



**dgs gb**

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

**Gudrun Dobslaw & Theo Klauf**  
(Hrsg.)

# **Identität, geistige Behinderung und seelische Gesundheit**

**Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am  
14.11.2008 in Kassel**

**Materialien der DGSGB  
Band 19**

**Berlin 2009**

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

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

**ISBN 978-3-938931-20-2**

© 2009 Eigenverlag der DGSGb, Berlin

Internet: [klaus.hennicke@gmx.de](mailto:klaus.hennicke@gmx.de)

1. Aufl. 2009

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

Printed in Germany.

Druck und Bindung: sprintout Digitaldruck GmbH, Grunewaldstr. 18, 10823 Berlin

# Identität, geistige Behinderung und seelische Gesundheit

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 14.11.2008 in Kassel

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>Theo Klauß</b>	4
Identität, geistige Behinderung und seelische Gesundheit – eine Einleitung	
<b>Lothar Unzner</b>	13
Identitätsentwicklung unter dem Blickwinkel der Bindungsforschung	
<b>Klaus Hennicke</b>	22
Pubertäts- und Adoleszenzkrise	
<b>Willem Kleine Schaars</b>	34
Wie kommen geistig behinderte Menschen mit den Anforderungen der Selbstbestimmung zurecht?	
<b>Saskia Schuppener</b>	45
Muss die Identität bei Menschen mit geistiger Behinderung beschädigt sein?	
<b>Autorinnen und Autoren</b>	58

# Identität, geistige Behinderung und seelische Gesundheit

## Eine Einleitung

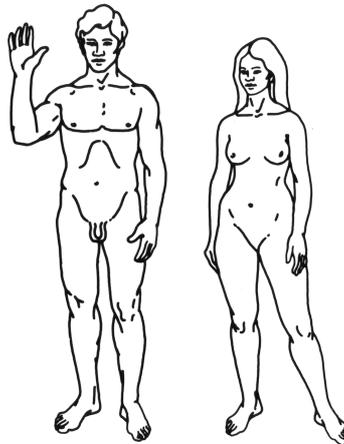
Theo Klaus

Es geht bei der heutigen Tagung um Identität und seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung'. Einige einleitende Klärungen und Überlegungen sollen ins Thema einführen und eine Fragen ansprechen, zu denen wir – hoffentlich – nachher klüger sind.

Zunächst eine erste Definition: Identität meint die „eindeutige Unterscheidbarkeit einer Person oder einer Sache von einer anderen“ (Wiktionary). Doch was bedeutet das?

### Objektive Identität

Jeder Mensch verfügt über eine ‚objektive Identität‘, um etwas, was in unverwechselbar, zum einmaligen Individuum macht. Diese Identität (vom lateinischen *idem*, derselbe) des Menschen bezieht sich zunächst auf ihn als Gattungswesen, im Unterschied etwa zum Tier. Er gehört zum ‚Typ Mensch‘, wie er beispielsweise von der NASA auf den Pioneer-Raumsonden dargestellt wird.



*Abb.1: Darstellung von Mann und Frau; Ausschnitt der Plakette der Pioneer-Raumsonden*

Dann fasst man unter dem Begriff „Identität“ alle Merkmale, die ihn von den anderen Gattungsgliedern unterscheiden und ihn zum Individuum machen, wobei zwischen Wir-Identität (mit einer Gruppe geteilte Merkmale) und Ich-Identität (einzigartige Merkmale) unterschieden wird. Die äußeren Merkmale, durch die ein Individuum sich von anderen unterscheidet, ermöglichen seine eindeutige Identifizierung, der Traum aller Innenminister, die davon immer mehr in der identity card, im Personalausweis zugänglich machen möchten.

Diese objektive, sozusagen äußerlich sichtbare Identität basiert auf dem ‚Bauplan‘, der in den Genen begründet liegt. Gleichwohl legt der ‚Genotyp‘ den Phänotyp des Menschen nicht vollständig fest, weder seine Physiognomie noch seinen Charakter und seinen Verhaltensphänotyp. Dennoch entwickelt jeder Mensch eine ‚objektive‘

Identität, die sich nicht auf körperliche Merkmale beschränkt, sondern umfasst das gesamte Spektrum menschlicher Lebensäußerungen. Man kann das damit ausdrücken, dass jeder Mensch seinen ‚persönlichen Stil‘ ausbildet, dass jeder alles, was er tut, denkt und fühlt ‚auf seine Art‘ tut, denkt und: Dazu gehört u.a.

- wie der Organismus funktioniert, ob man z.B. leicht friert,
- wie man sich bewegt,
- was man gerne tut, worauf man ‚abfährt‘,
- was man gut kann und welche Gewohnheiten man hat,
- wie man sich selbst und seine Umwelt ‚gestaltet‘,
- wie man sich ausdrückt und kommuniziert,
- worüber man sich so seine Gedanken macht und was einem wichtig und bedeutsam ist, woran man sich orientiert, und
- wie man seine sozialen Kontakte und sein soziales Leben gestaltet.

Die Ausbildung dieser ‚objektiven Identität‘ im Sinne der Individualität, der Unverwechselbarkeit, ist eine Entwicklungsaufgabe, die mehr oder weniger gut gelingen kann. Menschen brauchen Raum und Gelegenheit, ihren eigenen Stil in allen diesen Bereichen ausbilden zu können. Es war eine zentrale Kritik der Normalisierungsidee, dass Menschen mit geistiger Behinderung diese Möglichkeit vorenthalten wurde. Wer in der ‚klassischen‘ Anstalt keine eigene Kleidung, keinen Platz für sich, nur Einheitsessen und nur kollektive Aktivitäten und ein einheitliches Regime im Sinne der totalen Institution (GOFFMAN 1973) und zudem keine verlässlichen Sozialbeziehungen erlebt, ist gezwungen, seine Individualität anders zu entwickeln, etwa durch sehr eigene Verhaltensweisen.

## Subjektive Identität

Neben diesem auf objektiv vorhandene Merkmale bezogenen Begriffsverständnis, und häufig nicht deutlich von ihm unterschieden, existiert eine Bedeutung einer Identität, die sich auch auf das subjektive Bewusstsein dieser Merkmale bezieht. Dabei geht es um die Besonderheiten, die man entwickeln muss, zugewiesen bekommt, und in der Interaktion aneignet (vgl. Selbstkonzept, Ich-Identität, Selbstbild vs. Fremdbild, Rolle).

Identität als psychologisches Konzept geht davon aus, dass sich ein Mensch mit etwas *identifiziert*, also ein äußeres Merkmal einer bestehenden Gruppenidentität als sein eigenes Wesensmerkmal annimmt. In gewisser Hinsicht erscheint dies als notwendiger Prozess zur Heranbildung einer eigenen Persönlichkeit, aber es bleibt stets ein Element der Fremdbestimmung und Zuschreibung. Die (über Rollen und Zugehörigkeit sozial vermittelte) Identität wird gewonnen – und sie kann verloren gehen: Für Menschen ist ein ungewollter Identitätsverlust psychisch ein großes Problem. Wenn man nicht (mehr) dazu gehört, sich mit niemandem mehr identifizieren kann, ist man physisch und psychisch isoliert.

Daraus resultieren Identitätsprobleme, die beispielsweise bei der Arbeitslosigkeit oder beim Verlust von wichtigen Menschen entstehen.

## Entwicklung der subjektiven Identität

Die Psychologie, Soziologie, Medizin und auch die Pädagogik befasst sich vor allem mit dieser Seite der Identität, die man auch als ‚reflexiv‘ bezeichnen könnte (vgl. FREY 1987; HAUSSER 1989), weil es darum geht, wie ein Mensch sich selbst, seine Erfahrung, aber auch die Anforderungen und Einschätzungen anderer reflektiert und dazu nutzt, sich ein Bild von sich zu machen (Selbstbild: Wie bin ich, was kann ich?), seine eigenen Werthaltungen und Vorstellungen zu entwickeln (Selbstkonzept) und sich selbst auch einschätzt und bewertet (Selbstwertgefühl), sowie die eigene ‚Kontrollüberzeugung‘, also die Vorstellung davon, was man selbst regeln, bestimmen, beeinflussen und bewirken kann (ebd.).

Diese Identität ist eindeutig ein Gegenstand der Entwicklung, das Ergebnis eines Prozesses, und es kann mehr oder weniger gut gelingen, sie auszubilden. Dabei handelt es sich einerseits um einen individuellen Prozess: Der Mensch entwickelt eine auf sich und seine Besonderheiten bezogene Sicht und ein Bewusstsein darüber, eine „intrapersonelle Sicht“ (KÜCHLER 2007, 91f.). Dabei handelt es sich aber auf jeden Fall auch um einen sozialen Prozess von „Wechselwirkungen zwischen diesem Mensch[en] und seiner Umwelt, seinem sozialen Umfeld und der Gesellschaft“ (ebd.). Zum ‚Ich‘ kann man nur in Abgrenzung zum „Du“ werden, vermutlich aber auch das nur auf der Grundlage einer gelungenen Bindung an einen anderen Menschen, darüber werden wir heute noch einiges hören. Lothar Unzner setzt sich in seinem Beitrag mit der Identitätsentwicklung unter dem Blickwinkel der Bindungsforschung auseinander.

Die eigene Identität reflektiert auch das, was andere von einem halten, über einen denken, wie sie einen sehen. Fremdbilder und Selbstbilder korrespondieren miteinander, sicher nicht unabdingbar und absolut, wir sind keine Marionetten unserer Umgebung, aber doch wesentlich: Was andere einem zutrauen und zubilligen, wird leichter zum ‚Eigenen‘ als wenn man gegen Vorurteile, Unterschätzwerden und gegen Hindernisse und Barrieren ankämpfen muss, die einem in den Weg gelegt werden.

Dass die Identität Ergebnis einer Entwicklung ist, wurde in verschiedenen Modellen nachzuvollziehen und zu beschreiben versucht. Das bekannteste ist wohl das auf psychoanalytischem Gedankengut basierende Konzept von ERIKSON (1991). Für Erik ERIKSON ist Ich-Identität das Ergebnis eines Zuwachses an Reife der Persönlichkeit. Am Ende der Adoleszenz muss Individuum das aus seinen Erfahrungen in der Kindheit entnommen haben, das es braucht für sein Erwachsenenleben. Ich-Identität ist für ihn eine soziale Funktion des Ichs, die darin besteht, „die psychosexuellen und psychosozialen Aspekte einer bestimmten Entwicklungsstufe zu integrieren und zu gleicher Zeit die Verbindung der neu erworbenen Identitätselemente mit den schon bestehenden herzustellen“. Es handelt sich um das Gefühl für ein inneres Sich-Selbst-Gleichsein, ein Wissen um die eigene Unverwechselbarkeit und deren Bejahung. In seinem Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung, die er in acht Phasen einteilt, kommt es in jeder dieser Phasen zu einer entwicklungsspezifischen Krise, deren Lösung den weiteren Entwicklungsweg hin zur Ich-Identität bahnt. Alles beginnt sozusagen mit dem Ur-Vertrauen in der ersten Stufe,



ihrer starken kognitiven Beeinträchtigung das Glück hätten, ihre Lage gar nicht vollständig zu begreifen (KLAUSS 2005, 323).

Doch überzeugt diese Problemsicht? Kann nur glücklich sein, wer die eigene Realität nicht kennt? Wie entsteht Identität und mit welchen Gefahren und Chancen ist dies verbunden? Der Schluss, geistige Behinderung müsse zu Identitätsproblemen führen, ist nicht haltbar. Saskia Schuppener befasst sich unter anderem mit diesem Thema und der Frage „Muss Identität bei geistiger Behinderung beschädigt sein?“.

Ein stabiles, positives Selbstbild von Menschen mit geistiger Behinderung ist möglich, aber es gibt Bedingungen, durch diesen Menschen eine gelungene Identitätsbildung erschweren. Selbstsicherheit und ein positives Selbstbild sind stärker als bei anderen Menschen gefährdet, es ist eine größere ‚Verwundbarkeit‘ anzunehmen, eine ‚Vulnerabilität‘. Das Erleben abwertender Vorurteile und die eher bevormundende Art und Weise, in der private und professionelle Interaktionen häufig stattfinden, vermitteln ihnen eher den Eindruck, dass man ihnen wenig zutraut und meint, sie fremd bestimmen zu müssen. Das Zutrauen zu eigenen Stärken dürfte auch leiden, wenn Menschen mit geistiger Behinderung merken, dass sie langsamer als andere lernen, Zusammenhänge nicht durchschauen und mit ihren Kommunikationsversuchen nicht so verstanden werden, wie sie es möchten (Sarimski 2003). Außerdem werden die Reflexion und realistische Einschätzung der eigenen Möglichkeiten durch die kognitiven Beeinträchtigungen erschwert. Diese Risiken der Identitätsentwicklung machen es umso notwendiger, nach den Bedingungen zu fragen, die dazu beitragen können, dass diese trotz der Beeinträchtigungen gelingt.

Die Entwicklung von Identität beginnt natürlich auch bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht erst im Erwachsenenalter. In der Kindheit liegen wichtige Bedingungen für ein positives Selbstbild. Bei Kleinkindern mit Trisomie 21 wurde festgestellt, dass persönliche Eigenarten wie Aufgabenzuwendung und Kooperativität mit dem Untersucher davon abhingen, mit welcher Geschwindigkeit sie sich entwickelten. Bei dem Drittel der Kinder, die in ihrer Fähigkeitsentwicklung am schnellsten waren, nahm das Interesse an der Lösung von Aufgaben und an der Zusammenarbeit mit dem erwachsenen Gegenüber kontinuierlich zu, beim zweiten Drittel stagnierte die Kooperation und bei der langsamsten Gruppe nahm sie sogar ab (RAUH 1997, 28f). Das kann dahingehend interpretiert werden, dass die Bereitschaft, sich auf Aufgaben zu konzentrieren, dabei auch mal an Leistungsgrenzen zu gehen und Anregungen Dritter zum Lernen zu nutzen, von den bisherigen Lernerfahrungen abhängt und dass Kinder, die hier wenig Erfolg erleben, sich eher entmutigen lassen. Die Vorstellung von den eigenen Möglichkeiten, Probleme zu lösen und dabei mit Menschen zu kooperieren, die Anforderungen stellen, wird möglicherweise im einen Fall positiver, im anderen Fall negativer geprägt.

Da dieses Selbstbild auf zukünftige Lernfortschritte Auswirkungen haben dürfte, wird hier deutlich, wie bei Kindern mit geistiger Behinderung ein geringes Lerninteresse und kurze Lernausdauer entstehen kann. Es wird auch verstehbar, welche Bedeutung die Gestaltung der Anforderungen für diese Kinder hat. Ständige Überforderungen führen ebenso zu einer sekundären Lernhemmung wie ein Mangel an erfolgreich bewältigten Aufgaben.

## **Krise im Jugendalter**

Für die frühe Kindheit sind nur Vermutungen über das Selbstbild möglich, weil das Kind noch keine Auskunft geben kann, wie es sich selbst sieht. Was geschieht aber, wenn bei Heranwachsenden mit geistiger Behinderung die eigene Begrenzung offenkundig und bewusst wird? Vermutlich ist das Jugendalter dadurch gekennzeichnet, dass die eigenen Grenzen prägnant erlebt und auch erkannt werden (WALTER 1985). „Die Frage ‚Wer bin ich‘ wird als die zentrale Frage des Jugendalters verstanden. Behinderte Jugendliche erkennen plötzlich, dass sie anders sind. Sie erleben ihre Andersartigkeit sehr leidvoll als Minderwertigkeit. Viele geistig behinderte Jugendliche überraschen ihre Eltern mit der bohrenden Frage: ‚Mama, Klaus sagt, ich sei behindert. Mama, was ist behindert?‘“ (166f).

Hier stellt sich die Frage nach den Anforderungen, die eine ‚normale‘ Welt an kognitiv beeinträchtigte Menschen stellt und nach der möglichen Notwendigkeit von Schonräumen. Schmerzlich ist es für alle Heranwachsenden, Fehler einzugestehen oder einzusehen, dass sie sich viel zu viel zugetraut haben. Erleichtert wird diese Phase für Jugendliche ohne Behinderung dadurch, dass es nur eine Frage der Zeit ist, wann sie wirklich ‚alles dürfen‘. Jugendliche mit Behinderungen müssen hier mehr leisten als andere. Einerseits haben sie vielleicht immer gehört: ‚Du kannst das auch ...‘, und die Eltern haben im Hintergrund unmerklich die Steine aus dem Weg geräumt. Manche Eltern berichten davon, dass sie ihren Kindern mit Behinderung immer gesagt hätten, sie könnten dieselben Dinge wie ihre Geschwister, um ihnen nicht das Gefühl zu geben, weniger wert zu sein. Doch dieses Bemühen kann dazu führen, dass man ein Kind manches nicht ausprobieren lässt, damit es nicht schmerzlich erfahren muss, was es nicht kann, dass es langsamer lernt, beim Fußballspielen nicht mithalten und nicht die Freundin oder den Freund für sich gewinnen kann, die es sich wünscht. Ins Wanken gerät diese beschützte Welt, wenn Heranwachsende dann im Jugendalter alleine weggehen, Auto fahren und heiraten wollen.

Wenn Menschen mit geistiger Behinderung eine realistische Selbsteinschätzung entwickeln sollen, dürfen sie nicht nur im Schonraum leben. Sie müssen auch das Scheitern lernen und die Erfahrung machen können, was ihnen wirklich gelingt und wo sie welche Hilfe brauchen – und von wem sie diese bekommen. Deshalb wächst die Zahl der Eltern und Pädagogen, die Kinder mit Behinderungen nicht mehr in einer solchen Schonwelt und von den Realitäten abgeschirmt aufwachsen lassen wollen. Sie sollen wissen, was ihnen möglich ist und was nicht, um nicht irgendwann aufgrund illusionärer Vorstellungen eine wirklich große Enttäuschung erleben zu müssen.

## **Auswirkungen moderner ‚Ideen‘ für die Identitätsentwicklung kognitiv beeinträchtigter Menschen**

Vor allem Befürworter der Integration erhoffen sich vom gemeinsamen Leben, Lernen und Arbeiten mit Menschen ohne Behinderungen, dass auch die Heranwachsenden mit Behinderungen ein stimmiges Bild von sich selbst, eine tragfähige Identität entwickeln können. So geht es FEUSER (1989) bei seiner Forderung nach

Integration in Kindergarten und Schule um die Vermeidung einer durch das separierende Schulsystem (inkl. Kindergärten) zerstörten sozialgesellschaftlichen und individuellen Identität. Menschen müssen sich, so ist seine Auffassung, als nicht zugehörig, als minderwertig erleben (und in ihrer Identitätsentwicklung auch so sehen), wenn sie separiert werden und ihnen durch die Separierung der Zugang zum vollen Reichtum der Kultur verschlossen bleibt (KLAUSS 2005, 150).

Kinder und Heranwachsende mit geistiger Behinderung brauchen für ihre Identitätsentwicklung Erfahrungen von Verschiedenheit und Gemeinsamkeit mit anderen Menschen, dies müssen sie akzeptieren und als wert- und sinnvoll erfahren können. Das Gefühl, viel wert zu sein, darf dabei nicht an das Leistungsvermögen gekoppelt sein, sonst werden Menschen mit Behinderungen irgendwann, wenn ihnen ihre individuellen Leistungsbeschränkungen bewusst werden, auch Probleme mit ihrem Selbstwertgefühl bekommen. Ziel der Erziehung muss vielmehr ein stabiles Selbstbewusstsein im eigentlichen Wortsinn sein: Menschen sollten sich bewusst sein, was sie können und was nicht, wo ihre Entwicklungsmöglichkeiten und wo ihre – auch behinderungsbedingten – Grenzen liegen.

Zu diesem Bild von sich selbst muss auch das Wissen gehören, dass man nicht alles kann, dass anderen Menschen bestimmte Dinge besser gelingen. Der gesunde Stolz auf das, was jemand kann, schließt das Bewusstsein dessen ein, was er nicht kann. Nur ein Selbstwertgefühl, das auf diesem Selbstbewusstsein basiert, ist tragfähig. Wer versucht, es auf Illusionen aufzubauen, nimmt ihm eigentlich von vornherein das Fundament, auch wenn dieses Verschonen vor der Realität gut gemeint ist.

## **Risiken für die Identität von Menschen mit geistiger Behinderung**

Die Ziele der Normalisierung und davon abgeleitet der Integration (Inklusion) und Selbstbestimmung liefern die Begründungen dafür, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen heute viel mehr zugetraut wird als je zuvor, und dass sie sich – in Wechselwirkung damit – auch selbst viel mehr zutrauen (KLAUSS 2005, 177 ff.). Das Bild und die Vorstellung, die in der Gesellschaft, bei den Fachleuten und auch bei ihnen selbst in Bezug auf ihre Möglichkeiten und ihren Status, ihre gesellschaftliche Position vorherrscht, haben sich verändert (KLAUSS 2006, 183 ff.). Ihre ‚selbstbestimmte Teilhabe‘ ist zum Zentralbegriff der Sozialgesetzgebung geworden. Die Idee, die vor mehr als fünfzig Jahren zu einem Aufschwung der Behindertenhilfe und einem flächendeckenden Ausbau von besonderen Einrichtungen und Diensten geführt hat, nämlich die von notwendigen nach ihren Bedürfnissen und Möglichkeiten gestalteten ‚Schonräumen‘, in denen sie ihre Identität ausbilden könnten und dann ‚so gestärkt‘ an der Gesellschaft teilhaben können, wird dadurch grundlegend in Frage gestellt.

