



dgsgb

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

**Klaus Hennicke
(Hrsg.)**

**Verhaltensauffälligkeiten
Problemverhalten
Psychische Störungen
- Herausforderungen für die Praxis -**

**Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am
18.3.2011 in Kassel**

**Materialien der DGSGB
Band 25**

Berlin 2011

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 978-3-938931-26-4

® 2011 Eigenverlag der DGSGb, Berlin

Internet: klaus.hennicke@gmx.de

1. Aufl. 2011

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

Verhaltensauffälligkeiten, Problemverhalten, Psychische Störungen - Herausforderungen für die Praxis -

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSG am 18.3.2011 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Michael Seidel Vorbemerkung	4
Klaus Hennicke Erscheinungsformen auffälligen Verhaltens bei Menschen mit geistiger Behinderung – Wozu macht es Sinn, diese zu unterscheiden?	5
Georg Theunissen Verhaltensauffälligkeiten und Parallelbegriffe in Abgrenzung zu psychischen Störungen - Ein Klärungsversuch und Konsequenzen für die Praxis	36
Friedrich Dieckmann Über das Verhältnis von Heilpädagogik und Psychiatrie bei der Unterstützung von Menschen mit Behinderung im Alltag	51
Brian Barrett & Christian Feuerherd Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung - Differentialdiagnostik und Therapie	79
Autoren	96

Vorbemerkung

Alle Referenten der Tagung haben es sich nicht nehmen lassen, ihre Vorträge in erweiterte Aufsatzfassungen zu bringen. Dafür sei ihnen herzlich gedankt. Ich denke, es hat sich gelohnt, dafür höhere Druck- und Vertriebskosten in Kauf zu nehmen.

Jeder Aufsatz diskutiert aus seiner Perspektive eine Fülle von Ideen, Anregungen und Empfehlungen. Es werden mit Recht durchaus berufsspezifische Abgrenzungen betont, das Bemühen aber um eine „Praxis in Augenhöhe“ oder besser - die Betonung einer interdisziplinären und multiprofessionellen Praxis im Bereich „seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung“ zum Wohle der Menschen ist durchweg spürbar.

Gerade angesichts der defizitären gesundheitlichen Versorgungslage von Menschen mit geistiger Behinderung, der zunehmenden Betreuungsprobleme in den Einrichtungen, Schulen und in den Familien aufgrund schwierigen Verhaltens sollten die in diesem Feld tätigen Fachleute alles tun, gemeinsame Bewältigungsstrategien zu entwickeln, um dieser Herausforderung zu begegnen. Ihre von Friedrich Dieckmann geforderte „Brückenfunktion“ kann nur unterstrichen werden.

Die Zeit der „Grenzstreitigkeiten“ zwischen den Disziplinen und Berufsgruppen sollte endlich vorbei sein. Solche Konflikte tragen nur dazu bei, die Versorgungssituation zu verschlechtern. Die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen fordert in Art 25 eine bedarfsgerechte, *über die üblichen Leistungen hinaus gehende* gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Dem sollten sich alle in diesem Bereich Tätigen verpflichtet fühlen.

Michael Seidel

Vorsitzender der DGSGB

Erscheinungsformen auffälligen Verhaltens

Wozu macht es Sinn, diese zu unterscheiden?

Klaus Hennicke

Einleitung

Die Antwort auf die Titelfrage ist klar: ... um angemessene, „passende“, hilfreiche Interventionsstrategien anbieten zu können! Jede Intervention bedarf der Begründung durch eine irgendwie geartete Einschätzung. Der medizinische Grundsatz „*Erst die Diagnostik, dann die Therapie*“ gilt für alle Formen von gezielten, geplanten Interventionen. „*Diagnostik ist eine unabdingbare Voraussetzung jedes humanwissenschaftlich fundierten, auf den Einzelfall abgestimmten Handelns*“ (Stahl & Irblich, 2005).

Diagnostiziert werden *aktuelle* menschliche Zustände (Querschnittsbeschreibungen) und zwar mithilfe operationalisierbarer d.h. definierter, nachvollziehbarer Kriterien, die der Logik des jeweiligen fachlichen Hintergrundes folgen (Psychiatrie, Psychologie, Psychotherapie, Heilpädagogik). Zum besseren Verständnis sollte der aktuelle Zustand auf den Hintergrund der Lebens- und Entwicklungsgeschichte (Anamnese, Vorgeschichte) sowie auf die gegenwärtigen familiären und relevanten sozialen Kontexte (z.B. Betreuungskontexte, Schule, WfMB) projiziert werden, um mögliche auslösende und/oder ursächlich bestimmende Bedingungen zu erkennen, die dann wesentlichen Einfluss auf die zu wählenden Interventionen haben.

Die (*Differenzial-*)*Diagnostik* auffälligen Verhaltens bei Menschen mit geistiger Behinderung, also der Versuch der Unterscheidung und Abgrenzung der Äußerungsformen¹, ist ein hochkomplizierter Vorgang, der im Vergleich zur Diagnostik bei nicht geistig behinderten Menschen noch unterentwickelt ist. Diese liegt zum einen daran, dass die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Thema in Deutschland nur ganz am Rande der entsprechenden Fachdisziplinen stattfindet, zum anderen daran, dass die klinische Praxis (d.h. spezialisierte Ärzte, Psychotherapeuten, Kliniken, Ambulanzen) noch kein integrierter, selbstverständlicher Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung ist, sondern nur an von wenigen Fachleuten und an wenigen klinischen Zentren stattfindet.

¹ Die in diesem Aufsatz häufiger benutzten Begriffe der „Lebensäußerungen“ oder „Äußerungsformen“ oder „Verhaltensäußerungen“ meinen zusammengefasst wahrnehmbare oder auch vermutete Ausdrucksformen des Denkens, Fühlens und Erlebens.

Im Folgenden soll versucht werden, einige Sichtweisen über Erscheinungsformen auffälligen Verhaltens bei Menschen mit geistiger Behinderung zu diskutieren, um daraus notwendige Unterscheidungen abzuleiten, die für die Unterstützung, Begleitung, Beratung und Behandlung von geistig behinderten Menschen mit ihren Lebensproblemen von Bedeutung sind. Die diskutierten Konzepte stellen nach meiner Meinung die häufigsten Modelle dar, die in der betreuenden und therapeutischen Praxis von Menschen mit geistiger Behinderung benutzt werden.

Zur besseren Vermittlung bediene ich mich eines (leicht modifizierten) Fallbeispiels aus den „*Praxisleitlinien und Prinzipien - Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten - Europäische Edition*“ (Došen et al., 2010). Es ist hinsichtlich der Symptomatik und des Verlaufs typisch und lässt zahlreiche Hypothesen zur Genese der Problematik zu.

Tom ist ein 21-jähriger Mann mit einer leichten geistigen Behinderung (IQ um 60). Er wurde in die Klinik aufgenommen wegen abrupter und manchmal gefährlicher, aggressiver „Explosionen“.

Das schwierige Verhalten existiert seit seiner frühen Kindheit. Frühzeitig wurde Tom konfrontiert mit großen sozialen Problemen. Seine Mutter war psychisch krank. Sein Vater starb, als er zwei Jahre alt war. Er selbst kam wegen verschiedener banaler körperlicher Probleme häufig ins Krankenhaus. Aggressive Ausbrüche, vorwiegend gegen vertraute Menschen gerichtet, begannen schon, als er noch ein Kleinkind war; sie wurden nach seiner Pubertät schwerer. Toms aggressives Verhalten führte im Alter von sieben Jahren zur Aufnahme in einer Einrichtung. Seine Aggressivität bewirkte häufige Aufenthalte in psychiatrischen Krankenhäusern. Er erhielt hohe Dosen verschiedener Psychopharmaka.

Sichtweisen und Modellvorstellungen

Im Umgang² mit geistig behinderten Menschen und ihren Verhaltensauffälligkeiten können im Wesentlichen 4 grundlegende Konzepte ausgemacht werden:

1. Verhaltensauffälligkeiten sind Ausdruck der geistigen Behinderung.
2. Verhaltensauffälligkeiten sind Reaktion auf / Bewältigung von unpassenden Umweltbedingungen, daher sinnvoll und deuten die Lösung an
3. Verhaltensauffälligkeiten sind Ausdruck sozialer Isolation

² „Umgang“ heißt in diesem Zusammenhang, dass unsere persönliche Begegnung mit dem Menschen, unsere Wahrnehmung seines Verhaltens sowie sämtliche Überlegungen, die etwas mit wertender Einschätzung und Einflussnahme auf das Verhalten zu tun haben, im Kern von diesen Konzepten bestimmt werden.

4. Verhaltensauffälligkeiten sind Ausdruck („Symptomatik“) von innen liegenden *krankhaften* seelischen Prozessen.

Natürlich sind dies sehr knapp zusammengefasste Kernaussagen, um die sich jeweils zahlreiche „Spielarten“, Modifikationen und auch Erweiterungen i.S. von Brücken zu den anderen Konzepten ranken, die hier eingeschränkt nur am Beispiel des „Problemverhaltens“ und des „Herausfordernde Verhaltens“ nachgezeichnet werden können.

Um es vorweg zu nehmen: *Alle Erklärungskonzepte sind „richtig“* und erfassen wesentliche *Teilaspekte* des Problems. Jedes Konzept für sich genommen reicht aber offensichtlich nicht aus. Die daraus abgeleiteten Interventionsstrategien sind daher begrenzt ohne umfassenden Gültigkeitsanspruch, können aber dennoch im Einzelfall hilfreich sein.

Verhaltensauffälligkeiten sind Ausdruck der geistigen Behinderung

Die Vorstellung, dass Menschen mit geistiger Behinderung so sind und sich so verhalten, *weil* sie geistig behindert sind, ist weit verbreitet. Es wird angenommen, dass die beeinträchtigten kognitiven Fähigkeiten (Intelligenzminderung) als direkte Folge einer wie auch immer entstandenen und sich manifestierenden Beeinträchtigung der globalen Hirnfunktion im Wesentlichen *alle Lebensäußerungen dieser Menschen bestimmen*.

Bezogen auf des Fallbeispiel könnte angenommen werden, dass Tom durchgehend als typisch geistig behindert angesehen wurde, mit den typischen expansiven Verhaltensauffälligkeiten, die schon sehr früh zur Aufnahme in eine Einrichtung geführt haben, Kriseninterventionen in Kliniken notwendig machten und den Einsatz von Psychopharmaka rechtfertigten. Es findet sich kein Hinweis, dass die Auffälligkeiten Ausdruck seiner seelischen Not waren/sind, die unmittelbar im Kontext der schwierigen und extrem belastenden familiären Situation verständlich sind.

In einer sehr eng verstandenen Praxis kann so der Blick auf die Vielgestaltigkeit und Komplexität der Lebensäußerungen verloren gehen. Reiss et al. (1982) haben diesen Prozess als „diagnostic overshadowing“ bezeichnet. Ein empathischer *Zugang zur Person des Geistigbehinderten* ist unter solchen Prämissen kaum möglich. Ebenso kann eine *wirkliche psychiatrische Diagnostik* d.h. Symptomwahrnehmung und Zuordnung zu einem definierten Störungsbild, gar nicht stattfinden, weil die Äußerungsformen eben als nicht psychopathologisch bedeutsam verstanden werden können. Diese reduzierende, defektorientierte und nur auf das einzelne Individuum bezogene Sichtweise wurde und wird mit Recht kritisiert, ist aber dennoch im Alltag der

Betreuung wie auch in manchen traditionellen psychiatrischen Praktiken sehr präsent.³

Tatsächlich aber muss davon ausgegangen werden, dass viele Verhaltensäußerungen in enger *Beziehung* zum Schweregrad der Intelligenzminderung und kognitiven Beeinträchtigung stehen, und insofern als „*behinderungstypisch*“ bezeichnet werden können. Solche behinderungstypischen Verhaltensweisen sind keine Störungen, sondern weitgehend „normales“ Verhalten eines Menschen mit einer Behinderung.

Sarimski (2005; mod. KH) brachte dazu (neuro-)psychologische Erkenntnisse in eine anschauliche Hardware-Software-Metapher. Auf der „Hardware-Ebene“ finden sich *je nach Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigung* eine mehr oder weniger ausgeprägte Einschränkung, Beeinträchtigung, Reduzierung oder Verlangsamung der

- Aufmerksamkeit und Wahrnehmung (Aufnahme und Erkennen sensorischer Reize) („Prozessor“)
- Geschwindigkeit der Verarbeitung von Informationen („Prozessor“)
- Funktionsfähigkeit des Arbeitsgedächtnisses („Arbeitsspeicher“)
- Quantitative Größe des Gedächtnisses; Wissensbasis („Festplatte“)
- Austauschmöglichkeiten mit der Umwelt (Tätigkeit, Motorik) („Prozessor“ oder eher schon „Software“)

Analog lassen sich auf der „Software-Ebene“ die folgenden Problembereiche beschreiben:

- Erkennen und der Selektion relevanter Informationen
- räumliche Wahrnehmungsfähigkeit
- Fähigkeit zur Ent-/Verschlüsselung verbaler Informationen
- Spracherwerb
- Fähigkeit zur Hemmung irrelevanter Reaktionen (durch interne Steuerungsprozesse)
- Regulation emotionaler Reaktionen
- Automatisierte Informationsverarbeitungsprozesse und Strategien der mehrdimensionalen Bearbeitung
- Exekutive Funktionen (Integrative und kontrollierende Prozesse zur Planung, Auswahl, Bewertung von Lösungsstrategien und zur Kontrolle ihre Ausführung)

³ Bis weit in die 1960er Jahre wurde auch wissenschaftlich (in der Psychologie, damit auch in der Sonderpädagogik und der Psychiatrie) mit diesem Modell gearbeitet wurde (vgl. Eggert, 1993).

- „Theory of Mind“ (Erkennen sozialer Situationen, Einfühlungsvermögen).

Mit dieser Metapher können somit anschaulich behinderungsspezifische Beeinträchtigungen aufgezeigt werden, die quasi *die „Matrix“ der Verarbeitung der Lebenserfahrungen darstellen*. Die Entstehungsgeschichte der Auffälligkeiten hängt somit *direkt* mit der Behinderung zusammen, natürlich vielfach beeinflusst durch die lebensgeschichtlichen Erfahrungen. Bei vielen Menschen mit geistiger Behinderung sind die folgenden *Auffälligkeiten* in *mehr oder weniger deutlicher Ausprägung* zu beobachten:

- Neigung zur Ängstlichkeit
- Subjektive Hilflosigkeit
- Vermeidungsstrategien bei herausfordernden Aufgaben
- reduzierte Erfolgszuversicht
- geringe Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten
- verstärkte Außengerichtetheit (Orientierung an sozialen Hinweisreizen und relevanten Bezugspersonen)
- einfaches stereotypes bzw. chaotisch wirkendes Spielverhalten
- unsichere, ungewohnte Kontaktgestaltung
 - in der Nähe-Distanz-Regulation
 - durch die Setzung starker Reize z.B. Aggressionen
 - durch paradox wirkende Reaktionsweisen infolge von Missverständnissen bzw. Unverständnis verbaler oder sozialer Reize
 - durch mangelhafte Konfliktlösungsstrategien.

Es wird dringend darauf hingewiesen, dass die hier aufgelisteten psychischen und verhaltensmäßigen Besonderheiten in der Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung eine erhebliche intra- und interindividuelle Variabilität aufweisen, die durch psychosoziale Bedingungen vermittelt wird, so dass im Einzelfall immer eine spezielle Diagnostik notwendig ist⁴.

Eine wichtige und notwendige Ergänzung findet diese Perspektive der behinderungstypischen Besonderheiten durch zwei Konzepte:

⁴ Bisher wurde streng genommen nur von „*Intelligenzminderung*“ als *neupsychologisches Konstrukt* gesprochen. Die Intelligenzminderung wird diagnostiziert als testpsychologisch feststellbare Einschränkung oder Beeinträchtigung der Intelligenz und der kognitiven Funktionen. Geistige Behinderung aber ist ein komplexer psychosozialer Zustand einer Person in der Folge der Intelligenzminderung. Die dadurch vermittelte Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben stellt die eigentliche Behinderung dar, nämlich feststellbare Einschränkungen bei der Übernahme von entwicklungs- und altersangemessenen Aufgaben, Aktionen und Handlungsweisen in sozialen Kontexten mit der Folge des Weniger- oder Nicht-Einbezogenseins in das übliche gesellschaftliche Leben.

1. Entwicklungsorientierung oder die Berücksichtigung des sozioemotionalen und kognitiven Entwicklungsstandes.
2. Das Konzept der Verhaltensphänotypen.

Entwicklungsorientierung

Wie unmittelbar nachzuvollziehen sind viele Fähigkeiten und Möglichkeiten der Person eng mit dem Schweregrad seiner intellektuellen Beeinträchtigungen (Intelligenzminderung) verknüpft. Die beschriebenen Äußerungsformen verändern sich entsprechend dem je individuellen kognitiven Entwicklungsstand und sind dafür spezifisch.

„Das Niveau der kognitiven, der sozialen, der emotionalen und der Persönlichkeitsentwicklung ist wesentlich dafür, wie eine Person mit geistiger Behinderung Belastungen und Anforderungen bewältigt“ (Došen et al., 2010).

Diese Sichtweise ist keineswegs reduktionistisch im Sinne des zitierten „overshadowing“, sondern kann vielmehr *als Basis für eine individualisierte, angemessene und bedürfnisorientierte Umgangsweise* genutzt werden. Für den Entwicklungsverlauf nicht behinderter Kinder ist dies natürlich für jedermann unmittelbar nachvollziehbar:

Beispielsweise reguliert ein 5-jähriges Kind sich und seine Welt auf einem anderen Niveau als ein 10-jähriges, das schon lesen, schreiben, rechnen kann und seine Welt schon in logischen, abstrakteren Begriffen beginnt zu strukturieren. Das fünfjährige Kind lebt noch in einer recht „egozentrischen“ Welt, in seiner eigenen „Logik“, mit der es sich und seine Umwelt strukturiert. Selbstverständlich muss daher der Umgang mit einem Fünfjährigen anders als mit einem Zehnjährigen gestaltet sein. Vor allem darf das jüngere Kind nicht an den Maßstäben des älteren gemessen werden.⁵

Die Übertragung auf Menschen mit geistiger Behinderung ist diese „entwicklungsorientierte Sichtweise“ eigentlich schon lange bekannt⁶ und wird

⁵ Für den Kinder- und Jugendpsychiater gehört diese Sichtweise zu seiner diagnostischen Grundhaltung: Sämtliche Verhaltensweisen und Äußerungsformen muss er stets auf dem Hintergrund des Entwicklungsstandes des Kindes, mindestens aber seines Lebensalters einschätzen, sonst wird es ihm nicht gelingen, altersentsprechendes Verhalten von auffälligem Verhalten zu differenzieren oder ein Störungsbild zu diagnostizieren. Beispielsweise sind die Symptome einer Depression über den Entwicklungsverlauf ganz unterschiedlich gestaltet. Vgl. dazu die Leitlinien der deutschen kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al., 2003).

⁶ *Barbara Senckel* veröffentlichte 1994 ihr Buch „Mit geistig Behinderten leben und arbeiten“ mit dem Untertitel „Eine entwicklungspsychologische Einführung“. Zuletzt hat sie zusammen

vielerorts praktiziert, allerdings eher „intuitiv“ angemessen, aber häufig auch in einer infantilisierenden Art und Weise.

Fallbeispiel Tom: Der (aktuellen) Störung/Auffälligkeit von Tom muss auf einer sehr frühen sozio-emotionalen Entwicklungsstufe begegnet werden, denn es ist anzunehmen, dass er bereits als Säugling seine physiologischen Bedürfnisse nicht hinreichend befriedigen konnte, dass ihm eine sichere Bindung versagt gebliebene ist, und dass alle folgenden Entwicklungsstufen nicht oder nur ansatzweise (vermittelt evtl. durch stabile Bezugspersonen im Heim) bewältigt wurden.

Konzept der Verhaltensphänotypen

Eine große Anzahl genetischer Veränderungen geht mit einer geistigen Behinderung einher (nach HODAPP, 2003 sind es ca. 750 Syndrome). Es wurden bisher zahlreiche Syndrome identifiziert, bei denen typische Veränderungen auf der Verhaltensebene beobachtet werden, bezeichnet als *Verhaltensphänotypen*. Die wichtigsten sind u.a.: Down-Syndrom (Trisomie 21), Syndrom des fragilen X, Prader-Willi-Syndrom, Williams-Beuren-Syndrom, Lesch-Nyhan-Syndrom, Cornelia-de-Lange-Syndrom, Rett-Syndrom, Smith-Magenis-Syndrom.

„Ein Verhaltensphänotyp ist (...) zu verstehen als eine Kombination von bestimmten Entwicklungs- und Verhaltensmerkmalen, die bei Kindern

mit *Ulrike Luxen* das Konzept der „entwicklungsfreundlichen Beziehung“ als „mehrdimensionale Methode der Persönlichkeitsentwicklung“ vorgestellt. Der kroatisch-holländische Psychiater *Anton Došen* veröffentlichte 1993 war erstmals in Deutschland sein Konzept der „Entwicklungsdynamische Beziehungstherapie“, dann ausführlicher dargestellt 1997 in dem Buch „Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen“.

2010 erschien sein Lehrbuch „Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene“ (Herausgeber und Bearbeiter der deutschsprachigen Ausgabe Klaus Hennicke & Michael Seidel), in dem dieser Entwicklungsansatz ausführlich begründet und konsequent auf die Äußerungsformen von Menschen mit geistiger Behinderung angewandt wird. In zahlreichen Übersichtstabellen hat er die jeweiligen Entwicklungsaufgaben, die Fähigkeiten und Möglichkeiten auf emotionaler, sozialer und kognitiver Ebene sowie nach dem Stand der Persönlichkeitsentwicklung für die jeweiligen Schweregrade der geistigen Behinderung ausgeführt.

Eine breite Rezeption dieser Konzepte und ihre regelhafte Übertragung in den Betreuungsalltag finden eindrucksmäßig nur selten statt. Unter den Paradigmen der Autonomie und Selbststimmung, bei denen die Selbstgestaltungskräfte von Menschen mit geistiger Behinderung vorrangig vom Lebensalter abhängig gesehen werden, gilt eine solche Entwicklungsorientierung als stigmatisierend und den „wirklichen“ Bedürfnissen dieser Menschen zuwiderlaufend.

und Erwachsenen mit einem definierten genetischen Syndrom mit höherer Wahrscheinlichkeit auftritt als bei Kindern und Erwachsenen mit einer Behinderung anderer Ursache“ (Sarimski, 2003; 2005).

Der Zusammenhang zwischen der Genveränderung und dem Verhalten ist aber keinesfalls linear, sondern eine Wahrscheinlichkeitsbeziehung, d.h. eher nur statistischer Natur.

„Genetisch bedingt ist lediglich eine bestimmte physiologische Reaktionsbereitschaft für Reizgegebenheiten, Motivationslage und biologische Vulnerabilität (Verletzlichkeit) bei Überforderungen durch Umwelteinflüsse. Wie sich das Verhalten des Kindes entwickelt, hängt nicht nur von der genetischen Disposition ab, sondern - wie bei allen Kindern - von der Reaktion der Umwelt auf die spezifischen Bedürfnisse des jeweiligen Kindes“ (Sarimski, 2005).

Die Verhaltenssymptomatik kann nur als Hinweis gewertet werden. Die intra- und interindividuelle Variabilität von Entwicklungsmerkmalen bei Kindern des gleichen Syndroms ist erheblich und muss dringend beachtet werden. Für die Diagnose ausschlaggebend ist der Nachweis der genetischen Veränderung.

Für unseren Zusammenhang entscheidend ist, dass es bei Menschen mit einer geistigen Behinderung im Kontext der Intelligenzminderung tatsächlich genetisch bedingte Verhaltensauffälligkeiten gibt (wahrscheinlich auch außerhalb der bekannten Syndrome und auch bei nicht intelligenzgeminderten Menschen), die sich für die einzelne Person in typischer Weise ausprägen, die aber eine erhebliche, durch soziale und psychologische Prozesse bedingte Varianz aufweisen. Das Konzept der Verhaltensphänotypen verdeutlicht somit exemplarisch, dass Verhaltensweisen zwar von genetisch-biologischen Bedingungen abhängig sind, aber keineswegs in ausschließlich bestimmender Weise, sondern durch vielfältige zusätzliche biologische und Umweltbedingungen in ihren Ausprägungen gestaltet werden.

Ein zentrales Erklärungsmodell für die Varianz ist die im Folgenden diskutierte Sichtweise des grundsätzlich „sinnhaften Verhaltens“. Eine weitere Erklärung wäre die, dass neben dem syndrombestimmenden genetischen Defekt eine Fülle von weiteren genetischen Voraussetzungen vorhanden sind, die in Wechselwirkung den Defekt bzw. seine Ausprägung beeinflussen.

Interventionen

Die Attraktivität der Sichtweise „Verhaltensauffälligkeiten sind Ausdruck der geistigen Behinderung“ liegt darin, dass der Umgang mit den oftmals chaotischen, unverständlichen Äußerungsformen gut strukturiert werden kann. Im engeren Sinne bedarf es zunächst keiner *therapeutischen* Intervention. Im Erziehungs- und Betreuungsalltag steht das Lernen und Einüben von Regeln und Normen (oftmals nur aus der Welt der Nichtbehinderten) im Vordergrund,

weil es diesen Menschen nicht durch eigene Einsicht und Kompetenz gelingen kann. Im sonderpädagogischen Kontext werden unter Berücksichtigung der biologischen Einschränkungen und deren subjektive Bewältigungsbemühungen Lernprozesse gestaltet zum Erwerb von Wissen über sich selbst und über die Lebenswelt⁷.

Daneben allerdings ermöglicht diese Sichtweise eine Haltung, die durch extreme Toleranz gegenüber den manchmal sehr expansiven, aggressiven oder auch gewalttätigen Äußerungsformen gekennzeichnet ist, die eben als „naturwüchsig“ oder „typisch“ und daher als nicht veränderbar verstanden werden. Die Kehrseite dieser Haltung zeigt sich in personalen Grenzsetzungen, Gegengewalt bis hin zu Freiheitsentziehung, Vernachlässigung und Misshandlung. In großem Umfang werden zur Dämpfung und Eingrenzung auch Psychopharmaka (insbes. Neuroleptika) eingesetzt (Hennicke, 2008). Es geht dann fast nur noch darum, Schutz und Sicherheit anderer Menschen sowie der Person vor sich selbst zu gewährleisten.⁸

Verhaltensauffälligkeiten sind Reaktion auf oder Bewältigung von unpassenden Umweltbedingungen, daher sinnvoll und deuten die Lösung an

Diese vor allem in der Pädagogik verbreitete Sichtweise geht davon aus, dass Menschen mit geistiger Behinderung die Anforderungen des Lebens auf je eigene und eigenwillige Art und Weise bewältigen wie jeder andere Mensch auch (*Subjektlogik*). Alle Äußerungsformen – auch die auffälligen – sind Ausdruck dieser Bewältigungs-/Anpassungsbemühungen und insofern verstehbar, nachvollziehbar und sinnvoll. Verhalten kann daher nicht

⁷ Basis und Sinn der Geistigbehindertenpädagogik ist ja gerade, dass sie Erziehungs- und Bildungsprozesse so gestaltet, dass sie den o.g. Voraussetzungen angemessen und der Entwicklung förderlich sind. Im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten gerät sie allerdings sehr schnell an ihre Grenzen. Tatsächlich hat sie sich nicht mit dieser Thematik beschäftigt und dies der Verhaltensgestörtenpädagogik überlassen, die allerdings wiederum die geistig behinderten Kinder nicht im Blickfeld hat (vgl. Schulz, 2011).

⁸ In diesem Kontext gibt es geradezu einen Markt von Angeboten zum „Umgang mit Gewalt und Aggression“ von betreuten Menschen, die im Kern eine „Naturwüchsigkeit“ von Aggression annehmen und sich daher kaum noch um deren Entstehung kümmern, sondern ausschließlich den Schutz der Betreuungspersonen vor Gewalt in den Vordergrund stellen. Die Gefahr solcher Methoden liegt in der Legitimation einer Gegengewalt, gleichsam eines *Verteidigungskrieges* gegen einen gewissenlosen Gegner. Ihr unbestrittener Nutzen allerdings in der Vermittlung deeskalierender Umgangsformen mit Menschen, die ihr Leiden nicht anders als mit Aggression ausdrücken können, und wo es auch darum geht, dieses Leiden zu verringern (vgl. Escalera, 2004).

pathologisch sein oder als gestört verstanden werden, wie es ein psychologisch-psychotherapeutisches und psychiatrisches Modell annimmt.

Die systemische Ergänzung, dass diese Auffälligkeiten auch „lösungsorientiert“ seien, d.h. sozusagen die „Leitlinie“ andeuten, in der Unterstützung, Begleitung und Therapie zu erfolgen hat, verstärkt die Grundhaltung, dass es nicht darum gehen kann, die so verstandenen Auffälligkeiten zu beseitigen, sondern sie besser zu nutzen im Sinne der Veränderung der „unpassenden“ Verhältnisse. Erst durch diese Veränderungen, manchmal auch *nur* durch sie, kommt es zu einer Veränderung des Verhaltens: Für die Personen macht es dann keinen Sinn mehr, sich so zu verhalten, es ist subjektiv nicht mehr notwendig. Ganz wichtig aber auch die umgekehrte Schlussfolgerung: Individuumzentrierte Interventionen können häufig nur dann einen positiven Effekt erzielen, wenn die Kontextbedingungen (z.B. die Beziehungen in der Familie oder auch im Betreuungsteam) sich gleichzeitig verändern und die Interventionsziele unterstützen. Dies trifft vor allem bei jüngeren Kindern zu und auf Menschen mit geistiger Behinderung auf einem niedrigeren Entwicklungsniveau, die den mächtigen Kontextbedingungen zu wenig entgegensetzen haben⁹.

Im Zusammenhang mit einem (engen) Verständnis von *geistiger Behinderung als soziale Konstruktion* (s.u.) könnten so alle Lebensprobleme dieser Menschen in soziale Phänomene aufgelöst werden, eine Vorstellung, die weder als theoretisches Konstrukt noch in der Alltagspraxis der Unterstützung und Begleitung angemessen ist.

Insgesamt aber haben diese Sichtweisen zu einer grundlegenden Weiterentwicklung der alltagspädagogischen und heilpädagogischen Strategien im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung geführt wie auch zu wichtigen neuen Impulsen für die psychologisch-psychiatrische Konzepte¹⁰. Die Hinwendung zu den Lebens- und Entwicklungsbedingungen bedeutet schließlich nicht weniger als die Verortung des Menschen mit geistiger Behinderung als Subjekt *und* Objekt seiner

⁹ „Die Qualität der emotionalen Beziehungen und die Art und Weise der Interaktion in der Familie, in die das Kind eingebunden ist, bestimmen seine Entwicklung und damit die Effizienz der Therapie und Rehabilitation. ... Das ausgeklügelte pädagogische, therapeutische und rehabilitative Programm ist dazu verurteilt, fehlerhaft zu sein, wenn es in ein System dysfunktionaler Beziehungen eingebettet ist“. Dieses Zitat der Systemtherapeutin Selvini-Palazzoli im Vorwort zu A.M. Sorrentino „Behinderung und Rehabilitation“ (1988) wird durch die kinder- und jugendpsychiatrische Erfahrung vielfach bestätigt.

¹⁰ In einer Befragung der Kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (Hennicke, 2008a) zeigte sich, dass weitaus die meisten Kliniken (81%) in ihren *grundlegenden Leitkonzepten* schulenübergreifend orientiert sind. 10% arbeiten nur verhaltenstherapeutisch und 8% nur systemisch, dezidiert tiefenpsychologisch orientiert ist nur eine Klinik.

Geschichte, die er selbst gestaltet und von der er gestaltet wird (Rotthaus, 1990; 1993).

Die Auffassung findet sich im Übrigen – wenn auch nicht so ganz offensichtlich - in allen ätiologischen und pathogenetischen Konzepten der Psychologie und Psychiatrie, allerdings mit dem wesentlichen Unterschied, dass damit die Entwicklung einer *individuellen Störung* erklärt wird, während aus pädagogischer Sicht gleichsam der (individuelle) Prozess des Bemühens und evtl. Scheiterns an unangemessenen Anforderungen und Lebensbedingungen beschrieben wird. Hier verlagert sich das Problem in das einzelne Individuum, dort wird die Lebensgeschichte im sozialen Kontext gesehen.

Es gibt zahlreiche „Spiegelstrichlisten“, in denen die entwicklungshemmenden, schädlichen, traumatisierenden Faktoren und Bedingungen aufgezählt sind, die das Leben von Menschen mit geistiger Behinderung beeinträchtigen können. Sie unterscheiden sich nicht von entsprechenden Listen, die die Bedingungen und Faktoren für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei nicht-behinderten Menschen aufzählen. Allen gemeinsam ist, dass sie *auch* auf die biologischen und speziellen psychologischen Voraussetzungen hinweisen, die darüber hinaus hinderlich und hemmend wirken. Im Kasten 1 werden die wichtigsten *zusätzlichen* Faktoren und Bedingungen („Risiken“) aufgelistet, wie sie heute allgemein diskutiert und anerkannt sind.

