

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1 Definition „psychische Störung“ und „geistige Behinderung“	6
2 Die emotional-kognitive Entwicklung des Kindes	13
2.1 Risikofaktoren in der kindlichen Entwicklung	17
2.2 Besonderheiten der kindlichen Entwicklung mit einer Behinderung	20
3 Aktuelle Versorgungslage von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen mit psychischer Störung	26
3.1 In Wohngruppen bzw. Zuhause	30
3.2 In psychiatrischen Kliniken	33
3.3 Besonderheiten und Äquivalenzen in der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderung	36
3.4 Fehlende, notwendige Elemente in bestehenden Konzepten.....	43
4 Entwicklung eines Handlungs- und Versorgungskonzeptes vor dem Hintergrund des Bio-Psycho-Sozialen Modells der ICF	46
5 Der Beitrag der Sozialen Arbeit	51
6 Fazit und Ausblick	55
7 Literaturverzeichnis	57
8 Abbildungsverzeichnis	60
9 Eidesstattliche Erklärung	62

Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema der Versorgung von Menschen, und im Speziellen von Kindern und Jugendlichen, mit einer geistigen Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen.

In den letzten Jahren haben die Beschäftigung mit und Forschungen zu diesem Thema in Wissenschaft und Praxis zugenommen. Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung von Klaus Hennicke aus dem Jahr 2003 zur stationären und ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen zeigen, dass diese spezielle Bevölkerungsgruppe weitgehend von der psychotherapeutischen Versorgung ausgeschlossen ist - und das, obwohl die Prävalenzraten für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht sind. (vgl. Hennicke, 2005).

Wer jedoch ist zuständig für diesen Personenkreis? Weshalb sind gerade Kinder und Jugendliche mit einer Behinderung gehäuft von psychischen Störungen betroffen? Wo liegen die Schwierigkeiten in der Versorgung? Und welche Herausforderungen resultieren daraus für die Soziale Arbeit?

Beginnend mit einer definitorischen Abgrenzung im ersten Kapitel soll das komplexe Bedingungsgefüge dieser Komorbidität in ihrem Kontext dargestellt und daraus resultierende Besonderheiten in der pädagogischen wie medizinisch-therapeutischen Versorgung hervorgehoben werden.

Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung sind in ihrem Entwicklungsverlauf mit mannigfaltigen Risikofaktoren konfrontiert, welche zu einer spezifischen Vulnerabilität führen können. Im Kontext dieser „Anfälligkeit“ werden anhand des Entwicklungsverlaufes Besonderheiten und Dispositionen unterschiedlicher Umweltfaktoren sichtbar, welche ursächlich für eine psychische Störung sein können. Ebenso wie Kinder ohne eine Behinderung, machen geistig behinderte Kinder und Jugendliche Erfahrungen, die sie mehr oder weniger gut bewältigen (vgl. Sarimski, 2005, S. 17f.).

Hält man sich Lebensgeschichten und den Alltag von behinderten Menschen vor Augen, stößt man immer wieder auf Erfahrungen von mangelnder Annahme und Wertschätzung, emotionale Verlassenheit, Verluste, Abwertung, Ausgrenzung, Kontrolle, Perspektivlosigkeit, Fremdbestimmung und Anpassungsdruck. Diese drücken sich in, für Außenstehende oft unverständlichen Verhaltensweisen aus. Weitere Ablehnung und Verständnislosigkeit gegenüber dem

behinderten Menschen folgen und verstärken so störendes und problematisches Verhalten (vgl. Pörtner, 2001, S.61).

Im zweiten Kapitel soll daher nicht modellhaft die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen in, einer spezifischen Schule folgend aufeinander aufbauenden Entwicklungsschritten, beschrieben werden. Es sollen vielmehr einige wichtige Zugänge dargelegt werden, die ein Verständnis der Gesamtsituation geistig behinderter, psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher, in dem Wissen über die Rollen bestimmter Entwicklungsfaktoren, ermöglichen.

Auf die Chancen der psychotherapeutischen Versorgung psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung soll im Folgenden ebenfalls eingegangen werden, denn „[w]enn [...] psychische Störung als Folge von psychischem Leiden entstehen, so muss es auch die Möglichkeit geben, dieses Leiden und somit die Störungen mit psychotherapeutischen Mitteln zu lindern“ (Röh, 2009, S. 133). Allerdings lassen sich hier einige Defizite unterschiedlichen Ursprungs finden. Diese zeigen sich sowohl in Diagnostik und Therapie als auch in der alltäglichen Arbeit, der elterlichen oder fachlich-pädagogischen Betreuung, und nicht zuletzt in unserer eigenen Haltung und dem daraus resultierenden Umgang mit diesem besonderen Personenkreis.

„Unter psychosozialer Versorgung verstehen wir den gesamten Komplex unterstützender, förderlicher, therapeutischer und rehabilitativer Leistungen, die einem behinderten Kind [...] angeboten werden kann, damit es die ihm am besten mögliche Entwicklung machen kann, um mit sich in seiner Umwelt in relativer Harmonie zu leben“ (Hennicke, in Erscheinung (2013), S. 5).

Um sich ein Bild von der aktuellen Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung zu machen, wird diese im dritten Kapitel dargestellt. Hier gliedert Darstellung der Versorgung in die Betreuung im elterlichen Zuhause, bzw. in Wohngruppen, sowie in die therapeutische Versorgung in psychiatrischen Kliniken auf. Es werden Besonderheiten die es zu bedenken gilt, aber auch Äquivalenzen zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der regulären Kinder- und Jugendpsychiatrie sichtbar.

Bislang erscheint die psychosoziale Versorgungsstruktur für Kinder- und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung an vielen Stellen noch defizitär (vgl. Hennicke, 2005, S.36). Ausgehend davon werden im vierten Kapitel Möglichkeiten zur Entwicklung eines umfassenden Versorgungs- und Behandlungsmodells aufgezeigt.

In dieser Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Behindertenhilfe eröffnet sich für die Profession der Sozialen Arbeit ein Tätigkeitsbereich mit besonderen Herausforderungen. Im fünften

Kapitel soll daher aufgezeigt werden, welchen wichtigen und Beitrag die Soziale Arbeit hier leistet, bzw. leisten kann.

Abschließend wird aus den gewonnenen Erkenntnissen ein Resümee gezogen, welches einen Ausblick auf die Arbeit in der Betreuung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen zulässt.

1 Definition „psychische Störung“ und „geistige Behinderung“

Um ein Grundlage des zentralen Themas „Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Störung“ zu schaffen, sollen zunächst die Begriffe der *Behinderung* und der *psychischen Störung* bzw. der *psychischen Gesundheit* definiert werden. Die teilweise gleichgesetzten oder ineinander übergehenden, für sich allein stehend schon äußerst komplexen Begriffe, müssen dafür differenziert und in gegenseitiger Abgrenzung betrachtet werden. Es ist zu berücksichtigen, dass sowohl an den Begriff der *Behinderung*, als auch an die Bezeichnung der *psychischen Störung* unterschiedliche Funktionen geknüpft sind.

Zum einen erleichtern sie die Einordnung in das medizinischen System durch eine gegebene Diagnose und bekommen damit einen Namen, welcher Verstehbarkeit und Erklärungsansätze fehlangepassten Verhaltens ermöglicht, zum anderen schreiben sie aber eben dadurch einen bestimmten Status in der Gesellschaft fest. Dies kann zwar Erleichterung für die Betroffenen schaffen, zugleich sind Diagnosen aber eng mit Stigmatisierungen und Labelingprozessen¹ verknüpft.

Diese Etikettierung führt also zu Festschreibungen des Anders Seins, bringt aber auch Entlastung für die Betroffenen mit sich. Die Namensgebung einer Andersartigkeit, oder eben von der Norm abweichenden Verhaltens, kann Verständnis, in selber Weise jedoch auch eine Verurteilung durch die Gesellschaft mit sich bringen (vgl. Tillmann, 2007, S. 155f.).

Gleichzeitig sind an die beiden genannten Begriffe sozialrechtlich festgeschriebene Leistungen gekoppelt. In § 2 des SGB IX, welches sich mit der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen beschäftigt, lässt sich folgende Definition als Grundlage zur Inanspruchnahme von Leistungen finden:

„(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

(2) Menschen sind im Sinne des Teils 2 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt

¹ Der Labelingapproach nach E. Goffman

oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.

(3) [...]“ (Stascheit, 2009, RdNr. 150).

Diese sozialrechtliche Definition stellt bei Erfüllung der Tatbestandsmerkmale den Zugang zu spezifischen Ansprüchen der Leistungserfüllung seitens des Sozialstaates dar. Bei Kindern und Jugendlichen kann diese sozialrechtliche Definitionsgrundlage jedoch nur unter Berücksichtigung der besonderen Umstände der Pubertät angewendet werden, denn es ist zu bezweifeln, ob in dieser Lebensphase überhaupt von einem „typischen Zustand“ gesprochen werden kann. Für diesen Personenkreis muss weiterhin noch das SGB VIII hinzugezogen werden. §35a SGB VIII ist hier die zentrale Rechtsnorm, aus welcher sich ein Anspruch auf Eingliederungshilfe ableiten lässt.

Aus weniger rechtlicher, als aus gesundheitlich-medizinischer Sicht lässt sich der Ansatz der WHO² anführen. Geistige Behinderung wird hier definiert als „eine signifikant verringerte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fähigkeiten zu erlernen und anzuwenden (beeinträchtigte Intelligenz). Dadurch verringert sich die Fähigkeit, ein unabhängiges Leben zu führen (beeinträchtigte soziale Kompetenz). Dieser Prozess beginnt vor dem Erwachsenenalter und hat dauerhafte Auswirkungen auf die Entwicklung.“ (WHO, 2010).

Das heißt, die Ausprägungen einer Behinderung sind nicht allein am messbaren Intelligenzquotienten festzumachen, sondern werden gleichzeitig an individuell ausgeprägten und sich manifestierenden Mängeln im Anpassungsverhalten sichtbar. Eine Klassifikation nach Intelligenzquotienten ist im ICD-10³ zu finden. In der Regel wird zwischen einer leichten Behinderung bei einem IQ von 50 bis 70, und einer schweren geistigen Behinderung bei einem IQ von unter 50 unterschieden (vgl. Sarimski, 2005, S. 112).

Zusätzlich zu einer bestehenden geistigen Behinderung können verschiedene Ursachen zur Ausprägung von Verhaltensauffälligkeiten oder gar zu einer psychischen Störung führen (vgl. Lingg & Theunissen, 2000, S. 17). „Den Sachverhalt, dass zur geistigen Behinderung die Diagnose einer bestimmten psychischen Störung hinzutritt, nennt man [...] Doppeldiagnose“ (Seidel, 2005, S.5). Die Differenzierung jedoch, welches Verhalten als auffällig gewertet wird, und ab wann eine manifeste psychische Erkrankung vorliegt, ist äußerst subtil – vor allem dann, wenn es um Menschen mit einer Behinderung, die möglicherweise diesem Um-

² World Health Organization

³ International Classification of Diseases

stand inhärente Verhaltensweisen mit sich bringt, geht. Darunter können zum Beispiel bestimmte Stereotypen wie Körperschaukeln, selbstverletzende Verhaltensweisen, Kotschmierer uvm. verstanden werden (vgl. Sarimski, 2011, S. 512).

„Mit dem Konzept der dual diagnosis soll zwischen geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeit bzw. psychischer Störung differenziert werden“ (Lingg & Theunissen, 2000, S. 19). Dabei sind spezifische Verhaltensphänotypen, welche Zusammenhänge zwischen einer geistigen Behinderung und bestimmten zugrundeliegenden genetischen Syndromen nahelegen, zu berücksichtigen (vgl. Sarimski & Steinhausen, 2008, S. 7f.). Gewisse Verhaltensauffälligkeiten können somit durch eine spezifische Behinderung begründet sein. In der Praxis muss daher auch das Vorliegen sekundärer Beeinträchtigungen abgeklärt werden (vgl. ebd., S.11).

Für eine Auseinandersetzung mit der komplexen Lebenslage einer Behinderung und koexistierenden psychischen Erkrankung reicht diese rein formale Betrachtungsweise jedoch nicht aus.

Aus dem Verständnis einer systemisch-ökologischen Sichtweise heraus, ist nicht das Individuum mit seiner Behinderung auf sich allein gestellt zu sehen, sondern die es umgebende Umwelt rückt ebenfalls in den Fokus der Betrachtung. Daher ist nicht von dem Menschen mit (in diesem Fall) kognitiven Defiziten als isoliertem Objekt auszugehen, sondern von dem *behinderten* Menschen, einem von der Gesellschaft und den komplexen Anforderungen, welche diese mit sich bringt, behinderten Subjekt. So entsteht die *Behinderung* erst durch die jeweiligen Lebensumfelder (vgl. Röh, 2009, S. 52 f.). Denn „[...] ein Mensch, der krank, abweichend, irre, verrückt ist, [handelt] in Beziehung zu Anderen, zu sich selbst und seinen Gefühlen und zu seinem Körper verfehlt [...]“ (Dörner, Ploog, Teller, & Wendt, 2012, S. 36f.).

Durch eine Berücksichtigung der Beziehung des/der Betroffenen und seinem/ihrer primären Bezugssystem „[...]ist es nicht mehr möglich, nur von einzelnen Krankheitsträgern auszugehen und nur diese wahrzunehmen. Es sind auch die anderen Teile des Geflechtes mitzusehen.“ (vgl. ebd. S.37).

„Die [oben geschilderten] Schwierigkeiten der Abgrenzung von ‚Verhaltensauffälligkeiten‘ und ‚psychischen Störungen‘ spiegeln sich auch in der Begriffsverwendung in der Fachliteratur wider“ (Sarimski, 2011, S. 511). Dies mag nicht zuletzt daran liegen, dass „Verhaltensauffälligkeiten (Verhaltensstörungen) und psychische Störungen [...] als ineinander übergehende Phänomene zu verstehen [sind]; sie liegen auf einem Kontinuum, bei dem an dem einen Ende klare *psychiatrisch definierte Merkmale* liegen (etwa in Form einer Psychose), am anderen Ende ‚Verhaltensstörungen‘, die unmittelbar auf den *erzieherischen Kontext* zurückzuführen sind“ (Lingg & Theunissen, 2000, S.19 zit. n. Petry, 1999, S. 15).

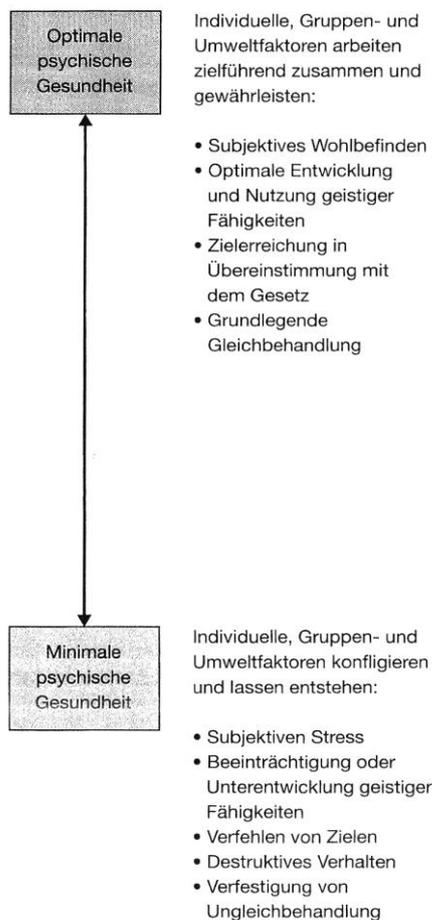
Der Begriff Verhaltensstörung macht deutlich, dass das Umfeld für die Ausprägung derselben eine entscheidende Rolle spielt. Das störende Verhalten stellt so ein, aus der Umwelt resultierendes Anpassungsmuster des Kindes oder Jugendlichen dar. Verhaltensstörung wird dabei als ein an die Umwelt mangelhaft angepasstes Verhalten gesehen. Die „Ursache für die Ausbildung dieses ‚problematischen Verhaltens‘ [wird somit] [...] in einer mangelnden Passung zwischen den Kompetenzen des Kindes und seiner Umwelt [gesehen]“ (Sarimski, 2011, S. 511), und nicht lediglich im angeborenen, anerzogenen, angelernten So-Sein des Kindes. „Dieser *systemökologische Blick* verweist nicht nur auf einen Unterstützungsbedarf, sondern sogleich auch auf einen sozialen Veränderungsbedarf [...], da – wie schon eingangs vermerkt – geistige Behinderung kein personinhärentes Merkmal, sondern ein soziales Etikett, ein durch die Umwelt mit-konstruiertes Phänomen ist“ (Lingg & Theunissen, 2000, S. 17).

Um der genannten Stigmatisierung ein Stück weit zu entgehen, kann das Wort Krankheit durch Gesundheit ersetzt werden. Es wird also von psychischer Gesundheit gesprochen.

Die Beschaffenheit psychischer Gesundheit lässt sich an der Abweichung von der Norm messen. „Da die[se] Unterscheidung zwischen *normal* und *abweichend* eher relativ als absolut ist, stellt man sich psychische Gesundheit am besten als Kontinuum vor“ (Zimbardo & Gerrig, 2008, S. 550). Zwischen den beiden Polen der optimalen und der geringen psychischen Gesundheit stehen schrittweise Ausprägungen fehlangepassten Verhaltens, also die Ausprägung einer psychischen Störung.

„Psychische Störungen beinhalten Beeinträchtigungen in Emotionen, Verhalten oder Denkprozessen, die zu persönlichem Leidensdruck führen oder die Fähigkeit einer Person blockieren, wichtige Ziele zu erreichen“ (Zimbardo & Gerrig, 2008, S. 548). Damit ist ein Konzeptsatz psychischer Gesundheit, welcher von einem subjektiven Leiden ausgeht, angesprochen.

Persönliches Empfinden und individueller Leidensdruck sind also weitere Kriterien einer psychischen Störung. Allgemein gehalten lässt sich hierfür folgende Definition der WHO ziehen: „Gesundheit ist ein Zustand völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechlichkeit“ (www.who.int, 2012).



Laut WHO ist die mentale Gesundheit der ideale Zustand, welcher es Menschen ermöglicht, ihr Leben zu gestalten, eigene Bedürfnisse zu befriedigen und in einen gelingenden Austausch mit der Umwelt zu treten. Dies ist eine Voraussetzung, um in den jeweiligen Situationen reagieren zu können. „Mental health [also mentale, geistige Gesundheit] ermöglicht es Menschen, ihre Fähigkeiten auszuschöpfen und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft zu leisten.“ (www.who.int, 2012). Ein solcher Idealzustand geht einher mit dem umfassenden Wohlbefinden des Individuums, welches sich sowohl auf psychischer, als auch auf physischer Ebene niederschlägt. Für die Entstehung desselben spielen mehrere Faktoren eine entscheidende Rolle.