Doch welche Folgen hat dies? Man muss durchaus mit DALFERTH (1997) darauf hinweisen, dass die Enthospitalisierung in den USA zu einem Hochschnellen der Sterblichkeitsrate und zu viel Einsamkeit und Isolation sowie einer Verringerung der gesellschaftlichen Teilhabe unter zahlreichen Menschen mit ‚learning disabilities‘ geführt hat. Wir haben uns hier bei einer der letzten Tagungen mit der Frage

beschäftigt, ob das freiere Leben in ambulant betreuten Wohnformen zu einer Zunahme von Sucht führen kann. In Bezug auf die schulische Integration diskutiert MARKOWETZ (2000), dass Menschen mit Lernschwierigkeiten in Regelschulen durchaus schlimme und dramatische Erfahrungen machen können. „Die Berichte über den Beziehungsalltag in den Schulen, in die wir behinderte Schüler/-innen (noch) schicken wollen, stimmen nachdenklich. Es ist die Rede von Kränkungen, Abwertungen, stigmatisierenden Ausgrenzungen, Drohungen, verbalen Belästigungen, ordinären Beschimpfungen, perversen Obszönitäten, sexuellen Beleidigungen, respektloser Anmache, Distanzlosigkeiten, Erpressungen, Streit und Prügel um Nichtigkeiten, dramatischen Konflikten und psychischer wie physischer Gewalt unter Schüler/-innen. [...] Lehrer/-innen fühlen sich maßlos überfordert, schauen weg, schweigen, schikanieren zurück, kränken und verletzen ihre Schüler/-innen (vgl. SINGER 1998). Es fehlt an Konzepten und effektiven Bewältigungsstrategien. [...] Behinderten Schüler/-innen könnte in solchen Schulen viel zugemutet werden. Es verwundert nicht, dass neben den Eltern behinderter Kinder viele Lehrer/-innen für den Erhalt des Schonraums ‚Sonderschule‘ votieren.“

Es ist unabdingbar, sich den damit aufgeworfenen Fragen zu stellen. Wir werden auch das in einem eigenen Beitrag tun. Willem KLEINE SCHAARS befasst sich unter dem Titel „Wie kommen geistig behinderte Menschen mit den Anforderungen der Selbstbestimmung zurecht?“ mit diesen Herausforderungen. MARKOWETZ (2000) ist übrigens keineswegs so pessimistisch, wie das Zitat klingt. Er hält die Integration für eine sehr gute Chance für eine Ent-Stigmatisierung, für die Bildung einer unbeschädigten Identität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen – wenn die Erfahrungen, die dort ermöglicht werden, „dialogisch validiert“ werden, wenn also Bedingungen geschaffen werden, die von gegenseitiger Wertschätzung und der Beachtung der Bedürfnisse aller Beteiligter getragen sind.

## Literatur

- Dalferth, M. (1997): Zurück in die Institutionen? Probleme der gemeindenahen Betreuung geistig behinderter Menschen in den USA, in Norwegen und Großbritannien. In: Geistige Behinderung, Nr. 4, S. 344–357.
- Erikson, E.H. (1991). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Feuser, G. (1989): Allgemeine integrative Pädagogik und entwicklungslogische Didaktik. In: Behindertenpädagogik 1, 4-48.
- Frey, H.-P. (Hrsg.)(1987): Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung. Enke, Stuttgart.
- Goffman, E. (1973): Asyle. Frankfurt.
- Haußer K. (1989): Identität. In: Endruweit, G./Trommsdorff, G. (Hrsg.): Wörterbuch der Soziologie, Stuttgart, 279–281
- Klauß, Th. (2005): Ein besonderes Leben. Grundlagen der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Heidelberg: Winter Verlag, 2. erweiterte und völlig überarbeitete Auflage.
- Klauß, Th. (2006): Welches ‘Menschen-Bild’ haben Lehrkräfte und Eltern von Schülern mit schwerer und mehrfacher Behinderung? Ein empirischer Beitrag. In: Klauß, Th. (Hrsg.): Geistige Behinderung – Psychologische Perspektiven. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 183-208.
- Küchler, M.( 2007): Was kommt nach der Schule? Handbuch zur Vorbereitung auf das nachschulische Leben durch die Schule für Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Lebenshilfe Verlag
- Markowetz, R. (2000): Identität, soziale Integration und Entstigmatisierung: In: Gemeinsam leben - Zeitschrift für integrative Erziehung Nr. 3, S.112-120.

- Rauh, H (1997): Kleinkinder mit Down-Syndrom: Entwicklungsverläufe und Entwicklungsprobleme. In: Leyendecker, C./Horstmann, T. (Hrsg.): Frühförderung und Frühbehandlung. Wissenschaftliche Grundlagen, praxisorientierte Ansätze und Perspektiven interdisziplinärer Zusammenarbeit. Heidelberg, 212-235.
- Sarimski, K. (2003): 4. Psychologische Diagnostik. In: Neuhäuser, G./Steinhausen, H.-Ch. (Hrsg.): Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. Stuttgart. 55-70
- Walter, J. (1985): Pubertätsprobleme bei Jugendlichen mit geistiger Behinderung. In: Geistige Behinderung 1, 23-36.
- Wendeler, J. (1993): Geistige Behinderung. Pädagogische und psychologische Aufgaben. Weinheim

# Identitätsentwicklung unter dem Blickwinkel der Bindungsforschung

Lothar Unzner

## Identität, Selbstkonzept, inneres Arbeitsmodell

Die Entwicklung der Identität ist in den meisten Lehrbüchern der Entwicklungspsychologie ein Thema der Entwicklung im Jugendalter (z.B. ALSAKER & KROGER 2007; OERTER & DREHER 2008). Die Beantwortung der Frage „wer bin ich?“ stellt sich als normative Entwicklungsaufgabe im Jugendalter.

ERIKSON (1950, 1968) führte den Begriff der Identität als erster in die Psychologie ein. Er sprach von einem bewussten „Gefühl der Identität“, einem Gefühl der eigenen Einmaligkeit, und von einem unbewussten Verlangen nach Kontinuität über die Zeit. Ein optimales Gefühl der Identität äußert sich unter anderem darin, dass sich die Person im Körper zuhause fühlt, klare Vorstellungen über die Zukunft hat und Vertrauen darin, dass sie dafür die Anerkennung der wichtigen Personen der Umwelt erhält.

Für die Herausbildung der Identität spielen zwei Prozesse eine wichtige Rolle (ERIKSON 1968, MARCIA 1966): Im Idealfall exploriert der Jugendliche verschiedene Erwachsenenrollen und Werte, experimentiert damit und geht dann identitätsrelevante Verpflichtungen ein. Er entwickelt eine „erarbeitete Identität“. Jugendliche mit einer „übernommenen Identität“ haben zwar auch klare identitätsrelevante Werte, haben sich aber voreilig festgelegt, ohne die Möglichkeiten angemessen ausgelotet zu haben. Manche Jugendliche befinden sich in einem „Moratorium“ und suchen noch aktiv nach eigenen Zielen und Werten. Jugendliche mit einer „diffusen Identität“ sind noch keinen klaren Werten verpflichtet und haben unvollständige, manchmal inkohärente Vorstellungen vom Selbst.

Der Begriff des Selbstkonzeptes ist ein verwandtes, zentrales psychologisches Konstrukt, das Gedanken, Gefühle, Bewertungen einer Person über sich selbst beinhaltet, in Bezug auf materielle (z.B. Körper), kognitive (z.B. Leistung), soziale (z.B. Beziehungen zu andere) und ideelle Aspekte (z.B. Werte und Einstellungen) (ROEBERS 2007). Die Entwicklung des Selbstkonzeptes, beginnend in der frühen Kindheit, ist gut dokumentiert. Kinder beginnen im zweiten Lebensjahr ihren eigenen Körper als Hindernis zu erkennen und bis zum zweiten Geburtstag erkennen sie sich im Spiegel, im Fernsehen und auf Bildern. Es kann auch ein beginnendes Verstehen der Bedeutung von Intentionen und Gefühlen bei sich und anderen Personen beobachtet werden. Ab dem Alter von drei Jahren entwickelt sich die Fähigkeit, sich konkrete Eigenschaften zuzuschreiben. Das Selbstkonzept differenziert sich mit zunehmenden kognitiven Fähigkeiten im Laufe der Kindheit weiter aus und erreicht ab etwa einem Alter von zehn Jahren hinreichende Stabilität (vgl. ROEBERS 2007; SIEGLER et al. 2005).

Im Rahmen der Bindungstheorie ist das Konstrukt des inneren Arbeitsmodells (Inner working models: BOWLBY 1973) von Bedeutung. Innere Arbeitsmodelle (der Bindung) beinhalten die mentale Repräsentation des Selbst, der Bindungspersonen und der Beziehungen im Allgemeinen. Diese inneren Arbeitsmodelle entstehen durch die frühen Erfahrungen des Kindes mit seinen Bezugspersonen; sie werden von frühester Kindheit an durch konkrete Interaktionserfahrungen aufgebaut. Das Arbeitsmodell enthält die Erwartungshaltungen bezüglich Beziehungen und bildet den Bewertungsmaßstab. Es leitet die Interaktion des Kindes mit seinen Bezugspersonen, aber auch anderen Personen, in der frühen Kindheit und in späteren Lebensaltern. Es reguliert bindungsbezogene Verhaltensweisen, Gefühle und Gedanken des Selbst. Durch neue Bindungserfahrungen ist es aber durchaus veränderbar.

## **Bindungstheorie**

Die Bindungstheorie wurde von John BOWLBY in seinem dreibändigen Werk „Attachment and loss (1969, 1973, 1980) begründet.

Jeder Mensch hat eine – vermutlich angeborene - Bereitschaft, eine besondere Beziehung (Bindung) zu seinen Eltern oder zu anderen beständigen Bezugspersonen aufzubauen. Diese Bindungsbeziehung hat die Funktion, dem Kind in unangenehmen, emotional belastenden Situationen (Schmerz, Angst et cetera), wenn die eigenen Ressourcen erschöpft sind, das Gefühl von Sicherheit, Geborgenheit und Vertrauen zu geben. Das Bindungsverhalten des Kindes soll die Nähe und Verfügbarkeit der Bindungspersonen herstellen. Passend dazu sind die Erwachsenen bereit, sich um Babys und Kleinkinder zu sorgen (z.B. auf das kindliche Weinen zu reagieren), wobei ihnen ein Repertoire "intuitiven Elternverhaltens" (PAPOUSEK & PAPOUSEK 1987) hilft, die kindlichen Signale zu verstehen und angemessen darauf zu reagieren. So beginnt von Geburt an ein intensiver Prozess des Bindungsaufbaues zwischen Betreuungsperson und Kind.

Nahezu jedes Kind entwickelt im Verlaufe des ersten Lebensjahres Bindungsbeziehungen zu seinen primären Bezugspersonen. Die Beziehungen unterscheiden sich jedoch darin, in welchem Ausmaß das Kind die Bezugsperson als sichere Basis nutzen kann. Es werden drei grundlegende Qualitätskategorien unterschieden. Ähnliche Muster findet man auch bei älteren Kindern, bei Jugendlichen und bei Erwachsenen (eine gute Zusammenfassung findet sich bei SIEGLER et al. 2005, S. 586 – 598; siehe auch GROSSMANN & GROSSMANN 2004).

### **Sichere Bindungsorganisation**

Kinder mit einer sicheren Bindung erfahren, dass sie grundsätzlich akzeptiert werden, dass ihre Bedürfnisse und Gefühlsäußerungen wahrgenommen werden und dass die Bindungsperson feinfühlig darauf eingeht. Sie drücken ihre emotionale Betroffenheit offen aus, holen sich bei Bezugspersonen Zuwendung, Nähe und Sicherheit, wenn ihre eigenen Ressourcen erschöpft und sie innerlich verunsichert sind. Die Belastungen können mit dieser Hilfe bewältigt werden. Die Bezugsperson kann als „sicherer Hafen“ / „sichere Basis“ verwendet werden, denn sie erweist sich zuverlässig zuverlässig. So hat das Kind Energie für eigene Entwicklungsthemen. Als Kindergarten- und Schulkinder können sie eher befriedigende Beziehun-

gen zu Gleichaltrigen aufbauen und Konflikte kompetent lösen. Jugendliche und Erwachsene mit dieser Bindungsorganisation haben eine positive Einstellung zu sich selbst, können auch problematische Teile von sich zugeben und wertschätzen affektive Bindungen (sicher-autonomes Modell).

### **Unsicher-vermeidende Bindungsorganisation**

Diese Kinder erleben, dass wenig feinfühlig auf die Gefühls- und Bedürfnisäußerungen eingegangen wird, dass sich die Bindungsperson in für das Kind belastenden Situationen sogar eher zurückzieht oder es tadelt. Die Bezugsperson erweist sich in solchen Situationen als zuverlässig unzuverlässig. Die Kinder passen sich diesen Erfahrungen an und es entwickelt sich zwischen den Bindungspartnern ein sogenanntes unsicher-vermeidendes Beziehungsmuster. Diese Kinder lernen, ihre Gefühle in belastenden Situationen nicht mehr zu zeigen, und sie suchen auch nicht die direkte Nähe zur Bezugsperson, um sich trösten zu lassen, sondern vermeiden sie eher. Nach außen wirken sie scheinbar unbelastet; sie versuchen, alleine klar zu kommen. Die Kinder können die Eltern nicht als „sicheren Hafen“ / „sichere Basis“ benutzen; Belastungen werden nicht kommuniziert, bleiben unverarbeitet und belasten die Beziehung. Die Kinder haben weniger Energie für eigenen Entwicklungsthemen. Jugendliche und Erwachsenen mit dieser Bindungsorganisation neigen dazu, Bindungen einerseits zu idealisieren, ihre persönliche Bedeutung aber abzuwerten (unsicher-distanziertes Modell).

### **Unsicher-ambivalente Bindungsorganisation**

Wenn eine Bindungsperson zu manchen Zeiten feinfühlig und verlässlich zur Verfügung steht, zu anderen Zeiten jedoch nicht (also unzuverlässig zuverlässig ist) und dies für das Kind nicht einschätzbar ist, so entwickelt sich ein sogenanntes unsicher-ambivalentes Bindungsmuster. In Belastungssituationen sind die Kinder aufgeregt und weinen, hängen an der Bindungsperson und lassen sich aber gleichzeitig auch nicht trösten. Auch diese Kinder können die Bezugsperson nicht als „sicheren Hafen“ / „sichere Basis“ benutzen. Die kindlichen Belastungen werden nicht in der Beziehung reguliert; Anspannung und Ärger in der Beziehung lassen keine Energie für Autonomie mehr zu. Als Erwachsene bewerten sie ihre Bindungsgeschichte manchmal sehr widersprüchlich, sind immer noch in emotionale Verwicklungen mit den Bezugspersonen der Kindheit verstrickt und zeigen deutlichen Ärger auf diese (unsicher-verwickeltes Modell).

### **Desorganisiertes-desorientiertes Bindungsmuster**

Zusätzlich zu den drei ursprünglich beschriebenen Bindungsmustern wurde in den Achzigerjahren dieses weitere Muster gefunden. Das Verhalten der Kinder ist gekennzeichnet durch einen unklaren, widersprüchlichen Gefühlsausdruck. Die Kinder scheinen durch die Bezugsperson geängstigt, denn diese zeigt sich bei kindlichem Bindungsverhalten selbst ängstigend oder ängstlich. Es entsteht so ein deutlicher Annäherungs- / Vermeidungskonflikt gegenüber der Bindungsperson; die Kinder erstarren regelrecht. Im Kindesalter zeigt sich eine desorganisierte / desorientierte Bindungsstruktur auch durch stark die Bindungsperson kontrollierendes Verhalten und in der Rollenumkehr Kind / Erwachsener. Bei Erwachsenen finden

sich Hinweise auf gedankliche Desorganisation im Gespräch über Bindungserfahrungen aufgrund unverarbeiteter traumatischer Erfahrungen und Verluste von Bindungspersonen.

## **Erfassung der Bindungsqualitäten**

Das erste und bis heute wichtigste Inventar zur Klassifikation der Qualität der Bindung in der frühen Kindheit stellt die Fremden Situation dar, die von Mary AINSWORTH und Mitarbeiterinnen entwickelt wurde (siehe u.a. KISSGEN 2009). Die Fremden Situation besteht aus insgesamt acht jeweils dreiminütigen Episoden, in denen durch die Neuheit der Situation, die An- bzw. Abwesenheit der Bindungsperson und der An- bzw. Abwesenheit einer fremden Person das Ausmaß an Stress und Vertrautheit für das Kind variiert und so das Bindungsverhaltenssystem ange-regt wird. Die jeweils besonderen Verhaltensmuster der Kinder erlauben die Diagnose der Bindungssicherheit bzw. Unsicherheit oder der Bindungsdesorganisation in einem Altersspektrum von 12 bis 20 Monaten.

In der frühen Kindheit ist es angemessen, die Bindungsqualität auf der Verhaltensebene zu untersuchen. Ab dem späten Jugendalter werden rein sprachgebundene Verfahren verwendet (siehe unten). Die Jugendlichen verfügen über interne Arbeitsmodelle vom Selbst, von der Umwelt und dem Selbst in Beziehung zu Bindungspersonen. Für das Lebensalter ab etwa drei Jahren ist ein rein sprachgebundenes Verfahren noch nicht, ein rein verhaltensbestimmtes nicht mehr angemessen. In diesem Alter reicht oft schon das Wissen um die Verfügbarkeit der Bezugsperson und das eigene Verhalten kann gemäß den Interaktionserfahrungen mit den Bindungspersonen immer besser der Umwelt angepasst werden. Dieses berücksichtigt die Attachment Story Completion Task (ASCT) von Inge BRETHERTON und Mitarbeitern (siehe u.a. BRETHERTON et al. 2001; BRETHERTON & KISSGEN 2009). Dabei wird über symbolisches Puppenspiel das Ausmaß der Bindungssicherheit und die Bindungsrepräsentationen des Kindes erfasst. Dieses Verfahren ist im Alter zwischen drei und acht Jahren valide anwendbar. Dem Kind werden sieben Geschichtenanfänge vorgespielt, bei denen es dann weiterspielen soll. Die Geschichten thematisieren: Geburtstag, Verschütteter Saft, Verletztes Knie, Gespenst im Kinderzimmer, eine Trennungsgeschichte, das Wiedersehen und einen Familienausflug. Abschließend darf das Kind etwas spielen, was der gesamten Familie Spaß macht. In die Auswertung fließt ein, wie das Kind die Puppen handeln lässt und was es über sie und für sie sagt.

Im Grundschulalter wird der Separation Anxiety Test (SAT) häufig eingesetzt (siehe JULIUS 2009). In diesem bildgestützten, projektiven Geschichtenergänzungstest werden Fragen zu acht Bildern gestellt, in denen ein Kind über kürzere oder längere Zeit von der Bindungsperson getrennt wird.

Eine Weiterführung bildgestützter Untersuchungsverfahren in das Jugendalter stellt der Bochumer Bindungstest (BoBiTE; TRUDEWIND & STECKEL 2009) dar. Ein neues projektives, ebenfalls bildgestütztes Verfahren, das ursprünglich für das Erwachsenenalter entwickelt wurde, liegt mit dem Adult Attachment Projektive (AAP; siehe GEORGE et al. 2009) vor. Das AAP besteht aus einem Set von acht

Bildern. Nach einem Aufwärm bild folgen sieben Bindungsszenen. Ähnlich wie in den bereits dargestellten Inventaren soll auch hier die Aktivierung des Bindungsverhaltenssystems von Bild zu Bild zunehmen. Die Äußerungen des Probanden werden nach Inhalt, Qualität des Diskurses und Abwehrprozessen ausgewertet.

Im Erwachsenenalter stellt das autobiographische Interview die geläufigste Methode der Untersuchung mentaler Repräsentationen dar, das Erwachsenen-Bindungs-Interview (AAI, siehe GEORGE & WEST 2001, GLOGER-TIPPELT 2001). Das AAI ist ein halbstrukturiertes klinisches Interview, in dem die Person zu Bindungserfahrungen und Bindungsbeziehungen in der Kindheit befragt wird. In die Auswertung gehen die Beurteilung der Art der sprachlichen Darstellung und die Stringenz und Kohärenz der geschilderten Bindungserinnerungen ein.

## **Häufigkeiten der Qualität der Bindungsklassifikationen, Einflussfaktoren und Auswirkungen**

Internationale Untersuchungen ergaben, dass in der Regel ca. zwei Drittel der Kinder sichere Bindungen aufweisen; ca. 20 Prozent zeigen ein unsicher-vermeidendes, ca. 15 Prozent ein unsicher-ambivalentes Muster (siehe z.B. SIEGLER et al. 2005, S. 590). Der Anteil desorganisierter-desorientierter Bindungsmuster liegt in Mittelschichtfamilien bei etwa fünf Prozent, kann aber unter bestimmten Konstellationen deutlich höher sein; so wurden bei von den Eltern misshandelten Kindern bis zu 89 Prozent desorganisierte Bindungsmuster gefunden (CARLSON et al. 1989; LYONS-RUTH 1996).

Das Bindungsmuster der Kinder steht in der frühen Kindheit in einem deutlichen Zusammenhang mit dem Bindungsmuster des jeweiligen Elternteils. Sicher gebundene Kinder haben in fast drei Viertel der Fälle Bindungspersonen mit einem autonomen Bindungsmodell, unsicher-vermeidend gebundene Kinder haben in mehr als der Hälfte Eltern mit unsicher-distanzierten und nur in zehn Prozent autonomen Modellen, unsicher-ambivalent gebundene Kinder haben in über einem Drittel Eltern mit unsicher-verstrickten und nur zu einem Drittel mit autonomen Muster. Eltern von Kindern mit desorganisierten Bindungsmustern haben in über die Hälfte ungelöste Traumata und verfügen nur zu 20 Prozent über ein autonomes Modell (siehe z.B. SIEGLER et al. 2005, S. 595).

Es gibt vielfältige Hinweise, dass die Unterschiede in den Bindungsmustern mit Unterschieden in den Interaktionsmustern zusammenhängen. Eine wichtige Rolle spielt dabei das Einfühlungsvermögen der Eltern, die elterliche Feinfühligkeit. Feinfühlige Bindungspersonen können die Signale ihres Kindes in der Regel ausreichend präzise erkennen, interpretieren und verstehen sie auch in der intendierten Weise und reagieren schnell und zuverlässig in angemessener Art und Weise. Dieses Verhaltensmuster ist mit der sicheren Bindung assoziiert. Eltern mit unsicher-ambivalent gebundenen Kindern erweisen sich in ihrer Fürsorge als unbeständig, mal reagieren sie prompt, mal überhaupt nicht. Eltern von unsicher-vermeidend gebundenen Kindern sind häufig gleichgültig und emotional unzugänglich; manchmal weisen sie den Wunsch nach körperlicher Nähe zurück. Desorganisierte

Kinder erscheinen durch das elterliche Verhalten verwirrt oder geängstigt zu werden.