Kasten 1: Spezielle zusätzliche Risiken für die Entwicklung psychischer Störung bei Menschen mit geistiger Behinderung

(vgl. SARIMSKI, 2007; DEB et al., 2001) (zit.n. Hennische et al., 2009)

Biologische Faktoren:

- Genetisch bedingte erhöhte Vulnerabilität
- Funktionsstörungen des Gehirns
- Epilepsie
- Erschwerte Interaktionen mit der Umwelt infolge von Störungen der Motorik, Sensorik und Sprache

Psychologische Faktoren

- beeinträchtigte Intelligenz und aller damit zusammenhängender (neuropsychologischer Funktionen (Adaptabilität)
- beeinträchtigte oder erlernte dysfunktionale Problemlösungsstrategien
- unreife Abwehrmechanismen in Konflikten und unter Belastungen
- erlernte dysfunktionale oder ungewöhnliche Copingstrategien
- entwicklungshemmende Bindungsstile, Kollusionen und Symbiosen mit Bezugspersonen
- Schwierigkeit, eine Identität zu entwickeln
- Schwierigkeiten, erfüllende Beziehungen einzugehen

Soziale Faktoren

- Über- oder unterforderndes Milieu; Mangel an geeigneter sozialer Herausforderung oder Unterstützung durch andere; Überbetonung von Förderprogrammen („Förderterror“) zu Lasten von individueller Stabilität und Identität; hohe Misserfolgs- und Katastrophenerwartung der Eltern und Erzieher („Self-fulfilling prophecy“)
- Mangel angemessener kommunikativer Strategien und spezifischer Kenntnisse über individuelle kommunikative Besonderheiten im Umfeld
- Modelllernen in Gruppen mit nur behinderten Personen
- Primäre und sekundär-reaktive psychosoziale Probleme der Bezugspersonen; dysfunktionale Familienstrukturen
- fehlende Integration in die Gesellschaft, Stigmatisierung und Diskriminierung oder „Pseudointegration“ unter Leugnung spezifischer Assistenznotwendigkeiten
- Seelische, körperliche und/oder sexuelle Misshandlung
- soziale und psychische Isolation
- Verlust allgemeingültiger Werte und Normen infolge von Diskriminierung oder Gratifikation von „Behinderung“
- Probleme, eine Arbeit oder Beschäftigung zu finden

Offen bleibt zunächst, in welchem Zusammenhang und in welchen Wechselwirkungen die Bedingungen und Faktoren zueinander stehen und welche Prozesse ablaufen, damit es wirklich zur Entwicklung fehlangepasster Verhaltensweisen und Störungen kommen kann. Es wird evident, dass dazu integrative Konzepte notwendig sind, die dieses Zusammenwirken abbilden und möglicherweise erklären können (s.u.).

Interventionen

Im Kern zielt diese Sichtweise – wie schon gesagt – auf eine Veränderung der Kontextbedingungen, unter denen der Betroffene leidet, die ihn zu überfordernden Anpassungsleistungen zwingen und gegen die er „ankämpft“ und die er verändern möchte, um sein „Gleichgewicht“ zu wahren. Verändern sich die Bedingungen, verändert sich auch sein Verhalten, weil es dann keinen „Sinn“ mehr ergibt. Die Hoffnungen dieses zunächst sehr eng gedachten „systemischen“ Ansatzes haben sich nicht ganz erfüllt, vor allem auch deshalb, weil die subjektiven Ressourcen und auch psychischen Voraussetzungen für die auch beim Betroffenen notwendigen Anpassungsleistungen zu wenig beachtet wurden. Auch heute noch findet sich noch ein manchmal sehr naiver Glaube an die subjektiven Fähigkeiten der Anpassung und Entwicklung (insbes. auch von „verletzten“, „geschädigten“, „kranken“) Menschen (vgl. Anm. 9).

Im Grundsatz aber sind diese Sichtweisen – die Notwendigkeit der Veränderung von Kontextbedingungen - heutzutage Teil *aller* alltagspädagogischen heilpädagogischen, psychotherapeutischen und auch psychiatrischen Bemühungen geworden, Menschen in der Bewältigung ihrer Lebensprobleme zu unterstützen, natürlich in unterschiedlichem Ausmaß und mit

unterschiedlichem Methoden. Keiner aber wird mehr ernsthaft annehmen, dass *allein* die Veränderung der Kontextbedingungen die Lösung bedeutet, sondern dass – bei hinreichenden „Schweregrad der Problematik“ - auch individuumzentrierte Strategien notwendig werden¹¹.

Bereits jetzt wird m.E. hinreichend deutlich, dass die bisher diskutierten Konzepte (entwicklungstypisches, behinderungstypisches Verhalten und Verhalten als sinnvolle Lebensäußerung) sich keinesfalls gegenseitig ausschließen, sondern sich vielmehr ergänzen.

Bezogen auf Tom wäre beispielsweise denkbar gewesen, dass bei einer frühen „Ersatz-Bezugsperson“ oder auch in einem sehr zugewandten Betreuungsmilieu mit stabilen personalen Beziehungsangeboten der expansiv-aggressiven „Kampf“ ums Überleben zunehmend weniger Sinn gemacht hätte. Im Alter von 21 Jahren aber, unter der Annahme erheblich verfestigter Denk- und Handlungsmuster bei Tom („Störung“) - müssen dringend darüber hinaus individuelle Behandlungsstrategien angeboten werden.

Verhaltensauffälligkeiten sind Ausdruck sozialer Isolation

Vor allem Wolfgang Jantzen hat gezeigt, dass Menschen mit geistiger Behinderung „vom sozialen Erbe“ weitgehend ausgeschlossen werden, wodurch sie in ihrer – wenn auch grundsätzlich langsameren Entwicklung – behindert werden. In diesem Kontext entwickeln sie Auffälligkeiten und psychische Störungen, um diese massiven Kränkungen, Verletzungen und schließlich den Verlust ihrer Identität zu kompensieren. Diese sehr knapp dargestellte Sichtweise stellt gleichsam den globalen gesellschaftlichen resp. politischen Rahmen für die hier vorgestellten Konzepte dar. Sie verweist auf die grundlegende Existenzbedrohung von Menschen, die im gesellschaftlichen Produktionsprozess über keine Arbeitskraft verfügen, die aktiv und nutzbringend eingesetzt werden kann.

¹¹ Die frühe verhaltenstherapeutische Grundüberzeugung, dass das, was ein Mensch in seiner Geschichte gelernt hat, z.B. eben das auffällige Verhalten, er wieder „verlernen“ kann (vgl. auch Theunissen, in diesem Band, danach auch ein Grundmodell des Konzepts der *positiven Verhaltensunterstützung*), wurde schon lange modifiziert im Sinne des *Neulernens* anderer oder des *Umlernens* vorhandener Handlungsmuster bzw. - seit der sog. kognitiven Wende der Verhaltenstherapie in den 1980ig/90iger Jahre – von inneren Überzeugungen oder Denkmuster, die wiederum wesentlich auch durch emotionale Erfahrungen bedingt sind. Das bedeutet, dass über die Veränderung der systemischen Bedingungen hinaus, sofern sie einer solchen zugänglich sind, was ja häufig nicht der Fall ist, immer auch *individuelle Umorientierungen* stattfinden müssen, die häufig eben nur individualtherapeutisch/-pädagogisch vermittelt werden können.

Umso mehr geht es um die Schaffung von angemessenen Entwicklungsbedingungen für Menschen mit Intelligenzminderung auf allen Ebenen einer Gesellschaft, die ihnen die „*Aneignung des gesellschaftlichen Erbes*“ ermöglicht und ihnen ihr Existenzrecht sichern. Für Jantzen geht es auch um eine gesellschaftliche Ordnung, welche *die Überwindung von geistiger Behinderung als sozialer Isolation und gesellschaftlicher Diskriminierung* möglich macht.

Anders als die häufig sehr platt benutzte Formel „Geistige Behinderung ist eine soziale Konstruktion“ hat Jantzen stets auf die *biologischen Beeinträchtigungen* hingewiesen, die vom betroffenen Kind kompensiert werden, wobei *basale oder primäre Symptome* zu beobachten sind. Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten sind danach erst *sekundäre Reaktionen* als *Resultat der komplexen Wechselwirkung zwischen exogenen und endogenen Faktoren* (vgl. Jantzen, 2011).

Tom in unserem Fallbeispiel könnte danach als Mensch betrachtet werden, dem es durch viele Umstände verwehrt wurde, sich mit der Welt auseinanderzusetzen durch seine intellektuelle Beeinträchtigung, durch fehlende wichtige Personen, die ihn bei der Auseinandersetzung mit den Anforderungen des Lebens unterstützt haben, sowie auch durch die Haltung der Umwelt, sein expansiv-aggressiver „Überlebenskampf“ wäre Ausdruck seiner geistigen Behinderung.

Interventionen

Jantzen hat in seiner zutiefst humanistischen Sichtweise mit dem –auch therapeutisch nutzbaren – Konzept der Rehistorisierung sehr wichtig Impulse für eine Entwicklungsorientierung wie auch für personenzentrierte Zugänge gegeben (z.B. Jantzen, 1996), um Menschen mit geistiger Behinderung den Weg aus der Isolation zu ermöglichen und zu einer eigenen Identität zu finden.

Die Forderung nach gesellschaftlicher Teilhabe, deren Beeinträchtigung ja definitionsgemäß Behinderung bedeutet, ist selbstverständlich und gesetzlich verankert (SGB IX, XII), wenn auch nicht verwirklicht.

Die historische Etappe der Normalisierung der Lebensbedingungen und der Integration in die Gemeinde für Menschen mit geistiger Behinderung und der daran anknüpfenden Ent- oder auch Dehospitalisierung hat nicht wirklich zum Verschwinden der Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen geführt¹².

¹² Diese Etappe ist m.E. noch lange nicht abgeschlossen. Nirgendwo sind wirklich integrative Lebensformen für Menschen mit geistiger Behinderung entstanden. Eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Inklusion“ muss an dieser Stelle verzichtet werden.

Verhaltensauffälligkeiten sind Ausdruck eines inneliegenden krankhaften seelischen Prozesses

Die alte Idee der Psychiatrie von der „Endogenität“, also einer sich *von innen heraus* entwickelnden psychischen *Krankheit*, ist längst aufgegeben zugunsten eines *multidimensionalen Konzepts psychischer Störungen*, wie oben bereits angedeutet. Bastine (1998) formulierte eine Definition von psychischer Störung, die weitgehend Konsens findet:

Psychische Störungen sind Beeinträchtigungen der normalen Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens, die sich in emotionalen („gefühlsmäßig“), kognitiven („Wahrnehmen und Denken“), behavioralen („verhaltensmäßigen“), interpersonellen („zwischenmenschlichen“) und/oder körperlichen Beeinträchtigungen äußern und die von der jeweiligen Person nicht oder nur begrenzt beeinflussbar sind (und meistens mit subjektivem Leiden verbunden sind) (Ergänzungen in Klammer jeweils KH).

Im DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association APA (Amerikanische Psychiatrische Vereinigung) (Saß et al., 1999) wird psychische Störung etwas präziser aber mit dem gleichen Inhalt definiert.

Ein zu enges Krankheitskonzept aber wird nach wie vor als wichtigstes Argument gegen eine psychiatrische Sichtweise vorgebracht. Tatsächlich ist aktuelle *Praxis* der Psychiatrie (insbes. der Erwachsenenpsychiatrie) geeignet, dieses Bild zu bestätigen (z.B. Dominanz der Psychopharmakotherapie, Missverstehen von Diagnosen/ICD-10-Kategorien als reale Erkrankungen, Vernachlässigung der individuellen Lebensgeschichte durch operationalisierte Diagnostik¹³).

Interventionen

Trotz diese Kritik verfügt die Psychiatrie (zusammen mit der Psychotherapie und Soziotherapie) über ein umfassendes Wissen über „abnorme“, „auffällige“ Zustände bei Menschen, auf das keinesfalls verzichtet werden sollte, auch aus ethischen Gründen nicht verzichtet werden darf. *Für praktisch jede psychische Störung (einschließlich übrigens auch von Verhaltensauffälligkeiten) gibt es therapeutischen Empfehlungen, und zwar auf allen Ebenen: biologische (z.B. Psychopharmaka), psychologische (z.B. Psychotherapie, Familientherapie) und soziale Interventionen (z.B. Arbeits-, Beschäftigungs-, Ergotherapie, Psychoedukation).* Gleichwohl wird mit Recht angemahnt, dass sich Psychiater

¹³ Vgl. dazu auch Hoff (2005), der sich sehr kritisch mit dieser Denkart und Praxis *aus psychiatrischer Sicht* auseinandersetzt.

„in Augenhöhe“ mit den Berufsgruppen einlassen müssen (gerade übrigens im Bereich der ambulanten Versorgung¹⁴), die ihr Fachgebiet eigentlich dringend fordert und braucht (s. Dieckmann, in diesem Band).

Für Tom gab es offensichtlich keine begründete psychiatrische Diagnostik (evtl. im Kontext der – letztlich ineffektiven - Psychopharmakotherapie). Eine solche hätte möglicherweise die Diagnosen „Depression“, „Angststörung“, „Posttraumatische Belastungsstörung“, „Anpassungsstörung“ zur Folge gehabt mit entsprechenden therapeutischen Konsequenzen.

Exkurs: Problemverhalten oder „herausforderndes Verhalten“

Exkurs deshalb, weil die beiden inhaltlichen identischen Begriffe aus meiner Sicht geeignet sind, eine Brücke zwischen den vorgestellten Konzepten zu bauen oder – anders formuliert – in keines in Gänze unterzubringen sind. Beide Begriffe beschreiben eine eher schlecht definierte *Restkategorie* auffälligen Verhaltens. Der Begriff Problemverhalten scheint sich aufgrund seiner klinischen Implikationen zunehmend vor allem in den psychiatrischen Disziplinen durchzusetzen, während in pädagogischen Kontexten eher der Begriff herausforderndes Verhalten gebraucht wird. Aus meiner Sicht können sie synonym verwendet werden.

Problemverhalten

Cooper et al. (2007) haben in einer groß angelegten epidemiologischen Studie in England gezeigt, dass unter mehr als 1000 untersuchten Menschen mit geistiger Behinderung 22,5 % ein sog. Problemverhalten (engl. *problem behaviour*) aufweisen. Diese Auffälligkeit kann nicht durch eine ICD-10-basierte Diagnose ausreichend beschrieben bzw. erklärt werden. Die die diagnostische Zuschreibung „Problemverhalten“ ist daher auch keine kategoriale Festlegung, sondern die Feststellung eines durch umfassende Diagnostik zu klärenden individuellen Zustandes.

Unter Problemverhalten wird nach einer Definition britischer Psychiater (Royal College of Psychiatrists, 2001) folgendes verstanden (gekürzt zit. n. Seidel, 2011):

¹⁴ In den Kliniken sind multiprofessionelle und interdisziplinäre Kooperationen eher die Regel und Basis für die häufig sehr effektive Diagnostik und Therapie. Durch die Struktur des ambulanten Gesundheitswesens und der rigiden „Versäulung“ der Hilfesysteme (Gesundheitssystem, Behindertenhilfe, Jugendhilfe, Sozialhilfe) sind solche Versorgungsmöglichkeiten selten und – wenn überhaupt – mit sehr großen Anstrengungen aller Beteiligten verbunden (Vgl. Seidel, 2011). Auch der 13. Kinder- und Jugendbericht v. 30.4.2009 kritisiert eindringlich diese Situation.

- *Das betreffende Verhalten ist in Schwere oder Häufigkeit so beschaffen, dass es ein klinisches Assessment und spezielle Interventionen verlangt.*
- *Das betreffende Verhalten ist nicht die unmittelbare Folge einer psychischen Störung oder einer körperlichen Krankheit.*
- *Das betreffende Verhalten hat wesentlichen Einfluss auf die Lebensqualität des Betroffenen oder Dritter oder es birgt ein wesentliches Risiko für die Gesundheit oder die Sicherheit des Betroffenen oder Dritter.*

Symptomatisch stehen (schwerwiegende und andauernde) expansiv-aggressive Verhaltensweisen¹⁵ im Vordergrund. Problemverhalten wird als Ergebnis einer ungünstigen Wechselwirkung zwischen der Person (mit ihrem biologischen und psychologischen Substrat) und ihrer physischen und sozialen Umwelt angesehen. Problemverhalten ist danach die *exzessive Ausgestaltung einer Person-Umwelt-Problematik*. Die Beziehung zum psychiatrischen Konzept einer psychischen Störung ist noch ungeklärt. Diskutiert werden allerdings eine große Nähe (vgl. Vanstraelen et al., 2003; Emerson et al., 1999):

1. Problemverhalten ist eine spezifische psychische Störung insbesondere bei Menschen mit schwererer Intelligenzminderung;
2. Problemverhalten ist behinderungstypischer Ausdruck einer zugrundeliegenden psychischen Störung.

Interventionen

Im Vordergrund steht die Beeinflussung der Person-Umwelt-Problematik, die in ihrer entstehungsgeschichtlichen Entwicklung verstanden und mit *multidimensionaler* Diagnostik erklären wird. Daraus werden differenzierte (multimodale) Interventionsstrategien abgeleitet, die lebensweltbezogen, kontextorientiert, aber auch personenzentriert angeboten werden müssen (s.u.).

Herausforderndes Verhalten

Herausforderndes Verhalten¹⁶ (engl. *challenging behaviour*) wird ähnlich wie Problemverhalten definiert:

¹⁵ Verbal und/oder körperlich aggressives Verhalten, destruktives Verhalten (Zerstörungswut), Selbstverletzende Verhaltensweisen, Unangemessenes sexuelles Verhalten, Störung des Sozialverhalten mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten, Übermäßig forderndes Verhalten, Weglaufen (Royal College of Psychiatrists, 2001).

¹⁶ „Es ist ein Begriff, der eingeführt wurde um anzuzeigen, dass für einige Menschen die verfügbaren Dienste für ihre Bedürfnisse nicht ausreichen und dass ihr aggressives oder selbstverletzende Verhalten Ausdruck ihrer Frustration und Angst ist. Diejenigen, die den Begriff erstmals gebrauchten, betonten, dass es die Professionellen und Helfer waren, die herausgefordert wurden“ (Russel, 1997).

„Herausforderndes Verhalten ist Verhalten von solcher Intensität, Häufigkeit und Dauer, dass es die körperliche Unversehrtheit der Person selbst und von anderen ernsthaft bedroht oder das Verhalten schränkt deutlich den Zugang und die Nutzung von üblichen öffentlichen Betreuungsangeboten ein“ (Emerson et. al. 1999; Übers. KH).

Definitionsgemäß ist es keine klinische Diagnose und hat nur beschreibenden Charakter. Aber es auch nicht einfach ein Problem, was jemand mit sich herumträgt, wie es manchmal scheint. Die Helfer sind aufgefordert, hilfreiche Wege für Menschen zu finden, sich in sozial akzeptabler Weise auszudrücken und zu verhalten.

Gemeint ist also die Personengruppe von Menschen mit geistiger Behinderung mit exzessivem aggressiv-expansivem Verhalten, die gleiche, die mit dem Begriff „Problemverhalten“ belegt wird, ohne dass - außer der angenommenen pauschalen sozialen Genese (aufgrund schlechter Lebens- und Betreuungsbedingungen) – konkretere Entstehungs- und Entwicklungskonzepte vorhanden wären¹⁷. Gleichwohl hat sich der Begriff in Deutschland im nichtpsychiatrischen Schrifttum durchgesetzt.

Interventionen

Das Etikett Herausforderndes Verhalten begründet keine *spezifischen* (therapeutisch-heilpädagogischen) Interventionen. Den „Herausforderungen“ wird häufig überwiegend mit Schutz- und Sicherheitsmaßnahmen begegnet, mit der Einrichtung von speziellen Betreuungsgruppe (z.B. Intensivgruppen, häufig nur im Sinne von Management und Ertragen der Auffälligkeiten), aber auch mit komplexen, multidisziplinären Strategien¹⁸.

¹⁷ HEWETT (1998) listet eine kaum noch überschaubare Anzahl individueller und Umweltbedingungen auf (genau genommen N= 67), die bei der Entstehung von herausforderndem Verhalten wirksam sein könnten, die sämtlich auch in der Genese von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung ein Rolle spielen.

¹⁸ Beispielhaft sei das „Netzwerk-Intensivbetreuung“ genannt, ein lockerer Zusammenschluss von Mitarbeitern in solchen intensiven Betreuungsverhältnisse für „Bewohner mit sehr hohem Integrationsbedarf“ mit dem Ziel, effektive Betreuungs- und Behandlungskonzepte für diese Personengruppe zu entwickeln. Vgl. auch Dieckmann, 2006.

Die Auffälligkeiten bei Tom werden als „Problemverhalten“ bezeichnet und nach den vorliegenden „Leitlinien“ diagnostiziert und behandelt (Integrative Diagnose und Therapie) (s.u.). Leider ist nicht nachweisbar, ob und unter welchen Bedingungen die Therapie durchgeführt worden wäre. Vorstellbar und nicht unrealistisch wäre das Ideal, dass die unten skizzierte Integrative Therapie oder auch das ebenfalls dargestellte multimodale Therapiekonzept durchgeführt wird (z.B. auf einer „Intensivgruppe“ im Rahmen der Behindertenhilfe. Das würde allerdings eine „klinische“ Vorgehensweise (d.h. Betonung des individuellen „Störungsaspekt“) bedeuten, aber natürlich auch Einflussnahmen auf die aktuellen Lebensbedingungen.

Das Etikett „Herausforderndes Verhalten“ impliziert im Prinzip keine spezifischen Interventionen, und hätte unter den heutigen Betreuungsbedingungen der Behindertenhilfe dazu geführt, dass er wahrscheinlich auf einer Intensivgruppe in einer Einrichtung leben würde. Dort würden Psychopharmaka, verm. Neuroleptika eingesetzt (ohne weitere psychiatrische Diagnose) und sich der Aggressionen eher mit alltagspädagogischen Mitteln der Gegengewalt (Schutz und Sicherheit) erwehrt, ergänzt durch spezifische aggressionsmindernde Strategien (z.B. verstärkte Einzelbetreuung, Rückzugsmöglichkeiten, Entlastungen, Einzelzimmer).

Aus meiner Sicht gibt zwischen den beiden Vorgehensweisen, außer der vermutlich besseren Begründung der Interventionen im Falle des „Problemverhaltens“, letztlich keine prinzipiellen Unterschiede. Man tut das Gleiche mit dem gleichen Ziel, auch fast mit den gleichen Methoden (Sind Psychopharmaka keine „klinische“ Behandlung?), aber unter einer anderen Überschrift. Macht das Sinn?

Integrative, multidimensionale Sichtweisen

Es erscheint nach dem bisher Ausgeführten unmittelbar plausibel: Notwendig und letztlich einzig erfolgversprechend sind Konzepte, die in ihrer Theorie, vor allem in praktischer Konsequenz die verschiedenen Sichtweisen zusammenführen können, also *komplexe Diagnostik- und Behandlungskonzepte*. Ich möchte hier zwei solcher *integrative* Ansätze in knapper Form vorstellen¹⁹ und am *Fallbeispiel „Tom“* verdeutlichen:

1. Modell(e) der Entwicklungspsycho(patho)logie und daraus folgend: Multidimensionale Diagnostik und Multimodales Behandlungskonzept der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Sozialpsychiatrie

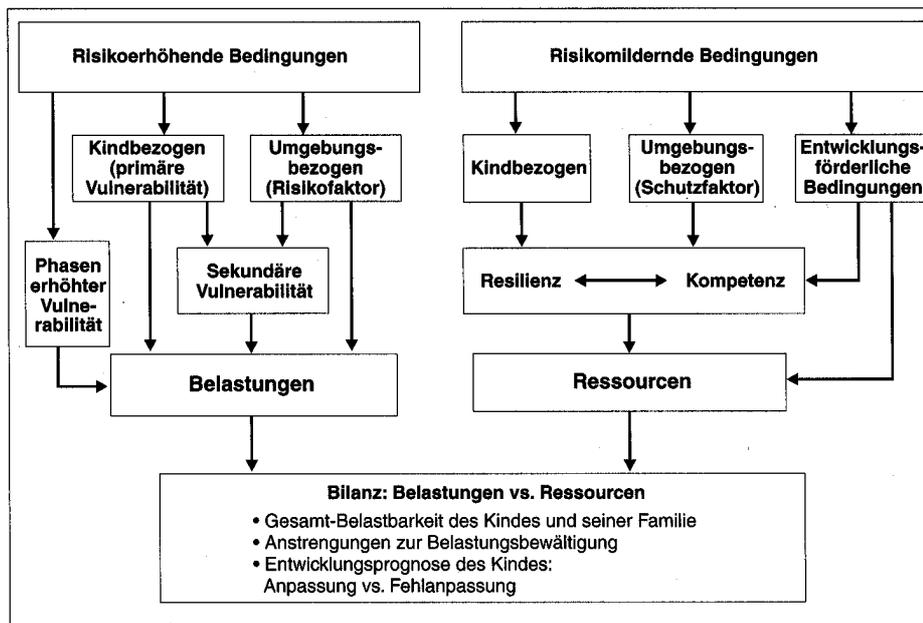
¹⁹ Es wird ausdrücklich auf die ebenfalls durchaus komplexen und in der Tendenz integrativen Konzepte hingewiesen, die von Theunissen und Dieckmann (in diesem Band) diskutiert resp. erwähnt werden: Positive Verhaltensunterstützung, Funktionale Verhaltensanalyse, Marte-Meo-Methode, das Konzept nach Carlos Escalera, kognitiv-behaviorale Ansätze, Psychoedukation, Einzelförderungen bzw. –trainings.

2. Modell der Entwicklung von Problemverhalten (Došen et al. 2010) und daraus folgend: Konzept der Integrativen Diagnose und Integrative Behandlung (Došen et al., 2010; Došen, 2010)

Modell(e) der Entwicklungspsycho(patho)logie

In der Entwicklung eines Menschen sind gleichzeitig hemmende und förderliche Bedingungen wirksam²⁰: Die Wechselwirkung sowie das Zusammenwirken von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, von Vulnerabilität (Verletzlichkeit) und Resilienz (Widerstandsfähigkeit), von fehlender und vorhandener sozialer Unterstützung, von geringeren und größeren Belastungen durch Lebensereignisse führen – ohne dies hier weiter ausführen zu können – auf jeder Entwicklungsstufe eines Menschen zu einem Zustand der (stets relativen) Angepasstheit und Funktionsfähigkeit („Ergebnis“) im Kontext der Erfordernisse der Lebensbewältigung (s. Abb. 1).

Abb. 1: Schema risikoe erhöhender und risikomildernder Faktoren in der kindlichen Entwicklung (Scheithauer et al., 2000, 67, mod. n. Scheithauer & Petermann, 1999, 4)



²⁰ Es gibt eine Vielzahl von einzelnen Theorien und Ansätzen (zit nach: Niebank & Petermann, 2000):

- Gen-Umwelt-Beziehungen (Plastizität des Gehirns: Synapsenbildung, neuronale Aktivität, Genexpression), Genetik (Genotyp-Phänotyp; Genetische Aktivität, Genexpression); Gen-Umwelt-Beziehungen (Interaktion; passive, evokative und aktive Korrelation)
- Der biopsychosoziale Ansatz: Transaktionsmodelle (Sameroff 1995); Psychobiologischer Systemansatz der Entwicklung (Gottlieb et al., 1998)
- Entwicklungs(pfad)ansätze: Modell der Epigenese (Epigenetische „Landschaft“ Waddington 1957); Entwicklungspfadmodell (Sroufe 1997)

Die wichtigsten Erkenntnisse der Entwicklungspsycho(patho)logie sind:

Das Ergebnis von Entwicklung

- ist zu jedem Zeitpunkt („Entwicklungsstand“) anders
- ist immer Resultat früherer (Austausch-)Prozesse, die sich im gegenwärtigen Kontext aktualisieren
- ist nicht (niemals exakt) voraussagbar (Multifinalität = eine „Ursache“ hat ganz unterschiedliche Folgen; Äquifinalität = verschiedene „Ursachen“ führen zum gleichen Ergebnis)
- ist mit Modellen immer nur begrenzt und unvollständig (d.h. nur) erfassbar ebenso wie die Entwicklungsprozesse selbst. *Das bedeutet, dass eine aktuelle Diagnostik – mit welchen Methoden auch immer – nur in Ausschnitten den wirklichen Zustand erfassen kann.*

Bezogen auf Tom lässt das Modell erahnen, dass eine Vielzahl entwicklungshemmender Faktoren wirksam gewesen sein müssen (einige finden sich in der obigen Liste s. Kasten 1), die zu dem jetzigen „fehlangepassten“ und funktionseingeschränkten Zustand geführt haben. Gleichzeitig kann aufgezeigt werden, dass für eine positive weitere Entwicklung ressourcenorientierte, kompetenz- und resilienzfördernde Strategien (psychiatrischer, psychologischer und sozialer Natur) notwendig werden müssen, um die „Defizite“ zu bewältigen. Deutlich wird auch, dass die oftmals frustrane Suche nach den „Ursachen“ zwar Erkenntnisse bringen mag, wie es dazu gekommen ist, die aber für die zukünftige Unterstützung, Begleitung und Therapie wenig beitragen können.

Multidimensionale Diagnostik und multimodale Therapie

Multidimensionale Diagnostik heißt – auf dem Hintergrund des Entwicklungspsycho(patho)logie - zusammengefasst „*Mehrebenenbetrachtung durch Methodenvielfalt*“ (mod. nach Remschmidt 2000; Döpfner et al. 2000):

- *Ebenen („Dimensionen“) der Betrachtung*
 - Individuum: biologisch-körperlich, psychologisch, medizinisch-psychiatrisch; soziale Beziehungen (Interaktionen)
 - Lebenskontext der Person: Familie und div. soziale Systeme
- *Methoden („Vorgehensweisen der Untersuchung“)*
 - Wissenschaftliche und fachliche Konzepte aus der Medizin/Biologie, Psychiatrie, Psychologie, Pädagogik, Soziologie
 - (Verhaltens-)Beobachtung in div. Situationen, körperliche und psychologische Untersuchung, Selbst- und div. Fremd-Beurteilungen.

Es handelt sich also um eine sehr aufwendige Veranstaltung, die multiprofessionelle personale, zeitliche und natürlich auch konzeptionelle

Voraussetzungen braucht, die häufig vor allem in den ambulanten Versorgungssystemen nicht gegeben sind.

Multidimensionale Diagnostik am Fallbeispiel Tom könnte folgendes Ergebnis bringen:

- **Individuelle Ebene**
 - Frühe Bindungsstörung mit Angst, Unsicherheit, Beziehungsstörungen
 - Depressiv-aggressives Bild mit Impulskontrollstörung
 - Leichte geistige Behinderung (IQ 60)
- **Kontext/Umfeld**
 - Chronische intellektuelle und emotionale Überforderungssituation
 - Unverständnis, Hilflosigkeit, Gegengewalt

Die Ergebnisse der komplexen Diagnostik werden genutzt, um auf den für bedeutsam gehaltenen Ebenen (Individuum, Familie, Umfeld) – nach ausführlichen Indikationsüberlegungen – therapeutisch wirksame Interventionen vorzuschlagen, die ganz unterschiedliche Methoden anwenden können (*Multimodalität*): körperliche/biologische (z.B. Psychopharmaka, Pflege, Ernährung), psychologische/psychotherapeutische (z.B. Psychotherapie, Beratung, Familientherapie), heil-/sozialpädagogische (z.B. Alltagspädagogik, Ergotherapie, Arbeitstherapie, Wohnbedingungen, Bildungsangebote) und wiederum in verschiedenen Settings (ambulant, teilstationär, vollstationär; akut, mittelfristig Langzeitbegleitung).

Multimodale Therapie bei Tom könnte umfassen:

- **Individuelle Ebene**
 - Stabile Beziehungsangebote
 - Psychopharmaka (Neuroleptika oder Stimmungsstabilisierer)
 - Evtl. Psychotherapie: Integration der lebensgeschichtlichen Erfahrung, emotionale Stabilisierung, bedingungsloses Beziehungsangebot
- **Kontext/Umfeld**
 - Schutz, Sicherheit, angemessene Anforderungen, Rückzugsmöglichkeiten, Entlastung
 - Ort-/Zeit-Strukturierung
 - Teamberatung/-Supervision: Gemeinsame, abgestimmte pädagogische Umgangsstrategien

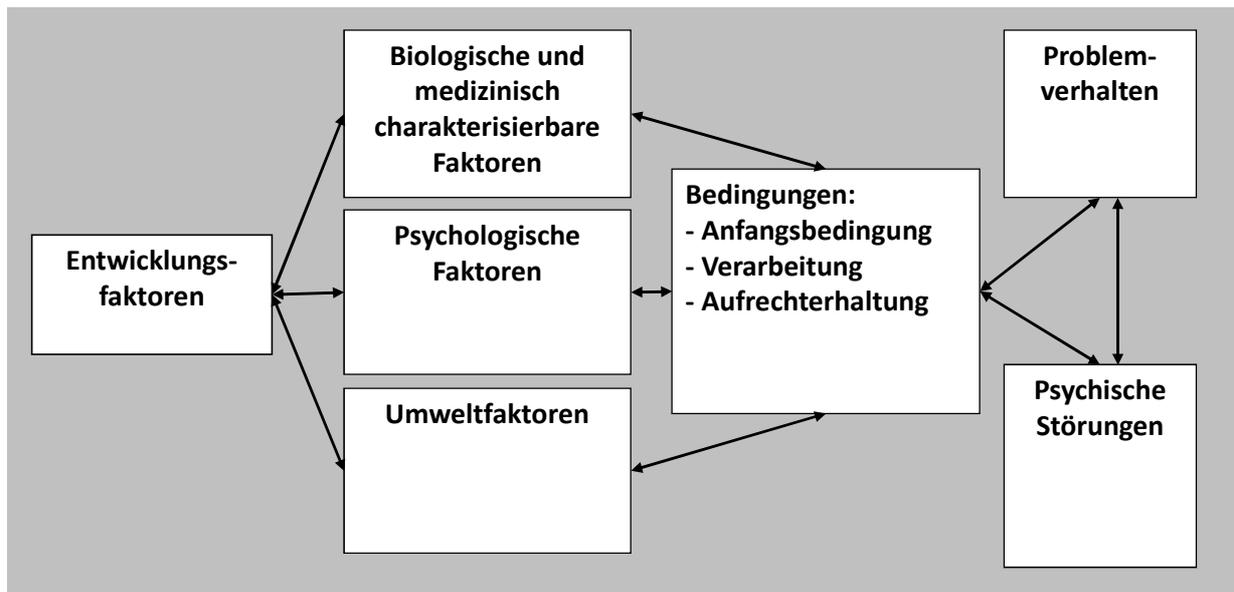
Auch hierbei sind selbstverständliche sachliche, personale und konzeptionelle Ressourcen notwendig, die die Versorgungssysteme, vor allem wiederum im ambulanten Bereich, nicht vorhalten (können), und die häufig an den miserablen Kooperationsbedingen und fehlenden Vernetzungen scheitern. Obwohl dies zweifellos die derzeitige Versorgungsrealität ist, wird dadurch die Notwendigkeit derartiger Konzepte nicht in Frage gestellt, und es wäre wenig hilfreich, sie in den Bereich eines naiven Idealismus zu verschieben.