Abb. 1: Das Kontinuum psychischer Gesundheit (Zimbardo & Gerrig, 2008, S. 550).

Zur Definition, ob im Einzelfall abweichende Verhaltensweisen vorliegen, kommt die Besonderheit des jeweiligen Lebensalters, welches bei Kindern und Jugendlichen durch den Umstand der Pubertät speziell beachtet werden muss, hinzu.

Um zu einer Definition auf mehrdimensionaler Ebene zu kommen, lässt sich das Bio-Psychosoziale Modell der ICF⁴ (DIMDI, 2012) anführen. Dabei wird davon ausgegangen, dass Probleme in verschiedenen Bereichen auftreten können und dabei gleichzeitig andere Bereiche beeinflussen. Durch diese modellhafte Darstellung wird sichtbar, dass Probleme sich zwar schwerpunktmäßig in einem Teilbereich manifestieren können, dennoch eine dynamische Wechselwirkung zu den jeweils anderen Bereichen besteht. Somit dürfen Beeinträchtigungen nicht isoliert betrachtet werden.

Dies führt zu Erkenntnissen, die für ein individuelles Verständnis von auffälligen Verhaltensweisen und Beeinträchtigungen der *mentalen Gesundheit* relevant sind und somit auch in

⁴ International Classification of Function

der präventiven Arbeit, dem diagnostischem Prozess und dem weiteren Behandlungsverlauf zu beachten sind.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass „[b]ei Kindern mit einer leichten Behinderung [...] ein ähnliches Spektrum von auffälligen Verhaltensweisen wie bei nicht behinderten Kindern [festzustellen ist]. [...] Bei Kindern mit einer schweren Behinderung treten darüber hinaus nicht selten auffällige Verhaltensformen auf, die bei nicht behinderten Kindern nur sehr selten zu beobachten sind“ (Sarimski, 2011, S. 512).

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über das Bedingungsgefüge, welches der Ausbildung problematischer Verhaltensweisen und möglicherweise daraus resultierenden psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung zugrunde liegt.

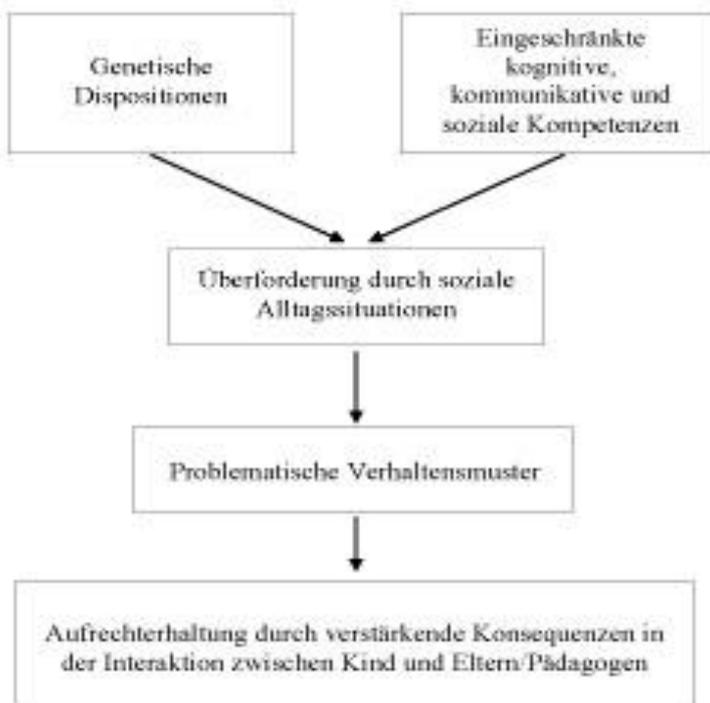


Abb. 2: Bedingungsgefüge bei der Ausbildung problematischer Verhaltensformen von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung (Sarimski, 2011, S. 515)

Wie im Vorangegangenen bereits geschildert, gilt es in der Auseinandersetzung mit der Komorbidität von geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung einige Besonder-

heiten in die Betrachtung mit einzubeziehen. Die spezielle Psychopathologie geistig behinderter Kinder und Jugendlicher erschwert eine abgrenzende Differenzierung dessen, was psychische Störung und was spezielle Eigenart der Behinderung ist.

Bei Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung können einige spezielle Symptome und Verhaltensauffälligkeiten auftreten (vgl. Sarimski & Steinhausen, 2008, S.4). Unvorhersehbares und aggressives, destruktives und selbstverletzendes Verhalten oder monoton, stereotyp und zwanghaft anmutende Bewegungsabläufe sowie hyperaktive oder impulsive Verhaltensweisen ohne unmittelbar erkennbare Ursachen können Hinweise dafür sein, dass „sowohl die Beziehung zu anderen Menschen als auch zu den Dingen der Welt und zu den eigenen Kräften, einschliesslich der kognitiven Potentiale, beeinträchtigt ist“ (Senckel, 2001, S.40).

2 Die emotional-kognitive Entwicklung des Kindes

In der Betrachtung des Gesamtzusammenhangs eines Versorgungssystems von Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Störung, ist die Beschäftigung mit der kindlichen Entwicklung ein unverzichtbarer Bestandteil. Hierfür sollen einige Grundannahmen und ihre Relevanz für den Verlauf der *normalen* und *abweichenden* Entwicklung auf emotionaler und kognitiver Ebene skizziert werden.

Normal meint hier den allgemeinen, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen gestützten, erwartungsgemäßen Entwicklungsverlauf. Dieser soll als Grundlage dienen, Besonderheiten und Andersartigkeiten in der Entwicklung von Kindern mit einer geistigen Behinderung aufzuzeigen. Denn, „[m]it Hilfe der entwicklungspsychologischen Erkenntnisse können Abweichungen von Alters- bzw. Entwicklungsnormen festgestellt werden“ (Kunz, 2011, S. 7).

Um die emotional-kognitive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen darzustellen, soll hier als Rahmentheorie eine systemisch-ökologische Sichtweise genutzt werden.

Für eine Darstellung der Entwicklung von geistig behinderten, und nicht geistig behinderten Kinder und Jugendlichen, erscheint diese am geeignetsten, da sie sich nicht mit dem Individuum allein, reduziert auf dessen psychische Strukturen und So-Sein beschäftigt, sondern immer von einem Verständnis der *Person-in-environment* ausgeht. Das heißt, Entwicklung aus einer systemisch ökologischen Perspektive erfolgt immer durch wechselseitige Einflüsse zwischen Umwelt und System, zwischen System und Individuum, und darauf folgende Reaktionen im Sinne einer beiderseitigen, situationsadäquaten Anpassung. Entwicklung spiegelt also den Einfluss von mehreren Umweltsystemen.

Betrachtet werden daher die Austauschbeziehungen von Individuum und Umwelt. „Man muss sich die *Umwelt* aus ökologischer Perspektive topologisch als eine ineinandergeschachtelte Anordnung konzentrischer, jeweils von der nächsten umschlossener Strukturen vorstellen. Diese Strukturen werden als *Mikro-, Meso-, Exo-, und Makrosysteme* bezeichnet“ (Bronfenbrenner, 1981, S. 38). „Die Psychodynamik dieses Interaktionsprozesses bildet also die entscheidende Grundlage für die Entwicklung sowohl gesunder als auch gestörter psychischer Strukturen“ (Frei, 2001, S.15).

Systeme sind Bereiche in denen sich das Leben und Wirken von Individuen abspielt. Ein System ist ein aus bestimmten Elementen und der Organisation ihrer Relationen entstehender

Zusammenhang. Dabei wird ein Gegenstand unter dem Gesichtspunkt seiner inneren Organisation und seiner Verbundenheit mit anderen Gegenständen der Umwelt vor dem Hintergrund eines konstruktivistischen Verständnisses betrachtet.

Bronfenbrenner unterscheidet dazu fünf Umwelt-Systeme in denen das Individuum interagiert:

1. Das Mikrosystem stellt das direkte Lebensumfeld des Individuums dar. Durch persönliche Beziehungen zu anderen Individuen oder Gruppen und durch Interaktion primär auf dieser Ebene entsteht Entwicklung.

2. Das Mesosystem zeigt die Kontexte der Gesamtheit von Beziehungen des Individuums. Aus der Summe der Mikrosysteme ergeben sich Strukturen der Interaktion derselben. Betrachtet werden kann hier zum Beispiel das Zusammenspiel des Systems Kindergarten und dem Elternhaus.

3. Auf der Ebene des Exosystems werden indirekte Beziehungsgeflechte, also Beziehungen dritter sichtbar. Das kann beispielsweise die Arbeitsstelle des Vaters sein. Die Beschaffenheit und Qualität der Strukturen indirekter Beziehungen beeinflussen das Individuum.

4. Das Chronosystem stellt die zeitliche Dimension der Entwicklung dar. So genannte biografische Übergänge im Lebenslauf werden hier erkennbar. Die verschiedenen Lebensalter des Kindes im Kontext der anderen Systembeziehungen spielen hier eine Rolle.

5. Das Makrosystem ist die Gesamtheit aller Beziehungen in einer Gesellschaft. Gemeint sind damit der Kulturzusammenhang des Lebensumfeldes des Kindes oder Jugendlichen, und die damit einhergehenden Normen, Werte, Regeln, Traditionen, und Ideologien. Auch der soziale und ökonomische Status des Individuums und seiner Umwelt sind hier von Bedeutung.

Die folgende Abbildung zeigt bildhaft die verschiedenen Systemebenen, in welchen das Individuum agiert und sich entwickelt. Der zeitliche Zusammenhang ist dabei jedoch nicht verzeichnet.

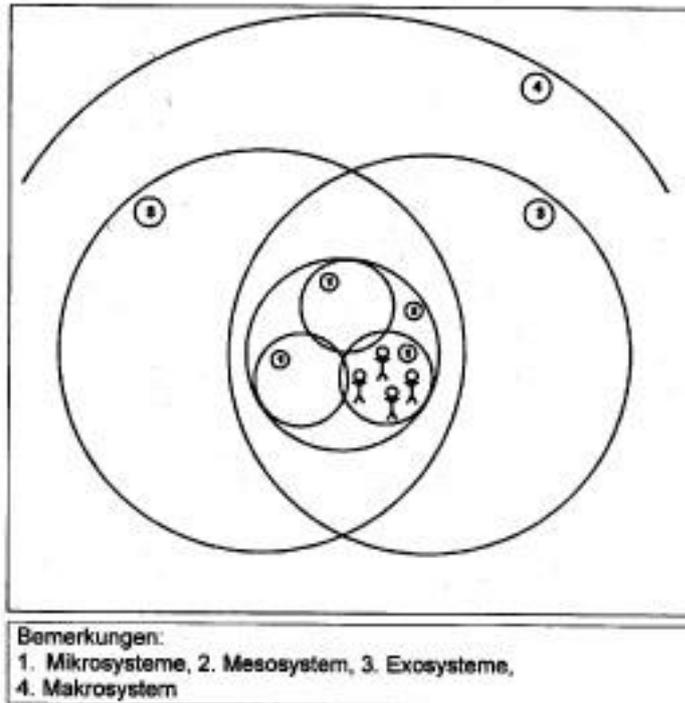


Abb 3: Die verschiedenen Systemebenen. (Das Chronosystem ist nicht verzeichnet.) (Sander, 1999, S. 35)

In Bronfenbrenners Verständnis entsteht Entwicklung vor allem durch Übergänge im Lebensverlauf: „Ein ökologischer Übergang findet statt, wenn eine Person ihre Position in der ökologisch verstandenen Umwelt durch einen Wechsel ihrer Rolle, ihres Lebensbereichs oder beider verändert“ (Bronfenbrenner, 1981, S.43). Ein Lebensbereich stellt hier einen Ort dar, an welchem Menschen leicht in direkte Interaktion mit anderen treten können. Eine Tätigkeit (oder Aktivität), die jeweilige Rolle des Individuums und die zwischenmenschlichen Beziehung in welche es eingebunden ist sind die Elemente des Mikrosystems (vgl. Bronfenbrenner, 1981, S.38). Das kann zum Beispiel der Übergang im Lebenslauf vom Kindergarten in die Schule sein, oder ein Positionswechsel vom Arbeitsplatz in den Wohnbereich sein.

Wieder spielen hier sowohl Individuum als auch System, also die stimulierende Umwelt, eine entscheidende Rolle. „[...]Jeder ökologische Übergang [ist] Folge wie Anstoß von Entwicklungsprozessen [...]“ (Bronfenbrenner, 1981, ebd.).

Um ein differenziertes Verständnis des jeweiligen Entwicklungsverlaufes zu erweitern soll das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren ebenfalls in die Betrachtung mit einbezogen werden. Dadurch wird deutlich, „dass Kinder, die anlagebedingte Beeinträchtigung ihrer Entwicklung aufweisen, anfälliger sind für solche allgemeinen Belastungsfaktoren, so dass das Risiko für eine psychische Störung steigt“ (Sarimski, 2005, S. 21).

Entscheidende Elemente sind hier die individuelle Verletzbarkeit, Dünnhäutigkeit, die persönliche Vulnerabilität und, auf die Person einwirkender Stress in Form von belastenden Lebensumständen und –ereignissen. Weiterhin kommt dem Begriff der Resilienz, der individuellen Widerstandsfähigkeit, eine große Bedeutung zu. Diese ist abhängig von den jeweiligen genetischen, biologischen und sozialen Dispositionen des Individuums und seinem Umfeld und steht für die Fähigkeiten und Strategien mit Lebensstress umzugehen (vgl. Sarimski, 2005, S.21).

Als weiteren wichtigen Einflussfaktor für die kindliche Entwicklung sind noch die Eltern-Kind-Bindung, die Fähigkeit des Kindes zur emotionalen Selbstregulation und die Fähigkeit zur Perspektivübernahme zu nennen.

„Unter Bindung versteht man eine lang andauernde, emotionale Beziehung zu bestimmten Personen, die Schutz oder Unterstützung bieten können“ (Sarimski, 2005, S. 21). Das Bindungsverhalten des Kindes wird dabei in hohem Maße von den Eltern beeinflusst. Erfahrungen die ein Kind in der frühen Eltern-Beziehung macht, prägen es nachhaltig. „Durch [...] Interaktionen mit den Bezugspersonen entstehen [...] allgemeine Muster der Emotions- und Verhaltensregulierung“ (Sarimski, 2005, S. 22), welche das spätere Bindungs-, Beziehungs- und Regulationsverhalten mitbestimmen.

Selbstregulation meint die Fähigkeit, Emotionen und Reize, die aus der Umwelt auf Menschen einwirken, selbstständig unter Kontrolle zu haben und sich gegebenenfalls selbst zu beruhigen, zu entspannen oder vor Reizüberflutung zu schützen. Bereits sehr früh besitzen Babys Strategien „ihre Emotionen in einem gewissen Maße selbst zu regulieren [...]“ (Sarimski, 2005, S. 28). Strategien sind beispielsweise das Saugen an einem Schnuller oder dem Zipfel einer Decke, rhythmische Körperbewegungen, das Abwenden des Blickes oder das Schließen ihrer Augen (vgl. ebd.). Diese Fähigkeit, das eigene Verhalten an das anderer anzupassen, die eigene Impulsivität kontrollieren zu können und das Empfinden dementsprechend zu regulieren, stellt eine wichtige Voraussetzung dar, um sich in den Austausch mit anderen Menschen zu begeben.

Perspektivübernahme gehört, ebenso wie eine funktionierende Selbstregulation, zu den notwendigen Grundlagen gelingender Interaktion. Denn nur dann kann eigenes Verhalten situationsadäquat angepasst werden. Ein Kind lernt, „Annahmen darüber [zu entwickeln], was andere Kinder oder Erwachsene denken, wollen oder fühlen“ (Sarimski, 2005, S. 32).

Aus dieser kurzen Skizzierung wird deutlich, dass gewisse Basiskompetenzen für Interaktionen und soziale Beziehungen unverzichtbar sind. Hat ein Kind diese gelernt und verinnerlicht, so ist ein stabilisierendes Grundgerüst für die weitere Entwicklung gegeben. Inwieweit ein

Kind diese entwickeln und ausschöpfen kann, ist sehr unterschiedlich. „Jeder Entwicklungsverlauf eines Menschen stellt einen einmaligen Prozess dar, nicht nur auf der Basis unterschiedlicher genetischer Voraussetzungen, sondern auch auf dem Hintergrund vielförmiger Umfeldeinflüsse sozialer und materieller Art“ (Bundschuh, 2002, S. 87).

Sarimski stellt die genannten Fertigkeiten als „Vorläuferfertigkeiten für soziale Kompetenzen in der Beziehung zu Gleichaltrigen“ anhand folgender Darstellung im Überblick dar:

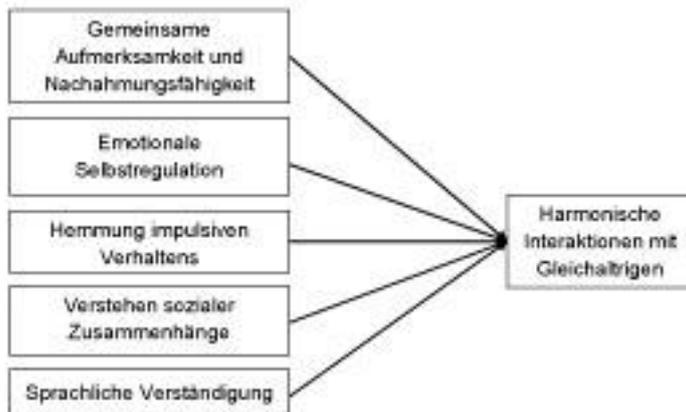


Abb. 4: Vorläuferfertigkeiten für soziale Kompetenzen in der Beziehung zu Gleichaltrigen (Sarimski, 2011, S. 523)

2.1 Risikofaktoren in der kindlichen Entwicklung

Die *normale* Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen umfasst alle Prozesse auf dem Weg zu einem mündigen und autonomen Menschen mit einer stabilen Persönlichkeit, die es ihm ermöglicht, ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

„Menschliche Entwicklung ist der Prozeß, durch den die sich entwickelnde Person erweiterte, differenziertere und verlässlichere Vorstellungen über ihre Umwelt erwirbt. Dabei wird sie zu Aktivitäten und Tätigkeiten motiviert und befähigt, die es ihr ermöglichen, die Eigenschaften der Umwelt zu erkennen und zu erhalten oder sie auf nach Form und Inhalt ähnlich komplexem oder komplexeren Niveau umzubilden“ (Bronfenbrenner, 1981, S. 44).

