

Albert Lingg | Georg Theunissen

Psychische Störungen und intellektuelle Beeinträchtigungen

Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis

8. Auflage

LAMBERTUS

Albert Lingg | Georg Theunissen

Psychische Störungen und intellektuelle Beeinträchtigungen
Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis



Laden Sie dieses Buch kostenlos
auf Ihr Smartphone, Tablet
und/oder Ihren PC und profitieren
Sie von zahlreichen Vorteilen:

- **kostenlos:** Der Online-Zugriff ist bereits im Preis dieses Buchs enthalten
- **verlinkt:** Die Inhaltsverzeichnisse sind direkt verlinkt, und Sie können selbst Lesezeichen hinzufügen
- **durchsuchbar:** Recherchemöglichkeiten wie in einer Datenbank
- **annotierbar:** Fügen Sie an beliebigen Textstellen eigene Annotationen hinzu
- **sozial:** Teilen Sie markierte Texte oder Annotationen bequem per E-Mail oder Facebook

Aktivierungscode: psIt-2023

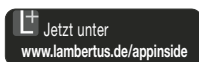
Passwort: 4879-2058

Download App Store/Google play:

- **App Store/Google play** öffnen
- Im Feld **Suchen Lambertus+** eingeben
- **Laden und starten** Sie die **Lambertus+ App**
- Oben links den Aktivierungsbereich anklicken um das E-Book freizuschalten
- Bei **Produkte aktivieren** den **Aktivierungscode** und das **Passwort** eingeben und mit **Aktivieren** bestätigen
- Mit dem Button **Bibliothek** oben links gelangen Sie zu den Büchern

PC-Version:

- Gehen Sie auf **www.lambertus.de/appinside**
- **Aktivierungscodes** oben anklicken, um das E-Book freizuschalten
- **Aktivierungscode** und **Passwort** eingeben und mit **Aktivieren** bestätigen
- Wenn Sie Zusatzfunktionen wie persönliche Notizen und Lesezeichen nutzen möchten, können Sie sich oben rechts mit einer persönlichen E-Mail-Adresse dafür registrieren
- Mit dem Button **Bibliothek** oben links gelangen Sie zu den Büchern



Bei Fragen wenden Sie sich gerne an uns:
Lambertus-Verlag GmbH – Tel. 0761/36825-24 oder
E-Mail an info@lambertus.de



Albert Lingg | Georg Theunissen

Psychische Störungen und intellektuelle Beeinträchtigungen

**Ein Lehrbuch und Kompendium
für die Praxis**

LAMBERTUS

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.

8. aktualisierte Auflage 2023

Alle Rechte vorbehalten

© 2023, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau

www.lambertus.de

Umschlaggestaltung: Nathalie Kupfermann, Bollschweil

Druck: Elanders GmbH, Waiblingen

ISBN 978-3-7841-3607-3

ISBN eBook 978-3-7841-3608-0

Inhalt

Vorwort zur achten Auflage.....	9
1 Einleitung	14
Intellektuell beeinträchtigt – verhaltensauffällig – psychisch gestört	14
Intellektuelle Beeinträchtigungen	14
Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen	20
2 Psychiatrische Grundlagen, Klassifizierung und Therapie.....	32
Begriffliche Skepsis – einleitende Bemerkungen	32
Neue Diskriminierung?	32
Psychopathologie als Grundlage.....	32
Psychopathologie im Kontext	34
Das psychiatrische Werkzeug.....	35
Die psychiatrische Untersuchung.....	36
Psychopathologische Symptome	37
Syndrome.....	42
Psychiatrische Klassifikationen – relativiert.....	43
Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung: stärker betroffen?.....	45
Spezielle psychosoziale Auffälligkeiten	47
F0 – Organische (körperlich begründbare) Psychosen.....	47
F1 – Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.....	53
F2 – Schizophrenie und sonstige wahnhafte/psychotische Störungen	56
F3 – Affektive Störungen (früher: Manisch-depressives Kranksein, MDK).....	59
F4 – Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	64
F5 – Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren.....	71
F6 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.....	74
Sexuelle Auffälligkeiten und Störungen durch Misshandlung.....	79
Autismus-Spektrum	82
ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom)	91
Psychiatrische Therapie	94
Voraussetzungen.....	94
Soziotherapie	95
Psychopharmakotherapie	96

3 Psychotherapeutische Konzepte	106
Einleitende Bemerkungen	106
Psychoanalytisch orientierte Therapie.....	110
Über Frühstörungen und gestörte Dialoge	111
Zur diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweise	114
Resümee	116
Individualpsychologische Psychotherapie.....	119
Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie.....	122
Spezielle methodische Aspekte	123
Resümee	124
Verhaltenstherapeutische Ansätze	126
Techniken der Verstärkung und „klassische“ Verfahren.....	128
Aversive Methoden.....	131
Kombinierte Methoden	133
Kritische Anmerkungen und Zwischenbilanz	133
Kognitiv-behaviorale Methoden	136
Konklusion	139
Körperorientierte Psychotherapieformen.....	140
Zur Gestalttherapie nach Besems und v. Vugt	142
Reflexion und Resümee	144
Systemische Therapien	145
Systemtheoretische Grundannahmen	146
Folgerungen für die Therapie	149
Resümee	150
Neuropsychotherapie	152
Zur Theorie und Praxis einer neurowissenschaftlich informierten Psychotherapie	155
Resümee	158
Zusammenfassende Einschätzung und Ausblick.....	162
Zur Beziehungsgestaltung.....	164
Zur Ressourcenaktivierung	165
Zur Problemaktualisierung	165
Zur Klärungsperspektive	166
Zur Problembewältigung	166

4 Konzepte der Heilpädagogik und Sozialen Arbeit.....	170
Positive Verhaltensunterstützung.....	170
Bezugspunkte.....	171
Grundannahmen.....	173
Unterstützungskreis.....	174
Medizinisches Assessment	174
Funktionales Assessment.....	174
Indirektes Assessment	175
Direktes Assessment.....	175
Entwicklung eines Unterstützungsprogramms	179
Zur Umsetzung und Durchführung	183
Kritisches Resümee und Ausblick in Bezug auf psychische Störungen.....	184
Lebensweltbezogene Behindertenarbeit.....	192
Zur Ökologie der menschlichen Entwicklung.....	193
Zur Gestaltung des Wohnalltags	194
Zum Leitprinzip der Inklusion	196
Konsequenzen für die Praxis der Inklusion	199
Systemisch- und stärkenorientierte Praxisberatung	204
Grundzüge systemisch- und stärkenorientierter Beratung.....	205
Phasen der systemisch- und stärkenorientierten Praxisberatung.....	208
Schlussbemerkung – zur Rolle der Berater:innen	211
Anhang.....	217
Sachwortregister.....	219
Literatur	224
Die Autoren	249

Vorwort zur achten Auflage

Seit der Ersterscheinung unseres aus dem interdisziplinären Diskurs 1993 entwickelten Lehrbuchs wurden in Neuauflagen jeweils wichtige Neuerungen in den heilpädagogischen wie psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachrichtungen eingearbeitet. Für diese Ausgabe standen wir vor der Frage, ob die 11. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) englischsprachig am 01.01.2022 global eingeführt wurde, in den einzelnen Kapiteln bereits Berücksichtigung finden sollte – wurden doch im Kapitel 2 unseres Buches die speziellen psychosozialen Auffälligkeiten nach der bisherigen 10. Version des ICD abgehandelt.

