

Störungen systemisch behandeln

Michael Buscher  
Klaus Hennicke

Psychische Störungen bei  
Kindern und Jugendlichen  
mit Intelligenzminderung

**ZUSATZMATERIAL**

CARL-AUER



Michael Buscher und Klaus Hennicke

---

**Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit  
Intelligenzminderung**

Ergänzendes Onlinematerial

Unter Mitarbeit von

Ursula Robertz

Stephanie Heidenreich

## Inhalt

1. Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung aus der Sicht von Mitarbeiterinnen einer spezialisierten kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik .....	5
1.1. Tanja Marquez Gonzales, PED-Stationsleitung .....	5
1.2. Birte Böning, Psychologin.....	6
1.3. Claudia Dorr, Heilpädagogin.....	8
1.4. Sara Ledda, Musiktherapeutin .....	11
1.5. Mandy Charlotte Oliver, Physiotherapeutin .....	13
2. Sicherheit im therapeutischen Raum.....	15
3. Worauf psychosoziale Helfer achten sollten .....	16
4. Herausforderung Auftragsklärung.....	17
4.1. Auftragslagen der Helfer.....	17
4.2. Uneinigkeit zwischen den Sorgeberechtigten.....	18
4.3. Uneinigkeit zwischen einer Betreuungsinstitution und den Eltern	18
4.4. Der für den Auftrag wirklich Verantwortliche ist nicht präsent ..	19
4.5. Sicherungsaufträge.....	20
4.6. Unklare Zuständigkeiten .....	21
4.7. Auftrag und (Entwicklungs-)Alter .....	22
4.8. Einbeziehung des (professionellen) Umfeldes in die Auftragsklärung .....	22
5. Therapeutische Techniken bei Traumafolgestörungen im engeren Sinne.....	23
5.1. Stabilisierungstechniken .....	23
5.2. Der Ego-State-Ansatz.....	23
5.3. Die Arbeit mit dem inneren Kind.....	24

5.4. EMDR.....	24
Literatur.....	25
6. Das entwicklungspsychologische Konzept der Intelligenzminderung bei Anton Došen.....	26
Literatur.....	29
7. Aspekte der Inklusion – Herausforderungen an die Familie.....	30
7.1. Inklusiver Kindergarten und inklusive Beschulung – Wer entscheidet? .....	30
7.2. Die Entscheidung zum Platz im Wohnheim oder im »betreuten« Wohnen .....	31
7.3. Der Sozialraum oder wie man sich eine inklusive Zukunft vorstellen könnte .....	32
Literatur.....	32
8. Herausforderndes Verhalten oder Problemverhalten? .....	34
Literatur.....	38
9. Psychische Störungen und Epilepsie .....	40
Literatur.....	40
10. Entwurf eines Konzeptes für ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Kompetenzzentrum »Seelische Gesundheit für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderungen«.....	41
10.1. Vorbemerkung .....	41
10.2. Das (teil-)stationäre Angebot .....	42
10.3. Eltern-Kind-Stationen .....	43
10.4. Die Fachambulanz .....	43
10.4.1. Vorstationäre aufsuchende Arbeit.....	44
10.4.2. Nachstationäre aufsuchende Arbeit .....	44
10.5. Kooperationen und Partnerschaften.....	44
10.6. Beratung und Weiterbildung .....	45

10.7.	Dokumentation und Evaluation.....	45
-------	-----------------------------------	----

# 1. Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung aus der Sicht von Mitarbeiterinnen einer spezialisierten kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik

## 1.1. Tanja Marquez Gonzales, PED-Stationsleitung

Liebe Frau Marquez-Gonzales, Sie leiten das Pflege- und Erziehungsdienst-Team einer Jugendlichenstation. Außerdem sind Sie bereits 20 Jahre in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig. Damit sind Sie nun wirklich erfahren im alltäglichen Kontakt mit den Jugendlichen. Was sind Ihres Erachtens die wichtigsten Voraussetzungen für eine gute Arbeit mit Jugendlichen mit Intelligenzminderungen? Wie gelingt Ihnen ein guter Zugang?

Unsere Station legt den Schwerpunkt auf die Arbeit mit Jugendlichen, die neben einer psychiatrischen Fragestellung entweder geistig oder lernbehindert sind, sodass sich hier zusätzliche Aufgaben an Unterstützung, ggf. auch Förderung ergeben.

Die Arbeit in einem multiprofessionellen Team mit psychiatrischen Patienten finde ich immer wieder eine Herausforderung und jeder Dienst ist spannend.

Im alltäglichen Kontakt mit den Jugendlichen ist es wichtig, sie wertschätzend da abzuholen, wo sie gerade sind. Die Jugendlichen spüren sofort, ob ihr Gegenüber es ehrlich meint. Glaubhaftes Interesse an ihren Aktivitäten und ihren Problemen zu signalisieren, hilft gerade am Anfang, einen vertrauensvollen Umgang einzuleiten. Oft reicht ein Lächeln, ein Zwinkern, singen, tanzen, Gesten spiegeln oder sich mit auf den Boden setzen. Eigentlich wird oft im Kleinen improvisiert.

Die Tätigkeit in diesem Bereich erfordert die ständige Bereitschaft, sich auf neue Sichtweisen und Weiterbildung einzulassen, daneben aber auch viel Humor und Fantasie. Die Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat in den Jahren viele Veränderungen erfahren, unverändert halte ich die Wertschätzung im Umgang mit Kindern und Jugendlichen für extrem wichtig.

Im Alltag lernt der Pflege- und Erziehungsdienst, auf sein Gefühl zu achten, nicht alles ist zu erklären oder zu verstehen.

**Wie muss für Sie die Kooperation der Berufsgruppen aussehen?**

Die Kooperation mit den anderen Berufsgruppen ist spannend und begleitet uns täglich im Stationsablauf. Die Zusammenarbeit sollte offen, demokratisch, flexibel, diskussionsbereit, autonom und wertschätzend sein. Unsere Diskussionen in Teamsitzungen sind nicht immer harmonisch oder einheitlich, aber da liegt der Reiz. Alle Blickwinkel sind von Bedeutung und helfen, die Jugendlichen zu begleiten oder besser zu verstehen. Und wir wollen nicht die Unterschiede wegwischen, sondern sie nutzen. Es heißt ja auch nicht, dass wir immer wieder einheitliche Vereinbarungen finden.

**Und wie gelingt es Ihnen, an Eltern anzukoppeln?**

Hilfreich ist es, am Anfang der Behandlung realistische Ziele zu besprechen. Wir nehmen alle Beteiligten ernst und suchen gemeinsam nach Lösungswegen. Das Personal arbeitet kooperativ mit der ganzen Familie in einer respektvollen Grundhaltung. Wir legen Wert darauf, den Familien oder dem Lebensumfeld nicht das Gefühl zu vermitteln, die »besseren Eltern« zu sein, sondern Kooperationspartner. Außerdem versuchen wir immer individuell auf die Fragen der Familien einzugehen. Es gibt keine Standardfamilien, also auch keine Standardrezepte.

**Können Sie zum Schluss noch etwas dazu sagen, weshalb Sie und Ihre Kollegen so gern in diesem Themenfeld arbeiten?**

Die Jugendlichen zeigen uns oft, wie wichtig auch scheinbare Kleinigkeiten sind und wie viel Freude die tägliche Arbeit machen kann. Jeder Arbeitstag bringt neue Herausforderungen. Es macht Spaß, sie mit seinen Kollegen gemeinsam zu meistern. Wir lachen viel und können uns aufeinander verlassen. Nur gemeinsam funktioniert unsere Arbeit, wir ergänzen uns alle in unseren unterschiedlichen Fähigkeiten und Berufserfahrungen. Ich persönlich finde meinen Arbeitsplatz eine Bereicherung und habe es nie bereut, in diesem Bereich zu arbeiten.

## 1.2. Birte Böning, Psychologin

Liebe Frau Böning,

**Sie sind als fallführende Psychologin noch nicht lange in der Klinik tätig. Wie war das für Sie, auf einer integrativen Station mit Jugendlichen mit Intelligenzminderungen zu beginnen?**

Obwohl ich in meinem Studium viel über Diagnostik und therapeutische Verfahren gelernt habe, fühlte sich zu Beginn meiner Tätigkeit auf der integrativen Station zunächst alles neu an. Der Bereich Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderungen wurde in meinem Studium ausgespart, dabei müssen z. B. viele diagnostische Verfahren bei Menschen mit Intelligenzminderungen angepasst bzw. anders interpretiert werden. Das stellt einen besonders zu Beginn der beruflichen Laufbahn vor eine Herausforderung, da man nicht einfach das Gelernte anwenden kann, sondern sich überlegen muss, wie man das Gelernte auf eine für den einzelnen Jugendlichen angepasste Art und Weise umsetzt. Der Vorteil daran ist, dass man von Anfang an lernt, flexibel und kreativ zu arbeiten, und die Jugendlichen und ihre Bedürfnisse immer in den Fokus seiner eigenen Arbeit stellt. Bei so unterschiedlichen Begabungsprofilen, wie man sie auf einer integrativen Station findet, muss man seine Arbeit immer wieder hinterfragen und sie gegebenenfalls anpassen.

**Sie arbeiten »einzeln« und in Gruppen. Wie gelingt es Ihnen ganz konkret, Zugang zu den Jugendlichen mit so unterschiedlichen Begabungen zu finden?**

Die Art und Weise, wie man Zugang zu den einzelnen Jugendlichen findet, ist nicht generalisierbar. Ich versuche, jeden individuell zu betrachten, und überlege mir, was er mitbringt und was er braucht, um Vertrauen zu fassen und sich zu öffnen. Am besten lässt sich dies an Beispielen aus dem Klinikalltag erklären. So fühlte sich zum

Beispiel ein durch Gewalt traumatisierter autistischer Jugendlicher durch Gesprächssituationen massiv verunsichert und angespannt, sodass es ihm nicht möglich war, dem Gespräch zu folgen oder authentische Antworten zu geben. Es war daher wichtig, zuerst eine entspannte Atmosphäre, z.B. durch eine Spielsituation oder einen Spaziergang, zu schaffen, bevor man ein Gespräch beginnen konnte. Bei kognitiv stärkeren und in sozialer Interaktion weniger eingeschränkten Jugendlichen stelle ich die Frage, was sie von mir als Therapeutin brauchen, damit sie das Gefühl haben, sich sicher genug zu fühlen, mit mir zu arbeiten. Die Jugendlichen gestalten ihre Therapie mit. Ich glaube, dass es leichter ist, Zugang zu den Jugendlichen zu erlangen, indem man ihnen nicht nur sein eigenes Programm aufdrückt, sondern sie als Experten ihrer Problematik betrachtet und mit einbindet in die Gestaltung des Aufenthaltes in der Klinik. Dabei ist es wichtig, eine Balance zwischen den Wünschen der Jugendlichen und sinnvollen Rahmenbedingungen zu schaffen.

**Sie hatten Erfahrungen auch in anderen Arbeitsfeldern. Wo liegen nach Ihrer Meinung die Unterschiede, was ist ähnlich?**

Es gibt mehr Unsicherheiten darüber, wodurch Verhalten bedingt ist, was dem Faktor Behinderung zuzuordnen ist und was psychischen Belastungen, die davon unabhängig sind. Neben dem »sichtbaren« Verhalten gibt es Empfindungen, die nicht mitgeteilt werden (können). Von daher muss man das Verhalten gut beobachten – auch im jeweiligen Kontext zu verstehen versuchen. Die sich hieraus ableitenden Hypothesen werden dann im Alltag erprobt.

**Sie sind auch für die Zusammenarbeit mit den Eltern zuständig.**

**Was ist aus Ihrer Sicht da wichtig? Welche Besonderheiten beachten Sie – sofern es die gibt?**

Bei der Zusammenarbeit mit den Eltern oder Bezugspersonen kann ich mich gut mit der systemischen Grundhaltung identifizieren. Die Jugendlichen kommen immer mit ihren wichtigsten Bezugspersonen, seien es nun die Eltern oder die Mitarbeiter der Wohngruppe. So oder so sind die Jugendlichen eng mit ihrem Kontext verflochten, teils sehr abhängig davon, teils aber auch sehr machtvoll. Im Idealfall stellen sowohl die Jugendlichen als auch die Bezugspersonen den gleichen Auftrag an uns. Wenn die Aufträge auseinandergehen, ist es wichtig, ohne Partei zu ergreifen, beiden Parteien zu helfen, den jeweils anderen Auftrag verstehen zu können und sich ggf. zu einigen. Allparteilich kann man allerdings nur sein, wenn man sich nicht zu schnell von persönlichen Gefühlen leiten lässt, jeder Partei wertschätzend gegenübertritt und sich nicht zu schnell selbst in die Verantwortung bringen lässt.

**Nach kurzer Zeit nutzen Sie vielfältige Methoden und schaffen kreative Zugänge. Ist das am Anfang eine besondere Herausforderung oder gibt es aus Ihrer Sicht auch besondere Chancen?**

Es ist sowohl eine Herausforderung als auch eine Chance. Man muss sich mit verschiedenen Themen auseinandersetzen. Zum einen fühlt man sich zunächst sehr verantwortlich für die Jugendlichen und für die Familien. Das macht Druck und Angst, zu versagen. Auf der



anderen Seite setzt man sich besonders intensiv mit jedem Einzelnen auseinander und muss erst lernen, die Theorie aus dem Studium in die Praxis umzusetzen. Dafür ist man aber besonders motiviert und bereit, sein Wissen zu erweitern, um neue Methoden zu lernen.

**Viele Therapeuten sind eher zurückhaltend, mit Menschen mit Intelligenzminderungen zu arbeiten. Was würden Sie denen aus heutiger Sicht sagen?**

Menschen mit Intelligenzminderung sind genauso facettenreiche Persönlichkeiten wie normal begabte Menschen und genauso facettenreich ist auch die Arbeit mit ihnen. Darüber hinaus lernt man, dass auch Intelligenz sehr facettenreich ist. Es gibt nicht nur den Unterschied zwischen überdurchschnittlicher Intelligenz, durchschnittlicher Intelligenz, Lernbehinderung und Intelligenzminderung. Auch in einem einzelnen Bereich gibt es teilweise große Abstufungen. Das macht die Arbeit in einem integrativen Setting natürlich noch abwechslungsreicher, als sie es schon in einem nicht integrativen Setting ist. Weiterhin muss man als Therapeut in einem integrativen Setting viel kreativer sein, weil man nicht einfach nur ein Schema F anwenden kann, sondern dieses an jeden Jugendlichen und seine Situation anpassen muss. Daher kann man eine Menge von der Arbeit in einem integrativen Setting lernen und entwickelt sich als Therapeut weiter. Insofern kann ich die Arbeit in einem integrativen Setting nur empfehlen, man lernt eine Menge und die Arbeit ist bereichernd und abwechslungsreich.