In Rückgriff auf die beschriebene systemisch-ökologisch Rahmentheorie sind einige weitere wichtige Faktoren, die eine Rolle im Entwicklungsverlaufe spielen können, zu nennen. Ein

Kind muss in seiner Entwicklung bestimmte Entwicklungsaufgaben und positive wie negative Lebensereignisse bewältigen. Einige Entwicklungsanforderungen lassen sich dabei allgemeingültig formulieren und jeweiligen Altersstufen zuordnen, oder aber sind geschlechtsspezifisch zu beurteilen. Kritische Lebensereignisse jedoch sind von individuellen Faktoren und persönlichen Dispositionen abhängig, sind also nur bedingt vorhersehbar und daher nicht planbar. „Eine positive Entwicklung setzt dabei eine erfolgreiche Bewältigung dieser Aufgaben voraus“ (Kunz, 2011, S. 10).

Bereits gemeisterte Anforderungen bilden die Basis für weitere Entwicklungsschritte. Als Ausgangspunkte für Entwicklungsaufgaben, die sich Kindern und Jugendlichen auf ihrem Weg zum Erwachsenwerden stellen, können zum einen biologische Veränderungen – also körperliche Reifungsprozesse – genannt werden, sowie, sich durch das Umfeld ergebende Strukturen und gesellschaftliche Realitäten, welche Anforderungen an den Heranwachsende oder die Heranwachsende stellen. Hierzu zählen ebenso im Individuum entstehende, individuelle, subjektive Werte, Bestrebungen und Ziele (vgl. ebd.).

Aus einer ökologischen Sicht heraus beschreibt Bronfenbrenner hier „ökologische Übergänge im Lebenslauf“ (Bronfenbrenner, 1981, S. 3). Neben diesen Anforderungen, welche Entwicklungsprozesse in Gang setzen, kommen kritische Lebensereignisse auf Kinder und Jugendliche zu. Diese ergeben sich aus den jeweiligen Kontexten und sind individuell zu bewerten. So kann beispielsweise in einer für das Kind schwierigen Situation, „[s]oziale Unterstützung [...]einen positiven Ausgang der Krise beeinflussen“ (Kunz, 2011, S. 14). Ebenso können jedoch kritische Lebensereignisse ein Risiko für die Ausbildung einer Fehlanpassung und Störung darstellen (vgl.ebd.).

Neben sozialer Unterstützung hängt „[d]as Bewältigen altersspezifischer Entwicklungsaufgaben und das Meistern nicht-normativer kritischer Lebensereignisse [...] von den individuellen Voraussetzungen ab“ (Kunz, 2011, S. 14f.).

Dafür soll zunächst das bereits genannte Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren angeführt werden. Die zentralen Begriffe sind hier Vulnerabilität und Resilienz. Als Vulnerabilität wird die Verletzbarkeit eines Kindes gegenüber Risikofaktoren bezeichnet. Diese besondere Anfälligkeit kann aus einer genetischen Disposition, einer chronischen Krankheit oder auch aus psychosozialen Merkmalen wie einer niedrigen Intelligenz, einer hohen Ablenkbarkeit oder einem schwierigen Temperament resultieren (vgl. Petermann, 2002, S.12). Risikofaktoren können auf biologischer Ebene, also durch eine genetische Komponente, prä-, peri- oder post-

natal, ebenso wie auf sozialer Ebene durch abnorme, psychosoziale Umstände – wie sie im MAS⁵ definiert sind – entstehen (vgl. Kunz, 2011, S.20f.).

„Von Phasen erhöhter Vulnerabilität spricht man bei sozialen Übergängen“ (Kunz, 2011, S. 18), wie es beispielsweise der erste Kindergartenitag, die Einschulung, oder die körperliche Reifung in der Pubertät sind. Wenn nun eine ohnehin bestehende Vulnerabilität und bestehende Risikofaktoren, wie beispielsweise eine Scheidung der Eltern, mit einer Phase, die für das Kind Veränderungen mit sich bringt und mit denen es sich auseinandersetzen muss, kumulieren, so kann dies zur Nichtbewältigung und damit zu Ausprägungen auffälligen Verhaltens oder einer psychischen Störung führen. Systemisch betrachtet, führt dieses ungünstige Zusammentreffen mehrerer Faktoren also zu dem kindlichen Versuch, sich in der problematischen Umwelt und den schwierigen Umständen zu verhalten. „Psychosoziale Risikofaktoren wirken sich [somit] vor allem auf die sozio-emotionale und kognitive Entwicklung aus“ (Kunz, 2011, S. 20).

Risikofaktoren und Phasen erhöhter Vulnerabilität stellen daher für die kindliche Entwicklung Belastungen dar, wohingegen kind- und umgebungsbezogene Schutzfaktoren sowie eine Resilienz dazu beitragen, dass bestimmte Belastungen nicht zu Störungen führen (vgl. Petermann, 2002, S.12). Denn die Entwicklung eines Kindes, das verschiedenen Risikofaktoren ausgesetzt ist, kann durch ausreichende Schutzfaktoren und erworbene Resilienz – also einer Widerstandsfähigkeit gegenüber den Risiken der Entwicklung – trotzdem einen gesunden Verlauf nehmen (vgl. Niebank & Petermann, 2002, S.82; Kunz, 2011, S.18 ff).

Schutzfaktoren sind messbare Merkmale oder Eigenschaften, welche die Bewältigung bestehender Belastungen, oder aber auch das Fernbleiben von Risikofaktoren ermöglichen. Diese können sich auf Eigenschaften des Kindes, das familiäre Umfeld und/oder gesellschaftliche Rahmenbedingungen beziehen (vgl. Kunz, 2011, S.24). „Resilienz und Vulnerabilität sind jedoch keine stabilen Persönlichkeitseigenschaften“ (Kunz, 2011, S. 19), sondern sie entwickeln sich in Abhängigkeit der individuellen Entwicklungsgeschichte und sind abhängig von diversen Kontextfaktoren. Vulnerabilität und Resilienz sind also als Ergebnis verschiedener Risiko- und Schutzfaktoren mit Auswirkung auf Gesundheit und Entwicklung zu verstehen (vgl. Kunz, 2011, S.19).

Es gilt, die hier allgemein dargestellten Faktoren in ihrer Bedeutsamkeit für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen besonders in die Betrachtung des Entwicklungsverlaufes von Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung einzubeziehen.

⁵ Multiaxiales Klassifikationsschema der ICD (hier Achse V, insbesondere 9.)

2.2 Besonderheiten der kindlichen Entwicklung mit einer Behinderung

Bei der Betrachtung der kindlichen Entwicklung von Menschen mit Behinderung sind vielfache Faktoren am Prozess und am Gelingen desselben beteiligt. Es handelt sich dabei um ein „biosoziales Kumulationsdefizit“ (Kanter, 1980, S. 51), welches Kinder mit einer geistigen Behinderung überwinden müssen.

Nichtsdestotrotz verläuft die Entwicklung von Kindern mit einer Behinderung in ihren Grundannahmen der von nicht behinderten Kindern gleich. Es sind jedoch multiple Risikofaktoren die sowohl persönliche, als auch umweltbedingte Beeinträchtigungen bereithalten, zu bedenken. Risiken werden hierbei vor allem in, „mit der Behinderung eng verbundenen Wahrnehmungsproblemen, körperlichen, kommunikativen oder kognitiven Beeinträchtigungen sowie mögliche[n] genetische Dispositionen für die Ausbildung problematischer Verhaltensweisen [...]“ (Sarimski, 2005, S. 20) gesehen.

„Persönlichkeitsbezogene Ansätze stellen das weniger differenzierte Selbstkonzept, Versagenserlebnisse in der Lerngeschichte, Außenorientierung bei der Problembewältigung und abweichende soziale Stile mit sowohl mehr Enthemmung als auch mehr Isolation in den Vordergrund“ (Sarimski & Steinhausen, 2008, S. 6). Des Weiteren kommen allgemeine Belastungsfaktoren wie, familiäre Konflikte, Gewalt, Misshandlung oder ungünstige äußere Lebensbedingungen hinzu. In gegenseitiger Beeinflussung können diese eine erhöhte psychopathologische Vulnerabilität bedingen und eine belastende Wirkung auf den Entwicklungsverlauf von Kindern haben (vgl. Sarimski, 2008, S.6).

Davon ausgehend, dass Umwelt und Individuum sich gegenseitig beeinflussen, lassen sich so dennoch Unterschiede in der Entwicklung geistig behinderter, und nicht behinderter Kinder feststellen. Es ist anzunehmen, „je leichter die geistige Behinderung, desto mehr ähnelt die Entwicklung der des ‚normalen‘ Kindes, je intensiver die Beeinträchtigung, desto größer die Hemmnisse“ (Senckel, 2001, S. 33). Die Reziprozität der individuellen, subjektiven Beeinträchtigung oder Einschränkung und dem positiv oder negativ wirkenden Umfeld ist hiernach für die Ausprägung bzw. das Ausmaß der Behinderung verantwortlich. „Einem geistig behinderten Menschen fällt es schwerer, die Reize, die er aus seinem Körperinneren oder der Umwelt aufnimmt, in sinnvolle Informationen umzuwandeln und angemessen darauf zu reagieren“ (Senckel, 2001, S. 34).

Das bedeutet, in einer Umwelt, die auf das Verhalten der Individuen reagiert, erfolgt eine beidseitige Anpassung. Diese kann unterstützende oder hemmende Auswirkungen auf den Entwicklungsprozess haben. „Mit der Entwicklung pathologischer psychischer Strukturen entsteht [...] eine weitere Behinderung des Individuums und seiner Anpassung an die soziale Umwelt [...]“ (Frei E. X., 2001, S. 17).

Sarimski stellt die Entwicklung auffälliger Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung anhand eines Modells dar.

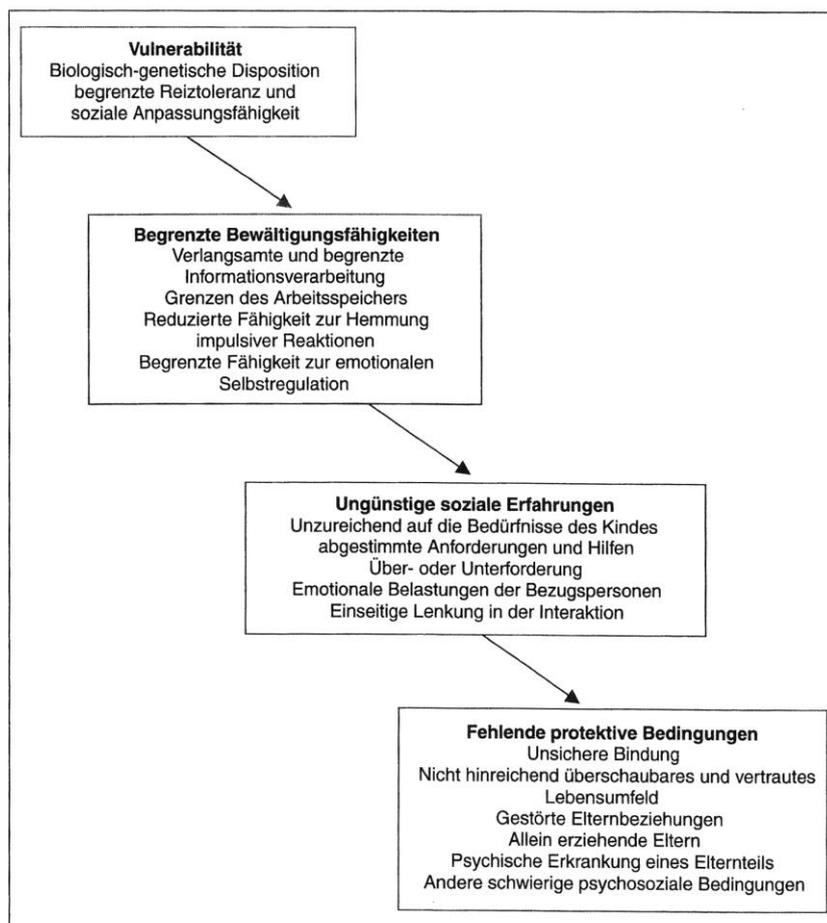


Abb. 5: Bedingungsmodell zum Verstehen auffälligen Verhaltens bei intellektueller Behinderung (Sarimski, 2005, S. 124)

Es wird deutlich, dass eine Behinderung ohnehin eine Schwierigkeit in der Bewältigung von Entwicklungsprozessen und –aufgaben mit sich bringt. So lässt sich unschwer erkennen, als wie viel beeinträchtigt eine gelingende Passung mit der Umwelt sich für diese Kinder und Jugendlichen gestalten kann. Eine falsche Schlussfolgerung daraus wäre jedoch, davon aus-

zugehen, dass Kinder mit einer Behinderung, die zusätzlich ungünstigen Umweltbedingungen ausgesetzt sind, zwangsläufig eine psychische Störung entwickeln. Es lässt sich aber durchaus feststellen, „dass Kinder, die anlagebedingte Beeinträchtigungen ihrer Entwicklung aufweisen, anfälliger sind für solche allgemeinen Belastungsfaktoren, so dass das Risiko für eine psychische Störung steigt“ (Sarimski, 2005, S. 21).

Auch die Schwere der Beeinträchtigung kann für die Entwicklung entscheidend sein. „Je stärker ein Mensch im geistigen, physischen oder sozialemotionalen Bereich beeinträchtigt, speziell behindert ist, umso mehr wird die Entfaltung der Persönlichkeit gestört und gefährdet sein, d.h. er wird bezüglich seiner Entwicklung von den Einflüssen des sozialen Umfeldes hinsichtlich Dauer und Intensität mehr oder weniger stark abhängig sein“ (Bundschuh, 2002, S. 100).

Ein weiteres Element in der Betrachtung von Entwicklungsprozessen stellen bereits genannte Resilienzfaktoren dar. Diese können ebenfalls in individuellen Fähigkeiten und Persönlichkeitsstrukturen (genetischen Dispositionen oder erworbene Fähigkeiten) oder aber in familiären oder umweltspezifischen Bedingungen liegen, zum Beispiel stabile familiäre Bindungen, Freundschaften (vgl. Sarimski, 2005, S.21 f.). Je mehr Schutzfaktoren also wirken und das Kind in seinen resilienten Anteilen stärken, desto günstiger ist die Prognose einer stabilen und, im Rahmen der Behinderung, an der Norm orientierten positiven Entwicklung.

Unterstützend wirken dabei vor allem die frühen Eltern-Kind-Beziehungen. Hier erfahren Kinder grundlegende Fähigkeiten der Selbstregulation, Interaktion und Kommunikation, welche mit über das spätere Gelingen der Gestaltung von sozialen Kontakten und Anpassungsprozessen mit der Umwelt entscheiden. In vielen Fällen sind aber „[d]ie frühen Eltern-Kind-Beziehungen [...] durch die emotionale Auseinandersetzung der Eltern mit der Realität der Behinderung und eine[r] Fülle alltäglicher Anforderungen belastet. Vom ersten Lebensjahr an können ihre intuitive Reaktionsbereitschaften auf die kindlichen Bedürfnisse durch die vielfältigen Sorgen und Belastungen gehemmt werden“ (Sarimski & Steinhausen, 2008, S. 13). Das Resultat dessen kann sich in Defiziten der sozial-kognitiven Funktionen als eine Folge von Problemen der Aufmerksamkeitssteuerung, Informationsverarbeitung, exekutiven Steuerung und emotionalen Selbstregulation zeigen. Diese erschweren die Entwicklung befriedigender sozialer Beziehungen von Kindern mit intellektueller Behinderung im Allgemeinen (vgl. Sarimski, 2005, S.123).

„Damit [jedoch] Mütter und Väter ihre intuitiven Fähigkeiten als Bezugspersonen entfalten können, ‚müssen‘ Säuglinge auf Zuwendung, Nähe oder Beruhigungsversuche ‚erwartungsgemäß‘ reagieren“ (Sarimski, 2005, S. 25). Oftmals zeigen Kinder mit einer angeborenen Be-

hinderung aber eben diese erwartungsgemäßen Reaktionen nicht, so dass eine „[u]nsichere Bindung, eine unzureichende Strukturierung des Lebensumfeldes und Abstimmung der Eltern-Kind-Interaktion auf die individuellen Bedürfnisse des Kindes, emotionale Belastungen der Eltern oder sekundär gestörte Familienbeziehungen [entstehen, und] [...] das Risiko für die Ausbildung psychischer Störungen erhöhen [können]“ (Sarimski, 2005, S. 125).

Diese Bedingungen stellen belastende Faktoren für die Entwicklung eines Kindes dar. Alle Belastungsfaktoren beeinflussen sich gegenseitig, aber jeder wirkt auch für sich. „Alle zusammen können sie für das Individuum, die Familie[...]oder] die Gruppe [...] überwältigend werden“ (Germain & Gitterman, 1999, S. 39) Weiterhin beeinträchtigen so entstandene Probleme der Informationsverarbeitung und Handlungsplanung, Aufmerksamkeitsabstimmung und dialogischer Kommunikation, auch die Entwicklung sozialer Kompetenzen in der Interaktion mit anderen Kindern (vgl. Sarimski, 2005, S.120).

Das Verständnis sozialer Zusammenhänge, die Entwicklung spezifischer sozial-kognitiver Fähigkeiten sowie die emotionale Selbstregulation, d.h. den Umgang mit Wut, impulsivem Ärger oder Angst werden dadurch erschwert. „Kinder mit geistiger Behinderung erleben deshalb seltener, dass ihre sozialen Initiativen und Aktivitäten gelingen“ (ebd.), was ebenfalls Quellen für die Entstehung psychischer Auffälligkeiten sein können.

Einhergehend mit einer geistigen Behinderung ist eine Reizverarbeitungsschwäche auf Basis der kognitiven Beeinträchtigung. Dadurch „erlebt der geistig behinderte Mensch die Welt als weitgehend unbegreiflich, sich selbst aber als wenig wirkmächtig und fähig, die Gegebenheiten nach seinen Wünschen mitzugestalten“ (Senckel, 2001, S. 34). Kinder mit Behinderung sind daher meist in größerem Maße abhängig von Eltern, Erziehern und Erzieherinnen und anderen Bezugspersonen und in ihrer Autonomie beschränkter als andere Kinder. Eine spürbare Selbstwirksamkeit im Sinne einer Einflussnahme auf die Systeme der Umwelt bleibt daher oftmals aus oder hat nur ein sehr geringes Ausmaß. „Kinder mit Behinderung erleben sich in ihren Tätigkeiten somit seltener als erfolgreich“ (Sarimski, 2005, S. 116).

Diese erlernte Hilflosigkeit konfrontiert die Kinder häufiger als andere mit Erfahrungen von Misserfolgen, mindert dadurch das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und kann zu sozialem Rückzug und depressiver Stimmung führen (vgl. ebd., S. 123).

