



**Klaus Hennicke
(Hrsg.)**

**Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern,
Jugendlichen und Erwachsenen
mit geistiger Behinderung
- Möglichkeiten der Prävention -**

**Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb am
10.11.2006 in Kassel**

**Materialien der DGSGb
Band 15**

Berlin 2007

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 978-3-938931-16-5

® 2007 Eigenverlag der DGSGB, Berlin

Internet: klaus.hennicke@gmx.de

1. Aufl. 2007

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: Copyhaus Vervielfältigungs GmbH Berlin

Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit geistiger Behinderung - Möglichkeiten der Prävention -

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb am 10.11.2006 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Klaus Hennicke	4
Zur Einführung: Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung	
Georg Theunissen	8
Verhaltensauffälligkeiten aus pädagogischer Sicht	
Klaus Sarimski	22
Praktische Ansätze in der Frühförderung zur Prävention psychischer Störungen	
Frauke Janz & Theo Klauss	32
Schülerinnen und Schüler mit schwerer Behinderung und auffälligem Verhalten an Sonderschulen für Geistig- und Körperbehinderte	
Hannelore Preuninger	52
Möglichkeiten und Grenzen des Umgangs mit verhaltensauffälligen Schülerinnen und Schülern in einer Sonderschule für geistig Behinderte. Aus der Praxis – für die Praxis	
Christian Schanze	60
Entstehungsbedingungen und Prävention psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung aus Sicht der Erwachsenenpsychiatrie	
Autoren	74

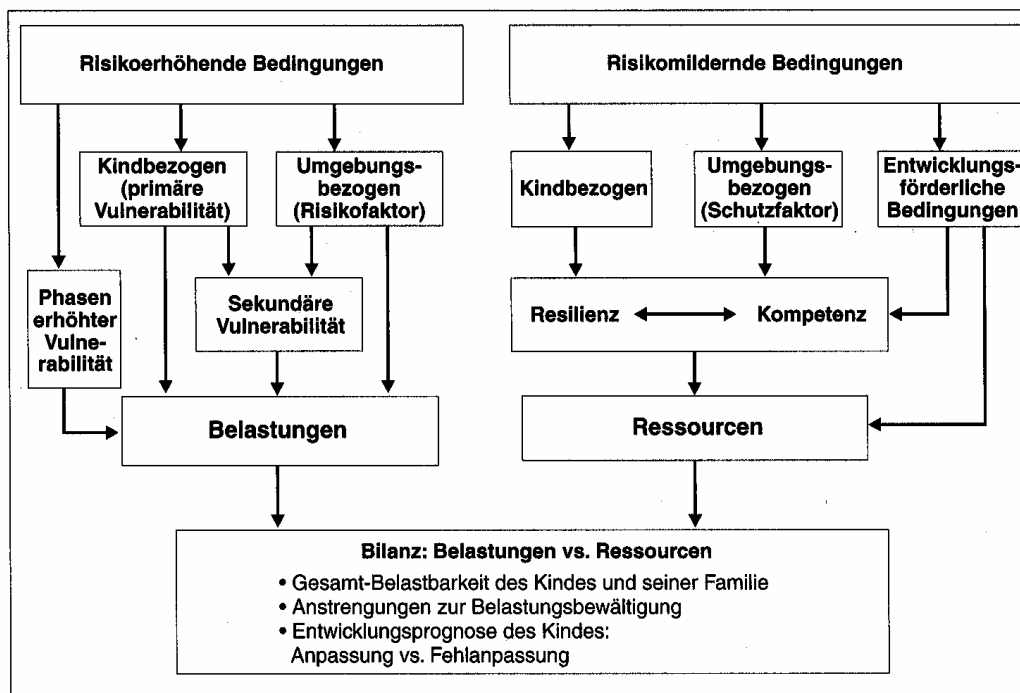
Zur Einführung: Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung

Klaus Hennicke

Im Verlauf der letzten 15-20 Jahren dürfte zwischen den meisten Menschen, die professionell mit Menschen mit geistiger Behinderung umgehen, der Konsens bestehen, dass Menschen mit geistiger Behinderung psychische Störungen entwickeln können. Diese einfache und eigentlich selbstverständliche Feststellung ist in einer historischen Perspektive geradezu revolutionär. Den hierin spiegelt sich auch die Anerkennung von geistig behinderten Menschen als Subjekte ihres Lebens und ihrer Geschichte und ihrer selbstverständlichen Zugehörigkeiten zur sozialen Gemeinschaft aller Menschen.

Konsens besteht auch darin, dass diese Störungen und Verhaltensauffälligkeiten wesentlich häufiger als in der Normalpopulation auftreten (3-4-mal häufiger), und dass die Entstehung dieser Probleme den gleichen Gesetzmäßigkeiten folgt wie bei nicht intelligenzgeminderten Personen (d.h. in Form von Wechselwirkungen von individuellen biologischen und psychosozialen Bedingungen und Faktoren). Es werden also mit den gleichen Erklärungsmodellen die gleichen Risiken des Lebens festgestellt - durchaus mit etwas anderen Gewichtungen, die allerdings bei Menschen mit geistiger Behinderung wesentlich häufiger zu Lebensproblemen führen als bei nichtbehinderten.

Abb.1: Schema risikoerhöhender und risikomildernder Faktoren in der kindlichen Entwicklung (SCHEITHAUER & PETERMANN 1999, 4)



Erkennung und Behandlung dieser Störungen ist mit den Methoden der Psychiatrie, Psychotherapie und Heilpädagogik möglich. In Theorie und Praxis gibt es jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Disziplinen wie auch innerhalb der Disziplinen selbst. D.h. es fehlen Standards der Diagnostik und Therapie in den jeweiligen Fachgebieten und es finden sich erhebliche Defizite in der Bereitschaft, wirklich miteinander im Sinne einer Interdisziplinarität zu kooperieren weder auf der Ebene der Prävention, der Diagnostik und Therapie noch der Rehabilitation. Zunehmend jedoch werden von allen Disziplinen komplexere Modelle zur Erklärung der Phänomene genutzt, z.B. des Konzept der Entwicklungspsychopathologie (Abb.1).

Die heutige Tagung wird diese insgesamt eher unbefriedigende Situation sicher nicht auflösen. Die Absicht war, am Beispiel von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung Hinweise und Ideen zu entwickeln, wie diese frühzeitig erkannt und verhindert oder beseitigt werden können. Prävention ist eine genuin interdisziplinäre Veranstaltung und wir können gespannt sein, wie sich die Referenten aus ganz unterschiedlichen Perspektiven damit auseinandersetzen.

Was heißt nun Prävention (Vorbeugung), Gesundheitsförderung und Früherkennung? Dazu möchte ich auf eine alte Begrifflichkeit der Sozialmedizin zurückgreifen:

- Primäre Prävention dient der Vermeidung bzw. Ausschaltung schädlicher Faktoren (Risikofaktoren), bevor sie wirksam werden können. Primäre Prävention ist auch Gesundheitsförderung.
- sekundäre Prävention dient der Erkennung und Behandlung von Krankheiten zum frühestmöglichen Zeitpunkt. Das bedeutet, dass Gesundheitsrisiko ist erkannt und manifest und die Folgen sollen vermieden werden
- tertiäre Prävention soll die Folgen einer bereits eingetretenen Störung begrenzen, vermindern und womöglich beseitigen (heilen)

Dazu ein konstruiertes und natürlich sehr einseitiges Fallbeispiel:

Ein geistig behindertes Kind wächst in einer Familie auf, in der alle Mitglieder aus gutem Grunde sich aufgefordert fühlen, so weit wie es irgend geht,

- *Rücksicht auf das Kind zu nehmen,*
- *jegliche Anforderungen von ihm fernzuhalten,*
- *alles nur Erdenkliche für es zu tun, um alle Hindernisse aus dem Weg zu räumen.*

Dieses Kind wird ein hohes Risiko haben, an den Anforderungen der außerfamiliären Welt zu scheitern. Es könnte mit aggressivem Verhalten reagieren und erzwingen wollen, dass die anderen Menschen sich genauso verhalten wie die in der Familie oder dass sie es als Kind ernst nehmen und nicht nur als unverantwortliches behindertes, krankes Wesen. Es könnte aber auch resignieren und sich zurückziehen, jeglichen Mut verlieren und ganz und gar unsicher, Anforderungen bewältigen zu können.

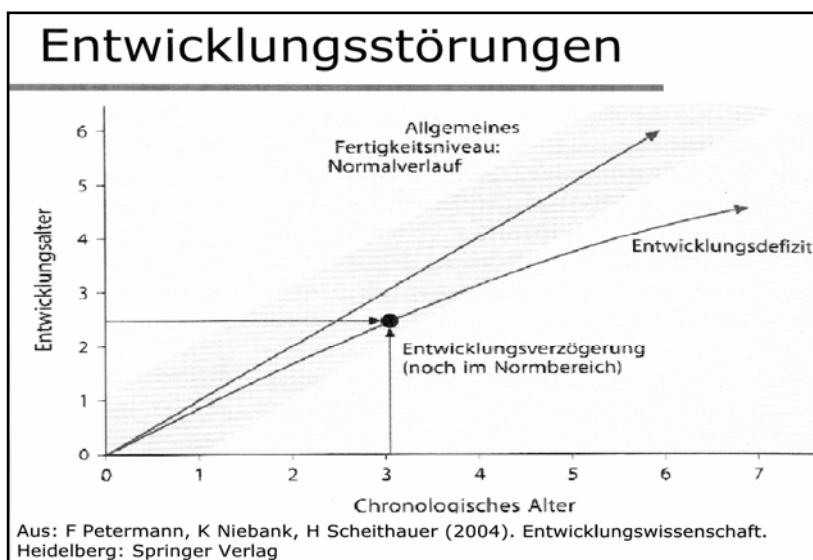
Alle Strategien sind subjektiv sinnvoll, aber dennoch - als überdauerndes Verhalten - dysfunktional in der Bewältigung der Anforderungen des Lebens. Alle Strategien bergen ein hohes Risiko der Entwicklung einer psychischen Störung, sei es ein eher expansiv-aggressives Bild, sei es ein eher depressiv, ängstliches Bild.

Primäre Prävention wäre, die Haltung der Überbehütung in der Familie zu beeinflussen z.B. durch Erziehungsberatung, Aufklärung in Elternschulen, Anleitung zur Erziehung usw. unter Nutzung insbes. pädagogischer und psychologischer Konzepte. Ziel wäre, einen als Risikofaktor erkannten familiären Kontext zu verändern. Der Ort dieser Interventionen könnte z.B. die Frühförderung sein.

Sekundäre Prävention wäre, frühzeitig die Entstehung dysfunktionaler und pathologischer, d.h. von einer gedachten Normalität abweichende Prozesse zu verhindern und möglichst zu unterbrechen und zwar mit ganz unterschiedlichen Interventionen aus Pädagogik, Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie. Dazu müssen natürlich solche kritischen Entwicklungen d.h. die oben beschriebenen Strategien wahrgenommen und in ihrer möglichen Gefährlichkeit bewertet werden (Früherkennung). Ziel ist es, die Entstehung einer manifesten Verhaltensauffälligkeit oder psychischen Störung zu verhindern z.B. durch die behutsame Heranführung an die Anforderungen dieser Welt in Kindergarten und Schule, oder durch den Erwerb von neuen Bewältigungsstrategien im Umgang mit Belastungen, oder durch individuelle Förderung im spieltherapeutischen oder heilpädagogischen Kontexten.

Tertiäre Prävention wäre schließlich, die Folgen der manifesten Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Störung zu verhindern, also letztlich eine Therapie einzuleiten, um Schlimmeres zu verhüten. Früherkennung wäre in diesem Fall, einen dysfunktionalen Prozess wahrzunehmen und eine Störung zu diagnostizieren. Hier wären spezielle heilpädagogisch, psychotherapeutische oder psychiatrische Diagnose- und Behandlungskontexte notwendig (vgl. Abb. 2).

Abb. 2



Auf allen Ebenen der Prävention gilt es aber zu berücksichtigen, dass die Abweichungen vom mainstream nicht primär pathologisch sind, sondern auch als individuelle Gestaltung des autonomen Lebens verstanden werden können. In diesem Spannungsfeld von individueller Autonomie (d.h. letztlich auch

Unverletzlichkeit der Person) und notwendig diese Autonomie einschränkenden Lebensbedingungen müssen sich Interventionen bewegen, die eine Veränderung von Lebensäußerungen bewirken wollen. Aber: Probleme der eigenen Lebensgestaltung liegen ja nicht nur auf der Ebene sozial abweichender, störender oder unakzeptabler Verhaltensaussagen, sondern auch auf der Ebene subjektiven

Unwohlseins, persönlichen Leidens und Behinderung von Verwirklichung persönlicher Bedürfnisse. Es gilt also in jedem Fall abzuwägen d.h. letztlich auf dem Hintergrund der sozialen Normen und Werte einzuschätzen, ob und welche Interventionen für passend gehalten werden und in welcher Richtung Veränderungen erreicht werden sollen.

Literatur

- PETERMANN, F., NIEBANK, K., SCHEITHAUER, H. (2004): Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie-Genetik-Neuropsychologie. Springer, Heidelberg, New York.
- 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

Verhaltensauffälligkeiten aus pädagogischer Sicht

Georg Theunissen

Einleitende Bemerkungen

Dass Menschen mit geistiger Behinderung zusätzlich zu ihren behinderungsspezifischen (kognitiven) Beeinträchtigungen Verhaltensauffälligkeiten¹ oder psychische Störungen² entwickeln können, ist heute weithin unstrittig. Jedoch ist es schwierig, beide Begriffe unmissverständlich zu definieren und voneinander abzugrenzen. Die Gründe dafür sind vielschichtig. Ein zentrales Problem ist die Abhängigkeit beider Begriffe von Normen, Wertvorstellungen und Beobachtungen, die mit (Alltags-)Theorien, fachlichen Kenntnissen und der Definitionsmacht helfender Berufe einhergehen. Stellen wir uns hierzu die folgenden Situationen vor:

1. Das ständige, mit unüberhörbaren Brummlauten begleitete Schaukeln mit dem Oberkörper eines geistig schwer behinderten Schülers während des Unterrichts wird von Lehrern und Mitschülern als störend empfunden, für seine Eltern ist dieses Verhalten hingegen „normal“; sie haben sich zu Hause daran gewöhnt und eine Lösung gefunden, die für sie akzeptabel ist und von ihrem Sohn sehr geschätzt wird (mit Kopfhörer Musik hören, Schaukelsessel, Hängematte).
2. Von einigen Mitarbeitern einer Wohngruppe wird das Schreien eines Bewohners als die einzige Form, Wünsche zu artikulieren, akzeptiert und toleriert; andere Kollegen betrachten dagegen das Verhalten als „störend“ und unangemessen.
3. Der soziale Rückzug einer Bewohnerin wird von der pädagogisch ausgebildeten Gruppenleiterin als weithin unauffällig betrachtet; ihre Kollegin (Krankenschwester) definiert dies jedoch als ein Anzeichen einer „depressiven Störung“ und macht sich darüber ernste Sorgen. Beide Mitarbeiterinnen stimmen aber darin überein, dass das selbstverletzende Verhalten (Wunden

¹ Auf Parallelbegriffe wie z. B. Verhaltensstörungen, originelles Verhalten oder herausforderndes Verhalten komme ich später kurz zu sprechen; ausführlich bin ich auf die Begrifflichkeit in der 4. Auflage meiner Schrift „Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten“ eingegangen (THEUNISSEN 2005).

² Der Begriff der psychischen Störung hat in den psychiatrischen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV den der Krankheit ersetzt. „Störung“ (disorder) ist absichtlich kein exakter Begriff: Er soll einen klinisch erkennbaren und relevanten Komplex an Symptomen anzeigen, der immer auf der individuellen und oft auch auf der sozialen Ebene mit Belastungen und Beeinträchtigungen von Funktionen verbunden ist (LINGG & THEUNISSEN 2000, 34). Zudem wird mit dem Störungsbegriff ein Perspektivenwechsel angezeigt (dazu FIEDLER 2001), um das bio-psycho-soziale Zusammenwirken problemauslösender Bedingungen stärker zu verdeutlichen, um nicht nur die Klagen oder den „Leidensdruck“ der Gesellschaft, sondern auch das subjektive Empfinden, das Leiden und die Sicht eines Betroffenen sowie daraus resultierende Einschränkungen sozialer Kompetenzen zu beachten und das Spektrum an psychosozialen Hilfen zu erweitern. Wenngleich diese Neuerungen einer internationalen Verständigung und Vereinheitlichung in Diagnose und Therapie aller klinischen (medizinischen) Disziplinen dienen, bleiben einige Fragen zum Verständnis psychischer Störungen offen und ungeklärt. Das gilt unter anderem für die Einordnung von „geistiger Behinderung“ (Intelligenzminderung) unter „psychische Störungen“.

kratzen) einer Mitbewohnerin ein schwerwiegendes Problem ist. Diese Beispiele führen uns in aller Deutlichkeit Beurteilungs- und Definitionsprobleme vor Augen. Das hängt damit zusammen, dass wir keine allgemeine Definition von Normalität und geistiger Gesundheit besitzen (FIEDLER 2001, 542ff.). Daher erfolgen stets Zuschreibungen, die subjektive Werturteile beinhalten. So werden zum Beispiel von NEUKÄTER und WITTROCK (2002, 254) Kinder und Jugendliche als verhaltensauffällig bezeichnet, „wenn sie in ihren sozialen Beziehungen erhöht auffällig sind. Sie erscheinen als stark gehemmte Personen, die schüchtern und unsicher wirken, oder als ‚ausagierende‘ Personen, deren aggressive Konfliktbewältigung als bedrohlich empfunden wird. Die gestörten Beziehungen dieser jungen Menschen führen sie zunehmend in eine Isolation, aus der sie sich nur durch ein sozial nicht statthaftes Verhalten glauben befreien zu können ... Als Folge bilden sie relativ überdauernde Verhaltensmuster heraus.“

Der subjektive Beurteilungsfaktor ist dieser Definition unschwer zu entnehmen, er sollte aber gleichfalls bei der Anwendung von Klassifikationssystemen oder Diagnosesystematiken beachtet werden, welche nicht selten Objektivität vortäuschen (dazu auch FIEDLER 2001). Eine Übereinstimmung in der Beurteilung kann wohl am ehesten nur in Bezug auf ein „extrem“ ausgeprägtes Verhalten (z. B. bei schweren Selbstverletzungen) erzielt werden. Demgegenüber gibt es jedoch zur Genüge Verhaltensweisen, die keine schwere Störung zum Ausdruck bringen, keinen Hinweis auf eine Psychopathologie erkennen lassen und uns vor Augen führen, dass zwischen einem „normalen“ und „auffälligen“ Verhalten kein naturgegebener Abgrund liegt, sondern vielmehr „Überschneidungen und unklare Grenzgebiete“ (REDLICH & FREEDMAN 1976, 182; FIEDLER 2001, 544) bestehen. Bei solchen Verhaltens- und Erlebensweisen, die in einen sogenannten Übergangsbereich fallen und über einen längeren Zeitraum beobachtbar sind, scheint es über alle Fachdisziplinen hinweg üblich zu sein, von Verhaltensauffälligkeiten zu sprechen.

Folglich ist die Frage interessant, ob es sich bei den Extremen um psychische Störungen handelt. Autoren, die sich diesem Thema angenommen haben, sind zu der Auffassung gekommen, dass eine klare Abgrenzung zwischen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen vielfach kaum möglich ist, jedoch der Versuch nicht ausbleiben sollte, Unterschiede herauszuarbeiten und zu markieren. Solche Anstrengungen sind vor allem für die handlungspraktische Ebene wichtig, um Zuständigkeiten, Kooperationsmöglichkeiten und Aufgabengebiete für die helfenden Professionen besser abstecken zu können. In diesem Sinne führt beispielsweise DOŠEN (1993, 93) aus, „dass eine Verhaltensstörung Defizite in der Entwicklung interpersonaler Fähigkeiten widerspiegeln (kann, G. T.), ohne dass eine Psychopathologie zugrunde liegt; in einem anderen Fall können die gleichen Verhaltensprobleme und Einschränkungen der sozialen Entwicklung als Symptome einer zugrunde liegenden psychischen Erkrankung interpretiert werden“. PETRY (1999, 15) 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.“

Beide Argumentationen, die aus dem Lager der Psychiatrie stammen, legen den Schluss nahe, Verhaltensauffälligkeiten nicht von vornherein zu pathologisieren, sondern in erster Linie als eine pädagogisch relevante Problematik zu betrachten. Dies sollte selbst bei extremen Verhaltensaussprägungen beachtet werden. Denn es kann sehr wohl Situationen geben, in denen sich ein Betroffener mit massiven Verhaltensauffälligkeiten (Aggressionen) in einem sozialen Kontext (Wohngruppe) durchzusetzen versucht. Dieses „extreme“ Verhalten ist in dem Falle nicht psychopathologisch bedeutsam, sondern es führt uns die Notwendigkeit vor Augen, eine soziale Problembearbeitung (z. B. durch soziales Kompetenz- und Gruppentraining) in den Blick zu nehmen.

Epidemiologie, Prävalenz und Symptomatik

Betrachten wir epidemiologische Studien aus dem US-amerikanischen, nordeuropäischen und deutschen Sprachraum, so können wir festhalten, dass 30 bis 40% aller Menschen mit geistiger Behinderung Verhaltensauffälligkeiten aufweisen (THEUNISSEN & SCHIRBORT 2003). Zum Vergleich: Bei nichtbehinderten Kindern und Jugendlichen liegt die Häufigkeit zwischen 14 und 20 % (OPP & UNGER 2003, 46). KREBS (2000, 90) nennt Quellen, die davon ausgehen, dass bei geistig behinderten Menschen die Häufigkeit von (psychiatrisch relevanten) psychischen Störungen 10 bis 14% beträgt. Manche Autoren aus dem Lager der Psychiatrie geben hierzu (weitaus) höhere Werte an (DEB et al. 2001, 5). Insgesamt gesehen schwanken die Angaben zur Prävalenz und Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Störungen beträchtlich (LOTZ & KOCH 1994; EMERSON, MOSS & KIERNAN 2001, 39f.). Dies hängt nicht nur mit der „Normalitätsfrage“ zusammen. Eindeutige Aussagen sind auch deshalb kaum möglich, weil die Messinstrumente, Erhebungskriterien, Stichproben, Feldstudien und Fallzahlen (zwischen 38 und 79000) so sehr differenzieren, dass Vergleiche und Verallgemeinerungen fragwürdig sind.

Aus pädagogischer Sicht werden von uns Auffälligkeiten im Sozialverhalten (Streiten, fremdaggressives Verhalten, sozialer Rückzug ...), im psychischen Bereich (Apathie, Ängstlichkeit, mangelndes Selbstvertrauen ...), im Arbeits- und Leistungsbereich (mangelnde Ausdauer, Arbeitsunlust, Arbeitverweigerung ...), gegenüber Sachobjekten (Zerstören, ritueller, stereotyper Sachumgang ...), im somatisch-physischen Bereich (motorische Hyperaktivität, leichte Ermüdbarkeit ...) und in Bezug auf selbstverletzendes Verhalten (sich kratzen, Haare reißen ...) unterschieden (THEUNISSEN 2003). Schülern mit geistiger Behinderung werden nach einer repräsentativen Lehrerbefragung in Sachsen-Anhalt vor allem Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsbereich (mangelnde Ausdauer und Konzentration, Arbeitsunlust) sowie „leichte Ermüdbarkeit“, „Stimmungsschwankungen“, „verbales‘ Streitverhalten“ und „mangelndes Selbstvertrauen“ nachgesagt (THEUNISSEN & SCHIRBORT 2003, 48). Ferner gelten nicht wenige (26%) Schüler mit geistiger Behinderung (bei einer erfassten

Schülerpopulation von 1384) als „fremdaggressiv“ (treten, schlagen). Der Anteil an Schülern mit selbstverletzenden Verhaltensweisen ist dagegen mit ca. 6 % deutlich geringer³.

Betrachten wir Studien aus der Arbeit mit geistig behinderten Erwachsenen, so werden von befragten Mitarbeitern aus Wohnheimen und Werkstätten für behinderte Menschen sehr häufig Stimmungsschwankungen, Streiten, sozialer Rückzug, respektloses Verhalten, Apathie wie auch leichte Ermüdbarkeit und körperliche Beschwerden unter Verhaltensauffälligkeiten genannt (THEUNISSEN et al. 2006). Bei langzeithospitalisierten Personen dominieren hingegen fremdaggressive und selbstverletzende Verhaltensweisen, Hyperaktivität, Stereotypien, zwanghaftes Verhalten, depressive Verstimmungszustände, starke Rückzugstendenzen oder Kontaktprobleme (distanzloses Verhalten), wobei hier die Grenzen zwischen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen sehr oft verschwimmen (LOTZ & KOCH 1994).

Eine grundsätzliche Schwierigkeit besteht darin, dass „behinderungsspezifische“ Beeinträchtigungen eine Verhaltensauffälligkeit vortäuschen können. Ebenso kann umgekehrt ein subjektives Leiden angesichts „behinderungsspezifischer“ Ausdrucksformen unerkannt bleiben (Problem des sog. diagnostic overshadowing). Das zeigt sich insbesondere bei körperlichen Beschwerden. Häufig handelt es sich dabei um ein Mitteilungsproblem, indem Betroffene, die Schwierigkeiten haben, sich sprachlich zu verständigen, körperliche Schmerzen durch Verhaltensweisen zum Ausdruck bringen, die von ihren Umkreispersonen als auffällig wahrgenommen und missverstanden werden. Im Falle von schweren Kopfschmerzen, Migräneanfällen o. ä. kann z. B. das Kopfschlagen ein Versuch sein, sich selbst zu helfen (Schmerzen zu dämpfen). Außerdem stehen Betroffenen selten Hilfsmittel (z. B. bei morgendlichen Kopfschmerzen Zugriff auf Aspirin) zur Verfügung, auf die nichtbehinderte Menschen üblicherweise zurückgreifen (können).

Grundverständnis und Erklärungen

Schon solche „Selbstheilungsversuche“ und „Hilferufe“ lassen uns schwer erkennen, dass eine negative Betrachtung von Verhaltensauffälligkeiten viel zu kurz greift. Vielmehr führen uns die Beispiele vor Augen, dass es eine *Zweckmäßigkeit und Sinnhaftigkeit* auffälliger Verhaltensweisen gibt, die es zu entschlüsseln und zu verstehen gilt. Dies zu leisten verspricht die *systemökologische Betrachtungsweise* von Verhaltensauffälligkeiten (THEUNISSEN 2005). Sie versucht unter anderem durch den Kunstgriff des „positiven Konnotierens“ den Sinn, die Bedeutung und Funktion von Symptomen zu erschließen und zeigt überzeugend auf, Verhaltensauffälligkeiten nicht einzig und allein an einer Person festzumachen, sondern als Ausdruck einer Störung des Verhältnisses zwischen Individuum und Umwelt (Mitmenschen, Dinge, biologische Begebenheiten) zu betrachten. Eine solche Störung versucht ein Betroffener durch Verhaltensweisen zu bewältigen, die

³ Einen recht niedrigen Wert selbstverletzender Verhaltensweisen (4%) ermittelten gleichfalls EMERSON et al. (2001) in einer repräsentativen Studie aus Großbritannien.

von Anderen als auffällig und mitunter auch von ihm selbst als normabweichend oder sozial unerwünscht wahrgenommen werden. Nicht die auffällige Person, sondern ihre Wechselbeziehung (Interaktion) mit der Umwelt erscheint somit als „gestört“ (WATZLAWICK u. a. 1969, 93; BATESON 1984; FIEDLER 2001, 7f., 30).

Wir merken, dass mit dem Begriff der „Auffälligkeit“ auch die Person des Beobachters (z. B. Mitarbeiter) in die Betrachtung von „Störungen“ einbezogen wird (z. B. seine Ereigniswahrnehmung, Bewertungsprozesse, Gefühle und Befindlichkeiten gegenüber selbstverletzenden Verhaltensweisen). Das ist für mich ein Grund dafür, dem Begriff der Verhaltensauffälligkeiten gegenüber anderen Bezeichnungen den Vorzug zu geben.

Nach meinen Beobachtungen und Erfahrungen verleitet zum Beispiel der Parallelbegriff der Verhaltensstörungen viele praktisch Tätige dazu, die Problematik ins Individuum zu verlagern – wohl wissend, dass dies der fortschrittlichen Auslegung des Störungsbegriffs widerspricht (hierzu FIEDLER 2001).

Des Weiteren begegnen wir vor allem in der deutschsprachigen Schweiz der Bezeichnung „originelles Verhalten“, die für Verhaltensauffälligkeiten stehen soll. Ob ein Bespucken eines Anderen oder ein ständiges Aufkratzen von Wunden „originell“ oder „verhaltenskreativ“ ist, wage ich jedoch zu bezweifeln. Vor einer Bagatellisierung oder Nivellierung spezifischer Probleme sei daher nachdrücklich gewarnt.

Immer mehr Zuspruch scheint die aus dem angloamerikanischen Sprachraum importierte Bezeichnung „herausforderndes Verhalten“ (challenging behavior) zu finden. Mit diesem Begriff geht allerdings das schon eingangs anskizzierte Problem einher, dass im Unterschied zu ausagierenden Verhaltensweisen (severe aggressive, self-injurious, anti-social behaviours) sogenannte Rückzugstendenzen, defensive Strategien u. ä. (withdrawn behaviours) allzu leicht als eine pädagogische oder therapeutische Herausforderung übersehen werden (BOWEN 2005). Das ist u. a. der Erhebung von EMERSON et al. (2001) unschwer zu entnehmen. Ferner steht der Begriff des herausfordernden Verhaltens in der Gefahr, die Problematik zu individualisieren, indem das Verhalten und Erleben des behinderten Menschen fokussiert wird, nicht aber der Kontext und die Beziehungsverhältnisse sowie die gefühlsmäßige Situation des professionellen Helfers in die Herausforderung miteinbezogen werden.

Darüber hinaus gibt es noch einige andere alternative Begriffe zur Verhaltensauffälligkeit (dazu THEUNISSEN 2005), auf die ich hier aus Platzgründen nicht näher eingehen kann. Alles in allem drückt diese Begriffsvielfalt einerseits Unsicherheiten aus, die entstehen, wenn ein Verhalten und Erleben einer Person beurteilt werden soll. Andererseits gehen mit der Suche nach geeigneten Leitbegriffen Bemühungen einher, eine Denunzierung oder Entwertung eines Betroffenen zu vermeiden. Wir haben uns für den Oberbegriff der Verhaltensauffälligkeiten entschieden, um dadurch – wie soeben gesagt – die Rolle und das Erleben der Beobachter in einen Beurteilungsprozess mit einzubeziehen. Auf der Basis dieses Grundverständnisses möchte ich nunmehr die Frage nach Entstehungsbedingungen von Verhaltensauffälligkeiten kurz reflektieren. Hierzu

kann ich freilich nicht das breite Spektrum möglicher Erklärungen aufgreifen, sondern ich muss mich auf einige wesentliche Aspekte beschränken.

