

POLYLOGE

**Materialien aus der Europäischen Akademie für
psychosoziale Gesundheit
eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
www.fpi-publikationen.de/polyloge**

Herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr.Dr.Dr. Hilarion G. Petzold, Freie Universität Amsterdam, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris

In Verbindung mit:

Dr.med. Dietrich Eck, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr.med. Anton Leitner, Zentrum für psychosoziale Medizin, Donau-Universität, Krems

Univ.-Prof. Dr. phil. Liliana Igrić, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. Nitzka Katz-Bernstein, Universität Dortmund

Dipl.-Päd. Bruno Metzmaker, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Dipl.-Sup. Ilse Orth, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Dr. päd. Waldemar Schuch, M.A., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr.phil. Johanna Sieper, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

lic. phil. Hanspeter Müller, Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

**POLYLOGE: Materialien aus der Europäi-
schen Akademie für psychosoziale Gesundheit -
Ausgabe 13/2004**

**Zur Integration pädagogischer und the-
rapeutischer Interventionen in der Arbeit
mit verhaltensauffälligen Menschen mit
geistiger Behinderung**

Hansjörg Rügger, CH-Bern

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

- 1.1. Integrative Therapie
- 1.2. Integrative Therapie und geistige Behinderung
 - 1.2.1. Die integrative therapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen
 - 1.2.2. Biographiearbeit mit geistig behinderten Menschen
- 1.3. Fragestellung dieser Arbeit

2. Geistige Behinderung

- 2.1. Definitionen von geistiger Behinderung
- 2.2. Behinderungsgrade

3. Verhaltensauffälligkeiten

- 3.1. Problemlagen von Menschen mit geistiger Behinderung
 - 3.1.1. Krisensituationen bei Menschen mit geistiger Behinderung
 - 3.1.2. Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung
- 3.2. Verhaltensauffälligkeiten im Lichte unterschiedlicher Disziplinen
- 3.3. Merkmale von Verhaltensauffälligkeiten
- 3.4. Funktionen von Verhaltensauffälligkeiten
- 3.5. Ursachen von Verhaltensauffälligkeiten
 - 3.5.1. Das Bremer behindertenpädagogische Modell
 - 3.5.2. Das ökologische Modell
 - 3.5.3. Das entwicklungspsychopathologische Modell
 - 3.5.4. Das psychoanalytische Modell
 - 3.5.5. Das verhaltenstheoretische Modell
 - 3.5.6. Das systemische Modell

4. Diagnostische Ueberlegungen

- 4.1. Ressourcendiagnostik
 - 4.1.1. Salutogenese
 - 4.1.2. Ressourcen
 - 4.1.3. Ressourcenanalyse
- 4.2. Störungsdiagnostik

5. Integrative Behandlungsansätze

- 5.1. Ausgestaltung der institutionellen Rahmenbedingungen
- 5.2. Ressourcenaktivierung
- 5.3. Beziehungsgestaltung
- 5.4. Entwicklungsförderung
- 5.5. Umfeldstrukturierung
- 5.6. Symptomzentrierte Interventionsformen
- 5.7. Weitere Behandlungsansätze

6. Schlussfolgerungen

Literaturverzeichnis

1. Einleitung

1.1. Integrative Therapie

Die Integrative Therapie (IT) ist ein Verfahren der Humantherapie, das in den 1960-er Jahren von Hilarion Petzold begründet wurde. Seit dieser Zeit wird die IT von Petzold zusammen mit seinen MitarbeiterInnen kontinuierlich weiterentwickelt – bis in die heutige Zeit. Humantherapie meint eine Therapie des ganzen Menschen in all seinen Aspekten. Sie umfasst Leibtherapie, Psychotherapie, Nootherapie (Lebenskunst, Sinnfindung), Sozialtherapie und ökologische Intervention.

Die Integrative Therapie geht über rein klinische Perspektiven hinaus. Sie umfasst die folgenden Dimensionen:

- Heilung oder Linderung von psychischen und/oder sozialen Störungen
- Gesundheitsförderung und –erhaltung
- Persönlichkeitsentwicklung
- Kritische Kulturarbeit

Die Integrative Therapie durchquert mehrere Disziplinen: Philosophie, Soziologie, Psychologie, Psychotherapie, Neurowissenschaften. Es werden Dialoge in alle Richtungen geführt (Polyloge), es werden Wissensstände, Konzepte, Handlungsfelder systematisch erschlossen und miteinander in Verbindung gebracht. Integration wird definiert als Konnektivierung, als Verbindung unterschiedlicher „Bausteine“ (Petzold 2002). Durch Verbindungen entstehen neue Perspektiven, neue Handlungsansätze. Dies gilt auch für die Psychotherapie: Konzepte und Methoden unterschiedlicher Therapieschulen wurden in der IT miteinander und mit Konzepten aus andern Disziplinen verbunden. Auf diese Weise ist hat sich die IT zu einem umfassenden, konsistenten, in seiner Breite und Tiefe einmaligen Behandlungsansatz entwickelt. Diese Entwicklung ist keineswegs abgeschlossen: Durch immer neue Verbindungen entstehen wieder neue Entwicklungen, Sichtweisen und Handlungsmöglichkeiten.

Wesentliche Wissensbestände der Integrativen Therapie als Humantherapie sind von Petzold (1993) im „Tree of Science“ dargestellt worden. Der Tree of Science umfasst die Bereiche Metatheorie, Klinische Theorie sowie Praxeologie. Die einzelnen Positionen in diesem konzeptuellen Rahmen können an dieser Stelle nicht dargestellt werden. Der Leser sei auf die oben erwähnte Grundlagenliteratur verwiesen.

Sich die theoretischen Grundlagen der Integrativen Therapie anzueignen, ist kein einfaches Unterfangen. Die Literatur zur IT ist umfangreich und komplex. Es bedarf einiges an Zeit und Einsatz, sich in dieses Gebiet einzuarbeiten. Doch der Aufwand lohnt sich. Durch die Beschäftigung mit der IT haben sich mir einige Einsichten aufgetan, einige Fenster geöffnet. Die Aufbereitung der aktuellen Erkenntnisstände in den unterschiedlichen Disziplinen führte zu erhellenden Einsichten und hat mir wesentliche neue Zusammenhänge erschlossen.

Um den Rahmen dieser Arbeit abzustecken, seien die wichtigsten metatheoretischen Grundpositionen der Integrativen Therapie angesprochen:

- Menschenbild: Der Mensch wird *ganzheitlich* gesehen als leibliches, soziales und kreatives Wesen. Er ist auf einen Kontext bezogen und bewegt sich in der Zeit, in einem Kontinuum von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Der Mensch wird in seiner lebenslangen Entwicklung betrachtet, wobei auf Gesundheits- und auf Krankheitsfaktoren besonders geachtet wird.
- Erkenntnistheorie: Die IT verfolgt einen *hermeneutischen*, d.h. einen verstehenden Ansatz. Grundlage des Verstehens sind Wahrnehmungen, welche erfasst und, im Austausch mit andern Menschen, verstanden werden können. Verstehen ist ein kontinuierlicher Prozess. Dieses Verstehen geht von Phänomenen aus, deshalb spricht die IT von einem phänomenologisch-hermeneutischen Ansatz.
- Ethik: Der Mensch wird in der IT als Mitmensch verstanden. Mit einer Haltung der Intersubjektivität begegnen und beziehen sich Menschen aufeinander in empathischer und für beide Seiten förderlicher Weise. Die IT verfolgt als ethische Leitprinzipien die *Integrität* des Menschen (alles, was seine Entwicklung fördert), die Wahrung der *Menschenwürde* sowie die *Humanität* des Lebensvollzuges.

Aufgrund dieser Aussagen werden schon erste Orientierungen für die Behindertenarbeit deutlich. Der behinderte Mensch wird in seiner Ganzheit, in seinen lebensweltlichen und in seinen biographischen Bezügen wahrgenommen. Die IT verfolgt einen verstehenden Ansatz: Die betroffenen Menschen sollen so gut wie möglich verstanden werden in ihren Qualitäten wie auch in ihren Problem-

lagen. In der professionellen Arbeit mit geistig behinderten Menschen wird versucht, diese in ihrem täglichen Leben empathisch zu begleiten und in ihrer Entwicklung zu fördern.

Gute und aktuelle Zusammenfassungen der Integrativen Therapie finden sich in den folgenden Artikeln:

- Vorwort zur zweiten Auflage der „Integrativen Therapie“ in drei Bänden (Petzold 2002)
- Zentrale Modelle und Kernkonzepte der „Integrativen Therapie“ (Petzold 2002).

1.2. Integrative Therapie und geistige Behinderung

Ueber Integrative Therapie bei Menschen mit geistiger Behinderung liegen bisher nur wenige Arbeiten vor. Die zwei wichtigsten Aufsätze von Petzold zu diesem Thema sollen hier kurz diskutiert werden.

1.2.1. Die integrative therapeutische Behandlung geistig behinderten Menschen (Petzold 1994)

Petzold (1994) schlägt in der Therapie von Menschen mit geistiger Behinderung eine Kombination von 3 Methoden vor:

- Motopädagogik /Bewegungstherapie
- Psychotherapie / psychologische Beratung
- Familientherapie / Netzwerkarbeit

Wir erkennen, der Mensch mit geistiger Behinderung wird in seiner Leiblichkeit, seinem psychischen Befinden und in seinen sozialen Bezügen (d.h. „bio-psycho-sozial“) behandelt. *„Wird einer dieser Interventionsbereiche vernachlässigt, werden wichtige Dimensionen der Problemlage ausgeblendet und in der Regel ein unzureichendes Hilfsangebot gemacht“*(dito, 227).

In diesem Artikel werden wichtige Dimensionen der therapeutischen Arbeit mit geistig behinderten Menschen aufgezeigt. Dennoch erlaube ich mir, an den hier gemachten Aussagen einige Kritikpunkte anzubringen:

- Geistige Behinderung wird einseitig als *Beeinträchtigung* der Persönlichkeit eines Menschen gesehen. Es fehlen Hinweise auf gesunde Anteile, Ressourcen, Kompetenzen und Stärken des jeweiligen Menschen.
- Es werden keine Bezüge zur *Pädagogik* bei Menschen mit geistiger Behinderung gemacht. Solche Bezüge sind jedoch notwendig. Therapie ist nur dann sinnvoll, wenn der pädagogische Alltag ein humanes und sinnvolles Leben ermöglicht. Pädagogik und Therapie müssen in der Begleitung und in der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung eng zusammenarbeiten.
- Es wird in dieser Arbeit nicht zwischen verschiedenen Problemsituationen unterschieden. Zudem werden keine Aussagen über die *Ursachen* der jeweiligen Probleme gemacht. Die genannten Behandlungsansätze sind unvollständig, so wird beispielsweise nicht auf institutionelle Bedingungen eingegangen.

Hier sind Revisionen und Ergänzungen notwendig, die in der vorliegenden Arbeit vorgenommen werden. Die IT hat sich seit 1994 weiterentwickelt. Zudem kann ich auf gründliche Kenntnisse und Erfahrungen in der Geistigbehindertenpädagogik zurückgreifen. Es geht in meiner Arbeit darum, pädagogische und therapeutische Ansätze miteinander zu verbinden. Diese Verbindung ist innerhalb der IT bisher noch nicht gemacht worden.

1.2.2. Biographiearbeit mit geistig behinderten Menschen (Petzold 2003)

Petzold (2003) berichtet über Biographiearbeit, insbesondere bei Menschen mit Traumabelastungen und Behinderungen. *„Es geht nämlich mit der Biographie um den Kernbereich jedes Subjekts und mit der Biographiearbeit um das intersubjektive Mitteilen, Miterleben und Teilen der Geschichte von konkreten Personen, um alles, was ihr Leben, ihre Identität, ihr Glück, ihr Leiden oder ihre Verzweiflung ausmacht“* (dito, 154).

In der Biographiearbeit kommen Menschen zusammen, erzählen sich aus ihrer Geschichte. Dies fördert und stärkt deren Identität. Menschen teilen sich mit und werden gehört, verstanden, angenommen. Bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung ist nur stellvertretende Biographiearbeit möglich; dabei werden die Familie sowie weitere Bezugspersonen des Betroffenen einbezogen. Die Biographie ist der Kernbereich eines Menschen. In diesem Sinne ist für uns alle Biographiearbeit wesentlich. Es ist damit keine pädagogische oder psychologische Methode oder Intervention

gemeint. Es geht um den Aufbau einer *Kultur* des guten Miteinanders, des gegenseitigen Verstehens und Anerkennens, der liebevollen Begegnung und des persönlichen Austausches. Die biographische Perspektive ist wichtig. Sie wird in der vorliegenden Arbeit in der verstehenden Diagnostik wie auch in den Behandlungsansätzen (z.B. der Gestaltung der institutionellen Rahmenbedingungen und der Bereitstellung einer qualitativ guten Alltagsbetreuung) immer wieder mitberücksichtigt.

1.3. Fragestellung dieser Arbeit

In dieser Arbeit geht es um die Begleitung, Förderung und Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung, die gleichzeitig schwer verhaltensauffällig sind. Dabei gehe ich auf folgende Fragen ein:

- Was verstehen wir heute unter „geistiger Behinderung“?
- Was sind Verhaltensauffälligkeiten? Was sind deren Ursachen?
- Was für eine Diagnostik hilft uns dabei, verhaltensauffällige Menschen mit geistiger Behinderung zu verstehen?
- Was für Behandlungsansätze (Interventionsstrategien) sind bei verhaltensauffälligen Menschen mit geistiger Behinderung erfolgversprechend?

Im 2. Kapitel wird der Begriff der „geistigen Behinderung“ diskutiert. Die Vorstellungen über geistige Behinderung haben sich im Laufe der Zeit immer wieder verändert. Es werden einige aktuelle Sichtweisen von geistiger Behinderung vorgestellt. Dabei wird deutlich werden, dass eine so globale Kategorie wie „geistig behindert“ wenig über einen konkreten Menschen aussagen kann.

Im 3. Kapitel geht es um Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Verhaltensauffälligkeiten werden dabei von Krisen sowie von psychischen Störungen unterschieden. Verhaltensauffälligkeiten sind immer wieder vorkommende, sozial störende Verhaltensweisen. Diese können in ihren Bezugssystemen unterschiedliche Funktionen einnehmen. Bezüglich der Ursachen von Verhaltensauffälligkeiten werden mehrere Ursachenmodelle dargestellt, die miteinander verbunden werden können.