Die Entwicklung eines Kindes ereignet sich innerhalb eines zeitlichen Kontinuums und über die gesamte Lebensspanne hinweg. Bei Kindern mit einer Behinderung ist in der Entwicklung jedoch häufig eine zeitliche Verschiebung, eine Verzögerung, eine qualitative Veränderung

und eine geringere Differenzierung feststellbar. Davon können auch bestimmte Prozessbereiche wie die Motorik, die Wahrnehmung oder die Sprache betroffen sein. Insgesamt ist die Entwicklung innerhalb der Gruppe von Kindern mit einer kognitiven Beeinträchtigung weniger homogen (vgl. Bundschuh, 202, S. 102).

Nichts destotrotz bedeutet Entwicklung auch hier immer eine Veränderung des Lebens und eine fortschreitende Veränderung des Erlebens und Verhaltens (vgl. ebd.). Somit ändern sich auch Verhaltensweisen, welche als Informationen über das eigene Erleben und über persönliche Fähigkeiten, sich mit der Umwelt auseinanderzusetzen, dienen.

Im Zusammenhang mit der Entwicklung und der Erziehung von Kindern mit einer Behinderung muss eine Loslösung von normorientierten Sichtweisen, sowie eine Entkoppelung von Schemata, Modellen und Maßstäben die „mittels Verhaltensbeobachtung und quer- sowie längsschnittorientierten Untersuchungen und Beobachtungen (an nichtbehinderten Kindern) aufgestellt wurden“, erfolgen (Bundschuh, 2002, S. 103). Dies führt zu der Erkenntnis, dass ein Vergleich der Entwicklungsverläufe von behinderten und nicht behinderten Kindern gar nicht möglich ist. Stattdessen muss ein „absolut am Kind mit seinen Beeinträchtigungen, seinen Möglichkeiten, seiner Entwicklungsbasis und Lernausgangslage in seinem sozialen Kontext“ orientiertes Verständnis die fachliche Betrachtung bestimmen (Bundschuh, 2002, S. 103).

„Die hohe Prävalenz psychopathologischer Auffälligkeiten lässt sich aus einem Zusammenwirken biologischer und sozialer Bedingungen verstehen“ (Sarimski, 2011, S. 515). Eine geistige Behinderung geht mit vielfältigen Prozessen der kognitiven, kommunikativen und sozial-emotionalen Entwicklung, sowie der Beeinträchtigung von Fähigkeiten zur Aufmerksamkeitssteuerung, Informationsverarbeitung, Handlungsplanung, Sprachverarbeitung und Sprachproduktion einher. Auch die Fähigkeit zur Selbstregulation und die Steuerung von Affekten und Aktivitäten sind davon betroffen. Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung laufen sind daher oftmals mit der Bewältigung von sozialen Anforderungen im Alltag, in der Familie, in der Schule, im Kindergarten und im Kontakt mit Gleichaltrigen überfordert (vgl. ebd.). „Es fällt ihnen schwerer als gleichaltrigen Kindern, soziale Situationen zu erfassen, Zusammenhänge zu verstehen, adaptive Handlungsstrategien zu entwickeln, soziale Konflikte zu lösen und eigene Affekte und Impulse zu steuern“ (Sarimski, 2011, S. 515).

Ein ängstliches, abwehrendes oder anderweitig dysfunktionales und daher unverständliches Verhalten der Kinder und Jugendlichen, stellt sich so als einzig mögliche Reaktion auf die bedrohend wirkende Umwelt dar (vgl. ebd.).

Es wird ebenfalls deutlich, dass eine Diagnose psychopathologischer Auffälligkeiten als Konsequenz aus ge- oder misslingender Beziehungsgestaltung mit der Umwelt zu beurteilen ist (vgl. Sarimski, 2005, S. 125).

3 Aktuelle Versorgungslage von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen mit psychischer Störung

Um die Versorgungslage von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen mit einer psychischen Störung im deutschen Gesundheitssystem darzustellen, soll die Epidemiologie der komorbiden Störungen dieser Personengruppe erläutert werden. Denn „[d]ie Frage des Bedarfs [...] ergibt sich zunächst aus der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten und der psychiatrischen Morbidität“ (Hennicke, in Erscheinung (2013), S. 2).

Studien ergaben, dass bei ca. 30 – 50 % aller Menschen mit einer Behinderung zusätzlich eine psychische Störung diagnostizierbar ist. Geht es um Verhaltensauffälligkeiten, steigt die Prävalenz laut den Ergebnissen sogar auf 70 % an. Diese Zahlen sind internationaler Konsens, variieren jedoch je nach Untersuchungsdesign, Erkenntnisinteresse und Definitionsansatz.

In der allgemeinen Kinder- und Jugendpsychiatrie wird davon ausgegangen, dass 5 % der Kinder und Jugendlichen dringend behandlungsbedürftig sind und weiterhin 10 – 13 % auffälliges Verhalten zeigen, welches eine Untersuchung dringend empfiehlt (vgl. ebd.).

Orientiert an diesen Zahlen lässt sich eine Prävalenz für Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung hochrechnen. „15 – 20 % der geistig behinderten Kinder und Jugendlichen können danach als behandlungsbedürftig eingeschätzt werden, ca. 50 % sollten psychiatrisch-psychologisch untersucht werden“ (Hennicke, in Erscheinung (2013), S. 2). Auch hier ist eine Schwankung der Zahlen durch Definitionskriterien von Behinderung und psychischer Störung mit zu denken, und auch in Abhängigkeit der Schwere der Behinderung zeigen sich Unterschiede in den Ergebnissen.

Dennoch, „[a]uch wenn es sich bei intelligenzgeminderten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen quantitativ um eine sehr kleine Klientengruppe handelt, ergibt sich unter psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsaspekten für die Gruppe selbst ein doch erheblicher Bedarf“ (Hennicke, in Erscheinung (2013), S. 3).

Wirft man nun mit dem Wissen um diese Zahlen einen Blick in die Praxis der Versorgung geistig behinderter Kinder und Jugendlicher, muss festgestellt werden, dass zwischen dem epidemiologisch geschätzten Bedarf und der Nutzung von Angeboten entsprechender Fachdienste ein erschreckendes Missverhältnis besteht(vgl. ebd.).

In der Praxis zeigt sich, dass es nur bei weniger als einem Drittel der Kinder mit behandlungsbedürftiger Symptomatik zur Vorstellung in einer Facheinrichtung kommt (vgl. Sarimski, 2011, S. 514).

Die Problematik dieser Situation wird mehrfach deutlich, so merkt Sarimski zu Recht an, dass „[a]ngesichts der weiten Verbreitung von psychopathologischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung [...] die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung dieser Gruppe völlig unzureichend [ist]“ (ebd.).

Hennicke stellt ebenfalls fest, dass eine kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung derzeit für den Großteil einer ganzen Bevölkerungsgruppe nicht gegeben ist (vgl. Hennicke, 2005, S. 17).

So gibt es zwar unterschiedliche Einrichtungen, Fachdienste und Berufsgruppen, die für und an einer angemessenen Versorgung und Betreuung eben dieser Bevölkerungsgruppe arbeiten, bisher kann jedoch von einer flächendeckenden regionalisierten Versorgung dieser Personengruppe keine Rede sein (vgl. Hennicke, 2005, S. 34). Ansätze für mögliche Ursachen dafür lassen sich unter anderem in der Zuständigkeit verschiedener Fachbereiche finden. Beispielhaft dafür sind teilweise vorherrschende, gegenseitige Erwartungshaltungen von Psychiatrie und Behindertenhilfe. „Die Psychiatrie fordert von der Behindertenhilfe Strukturen, die diese derzeit noch nicht vorhalten kann, während die Behindertenhilfe von der Psychiatrie häufig *Wunderheilungen* erwartet“ (Scholten, 2005, S. 16).

Da sich Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Auffälligkeiten in all ihren Facetten in der Schnittstelle mehrerer verantwortlichen Versorgungssystemen befinden, lässt sich keine abschließend und isoliert an den Missständen schuldhaftes Fachdisziplin ausmachen. Vielmehr sind Ursachen in der fehlenden Vernetzung der Bereiche zu suchen. Um einen Überblick über Zuständigkeitsbereiche in der Versorgung dieser Personengruppe zu bekommen, sollen diese kurz dargestellt werden.

	% der Fälle (N= 60)
pädagogische Berufsgruppen	81,7
Kinderärzte	80,0
Hausärzte	71,7
nichtpsychologische Therapeuten	53,3
sonstige nichtpsychiatrische Ärzte	18,3
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	5,0
Erwachsenenpsychiater	5,3
Sozialpädiatrische Zentren	1,7
Total	316,7

Abb. 6: Welche Berufsgruppe versorgt die geistig behinderten psychisch kranken Kinder und Jugendlichen? (Hennicke, 2005, S. 32)

Mit dieser Tabelle, welche anhand der Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung zur „Stationären und ambulanten Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Deutschland“ von Klaus Hennicke erstellt wurde, wird deutlich, welche Priorität und damit Verantwortung den jeweiligen Fachbereichen zukommt.

Ein großer Teil wird von ‚pädagogischen Berufsgruppen‘ geleistet, also von Mitarbeitern der Behindertenhilfe, Wohngruppenmitarbeiter und Heilpädagogen. Eine ebenso wichtige Rolle spielen die Haus- und Kinderärzte, die in medizinischen Belangen den wohl häufigsten Kontakt mit den Kindern und Jugendlichen haben. Auch therapeutischen Fachleuten kommt eine bedeutende Verantwortung zu. Sozialpädiatrische Zentren nehmen in dieser Tabelle eine eher unwichtig erscheinende Position ein, sind aber in ihrer präventiven Arbeit nicht zu verachten (vgl. Hennicke, 2005, S.32).

Um zwei stark involvierte und damit bedeutende Bereiche in der direkten Versorgung hervorzuheben, soll auf das elterliche Zuhause, bzw. die Wohngruppe als Wohnort und auf psychiatrische Kliniken als akuter Versorgungsort in den folgenden Kapiteln noch genauer eingegangen werden.

„Eine weitere Begründung für die Häufigkeit psychischer Störungen und die Notwendigkeit ihrer Behandlung kann in der Tatsache gesehen werden, dass heutzutage aufgrund moderner Betreuungskonzepte die psychischen Störungen deutlicher zutage treten“ (Frei, 2001, S.17). Durch Konzepte wie Selbstbestimmung, Normalisierung und Inklusion, welche erfreulicherweise Psychiatrisierung, Hospitalisierung und Verwahrung behinderter Menschen abgelöst haben, bekommen diese andere Möglichkeiten sich zu entwickeln. Eben sich so zu entwickeln, wie es Menschen ohne eine Behinderung in bestimmten Umweltbedingungen mögli-

cherweise auch tun würden. Dies beinhaltet dann auch das Sichtbarwerden von auffälligen Verhaltensweisen.

Trotzdem ist die Reaktion von Angehörigen, Betreuungspersonen, pädagogischen, medizinischen und psychologischen Fachkräften bei Menschen mit einer geistigen Behinderung eine andere als bei nichtbehinderten Menschen. Selbst wenn Verhaltensauffälligkeiten extreme Formen annehmen reagiert die Umwelt häufig mit einer abwehrenden und verleugnenden Haltung (vgl. Hennicke, in Erscheinung (2013), S. 3f.). „Die auffälligen Verhaltensweisen sind typisch und insofern ‚normal‘, ‚weil eben Behinderte so sind!‘“ (ebd., S.4).

Dieses Phänomen wird als „diagnostic overshadowing“ bezeichnet. Das bedeutet dann in der Folge, dass eine psychiatrische Untersuchung und Diagnostik verbunden mit einer anschließenden Hilfeplanung und Behandlung gar nicht erst stattfinden kann, da die Symptome nicht als psychopathologisch bedeutsam gewertet werden (vgl. ebd.). Diese Sichtweise gehört aber inzwischen überwiegend der Vergangenheit an. Dennoch bleibt festzuhalten, dass erst langsam anerkannt wird, dass auch Menschen mit geistiger Behinderung an seelischen Störungen leiden können und daher einer fachgerechten psychiatrischen Diagnostik und Behandlung bedürfen (vgl. Hennicke, in Erscheinung (2013), S. 4).

Ein Großteil der Versorgung im Sinne einer angemessenen psychiatrischen Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen findet in Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie oder -psychosomatik bzw. psychiatrisch-psychologischen Fachdiensten statt. Demnach müsste eine gleichwertige Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung ebenfalls dort erfolgen. In der Realität ist jedoch „[d]ie Inanspruchnahme psychiatrisch-psychologischer Fachdienste [...] von zahlreichen Bedingungen und Faktoren abhängig“ (Hennicke, in Erscheinung (2013), S. 3). Außerdem wird eine Behandlung in den seltensten Fällen vom Patienten selbst eingefordert, sondern von Fachleuten und Bezugspersonen angeregt und eingeleitet.

Eine spezialisierte Versorgung einzelner, meist schwerwiegender Störungsbilder mit infolgedessen langfristigen stationären Aufenthalten – dazu gehört auch die Gruppe der Behinderten – findet überwiegend in Großkrankenhäusern oder in kleinen spezialisierten Kliniken statt (vgl. Hennicke, 2005, S. 22f.; 34f.).

Doch selbst wenn alle Hürden überwunden sind und der Inanspruchnahme eines spezialisierten Behandlungsangebotes nichts mehr im Wege stehen sollte, kommt der Faktor der geringen Verfügbarkeit und Erreichbarkeit desselben zum Tragen.

In noch stärkerem Maße als in der gewöhnlichen kinder- und jugendpsychiatrischen und

-psychotherapeutischen Arbeit muss das Umfeld in die Behandlung eines Menschen mit einer geistigen Behinderung einbezogen werden.

„Die Versorgung richtet sich stets nie nur an die Personen selbst, sondern immer auch an die gesamte primäre Bezugsgruppe“ (Hennicke, in Erscheinung (2013), S. 1). Sie muss also Bezugspersonen wie Familie, Ersatzfamilie und Betreuungspersonen in stationären Kontexten ebenso wie die unmittelbare Lebenswelt des Kindes mit ein beziehen. Das können der Kindergarten, die Schule, der Ausbildungsbetrieb, Werkstätten und andere Arbeitsplätze sein (vgl. ebd.). Die Einbeziehung der Bezugssysteme ist zum einen wichtig, um eine umfassende Diagnostik zu gewährleisten, welche – um dem Anspruch der Erfassung der Gesamtsituation zu entsprechen – auch die Exploration der Bezugspersonen beinhalten muss, und zum anderen um in der weiterführenden Behandlung nicht lediglich am Verschwinden der Symptomatik und der als störend empfundenen Verhaltensweisen zu arbeiten. Bearbeitet werden muss das Gesamtproblem und das setzt die Einbeziehung aller damit verbundenen Faktoren in den Hilfeprozess voraus.

Es wird deutlich, dass die Versorgungssituation insgesamt als deutlich defizitär eingeschätzt werden muss, und das trotzdem die gegebenen Möglichkeiten der Behandlung für geistig behinderte Kinder und Jugendliche offenbar den hohen Standards der Kinder- und Jugendpsychiatrie entsprechen (vgl. Hennicke, 2005, S. 36).

3.1 In Wohngruppen bzw. Zuhause

Wenn Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung und psychischer Erkrankung zuhause leben und betreut werden, ergeben sich vielfältige Anforderungen an die Eltern. Diese beginnen mit der Geburt des Kindes, erstrecken sich über die gesamte Lebensspanne und betreffen eine umfassende sowohl physische als auch psychische Versorgung. Dieses schließt den Prozess der Erziehung in all ihren Aspekten mit ein.

Dasselbe gilt für die Betreuung und Versorgung in Wohngruppen, in denen ErzieherInnen, SozialarbeiterInnen und anderes Fachpersonal große Teile der elterlichen Aufgaben übernehmen müssen. Kommt zu diesen ohnehin schon hohe soziale Qualifikation erfordernden Umständen noch die zusätzliche Herausforderung einer psychischen Auffälligkeit oder Störung hinzu, sind multiple Belastungsfaktoren zu bewältigen. Der Alltag spielt, im negativen wie im

positiven Sinn, die entscheidende Rolle für die seelische Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. Pörtner, 2001, S.61). Daher sollen die Realitäten von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychiatrisch auffälligem Verhalten im Betreuungsalltag hier kurz skizziert werden.

„Ein ganz zentraler Aspekt in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen ist die *Gratwanderung zwischen Überforderung und Unterforderung*, auf der sich auch die Betreuerinnen manchmal überfordert fühlen“ (Pörtner, 2001, S. 62). Im elterlichen Zuhause mögen diese vor allem in der multiplen Belastung der Eltern mit der Versorgungsaufgabe eines behinderten und psychisch auffälligen Kindes begründet liegen (vgl. Sarimski, 2011, S. 520f.). Die Eltern müssen sich zunächst mit der Realität einer Behinderung ihres Kindes auseinandersetzen, um sich ihrer Aufgabe der Versorgung des Kindes adäquat widmen, und den besonderen Betreuungs- und Erziehungsaufgaben stellen und anpassen zu können (vgl. Sarimski, 2005 S. 173). Die Bewältigung dieser Anforderungen hängt nicht zuletzt davon ab, ob Eltern die Möglichkeiten haben sich von den Betreuungsaufgaben zu entlasten und den eigenen Bedürfnissen und Lebensperspektiven Raum zu geben (vgl. ebd. S.179).

„Faktisch ist ein Kind, das anders ist als andere Kinder, Beobachtungs-, Untersuchungs- und Behandlungsobjekt. Für die Eltern ist es außerdem ein Objekt von Sorge und Ungewißheit. Die Belastung für die gesamte Familie steigt auch durch eventuelle Krankenhausaufenthalte-, Untersuchungs-, Behandlungs- und Fördertermine“ (Kleemann, 1996, S. 199f.).

Dies kann in negativ belasteten Wechselwirkungen die Ausbildung psychisch gestörter Verhaltensweisen begünstigen, was wiederum die Betreuungsaufgabe der Eltern zusätzlich erschwert und in vielen Fällen zu Überforderung führt. In diesen Situationen eine angemessene Unterstützung zu finden, um zu Gunsten des Kindes handlungsfähig zu bleiben, ist vielfach erschwert. Insbesondere durch ein bestehendes, „großes Problem in der unzureichenden Koordination von Hilfen, so dass die Eltern gezwungen sind, sich ständig neu über mögliche Hilfen zu informieren, mit verschiedenen Kostenträgern zu verhandeln, Anlaufstellen zu finden und aktiv aufzusuchen“ (Sarimski, 2005, S. 180).

Aber auch in Wohneinrichtungen für geistig behinderte Kinder und Jugendliche sehen sich Fachkräfte durch zusätzliche psychische Störungen der Bewohner vor häufig überfordernde Aufgaben gestellt. Es ist durchaus die Regel, dass in einer Situation, die den Rahmen einer durchschnittlichen Wohngruppe durch psychisch auffällige und besonders herausfordernde Verhaltensweisen sprengt, ein De-vestieren anstelle des In-vestierens tritt (vgl. Frei, 2001, S.11). Dies meint, das Verhalten des Kindes oder Jugendlichen nicht vollständig und ur-

sprünglich in seinem Erleben zu verstehen, und ihm somit die nötige Abhilfe schaffen zu können, sondern das Verhalten zu vermeiden und für die ganze Gruppe ertragbar zu machen. Also Maßnahmen zu ergreifen, die auffälliges Verhalten nicht mehr als auffällig erscheinen lassen. Ein Beispiel wäre, bei Zerschlagen von Geschirr in der Folge nur noch Plastikgeschirr zu verwenden (vgl. ebd., S.11f.).

