

Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung.

Kurzfassung

Der vorliegende Beitrag greift ein Problem auf, das immer mehr Menschen, die mit geistig behinderten Personen zusammenleben und zusammenarbeiten, belastet. Gelingt es in absehbarer Zeit nicht, ein präventives und situationsbezogenes Konzept psychosozialer Hilfe wirksam werden zu lassen, droht die Gefahr der Ausgrenzung und psychiatrischen Reinstitutionalisierung von geistig behinderten Menschen, die als psychisch gestört oder verhaltensauffällig wahrgenommen und beschrieben werden. Im ersten Teil des Beitrags werden die wichtigsten Erklärungsmodelle auffälligen Verhaltens skizziert und kritisch ausgewertet. Das Verständnis von psychischen Störungen/Verhaltensauffälligkeiten orientiert sich dabei an systemischen Einsichten und legt eine "Verstehens-Diagnose" nahe, die den Ausgangspunkt für pädagogische und therapeutische Maßnahmen bildet. Diese sind nur auf der Basis interdisziplinärer Kooperation legitim.

1. Einleitende Bemerkungen

Geistig behinderte Kinder, Jugendliche oder Erwachsene, die in sozialen Situationen durch plötzliches Toben und Wutanfälle, durch Treten und Schlagen anderer Personen auffallen, die Sachobjekte entwenden, herumwerfen oder zerstören, die nicht still sitzen können, die über einen längeren Zeitraum schreien, kreischen und andere bedrängen, die Essen oder Getränke stehlen, Medikamente ausspucken und pädagogische Anweisungen ignorieren, werden üblicherweise als schwierig, aggressiv, verhaltensgestört oder dissozial erlebt und eingeschätzt. Ferner gibt es geistig behinderte Menschen, die durch ein dranghaftes Essen und Trinken ungenießbarer Dinge, durch selbstverletzendes oder autoaggressives Verhalten immer wieder die Aufmerksamkeit ihrer Umkreispersonen auf sich lenken, die sich kratzen, mit spitzen Gegenständen traktieren, Haare reißen, ins Handgelenk beißen oder die mit ihrem Kopf gegen Türkanten und Scheiben schlagen. Wieder andere fallen durch sexuelle Stimulationen, zwanghafte Verhaltensweisen, Tics, Autostimulationen oder Stereotypien auf, indem sie über einen längeren Zeitraum rhythmisch schaukeln, Grimassen schneiden, mit dem Kopf wackeln oder bizarre Bewegungen ausführen. Dazu kommen Personen, die sich in sich zurückziehen und kommunikativ abkapseln, die verschlossen, kontaktscheu, gehemmt oder apathisch wirken, die Verstimmungszustände, extreme Gefühlsschwankungen, depressive Verhaltensweisen, Ängste oder mangelndes Selbstvertrauen an den Tag legen.

Insgesamt betrachtet haben wir es somit mit einer Fülle an Symptomen und Zuschreibungen zu tun, die unter dem Oberbegriff der Verhaltensauffälligkeit, den wir dem Terminus der psychischen Störung vorziehen, subsumiert werden. Dieses breite Spektrum an Auffälligkeiten läßt die Schlußfolgerung zu, daß bei Menschen mit geistiger Behinderung im Prinzip die gleichen Verhaltensprobleme oder psychischen Störungen auftreten wie bei Nichtbehinderten (vgl. Dosen 1993a,98f.;1993b,4; Dupont 1993,54; Lingg/Theunissen 1993,19). Nach Lotz (1991) zeigen 30 - 40% der geistig behinderten Menschen irgendeine Form psychischer Störung oder Verhaltensauffälligkeit. Daraus darf freilich keine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit schlußgefolgert werden, diese trifft nur für eine Minderheit der geistig Behinderten zu (vgl. Lingg/Theunissen 1993; Theunissen 1994a). Denn die meisten Verhaltensauffälligkeiten lassen sich mit einem lebensweltbezogenen, systemökologisch dimensionierten pädagogischtherapeutischen Konzept weitgehend kompensieren. Schon deshalb führt die Häufigkeitsangabe leicht in die Irre. Sie ignoriert, daß die Angaben und Prävalenz spezifischer Störungen zum Teil beträchtlich schwanken. Dies hängt mit den zum Teil unterschiedlichen Stichproben, den häufig unterschiedlichen und nicht standardisierten Erhebungsinstrumenten sowie dem unterschiedlichen diagnostischen Verständnis und

Interpretationsmuster der Untersucher zusammen. So macht es einen Unterschied, ob in einer pädagogisch rückständigen, klinisch ausgerichteten Einrichtung oder in einer reformierten Institution, zum Beispiel nach einer Enthospitalisierungsphase, Befragungen und Untersuchungen durchgeführt werden. Wir merken also, daß es schwierig, ja unmöglich ist, zu exakten Angaben bzw. Häufigkeitsverteilungen zu gelangen, und daß es objektive Kriterien zur Erfassung psychosozialer Auffälligkeiten nicht gibt. Vielmehr haben wir es mit subjektiven Werturteilen zu tun, und wir sollten uns davor hüten, askriptive Prozesse als deskriptive mißzuverstehen. Zusammenfassend läßt sich damit festhalten, daß Verhaltensauffälligkeit sich stets am Urteil anderer Personen bemißt, die durch die Übertragung und Anwendung eines subjektiv gefärbten, in der Regel unreflektierten Normalitätsmaßstabs auf Verhaltens- und Erlebensweisen wertend reagieren.

2. Erklärungsansätze

Die gegenwärtige Diskussion von Verhaltensauffälligkeiten bei geistig Behinderten ist durch drei kontroverse Paradigmen geprägt.

2.1. Zum medizinischen Modell

Das wissenschaftshistorisch älteste Paradigma ist das sog. medizinische Modell, das bis heute Gültigkeit beansprucht und praxisbestimmende Funktion hat. Im Rahmen dieses Modells können wir zwischen dem Konzept der psychiatrischen Orthodoxie und dem Ansatz der neueren klinischen Rehabilitation unterscheiden.

Theoretisches Kernstück der psychiatrischen Orthodoxie ist die Gleichschaltung von geistiger Behinderung, Verhaltensauffälligkeit und Krankheit. Lange Zeit wurde diesbezüglich die Lehrmeinung vertreten und verbreitet, daß psychische Störungen/Verhaltensauffälligkeiten bei geistig Behinderten in erster Linie "wesensbedingt" seien. Folglich gebe es keine "echten" psychischen Störungen, sondern allenfalls ein zufälliges Zusammentreffen unterschiedlicher Krankheitsentitäten wie z.B. bei der sog. Pflöpschizophrenie. Mit der Beschreibung zweier Persönlichkeitstypen, dem "erethischen Schwachsinn" und dem "torpiden Schwachsinn", glaubte man, die psychischen Probleme geistig behinderter Menschen hinreichend erfaßt zu haben.