Aber auch andere Faktoren auf Seiten des Kindes oder der Eltern beeinflussen die Entwicklung der Bindungsqualität. Beispielhaft kann hier das kindliche Temperament genannt werden. Manche Kinder sind warmherzig, freundlich und responsiv gegenüber Erwachsenen, andere wiederum gereizt, widerspenstig oder schwer zu trösten. Dies beeinflusst das elterliche Verhalten und so wiederum die Bindungssicherheit. Schwierige Kinder können die Eltern mit der Zeit frustrieren und diese wiederum in ihrer Fürsorge weniger feinfühlig werden.

Empirisch konnten vielfältige positive Zusammenhänge von Bindungssicherheit mit Entwicklungsergebnissen gefunden werden (siehe z.B. GROSSMANN & GROSSMANN 2004). Sichere Bindung ist dabei als Schutzfaktor zu sehen, als Ausgangspunkt eines Entwicklungspfadens hin zu Kompetenz und als Risikopuffer bei widrigen, hemmenden Umwelteinflüssen. Unsichere Bindung, aber vor allem desorganisierte Bindung, stellt einen erheblichen Risikofaktor für die kindliche Entwicklung dar.

Sicher gebundene Kinder wachsen psychisch stabiler und sozial kompetenter auf als unsicher gebundene Kinder. Sie erwerben eine „Mentalisierungsfähigkeit“, d.h. die Fähigkeit, mentale Zustände im Selbst und in anderen Personen sich vorstellen und erkennen zu können. Dieser Fähigkeit wird eine zentrale Bedeutung für die Organisation des Selbst und der Affektregulierung beigemessen. Die unterschiedlichen Bindungstypen sind durch die unterschiedliche Qualität der Mentalisierung gekennzeichnet, bei Fehlen oder Scheitern der Mentalisierung ist keine Bindungsstrategie erkennbar; die Bindung ist desorganisiert (FONAGY et al. 2002).

Eindeutige Zusammenhänge fanden sich zwischen der Bindungssicherheit Jugendlicher und dem Identitätsstatus nach Marcia (MARCIA 1966). Je sicherer, weniger distanziert und weniger verstrickt die Bindungsrepräsentation der Jugendlichen war, desto eher hatten sie ihre Identität erarbeitet und desto weniger diffus waren sie in ihren Selbstbeurteilungen (ZIMMERMANN & BECKER-STOLL 2002). Eine reifere Identität, die ihre Werte, Ziele und Selbstverpflichtungen gefunden hat, hängt zusammen mit einem sicheren Modell von Bindung, das Hilfsbereitschaft ebenso wie Hilfsbedürftigkeit und Vertrauen in eng verbundene Andere einschließt. Absolute Unabhängigkeit ist nicht erstrebenswert, um ein hohes Selbstwertgefühl zu entwickeln (GROSSMANN & GROSSMANN 2004).

## **Bindung bei Kindern mit Behinderung**

Behinderungen stellen besondere Anforderungen an die Erziehungskompetenz von Eltern (siehe RAUH 2004). Schock, Enttäuschung oder Angst erschweren es den Eltern, das Kind anzunehmen. Sie reagieren manchmal erst mit Kummer, Depression, offener oder verdeckter Ablehnung oder Feindseligkeit. Das „Lesen“ und Verstehen des kindlichen Verhaltens ist erschwert, es besteht eine Tendenz, das Kind überzustimulieren. Entwicklungsfortschritte sind oftmals schwer zu erkennen. Das Erregungsniveau des Kindes ist deutlich erhöht oder (z.B. bei Kindern mit Down-Syndrom) deutlich verringert; Mimik und Gestik sind weniger aus-

drucksvoll. Das Kind kann die Entwicklungsanregungen der Eltern nicht so nutzen, wie von den Eltern erwartet und gewünscht wird.

Die Befunde zur Bindung von Kindern mit Behinderung weisen darauf hin, dass Beeinträchtigungen des Hörens, deutlicher des Sehens und der Motorik das bindungsrelevante Verhaltensrepertoire einschränken. Man findet bei diesen Kindern aber dieselben Verteilungen der Bindungsmuster wie bei nicht behinderten Kindern. Die Mütter, als untersuchte Bindungspersonen, können sich also weitgehend auf diese Besonderheiten einstellen.

Kinder mit Trisomie 21 zeigen sowohl motorische, kognitive und sprachliche Entwicklungsverzögerungen und –beeinträchtigungen und sie reagieren emotional deutlich gedämpft, sind aber nicht in ihrem sozialen Interesse eingeschränkt. Sie stellen für die Eltern eine besondere Herausforderung dar.

Kinder mit Trisomie 21 können sichere Bindungsstrukturen entwickeln; die Häufigkeiten liegen mit um die 50 Prozent unter den Werten von Vergleichsgruppen (siehe oben; z.B. bei 44 Prozent in der Berliner Längsschnittstudie, RAUH 2004). Hoch ist der Anteil desorganisierter Bindungen (31 Prozent in der Berliner Längsschnittstudie); unsicher-ambivalente Bindung wurde nur selten beobachtet.

Eine andere relativ gut untersuchte Gruppe von Kindern und Jugendlichen sind Kinder mit Autismus. In einer Meta-Analyse (RUTGERS et al. 2004) zeigte sich, dass diese Kinder weniger häufig sicher gebunden waren als Vergleichsgruppenkinder; die Häufigkeiten lagen bei ca. 50 Prozent. In der Fremden Situation bevorzugten sie auch die Hauptbezugsperson vor der fremden Person. Das Problem bei diesen Studien liegt jedoch darin, dass die Fremde Situation in einem Alter der Kinder angewendet wurde, für die sie nicht vorgesehen ist.

Dieses Problem wurde in einer Pilotstudie berücksichtigt (siehe KISSGEN 2008). Dabei wurden die Bindungsrepräsentationen von 15 Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit der Diagnose „Asperger-Autismus“ und guter sprachlicher Entwicklung mit Hilfe des Adult Attachment Projective (AAP, s.o) untersucht. Es ergab sich eine Häufigkeit von 67 Prozent desorganisierten Bindungsstrukturen. Vorsichtig interpretiert: obwohl sich auf der Verhaltensebene Zeichen einer sicheren Bindung beobachten lassen, sind diese nicht in einem stimmigen, sprachlichen mentales Repräsentationssystem integriert.

## **Fazit**

Auch (geistig) behinderte Kinder und Jugendliche entwickeln sichere Bindungsbeziehungen. Es ist anzunehmen, dass die Qualität der Beziehung auch bei diesen Kindern für eine gesunde seelische Entwicklung von Bedeutung ist. Auch bei diesen Kindern findet sich der Zusammenhang mit der Qualität der Interaktion, d.h. mit der Feinfühligkeit der Bindungspersonen.

Die Bedeutung der Bindungsqualität für behinderte Kinder verlangt, nicht nur einseitig motorische oder kognitive Kompetenzen zu fördern, sondern auch möglichst früh Eltern und andere Betreuungspersonen über Bindungsaspekte aufzuklären und entsprechend zu beraten, um die Feinfühligkeit im Umgang, wenn nötig, zu verbessern. Anregungen für die Frühförderung finden sich in UNZNER (2005).

## Literatur

- ALSAKER, F.D. & KROGER, J. (2007): Identitätsentwicklung. In: Hasselhorn, M., Schneider, W. (Hrsg.): Handbuch der Entwicklungspsychologie. Göttingen: Hogrefe, S. 371-380.
- BRETHERTON, I. & KISSGEN, R. (2009): Diagnostik der Bindungsqualität im Kindergarten- und Vorschulalter – Die Attachment Story Completion Task (ASCT). In: Julius, H., Gasteiger-Klicpera, B. & Kißgen, R. (Hrsg.): Bindung im Kindesalter: Diagnostik und Interventionen, Göttingen: Hogrefe, S. 107-120.
- BRETHERTON, I., SUESS, G.J., GOLBY, B. & OPPENHEIM, D. (2001): "Attachment Story Completion Task" (ASCT) – Methode zur Erfassung der Bindungsqualität im Kindergartenalter durch Geschichtenergänzen im Puppenspiel. In: Suess, G.J., Scheuerer-Engelich, H. & Pfeifer, W.-K.P. (Hrsg.): Bindungstheorie und Familiendynamik: Anwendungen der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. Giessen: Psychosozial, S. 83-124.
- BOWLBY, J. (1969): Attachment and loss, Bd. 1: Attachment. London: Hogarth Press (dt. 2006: Bindung. München: Reinhardt).
- BOWLBY, J. (1973): Attachment and loss, Bd. 2: Separation: Anxiety and anger. New York: Basic Books (dt. 2006: Trennung. München: Reinhardt).
- BOWLBY, J. (1980): Attachment and loss, Bd. 3: Loss: Sadness and despression. New York: Basic Books (dt. 2006: Verlust. München: Reinhardt).
- CARLSON, V., CICCETTI, D., BARNETT, D. & BRAUNWALD, K. (1989): Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.
- ERIKSON, E.H. (1950): *Childhood and society*. New York: Norton.
- ERIKSON, E.H. (1968): *Identity. Youth and crisis*. New York: Norton.
- FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E.L. & TARGET, M. (2002): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- GEORGE, C., KAPLAN, N. & MAIN, M. (2001): Adult Attachment Interview. In: Gloger-Tippelt, G. (Hrsg.): *Bindung im Erwachsenenalter*, Göttingen: Hogrefe, S. 364-387.
- GEORGE, C., WEST, M., I. & KISSGEN, R. (2009): Diagnostik der Bindungsqualität im Jugendalter – Das Adult Attachment Projective (AAP). In: Julius, H., Gasteiger-Klicpera, B. & Kißgen, R. (Hrsg.): *Bindung im Kindesalter: Diagnostik und Interventionen*, Göttingen: Hogrefe, S. 199-222.
- GLOGER-TIPPELT, G. (2001): Das Adult Attachment Interview: Durchführung und Auswertung. In: Gloger-Tippelt, G. (Hrsg.): *Bindung im Erwachsenenalter*, Göttingen: Hogrefe, S. 102-120.
- GROSSMANN, K. & GROSSMANN, K.E. (2004): *Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- JULIUS, H. (2009): Diagnostik der Bindungsqualität im Grundschulalter – Der Separation Anxiety Test (SAT). In: Julius, H., Gasteiger-Klicpera, B. & Kißgen, R. (Hrsg.): *Bindung im Kindesalter: Diagnostik und Interventionen*, Göttingen: Hogrefe, S. 121-137.
- KISSGEN, R. (2008): *Bindungstheorie und Bindungsforschung, Teil 1: Grundlagen*. Lehrfilm der Netzwerk Medien der Universität zu Köln.
- KISSGEN, R. (2009): Diagnostik der Bindungsqualität in der frühen Kindheit – Die Fremden Situation. In: Julius, H., Gasteiger-Klicpera, B. & Kißgen, R. (Hrsg.): *Bindung im Kindesalter: Diagnostik und Interventionen*, Göttingen: Hogrefe, S. 91-105.
- LYONS-RUTH, K. (1996): Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 64-73.
- MARCIA, J.E. (1966): Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558.
- OERTER, R. & DREHER, E. (2008): *Jugendalter*. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie*, 6. Aufl. Weinheim: Beltz, S. 271-288.
- PAPOUSEK, H. & PAPOUSEK, M. (1987). Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In J. Osofsky (Hrsg.): *Handbook of infant development*, 2.Auflage (S. 669-720). Hillsdale, N.J.: Wiley.

- RAUH, H. (2004): Kindliche Behinderung und Bindungsentwicklung. In: Ahnert, L. (Hrsg.): Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung. München; Reinhardt, S. 313-331.
- ROEBERS, C.M. (2007): Entwicklung des Selbstkonzepts. In: Hasselhorn, M., Schneider, W. (Hrsg.): Handbuch der Entwicklungspsychologie. Göttingen: Hogrefe, S. 381-391.
- RUTGERS, A.H., BAKERMANS-KRANENBURG, M.J., VAN IJZENDOORN, M.H. & BERCKELAER-ONNES, I.A. (2004): Autism and attachment: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1123-1134.
- SIEGLER, R., DELOACHE, J. & EISENBERG, N. (2005): Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. München: Elsevier (dt. Ausgabe herausgegeben von S. Pauen).
- TRUDEWIND, C. & STECKEL, R. (2009): Diagnostik der Bindungsqualität bei 8- 14-jährigen Kindern – Der Bochmer Bindungstest (BoBiTe). In: Julius, H., Gasteiger-Klicpera, B. & Kißgen, R. (Hrsg.): Bindung im Kindesalter: Diagnostik und Interventionen, Göttingen: Hogrefe, S. 175-198.
- UNZNER, L. (2005): Bindung als handlungsleitendes Konzept in der Frühförderung. *Frühförderung Interdisziplinär*, 24, 134-141.
- ZIMMERMANN, P. & BECKER-STOLL, F. (2002): Stability of attachment representations in adolescence – the influence of ego-identity status. *Journal of Adolescence*, 25, 107-124.

# Adoleszenzkrisen aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Klaus Hennicke

## Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie beschäftigt sich mit den Erscheinungsformen auffälligen Befindens, Erlebens und Verhaltens, und versucht deren „Pathologie“ durch umfassende, multidimensionale Diagnostik zu verstehen, um auf dieser Basis (multimodale) Interventionen einzuleiten. Dies geschieht zunächst im Einzelfall nach Maßgabe komplexer fachlicher Entscheidungsprozesse sowie nach Maßgabe der Erwartungen der Kinder/Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen. Dazu werden eine Fülle theoretische Konzepte aus allen Bereichen der Humanwissenschaften (z.B. das Konzept der Adoleszenzkrisen) genutzt. Die Perspektive der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine bedeutsame Sichtweise unter mehreren zur Erklärung, Untersuchung und Behandlung auffälliger Lebensäußerungen von Kindern und Jugendlichen.

## Sozialepidemiologische Daten zur Morbidität und Mortalität in der Adoleszenz

### Die „neue Morbidität“

Im Vordergrund stehen heute aus sozialepidemiologischer Sicht nicht mehr die akuten Erkrankungen (z.B. Infektionskrankheiten, spezielle Organfunktionsstörungen), sondern chronische Erkrankungen und

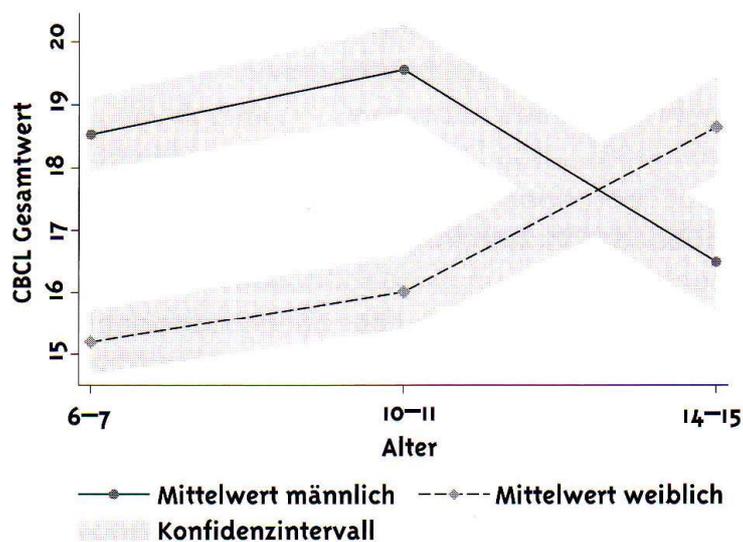
<i>Tab. 1: Diagnosen mit einem Alterdurchschnitt über 14 Jahre<sup>1</sup></i>	
F12	Cannabismissbrauch
F19	Politoxikomanie
F20	Schizophrenie
F32-33	Depressionen
F40-41	Angststörungen
F42	Zwangsstörungen
F50	Essstörungen
F60	Persönlichkeitsstörungen

Behinderungen, insbes. seelische Störungen. Geschätzt steigt die Mortalität und Morbidität im Adoleszenzalter um 200 % (DAHN 2004): Unfälle, Selbstmorde, Tötungen, Depressionen, Alkohol- und Drogenabusus, Gewalt und Delinquenz, Essstörungen, unachtsames, selbstschädigendes Verhalten (sog. Risikoverhaltensweisen der Adoleszenz) sowie allgemeine Gesundheitsproblemen.

In der Tab. 1 sind psychiatrische Diagnosen von Klienten mit einem durchschnittlichen Lebensalter von mehr als 14 Jahren aus 4 Kinder-

<sup>1</sup> Daten von 4 Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten in Berlin aus dem Jahr 2006 (N=1089).

und Jugendpsychiatrischen Diensten in Berlin 2006 (N= 1089) aufgelistet. Es zeigt sich das typische psychiatrische Morbiditätsspektrum dieser Lebensphase mit schwerwiegenden Störungsbildern. Nach den gleichen Daten nimmt der Grad der Funktionsbeeinträchtigung infolge der psychiatrischen Störung kontinuierlich mit dem Lebensalter zu und erreicht im 17. Lebensjahr den höchsten Wert. In Abb. 1 wird diese Entwicklung bestätigt. Bemerkenswert sind die deutlichen Geschlechtsunterschiede - mit ungünstigerer Bilanz für Mädchen. Aus klinisch-epidemiologischer Erfahrung sind ca. 2/3 aller psychiatrischen Inanspruchnahmen im Jugendlichenalter Mädchen. Auch in der derzeit umfassendsten epidemiologischen Studie zur Morbidität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (RAVENS-SIEBERER et al. 2007) werden diese Sachverhalte bestätigt.



**Abb. 1: Durchschnittliche Gesamtwerte der Child Behavior Checklist zu den Messzeitpunkten bei Jungen und Mädchen; Heidelberger Schulstudie HAFFNER et al. 2006; zit n. BRUNNER & RESCH 2008**

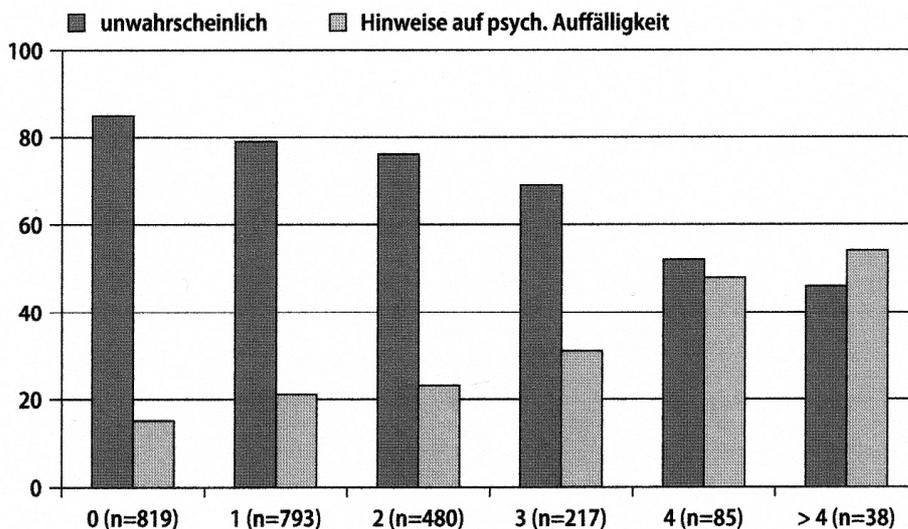
Aus diesen wenigen Daten ergibt sich der eindeutige Befund, dass viele psychische Störungen ihre Wurzeln in der biologischen, psychologischen und sozialen Reifungsphase der Adoleszenz haben, somit anzunehmen ist, dass diese Lebensphase offensichtlich mit hohem Risiko für funktionsbeeinträchtigende, abweichende oder pathologische Entwicklungen verbunden ist.

## Pubertät und Adoleszenz und deren Krisen

Der Begriff Pubertät meint die biologischen Reifungsschritte, die in dieser Lebensphase ablaufen. Unter Adoleszenz wird der Prozess der psychosozialen Wandlungsschritte des Übergangs von der Kindheit ins Erwachsenenalter verstanden. Krisen der Adoleszenz sind (vorübergehende) *Überforderungssyndrome* in der Bewältigung von *Entwicklungsaufgaben*: „Starting the engines with an unskilled driver“, das heißt frei übersetzt: *Eine Lokomotive führen, ohne dies gelernt zu haben* (DAHL, 2004). Es sind von daher *Normvarianten* des Erlebens und Verhaltens in der Adoleszenz, also sich

noch innerhalb einer kulturellen Norm bewegenden Verhaltensauffälligkeiten. Die Feststellung einer Adoleszenzkrise ist keine psychiatrische Diagnose. In psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontexten werden die Begriffe normative Krise, Reifungskrise, adoleszente Identitäts- oder Entwicklungskrise synonym verwendet.

Adoleszenzkrise sind nicht die Ursache der Probleme, sondern bezeichnen eine besondere Lebensphase („Übergangsphase“ oder „transition“) mit erhöhter Anfälligkeit (Vulnerabilität), in deren Verlauf unvermeidliche („normative“) und zusätzliche Risikofaktoren eine höhere Wahrscheinlichkeit entwickeln, ihre destruktive, „pathogene“ Potenz zu entfalten. Damit steigt das *Risiko* für die Entwicklung von psychischen und/oder körperlichen Störungen. Im Einzelfall ist keine exakte Vorhersage möglich, sondern nur eine Aussage zur Wahrscheinlichkeit, mit der eine Störung eintreten *könnte*. Je mehr Risikofaktoren vorhanden sind, desto höher ist allerdings auch im Einzelfall die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Störung<sup>2</sup>. Diese kumulative Wirkung von Risikofaktoren konnte in epidemiologischen Studien eindrucksvoll bestätigt werden (Abb. 2):



**Abb.2 Kumulative Wirkung von Risikofaktoren hinsichtlich psychischer Auffälligkeit**

(Quelle: Ravens-Sieberer et al. 2007)

<sup>2</sup> Streng genommen gilt diese Aussage in dieser Form heute nicht mehr und dient hier nur der Vereinfachung der Darstellung. Die moderne Entwicklungspsycho(patho)logie hat ein wesentlich komplexeres Modell der Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischer Störungen vorgelegt. Sie geht von transaktionellen Wirkungen genetisch determinierter, biologischer Vulnerabilität und Resilienz (Disposition; Genotyp) aus, die im Verlauf der Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen modifiziert werden (erworbene Vulnerabilität und Resilienz sowie Phasen erhöhter Vulnerabilität). In diesem Prozess entfalten Schutz- und Risikofaktoren ihre Wirkungen in der Art und Weise, wie sie vom Individuum wahrgenommen und bewältigt werden (Coping). Das Ganze geschieht unter spezifischen ökologischen Bedingungen der psychosozialen und materiellen Umwelt des Individuums. Darüber hinaus muss die Dauer, der Zeitpunkt und die Intensität der Faktorenwirkungen berücksichtigt werden sowie die Art und Weise, wie sie im Prozess der Transaktionen und Wechselwirkungen gegenseitig Einfluss nehmen. Im konkreten Einzelfall ist daher, wie bereits angedeutet, keinerlei Vorhersage der Entwicklungsprozesse möglich (Prinzip der Äquifinalität und Multifinalität) (vgl. SCHMIDT 2000; NIEBANK & PETERMANN 2000).