Diese Reaktionen in der praktischen Arbeit mögen vielleicht an mangelndem Verständnis für das Erleben von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen liegen, finden ihre Begründung aber ebenso in den gegebenen Rahmenbedingungen und Ressourcen wie Zeit, Betreuungsschlüssel, individuelles Konzept der Wohngruppe und vielem mehr.

„Psychische Störungen werden [also] in zunehmendem Maße zu einer schweren Belastung bei der Betreuung geistig behinderter Menschen. Sie engen nicht nur in einer oft dramatischen Weise die Lebens- und Entwicklungsmöglichkeiten der Behinderten ein, sondern erschweren auch eine befriedigende und normale Lebensgestaltung für alle die mit ihnen zusammenleben“ (Frei, 2001, S.10). Die eigentlich Leidtragenden kommen dabei leider oft zu kurz. Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Erkrankung sind besonders auf Unterstützung in ihrem Alltag, auf klare und stabile Strukturen, Anregung und Anleitung von Bezugspersonen angewiesen. Um diese einzufordern, haben die Betroffenen oftmals keine andere Wahl, als impulsive, aggressive, hyperaktive, destruktive, stereotype oder selbstverletzende Verhaltensweisen an den Tag zu legen, welche die sozialen Beziehungen des Kindes oder Jugendliche in hohem Maße belasten und Eltern, Erzieher, Lehrer und Gleichaltrige vor besondere Herausforderungen stellen (vgl. Sarimski, 2011, S.512).

„Auf lebensweltlichem Verstehenshintergrund darf man diese Phänomene jedoch nicht einfach als objektive Manifestation krankhaften Geschehens werten und ihnen [lediglich und ausschließlich] mit medizinisch-therapeutischen Einstellungen begegnen“ (Bundschuh, 2002, S. 71). Man muss versuchen, sie in ihrer Sinnhaftigkeit zu verstehen und zu deuten.

In jedem Fall jedoch zwingen solche Verhaltensweisen die Betreuer zu Handeln. Die ergriffenen Massnahmen reichen von eher an den Bedürfnissen der Behinderten orientierten, in Form von individueller Zuwendung, dem Geben von Entspannungsmöglichkeiten oder Ausagieren lassen, bis hin zu repressiven Massnahmen, beispielsweise Entfernung aus der Gruppe, Festhalten bis hin zu Fixierung (vgl. Frei, 2001, S.10).

Um das hier so negativ dargestellte Bild der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen zu entschärfen, lassen sich die nicht zu verachtenden Po-

tentiale, die in eben diesem Bereich liegen, anführen. Dabei ist der präventive Aspekt zu nennen, wenn man bedenkt, dass hier also, im täglichen Leben, die meisten Verletzungen mit psychischen Störungen zur Folge, geschehen. Daher eröffnen sich hier auch unzählige Gelegenheiten, ihnen entgegenzuwirken und vorzubeugen, vor allem aber auch vorhandene Störungen und auffällige Verhaltensweisen nicht noch mehr zu verstärken (vgl. Pörtner, 2001, S.61).

Neben einer präventiven Aufgabe kommt pädagogischen Einrichtungen, wie beispielsweise Wohneinrichtungen, eine wichtige Rolle in der Vermittlung an Diagnose- und Behandlungseinrichtungen sowie als Kooperationspartner dieser Institutionen zu (vgl. Sarimski, 2005, S.188). Diese Aufgabe ist von großer Bedeutung, denn „[b]is auf wenige Ausnahmen fragen geistig behinderte Menschen [eine psychiatrische Vorstellung oder] Psychotherapie selbst nicht nach“ (Awiszus-Schneider, 1996, S. 143).

Neben Haus- und Kinderärzten sind Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Wohngruppen so eine nicht unbedeutende Anregruppe für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Leider darf bisher jedoch insgesamt „mit Recht von einem psychotherapeutischen Defizit in der Betreuungsarbeit mit psychisch kranken geistig Behinderten gesprochen werden“ (Frei, 2001, S.15).

3.2 In psychiatrischen Kliniken

Wie alle, die zum versicherten Personenkreis des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) gehören, haben Menschen mit Behinderung einen Anspruch auf Krankenbehandlung nach §27 SGB V. Dazu gehört auch eine psychiatrische Behandlung, insbesondere im Rahmen einer Psychotherapie. „Auch Menschen mit geistiger Behinderung benötigen, wenn sie an einer psychischen Erkrankung leiden oder durch psychische Auffälligkeiten beeinträchtigt sind, eine angemessene psychiatrische Versorgung“ (Scholten, 2005, S. 15).

Wichtig ist anzumerken, dass es bei der klinisch-therapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen um die Behandlung eben dieses psychischen Leidens unter Berücksichtigung der Behinderung, und nicht um das Therapieren der Behinderung selbst, geht.

Eine reguläre kinder- und jugendpsychiatrische, -psychotherapeutische oder -psychosomatische Klinik, welche „die Grundversorgung in einem definierten Versorgungsbe- reich übernimmt“, „nach einem schulenübergreifenden, systemischen, verhaltenstherapeuti- schen und /oder tiefenpsychologischen Konzept arbeitet“ und im Idealfall „regelmäßig und eher intensiv mit anderen Kliniken sowie Einrichtungen der Jugend- und Behindertenhilfe kooperiert“, ist dann auch für den Personenkreis der geistig behinderten Kinder und Jugendli- chen zuständig (Hennicke, in Erscheinung (2013), S. 12).

„Fast alle Kliniken behandeln, allerdings nur im Rahmen ihres regionalen Grundversorgungs- auftrages auch Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung [...]“ (ebd.). Im Jahr 2003 wurden in den Kliniken im Durchschnitt 21 Kinder und Jugendliche mit einer kognitiven Be- einträchtigung stationär behandelt, und 46 ambulant betreut (vgl. Hennicke, 2005, S. 19).

Hennickes Untersuchung ergab, dass nur 8% der Kliniken ein spezielles stationäres und am- bulantes Angebot für geistig Behinderte vorhalten und lediglich 4% eine Spezialambulanz betreiben (vgl. Hennicke in Erscheinung (2013), S. 12). Es konnte jedoch festgestellt werden, dass in den Kliniken mit speziellen ambulanten oder stationären Angeboten, die Nachfrage deutlich höher ist als in der Regelversorgung der allgemeinen Kliniklandschaft (vgl. Hennicke, 2005, S. 19.).

Aus der in der Untersuchung befragten Stichprobe ergab sich folgende Tabelle:

Stichprobe N= 74	Anzahl	%
Spezielles ambulantes und stationäres Angebot	6	8,1
Klinik mit Spezialstation (N= 1) oder Spezialambulanzen (n= 3) ¹⁾	4	5,4
Vorhandene spezielle Angebote insgesamt	10	13,5
Spezielles amb. und/oder stat. Angebot <i>in Planung</i>	7	9,5
¹⁾ davon: 1 Universitätsklinik (von N=19) mit ambulantem Angebot	1	5,3

Abb. 7: Kliniken mit einem Spezialangebot für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinde- rung (Hennicke, 2005, S. 21)

Weitere Ergebnisse der Untersuchung sind: „Je größer die Kliniken desto häufiger werden geistig behinderte Patienten stationär behandelt, die ambulante Versorgungsfrequenz variiert dagegen wesentlich geringfügiger“ (Hennicke, 2005, S. 20). Außerdem haben „Universitäts- kliniken und Abtl. in Allgemeinkrankenhäusern oder Kinderkliniken [...] eher geringere Durchschnittszahlen [...] während eigenständige Kliniken und Abtl. in Psychiatrischen Klini- ken wesentlich häufiger geistig behinderte Patienten behandeln [...]“ (ebd.).

Bei diesen Ergebnissen muss beachtet werden, dass sechs von insgesamt 136 befragten Kliniken, bei einer Rückmeldequote von 74 Kliniken, angaben, keine geistig behinderten Kinder und Jugendlichen behandelt zu haben (vgl. ebd. S. 18f.).

„Das psychiatrische Behandlungsteam stützt sich auf Sozio-, Psycho- und Körpertherapie, andere Dienste wie Ergo-, Musik- und Bewegungstherapie sowie Arbeitstraining sind eine wichtige Ergänzung, in gewissen Fällen oder bestimmten Betreuungsabschnitten eine wesentliche Hilfe“ (Lingg & Theunissen, 2000, S. 96). Daraus wird erkennbar, dass die klinische Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher mit einer geistigen Behinderung auf einer interdisziplinären Zusammenarbeit und einer multimodalen Therapie aufbaut. Grundlage dafür sind ein, relevante Berufsgruppen übergreifendes Behandlungsteam und eine multiperspektivistische Diagnostik.

In genannter Untersuchung wurden die Kliniken nach Therapieangebot und einer Einschätzung der Wirksamkeit der verschiedenen Behandlungsansätze gefragt. Die Angaben variieren je nach Grad der Behinderung. Jedoch bleibt festzuhalten, „dass für alle Behindertengruppen letztlich alle Therapiemodalitäten für möglich gehalten werden“ (Hennicke, 2005, S. 28).

Mit zunehmendem Grad der Behinderung nehmen die Angaben zur Wirksamkeit von zum Beispiel gesprächstherapeutischen, verhaltenstherapeutischen und gruppentherapeutischen Anwendungen ab, wohingegen körperorientierten und Entspannungsverfahren sowie der Elternarbeit und Interventionen im Bezugssystem eine höhere Priorität zugesprochen wird. „Insofern muss angenommen werden, dass im Einzelfall je nach vorliegender Problemsituation entschieden wird“, in welcher Form und in welcher Gewichtung ein Behandlungsplan erstellt wird (ebd.). Die Angaben lassen dennoch an einer Stelle Unverständnis aufkommen: „Nicht nachvollziehbar ist, dass ‚kreative Therapien‘ deutlich weniger für nützlich gehalten werden“ (ebd.).

Außerdem spielt die „Psychopharmakotherapie [...] in der heutigen psychiatrischen Therapie eine hervorragende Rolle“ (Lingg & Theunissen, 2000, S. 97). Fast alle Medikamentengruppen, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verordnet werden, sind auch Teil der Behandlung von psychischen Störungen bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen. Sie „werden sowohl zielsymptomorientiert als auch nosologisch indiziert eingesetzt“ (Hennicke, 2005, S. 30). Neuroleptika werden dabei am häufigsten vergeben (vgl.ebd.).

Positiv zu nennen bleibt die Nutzung heilpädagogischer Konzepte im klinischen Setting. Nach eigenen Angaben beziehen 76% der Kliniken „heilpädagogische Konzepte [wie z. B. Basale Pädagogik, Sensorische Integrationstherapie oder das TEACCH-Konzept] in das Therapieangebot für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung mit ein“ (Hennicke, 2005, S. 29).

Die vorhandenen Behandlungsmodalitäten kommen Kindern und Jugendlichen mit einer Behinderung ebenso zu Gute wie jenen ohne eine Behinderung. In der klinischen Versorgung wird jedoch das Manko deutlich, dass „es den im psychiatrischen Bereich tätigen Ärzten, Schwestern, Pflegern und Therapeuten noch häufig an den Grundlagen eines angemessenen Umgangs mit geistig behinderten Menschen [mangelt]“ (Lingg & Theunissen, 2000, S. 94). Daher muss ein Ausblick für die Zukunft in der Versorgung und Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung wie folgt aussehen: „Interdisziplinär muss die Bereitschaft da sein, voneinander (Heilpädagogen wie Psychiater) zu lernen und dabei unterschiedliche Standpunkte zu respektieren und konstruktiv zu nutzen“ (Lingg, 2001, S. 25).

3.3 Besonderheiten und Äquivalenzen in der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderung

Es gibt zahlreiche Hinweise auf das Vorliegen einer emotionalen Störung oder einer Verhaltensauffälligkeit. Diese sind Indizien für die Veranlassung einer diagnostischen Untersuchung (vgl. Sarimski & Steinhausen, 2008, S. 39). Meist wird diese durch Haus- oder Kinderärzte, die Eltern oder pädagogischen Betreuer angeregt.

Die Diagnostik stellt dabei die Grundlage zur Klärung der Entstehung und Ausprägung vorliegender Probleme dar. Sie verdeutlicht in welcher Art und Weise Probleme sich bemerkbar machen, in welchen Situationen sie auftreten und welche Funktionen daran gekoppelt sind. Durch die Erhebung aller relevanten Informationen gibt eine Diagnostik auch Auskunft darüber, welche Strategien und Fähigkeiten das Kind zur Bewältigung problematischer Situationen (vgl. ebd.). Die Erkenntnisse daraus dienen als Grundlage der Erstellung eines individuellen Behandlungsplanes. Eine Übersicht über die gestellten Diagnosen psychischer Störungen innerhalb der Gruppe geistig behinderter Kinder und Jugendlicher aus dem Jahr 2003, hat Henniecke in der nachfolgenden Tabelle zusammengestellt:

	Stationär		Ambulant	
	%	Rang	%	Rang
F0 Organische einschl. symptomatischer psychischer Störungen	8,10	5	7,72	5
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	2,84	9	0,82	9
F2 Schizophrenie, schizotypische und wahnhaftige Störungen	6,91	6	4,57	7
F3 Affektive Störungen	3,36	8	2,76	8
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	9,44	4	8,33	3
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	4,08	7	6,73	6
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	9,54	3	8,25	4
F84 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	19,94	2	21,13	2
F9 Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in Kindheit und Jugend	40,64	1	40,38	1

Abb. 8: Diagnoseklassen (nach Kapitel F der ICD-10) (Mittelwerte der Prozentangaben pro Diagnoseklasse)

(Hennicke, 2005, S. 25)

„Die [in ihren Grundzügen bereits] geschilderten Zusammenhänge zwischen biologischen Verhaltensdispositionen, behinderungsbedingten Einschränkungen der Verarbeitungs- und Selbstregulationsfähigkeiten und sozialen Anforderungen haben Konsequenzen für die Diagnostik von auffälligen Verhaltensweisen und psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung“ (Sarimski, 2011, S. 517).

Wichtig ist hier eine entsprechend ausgestaltete Differenzialdiagnostik, welche behinderungsbedingte Verhaltensausrprägungen in den diagnostischen Prozess mit einbezieht. Dabei müssen organische, behinderungsbedingte und lebensumfeldbezogene Ursachen ohne einen primär psychiatrisch relevanten Behandlungsbedarf für problematische oder auffällige Verhaltensweisen ausgeschlossen werden. Besonders, wenn es um solch eine spezielle Personengruppe geht, ist ein individuelles und kontextbezogenes Fallverständnis unabdingbar. Es besteht die Gefahr, dass Verhaltensweisen im direkten Vergleich zu nichtbehinderten Kindern und Jugendlichen gesehen werden, damit verkannt, über- oder unterbewertet und infolgedessen falsch gedeutet werden.

„So können Symptome wie eine Abnahme von Interesse und Freude an Aktivitäten, Appetitverlust oder Schlafstörungen, die bei nicht behinderten Kindern den Verdacht auf eine depressive Störung nahe legen, bei behinderten Kindern und Jugendlichen sehr wohl andere Ursachen – z.B. unzureichende Anregungen im Lebensumfeld oder unerkannte körperliche Krankheiten haben“ (Sarimski & Steinhausen, 2008, S. 10).

Die diagnostische Beurteilung muss daher syndromspezifische, genetische Dispositionen von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung berücksichtigen und eventuelle Ein-

schränkungen der Fähigkeiten zur Informationsverarbeitungsfähigkeit bedenken (vgl. Sarimski, 2011, S. 515ff).

Für eine psychopathologische Beurteilung können für Kinder- und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung teilweise standardisierte Testverfahren der allgemeinen Kinder- und Jugendpsychologie übernommen werden. „Um die psychopathologische Auffälligkeit eines Kindes mit mittelgradiger oder schwerer Behinderung adäquat beurteilen zu können, ist jedoch die Verwendung von Fragebögen zu empfehlen, die Items mit besonderer Relevanz für Kinder mit geistiger Behinderung und entsprechende Vergleichsnormen enthalten“ (Sarimski, 2011, S. 517).

Gängige Verfahren ermöglichen allerdings keine Einschätzung von funktionellen Verhaltenszusammenhängen auffälliger Verhaltensweisen. Sarimski und Steinhausen legen hierfür eine „Funktionale Verhaltensanalyse“ nahe. Dieses Instrument hat sich für die Gruppe geistig behinderter Kinder und Jugendlicher als sehr sinnvoll erwiesen. Die Funktionale Verhaltensanalyse wird von Sarimski und Steinhausen in ihren Leitlinien explizit dargestellt (vgl. Sarimski & Steinhausen, 2008). Das Ergebnis aus differenzierten Befragungen von Eltern und/oder Pädagogen und Pädagoginnen sowie systematischen Protokollierungen aus Beobachtungen der Verhaltensweisen des Kindes oder Jugendlichen, ist eine diagnostische Arbeitshypothese. Dank dieser werden Faktoren die das problematische Verhalten bedingen und aufrechterhalten sichtbar und daher behandelbar (vgl. Sarimski, 2011, S. 518).

„Die Diagnostik beginnt [hier] mit der Exploration der Eltern und der Erzieher/Lehrer zur aktuellen Symptomatik und zu den kognitiven, kommunikativen und adaptiven Kompetenzen des Kindes“ (Sarimski & Steinhausen, 2008, S. 40). Die Fremdbeurteilung der Bezugspersonen ist unverzichtbar, da hier detaillierte Beobachtungen und Erfahrungsberichte aus dem Alltag sowie Einschätzungen des Kindes in seiner gewohnten Umgebung mit in das Gesamtbild einfließen und insbesondere im Falle der Eltern ein Arbeitsbündnis entsteht. Durch eine Schilderung des problematischen Verhaltens des Kindes und den Auswirkungen derselben auf das Alltagsgeschehen wird auch die Rolle, die das Verhalten selbst im jeweiligen System spielt, deutlich. Jegliches Verhalten stellt für Kinder und Jugendliche, gerade wenn sie durch eine geistige Behinderung in ihren kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt sind, eine wichtige Form dar sich auszudrücken und ist es daher in jedem Fall wert in seiner Intention verstanden zu werden.