Aus klinischer Sicht wird in jüngster Zeit das Konzept der Verhaltensphänotypen sehr oft als ätiologische Bezugsbasis genannt. Unter einem „Verhaltensphänotyp“ lässt sich „eine Kombination von bestimmten Entwicklungs- und Verhaltensmerkmalen“ fassen, die bei Menschen „mit einem definierten genetischen Syndrom mit einer höheren Wahrscheinlichkeit auftritt als bei Kindern und Erwachsenen mit einer Behinderung anderer Ursache“ (SARIMSKI 1997, 15). Eine Gefahr, die bei diesem Konzept mitschwingt, ist seine Fehlinterpretation, indem z. B. kurzschlüssig eine genetische Determinierung aggressiven Verhaltens behauptet und dieses nur durch Gendefekte erklärt wird. Organpathologische Ursachen von Verhaltensauffälligkeiten sind bei Menschen mit geistiger Behinderung genauso wie bei anderen Personen selten; und dort, wo organpathologische Ursachen angenommen werden, handelt es sich zumeist um klinische Syndrome mit einer sehr geringen Verbreitung. Selbst hier ist es wichtig um Unterschiede zu wissen: Nicht alle Kinder mit Prader-Willi-Syndrom entwickeln in gleichem Maße eine dranghafte Neigung zum Essen, nicht alle Kinder mit dem Cornelia-Lange-Syndrom sind autoaggressiv, und bei einigen Personen mit dem Lesch-Nyhan-Syndrom sind keine Selbstverstümmelungs-tendenzen beobachtet worden (ebd., 8; THEUNISSEN 2005, 85).

Diese Erkenntnis signalisiert, dass eine monokausale Betrachtung von Verhaltensauffälligkeiten dem aktuellen Wissensstand nicht entspricht. In der Regel spielen mehrere Faktoren reziprok und kumulativ zusammen, so dass es unzulässig ist, einzelne Befunde für eine Störung haftbar zu machen. Diese Kritik gilt u. a. auch den klassischen Erklärungskonzepten wie z. B. den sozialisationstheoretisch, sozialpsychologisch oder psychodynamisch orientierten Ansätzen, die die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten auf problematische Bindungserfahrungen und Schwierigkeiten in der Erziehung zurückführen, als Produkt familiärer Interaktionsstörungen (entgleiste Dialoge) und/oder als Resultat defizitärer Sozialisationsbedingungen begreifen. Momente, die die kindliche Identitätsentwicklung gefährden und die Weichen für Verhaltensauffälligkeiten sein können, sind bekanntlich primäre Ablehnung, Overprotection, langfristig bestehende und enge Abhängigkeitsverhältnisse, unzureichende kommunikative Stimulationen, depressiv getöntes Erziehungsverhalten, psychische und physische Überbelastung von Müttern, ein häufiger Wechsel zwischen Verwöhnung und Feindseligkeit/Vernachlässigung, häusliche Gewalt, sexuelle Misshandlung, Überforderung, zu hohe Leistungsanforderungen, Fremdbestimmung, gesellschaftliche Diskriminierung und familialer Rückzug, ökonomische Benachteiligung, Broken-home-Situation u. a. m. Zum anderen versuchen soziologisch-systemkritische Ansätze Zusammenhänge zwischen Verhaltensauffälligkeiten und institutionellen Bedingungen nachzuweisen. Fokussiert werden u. a. Symptome einer „totalen Institution“ (GOFFMAN 1972), strukturelle Unzulänglichkeiten (zu große Wohngruppen), autonomie-hemmende Lebensbedingungen, mangelnde Wahl-, Entscheidungs- und Kontrollmöglichkeiten, Formen einer Fremdbestimmung, heimlichen Betreuung u. dgl.

Wenngleich von diesen Ansätzen wichtige Impulse zur Erklärung auffälliger Verhaltens- und Erlebensweisen ausgehen, genügt es nicht, die klinisch-individualistische Problemsicht durch eine soziale zu ersetzen. Problematisch ist ihr Determinismus. So wurden bis vor kurzem Eltern oder Mitarbeiter häufig als Produzenten von Verhaltensauffälligkeiten dargestellt. Solche Tendenzen hatten erheblichen Schaden angerichtet und Formen einer konstruktiven Zusammenarbeit mit Bezugspersonen erschwert. Zudem ist ein als auffällig etikettierter Mensch kein passives Produkt (Opfer) defizitärer Sozialisationsbedingungen. Es gibt immer Personen, die trotz erschwelter Lebensbedingungen oder spezifischer Belastungen keine psychische oder soziale Symptomatik entwickeln. An dieser Stelle stoßen wir auf das Vulnerabilitätskonzept, welches ich vor allem auch mit Blick auf Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung nicht unerwähnt lassen möchte.

Ausgangspunkt meiner Überlegungen ist die Annahme, dass durch ein reziprokes Zusammenwirken ungünstiger individueller Voraussetzungen (Organschaden; frühkindliche Hirnschädigung; chronische Krankheit) und sozialer Faktoren (z. B. extreme Belastungssituationen durch Frühgeburt, Geburtskomplikationen, mehrere Krankenhausaufenthalte in der Säuglingszeit; hohe psychische Belastung der primären Bezugsperson; Stigmatisierung) Menschen mit geistiger Behinderung besonders anfällig (vulnerabel) für psychische Krisen sind und in weitaus stärkerem Maße als andere Energien mobilisieren müssen, um körperliche oder psychosoziale Belastungen aushalten zu können. Dazu ist es von Vorteil, wenn es im Zuge der (frühen) Sozialisation zur Entwicklung sog. Widerstandsressourcen oder „protektiver Faktoren“ (Resilienz) kommt, die an günstige Bedingungen (z. B. verlässliche, verfügbare Bezugspersonen; transparente, durchschaubare und kontrollierbare Situationen) zur Befriedigung von Grundbedürfnissen wie positive Bindung, Orientierung und Kontrolle, positives Selbstwertgefühl und Lustgewinn (dazu GRAWE 2004, 183ff.) sowie an „elaborierte“ kognitive Verarbeitungsmechanismen gebunden ist (GARMEZY 1991). Wir dürfen annehmen, dass die (frühe) Sozialisation für viele Menschen mit geistiger Behinderung mit erheblichen Risiken behaftet ist, so dass die Chance, Widerstandskräfte (Coping) zu entwickeln, eher gering ist. Nicht selten wird ihnen nachgesagt, dass sie über- oder unterfordernde Situationen wie auch spezifische Stressoren (Schmerz; körperliches Unwohlsein; Bindungsprobleme, Beziehungskonflikte) auf einem sehr einfachen Niveau durch unmittelbar ausagierende, assertive Reaktionsformen (z. B. aggressives Verhalten) oder defensive Strategien (depressiver oder resignativer Rückzug) zu bewältigen versuchen. Werden diese Verhaltensweisen missgedeutet und sanktioniert, führt dies auf Dauer zu einem „beschädigten Selbst“, das zu einer „balancierten“ Selbstbestimmung“ - relativ frei von inneren und äußeren Zwängen - kaum mehr fähig erscheint. Ob es zu einer Krise, zu Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Störungen kommt, hängt aber nicht nur davon ab, wie der Einzelne die jeweilige Situation wahrnimmt, bewertet und bewältigt. Gleichfalls spielen soziale Ressourcen (z. B. soziale Netze, Beratungsangebote) in psychosozialer Hinsicht eine wichtige Rolle.

Wenngleich das Vulnerabilitätskonzept nicht alle Erklärungen für die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten abdecken kann, bietet es wegweisende Perspektiven für die Praxis: in diagnostischer Hinsicht legt es ein multidimensionales Assessment nahe, in dem u. a. auch das Studium der Lebensgeschichte einen wichtigen Stellenwert hat; und für die konkrete Praxis kommt es darauf an, einen Betroffenen mit seinen Stärken so zu unterstützen, dass er nicht nur emotionalen Halt finden, sondern gleichfalls zu einem erweiterten oder neuen Handlungsrepertoire (z. B. Problemlösetechniken) gelangen kann, um Belastungen und alltägliche soziale Situationen besser bewältigen zu können. Zugleich bedarf es aber auch der Arbeit mit den Bezugspersonen und dem Umfeld, die mit der subjektzentrierten Hilfe Hand in Hand gehen muss.

Konsequenzen für die Praxis

An dieser Stelle merken wir, dass gegenüber den engen Paradigmen der Heilpädagogik, Psychotherapie oder Psychiatrie eine lebensweltbezogene Behindertenarbeit Priorität haben sollte. Erfahrungsgemäß lassen sich durch ein lebensweltbezogenes, pädagogisch dimensioniertes Konzept viele Verhaltensauffälligkeiten auflösen oder kompensieren (THEUNISSEN 2003; 2005; auch CARR et al. 2000). Grenzen eines pädagogischen Ansatzes ergeben sich dort, wo Verhaltensauffälligkeiten ins Extreme reichen, organische Ursachen haben oder vermutet werden sowie bei psychischen Störungsbildern. In dem Falle sind interdisziplinär angelegte Konzepte erforderlich, wie sie an anderer Stelle (LINGG & THEUNISSEN 2000; WIESELER & HANSON 1999) beschrieben werden.

Welche Bausteine ein lebensweltbezogenes Konzept beinhalten sollte, habe ich in der Vergangenheit mehrfach herausgestellt (THEUNISSEN 2000; 2005). Daher fasse ich mich hier nur kurz: Ausgangspunkt der Konzeption ist die Erschließung von handlungsbestimmenden Leitprinzipien, die den fühlbaren Hintergrund der Alltagsarbeit und speziellen Einzelhilfe bilden. Für die Alltagsarbeit (z. B. in Bezug auf das Wohnen) sind spezifische Bereiche wie Pflege, alltägliche Hausarbeiten, Freizeit, Bildung, gesellschaftliche Partizipation, psychosoziale Lebenshilfe und körperliche Aktivierung individualisiert und gruppenbezogen aufzubereiten. Dabei geht es u. a. um die Reflexion von allgemeinen und speziellen Angeboten (basale Kommunikation, Unterstützte Kommunikation etc.), eines Tagesablaufs (Zeitstruktur), Beziehungsgestaltungen, pädagogischen Verkehrsformen, Milieugestaltung u. ä. Reicht die Alltagsarbeit zur Bewältigung oder Kompensation von Verhaltensauffälligkeiten nicht aus, muss eine spezielle Einzelhilfe in Betracht gezogen werden, die dem allgemeinen Konzept nicht widersprechen darf. Der speziellen Einzelhilfe liegen bestimmte Arbeitsschritte zugrunde (diagnostischer Prozess, Programmentwicklung, Durchführung und Evaluation).

An dieser Stelle möchte ich nunmehr das Konzept der „Positiven Verhaltensunterstützung“ (positive behavioral supports) anschildern, welches aus der Kritik an aversiven verhaltenstherapeutischen Strategien (z. B. Bestrafung, Auslöschung, Time-out) hervorgegangen ist und in den USA als eine verheißungsvolle Angelegenheit sowohl für den schulischen als auch außerschulischen Bereich hoch im Kurs steht (KOEGL, KOEGL & DUNLAP

1996; HORNER et al. 1990; CARR et al. 1999; 2002; WESTLING & FOX 2004, 293ff.). Hierzulande ist dieses Konzept erst ansatzweise zur Kenntnis genommen worden (THEUNISSEN 2005; WESTLING & THEUNISSEN 2006).

Die Positive Verhaltensunterstützung basiert auf Grundprinzipien der „Applied Behavior Analysis“ (ALBERTO & TROUTMAN 2002) und kann als Weiterentwicklung „klassischer“ verhaltenstherapeutischer Konzepte betrachtet werden. Ihr erklärtes Ziel ist nicht die bloße Anpassung eines behinderten Menschen an soziale Gegebenheiten, sondern die Schaffung von Situationen, in denen ein Betroffener sich positiv einbringen und seinen Lebensstil entfalten sowie soziale Bestätigung und Wertschätzung erfahren kann. Damit soll zugleich ein prominenter Beitrag zur sozialen Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung geleistet werden (dazu THEUNISSEN & SCHIRBORT 2006, 27, 68).

Vor diesem Hintergrund versteht sich die Positive Verhaltensunterstützung als ein lebensweltbezogenes Konzept, das in unterschiedlichsten Kontexten zur Anwendung kommen kann (CARR et al. 1999; 2000).

Ausgangspunkt der Positiven Verhaltensunterstützung ist die Bildung eines Unterstützernetzes (circle of supports) mit Schlüsselpersonen (z. B. zuständige Gruppenleiter, Sozialarbeiter, Familienmitglieder), dessen Aufgabe es ist, Arbeitsschritte festzulegen und Absprachen in Bezug auf Durchführung eines Assessments sowie Entwicklung und Umsetzung eines Unterstützungsplans zu treffen. Zudem hat er darauf zu achten, dass alle Überlegungen im Hinblick auf Positive Verhaltensunterstützung mit der Persönlichen Zukunfts- oder Lebensstilplanung (auch Hilfe- oder Förderplan) Hand in Hand gehen.

Um Interventionen im Sinne der Positiven Verhaltensunterstützung zu entwickeln, müssen zunächst Bedingungen bestimmt werden, die mit dem Problemverhalten in Verbindung stehen. Dieser Prozess wird als funktionales Verhaltensassessment bezeichnet. Hierbei kommt es darauf an, durch Interviews, Auswertung von Aufzeichnungen und Verhaltensbeobachtungen⁴ Fragen, die sich auf den Entstehungszeitpunkt des Problemverhaltens beziehen, Fragen nach „hintergründigen Aspekten“ (wie z. B. Hunger, Menstruation, zurückliegende Ereignisse usw.), Fragen nach Personen, durch deren Anwesenheit sich die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Verhaltensproblemen erhöhen kann, Fragen nach situativen Bedingungen und Tätigkeiten, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens auffälligen Verhaltens erhöhen können, Fragen nach auslösenden Bedingungen sowie nach den Konsequenzen (z. B. Reaktionen und Maßnahmen von Umkreispersonen wie Eltern oder professionelle Helfer) zu erschließen (WESTLING & FOX 2004, 298ff.). Des Weiteren sollen die kommunikativen Fähigkeiten der betreffenden Person, ihre sozialen Kompetenzen, Stärken,

⁴ Nicht selten wird dabei auf ein sogenanntes A-B-C-Schema zurückgegriffen (vgl. THEUNISSEN 2005, 285f.), das der Beschreibung von auslösenden Bedingungen (antecedent conditions), Problemverhalten (behavior) und Konsequenzen (consequences) dient (CARR et al. 2000). Darüber hinaus können zusätzlich Arbeitsblätter oder Schemata entwickelt und genutzt werden (dazu WESTLING & FOX 2004, 300f.), um die Häufigkeit und Intensität des auffälligen Verhaltens zu bestimmten (Tages-)Zeiten zu erfassen (z. B. in 30 Minuten Blöcken in aufeinander folgenden Tagen).

Vorlieben, Bedürfnisse und Wünsche sowie sogenannte konfliktfreie Zeiten erfasst werden, Situationen, unter denen das Problemverhalten nicht oder in weitaus abgeschwächter Form in Erscheinung tritt (O'NEILL et al. 1997). Daraus lassen sich häufig wichtige Erkenntnisse gewinnen, die später für die Entwicklung eines Konzepts genutzt werden können.

Dem funktionalen Assessment folgt die Aufstellung von Arbeitshypothesen in Bezug auf Funktion bzw. Zweck der auffälligen (beklagten) Verhaltensweisen, die den Ausgangspunkt für einen Unterstützungsplan bildet.

Nicht selten muss die Positive Verhaltensunterstützung als ein langfristig angelegtes Programm konzipiert werden. Dies gilt insbesondere im Falle verkrusteter Verhaltensauffälligkeiten, deren Entstehungszeit weit zurück liegen kann. Zudem muss damit gerechnet werden, dass nach einer kurzfristigen Besserung wieder Verhaltensprobleme oder auch andere Verhaltensauffälligkeiten auftreten können.

Den einschlägigen Beiträgen ist zu entnehmen, dass sich für die Entwicklung eines Unterstützungsplans folgende Aspekte als wirksam herauskristallisiert haben:

1. „Ganzheitliches Vorgehen“ unter Berücksichtigung des individuellen Lebensstils und sozioökologischer Bedingungen
2. Zusammenarbeit und Einbeziehung mehrerer Schlüsselpersonen wie Eltern, Lehrer oder Mitarbeiter aus Einrichtungen
3. Schwerpunktsetzungen in Bezug auf Veränderung von Bedingungen (Lebens- oder Arbeitssituation, Anforderungen, Arbeitsaufgaben, Richtlinien, bisherige Kommunikations- und Interaktionsformen)
4. Schwerpunktsetzungen in Bezug auf Entwicklung und Förderung alternativer (geeigneter) Fähigkeiten (v. a. im kommunikativen Bereich) sowie Reduktion unangemessenen Verhaltens (möglichst durch Nichtbeachtung)
5. Soziale Wertschätzung und Akzeptanz innerhalb von Gemeinschaften wie auch des Gemeinwesens.

Das Konzept der Positiven Verhaltensunterstützung sieht vor, dass in erster Linie Personen, die alltäglich mit den betreffenden behinderten Menschen zusammenarbeiten, die Interventionen durchführen sollen. Das setzt freilich eine entsprechende Schulung von Lehrern oder Mitarbeitern (Betreuer) voraus. Im Falle schwerer Verhaltensauffälligkeiten sollten aber auf jeden Fall Mediziner oder Psychologen in Unterstützernetzen hinzugezogen werden. Manchmal kann eine zusätzliche Behandlung mit Psychopharmaka hilfreich sein, um bessere Voraussetzungen für eine pädagogische Intervention auf der Basis der Positiven Verhaltensunterstützung zu schaffen. Aber auch in dem Falle, wo Psychologen oder Mediziner als Berater oder Unterstützer fungieren, sollten zentrale Bezugspersonen (z. B. Gruppenleiter in einer WfbM oder Wohnstätte) die Hauptverantwortung für die gesamte Maßnahme tragen.

Inzwischen gibt es in den USA mehrere Forschungen und Effektivitätsstudien zur Positiven Verhaltensunterstützung, die zu positiven Ergebnissen gekommen sind (CARR et al. 1999; CLARKE et al. 2002; HANLEY et al. 2003; SAFRAN & OSWALD 2003). Wie wirksam die Positive Verhaltensunterstützung sein kann, ist zum Beispiel der Metaanalyse von CARR et al. (1999) zu entnehmen, bei der 109 Studien mit 366 gemessenen Variablen bei insgesamt 230 Personen ausgewertet

wurden. Die Autoren konnten aufzeigen, dass bei einer Vorgabe einer 90 %-igen Reduktion des Problemverhaltens in 50 % der Fälle, bei einer Reduktion um 80 % des Problemverhaltens in 2/3 der Fälle Interventionen im Sinne der Positiven Verhaltensunterstützung erfolgreich waren.

Trotz all dieser Vorzüge gibt es jedoch auch Kritik. So verleiten nicht wenige Konzeptdarstellungen der Positiven Verhaltensunterstützung dazu, den Unterstützungsplan ohne Einbeziehung des Betroffenen zu entwerfen. Damit besteht die Gefahr, einen subtilen Paternalismus zu betreiben, der – zumindest mit Blick auf behinderte Menschen im Erwachsenenalter – Grundzügen einer modernen Pädagogik, Beratung und Therapie widerspricht (THEUNISSEN 2005). Ferner spielt auch im Rahmen der Positiven Verhaltensunterstützung immer die Beziehung zwischen Betroffenen und Unterstützer eine wichtige Rolle (O'NEILL et al. 1997, 27; CARR et al. 2000, 111ff.). Fehlt eine vertrauensvolle, emotional haltgebende Basis, sind die Chancen einer erfolgreichen Unterstützung eher gering einzuschätzen. Dieser Erkenntnis wird in der einschlägigen Literatur mitunter zu wenig Rechnung getragen.

Des Weiteren muss kritisiert werden, dass in einigen Beiträgen zur Positiven Verhaltensunterstützung der Blick für individuelle Stärken oder Ressourcen zu kurz kommt. Ist es erklärtes Ziel der Positiven Verhaltensunterstützung anstelle einer bloßen Eliminierung herausfordernder Verhaltensweisen eine gezielte Erweiterung des Repertoires an prosozialen Verhaltensweisen, Bewältigungsstrategien und Fähigkeiten, die der Entwicklung und dem Lebensstil des Betroffenen dienen, in den Blick zu nehmen, bietet es sich geradezu an, mit gleicher Intensität wie bei der funktionalen Analyse in Bezug auf Verhaltensauffälligkeiten gleichfalls ein Stärken-Assessment durchzuführen (hierzu THEUNISSEN 2005; LINGG & THEUNISSEN 2000). Die Bedeutsamkeit der so genannten Stärken-Perspektive wird unter anderem auch daran sichtbar, dass sie im Sinne einer Ressourcenaktivierung als ein wichtiger psychotherapeutischer Wirkfaktor nachgewiesen wurde (GRAWE & GRAWE-GERBER 1999; GRAWE 2004, 392ff.).

Hinzu kommt, dass nach Erfahrungen von MÜHL (2001, 171) „sich in einigen Fällen trotz längerer Beobachtungszeit keine eindeutigen, direkt bedingenden Umweltvariablen finden lassen bzw. SVV (Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. selbstverletzendes Verhalten, d. A.) in einer Vielzahl von verschiedenen Situationen ohne eindeutige Funktion gezeigt wird.“ An dieser Stelle wird deutlich, dass es Sinn macht, ebenso die individuelle Lebensgeschichte aufzubereiten, um Anhaltspunkte zum Verständnis von Verhaltensauffälligkeiten sowie für (versandete) Stärken zu finden. Wer die lebensgeschichtlichen Hintergründe nicht kennt, wird viele Verhaltensauffälligkeiten (v. a. „automatisierte“, verselbstständigte Muster ohne erkennbare Auslöser) und Bedürfnisse eines Betroffenen kaum verstehen. Denn frühe kritische Lebenserfahrungen (Belastungen etc.) kehren nicht selten in verschlüsselter Form im aktuellen Erleben und Verhalten wieder (hierzu die Beispiele in THEUNISSEN 2000; 2003). Gleichfalls lassen sich verschüttete oder verkümmerte Fähigkeiten, Potenziale oder Stärken, positive Erinnerungen und Ereignisse durch eine biographische Rückschau aufspüren.

Vor diesem Hintergrund sollte eine Erweiterung des Konzepts der Positiven Verhaltensunterstützung in den Blick genommen werden, die zu einem multidimensionalen Assessment führt, welches sich neben einem medizinischen Assessment (dazu LINGG & THEUNISSEN 2000; THEUNISSEN 2005, 309) auf drei Schwerpunkte bezieht, die es miteinander zu verschalten gilt, um zu tragfähigen Arbeitshypothesen zu gelangen:

1. Aufbereitung der Lebensgeschichte
2. Funktionale Verhaltensanalyse
3. Stärken-Assessment.

Mit dieser Fokussierung und Verknüpfung verschiedener Schwerpunkte unterscheidet sich das hier favorisierte Konzept deutlich von Ansätzen, die sich auf eng gestrickte tiefenpsychologische (v. a. psychoanalytische) Erklärungen oder auf eine funktionale Analyse (behaviorale Diagnostik) zur unmittelbaren Beseitigung auffälligen Verhaltens beschränken. Solche Gepflogenheiten, die in der (psycho-)therapeutischen Arbeit mit geistig behinderten Menschen nicht selten zu beobachten sind, haben sich in der Praxis kaum bewährt und gelten heute als überholt.

Literatur

- Alberto, P.; Troutman, A. (2002): Applied behavior analysis for teachers: Influencing student performance (6th Ed.) Upper Saddle River
- Bateson, G. (1984): Geist und Natur. Frankfurt
- Bowen, G.: Challenging Behaviors (IPEVI Conference Jan. 2005) online: <http://www.svrc.vic.edu.au/ChallengingBehaviors.doc>. (Stand 28.03.2006)
- Carr, E.G. et al. (1999): Positive behavior support for people with developmental disabilities: A research synthesis. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation
- Carr, E.G. et al. (2000): Communication-based interventions for problem behavior: A user's guide for producing behavior change. Baltimore (4. ed.)
- Carr, E. G.; Reeve, C.; E.; Magito-McLaughlin, D. (1996): Contextual Influences on problem behavior in people with developmental disabilities, in: Koegel, L. K.; Koegel, R. L.; Dunlap, G. (eds.): a. a. O., 403-424
- Carr, E.G. et al. (2002): Positive behavior support: Evolution of an applied science. Journal of Positive Behavior Interventions, 4, 4-16
- Clarke, S.; Dunlap, G.; Stichter, J.P. (2002): A descriptive analysis of intervention research in emotional and behavioral disorders from 1980 through 1999. In: Behavior Modification, 26, 659-683
- Deb, S. et al. (2001): Practise Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Mental Health Problems in Adults with Intellectual Disability. Brighton
- Dosen, A. (1993): Diagnostische und therapeutische Probleme. In: Gaedt, Ch., Bothe, S. & Michels, H. (Hrsg.): Psychisch krank und geistig behindert. Dortmund, 91-107
- Dunlap, G. et al. (1991): Functional assessment, curricular revisions, and severe behavior problems. In: Journal of Applied Behavior Analysis, 24, 387-397
- Emerson, E. et al. (2001): The prevalence of challenging behaviours: a total population study, in: Research in Developmental Disabilities, Vol. 22, Nr. 1, 77-93
- Emerson, E.; Moss, S. & Kiernan, C. (2001): The relationship between challenging behaviour and psychiatric disorders in people with severe developmental disabilities, in: Bouras, N. (ed.): Psychiatric and Behavioural Disorders in Developmental Disabilities and Mental Retardation. Cambridge (University Press), 38-48
- Fiedler, P. (2001): Persönlichkeitsstörungen. Weinheim
- Garnezy, N. (1991): Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. In: American Behavioral Scientist 4, 416-430
- Goffman, E. (1972): Asyle, Frankfurt
- Grawe, K.: Neuropsychotherapie, Göttingen 2004

- Grawe, K.; Grawe-Gerber, M. (1999): Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie, in *Psychotherapeut*, 44, 63-73
- Hanley, G.P.; Iwata, B.A.; McCord, B.E. (2003): Functional analysis of problem behavior: A review. In: *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 147-185
- Horner, R.H.; Carr, E.G. (1997): Behavioral support for students with severe disabilities: Functional assessment and comprehensive intervention. *Journal of Special Education*, 31, 84-104
- Horner, R.H. et al. (1990): Toward a technology of "nonaversive" behavioral support. In: *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 15, 125-132
- Koegel, L.K.; Koegel, R.L.; Dunlap, G. (eds.) (1996): *Positive Behavioral Support: Including People with Difficult Behavior in the Community*. Baltimore
- Krebs, H. (2000): Gesundheit und Vorsorge. In: Jakobs, H.; König, A. & Theunissen, G. (Hrsg.): *Lebensräume – Lebensperspektiven. Ausgewählte Beiträge zur Situation Erwachsener mit geistiger Behinderung*, Butzbach-Griedel (3. Aufl.), 84-115
- Lingg, A. & Theunissen, G. (2000): *Psychische Störungen und geistige Behinderung*. Freiburg
- Lotz, W. & Koch, U. (1994): Zum Vorkommen psychischer Störungen bei Personen mit geistiger Behinderung. In: Lotz, W., Koch, U. & Stahl, B. (Hrsg.): *Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen*. Bern
- Mühl, H. (2001): Zum pädagogischen Umgang mit selbstverletzendem Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung, in: Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hrsg.): *Handbuch Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Stuttgart, 163-189
- Neukäter, H.; Wittrock, M. (2002): Verhaltensstörungen, in: Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.): *Teilhabe durch berufliche Rehabilitation*, Nürnberg, 254-265
- O'Neill, R.E. et al. (1997): *Functional assessment of problem behavior: A practical assessment guide*. Pacific Grove, CA
- Opp, G. (2002): Heilpädagogische Institutionen in Transformationsprozessen – moderne Arbeitsprofile von Förderschulen und Förderzentren, in: *Zeitschrift für Heilpädagogik* 9, 362-367
- Petry, D. (1999): Menschen mit geistiger Behinderung zwischen Psychiatrie und Behindertenhilfe. In: Petry, D. & Bradl, C. (Hrsg.): *Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Geistigbehindertenhilfe*. Bonn, 14-30
- Redlich, F.; Freedman, G. X. (1976): *Theorie und Praxis der Psychiatrie*, Bd. I u. II. Frankfurt
- Safran, S.P.; Oswald, K. (2003): Positive behavior supports: Can schools reshape disciplinary practices? In: *Exceptional Children*, 69, 361-373
- Sarimski, K.: *Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome*. Göttingen
- Theunissen, G. (2003): *Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus*. Stuttgart
- Theunissen, G. (2005): *Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten*. Bad Heilbrunn (4. überarbeitete u. stark erweiterte Aufl.)
- Theunissen, G.; Kulig, W.; Schirbort, K. (2006): Verhaltensauffälligkeiten und Stärken bei Menschen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen der Lebenshilfe e. V. Eine Studie aus Sachsen-Anhalt, in: *DGSGB-Materialien Band 12*, Berlin 2006, 7-21
- Theunissen, G.; Schirbort, K. (2003): Verhaltensauffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern mit geistiger Behinderung. In: Theunissen, G.: *Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus*. Stuttgart, 37-65
- Theunissen, G.; Schirbort, K. (Hrsg.) (2006): *Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Unterstützungsangebote*, Stuttgart
- Watzlawick, P.; Beavin, J. & Jackson, D. (1990): *Menschliche Kommunikation*. Bern (8. Aufl.)
- Westling, D.L.; Fox, L. (2004): *Teaching students with severe disabilities* (3rd Ed.). Upper Saddle River, New Jersey
- Westling, D. L.; Theunissen, G. (2006): Positive Verhaltensunterstützung (Positive Behavior Supports). Ein US-amerikanisches Konzept zum Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen, in: *Geistige Behinderung*, Heft 4
- 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) 1999, 207-214

Praktische Ansätze in der Frühförderung zur Prävention psychischer Störungen

Klaus Sarimski

Prävalenz von psychischen Störungen bei jungen Kindern

Epidemiologische Studien an Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Behinderung, die auf den herkömmlichen (kategorialen oder dimensional) psychopathologischen Klassifikationsansätzen beruhen, zeigen ein deutlich erhöhtes Risiko für die Ausbildung von emotionalen Störungen und Verhaltensproblemen im Vergleich zu nicht behinderten Kindern und Jugendlichen. Die Angaben zur Prävalenz von psychischen Auffälligkeiten liegen mindestens bei 30% (DYKENS, 2000).

