

Albert Lingg | Georg Theunissen

Psychische Störungen und geistige Behinderungen

Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis

7. Auflage

Albert Lingg | Georg Theunissen
Psychische Störungen und geistige Behinderungen

Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis

LAMBERTUS

Albert Lingg | Georg Theunissen

**Psychische Störungen und
geistige Behinderungen**

Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis

LAMBERTUS

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

7., überarbeitete und aktualisierte Auflage 2017

Alle Rechte vorbehalten

© 2018, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau

www.lambertus.de

Umschlaggestaltung: Nathalie Kupfermann, Bollschweil

Druck: Franz X. Stückle, Druck und Verlag, Ettenheim

ISBN 978-3-7841-2968-6

ISBN eBook 978-3-7841-2969-3

Inhalt

Vorwort zur siebten Auflage	9
Vorwort zur sechsten Auflage	9
Vorwort zur fünften Auflage	9
1 Einleitung	12
Geistig behindert – verhaltensauffällig – psychisch gestört	12
Geistige Behinderung	12
Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen	19
2 Psychiatrische Grundlagen, Klassifizierung und Therapie.....	30
Begreifliche Skepsis – einleitende Bemerkungen	30
Neue Diskriminierung?	30
Psychopathologie als Grundlage	30
Psychopathologie im Kontext	32
Das psychiatrische Werkzeug	33
Die psychiatrische Untersuchung	33
Psychopathologische Symptome	35
Syndrome	40
Psychiatrische Klassifikationen – relativiert.....	41
Geistig behinderte Menschen: stärker betroffen?	43
Spezielle psychosoziale Auffälligkeiten	45
F0 – Organische (körperlich begründbare) Psychosen	45
F1 – Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	51
F2 – Schizophrenie und sonstige wahnhaft/psychotische Störungen.....	54
F3 – Affektive Störungen	57
F4 – Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.....	62
F5 – Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren	69
F6 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	72
Sexuelle Auffälligkeiten und Störungen durch Misshandlung	77
Autismus-Spektrum	80
ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung)	88
Psychiatrische Therapie	92
Voraussetzungen	92
Soziotherapie.....	94
Psychopharmakotherapie.....	94
3 Psychotherapeutische Konzepte	104
Einleitende Bemerkungen	104
Psychoanalytisch orientierte Therapie	108
Über Frühstörungen und gestörte Dialoge.....	109
Zur diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweise	112
Resümee.....	114

Individualpsychologische Psychotherapie	117
Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie	120
Spezielle methodische Aspekte	121
Resümee	122
Verhaltenstherapeutische Ansätze	124
Techniken der Verstärkung und „klassische“ Verfahren	127
Aversive Methoden	129
Kombinierte Methoden	131
Kritische Anmerkungen und Zwischenbilanz	132
Kognitiv-behaviorale Methoden	135
Konklusion	137
Körperorientierte Psychotherapieformen	138
Zur Gestalttherapie nach Besems und v. Vugt	140
Reflexion und Resümee	142
Systemische Therapien	144
Systemtheoretische Grundannahmen	144
Folgerungen für die Therapie	147
Resümee	149
Neuropsychotherapie	150
Zur Theorie und Praxis einer neurowissenschaftlich informierten Psychotherapie ..	154
Resümee	157
Zusammenfassende Einschätzung und Ausblick	161
Zur Beziehungsgestaltung	163
Zur Ressourcenaktivierung	164
Zur Problemaktualisierung	164
Zur Klärungsperspektive	165
Zur Problembewältigung	165
4 Konzepte der Heilpädagogik und Sozialen Arbeit	168
Positive Verhaltensunterstützung	168
Bezugspunkte	169
Grundannahmen	171
Unterstützerkreis	171
Medizinisches Assessment	172
Funktionales Assessment	172
Indirektes Assessment	172
Direktes Assessment	173
Entwicklung eines Unterstützungsprogramms	177
Zur Umsetzung und Durchführung	181
Kritisches Resümee und Ausblick in Bezug auf psychische Störungen	182
Lebensweltbezogene Behindertenarbeit	190
Zur Ökologie der menschlichen Entwicklung	190
Zur Gestaltung des Wohnalltags	192
Zum Leitprinzip der Inklusion	194
Konsequenzen für die Praxis der Inklusion	197

Systemisch- und stärkenorientierte Praxisberatung.....	201
Grundzüge systemisch- und stärkenorientierter Beratung.....	202
Phasen der systemisch- und stärkenorientierten Praxisberatung	206
Schlussbemerkung – zur Rolle des Beraters	209
Sachwortregister	216
Literatur.....	221
Die Autoren	251

Vorwort zur siebten Auflage

Nach wie vor stößt unsere Schrift über psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung auf ein sehr positives Echo, was unter anderem zu dem raschen Verkauf der sechsten Auflage geführt hat. Auch diesmal gab es für uns keinen Anlass, die Schrift tiefgreifend zu überarbeiten, sondern wie bei der Auflage zuvor nur eine sorgfältige Durchsicht und Aktualisierung in Bezug auf neueste Erkenntnisse, relevante Forschungsstudien oder Fachliteratur vorzunehmen.

Albert Lingg, Rankweil/Österreich
Georg Theunissen, Halle und Freiburg im Breisgau/Deutschland, September 2017

Vorwort zur sechsten Auflage

Angesichts der positiven Resonanz auf die fünfte Auflage, ihres raschen Verkaufs und ihrer modernen Aufbereitung, gab es für uns bis auf das Kapitel über Autismus keinen Anlass, die Schrift tiefgreifend zu überarbeiten, sondern lediglich im Hinblick auf Bezugsquellen zu aktualisieren. Die Neufassung des Themas Autismus war notwendig geworden, weil sich diesbezüglich in den letzten Jahren sehr viel verändert.

Albert Lingg, Rankweil/Österreich
Georg Theunissen, Halle und Freiburg im Breisgau/Deutschland, Juli 2013

Vorwort zur fünften Auflage

Als 1993 die erste Auflage des vorliegenden Buches unter dem Titel „Psychische Störungen bei geistig Behinderten“ erschien, gab es bislang keine vergleichbare Arbeit im deutschsprachigen Raum. Daran hat sich im Prinzip bis heute nichts geändert, da die meisten Schriften, die in den letzten Jahren zu diesem Thema erschienen sind, nach wie vor ein interdisziplinäres Zusammenwirken vermissen lassen. Unsere Schrift resultiert aus einem *interdisziplinären Diskurs*, der vor etwa 20 Jahren aus der Praxis hervorgegangen und bis heute ungebrochen ist. Dies hat uns vor dem Hintergrund des großen Zuspruchs, den wir bislang erfahren haben, dazu bewogen, unser interdisziplinäres Programm fortzuschreiben und auf den neuesten Stand zu bringen.

Die fünfte Auflage weist gegenüber der vorausgegangenen Ausgabe aus dem Jahre 2000 wiederum wichtige Weiterentwicklungen und Veränderungen auf: Völlig neu gestaltet wurde der einleitende Abschnitt zum Begriff der geistigen Behinderung, indem aktuelle Diskussionen und auch internationale Entwicklungen aufgegriffen wurden. Dabei stellten wir uns die Frage, ob es noch sinnvoll ist, den Begriff der geistigen Behinderung zu nutzen. Favorisiert wird nämlich aus der Betroffenen-Perspektive der Begriff der „Lernschwierigkeiten“ und im internationalen Diskurs ist inzwischen die Bezeichnung „intellectual disabilities“ geläufig. Wenn wir trotzdem den Begriff der geistigen Behinderung weiterhin verwenden, so hat dies einzig und allein äußere Gründe (rechtlich, pragmatisch, der Verständigung halber).

Aktualisiert und erweitert wurden darüber hinaus der zweite und dritte Teil des Buches, so zum Beispiel in Bezug auf „klinische Bilder“ die Abschnitte über affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen und autistische Störungen. Im Kapitel über psychotherapeutische Konzepte wurden empirische Befunde und einschlägige Erfahrungen vor allem auch aus dem angloamerikanischen Sprachraum mit eingearbeitet. Zudem hat in unserem Buch ein Abschnitt über Neuropsychotherapie Eingang gefunden, die in der Psychotherapieforschung als eine verheißungsvolle Angelegenheit hoch gehandelt wird.