Im 4. Kapitel beschäftigen wir uns mit Fragen der Diagnostik. Integrative Diagnostik ist eine prozessuale Diagnostik. Dabei wird der Versuch unternommen, einen konkreten Menschen im Laufe der Behandlung möglichst differenziert und umfassend zu verstehen. Das Verstehen gründet auf einer Ressourcen- wie auch auf einer Störungsdiagnostik. Aus einer so verstandenen Diagnostik können konkrete Behandlungsansätze abgeleitet werden.

Im 5. Kapitel werden die wichtigsten integrativen Behandlungsansätze von Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung dargestellt. Es sind dies: Die Ausgestaltung der institutionellen Rahmenbedingungen, die Ressourcenaktivierung, die Beziehungsgestaltung, die Entwicklungsförderung, die Umfeldstrukturierung, die symptomorientierten Interventionsformen sowie weitere Behandlungsansätze (pädagogisch-psychologische Beratung und kontinuierliche Fortbildung der Mitarbeiter/innen; Elternberatung; Psychotherapie und psychiatrische Behandlung der Betroffenen).

Im 6. Kapitel wird eine Zusammenfassung dieser Arbeit gegeben und es werden einige Schlussfolgerungen für die Praxis gezogen.

2. Geistige Behinderung

2.1. Definitionen von geistiger Behinderung

Was sollen wir unter dem Begriff „geistige Behinderung“ verstehen? Eine allgemein anerkannte Definition dieses Begriffes gibt es nicht. Die gängigen Ansichten dazu haben sich im Laufe der Zeit immer wieder geändert (Eggert 2003).

Einige ältere Definitionen von geistiger Behinderung sind:

- Geistige Behinderung als Oligophrenie (Debilität, Imbezillität, Idiotie)
- Geistige Behinderung als Schwachsinn (Intelligenz- und Charakterstörung)
- Geistige Behinderung als Intelligenzdefekt

Es versteht sich von selbst, dass solche Modelle heute nicht mehr angemessen sind (Theunissen 1999). Die verwendeten Begriffe sind ausschliesslich negativ geprägt. Es herrscht eine Defektorientierung vor. Die Betroffenen gelten als lern- und bildungsunfähig und damit als „Pflegefälle“. Geistige Behinderung erscheint als Krankheitskategorie oder als Normabweichung, als persönliches und unabänderliches Schicksal. Die biologischen Faktoren werden herausgehoben; psychologische und

soziale Faktoren bleiben unberücksichtigt. Störmer & Sievers formulieren es so: „Was in der gesellschaftlich vollzogenen Besonderung des Subjektes in Erscheinung tritt, wird losgelöst von seiner Biographie und seinen Lebensrealitäten zu seinem Wesen, zu seiner Natur erklärt“ (dito 1996, 203).

Es finden sich in der Literatur einige neuere Definitionen von geistiger Behinderung, die ich hier kurz vorstellen möchte:

- Das **ICD-10** sowie das **DSM-IV**, die gängigen Klassifikationssysteme von psychischen Störungen, definieren geistige Behinderung als unterdurchschnittliche Intelligenz sowie als Störungen der sozialen Anpassung (Meyer 2003). Abgesehen davon, dass eine klassifikatorische Diagnostik mittels Intelligenztests heute nicht mehr angemessen erscheint, muss man sich fragen, wie so geistige Behinderung überhaupt als psychische Störung definiert wird. Geistige Behinderung ist eine Möglichkeit des menschlichen Seins, jedoch als solche keine psychische Störung.
- Das **ICIDH**-Modell der geistigen Behinderung wurde von der WHO 1980 verabschiedet. Diese „*International Classification of Impairment, Disabilities and Handicap*“ hat im Behindertenbereich eine grosse Verbreitung gefunden. Geistige Behinderung wird wie folgt verstanden: Eine (meist hirnorganische) *Schädigung* führt zu *Beeinträchtigungen* der gesamten Persönlichkeit, welche je nach den jeweiligen Lebensumständen zu gesellschaftlichen *Benachteiligungen* führt. Dieses Modell hat vielfältige Kritik erfahren: Es handelt sich um ein „Krankheitsfolgemodell“. Die Abfolge der einzelnen Aspekte hat sich als unhaltbar erwiesen: Von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen kann keine Rede sein, da zwischen den einzelnen Faktoren vielfältige Wechselbeziehungen bestehen. Zudem fehlt die Gesundheitsperspektive.
- Petzold definiert geistige Behinderung als „eine komplexe Beeinträchtigung der Persönlichkeit eines Menschen in seinem Umfeld mit variierenden Einschränkungen auf der motorischen, sensorischen, emotionalen, sozialen und kognitiven Ebene. Diese Einschränkungen können genetisch-organische, traumatische und psychosoziale Ursachen haben. Sie werden durch die Sozialisations- und Lebensbedingungen nachhaltig mitbestimmt“ (dito 1994, 228). Diese Definition von Petzold schliesst in wesentlichen Teilen an die ICIDH an. Wir finden hier die Schädigungen sowie die vielfältigen Beeinträchtigungen der Persönlichkeit. Immerhin wird explizit auf die Bedeutung der Umgebungsfaktoren hingewiesen. Die damalige Definition von Petzold (1994) ist ebenfalls ausschliesslich negativ geprägt. Es fehlen die Gesundheitsperspektive und Hinweise auf die Ressourcentheorie. Diese neuen Ansätze der Sozialwissenschaften wurden in den letzten Jahren als unverzichtbare Bausteine in die IT eingebaut.
- Das Modell der **ICF** stellt eine neuere Entwicklung der WHO dar. Die „*International Classification of Functioning, Disability and Health*“ wurde im Jahre 2001 von der WHO verabschiedet. Eine deutsche Übersetzung dieses Modells liegt noch nicht vor. Deshalb verwende ich hier die englischen Begriffe. Das Modell bezieht die Gesundheitsperspektive explizit mit ein; jede Person, ob behindert oder nicht, hat gesunde und funktionierende Anteile. In der Beurteilung eines Menschen müssen also immer eine Gesundheits- und eine Störungsperspektive eingenommen werden.

In der *Gesundheitsperspektive* betrachtet die ICF die folgenden Faktoren:

- Body Function und Body Structure (gesunde Körperfunktionen und Körperstrukturen)
- Activity (Kompetenzen und Performanzen)
- Participation (Teilhabe an der Gesellschaft)
- Environmental Factors (Umgebungsfaktoren, welche die Integration erleichtern)

Unter der *Störungsperspektive* erscheint eine Behinderung als:

- Impairment (Schädigung von Körperstrukturen und -funktionen)
- Activity Limitations (Beeinträchtigungen von Kompetenzen/Performanzen)
- Participation Restrictions (Einschränkungen der gesellschaftlichen Teilhabe)
- Environmental Factors (Umgebungsfaktoren, welche die Integration erschweren)

Das Konzept der ICF ist noch neu, muss in der Praxis erst noch erprobt werden. Nähere Angaben dazu finden sich im Artikel „Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health“ (WHO 2002).

Fazit:

Der Begriff „geistige Behinderung“ stellt eine Globalkategorisierung dar. Als solche bezeichnet sie eine Gruppe von Menschen mit, im Vergleich zum Durchschnitt aller Personen, herabgesetzter Lernfähigkeit. Doch Menschen mit geistiger Behinderung sind nicht alle gleich. Es handelt sich um eine sehr heterogene Gruppe. Der Begriff der geistigen Behinderung ist geeignet zur Kommunikation unter Fachleuten und zur Planung der Behindertenhilfe in einer Gesellschaft. Der Begriff eignet sich jedoch nicht, um eine konkrete Person zu erfassen und zu beschreiben.

Globale Klassifizierungen wie „geistige Behinderung“ vereinfachen, pathologisieren, etikettieren, stigmatisieren. Das kennen wir schon aus dem Bereich der psychischen Störungen. Der Begriff „geistig behindert“ sagt über eine konkrete Person wenig aus. Wir brauchen individuelle Beobachtungen und Beschreibungen einer Person, also qualitative Einzelfallbeschreibungen.

Bei solchen Einzelfallanalysen sind, gemäss unserem Integrativen Ansatz, folgende Punkte besonders wichtig:

- Die Person soll in ihrem Kontext/Kontinuum betrachtet werden.
- Es ist eine Gesundheitsperspektive und eine Störungsperspektive zu berücksichtigen.
- Das Verstehen der Person beruht auf dialogischen Prozessen, einem Austausch mit allen Beteiligten (dem Betroffenen inklusive).
- Aufgrund der Einzelfallanalyse sollen Massnahmen zur Entwicklungsförderung abgeleitet werden können.

2.2. Behinderungsgrade

Ganz grob können wir unterscheiden zwischen leichter, mittlerer, schwerer und schwerster geistiger Behinderung. Diese Unterteilung ist natürlich nur grob, und es gibt fließende Übergänge. Dennoch ist ein Mensch mit Lernbehinderung (=leichter geistiger Behinderung), der sprechen kann, der sich im Alltag selbständig bewegt, nicht zu vergleichen mit einem schwerstbehinderten, der nicht spricht, im Rollstuhl liegt, auf umfassende Pflege angewiesen ist und wenig Eigenaktivität zeigt.

Der Behinderungsgrad ergibt sich aus dem Grad an Fähigkeiten in den Bereichen der Selbstversorgung, der Sprache, der Aktivitäten sowie im Ausmass seiner Hilfebedürftigkeit (Dieckmann 2002).

Aufgrund dieser etwas globalen Unterscheidung von Behinderungsgraden können wir das Klientel, um das es in dieser Arbeit geht, genauer umschreiben: Es geht um Menschen mit geistiger Behinderung, die deutlichen Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Dabei handelt es sich um die Gruppe der *mittel bis schwer* geistig behinderten Menschen. Gemeint sind erwachsene Personen ab dem 18. Lebensjahr, die in einer Einrichtung zur Förderung geistig Behinderter leben.

Personen mit leichter Behinderung und solche mit schwerster Behinderung stehen hier nicht im Mittelpunkt der Betrachtungen. Personen mit leichter geistiger Behinderung entwickeln kaum je die typischen Verhaltensauffälligkeiten. Ihr Verhalten ist stärker kognitiv gesteuert, sie können sich besser über Sprache ausdrücken. Da sie über sich und ihre Gefühle Auskunft geben können, lassen sich bei ihnen gegebenenfalls psychische Störungen gemäss ICD-10 diagnostizieren.

Personen mit schwersten geistigen und mehrfachen Behinderungen brauchen eine spezielle Pflege und Förderung. Der Umgang mit diesen Personen ist zu einem eigenen Spezialgebiet (Schwerstbehindertpädagogik) geworden.

Die hier vorgeschlagenen Wege der Diagnostik und Behandlung von verhaltensauffälligen Menschen mit geistiger Behinderung bezieht sich auf Personen, die in einer Institution leben. Das institutionelle Umfeld des Heimes hat auf das Wohlbefinden und auf das Verhalten der Bewohner einen grossen Einfluss. Die hier beschriebenen Erkenntnisse sind nicht ohne weiteres auf Personen übertragbar, die zu Hause von Eltern oder Geschwistern betreut werden.

3. Verhaltensauffälligkeiten

3.1. Problemlagen von Menschen mit geistiger Behinderung

Als menschliche Wesen sind wir alle immer wieder neuen Belastungen und Herausforderungen ausgesetzt. Das Leben läuft nicht immer rund. Antonovsky drückt diese Tatsache so aus: „*Ich bin überzeugt, dass wir uns alle im gefährlichen Fluss des Lebens befinden und niemals sicher am Ufer stehen*“ (dito, zitiert nach Schüffel 1998, 4).

Menschen mit geistiger Behinderung haben es in ihrem Leben besonders schwer. Aufgrund ihrer kognitiven Defizite können sie weniger gut verstehen und einordnen, was mit ihnen und in ihrem Umfeld passiert. In ihren sozialen Beziehungen sind sie mehr als Andere von ihren Bezugspersonen abhängig. Ihre Möglichkeiten zur Stressbewältigung sind meistens reduziert.

Die 3 wichtigsten Problemlagen bei Menschen mit geistiger Behinderung sind:

- Krisen
- Verhaltensauffälligkeiten
- Psychische Störungen

Es macht durchaus Sinn, diese Problemlagen voneinander zu unterscheiden. Die einzelnen Problembereiche sind in ihren Merkmalen unterschiedlich, und es sind jeweils unterschiedliche Behandlungsansätze notwendig. Natürlich gibt es auch hier manchmal fließende Übergänge und Veränderungen über die Zeit. Eine Krise kann sich unter entsprechenden Umständen zu einer Verhaltensauffälligkeit oder einer psychischen Störung entwickeln.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich ausführlicher mit schweren Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Die Problemlagen „Krisen“ und „psychische Störungen“ können nur kurz angesprochen werden. Die Ausarbeitung dieser beiden Themen würde je eine eigene Arbeit notwendig machen.

3.1.1. Krisensituationen bei Menschen mit geistiger Behinderung

Krisen haben gemäss Wüllenweber (2000, 2003) folgende Merkmale:

- Krisen beziehen sich auf ein ausgeprägtes Mass an Belastung.
- Hinzu kommt eine deutliche Überforderung der Kompetenzen und Ressourcen der betroffenen Person.
- Krisen sind von zeitlich begrenzter Dauer (höchstens einige Monate), ansonsten sprechen wir nicht mehr von Krisen.

Es können unterschiedliche Arten von Krisen unterschieden werden:

- *Organische bedingte Krisen*: Diese Krisen entstehen, wenn der Betroffene körperliche Schmerzen und Unwohlsein empfindet, diese aber infolge der Behinderung sprachlich nicht ausdrücken kann. Bei Krisen ist deshalb immer auch eine medizinische Abklärung notwendig.
- *Entwicklungskrisen*: Zu solchen Krisen kann es kommen, wenn wichtige Entwicklungsschritte anstehen und bewältigt werden müssen (z.B. der Übergang von der Schule in eine Werkstätte oder von der Familie in ein Wohnheim).
- *Psychosoziale Krisen*: Diese können bei kritischen Lebensereignissen (z.B. Todesfall in der Familie) oder bei chronischen Konflikten mit Bezugspersonen entstehen.
- *Psychiatrische Krisen*: Diese liegen vor bei einem Krankheitsschub, bei einer akuten Phase der Verschlechterung einer psychischen Störung.

In der Krisenintervention ist es notwendig, dass pädagogische, psychologische und psychiatrische Fachkräfte zusammenarbeiten. Wüllenweber (2002) sieht drei Möglichkeiten der Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung: Diese kann vor Ort durch die Betreuer/innen, durch ambulante und mobile Teams, oder stationär in einer speziellen Einrichtung erfolgen.