Repräsentative populationsbezogene Studien, bei denen standardisierte Fragebögen oder kinderpsychiatrische Interviews zur Diagnosestellung verwendet wurden, stammen aus Skandinavien, den Niederlanden und England. STRØMME & DISETH (2000) fanden z.B. in einer regionalen Population in Norwegen, dass bei 47% der Kinder die Kriterien einer psychischen Störungen nach ICD-10 erfüllt waren. Die häufigsten Diagnosen waren Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (16%) und Störungen aus dem autistischen Spektrum (8%). EMERSON (2003) stellte in einer Studie an 264 Schülern mit geistiger Behinderung bei 39% eine psychiatrische Diagnose. Die häufigsten Störungsbilder waren hier Störungen des Sozialverhaltens (25%) mit oppositionellen Verhaltensstörungen oder Störungen in den Beziehungen zu Gleichaltrigen, emotionale Störungen, hyperkinetische Störungen, Störungen aus dem Autismusspektrum und Angststörungen (jeweils 8-9%).

DEKKER et al. (2002) verwendeten die CBCL bei über 1000 Kindern und Jugendlichen in den Niederlanden. Fast 50% zeigten in einzelnen oder mehreren Skalen Auffälligkeiten im behandlungsbedürftigen Bereich. Nach den Kriterien des DSM-IV wiesen 25% eine Aufmerksamkeits- oder Hyperaktivitätsstörung auf, 17% spezifische Ängste, 14% oppositionelle Verhaltensstörungen (DEKKER & KOOT, 2003). Dabei unterscheidet sich nicht die Häufigkeit, wohl aber die Art der Störungen je nach Schwere der Behinderung. Bei Kindern mit leichter geistiger Behinderung sind Sozialverhaltensprobleme (aggressives und oppositionelles Verhalten, Probleme in den Beziehungen zu Gleichaltrigen) sowie Aufmerksamkeitsstörungen besonders häufig, bei Kindern mit schwerer Behinderung sozialer Rückzug, Stereotypien und selbstverletzende Verhaltensweisen. Epidemiologische Studien in einzelnen deutschen Bundesländern kommen zu einer ähnlich hohen Prävalenzrate (40%) von emotionalen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei der Befragung von Lehrern in Schulen für Geistigbehinderte (THEUNISSEN & SCHIRBORT, 2004).

Eine erhöhte Rate von emotionalen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten findet sich nicht erst im Schulalter. BAKER et al. (2002) untersuchten 225 dreijährige Kinder mit der CBCL. Für 25% der Kinder ergaben sich bereits in diesem Alter Werte im auffälligen, behandlungsbedürftigen Bereich. Diese Zahlen waren 3-4mal höher als in einer parallelisierten Gruppe nicht behinderter Kinder. In einer Verlaufsstudie an der gleichen Stichprobe zeigte sich dann eine Wechselwirkung zwischen Elternbelastung und Verhaltensauffälligkeit. Die Eltern von Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten beschrieben sich als stärker belastet; gleichzeitig war die Elternbelastung stärkster Faktor bei der Prädiktion des Grades von Verhaltensauffälligkeiten ein Jahr später. Darüber hinaus sprechen diese Daten dafür, dass der Grad an Verhaltensauffälligkeiten eine wesentlich größere Rolle für die Eltern- und Familienbelastung spielt als der Grad der intellektuellen Behinderung selbst.

Besondere Aufmerksamkeit verdient in diesem Zusammenhang die Beobachtung einer erhöhten Prävalenz von psychischen Störungen bei Kindern mit bestimmten genetischen Syndromen (SARIMSKI, 2003). So weisen z.B. viele Jungen mit Fragilem-X-Syndrom z.B. bereits im frühen Kindesalter ausgeprägte soziale Ängstlichkeit, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsprobleme als charakteristische Merkmale auf; die gleichen Probleme können aber auch bei Kindern beobachtet werden, bei denen eine andere Behinderungsursache vorliegt, und nicht alle Jungen mit dieser genetischen Diagnose sind in gleichem Maße betroffen (partielle Spezifität und interindividuelle Variabilität). Mit dem Konzept der „Verhaltensphänotypen“ wird keine eindimensionale genetische Determination behauptet.

Biopsychosoziales Bedingungsgefüge

Die Ausbildung von emotionalen und behavioralen Problemen bei kleinen Kindern mit Störungen der intellektuellen Entwicklung lässt sich als Wechselwirkung von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren über die Zeit hinweg verstehen (CRNIC et al., 2004). Zu den biologischen Faktoren gehören die Reifungsstörungen des Kindes mit den damit verbundenen Einschränkungen in kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten und seiner Fähigkeit zur Selbstregulation, zu den sozialen Faktoren die Entwicklung der Interaktionen in der Familie, das Familienklima sowie das Netzwerk sozialer Beziehungen. Der Begriff der Selbstregulation meint die Fähigkeit eines Kindes, auf die alltäglichen Anforderungen mit angemessenen Emotionen und Handlungen zu reagieren. Kindliche Selbstregulationsfähigkeit und Familienbeziehungen stellen dabei vermittelnde Faktoren dar, die mit darüber entscheiden, ob das Kind die Kompetenz zur Bewältigung der sozialen Anforderungen erwirbt oder psychopathologische Auffälligkeiten entwickelt. Kindliche Selbstregulationsfähigkeiten und die Familienbeziehungen bieten somit Ansätze für die Prävention. Die Beobachtungen von (partiell) spezifischen Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern mit Syndromen illustrieren die Wirkung von biologischen Faktoren; diese stellen Verhaltensdispositionen dar – wie sie sich in schwächerer Form als Temperamentsdimensionen auch bei Kindern ohne Behinderung zeigen –, die die

Toleranz für und die Bewältigung von sozialen Anforderungen erschweren. Wenn kognitive und kommunikative Fähigkeiten vorliegen und ein Kind auf Grund dieser biologischen Disposition leicht irritabel, impulsiv, ängstlich ist oder ein besonderes Bedürfnis nach regelhaften Abläufen hat, stellt dies eine besondere Herausforderung an die Eltern dar, sich in ihrer Interaktion mit dem Kind an seinen Hilfebedarf anzupassen.

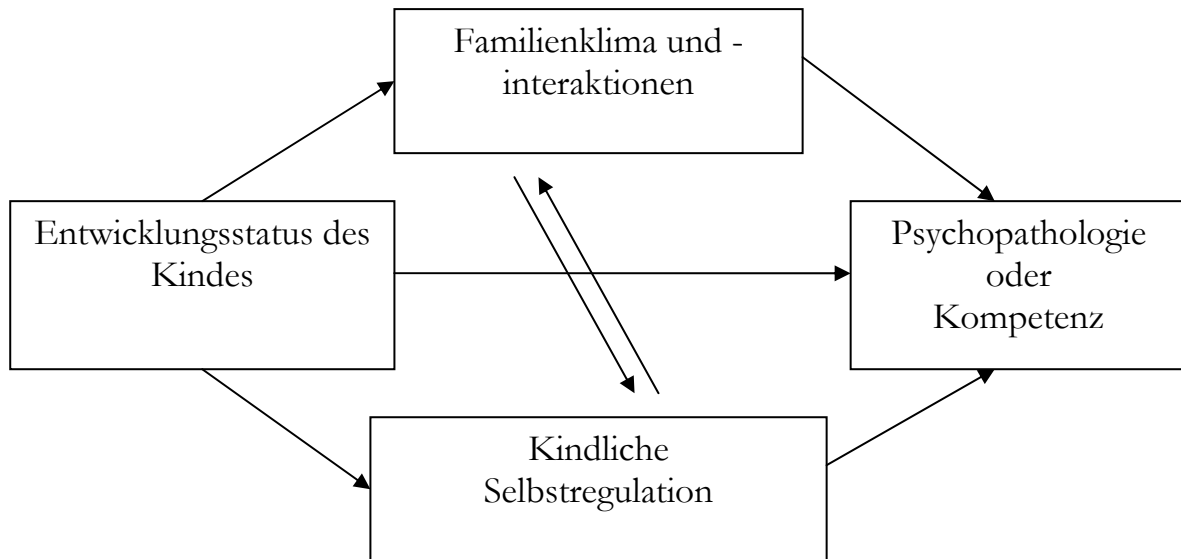


Abb. 1: Wechselwirkungen bei der Ausbildung psychischer Störungen

Selbstregulation, Kooperation und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten

Kinder mit Behinderungen bedürfen besonderer Unterstützung, um emotionale Selbstregulation, Kooperationsfähigkeit und Selbstvertrauen, d.h. eine stabile psychische Gesundheit, zu entwickeln. Zu den sozial-emotionalen Förderbereichen gehört deshalb die Stärkung der Bereitschaft zum Kontakt zu anderen, der Eigeninitiative und Ausdauer bei der Auseinandersetzung mit herausfordernden Aufgaben, die Förderung von Toleranz für Frustrationen und Grenzen, Beteiligung an gemeinsamen Spielen, Kommunikation von eigenen Wünschen und Bedürfnissen.

Diese Teilfähigkeiten entwickeln sich – bei behinderten und nicht behinderten Kindern - in einer Wechselwirkung von allmählich wachsenden Fähigkeiten des Kindes und der Unterstützung durch seine Bezugspersonen. Kinder mit Behinderungen bedürfen dabei einer sensiblen Kombination aus vermehrter Lenkung, Eindeutigkeit von Anforderungen, Bestärkung ihrer eigenen Handlungs- und Kommunikationsansätze und Hilfestellung bei drohender Überforderung (MARFO, 1998). Sie benötigen Anleitung, um ihre Aufmerksamkeit zu fokussieren, Handlungsimpulse zu hemmen und Handlungen aus mehreren Schritten zu

koordinieren, sich an einem dialogischen Spiel zu beteiligen, Ermutigung, um sich neuen Herausforderungen zu stellen, und Hilfen, um mit Schwierigkeiten fertig zu werden.

Eigentlich bringen alle Eltern intuitive Kompetenzen für diesen Anpassungsprozeß mit (PAPOUSEK, 1996). Wenn sie mit einem Baby kommunizieren, wissen sie intuitiv, wie sie seine Aufmerksamkeit fesseln und ihm beim Verstehen von Sprache oder Handlungen helfen können. Die Signale behinderter Kinder sind aber oft schwerer zu erkennen, die Einschätzung, was sie selbst können und wo sie Hilfe benötigen, ist schwieriger. Besonders schwierig ist die Anpassung für Eltern, die selbst noch durch die Diagnosemitteilung und die damit einhergehenden Ängste und Aufgaben sehr belastet sind. Wenn Eltern sich auf die Bedürfnisse ihres Kindes dann nicht angemessen einstellen (können), entstehen daraus dysfunktionale Interaktions- und Verhaltensmuster, die sich später zu Problemen der Steuerung von Aufmerksamkeit und Aktivität, sozialem Rückzug, Ängstlichkeit, zwanghaftem Verhalten oder anderen psychischen Auffälligkeiten verfestigen.

Soziale Kompetenzen

Die Etablierung einer positiven Eltern-Kind-Beziehung ist nicht nur eine Voraussetzung für die Entwicklung der Selbstregulationsfähigkeiten des Kindes,

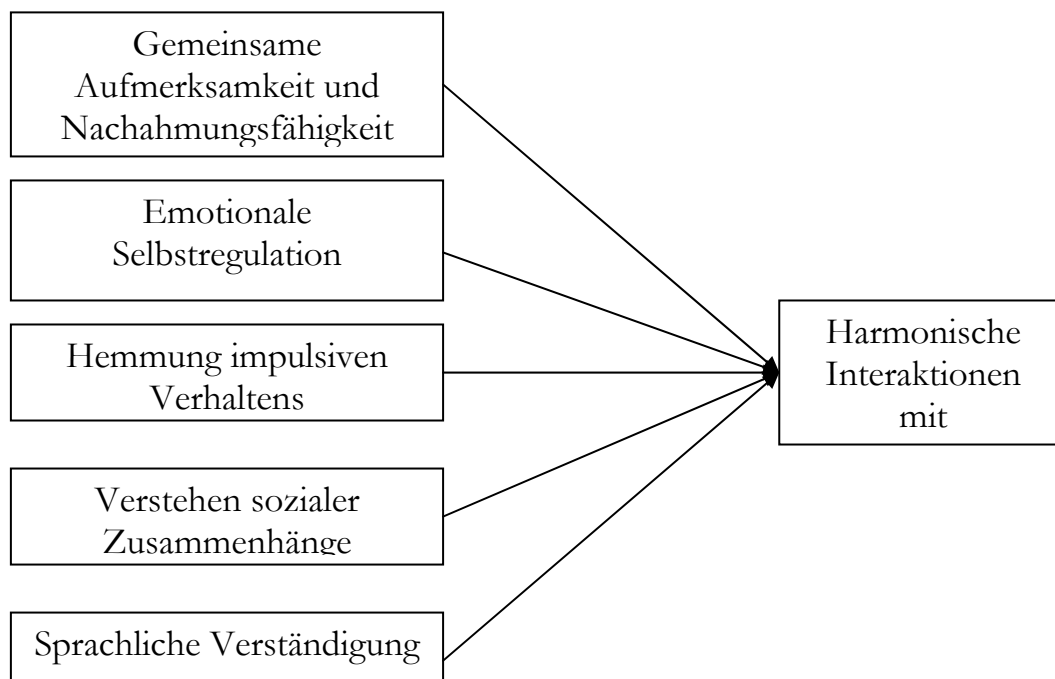


Abb.2: Voraussetzungen für das Gelingen harmonischer Beziehungen mit Gleichaltrigen

sondern auch die Grundlage für die Ausbildung befriedigender sozialer Beziehungen zu anderen Kindern. Diese hängen von einem Spektrum von Fähigkeiten (Verständnis für soziale Zusammenhänge, Wahrnehmung der eigenen und fremden Emotionen, Handlungsstrategien zur Konfliktlösung u.a.) ab, deren Ausbildung bei Kindern mit intellektueller Behinderung beeinträchtigt ist (HAY,

2004; SARIMSKI, 2005). Kindern mit intellektueller Behinderung fällt es z.B. schwerer, ihre Aufmerksamkeit mit einem Spielpartner auf ein gemeinsames Thema abzustimmen, ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen, Handlungsimpulse zu hemmen und zu steuern, soziale Zusammenhänge zu verstehen, Absichten eines anderen Kindes einzuschätzen und für Konfliktsituationen angemessene Handlungsstrategien zu finden. Sie erfahren weniger soziale Anerkennung durch Gleichaltrige, es gelingt ihnen kaum, feste Freundschaftsbeziehungen zu entwickeln. Im weiteren Verlauf ihrer Entwicklung haben sie daher zunehmend weniger Gelegenheiten, soziale Kompetenzen zu erlernen. Dies gilt besonders für die Kinder, die keine Möglichkeit haben, das Modell nicht behinderter Kinder zu beobachten (GURALNICK et al., 2006).

Prävention in der Frühförderung: Praxis

Daraus ergeben sich grundsätzlich vier Ansätze zur Prävention von emotionalen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern mit intellektueller Behinderung, die schon im Bereich der Frühförderung relevant sind:

- a) videogestützte Beratung der Eltern bei der Anpassung der Interaktionen an die besonderen Bedürfnisse ihrer Kinder;
- b) Elterntrainings;
- c) Präventive Hilfen in der sozialen Alltagsumwelt (positive behavior support);
- d) Beratung der Erzieher in Kindergärten zur Anleitung sozialer Kompetenzen in der Gruppe.

Videogestützte Interaktionsberatungen sollten neben der kind-zentrierten Förderung einen festen Platz in jedem Frühförderkonzept haben (SARIMSKI, 2001). Sie können den Eltern helfen, ihre intuitiven Verhaltensbereitschaften im Dialog mit dem Kind zu mobilisieren und das Kind bei der Regulation seiner Handlungen und Affekte zu unterstützen. Die interaktionsorientierte Beratung soll dabei an die individuellen Bedürfnisse des Kindes angepasst sein, zielorientiert und auf den elterlichen Ressourcen aufbauen. Das Ziel sind balancierte, dialogische Interaktionen, bei denen die Eltern auf Initiativen ihrer Kinder eingehen und Freude am gemeinsamen Spiel und Alltag haben.

In der Praxis bedeutet dies, zunächst gemeinsam mit den Eltern die Momente des Gelingens des affektiven Dialogs wahrzunehmen und ihre Aufmerksamkeit auf Frage zu konzentrieren wie: „Hat es Freude am gemeinsamen Spiel und sucht es meine Nähe? Geht es auf Vorschläge oder Aufforderungen ein? Kann es damit umgehen, wenn etwas nicht sofort gelingt, und kommt es mit Übergängen zurecht? Kann es zwischen Alternativen wählen und weiß es, wie es etwas erreichen kann? Ist es stolz, wenn ihm etwas gelingt?“

Statt der behinderungsbedingten Defizite kommen die bereits entwickelten sozial-emotionalen Kompetenzen des Kindes in den Blick. Die Eltern werden Interaktionsfehlschläge nicht mehr als eigenes Unvermögen oder als „Verhaltensstörung“ des Kindes ansehen, sondern lernen sie als Ausdruck von spezifischen Entwicklungsschwierigkeiten verstehen, die sie durch eine Anpassung ihres Interaktionsverhaltens und geeignete Hilfen kompensieren können. Es ist für die Motivation der Eltern außerordentlich wichtig, dass sie nicht durch Kritik an

ihrem Verhalten in Selbstzweifeln oder durch Aufzeigen der kindlichen Entwicklungsdefizite in ihren Selbstzweifeln bestärkt werden, sondern auf ihre eigenen Fähigkeiten zur Gestaltung eines förderlichen Dialogs vertrauen lernen.

Es wird dazu eine gemeinsame Spielsituation mit Materialien, die an seine Entwicklungsstufe angepasst sind, videografiert. Der Berater betrachtet dann die Videoaufzeichnung gemeinsam mit den Eltern, unterbricht an drei oder vier Momenten und hebt hervor, was zum Gelingen des affektiven Dialogs in diesen Momenten beiträgt. In der Regel wird er dabei die Eltern auf einige Zusammenhänge aufmerksam machen können, die ihnen nicht bewusst sind und zunächst aufgrund ihrer weniger "geschulten" Aufmerksamkeit auch beim Betrachten der Videoaufzeichnung entgehen. Einige solcher Aspekte sind:

- Kinder lernen zu kooperieren, wenn die Aufforderungen, die sie erhalten, im Rahmen ihrer Fähigkeiten liegen
- Kinder lernen zu kooperieren, wenn die Aufforderungen sich auf ihre unmittelbaren Interessen beziehen
- Kinder kooperieren öfter, wenn ihre Eltern die Zahl ihrer Aufforderungen reduzieren
- Kinder kooperieren öfter, wenn die Aufforderungen in balancierte Interaktionen eingebettet sind
- Kinder sind eher bereit zu kooperieren, wenn sie ihrerseits häufig Gelegenheiten zur Wahl bekommen
- Kinder lernen Selbstregulation von Emotionen in kleinen Schritten
- Manche Kinder haben aufgrund ihrer biologischen Prädisposition besondere Schwierigkeiten, ihre Emotionen zu regulieren; wenn Eltern ihre Erwartungen daran anpassen, gelingen Interaktionen leichter
- Wutanfälle und aggressive Verhaltensweisen sind oft Ausdruck von Überforderung und werden vom Kind nicht willkürlich zur Steuerung des Erwachsenen eingesetzt
- Eine sensible, situationsbezogene Unterstützung hilft dem Kind, sich selbst zu beruhigen
- Kinder lernen ihre Emotionen leichter zu regulieren, wenn die Regeln und Erwartungen der Eltern klar sind
- Kinder entwickeln ein positives Bild von sich selbst, wenn wir Ihnen unsere Freude zeigen über das, was sie tun
- Je öfter Kinder sich als erfolgreich erleben, desto mehr wächst ihr Zuversicht in ihre eigenen Fähigkeiten
- Die langfristige Entwicklung hängt mehr von der Lern- und Anstrengungsbereitschaft eines Kindes als von einzelnen Fertigkeiten ab.
- Kinder entwickeln ein Gefühl von Kompetenz, wenn sie die Gelegenheit zur Wahl haben und Bestätigung erfahren.
- Kinder mit einer guten Motivation trauen sich auch herausfordernde Aufgaben zu.

Im Verlauf der Beratung wird es ihnen dann leichter gelingen, diese Zusammenhänge in ihrem Verhalten zu berücksichtigen und so zum Gelingen von Interaktionen beizutragen. Effekte der Unterstützung solcher responsiver Interaktionsformen der Eltern auf die sozial-emotionale Entwicklung der Kinder konnten z.B. bei Kindern mit mentaler und autistischer Entwicklungsstörung nachgewiesen werden (MAHONEY & PERALES, 2003).

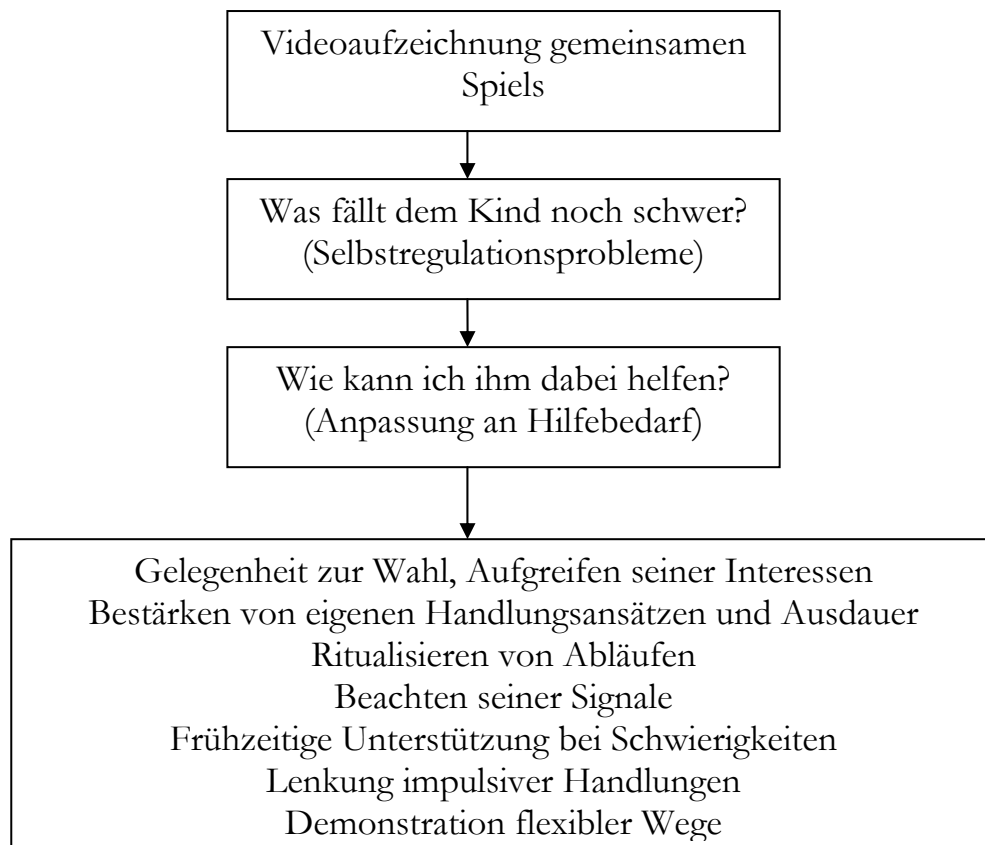


Abb. 3: Videogestützte Interaktionsberatung in der Frühförderung

In den letzten Jahren wurden zudem zahlreiche „Elterntrainings“ für Eltern von Kindern mit und ohne Behinderung entwickelt und in ihrer Wirksamkeit evaluiert (POWELL et al., 2006). Sie beruhen auf Konzepten zur Behandlung von sozialen Verhaltensstörungen oder Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsproblemen und weisen viele Gemeinsamkeiten auf. Zu den wichtigsten Elementen gehört die Vermittlung von Strategien, effektive Aufforderungen zu stellen, soziale Aufmerksamkeit, Lob und Belohnungen differentiell zur Bestärkung erwünschter Verhaltensweisen einzusetzen, vernünftig und konsistent Grenzen zu setzen und Verhaltensänderungen durch natürliche, für das Kind verständliche negative Konsequenzen einzuleiten.

Meist werden solche Elterntrainings in Gruppen durchgeführt. Die Eltern treffen sich in wöchentlichen Abständen und analysieren gemeinsam mit einem verhaltensorientierten Psychotherapeuten Videoaufzeichnungen, diskutieren die

verschiedenen Lösungsmöglichkeiten für kritische Situationen, üben im Rollenspiel günstige Vorgehensweisen ein und übernehmen „Hausaufgaben“ für den Alltag zu Hause. Der Gruppenansatz hat den zusätzlich Effekt, soziale Unterstützung zu mobilisieren und sozialer Isolation entgegenzuwirken, in die Familien mit behinderten Kindern mit zusätzlichen Verhaltensproblemen allzu rasch geraten. Das weit verbreitete Programm „Triple P“ (Positive Parenting Program) ist nur eines unter vielen Beispielen für dieses Element präventiver Arbeit, das in Frühförderstellen genutzt werden kann (SANDRES & RALPH, 2005).

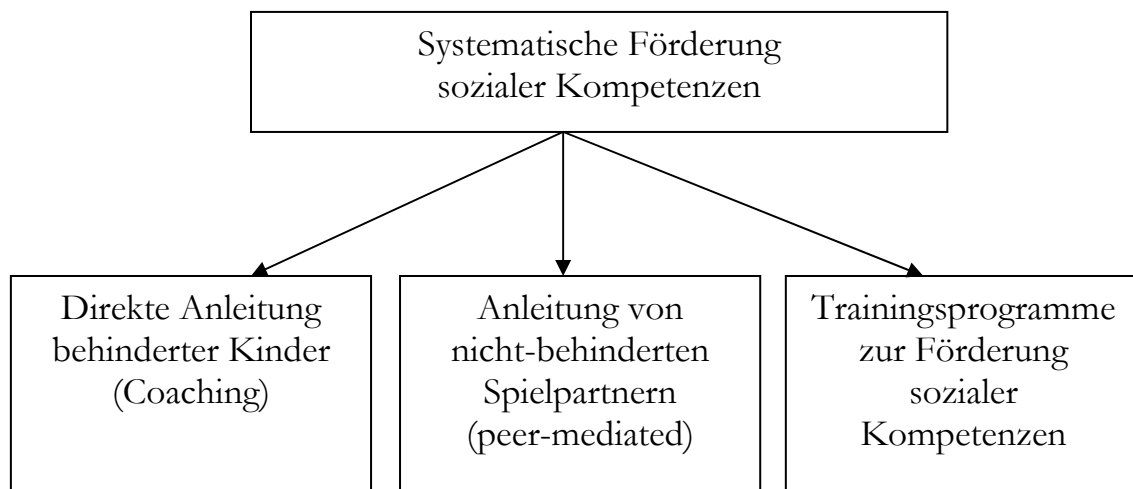


Abb. 4: Förderung sozialer Kompetenzen von behinderten Kindern

Bei Kindern mit spezifischen Verhaltensdispositionen bedürfen die Eltern individueller Beratung, wie sie die Alltagsumgebung so anpassen können, dass möglichst dysfunktionalen Verhaltensmustern vorgebeugt wird. Das Konzept des „positive behavior support“ richtet sich dabei auf eine sorgfältige Analyse der Auftretenszusammenhänge und Funktion von auffälligen emotionalen Reaktionen oder sozialen Verhaltensformen. Daraus wird dann abgeleitet, wie Situationen angepasst werden können, um Überforderung zu vermeiden, bzw. welche Fertigkeiten gezielt zu ihrer Bewältigung eingeübt werden können. Dazu gehört z.B. die Visualisierung von Tagesstrukturen bei Kindern, für die Übergänge von einer Tätigkeit zur anderen besonders kritisch sind, der Aufbau von selbständiger Beschäftigung und lebenspraktischen Fertigkeiten für Kinder, die sehr wenig spielen können, oder die Anbahnung einfacher Gesten, bzw. der Gebrauch von elektronischen Kommunikationshilfen, um Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen, für Kinder, die noch nicht sprechen können. Das Ziel dieser Interventionen ist nicht eine bloße Reduzierung von auffälligen Symptomen, sondern die Verbesserung der Beziehungen des Kindes zu seiner Umwelt (WESTLING & THEUNISSEN, 2006).

Erzieher können schließlich einen wertvollen Beitrag zur Prävention von Problemen durch die systematische Förderung sozialer Kompetenzen in der Interaktion mit anderen Kindern leisten. Sie können die Kinder anleiten, wie sie mit anderen Kindern Kontakt aufnehmen, eigene Wünsche mitteilen, die Absichten eines anderen Kindes erkennen, mit Ausgrenzung umgehen oder Konflikte lösen können (Coaching).

Solche Lernprozesse gelingen leichter, wenn sie mit der Möglichkeit zum Lernen am Modell nicht behinderter Kinder kombiniert werden können, wie es in integrativen Kindertageseinrichtungen der Fall ist. Dabei darf allerdings nicht übersehen werden, dass auch die nicht behinderten Kinder Anleitung benötigen, um Interaktionen gelingen zu lassen (Peer-Coaching, „Buddy-skills-training program, GOLDSTEIN et al., 1997). Allzu leicht lassen sie sich sonst von ungewöhnlichen oder zunächst ausbleibenden Reaktionen des behinderten Kindes irritieren und ziehen sich aus dem Kontakt zurück. Systematische Trainingsprogramme zur Förderung einzelner sozialer Kompetenzen, wie sie für nicht behinderte Kindergarten- und Schulkinder entwickelt wurden, liegen leider nicht vor, so dass viele Erzieher bei dieser Aufgabe eine fachliche Beratung durch eine interdisziplinäre Frühförderstelle als hilfreich empfinden.

Resümee

Die Prävalenz von psychischen Störungen bei Kindern mit geistiger Behinderung ist wesentlich höher als bei Kindern mit unbeeinträchtigter Entwicklung. Ansätze zur Prävention bieten die Förderung der Selbstregulationsfähigkeiten des Kindes und die Unterstützung positiver Familienbeziehungen. In der Frühförderung können folgende Elemente zur Prävention genutzt werden:

- a) videogestützte Interaktionsberatung,
- b) verhaltens-basiertes Elterntaining,
- c) Beratung zur Anpassung der Umwelt an spezifische Bedürfnisse des Kindes (positive behavioral support),
- d) systematische Förderung sozialer Kompetenzen.

Literatur

- BAKER, B., BLACHER, J., CRNIC, K., EDELBROCK, C. (2002). Preschool children with and without developmental delay: behaviour problems and parenting stress over time. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 217-230.
- CRNIC, K., HOFFMAN, C., GAZE, C., EDELBROCK, C. (2004). Understanding the emergence of behavior problems in young children with developmental delays. *Infants & Young Children*, 17, 223-235.
- DEKKER, M., KOOT, H., VANDERENDE, J., VERHULST, F. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 1087-1098.
- DEKKER, M. & KOOT, H. (2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability: II: child and family predictors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 923-931.
- DYKENS, E. (2000). Psychopathology in children with intellectual disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 407-417.
- EMERSON, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 51-58.