Das vierte Kapitel enthält mit der Positiven Verhaltensunterstützung gleichfalls einen neuen Beitrag, der wirksame Handlungsmöglichkeiten aus heilpädagogischer Sicht aufzeigen soll. Ferner wurden die Grundzüge einer lebensweltbezogenen Sozialen Arbeit im Hinblick auf Empowerment und Inklusion von Menschen mit Behinderungen neu justiert.

Alles in allem ist damit ein attraktives Lehrbuch entstanden, das wegweisend für eine gute Praxis sein soll. Um diesem Anspruch zu genügen, waren wir bemüht, ebenso ein zugängliches Buch zu verfassen, so zum Beispiel durch einen stringenten Aufbau und eine klare Gliederung, durch Praxisnähe und eine verständliche Sprache. Zu guter Letzt sei erwähnt, dass wir aus rein äußerlichen Gründen (Lesbarkeit, Platz) die männliche Schreibweise (Arzt, Psychologe, Pädagoge) benutzen, Personen weiblichen Geschlechts sind hierbei stets mitgedacht.

Bedanken möchten wir uns bei allen, die unser neues Buch unterstützt haben, vor allem Frau Winkler vom Lambertus-Verlag für die gute Zusammenarbeit.

Albert Lingg, Rankweil/Österreich

Georg Theunissen, Halle und Freiburg im Breisgau/Deutschland, April 2008

1

1 Einleitung

Geistig behindert – verhaltensauffällig – psychisch gestört

Wenn wir einen Blick in die Geschichte der Fürsorge und Wohlfahrtspflege werfen, so stellen wir fest, dass es jahrzehntelang Gepflogenheit war, Menschen, denen eine geistige Behinderung nachgesagt wurde, als Kranke zu betrachten und zu behandeln (Theunissen 2012). Dementsprechend galt geistige Behinderung als eine Krankheit und nicht selten wurde eine „Unheilbarkeit“ im Sinne einer „Bildungsunfähigkeit“ und „völligen Pflegebedürftigkeit“ behauptet. Dieser „therapeutische Nihilismus“ (Theunissen) galt auch für Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Störungen, die in der Regel als unmittelbarer Ausdruck einer geistigen Behinderung (Oligophrenie), als wesensbedingte Erscheinungsform also, ausgelegt wurden. Begriffe wie „erethischer Schwachsinn“ oder „torpider Schwachsinn“ stehen in dieser Tradition.

Heute hat sich die Fachwelt weitgehend von dieser Denkfigur verabschiedet, indem sie zwischen Krankheit und Behinderung differenziert und davon ausgeht, dass Menschen unabhängig einer geistigen Behinderung Verhaltensauffälligkeiten entwickeln oder psychisch erkranken können. Diese Erkenntnis sollte jedoch nicht zu der Ansicht verleiten, dass es nunmehr einen disziplinübergreifenden fachlichen und wissenschaftlichen Konsens gebe. Vielmehr gehen die Auffassungen und Konzepte über geistige Behinderung, Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen zum Teil weit auseinander. Daher ist es wichtig, Position zu beziehen und das eigene fachliche Selbstverständnis offen zu legen.

Geistige Behinderung

Der Begriff der geistigen Behinderung wurde gegen Ende der 1950er Jahre in Westdeutschland und Österreich als neuer Fachbegriff eingeführt. Einerseits sollte damit Anschluss an den im angloamerikanischen Sprachraum geläufigen Begriff der *Mental Retardation* gefunden werden. Allerdings wurde nicht berücksichtigt, dass sich die amerikanische Terminologie (analog zum psychiatrischen Begriff der Debität) auch auf Menschen bezog und bezieht, die hierzulande üblicherweise als *lernbehindert* bezeichnet werden. Geistige Behinderung wurde somit im deutschen Sprachraum enger gefasst – ein Problem, das bis heute internationale Vergleiche erschwert und oftmals Missverständnisse erzeugt. Andererseits sollten Begriffe wie Schwachsinn, Blödsinn, Idiotie oder Oligophrenie abgelöst werden, was sich zum Beispiel 1969 auch im deutschen Bundessozialhilfegesetz niedergeschlagen hat, welches den Begriff der Geistesschwäche durch den der geistigen Behinderung ersetzt hat.

Trotzdem gibt es aber bis heute keine einheitliche Begriffsbestimmung. Umstritten ist allein das Adjektiv „geistig“, das auf den ersten Blick dazu verleitet, geistige Behinderung als eine Intelligenzschädigung zu bezeichnen. Dadurch aber kann allzu leicht die *Komplexität* von Beeinträchtigungen, medizinischen Problemen oder gesellschaftlichen Benachteiligungen

aus dem Blick geraten, die häufig mit einer geistigen Behinderung einhergehen (vgl. Abb. 1 und 2). Daher wird geistige Behinderung von vielen, die sich wissenschaftlich und praktisch damit befassen,

„als eine komplexe Beeinträchtigung der Persönlichkeit eines Menschen in seinem Umfeld mit variierenden Einschränkungen auf der motorischen, sensorischen, emotionalen, sozialen und kognitiven Ebene [gesehen, d. A.]. Diese Einschränkungen können genetisch-organische, traumatische und psychosoziale Ursachen haben. Sie werden durch die Sozialisations- und Lebensbedingungen nachhaltig bestimmt“ (Petzold 1994, 228).

Nicht minder problematisch ist der Begriffsanteil „Behinderung“:

„Der ätiologische Befund zeigt: Behinderung ist das Einschränken des individuellen Bewegungsraumes eines Menschen durch das Einwirken Anderer und – das ist besonders bedeutsam – gegen den Willen des betroffenen Menschen“ (Klein 1994, 82).

Darüber hinaus ist Behinderung ein Wertbegriff, der sich an dem misst, was als „normal“ wahrgenommen und beschrieben wird. Ob ein Mensch als behindert etikettiert wird, hängt von allgemeinen gesellschaftlichen und individuellen Normvorstellungen ab, die immer im Fluss sind, weswegen Definitionen, Begriffsbestimmungen oder Typisierungen ganz von der Situation abhängen, in der bestimmte gesellschaftliche Erwartungen, Anforderungen, Werte oder Konventionen gelten. Insofern ist geistige Behinderung kein objektiver Tatbestand, sondern ein *soziales Zuschreibungskriterium*, weswegen es korrekt wäre, nicht von Menschen mit geistiger Behinderung zu sprechen, sondern von Personen, die als geistig behindert *bezeichnet* werden (auch Mercer 1973).

Angesichts des stigmatisierenden Charakters werden heutzutage Begriffe wie geistige Behinderung oder *Mental Retardation* (synonym „mental handicap“) deutlich in Frage gestellt. Schon vor einigen Jahren hatten insbesondere in den USA, Großbritannien und Kanada betroffene Menschen sich gegen die Etikettierung als *mentally retarded* gewandt und für Bezeichnungen wie *People with Learning Difficulties* (Großbritannien) oder *People with Developmental Disabilities* (USA) plädiert. Während in Großbritannien das eher sozialpädagogisch orientierte Lager der Fachwelt dem Vorschlag der Betroffenen durch *Learning Disabilities* annähernd gefolgt ist (Ramcharan et al. 2002), hat sich vor wenigen Jahren in den USA die Mehrheit der Mitglieder der American Association on Mental Retardation (AAMR) auf *Intellectual and Developmental Disabilities* als eine alternative Umschreibung für *Mental Retardation* einigen können. Mit *Developmental Disabilities* sollen unter anderem auch Menschen mit schweren mehrfachen Beeinträchtigungen und Autismus erfasst werden. Zudem bezeichnet sich heute diese weltweit größte Fachorganisation als *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD). Vor dem Hintergrund dieser Entscheidung treten die Begriffe *Mental Retardation*, *Developmental Disabilities* und *Intellectual Disabilities* als Parallelbezeichnungen in Erscheinung, die nicht selten in Kombination (MR/ID; ID/DD) verwendet werden. Für schwere Formen einer (kognitiven) Behinderung stehen Begriffe wie *significant disabilities* oder *severe (cognitive) disabilities*.