### **1.3. Claudia Dorr, Heilpädagogin**

**Liebe Frau Dorr,**

**als Heilpädagogin haben Sie vielfältige Kompetenzen, u. a. eine Ausbildung in lösungsorientierter Therapie, und arbeiten besonders mit Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen. Wie gelingt Ihnen der Zugang zu Kindern und Jugendlichen mit so unterschiedlichen Befähigungen? Wie sprechen Sie sie an und welche Medien sind hilfreich?**

Vor dem Hintergrund der durch die Behinderung entstandenen Unsicherheiten und Belastungen steht in der Arbeit mit diesen Kindern und Jugendlichen meistens der Aufbau einer positiven Beziehung im Vordergrund: der Versuch, sich in ihr Erleben einzufühlen und sie so anzunehmen, wie sie sind. Um sich einlassen und öffnen zu können, benötigen die Kinder viel Sicherheit, eine enge Begleitung, Abläufe, die für sie überschaubar und nachvollziehbar sind, die sich wiederholen und ihr jeweiliges Arbeitstempo berücksichtigen.

Ein guter Zugang gelingt, wenn der Therapeut sich an ihren Interessen, Ressourcen, ihrem Entwicklungsstand und ihren kommunikativen Möglichkeiten orientiert. Sie benötigen mehr Impulse und Unterstützung vom Therapeuten, als es in der lösungsorientierten Therapie üblich ist, wobei je nach den kommunikativen Möglichkeiten nonverbales Arbeiten und Vorgehen auf der Symbolebene notwendig sind.

Ein guter Zugang zu Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung gelingt über das Spiel, mithilfe therapeutischer Geschichten oder aber beim Malen und kreativen Gestalten. Besonders im Rollenspiel erzählen Kinder ihre eigenen Geschichten, externalisieren Probleme, verarbeiten emotionale Erlebnisinhalte, erweitern ihre Ressourcen, probieren neue Rollen aus, spielen erste Lösungen und üben neues Verhalten ein. Dabei benötigen die Kinder mehr Spielimpulse als andere, damit sie Spielideen entwickeln können.

Mein Therapieraum ist deshalb mit einem Einkaufsladen, einem Puppenhaus, einem Arztkoffer, Handpuppen, kleinen Spielfiguren, Tüchern zum Verkleiden und Bauelementen zur Gestaltung des Raums sowie zum Budenbauen eingerichtet. In dieser Umgebung entwickeln sich schnell Rollenspiele, die das Erleben des Kindes widerspiegeln. Darüber hinaus verbinde ich in meiner Therapie die klassische Sandspieltherapie mit der lösungsorientierten Perspektive, sodass aus gestalteten Problembildern Veränderungsgeschichten und Lösungsbilder entstehen. Außerdem eignet sich die Sandspieltherapie sehr gut zur Telearbeit und zur Gestaltung von Familienskulpturen, ähnlich wie wir es aus der Arbeit mit dem Familienbrett kennen.

Darüber hinaus ist kreatives Gestalten eine gute Möglichkeit, um mit Patienten in ein Gespräch zu kommen und Ressourcen erlebbar zu machen. Zum Beispiel können mithilfe der Wundergeschichte Lösungswege und Zielbilder visualisiert werden (allerdings nur bei leichter Intelligenzminderung).

Angepasst an die gestalterischen Potenziale kann gegenständlich gemalt werden, es können aber auch bestimmte Zustände mithilfe von einfachen Farben, Formen und Bildmaterial symbolisiert werden.

Zu Kindern und Jugendlichen, die weder dazu in der Lage sind zu spielen noch zu malen, bekommt man über Bewegungs- und Wahrnehmungsspiele einen guten Zugang. Die Patienten genießen es, sich mithilfe dieser Medien zu spüren, zu entspannen und menschliche Grundbedürfnisse, wie z. B. das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung, Lustgewinn, Bindung, Teilhabe, Orientierung und Kontrolle, zu erfahren. Im gemeinsamen Spiel entsteht eine wechselseitige Interaktion, sie bekommen Zugang zu ihren Emotionen, fühlen sich mit ihren Problemen verstanden und angenommen, bauen Verhaltensauffälligkeiten ab und üben angemessenes Verhalten ein.

### **Wo liegt für Sie der besondere Reiz gerade dieser Arbeit?**

Ich arbeite gerne mit Kindern und Jugendlichen, bei denen eine geistige Behinderung vorliegt, da sie sehr offen, zugänglich und direkt sind und dem Therapeuten häufig freundlich begegnen. Beeindruckend sind die Leichtigkeit und der Humor, den sie trotz ihrer umfassenden Belastungen zeigen. Einzelne Kinder, besonders mit Autismusspektrumstörungen, spiegelten mir des Öfteren mein eigenes Verhalten, was mich zum Schmunzeln brachte. Die Begegnung mit Menschen mit so unterschiedlichen Ausprägungen von Behinderung, das Erleben und Sicheinstellen auf vielfältige

Verhaltensweisen, besonders im Zusammenhang mit psychiatrischen Störungen, macht die Arbeit so interessant. Bei Jugendlichen, die sich in der Pubertät befinden, ist es spannend zu beobachten, wie sie einerseits noch kindliche Anteile zeigen, sich gleichzeitig ablösen, der Kontakt zu Gleichaltrigen immer wichtiger wird und sie ein Leben so »normal« wie möglich leben möchten. Jugendliche erkennen besonders in der Pubertät, dass sie den gesellschaftlichen Normen und Werten nur bedingt entsprechen und ihre Lebensperspektiven eingeschränkt sind, was häufig zu starker Verunsicherung führt, woraus sich ergibt, dass hier Ressourcenaktivierung und Selbstwertstärkung besonders angezeigt sind. Dieses liegt mir besonders am Herzen.

In meiner Arbeit mit Menschen überschneiden sich schnell Heilpädagogik und Therapie, es geht um passgenaue Lösungen. Und schließlich macht der Einsatz kreativer Medien mir besondere Freude.

**Was sind für Sie die wesentlichen Voraussetzungen, damit die Kinder und Jugendlichen sich erfolgreich erleben und Veränderung stattfinden kann?**

Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist die Einbeziehung des gesamten Familien- und Bezugssystems. Die Probleme sind so komplex, dass sie vor dem Hintergrund der Familien- und Schulsituation sowie gesellschaftlichen Entwicklungen zu sehen sind, woraus sich die Therapieziele ergeben. Die Therapieziele sollten von den Eltern zusammen mit ihren Kindern erarbeitet und verfolgt werden. Es ist wichtig, dass die Kinder und Jugendlichen ebenfalls einen Veränderungswunsch haben und Therapiemotivation mitbringen.

Über die klassische »Familientherapie« hinaus ist es relevant, mit den Familien behindertenspezifische Themen zu besprechen, wie z. B. die Akzeptanz der Behinderung, die Kumulation von Stressoren durch die Behinderung, die besondere Inanspruchnahme von Hilfen oder den spezifischen Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten. Kinder und Jugendliche können nur Fortschritte machen, wenn die ganze Familie Sicherheit und Stabilität gewinnt, um sich dann neu orientieren zu können.

**Können Sie beispielhaft einige konkrete Erfolge Ihrer Arbeit benennen?**

Manuel, ein elfjähriger Junge mit Asperger-Syndrom, einer leichten Intelligenzminderung, kam in die Klinik, da er wegen fremdaggressiven Verhaltens bereits ausgeschult war. Die Mutter war mit ihm alleine aus Amerika immigriert, emotional sehr belastet und mit der Erziehung des Jungen überfordert. Manuel war angespannt, unsicher und zog sich viel in seine eigene Welt zurück. Die wechselseitige Kommunikation war eingeschränkt, er sprach wenig und ging dabei kaum in Kontakt mit seinem Gegenüber. Zu Beginn der Therapie orientierte ich mich an seinen Interessen, was ihm Sicherheit gab. So ließ ich ihm beim Schaukeln die Möglichkeit, ein Stück weit in seiner Welt zu bleiben und sich zu entspannen. Währenddessen trat ich mit ihm in Interaktion, indem kleinste Äußerungen gespiegelt wurden, woraus sich Minidialoge entwickelten. Im Laufe der Therapie wurde Manuel sukzessiv an Anforderungen herangeführt. Bei dem Betrachten von Bilderbüchern und Bildmaterialien

zu sozialen Situationen übte er, gezielter zu kommunizieren. Im Regel- und Rollenspiel lernte er Blickkontakt zu halten, in Interaktion zu treten, gezielter zu kommunizieren und auf sein Gegenüber zuzugehen, sodass eine wechselseitige Interaktion entstand. Zum Ende der Therapie war Manuel positiv gestimmt, offen, zugänglich, war aktiver und zeigte viel Spiel- und Bewegungsfreude. Er ließ sich auf Anforderungen ein, war gut lenkbar und bei den anderen Kindern beliebt.

Oder ein anderes Beispiel:

Martin, ein neunjähriger Junge, kam mit einer Störung des Sozialverhaltens in die Klinik. Martin war sehr unsicher, geriet unter Anspannung, wenn man ihn aufgrund seiner expressiven Sprachstörung nicht verstand und ihm bei der Bewältigung von Aufgaben nicht die Zeit gab, die er benötigte. Martin zeigte besonders gute Fähigkeiten im Rollenspiel, sodass ich in der Arbeit mit ihm häufig die Methode des Kinderpsychodramas nutzte. Im Spiel setzte sich Martin mit seiner Behinderung auseinander, lernte Leistungsgrenzen zu akzeptieren, bekam Zugang zu seinen Ressourcen und Anteilen und wurde sich seiner Verhaltensweisen bewusst. Zum Ende der Therapie war Martin deutlich positiver gestimmt, selbstsicherer, entspannter und verhielt sich adäquat. Martin hatte mehr Kontakt zu Mitpatienten.

Schließlich noch die zehnjährige Nina mit der Diagnose eines frühkindlichen Autismus, die für mich besonders beeindruckend war. Sie kam wegen fremdaggressiven Verhaltens in die Klinik. Nina schlug Mitpatienten und Betreuer und zog sie an den Haaren. Sie zeigte eine ausgeprägte expressive Sprachstörung, die es ihr kaum ermöglichte, sich verständlich zu machen. Im Laufe der Therapie wurde deutlich, dass Nina viel Interesse am kreativen Gestalten hatte. Trotz ihrer Einschränkungen in der Handmotorik setzte Nina eine beeindruckende Anstrengungsbereitschaft ein, mit dem Ziel, sich beim Werken als selbstwirksam zu erleben. Diese Ressource wurde zur Förderung der Interaktion, Handmotorik, Arbeitsplanung, Selbstwertstärkung und sogar als Verstärker für angemessenes Verhalten eingesetzt. Darüber hinaus wurde der Einsatz ihres Talkers<sup>1</sup> beim Malen und Spielen geübt, indem sie durch das Drücken einer bestimmten Taste ihre Spiel- und Gestaltungswünsche äußern konnte. Zum Ende der Therapie war Nina besser auf der Handlungsebene zu verstehen. Nina konnte sich in einem ruhigen Therapiekontext auf der Grundlage einer positiven Beziehung angemessen verhalten. In der Gruppentherapie zeigte Nina Freude an Bewegungs- und Singspielen und war sichtlich froh, am Gruppengeschehen beteiligt zu sein.

#### **1.4. Sara Ledda, Musiktherapeutin**

**Liebe Frau Ledda,  
einer Ihrer Aufgabenschwerpunkte liegt in der Musiktherapie für  
Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderungen. Was ist das  
Besondere an Ihrem therapeutischen Zugang, wie können Sie die  
Kinder und Jugendlichen – diejenigen mit und die ohne Sprache –**

---

<sup>1</sup> Elektronische Kommunikationshilfe mit Sprachausgabe, erläutert zum Beispiel unter <https://www.youtube.com/watch?v=i8FnJuMtd-E>.

## **für die Musiktherapie gewinnen und welche Entwicklungen erleben Sie?**

Das Besondere an der Musiktherapie ist, dass weder Sprache noch bestimmte Fertigkeiten notwendig sind und wirklich jeder ganz unkompliziert im Rahmen seiner eigenen Möglichkeiten am Angebot teilhaben kann. Beim Musizieren kommuniziert man ohne Worte und lässt die Klänge und Rhythmen für sich sprechen. Man darf und kann die verbale Sprache zusätzlich nutzen, doch kann man die Kommunikation neben der Musik auch durch den nonverbalen Ausdruck der Körpersprache abrunden.

Über die Instrumentenvielfalt ist es jedem möglich, ein ganz persönliches Ausdrucksmittel zu finden, das spielend leicht zum Klingen und Schwingen gebracht werden kann. Physische wie auch psychische Barrieren stellen beim Musizieren kein Hindernis dar. In der Musik wird man akzeptiert, so wie man ist, man wird mit all seinen Möglichkeiten, aber auch mit seinen Begrenzungen angenommen, ohne darauf reduziert zu werden. Es gibt keinen Leistungsanspruch, keine Erwartungen oder Anforderungen. Alles kann – nichts muss. Durch diese Unkompliziertheit werden Hemmungen oder eigene Leistungsideen schnell durch Neugier und Spielfreude ersetzt, sodass jeder es wagt, sich darin auszuprobieren. Hinzu kommt, dass man durch das Zusammenspiel stets begleitet, unterstützt und bestärkt wird. Beim gemeinsamen Musizieren kann man sich begegnen, sich emotional spüren, den anderen teilhaben lassen und gemeinsam kreativ werden. Man fühlt sich verstanden, ohne darüber sprechen zu müssen. Hierdurch ist der emotionale Austausch weniger bedrohlich und der Zugang zum inneren Erleben wird erleichtert.

Das Gefühl, nicht bewertet zu werden, bietet viel Raum zum Reifen und zum Über-sich-Hinauswachsen. Langfristig wird insbesondere das Selbstwirksamkeitserleben gestärkt, worüber ebenso die Selbstsicherheit und das Selbstwertgefühl neu definiert werden können.

## **Was ist wichtig für Sie in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen?**

Einen regelmäßigen und ergänzenden Austausch untereinander halte ich für unverzichtbar, um ein ganzheitliches Bild über das jeweilige Kind bzw. den Jugendlichen erstellen zu können, um eine diagnostische Abklärung zu erwirken und das bestmögliche Behandlungsangebot zu finden. Darüber hinaus erlebe ich eine kollegiale Intervision als sehr wertvoll und bereichernd.