## Wie kommt es zu diesen Krisen?

Grundsätzlich wird menschliche Entwicklung aus drei Quellen gespeist:

- Körperliche Reifung und damit einhergehende neuroendokrinologische Umstrukturierungen
- Gesellschaftliche Erwartungen und kulturelle Normen
- Individuelle Ziele und Wertvorstellungen.<sup>3</sup>

Pubertät und Adoleszenz sind nun zweifellos die Entwicklungsphase des Menschen mit den umfassendsten biologischen Veränderungen in den neuroendokrinologischen Strukturen und Regulationen, einhergehend mit den radikalsten Veränderungen der gesellschaftlichen Erwartungen an das Individuum sowie den am weitestreichenden Veränderung im Bereich der psychologischen Neu- und Umorganisation. All diese tief greifenden Prozesse müssen von der Person bewältigt, d.h. in das eigene Selbst integriert werden (Identitätsfindung). Zur Beschreibung dieser komplexen Prozesse ist die Vorstellung einer „Krise der Person“ unmittelbar plausibel. Das bedeutet allerdings nicht, dass diese Phase immer mit spürbaren Erschütterungen ablaufen muss. Es ist möglich und wahrscheinlich gar nicht so selten (vielleicht bei ca. 20% der Jugendlichen), dass die Anforderungen ähnlich wie in früheren Reifungs- und Entwicklungsprozessen (z.B. Laufen lernen, Eintritt in den Kindergarten oder Schulanfang) problemlos und quasi „harmonisch“ bewältigt und auf einer neuen Entwicklungsstufe integriert werden. Dennoch wird mit jeder Anpassung an die jeweils neuen Anforderungen der Entwicklungsstufe seelische Verunsicherungen ein gewisses Maß an Ressourcenmobilisierung (Anstrengung, Belastung) sowie die Entwicklung neuer Strategien notwendig. Die epidemiologischen Befunde legen nun nahe, dass in der Phase der Adoleszenz diese Anforderungen so erheblich sind, dass die Risiken einer wirklichen Krise in wie auch die Risiken des Scheitern oder der nur partiellen Bewältigung der Anforderungen doch sehr groß sind.

Für die nähere Betrachtung dieser Lebensphase hat sich das Konzept der Entwicklungsaufgaben bewährt. Es wurde in den 30er Jahren von HAVIGHURST entwickelt und 1948 mit der Intention vorgelegt, *„entwicklungspsychologisches Wissen und Denken zur Förderung pädagogisch kompetenten Handelns zu vermitteln“* (OERTER & DREHER 1998, 326). *„Die zentrale Idee des Konzepts beruht darauf, dass Entwicklungsaufgaben im Grunde Lernaufgaben darstellen, d.h. Entwicklung wird als Lernprozess aufgefasst, der sich über die gesamte Lebensspanne erstreckt, und im Kontext realer Anforderungen zum Erwerb von Fertigkeiten und Kompetenzen führt, die zur konstruktiven und zufriedenstellenden Bewältigung des Lebens in einer Gesellschaft notwendig sind“* (Ebd.). Die große Resonanz, die das Konzept hervorgerufen hat, liegt in seiner pragmatischen Nutzbarkeit für alle Entwicklungstheorien; kritisch relativiert werden müssen seine normativen Setzungen und deren gesellschaftliche und auch individuelle Bewertung. Evident ist die unmit-

---

<sup>3</sup> Auch hier findet eine nur aus didaktischen Gründen zulässige Vereinfachung bezogen auf die Phase der Adoleszenz statt. Selbstverständlich gibt es noch wichtige andere Quellen (z.B. Gesundheit/Krankheit; familiäre, materielle und gesellschaftliche Umwelt).

telbare Plausibilität. *“Entwicklungsaufgaben bieten einerseits ökologisch valide Zugänge zur Analyse von externen und internen Faktoren für Veränderung, spezifizieren hemmende und unterstützende Entwicklungsbedingungen und identifizieren die Bedeutung individueller Entwicklungstheorien für die Regulation der eigenen Aktivität. (...) (Ebd., 328).* Ferner kann das Konzept problemlos andere Konzepte (z.B. Coping, Handlungskontrolle, Kommunikation) integrieren. So liegt es nahe, dass auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie sich des Konzepts der Entwicklungsaufgaben bedient. Die folgende Abb. 3 ist dem Lehrbuch für Kinder- und Jugendpsychiatrie von H. REMSCHMIDT (2005) entnommen<sup>4</sup> und beschreibt sehr konkret, welche Entwicklungsaufgaben Jugendliche bewältigen müssen:

**Abb. 3: Entwicklungsaufgaben von Jugendlichen (nach REMSCHMIDT 2005)**

Entwicklungsaufgabe	Beschreibung
1. Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung und effektive Nutzung des Körpers	Hierunter fällt: Sich des eigenen Körpers bewusst zu werden. Lernen, den Körper in Sport und Freizeit, aber auch in der Arbeit und bei der Bewältigung der täglichen Aufgaben sinnvoll zu nutzen.
2. Erwerb der männlichen und der weiblichen Rolle	Der Jugendliche muss seine persönliche Lösung für die Ausgestaltung seiner Geschlechtsrolle finden.
3. Erwerb neuer und reiferer Beziehungen zu Altersgenossen	Hierunter fällt insbesondere die Integration in Gruppen von Gleichaltrigen (Peergroups), die zunehmend an Bedeutung gewinnt.
4. Gewinnung emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern und anderen Erwachsenen	Bei der Bewältigung dieser Entwicklungsaufgabe kommt es häufig zu Konflikten mit Eltern und anderen Erwachsenen. Deshalb bereitet diese Entwicklungsaufgabe den Eltern oft genauso große Probleme wie den Jugendlichen selbst.
5. Vorbereitung auf die berufliche Tätigkeit	Die schulische und berufliche Ausbildung und die damit verbundenen Probleme und Konflikte stellen für Jugendliche eine weitere zentrale Thematik dar.
6. Vorbereitung auf Heirat und Familienleben	Hierzu gehört der Erwerb von Kenntnissen und Erfahrungen, die für Partnerschaft und Familienleben von Bedeutung sind. Häufig wird dies von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in alternativen Lebensformen (z.B. Wohngemeinschaften) erprobt.
7. Gewinnung eines sozial verantwortungsvollen Verhaltens	Hierunter fällt das Engagement für das Gemeinwohl, die schrittweise Übernahme von politischer und gesellschaftlicher Verantwortung.
8. Aufbau eines Wertesystems und eines ethischen Bewusstseins	Hierunter fallen die Auseinandersetzung mit den Wertesystemen in unserer Kultur (z.B. Religion) und die Entwicklung einer internalisierten Wertestruktur, die dem eigenen Handeln als Orientierung dienen kann.

## Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz und geistige Behinderung

Im Folgenden wird der Versuch unternommen, Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz (in der Formulierung von REMSCHMIDT) danach zu betrachten, wie Jugendliche mit einer geistigen Behinderung bei der Bewältigung unterstützt werden können. Dabei wird deutlich, dass es eigentlich keine grundsätzlichen Unterschiede

<sup>4</sup> REMSCHMIDT (2005) übereinstimmend mit DREHER & DREHER 1985 in OERTER & DREHER 1998 in Anlehnung an HAVIGHURST 1948

zu nicht behinderten Jugendlichen gibt, dass aber die einen oder anderen Aspekte in besonderer Weise mehr Beachtung in der familiären und institutionellen Erziehung finden sollten (s. Kasten 1).

***Kasten 1: Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz und ihre Unterstützung bei Jugendlichen mit geistiger Behinderung***

- *Akzeptieren des eigenen Körpers*  
Achten auf Körperlichkeit, Sport, Bewegung, Ernährung; aber auch Anmut, Ausdruck, Ästhetik
- *Erlernen und Ausfüllen der Geschlechtsrolle*  
Achten auf Freund-/Liebschaften, Zulassen von (körperlicher) Nähe, Achten auf sexuelle Äußerungsformen, Interessen, Wahrnehmung von Geschlechtsunterschieden
- *Erlangung der Unabhängigkeit vom Elternhaus (Ablösung):*  
Frühe und häufige Aktivitäten unabhängig von den Eltern (Kiga, Schule, Freizeitgestaltung, Ferienfreizeiten); Aufklärung der Eltern
- *Zunehmende außerfamiliäre Orientierung; Auseinandersetzung mit Autorität, Tradition und gesellschaftlichen Normen*  
Entwickeln einer passenden Gleichaltrigengruppe; unterstützte Konfliktbewältigungsprozesse z.B. mit Lehrern
- *Entwicklung von Selbstvertrauen und Selbstwert*  
„Jeder nach seinen Fähigkeiten ...“ als primäre pädagogische Aufgabe, Entwickeln einer passenden Gleichaltrigengruppe; Zulassen von Risikoverhaltensweisen
- *Aufbau eines Wertesystems, einer eigenen „Weltanschauung“ als Richtschnur des eigenen Verhaltens, Entwicklung von Zukunftsperspektiven*  
Vermittlung von Moralvorstellungen und Werten in der familiären und institutionellen Erziehung; Einbeziehen in Konfliktregelungen; Offensive Zukunftsplanung
- *Findung einer persönlichen Identität als „Finden einer eigenen Mitte ... zwischen Selbsterleben, Fremderleben und Anpassung an soziale Normen“ (REMSCHMIDT 1985)*  
„gezielte Unterstützungsangebote, um bewusste Auseinandersetzung mit dem Selbst zu initiieren. Nur so kann die Frage „Wer bin ich?“ über den Weg eines *konstruktives Identitätserlebens* beantwortet werden“ (*i.S. der erarbeiteten Identität*) (SCHUPPENER 2006, 163)

Es geht also um die subjektive Wahrnehmung und Integration tiefgreifender körperlicher Veränderungen, deren Nichtgelingen in vielfältiger Weise zu Problemen führen kann, beispielsweise zu sog. Dymorphophobien = Missgefallen an der eigenen Gestalt mit Selbstwertkrise, Unerklärlichkeit der ersten Menstruation oder des Samenergusses, sexuelle Impulse und deren Unerfüllbarkeit, Probleme der sexuellen Identität; aber auch Stimmbruch, Bartwuchs, Schambehaarung, Brust-, Peniswachstum und Akne. Für viele nichtbehinderte Jugendliche ist diese Integration trotz kognitiver Erklärungsmöglichkeiten schon schwer genug.

Für intelligenzgeminderte Jugendliche stellt sich selbstverständlich auch die Notwendigkeit der normativen Neuorientierung vom Kind zum Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit jeweils unterschiedlichen subjektiven und gesellschaftlichen Erwartungen. An welchen Normen und Erwartungen sollen sie sich orientieren, welche „Normalität“ wird ihnen dazu angeboten? Die Risiken diskrepanter Zu-

stände zwischen gesellschaftlichen Erwartungen und persönliche Voraussetzungen sind enorm. Die bisherigen integrativen Konzepte scheitern oftmals spätestens in der Adoleszenz, wo die kindliche Unbefangenheit und Offenheit gegenüber anderen sich radikal verändert zugunsten der Zuwendung zu sozial homogenen Gleichaltrigengruppen mit oftmals strengen Grenzen zu den jeweils anderen. Wie sollte die Gleichaltrigengruppen für Jugendliche mit geistiger Behinderung aussehen? Es könnte vermutet werden, dass in dieser Phase die stärksten Kränkungen durch Ablehnung und Ausgrenzung erfahren werden, mit erheblichen Folgen für die eigene Selbstsicherheit und Identität. Am schwierigsten dürfte für intelligenzbeeinträchtigte Jugendliche die Bewältigung der widerstreitenden Tendenzen zwischen Wünschen nach Ablösung, Selbständigwerden, Erwachsenwerden, neue Beziehungen eingehen vs. Kind-bleiben, Abhängigbleiben, Versorgtwerden im Kontext ihrer real mehr oder weniger stark eingeschränkten Möglichkeiten zur Selbstständigkeit und Unabhängigkeit.

Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht ist anzunehmen, dass Jugendliche mit einer intellektuellen Beeinträchtigung wesentlich häufiger als andere bei der Bewältigung scheitern oder tiefgreifende Krisen durchmachen, die zu seelischen Verletzungen und letztlich auch zu mehr oder weniger schwerwiegenden psychischen Störungen führen können. Es wird weiterhin angenommen, dass weder in der familiären noch institutionellen Erziehung diese Entwicklungsschritte (auch in ihrer „Langsamkeit“) ausreichend gewürdigt und unterstützt werden.

Insbesondere stellt sich die Frage, ob die sich hier spiegelnde „Normalität“ so einfach auf geistig behinderte Menschen angelegt werden darf oder ob es nicht angemessener wäre von einer „subjektiven Konstruktion“ von Selbst- und Fremderleben auszugehen und damit mehr die Prozesse unterstützt werden müssen, die auf die je individuelle Integration der Bewältigungsprozesse abzielen. Unter letzterem Aspekt sollten m.E. die obigen Unterstützungen angelegt sein, um zu gewährleisten, dass die in der Tat objektiven Erschwernisse für Menschen mit geistiger Behinderung eine bessere Chance haben, bewältigt zu werden.

## **Die wichtigsten Strategien der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben**

### **Gleichaltrigengruppe**

Im Vordergrund steht die Orientierung an und Integration in die Gleichaltrigengruppe. Die Individualität entwickelt sich im Spannungsfeld zwischen Autonomiestreben und Bindung. Das Gelingen der Ablösungsaufgabe ist stark an die *Anerkennung* (Herv. KH) in der Gleichaltrigengruppe gebunden. Gleichaltrige helfen, die Ablösung von den Eltern zu unterstützen und Normen und Orientierungen *in Abgrenzung zur Erwachseneneneration* zu finden (auch wenn sie möglicherweise gar nicht so unterschiedlich sind) (vgl. RESCH & WESTHOFF 2008; STREECK-FISCHER 2008).

Die spannende Frage ist, wie die passende, im o.g. Sinn förderliche Gleichaltrigen-gruppe für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderungen beschaffen sein muss. Sollten es ähnlich beeinträchtigte oder nicht beeinträchtigte Personen sein?

Die Überlegenheit integrativer Erziehung gegenüber der Erziehung in „Sondereinrichtungen“, d.h. nach den Voraussetzungen und Möglichkeiten der Klientel organisierten Orten (Kindergärten, Schulen, Heime) ist empirisch nicht bewiesen (HOWLIN 2005). Die Platzierung in „normalisierten“, integrierten Settings führt jedenfalls nicht gleichsam automatisch zu einer ungestörten gesünderen Entwicklung. Es bedarf zwingend erheblicher zusätzlicher Anstrengungen, um integrative Settings für alle Beteiligten zu einer befriedigenden, entwicklungsfördernden Erfahrung werden zu lassen. Im Einzelfall sollte sorgfältig abgewogen werden, ob die vorhandenen integrativen Angebote konzeptionell und personell so ausgestattet sind, dass sie wirklich gemeinsame Erziehung und Erfahrungen gewährleisten. Weder fiskalische Gründe noch kategorische ideologische Überzeugungen sollten dabei allzu großes Gewicht haben.

Die Idee von Inklusion fordert die unterschiedslose Einbeziehung aller Menschen ausnahmslos in alle gesellschaftlichen Prozesse, wobei es Aufgabe der Gesellschaft ist, die Bedingungen dafür zu schaffen („*community care*“). Von solchen Bedingungen sind wir politisch und materiell sehr weit entfernt. Zweifellos aber bleibt die Forderung nach integrativer bzw. inklusiver Erziehung behinderter Kinder und Jugendlicher das zentrale humanistische und bildungspolitische Anliegen in der modernen Gesellschaft.

## Risikoverhaltensweisen

Risikoverhaltensweisen stellen Handlungsmuster des jugendlichen Individuums dar, die durch einen *Mangel* an Selbstfürsorge, Gesundheitsbewusstsein und sozialer Umsicht gekennzeichnet sind, wodurch ein Gefährdungspotential für den Jugendlichen entsteht z.B. körperliche Auseinandersetzungen, Grenzüberschreitungen, Missbrauch von Alkohol, Drogen und Tabak. Der subjektive Sinn solcher riskanten Verhaltensweisen liegt darin, die Identität der eigenen Person zu sichern, Bedeutung zu erlangen und den Selbstwert zu regulieren (RESCH & WESTHOFF 2008). Risikoverhaltensweisen helfen aber nur vorübergehend; bei längerer Dauer oder gar Persistenz beeinträchtigen sie die weiteren Entwicklungschancen. Schlimmstenfalls kommt es zur *Kumulation* mit anderen Risikofaktoren (s.o.), so dass schließlich *aus der Krise eine psychische Störung* werden kann.

Welche Verhaltensweisen von geistig Behinderten sehen wir in diesem Sinne? In erster Linie dürften es aggressiv-expansive Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen und erwachsenen Autoritätspersonen sein, riskante Verhaltensweisen („Ausprobieren“) aller Art und ebenfalls der Missbrauch von Alkohol, Tabak und evtl. illegalen Drogen. Die Frage an uns ist berechtigt, ob wir solche Verhaltensauffälligkeiten im obigen Sinne als Risikoverhalten deuten (Nutzung zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben) und in diesem Sinne mit den Jugendlichen umgehen oder ob wir eher nur zu Sanktionen, Begrenzungen und Einschränkungen neigen?

## Der gesellschaftliche Rahmen: Die sog. „Postmoderne“

Die Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz sind eng mit kulturellen Normen und Werten verbunden, die als gesellschaftliche Erwartungen wie auch als individuelle Wertvorstellungen zu entscheidenden „Quellen“ der weiteren Entwicklung werden. RESCH & WESTHOFF (2008) haben den grundlegenden Wertewandel zur sog. Postmoderne in die Diskussion der Adoleszenzkrise eingebracht:

- (1) Informationsvielfalt: Alles ist „wahllos“ zugänglich;
- (2) Erfolgsorientierung: Hoher individueller Leistungsdruck;
- (3) Komplexität gesellschaftlicher Probleme: Es fehlen klare Konzepte/Ideologien;
- (4) Vielfalt der Wertmaßstäbe: Es gibt keine verbindlichen Werte;
- (5) Kulturelle Vielfalt: Interessante Begegnungen vs. Fundamentalismus und Rassismus;
- (6) Mobilität: Kein „Zuhause“ mehr;
- (7) Flexibilität des Denkens: Beliebigkeit, Situationsbedingtheit.

„Wo soll der Jugendliche in diesem Spannungsfeld eine persönliche Identität, ein gefestigtes Selbstverständnis und einen stabilen Selbstwert erringen?“ fragen RESCH & WESTHOFF (ebd.) und stellen fest, dass ca. 30% gut gerüstet seien, dass es ca. 50% mehr oder weniger hinreichend gelingt und dass aber ca. 20% scheitern.

Auch hier stellt sich die Frage: Gelten diese kulturellen Veränderungen auch für Menschen mit geistiger Behinderung? Oder besser formuliert: Wie wirkt sich dieser gesellschaftliche Wertewandel auf geistig behinderte Menschen aus? Ist zu befürchten, dass (verstärkt) kumulative Effekte von Risikobedingungen auftreten? Wenn ja, was können wir tun, um bereits jetzt bekannte „Risikofaktoren“ zu reduzieren?

Nehmen wir die für nicht intelligenzeingeschränkte Jugendliche risikoreichen Bedingungen der Adoleszenz ernst, sollten wir ganz offensichtlich die Bedingungen der (interdisziplinären, multi-professionellen) Unterstützung und Begleitung intensivieren, um frühzeitig pathologische Entwicklungspfade zu erkennen. Dazu wäre eine Entideologisierung und Entkrampfung des Autonomie- und Selbstbestimmungsdiskurses notwendig, damit solche „fürsorglichen“ (personal-intensiven und damit teuren) Konzepte überhaupt eine Chance haben. Damit könnten die Möglichkeiten für Risikoverhalten (ohne gefährliche Folgen) erhöht werden. Da diese insbesondere in der Orientierung an die Gleichaltrigenrealität realisierbar sind, muss vordringlich die Frage geklärt werden (nicht nur im Einzelfall, sondern auch konzeptionell), welche Gruppe die „passendste“ ist. Hier einfach auf Integration und Inklusion als Maßstab zu verweisen, greift zu kurz, weil es die aktuellen gesellschaftlichen und politischen Voraussetzungen zu wenig beachtet. Im wissenschaftlichen Diskurs müssen dazu die interdisziplinären Konsensanstrengungen im Verständnis von Intelligenzminderung und geistiger Behinderung vorangebracht werden.

## Zum Ausgang der Adoleszenzkrise

Es besteht also kein Zweifel, dass – geschätzt bei ca. 20% der Jugendlichen und vermutlich deutlich häufiger bei intellektuell behinderten – im Verlauf der Adoleszenzkrise ungenügende Bewältigungsversuche mit mehr oder weniger tiefen seelischen Verletzungen passieren können, in deren Folge sich psychische und soziale Auffälligkeiten und Störungen entwickeln können. Unter psychiatrischem Blickwinkel zeigt sich bei nichtbehinderten im Vergleich zu behinderten Jugendlichen eine sehr ähnliche Symptomatik (Tab. 2). In der Adoleszenz beginnen oder manifestieren sich einige typische psychische Störungen (vgl. Tab. 1).