Die neuere Psychiatrie hat sich inzwischen von dieser Position distanziert, indem sie psychische Störungen, Gefühle und damit eine emotionale Konfliktverarbeitung bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht mehr leugnet. Mit dem Begriff der "dual diagnosis" soll dies ausdrücklich betont werden (vgl. Fletcher 1993; Fletcher/Menolascino 1989; Day 1993a; Dosen 1993b; Dupont 1993). Allerdings ist dieses Etikett, dem wir schon seit geraumer Zeit im angloamerikanischen Sprachraum begegnen, nicht unproblematisch, denn schließlich handelt es sich bei geistiger Behinderung nicht um eine Diagnose oder Krankheitskategorie. Damit trägt es kaum zur Entpathologisierung der Betreuung geistig behinderter Menschen bei. In der Tat läßt sich nachweisen, daß Repräsentanten dieses Konzepts den konzeptionellen Raster des medizinischen Modells sowie die individuumzentrierte Problemsicht der psychiatrischen Orthodoxie nicht verlassen (vgl. Day 1993a;b). Folglich sind auch in der modernen klinischen Rehabilitation Modellrudimente der traditionellen Psychiatrie wirksam, die handlungsbestimmende Funktion haben und der Praxis eine einseitige, nämlich täterorientierte Ausrichtung geben (vgl. Tuinier/Verhoeven 1993). Ein Blick in die einschlägige Literatur bestätigt, daß Verhaltensauffälligkeiten bei geistig Behinderten in Analogie zu organmedizinischen Pathologievorstellungen betrachtet und - unter Rückgriff auf die Krankheitskategorie - als Hinweis auf einen krankhaften Prozeß interpretiert werden: "Viele Verhaltensstörungen haben eine organische Grundlage ... Es gibt immer mehr Anhaltspunkte dafür, daß auffälliges Verhalten in vielen Fällen auf eine zugrundeliegende psychische Krankheit zurückzuführen ist" (Day 1993a,79f.). Diese Übertragung des medizinischen Krankheitsverständnisses in den Bereich der Rehabilitation und des pädagogischen Handelns hat weitreichende Wirkung. Sie überantwortet geistig behinderte Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten der primären, ja ausschließlichen Zuständigkeit klinischer Disziplinen und befördert ein diagnostisches und therapeutisches Vorgehen, bei dem die Suche nach den Ursachen psychischer Störungen und deren Behandlung ins Individuum hineinverlagert wird. Dementsprechend schreibt Day (1993a,80), daß "oft ... nur eine psychiatrische Betreuung in Frage" käme, und dies durchaus in "gesonderten psychiatrischen Einrichtungen für geistig behinderte Menschen" (90;vgl. auch 1993b,10f.).

Unseres Erachtens greift dieses neuere Konzept der "dual diagnosis" zu kurz, wenn an der herkömmlichen psychiatrischen Klassifikation und Pathogenese sowie an typischen klinischen Störungsbildern festgehalten wird (vgl. Lingg/Theunissen 1993). Aus der Praxis wissen wir, daß sich die meisten Auffälligkeiten psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung kaum einem bekannten psychiatrischen Krankheitsbild zuordnen lassen, weswegen psychiatrische Diagnosen nur unter Vorbehalt erstellt und am besten vermieden werden sollten (vgl. Gaedt 1987b, 119ff.; Tomm 1992; Lingg/Theunissen 1993,16). Vielmehr besteht mit dem Konzept der "dual diagnosis" die Gefahr, daß das traditionelle medizinische Denken und Handeln in der klinischen Rehabilitation perpetuiert wird. Mit der Individuumzentrierung wird der sozialen Dimension von Verhaltensauffälligkeit eine eindeutig sekundäre Bedeutung zugeschrieben (vgl. Day 1993a,80). Durch die Konzentration auf psychopathologische Syndrome, auf organische, physiologische oder psychogene Krankheitsprozesse gerät der soziale Kontext, das Verhältnis von Individuum und Umwelt, aus dem Blick, in dem Verhaltensauffälligkeiten sich herausstellen und aus dem sie allein erklärbar sind. Organopathologische Befunde von Verhaltensauffälligkeiten sind auch bei geistig behinderten Menschen nur in Ausnahmefällen, bei seltenen klinischen Syndromen (z.B. Lesch-Nyhan-Syndrom), nachweisbar (vgl. Neuhäuser 1990,121f.,133,147; Theunissen 1992, 30ff; Dosen 1993a,98). Deswegen sollten diese verkürzte ätiologische Problemsicht (vgl. insbesondere Tuinier/Verhoeven 1993) ebenso wie die darauf abgestimmten individualistisch konzipierten Veränderungsstrategien als unzureichende Interventionsmethoden klinischer Rehabilitation scharf zurückgewiesen werden. Dieses praktische Ungenügen belegt allein die Erfolglosigkeit einer einseitig als Korrektur des Individuums ausgerichteten Therapie.

2.2. Zum sozialwissenschaftlichen Paradigma

Aus der Kritik an den unreflektierten Denkvorsetzungen des medizinischen Modells sind sozialwissenschaftliche Erklärungsansätze hervorgegangen, die den Verbindlichkeitscharakter dieses Paradigmas tiefgreifend erschüttert haben. Mit Blick auf unser Thema können wir drei Theorien unterscheiden, die den sozialen Faktor priorisieren.

Zum einen ist ein sozialisationstheoretisch geleiteter Erklärungsansatz auszumachen, der die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten bei geistig behinderten Menschen auf Schwächen in den Erziehungsleistungen der Eltern zurückführt oder als Produkt familiärer Interaktionsstörungen begreift. Sozialisations- und Erziehungsmuster, die die kindliche Identitätsentwicklung gefährden und die Weichen für massive Verhaltensauffälligkeiten stellen können, sind zum Beispiel: primäre Ablehnung und Feindseligkeit, Overprotection, mangelnde sensorische und kommunikative Stimulation, depressiv getöntes Erziehungsverhalten, ein häufiger Wechsel zwischen Verwöhnung und Feindseligkeit/Vernachlässigung, körperliche Strafgewalt, sexuelle Mißhandlung, Zurückweisung entäußerter Liebeswünsche, Überforderung oder zu hohe Leistungsanforderungen, Unterwerfung des geistig behinderten Kindes unter eine imperative Kontrollpädagogik, autonomiehemmende Fremdbestimmung, familienintern ablaufende Prozesse einer Schuldzuschreibung (Sündenbockrolle), Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung, sozio-kulturelle Isolation der Familie (familienzentrierte Alltagsbewältigung) (vgl. Lingg/Theunissen 1993,80ff.; Theunissen 1994b).

Zum anderen versucht die sozialwissenschaftliche Forschung, Zusammenhänge zwischen Verhaltensauffälligkeiten und institutionellen Unzulänglichkeiten nachzuweisen. Analysiert werden Momente, die Goffman unter der "totalen Institution" (1972) zusammengetragen hat. Die damit verknüpfte Produktion von Verhaltensauffälligkeiten (Hospitalisierung) hat Jervis (1978,131) treffend herausgestellt: "Der Patient (oder behinderte Mensch, G.T.) verschließt sich langsam immer mehr in sich selbst, wird energielos, abhängig, gleichgültig, träge, schmutzig, oft widerspenstig, regrediert auf infantile Verhaltensweisen, entwickelt starre Haltungen und sonderbare stereotype Tics, paßt sich einer extrem beschränkten und armseligen Lebensroutine an, aus der er nicht einmal mehr ausbrechen möchte und baut sich oft als eine Art Tröstung Wahnvorstellungen auf." Überdies nennen Lingg/Theunissen (1993,86ff.) eine Vielzahl kritischer institutioneller Sozialisationsleistungen (z.B. pädagogisch-konzeptionelle und therapeutische Unzulänglichkeiten, heimliches Betreuungskonzept), die ein breites Spektrum an Verhaltensauffälligkeiten auslösen können.

Der dritte sozialwissenschaftliche Erklärungsansatz ist die Labeling-Theorie, die den Prozeß des Zustandekommens, die Definition von Verhaltensauffälligkeit, den Normanwendungsprozeß und die Arbeitsweise von Instanzen sozialer Kontrolle zum Gegenstand ihres Forschungsinteresses hat (vgl.

