



Mit DVD

Herausgegeben vom Staatsinstitut für  
Schulqualität und Bildungsforschung



## Wenn Schüler mit geistiger Behinderung verhaltensauffällig sind

Konzepte und Praxisimpulse  
für Regel- und Förderschulen

2.  
Auflage

** reinhardt**



Staatsinstitut für Schulqualität und  
Bildungsforschung (Hrsg.)

# Wenn Schüler mit geistiger Behinderung verhaltensauffällig sind

Konzepte und Praxisimpulse für  
Regel- und Förderschulen  
2. Auflage

Mit 25 Abbildungen und 47 Tabellen  
Mit Filmbeispielen, Arbeitsblättern und Materialien  
auf DVD

Die Zusatzmaterialien finden Sie Passwort-  
geschützt auf unserer Homepage unter

[www.reinhardt-verlag.de/de/titel/53108/](http://www.reinhardt-verlag.de/de/titel/53108/)

Passwort für Dateien im Abschnitt

1. Filme und ergänzendes Material:

Abw@@bKW

2. Weitere Zusatzmaterialien:

§zPu\*!FY

Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung  
Abteilung Grund-, Mittel- und Förderschulen  
Schellingstr. 155  
80797 München

Tel.: +49 89 2170-2008, Fax: +49 89 2170-2105

www.isb.bayern.de, thomas.miller@isb.bayern.de

Erarbeitet im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Bildung und Kultus,  
Wissenschaft und Kunst

*Leitung des Arbeitskreises und Redaktion:* Thomas Miller, Klaus Gößl (ISB), *Mitglieder des Arbeitskreises:* Kristine Albrecht, Privates Förderzentrum St. Martin, Bruckberg; Dorothea Bräutigam, Brunnschule, Königsbrunn; Nadine Heldrich, Rupert-Egenberger-Schule, Amberg; Julia Lunghamer, St.-Rupert-Schule, Eggenfelden; Urte Müller, Franziskus-Schule, Starnberg; Susanne Opel, Hainbrunnenschule, Forchheim; Stephanie Praxl, Comenius-Schule, Aschaffenburg; Sabine Thalmaier, Franziskus-von-Assisi-Schule, Au am Inn

**Hinweis:** Soweit in diesem Werk eine Dosierung, Applikation oder Behandlungsweise erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen oder sonstige Behandlungsempfehlungen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. – Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnungen nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

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.

ISBN 978-3-497-02678-4 (Print)

ISBN 978-3-497-60377-0 (PDF)

2., aktualisierte Auflage

© 2017 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in EU

Covermotiv: unter Verwendung eines Fotos von ©istock.com/GaryRadler

Satz: JÖRG KALIES – Satz, Layout, Grafik & Druck, Unterumbach

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: [www.reinhardt-verlag.de](http://www.reinhardt-verlag.de) E-Mail: [info@reinhardt-verlag.de](mailto:info@reinhardt-verlag.de)

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	<b>11</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>13</b>
<b>2 Geistig behindert und psychisch krank?</b> .....	<b>19</b>
2.1 Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung zwischen Pädagogik und Psychiatrie. ....	19
2.2 Diagnostik. ....	23
2.2.1 Psychiatrische Befunderhebung .....	23
2.2.2 Schulische Unterstützungsmöglichkeiten .....	28
2.3 Therapeutische Ansätze .....	31
2.3.1 Medikamentöse Behandlung .....	32
2.3.2 Verhaltenstherapeutische Ansätze.....	37
2.3.3 Tiefenpsychologische Verfahren .....	44
2.3.4 Körperorientierte Verfahren .....	44
2.3.5 Systemische Ansätze.....	45
2.4 Zusammenfassung .....	46
<b>3 Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen – Erscheinungsformen sowie Perspektiven für Unterricht und Schule</b> .....	<b>48</b>
3.1 Verhaltensauffälligkeiten .....	49
3.2 Psychische Störungen.....	70
<b>4 Pädagogische und lebensweltbezogene Ansätze</b> .....	<b>107</b>
4.1 Positive Verhaltensunterstützung (PBS) .....	107
4.1.1 Grundlagen und theoretischer Hintergrund.....	107
4.1.2 Praktische Umsetzung des Konzepts in Handlungsschritten... ..	109
4.1.3 Evaluation und Abschluss.....	116

## 6 Inhalt

4.2	Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH) . . . . .	117
4.2.1	Grundlagen und theoretischer Hintergrund. . . . .	117
4.2.2	Strukturierung und Visualisierung als grundlegende Aspekte des TEACCH-Ansatzes. . . . .	120
4.2.3	Praktische Umsetzung der Strukturierungshilfen . . . . .	121
4.3	Entwicklungstherapie – Entwicklungspädagogik (ETEP). . . . .	128
4.3.1	Grundlagen und theoretischer Hintergrund. . . . .	128
4.3.2	Praktische Umsetzung des Konzepts in Handlungsschritten. . .	132
4.4	Zusammenfassung . . . . .	140
<b>5</b>	<b>Gestaltung von Schule und Unterricht. . . . .</b>	<b>142</b>
5.1	Grundhaltungen gegenüber Schülern mit auffälligem Verhalten . . . . .	142
5.2	Systematische Verhaltensbeobachtung als Grundlage einer Förderplanung. . . . .	148
5.2.1	Formen der Beobachtung und Dokumentation von Verhaltensweisen . . . . .	148
5.2.2	Videogestützte Fallarbeit . . . . .	152
5.3	Handlungsansätze im Klassenunterricht . . . . .	153
5.3.1	Einsatz von Sprache und Körpersprache . . . . .	153
5.3.2	Kontrolliert eskalierende Beharrlichkeit (KEB). . . . .	156
5.3.3	Interventionsstrategien nach Bergsson . . . . .	158
5.3.4	Strukturierung als basales Element im Schulalltag . . . . .	165
5.3.5	Arbeiten mit Regeln und Verhaltenszielen . . . . .	177
5.3.6	Umgang mit Gefühlen – emotionale Kompetenz entwickeln . .	185
5.3.7	Unterstützte Kommunikation . . . . .	188
5.4	Handlungsebene Schulgemeinschaft . . . . .	192
5.4.1	Impulse für eine Halt gebende Schulstruktur. . . . .	193
5.4.2	Besondere Unterrichtskonzepte . . . . .	197
5.4.3	Konzepte zur Krisenintervention . . . . .	201
5.4.4	Förderung der Sozialkompetenz. . . . .	209
5.5	Zusammenfassung . . . . .	213