<b>Tab. 2: Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen in der Adoleszenz</b>	
<b>Nichtbehinderte Jugendliche</b>	<b>Geistig behinderte Jugendliche<sup>5</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimmungs labilität</li> <li>• Überempfindlichkeit</li> <li>• Selbstwertkrisen</li> <li>• Leistungsstörungen</li> <li>• Verweigerung, Auflehnung</li> <li>• Aggressivität, Delinquenz, Dissozialität</li> <li>• Depression</li> <li>• Depersonalisation</li> <li>• Somatisierung, Hypochondrie</li> <li>• Sexuelle Auffälligkeiten</li> <li>• Drogenmissbrauch</li> <li>• Suizidphantasien und –handlungen</li>   <li>• Affektive Störungen (Angststörungen, Phobien, depressive, manisch-depressive Erkrankungen)</li> <li>• Zwangserkrankungen</li> <li>• Anorexie und Bulimie</li> <li>• Dissoziative Störungen</li> <li>• Persönlichkeitsstörungen</li> <li>• Schizophrenie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• oftmals radikaler Umschwung des Verhaltens</li> <li>• Stimmungs labilität, diffuse Unzufriedenheiten, emotionale Schwankungen</li> <li>• heftiger emotionale Reaktionen, plötzliche scheinbar unmotivierte Wutausbrüche,</li> <li>• Aggression und Destruktion</li> <li>• Autoaggression</li> <li>• Verweigerung, Auflehnung</li> <li>• Enuresis (Regression)</li> <li>• Rückzug, Antriebshemmung</li>   <li>• Affektive Störungen</li> <li>• Psychosen</li> <li>• schwerwiegende (expansive) Verhaltensstörungen</li> <li>• Persönlichkeitsstörungen</li> <li>• Angststörungen und Phobien</li> <li>• ADD (Attention-deficit-disorders) mit Hyperaktivität</li> </ul>

## Schlussfolgerungen

Die Zeit der Adoleszenz bedeutet für Jugendliche mit geistiger Behinderung eine hochrisikoreiche Übergangsphase in ihrem Leben, in der *vielfältige Risikofaktoren* kumulieren können mit der Folge der Entwicklung krisenhafter Zustände mit teilweise schwerwiegenden, expansiv-aggressiven Verhaltensauffälligkeiten, aber auch von psychischen Störungen mit erheblichen Langzeitfolgen. Es ist anzunehmen, dass dadurch die Möglichkeiten für integrative Schul-, Arbeits- und Lebensformen wie

<sup>5</sup> Mod. n. FEHLHABER 1978; SENCKEL 1996; MASI 1998 (Lernbehinderte und leicht geistig Behinderte)

auch insgesamt der gesellschaftlichen Teilhabe i.S. einer zusätzlichen Behinderung erheblich beeinträchtigt werden.

Adoleszente Menschen mit geistiger Behinderung bedürfen daher unserer besonderen Unterstützung („Fürsorge“) zur Bewältigung der anstehenden Entwicklungsaufgaben. Es müssen vor allem frühzeitig Erfahrungen ermöglicht und Fähigkeiten verstärkt werden, „sich eine Identität zu erarbeiten“ (Gleichaltrigengruppe, Risikoverhaltensweisen, Ablösungsprozesse). Sie brauchen auch unserer besonderen Aufmerksamkeit, um Abweichungen der Entwicklung frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Die Komplexität der Probleme verlangt interdisziplinäre und multi-professionelle Untersuchungs- und Interventionsstrategien auf verschiedenen Ebenen und mit unterschiedlichen Methoden (multimodale Interventionen). Die „alten (bewährten) Konzepte“ müssen in komplexe Modelle integriert werden (z.B. der Entwicklungspsychopathologie).

## Literatur

- BRUNNER, R. & RESCH, F. (2008): Biologie der Adoleszenz: Gründe für eine geschlechtsspezifische Psychopathologie. In: RESCH, F., SCHULTE-MARKWORT, M. (Hrsg.)(2008): Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie – Schwerpunkt: Adoleszenz. Beltz, Weinheim, Basel, S. 3-12
- DAHL, R.J. (2004). Adolescent Brain Development. *Annals of the New York Academy of Science*, 1021,1-22. Zit.n. STREECK-FISCHER, A. (2008): Psychische Gesundheit in der Adoleszenz. In: RESCH, F., SCHULTE-MARKWORT, M. (Hrsg.)(2008): Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie – Schwerpunkt: Adoleszenz. Beltz, Weinheim, Basel, S.77-87
- FEHLHABER, C. (1978): Ablösungskrisen bei geistig behinderten Jugendlichen. In: LEMPP, R. (Hrsg.) (1987): Reifung und Ablösung. Das Generationenproblem und seine psychopathologischen Randformen. Huber, Bern, S.157-160
- HAFFNER, J., ROOS, J., STEEN, R., PARZER, P., KLETT, M., RESCH, F. (2006): Lebenssituation und Verhalten von Jugendlichen. Ergebnisse einer Befragung 14- 16-jähriger Jugendliche und deren Eltern im Jahr 2005 (Heidelberger Schulstudie). Gesundheitsbericht Rhein-Neckar-Kreis/ Heidelberg Bd.3. <http://www.rhein-neckar-kreis.de/servlet/PB/show /1599900/ Jugendgesundheitsstudie2005.pdf>
- HAVIGHURST, R.J. (1948): *Developmental tasks and education*. McKay, New York
- HENNICKE, K. (2004): Krisen in der Adoleszenz. Bedingungen, Erscheinungsformen und Bewältigung. In: WÜLLENWEBER, E., THEUNISSEN, G. (Hrsg.) (2004): *Handbuch Krisenintervention*. Bd. 2: Praxis und Konzepte zur Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Praxisbegleiter. Kohlhammer, Stuttgart
- HOWLIN, P. (2005): Special educational treatment. In: RUTTER, M., TAYLOR, E. (2005): *Child and Adolescent Psychiatry*. Blackwell, Oxford. 4. Aufl, 1128-1147
- JULIUS, M. (2000): Identität und Selbstkonzept von Menschen mit geistiger Behinderung. *Behindertenpädagogik*, 39, 175-194
- MARKOWETZ, R. (2000): Identitätsentwicklung und Pubertät - über den Umgang mit Krisen und identitätsrelevanten Erfahrungen von Jugendlichen mit einer Behinderung. *Behindertenpädagogik*, 39, 136-174
- MASI G., BROVEDANI, P., MUCCI, M., FAVILLA, L. (2002): Assessment of anxiety and depression in adolescents with mental retardation. *Child Psychiatry Hum Dev*. 32(3)(2002)227-37
- MASI, G. (1998): Psychiatric illness in mentally retarded adolescents: clinical features. *Adolescence* 33 (130):425-34
- NIEBANK, P., PETERMANN, F. (2000): Grundlagen und Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie. In: PETERMANN, F. (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Hogrefe, Göttingen (4. Auflage), S.57-94

- OERTER, R., DREHER, E. (1998): Jugendalter. In: OERTER, R., MONTADA, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Beltz, Weinheim, S. 310-395
- RAVENS-SIEBERER, U., WILLE, N., BETTGE, S., ERHART, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 5/6 (2007) 871-878
- REMSCHMIDT, H. (Hrsg.) (2005): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. Thieme, Stuttgart, 4. neu bearbeitete und erweiterte Aufl.
- REMSCHMIDT, H. (1985): Psychische Entwicklung und ihre Varianten in Pubertät und Adoleszenz. In: REMSCHMIDT, H.; SCHMIDT, M.H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd.II: Entwicklungsstörungen, organisch bedingte Störungen, Psychosen, Begutachtung. Thieme, Stuttgart, S. 13-19
- RESCH, F., WESTHOFF, K. (2008): Adoleszenz und Postmoderne. In: RESCH, F., SCHULTE-MARKWORT, M. (Hrsg.) (2008): Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie – Schwerpunkt: Adoleszenz. Beltz, Weinheim, Basel, S. 67-76
- SCHMIDT, M. H. (2000): Psychische Störungen infolge von Intelligenzminderung. In: PETERMANN, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. Hogrefe, Göttingen (4. Auflage), S.359-380
- SCHUPPENER, S. (2006): Menschen mit „Behinderungserfahrungen“ - Menschen mit einer „behinderten Identität“? Annahmen zur Identitätsentwicklung von Personen mit so genannter geistiger Behinderung. In KLAUSS, Th. (Hrsg.): Geistige Behinderung – Psychologische Perspektiven. Edition S. Universitätsverlag Winter, Heidelberg 2006, 163
- SENCKEL, B. (1996): Mit geistig Behinderten leben und arbeiten. Beck, München

## **Durch Gleichberechtigung zur Selbstbestimmung. Das WKS-Modell zur Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung**

**Willem Kleine Schaars**

Menschen mit einer geistigen Behinderung haben das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben. Das WKS Modell: ein Modell der Praxis für die Praxis.

Seit über 10 Jahren sind wir mit vielen Kollegen in einem intensiven deutsch-niederländischen Austausch zum Thema Behindertenhilfe mit dem Schwerpunkt geistige Behinderung. Über die Grenzen hinweg kann Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen als das vorrangige Ziel in der Behindertenhilfe beschrieben werden. Doch jeder, der diesen Begriff für sich mit einer idealistischen Haltung in Anspruch nimmt, kommt schnell an seine Grenzen oder auch an Grenzen im Umfeld.

Eine uns bewegende Frage war und ist: Was muss geschehen, damit die Selbstbestimmung für Menschen mit einer Behinderung möglich wird und wir – als MitarbeiterInnen mit einer idealistischen Haltung in einer größeren Zufriedenheit arbeiten können?

Die Selbstbestimmung ist kein Prozess, der aus sich heraus – quasi automatisch - stattfindet und auch nicht einfach durch Postulat verkündet werden kann. Es bedarf einer spezifischen Haltung, um bestehende Abhängigkeiten zwischen dem Menschen mit einer Behinderung und deren Unterstützer zu reduzieren.

Es ist banal festzustellen, dass jegliches Handeln in der Beziehung zu einem anderen Menschen durch das zugrundeliegende Menschenbild bzw. die Grundhaltung geprägt ist. In der Beziehung zu Menschen in Abhängigkeitsverhältnissen bedarf diese Grundhaltung der genaueren Betrachtung.

Wir wollen in unserer Betrachtungsweise nicht mehr von der Behinderung ausgehen. Aber: Es geht um Menschen mit einer Behinderung und jetzt soll dies nicht mehr die Ausgangslage sein? Wir wollen damit eine vorliegende Behinderung nicht leugnen, nur hilft es in der Beziehungsgestaltung äußerst begrenzt, wenn die Behinderung in den Vordergrund gerückt wird.

Menschen mit einer (geistigen) Behinderung erleben sich oftmals nicht als behindert, sondern die sie umgebenden Menschen haben dieses Bild und sind zu häufig damit beschäftigt ihnen mitzuteilen, dass sie behindert sind.

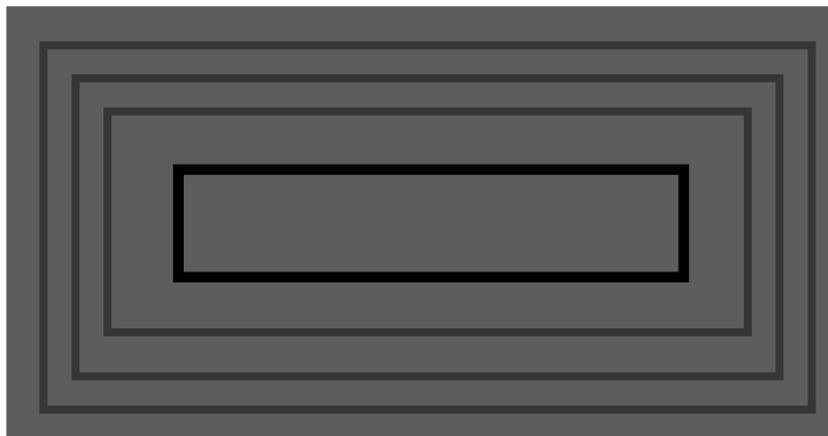
Folgende, anekdotenhafte, aber tatsächlich stattgefundene Begegnung soll die hier gemachten Ausführungen anschaulicher werden lassen: In einem Streit zwischen zwei Menschen mit einer Behinderung wird die Auseinandersetzung zwischen ihnen verbal immer heftiger und zu einem Zeitpunkt sagt der eine: „Du dummer Mongole“. Daraufhin erhebt der zweite Beteiligte seinen Zeigefinger und winkt verneinend ab. „... das bin ich heute nicht mehr, nun bin ich erwachsen“.

Im Selbstbild eines Menschen mit einer Behinderung ist die Behinderung selbst oft nicht von Bedeutung.

Und die Behinderung als erstes in den Fokus zu nehmen, unterstützt aus unserer Erfahrung nicht den Selbstbestimmungsprozess, sondern behindert diesen. Wir kommen in eine Situation, unserem Gegenüber mit Behinderung erklären zu müssen, dass dieser behindert ist.

Stattdessen gehen wir davon aus, dass jeder Mensch (ob mit oder ohne Behinderung) einen Rahmen besitzt, in dem er selbst und eigenverantwortlich bestimmen will und kann.

### **Das Ziel: Freiräume der Selbstbestimmung erweitern....**



**... individuell, an der Person orientiert.**

#### ***Abb. 1 Selbstbestimmung erweitern***

Bedeutsamer ist, dass jeder Mensch „Fähigkeiten (Möglichkeiten) und Unfähigkeiten (Unmöglichkeiten)“ besitzt. Und jeder Mensch will im Rahmen seiner Möglichkeiten diese auch selber nutzen und Entscheidungen selbst treffen. Erst bei den Unmöglichkeiten, den Dingen, die der Mensch nicht kann, benötigt er Unterstützung. Dies klingt zunächst einmal etwas banal, ist in der Praxis aber immer wieder zu betonen.

In Trainings bitten wir beispielsweise Teams von Wohngruppen, während einer typischen Gruppensituation (z.B. beim Essen) eine Videokamera aufzustellen und dann den Raum zu verlassen. Fast immer ist bei Anwesenheit der Mitarbeiter eine hohe Fixierung der Anwesenden auf die Mitarbeiter zu beobachten.

Die Kommunikation läuft über die Mitarbeiter, Abhängigkeiten werden sichtbar. Kaum aber verlassen die Mitarbeiter den Raum, beginnt eine Kommunikation untereinander, auch eine nonverbale bei Menschen, die nicht über sprachliche Fähigkeiten verfügen und die Menschen regeln selber mehr. Menschen tun Dinge dann selbst, von denen die Mitarbeiter oft sagen, dass sie dies nicht beherrschen. Es wird

noch allzu oft zu viel den betreuten Menschen abgenommen, Abhängigkeiten aufrechterhalten, wo diese nicht mehr erforderlich sind.

## Das WKS-Modell

Das Modell zielt darauf ab, die Freiräume der Selbstbestimmung für den Menschen zu erhöhen. Dabei beobachten wir zwei Verhaltensweisen, die im Grundsatz der Selbstbestimmung entgegenstehen:

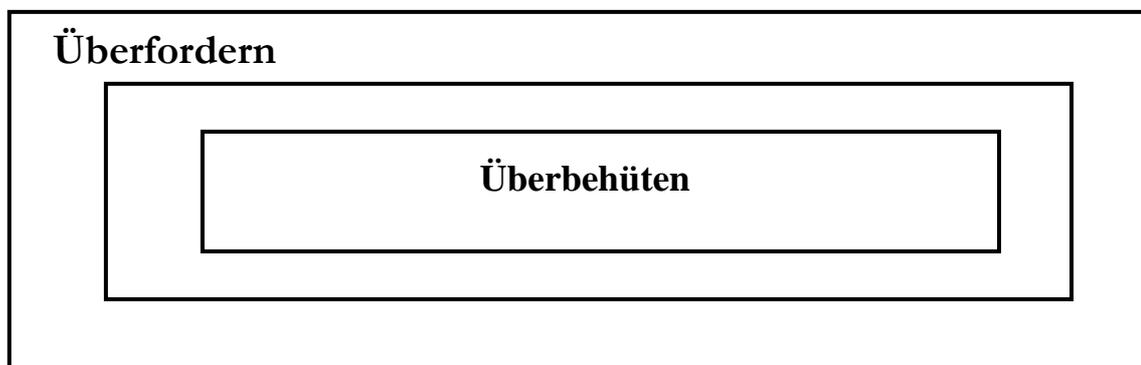
### Die Überbehütung

Bei überbehütendem Verhalten greift eine andere Person in den Rahmen der handelnden Person ein.

Diese erlebt sich als bevormundet und reagiert häufig zunächst mit Widerstand oder auch Fremdaggression und in der weiteren Entwicklung mit Resignation, Depression oder auch Autoaggression. In wieweit Überbehütung vorliegt, wird immer durch die in ihrem Rahmen verletzte Person selbst definiert – sie erlebt es.

### Die Überforderung

Bei Überforderung ist die betroffene Person nicht in der Lage, die Folgen der eigenen Entscheidung zu überblicken. Der Rahmen der Selbstbestimmung ist zu weit gesteckt und muss von außen kleiner gesetzt werden, da die Überforderung in der Regel von der Person selbst nicht erkannt wird.



*Abb. 2 Freiräume der Selbstbestimmung*

Dabei verfügt jeder Mensch über einen Rahmen, in dem er selber entscheidet. Betrachten wir unsere eigene Lebensgeschichte, so verfügt jeder Mensch zunächst als Säugling über einen kleinen Freiraum der Selbstbestimmung. Diese Freiräume erweitern sich zunehmend, bis sie sich im höheren Alter durch körperliche oder geistige Einschränkungen wieder verkleinern. Klassische Konflikte im Rahmen von überbehütenden und überfordernden Verhaltensweisen werden von pubertierenden Jugendlichen und ihren Eltern, entsprechend eines Autonomie – Abhängigkeitskonfliktes erlebt.

Anders verläuft die Entwicklung der Freiräume bei einem Menschen mit einer geistigen Behinderung. Im Säuglingsalter weicht die Entwicklung häufig noch nicht ab. Sie verläuft dann zumeist aber nicht in der gleichen Bahn wie bei einem Menschen ohne geistige Behinderung.

Der Rahmen (Freiraum) der Selbstbestimmung bleibt durch die kognitive Einschränkung kleiner. Aber entscheidend ist, dass innerhalb dieses Rahmens jeder Mensch in der Lage ist, selber Entscheidungen zu treffen.

Nun bestehen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung besondere Abhängigkeitsverhältnisse. Entscheidungen werden von Menschen in ihrem Umfeld schnell für sie getroffen, in der Annahme, sie könnten keine Lösung für ihr Problem finden. Auch Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen verfügen über einen Rahmen, in dem sie selber bestimmen und ihre eigenen Lösungen finden können. Sie müssen diesen Rahmen nur erhalten, und dabei sind sie eben sehr abhängig von den sie begleitenden Menschen. Häufig bestimmen hier mehr die Normen der Begleiter als die Normen der begleiteten Menschen. Selbstbestimmung heißt, dass die Norm des Klienten gilt und er nicht in die Situation der Überbehütung oder Überforderung gerät.

Betrachten wir nun einmal die Situation in der direkten Beziehung zwischen dem Menschen mit einer geistigen Behinderung und den MitarbeiterInnen / BegleiterInnen in der Betreuungssituation.

Die Rolle der MitarbeiterInnen beinhaltet immer zwei konkurrierende Beziehungsangebote. Es wird reglementiert, andererseits heißt das Angebot in Richtung des Menschen mit Behinderung „du kannst mit all deinen Problemen zu mir kommen – ich habe Verständnis für dich“.

Dieser immanente Konflikt im Beziehungsangebot lässt sich für einen einzelnen Mitarbeiter in der Betreuungssituation nicht auflösen. Er muss sich zwischen der reglementierenden oder verstehenden Komponente entscheiden oder pendelt zwischen diesen hin und her.

Bei der Überbetonung des reglementierenden Elementes werden Regeln (wie sinnvoll diese auch immer sein mögen) gegenüber dem Menschen mit einer geistigen Behinderung durchgesetzt. Fatale Entwicklungen entstehen dann in Settings, in denen die Regeln als allgemeine Gruppenregeln und nicht individuell abgestimmt erstellt werden.

Rückt allein das „Verstehen“ in den Vordergrund, wird „viel geredet und wenig passieren“. Dem so begegneten Menschen mit einer Behinderung ist dies vielleicht sogar zunächst sehr angenehm, fühlt er sich doch sehr angenommen. Doch genauer betrachtet gehen hier erforderliche und sinnvolle Strukturen für den betroffenen Menschen verloren. Ein Ergebnis kann Überforderung sein.

Die Konsequenz lautet: der Klient kann schnell abhängig von den gerade anwesenden Mitarbeitern und deren Kompetenzen werden, und die Selbstbestimmung des Menschen mit einer Behinderung wird so womöglich immer weiter eingeschränkt.

Im WKS-Modell werden die in einer Person vereinigten widersprüchlichen Rollen systematisch getrennt und unterschiedlichen Personen zugeordnet:

## Der Alltagsbegleiter und der Prozessbegleiter

### Der Alltagsbegleiter

Der Alltagsbegleiter kümmert sich in erster Linie um die materiellen Dinge im Leben des von ihm begleiteten Menschen, weist auf Absprachen hin und greift eventuell auch direkter reglementierend ein. Für Alltagsbetreuer steht dabei das Bemühen um Verständnis und die Unterstützung des Betreuten im Vordergrund.

Grundsätzlich wichtig ist: der Alltagsbetreuer ist allein derjenige, der reglementiert. Andere Personen reglementieren nicht und gehen auch nicht in den direkten Konflikt mit dem Betreuten. Andere MitarbeiterInnen können nach Absprache mit dem Alltagsbegleiter den Klienten auf etwas hinweisen, die direkte Auseinandersetzung verbleibt aber zwischen dem zugeordneten Alltagsbegleiter und dem Klienten.

Menschen mit Behinderungen haben es in ihrem Lebensumfeld sehr oft mit sehr vielen unterschiedlichen Betreuungspersonen zu tun. Diese Beschränkung auf eine Person in der Reglementierung vereinfacht das Beziehungsgefüge für einen Menschen mit einer geistigen Behinderung immens.

### Der Prozessbegleiter

Ein Prozessbegleiter ist darum bemüht, die Lebenswelt seines Gegenübers zu erfahren, ihn zu verstehen.

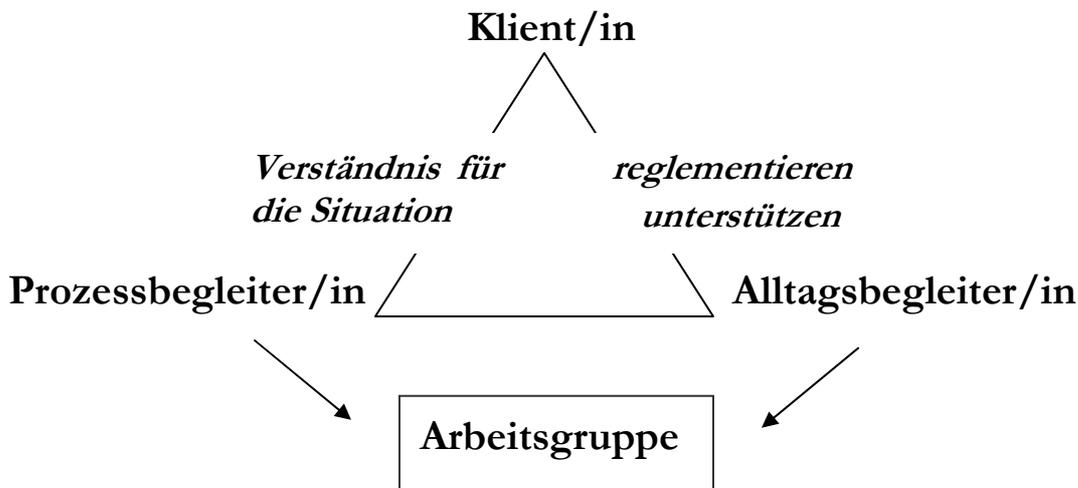
Die Grundregel heißt: die Normen und Werte des Prozessbegleiters bleiben außen vor. Häufig projizieren wir unsere Normen und Werte auf Menschen mit einer geistigen Behinderung. Die Beziehung zum Prozessbegleiter ist darauf gerichtet, die Normen und Werte des Klienten zu erfahren, der oftmals ungenügend in der Lage ist, seine eigenen Bedürfnisse zu erkennen und diese gegenüber seiner Umwelt zu vertreten. Der Prozessbegleiter wertet und reglementiert grundsätzlich nicht. Er unterstützt sein Gegenüber in dessen Selbstbestimmung, wobei er nicht stellvertretend agiert und bei Schwierigkeiten „außerhalb des Problems bleibt“ – also keine Partei ergreift.

Der Prozessbegleiter nimmt sich Zeit und gibt dem begleiteten Menschen Zeit. Im Alltag läuft die Kommunikation mit dem Menschen mit einer geistigen Behinderung häufig sehr schnell und „ungeduldig“ ab. Auf eine Frage folgt die nächste – die Zeit zum Denken, zum Finden und Geben einer Antwort ist kurz – oft zu kurz. Menschen mit einer geistigen Behinderung brauchen mehr Zeit. Der Prozessbegleiter gibt ihnen bewusst diese Zeit. Er ist bemüht wirklich zu verstehen. Wie oft sagt ein Mensch mit einer geistigen Behinderung „ja“ und meint eigentlich „nein“.

Von noch größerer Bedeutung ist ein Prozessbegleiter für Menschen, deren "Sprache" wir nicht so gut verstehen. Alle Menschen - und seien sie noch so schwer behindert - teilen sich auf ihre Art und Weise ihrer Umwelt mit. Der Zeitdruck im Alltag ermöglicht nicht immer richtig zuzuhören und vor allen Dingen – was hier noch wichtiger ist - hinzuschauen. Mimik, Körperhaltung, die nonverbale Kommunikation allgemein braucht im bewussten Verstehensprozess deutlich mehr Zeit.

Im Betreuungsprozess erhält jeder Klient einen Alltags- und einen Prozessbegleiter, wobei der Klient nach Möglichkeit bei der Wahl mitbestimmen kann. Entscheidend ist das Zusammenspiel zwischen Alltags- und Prozessbegleiter.

Die Anleitung zur Selbstbestimmung ist ein Prozess. Der Klient führt regelmäßig "Gespräche" mit seinem Alltags- und Prozessbegleiter. Ziel ist es eine Balance im Verhältnis zwischen dem Alltagsbegleiter und dem Klienten herzustellen. Kennzeichnend für diese Balance ist, dass es dem Klienten zunehmend gelingt, seine Bedürfnisse auszudrücken. Nicht die Normen des Alltagsbegleiters sind im Geschehen bedeutsam, sondern die des Klienten.



**Abb. 3 Alltagsbegleiter und Prozessbegleiter im Dialog**

Der Prozess- und der Alltagsbegleiter tauschen sich regelmäßig aus, wobei hier mögliche stellvertretende Konfliktlöseprozesse vermieden werden müssen. Ziel ihres Austausches ist, den Kommunikationsprozess zwischen dem Klienten und dem Alltagsbegleiter "offen" für die Selbstbestimmung des Klienten zu halten.

Eine anfängliche Gefahr bei der Anwendung des WKS - Modells ist die Auseinandersetzung von Mitarbeitern, welche Funktion, die des Alltags- oder des Prozessbegleiters als höher- oder geringwertiger zu beurteilen sei. Würden der Alltags- und der Prozessbegleiter in Konkurrenz zueinander treten, stünde nicht mehr die Selbstbestimmung des Klienten im Mittelpunkt, sondern Bedürfnisse der MitarbeiterInnen.

Diese Haltung erfordert ein großes Maß an kritischer Selbstreflexion und bedarf der Unterstützung durch das Team.

## Die Rolle des Teams

Das Team übernimmt eine wichtige Rolle. Das Team ist der Ort zur Reflexion des eigenen Handelns. Das eigene Verhalten wird kritisch hinterfragt, aus dem Bewusstsein heraus, dass die eigene Normativität für einen Klienten „erschlagend“ wirken kann. Neben dieser zentralen Funktion der Reflexion über die eigene Nor-

mativität im Handeln gegenüber dem Klienten, werden hier die "Freiheitsräume" der Selbstbestimmung diskutiert.

Die gemeinsame Suche nach dem "passenden" Rahmen der Selbstbestimmung erfordert auch die Grenzsetzung. Grenzen müssen gesetzt werden, da ansonsten Überforderung stattfinden würde. Die Gradwanderung verläuft auch hier zwischen „Überbehüten“ und „Überforderung“.

In den Teams gibt es aber auch Mitarbeiter, die weder in der Funktion des Alltags- noch des Prozessbegleiters sind.

Die Teammitglieder (ohne Rolle als Alltags- oder Prozessbegleiter):

- prüfen gemeinsam die Ziele der Klienten
- unterstützen die Alltagsbegleiter
- unterstützen die Prozessbegleiter
- bleiben außerhalb von Problemen
- beobachten und melden (an den Alltagsbegleiter).

Das gesamte Handeln eines Teams ist in dieser Methodik darauf ausgerichtet, den passenden Freiraum der Selbstbestimmung zu finden und ihn nach Möglichkeit für den Klienten zu weiten. Zentral ist es, diesen "passenden" Rahmen bewusst in Augenschein zu nehmen: wie stellt sich die Situation für den einzelnen Menschen dar? Einen kollektiven Rahmen gibt es nur dort, wo die betroffenen Menschen sich einer starken Normativität gebeugt haben.

Und wichtig ist auch anzumerken: sowohl die Über- wie auch die Unterforderung schränken die Selbstbestimmung des Klienten ein. Wenn dieser Prozess hier gut gelingt, kann die Selbstbestimmung des Klienten sich ausweiten.

Wir werden auch weiterhin noch fremdbestimmt in das Leben des Klienten eingreifen müssen. Unter Anwendung dieses Modells werden wir dies aber seltener und vor allen Dingen reflektierter und nicht aus der eigenen (nicht bewussten) Normativität heraus tun.

## **Die Bedeutsamkeit der eigenen Entscheidungsfindung**

Menschen mit einer geistigen Behinderung haben oft nicht die Zeit und die Möglichkeit eigene Entscheidungen zu fällen. Leider haben sie zu oft auch in ihrer Lebensgeschichte gelernt, dass es unter Umständen besser war, keine eigene Meinung zu haben. So haben sie unter Umständen sogar verlernt, ihre eigenen Bedürfnisse überhaupt wahrzunehmen.

Selbstbestimmung setzt aber nun einmal voraus, dass ich meine Bedürfnisse kenne und weiß, wie ich sie durch eine Entscheidung zur Wirksamkeit bringe.

Menschen mit einer geistigen Behinderung bedürfen hier oft der Unterstützung - diese darf dann nicht in Form von stellvertretendem Denken und Handeln erfolgen.

Die Schwierigkeiten liegen u.U. im Prozess selbst. Wobei es sehr wichtig ist, sich die erforderliche Zeit zu nehmen, um die Fähigkeit zur Wahrnehmung eigener Bedürfnisse als einen ersten Schritt zu entwickeln.

Wichtig ist, dass dieses Modell auch gerade bei Menschen mit schwersten Behinderungen und bei Menschen ohne verbale Ausdrucksmöglichkeit anzuwenden ist. Gerade dann ist eine Prozessbegleitung wichtig, die sich viel Zeit für den Prozess der Entscheidungsfindung nehmen kann. Erst, wenn ein Mensch mit einer geistigen Behinderung seine eigenen Lösungen kreiert, kann von Selbstbestimmung gesprochen werden.

Neben den individuellen Freiräumen betrachten wir auch die Freiräume von Gruppen. Wir haben sehr eindrucksvoll beobachtet, wie Menschen mit einer geistigen Behinderung sich gegenseitig in ihren Fähigkeiten unterstützen und in ihrem gemeinsamen Handeln sehr viel mehr vermögen als wir ihnen oftmals zugestehen. Eine Situation übrigens, die häufig von Mitarbeitern stationärer Wohngruppen beiläufig erwähnt wird. Bei begleiteten Urlauben verhalten sich die Menschen mit Behinderungen anders – oftmals wird dies Verhalten als selbstständiger beschrieben – als in den gewohnten häuslichen Situationen.

Oder, auch wenn Mitarbeiter mal leicht kränkelnd oder eingeschränkt zum Dienst erscheinen, übernehmen die Menschen mit Behinderungen auf einmal Tätigkeiten, die sie ansonsten nicht vollbringen.

Kurz formuliert: Sie verfügen über die Kompetenzen und wissen darüber hinaus sogar die Mitarbeiter zu beschäftigen. Die professionelle Konsequenz sollte lauten, dass die vorhandenen Kompetenzen genutzt werden und die Freiräume der Gruppe gezielt gestärkt werden.

Wir beobachten dann häufig, dass eine bestimmte Person mit Behinderung die Leitung übernimmt und diese/r Leiter/in dann versucht, die Betreuer aus ihrem Rahmen herauszuhalten. Die Person fühlt sich überbehütet und in ihren Kompetenzen beschnitten. Mitarbeiter äußern dann, diese Person verhalte sich wie ein/e Mitarbeiter/in oder Leiter/in - und „das ginge ja schließlich nicht“. Da es der betreuten Person dann manchmal nicht gelingt, die Mitarbeiterinnen aus ihrem Rahmen heraus zu befördern, beginnt sie beispielsweise Streit mit einer „schwächeren“ Mitbewohnerin.

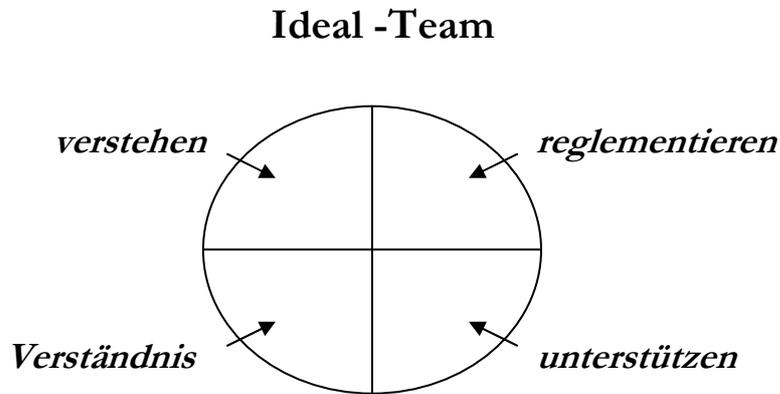
Wir bitten in einer solchen Situation gerne die Mitarbeiter einmal den Raum für einen längeren Zeitraum zu verlassen und zeichnen die Geschehnisse in der Gruppe dann mit Video auf. In der Regel gibt es weniger Streit, der/die Leiter/in wird von den anderen schnell akzeptiert und wir empfehlen dann, nur noch bei Überforderung einzugreifen und ansonsten den Gruppenprozess zur Weitung der Freiräume in der Selbstbestimmung der Gruppe zu unterstützen.

Dies geschieht bei Gruppen ebenfalls mit Alltags- und Prozessbegleitung.

Aber welche realistische Möglichkeit haben Menschen mit einer geistigen Behinderung, deren Wohngruppenmitarbeiter sich überbehütend verhalten? Nach den meist vergeblichen Versuchen den Wohngruppenmitarbeiter „hinauszubefördern“, beginnen sie die Mitarbeiter zu beschäftigen. Sie lassen dann den Mitarbeiter arbeiten und, dass als Folge davon, dass dieser ihren Rahmen verletzt hat. Eine Betrachtungsweise, die eventuell etwas fremd anmutet, aber sich doch in der Praxis als sehr effektiv erwiesen hat. Die Konsequenz allerdings ist, dass wir als Mitarbeiter unser Verhalten in solchen Fällen deutlich verändern müssen.

## Die Team-Perspektive

Aus unserer Sicht gibt es den „idealen“ alles könnenden Mitarbeiter nicht. Wir gehen aber von einem ideal besetzten Team aus, in dem die Kompetenzen – Verstehen, Verständnis, Reglementieren und Unterstützen - hinreichend vertreten sein sollten.



*Abb. 4 : Das Idealteam*

Dabei gibt es durchaus unterschiedliche Anforderungen an Teams. In Wohngemeinschaften für Menschen mit Behinderungen, in denen es keine besonderen Schwerpunkte gibt, erscheint ein ausgeglichenes Verhältnis von Prozess- und Alltagsbegleiter sinnvoll.

In Begleitsituationen, die eine deutliche Struktur verlangen, wäre eher eine Verschiebung in Richtung der Alltagsbegleiter zu sehen.

Wird aber die nonverbale Kommunikation von zentraler Bedeutung, z. B. in Wohngruppen für Menschen mit schweren Behinderungen, so sollte die Anzahl der Prozessbegleiter unbedingt gegenüber den Alltagsbegleitern erhöht werden, da hier dann für die Kommunikation deutlich mehr Zeit benötigt wird.

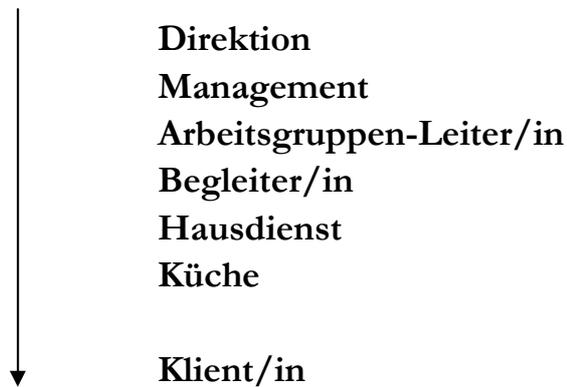
An dieser Stelle soll nur am Rande erwähnt werden, dass wir das gleiche Modell im Arbeitsprozess in der Werkstatt für Menschen mit Behinderungen und auch bei der Begleitung von Angehörigen nutzen.

## Die Auswirkungen auf die „Organisation“

Die Selbstbestimmung wirklich in den Mittelpunkt jeglichen Handelns zu stellen führt mittelfristig zu einer Veränderung der Organisationsstruktur. Parallel zur Betrachtung des unmittelbaren Betreuungsprozesses sollte unbedingt ein kritischer Reflexionsprozess auf die eigene Organisationsstruktur bewusst initiiert werden. Nur so kann der Prozess in Richtung Selbstbestimmung langfristig gesichert werden.

Dieses hier dargestellte hierarchische Modell kann in dieser erdrückenden Massivität keine Selbstbestimmung zulassen. Die Entscheidungen finden weit von den Interessen der Menschen mit Behinderung entfernt statt.

## Hierarchisches Modell



**Abb. 5: Das hierarchische Modell**

Es bedarf einer Kommunikationsstruktur, die es dem Klienten ermöglicht, die ihn betreffenden Entscheidungen tatsächlich selbst mitzugestalten.

Ein solches Modell könnte ungefähr wie folgt aussehen. Die Prozess- und Alltagsbegleiter unterstützen den Klienten unmittelbar in dessen Selbstbestimmung. Die jeweils folgenden Ebenen unterstützen wiederum die davor liegenden Ebenen. So unterstützt das Team den Alltags- und Prozessbegleiter, das Management das Team und die Direktion das Management. Diese Struktur macht einen Coaching - Ansatz im Leitungsverhalten erforderlich.

Hierarchie kann Selbstbestimmung verhindern, sie ist aber auch erforderlich um Selbstbestimmung herzustellen. Die Förderung der Selbstbestimmung stellt eine derart umfassende und in Teilen auch schwierige Aufgabe dar, dass nur unter Mitwirkung aller Beteiligten diese erreicht werden kann. Bei Störungen des Unterstützungsprozesses in Richtung Selbstbestimmung auf einer Ebene ist die jeweils darüber liegende Hierarchieebene gefordert, diesen Prozess wieder unterstützend und bei massiver Gefährdung auch durch Leitungsentscheidungen wieder herzustellen. Das hier dargestellte Modell erfordert zwingend die Unterstützung der jeweiligen Leitung.

Die Erfahrungen in den Niederlanden, der Schweiz und Deutschland zeigen, dass das WKS-Modell effektiv ist und eben auch in der Konsequenz zu einer Veränderung der Strukturen führt. Ein solcher Prozess kann nur von Leitung getragen stattfinden.

Unsere eigene Normativität (auf allen Ebenen der jeweiligen Institution) ist im Prozess zur Selbstbestimmung immer auch Gegenstand des professionellen Handelns. Nur durch eine kritische Selbstreflexion der normativen Anteile in der Begegnung mit Menschen mit einer geistigen Behinderung und in den vorhandenen Strukturen wird ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht. Gleichberechtigung beginnt dabei mit dem Loslassen der eigenen Meinung und dem Ernstnehmen meines Gegenübers. Erst dann kann eine Unterstützung in Richtung Selbstbestimmung erfolgen.

## Literatur

Appel, Marja / Kleine Schaars, Willem: Anleitung zur Selbstständigkeit, Beltz 1999  
Kleine Schaars, Willem: Durch Gleichberechtigung zur Selbstbestimmung, Beltz 2003

Für mehr Information: [www.kleineschaars.com](http://www.kleineschaars.com)

## Muss die Identität bei Menschen mit so genannter geistiger Behinderung beschädigt sein?

Saskia Schuppener

Von welchen konkreten Einflüssen und Variablen die Entwicklung der Identität beim Menschen abhängt, ist grundsätzlich schwer zu determinieren. Besonders beim Personenkreis von Menschen mit so genannter geistiger Behinderung sind die Erkenntnisse über diesen Teil der Ich-Entwicklung bislang äußerst begrenzt und es existieren hierzu lediglich vereinzelte Forschungserkenntnisse sowie Theorieaussagen. Häufig gehen speziell die Theorieannahmen in pauschalisierter Form von tief greifenden *Beschädigungen* im Rahmen der Identitätsentwicklung bei Menschen aus, die im Rahmen ihrer Biografie das Etikett einer „geistigen Behinderung“ erhalten haben.

Im folgenden Beitrag soll der Frage nach möglichen Identitätsbeschädigungen bei diesem Personenkreis etwas genauer nachgegangen werden. Hierzu wird zunächst ein etwas skizzenhafter Blick auf das Grundverständnis der Identitätsentwicklung und Gründe für die kausale Unterstellung der Etablierung einer „beschädigten Identität“ von Menschen mit so genannter geistiger Behinderung vorgenommen. Bevor Behinderungen für die Entwicklung von Identität fokussiert werden, wird eingangs kurz auf den Terminus „Behinderungserfahrungen“ eingegangen, da diese Art von Erfahrungen als Basisvariablen einer Welt- und Selbstsicht angesehen werden müssen. Nachfolgend wird auf ein Identitätsentwicklungsmodell Bezug genommen, das dann den weiteren Ausführungen zugrunde liegt. Nachdem die potentiellen Gründe für Identitätsbeschädigungen im Kontext der Lebenssituation von Personen mit der Diagnose „geistig behindert“ akzentuiert wurden, schließt der Artikel mit der Frage nach Möglichkeiten der Unterstützung und Assistenz bei der Entwicklung einer Identität.

### „Behinderungserfahrungen“

Menschen mit einer so genannten geistigen Behinderung wird eine allgemeine *Vulnerabilität* nachgesagt. Aufgrund der Annahme, dass dieser Personenkreis auch heute noch in vergleichsweise höherem Maß fremdbestimmten Entwicklungs- und Lebensbedingungen ausgesetzt ist und innerhalb des Sozialisationsprozesses verschiedenartigste Ablehnungserfahrungen (siehe SINASON 2000; SCHUCHARDT 1999) macht, geht man von einem beeinträchtigten Aufbau von (Lebens)Bewältigungstechniken aus. Eine zu vermutende und daraus resultierende reduzierte Verfügbarkeit von „Coping-Strategien“ kann sich derart auswirken, dass Kompetenzen zur Auseinandersetzung mit spezifischen Alltagsstress-Anforderungen fehlen (siehe SCHUPPENER 2004; 2006). In der Folge ist sowohl der Aufbau konstruktiver Verhaltens- und Reaktionsmuster in Problemsituationen

erschwert, als auch die Auseinandersetzung mit sich selbst vor dem Hintergrund sozialer Erfahrungen. Ohne ein Angebot adäquater Unterstützung zur Etablierung von „Coping-Skills“ kommt es nahezu zwangsläufig zu einer Art chronifizierter Vulnerabilität. Diese Chronifizierung kann es wiederum den betreffenden Personen erheblich erschweren, eine konstruktive Identitätsentwicklung zu durchlaufen (siehe KLAUSS 2005).

Man kann bei den Gesamtentwicklungsbedingungen und -einflüssen von Menschen mit so genannter geistiger Behinderung auch von „*Behinderungserfahrungen*“ sprechen (siehe u.a. WACKER 2003). Einerseits deutet diese Begrifflichkeit darauf hin, dass diese Menschen in der Vergangenheit umfassend behindert wurden (siehe CLOERKES 2003) und demzufolge Gefährdungen und Beschädigungen im Rahmen ihrer Gesamtentwicklung in Kauf nehmen mussten. Andererseits sind diese Menschen als grundlegend kompetent hinsichtlich der Gestaltung ihrer eigenen Lebenssituation und -perspektive anzusehen, da sie alleinige Experten bezüglich der Kenntnis ihrer zurückliegenden Erfahrungen sind.