Der Prozess der Diagnostik und der Psychotherapie als Intervention, hat also „notwendigerweise eine ökologische Perspektive“ (Wernet, 1996, S. 156). „[M]enschliches Verhalten [wird] auf dem Hintergrund metatheoretischer Vorüberlegungen im Kontext individueller,

historischer und aktuell wirksamer biographischer, gesellschaftlicher und kultureller Bedingungen [gesehen,] und nimmt unter Berücksichtigung dieses systemischen Zusammenhangs auf dieses Verhalten und seinen Kontext Einfluß“ (ebd.).

Egal wie verrückt Verhaltensweisen jedoch erscheinen, darf nicht vergessen werden, dass diese eine Entscheidung über die Art und Weise sich in der Umwelt zu verhalten widerspiegeln. Das störende Verhalten zu beseitigen ohne es in Gänze zu verstehen, kann daher keine Lösung sein, sondern ängstigende und bedrohende Wirkung auf das Kind oder den Jugendlichen bzw. die Jugendliche haben (vgl. Kleemann, 1996, S 201).

Es geht daher um das Verstehen des Verhaltens und seinem subjektiven Wert, um eine therapeutisch wirksame Arbeit überhaupt erst zu ermöglichen.

„Die Exploration umfasst weiterhin die Entwicklungsgeschichte des Kindes sowie Basisinformationen zu seinem familiären und sozialen Hintergrund“ (Sarimski & Steinhausen, 2008, S. 40). Neben der Fremdbeurteilung durch Eltern und Pädagogen als wichtiger und notwendiger Bestandteil der Diagnose sind Gespräche mit, und eine psychiatrische Befragung des/r Betroffenen selbst unverzichtbar. „Diese scheitert bei vielen Kindern [...] mit geistiger Behinderung am begrenzten Verständnis für die erfragten Symptome, ihre zeitlichen Zusammenhänge, die Häufigkeit und den subjektiv empfundenen Schweregrad sowie am fehlenden sprachlichen Ausdrucksvermögen“ (Sarimski & Steinhausen, 2008, S. 10). Aufgrund dessen bestehen große Teile der Diagnostik zwangsläufig aus Vermutungen und Einschätzung der jeweiligen Bezugs- und Kontaktpersonen und den betreffenden Fachleuten (vgl. ebd.).

Die Einführung und Nutzung von auf den Einzelfall abgestimmten und an die individuellen Fähigkeiten des Kindes oder des/r Jugendlichen angepassten, alternativen Kommunikationsformen kann hier einen hilfreichen Beitrag leisten und die Interaktion und damit das gegenseitige Verständnis erleichtern.

Psychotherapie ist definiert als die Lehre einer Behandlung von psychischen oder körperlichen Krankheiten mittels einer systematischen Beeinflussung des Seelenlebens eines Patienten oder einer Patientin (vgl. Awiszus Schneider, 1996, S. 141).

Die Psychotherapie ist eine mögliche Intervention, wenn eine Verhaltensanalyse und eine darauf aufbauende Arbeitshypothese mit einem Erklärungsmodell „welches Bedingungsgefüge zur Ausbildung und Aufrechterhaltung der psychischen Symptomatik beigetragen hat“, diese nahe legen (Sarimski & Steinhausen, 2008, S. 41).

„Bei behinderten Kindern und Jugendlichen gehört zu einer vollständigen Verhaltensanalyse schließlich auch noch eine differenzierte Bestimmung der Kompetenzen um zu erkennen,

welche Fähigkeiten dem Kind zu einer erfolgreichen Bewältigung der kritischen sozialen Anforderungen fehlen“ (Sarimski, 2011, S. 518). Zwar ist eine ressourcenorientierte Einzelfallbetrachtung immer sinnvoll und wichtig, jedoch im Kontext einer Behinderung mit ihren speziellen Verhaltensmustern und Bewältigungsstrategien besonders beachtenswert.

Schließlich kann aus der Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse ein Behandlungsplan abgeleitet werden.

Generell lässt sich sagen, dass die Grundprinzipien der Diagnostik und daraus abgeleiteter therapeutischer Verfahren die gleichen sind, wie bei Kindern und Jugendlichen ohne eine Behinderung (vgl. Sarimski, 2011, S. 517). Sie müssen jedoch für den Personenkreis geistig Behinderter modifiziert werden, da die gängigen herkömmlichen Diagnoseschemata häufig nicht auf die speziellen psychopathologischen Merkmale abgestimmt sind (vgl. Sarimski & Steinhausen, 2008, S.10).

In der Praxis wird dies durch eine Einschätzung seitens der behandelnden Kliniken unterstützt. Diagnostische Verfahren müssen an die Voraussetzungen und Möglichkeiten von Kindern und Jugendliche mit kognitiven Beeinträchtigungen angeglichen werden, werden also als noch verbesserungswürdig eingeschätzt (vgl. Hennicke, 2005, S.24).

Für den Großteil der Arbeit mit behinderten Menschen ist der Grundsatz der Langsamkeit von großer Bedeutung und muss für eine erfolgreiche Behandlung beachtet werden. Dies sollte ganz allgemein für den Alltag, sowie für das Lernen aber auch für die Therapie gelten. So kann für die Betroffenen Nachvollziehbarkeit und sinnhaftes Verstehen von Strukturen und Abläufen geschaffen werden. Das Erkennen von was, wie und warum diagnostischer sowie therapeutischer Interventionen und Prozesse, stellt mit die Basis für die Effektivität und damit einhergehenden Erfolgs von Behandlungen dar. Nur dann kann eine gewisse Freiwilligkeit erreicht werden, welche „bei Menschen mit geistiger Behinderung [als] eine wesentliche Voraussetzung [für eine gelingende Therapie] meist nicht gegeben ist [...]“ (Pörtner, 2001, S. 59).

Grundsätzlich muss eine Behandlung als stetiger Prozess gesehen werden und daher fortwährend einer Evaluation der Interventionsmaßnahmen in Bezug auf ihre soziale Validität erfolgen. Denn Wirksamkeit kann nicht nur in der Reduktion von störenden Verhaltensweisen verstanden werden, sondern ist nur in Verbindung mit dem Bezugssystem und dort stattfindenden Austausch- und Anpassungsprozessen der Patienten und Patientinnen bewertbar (vgl. Sarimski & Steinhausen, 2008, S.41).

Psychische Störungen stehen immer unter dem Einfluss von in Wechselwirkung stehenden biologischen, psychischen und sozialen Prozessen. Daran angepasst muss eine entsprechende

Behandlung erfolgen. Das bedeutet, dass weder pädagogische noch therapeutische Interventionen isoliert vollzogen oder beendet werden dürfen, sondern in ihrem Zusammenspiel gesehen und eingesetzt werden müssen (vgl. Lingg & Theunissen, 2000, S. 112).

Des Weiteren sind hier möglicherweise zusätzliche, sekundäre Behinderungen eine Besonderheit, welche bei der Diagnostik beachtet werden müssen und in die Gesamtbetrachtung individueller Beeinträchtigungen, Ressourcen und abzuleitender Behandlungsschritte mit einbezogen werden müssen (vgl. Sarimski, 2008, S.11).

In der therapeutischen Arbeit lassen sich, wie bereits beschrieben, bevorzugte Ansätze je nach Grad der Behinderung feststellen. Es wird jedoch anerkannt, dass sowohl gesprächstherapeutische, psychoanalytische, gestalttherapeutische oder systemtherapeutische Methoden, als auch verhaltenstherapeutische Interventionen in der psychosozialen Arbeit mit Menschen mit einer geistigen Behinderung sinnvoll eingesetzt werden können (vgl. Frei, 2001, S. 19). Um in diesem Zusammenhang noch einmal auf die Untersuchung Hennickes zurückzukommen, ist eine Erkenntnis zur Anwendung therapeutischer Konzepte festzuhalten: „Projektive Verfahren zur Eröffnung eines (hypothetischen) Zugangs zur inneren Welt der Kinder werden wenig benutzt, da sie fast ausschließlich ein Mindestmaß an Abstraktions- und Verbalisierungsfähigkeit voraussetzen. Noch seltener werden spezielle familiendiagnostische Verfahren angewendet, obwohl diese gerade im Kontext geistige Behinderung durchaus angezeigt wären“ (Hennicke, 2005, S. 24).

Letztlich muss also einigen Punkten besondere Bedeutung zukommen. Diese sind:

- Eine explizite Erfassung von „Auffälligkeiten [...]“, die bei Kindern und Jugendlichen mit schwerer geistigen Behinderung relativ häufig, bei Kindern mit unbeeinträchtigter Entwicklung aber sehr selten sind“ (Sarimski & Steinhausen, 2008, S. 44).
- Eine intensive Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen des Kindes und ein systemischer Blick, um Auswirkungen des problematischen Verhaltens in Gänze zu erfassen.
- Erfassung der Vor- und Nachteile der psychischen Störung im System um die Beziehung zwischen Eltern bzw. pädagogischen Fachkräften und dem Kind oder Jugendlichen einschätzen zu können.
- Eine Anpassung der Verfahren an die Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung⁶ (vgl. Sarimski & Steinhausen, 2008, S. 52f.).

⁶ Denkbare Verfahren wären zum Beispiel: die „Child Behavior Checklist“ (CBCL), ICD-10, DSM-IV bei einer leichten Behinderung und „Verhaltensfragebogen bei Entwicklungsstörungen“ (VFE; Einfeldt, Tonge & Steinhausen, 2007) sowie der „Nisonger Verhaltensbeurteilungsbogen für behinderte Kinder (NCBRF)“ bei einer mittelgradigen oder schweren Behinderung

- Das Einnehmen einer verstehenden Haltung, was einschließt sich in die Situation eines Kindes oder Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung einzufühlen und die Interaktion darauf anzupassen. Bezüglich der sprachlichen Kommunikation ist es wichtig darauf zu achten Fragen einfach und offen zu formulieren, da der Gegenüber bei Nicht-Verstehen dazu neigt mit einem Ja zu antworten, in der Annahme eine sozial erwünschte Antwort zu geben (vgl. Sarimski & Steinhausen, 2008, S.45). Außerdem sollte eine Überforderung durch multiple-choice-Fragen vermieden werden. Weiterhin muss sich jede Person die mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen arbeiten auf alternative Kommunikationsmittel einlassen (vgl. Klaus Sarimski, 2008, S.46).

Es ergeben sich außerdem Bereiche mit hohen Stellenwerten für die praktische Arbeit. Dabei liegt ein Schwerpunkt der therapeutischen Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung darin, die sozialen Anforderungen an die eingeschränkten Verarbeitungs- und Selbstregulationsfähigkeiten der Kinder anzupassen. Eltern und Pädagogen müssen über die Auswirkungen bestehender Dispositionen auf die Alltagsbewältigung von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen aufgeklärt werden und Hilfsmöglichkeiten kennenlernen, um Unterstützung geben zu können (vgl. Sarimski, 2011, S. 519).

„Der zweite Schwerpunkt liegt auf der gezielten Förderung sozial-adaptiver und kommunikativer Kompetenzen, die das bisherige Problemverhalten in der kritischen Situation ersetzen können“ (ebd.). Dies kann zum Beispiel das Einüben alternativer Kommunikationsformen oder einzelner sozialer Fertigkeiten sein.

Bisher findet eine Psychotherapie mit Menschen mit einer geistigen Behinderung überwiegend in Institutionen statt (vgl. Wernet, 1996, S. 157). In vielen Fällen mag das zweifelsohne angezeigt sein. Die Möglichkeit für Betroffene, eine psychiatrische Unterstützung auch ambulant in Anspruch nehmen zu können, wäre jedoch eine fortschrittliche Entwicklung, die im Sinne des Normalisierungsgedankens der Behindertenhilfe unbedingt in Erwägung gezogen werden sollte.

Insgesamt haben sich im interdisziplinären Feld der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung bereits positive Entwicklungen vollzogen, so dass heute grundsätzlich anerkannt ist, dass „geistig behinderte Menschen, die sich in einer schweren psychischen Krise oder psychosozialen Problemlage befinden, wie alle anderen Menschen ein *Recht auf Psychotherapie* [haben]“ (Lingg & Theunissen, *Psychische Störung und geistige Behinderung*, 2000, S. 110).

Ein Erfahrungswert in der allgemeinen Psychiatrie, ebenso wie in der psychiatrischen Arbeit mit Menschen mit Behinderung ist, dass eine Therapie nicht immer die folgerichtige Konse-

quenz einer auffälligen Symptomatik darstellt. Es gilt somit das Prinzip zu wahren, dass nicht alle Menschen mit einer geistigen Behinderung therapierbar sind und nicht alle Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht therapierbar sind.

3.4 Fehlende, notwendige Elemente in bestehenden Konzepten

Die vorangegangenen Ausführungen zeigen, dass wissenschaftliche Erkenntnisse und grundsätzliche Strukturen im Rahmen der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen bzw. Menschen mit einer geistigen Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen vielerorts durchaus gegeben sind. In der Praxis ergeben sich dennoch vielfältige Schwierigkeiten, welche die letztendlich stattfindende Versorgung als unzureichend und defizitär dastehen lassen.

Aus der bereits mehrfach genannten Untersuchung Hennickes ergibt sich, dass die momentane psychiatrische Versorgung dieser Personengruppe zum einen in den Regelstationen der allgemeinen (Kinder- und Jugend-) Psychiatrien stattfindet und zum anderen in Spezialstationen. Beide Orte sind mit Vor- und Nachteilen behaftet, welche in fachlicher, struktureller; nicht zuletzt aber auch in ethischen Grundlagen und aktuellen Konzepten insbesondere der Sozialen Arbeit in der Behindertenhilfe begründet liegen. Diese sind in den untenstehenden Übersichten aufgelistet:

Pro und Contra der Versorgung in Regelstationen:

Pro	Contra
<ul style="list-style-type: none"> • wohnortnah, dadurch gute Zusammenarbeit mit Heimen und Herkunftsfamilien möglich • Vermeidung von Segregation und Diskriminierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Setting wird den Behandlungsbedürfnissen geistig behinderter Menschen nicht hinreichend gerecht • Betroffene werden im Stationsbetrieb an den Rand gedrückt • Mitarbeiter sind i.d.R. nicht hinreichend für Problemstellung sensibilisiert und qualifiziert • Dadurch: Diagnose und Behandlung oft unzureichend

Abb. 9 (vgl. van Brederoder, 2005, S. 63)

Pro und Contra der Versorgung in Spezialstationen:

Pro	Contra
<ul style="list-style-type: none"> • den Behandlungsbedürfnissen angepasstes Setting • Spezifische Qualifikationen der Mitarbeiter • dadurch: Diagnose und Behandlung zielgruppenspezifisch 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendenz, mit schwierigen Fällen „vollzulaufen“ • Größere Versorgungsbereiche, dadurch Voraussetzungen für die Zusammenarbeit mit Herkunftsfamilie und Heimen schlechter. • „Hexenkessel“ • Ungünstige Wettbewerbsposition bei interner Ressourcenzuweisung • Diskriminierungseffekte

Abb. 10 (vgl. ebd.)

Hier stehen Paradigmen wie Normalisierung und Inklusion, welche am ehesten in Regelstationen der allgemeinen Psychiatrien verwirklicht werden können, den fachlichen Möglichkeiten in Spezialstationen mit Fachwissen zur Versorgung einer besonderen Personengruppe entgegen. Es gilt also, eine Verzahnung der beiden Versorgungsorte zu erreichen, durch welche Patienten und Patientinnen mit einer geistigen Behinderung auch in der allgemeinen Regelversorgung von spezifischem Fachwissen und so einem auf die besonderen Anforderungen abgestimmten Behandlungssetting profitieren können.

Wie bereits mehrfach genannt, muss sich eine angemessene Versorgung und Behandlung psychischen Leidens bei geistig behinderten Menschen auf eine interdisziplinäre und damit multidimensionale Arbeitsstruktur stützen. „Voraussetzung für das Gelingen einer solchen interdisziplinären Zusammenarbeit ist, dass die verschiedenen Berufsgruppen ein gemeinsames Problemverständnis erarbeiten und sich in ihrer jeweiligen berufsspezifischen Kompetenz respektieren. Die Möglichkeiten dazu müssen auf allen Ebenen gestärkt werden“ (Sarimski, 2005, S. 188). Auch hieran mangelt es in der Praxis sowohl im alltäglichen Umgang im elterlichen Zuhause bzw. in Wohngruppen, als auch in der stationären, klinischen Arbeit. Auffällige Verhaltensweisen sprengen oftmals die alltägliche Arbeit und stören die gesamte Gruppe, ohne in ihren Bedeutungen und im Erleben des störenden Gruppenmitglieds erkannt zu werden. Die Ressourcen, um auf diese zusätzlichen Anforderungen eines Bewohners, Gruppen- oder Familienmitgliedes adäquat einzugehen, sind oftmals nicht gegeben und damit weder für Eltern noch für Fachkräfte leistbar.

Im Gegensatz dazu sind zwar in der klinischen Versorgung die Kompetenzen und der Rahmen für den Umgang mit psychopathologisch auffälligem Verhalten gegeben, es fehlen jedoch das nötige Wissen und die nötigen Ressourcen, um auf spezielle Anforderungen einer Behinderung angemessen einzugehen. Auch hier muss ein Austausch im Sinne einer funktionierenden

Kooperation zwischen den mit geistig behinderten Menschen arbeitenden Fachgruppen erfolgen. Selbstverständlich gibt es auch wenn eine fachliche Basis gegeben ist – ebenso wie in der Arbeit mit Menschen ohne eine geistige Behinderung – Indikationen und Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Versorgung. Diese kann in unterschiedlichen Ursachen begründet sein. (vgl. Müller-Hohagen, 1996, S. 62ff).

Infolge praktischer und wissenschaftlicher Erkenntnisse ist inzwischen jedoch weitgehend anerkannt, dass „Menschen mit einer geistigen Behinderung zusätzlich zu dieser wie alle anderen Menschen auch an einer seelischen Störung, z.B. an einer depressiven Störung, einer schizophrenen Erkrankung, einer Zwangsstörung usw. leiden können“ (Seidel, 2005, S. 5). Dies ist ein wichtiger Meilenstein in der Weiterentwicklung eines umfassenden Versorgungssystems einer solchen besonderen Patientengruppe. „Unstrittig ist [jedoch], dass der zeitliche und methodische Aufwand einer Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung höher als bei nichtbehinderten Personen ist, so müssen z.B. in vielen Fällen psychotherapeutische Hilfen vor Ort in der ‚realen‘ Lebenswelt arrangiert werden, und es müssen in der Regel auch immer die wichtigsten Bezugspersonen mit einbezogen werden. Das aber lassen die Krankenkassen in Deutschland selten zu“ (Lingg & Theunissen, 2000, S. 109).

Hier ansetzend wäre die Schaffung einer barrierefreien und verbindlichen Rechtsgrundlage eine fortschrittliche und notwendige Entwicklung.

4 Entwicklung eines Handlungs- und Versorgungskonzeptes vor dem Hintergrund des Bio-Psycho-Sozialen Modells der ICF

Die ICF ist die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO. Dabei ersetzt sie nicht die ICD als Klassifikation zur Diagnosevergabe, sondern „dient als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person“ (DIMDI, 2012).

