

Michael Buscher/Klaus Henricke

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung

Unter Mitarbeit von Ursula Robertz
und Stephanie Heidenreich

2017

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Rolf Arnold (Kaiserslautern)
Prof. Dr. Dirk Baecker (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)
Prof. Dr. Jörg Fengler (Köln)
Dr. Barbara Heitger (Wien)
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)
Prof. Dr. Heiko Kleve (Witten/Herdecke)
Dr. Roswita Königswieser (Wien)
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Heidelberg)
Tom Levold (Köln)
Dr. Kurt Ludewig (Münster)
Dr. Burkhard Peter (München)
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)
Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)

Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)
Dr. Wilhelm Rotthaus (Bergheim bei Köln)
Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)
Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)
Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster)
Jakob R. Schneider (München)
Prof. Dr. Jochen Schweitzer (Heidelberg)
Prof. Dr. Fritz B. Simon (Berlin)
Dr. Therese Steiner (Embrach)
Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin (Heidelberg)
Karsten Trebesch (Berlin)
Bernhard Trenkle (Rottweil)
Prof. Dr. Sigrid Tschöpe-Scheffler (Köln)
Prof. Dr. Reinhard Voß (Koblenz)
Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)
Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)
Prof. Dr. Michael Wirsching (Freiburg)

Reihe »Störungen systemisch behandeln«, Band 9
hrsg. von Hans Lieb und Wilhelm Rotthaus
Reihendesign: Uwe Göbel
Umschlag und Satz: Heinrich Eiermann
Printed in Germany
Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck

Erste Auflage, 2017
ISBN 978-3-8497-0184-0 (Printausgabe)
ISBN 978-3-8497-8095-1 (ePUB)
ISBN 978-3-8497-8082-1 (PDF)
© 2017 Carl-Auer-Systeme Verlag
und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg
Alle Rechte vorbehalten

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

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren Autoren
und zum Verlag finden Sie unter: www.carl-auer.de.

Wenn Sie Interesse an unseren monatlichen Nachrichten aus
der Vangerowstraße haben, abonnieren Sie den Newsletter unter
<http://www.carl-auer.de/newsletter>.

Carl-Auer Verlag GmbH
Vangerowstraße 14 • 69115 Heidelberg
Tel. +49 6221 6438-0 • Fax +49 6221 6438-22
info@carl-auer.de



Inhalt

Vorwort der Herausgeber	9
Vorrede	11
1 Annäherungen an das Thema	14
1.1 Die Kunst des Navigierens zwischen Inklusion und Exklusivem	14
1.2 Zur Nützlichkeit spezialisierter Versorgungsangebote	17
1.3 Intelligenzminderung ist keine Krankheit	20
1.4 Behinderung wird in Gegenseitigkeit konstruiert	21
1.5 Über Behinderung reden – wie über alles andere auch.	23
1.6 Nicht »exkommunizieren«	23
1.7 Behinderung, familiäre Gleichgewichte und Helfersysteme	24
1.8 »Viele Köche verderben den Brei« – Zur Notwendigkeit abgestimmter Vielstimmigkeit	25
1.9 Mitleidsfreie Begegnung auf Augenhöhe.	27
1.10 Systemische Therapie und Störungsorientierung	27
1.11 Annäherungen und Erfahrungen	32
2 Sichtweisen: Daten und Definitionen	34
2.1 Intelligenzminderung und geistige Behinderung	34
2.1.1 Prävalenz von Intelligenzminderung	38
2.1.2 ICD-10 und Intelligenzminderung	39
2.1.3 ICF und Intelligenzminderung.	42
2.1.4 (Neuro-)psychologische Bestimmung von Intelligenzminderung	45
2.1.5 Intelligenzminderung und Entwicklungspsycho(patho)logie.	49
2.1.6 Schlussfolgerungen für die Praxis	54
2.2 Epidemiologie psychiatrischer Störungen.	57
2.2.1 Prävalenzen von Verhaltensauffälligkeiten	57
2.2.2 Prävalenzen von psychischen Störungen (psychiatrischen Diagnosen)	58
2.2.3 Zusammenfassung der epidemiologischen Befunde	60
2.2.4 Risikoerhöhung	61
2.2.5 Schlussfolgerungen	61
2.3 Körperliche Erkrankungen und zusätzliche Behinderungen	62

3	Systemische Fragen an die Diagnostik	64
3.1	Vorbemerkung	64
3.2	Diagnostik der Intelligenzminderung	68
3.3	Medizinisch-körperliche Diagnostik.	72
3.4	Diagnostik psychischer Störungen zwischen »Overshadowing« und »Underreporting«	74
3.5	Diagnostik und familiäres System: Systemische Erkundungen von Bezugsfeldern	77
3.6	Entwicklungsorientierung und Diagnostik	80
3.6.1	Entwicklungsorientierung zur angemessenen Gestaltung der Begegnung.	80
3.6.2	Entwicklungsorientierung und »integrative Diagnostik« (A. Došen).	85
4	Diagnostik und Therapie psychischer Störungen unter Berücksichtigung behinderungsspezifischer Färbungen	87
4.1	Aggressive Verhaltensweisen.	87
4.1.1	Delinquenz und Kriminalität	94
4.2	Selbstverletzendes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen.	95
4.2.1	Erscheinungsformen/Symptomatik	95
4.2.2	Entstehungshintergründe	96
4.2.3	Umgang und Therapie	98
4.2.4	Psychopharmakotherapie.	102
4.3	Psychotiforme Zustände und Psychosen	104
4.3.1	Diagnostik	105
4.3.2	Therapeutische Interventionen	107
4.4	Affektive Störungen	125
4.4.1	Symptomatiken	126
4.4.2	Diagnostik	129
4.4.3	Entstehung und Entwicklung depressiver Störungen	131
4.4.4	Therapie.	131
4.5	Traumafolgestörungen	133
4.5.1	Vorbemerkungen	133
4.5.2	Definitionen und Epidemiologie.	135
4.5.3	Risiken einer Traumatisierung.	136

4.5.4	Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörungen bei Kindern	137
4.5.5	Schwierige Diagnostik	138
4.5.6	Grundlagen der Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung.	139
4.5.7	Besonnenheit, Ruhe und Stabilisierung.	141
4.5.8	Besondere Dilemmata	143
4.5.9	Systemische Fragen in der Therapie von Traumafolgestörungen	145
4.6	Persönlichkeitsakzentuierungen	146
4.6.1	Borderlinestörung	148
4.7	Zum Schluss: Eine weitere Fallgeschichte.	153
5	Allgemeine Anmerkungen zur Psychopharmakotherapie - auch unter systemischen Aspekten	155
6	Verhaltensphänotypien	160
6.1	Nicht nur genetische Beratung!	161
6.2	Beispiele genetischer Syndrome und hilfreiche Strategien.	164
6.2.1	Prader-Willi-Syndrom	165
6.2.2	Fragiles X-Syndrom	166
6.2.3	Beispiele weiterer klinisch relevanter genetischer Syndrome	168
6.3	Zusammenfassung	170
7	Nützlich aus anderen Therapieverfahren	173
7.1	Multimodalität	175
7.2	Psychotherapie.	176
7.2.1	Verhaltenstherapie.	176
7.2.2	Gesprächspsychotherapie	180
7.3	Therapiesetting	181
7.3.1	Gruppentherapie oder einfach »Gruppe«?	181
7.4	Kreativtherapeutische Verfahren.	182
7.5	Heilpädagogik	184
7.6	Funktionelle Therapien	186
7.6.1	Bewegungs- und Körpertherapie	186
7.7	Anmerkung: Versorgungsrealitäten.	188
7.8	Zusammenfassung	189

8	Endlich: Grundannahmen systemischer Therapie	190
8.1	Geschichte(n)	190
8.2	Neugier, Allparteilichkeit, Neutralität und das Spannungsfeld zwischen »Unwissenheit« und Expertise	193
8.3	Ressourcenorientierung	201
8.4	Lösungsorientierung	204
8.5	Externalisieren: Nicht ich bin das Problem, sondern das Problem ist das Problem!	207
8.6	Orientierung am Auftrag und Klärung der Verantwortlichkeit - eine kontinuierliche Aufgabe	208
8.7	Dialoge zu Dialogen: Vom Reiz der Mannschaftsspiele	212
8.8	Im Blickpunkt: Individuelle und familiäre Resilienz	216
8.9	Schwierige Dialoge: Kontrolle und »elterliches Scheitern« - eine imaginative Kontroverse	223
9	Noch viel zu tun:	
	Vernetzte Strukturen spezifischer Angebote	234
9.1	Vorbemerkung	234
9.2	Zur Realisierung vernetzter Hilfen	236
9.3	Organisation der Nachsorge nach Klinikaufenthalt	239
9.4	Alternativen zur Klinikaufnahme	241
9.5	Ständige Balance: Assistenz und Familiengleichgewicht	241
10	Empfehlungen für Eltern von Kindern mit Intelligenzminderungen	245
11	Schlusswort: »And in the end ...«	250
	Literatur	254
	Über die Autoren	265

3 Systemische Fragen an die Diagnostik

3.1 Vorbemerkung

Diagnostik ist ein komplexer Erkenntnisprozess (im Rahmen eines fachlichen Theorie- und Erfahrungsgebäudes), an dessen Ende eine Diagnose steht, also eine mehr oder weniger tiefgründige Beschreibung eines aktuellen persönlichen Zustandes oder auch nur eine kategoriale Feststellung, z. B. des Schweregrades einer Intelligenzminderung oder der Zuordnung zu einer Ziffer aus den Klassifikationssystemen (ICD-10, DSM-5). Da sie abhängig ist vom Bezugssystem einer Fachdisziplin (manchmal auch von Alltagstheorien) sollten Einschätzungen als *Hypothesen* (die allerdings mehr oder weniger »sicher« sein können¹⁵) aus dieser speziellen Perspektive verstanden werden und nicht als absolute Wahrheiten.

In Abschnitt 2.1 konnten wir zeigen, wie notwendig und nützlich die Unterscheidung zwischen Intelligenzminderung und geistiger Behinderung ist, aber auch, welche Fallstricke sich auftun, wenn wir die betroffenen Menschen auf ihre Funktionsbeeinträchtigung reduzieren.

Zunächst also ist die Diagnostik der Intelligenzminderung mit den gegenwärtigen testpsychologischen Verfahren im Prinzip unproblematisch - analog der *Feststellung* jeder besonderen Funktionsbeeinträchtigung eines Menschen, wie z. B. angeborener oder auch früh erworbener motorischer und sensorischer Beeinträchtigungen

.....
15 Die testpsychologische Diagnostik eines Intelligenzniveaus ist eine wesentlich »sicherere« Aussage als die »klinische Einschätzung« eines Psychiaters oder die Feststellung eines Sonderpädagogen nach seinen Erfahrungen mit dem Schüler. Wenn allerdings die klinische oder pädagogische Einschätzung mit dem psychologischen Testbefund übereinstimmt, gibt es eine größere Sicherheit. Psychiatrische Diagnosen sind nicht so sicher wie naturwissenschaftliche Befunde (z. B. Laborwerte über eine Organfunktion) oder sichtbare organische Veränderungen bei bildgebenden Untersuchungsverfahren. Ob sie immer zuverlässig für eine »wirkliche« Störung oder Krankheit sprechen, ist häufiger unklar und nur in der Zusammenschau mehrerer Befunde möglich.

und schwerer chronischer Erkrankungen¹⁶. Wie die betroffene Person selbst mit ihren Einschränkungen umgeht und wie sie durch psychosoziale Erfahrungen im Laufe der Entwicklung in ihrem Denken, Erleben, Fühlen und Verhalten geprägt wird, ist Thema einer weiteren Diagnostik.

Die (Differenzial-)Diagnostik von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung muss daher mehrere Fragen untersuchen:

1. In welchem Ausmaß ist das Kind oder der Jugendliche in seinen Intelligenzfunktionen beeinträchtigt? Hierbei wird eine basale individuelle Eigenschaft festgestellt, die maßgeblich alle anderen Ebenen beeinflusst (»Intelligenz«- und/oder »Leistungsdiagnostik«).¹⁷
2. Zwischen körperlichen Beeinträchtigungen und Intelligenzminderung einerseits sowie zwischen körperlichen Befindlichkeiten und Verhaltensauffälligkeiten andererseits bestehen häufig enge Zusammenhänge, die im Rahmen einer medizinisch-körperlichen Diagnostik abgeklärt werden müssen.
3. In welcher Form und in welchem Ausmaß werden die verhaltensmäßigen, emotionalen und sozialen »Äußerungen« des Kindes oder Jugendlichen von der Intelligenzminderung geprägt – durch das Kind / den Jugendlichen selbst, durch die Erziehungs- und Beziehungssituation in der Familie und durch die Erfahrungen in außerfamiliären Kontexten? Hier geht es um

.....

16 Die Tatsache einer Intelligenzminderung muss nicht unbedingt eine andere, eher negativere Qualität oder einen größeren hinderlichen Einfluss auf die Lebensqualität haben als die Tatsache z. B. einer Taubheit, Blindheit oder spastischen Tetraparese. In jedem Fall kommt es darauf an, wie der Betroffene seine Beeinträchtigung in sein Leben integriert und wie die familiären und sozialen Bedingungen diese Wahrnehmung beeinflussen.

17 Die Frage werden *alle Beteiligten* sofort und ohne Aufhebens bei allen körperlich, sensorisch oder anderweitig beeinträchtigten Menschen stellen und beantworten. Im System der Förderschulen gehört es zur Routine, den sog. »Förderbedarf« auf der Basis testpsychologischer Diagnostik auszuschließen oder festzustellen.

Äußerungsformen, die *in enger Beziehung* zu der Beeinträchtigung in seinen kontextuellen Bedingungen stehen, also darum, wie das Kind / der Jugendliche seine Beeinträchtigungen in seine Welt integriert hat, wie die Lebenswelt der Familie damit umgeht und welche Teilhabechancen vorhanden sind und/oder wahrgenommen werden können (Diagnose des Ausmaßes der geistigen Behinderung resp. der Teilhabebeeinträchtigung).

4. Und schließlich: Sind die Äußerungsformen Ausdruck einer persönlichen Situation, die – wie Rotthaus (2015, S. 18) es in Bezug auf Angststörungen ausdrückt –

»durch ihre Intensität, ihre Dauer und dadurch, dass sie bei Betrachtung des situativen Kontextes als unangemessen erschein[en?]. Das Kind oder der Jugendliche sieht keine Möglichkeit, die Angst [oder im weiteren Sinne seine seelische Situation; Anm. K. H.] erträglich zu machen oder zu bewältigen. und sowohl seine Lebensqualität als auch seine Entwicklungschancen werden erheblich beeinträchtigt.«

Hierbei geht es also um die Frage, inwieweit die Äußerungsformen als eine seelische Störung resp. eine individuelle Leidensform gesehen werden können (psychiatrische Diagnostik).

Selbstverständlich sind diese Ebenen eng miteinander verschränkt, und manchmal sind die Unterscheidungen kaum zu treffen. Trotzdem macht es Sinn, sie auseinanderzuhalten, der Klarheit wegen und weil daraus unterschiedliche Auftragslagen, Haltungen und Hypothesen folgen.

Noch eine zweite Anmerkung, bevor wir die einzelnen Ebenen etwas genauer betrachten. Diagnostik und Therapie sind kaum zu trennen. Diagnostische Einschätzungen – wie auch immer ermittelt oder ausgehandelt – haben stets auch eine Wirkung auf persönliche Sichtweisen, Haltungen, Meinungen, Beziehungskonstellationen in der Familie oder der Peergroup usw. und sind Anlass zu Handlungen, die verändern. Versteht man Diagnostik als einen gemeinsamen Suchprozess nach guten Lösungen, so hängt der Erfolg wesentlich von der Art und Weise der Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen

sowie ihrer wichtigsten, Orientierung gebenden Bezugspersonen ab. Von Beginn an stehen Wertschätzung, Respekt und Auslotung von Potenzialen im Vordergrund. Aus der Art der Ankopplung »Klientensystem« - »Therapiesystem« werden sich »beiläufig« Veränderungen ergeben, die häufig schon mit der Kontaktaufnahme der Familien begonnen haben.

Am Anfang steht der Auftrag einer Familie oder eines Klienten, ein Auftrag aus eigenem Antrieb oder von Dritten veranlasst, vielleicht sogar erzwungen. Wenn Familien oder Einzelne Aufträge formulieren und damit in Kontakt treten, können bereits therapeutische Prozesse beginnen, indem beispielsweise der Wille bekundet wird, etwas zu verändern, zu klären oder sich einfach zu behaupten. Die schon lange vorher bestehenden Sichtweisen werden bestätigt, infrage gestellt oder verworfen. Zweifel werden beseitigt, gängige Umgangsroutrinen verfestigt oder verändert, neue Erfahrungen eingebaut.

Und dazu noch: Lange bevor überhaupt fachspezifische (pädagogische, psychologische, psychiatrische) Diagnostik durchgeführt wird, haben die Eltern sich selbst oder bei Nachbarn, Verwandten, Freunden oder bei wichtigen »Sozialagenten« wie Pfarrern, Lehrern, Kindergärtnern, Polizisten zu vergewissern versucht, was mit ihrem Kind los ist. Sie sind also angefüllt mit Vermutungen, Befürchtungen, Überzeugungen, wenn sie zur Diagnostik kommen. Jede Familie erwartet folglich etwas anderes.

Wie Familien auf die neuen Befunde, Erkenntnisse und Hypothesen reagieren, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab: Wollte die Familie selbst die Diagnostik oder wurde sie zur Diagnostik geschickt? Welche Familienmitglieder wünschen überhaupt Anregungen und welche sind aus welchen guten Gründen dagegen? Was spricht dafür, Neuem gegenüber skeptisch zu sein? Was muss nach dem Eindruck der Familienmitglieder unbedingt geschützt werden? Passen Ergebnisse der Diagnostik nicht oder noch nicht in »das Weltbild« der Familie, wird man sich fragen müssen, ob die Familie gut vorbereitet war, ob das Timing der Diagnostik stimmte, an welcher Stelle die Familie im Prozess verloren ging. Das Wohl des Kindes dürfte allerdings kaum noch im Vordergrund

stehen, wenn sich hinter der ständigen Suche nach neuen Spezialisten (Doktor- bzw. Diagnose-Shopping) lediglich der Wunsch verbirgt, trotz spürbarer Belastung der Betroffenen Ängste und Befürchtungen im Hinblick auf mögliche neue Sichten zu vermeiden.

Von außen beispielsweise durch Jugendamt oder Schule veranlasste Diagnostik wird im günstigsten Fall respektiert – vor allem, wenn Familien selbst nicht als Schuldige angeklagt werden und die Kinder und Jugendlichen es in ihrem Lebensumfeld dann leichter haben. In anderen Fällen sehen sich Familien durch derartige Prozeduren in ihrer Sicht auf eine »feindliche« missgünstige Welt bestätigt, die sie selbst aus der Verantwortung nimmt und u. U. zu weiterer Delegation von Verantwortung führen kann.

Diagnostik ist immer Teil eines Prozesses mit ungewissem Ausgang und unter manchmal nicht überschaubaren Bedingungen. Es ist also Bescheidenheit angesagt und auch Behutsamkeit im Sinne einer Offenheit des Diagnostikers gegenüber den Bedürfnissen der Anfragenden oder der Geschickten, ohne dabei die evtl. ermittelten »harten Realitäten« zu verdrängen.

Darüber hinaus gibt es einige zusätzliche Aspekte, die besonders bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung beachtet werden sollten.

3.2 Diagnostik der Intelligenzminderung

Bereits die Auftragslage ist offensichtlich klärungsbedürftig. Wer ist »Diagnostiknehmer«, wer »Diagnostikgeber«, wer ist »Auftraggeber« und wozu soll das Ganze gut sein?

Eine 14-jährige Jugendliche hat einen schulischen Leistungsabfall. Sie war schon immer eine eher schwache Schülerin im Förderschwerpunkt Lernen. Jetzt wirkt sie zunehmend traurig und resigniert. Die Schule wünscht eine psychiatrische Diagnostik. Im Rahmen dieser Diagnostik könnte beispielsweise eine Intelligenzminderung »diagnostiziert« werden mit weitreichenden Folgen für die berufliche Perspektive der Jugendlichen. Kann die Jugendliche nun selbst über die Diagnostik entscheiden, nachdem sie umfangreich informiert wurde,

oder entscheiden andere? Wie sind die Eltern vorbereitet? Wann ist der richtige Zeitpunkt für Diagnostik und zu welchem Zeitpunkt können »Diagnostizierte« und Bezugspersonen die Ergebnisse von Diagnostik am besten verarbeiten?

Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung sind zumeist Empfänger von Diagnostik, ob sie wollen oder nicht. Eher selten streben sie selbst eine Intelligenzdiagnostik an. Auftraggeber sind jedenfalls in der Regel Eltern, Schule¹⁸, Jugendhilfe, Arbeitsagenturen, niedergelassene (Förder-)Therapeuten und Ärzte. Ihnen geht es um die Frage, ob der Entwicklungsrückstand, die Verhaltensauffälligkeit oder die Leistungsprobleme mit der kognitiven Leistungsfähigkeit des Kindes etwas zu tun haben. Eine große Zahl von Kindern leidet unter den Folgen von Fehleinschätzungen. Auch wenn sie nicht explizit nach einer Form der Diagnostik fragen, sind sie doch interessiert zu erfahren, was da los ist und wie man etwas positiv beeinflussen kann. Eine solche Konstellation erscheint unproblematisch, weil alle Beteiligten an einer Klärung interessiert sind. Dennoch bleiben einige wesentliche Fragen:

Gab es *vorher* einen für die Beteiligten nachvollziehbaren, auf einen *Informed Consent* – eine „informierte Zustimmung“ – gerichteten Austausch, bei dem die Wirkungen und Nebenwirkungen der möglichen Diagnose »Intelligenzminderung« diskutiert wurden? Was bedeutet die mögliche Diagnose vor allem für den weiteren Lebensweg des Kindes? Wird hiermit eher nur »Realität« eingeführt oder ein Lebensweg zementiert? Fühlen sich die Kinder und Eltern eher stigmatisiert oder erleichtert, weil viele Probleme verstehbarer werden? Wird das Zusammenleben dadurch einfacher, müssen neue Handlungsweisen und Beziehungsgestaltungen erlernt werden oder dreht sich die »Spirale« der Zuschreibungen einer Behinderung nun verstärkt? Die Einbeziehung der Kinder in diese Prozesse ist unab-

.....

18 Ein sog. »Förderausschussverfahren« (z. B. zur Klärung der Frage, ob nicht eine Intelligenzminderung in einem solchen Ausmaß vorliegt, dass eine spezielle Förderung z. B. in der Förderschule für geistige Entwicklung notwendig und sinnvoll ist) kann ohne Einverständnis der Eltern durchgeführt werden. Ob die Eltern dann den entsprechenden Empfehlungen folgen, ist allerdings ihre Entscheidung.

dingbar und es sollten Angebote der pädagogisch-psychologischen Begleitung gemacht werden.

Diagnostik ist durchaus ein Prozess in Gegenseitigkeit. Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderungen haben häufig einen sehr feinfühligem Blick auf professionelle Helfer. Günstige Bedingungen entstehen, wenn das Kind und die Bezugspersonen den Diagnostiker als nicht nur am Defekt orientiert erleben und wenn sie sein Interesse an ihren Fähigkeiten spüren. Eine der Voraussetzungen für »heilsame Lösungen« ist von allen Beteiligten empfundene »Sicherheit im therapeutischen Raum« (siehe Kapitel 2 der Online-Materialien)¹⁹. Kinder, Jugendliche und Eltern sollten sich sicher fühlen, dass ihnen mit Wertschätzung und Akzeptanz begegnet wird.

Anamnestiche Prozesse sollten so gestaltet sein, dass Kinder und Eltern das Gefühl haben, dass man nicht nur an den Einschränkungen, den nicht erreichten allgemeinen Entwicklungszielen, sondern auch und insbesondere an den Fähigkeiten des Gegenübers interessiert ist. Das bedeutet nicht, dass Einschränkungen ignoriert werden.

Beispielsweise sind Anamnesefragebögen häufig sehr pathologieorientiert. Schnell wird deutlich, wie viele Entwicklungsaufgaben, wenn überhaupt, verspätet erledigt werden. Die Fragen nach Normabweichungen werden den Selbstwert des Kindes vermutlich nicht steigern, möglicherweise bei Eltern alte Schuldgefühle mobilisieren. Beginnt ein Kind beispielsweise erst mit 19 Monaten zu laufen, kann man dies einer Entwicklungspathologie zuschreiben. Fragt man jedoch, wie die Mutter es geschafft hat, ein Kind mit schweren peripartalen Belastungen trotz aller Schwierigkeiten beim Laufbeginn so gut zu unterstützen, dass es doch noch laufen lernte, wird sich die Atmosphäre ändern – ebenso wie bei der Frage an das Kind, woher es die Stärke hat, nach einem so schwierigen Start noch so viel zu erreichen.

Diagnostiker sollten nicht der Illusion erliegen, dass Testergeb-

.....
19 http://www.carl-auer.de/machbar/psychische_stoerungen_bei_kindern_und_jugendlichen_mit_intelligenzminderung.

nisse mehr sind als Orientierungspunkte. Der IQ allein sagt nur Orientierendes zu Lebensoptionen. Aber diese Orientierung allein kann erhebliche Klarheiten schaffen, wenn sie eine Richtung oder einen Weg vorgibt oder – wie wir unten ausführlicher zeigen werden – einen Entwicklungskorridor individueller Normalität. Vor allem bietet er für die Eltern, Betreuer, Lehrer eine gewisse Sicherheit, weder unter- noch überfordernd, also dem Entwicklungsstand gemäß mit dem Kind umzugehen (s. Abschnitt 3.6). Und der gibt Hinweise, in welchem Ausmaß Assistenz angezeigt ist. Unbestritten ist auch, dass der IQ-Wert der valideste Prädiktor für Schulerfolg und damit für viele kulturelle Leistungen ist. Über das Ausmaß der »geistigen Behinderung« oder wie wirklich der Alltag bewältigt wird, sagt er aber nur sehr bedingt etwas aus. Gut eingebettete, nachvollziehbare und an die Fragestellungen der Familie anschließende Diagnostik kann also Teilhabechancen erhöhen.

IQ-Werte variieren von Testsituation zu Testsituation und in Abhängigkeit vom Untersucher, aber auch vom Befinden des Kindes oder Jugendlichen. Er erfordert in jedem Fall ein hohes Maß an Erfahrung, nicht nur mit Intelligenzminderung, sondern auch mit psychiatrischen Phänomenen, die die kognitive Leistungsfähigkeit beeinträchtigen (schwere ADHS, Depression, Psychose, schwere Belastungen und Traumatisierung). Der so erfahrene Untersucher wird diese einschränkenden Bedingungen berücksichtigen. Er wird in jedem Fall zwei anerkannte Testverfahren benutzen und nicht nur den globalen IQ-Wert feststellen, sondern in verschiedenen »Untertests« »Stärken« und »Schwächen« erkennen.²⁰ Er wird im Rahmen der Testsituation weitere Fähigkeiten und Fertigkeiten wahrnehmen und beschreiben

.....

20 Dissoziierte Ergebnisse in den Untertests können für die Kinder und Jugendlichen zu erheblichen Belastungen werden: Die Betroffenen sind in einem Bereich kompetent, während sie kaum Befähigungen in anderen Bereichen zeigen. Der Umgebung ist es dann teils unmöglich zu entscheiden, was das jeweilige Kind kann und was nicht. Auch für die Kinder selbst und ihre Peers bleibt unklar, wann etwas gekonnt wird und wann nicht. Viele der Betroffenen, die diese Situation reflektieren können, nehmen sich als besonders inkompetent wahr.

(so z. B. Fähigkeiten in Bezug auf die Alltagsbewältigung, auf soziale Kompetenzen und Kontaktgestaltung). Und er wird vor allem eine vertrauensvolle Beziehung herstellen, wenn nötig in mehreren Sitzungen. Übereilte Diagnostik kann hier zu erheblichen Fehlurteilen führen.

Vom Diagnostiker ist also große Vertrautheit mit seinen Instrumenten, deren Potenzial und deren Einschränkungen zu erwarten. Klienten müssen gut vorbereitet und der Zeitpunkt »angemessen« gewählt sein. Oft wird vorschnell »Intelligenz« »getestet«, wenn beispielsweise aufgrund psychischer Veränderungen noch kein valides Ergebnis zu erwarten ist.

Abschließend verweisen wir zur wesentlichen Ergänzung und Vertiefung auf das Handbuch zur »Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung« von Stahl u. Irblich (2005) sowie auf die AWMF-Leitlinien »Intelligenzminderung« (Häßler 2016).

3.3 Medizinisch-körperliche Diagnostik

Fragen nach körperlichen Einflussgrößen auf Verhalten spielen bei Menschen mit Intelligenzminderungen eine wichtige Rolle. Auch wenn die Gefahr einer medizinischen Überakzentuierung zu bedenken ist, wird besondere Achtsamkeit im medizinischen Bereich von vielen Familien im Anknüpfungsprozess sehr geschätzt. Allerdings erfordert sie in der Regel aufseiten der Untersucher viel Zeit und Einfühlungsvermögen. Menschen mit Behinderungen haben häufig Erfahrungen mit Diagnoseverfahren und Behandlungen, die – mögen sie noch so notwendig sein – nicht immer verstanden und traumatisch verarbeitet wurden.

Diese Traumata treten erst allmählich in das Bewusstsein der therapeutisch oder pädagogisch Tätigen, obwohl sie bei gezielter Nachfrage häufig eruiert werden können.

Die medizinische Anamnese erfordert gleichermaßen viel Geduld, wenn man Entwicklungsbesonderheiten erfassen will, und Einfühlungsvermögen, um die bereits an anderer Stelle angesprochene Fokussierung auf »Pathologisches«, »Defizitäres« oder »Nicht-Erreichtes« zu vermeiden. Es kann also nicht allein um statistische

Normabweichung gehen, sondern immer auch um das, was Kinder und Eltern unter einschränkenden Entwicklungsbedingungen letztendlich erreicht haben. Damit verändern sich notwendig die Maßstäbe. Soweit eben notwendig müssen medizinische Diagnostik und entsprechende Maßnahmen den Betroffenen nachvollziehbar begründet werden, damit nicht der Eindruck entsteht, dass auch hier über den »Behinderten« hinweg diagnostiziert und Ohnmacht induziert wird.²¹

Allein die körperliche Untersuchung ist in der Regel aufwendiger. Bei der neurologischen Untersuchung müssen vielleicht Untersuchungsschritte erst vorgeführt werden, damit sie leichter erfassbar sind. Häufiger sind, um Überforderung zu vermeiden, mehrere Untersuchungstermine angezeigt. Ebenso kann es notwendig sein, beispielsweise die Motorik im Alltag zu beobachten bzw. Angehörige zu befragen.

Bewährt hat es sich, den Kindern und Jugendlichen besondere Anerkennung zukommen zu lassen für den Mut bei der Blutentnahme, das Mitmachen und die Geduld beim EEG sowie die Überwindung der Angst vor größeren technischen Apparaturen wie beispielsweise Kernspintomografen. In angstinduzierenden Untersuchungssituationen ist die Anwesenheit vertrauter, gut instruierter Bezugspersonen hilfreich. Praxen und Untersuchungsräume in Kliniken müssen kindgerecht gestaltet sein, auch für körperlich behinderte Kinder gut zugänglich, und schließlich sollten die Ergebnisse der Untersuchungen so gut wie eben möglich anschaulich erklärt werden.

Zusammenfassend hat die medizinische Diagnostik bei Menschen mit Behinderungen einen hohen Stellenwert. Sowohl organmedizi-

.....
21 Aktuell beobachten wir insbesondere bei Pflegekindern eine Zunahme der Diagnose »Fetales Alkoholsyndrom (FASD)«, die z. T. allein aus bestimmten Verhaltensweisen des Kindes bzw. von äußerlich sichtbaren »Stigmata«) abgeleitet wird. Nur am Rande sei angemerkt, dass die Trennschärfe keinesfalls so eindeutig ist, wie gelegentlich nahegelegt wird. So erleichternd eine derartige Diagnose für die Pflegeeltern sein kann, so sehr sie u. U. Gefühle eigener Insuffizienz reduziert, so sehr muss andererseits die Frage geklärt sein, wie die oft vulnerablen Kinder die Information erleben, dass ihre leiblichen Eltern sie nicht nur abgegeben, sondern ihnen auch schweren Schaden zugeführt haben (vgl. Becker, Hennicke u. Klein 2015).

nische Einflüsse auf kognitive Funktionen (u. a. Schilddrüsenstörungen, Stoffwechselerkrankungen, Epilepsien, Seh- und Hörstörungen, Artikulationsschwierigkeiten und Sprachverständnisprobleme, Medikamentenneben- und -wechselwirkungen) als auch die emotionale Befindlichkeit (u. a. Schmerzzustände, Verdauungsprobleme, Schlafstörungen, neurogene Störungen der Blasenfunktion oder der Darmentleerung) sind zu beachten.

3.4 Diagnostik psychischer Störungen zwischen »Overshadowing« und »Underreporting«

Menschen mit Intelligenzminderungen gelten – wir haben das oben ausgeführt – als von psychischer Not besonders belastet. Prävalenzen psychiatrischer Störungen sind höher als in anderen Bevölkerungsgruppen. Ganz überwiegend zeigen Kinder und Jugendliche insbesondere mit leichten Intelligenzminderungen vergleichbare psychische Störungen wie andere Kinder. Vor allem bei Kindern und Jugendlichen mit deutlicheren Intelligenzminderungen können Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen jedoch auch sehr spezifische Färbungen haben (z. B. Formen selbstverletzenden Verhaltens).

Diagnostik erfordert bei diesen Kindern Geduld, Interdisziplinarität und die Bereitschaft, sich auf die Kommunikationskanäle der Kinder einzulassen, ihre Sprache zu sprechen oder zu erlernen. Die Einbeziehung des Umfelds ist von besonderer Bedeutung, um zu einem komplexeren Verstehen zu gelangen – darüber hinaus ist sie eine wesentliche Ressource im Therapieprozess. Diagnostik gelingt vor allem, wenn sie viele Blickwinkel zur Verfügung stellt.

Ein Jugendlicher mit einer Intelligenzminderung reagiert zunehmend aggressiv. Sowohl die Wohnheimbetreuer als auch die Mitbewohner erlebt er nach einem Gruppenwechsel vor einem Jahr als zunehmend bedrohlich. Kinder- und jugendpsychiatrisch würde man hier zumindest eine paranoide Entwicklung diskutieren. Demgegenüber würden Pädagogen möglicherweise eher die chronische Überforderung des Jugendlichen sehen, zumal sich die Symptomatik verstärkt hat, seitdem einige »vermeintlich stärkere« Jugendliche in die Gruppe gekom-

men sind. Pädiater würden vielleicht ihr Augenmerk auf das Anfallsleiden und dessen medikamentöse Einstellung richten.

Die Diagnostik psychiatrischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung erfordert neben fundierten Kenntnissen der allgemeinen Psychopathologie Wissen über die spezifischen Ausgestaltungen emotionaler Äußerungsformen.

Die Diagnostik von Verhaltensauffälligkeiten und deren Zuordnung bei Menschen mit Intelligenzminderungen ist charakterisiert durch besondere Herausforderungen, die sich auch in widersprüchlichen Interpretationen je nach Profession der »Untersucher« widerspiegeln. So ist zu differenzieren, ob Verhalten eher im Rahmen der Intelligenzminderung und hieraus resultierenden Verhaltensbesonderheiten oder im Rahmen einer psychiatrischen Störung zu verstehen ist. Hier wären beispielsweise Stereotypen oder das nicht selten anzutreffende Phänomen zu nennen, dass Menschen mit Behinderungen im Selbstgespräch Ereignisse nachbearbeiten, die sie beeindruckt haben, teils (u. U. zeitlich verzögert) in Rede und Gegenrede, teils sich selbst laut mit den Anforderungen der Umwelt selbst beschimpfend - nicht zu verwechseln mit dem Stimmenhören bei psychotischen Prozessen. Andererseits besteht die Gefahr, dass psychische Störungen nicht erkannt werden, weil auffälliges Verhalten monokausal als Folge von Behinderung interpretiert wird (»diagnostic overshadowing«) (Reiss, Levitan a. Szyszko 1982). Kommunikative Hemmnisse führen vielleicht dazu, dass Phänomene psychischer Störungen wie beispielsweise Halluzinationen nur unzureichend mitgeteilt werden (»underreporting«). Differenzialdiagnostisch kommt erschwerend hinzu, dass körperliche Beschwerden (vom Zahnschmerz bis zur Obstipation) häufig aufgrund mangelnder Ausdrucksmöglichkeiten nicht berichtet und die hieraus resultierenden Verhaltensänderungen missverstanden werden. Diagnostische Einschätzungen erfordern deshalb neben besonderer Expertise beim »Untersucher« die Einbeziehung von Kontaktpersonen, die die Betroffenen sehr genau kennen und Veränderungen vielleicht differenzierter wahrnehmen, als dies in der Kürze einer Sprechstunde möglich ist.

Unter den Diagnosekriterien müssen gerade auch nonverbale Parameter und Verhaltensänderungen besonders beachtet werden wie beispielsweise das vermehrte angstbesetzte Starren in eine Ecke des Raumes, was möglicherweise auf eine Psychose hindeutet, Schlafstörungen, deutliche Aggravierung bisheriger Verhaltensweisen, Interessenverlust, Passivität, unerklärliche Aggressivität, erhebliche Stimmungsschwankungen etc. Stets ist die Möglichkeit der Multikausalität von Verhalten zu beachten.

- Welche Veränderungen gab es in der Umgebung, in der Familie (z. B. Trennungen)?
- Gab es traumatisierende oder überfordernde Situationen, die z. B. Erregungszustände begründen könnten?
- Gab es nachvollziehbare oder nicht nachvollziehbare Entwicklungsknicks?
- In welchen Situationen genau tritt das auffällige Verhalten auf?
- Wurden körperliche Veränderungen beobachtet?

Eine genaue Zuordnung von Verhaltensweisen zu den sogenannten Störungsbildern kann im Einzelfall nicht oder erst im Laufe der Zeit gelingen. Immer sollten wir auch prüfen, wann Verhaltensauffälligkeiten nicht auftreten, welche Lösungen bislang erfolgreich waren, welche Sinneserfahrungen stabilisierend wirken, wo besondere Fähigkeiten liegen, die Problembewältigung unterstützen können, und welche Interaktionspartner Betroffene am besten und mit welchen Mitteln unterstützen können.

Diagnostik betrifft auch die Frage, welche Vorerfahrungen mit Helfern nützlich waren und welche nicht, welche Nöte und welche Coping-Potenziale in der Familie oder anderen sozialen Kontexten anzutreffen sind und wie schließlich Krisen bislang schon erfolgreich bewältigt wurden. Und nicht zuletzt betrifft Diagnostik auch die Resonanzen der Diagnostiker:

- Welchen Impulsen folge ich aus welchen Gründen und in wessen Auftrag?
- Wie gehe ich mit Überforderung um?
- Vertraue ich auf die Ressourcen der Kinder und Jugendlichen und

auf deren Eltern?

- Arbeite ich gern mit Menschen mit Behinderungen?
- In welche Muster lasse ich mich gern einbinden?
- Gelingt mir die Orientierung an den Anliegen der Familie oder mache ich Vorgaben »auf Expertenniveau«?
- Wie ist mein Kontext und welchen Erwartungen will/muss ich entsprechen?
- Und was ist mein emotionales Erleben beim Thema Behinderung?
- Folge ich dem Tempo der Familie und habe ich sie über Wirkungen und Nebenwirkungen der Diagnostik informiert?

Eine unserer jüngeren Kolleginnen mit einem großen Faible für die Erfindung kreativer Therapien bat Jugendliche (mit Intelligenzminderungen), sich im Laufe des stationären Aufenthaltes mit Blick auf die Erreichung ihrer Ziele selbst einzuschätzen (sicherlich auch eine Art Diagnostik). Den Jugendlichen erschien das sehr hilfreich, und die Therapeutin hatte keinen Zweifel an ihrer Kompetenz. Hilfreich war offenbar eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe.

3.5 Diagnostik und familiäres System: Systemische Erkundungen von Bezugsfeldern

Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderungen stellen Familien vor manchmal extreme Herausforderungen, mit denen sie wenig vertraut sind und für die es im privaten und erweiterten Umfeld meistens keine Modelle gibt. »Spontanes« elterliches Erziehungsverhalten, wie es in der Regel in der eigenen Sozialisation erfahren wurde, reicht häufig nicht aus. Angemessene Strategien des Umgangs und der Bewältigung der Anforderungen können erst im Laufe der Entwicklung erlernt werden. Die überwiegende Mehrheit der Familien kann dies engagiert bewältigen. Wie sie das schaffen und welchen Preis sie evtl. dafür zahlen, ist von großem diagnostischem Interesse, darf aber nicht zum Gegenstand »brutaler Interessiertheit« werden. Der Blick in die familiären Welten und die befassten Helferkontexte darf nicht zu zusätzlicher Stigmatisierung führen.

Therapeuten zeigen sich hier unterschiedlich forsch. Es gibt solche, die Nachfragen erst dann stellen, wenn sich aus den Äußerungen der Familien hierfür Anhaltspunkte ergeben. Andere wiederum gehen in der Befragung eher direktiv vor und machen von Beginn an deutlich, dass sie aus ihrer Erfahrung heraus nicht sinnvoll arbeiten können, wenn nicht für bestimmte Beziehungskonstellationen im Umfeld die Kooperationsbereitschaft auch im Sinne eigener Veränderungsmotivation geklärt sind. Wichtig ist, die eigene Position transparent zu machen und einen Informed Consent bei den Betroffenen und deren Bezugspersonen zur Vorgehensweise herzustellen.

Eltern von Kindern mit Behinderungen erfahren sehr früh die Begleitung von Helfersystemen, die einerseits die familiäre Homöostase irritieren und die andererseits als hilfreich und unterstützend erlebt werden können. Es empfiehlt sich, die Bedeutung der psychosozialen Helfer für die Familie zu erfragen, nicht zuletzt, weil diese Erfahrungen auch Einfluss auf die Beziehungsgestaltung der Familien nehmen können.

So sahen wir beispielsweise einen 15-jährigen Jugendlichen mit einer deutlichen Behinderung und einer Autismusspektrumsstörung zusammen mit seinen Eltern. Der Junge habe sich nach Beschreibung der Eltern in den letzten Jahren erheblich verändert und zeige z. T. sehr expansive Verhaltensmuster. Das machte er dann auch im Vorgespräch zur Aufnahme. Der Sonderpädagoge und der Autismusexperte waren bei der Aufnahme dabei. Wir waren erschrocken, dass niemand dem aggressiven Verhalten Einhalt gebot. Dies kann leicht zu der Idee führen, Eltern seien »überprotektiv« oder resigniert. Im weiteren Verlauf verstanden wir, dass die Eltern von den professionellen Helfern aufgefordert wurden, das gezeigte Verhalten zu ignorieren. Dies führte letztendlich mit dazu, dass der Jugendliche zunehmend »provokativer« Strategien entwickelte, um Resonanz zu erzeugen. In diesem Fall war also das Wissen um die Wirkung von Sekundärinterventionen auf die Familie eine wesentliche Voraussetzung zu einem umfassenderen Verstehen.

Viele Familien berichten gerne und ausführlich über Erfahrungen mit den Helfersystemen:

- Welche Hilfen (oder auch Helferpersonen) waren bislang für sie hilfreich oder weniger hilfreich? Welche Hoffnungen sind erfüllt, welche enttäuscht worden? Welche Belastungen bestanden und haben sich verändert?
- Was hat sich dadurch verändert (beispielsweise die Rollen und Verantwortlichkeiten in der Familie oder der Umgang mit dem behinderten Kind)? Und waren mit den Veränderungen alle Familienmitglieder einverstanden?

Die Mütter »behinderter« Kinder werden häufig für vielfältigste fördernde Tätigkeiten herangezogen und tragen meistens die gesamte Last der Organisation der Förderungen, der Alltagspflege und -betreuung. Sie geraten damit in eine besonders enge Beziehung zu ihren Kindern, während Väter hier seltener involviert zu sein scheinen und »an den Rand gedrängt« werden oder sich ausgeschlossen fühlen. Hier bedarf es sehr respektvollen Umgangs mit solchen »strukturellen Veränderungen«, die eher aus der Not heraus, denn als bewusste Umgangsstrategien geschehen. Nicht selten erfahren aber diese Mütter dann später von Therapeuten ihrer jugendlichen Kinder, sie seien symbiotisch, könnten nicht loslassen und verursachten das Verhalten ihrer schwierigen Kinder. Derartige Etiketten werden den Müttern und ihren Verdiensten selten gerecht. Sie verstärken u. U. Schuldgefühle und lassen eine Ablösung noch schwieriger werden. Sinnvoller kann es sein, das bisherige Engagement zu würdigen und den Schritt der Familie, jetzt etwas zu ändern, zu fokussieren.

Wenn sich Kinder beispielsweise in Kliniken »besser« zeigen als zu Hause, so erscheint es uns in der Regel nützlicher, Eltern zu signalisieren, dass wir dies für das Verdienst ihrer Erziehung halten - weniger als Hinweis dafür, dass wir die besseren Eltern gewesen wären.

Diagnostik sollte sich zusammenfassend also stets auch der Frage widmen, welche besonderen Ressourcen sich in den Familien zeigen und welche Resilienzfaktoren relevant sind. Das beinhaltet, zu explorieren, wer im Kontext der Kinder und Jugendlichen einen wichtigen Beitrag für »positive« Veränderungen geleistet hat, wer sich als Mitstreiter für den therapeutischen Prozess am ehesten gewinnen

lässt. Allerdings ist diese erweiterte Diagnostik nicht ohne Gefahren, insbesondere wenn sie aktuell außerhalb des Anliegens der Familie liegt. Diagnostik sollte hier gleichermaßen anschlussfähig und anregend sein.

Viele Therapeuten bedienen sich der Genogramme oder anderer Methoden, familiäre Beziehungsmuster zu erkennen (z. B. Familienaufstellungen). Hier gilt insbesondere, dass die Fokussierung auf die Familiengeschichte und die aktuelle Beziehungssituation für die Betroffenen unbedingt verstehbar und nachvollziehbar sein sollte, sie damit einverstanden sein müssen und entsprechend vorbereitet werden (»informed consent«). Das weitere Vorgehen lässt sich mit folgender Metapher skizzieren: Zugänge zu familiären Wirklichkeiten erfordern Finderspitzengefühl. Therapie wird mit einem Besuch verglichen. Verhält sich der Besucher an der Türe sensibel und angemessen, erhält er auch Zugang zum Flur, erst dann zum Wohnzimmer und schließlich bei ausreichendem Vertrauen auch zu den familiären Schlafzimmern.

3.6 Entwicklungsorientierung und Diagnostik

3.6.1 Entwicklungsorientierung zur angemessenen Gestaltung der Begegnung

»Entwicklungsorientierung« wird an dieser Stelle nur als ein pragmatisches Handlungskonzept zur angemessenen Gestaltung einer Begegnung mit anderen Menschen diskutiert.

Menschen gehen im Alltagsleben mit Säuglingen, Kleinkindern, Schulkindern, Jugendlichen, Adoleszenten, jungen und älteren Erwachsenen, Alten und Greisen, unterschiedlich um, je nach lebenszyklischem Entwicklungsstand. Wir stellen unsere eigene Kommunikation und Interaktion darauf ein und nehmen die des Gegenübers entsprechend wahr. Im Wesentlichen orientieren wir uns dabei am (vermuteten) Lebensalter, das wir implizit mit dem Entwicklungsstand gleichsetzen, und am äußeren Erscheinungsbild des anderen. Der Terminus dazu heißt »altersentsprechend«. Dieses alltägliche *Modell der*

Übereinstimmung von Lebensalter und Entwicklungsalter funktioniert in der Regel ganz gut. Manchmal bedarf es dazu eines längeren Prozesses der (gegenseitigen) Anpassung. Probleme gibt es dann, wenn dies nicht gelingt, die Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung zu groß werden oder die gegenseitigen Erwartungen zu unterschiedlich sind.

In professionellen Kontexten der gesundheitlichen Versorgung (Frühförderung, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie) oder im Bildungswesen (z. B. Kindergartenpädagogik, Grundschulpädagogik, Erwachsenenbildung) ist die Orientierung am Entwicklungsstand resp. am Lebensalter des Kindes obligatorisch, weil die jeweiligen diagnostischen Verfahren, pädagogischen Angebote oder Therapieempfehlungen zwingend dem Entwicklungsstand des Kindes angemessen sein müssen. Es wäre sonst weder möglich, die Symptome und Verhaltensweisen sowie die speziellen Lernstrategien- und -voraussetzungen wirklich zu verstehen, noch wären die therapeutischen, unterstützenden und Lernangebote hilfreich, wenn sie nicht den Fähigkeiten und Möglichkeiten der Schüler oder Patienten angemessen wären. Sinn von »Entwicklungsorientierung« ist daher, diese Art von Passung herzustellen, bereitzustellen und – in professionellen Kontexten – auch zu gewährleisten. Ziel muss sein, dem Klienten die psychosozialen Anforderungen in allen Dimensionen seinen »Entwicklungsständen« entsprechend zu gestalten. Das gilt für alle Lebensbereiche (Familie, Wohnen, Peers, Schule, Arbeit) sowie für alle speziellen pädagogischen und therapeutischen Unterstützungen.²²

Das bedeutet beispielsweise, einem Jugendlichen seinem altersgemäßen allgemeinen Entwicklungsstand angemessene Lebens- und Umgangsformen anzubieten, gleichzeitig aber in »einfacher Sprache« mit ihm zu reden. Außerdem ist es hilfreich, ihm Beziehungsangebote und emotionale Signale zu geben, die die noch frühen kindlichen

22 Das bedeutet natürlich nicht, jeden Stress, alle Konflikte und Probleme zu vermeiden, im Gegenteil. Diese notwendigen, entwicklungsstimulierenden Herausforderungen müssen aber unter den gegebenen Voraussetzungen zu bewältigen sein, wenn auch manchmal nur mit spezieller Unterstützung.

Bedürfnisse nach Schutz, Sicherheit, Versorgung und Nähe zu befriedigen vermögen.

Die Kompetenz der (schulischen) Sonderpädagogik ist es ja gerade, die kognitiven und emotionalen Anforderungen an den Schüler methodisch-didaktisch dem Entwicklungsstand angemessen anzubieten.

Therapeutische Angebote aller Art in der Kinder- und Jugendpsychiatrie müssen entsprechend den oben genannten Prinzipien modifiziert werden, damit sie eine Chance haben, den Klienten zu erreichen. Auch in systemisch-familientherapeutischen Settings macht es sehr viel Sinn, gemeinsam darüber nachzudenken, ob die familiären Beziehungs- und Interaktionsmuster vom intelligenzgeminderten Mitglied in gleicher Weise wie angenommen oder beabsichtigt wahrgenommen werden.

Wir haben oben gesehen (Abschnitt 2.1), dass die Prämisse der Übereinstimmung von Lebensalter und Entwicklungsstand bei Menschen mit Intelligenzminderung nicht aufrechterhalten werden kann. Der gewohnte Bezug zum Lebensalter als ansonsten zentraler Orientierungspunkt ist nicht verlässlich. Mehr noch: Einzelne Entwicklungsstränge wie

- die Kognition und Intelligenz,
- die emotionalen und sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten («sozio-emotionale Entwicklung»)²³ sowie
- die körperliche Reife und - meistens - die (grob-)motorischen Fähigkeiten

können durchaus mit *unterschiedlichen* Entwicklungsgeschwindigkeiten voranschreiten. Wir können also auch nicht mehr wie gewohnt vom Lebensalter auf eine sozusagen »harmonische« Parallelentwicklung der obigen Dimensionen schließen. Bei Menschen mit Intelli-

.....
23 Unter sozioemotionaler Entwicklung wird die subjektive Art und Weise der Wahrnehmung und Verarbeitung verstanden sowie deren verhaltensmäßiger Ausdruck von Gefühlslagen, Stimmungen, emotionalen Reaktionen auf innere seelisch-körperliche Zustände sowie auf äußere soziale Reize, interaktionelle Abläufe bzw. die Kontaktgestaltung.

genzminderung beobachten wir fast immer eine Diskrepanz zwischen körperlicher Reife und kognitivem Entwicklungsstand, häufig auch einen Entwicklungsrückstand im sozioemotionalen Bereich. Es finden sich zudem spezifische, manchmal »altersentsprechende«, häufig aber entwicklungsgeschichtlich frühere Denk- und Handlungsmuster als Resultat diverser psychosozialer Erfahrungen. Im Gesamtbild entsteht so ein »dissoziiertes« (»disharmonisches«, »asynchrones«) Entwicklungsprofil, das unterschiedliche und teilweise sehr diskrepante Entwicklungsstände aufweisen kann. Dies manifestiert sich natürlich umso deutlicher mit zunehmendem Lebensalter.

Entwicklungsorientierung in pädagogisch-therapeutischen Kontexten ist daher eine komplexe Wahrnehmungs- und Umgangsstrategie mit einer *systematischen Berücksichtigung des Entwicklungsstandes einer Person* auf allen Dimensionen seines Lebens. Diese Grundhaltung ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, die je spezifischen, äußerst vielfältigen und auf unterschiedlichen Entwicklungsniveaus »angesiedelten« Äußerungsformen eines Menschen angemessen wahrzunehmen und »passende« Interaktionen zu gestalten. Dies bedeutet keineswegs eine »schablonenhafte«, kategoriale Einschätzung eines Menschen, sondern vielmehr eine entscheidende Voraussetzung für ein einfühlsames, dimensionales Verständnis (»Diagnostik«) seiner Lebensäußerungen. *Orientierungsmaßstab ist nicht mehr die durchschnittliche Norm der Gesamtpopulation, sondern es werden die je persönlichen Voraussetzungen und deren Realisierung im Entwicklungsprozess berücksichtigt.* Erst auf dieser Basis kann eine Begegnung »in Augenhöhe« gestaltet werden.

Die häufig spürbaren Widerstände gegenüber einer Entwicklungsorientierung in pädagogisch-therapeutischen Kontexten sind unter diesen Prämissen nicht mehr nachvollziehbar. Die Befürchtung, dass eine solche Haltung die Intelligenzminderung zu sehr in den Vordergrund stelle oder dass die Abkehr vom Maßstab des Lebensalters zu einer »Verkindlichung« von jugendlichen oder erwachsenen Menschen mit Intelligenzminderung führe, erscheint nur dann berechtigt, wenn damit der Mensch als Ganzes auf diese Entwicklungsrückstände

(im Sinne von Defiziten) reduziert wird. In unserem Verständnis von Entwicklungsorientierung soll gerade das Gegenteil ermöglicht werden. In der Praxis heißt das:

Mit der Anpassung an den intellektuellen Entwicklungsstand des Gegenübers kann es gelingen, *uns* verständlich zu machen, insbesondere indem *wir* unsere Sprache entsprechend gestalten und/oder *wir* in der Lage sind, auch andere Kommunikationskanäle anzubieten. Dazu ist die Kenntnis der intellektuellen Niveaus (z. B. in Form einer psychologischen Testuntersuchung) sehr hilfreich. Zwar ist auch durch Ausprobieren (mit hohem Risiko der Fehleinschätzung und der Beschämung des Gegenübers) und aufgrund (»klinischer«) Erfahrung eine Annäherung möglich. Aber mit diesem Vorgehen *unterstellen* wir ein intellektuelles Niveau und machen eigentlich das Gleiche wie bei einer standardisierten Intelligenzdiagnostik, allerdings nach subjektiven Maßstäben und mit dem (»guten«) Gefühl, jemanden durch einen IQ-Wert nicht zu blamieren.

Umgekehrt können wir die »Lebensäußerungen« (Sprache, Verhalten, Mimik, Körperhaltung, Emotionen, Gefühle, soziales Verhalten) nur verstehen und angemessen einschätzen, wenn wir eine (mindestens ungefähre) Vorstellung vom Entwicklungsstand des Gegenübers haben. Auch den »sozioemotionalen Entwicklungsstand« werden wir zunächst nur mit dieser Hilfe erfassen, bevor zusätzliche Beobachtungen, evtl. sogar spezielle diagnostische Verfahren wie z. B. der SEO (vgl. auch Kolb 2014)²⁴, und vor allem anamnestiche Hinweise genauere Aufschlüsse geben. In vielen Situationen sind wir auf die »Übersetzungsfähigkeiten und -qualitäten« der Bezugspersonen angewie-

.....
24 SEO ist die niederländische Abkürzung für »Schema van emotionele Ontwikkeling« und wurde von Anton Došen entwickelt. Der Fragebogen wurde erstmals in deutscher Sprache in Došen (2010, S. 371 ff.) der breiten Fachöffentlichkeit in Deutschland zugänglich. Das Konzept des SEO wurde bereits davor im Berliner Behandlungszentrum für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung (BHZ) in der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge in Berlin-Lichtenberg in der klinischen Arbeit benutzt und bis heute mehrfach modifiziert (vgl. Sappok et al. 2011; 2012; Sappok 2014).

sen (mit dem Risiko, das Kind oder den Jugendlichen nur durch deren Brille wahrzunehmen).

3.6.2 Entwicklungsorientierung und »integrative Diagnostik« (A. 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 von Verhaltensproblemen für unerlässlich hält (»entwicklungsdynamisches Konzept«).

»Unter der biologischen Dimension versteht man genetische Veränderungen und andere biologische Abweichungen des zentralen Nervensystems, wodurch dessen Funktion teilweise oder ganz verändert werden kann. In der Funktionsdimension werden motorische und sensorische, aber besonders kognitive, soziale und emotionale Aktivitätsbereiche zusammengefasst. Die soziale Dimension umfasst die soziale Umgebung mit allen dazugehörigen Interaktionen. Unter der Entwicklungsdimension wird ein sequenzieller, d. h. schritt- oder phasenweiser Verlauf der Entwicklung verstanden, der letztendlich auf einem bestimmten Niveau stehen bleibt« (Došen 2010, S. 26).

Došen nennt sein spezifisches diagnostisches Vorgehen »integrativ« und versteht darunter (vgl. die eindrucksvollen Beispiele auf den Seiten 86 ff. seines Buches):

1. Die psychiatrische Diagnose umfasst die kategoriale Klassifikation gem. ICD und DSM, die Diagnosen von Funktionsstörungen, genetische Befunde, heilpädagogische Diagnose (Art der Verhaltensprobleme) sowie Einordnung der Probleme im Kontext der aktuellen Umweltbedingungen und früherer Belastungen.
2. Der Entstehungsmechanismus und die Dynamik des Problems (klassische Pathogenese, aber auch systemische Hypothesen zur Funktion der Symptomatik) werden in einer Art deskriptiver, dimensionaler Diagnose dargestellt.
3. Sämtliche weiteren diagnostischen Aspekte, sofern bekannt, können aufgeführt werden, u. a. spezielle biologisch-körperliche Fak-

toren, Ausmaß der Intelligenzminderung, Stand der Persönlichkeitsentwicklung, Bedürfnislage, Persönlichkeitseigenschaften.

4. Welcher Hilfebedarf liegt vor und welche Behandlungsstrategien werden empfohlen?

Die Ansätze von Došen (ebd., S. 83) ähneln den *Prinzipien der multidimensionalen Diagnostik der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (vgl. Remschmidt 2011; Döpfner et al. 2000), die ein möglichst komplexes Bild verschiedener Dimensionen des Lebens eines Kindes oder Jugendlichen in seinem gesamten Lebenskontext mit vielfältigen Methoden beschreiben. Weniger als bei Došen (2010) werden allerdings der Entwicklungsaspekt sowie systemische Zusammenhänge beachtet.

Die erhebliche Komplexität des diagnostischen Vorgehens verlangt eher ein voll-/teilstationäres Setting, wobei die strukturellen Voraussetzungen für leistungsstarke ambulante Angebote (und Behandlungsmöglichkeiten) in den Niederlanden günstiger als hierzulande zu sein scheinen (vgl. Došen 2010, S. 335 ff.).

Die Ergebnisse der integrativen Diagnostik begründen dann ganzheitliche, die verschiedenen Entwicklungsdimensionen integrierende therapeutische Konzepte.