Nun gestaltete sich in der Vergangenheit der Wechsel von einer ICD-Fassung zur nächsten jeweils langwierig. So dauerte die Umstellung von der ICD-9 auf die ICD-10 vom Inkrafttreten der Revision bis zur vollständigen Anwendung in den deutschsprachigen Ländern etwa sechs Jahre. Auch die ICD-11 muss zunächst ins Deutsche übersetzt, modifiziert und in die bestehenden hiesigen Strukturen integriert werden. Expert:innen gehen davon aus, dass dieser Umstieg noch komplizierter wird, da ICD-11 nicht mehr als gedrucktes Nachschlagewerk konzipiert wurde, sondern nur noch rein digital vorliegt. Die WHO erwartet so eine Art lebendiges und langlebigeres Dokument, auf das jede:r Zugriff hat und in das Änderungen leichter eingearbeitet werden können.

Da davon ausgegangen werden kann, dass im Gesundheitswesen für die Dokumentation und Abrechnung die Version 10 der ICD noch Jahre Verwendung finden

wird, haben wir uns dazu entschieden, die Änderungen von ICD-10 auf 11 in der 8. Auflage unseres Buches nicht zu berücksichtigen, um mögliche Verwirrungen zu vermeiden. Wenngleich die WHO eine Übergangszeit bis 2027 nahelegt, ist noch nicht abzusehen, wann die ICD-11 im deutschsprachigen Raum endgültig für die Verschlüsselung von (psychischen) Krankheiten zum Einsatz kommt.

Um jedoch schon anzudeuten, was sich mit der ICD-11 verändern wird, haben wir in der folgenden Vorschau einige wichtige Neuerungen, die den psychiatrischen Bereich betreffen, angeführt (vgl. dazu Gaebel et al. 2020; Reed et al. 2019; Sass & Cording 2021; Schäfer et al. 2019; Theunissen 2022a; Thoma 2022):

- Eine bedeutsame inhaltliche Änderung ist der Lebensspannenansatz der ICD-11. So sind in der ICD-11 die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend nicht mehr in einem separaten Kapitel untergebracht, sondern in den jeweiligen „Erwachsenenkapiteln“ verschlüsselt.
- Eine weitere Veränderung bezieht sich auf Autismus, indem die bisherigen klinischen Bilder wie „Frühkindlicher Autismus“ oder „Asperger-Syndrom“ abgeschafft wurden. Dafür gibt es eine übergreifende, unter neurologischen Entwicklungsstörungen („neurodevelopmental disorders“) eingeordnete Kategorie „Autismus-Spektrum-Störung“, die mit potenziellen Beeinträchtigungen der „funktionalen Sprache“ und „geistigen Entwicklung“ codiert wird.
- Was die in unserem Buch benutzte Zuschreibungskategorie „intellektuelle

Beeinträchtigung“ betrifft, so wurden diesbezüglich mit der ICD-11 der bisherige Begriff der „Intelligenzminde- rung“ sowie die statische Einteilung in verschiedene Schweregrade aufgegeben. Stattdessen wird nunmehr von „Störungen der intellektuellen Entwicklung“ („disorders of intellectual development“) gesprochen, die wie die „Autismus-Spektrum-Störung“ unter den neurologischen Entwicklungsstörungen gefasst wird.

- Bei den primär hirnorganischen Störungen fallen bislang wichtige Krankheitskategorien im Bereich neurokognitiver Störungen, so die organisch bedingten Wesens- bzw. Persönlichkeitsänderungen (etwa nach schweren Schädel-Hirn-Traumen oder chronischem Alkoholismus), weg.
- Des Weiteren wurde im ICD 11-Katalog neben dem „pathologischen Glücksspiel“ nunmehr auch die „Spielstörung“ („gaming disorder“) als eigene Krankheit aufgenommen.
- Zu Schizophrenien, bipolaren Störungen, unipolaren Depressionen und Delirien bringt ICD-11 keine gravierenden Änderungen, allerdings wird auf die klassischen Subtypen der Schizophrenie verzichtet.
- Die „akute Belastungsreaktion“ ist in der ICD-11 nicht mehr enthalten; man kann jedoch eine „akute Stressreaktion“ verschlüsseln.
- Die „anhaltende Trauerstörung“ ist eine neue Diagnose, welche eine chronifizierte Trauerreaktion nach dem Tod einer nahestehenden Person (vor mindestens 6 Monaten) verschlüsseln kann.
- Eine neue Diagnose ist die „Komplexe PTBS“ (Posttraumatische Belastungsstörung). Damit diese Diagnose gestellt werden kann, müssen (neben der Erfüllung des Trauma-Kriteriums) die PTBS-Kriterien erfüllt sein (d.h.

Wiedererleben, Vermeidung, anhaltende Bedrohungswahrnehmung) sowie Symptome aus drei weiteren Bereichen (Schwierigkeiten in der Regulierung von Emotionen, überdauerndes negatives Konzept des Selbst, Beziehungsschwierigkeiten). Die komplexe PTBS präsentiert sich klinisch als ein heterogenes Störungsbild, das sich von einer Persönlichkeitsstörung mit Borderline-Muster (welche sich klinisch ähnlich präsentieren kann) als separates Störungsbild sinnvoll abgrenzen lässt.

- Bei den Persönlichkeitsstörungen (PS) ist es zu einer grundlegenden Änderung gekommen: Hier wird auf die Unterteilung in zehn PS verzichtet. Man kann neu eine generelle PS diagnostizieren und angeben, wie ausgeprägt deren Schweregrad ist. Zusätzlich kann durch eine Postkoordination spezifiziert werden, wie sich die Persönlichkeitszüge oder -muster manifestieren (z. B. negativistisch, zwanghaft).
- Burnout wird als Berufsphänomen und nicht als ein medizinischer Zustand verschlüsselt (WHO 2018).
- Die Diagnose „Störungen der Geschlechtsidentität“ wurde durch die Fachbezeichnung „Geschlechtsinkongruenz“ ersetzt. Unterschieden wird sie weiterhin nach dem Lebensalter, in der Pubertät oder im Erwachsenenalter bzw. während der Kindheit. Auch wird diese Diagnose nicht als psychische Störung eingeordnet, sondern als „Zustandsform der sexuellen Gesundheit“.
- Zusätzlich finden sich einige neue Diagnosen in der ICD-11, wie beispielsweise die „körperdysmorphe Störung“, das „pathologische Horten“ oder die „Binge Eating-Störung“.
- Das Kapitel 21 beinhaltet Symptome, Zeichen oder klinische Befunde, die man nicht anderswo klassifizieren kann, welche jedoch von klinischer Relevanz

sein können, wie z. B. „Perfektionismus“ oder „überwertige Ideen“.

- Kapitel 24 beinhaltet Faktoren, welche den Gesundheitsstatus beeinflussen können, wie „Armut“ oder „fehlende körperliche Bewegung“.

Die ICD-11 ist das Ergebnis langjähriger internationaler Entwicklungsarbeit von 96 Mitgliedsstaaten. Die Überarbeitung durch die WHO hat den medizinischen Fortschritt berücksichtigt und kulturellen Weiterentwicklungen Rechnung getragen, auch wurden neue Methoden und Strukturen entwickelt, die das medizinische Geschehen in einer digitalisierten Welt adäquat abbilden können. Feldtests haben laut WHO gezeigt, dass ICD-11 einfacher zu bedienen ist als die Vorversion. Weit überwiegend blieben jedoch die gängigen Störungsbilder in Richtung Diagnostik und Indikationsstellungen erhalten, sodass – neben der ohnehin langen Übergangszeit – für die praktische Zusammenarbeit die Beibehaltung der bisherigen Darstellungsweise naheliegend war.

Nach wie vor stößt unsere Schrift auf ein sehr positives Echo. Gleichwohl stellen wir uns für die achte Auflage erneut die Frage, ob es noch sinnvoll ist, den Begriff der geistigen Behinderung zu benutzen. Denn sein stigmatisierender Charakter und seine Unzulänglichkeit sind unstrittig. Favorisiert wird daher aus der Betroffenen-Perspektive der Begriff der Lernschwierigkeiten. International hat sich die Bezeichnung „intellectuell

disabilities“ durchgesetzt, und im Lager der deutschsprachigen Fachwelt gewinnen Begriffe wie „intellektuelle Beeinträchtigung“, „kognitive Beeinträchtigung“ sowie „intellektuelle Entwicklungsstörung“ an Zuspruch. Vor diesem Hintergrund haben wir uns mit Blick auf die internationale und hiesige Diskussion dazu entschieden, geistige Behinderung durch den Leitbegriff der intellektuellen Beeinträchtigung zu ersetzen. Gleichwohl sind wir uns bewusst, dass auch der Begriff der intellektuellen Beeinträchtigung zu einer Stigmatisierung oder Diskriminierung verleiten kann, weshalb es immer notwendig ist, die benutzte Sprache, das damit verknüpfte Menschenbild und die Einstellung zu der betroffenen Person selbstkritisch zu reflektieren, um ihr So-Sein anzunehmen und ihr mit Respekt zu begegnen. Welcher der alternativen Begriffe für geistige Behinderung sich letztendlich im deutschsprachigen Raum durchsetzen wird, ist noch nicht absehbar.

Wie bei den vorausgegangenen Auflagen haben wir auch diesmal wieder eine Durchsicht und Aktualisierung vorgenommen, die sich v. a. auf neuere Erkenntnisse und Fachliteratur bezieht.

Bedanken möchten wir uns bei allen, die unser neues Buch unterstützt haben, v. a. bei Frau Winkler vom Lambertus-Verlag für die gute Zusammenarbeit.

Albert Lingg, Rankweil/Österreich

Georg Theunissen, Freiburg im Breisgau/Deutschland, Frühjahr 2023

1

1 Einleitung

Intellektuell beeinträchtigt – verhaltensauffällig – psychisch gestört

Wenn wir einen Blick in die Geschichte der Fürsorge und Wohlfahrtspflege werfen, so stellen wir fest, dass es jahrzehntelang Gepflogenheit war, Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung als Kranke zu betrachten und zu behandeln (Theunissen 2021a). Dementsprechend galt eine intellektuelle Beeinträchtigung als eine Krankheit und nicht selten wurde eine „Unheilbarkeit“ und im Sinne einer „Bildungsunfähigkeit“ und „völligen Pflegebedürftigkeit“ behauptet. Dieser „therapeutische Nihilismus“ (Theunissen) galt auch für Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Störungen, die i. d. R. als unmittelbarer Ausdruck einer intellektuellen Beeinträchtigung (Oligophrenie), als wesensbedingte Erscheinungsform also, ausgelegt wurden. Begriffe wie „erethischer

Schwachsinn“ oder „torpider Schwachsinn“ stehen in dieser Tradition.

Mittlerweile hat sich die Fachwelt von dieser Denkfigur verabschiedet, indem sie zwischen Krankheit und Behinderung differenziert und davon ausgeht, dass Menschen unabhängig einer intellektuellen Beeinträchtigung Verhaltensauffälligkeiten entwickeln oder psychisch erkranken können. Diese Erkenntnis sollte jedoch nicht zu der Ansicht verleiten, dass es nunmehr einen disziplinübergreifenden fachlichen und wissenschaftlichen Konsens gebe. Vielmehr gehen die Auffassungen und Konzepte über intellektuelle Beeinträchtigung, Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen z.T. weit auseinander. Daher ist es wichtig, Position zu beziehen und das eigene fachliche Selbstverständnis offenzulegen.

Intellektuelle Beeinträchtigungen

Der Begriff der geistigen Behinderung wurde gegen Ende der 1950er-Jahre in Westdeutschland und Österreich als neuer Fachbegriff eingeführt. Einerseits sollte damit Anschluss an den im angloamerikanischen Sprachraum geläufigen Begriff der *Mental Retardation* gefunden werden. Allerdings wurde nicht berücksichtigt, dass sich die amerikanische Terminologie (analog zum psychiatrischen Begriff der Debilität) auch auf Menschen bezog und bezieht, die hierzulande üblicherweise als Lernbehinderte bezeichnet werden. Geistige Behinderung wurde somit im deutschen

Sprachraum enger gefasst – ein Problem, das bis heute internationale Vergleiche erschwert und oftmals Missverständnisse erzeugt. Andererseits sollten Begriffe wie Schwachsinn, Blödsinn, Idiotie oder Oligophrenie abgelöst werden, was sich z. B. 1969 auch im deutschen Bundessozialhilfegesetz niedergeschlagen hat, welches den Begriff der Geistesschwäche durch den der geistigen Behinderung ersetzt hat.

Trotzdem gibt es aber bislang keine einheitliche Begriffsbestimmung. Umstritten ist allein das Adjektiv „geistig“, das auf den ersten Blick dazu verleitet, geistige

Behinderung als eine Intelligenzschädigung zu bezeichnen. Dadurch aber kann allzu leicht die *Komplexität* von Beeinträchtigungen, medizinischen Problemen oder gesellschaftlichen Benachteiligungen aus dem Blick geraten, die häufig mit einer geistigen Behinderung einhergehen (vgl. Abb. 1 und 2). Daher wird geistige Behinderung von vielen, die sich wissenschaftlich und praktisch damit befassen,

„als eine komplexe Beeinträchtigung der Persönlichkeit eines Menschen in seinem Umfeld mit variierenden Einschränkungen auf der motorischen, sensorischen, emotionalen, sozialen und kognitiven Ebene [gesehen, d. A.]. Diese Einschränkungen können genetisch-organische, traumatische und psychosoziale Ursachen haben. Sie werden durch die Sozialisations- und Lebensbedingungen nachhaltig bestimmt“ (Petzold 1994, 228).

Nicht minder problematisch ist der Begriffsanteil „Behinderung“:

„Der ätiologische Befund zeigt: Behinderung ist das Einschränken des individuellen Bewegungsraumes eines Menschen durch das Einwirken Anderer und – das ist besonders bedeutsam – gegen den Willen des betroffenen Menschen“ (Klein 1994, 82).

Darüber hinaus ist Behinderung ein Wertbegriff, der sich an dem misst, was als „normal“ wahrgenommen und beschrieben wird. Ob ein Mensch als behindert etikettiert wird, hängt von allgemeinen gesellschaftlichen und individuellen Normvorstellungen ab, die immer im Fluss sind, weswegen Definitionen, Begriffsbestimmungen oder Typisierungen ganz von der Situation abhängen, in der bestimmte gesellschaftliche Erwartungen, Anforderungen, Werte oder Konventionen gelten. Insofern ist geistige Behinderung kein objektiver Tatbestand, sondern ein *soziales Zuschreibungskriterium*, weswegen es korrekt wäre, nicht von Menschen mit geistiger Behinderung zu sprechen, sondern von Personen, die als geistig behindert *bezeichnet* werden (auch Mercer 1973).

Angesichts des stigmatisierenden Charakters, negativer Assoziationen mit der Gefahr der Entwertung, Denunzierung oder Diskriminierung betroffener Personen, werden Begriffe wie geistige Behinderung oder *Mental Retardation* (synonym „mental handicap“) deutlich in Frage gestellt. Schon vor etwa 30 Jahren hatten sich insbesondere in den USA, Großbritannien und Kanada betroffene Menschen gegen die Etikettierung als *mentally retarded* gewandt und für Bezeichnungen wie *People with Learning Difficulties* (Großbritannien) oder *People with Developmental Disabilities* (USA) plädiert. Während in Großbritannien das eher sozialpädagogisch orientierte Lager der Fachwelt dem Vorschlag der Betroffenen durch *Learning Disabilities* annähernd gefolgt ist (Ramcharan et al. 2002), hat sich vor wenigen Jahren in den USA die Mehrheit der Mitglieder der American Association on Mental Retardation (AAMR) auf *Intellectual and Developmental Disabilities* einigen können. Mit *Developmental Disabilities* sollen u.a. auch Menschen mit schweren mehrfachen Beeinträchtigungen und Autismus erfasst werden. Somit bezeichnet sich heute diese weltweit größte Fachorganisation als *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD). Hinzu kommt, dass (dem US-amerikanischen White House zugeordneten) *The President's Committee on Mental Retardation* (PCMR) in *The President's Committee for People with Intellectual Disabilities* (PCPID) umbenannt wurde.

Tabelle 1: Prävalenz medizinischer Probleme bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (geistiger Behinderung)

Störungen	Häufigkeiten in %
Sehstörungen	23–57
Hörstörungen	3–24
andere HNO-Probleme	15–27
zahnärztliche Probleme	11–27
Epilepsie	21–34
andere neurologische Störungen	15–55
psychiatrische Störungen	10–14
Verhaltensstörungen	17–56
Fettsucht	10–22
HerzKreislaufstörungen	5–23
urologische/gynäkologische Störungen	5–11
gastrointestinale Störungen	1–22
Orthopädische Störungen	13–54
endokrinologische Störungen	3–11
dermatologische Störungen	4–35
Störungen der Atmungsorgane	7–13

(aus: Gaedt 1995, zit. nach Krebs 2000, 90)

Tabelle 2: (Frühe) Risikofaktoren in Bezug auf intellektuelle Beeinträchtigung (Mental Retardation; Intellectual Disability)

Zeitraum	Biomedizinisch	Sozial	Verhalten	Erziehung
Pränatal	1. Chromosomale Veränderungen 2. Veränderungen einzelner Gene 3. Syndrome 4. Stoffwechselstörungen 5. Cerebrale Schädigungen 6. Krankheit der Mutter 7. Alter der Eltern	1. Armut 2. Mütterliche Fehlernährung 3. Häusliche Gewalt 4. Fehlender Zugang zu Angeboten für Eltern (Schwangerschaftskurse, Elternkurse, Betreuung durch Gynäkolog:innen etc.)	1. Drogenmissbrauch der Eltern 2. Alkoholmissbrauch der Eltern 3. Nikotin- und Tabakmissbrauch der Eltern 4. Elterliche Unreife	1. Kognitive Einschränkungen der Eltern und fehlende Unterstützung 2. Fehlende Vorbereitung auf die Elternschaft
Perinatal	1. Geburtstermin (zu früh oder zu spät geboren) 2. Geburtsverletzung 3. Neugeborenen-erkrankungen (Gelbsucht etc.)	1. Fehlender Zugang zur Geburtshilfe (Krankenhaus, Hebammen etc.)	1. Ablehnung von Hilfe (z. B. Hausgeburt allein) 2. Aufgabe und Vernachlässigung des Kindes (aussetzen, liegen lassen etc.)	1. Fehlende medizinische Beratung für weitere soziale und medizinische Angebote bei der Entlassung

Zeitraum	Biomedizinisch	Sozial	Verhalten	Erziehung
Postnatal	1. Traumatische Hirnverletzungen 2. Fehlernährung 3. Gehirn(-haut)-entzündung 4. Anfallsleiden 5. Degenerative Störungen	1. Unzureichende Betreuung des Kindes 2. Fehlen adäquater Stimulationen 3. Armut in der Familie 4. Chronische Krankheiten in der Familie 5. Hospitalisierung/Institutionalisierung	1. Kindesmissbrauch und Vernachlässigung 2. Häusliche Gewalt 3. Überbehütung oder Laissez-faire-Einstellung 4. Soziale Deprivation 5. Schwieriges Verhalten des Kindes	1. Unzureichend wahrgenommene/ausgeführte Elternschaft 2. Verzögert gestellte Diagnosen 3. Inadäquate (fehlende) Dienste einer Frühbehandlung 4. Unzureichende (fehlende) heilpädagogische Dienste 5. Unzureichende familiäre Unterstützung

(aus: Luckasson et al. 2002, 127)

Ein solcher Schritt wurde auch von der internationalen Fachwelt vollzogen, die inzwischen nicht mehr von *Mental Retardation*, sondern von *Intellectual Disabilities* spricht.

Im deutschsprachigen Raum ist hingegen die Begriffsdiskussion noch nicht abgeschlossen. Das hiesige Selbstvertretungsnetzwerk People First Deutschland e.V. favorisiert z.B. die Bezeichnung *Menschen mit Lernschwierigkeiten* (Theunissen 2022b, 40). Diese Bezeichnung hat sich aber bislang nicht durchsetzen können, da sie aus der Sicht der Fachwelt eine zu große Nähe und Unschärfe zum Begriff der Lernbehinderung aufweist und mit der Fokussierung auf den Lernaspekt die Komplexität der Beeinträchtigung unzureichend erfasst.

Stattdessen wächst der Zuspruch für Bezeichnungen wie „*Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und komplexem Unterstützungsbedarf*“ (DHG 2021 zit. n. ebd., 11), „*Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung*“ (Došen 2018) und neuerdings angelehnt am ICD-11 für „*Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung*“ (Sappok 2019) oder „*Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung*“ (Sappok 2023).

Wenngleich durch diese Begriffe eine negative Etikettierung betroffener Menschen vermieden werden soll, erzeugen sie dennoch eher als das Wort „Lernschwierigkeiten“ Assoziationen und Wirkungen, die letztendlich wiederum zu einer Geringschätzung, Entwertung oder Stigmatisierung eines Menschen führen können. Einige Fachleute bevorzugen daher eine Dekategorisierung durch die Erschließung eines individuellen Unterstützungsbedarfs. Das aber übergeht spezifische Besonderheiten wie z.B. bei Autismus und erschwert wiederum die Verständigung, wenn es um (sozial-)rechtliche Angelegenheiten, wissenschaftliche und interdisziplinäre Diskurse, bildungs- und sozialpolitische Entscheidungen geht.

In Anbetracht dieser Einwände oder Vorbehalte haben wir uns im vorliegenden Buch für den Leitbegriff der intellektuellen Beeinträchtigung entschieden – wohl wissend, dass ein Begriffsaustausch allein noch kein Garant für eine Nicht-Aussonderung und bedingungslose Annahme behinderter Menschen ist. Erfahrungen aus der Geschichte zeigen nämlich (wie schon eingangs angedeutet), dass v.a. „euphemistische Austauschversuche von Bezeichnungen

[...] nur – zeitlich – begrenzte Chancen“ (Speck 1997, 255) haben, denn letztendlich sind nicht sie es, „die diskreditieren, sondern deren Benutzer und deren Einstellungen und latente Bewertungen“ (ebd., 255). Darüber sollten wir uns stets bewusst sein, wenn nunmehr von intellektueller Beeinträchtigung die Rede ist.

Neben dem Argument der Verständigung war es für uns ebenso wichtig, mit der Präferenz für intellektuelle Beeinträchtigung eine Anschlussfähigkeit an den internationalen Fachdiskurs aufrechtzuerhalten. Der Begriff des Intellekts wird üblicherweise mit Verstand, Vernunft oder Einsicht bzw. mit Fähigkeiten assoziiert, mit Hilfe des Denkens Erkenntnisse oder vernünftige Einsichten zu gewinnen. In diesem Sinne wird im seit 2013 eingeführten und weltweit anerkannten Klassifikationssystem DSM-5 der US-amerikanischen Psychiatriegesellschaft (APA 2013) „*intellectual disability (intellectual developmental disorder)*“ unter drei zentralen Gesichtspunkten aufbereitet:

1. Im Hinblick auf Defizite in der „intellektuellen Funktionsfähigkeit“ (*intellectual functioning*). Das betrifft v. a. logisches, problemlösendes und abstraktes Denken, Planen, Urteilen, akademisches und experimentelles Lernen, Lernen aus Erfahrung oder Beobachtung. Zur Erfassung der „intellektuellen Funktionsfähigkeit“ werden neben einem klinischen Assessment und Intelligenztests gleichfalls soziale Einflussfaktoren (sozio-kultureller Hintergrund, Muttersprache) sowie zusätzliche kommunikative, motorische oder sensorische Beeinträchtigungen mit in Betracht gezogen.
2. Im Hinblick auf Defizite in der „adaptiven Funktionsfähigkeit“ (*adaptive functioning*). Hier geht es um die Erfassung von Beeinträchtigungen im:
 - (1) Konzeptionellen Bereich, bezogen auf sprachliche Fähigkeiten,

Kulturtechniken wie Fertigkeiten im Lesen, Schreiben und Rechnen sowie auf Urteilen, Wissen und Gedächtnisleistungen;

- (2) Sozialen Bereich, bezogen auf Kompetenzen wie Empathie, Erfassung und Beurteilung sozialer Situationen, zwischenmenschliche Kommunikation, Bildung und Pflege von Freundschaften u.a.m.;
- (3) (Alltags-)praktischen Bereich, bezogen auf die alltägliche Selbstversorgung (persönliche Pflege), verantwortliches Arbeitsverhalten, Umgang mit Geld, Freizeitgestaltung oder Erfüllung bestimmter Pflichten wie Schularbeiten oder Arbeitsaufgaben.

Wenngleich sich eine intellectual disability nicht auf einen bestimmten Altersabschnitt beschränkt, müssen die Symptome während der Entwicklungsphase (i. d. R. bis Ende der Pubertät bzw. zum 18. Lebensjahr) entstanden sein. Anderenfalls handelt es sich um eine neurokognitive Störung (neurocognitive disorder).

Im Unterschied zum vorausgegangenen Klassifikationssystem DSM-IV oder ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation hat sich das DSM-5 von einer IQ-orientierten Sicht verabschiedet. So wird z. B. der Schweregrad einer intellektuellen Beeinträchtigung (*intellectual disability*) nicht mehr durch IQ-Messungen, sondern auf Basis der Einschätzung der Intelligenz in Bezug auf die „adaptive Funktionsfähigkeit“ vorgenommen, weil dieser Bereich für Unterstützungsleistungen besonders bedeutsam ist. Unterschieden werden vier Formen des Schweregrads:

1. leichte Form (bezieht sich auf etwa 85 % aller betroffenen Personen, die ein weithin selbstständiges Leben mit geringer Unterstützung führen können),
2. mäßige Form (bezieht sich auf etwa 10 % aller Betroffenen, die in Bezug auf

eigenständig-verantwortliches Handeln Unterstützung benötigen und nicht selten in unterstützten Wohngruppen leben),

3. schwere Form (bezieht sich auf 3 % bis 4 % der Betroffenen, die tägliche Assistenz bei der Pflege und Selbstversorgung benötigen) und
4. schwerste Form (bezieht sich auf 1 % bis 2 % aller betroffenen Personen, die zumeist auf eine 24-stündige Assistenz angewiesen sind).

Wenig überzeugend ist die damit verknüpfte Vorstellung, dass alle behinderten Menschen mit einem bestimmten Behinderungsgrad (leicht, mäßig ...) vergleichbare Bedürfnisse oder Interessen sowie ein gleichgelagertes Funktionsniveau haben und dementsprechend den gleichen Hilfebedarf erfordern.

Zudem sollte grundsätzlich darauf geachtet werden, dass keine einseitigen Hilfeplanungen und Interventionen stattfinden, indem der Einzelne an gesellschaftliche Bedingungen angepasst, nicht aber Anpassungsleistungen der Gesellschaft in ein Unterstützungskonzept mit einbezogen werden. Notwendig sind gegenseitige Anpassungen, weshalb wir das Umfeld mit verschiedenen lebensweltlichen Systemen nicht aus dem Auge verlieren dürfen, die auf die Entwicklung des Einzelnen Einfluss nehmen und auch von ihm beeinflusst werden (Bronfenbrenner 1981). Dieser *systemökologische Blick* verweist neben einer individuellen Assistenz und Förderung (*skills building*) ebenso auf einen sozialen Veränderungsbedarf (*environmental changes*), da intellektuelle Beeinträchtigung ein durch die Umwelt mitkonstruiertes Phänomen (ein soziales Zuschreibungskriterium) ist.

An dieser Stelle ergibt es Sinn, einen Blick auf die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) der Weltgesundheitsorganisation zu werfen, die nicht wie DSM-5, ICD-10 oder zukünftig ICD-11 zur

Diagnoseerstellung von Krankheiten auf die Klassifizierung von gesundheitlichen Problemen zielt, sondern deren Auswirkungen für die betreffende Person auf ihre Lebensgestaltung, gesellschaftliche Teilhabe und auf Aspekte der Lebensqualität erfassen möchte (DIMDI 2005; WHO 2005). Insofern soll die ICF die Klassifikationssysteme ergänzen: „Informationen über Diagnosen (ICD-10) in Verbindung mit Informationen über die Funktionsfähigkeit (ICF) liefern ein breiteres und angemesseneres Bild über die Gesundheit von Menschen oder Populationen, welches zu Zwecken der Entscheidungsfindung herangezogen werden kann“ (WHO 2005, 10).

Die ICF unterscheidet vier zentrale Konstrukte (zit. n. Theunissen 2021b, 33f.):

- (1) Körperfunktionen (physiologisch, psychisch) und -strukturen (z.B. Gliedmaßen)

Aus der Aufbereitung dieses Bereichs gehen physisch-biologische Beeinträchtigungen einer Person hervor (z.B. in Bezug auf körperliche oder mentale Funktionen);

- (2) Aktivitäten

Eine Aktivität ist das, was eine Person tut (gehen, eine Aufgabe durchführen, mit anderen interagieren ...); dieser Bereich liefert ein breites Profil der Funktionsfähigkeit einer Person z. B. im Hinblick auf soziale Kommunikationen oder Alltagsbewältigung; daraus ergibt sich zugleich die Frage, welche Formen der Unterstützung notwendig sind, um das Aktivitätsniveau einer Person zu verbessern;

- (3) Partizipation

Hier geht es um die Frage, inwieweit die aktiven Teilhabemöglichkeiten einer Person an verschiedenen Lebensbereichen durch die Auswirkung des Zusammenspiels von biologischer Schädigung, Aktivitätseinschränkungen und Kontextfaktoren (unterteilt in

- Umwelt- und personenbezogene Faktoren) beeinträchtigt werden;
- (4) Kontextfaktoren beziehen sich auf die soziale und materielle Umwelt, auf verschiedene Systeme (Wirtschaft, soziale Dienste), unterschiedliche Lebensbereiche (Bronfenbrenner 1981) sowie auf personenbezogene Faktoren (z. B. persönliche Daten).

Diese vier Konstrukte lassen sich aus gesundheitsbezogener Sicht (z. B. im Hinblick auf Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Störungen) durch zwei akzessorische Aspekte ergänzen: durch Risikofaktoren für gesundheitliche Probleme (Umweltfaktoren; klinische Syndrome) und durch Bewältigungsstrategien (Coping; [hierzu Gesundheit und Behinderung 2001, 30 f.]).

Bemerkenswert ist, dass die ICF keine Personen klassifiziert, sondern Situationen beschreibt. Demnach gehört es der Vergangenheit an, Behinderung und spezifische Störungen zu individualisieren. Stattdessen wird von einem reziproken, dynamischen Zusammenwirken bio-psycho-sozialer Faktoren ausgegangen, wobei Behinderung (*disability*) als „Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit“ (DIMDI 2005, 4) gesehen wird, um Lebenssituationen zu bewältigen und am gesellschaftlichen Leben zu partizipieren. In diesem Zusammenhang geht es immer um die Einschätzung der Beziehungen und Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt. Dadurch wird zugleich

anerkannt, dass Lebenswelten die Funktionsfähigkeit einer Person sowie ihre Partizipationsmöglichkeiten unterstützen oder beeinträchtigen können. Mit dem Konstrukt der Partizipation (hierzulande übersetzt als „Teilhabe“; WHO 2005, 4) kommt ein inzwischen von der UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen kodifiziertes Leitprinzip zum Tragen, welches für ein gleichberechtigtes Leben behinderter Menschen in der Gesellschaft von zentraler Bedeutung ist.

Vor diesem Hintergrund kann die ICF ohne Zweifel als fortschrittlich und zeitgemäß eingeschätzt werden. Dennoch sollten wir sie nicht unkritisch rezipieren. So tritt z. B. die Kategorie der „Körperfunktionen und -strukturen“ gegenüber den anderen Kategorien, insbesondere den Kontextfaktoren, überdimensioniert in Erscheinung. Ferner ist sie an der Stelle unzureichend, wo wir es in erster Linie mit sozialer Verursachung von intellektueller Beeinträchtigung (oder Lernbehinderung) zu tun haben, wo soziale Risikofaktoren (z. B. Armut, familiäre Probleme) bzw. Aspekte sozialer Benachteiligung gegenüber den medizinischen kaum Beachtung finden. Damit bleiben Menschen mit leichten intellektuellen Beeinträchtigungen allzu leicht unberücksichtigt (dazu Snell et al. 2009). Dies sollte reflektiert werden, wenn die Situation von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung durch die ICF beschrieben wird.

Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen

Die Beschreibung von Situationen bzw. systemökologische Aspekte tragen gleichfalls zum Verständnis von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen bei.

Zunächst einmal sei erwähnt, dass es für den Begriff der Verhaltensauffälligkeiten mehrere Parallelbezeichnungen gibt, wie z. B. Gefühls- und Verhaltensstörungen,

originelles Verhalten, Verhaltensprobleme, Problemverhalten oder herausforderndes Verhalten. Im angloamerikanischen Sprachraum ist v. a. der Begriff der herausfordernden Verhaltensweisen (*challenging behaviors*) geläufig. Hier genügt nur der Hinweis, dass diese Begriffsvielfalt einerseits Unsicherheiten ausdrückt, die entstehen, wenn

Verhalten und Erleben einer Person beurteilt werden sollen. Andererseits gehen mit der Suche nach geeigneten Leitbegriffen Bemühungen einher, eine Denunzierung oder Entwertung des Anderen zu vermeiden. Wir haben uns für den Oberbegriff der Verhaltensauffälligkeiten entschieden, um dadurch die Rolle und das Erleben der Beobachter:innen in einen Beurteilungsprozess mit einzubeziehen. Unter Verhaltensauffälligkeiten beschreiben wir ein gestörtes Verhältnis zwischen Individuum und Umwelt, welches die betreffende Person durch Verhaltensweisen oder Ausdrucksformen zu lösen versucht, die von Anderen als normabweichend, erwartungswidrig, gestört oder eben auffällig wahrgenommen und bewertet werden (dazu ausführlich Theunissen 2021b; 2022d).

Der Begriff der psychischen Störung wird heute in den Klassifikationssystemen ICD oder DSM und DSM-IV (DSM-5) verwendet, um Ausdrücke wie psychische Krankheit oder Erkrankung zu vermeiden. Störung (*disorder*) ist absichtlich kein exakter Begriff: Sie soll einen klinisch erkennbaren und relevanten Komplex an Symptomen anzeigen, der immer auf der individuellen und oft auch auf der sozialen Ebene mit Belastung und Beeinträchtigung von Funktionen verbunden ist. Zudem wird mit dem Störungsbegriff ein Perspektivenwechsel angezeigt (Fiedler 2001), um das bio-psycho-soziale Zusammenwirken problemauslösender Bedingungen stärker zu verdeutlichen, um nicht nur die Klagen oder den „Leidensdruck“ der Gesellschaft, sondern auch das subjektive Empfinden, das Leiden und die Sicht eines Betroffenen sowie daraus resultierende Einschränkungen sozialer Kompetenzen (ebd., 28) zu beachten und um das Spektrum an psychosozialen Hilfen durch systemische und kontextbezogene zu erweitern. Wenngleich diese Neuerungen einer internationalen Verständigung, Vereinheitlichung und Therapie aller klinischen (medizinischen) Disziplinen dienen, bleiben

einige Fragen zum Verständnis psychischer Störungen offen und ungeklärt.

Nach wie vor schwierig zu sein scheint, die Begriffe Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen klar voneinander abzugrenzen. Ein Problem ist ihre Abhängigkeit von Normen, Wertvorstellungen und Beobachtungen, die mit (Alltags-)Theorien, fachlichen Kenntnissen und der Definitionsmacht helfender Berufe einhergehen. Stellen wir uns hierzu folgende Situationen vor:

1. Das ständige, mit unüberhörbaren Brummlauten begleitete Schaukeln mit dem Oberkörper einer Frau mit schwerer intellektueller Beeinträchtigung wird in ihrer Arbeitsgruppe einer Werkstatt für behinderte Menschen als störend empfunden, für die Mitarbeiterinnen im Heim ist dieses Verhalten jedoch „normal“, sie haben sich in der WG daran gewöhnt und eine Lösung gefunden, die für sie akzeptabel ist und von der betroffenen Frau geschätzt wird (mit Kopfhörer Musik hören im Schaukelsessel).
2. Der Rückzug eines Heimbewohners in seiner WG wird von der pädagogisch ausgebildeten Gruppenleiterin als sozial angepasstes, ruhiges und unauffälliges Verhalten beschrieben; ihre Kollegin (Krankenschwester) definiert dies jedoch als ein Hinweis auf eine depressive Störung und macht sich darüber ernste Sorgen.
3. Für beide Mitarbeiterinnen ist das selbstverletzende Verhalten (Wunden kratzen) eines Mitbewohners ein schwerwiegendes Problem.

Diese Beispiele demonstrieren uns in aller Deutlichkeit, wie schwierig es ist, zu einer übereinstimmenden Einschätzung bzw. Definition eines bestimmten Verhaltens zu gelangen. Das hängt damit zusammen, dass „wir“ weder vom statistischen noch vom klinischen Standpunkt her eine allgemeine Definition von Normalität und

geistiger Gesundheit“ (Redlich 1967, 106; vgl. auch Fiedler 2001, 542 ff.) besitzen. Daher erfolgen stets *Zuschreibungen*, die subjektive Werturteile beinhalten. Das zeigt sich z. B. auch an der Kulturgebundenheit psychischer Störungen (Vollmoeller 2001). So wurde beispielsweise Homosexualität in den 1970er-Jahren noch als eine psychische Krankheit betrachtet. Insofern gibt es letztlich keine „objektiven“ Kriterien zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Störungen. Diese Erkenntnis sollte v. a. auch bei der Anwendung von Klassifikationssystemen oder Diagnosesystematiken beachtet werden, welche nicht selten eine Objektivität vortäuschen. Eine Übereinstimmung in der Beurteilung kann wohl am ehesten nur in Bezug auf ein „extrem“ ausgeprägtes Verhalten (z. B. bei schweren Selbstverletzungen) erzielt werden. Demgegenüber gibt es jedoch zur Genüge Verhaltensweisen, die keine schwere Störung zum Ausdruck bringen, die keinen Hinweis auf eine Psychopathologie erkennen lassen und uns vor Augen führen, dass zwischen einem „normalen“ und „auffälligen“ Verhalten kein naturgegebener Abgrund liegt, sondern vielmehr „Überschneidungen und unklare Grenzgebiete“ (Redlich & Freedman 1976, 182) bestehen. Bei solchen Verhaltens- und Erlebensweisen, die in einen sogenannten Übergangsbereich fallen und über einen längeren Zeitraum beobachtbar sind, scheint es über alle Fachdisziplinen hinweg üblich zu sein, von Verhaltensauffälligkeiten zu sprechen. Emerson, Moss & Kiernan (2001, 38) weisen in dem Falle darauf hin, dass herausfordernde Verhaltensweisen als *soziale Konstruktionen* gesehen werden, die durch soziale Auswirkungen bestimmt seien.

Folglich ist die Frage interessant, ob es sich bei den Extremen um psychische Störungen handelt. Ein Blick in die Fachliteratur genügt, um festzustellen, dass eine klare Abgrenzung zwischen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen vielfach

kaum möglich ist. So führt beispielsweise Došen (1993, 93) aus,

„dass eine Verhaltensstörung Defizite in der Entwicklung interpersonalen Fähigkeiten widerspiegeln (kann, d. A.), ohne dass eine Psychopathologie zugrunde liegt; in einem anderen Fall können die gleichen Verhaltensprobleme und Einschränkungen der sozialen Entwicklung als Symptome einer zugrundeliegenden psychischen Erkrankung interpretiert werden.“

Wir können uns dies am Rückzugsverhalten des o. g. Heimbewohners vor Augen halten, das situationsbedingt und selbstbestimmt sein kann, aber auch ein Symptom einer depressiven Verstimmung oder Störung. Ebenso kann ein selbstverletzendes Verhalten mit einer unangenehmen (überfordernden) Situation einhergehen oder Symptom einer Zwangs- oder Borderline-Störung sein. Petry (1999, 15) schlägt vor, Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen als ineinander übergehende Phänomene zu verstehen, die sich auf einem Kontinuum befinden,

„bei dem an einem Ende klare psychiatrisch definierte Merkmale liegen (etwa in Form einer Psychose), am anderen Ende ‚Verhaltensstörungen‘, die unmittelbar auf den erzieherischen Kontext zurückzuführen sind.“

Demnach greifen Vorstellungen zu kurz, die Verhaltensauffälligkeiten grundsätzlich auf eine zugrunde liegende Psychopathologie zurückführen oder als Kategorie einer psychischen Störung betrachten. Diese Tendenz schimmert in nicht wenigen Beiträgen aus dem Lager der Psychiatrie oder klinischen Psychologie durch (vgl. Bouras 2001; Wieseler & Hanson 1999a; Schanze 2007, 19). Sie wird dann zum Problem, wenn sie mit einer Psychiatisierung des Spektrums an (pädagogisch relevanten) Verhaltensauffälligkeiten einhergeht und dabei Heilpädagogik als eine „Säule psychiatrischer Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung“ (Schanze) ausweist (Koniarczyk

2008, 66). Ein solches Modell ignoriert nicht nur die Autonomie der Heilpädagogik als eine spezialisierte pädagogische Fachwissenschaft, sondern ist zugleich für eine inter- oder transdisziplinäre Kooperation wenig hilfreich, da es heilpädagogische Ansätze als Behandlungsmethoden der Psychiatrie unterordnet. Uns ist es hingegen um eine ernsthafte Zusammenarbeit zwischen allen relevanten Berufsgruppen und Bezugspersonen zu tun; und daher halten wir eine differenzierte Problembetrachtung für angemessen und orientieren uns an der Unterscheidung zwischen *challenging behaviors* (behavior problems) und *psychiatric disorders* (mental illness), wie sie im angloamerikanischen Sprachraum weithin geläufig ist und von den bedeutsamen Fachorganisationen im Bereich der Behindertenhilfe (z.B. AAIDD; TASH, ARC; APBS) vertreten wird. Folglich sind „trotz der Assoziation von Verhaltensstörungen mit psychischen Erkrankungen“ – so auch Sappok (2019, 23) – „beide Störungsbilder in Bezug auf die diagnostische Klassifikation und therapeutische Implikation getrennt zu betrachten.“ Insofern bietet es sich an, Verhaltensauffälligkeiten als Arbeitsbegriff zu nutzen, wenn dem beklagten Verhalten nachweislich pädagogische, interpersonale oder sozial-kommunikative Probleme zugrunde liegen. Psychische Störungen sind hingegen psychopathologisch bedeutsam, wobei die Symptome nicht schlechthin als krankhaft missverstanden werden dürfen (Fiedler 2001). Zu einem Krankheitszeichen werden sie erst, wenn sie in einer – von der lebensgeschichtlichen Lage und dem soziokulturellen Rahmen abhängigen – bestimmten Schwere, Dichte, Häufigkeit, Verbindung und Dauer auftreten, den Menschen leiden machen und (oder) seine Lebensführung behindern. Mit Blick auf unsere Ausgangsfrage können wir demnach festhalten, dass extreme Verhaltensausprägungen Ausdruck einer psychischen (pathologischen) Störung

sind, wenn die betreffende Person darunter leidet. Es kann sehr wohl aber auch Situationen geben, in denen sich ein Betroffener mit massiven Verhaltensauffälligkeiten (Aggressionen) in einem sozialen Kontext (Wohngruppe) durchzusetzen versucht, wobei dieses (extreme) Verhalten kein Ausdruck eines Krankheitsbildes oder subjektiven Leidens, sondern einer unzureichend entwickelten sozialen Kompetenz darstellt.

Epidemiologischen Studien zufolge werden etwa 30 bis 40 % aller Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung pädagogisch relevante Verhaltensauffälligkeiten nachgesagt (Theunissen 2021b, 54f.; Kulig & Theunissen 2012; Theunissen & Schirbort 2003; Theunissen, Schirbort & Kulig 2006; Michailowskaja 2008, 27 ff., 160). In dem Fall beziehen sich die Prävalenzangaben auf externalisierende und internalisierende Verhaltensweisen (Problemlösungsmuster). Studien aus dem angloamerikanischen Sprachraum, die die Prävalenz von (schwerwiegendem) herausforderndem Verhalten erfassen, berücksichtigen oft in weniger umfanglichem Maß internalisierende Verhaltensweisen. Dies führt dann mit 23 bis 25 % zu niedrigeren Werten (Cooper et al. 2007; Sheehan et al. 2015). Die Häufigkeitsangaben in Bezug auf psychische Störungen mit klinischer Relevanz liegen z.T. bei 10 bis 15 % (Krebs 2000, 90; Eckelaar 1999, 244; Davidson et al. 1995, 21). Manche Autoren oder Studien gehen jedoch von weitaus höheren Werten aus (Görmez & Ismet 2017; Deb et al. 2001, 5; Tonge 2001, 157ff.; Dekker & Koot 2003; Emerson 2003; Koskentausta, Livanainen & Almqvist 2007), indem sie Verhaltensprobleme (z.B. conduct disorders; *challenging behavior*) unter psychiatrische Störungen subsumieren. In einem im April 2003 veröffentlichten Bericht der National Association of State Directors of Developmental Disabilities Services in den USA wird bei 20 bis 35 % aller Menschen mit intellektueller

Beeinträchtigung eine psychische Störung vermutet (dePree 2004, 16). In dieser Bahn (mit 33,6 %) bewegt sich die auf einer Metaanalyse basierende gepoolte Prävalenzangabe von Mazza et al. (2020); und ebenso passen die niedrigeren Werte (mit leicht über 20 %) von Cooper et al. (2007) sowie Sheehan et al. (2015) zu den Angaben des Berichts. Den Prävalenzstudien wie z. B. von Cooper et al. (2007) ist zugleich eine Zusammenschau der Häufigkeitsangaben einzelner psychischer Störungen bei Menschen mit *intellectual disabilities* zu entnehmen. Diesbezüglich kann z. B. von einer Prävalenz bei affektiven Störungen mit 4 bis 11 %, bei Angststörungen mit 4 bis 6 %, bei schizophrenen Störungen mit etwa 4 %, bei Autismus mit 7,5 bis 15 %, bei ADHS mit etwa 1,5 % und bei Zwangsstörungen mit 0,7 % ausgegangen werden.

Gleichwohl schwanken seit Langem die Angaben zur Prävalenz und Häufigkeit von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten beträchtlich (Lotz & Koch 1994; Deb, Thomas & Bright 2001a;b; Emerson, Moss & Kiernan 2001, 39f.; Crocker et al. 2006, 653; Lowe et al. 2007, 626). Dies hängt aber nicht nur mit der Normalitätsfrage zusammen. Eindeutige Aussagen sind auch deshalb kaum möglich, weil die Messinstrumente, Erhebungskriterien, Befragten (klinisches Personal, Lehrer:innen, Erzieher:innen, Eltern), Stichproben bzw. Feldstudien (z. B. Klient:innen klinischer Einrichtungen oder ambulanter Angebote, Anstaltsbewohner:innen, Bewohner:innen gemeindenaher Wohnformen) und Fallzahlen (zwischen 38 und 79.000) so sehr differenzieren, dass Vergleiche und Verallgemeinerungen fragwürdig sind.

An dieser Problematik hat sich bis heute nichts verändert (Buckles; Luckasson & Keefe 2017; Mazza et al. 2020). Platt und Team (2019) weisen z. B. darauf hin, dass sich die meisten Forschungsarbeiten zur Prävalenz, Verteilung und psychiatrischen

Komorbidität bei intellektueller Beeinträchtigung nur auf klinische Stichproben stützen, was die Verallgemeinerbarkeit und Nützlichkeit v. a. auch für das Rechtssystem einschränkt. So sehen sie implizite Überschneidungsprobleme in Bezug auf intellektuelle Beeinträchtigung, Verhaltensstörungen und psychopathologische Symptome im Rahmen mancher Erhebungen sowie Widersprüche im Hinblick auf Häufigkeitsangaben bei Verhaltensstörungen zwischen klinischen und „bevölkerungsrepräsentativen Stichproben“ kritisch, weshalb es notwendig sei, Abgrenzungen und v. a. Verhaltensauffälligkeiten genauer konzeptionell zu fassen.

Grundsätzlich können bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung Verhaltensprobleme oder psychische Beeinträchtigungen auftreten, die sich ebenso bei nichtbehinderten Personen beobachten lassen. Aus pädagogischer Sicht werden Auffälligkeiten im Sozialverhalten (Streiten, fremdaggressives Verhalten, sozialer Rückzug ...), im psychischen Bereich (Apathie, Ängstlichkeit, mangelndes Selbstvertrauen ...), im Arbeits- und Leistungsbereich (mangelnde Ausdauer, Arbeitsunlust, Arbeitverweigerung ...), gegenüber Sachobjekten (Zerstören von Dingen, ritueller, stereotyper Sachumgang ...), im somatisch-physischen Bereich (motorische Hyperaktivität, leichte Ermüdbarkeit ...) und in Bezug auf selbstverletzendes Verhalten (sich kratzen, Haare reißen ...) unterschieden (Theunissen 2021b; auch Lowe et al. 2007). Dieses Spektrum an Auffälligkeiten lässt sich i. d. R. durch heilpädagogische, pädagogisch-therapeutische und lebensweltbezogene Maßnahmen erfolgreich bewältigen. Darauf sind wir an anderer Stelle ausführlich eingegangen (Theunissen 2021a; 2021b; 2022d; siehe gleichfalls Kapitel 4; auch Rössert & Steiger 2003). Aus diesem Grund werden wir das Thema der Verhaltensauffälligkeiten nicht

weiterverfolgen und uns nur auf die Frage der psychischen Störungen konzentrieren.

Die Zusammenschau der empirischen Befunde lässt den Schluss zu, dass die Risikofaktoren für eine psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung höher sind als bei nichtbehinderten (Tonge 2001; Emerson 2003; Koskentausta, Livanainen & Almqvist 2007; Lowe 2007, 630). Zudem ist bei intellektuell beeinträchtigten Erwachsenen im jüngeren und mittleren Alter die Prävalenzrate für psychische Störungen gegenüber der Gesamtbevölkerung deutlich erhöht. Das gilt gleichfalls für ältere Personen mit intellektueller Beeinträchtigung, wo es zwar zu einem Rückgang an Schizophrenieformen, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen kommt, jedoch eine signifikante Zunahme an depressiven Störungen und Demenzen (organischen Psychosen) zu beobachten ist (Moss 1997, 48 ff.; Haveman 1997; Cooper 2001; Deb et al. 2001, 86). Als wichtige Einflussvariablen gelten das Ausmaß an sozialer Deprivation und Institutionalisierung (z.B. Systemzwänge, Hospitalisierung), das familiäre Lebensmilieu, die Qualität der Hilfen, der Grad und die Art der Behinderung, der gesundheitliche Zustand (z.B. Epilepsie), Geschlecht (höhere Aggressivität bei Jungen/Männern) und Alter (z.B. Demenz). Manche Autor:innen nehmen an, dass das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln, bei Menschen mit schweren Formen einer intellektuellen Beeinträchtigung oder Entwicklungsstörung größer ist als bei Personen, denen leichte oder mäßige kognitive Beeinträchtigungen nachgesagt werden (Wieseler & Hanson 1999a).

Werden bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung auf der Grundlage von ICD-10 oder DSM-5 psychische Störungen diagnostiziert, wird häufig von einer „*dual diagnosis*“ (Doppeldiagnose) gesprochen. Allerdings ist die Diagnostizierung mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, da

sich die Symptome, die bei einem Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung beobachtet werden, oft keinem klinisch-psychiatrischen Bild nach ICD-10 oder DSM-5 eindeutig zuordnen lassen: Gaedt (1987, 119 ff.) gibt dafür einige Beispiele:

1. „Ständiges Nörgeln und Schimpfen. Dadurch Provozierung anderer Heimbewohner. Will Gleichstellung mit Mitarbeitern erzwingen. Steckt Wäsche in die Schränke anderer Heimbewohner und regt sich dann darüber auf.“
2. „Phasenhaft auftretende Unruhe. ‚Kaffeesucht‘. Aggressiv gegen die Mitarbeiter (schlägt sie gegen die Schienbeine. Zerreißt Kleider. Schlägt sich selbst. Häufiges Weinen. Dysphorische Stimmung.“
3. „Terrorisiert den Pförtner. Beschädigt fremde Autos. Zerstört Glasscheiben.“

Für solche unklaren (klinischen) Bilder wird nicht selten auf die Kategorie der „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F6) oder „Neurotische, Belastungs- und somatogene Störungen“ (F4) in der ICD-10 zurückgegriffen, die in dem Falle als „Sammelfelder“ für „Verdachtsdiagnosen“ (dazu auch Kapitel 2) herhalten müssen, ohne sich dabei auf eine bestimmte Psychopathologie festlegen zu wollen oder zu können. Ferron und Kollegen (1999, 3) konstatieren angesichts von derlei Problemen, „dass die traditionellen psychiatrischen Methoden der Diagnostik keine signifikante Hilfe für Menschen mit geistiger Behinderung darstellen.“

Vor allem sind der Diagnostizierung psychischer Störungen bei Menschen mit intellektuell schwer(st)er Beeinträchtigung Grenzen gesetzt (Thompson & Symons 1999, 129), weil z.B. keine oder nur ausgesprochen selten Selbstauskünfte im Rahmen einer „kommunikativen Psychopathologie“ (Benedetti 1983), der sich die moderne psychiatrische Untersuchung verschrieben hat, eingeholt werden können (Gardner