- GOLDSTEIN, H., ENGLISH, K., SHAFER, K., KACZMAREK, L. (1997). Interaction among preschoolers with and without disabilities: Effects of across-the-day peer intervention. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40, 33-48.
- GURALNICK, M., HAMMOND, M., CONNOR, R., NEVILLE, B. (2006). Stability, change, and correlates of the peer relationships of young children with mild developmental delays. *Child Development*, 77, 312-324.
- HAY, D., PAYNE, A., CHADWICK, A. (2004). Peer relations in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 84-108.
- MAHONEY, G. & PERALES, F. (2003). Using relationship-focused intervention to enhance the social-emotional functioning of young children with autism spectrum disorders. *Topics of Early Childhood Special Education*, 23, 74-86.
- MARFO, K., DEDRICK, C., BARBOUR, N. (1998) Mother-child interactions and the development of children with mental retardation. In J. Burack, R. Hodapp, E. Zigler (Eds.), *Handbook of mental retardation and development* (637-668). Cambridge: University Press.
- PAPOUSEK, M. (1996). Frühe Eltern-Kind-Beziehungen: Gefährdungen und Chancen in der Frühentwicklung von Kindern mit genetisch bedingten Anlagestörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 45-52.
- POWELL, D., DUNLAP, G., FOX, L. (2006). Prevention and intervention for the challenging behaviours of toddlers and preschoolers. *Infants & Young Children*, 19, 25-35.
- SANDERS, M., RALPH, A. (2005). Familienintervention und Prävention bei Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter. In P. Schlottke, R. Silbereisen, S. Schneider & G. Lauth (Hrsg.): *Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. Enzyklopädie der Psychologie, Klinische Psychologie Band 5*, 342-380.
- SARIMSKI, K. (2001). *Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung*. Hogrefe, Göttingen.
- 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.
- STROMME, P., DISETH, T. (2000). Prevalence of psychiatric diagnoses children with mental retardation: data from a population-based study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 42, 266-270.
- THEUNISSEN, G., SCHIRBORT, K. (2004). Verhaltensauffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern mit so genannter geistiger Behinderung. *Geistige Behinderung*, 129-144.
- WESTLING, D., THEUNISSEN, G. (2006). Positive Verhaltensunterstützung – Positive Behavior Support. *Geistige Behinderung*, 45, 296-309.

Schülerinnen und Schüler mit schwerer Behinderung und auffälligem Verhalten an Sonderschulen für Geistig- und Körperbehinderte

Frauke Janz & Theo Klauf

Ein 14-jähriger Junge mit geistiger Behinderung wird auf Drängen der Schule in einem Sozialpädiatrischen Zentrum vorgestellt. Gegenüber Kindern und Erwachsenen zeigt er heftiges An-den-Haaren-Ziehen und Würgen. „Die Fremdgefährdung ist in der Klassensituation so häufig, dass die Mitarbeiter(innen) ihre pädagogischen Möglichkeiten überfordert sehen; die aggressiven Übergriffe seien so extrem, dass man ihn manchmal für mehr als eine halbe Stunde zu zweit mit aller Körperkraft am Boden festhalten müsse, bis er sich beruhigt habe. Die Gründe für seine ‘Ausraster’ seien nicht erkennbar.“ Bei kritischen Ermahnungen oder Grenzsetzungen sowie Veränderungen geschieht das gehäuft, „in Einzeltherapiesituationen, zu Hause und bei gemeinsamen Aktivitäten mit der FUD-Betreuerin [Familienunterstützender Dienst] [...] verhält sich Sven dagegen wesentlich angepasster“ (SARIMSKI 2005b, S. 298).

Dieses Beispiel spricht wesentliche Aspekte des Themas an:

1. Ein Schüler mit geistiger Behinderung zeigt ein Verhalten, das andere und auch sich selbst gefährdet, belastet, stört – und am Lernen hindert.
2. Die LehrerInnen sehen sich zum Eingreifen bis hin zur Gewalt veranlasst.
3. Sie haben keine Erklärung, allerdings den Eindruck, in Einzelsituationen und besonders bei einer bestimmten Person seien die Probleme kaum vorhanden, in Anforderungssituationen jedoch besonders groß.
4. Sie erleben Grenzen der Pädagogik und suchen Hilfe bei Psychologie und Medizin.

Möglicherweise könnte der Bericht noch ergänzt werden:

5. Es wird diskutiert, ob der Junge die Schule verlassen muss, weil diese sich überfordert sieht. Sein Recht auf schulische Bildung wird dadurch in Frage gestellt.

Formen und Häufigkeiten auffälligen Verhaltens

Wenn man über auffällige Verhaltensweisen von SchülerInnen mit geistiger Behinderung spricht, möchte man zunächst wissen, wie viele Kinder und Jugendliche und mit welchen Verhaltensweisen das betrifft. MÜHL u.a. (1996, S. 18) geben beispielsweise 22 Kategorien von Verhaltensauffälligkeiten an, die bei Menschen mit geistiger Behinderung gehäuft vorkommen. „Aggressives und destruktives Verhalten gegen Gegenstände [...] und andere Personen [...]“ findet sich in dieser Auflistung an erster Stelle. Es folgen selbstverletzendes Verhalten, stereotypes Verhalten und Wutausbrüche (S. 18f). Doch wie viele Menschen mit geistiger Behinderung diese breite Palette an auffälligen Verhaltensweisen zeigen, ist kaum genau festzustellen. LOTZ & KOCH (1994) stellen in einer Metaanalyse von 75, zwischen 1970 und 1990 international erschienenen empirischen Arbeiten fest, „dass etwa 30 bis 40 % der Personen mit geistiger Behinderung irgendeine Form psychischer Störungen aufweisen“ (S. 25). Solche Angaben schwanken aber in verschiedenen Studien beträchtlich (vgl. LINGG & THEUNISSEN 2000). So

berichtet beispielsweise RUSSEL (1988) nach Angaben von MÜHL et al. (1996) über Prävalenzangaben verschiedener Studien zwischen 10% und 80%.

Für Schulen für Geistigbehinderte gibt es nur wenige Erhebungen mit Prävalenzangaben zu einzelnen Verhaltensweisen. FRÖHLICH & HERINGER (1997) geben auf Grund einer Studie in Rheinland-Pfalz und im Saarland an, dass selbstverletzendes Verhalten nur bei 1,6% der geistig behinderten Schüler ‚isoliert‘ vorkomme. In einer Lehrerbefragung von MERKENTRUP (2000 zit. n. MEYER 2002) wurden 32 % der geistig behinderten Schüler im Alter zwischen 6 und 18 Jahren als aggressiv eingestuft. Über eine relativ umfangreiche Studie berichten THEUNISSEN & SCHIRBORT (2003): Nach einer Befragung von 220 LehrerInnen zu 1384 Schülern im Jahr 2001 zeigen Kinder und Jugendliche in Schulen für Geistigbehinderte in Sachsen-Anhalt sehr häufig auffällige Verhaltensweisen. Nur 3,5% der Lehrkräfte geben an, keine verhaltensauffälligen Kinder in der Klasse zu haben. Bei einer Beteiligungsquote von 46,5% (S. 39) ist allerdings zu vermuten, dass vor allem LehrerInnen antworteten, die verhaltensauffällige Kinder in der Klasse haben. Deren Gesamtanteil könnte deshalb etwa bei 40% liegen (ebd., S. 43). Weniger als zehn Prozent der SchülerInnen zeigen autistisches und/oder selbstverletzendes Verhalten. Andere Formen auffälligen Verhaltens scheinen bei fast allen Kindern zumindest gelegentlich vorzukommen

Diese Ergebnisse lassen wegen der Beschränkung auf Schulen für Geistigbehinderte Kinder mit geistiger und körperlicher Behinderung und auffälligem Verhalten in anderen Schulen unberücksichtigt. Sie belegen aber, dass bei Menschen mit geistiger Behinderung auch aus schulischer Perspektive das Risiko für auffälliges Verhalten sehr hoch ist. Dabei ist davon auszugehen, dass bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung Verhaltensauffälligkeiten am häufigsten auftreten, die allgemein dem ‚sozialen Bereich‘ zuzuordnen sind (vgl. EMERSON 2003 nach SARIMSKI 2006a). Vor allem bei schwererer geistiger Behinderung zeigen mehr als die Hälfte dieser Menschen soziale Probleme (SARIMSKI 2006a).

Relativität und Zuschreibungscharakter auffälligen Verhaltens

Die differierenden Prävalenzangaben belegen die Schwierigkeiten, das tatsächliche Ausmaß des Problems zu erfassen. Dies liegt nicht nur an Definitionsproblemen, sondern auch am Gegenstandsbereich, denn

- Verhalten ist nicht ‚an sich‘ gestört, sondern relativ zu Anforderungen und Erwartungen;
- Der Begriff ‚Verhaltensauffälligkeit‘ bezeichnet etwas, was ‚auffällt‘. Er resultiert also aus einem Zuschreibungsprozess zwischen Personen. Einschätzungen durch unterschiedliche Bezugspersonen und in verschiedenen Zusammenhängen variieren deshalb; und
- Verhalten ist nicht konstant, sondern variabel und beispielsweise häufig abhängig von situativen und sozialen sowie von sich ändernden individuellen Bedingungen.

Stereotypes Verhalten beispielsweise ist nicht ‚an sich‘ problematisch. Gleichartiges Verhalten kann in unterschiedlichen Zusammenhängen als Störung oder als Stärke bewertet werden. Wir freuen uns daran, wenn ein Säugling auf dem Bauch liegt und vergnügt gleichförmig vor und zurück wippt. Bei einem behinderten Jugendlichen gelten ständig gleiche schaukelnde Bewegungen jedoch als ‚auffällig‘. Aggressives Verhalten wird in vielen Zusammenhängen als positiv bewertet (HENNICKE 2003, 67), und Fußballreporter beklagen regelmäßig die zu geringe Aggressivität von Spielern. Vieles, was uns eigenartig erscheint, ist nachvollziehbar und verstehbar, wenn wir versuchen, den Sinn, die subjektive Logik, die Normalität dessen deutlich zu machen, was uns auffällt (KLAUSS 2003). Das gilt auch und besonders für die ‚Umgebungsbedingung Schule‘: Ausgiebiges Herumlaufen oder lautes Schreien fällt dort auf, im Park wäre ersteres und im Fußballstadion das zweite völlig ‚normal‘.

Es ist jedoch nicht nur festzuhalten, dass unterschiedliche Personen gleichartiges Verhalten unterschiedlich einschätzen, sondern Menschen verhalten sich in verschiedenen Situationen auch tatsächlich anders, etwa im Elternhaus, in der Freizeit und bei unterschiedlichen schulischen Anforderungen. Das einleitende Beispiel zeigt ebenfalls diese Relativität auffälligen Verhaltens. Die gravierenden Probleme traten in Einzelsituationen und bei einer bestimmten Person kaum auf, werden jedoch als sehr gravierend eingeschätzt, wenn in der Klasse Unterricht stattfinden soll und die Lehrkräfte sich zu einer massiven Intervention veranlasst sehen. Das Verhalten des Schülers wird sich daher den verschiedenen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen - je nach Situation - sehr unterschiedlich darstellen. Insofern erscheint es auch sinnvoll, danach zu fragen, welche Verhaltensweisen von verschiedenen Teammitgliedern überhaupt bei diesen SchülerInnen wahrgenommen werden und welcher Unterstützungsbedarf sich für die Mitarbeiter daraus ergibt. Aus diesen Erkenntnissen lassen sich dann auch Schlussfolgerungen für pädagogisches Handeln im Rahmen der Schule ableiten.

Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt BiSB

Zu diesen Fragestellungen liegen einige empirische Ergebnisse aus einer Fragebogenerhebung im Forschungsprojekt BiSB zur „Bildungsrealität von Schülerinnen und Schülern mit schwerer und mehrfacher Behinderung“ vor (KLAUSS u.a. 2006). Sie machen in Baden-Württemberg durchschnittlich etwa ein Viertel der Schülerschaft der verschiedenen Sonderschularten aus. Bei vielen von ihnen tragen auffällige Verhaltensweisen wesentlich zur ‚schweren‘ Behinderung bei. Von 114 Schulen, die Schüler mit schwerer und mehrfacher Behinderung unterrichten, beteiligten sich 109 (95,6%) an der Erhebung. Sie sollten jeweils zwei Schüler auswählen, die nach ihrer Auffassung diesen Personenkreis gut repräsentieren. Die von den Schulen ausgewählten Schüler können als repräsentativ für alle Kinder und Jugendlichen mit schwerer und mehrfacher Behinderung an den Sonderschulen in Baden-Württemberg gelten. Dafür sprechen die vorgegebenen Auswahlkriterien und der Altersdurchschnitt sowie die Geschlechterverteilung der Stichprobe (KLAUSS u.a. 2006). Zu insgesamt 203 Kindern und Jugendlichen

äußerten sich dann 179 Eltern (EL), 179 Fachlehrer (FL), 147 Sonderschullehrer (SoL), 132 Pflegekräfte (PF) und 115 Therapeuten (TH).

Verhaltensauffälligkeiten als Aspekt der Personenbeschreibung

Zunächst wurde untersucht, welche Rolle besondere Verhaltensweisen bei der Beschreibung von Schülern durch unterschiedliche Personen(gruppen) spielen. Lehrkräfte, Eltern und Therapeuten sollten die ausgewählten Schüler frei mit bis zu fünf Merkmalen beschreiben. Das dabei entstandene ‚Bild‘ wird meist durch die Nennung von Diagnosen (Art der Beeinträchtigungen) und Defiziten, oft aber auch durch Kompetenzen und positive Eigenschaften geprägt. Nur bei 8% der SchülerInnen werden Verhaltensauffälligkeiten als Beschreibungsmerkmale genannt. Die Fachlehrer geben diese mit 9,3% etwas öfter an als die anderen Professionen. Eltern erwähnen sie besonders selten (5,3%). Sie nennen seltener Diagnosen und Defizite und beschreiben ihre Kinder häufiger über ‚positiv empfundene Eigenschaften‘ als die schulischen MitarbeiterInnen, unter denen es jedoch auch prägnante Unterschiede gibt (KLAUSS u.a. 2006, 91; s. Tab. 1):

	Alle	FL	EL	SoL	TH	PF
Diagnose	20,8 %	20,2 %	16,1 %	20,4 %	25,6 %	22,9 %
Defizite	16,9 %	15,5 %	12,5 %	15,7 %	21,3 %	21,1 %
Kompetenzen	13,3 %	13,8 %	10,9 %	18,1 %	12,6 %	10,5 %
Positiv empfundene Eigenschaften	12,6 %	10,1 %	25,9 %	10,9 %	8,1% 	5,8%
Verhaltensauffälligkeiten	7,8% 	9,3% 	5,3% 	8,2% 	8,3% 	7,8%

Tab. 1: Beschreibungen konkreter Schüler - Vergleich der Professionen

(Offene Antworten, codiert. FL, N=169; SoL, N=161; EL, N=151; TH, N=125; PF, N=132; Alle N=738. Auswahl: >7%)

Bei 5% der Schüler werden Verhaltensauffälligkeiten als erstes Merkmal genannt (KLAUSS u.a. 2006, 91). Das bedeutet, dass immerhin bei jedem 20. Schüler auffälliges Verhalten in einer Art und Weise, Häufigkeit und Intensität auftritt, dass es bei der Beschreibung im Vordergrund steht. Insgesamt jedoch dominieren Verhaltensauffälligkeiten offenbar in der Regel nicht das ‚Gesamtbild‘, das schulische MitarbeiterInnen und Eltern von Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung haben (RIEMER 2006, 20).

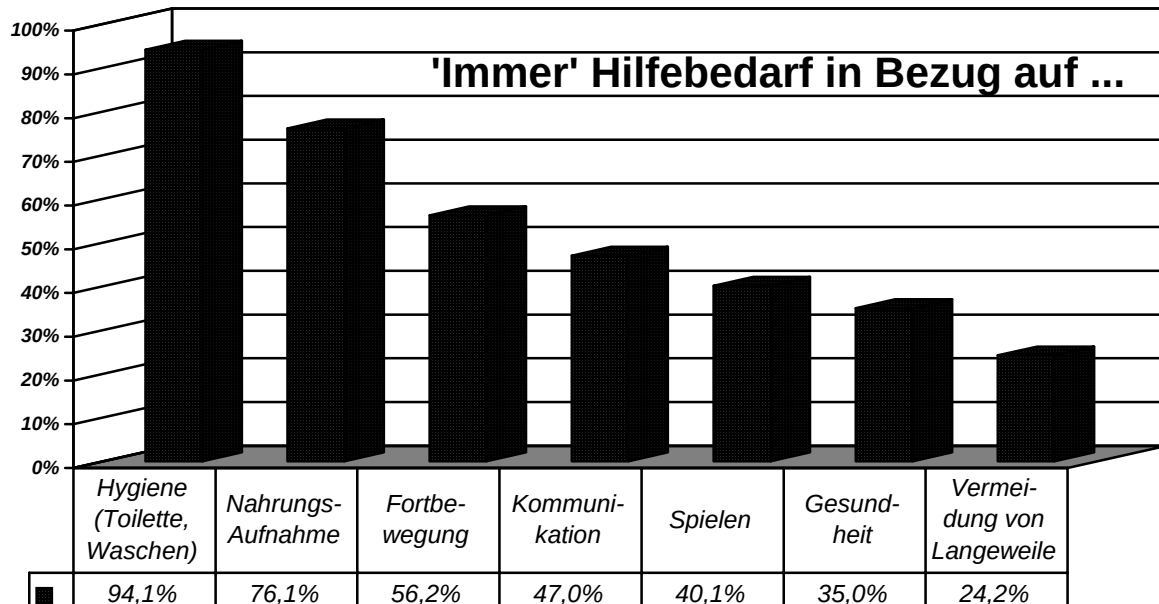
Hilfebedarf der Schüler mit schwerer und mehrfacher Behinderung

Das bedeutet jedoch nicht, dass besondere Verhaltensweisen für die Arbeit der Schule und für die Familien der SchülerInnen eine seltene ‚Herausforderung‘ darstellen. Schulische MitarbeiterInnen (und auch Eltern) sehen diesbezüglich in beträchtlichem Umfang Handlungs- und Unterstützungsbedarf. Das zeigt sich bei

der Einschätzung des mit auffälligem Verhalten verbundenen ‚Hilfebedarfs‘. Dieser Unterstützungsbedarf wird über die Frage definiert, ob der jeweilige Schüler ‚immer‘, ‚oft‘, ‚manchmal‘ oder ‚nie‘ Unterstützung und Anregung in Bezug auf den

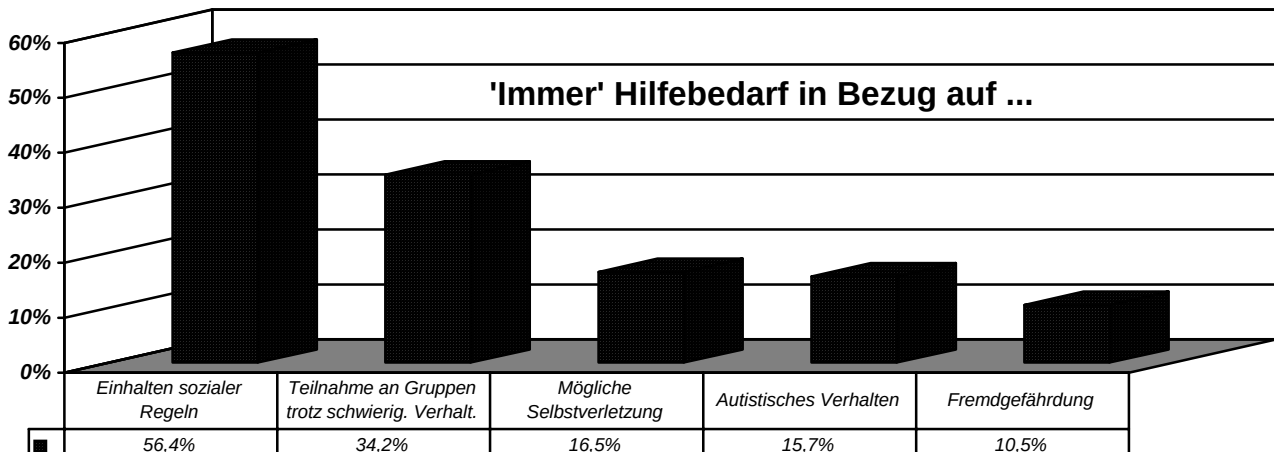
Abb.1: ‚Immer‘ Unterstützungs- und Anregungsbedarf bei Schülern mit schwerer und mehrfacher Behinderung

(FL, SoL, EL, TH, N gesamt=648)



jeweiligen Aspekt braucht. Neben Fragen zur Selbstversorgung, zur sozialen Teilhabe und Kommunikation, zur Bewegung und zu unterhaltsamen Aktivitäten, zur Bewältigung von Gesundheitsproblemen und besonderer Belastungen (vgl. Abb. 1) wird auch der Hilfebedarf erfragt, der erforderlich ist, damit der jeweilige Schüler nicht sich ‚selbst verletzt‘, ‚andere gefährdet oder verletzt‘ und weil er ‚autistisches Verhalten‘ zeigt (vgl. Abb. 2). Der Bedarf an Unterstützung und Anregung wegen auffälligen Verhaltens rangiert bei der gesamten Population nicht an der Spitze, das wäre auch unwahrscheinlich. Bei der Selbstversorgung und im Bewegungsbereich zeigen die meisten Schüler nach Einschätzung ihrer Bezugspersonen ‚immer‘ Hilfebedarf (vgl. Abb. 1). Etwa ein Drittel benötigt ‚immer‘ Hilfe, um trotz schwieriger Verhaltensweisen an Gruppen teilnehmen zu können (vgl. Abb. 2). Die Bezugspersonen rechnen insgesamt bei etwa der Hälfte dieser Schülergruppe damit, dass sie zumindest gelegentlich im Zusammenhang mit deren Verhaltensauffälligkeiten pädagogisch handeln oder intervenieren müssen (vgl. KLAUSS et al. 2006).

Abb. 2: ‚Immer‘ Unterstützungs- und Anregungsbedarf bei Schülern mit schwerer und mehrfacher Behinderung im Bereich auffälligen Verhaltens
(FL, SoL, EL, TH, PF; N gesamt=648)



Zusammenhänge des Hilfebedarfs wegen auffälligen Verhaltens mit individuellen, interaktiven und Rahmen-Bedingungen

Wenn man Menschen dabei unterstützen möchte, Verhaltensweisen zu verringern, die für sie selbst und andere problematisch erscheinen, so stellt sich die Frage, wo dabei ‚angesetzt‘ werden kann. Pädagogisches Handeln sollte auf der Erkenntnis basieren, dass menschliches Verhalten nicht eindimensional auf bestimmte ‚Ursachen‘ zurückgeführt werden kann. Menschen sind ‚bio-psycho-soziale Wesen‘ (vgl. JANTZEN 2003), diese Dimensionen hängen miteinander zusammen und bedingen sich auch gegenseitig. Das bedeutet, dass es für das Subjekt verschiedene Bedingungen gibt, sich auf eine bestimmte Art und Weise (auffällig oder nicht auffällig) zu verhalten. Dabei lassen sich unterscheiden:

- Individuum-bezogene Bedingungen: Dazu gehört die genetische Ausstattung (vgl. SARIMSKI 2003) ebenso wie aktuelle Gesundheit und Krankheit. Aber auch die zur Lebensbewältigung erforderlichen und von der Person angeeigneten Kompetenzen ‚haften‘ sozusagen am Individuum, wenngleich sie immer in Relation zu den jeweiligen Anforderungen und zu den bereitgestellten Mitteln (evt. Hilfen) zu sehen sind. Beispiel: Ein Pilot ‚kann‘ nur fliegen, wenn er ein Flugzeug hat – sonst nicht!
- Interaktionale Bedingungen: Welches Verhalten ein Mensch zeigt, hängt auch von seinen Interaktionspartnern und von dessen Einstellungen und Sichtweisen ihm gegenüber ab. Wird ein Schüler mit seinen Kommunikationsversuchen nicht gehört, so wird er möglicherweise lauter und damit auffällig – wenn die andere Person das so empfindet. Würde er eine ihm adäquate Unterstützung der Kommunikation erfahren, bliebe er vielleicht ‚unauffällig‘
- Soziale- und Rahmenbedingungen: Ob ein Schüler auffälliges Verhalten zeigt, hängt auch davon ab, welche sozialen und Umgebungsstrukturen und -anforderungen er vorfindet und wie diese zu den Möglichkeiten passen, über die er verfügt. Ein Kind wird möglicherweise ‚auffällig‘, weil es ihm die Klasse zu laut ist, weil es wegen einer motorischen Behinderung sein Lieblingsspielzeug

nicht erreicht oder weil es nicht begreift, welches Lernverhalten von ihm erwartet wird oder es sich langweilt.

Die folgenden Untersuchungsergebnisse lassen sich diesen Aspekten zuordnen.

Auffällige Verhaltensweisen vor dem Hintergrund schulischer Bedingungen und Anforderungen

Wenn mehr als die Hälfte der SchülerInnen mit schwerer und mehrfacher Behinderung nach der Einschätzung der schulischen Mitarbeiter und Eltern ‚immer‘ Unterstützung benötigen, um soziale Regeln einzuhalten, so legt das die Frage nahe, wodurch Verhalten in der Schule auffällig wird. Gibt es spezifische Bedingungen, die dazu beitragen? Schule hat die Aufgabe, Bildung zu vermitteln, und sie tut/versucht dies vor allem in sozialen Interaktionsformen. Welche Anforderungen ergeben sich daraus für die Schüler? Von ihnen wird erwartet, dass sie sich auf die Aktivitäten einlassen, die ihnen angeboten werden (von denen erwartet wird, dass sie dabei ‚lernen‘). Das bedeutet, dass sie ihr Verhalten, ihre Aktivitäten an etwas orientieren sollen, was andere vorschlagen, was den Ideen und dem Willen anderer entspricht. Außerdem sollten sie sich auf Gruppenprozesse einlassen (können); letzteres ergibt sich aus dem so genannten ‚Personalschlüssel‘: Schüler mit geistiger Behinderung haben das Anrecht, sich im Schnitt etwa zu siebt eine Lehrkraft zzgl. anderer stundenweise anwesender Personen zu teilen. Auch dies erfordert eine Orientierung an anderen Menschen (Gruppenmitgliedern). SARIMSKI (2006b) macht deutlich, welche Bedingungen dazu beitragen können, dass eine Kooperation mit Gleichaltrigen gelingt und zeigt damit umgekehrt auf, dass Kinder mit geistiger Behinderung hier u. U. besondere Schwierigkeiten haben können, da ihnen bestimmte, dafür notwendige Kompetenzen fehlen (siehe Abb. 3). In Einzelsituationen, in denen zudem keine aktive Lernleistung erwartet wird, wäre ein in der Gruppensituation ‚störendes‘ Kind möglicherweise nicht ‚auffällig‘. In der Studie BiSB I zeigt sich das vor allem bei den TherapeutInnen, die fast nie angeben, die Schüler brauchten wegen fremdgefährdenden Verhaltens ‚immer‘ Unterstützung.

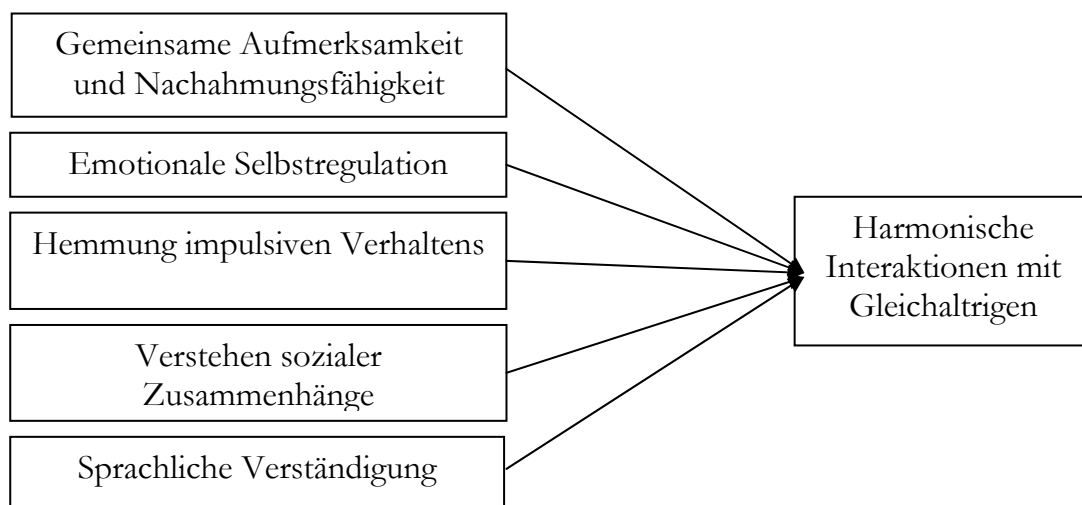


Abb.3: “Bedingungen des Gelingens sozialer Beziehungen mit Gleichaltrigen“
(SARIMSKI 2006b, 110)

Lehrpersonen werten das Verhalten als ‚auffällig‘ und als Anlass zum pädagogischem Handeln, das sie selbst hindert, ihre Aufgabe zu erledigen, nämlich SchülerInnen zur Beteiligung an Bildungsaktivitäten zu veranlassen. Hiermit haben jedoch Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung und auch solche mit Autismus offenbar einige Probleme. Sich auf fremde Anforderungen und auf soziale Prozesse einzulassen, stellt für sie eine besondere Herausforderung dar. Das Eingangsbeispiel illustriert dies eindrücklich. Die Schule macht diese Besonderheit sichtbar, in gewisser Weise produziert sie das Verhalten aber auch. Viele Verhaltensauffälligkeiten resultieren vermutlich daraus, dass Kinder versuchen, mit ihren Möglichkeiten mit schulischen Anforderungen umzugehen.

Soziale Kompetenz kann gefördert werden; dazu gehört beispielsweise, andere Kinder (etwa solche mit Autismus) in ihrer Besonderheit verstehen zu lernen (vgl. SARIMSKI 2006b). Aber auch die Zusammensetzung von Klassen (homogen oder heterogen), die Möglichkeit von Rückzug und Ruhephasen sowie einer Balance von Gruppengeschehen und individueller Ansprache können hier Ansatzpunkte sein.