Insbesondere müssen derartige Konzepte in die aktuelle „Inklusionsdebatte“ aufgenommen werden, weil sie – was häufig übersehen wird – den grundlegenden Forderungen der UN-Behindertenkonvention entsprechen, die in Art 25 und 26 eine bedarfsgerechte, *über die üblichen Leistungen hinaus gehende* gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen anmahnt

Modell der Entwicklung von Problemverhalten

Ähnlich wie im Konzept der Entwicklungspsychopathologie gehen die Autoren der *Praxisleitlinien und Prinzipien - Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten - Europäische Edition* (Došen et al. 2010) von einer Vielzahl von Wechselwirkungsprozessen aus. In der folgenden Abb. wird auf einen Blick die Komplexität der vermuteten Prozesse deutlich.

Abb. 2: Modell der Entwicklung von Problemverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung (Došen et al., 2010)



Aus diesem Ansatz heraus wird das bereits früher von Anton Došen entwickelte Konzept der *Integrativen Diagnose* und *Integrativen Therapie* auch in den *Leitlinien* begründet. Es wird ein noch wesentlich umfassenderes Assessment gefordert, als im multidimensionalen Konzept vorgestellt. Insbesondere ist die entscheidende Erweiterung die Einführung der *Entwicklungsdimension*, aber auch die konsequente Berücksichtigung sozialer und psychologischer Kontextfaktoren (vgl. dazu im Einzelnen: Ebd., S. 38 ff.).

Bezogen auf unser Fallbeispiel Tom wird folgende Integrative Diagnose formuliert (Ebd., S. 51 f.; leicht gekürzt KH):

1. *Kognitive Ebene: Leichte intellektuelle Behinderung (IQ 60; Entwicklungsalter ca. 9 Jahre)*
2. *Emotionaler Entwicklungsstand: ca. 2 Jahre; Suche nach Beachtung, positive Beziehung, Akzeptanz, Vertrauen, Sicherheit, Stabilität*
3. *Fehlende Coping-Strategien: „Frustrationsintoleranz“*
4. *Ungünstige Entwicklungsbedingungen: fehlende/unsichere Bindung, andauernde Überforderung, fehlendes Verständnis für das Verhalten*
5. *Psychiatrische Diagnose: Intermittierende explosive Störung (DSM-IV) (= Sonstige Störung der Impulskontrolle nach ICD-10: F63.8)*

Therapeutisch werden folgende Strategien empfohlen (Integrative Therapie):

1. *Entwicklungsdimension: intensives Beziehungsangebot (→ Bindungssicherheit), individualisierte Betreuung zur Befriedigung grundlegender Bedürfnisse*
2. *Soziale Dimension: Strukturierung des Wohnraums, der Gegenstände, der sozialen Interaktionen, der Aktivitäten (→ Vertrauen, Sicherheit, Orientierung, Übernahme von sozialen Rollen)*
3. *Psychologische Dimension: Erkennen und Äußern eigener Gefühle, Erkennen von Frustration und Wut, Wutmanagement (→ Erhöhung/Verbesserung der Impulskontrolle)*
4. *Biologische Dimension: Psychopharmakotherapie (Valproat) (→ Reduzierung der Affektlabilität und Reizbarkeit)*

Ganz offensichtlich ist wesentlicher Teil der integrativen Therapie die – in diesem Fall – wesentliche *basale Pädagogik* als Voraussetzung für die Wirksamkeit psychotherapeutischer und psychiatrischer Interventionen, sowie - ein häufiges Argument für Psychopharmaka – deren Einsatz als Voraussetzung, dass basale Pädagogik möglich wird.

Interventionen und therapeutische Konsequenzen

Auffällige Verhaltensweisen - Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen - sind sowohl individuelle, sinnhafte Lebensäußerungen auf ungünstige psychosoziale Bedingungen als auch intraindividuelle, also innerseelische (und vermutlich auch organisch-neuronale) Veränderungen im Sinne mehr oder weniger verfestigter Denk-, Erlebens- und Handlungsmuster vor allem bei längerdauernden ungünstigen Entwicklungsbedingungen.

Geistige Behinderung hat auch diesen Doppelaspekt: Sie ist sowohl (soziale, äußere) Zuschreibung, als auch persönliche (subjektlogische) Lebensäußerung/-form im Kontext der biologisch-psychologisch definierten Intelligenzminderung. Sowohl in den *Reaktionen* der Umwelt erfährt der Behinderte, dass er behindert ist, als auch dadurch, dass er *Anforderungen nicht gewachsen* ist (gesellschaftliche Normen als Maßstab für die eigenen Normen).

Aus dieser Logik ist unmittelbar abzuleiten, was in den vorangegangenen Ausführungen bereits deutlich wurde:

Interventionen müssen auf allen Ebenen (Dimensionen) der Person und mit allen möglichen Methoden (Multimodalität) erfolgen nach Maßgabe differenzierter diagnostischer Erkenntnisse im Einzelfall. Und ihr Einsatz wie auch ihre Effektivität sind immer abhängig von den individuellen wie auch kontextbestimmten Voraussetzungen.

Die Interventionsstrategien zur Beeinflussung und Veränderung auffälligen Verhaltens unterscheiden sich zwischen den beteiligten Disziplinen Pädagogik, Psychotherapie und Psychiatrie deutlich, allerdings nicht in einer sich gegenseitig ausschließenden Art, sondern hinsichtlich des Fokus der Intervention und der Rolle des Therapeuten resp. des Unterstützers .

Pädagogik hat sich zur Aufgabe gemacht, bei der Vermittlung der Bedürfnisse einer Person mit den Regeln, Normen und Anforderungen einer Umwelt zu unterstützen. Der Pädagoge vertritt die Außenwelt und ist gleichzeitig parteilich mit dem Klienten, um ihn in dieser Welt zu unterstützen. Das Ziel ist, die Ermöglichung und Erleichterung der Anpassung an die Regeln, Normen und Anforderung der äußeren Welt. Pädagogische Interventionen sind zeitlich nicht begrenzt.

Psychotherapie befasst sich mit der inneren Welt eines Menschen, mit seinen realen und phantasierten Bildern von sich selbst in der Welt. Das Ziel ist die Versöhnung der inneren Welt mit der subjektiven Sicht der äußeren Welt ohne (allzu einschränkendes) Leiden - unter dem Schutz und im Kontext der Klient-Therapeut-Beziehung. Psychotherapie fokussiert auf ein definiertes psychisches Problem oder eine psychische Störung und endet, wenn diese in einvernehmlicher Weise beseitigt sind. Das bedeutet, es geht nicht um Heilung sondern um Reduzierung seelischen Leidens auf ein erträgliches, nicht mehr lebensbeeinträchtigendes Maß.

Psychiatrische Therapie (in ihrer modernen Ausprägung) ergänzt und erweitert das psychotherapeutische Konzept um zusätzliche Therapiemodalitäten (insbes. biologische, aber auch zahlreiche zusätzliche heilpädagogische, psychologisch und soziale Modalitäten). Die Ziele sind, ebenso wie bei Psychotherapie, die Reduzierung seelischen Leidens auf ein erträgliches, nicht mehr lebensbeeinträchtigendes Maß. Psychiatrische Intervention ist insofern immer auch zeitlich begrenzte Therapie. Einige Menschen allerdings bedürfen zeitlebens begleitende Hilfen pädagogischer und pflegerischer Art, häufig unterstützt durch die Langzeitgabe von Psychopharmaka. Aber auch hier sollte der Behandlungsaspekt im Sinne der zeitlichen Begrenztheit durch das Erreichen eines erträglichen Zustandes immer wieder bedacht werden (d.h. z.B.

Absetzversuche der Psychopharmaka, „Normalisierung“ der Betreuungs- bzw. Lebenssituation).²¹

Die häufig sehr kontrovers gesehene Frage, wann und in welcher Intensität und in welcher Form Interventionen angezeigt sind, wurde bereits mehrfach angesprochen. Grundsätzlich gilt, dass die persönliche Leidens- und Beeinträchtigungssituation die entscheidende Voraussetzung darstellt, denn nur dann, wenn eine – wie auch immer geartete - individuelle Motivation vorhanden – haben von außen gesetzte Interventionen eine Chance. Bei Menschen mit geistiger Behinderung ist diese Forderung aus naheliegenden Gründen oftmals schwer einzuhalten. Viele Interventionen sind „fremdmotiviert“ und daher von den Haltungen, Einstellungen und Sichtweisen der Betreuungspersonen abhängig. Das gilt für das gesamte Spektrum der Interventionen, angefangen von der Einleitung früher Hilfen über zahlreiche heilpädagogische, spieltherapeutische, ergotherapeutische Maßnahmen aller Art bis hin zur Psychotherapie, dem Einsatz von Psychopharmaka und die Behandlung in einer psychiatrischen Klinik.

An dieser Stelle kann die insgesamt sehr schwierige und defizitäre Versorgungssituation von Menschen mit geistiger Behinderung und auffälligem Verhalten in Deutschland nicht diskutiert werden. Es wurde jedoch hinreichend deutlich, dass die immer wieder aufflammenden „Grenzstreitigkeiten“ zwischen den Fachdisziplinen und der dazu gehörenden Professionen diese ungünstigen Versorgungsrealitäten verschärfen²². Es wurde gezeigt, dass die eine Intervention nicht besser ist als die andere, sondern *im Einzelfall* über deren Nutzen entschieden werden muss, dass also bei den Verantwortlichen alle Interventionen *als Option* mitgedacht werden müssen.²³

²¹ Die Anregung zu diesen Unterscheidungen von Pädagogik, Psychotherapie und Psychiatrie verdanke ich einem Vortrag von Herrn Prof. Dr. Jürgen Körner von der International Psychoanalytic University (ibu) in Berlin am 9.9.2010.

²² Aus Sicht der Pädagogik wird eine sehr *optimistische* Sichtweise gepflegt, mit den Verhaltensauffälligkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung zu Recht zu kommen: „Viele der Verhaltensauffälligkeiten sind (...) mit pädagogischen Hilfen sehr gut beeinflussbar“ (Wüllenweber, 2004); „Die Mehrzahl (...) lässt sich mit lebenswelt-bezogenen und pädagogisch-therapeutischen Konzepten weitgehend kompensieren“ (Theunissen, 2000). Da offen bleibt, in welchen Größenordnungen sich die Einschätzungen bewegen, wird hierdurch eine Betreuungsrealität bestätigt, die psychiatrische Diagnostik und Therapie eher als „ultima ratio“ begreift, denn – grundsätzlich - als nützliche Möglichkeit. Realistischer und m.E. weiterführender ist die Grundidee des „Hilfemix“ (vgl. Dieckmann, in diesem Band), wenn sie denn diesen optionalen, individualisierten Charakter im obigen Sinn hat.

²³ „Eine Zusammenschau der einschlägigen US-amerikanischen Literatur (dazu Lingg & Theunissen 2008, 248ff.) zeigt in der Tat auf, dass im Falle psychischer Störungen ein multidisziplinäres Gesamtkonzept favorisiert wird, welches die psychiatrisch-klinische

Schlussfolgerungen

Den (einzig) „richtigen“ Umgang mit auffälligem Verhalten gibt es nicht. Es müssen immer – um auch nur annähernd der Komplexität der Lebensprobleme von Menschen mit geistiger Behinderung angemessen handeln zu können – mehrere Konzepte und Sichtweisen herangezogen werden. Dies ist selbstverständlich *kein Plädoyer für Beliebigkeit!* Vielmehr sollten die in und mit den jeweiligen Konzepten arbeitenden Fachleute all ihre Expertise einbringen, um zu begründeten Hypothesen zu kommen, die im jeweiligen Betreuungs- oder Konsultationskontext die Lebensqualität des Betroffenen verbessern. Gelingt es dabei, die jeweiligen Hypothesen aus verschiedenen Perspektiven zu *integrieren*, d.h. so zusammenzuführen, dass eine *neue Qualität* entsteht, sind die Chancen, dass die daraus abgeleiteten Interventionen hilfreich sind, sehr groß. Der Sinn also unter dieser Annahme, mit unterschiedlichen Konzepten die Verhaltensauffälligkeiten von Menschen zu differenzieren, ist somit evident. Integrative bio-psycho-soziale Modelle von seelischer Gesundheit sollten dazu verhelfen, psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen im Rahmen einer entwicklungsförderlichen Gestaltung der Umweltbedingungen als originäre Aufgabe einer professionellen Heil- und Sozialpädagogik *wie selbstverständlich* zu nutzen (vgl. Seidel, 2011).

Hier wird auch nicht das Wort geredet für ein einfaches „Spektrum-Modell“²⁴ (Seidel, 2011a), das davon ausgeht, alle Auffälligkeiten sind auf die gleiche Grundproblematik zurückzuführen und unterscheiden sich nur hinsichtlich ihrer Ausprägung und Intensität. Die Beziehungen zwischen Intelligenzminderung, Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen sind – jenseits aller Definitionsfragen – sind keineswegs linear und direkt, und sie folgen ganz unterschiedlichen, verschlungenen Entwicklungspfaden. Schließlich haben sie nach Symptomatik und nach persönlicher Betroffenheit ganz unterschiedlichen Charakter. Die Interventionen sind daher ebenfalls unterschiedlich.

Schließlich sollte deutlich geworden sein, dass die Diskussion von Begriffen – insbesondere in dem noch keineswegs wissenschaftlich durchdrungenen Bereich „Auffälliges Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung“ – keinem Selbstzweck folgen sollte oder gar zur Begründung berufspolitischer Zuständigkeiten und Grenzziehungen gebraucht wird. Vielmehr sollte vordringlich sein die praktische und konzeptionelle Nützlichkeit zur

Perspektive mit der funktionalen und lebensweltbezogenen verschränkt, so dass ein Höchstmaß an Lebensqualität erzielt werden kann“ (Theunissen, in diesem Band).

²⁴ Analog dem Konzept der „Autismusspektrumstörungen“, das in der Fachwelt umstritten ist, und mit dazu geführt hat, dass die Diagnose „Autismus“ inflationär zugenommen hat.

Verbesserung des Zugangs zu den Lebensproblemen von Menschen mit geistiger Behinderung.

Literatur

- BASTINE, R.H.E. (1998). Klinische Psychologie. Band 1. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
- Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder- und Jugendbericht. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/12860 v. 30.4.2009
- COOPER, S.-A., SMILEY, E., MORRISON, J., WILLIAMSON, A., ALLAN, L. (2007): Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry* 190, 27-35
- DC-LD Royal College of Psychiatrists (ed.): DC-LD Diagnostic Criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation. Occasional Paper OP48. Gaskell, London 2001
- DEB, S., MATTHEWS, T., HOLT, G., BOURAS, N. (2001): Practice guidelines for the assessment and diagnosis of mental health problems in Adults with intellectual disability. Pavilion, The Ironworks, Brighton
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2003). Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- DIECKMANN, F. (2006): Therapeutische Wohngruppen für Erwachsene mit schwerwiegendem herausforderndem Verhalten – Evaluation eines Modellversuchs. In: HENNICKE, K. (Hrsg.) (2006): Psychologie und geistige Behinderung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB vom 29.9. bis 1.10.2005 in der Pädagogischen Hochschule Heidelberg. Materialien der DGSGB, Band 12. Berlin 2006
- DÖPFNER, M., LEHMKUHL, G., HEUBROCK, D., PETERMANN, F. (2000): Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Hogrefe, Göttingen
- DOŠEN, A. (1990): Developmental-Dynamic Relationship Therapy. In: DOŠEN, A., VanGENNEP, A., ZWANIKKEN, G. (Eds.): Proceedings of the International Congress on Treatment of Mental Illness and Behavioural Disorder in the Mentally Retarded, 3.-4.5.1990 in Amsterdam. Logon Publ., Leiden, S. 37-44
- DOŠEN, A. (1993): Entwicklungsdynamische Beziehungstherapie. In: HENNICKE, K., ROTTHAUS, W. (Hrsg.): Psychotherapie und Geistige Behinderung. modernes lernen, Dortmund 1993, S.16-23
- DOŠEN, A. (1997): Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen. Fischer, Stuttgart
- DOŠEN, A. (2010): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Herausgeber und Bearbeiter der deutschsprachigen Ausgabe Klaus Henricke & Michael Seidel. Hogrefe, Göttingen
- DOŠEN, A., GARDNER, W.I., GRIFFITHS, D.M., KING, R., LAPOINTE, A. (2010): Praxisleitlinien und Prinzipien - Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten - Europäische Edition – Deutsche Übersetzung und Bearbeitung: Michael Seidel . Materialien der DGSGB, Band 21, Berlin 2010 (auch als Download: www.dgsgb.de)
- EGGERT, G.: Veränderungen im Bild von der geistigen Behinderung in der Psychologie. In: HENNICKE, K., ROTTHAUS, W. (Hrsg.): Psychotherapie und Geistige Behinderung. modernes lernen, Dortmund 1993, S.204-218

- EMERSON, E., MOSS, S., KIERNAN, C. (1999): The relationship between challenging behaviour and psychiatric disorder in people with severe developmental disabilities. In: BOURAS, N. (Ed.) (1999): Psychiatric and behavioral disorders in developmental disabilities and mental retardation. Cambridge University Press, p.38-48
- ESCALERA, C. (2004): Wir wollen uns doch nicht weh tun, oder? Unterstützungsansätze für die professionelle Begleitung von Menschen in irritierenden, einengenden, belastenden oder verletzenden Transaktionen. In: Landesverband Lebenshilfe Sachsen-Anhalt e.V., Inst. für Rehabilitationspädagogik Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Hrsg.): Leben in der „Normalität“ - ein Risiko? Krisen, Verhaltensauffälligkeiten und soziale Probleme bei Menschen mit geistiger Behinderung - Tagungsdokumentation zur Fachtagung am 5.-6. November 2004 (http://www.google.de/#sclient=psy&hl=de&source=hp&q=carlos+escalera+hamburg&pbx=1&oq=carcar+escalera&aq=2&aqi=g3g-v2&aql=&gs_sm=c&gs_upl=222411243831126623171710101010196175813.41710&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.&fp=b12c7ba8cfe5a2f1&biw=1280&bih=657) (12.7.2011)
- HENNICKE, K. (2008a): Zur Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Deutschland - Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung. Z. Kinder-Jugendpsychiat. Psychother. 36 (2), 2008, 127-134.
- HENNICKE, K. (2008b): Psychopharmaka in Wohnstätten der Behindertenhilfe. Vermutungen über eine zunehmend unerträgliche Situation. In: Hennicke, K. (Hrsg.): Psychopharmaka in der Behindertenhilfe - Fluch oder Segen? Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 9.11.2007 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 17, Berlin 2008, S.4-22.
- HENNICKE, K., BUSCHER, M., HÄBLER, F., ROOSEN-RUNGE, G. (2009): Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie. S1-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DKJPP). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2009.
- HEWETT, D. (ed.) (1998): Challenging Behaviour. Principles and Practice. Fulton Publ., London
- HODAPP, R.M., DesJARDIN, J.L., RICCI, L.A. (2003): Genetic syndromes of mental retardation. Should they matter for the early interventionist? Infants and Young Children 16 (2003) 152-160
- HOFF, P. (2005) Psychiatrische Diagnose heute – notwendiges Hilfsmittel oder stigmatisierendes Etikett. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2005;56:4-12
- JANTZEN, W. (1996): Diagnostik, Dialog und Rehistorisierung. In: JANTZEN, W., LANWER-KOPPELEIN, W. (Hrsg.): Diagnostik als Rehistorisierung. Edition Marhold, Berlin
- JANTZEN, W. (2011): Zur Psychologie der geistigen Behinderung. (http://www.google.de/url?sa=t&source=web&cd=1&sqi=2&ved=OCBkQhglwAA&url=http%3A%2F%2Fwww.basaglia.de%2FArtikel%2FGeistige%2520Behinderung.pdf&rct=j&q=JANTZEN_Psychologie_GB&ei=0VNBToGSK8julgaw_smtBw&usg=AFQjCNF6aZke4pHK24AI6uHICZ4cDQquFQ&cad=rja) (3.2.2011)
- LINGG, A.; THEUNISSEN, G. (2008): Psychische Störungen und geistige Behinderungen, Freiburg
- VANSTRAELEN, M., HOLT, G., BOURAS, N. (2003): Adults with learning disabilities and psychiatric problems. In: FRASER, W. & KERR, M. (2003) (Eds.): Seminars in the Psychiatry of learning disabilities. Gaskell, London
- NIEBANK, K., PETERMANN, F. (2000): Grundlagen und Ergebnisse der Entwicklungs-psychopathologie. In: PETERMANN, F. (Hrsg.) Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. Hogrefe, Göttingen (4. Auflage), S.57-94
- REISS, S., LEVITAN, G., SZYSKO J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. American Journal of Mental Deficiency, 86 (6), 567-574
- PETERMANN, F., NIEBANK, K., SCHEITAUER, H. (2004): Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie-Genetik-Neuropsychologie. Springer, Heidelberg, New York.

- REMSCHMIDT, H. (Hrsg.) (2005): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. Thieme, Stuttgart, 4. neu bearbeitete und erweiterte Aufl.
- ROTTHAUS, W. (1990): Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. modernes lernen, Dortmund 1990
- ROTTHAUS, W. (1993): Menschenbild und psychische Krankheit des Geistigbehinderten aus systemischer Sicht. In: HENNICKE, K., ROTTHAUS, W. (Hrsg.): Psychotherapie und Geistige Behinderung. Modernes lernen, Dortmund 1993, S.195-203
- RUSSELL, O. (1997): The diagnosis of psychiatric disorder. In: RUSSELL, O. (ed.): Seminars in the Psychiatry of Learning Disabilities. Royal College of Psychiatrists, College Seminars Series. Gaskell, London, p.48-62
- SARIMSKI, K. (2001): Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung. Klinische Kinderpsychologie Bd. 4. Hogrefe, Göttingen
- SARIMSKI, K. (2002): Entwicklungspsychologische Aspekte der Verhaltensphänotypen - Theoretische Grundlagen und praktische Erfahrungen. In: SEIDEL, M. (Hrsg.) (2002): Das Konzept der Verhaltensphänotypen. Ein klinisch-genetischer Beitrag zur Erklärung bestimmter Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung ? Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 14.04.2000 in Kassel. Materialien der DGSGB Band 3. Berlin
- SARIMSKI, K. (2003). Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. 3. überarb. u. erweit. Auflage. Hogrefe, Göttingen.
- SARIMSKI, K. (2005): Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. Hogrefe, Göttingen
- SARIMSKI, K. (2007): Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen – Übersicht und Schlussfolgerungen für die Psychodiagnostik. Z. Kinder-Jugendpsychiatr. Psychother.. 35 (1), 2007, 19-31
- SAß, H., WITTCHEN, H.-U., ZAUDIG, M. (Hrsg.) (1999): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM IV. Göttingen: Hogrefe
- SCHEITHAUER, H. ; PETERMANN, F (1999): Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Kindheit und Entwicklung 8 (1999) 3-14
- SCHEITHAUER, H., NIEBANK, K. & PETERMANN, F. (2000). Biopsychosoziale Risiken in der frühkindlichen Entwicklung: Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept aus entwicklungspsychopathologischer Sicht. In F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauer (Hrsg.), Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre (S. 65-97). Göttingen: Hogrefe.
- 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
- SCHMIDT, M. H., VOLL, R. (1985): Intelligenzminderungen und andere Varianten der Intelligenz. In: REMSCHMIDT, H.; SCHMIDT, M.H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd.II: Entwicklungsstörungen, organisch bedingte Störungen, Psychosen, Begutachtung. Thieme, Stuttgart 1985, S.29-140
- SCHULZ, G. J. (2011): Lehrer und ihre auffälligen Schüler. Eine qualitative Studie zu Verhaltensauffälligkeiten an den Förderschulen. Lebenshilfe-Verlag, Marburg
- SEIDEL, M. (2011): Gesundheitsbezogene Leistungen als essentieller Bestandteil der Förderung sozialer Teilhabe. In: Hennicke, K. (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. Lebenshilfe-Verlag, Marburg
- SEIDEL, M. (2011a): Psychische Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Therapie. Unveröffentl. Vortrag beim Institut „inform“ der Bundesvereinigung Lebenshilfe 24./24.2.2011
- SENCKEL, B. (1994): Mit geistig Behinderten leben und arbeiten. Eine entwicklungspsychologische Einführung. Beck, München (1. Auflage)

- SORRENTINO, A.M. (1988): Behinderung und Rehabilitation. Ein systemischer Ansatz. Modernes Lernen, Dortmund
- STAHL, B., IRBLICH, D. (Hrsg.) (2005): Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch. Hogrefe, Göttingen
- THEUNISSEN, G. (2000): Wege aus der Hospitalisierung. Empowerment in der Arbeit mit schwerstbehinderten Menschen, Bonn
- WÜLLENWEBER, E. (2004): Krisenintervention als Akutintervention – Deeskalation, physische Intervention, Notfallhandeln. In: Wüllenweber, E., Theunissen, G. (Hrsg.) (2004): Handbuch Krisenintervention. Bd. 2: Praxis und Konzepte zur Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung. Kohlhammer, Stuttgart, S- 11-27

Verhaltensauffälligkeiten und Parallelbegriffe in Abgrenzung zu psychischen Störungen

Ein Klärungsversuch und Konsequenzen für die Praxis

Georg Theunissen

Um 1980 wurde in Anlehnung an die „Kölner Verhaltensauffälligenpädagogik“ (K.-J. Kluge)²⁵ der Begriff der Verhaltensauffälligkeiten für die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, denen neben Lernschwierigkeiten oder einer komplexen Behinderung²⁶ zusätzliche Hospitalisierungssymptome oder Verhaltensprobleme nachgesagt wurden, als Leitbegriff in die Fachdiskussion eingebracht (vgl. Theunissen, 1980; 1981; 1982a; 1982b zit. n. Theunissen, 2011). Schon damals gab es Fragen und Auseinandersetzungen im Hinblick auf einen geeigneten Fachterminus, der negativ abweichende Verhaltensweisen in pädagogischen oder sozialen Situationen (v. a. Unterricht, Kindergarten, Familie, Freizeit, Jugendeinrichtungen) erfassen sollte. In der Diskussion waren vor allem die Begriffe *Erziehungsschwierigkeiten* oder *Verhaltensstörungen*. Heute hat sich der Begriff der Verhaltensauffälligkeiten in der Behindertenarbeit etabliert, indem er Verhaltensweisen kennzeichnen soll, die

- (1) als altersunangemessen und normabweichend in einem lebensweltlichen System (z. B. Schule) oder auch mehreren Bereichen (Wohngruppe, Supermarkt) wahrgenommen und beklagt werden
- (2) ein gestörtes Verhältnis zwischen der betreffenden Person und ihrer Umwelt (Mitmenschen, Dinge, Situationen) signalisieren
- (3) aus der Perspektive der Person ein Problemlösungsmuster darstellen, zweckmäßig und somit funktional bedeutsam sind, jedoch keine soziale Akzeptanz erfahren
- (4) die Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten sowie die Lebensqualität (einschließlich Inklusion und Teilhabemöglichkeiten) der betreffenden Person beeinträchtigen

²⁵ Hierbei handelt es sich um die Bezeichnung einer Fachrichtung (üblicherweise als Verhaltensgestörtenpädagogik bezeichnet), die im Verein mit Geistig-, Lern-, Körper-, Sprach-, Sehbehinderten- oder Gehörlosenpädagogik an Universitäten für das Lehramts- oder BA/MA-Studium in Heil-, Sonder-, Rehabilitations- oder Behindertenpädagogik (alles Synonyma) angeboten wird.

²⁶ Das sind die neuen Bezeichnungen für geistige Behinderung (hierzu ausführlich Theunissen, 2011).

- (5) ein Risiko für die Gesundheit der betreffenden Person darstellen sowie ihre und die Sicherheit anderer Menschen gefährden können
- (6) die Kommunikation und Interaktion, das Zusammenleben und Zusammenarbeiten mit der betreffenden Personen belasten
- (7) als einzelne Symptome psychischer Störungsbilder, als Wegbereiter oder auch Folge einer psychischen Störung zu Tage treten können, aber kein psychopathologisches Syndrom darstellen
- (8) in der Regel keinen organ-pathologischen Hintergrund aufweisen (Ausnahmen bilden sogenannte Verhaltensphänotypen), sondern auf eingeschränkte Kommunikationsformen (z. B. bei allgemeinen körperlichen Beschwerden oder Schmerzen) sowie auf pädagogische oder soziale Kontexte zurückführbar sind und daher von psychischen Störungen (Erkrankungen) abgegrenzt werden müssen
- (9) in Krisensituationen auftreten können, sich jedoch in der Regel über einen längeren Zeitraum herausgebildet und häufig verfestigt haben
- (10) aufgrund ihres Belastungsgrads, ihrer Frequenz, Schwere oder Chronizität die Handlungsmöglichkeiten im Rahmen allgemeiner Erziehungsmaßnahmen begrenzen und
- (11) daher spezielle pädagogisch-therapeutische Interventionen, in der Regel (bei einer fehlenden psychopathologischen Grundlage) aber noch keine psychiatrische Behandlung oder Psychotherapie erforderlich machen.

Zu den Erscheinungsformen

Dieses Verständnis von Verhaltensauffälligkeiten spielt in meinen Arbeiten seit nunmehr 30 Jahren eine zentrale Rolle und entspricht weithin den Ausführungen, die US-amerikanische Kolleginnen und Kollegen insbesondere aus dem Lager der *positive behavioral supports*, der TASH und AAIDD²⁷ unter *challenging behaviors* (herausfordernden Verhaltensweisen) oder *problem behaviors* (Problemverhalten) fassen.

Wichtig für unser Thema ist, dass es bei diesem Verständnis von Verhaltensauffälligkeiten nicht um psychische Störungsbilder geht, die eine interdisziplinäre Kooperation von Psychiatrie/ Medizin, Psychotherapie/ klinische Psychologie und (Heil-)Pädagogik/ Soziale Arbeit verlangen, sondern um beklagte Verhaltensweisen, die zumeist eine Lerngeschichte aufweisen, aus sozialen Bedingungen hervorgegangen sind und/oder pädagogische Situationen betreffen und daher durch pädagogische und soziale Maßnahmen positiv

²⁷ TASH steht für "Equity, Opportunity and Inclusion for People with Disabilities" und AAIDD für "American Association of Intellectual and Developmental Disabilities" (Anm.d.Hrsg.). Es handelt sich hierbei um drei der einflussreichsten Fachorganisationen in Bezug auf Personen mit intellectual and developmental disabilities.

beeinflusst beziehungsweise wieder verlernt werden können. Vor diesem Hintergrund stoßen wir auf eine breite Palette an Verhaltensauffälligkeiten, die sich aus pädagogischer Sicht rubrizieren lassen in:

(1) Auffälligkeiten im Sozialverhalten

Zum Beispiel: streiten, schlagen, spucken, treten, andere an den Haaren ziehen, andere beschimpfen oder beleidigen, Anweisungen oder Absprachen ignorieren, sich anderen aufdrängen, herumalbern, sozialer Rückzug, soziale Isolation

(2) Auffälligkeiten im psychischen (emotionalen) Bereich

Zum Beispiel: schreien, weinen, jammern, Wutanfälle mit heftigem Fußstampfen, sich auf den Boden fallen lassen, ängstliches Verhalten, Freudlosigkeit, apathisches Verhalten, mangelnde Motivation, fehlendes Selbstvertrauen, mangelndes Selbstwertgefühl

(3) Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsbereich

Zum Beispiel: Arbeitsverweigerung, Arbeitsflucht, Arbeitsunlust, mangelnde Konzentration, mangelnde Aufmerksamkeit, Schulschwänzen

(4) Auffälligkeiten gegenüber Sachobjekten

Zum Beispiel: zerstören von Dingen, wegwerfen, entwenden oder verstecken von Dingen, Verzehr von ungenießbaren Dingen, stereotyper Umgang mit Objekten, Unbeholfenheit oder mangelndes Geschick im Umgang mit Objekten, außergewöhnlicher, auch geschickter Umgang mit Objekten

(5) Auffälligkeiten im somato-physischen (körperlichen) Bereich

Zum Beispiel: leichte Ermüdbarkeit, mangelnde körperliche Belastbarkeit, motorische Unbeholfenheit, motorische Überaktivität, Vermeiden von Nahrungszufuhr, übermäßige Nahrungszufuhr

(6) Selbstverletzende Verhaltensweisen

Zum Beispiel: sich mit dem Kopf schlagen, sich kratzen, beißen oder mit Dingen Verletzungen zuführen, sich Haare ausreißen

Dieses Einteilungsschema ist freilich artifiziell, es hat sich jedoch in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, denen Lernschwierigkeiten oder eine komplexe Behinderung und zusätzliche Verhaltensauffälligkeiten nachgesagt werden, als Orientierungshilfe bewährt.

Zu den Parallelbegriffen

Nun gibt es, wie schon eingangs erwähnt, Parallelbezeichnungen zum Begriff der Verhaltensauffälligkeiten. Dies signalisiert einerseits Unsicherheiten, die entstehen, wenn ein Verhalten einer Person beurteilt werden soll. Andererseits gehen mit der Suche nach geeigneten Leitbegriffen Bemühungen einher, eine Denunzierung oder Entwertung einer Person zu vermeiden. In der Behindertenarbeit kommt dieser Intention eine besondere Bedeutung zu – sind es doch vor allem Menschen mit Lernschwierigkeiten oder einer komplexen

Behinderung, die aufgrund ihres Verhaltens allzu leicht diskriminiert und ausgegrenzt werden. Vor diesem Hintergrund möchte ich einige der wichtigsten oder bekanntesten Parallelbegriffe kommentieren.

Vor einigen Jahren wurde auf einem sogenannten Werkstatt-Treffen der Kinderheilstätte Nordkirchen alternativ zu Verhaltensauffälligkeiten oder Verhaltensstörungen der Begriff der *Verhaltensbesonderheiten* in den fachwissenschaftlichen Diskurs eingebracht. Wenngleich die damit verknüpfte Absicht, einer personenzentrierten Stigmatisierung vorzubeugen, begrüßenswert ist, erinnert der Begriff an rückwärtsgewandte Vorstellungen einer Sonderpädagogik. Damit steht er in der augenfälligen Gefahr, einer Besonderung und letztlich einer Aussonderung betroffener Personen Vorschub zu leisten. Daher sollte er kritisch gesehen und am besten vermieden werden.

Das gilt gleichfalls für den Begriff des *originellen Verhaltens*, dem wir insbesondere in der deutschsprachigen Schweiz und Süddeutschland begegnen. Auch durch diese Wortwahl soll eine Entwertung der betreffenden Person vermieden und ihr Respekt gezollt werden. Ob ein Bspucken eines Anderen oder ein ständiges Aufkratzen von Wunden „originell“ oder „verhaltenskreativ“ ist, möchte ich jedoch bezweifeln. Vor einer Bagatellisierung oder Nivellierung spezifischer Probleme sei daher ausdrücklich gewarnt.

Einen bemerkenswerten Zuspruch in der Praxis erfährt darüber hinaus der Begriff des *festgefahrenen Verhaltens* (Heijkoop, 2009), der ebenso Verständnis der betroffenen Person gegenüber aufzeigen soll. Denn hinter einem festgefahrenen Verhalten steht eine vulnerable, unsichere und schwache Person mit geringem Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl. Ob diese Subjektsicht verallgemeinert werden kann, sei einmal dahingestellt. Wenngleich die Vorschläge für die Praxis breit angelegt sind, verleitet der Begriff des festgefahrenen Verhaltens a priori zu einem askriptiven, individuumzentrierten Denken und Handeln, welches eine komplexe Problemanalyse außer Betracht lässt. Zudem fehlt dem Begriff wie den beiden zuvor genannten eine wissenschaftliche Aufbereitung in Abgrenzung zu psychischen Störungen.

Eine enge Parallelbezeichnung und weit verbreitet ist ohne Zweifel der Begriff der *Verhaltensstörungen (behavior disorders)*. Im Prinzip ermöglicht er eine Auslegung, wie ich sie eingangs in Bezug auf Verhaltensauffälligkeiten vorgenommen habe. Dazu müsste allerdings das moderne Verständnis von Störung zugrunde gelegt werden, welches auf das bio-psycho-soziale Zusammenwirken problemauslösender Bedingungen sowie auf Interaktionsstörungen verweist (Fiedler, 2001) und heute im Lager der fortschrittlichen (Sozial-)Psychiatrie benutzt wird (dazu Lingg & Theunissen, 2008, 21). Tatsächlich aber führt der Begriff der Störung eher zu einer Sicht, die

Verhaltensstörungen in die Person hineinverlagert, also von einem „gestörten“ Menschen ausgeht, die „*das Problem mit dem Individuum identifiziert und damit von hoch belasteten Biographien und Lebenslagen*“ der betroffenen Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen abstrahiert (Opp, 2009, 228). Insofern ist der Begriff der Verhaltensauffälligkeiten als Ausdruck eines gestörten Verhältnisses zwischen Individuum und Umwelt günstiger, da er bewusst vage angelegt ist und Umkreispersonen als beobachtende und bewertende Instanzen mit einbezieht.

Was den aus dem angloamerikanischen Sprachraum importierten Begriff des *herausfordernden Verhaltens (challenging behavior)* betrifft, so erfährt dieser in den letzten Jahren viel Zuspruch. Unzweifelhaft lässt er Spielraum für Betrachtungen und Definitionen, die nicht einzig und allein aufs Individuum ausgerichtet sind, sondern Situationen und Interaktionen erfassen und traditionelle Sichtweisen hinterfragen können. Das macht den Begriff sympathisch, ist er doch an die Bezugswelt adressiert, sich mit bestimmten Verhaltensweisen auseinanderzusetzen, die die Lebensqualität, vor allem Inklusion und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, beeinträchtigen. Allerdings steht er in der Gefahr, internes (emotionales) Verhalten (depressive Verstimmungszustände, Rückzugstendenzen, apathisches Verhalten, ängstliches Verhalten, mangelndes Selbstvertrauen) gegenüber externalen (aggressiven) Verhaltensmustern als „Herausforderung“ zu verkennen. Dieser Eindruck erhärtet sich bei dem Blick auf Begriffsauslegungen, wie sie nicht selten in der englischsprachigen (v. a. britischen) Fachliteratur zu Tage treten.

In jüngster Zeit werden gleichfalls die vor allem in den USA geläufigen Begriffe *Verhaltensprobleme (behavior problems)* oder *Problemverhalten (problem behavior)* alternativ zu Verhaltensauffälligkeiten benutzt. Hierzu wurden soeben aus dem Lager der Psychiatrie Praxisleitlinien für Mediziner veröffentlicht und ins Deutsche übersetzt (Došen et al. 2010), in denen Erkenntnisse Eingang gefunden haben, wie sie von uns schon seit geraumer Zeit für die pädagogisch-therapeutische Arbeit mit Menschen, denen (komplexe) Lernschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten nachgesagt werden, zugrunde gelegt werden. Dies ist erfreulich, wenngleich durch den Titel und in der Broschüre der Eindruck erzeugt wird, dass Verhaltensauffälligkeiten wie z. B. verbal-aggressives, tätlich-aggressives, zerstörerisches, oppositionelles, forderndes oder sich herumtreibendes Verhalten sowie „störende Zustände“ (ebd., 13f.) psychiatrisch „behandlungsbedürftig“ seien. Gegenüber dieser Vereinnahmungstendenz von Problemverhalten durch ein psychiatrisch bestimmtes Dienstleistungssystem, unter dessen Regie pädagogische Interventionen oder auch eine

Psychotherapie²⁸ erfolgen (ebd., 50), sind die in den USA publizierten Praxisleitlinien für Mediziner (Gardner et al. 2006) genauer, indem sie grundsätzlich von schwerwiegenden Verhaltensproblemen (*serious behavioral problems*) sprechen, die ein interdisziplinäres Vorgehen und Programm nahe legen.

Verhaltensauffälligkeiten im Lichte sozialer Zuschreibung

Meine Ausführungen lassen erahnen, dass es prinzipiell schwierig erscheint, ein Verhalten als auffällig zu bestimmen. Das hängt damit zusammen, dass sich die Einschätzung und Definition eines Verhaltens an dem bemisst, was ein Beobachter als normabweichend oder sozial unerwünscht wahrnimmt, beklagt und einstuft. Hierzu einige Beispiele:

(1) Von einigen Mitarbeiterinnen einer Wohngruppe wird das Schreien eines Bewohners als die einzige Form, Wünsche zu artikulieren, akzeptiert und toleriert; andere Kolleginnen betrachten dagegen das Verhalten als "störend" und unangemessen, für sie ist die durch das Schreien ausgelöste "Unruhe" in der Gruppe inakzeptabel. (2) Der Rückzug einer Bewohnerin wird von der pädagogisch ausgebildeten Gruppenleiterin als sozial angepasstes, ruhiges und unauffälliges Verhalten beschrieben; ihre Kollegin (Krankenschwester) definiert dies jedoch als ein Anzeichen einer "depressiven Störung" und macht sich darüber ernste Sorgen. (3) Beide Mitarbeiterinnen stimmen aber darin überein, dass das selbstverletzende Verhalten (Wunden kratzen) einer Mitbewohnerin ein Problem ist.

Insgesamt zeigen die Beispiele auf, wie schwierig es ist, zu einheitlichen Einschätzungen eines Verhaltens zu gelangen. Eine Übereinstimmung kann wohl am ehesten in Bezug auf „extreme“ Verhaltensausrprägungen (z. B. bei schweren Selbstverletzungen) erzielt werden. Darüber hinaus gibt es jedoch zahlreiche Verhaltensweisen, die uns vor Augen führen, dass zwischen einem „normalen“ und „auffälligen“ Verhalten „Überschneidungen und unklare Grenzgebiete“ (Redlich & Friedman 1976, 182) bestehen. Über die damit verbundenen Probleme sollte sich jeder, der das Verhalten eines Menschen beurteilt, bewusst sein. Er sollte wissen, dass Begriffe wie Verhaltensauffälligkeiten keine objektiven Sachverhalte bezeichnen, sondern dass die Definition auf einem wertenden, askriptiven Akt beruht. Dieser schafft nicht selten Distanz, indem er den Beobachter dazu verleitet, sich von dem als auffällig etikettierten Menschen zu distanzieren. Ferner besteht die Gefahr, dass die Frage, wer die Norm stellt und welche Normalität gelten soll, ignoriert wird. Der Beobachter beziehungsweise Experte bestimmt, wer oder wann

²⁸ Kritisch ist anzumerken, dass Psychotherapie nur an einer Stelle in der Broschüre, und dies als Alternative zum „Training von Fähigkeiten“ (ebd. 50), erwähnt wird.

jemand verhaltensauffällig ist und welche Maßnahmen ergriffen werden müssen. Dadurch aber wird die Person allzu leicht zum Objekt degradiert und verdinglicht.

Freilich bestehen nicht nur bei leichten Auffälligkeiten fließende Übergänge am sogenannten Umschlagpunkt zur Normalität, sondern ebenso wenig gibt es eine Demarkationslinie zwischen den leichten und schweren Formen auffälligen Verhaltens, zwischen einem Problemverhalten, einer Persönlichkeitsstörung oder einer psychischen Störung (Erkrankung), die ihrerseits nicht von Normvorstellungen oder kulturellen Einflüssen losgelöst betrachtet werden dürfen (Fiedler, 2001, 4ff., 542ff.). Das führt uns der Umgang mit Homosexualität vor Augen, die einst als eine psychische Störung betrachtet wurde. In ähnlichen Bahnen bewegt sich heute die Debatte um Autismus, der von einer wachsenden Zahl an Betroffenen als psychopathologische Erscheinung (psychische Störung) abgelehnt wird (dazu Theunissen & Paetz, 2011).

Uns interessiert natürlich die Frage, ob es sich bei den Extremen um psychische Störungen handelt. Ein Blick in die Fachliteratur genügt um festzustellen, dass eine klare Abgrenzung zwischen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen vielfach kaum möglich ist. So führt beispielsweise Došen (1993, 93; zit. n. Lingg & Theunissen, 2008, 23) als erfahrener Psychiater aus, *„dass eine Verhaltensstörung Defizite in der Entwicklung interpersonaler Fähigkeiten widerspiegeln (kann, d. A.), ohne dass eine Psychopathologie zugrunde liegt; in einem anderen Fall können die gleichen Verhaltensprobleme und Einschränkungen der sozialen Entwicklung als Symptome einer zugrundeliegenden psychischen Erkrankung interpretiert werden.“* Wir können uns dies am Rückzugsverhalten des Heimbewohners vor Augen halten, das situationsbedingt und selbstbestimmt sein kann wie aber auch ein Symptom einer depressiven Verstimmung oder Störung. Ebenso kann ein selbstverletzendes Verhalten mit einer unangenehmen (überfordernden) Situation einhergehen oder Symptom einer Zwangs- oder Borderline-Störung sein. Došens Kollege Petry (1999, 15; zit. n. ebd., 23) schlägt vor, Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen als ineinander übergehende Phänomene zu verstehen, die sich auf einem Kontinuum befinden, *„bei dem an einem Ende klare psychiatrisch definierte Merkmale liegen (etwa in Form einer Psychose), am anderen Ende ‚Verhaltensstörungen‘, die unmittelbar auf den erzieherischen Kontext zurückzuführen sind.“* Demnach greifen Vorstellungen zu kurz, die Verhaltensauffälligkeiten grundsätzlich auf eine zugrunde liegende Psychopathologie zurückführen oder als Kategorie einer psychischen Störung betrachten. Vielmehr bietet es sich an, Verhaltensauffälligkeiten als Arbeitsbegriff zu nutzen, wenn dem beklagten

Verhalten pädagogische, interpersonale oder sozial-kommunikative Probleme zugrunde liegen.

Psychische Störungen sind hingegen psychopathologisch bedeutsam, wobei die Symptome nicht schlechthin als krankhaft missverstanden werden dürfen (Fiedler, 2001). Zu einem Krankheitszeichen werden sie erst, wenn sie in einer – von der lebensgeschichtlichen Lage und dem soziokulturellen Rahmen abhängigen – bestimmten Schwere, Dichte, Häufigkeit, Verbindung (klinisches Syndrom) und Dauer auftreten, den Menschen leiden machen und (oder) seine Lebensführung behindern sowie das soziale Zusammensein beeinträchtigen (Lingg & Theunissen 2008, 24). Mit Blick auf unsere Ausgangsfrage können wir demnach festhalten, dass extreme Verhaltensauffälligkeiten Ausdruck einer psychischen Störung sind, wenn die betreffende Person darunter leidet. Es kann sehr wohl aber auch Situationen geben, in denen sich ein Betroffener mit massiven Verhaltensauffälligkeiten (Aggressionen) in einem sozialen Kontext (Wohngruppe) durchzusetzen versucht, wobei dieses (extreme) Verhalten kein Ausdruck eines Krankheitsbildes oder subjektiven Leidens, sondern einer unzureichend entwickelten sozialen Kompetenz darstellt.

Konsequenzen für die Praxis

Die vorausgegangene Diskussion führt zu dem Schluss, dass Verhaltensauffälligkeiten, denen keine Psychopathologie zugrunde liegt, primär eine pädagogische Angelegenheit sind, weshalb ein pädagogisch-therapeutisches Konzept Priorität haben sollte. Diesbezüglich zeigen zahlreiche Untersuchungen und langjährige Erfahrungen auf, dass Verhaltensauffälligkeiten durch ein pädagogisch dimensioniertes Unterstützungskonzept erfolgreich aufgelöst oder kompensiert werden können (vgl. Carr et al., 1999; 2000; Bambara & Kern, 2005; Dunlap & Carr 2007; Koegel et al., 2001; Rössert & Steiger, 2003; Theunissen 1997; 2000; Theunissen & Paetz, 2011).

Grenzen einer Pädagogik oder pädagogisch-therapeutischen Intervention ergeben sich allerdings dort, wo Verhaltensauffälligkeiten ins Extreme reichen, organische Ursachen haben, als atypische Symptome einer psychischen Störung zutage treten (z. B. bei einer Depression) oder bei psychischen Störungsbildern mit psychopathologischem Hintergrund (APBS, 2007; Lingg & Theunissen 2008; Paschos & Bouras, 2007; Thompson et al., 2007). Hier haben Konzepte und Formen einer interdisziplinären Kooperation zwischen Psychiatrie/ Neurologie, Psychotherapie/ klinische Psychologie und Pädagogik/ Soziale Arbeit Priorität.

Das erfolgreichste Konzept in Bezug auf pädagogische Handlungsmöglichkeiten bei Verhaltensauffälligkeiten ist das der breit angelegten *Positiven Verhaltensunterstützung* (vgl. Theunissen, 2008; 2011; Theunissen & Paetz, 2011), dessen Ablauf im Hinblick auf eine Einzelhilfe wie folgt skizziert werden

kann:

1. Vergegenwärtigen Sie²⁹ sich die Grundannahmen und Bezugspunkte der Positiven Verhaltensunterstützung, da diese die Ausgangsbasis darstellt. Prüfen Sie, ob ein Praxisberater hinzugezogen werden sollte. Voraussetzung ist, dass sich der Praxisberater gleichfalls der Positiven Verhaltensunterstützung verschreibt und das Konzept unterstützt.

2. Prüfen Sie, ob der *Gesundheitszustand* der Person untersucht wurde, veranlassen Sie ggf. ein allgemeines medizinisches Assessment. Liegen dem beklagten Verhalten keine gesundheitlichen Probleme zugrunde, die primär spezielle medizinische Maßnahmen erfordern, erfolgt der nächste Schritt:

3. Überprüfen Sie die *allgemeine Konzeption einer Alltagsarbeit* im Hinblick auf Leitprinzipien, Arbeitsbereiche und –schwerpunkte sowie Methoden der Unterstützung. Ändern Sie ggf. das allgemeine Konzept und evaluieren Sie den Prozess. Bei ausbleibendem Erfolg:

4. Bilden Sie einen *Unterstützerkreis* (mit für die Person relevanten Bezugspersonen wie z. B. Eltern, Freunde, Lehrer, Mitarbeiter von Einrichtungen der Behindertenhilfe usw.) und verschaffen Sie sich einen Überblick über das beklagte Verhalten; diskutieren und fixieren Sie Ihre Ziele; besteht ein Verdacht auf eine hintergründige Psychopathologie, sollte ein Facharzt (z. B. Psychiater) einbezogen werden; prüfen Sie, ob ein Konsultationsgespräch mit der Person sinnvoll ist;

Bringt ein Konsultationsgespräch (ggf. als Bestandteil oder in Verbindung mit einer persönlichen Zukunfts- u. Lebensstilplanung) mit der Person keinen Erfolg bzw. ist ein Gespräch nicht möglich, erfolgt der nächste Schritt:

5. Führen Sie ein *funktionales Assessment* durch (dies kann arbeitsteilig erfolgen, indem Personen des Unterstützerkreises verschiedene Aufgaben übernehmen) und vereinbaren Sie einen Termin für Auswertungsgespräch im Unterstützerkreis:

- Tragen Sie allgemeine Informationen über die Person, ihre Lebensbedingungen, ihre Lebensgeschichte, Stärken, sogenannte unproblematische oder konfliktfreie Zeiten etc. zusammen, die nicht unmittelbar das Problemverhalten betreffen (indirektes Assessment).

²⁹ Gemeint sind damit Personen (z. B. Mitarbeiter/innen in einer Wohngruppe), die sich über das Verhalten des behinderten Menschen beklagen, ihm hilflos gegenüberstehen und sich Veränderungen wünschen.

- Tragen Sie spezifische Informationen (durch systematische Verhaltensbeobachtungen) zum Problemverhalten zusammen auf der Grundlage des S-A-B-C-Schemas³⁰ (direktes Assessment).
- Ergänzen Sie die Informationen ggf. durch ein funktionales Assessment mit der Person.

6. Tragen Sie im Rahmen des Unterstützerkreises nunmehr alle Informationen zusammen und bilden Sie *Arbeitshypothesen zur Funktion des beklagten Verhaltens*.³¹ Stellen Sie spezifische Annahmen und Arbeitsziele sowie globale Annahmen (Stärken der Person, Nutzung der sog. problemfreien Zeit usw.) und Arbeitsziele auf. Vergleichen Sie Ihre Ziele mit denen der Person und ziehen Sie daraus Schlüsse für Ihre weitere Arbeit.

7. Entwickeln Sie im Unterstützerkreis auf Grundlage der aufgestellten Arbeitshypothesen und Ziele ein *Unterstützungsprogramm*, in dem folgende Bausteine zu berücksichtigen sind:

- Veränderung von Kontextfaktoren
- Erweiterung des Verhaltens- und Handlungsrepertoires
- Veränderung von Konsequenzen
- Persönlichkeits- und lebensstilunterstützende Maßnahmen
- Prüfen Sie zudem, ob ggf. Maßnahmen zum Krisenmanagement notwendig sind.

Entscheiden Sie sich aus Ihrem Unterstützerkreis für eine Person, die federführend das Programm durchführt und legen Sie bei allen Maßnahmen großen Wert auf die Zusammenarbeit der relevanten Umkreispersonen der Person.

8. Verbinden Sie die Durchführung des Programms mit einer begleitenden Evaluation. So können Sie gezielt Veränderungen und Entwicklungen erfassen und ggf. auch Modifikationen durchführen. Nicht selten haben

³⁰ S = setting events (hintergründige Ereignisse), A = antecedent conditions (auslösende Bedingungen), B = behaviors (beklagte Verhaltensweisen), C = consequences (Konsequenzen)

³¹ Durch die Frage nach der Funktion eines Problemverhaltens (welchen Zweck bzw. Sinn hat das Verhalten? Was will uns die Person mit dem Verhalten sagen? Was will sie mit ihrem Verhalten erreichen?) unterscheidet sich die funktionale Problembetrachtung in entscheidendem Maße von einer bloßen Verhaltensanalyse, wie sie nicht selten in Rahmen behavioraler Interventionen praktiziert wird. Die funktionale Sicht trägt zum Verstehen des Problemverhaltens bei (z. B. im Hinblick auf Motivation, Bedürfnisse, Emotionen, Interessen oder Ziele der Person) und korrespondiert mit der „kognitiven Wende“ in der Psychologie. An anderer Stelle haben wir den hier anskizzierten Ansatz auch als „verstehende Diagnostik“ (Lingg & Theunissen) bezeichnet.

lebensstilbezogene Maßnahmen gegenüber verhaltensspezifischen einen langfristigen Charakter.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das von mir anskizzierte Konzept der Positiven Verhaltensunterstützung, welches unter besonderer Berücksichtigung der sogenannten *Stärken-Perspektive*³² operiert, einen lebensweltorientierten Ansatz repräsentiert, der unter der Kompetenz der primären Bezugspersonen (z.B. Eltern, Mitarbeiter/innen in Behinderteneinrichtungen, Lehrkräfte) in unterschiedlichsten Kontexten wie Familie, Schule, Wohngruppe, Werkstatt oder öffentlichen Räumen zur Anwendung kommen kann. Damit kommt den primären Bezugspersonen im Konzept der Positiven Verhaltensunterstützung eine „Schlüsselrolle“ zu. Die Vorstellung, dass Eltern, Lehrer/innen oder pädagogische Mitarbeiter/innen „Hilfskräfte“ oder Ko-Therapeuten von Psychologen, Psychiatern oder anderen Spezialisten seien, wird nicht akzeptiert.

Interessant ist nunmehr die Frage, ob das Konzept der Positiven Verhaltensunterstützung gleichfalls bei psychischen Störungen hilfreich ist und nutzbar gemacht werden kann. Hierzu das folgende Beispiel:

„Michael Johnson ist ein 48 Jahre alter Mann mit der Diagnose einer schwersten geistigen Behinderung. Früher hatte er schwerwiegende Aggressionsausbrüche, besonders, wenn die Helfer versuchten, ihn daran zu hindern, Zigarettenstummel zu konsumieren. Die Behandlung dieser aggressiven Episoden beruhte auf einer antipsychotischen Medikation in Ergänzung zu einem Verhaltensplan.

Ab und zu gingen seine Verhaltensauffälligkeiten zurück und aufgrund dessen wurde seine Medikation dann zurückgenommen. Herr Johnson nahm an einer Fülle an Freizeitangeboten in der Gemeinde teil. Jedoch zu Hause bekam er tränengefüllte Augen und schluchzte für lange Zeit. Üblicherweise ging Herr Johnson dann in sein Zimmer, legte sich auf sein Bett, vermied jeden Kontakt zu seinen Mitbewohnern und weinte still in sein Kissen. Alle Versuche der Helfer, ihn zu trösten, scheiterten.

³² Aus Platzgründen bin ich auf die Stärken-Perspektive (Parallelbegriff: Ressourcenorientierung und –aktivierung) nicht näher eingegangen. Ausführlich wird sie in verschiedenen Schriften aufgegriffen (vgl. Lingg & Theunissen, 2008; Theunissen, 2011; Theunissen & Paetz, 2011; Theunissen & Schubert, 2010). Ihre Kernaussage lautet, dass es fruchtbarer ist an dem anzusetzen, was eine Person kann und gerne macht, als ihr ständig Fehlverhalten oder Probleme vor Augen zu führen. Im Konzept der Positiven Verhaltensunterstützung kommt sie als theoretischer Bezugspunkt (positives Menschenbild) und auf handlungspraktischer Ebene vor allem dort zum Tragen, wo eine positive Konnotation auffälligen Verhaltens im Rahmen des funktionalen Assessments statthat, wo sogenannte unproblematische Zeiten „stärkenorientiert“ genutzt werden und wo im Rahmen der persönlichkeits- und lebensstilorientierten Maßnahmen Stärken oder Ressourcen aufgegriffen werden. Die Ignoranz der Stärken-Perspektive gilt heute in der modernen Psychotherapie (insbesondere befördert durch die Neuropsychotherapie) und Heilpädagogik als ein Kunstfehler.

Zur Behandlung seiner Depression wurde eine Medikation auf der Basis eines antidepressiv wirkenden Serotoninhemmers (SSRI) eingeführt [...]. Nach einer 6-wöchigen Versuchsperiode trat offensichtlich nur eine kleine Verbesserung ein. Ein weiteres Antidepressivum wurde verabreicht, was aber wiederum keine deutliche Verbesserung brachte. Herr Johnsons Psychiater studierte seine Krankengeschichte und stellte fest, dass er in der Vergangenheit auf antipsychotische Medikamente ungünstig reagiert hatte. Der Psychiater warnte die Mitarbeiter vor möglichen Nebenwirkungen, die langfristig durch eine Behandlung mit vielen älteren antipsychotischen Medikamenten verursacht würden (z. B. Dyskinesien).

In einer fallbezogenen Teamsitzung schlug ein Verhaltenspsychologe vor, Daten über die Häufigkeit des Weinens und Jammerns, über die entsprechenden Tageszeiten und über Aktivitäten oder Ereignisse zu erfassen, die mit dieser Stimmung bzw. mit ihrer Abwesenheit assoziiert waren. Das Ergebnis dieser Erfassung [...] gab wichtige Informationen über Herrn Johnsons Phasen des Weinens und Jammerns. So weinte er öfters zu Hause als an seinem Arbeitsplatz. War er in bevorzugten Aktivitäten engagiert, weinte er wesentlich seltener [...]. Er wirkte dann aufgeweckter und freundlicher; ferner verhielt er sich gegenüber seinen Mitmenschen sozialer. War er hingegen nicht in Aktivitäten involviert, war ein häufiges Weinen und Jammern zu beobachten. Herr Johnson weinte vor allem häufiger an Wochenenden als an Werktagen und die Phasen traten im Gegensatz zu allen anderen Tageszeiten verstärkt nach dem Abendessen auf.

Auf der Grundlage dieser Beobachtungen veränderten die Helfer den alltäglichen Aktivitätsplan von Herrn Johnson. Am Arbeitsplatz beschäftigte sich ein Mitarbeiter immer dann mit ihm, wenn Leerlauf war oder ein Wechsel der Tätigkeiten anstand. Zu Hause wurde jeden Abend und an den Wochenenden eine Out-door-Aktivität angeboten. Ferner wurde nunmehr von den Mitarbeitern das Weinen und Jammern von Herrn Johnson systematisch ignoriert; und sie lobten ihn, wenn er mit seinen Mitbewohnern interagierte.

Eine prozessbegleitende Datenregistrierung ergab, dass die Häufigkeit des Weinens und Jammerns erheblich zurück ging [...]. Der Psychiater, Psychologe und alle anderen Mitglieder des interdisziplinären Teams waren über die großen Fortschritte erfreut, die Herr Johnson ohne Medikamente machte.

Zunächst wurde bei Herrn Johnson eine Major Depression diagnostiziert. Jedoch war sein Weinen abhängig von den Situationen in seiner Umwelt und es trat seltener auf, wenn Veränderungen im Alltag erfolgten.

Diese Maßnahmen bewirkten ohne das Zutun von Medikamenten einen positiven Effekt. Dieser Fall ist ein Beispiel dafür, dass eine nachgewiesene psychische Störung effektiv durch ein Programm einer Verhaltensunterstützung behandelt werden kann, indem ‚setting events‘ und auslösenden Bedingungen identifiziert werden, die das herausfordernde Verhalten bewirken“ (ins Deutsche übersetzt aus Wieseler & Hanson 1999, 209f.).

Eine Zusammenschau der einschlägigen US-amerikanischen Literatur (dazu Lingg & Theunissen 2008, 248ff.) zeigt in der Tat auf, dass im Falle psychischer Störungen ein *multidisziplinäres Gesamtkonzept* favorisiert wird, welches die psychiatrisch-klinische Perspektive mit der funktionalen und lebensweltbezogenen verschränkt, so dass ein Höchstmaß an Lebensqualität

erzielt werden kann. Wachsenden Zuspruch findet vor allem ein breit angelegtes Assessment, wie es nicht nur die Positive Verhaltensunterstützung bestimmt, sondern gleichfalls bei den oben erwähnten Praxisleitlinien für Mediziner (Došen et al., 2010; Gardner et al., 2006) durchschimmert:

„Eine verhaltensorientierte Analyse von Umgebungsvariablen kann unser Verständnis erweitern im Hinblick die Art und Weise, wie Hirnschädigungen oder Hirnfunktionsstörungen die Fähigkeit einer Person beeinflussen, mit ihrer Umwelt zu interagieren und Anforderungen des alltäglichen Leben zu managen“ (Thompson & Symons 1999, 129).

Schlussfolgerungen

Vor diesem skizzenhaften Hintergrund (genauere Ausführungen in Lingg & Theunissen 2008) möchte ich resümieren, dass die Heil- oder Sonderpädagogik mit der Positiven Verhaltensunterstützung über ein Konzept verfügt, das nicht nur bei Verhaltensauffälligkeiten sondern ebenso bei psychischen Störungen in Betracht gezogen werden kann. Jedoch können die Grundannahmen der Positiven Verhaltensunterstützung (dazu Theunissen, 2008, 45ff.; 2011, Kapitel III) nicht uneingeschränkt übernommen werden. Das betrifft insbesondere die Aussage, dass herausfordernde Verhaltensweisen stets erlernt seien. Manche Symptome einer psychischen Störung (z. B. Tics oder Koprolalie beim Tourette-Syndrom) treten „unfreiwillig“ (Sovner & Hurley, 1999, 90) auf und sind biologisch bedingt, so dass beim Vorliegen eines psychiatrisch-klinischen Bildes der Reichweite eines pädagogischen bzw. verhaltensorientierten Unterstützungsprogramms auf jeden Fall Grenzen gesetzt sind. Im Unterschied zu Verhaltensauffälligkeiten spielen bei psychischen Störungen häufig hintergründige Aspekte (setting events) in biologischer Hinsicht eine wichtige Rolle.

„Zum Beispiel vermeidet eine Person, die an einer depressiven Störung (Major Depression) leidet, den Sozialkontakt, weil ihr Unbehagen und ihre negativen Selbst-Gedanken durch Sozialisationseinflüsse hervorgerufen werden. Der soziale Rückzug dient dazu, das Unbehagen zu reduzieren. Diese Form der Krankheitsanpassung hat eine starke funktionale Beziehung zur Umgebung, sie ist aber mit der Major Depression eng verbunden“ (ebd., 91).

Insofern benötigen wir im Falle psychischer Störungen ein Assessment, das die psychiatrische Untersuchung mit der funktionalen Problemsicht verschaltet. Zudem kann nicht wie bei Verhaltensauffälligkeiten davon ausgegangen werden, dass die Unterstützungsleistungen ausschließlich in der Hand der primären Bezugspersonen (z. B. Eltern, Erzieher/innen, Lehrkräfte) liegen,

sondern dass unter psychiatrischer Kompetenz ein Gesamtkonzept realisiert werden muss, in dem es auf die Synergieeffekte und die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachkräfte und Bezugspersonen ankommt. Insofern lassen sich Interventionen auf der Grundlage der Positiven Verhaltensunterstützung gleichfalls wie eine Psychotherapie oder eine psychiatrische Behandlung als Bausteine eines „umfassenden Interventionskonzepts“ (comprehensive interventions) betrachten (Lingg & Theunissen, 2008). Wenngleich auch hierbei Interventionen innerhalb vertrauter Lebenswelten (z. B. in der Familie, Wohngruppe, Schulklasse, Arbeitsstätte) Priorität haben, kommt es je nach Schwere der psychischen Störung eher als bei Verhaltensauffälligkeiten zu Maßnahmen in segregativen bzw. spezialisierten Settings. Das gilt keineswegs nur für eine psychiatrische Behandlung, sondern ebenso für eine Psychotherapie sowie für andere therapeutische Interventionen.

Literatur

- APBS (Association for Positive Behavior Supports): Description of How Positive Behavior Support is Related to Physiological & Mental Health Issues (2007), online: http://www.apbs.org/new_apbs/MHDesc.aspx. (abgerufen: 26.2.2010)
- Bambara, L. M.; Kern, L. (2005): Individualized Supports for Students with Problem Behaviors, New York (Guildford)
- Carr, E. G.; et al. (1999): Positive Behavior Support for People with Developmental Disabilities, Washington (AAMR)
- Carr, E.G. et al. (2000): Communication-based Intervention for Problem Behavior, Baltimore (Brooks) (4.ed.)
- Dosen, A. et al. (2010): Praxisleitlinien und Prinzipien. Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten (Materialien der DGSG, Bd. 10), Berlin
- Dunlap, G.; Carr, E. G. (2007): Positive Behavior Support and Developmental Disabilities, in: Odom, S. L. et al. (eds.): Handbook of Developmental Disabilities, New York (The Guildford Press), 469-482
- Fiedler, P. (2001): Persönlichkeitsstörungen, Weinheim
- Gardner, W. I. et al. (2006): Practice guidelines for diagnostic, treatment and related support services for persons with developmental disabilities and serious behavioural problems, Kingston (NADD Press)
- Heijkoop, J. (2009): Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung, München (Neuaufgabe)
- Koegel, L. K.; Koegel, R. L.; Dunlap, G. (eds.) (2001): Positive Behavioral Support. Including People with Difficult Behavior in the Community, Baltimore (Brookes) (3. ed.)
- Lingg, A.; Theunissen, G. (2008): Psychische Störungen und geistige Behinderungen, Freiburg
- Opp, G. (2009): Gefühls- und Verhaltensstörungen. Begriffsdiskussion, Erscheinungsformen, Prävalenz, in: Opp, G.; Theunissen, G. (Hrsg.): Handbuch schulische Sonderpädagogik, Bad Heilbrunn, 227-230
- Paschos, D.; Bouras, N. (2007): Mental Health Supports in Developmental Disabilities, in: Odom, S. L. et al.: Handbook of Developmental Disabilities, New York (The Guildford Press), 483-500

- Redlich, F.; Freedman, G. X. (1976): Theorie und Praxis der Psychiatrie, Bd. I u. II, Frankfurt
- Rössert, B.; Steiger, P. (2003): Es geht doch ohne Psychopharmaka. Mehr Lebensqualität für Menschen mit herausforderndem Verhalten, in: Geistige Behinderung, H. 4, 317-328
- Sovner, R., Hurley, D. A. (1999): Facts and Fictions Concerning Mental Illness in People with Mental Retardation and Developmental Disabilities, in: Wieseler, N. A., Hanson, R. H. (eds.): Challenging Behavior of Persons with Mental Health Disorders and Severe Developmental Disabilities, Washington (AAMR), 89-100
- Theunissen, G. (1997): Lebensweltorientierte Intervention bei hospitalisierten älteren Menschen mit geistiger Behinderung, in: Weber, G. (Hrsg.): Psychische Störungen bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung, Bern, 132-155
- Theunissen, G. (2000): Wege aus der Hospitalisierung. Empowerment in der Arbeit mit schwerstbehinderten Menschen, Bonn (2. Aufl. der Neuausgabe) (ab 2005 als E-book)
- Theunissen, G. (2008): Positive Verhaltensunterstützung, eine Anleitungshilfe für die Praxis, Marburg
- Theunissen, G. (2011): Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Ein Lehrbuch für die Schule, Heilpädagogik und Behindertenhilfe, Bad Heilbrunn (5. völlig neubearbeitete Auflage) (im Druck)
- Theunissen, G.; Paetz, H. (2011): Autismus. Neues Denken – Empowerment – Best Practice, Stuttgart
- Theunissen, G.; Schubert, M. (2010): Starke Kunst bei Autisten und Savants. Über außergewöhnliche Bildwerke, Kunsttherapie und Kunstunterricht, Freiburg
- Thompson, T.; Moore, T.; Symons, F. (2007): Psychotherapeutic Medications and Positive Behaviour Support, in: Odom, S. L. et al. (eds.): Handbook of Developmental Disabilities, New York (The Guildford Press), 501-527
- Wieseler, N. A.; Hanson, R. H. (1999): Treatment for Challenging Behavior or Mental Health Disorders: A False Dichotomy, in: Wieseler, N. A.; Hanson, R. H. (eds.): Challenging Behavior of Persons with Mental Health Disorders and Severe Developmental Disabilities, Washington (AAMR), 207-214

Über das Verhältnis von Heilpädagogik und Psychiatrie bei der Unterstützung von Menschen mit Behinderung im Alltag

Friedrich Dieckmann

1. Thema und Aufbau

Mir ist die Aufgabe gestellt worden, das oft als schwierig beschriebene Verhältnis von Heilpädagogik und Psychiatrie bei der Unterstützung von Menschen mit geistiger Behinderung zu „behandeln“. Das soll und werde ich einseitig, aus heilpädagogischer Sicht probieren, obwohl ich von Haus aus Psychologe und sozusagen „Quereinsteiger“ bin.

Die Begriffe „Heilpädagogik“ und „Psychiatrie“ verweisen auf drei unterschiedliche Ebenen: die Disziplin, die Profession und die Hilfesysteme, in denen sich Berufstätige primär bewegen (Behindertenhilfe, Gesundheitswesen). Beide Disziplinen verstehen sich als Handlungswissenschaft. Dadurch ist eine enge Verbindung zwischen Wissenschaft und beruflicher Praxis angelegt, die drei genannten Ebenen sind also stark miteinander verwoben (Gröschke, 2009).

Dieser Beitrag versucht nicht, die wechselvolle Beziehungsgeschichte von Heilpädagogik und Psychiatrie aufzuarbeiten (dazu u. a. Bradl & Schädler, 1986, Lampe & Stahlmann, 2005, Theunissen, 1996), sondern lösungs- und zukunftsorientiert Wege zu einem konstruktiven Zusammenwirken beider Profession zugunsten von Menschen mit geistiger Behinderung zu ebnen. Wie könnte sich das Verhältnis von Pädagogik und Psychiatrie im Umgang mit „schwierigem“ Verhalten gestalten? Wie könnte eine psychiatrische Therapie (z. B. Psychopharmaka oder Psychotherapie) heilpädagogisch, wie eine pädagogische Begleitung durch psychiatrische Intervention unterstützt werden?

Jede Zusammenarbeit birgt Konflikte, die hier nicht nur angesprochen werden, um sie besser zu meistern. Vielmehr sollen unterschiedliche Positionen als Potenzial begriffen werden, das zu besseren gemeinsamen Ergebnissen führen kann. Meinungsverschiedenheiten in der Sache hängen mit unterschiedlichen disziplinären Betrachtungsperspektiven, beruflichen Aufgaben und Gewichtungen von Bewertungskriterien zusammen. Deshalb wird im Abschnitt 2 das Selbstverständnis der Heilpädagogik als Wissenschaft und Profession herausgearbeitet. Berufliche Aufgaben im Lebensbereich Wohnen werden konkretisiert. Im Abschnitt 3 werden die Problemlagen von Menschen mit

geistiger Behinderung umrissen, die Heilpädagoginnen und Psychiater zusammenführen. Im psychiatrischen Alltag insgesamt sind diese Fälle recht selten, weshalb viele niedergelassene oder Klinikpsychiater so gut wie nie direkt auf Heilpädagoginnen treffen, die Patienten beruflich begleiten. Der Abschnitt 4 gibt eine heilpädagogische Antwort auf die Frage, wie Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten leben können sollen. Welche Unterstützungsstrukturen dafür notwendig sind, wird im Abschnitt 5 behandelt. Die Abschnitte 2 bis 5 bereiten also das Feld, um anschließend heilpädagogische Erwartungen an die psychiatrische Unterstützung und Dienste zu formulieren (Abschnitt 6).

Im beruflichen Handlungsfeld, an der Schnittstelle von Behindertenhilfe und Gesundheitswesen, sind Macht- und Statusfragen eine weitere Quelle für Querelen zwischen Professionellen beider Disziplinen. Offen oder verdeckt wird über die Lufthoheit, die Zuständigkeit für Entscheidungen gestritten. Wenn Kooperation gelingen soll, müssen Fragen der Entscheidungsfindung, der Entscheidungsbefugnisse und der Verantwortlichkeiten geklärt werden. Und das Ganze vor dem Hintergrund, dass die Adressaten der Hilfe wieder Einfluss, Kontrolle und Verantwortung für ihre Lebensgestaltung und deren Unterstützung übernehmen sollen. Uneinigkeit darüber, wie im Einzelfall vorgegangen werden soll, lässt sich häufig auf Routinen im Berufsalltag und Strukturen in den Hilfesystemen zurückführen, zeugt aber auch von unterschiedlichen Blickwinkeln auf Sachverhalte und von Machtverhältnissen.

Bei der Formulierung von Erwartungen der Heilpädagogik an psychiatrische Dienste spielen diese Gesichtspunkte ebenso eine Rolle wie bei der Diskussion Praxis bewährter integrativer Arbeitskonzepte (Abschnitt 7) und des Einsatzes von Heilpädagogik innerhalb der Psychiatrie (Abschnitt 8).

Der Kreis der wenigen Psychiater, die auf die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung spezialisiert sind, und die Heilpädagoginnen, die mit behinderten Erwachsenen mit herausforderndem Verhalten arbeiten, haben eine besondere anwaltschaftliche Verantwortung für den Aufbau inklusiver Unterstützungssysteme (Abschnitt 9).

2. Heilpädagogik als Wissenschaft und Profession

Was Heilpädagogik kennzeichnet

Was profiliert den heilpädagogischen Blick und welche Implikationen ergeben sich daraus für die Berufspraxis?

Auseinandersetzung mit Menschen mit Behinderung

Heilpädagogik mit seinen Theorien und Befunden, Haltungen und Handlungsmethoden hat sich in Auseinandersetzung mit einem spezifischen

Personenkreis entwickelt. Heilpädagoginnen begreifen sich vor allem als Spezialisten für die pädagogische Unterstützung von Menschen mit langjährigen, oft dauerhaften Behinderungen. Ihre Zuständigkeit für diesen Personenkreis ist gerade auch eine historische Folge des Scheiterns psychiatrischer Institutionen in diesem Bereich.

Interdisziplinarität

Die Heilpädagogik ist interdisziplinär angelegt. Die Psychiatrie wird als Disziplin mit einem reichen Beschreibungs-, etwas kleinerem Erklärungs-, aber effektivem Veränderungswissen in Bezug auf psychische Störungen und auffällige Verhaltensweisen geschätzt und anerkannt.

Subjektbegriff

Der Subjektbegriff ist für die Heilpädagogik - wie für die Sozialpädagogik - zentral und hat eine weiter reichende Bedeutung als in anderen Wissenschaften. Lassen Sie mich das anhand des Subjektbegriffs von Michael Winkler erläutern: Gemäß Winkler (1988) ist jeder Person ein Subjektstatus zuzusprechen. In welcher Situation der einzelne sich befinden mag, wie gering seine geäußerte Subjektivität erscheint, wie verletzt und beschädigt, abhängig und kontrolliert das Subjekt ist, es bleibt doch als Subjekt anzuerkennen. Das hat für Winkler drei Konsequenzen:

- (1) Der Subjektstatus ist mit dem Begriff der Würde verbunden, die folglich im sozialen Kontext erfüllt sein muss.
- (2) Aus dem Subjektstatus resultiert, dass der Mensch eigenverantwortlich und autonom handeln kann.
- (3) Die biografisch erworbene Erfahrung kann ein Subjekt als eigenes Produkt betrachten und prospektiv die für die Zukunftsgestaltung nutzen.

Die Pädagogik erhält den Auftrag, den Einzelnen dabei zu unterstützen, den eigenen Subjektstatus zu gewährleisten oder wiederherzustellen. Das geschieht dadurch, dass sich jedes Subjekt mit seiner sozialen und physischen Umwelt auseinandersetzt (Aneignungshandeln). Behinderung bedeutet unter erschwerten individuellen und sozial-gesellschaftlichen Bedingungen sich materielle und immaterielle Güter anzueignen, teilzuhaben. Die Umwelt („Lebenswelt“) stellt Lebensbedingungen zur Verfügung, anhand derer sich das Subjekt entwickeln kann. So gehört die Wahrnehmung, Analyse und Gestaltung vorherrschender Lebensbedingungen zu den Aufgaben der Heilpädagogik.

Gleichzeitig wird das subjektive Erleben nicht ignoriert. Das Verstehen von Deutungsmustern ist die Voraussetzung für Lösungen. Z. B. wird erforscht, wie Menschen mit geistiger Behinderung zugeschriebene psychiatrische Diagnosen, z. B. Schizophrenie, auffassen, „kognizieren“ (Cookson & Dickson, 2010), wie Patienten psychiatrische Stationen subjektiv erleben (s. Abschn. 6), wie sich

professionelle Umgangsweisen mit psychotischem Erleben erweitern lassen (Frerichs, 2010, z. B. durch dialogische Psychoseseminare).

Das klassische psychiatrische Krankheitsmodell suggeriert mit der Zuordnung von Diagnosebegriffen bereits eine Erklärung für Phänomene zu haben und reduziert dadurch auch die Komplexität von Lebenssituationen.

Subjektorientiert zu arbeiten heißt auch, Beziehungen dialogisch zu gestalten, die soziale Isolation und „Verobjektivierung“ von Personen zu verhindern. Es macht sensibel für individuelle Interessen und Wünsche sowie Machtverhältnisse. Heilpädagoginnen sollen sowohl in der Lage sein, emanzipatorische Prozesse anzuregen (Empowerment), als auch verantwortlich und fürsorglich in Abhängigkeitsbeziehungen zu handeln (Kittay, 2004). Betroffene werden einbezogen, die Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und Angehörigen gestärkt.

Unterstützung im Alltag

Heilpädagogik hat den Anspruch, alle Lebensbereiche und sozialen Beziehungen eines Klienten, seine gesamte Ökologie in den Blick zu nehmen z.B. mit Hilfe der sozial-ökologischen Rahmentheorie von Bronfenbrenner (1990) oder der Abbildung sozialer Netzwerke.

Was gefährdet die Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen und sozialen Beziehungen?

Der Begriff *herausforderndes Verhalten* (kurz: HV; engl.: challenging behavior) passt trefflich zu einem solchen Denken. Emerson (2001, 3) bezeichnet Verhaltensweisen aufgrund ihrer Stärke, Häufigkeit oder Dauer dann als herausfordernd, wenn sie dazu führen, dass (1) Personen sich selbst oder andere fortgesetzt gefährden oder beeinträchtigen, oder dass (2) die Teilnahme dieser Personen an Aktivitätsangeboten, Diensten und Einrichtungen im Gemeinwesen eingeschränkt wird bzw. ihnen der Zugang gänzlich verwehrt wird. HV beinhaltet auch Rückzugsverhalten. Der Begriff richtet den Blick auf systemische Auswirkungen des Verhaltens (Dieckmann & al., 2007):

- HV gefährdet soziale Beziehungen.
- HV führt oft zu Einschränkungen oder zum Ausschluss aus allgemeinen Aktivitätsangeboten, Einrichtungen und Diensten, die allen im Gemeinwesen offen stehen (Geschäfte, Vereine, Sporteinrichtungen), und aus solchen, die speziell für Menschen mit Behinderung gestaltet wurden (z. B. Werkstätten, gemeindenaher Wohnheime; ökologische Ebene).
- Auf gesellschaftlicher Ebene droht der Ausschluss des so etikettierten Personenkreises von den Weiterentwicklungen in der Behindertenhilfe. Die

Auswirkungen reichen bis zur sozialen Ausgrenzung der Person und manchmal auch ihrer Nächsten.

HV bezieht sich auch auf Verhalten, was nicht auf eine psychische Erkrankung im engeren Sinne zurückzuführen ist. Bei seiner Verwendung darf die Heterogenität des Personenkreises, der jeweiligen Lebenssituationen und Lebensgeschichten nicht aus dem Blick geraten (evtl. psychiatrische Störungen, persönliche soziale Netzwerke, Wohnformen, lebensgeschichtliche und kulturelle Hintergründe).

In der konkreten Arbeit hat der ökologische Blick einige Vorteile:

- Durch das Assessment aller Teilhabebereiche (verstehende Diagnostik) werden die Ressourcen eines Klienten sichtbar.
- Die ausschließliche Konzentration aller Beteiligten auf das HV einer Person und die damit einhergehende Verfestigung von Erwartungen der Person gegenüber, die das HV zum Lebensmittelpunkt und Kern ihrer Lebensführung werden lassen, wird vermieden (s. die teufelskreisähnliche Entwicklungsspirale bei Heijkoop, 2002, 95).
- Gewährwerden therapeutischer Ansatzpunkte, z. B. für eine positive Verhaltensunterstützung im Alltag (Theunissen, 2008), z. B. der wenigen tragfähigen Beziehungen der Klienten als wichtigstes Element für therapeutische Erfolge (Nolte, 2007).

„Ganzheitlichkeit“ meint in der Heilpädagogik neben der Orientierung am Subjekt auch die Einnahme einer ökologischen sowie biografischen Perspektive. Heilpädagogik hat es meistens mit komplexen Problemlagen im Alltag zu tun. Unterstützung ist - in Art und Ausmaß unterschiedlich - oft ein Leben lang zu leisten.

Leitpostulate

Die Gestaltung von Unterstützung orientiert sich an Leitpostulaten, die fachlich und rechtlich verankert sind (z. B. UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen): Teilhabe an Aktivitäten und Lebensbereichen (vs. Benachteiligung), Selbstbestimmung (vs. Fremdbestimmung), Inklusion (vs. Aussonderung).

Inklusion als Leitidee meint nicht nur die Umgestaltung des Gemeinwesens, um der Verschiedenheit der Bürgerinnen und Bürger gerecht zu werden, also die Öffnung allgemeiner Angebote und Dienste für Menschen mit Behinderung. Ausgangspunkt des Inklusionsgedankens ist die Wertschätzung und Anerkennung des Menschen mit Behinderung und seines primären sozialen Netzwerks, seiner Lebenswelt mit ihren spezifischen Lebens- und Bedeutungszusammenhängen.

Prozessorientierung

Heilpädagogik als Disziplin ist stark prozessorientiert, vorsichtig im Umgang mit einfachen Erklärungsmodellen und hat ein gewisses Misstrauen gegenüber (sozial-)technologischen Verfahren (ganz anders als z. B. die Psychologie).

In der Klinischen Heilpädagogik werden aber durchaus Therapieverfahren entwickelt, meist unter Verwendung psychologischer Modelle. Beispiele wären die positive Verhaltensunterstützung mit ihrem lerntheoretischen Ausgangspunkt (Theunissen, 2008), das Modell von Heijkoop (2002) zur Analyse der von Verhaltenssteuerungsversuchen des Klienten, das sich des S-O-R-K-C Modell der klassischen Verhaltensanalyse bedient, das Modell von Escalera (2001) zur Analyse und Veränderung von Interaktionen und individuellen Strategien zur Stabilisierung des Selbst.

Professionelle Aufgaben von Heilpädagoginnen im Wohnen

Heilpädagoginnen sind in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhalten sowohl als persönlich Unterstützer als auch in beratender und leitender Funktion tätig. Sie haben dabei unterschiedliche Aufgaben:

(a) als persönliche Unterstützerin, Bezugsbetreuerin eines Klienten

- eine zentrale Funktion für die Planung, Koordination, Erbringung von Hilfen, für die Dokumentation und Weitergabe von Information
- ist häufig Vertrauensperson und Ansprechpartnerin für den Bewohner, Angehörige, andere Professionen (z. B. Psychiater)
- Vorbild im Umgang mit dem Klienten für andere (auch in Bezug auf HV)
- Dolmetscherin in der Interaktion mit Dritten (z. B. Interpretation des Verhaltens)
- erschließt Teilhabebereiche

(b) als Einrichtungs- oder Teamleitung oder im Fachdienst

- Organisation individueller Unterstützung (individuelle Teilhabepläne, Organisation von Zukunftskonferenzen, Casemanagerin)
- Entwicklung und Optimierung von Wohnangeboten und -diensten
- Erschließung des Gemeinwesens, Abbau von Barrieren, Kooperation von Diensten innerhalb und außerhalb der Trägerorganisation und über Hilfebereiche hinweg (Community care i. S. der Inklusion)
- einrichtungsinterne Fallberatung, auch Anleitung von Mitarbeitern
- Entscheidung, externe Hilfen in Anspruch zu nehmen (z. B. psychiatrische: Wann ist etwas behandlungsbedürftig?)

Pädagogische Maßnahmen in Bezug auf HV verfolgen nach Mansell et al. (1994) und Bradl (1999) folgende Ziele:

1. Präventives Handeln versucht Lebens- und Betreuungsbedingungen so zu gestalten, dass mögliche Auslöser für das Problemverhalten nicht mehr oder weniger häufig auftreten, z. B. durch eine veränderte Haltung der Mitarbeiter, geeignete Kommunikationsformen (unterstützte Kommunikation, TEACCH), positive Beziehungsangebote, die Ermutigung zur Entwicklung adaptiver, sozial angemessener Verhaltensweisen, die Schaffung reichhaltiger Wohn-, Lern- und Arbeitsumwelten.
2. HV soll früh entdeckt und es soll rechtzeitig eingegriffen werden, um eine Intensivierung, Ausbreitung und Verfestigung des Verhaltens zu vermeiden (z. B. dadurch, dass Signale für beginnende Entwicklung erkannt werden).
3. Die Betroffenen und ihre Bezugspersonen sollen konzeptgeleitet praktisch und emotional in den Settings unterstützt werden, in denen sie wohnen, lernen, arbeiten und ihre Freizeit verbringen. Situative Interventionen beziehen sich auf angemessene Reaktionen von Mitarbeitern auf HV, auf das kommunikative Agieren und auf Krisenintervention im Fall der Eskalation und fehlender Selbststeuerung. Veränderungsprozesse werden darüber hinaus durch eine längerfristig konzeptionell angelegte individuelle Begleitung angestoßen.
4. Für einen kleinen Personenkreis sind neue spezifische Wohn- und Beschäftigungsarrangements zu entwickeln, die die Lebensqualität der Personen maximieren und gleichzeitig die Möglichkeit bieten, über eine längere Zeit zu einem besseren Verständnis und einer angemessenen Antwort auf HV zu gelangen.

3. Zum Personenkreis „Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten“

Vorkommenshäufigkeit und Dauer von HV

Bei allen Problemen, die mit HV im einzelnen Fall einhergehen, ist der Personenkreis von Menschen mit geistiger Behinderung und HV auf der Ebene der Stadt- bzw. Landkreise größtmäßig überschaubar. In den jüngsten, methodisch zuverlässigen Untersuchungen aus Großbritannien und den USA liegen die Prävalenzraten nahe beieinander. Lowe et al. (2007) von der Manchester University haben Menschen mit geistiger Behinderung und HV in Gebietskörperschaften mit zusammen 1,2 Mio. Einwohnern untersucht. 4,5 von 10.000 Einwohnern zeigten mindestens ein schwerwiegend herausforderndes Verhalten (SHV) bei gleichzeitig vorliegender geistiger Behinderung. 10% aller Menschen mit geistiger Behinderung waren betroffen. Weniger schwerwiegende Formen von HV fanden sich zusätzlich bei 7 % der Einwohner mit geistiger Behinderung. Dabei wurde zwischen aggressiven,

selbstverletzenden, zerstörerischen oder anders störenden Verhaltensweisen unterschieden. Zwei Drittel der Betroffenen waren männlich. Von den Personen mit HV war ein Viertel unter 20 Jahre alt. HV hat eine Geschichte und verschwindet häufig wieder, insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Ein Teil der Personen zeigt jedoch über lange Jahre oder sogar ein Leben lang in unterschiedlichem Ausmaß HV. Der Schweregrad der geistigen Behinderung korreliert mit der Dauer von SHV, er ist aber kein guter Prädiktor für die Veränderbarkeit dieses Verhaltens (vgl. Dieckmann & Giovis 2007).

Auf der Basis der Prävalenzdaten von Lowe et al. (2007) lassen sich für eine mittlere Großstadt mit 250.000 Einwohnern (z. B. Münster mit etwa 280.000 E.) Vorkommenshäufigkeiten schätzen (Kasten 1):

Kasten 1: Rechenbeispiel für eine Stadt mit 250.000 Einwohnern

Bürger mit GB & SHV insgesamt: 112 Einwohner (37 weiblich, 75 männlich)

davon 25 % Kinder & Jugendliche: 28 Einwohner

davon $\frac{2}{3}$ mit vorübergehendem SHV: 18 Einwohner

davon $\frac{1}{3}$ mit langjährigem SHV: 10 Einwohner

davon 75% Erwachsene: 84 Einwohner

davon $\frac{1}{2}$ mit vorübergehendem SHV: 42 Einwohner

davon $\frac{1}{2}$ mit langjährigem SHV: 42 Einwohner

Dazu kommen zusätzlich 75 Personen mit weniger schwerwiegendem HV.

Wohnformen

Empirische Angaben zu Wohnformen geistig behinderter Erwachsener mit HV liegen für Deutschland nicht vor. In Westfalen-Lippe lebte im Jahre 2010 etwa die Hälfte der erwachsenen Leistungsempfänger mit geistiger Behinderung in stationären Angeboten. Dieser Anteil wird bei Erwachsenen mit HV sicher höher sein. Auf sie treffen wir immer noch vermehrt in traditionellen Komplexeinrichtungen, zunehmend jedoch auch in gemeindeintegrierten Wohnheimen. Nicht zu vernachlässigen sind diejenigen, die im jüngeren Erwachsenenalter noch bei den Angehörigen leben, wenn ihr Anteil auch geringer sein wird als bei den geistig behinderten Leistungsempfängern insgesamt (37% in Westfalen-Lippe). Die Anzahl derjenigen, die ambulant betreut wohnen, ist z. Zt. sicher noch gering, wird aber von Jahr zu Jahr steigen.

Persönliche soziale Netzwerke

Die persönlichen sozialen Netzwerke von Menschen mit geistiger Behinderung und schwerwiegend HV sind vergleichsweise klein. Neben den professionellen Unterstützern spielen Angehörige eine herausragende Rolle. Selbst in den wohnortfernen therapeutischen Wohngruppen in baden-württembergischen

Komplexeinrichtungen hatten 85 % der Bewohner mit schwerwiegend HV (n=255) regelmäßig Kontakt mit Eltern (70%) bzw. Geschwistern (50%), der von den Mitarbeitern als bedeutsam und positiv eingestuft wurde. 29% der Bewohner standen in einem positiven engen Kontakt zu mindestens einem Mitbewohner, ein Viertel pflegte freundschaftliche Kontakte außerhalb der Wohngruppe (Dieckmann & Giovis, 2007).

4. Wie Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten leben können sollen

Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Nächsten erwarten, dass sie auch im Falle von vorübergehendem oder länger andauerndem HV, in den Gemeinden, in denen sie beheimatet sind, wohnen, arbeiten und ihre Freizeit verbringen können, und bezogen auf auffälliges Verhalten und auf die Lebensführung insgesamt die notwendige Unterstützung erhalten. Die Wünsche der Betroffenen haben durch das Inkrafttreten der Behindertenrechtskonvention in Deutschland und die einsetzenden kommunalpolitischen Diskussionen, wie Inklusion umzusetzen sei, Rückenwind erhalten. Gemäß der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen 2010) ist Inklusion ein Menschenrecht. Laut Art. 16 sollen Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben. Sie sollen nicht verpflichtet sein, in besonderen Wohnformen zu leben. Gemeindenahe Unterstützungsdienste sollen Menschen mit Behinderungen in der eigenen Häuslichkeit und in Einrichtungen zur Verfügung stehen, Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit in der Gemeinde für sie nutzbar sein. Der Zugang zum psychiatrischen Versorgungssystem wird im Artikel 25 und 26 thematisiert.

Nach Art. 25 (Gesundheit) sollen Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich Zugang haben zu Gesundheitsdiensten, einschließlich der gesundheitlichen Rehabilitation. Sie sollen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf denselben Standard zur Verfügung haben wie andere Menschen. Darüber hinaus seien Gesundheitsleistungen anzubieten, die von Menschen mit Behinderung speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden. Berufstätige im Gesundheitswesen sollen Menschen mit Behinderung eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen angedeihen lassen, auf der Grundlage der freiwilligen Einwilligung nach vorheriger Aufklärung. Dazu werden Schulungen des Personals und der Erlass ethischer Normen empfohlen.

Der Art. 26 (Habilitation und Rehabilitation) fordert u.a., dass Leistungen und Programme im so früh wie möglich einsetzen sollen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen. Sie sollen die Teilhabe an der Gemeinschaft unterstützen und Menschen mit Behinderung so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen.

Städte und Kreise als Leistungsträger in der Behindertenhilfe, aber auch die Öffentlichkeit erwarten von „ihren“ kommunalen Anbietern, dass sie in der Lage sind, auch Bürger mit Behinderung in dieser besonderen Lebenslage zu unterstützen, und sie nicht in weit entfernte, kostspielige Einrichtungen abzuschieben (vgl. Department of Health, 2007). Trotz der historisch tradierten und aktuellen Tendenzen der Ausgrenzung (z. B. Ausschluss von Menschen mit hohem Hilfebedarf aus der Ambulantisierung, Konzentration in Komplex- und Spezialeinrichtungen, Maßnahmen der Kostendämpfung in der Eingliederungshilfe) stellen sich mittlerweile viele Träger der Behindertenhilfe der Aufgabe, geistig behinderte Menschen mit herausfordernd Verhalten gemeindenah zu unterstützen. Wie im Heidelberger Appell der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft und des Netzwerks Intensivbetreuung (2010) formuliert, kommt es darauf an, individuelle Lösungen bei Wahl und Gestaltung einer geeigneten Wohnform und eines „Mix“ an Unterstützung zu finden. Ein wesentliches Element dabei ist, dass Werkstätten für behinderte Menschen, Förderstätten oder andere Beschäftigungsangebote in den Gemeinden Personen mit HV nicht ausgrenzen. Inklusion ist an die Entwicklung und Befähigung lokaler Dienste gebunden, die es ermöglichen, frühzeitig dort zu handeln, wo Probleme entstehen, und die gewohnte Lebenswelt und tragfähige soziale Beziehungen als Ressourcen in der Therapie zu nutzen.

Zahlreiche und umfangreiche empirische Evaluationen aus Großbritannien und den USA zeigen, dass sich problematische Verhaltensweisen in gemeindeintegrierten Wohnformen reduzieren lassen und dass dort die Lebensqualität der Bewohner steigt z. B. in Form adaptiver Verhaltensweisen sowie einer Vielfalt an Aktivitäten und sozialen Beziehungen, so z. B. die jüngste Längsschnittstudie von Perry & al., (2011), die geistig behinderte Erwachsene über mehrere Jahre und während ihrer Umzüge begleiten.

Zwei Fallbeispiele aus England und Deutschland machen deutlich, wie ähnlich die Problemlagen und Entwicklungen in verschiedenen europäischen Ländern sind.

McGill & Mansell (1995) beschreiben die Wohngeschichte und das Alltagsverhalten von *Sue Thompson* (Name geändert), einer schwer geistig behinderten Frau, die mittlerweile in einer Wohngemeinschaft in einer Gemeinde lebt.

Mit 6 Jahren wurde Sue wegen ihres zerstörerischen Verhaltens aus der Familie in eine Großeinrichtung für geistig behinderte Menschen verlegt, in der sie von 1960 an 28 Jahre verbrachte (etwa vergleichbar mit psychiatrischen Langzeitbereichen in Deutschland). Dort wurde sie als eine sehr herausfordernde junge Dame beschrieben, die mit Aggressionen antwortete, wenn man sich ihr näherte (z. B. mit kotverschmierten Händen an den Haaren zog). Die meiste Zeit des Tages saß sie nackt unter einer Decke im Aufenthaltsraum der Station in einer Urinpfüte. Sie widersetzte sich jedem Versuch, diese Situation zu verändern. Ihr HV beinhaltete Selbststimulation (z. B. Zähneknirschen), aggressive Verhaltensweisen (Beißen, Haare ziehen, Kratzen), Zerstörung von Eigentum (Zerreißen von Kleidern, mit Geschirr werfen), sich Ausziehen, das Nichtbeachten von Regeln und Aufforderungen; das Spielen, Essen und Schmieren mit Kot. Als die Institution geschlossen wurde, dauerte es wegen ihres schlechten Rufes 2 Jahre, bis ein örtlicher Wohndienst die Verantwortung für ihre Betreuung übernahm. Die Zwischenzeit verbrachte sie in einer speziellen Wohngruppe für Menschen mit HV, die am Rande eines Geländes einer Großeinrichtung untergebracht war („special unit“). 1990 zog sie dann in ein normales Wohngebiet um. Sie teilte dort ein frei stehendes Haus („group home“) mit drei leicht bzw. mittelgradig geistig behinderten Menschen ohne auffälliges Verhalten. Die durch direkte Beobachtung gewonnenen Daten erlauben es zu vergleichen, wie sich das herausfordernde („challenging“) und das sozial eingebundene („engagement“) Verhalten von Sue Thompson und die Zeiten, in denen sie insgesamt mit anderen („all contact“) und mit professionellen Assistenten („assistance“) in Kontakt steht, über die drei verschiedenen Wohnsettings hinweg quantitativ entwickelt hat (s. Abb. 1; s. ausführlicher Dieckmann 2010). Der Personalschlüssel war in allen Wohnsettings gleich. In der speziellen Wohngruppe war das therapeutische Ziel, das HV zu reduzieren, sehr dominant. Darin war die Wohngruppe erfolgreich, ohne dass anderes sinnvolles Verhalten an die Stelle des HV trat. In der Wohngemeinschaft wurde nach dem Modell der aktiven, bedürfnisorientierten Unterstützung des Alltags gearbeitet, u. z. auf der Basis eines minutiösen und verlässlichen Unterstützungsplans für jeden Tag. Ohne diese Strukturierung hätte Sue Thompson keine Alternativen zu ihrem sozial störenden Verhalten entwickelt.

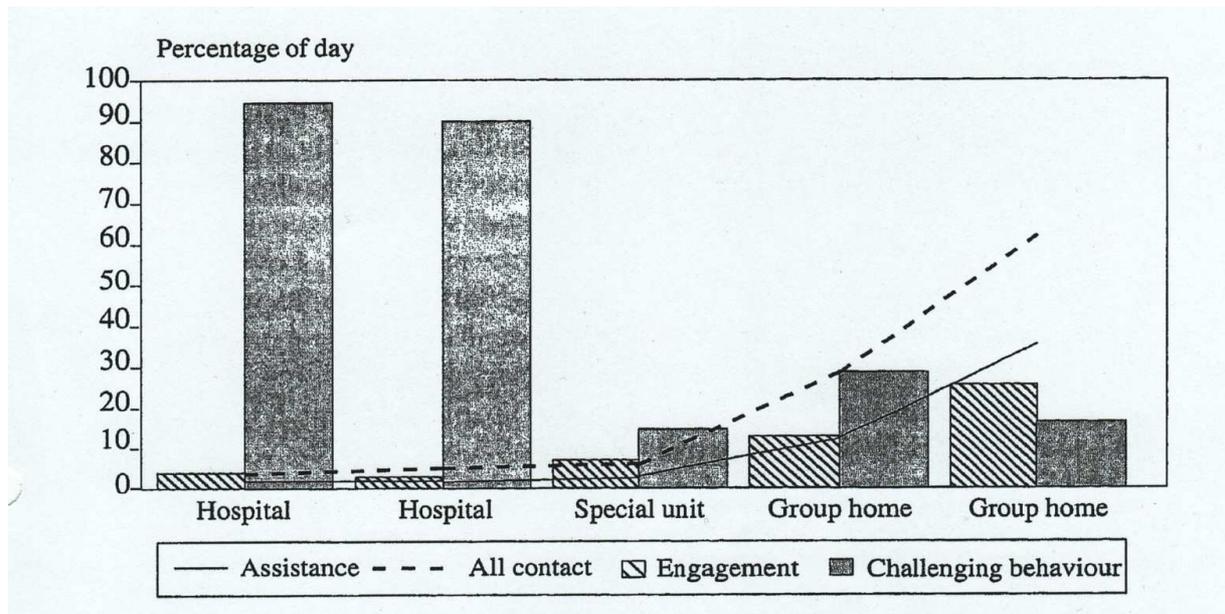


Abb. 1: Beobachtungsdaten zum Lebensstil und HV von Sue Thompson in drei verschiedenen Wohnsettings (Quelle: McGill & Mansell, 1995, 187)

Eine Wohneinrichtung im Rheinland beschreibt 2010 die Wohngeschichte von Hans Beckmann [Name geändert, F.D]

„Hans Beckmann [] ist 51 Jahre alt. Schon als Kind wurde er wegen seiner Behinderung in die Rheinischen Landeskliniken [...] eingewiesen und lebte dort unter den unmenschlichen Verhältnissen, die die psychiatrische Versorgung damals kennzeichnete. Er hauste in riesigen Stationsschlafsälen ohne Privatsphäre oder persönlichen Dingen. Wie alle anderen Insassen trug er Anstaltskleidung. Essen gab es nur zu festgelegten Zeiten. Er galt als schwierig, da er sich oft aggressiv verhielt und dann entweder mit Medikamenten ruhig gestellt oder in seinem Bett fixiert wurde, wo er dann stundenlang schrie. Nach Auflösung der Langzeitpsychiatrie zog Herr Beckmann in eine der Wohngruppen der neu gegründeten [...] Heime auf dem Klinikgelände. Dort besserten sich die äußeren Lebensumstände, denn es gab jetzt eigene Zimmer, überschaubare Wohnbereiche und pädagogisches Fachpersonal. Das umgebende Setting blieb jedoch gleich: nach wie vor lebte Herr Beckmann abgeschottet von der Gesellschaft und fremdversorgt in einer durchlässigen Sonderwelt. Auch sein Verhalten änderte sich nur wenig: Er äußerte sich weiterhin durch massive Fremd- und Eigengefährdung, wurde weiterhin fixiert und bei Krisen, die ständig vorkamen, zwischen Akutpsychiatrie und den verschiedenen Wohngruppen herumgereicht. Erst durch den Einsatz einer 1:1-Betreuung, Beratung durch externe Experten und Supervision gelang es, Herrn Beckmann schließlich 2002 in

eine Gruppe dauerhaft zu integrieren. In dieser Konstellation erfolgte im Jahr 2006 sein Umzug in eine benachbarte Kleinstadt [Name verändert, F.D.]“ (Auszug aus einer unveröffentlichten Konzeption)

Beispiele guter Praxis aus Deutschland

Die Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft, die sich seit ihrer Gründung vor 20 Jahren für eine bessere Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf einsetzt, hat für den DHG-Preis 2010 nach Projekten gesucht, die die Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung und HV verbessern („Teilhabe ist unteilbar!“). Zu den preisgekrönten Projekten gehören z. B. eine Wohngemeinschaft in einem gewöhnlichen Mietshaus im Berliner Bezirk Marzahn-Hellersdorf, eine integrativ arbeitende heilpädagogische Tagesförderstätte in Rostock und ein Wohnheim, in dem behinderte Erwachsene mit diesem Hintergrund mitten in der Stadt Burscheid eine Heimat gefunden haben.

5. Unterstützungsstrukturen für ein Leben in der Gemeinde bei herausforderndem Verhalten

Ein Weiterleben in der Gemeinde setzt voraus, dass sich Einrichtungen und Dienste konzeptionell auf HV einstellen. D.h. dass sie

- individuell angepasste Wohnformen schaffen,
- Arbeits- oder Beschäftigungsangebote während des Tages sicherstellen,
- Hilfen individuell planen unter Beteiligung des Menschen mit Behinderung und seines persönlichen sozialen Netzwerks (Professionelle und Nichtprofessionelle) und unter Nutzung einrichtungsexterner Dienste und Ressourcen (Begleitkonzept)
- Verfahren (z.B. Hilfeplanung), Zuständigkeiten und Absprachen im Unterstützerteam und mit beigeordneten Diensten klar und transparent sind,
- Personal in der direkten Betreuung mit methodischem Know-how qualifiziert ist (z. B. um Anzeichen, Warnsignale zu erkennen, medizinisch-psychiatrische Dienste einzuschalten, in handgreiflichen Krisen zu handeln, Formen unterstützter Kommunikation einzusetzen),
- eine Fallbegleitung und/oder Supervision existiert,
- ein Beauftragter oder ein Dienst in der Einrichtung existiert, der in Einzelfällen berät und Kompetenzen vermittelt.

In den meisten Fällen, wenn z. B. HV einen funktionalen Charakter hat, Teil einer vorübergehenden Lebenskrise oder eine Anpassung an Veränderungen darstellt, lässt sich HV durch pädagogische Maßnahmen regulieren (vgl. Bradl

1999). In manchen Fällen ist jedoch ein multiprofessionelles Assessment notwendig, benötigen die Beteiligten eine spezifische Expertise oder einen Blick von außen, stoßen die Beteiligten an Grenzen in den belasteten Beziehungen, die den Verbleib gefährden. Gerade in diesen Fällen muss sich die Tragfähigkeit gemeindenaher Lösungen erweisen. Für die Menschen mit Behinderungen, ihre professionellen oder familiären Unterstützer müssen dann externe Hilfen verfügbar sein. Hier ist auch psychiatrische Kompetenz angefragt.

Der schon erwähnte Heidelberger Appell der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft und des Netzwerks Intensivbetreuung (2010) fordert dazu den Aufbau regionaler multiprofessioneller Unterstützungsstrukturen, in denen Behindertenhilfe und Gesundheitswesen zusammenarbeiten. Vier Elemente seien hervorgehoben:

1. Krisendienst

Für psychosoziale und akutpsychiatrische Krisen steht rund um die Uhr und 7 Tage in der Woche ein Krisendienst bereit. Ziel der Intervention in akuten psychiatrischen oder psychosozialen Krisen ist die Abwendung von Gefahren, die Entlastung der Beteiligten und die Stärkung ihrer Handlungsfähigkeit. Spezialisierte Mitarbeiter und Krisenplätze stehen im Bedarfsfall Bürgern mit Behinderung unabhängig von ihrer Wohnform zur Verfügung. Dazu müssen die lokal verankerten sozialpsychiatrischen Dienste, die Notaufnahme psychiatrischer Krankenhäuser, Krisendienste und -plätze in der Behindertenhilfe und gegebenenfalls in der Jugendhilfe zusammenarbeiten.

2. Beratende und therapeutische Dienste im Gemeinwesen

Expertise und den Blick „von außen“ gewährleisten beratende und therapeutische Dienste, in denen Heilpädagoginnen, Psychiater, Psychologen (und andere auf Abruf, z. B. Physiotherapeuten, Kommunikationstrainer, spezielle Therapeuten) fallbezogen zusammenarbeiten. Dienste können als ambulantes oder stationäres Angebot organisiert sein. Sie haben folgende Aufgaben:

- adressatenorientierte Fallbegleitung: Assessment/Diagnostik; Empfehlungen für Maßnahmen; Maßnahmen planen, ausprobieren, koordinieren, implementieren; Evaluation
- Begleitung und Befähigung der direkten Unterstützer
- Organisationsentwicklung: Beratung der Träger
(ausführlicheres hierzu im nächsten Abschnitt).

3. Einbindung bestehender medizinischer, vor allem psychiatrischer, neurologischer Dienste und von Psychotherapeuten

Es geht um die Einbindung von Hausärzten (Lotsen- und Begleitfunktion), niedergelassener Fachärzte (Psychiater, Neurologen, aber auch Internisten, HNO-Arzt, Augenarzt, Pädiater, Geriater), psychotherapeutischer Praxen,

allgemeiner psychiatrischer Abteilungen und spezialisierter psychiatrische Ambulanzen oder Stationen sowie die Qualifizierung der dortigen Mitarbeiter für den Umgang mit Menschen mit Behinderung.

4. Verbindliche Kooperation der lokalen Wohndienste, der Anbieter von Arbeit und Beschäftigung sowie der zusätzlichen Dienste in einem regionalen Netzwerk

Dienste in der Behindertenhilfe und im Gesundheitswesen müssen einzelfallbezogen vernetzt zusammenarbeiten. Die Kooperation muss verbindlich geregelt sein, Kommunikationsverfahren sind zu standardisieren (z.B. auch beim Einsatz von Psychopharmaka, s. die Untersuchung von Hennis, 2008). Fallübergreifend wird das Netzwerk geplant und optimiert (Aufgabe der Sozialplanung). Kooperation und Vernetzung setzen aber voraus, dass die Akteure ein Konsens darüber erzielt haben, dass eine mehrdimensionale Betrachtungsweise von Problemlagen wie z. B. Berücksichtigung persönlichkeitsbezogener, lebensgeschichtlicher und lebensweltbezogener Aspekte, und multiprofessionelle Handlungsansätze notwendig sind. Darauf weist nachdrücklich Monika Seifert (2010, S. 38) hin.

6. Welche Erwartungen hat die Heilpädagogik an die Psychiatrie?

Einigkeit über die Ziele und den Mehrwert eines gemeinsamen koordinierten Vorgehens sind entscheidend für die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Behindertenhilfe und Psychiatrie. Inwieweit verstehen sich Psychiater als Teil eines multiprofessionellen Handlungsansatzes? Inwieweit sind sie bereit, gemeinsam Ziele zu formulieren, und ihr psychiatrisches Know-how und Handeln daraufhin auszurichten? Das berührt z. B. auch die Frage, welche therapeutischen Implikationen eine psychiatrische Diagnose überhaupt hat, und unter welchen Bedingungen ein stationärer psychiatrischer Aufenthalt zielführend ist gegenüber Alternativen.

Was müssen psychiatrische Dienste aus Sicht der Heilpädagogik leisten? Zusammenfassend seien 7 konkrete Punkte benannt:

1. Zugänglichkeit: Hilfen müssen in einem angemessenen Zeitraum verfügbar sein.
2. Psychiater teilen eine mehrdimensionale Betrachtung der Problemlagen und ordnen sich in multiprofessionelle Handlungsansätze ein.
3. Patienten mit Behinderung werden wertgeschätzt und ihr Recht auf Aufklärung (angemessene Sprache) und Selbstbestimmung wird geachtet.
4. Der psychiatrische Dienst arbeitet kontinuierlich mit dem Patienten und seinen Unterstützern zusammen und gemeinsam wird ein

Unterstützungsplan ausgearbeitet – z.B. auch vor, während und nach einem evtl. notwendigen stationären Aufenthalt.

5. Gegebenenfalls ist der psychiatrische Dienst bei der Auswahl, Gestaltung und Sicherung passender Unterstützungsarrangements im Alltag behilflich, z.B. durch die Formulierung notwendiger Rahmenbedingungen aus fachlicher Sicht.
6. Die am Krankenhaus angesiedelte Psychiatrie arbeitet mit Therapeuten im ambulanten Bereich zusammen (niedergelassene Psychiater, Psychotherapeuten, Heilpädagogen).
7. Bei nicht nur vorübergehendem HV ist eine langfristige verlässliche Begleitung sicherzustellen.
8. Erwartet wird eine echte integrative „Versorgung“, in der nicht nur ambulante und stationäre medizinische Dienste zusammenarbeiten, sondern Hilfebereiche übergreifend die Behindertenhilfe und Psychiatrie.

Mit diesen Erwartungen sind Hoffnungen und Befürchtungen verbunden:

Hoffnungen

Bei Menschen mit geistiger Behinderung werden psychische Störungen häufig übersehen (overshadowing), effektive zeitgemäße psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten werden ihnen oft vorenthalten. Psychische Störungen, die mit HV zusammenhängen können, sollen also erkannt und störungsspezifische Interventionen eingeleitet werden. Neben SGB V-Leistungen (z. B. Psychopharmakotherapie, psychotherapeutische Verfahren) sind auch Empfehlungen für die Gestaltung der alltäglichen Lebenssituation eines Klienten und seiner Unterstützung vonnöten - z. B. für die Formulierung eines individuellen Unterstützungskonzepts, dass auch für Leistungsträger relevant ist. Selbst wenn eine klassische psychiatrische Diagnose nicht vorliegt, wird Psychiatern Erfahrung in der Analyse und im Umgang mit außergewöhnlichem Verhalten zugeschrieben, die als Beratung „von außen“ gefragt ist. In akutpsychiatrischen Krisen und bei Klienten mit Langzeitmedikation und psychiatrischer Vorgeschichte sind Heilpädagoginnen schlichtweg auf psychiatrische Kompetenz angewiesen.

Befürchtungen

Findet eine Einigung über gemeinsame Ziele und Handlungsansätze nicht statt, kann sich gegenseitiges Vertrauen schwerlich entfalten. Ein so verkürztes psychiatrisches Vorgehen birgt aus Sicht von Heilpädagoginnen Gefahren:

- Die Psychiatrie konzentriert sich ausschließlich auf die Symptome des Patienten, nicht auf seine Lebensqualität insgesamt und nicht auf seine sozialen Beziehungen und ökologischen Bezüge, die seine zukünftige

Stabilität und Lebensqualität sichern (vergleichbar mit den Defiziten bei der Wahrnehmung Kinder psychisch kranker Eltern, vgl. Lenz, 2005).

- Psychopharmaka werden aus Hilflosigkeit vergeben, um Zeit zu sparen, oder als Ausdruck eines Methodismus („Man tut was man kann!“). Es fehlt ein stichhaltiges geteiltes Behandlungskonzept, das zeitlich befristet ist und Vor- und Nachteile unterschiedlicher Behandlungsformen abwägt (s. Hennicke 2008).
- Statt kontinuierlich Patienten zu begleiten herrscht eine „never look back“-Haltung vor, die z. B. den Drehtür-Effekt in der Psychiatrie beschleunigt.
- Es wird befürchtet, dass Menschen mit Behinderungen und ihre Bezugspersonen ihre Autonomie verlieren im Psychatriebetrieb und gegenüber ärztlichen Verordnungen. Diese Sichtweise mag auch dazu beitragen, dass Mitarbeiter in der Behindertenhilfe zum Teil eigenmächtig - und fachlich nicht vertretbar – die verordnete Dosis bei Psychopharmaka verändern.

Dass die aufgeführten Hoffnungen und Befürchtungen nicht ganz unbegründet sind, zeigt eine Studie aus Großbritannien, in der Patienten mit geistiger Behinderung und familiäre oder professionelle Unterstützer in qualitativen Interviews zu ihren positiven und negativen Erfahrungen mit der stationären Behandlung befragt wurden (Scior & Longo, 2005). Verglichen werden Erfahrungen auf allgemeinspsychiatrischen Stationen und auf spezialisierten psychiatrischen Stationen für Menschen mit Behinderung. Interviewt wurden 29 Patienten mit geistiger Behinderung (Diagnosen vor allem Schizophrenie, schizoaffektive Störung, Depression), davon 14 in allgemeinspsychiatrischen und 15 in spezialisierten Settings (Tab.1), und 20 Unterstützer (10 in jedem Settingtyp) (Tab.2).

Tab. 1: Anzahl der Patienten, die von sich aus ein Thema ansprechen (Quelle: Scior & Longo 2005, S. 26; Übersetzung F.D.)		
Thema	Allgemein- psychiatrische Station	Spezialisierte psychiatrische Station
Unterstützung durch andere Patienten	7	3
unfreundliche oder nicht verfügbare Mitarbeiter	6	3
Gefühl, entmachtet zu sein	6	3
fürsorgliche Einstellungen der Mitarbeiter	2	6
praktische Hilfe	2	5
negative physische Umwelt	5	1
positive physische Umwelt	1	5
Mangel an Freiheit	5	0
Isolation	2	4
Aufregung über das Verhalten anderer Patienten	4	1
Mitarbeiter verursachen Verletzungen	4	1
stationäre Aufnahme als Pause, Aufatmen	1	4
sich verwundbar fühlen	4	0

Tab. 2: Anzahl der Unterstützer, die von sich aus Themen ansprechen (Quelle: Scior & Longo 2005, S. 29; Übersetzung F.D.)		
Thema	Allgemein- psychiatrische Station	Spezialisierte psychiatrische Station
mangelndes Engagement der Mitarbeiter	8	1
mangelnder Einbezug in Behandlung	6	2
zufriedenstellende Pläne für Zeit nach Entlassung	1	6
Vernachlässigung des Patienten	5	0
Offenheit und Klarheit der Information	0	5
musste mich durchsetzen, um gehört zu werden	4	0
ablehnende Einstellungen der Mitarbeiter	4	0
Verspätungen bei der Unterstützung	4	0
Gefühl, ignoriert zu werden oder dass mir nicht geglaubt wird	4	0
Bedenken um die Sicherheit	3	0

Auf den untersuchten psychiatrischen Stationen hatten viele geistig behinderte Patienten das Gefühl, entmachtet zu sein. Mitarbeiter wurden häufig von ihnen als unfreundlich und nicht verfügbar wahrgenommen.

Insgesamt schnitten *die allgemeinspsychiatrischen Stationen* wesentlich schlechter ab als die spezialisierten: Patienten bewerteten die Umgebungsbedingungen in allgemeinspsychiatrischen Settings häufiger negativ, fühlten sich verwundbar oder monierten von sich aus den Mangel an Freiheit. Häufiger und positiv wurde die Unterstützung durch andere Patienten wahrgenommen. Unterstützer beklagten das mangelnde Engagement der Mitarbeiter, dass geistig behinderte Patienten abgelehnt, vernachlässigt oder mit Verspätung unterstützt würden. Relativ viele Unterstützer fühlten sich ignoriert oder nicht ernst genommen, noch mehr gar nicht eingebunden in die Behandlung. Dazu passt, dass Unterstützer *auf spezialisierten Stationen* sich lobend über Nachsorgepläne und die Offenheit und Klarheit der Information äußerten. Viele Patienten mit geistiger Behinderung hoben in spezialisierten Settings die fürsorglichen Einstellungen der Mitarbeiter hervor („caring attitudes“), die praktische Hilfe und positiven Umgebungsbedingungen, fühlten sich aber stärker sozial isoliert.

Bereits diese kleine qualitative Studie zeigt, welch ein großes Aufgabenfeld die Gestaltung eines inklusiven Gesundheitswesens zukünftig darstellt. Allgemeinpsychiatrische Angebote müssen besser vorbereitet werden auf die Interaktion mit Menschen mit geistiger Behinderung und ihren Bezugspersonen, auch in Bezug auf ethische Grundhaltungen. Spezialisierte psychiatrische Angebote sind m. E. zurzeit unverzichtbar und bieten die Chance für die Einführung multiprofessioneller Handlungsansätze.

7. Spezialisierte multiprofessionelle beratende und therapeutische Dienste

Eine wirkungsvolle fachliche Unterstützung umfasst die adressatenorientierte Fallbegleitung, die Begleitung der Unterstützer und die Organisationsentwicklung (Beratung der Träger im Hinblick auf Rahmenbedingungen). In verschiedenen europäischen Ländern sind zwei Typen spezialisierter Dienste entstanden, die verschiedene Professionen integrieren: stationäre Settings und ambulante Dienste.

Stationäre Settings

Stationäre therapeutische Settings nehmen Menschen mit geistiger Behinderung und HV vorübergehend, zeitlich befristet auf. Sie entlasten die Beteiligten, lassen sie aufatmen und innehalten, ermöglichen eine multidisziplinäre Diagnostik und die Erprobung therapeutischer Maßnahmen.

Es gibt verschieden organisierte Varianten befristeter stationärer Settings, z. B. befristete therapeutische Wohngruppen in Baden-Württemberg (max. Aufenthaltsdauer in der Modellphase 3 Jahre), die psychologische Station von Haus Hall in Gescher/Münsterland (max. 6 Monate), spezialisierte psychiatrische Stationen wie in Großbritannien (Department of Health 2007) und Deutschland (in Fachkrankenhäusern für Menschen mit Behinderung oder großen Psychiatrien).

Psychiatrische Kompetenz wird dadurch gewährleistet, dass

- ein Psychiater im Team angestellt ist (sehr effektive Lösung eines Trägers therapeutischen WG in Baden-Württemberg),
- Psychiater konsiliarisch tätig werden (Honorarbasis),
- ein multiprofessionelles Team in einer spezialisierten psychiatrischen Station geschaffen wird (Arbeiten auf Augenhöhe, Einstellung von Heilpädagogen und Psychologen – so etwa in Großbritannien).

In der deutschen Psychiatrie scheint das aufgrund der insgesamt starren Organisations- und Personalstruktur in Krankenhäusern schwieriger zu sein als in anderen Ländern (z. B. Norwegen). Auch das klassische Pflegepersonal in psychiatrischen Krankenhäusern sollte zum Teil durch Berufsgruppen ersetzt werden, die auf die Arbeit mit Menschen mit Behinderung spezialisiert sind. Erste Umsetzungsschritte gibt es in Stationen für geistig behinderte Menschen in der forensischen Psychiatrie (vgl. Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft 2010).

Befristete Aufenthalte in spezialisierten stationären Settings führen in kurzer Zeit zu Verhaltensänderungen und Verbesserung der Lebensqualität (Dieckmann & Giovis 2007). Z. B. reduzierte sich die Häufigkeit, Anzahl und Schwere von HV bei 250 Personen mit schwerwiegendem HV während des Aufenthalts in therapeutischen Wohngruppen in Baden-Württemberg erheblich. Jedoch bereitet in verschiedenen europäischen Ländern die Reintegration in die vorherigen oder in neue Wohnsettings und Wohndienste große Probleme.

Bei längeren Aufenthalten in spezialisierten Settings werden die sozialen Beziehungen und Bezüge gekappt. Die bisher Beteiligten werden aus der Verantwortung entlassen oder nutzen die Gelegenheit, den „Fall“ weiterzureichen. Mitarbeiter der spezialisierten Stationen fühlen sich häufig nicht zuständig für die Planung von Anschlusslösungen oder planen sie zu spät (ausschließlicher Blick auf HV). Nach der Rückkehr in die normale alltägliche Lebensumgebung sind auch Verhaltensverschlechterungen aufgetreten. Positive Ergebnisse verpuffen, wenn die Bezugspersonen in der aufnehmenden Umgebung nicht in der Lage oder willens sind, empfohlene Intervention umzusetzen.

Stationäre Settings sollten nur für kurze Zeit belegt werden (etwa max. 6 Monate). Abgebende Dienste der Behindertenhilfe müssen für ihre Klienten verantwortlich bleiben. Gemeinsam mit dem behinderten Menschen und seinen professionellen sowie familiären Unterstützern ist ein längerfristiges Begleitkonzept auszuarbeiten, in dem z. B. die Weiterführung von Maßnahmen geregelt ist. Insgesamt gilt es, die Anzahl spezialisierter stationärer Angebote zugunsten spezialisierter ambulanter Dienste zu beschränken.

Ambulante Dienste

Ambulante Dienste beraten die Betroffenen und ihr soziales Umfeld, stoßen ergänzende Maßnahmen an und führen sie gegebenenfalls auch durch.

Quantitative Evaluationsstudien liegen aus Großbritannien (Allen & Felce, 1999) und den Niederlanden (Lunenborg, 2009) vor. Die letztgenannte aktuellste Untersuchung zeigt, dass während und direkt nach dem Einsatz ambulanter Dienste das HV in der alltäglichen Umgebung erheblich zurückging und die (auf vielen Dimensionen gemessene) Lebensqualität der Menschen mit Behinderung stieg. Diese Effekte hielten mindestens ein halbes Jahr nach Ende der Beratung an, z. T. nahmen sie noch zu. In britischen Studien verbesserte sich insbesondere die Fertigkeit der professionellen Unterstützer in der Arbeit mit den Klienten. Die Überweisung in Großeinrichtungen konnte deutlich reduziert werden. Ambulante Dienste waren auch kostengünstiger als stationäre Angebote.

Allen & Felce (1999) kommen zu dem Schluss, dass ambulante Unterstützungsteams in Großbritannien dann am erfolgreichsten sind, wenn verschiedene Berufsgruppen mit einer gemeinsamen Konzeption zusammenarbeiten. Der Erfolg hängt von der Anwendung einer klinisch fundierten Konzeption mit effektiven Assessment-, Hilfeplanungs- und Interventionsverfahren ab. Die Fallzahl der Berater muss niedrig genug sein, um in Einzelfällen ein intensives Vorgehen möglich zu machen. Die Berater müssen die Fähigkeit haben, Mitarbeiter vor Ort sowohl im Erschließen positiver Handlungsräume als auch im Umgang mit HV zu trainieren und als Verhaltensmodelle Interventionen zu demonstrieren. Ambulante Teams haben allerdings nur eine beratende Rolle. Die Einstellung und das Verpflichtungsgefühl der Mitarbeiter der lokalen Anbieter können sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Deshalb sind bei der Kontraktvereinbarung qualitätssichernde Maßnahmen zu vereinbaren. Häufig muss die Unterstützung langfristig ausgerichtet sein.

Auf verschiedenste Organisationsformen stieß Carolien Lunenborg (2009) in einer vergleichende qualitative Studie zu ambulanten Unterstützungsdiensten in 5 europäischen Ländern:

- In den Niederlanden werden flächendeckend regionale „Centres for Consultation and Expertise“ (CCE) aus öffentlichen Mitteln finanziert. Psychiater werden - wie andere Professionen auch - als Konsulenten bzw. Experten im Bedarfsfall hinzugezogen. Die hauptamtlichen Mitarbeiter sind für die Klärung des Beratungsbedarfs und die Fallbegleitung zuständig.
- In England und Wales gibt es „Specialist Support Teams“, die entweder mit den Gemeindeteams für Menschen mit geistiger Behinderung (Beratungsstellen) oder mit Sozialpsychiatrischen Diensten in den Gemeinden zusammenarbeiten. Die spezialisierten Teams werden zum Großteil getragen vom National Health Service (Gesundheitswesen) oder von den Gemeinden oder von beiden gemeinsam.
- In Flandern ist die Beratung in der Behindertenhilfe verankert, in Norwegen ist Expertise in den vom staatlichen Gesundheitswesen getragenen „Habilitation Teams“ organisiert.

In Deutschland gibt es ganz unterschiedliche Varianten. Das Institut Kompass des Landschaftsverbandes Rheinland in Jülich arbeitet seit 2006 hauptamtlich mit Pädagogen und Psychologen. Kooperierende Psychiater werden im Bedarfsfall hinzugezogen.

Die Konsulentenarbeit Baden-Württemberg wird seit 2009 vom Medizinisch-pädagogischen Dienst des Kommunalverbandes Jugend und Soziales angeboten. Das hauptamtliche Team besteht aus Medizinern und regional ansässigen erfahrenen Pädagogen. Es wird eng mit spezialisierten Psychiatern, insbesondere Institutsambulanzen, zusammengearbeitet. Mobile Fachberatungsteams für Menschen mit Behinderung und HV werden zurzeit in Rheinland-Pfalz aufgebaut. Zu den Teammitgliedern, die neben ihrer Haupttätigkeit diese Aufgabe übernehmen sollen, zählen auch Psychiater. Autismusambulanzen werden bei Erwachsenen vor allem auch aus Mitteln der Eingliederungshilfe finanziert. Vor allem in Bayern und Baden-Württemberg gibt es spezialisierte psychiatrische Institutsambulanzen, die aufsuchend arbeiten und mitunter mit einer Akutstation verbunden sind (Schumacher, 2007).

8. Heilpädagogik in der Psychiatrie

Spezialisierte psychiatrische Dienste sind als Teil regionaler multiprofessioneller Unterstützungsstrukturen unverzichtbar. Die psychiatrische Arbeit muss erreichbar sein für Menschen mit Behinderung, Familien und Wohndienste. Sie zeichnet sich idealerweise dadurch aus, dass nicht ausschließlich die Beseitigung/Reduktion einer psychischen Störung und ihrer Symptom fokussiert wird (häufig ist eine solche auch nicht eindeutig identifizierbar), sondern die Verbesserung der Lebensqualität des Klienten auf verschiedenen

Dimensionen. Sie sollte daher langfristig angelegt sein, unter konsequenter Beteiligung des Menschen mit Behinderung und seiner Unterstützer. Eine Vision ist, dass Psychiater, Psychologen und Heilpädagoginnen mit ihren je unterschiedlichen Kompetenzen auf Augenhöhe auch innerhalb der Psychiatrie zusammenarbeiten.

In der Psychiatrie werden üblicherweise 3 therapeutische Säulen unterschieden: die Pharmakotherapie, die Psychotherapie, die Soziotherapie. Letzterer fällt angesichts der begrenzten Einsatzmöglichkeit psychotherapeutischer Verfahren im klassischen Therapiesetting, einer häufig fehlenden Indikation für die Vergabe von Psychopharmaka und der erhöhten Verletzlichkeit und Abhängigkeit des Patienten von Umweltbedingungen eine wichtige stabilisierende Funktion zu.

Welche Kompetenzen können Heilpädagoginnen einbringen? Traditionell werden sie häufig für die Unterstützung während des Alltags und die Milieugestaltung innerhalb eines stationären psychiatrischen Settings eingesetzt. In Bezug auf die Lebensführung nach dem Psychiatrieaufenthalt können sie federführend für die partizipative Erarbeitung eines Begleitkonzepts sein, Empfehlungen für Wohn- bzw. Arbeitssettings und die Unterstützung geben sowie familiäre und professionelle Unterstützer anleiten. Dabei sind sie in der Lage, Methoden des Case Managements zu nutzen, um Unterstützung in komplexen Hilfesituationen so zu organisieren, dass Menschen mit Behinderung und ihre rechtlichen Betreuer „Herr des Geschehens“ bleiben. Während der Diagnostik oder Assessments, der Hilfeplanung, der Auswahl von Hilfen, der Hilfeerbringung, des Monitoring und der Evaluation sind an unterschiedlichen Orten viele Akteure beteiligt. Das zeitliche, inhaltliche, leistungsrechtliche Zusammenspiel ist bei der Unterstützung zu beachten (Hilfemix). Die Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung gehört zu den Kernkompetenzen von Heilpädagoginnen und hat oft Vorbildcharakter für unerfahrene oder unsichere Interaktionspartner (z. B. Pflegepersonal). Eine systemische verstehende Diagnostik ersetzt die psychiatrische Diagnostik nicht, bettet sie aber ein in ein Arbeitsmodell, das auch psychosoziale und andere Ressourcen und andere Lebensbereiche erfasst.

Die Klinische Sozialarbeit wie die Klinische Heilpädagogik haben sich als therapeutisch orientierte Handlungsfelder profiliert, was durch die Ausbildung eigener Masterstudiengänge zurzeit noch verstärkt wird (Bosshard et al., 2007). Zu den Aufgabenfeldern zählen u. a. die psychoedukative Arbeit (Aufklärung über psychische Störung, Auswirkungen, mögliche Maßnahmen und Unterstützung bei Entscheidungen), die Stärkung der Selbsthilfe und des Dialogs zwischen Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern sowie die Intervention in akuten psychosozialen Krisen (auch die Erarbeitung von Krisenplänen).

Spezifische therapeutische Verfahren von Heilpädagoginnen wären die Marte-Meo-Methode (Videoanalysen und Unterstützertraining nach Maria Aarts (Bünder et al., 2010, ursprünglich eingesetzt in der Erziehungsberatung), die Analyse und Veränderung von Transaktionen und individuellen Stabilisierungsstrategien nach Carlos Escalera (2001), die Positive Verhaltensunterstützung (Theunissen, 2008), Gruppentherapieverfahren, z. B. kognitiv-behaviorale Ansätze mit psychoedukativen Elementen wie ZERA (Zusammenhang zwischen Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit; Plößl & Hammer, 2010) sowie Einzelförderungen bzw. -trainings.

Was ich hier skizziere, entspricht (noch) nicht der Wirklichkeit psychiatrischer Abteilungen, auch wenn z. B. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder in der Forensische Psychiatrie (hier vor allem in der Nachsorge) eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe mancherorts schon anzutreffen ist. Einer Studentin gab ich ein erstes Manuskript für diesen Artikel. Ich wusste, dass sie gerade in ihrem Praxissemester in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie gearbeitet hatte. In einer längeren Email, aus der ich dankenswerterweise zitieren darf, fasste sie Beobachtungen und Erfahrungen zusammen:

„Insbesondere im Hinblick auf Kinder mit einer geistigen Behinderung haben mir im stationären Geschehen Konzepte und spezielle Hilfeplanungen gefehlt. Häufig war die Behandlung geprägt von einer hohen Fremdbestimmung von Seiten der Kinderkrankenschwestern, die in meiner Einschätzung auf eine fehlende fachliche Kompetenz im Umgang mit geistigen Behinderungen zurückzuführen war. So wurden die Patienten in allem was sie taten von einer Person angeleitet, ohne dass eine Nutzbarmachung von Ressourcen für die Behandlung stattgefunden hätte. Im Gespräch mit einigen Mitarbeitern haben diese auch die fachlichen Wissenslücken bemängelt, da sie schlichtweg nicht wissen würden, wie man Kinder mit einer geistigen Behinderung im psychiatrisch-stationären Alltag betreuen könnte. Zudem wurde durch das streng hierarchische System (Kinderkrankenschwestern-Therapeuten-Stationsarzt-Chefarzt) ein interdisziplinärer Austausch im Sinne einer Abstimmung der speziellen Bedürfnisse von Kindern mit einer geistigen Behinderung mit den Alltagsanforderungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verhindert bzw. auf einem niedrigen Niveau gehalten. In meiner persönlichen Tätigkeit als Heilpädagogin im interdisziplinären Geschehen ist es eher so gewesen, dass ich von Therapeuten und dem Stationsarzt durchaus als Ansprechpartner gesehen worden bin. So habe ich beispielsweise sehr eng mit einem Psychologen zusammengearbeitet, wodurch ich die Möglichkeit hatte, eigene Impulse mit einzubringen. Große Lücken haben sich eher in der Zusammenarbeit mit den Kinderkrankenschwestern aufgetan, die für die alltägliche Betreuung im

Stationsalltag zuständig waren. Ich denke, dass dies sehr viel mit der hierarchischen Struktur zu tun hatte, da ich als Praktikantin formal gesehen "unter ihnen gestanden habe". Des Weiteren erschien meine Arbeitsweise fremd und zunächst bedrohlich, da sie sich nicht an die üblichen Verfahrensweisen gehalten hat. Dieser Konflikt hat sich aber glücklicherweise aufgelöst. Zum einen hat mir die enge Zusammenarbeit mit dem Psychologen sehr geholfen, der als Respektsperson vom Schwesternpersonal wahrgenommen wurde. Zum anderen konnte ich durch meine Fallbegleitung kleine Fortschritte gemeinsam mit meinem Klienten erreichen, wodurch ich das Interesse an meiner Arbeit wecken konnte. In vielen Gesprächen haben sie sich dann meiner Arbeit angenähert, ohne sich in ihren Kompetenzen bedroht zu fühlen. (..) Die entscheidende Erkenntnis ist wohl gewesen, dass es unterschiedliche professionsbezogene Zugangswege zu den Kindern und Jugendlichen gibt und eine interdisziplinäre Arbeit von daher grundlegend ist für das Wohl und die Behandlung der Kinder und Jugendlichen.“ (Kueth, 2011)

9. Fazit

Es eröffnen sich viele und im Hinblick auf Menschen mit Behinderungen notwendige Perspektiven für eine produktive Kooperation zwischen den Hilfebereichen Behindertenhilfe und Psychiatrie sowie der Heilpädagogik und Psychiatrie als Disziplin bzw. Profession.

Voraussetzung für eine gelingende Zusammenarbeit ist die Übernahme einer mehrdimensionalen Betrachtungsperspektive, die sich in gemeinsamen Zielformulierungen niederschlägt, und die gegenseitige Anerkennung der unterschiedlichen Fachlichkeit und Kompetenzen. Der Königsweg zur Verbesserung des Verhältnisses ist eine verbindlich geregelte Zusammenarbeit in langfristig angelegten Netzwerken oder in gemeinsamen Teams.

Psychiater, die Menschen mit Behinderung behandeln, und Heilpädagoginnen, die mit Menschen mit Behinderungen und HV arbeiten, werden aus der Einsicht in die Lebenssituation des Personenkreises, der von Ausgrenzung bedroht ist, *Brückenbauer für derartige Kooperationsformen* sein (müssen).

Literatur

- Allen, D. & Felce, D. (1999). Service responses to challenging behaviour. In: Bouras, N. (Ed.), *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation* (pp. 279-294). Cambridge: University Press.
- Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.) (2010). Alle inklusive! Die neue UN-Konvention. http://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?blob=publicationFile (2.6.2011).
- Bosshart, M., Ebert, U., Lazarus, H. (2007). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (3. Aufl.). Bonn: Psychiatrieverlag.
- Bradl, Christian (1999). Problemverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Herausforderung für die Behindertenhilfe. In: Petry, D. & Bradl, C. (Hg.), *Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Geistigbehindertenhilfe. Projekte und Konzepte* (S. 31-54). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Bradl, C. & Schädler, B. (1986). Zur Situation geistig Behinderter in psychiatrischen Krankenhäusern. *Geistige Behinderung*, 25, 4, 243-251.
- Bronfenbrenner, Urie (1990). Ökologische Sozialisationsforschung. In: Kruse, L., Graumann, C., Lantermann, E. (Hg.). *Ökologische Psychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen* (S. 76-80). München: Psychologie Verlags Union.
- Bünder, P., Siringhaus-Bünder, A. & Helfer, A. (2010). *Lehrbuch der Marte-Meo-Methode* (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Cookson, A. & Dickson, J. (2010). The subjective experiences of people with an intellectual disability and diagnosis of schizophrenia who are detained in a medium secure unit. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 23, 4, 379-389.
- Department of Health (2007). *Services for people with learning disabilities and challenging behaviour or mental health needs (revised edition): report of a project group* (Chairman: Prof. J. L. Mansell). London: Department of Health.
- Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (2010). *Perspektiven für strafrechtlich verurteilte Menschen mit geistiger Behinderung*. Fachgespräch am 25.6.2010 in Gießen. <http://www.dhg-kontakt.de/pdf/Fachgespraech_Giessen_2010_Flyer_final.pdf>
- Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft & Netzwerk Intensivbetreuung (2010). *Heidelberger Appell: Teilhabechancen von behinderten Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten*. In: Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Hg.) *Ausgrenzen? Begrenzen? Entgrenzen? Teilhabechancen von behinderten Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten* (S. 9-11). Jülich: DHG.
- Dieckmann, Friedrich (2010). *Weiterleben in der Gemeinde! Kommunale Teilhabeplanung für Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten*. In: Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Hg.) *Ausgrenzen? Begrenzen? Entgrenzen? Teilhabechancen von behinderten Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten* (S. 51-62). Jülich: DHG.
- Dieckmann, Friedrich (2009). *Unterstützung von Erwachsenen mit Behinderung*. In: Greving, H. & Ondracek, P. (Hg.): *Spezielle Heilpädagogik*. Kohlhammer: Stuttgart, S. 34 – 82.
- Dieckmann, F. & Giovis, C. (2007). *Therapeutische Wohngruppen für Erwachsene mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten - Evaluation eines Modellversuches in Baden-Württemberg*. In: Dieckmann, F. & Haas, G. (Hg.), *Beratende und therapeutische Dienste bei geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten* (S. 83-118). Stuttgart: Kohlhammer.
- Dieckmann, F., Haas, G. & Bruck, B. (2007). *Herausforderndes Verhalten bei geistig behinderten Menschen – zum Stand der Fachdiskussion*. In: Dieckmann, F. & Haas, G. (Hg.), *Beratende und*

- therapeutische Dienste bei geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten (S. 15-40). Stuttgart: Kohlhammer.
- Emerson, E. (2001). *Challenging behaviour. Analysis and intervention in people with intellectual disabilities* (2nd ed.). Cambridge: University Press.
- Escalera, Carlos (2001). Veränderung und Stabilisierung des Selbst als Voraussetzung für Veränderung und Stabilisierung des Anderen. Analyse und reflektierte Begleitung des transaktionalen Prozesses bei selbst- und fremdverletzenden Verhaltensweisen. *Geistige Behinderung*, 40, 4, 379-389.
- Frerichs, Janina (2010). *Wahn-Sinn?! Zum Umgang mit psychotischen Symptomen in der Sozialen Arbeit*. Bachelorthesis im Studiengang Soziale Arbeit. Münster, Katholische Hochschule NRW.
- Gröschke, Dieter (2009). Das Allgemeine im Speziellen: Heilpädagogik als spezielle Bildungswissenschaft der Lebensalter. Ein Entwurf auf Zukunft. In: Greving, H. & Ondracek, P. (Hg.), *Spezielle Heilpädagogik. Eine Einführung in die handlungsfeldorientierte Heilpädagogik* (S. 237-260). Stuttgart: Kohlhammer.
- Heijkoop, Jacques (2002) *Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Neu Wege der Begleitung* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz edition sozial.
- Hennicke, Klaus (2008). Psychopharmaka in Wohnstätten der Behindertenhilfe - Vermutungen über eine zunehmend unerträgliche Situation. In: Hennicke, Klaus (Hg.), *Psychopharmaka in der Behindertenhilfe - Fluch oder Segen?* (S. 4-22). Berlin: Materialien der DGSGGB, Bd. 17.
- Kittay, Eva (2004). Behinderung und das Konzept der Care Ethik. In: Graumann, S., Grübler, K., Nicklas-Faust, J., Schmidt, S., Wagner-Kern, M. (Hg.), *Ethik und Behinderung. Ein Perspektivenwechsel* (S. 67-80). Frankfurt: Campus.
- Kueth, Anna-Sophie Maximiliane (2011). Persönliche Email an Friedrich Dieckmann vom 25.3.2011.
- Lampe, M. & Stahlmann, Martin (2005). 'Eine Psychiatrie kann kein Zuhause sein. Für kein Kind und auch für keinen Jugendlichen...' Probleme in der Zusammenarbeit von Heimerziehung und Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Heilpaedagogik.de*, 1, 3-7.
- Lenz, Albert (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen usw.: Hogrefe-Verlag.
- Lowe, K., Allen, D., Jones, E., Brophy, S., Moore, K. & James, W. (2007). Challenging behaviours: prevalence and topographies. *Journal of intellectual disability research*, 51, 8, 625-636.
- Lunenborg, C. (2009). *Additional support for individuals with intellectual disabilities and challenging behaviour*. Groningen: Stichting Kinderstudies.
- Mansell, J., McGill, P. & Emerson, E. (1994). Conceptualizing service provision: In: Emerson, E., McGill, P. & Mansell, J. (Eds.), *Severe learning disabilities and challenging behaviours: designing high quality services*. London: Chapman & Hall.
- McGill, Peter & Mansell, Jim (1995). Community placements for people with severe and profound learning disabilities and serious challenging behavior: Individual illustrations of issues and problems. *Journal of mental health*, 4, 183-198.
- Nolte, M. (2007). „Wenn die Beziehungen nicht mehr halten...“ Die psychologische Station Haus Hall – Beratung und Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung und so genannten psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten. In : Dieckmann, F. & Haas, G. (Hg.), *Beratende und therapeutische Dienste bei geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten* (S. 185-199). Stuttgart: Kohlhammer.
- Perry J., Felce, D., Allen, D. & Meek, A. (2011). Resettlement outcomes for people with severe challenging behaviour moving from institutional to community living. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 24, 1, 1-17.
- Plößl, I. & Hammer, M. (2010). (5. Aufl.). *ZERA - Zusammenhang zwischen Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit. Ein Gruppentrainingsprogramm zur Unterstützung der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischer Erkrankung*. Bonn: Psychiatrieverlag.

- Schanze, Christian (2007). Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und –pädagogen. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Schmidt-Quernheim, F. & Hax-Schoppenhorst, T. (2008). Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Schumacher, Kordula (2007). Psychiatrische Institutsambulanz für Menschen mit geistiger Behinderung am Bezirkskrankenhaus München-Haar. In: Dieckmann, F. & Haas, G. (Hg.), Beratende und therapeutische Dienste bei geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten (S. 65-82). Stuttgart: Kohlhammer.
- Scior, Katrina & Longo, Silvia (2005). In-patient psychiatric care: What can we learn from people with learning disabilities and their carers. *Learning disability review*, 10, 3, 22-33.
- Seifert, Monika (2010). Teilhabe für alle?! Anfragen an die Sozialpolitik und lokaler Akteure. In: In: Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Hg.) *Ausgrenzen? Begrenzen? Entgrenzen? Teilhabechancen von behinderten Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten* (S. 29-42). Jülich: DHG.
- Theunissen, Georg (2008) . Positive Verhaltensunterstützung. Marburg: Lebenshilfe.
- Theunissen, Georg (1996). Geistig behinderte Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten zwischen Heilpädagogik und Psychiatrie. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft*, 19, 4, 5-14.
- Winkler, Michael (1988). Eine Theorie der Sozialpädagogik: über Erziehung als Rekonstruktion der Subjektivität. Stuttgart: Klett

Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung

Differentialdiagnostik und Therapie

Brian F. Barrett und Christian Feuerherd

Die Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit einer Intelligenzminderung sind vielfältig. So können diese z. B. in somatischen Erkrankungen, aber auch genetischen Syndromen oder einem Autismus begründet sein. Menschen mit geistiger Behinderung weisen zudem ein signifikant höheres Risiko auf, psychisch zu erkranken, was ebenfalls die Ursache von Verhaltensauffälligkeiten sein kann. Aufgrund dessen muss auch eine umfassende psychiatrische Differentialdiagnostik erfolgen, um Psychosen, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Angst- oder Zwangserkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen, Anpassungsstörungen und andere psychische Störungen gemäß den Kriterien der ICD-10 auszuschließen. Sofern Verhaltensauffälligkeiten nicht auf eine der o.g. Ursachen zurückzuführen sind, so ist entsprechend der ICD-10 von einer Verhaltensstörung auszugehen, die unter Berücksichtigung des Grades der Intelligenzminderung zu verschlüsseln ist.

Somatische Erkrankung

Die klinische Erfahrung zeigt, dass auffälliges oder herausforderndes Verhalten nicht selten auf somatische Erkrankungen zurückzuführen ist. Dies trifft insbesondere für den Bereich der schwer bis schwerst geistig Behinderten zu. Aufgrund dessen sollte neben einer ausführlichen Erhebung der (Fremd-) Anamnese eine umfangreiche somatische Diagnostik durchgeführt werden.

Hierzu gehören neben einer ausführlichen, internistisch-neurologischen Untersuchung die Erhebung relevanter Laborwerte (Basisparameter, Blutsenkung, Entzündungsparameter, Schilddrüsenwerte, Blutzucker, Urinstatus, Schwangerschaft). Des Weiteren ist eine Kontrolle der Ein- und Ausfuhr und im Falle einer Therapie mit Valproinsäure die mehrfache Kontrolle des Ammoniakspiegels angeraten. Schließlich sollten niederschwellig eine Abdomen-Sonographie (Ultraschalluntersuchung des Bauches), eine orientierende, craniale Computertomographie (spez. Röntgenaufnahme des Schädels/Gehirns), eine Elektroenzephalographie (Ableitung der Hirnströme, EEG) und eine Ösophagogastro-duodenoskopie (Spiegelung der Speiseröhre und des Magens) sowie höherschwellig eine Koloskopie (Dickdarmspiegelung)

und gfls. eine Lumbalpunktion (Entnahme von „Hirnwasser“ aus dem Rückenmarkskanal) in Betracht gezogen werden.

Die therapeutischen Optionen sind vielfältig und ergeben sich aus den Resultaten der somatischen Diagnostik. Sie setzen sich aus den aktuellen Möglichkeiten der Pharmako- und Physiotherapie, der interventionellen und operativen sowie diätetischen und physikalischen Therapien zusammen.

Genetisches Syndrom

Wenn aufgrund der (Familien-)Anamnese, äußerer Merkmale und/oder Besonderheiten im Habitus der Verdacht auf ein genetisches Syndrom besteht, so sollte die detaillierte Erfassung physiognomischer Merkmale erfolgen, um anschließend einen Abgleich anhand von entsprechenden Datensammlungen (z.B. bei Wiedemann/Kunze³³) vorzunehmen. Auf der Grundlage dessen wird unter Angabe einer Verdachtsdiagnose und/oder der physiognomischen Merkmale eine dezidierte, genetische Diagnostik in die Wege geleitet.

Ist ein genetisches Syndrom diagnostiziert, so erfolgt eine intensive Psychoedukation des Klienten und v. a. auch des komplementären Systems. Schwerpunkte sind dabei ein an die Besonderheiten des genetischen Syndroms angepasstes Reiz- und Anforderungsniveau sowie eine entsprechende Milieugestaltung. Darüber hinaus können verhaltenstherapeutische Interventionen, wie beispielsweise der Ausbau sozialer Kompetenzen, der Fertigkeiten zur Emotions- und Impulsregulation sowie die Anwendung operanter Verfahren in Betracht gezogen werden. Der Einsatz von Medikamenten sollte kritisch erfolgen.

Autismus

Entsteht während der Erhebung der Anamnese der Verdacht, dass es sich um eine Autismusspektrumstörung handeln könnte, so ist die detaillierte Erhebung der Kindheitsanamnese besonders wichtig. Des Weiteren sollte zunächst eine dezidierte Verhaltensbeobachtung und –analyse im Vordergrund stehen, die durch speziell entwickelte Verhaltensbeobachtungsbögen optimiert werden kann. In der differentialdiagnostischen Beurteilung kommen u. a. zum Einsatz³⁴:

- Der Fragebogen zur Sozialen Kommunikation (FSK Aktuell + Lebenszeit)
- The Autism Diagnostic Interview - Revised - (ADI-R)

³³ Wiedemann, H.-D., Kunze, J. (2009): Atlas der Klinischen Syndrome. 6. Aufl., Stuttgart, Schattauer

³⁴ T. Bergmann entwickelt derzeit an unserer Klinik ein neues Instrument zur Autismusdiagnostik auf musiktherapeutischer Basis (MUSAD).

- Die Skala zur Erfassung von Autismusspektrumstörungen bei Minderbegabten (SEAS-M)
- The Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)
- Das Schema zur emotionalen Entwicklung (SEO - Schaal voor Emotionale Ontwikkeling)³⁵

Abschließend werden die gewonnen Erkenntnisse im Hinblick auf eine autistische Störung interdisziplinär gewertet und beurteilt, um gemeinsam zu einer diagnostischen Einschätzung zu gelangen.

Konnte die Diagnose einer Autismuspektrumstörung hinreichend gesichert werden, so ist eine intensive Psychoedukation des komplementären und sozialen Umfelds unabdingbar. Die Milieugestaltung sowie die Anpassung des individuellen Leistungs- und Anforderungsniveaus stehen dabei im besonderen Blickpunkt. Auch die Notwendigkeit einer klaren Strukturierung des Umfeldes und des Tagesablaufes sowie eine möglicherweise notwendige Reizabschirmung gilt es zu beachten. Schließlich sollte sich nicht der Autist der Umwelt, sondern vielmehr die Umwelt dem Autisten verantwortungsvoll anpassen. Eine psychopharmakologische Behandlung ist meist nur mäßig erfolgreich und muss daher besonders kritisch erfolgen.

Störungsspezifische Konzepte, wie z.B. TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) sowie in Hinblick auf sehr basale Anforderungen auch operante Verfahren sollten auf ihre Wirksamkeit individuell überprüft werden.

Psychische Erkrankung

Psychische Erkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung unterliegen besonderen Gegebenheiten und bedürfen einer besonders aufmerksamen Differenzialdiagnostik. Verhaltensauffälligkeiten werden allzu oft noch immer der geistigen Behinderung alleine zugeschrieben. Psychische Erkrankungen werden daher bei Menschen geistiger Behinderung häufig nicht rechtzeitig erkannt, was die Prognose meist signifikant verschlechtert. Besonderheiten in der Kommunikation, der Introspektionsfähigkeit, der Interaktion, der Motorik, der Konzentrationsfähigkeit sowie der Gefühlswahrnehmung und –beschreibung stellen spezielle Anforderungen an das Erkennen und Werten in der Diagnostik von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung.

³⁵ In: Došen, A. (2010): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung - Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Herausgeber und Bearbeiter der deutschsprachigen Ausgabe Klaus Hennische und Michael Seidel. Hogrefe, Göttingen.

Ausgangspunkt der Differenzialdiagnostik bildet eine ausführliche Eigen- und Fremdanamnese. Hierbei gilt es insbesondere darauf zu achten, inwieweit sich Verhaltensauffälligkeiten in einem bestimmten zeitlichen oder psychosozialen Kontext entwickelt haben. Häufig sind die Klienten nur bedingt in der Lage, Symptome, Beschwerden, Sorgen, Ängste und Gefühle differenziert zu beschreiben. Umso wichtiger ist eine verfeinerte Verhaltensbeobachtung durch Familienangehörige und das komplementäre System, die genau diese Beobachtungen möglichst ungewertet darstellen sollten. Darüber hinaus ist eine dezidierte und zeitlich hinreichende, eigene Verhaltensbeobachtung und –analyse unabdingbar. Hierbei kommen zwar im Aufbau standardisierte, inhaltlich aber an wichtige, differentialdiagnostische Kriterien individuell angepasste Verhaltensbeobachtungsbögen zum Einsatz, um ein möglichst genaues Bild über die Schwere und Ausprägung sowie den zeitlichen Verlauf der Symptomatik zu erhalten (s. Beispiele 1 und 2).

Psychiatrische Explorationen müssen sehr behutsam und mehrfach erfolgen, wobei das sprachliche und kognitive Niveau des Klienten sowie die bei geistiger Behinderung in der Regel erhöhte Antwortlatenz und Suggestibilität berücksichtigt werden müssen. Bei begründetem Verdacht kann in Einzelfällen eine probatorische Pharmakotherapie zur Diagnosesicherung erwogen werden, als Beispiel sei hier ein Methylphenidat-Versuch³⁶ bei hochgradigem Verdacht auf ein ADHS genannt.

Auch in der Therapie psychischer Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung ist die intensive Psychoedukation des Klienten und des sozialen Umfeldes ein wesentlicher Bestandteil. Abermals sollte hierbei ein Schwerpunkt auf die individuelle Anpassung der alltäglichen Anforderungen und Belastungen an das entsprechende Störungsbild gelegt werden.

Eine notwendige Pharmakotherapie muss behutsamen erfolgen, d.h. in der Eindosierung sollte bei reduzierter Anfangs- und Maximaldosis kleinschrittig und unter verschärfter Beobachtung auf unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen (UAW) vorgegangen werden.

Erfolgsversprechend sind insbesondere psycho- und verhaltenstherapeutische Interventionen, so sie entsprechend dem kognitiven Leistungsniveau der Klienten modifiziert sind. Als Beispiele seien hier genannt:

- Interpersonelle Therapie der Depression (IPT),
- Motivational Interviewing bei Suchterkrankungen,
- operante Verfahren,
- das Training sozialer Fertigkeiten,

³⁶ Methylphenidat ist ein sog. Stimulanz und der Wirkstoff zahlreicher Medikamente (z.B. RITALIN) zur Behandlung des Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms (Anm.d.Hrsg.).

- Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Verbesserung der Emotions- und Impulsregulation, genannt.

Verhaltensstörung

Sind die bisher aufgeführten, möglichen Ursachen von Verhaltensauffälligkeiten sämtlich ausgeschlossen worden, so handelt es sich gemäß der Definition der ICD-10 um eine Verhaltensstörung im Rahmen der geistigen Behinderung. Doch auch hier ist die geistige Behinderung nur in den seltensten Fällen alleine verantwortlich. Vielmehr finden sich sehr häufig systemische, funktionale oder situative Ursachen sowie nicht selten signifikante Diskrepanzen innerhalb des kognitiven Leistungsniveaus oder zwischen dem kognitiven und sozio-emotionalen Entwicklungsniveau. Daher sollte in diesen Fällen immer eine Bestimmung des kognitiven Leistungsprofils sowie des sozio-emotionalen Entwicklungsniveaus mittels SEO erfolgen, um die Anforderungen an den Klienten entsprechend anpassen und damit eine immanente Überforderung als Ursache der Verhaltensauffälligkeiten ausschalten zu können.

Während die Aufdeckung systemischer Ursachen v. a. einer selbstkritischen Reflektionsfähigkeit der Familie und des komplementären Systems im Rahmen der Anamnese bedarf, sind bezüglich weiterer Ursachen neben dem klassischen ABC-Schema (Antecedent-Behavior-Consequence) die bereits erwähnten Instrumente zur Verhaltensbeobachtung sowie ggf. eine dezidierte, situative Analyse hilfreich. Dafür wollen wir im Folgenden einige Beispiele aufzeigen.

Verhaltensbeobachtung

Der Beobachtungsbogen im *ersten Beispiel* umfasst einen Zeitraum von einem Monat. Die zu beobachtenden Auffälligkeiten, Symptome und/oder Handlungsmuster sollten genau definiert sein und werden dreimal täglich durch die Beobachter eingeschätzt und mittels des Einsatzes eines numerischen Bewertungsmodus dokumentiert. Parallel dazu wird das aktuelle Stimmungsbild mit erfasst. Sind Verhaltensauffälligkeiten trotz hinreichend langer Beobachtung mittels des Beobachtungsbogens aus dem ersten Beispiel nicht in ein stimmiges Konzept einzuordnen, kann eine noch dezidiere Beobachtung mittels des Beobachtungsbogens aus dem *zweiten Beispiel* erfolgen. Hier wird im stündlichen Intervall protokolliert. Dadurch werden tageszeitliche Zusammenhänge sowie Zusammenhänge mit bestimmten Auslösern oder Stressoren sowie die Gabe und Wirkung von Bedarfsmedizin besser erfasst. In der fortlaufenden Betrachtung (z. B. im wöchentlichen Rhythmus) ist eine Auswertung der einzelnen Symptome anhand der

graphischen Darstellung sehr schnell möglich und lässt auch Schlüsse auf eine gegenwärtige, medikamentöse Strategie zu.

Beispiel 1

Symptom		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31															
Abgelenkt	F	4	2	4	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0																
	S	3	4	3	4	3	2	2	2	1	2	3	2	3	2	2	2	1	2	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0																
	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																
Schaut sich unvermittelt und nicht nachvollziehbar um	F	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0																	
	S	2	3	3	4	3	4	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	1	2	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0																	
	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																	
Ängstlich, schreckhaft	F	1	3	4	3	4	3	3	2	3	2	3	2	2	1	2	1	2	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0																	
	S	2	2	3	4	4	3	2	3	2	3	2	3	2	2	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0																	
	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																	
Misstrauisch	F	3	4	3	2	4	3	3	2	2	2	3	3	2	1	2	1	2	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0																	
	S	2	3	4	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0																	
	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																	
Führt Gespräche mit nicht anwesenden Personen	F	4	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0																		
	S	4	4	3	4	2	3	3	2	3	2	3	2	2	2	1	2	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0																		
	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																	
Fühlt sich bedroht	F	2	3	4	4	4	3	2	2	2	3	3	2	2	2	1	2	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0																		
	S	1	2	3	4	3	3	2	3	2	3	2	3	2	2	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0																		
	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																	
Stimmung/psychomotorik	F	D	D	D	D	E	D	D	C	D	C	D	D	C	C	C	C	C	D	C	C	E	C	C	C	C	C	C	A	A																	
	S	D	C	D	D	E	C	E	D	C	D	D	C	C	D	C	D	C	C	E	C	C	C	C	C	C	C	E	A	A																	
	N	X	X	X	D	X	D	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																	
Schweregrad/ Vorhandensein Symptom																Einschätzung der Stimmung/Psychomotorik:																															
0 nicht vorhanden 1 leicht																2 mittel 3 schwer																4 sehr schwer x Schlaf															
A ausgeglichen B gehoben																C gedrückt D angespannt																E müde x Schlaf															

Beispiel 2

Uhrzeit		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																				
Montag (Muster)	Stimmung	-	-	E	B	A	D	F	F	D	D	A	A	A	F	F	C	C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																			
	Decke ü. Kopf																																														
	Schreien					X			X					X	X																																
	Autoaggression						•			•													1	2	3	4	5	6	7	8																	
Dienstag	Stimmung	-	-	-	-	F	F	-	-	C	C	C	F	F	A	A	C	F	F	B	-	-	-	-	-	-	-	-																			
	Decke ü. Kopf																																														
	Schreien					X																																									
	Autoaggression																						1	2	3	4	5	6	7	8																	
Mittwoch	Stimmung	-	-	-	-	-	-	-	C	F	C	A	A	A	C	F	F	F	E	-	-	-	-	-	-	-	-	-																			
	Decke ü. Kopf																																														
	Schreien					X	X									X	X	X																													
	Autoaggression																						1	2	3	4	5	6	7	8																	
Donnerstag	Stimmung	-	-	-	A	A	B	C	-	-	C	A	A	A	A	E	E	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																			
	Decke ü. Kopf																																														
	Schreien																																														
	Autoaggression																						1	2	3	4	5	6	7	8																	
Freitag	Stimmung	-	-	-	C	D	D	A	A	A	B	C	E	A	A	A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																			
	Decke ü. Kopf																																														
	Schreien				X	X										X																															
	Autoaggression																						1	2	3	4	5	6	7	8																	
Samstag	Stimmung	-	-	-	A	A	A	A	C	A	B	B	B	A	C	-	E	E	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																			
	Decke ü. Kopf																																														
	Schreien																																														
	Autoaggression																						1	2	3	4	5	6	7	8																	
Sonntag	Stimmung	-	-	-	A	A	D	A	-	A	B	C	E	A	A	A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																			
	Decke ü. Kopf																																														
	Schreien				X																																										
	Autoaggression																						1	2	3	4	5	6	7	8																	
Einschätzung der Stimmung																Decke ü. Kopf																Feld schraffieren															
A ausgeglichen B gehoben																C gedrückt D angespannt																E müde Ankreuzen															
																Autoaggression																Punkt															

Situative Analyse

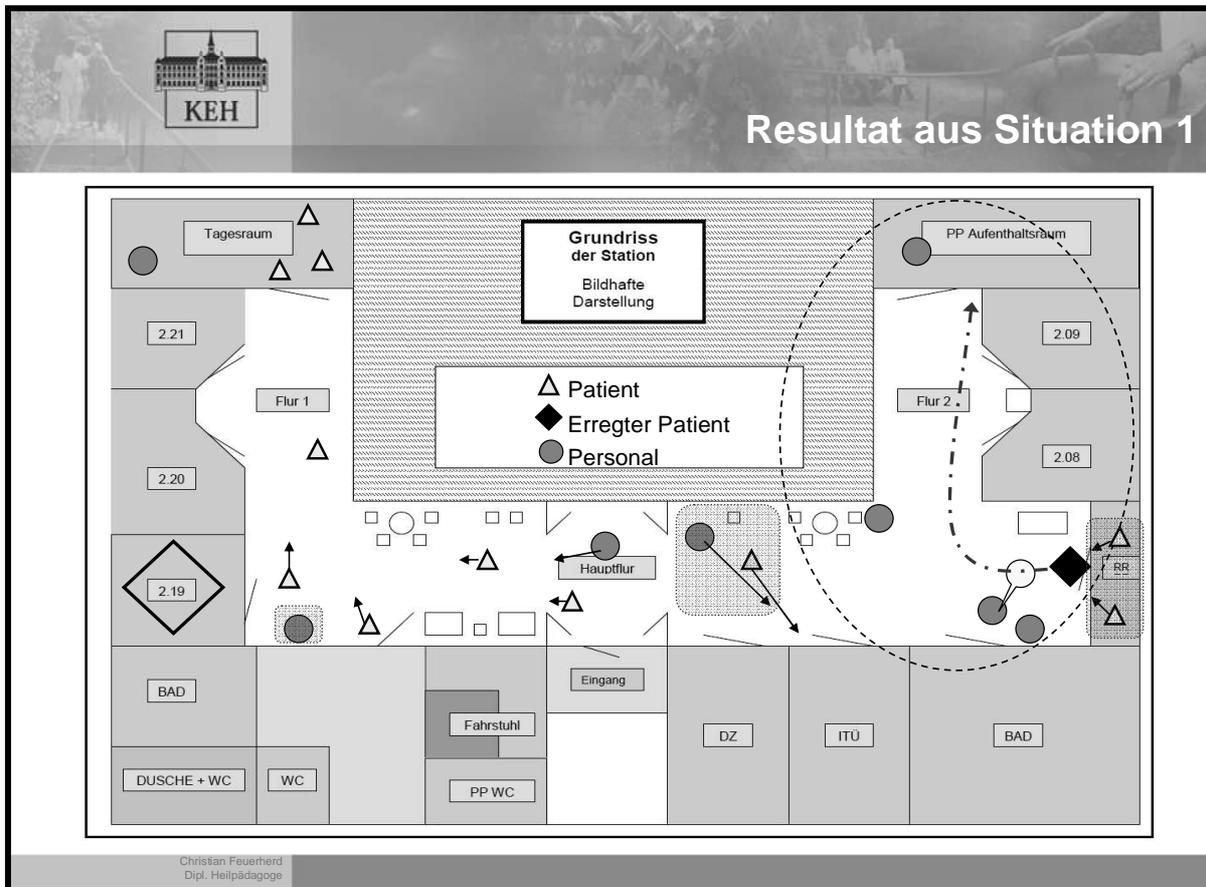
Menschen mit geistiger Behinderung verfügen regelmäßig über eine erhöhte Vulnerabilität sowie eine verminderte Stresstoleranz und ein reduziertes Repertoire an Coping-Strategien. Werden die Grenzen der Belastbarkeit überschritten, so resultieren zuweilen Krisensituationen mit aggressiven Durchbrüchen. Um mit diesen Situationen umgehen zu können, müssen den damit professionell Befassten die individuellen Defizite und Ressourcen des Klienten stets präsent sein. Vor diesem Hintergrund wird es mittels Empathie und authentischer Validation, sowie Ruhe und transparenter Vorgehensweise meist gelingen, die Situation zu deeskalieren. Doch nicht immer trifft dies zu oder die Ursachen für krisenhafte Situationen sind nicht unmittelbar offensichtlich.

Im Falle einer massiven Eskalation sollte daher eine retrospektive, situative Analyse erfolgen. Dabei sollte es nicht um die Erfassung möglicher Defizite einzelner Akteure gehen, sondern um die Erkennung von Risiko- und Beeinflussungsfaktoren und einer daraus resultierenden Optimierung zukünftiger Interventionen. Da eine massive Krisensituation auch immer eine Belastung der damit professionell Befassten und eine Konfrontation mit deren eigenen Ängsten und Unsicherheiten darstellt, kann eine solche Analyse auch der Aufarbeitung der Krise im Team und der Wiedererlangung von dessen Sicherheit im Umgang mit künftigen Ereignissen dienen.

Das aufgeführte Beispiel zeigt die situative Analyse einer Krisensituation aus dem Arbeitsalltag. Das Vorgehen der Mitarbeiter in der Situation erfolgte besonnen und berücksichtigte die üblichen Deeskalationsstrategien und –regeln. Dennoch eskalierte die Situation unvorhergesehen, so dass sich eine dezidierte Analyse anschloss. Um den Rahmen dieses Manuskripts nicht zu sprengen, wird das nachfolgende Beispiel lediglich ansatzweise erläutert und beschrieben.

Die dargestellte Situation zeigt insbesondere die Lücke zwischen dem, was unmittelbar beteiligte Personen subjektiv wahrgenommen haben und dem, was tatsächlich nach Befragung aller Anwesenden an beeinflussenden Faktoren vorgelegen hat.

Bild 1



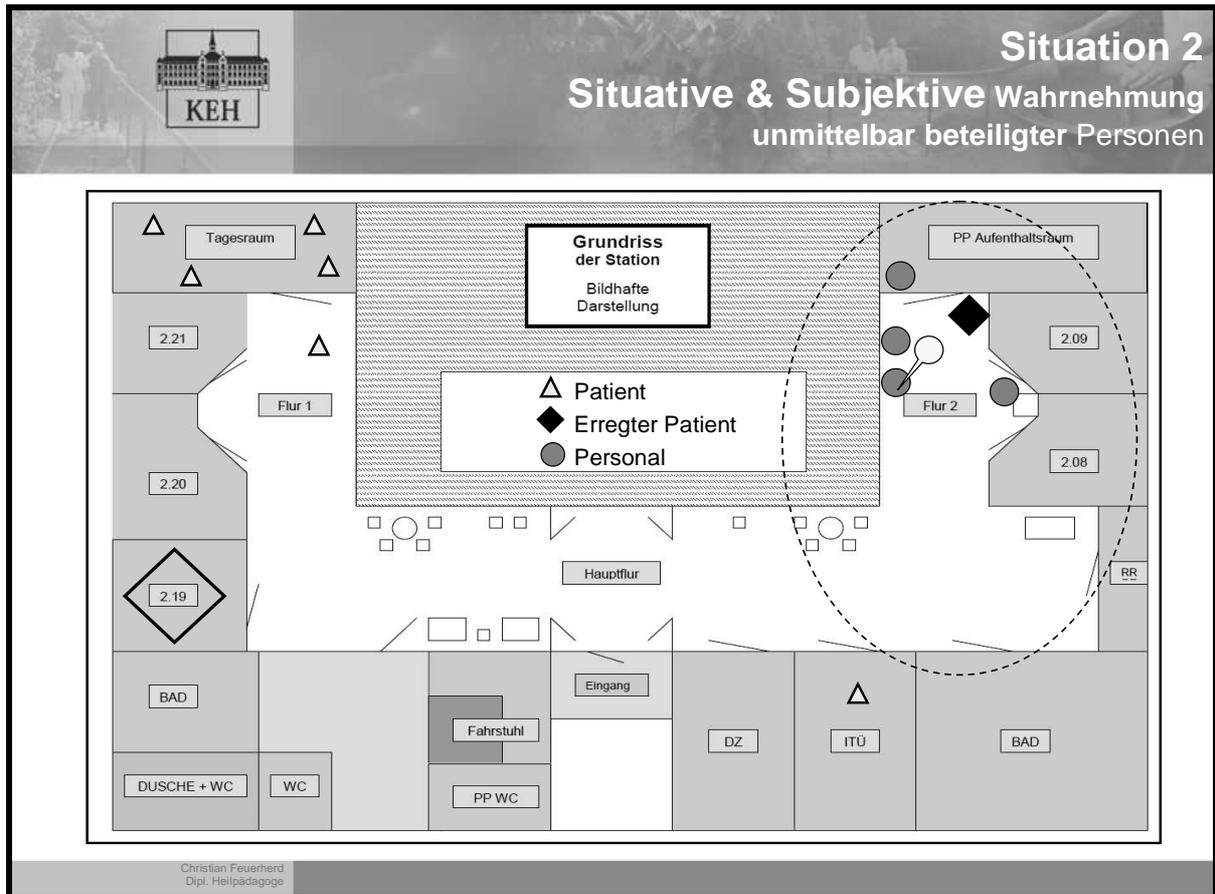
Die beispielhafte Darstellung, ist Resultat einer unmittelbar vorangegangenen Situation (Bild 1) die erkennen lässt, dass der erregte Klient (Symbol: Rechteck) eine Konfrontation zunächst zu vermeiden suchte, indem er die Situation trotz seiner aggressiven Impulse verließ und sich in Situation 2 (Bild 2) begab.

Aus Wahrnehmung des erregten Klienten, blieb die Möglichkeit des Rückzugs in sein Zimmer (großes schwarzes Rechteck) aufgrund mehrerer Gründe verwehrt. Ausgeprägte Unruhe und Bewegung auf dem Hauptflur, hervorgerufen durch eine Vielzahl an Klienten (Symbol: Dreieck), die durch das Personal (Symbol: Kreis) vom Stationsflur begleitet wurden, hemmten den erregten Klienten den Ausweg in sein Zimmer anzutreten. Dabei ist davon auszugehen, dass aus seiner Perspektive die große Anzahl an Menschen auf dem Flur einem unüberwindbaren Hindernis gleichzusetzen war.

Zudem drängten zwei Klienten aus dem Raum direkt hinter der erregten Person, was dazu führte, dass ihm mehrfach die Tür in den Rücken gedrückt wurde. Unter Berücksichtigung der enormen Anspannung ist davon auszugehen, dass er sich eingeengt und bedrängt fühlte ohne eine Möglichkeit des Ausweges für sich zu sehen.

Schlussfolgernd bleibt festzuhalten, dass die zeitlich begrenzte Unruhe auf dem Flur, sowie die drängenden Klienten aus dem Raum, nicht zu beeinflussen waren. Dennoch ist davon auszugehen, dass eine Positionierung des Personals in dem Zugang zu Flur 2 zum einen weniger bedrängend gewesen wäre und zum anderen die Flucht in den Nebenflur (Flur 2) verhindert hätte.

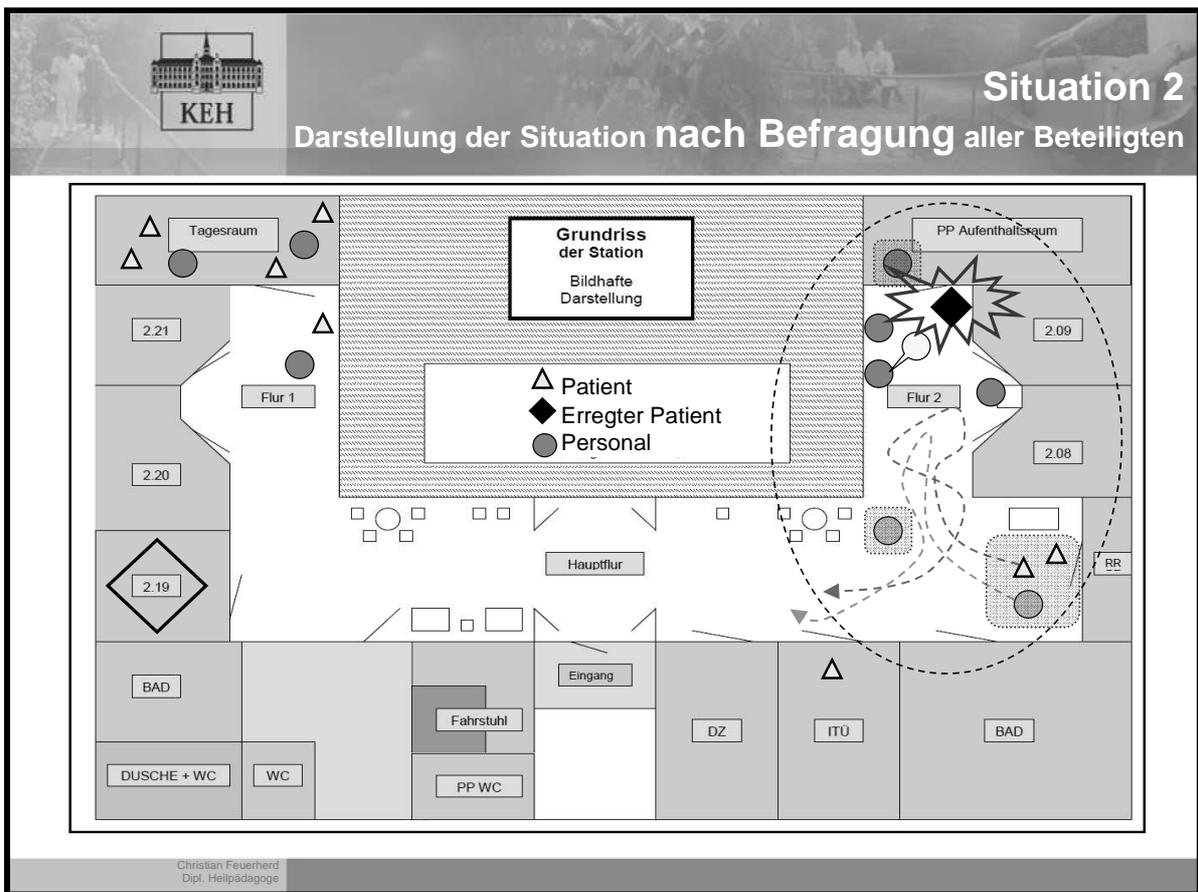
Bild 2



Die resultierende Situation (Bild 2) stellt sich zudem als ungünstig dar, als dass die räumlichen Gegebenheiten in Flur 2 einer Sackgasse entsprechen und nur eine Richtung des Ausweges zulassen.

Die subjektive Wahrnehmung unmittelbar beteiligter Personen in Situation 2 (Bild 2) weicht gerade hier besonders von der situativen Darstellung in Bild 3 ab, die nach Befragen aller Anwesenden erfasst werden konnte.

Bild 3



So gibt es hier mehrere Aspekte, die scheinbar die Eskalation begünstigt haben. Zum einen sind die beiden Klienten zu erwähnen, die zuvor dem erregten Klienten die Tür in den Rücken stießen, die nun beide versuchten in den Flur 2 zu gelangen, um dort eigene Wünsche gegenüber dem Personal zu kommunizieren, ohne dabei die angespannte Situation zu erfassen. Das wiederholte Eingreifen des Mitarbeiters, die Klienten aus dem Nebenflur zu begleiten sorgte für zusätzliche Beunruhigung. Des Weiteren versuchte ein Mitarbeiter, dem der aktuelle Standort des erregten Klienten nicht gegenwärtig war, den Raum hinter dem Patienten zu verlassen, sodass ihm erneut die Tür in den Rücken gestoßen wurde. Hinzu kommt, ein unterstützender Mitarbeiter des Servicepersonals, der die Situation vom Ausgang des Nebenflurs (Flur 2) beobachtete, um ggf. Hilfestellung zu leisten. In der Wahrnehmung des Klienten entstand somit erneut die Situation, dass der Ausweg optisch durch die beiden unruhigen Klienten, sowie dem Servicemitarbeiter versperrt wurde.

Es wird deutlich, dass die folgende massive Eskalation vermutlich aus der Angst, Unsicherheit, Überforderung und einer erlebten Ausweglosigkeit des erregten Klienten resultierte. Die gefährdeten Personenkreise stellen in der jeweiligen Situation nur geringfügig beeinflussbare Faktoren dar. Umso wichtiger erscheint es, durch eine Reflektion der Geschehnisse verbliebene, alternative Handlungsmöglichkeiten zu erarbeiten. So hätte der komplette Rückzug des Personals, selbstverständlich unter Sicherstellung der Unversehrtheit aller Mitpatienten, sowohl in Situation 1, als auch in Situation 2, eine mögliche Variante sein und die Wahrscheinlichkeit einer konfrontativen Eskalation erheblich verringern können.

Unsere Erfahrung zeigt, dass differenzierte Analysen von Krisensituationen außerordentlich produktiv sind und erheblich zu deren Rückgang beitragen können.

Operante Verfahren

Sind im Rahmen der Verhaltensanalyse, z. B. mittels des klassischen ABC-Schemas, funktionale Ursachen von Verhaltensauffälligkeiten ausgemacht, so erweisen sich operante Verfahren als besonders hilfreich. Dabei ist es Ziel, unerwünschtes Verhalten durch konsequente und möglichst unmittelbare Konsequenzen abzuändern oder zu löschen. Indem erwünschte Verhaltensweisen positiv verstärkt werden, wird bedingt durch einen Lerneffekt die Wahrscheinlichkeit des Rückgriffs auf positive Copingstrategien signifikant erhöht.

Die Umsetzung operanter Verfahren kann durch sogenannte Tokenpläne erfolgen. Hierzu müssen unerwünschte Verhaltensweisen konkret definiert werden. Die Formulierung erfolgt jedoch entgegengesetzt als erwünschtes Verhalten, welches mit einer positiven Verstärkung verknüpft werden kann. So wäre beispielsweise eine unerwünschte Verhaltensweise das Schlagen von Betreuungspersonal, die Zielformulierung würde jedoch lauten: „Nicht schlagen!“ In der Festlegung der Ziele sollte der Klient stets mit einbezogen und dessen sprachliche Formulierung verwendet werden.

Es sollte darauf geachtet werden, dass zur Anwendung kommende Tokenpläne transparent, klar strukturiert und leicht verständlich gestaltet sind. Darüber hinaus müssen sie dem Klienten individuell angepasst werden. Dabei sollten die Ressourcen, das kognitive sowie das sozio-emotionale Entwicklungsniveau, das Sprachverständnis, die Konzentrationsfähigkeit, der Zeithorizont und die Prospektivität des Klienten berücksichtigt werden. Entsprechend müssen die Anzahl einzuhaltender Regeln, die Verstärkungsintervalle sowie die Tages- und Wochenverstärker gewählt werden. Um eine haptische Erfahrbarkeit und jederzeitige Erfolgskontrolle durch den Klienten zu ermöglichen, hat sich der Einsatz von Pokerchips als Token bewährt. In komplexeren Tokenplänen können Tauschsysteme (Token-Economy) zum Einsatz kommen, sofern die kognitiven Fähigkeiten des Klienten dies zulassen.

Eine Bestrafung unerwünschter Verhaltensweisen sollte vermieden werden. Eine Deprivation, d. h. eine Verwehrung positiver Verstärker sowie von Aufmerksamkeit (z. B. durch ein Time-Out), kann hingegen im Umgang mit unerwünschten Verhaltensweisen eingesetzt werden.

Beispiel 1: Einfacher Tokenplan



KEH



Therapie

Operante Verfahren

- ➔ Zielverhalten: Körperliche Gewalt
 - ➔ Erwünschtes Verhalten: **Nicht Schlagen!**
- ➔ Verstärkung/Verstärkungsintervall:
 - ➔ Bei erwünschtem Verhalten erhält der Klient alle 30 min. Lob und einen 🎯
- ➔ Tagesverstärker:
 - ➔ Erfolgt bei komplett gefüllten Becher 🍵
 - ➔ Wählt der Klient selbst (Verstärkerliste)
- ➔ Vorgehen bei unerwünschten Verhaltensweisen:
 - ➔ Klare Anweisungen, Zeit einräumen (Latenz)
 - ➔ Time-Out, ggf. geleitete Spannungsregulation
 - ➔ Kein Token, danach „Zurück ins Programm“

Beispiel 2: Komplexer Tokenplan



KEH

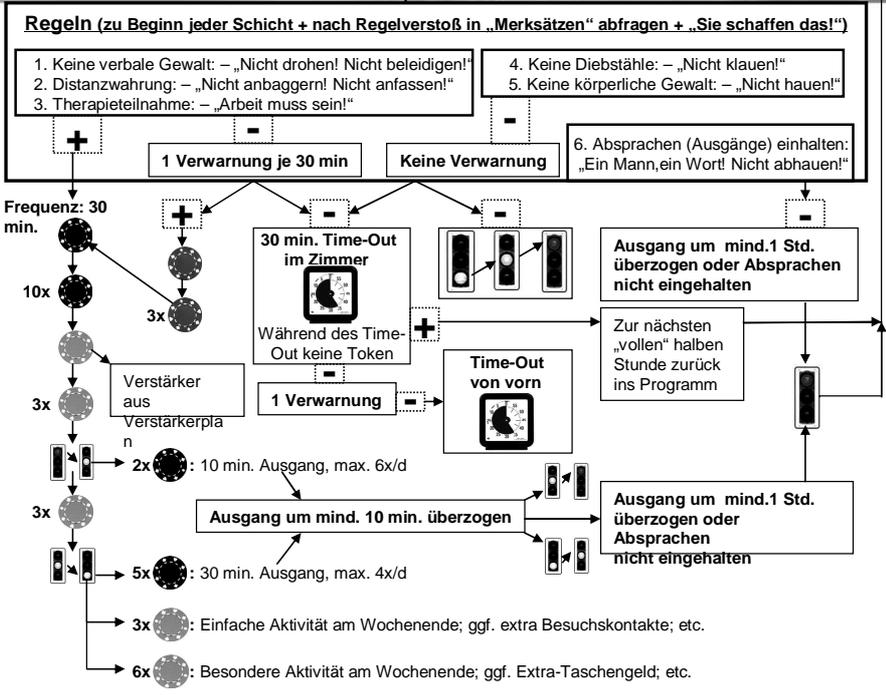


Therapie

Operante Verfahren

Regeln (zu Beginn jeder Schicht + nach Regelverstoß in „Merksätzen“ abfragen + „Sie schaffen das!“)

1. Keine verbale Gewalt: – „Nicht drohen! Nicht beleidigen!“	4. Keine Diebstähle: – „Nicht klauen!“
2. Distanzwahrung: – „Nicht anbaggern! Nicht anfassen!“	5. Keine körperliche Gewalt: – „Nicht hauen!“
3. Therapieteilnahme: – „Arbeit muss sein!“	6. Absprachen (Ausgänge) einhalten: – „Ein Mann, ein Wort! Nicht abhauen!“



The flowchart details the following components:

- Token Earning:** Frequency of 30 min. (represented by 10x tokens). Reinforcement is given every 30 minutes (3x tokens).
- Verstärker aus Verstärkerplan:** Leads to 2x tokens (10 min. Ausgang, max. 6x/d) or 3x tokens (30 min. Ausgang, max. 4x/d).
- Verstärkerplan:** Includes 3x tokens for simple activities on weekends and 6x tokens for special activities on weekends.
- Verstöße (Violations):**
 - 1 Verwarnung je 30 min (Warning every 30 min).
 - Keine Verwarnung (No warning).
 - 30 min. Time-Out im Zimmer (30 min. room time-out). During this time, no tokens are earned.
 - Time-Out von vorn (Time-out from the beginning).
 - Ausgang um mind. 1 Std. überzogen oder Absprachen nicht eingehalten (Exit at least 1 hour over or agreements not followed).
 - Ausgang um mind. 10 min. überzogen (Exit at least 10 min. over).
 - Ausgang um mind. 1 Std. überzogen oder Absprachen nicht eingehalten (Exit at least 1 hour over or agreements not followed).
- Consequences:**
 - 1 Verwarnung leads to 10 min. exit, max. 6x/d.
 - 30 min. Time-Out im Zimmer leads to 1 Verwarnung.
 - Time-Out von vorn leads to 10 min. exit, max. 4x/d.
 - Ausgang um mind. 1 Std. überzogen oder Absprachen nicht eingehalten leads to 10 min. exit, max. 4x/d.
 - Ausgang um mind. 10 min. überzogen leads to 10 min. exit, max. 6x/d.
 - Ausgang um mind. 1 Std. überzogen oder Absprachen nicht eingehalten leads to 10 min. exit, max. 4x/d.

Emotions- und Impulsregulation

Defizite in der Wahrnehmung und Regulation eigener Gefühls- und Anspannungszustände sind ebenfalls häufige Ursachen von Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Gerade in Stresssituationen können sie oftmals nicht auf ihre vorhandenen Ressourcen zurückgreifen. Aufgrund dessen ist es wichtig, nicht nur die Fertigkeiten zur Emotions- und Impulsregulation zu verbessern, sondern diese auch in Stresssituationen leichter abrufbar zu machen.

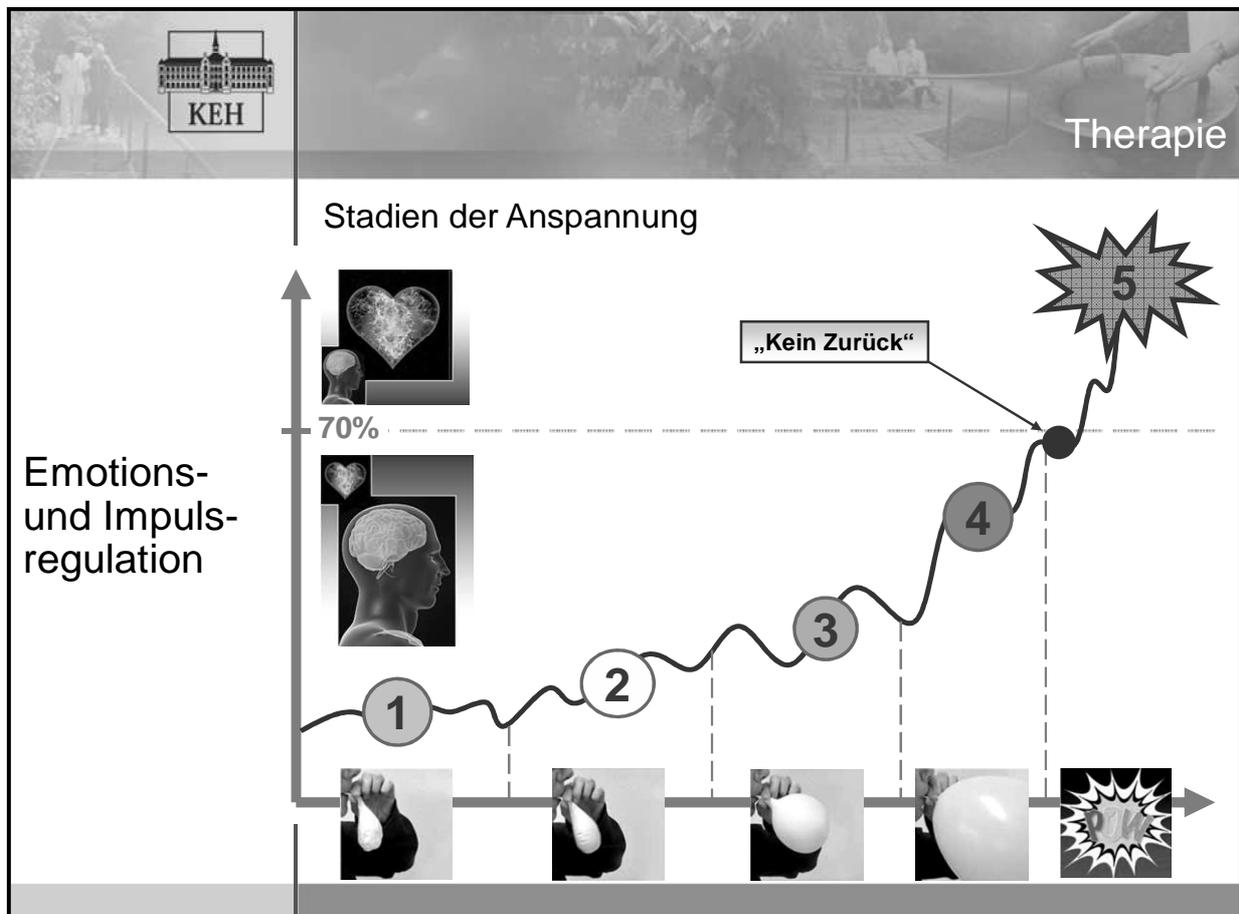
Zu diesem Zweck haben wir die durch Marsha Linehan entwickelte und 1993 erstmals veröffentlichte Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) für unsere Klienten modifiziert. Dies war notwendig, da die ursprüngliche DBT eine normale Intelligenz mit vergleichsweise hohen, sprachlichen Fähigkeiten voraussetzt, während sich unsere Klientel mit geistiger Behinderung demgegenüber in der Regel nicht nur durch Defizite in der Konzentration und Auffassung, sondern v. a. auch in der sprachlichen Ausdrucks- und Verständnisfähigkeit auszeichnet. Neben einem kleinschrittigen Vorgehen mit häufigen Wiederholungen modifizierten wir die originäre DBT daher insbesondere durch Piktogramme und nonverbale Methoden.

Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche DBT bilden sowohl eine motivierte Grundhaltung des Klienten als auch die Bereitschaft des komplementären Systems, diesen im weiteren Verlauf bei der Anwendung des Erlernten zu unterstützen. Das Kernelement der von uns modifizierten DBT bildet das Training der Fertigkeiten (Skills) in den Bereichen der Wahrnehmung eigener Gefühls- und Anspannungszustände (innere Achtsamkeit), des Umgangs mit diesen (Emotions- und Impulsregulation) sowie des interpersonellen und sozialen Umgangs. Dies geschieht im einzel- und gruppentherapeutischen Setting. Im Folgenden führen wir einige Beispiele aus unserem modifiziertem DBT-Programm auf.

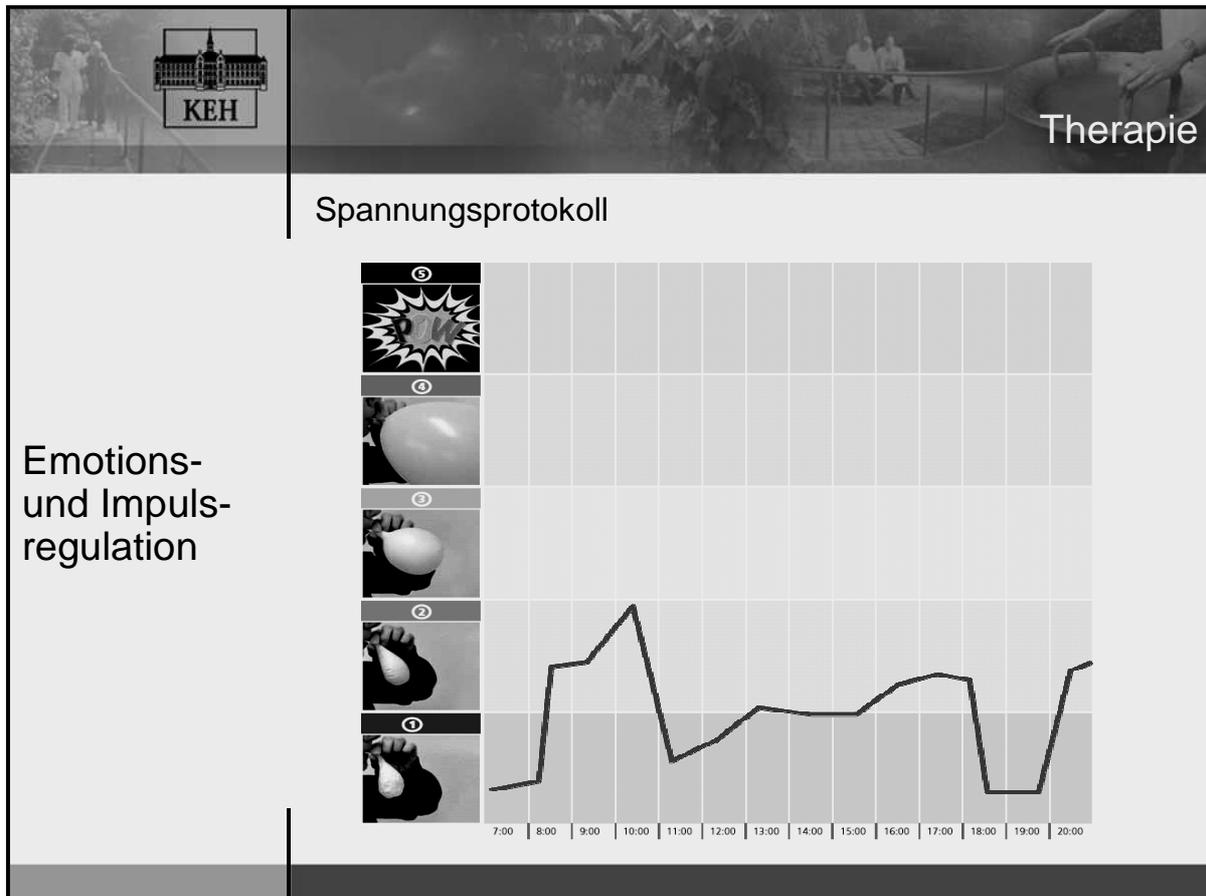
Die sogenannte „Spannungskurve“ (vgl. Abbildung) dient der Verbesserung der Wahrnehmung von Anspannungszuständen. Sie stellt die intrapersonelle Varianz inneren Erlebens von Anspannungszuständen dar, die vorerst losgelöst von dazugehörigen bzw. auslösenden Gefühlen subjektiv erlebt werden. Kategorisiert werden diese anhand einer Skala von 1-5. Dabei umschreibt die Phase 1 den individuellen Normalzustand des Klienten. Die Phasen 2-3 umfassen die Zunahme innerer Anspannung, die beispielsweise durch eine Zunahme motorischer Unruhe, körperlichen Unwohlsein, Druckempfindens oder Kribbelns in verschiedenen Körperregionen sowie zunehmend dysfunktionale Kognitionen charakterisiert wird. Die Phase 4 erfasst einen Zustand starker subjektiver Anspannung, der seitens der Klienten zumeist als unerträglich und quälend beschrieben wird. Das hohe Niveau innerer

Anspannung kann bei unzureichender Deeskalation und Spannungsreduktion zu einem Kontrollverlust und Impulsdurchbruch (Skalenwert 5) führen. Ein besonderer Lernschwerpunkt stellt daher die Verbesserung der Selbstwahrnehmung für die Phasen 2-4 dar, da die Klienten mit entsprechender Übung in diesen Phasen in der Regel noch dazu in der Lage sind, dysfunktionale Verhaltensweisen zu umgehen und auf spannungsreduzierende Maßnahmen zurückzugreifen. Im Weiteren wird zum kontinuierlichen Training der Introspektion das sogenannte „Spannungsprotokoll“ (vgl. Abbildung) genutzt.

Spannungskurve

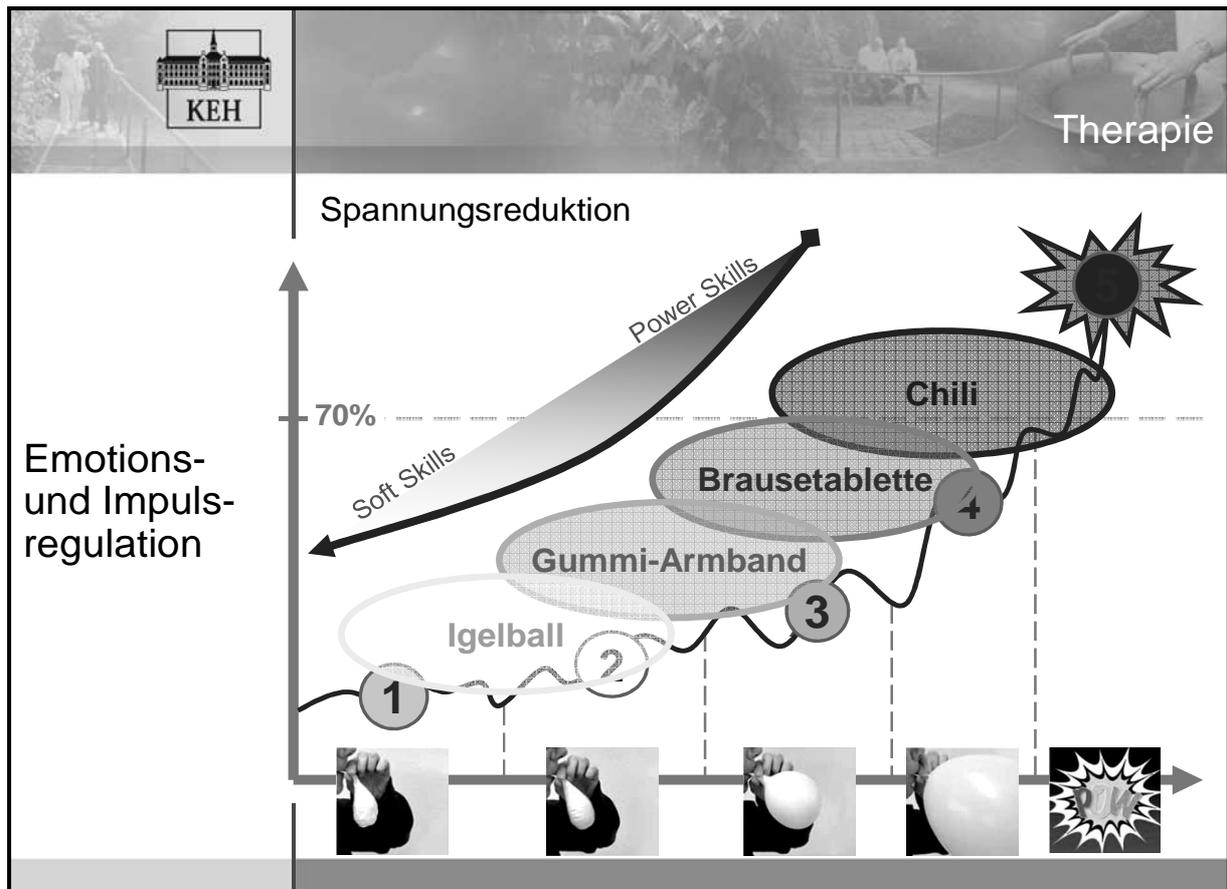


Spannungsprotokoll



Ist die Selbstwahrnehmung mittels Spannungskurve und –protokoll hinreichend geschärft, so tritt das Erlernen von Stresstoleranzskills zur Verbesserung der Spannungsregulation mittels Spannungsreduktion hinzu. Dabei ist es Ziel, dem Klienten ausreichende Fertigkeiten zu vermitteln, um Anspannungszustände besser abbauen und damit ertragen zu können, statt wie bisher auf dysfunktionale Verhaltensweisen zurückzugreifen. Gemeinsam werden anhand der sogenannten Skillsliste (z.B. Igelball, Handgummi, Brausetabletten, Chilischoten, MP3-Player, angenehme Gedanken, Vanille-Aroma usw.) wirksame Ablenkungsstrategien (Skills) auf kognitiver und/oder sensorischer Ebene erarbeitet. Anschließend erlernen die Klienten diese Skills entsprechend ihrer inneren Anspannung einzusetzen, um Spannungszustände zu überbrücken oder sozial verträglich auszuleben. Anhand der sog. „Skillkette“ (vgl. Abbildung) werden dabei entsprechende Skills den jeweiligen Phasen der Anspannung zugeordnet.

Skillkette



Die sogenannte „Gefühlsgruppe“ dient der Verbesserung der Gefühlswahrnehmung. Zunächst ist es Ziel, dass die Klienten ihre Gefühle besser zu beschreiben und zu benennen lernen. Dabei wird sich auf die wesentlichen Gefühle Freude, Wut, Angst, Scham, Stolz und Trauer beschränkt. Die Wahrnehmung jeder einzelnen Emotion wird geschärft, indem mit ihr verbundene Körpersensationen und Gesichtsausdrücke sowie damit verbundene Gedanken und Auslöser durch externe Stressoren gemeinsam erarbeitet werden. Dabei kommen Bildmaterialien, lebensnahe Beispiele sowie Rollenspiele zum Einsatz. Im Weiteren wird zum kontinuierlichen Training der Introspektion das sogenannte „Gefühlsprotokoll“ genutzt.

Gefühlsprotokoll (Fotos: © C. Beyer)



KEH

Gefühlsprotokoll



			
	morgens	mittags	abends
Freude 	X		X
Trauer 			X
Wut 			
Stolz 		X	
Angst 			
Scham 			

			
	morgens	mittags	abends
Freude 			
Trauer 		X	
Wut 	X		X
Stolz 			
Angst 			
Scham 			X

Resümee

Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung stellen für die klinischen Institutionen und ambulanten Therapeuten sowie die komplementären Systeme und Familien eine enorme Herausforderung dar. Auf keinen Fall sollten Verhaltensauffälligkeiten vorschnell alleine der geistigen Behinderung zugeschrieben werden. Eine intensive und umfassende Differentialdiagnostik ist unabdingbar. Zumeist lassen sich dadurch entweder genetische, somatische, psychische, systemische, situative oder funktionale Ursachen finden, denen man durch Anpassung des Milieus oder der Anforderungen sowie durch die Anwendung etablierter Therapie- und Interventionsmöglichkeiten begegnen kann. Diese bedürfen für Menschen mit geistiger Behinderung einer Modifikation, sind aber hilfreich und umsetzbar. So manchem Menschen mit geistiger Behinderung wurde eine differenzierte Betrachtung und Behandlung seiner Verhaltensauffälligkeiten bisher nicht zuteil. Es bleibt zu hoffen, dass die gegebenen Mittel und Möglichkeiten in Zukunft besser ausgeschöpft werden, um die Versorgung zu optimieren.

Autoren

Prof. Dr. Friedrich Dieckmann

Katholische Hochschule NRW
Piusallee 49
48147 Münster
E-Mail: f.dieckmann@katho-nrw.de

Dr. Brian Fergus Barrett

Psychiater und Psychotherapeut

Christian Feuerherd

Dipl. Heilpädagoge
Berliner Behandlungszentrum für Menschen mit geistiger Behinderung und
psychischer Erkrankung
Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Herzbergstraße 79, 10365 Berlin
Tel: 030/5472-0; Fax: -4999

Prof. em. Dr. Klaus Hennicke

Facharzt f. Kinder-, Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Brüderstr. 5
12205 Berlin
Tel: 0174 9893134
E-Mail: klaus.hennicke@gmx.de

Prof. Dr. Georg Theunissen

Philosophische Fakultät III Erziehungswissenschaften
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
06099 Halle (Saale)

Impressum

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

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)
Maraweg 9
33617 Bielefeld
Tel. 49 + 521 144-2613
Fax 49 + 521 144-3467
www.dgsgb.de

Redaktion

Prof. em. Dr. Klaus Hennicke
Brüderstr. 5
12205 Berlin
Tel.: 0174/989 31 34
E-Mail klaus.hennicke@gmx.de

Zweck

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

Hintergrund

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

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

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

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

Mitgliedschaft

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

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

Organisation

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

Vorstand:

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

Postanschrift

Prof. Dr. Michael Seidel
 v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel
 Bethel.regional
 Maraweg 9
 D-33617 Bielefeld
 Tel.: 0521 144-2613
 Fax: 0521 144-3467
 www.dgsgeb.de