In der ICF integriert ist das Bio-Psycho-Soziale Modell:



Abb. 11: Das Bio-Psycho-Soziale Modell der ICF (DIMDI, 2012)

Der Gesundheitszustand einer Person ergibt sich aus reziproken Wechselwirkungen der Faktoren auf biologischer Ebene (einem Gesundheitsproblem ausgehend von genetischen, mentalen oder physischen Strukturen), psychologischer Ebene (ausgehend von individuellen Erlebnissen und Erfahrungen in der Entwicklungsgeschichte, in aktuellen Bezügen sowie subjektive Erlebens- und Verhaltensmuster und Selbstkonstruktionen) und auf sozialer Ebene (gesellschaftliche, materielle und umweltbezogene Faktoren mit Auswirkungen auf die eigene Teilhabe sowie Eingebundenheit in soziale Bezüge und zwischenmenschlichen Kontakte).

In den genannten Faktoren des Modells ergeben sich jeweils individuelle Förderfaktoren und Barrieren. „Die einzelnen Faktoren können unterschiedliches Gewicht für die Beurteilung haben, ob es sich bei ‚auffälligem Verhalten‘ um den Ausdruck einer psychischen Störung handelt“ (Sarimski, 2011, S. 512).

Auf der Grundlage dieses Modells lassen sich Handlungsbereiche in der Praxis der Arbeit mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen und psychischen Störungen erschließen und konzeptionelle Punkte für ein umfassendes Versorgungssystem entwickeln. Für ein solches ist es unabdingbar die Komplexität der möglichen Ursachen problematischer Verhaltensweisen in ihren besonderen Kontexten zu überschauen und das wechselseitige Zusammenwirken von entwicklungspsychologischen, familiären und sozialen Faktoren zu verstehen. So kann das Bedingungsgefüge, welches zu einer Ausbildung psychopathologischer Auffälligkeiten führt, in Gänze erfasst werden. Es wird deutlich, dass multidimensionale Interventionen in den verschiedenen Kontexten unterschiedlich gewichtet und aufeinander abgestimmt erfolgen müssen.

Auf der Ebene der physischen Manifestation des in dem Fall mentalen Gesundheitsproblems, also der biologischen Ebene, müssen diverse testpsychologische Untersuchungen stattfinden um den Entwicklungsstand, das Intelligenzniveau und die Wahrnehmungs- Verarbeitungs- und Handlungsfähigkeiten des betroffenen Kindes oder Jugendlichen festzustellen und zu bewerten. Auf biologischer Ebene kann auch eine medikamentöse Behandlung ansetzen. Für die Verordnung einer Psychopharmaka-Therapie sollte, ebenso wie bei Menschen ohne eine Behinderung auch, besonders auf die Indikation geachtet werden und die Dosierung individuell auf den Patienten oder die Patientin angepasst werden (vgl. Lingg & Theunissen, 2000, S. 97ff). So wird beispielsweise „[b]ei Menschen mit geistiger Behinderung [...] grundsätzlich mit niedrigeren Dosen als bei Menschen ohne diese Bedingungen gestartet“ und „die Dosis auch langsamer erhöht“ (ebd., S. 97).

Auf der psychischen Ebene können, wenn diese indiziert sind, therapeutische und psychotherapeutische Interventionen zum Wirken kommen. „Bei leichteren Formen auffälligen Verhaltens, z.B. bei Kommunikations- und Interaktionsproblemen, Passivität, Rückzug oder Auffälligkeiten im Sozialverhalten sollten eher pädagogisch-therapeutische Arbeitsformen in Betracht gezogen werden, während bei schweren psychischen Störungen, denen ein Krankheitswert nachgesagt wird, psychotherapeutische Hilfen im Vereine mit psychiatrischer Begleitung focussiert werden sollten“ (Lingg & Theunissen, 2000, S. 111).

In jedem Fall muss eine therapeutisch orientierte Intervention auf einer verstehenden Haltung aufbauen, um das subjektive Erleben des Patienten oder der Patientin zu erfassen. Nur so kann die therapeutische Arbeit effektiv als Hilfestellung zur Linderung psychischen Leidens sein (vgl. hierzu Pörtner, 2000 und Bundschuh, 2002, S. 70ff).

Für die therapeutisch sinnvolle Beeinflussung müssen die Kompetenzen des Kindes oder Jugendlichen erkannt und ausgebaut werden und dort, wo fehlende Ressourcen zu erkennen

sind, eine Handlungsfähigkeit hergestellt werden. Diese Herangehensweise muss das Bezugssystem des Kindes oder Jugendlichen mit einschließen und dort, wo Anpassungsstörungen sichtbar werden, ansetzen. Bewältigungsstrategien und damit die Erhaltung der Handlungsfähigkeit in kritischen Situationen können so sukzessiv erarbeitet werden. Die Therapie muss sich dabei der ganzen Palette der bestehenden Ansätze bedienen. Neben führenden Ansätzen wie Verhaltenstherapie, psychoanalytischen Konzepten und systemischen Ansätzen kann möglicherweise auch der Ergo- und Gestalttherapie eine wichtige Funktion zugesprochen werden. Denn „[a]usgehend von der Annahme, daß geistig behinderte Menschen in der überwiegenden Mehrzahl an Wahrnehmungsstörungen leiden und damit zwangsläufig – im Zusammenhang mit anderen ungünstigen Faktoren – auch Störungen im Kontaktverhalten aufweisen, bietet sich die Gestalttherapie als ‚dialogische Methode‘ geradezu zur Kontakthanbahnung und Veränderung von starren Kontaktmustern an“ (Pfluger-Jakob, 1996, S. 213). Auch unter dem Aspekt der Selbstwirksamkeit, welche Menschen mit Behinderung seltener als andere erfahren, ist ein kreativer und erschaffender Zugang nicht zu verachten.

Der Abbau von persönlichen Stressoren und die Stärkung von Schutzfaktoren durch das Erlernen von individuellen Coping-Strategien, welche sich aus der therapeutischen Situation in den Alltag übertragen lassen, führt direkt auf die dritte Ebene des Modells und damit zu den sozialen Faktoren der Umwelt.

Erarbeitete soziale Fertigkeiten müssen hier fachlich unterstützt werden, um Person-Umwelt-Beziehungen funktional zu beeinflussen und damit förderlich gestalten zu können. Hier kann fachliche Anleitung und Hilfestellung im Sinne eines Coaching direkt in Alltagssituationen stattfinden (vgl. Sarimski, 2005, S. 165ff.).

Ganz konkret müssen auf einer an die Umwelt gerichteten Interventionsebene die Bezugspersonen von Kindern oder Jugendlichen in den Prozess eingebunden werden. Auch diese müssen Unterstützung, beispielsweise in Form von Beratung, erfahren, um für das Kind oder den Jugendlichen förderliche Strukturen und Beziehungen schaffen zu können. Dem sozialen, umweltbezogenen Aspekt kommt in Zusammenhang mit Wirkweisen der therapeutischen Beeinflussung eine wichtige Bedeutung zu. In einem eher präventiven Ansatz zeigt sich, dass psychotherapeutische Hilfen oftmals gar nicht notwendig sind, wenn theorie- und praxiserprobte, lebensweltbezogene Konzepte aus der Behindertenhilfe eingesetzt werden (vgl. Lingg & Theunissen, 2000, S.110; vgl. Theunissen, 1997).

Für ein Konzept zur Behandlung psychischer Störungen bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen kommt also unter dem Aspekt der Prävention den sozialen, umweltbezogenen Faktoren in ihrer Wirkweise eine besondere Bedeutung zu – vor allem, da Kinder und Jugend-

liche in ihrer Entwicklung gesehen werden müssen und daher primäres Ziel der Erwerb von funktionalen Verhaltensweisen und nicht die Rehabilitation der daraus resultierenden Probleme sein sollte. „Vielversprechenden Möglichkeiten der Prävention von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen bei Kindern mit geistiger Behinderung bieten sich im Arbeitsfeld der Frühförderung“ (Sarimski, 2011, S. 520). Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren können hier gute und erfolgversprechende Arbeit leisten (vgl. hierzu Röh, 2009 S. 127 ff).

Nicht zuletzt muss gute Elternarbeit geleistet werden, um diese zu befähigen ihren Kindern die richtige Unterstützung rechtzeitig zukommen zu lassen. Elternarbeit muss von der Aufklärung dessen, was es an Hilfemöglichkeiten im Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung bzw. mit psychischen Störungen gibt, über allgemeine Beratung bis hin zu konkreten Schulungen und Anleitungen im alltäglichen erzieherischen Umgang reichen. „Präventive Chancen liegen in einer frühen Beratung der Eltern bei der Entwicklung förderlicher Beziehungen, der Stärkung der Eltern in ihren Erziehungskompetenzen sowie dem gezielten Einüben sozialer Kompetenzen im Kindergarten“ (Sarimski, 2011, S. 524). Dafür müssen die präventiven Möglichkeiten interdisziplinärer und sonderpädagogischer Beratungsstellen sowie Sozialpädiatrischer Zentren so gestaltet sein, dass sie für Eltern, Erzieher und Erzieherinnen flächendeckend genutzt werden können (vgl. ebd.).

All diese Elemente sind wichtig und förderlich, um ein umfassendes Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen zu entwickeln.

An erster Stelle muss jedoch die Schaffung der Voraussetzungen stehen, damit die Umsetzung einer adäquaten Versorgung ermöglicht werden kann. Dazu ist „eine enge Zusammenarbeit zwischen Pädagogik und Sozialarbeit, Psychiatrie und Medizin sowie Psychologie und Psychotherapie unabdingbar“ (Lingg & Theunissen, 2000, S. 112). Es muss ein fachlicher Austausch zwischen den Verschiedenen Einrichtungen stattfinden, außerdem müssen Weiterbildungen in Form von Schulungen und Fortbildungen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen dazu befähigen, die multiplen Aufgaben, welche die Arbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose einer Behinderung und psychischen Störung mit sich bringt, zu bewältigen.

Strukturelle Forderungen sind hier die Schaffung der Möglichkeiten einer interdisziplinären und sektorübergreifenden Versorgung, die Verbesserung einer wohnortnahen Versorgung, eine Umfeldorientierung der Hilfen sowie der Ausbau von ambulanten und teilstationären Hilfen (vgl. van Brederode, 2005, S.65).

Häufig fehlt den im psychiatrischen Bereich tätigen Ärzten, Schwestern, Pflegern und Therapeuten grundlegendes Wissen für den angemessenen Umgang mit Menschen mit einer geistigen Behinderung. Aus einer intensiveren Zusammenarbeit mit heilpädagogischen Fachkräften können hier neue Anregungen und Erkenntnisse entstehen (vgl. Lingg & Theunissen, 2000, S. 49). Im Umkehrschluss müssen im Wohnbereich tätige Fachkräfte sensibilisiert und geschult werden, um psychische Störungen frühzeitig erkennen und entsprechend handeln zu können. Die Vermeidung einer Psychiatrisierung eines Bewohners oder einer Bewohnerin geht leider oftmals zu Lasten des oder der Betroffenen bzw. der Mitbewohner und Mitbewohnerinnen. Zum Teil wird immer noch zu lange abgewartet und es muss bei einer Eskalation der Problematik dann zu häufig eine Notfall- oder Zwangseinweisung verfügt werden (vgl. ebd. S. 96).

Eine Voraussetzung für eine optimale psychosoziale Versorgung dieser besonderen Personengruppe ist die Einstellung zum Behinderten selbst (vgl. Frei, 2001, S. 18). Das betrifft in diesen Bereichen tätige Fachkräfte, besonders aber strukturelle, rechtliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Hier besteht dringender Handlungsbedarf, welcher genannte Interdisziplinarität erfordert. „Die Überwindung von Ausgliederung und Aussonderung erfordert professionelle Kompetenz von pädagogischen und psychologischen Fachkräften“ (Sarimski, 2005, S. 16).

5 Der Beitrag der Sozialen Arbeit

Der Profession der Sozialen Arbeit kommen im Prozess der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen vielfältige Aufgaben zu.

Wie bereits dargestellt, ist eine adäquate Versorgung dieser Personengruppe von Interdisziplinarität gekennzeichnet. Daher müssen in diesem Bereich tätige Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen Kompetenzen bei der Kooperation mit anderen Disziplinen aufweisen und entwickeln. „Kernaufgabe der Sozialen Arbeit ist es, im Laufe des Prozesses Informationen zu bündeln und auszuwerten, um auf deren Grundlage die geeignete und notwendige Hilfe auszuwählen und einleiten zu können“ (Kunz, 2011, S. 88). Dabei obliegt dem Sozialarbeiter oder der Sozialarbeiterin die Aufgabe, „während des diagnostischen Prozesses Ressourcen sowie Schwächen des Klienten und seines Systems herauszuarbeiten“ (ebd., S. 90). Das Wissen um Risiko- und Schutzfaktoren und hemmende bzw. fördernde soziale Faktoren lässt eine Abschätzung der Gesamtbelastbarkeit des Kindes und seinen Bezugspersonen zu. So kann eine Entwicklungsprognose erstellt werden, welche Interventions- und Handlungsplanung erlaubt (vgl. Niebank & Petermann, 2002, S. 79).

Soziale Arbeit kann hier Normen schaffen und anhand ihres spezifischen Wissens über die Wirkungsmechanismen von Risiko- und Schutzfaktoren in der interdisziplinären Arbeit ihren Teil beitragen. Die primäre Aufgabe Sozialer Arbeit ist dabei, Ressourcen zu identifizieren, diese zu stärken und im Hilfeprozess einzusetzen (vgl. Kunz, 2011, S. 25).

Für die Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe kommt dem Aspekt der Teilhabe eine besondere Bedeutung zu. Vorangestellte Ziele sind hier die größtmögliche Förderung von Autonomie, Selbstbestimmung und Selbständigkeit in der alltäglichen Lebensführung um die bestmöglichen Voraussetzungen für eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu schaffen (vgl. Röh, S. 30). Aus einem systemisch-ökologischem Ansatz heraus ergibt sich somit, dass Teilhabe durch die Umwelt erst ermöglicht werden muss (vgl. ebd.). Die gesellschaftlichen Strukturen dahingehend zu befähigen, den Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen zu einem solchen Leben verhelfen, ist damit ein weiteres Arbeitsfeld Sozialer Arbeit.

Soziale Arbeit hilft hier in ihrer Profession den Menschen mit geistiger Behinderung bzw. psychischen Störungen bei der Lebensbewältigung; speziell mit der Intention eine Verbesse-

nung der Person-Umwelt-Transaktion zu erzielen. Das heißt, Soziale Arbeit muss, wenn psychotherapeutische Hilfen als Teil der Zielerreichung zur Befähigung eines selbstbestimmten Lebens notwendig sind, mitwirken auch diese zu ermöglichen (vgl. Röh, S. 30).

Sozialer Arbeit kommt hier auch der Auftrag der fachlichen Weiterentwicklung des Versorgungssystems für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen im Sinne der Formulierung von grundlegenden Zielsetzungen innerhalb vorherrschender Paradigmen mit ihren Werten und Normen der Profession zu.

Im Besonderen sei in diesem Zusammenhang der Leitgedanke der Inklusion und ihrer Verwirklichung genannt. Inklusion muss unter Berücksichtigung von individuellen sowie sozialen Umwelteinflüssen bewältigt werden. Hintergrund dieses Auftrages der Profession ist die im Grundgesetz verankerte, zu gewährleistende soziale Gerechtigkeit. Für den Bereich der psychosozialen Versorgung geistig Behinderter lässt sich schlussfolgern, dass jeder und jede, wenn es angezeigt, ist psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen darf. Das muss auch für sogenannte Randgruppen gelten, was bedeutet, dass Barrieren primär in einer *behindernden* Gesellschaft abgebaut werden müssen (vgl. Röh, S. 148).

Wichtig für die Soziale Arbeit ist eine aus der Stärken-Perspektive hervorgehende Ressourcenorientierung, also eine Abwendung von einer defizitorientierten Sichtweise in der Arbeit mit Menschen. Nur so kann ein „angemessene[r] [...] Beitrag zur (Wieder-) Gewinnung von Lebenskräften, psychischer Stabilität, Lebenskontrolle und -autonomie [...] geleistet werden.“ (Lingg & Theunissen, 2000, S. 181).

In einem Arbeitsfeld, in welchem die Medizin und damit eine pathologisch orientierte Sichtweise auf den Patienten oder die Patientin und dessen bzw. deren Abnormalität eine tragende Rolle einnimmt, ist daher eine ressourcenorientierte und auf den Kompetenzen eines jeden Individuums aufbauende Sichtweise von hohem Wert. Nur mit einem Blick für die Fähigkeiten und Talente des Klienten oder der Klientin kann deren bzw. dessen Selbstvertrauen gestärkt werden, Potentiale erweckt und gefördert werden und Empowerment seine Wirkung entfalten. Dasselbe gilt aus einer systemischen Perspektive heraus für die Bezugssysteme des bzw. der Symptomträgers oder -trägerin. Wo diese Potentiale dennoch fehlen, kann das Prinzip der *enabling niches* zum Tragen kommen. Damit sind tragfähige soziale Netzwerke gemeint, die es auf mikro-, meso-, exo-, und makrosystemischer Ebene zu entwickeln gilt um soziale Fähigkeiten zu erlernen oder wiederzuerlangen und in diesem Bereich positive Erfahrungen zu machen (vgl. hierzu Lingg & Theunissen, 2000, S. 169ff).

Auch hier kommt der Sozialen Arbeit eine umfassende Aufgabe zu. Von der Sichtbarmachung bestehender Netzwerke – z. B. durch Methoden der Sozialen Diagnostik – über die Er-

schließung solcher Nischen, bis hin zur praktischen Anleitung, beispielsweise in Form von Sozialen Kompetenztrainings und ähnlichen Konzepten, kann Soziale Arbeit hier agieren.

Ein Theorem, welches in seinem konzeptionellen Ansatz diese Handlungsweisen aufgreift und damit im Bereich der psychosozialen Versorgung der Sozialen Arbeit eine Bewandnis hat, ist das „Life Model“ nach Germain und Gitterman. Die Praxis des Life-Models „begrift sich als Hilfe, die Professionelle und ihre Mitarbeiter Klienten [...] geben, um ihre persönliche, interpersonale oder politische Macht zu steigern, um zu einer größeren Selbstbestimmung in ihrem Leben zu gelangen“ (Germain & Gitterman, 1999, S. 45). Dies kann nur mit dem Wissen über systemische Zusammenhänge, Abhängigkeiten und Austauschbeziehungen zwischen Individuum und Umwelt seine Wirksamkeit entfalten. Daher muss der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin, um „die Austauschprozesse zwischen den Menschen und ihrer Umwelt zu verbessern, [...] täglich dem Mangel an Aufeinander-Abgestimmt sein der menschlichen Bedürfnisse und der Umwelt entgegenzutreten“ (Germain & Gitterman, 1999, S. 39).