Zusammenhang des Hilfebedarfs wegen auffälligen Verhaltens mit dem Hilfebedarf in anderen Bereichen

Da Menschen mit geistiger Behinderung deutlich häufiger als andere und meist mehrere Auffälligkeiten (s.o.) ausbilden, könnte angenommen werden, dass das allgemeine Entwicklungsniveau eine wesentliche Bedingung dafür darstellt. Vor allem in Bezug auf selbstverletzendes Verhalten wird eine Häufung bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung konstatiert (MÜHL u.a. 1996, 27); es werden aber auch Zusammenhänge mit einzelnen Kompetenzbereichen, vor allem mit dem der Kommunikation (vgl. HETTINGER 1996) postuliert. Die Frage, wie auffällige Verhaltensweisen mit individuellen Kompetenzen zusammenhängen, ist pädagogisch sehr relevant, weil sich daraus Förderansätze und vor allem auch Hinweise auf Möglichkeiten der Prävention ableiten lassen. Dies gilt für die primäre und für die tertiäre Prävention: Wenn ein Kind kaum eindeutig kommuniziert, so können frühe Angebote zur Förderung der Kommunikation vielleicht dazu beitragen, dass es kein auffälliges Verhalten ausbilden muss, um sich bemerkbar und auf seine Interessen aufmerksam zu machen. Zeigt es bereits aggressives Verhalten, um einen Wunsch durchzusetzen, kann es lernen, stattdessen mit Zeichen oder Sprache zu äußern, was es gerne haben möchte.

Bezogen auf den von den schulischen Mitarbeitern und Eltern eingeschätzten Hilfebedarf finden sich mehrere deutliche (statistisch hochsignifikante) Zusammenhänge aller drei untersuchten Verhaltensformen (Fremdverletzung, Selbstverletzung (SVV) und autistisches Verhalten) mit verschiedenen anderen Bereichen.

Hilfebedarf in Bezug auf Selbstversorgung und Bewegung

Am geringsten sind solche Zusammenhänge in Bezug auf den Hilfebedarf bei der Selbstversorgung und der Fortbewegung. Hier bestehen lediglich signifikante Zusammenhänge mit SVV. Wer ‚immer‘ Hilfe bei der Nahrungsaufnahme benötigt,

bei dem zeigt sich zu 88% auch ‚immer‘ Hilfebedarf, damit er ‚sich nicht selbst verletzt‘; dieser Anteil sinkt auf 72,5% bei den Schülern, die nicht immer Hilfe wegen SVV benötigen. Ähnliche Werte ergeben sich in Bezug auf Hygiene und An-/Auskleiden. Das ist bemerkenswert, weil sich damit die Annahme eines allgemeinen Zusammenhangs mit dem Entwicklungsniveau der Schüler im Bereich der Selbstständigkeit nicht unbedingt bestätigen lässt.

Auch das Ausmaß der zur Fortbewegung erforderlichen Hilfe hängt nur mit dem Hilfebedarf in Bezug auf SVV zusammen: Wer ‚immer‘ Hilfe zur Fortbewegung braucht, der braucht auch zu 72% ‚immer‘ Hilfe, um sich nicht selbst zu verletzen; dieser Anteil sinkt auf 51% bei den Schülern, die nicht immer Hilfe wegen SVV benötigen. Beim Hilfebedarf wegen autistischen Verhaltens ist der Zusammenhang in Bezug auf die Bewegungskompetenzen sogar negativ: Je weniger Unterstützung im Bereich der Fortbewegung erforderlich erscheint, desto häufiger wird Hilfebedarf wegen autistischen Verhaltens angegeben. Das erstaunt nicht, da SchülerInnen mit Autismus in der Regel nicht körperbehindert sind.

So bedeutsam die Förderung der lebenspraktischen Selbstständigkeit und der (Grob)Motorik in der Schule für Kinder und Jugendliche mit geistiger und mehrfacher Behinderung ist, so lässt sich mit diesen Ergebnissen nicht die Hoffnung begründen, der Hilfebedarf wegen auffälligen Verhaltens ließe sich dadurch unmittelbar beeinflussen. Lediglich beim SVV zeigt sich ein solcher Zusammenhang. Hier sollte durch Beobachtung und Diagnostik geklärt werden, ob sich ein Schüler vermehrt dann schlägt, wenn er beispielsweise beim Essen auf Hilfe warten muss oder nicht dorthin kommt, wohin er gerne möchte.

Hilfebedarf bei Spiel und Vermeidung von Langeweile

Der ausgeprägteste Zusammenhang zwischen Kompetenzen und Verhaltensauffälligkeiten zeigt sich bei der Frage danach, wie häufig Unterstützung und Anregungen notwendig sind, um Langeweile zu vermeiden, und auch mit dem zum ‚Spielen‘ erforderlichen Hilfebedarf gibt es einen hoch signifikanten Zusammenhang. Bei 55% der Schüler mit permanentem Hilfebedarf wg. SVV wird auch angegeben, dass sie ‚immer‘ Unterstützung und Anregung benötigen, um Langeweile zu vermeiden; bei den anderen beträgt dieser Anteil nur 17%. Beim Hilfebedarf wegen Fremdgefährdung steigt dieses Verhältnis gar auf 65,5% zu 17%, und für den Hilfebedarf wegen autistischen Verhaltens gilt Ähnliches in etwas weniger ausgeprägter Form. Dies ist bemerkenswert und wird häufig übersehen: Menschen greifen vielleicht auch deshalb zu auffälligen Verhaltensweisen, weil sie nicht lernen konnten, auf andere Art und Weise für sie interessante Effekte zu erzeugen.

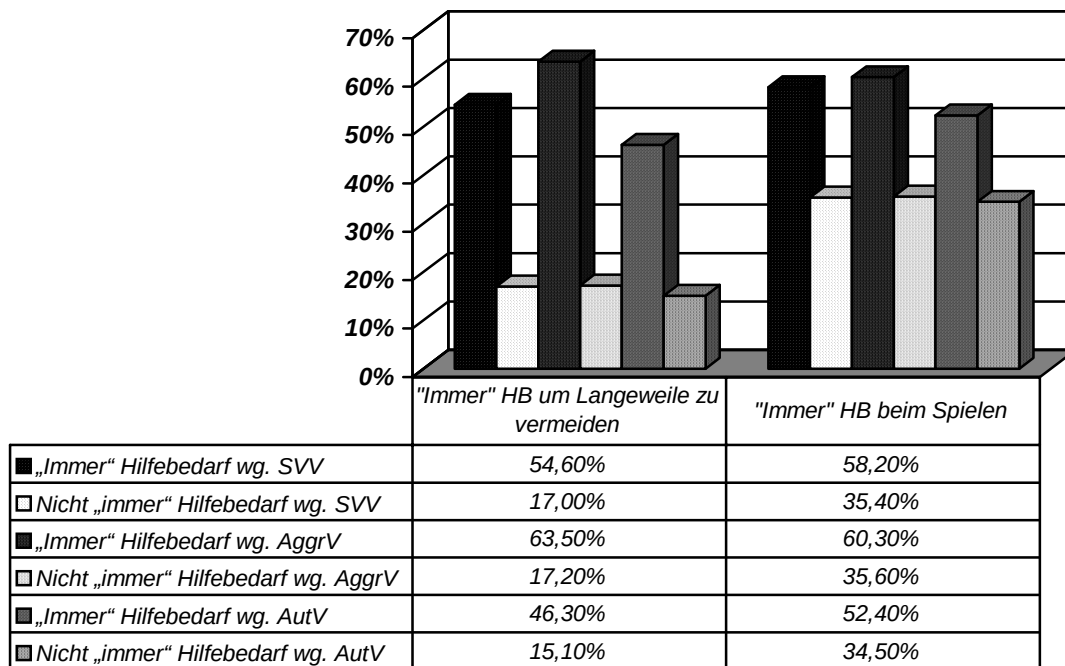


Abb. 4: Hilfebedarf wg. Verhaltensauffälligkeiten und Vermeidung von Langeweile
(FL, SoL, EL, TH; N gesamt: 648)

Der mögliche Zusammenhang zwischen ‚Langeweile‘ und auffälligem Verhalten sollte im schulischen Alltag relativ leicht zu erkennen sein, wenn nämlich die entsprechenden Verhaltensweisen vor allem dann auftauchen, wenn ein Schüler keine ihm adäquaten Angebote erhält und sich auch nicht alleine mit etwas beschäftigt, was ihn interessiert und ihm gefällt. Schwieriger erscheint die Frage, wie entsprechende Kompetenzen zu fördern sind. Es reicht nicht, Fertigkeiten einzuüben, da das, was man dann gelernt hat, nicht unbedingt unterhaltsam sein und Spaß machen muss. Es geht also nicht nur um ‚zweckhaftes‘ und deshalb vermeintlich sinnvolles, sondern auch um ‚selbstzweckhaftes‘ Verhalten (vgl. KLAUB 2005), das die Schule fördern sollte: Geräusche erzeugen und Musik hören, mit Farben experimentieren, sich bewegen und vielfältige Effekte erleben – nicht um zu therapieren oder zu fördern, sondern weil es gefällt und für die Menschen Bedeutung hat (vgl. LAMERS 1994, JANZ & LAMERS 2007).

Hilfebedarf bei der Kommunikation und wegen auffälligen Verhaltens

Hoch signifikante Zusammenhänge zeigen sich schließlich auch zwischen dem in Bezug auf alle drei Arten auffälligen Verhaltens eingeschätzten ständigen Hilfebedarf und dem Bedarf an Unterstützung und Anregung ‚um mit anderen zu kommunizieren‘. Bei SchülerInnen mit ständigem Hilfebedarf wegen fremdgefährdenden Verhaltens wird beispielsweise zu 77% auch angegeben, sie bräuchten ‚immer‘ Hilfe zur Kommunikation, bei solchen ohne oder mit seltenerem Hilfebedarf wegen Fremdgefährdung gibt es ‚nur‘ 42% mit ständigem Hilfebedarf im Bereich der Kommunikation. Ähnlich ist es beim Hilfebedarf wegen SVV und autistischen Verhaltens.

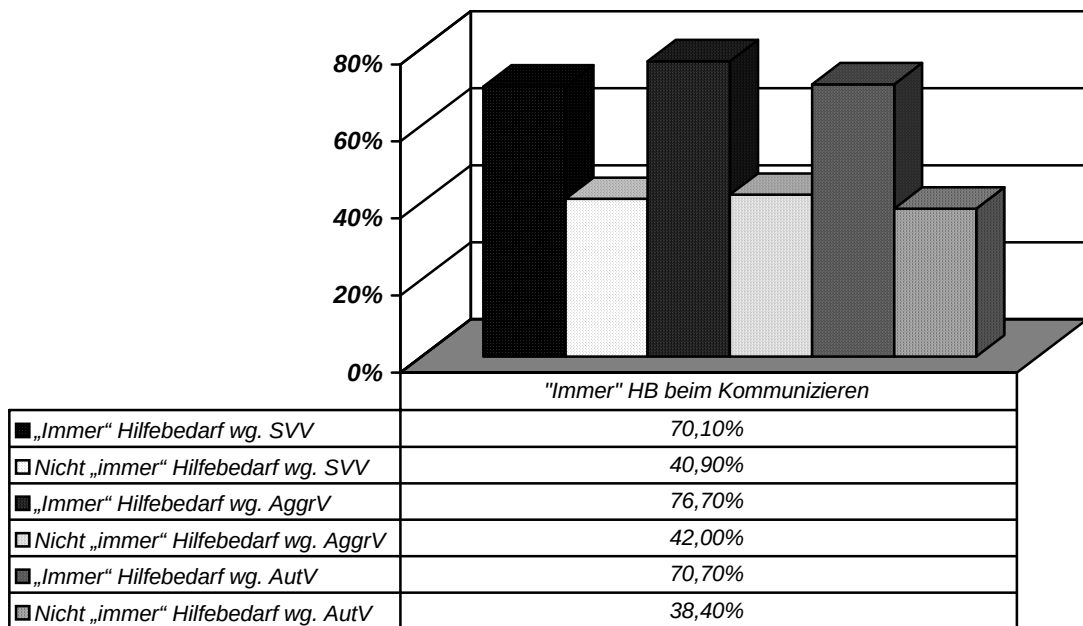


Abb. 5: Hilfebedarf wg. Verhaltensauffälligkeiten und Kommunikation
(FL, SoL, EL, TH; N gesamt: 648)

Wie lässt sich der Zusammenhang des Hilfebedarfs im Bereich der Kommunikation und dem bei allen drei Arten auffälligen Verhaltens erklären?

Wenn ein Schüler weiß, was er möchte, dies aber wegen motorischer Einschränkungen nicht ausdrücken kann, dann könnte er durch aggressives oder auch selbstverletzendes Verhalten seinen Wünschen ‚Nachdruck verleihen‘. Diesem Schüler kann durch entsprechende Kommunikationshilfen der Verzicht auf die Verhaltensauffälligkeiten ermöglicht werden. Anders ist es, wenn die eingeschränkte Kommunikation etwas damit zu tun hat, dass ein Schüler kaum Interesse am Kontakt mit anderen Menschen ausgebildet oder resigniert hat; er braucht nicht als erstes einen Delta-Talker, sondern Beziehungsangebote (vgl. SENCKEL 2006). Möglicherweise ‚verbirgt‘ sich jedoch hinter dem hohen Hilfebedarf bei der Kommunikation ein anderes Problem: Wenn ein Schüler beispielsweise unter Langeweile leidet (s.o.) oder Schmerzen oder Juckreiz hat (vgl. KANE & NÖSSNER 2003) hat, die er nicht ausdrücken und lindern kann, dann spiegelt sich möglicherweise in seinem Verhalten sein Unwohlsein oder seine Unzufriedenheit wider; – er braucht nicht vorrangig Unterstützung beim Kommunizieren, sondern interessante Spielangebote oder eine andere Pflege und medizinische Versorgung.

Hilfebedarf im Bereich der Gesundheit

Die Erkenntnis, dass Verhaltensauffälligkeiten mit gesundheitlichen Problemen unterschiedlicher Art einhergehen können (vgl. SARIMSKI 2006a, KANE & NÖSSNER 2003), spiegelt sich auch in den folgenden Untersuchungsergebnissen

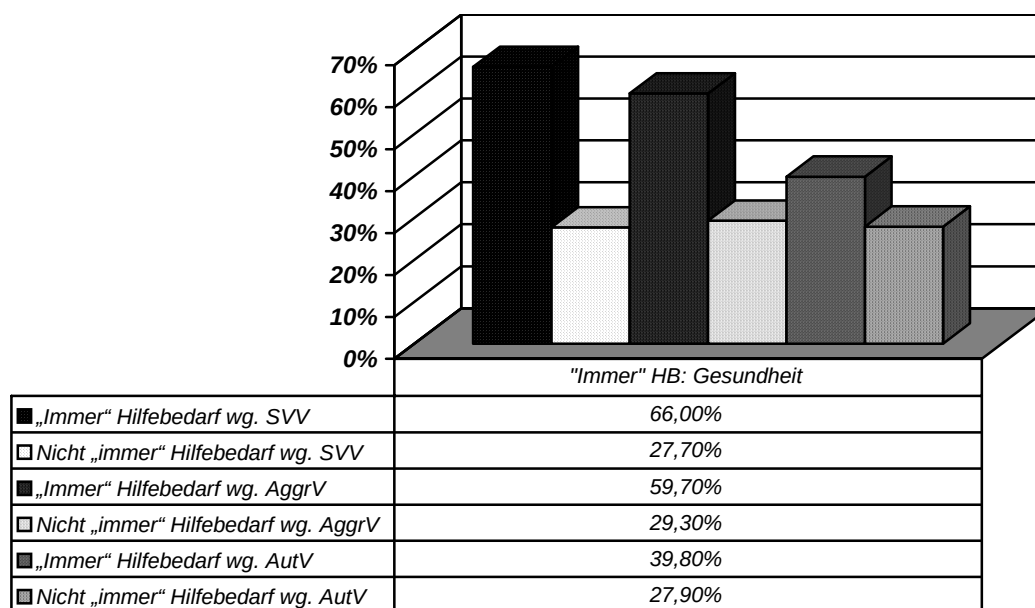


Abb. 6: Hilfebedarf wg. Verhaltensauffälligkeiten und Gesundheit

(FL, SoL, EL, TH; N gesamt: 648)

wider. Beim Hilfebedarf wegen gesundheitlicher Probleme zeigen sich hoch signifikante Zusammenhänge nur mit dem Hilfebedarf wegen SVV und aggressiven Verhaltens, nicht aber in Bezug auf autistisches Verhalten. Wer ‚immer‘ Hilfe wg. SVV benötigt, bei dem geben die Befragten auch zu 66% an, dass er immer Gesundheits-bezogene Unterstützung benötigt. Ähnliches gilt für Unterstützungsbedarf wegen fremdgefährdenden Verhaltens, nicht aber in Bezug auf autistisches Verhalten – hier ist der Zusammenhang nicht statistisch signifikant. Auch beim Zusammenhang auffälligen Verhaltens mit gesundheitlichen Problemen ist in der schulischen Praxis genauer zu klären, wie dieser verstanden werden kann. Schmerzen und körperliches wie auch seelisches Unwohlsein führen beispielsweise nicht unbedingt dazu, dass man sich selbst verletzt oder andere schlägt. Wer gelernt hat, mit solchen Problemen umzugehen oder darüber zu kommunizieren (z.B. einen Arzt anzusprechen), der wird kaum so reagieren. Vielleicht wäre es sinnvoll, in den Schulen mehr ‚Gesundheitserziehung‘ zu betreiben, bei die Kinder und Jugendlichen lernen, sich zu ‚spüren‘ und den Körper zu verstehen, anderen mitzuteilen, wenn etwas schmerzt und auch selbst für das körperlich-seelische Wohlbefinden zu sorgen. Zu beachten ist, dass auffälliges Verhalten auch Ausdruck einer psychischen Störung sein kann und dass es auch mit den Besonderheiten einer genetischen Disposition einhergehen kann (vgl. SARIMSKI 2005a).

Hilfebedarf bei der Bewältigung besonderer Belastungen

Auffällige Verhaltensweisen können auch im Zusammenhang damit stehen, wie Schüler mit ihrer Umgebung zu Recht kommen. Diese kann für sie sehr klar

durchschaubar und verlässlich sein, sie aber auch völlig überfordern. Menschen unterscheiden sich beispielsweise darin, wie viel Lärm und Hektik sie ertragen, ob sie Abläufe, Ereignisse und Anforderungen durchschauen u.a.m. Dies spiegelt sich in dieser Studie darin wider, dass auch der eingeschätzte Hilfebedarf zur Bewältigung besonderer Belastungen (z.B. Lärm, Wetter, Hektik) einen hoch signifikanten Zusammenhang mit allen drei Verhaltensformen aufweist: Mehr als zweimal so häufig als sonst wird angegeben, dass ‚immer‘ Unterstützung und Anregung wegen Selbstverletzung, Fremdgefährdung und autistischen Verhaltens erforderlich sei, wenn gleichzeitig ‚immer‘ Hilfe beim Umgang mit besonderen Belastungen gebraucht wird; die Zusammenhänge sind hier immer hoch signifikant. Es gehört zu den schulpädagogischen Grundkenntnissen, dass eine ‚vorbereitete Lernumgebung‘ einen Großteil des Lernerfolgs ausmacht. Dies gilt es auch in Bezug auf die Schüler zu verwirklichen, die mit sehr unterschiedlichen Voraussetzungen versuchen, in der Schule zu Recht zu kommen. Zwei Ansatzpunkte für pädagogisches Handeln lassen sich hier unterscheiden: Die Umgebungsbedingungen sind so zu gestalten, dass der Schüler sich darin orientieren kann, dass sie ihm vertraut ist und ihm adäquate Handlungs- und Lernmöglichkeiten enthält. Das kann beispielsweise bedeuten, dass besondere Orientierungs- und Strukturierungshilfen (vgl. TEACCH; HÄUBLER 2005) in den Alltag integriert werden, dass aber auch die Art und Weise der Kommunikation dem angepasst wird, was verstanden werden kann. Andererseits muss es ein pädagogisches Ziel sein, Schüler zu befähigen, sich in einer Umgebung zu orientieren und sich auch auf Veränderungen und fremde Anforderungen einzulassen, denn Lernen bedeutet immer auch Veränderung. Dies kann beispielsweise dadurch geschehen, dass man ihn dabei unterstützt, Zusammenhänge zu durchschauen, Abläufe zu verstehen und auch zu erkennen, was andere Menschen meinen und von ihm wollen. Eine wichtige Grundlage zur Bewältigung von Störendem, Unvorhergesehenem und sich Veränderndem ist aber immer die Sicherheit, die aus befriedigenden und verlässlichen Beziehungen zu anderen Personen resultiert.

Kein einfacher ‚Ursache-Wirkung-Zusammenhang‘

Vergleicht man die Ausprägung der Zusammenhänge, so hängt der Hilfebedarf wegen der Gefahr der Selbstverletzung im Vergleich mit den anderen Formen stärker mit dem Hilfebedarf im Bereich der Selbstversorgung und der Fortbewegung sowie der Gesundheit zusammen. Der Hilfebedarf wegen fremdgefährdenden Verhaltens korrespondiert stärker als die anderen beiden Formen mit dem Unterstützungsbedarf bei der Bewältigung besonderer Belastungen, beim Spielen und zur Vermeidung von Langeweile, bei der Kommunikation und bei der Teilnahme an Gruppen.

Was bedeuten diese Zusammenhänge? Hier wurden natürlich keine linear-kausalen ‚Ursachen‘ für die drei untersuchten besonderen Verhaltensweisen untersucht oder gefunden. Mehrere Kompetenzbereiche weisen einen Zusammenhang mit allen drei Formen auf; diese sind zudem nicht unabhängig voneinander, sondern treten häufig gemeinsam auf. Außerdem handelt es sich bei den gefundenen statistischen

Zusammenhängen nicht um ‚vollständige Korrelationen‘ : Beispielsweise sind 70 % derer, die ‚immer‘ Hilfebedarf wegen der Gefahr der Selbstverletzung haben, auch ‚immer‘ auf Hilfe bei der Kommunikation angewiesen. Daraus kann aber umgekehrt nicht gefolgert werden, ein ständiger Hilfebedarf bei der Kommunikation gehe in den meisten Fällen mit einem ständigen Hilfebedarf wegen der Selbstverletzung einher. Dies gilt nur für ein Viertel (25 %) der Fälle (RIEMER 2006, 57). Es gibt viele Schüler mit großen Kommunikationsproblemen, die kein selbstverletzendes, fremdgefährdendes oder autistisches Verhalten zeigen. Andere Schüler zeigen Verhaltensauffälligkeiten, ohne dass bei ihnen ein großer Hilfebedarf bei der Kommunikation beschrieben wird (RIEMER 2006, 99). Ein lineares Ursache-Wirkungs-Verhältnis wäre ohnehin unwahrscheinlich, da Menschen keine Maschinen sind, bei denen festliegt, wie sie auf eine bestimmte ‚Eingabe‘ reagieren. Als Subjekte und als lebendige Systeme reagieren sie auf ihre je eigene Art und Weise auf Einflüsse. Zudem klären statistische Zusammenhänge nicht, was ‚Henne‘ und was ‚Ei‘ ist: Schlägt sich jemand, greift er andere an oder verhält er sich autistisch, weil ihm langweilig ist – oder ist ihm langweilig, weil ihn seine starke Tendenz zum autistischen, selbst- oder fremdgefährdenden Verhalten daran hindert, etwas anderes, Interessantes zu tun?

Möglicherweise kommunizieren manche Menschen mit hohem Hilfebedarf auch trotz ihrer Einschränkungen befriedigend, weil sie die für sie notwendige Unterstützung in effektiver Form tatsächlich erhalten. Sie hätten dann sozusagen keinen Grund, aggressiv oder autoaggressiv zu reagieren, um dadurch etwas auszudrücken. Bei ihnen wäre deshalb kein Zusammenhang der Hilfebedarfe beim Kommunizieren und bezüglich auffälliger Verhaltensweisen zu erwarten.

Verhaltensauffälligkeiten sind nicht voraussetzungslos

Selbst wenn es beispielsweise nahe liegt, bei fehlenden Kommunikationsmöglichkeiten aggressiv zu reagieren (sich beispielsweise einfach mit Gewalt zu nehmen, was man möchte) oder sich selbst zu verletzen (und dadurch sozialen Druck auszuüben; vgl. KLAUSS 2003), stellt dies nicht die einzigen Möglichkeiten dar, mit dieser Situation umzugehen. Es ist auch möglich, zu resignieren und den Versuch der Einflussnahme auf die Umgebung aufzugeben. Daran wird deutlich, dass Verhaltensweisen, die als selbstverletzend, fremdgefährdend oder auch als autistisch interpretiert werden (z.B. stereotypes Verhalten, Abwehr von Veränderungen etc.), die Ausbildung bestimmter Kompetenzen voraussetzen: Wer beispielsweise die Hand nicht bewegen kann, ist zur Auto- oder Fremdaggression kaum in der Lage. In gewisser Weise können auffällige Verhaltensweisen selbst auch als eine Art ‚paradoxe Kompetenz‘ verstanden werden: Sie bewirken etwas, dafür wird allerdings ein hoher Preis bezahlt. Wenn jemand keine andere Möglichkeit ausgebildet hat, sich zu unterhalten und für ihn interessante und ihm vertraute Reize wahrzunehmen, greift er möglicherweise zum Mittel der Autostimulation. Er erlebt nun etwas ‚Reizvolles‘ und Vertrautes, aber er schädigt sich zugleich und – wenn er es immer gleichförmig tut – verwehrt er sich auch Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten. In Bezug auf die Gesundheit scheinen vor allem SVV und Fremdaggressives Verhalten Strategien zu sein, irgendwie mit

Problemen wie z.B. Schmerzen oder Unwohlsein zurechtzukommen (KLAUSS 2000). Hier wird das organisch bedingte Problem dadurch ‚bewältigt‘, dass neue Schädigungen erzeugt (beim SVV) oder soziale Isolation in Kauf genommen wird (beim fremdaggressiven Verhalten). In der Analyse der Funktion, die solche Verhaltensweisen für den jeweiligen Menschen haben kann (vgl. MÜHL 2003, SARIMSKI 2006a) spielt die Frage eine zentrale Rolle, welche Wirkung und damit welche subjektive Bedeutung dieses jeweils haben könnte. In der Intervention wird dann versucht, dies durch die Stärkung und Ausbildung anderer Kompetenzen kompensieren zu lernen. Aus der Erkenntnis, dass auch solche Verhaltensweisen einen ‚subjektiven Sinn‘ haben können, darf deshalb keinesfalls der Schluss gezogen werden, man müsse und dürfe sie ‚unbehandelt‘ lassen, auch wenn sie dem betroffenen Menschen schaden.

Dabei scheint selbstverletzendes Verhalten weniger Fähigkeiten vorauszusetzen als beispielsweise fremdaggressives, bei dem man gezielte Bewegungen in Bezug auf andere Personen ausführen muss. Doch es gibt offenbar Menschen, die so sehr von Hilfe abhängig sind, dass ihnen sogar für SVV die Voraussetzungen fehlen. Wer sich nicht bewegen kann, kann sich nicht kratzen und schlagen, und wer nicht entdeckt hat, welche Wirkungen damit hervorzurufen sind, wird SVV nicht wegen dieser Wirkungen ausführen: Nach JANTZEN & SALZEN 1990 setzen selbstverletzende Verhaltensweisen das Erreichen des ‚manipulierenden Tätigkeitsniveaus‘ voraus (38).

Es gibt also Schüler, die – wie es die Grafik belegt (Abb. 7) – nicht in der Lage sind, sich auffällig zu verhalten, weil ihnen die Kompetenzen selbst dafür fehlen, oder weil sie aufgegeben und resigniert haben. Wenn bei schulischen Mitarbeitern oder Eltern der Eindruck vorhanden ist, sie bräuchten nicht so viel Anregung und Unterstützung wie solche, die ‚auffallen‘, dann ist dieser dringend korrekturbedürftig: Ihr Bedarf an Angeboten des Dialogs, der Beschäftigung und der Beziehung ist vermutlich noch größer.

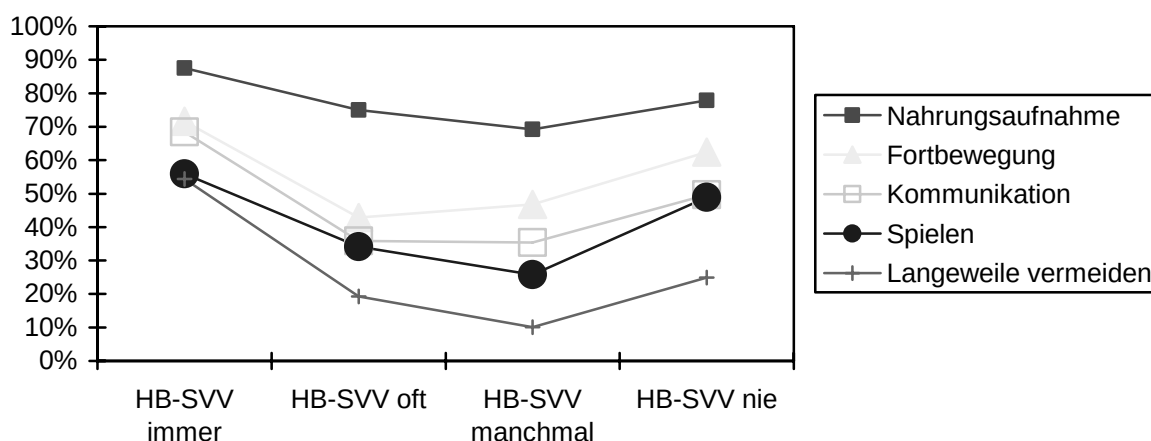


Abb. 7: ‘Immer’-Hilfebedarf wg. SVV und ‘immer’-Hilfebedarf in anderen Bereichen
Auswahl (FL, SoL, EL, TH; N gesamt: 648)

Verhaltensauffälligkeiten vor dem Hintergrund der Interaktionsbeziehungen mit verschiedenen Professionen

Verschiedene Personen, Lehrkräfte, Therapeutinnen, Eltern, Pflegekräfte etc. erleben die Schüler, um die es hier geht, sehr unterschiedlich. Sie kommen deshalb auch bei der Frage, wie häufig diese Unterstützung wegen auffälligen Verhaltens benötigen, zu teilweise sehr differierenden Einschätzungen (vgl. JANZ 2006).

Zunächst fällt auf, dass die Eltern wesentlich häufiger als die schulischen MitarbeiterInnen der Auffassung sind, ihre Tochter bzw. ihr Sohn brauche ‚immer‘ Unterstützung und Anregung wegen der Gefahr der Selbstverletzung oder der Gefährdung anderer. Die SonderschullehrerInnen liegen mit ihrer Einschätzung am niedrigsten, während die TherapeutInnen in Bezug auf aggressives Verhalten fast keinen Hilfebedarf sehen. Diese Unterschiede sind hoch signifikant.