„Behinderungserfahrungen“, die eine Person innerhalb ihrer Biografie sammelt, kommen demnach eine besondere Bedeutung zu, speziell im Kontext der Identitätsentwicklung: Bei Menschen, die mit erschwerten Entwicklungsbedingungen konfrontiert sind, ist von einem erhöhten Maß an „Alltags-Kreativität und Ich-Kompetenz“ im Sinne des Umgangs mit sozialer, emotionaler, materieller und anderer Benachteiligung auszugehen. Menschen mit so genannter geistiger Behinderung vollziehen oft alltägliche Kreativitätsleistungen bei der Auseinandersetzung mit anderen und sich selbst, die für Außenstehende gar nicht transparent werden (SCHUPPENER 2005b). Für sie bedeutet es beispielsweise schon eine erhebliche Leistung, sprachliche Anforderungen des sozialen Umfeldes in den eigenen kommunikativen Horizont zu „übersetzen“ und in irgendeiner Art und Weise darauf zu reagieren. Diese Leistungen sind Ausdruck einer autopoietischen Kompetenz (siehe MATURANA & VARELA 1987), die erforderlich sind, um Behinderungen zum Erhalt der eigenen Existenz in das Selbst-System zu integrieren (FEUSER 1996). Diese werden jedoch von Außenstehenden oft übersehen oder fehlinterpretiert. Unabhängig von der Außenperspektive stellen Behinderungserfahrungen für ihre Erfahrungsträger einen wichtigen Baustein im Kontext der Identitätsentwicklung dar und müssen demzufolge eine zentrale Berücksichtigung und Bearbeitung finden.

## **Identitätsverständnis**

Der Identitätsbegriff unterliegt mittlerweile einem geradezu inflationären Gebrauch (siehe FEND 1991) und lässt sich kaum eindeutig bestimmen. An dieser Stelle soll lediglich auf ein Verständnis von Identität und Identitätsentwicklung eingegangen werden, welches diesem Beitrag zugrunde liegt:

Identität ist hier als Form von Individualität zu verstehen (siehe MARQUARD & STIERLE 1979), die sich über Selbst-Erfahrungen im Kontext sozialer Interaktionen ausprägt. Demzufolge besitzt jedes menschliche Individuum eine Identität, unabhängig von individuellen Voraussetzungen und Möglichkeiten zur Selbstreflexion! Dieses Identitätsverständnis distanziert sich klar von einer zu erbringenden In-

tegrations- oder Reflexionsleistung des Individuums (siehe KRAPPMANN 2000 oder auch ERIKSON 2000). Es muss keine Leistung erbracht werden, um als ‚identitärer‘ Mensch anerkannt zu werden! Dieses Verständnis ist vergleichbar mit der *objektiven Identität*, die Klaufuß im Einführungsbeitrag beschreibt.

Der selbstreflexive Prozess, den eine Person durchlaufen kann, soll als Form des aktiven Erlebens von Identität verstanden werden und kommt der Definition einer *subjektiven Identität* von KLAUSS (ebd.) sehr nahe. Die Differenzierung zwischen *Identität* und *Identitätserleben* (siehe SCHUPPENER 2005a, 2006) ist daher wichtig, weil so jedes menschliche Individuum als identitärer Mensch angesehen wird (s. o.); inter- und intraindividuelle Unterschiede existieren lediglich im Bereich des Identitätserlebens. Mit Identitätserleben ist die bewusste Erfahrbarkeit und Auseinandersetzung mit dem Selbst gemeint, die ihrerseits abhängig ist von persönlichen Voraussetzungen und Interessen an einer Auseinandersetzung mit sich selbst. Hierbei geht es keineswegs nur um kognitive Grundausstattungen, sondern vielmehr auch um motivationale Aspekte. Die Differenzierung von Identität und Identitätserleben impliziert u. a. auch, dass vom Individuum eine Leistung nur für das Erleben von Identität, nicht aber für deren Existenz erbracht werden muss.

Eine Identität entwickelt sich von „außen nach innen“ (LUCKMANN 1979) und ist somit stets abhängig von externen Impulsen und „Spiegeleffekten“, die ein Bewusstsein für eine eigene Identität ermöglichen. Beim Personenkreis von Menschen mit dem Etikett einer „geistigen Behinderung“ ist zu vermuten, dass der Anteil *unbewusster* oder *teilmusster* Identitätsstrukturen unter Umständen eine nicht zu vernachlässigende Größe darstellt. Primäres Anliegen einer jeden Begleitung und Unterstützung von Menschen mit geistiger Behinderung sollte es demnach sein, unbewusste Anteile der Identität ins Bewusstsein zu rücken. Dies kann über die Integration verschiedenster Lebenserfahrungen in das Erleben persönlicher Kontinuität und Konsistenz erfolgen, was ERIKSON (2000) als Integrität bezeichnet. Rückt man das Relationsgefüge an Erfahrungen gezielt ins Bewusstsein, wird eine Syntheseleistung aktiviert, die das Erleben von Identität ermöglicht und letztlich dazu beiträgt eine „subjektive Identität“ (siehe Beitrag von KLAUSS) zu entwerfen.

Als erweitertes Verständnis zur Entwicklung und Veränderung der Identität soll auf ein Modell von MARCIA (1980) verwiesen werden, welches auch und besonders für den Personenkreis von Menschen mit Behinderungserfahrungen eine uneingeschränkte Gültigkeit besitzt. MARCIA unterscheidet insgesamt vier differente Zustände von Identität (siehe Tab. 1) und distanziert sich von der Annahme, dass Identität ein während der Pubertät errungener Zustand sei, der einmal erreicht auch Bestand habe. Bei einem *dynamischen Identitätsverständnis* wird Identität nicht als „Eigenschaft im Sinne eines dauerhaften Besitzes“ (FREY & HAUSSER 1987, 11) verstanden, sondern als ein momentaner, höchst fluktuierender Zustand. Hierbei wird von Explorationsphasen und Rückfällen im Rahmen der Identitätsbildung ausgegangen, die je nach Lebensphase und -bereich unterschiedlich starke Ausprägung erfahren. Marcia beschreibt vor dem Hintergrund der Variablen „Bestehen

oder Nichtbestehen einer *inneren Verpflichtung*“ und „Auftreten oder Nichtauftreten einer *Krise*“ vier verschiedene Identitätszustände (siehe Tab. 1).

**Tab. 1: Vier Identitätszustände nach Marcia (angelehnt an HAUSSER 1995, 81)**

	<b>Krise</b>	<b>Keine Krise</b>
Innere Verpflichtung	Erarbeitete Identität	Übernommene Identität
Keine innere Verpflichtung	Moratorium oder diffuse Identität	Diffuse Identität

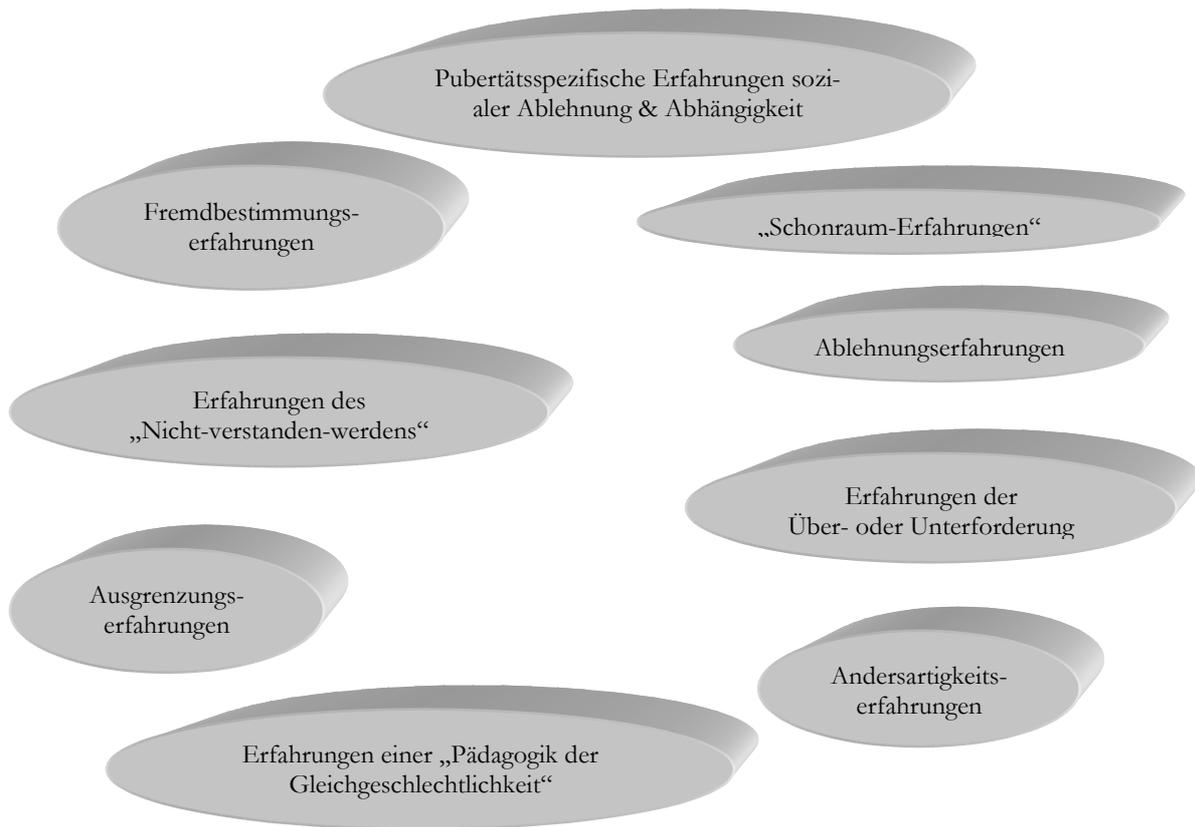
Im Zustand *übernommener Identität* ist jemand ohne das Durchlaufen einer echten Krise eine klare innere Verpflichtung eingegangen (z.B. beruflich oder sozial) und hat sich dabei stark an den Auffassungen anderer (oft der Eltern) orientiert. Auf der Ebene *diffuser Identität* liegt eine relative Desorientierung und Entscheidungsunfähigkeit vor, bei der keine wirkliche innere Verpflichtung eingegangen wurde, was allerdings auch nicht zwangsläufig zu einer Krise führen muss. Das *Moratorium* ist als Zustand innerer Zerrissenheit gekennzeichnet. Mit dem Bewusstsein einer Entscheidungsnotwendigkeit kämpft das Individuum mit sich selbst und sieht sich diversen Alternativen zur inneren Verpflichtung gegenüber. Eine *erarbeitete Identität* ist über den Weg einer echten Krise entstanden. Hier wurden Außeneinflüsse (z.B. von Eltern) kritisch geprüft, bevor man zu einem eigenen Standpunkt und infolge dessen zu einer frei gewählten inneren Verpflichtung gelangt.

Die beschriebenen Identitätszustände sind nach MARCIA (1980) nicht als Stufen- oder Phasenabfolgemodell zu betrachten. Sie können alters- und zeitunabhängig durchlaufen werden, sind also lebenslang als reversibel zu verstehen. Sie stehen in keinem Zusammenhang mit dem Intelligenzniveau, d. h. jedes Individuum entwickelt seine einzigartige „*Identitätsbiographie*“ unabhängig von kognitiven Fähigkeiten und erlebt unterschiedliche Identitätszustände quantitativ und qualitativ interindividuell verschieden. Dieses Postulat impliziert eine Gleichbetrachtung der Identitätsentwicklung von Menschen mit und ohne eine Behinderungserfahrungen und sollte folglich als Grundlage für die Betrachtung interner Identitätsentwicklungsprozesse aller Menschen – unabhängig von individuellen Voraussetzungen und Kompetenzen – gelten (siehe SCHUPPENER 2005a, 2006). Dieses Verständnis von MARCIA erscheint u. a. deswegen besonders erwähnenswert, weil es hier kein *Scheitern* und kein Resultat in Form eines *Etikettes der „Nicht-Identität“* gibt. Somit unterliegt auch niemand der Gefahr als „identitätslos“ zu gelten, was gemäß anderer Sichtweisen von Identität (siehe z. B. KRAPPMANN 2000) der Fall ist. Nach dem Identitätsverständnis von Marcia gehören Menschen mit Behinderungserfahrungen mit ihren sehr unterschiedlichen Fähigkeiten und ihrer oben skizzierten Vulnerabilität nicht zum Kreis der „Identitätslosen“.

## „Identitätsgefährdungen“

Die „Problemsicht“ auf das Thema Identitätsentwicklung von Menschen mit so genannter geistiger Behinderung wird von Klauß im Eingangsbeitrag schon skizziert und auch Hennicke verweist in seinem Beitrag auf die Risiken und Krisen im Rahmen der Entwicklung von Identität bei Jugendlichen mit dem Etikett einer „geistigen Behinderung“. Zusammenfassend wird häufig unterstellt, dass Menschen mit „Behinderungserfahrungen“ irgendwann zwangsläufig zur *Erkenntnis einer behinderten, beschädigten Identität* kommen. Gestützt wird diese Vermutung von der vielfach beschriebenen und untersuchten Stigma-Identitätsthese, die davon ausgeht, dass stigmatisierende Zuschreibungen „zwangsläufig zu einer massiven Gefährdung bzw. Veränderung der Identität stigmatisierter Menschen“ führen (CLOERKES 2001, 138). In Bezug auf Menschen mit so genannter geistigen Behinderung gehen LINDEMANN & VOSSLER (2000, 107) hier von folgender Annahme aus: „Wer ein defektorientiertes Menschenbild und eine Beurteilung seiner selbst als behindert oder gestört erfahren hat, lebt in allen sozialen Bereichen damit“. Es wird also nachhaltig von einem zwangsläufigen Negativ-Zusammenhang zwischen Behinderungserfahrungen, Stigmatisierungen und Identitätsgefährdungen sowie -beschädigungen ausgegangen. „Möglichkeiten des Stigma-Managements und einer aktiven Abwehr der Stigmatisierung durch das Individuum werden nicht berücksichtigt“ (JULIUS 2000, 178). Diese Kausalannahme schreibt den betreffenden Personen einen rein *passiven Part* zu. Demnach würden ihnen (pauschal) Möglichkeiten der aktiven Abwehr und/oder Auseinandersetzung mit erlebten Stigmatisierungen fehlen, was gleichsam nicht nur eine reduktionistische, sondern klar defizitorientierte Sichtweise Geistiger Behinderung beinhaltet (siehe SCHUPPENER 2005a, 2006).

Ohne den unterstellten Kausalzusammenhang bestätigen zu wollen, lohnt es sich jedoch, nach Bedingungen für etwaige Identitätsbeschädigungen im Rahmen der Lebenssituation, der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der biografischen Erfahrungen von Menschen mit elementaren Behinderungserfahrungen zu fragen: Stigmatisierungen lassen sich bei genauerer Betrachtung noch etwas differenzierter beschreiben. So gibt es verschiedenste Bedingungen und Einflüsse, welche für die Identitätsentwicklung von Bedeutung sind, denen Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit dem Etikett einer „geistigen Behinderung“ in vergleichsweise besonders hohem Maß ausgesetzt sind (siehe Abb. 2):



**Abb. 2: Gründe für mögliche Identitätsbeschädigungen**

Häufig ist dieser Personenkreis im Laufe seiner Biografie auch heute noch einem signifikant höheren *Fremdbestimmungspotenzial* ausgesetzt (siehe u. a. JULIUS 2000). Dies zeichnet sich z. B. durch Überbehütungstendenzen von Eltern (Sorgenkindschema) aus oder auch durch insgesamt eingeschränkte Entscheidungsmöglichkeiten im Alltag, und zwar besonders, weil der Alltag häufig durch institutionelle Strukturen extrem vorgeprägt ist (Leben im Wohnheim, betreute Freizeit, Arbeiten in der WfbM usw.).

Der Lebensweg von Menschen mit Behinderungserfahrungen kann auch durch verschiedenste *Ablehnungserfahrungen* geprägt sein (siehe u. a. SENCKEL 2000). So können etwaige elterliche anfängliche Annahmeschwierigkeiten oder auch fehlende bzw. behindernde Peergroup-Erfahrungen in der Kindheit und Jugend (siehe u. a. Henniecke in diesem Band) zu tiefgreifenden emotionalen Mangelerfahrungen führen.

Eventuelle schwierige soziale Lebensbedingungen können die Basis für *Ausgrenzungserfahrungen* sein (siehe u. a. MARKOWETZ 2000). Psychische, physische und/oder auch materielle Mangelerfahrungen sind hier die Ausgangsbasis für vergleichsweise ungünstigere Entwicklungsumstände. Auch vielzählige Vorurteile Außenstehender zementieren u. U. das Gefühl kein „In-Group-Mitglied“ zu sein.

Der „Sonderstatus“, der Menschen mit Behinderungserfahrungen oft anhaftet, bedingt verschiedenste *Schonraumerfahrungen* (siehe u. a. SCHUHMANN 2007). Diese sind ganz zentral durch den Besuch von Sondereinrichtungen und die damit verbundenen gesellschaftlichen Vorurteile und Abwertungen bedingt.

Grundlegende *Andersartigkeitserfahrungen* (siehe u. a. SCHUPPENER 2005a) machen Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit so genannter geistiger Behinderung durch Erlebnisse von vermeintlicher Normabweichung. Diese können nur deshalb erlebt werden, weil unsere Gesellschaft nach wie vor an der Dichomie von „normal“ und „anders“ festhält. WARZECHA (1997) spricht in diesem Zusammenhang auch vom „seelischen Spagat zwischen transkulturellen Normen“, den Menschen mit Behinderungserfahrungen leisten müssen.

*Erfahrungen der Über- oder Unterforderung* (z. T. von Außenstehenden unbemerkt) prägen ebenfalls nicht selten den Alltag von Menschen mit Behinderungserfahrungen (siehe u. a. KLAUSS 2005). So geht man bei diesem Personenkreis davon aus, dass realistische Selbsteinschätzungsmöglichkeiten erschwert sind und Grenzen selten im Rahmen normaler gesellschaftlicher Anforderungen erfahren werden (siehe „Schonraum-These“). Damit wäre dann der Aufbau von Selbstvertrauen, d. h. Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten eindeutig behindert. Nicht selten resultiert aus derartigen Erfahrungen die Entwicklung einer Biografie von Misserfolgserwartungen.

Nach wie vor geht man bei Jugendlichen mit so genannter geistiger Behinderung von vergleichsweise verstärkten *pubertätspezifischen Erfahrungen sozialer Ablehnung und Abhängigkeit* aus (siehe HENNICKE in diesem Band). So wird z. B. die Diskrepanz zwischen Sexual- und Intelligenzalter als Indikator für stetige Erlebnisse der Abweichung vom Ideal gesehen (siehe u. a. WALTER 1996). Hinzu kommt die Schwierigkeit einer „Normorientierung“ und einer Orientierung an Gleichaltrigen, die u. U. zu seelischen Verletzungen oder Selbstzweifeln führen können. Eine weitere Rolle können etwaige Loslösungsprobleme seitens evt. überbesorgter Eltern spielen, die eine zunehmende Unabhängigkeit und Autonomie der Jugendlichen dadurch erschweren. Insgesamt bleibt anzumerken, dass die Phase der Pubertät für alle Jugendlichen eine sensible Zeit darstellt und von einer Dramatisierung „behinderungsspezifischer Pubertätsprobleme“ klar Abstand genommen werden sollte.

Das Leben von Personen mit einer so genannten geistigen Behinderung unterliegt stellenweise der Gefahr von verstärkten *Erfahrungen gleichgeschlechtlicher Behandlung* (siehe u. a. MOSER 1997). Dies resultiert aus dem Fehler, dass die vermeintliche Andersartigkeit/Behinderung gegenüber einer geschlechtsspezifischen Wahrnehmung und Behandlung der Personen durch die Außenwelt dominiert. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von der Behinderung als dem „dritten Geschlecht“ oder auch „Geschlecht = behindert“. Durch derartige Erfahrungen der „Geschlechtslosigkeit“ kann speziell der Aufbau der eigenen Geschlechtsidentität elementar behindert werden.

*Erfahrungen des Nicht-verstanden-werdens* sind nach meinem Verständnis Erlebnisse, welche die Biografie und damit auch besonders die Entwicklung von Identität bei Menschen mit Behinderungserfahrungen am nachhaltigsten prägen. Durch vielfältige Form von Kommunikationsschwierigkeiten wird Personen mit so genannter geistiger Behinderung immer wieder signalisiert, dass man sie nicht versteht. Resultat dieser Nicht-Verstehens-Situationen ist dann u. U. ein vermeintlich komisches, auffallendes Verhalten, um die Situation zu kompensieren und mit dem Gefühl des

Nicht-verstanden-werdens umzugehen. Die Tatsache, dass Menschen ohne Behinderungserfahrungen die Verhaltensweisen ihres Gegenübers entweder nicht verstehen oder fehlinterpretieren, führt zu einer anhaltenden Signalisierung, dass das Verhalten des Kommunikationspartners nicht logisch und sinnvoll erscheint. Diese Signale hinterlassen Spuren beim Gegenüber und können als tiefgreifender Angriff auf das Selbst und die Seele des Betreffenden gewertet werden (siehe u. a. JANTZEN & SCHNITTKA 2001).

Die beschriebenen möglichen Gründe für Identitätsbeschädigungen bei Menschen mit so genannter geistiger Behinderung zeigen, dass dieser Personenkreis in unserer aktuellen Gesellschaftsstruktur eine nachhaltige *Be-Hinderung bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben* erfährt. Diese Be-Hinderungen erstrecken sich über alle Altersphasen und alle Entwicklungsbereiche. Speziell die Notwendigkeit einer Auseinandersetzung mit sich selbst wurde und wird bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit dem Diagnose-Stempel „Geistige Behinderung“ nach wie vor übersehen oder negiert.

