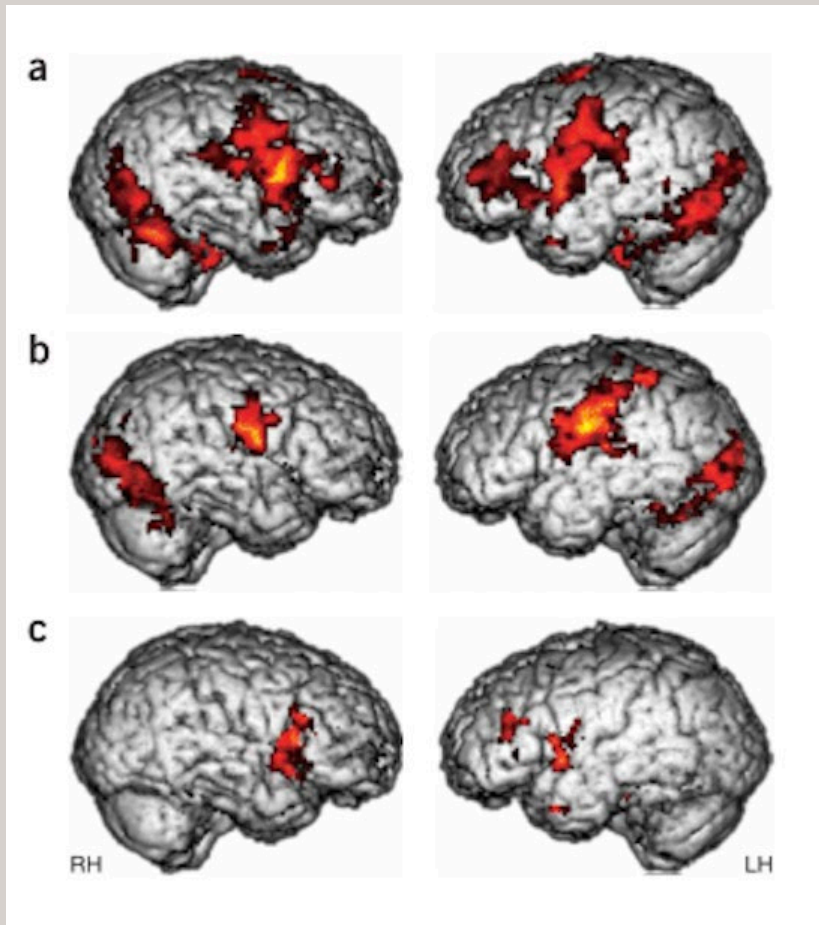
ASS Spiegelneuronen I

Nervenzellen, die im Gehirn während der Betrachtung eines Vorgangs die gleichen Potenziale auslösen, wie sie entstünden, wenn dieser Vorgang nicht bloss (passiv) betrachtet, sondern (aktiv) gestaltet würde.

Funktion:

- Verständnis der Handlungen, Intentionen oder Emotionen anderer Individuen
- wichtigen Komponente in der menschlichen Kapazität für beobachtungsbasiertes Lernen von hoch entwickelten kognitiven Fertigkeiten

ASS Spiegelneuronen II



Spiegelneuronen Aktivität während Beobachtung und Imitation von Emotionen bei Kindern mit ASS und einer Kontrollgruppe (Dapretto et al., 2006).

a: typisch entwickelt
b: autistisch
c: signifikante Differenz

ASS – Psychobiosoziale Interventionen I

Beispiele

Individuelle Interventionen:

- Verhaltenstherapie
- Sprachtherapie und Kommunikationshilfen
- Soziales Kompetenztraining
- Psychoedukation
- Medikamentöse Therapie
- Kognitives Training

Systemische Interventionen:

- Aufklärung über Diagnose und Interventionsmöglichkeiten
- Beratung/Angehörigenarbeit
- Identifikation geeigneter Schulen, Ausbildung, Wohnform, Freizeitgestaltung

ASS – Psychobiosoziale Intervention II

Prinzipien effektiver Interventionen:

- Lerntheoretische Techniken (Verstärkung, Prompting etc.)
- Interventionen in systemischen Zusammenhängen (Zuhause, Schule, Arbeitsplatz, Peers)
- Multiprofessionelle Förderung im Einzel- und Gruppenkontext
- Extensives Üben
- Transparenz und Vorhersagbarkeit der Massnahmen
- a priori Durchführung funktioneller Verhaltensanalyse



Fragen?

Literatur

Dapretto, M., Davies, M. S., Pfeifer, J. H., Scott, A. A., Sigman, M., Bookheimer, S. Y., & Iacoboni, M. (2006). Understanding emotions in others: mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. *Nature neuroscience*, 9(1), 28-30.

Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien*. 10. Aufl.

Hässler, F., & Eggers, C. (2012). Intelligenzminderung. In *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes-und Jugendalters* (pp. 785-833). Springer.

Haug, A. (2017). *Psychiatrische Untersuchung*. Springer.

Hoffmann, K. (2017). Psychopharmaka bei Menschen mit Intelligenzminderung. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, 19(3), 44-50.

Intelligenzminderung (2021). In *Dorsch – Lexikon der Psychologie online*. Abgerufen am 03.10.2022, von <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/intelligenzminderung>

Lingg, A., & Theunissen, G. (2017). *Psychische Störungen und geistige Behinderungen: Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis*, 7. Lambertus-

Neuhäuser, G., Steinhausen, H. C., Hässler, F., & Sarimski, K. (2013). Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen, klinische Probleme, Behandlung. *Rehabilitation und rechtliche Aspekte*. Stuttgart.

Sawyer, A., Lake, J. K., Lunsy, Y., Liu, S. K., & Desarkar, P. (2014). Psychopharmacological treatment of challenging behaviours in adults with autism and intellectual disabilities: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(7), 803-813.

Schanze, C. (2008). *Diagnostik und Therapie von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen Situation in Deutschland 2008*. Vortrag vom 31.10.2008 im PZM.

Schuntermann, M. (2001). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)-Kurzdarstellung. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 11(06), 229-230.

Tyrer, P., Oliver-Africano, P. C., Ahmed, Z., Bouras, N., Cooray, S., Deb, S., & Crawford, M. (2008). Risperidone, haloperidol, and placebo in the treatment of aggressive challenging behaviour in patients with intellectual disability: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 371(9606), 57-63.