## **Weshalb machen Sie so gern auch ein Angebot gerade für diese Kinder und Jugendlichen?**

Tatsächlich erlebe ich gerade diese Kinder und Jugendlichen als ausgesprochen dankbar für das musiktherapeutische Angebot, eben weil es dort kein Richtig und Falsch gibt. Im Alltag erleben sie durch die gesellschaftliche Leistungsorientierung häufig eine Reduzierung auf das, was nicht geht. Dadurch geraten viele Kinder und Jugendliche unter Druck und verlieren den Blick für die eigenen Ressourcen und Stärken. Umso wichtiger finde ich es, einen leistungsfreien Raum schaffen zu können, in dem die Kinder und

Jugendlichen sich (neu) entdecken können. Besonders schön ist aber, dass Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderungen viel leichter »den Kopf ausschalten« können und damit offen für den Zugang zu ihren Emotionen sind. Sie lassen sich einfach fallen und nutzen jede Möglichkeit, sei es das Musizieren am Instrument, das Singen oder das Tanzen. Sie gehen voller Leidenschaft und Ausdruck in Aktion, versprühen eine Leichtigkeit und Spielfreude, die ansteckt, mitreißt und beflügelt. Es ist ein emotionales Geschenk, an ihren neuen Erfahrungen und Entdeckungen teilhaben zu dürfen und sie in ihrer Entwicklung begleiten zu können. Es berührt mich, zu beobachten, wie sie emotional auftanken, aus sich herauskommen, sich von Festgefahrenem lösen und im Hier und Jetzt entspannen können. Wenn wirklich gar keine verbale Sprache vorhanden ist, gelingt die erste nonverbale Kontaktaufnahme manchmal erst nach einigen Wochen. Doch umso ergreifender und kostbarer ist dieser Moment, in dem man sich über das gemeinsame Musizieren erlebt und spürt.

### 1.5. Mandy Charlotte Oliver, Physiotherapeutin

Liebe Frau Oliver,

**Sie sind im physiotherapeutischen Bereich gerade auch für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen zuständig. Was ist für Sie das Besondere an dieser Aufgabenstellung und wie gelingt es Ihnen, ganz konkret Kontakt zu finden, sowohl bei Kindern und Jugendlichen, die sprachlich kommunizieren können, als auch bei denen, die dies nicht tun?**

Da ich schon immer gerne mit Kindern gearbeitet habe, stellt es für mich eine besondere Herausforderung dar, bei intelligenzgeminderten Kindern herauszufinden, inwieweit Bewegungstherapie zu positiven Veränderungen führen kann. Jeden Tag stellen die Kinder mich vor neue Herausforderungen und im besten Fall kann ich ihnen mit meinem Fachwissen, gepaart mit Kreativität und Einfühlungsvermögen, zu körperlichem sowie seelischem Wohlbefinden verhelfen. Im Gegenzug erhält man gerade von diesen Kindern als Geschenk Vertrauen, und so kann eine Beziehung aufgebaut werden. Ich darf die Kinder und Jugendlichen dabei begleiten, eine neue Seite an sich zu entdecken.

Die richtige Kommunikation mit den Kindern und Jugendlichen spielt für mich eine essenzielle Rolle. Sie kann auf verbale und auf nonverbale Weise stattfinden. Bei nicht sprechenden Kindern und Jugendlichen setze ich verschiedene Materialien ein, um mit ihnen in Kontakt zu treten. Das Ziel ist, eine vertrauensvolle Basis zu schaffen. In freien Anforderungssituationen kann ich durch Beobachten herausfiltern, was jeden Einzelnen interessiert, was ihm guttut und was ihm schwerfällt bzw. was er vermeidet. An diesem Punkt knüpfe ich an und hole jeden dort ab, wo er steht. Auch ist es mir wichtig, eine Wohlfühlatmosphäre zu schaffen und auf die Wünsche des Patienten eingehen zu können.

**Worin sehen Sie die Vorzüge eines körperorientierten Angebots? Was können Sie konkret erreichen und was erleben die Kinder und Jugendlichen als Erfolg?**

Unabhängig vom sprachlichen Ausdruck und vermeintlichen Defiziten kann man in der Bewegungstherapie verschiedene Ebenen des Körperbewusstseins und der Körperwahrnehmung verbessern und erlebt hier im Zusammenspiel mit den Kindern und Jugendlichen auch kleinste Fortschritte schon als Erfolg. Wir als »Bewegungstherapie« arbeiten größtenteils auf der praktischen Ebene und geben Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, auch ohne große intellektuelle Fähigkeiten Kompetenzen zu erlangen. Als zusätzlichen Erfolg nehmen die Kinder und Jugendlichen die Fähigkeit mit, sich sowohl selbst besser kennenzulernen, als auch sich zusammen mit anderen zu erleben. Ein weiterer Schwerpunkt meiner Arbeit liegt in der Vermittlung von unterschiedlichen Skills, um Belastungssituationen besser bewältigen zu können. Durch die Bewegungstherapie können sowohl Verbesserungen des körperlichen Wohlbefindens als auch konkrete Veränderungen des Körperbildes erreicht werden. Die Schaffung von Möglichkeiten zum Ausgleich bei emotionalen und psychischen Belastungen wird angeregt, verarbeitet und im Alltag neu erprobt.

**Wie sollte die Kooperation aus Ihrer Sicht mit den anderen Berufsgruppen aussehen?**

Im Idealfall finden regelmäßige Teamssitzungen statt, die dem Austausch und der besseren Koordination und Behandlungsplanung dienen. Leider fehlt hier oft die Zeit. Unterschiedliche Therapeuten könnten untereinander hospitieren, um ihre Blickwinkel zu erweitern. Ich würde mir mehr interdisziplinäre Gruppenangebote wünschen, von denen sowohl Kinder und Jugendliche als auch Therapeuten profitieren könnten.

**Könnten Sie kurz beschreiben, warum Sie so gern in diesem Aufgabenbereich arbeiten?**

Ich habe großes Interesse daran, die motorische Entwicklung der Kinder und Jugendlichen positiv zu beeinflussen, Zeuge zu sein, wie Bewegungstherapie Verhaltensänderungen hervorrufen kann. Auch liegt mir die Verbesserung von körperlichen strukturellen Beeinträchtigungen, speziell in der Physiotherapie, sehr am Herzen. Und ich mag es, Kinder und Jugendliche lachen zu sehen und wie sie über Bewegung Freude empfinden.

## 2. Sicherheit im therapeutischen Raum

### Eltern müssen sicher sein(,) ...

- ... nicht das Gesicht zu verlieren
- ... vor Schuldvorwürfen
- ... dass das Gegenüber Zeit hat
- ... mit den persönlichen Anliegen ernst genommen und nicht schematisierenden Aufnahmeverfahren unterworfen zu werden
- ... nicht von den Kindern entfremdet zu werden
- ... den Therapieprozess mitgestalten zu können
- ... feste und verlässliche Ansprechpartner zu haben
- ... sogar über ablehnende Gefühle ihren Kindern gegenüber sprechen zu können und diese nicht leugnen zu müssen
- ... von den Expertendialogen nicht ausgeschlossen zu werden

### Kinder müssen sicher sein, ...

- ... nicht übergangen und aufgrund von Behinderung exkommuniziert zu werden
- ... mit ihren Fähigkeiten gesehen und nicht auf den Defekt hin diagnostiziert zu werden
- ... dass ihnen schweigen nicht übelgenommen wird

### Sicherheit im therapeutischen Raum entsteht nicht, wenn wir als Therapeuten ...

- ... starren Anamnese- und Aufnahmeschemata folgen, die sich nicht an den Anliegen der Kinder und deren Familien orientieren
- ... Kinder und Familien nur an vermeintlichen Normalitäten messen, anstatt ihre eigene Geschichte zu würdigen
- ... Kinder und ihre Eltern zu Objekten von Untersuchungen machen



### 3. Worauf psychosoziale Helfer achten sollten

Kinder mit Behinderungen werden häufig hinsichtlich ihrer kognitiven Fähigkeiten überschätzt, noch häufiger aber hinsichtlich ihrer emotionalen Kompetenz unterschätzt. Nahezu seismografisch erfassen sie das familiäre Klima und drücken ihre Empfindungen auf ihre jeweils eigene Art aus. Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung sind in der Lage, am interaktiven Prozess teilzunehmen. Man sollte sich immer vergegenwärtigen, dass sie nicht nur Opfer ihrer Beeinträchtigung oder sozialer Bedingungen, sondern auch Mitgestalter ihres Lebens sind.

#### **Psychosoziale Helfer sollten beachten, dass ...**

- ... sie Menschen mit Intelligenzminderung in die Kommunikation einbeziehen
- ... sie eigene Schwierigkeiten, mit den Klienten angemessen Kontakt aufzunehmen, nicht zu Defiziten des Gegenübers umetikettieren
- ... ein abseits stehender Vater oder eine enttäuschte Mutter problematischer sein kann als eine unzureichend behandelte Störung oder ein Förderprogramm
- ... sie nicht durch eine eigene zu enge Bindung Unzufriedenheit mit den eigentlichen Familienmitgliedern fördern
- ... sie sich nicht mit dem einen Elternteil gegen den anderen verbünden
- ... das »behinderte Sorgenkind« nicht so stark ins Zentrum der Familie rücken kann und dadurch die Wahrnehmung von anderen Potenzialen und auch Konflikten verdeckt wird
- ... Familien mit behinderten Kindern häufig vielfältige Kontakte mit Helfersystemen haben und dabei teils sehr konträren Sichtweisen und Empfehlungen ausgesetzt waren
- ... sie mit den Familien ihre eigenen Maßstäbe und »Marker« für Erfolg ausloten
- ... Geschichten von Schuld gemeinsam umgeschrieben werden können in Richtung auf Resilienz und Ressourcen
- ... sie sich kundig machen in den Lebensbedingungen der Familien, damit besondere Belastung verstehbar und nicht zu einer Frage individueller Versäumnisse und womöglich Schuld wird
- ... sie gut mit Vertretern unterschiedlicher Berufsgruppen vernetzt sind
- ... sie sich immer wieder am Auftrag der Familien orientieren und nicht der Versuchung erliegen, die besseren Eltern sein zu wollen
- ... ihnen auch nicht alles gelingt

## 4. Herausforderung Auftragsklärung

### 4.1. Auftragslagen der Helfer

Psychosoziale Helfer lassen sich verschiedenen öffentlichen Versorgungskontexten zuordnen (Jugendhilfe oder Eingliederungshilfe für Behinderte) oder sie sind Angestellte unterschiedlichster privater Trägerorganisationen mit je eigenen »Philosophien« und Interessen, die die Leistungen *im Auftrag* des Jugendamtes oder des Sozialamtes erbringen. Hieraus leiten sich diverse Rahmenbedingungen und Botschaften ab, die der einzelne Helfer kaum mehr überblicken kann und die ihn gelegentlich auch in persönliche Not bringen. Noch problematischer ist, dass, von außen betrachtet, manche Entscheidungen nicht mehr nachvollziehbar sind. In den letzten Jahren hat sich schließlich der ökonomische Druck erhöht mit erheblichen Einsparungen im Bereich der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, sodass es bedeutsamer wurde, möglichst kostengünstige Leistungen anzubieten. In den Jugendämtern wurde die Praxis der Leistungsgewährung in diesem Sinne zunehmend reglementiert bis hin zur Deckelung einzelner Leistungstypen (z. B. Heimunterbringungen gem. §34 SGB VIII oder Feststellung einer »seelischen Behinderung« gem. §35a SGB VIII). Im Bereich der psychosozialen Versorgung sind die staatlichen Jugendämter die wichtigste Institution<sup>2</sup>, die eine sowohl familienunterstützende als auch -kontrollierende Funktion haben (Einschätzung und Intervention bei Kindeswohlgefährdung im Sinne des »Wächteramts des Staates« nach Art. 6 GG bzw. §1 SGB VIII). Diese Doppelfunktion ist nicht nur Quell größter Vorbehalte, »das Jugendamt einzuschalten«, sondern auch *das* abschreckende Szenarium für Eltern und Familien. In den Ämtern selber sind daher die Schwellen, das »Wächteramt« wahrzunehmen, sehr hoch (unterstützt übrigens von Familiengerichten, bei denen nach wie vor das Elternrecht gegenüber den Rechten der Kinder höher gewichtet scheint). Mit der Einführung des §8a SGB VIII (»Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung«) wurde – im Kontext gravierender Vorfälle von Kindesmisshandlungen – festgelegt, dass alle privaten und öffentlichen Träger der Jugendhilfe den staatlichen Schutzauftrag gegenüber Kindern wahrnehmen *müssen*. Ebenso sind Kindergärten, Schulen und alle Einrichtungen des Gesundheitswesens aufgefordert, bei hinreichendem Verdacht sog. »Kinderschutzmeldungen« beim Jugendamt abzugeben. Auch in der medizinischen Versorgung gibt es deutliche ökonomische Vorgaben. Vor allem Verweildauern unterliegen strengeren Prüfungen, längere Aufenthalte bedürfen teils umfassender Begründung. Andererseits sind Belegungsraten zu gewährleisten und »Fallzahlen« zu erfüllen. Implizite Aufträge von

---

<sup>2</sup> Selbst die staatlichen Dienste der Gesundheitsämter (Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst) können nur entsprechende Stellungnahmen an das Jugendamt abgeben, sind aber nicht befugt, Sicherungsmaßnahmen zu ergreifen – außer Zwangsunterbringungen in psychiatrischen Kliniken.

Behandlungsteams können daher von solchen »belegungspolitischen« Hintergründen beeinflusst sein. Institutionen unterliegen auch politischem Druck. So wird Kliniken abverlangt, Therapieangebote inklusiv zu gestalten, obwohl die betroffenen Kinder und Jugendlichen in der Regel in spezialisierten Kontexten (u. a. Förderschulen) begleitet werden und es ethisch höchst zweifelhaft ist, Therapie mit Blick auf ferne Ziele zu formulieren und nicht am Alltag zu orientieren, in den die Betroffenen zurückkehren.

An dieser Stelle geht es nicht darum, die teils verdeckten Auftragslagen zu kritisieren. Deutlich werden soll nur, dass auch die Berater, Helfer und Therapeuten in ihrem täglichen Handeln von ihren jeweiligen Handlungssystemen in je eigener Weise beauftragt sind und dass diese Aufträge selten offen kommuniziert werden. Im Beratungsprozess sollten die Helfer möglichst Klarheit über ihre eigenen institutionellen Aufträge haben, mit denen sie auf Klienten oder andere psychosoziale Institutionen zugehen, und darüber reflektieren, wie diese Aufträge ihre Beziehungen zu Klienten oder anderen Helfersystemen prägen können.

## 4.2. Uneinigkeit zwischen den Sorgeberechtigten

Die Mutter erlebt ihren Sohn als erheblich zu unruhig und sieht sich ständigem Klagen der Schule ausgesetzt. Sie sucht daraufhin ihren Hausarzt auf, der weitere Diagnostik und Therapie veranlasst. In der Beratung, zu der die Mutter alleine mit dem Kind kommt, berichtet sie, dass ihr Mann seinen Sohn für normal hält und die Lehrerin für unfähig. Der Junge selbst äußert kein Anliegen.

Derartige Konstellationen sind keineswegs selten und mitbedingt durch die noch weitverbreitete Praxis, allein die Mütter in den Therapieprozess einzubeziehen. Günstigenfalls profitiert das Kind von der Beratung. Es bleibt jedoch die Gefahr einer Triangulation und chronischen Überforderung. Bei stationärer Behandlung sind es dann vor allem die Erzieher, die den stationären Alltag gestalten, die keine eindeutige Beauftragung durch die Eltern erfahren. Konsequenterweise verweigern sich dann die Kinder und helfen mehr oder weniger erfolgreich, dass sich die Erwachsenen endlich einigen.