Vermutlich bedingen unterschiedliche Situationsaspekte, aber auch professionsspezifische Sichtweisen die differierende Einschätzung des Hilfebedarfs. Dass die TherapeutInnen kaum ständigen Hilfebedarf wegen fremdgefährdenden Verhaltens nennen, hängt vermutlich damit zusammen, dass sie häufig individuelle Angebote machen, bei denen es kaum Anlass und Gelegenheit zur ‚handgreiflichen‘ Auseinandersetzung (z.B. mit Mitschülern) gibt. Beim Hilfebedarf wegen SVV sowie aggressiven Verhaltens tendieren die Eltern zu sehr hohen, die SonderschullehrerInnen zu den niedrigsten Einschätzungen. Die ‚Sorge‘ für ihr Kind und die Verantwortlichkeit für sein Verhalten gehört besonders zum üblichen Rollenbild von Eltern. Auffälliges Verhalten erschwert zudem die ohnehin anspruchsvolle Alltagsgestaltung, sodass sie sich deshalb besonders zum Handeln veranlasst sehen. Die SonderschullehrerInnen haben mit den SchülerInnen demgegenüber eher nur punktuell zu tun, außerdem haben sie in ihrer Ausbildung evtl. ‚gelernt‘, mehr Kompetenzen als Defizite wahrzunehmen. Vermutlich haben schulische MitarbeiterInnen zudem eher ein engeres ‚professionelles‘ Verständnis von selbst- und fremdgefährdendem Verhalten als die Mütter und Väter.

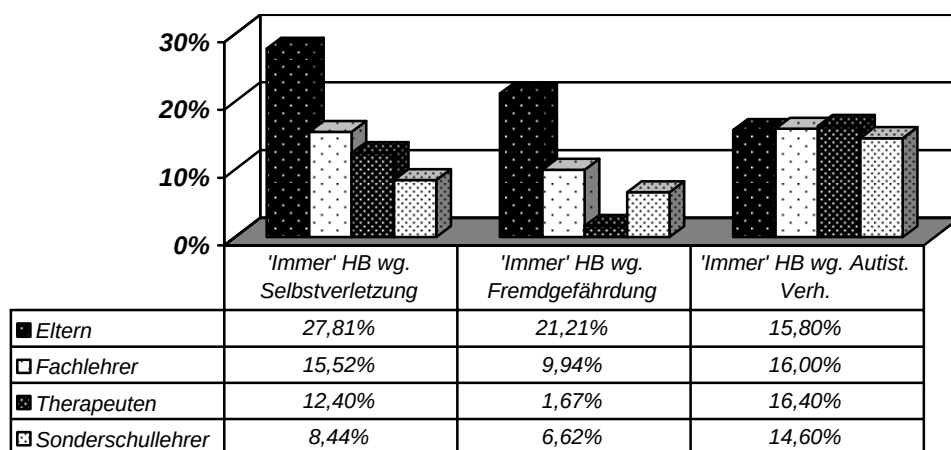


Abb. 8: Professionenvergleich: 'Immer' Hilfebedarf in Bezug auf selbst- und fremdgefährdendes sowie autistisches Verhalten
(FL, SoL, EL, TH; N gesamt: 648)

Die Angaben zum Hilfebedarf wegen autistischen Verhaltens zeigen andererseits, dass subjektive und professionsspezifische Sichtweisen nicht zu differierenden Einschätzungen führen müssen. Anscheinend ist autistisches Verhalten eindeutiger als selbst- und fremdgefährdendes. Außerdem zeigt es sich vermutlich in unterschiedlichen situativen Zusammenhängen eher in vergleichbarer Weise: Autistische SchülerInnen verhalten sich vermutlich immer autistisch, während SVV und Fremdaggressionen nur selten überall gleichermaßen vorkommen.

Bei den unterschiedlichen Hilfebedarfseinschätzungen ist also zu beachten, dass sie auch durch spezifische ‚Sichtweisen‘ bedingt sein können (vgl. JANZ u.a. 2006, JANZ 2006). Auch darüber sollte im Team ‚in gleicher Augenhöhe‘ kommuniziert werden. Eltern tendieren möglicherweise aus ihrer Rolle der Verantwortung und heraus leichter dazu, Verhalten als ‚auffällig‘ und behandlungswürdig einzuschätzen, während beispielsweise SonderschullehrerInnen im Bestreben, möglichst nur Stärken und keine Schwächen wahrzunehmen, tatsächliche Probleme auch übersehen oder ignorieren. Es gibt in unserer Studie Hinweise, die so interpretiert werden können (KLAUSS u.a. 2006). Doch auch wenn alle einig sind, welches Verhalten ein Kind ‚tatsächlich‘ zeigt, gibt es doch Verständigungsbedarf darüber, wie viel und vor allem welcher Handlungsbedarf sich daraus ergibt, denn hierbei unterscheiden sich die Berufsgruppen häufig (vgl. JANZ 2006).

Die pädagogische Arbeit mit SchülerInnen, die auffälliges Verhalten zeigen, sollte also berücksichtigen, dass einseitige Ursachen-Annahmen unzureichend sind, dies wird durch die Ergebnisse eindrücklich unterstrichen. Das gilt sowohl für die Meinung, durch organische Bedingungen könne alles erklärt sein, als auch für die, dass ‚die Umwelt‘ alles bedingt und zuschreibt oder im Grunde immer Kommunikationsprobleme vorlägen. Viele LehrerInnen sehen im auffälligen Verhalten eines Schülers Absicht und bewusst gesteuerte Manipulation und fühlen sich provoziert. Nach einer Untersuchung von FRÖHLICH & HERINGER (1997) gelten 65 % der SchülerInnen mit SVV bei ihren Lehrkräften als „provozierend und aufmerksamkeitsüchtig“ (S. 39; vgl. RIEMER 2006). Die oben aufgezeigten Verknüpfungen mit verschiedenen Kompetenzbereichen veranlassen dazu, stärker in Zusammenhängen zu denken und die pädagogische Arbeit entsprechend (teamorientiert) anzulegen (vgl. JANZ 2006).

Fazit und Konsequenzen für die Pädagogik

Alle drei untersuchten Verhaltensaspekte spielen im schulischen Alltag eine große Rolle. Dabei scheint das SVV den höchsten Hilfebedarf zu bedingen. Das muss nicht bedeuten, dass es am häufigsten auftritt. Möglicherweise wird auch selten auftretendes selbstverletzendes Verhalten stets als Anlass gesehen, zu intervenieren (RIEMER 2006, 78). Das ‚Bild‘, das schulische MitarbeiterInnen und Eltern von SchülerInnen mit schwerer und mehrfacher Behinderung (vor allem an Schule für Geistigbehinderte und Schule für Körperbehinderte) haben, wird aber nur sehr selten vorherrschend durch deren Verhaltensauffälligkeiten geprägt. Gleichwohl fühlen sie sich in sehr hohem Maße durch die hier berücksichtigten Formen (Selbstverletzung, Fremdaggression und autistisches Verhalten) zum Handeln aufgefordert. Nur bei einer Minderheit der SchülerInnen wird angegeben, dass

diese nie Unterstützung und Anregung benötigen, um sich an soziale Regeln zu halten und – trotz besonderer Verhaltensweisen – am Geschehen in Gruppen teilzunehmen.

Aus den Zusammenhängen zwischen dem Hilfebedarf wegen auffälligen Verhaltens und in verschiedenen Kompetenzbereichen lassen sich Konsequenzen für pädagogisches Handeln in der Schule ableiten. Dabei kann, wie ausgeführt, bei den

- individuellen Bedingungen, bei den
- Interaktionsbedingungen und bei den
- Rahmenbedingungen

angesetzt werden.

Doch selbst wenn besondere Verhaltensweisen beispielsweise etwas mit eingeschränkter Kommunikation zu tun haben, reicht die Verbesserung der kommunikativen Möglichkeiten alleine häufig nicht aus, um eine Verhaltensänderung zu erreichen. Oft sind auch psychologisch-therapeutische oder medizinische Maßnahmen erforderlich (vgl. Mühl 2003; Meins 1993, IRBLICH 2003)). Das ändert jedoch nichts daran, dass parallel zum Versuch, das auffällige Verhalten zu verringern, Unterstützung in den korrespondierenden Bereichen angeboten werden sollte: Bildungsangebote im Bereich der Unterstützten Kommunikation (vgl. KRISTEN 1994), der Betätigung und Bewegung, qualifizierte Pflege und medizinische Behandlung möglicher organischer Probleme (KLAUSS 2000).

Der Professionen-Vergleich macht deutlich, dass es lohnt, unterschiedliche Erfahrungen und Einschätzungen in einem Dialog unter den schulischen MitarbeiterInnen und auch mit Eltern, PsychologInnen und ÄrztInnen zu führen (vgl. JANZ 2006, IRBLICH 2003). Dabei kann es nicht darum gehen, wie sich ein Kind denn ‚wirklich‘ verhält, sondern welche Erkenntnisse gerade aus dem Vergleich unterschiedlicher Perspektiven zu gewinnen sind.

„So kann bspw. das Wissen, dass ein Schüler auffälliges Verhalten in bestimmten Situationen oder bei bestimmten Lehrpersonen weniger zeigt, zu entsprechenden Maßnahmen führen, vorausgesetzt diese unterschiedlichen Bedingungen werden adäquat reflektiert und im Dialog ausgetauscht“ (RIEMER 2006, 78f.).

Was bedeutet es beispielsweise für die Gestaltung schulischer Anforderungen, wenn Verhaltensprobleme in therapeutischen 1:1-Situationen kaum auftreten? Braucht das Kind erst die Chance, vertrauensvolle Beziehungen einzugehen, bevor es sich auf von außen an ihn herangebrachte Bildungsanforderungen einlassen – und die Bezugsperson mit anderen teilen kann (vgl. MALL 1984, FORNEFELD 1989)?

Die Zusammenhänge des Hilfebedarfs in Bezug auf auffällige Verhaltensweisen mit dem in verschiedenen Kompetenzbereichen begründet ebenfalls die Notwendigkeit der interdisziplinären Kooperation. Gesundheitliche Aspekte (einschließlich möglicher psychischer Erkrankungen) erfordern den Dialog mit Ärzten wie auch Pflegefachkräften, für die Förderung der Kommunikation gibt es spezifisch qualifizierte PädagogInnen etc. Hier gilt es, Konzepte wie das der

„Konsulentenarbeit“ zu entwickeln (SEIFERT 2006), durch die unterschiedliche professionelle Sichtweisen und Erkenntnisse integriert genutzt werden können. Unabhängig von der Frage der Wirksamkeit von therapeutischen oder Förderkonzepten sollte beachtet werden, dass die Fähigkeit zu und das Interesse an Dialog und sozialer Orientierung Grundvoraussetzungen für menschliches (Zusammen)Leben und v.a. auch für schulische Bildung darstellen. Teilweise sind hier Konzepte wie TEACCH (vgl. HÄUSSLER 2005) sinnvoll, die dabei helfen können, sich nicht nur in der sächlichen Welt, sondern auch im zwischenmenschlichen Miteinander zu orientieren. Es sind aber auch Ansätze erforderlich, die Menschen für den Dialog und dafür zu gewinnen versuchen, sich auf die Kooperation mit anderen Menschen einzulassen (vgl. HARTMANN & JAKOBS 1993, SENCKEL 2006, KLAUSS 2002). Dies setzt vermutlich voraus, dass wir uns zunächst auf sie einlassen. Studien zur Situation von Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung zeigen leider, dass diese – vor allem auch in der Schule – sehr selten die Erfahrung machen, dass Bezugspersonen das aufgreifen, was sie (mit ihren geringen, aber doch vorhandenen Möglichkeiten) an Aktivitäten zeigen und an Intentionen erkennen oder zumindest vermuten lassen (KLAUSS 2005).

Literatur

- Fornefeld, B. (1989): Elementare Beziehung und Selbstverwirklichung geistig Schwerstbehinderter in sozialer Integration. Reflexionen im Vorfeld einer leiborientierten Pädagogik.. Aachen
- Fröhlich, A. & Heringer, Th. (1997): Selbstverletzendes Verhalten von Schülern mit geistiger Behinderung – Eine Studie an Sonderschulen in Rheinland-Pfalz. In: Sonderpädagogik in Rheinland-Pfalz 27, Heft 2 und Heft 3, 22-40 und 15-30
- Hartmann, H. & Jakobs, G. (1993): Das 'Dialogische Prinzip' bei der Behandlung von Aggression, Autoaggression und Autismus. In: Hennicke, K. & Rotthaus, W. (Hrsg.): Psychotherapie und Geistige Behinderung. Dortmund, 36-50
- Häußler, A. (2005): Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Hennicke, K. (2003): Psychische Störungen und aggressives Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Furger, M. & Kehl, D. (Hrsg.): "... und bist du nicht willig, so brauch ich Gewalt". Zum Umgang mit Aggression und Gewalt in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung. Luzern. S. 67-84
- Hettinger, J. (1996): Selbstverletzendes Verhalten, Stereotypen und Kommunikation. Die Förderung der Kommunikation bei Menschen mit geistiger Behinderung oder Autismussyndrom, die selbstverletzendes Verhalten zeigen. Heidelberg
- Irblich, D. (2003): Problematische Erlebens- und Verhaltensweisen geistig behinderter Menschen. In: Irblich, D. & Stahl, B. (Hrsg.): Menschen mit geistiger Behinderung. Göttingen, 312-388
- Janz, F. (2006): Interprofessionelle Kooperation in Klassenteams von Schülerinnen und Schülern mit schweren und mehrfachen Behinderungen - Eine empirische Untersuchung in Baden-Württemberg. Dissertation an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg. <http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/volltexte/2006/6685/index.html>
- Janz, F., Klauf, Th., Lamers, W. & Strauch, O. (2006): Untersuchungen zum ‚Menschen-Bild‘. Welche Vorstellungen haben Lehrkräfte und Eltern von Menschen mit schwerer Behinderung? In: Sonderpädagogische Förderung (51) Heft 2, 134-152
- Janz, F. & Lamers, W. (2007): Spiel in der Frühförderung von Kindern mit schwerer Behinderung. In Fröhlich, A. , Heinen, N. & Lamers, W. (Hrsg.): Frühförderung schwerstbehinderter Kinder. Düsseldorf (im Druck)
- Jantzen, W. & Salzen W. v. (1990): Autoaggressivität und selbstverletzendes Verhalten. Pathogenese, Neuropsychologie und Psychotherapie. 2. Auflage. Berlin: Spiess

- Jantzen, W. (2003): Die soziale Konstruktion schwerer Behinderung durch die Schule. In: Klauß, Th./Lamers, W. (Hrsg.): Alle Kinder alles lehren ... Grundlagen der Pädagogik für Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung. Heidelberger Texte zur Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung, Band 3. Heidelberg, 51-72
- Kane, J.F./ Nöbner, Ch. (2003): Selbstverletzendes Verhalten und Juckreiz. Eine Herausforderung für die Kooperation zwischen Pädagogik, Psychologie und Medizin. In: Kane, J.F./ Klauß, Th. (Hrsg.): Die Bedeutung des Körpers für Menschen mit geistiger Behinderung. Zwischen Pflege und Selbstverletzung. Heidelberger Texte zur Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung, 2. Band. Heidelberg, 149-176
- Klauß, Th., Lamers, W. & Janz, F. (2006): Die Teilhabe von Kindern mit schwerer und mehrfacher Behinderung an der schulischen Bildung – eine empirische Erhebung. Veröffentlicht im Internet: <http://www.ub.uni-heidelberg.de/archiv/6790>
- Klauß, Th. (2000): Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und besonderen Verhaltensweisen. In: Fischer, E. (Hrsg.): Pädagogik für Kinder und Jugendliche mit mehrfachen Behinderungen. Dortmund, S. 69-102
- Klauß, Th. (2002): Schulische Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus – einleitende Überlegungen. In: Verband deutscher Sonderschulen – Fachverband für Behindertenpädagogik (Hrsg.): Schulische Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus. Ergebnisse der Fachkonferenz 2001 in Bethel. Würzburg, 5-15
- Klauß, Th. (2003): Selbstverletzendes Verhalten – weshalb schädigen Menschen ihren Körper? In: Kane, J.F./ Klauß, Th. (Hrsg.): Die Bedeutung des Körpers für Menschen mit geistiger Behinderung. Zwischen Pflege und Selbstverletzung. Heidelberger Texte zur Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung, 2. Band. Heidelberg, S. 177-243
- Klauß, Th. (2005): Ein besonderes Leben. Grundlagen der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Heidelberg, 2. erweiterte und völlig überarbeitete Auflage
- Kristen, U. (1994): Praxis Unterstützte Kommunikation - Eine Einführung. Düsseldorf
- Lamers, W. (1994): Spiel mit schwerstbehinderten Kindern und Jugendlichen. Aachen
- Lingg, A. & Theunissen, G. (2000): Psychische Störungen und Geistige Behinderung. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis. Lambertus-Verlag
- Lotz, W./Koch, U. (1994): Zum Vorkommen psychischer Störungen bei Personen mit geistiger Behinderung. In: Lotz, W./Koch, U./Stahl, B. (Hrsg.): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte. Bern, 13-39
- Mall, W. (1984): Basale Kommunikation - ein Weg zum andern. Zugang finden zu schwer geistig behinderten Menschen. In: Geistige Behinderung 1, Beihefter, 1-16
- Meins, W. (1993): Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. In: Hennicke, K./ Rotthaus, W. (Hrsg.): Psychotherapie und Geistige Behinderung. Dortmund, 127-132
- Meyer, Hermann (2002): Verhaltensorientierte Interventionen bei Schülerinnen und Schülern mit geistiger Behinderung. Konzept und Planung 2., aktualisierte Auflage. Heidelberg
- Mühl, H./ Neukäter, H./ Schulz, K. (1996): Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bern/ Stuttgart/ Wien
- Mühl, H. (2003): Umgang mit Verhaltensstörungen bei Schülerinnen und Schülern mit geistiger Behinderung auf der Basis von Funktionsanalysen. In: Klauß, Th./Lamers, W. (Hrsg.): Alle Kinder alles lehren ... Grundlagen der Pädagogik für Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung. Heidelberger Texte zur Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung, Band 3. Heidelberg, 309-322
- Riemer, Jessica (2006): Verhaltensauffälligkeiten von Schülern mit schwerer geistiger Behinderung. Heidelberg: Pädagogische Hochschule. Wiss. Hausarbeit, unveröff.
- Sarimski, K. (2003): Syndromtypische Entwicklungsverläufe und Verhaltensweisen. In: Irblich, D. & Stahl, B. (Hrsg.): Menschen mit geistiger Behinderung. Göttingen, 389-411.
- Sarimski, K. (2005a): Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. Göttingen
- Sarimski, K. (2005b): Zum Beratungsauftrag der Sozialpädiatrischen Zentren. In: Geistige Behinderung, Heft 4, 286-308
- Sarimski, K. (2006a): Positive Behavior Support – aktuelle Trends und forschungsmethodische Probleme in der Verhaltenstherapie. Kassel 11.11.2006, unveröff. Vortrag
- Sarimski, K. (2006b): Soziale Beziehungen von Kindern mit geistiger Behinderung. In: Klauß, Th. (Hrsg.): Geistige Behinderung – Psychologische Perspektiven. Heidelberg, S. 103-110
- Seifert, M. (2006): Aufbrechen festgefahrener Situationen durch Konsulentenarbeit. In: Geistige Behinderung (45) Heft 4

- Senckel, B. (2006): Beziehungsgestaltung als Persönlichkeitsförderung – Die ‚entwicklungsfreundliche Beziehung‘. In: Klauß, Th. (Hrsg.): Geistige Behinderung – Psychologische Perspektiven. Heidelberg, 111-120
- Theunissen, G. & Schirbort, K. (2003): Verhaltensauffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern mit geistiger Behinderung. Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung und Konsequenzen für die schulische Praxis. In: Theunissen, G.: Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. Stuttgart: Kohlhammer. S. 37-65

Möglichkeiten und Grenzen des Umgangs mit verhaltensauffälligen Schülerinnen und Schülern in einer Sonderschule für geistig Behinderte Aus der Praxis – für die Praxis

Hannelore Preuninger

Einführung

Die Schulen für Geistigbehinderte befinden sich erst seit ca. 30 Jahren in den Konzepten der Regelschulen. Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung werden seither mit spezieller Methodik/Didaktik unterrichtet und gefördert. Die SfG vollzieht den Paradigmenwechsel von der Überbehütung und Fremdbestimmung zur Autonomie und Eigenbestimmung (Empowerment) für Menschen mit geistiger Behinderung. Die Schülerschaft dieser Spartenschulen hat sich um die intensivbehinderten Kinder und die verhaltensauffälligen Schülerinnen und Schüler erweitert. Klassen werden meist altersadäquat zusammengestellt und Lehrkräfte stehen vor der Herausforderung den Unterricht handlungsorientiert, entwicklungsangemessen und zielzentriert in einer äußerst heterogenen Lerngruppe zu gestalten. Häufig ist dies ein Lernen in extremen Polen, in Grenzsituationen. Das Sterben oder der Tod eines Kindes bestimmen zu manchen Zeiten das Schulleben. Die Auseinandersetzung mit massiv fremd- oder eigengefährdendem Verhalten ist teilweise Alltag. Diese Eckpunkte sind nur ein Teil der Spannungsfelder in der eine Schule für Geistigbehinderte sich bewegt. Weitere werden bestimmt durch äußere Sichtweisen auf diese Schulform. Stellvertretend werden einige aufgezählt:

- Selektion und Integration
- Individualität und Sozialgemeinschaft
- Kuschecke und Wissensvermittlung
- Therapie und Unterricht
- Pflege - Therapie – Unterricht
- Restschule – „very special“.

Wie keine andere öffentliche Schule steht diese Schule im Brennpunkt von Kosten/Nutzen-Relationen. Sie ist eine riesige Kostenstelle, z.B. frisst die Schülerbeförderung schon immense Summen. Sie ist abhängig von Sozialgesetzgebung und gesellschaftlicher Akzeptanz der Menschen mit Behinderungen. Oft wirken Fördervereine wie z.B. die Lebenshilfe oder private Träger mit. Grundsätzliche Aspekte dieser Schulform bilden der Gesundheits- und der Bildungsanspruch der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen. Unterscheidungen zu den anderen Schularten liegen z.B. in der geringeren Klassengröße, im individualisierten und differenzierten Lernen, in handlungsorientierten und konkreten Lernwegen u.a. Diese Schulform muss sich also individualisiert mit ihrer Schülerschaft auseinandersetzen und gleichfalls mit

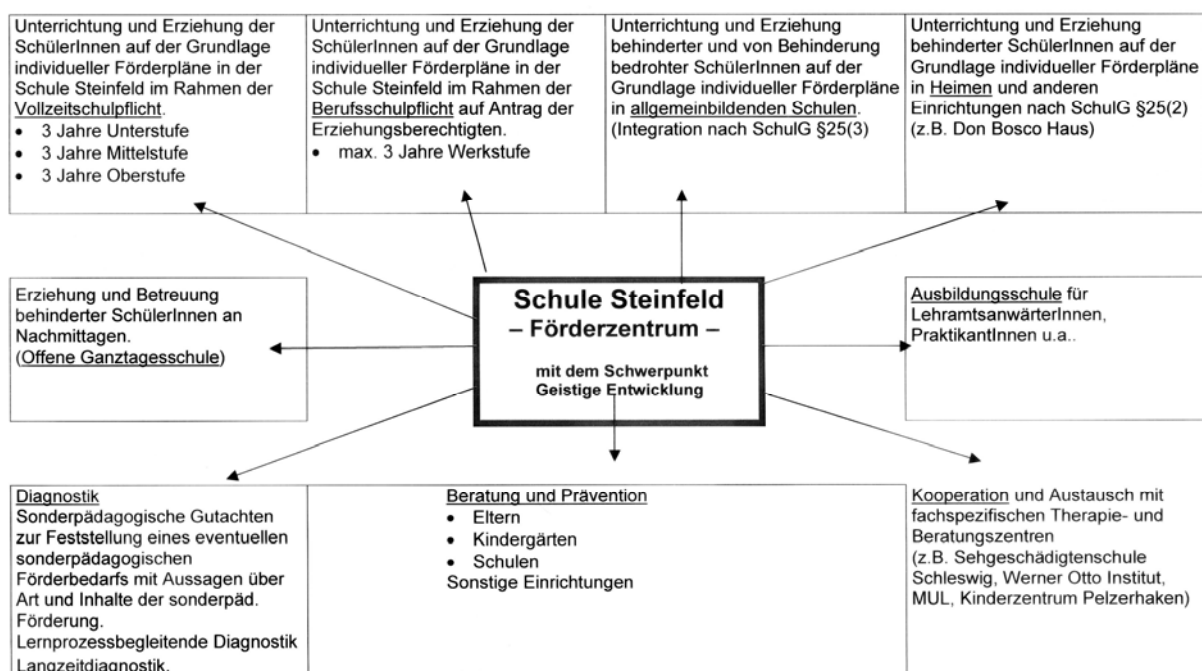
ihrem Stellenwert im öffentlichen Schulsystem. Sie muss sich der Frage stellen, ob das System dieser Schule vielleicht sogar mitverantwortlich für extreme Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen ist, oder ob sie diese begünstigt. Kommt dieses Schulsystem dem Anspruch nach Integration der Schülerinnen und Schüler in die Regelschulen nach oder macht sie ihre Schülerschaft „geistigbehindert“, weil diese die Schulart besuchen?

Die Wertigkeit dieser Schulart ist am unteren Rand der Beliebtheitsskala der Schulen angesiedelt. Die Mehrheit der Eltern/Erziehungsberechtigten ist mit Sicherheit nicht stolz darauf, dass ein Kind der Familie dieses Förderzentrum besuchen muss. Das System - Schule für Geistigbehinderte - ist also vielfältigen ambivalenten Aspekten ausgesetzt, die alle Personen, die an der Schule tätig sind, beeinflussen.

Schule Steinfeld in Mölln

Diese Schule entstand 1978 in der Trägerschaft des Kreises Herzogtum Lauenburg. Durch die ständig steigenden Schülerzahlen wurde die Schule dreimal erweitert. Jetzt verfügt sie über 11 Klassenzimmer, drei Therapieräume, einen Speisesaal, zwei Fachräume und eine Lehrküche, ein Lehrerzimmer, eine Gymnastikhalle und zwei Innenhöfe, neben dem Pausenhof. Die strukturelle Qualität ist gewährleistet. Das Personal wurde von Seiten des Ministeriums aufgestockt, der Schulträger zeichnet sich für die Pflege- und Hilfskräfte verantwortlich, zusätzlich sind Schulbegleiter oder Integrationshelfer eingesetzt, die sich individuell um intensivbehinderte Schülerinnen oder Schüler mit gravierendem Assistenzbedarf kümmern. Unser Schulträger ist sehr behindertenfreundlich.

Abb.1: Aufgaben der Schule Steinfeld



Jeder unserer Schüler ist eine Klasse für sich. Den Schüler/die Schülerin in ihren Talenten/Qualitäten kennen zu lernen ist unser Focus. Wir betrachten alle

SchülerInnen als Individuen in einem fördernden, eigenaktiven Austausch mit ihrer Umwelt. Wir fühlen uns einem Menschenbild verpflichtet, dass jedem sein Recht aus seine Eigenheiten, Besonderheiten und Individualität einräumt im Zusammenspiel mit seiner Umgebung und im gegenseitigen Respekt und Würde, Toleranz und Verständnis. Wir sind immer auf der Suche nach innovativen Wegen, um alle Talente und Möglichkeiten und die anders gelagerten Fähigkeiten unserer Schülerschaft entdecken, nutzen und entwickeln zu können. Dazu bedarf es ausführlicher anamnestischer und diagnostischer Daten. Gespräche mit den Erziehungsberechtigten, mit den Therapeuten, mit den Hilfskräften und/oder Aller am Erziehungsprozess Beteiligten sind erforderlich. Ein Förderplan wird gemeinsam erarbeitet, der die Leitthemen der entsprechenden Lernstufe beinhaltet. Ziel der Schulgemeinschaft ist es, die SchülerInnen so weit zu fördern, dass sie ein Höchstmaß an Selbstbestimmung in sozialer Integration erleben können.

Die Qualität des Unterrichts ist für unsere Mitarbeiterschaft eine ständige Herausforderung, sie unterliegt daher kontinuierlich Reflexionen und Änderungsprozessen. In Besprechungen, Lehrer- und Fachkonferenzen kommen die am Lehr- und Lernprozess Beteiligten zu Wort. Die Kompetenzen aller MitarbeiterInnen sind erforderlich, um unsere Ziele zu erreichen. Die Schulgemeinschaft Schule Steinfeld versteht sich als lernende Organisation für Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Unsere verhaltensauffälligen Schülerinnen und Schüler stellen uns vor die größten Herausforderungen. Sie fokussieren unsere gesamte Aufmerksamkeit und Reaktion auf sich, sie durchbrechen unsere Unterrichtspläne, sie stören massiv, sie gestalten sich fremd- und eigengefährdend, sie fordern und überfordern uns vollständig, binden unsere Kräfte, lassen uns zweifeln und verzweifeln, machen uns hilf- und machtlos, verhindern die Lernprozesse ihrer Mitschüler, dienen vielleicht als Imitationsmodell für ihre Lerngruppe, lassen uns die leisen und apathischen Schülerinnen und Schüler vergessen uvm.. Drastisch gesagt: sie kotzen, rotzen, motzen, beißen, kratzen, stoßen, zwicken, hauen usw..

Wir müssen intervenieren, obwohl wir nicht wollen, wir müssen konsequent reagieren oder strafen und dies gegenüber Klassenkameraden und Erziehungsberechtigten und/oder andern Lehrkräften, Schulleiter etc. argumentieren. Jeder Einzelne ist eine Klasse für sich! Patentrezepte gibt es nicht. Aushandlungsprozesse für jedes „verhaltenskreative“ Kind sind notwendig.

Das Schulgesetz gibt uns Ordnungsmaßnahmen zur Hand, die den rechtlichen Rahmen bestimmen. Der Wechsel der Schule, der Schulausschluss oder die Heimunterbringung sind die letzten Möglichkeiten, die wir ausschöpfen möchten.