Bei der Krisenintervention steht das Prinzip der Sicherheit an oberster Stelle. Die persönliche Sicherheit für alle in den Konfliktfall einbezogenen Personen ist möglichst schnell herzustellen. Danach geht es darum, den Beteiligten bei der Überwindung der Krise zu helfen. Verschiedene Massnahmen (stützende Gespräche, Person aus der Situation herausnehmen etc.) können helfen, die Situation zu entschärfen und dem Betroffenen beizustehen, die Belastungssituation zu überwinden. Ausführliche Texte zur Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung finden sich im „Handbuch Krisenintervention“ (Wüllenweber & Theunissen 2001).

3.1.2. Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung

Was ist eine „psychische Störung“? Dieser Begriff konnte bis heute nicht eindeutig definiert werden. Es liegen keine klaren Kriterien vor, wann eine psychische Funktion (denken, fühlen, wollen, Bewusstsein etc.) gestört ist und wann nicht. Nur in den Extebereichen – etwa bei einer schizophrenen oder einer bipolaren Psychose – scheint die Sache relativ klar zu sein. Ansonsten ist es kaum eindeutig zu entscheiden, ob eine psychische Störung gegeben ist oder nicht. Die Kriterien des „subjektiven Leidens“ und der „Behandlungsbedürftigkeit“ geben uns erste Anhaltspunkte. Aber auch hier fehlen Präzisierungen: Wann ist ein subjektives Leiden Ausdruck einer psychischen Störung? Wann ist eine Person behandlungsbedürftig? Die in der Praxis verwendeten Normen sind sehr heterogen.

Pragmatisch sprechen wir von einer psychischen Störung, wenn eine Diagnose gemäss ICD-10 oder DSM-IV gestellt werden kann. Dabei beruht es letztendlich auf einem Meinungskonsens der beurteilenden Fachleute, ob ein Verhalten resp. Erleben als „gestört“ bezeichnet werden kann, einen Krankheitswert bekommt und als behandlungsbedürftig angesehen wird.

Eine geistige Behinderung ist keine psychische Störung. Menschen mit geistiger Behinderung können jedoch, zusätzlich zu ihrer Behinderung, eine psychische Störung entwickeln. Man spricht dann von Doppeldiagnosen (dual diagnosis): Es liegt gleichzeitig eine geistige Behinderung und eine psychische Störung vor.

Psychische Störungen lassen sich nur bei Menschen mit *leichter* geistiger Behinderung diagnostizieren, da nur diese über ihr Innenleben ausreichend Bescheid geben können. Hier finden wir dann alle Erscheinungsbilder von psychischen Störungen, die wir auch in der Normalbevölkerung finden (im ICD-10 die Kategorien F0 bis F9).

Bei Menschen mit *schwerer* geistiger Behinderung lassen sich psychische Störungen nicht diagnostizieren. Diese Personen können sich sprachlich nicht ausreichend ausdrücken, so dass wir über ihr Innenleben wenig erfahren können. Die üblichen Erscheinungsbilder von psychischen Störungen finden wir hier kaum noch. Dafür finden wir häufig auffällige und störende Verhaltensweisen wie Fremdaggressionen und selbstverletzendes Verhalten.

Bei Personen mit schwerer geistiger Behinderung sprechen wir also in der Regel nicht von psychischen Störungen (es sei dann, man könne eindeutig eine Psychose feststellen). Es liegen Verhaltensauffälligkeiten vor. Dennoch müssen wir davon ausgehen, dass Lebensbedingungen, die bei normalen Personen zu psychischen Störungen führen können (Entwicklungsnoxen, multiple Belastungssituationen über längere Zeiträume, Ressourcenmangel), auch bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung gegeben sein können. Die dabei entstehenden Probleme äussern sich bei diesen Menschen jedoch in unterschiedlicher Form – eben als auffälliges Verhalten.

Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung lassen sich – soweit sie sich überhaupt feststellen lassen – mit den üblichen Methoden behandeln: Mittels Psychotherapie oder psychiatrischer Behandlung. Wer sich über das Thema der psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung näher informieren möchte, sei auf Lingg & Theunissen (2000) sowie auf Dosen (1997) verwiesen.

3.2. Verhaltensauffälligkeiten im Lichte unterschiedlicher Disziplinen

Die einzelnen Fachdisziplinen Behindertenpädagogik, Psychologie sowie Psychiatrie haben unterschiedliche Ansichten über das Phänomen der Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt.

- Die behindertenpädagogische Sicht:

„In der Behindertenpädagogik wird Verhaltensauffälligkeit vornehmlich als soziales und pädagogisches Problem und weniger als individuelle und pathologische Störung gesehen“ (Wüllenweber 2003, 6).

Gemäss dieser Ansicht sind Verhaltensauffälligkeiten durch pädagogische Hilfen und Interventionen weitgehend behandelbar. Die Behandlung dieser Probleme soll also nicht zum Voraus an andere Fachleute wie Psychologen und Psychiater delegiert werden. Pädagogische Behandlungsansätze sind vorrangig, andere Behandlungsmöglichkeiten kommen erst dann hinzu, wenn die Erzieher auf pädagogischem Wege nicht mehr weiterkommen. Die Behindertenpädagogik hat in letzter Zeit an Selbstbewusstsein und Fachkompetenz gewonnen. In der Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten (ebenso wie in der Krisenintervention) hat sie eigene Interventionsstrategien entwickelt.

- Die psychologische Sicht:
Irblich (2003) spricht anstelle von Verhaltensauffälligkeiten von „*problematischen Erlebens- und Verhaltensweisen geistig behinderter Menschen*“ (dito, 312). Andere Psychologen verwenden auch den Begriff der „Verhaltensstörungen“.
Der Autor schlägt in der Behandlung problematischer Erlebens- und Verhaltensweisen Psychotherapie vor. Frühe verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze waren durchaus erfolgreich, wenn auch ethisch bedenklich, da dabei das Verhalten eines behinderten Menschen von Aussen kontrolliert wurde. In den letzten Jahren ist Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung immer bekannter geworden (Lotz et. al. 1994). Verhaltensauffälligkeiten können in dieser Sicht auf eine dahinterliegende psychische Problematik verweisen, welche mit Psychotherapie behandelbar ist. Der Gefahren von Psychotherapie, nämlich Probleme zu individualisieren und zu pathologisieren, muss man sich jedoch bewusst sein. Auf jeden Fall ist eine enge Zusammenarbeit mit den pädagogischen MitarbeiterInnen, Familienangehörigen und weiteren Fachleuten notwendig.

- Die psychiatrische Sicht:
Eine andere Sichtweise vertritt Dosen. Aus psychiatrischer Sicht heisst es hier, „*dass diese Verhaltensauffälligkeiten im Zusammenhang mit der Psychopathologie stehen, welche dann mit den psychischen Störungen geistig Normalbegabter zu vergleichen ist*“ (Dosen 1997, 15). Verhaltensauffälligkeiten sind in dieser Sicht „*lediglich eine äussere Erscheinungsform einer psychischen Erkrankung*“ (dito, 21).

Aufgrund dieser Ansichten schlägt Dosen folgerichtig eine psychiatrische Behandlung vor. „*Die Psychiatrie stellt den Anfang der Behandlung dar. Von hieraus werden die andern Beiträge zur Behandlung gelenkt und koordiniert*“ (dito, 80).

Diesen Auffassungen möchte ich ausdrücklich widersprechen. Das Buch von Dosen ist ein Lehrstück des Pathologisierens. Auf jeder Seite wimmelt es nur so von Pathologiebegriffen. Es gibt heute ernsthafte pädagogische und psychologische Behandlungsansätze. Diese sollen keinesfalls unter dem Diktat der Psychiatrie stehen. Psychiatrische Behandlung ist wichtig und notwendig, es besteht jedoch kein Anlass dazu, dass Psychiater die Behandlung leiten und die andern Disziplinen zu Hilfsfunktionen degradieren.

Die einzelnen Fachdisziplinen haben also unterschiedliche Definitionen von Verhaltensauffälligkeiten und unterschiedliche Behandlungsansätze geliefert. Im Integrativen Ansatz sind wir gefordert, die vorliegenden Sichtweisen zu prüfen und miteinander zu verbinden. Es geht darum, pädagogische, psychologische und auch psychiatrische Vorgehensweisen zu einem ganzheitlichen Behandlungsansatz zu integrieren. Ausgangspunkt der Überlegungen sind die pädagogischen Ansätze. Letztendlich sind es die Familienmitglieder und die pädagogischen Mitarbeiter, die mit dem behinderten Menschen den Tag verbringen. Verhaltensprobleme sollen hier angegangen werden. Unsere pädagogischen Bemühungen erweisen sich jedoch nicht immer als erfolgreich. In diesem Fall sind kombinierte pädagogische, psychologische und psychiatrische Ansätze einzusetzen, um die notwendigen Hilfestellungen geben zu können.

Wie wir aus obiger Diskussion erkennen, fühlt sich jede Disziplin primär für die Behandlung der Verhaltensauffälligkeiten zuständig. Jede Disziplin erhebt den Führungsanspruch bei der Behandlung. Hier wäre es langsam an der Zeit, die Streitigkeiten und das Kompetenzgerangel der einzelnen Disziplinen beizulegen und zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit zu kommen. Dabei ist von der Gleichwertigkeit der einzelnen Fachdisziplinen auszugehen.

3.3. Merkmale von Verhaltensauffälligkeiten

An dieser Stelle möchte ich noch einmal auf die wichtigsten Merkmale von Verhaltensauffälligkeiten hinweisen. Diese Merkmale werden in der Fachliteratur (Theunissen 2000, 2001, Heijkoop 1998) immer wieder genannt:

- Es handelt sich um sozial störende Verhaltensweisen eines geistig behinderten Menschen.
- Diese Auffälligkeiten kommen über lange Zeiträume, oft über Jahre, immer wieder vor.
- Auslöser dieses Verhaltens sind jeweils subjektiv erlebte kleine Irritationen oder Frustrationen des Betroffenen. Es müssen keine auslösenden schweren Belastungssituationen erkennbar sein.
- Die entsprechenden Verhaltensweisen sind sehr veränderungsresistent. Eine alltägliche Pädagogik reicht als Behandlung nicht aus.

- Die Beurteilung eines Verhaltens als auffällig ist von den jeweiligen Normen und Befindlichkeiten der Beurteiler abhängig. Verhaltensauffälligkeit ist eine Zuschreibung.
- Resultiert das auffällige Verhalten zwangsläufig aus dem Entwicklungsstand einer Person, sprechen wir nicht von Verhaltensauffälligkeiten (z.B. für eine Person im kognitiven Stadium des senso-motorischen Lernens ist das Manipulieren von Gegenständen normal).
- Verhaltensauffälligkeiten gehören nicht wesensmässig zur geistigen Behinderung. Sie bestehen zusätzlich zu dieser Behinderung.
- Gemäss einem systemischen Paradigma gehen wir von einer Störung der Person-Umwelt-Beziehung aus. Nicht die Person selbst wird als gestört betrachtet.
- Verhaltensauffälligkeiten sind als subjektiv sinnvoll anzusehen. Die Person macht eine Mitteilung über ihr Befinden.
- Verhaltensauffälligkeiten treten in der Regel bei mittel bis schwer geistig behinderten Menschen auf.
- Verhaltensauffälligkeiten können auch als Kompetenzen angesehen werden. Die Person versucht, unter schwierigen Umständen den Alltag zu bewältigen.

3.4. Funktionen von Verhaltensauffälligkeiten

Verhaltensauffälligkeiten sind subjektiv sinnvolle Mitteilungen der Betroffenen an ihre Bezugspersonen. Es gilt nun, diese Botschaften zu entschlüsseln, damit sie verstanden werden können.

Nach Theunissen (2000) fragen wir zuerst nach der Funktion eines Verhaltens. Das betreffende Verhalten hat in seinem System (der Familie oder der jeweiligen Gruppe) eine Funktion. So kann beispielsweise ein aggressives oder selbstverletzendes Verhalten eine Reihe von unterschiedlichen Funktionen erfüllen. Der Autor benennt insgesamt 27 mögliche Funktionen solcher Verhaltensweisen.

Beispiele: Die Person will mit ihrem auffälligen Verhalten Frustration ausdrücken, Anforderungen vermeiden, Überforderung anmelden, Zuwendung erhalten, Bedürfnisse durchsetzen, sich stimulieren, Andere um Hilfe rufen, Kontrolle gewinnen, sich selber bestrafen, Spannungen abführen, Schmerzen lindern, sich stabilisieren, und so weiter.

Im Einzelfall können Überlegungen angestellt werden, welche Funktion eine spezifische Verhaltensauffälligkeit einnehmen könnte. Der Betroffene hat möglicherweise durchaus berechnete und verständliche Anliegen und Bedürfnisse. In therapeutischer Hinsicht könnte es darum gehen, den Betroffenen zu lehren, seine Bedürfnisse auf andern Wegen als mit störendem Verhalten mitzuteilen.

3.5. Ursachen von Verhaltensauffälligkeiten

Bezüglich der Merkmale von Verhaltensauffälligkeiten gibt es in der Fachliteratur übereinstimmende Aussagen. Die Vorstellungen über die *Ursachen* der Verhaltensauffälligkeiten differieren jedoch erheblich. Es wurden eine Vielzahl von Theorien entwickelt, wie Verhaltensauffälligkeiten entstehen können.

Verhaltensauffälligkeiten sind in Zusammenhang mit der Lebensumwelt und der Lebensgeschichte eines Menschen zu sehen. Sie verweisen auf missglückte soziale Interaktionen und nicht „genügend gute“ pädagogische Umgangsformen hin, welche weit in die Vergangenheit zurückreichen können. Jedoch sind jeweils auch die aktuelle Lebenssituation und die Zukunftsperspektive zu beachten.

Die in meinen Augen wichtigsten Ursachenmodelle von Verhaltensauffälligkeiten sind weiter unten dargestellt. Jedes einzelne Modell hat seine Vor- und Nachteile. Die IT vertritt die Auffassung, dass nur durch das Einnehmen mehrerer Perspektiven und multipler Optiken ein Gegenstand umfassend verstanden werden kann. Unser Postulat, den Menschen mit geistiger Behinderung in seinen Kontexten und in seinem Lebenskontinuum zu sehen, wird nicht von jedem Modell erfüllt. Zusammen genommen bieten diese Modelle jedoch brauchbare Perspektiven an.

3.5.1. Das Bremer behindertenpädagogische Modell

Dieses Modell wurde von Jantzen entwickelt und vorgestellt (Jantzen 1996). Bezug nehmend auf die russische Psychologie (Luria, Vygotskij, Leontjew) hat Jantzen ein komplexes behindertenpädagogisches Modell entwickelt. Hier wird der Mensch explizit in seinem Lebenslauf sowie in seinen Kontexten gesehen. Eine Verwandtschaft mit dem Integrativen Ansatz von Petzold ist aufgrund ähnlicher metatheoretischer Ansichten unverkennbar.

Ausgangspunkt der geistigen Behinderung ist ein sogenannter „Defekt“, eine frühe hirnorganische oder manchmal auch psychosoziale Schädigung eines Menschen. Jedoch nicht der körperliche „Defekt“ ist für die geistige Behinderung das entscheidende und grundlegende Ereignis, „sondern die durch diesen Defekt radikal veränderte soziale Entwicklungssituation“ (dito, 21). Lernen und Entwicklung finden in sozialen Bezügen statt. Ein behindertes Kind in einer Gruppe von normalen Kindern bleibt, wenn nicht spezielle Förder- und Hilfsmassnahmen hinzukommen, isoliert (entsprechende Beobachtungen stammen von Vygotskij). Das behinderte Kind bleibt allein und spielt für sich, während die andern Kinder soziale Aktivitäten eingehen. Das Grundproblem ist also die soziale Isolation, die als Folge des „Defektes“ auftritt. Die erlittene Schädigung stellt eine innere Form der Isolation dar. Lernen und Entwicklung finden in dieser Isolation nicht in dem Ausmass statt, wie es sonst möglich wäre. Das Kind mit einer Schädigung braucht demnach hochspezifische Ansprache und Entwicklungsförderung. Eine solch ideale Situation ist jedoch nicht immer gegeben. Eltern mit geringer Ressourcenlage können ohne fachliche Hilfe eine entsprechend spezialisierte Förderung nicht anbieten.

Verhaltensauffälligkeiten sind hier die Folgen der beschriebenen Isolation. Sie entstehen, wenn der Dialog, die Kommunikation zwischen dem Betroffenen und seiner Bezugsperson nicht zustande kommt oder abreisst.

Sehr oft passiert es, dass Personen mit störenden Verhaltensweisen als „anormal“ bezeichnet und von sozialen Kontakten ausgeschlossen werden. Die Bezugspersonen wollen dann mit dem Betroffenen nichts mehr zu tun haben. Es finden nur noch Versorgungshandlungen (essen geben, ankleiden) statt. Hier liegt dann eine weitere isolierende Bedingung vor, indem der Betroffene nicht mehr als zugehörig gesehen wird. Unter diesen Bedingungen ist mit einer Zunahme der Verhaltensauffälligkeiten zu rechnen.

Jantzen versteht Diagnostik als „Rehistorisierung“. Es geht darum, schwer behinderten und verhaltensgestörten Menschen wieder eine Geschichte zu geben. Dabei untersucht er in den Lebensläufen dieser Menschen vor allem die isolierenden Bedingungen, unter denen diese Menschen lebten und immer noch leben. Es sind Menschen, die schon als Kleinkinder in Pflegeheime kamen, später psychiatrisch versorgt wurden und nur wenig Förderung und Bildung erhielten.

Es geht in diesem Modell also darum, Verständnis für die inneren und äusseren isolierenden Bedingungen, unter denen jemand lebte und lebt, zu entwickeln. Die Isolation soll durch gezielte Ansprache, durch Beziehungsangebote und Förderungsmassnahmen überwunden werden.

3.5.2. Das ökologische Modell

Das ökologische Modell wird, Bezug nehmend auf Bronfenbrenner, von Theunissen (2000) beschrieben. Es ist ein Umweltmodell, wobei die Umwelt in unterschiedlich weit gefasste Bereiche eingeteilt wird. Man unterscheidet grob eine Mikro-, eine Meso- und eine Makroebene der Umwelt.

Auf der *Mikroebene* geht es um die direkte und konkrete Interaktion/Kommunikation zwischen dem Betroffenen und seiner Bezugsperson. Auf dieser Ebene ist ein möglichst gutes empathisches Verstehen des Betreuten erforderlich. Zudem sollen vielfältige positive Beziehungs- und Aktivierungsangebote („affordances“) gemacht werden.

Verhaltensauffälligkeiten entstehen auf dieser Ebene, wenn sich der Mensch mit geistiger Behinderung nicht verstanden fühlt, wenn wenig anregende Beziehungs- und Aktivierungsangebote gemacht werden.

Auf der *Mesoebene* geht es um die Bezugssysteme, in denen der Betroffene sich bewegt. Es sind dies vor allem das familiäre Bezugssystem sowie das institutionelle System, in dem der Betreute lebt. Zudem ist auch die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Bezugssystemen wesentlich. Auf die systemische Sichtweise wird weiter unten noch näher eingegangen.

Verhaltensauffälligkeiten entstehen hier, wenn der Betreute infolge von innerfamiliären Konflikten zu einem „Symptomträger“ der Familie wird. Auf der institutionellen Ebene sind Verhaltensauffälligkeiten das Resultat nicht angepasster Strukturen und fehlender oder veralteter pädagogischer Konzepte.

Auf der *Makroebene* geht es um gesellschaftliche Einstellungen gegenüber behinderten Menschen, die Bereitstellung von genügend Mitteln, um die Schaffung von menschenwürdigen Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten. Menschen mit geistiger Behinderung werden auch heute noch in der Öffentlichkeit vorwiegend negativ beurteilt (Mühl 2000, 29). In der gegenwärtigen Zeit der wirtschaftlichen Probleme ist der Spardruck auf soziale Einrichtungen gross. Ist eine gute Betreuungsqualität infolge

der Sparübungen nicht mehr möglich, dann müssen wir uns auf politischer Ebene für eine Verbesserung der Situation geistig behinderter Menschen einsetzen.

Verhaltensauffälligkeiten sind auf der Makroebene das Resultat von sozialer Ablehnung, von unzureichender Betreuung infolge von Ressourcenmangel, von Besonderung und Ausschluss aus der Gesellschaft.

3.5.3. Das entwicklungspsychopathologische Modell

Die Entwicklungspsychopathologie (Resch, 1999) untersucht die Ursachen und den Verlauf von Fehlanpassungen im menschlichen Lebensverlauf. Individuelle Störungen werden als Anpassungsstörungen betrachtet. Die wichtigsten Begriffe dieses Modells sind: Vulnerabilität, Risikofaktoren und Schutzfaktoren.

Vulnerabilität: heisst Verletzlichkeit d.h. die Bereitschaft, unter Risikobedingungen einen negativen Entwicklungsverlauf zu nehmen. Personen mit geistiger Behinderung weisen, aufgrund einer (in der Regel) organischen Schädigung, eine hohe Vulnerabilität auf. Belastungen, denen normale Personen gewachsen sind, können sich bei ihnen recht stark auswirken.

Risikofaktoren: Zu den wichtigsten Risikofaktoren für psychische Störungen gehören, neben den frühen organischen Schädigungen, psychische Störungen der Eltern, unsichere Bindungserfahrungen, Erfahrungen von Misshandlung/Missbrauch oder Vernachlässigung durch wichtige Bezugspersonen, massive Konflikte und Streitigkeiten in der Familie. Es ist davon auszugehen, dass Personen mit geistiger Behinderung auf diese Risikofaktoren besonders stark reagieren.

Schutzfaktoren: Sind Risikofaktoren vorhanden, heisst das aber nicht, dass sich eine Störung entwickeln muss. Schutzfaktoren „können das Individuum unter Risikobedingungen von einer negativen Entwicklung schützen“ (Röper 2001, 17). Die wichtigsten Schutzfaktoren sind: Das Vorhandensein einer stabilen, sicheren und positiven Bezugsperson; ein positives familiäres Milieu; soziale Unterstützung; Kompetenzen und positives Selbstwertgefühl des Betroffenen.

Verhaltensauffälligkeiten entstehen, wenn bei gegebener Verletzlichkeit ein hohes Ausmass an Risikofaktoren vorhanden ist bei gleichzeitigem Fehlen oder Mangel an Schutzfaktoren. Bei Menschen mit geistiger Behinderung ist die Gefahr von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen etwa 3 – 4 Mal höher als in der Normalbevölkerung.

3.5.4. Das psychoanalytische Modell

Dieses Modell wird beispielsweise von Gaedt (2003) in seinem Artikel „Biographie und Identität“ dargestellt. Ausgangspunkt psychoanalytischer Betrachtung sind frühe Störungen der Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson. Dazu gehören frühes Erleben von Ablehnung, Gewalt, Vernachlässigung. Es entwickelt sich in der Folge beim Kind eine pathologische Identitätsform. Identität wird ja immer mitbestimmt durch die Reaktionen der Andern uns gegenüber. Das pathologische Identitätserleben wird, wenn es einmal aufgebaut ist, immer wieder neu inszeniert. Verhaltensauffälligkeiten, die in die Identität eines Menschen eingegangen sind, sind äusserst veränderungsresistent. Gaedt bringt das Beispiel eines geistig behinderten Menschen, der von den Eltern als „Monster“ betrachtet wurde, der später sich selbst als „Monster“ erlebte und sich immer wieder auch entsprechend verhielt.

Verhaltensauffälligkeiten sind in dieser Sicht Folgen einer Störung des Identitätserlebens.

3.5.5. Das verhaltenstheoretische Modell

Das verhaltenstheoretische Modell wird beispielsweise von Schucker (1994) beschrieben. In der klassischen Version dieses Modells wird das Verhalten als Reaktion betrachtet und mit auslösenden Reizen sowie mit nachfolgenden Bedingungen (Konsequenzen) in Beziehung gesetzt. Verhaltensauffälligkeiten sind in dieser Sicht erlerntes Verhalten. Die Umwelt soll so gestaltet werden, dass das unerwünschte Verhalten entweder gar nicht mehr ausgelöst wird, oder das Verhalten durch den Entzug von Verstärkung gelöscht wird.

Das verhaltenstheoretische Modell hat sich weiterentwickelt. Es wurden kognitive Elemente als verhaltensvermittelnde und –steuernde Instanzen in das Modell aufgenommen. Strategien der Selbstinstruktion und der Selbstkontrolle kommen aber eher für Personen mit leichter geistiger Behinderung in Frage als für Menschen mit schwerer geistiger Behinderung.

3.5.6. Das systemische Modell

Der systemische Ansatz entwickelte sich aus der systemischen Familientherapie heraus (Luxburg, 1994). In diesem Ansatz wird der Mensch als Teil eines sozialen Systems gesehen. Es werden die Strukturen und die vorherrschenden Interaktionsformen im System untersucht und im Falle von Problemen zu ändern versucht. Individuelle Störungen sind eine Folge von Ungleichgewichten und Problemen im Gesamtsystem.

Die systemische Sichtweise eignet sich für die Betrachtung einer Familie. Der Mensch mit geistiger Behinderung kann zum „Symptomträger“ werden. Er zeigt sich dann auffällig, die Probleme im System können jedoch ganz woanders liegen, beispielsweise in einem verdrängten Partnerschaftskonflikt zwischen den Eltern.

Die systemische Sichtweise ist auch auf Institutionen übertragbar. Institutionen müssen sich ständig weiterentwickeln und veränderten inneren und äusseren Gegebenheiten anpassen. Verhaltensauffälligkeiten sind hier das Ergebnis unangemessener und wenig förderlicher institutioneller Verhältnisse.

Auf ein weiteres Phänomen soll noch hingewiesen werden: In Systemen finden wir gelegentlich negative Interaktionsmuster (sogenannte Teufelskreise): Der Betreute X verhält sich aggressiv, weil die Betreuerin Y so viel schimpft; die Betreuerin Y schimpft so viel weil der Betreute X so aggressiv ist. Auf diese Weise wird eine Verhaltensauffälligkeit durch gut gemeinte Massnahmen nur noch schlimmer. Solche Zusammenhänge können in systemisch orientierter Beratung erkannt und verändert werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Zusammenarbeit unterschiedlicher Teilsysteme. Betreuer im Wohnbereich, im Arbeitsbereich, sollten untereinander und mit den Angehörigen einig sein und zusammenarbeiten. Ansonsten ist eine konsequente pädagogische Arbeit mit dem Betreuten nicht möglich. Verhaltensauffälligkeiten sind dann das Resultat von Unstimmigkeiten und Konflikten zwischen den verschiedenen Bezugssystemen.

4. Diagnostische Ueberlegungen

Sind wir vor die Aufgabe gestellt, einem verhaltensauffälligen Menschen mit geistiger Behinderung sowie seinem Umfeld fachliche pädagogisch-psychologische Hilfe anzubieten, dann ist zunächst ein sorgfältiger diagnostischer Prozess notwendig. Doch - wie soll diese Diagnostik aussehen?

Die Integrative Diagnostik versteht sich als eine „prozessuale“ Diagnostik. Dabei geht es um das „Erfassen und Verstehen eines Menschen im Kontinuum seiner Lebensspanne (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft) und seinem Kontext, seiner Lebenssituation...“ (Petzold 1993, 270).

Die Integrative Diagnostik wurde schon mehrfach dargestellt (Petzold 1988, 1993, 2001). Ihre Hauptmerkmale sind:

- Ein bestimmter Mensch soll möglichst differenziert und präzise beschrieben und verstanden werden.
- Das Leitprinzip der Integrativen Diagnostik heisst: Von den Phänomenen zu den Strukturen zu den Entwürfen. Die Integrative Diagnostik geht von den Phänomenen aus, d.h. von dem, was beobachtet werden kann. Von hier aus werden dahinterliegende Strukturen (Schemata, Muster des Wahrnehmens, Denkens, Fühlens, Wollens) erschlossen. Die Integrative Diagnostik beschäftigt sich auch mit den Entwürfen, den Zielen und Zukunftsperspektiven eines Menschen.
- Beim Verstehen handelt es sich um einen hermeneutischen Prozess. In fortwährenden Zirkeln werden die Prozesse „Wahrnehmen – Erfassen – Verstehen – Erklären“ durchlaufen. Hermeneutik beginnt mit sinnlichen Wahrnehmungen. Diese werden im Bezug zu bisherigen Erfahrungen / Wissenbestände erfasst und im Austausch mit Anderen in ihren Zusammenhängen verstanden. Die Prozesse des Verstehens sind immer vorläufig und nie ganz abgeschlossen.
- Integrative Diagnostik ist intersubjektiv angelegt. Der Betroffene soll nicht zum Objekt einer Beurteilung gemacht werden, weil wir ihn nicht verdinglichen wollen. Der Betroffene ist gleichberechtigter Partner, ein Subjekt, dessen Sichtweisen und Bedürfnisse immer mitberücksichtigt werden.
- Verstehen bedeutet das Herstellen von Zusammenhängen, von Sinn. Dieser Sinn erschliesst sich erst in intensivem Austausch zwischen allen beteiligten Personen. Deshalb sind, neben dem Betroffenen selber, auch Familienmitglieder, Betreuer, Arbeitgeber, Arbeitskollegen, Freunde etc. in den diagnostischen Prozess einzubeziehen.

- Integrative Diagnostik läuft über den ganzen Behandlungsprozess weiter. Diagnostik und Therapie sind nicht voneinander zu trennen (Theragnostik). Diagnostik stellt bereits eine Intervention dar.
- In der Integrativen Diagnostik wird versucht, die lebensbestimmenden Einflüsse, sowohl im Guten (Salutogenese) wie im Schlechten (Pathogenese) herauszuarbeiten. Aufgrund seiner Kenntnisse der Entwicklungs- und der klinischen Psychologie kann der Diagnostiker theoriegeleitet vorgehen.
- Eine klassifikatorische Diagnostik psychischer Störungen (DSM-IV, ICD-10) erfolgt nur aufgrund der Notwendigkeiten des klinischen Feldes. Kostenträger bezahlen eine Behandlung nur, wenn eine medizinische Diagnose vorliegt. Dieses Vorgehen hat im Bereich der psychischen Störungen erhebliche Nachteile: Durch klassifikatorische Diagnostik werden Menschen kategorisiert, pathologisiert, etikettiert. Eine solche Diagnose sagt über den einzelnen Menschen, über seine Entwicklung, seine Stärken und seine Störungen kaum etwas aus. In Integrativer Sicht brauchen wir in jedem Einzelfall weit umfassendere Analysen der Person in ihrem Kontext/Kontinuum.

Im Bereich der Behindertenpädagogik haben einige Autoren ähnliche diagnostische Ansätze wie die Integrative Therapie entwickelt:

- Diagnostik als Rehistorisierung (Jantzen 2003):
Jantzen bezieht, neben der Entwicklungspsychologie und der Kontexttheorie, einen weiteren Aspekt in die Diagnostik von verhaltensauffälligen Menschen mit geistiger Behinderung ein: Die neuropsychologische Syndromanalyse. Dabei wird untersucht, welches Syndrom (z.B. Trisomie 21) zu welchen neuropsychologischen Besonderheiten führt. Dieses Wissen kann dann genutzt werden, um eine Person möglichst spezifisch und gezielt anzusprechen.
Wo eindeutige Syndrome vorliegen, ist es sicherlich hilfreich, über deren neuropsychologischen Auswirkungen Bescheid zu wissen. Es liegen jedoch nicht immer spezifische Syndrome vor, so sind beispielsweise nach einer Hirnhautentzündung oder nach Unfällen nur unspezifische hirnorganische Schädigungen vorhanden.
- Verstehende Diagnostik (Theunissen 2000):
Gemäss dem Modell von Theunissen werden in der Diagnostik vielfältige Fragen zur Lebensgeschichte und zum Lebenskontext gestellt, so unter anderem:
Die Lebensgeschichte mit ihren positiven und negativen Ereignissen / Interessen und Bedürfnisse / Kompetenzen / soziale Beziehungen / Identität / Entwicklungsniveau / medizinische Untersuchung / positives Verhalten / störendes Verhalten / auslösende Situationen / Verhalten der am Problem beteiligten Bezugspersonen / Verhalten des weiteren sozialen Umfeldes / bisherige Massnahmen zur Problemlösung.
Dieses Modell von Theunissen vermittelt wertvolle Anregungen für den diagnostischen Prozess, wenn auch aus zeitlichen Gründen nicht immer alle Fragen behandelt werden können.
- Die qualitative Einzelfalldiagnostik (Eggert 2003):
Dabei wird unter anderem nach der Biographie und dem Lebenskontext des Betroffenen gefragt. Dem Autor geht es weniger um die Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten, sondern vielmehr um die Feststellung des individuellen Förderbedarfs. Die „Individuellen Entwicklungs- und Förderpläne“ (IEP) stellen bei Eggert das Kernstück der Diagnostik dar. Dieser Ansatz ist nützlich für die Förderplanung eines Betreuten.

Wir sehen also, dass auch in der Behindertenpädagogik Ansätze der Diagnostik entwickelt wurden, welche mit den Integrativen Vorgehensweisen übereinstimmen. Diagnostik ist ein anspruchsvolles und langwieriges Unternehmen. Für eine pädagogische Arbeit ist viel Hintergrundwissen über die Betreuten sinnvoll und notwendig; dies gilt vor allem dann, wenn Problemsituationen hinzukommen. Bei Menschen mit geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeit können wir auf eine klassifikatorische Diagnostik verzichten. Die klassischen Bilder von psychischen Störungen finden wir hier nicht. Auch eine psychologische Testdiagnostik, in der die Betroffenen verglichen werden mit dem Durchschnitt einer Normalpopulation (z.B. IQ-Test), brauchen wir nicht. Menschen mit geistiger Behinderung erscheinen bei solchem Vorgehen sowieso nur als abnorm und „gestört“. Einseitige und rein negative Bilder der Betroffenen möchten wir jedoch vermeiden.

Die intensiven Bemühungen, das Verhalten eines geistig behinderten Menschen zu verstehen, sind schon als Intervention zu betrachten. Gelingt es, dem Betroffenen mit mehr Verständnis und Empathie zu begegnen, ist ein guter Teil der Behandlung schon geleistet.

Wenn wir einen Menschen verstehen wollen, achten wir auf seine gesunden wie auf seine problematischen Seiten. In einer verstehenden Diagnostik sind demnach zwei Blickwinkel einzunehmen: Eine ressourcenorientierte sowie eine störungsorientierte Sichtweise.

4.1. Ressourcendiagnostik

4.1.1. Salutogenese

Antonovsky (1997) hat die Gesundheitsperspektive in den Sozialwissenschaften bekannt gemacht. In seinem Konzept der Salutogenese untersuchte er die Frage, wie Menschen trotz Erleben von massiven Belastungen gesund bleiben können. Stressoren gehören zum Leben, diese sind unvermeidlich. Einige Menschen zerbrechen daran, andere wachsen an diesen Herausforderungen. Antonovsky entwickelt seine Theorie des Kohärenzgefühls (das Ausmass, in der die Welt als verstehbar, handhabbar und bedeutsam angesehen wird). Die Theorie des „sense of coherence“ wird im Integrativen Ansatz in dieser Form nicht übernommen. Sie wirkt etwas schematisch; zudem bleibt der Fragebogen, der das Kohärenzgefühl messen soll, unbefriedigend. Die Integrative Therapie vertritt jedoch mit Antonovsky die Auffassung, dass neben der Störungsperspektive die Einnahme einer Gesundheitsperspektive sinnvoll und notwendig ist in der psychologischen Diagnostik und Behandlung von Menschen.

Im Alltag verstehen wir unter Gesundheit, wenn mir nichts weh tut, wenn ich keine körperlichen Schmerzen empfinden. Diese Definition greift zu kurz, es wird dabei nur die organische Seite des Menschen einbezogen. Die Gesundheitsdefinition des WHO (vollständiges körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden) entspricht einem unrealistischen Idealbild. Im menschlichen Leben gehören Belastungen dazu. Petzold geht von einem erweiterten Gesundheitsbegriff aus (Petzold & Schuch 1992). Gesundheit in Integrativer Sicht umfasst:

- Problemsituationen handhaben können
- Seine Potentiale entfalten
- Ein Gefühl von Sinn entwickeln.

Halten wir also fest: Um einen Menschen zu verstehen, ist es notwendig und hilfreich, auch seine gesunden Anteile, seine Stärken und Potentiale zu sehen und zu würdigen.

4.1.2. Ressourcen

Innerhalb der Gesundheitsperspektive ist der Begriff der *Ressourcen* von zentraler Bedeutung. Ressourcen helfen uns, trotz Belastungen und Problemen unsere Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Antonovsky (1997) spricht in diesem Zusammenhang von „generalisierten Widerstandsressourcen“, d.h. von Ressourcen, die uns dabei helfen, trotz Vorhandensein von Stressoren gesund zu bleiben. Als Widerstandsressourcen nennt er unter anderem: Materielle Mittel / soziale Unterstützung / Glaube und Werte / ein positives Selbstbild / kulturelle Stabilität / eine präventive Gesundheitsorientierung. Zu den Ressourcen gehören also Aspekte der Persönlichkeit wie auch der sozialen und gesellschaftlichen Umgebung.

Petzold (1998) bezeichnet Ressourcen als Mittel zur Erreichen von Zielen, Mittel zur Bewältigung von Problemsituationen, gute Quellen, die mir Kraft und Stütze geben. Ressourcen lassen sich auf vielfältige Weise unterteilen. Häufig finden wir die Unterscheidung von inneren und äusseren Ressourcen:

- Innere Ressourcen: Kompetenzen, Interessen, Stärken, Potentiale, Sinn.
- Äussere Ressourcen: Soziale Beziehungen, materielle Mittel, Finanzen.

Ressourcen können nur dann gezielt eingesetzt werden, wenn sie uns auch bewusst sind.

4.1.3. Ressourcenanalyse

In der Arbeit mit verhaltensauffälligen Menschen mit geistiger Behinderung geht es erst einmal darum, Ressourcen zu erkennen, gezielt einzusetzen und zu fördern. Jeder Mensch hat eine Reihe von Ressourcen. Der Mensch soll zuerst in seinen Stärken und Möglichkeiten gesehen werden, erst dann in seinen Störungen. Ein einseitiges Pathologisieren soll vermieden werden. Die gesunden Anteile eines Menschen sollen durch den Einsatz von Ressourcen gezielt gestärkt werden.

Auch bei der Ressourcenanalyse ist ein biographischer Ansatz notwendig: Wir fragen also nach positiven Erfahrungen im Lebenslauf, nach Interessen und Vorlieben, nach Stärken und Kompetenzen in der Lebensgeschichte. Oft ist es so, dass Ressourcen verloren gingen und wieder entdeckt werden können.

In Betreuungsbesprechungen sollen die Ressourcen ebenso ausführlich und intensiv besprochen werden wie die Störungen. Typische Ressourcenfragen können sein:

- Was hat die Person für Fähigkeiten?
- Was hat die Person für Interessen?
- Biographie: Was hat die Person gelernt? Was für positive Beziehungserfahrungen hat sie gemacht?
- Was hat die Person für positive Anlagen?
- Was für unterstützende Bezugspersonen sind vorhanden?

4.2. Störungsdiagnostik

Neben der Ressourcendiagnostik versuchen wir auch, die Störungen einer Person zu verstehen. Wir fragen uns also, wieso zeigt die betreffende Person mit geistiger Behinderung solche auffälligen und störenden Verhaltensweisen?

Dabei gehen wir wieder von den Phänomenen aus. Zuerst ist es also wesentlich, das Verhalten des Betroffenen genau zu beobachten und zu beschreiben, ohne es gleich (negativ) zu bewerten. Heijkoop nennt das „anders hinschauen“ (1998, 9). Er schlägt vor, das auffällige Verhalten zu beschreiben hinsichtlich seiner:

- Form: Wie sieht das Verhalten genau aus?
- Häufigkeit: Wie häufig kommt es vor?
- Intensität: Intensitätsabstufungen sind Hintergrundverhalten, funktionelles Verhalten (um etwas bestimmtes zu erreichen), zwanghaftes Verhalten, Kontrollverlust (unkontrollierter Bewegungsturm).
- Verbreitung: Tritt das Verhalten nur in bestimmten Situationen oder immer und überall auf?

Nach der Beschreibung des Problemverhaltens wollen wir uns auch ein Bild über die möglichen Ursachen dieses Verhaltens machen. Integrative Diagnostik ist „*ätiologische Diagnostik im Entwicklungskontinuum der Lebensspanne*“ (Osten 2002). Deshalb haben wir uns mit den unterschiedlichen Theorien über die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten beschäftigt. Diese Modelle geben uns Hinweise, auf welche Faktoren wir bei der Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten achten müssen.

Unter einer Störungsperspektive achten wir besonders auf folgende Punkte:

- Bedingungen der Isolation:
Wir fragen nach inneren Bedingungen der Isolation, nach dem behinderungsspezifischen Syndrom und seinen neuropsychologischen Folgen. Wir fragen nach äusseren Bedingungen der Isolation, nach Prozessen von sozialem Ausschluss und mangelnder Anregungen.
- Interaktionen zwischen Bezugspersonen und dem Betroffenen:
Wir fragen uns, ob empathische Umgangsformen zwischen Bezugsperson und Betreutem gefunden wurden. Zudem ist hier wesentlich, ob die Regeln eines guten Miteinanders vermittelt und persönliche Grenzen eingehalten werden.
- Die familiäre Situation:
Wir fragen nach familiären Belastungen (psychische Störungen bei den Eltern, massive Streitigkeiten), nach der Qualität der Umgangsformen, der Atmosphären und der Problemlösungsmuster in der Familie.
- Die institutionelle Situation:
Wir fragen nach der Qualität der institutionellen Rahmenbedingungen, der Angemessenheit der pädagogischen Leitideen und der Betreuungskonzepte, nach der Qualität der Alltagsbegleitung.
- Die gesellschaftliche Situation:
Wir fragen nach der politischen und wirtschaftlichen Situation, nach vorherrschenden Denkmustern behinderten Menschen gegenüber, nach der Ressourcenlage und nach der Bereitschaft der Gesellschaft, sich für schwache und hilfebedürftige Mitglieder zu engagieren.
- Die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Bezugssystemen:
Wir fragen nach der Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Bezugssystemen Wohnen, Arbeiten, Familie, Hausarzt und weiterer Fachpersonen.
- Die biographische Entwicklung des Betroffenen:
Wir fragen nach Art der Behinderung, Entwicklungsniveau, Risikofaktoren (negative Beziehungsmuster und problematische Erziehungsstile der Bezugspersonen) und Schutzfaktoren (das Vorhandensein unterstützender Bezugspersonen).

- Identität:
Wir fragen nach den Mustern des Fühlens und des Denkens des Betroffenen in Bezug auf sich selbst. Damit sind auch die Beziehungserfahrungen des Betroffenen angesprochen.
- Situative Bedingungen im Zusammenhang mit dem Problemverhalten:
Wir fragen nach auslösenden Situationen, nach Konsequenzen des Problemverhaltens, sowie nach räumlichen und zeitlichen Strukturen in der pädagogischen Begleitung. Wir fragen nach, ob klare Regeln für ein gutes soziales Miteinander vorhanden sind und auch durchgesetzt werden.

5. Integrative Behandlungsansätze

Wie ich im vorherigen Kapitel dieser Arbeit dargestellt habe, stellt eine verstehende Diagnostik schon eine wesentliche Intervention dar. Das Verständnis für den Betreuten wird bei den Mitarbeiter/innen erweitert. Durch die Sicht auf Ressourcen entsteht ein neues Bild der betroffenen Person, positive Aspekte der Persönlichkeit kommen ins Blickfeld. Durch das Aufzeigen von biographischen und kontextuellen Zusammenhängen wird das Problemverhalten eines Betreuten verständlicher. Es ist schon viel gewonnen, wenn der Betroffenen nicht mehr per se als „böartig“ gesehen wird, wenn Störungen nicht einfach einer individuellen Pathologie zugeschrieben werden.