Tabelle 1: Prävalenz medizinischer Probleme bei Menschen mit geistiger Behinderung

Störungen	Häufigkeiten in %
Sehstörungen	23–57
Hörstörungen	3–24
andere HNO-Probleme	15–27
zahnärztliche Probleme	11–27
Epilepsie	21–34
andere neurologische Störungen	15–55
psychiatrische Störungen	10–14
Verhaltensstörungen	17–56
Fettsucht	10–22
Herzkreislauftörungen	5–23
urologische/gynäkologische Störungen	5–11
gastrointestinale Störungen	1–22
Orthopädische Störungen	13–54
endokrinologische Störungen	3–11
dermatologische Störungen	4–35
Störungen der Atmungsorgane	7–13

(aus: Gaedt 1995, zit. nach Krebs 2000, 90)

Tabelle 2: (Frühe) Risikofaktoren in Bezug auf geistige Behinderung (Mental Retardation; Intellectual Disability)

Zeitraum	Biomedizinisch	Sozial	Verhalten	Erziehung
Pränatal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chromosomale Veränderungen 2. Veränderungen einzelner Gene 3. Syndrome 4. Stoffwechselstörungen 5. Cerebrale Schädigungen 6. Krankheit der Mutter 7. Alter der Eltern 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Armut 2. Mütterliche Fehlernährung 3. Häusliche Gewalt 4. Fehlender Zugang zu Angeboten für Eltern (Schwangerschaftskurse, Elternkurse, Betreuung durch Gynäkologen etc.) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Drogenmissbrauch der Eltern 2. Alkoholmissbrauch der Eltern 3. Nikotin- und Tabakmissbrauch der Eltern 4. Elterliche Unreife 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kognitive Einschränkungen der Eltern und fehlende Unterstützung 2. Fehlende Vorbereitung auf die Elternschaft
Perinatal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Geburtstermin (zu früh oder zu spät geboren) 2. Geburtsverletzung 3. Neugeborenenkrankungen (Gelbsucht etc.) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fehlender Zugang zur Geburtshilfe (Krankenhaus, Hebammen etc.) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ablehnung von Hilfe (z. B. Hausgeburt allein) 2. Aufgabe und Vernachlässigung des Kindes (aussetzen, liegen lassen etc.) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fehlende medizinische Beratung für weitere soziale und medizinische Angebote bei der Entlassung

Zeitraum	Biomedizinisch	Sozial	Verhalten	Erziehung
Postnatal	1. Traumatische Hirnverletzungen 2. Fehlernährung 3. Gehirn(-haut)entzündung 4. Anfallsleiden 5. Degenerative Störungen	1. Unzureichende Betreuung des Kindes 2. Fehlen adäquater Stimulationen 3. Armut in der Familie 4. Chronische Krankheiten in der Familie 5. Hospitalisierung/Institutionalisierung	1. Kindesmissbrauch und Vernachlässigung 2. Häusliche Gewalt 3. Überbehütung oder laissez-faire Einstellung 4. Soziale Deprivation 5. Schwieriges Verhalten des Kindes	1. Unzureichend wahrgenommene/ausgeführte Elternschaft 2. Verzögert gestellte Diagnosen 3. Inadäquate (fehlende) Dienste einer Frühbehandlung 4. Unzureichende (fehlende) heilpädagogische Dienste 5. Unzureichende familiäre Unterstützung

(aus: Luckasson et al. 2002, 127)

Alles in allem lassen sich als Reaktion auf die Betroffenen-Initiativen immer mehr Stimmen aus der internationalen Fachwelt verzeichnen, die mit der Bezeichnung *People with Intellectual Disabilities* sympathisieren. So ist vor wenigen Jahren in den USA (White House) *The President's Committee on Mental Retardation* (PCMR) in *The President's Committee for People with Intellectual Disabilities* (PCPID) umbenannt worden.

Auch im deutschsprachigen Raum wächst der Zuspruch für den Begriff der *intellektuellen Behinderung*. Wenngleich dies als ein Versuch aufgefasst werden kann, eine negative Etikettierung von Menschen zu vermeiden, muss gesehen werden, dass der Begriff der intellektuellen Behinderung eher aus fachwissenschaftlichen Diskursen (v. a. im Lager der klinischen Psychologie) hervorgegangen ist und nicht die Stimme betroffener Personen repräsentiert, die gleichfalls wie in Großbritannien Bezeichnungen wie *Menschen mit Lernschwierigkeiten* favorisiert. Das hat seinen guten Grund, da der Begriff der intellektuellen Behinderung eher als das Wort Lernschwierigkeiten Assoziationen und Wirkungen erzeugt, die letztendlich wiederum zu einer Geringschätzung, Entwertung oder Stigmatisierung eines Menschen führen können. Ob der Begriff der Lernschwierigkeiten eine glückliche Wahl ist, sei einmal dahingestellt. Immerhin sind viele der Betroffenen in mehrfacher Hinsicht beeinträchtigt (dazu Mühl 2006), was durch den Begriff der Lernschwierigkeiten leicht aus dem Blick geraten kann.

Wie dem auch sei. Auf den ersten Blick wäre es wohl konsequent, dem Wunsch der Betroffenen zu folgen, diskriminierende Bezeichnungen wie geistige oder intellektuelle Behinderung zu vermeiden. Allerdings ist ein Begriffsaustausch allein noch kein Garant für eine Nicht-Aussonderung und bedingungslose Annahme behinderter Menschen. Erfahrungen aus der Geschichte zeigen, dass „euphemistische Austauschversuche von Bezeichnungen [...] nur – zeitlich – begrenzte Chancen“ (Speck 1997, 255) haben, denn letztendlich sind nicht sie es, „die diskreditieren, sondern deren Benutzer und deren Einstellungen und latente Bewertungen“ (ebd., 255). Einige Fachleute schlagen daher vor, auf Etikettierungen wie „geistig behindert“ gänzlich zu verzichten. Das aber erschwert wiederum die Verständigung, wenn es um (sozial-)rechtliche Angelegenheiten, wissenschaftliche und interdisziplinäre Diskurse,

bildungs- und sozialpolitische Entscheidungen geht. Daher wird zurzeit noch am Begriff der geistigen Behinderung festgehalten, wengleich sich viele Experten über die Unzulänglichkeiten und Probleme, die diesem Etikett anhaften, bewusst sind.

Unsere Kritik richtet sich in dem Zusammenhang vor allem gegen statische, defekt- oder defizitorientierte Begriffsbestimmungen, die sowohl in der Psychiatrie als auch in der Heilpädagogik längst noch nicht ad acta gelegt worden sind (hierzu Theunissen 2016, 12f.). Dies gilt zum Beispiel für Lehrbücher der Psychiatrie (vgl. Huber 1999, 556), die heute noch das Oligophrenie-Konzept propagieren und davon ausgehen, dass geistig schwer oder schwerst behinderte Kinder bildungsunfähig seien und nur einer (Förder-)Pfleger bedürfen. Ferner lesen wir in dem auflagenstarken „Lehrbuch der Heilpädagogischen Übungsbehandlung“ (v. Oy & Sagi 2008, 14f.):

„Der Personenkreis lässt sich am leichtesten schulisch beschreiben: Geistig behindert sind Kinder, die nicht mehr fähig sind, die Sonderschule für Lernbehinderte sinnvoll zu besuchen... Der geistig Behinderte ist unfähig, sein Leben selbstständig zu gestalten, er ist dauerhaft auf die Hilfe anderer angewiesen ... Die Welt des geistig Behinderten ist gleichsam zerrissen; sie wird punktuell erfasst, die Zusammenhänge sind nicht sachlich einsichtig, vielfach werden magische Verbindungen vermutet ... Der geistig Behinderte schwankt in der sozialen Anpassung zwischen ängstlicher Unansprechbarkeit und Distanzlosigkeit ... Er kann selbst seine grundsätzlich vorhandenen Anlagen ohne fremde Hilfe nicht entwickeln ...“

Im Lichte einer solchen defizitorientierten Betrachtungsweise, die allein auf Grund von Absolutaussagen („ist unfähig“, „die Unfähigkeit ...“) völlig untauglich ist, erscheinen Menschen, die wir als geistig behindert bezeichnen, nicht nur als hilfebedürftige, sondern zugleich auch als verhaltensauffällige „Mängelwesen“, denen nichts zugetraut wird und denen die Fähigkeit zu Autonomie und Selbstständigkeit weitgehend abgesprochen wird. Die moderne Behindertenarbeit, repräsentiert durch das Empowerment-Konzept (Theunissen 2013), steht derlei Auffassungen kontrapunktisch gegenüber.

Die weltweit am weitesten verbreiteten Vorstellungen über geistige Behinderung und die bislang im Lager klinischer Disziplinen und Professionen eine prominente Rolle gespielt haben, gehen aus den Ausführungen der Klassifikationssysteme ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (Dilling u.a. 1993) und dem inzwischen durch das DSM-5 abgelösten DSM-IV der American Psychiatric Association (Saß u.a. 1996) hervor. Nach ICD-10 wird geistige Behinderung als „Intelligenzminderung“ (F70) und nach DSM-IV unter dem Oberbegriff der „Entwicklungsstörungen“ (317) gefasst. Beide Systeme klassifizieren geistige Behinderung unter psychischen Störungen und stimmen in der Einteilung der Schweregrade weithin überein:

1. leichte geistige Behinderung (IQ 50/55–70/75),
2. mäßige/mittelschwere geistige Behinderung (IQ 35/40–50/55),
3. schwere geistige Behinderung (IQ 15/20–35/40),
4. schwerste geistige Behinderung (< IQ 15/20).

Ferner wird im DSM-IV in Anlehnung an Empfehlungen der AAMR (heute AAIDD) aus dem Jahre 1992 geistige Behinderung unter drei Kriterien gefasst:

1. unterdurchschnittliche Intelligenzleistungen,
2. Defizite im sozial adaptiven Verhalten und,
3. Auftreten bis zum 18. Lebensjahr.

Im Unterschied zu älteren Konzepten wird geistige Behinderung nicht mehr nur IQ-bezogen aufbereitet (d.h. am Intelligenzquotienten festgemacht), sondern es werden gleichfalls soziale Anpassungsleistungen berücksichtigt. Die Beachtung dieses Doppelkriteriums, das sich ebenso aus der ICD-10 entnehmen lässt, ist ohne Zweifel ein Fortschritt, wenngleich die Gepflogenheit, geistige Behinderung als psychische Störung auszuweisen, in beiden Systemen kritisch, ja als irritierend und veränderungsbedürftig betrachtet werden muss.

Seit wenigen Jahren gibt es nunmehr vonseiten der AAIDD (Luckasson et al. 2002) und der Weltgesundheitsorganisation mit der sogenannten ICF (DIMDI 2005) Konzepte, die die kognitiven Funktions- und sozialen Anpassungsfähigkeiten in der dynamischen Wechselwirkung mit individuellen Aktivitäts- und Partizipationsmöglichkeiten sowie mit Kontextfaktoren aufbereiten. Diese Neuerung begreift geistige Behinderung als eine bio-psycho-soziale Kategorie und führt uns vor Augen, dass es nicht genügt, bloß individuumzentriert zu denken, zu planen und zu handeln, sondern dass kontextuelle Veränderungen im Rahmen multimodaler Unterstützungsmaßnahmen mit in den Blick genommen werden müssen, um den Bedürfnissen, Interessen und Rechten betroffener Menschen Rechnung tragen zu können. Vor diesem Hintergrund geht es um die Bestimmung eines *individuellen Unterstützungsbedarfs*, indem in Bereichen, die für ein Leben in der Gesellschaft als besonders relevant gelten (z. B. Kommunikation, Selbstversorgung, häusliches Wohnen, Sozialverhalten, Selbstbestimmung, Nutzung öffentlicher Dienstleistungssysteme und Infrastrukturen, funktionale, lebensbedeutsame Schulbildung, Arbeit, Freizeit, Gesundheit und Sicherheit) sowohl persönliche und soziale Einschränkungen als auch Stärken und Ressourcen erfasst werden sollen (Luckasson et al. 2002). Mit der sogenannten *Stärken-Perspektive* (Theunissen & Schubert 2010; Theunissen 2016; dazu auch später) wird der Einzelne nicht mehr ausschließlich vom Nicht-Können her beschrieben, sondern zugleich als kompetente Person respektiert und wertgeschätzt. Ferner werden Grundrechte beachtet, die sich auf gesellschaftliche Inklusion (Nicht-Aussonderung) beziehen.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass sich das seit Juni 2013 eingeführte DSM-5 in Bezug auf geistige Behinderung (*intellectual disability*) am Konzept der AAIDD orientiert (vgl. APA 2013). Allerdings geht es im DSM-5 weniger um die Erfassung eines Unterstützungsbedarfs als vielmehr um die Diagnostizierung einer „*intellectual disability (intellectual developmental disorder)*“. Darunter werden drei diagnostische Kriterien unterschieden (zit. n. Theunissen 2016, 41):

1. Defizite in der „intellektuellen Funktionsfähigkeit“ (*intellectual functioning*)
Das betrifft vor allem logisches, problemlösendes und abstraktes Denken, Planen, Urteilen, akademisches und experimentelles Lernen, Lernen aus Erfahrung oder Beobachtung.
2. Defizite in der „adaptiven Funktionsfähigkeit“ (*adaptive functioning*)
Hier geht es um die Erfassung von Beeinträchtigungen im:
 - (1) Gedanklich-konzeptionellen Bereich, bezogen auf Kompetenzen in Bezug auf Sprache, Lesen, Schreiben, Rechnen, Urteilen, Wissen und Gedächtnis;
 - (2) Sozialen Bereich, bezogen auf Kompetenzen wie Empathie, Erfassung und Beurteilung sozialer Situationen, zwischenmenschliche Kommunikation, Bildung und Pflege von Freundschaften u. a. m.;
 - (3) (Alltags-)praktischen Bereich, bezogen auf Selbstmanagement bzw. Selbstversorgung (persönliche Pflege), verantwortliches Arbeitsverhalten, Umgang mit Geld,

Freizeitgestaltung oder Erfüllung bestimmter Pflichten wie Schularbeiten oder Arbeitsaufgaben.

Das Assessment zur Erfassung der drei diagnostischen Kriterien ist breit angelegt, indem Intelligenz- und Entwicklungstests, Skalen zur Einschätzung des adaptiven Verhaltens, soziale Einflussfaktoren (sozio-kultureller Hintergrund, Muttersprache), anamnestische Gespräche und Informationen von Bezugspersonen berücksichtigt werden.

3. Wenngleich sich eine *intellectual disability* nicht auf einen bestimmten Altersabschnitt beschränkt, müssen die Symptome während der Entwicklungsphase (in der Regel bis Ende der Pubertät bzw. zum 18. Lebensjahr) entstanden sein. Anderenfalls handelt es sich um eine neurokognitive Störung (*neurocognitive disorder*).

Im Unterschied zum DSM-IV hat sich das DSM-5 von einer IQ-orientierten Sicht verabschiedet. So wird zum Beispiel der Schweregrad einer geistigen Behinderung (*intellectual disability*) nicht mehr durch IQ-Messungen, sondern auf der Basis der Einschätzung der Intelligenz in Bezug auf die „adaptive Funktionsfähigkeit“ vorgenommen, weil dieser Bereich für Unterstützungsleistungen besonders bedeutsam ist. Unterschieden werden vier Formen des Schweregrads:

1. leichte Form (bezieht sich auf etwa 85 % aller betroffenen Personen, die ein weithin selbstständiges Leben mit geringer Unterstützung führen können),
2. mäßige Form (bezieht sich auf etwa 10 % aller Betroffenen, die in Bezug auf eigenständig-verantwortliches Handeln Unterstützung benötigen und nicht selten in unterstützten Wohngruppen leben),
3. schwere Form (bezieht sich auf 3 % bis 4 % der Betroffenen, die tägliche Assistenz bei der Pflege und Selbstversorgung benötigen) und
4. schwerste Form (bezieht sich auf 1 % bis 2 % aller betroffenen Personen, die zumeist auf eine 24-stündige Assistenz angewiesen sind).

Wenig überzeugend ist die damit verknüpfte Vorstellung, dass alle behinderten Menschen mit einem bestimmten Behinderungsgrad (leicht, mäßig ...) vergleichbare Bedürfnisse oder Interessen sowie ein gleichgelagertes Funktionsniveau haben und dementsprechend den gleichen Hilfebedarf erfordern.

Zudem sollte grundsätzlich darauf geachtet werden, dass keine einseitigen Hilfeplanungen und Interventionen stattfinden, indem der Einzelne an gesellschaftliche Bedingungen angepasst, nicht aber Anpassungsleistungen der Gesellschaft in ein Unterstützungskonzept mit einbezogen werden. Notwendig sind gegenseitige Anpassungen, weshalb wir das Umfeld mit verschiedenen lebensweltlichen Systemen nicht aus dem Auge verlieren dürfen, die auf die Entwicklung des Einzelnen Einfluss nehmen und auch von ihm beeinflusst werden (Bronfenbrenner 1981). Dieser *systemökologische Blick* verweist neben einer individuellen Assistenz und Förderung (*skills building*) ebenso auf einen sozialen Veränderungsbedarf (*environmental changes*), da geistige Behinderung kein personinhärentes Merkmal, sondern ein durch die Umwelt mitkonstruiertes Phänomen (ein soziales Zuschreibungskriterium) ist.

Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen

Systemökologische Aspekte tragen gleichfalls zum Verständnis von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen bei.

Zunächst einmal sei erwähnt, dass es für den Begriff der Verhaltensauffälligkeiten mehrere Parallelbezeichnungen gibt wie zum Beispiel Gefühls- und Verhaltensstörungen, originelles Verhalten, Verhaltensprobleme, Problemverhalten oder herausforderndes Verhalten. Im angloamerikanischen Sprachraum ist vor allem der z.g. Begriff der *challenging behaviors* geläufig. Hier genügt nur der Hinweis, dass diese Begriffsvielfalt einerseits Unsicherheiten ausdrückt, 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 des Anderen zu vermeiden. Wir haben uns für den Oberbegriff der Verhaltensauffälligkeiten entschieden, um dadurch die Rolle und das Erleben der Beobachter in einen Beurteilungsprozess mit einzubeziehen. Unter Verhaltensauffälligkeiten beschreiben wir ein gestörtes Verhältnis zwischen Individuum und Umwelt, welches die betreffende Person durch Verhaltensweisen oder Ausdrucksformen zu lösen versucht, die von Anderen als normabweichend, erwartungswidrig, gestört oder eben auffällig wahrgenommen und bewertet werden (dazu ausführlich Theunissen 2016; 2017).

Der Begriff der psychischen Störung wird heute in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV (DSM-5) verwendet, um Ausdrücke wie psychische Krankheit oder Erkrankung zu vermeiden. Störung (*disorder*) ist absichtlich kein exakter Begriff: Sie soll einen klinisch erkennbaren und relevanten Komplex an Symptomen anzeigen, der immer auf der individuellen und oft auch auf der sozialen Ebene mit Belastung und Beeinträchtigung von Funktionen verbunden ist. Zudem wird mit dem Störungsbegriff ein Perspektivenwechsel angezeigt (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 (ebd., 28) zu beachten und um das Spektrum an psychosozialen Hilfen durch systemische und kontextbezogene zu erweitern. Wenngleich diese Neuerungen einer internationalen Verständigung und Vereinheitlichung in und Therapie aller klinischen (medizinischen) Disziplinen dienen, bleiben einige Fragen zum Verständnis psychischer Störungen offen und ungeklärt.

Bis zum heutigen Zeitpunkt scheint es ausgesprochen schwierig zu sein, die Begriffe Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen klar voneinander abzugrenzen. Ein Problem ist ihre Abhängigkeit von Normen, Wertvorstellungen und Beobachtungen, die mit (Alltags-) Theorien, fachlichen Kenntnissen und der Definitionsmacht helfender Berufe einhergehen. Stellen wir uns hierzu folgende Situationen vor:

1. Das ständige, mit unüberhörbaren Brummlauten begleitete Schaukeln mit dem Oberkörper einer geistig schwer behinderten Frau wird in ihrer Arbeitsgruppe einer Werkstatt für behinderte Menschen als störend empfunden, für die Mitarbeiterinnen im Heim ist dieses Verhalten jedoch „normal“, sie haben sich in der WG daran gewöhnt und eine Lösung gefunden, die für sie akzeptabel ist und von der betroffenen Frau geschätzt wird (mit Kopfhörer Musik hören im Schaukelsessel).

2. Der Rückzug eines Heimbewohners in seiner WG wird von der pädagogisch ausgebildeten Gruppenleiterin als sozial angepasstes, ruhiges und unauffälliges Verhalten beschrieben; ihre Kollegin (Krankenschwester) definiert dies jedoch als ein Hinweis auf eine depressive Störung und macht sich darüber ernste Sorgen.
3. Für beide Mitarbeiterinnen ist das selbstverletzende Verhalten (Wunden kratzen) eines Mitbewohners ein schwerwiegendes Problem.

Diese Beispiele demonstrieren uns in aller Deutlichkeit, wie schwierig es ist, zu einer übereinstimmenden Einschätzung beziehungsweise Definition eines bestimmten Verhaltens zu gelangen. Das hängt damit zusammen, dass „wir weder vom statistischen noch vom klinischen Standpunkt her eine allgemeine Definition von Normalität und geistiger Gesundheit“ (Redlich 1967, 106; vgl. auch Fiedler 2001, 542 ff.) besitzen. Daher erfolgen stets *Zuschreibungen*, die subjektive Werturteile beinhalten. Das zeigt sich zum Beispiel auch an der Kulturgebundenheit psychischer Störungen (Vollmoeller 2001). So wurde beispielsweise Homosexualität bis vor wenigen Jahren noch als eine psychische Krankheit betrachtet. Insofern gibt es letztlich keine „objektiven“ Kriterien zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Störungen. Diese Erkenntnis sollte vor allem auch bei der Anwendung von Klassifikationssystemen oder Diagnosesystematiken beachtet werden, welche nicht selten eine Objektivität vortäuschen. 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, die 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) 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. Emerson, Moss & Kiernan (2001, 38) weisen in dem Falle darauf hin, dass herausfordernde Verhaltensweisen als *soziale Konstruktionen* gesehen werden, die durch soziale Auswirkungen bestimmt seien.

Folglich ist die Frage interessant, ob es sich bei den Extremen um psychische Störungen handelt. Ein Blick in die Fachliteratur genügt um festzustellen, dass eine klare Abgrenzung zwischen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen vielfach kaum möglich ist. So führt beispielsweise Dosen (1993, 93) aus,

„dass eine Verhaltensstörung Defizite in der Entwicklung interpersonaler Fähigkeiten widerspiegeln (kann, d. A.), ohne dass eine Psychopathologie zugrunde liegt; in einem anderen Fall können die gleichen Verhaltensprobleme und Einschränkungen der sozialen Entwicklung als Symptome einer zugrundeliegenden psychischen Erkrankung interpretiert werden.“

Wir können uns dies am Rückzugsverhalten des o. g. Heimbewohners vor Augen halten, das situationsbedingt und selbstbestimmt sein kann wie aber auch ein Symptom einer depressiven Verstimmung oder Störung. Ebenso kann ein selbstverletzendes Verhalten mit einer unangenehmen (überfordernden) Situation einhergehen oder Symptom einer Zwangs- oder Borderline-Störung sein. 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 dem *erzieherischen* Kontext zurückzuführen sind.“

Demnach greifen Vorstellungen zu kurz, die Verhaltensauffälligkeiten grundsätzlich auf eine zugrunde liegende Psychopathologie zurückführen oder als Kategorie einer psychischen Störung betrachten. Diese Tendenz schimmert in nicht wenigen Beiträgen aus dem Lager der Psychiatrie oder klinischen Psychologie durch (vgl. Bouras 2001; Wieseler & Hanson 1999a; Schanze 2007, 19). Sie wird dann zum Problem, wenn sie mit einer Psychiatrisierung des Spektrums an (pädagogisch relevanten) Verhaltensauffälligkeiten einhergeht und dabei Heilpädagogik als eine „Säule psychiatrischer Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung“ (Schanze) ausweist (Koniarczyk 2008, 66). Ein solches Modell ignoriert nicht nur die Autonomie der Heilpädagogik als eine spezialisierte pädagogische Fachwissenschaft, sondern ist zugleich für eine inter- oder transdisziplinäre Kooperation wenig hilfreich, da es heilpädagogische Ansätze als Behandlungsmethoden der Psychiatrie unterordnet. Uns ist es hingegen um eine ernsthafte Zusammenarbeit zwischen allen relevanten Berufsgruppen und Bezugspersonen zu tun; und daher halten wir eine differenzierte Problembetrachtung für angemessen und orientieren uns an der Unterscheidung zwischen *challenging behaviors* (behavior problems) und *psychiatric disorders* (mental illness), wie sie im angloamerikanischen Sprachraum weithin geläufig ist und von den bedeutsamen Fachorganisationen im Bereich der Behindertenhilfe (z. B. AAIDD; TASH, ARC; APBS) vertreten wird. Demnach bietet es sich an, Verhaltensauffälligkeiten als Arbeitsbegriff zu nutzen, wenn dem beklagten Verhalten nachweislich pädagogische, interpersonale oder sozial-kommunikative Probleme zugrunde liegen. Psychische Störungen sind hingegen psychopathologisch bedeutsam, wobei die Symptome nicht schlechthin als krankhaft missverstanden werden dürfen (Fiedler 2001). Zu einem Krankheitszeichen werden sie erst, wenn sie in einer – von der lebensgeschichtlichen Lage und dem soziokulturellen Rahmen abhängigen – bestimmten Schwere, Dichte, Häufigkeit, Verbindung und Dauer auftreten, den Menschen leiden machen und (oder) seine Lebensführung behindern. Mit Blick auf unsere Ausgangsfrage können wir demnach festhalten, dass extreme Verhaltensauffälligkeiten Ausdruck einer psychischen (pathologischen) Störung sind, wenn die betreffende Person darunter leidet. Es kann sehr wohl aber auch Situationen geben, in denen sich ein Betroffener mit massiven Verhaltensauffälligkeiten (Aggressionen) in einem sozialen Kontext (Wohngruppe) durchzusetzen versucht, wobei dieses (extreme) Verhalten kein Ausdruck eines Krankheitsbildes oder subjektiven Leidens, sondern einer unzureichend entwickelten sozialen Kompetenz darstellt.

Epidemiologischen Studien zufolge werden etwa 40 Prozent aller Menschen mit geistiger Behinderung pädagogisch relevante Verhaltensauffälligkeiten nachgesagt (Kulig & Theunissen 2012; Theunissen & Schirbort 2003; Theunissen, Schirbort & Kulig 2006; Michailowskaja 2008, 27 ff., 160). Die Häufigkeit von psychischen Störungen mit klinischer Relevanz liegt bei 10 bis 15 Prozent (Krebs 2000, 90; Eckelaar 1999, 244; Davidson et al. 1995, 21), wobei manche Autoren von weitaus höheren Werten ausgehen (Deb et al. 2001, 5; Tonge 2001, 157 ff.; Dekker & Koot 2003; Emerson 2003; Koskentausta, Livanainen & Almqvist 2007) und dabei Verhaltensprobleme (z. B. *conduct disorders*) unter psychiatrische Störungen subsumieren. In einem im April 2003 veröffentlichten Bericht der National Association of State Directors of Developmental Disabilities Services in den USA wird bei 20 bis 35 Prozent aller Menschen mit geistiger Behinderung eine psychische Störung vermutet (dePree 2004, 16).

Insgesamt schwanken die Angaben zur Prävalenz und Häufigkeit von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten beträchtlich (Lotz & Koch 1994; Emerson, Moss & Kiernan 2001, 39 f.; Crocker et al. 2006, 653; Lowe et al. 2007, 626). Dies hängt aber nicht nur mit der Normalitätsfrage zusammen. Eindeutige Aussagen sind auch deshalb kaum möglich, weil die Messinstrumente, Erhebungskriterien, Befragten (klinisches Personal, Lehrer/-innen, Erzieher/-innen, Eltern), Stichproben beziehungsweise Feldstudien (z. B. Klienten klinischer Einrichtungen oder ambulanter Angebote, Anstaltsbewohner, Bewohner gemeindenaher Wohnformen) und Fallzahlen (zwischen 38 und 79.000) so sehr differenzieren, dass Vergleiche und Verallgemeinerungen fragwürdig sind.

Grundsätzlich können bei geistig behinderten Menschen Verhaltensprobleme oder psychische Beeinträchtigungen auftreten, die sich ebenso bei nichtbehinderten Personen beobachten lassen. Aus pädagogischer Sicht werden 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 von Dingen, ritueller, stereotyper Sachumgang ...), im somatisch-physischen Bereich (motorische Hyperaktivität, leichte Ermüdbarkeit ...) und in Bezug auf selbstverletzendes Verhalten (sich kratzen, Haare reißen ...) unterschieden (Theunissen 2016; auch Lowe et al. 2007). Dieses Spektrum an Auffälligkeiten lässt sich in der Regel durch heilpädagogische, pädagogisch-therapeutische und lebensweltbezogene Maßnahmen erfolgreich bewältigen. Darauf sind wir an anderer Stelle ausführlich eingegangen (Theunissen 2000; 2003; 2008; 2012; 2016; siehe gleichfalls Kapitel 4; auch Rössert & Steiger 2003). Aus diesem Grund werden wir des Weiteren das Thema der Verhaltensauffälligkeiten nicht weiterverfolgen und uns nur auf die Frage der psychischen Störungen konzentrieren.

Die Zusammenschau der empirischen Befunde lässt den Schluss zu, dass die Risikofaktoren für eine psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung höher sind als bei nichtbehinderten (Tonge 2001; Emerson 2003; Koskentausta, Livanainen & Almqvist 2007; Lowe 2007, 630). Zudem ist bei geistig behinderten Erwachsenen im jüngeren und mittleren Alter die Prävalenzrate für psychische Störungen gegenüber der Gesamtbevölkerung deutlich erhöht. Das gilt gleichfalls für ältere Personen mit geistiger Behinderung, wo es zwar zu einem Rückgang an Schizophrenieformen, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen kommt, jedoch eine signifikante Zunahme an depressiven Störungen und Demenzen (organischen Psychosen) zu beobachten ist (Moss 1997, 48 ff.; Haveman 1997; Cooper 2001; Deb et al. 2001, 86). Als wichtige Einflussvariablen gelten das Ausmaß an sozialer Deprivation und Institutionalisierung (z. B. Systemzwänge, Hospitalisierung), das familiäre Lebensmilieu, die Qualität der Hilfen, der Grad und die Art der Behinderung, der gesundheitliche Zustand (z. B. Epilepsie), Geschlecht (höhere Aggressivität bei Jungen/Männern) und Alter (z. B. Demenz). Manche Autoren nehmen an, dass das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln, bei Menschen mit schweren Formen einer geistigen Behinderung oder Entwicklungsstörung größer ist als bei Personen, denen leichte oder mäßige kognitive Beeinträchtigungen nachgesagt werden (Wieseler & Hanson 1999a).

Werden bei Menschen mit geistiger Behinderung auf der Grundlage von ICD-10 oder DSM-5 psychische Störungen diagnostiziert, wird häufig von einer „dual diagnosis“ (Doppel-diagnose) gesprochen. Allerdings ist die Diagnostizierung mit erheblichen Schwierigkeiten

verbunden, da sich die Symptome, die bei einem geistig behinderten Menschen beobachtet werden, oft keinem klinisch-psychiatrischen Bild nach ICD-10 oder DSM eindeutig zuordnen lassen: Gaedt (1987, 119 ff.) gibt dafür einige Beispiele:

1. „Ständiges Nörgeln und Schimpfen. Dadurch Provozierung anderer Heimbewohner. Will Gleichstellung mit Mitarbeitern erzwingen. Steckt Wäsche in die Schränke anderer Heimbewohner und regt sich dann darüber auf.“
2. „Phasenhaft auftretende Unruhe. ‚Kaffeesucht‘. Aggressiv gegen die Mitarbeiter (schlägt sie gegen die Schienbeine. Zerreißt Kleider. Schlägt sich selbst. Häufiges Weinen. Dysphorische Stimmung.“
3. „Terrorisiert den Pförtner. Beschädigt fremde Autos. Zerstört Glasscheiben.“

Für solche unklaren (klinischen) Bilder wird nicht selten auf die Kategorie der „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F6) oder „Neurotische, Belastungs- und somatogene Störungen“ (F4) in der ICD-10 zurückgegriffen, die in dem Falle als „Sammelfelder“ für „Verdachtsdiagnosen“ (dazu auch Kapitel 2) erhalten müssen, ohne sich dabei auf eine bestimmte Psychopathologie festlegen zu wollen oder zu können. Ferron und Kollegen (1999, 3) konstatieren angesichts von derlei Problemen, „dass die traditionellen psychiatrischen Methoden der Diagnostik keine signifikante Hilfe für Menschen mit geistiger Behinderung darstellen.“

Vor allem sind der Diagnostizierung psychischer Störungen bei geistig schwer(st) behinderten Menschen Grenzen gesetzt (Thompson & Symons 1999, 129), weil zum Beispiel keine oder nur ausgesprochen selten Selbstauskünfte im Rahmen einer „kommunikativen Psychopathologie“ (Benedetti), der sich heute die moderne psychiatrische Untersuchung verschrieben hat, eingeholt werden können (Gardner & Willmering 1999; Sturmey 2001, 11). Eine Schwierigkeit, psychische Symptome bei Menschen mit geistiger Behinderung „richtig“ einzuordnen, besteht darin, dass behinderungsspezifische Beeinträchtigungen Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Störungen vortäuschen können (Sovner & Hurley 1999, 94). Ebenso kann umgekehrt ein subjektives Leiden angesichts behinderungsspezifischer Ausdrucksformen unerkannt bleiben (Problem des sog. *diagnostic overshadowing* [dazu Bütz et al. 2002, 43]). Das zeigt sich insbesondere bei körperlichen Beschwerden beziehungsweise gesundheitlichen Problemen. Nicht wenige geistig schwer(st) behinderte Menschen

„haben zum Beispiel oft Schwierigkeiten, Schmerzen zu lokalisieren oder Missempfindungen zu differenzieren. [...] Ein vereiterter Zahn zum Beispiel kann [...] zu einem diffus wahrgenommenen veränderten Körpererleben führen, das sich in Form einer allgemeinen Reizbarkeit äußert. Oft wird dieses Verhalten dann als eine ‚Verstimmung‘ gedeutet und nicht weiter hinterfragt. Wenn der Schmerz nicht nachlässt, führen möglicherweise ständige Reibereien und kleinere Konflikte zu nachhaltigen Störungen der Beziehungen zu seinen Mitmenschen, gefolgt von negativen Erwartungen und Rollenzuschreibungen. Der Keim für eine bleibende störende Verhaltensweise ist gelegt. Es kann aber auch sein, dass die gleiche Ursache bei einem anderen zu heftigsten, gegen sich selbst gerichteten Aggressionen führt“ (Gaedt 1996, 95 f.).

Zumeist handelt es sich dabei um ein Mitteilungsproblem, indem Betroffene, die Schwierigkeiten haben, sich sprachlich zu verständigen, körperliche Schmerzen oder gesundheitliche Befindlichkeiten durch Verhaltensweisen zum Ausdruck bringen, die von ihren

Umkreispersonen als auffällig oder sozial unerwünscht wahrgenommen und missverstanden werden. Im Falle von schweren Kopfschmerzen o. Ä. kann dann beispielsweise das Kopfschlagen ein Versuch sein, sich selbst zu helfen, zum Beispiel die Schmerzen zu dämpfen.

Derlei „Selbsteilungsversuche“ führen uns vor Augen, dass es eine *Zweckmäßigkeit und Sinnhaftigkeit* psychischer oder sozialer Symptome gibt, die es zu entschlüsseln und zu verstehen gilt. Dies zu leisten verspricht eine verstehende Diagnostik (Abb. 3), die den fühlbaren Hintergrund eines *multidisziplinären Assessments* (Ferron) bilden sollte (dazu auch Kratochwill & McGivern 1996). Im Rahmen eines solchen Assessments (dazu Theunissen 2016; 2017) gilt es vor allem 1) die Krankengeschichte als Lebensgeschichte, 2) den allgemeinen Gesundheitszustand, 3) das psychiatrisch-klinische Bild, 4) die Funktionalität des Problemverhaltens sowie 5) das individuelle und soziale Ressourcenrepertoire aufzubereiten.

Tabelle 3: Bausteine einer ‚verstehenden Diagnostik‘

Erstellung einer <i>Lebensgeschichte</i> und Anamnese.
Erfassung und Analyse ‚ <i>kritischer</i> ‘ <i>Lebensereignisse</i> , die auf ihre Bedeutung für den geistig behinderten Menschen (subjektive Ereigniswahrnehmung und Bewertung) validiert werden müssen; Berücksichtigung der <i>individuellen Bewältigungsformen</i> , sog. Coping-Fähigkeiten oder protektiver Faktoren.
Beschreibung ‚ <i>kleiner</i> ‘ <i>Erfolgsgeschichten</i> , positiver Lebenserinnerungen u. Ä.
Erfassung <i>individueller Interessen</i> , Bedürfnisse, Wünsche, Zukunftspläne, Träume, Lebensperspektiven.
Erfassung <i>individueller Stärken</i> , Fähigkeiten, Fertigkeiten, Entwicklungspotenziale, Ressourcen.
Erfassung des <i>individuellen Lebensstils</i> (Alltags- und Freizeitverhalten; Pflege von Hobbys).
Erfassung <i>sozialer Beziehungen</i> (Freundschaft; Partnerschaft; Gruppe).
Erfassung <i>sozialer und umweltbezogener Kompetenzen</i> (Hilfsbereitschaft; Selbsthilfeverhalten; Orientierung/Verhalten in der Öffentlichkeit/Gesellschaft).
Erfassung des <i>Entwicklungsniveaus</i> , vor allem auch Diskrepanzen (z. B. zwischen sozio-emotionaler und kognitiver Entwicklung und lebenspraktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten) sowie der aktuellen Handlungskompetenz in Bezug auf (schulisch-)intellektuelle, sensorische, motorische und lebenspraktische Fähigkeiten.
Erfassung des <i>allgemeinen Gesundheitszustandes</i> (z. B. durch allgemeinmedizinische, internistische Untersuchungen).
Erfassung <i>psychischer Beeinträchtigungen</i> unter neurobiologischen Gesichtspunkten (z. B. neurobiologische beziehungsweise Hirnfunktionsstörungen, klinische Syndrome, psychiatrische Krankheitsbilder).
Erfassung <i>sozial wünschenswerter Verhaltensweisen</i> .
Beschreibung der <i>Funktion</i> und Bedeutung der ‚ <i>positiven</i> ‘ <i>Verhaltensweisen</i>
Darstellung konkreter <i>Situationen</i> , in der <i>Stärken</i> zum Ausdruck gebracht werden.
Registrierung und Hierarchisierung der ‚ <i>beklagten</i> ‘ <i>Verhaltens- und Erlebensweisen</i> (Verhaltensauffälligkeiten; psychische Störungen) in Häufigkeit und Intensität.
Beschreibung der <i>Funktion (Bedeutung, Zweck) des ‚beklagten‘ (herausfordernden) Verhaltens</i> , um den subjektiven Sinn und das Erleben der Person zu verstehen.
Darstellung der <i>Situationen</i> , in der herausfordernde Verhaltensweisen auftreten; Beachtung der <i>hintergründigen Aspekte und Einflüsse</i> , der <i>auslösenden Momente</i> , der <i>aufrechterhaltenden Bedingungen</i> und der <i>Konsequenzen</i> auf das Problemverhalten.

Beschreibung des Verhaltens der am Problem beteiligten <i>Bezugspersonen</i> in zirkulären Mustern.
Beschreibung und Analyse des <i>erweiterten sozialen Umfelds</i> hinsichtlich seiner Bedeutung für das Problemverhalten.
Beschreibung des Alltagslebens, des <i>Tagesablaufs</i> sowie der <i>konfliktfreien Zeiten</i> .
Beschreibung der <i>sozialen Ressourcen</i> , protektiven sozialen Faktoren und Umweltstärken.
Beschreibung der <i>bisherigen Maßnahmen</i> zur Bewältigung der Verhaltensproblematik.
Erfassung der <i>Rahmenbedingungen</i> (z. B. konkrete Wohnsituation, personelle Situation in der Gruppe, Situation am Arbeitsplatz, häusliches Lebensmilieu, Beziehungskonstellationen, Infrastruktur, Trägerphilosophie).
Legende: Mit den genannten Bausteinen werden Aspekte herausgestellt, von denen wir annehmen, dass sie zum Verständnis von Verhaltensproblemen und psychischen Störungen wesentlich beitragen können. Im Rahmen der Diagnostik sollte je nach Problematik eine Gewichtung einzelner Aspekte vorgenommen werden, manche Bausteine lassen sich dann rasch aufbereiten, andere hingegen benötigen eine vertiefte Klärung. Der gesamte diagnostische Prozess soll in eine <i>Definition des Kernproblems</i> als Ausgangspunkt für die Entwicklung eines multidisziplinären Gesamtkonzepts münden.

Unseres Erachtens greifen Konzepte zu kurz, die Verhaltensauffälligkeiten wie auch psychische Störungen einfach ins Individuum hinein verlagern. Wichtig ist immer die Gesamtschau einer Problematik, weshalb die Aufbereitung lebensgeschichtlicher und kontextueller Bezüge und die Reflexion des Zusammenwirkens von psychischen, biologischen und sozialen Aspekten (einschließlich des persönlichen Lebensstils und Zukunftsentwurfs) ebenso wichtig sind wie die eng gestrickte klinische Diagnostik. Dies zeigt sich unter anderem am Konzept der Verhaltensphänotypen (*behavioral phenotypes*), welches in jüngster Zeit sehr oft als Beleg für eine organische Grundlage von psychischen Auffälligkeiten oder Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung verwertet wird.

Unter einem *Verhaltensphänotyp* versteht Sarimski (1997, 15)

„eine Kombination von bestimmten Entwicklungs- und Verhaltensmerkmalen, die bei Kindern und Erwachsenen mit einem definierten genetischen Syndrom mit einer höheren Wahrscheinlichkeit auftritt als bei Kindern und Erwachsenen mit einer Behinderung anderer Ursache.“

Mit dieser vorsichtigen Definition grenzt sich Sarimski von monokausalen Sichtweisen ab, die zum Beispiel eine genetische Determinierung aggressiven Verhaltens behaupten und dieses nur durch Gendefekte zu erklären versuchen. Davor warnt unter anderem auch Blanz (1998, 45):

„Insgesamt besteht beim derzeitigen Wissensstand Übereinstimmung darüber, dass von einer genetisch determinierten Prädisposition für aggressives Verhalten auszugehen ist. Abgesehen von seltenen Ausnahmen lässt sich aber aggressives Verhalten weder durch ein einzelnes Gen noch eine bekannte Gen-Konstellation erklären. Sicher ist, dass psychosoziale Faktoren einen ausgeprägten Einfluss darauf haben, wie sich genetisch determinierte Vulnerabilität für aggressives Verhalten manifestiert.“

Organpathologische Befunde von Verhaltensauffälligkeiten sind bei Menschen mit geistiger Behinderung genauso wie bei anderen Personen selten, wenngleich im Falle von selbstverletzenden Verhaltensweisen häufig biologische Ursachen angenommen werden (Schroeder et al. 1999; Villalba & Harrington 2000). Aber auch dort, wo organpathologische Ursachen (z. B. Gendefekte) eine Rolle spielen (z. B. Cornelia-de-Lange-Syndrom, Rett-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Lesch-Nyhan-Syndrom), handelt es sich zumeist um klinische Syndrome mit einer sehr geringen Verbreitung (Neuhäuser 2004). Selbst hier ist es „wichtig um inter- und intraindividuelle Unterschiede zu wissen. Nicht alle Kinder mit Prader-Willi-Syndrom entwickeln die ungebremste Neigung zum Essen in gleichem Maße, nicht alle Kinder mit Cornelia-de-Lange-Syndrom entwickeln autoaggressive Verhaltensweisen, nicht alle Kinder mit Fragilen-X-Syndrom sind gleichermaßen überaktiv“ (Sarimski 1997, 8).

Diese Erkenntnis, die ebenso für das Lesch-Nyhan-Syndrom gilt, welches auch ohne Selbstverstümmelungstendenz beobachtet worden ist (Schneider, Morgenstern & Schindera 1976; Lüders, Jaritz & Student 1979), unterstreicht die Notwendigkeit, Festschreibungen, statische Aussagen, Etikettierungen, voreilige Schlussfolgerungen oder Prognosen zu vermeiden, um den pädagogischen und therapeutischen Handlungsspielraum nicht unnötiger Weise einzuengen. Allein die Mitteilung von charakteristischen Entwicklungs- und Verhaltensmerkmalen im Sinne eines Verhaltensphänotyps kann Irritationen oder Unsicherheiten in der Einstellung, Kommunikation und Interaktion befördern „und zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung werden“ (Sarimski 1997, 8). Entscheidend ist immer die Frage, unter welchen Bedingungen Menschen mit einem nachweisbaren genetischen Syndrom, dem charakteristische Verhaltensmerkmale nachgesagt werden, die erwarteten Auffälligkeiten oder psychischen Störungen zeigen und unter welchen Bedingungen das Verhalten in sozial erträglicher Weise selbstgesteuert werden kann und die Umwelt oder Bezugspersonen mit den Betroffenen besser kommunizieren und interagieren können. Nur bei derlei Fragen macht die Bekanntgabe und Reflexion eines Verhaltensphänotyps aus pädagogischer und psychologischer Sicht überhaupt Sinn. Alles in allem dürfen somit Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Störungen bei dem Konzept der Verhaltensphänotypen nicht einzig und allein als ein intraindividuelles Störungsbild ausgelegt werden – und erst recht nicht als „genetisch festgelegte“ Verhaltensmuster (ebd., 22). Vielmehr sollte das Konzept im Lichte eines bio-psycho-sozialen Verständnisses von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen betrachtet werden, „welches individuellen Lebensumständen, der Lebensgeschichte und sozialen Einschränkungen den ihnen gebührenden Stellenwert beim Verständnis der Ausbildung von Problemen einräumt“ (Sarimski 2007, 372).

Wie wichtig die bio-psycho-soziale Sicht einer psychischen Störung ist, führt uns unter anderem Grawe (2004) vor Augen. Die Erforschung neuronaler Korrelate psychischer Störungen zeigt auf, dass es bei einer seelischen Erkrankung zu Veränderungen des Gehirns kommt (funktionell, strukturell, neurochemisch), die auf das Verhalten und Erleben einer Person Einfluss nehmen, welches wiederum neuronale Prozesse beeinflusst, sodass relativ stabile und wirksame „Bahnungen“ entstehen, die diagnostisch, therapeutisch und pädagogisch beachtet werden müssen.