Becker 1963; Homfeldt 1974a;b; Theunissen 1992,48ff.). Indem dieser Ansatz gerade das zum Problem macht, was bislang als gegeben und gültig akzeptiert wurde, geht er über alle bisher anskizzierten Theorien hinaus. Ausgangspunkt der Labeling-Theorie oder - genauer gesagt - des Prozesses des Auffälligwerdens sind leicht regelverletzende Verhaltensweisen, indem zum Beispiel ein geistig behinderter Schüler im Unterricht zeitweilig andere stört oder lärmt. Die Lehrkraft versucht dieses Problem dadurch zu lösen, indem sie den Schüler ermahnt und öfters zurechtweist. Bleiben diese Formen erfolglos, setzt ein Prozeß ein, der ein schärferes Vorgehen verlangt (z.B. leichte Sanktionen, Einzeltisch, zeitweiliger Gruppenausschluß). Paßt sich der Schüler weiterhin nicht an, kommt es zur Stigmatisierung und zur Verschärfung des Konflikts. Von seiten der Lehrkraft wird das Problem nicht mehr in der Situation, sondern in der Person des Schülers geortet. Dieser wird nun als "verhaltensgestört" etikettiert. Die Lehrkraft sammelt dabei Informationen über den Schüler und fällt ein Urteil, das durch starre Alltagstheorien, unreflektierte Einstellungen und Vorurteile geprägt ist. Zugleich wird der Handlungsspielraum des Schülers immer enger, außerdem erfährt er immer mehr Ablehnung und Abweisung. Auch in einem geistig behinderten Schüler wächst das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden, was zu weiteren, verstärkten Auffälligkeiten provoziert. Spätestens von dieser Phase an setzt ein wechselseitiger Aufschaukelungsprozeß ein, der dazu führt, daß andere Instanzen (z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrie) oder Professionen (Psychotherapie) eingeschaltet werden. Im ungünstigsten Fall muß der Schüler als "untragbar im Unterricht" die (Sonder-)Schule verlassen und wird einer klinischen Einrichtung zugewiesen. Die Erfahrungen des als verhaltensauffällig abgestempelten Schülers sind schon im Zuge dieses Aufschaukelungsprozesses ganz um diese deviante Rolle organisiert und gipfeln letztlich in einer schwer beschädigten Identität.

Insgesamt betrachtet gehen gerade von der Labeling-Perspektive fruchtbare Impulse aus, die das fachliche Selbstverständnis, die professionellen Gepflogenheiten, Menschen zu typisieren und zu etikettieren, kritisch hinterfragen. Dennoch werden sowohl von dieser Theorie als auch von den zuvor genannten Erklärungsansätzen Wege verschüttet, zu einem umfassenden Verständnis von Verhaltensauffälligkeiten bei geistig behinderten Personen zu gelangen. Denn es genügt nicht, die biologistisch-individualistische Sicht durch eine soziale Perspektive zu ersetzen. Ebenso problematisch wie diese neue Einseitigkeit ist der Determinismus, der den sozialwissenschaftlichen Ansätzen anhaftet. Ein geistig behinderter Schüler ist zum Beispiel kein passives Produkt (Opfer) defizitärer Sozialisationsbedingungen, er ist auch dem Prozeß des Auffälligwerdens (labeling approach) nicht hilflos ausgeliefert. Neben dieser Subjektvergessenheit und impliziten Vernachlässigung lebensgeschichtlicher Erfahrungen richtet sich die Kritik vor allem auch gegen die Schuldzuweisung, indem beispielsweise Eltern oder Lehrkräfte als Produzenten von Verhaltensauffälligkeiten dargestellt werden. Solche Tendenzen haben in der Vergangenheit erheblichen Schaden angerichtet und genauso wie die täterorientierte Sicht des medizinischen Modells Menschen mit geistiger Behinderung alles andere als genutzt.

2.3. Zum systemökologischen Modell

Seit kurzem steht die wissenschaftliche Diskussion über Diagnose, Ätiologie und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten im Zeichen einer kritischen Auseinandersetzung, die ein neues Denken anzeigt, das inzwischen so unterschiedliche Disziplinen wie die Psychiatrie, (Heil-)Pädagogik, Sozialarbeit und (klinische) Psychologie erfaßt hat. Disziplinärer (gemeinsamer) Bezugspunkt sind Erkenntnisse aus der allgemeinen Systemtheorie und Sozioökologie, die zum Verständnis sowohl von (geistiger) Behinderung als auch (insbesondere) von Verhaltensauffälligkeiten herangezogen werden. Im Unterschied zu den bisherigen Ansätzen geht es nicht primär um ätiologische, linear-kausale Fragestellungen, sondern vielmehr um die Rekonstruktion einer zirkulären Kausalität, d.h. um die Beschreibung von Wechselbeziehungen, in denen bestimmte Verhaltensweisen als "Störungen" erscheinen (vgl. Theunissen 1992,64ff.; Lingg/Theunissen 1993,21f.; Rotthaus 1993; Hennische 1994). Greifen wir hierzu den o.g. Prozeß des Auffälligwerdens nocheinmal auf: Die "Störungen" im Unterricht lassen sich aus der Sicht des Schülers als zweckmäßige Reaktion auf die imperativen pädagogischen Handlungen und Sanktionen beschreiben; diese sind aus der Lehrer-Perspektive sinnvolle, d.h. situationsadäquate Konfliktlösungsversuche auf das störende, sozial unerwünschte Verhalten des Schülers. Da jede Person ihr Verhalten immer wieder neu etabliert, entsteht ein zirkuläres, interpersonelles Muster, das eine Eigendynamik entwickelt, sich verfestigt, päd- und psychopathologische Effekte erzeugt, die anscheinend keine Verständigung, gegenseitige Einigung und konstruktiven Problemlösungsmuster mehr zulassen. Unser Beispiel demonstriert, daß die Wirkung eines Verhaltens ihre eigene Ursache schafft, und umgekehrt. Was Ursache, was Wirkung

ist, hängt immer von der Interpunktion des jeweiligen Beobachters ab. Demzufolge ist jedes Verhalten eine Beobachterkategorie, und es gibt keine an sich unabhängige (objektive) Wirklichkeit sozialen Verhaltens, sondern jede Wirklichkeit wird durch subjektive Ereigniswahrnehmungen und Interpretationen beeinflusst und erzeugt (vgl. Watzlawick 1985). Solche Wirklichkeitskonstruktionen haben für das betroffene Individuum konkrete Folgen: entweder wird es als angepaßt, unauffällig und gesund oder aber als behindert, auffällig, gestört oder krank etikettiert.

Auffälliges Verhalten ist somit Ausdruck einer Störung des Verhältnisses zwischen Individuum und Umwelt, das Signal einer Beziehungsstörung also, die die betreffende Person durch spezifische problemlösende Verhaltensweisen zu bewältigen versucht, die von anderen als normabweichend oder sozial unerwünscht gekennzeichnet werden.

Nicht die auffällige Person, sondern ihre Wechselbeziehung mit der Umwelt erscheint als "gestört".