<b>6</b>	<b>Unterstützungsstrukturen und institutionelle Angebote.....</b>	<b>215</b>
6.1	Angebote der Medizin .....	216
6.1.1	Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	217
6.1.2	Sozialpädiatrische Zentren .....	224
6.2	Unterstützungsmöglichkeiten im Schulsystem .....	228
6.2.1	Schulleitung.....	229
6.2.2	Kollegium .....	230
6.2.3	Erziehungskompetenz-Teams („E-/ES-Teams“) .....	232
6.2.4	Staatliche Schulberatung .....	233
6.2.5	Mobile Sonderpädagogische Dienste (MSD) .....	238
6.2.6	Supervision .....	239
6.3	Weitere Angebote im Sozialwesen .....	241
6.3.1	Heilpädagogische Tagesstätte (HPT) .....	242
6.3.2	Schulbegleiter .....	243
6.3.3	Familienentlastender Dienst (FED) .....	244
6.3.4	Selbsthilfegruppen, Vereine und Verbände .....	245
6.3.5	Erziehungsberatungsstellen .....	247
6.3.6	Jugendamt / Amt für Jugend und Familie .....	248
6.4	Zusammenfassung .....	250
<b>7</b>	<b>Falldarstellungen .....</b>	<b>255</b>
7.1	Charlotte – Beispiel für eine psychische Störung und Grenzen der Psychiatrie.....	255
7.1.1	Intention der Falldarstellung .....	255
7.1.2	Ausgangssituation .....	256
7.1.3	Steckbrief .....	256
7.1.4	Medizinische Befunde .....	257
7.1.5	Instrument der Beobachtung .....	258
7.1.6	Lösungsansätze.....	259
7.2	Seva – Beispiel für Verhaltensauffälligkeit und erzieherisch wirksame Maßnahmen .....	261
7.2.1	Intention der Falldarstellung .....	261



## 8 Inhalt

7.2.2	Ausgangssituation	261
7.2.3	Steckbrief	262
7.2.4	Medizinische Befunde	263
7.2.5	Instrument der Beobachtung	263
7.2.6	Lösungsansätze	264
7.3.	Anton: Arbeit mit dem ELDiB in der Elternberatung	265
7.3.1	Intention der Falldarstellung	265
7.3.2	Ausgangssituation	266
7.3.3	Steckbrief	267
7.3.4	Medizinische Befunde	268
7.3.5	Instrument der Beobachtung	268
7.3.6	Lösungsansätze	269
7.4	Daniel: Ableitung von Förderzielen und -maßnahmen durch gezielte Beobachtung	270
7.4.1	Intention der Falldarstellung	270
7.4.2	Ausgangssituation	271
7.4.3	Steckbrief	271
7.4.4	Medizinische Befunde	272
7.4.5	Instrument der Beobachtung	273
7.4.6	Lösungsansätze	273
	<b>Literatur</b>	<b>279</b>
	<b>Bildnachweis</b>	<b>284</b>
	<b>Sachregister</b>	<b>285</b>

## **Inhalte der DVD**

### Filme

- Film 1: Charlotte
- Film 2: Seva
- Film 3: Anton
- Film 4: Daniel

## **Verhaltensauffälligkeiten (Tabellen zu Kap. 3.1 im Buch)**

## **Psychische Störungen (Tabellen zu Kap. 3.2 im Buch)**

### **Materialien**

- Materialien zu den Filmbeispielen
- Beobachtungsbögen
- Konzepte, Materialien, Praxisbeispiele – Klassenunterricht
- Konzepte, Materialien, Praxisbeispiele – Schulstruktur
- Diverses



# Vorwort

Vor dem Hintergrund der besonderen Anforderungen, die ein Unterricht für Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten und/oder psychischen Belastungen an die Lehrkräfte stellt, rief das Bayerische Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst 2008 die Fortbildungssequenz **„Professioneller Umgang mit psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen in Bayern“** ins Leben. Diese wurde in Kooperation mit den Direktoren der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universitäten Würzburg (Prof. A. Warnke) und München (Prof. G. Schulte-Körne) sowie der Bezirkskrankenhäuser Landshut (Dr. M. von Aster) und Regensburg (Dr. M. Linder) an der Akademie für Personalentwicklung und Lehrerbildung Dillingen durchgeführt. Über zwei Jahre hinweg wurden 40 Lehrkräfte aus Sonderpädagogischen Förderzentren und 20 Lehrkräfte aus Förderzentren geistige Entwicklung in mehreren Wochenkursen in den Bereichen kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder, Diagnostik, Intervention in der Schule, (videogestützte) Fallarbeit und Beratung geschult. Ein besonderes Augenmerk lag dabei auf Übungen zum genauen Beobachten des Verhaltens von Kindern und Jugendlichen und dessen detaillierter Beschreibung. Zum einen bilden die Wahrnehmungen der Lehrkräfte einen wesentlichen Beitrag für eine fundierte fachärztliche Diagnostik. Zum anderen sollten die Lehrkräfte dadurch aber auch selbst angeregt werden, Hypothesen zu entwickeln, warum sich ein Schüler in der jeweiligen Weise verhält. Die erworbenen Kenntnisse sollten sie im eigenen Unterricht, aber auch ggf. im Rahmen ihrer Tätigkeit im Mobilen Sonderpädagogischen Dienst, umsetzen.

Acht Lehrkräfte aus dem Bereich geistige Entwicklung konnten für eine Mitarbeit in einer Arbeitsgruppe am Staatinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung München (ISB) gewonnen werden. In den Jahren 2009 bis 2012 erstellten sie unter Leitung von Klaus Gößl und Thomas Miller diese Handreichung. Sie will den Lehrkräften, Mitarbeitern, Schulleitungen und Schulträgern eine Unterstützung bieten, um den Herausforderungen, die sich im Unterricht für Schüler mit problematischem Verhalten und/oder psychischen Erkrankungen stellen, lösungsorientiert begegnen zu können. Unter anderem werden deshalb beispielhaft pädagogische und konzeptionelle Ansätze aufgezeigt, die sich an Förderzentren geistige Entwicklung – vornehmlich in Bayern – bewährt haben. Ebenso sollen aber auch Einblicke in Begrifflichkeiten, Angebote sowie diagnostische und therapeutische

Möglichkeiten der Kinder- und Jugendmedizin, insbesondere der Kinder- und Jugendpsychiatrie, gegeben werden. Neben dem informativen Gehalt möchte das Buch damit unter anderem auch den Mehrwert vermitteln, der angesichts einer Konfrontation mit psychischen Belastungen von Schülern in einer interdisziplinären Kooperation liegen kann und zu einem gegenseitigen Verständnis der zum Teil unterschiedlichen Betrachtungs- und Handlungsweisen in (Sonder-)Pädagogik und Medizin beitragen.

Das Buch mit der beiliegenden *DVD* richtet sich an Sonderpädagogen und Heilpädagogen, die im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung tätig sind. Darüber hinaus erscheint es – vor allem im Zuge der vermehrten Umsetzung inklusiver Settings – auch für Lehrkräfte unterschiedlichster Schularten sowie für Fachkräfte aus anderen pädagogischen, heilpädagogischen und sonderpädagogischen Handlungsfeldern interessant: Durch die in Text- und Videobeiträgen vorgestellten Fallbeispiele bietet das Buch anschauliche Eindrücke von spezifischen Fragestellungen und Lösungsansätzen, die sich aus dem Zusammentreffen einer geistigen Behinderung mit Verhaltensauffälligkeiten und / oder psychischen Störungen ergeben.