Zusammenfassend kann man bei den skizzierten Beschädigungsgründen auch von „negativen Behinderungserfahrungen“ sprechen. Der Zusammenhang zwischen ausschließlich ungünstigen Auswirkungen dieser Art von Behinderungserfahrungen auf die Identitätsentwicklung der betreffenden Personen darf keineswegs als kausal bzw. bestätigt angesehen werden. Im Gegenteil: Orientiert man sich am Modell der vier Identitätszustände nach MARCIA (siehe Tab. 1), können „negative Behinderungserfahrungen“ Herausforderungen verkörpern, die letztlich zu einer *erarbeitenden Identität* führen können. Wenngleich zum Erreichen dieses Identitätszustandes u. U. eine Form aktiver Unterstützung beim Identitätserleben notwendig und hilfreich sein kann, ist es dann ein relativ stabiler Zustand, der über den Weg einer konstruktiven Auseinandersetzung mit Problemsituationen und Krisen entstanden ist. Somit verkörpern die skizzierten potenziellen Identitätsgefährdungen nicht nur Probleme, sondern gleichsam Chancen auf dem Weg zur Entwicklung einer *selbstbestimmten Identität*.

## Möglichkeiten pädagogischer Unterstützung der Identitätsbildung

Das folgende Zitat einer jungen Frau mit Down-Syndrom (Ohrenkuss 2002) verdeutlicht, dass es für Menschen möglich ist, negative Behinderungserfahrungen wahrzunehmen und gleichsam kompensatorisch/reflexiv damit umzugehen:

**„Das gehört eben halt mal zum Leben dazu“  
von Julia KELLER**

*„Ich habe die Behinderung Down-Syndrom, aber man sieht es mir nicht so an, weil ich vieles dazu gelernt habe. Man sieht es mir an den Augen an, dass ich behindert bin, aber für mich ist es kein Leiden sondern es ist einfach da und das gehört eben halt mal zum Leben dazu.  
Und man soll sich so akzeptieren wie man ist.  
Aber was ich nicht leiden kann ist wenn mich jeder so dumm-blöd an glotzt.“*

*Als wäre ich nur behindert, obwohl das gar nicht stimmt.*

*Ich bin zwar behindert aber nicht so wie die anderen Jugendlichen mit der Behinderung, sondern etwas normaler und ich weiß es auch nicht woher es kommt.*

*Da ich auch mit Jugendlichen ohne Behinderung zusammen bin und mich darunter sehr wohl fühle, fällt es mir schwer als eine Behinderte ohne Freunde behandelt zu werden.*

*Und außerdem bin ich sehr froh und stolz eine Schwester ohne eine Behinderung zu haben, die ich über alles in der Welt liebe“.*

Julia KELLER zeigt mit diesen Worten, dass sie eine sehr sensible Wahrnehmung für Zuschreibungen und Stigmatisierungen hat. Sie fühlt sich durch den Status, den man ihr zugeschrieben hat, stigmatisiert und ausgegrenzt (siehe SCHUPPENER 2008). Als „Strategie des Stigma-Managements“ wendet sie zwei verschiedene Formen an (siehe WENDELER & GODDE, 1989):

### **Protestreaktionen**

Der Wunsch nach „Normalität“ ist bei vielen Jugendlichen mit dem Etikett „Geistige Behinderung“ so stark ausgeprägt, dass er zu massiven Protesthaltungen führen kann. Teilweise wird diese Zuschreibung sogar als Angriff auf die eigene Menschenwürde gesehen (JULIUS 2000), was auch Julia KELLER andeutet. Es wird mit Protest, Ablehnung und Verleugnung gegen diese Zuschreibung und Wahrnehmung als „anders“, „unnormale“, „behindert“ reagiert. Von PALMOWSKI & HEUWINKEL (2000) befragte Schüler einer Schule für Geistigbehinderte erlebten den Begriff „geistig behindert“ als eindeutig negativ (z. B. in Form eines Schimpfwortes von Peers) und lehnten diesen folglich in ihrer Selbstbeschreibung vehement ab.

### **Abwärtsvergleiche**

Abwärtsvergleiche werden als wichtiger Faktor beim Umgang und der Bewältigung mit den Behinderungserfahrungen genannt. Abgrenzungen gegenüber (vermeintlich) stärker beeinträchtigten Peer-Groups scheinen ein wichtiger Stabilisationsfaktor für das eigene Selbstbewusstsein zu sein (siehe auch HOFMANN et al. 1996). Es hat also sowohl eine Trost- als auch persönliche Aufwertungsfunktion, sich selbst als im Vergleich mit anderen weniger behindert zu begreifen. Vermutlich empfindet sich Julia Keller auch aus diesem Grund als „weniger behindert als die anderen“. Abgrenzungen können allerdings auch Distanzierungsverhalten zur Folge haben, welches sich wiederum ungünstig auf die Situation des Integriert-Seins auswirkt.

Grundsätzlich verdeutlicht diese Selbstsicht, dass es Menschen mit Behinderungserfahrungen möglich ist, Behinderungen bewusst wahrzunehmen und zu bearbeiten. Julia Keller widmet sich dieser Art von Bearbeitung z. B. in Form des Schreibens, da sie Mitarbeiterin bei der Zeitschrift Ohrenkuss ist. Aus pädagogischer Perspektive gibt es natürlich verschiedenste Möglichkeiten, das Thema „ICH“ zu bearbeiten. Wie oben erwähnt, sollte eine Unterstützung bei der Identitätsbildung von Menschen mit so genannter geistiger Behinderung speziell darauf ausgerichtet sein, unbewusste Identitätsstrukturen aufzudecken und zu thematisieren. Hierzu gehört u. a. zunächst eine Sensibilisierung für die Thematik. Dies kann in verschiedenen Altersstufen erfolgen und kann sowohl in pädagogischen Einzelbegleitsituationen,

als auch in Gruppenkonstellationen stattfinden. Es gibt spielerische Möglichkeiten im Kindes- und Jugendalter, biografisch zu arbeiten; das Erwachsenenalter stellt jedoch die Altersphase dar, in welcher der Ich-Erlebensprozess und dessen Reflexion am besten möglich sind. Bis hierhin hat der Mensch eine Vielzahl an unterschiedlichen Selbst- und Interaktionserfahrungen sammeln können und kann somit auf ein hohes Grunderfahrungspotenzial für ein bewusstes Erleben eigener Identität zurückgreifen. Im Erwachsenenalter verfügt man über die Kompetenzen für einen so genannten „*selbstinduzierten Identitätswandel*“ (SIEGERT & CHAPMAN 1987). Hierunter sind aktive Verhandlungen zwischen dem Selbst und der Umwelt zu verstehen. Der Kontextualisierung einer Individualentwicklung kommt in dieser Lebensphase demnach eine prägende Bedeutung für Weiterentwicklung von Identität zu, die BERGER (1973) als „*Identitätstransformationen*“ klassifiziert. Nach den Ergebnissen einer Studie von ZETLIN & TURNER (1985) setzen sich Menschen mit dem Etikett einer „geistigen Behinderung“ in der Phase des jungen Erwachsenenalters zunehmend mehr mit ihren eigenen und von außen erlebten Hindernissen auseinander. Im Rahmen dieser Auseinandersetzungen sind sie – nach Ansicht der Autoren – allerdings Bedingungen ausgesetzt, die den Vollzug und das Erleben einer (konstruktiven) selbstinduzierten Identitätsveränderung einschränken können. So erschwert eine nach wie vor existente Tendenz zur Infantilisierung Erwachsener mit Behinderungserfahrungen z. B. die in dieser Lebensphase identitätsrelevante hierarchiefreie Dialogisierung und Interaktion. Der „dialogische Charakter“, den der Prozess der Identitätsbildung benötigt (TAYLOR 1993), hängt also maßgeblich davon ab, inwiefern Dialog- und Interaktionspartner existieren, die von einer Gleichwertigkeit behinderter und nicht behinderter Personen ausgehen und ein authentisches Interesse an ihrem Gegenüber besitzen (siehe auch PÖRTNER 2003). Nur so kann überhaupt eine bewusste Bearbeitung = Erleben von Identität in konstruktiver Form erfolgen. Die hierfür notwendige „andragogische Unterstützung von Identitätsbildung“ (KLAUSS 2005, 329) sollte eine Transparenz von Selbstsichten zum Ziel haben; dies kann z. B. durch die institutionelle Etablierung von Formen der *Biografiearbeit* geschehen (Beispiele hierfür u. a. in LINDMEIER 2004). Hilfreich für eine pädagogische Identitätsarbeit erscheint in jedem Fall auch der Einsatz der vielfältigen Materialien und Methoden zur Persönlichen Zukunftsplanung (PZP) (siehe DOOSE 2000; DOOSE et al. 2005; EMRICH et al. 2006). Im Kindes- und Jugendalter wäre es wichtig, die Identitätsthematik in schulischen Rahmenplänen zu etablieren. Hier müssten fächerübergreifende und fächerverbindende Angebote zum Thema „Ich-Findung“ entwickelt werden (z. B. Lebenslinien konstruieren; Ich & Andere-Projekte; Bearbeitung aktual brisanter Themen wie Andersartigkeitserfahrungen, Orientierung an Idolen, Nicht-verstanden-Gefühle etc.).

Ergebnis aller pädagogischen Unterstützungsangebote bei der Identitätsentwicklung sollte stets ein *Stärken der Ich-Kompetenz* sowie der Entwurf und die Etablierung eines *selbstbestimmten Ich-Verständnisses* sein.

## Fazit

Muss die Identität von Menschen mit so genannter geistiger Behinderung beschädigt sein? Diese Titelfrage wurde versucht in diesem Text mit einem eindeutigen NEIN zu beantworten. Menschen mit Behinderungserfahrungen sind als uneingeschränkt „identitätsfähig“ zu betrachten. Es fehlt ihnen allerdings möglicherweise an einem Lebenshintergrund, der zu einer ausreichend Stärkung von „Ich-Kompetenz“ notwendig ist. Aus diesem Grund erscheint es unerlässlich, Unterstützungsangebote für ein Mehr an Selbstwahrnehmung und für die Auseinandersetzung mit Selbst- und Fremderfahrungen in der Begleitung von Menschen mit so genannter geistiger Behinderung zu verankern.

Zusammengefasst lässt sich Folgendes festhalten: Behinderungserfahrungen wirken sich in Form von Be-Hinderungen aus, welche die betreffende Person autokompensatorisch und autoregulativ in ihr „Ich-Umwelt-System“ integrieren muss. Grundsätzlich ist jeder Versuch des Umgangs mit Be-Hinderungen als Ausdruck von Kompetenz des Individuums anzusehen (siehe FEUSER 1996). Gelingt diese Form der „Integrität“ (siehe ERIKSON 2000), so beinhaltet sie die Basis für die Entwicklung einer erarbeiteten, selbstbestimmten Identität.

Identität wird „als notwendige Voraussetzung für die Handlungsfähigkeit des einzelnen in der Gesellschaft gesehen. Überdauernde Interaktionsbeziehungen, und damit das Zusammenleben in Gesellschaften, sind nur möglich, wenn der andere ‚weiß‘, wer ich bin. Dazu muss ich dem anderen deutlich machen, wer ich bin. Das kann ich nur, wenn ich ‚weiß‘, wer ich bin, und das wiederum hängt davon ab, was ich bislang aus meiner Umwelt über mich erfahren habe und wie ich diese Erfahrung über mich selbst zu einem Bild über mich selbst zusammenfüge, von dem ich sage: ‚Das bin ich!‘“ (FREY & HAUSSER 1987, 6). Es sollte also eine zentrale Aufgabe im Rahmen der Begegnung und Zusammenarbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit dem Etikett einer „geistigen Behinderung“ sein, die Grundvoraussetzungen für eine positive Gesamtentwicklung zu schaffen und gezielte Unterstützungsangebote zur bewussten Auseinandersetzung mit dem Selbst zu initiieren. Nur so kann die Frage „Wer bin ich?“ über den Weg eines *konstruktives Identitätserlebens* beantwortet werden (SCHUPPENER 2006). Übergreifend gehört hierzu auch ein Arbeiten an der Auflösung des dichotomen Denkens und Handelns zwischen „normal“ und „anders“, der Abbau von falschen „Schon“- oder „Schutzräumen“ und die damit einhergehende zunehmende Schaffung inklusiver Lebensbedingungen. Schonraumerfahrungen verhindern eine authentische Auseinandersetzung mit sich selbst in dieser Welt. Daher gilt es, be-hindernde Gesellschaftsstrukturen und Begegnungen auszudecken und zu *ent-hindern*. Dies scheint der erste und elementarste Schritt im Hinblick auf das Verhindern von möglichen Gründen für eine Identitätsbeschädigung von Menschen im Allgemeinen zu sein.

## Literatur

- Berger, P. (1973): Invitation to Sociology. New York.  
 Cloerkes, G. (2001): Soziologie der Behinderten (2. Aufl.). Heidelberg.  
 Cloerkes, G. (2003): Wie man behindert wird. Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen. Heidelberg.

- Doose, S. (2000). „I want my dream!“ Persönliche Zukunftsplanung. Neue Perspektiven und Methoden einer individuellen Hilfeplanung mit Menschen mit Behinderungen (5. Aufl.) Hamburg.
- Doose, S., Emrich, C. & Göbel, S. (2005). „Käpt'n Life und seine Crew“ (Arbeitsbuch). Netzwerk People First.
- Emrich, C., Gromann, P. & Niehoff, U. (2006). Gut leben. Persönliche Zukunftsplanung realisieren. Marburg.
- Erikson, E. H. (2000): Identität und Lebenszyklus (18. Aufl.). Frankfurt am Main.
- Feuser, G. (1996): „Geistig Behinderte gibt es nicht!“. Projektionen und Artefakte in der Geistigbehindertenpädagogik. *Geistige Behinderung* 35 (1), 18-25.
- Fend, H. (1991): Identitätsentwicklung in der Adoleszenz. Lebensentwürfe, Selbstfindung und Weltaneignung in beruflichen, familiären und politisch-weltanschaulichen Bereichen. *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz in der Moderne*. Band II. Bern, Stuttgart, Toronto.
- Frey, H.-P. & Hausser, K. (1987): Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung. Stuttgart.
- Hausser, K. (1995): Identitätspsychologie. Berlin.
- Hofmann, C., Kunisch, M. & Stadler, B. (1996): „Ich spiel jetzt in Zukunft den Depp!“ - Geistige Behinderung und Selbstbild. *Geistige Behinderung* 35 (1), 26-41.
- Jantzen, W. & Schnittka, T. (2001). ‚Verhaltensauffälligkeit‘ ist eine soziale Konstruktion: Über Vernunftfallen und andere Angriffe auf das Selbst. In G. Theunissen (Hrsg.): *Verhaltensauffälligkeiten – Ausdruck von Selbstbestimmung? Wegweisende Impulse für die heilpädagogische, therapeutische und alltägliche Arbeit mit geistig behinderten Menschen* (2. erweiterte Aufl.). Bad Heilbrunn, 39-62.
- Julius, M. (2000): Identität und Selbstkonzept von Menschen mit geistiger Behinderung. *Behindertenpädagogik* 39 (2), 175-194.
- Klauß, Th. (2005): Ein besonderes Leben. Grundlagen der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Buch für Pädagogen und Eltern (2. Aufl.). Heidelberg.
- Krappmann, L. (2000): Soziologische Dimensionen der Identität (9. Aufl.). Stuttgart.
- Lindemann, H. & Vossler, N. (2000): Die Behinderung liegt im Auge des Betrachters. *Geistige Behinderung* 39 (2), 100-111.
- Lindmeier, C. (2004): Biografiearbeit mit geistig behinderten Menschen. Ein Praxisbuch für Einzel- und Gruppenarbeit. Weinheim.
- Luckmann, T. (1979): Persönliche Identität, soziale Rolle und Rollendistanz. In: Marquard, O. & Stierle, K. (Hrsg.): *Identität*. München.
- Marcia, J. E. (1980): Identity in adolescence. In: Adelson, J. (Ed.): *Handbook of psychology*. New York.
- Markowetz, R. (2000): Soziale Integration, Identität und Entstigmatisierung. *Gemeinsam Leben* 8, 112-120.
- Marquard, O. & Stierle, K. (1979): *Identität*. München.
- Maturana, H. R. & Varela, F. J. (1987): *Der Baum der Erkenntnis. Wie wird die Welt durch unsere Wahrnehmung erschaffen – die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens*. München.
- Moser, V. (1997): Geschlecht behindert? Geschlechterdifferenz aus sonderpädagogischer Perspektive. *Behindertenpädagogik* 36(2), 138-149.
- Ohrenkuss (2002). Heft No 09/2002 – Thema: Frau Mann.
- Palmowski, W. & Heuwinkel, M. (2000): Normal bin ich nicht behindert! Wirklichkeitskonstruktionen bei Menschen, die behindert werden. Unterschiede, die Welten machen. Dortmund.
- Pörtner, M. (2003): *Brücken bauen. Menschen mit geistiger Behinderung verstehen und begleiten*. Stuttgart.
- Schuchardt, E. (1999): *Warum gerade ich? Leben lernen in Krisen* (10. Aufl.). Göttingen.
- Schuhmann, B (2007): „Ich schäme mich ja so!“ Die Sonderschule für Lernbehinderte als „Schonraumfalle“. Bad Heilbrunn.
- Schuppener, S. (2004): Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. *Geistige Behinderung* 43 (1), 36-56.
- Schuppener, S. (2005a): Selbstkonzept und Kreativität von Menschen mit geistiger Behinderung. Bad Heilbrunn.
- Schuppener, S. (2005b): Inklusive Voraussetzungen für eine Förderung lebenspraktischer Kompetenzen von Menschen mit einer geistigen Behinderung. *Geistige Behinderung* 44 (4), 275-285.
- Schuppener, S. (2005c): Selbstkonzepte von Menschen mit geistiger Behinderung – Empirische Befunde und Implikationen für Praxis, Theorie und Forschung. *Heilpädagogische Forschung XXXI* (4), 166-179.

- Schuppener, S. (2006): Menschen mit „Behinderungserfahrungen“ = Menschen mit einer „behinderten Identität“? In: T. Klauß [Hrsg.], *Geistige Behinderung – Psychologische Perspektiven*. Heidelberg, 163-182.
- Schuppener, S. (2008): Pubertät und Identitätsentwicklung von Jugendlichen mit so genannter geistiger Behinderung. *Brückenschlag – Zeitschrift für Sozialpsychiatrie, Literatur, Kunst*. Band 24, 77-86.
- Senckel, B. (2000): *Mit geistig Behinderten leben und arbeiten* (5. Aufl.). München.
- Senckel, B. (2003): Entwicklungspsychologische Aspekte bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Irblich, D. & Stahl, B. (Hrsg.): *Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder*. Göttingen, 71-147.
- Siegert, M. T. & Chapman, M. (1987): Identitätstransformation im Erwachsenenalter. In: Frey, H.-P. & Hausser, K. (Hrsg.): *Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung*. Stuttgart.
- Sinason, V. (2000): *Geistige Behinderung und die Grundlagen menschlichen Seins*. Neuwied: Luchterhand.
- Taylor, C. (1993): *Multikulturalismus und die Politik der Anerkennung* (2. Aufl.). Frankfurt am Main.
- Wacker, E. (2003): Perspektivenwechsel. *Geistige Behinderung* 42 (3) Editorial, 193-196.
- Walter, J. (1996): *Sexualität und geistige Behinderung* (4. Aufl.). Heidelberg.
- Warzecha, B. (1997) (Hrsg.): *Geschlechterdifferenz in der Sonderpädagogik. Forschung – Praxis – Perspektiven*. Hamburg.
- Wendeler, J. & Godde, H. (1989): Geistige Behinderung: Ein Begriff und seine Bedeutung für die Betroffenen. *Geistige Behinderung* 28 (4), 306-317.
- Zetlin, A. G. & Turner, J. L. (1985): Transitions from adolescence to adulthood: Perspectives of mentally retarded individuals and their families. *American Journal of Mental Deficiency* 89 (6), 570-579.

## Autorinnen und Autoren

Gudrun Dobslaw, Fulda

Professorin für Rehabilitation (Behindertenhilfe, Psychiatrie), Fachbereich Sozialwesen, Hochschule Fulda, 36039 Fulda.

Email: [gudrun.dobslaw@sw.hs-fulda.de](mailto:gudrun.dobslaw@sw.hs-fulda.de)

Klaus Hennicke, Berlin

Professor für Soziale Medizin im FB Heilpädagogik der Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum

Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle des Gesundheitsamts Spandau von Berlin

E-Mail: [klaus.hennicke@gmx.de](mailto:klaus.hennicke@gmx.de)

Theo Klaus, Heidelberg

Professor für Geistigbehindertenpädagogik, Fakultät für Erziehungswissenschaften, Institut für Sonderpädagogik, Pädagogische Hochschule Heidelberg, 69120 Heidelberg.

E-Mail: [theo.klauss@urz.uni-heidelberg.de](mailto:theo.klauss@urz.uni-heidelberg.de)

Willem Kleine Schaars, Zutphen (Niederlande)

WKS-Trainer bei AKS trainingen, Voorsterallee 100, 7203 DR Zutphen, Niederlande.

E-Mail [a.k.s.@worldonline.nl](mailto:a.k.s.@worldonline.nl)

Saskia Schuppener, Leipzig

Lehrstuhl für Geistigbehindertenpädagogik, Institut für Förderpädagogik, Universität Leipzig.

E-Mail: [schupp@rz.uni-leipzig.de](mailto:schupp@rz.uni-leipzig.de)

Lothar Unzner, Erding

Dr. phil., Diplompsychologe, Leiter der Interdisziplinären Frühförderstellen Erding/ Dorfen (Einrichtungsverband Betreuungszentrum Steinhöring)

Münchener Str. 1, 85435 Erding

E-mail: [unzner-putzbrunn@t-online.de](mailto:unzner-putzbrunn@t-online.de)

## Impressum

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

## Herausgeber

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

## Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke  
Brüderstr. 5  
12205 Berlin  
Tel.: 0174 9893134  
E-mail [klaus.hennicke@gmx.de](mailto:klaus.hennicke@gmx.de)



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

### **Zweck**

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

### **Hintergrund**

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

### **Aktivitäten**

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

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

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche 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)  
Prof. Dr. Gudrun Dobsław, Bielefeld (Schatzmeisterin)  
Dr. Knut Hoffmann, Göttingen  
Dipl.-Psych. Stefan Meir, Meckenbeuren  
Prof. Dr. Georg Theunissen, Halle

#### **Postanschrift**

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