Aufgrund dessen sprechen wir lieber von "Verhaltensauffälligkeiten" oder - noch besser - von "psychosozialen Auffälligkeiten", da Begriffe wie "psychische Störung", "Verhaltensstörung" oder "psychische Krankheit" eher zu einem individuumzentrierten, sog. täterorientierten Denken und Handeln verleiten, indem sie die "Störung" ins Subjekt projizieren. Der Begriff der "Auffälligkeit" schließt dagegen die Person des Beobachters ein, seine subjektive Wirklichkeitskonstruktion und impliziten Befindlichkeiten (z.B. Ohnmacht, Hilflosigkeit, Ängste gegenüber selbstverletzendes Verhalten). Das Attribut "psychosozial" soll zum Ausdruck bringen, daß psychische Prozesse nicht unabhängig vom sozialen Kontext betrachtet werden dürfen. Freilich sind wir uns darüber im Klaren, daß letztlich jeder Begriff kritisierbar ist und daß nur der Verständigung halber Oberbegriffe wie "psychosoziale Auffälligkeit" benutzt werden. Ferner ist zu bezweifeln, daß sich unsere Argumentation in absehbarer Zeit durchsetzen wird. Betrachten wir die Realität, so kommt es zunächst einmal darauf an, ganz im Sinne der Normalisierung zu argumentieren und Ärzte wie auch (insbesondere) Krankenkassen dafür zu sensibilisieren, psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung überhaupt anzuerkennen. Denn die Behandlung psychosozialer Auffälligkeiten kann nicht einzig und allein nur Angelegenheit der Sozialhilfeträger sein. Gerade dies aber setzt eine psychiatrische Terminologie voraus, die unserer Argumentation zufolge nach Möglichkeit vermieden werden sollte (vgl. Tomm 1992; Sand 1993,133). Denkbar wäre eine Unterscheidung zwischen leichteren Formen psychosozial auffälligen Verhaltens und schweren, verkrusteten Verhaltensproblemen, denen ein "Krankheitswert" attestiert werden könnte. Auch ein solcher Versuch ist keineswegs wertfrei und damit angreifbar. Überdies sind die Übergänge zwischen leichten und schweren Formen fließend, sodaß ohne interdisziplinäre Kooperation keine Möglichkeit besteht, zu einer fachlich akzeptablen Lösung zu gelangen (vgl. auch Dosen 1993a,94,103). Eine solche Form der Zusammenarbeit ist in der Bundesrepublik leider noch alles andere als einfach. Wird im benachbarten Ausland schon seit geraumer Zeit integrative Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachdisziplinen mit Erfolg praktiziert (vgl. Flechter 1993; Fletcher/Menolascino 1989; Dosen 1990; 1993c; van Loon 1993; McGee et al. 1987; Lingg/Theunissen 1993,122ff.), so besteht bei uns in Deutschland eher eine Nachgeordnetheit der (Fach-)Pädagogik oder Sozialarbeit gegenüber der Dominanz klinischer (medizinischer) Professionen, die durch das neue Psychotherapiegesetz sogar noch zementiert wird.

Trotzdem sind sich immer mehr Fachleute (und nicht nur aus dem Lager der Sozialwissenschaften, Pädagogik oder systemischen Therapie) darüber einig, daß es insgesamt betrachtet keinen Sinn macht, Menschen mit Definitionen oder Etikettierungen (Bewohner A. ist aggressiv) zu denunzieren. Eher schaffen solche Zuschreibungen Distanz und sabotieren die Empathie und Wertschätzung des anderen als Person. Wichtiger als die Frage nach den Ursachen ist aus systemischer Sicht die nach den Wirkungen, der Funktion und der subjektiven Bedeutung jener Verhaltensweisen, die als auffällig erlebt werden. Eine solche Vorgehensweise dokumentiert einerseits - ganz im Sinne der Labeling-Theorie - den stigmareduzierenden Effekt des systemischen Denkens. Andererseits gehen auch individualpsychologische (tiefenpsychologische) Einsichten ein, wo auffälliges Verhalten als sinnvolles Problemlösungsverhalten beschrieben wird. Aus systemischer Sicht sind Verhaltensauffälligkeiten aber auch deshalb sinnvoll, weil sie zur Aufrechterhaltung des menschlichen Systems beitragen, d.h. äußere destruktive Einflüsse abwehren oder ausgleichen und zur Befriedigung originärer Bedürfnisse (der Selbsterhaltung) dienen. All dies erfordert zunächst einmal Respekt vor der Person, Wertschätzung des Einzelnen und Annahme seines "So-Seins". Gleichzeitig müssen wir aber auch kritisch reflektieren und fragen, ob das auffällige Verhalten der Autonomie des Individuums, zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Persönlichkeit dient oder letztlich selbstzerstörerisch ist, wenn zum Beispiel die Außeneinflüsse in ihrer destruktiven Wirkung zu massiv erscheinen bzw. der Bedürfnisstruktur oder dem subjektiven Interesse nicht entsprechen. Auch (langanhaltende)

stereotype Verhaltensweisen sollten unter dieser Perspektive kritisch hinterfragt werden, da sie häufig mit einer Weiterentwicklung inkompatibel sind. Insofern ist Gaedt (1994,8) zuzustimmen, wenn er schreibt, daß man sich hierbei "nicht ausschließlich auf das Prinzip der Selbstentfaltung verlassen" kann.

Mit dieser kritischen Bemerkung wird zugleich die Ebene einer stringenten (strengen) systemischen Theorie verlassen. Diese operiert nämlich primär mit einem Raumbegriff, der Interaktionen in ihrer Wechselwirkung und Funktion erfaßt, nicht aber in ihrer Geschichtlichkeit. Die Vernachlässigung der historischen Dimension bedeutet, daß womöglich wertvolle Informationen für eine verstehende Sichtweise des aktuellen Verhaltens wie auch über Entwicklungsmöglichkeiten oder verkümmerte, brachliegende Fähigkeiten verloren gehen und daß der subjektiv gemeinte Sinn von Verhalten, individuelle Wirklichkeitskonstruktionen, Handlungsmotive, Bedürfnisse oder Interessen nur fragmentarisch erfaßt werden können; dies gilt insbesondere in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen, die sich nicht verbal verständigen können, wo ein hohes Maß an Empathie und innigster Anteilnahme, ein sog. divinitorisches Vermögen (Schleiermacher), erforderlich ist. Insofern ist der Nachvollzug der Lebensgeschichte als ein wesentliches Element einer "Verstehens-Diagnose" (Lingg/Theunissen 1993,24) unabdingbar. Denn kritische Lebensereignisse oder biographische Konfliktsituationen, die nicht verarbeitet werden konnten, kehren im aktuellen Verhalten und Erleben wieder.

Eine weitere Gefahr, die der systemische Ansatz befördert, ist die Vernachlässigung des "personalen Systems" gegenüber der Aufwertung und Fokussierung reziproker Interaktionen innerhalb des gegebenen sozialen Systems. Unter "personalem System" verstehen wir die biologische Ausstattung, physische und psychische Verfassung des Individuums, aber auch all das, was als Einmaligkeit und Einzigartigkeit menschlichen Seins bezeichnet wird und eine personale Wertschätzung erfährt. Insofern haben wir uns aus dem "Therapieblickwinkel" dem personalen System in interdisziplinärer Kooperation anzunehmen, um das Zusammenwirken biologischer, psychischer, anthropologischer und sozialer Aspekte besser zu verstehen. Seit kurzem wird in diesem Zusammenhang auch bei Menschen mit geistiger Behinderung ein Vulnerabilitätsmodell diskutiert, welches besagt, daß eine Vielzahl von organischen (genetischen oder konstitutionellen) und psychosozialen Faktoren zu einer erhöhten Empfindlichkeit oder Verletzlichkeit des Individuums führen können (vgl. Lingg/Theunissen 1993,70ff.; auch Zubin/Spring 1976; Ciompi 1985;1986; Dauweiler 1992). So wird zum Beispiel angesichts neurochemischer Veränderungen im Hirnstoffwechsel oder aufgrund von Migrationsstörungen der Nervenzellen eine "anlagebedingte Vulnerabilität" (Lempp 1989,890) oder Disposition in Erwägung gezogen. Dies bedeutet, daß schon geringfügige und alltägliche Belastungen Überforderung und Streß erzeugen. Derlei Situationen können ein fruchtbarer Boden für die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten sein. Deshalb sei es von entscheidender Bedeutung, sich auf die angeborene Vulnerabilität, die mit zusätzlichen Teilleistungs-, Wahrnehmungs- oder sensorischen Integrationsstörungen einher gehen kann, einzustellen (z.B. durch optimale Stimulation; Vermeidung von Überforderung, Geduld, Einfühlungsvermögen, eindeutige, einfache Information und Situationsstrukturierung; vgl. hierzu Ciompi 1981). Das Modell der Vulnerabilität zeigt somit auf, daß Menschen mit geistiger Behinderung gegenüber Nichtbehinderten ein höheres Risiko für psychosoziale Auffälligkeiten aufzeigen (vgl. auch Gaedt 1987a,14f.). Bedeutsame Risiken bestehen bereits in der frühen Kindheit; zum Teil hängen sie mit den durch die hirnanorganische Schädigung bedingten sensorischen, motorischen und kognitiven Beeinträchtigungen zusammen, die zu Irritationen und Störungen im Interaktionsprozeß zwischen Säugling und primärer Bezugsperson (Mutter) führen können. Es müssen aber nicht nur die Verhaltens- und Erlebensweisen des Säuglings Fehldeutungen auslösen (z.B. still, passiv, also brav und zufrieden), ebenso bedeutsam sind auch die Einstellungen und kommunikativen Botschaften der Bezugspersonen, die für das Kind schwer verständlich, uneindeutig, irritierend oder nicht "passend" sein können. Dies gilt insbesondere für jene sozialen Interaktionen, zu denen es im Gefolge einer Krise der Mütter oder Eltern kommen kann. Menschen mit geistiger Behinderung sind aber nicht nur in der frühen Kindheit, sondern auch im Jugend- oder (frühen) Erwachsenenalter in weitaus stärkerem Maße als andere mit Situationen konfrontiert, die streßerzeugend und krisenhaft sind (z.B. Autonomiebestrebungen und Loslösungsversuche vom Elternhaus). Psychosozial belastend sind auch das Erleben der Diskrepanz von Selbstbild und sozialer Erwartung, die Erfahrung von Ablehnung, geringerer Mobilität oder der eigenen Behinderung (vgl. Theunissen 1994b).

All dies führt uns zu der Frage, wie solche Situationen individuell bewältigt werden und welche sozialen Ressourcen zur Verfügung stehen. Wir können davon ausgehen, daß geistig behinderte Menschen im Vergleich zu anderen Personen eher auf "einfache" Bewältigungsstrategien (Coping)

zurückgreifen, d.h. weniger Möglichkeiten einer rationalen oder aktiven Problemlösung nutzen, sondern Verhaltensweisen auf einer unmittelbar streßreduzierenden Ebene zeigen (z.B. Ausagieren) sowie mit Mechanismen der Verdrängung, Verzerrung oder Projektion reagieren. In der Regel bevorzugen sie ein Verhalten, welches für sie kontrollierbar und ihnen vertraut ist. So können zum Beispiel Autoaggressionen die Funktion haben, den Betroffenen vor Belastungen zu schützen. Sie dienen damit der Vermeidung unangenehmer Situationen und stellen eine Art Abschirmung vor der Außenwelt dar.

Spätestens an dieser Stelle stoßen wir auf ein konzeptionelles Problem der Vulnerabilitäts-Theorie, das sich dort ergibt, wo die sog. Disposition als Auslöser von Verhaltensauffälligkeiten beschrieben und geistig behinderte Menschen als Opfer dieses anlagebedingten oder früh erworbenen "Defizits" betrachtet werden. Hier wird stillschweigend unterstellt, daß der Betroffene keinen Einfluß auf sein Verhalten hat und deshalb auch keine Verantwortung zu tragen habe. Damit aber werden ihm der Subjektstatus und eigenverantwortliche Veränderungsmöglichkeiten abgesprochen, überdies bleiben Kooperationschancen ungenutzt. Statt dessen muß sich der Betroffene einer pädagogischen oder therapeutischen Praxis unterwerfen, die ihm zum (hilflosen) Objekt abstempelt und die womöglich nur auf eine individuumzentrierte Behandlung abzielt. Dies aber wäre ein Mißverständnis des Vulnerabilitätskonzepts, das ein Zusammenwirken psychischer, physischer und sozialer Momente auf der Grundlage angeborener oder früh erworbener Disposition annimmt und erst aus dem Wechselspiel zwischen situativen Gegebenheiten, den individuellen Möglichkeiten und den sozialen Ressourcen Schlußfolgerungen zieht, die zum Verständnis psychosozialer Auffälligkeiten beitragen können. In der Regel sind größere Risiken immer dann gegeben, wenn die soziale Unterstützung durch tragfähige Beziehungen und Lebenswelten unzureichend ist und soziale Ressourcen (psychosoziale Hilfen; soziale Netzwerke) fehlen.

Damit kommen wir zugleich zu einem dritten Aspekt, der im systemischen Ansatz leicht zu kurz kommt: die Verschränkung des "gestörten" Interaktionssystems mit weiteren sozialen Systemen. Diese Zusammenhänge hat Bronfenbrenner (1981) erforscht, dessen Verdienst es ist, den systemischen Ansatz um die sozioökologische Perspektive erweitert zu haben. Sie führt uns zu einer Lebensweltorientierung pädagogischen Denkens und Handelns: Menschen mit geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten werden nicht als alleinige Adressaten pädagogischer oder therapeutischer Maßnahmen begriffen, sondern Gegenstand sind die Betroffenen mit **ihren** Bedürfnissen **in** ihrer Lebenswelt. Dies bedeutet, daß stets das soziale Bezugsfeld als autonomiehemmender oder -fördernder Faktor mitreflektiert und berücksichtigt werden muß. Leitprinzipien wie Normalisierung, Integration und Selbstbestimmung hängen demzufolge auch immer vom Verhalten und Interesse der sozialen Umwelt ab, welches sich (mit-)verändern muß, wenn psychosoziale Auffälligkeiten abgebaut bzw. aufgelöst werden sollen. Folglich erreichen pädagogisch-therapeutische Maßnahmen ihre Bedeutung erst durch ihre Integrierung in lebensweltliche Zusammenhänge, wie sie der geistig behinderte Mensch als subjektiv bedeutsam erfährt (vgl. Speck 1988). Hierzu müssen Lern- und Handlungsfelder offeriert werden, die für den behinderten Menschen auf dem Hintergrund seiner biologischen Struktur und Disposition, seinen Entwicklungsmöglichkeiten und Bedürfnissen sowie seiner Biographie "passend", sinnbildend und autonomiefördernd sind. Ohne Mitarbeit der lebensweltlichen Systeme ist ein solches Konzept zum Scheitern verurteilt. Dies gilt sowohl für primäre Lebenswelten wie Familie, Wohngruppe oder Schule als auch für lebensweltliche Bereiche wie Nachbarschaften, Freizeitstätten, Einkaufszentren, kulturelle Orte oder gesellschaftliche Normen, die jeweils unterschiedlich intensiv und reziprok auf die Entwicklung des geistig behinderten Menschen wirken und von ihm beeinflusst werden. Ist das Verhältnis dieser Lebensbereiche zueinander gespalten und stehen die einzelnen Systeme in krassem Widerspruch zu den Bedürfnissen und Entwicklungsmöglichkeiten des behinderten Menschen, kommt es zu Unverträglichkeiten, die die Person in ihrer Identität und Lebensverwirklichung beschädigen. Somit gehört es zu einem wichtigen (insbesondere auch präventiven) Anliegen der behindertenpädagogischen Arbeit, die Frage nach geeigneten Lebensräumen für Menschen mit geistiger Behinderung zu stellen und für entsprechende Situationen offensiv einzutreten.

3. Folgerungen für die pädagogische und therapeutische Arbeit

Die vorausgegangenen Ausführungen legen den Schluß nahe, daß wir einer subjektzentrierten, beziehungs- und kontextorientierten Praxis gegenüber einer täter- oder symptomzentrierten

Behandlungsform den Vorzug geben. Anstelle einer Etikettierungsdiagnostik tritt damit eine "Verstehens-Diagnose" (Lingg/Theunissen 1993,24), in der folgende Aspekte eingehen sollten: Lebensgeschichte und Anamnese; "kritische" Lebensereignisse und subjektive Ereigniswahrnehmung; individuelle Ressourcen (Coping), Bedürfnisse und Entwicklungsniveau; biologische (organmedizinische, neurologisch-psychiatrische) Aspekte, physische Konstitution, Disposition; beklagte Verhaltens- und Erlebensweisen, ihre Häufigkeit und Intensität; die positive Konnotation auffälligen Verhaltens; beteiligte Bezugspersonen; situative Bedingungen, Kontext und soziale Ressourcen. Die wichtigsten pädagogischen Mittel der Diagnose sind Verhaltensbeobachtungen und Explorationsgespräche mit Angehörigen und anderen relevanten Bezugspersonen. Außerdem lassen sich einige Gesichtspunkte nur interdisziplinär erarbeiten. Psychiatrische oder neurologische Erkenntnisse sind somit keineswegs belanglos, wohl aber gewinnen sie ihre Bedeutung erst in Verein mit der sozialen Problemsicht. Überdies haben auch medizinische Untersuchungen eher hypothetischen Charakter, sodaß insgesamt betrachtet eine "Verstehens-Diagnose" kein definitives Urteil bedeuten kann. Vielmehr muß man sich stets ihrer Vorläufigkeit bewußt sein, was es bei allen weiteren pädagogischen und therapeutischen Überlegungen zu beachten gilt.

3.1. Vernetzte Hilfssysteme und institutionelle Rahmenbedingungen

Auf dem Hintergrund der vorausgegangenen Ausführungen vertreten wir eine Position, nach der geistig behinderte Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten nicht "krankenhausbehandlungsbedürftig" sind. Folglich hat die "Normalisierung" der Versorgung geistig behinderter Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten Priorität. Anscheinend hat sie aber auch Mißverständnisse befördert. "Normalisierung" bedeutet nämlich keine Ignoranz oder Ausklammerung psychiatrischer oder auch psychotherapeutischer Hilfen, sondern eine Schaffung von Versorgungsstrukturen und Angeboten, wie sie auch für andere Menschen als selbstverständlich gelten. Somit sind psychiatrische Dienstleistungen aus dem System der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen nicht völlig wegzudenken. Dabei darf es freilich nicht um eine neue Medizinierung von geistiger Behinderung gehen, indem plötzlich eine große Anzahl von geistig behinderten Menschen als besonders therapiebedürftig beschrieben wird.

Nach eigenen Beobachtungen spricht vieles dafür, ein Konzept zu entwickeln und zu verfolgen, nach dem z.B. eine Psychiatrie-Ambulanz oder ein Koordinationszentrum für Beratung und Therapie eine Anlaufstelle für psychiatrisch-neurologische Untersuchung und Hilfe (einschließlich mobiler Krisenintervention), für pädagogische Beratung und Förderung sowie für psychotherapeutische Hilfen für geistig behinderte Menschen, Eltern, Angehörige und MitarbeiterInnen sein kann. Die Interdisziplinarität und Kooperation zwischen der pädagogischen, psychologischen und medizinischen Profession hat sich in diesem System besonders zu bewähren. Durch die Wahrnehmung eines solchen disziplinübergreifenden Aufgabenfeldes könnte ein solches mobil operierendes Institut einen wichtigen Beitrag zur Prävention und gemeindenahen Versorgung leisten. Eine solche Anlaufstelle sollte Bestandteil eines regionalisierten Verbundsystems der Behindertenhilfe sein (vgl. hierzu Lingg/Theunissen 1993, 114ff.). Träger eines solchen Netzwerks regionalisierter Versorgungs- und Hilfssysteme könnte ein einzelner Verband oder eine Trägerkooperative sein, in der einzelne freie oder private Träger der Behindertenhilfe verschiedene Bausteine oder Funktionsbereiche des Systems abdecken. Hierzu bedarf es der Konsensbildung, Abstimmung und Kooperation unter den einzelnen Trägern der Behindertenhilfe in einer Region. (Einzuführende) Regionalkonferenzen haben hier ihren wichtigen Stellenwert. Um eine Aussonderung oder ein Abschieben geistig behinderter Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten aus einer Region zu vermeiden, kommt man darüber hinaus nicht umhin, eindeutige regionale Zuständigkeiten zu schaffen und eine Versorgungsverpflichtung für alle in der Region lebenden geistig behinderten Menschen durch Träger der örtlichen Behindertenhilfe einzuführen.

Darüber hinaus muß sich die Verbesserung der institutionellen Rahmenbedingungen auch direkt auf die Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten beziehen. Hier geht es um die Überwindung psychisch krank machender Institutionalisierungseffekte, zum Beispiel durch: kleine überschaubare Wohngruppen; festes Betreuerteam; Bezugsbetreuung; häusliche Atmosphäre und individuelle Wohnraumgestaltung unter Einbeziehung der Bewohner; Respektierung der Privatsphäre und Persönlichkeitsrechte behinderter Menschen; Normalisierung des Lebensalltags unter Berücksichtigung der individuellen Bedürftigkeit; Supervision für MitarbeiterInnen

durch trägerunabhängige Fachberater; fallbezogene Teamsitzungen unter Hinzuziehung einzelner Fachdienste, die systemische Beratung anbieten; Kooperation zwischen verschiedenen Hilffsystemen; regelmäßiger Erfahrungsaustausch zwischen relevanten Systemen; Mitbestimmungsmöglichkeiten der Basismitarbeiterschaft; autonome Wohngruppengestaltung.

3.2. Behindertenpädagogische und (psycho-)therapeutische Konzeption

Ebenso wichtig wie die vorausgegangenen Überlegungen sind Gedanken und Impulse zur inhaltlichen Ausgestaltung der behindertenpädagogischen und (psycho-)therapeutischen Arbeit, die von den institutionellen Voraussetzungen nicht losgelöst betrachtet werden kann. Überdies kann keine Reform besser sein als die Reformer selbst. Aus günstigen Rahmenbedingungen folgt nicht zwangsläufig eine qualifizierte Pädagogik. So kommt es letztlich auf die MitarbeiterInnen an, die die Reform mit Leben füllen müssen. Denn nicht die sog. Umstände oder das pädagogische Konzept allein, auch die persönliche Kompetenz nimmt Einfluß auf die Persönlichkeitsentwicklung des behinderten Menschen. Das sollte bei aller Konzeptentwicklung nie in Vergessenheit geraten.

Ausgehend von meinen langjährigen Erfahrungen bietet es sich an, zwischen einer allgemeinen pädagogischen Betreuung, einer speziellen Pädagogik und Psychotherapie zu unterscheiden. Zwischen diesen drei Bereichen besteht eine enge Verbindung, wobei die spezielle Pädagogik (heilpädagogische Förderung und Beratung) die Brücke zwischen der allgemeinen pädagogischen Arbeit und der psychotherapeutischen Hilfe darstellt. Grundsätzlich dürfen sich Aufgaben und Ziele der behindertenpädagogischen und therapeutischen Arbeit nicht widersprechen, weswegen im Vorfeld einer Konzeption eine gemeinsam verantwortbare normative Bezugsbasis hergestellt werden muß.

Die allgemeine pädagogische Betreuung bezieht sich auf die alltägliche wohngruppenbezogene Arbeit. Hier unterscheiden wir mit Blick auf den Personenkreis der verhaltensauffälligen geistig behinderten Menschen fünf Betreuungsbereiche:

1. aktivierende Pflege und Alltagsbegleitung;
2. Arbeit (Hausarbeit; hauswirtschaftliche Tätigkeiten);
3. ästhetische Praxis (Wohnraumgestaltung; basale Sinnesanregung und Pädagogik; kunstpädagogische Aktivitäten);
4. Teilhabe am gesellschaftlichen Leben;
5. Sport, Bewegung und Freizeit.

Eine solche Konzeption ist nur dann tragfähig, wenn der behinderte Mensch in seiner Subjekthaftigkeit auf dem Hintergrund einer verlässlichen Beziehung (Bezugsbetreuung) erschlossen und angenommen wird. "Fruchtbar ist nicht die pädagogische Absicht, sondern die Begegnung" (Martin Buber). Erziehung ist damit ein "Werden in der Begegnung" (Simon).

Bei der speziellen Pädagogik geht es um Angebote, die als eine allgemeine Aktivierung und Entwicklungsförderung des Individuums zum Abbau oder zur Beseitigung von psychosozialen Problemen (Verhaltensauffälligkeiten), Entwicklungsrückständen oder partiellen Lernschwächen, zur Kompensation von Defiziten sowie zum Aufbau oder zur Stabilisierung identitätskonstituierender Verhaltensweisen und sozialer Kompetenz sowie zur Erweiterung des Verhaltensrepertoires (Coping) beitragen können. Hierbei spielen erfahrungsgemäß lebensweltorientierte Konzepte eine wichtige Rolle. Sie nehmen einerseits Bezug auf die unmittelbar gegebenen Lebensverhältnisse der behinderten Menschen, andererseits reflektieren sie die Verschachtelung des primären Lebensraumes (Wohngruppe) mit der erweiterten sozialen Realität und bereiten gesellschaftliche Bezugsfelder (soziale Ressourcen) auf. Die Bedeutung der Lebensweltorientierung ist in der Vergangenheit insbesondere von der Heilpädagogik verkannt worden - war sie doch fast ausschließlich am medizinischen Therapiemodell orientiert. Viele Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung sind Ausdruck "erlernter Hilflosigkeit" (Seligman), aber auch in anderen Fällen, wo spezifische Dispositionen vermutet werden, sind sie oft mit Situationen verknüpft, die keine Teilnahme an der Verfügung und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände zulassen oder den autonomen Handlungsspielraum durch Etikettierungen, Verbote oder Reglementierungen erheblich einschränken. Der lebensweltbezogene Ansatz setzt gerade an dieser Stelle an, indem er in Kooperation mit dem Betroffenen und seiner Bezugsperson an vorhandenen Kompetenzen anknüpft und Gelegenheiten für eigenverantwortlich-selbstbestimmtes Handeln schafft. Dabei besteht die Möglichkeit, pädagogisch-therapeutische Arbeitsformen wie "basale Kommunikation" (Mall 1984),

"therapeutisch-ästhetische Erziehung" (Theunissen 1993;1994a;d), heilpädagogische Kunsttherapie (Menzen 1994), Motopädagogik (Kiphard 1984), Musiktherapie (Vogel 1991; Goll 1993), sensorische Integration (Ayres 1984), Konzepte zur Wahrnehmungsförderung (Affolter 1991), heilpädagogische Rhythmik (Klein 1991) oder "basale Stimulation" (Fröhlich 1992) einzubeziehen. Einige dieser Verfahren haben sich insbesondere in der Arbeit mit sog. schwerstgeistig- und mehrfachbehinderten Menschen bewährt. Neuerdings wird auch die Erlebnispädagogik als spezielles pädagogisch-therapeutisches Angebot für Menschen mit geistiger Behinderung diskutiert (vgl. Theunissen 1994e). So bedeutsam all diese Verfahren sein mögen, so wichtig ist es aber auch, sie stets kritisch zu reflektieren und nicht in ihrer Wirkung zu überschätzen. Sie ersetzen keineswegs die lebensweltorientierte Behindertenarbeit oder auch ein soziales Kompetenztraining, bei dem es um die Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Verhaltensweisen geht.

Andererseits zählt auch die Beratung zum Bestandteil der speziellen Pädagogik. Angesichts der Vielfalt professioneller Beratungskonzepte empfiehlt es sich, sie genauer zu skizzieren. Über alle Differenzierungen hinweg lassen sich zwei zentrale Richtungen ausmachen. Die erste Position ist vor allem im Gesundheitswesen typisch. Sie suggeriert, der Berater verfüge über so umfangreiches Fachwissen und wisse jeweils besser als der Laie, was einem geistig behinderten Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten gut tut und was nicht. Auch wenn sich Ratsuchende aufgrund von Hilflosigkeit, Ohnmacht oder Unsicherheit häufig den Experten kritiklos anpassen, ist es ein Irrtum, anzunehmen, daß gutgemeinte Ratschläge oder Verhaltensanweisungen wirklich von Ratsuchenden angenommen werden. Vielmehr werden Informationen höchst subjektiv verarbeitet. Diese Erkenntnis hat sich die zweite Richtung zu eigen gemacht, die sich als Konsultation (i.S.e. gemeinsamen Beratens) begreift. Diese Form der Beratung soll nicht beeinflussen oder gar manipulieren, sondern sie bezweckt die freie Entscheidung des Ratsuchenden; sie setzt dazu auf die gleichberechtigte und partnerschaftliche Kooperation aller Beteiligten und wertschätzt die Interaktionspartner als "Experten in eigener Sache" (vgl. Theunissen 1992, 170ff.). Die Formen der Beratung können sehr unterschiedlich sein. Das richtet sich nach dem jeweiligen Problem und Beratungswunsch. So kann im Einzelfalle eine langfristige, z.B. wohngruppenbegleitende Fachberatung angezeigt sein, ebenso denkbar ist aber auch ein kurzfristiges Krisenmanagement oder eine Fachberatung im Rahmen von Fallbesprechungen.

Alles in allem merken wir, daß der Anspruch an die spezielle Pädagogik hoch ist. Leider sind gerade in regionalen Versorgungssystemen entsprechende Fachdienste nur selten verfügbar, während größere Behindertenanstalten schon seit geraumer Zeit über solche Funktionsstellen verfügen.

Kann durch die enge Verschränkung von allgemeiner und spezieller Pädagogik der Bedürfnis- und Problemlage geistig behinderter Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten noch nicht entsprochen werden, so bedarf es zusätzlicher Hilfen, zum Beispiel einer Psychotherapie und/oder psychiatrischen Begleitung. Will die Behindertenpädagogik einer Vereinnahmung durch Psychotherapie, Psychologie oder Medizin entgehen, sollte sie eine Therapie im engeren Sinne anerkennen und sich einer Arbeitsteilung auf der Basis einer interdisziplinären Zusammenarbeit nicht verschließen. Leider können wir aus äußerlichen Gründen nicht auf einzelne psychotherapeutische Verfahren näher eingehen und ihre Vorzüge wie auch ihre Gefahren aufzeigen (vgl. hierzu Lingg/Theunissen 1993,138ff.). Deswegen sei nur ein Aspekt abschließend erwähnt: gleichermaßen wie es das enge Paradigma der Heilpädagogik zu überwinden gilt, muß auch das „setting“ herkömmlicher Psychotherapie verändert werden, indem psychotherapeutische Hilfen nur im Kontext der Lebenswelt und im Zusammenwirken mit einer gemeindenahen, behindertenpädagogischen Konzeption Legitimität erfahren. Dies ist der entscheidende Unterschied zu allen bisherigen Denkfiguren und Handlungsansätzen, die über eine täterorientierte Symptombehandlung nicht hinausgekommen sind.

4. Literatur

Affolter, F.: Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache, Villingen-Schwenningen 1991 (5.Auflage) Ayres,A.J.: Bausteine menschlicher Entwicklung.Berlin 1984.

Becker,H.S.: The outsiders - Studies in the sociology of deviance. New York 1963.

Bronfenbrenner,U.: Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart 1981.

Ciampi,L.: Wie können wir die Schizophrenen besser behandeln? Ein neues Krankheits- und Therapiekonzept. In: Nervenarzt 52 (1981),506-515.

- ders.:** Schizophrenie als Störung der Informationsverarbeitung. In: Stierlin,H.;Wynne,L.C.: Sozialtherapie der Schizophrenie. Berlin 1985.
- ders.:** Auf dem Weg zu einem kohärenten multidimensionalen Krankheits- und Therapieverständnis.In: Böker,W.;Brenner,H.D.: Bewältigung der Schizophrenie. Bern 1986.
- Dauweiler,J.P.:** Eine dynamische Sichtweise der Vulnerabilität. In: Neuropsychiatrie Band VI, Heft 1-2/1992,257-264.
- Day,K.A.:** Psychische Störungen und geistige Behinderung - Sind spezielle psychiatrische Dienste notwendig? In: Gaedt,Ch. u.a., a.a.O. (1993a).
- ders.:** Mental health services for people with mental retardation: a framework for the future. In: Journal of Intellectual Disability Research, 37(1993b),7-16.
- Dosen,A.:** Psychische en gedragsstoornissen bij zwackzinnigen. Amsterdam 1990.
ders.: Diagnostische und therapeutische Probleme. In: Gaedt,Ch. u.a., a.a.O. (1993a).
- ders.:** Diagnosis and treatment of psychiatric and behavioural disorders in mentally retarded individuals: the state of art. In: Journal of Intellectual Disability Research.37 (1993b),1-7
- ders.:** Entwicklungsdynamische Beziehungstherapie. In: Hennicke,K.;Rotthaus,W.(Hrsg.), a.a.O. (1993c).
- Dupont,A.:** Gegenwärtige Trends in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung und das Problem der "dual diagnosis". In: Gaedt,Ch. u.a., a.a.O. (1993).
- Fletcher,R.:** Die Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen in den USA. In: Gaedt,Ch. u.a., a.a.O. (1993) .
- Fletcher,R.;Menolascino,F.(eds.):** Mental retardation and mental illness. Lexington 1989 (Lexington Books).
- Fröhlich,A.:** Basale Stimulation. Düsseldorf 1992.
- Gaedt,Ch.u.a. (Hrsg.):** Psychotherapie bei geistig Behinderten, Neuerkeröder Beiträge 3, 1987a (Selbstverlag der Anstalt)
- ders.:** Normalisierung, Neuerkeröder Beiträge 2, 1987b (Selbstverlag der Anstalt)
- ders. u.a.(Hrsg.):** Psychisch krank und geistig behindert. Dortmund 1993.
- ders.:** Psychiatrisierung - der Preis für einen verleugnenden Umgang mit Gewalt. In: Zur Orientierung, 18. (2/1994),5-10.
- Goll,H.:** Heilpädagogische Musiktherapie. Frankfurt u.a. 1993
Görres,S.;Hansen,G.(Hrsg.): Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Heilbrunn 1992.
- Goffman,E.:** Asyle. Frankfurt 1972.
- Hennicke,K.:** Therapeutische Zugänge zu geistig behinderten Menschen mit psychischen Störungen: Traditionelles und systemisches Konzept. In: Geistige Behinderung 33 (1994),95-110.
- Hennicke,K.;Rotthaus,W.(Hrsg.):** Psychotherapie und geistige Behinderung. Dortmund 1993.
- Homfeldt,H.G.:** Stigma und Schule. Düsseldorf 1974(a).
- ders.:** Wie Ali und Werner vom Schulbesuch ausgeschlossen wurden. Essen 1974(b).
- Jervis,G.:** Kritisches Handbuch der Psychiatrie. Frankfurt 1978.
- Kiphard,E.:** Motopädagogik. Dortmund 1984.
- Klein,F.:** Scheiblauer-Rhythmik unter heilpädagogischem Aspekt -insbesondere für das Kind mit schwerer geistiger Behinderung, in: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik 2/1991,137-148
Lempp,R.: Medizinische Grundlagen der Verhaltensstörungen.In: Goetze,H.;Neukäter,H.(Hrsg.): Pädagogik bei Verhaltensstörungen, Hdb. der Sonderpädagogik, Band 6. Berlin 1989.
- Lotz,W.:** Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Unveröffentl. Diplomarbeit, Universität Freiburg 1991 (Psychologisches Seminar).
- Lingg,A.;Theunissen,G.:** Psychische Störungen bei geistig Behinderten. Freiburg 1993.
- Mall,W.:** Basale Kommunikation - ein Weg zum anderen. In: Geistige Behinderung 23 (1/1984) (Praxisteil)
- Menzen,K.-H.:** Heilpädagogische Kunsttherapie, Freiburg 1994
- McGee,J.J et al.(ed):** Gentle Teaching.A non-aversive approach to helping persons with mental retardation.New York 1987 (Human Sciences Press).
- Neuhäuser,G.:** Klinische Syndrome. In: Steinhausen,H.-C.(Hrsg.): Geistige Behinderung. Stuttgart u.a. 1990.

- Rotthaus,W.:** Menschenbild und psychische Krankheit des Geistigbehinderten aus systemischer Sicht. In: Hennicke,K.;Rotthaus,W., a.a.O. (1993).
- Sand,A.:** Diagnostisch-therapeutische Dienste für geistig behinderte Menschen mit einer psychischen Störung in der Evangelischen Stiftung Neuerkerode. In: Gaedt,Ch.(Hrsg.), a.a.O. (1993).
- Speck,O.:** System Heilpädagogik. München 1988.
- ders.:** Heilpädagogik und Soziale Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen Freiburg1992.
- ders.:** Heilpädagogik im Umbruch. Über Bildung, Erziehung und Therapie bei geistiger Behinderung, Freiburg 1993 (2.Aufl.)
- ders.:** Wege aus der Hospitalisierung. Förderung und Integration schwerstbehinderter Menschen. Bonn 1994a (3.Aufl.).
- ders.:** Probleme und Chancen der Ablösung bei Menschen mit geistiger Behinderung und ihren Eltern. In: Jugendwohl 75 (1994b).
- ders.:** Ästhetische Erziehung bei Menschen mit geistiger Behinderung, Manuskript (Veröffentlichung demnächst) 1994 (c)
- ders.:** Abgeschoben, isoliert, vergessen. Schwerst- und mehrfachbehinderte Menschen in Anstalten.Frankfurt 1994d (5.Aufl.).
- ders.:** Erlebnispädagogik mit geistig behinderten Menschen, in: Geistige behinderung 1/1994(e)
- Tomm,K.:** Weg von der Etikettierung. In: Beschäftigungstherapie und Rehabilitation, 31 (5/1992),420-424.
- Tuinier,S.;Verhoeven,W.M.A.:** Psychiatry and mental retardation: towards a behavioural pharmacological concept. In: Journal of Intellectual Disability Research, 37 (1/1993),16-25.
- Vogel,B.:** Lebensraum Musik. Stuttgart 1991.
- Watzlawick,P.(Hrsg.):** Die erfundene Wirklichkeit. Stuttgart 1985.
- Zubin,J.;Spring,B.:** Vulnerability - a new view on schizophrenia. In: Journal of Abnormal Psychology 86 (1976),103-126.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Georg Theunissen
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Fachbereich Erziehungswissenschaften
Institut für Rehabilitationspädagogik
06099 Halle (Saale)