Zur Auftragsklärung in stationären Einrichtungen gehört, dass die im Alltag verantwortlichen Betreuer eine eindeutige »Orientierung« durch die Eltern erfahren, da sich ansonsten ihre Erfolgchancen zur Bewältigung der Probleme minimieren. Gelingt es in Problemlagen nicht, einen Konsens zu finden, würden wir ggf. die Therapie so lange unterbrechen, bis dieser erstellt ist. Dabei kann der Konsens zwischen den Eltern durchaus unterschiedlich sein. Wenn sie sich beispielsweise einigen, dass eine Woche die Mutter die Vorgaben macht, in der nächsten dann der Vater, kann auch eine derartige Lösung zu günstigen Veränderungen führen. U. E. ist die wiederholte Beratung über den Auftrag bereits ein wesentlicher Teil der Therapie.

## 4.3. Uneinigkeit zwischen einer

## Betreuungsinstitution und den Eltern

Wenn beispielsweise allein die Schule, das Jugendamt, der Kindergarten, eine Beratungsstelle oder die Großeltern die Behandlung vorschlagen, die Eltern sie jedoch für sinnlos halten und lediglich aus formalen Gründen zur Vorstellung kommen, entsteht gleichfalls eine schwierige Situation, vor allem ergibt sich kein sinnvoller Veränderungsrahmen für das Kind. In solchen Situationen raten wir, bevor es zu irgendwelchen Auftragsübernahmen kommt, zu einer *moderierten Diskussion mit der jeweiligen Institution und den Eltern*. Derartige Zurückhaltung stößt bei den Zuweisern vielfach auf Unverständnis. Wenn aber von den verantwortlichen Eltern das Problem lediglich beim Zuweiser gesehen wird und kein Konsens zwischen beiden erzielt werden kann, haben wir als Berater oder Helfer tatsächlich keine Interventionschancen. In derartigen Situationen ist Verhandlungsgeschick gefragt, damit die Perspektive der Zuweiser (Familienhelfer, Einzelfallhelfer, Jugendamt, Einrichtung der Behindertenhilfe oder Schule) und deren oft sehr differenzierter Blick auf die Problemlagen der Kinder und Jugendlichen nutzbar gemacht werden kann, ohne dass die Sorgerechtigten sich in ihrer Verantwortlichkeit beeinträchtigt fühlen.

Von diesen grundsätzlichen Überlegungen gibt es Abweichungen, wenn beispielsweise Kinder oder Jugendliche suizidal sind oder sich psychotisch zeigen. Sehen die Eltern in solchen Fällen keinen Hilfebedarf, wird man ggf. unter Einbezug des Jugendamtes mit Blick auf das Kindeswohl handeln müssen. Die Meldung einer Kindeswohlgefährdung obliegt im Übrigen allen psychosozialen Helfern, die Entscheidung darüber trifft ausschließlich das Jugendamt.

### 4.4. Der für den Auftrag wirklich Verantwortliche ist nicht präsent

Die im Folgenden knapp skizzierten Gemengelagen müssen im Einzelfall sehr sorgfältig »aufgedrösel« werden, um einerseits den formellen Auftraggeber zu ermitteln, der also befugt ist, diese oder jene Maßnahme durchzusetzen, sowie andererseits die ideell wichtigen Bezugspersonen herauszufinden, die für das Kind oder den Jugendlichen die maßgeblichen Orientierungen, aber auch Konfliktbeziehungen darstellen.

Pflegefamilien betreuen und versorgen Kinder und Jugendliche im Auftrag des Jugendamtes (gem. §33 SGB VIII) in gleicher Weise wie vollstationäre Einrichtungen der Jugendhilfe/Behindertenhilfe (§34 SGB VIII) anstelle der leiblichen Eltern, denen das Sorgerecht aberkannt wurde oder die mehr oder weniger freiwillig ihre unmittelbare Erziehungszuständigkeit abgegeben haben. Ein Teil der Eltern delegiert die Verantwortung mittels Vollmachten an die Einrichtung oder an die Pflegeeltern. Solche Vollmachten sind formal nicht bindend. Besitzen die Eltern noch das Sorgerecht oder Teile davon, müssen sie allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zustimmen. (Amts-)Vormünder (wenn Eltern das

Sorgerecht entzogen bekommen haben) müssen zwingend persönlich in die Auftragsklärung einbezogen werden. Dennoch können in diesen Fällen nach wie vor mehr oder weniger enge emotionale Beziehungen zu den leiblichen Eltern, auch zu den Pflegeeltern, zu wichtigen Personen der Heimerziehung bestehen, die vor allem in Behandlungssettings unbedingt geklärt werden müssen und wenn möglich in die Behandlung mit einbezogen werden sollten. Für den Klienten muss möglichst klar sein, wer für was in diesen Prozessen zuständig ist, wer verantwortlich dafür ist, dass eine Maßnahme durchgeführt wird, und schließlich wer ein ganz persönliches Interesse hat, dass der Klient von dieser Maßnahme profitiert.

In der Praxis kann es daher sehr viel Sinn machen, diese Beziehungs- und Verantwortungsnetze »an einen Tisch zu bringen« und mit allen auf einmal oder gestuft (formelle und ideelle Zuständigkeit) die Auftragslagen in Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen zu klären. Allerdings müssen im Einzelfall die Risiken für die Sicherheit des Kindes oder Jugendlichen (beispielsweise vor Retraumatisierungen, vor unangemessener oder gar schädlicher Einflussnahme, vor Aktualisierung überwundener geglaubter Konfliktsituationen, vor unlösbaren Konfrontationen der Beteiligten) soweit möglich vorher bedacht werden.

#### 4.5. Sicherungsaufträge

Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie dürfen keine Instrumente der gesellschaftlichen Kontrolle sein. Als Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung sind sie ausschließlich zur Diagnostik und Therapie seelischer Störungen oder seelisch begründeter Verhaltensauffälligkeiten zuständig. Das schließt Zwangsmaßnahmen nicht aus, wenn die Lebensäußerungen der Kinder und Jugendlichen eine Gefahr für Leib und Leben von sich und anderen bedeuten und ein mindestens vermuteter Zusammenhang mit seelischen Problemlagen besteht. Die Grenzziehung zu selbstbestimmtem Risikoverhalten oder zu ebenso selbstbestimmter krimineller Handlung ist prima vista selten eindeutig und häufig erst durch genauere Diagnostik möglich. Bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen ist diese Grenzziehung besonders im Bereich des expansiv-aggressiven und kriminellen Verhaltens äußerst schwierig.<sup>3</sup> Therapie und

---

<sup>3</sup> Zwangsunterbringungen in Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind unter folgenden Bedingungen möglich, unabhängig vom Intelligenzniveau des Klienten:

1. auf Antrag der Eltern beim Familiengericht gem. §1631b BGB bei ärztlich attestierten schwerwiegenden psychischen Störungen im familiären (oder auch schulischen) Kontext
2. zur Krisenintervention bei »Gefahr für Leib und Leben von sich und anderen« im Kontext seelischer Störungen gem. den Unterbringungsgesetzen der Länder (PsychKG) auf Antrag der Ordnungs- oder Gesundheitsämter (oder bei Gefahr im Verzuge durch jeden approbierten Arzt)

Zwangskontext schließen sich nach unserer Erfahrung nicht aus, wenn die Verantwortlichkeiten klar definiert, die Rahmenbedingungen eindeutig sind und es Hinweise darauf gibt, dass die Betroffenen von einer Therapie profitieren können. Manchmal ergeben sich Fragen nach geschlossener Unterbringung, weil anderweitig in der Behinderten- oder der Jugendhilfe keine Plätze zur Verfügung stehen. Psychiatrie sollte diese Lücken nicht füllen und derartige Aufträge nicht annehmen, sofern die Fragestellung nicht primär psychiatrisch ist.

#### 4.6. Unklare Zuständigkeiten

In den Auseinandersetzungen zwischen Jugend- und Behindertenhilfe einerseits und Kinder- und Jugendpsychiatrie andererseits werden gerade in Fällen von Kriseninterventionswünschen bei Jugendlichen mit expansivem Verhalten sehr konträre Positionen formuliert. Erstere stellen Therapieaufträge in den Vordergrund, während Kinder- und Jugendpsychiatrien Ablehnungen mit der Zuständigkeit der Pädagogik begründen. Jede der Parteien kämpft in Streitfällen um die Definitionshoheit, wobei zweifelsfrei eine sichere Differenzierung zwischen sogenannten psychiatrischen und sogenannten pädagogischen Problemen nicht immer möglich ist. Da der Druck auf allen Seiten sehr hoch ist, wird es sehr von der Kooperationsfähigkeit der lokalen Akteure und ihrem Respekt voreinander abhängen, ob hier »kundenorientiert« der sinnvollste Weg vereinbart werden kann. Aufgrund der epidemiologischen Erkenntnisse und des psychiatrischen Wissens über aggressiv-expansive Verhaltensauffälligkeiten sowie schließlich vor dem Hintergrund der gravierenden Defizite in der ambulanten psychiatrischen Versorgung wäre seitens der spezialisierten Kliniken dringend geboten, zur Abklärung der Problematik ihr Know-how eher zur Verfügung zu stellen. Denn erst nach einer differenzierten, nicht notwendigerweise stationären Diagnostik wird sich wirklich klären lassen, wie »pädagogisch« oder wie »psychiatrisch« das Problem ist. Angesagt sind neue Versorgungskonzepte, wie z. B. verstärkt konsiliarische Angebote vor Ort, Konzepte der Krisenintervention mit intensiver ambulanter Nachsorge, Notfallambulanzen etc. Dafür müssen die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

---

#### 3. selten zur Frage der forensischen Begutachtung der Strafmündigkeit eines Jugendlichen

All diese Situationen bedürfen gerichtlicher Genehmigungen, sofern es nicht gelingt, Freiwilligkeit herzustellen, um den diagnostischen oder den dann evtl. notwendigen therapeutischen Auftrag durchzuführen. Umgekehrt erlaubt ein Gerichtsbeschluss lediglich die Freiheitsbeschränkung oder -entziehung, erzwingt diese aber nicht. Es bedarf also nicht der Aufhebung eines Beschlusses, um im klinischen Kontext Freiheitsbeschränkungen zu lockern oder zu beenden (Ausnahme: spezielle forensische Abteilungen für Jugendliche).

#### **4.7. Auftrag und (Entwicklungs-)Alter**

Kinder und Jugendliche sollten so früh wie möglich in die Entscheidungen über unterstützende und therapeutische Anliegen einbezogen werden. Je jünger die Kinder sind, desto eher werden Eltern Aufträge formulieren. Bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen wird ein niedriges Entwicklungsalter postuliert, und damit wird begründet, dass sie kaum eigene Aufträge formulieren können. Nach unseren Erfahrungen können die meisten Kinder mit Intelligenzminderungen durchaus Aufträge formulieren, wenn sie hier angemessen unterstützt und verstanden werden. Andere können sicher nur durch Gesten Zustimmung oder Ablehnung signalisieren. Hier wird am emotionalen Ausdruck zu ermessen sein, was im Interesse der Betroffenen liegt.

#### **4.8. Einbeziehung des (professionellen) Umfeldes in die Auftragsklärung**

Wenn Kinder und Jugendliche nicht selbst Aufträge formulieren können, wird man sich in erster Linie daran orientieren, was Eltern für das Anliegen ihres Kindes halten. Frühzeitige Einbeziehung der Lehrer, der Schulsozialarbeit, der Jugend- und Behindertenhilfe, der Förderangebote bzw. Werkstätten oder der Wohnheimmitarbeiter kann zudem sehr helfen, potenzielle Anliegen zu formulieren. Zumindest lässt sich gemeinsam ein Raum ausloten, innerhalb dessen sich der Mensch mit Behinderungen wohler, sicherer, zufriedener gefühlt hat, und daraus ableiten, wohin seine Änderungswünsche gehen.

## 5. Therapeutische Techniken bei Traumafolgestörungen im engeren Sinne

### 5.1. Stabilisierungstechniken

Die imaginativen Stabilisierungstechniken sollten an die Möglichkeiten der Klienten angepasst sein.

Der innere »sichere Ort«, Wohlfühlort, Geborgenheitsort beruht auf der Idee, sich an einem imaginierten Ort sicher und geborgen zu fühlen. Diesen mit Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung zu imaginieren, ist nicht immer ganz einfach. Auch hier bedarf es der gezielten Nachfragen in Anamnesegesprächen, um eine Idee davon zu entwickeln, wie dieser Ort aussehen könnte, wenn die Klienten über keine umfassende Sprache verfügen.

Die Tresorübung ist nur dann möglich, wenn die Klienten über genügend Sprache verfügen oder in der Lage sind, nachzuvollziehen, wie Dinge weggesperrt werden können. Nur dann kann man auch die ständig wiederkehrenden Bilder, Affekte oder Traumasequenzen »wegsperrern«. Dies lässt sich im Einzelfall spielerisch über Spielzeuggaragen, kleine »Schatztruhen« oder Schmuckkästen verdeutlichen.

Der Einsatz von Ohrstöpseln oder Kopfhörern kann es im Einzelfall ermöglichen, Distanz zu traumaassoziierten Geräuschen oder Stimmen zu gewinnen. Wichtig ist, vorher zu erfragen, welche Musik/Hörspiele o. Ä. die Klienten vorher schon gemocht haben. Der Notfallkoffer beinhaltet Hilfsmittel zur Affektregulation und Hinweise, die die Klienten im Krisenfall nutzen können. Auch hier kann es von besonderer Wichtigkeit sein, die anamnestischen Angaben der bisherigen Helfersysteme zu nutzen und auch ihnen den Notfallkoffer zu erklären.

Die imaginativen Techniken sollten wiederholt angeboten und eingeübt werden, um dauerhafte Effekte zu erzielen.

### 5.2. Der Ego-State-Ansatz

Entwickelt wurde der Ansatz von H. und J. G. Watkins (Watkins u. Watkins 2003). Sie ließen psychoanalytische und hypnotherapeutische Ideen in die Arbeit mit Dissoziation einfließen. Unterschiedliche Ich-Zustände kennt jeder Mensch. Jeder Mensch verhält sich in unterschiedlichen Situationen, in unterschiedlichen Kontexten und bei unterschiedlichen Stimmungslagen anders, ohne dabei die Konsistenz seines Ich-Erlebens aufzugeben. Bei Traumatisierungen kommt es zu einer Aufspaltung verschiedener Ich-Anteile, die nicht mehr miteinander interagieren. Dieses Erklärungsmodell kann den Klienten und ihrem psychosozialen Umfeld angeboten werden, um »unverständliche« Reaktionen nachvollziehbarer zu machen. Durch die Arbeit mit Ego-States ist es möglich, mit Klienten über Ambivalenzen, Angstzustände oder psychosenahes Erleben in Dialog zu kommen und wieder ein stabileres, stimmigeres, ganzheitliches Selbsterleben zu entwickeln.