Ein herzlicher Dank gilt den Direktoren der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universitäten Würzburg (Prof. A. Warnke) und München (Prof. G. Schulte-Körne) sowie der Bezirkskrankenhäuser Landshut (Dr. M. von Aster) und Regensburg (Dr. M. Linder). Über Ihre Lehr- und Beratungstätigkeit im Rahmen der Weiterbildungsinitiative „Professioneller Umgang mit psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen in Bayern“ des Bayerischen Kultusministeriums hinaus, haben sie die Autoren bei Abfassung und Korrektur ihrer Beiträge für diese Handreichung beraten und unterstützt.

Ebenso gilt ein herzlicher Dank, den Kolleginnen und Kollegen, den Schulleiterinnen und Schulleitern an den Förderzentren in Bayern, die es mit ihren Wort- und Bildbeiträgen ermöglicht haben, beispielhafte Erfahrungen und Lösungsansätze in diesem Werk und auf der beiliegenden *DVD* darzustellen.

Ein ganz besonderer Dank gilt den Schülerinnen und Schülern und deren Familien, die sich bereiterklärt haben, im Rahmen dieser Handreichung für Videoaufnahmen zur Verfügung zu stehen. Mit Ihrer Bereitschaft haben Sie es ermöglicht, unmittelbare und konkrete Blicke auf Herausforderungen und Lösungsansätze werfen zu können, die sich im Unterricht für Schülerinnen und Schüler mit auffallenden Verhaltensweisen im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung ergeben haben und ergeben.

*Thomas Miller*  
*Klaus Gößl*

# 1 Einleitung

Charlotte, 19 Jahre alt, sitzt am Esstisch vor ihrem Mittagessen. Sie hat Hunger und freut sich auf das Essen, kann aber nicht beginnen. Eine imaginäre Figur, „Pumuckl“, hindert sie daran und verbietet es ihr. Voller Verzweiflung führt sie einen Dialog mit „Pumuckl“ und sagt immer wieder: „Pumuckl, Charlotte hat aber doch Hunger.“

Daniel, 9 Jahre alt, nimmt einmal pro Woche an dem klassenübergreifenden Sozialtraining „Locker bleiben“ teil. Zu Beginn der Stunde darf sich jeder Schüler ein Symbol aus einer Kiste aussuchen, um damit seine momentane Gefühlslage zu beschreiben. Daniel geht es gut, er will die große Feder aus der Kiste holen. Diese hat sich jedoch bereits ein anderes Kind genommen. Als Daniel dies bemerkt, wird er wütend, spuckt mehrmals heftig auf den Boden und rennt aufgebracht unter lautem Schimpfen und Fluchen aus dem Raum.

Anton, 13 Jahre alt, erhält von der Lehrerin den Auftrag, sein rotes Heft aus der Ablage in dem Regal zu holen. Er steht auf, geht durch die Stuhlreihen und nimmt sein Heft aus seinem Fach. Auf dem Rückweg zu seinem Platz schlägt er im Vorbeigehen einem Mitschüler heftig mit der Hand auf den Hinterkopf.

Seva, 13 Jahre alt, ist mit ihrer Klasse auf dem Weg vom Klassenzimmer in die Turnhalle. Der Weg führt durch die Aula, die gerade voll besetzt ist, da an diesem Tag auch das Schülercafé geöffnet hat. Seva ergreift zunächst die Hand einer Bezugsperson, verweigert dann das Weiterlaufen, fängt schließlich an zu Schreien und schlägt wahllos um sich.

Diese Kinder und Jugendlichen stehen beispielhaft für eine Personengruppe, der sich das vorliegende Werk nähern möchte. Charlotte, Daniel, Anton und Seva verbinden vor allem zwei Lebensumstände: Sie alle sind Schülerinnen bzw. Schüler, die ein Förderzentrum mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung besuchen und sind demnach auf „eine alle Entwicklungsbereiche umfassende Erziehung und Unterrichtung unter besonderer Berücksichtigung der praktischen Bewältigung ihres Lebens“ (KMK 1998, 3) ausgerichtete sonderpädagogische Förderung angewiesen.

Das zweite gemeinsame Merkmal kommt in den aufgeführten Fallbeispielen besonders zum Ausdruck: Sie zeigen Erlebens- und Verhaltensweisen, die für Ihre Umwelt bisweilen kaum oder nicht verständlich erscheinen, die das gemeinsame Leben und Lernen phasenweise oder fortwährend belasten und eine besondere Herausforderung für die unterschiedlichen Lebensbereiche (Familie, Schule, Heilpädagogische Tagesstätte, Wohnbereich) bedeuten.

In der Wahrnehmung vieler Lehrkräfte und Mitarbeiter hat sich an den Förderzentren mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung (FZgE) in den letzten Jahren ein erheblicher Wandel in der Schülerschaft vollzogen. „Schulleiter und Lehrkräfte signalisieren u. a. eine deutliche Zunahme intensiver Verhaltensproblematiken, die oft die Gruppenkonstellationen massiv beeinträchtigen“ (Dworschak et al. 2012, 149). Auf der CD „Respekt-Relevanz-Ressourcen“ trägt Klaus Hennike (2016) in seinem Vortrag „Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei SchülerInnen mit Intelligenzminderung“ viele Studien zu der Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten zusammen und kommt zu dem Ergebnis, dass es einen Konsens darüber gibt, dass das Risiko bei SchülerInnen mit einer Intelligenzminderung drei- bis viermal höher ist, eine zusätzliche Verhaltensauffälligkeit und psychische Störung zu entwickeln (vds 2016). Speck sieht diesen Veränderungsprozess auch durch empirische Studien belegt und folgert: Am Förderzentrum geistige Entwicklung hat sich „eine Veränderung der Schülerpopulation vollzogen, die über die ursprüngliche Konzeption der ‚Schule für geistig Behinderte‘ wesentlich hinausreicht. Es handelt sich um eine Aufstockung durch Schüler mit ‚Lernbehinderungen‘, Mehrfachbehinderungen und Verhaltensstörungen“ (Speck 2012, 13). Welche Herausforderungen und Grenzerfahrungen für Lehrkräfte am Förderzentrum geistige Entwicklung damit verbunden sein können, hat Judith Riegert im Rahmen ihrer Dissertation „Sonderpädagogische Professionalität im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten an Schulen mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung“ herausgearbeitet. Eine von 33 im Hinblick auf ihre Deutungsmuster befragten Lehrkräften schilderte dabei folgende Situation: „Dann gab es eben auch [...] irgendwann diesen Vorfall, dass er mich geschlagen hat [...] dass ich irgendwann da gestanden habe und gedacht habe ‚Das kann nicht sein. Du stehst da und weißt überhaupt nicht, wie du dich verhalten sollst““ (Riegert 2013, 21).

### *„Jedes Verhalten ist sinnvoll“ – Grundlegende Sichtweisen*

Wesentlich ist die Überzeugung: Jedes Kind, jeder Jugendliche hat unabhängig vom Umfang seines Förderbedarfs im Bereich der geistigen Entwicklung und eines eventuell vorhandenen weiteren Förderbedarfs im Bereich der emotionalen und sozialen Entwicklung das **Recht auf eine an-**

**gemessene schulische Bildung.** Dieses Recht besteht auch dann, wenn – wie bisweilen erforderlich – für einen begrenzten Zeitraum oder längerfristig besondere und / oder hoch individualisierte Formen des Unterrichts realisiert werden müssen.

Die verständliche Diskussion, ob die Zunahme von Schülern mit auffälligem Verhalten im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung unter anderem auf „Förderschulische Problemverschiebungen“ (Speck 2012, 13) oder das „Problem systematischer Fehlzusweisungen“ (Pitsch 2013, 16) zurückzuführen ist, wird hier bewusst nicht geführt. Daniel, Seva, Charlotte, Anton und andere werden vielmehr als Schüler mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung betrachtet, für die ein geeignetes Unterrichts- und Förderangebot bereitzustellen ist. Ebenso gilt es aber, den Anspruch auf ungestörten Unterricht für alle Schüler und Lehrkräfte zu gewährleisten.

Folgende weitere Prämissen waren für die Autoren handlungsleitend:

- **Jedes Verhalten ist subjektiv sinnvoll**, auch wenn dieses vom Umfeld als belastend, störend, auffällig wahrgenommen wird.
- **Interventionen** bei auffälligem Verhalten **zielen nicht ausschließlich auf eine Anpassung des Schülers**. Sie schließen stets eine Reflexion und ggf. Veränderung der Gegebenheiten im Umfeld mit ein.
- Eine förderliche Lehrkraft-Schüler-Beziehung gründet in einer Grundhaltung der Lehrkraft, die sich durch eine **Akzeptanz des So-Seins** sowie ein **Verstehen-Wollen** des Schülers auszeichnet.
- **Eine genaue Beobachtung** des Schülers, seines auffallenden Verhaltens und der begleitenden situativen Rahmenbedingungen in Unterricht und Schulleben **ist von herausragender Bedeutung**. Sie
  - ermöglicht es, Vermutungen zu entwickeln, warum sich ein Schüler in der entsprechenden Situation so und nicht anders verhält.
  - stellt den Ausgangspunkt für schulische Maßnahmen zur Prävention, Intervention und Förderung in der Schule dar.
  - leistet ggf. einen wesentlichen Beitrag zum Prozess der fachärztlichen Diagnostik.
- Kinder und Jugendlichen mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung entwickeln Verhaltensauffälligkeiten und sind von psychischen Erkrankungen betroffen, d.h. **auffallendes Verhalten ist nicht zwingend und nicht vornehmlich „behinderungsbedingt“**.

### *Verhaltensauffällig oder psychisch krank? Versuch einer Begriffsklärung*

Verhaltensauffälligkeit, Problemverhalten, herausforderndes Verhalten, Verhaltensstörung, kreatives Verhalten, originelles Verhalten ... . Die Begriffsvielfalt, mit der versucht wird, ein als unangemessen wahrgenom-



menes Verhalten in Worte zu fassen, ist nahezu ebenso kreativ wie das Verhalten selbst. Sie drückt Unsicherheiten aus, „die entstehen, wenn ein Verhalten und Erleben einer Person beurteilt werden soll“ (Theunissen 2005, 21), und spiegelt den Versuch wider, eine „Entwertung des Anderen zu vermeiden“ (Theunissen 2005, 21).

In der vorliegenden Veröffentlichung wird der Begriff der **Verhaltensauffälligkeit** verwendet, da er verdeutlicht, dass dem Beobachtenden eine wichtige Rolle zukommt. Für den Betreffenden selbst kann es sich um ein sinnstiftendes Verhalten handeln, das jedoch – von außen betrachtet – von der Norm abweicht, vom Beobachtenden nicht erwartet wird und dadurch „auffällt“. Verhaltensauffälligkeiten können demnach beschrieben werden als Ausdruck eines gestörten Verhältnisses „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“ (Theunissen 2005, 21). Ihre wesentlichen Merkmale sind wiederholtes Auftreten, hohe Intensität und große Belastung sowohl für die Person selbst als auch für das Umfeld (Wüllenweber 2009).

Nicht ganz so vielfältig zeigen sich die Begriffe, mit denen versucht wird, das Phänomen der **psychischen Störung** zu umschreiben. Ob „psychisches Problem“, „psychische Auffälligkeit“, „psychische Erkrankung“ oder „psychische Störung“, gemeint ist stets ein klinisch erkennbarer und relevanter Komplex an Symptomen „der immer auf der individuellen und oft auch auf der sozialen Ebene mit Belastung und Beeinträchtigung von Funktionen verbunden ist“ (Theunissen 2005, 21). Da in den heute weltweit verbreiteten Klassifikationssystemen für Krankheiten und/oder Behinderungen (ICD-10, DSM-5, ICF, ICF-CY) der Begriff der psychischen Störung Verwendung findet, wird er auch dieser Veröffentlichung zugrunde gelegt.

Auch wenn im laufenden Text aus Gründen der besseren Lesbarkeit gelegentlich alternative Formulierungen für die beiden Begriffe „Verhaltensauffälligkeit“ und „psychische Störung“ Verwendung finden, fühlt sich diese Arbeit doch im Gesamten dem genannten Verständnis verpflichtet.

Bleibt die Frage der Abgrenzung der beiden Begriffe: „Ein Blick in die Fachliteratur genügt um festzustellen, dass eine klare Abgrenzung zwischen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen vielfach kaum möglich ist“ (Theunissen 2005, 23). „Ein Problem ist ihre Abhängigkeit von Normen, Wertvorstellungen und Beobachtungen, die mit (Alltags-) Theorien, fachlichen Kenntnissen und der Definitionsmacht helfender Berufe einhergehen“ (Theunissen 2005, 21). So kann ein bestimmtes auffälliges Verhalten (z. B. lautes Lösschreien bei Leistungsanforderungen) in einem Fall als Ausdruck von Problemen in der personalen Entwicklung betrachtet werden, als subjektiv sinnhafter Versuch, „mit den sozialen

Anforderungen, die [...] gestellt werden, zurecht zu kommen“ (Sarimski/Steinhausen 2008a, V). Ebenso kann es aber auch als Symptom einer zugrundeliegenden psychischen Störung gewertet werden, „deren Symptome schwer von Verhaltens- und Persönlichkeitsmerkmalen zu unterscheiden sind, die mit der eingeschränkten intellektuellen Entwicklung selbst einhergehen“ (Sarimski/Steinhausen 2008a, V). Pragmatische Hinweise für eine Unterscheidung gibt Wüllenweber (2009): Psychische Störungen heben sich ihm zufolge von den Verhaltensauffälligkeiten dadurch ab, dass sie für Betroffene einen höheren Leidensdruck verursachen und häufig mit einer Verminderung bzw. einem Verlust an Selbststeuerungsfähigkeit einhergehen. Zudem sind sie in der Regel weniger situations- und beziehungsabhängig als Verhaltensstörungen.

### *Zum Aufbau des Buches*

Ausgehend von einem kurzen Blick auf mögliche Zusammenhänge zwischen geistiger Behinderung und psychischer Störung (*Kap. 2.1*) werden in **Kapitel 2** Chancen und Grenzen kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik (*Kap. 2.2*) und Therapie (*Kap. 2.3*) für Schüler mit Förderbedarf im Bereich der geistigen Entwicklung sowie der Mehrwert dieser Unterstützung für Schule und Unterricht beschrieben.

*Kapitel 3* ist ein zentraler Bestandteil: In tabellarischer Form werden zunächst ausgewählte Formen auffälligen Verhaltens mit denkbaren Erklärungsansätzen sowie Handlungsmöglichkeiten dargestellt (*Kap. 3.1*). Der weitere Teil (*Kap. 3.2*) widmet sich ausgewählten psychischen Störungen: Ausgehend von der Frage, wie sich diese in Schule und Unterricht zeigen können, werden wiederum Lösungsansätze differenziert nach „Klassenebene“ und „Schulebene/extern“ aufgezeigt. Gemäß ihrer zentralen Bedeutung finden sich diese Tabellen auch auf der *DVD* wieder, wobei eine unmittelbare Verlinkung zu angegebenen Materialien die Handhabbarkeit erleichtert.

*Kapitel 4* stellt die Konzepte „Positive Verhaltensunterstützung“, „TEACCH“ sowie „ETEP“ vor und diskutiert ihre Bedeutung für den Unterricht im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung.

Konkrete Anregungen zur Gestaltung von Unterricht und Schule will *Kapitel 5* geben. Die Autoren differenzieren dabei zwischen den Handlungsebenen „Klasse“ und „Schule“. Sie greifen neben erprobten Lösungsansätzen aus der Fachliteratur in hohem Maße auch auf Konzepte und Programme zurück, die an unterschiedlichen Schulen in Bayern entwickelt wurden. Je nach Vorgabe der einzelnen Schule, des einzelnen Entwicklers finden sich einzelne Konzepte und Materialien sowohl in der Printfassung wie auch auf der *DVD* wieder, andere sind nur in einer der beiden Veröffentlichungsweisen vorgesehen. Durch die Bindung an die Ideen und Lö-

sungsansätze vor Ort sind dabei in geringem Maße konkretisierende Redundanzen zum *Kapitel 4* nicht auszuschließen.

In *Kapitel 6* werden Unterstützungsmöglichkeiten auf Seiten der Medizin, innerhalb des Schulsystems und durch externe Dienste und Angebote aufgezeigt. Lehrkräfte und Schulen sollen dadurch für die eigenen Handlungsmöglichkeiten vor Ort sensibilisiert werden.

In *Kapitel 7* werden steckbriefartig die Schüler der vier Filme auf der *DVD* vorgestellt. Bei der Auswahl der Schüler und der Szenen wurde dabei strikt darauf geachtet, unterschiedliche Aspekte (Verhaltensauffälligkeit, psychische Störung, Elternarbeit, systematische Beobachtung) zu beleuchten.

**Hinweis:** Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde bei Berufsbezeichnungen meist die grammatikalisch maskuline Form gewählt. Natürlich sind aber immer Männer und Frauen gemeint.

## 2 Geistig behindert und psychisch krank?

### 2.1 Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung zwischen Pädagogik und Psychiatrie

Über viele Jahre wurde im Zusammenhang mit geistiger Behinderung nicht über eine mögliche zusätzliche psychische Störung nachgedacht. Auffälliges Verhalten wurde (und wird zum Teil immer noch) als Ausdruck der geistigen Behinderung gesehen. Im Lehrerzimmerjargon hieß es: „Das ist halt die Behinderung“, in der Medizin war die Rede von „erethischem Schwachsinn“ oder „torpidem Schwachsinn“ (Lingg/Theunissen 2008, 13). Diese Haltung lag und liegt möglicherweise einerseits in einer (geschichtlich begründeten) Skepsis von Angehörigen sowie von Mitarbeitern der Behindertenhilfe gegenüber der Psychiatrie, andererseits in einem Gefühl des Nicht-Zuständigseins auf Seiten der Psychiatrie begründet.

#### Ein Blick zurück

Ob psychisch krank oder geistig behindert – wer nicht in der Familie bleiben konnte, wurde in Kirchenasylen und später in Zucht- und Narrenhäusern verwahrt, bis sich zu Beginn des 19. Jahrhunderts eine spezielle „Irrenfürsorge“ herausbildete und die ersten „Irrenanstalten“ unter ärztlicher Leitung entstanden. Geistige Behinderung wurde als organischer Defekt gesehen, d.h. als Krankheit, und fiel somit in den Zuständigkeitsbereich der Medizin.

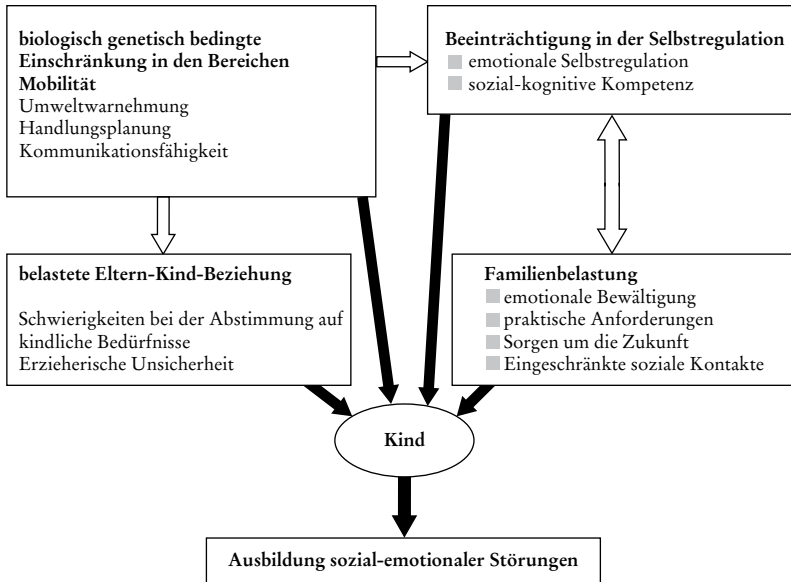
Gegen Mitte des 19. Jahrhunderts wurden die ersten heilpädagogisch orientierten „Idiotenanstalten“ gegründet. Im Laufe der Zeit weitete die Heilpädagogik ihr Zuständigkeitsgebiet immer mehr aus. Dennoch gab es von jeher Personen, für die sie sich nicht verantwortlich fühlte. Vor allem Menschen mit schwerer Mehrfachbehinderung, hohem Pflegebedarf oder schwierigem Verhalten wurden ausgegrenzt, da kaum Kapazitäten vorhanden waren, um die betreffende Personengruppe zu versorgen. Im Zweifelsfall wurden diese Menschen an die Psychiatrie

verwiesen, die sie aufgrund ihres Versorgungsauftrags aufnehmen musste (Bradl 1987). Aber „nirgendwo war die Hilflosigkeit und Inkompetenz so offensichtlich wie im Umgang mit den geistig Behinderten“ (Finzen 1993, 74). Längst hatte man eingesehen, dass sich eine geistige Behinderung nicht heilen lässt. Also wurden die Betroffenen in erster Linie verwahrt. Zunehmend regte sich auch in den Reihen der Mediziner und Psychiatriemitarbeiter Kritik an der Behandlungsweise. Mit der Psychiatrie stand es im Allgemeinen nicht zum Besten. Eine Reihe von schockierenden Veröffentlichungen machte in den 1960er Jahren auf die Zustände in den Psychiatrien aufmerksam. Eine Expertenkommission wurde beauftragt, ein Gutachten zu erstellen, das 1975 als „Psychiatrie-Enquete“ veröffentlicht wurde. Die darin getroffene Feststellung, dass psychiatrische Kliniken für die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung prinzipiell nicht geeignet seien (Theunissen 1991), führte zu einer wahren „Verlegungswelle“, in deren Verlauf Hunderte Betroffener aus psychiatrischen Kliniken in Deutschland in Einrichtungen der Behindertenhilfe „umgesiedelt“ wurden.

„Die zumeist unmenschlichen Lebensbedingungen innerhalb der psychiatrischen Langzeit- oder Oligophreniebereiche und die fachliche und menschliche Ignoranz, mit der die Psychiatrie vielerorts das Thema ‚geistige Behinderung‘ behandelt hatte, führten für fast zwei Jahrzehnte in Deutschland von Seiten der pädagogisch geprägten Behindertenhilfe zu einer Abwehrreaktion gegenüber allem Psychiatrischen. Allerdings wurden durch diese Ausgrenzung vielfach eigentlich **psychiatrische Störungsbilder pädagogisiert** und damit diese Menschen fehlversorgt“ (Schanze 2013, 261, Hervorh. d. Verf.). Gleichzeitig führte die **Enthospitalisierung** zu einem Gefühl des „subjektiven Nicht-Zuständig-Sein[s]“ (Finzen 1993, 75) auf Seiten der Psychiatrie. Die Verwirklichung einer flächendeckenden psychiatrischen Versorgung im Interesse einer ambulanten bzw. in Krisen auch kurzzeitigen stationären Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung gestaltet sich schwierig. Steinhausen und Sarimski verweisen auf eine Umfrage unter deutschen kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, laut der nur 16% der befragten Einrichtungen Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen in größerer Zahl betreuen und lediglich sechs Kliniken über ein stationäres und ambulantes Behandlungsangebot verfügen (Sarimski/Steinhausen 2008a).

Auch bei geistiger Behinderung kann eine zusätzliche psychische Störung vorliegen (**Doppeldiagnose**). Untersuchungen zeigen, dass Menschen mit geistiger Behinderung sogar einer erhöhten Gefahr ausgesetzt sind, psychisch zu erkranken. Sarimski und Steinhausen kommen zusammenfassend

zu dem Schluss, „dass die Rate psychischer Störungen durchweg um das 3- bis 4-fache höher ist als in der Normalpopulation“ (Sarimski/Steinhausen 2008a, 5). Gründe hierfür werden zum einen in der Beeinträchtigung von Entwicklungsfunktionen als Folge der Hirnreifeförderung, zum anderen in einer häufig belasteten Eltern-Kind-Beziehung vermutet, wie **Abb. 1** zeigt.



**Abb.1:** Bedingungsgefüge für die Ausbildung emotionaler oder sozialer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen (Sarimski/Steinhausen 2008b, 17)

Besonders häufig treten bei jungen Menschen mit geistiger Behinderung Hyperaktivität, Autismus, Stereotypien und selbstverletzendes Verhalten auf. Prinzipiell lassen sich jedoch dieselben psychischen Störungen feststellen wie bei Kindern und Jugendlichen ohne Behinderung, also z. B. auch Angst- und Zwangsstörungen, Depressionen oder Schizophrenie (Warnke 2009).

Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung sind jedoch nicht zwangsläufig ein Anzeichen für eine psychische Störung. Oftmals handelt es sich um den Ausdruck von Überforderung durch soziale Situationen und Anforderungen oder um Reaktionen auf „krankmachende Bedingungen“.

Dennoch oder gerade deswegen ist es äußerst wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht behinderungsimmanent sind. Diese Sichtweise kann helfen,

- nach organischen Ursachen zu suchen,
- nach systemischen Ursachen („krankmachenden Bedingungen“) zu suchen,
- ggf. eine psychiatrisch-medizinische Diagnostik und Therapie einzuleiten.

### Unterschiedliche Verhaltensursachen

Paul, ein nicht-sprechender Junge mit geistiger Behinderung, schlägt sich immer wieder auf die Ohren, sodass diese bereits völlig vernarbt sind. Er tut dies möglicherweise, weil er

- Schmerzen oder Tinnitus hat (**organische Ursache**),
- mit etwas unzufrieden/nicht einverstanden ist (bspw. weil er Hunger hat, es ihm zu laut ist, ein Geräusch ihn stört) und keine andere Möglichkeit sieht, seinem Unbehagen bzw. seinem Unmut Ausdruck zu verleihen (**systemische Ursache**),
- eine Stimme hört, die ihm dies „befiehlt“ oder die er loswerden möchte, indem er sich auf die Ohren schlägt (**psychische Ursache**).

Ein und dasselbe Verhalten kann also zahlreiche unterschiedliche Ursachen haben. Je eingeschränkter die selbstreflexiven und kommunikativen Möglichkeiten des Betroffenen sind, desto schwerer fällt es, die Ursache für das Verhalten festzustellen. Unabdingbar ist daher eine umfassende Analyse der Situation sowie der Lebensgeschichte, vor allem aber eine Kooperation zwischen Pädagogik, Medizin und Psychiatrie.

Diese Zusammenarbeit wird derzeit häufig als wenig zufriedenstellend empfunden. Pädagogen haben nicht selten das Gefühl, ihre Beobachtungen seien nicht von Belang. Im Umgang mit Diagnosen und der Ableitung von Handlungsmöglichkeiten fühlen sie sich häufig allein gelassen. Auf Seiten der Psychiatrie werden demgegenüber die Beobachtungen aus dem schulischen Kontext als bisweilen zu unpräzise und umfangreich, zu bewertend und interpretierend wahrgenommen. Eine Anleitung und Begleitung der Pädagogen sowie eine Einbindung des Arztes in den schulischen Kontext, z. B. im Sinne eines Konsiliardienstes (*Kap. 6.1.1*), könnten hier Unterstützung bieten, scheitern jedoch häufig an administrativen Regelungen bzw. fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten.

Im Folgenden wird ein kurzer Einblick in die psychiatrisch-diagnostische Erhebung und Behandlung gegeben. Dabei soll erläutert werden, wa-

rum eine psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit geistiger Behinderung oft stark erschwert ist, welche Rolle der Schule dabei zukommen kann und welche therapeutischen Ansätze bei der Behandlung psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung derzeit möglich und üblich sind.

Dreher, W., Hoffmann T., Bradl C.(1987): Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Psychiatrie Verlag, Bonn



Hennicke, K. (Hrsg.) (2011): Verhaltensauffälligkeiten, Problemverhalten, Psychische Störungen – Herausforderungen für die Praxis. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 18.03.2011 in Kassel. Materialien der DGSGB. Band 25. In: [www.dgsgb.de/downloads/volumes/978-3-938931-26-4.pdf](http://www.dgsgb.de/downloads/volumes/978-3-938931-26-4.pdf), 26.09.2016

## 2.2 Diagnostik

### 2.2.1 Psychiatrische Befunderhebung

Die Psychiatrie versucht, alle bedeutsamen Informationen zu erheben, die zur Klärung der Fragen beitragen, „welche Probleme vorliegen, in welchen Situationen sie auftreten, welche Fähigkeiten das Kind zur Bewältigung dieser Situationen und welche Bedeutung sein Verhalten hat“ (Sarimski/Steinhausen 2008b, 20). In erster Linie erfolgt dies in Form von Befragungen des Patienten und der Angehörigen, einer ausführlichen Anamneseerhebung sowie durch die Erstellung eines sogenannten **psychopathologischen Befundes** (zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse einer umfassenden psychiatrischen Untersuchung). Ziel ist die Erfassung objektiv beschreibender Beobachtungen und Informationen, geordnet nach den folgenden Bereichen:

- **Äußeres Erscheinungsbild:** Attraktivität, Größe, Gewicht, Reife, Fehlbildungen und Anomalien, Kleidung, Sauberkeit;
- **Kontakt- und Beziehungsfähigkeit:** Beziehungsaufnahme, Gesprächsverhalten, Selbstsicherheit, Kooperation;
- **Emotionen:** Stimmung, Affekte, psychomotorischer Ausdruck;
- **Denkinhalte:** Ängste, Befürchtungen, Phantasien, Träume, Denkstörungen, Selbstkonzept, Identität;
- **Kognitive Funktionen:** Aufmerksamkeitssteuerung, Orientierung, Auffassung, Wahrnehmung, Gedächtnis und Merkfähigkeit;
- **Sprache:** Umgang, Intonation, Artikulation, Vokabular, Komplexität, Sprachverständnis, Gesten;



- **Motorik:** Antrieb und Aktivität, Auffälligkeiten wie Tics, Stereotypien, Jaktationen (krankhafte Unruhe, z. B. beständige Schaukelbewegungen), Automutilation (willkürliche Verletzung des eigenen Körpers);
- **Soziale Interaktion:** Position/Beziehungen innerhalb von Familie, Klasse, Freundeskreis, Peergroup.



Ein ausführliches Beispiel für einen solchen psychopathologischen Befund findet sich im „Fallbeispiel Charlotte“ (*Kap. 7.1*; DVD – Film 1: Charlotte).

Unter Hinzuziehung von Ergebnissen körperlicher Untersuchungen und ggf. testpsychologischer Verfahren, die der Klärung organischer Ursachen oder kognitiver Besonderheiten dienen, wird dann auf Basis aller verfügbaren Informationen die Diagnose abgeleitet.

Kriterien für die Diagnosestellung werden in sogenannten **Klassifikationssystemen** definiert. Die bekanntesten und gebräuchlichsten Systeme sind die ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie das DSM (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA). In Deutschland sowie in der Schweiz findet eine deutsche länderspezifische Adaption Verwendung (ICD-10-GM), auf die Diagnosen in Deutschland in der Regel Bezug nehmen, da diese nach dem Sozialgesetzbuch 5 die verbindliche Grundlage für eine Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen bildet (SGB V § 295 Abs. 1). Sie liegt derzeit in ihrer zehnten Fassung vor, wird jedoch laufend weiterentwickelt. Eine grundlegende Überarbeitung als ICD-11 ist für 2015 angekündigt. Jedes ihrer insgesamt 22 Kapitel (Krankheiten des Ohres, Krankheiten des Atmungssystems, Krankheiten der Haut, ...) ist mit einem Kennbuchstaben versehen. Unter dem Kennbuchstaben F (F70–F79) finden sich in Kapitel 5 die Störungen in der Psyche und im Verhalten sowie die geistige Behinderung (WHO 2012b). In Österreich kommt eine eigene landesspezifische Version (ICD-10 BMG) zur Anwendung.

Das Ergebnis der umfassenden Untersuchung wird üblicherweise im „**multiaxialen Klassifikationsschema**“ (Tab. 1) dargestellt. Auf insgesamt sechs Achsen werden dabei neben der diagnostizierten psychischen Störung sämtliche für die Gesundheit relevanten Faktoren (Entwicklungsstörungen, Intelligenz, körperliche Symptomatik, psychosoziale Umstände) erfasst. Ziel dieser multiaxialen Darstellung ist es, ein möglichst mehrdimensionales Bild der Störung zu gewinnen, das auch denkbare Ursachen sowie aufrechterhaltende oder eine mögliche Therapie beeinflussende Faktoren dokumentiert.

Tab. 1: Beispiel eines multiaxialen Klassifikationsschemas (Mehler-Wex/Warnke 2010)

Achse	Bereich	Beispiele	Diagnostische Grundlagen
<b>Achse 1</b>	<b>klinisch-psychiatrisches Syndrom nach ICD 10 (F0–F6, F9)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Autismus</li> <li>■ Angststörung</li> <li>■ Depression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ausführliche Anamnese</li> <li>■ psychopathologische Befund-erhebung</li> <li>■ Verhaltensbeobachtung</li> <li>■ psychologische Testverfahren (Fragebögen, Persönlichkeitsinventare)</li> </ul>
<b>Achse 2</b>	<b>umschriebene Entwicklungsstörungen nach ICD 10 (F8)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lesestörung</li> <li>■ Sprachstörung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ schulische Stellungnahmen</li> <li>■ Zeugnisnoten</li> <li>■ spezielle Testverfahren</li> </ul>
<b>Achse 3</b>	<b>Intelligenzniveau nach ICD 10 (F7)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hochbegabung</li> <li>■ geistige Behinderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ psychologische Intelligenz- und Leistungsdiagnostik</li> </ul>
<b>Achse 4</b>	<b>körperliche Symptomatik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Epilepsie</li> <li>■ Schilddrüsenunterfunktion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ körperliche / neurologische Untersuchung</li> </ul>

Fortführung der Tabelle siehe nächste Seite

<p><b>Achse 5</b></p>	<p><b>aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (im Zeitraum der letzten 6 Monate vor der Behandlung)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ intrafamiliäre Beziehungen</li> <li>■ inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation</li> <li>■ psychische Störung, abweichendes Verhalten, Behinderung in der Familie</li> <li>■ Erziehungsbedingungen (z.B. Überfürsorge; unzureichende Steuerung und Aufsicht; unangemessene Anforderungen)</li> <li>■ abnorme unmittelbare Umgebung (z.B. Aufwachsen außerhalb des Elternhauses, getrennte leibliche Eltern, isolierte Familie)</li> <li>■ andauernde bzw. akute belastende Lebensereignisse</li> <li>■ gesellschaftliche Belastungsfaktoren (Verfolgung, Diskriminierung, Migration etc.)</li> <li>■ chronische zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit Schule</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Anamnese</li> <li>■ Gespräche</li> </ul>
<p><b>Achse 6</b></p>	<p><b>Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung in Stufen von 0 bis 8</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gefahr der Eigen- und Fremdgefährdung</li> <li>■ Fehlen adäquater Interessen und Freizeitaktivitäten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Art der Beziehungen zu Familie, Gleichaltrigen und Außenstehenden</li> <li>■ soziale Kompetenzen, schulische / berufliche Adaptation</li> <li>■ Interessenlage und Freizeitaktivitäten</li> </ul>

Aus der Diagnosestellung und der Erfassung der Lebenssituation ergeben sich dann mögliche Behandlungsansätze (z. B. Behandlung mit Psychopharmaka, verhaltenstherapeutische Maßnahmen, Verkürzung der Unterrichtszeit, Schulbegleitung).

Bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung sind die psychopathologische Befunderhebung sowie die Diagnosestellung aus verschiedenen Gründen meist stark erschwert.

### **Probleme der psychopathologischen Befunderhebung bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung**

- **Eingeschränkte Kommunikations- und Selbstreflexionsmöglichkeiten:** Die Einschätzung der Störung bzw. die Diagnose beruht normalerweise zu einem großen Teil auf Informationen, die durch das Patienteninterview gewonnen werden. Aufgrund eingeschränkter Kommunikations- und Selbstreflexionsmöglichkeiten ist dies bei Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung häufig nur schwer bis kaum möglich.
- **Atypische Symptomatik:** Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und einer psychischen Störung zeigen teilweise atypische Symptome. So sind depressive Störungen, die eigentlich durch Antriebslosigkeit und Rückzug gekennzeichnet sind, bei geistiger Behinderung häufig auch durch aggressives und selbstverletzendes Verhalten charakterisiert (Hennicke/Meins 2000).
- **Diagnostische Überschneidungen:** Bei Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung kommt es häufig zu Überschneidungen zwischen Merkmalen der kognitiven Beeinträchtigung und Symptomen der psychischen Störung („diagnostic overshadowing“). So sind z. B. formale und inhaltliche Denkstörungen ein wichtiges Kriterium für die Diagnose einer Schizophrenie. Gleichzeitig können sie aber durch eine geistige Behinderung bedingt sein.
- **Psychische Störung oder funktionales Verhalten?** Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung zeigen häufig problematische Verhaltensweisen, die durchaus als Symptom einer psychischen Störung gesehen werden können. Im Einzelfall stellen sie bisweilen jedoch ein subjektiv sinnhaftes, funktionales Verhalten dar: Zum Beispiel sprechen Menschen mit geistiger Behinderung oft laut mit einem imaginären Freund, um ihre Einsamkeit zu überwinden oder Sicherheit zu gewinnen.
- **Fehlende Beachtung:** Angehörige, Mitarbeiter in der Behindertenhilfe, aber auch Ärzte und Psychiater sehen Verhaltensauffälligkeiten (Symptome) häufig als „normale“ Begleiterscheinung der geistigen Behinderung und schenken ihnen zu wenig Aufmerksamkeit.

Um bei Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung zwischen einer behinderungsbedingten und einer krankheitsbedingten Auffälligkeit unterscheiden zu können, ist es von großer Bedeutung, den einzelnen Schüler und seine „Eigenheiten“ gut zu kennen und Veränderungen in seinem Verhalten detailliert zu beobachten. Die üblichen diagnostischen Verfahren der Psychiatrie sind dafür oft nicht ausreichend. Vielmehr bedarf es einer verstehenden Diagnostik im Sinne einer multidisziplinären Einschätzung. Eine wichtige Rolle kann in diesem Rahmen den Beobachtungen im schulischen Kontext zukommen.

### 2.2.2 Schulische Unterstützungsmöglichkeiten

Durch den kontinuierlichen Kontakt können Lehrkräfte Verhaltensänderungen bei ihren Schülern meist früh und zuverlässig feststellen. Ihre Beobachtungen bilden die Basis für ihre pädagogischen Interventionen sowie für die Ableitung von Förderzielen und Handlungsansätzen im Rahmen der schulischen Förderung. Gleichzeitig können sie damit aber auch viel zur diagnostischen Erhebung und zur Entwicklung von Behandlungsplänen beitragen. Dabei gilt: Je strukturierter und präziser diese Beobachtungen formuliert werden, desto hilfreicher sind sie für eine Diagnoseerhebung und somit auch für eine Ableitung therapeutischer und/oder pädagogischer Ansätze. Zwei Möglichkeiten der Beobachtung und Dokumentation lassen sich vor diesem Hintergrund unterscheiden:

#### *Fragebögen und Einschätzungsskalen*

Fragebögen und Einschätzungsskalen dienen in erster Linie dazu, einen Gesamtüberblick über Fähigkeiten und den Entwicklungsstand des Kindes im sozial-emotionalen Bereich zu erhalten. Eventuell ergeben sich daraus auch Hinweise auf das Vorliegen einer psychischen Störung. In der Regel bilden derartige Fragebögen einen Bestandteil der psychiatrischen Diagnostik. Der behandelnde Arzt erlangt auf diese Weise von Angehörigen und Lehrkräften zuverlässige Aussagen über Ausmaß und Kennzeichen des auffälligen Verhaltens.

Unter Umständen können derartige Bögen auch für den Einsatz im Rahmen der Schule dienlich sein. Sie können beispielsweise Unterstützung bieten, um die Wirksamkeit pädagogischer Interventionen zu überprüfen oder um die Frage zu klären, ob es im Einzelfall angeraten ist, einen Arzt aufzusuchen. Ursachen und Interventionsmöglichkeiten selbst lassen sich aus ihnen jedoch oft nur schwer ableiten.