Eine Soziale Arbeit nach den praxisorientierten Ansätzen „[...] des Life Models würde auf den Ebenen des Individuums, der Familie und der Umwelt intervenieren“ (Germain & Gitterman, 1999, S. 39).

Einen weiteren Beitrag, welchen Sozial Arbeit leisten kann, liegt in der Beratung der Eltern und Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen. Eine Hilfestellung im gesamten Versorgungsprozess ist notwendig, um die Eltern in ihrer Verantwortung gegenüber ihrem Kind zu unterstützen und reicht von unmittelbarem Beistand bei der Diagnosevermittlung bis hin zur Nachsorge und Vermittlung in angemessene ambulante, teil- oder vollstationäre Strukturen. Erziehungsberatung und Beratung in Krisensituationen können hier Arbeitsbereiche sein.

Durch die Diagnose einer Behinderung des Kindes können sich familiäre Strukturen enorm verändern und eine fachliche Begleitung wird möglicherweise nötig. Wenn zusätzlich, aufgrund von psychischen Störungen, herausfordernde Verhaltensweisen die Bewältigungsleistung erschweren, müssen Eltern dazu befähigt werden damit umzugehen, bzw. die nötige Unterstützung muss ihnen zukommen. Soziale Arbeit kann hier stabilisierend, beratend, vermittelnd und somit entlastend wirken.

Soziale Arbeit verfügt über ein breit gefächertes Wissen und hat einen Überblick über die Landschaft ambulanter und stationärer Einrichtungen. So kann sie in Zusammenhang mit Informationen über die Entwicklungsgeschichte und die aktuelle Problematik des Kindes oder Jugendlichen über passende Versorgungsstrukturen aufklären und gegebenenfalls weitervermitteln. Soziale Arbeit ist also sowohl in der Prävention und der akuten Versorgung als auch

in der Nachsorge ein unverzichtbarer Bestandteil des Hilfeprozesses bei der Arbeit mit Kinder und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen.

Ebenso sind die sozial- familien- und jugendrechtlichen Kompetenzen Sozialer Arbeit in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischem Störungen gefordert (vgl. Kunz, 2011).

Soziale Arbeit kann sich mit Forderungen und innovativem Gedankengut auf organisatorischer Ebene für die Schaffung einer Gesetzesgrundlage für die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe einbringen. In Rückgriff auf die Gerechtigkeit als Professionsgrundlage im Sinne einer Gleichberechtigung aller Menschen müssen die Voraussetzungen für eine barrierefreie Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe geschaffen werden. Diese muss unter anderem ambulant und frei wählbar erreichbar sein. Diese und weitere Aufgaben auf dem Weg zu einem umfassenden Versorgungssystem von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen können und müssen von der Sozialen Arbeit anerkannt und in Angriff genommen werden.

Zusammengefasst heißt dies für die Soziale Arbeit, Abhängigkeiten und Wirkungsdimensionen, die psychosoziale Probleme konstituieren, zu erschließen, und über den unmittelbaren Klientenbezug hinaus multikausal, zirkulär und wertfrei zu denken. Vor diesem Hintergrund müssen Problemlagen in ihrer Individualität verstanden werden, und in konkreten Krisensituationen, wie auch bei psychischen Störungen und Behinderung (dual diagnosis) eine Kooperation verschiedenster Dienste angestrebt werden (vgl. Lingg & Theunissen, 2000, S. 173). Hilfestellungen im Sinne einer Kooperation von Diensten und Angeboten sollen als eine Vernetzung der verschiedenen Bezugsebenen nach einem systemischen Verständnis von Sozialisation aufgefasst werden. Denn „[...] Sowohl therapeutische als auch pädagogische Prozesse folgen nicht einfach simplen Wenn-Dann-Beziehungen“ (Lingg & Theunissen, 2000, S. 179), sondern sind immer von systemischen, wechselseitigen Bedingungsgefügen abhängig.

Ein bisher noch wenig genutztes Element ist die Soziale Therapie. Diese Methode kann unter Umständen ebenfalls als Teil einer Lösung der Problematik psychosozialer Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen betrachtet werden (siehe hierzu Röh, 2009, S.192 ff; Lingg & Theunissen, 2000, S. 96f.).

6 Fazit und Ausblick

In der Auseinandersetzung mit den Strukturen und dem Erscheinungsbild der psychosozialen Versorgungsstruktur von Kindern und Jugendlichen bzw. Menschen mit einer geistigen Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen wird deutlich, dass letzten Endes weder die Medizin, die Psychiatrie oder die Psychotherapie noch die Soziale Arbeit oder Pädagogik alleine die Verantwortung übernehmen können oder dürfen. Es kann keine einzig pädagogische oder therapeutische Methode geben, die für sämtliche Verhaltensprobleme geeignet ist. „Vielmehr lassen sich tragfähige Hilfen immer nur individualisiert erschließen und dazu bedarf es im Falle schwerer Störungen der berufsübergreifenden multiprofessionellen Zusammenarbeit, bei der psychotherapeutische Angebote eine bedeutsamen Rolle spielen“ (Lingg & Theunissen, 2000, S. 112).

Wie auch in der Versorgung und Behandlung von Menschen ohne eine Behinderung gilt eine individuelle Herangehensweise und auf den Einzelfall angepasste Behandlung. Ein universell anwendbares Versorgungsmodell kann es nicht geben. Es bleibt jedoch festzuhalten, dass „[.z]wischen den psychischen Auffälligkeiten geistig behinderter und jenen nicht behinderter Menschen [...] kein prinzipieller Unterschied [besteht] (Lingg & Theunissen, 2000, S. 29). Nichtsdestotrotz gibt es einige Erkenntnisse und Besonderheiten, die sich von der regulären diagnostischen und therapeutischen Arbeit unterscheiden. Diese gilt es zu erkennen und in die Arbeit mit einzubeziehen. Dabei müssen entwicklungsbedingte Ursachen beachtet, ohne isoliert als Ursache dargestellt werden und Schwierigkeiten in der direkten therapeutischen Arbeit mit geistig behinderten Menschen berücksichtigt, nicht aber allein ihrerwegen eine psychotherapeutische Intervention von vornherein untersagt werden. Beratungsangebote müssen modifiziert, nicht aber in paternalistische „über-den-Kopf-hinweg“ Entscheidungen abgewandelt werden.

Auf der Seite der pädagogischen Versorgung im Alltag „gilt [es], die psychiatrische Kompetenz in die Behindertenhilfe zu transferieren, um dieser die Möglichkeit zu geben, beispielsweise mit herausforderndem Verhalten besser als bisher angemessen umzugehen. (Scholten, 2005, S. 16).

In den letzten Jahren hat sich das Bild von Menschen mit einer geistigen Behinderung bereits gewandelt, bis hin zu der inzwischen verbreiteten Annahme, dass auch diese psychische Auffälligkeiten entwickeln können und daher einer angemessenen Versorgung bedürfen. An die-

ser Stelle sind wir alle angesprochen. Die zuständigen Fachdisziplinen müssen sich damit auseinandersetzen neue zu Konzepte erarbeiten und diese auf der Handlungsebene zu etablieren. Ebenso müssen auf organisatorischer Ebene Voraussetzungen und Strukturen, welche diese ermöglichen geschaffen werden. Dies bedarf nicht zuletzt rechtlichen und politischen Willen und Einsatz. Die Gesellschaft ist hiermit ebenfalls weniger angesprochen. Der Grad der „Offenheit“, vorherrschende Werte, Normen und Sichtweisen auf andere Gesellschaftsmitglieder spielen eine wichtige Rolle. Letztendlich sind wir alle betroffen, angesprochen und aufgefordert mit dem „Anderssein“ von Menschen um zu gehen und ein Zusammenleben mit den besten Voraussetzungen zur Entfaltung nach den subjektiven Vorstellungen und innerhalb eines individuellen Lebensentwurfes eines/einer jeden zu ermöglichen.

7 Literaturverzeichnis

- Awiszus-Schneider, H. (1996). Psychotherapie und Lebensumfeldgestaltung bei Menschen mit geistiger Behinderung. In W. Lotz, B. Stahl, & D. Irblich (Hrsg.), *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung* (S. 141-153). Bern: Verlag Hans Huber.
- Bienstein, P., & Rojahn, J. (Hrsg.), J. (2013 (in Erscheinung)). *9. Kapitel (Hennicke)*.
- Bleuler, M. (1987). *Schizophrenie als besondere Entwicklung*. (K. Dörner, Hrsg.) Gütersloh: Jakob van Hoddis.
- Bronfenbrenner, U. (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bundschuh, K. (2002). *Heilpädagogische Psychologie*. München Ernst Reinhardt Verlag.
- DIMDI. (24. 10 2012). *DIMDI - ICF*. Abgerufen am 23. 12 2012 von Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm
- Dörner, K., Ploog, U., Teller, C., & Wendt, F. (2012). *Irren ist menschlich*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Frei, E. X. (2001). Betreuung Geistigbehinderter mit psychischen Störungen: Aufgabe oder Zumutung? In E. X. Frei, M. Furger, & D. Kehl (Hrsg.), *Geistig behindert und psychisch krank. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung* (S. 9-19). Luzern: Edition SZH/SPC.
- Frei, E. X. (2001). *Geistig behindert und psychisch krank, Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung*. Luzern: Edition SZH/SPC.
- Germain, C. B., & Gitterman, A. (1999). *Praktische Sozialarbeit; Das Life Model der Sozialen Arbeit, Fortschritte in Theorie und Praxis*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Heimlich, U. (1999). *Sonderpädagogische Fördersysteme. Auf dem Weg zur Integration*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hennicke, K. (2005). Die stationär-psychiatrische Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung – Ergebnisse einer bundesweiten Analyse. In M. Seidel (Hrsg.), *Die stationär-psychiatrische Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung*. 10, S. 17-39. Berlin: DGSGB.
- Hennicke, K. (in Erscheinung (2013)). Zur psychosozialen Versorgungssituation geistig behinderter Menschen mit zusätzlichen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen. In Bienstein, P., & Rojahn, J. (Hrsg.). Ort und Verlag bisher unbekannt.
- Irblich, D., & Heinz, K. (1996). Psychotherapie im Heim mit geistig behinderten Jugendlichen aus sozial problematischen Familien. In W. Lotz, B. Stahl, & D. Irblich (Hrsg.), *Wege zur seelischen gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung* (S. 271-288). Bern: Verlag Hans Huber.

- Kanter, G. (1980). *Handbuch der Sonderpädagogik* (Bd. 4, Pädagogik der Lernbehinderten, 2. Auflage). (O. Speck, Hrsg.) Berlin, Marhold.
- Kardoff, E. (1999). Soziale Netzwerke und gemeindebezogenen Strategien zur gesellschaftlichen Eingliederung von Menschen mit geistiger Behinderung. In M. T. Jahn, *Das Normalisierungsprinzip - vier Jahrzehnte danach* (S. 264-282). Reutlingen.
- Kehl, D. (2001). Das agogisch-therapeutische Milieu. In E. X. Frei, M. Furger, & D. Kehl (Hrsg.), *Geistig behindert und psychisch krank. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung* (S. 113-119). Luzern: Edition SZH/SPC.
- Kleemann, J. (1996). Systemisches Denken und Therapie im Kontext geistiger Behinderung - die Sprache der Sprachlosen. In B. Stahl, W. Lotz, D. Irblich (Hrsg.), *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 194-205). Bern: Hans Huber Verlag.
- Kunz, F. (2011). *Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche* (Bd. 5). (Fakultät für Sozial- und Rechtswissenschaften Heidelberg, Hrsg.) Berlin: Logos Verlag.
- Lingg, A. (2001). Der Beitrag der Psychiatrie. In E. X. Frei, M. Furger, & D. Kehl (Hrsg.), *Geistig behindert und psychisch krank. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung* (S. 21-25). Luzern: Edition SZH/SPC.
- Lingg, A., & Theunissen, G. (2000). *Psychische Störung und geistige Behinderung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Lotz, W., Koch, U., & Stahl, B. (Hrsg.), (1994). *Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Lotz, W., Stahl, B., & Irblich, D. (. (1996). *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung*. Bern: Verlag Hans Huber .
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (2003). Integratives Denken und Handeln in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Forum der Kinder und Jugendpsychiatrie* . Wiesbaden: Forum Verlag.
- Müller-Hohagen, J. (1996). Indikationen und Kontraindikationen in der Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen. In W. Lotz, B. Stahl, & D. Irblich (Hrsg.), *Wege zur seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung* (S. 62-75). Bern: Verlag Hans Huber.
- Niebank, K., & Petermann, F. (2002). Grundlagen und Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie. In F. Petermann, *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (S. 57-94). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Petermann, F. (2002). Grundbegriffe und Trends der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie. In F. Petermann, *Lehrbuch der Klinische Kinderpsychologie und -psychotherapie* (S. 9-26). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Petry, D. (1999). Menschen mit geistiger Behinderung zwischen Psychiatrie und Behindertenhilfe. In D. Petry, & C. Bradl (Hrsg.), *Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Geistigbehindertearbeit* (S. 14-30). Bonn: Psychiatrie Verlag.

- Petry, D. (1999). *Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Geistigbehindertenhilfe*. (C. Bradl, Hrsg.) Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Pfluger-Jakob, M. (1996). Gestalttherapie mit geistig behinderten Menschen: vom Wahrnehmen zum Kontakt, von Rückzug zur Abgrenzung, von Isoliertheit zur Integration. In W. Lotz, B. Stahl, & D. Irblich (Hrsg.), *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung* (S. 206-215). Bern: Verlag Hans Huber.
- Pörtner, M. (2000). Ernstnehmen - Zutrauen - Verstehen. Ein personenzentriertes Alltagskonzept für den Umgang mit psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Band 2 . Berlin: DGSGB.
- Pörtner, M. (2001). Ist Psychotherapie sinnvoll? Wie können wir im Alltag psychischen Störungen begegnen und diesen vorbeugen? In E. X. Frei, M. Furger, & D. Kehl (Hrsg.), *Geistig behindert und psychisch krank. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung* (S. 57-70). Luzern: Edition SZH/SPC.
- Röh, D. (2009). *Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Saleebey, D. (1997). *The strength perspective in social work practise*. New York: Prentice Hall.
- Sander, A. (1999). Ökosystemische Ebenen integrativer Schulentwicklung – ein organisatorisches Innovationsmodell. In U. Heimlich, *Sonderpädagogische Fördersysteme. Auf dem Weg zur Integration* (S. 33-44). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sarimski, K. (1997). *Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome*. Göttingen: Hogrefe.
- Sarimski, K. (2005). *Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Sarimski, K. (2011). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung - Prävalenz und Prävention. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (60), S. 510-526.
- Sarimski, K., & Steinhausen, H.-C. (2008). *Psychische Störungen bei geistiger Behinderung*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG.
- Scholten, B. (2005). Die psychiatrische Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung aus Sicht eines Psychiatriereferenten. In M. Seidel (Hrsg.), *Die stationär-psychiatrische Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung*. 10, S. 12-16. Berlin: DGSGB.
- Schuntermann, M. (2007). *Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen*. Landsberg/Lech: ecomed Medizin.
- Seidel, M. (Hrsg.). (2005). *Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.* Abgerufen am 12. 11 2012 von www.dgsgb.de: <http://www.dgsgb.de/index.php?section=Materialien>
- Seidel, M. (2005). Stationär-psychiatrische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung - ein spannungsgeladenes Thema. In M. Seidel (Hrsg.), *Die stationär-psychiatrische Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung*. 10, S. 4-11. Berlin: DGSGB.

- Senckel, B. (2001). Entwicklungsdynamische Betrachtung psychischer Störungen bei geistig behinderten Menschen. In E. X. Frei, M. Furger, & D. Kehl (Hrsg.), *Geistig behindert und psychisch krank. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung* (S. 27-42). Luzern: Edition SZH/SPC.
- Stascheit, U. (2009, 17. Auflage). *Gesetzte für Sozialberufe*. Baden-Baden: Nomos.
- Theunissen, G. (1997, 2. erw. Auflage). *Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Tillman, K.-J. (2007). *Sozialisationstheorien. Eine Einführung in den Zusammenhang von Gesellschaft, Institution und Subjektwerdung*. 17. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt's Enzyklopädie.
- van Brederode, M. (2005). Konzeptionelle Vorstellungen des Landesverbandes Rheinland zur psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Behinderung. In M. Seidel (Hrsg.), *Die stationär psychiatrische Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung*. Band 10, S. 54-68. Berlin: DGSGB.
- Wernet, M. C. (1996). Institutionelle Rahmenbedingungen für Psychotherapie, Persönlichkeitsentwicklung und Lebensentfaltung - Plädoyer für einen Paradigmenwechsel in der Versorgung von geistig behinderten Menschen. In W. Lotz, B. Stahl, & D. Irblich (Hrsg.), *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung* (S. 154-171). Bern: Verlag Hans Huber.
- WHO. (2012). <http://www.euro.who.int/de/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>. Abgerufen am 8. 10. 2012 von www.euro.who.int.
- www.who.int. (2012). Abgerufen am 14. 01. 2013 von World Health Organization.
- Zimbardo, P. G., & Gerrig, R. J. (2008). *Psychologie*. München: Pearson Studium.

8 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1, S. 10: Das Kontinuum psychischer Gesundheit. Zimbardo & Gerrig, 2008, S. 550

Abb. 2, S. 11: Bedingungsgefüge bei der Ausbildung problematischer Verhaltensformen von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung. Sarimski, 2011, S. 515

Abb. 3, S. 15: Die verschiedenen Systemebenen. Sander, 1999, S. 35

Abb. 4, S. 17: Vorläuferfertigkeiten für soziale Kompetenzen in der Beziehung zu Gleichaltrigen. Sarimski, 2011, S. 523

Abb. 5, S. 21: Bedingungsmodell zum Verstehen auffälligen Verhaltens bei intellektueller Behinderung. Sarimski, 2005, S. 124

Abb. 6, S. 28: Welche Berufsgruppe versorgt die geistig behinderten psychische kranken Kinder und Jugendlichen? Hennische, 2005, S. 32

Abb. 7, S. 34: Kliniken mit einem Spezialangebot für Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung. Hennische, 2005, S. 21

Abb. 8, S. 37: Diagnoseklassen (nach Kapitel F der ICD-10). Hennische, 2005, S.25

Abb. 9, S. 43: Pro und Contra der Versorgung in Regelstationen. vgl. van Brederode, 2005, S. 63

Abb. 10, S. 44: Pro und Contra der Versorgung in Spezialstationen. vgl. van Brederode, 2005, S. 63

Abb. 11, S. 46: Das Bio-Psycho-Soziale Modell der ICF. DIMDI, 2012

9 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift