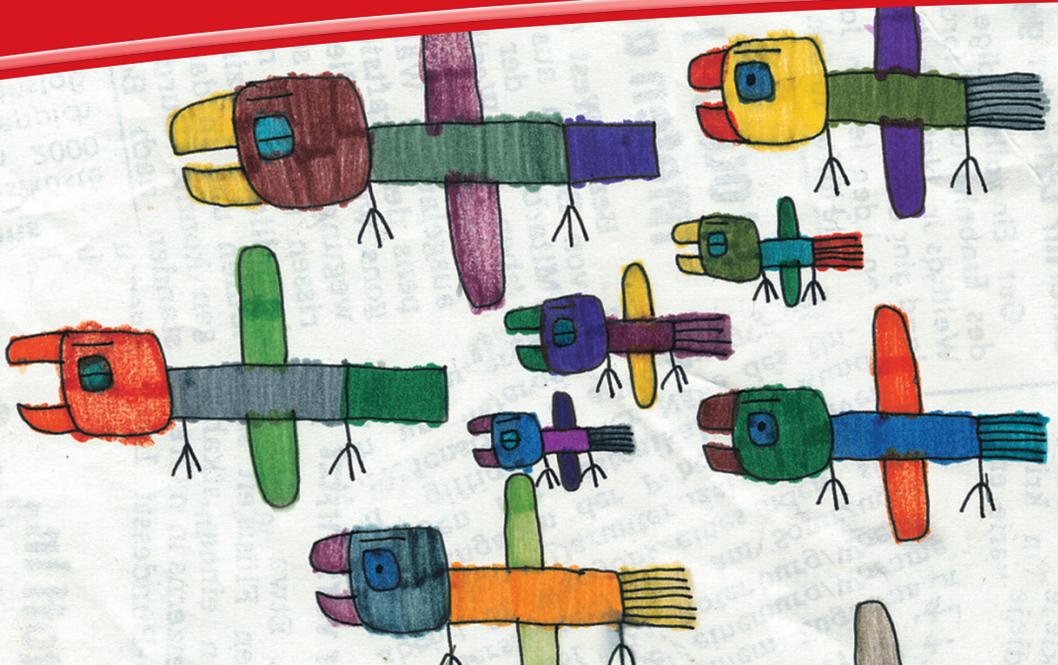


Georg Theunissen

# Geistige Behinderung und Verhaltens- auffälligkeiten

7. Auflage



### **Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage**

Böhlau Verlag · Wien · Köln · Weimar  
Verlag Barbara Budrich · Opladen · Toronto  
facultas · Wien  
Wilhelm Fink · Paderborn  
Narr Francke Attempto Verlag / expert verlag · Tübingen Haupt Verlag · Bern  
Verlag Julius Klinkhardt · Bad Heilbrunn  
Mohr Siebeck · Tübingen  
Ernst Reinhardt Verlag · München  
Ferdinand Schöningh · Paderborn  
transcript Verlag · Bielefeld  
Eugen Ulmer Verlag · Stuttgart  
UVK Verlag · München  
Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen  
Waxmann · Münster · New York  
wbv Publikation · Bielefeld  
Wochenschau Verlag · Frankfurt am Main

*Georg Theunissen*, Prof. em. Dr., geb. 1951, Lehrstuhl für Geistigbehindertenpädagogik und Pädagogik bei Autismus am Institut für Rehabilitationspädagogik der Philosophischen Fakultät III Erziehungswissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Georg Theunissen

# Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten

Basiswissen für Erziehung, Unterricht,  
Förderung und Therapie

7., aktualisierte  
und erweiterte Auflage

Verlag Julius Klinkhardt  
Bad Heilbrunn • 2021

Online-Angebote oder elektronische Ausgaben zu diesem Buch  
sind erhältlich unter [www.utb-shop.de](http://www.utb-shop.de)

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

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

2021.Kk. © by Julius Klinkhardt.

Das Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung  
des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,  
Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlagbild: © Künstler Danny Heider.

Einbandgestaltung: Atelier Reichert, Stuttgart.

Druck und Bindung: Friedrich Pustet, Regensburg.

Printed in Germany 2021.

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem alterungsbeständigem Papier.

utb-Band-Nr.: 3545

ISBN 978-3-8252-5638-8

# Inhalt

Vorwort zur sechsten, aktualisierten Auflage .....	9
Vorwort zur siebten, aktualisierten und erweiterten Auflage .....	10
<b>1 Geistige Behinderung – Intellektuelle Behinderung – Lernschwierigkeiten .....</b>	<b>11</b>
Zur psychiatrisch-nihilistischen Sichtweise .....	11
Zur entwicklungspsychologischen Sichtweise .....	13
Zur IQ-bezogenen Sicht .....	15
Zur Klassifikation nach ICD-10 und DSM-IV .....	16
Geistige Behinderung aus der Subjekt-Perspektive .....	18
Geistige Behinderung als komplexes Phänomen von sich wechselseitig bedingenden und verstärkenden Faktoren .....	21
Zum Behinderungsmodell der ICF .....	32
Zum Konzept der AAIDD .....	35
Zur Klassifikation nach DSM-5 .....	40
Zu den Fachbegriffen: Intellectual and Developmental Disabilities .....	42
Zu den Fachbegriffen: Learning Disabilities und Lernschwierigkeiten .....	44
<b>2 Verhaltensauffälligkeiten: Begriffsverständnis und Erklärungsansätze .....</b>	<b>49</b>
Zu den Erscheinungsformen .....	50
Verhaltensauffälligkeiten im Lichte sozialer Zuschreibung .....	52
Zu den Parallelbegriffen .....	55
Zu den Erklärungsansätzen .....	59
Zur psychiatrischen Sicht .....	60
Zur sozialwissenschaftlichen Sicht .....	62
Zur systemökologischen Sicht .....	64
<b>3 Das Konzept für die außerschulische Behindertenarbeit .....</b>	<b>71</b>
Handlungsbestimmende Leitprinzipien .....	73
Unbedingte Achtung vor dem Wertsein des Anderen .....	74
Beziehungsgestaltung und kommunikatives Verhältnis .....	75
Subjektzentrierung und Individualisierung .....	75
Ganzheitlichkeit .....	76

Entwicklungsgemäßheit .....	77
Autonomie und Empowerment .....	77
Neurowissenschaftliche Orientierung und Stärken-Perspektive .....	79
„Seinlassen“ und Vertrauen in die Ressourcen .....	80
Lebensweltorientierung .....	81
Inklusion, Partizipation (Teilhabe) und Bürgerzentrierung .....	81
Persönliche Zukunfts-, Lebensstil- und Netzwerkplanung .....	83
Zur allgemeinen Alltagsarbeit .....	94
Bausteingruppe I: Zentrale Bereiche der Alltagsarbeit .....	94
Rehabilitative Pflege .....	95
Hausarbeit und Haushaltsführung .....	96
Freizeitbezogene Lebensgestaltung und ästhetische Praxis .....	97
Allgemeine Lebensberatung und Bildungsassistenz .....	97
Psychosoziale Lebenshilfe und körperliche Aktivierung .....	98
Gesellschaftliche Integrationshilfe und kulturelle Partizipation .....	99
Bausteingruppe II: Spezielle Elemente der allgemeinen Konzeption .....	99
Angebote .....	99
Zeit .....	100
Soziale Kommunikation und Beziehungen .....	100
Lebensmilieu .....	101
Gruppenbesprechungen .....	102
Assistierende Hilfen .....	102
Pädagogische Methoden und Handlungsmodelle .....	108
Lehrmethoden und Phasenmodelle .....	108
Verfahrensweisen .....	109
Allgemeine positive Unterstützungs- und Verkehrsformen .....	109
Verhaltensaufbauende und -stabilisierende Methoden .....	110
Spezielle symptomorientierte Interventionsformen .....	111
Spezielle präventive Methoden .....	118
Sozialformen .....	120
Zur Speziellen Pädagogik .....	121
Spezielle gruppenbezogene Maßnahmen .....	122
Beispiel eines gruppenbezogenen Angebots zur Förderung sozialer Kompetenz auf der Grundlage von Theaterarbeit (von Dörte Fiedler) .....	123
Resümee .....	130
Lebensweltbezogene Schlussbetrachtungen .....	131
Einzelhilfe durch Positive Verhaltensunterstützung .....	132
Unterstützterkreis .....	134
Funktionales Assessment .....	135
Indirektes Assessment .....	135

Aufbereitung der Lebensgeschichte.....	136
Direktes Assessment .....	140
Zur Einbeziehung der Person .....	142
Funktionale Problembetrachtung .....	143
Bildung von Arbeitshypothesen und Zielen.....	146
Unterstützungsmaßnahmen .....	147
1) Veränderung von Kontextfaktoren .....	148
2) Zur Erweiterung des Verhaltens- und Handlungsrepertoires .....	152
3) Zur Veränderung von Konsequenzen .....	153
4) Persönlichkeits- und lebensstilunterstützende Maßnahmen.....	155
5) Krisenmanagement .....	157
Zur Umsetzung der Einzelhilfe (Ampel-Phasen als Orientierungshilfe).....	158
Ein abschließendes Beispiel aus der Praxis .....	163
<b>4 Das Konzept für Schule und Unterricht .....</b>	<b>171</b>
Primäre Prävention und Intervention:	
Zum schulbezogenen Konzept einer positiven Verhaltensunterstützung.....	172
Zur Vorgehensweise und Arbeitsschritte .....	173
Bildung eines SWPBS-Team und Erstellung der Ausgangslage .....	173
Primäre Prävention auf klassenbezogener Ebene .....	178
Sekundäre Prävention und Intervention:	
Zur gruppenbezogenen positiven Verhaltensunterstützung.....	182
Sportangebote (am Beispiel von Judo) .....	182
Soziometrisch orientierte bildnerische Aktivitäten .....	186
Positive Peerkultur.....	187
Regellernen durch verhaltenssteuernde Visualisierungen.....	188
Stärkenorientierte und lebensnahe Projektarbeit .....	190
The Behavior Education Program (BEP) .....	191
Tertiäre Prävention und Intervention:	
Positive Verhaltensunterstützung als Einzelhilfe .....	194
Unterstützerkreis und Zielsetzung .....	195
Wraparound, Persönliche Lebensstil-/Zukunftsplanung und funktionales Assessment .....	196
Experimentelle funktionale Analyse.....	198
Entwicklung eines Unterstützungsprogramms .....	199
1. Ebene: Kontextbezogene Interventionen .....	199
2. Ebene: Verhaltensorientierte Interventionen.....	203
3. Ebene: An Konsequenzen orientierte Interventionen.....	204
4. Ebene: Persönlichkeits- und lebensstilorientierte Interventionen .....	207
5. Ebene: Krisenintervention.....	208

Durchführung und Evaluation ..... 209  
 Rolle der Lehrkräfte..... 209  
 Schlussbemerkung ..... 211  
 Beispiele aus der Praxis ..... 212

**5 Pädagogisch-therapeutische Arbeitsformen –  
 ein synoptischer Überblick.....223**

Basale Kommunikation (nach Mall) ..... 223  
 Basale Stimulation (nach Fröhlich) ..... 226  
 Entwicklungsfreundliche Beziehung (mit Christina Feschin) ..... 228  
 Erlebnispädagogik ..... 236  
 Festhaltetherapie ..... 239  
 Gentle Teaching ..... 242  
 Heilpädagogische Rhythmik..... 244  
 Marte Meo (mit Christina Feschin) ..... 247  
 Mediation ..... 253  
 Neuropsychologisch orientierte Lernförderung und Therapie ..... 260  
 Pädagogische Kunsttherapie (therapeutisch-ästhetische Erziehung)..... 271  
 Pränatalraum-Musiktherapie ..... 274  
 Problemlösende Alltagsgeschehnisse (nach Affolter)..... 278  
 Problemlösungstraining..... 282  
 Professionelles Deeskalationstraining (ProDeMa) (mit Christina Feschin) ..... 287  
 Psychomotorik/Motopädagogik..... 297  
 Psychomotorische Therapie (nach Aucouturier und Lapierre) ..... 299  
 Selbstsicherheitstraining ..... 301  
 Sensorische Integration (nach Ayres) ..... 305  
 Snoezelen ..... 308  
 Soziales Lernen (soziales Kompetenztraining) ..... 311  
 Sozial- und Alltagsgeschichten (Social Stories) ..... 316  
 TEACCH-Konzept..... 324  
 Tiergestützte Methoden und Angebote ..... 329  
 Unterstützte Kommunikation ..... 338  
 Validation..... 348  
 ‚Verhaltensphänotypisch‘ orientierte Förderung und Lebenshilfe ..... 353  
 Wahrnehmungsförderung und Bewegungserziehung (nach Frostig)..... 359  
 Schlussbemerkung zur Wirksamkeit der Angebote ..... 362

**Anmerkungen zu Kapitel 5 ..... 373**

**Literatur ..... 383**

**Der Autor ..... 412**

## Vorwort zur sechsten, aktualisierten Auflage

Mit dem vorliegenden Lehrbuch, das heute zu einem Standardwerk der Heil- und Sonderpädagogik zählt, liegt nunmehr die sechste Auflage vor, die wiederum eine Aktualisierung der vorausgegangenen Schrift darstellt. Dies betrifft unter anderem die Berücksichtigung des Verständnisses von „geistiger Behinderung“ (*intellectual disability*) nach dem seit Juni 2013 gültigen Klassifikationssystem DSM-5, welches das weltweit bekannte und angewandte DSM IV der US-amerikanischen Psychiatrie-Gesellschaft abgelöst hat. Insofern beschränkt sich auch die sechste Auflage nicht, wie viele andere Schriften aus der hiesigen Geistigbehindertenpädagogik und Behindertenhilfe, auf Arbeiten und Vorstellungen aus dem deutschsprachigen Raum, sondern sie fokussiert darüber hinaus Positionen und Erkenntnisse, wie sie in hochentwickelten westlichen Industrieländern gewonnen wurden und die internationale Debatte bestimmen.

Das gilt zum Beispiel für den Wechsel von dem eng gestrickten Begriff der *geistigen Behinderung* im deutschsprachigen Raum zu dem international geläufigen Verständnis und der Beschreibung eines Personenkreises unter dem Leitbegriff der *intellectual disabilities*. Zudem wird der aus Großbritannien importierte und ins Deutsche übersetzte Parallelbegriff der *Menschen mit Lernschwierigkeiten* diskutiert.

Desweiteren leistet die Schrift eine präzise Definition des Begriffs der *Verhaltensauffälligkeiten* mit Blick auf Parallelbezeichnungen wie *herausforderndes Verhalten* oder *Problemverhalten*, um den Rahmen für pädagogische Unterstützungsmöglichkeiten abzustecken.

Daran anknüpfend enthält die Arbeit zwei Hauptkapitel, die sich auf den außerschulischen Bereich und auf Schule und Unterricht beziehen. Meine Empfehlungen und Anregungen für den Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten orientieren sich dabei an dem Rahmenkonzept der *Positiven Verhaltensunterstützung* (*positive behavioral support*), das im Unterschied zu den meisten Ansätzen aus dem Bereich der Heil- und Sonderpädagogik nachweislich evidenzbasiert und Erfolg versprechend ist. Da die Positive Verhaltensunterstützung offenen Charakter hat, gibt es Spielräume für die Integration unterschiedlicher pädagogisch-therapeutischer Arbeitsformen, die sich für den Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Lernschwierigkeiten (geistiger Behinderung) anbieten. Um sich diesbezüglich orientieren zu können, bietet gleichfalls die vorliegende Schrift den in den bisherigen Auflagen sehr geschätzten *synoptischen Überblick über pädagogisch-therapeutische Arbeitsformen*.

Damit hoffe ich ein attraktives Lehrbuch für außerschulische und schulische Arbeitsfelder weiter fortgeschrieben zu haben.

Mein Dank gilt an dieser Stelle Herrn Andreas Klinkhardt für die gute Zusammenarbeit und allen, die mich bei der Aktualisierung unterstützt haben. Der Einfachheit halber wurde zumeist die männliche Schreibweise (Pädagoge, Erzieher...) benutzt, gemeint sind hiermit auch Personen weiblichen Geschlechts. Ferner werden die Fachbezeichnungen Heilpädagogik, Sonderpädagogik, Behindertenpädagogik und Rehabilitationspädagogik im Sinne einer speziellen Pädagogik (*special education; education spéciale*) synonym benutzt.

Georg Theunissen  
Freiburg i. B. und Halle/Saale, September 2015

## Vorwort zur siebten, aktualisierten und erweiterten Auflage

Wie in der Auflage zuvor wurde wiederum eine Aktualisierung der vorliegenden Schrift vorgenommen. Das betrifft insbesondere die Ausführungen zum Begriff der geistigen Behinderung, die Präzisierung des Konzepts der Positiven Verhaltensunterstützung mit Blick auf das Bundesteilhabegesetz (BTHG), Fragen zur Evidenz sowie die Reflexion der Wirksamkeit pädagogisch-therapeutischer Arbeitsformen und die Aufnahme einiger Ansätze, die in den letzten Jahren immer mehr Zuspruch finden (z.B. Tiergestützte Angebote, das Professionelle Deeskalationsmanagement, das Marte Meo Modell und das Konzept der entwicklungsfreundlichen Beziehung). Mein Dank gilt diesbezüglich Christina Feschin (MA, wiss. Mitarbeiterin am Institut für Rehabilitationspädagogik an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg) für ihre Mitarbeit sowie Herrn Thomas Tilsner und Herrn Andreas Klinkhardt für die vorzügliche Zusammenarbeit und Unterstützung des Buchprojekts.

Georg Theunissen  
Freiburg i. Br., Oktober 2020

# 1 Geistige Behinderung – Intellektuelle Behinderung – Lernschwierigkeiten

Gegen Ende der 1950er Jahre wurde von der Elternvereinigung „Lebenshilfe“ der Begriff der geistigen Behinderung in die fachliche Diskussion eingebracht. Zum einen sollte damit Anschluss an die im angloamerikanischen Sprachraum geläufige Terminologie „*mental retardation*“ (oder „*mental handicap*“) gefunden werden, zum anderen sollten bisherige Begriffe wie Schwachsinn, Blödsinn, Idiotie oder Oligophrenie abgelöst werden. Dabei wurde jedoch nicht berücksichtigt, dass sich *mental retardation* (analog zum psychiatrischen Begriff der Debilität) auch auf Menschen bezog (und bis heute bezieht), die hierzulande zunächst als Hilfsschüler, später als Lernbehinderte bezeichnet wurden. Geistige Behinderung wurde somit im deutschen Sprachraum enger gefasst – ein Problem, das internationale Vergleiche erschwert und oftmals Missverständnisse erzeugt.

Hinzu kommt, dass es bis heute keine einheitliche Beschreibung oder Kennzeichnung des als geistig behindert definierten Personenkreises gibt, was eine Verständigung erheblich erschwert. Zudem wird der Begriff der geistigen Behinderung inzwischen kritisch gesehen. Nicht wenige Fachwissenschaftler räumen ein, dass er zu negativen Assoziationen verleitet, und Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden und sich in Selbstvertretungsgruppen organisiert haben, fühlen sich durch den Begriff stigmatisiert und nicht ernst genommen. Indem sie sich als *Menschen mit Lernschwierigkeiten* bezeichnen, fordern sie zugleich die Fachwelt heraus, bisherige Aussagen über geistige Behinderung zu überdenken und nach neuen Beschreibungen, Konzepten oder Begriffen Ausschau zu halten, die für ein positives Denken und Handeln befördernd sein können. Genau an dieser Stelle hat der vorliegende Beitrag seinen Platz, der sich ausgehend von einer Zusammenschau unterschiedlicher Auffassungen über geistige Behinderung in die aktuelle Debatte kritisch-konstruktiv einzubringen versucht. Was die Auswahl der Betrachtungsweisen über geistige Behinderung betrifft, so wurden Positionen herausgegriffen, die viele Jahrzehnte handlungsbestimmend waren, die bis heute noch wirksam sind oder die die gegenwärtige Diskussion maßgeblich bestimmen.

## Zur psychiatrisch-nihilistischen Sichtweise

Einer der historisch ältesten Beschreibungen des Personenkreises begegnen wir in der deutschsprachigen Psychiatrie. Bereits 1803 wurde von Reil eine „Dreiteilung des Blödsinns“ vorgenommen, an deren Struktur bis heute weitgehend festgehalten wird: „Der *erste Grad* ist am schwersten zu bestimmen, weil er eine Demarkationsli-

nie zwischen gesundem Menschenverstand und anfangendem Blödsinn voraussetzt ... Der *mittlere Grad* ist von beiden Endpunkten gleich weit entfernt. Der Kranke ist nicht ganz sinnlos, sondern fasst noch die einfachsten Begriffe, doch er ist zu den gemeinsten Geschäften unfähig, wenn sie nicht ganz mechanisch abzumachen sind ... In dem *äußersten Grade* des Blödsinns ... fehlen alle Wahrnehmungen der Sinne ... Der Kranke hört ein wildes Geräusch, aber überall keinen verständlichen Ton ... Seine Seele ähnelt einem Spiegel, in welchem sich ein totes Bild der Welt abprägt. Er ist ohne Begriffe, Urteile, Gefühle, Leidenschaften, also auch ohne Triebe und Willen. ... Der Kranke bewegt sich entweder äußerst träge oder gar nicht... Kurz, er lebt zwar, weil er vegetiert, aber außer dieser ganz allgemeinen Funktion des Organismus ... ist weiter kein Charakter der Tierheit vorhanden“ (413ff.).

An anderer Stelle haben wir dazu kritisch Stellung genommen (Theunissen 2000, 47ff.; auch Theunissen 2021, 19f.). Hier sei nur erwähnt, dass nahezu bis heute einige bekannte Lehrbücher der Psychiatrie ähnlich argumentieren, wenn sie *Oligophrenie* (Schwachsinn; Intelligenzminderung) als (psychiatrische) Krankheit (psychische Störung) definieren und auf der Grundlage eines IQ-bezogenen Klassifikationssystems zwischen *Debilität* als leichteste Form geistiger Behinderung, *Imbezillität* als mittlerer Grad geistiger Behinderung und *Idiotie* als eine sehr schwere geistige Behinderung unterscheiden (Frank 2007, 191ff.; Gleixner, Müller und Wirth 1999, 338f.; Haring 1996, 216, 211; Huber 2005, 577; Möller 2002, 282ff.; Vetter 1995, 50ff.). Uns interessieren an dieser Stelle vor allem die Aussagen über „Idiotie“, weil hier ein ausgesprochen nihilistisches und statisches Bild über Menschen mit geistiger Behinderung verbreitet wird. So konstatiert Möller (2002, 285) bei Idiotie eine „absolute Bildungsunfähigkeit“; und ebenso behauptet zum Beispiel Huber (2005, 580), dass bei schweren Oligophrenien „völlige Bildungsunfähigkeit sowie Pflege- und/-oder Anstaltsbedürftigkeit“ besteht. Ähnlich äußert sich Frank (2007, 192), wenn er schreibt, dass bei schwersten Formen der Intelligenzminderung (Idiotie) „nicht von ‚lernen‘ gesprochen werden“ kann und „eine völlige Pflegebedürftigkeit gegeben“ ist. Derlei Aussagen entbehren jeglicher wissenschaftlicher Dignität. Allein durch praktische Erfahrungen sind sie eindeutig widerlegt worden (Jantzen und Lanwer-Koppelin 1996; Theunissen 2000). Überdies wurde vor über 40 Jahren in der alten Bundesrepublik die Schulpflicht für alle eingeführt, was wohl von einigen Autoren ignoriert oder nicht ernst genommen wurde. Welche Folgen die psychiatrisch-nihilistische Position für die Praxis und Sozialpolitik haben kann, zeigen bis heute Anliegen einiger Leistungsträger, geistig schwer(st) behinderte Menschen als „Pflegefälle“ einzustufen, um möglichst kostengünstig wirtschaften zu können. Befürchtet wird, dass sich daran auch durch das Bundessteilhabegesetz (BTHG) nichts ändern wird.

### Zur entwicklungspsychologischen Sicht

Gleichfalls veraltet wie die vorausgegangene Position, der sich viele Jahrzehnte die Heilpädagogik angeschlossen hatte (vgl. Heller 1925; Vetter 1972), ist ein Disput, der vor einigen Jahren aus entwicklungspsychologischer Sicht geführt wurde (dazu Zigler 1969). Lange Zeit standen sich zwei psychologische Sichtweisen geistiger Behinderung diametral, quasi unversöhnlich gegenüber. Zum einen wurden in Korrespondenz mit der psychiatrischen Denkfigur *Defekt- und Differenztheorien* vertreten. Diese besagen, dass die Entwicklung geistig behinderter Personen nach anderen Gesetzmäßigkeiten verläuft als die Entwicklung nicht-behinderter Menschen. Häufig würden geistig behinderte Menschen in ihrer Entwicklung bestimmte kognitive Prozesse nicht durchlaufen und in Anbetracht schwerer Defekte mit einer „bestimmt gearteten, pathologischen Persönlichkeitsentwicklung“ (Lutz 1961, 156) imponieren. Selbst bei einem gleichen Entwicklungsstand würden sie sich von nicht-behinderten Menschen in speziellen, insbesondere kognitiven Funktionen unterscheiden (Wendeler 1976, 32). Die damit verknüpfte Behauptung einer „kognitiven Andersartigkeit“ oder eines „psychischen Andersseins“ sowie die Fixierung auf Retardierungsmerkmale, die als kaum beeinflussbar eingeschätzt wurden, standen alsbald im Kreuzfeuer heftiger Kritik.

Zum anderen wurden nicht zuletzt vor dem Hintergrund dieser Auseinandersetzung *Entwicklungstheorien* postuliert. Diese gehen davon aus, dass geistig behinderte Kinder und Jugendliche prinzipiell die gleichen Entwicklungsstadien wie nicht-behinderte Heranwachsende durchlaufen. Allerdings würde die Entwicklung erheblich langsamer verlaufen, was zur Folge hätte, dass zum Beispiel geistig behinderte Jugendliche in etwa dasselbe Verhalten zeigen würden wie nicht-behinderte Kinder im Vorschulalter. Ein solcher Vergleich, der nicht völlig überwunden ist und mitunter im Rahmen von Problemverhalten wieder aufkeimt (vgl. Hennicke 2013), wird seit geraumer Zeit kritisch gesehen und im Falle einer „Infantilisierung“ geistig behinderter Menschen im Erwachsenenalter zu Recht abgelehnt. Die Gefahr besteht, dass qualitative Unterschiede in der kognitiven und allgemeinen Entwicklung von geistig behinderten und nicht-behinderten Menschen ignoriert oder zu sehr eingeebnet werden. Geistig behinderte Heranwachsende zeigen nämlich oft „ein länger dauerndes Schwanken zwischen einem einfachen und einem komplexen Verständnis... Es scheint demnach, dass bei Menschen mit geistiger Behinderung die Spuren früherer Entwicklungsstufen tiefer eingepägt sind und länger bestehen bleiben, so dass es beim Übergang auf ein höheres Niveau leichter und häufiger zu einem Rückfall auf das niedrigere Niveau kommt“ (Wendeler 1993, 56).

Alles in allem lässt sich sagen, dass es in der Entwicklung geistig behinderter und nicht-behinderter Menschen viele Gemeinsamkeiten gibt, die keine Absolutsetzung der Defekt- oder Differenztheorien gestatten. Forschungsergebnisse lassen darauf schließen, dass sich die Entwicklung (z.B. in der Motorik) sehr oft durch geringe Strukturunterschiede, jedoch durch einen verlangsamten Anstieg unterscheidet,

der durch zusätzliche Beeinträchtigungen von Prozessen der Informationsverarbeitung und/oder motivationaler Art (z.B. Misserfolgserwartung) sowie durch eine Instabilität von Leistungen beeinflusst wird (Feduić 1990, 39; auch Eggert 1999, 52; Sarimski 2001, 46, 50; 2003, 156f., 162ff.). Insofern gibt es Unterschiede in der Entwicklung, die die Differenztheorie nicht gänzlich in Abrede stellen. Zudem muss sich eine verzögerte Entwicklung nicht auf alle Entwicklungsdimensionen erstrecken; so lassen sich bei einigen Menschen mit geistiger Behinderung (gelegentlich mit zusätzlichem Autismus) sowohl Verlangsamungen oder gar Ausfälle in bestimmten kognitiven Bereichen als auch besondere Stärken beziehungsweise sogenannte Leistunginseln beobachten (hierzu Sacks 1995, 237ff.; Theunissen 2000, 228ff.; Theunissen und Schubert 2010).

An dieser Stelle ergibt sich die Chance, aus dem entwicklungspsychologischen Blickwinkel Kapital für eine positive Betrachtung geistiger Behinderung sowie für eine entsprechende Entwicklungsförderung zu schlagen. Ansonsten sollten beide Sichtweisen in ihrer Reichweite als begrenzt betrachtet werden. Das gilt insbesondere für ihre ausschließliche Suche nach Entwicklungsabweichungen zur negativen Seite hin sowie für ihre Fixierung auf Defizite oder Retardierungsmerkmale. Hier ist die Affinität zur traditionellen psychiatrischen und heilpädagogischen Sicht wohl kaum zu übersehen. Das betrifft ebenso den Umgang mit dem „Schema der emotionalen Entwicklung“ (SEO), wenn Erwachsene mit geistiger Behinderung als „Kleinkinder“ betrachtet und behandelt werden. Besonders kritisch ist der Umgang mit dem SEO 1 (Erste Adaption – Referenzalter 1.-6. Lebensmonat) einzuschätzen. In dem Fall kann es passieren, dass einem Erwachsenen, bei dem der emotionale Entwicklungsstand nach SEO 1 festgestellt wurde, die Fähigkeit abgesprochen wird, zwischen fremden und vertrauten Personen zu unterscheiden. Denn – so die Vertreter\*innen dieses Ansatzes – das „Interesse an anderen Menschen kann in dieser Phase noch nicht erwartet werden, da noch kein Bewusstsein vom Anderen existiert“ (Sappok und Zepperitz 2016, 26f.).

Gleichfalls inakzeptabel ist die Annahme einer „im Ganzen endgültigen Entwicklungsbeschränkung“ (Lutz 1961, 156) geistig behinderter Menschen, die nicht nur den Blick für das Aufgreifen und Unterstützen von Stärken und Entwicklungspotentialen verstellt, sondern jegliches Verständnis für „interaktionale (dynamische) Entwicklungsbedingungen“ (Speck 1999, 102) vermissen lässt. Moderne entwicklungspsychologische Ansätze gehen davon aus, dass Entwicklung als ein lebenslanger Prozess „auf durchgängiger Interaktion (Wechselwirkung) zwischen Organismus und Umwelt beruht“ (ebd., 102); und das bedeutet, Sichtweisen oder Theorien zu verwerfen, die die Entwicklung von geistig behinderten Menschen nur endogen betrachten (kritisch dazu auch Eggert 1999, 62f.).

### Zur IQ-bezogenen Sicht

Die anscheinend weit verbreitete Gleichschaltung von Geist und Intelligenz (Dörner und Plog 1994, 70) verleitet dazu, kognitive (Minder-)Leistungen bei Menschen mit geistiger Behinderung in den Mittelpunkt der Betrachtung zu rücken. So verwundert es nicht, dass geistige Behinderung häufig „direkt als *intellektuelle Retardierung* definiert“ (Speck 1999, 47) wird. Dagegen richtet sich schon seit geraumer Zeit die Kritik (Eggert 1999, 49ff.; Mercer 1973, 5, 68f.; Mühl 2000, 48f.; Speck 1977, 76ff.; 1999, 48ff.; Thalhammer 1977, 45ff.; Wendeler 1988; 1993). Grundsätzliche Probleme ergeben sich allein bei dem Versuch, zu einer übereinstimmenden Definition von „Intelligenz“ zu gelangen. Auf Grund dieser Schwierigkeit gilt bis heute die Aussage: Intelligenz ist „das, was mit Intelligenztests gemessen wird“ (Liungman 1973, 13; Yam 2000, 6). Die damit verknüpfte Problematik dürfte hinlänglich bekannt sein (z.B. Implikation herrschender Moralnormen; Ignoranz schichtenspezifischer Sozialisationserfahrungen; Vernachlässigung kreativer, emotionaler und sozialer Kompetenzen); vor allem wissen wir, „dass die Ergebnisse von Intelligenztests recht wenig über den Erfolg eines Menschen im Leben ... aussagen“ (Liungman 1973, 13; Sternberg 2000).

Da übliche Intelligenztests bei Menschen mit geistiger Behinderung nur bedingt anwendbar sind, stellt sich grundsätzlich die Frage nach Sinn und Bedeutung einer sich auf IQ-Werten beziehenden Definition geistiger Behinderung. Vergegenwärtigen wir uns dann noch die Fragwürdigkeit des IQ als ein stabiles Merkmal im Lebenslauf eines geistig behinderten Menschen, so kommen wir mit Wendeler (1988, 57ff.; 1993, 20f.) zu dem Ergebnis, dass bloße IQ-Berechnungen bei Personen, bei denen eine geistige Behinderung vermutet wird, unzulänglich und nicht aussagekräftig sind (hierzu auch Siegel 1999, 311ff.). Die häufig bei geistig behinderten Menschen konstatierte Abflachung der Intelligenzentwicklung bei Durchführung entsprechender Tests kann damit begründet werden, „dass mit höherem Entwicklungsniveau die Bedeutung von Sprache und Denken bei der Intelligenzmessung wächst“ (Wendeler 1988, 70).

Wird geistige Behinderung nur unter IQ-bezogenen Aspekten als Intelligenzminde- rung betrachtet (Schanze 2007), werden zumeist negative Merkmalsbeschreibungen (kognitive Minderleistungen, Lernausfälle, Inkompetenz) fokussiert. Dabei geraten allzu leicht andere Aspekte und Entwicklungsdimensionen aus dem Blick. Die Betrachtung geistiger Behinderung „als bloß intellektuelle Schwäche“ wurde bereits von Hanselmann (1976, 109) in den 1930er Jahren unmissverständlich kritisiert: „Unter Geistesschwachheit verstehen wir eine Form von Entwicklungshemmung, bei welcher das gesamte Seelenleben vermindert, herabgemindert ist“. Auch wenn sich geistige Behinderung „offensichtlich am augenfälligsten zunächst in einer Retardierung im kognitiven Bereich“ (Mühl 2000, 49) manifestiert, rechtfertigt dies – so der Autor – noch keineswegs eine darauf ausschließlich ausgerichtete Betrachtungsweise. Ähnlich wurde kürzlich auf einem Expertenkongress zur Frage der Klas-

sifikation von „*intellectual and learning disabilities*“ argumentiert (Meeting Report 2009, 4). Aus der Entwicklungspsychologie der frühen Kindheit wissen wir zum Beispiel um die unauflösbare Verschränkung kognitiver Leistungen mit der sensorischen Entwicklung (Piaget 1975). Außerdem gibt es enge Zusammenhänge zwischen der kognitiven und psychosozialen Entwicklung eines Kindes (Spitz 1973; 1976). Vor dem Hintergrund der Ignoranz motivationaler, kommunikativer und sozialer Aspekte ist das mit dem IQ-bezogenen Denken verhaftete Menschenbild eines „Homo Fabers“ eindeutig: Was zählt sind Momente wie Ratio, Verstand, Vernunft, Begabung, Leistung, Können, Tüchtigkeit, Erfolg oder auch Karriere, nicht aber die menschliche Existenz in ihrer „Totalität“, d.h. Emotionen, Affekte, sinnerfüllte Lebensbedürfnisse – kurzum die sogenannte ästhetische Dimension (hierzu Portmann 1970; 1973; Theunissen 1997a). Diese Argumentation führt zur Würdigung der sogenannten *multiplen Intelligenzen* (Gardner 2000) – ein Konzept, das die Priorisierung der kognitiven Dimension zu relativieren und kompensieren versucht. Diesen Aspekt greifen Batshaw, Shapiro und Farber (2007, 248f.) auf, wenn sie für eine differenzierte IQ-Betrachtung plädieren, um (wie im Abschnitt zuvor schon angedeutet) persönliche Schwächen und Stärken (z.B. mit Blick auf klinische Bilder wie Down-Syndrom, Williams-Beuren-Syndrom) erfassen zu können.

Problematisch wird die IQ-bezogene Sichtweise vor allem dann, wenn daraus einseitige Folgerungen für die Praxis (z.B. Unterricht mit geistig behinderten Schülern) gezogen werden. Durch eine (Über-)Akzentuierung kognitiver Lernziele werden bekanntlich (auch) Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung kaum erreicht. Gleichwohl lassen sich in der Unterrichtspraxis nicht selten Unterforderungen ausmachen, die entstehen, wenn von diagnostizierten IQ-Werten linear auf Grenzen in der kognitiven Leistungsfähigkeit geistig behinderter Schüler\*innen geschlossen wird. Umso erfreulicher ist es, dass immer mehr Lehrkräfte IQ-Tests bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen kritisch beurteilen, wenngleich bei Platzierungsfragen, insbesondere mit Blick auf Personen im Grenz- oder Überlappungsbereich zur sogenannten Lernbehinderung, an Intelligenzmessungen größtenteils festgehalten wird.

### Zur Klassifikation nach ICD-10 und DSM-IV

Das Unbehagen gegenüber der IQ-bezogenen Klassifikation von geistiger Behinderung hatte schon zu Beginn der 1960er Jahre im angloamerikanischen Sprachraum zur Einführung eines sogenannten Doppelkriteriums geführt, das neben dem Intelligenzfaktor auch „soziale Anpassungsleistungen“ berücksichtigt (Wendeler 1993; Luckasson et al. 2002). Darauf nehmen zwei Klassifikationssysteme – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (Dilling u.a. 1993) und DSM-IV der American Psychiatric Association (APA 1994) – Bezug, die aus dem klinischen Bereich stammen und weltweit noch rezipiert werden. Gleichwohl sollten sie mit Blick auf ihre überarbeiteten Systeme DSM-5 (dazu später) und ICD-11 als überholt gelten.

Nach ICD-10 wird geistige Behinderung als „Intelligenzminderung“ (F70) und nach DSM-IV unter dem Oberbegriff der „Entwicklungsstörungen“ (317) gefasst. Beide Systeme klassifizieren geistige Behinderung unter psychischen Störungen und stimmen in der Einteilung der Schweregrade weithin überein:

- (1) leichte geistige Behinderung (IQ 50/55-70/75)
- (2) mäßige/mittelschwere geistige Behinderung (IQ 35/40-50/55)
- (3) schwere geistige Behinderung (IQ 15/20-35/40)
- (4) schwerste geistige Behinderung (< IQ 15/20).

Nach der ICD-10-Definition ist Intelligenzminderung „eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fertigkeiten“ (Dilling u.a. 1993, 254). Neben dieser defizitorientierten Begriffsaufbereitung werden Anpassungsmöglichkeiten berücksichtigt, die eine konzeptionelle Erweiterung der IQ-bezogenen Sicht bedeuten: „Das Anpassungsverhalten ist stets beeinträchtigt, eine solche Anpassungsstörung muss aber bei Personen mit leichter Intelligenzminderung in geschützter Umgebung mit Unterstützungsmöglichkeiten nicht auffallen“ (ebd., 254).

Im DSM-IV wird in Anlehnung an Empfehlungen der American Association on Mental Retardation (AAMR) aus dem Jahre 1992 geistige Behinderung unter drei Kriterien gefasst:

1. Durch unterdurchschnittliche, allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit;
2. Durch eine starke Einschränkung der Anpassungsfähigkeit in mindestens zwei der folgenden Bereiche: Kommunikation, eigenständige Versorgung, häusliches Wohnen, soziale Fähigkeiten und Fertigkeiten, Nutzung öffentlicher Einrichtungen, Selbstbestimmung, Gesundheit und Sicherheit, funktionale schulische Leistungen (Kulturtechniken) Freizeit und Arbeit;
3. Durch einen Zeitfaktor, nach dem der Beginn einer geistigen Behinderung (Entwicklungsstörung) vor dem Alter von 18 Jahren liegen muss (dazu auch Saß, Wittchen und Zaudig 1996);

Die Beachtung des Doppelkriteriums ist ohne Zweifel ein Fortschritt, wenngleich die Gepflogenheit, geistige Behinderung als psychische Störung auszuweisen, in beiden Systemen kritisch gesehen werden muss.

Dass geistige Behinderung keine psychische Störung im „üblichen Sinne“ sei beziehungsweise nicht in die psychiatrischen Klassifikationssysteme passe, wurde soeben auch von Experten aus dem Lager der klinischen Psychologie und Psychiatrie eingeräumt (Meeting Report 2009, 2), deren Aufgabe im Rahmen einer im Oktober 2009 in Watford (UK) durchgeführten Fachkonferenz darin bestand, Verbesserungsvorschläge für die anstehende Revision der ICD-10 zu erarbeiten. Anstatt sich für eine ersatzlose Streichung der Kategorie „Intelligenzminderung“ als psychische Störung einzusetzen, wurden jedoch für die zukünftig gültige ICD-11 nur Anregungen im Hinblick auf sprachliche Verbesserungen (Überwindung des Begriffs

der *mental retardation*) und mit Blick auf die ICF und AAIDD-Konzeption (dazu später) auf eine funktionale Betrachtung von Behinderung (zur Verbesserung der Kompatibilität) sowie auf eine neurowissenschaftlich ausgerichtete Entwicklungs- und Lebenslauf-Perspektive (*intellectual disability as a neurodevelopmental disorder*) gegeben (ebd., 12ff.).

Leider war zum Zeitpunkt der Aktualisierung des Buches die ICD-11 nur in einer vorläufigen Version verfügbar. Statt von „Intelligenzminderung“ spricht sie nunmehr von „intellektuellen Entwicklungsstörungen“ oder „Störungen der intellektuellen Entwicklung“ (*disorders of intellectual development*). Diese werden „neurologischen Entwicklungsstörungen“ zugeordnet und durch ein signifikant unterdurchschnittliches „intellektuelles Funktionsniveau“ und „adaptives Verhalten“ gekennzeichnet.

Interessant ist, dass die Zusammenschau der Ergebnisse auf dieser Fachkonferenz gleichfalls wie die beiden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV ein „breites“, auf Funktionseinschränkungen bezogenes Verständnis einer geistigen Behinderung (*intellectual disability*) dokumentieren, das sich international, aber nicht im deutschsprachigen Raum, durchgesetzt hat. So werden weltweit Personen mit einem IQ bis 70/75 sowie in Bezug zur Altersnorm unterdurchschnittlich ausgeprägtem sozial adaptivem Verhalten als geistig behindert (*mentally retarded*) eingestuft, hierzulande werden hingegen Personen mit einem IQ > 55/60 als „lernbehindert“ bezeichnet. An dieser Stelle wird deutlich, dass die Etikettierung eines Menschen als behindert ein Akt *sozialer Zuschreibung* ist, der von Norm setzenden Instanzen, Interessen(gruppen) und gesellschaftlichen Normen nicht losgelöst betrachtet werden kann. Zudem erscheint Behinderung auch im Lichte des Doppelkriteriums als eine individuelle Zuschreibungskategorie, indem ausschließlich nach persönlichen Defiziten, Symptomen oder negativen Normabweichungen hin Ausschau gehalten wird. Dagegen richtet sich seit einigen Jahren die Kritik, welche zu Gegenentwürfen geführt hat, die einseitige Betrachtungen zu überwinden und die Subjektseite und Betroffenen-Sicht zu berücksichtigen versuchen.

### Geistige Behinderung aus der Subjekt-Perspektive

Ein bemerkenswerter Versuch, soziale Zuschreibungen aufzuzeigen und zugleich einseitige Betrachtungen einer geistigen Behinderung zu überwinden, bezieht sich auf ein kompetenzorientiertes, vierdimensionales Verknüpfungsmodell. Mit dem Schlüsselbegriff der *Kompetenz*, der rechtlich ausgelegt auf eine *Zuständigkeit für das eigene Leben* verweist, psychologisch betrachtet den Blick auf ein individuelles Vermögen im Sinne von Stärken, Ressourcen, Potenzialen und Fähigkeiten lenkt, ergeben sich einerseits Chancen, geistige Behinderung als eine „normale Variante menschlicher Lebensweise“ (Speck 1999, 61, 175) definitorisch zu fassen. Andererseits lässt sich die Subjektvergessenheit überwinden, indem Menschen mit geistiger Behinderung als situationswahrnehmende, -verarbeitende und -mitgestaltende,

eben als kompetente Individuen betrachtet und entsprechend wertgeschätzt werden. Im Folgenden haben wir mit Blick auf vorhandene psychologische Definitionen (dazu Kinne 2011) versucht, eine „synthetisierende“ Begriffsbestimmung vorzunehmen: Unter *Kompetenz* verstehen wir *die Fähigkeit, individuelle und soziale Ressourcen so zu nutzen, dass eine gegebene Situation möglichst autonom bewältigt werden und ein soziales und sinnerfülltes Leben aufrecht erhalten und weiterentwickelt werden kann.*

Was jeder Einzelne aus seinem kompetenten Verhalten macht, beziehungsweise was im Einzelnen inhaltlich daraus wird, hängt nicht etwa allein von der Person und ihren Potenzialen ab, sondern von dem *Zusammenspiel personaler (innerer) und sozialer (äußerer) Faktoren*. Indem Transaktionen von Menschen mit ihrer Umwelt in den Blickpunkt des Kompetenzbegriffs gerückt werden, verliert die Beschreibung geistig behinderter Menschen unter Defiziten, Mängeln oder Funktionsabweichungen wesentlich an Bedeutung. Mit anderen Worten: Der Kompetenzbegriff fordert „in seiner Relationalität geradezu programmatisch die Rückbindung individueller Fähigkeiten an situative und außerpersonale Gegebenheiten... Kompetenzorientierung bedeutet eben gerade nicht, sich lediglich mit den Eigenschaften einer Person zu beschäftigen, sondern stets danach zu fragen, in welchen Verhältnissen diese Eigenschaften zu einer fördernden oder behindernden Umwelt stehen“ (Trost 2003, 513f.). Mit dem Begriff der Transaktion sollen reziproke Zusammenhänge (Wechselbeziehungen) zwischen den situativen Anforderungen an eine Person und deren Bedürfnisse sowie den verfügbaren Ressourcen zur Bewältigung erfasst und als veränderbare Variablen mitgedacht werden. Außerdem beinhaltet er die „Verschmelzung von Person und Umwelt zu einer neuen Einheit, einem System“ (Lazarus 1990, 205), in dem Kompetenz als adaptives Verhalten im Sinne einer möglichst günstigen „Abstimmung der eigenen Möglichkeiten mit Forderungen und Hilfen der Umwelt“ (Holtz 1994, 37) in Erscheinung tritt. Dieser Prozess bedeutet keine einseitige Anpassung des Individuums an gegebene Situationen, sondern eine adaptive Beziehung, Veränderung und Weiterentwicklung auf beiden Seiten.

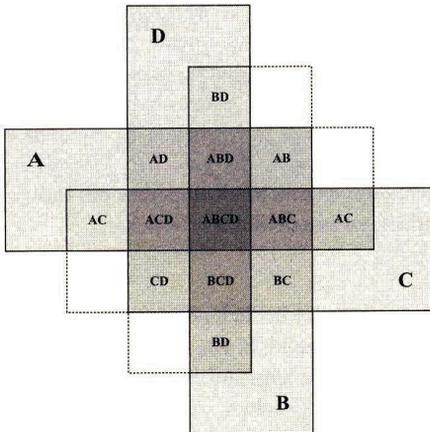
Mit Blick auf geistig behinderte Menschen kommt es somit nicht nur auf Anpassungsleistungen zur Bewältigung von Lebenssituationen an, sondern ebenso wichtig sind die Beachtung und Reflexion der sozialen Ressourcen, der Anpassungsfähigkeit, Veränderungs- und Entwicklungsmöglichkeiten von Lebenswelten (Schalock et al. 1994). Ziel kompetenten Verhaltens ist die Befriedigung originärer menschlicher Bedürfnisse nach existentiell notwendiger Selbsterhaltung, Realitätskontrolle und Lebensbewältigung einerseits sowie das Streben und die Sehnsucht nach einer sinnerfüllten Verwirklichung der Grundphänomene menschlichen Lebens (Du-Bezug, Liebe, Geselligkeit, ästhetische Kulturbetätigung und Spiel) andererseits (Grawe 2004; Portmann 1970; 1973; Theunissen 1997a).

Diese Selbsterhaltungs- und Selbstaktualisierungstendenz (Rogers 1974) definiert jeden Menschen – unabhängig von der Schwere und Art einer Behinderung – als

ein aktiv handelndes Wesen, das auf seine Lebenswelt einzuwirken versucht, um durch „Kontroll“-Effekte emotionale Selbstbestätigung hervorzubringen (White 1959). Pädagogisch gesehen gilt es hierbei im Falle einer geistigen Behinderung zu überprüfen, ob und wie der Einzelne derlei Entwicklungschancen nutzt, oder ob er hinter seinen Möglichkeiten bleibt. Dabei ist zu klären, ob innere Einflüsse (z.B. anlagebedingte Vulnerabilität) oder äußere Faktoren (Umwelt) kompetentes Verhalten behindern, und wie sich das reziproke Zusammenspiel dieser Aspekte auf die Persönlichkeitsentwicklung auswirkt (hierzu Jantzen 1998a; [u.a.] 2001; Magito-McLaughlin et al. 2011; Theunissen 2000; Turnbull und Turnbull 1999). Die Überwindung oder Aufhebung einschränkender äußerer Rahmenbedingungen ist für die Praxis häufig ebenso wichtig wie die Mobilisierung individueller Ressourcen und Freisetzung blockierter, versandeter oder ungenutzter Fähigkeiten und Kräfte. Dabei darf nicht etwa nur die kognitive Dimension (Intellekt) fokussiert werden, sondern die Kompetenz fördernde Freisetzung oder Unterstützung der individuellen Potenziale umfasst insbesondere auch Aspekte des Selbstkonzepts und die ästhetische Dimension. Gerade dadurch definiert sich der Mensch in seiner Einmaligkeit als einzigartige Persönlichkeit, die im Falle einer Unterstützung, Förderung oder Therapie jedwede Normierung verbietet. Dieser Aspekt hat konstitutive Bedeutung für das Verständnis von geistiger Behinderung. Nehmen wir hierzu folgendes Beispiel: Ein Erwachsener, der als geistig schwerst- und mehrfach behindert beschrieben wird, verhält sich kompetent, wenn er zur Mahlzeit durch Mimik oder Gestik seinen Willen bekundet, Orangensaft statt Hagebuttentee zu trinken. Damit realisiert er seinen Ressourcen entsprechend einen hohen Grad an Entscheidungsautonomie, die vor dem Hintergrund stark eingeschränkter Selbstständigkeit (geringe Handlungsautonomie) zur Verringerung eines gewissen Maßes an erhöhter Abhängigkeit (Fremdbestimmung) beiträgt. Diese (Kontingenz-)Erfahrung der Kontrolle über die eigenen Lebensumstände hat identitätsstiftenden und persönlichkeitsstabilisierenden Charakter, indem Erfolgserlebnisse, Selbstwertgefühl und Vertrauen in die eigenen Ressourcen gefördert werden (auch Holtz 1994, 91). Zugleich trägt die Erfahrung der Gegenseite zu dem befriedigenden Gefühl und positiven Selbstbild bei, auch von anderen Personen als kompetentes Subjekt wertgeschätzt und ernst genommen zu werden. Dieses Beispiel demonstriert eine „passende“ Transaktion, die durch die Verschränkung von Kompetenz und Effektivität als ihre motivationale Seite subjektive Bedeutsamkeit (Erfolg) erfährt (White 1959, 323). Insofern kommt dem Selbst- oder Identitätskonzept zum Verständnis von Kompetenz und Transaktionen eine prominente Rolle zu.

Wenn wir dann davon ausgehen, dass die Beschreibung geistig behinderter Menschen als kompetente Individuen zu wenig Beachtung findet, so gilt dies ebenso für ihr Selbstkonzept, dem bislang kaum fachliches Interesse gegolten hat. Daher möchte ich im Folgenden ein vierdimensionales Modell vorstellen, welches die vorausgegangenen Überlegungen beachtet und uns dabei die soziale Konstruktion und Komplexität des Begriffs der geistigen Behinderung vor Augen führt.

**Geistige Behinderung als komplexes Phänomen von sich wechselseitig bedingenden und verstärkenden Faktoren (siehe Abbildung)**



Ausgangspunkt der Überlegungen sind vier zentrale Faktoren, die zum Verständnis von geistiger Behinderung beitragen sollen:

*Faktor A:*

Umfasst biologische, physiologische, somatofunktionelle Faktoren; bezieht sich auf Organdefekte, körperliche Fehlbildungen und Schädigungen, klinische Bilder oder biologische Ursachen geistiger Behinderung (z.B. *pränatale Schädigungen* [stoffwechselbedingte Störungen wie Phenylketonurie in Folge eines Enzymdefekts oder Galactosämie, dominant vererbte Genmutationen, Fehlbildungen des Nervensystems wie Mikrozephalie, chromosomale Störungen wie Trisomie 21, infektionsbedingte Schädigungen durch Rötelnviren, toxische Schädigungen durch erheblichen Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch [fetales Alkoholsyndrom; derzeit mit einem Verhältnis von 1:350 als die häufigste Ursache von Intelligenzbeeinträchtigungen], Chemikalien, Strahlen- oder Umweltbelastung], *perinatale Ursachen* [Geburtstrauma, Enzephalopathie durch Sauerstoffmangel, Frühgeburt, Meningitis, Blutgruppenunverträglichkeit], *postnatale Ursachen* [entzündliche Erkrankungen der Gehirnhäute bzw. des Zentralnervensystems wie Meningitis oder Enzephalitis, Hirntumoren, Schädel-Hirn-Trauma bzw. traumatische, psychosozial bedingte Schädigungen oder auch schwere Ernährungsstörungen, Hirnschädigung durch Intoxikation oder Stoffwechselkrisen]) (dazu ausführlich Neuhäuser 1999; 2004). Nach gegenwärtigem Wissen gilt etwa die Hälfte aller Ursachen einer (leichten) geistigen Behinderung als medizinisch ungeklärt (AAIDD 2010; Schalock et al. 2010; Yargin-Allsopp, Drews-Botsch und Van Naarden Braun 2007, 235ff.). Alles

in allem entspricht Faktor A dem, was üblicherweise als *individuelle Schädigung* ausgelegt wird. Ein ausschließlich auf diese Sichtweise hin orientiertes Verständnis von geistiger Behinderung ist in doppelter Hinsicht höchst problematisch. Zum einen gelten die medizinischen Befunde in der Regel als negative Normabweichungen, beziehungsweise als negative somatische Veränderungen der normalen menschlichen Entwicklung oder Existenz, was einst Psychiater\*innen oder klinische Psycholog\*innen dazu verleitet hat, geistige Behinderung als „abnorme Variante“ menschlichen Lebens (Vetter 1995) zu bezeichnen.

Gegen diese pauschale und unreflektierte Abwertung wendet sich zu Recht die Kritik. Insbesondere sind es Betroffene, die uns sensibel gemacht haben für eine Gegenposition, die die Einzigartigkeit und das So-Sein behinderter Menschen betont. Im Lichte dieser Sichtweise erscheint zum Beispiel ein Down-Syndrom oder Williams-Beuren-Syndrom nicht per se als pathologisch oder negativ, sondern es gehört als unverwechselbares Merkmal zu einem Menschen, der eben damit geboren wurde. „Denn ohne dieses unverwechselbare Merkmal der Behinderung wäre er nicht der einmalige Mensch, der er ist. Jeder Mensch hat seinen Wert in sich, unabhängig davon, ob er dieses oder jenes instrumentell im Sinne des Herstellens verrichten kann. Entscheidend ist die Tatsache seines individuellen Menschseins“ (Saal 1992, 86). Aus diesem Grunde sollte der Begriff der Schädigung durch den der *biologischen Disposition* neutralisiert werden. Zum anderen darf von einer bestimmten Erkrankung, Schädigung oder einem klinischen Syndrom aus nicht von vornherein auf eine geistige Behinderung geschlossen werden (z.B. gibt es Personen mit Down-Syndrom, die nicht geistig behindert sind; z.B. kann beim kongenitalen Hydrozephalus, Klinefelter-Syndrom oder bei Neurofibromatose die Intelligenzentwicklung ungestört sein, ebenso kann eine Enzephalitis folgenlos ausheilen; hierzu Neuhäuser 1999, 138, 194f., 208).

#### *Faktor B:*

Umfasst den Lern- und Entwicklungsbereich auf kognitiver, sensorischer, motorischer und aktionaler Ebene; in traditioneller Hinsicht entspricht er dem, was als erhebliche *Beeinträchtigung* der Lernfähigkeit, als intellektuelle Leistungsminderung, Entwicklungsverzögerung, Wahrnehmungsstörung oder psychomotorische Auffälligkeit beschrieben und bezeichnet wird. In diesem Zusammenhang stoßen wir immer wieder auf bestimmte negative (defizitäre) Beschreibungen des Lernverhaltens beziehungsweise spezieller Merkmale des Lernens wie zum Beispiel Aufmerksamkeitsschwäche oder hohe Ablenkbarkeit, mangelndes willkürliches Einprägen durch fehlende „innere Sprache“ und aktive Lernstrategien, mangelnde Umstellungsfähigkeit und Spontaneität im Denken und Handeln, unzureichende Problemlösungsstrategien, Schwierigkeiten beim abstrakten Denken, schlussfolgernden oder zielgerichteten Handeln (Wendeler 1976; Meyer 1977; Sarimski 2003). Derlei Besonderheiten im Lernverhalten sind oftmals beobachtbar, sie dürfen aber

in keiner Weise verallgemeinert und geistig behinderten Menschen pauschal zugeschrieben werden. Denn eine vorwiegend auf Lern- oder Entwicklungsdefizite hin orientierte Sichtweise reduziert den Einzelnen auf einen Teilaspekt seiner gesamten Entwicklungsmöglichkeiten und Persönlichkeit. Es können nämlich neben Lernbeeinträchtigungen auch partielle oder besondere Fähigkeiten und Fertigkeiten (sog. Leistunginseln) bestehen (hierzu u.a. Sacks 1997, 270, 346ff.; Theunissen 2008a; Theunissen und Schubert 2010), so zum Beispiel Stärken im musikalischen Bereich bei einer Person mit dem Williams-Beuren-Syndrom; solche individuellen Entwicklungsdiskrepanzen verbieten es, Menschen mit geistiger Behinderung auf bestimmte Entwicklungsabschnitte zu fixieren (Inhelder 1968) oder gar auf ein „infantiles Entwicklungsniveau“ festzuschreiben. Genau das befördert ein unkritischer, unreflektierter Umgang mit dem SEO oder der „Skala der emotionalen Entwicklung – Diagnostik“ (SEED) von Sappok u.a. 2018 (vgl. Theunissen u.a. 2018, 454f.; Theunissen 2019, 120).

Insofern sind unter dem Faktor B auch generelle Entwicklungspotenziale, individuelle Stärken, positive Botschaften oder individuelle Ressourcen zu beschreiben. Überdies sollte grundsätzlich der Lern- und Entwicklungsbereich nicht als isolierter Faktor, sondern nur auf dem Hintergrund der individuellen Lebensgeschichte und der konkreten Sozialisation aufbereitet werden.

#### *Faktor C:*

Bezieht sich auf Kontextfaktoren, vor allem auf jene Aspekte, die unter *gesellschaftliche Benachteiligung, Vernachlässigung und soziale Schädigung* gefasst werden: Institutionalisierung, Hospitalisierung, Ausgrenzung, lernhemmende Bedingungen, unzureichende pädagogische Förderung, mangelnde Stimulation, Vorurteile, gesellschaftliche Barrieren, eingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, sozial schwaches Milieu, emotionale und soziale Vernachlässigung, Misshandlung, broken-home-Situation und dergleichen.

Darüber hinaus soll er neben sogenannten kritischen Lebensereignissen (z.B. familiäre oder gesellschaftliche Belastungsfaktoren) auch *protektive (soziale) Ressourcen* mit einbeziehen. Wenngleich dieser Faktor, absolut gesetzt, keine geistige oder Lernbehinderung beschreibt, kann er ein Boden für Entwicklungs- und Lernbeeinträchtigungen sein (Snell et al. 2009), eine geistige Behinderung angesichts unzureichender Bildungsangebote „vortäuschen“ (das betrifft z.B. Situationen in Entwicklungsländern, wo mit etwa 4,8% der Anteil geistig behinderter Menschen an der Gesamtbevölkerung sehr hoch ist) und/oder in seiner negativen Bestimmung zu einer entsprechenden Stigmatisierung führen, wenn zum Beispiel ein Kind aus einem ausgesprochen sozial schwachen Milieu auf der Basis von Vorurteilen in Verbindung mit einem sogenannten Hof-Effekt („sozial schwach, asozial, schmutzig, faul und dumm“) ohne exakte Überprüfung als geistig oder lernbehindert fehl eingeschätzt, etikettiert und in eine entsprechende Sonderschule eingewiesen wird.

*Faktor D:*

Bezieht sich auf die Subjekt-Perspektive; darunter fassen wir in abstrahierender Weise Aspekte wie zum Beispiel Selbst- und Fremdwahrnehmung, subjektive Ereigniswahrnehmung, Selbstbild, Selbsterfahrungen, Einschätzung der eigenen Person, Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl, emotionale Befindlichkeiten, Krisenverarbeitungsprozesse, Erleben der Beeinträchtigung oder Benachteiligung (dazu auch Speck 2003, 228ff., 235f.). Im Wesentlichen geht es um das *Selbst-Konzept* einer Person, welches häufig mit dem Begriff der *Ich-Identität* synonym gebraucht wird (Krappmann 1972; Neubauer 1976; Hausser 1983). In Anlehnung an Mead (1991) und Goffman (1967) lassen sich zwei wichtige Komponenten von Identität (oder „Selbst“) unterscheiden: „*Persönliche Identität*“ als einzigartige Kombination von biographischen Daten, Körpermerkmalen und subjektiven Momenten, die den Menschen als Individuum ausmachen und Ansatzpunkte zur Interaktion bilden sowie „*soziale Identität*“, die auf Grund der Übernahme von Rollenzuschreibungen und Erwartungen, die an Merkmale der personalen Identität geknüpft werden, zustande kommt und das Individuum zur sozialen Anpassung veranlasst. Als Ich-Identität erscheint sodann die immer wieder neu zu erbringende Leistung, eine „Balance“ zwischen personalem und sozialem Selbst herzustellen, um zu einem innerpsychischen Wohlbefinden zu gelangen. Gelingt dieser Ausgleich, dann „lässt sich das Individuum einerseits trotz der ihm angesonnenen Einzigartigkeit nicht durch Isolierung aus der Kommunikation und Interaktion mit anderen ausschließen und (sich) andererseits nicht unter die für es bereit gehaltenen Erwartungen in einer Weise subsumieren, die es ihm unmöglich macht, seine eigenen Bedürfnispositionen in die Interaktion einzubringen“ (Krappmann 1972, 30). Dafür sind sogenannte Grundqualifikationen sozialen Rollenhandelns (z.B. realistische Selbsteinschätzung, positives Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Einfühlungsvermögen, Selbstakzeptanz, Rollenflexibilität, Rollendistanz, Ambiguitäts- oder Frustrationstoleranz u.a.) hilfreich, die möglichst frühzeitig im Zuge der Sozialisation und Erziehung erworben werden sollten. Bei Menschen mit geistiger Behinderung muss mit einem eingeschränkten oder einfach strukturierten Repertoire solcher Fähigkeiten (häufig auch als Bewältigungsstrategien, Daseinstechniken, Coping-Muster bezeichnet) gerechnet werden.

Der Aufbau des Identitätskonzepts geschieht einerseits über Beobachtungen des eigenen Verhaltens sowie der Wahrnehmung der eigenen physiologischen und psychischen Zustände und Befindlichkeiten. Andererseits werden durch direkte oder indirekte Rückmeldungen über das eigene Verhalten oder individuelle Merkmale Informationen aus der sozialen Umwelt gesammelt (Strahlberg, Gothe und Frey 1988). Zur direkten Rückmeldung zählen sprachliche Botschaften, bei der indirekten kommen oftmals subtile (verdeckte) non-verbale Signale zum Tragen, bei denen auf der Grundlage von Interaktionen subjektive Einschätzungen (Vergleiche) vorgenommen werden. Traumata, Gewalterfahrungen, Ablehnung, negative Zuschreibungen, Diskriminierungen sowie immer wiederkehrende Erfahrungen

sozialer Entwertung („du kannst das nicht, du bist zu sehr behindert“) und häufige Misserfolgserfahrungen werden (auf Dauer) vor dem Hintergrund subjektiver Bedeutsamkeit und übersituativer Verarbeitung (Hausser 1983) internalisiert. Dies führt zu einem negativen Selbstbild („ich bin behindert“; Gefühl der „Andersartigkeit“), welches letztlich Formen „erlernter Hilflosigkeit“, Passivität, mangelndes Zutrauen, fehlendes Vertrauen in die eigenen Ressourcen, eine hohe psychische Instabilität und Verwundbarkeit oder gar „psychopathologische“ Auffälligkeiten befördern kann.

Anzumerken ist, dass Menschen mit geistiger Behinderung erhebliche Schwierigkeiten haben, ihre Kompetenzen und ihr Selbstkonzept realistisch und differenziert einzuschätzen (Theiß 2005, 68f., 72, 149f.). Untersuchungen, in denen mit Hilfe eines validen Testinstruments (sog. Bilderfragebogen) das Selbstkonzept gemessen wurde, zeigen auf, dass nicht wenige Menschen mit geistiger Behinderung zu einer Selbstüberschätzung ihrer Kompetenzen, zu einem erhöhten, übersteigerten Selbstbild und Selbstwertgefühl neigen (ebd., 73). Interessant ist die Frage, ob es sich hierbei aufgrund fehlender (vorausgehender) Handlungserfahrungen um eine bloße Fehleinschätzung oder zweckmäßige Symptombildung (Abwehr, Selbstschutz) handelt, um sich zum Beispiel gegenüber Entwertungen oder einem Versagen zu immunisieren oder auch um so sein zu wollen, so zu erscheinen und zu handeln wie andere Personen ohne Behinderung. Eine Person, die sich dauerhaft überschätzt, läuft allerdings Gefahr, häufig Misserfolge zu erfahren, was letztlich Unzufriedenheit, Frustration, Wut, Selbsthass und aggressives Verhalten befördern kann (ebd., 180, 189).

Wenngleich im Einzelfall auch mit einer erfolgreichen Verarbeitung negativer Erfahrungen (Coping), einem sogenannten Stigma-Management als protektiver Faktor gerechnet werden muss (Goffman 1967; auch Wendeler 1993, 137), so bestehen bei Menschen mit geistiger Behinderung in erhöhtem Maße Risiken für mangelndes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, deren Symptombildung zunächst einmal als sinnvolles Signalverhalten in Bezug auf ungünstige soziale Erfahrungen, im Hinblick auf individuelle Entwicklungschancen beziehungsweise Persönlichkeitsentfaltung womöglich jedoch als unzweckmäßige (hemmende) Reaktion, verstanden werden sollte. Die genannten gesellschaftlichen Aspekte (Stigmatisierung) sind in Verbindung mit den biologisch-physiologischen Faktoren Rahmenbedingungen, innerhalb derer die Identitätsentwicklung statthat. Dem Individuum ist es dabei stets um „balancierte“ Zustände und Prozesse zu tun, um zu einem innerpsychischen Wohlbefinden zu gelangen, welches Momente der Selbstakzeptanz, des Selbstvertrauens, der Selbstachtung sowie des positiven Selbstwerterlebens umfasst. Dieses originäre menschliche Streben nach Wohlbefinden hat zugleich konstitutive Bedeutung für die Ausbildung anderer psychischer Funktionen beziehungsweise für kognitive Strukturen, Entwicklungs- und Lernprozesse. Da sich die Identitätsentwicklung von Beginn an als Konfliktlösungsversuch beweisen muss, sind ständig

Kräfte zu mobilisieren, von denen die bestmögliche Hilfe zur Herstellung eines innerpsychischen Gleichgewichts erwartet werden kann. Auf Grund eines einfachen Fähigkeitsniveaus und/oder defizitärer Sozialisationserfahrungen (z.B. unzureichende Kommunikations- und Lernangebote) bevorzugen viele Menschen, die als geistig behindert gelten, sensomotorische Reize und Interaktionen, die sie so aufnehmen und verarbeiten, dass sie sich unter gegebenen (ungünstigen) Rahmenbedingungen zurechtfinden und ein gewisses Maß an Wohlbefinden sichern können. Andere Lebensbewältigungsmuster, die zum Beispiel zur Kompensation von Angst, Unbehagen oder Mangelserfahrungen dienen, können sogenannte Abwehrmechanismen, vor allem eine „neurotische“ Symptombildung, aber auch Formen einer (Über-)Anpassung oder aggressiven Abwehr sein. Entscheidend ist, dass vor dem Hintergrund immer wiederkehrender Einzelerfahrungen und subjektiver Schlussfolgerungen überdauernde Bewältigungsstrategien entstehen (Lernergebnis), auf die das Individuum dann zurückgreift, wenn es sich jeweils in seiner Identität bedroht fühlt. Wenn wir davon ausgehen, dass Menschen mit geistiger Behinderung von Beginn an stärker als andere psychosozialen Belastungen (z.B. durch häufige Krankenhausaufenthalte; Krisen der Bezugspersonen) ausgesetzt sind, so dürfen wir annehmen, dass sie zusätzliche Energien mobilisieren müssen, um positive Identität zu erleben. Dies aber bedeutet, dass sie sich ständig mit ihrer Ich-Findung beschäftigen müssen, wodurch ein Gutteil der Aufmerksamkeit den anderen psychischen Funktionen und Leistungen entzogen wird. Emotionale Befindlichkeiten überlagern damit kognitive Prozesse, weswegen der soziale Ich-Findungsprozess im Rahmen pädagogischer Förderung und Unterstützung nicht übergangen werden darf.

Im Falle einer geistigen Behinderung sollten nunmehr alle vier Faktoren in einem dynamischen und zirkulären Wechselspiel gesehen werden. Wird eine der vier Dimensionen absolut gesetzt, so schlussfolgern wir daraus noch keine geistige Behinderung – wohl wissend, dass es diesbezüglich immer wieder Fehldiagnosen oder Fehlentscheidungen gibt. Indem es uns um das *Zusammenwirken verschiedener Ursachen, Auslöser oder Verstärker auf biologischer, lern- und entwicklungspsychologischer, milieuspezifischer, gesellschaftlich-normativer, interpersoneller und identitätsspezifischer Ebene* zu tun ist, verwerfen wir zugleich eine bloß linearkausale Ätiologiesicht und biologistische Ursachenforschung. Dies bedeutet, dass biologisch-somatische Aspekte (Organschaden, Hirnfunktionsstörungen, genetische Faktoren) nicht als alleinige Ursachen für geistige Behinderung oder Verhaltensauffälligkeiten betrachtet werden dürfen; selbst im Falle einer schweren Beeinträchtigung der Lernfähigkeit, die auf eine medizinisch nachweisbare Störung zurückgeführt werden kann, stellen Abweichungen nur ein Element in einem multifaktoriellen, reziprok wirkenden, komplexen Bedingungsgefüge dar. Umgekehrt reicht aber auch eine ausschließlich linearkausale sozialwissenschaftliche Sicht (z.B. Labeling-Theorie) zur Erklärung und zum Verständnis einer geistigen Behinderung nicht aus (siehe dazu auch Kapi-

tel 2). Wichtig ist die Frage nach der individuellen Verarbeitung von Belastungen (Resilienz; Widerstandskraft), die von der Frage nach der Verfügbarkeit persönlicher und sozialer Ressourcen nicht losgelöst betrachtet werden kann (hierzu Rau 2007; Theunissen 2013a). Zudem sollten wir uns vor Augen halten, dass eine geistige Behinderung „aus dem Wechselspiel zwischen potenziellen Fähigkeiten und den Anforderungen seiner konkreten Umwelt“ (Thimm 1999, 10) resultiert.

Zum Unterschied zu den bisher genannten Definitions- oder Erklärungsansätzen haben wir versucht, die das Etikett „geistig behindert“ konstituierenden Faktoren zu neutralisieren, um sowohl positive als auch negative Wirkungen beschreiben zu können. Dadurch wollen wir einerseits eine dominant defizitorientierte Betrachtungsweise vermeiden, ohne dabei den Blick für einen problembezogenen individuellen Lern- und Entwicklungsbedarf aus dem Auge zu verlieren. Andererseits lassen sich durch diese Neutralisierung Stärken, individuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten, Interessen oder Entwicklungspotenziale wie auch soziale Ressourcen erfassen, so dass ein als geistig behindert definierter Mensch als kompetentes Subjekt in seiner Lebenswelt „ganzheitlich“ betrachtet werden kann. Insofern erscheint geistige Behinderung im Lichte unseres Verknüpfungsmodells als ein komplexes soziales Phänomen, wie es insbesondere von Mercer (1973), Schalock et al. (1994) und St. Claire (1989) beschrieben wird, dessen vierdimensionale Klassifikation geistiger Behinderung in unserem Modell Eingang gefunden hat. An der Darstellung ausgewählter Faktorenkombinationen soll folgendes verdeutlicht werden:

- a) dass bereits bei zwei oder drei Faktoren häufig auf eine geistige Behinderung geschlossen wird;
- b) die Komplexität und Relativität einer geistigen Behinderung durch ein dynamisches Wechselspiel verschiedener Faktoren;
- c) die Rolle der Faktoren und ihrer Verknüpfung für das Erkennen und die Planung von subjektzentrierten und lebensweltbezogenen Unterstützungsmaßnahmen;
- d) die Notwendigkeit der Sicht auf Entwicklungspotenziale, Stärken und das Selbstkonzept für alle Formen der Unterstützung.

*Faktor AB:*

Bezieht sich auf Menschen, die zum Beispiel eine frühkindliche Hirnschädigung durchgemacht haben, welche sich mit Lern- und Entwicklungsbeeinträchtigungen verknüpft. Das Zusammenspiel von Hirnschädigung und Lern- und Entwicklungsprozessen muss aber nicht zwangsläufig eine geistige Behinderung bedeuten (z.B. Ulrich-Turner-Syndrom, Cornelia-de-Lange-Syndrom).

So ist es zum Beispiel möglich, dass Lern- und Entwicklungsbeeinträchtigungen weitgehend durch individuelle Ressourcen kompensiert werden können. Dementsprechend sollte eine persönlichkeitsstabilisierende Erziehung oder Assistenz, die das Vertrauen in die eigenen Ressourcen stärkt, statthaben.

*Faktor ABC:*

Diese Kombination repräsentiert den konventionellen „Dreiklang“ von (geistiger) Behinderung (dazu auch später). In negativer Hinsicht haben wir es mit sozialer Benachteiligung (z.B. Milieuschädigung; Segregation; Hospitalisierung; gesellschaftliche Vorurteile), diffuser Hirnschädigung und schweren Beeinträchtigungen in kognitiver, motorischer oder sensorischer Hinsicht zu tun.

Systemisch betrachtet stehen alle drei Dimensionen in reziproker Wechselbeziehung zueinander. Folglich reicht eine linearkausale Betrachtung (Organschädigung → Lernbeeinträchtigung → Benachteiligung) zur Beschreibung geistiger Behinderung nicht aus. Das sich gegenseitig bedingende und verstärkende Zusammenspiel der Faktoren schließt nicht aus, dass meistens biologische Besonderheiten ein Auslösefaktor sein können.

Wegbereitend für eine geistige Behinderung kann aber auch der soziale Faktor sein, wenn zum Beispiel vor dem Hintergrund eines sozial schwachen Milieus keine rechtzeitige Impfung bei einer Rötelerkrankung der Mutter erfolgt, so dass es zu einer pränatalen Schädigung mit schwerer intellektueller und motorischer Beeinträchtigung beim Kinde kommen kann.

Positiv gewendet gilt es, beispielsweise bei schwerer diffuser Hirnschädigung und massiven Lernbeeinträchtigungen Entwicklungsmöglichkeiten, individuelle Stärken sowie tragfähige soziale Ressourcen zu eruieren. Dieser Dreiklang-Faktor hat noch keine folgenschwere Auswirkung auf die Identität (Beispiel: Menschen mit geistiger Behinderung, die sich nicht als behindert erleben bzw. nicht darunter leiden; hierzu Wendeler und Godde 1989). Dies aber dürfte nach unserer obigen Diskussion eher selten der Fall sein. Wo dies der Fall ist, sollte identitätsunterstützend kommuniziert und assistiert werden.

*Faktor ABD:*

Diese Kombination kann sich auf folgenden Sachverhalt beziehen: Eine Person erlebt sich aufgrund eines klinischen Syndroms (z.B. XO-Konstitution mit Teilleistungsstörungen; Cockayne-Syndrom mit vorzeitigen Alterungsprozessen) als (geistig) behindert und in seiner Identität beschädigt. Sie wird von ihrer Umwelt jedoch nicht als „geistig behindert“ wahrgenommen, diskriminiert oder ausgegrenzt. Die Bedeutung des Identitätsfaktors wird dabei unterschätzt, insofern angesichts der geringfügigen Lern- oder Entwicklungsbeeinträchtigung keine (psychosozialen) Hilfen für notwendig erachtet werden. Für die Planung individueller Hilfen wäre es hingegen wichtig, subjektive Befindlichkeiten aufzuspüren und identitätsaufbauende Angebote kommunikativ-sozialer und aktional-materieller Art (z.B. Beratung; psychosoziale Begleitung; ästhetische Aktivitäten) zu arrangieren.

In positiver Hinsicht kann die Kombination der Faktoren A, B und D bedeuten, dass es einem Menschen trotz Hirnschädigung und Lernbeeinträchtigung gelingt, Bewältigungsstrategien zu entwickeln, mit denen er die Probleme kompensieren

und damit zu einem positiven Selbstwertgefühl gelangen kann (Beispiel: Junge Erwachsene mit leichter geistiger Behinderung stellen sich Studenten vor, indem sie darauf hinweisen, dass sie weder lesen, schreiben noch rechnen, wohl aber als Stadtführer fungieren können, da sie örtlich bestens orientiert seien).

*Faktor BCD:*

Diese Kombination umfasst den Lern- und Entwicklungsfaktor, den gesellschaftlichen Bereich sowie den Identitätsaspekt im reziproken negativen wie auch protektiven Zusammenspiel. Dieser Faktor gilt insbesondere für Formen einer leichten geistigen Behinderung oder Lernbehinderung, bei der keine medizinisch nachweisbare Schädigung feststellbar ist, wohl aber ungünstige soziale Faktoren (soziale Benachteiligung, Armut, *broken homes*) eine Rolle spielen. Lebensweltbezogene Maßnahmen (soziale Brennpunkt- und Gemeinwesenarbeit) sollten in dem Falle mit pädagogischen Hand in Hand gehen.

*Faktor BC:*

Hier geht es um das Zusammenspiel des Lern-, Entwicklungs- und Gesellschaftsfaktors. „Weithin bekannt sind die retardierenden Bedingungen einer sozial anrengungsarmen Umwelt für die Entstehung leichterer Formen geistiger Behinderungen (Lernbehinderung)“ (Speck 1999, 50).

Ob dies für die Identitätsentwicklung weitgehend folgenlos bleibt, ist unseres Erachtens zu bezweifeln, weswegen wir dieser Verknüpfungsform nur eine begrenzte Reichweite zuschreiben. Ziel sollte es sein, durch soziale Maßnahmen (soziale Brennpunktarbeit; Umfeldverbesserungen) milieubedingte Lern- oder Entwicklungsstörungen aufzuheben oder zu kompensieren.

*Faktor AD:*

Lenkt den Blick auf Zusammenhänge zwischen Organschädigung und subjektiver Wahrnehmung/Identität, ohne dass es dabei zu einer geistigen Behinderung kommen muss. Dies gilt für Personen, die trotz eines klinischen Syndroms (Klinefelter-Syndrom; Hydrozephalus) kein Leistungsversagen zeigen, dennoch aber unter dem klinischen Bild leiden (geringes Selbstwertgefühl; Identitätsdiffusion). Im dem Falle müssten vor allem psychosoziale Hilfen unter Einbeziehung von Bezugspersonen (Eltern, Familien) in den Blick genommen werden.

*Faktor ACD:*

Als Beispiel für diese Kombination können Kinder mit Down-Syndrom oder Hydrozephalus genannt werden, die in eine Schule mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung eingeschult werden, obwohl sie keine entsprechenden Lernschwächen aufzeigen. Dieser Faktor demonstriert, dass von der medizinischen Diagnose „Down-Syndrom“ nicht unmittelbar auf „geistige Behinderung“ geschlossen wer-