Aus diesem Kontext mussten und müssen wir uns über das Verständnis von Verhalten, seinen Ursachen und dessen Wirkungen auseinandersetzen. „Verhaltensstörungen werden als relativ, reversibel, veränderbar, verlernbar angesehen, und vorgeschlagene Methoden der Förderung beziehen sich nur zum Teil auf Individuen, d.h., situative Aspekte werden umfassend einbezogen“ (HARTKE in BORCHERT 2000, S.454). Auf diese Definition konnten wir uns in den Konferenzen einigen. Sie gibt uns die Möglichkeit Verhalten als situationsabhängig zu sehen und es als veränderbar in unsere Lernprogramme

einzu beziehen. Wir planten gezielte Verhaltensbeobachtungen des Kindes, mit Einbeziehung der Wirkungen auf Klassenkameraden und Lehrkräfte und deren Antworten darauf. Nach deskriptiven und operationalisierten Settings bemühten wir uns um Ursachenfindung und Verständnis. Wir stellten fest, dass wir die Erziehungsberechtigten und die häuslichen Situationen mit einbeziehen mussten, dass wir in Wahrnehmungsfallen tappten, Vorurteile und Belastungsfaktoren in den Mittelpunkt setzten und dass die Gespräche oft unbefriedigend für Alle verliefen. Wir benötigten Hilfe von außen. In *Fortbildungsveranstaltungen* konnte unsere Elternarbeit verbessert werden. Nur ein Beispiel: G-R-O-W, eine Gesprächsführung nach SIR JOHN WITTMORE, wurde bei uns über das Institut „Lösungswerk - haus für systemisches arbeiten“ in Lübeck eingeführt. Indem wir Seiten- und Sichtwechsel z.B. im Rollenspiel vornahmen, wurden wir sensibilisiert für die Belange und Bedürfnisse von Eltern/Erziehungsberechtigten/Schülern. Wir konnten uns neu positionieren und unsere Ziele oder Anliegen konkret benennen. Diese Gespräche werden fortlaufend geübt, bewertet und evaluiert und unsere Lernprozesse sind noch lange nicht beendet.

Das Möllner Modell

Dieses Modell ist ein Beispiel für interdisziplinäre Zusammenarbeit. Pädagogische und therapeutische Vorgehensweisen werden verknüpft und in den Alltag des Kindes in seiner häuslichen Umgebung und in den Schulalltag einbezogen. Alle Lebenswelten des auffälligen Kindes sollen erfasst werden. SonderpädagogInnen der Schule Steinfeld und der Kinder- und Jugendpsychiater Dr. ROOSEN-RUNGE bilden den Kern dieses Netzwerkes. Dr. ROOSEN-RUNGE ist der ansässige Kinder- und Jugendpsychiater am Ort. Seit 1996 betreibt er seine Praxis und initiierte die Kooperation mit unserer Schule.

Regelmäßig finden nun einmal wöchentlich Gesprächsforen in der Schule Steinfeld statt. Zeit und Raum sind festgelegt, die Teilnehmer wechseln, je nach Anforderungsmerkmalen. Damit diese Gesprächsrunden stattfinden können, müssen Datenschutz/Sozialdatenschutz eingehalten und respektiert werden. Ziel dieser Gespräche ist Intervision und Supervision, Austausch über die unterschiedlichen Sichtweisen über einen Schüler und Vereinbarungen über eine gemeinsame Vorgehensweise, die die Veränderung des Schülers anstrebt. Durch die Vernetzung, die Kooperation und die Koordination der Verhaltensstrategien erfährt das Kind/ der Jugendliche eine nahezu einheitliche Antwort auf seine Aktionen.

Die Gesprächspartner bringen ihre lerntheoretische oder tiefenpsychologische Kompetenz und/oder die Lebenswirklichkeit des Kindes ein. Die unterschiedlichen Sichtweisen ergänzen sich zu einem fast umfassenden Bild der Gesamtpersönlichkeit des Schülers. Durch den gemeinsamen Aushandlungsprozess werden die individuellen Regeln und die Antworten/Sanktionen auf die Verstöße eindeutig realisiert. Mit dem Kind/Jugendlichen werden alle Regeln durchsichtig besprochen oder visualisiert oder akustisch begleitet, je nach Auffassungsvermögen des Betroffenen.

Eine Schlüsselfigur für das verhaltensauffällige Kind mit geistiger Behinderung ist der Kinder- und Jugendpsychiater. Meist ist die Therapiesitzung die einzige und erste Situation, in der sich das Kind im Mittelpunkt mit einer „neutralen“ Person erfährt. Die Anliegen oder die Bedürfnisse werden wichtig und ernst genommen. Dr. ROOSEN-RUNGE wird oft zum Fürsprecher des Kindes in seinem Familien- oder Schulsystem. Die Intensität dieser Einzelgespräche, die Methoden und Verfahren die zur Anwendung kommen, stützen und fördern die Selbstbewusstheit und die Selbstbestimmung des Kindes. Dr. ROOSEN-RUNGE setzt spieltherapeutische und psychodramatische Methoden ein, tiefenpsychologische und kreativ-imaginative Verfahren wendet er an. Für uns als Lehrkräfte bedeuten die Foren mit ihm, dass wir einen Berater und Unterstützer für unsere internen Problemfelder haben, dass wir - wenn nötig - anonym über Schülerverhalten berichten können und wertvolle Ratschläge erhalten. So verfahren wir z.B. auch im Sinne der „Positiven Verhaltensunterstützung“ (vgl. WESTLING/THEUNISSEN 2006, S.296 ff). Positive Imagination, Spiegelungsverfahren und einige Handlungsmöglichkeiten mehr lernten und lernen wir in Bezug auf unsere Schülerproblematik kennen. Kompetenzen von Lehrkräften, SchülerInnen und Eltern werden gestärkt und die Beteiligten fühlen sich wertgeschätzt und anerkannt.

Möglichkeiten und Grenzen in der Schulgemeinschaft

Jede Schule hat die Chance, unter vielfältigen Modellen, Methoden und Konzepten zur Gewaltprävention, zur Gewaltvermeidung, zum Streitschlichten etc., auszuwählen. Verhaltenstherapien und –modifikationen ergänzen die Auswahl. Innerhalb unserer Institution Schule nutzen wir die Möglichkeiten zu Förderung der Sozialgemeinschaft und zur positiven Bewertung unserer gemeinsamen Lernarbeit. Dies fängt mit der gemeinsam erarbeiteten *Hausordnung* an (Eltern, Mitarbeiterkreis, Schülerschaft) und hört bei individuellen Schülerregeln auf. Alle in diesem Haus Tätigen kennen so den gesetzten Rahmen.

Das erwünschte Verhalten ist deutlich und Verstöße dagegen werden registriert, bewertet und entsprechend Absprache sanktioniert.

Die Wertigkeit und Bedeutsamkeit unserer Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen wird zunächst durch die Mitarbeit der Schülerschaft und die Einbeziehung in die Gestaltung von Festen und Feiern, beim Mittagessen, bei der Auswahl von Projekten und Vorhaben, bei der Pausenaufsicht, bei Pflege von Haus und Hof usw. manifestiert. Diese Aufgaben werden in den Schülerforen Schülervollversammlung, Klassensprecherrat wahrgenommen. Genauso wie die Gesprächsrunden mit Dr. ROOSEN-RUNGE finden diese Treffen regelmäßig einmal wöchentlich statt. Räume, Beginn- und Endrituale sind bekannt. Diese *Demokratisierungsprozesse* bedeuten für unsere Kinder und Jugendliche, dass sie ihre Schule mitgestalten und planen können und, dass sie Verantwortung übernehmen müssen.

Die Wertigkeit der Schule wird ebenso durch eine positive Außendarstellung gesteigert. Als Beispiele dienen unser professioneller *Zirkus Steinetti*, unser *Theater Integrale* (gemeinsame Projekte des Marion-Dönhoff-Gymnasiums in Mölln mit den „Steinis“), unsere Partnerschule in *Oświęcim* (Auschwitz, Polen) und viele Vorhaben

mehr. Unsere Bildungsinhalte werden durch aktuelle Themenfelder und bedeutsame Zeitgenossen ergänzt. Englisch wird gelehrt, genauso die historische Aufarbeitung unserer Geschichte im 2. Weltkrieg. Unterstützte Kommunikationsmittel dienen unserer nichtsprechenden Schülerschaft sich bemerkbar zu machen und Wünsche zu äußern.

Musik ist ein besonderer Schwerpunkt in unserer Schule, da sie ohne Sprache verständlich ist, alle Lebenslagen ausdrücken kann und Hilfestellung bietet zur Entspannung und Beruhigung unserer intensivbehinderten Kinder und Jugendliche, falls z.B. auch wieder ein Krankenhausaufenthalt nötig wird. MOZART - seine Zeit und seine Werke, stehen dieses Jahr im Mittelpunkt des Unterrichts. Die Ober- und Werkstufenschülerinnen und -schüler besuchten die Staatsoper „Zauberflöte“. Ein Kontraltanz und ein Menuett mit historischen Kostümen wurden gemeinsam mit den Schülerinnen und Schülern des ortansässigen Gymnasiums eingeübt und aufgeführt. Unter dem Thema „Mozartissimo“ gestalteten wir gemeinsam mit der Schülerschaft unsere Einweihungsfeier für den erweiterten Speisesaal.

Auf der Suche nach neuen Wegen sind wir kontinuierlich bemüht, das Menschenbild unserer Kinder und Jugendlichen von „dumm, wertlos, kostenintensiv“ zu talentiert, wertvoll und lebenswürdig zu drehen. Alle Möglichkeiten, die wir in Kunst, Musik, Sport, Wellness etc. sehen, versuchen wir auszunützen. Entspannungstechniken aus Yoga, Meditation oder weiteren Elementen lassen wir einfließen. Jede Lehrkraft bringt ihre Stärken ein, um die verhaltensauffälligen Kinder und Jugendlichen in unsere Gemeinschaft einzubinden.

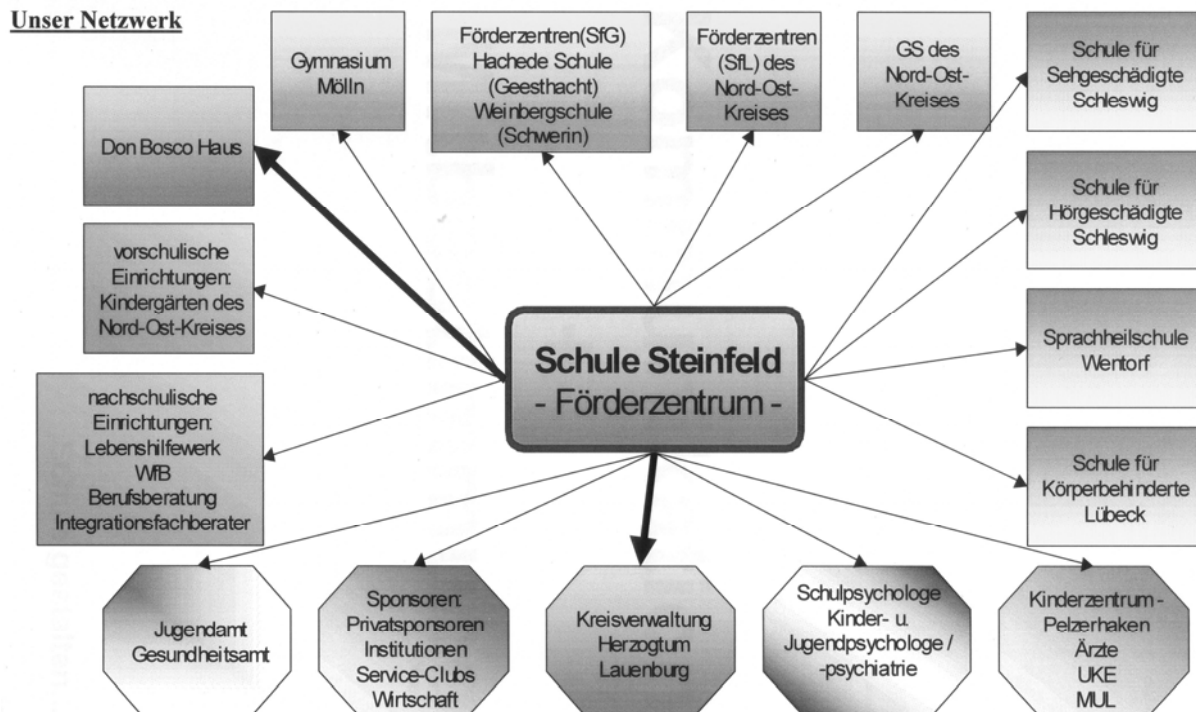
In unserer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung mussten wir feststellen, dass wir selbst, nämlich die Erwachsenen, uns gravierend ändern müssen, von einer Zwangsgemeinschaft, die miteinander arbeiten muss, zu einer verständnisbereiteren und gegenseitig sich akzeptierenden Arbeitsgruppe. Jeder soll in seinen Stärken und Schwächen wertgeschätzt werden, nur so ist die Vorbildwirkung für die Schülerinnen und Schüler gegeben. Dieser Aneignungsweg ist schwierig und manchmal sogar nicht zu bewältigen. Unser plakatives Motto „seid nett zueinander“ ist fast täglich zu schwer für uns Erwachsene.

Die Grenzen unserer Bemühungen erfahren wir in den Belastungsfaktoren, denen wir ausgesetzt sind und dem damit verbundenen Erfolgserwartungsdruck, der auf uns lastet. Die Zumutungen der täglichen Arbeit nämlich das Aushalten der schwierigen Verhaltensweisen und das kontinuierliche konsequente Reagieren lassen uns erschöpfen. Es erscheint deshalb auch nötig eine Verwöhnkultur einzurichten, damit wir uns ein bisschen wohlfühlen können.

Von Seiten der Eltern oder Erziehungsberechtigten und deren Mitarbeitsbereitschaft werden die Grenzen deutlich, meist in den mangelnden Mitarbeitsmöglichkeiten aus den unterschiedlichsten Gründen. Der verhaltensauffällige Schüler zwingt uns aber, Grenzen zu setzen, so muss selbstverständlich fremdgefährdendes Verhalten zu Maßnahmen oder Sanktionen führen. Manifestiertes und schwer dissoziales oder delinquentes Verhalten machen notfalls Schulwechsel, Beurlaubungen, Schulausschluss möglich und nötig. Die Vernetzung von Elternhaus, Jugendamt, Kinder- und Jugendpsychiater mit

Lehrkräften ist häufig die einzige Chance, die der Schüler noch hat, um nicht fremd untergebracht zu werden (vgl. Abb.2).

Abb.2: Netzwerk der Schule Steinfeld



12

Resümee

Unsere Schulmitglieder sind auf dem Weg zu einer Schulgemeinschaft. Durch das Lernen in extremen Situationen (von der Pflegeförderung bei Kindern und Jugendlichen mit intensivem Assistenzbedarf - bis zum Intervenieren bei fremd- und selbstgefährdenden Verhaltensweisen), haben wir erfahren, dass wir allein hinter verschlossenen Klassenzimmertüren nicht weiterkommen. Wir werden hilf- und machtlos. Wir mussten uns ändern, wir mussten unseren Unterricht, unsere Kompetenzen in Frage stellen. An unsere sozialen und emotionalen Qualitäten werden hohe Ansprüche gestellt.

Wir mussten lernen als Kollegium/Mitarbeiterkreis aufeinander zuzugehen und uns in unseren Stärken und Schwächen zu akzeptieren. Vorurteile abzubauen, Wahrnehmungsfallen zu vermeiden, gehörten und gehören zum immerwährenden Lernprozess. Erst dann ist es möglich, gemeinsame Absprachen zu treffen. Die Probleme mit dem verhaltensauffälligen Schüler konnten als Fallbesprechungen offen in Lehrerkonferenzen geschildert werden und die unterschiedlichen Zugangsweisen im Umgang und Erklärungsmodell mit den Schülern konnten genutzt werden.

Mit Dr. ROOSEN-RUNGE und der Vernetzung von Elternhaus, Jugendamt, Sozialamt, Therapeuten und Lehrkräfte entstand ein funktionsfähiges interdisziplinäres Modell. Die prozesshaften Veränderungen laufen weiter und Eltern, Lehrkräfte, Mitarbeiter sind zum Wohle des Kindes einander näher gerückt

und auf dem Wege zu einem besseren Verständnis füreinander. Der Stellenwert und die Wertigkeit unserer Schülerinnen und Schüler sind uns wichtig und wesentlich. Wir stützen und unterstützen sie in ihren Möglichkeiten und Kompetenzen. Sie sind die Hauptpersonen in unserem Schulsystem und sie formen Schule und deren Rahmenbedingungen mit. In den Demokratisierungsprozessen, die in den Schülerforen stattfinden, beteiligen sie sich an der Ausgestaltung von Räumen, Festen und Feiern. Sie werden ernst genommen in ihren Wünschen, Anliegen, Sorgen und in ihrer Wut. Die Feinheit, die Sensibilität und die Qualität der Beziehungs- und Begegnungsarbeit untereinander bilden den Unterschied zu weiteren Systemen.

Durch die Öffnung unserer Schule nach außen mit den gemeinsamen Projekten am Ort wollen wir die Einstellung und die Vorurteile unserer Schulart und unserer Schülerschaft gegenüber abbauen.

Literatur

- HARTKE, B.(2000): Verhaltensstörungen. In: BORCHERT, J.: Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie. Göttingen, 453-460
- JUNGSMANN, J., ROOSEN-RUNGE, G.(2004).Integrative Organisationsstrukturen zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Aachen, 156-160
- WESTLING, D. THEUNISSEN, G.(2006): Positive Verhaltensunterstützung - Positive Behavior Support. Geistige Behinderung 4 (2006), 296-308

Entstehungsbedingungen und Prävention psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung aus Sicht der Erwachsenenpsychiatrie

Christian Schanze

Einleitung

Die psychiatrische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Auffälligkeiten ist in Deutschland erst seit kürzerer Zeit in das Blickfeld des Interesses der Behindertenhilfe getreten. Nach der Psychiatrie-Enquete 1975 vollzog sich zunächst, als notwendige Gegenbewegung zur katastrophalen Versorgungssituation geistig behinderter Menschen in den Langzeitbereichen der psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten, eine Abwendung von der Psychiatrie und ihren Krankheitsmodellen. Psychischen Auffälligkeiten wurden umfeldbezogen, interaktional betrachtet, erklärt und durch psychologische und pädagogische Verfahren therapeutisch bzw. verhaltensmodifizierend angegangen. Erst allmählich setzte sich in den Behinderteneinrichtungen die Erkenntnis durch, dass Menschen mit geistiger Behinderung genauso an psychiatrischen Störungen erkranken können, wie dies bei der nicht-geistig behinderten Bevölkerung der Fall ist. Eine rein pädagogische Sichtweise stellte sich als verkürzter Ansatz heraus und die Behindertenhilfe wandte sich Unterstützung suchend wieder der Psychiatrie zu. Diese war auf die unerwartete Rückbesinnung jedoch inhaltlich wie strukturell in Deutschland kaum vorbereitet, hatten viele Psychiater doch gehofft dieses für sie so beschämende Kapitel der geistig behinderten Menschen in der Psychiatrie einfach abhaken und vergessen zu können. Zwar hatten sich in den 80ziger und 90ziger Jahren des letzten Jahrhunderts an einigen psychiatrischen Kliniken Spezialbereiche für Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt, aber für die Behindertenhilfe war eine fachkompetente Betreuung nicht annähernd Bedarfs deckend zu erhalten. (SCHANZE, 2007)

Die in den letzten Jahren erfolgte Widerannäherung von Pädagogik, Psychologie und Psychiatrie ist immer noch mit einigen Berührungsängsten verbunden. So sind die beteiligten Fachbereiche leider noch viel zu häufig mit gegenseitigen Abgrenzungskämpfen beschäftigt an deren Front sich erneut Ideologien kristallisieren. („Pädagogisches den Pädagogen, Medizinisch-Psychiatrisches den Ärzten! Aber nur ja keine gegenseitige Einmischung!“)

Doch Multiprofessionalität ohne dialogisches Miteinander verpufft in hierarchischem Gezänke und das Verstehen psychischer Auffälligkeiten bei Menschen mit Intelligenzminderung bleibt perspektivisch auf die jeweilige professionelle Sichtweise begrenzt! So bleibt bislang das wichtige Thema der *Prävention* psychischer Auffälligkeiten und psychiatrischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung im fachlichen Diskurs völlig unberücksichtigt. Dieses Thema setzt eine wirklich dialogische, gleichberechtigte Auseinandersetzung der

verschiedenen, an der Betreuung dieser Personengruppe beteiligten Fachrichtungen und der Angehörigen voraus. Dieser Vortrag soll ein Versuch sein erste Schritte in diese Richtung zu gehen.

Prävention

Der Begriff der Prävention hat in den letzten Jahren eine zunehmende Spezifizierung durchlaufen. So unterscheidet man heute folgende drei Arten:

- Primäre Prävention ⇒ Vorbeugen gegenüber des erstmaligen Auftretens einer Erkrankung oder Störung (Prophylaxe)
- Sekundäre Prävention ⇒ Früherkennung einer beginnenden Erkrankung oder Störung (Krisenintervention)
- Tertiäre Prävention ⇒ Maßnahmen zum Schutz vor einem Rückfall (Rückfallprophylaxe)

Auch von Seiten des Gesetzgebers wird das Thema der Prävention (Vorbeugung, Früherkennung, Nachsorge) inzwischen in seiner Bedeutung gewürdigt. So haben Bund und Länder bereits im Jahr 2004 gemeinsam Eckpunkte für ein Präventionsgesetz formuliert (BUNDESMINISTERIUM F. GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG 2005), das vermutlich nach Abschluss der Gesundheitsreform dem Bundestag 2007 zur Verabschiedung vorgelegt werden wird. In dem Gesetz sollen die Krankenkassen, die gesetzlichen Rentenversicherungsträger, die gesetzlichen Unfallversicherungen und die sozialen Pflegeversicherungen zur Finanzierung der Prävention verpflichtet werden. Es wurde an ein gemeinsam zu erbringendes Finanzvolumen von ca. 250 Millionen Euro gedacht.

Ziel aus Sicht der Behindertenarbeit muss es sein die Folgen einer bestehenden kognitiven und adaptiven Beeinträchtigung zu minimieren und somit die Behinderung an sich zu reduzieren. Hierbei müssten einerseits neben einer Optimierung der Frühförderung (z.B. Verbesserung der alltagspraktischen Umsetzung von heilpädagogischen Förderansätzen durch eine bessere Einbeziehung der Familien in die Förderprogramme) erfolgen, andererseits geeignete Screeningverfahren (Suchtests) entwickelt werden, die v.a. spezifische Ressourcen, aber auch besondere Risiken (z.B. Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Störungen) bei dieser Personengruppe frühzeitig erkennen helfen. Nur so sind die oft erheblichen sozialen Auswirkungen v.a. bei der Klientel der lernbehinderten Menschen gering zu halten und dadurch die soziale Integrationsfähigkeit im Erwachsenenalter zu optimieren.

Da in vielerlei Hinsicht körperliche und seelische Gesundheit von Menschen mit geistiger oder Lernbehinderung bislang noch unzureichend ins Bewusstsein der Gesellschaft und Politik gelangt ist müssen auf diesem Sektor von den Behindertenverbänden große Anstrengungen unternommen werden. Es ist erforderliche Kriterien und Ziele von Prävention (primär, sekundär und tertiär) für diese Personengruppe klar zu formulieren. Nur so wird es möglich sein ein öffentliches Verständnis dafür zu erlangen, dass Behinderung auch eine klare soziale Komponente hat und dass durch den frühzeitigen Erwerb von Kompetenz

und Bewältigungsstrategien (Coping) die Auswirkungen der kognitiven Beeinträchtigungen und das Risiko von psychischen Störungen reduziert werden können. Der Entwurf des Präventionsgesetzes ist als PDF-Datei unter folgender Website downloadbar: www.bundesaerztekammer.de/30/praevention/40Gesetz/1920PraevG.pdf).

Prävalenz psychischer Störungen

Die WHO stellt im Kapitel F 7 Intelligenzminderung fest, dass geistig behinderte Menschen ein 3-4-mal erhöhtes Risiko haben an einer psychischen Störung zu leiden als die "Normalbevölkerung". Betrachtet man jedoch die dieser Feststellung zugrunde liegenden epidemiologischen Daten so fällt eine erhebliche Spannweite der Ergebnisse auf (siehe Tab.3). Diese ist auf verschiedene Ursachen zurückzuführen und dokumentiert ein international bestehendes Forschungsdefizit bezüglich der Personengruppe geistig behinderter Menschen. So besteht in der ermittelten Häufigkeit psychischer Störungen z.B. ein erheblicher Unterschied zwischen den Menschen mit geistiger Behinderung, die in großen Heimeinrichtungen oder gar in den psychiatrischen Langzeitbereichen gelebt haben, und denen, die ein Leben außerhalb von Institutionen haben führen können.

Außerdem existiert bei verschiedenen Untersuchungen, die sich mit der allgemeinen Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung beschäftigen, keine Einigkeit darüber, ob die bei dieser Personengruppe häufig auftretenden Verhaltensauffälligkeiten, Persönlichkeitsstörungen, Hyperaktivität, demenzielle Erkrankungen oder das Pica-Syndrom als psychische Erkrankungen im engeren Sinn zu interpretieren sind. (DEB et al., 2001).

Auf den ersten Blick erscheint eine solche exkludierende Überlegung abwegig. Berücksichtigt man aber z.B. die Tatsache, dass gerade bei schwerer geistig behinderten Menschen Verhaltensstörungen oft die im Vordergrund stehende Ausdrucksform von harmlosen, aber subjektiv sehr beeinträchtigenden somatischen Erkrankungen (Kopfschmerzen, Menstruationsbeschwerden, Sodbrennen, Verstopfung etc.) darstellen können, so erhält diese Sichtweise zumindest teilweise Relevanz. Es wäre unsinnig solche Verhaltensauffälligkeiten als psychische Erkrankung zu werten.

Häufig tauchen darüber hinaus bestimmte Verhaltensauffälligkeiten, die nicht auf eine psychiatrische Störung im engeren Sinn zurückzuführen sind, nicht akut auf, sondern bestehen von früher Kindheit an. In diesem Fall persistieren die Verhaltensweisen z.T. bis ins hohe Erwachsenenalter (DEKKER & KOOT, 2003) und es ist auch hier fraglich, ob man eigentlich von einer psychischen Störung sprechen sollte.

Weiterhin wird die große Spannweite der epidemiologischen Daten auch dadurch mit verursacht, dass bislang nur sehr uneinheitlich standardisierte Erhebungsinstrumente für psychische Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung (z.B. DASH II, PAS-ADD) zum Einsatz kommen bzw. bei früheren Erhebungen überhaupt existiert haben. Aber auch mit solchen Einschätzungsinstrumenten bestehen weiterhin Zweifel darüber, ob auf Grund des

doch erheblich variierenden Profils individueller Fähigkeiten und der sehr unterschiedlich entwickelten aktiven und passiven Sprachkompetenz überhaupt eine valide Aussage über das Bestehen psychischer Störungen bei Menschen mit schwererer Intelligenzminderung zu treffen ist.

Während Psychiater sehr stark zur syndromatischen Klassifizierung neigen, wird in pädagogisch-psychologischen Fachkreisen auch die Meinung vertreten, dass man sich den psychischen Auffälligkeiten von geistig behinderten Menschen allein auf der deskriptiven Verhaltensebene diagnostisch annähern sollte.

Berücksichtigt man auch alle einschränkenden Aspekte in der Frage der Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung und zieht zur Betrachtung immer die niedrigsten Prävalenzraten für die jeweiligen psychischen Störungsbilder heran, so ergibt sich insgesamt gesehen trotzdem eine deutlich erhöhte Häufigkeit psychischer Störungen bei dieser speziellen Personengruppe im Vergleich zur „Normalbevölkerung“:

40 – 60% zeigen auffälliges Verhalten

20 – 40% zeigen deutliche Verhaltensstörungen

10 – 17% leiden an einer psychiatrischen Störung

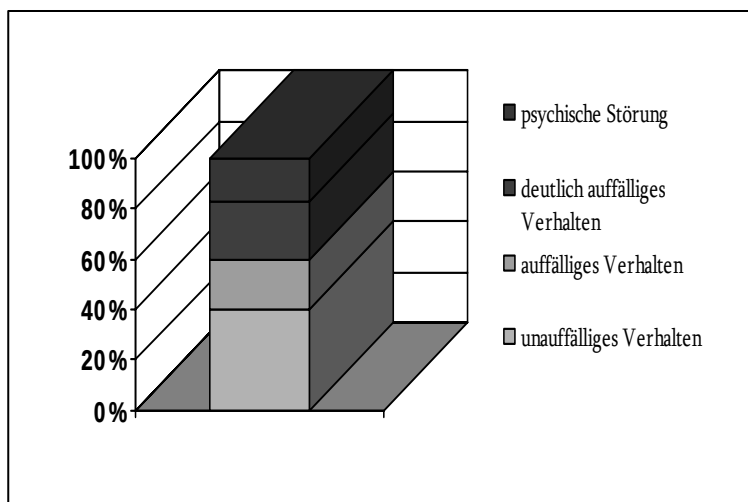


Abb. 1: Häufigkeit auffälligen Verhaltens und psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung

Vulnerabilitätskonzept

Wie kann nun diese deutlich erhöhte Prävalenzrate bei Menschen mit Intelligenzminderung erklärt werden? Die scheinbare Disposition darf dabei nicht allein, wie dies früher im Konzept der „Propfschizophrenie“ propagiert wurde, aus der ZNS-Schädigung, die einer geistigen Behinderung meist zugrunde liegt erklärt werden. Vielmehr müssen auch psychosozialen Aspekte und die individuellen Ressourcen und Defizite der jeweiligen Personen Berücksichtigung finden. Ein solches Erklärungsmodell stellt das heutige Vulnerabilitätskonzept dar.

Der von den amerikanischen Psychologen ZUBIN und SPRING Ende der siebziger Jahre (ZUBIN & SPRING, 1977) in der Psychiatrie reaktualisierte Begriff der Vulnerabilität (Verletzbarkeit) wurde von vielen Fachleuten aufgegriffen um die multifaktorielle Genese der Schizophrenie zu erläutern (CIOMPI, L. 1998).

Ursprünglich basiert das Konzept auf der Erforschung der psychophysiologischen Grundlagen des Schmerzes von Sternbach. (STERNBACH, 1966) Aus seinen Erkenntnissen wurde das Diathese-Stress-Modell (Diathese=Anfälligkeit) entwickelt, das mit dem Begriff der Vulnerabilität seine Erweiterung für die Psychologie und Psychiatrie erfuhr. In den vergangenen Jahren wurde das Konzept von verschiedenen deutschsprachigen Autoren auch zur Erklärung der erhöhten Prävalenzen psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung herangezogen (u.a. LINGG & THEUNISSEN 1997; SCHANZE, 2003; 2007). Dieses Erklärungsmodell ist deshalb so geeignet, da in ihm sowohl organische, wie auch psychosoziale Bedingungsfaktoren berücksichtigt werden.

Aus der Abb. 2 wird dargestellt, dass die Entwicklung jedes Menschen sich vor dem Hintergrund des soziokulturellen Kontextes jeder Gesellschaft vollzieht. So hängt die Bandbreite unserer Entwicklungschancen in hohem Maße auch davon ab, welche Wertevorstellungen in einer Gesellschaft existieren und welche sozialen Ressourcen oder Systeme der Gesundheitsfürsorge für das jeweilige Individuum zugänglich sind. Neben diesen soziokulturellen Einflussfaktoren spielt für unsere Entwicklung sowohl unsere jeweilige genetisch-biologische „Ausstattung“, wie auch die psychosozialen Aspekte, die von Geburt an auf uns wirken eine besondere Rolle.

Vulnerabilitätskonzept

Auf der Basis des jeweiligen soziokulturellen Kontextes mit spezifischen:

- sozialen Ressourcen
- Wertesystemen
- medizinisch-pädagogischen Versorgungsstrukturen

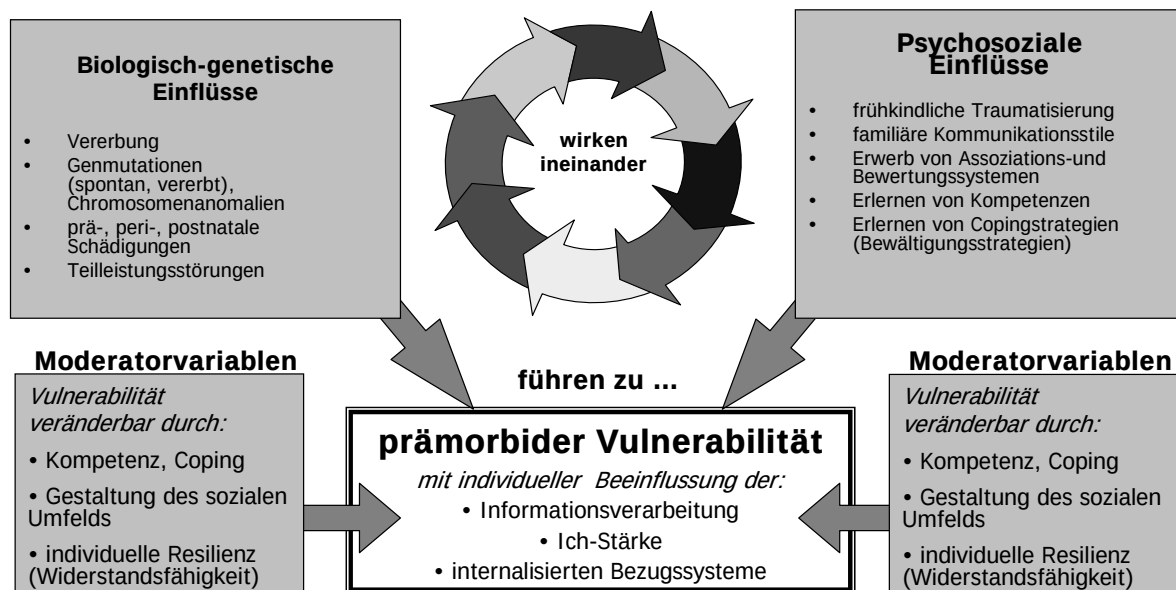


Abb. 2

Beide Aspekte wirken gleichermaßen, aber können in ihrer Ausprägung unterschiedlich akzentuiert sein. Sie beeinflussen sich darüber hinaus gegenseitig und wirken damit zirkulär ineinander.

Beispiel für einen zirkulären Bedingungs Zusammenhang:

Es ist leicht nachvollziehbar, dass die Geburt eines Kindes mit einer wie auch immer gearteten, organisch verursachten Behinderung sich auf die psychosoziale Struktur einer Familie auswirken wird. Dies kann dann dazu führen, dass sich der Erziehungsstil z.B. in Richtung Überbehütung ändert. Ein überbehütetes Kind kann aber auf dem motorischen Bereich nur schwer „ungestört“ Erfahrungen machen und so seine zentral-motorische Koordination zu einem differenzierten neuronalen Bewegungsnetzwerk ausdifferenzieren. So finden die Einflüsse des psychosozialen Umfelds wiederum auf einer organischen Ebene ihren Niederschlag. Diese sich gegenseitig beeinflussenden Prozesse von Körper und Psyche werden in den letzten Jahren auch von der neurobiologischen Forschung bestätigt. So wird dort immer deutlicher, dass die Wirkung psychosozialer Faktoren sich unmittelbar auf die Struktur neuronaler Netzwerke auswirken. (siehe hierzu SPITZER, 2000a; 200b)

Individuelle, prämorbid Vulnerabilität

Die individuelle Vulnerabilität von Menschen mit Intelligenzminderung ist nicht, wie oft allgemein angenommen wird, allein durch die bekannten genetisch-biologischen Einflussfaktoren erhöht. Vielmehr sind behinderten Menschen in ihrem Lebensumfeld außerordentlichen psychosozialen Belastungsfaktoren ausgesetzt, die die Verletzbarkeit noch zusätzlich steigern (z.B. frühe Traumatisierung durch lange Krankenhausaufenthalte, Vernachlässigung, psychischen und sexuellen Missbrauch, Unterforderung, Überforderung, soziale Ausgrenzung, Isolation, Überbehütung, Bevormundung). Das biopsychosoziale Modell der Vulnerabilität fasst integrativ diese außerordentlichen Belastungen von geistig behinderten Menschen zusammen. Je höher also die prämorbid Vulnerabilität ist, d.h. je ausgeprägter biologische und psychosoziale Belastungsfaktoren negativ wirksam wurden, desto leichter kann es geschehen, dass der jeweilige Mensch in seinem Leben durch Stress an seine persönliche Vulnerabilitätsschwelle gelangt und psychisch dekompenziert oder krank wird. Die prämorbid Verletzbarkeit stellt aber keine unveränderbare Größe dar. So können verschiedene Einflussfaktoren die individuelle Vulnerabilität während des ganzen Lebens positiv beeinflussen. ZUBIN & SPRING nannten diese Faktoren „Moderatorvariablen“. Zu ihnen zählen:

- Die Gestaltung des sozialen Milieus,
- der Erwerb individueller Kompetenzen und
- das Erlernen von Bewältigungsstrategien (Coping).

Als ergänzender Aspekt zur Vulnerabilität ist die persönliche Widerstandsfähigkeit jedes Menschen, die sogenannte Resilienz, zu nennen. Sie kann quasi als Gegenspieler der Vulnerabilität bezeichnet werden. (WUSTMANN, 2004) Das

Resilienz-Konzept versucht zu erklären, wie es kommen kann, dass bei verschiedenen Menschen, die ähnliche, biologische Voraussetzungen haben und vergleichbaren psychosozialen Belastungen ausgesetzt waren, der eine psychisch krank wird, während der andere aber gesund bleibt. Das Ausmaß der Widerstandsfähigkeit hängt hierbei von verschiedenen Faktoren, wie Persönlichkeitsmerkmalen (Temperament, Problemlösungsfähigkeit, Interesse), unterstützendem sozialen Umfeld und positiver Elternbeziehung ab. Aber auch die Intelligenz korreliert positiv mit dem Ausmaß der individuellen Resilienz. (PETERMANN et al., 1998) Das heißt, dass Menschen mit Intelligenzminderung auch geringere Chancen besitzen Widerstandsfähigkeit gegenüber psychischen Stressoren in ihrem Leben entwickeln zu können, als dies bei normalintelligenten Kindern und Jugendlichen der Fall ist. Andererseits wird auch ebenso deutlich, dass v.a. die positive, unterstützende Haltung der Eltern bzw. des sozialen Umfelds für die psychische Gesundheit des behinderten Kindes bzw. der behinderten Menschen allgemein von größter Wichtigkeit ist.

Stress, Vulnerabilität und Prävention

Aus den obigen Erläuterungen ergibt sich unter dem Gesichtspunkt der Prävention, dass es das Ziel sein muss die prämorbid Vulnerabilität einerseits in der Phase des Kindes- und Jugendalters so niedrig wie möglich zu halten, andererseits vorhandene Vulnerabilität durch geeignete Maßnahmen zu reduzieren. Hierzu wurden die Moderatorvariablen Kompetenz, Coping und die Gestaltung des sozialen Milieus als geeignete Mittel charakterisiert. Unspezifischer Stress kann während des Lebens nicht immer vermieden werden und so gibt es keine wirkliche Alternative dazu Menschen mit geistiger Behinderung ihr Leben lang in ihrer Wahrnehmungs-, Ausdrucks- und Konfliktlösungskompetenz zu fördern und alltagstaugliche Bewältigungsstrategien einzuüben. Diese Bestärkung des Individuums findet heutzutage im Begriff des Empowerments seinen adäquaten Ausdruck. (siehe THEUNISSEN, 2002)

Lebensphasen mit erhöhter Vulnerabilität (primäre Prävention)

Wie man inzwischen aus der Entwicklungspsychologie einerseits und aus ihrer Anwendung auf Menschen mit Geistiger- oder Lernbehinderung weiß, gibt es Lebensphasen des Menschen in denen, biologisch und sozial bedingt, eine erhöhte psychische Anfälligkeit (Vulnerabilität) besteht. Diese Lebensabschnitte sind für diese Personengruppe insofern mit einem noch höheren Risiko verbunden, da Menschen mit Geistiger- oder Lernbehinderung weniger individuelle und soziale Kompensationsmöglichkeiten und Ressourcen zur Verfügung stehen. Stress- und Problembewältigung ist für sie nur eingeschränkt möglich und in hohem Maße von einem aufmerksamen, unterstützenden und ermutigenden sozialen Umfeld abhängig. Folgende Lebensphasen erhöhen die Vulnerabilität:

- frühe soziale Entwicklungsphase; Interaktion und Kommunikation (Familie, Peergroup)

- Schulische Integration bzw. Ausgliederung (!)
- Pubertät (biologischer Prozess)
- Adoleszenz (individuelle Integration von kognitiven, sozialen, emotionalen und biologischen Möglichkeiten für die Person innerhalb der Gesellschaft)
- Familiäre Emanzipation (Abschied von der Familie; traumatisch oder gewollt und geplant?)
- Alter (Zunahme des körperlich behindert Seins; Klimakterium, Involution, Senium)

Geistig behinderte Menschen benötigen in diesen Lebensphasen besondere psychische und soziale Unterstützung. Anderenfalls entwickeln sich v.a. in den frühen Lebensphasen (a-d) Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Störungen, die einerseits die Entfaltung der Persönlichkeit bzw. der individuellen Ressourcen beeinträchtigen und andererseits die soziale Integrationsfähigkeit stark behindern können.

Individuelle Milieugestaltung (primäre und tertiäre Prävention)

Milieutherapie ist die Anpassung der materiellen und sozialen Umwelt an die veränderte Wahrnehmung, Empfindung und Kompetenzen. Dieser Aspekt ist im Grunde integraler Bestandteil der Behindertenhilfe. V.a. die heilpädagogische Milieugestaltung versucht eine Ausgewogenheit zwischen stimulativen und beruhigenden Reizen im Wohnbereich herzustellen. Auch der jahreszeitliche Bezug, der in der anthroposophischen Heilpädagogik zusätzlich einen hohen Stellenwert innehat ist für eine adäquate, d.h. fördernde Gestaltung des Wohnumfelds von Bedeutung.

Diese „besondernden“ Maßnahmen für Menschen mit geistiger Behinderung dominieren jedoch noch zu oft die Förderung von Eigenständigkeit und Selbstbewusstsein innerhalb von stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe. Dies gilt aber auch für das familiäre Umfeld, das häufig seine Schutzfunktion für das behinderte Familienmitglied betont und dadurch auch unwissentlich entmutigend wirkt. So werden die Kinder nicht ausreichend auf die gesellschaftlichen Anforderungen, die zukünftig auf sie zukommen werden vorbereitet. Auch hier kommt der Frühförderung in ihrer Kontaktpflege zu den Eltern eine wichtige Aufgabe zu, die Eltern in Richtung Empowerment der Kinder zu ermutigen. Nicht selten „klammern“ die Eltern in einer Grundhaltung der Überbehütung an ihren behinderten Kindern, was sich auch meist in der Gestaltung des Wohnumfelds widerspiegelt (so schlafen z.B. behinderte Kinder nicht selten bis ins Erwachsenenalter im Elternschlafzimmer!).

Früherkennung (sekundäre Prävention)

Prospektive Forschung geschieht innerhalb der Psychiatrie in der Regel durch die jeweiligen störungsspezifischen Netzwerke, die sich in Deutschland in den letzten

Jahren entwickelt haben. So werden z.B., vorangetrieben durch Klaus KLOSTERKÖTTER, für die Früherkennung von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis spezielle Screeningverfahren entwickelt, die bisher jedoch noch unzulänglich validiert sind:

- ERIRAOs (Checkliste, 110 Items, u.a. Nervosität, Depressivität, Selbstzweifel, Ängste, Energielosigkeit, Leistungseinbruch, sozialer Rückzug; Zusammenarbeit Köln und Mannheim)
- EPOS (europäische Multicenter-Studie unter Führung der UNI Köln und KLOSTERKÖTTER)

Die Anwendung für die Personengruppe der geistig behinderten Menschen scheint jedoch sehr unwahrscheinlich, da die häufigsten Prodromalsymptome unspezifisch sind und als kognitive Basissymptome bzw. neuropsychologische Wahrnehmungsbeeinträchtigungen (Teilleistungsstörungen) bei Menschen mit Geistiger- oder Lernbehinderung ohnehin vorhanden sind. Es bedarf hier sicherlich weiterer Überprüfungen, inwieweit bei dieser Personengruppe, diejenigen, bei denen stärkere neuropsychologische Wahrnehmungsstörungen bestehen dahingehend zu überprüfen, ob sie ein generell erhöhtes Psychoserisiko haben. Hierbei ist natürlich auch das Ausmaß der Behinderung mit zu berücksichtigen.

Die Früherkennung von psychischen Störungen allgemein bei Menschen mit Intelligenzminderung bedarf also von Seiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. der Heil- oder Sonderpädagogik einer weitergehenden spezifischen Betrachtung und natürlich einer empirischen Überprüfung der Ergebnisse.

Medikamente (tertiäre Prävention)

Häufig wird von Familienangehörigen, Betreuern und gelegentlich auch von den Patienten selbst die Frage gestellt, ob man die Medikamente (v.a. Psychopharmaka) nicht wieder absetzen könne? Die Beantwortung durch den Psychiater hängt natürlich v.a. von der gestellten Diagnose, die zu einer pharmakologischen Behandlung geführt hat, ab. Liegt ein psychiatrisches Störungsbild im engeren Sinn vor (Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis oder eine rezidivierende affektive Störung), so müssen die bislang auch für „nicht-behinderte“ Menschen geltenden Erkenntnisse zur Rezidivprophylaxe bei diesen Störungsbildern prognostisch herangezogen werden.

So haben für die Schizophrenie viele verschiedene Erhebungen eine deutliche rezidivprophylaktische Wirkung von Neuroleptika festgestellt. Das Risiko innerhalb eines Jahres an einem Rezidiv zu erkranken liegt bei den Patienten ohne neuroleptischer Langzeitbehandlung bei 70%. Bei denen mit Neuroleptikabehandlung bei 30% („Atypika“ 8% niedriger) (KISSLING, 1991; ROBINSON, 1999; GAEBEL, 2001; LEUCHT, 2003).

Bei rezidivierenden affektiven Störungen (unipolar und bipolar) gehört der Einsatz von Phasenprophylaktika (Lithium, Carbamazepin, Valproat, Lamotrigin u.a.) seit vielen Jahren zum Therapiestandard (KLEINDIENST et al. 2004; LANGE et al. 1989):

Rezidive innerhalb 1 Jahres bei unipolarer Depression:	Lithium	22%
	Placebo	65%
Rezidive innerhalb 1 Jahres bei bipolarer Störung:	Lithium	20%
	Placebo	65%

Trotz der natürlich immer durchzuführenden kritischen individuellen Überprüfung müssen diese Fakten sowohl den Patienten, wie natürlich auch im Besonderen den Eltern und pädagogischen Betreuern vermittelt werden. Da Angehörige und Mitarbeiter der Behindertenhilfe einer längerfristigen Neuroleptikabehandlung häufig mit großer Skepsis begegnen, ist die Vermittlung empirischer Daten, ihrer Quellen und der darauf basierenden Evidenz des eigenen therapeutischen Handelns sehr wichtig. Diese Informationen weiterzugeben ist wesentlicher Bestandteil der Psychoedukation bei Menschen mit Intelligenzminderung, die zwingend nicht nur die Familie, sondern auch das Betreuungsumfeld mit integrieren muss.

Entwicklung allgemeiner und störungsspezifischer Therapie- und Förderansätze (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention)

Nicht-pharmakologische therapeutische Verfahren für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen sind bislang noch ungenügend störungsspezifisch ausdifferenziert. So wurden zwar in einigen psychiatrischen Spezialbereichen in Deutschland Therapieverfahren wie z.B. die kognitiv-behaviouristische Therapie für schizophrene Patienten IPT (Integrierte Psychologisches Therapieprogramm; RÖDER, BRENNER, KIENZLE, 2002) oder die Dialektisch behaviorale Therapie (DBT) für Borderlinepatienten nach LINEHAN an die besonderen Bedürfnisse und Möglichkeiten von Menschen mit Intelligenzminderung adaptiert, aber die allgemeine Behandlungspraxis sieht für diese Personengruppe noch ganz anders aus (WEBER bzw. RAHN, TSCHUSCHNER). Hier ist die psychiatrische Behandlung vorwiegend auf die pharmakologische Behandlung begrenzt (meist auch hier wenig spezifisch, eher geprägt durch Polypharmazie) und pädagogische Konzepte werden entweder zu allgemein formuliert oder individuelle Förderprogramme berücksichtigen zu wenig störungsspezifische Erkenntnisse psychiatrischer Erkrankungen.

Es wäre jedoch wichtig im Sinne einer adäquaten akuten Behandlung (Sekundärprävention) und der Krankheitsrehabilitation bzw. Rückfallprophylaxe (Tertiärprävention) Therapiemaßnahmen nicht nach dem Gießkannenprinzip zur Anwendung zu bringen („Viel hilft viel!“), sondern neben der Berücksichtigung der individuellen Defizite und Ressourcen die speziellen Aspekte einer psychiatrischen Störung zu berücksichtigen. Nur so können spezifische Kompetenzen und Bewältigungsstrategien vermittelt und trainiert werden. Die individuelle Vulnerabilität und das Rückfallrisiko können dadurch entscheidend reduziert werden.

Dies gilt auch für den Bereich der Frühförderung. Hier steht bislang der heilpädagogisch orientierte Sinnes-Förderansatz im Vordergrund, während die

Vermittlung psychoprotektiver individueller Strategien (Primärprävention) (z.B. Wahrnehmung und Benennung von Gefühlen, familiäres Kommunikationstraining, Konfliktlösungstraining, Wut-Management, unterstützende Verfahren zur Schaffung einer besseren kognitiven Ordnung) noch nicht ausreichend vermittelt werden.

Psychoedukation (primäre, sekundäre und tertiäre Prävention)

Die Psychoedukation versteht sich als eine Unterstützung und Förderung der individuellen Krankheitsbewältigung durch emotionale Krankheitsverarbeitung und Mitarbeit (BÄUML & PITSCHEL-WALZ, 2003). Wie KANE & KANE (2003) feststellten liegt die Non-Compliance-Rate in der psychiatrischen Behandlung zwischen 20% und 89%. Das heißt, dass der Wille zur aktiven Mitarbeit der Patienten ein entscheidendes Problem in der Gestaltung der Behandlung darstellt. Durch das hohe Maß an Fremdbestimmung und Kontrolle im Leben von Menschen mit Intelligenzminderung ist dieses Problem weniger stark ausgeprägt bzw. verlagert sich stärker auf die Kooperationsbereitschaft der Angehörigen und/oder Mitarbeiter von Behinderteneinrichtungen. Psychoedukation erstreckt sich insofern immer auch auf die Angehörigen und auf die pädagogischen Betreuer des Wohn- und/oder Arbeitsbereichs. Neben der Integration in das Behandlungskonzept dieser Personen ist es besonders wichtig frühzeitig über das erhöhte Risiko von Menschen mit Intelligenzminderung für psychische Störungen zu informieren. Sowohl für die Familien, als auch für die professionellen Helfer sind hierfür besondere Fort- und Weiterbildungskonzepte zu erstellen. Dieser Bereich hat sich in den letzten 10 Jahren enorm entwickelt und der Kenntnisstand pädagogischer Berufsgruppen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe zum Thema psychischer Störungen hat sich enorm gebessert.

Dies lässt sich aus meiner Erfahrung besonders gut am Beispiel des Auftretens einer Demenz vom Alzheimer-Typ bei Menschen mit Down-Syndrom dokumentieren. Während noch vor knapp 10 Jahren in den Einrichtungen der Behindertenhilfe kaum Wissen zu diesem Themenbereich existierte und einem bei der Erwähnung dieses Komorbiditätsfaktums nur ungläubiges Kopfschütteln entgegengebracht wurde, werden heute immer mehr Menschen mit Down-Syndrom und Symptomen frühzeitig in unseren Spezialambulanzen zur Vorstellung gebracht, was auf ein hohes Maß an fachlichen Wissen und großer Wahrnehmungssensibilität hindeutet. Auch im Rahmen von Fortbildungsangeboten verschiedener Träger der Behindertenhilfe erfreuen sich gerade die psychiatrischen Themen großer Beliebtheit, was ebenfalls auf ein erhebliches Interesse und einen hohen Bedarf hinweist.

Bei der wichtigen und richtigen Konzentration auf Angehörige und professionelle Helfer auf diese Themen der Fortbildung werden bei der Psychoedukation bei geistig behinderten Menschen all zu oft die betroffenen Personen selbst vergessen. Dies geschieht zum einen sicherlich auf Grund der Schwierigkeiten die manchmal sehr komplexen Inhalte von Informationen zum Störungsbild und seiner

Behandlung den meist kognitiv eingeschränkten Patienten zu vermitteln. Andererseits erscheint es mir auch oft aus Gründen des Zeitmangels bzw. der Bequemlichkeit zu geschehen, da psychoedukative Maßnahmen bei dieser Klientel eine spezielle Adaption der Vermittlung und der inhaltlichen Strukturierung erforderlich machen. Außerdem gibt es zu diesem Themenbereich so gut wie keine Konzepte, an denen man sich im psychiatrischen Alltag orientieren könnte.

Eine rühmliche Ausnahme stellt das psychoedukative Programm PEPE dar, durch das geistig- und lernbehinderten Menschen mit Epilepsie über ihre chronische Erkrankung informiert werden können und ihnen dadurch der Umgang mit damit erleichtert werden soll. (siehe Abb. 3)

PEPE

Psycho-Edukatives Programm Epilepsie

Epilepsie beeinflusst, wie andere chronische Erkrankungen auch, den Lebensalltag auf lange Sicht. Deshalb muss der professionelle Umgang damit weitaus mehr umfassen als nur Diagnostik und die Verordnung von Therapien. Die Erkrankung erfordert es, dass die Betroffenen selbst einen maßgeblichen Anteil an ihrer Behandlung nehmen. Nur wenn es gelingt, die Betroffenen über die verschiedenen Aspekte der Krankheit zu informieren und zur Mitarbeit zu motivieren, können die alltäglichen Beeinträchtigungen durch die Epilepsie auf Dauer verringert werden. Um dieses zu erreichen, wurde in Bethel das audio-visuelle Patienten-Schulungsprogramm PEPE entwickelt. Hauptakteure darin sind die Zeichentrickfiguren Pepe und Pepa.

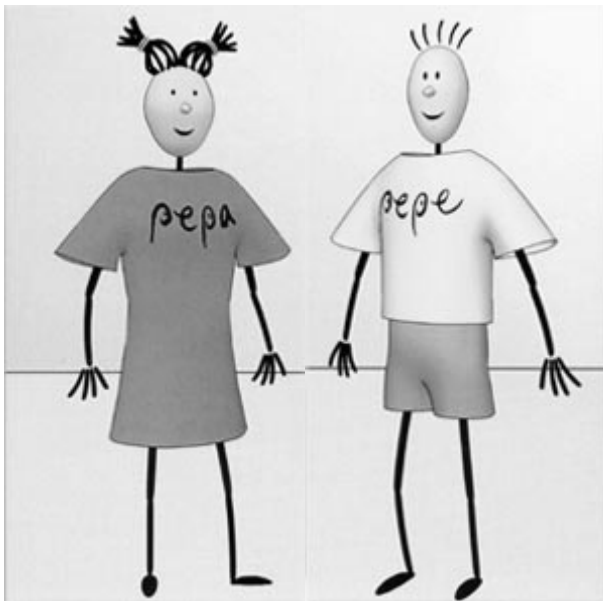


Abb.3

Für die Zukunft wird es notwendig sein gerade in der Psychoedukation erweiterte und an den kognitiven Möglichkeiten unserer speziellen Patientengruppe orientierte Programme zu erstellen. Auch unter dem Aspekt des Empowerment ist dies dringend erforderlich, denn nur durch die Vermittlung von Wissen, Kompetenz und Coping kann es für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen möglich werden ihre Erkrankung auch emotional zu verarbeiten und somit eine zusätzliche Behinderung ihrer sozialen Integrationsfähigkeit zu vermeiden.

Anforderungen an eine moderne, spezialisierte psychiatrische Versorgung

In diesem Zusammenhang müssen die psychiatrischen Spezialbereiche für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen ihr diagnostisches und therapeutisches Angebot intensiv auf das Gebiet der Prävention auszudehnen. Sie müssen sich insofern zu Zentren für seelische Gesundheit entwickeln und die Angebote müssen in Punkto Psychoedukation sowohl auf die Patienten bzw. Nutzer selbst, als auch auf Eltern, Angehörige und professionelle Helfer erweitert werden. Nur so werden die Zentren den zukünftigen Anforderungen im Rahmen der psychiatrischen Versorgung gerecht werden können.

Literaturverzeichnis

- BÄUML, J., PITSCHEL-WALZ, G., (Hrsg.) (2003): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. Stuttgart, Schattauer.
- RODER, V., BRENNER, H.D., KIENZLE, N. (2002): Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten. IPT. Weinheim, Beltz-Verlag
- BUNDESMINISTERIUM für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005): Presseerklärung vom 2. Februar 2005
- DEB, F., MATTHEWS, T., HOLT, G., BOURAS, N. (2001): Practice guidelines for the assessment and diagnosis of mental health problems in adults with intellectual disability. Brighton
- DEKKER, M.C., KOOT, H.M. (2003): DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. Prevalence and Impact. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry; 42: 915-22
- GAEBEL, W. (2001): Strategien der pharmakologischen Langzeitbehandlung schizophrener Störungen. Fortschr Neurol Psychiatr
- KLEINDIENST, N., GREIL, W., RÜGER, B., MÖLLER, H.-J. (2004): The prophylactic efficacy of lithium – transient or persistent?. European Arch of Psychiatry and Clinical Neuroscience, Feb., S. 144-149
- KLOSTERKÖTTER, K.: www.epos5.org
- KISSLING, W. (1991): Guidelines for neuroleptic relapse prevention in schizophrenia. Berlin Heidelberg New York: Springer
- LANGE, E., HEISIG, W., FELBER, W., KÖNIG, L. (1989): Ergebnisse der Lithium- Rezidivprophylaxe affektiver Psychosen. Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie, 41:88, 476-484
- LEUCHT, S. WAHLBECK, K., HAMANN, J., KISSLING, W. (2003): New generation antipsychotics versus low-potency conventional antipsychotics. A systematic review and meta-analysis. Lancet 361: 1581-1589
- LINEHAN, M. (1993): Skills Manual for Treating Borderline Personality Disorder. Guilford Press
- LINGG, A., THEUNISSEN, G. (2000): Psychische Störungen und Geistige Behinderung. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis. Lambertus-Verlag
- PETERMANN, F., KUSCH, M., NIEBANK, K. (1998): Entwicklungspsychopathologie. Weinheim
- RAHN, E. (2007): Dialektisch behaviorale Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung (2007): In: SCHANZE, C. (Hrsg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch. Stuttgart, Schattauer
- SCHANZE, C. (2007): Epidemiologie. In: SCHANZE, C. (Hrsg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch. Stuttgart, Schattauer
- SPITZER, M. (2000): Geist im Netz; Spektrum Verlag
- SPITZER, M. (2000): Fundamentals of neural network modeling: neuropsychology and cognitive neuroscience. Am J Psychiatry 157: 1037-8
- STERNBACH, R.A. (1966): Principles of Psychophysiology. New York; Academic Press
- THEUNISSEN, G., PLAUTE, W. (2002): Handbuch Empowerment und Heilpädagogik; Freiburg i. Br.; Lambertus-Verlag

- TSCHEUSCHNER, W. (2007): Skillstraining im Rahmen der dialektisch behavioralen Therapie. In: SCHANZE, C. (Hrsg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch. Stuttgart, Schattauer
- WEBER, M. (2007): Kognitive Verfahren. In: SCHANZE, C. (Hrsg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch. Stuttgart, Schattauer
- WUSTMANN, C. (2004): Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beltz
- ZUBIN, J.; SPRING, B.. Vulnerability – a new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 86: 103-126; 1977

Autoren

Prof. Dr. Klaus Hennicke
 Facharzt für Kinder-, Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
 Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum
 Leiter des Kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes
 des Bezirks Spandau von Berlin
hennicke@efh-bochum.de

Dr. Frauke Janz, Diplompsychologin
 Institut für Sonderpädagogik,
 Pädagogische Hochschule Heidelberg
 Psychologie der Geistigbehinderten (Vertretungsprofessur)
Frauke.Janz@ph-heidelberg.de

Prof. Dr. Theo Klauß
 Fakultät I, Institut für Sonderpädagogik
 Geistigbehindertenpädagogik
 Pädagogische Hochschule Heidelberg
Klauss@ph-heidelberg.de

Hannelore Preuninger
 Schule Steinfeld
 Bürgermeister-Oetken-Str. 3
 23879 Mölln

PD Dr. Klaus Sarimski
 Kinderzentrum München
 Heiglhofstr. 63
 81377 München
sarimski.kiz@gmx.de

Christian Schanze
 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Pädagoge
 Chefarzt des Zweckverbands
 Krankenhaus St. Camillus, Ursberg

Prof. Dr. Georg Theunissen
 Institut für Rehabilitationspädagogik
 Fakultät III Erziehungswissenschaften
 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
theunissen@paedagogik.uni-halle.de

Impressum

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

Herausgeber

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

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke
Laubacher Str. 46a
14197 Berlin
Tel.: 0174 9893134
E-mail klaus.hennicke@gmx.de

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

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

Hintergrund

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

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

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

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

Mitgliedschaft

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

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

Organisation

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

Vorstand:

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

Postanschrift

Prof. Dr. Michael Seidel
 v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel
 Stiftungsbereich Behindertenhilfe
 Maraweg 9
 D-33617 Bielefeld
 Tel.: 0521 144-2613
 Fax: 0521 144-3467
www.dgsgb.de