Es sollen nun weitere Behandlungsansätze bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeit dargestellt werden.

5.1. Ausgestaltung der institutionellen Rahmenbedingungen

Die Strukturen einer Institution und das Phänomen der Verhaltensauffälligkeiten stehen miteinander in einem gewissen Zusammenhang: „*Totale Institutionen sind als Orte der Gewalt ein fruchtbarer Boden für Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen*“ (Theunissen 2001, 135). In den Anstalten alter Prägung herrschten vielerorts menschenunwürdige Lebensbedingungen (Fremdbestimmung, Verdinglichung, Gewaltanwendung) vor. Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen waren oftmals Folgen solcher Zustände.

Diese Situation hat sich seitdem verbessert. Psychiatrische Kliniken sehen ihre Aufgabe heute eher in der Krisenintervention als in der chronischen Verwahrung der Patienten. Personen mit geistiger Behinderung wurden aus den psychiatrischen Kliniken herausgenommen und werden seit den 70-er Jahren zunehmend in pädagogischen Einrichtungen begleitet und betreut.

Das Thema der Gewalt in pädagogischen und sozialen Institutionen ist jedoch noch nicht verschwunden. Gewalt gegenüber Behinderten kommt leider immer noch vor, wenn auch heute meist in subtilerer Form als „strukturelle“ Gewalt – es wird von den Betreuten erwartet und verlangt, dass sie sich an die gegebenen Strukturen anpassen, ansonsten sie mit Sanktionen rechnen müssen. Direkte Gewaltanwendungen in Form von physischen, psychischen oder sexuellen Übergriffe durch überforderten und fehlgeleitete Mitarbeiter sind Einzelfälle, die in den Medien jedoch immer wieder diskutiert werden.

Diese schwierigen Themen dürfen nicht ausgeblendet werden. An der Herstellung von menschenwürdigen Lebensverhältnissen für Menschen mit geistiger Behinderung müssen wir weiter arbeiten. Um solche Verhältnisse schaffen zu können, sind einige Voraussetzungen notwendig:

Auf der gesellschaftlichen Ebene braucht es die Förderung eines positiven Bildes von behinderten Menschen sowie die Bereitstellung von personellen und sachlichen Mitteln für eine qualitativ hochstehende Betreuung dieser Personen.

Auf der institutionellen Ebene brauchen wir:

- Differenzierte Angebote für die Bereiche Wohnen, Arbeit, Freizeit und Bildung.
- Zeitgemäße pädagogische Leitprinzipien und Konzepte.
- Eine gute und verständnisvolle pädagogische Alltagsbegleitung der Betreuten.
- Ein Fachdienst für seelische Gesundheit (Krisenintervention, pädagogische Beratung, psychologische Behandlung).
- Konzepte und Anleitung für den Umgang mit Betreuten, welche schwierige Verhaltensweisen zeigen.

Auf der individuellen Ebene braucht es Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit hoher persönlicher, sozialer und fachlicher Kompetenz. Diese benötigen zur Erfüllung ihrer schwierigen Aufgabe eine gute Ausbildung und fachliche Begleitung, Unterstützung und Beratung. Situationen von chronischem Stress, Überforderung und Sinnverlust sind zu vermeiden; in solchen Situationen ist die Gefahr von Übergriffen und Gewaltanwendungen gegenüber Betreuten besonders hoch.

Eine aktuelle agogische Arbeit mit geistig Behinderten richtet sich an folgenden Leitgedanken aus (Fornefeld 2002):

- Normalisierung: Ein Leben so normal wie möglich.
- Integration: Wohnen, arbeiten, Freizeitgestaltung in der Gemeinde, mit vielfältigen sozialen Bezügen.
- Selbstbestimmung: Möglichkeiten der Mitsprache, der Mitentscheidung bei persönlichen Angelegenheiten.
- Empowerment: Kompetenzen und Ressourcen wahrnehmen und nutzen für ein möglichst selbstbestimmtes Leben.

Aufgrund einer an solchen Konzepten ausgerichteten Pädagogik verändert sich die Rolle der MitarbeiterInnen in pädagogischen Institutionen für Menschen mit geistiger Behinderung: Sie sind nicht mehr die Betreuer, welche die Betreuten versorgen, sondern sie sehen sich vielmehr als *Begleiter* (Assistenten), welche die behinderten Menschen dabei unterstützen, ein ihren Bedürfnissen gemässes und möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen.

Durch eine Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen können Verhaltensauffälligkeiten reduziert, jedoch nie ganz abgebaut werden. Auch unter optimalen Rahmenbedingungen kommen Verhaltensauffälligkeiten noch vor. Die Schaffung humaner Lebensverhältnisse ist ein wesentlicher Punkt, es braucht jedoch weitere Behandlungsansätze.

Hier noch eine Anmerkung: Das Modell der „Institution“ für Menschen mit geistiger Behinderung ist nicht mehr unumstritten. Erste Versuche in England, Holland, Schweden und Deutschland haben gezeigt, dass andere Betreuungsmodelle möglich sind: Beim Modell des „persönlichen Budgets“ gehen die Gelder nicht an einen Dienstleistungsanbieter, sondern direkt an den behinderten Menschen. Dieser kann sich dann jene Form der Assistenz und Hilfe besorgen, die er für ein normalisiertes Leben in der Gesellschaft braucht. Der Vorteil eines solchen Modells ist, dass die Selbstbestimmung des behinderten Menschen verstärkt wird. Solche Modelle sind noch in der Versuchsphase. Sollten sie sich einmal durchsetzen, wird es Behinderteninstitutionen im heutigen Sinne nicht mehr geben. Menschen mit geistiger Behinderung werden dann in kleinen Gruppen in normalen Wohnungen leben und sich die benötigte Assistenz - mit Hilfe einer unabhängigen Beratung - selber einholen.

5.2. Ressourcenaktivierung

In der prozessualen Diagnostik haben wir unseren Blick auf die Ressourcen einer Person mit geistiger Behinderung gerichtet. Es geht nun darum, diese Ressourcen gezielt zu aktivieren und in der Betreuungsarbeit einzusetzen.

Die betreuten Personen sollen *Tätigkeiten* ausführen, die ihnen Freude machen, und in denen sie ihre Kompetenzen einsetzen können. Auf diese Weise erleben die Betreuten Erfolge, auf die sie stolz sein können. Somit verbessert sich ihr Selbstvertrauen und ihr Selbstwertgefühl. Die gestellten Aufgaben richten sich aus am Konzept der „Stufe der nächsten Entwicklung“, d.h. die Betreuten bekommen Aufgaben, die sie mit Unterstützung einer Bezugsperson gerade noch lösen können. Lernen und Entwicklung findet statt in gemeinsamen und herausfordernden Aktivitäten im Alltag.

Daneben sollte es aber auch möglich sein, persönlichen Interessen nachzugehen, Hobbies zu pflegen, gemeinsam Ausflüge zu machen und zusammen Spass zu haben. Durch die Verbesserung des Selbstwertgefühls und durch soziale Unterstützung gelingt es den Betreuten eher, unvermeidbare Krisensituationen im Leben gut zu überstehen und zu bewältigen.

Die Bezüge zur Familie, zu lokalen Traditionen und Bräuchen, zu Vereinen und zu religiösen Gemeinschaften sollen gefördert werden. Positive soziale Beziehungen stellen in schwierigen Zeiten eine grosse Hilfe dar.

5.3. Beziehungsgestaltung

Als Menschen sind wir von Anfang an und Zeit unseres Lebens auf unsere Mitmenschen bezogen. Mensch wird man nur durch den Mitmenschen. Lernen und Entwicklung finden in sozialen Bezügen statt. Die pädagogische Arbeit ist eine Beziehungsarbeit. Es geht um den Aufbau einer positiven und vertrauensvollen Beziehung zum Betreuten.

Eine pädagogische Beziehung ist – ebenso wie eine therapeutische Beziehung – nur ein Sonderfall einer normalen zwischenmenschlichen Beziehung. Bezüglich der Beziehungsgestaltung orientiert sich die Integrative Therapie primär an den Konzepten von Buber, Marcel sowie Levinas:

- Das *dialogische Prinzip* von Buber meint eine Hinwendung zum Mitmenschen. Dazu gehören wechselseitige Akzeptanz, Bejahung, Bestätigung, Respekt. Es wird eine lebendige Gegenseitigkeit angestrebt. Der andere Mensch soll im Dialog wirklich gemeint sein. Der Andere wird auch in seinen Potentialen gesehen.
- Die *Intersubjektivität* von Marcel meint empathische Begegnung, lebendige Beziehung und auch Auseinandersetzung zwischen Subjekten. Eine Verdinglichung des Anderen wird ausgeschlossen. Als leibliche Wesen (Marcel unterscheidet den „Körper“, den ich habe und den „Leib“, der ich bin) sind wir existentiell aufeinander bezogen. Der Mensch ist Mitmensch, auf den ich angewiesen bin. Der eigene Leib wie der Leib des Anderen ist unverfügbar, geheimnisvoll, darin liegt die Würde des Menschen begründet. Der Mitmensch wird in seiner Subjektivität (mit seinen Gedanken, Gefühlen, Wünschen und Absichten) wahrgenommen und wertgeschätzt. Im Falle von unterschiedlichen Ansichten oder Bedürfnissen kommt es zu intersubjektiven Auseinandersetzungen, bei denen nach gemeinsamen Problemlösungen gesucht wird.
- Levinas spricht von der *Alterität*, der Andersheit des Anderen. Die Andersheit des anderen Menschen wird respektiert und wertgeschätzt. Wir stellen Nähe zum Anderen her, ohne ihn je ganz erreichen zu können, ohne ihn zu vereinnahmen oder sich seiner zu bemächtigen. Der Andere verhält sich manchmal nicht so, wie wir uns das vorstellen; dann sind wir gefordert, Antworten zu finden.

In der pädagogischen Arbeit sind intersubjektive Begegnung und Beziehung gefordert. Dabei wird mitberücksichtigt, dass Betreute schwierige sozial unerwünschte Verhaltensweisen zeigen können, auf die wir Antworten haben müssen. Ein rein personenzentrierter Ansatz im Sinne von Rogers erscheint mir da zu „harmonistisch“ und ist meiner Meinung nach für eine pädagogische Arbeit wenig geeignet.

Beziehung meint eine Abfolge von empathischen Begegnungen. Beziehung schliesst eine zeitliche Perspektive mit ein: Sie umfasst gemeinsame Geschichte, geteilte Gegenwart und eine gemeinsame Zukunftsperspektive (Orth & Petzold 1993). Mit Beziehung ist „*eine partnerschaftliche kommunikative Beziehung*“ (Theunissen 2000, 124) gemeint. Eine solche Beziehung ist Grundlage und unverzichtbares Mittel für die weitere pädagogische Arbeit.

Der Aufbau einer positiven Beziehung zu behinderten Menschen, welche störende Sozialverhaltensweisen zeigen, ist keine einfache Sache. Das störende Verhalten muss sanktioniert werden, sobald der Betroffene oder andere Personen darunter zu leiden haben. Dennoch soll es gelingen, die betroffene Person als solche zu akzeptieren und zu ihr ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Das störende Verhalten soll abgelehnt werden, dem Betroffenen sollen alternative Verhaltensweisen aufgezeigt werden, ohne dass die Person sich insgesamt abgelehnt fühlt. Es handelt sich hier um eine schwierige Gratwanderung.

Da Beziehungen zu uns anvertrauten verhaltensauffälligen Menschen mit geistiger Behinderung entgleisen können – wie schnell ist man entnervt und reagiert aus einer Emotion heraus impulsiv und unbeherrscht – ist es wesentlich, diese Beziehung immer wieder zu reflektieren. In einer pädagogischen Beratung kann über die Beziehungsgestaltung nachgedacht werden. Es können Ansätze aufgezeigt werden, wie sich eine Beziehung verbessern liesse.

Eine „Beziehung“ meint, wie wir gesehen haben, einen gewissen Zeitverlauf. Hier stoßen wir auf ein weit verbreitetes Problem der pädagogischen Arbeit in Behinderteninstitutionen: Der ständige Wechsel der Betreuungspersonen. Ein Mensch mit geistiger Behinderung, der sich alle 1-2 Jahre auf neue Bezugspersonen einstellen muss, kann den Glauben an Beziehung überhaupt verlieren. Ältere Betreute haben vielleicht schon 20 oder 30 Bezugspersonen gehabt. Dass diese sich nicht mehr tiefer auf neue Personen einlassen wollen, ist verständlich. Eine Lösung für dieses Problem kann ich auch nicht anbieten. Wer sich auf eine Beziehungsarbeit einlässt, sollte sich innerlich auf eine gewisse Zeitspanne einstellen. Gute institutionelle Rahmenbedingungen sollen Anreize zum längeren Verweilen an einem Arbeitsplatz schaffen.

5.4. Entwicklungsförderung

Eine pädagogische Arbeit beinhaltet die gezielte Förderung von Lernen und Entwicklung der betreuten Personen. Entwicklung findet statt durch handelndes Tun, durch das Sammeln von Erfahrungen, durch herausfordernde Tätigkeiten. Dieses Handeln ist in soziale Kontexte eingebunden: Es sind sozial vermittelte Tätigkeiten, welche Lernen anregen und die Entwicklung fördern. Förderung bedeutet, dass dem Betroffenen viel positive Stimulation, neue Erfahrungsmöglichkeiten und neue Lebensräume, angeboten werden.

Theunissen (2000) vertritt in seinem Konzept der „*lebensweltorientierten Behindertenarbeit*“ (dito, 240) die Auffassung, dass Lernen und Entwicklung im normalen Alltag der geistig behinderten Menschen stattfinden soll. Der Alltag bietet schon genügend Lern- und Erfahrungsfelder. Entwicklungsförderung soll nicht 1 Mal wöchentlich in einer Spezialtherapie angeboten werden. Sondern es sollen alltägliche Lebensbedingungen geschaffen werden, die für Lernen und Entwicklung förderlich sind. Ziel ist, eine Identitätsentwicklung im vertrauten Lebensumfeld zu ermöglichen: Körperliche Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit, herausfordernde und angepasste Tätigkeiten im Wohn- und im Arbeitsbereich, Aufbau von sozialen Beziehungen, Beschäftigung mit Sinn und Werten – wie wir sehen, ergeben sich im Alltag vielfältige Lernmöglichkeiten.