Klienten mit Intelligenzminderungen können, sofern sie über Sprache verfügen, gut über unterschiedliche »Zustände« berichten, wenn sie dies in ihrer Sprache tun dürfen. Emotionale Zustände können sie oft gut über Bilder verbalisieren wie »Wutteufel«, »Meckerziege«, »Jammerlappen«, wenn diese ihnen angemessen sensibel angeboten werden. Auch bildliche Darstellungen oder Symbole können sie darin unterstützen, in Dialog über die unterschiedlichen States zu kommen.

### **5.3. Die Arbeit mit dem inneren Kind**

In der Arbeit mit dem inneren Kind geht es in erster Linie um die Möglichkeit des Nachreifens und Nachheilens. Eine Grundvoraussetzung ist die vorherige Einübung von Stabilisierungstechniken wie dem sicheren Ort. Intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche stehen dieser Technik oft sehr offen gegenüber. Zur Arbeit mit dem inneren Kind hat es sich als hilfreich erwiesen, auch hier symbolische Darstellungen zu nutzen. Dazu eignen sich zu versorgende Objekte wie Puppen oder Kuscheltiere. Diese werden idealerweise in einem Raum in einer gut »ausgestatteten« Ecke mit Decken, Kissen o. Ä. platziert und die Bedürfnisse nach Ruhe, Geborgenheit, Nahrung werden nachgestellt. Die Klienten zeigen sich erstaunlich kreativ in der Ausgestaltung der Möglichkeiten.

### **5.4. EMDR**

EMDR (Eye Movement Desensitization und Reprocessing) wurde in Palo Alto (Kalifornien) 1989 von F. Shapiro entdeckt und entwickelt in der Arbeit mit Vietnam-Veteranen. Es gehört zu den bestuntersuchten und wirksamsten Methoden zur Verarbeitung von Traumafolgestörungen. Es ist ein manualgestütztes, strukturiertes Verfahren, das normalerweise in 8 Schritten erfolgt. Es eignet sich auch zur Verankerung und Verstärkung von Ressourcen und positiven Bildern.

Da die Erfahrungen im Kinderbereich ebenfalls positiv sind, auch bei sehr jungen Kindern ohne Sprache, erscheint es in der Arbeit mit Klienten mit deutlicherer Intelligenzminderung sehr hilfreich. Hier sind die vorherige ausführliche Anamnese und eine detaillierte Aufklärung der Sorgeberechtigten besonders wichtig, die nach Möglichkeit die Sitzungen auch begleiten sollten. Die bilaterale Stimulierung kann bei schwerer Einschränkung in der Regel nicht über Augenbewegungen erfolgen. Als Alternative sind aber taktile Bewegungen wie Klopfen auf die Handflächen, Knie oder Schulterblätter ebenfalls möglich. In der Regel stellen sich nach einiger Zeit verstärkte Emotionen und eine Abreaktion ein, die eine spür- und sichtbare Entlastung für den Klienten bedeutet. Die 8-schrittige Strukturierung kann so nicht durchgeführt werden und muss entsprechend den Fähigkeiten der Klienten angepasst werden (vgl. Hensel 2012 a, b).

## Literatur

Hensel, T. (2012a): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. Wo stehen wir? In: K. Hennische (Hrsg.): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung. Marburg (Lebenshilfe), S. 14–31.

Hensel, T. (2012b): Ambulante Traumatherapie mit geistig behinderten Klienten. Methoden und Techniken. In: K. Hennische (Hrsg.): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung. Marburg (Lebenshilfe), S. 149–171.

Shapiro, F. (1989): Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, S. 199–223).

Watkins, J. G. u. H. H. Watkins (2003): Ego-States. Theorie und Therapie. Heidelberg (Carl-Auer).

## 6. Das entwicklungspsychologische Konzept der Intelligenzminderung bei Anton Došen

Neben der biologischen Dimension, der sog. Funktionsdimension und der sozialen Dimension (Umwelt- oder Umgebungsbedingungen) konstatiert Došen (2010) eine vierte *Entwicklungsdimension*, die er aus klinischer wie theoretischer Sicht für das Verständnis der Verhaltensprobleme für unerlässlich hält (»entwicklungsdynamisches Konzept«). Zur theoretischen Begründung der Entwicklungsdimension bezieht sich Došen auf alle relevanten entwicklungspsychologischen Konzepte (Freud, Piaget, Luria, Mahler, Erikson, Bowlby, Stern, einschließlich Aspekten der Hirnentwicklung; ebd., S. 44 f.), die jeweils innerhalb ihrer Modellvorstellungen bestimmte psychologische und soziale Fähigkeiten und Fertigkeiten, auf Lebensaltersphasen bezogen, beschrieben haben. Er fasst diese Erkenntnisse sehr pragmatisch in einem Phasenmodell der emotionalen Entwicklung (»Schema der emotionalen Entwicklung«) einschließlich der globalen Konflikte jeder Entwicklungsstufe zusammen (ebd., S. 46):

### **Schema der emotionalen Entwicklung (Došen 2010)**

- 1) Phase bis 6 Monate: Adaptationsphase (Homöostase vs. Dysregulation)
  - physiologische Regulation
  - sensorische Integration
  - Integration von Struktur, Raum, Zeit und Personen
- 2) Phase 6–18 Monate: erste Sozialisierungsphase (Vertrauen vs. Mißtrauen)
  - Bindung und basale Sicherheit
- 3) Phase 18–36 Monate: erste Individuationsphase (Autonomie vs. Abhängigkeit)
  - Abstand von körperlichem Kontakt nehmen, Selbst-Fremd-Differenzierung
  - Individuation (Autonomie)
- 4) Phase 3–7 Jahre: Identifikationsphase (Initiative vs. Gehemmtheit)
  - Ich-Bildung
- 5) Phase 7–12 Jahre: Realitätsbewusstseinsphase (Selbstvertrauen vs. Minderwertigkeit)
  - Ich-Differenzierung

Zusammen mit einer Fülle von gut nachvollziehbaren weiteren Aspekten der menschlichen Entwicklung, die hier nicht weiter ausgeführt werden können, entwirft der Autor ein »*multidimensionales Modell der Persönlichkeitsentwicklung*« mit dem Kernstück der obigen Entwicklungsphasen (ebd., S. 41–62). Nach Došen kann festgestellt werden:

1. Die jeweils erreichbaren Fähigkeiten zur Bewältigung der »Entwicklungsaufgaben« zur Persönlichkeitsentwicklung im Verlauf der Entwicklungsphasen korrespondieren mit dem Ausmaß der intellektuellen Beeinträchtigung:

*Intelligenzquotient    Entwicklungsalter*

<i>IQ 0–20</i>	<i>0–2 Jahre</i>
<i>IQ 20–35</i>	<i>2–4 Jahre</i>
<i>IQ 35–50</i>	<i>4–7 Jahre</i>
<i>IQ 50–70</i>	<i>7–12 Jahre</i>

Entwicklungsalter heißt: Stand der Fähigkeiten und Möglichkeiten des Denkens, Fühlens und Handelns der Person (»Stand der Persönlichkeitsentwicklung«), gemessen an normal entwickelten Kindern. Dösen (2010, S. 24 f.) schreibt:

»Die grundlegende Prämisse ... ist, dass sich Menschen mit einer intellektuellen Behinderung in ihrer psychosozialen Entwicklung grundsätzlich nicht von anderen Menschen unterscheiden, jedoch dauert der Entwicklungsprozess länger und endet schließlich auf einem niedrigeren Niveau als bei nicht behinderten Menschen.«

2. Jeder der Entwicklungsphasen können spezifische Bedürfnislagen, emotionale Möglichkeiten, Motivationen und Aktivitätsmuster zugeordnet werden, diese sind also wesentlich inhaltsreicher als die obigen allgemeinen Persönlichkeitsmerkmale. Mithilfe eines Fragebogens (SEO) können diese komplexen Ausdrucksformen erfasst und der jeweiligen sozioemotionalen Entwicklungsstufe zugeordnet werden<sup>4</sup>. Ebenso können Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen (aber auch und noch sicherer bei Erwachsenen) mit Intelligenzminderung als Ausdruck bestimmter Entwicklungsphasen verstanden werden. Schließlich befasst sich der gesamte vierte und fünfte Teil des Lehrbuches mit konkreten psychiatrischen Störungsbildern und ihrer Gestaltung im Kindes- bzw. Erwachsenenalter in Abhängigkeit vom Schweregrad der Intelligenzminderung. Sappok et al. (2011, 2012) und Sappok (2014) konnten zeigen, dass je nach Entwicklungsstufe (mit dem SEO ermittelt) unterschiedliche Ausgestaltungen und Symptomatologien psychischer Störungsbilder beachtet werden müssen.

3. Natürlich wird der erreichte sozioemotionale Entwicklungsstand nicht nur durch die intellektuellen Voraussetzungen eines Menschen bestimmt oder gar durch einen

---

<sup>4</sup> Das SEO erfasst insgesamt zehn psychosoziale Bereiche. In jedem Bereich werden jeder Entwicklungsphase typische komplexe Verhaltensweisen (3 Items, teilweise operationalisiert) zugeordnet, die sich in signifikanter Weise in jeder Entwicklungsphase verändern. Je nach beobachteter Verhaltensweise kann so das sozioemotionale Entwicklungsalter in den jeweiligen psychosozialen Bereichen eingeschätzt werden. Die Beobachtungen sollten in verschiedenen Situationen vorgenommen werden, z. B.

- allein in der Einzelsituation,
- in der Interaktion mit anderen wichtigen Bezugspersonen,
- in der Interaktion mit Gleichaltrigen (im Spiel, im Kindergarten, in der Schule),
- im Umgang mit Gegenständen.

Die Informationen können auch in Interviews mit Personen, die das Kind oder den Jugendlichen gut kennen (z. B. Eltern, Erzieher, Lehrer), gewonnen werden.

gemessenen IQ-Wert, sondern auch durch Einflüsse während der anstehenden Entwicklungsaufgaben, sodass signifikante Unterschiede in den Entwicklungsständen möglich, ja sogar relativ verbreitet sind. Am häufigsten sind Diskrepanzen zwischen den kognitiven Möglichkeiten und den sozioemotionalen Fähigkeiten (mal abgesehen von der fast immer bestehenden Diskrepanz zum körperlichen Reifestand), die sich in der Regel dann offenbaren, wenn es zu zusätzlichen Belastungen und Konflikten kommt, die verstärkt Copingstrategien erfordern.

Dieses diagnostische Konzept (»Integrative Diagnose«) ermöglicht eine komplexe Beschreibung der Lebenssituation eines Menschen auf vier Ebenen (Dimensionen):

- Biologische Dimension (genetische Veränderungen und andere biologische Abweichungen des zentralen Nervensystems),
- Funktionsdimension (motorische und sensorische, aber besonders kognitive, soziale und emotionale Aktivitätsbereiche),
- soziale Dimension (soziale Umgebung mit allen dazugehörigen Interaktionen, Umwelt- oder Umgebungsbedingungen),
- Entwicklungsdimension (Entwicklungsstand als aktuelles Ergebnis sequenzieller Prozesse, d. h. schritt- oder phasenweiser Verlauf der Entwicklung) (ebd., S. 26).

Die zentral wirksame Entwicklungsdimension *moduliert sämtliche Äußerungsformen eines Menschen* entsprechend dem sozioemotionalen Entwicklungsstand, der mithilfe eines elaborierten Testverfahrens (SEO) empirisch eingeschätzt und einer definierten (entwicklungsgeschichtlichen) Lebensphase zugeordnet werden kann. Zusammenfassend wird eine »integrative Diagnose« erstellt, die sämtliche Dimensionen einschließlich des sozioemotionalen Entwicklungsstandes beschreibt.

Die Behandlungsstrategien folgen den Ergebnissen der integrativen Diagnose und beziehen sich wesentlich auf drei bzw. vier Behandlungsebenen:

- Auf der ersten (basalen) Ebene müssen die existenziellen, vitalen Bedürfnisse sowie die physiologischen Funktionen und die basalen psychosozialen Bedürfnisse beachtet und befriedigt werden (Entwicklungsebene).
- Auf der zweiten Ebene stehen Förderung und Begleitung psychosozialer Prozesse, die für die Persönlichkeitsentwicklung und für eine entsprechende psychische Funktionsfähigkeit notwendig sind, im Vordergrund (soziale Ebene, psychologische Ebene).
- Auf der dritten Ebene geht es um spezielle therapeutische Maßnahmen in Bezug auf die diagnostizierte Störung (biologische Ebene, psychologische Ebene) (ebd., S. 91).

Došen sieht zunächst einen *primären Hilfebedarf*, den er nach Maßgabe des unaufgelösten Konflikts resp. der unbewältigten Entwicklungsaufgaben der jeweiligen Entwicklungsstufe bestimmt. Die eigentlichen Behandlungen beziehen sich *eher störungsspezifisch*

auf die biologische (z. B. Psychopharmaka), auf die psychologische (z. B. Psychotherapie, Förderung, Training, Heilpädagogik) und die soziale Ebene (Anpassung, Gestaltung des primären Umfeldes an die Entwicklungsstufe, Heilpädagogik) (ebd., S. 96 ff.).

Diese multimodalen Behandlungsangebote werden nach Maßgabe des Einzelfalls eingesetzt (selten gleichzeitig, häufig sequenziell) und sind keineswegs hierarchisch gewichtet in ihrer Abfolge und Wertigkeit, abgesehen von der primären, konsequenten Einbeziehung und Beeinflussung des individuellen Entwicklungsniveaus, die als wesentliche Voraussetzung für die Nützlichkeit und Effektivität multimodaler Behandlungsangebote angesehen wird.

Wie auch in jedem anderen Therapiekonzept geht es um Reduktion der Symptomatik, um die Einleitung und Unterstützung von Nachreifeprozessen sowie um Empfehlungen einer angepassteren Gestaltung des Lebensumfeldes.

## Literatur

- A. Došen (2010a): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Göttingen (Hogrefe).
- A. Došen, W. I. Gardener, D. M. Griffith, R. King u. A. Lapointe (2010b): Praxisleitlinien und Prinzipien. Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten. Berlin (DGSGB).
- T. Sappok, C. Schade, H. Kaiser, A. Došen u. A. Diefenbacher (2011): Die Bedeutung des emotionalen Entwicklungsniveaus bei der psychiatrischen Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart (Thieme).
- T. Sappok, A. Diefenbacher, T. Bergmann, S. Zepperitz u. A. Došen (2012): Emotionale Entwicklungsstörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung: Eine Fall-Kontroll-Studie. Psychiatrische Praxis. 39 (5): 228–238.
- Sappok, T. (2014): Emotionale Entwicklungsstörungen. In: C. Schanze (Hrsg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen. Stuttgart (Schattauer), S. 245–251.

## 7. Aspekte der Inklusion – Herausforderungen an die Familie

### 7.1. Inklusiver Kindergarten und inklusive Beschulung – Wer entscheidet?

Angesichts der Wandlungen auf dem Weg zur Inklusion benötigen Eltern, die psychische Belastung und Über- oder Unterforderung ihrer Kinder vermeiden wollen, Beratung in Hinblick auf die für sie richtige Wahl: inklusiver Kindergarten oder Schule oder Sonderkindergarten und Beschulung in einer Förderschule für geistige Entwicklung? Kriterien für die Entscheidungsfindung können sein:

- Welche Erfahrungen hat der Kindergarten/ die Schule mit Kindern mit Intelligenzminderungen?
- Gibt es andere Kinder mit Behinderungen oder wäre mein Kind allein?
- Besteht die Möglichkeit zum Austausch mit anderen Eltern?
- Wie ist die Schule mit Spezialisten und Selbsthilfe vernetzt?
- Welche Erfahrungen bestehen für den Freizeitbereich?
- Wie erlebe ich die Kindergärtner oder den Klassenlehrer?
- Was braucht mein Kind? Wie ist es im Kontakt mit anderen Kindern? Wie geht es damit um, wenn es Dinge nicht so gut erfasst wie andere Kinder? Mit welchen Kindern hat es bisher die besten Erfahrungen?
- Gibt es ein nachvollziehbares Konzept für die Inklusion? Sind die Förderspezialisten zu sprechen?
- Gibt es an der Förderschule Projekte mit anderen Schulen, Sportvereinen? Wie wird mein Kind auf einen Umgang außerhalb der spezialisierten Einrichtungen vorbereitet?
- Sind die Anfahrtswege vertretbar? Gibt es Freunde an der Schule?

Mittlerweile können sich Eltern – zumindest was Schulentscheidungen angeht – durch speziell seitens der Schulen abgestellte Berater bei ihrer Entscheidung Förderschule versus gemeinsamer Unterricht beraten lassen.

»Inklusion« ist durch die Ratifizierung der UN-Konvention 2009 zur staatlichen Verpflichtung geworden, gleichzeitig wird aber dem Elternwahlrecht höchste Priorität eingeräumt, sodass im Ergebnis weder verbindliche Strukturen im Bildungssystem noch klare Orientierungen vorhanden sind. Die enormen Kosten, die wirkliche »Inklusion« in den Bildungsinstitutionen verursachen würde, sorgen schließlich dafür, dass die notwendigen »radikalen«

Entwicklungsschritte nicht, nur halbherzig oder nur technisch umgesetzt werden. Was die psychischen Belastungen der Kinder angeht, wird man sehr wachsam sein müssen in zwei Richtungen:

- bei den Kindern in Schwerpunkteinrichtungen spezialisierter Kindergärten und Schulen im Hinblick auf mögliche Ausgrenzung von ihren regionalen Peers und die Effekte möglicher Stigmatisierung;

- bei den Kindern im gemeinsamen, »inkluisiven« Unterricht auf chronische Überforderung, auf interne, umso spürbarere, sichtbarere Ausgrenzungen in Fördergruppen, auf mangelnde Kontakte zu nicht beeinträchtigten (insbes. jugendlichen) Schülern während und nach Schulschluss.

Aus Elternperspektive bedeuten diese Entscheidungen oftmals ein grundsätzliches, »endgültiges« und letztlich auch gesellschaftlich stigmatisiertes Anerkennen der Intelligenzminderung des eigenen Kindes. Vor daher kann die Entscheidung für einen inklusiven Kindergarten oder die inklusive Beschulung auch hoffnungsvolles Herausögern bedeuten und die psychologisch so wichtige Verarbeitung des »Traumas«, ein intelligenzgemindertes, behindertes Kind zu haben, aufhalten.

## 7.2. Die Entscheidung zum Platz im Wohnheim oder im »betreuten« Wohnen

Imber-Black, Roberts u. Whiting (1993) und (2015) haben darauf hingewiesen, dass es vor allem die sehr schnellen und widersprüchlichen Änderungen der Meinungen und Einstellungen hinsichtlich Fremdunterbringung sind, die Familien verunsichern. Zudem fehlen anerkannte soziale Rituale für die langsame Verselbstständigung von Menschen mit Intelligenzminderung. Die meisten Eltern tun sich schwer, ihr Kind, ob mit oder ohne Intelligenzminderung, einer Einrichtung anzuvertrauen. Die Entscheidung zur professionellen Betreuung wird vielfach noch als Eingeständnis des Versagens der Elternschaft verstanden, manchmal auch als »Drohkulisse« oder reale Bestrafung des Kindes oder Jugendlichen: »Wenn du dich nicht benimmst, musst du ins Heim!«<sup>5</sup> Die Entscheidung für eine außerfamiliäre Wohnform kann unterschiedliche Hintergründe haben:

- Die Eltern sehen sich aufgrund eigener Belastung nicht mehr in der Lage, ihr Kind zu Hause zu erziehen.
- Das Kind, der Jugendliche benötigt professionelle Unterstützung (Betreuung, Erziehung, Pflege), die im familiären Rahmen nicht mehr leistbar ist.
- Im Rahmen von Adoleszenz und Ablösung fällt die Entscheidung zur eigenen Wohnung mit je nach Ressourcen unterschiedlich intensiver Betreuungsdichte.

Ob und wie diese Übergänge gelingen, hängt vom Bedeutungsrahmen ab, der ihnen gegeben wird. Dabei können gegenseitige Schuldkonten und das Gefühl, versagt zu haben, eine bedeutsame Rolle spielen. In diesen Fällen ist eine begleitende Beratung zu empfehlen mit dem Ziel, die räumliche Trennung als die jetzt richtige und verantwortliche Entscheidung erkennbar zu machen. Hierzu bedarf es einer gemeinsamen Position beider Eltern,

---

<sup>5</sup> In sehr prekären Einzelfällen kann auch die Befürchtung finanzieller Einbußen (z. B. Verlust der Leistungen der Pflegeversicherung, des Kindergeldes oder steuerlicher Vergünstigungen) dazu führen, dass Kinder in der Familie verbleiben, auch wenn sie von professioneller Begleitung deutlich mehr profitieren könnten.



guter Kooperationsvereinbarungen mit den dann zuständigen Betreuern und der Sicherheit bei den Kindern und Jugendlichen, sich auf den neuen Rahmen einlassen zu können, dabei unterstützt zu werden und für sich Gestaltungsoptionen für die eigene Zukunft zu erkennen. Gelingt dies nicht, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder und Jugendlichen, sich nicht auf die neue Situation werden einlassen können und u. U. in Triangulationen verstrickt bleiben.

Im Rahmen stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung können Familien erste Erfahrungen mit einer partiellen Ablösung machen. Kommen Kinder und Jugendliche in der Klinik vermeintlich besser zurecht, kann man

- Eltern vermitteln, dass sie dem Kind Fähigkeiten vermittelt haben, die ein Zurechtkommen anderswo ermöglichen,
- und dem Kind und Jugendlichen Respekt zollen, dass er die Integration und die neuen Aufgaben geschafft hat.

Übergänge in eine neue Lebenssituation werden in der Regel durch Rituale vermittelt (vgl. Imber-Black, Roberts u. Whiting 1993). Im Falle eines Auszugs wäre beispielsweise denkbar, dass Eltern ihr Kind mit Utensilien für die jetzt anstehende neue Lebensphase beschenken, verbunden mit dem Dank für die gemeinsame Zeit. Umgekehrt könnte der Jugendliche sich mit einem Geschenk von den Eltern verabschieden und eine gemeinsame Feier ausrichten. Wohnformen für Menschen mit Intelligenzminderung sind regional und bundesweit äußerst unterschiedlich in Bezug auf Inklusion organisiert: Wohnen in der Gemeinde, in gemeinsamen Häusern oder gar Wohngemeinschaften mit nicht behinderten Menschen sind die grundsätzlichen Optionen. Nach wie vor besteht allerdings ein breites Angebot an »exklusiven« Wohnformen in Einrichtungen der Behindertenhilfe.

### **7.3. Der Sozialraum oder wie man sich eine inklusive Zukunft vorstellen könnte**

Die Debatte um Inklusion bringt Kinder mit Behinderungen zurück in das Bewusstsein ihrer sozialen Nahfelder, will Handlungsräume schaffen für Zugehörigkeit und Mitgestaltung. Zu erhoffen wäre eine neue Willkommenskultur für Menschen mit Intelligenzminderung. Wenn Miteinander gelingen soll, wird man es schulen und unterrichten müssen. »Behinderung« gehört also als eines der zentralen Themen in den Unterricht, ebenso übrigens wie seelische Gesundheit. In den Kommunen bedeutet das, Zugänge zu öffnen für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderungen, Zugänge zu Vereinen, Veranstaltungen, Gemeinderäten, Pfarreien und in die Wohnzimmer der Nachbarn.

## **Literatur**

Hinz, A. (2007): »Inklusion. Einführung: Historische Entwicklungslinien und internationale Kontexte«. Verfügbar unter: [https://www.lebenshilfe.de/de/themen-recht/artikel/Fachtagung\\_Inklusion.php](https://www.lebenshilfe.de/de/themen-recht/artikel/Fachtagung_Inklusion.php) [30.09.2016].

- Imber-Black, E. (1990): Familien und größere Systeme. Im Gestrüpp der Institutionen. Heidelberg (Carl-Auer), 5. Aufl. 2006.
- Imber-Black, E., J. Roberts u. R. A. Whiting (1993): Rituale. Rituale in Familien und Familientherapie. Heidelberg (Carl-Auer) 6. Aufl. 2015.
- Retzlaff, R. (2010): Familien-Stärken. Behinderung Resilienz und systemische Therapie. Stuttgart (Klett-Cotta).
- UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.  
Verfügbar unter:  
[https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere\\_UNKonvention\\_KK.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile) [3.10.2012].

## 8. Herausforderndes Verhalten oder Problemverhalten?

Der Begriff des *challenging behaviour* oder »herausfordernden Verhaltens«, der häufig vor allem im pädagogischen Schrifttum zur Kennzeichnung dieser schwerwiegenden, expansiv-aggressiven Verhaltensauffälligkeiten von Menschen mit Intelligenzminderung gebraucht wird, hat zwar seine historische Berechtigung, erscheint aber heute eher obsolet.

Im Zuge der Enthospitalisierungsfortschritte, also der Ausgliederung aus den großen sog. »Oligophrenie-Abteilungen« der psychiatrischen Krankenhäuser sowie aus den Großeinrichtungen der Behindertenhilfe in kleinere, gemeindenahere, »normalisierte« Lebensorte, wurde deutlich, in welchem Ausmaß die oben beschriebenen expansiv-aggressiven Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung vorhanden waren und welcher erheblicher Bedarf an effektiven therapeutischen Angeboten zur Verfügung stehen müsste, um die bisher üblichen, eher restriktiven, ethisch fragwürdigen Maßnahmen im Umgang mit dem Problem zu ersetzen. In diesem Kontext entstand der Begriff *challenging behaviour* (»herausforderndes Verhalten«), der wie folgt definiert ist:

»Hochgradig herausforderndes Verhalten ist Verhalten von solcher Intensität, Häufigkeit und Dauer, dass die körperliche Sicherheit der Person selbst und von anderen schwerwiegend gefährdet ist; oder das Verhalten begrenzt oder verzögert erheblich den Zugang zu oder die Nutzung von üblichen ambulanten Einrichtungen (community facilities)« (Emerson, 1995; Übers. K. H.).

Die Idee war, dass es die Aufgabe der Helfer ist, also deren Herausforderung, zu ergründen, *warum* eine Person sich in derart ungewöhnlicher, alle sozialen Normen sprengender Art und Weise verhält und damit in extremer Weise auf ihre Umwelt Kontrolle ausübt. Weiterhin sollten sie hinterfragen, welche sozialen Bedingungen dieses Verhalten haben entstehen lassen und es aufrechterhalten. Das Ziel war, diese Bedingungen zu verändern und dem Behinderten zu helfen, sozial akzeptierte Wege zu finden, sich auszudrücken. Der Begriff *challenging behaviour* wurde zunächst rein deskriptiv, ohne psychologische oder biologische Implikationen über zugrundeliegende Prozesse gebraucht (Emerson, Muss a. Kliernan 1999). Die Feststellung eines *challenging behaviour* war niemals und sollte auch heute nicht als klinische Diagnose gedacht werden. Diese neue Begrifflichkeit bedeutete in der Einschätzung des Psychiaters Russell (1997) eine wichtige Veränderung der Sichtweisen auf das Problem der Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung:

»[Der Begriff zeigt an], dass für einige Menschen die verfügbaren Dienste für ihre Bedürfnisse nicht ausreichen und dass ihr aggressives oder selbstverletzendes Verhalten Ausdruck ihrer Frustration und Angst ist. (...) Es geht um eine Herausforderung an die Gesellschaft und insbes. an die Helfer, und nicht einfach um ein Problem, was jemand mit sich herumträgt. Es ist unsere Herausforderung, hilfreiche Wege für Menschen zu finden, sich in

sozial akzeptabler Weise auszudrücken und zu verhalten« (Übers. K. H.).

Mit dieser Intention hat der Begriff einen wichtigen Impuls für die Betreuungs- und Behandlungsmodalitäten von Menschen mit geistiger Behinderung gegeben, insbesondere im Bereich der Verhaltenstherapie. Aber:

»Bedauerlicherweise hat der Begriff *challenging behaviour* seine ursprüngliche Bedeutung verloren und wird oft nur als Synonym für Problemverhalten gebraucht« (Russell 1997, S. 50 f.).

Geblichen ist also nur noch eine zusammenfassende Bezeichnung für Menschen mit extrem aggressiven Verhaltensauffälligkeiten, die nicht weiter erklärt und verstanden werden müssen. Aggressivität wird als eine übliche, geradezu typische, »urwüchsige« Verhaltensweise von Menschen mit Intelligenzminderung verstanden und damit ihrer inhaltlichen Bedeutung und subjektiven Funktion beraubt. »Herausforderndes Verhalten« bezeichnet ausschließlich extraversive, expansive (d. h. für andere störende und belastende) Verhaltensweisen und vernachlässigt die (häufigen) introversiven (»stillen«, unbemerkten, weil nicht störenden) Verhaltensweisen. Es werden keine spezifischen (therapeutisch-heilpädagogischen) Interventionen begründet. Der Zustand ist zu »managen«, als letztlich unveränderbar zu ertragen und verlangt daher besondere, schadensminimierende Betreuungsverhältnisse. In der neueren Diskussion wurde vorgeschlagen, den Begriff »herausforderndes Verhalten« durch den Begriff des »Problemverhaltens«, den Russell damals noch als inhaltsleer bezeichnet hatte, zu ersetzen. Im Folgenden beziehen wir uns auf die von einem internationalen Expertenteam um Anton Došen 2007 erarbeiteten »Practice Guidelines and Principles – Assessment, Diagnosis, Treatment and Related Support Services for Persons with Intellectual Disabilities and Problem Behavior«, die 2010 ins Deutsche übersetzt wurden und in den Materialien der DGSGB erschienen sind (Došen et al. 2010). Dort wurde die Definition von »Problemverhalten« aus der DC-LD (Royal College of Psychiatrists<sup>6</sup> 2001) übernommen (ebd., S. 13 f.):

- A. Frequenz, Schwere oder Chronizität eines Problemverhaltens sind so ausgeprägt, dass klinisches Assessment und spezielle Interventionen erforderlich werden.
- B. Das Problemverhalten darf nicht als unmittelbare Folge einer bestimmten psychischen Störung, von Medikamenten oder körperlichen Erkrankungen erklärbar sein.
- C. Eines der folgenden Merkmale muss vorhanden sein: Das Problemverhalten beeinträchtigt wesentlich die Lebensqualität der betroffenen Person oder anderer Personen.

---

<sup>6</sup> »Diagnostic Criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities / mental retardation« des Royal College of Psychiatrists (Occasional Paper OP 48, London 2001); das DC-LD ist der erste Versuch eines multiaxialen Klassifikationssystems der besonderen psychiatrischen Probleme von Menschen mit Intelligenzminderung unter möglichst getreuer Übernahme der DSM- und ICD-Codes.

Das Problemverhalten stellt ein wesentliches Risiko für Gesundheit oder Sicherheit der betroffenen Person und/ oder anderer Personen dar.

D. Das Problemverhalten ist andauernd und schwerwiegend. Symptomatisch werden folgende Formen von Problemverhalten unterschieden: verbal-aggressives, tötlich-aggressives, zerstörerisches, selbstverletzendes, sexuell unangemessenes, oppositionelles, forderndes, sich herumtreibendes Verhalten sowie Kombinationen.

Aus systemischer Sicht ist die inhaltliche Bestimmung von Problemverhalten hilfreich (ebd., S. 16): Problemverhalten wird als ungünstige (maladaptive) Wechselwirkung zwischen der Person (mit bestimmten biologischen, medizinischen, psychologischen Merkmalen und einem bestimmten Entwicklungsniveau) und ihrer jeweiligen Umwelt verstanden. Problemverhalten kann nicht auf eine einzelne diagnostische Kategorie reduziert werden. Darum müssen alle möglichen biologischen, medizinisch charakterisierbaren, psychologischen und andere Störungen, die an der Entstehung des Problems beteiligt sein könnten, untersucht werden. Die folgende Abb. 1 versucht diese Zusammenhänge noch grafisch zu verdeutlichen:

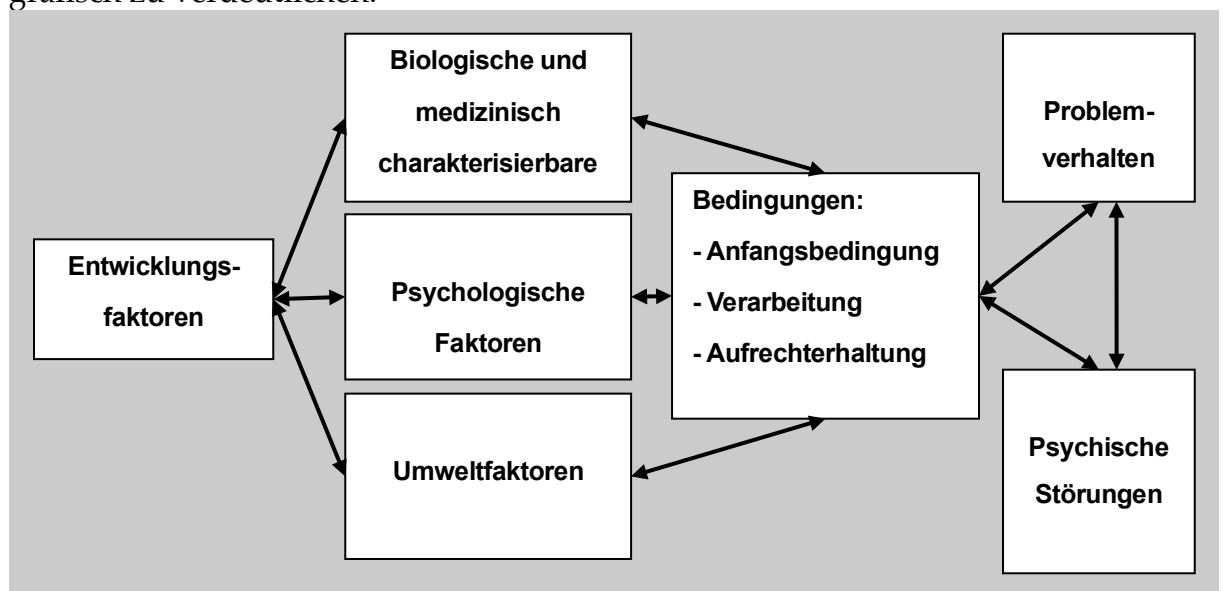


Abb. 1: An der Entstehung von Problemverhalten beteiligte Faktoren (Došen et al. 2010, S. 17).

Die therapeutischen Implikationen entsprechen dem komplexen diagnostischen Vorgehen und umfassen breite multimodale Interventionen. Die Autoren sprechen von einer »integrativen Behandlung«, in der vor allem die »Entwicklungsdimension« zusätzlich mit einbezogen ist:

<sup>7</sup> Mit freundlicher Genehmigung des Verlags (Eigenverlag der DGSG, Berlin).

Die integrative Behandlung eines Problemverhaltens, das vorwiegend auf ungünstigen Wechselwirkungen beruht, erfolgt auf vier Ebenen (ebd., S. 50):

- 1) Behandlung auf der ersten Ebene: Die Entwicklungsfaktoren (Entwicklungsdimension) werden berücksichtigt. Man begegnet der Person auf dem Niveau ihrer emotionalen Entwicklung. Man interagiert mit ihr in Übereinstimmung mit ihren grundlegenden emotionalen Bedürfnissen (Došen 2010). Zu erwarten ist, dass die positiven Erfahrungen aus solchen Wechselwirkungen zu positiver sozialer Motivation führen und die vorherige maladaptive Verarbeitung von Ereignissen durch die Person verändern.
- 2) Behandlung auf der zweiten Ebene: Die soziale Dimension wird verändert durch Information, Ausbildung und Training der Umwelt. Man versucht, die Umwelt an die psychosozialen Bedürfnisse der Person anzupassen und eine bedeutsame Beziehung zu etablieren (Rotthaus 2001).
- 3) Behandlung auf der dritten Ebene: Das Training von Fähigkeiten oder Psychotherapie können der Person helfen, ihre Fähigkeit, Probleme unabhängig zu lösen, zu aktivieren und sich den Umgebungsbedingungen anzupassen (z. B. durch kognitive Verfahren oder Verfahren des Social Learning oder multimodale Behandlung; psychologische Dimension (Vgl. Benson a. Valenti-Hein 2001; Gardner, Graeber-Whalen a. Ford 2001; Griffiths 2001).
- 4) Behandlung auf der vierten Ebene: Sie richtet sich auf die biologische Dimension. Falls es angezeigt ist, können Psychopharmaka eingesetzt werden, um andere Interventionen zu unterstützen (Reiss a. Aman 1998).

Wenn eine psychiatrische Störung zugrunde liegt oder koexistent ist, muss diese mit dem *ganzheitlichen und integrativen Zugang* – wie oben beschrieben – behandelt werden. *Falls das Problemverhalten dabei nicht verschwindet, behandelt man die übrigen Faktoren, die zum Problemverhalten beitragen. Diese Behandlung muss parallel mit der Behandlung der psychiatrischen Störung oder zusätzlich zu dieser Behandlung erfolgen (ebd.).* Dem interessierten Leser sei die vertiefende Lektüre der genannten Leitlinie sehr empfohlen, da sich aus ihr vielfältige Möglichkeiten der handlungsleitenden Hypothesenbildung ableiten lassen, die im multiprofessionellen Alltag gewinnbringend genutzt werden können. So wird der Blick geschärft für die an anderer Stelle ausführlich dargestellten Entwicklungsniveaus (s. Abschnitt 3.5 des Buches), auf denen sich Individuen bewegen, die Wechselwirkungen, die bei begleitenden körperlichen Erkrankungen zu beachten sind, die Rolle früher Bindungserfahrungen, von Überforderung, »inadäquaten« Umgebungsstimuli und ungünstigen Interaktionsmustern. Aus systemischer Sicht wird angemerkt, dass es sich bei den Termini Problemverhalten und Maladaptation um Beobachterkategorien handelt, was nicht mehr und nicht weniger bedeutet, als dass Problemverhalten erst durch einen Beobachter »erfunden« wird, der es als solches etikettiert. »Maladaptation«, als mangelnde Anpassung

zwischen individuellen Möglichkeiten und Besonderheiten einerseits und der Umgebung andererseits definiert, ließe sich genauso deuten *als auf der Basis individueller Gegebenheiten angemessene Adaptation*. Allerdings kann Problemverhalten die sozialen Teilhabechancen der Betroffenen in erheblichem Maß reduzieren. Ob diese aber die soziale Teilhabe in jedem Fall wünschen, wäre gleichfalls im Einzelfall zu diskutieren. Denkbar wäre, dass Individuen, wenn sie dies nicht als vorteilhaft erleben, kein besonderes Interesse an dieser Teilhabe haben, dann also »Problemverhalten« als Antwort auf eine unerwünschte Situation durchaus nützlich erscheint. Andererseits könnte dieses Interesse durchaus zunehmen, wenn sich das Umfeld als angemessener oder gar attraktiver erweist. Wir haben also mit Wechselspielen zu rechnen. Immerhin wird damit postuliert, dass Differenzierungen möglich sind, wenn sich die Umgebung »adaptiver« verhält. Menschen mit Intelligenzminderungen werden somit aus der *Rolle der Alleinverantwortlichen für vermeintliche Pathologie* nachhaltig entlassen. Dabei sollte allerdings nicht vergessen werden, dass mangelhafte Angepasstheit – in welchen Kontexten auch immer entstanden – durchaus mit individuellem Leiden verbunden sein kann und eine individuelle Situation der Unerträglichkeit und Überforderung kennzeichnet, die wesentliche Aspekte der extremen Symptomatiken ausmachen könnte (vgl. Rotthaus 2015, S. 18). Die Problematik wird zudem prekär, wenn diese andere Menschen in ihrer Unversehrtheit bedrohen, woraus zwingend Schutzmaßnahmen abgeleitet werden müssen. Da jedes Verhalten Ausdruck der Adaptation von Individuen an ihre Umgebung ist, unterscheidet sich als problematisch für die Entwicklungsoptionen etikettiertes Verhalten streng genommen natürlich nicht danach, ob es auch Kriterien einer psychiatrischen Störung erfüllt oder nicht. Die Differenzierung wird bedeutsam, wenn die Zuständigkeiten im sozialen Helfersystem geklärt werden müssen. Störungsdiagnosen legitimieren die Aktivierung psychiatrischer Hilfen, während anders beschriebenes »Problemverhalten« eher zu Interventionen aus dem Bereich Pädagogik, Heilpädagogik, Sozialraumgestaltung im weitesten Sinne und nicht zuletzt der Justiz führt.

## Literatur

Benson, B. A. a. D. Valenti-Hein (2001): Cognitive and social learning treatments. In: A. Došen a. K. Day (eds.): *Treating mental illness and behaviour disorders in children and adults with mental retardation*. Washington (American Psychiatric Press), pp. 101–118.

Došen A., W. I. Gardener, D. M. Griffith, R. King u. A. Lapointe (2010b): *Praxisleitlinien und Prinzipien. Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten*. Materialien der DGSG, Bd. 21. Berlin (DGSG).

- Emerson, E. (1995): Challenging behaviour – Analysis and intervention in people with learning difficulties. Cambridge (Cambridge University Press).
- Emerson, E., S. Moss a. C. Kiernan (1999): The relationship between challenging behaviour and psychiatric disorder in people with severe developmental disabilities. In: N. Bouras (ed.): Psychiatric and behavioral disorders in developmental disabilities and mental retardation. Cambridge (Cambridge University Press), pp. 38–48.
- Gardner, W. I., J. Graeber-Whalen a. D. R. Ford (2001): Self-injurious behaviours. Multimodal contextual approach to treatment. In: A. Došen a. K. Day (eds.): Treating mental illness and behaviour disorders in children and adults with mental retardation. Washington (American Psychiatric Press), pp. 323–343.
- Griffiths, D. M. (2001): Strategic behavioral intervention in aggression. In: A. Došen a. K. Day (eds.): Treating mental illness and behaviour disorders in children and adults with mental retardation. Washington (American Psychiatric Press), pp. 305–322.
- Reiss, R. a. M. G. Aman (eds.) (1998): Psychotropic medication and developmental disabilities. The international consensus handbook. Columbus (Ohio State University Nisonger Center).
- Rotthaus, W. (2001): System therapy. In: A. Došen a. K. Day (eds.): Treating mental illness and behaviour disorders in children and adults with mental retardation. Washington (American Psychiatric Press), pp. 167–182.
- Rotthaus, W. (2015): Ängste von Kindern und Jugendlichen. Störungen systemisch behandeln. Heidelberg (Carl-Auer).
- Royal College of Ppsychiatrists (ed.) (2001): DC-LD. Diagnostic Criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation. Occasional Paper OP48. London (Gaskell).
- Russell, O. (1997): Historical overview. Concepts and concerns. In: O. Russell (ed.): Seminars in the Psychiatry of Learning Disabilities. London (Gaskell), pp. 1–15.



## 9. Psychische Störungen und Epilepsie

Epilepsien haben u. U. sehr genau zu differenzierende Folgen. Sie können sowohl kognitive als auch psychische Beeinträchtigungen nach sich ziehen. So liegt beispielsweise die Prävalenz psychotischer Störungen für allgemeine Epilepsiepopulationen zwischen 2 % und 7 %, bei Patienten, die in Epilepsiezentren untersucht wurden, sogar bei 19 bis 27 %. Je nach Zusammenhang mit dem Anfallsgeschehen werden iktale, interiktale, periiktale und postiktale Psychosen sowie Alternativpsychosen beschrieben, die mit bestimmten Epilepsietypen korrelieren und unterschiedlich mit Bewusstseinsveränderungen und affektiven Schwankungen verbunden sind. Neben neurobiologischen Faktoren nimmt auch die psychosoziale Situation Einfluss. Therapie muss hier differenziert unter Einbeziehung epileptologischer und psychiatrischer Kenntnisse erfolgen (vgl. die Übersichtsarbeit von Glauninger et al. 2001 mit zahlreichen Fallbeispielen).

Zu beachten ist, dass Medikamente gegen Epilepsie, sog. Antikonvulsiva oder Antiepileptika, zahlreiche Nebenwirkungen haben, die bis zur Gravierung von Psychosen und vermehrter Gewaltbereitschaft reichen können. Umgekehrt haben eine Reihe von Antikonvulsiva positive psychotrope Wirkungen. Es ist also stets eine sehr differenzierte, fächerübergreifende Einschätzung erforderlich, damit es hinsichtlich von Verhaltensphänomenen nicht zu Fehleinschätzungen in die eine oder andere Richtung kommt. Schließlich können Anfälle die familiären Interaktionen sehr deutlich verändern. Nicht selten sind Ängste um die Betroffenen mit mehr oder weniger intensiver und sinnvoller Schonung, Ängste auch bei den Betroffenen selber. Familien müssen hier zu nicht immer einfachen, angemessenen neuen Balancen finden. Hinzu kommt, dass Anfälle nicht nur »organisch«, sondern auch psychogen auftreten und dass Mischbilder häufig sind. Hier ist abzuwägen, wann Entlastung erforderlich ist oder wann diese zu hohem Krankheitsgewinn mit noch deutlicherer Beeinträchtigung führen kann. Bei Eltern, aber auch Geschwistern können Fragen des »richtigen« Umgangs zu Zerreißproben werden – möglicherweise verstärkt durch unterschiedliche Positionierungen im Helfersystem.

### Literatur

Glauninger, G., C. Baumgartner, T. Kapitany u. S. Kasper (2001): Die Psychosen bei Epilepsie. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 2 (2): 47–57.

## **10. Entwurf eines Konzeptes für ein psychiatrisch-psycho-therapeutisches Kompetenzzentrum »Seelische Gesundheit für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderungen«**

### **10.1. Vorbemerkung**

Kompetenzzentren sollten alle Settings kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und Behandlung vorhalten (ambulant, teilstationär, stationär; Eltern-Kind-Einheiten; Konsiliar- und Liaisondienst), um bedarfs- und bedürfnisgerechte angemessene Versorgung leisten zu können<sup>8</sup>. Für alle Settings sollten folgende Bedingungen gelten:

- 1) Bereitschaft und Tragfähigkeit für besonders komplexe Problemlagen und damit verbunden eine hohe Kompetenz der Behandlungsteams.
- 2) Intensive Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen in Diagnostik und Therapie. Mehr noch als bei anderen Kindern und Jugendlichen sind Verstehenshilfen und Orientierungen durch die relevanten Bezüge notwendig.
- 3) Multidisziplinäre Teamstrukturen (Psychiatrie/Psychotherapie, Pädagogik, Pflege, Entwicklungspsychologie, Kreativtherapien, körperorientierte Verfahren, Ergotherapie, Sozialarbeit) und die Gewissheit eines guten Miteinanders dieser Professionen mit einer Dialogkultur auf Augenhöhe.
- 4) Vertrautheit mit medizinischen, z. B. pflegerischen und neuropädiatrischen Fragestellungen und Wissen um die häufigen Komorbiditäten – einschließlich des Wissens um besondere pharmakologische Aspekte.
- 5) Hohe fachliche Qualifizierung mit fundierten differenzialdiagnostischen Kenntnissen und Fachwissen über die besondere Prägung psychiatrischer Störungsbilder durch die Intelligenzminderung.
- 6) Klare Leitungsstrukturen, die sowohl tragfähige Orientierungen geben als auch viel Raum lassen für Eigenverantwortlichkeiten und Kreativität unterschiedlich erfahrener Mitarbeiter aus verschiedenen Professionen.
- 7) Offenheit für Impulse jenseits der Spezialisierung.

---

<sup>8</sup> Zu prüfen wäre, inwieweit die Voraussetzungen des neu geschaffenen §140a SGB V (Besondere Versorgung) im Rahmen des hier skizzierten Kompetenzzentrums gegeben sind. Im Übrigen soll hier kein Konkurrenzmodell zu den bereits möglichen Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (MZEB) gem. §119c SGB V skizziert werden. Es soll aber doch darauf hingewiesen werden, welche Besonderheiten für das Kindes- und Jugendalter beachtet werden müssen. Gleichzeitig soll deutlich werden, dass es nicht um eine bloße Addition kinder- und jugendpsychiatrischer Kompetenz in die bestehenden Sozialpädiatrischen Zentren gehen kann.

- 8) Verlässliche, verbindliche Ansprechpartner der Bezugsbetreuer und Therapeuten für die Kinder und Jugendlichen und deren Eltern.
- 9) Alltagsstrukturen, die für die Betroffenen alltägliche Beschulungen und Werkangebote bereithalten.

Diese Fachlichkeit wird ergänzt von einer Haltung gegenüber den Klienten und ihren Familien, die die folgenden Punkte berücksichtigt:

- 1) Wissen um die Nöte, aber auch um die Potenziale von Menschen mit Behinderungen, um deren Überlebenskraft, ihre Zugewandtheit und ihre Kreativität.
- 2) Die Bereitstellung sicherer Räume, in denen man vor allem sicher ist vor Gesichtsverlust, sichere Räume gerade für Eltern, die sich schuldig fühlen, für Kinder und Jugendliche, die sich als ausgegrenzt und unfähig erleben; sichere Räume, um Scham zu verlieren, sich selbstwirksam zu erleben, neue Wagnisse einzugehen.
- 3) Respekt und Offenheit, mit den Betroffenen über Behinderung zu reden und sie nicht mit ihrem Gefühl, irgendwie anders zu sein, alleinzulassen.
- 4) Vertrautheit mit den Alltagslebenswelten von Menschen mit Behinderungen und deren Familien. Kenntnis der besonderen Entwicklungsherausforderungen und Risiken mit Blick auf die ganze Familie.
- 5) Vertrautheit mit den besonderen Dynamiken zwischen den Familien und ihren Helfersystemen.

Die gegenwärtigen Personalanhaltszahlen bilden den Bedarf zusätzlicher Hilfen bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in allen klinischen Settings nicht ab und bedürfen dringend der Anpassung an die besonderen Anforderungen. Gleichfalls können im Vergleich zu Klienten ohne Intelligenzminderungen wesentlich längere (teil-)stationäre Verweildauern und ambulante Behandlungstrecken erforderlich sein, die dem Entwicklungstempo der Patienten entsprechen. Da Kompetenzzentren nicht in jeder Region bereitgestellt werden können, entstehen vor allem in ländlich-kleinstädtischen Regionen große Entfernungen zwischen Kompetenzzentrum und Heimatort. Hier bedarf es großzügiger finanzieller Regelungen. Interessierte Eltern sollten beispielsweise die Möglichkeit haben, kostengünstig in der Klinik Gästezimmer anzumieten, internetbasierte Kommunikationsformen mit den Akteuren in den einzelnen Regionen müssen geschaffen werden (Videokonferenzen). Die Entfernungen werden übrigens von den Familien meist gern in Kauf genommen.

## 10.2. Das (teil-)stationäre Angebot

In Deutschland existiert bislang erst eine spezialisierte Tagesklinik in Stuttgart, die sowohl über hohe diagnostische und therapeutische Effizienz berichtet als auch über große Akzeptanz bei den Eltern und vor allem den Förderschulen, die einen erheblichen Anteil bei den Zuweisungen ausmachen.

Das (teil-)stationäre Angebot muss den Entwicklungsständen der Kinder und Jugendlichen gerecht werden und daher altersdifferenziert sein. Es sollte auch Kindern und Jugendlichen mit schweren Lernbehinderungen offenstehen, sofern diese von dem speziellen Therapieangebot besonders profitieren. Im Einzelfall können auch normal intelligente Kinder aufgenommen werden. Personelle und strukturelle Voraussetzungen sind:

- 1) Fallführende Therapeuten aus Medizin, Psychologie und Pädagogik (möglichst mit Weiterbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie)
- 2) Ein Team des Pflege- und Erziehungsdienstes mit Erfahrungen sowohl auf dem Gebiet der Intelligenzminderung als auch der Psychiatrie
- 3) Spezialisierte Fachtherapeuten aus den Bereichen Logopädie, Heilpädagogik (inkl. autismusspezifischer Erfahrung, modifizierter DBT, Traumatherapie), Bewegungs-, Kunst- und Musiktherapie, ggf. tiergestützte Therapie
- 4) Differenzierte Ergotherapie (evtl. mit werkstattähnlichen Angeboten)
- 5) Klinikschule mit sonderpädagogischer Kompetenz im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung
- 6) Sozialdienst zur Unterstützung bei der Durchsetzung sozialrechtlicher Ansprüche sowie bei der Perspektivplanung (beispielsweise Wohnform, Ausbildungs- oder Arbeitsmöglichkeiten)

### 10.3. Eltern-Kind-Stationen

Eltern-Kind-Stationen verdichten die ganzheitliche psychotherapeutische Arbeit durch die unmittelbare Einbeziehung der Eltern bei relativ kurzer Aufenthaltsdauer. In der Regel ist Voraussetzung, dass die Bezugspersonen psychisch so stabil sind, dass sie sich auf das Behandlungssetting und die beispielsweise damit verbundenen Gruppenprozesse aktiv einlassen können. Andererseits kann gerade bei Familien mit Kindern mit Behinderungen der Austausch mit ähnlich betroffenen Eltern als besonders entlastend und stärkend erlebt werden<sup>9</sup>.

### 10.4. Die Fachambulanz

Stationäre Schwerpunkte sind nicht denkbar ohne ein spezifisches, multiprofessionelles ambulantes Angebot (gem. §118 SGB V

---

<sup>9</sup> Neuere Konzepte verknüpfen Angebote für Kinder mit solchen für psychisch belastete Eltern, beziehen Erwachsenentherapeuten in den stationären oder teilstationären Alltag mit ein und integrieren – wie beispielsweise das FATZ (Familietherapeutisches Zentrum Neckargemünd) – eine Vielzahl von Therapiebausteinen (u. a. - Bindungsorientierte Einzeltherapie, Familientherapie, Multifamiliärentherapie, Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), Körpertherapie, Musiktherapie, Videointeraktionstherapie, Bewegungstherapie, Yoga, angeleitetes Spiel etc.).

Psychiatrische Institutsambulanz), bestehend aus Ärzten, Psychologen, Pädagogen, Mitarbeitern des Pflege- und Erziehungsdienstes, Fachtherapeuten und Sozialdienst. Ambulante Vorgespräche und Nachsorge sollten – wenn eben möglich – in einer Hand bleiben.

An den Ambulanzstandorten sollten künftig auch die psychosozialen Partner (Jugend- und Behindertenhilfe, Selbsthilfe, erwachsenenpsychiatrischer Konsildienst, evtl. Schulsozialarbeit) Gelegenheit zur Beratung haben. Aktuelle versorgungspolitische Entwicklungen lassen hoffen, dass aufsuchende Arbeit, die auch während der Aufenthalte in vielen Fällen sinnvoll erscheint, künftig angemessener finanziert wird. Ebenso wären konkrete Vernetzungen mit umliegenden Kinderkliniken, vor allem aber mit den Einrichtungen der Behindertenhilfe, zu organisieren.

Multiprofessionelle, ambulant-aufsuchende Krisenteams haben sich in einigen Regionen modellhaft bewährt. Sie sind eingebettet in vielerorts noch zu entwickelnde Helfersystemgrenzen überschreitende Regionalstrukturen, die sowohl auf individuell zusammengestellte Therapiebausteine als auch rehabilitative bzw. von der Behindertenhilfe vorgehaltene Angebote zeitnah zurückgreifen können.

#### **10.4.1. Vorstationäre aufsuchende Arbeit**

Im Rahmen vorstationärer aufsuchender Arbeit kann es sowohl um diagnostische als auch um therapeutische Aspekte gehen. Außerdem ist eine Beratung mit Blick auf Vernetzungen denkbar, können Familien in Richtung der Nutzung von Angeboten der Jugend- oder Behindertenhilfe bzw. der Selbsthilfen (Lebenshilfe, Hilfe für das autistische Kind) begleitet werden. Vorstationäre Arbeit könnte auch den Übergang in den stationären Bereich erleichtern, u. a. durch die Ergänzung anamnestischer Daten.

Konkret könnten eine Schulstunde oder eine Tagesstätte bzw. ein Wohnheim besucht werden, um Fragestellungen besser zu verstehen. Hausbesuche ermöglichen eine differenziertere Sicht auf die Probleme und Ressourcen der Familien und helfen bei der »Auftragsklärung«. Selbst medikamentöse Hilfen könnten eingeleitet werden. Schließlich könnte geprüft werden, welche Angebote der Klinik ggf. schon vor der Aufnahme genutzt werden könnten.

#### **10.4.2. Nachstationäre aufsuchende Arbeit**

Auch hier sind unterschiedliche Schwerpunkte denkbar wie:

- Familiäre Nachsorge zur Stabilisierung des Erreichten mit den bereits im stationären Verlauf zuständigen Mitarbeitern.
- Eher auf Vernetzung und Selbstorganisation gerichtete, koordinierende Begleitung zur Schaffung tragfähiger Netzwerke.

### **10.5. Kooperationen und Partnerschaften**

In einem umfassenden therapeutischen Prozess ist die Einbeziehung kompetenter Partner unterschiedlicher Berufsgruppen im Versorgungssystem unverzichtbar. Zunächst ist die enge

Verzahnung mit ambulanten Psychotherapeuten, niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern, aber auch den häufig mitbefassten Pädiatern ebenso erforderlich wie mit der Erwachsenenpsychiatrie (Schaffung von Übergängen in der Adoleszenz, Mitbehandlung psychisch belasteter Eltern).

Hinzu kommen regionale Netzwerkstrukturen mit Jugend- und Behindertenhilfe, Beratungsstellen für Familienplanung und Sexualpädagogik, Familienzentren, Selbsthilfegruppen, Förderschulen, Werkstätten und Wohn- bzw.

Betreuungseinrichtungen sowie Autismusambulanzen mit entsprechenden Kooperationsvereinbarungen und Konsildiensten.

### **10.6. Beratung und Weiterbildung**

Kompetenzzentren sind offen für Hospitationen anderer Einrichtungen und unterstützen regionale Versorgungsstrukturen beratend. Auch bieten sie spezifische Weiterbildung für alle Berufsgruppen an, die der Verbreitung des überregionalen spezifischen Fachwissens dienen. Sie sollten untereinander vernetzt sein, um sich durch externe Impulse kontinuierlich weiterzuentwickeln.

### **10.7. Dokumentation und Evaluation**

Kompetenzzentren sollten über eine moderne Dokumentationstechnologie verfügen als notwendige Voraussetzung für eine interne und / oder externe wissenschaftliche Begleitforschung, die der Qualitätssicherung ebenso dient wie der kontinuierlichen Überprüfung, ob, wie und wann regionalisierte Versorgung gestärkt werden kann. Darüber hinaus stellen sie empirische Daten über eine Personengruppe bereit, die in der derzeitigen Forschungslandschaft der Kinder- und Jugendpsychiatrie völlig unzureichend repräsentiert ist.