In der Heilpädagogik wurden eine Reihe von spezialisierten Förderungsmethoden entwickelt. Die wichtigsten Methoden sind: Basale Stimulation, sensorische Integration, Psychomotorik, Affolter-Methode, ästhetische Erziehung und viele andere. Die Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung soll hiermit sehr gezielt und strukturiert gefördert werden. Eltern und Betreuer setzen oft grosse Hoffnungen in diese Methoden, schliesslich will man ja alles tun, um die geistig behinderte Person weiter zu bringen. Manchmal entwickeln diese fast einen „Förderwahn“, weil sie Mühe haben, die Behinderung eines nahestehenden Menschen zu akzeptieren. Fachleute wie Theunissen warnen davor, diese Methoden zu überschätzen. Förderkonzepte gehen meistens von einem Defizitmodell aus: Es sollen Schwächen ausgemerzt, Defizite überwunden werden. Die spezialisierten heilpädagogischen Methoden haben ihre Wirksamkeit bisher noch nicht nachgewiesen, empirische Untersuchungen fehlen. Zudem hat sich das klassische Therapiesetting (1 Sitzung pro Woche) als wenig effektiv erwiesen. Was da gelernt wird, ist im normalen Alltag oft nicht umsetzbar oder kann dort sogar störend wirken. „*Was nutzen einem geistig behinderten Menschen schöne Musik-, Kunsttherapie oder Snoezelstunden, wenn er tagein, tagaus unter einem stationären Wohnmilieu fremdbestimmt wird, keine Möglichkeiten erhält, an der Kontrolle und Verfügung über die eigenen Lebensumstände mitzuwirken?*“ (Theunissen 2000, 241).

Entwicklung soll im normalen Alltag stattfinden. Zur Gestaltung der Alltagssituationen können aus den heilpädagogischen Methoden durchaus wertvolle Anregungen entnommen werden. Letztlich soll die Ansprache des geistig behinderten Menschen entwicklungslogisch, d.h. auf seine spezielle Situation und sein Entwicklungsniveau angepasst sein. Es sollen im normalen Alltag zwischenmenschliche Erfahrungsfelder angeboten werden, welche eine positive Entwicklung fördern. Die Aspekte der Mitsprache und Mitbestimmung des Betreuten in allen ihn betreffenden Angelegenheiten dürfen nicht vergessen werden.

5.5. Umfeldstrukturierung

„*Betrachtet man die Betreuungsbedingungen geistig behinderter Menschen, dann sind es oftmals gerade die wenig strukturierten oder unübersichtlichen Situationen, die im Zusammenhang mit problematischen Erlebens- und Verhaltensweisen stehen*“ (Irblich 2003, 564).

Die Strukturierung des Lebensumfeldes kann für eine verhaltensauffällige Person mit geistiger Behinderung eine wirksame Hilfe darstellen. Strukturen helfen, sich zu orientieren, sie vermitteln Ordnung und Sicherheit. Sie machen die alltäglichen Geschehnisse besser voraussagbar.

Verhaltensauffällige geistig behinderte Menschen werden mit Vorteil in kleinen, übersichtlichen und eher ruhigen Gruppen betreut. Es sollen klare Regeln für ein gutes soziales Zusammenleben aufgestellt und durchgesetzt werden. Es ist auf täglich wiederkehrende Abläufe zu achten: Routinen und Rituale sind in den Tagesablauf einzubauen. Die räumlichen Gegebenheiten sowie die zeitlichen Abläufe sind klar zu strukturieren. Die Betreuten sollen wissen, was als nächstes auf sie zukommt. Visualisierungen in Form von Wochen- und Tagesplänen können hilfreich sein. Es soll eine konstante Bezugsperson für sie zuständig sein (Bezugspersonensystem). Die Betreuten sollen wissen, wie sie sich in weniger gut strukturierten Situationen (essen, Pausen) verhalten sollen. Es soll klar geregelt werden, wie Betreuer im Falle von Krisensituationen und auffälligen Verhaltensweisen von Betreuten reagieren sollen. Destruktives Verhalten von Betreuten kann nicht toleriert werden. Schwieriges Verhalten von Betreuten soll reduziert werden, (zudem stellt sich die Frage, wie kann

die Person lernen, sich in einer solchen Situation anders zu verhalten). Das Zusammenleben in der Gruppe ist klaren Regeln unterworfen, um die Integrität jeder beteiligten Person zu schützen und zu erhalten.

Strukturen können wichtige Hilfen sein. Sie sind aber nicht ohne Gefahren. Ist die Strukturierung übermässig und stärker als notwendig, kann sie als Einengung und Bevormundung erlebt werden. Hier ist Fingerspitzengefühl nötig, das richtige Mass zu treffen.

5.6. Symptomzentrierte Interventionsformen

In der Geistigbehindertenpädagogik finden wir Vorschläge, wie Betreuer/innen auf ein auffälliges Verhalten eines Betreuten unmittelbar reagieren können. Theunissen (2000, 139-146) nennt unter anderem die folgenden Möglichkeiten:

- Bewusst ignorieren
- Appell (z.B. „höre bitte damit auf“)
- Signale geben (Handzeichen, Brummtöne)
- Unmittelbare Anwesenheit
- Körperlicher Kontakt
- Humor
- Gegenstände einschliessen
- Physisch eingreifen und festhalten
- Umlenken (z.B. „schau mal da...“)
- Aus der Situation herausnehmen
- Belohnung entgegengesetzten Verhaltens
- Wiedergutmachung (Aufräumen, sich entschuldigen)
- Grenzen setzen, Verbote aussprechen
- Konsequenzen vermitteln und durchsetzen
- Fixierung mit Gurt (als Notfallmassnahme)

Innerhalb von Betreuungsbesprechungen wird gemeinsam festgelegt, welche Interventionsformen im gegebenen Fall angewendet werden sollen. Wichtig ist, dass alle Bezugspersonen auf gleiche Weise reagieren. Nach einer gewissen Zeitspanne kann der Erfolg einer Massnahme dann beurteilt werden.

Symptomzentrierte Massnahmen machen noch kein vollständiges Behandlungsprogramm aus. Sie dienen der kurzfristigen Problembewältigung. Weitere Massnahmen, die in der vorliegenden Arbeit beschrieben werden, müssen hinzukommen. Symptomzentrierte Interventionen helfen den Betreuer/innen, Handlungssicherheit zu gewinnen. Wenn diese wissen, wie sie sich verhalten sollen, ist das allein schon hilfreich. Diese Sicherheit überträgt sich auch auf den Betreuten.

Die Erfahrung zeigt, dass symptomzentrierte Interventionsformen in Mitarbeiterteams vorgestellt und eingeübt werden müssen. Innerhalb von internen Fortbildungen können diese Interventionsmöglichkeiten vermittelt werden. Dabei sollen die Vor- und Nachteile der einzelnen Interventionen diskutiert und die Ausführung derselben in Rollenspielen eingeübt werden.

Das Ziel beim Einsatz von symptomzentrierten Interventionen ist es nicht, dass das Problemverhalten sofort aufhört und in Zukunft nicht mehr vorkommt. Solche Ziele sind nicht realistisch. Betreuer/innen sollen lernen, auf die Problemverhaltensweisen bewusst und absichtsvoll reagieren zu können. Das problematische Verhalten soll zunächst stabilisiert werden, so dass es nicht mehr weiter zunimmt. Erst mit der Zeit und mit Hilfe weiterer Behandlungsansätze wird versucht, das Problemverhalten weiter zu reduzieren. Es ist schon ein Erfolg, wenn das störende Verhalten weniger oft vorkommt, wenn es weniger heftig auftritt, oder wenn die betroffene Person sich nach einem Vorfall schneller wieder beruhigt.

5.7. Weitere Behandlungsansätze

Auf weitere Behandlungsansätze kann an dieser Stelle nicht mehr ausführlich eingegangen werden. Es handelt sich jeweils um sehr komplexe und umfassende Gebiete. Sie sollen hier jedoch kurz angesprochen werden. Weiterführende Hinweise finden sich im Sammelband „Menschen mit geistiger Behinderung“, der von Irlich & Stahl (2003) herausgegeben wurde.

- **MitarbeiterInnenberatung**

Eine der wirksamsten Methoden zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten stellt die Stärkung der Kompetenzen der nächsten Umgebung dar. Diese Kompetenzen können in einer pädagogisch-psychologischen Beratung gezielt gefördert werden.

In *Betreuungsbesprechungen* wird versucht, den Betroffenen in seinen positiven wie in seinen problematischen Seiten zu verstehen. Es werden spezifische Massnahmen vereinbart, wie diesem Menschen geholfen werden könnte.

In der *Praxisberatung* werden Themen aus dem beruflichen Alltag aufgegriffen. Erzieherisches Handeln der Betreuer/innen wird gemeinsam reflektiert und überprüft. Wo dies sinnvoll erscheint, werden Handlungsalternativen erarbeitet und eingeübt.

In *Teamberatungen/Supervisionen* wird zusätzlich die Zusammenarbeit im Team reflektiert und weiterentwickelt. Betreuungsarbeit ist eine Teamarbeit. Die gegenseitige Akzeptanz, das Finden einer gemeinsamen Linie, der Austausch über die Betreuten, das sind in Arbeitsteams entscheidende Dinge.

In speziellen *Schulungen* werden aktuelle Konzepte und Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit Betreuten in Problemlagen vermittelt.

- **MitarbeiterInnenfortbildung**

Eine gute Ausbildung und kontinuierliche Fortbildung ist für eine qualifizierte Arbeit mit geistig behinderten Menschen unerlässlich. Leben ist Entwicklung über die ganze Lebensspanne hinweg. Lernen, Entwicklung, Bildung sind lebenslange Prozesse. Bildung wird in der Integrativen Agogik ganzheitlich verstanden, die leibliche, seelische, geistige und soziale Dimension des Menschen werden einbezogen.

Die Behindertenarbeit hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Es sind neue Menschenbilder, Wertvorstellungen, Ziele, Konzepte und Methoden aufgetaucht. Von der Verwahrung der „Pflegefälle“ über individuelle Förderung bis zu einem normalisierten integrierten Leben in der Gesellschaft: Fürwahr ein weiter Weg. Die Konzepte der Salutogenese und der Ressourcen haben in die Behindertenarbeit Eingang gefunden.

Als Mitarbeiter/in einer Institution ist es notwendig, die aktuellen Konzepte der Geistigbehindertenpädagogik zu kennen. Diese Bewusstseinsarbeit gibt der beruflichen Tätigkeit Ausrichtung, vermittelt Sinn. Alte Konzepte müssen losgelassen werden, neue Konzepte sind zu erarbeiten und sollen umgesetzt werden können. Dies erfordert auch die Schulung persönlicher und sozialer Kompetenzen.

In Fortbildungsveranstaltungen werden die Mitarbeiter/innen mit aktuellen pädagogischen Konzepten vertraut gemacht. Berufliche Erfahrungen werden immer wieder reflektiert und Umsetzungsmöglichkeiten der neuen Konzepte werden vorgestellt.

Die in dieser Arbeit vorgestellten Inhalte wurden in 3-tägigen Fortbildungskursen zum Thema „Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten“ vermittelt. Fachbegriffe wurden erklärt, mit persönlichen Erfahrungen verknüpft. Zusammenhänge wurden aufgezeigt und Verhaltensmöglichkeiten erarbeitet. Die jeweiligen Kurse wurden von den Mitarbeiter/innen sehr gut aufgenommen.

- **Elternberatung**

Eltern und pädagogische Fachpersonen verfolgen das gleiche Ziel, nämlich die Unterstützung und Förderung der Entwicklung des jeweiligen geistig behinderten Menschen. Aus diesem Grund ist eine enge Zusammenarbeit von Eltern und Erziehern angezeigt.

In der Zusammenarbeit von pädagogischen Fachpersonen und Eltern befürworte ich das „Kooperationsmodell“: Es wird eine partnerschaftliche Zusammenarbeit beider Seiten angestrebt. Beide Teile können ihre Kompetenzen und Sichtweisen einbringen. Probleme werden gemeinsam besprochen, Lösungsansätze werden gemeinsam gesucht.

Eltern möchten von den Fachpersonen Informationen haben und sie suchen konkrete Unterstützung bei der Lösung anstehender Probleme. Für Eltern sind die Fachpersonen Ansprechpartner bei offenen Fragen und ungelösten Problemen.

Wie die Erfahrung zeigt, sind nicht alle Eltern bereit, diese Kooperation mit den pädagogischen Fachpersonen einzugehen. Die pädagogische Arbeit mit verhaltensauffälligen Personen stösst in einem solchen Fall an Grenzen. Sind die Eltern nicht gewillt oder nicht im Stand, zusammen mit den Fachpersonen an Lösungen zu arbeiten, greifen die pädagogischen Massnahmen nicht. Werden die langwierigen Bemühungen der Fachpersonen nach jedem Elternbesuch wieder zerstört, bleibt oft nur noch der Wechsel in eine andere Institution mit andern Betreuungsformen.

- **Psychotherapie geistig behinderter Menschen**

In den letzten Jahren sind einige Berichte über Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung erschienen (Görres & Hansen 1991, Lotz et al. 1994). Der Bedarf an Psychotherapie in diesem Bereich wurde nachgewiesen. Menschen mit geistiger Behinderung weisen häufig Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Störungen auf. Die üblichen Verfahren der Psychotherapie wurden auch bei Menschen mit geistiger Behinderung eingesetzt: Psychoanalyse, Ver-

haltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, systemische Therapie, Integrative Therapie. Aufgrund der Erfahrungsberichte kann Psychotherapie bei dieser Personengruppe mit Erfolg eingesetzt werden.

Die Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung hat in den letzten Jahren einen Boom erfahren. Therapeuten suchen sich neue Betätigungsfelder. Diese Entwicklung sollte jedoch auch kritisch betrachtet werden (Petzold & Orth 1999). Mit der Anwendung von Psychotherapie sind einige Gefahren verbunden. Psychotherapie kann auch negative Effekte haben (das ist in ca. 10-15 % aller Behandlungen der Fall). In Therapien herrscht ein grosses und oft unreflektiertes Machtgefälle zwischen Therapeut und Patient vor. Probleme der jeweiligen Person werden gerne individualisiert und pathologisiert. Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen wird leicht zu etwas exklusivem, vom normalen Alltag abgehobenen. Die einzelnen Therapieformen haben ihre Schwachstellen, Einseitigkeiten und Auslassungen (Verhaltenstherapie halte ich für sehr technizistisch; Psychoanalyse finde ich einseitig einsichtsorientiert und pathologiezentriert; humanistische Therapien blenden in ihrer Betonung des Hier und Jetzt gerne die Lebensgeschichte von Menschen aus).

In einer Psychotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung geht es vor allem darum, diese Menschen zu verstehen, ein Ohr für verborgene Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse zu haben. Es wird den Betroffenen vermittelt, dein Dasein ist wichtig, wertvoll, hat Sinn. Gefühle können ausgedrückt, fixierte Handlungsmuster aufgelöst, Entwicklungsprozesse in Gang gesetzt werden.

Eine Psychotherapie erscheint mir vor allem dann sinnvoll, wenn dabei eine enge und intensive Zusammenarbeit mit den pädagogischen Fachpersonen und den Angehörigen aufgebaut wird. Der Einbezug der Lebensumwelt, der familiären und professionellen Bezugspersonen erscheint mir für eine therapeutische Arbeit mit geistig Behinderten unentbehrlich. Die alltäglichen Lebensbedingungen der Menschen mit geistiger Behinderung müssen thematisiert und nach Möglichkeit auch verändert werden.

- **Psychiatrische Behandlung**

Bei Menschen mit geistiger Behinderung ist im Falle von psychischen Störungen eine psychiatrische Behandlung notwendig (Lingg & Theunissen 2000). Dabei ist auf eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den pädagogischen, psychologischen und medizinisch-psychiatrischen Fachkräften zu achten. Ein moderater Einsatz von Psychopharmaka kann, neben den andern Behandlungsmöglichkeiten, durchaus sinnvoll sein.

6. Schlussfolgerungen

Für die Behandlung von verhaltensauffälligen Menschen mit geistiger Behinderung schlage ich eine Kombination von vielfältigen Behandlungsansätzen vor. Nicht jeder Ansatz passt in jedem Einzelfall. Zusammen genommen bieten diese Ansätze jedoch praktisch immer eine ganze Reihe von sinnvollen Behandlungsmöglichkeiten. Zusammenfassend sollen die vorgeschlagenen Behandlungsansätze nochmals genannt werden:

- Verstehende Diagnostik (ressourcen- und störungsbezogen) in Kontext und Kontinuum
- Ausgestaltung angemessener institutioneller Rahmenbedingungen
- Ressourcenaktivierung
- Beziehungsgestaltung
- Entwicklungsförderung
- Umfeldstrukturierung
- Symptomzentrierte Interventionen
- Weitere Behandlungsansätze (Beratung und Fortbildung der Mitarbeiter/innen, Elternberatung, Psychotherapie und psychiatrische Behandlung der Betroffenen).

Für die betroffenen Menschen mit geistiger Behinderung bedeutet dieses Vorgehen, dass sie – und trotz ihren Verhaltensauffälligkeiten – wenn immer möglich in einem pädagogischen Rahmen begleitet, betreut und gefördert werden können. Es soll ihnen ein sinnerfülltes Leben in Gemeinschaft ermöglicht werden.

Für die pädagogischen Mitarbeiter/innen bedeutet dies hohe Anforderungen an die persönliche, berufliche und soziale Kompetenz. Sie müssen zu schwierigen Betreuten eine positive Beziehung aufbauen, diese angemessen begleiten und mit deren schwierigem Verhalten umgehen können. Mitarbeiter/innen müssen sich immer wieder mit neuen pädagogischen Konzepten und Handlungsmöglichkeiten vertraut machen, ihr Handeln regelmässig reflektieren. Ständiges Weiterlernen ist erforderlich. Das Ganze ist überhaupt nur mit einer gezielten, systematischen Fachberatung und kontinuierlicher Fortbildung zu erreichen.

Für die behandlungsführenden Fachkräfte (Psychologen, Heilpädagogen, Ärzte etc.) bedeutet dieses Vorgehen, den betroffenen Menschen mit geistiger Behinderung aus mehreren Perspektiven und mit unterschiedlichen theoretischen Optiken zu betrachten. Es ist nicht mehr möglich, sich auf sein Standardmodell zu verlassen. Der Forschungsstand in verschiedenen Disziplinen und die Handlungsmöglichkeiten unterschiedlicher Praktiken sind aufzuarbeiten, zu prüfen und innerhalb eines reflektierten Gesamtrahmens miteinander zu vernetzen.

In dieser Arbeit haben wir nun einen langen Weg zurückgelegt. Dabei sind wir „transversal“ vorgegangen, mehrere Disziplinen, theoretischen Konzepte und Handlungsansätze wurden durchquert. Der vorgeschlagene Weg ist als vorläufig zu betrachten. Integration ist nie abgeschlossen, die Entwicklung wird weitergehen. Neue Erkenntnisse werden wiederum integriert werden müssen. Unser Denken und Handeln wird sich auf diese Weise immer weiter entwickeln.

Zusammenfassung:

In der Begleitung und Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung stellen Verhaltensauffälligkeiten (oder Verhaltensstörungen) ein ernsthaftes Problem dar. Unter Verhaltensauffälligkeiten verstehen wir sozial störende Verhaltensweisen (Fremdaggressionen, selbstverletzendes Verhalten, Stereotypien etc.) von geistig behinderten Menschen, welche über lange Zeit immer wieder vorkommen. Diese Verhaltensprobleme belasten die Beziehungen der Betroffenen zu deren Bezugspersonen. Ein normalisiertes und sozial integriertes Leben der Betroffenen kann dadurch erheblich gefährdet werden.

Auf dem Hintergrund der Integrativen Therapie werden in der vorliegenden Arbeit Diagnostik und Behandlung von verhaltensauffälligen Menschen mit geistiger Behinderung besprochen.

In der Integrativen *Diagnostik* betrachten wir einen konkreten Menschen in seinem Lebenslauf und in seinem Lebenskontext. Dabei achten wir auf anhaltende und besondere Belastungen wie auch auf vorhandene Ressourcen.

Bei den *Behandlungsansätzen* werden pädagogische und psychologisch-therapeutische Überlegungen angestellt. Behandlungsschwerpunkte sind:

- Die Ausgestaltung angemessener institutioneller Rahmenbedingungen
- Gezielte Aktivierung von Ressourcen
- Intersubjektive wertschätzende Beziehungsgestaltung
- Entwicklungsförderung im Alltag
- Strukturierung des Umfeldes (zeitlich, räumlich, personell)
- Symptomzentrierte pädagogische Interventionsformen
- Weitere Behandlungsansätze (Beratung und Fortbildung, Psychotherapie, psychiatrische Behandlung)

Summary

When accompanying or supporting people who are mentally handicapped, abnormal behaviour or behavioral disorders represent a serious problem. As abnormal behaviour we mean socially disruptive conduct (aggression towards others, self-injury, stereotypies) among the mentally handicapped, which reoccurs over a longer period of time. These behavioural problems put a strain on the relationships of those concerned with their social contacts. A normal, socially-integrated life can thereby be significantly endangered for those concerned.

Against a background of integrative therapy this paper deals with the diagnostics and therapy of behavioural disorders of the mentally handicapped.

In integrative diagnostics we consider a specific person in the course of his/her life and context. In doing so, we take note of continual and special pressures as well as of existing resources.

Pedagogical and psychological therapeutic considerations are taken into account for treatment approaches. The main emphasis of treatment includes:

- The provision of an appropriate institutional framework
- Purposeful activation of resources
- Intersubjective, appreciative relationship formation
- Fostering development in daily routine
- Structuring the environment (time, space, personnel)
- Symptom-centered pedagogic forms of intervention
- Further treatment approaches (consultation and training, psychotherapy, psychiatric treatment)

Keywords: Mental retardation, behavioural disorders, integrative therapy

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT (englische Originalausgabe 1987).
- Diekmann, F. (2002): *Wohnalltag und Kontaktchancen schwer geistig behinderter Erwachsener*. Heidelberg: Asanger.
- Dosen, A. (1997): *Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Eggert, D. (2003): Die psychologische Diagnostik der geistigen Behinderung zwischen Klassifikation und Individualisierung. In: Irblich, D. & Stahl, B. (Hrsg.) (2003): *Menschen mit geistiger Behinderung*. Göttingen: Hogrefe, 476-501.
- Fornefeld, B. (2002): *Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik*. 2. Auflage. München, Basel: Reinhardt.
- Gaedt, C. (2003): Biographie und Identität. Spuren der Andern in der Individualität. In: Petzold, H. (Hrsg.) (2003): *Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität*. Paderborn: Junfermann, 54-62.
- Görres, S. & Hansen, G. (Hrsg.) (1991): *Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Bad Heilbrunn: Klinckhardt.
- Heijkoop, J. (1998): *Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Irblich, D. (2003): Problematische Erlebens- und Verhaltensweisen geistig behinderter Menschen. In: Irblich, D. & Stahl, B. (Hrsg.) (2003): *Menschen mit geistiger Behinderung*. Göttingen: Hogrefe, 312-388.
- Irblich, D. (2003): Strukturierung des Lebensumfeldes als Intervention bei psychischen Problemen geistig behinderter Menschen. In: Irblich, D. & Stahl, B. (Hrsg.) (2003): *Menschen mit geistiger Behinderung*. Göttingen: Hogrefe, 559-590.
- Irblich, D. & Stahl, B. (Hrsg.) (2003): *Menschen mit geistiger Behinderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Jantzen, W. (2003): Diagnostik und Rehistorisierung: Probleme und Strategien einer verstehenden Diagnostik. In: Petzold, H. (Hrsg.) (2003): *Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität*. Paderborn: Junfermann, 73-85.
- Jantzen, W. & Lanwer-Koppelin, W. (Hrsg.) (1996): *Diagnostik als Rehistorisierung. Methodologie und Praxis einer verstehenden Diagnostik am Beispiel schwer behinderter Menschen*. Berlin: Edition Marhold.
- Lingg, A. & Theunissen, G. (2000): *Psychische Störungen und geistige Behinderung. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis*. 4. völlig überarbeitete und aktualisierte Ausgabe. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Lotz, W., Koch, U. & Stahl, B. (Hrsg.) (1994): *Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen*. Bern: Huber.
- v.Luxburg, J. (1994): Systemisch-ganzheitliche Ansätze zur Therapie „geistig Behinderter“ in den Systemen Familie und Frühförderung. In: Lotz, W., Koch, U. & Stahl, B. (Hrsg.) (1994): *Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen*. Bern: Huber, 173-192.
- Meyer, H. (2003): Geistige Behinderung – Terminologie und Begriffsverständnis. In: Irblich, D. & Stahl, B. (Hrsg.) (2003): *Menschen mit geistiger Behinderung*. Göttingen: Hogrefe, 4-30.
- Mühl, H. (2000): *Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik*. 4. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Orth, I. & Petzold H. (1993): Beziehungsmodalitäten – ein integrativer Ansatz für Therapie, Beratung, Pädagogik. In: Petzold, H. & Sieper, J. (Hrsg.) (1993): *Integration und Kreation*. Band 1. Paderborn: Junfermann, 117-124.

- Osten, P. (2002): Psychotherapeutische Diagnostik im Ansatz der Integrativen Therapie. Seminarunterlage 2002. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Petzold, H. (1988): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. 2 Bände. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1993): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. 3 Bände. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1993): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold, H. & Sieper, J. (Hrsg.) (1993): Integration und Kreation. Band 1. Paderborn: Junfermann, 267-340.
- Petzold, H. (1994): Zur Integration motopädagogischer, psychotherapeutischer und familientherapeutischer Interventionen in der Arbeit mit geistig Behinderten. In: Lotz, W., Koch, U. & Stahl, B. (Hrsg.) (1994): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bern: Huber, 226-240.
- Petzold, H. (1998): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. In: Petzold, H. (1998): Integrative Supervision, Meta-Consulting und Organisationsentwicklung. Paderborn: Junfermann, 353-394.
- Petzold, H. (2001): Integrative Therapie. Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (2002): Integrative Therapie in drei Bänden – Vorwort zur zweiten Auflage 2002. In: www.integrative-therapie.ch/vorwortIT2002.htm
- Petzold, H. (2002): Zentrale Modelle und Kernkonzepte der „Integrativen Therapie“. In: POLYLOGE 02/2002, www.fpi-publikationen.de/polyloge
- Petzold, H. (2003): Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen. In: Petzold, H. (Hrsg.) (2003): Lebensgeschichten erzählen. Biographierarbeit, narrative Therapie, Identität. Paderborn: Junfermann, 148-232.
- Petzold, H. & Orth, I. (1999): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. & Schuch, H. (1992): Grundzüge des Krankheitsbegriffes im Entwurf der Integrativen Therapie. In: Priz, A. & Petzold, H. (Hrsg.) (1992): Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn: Junfermann, 371-486.
- Resch, F. (1999): Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Röper, G., von Hagen, C. & Noam, G. (2001): Perspektiven der Klinischen Entwicklungspsychologie. In: Röper, G., von Hagen, C. & Noam, G. (Hrsg.) (2001): Entwicklung und Risiko. Stuttgart: Kohlhammer, 11-24.
- Schucker, W. (1994): Verhaltenstherapeutische Ansätze in der stationären Behandlung geistig behinderter Menschen. In: Lotz, W., Koch, U. & Stahl, B. (Hrsg.) (1994): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bern: Huber, 153-172.
- Schüffel, W. (1998): Einführung. In: Schüffel, W., Brucks, U., Johnen, R., Köllner, V., Lamprecht, F. & Schnyder, U. (Hrsg.) (1998): Handbuch der Salutogenese. Wiesbaden: Ullstein, 1-7.
- Störmer, N. & Sievers, R. (1996): „Sie ist ein sehr schwieriges Mädchen!“. In: Jantzen, W. & Lanwer-Koppelin, W. (Hrsg.) (1996): Diagnostik als Rehistorisierung. Berlin: Edition Marhold, 181-208.
- Theunissen, G. (1999): Wege aus der Hospitalisierung. Neuausgabe von 1999. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Theunissen, G. (2000): Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. 3. überarbeitete Ausgabe. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Theunissen, G. (2001): Wohneinrichtungen und Gewalt. In: Theunissen, G. (Hrsg.) (2001): Verhaltensauffälligkeiten – Ausdruck von Selbstbestimmung? Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 135-171.
- Theunissen, G. (Hrsg.) (2001): Verhaltensauffälligkeiten – Ausdruck von Selbstbestimmung? 2. erweiterte Auflage. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- WHO (2002): Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF. Genf: World Health Organisation. Unter: www.who.int/classification/icf
- Wüllenweber, E. (2000): Krisen und Behinderung. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wüllenweber, E. (2002): Krisenintervention aus heilpädagogischer Sicht. In: Geistiger Behinderung 2002, 41, 331-345.
- Wüllenweber, E. (2003): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten. Einleitende Bemerkungen zu den Leitbegriffen. In: Theunissen, G. (Hrsg.) (2003): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. Stuttgart: Kohlhammer, 1-16.
- Wüllenweber, E. & Theunissen, G. (Hrsg.) (2001): Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer.