

**Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen**  
**- Abteilung Münster -**  
**Fachbereich Sozialwesen**

*Bachelor-Thesis im Studiengang Soziale Arbeit*

**Die Positive Verhaltensunterstützung –  
Ein Handlungskonzept zum Umgang mit  
herausforderndem Verhalten bei Menschen mit  
frühkindlichem Autismus und einer geistigen  
Behinderung in vollstationären Einrichtungen**

*vorgelegt von*

**Nina Flormann**

*Matr.-Nr.: 502867*

*am: 30.08.2011*

*Erstleser: Prof. Dr. rer. soc., Diplom-Psychologe Friedrich  
Dieckmann*

*Zweitleser: Prof. Dr. Dieter Gröschke*

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Was ist eine Autismus-Spektrum-Störung?</b> .....	<b>4</b>
2.1	Kanner-Syndrom oder auch frühkindlicher Autismus .....	8
<b>3</b>	<b>Das Phänomen "geistige Behinderung"</b> .....	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>Frühkindlicher Autismus und geistige Behinderung</b> .....	<b>16</b>
4.1	Frühkindlicher Autismus und geistige Behinderung im Erwachsenenalter .....	17
<b>5</b>	<b>Herausforderndes Verhalten</b> .....	<b>21</b>
5.1	Ursachen von herausforderndem Verhalten.....	22
<b>6</b>	<b>Verhaltenstherapie</b> .....	<b>24</b>
6.1	Die Positive Verhaltensunterstützung .....	25
<b>7</b>	<b>Vollstationäre Einrichtungen</b> .....	<b>37</b>
7.1	Zur Lebenslage in vollstationären Einrichtungen.....	41
7.2	Herausforderndes Verhalten in vollstationären Einrichtungen .....	42
<b>8</b>	<b>Die Aufgabe der Sozialen Arbeit</b> .....	<b>45</b>
<b>9</b>	<b>Anforderungen an Einrichtung, Betreuer und Eltern</b> .....	<b>47</b>
<b>10</b>	<b>Fazit</b> .....	<b>52</b>
	Abbildungsverzeichnis .....	58
	Abkürzungsverzeichnis .....	59
	Literaturverzeichnis.....	61
	Anhang .....	64

---

# 1 Einleitung

Der Entschluss, die Bachelor-Thesis über das Thema „Autismus“ zu schreiben, entstand während meines Praxissemesters, das ich am DRK-Autismushof in Ochtrup absolviert habe. Bereits zu Beginn des Praktikums wurde deutlich, dass der Bereich „Autismus“, auch in der Forschung und bei Experten, in vielen Punkten noch Fragen aufwirft bzw. Teilgebiete bislang nicht eingehender betrachtet und untersucht wurden bzw. werden konnten. Besonders der Bereich der erwachsenen Menschen mit Autismus hat in der Fachliteratur bis heute noch nicht sehr viel Beachtung gefunden (vgl. Anhang E). Die Diagnose im frühen Kindesalter und entsprechende Therapien sowie individuelle Fördermaßnahmen stehen im Vordergrund, damit Betroffene möglichst schnell behandelt und gefördert werden können. Zweifellos sind diese Themen von hoher Bedeutung für den Umgang und die Arbeit mit Menschen mit Autismus. Ebenso zweifellos ist die Tatsache, dass Menschen mit Autismus älter werden. Diejenigen, die besonders betroffen sind (evtl. geistig behindert sind) oder im Kindes- und Jugendalter keine spezielle Förderung erfahren haben, brauchen auch im Erwachsenenalter Unterstützung bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens.

Am Ende des Praxissemesters sind mir dann viele verschiedene Fragestellungen eingefallen, die, meines Erachtens nach, bislang noch zu wenig Aufmerksamkeit erhalten haben. Durch Verknüpfung dieser Fragestellungen konnte ich schließlich den Titel für die vorliegende Bachelor-Arbeit „Die Positive Verhaltensunterstützung – Ein Handlungskonzept für den Umgang mit herausforderndem Verhalten bei erwachsenen Menschen mit frühkindlichem Autismus und einer geistigen Behinderung in vollstationären Einrichtungen“ konzipieren.

Im Rahmen dieser Arbeit werde ich die Phänomene der Autismus-Spektrum-Störung und der geistigen Behinderung sowie ihren Zusammenhang und die Lebenssituation erwachsener Betroffener erläutern. Außerdem folgt eine Definition von herausfordernden Verhaltensweisen, deren Ursachen und ihre Bedeutung für Betroffene. Auf dieser Grundlage beschreibe ich die traditionelle Verhaltenstherapie und gehe dann auf ein spezielles Teilgebiet und den zentralen Punkt dieser Arbeit, auf die Positive Verhaltensunterstützung, ein. Danach werde ich vollstationäre Einrichtungen des DRK-Autismushofs in Ochtrup

---

exemplarisch darstellen sowie die aktuelle Lebenssituation in vollstationären Einrichtungen darlegen und diese in Verbindung mit herausforderndem Verhalten setzen. Abschließend führe ich die Aufgabe der Sozialen Arbeit in diesem Zusammenhang und die damit einhergehenden Anforderungen an Einrichtung, Betreuer und Eltern aus. Den Schluss bildet ein persönliches Fazit.

Ziel dieser Arbeit ist es, Menschen, die mit Betroffenen zusammenleben und arbeiten, einen alternativen Handlungsansatz zu traditionellen und weit verbreiteten Methoden (z.B. Bestrafung) für den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen zu bieten. Außerdem soll sie das Bewusstsein dafür öffnen, dass auch Menschen mit Autismus und geistiger Behinderung älter werden und ihnen ein ihrer Lebensphase, ihren Bedürfnissen und Interessen entsprechendes Leben ermöglicht werden muss. Die Individualität jedes einzelnen muss berücksichtigt werden.

Deshalb habe ich mich bewusst für die Wortwahl „Ein Handlungskonzept“ entschieden. Diese Arbeit soll und kann keine allgemeinen Lösungen für den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen bieten, da (herausforderndes) Verhalten immer individuell ist und auch so betrachtet werden muss. Es werden Leitideen und Vorschläge für Einrichtung, Betreuer und Eltern gegeben, die in der Praxis immer individuell angepasst werden müssen.

Um meine Arbeit anschaulicher zu gestalten, sind zwischendurch Beispiele eingefügt, die ich selber, während der Durchführung meines Projektes, (das im Sinne der Positiven Verhaltensunterstützung angelegt worden ist) in der Praxisphase II erlebt habe.

Zum Schluss möchte ich noch darauf hinweisen, dass die von mir gewählten Begriffe und Definitionen keinerlei Bewertung unterliegen und nicht negativ belastet sind. Sie dienen lediglich der Beschreibung und dem allgemeinen Verständnis. Auch die Nutzung der männlichen Form dient lediglich der Kürze und der Lesbarkeit.

---

## 2 Was ist eine Autismus-Spektrum-Störung?

Der Begriff „Autismus“ setzt sich aus dem griechischen Stamm *autos* (selbst) und der Endung *ismos* (Zustand/Orientierung) zusammen (vgl. Waitz & Weiland 2010; Bölte 2009, 21)

Aus frühester Zeit liegen Fallbeschreibungen von Kindern vor, die nach heutigen Maßstäben einer autistischen Störung entsprechen würden. Ein bekanntes Beispiel dafür ist der „Wilde Junge von Aveyron“ (um 1788 – 1828). Dieser Junge wurde um 1800 verwildert in einem Wald in Südfrankreich entdeckt und von dem französischen Arzt und Taubstummenlehrer Jean Itard (1774 – 1838) untersucht. Aus seinen Berichten geht hervor, dass „Victor“ (so nannte er ihn) stumm war und nicht auf menschliche (An-)Sprache reagierte. Er zeigte kein Interesse an anderen Menschen und konnte sich selbst nicht im Spiegel erkennen. Nach jahrelanger erfolgloser Erziehung, stufte Itard ihn letztendlich aufgrund seiner kulturellen Deprivation als geistig behindert ein (vgl. Frith 1992, 27ff., zit. nach Tischmann 1997, 15).

Im Jahr 1911 benutzte erstmals der bekannte Schweizer Psychiater Eugen Bleuler (1857 – 1939) die Begriffe „Autismus“ und „autistisch“ im Zusammenhang mit Menschen mit Schizophrenie. Er beschrieb damit „einen Rückzug des Individuums von der ‚Realität‘ in die eigene psychische Welt, ein absolutes Überwiegen des Innenlebens mit aktiver Abkehr von der Außenwelt, ein Grundsymptom, das bei Menschen, die unter Schizophrenie leiden zu beobachten ist“ (Tischmann 1997, 15).

In den Jahren 1943 und 1944 nahmen der Kinderpsychiater Leo Kanner (1894 – 1981) in den USA und der Kinderarzt Hans Asperger (1906 – 1980) in Österreich unabhängig voneinander diese Begriffe auf und beschrieben autistische Symptome, die sie „frühkindlicher Autismus“ (Kanner-Syndrom) bzw. „autistische Psychopathie“ (Asperger-Syndrom) nannten, „wobei man unter der letzten Bezeichnung vorwiegend intelligentere Autisten meint“ (Kehrer 1995, 145). Beide waren davon überzeugt, dass diese Störung von Geburt an vorhanden ist und die Betroffenen sich, anders als Personen mit Schizophrenie, nicht aktiv in ihr Inneres zurückziehen. Anfänglich vermutete Kanner, dass Mütter, die ihren Kindern zu wenig Zuwendung, Liebe und Aufmerksamkeit entgegenbrachten, den Autismus möglicherweise „verursachten“ (vgl. Kehrer 1995, 67). Der

Psychologe Bruno Bettelheim (1903 – 1990) führte die Theorie von Erziehungsfehlern der Mütter fort und es entwickelte sich die Bezeichnung „Kühlschrankmutter“. Später wurde diese These widerlegt. Erst zu Beginn der 80er Jahre, mit der englischen Übersetzung von Uta Frith (1941) und der Arbeit von Lorna Wing (1928), wurde Aspergers Syndrom sowie die Erkenntnis, dass sowohl Menschen mit als auch ohne geistige Behinderung autistisch sein können, bekannt. Seitdem wird Autismus als eigenständige Krankheit angesehen (vgl. Sappok, Bergmann, Kaiser & Diefenbacher 2010, 1333).

Auch nach heutigem Wissensstand ist man davon überzeugt, dass autistische Menschen sich nicht in eine eigene, innere Welt zurückziehen. Im Gegenteil haben sie aufgrund einer angeborenen, unheilbaren Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungsstörung des Gehirns Schwierigkeiten damit, in soziale Interaktion zu treten.

Aktuell klassifiziert die WHO, mithilfe des ICD-10 und dem DSM-IV, Autismus als eine „tiefgreifende Entwicklungsstörung“:

F84.0	Frühkindlicher Autismus
F84.1	Atypischer Autismus
F84.5	Asperger-Syndrom
F84.9	Nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung

Abb.1 Klassifikation von Autismus nach ICD-10  
(vgl. ICD-Code 2010; Bölte 2009, 37)

299.00	Autistische Störung
299.80	Asperger-Störung
299.80	Nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung

Abb.2 Klassifikation von Autismus nach DSM-IV  
(vgl. ICD-Code 2010; Bölte 2009, 37)

Da diese Störung aufgrund ihrer nicht-dinglichen Eigenschaften und unterschiedlichsten Ausprägungen nicht genau definiert bzw. schwer von anderen (ähnlichen) Störungen abgegrenzt werden kann, hat sich der Begriff der „Autismus-Spektrum-Störung“ (ASS) in die aktuelle Diskussion und Forschung

---

etabliert. Zukünftig wird er wahrscheinlich auch Einzug in die Diagnosesysteme nehmen. Außerdem lassen sich wegen diesem komplexen Erscheinungsbild und falsch gestellter Diagnosen in der Vergangenheit bislang nur schwer Aussagen über die Prävalenz (Häufigkeit) von ASS treffen. Für Deutschland liegen keine genauen Angaben vor. Mittlerweile wird aber davon ausgegangen, dass 25 von 10.000 Menschen eine ASS aufweisen. Dabei sind Männer 4mal so oft betroffen wie Frauen (vgl. Kaminski & Gustke 2004, 5).

Laut aktueller Forschung in der Neurobiologie ist ASS ein genetischer und somit erblich bedingter Defekt. Studien mit Familien und Zwillingen haben ergeben, dass ASS bei 80-90% der Untersuchten bereits in der Familiengeschichte aufgetreten ist bzw. immer beide Kinder eine ASS aufwiesen (vgl. Sappok et. al. 2010, 1336). Außerdem lässt das erhöhte ASS-Vorkommen bei Männern eine „[...] Beteiligung von Genorten auf den Geschlechtschromosomen [...]“ vermuten (Bölte 2009, 87).

Autismus kann lediglich anhand „[...] beobachtbaren einzelnen Verhaltensweisen (Symptomen) ermittelt werden“ (Bölte 2009, 31), die sich aber in Art und Ausprägung immer individuell gestalten. Sie können als leichte Verhaltensprobleme eingestuft werden bis hin zu schwerer geistiger Behinderung. Hinzu kommen „[...] vielfältige weitere Verhaltensprobleme sowie somatische Erkrankungen [...]“, die nicht unmittelbar mit der ASS zusammenhängen müssen, aber „[...] überzufällig oft mit ihnen vergesellschaftet sein können“ (Bölte 2009, 33f.).

Als Symptome für eine autistische Behinderung nennt die WHO Schwächen in sozialer Interaktion und Kommunikation sowie stereotype Verhaltensweisen und Stärken bei Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Intelligenz.

Dem liegen im Wesentlichen drei theoretische Konzepte zugrunde:

„Die *Theory of Mind* ist ein Sammelbegriff für sozial-kognitive Fähigkeiten, die für einen erfolgreichen Ablauf sozialer Interaktion von Relevanz sind“ (Duketis 2008, 24). Eine Störung dieser Emotionserkennung beschreibt die Unfähigkeit sich in das Erleben, Denken, Fühlen und Verhalten anderer Menschen hineinzuversetzen. Es mangelt den Betroffenen an Empathie und es fällt ihnen schwer soziale Situationen zu verstehen. Außerdem ist das Verständnis für den Symbolcharakter bzw. Hintersinn bestimmter Redewendungen, von Ironie bzw. Witzen nur unzureichend vorhanden.

---

„Der Begriff *exekutive Funktionen* fasst eine breite Palette kognitiver Funktionen höherer Ordnung zusammen. Dazu gehören u.a. Impulskontrolle, Planung, Handlungsinitiierung und –hemmung, Flexibilität des Denkens, Antizipation und die Koordinierung von Informationen“ (Duketis 2008, 26). Die Störung der exekutiven Funktionen beschreibt die eingeschränkte Planungsfähigkeit, verminderte Flexibilität und Strukturierungsfähigkeit bei der Ausführung von Handlungen und somit eine Abhängigkeit von der direkten Umwelt. Unwichtige Eindrücke und Informationen werden nicht herausgefiltert und dringen direkt auf sie ein. Sie nehmen alles ungeschützt wahr, was die Welt für sie unerträglich macht.

„Die *Theorie der schwachen zentralen Kohärenz* unterscheidet sich insofern von den anderen kognitiven Theorien zu Autismus, dass sie nicht nur ein defizitäres Modell des Autismus darstellt, sondern auch die Stärken und Fertigkeiten autistischer Individuen“ (Duketis 2008, 28). Die Störung der zentralen Kohärenz meint eine gestörte ganzheitliche Erfassung von Objekten, die zum „Haften an Details“ und zu einem eingeschränkten Verständnis des Gesamtzusammenhanges von Situationen führt. Dadurch können Menschen mit Autismus besondere Fertigkeiten in einzelnen Bereichen entwickeln (z.B. Auswendiglernen von Telefonbüchern oder Straßenkarten).

Diese neuropsychologischen Theorien beeinflussen sich gegenseitig. Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung sind aus diesem Grund immer in drei Bereichen des Lebens (Trias) mehr oder weniger stark beeinträchtigt:

- Die Schwächen in sozialer Interaktion und gestörte zwischenmenschliche Beziehungen.
- Die Beeinträchtigung der Sprachentwicklung und der Fähigkeit mit anderen zu kommunizieren.
- Die imaginative Störung sowie stereotypes Verhalten, Rituale und Zwänge.

Diese sogenannte „Beeinträchtigungstriade“ trifft unabhängig von Geschlecht, kognitiven Fähigkeiten oder Entwicklungsniveau auf jeden Menschen mit ASS zu (vgl. Bölte 2009, 34).



---

## 2.1 Kanner-Syndrom oder auch frühkindlicher Autismus

Hans E. Kehler (1995) definiert den Begriff „autistisches Syndrom“ zusammenfassend folgendermaßen: „Eine - exogene - Hirnschädigung (etwa Sauerstoffmangel bei der Geburt) oder eine mit Hirnbeteiligung verbundene Krankheit (z.B. Fragil-X-Chromosom) treffen mit einer zum Autismus neigenden erblichen Disposition zusammen und bewirken eine spezifische Kognitionsstörung. Zu dieser Gesamtkonstellation kommen bei der Entwicklung des Kindes nun aus der Erlebniswelt noch emotionelle und soziale Einflüsse, also Betreuungs- und Erziehungspraktiken, hinzu. Diese haben also nur sekundären Charakter. So formt sich auf Grund der unterschiedlichen Bedeutung und Valenz der Ursachenfaktoren das autistische Syndrom in seiner verschiedenartigen Ausprägung und variablen Symptomatik.“ (ebd., 156).

Frühkindlicher Autismus ist die bekannteste Form von Autismus und meistens gemeint, wenn von Autismus oder autistischem Syndrom die Rede ist. Für Deutschland liegen keine genauen Angaben vor, aber Untersuchungen in Europa, Kanada und den USA zeigen, dass das Kanner-Syndrom bei 2 bis 5 von 10.000 Kindern auftritt und Jungen 3- bis 4-mal häufiger betroffen sind als Mädchen (vgl. Waitz & Weiland 2010). Durch vermutlich falsche Diagnosen im Kindesalter gibt es im Erwachsenenbereich eine hohe Dunkelziffer.

Die Diagnose von frühkindlichem Autismus bedarf der Erfüllung vieler verschiedener Kriterien und ist sehr umfangreich. Sie müssen sich nach dem 18. Lebensmonat und vor Vollendung des dritten Lebensjahres manifestiert haben. Nach dem DSM-IV und dem ICD-10 liegt frühkindlicher Autismus vor, wenn der zu Untersuchende eine qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion in mindestens zwei der folgenden Bereiche aufweist:

- kaum oder gar kein Gebrauch von nonverbalen Verhaltensweisen (Blickkontakt, Mimik, Körperhaltung und Gestik)
- Unfähigkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen,
- Mangel an spontanem Austausch mit anderen,
- Mangel an sozialem oder emotionalem Austausch mit anderen.

---

Außerdem müssen qualitative Beeinträchtigungen der Kommunikation in mindestens einem der folgenden Bereiche vorliegen:

- verzögerte Sprachentwicklung oder Mutismus (Stummheit bei intaktem Sprechorgan),
- die Unfähigkeit ein Gespräch zu beginnen oder fortzuführen (bei ausreichender Sprachentwicklung),
- stereotyper oder repetitiver Gebrauch der Sprache (z.B. Echolalie) oder Nutzen einer ausgefallenen, eigenartigen Sprache,
- Fehlen eines symbolischen oder Fantasiespiel (Rollen-/Imitationsspiele).

Darüber hinaus muss der zu Untersuchende beschränkte repetitive und stereotype Verhaltens-, Interessens- und Aktivitätsmuster in mindestens einem der folgenden Bereiche aufweisen:

- umfassende eingehende Beschäftigung innerhalb eines oder mehrerer stereotyper und begrenzter Interessenmuster, wobei entweder Schwerpunkt oder Intensität der Beschäftigung abnorm sind,
- Festhalten an Gewohnheiten oder Ritualen,
- stereotype und repetitive motorische Bewegungen (z. B. Flattern mit den Händen oder Klopfen an Gegenständen),
- ausführliche Beschäftigung mit Teilen von Objekten.

Insgesamt müssen mindestens sechs der oben genannten Kriterien zutreffen, damit frühkindlicher Autismus diagnostiziert werden kann und keine andere Entwicklungsstörung (bspw. das Rett-Syndrom) das Krankheitsbild erklären kann (vgl. Bölte 2009, 38).

Wie beschrieben ist also aufgrund des frühen Auftretens vor allem die soziale Interaktion und die Kommunikation eine große Schwierigkeit für Menschen mit Kanner-Syndrom. Es mangelt an einer eigenen Handlungskompetenz. Für Betroffene ist es schwierig Mimik, Gestik oder Worte zu deuten und einzuordnen. Ihr Verhalten ist zumeist geprägt von Ritualen, Zwängen sowie stereotyper Verhaltensweisen. Dies bietet ihnen Sicherheit und eine gleich bleibende Tagesstruktur. Außerdem fehlt es vielen an Körpergefühl. Sie spüren sich nicht vollständig und versuchen dies mithilfe von Zwängen (z.B. Klopfen an Gegenständen) zu kompensieren und sich zu stimulieren. Ihre eigenen Kräfte können sie meist nicht einschätzen. Oft leben Menschen mit frühkindlichem Autismus isoliert und zurückgezogen. Sprachauffälligkeiten zeichnen sich bei ca.

---

der Hälfte aller kanner-autistischen Menschen ab. Sie können sich zum Beispiel nicht lautsprachlich äußern, sind mutistisch oder haben eine monotone Sprachmelodie. Auch im Erwachsenenalter „[...] bleibt ungefähr die Hälfte [...] ohne Sprache, und nur wenige finden einen ihren Fähigkeiten entsprechenden Arbeitsplatz“ (Kaminski 2008, 15).

Auf Veränderungen ihrer Umwelt reagieren sie meist mit Angst und Panik. Des Weiteren gehen unspezifische Probleme wie Befürchtungen, Phobien, Schlaf- und Essstörungen, Wutausbrüche, Selbststimulation, Aggressionen und Selbstverletzungen mit den Symptomen des frühkindlichen Autismus einher (vgl. Kehrer 1995, 171ff.). Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen ist daher kaum möglich bzw. deutlich erschwert. Einige Menschen mit Autismus zeigen mehr Interesse an Gegenständen als an Mitmenschen (wobei auch sie Zuwendung durch Bezugspersonen brauchen). Andere hingegen suchen den sozialen Kontakt, werden dann aber von den Mitmenschen ausgegrenzt, weil ihr Verhalten nicht der „Norm“ entspricht bzw. bizarr wirkt und nicht nachvollziehbar ist (vgl. Müller-Teusler 2008, 21; Tischmann 1997, 19). Diese Symptome zeigen sich sowohl im Kindes- als auch im Erwachsenenalter. Auch die Entwicklung der autistischen Verhaltensweisen zeigt sich individuell und beginnt bei jedem zu einem anderen Zeitpunkt (vgl. Kehrer 1995, 158). Sie sind verschieden, weil alle Menschen verschieden sind.

---

### 3 Das Phänomen „geistige Behinderung“

In Deutschland ersetzte im Jahre 1933 der Begriff „geistige Behinderung“ den früher üblichen „Schwachsinn“, der aufgrund der schrecklichen Taten zur Zeiten des Nazi-Regimes an diesen Menschen nicht mehr verwendet werden sollte (vgl. Kehrer 1995, 9). Benennungen wie „mentale Retardierung“ oder „geistiger Rückstand“ sind sprachlich einwandfreiere Aussagen, obwohl auch sie eine negative Bewertung und eine Stigmatisierung enthalten.

Dennoch benötigt dieses Phänomen eine Beschreibung und aus diesem Grund werde ich in dieser Arbeit den zurzeit geläufigsten und allgemein gebräuchlichsten Begriff der „geistigen Behinderung“ verwenden, wobei dieser keinerlei Bewertung unterliegt.

Es gibt bis heute keine klare Definition von „Geist“. Eine deutliche und allgemein akzeptierte Definition von geistiger Behinderung ist deshalb sehr schwierig.

Der ICD-10 und der DSM-IV unterteilt geistige Behinderung in vier Schweregrade:

Leichte geistige Behinderung	IQ liegt bei ca. 50/55 – 70
Mäßige/mittelschwere geistige Behinderung	IQ liegt bei ca. 35/40 – 50/55
Schwere geistige Behinderung	IQ liegt bei ca. 15/20 – 35/40
Schwerste geistige Behinderung	IQ liegt unter 15 oder 20

Abb. 3 Klassifikation von geistiger Behinderung nach ICD-10 und DSM-IV (vgl. ICD-Code, 2010; Theunissen 2010, 10; Röh 2008, 48)

Im ICD-10 wird geistige Behinderung als „Intelligenzminderung“ mithilfe der Codes F 70 – F79 klassifiziert. Der DSM-IV klassifiziert sie als „Entwicklungsstörung“ mit den Codes 317 – 319. Beide Systeme fassen geistige Behinderung unter dem Sammelbegriff „psychische Störung“ (vgl. Theunissen 2010, 10).

---

In der Medizin wird von einer „Minderung“ oder „Herabsetzung“ der maximal erreichbaren Intelligenz gesprochen. Es gibt auch Definitionen, in denen eine beeinträchtigte soziale Interaktion im Vordergrund steht (vgl. Röh 2009, 48f.).

Sie sind auf jeden Fall immer mit etwas Negativem verbunden (etwas, was nicht funktioniert). Alles, was anders ist, will die Gesellschaft nicht und wird von ihr ausgeschlossen (Ätiologie des Nicht-Sein-Sollen). Der Mensch nimmt Veränderungen bzw. Unterschiede deutlicher wahr, wenn sie von ihm selber abweichen. Jeder Mensch macht sich seine Normvorstellungen selber. Daher ist eine Behinderung ein soziales Konstrukt. Sie ist subjektiv und demnach ein Resultat sozialer Prozesse. Behinderung ist eine Konstruktion der nichtbehinderten Mehrheitsgesellschaft (vgl. Röh 2009, 45).

Ein Mensch gilt demnach als geistig behindert, wenn sich seine intellektuellen Fähigkeiten während des Kindesalters nicht genügend entwickelt haben und diese somit die Selbständigkeit beeinflussen und eine besondere Unterstützung durch Andere notwendig machen.

Deutlich wird, dass geistige Behinderung heute nicht mehr als ein individuelles Merkmal eines Menschen gilt, sondern als ein mehrdimensionales und relationales Phänomen aufgefasst wird.

Menschen mit einer geistigen Behinderung sind immer in zwei oder mehreren der folgenden Bereiche des täglichen Lebens beeinträchtigt:

- Kommunikation
- Selbstversorgung
- Wohnen
- Sozialverhalten
- Benutzung der Infrastruktur
- Selbstbestimmung
- Gesundheit und Sicherheit
- Lebensbedeutsame Schulbildung
- Arbeit und Freizeit (vgl. Röh 2009, 81ff.)

Allgemein scheinen Männer stärker betroffen zu sein als Frauen. Insgesamt ist 1-3% der Gesamtbevölkerung von einer geistigen Behinderung betroffen (vgl. Kehrer 1995, 58).

---

Diagnostiziert wird geistige Behinderung heutzutage anhand einer individuellen Einzelfallbeschreibung im Rahmen einer systemischen Analyse der Mensch-Umfeld-Verhältnisse. Die früher verwendeten standardisierten Intelligenztests werden zwar noch regelmäßig durchgeführt, aber gelten nicht als alleiniger Wert für eine Diagnose. In jedem Fall ist man aber sehr stark auf die Angaben der Eltern angewiesen, wobei man auch darauf achten muss, dass diese Aussagen subjektiv sind und manchmal bewusst verschönert oder verschlechtert werden (vgl. Kehrer 1995, 28f.).

Am Anfang wird also eine Anamnese innerhalb eines ausführlichen Gesprächs mit den Eltern unter Zuhilfenahme von Fragebögen durchgeführt. Anschließend beschäftigt sich der Arzt mit dem betroffenen Kind und macht eine Reihe von Tests. Darunter fallen die körperliche Untersuchung (neurologische/neuropädiatrische Beurteilung des Nervensystems), psychologische Testuntersuchungen (Intelligenztests), Reifetests (APGAR-Scores), die üblichen Vorsorgeuntersuchungen (U1-U10) und Spezialtests für Säuglinge. Zudem muss auch das soziale Umfeld überprüft werden. Wichtig sind dabei Angaben wie die Krankheitsgeschichte der Familie, ein eventueller Drogenkonsum während der Zeugung/Schwangerschaft oder die aktuelle Wohnsituation, in der das Kind aufwächst. Außerdem ist es von Interesse, welche bisherigen Maßnahmen (wie Frühförderung, therapeutische Maßnahmen, Krankenhausaufenthalte, Einschulungsversuche, etc.) durchgeführt wurden (vgl. Kehrer 1995, 31ff.).

Die Symptomatik für eine geistige Behinderung sind Lernschwierigkeiten, Verzögerung der kognitiv-intellektuellen Entwicklung ab dem Kindesalter und herabgesetztem Abstraktionsvermögen (z.B. „Haften an Details“). Außerdem sind das Anpassungsvermögen und die emotionale Reife sowie die Fähigkeit zur sozialen Interaktion beeinträchtigt (vgl. Kehrer 1995, 70ff.). Menschen mit einer geistigen Behinderung können sehr wohl Gefühle empfinden, haben jedoch zum Teil Schwierigkeiten mit ihnen umzugehen oder sie lautsprachlich zu äußern (vgl. Heijkoop 2002, 16). Sie sind imstande emotionale Beziehungen zu führen. Wie bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung wird ihnen dies aber häufig durch die Beschränktheit ihrer Umwelt verwehrt.

Als Ursachen für eine geistige Behinderung werden einerseits *endogene Faktoren* und andererseits *exogene Faktoren* genannt. Die endogenen Faktoren

---

sind meist erblich bedingt (Erbkrankheiten) oder weisen eine Chromosomenaberration (Abnormität in der Beschaffenheit der Chromosomen) auf (wie z.B. beim Down-Syndrom). Die exogenen Faktoren beschreiben zerebrale Schädigungen, die zum Beispiel durch einen Unfall oder Sauerstoffmangel während der Geburt verursacht werden können (vgl. Kehrer 1995, 65). Es zeigt sich in jedem Fall ein weitgefächertes, komplexes Erscheinungsbild mit sehr unterschiedlicher Ausprägung und verschiedenartigen Symptomen. Es ist anzunehmen, dass eine große Zahl von Ursachen für die Entstehung intellektueller Mängel, die sich manchmal überschneiden und sehr häufig mit körperlichen Störungen verbunden sind, verantwortlich ist. Neben den Funktionen, die für die Bewegung und Empfindung zuständig sind, sind die geistig-seelischen Funktionen sehr stark vom Zusammenspiel etlicher Hirnzentren abhängig. Dadurch kann es bei ausfallenden Funktionen zu einer Kompensation durch andere Hirnteile kommen. Eine Schädigung des Gehirns kann also eine geistige Behinderung hervorrufen, sich aber ebenso gut, bei völlig intakter Intelligenz, anders äußern (spastische Lähmung, Epilepsie, usw.) (vgl. Kehrer 1995, 60).

Das Erscheinungsbild der geistigen Behinderung ist in den ersten Jahren meistens eher unauffällig, weshalb Eltern oftmals glauben, ein ganz normales Kind zur Welt gebracht zu haben (vgl. Kehrer 1995, 15). Bei Kindern mit einer geistigen Behinderung bleibt die Mimik im Laufe ihrer Entwicklung mehr oder weniger eingeschränkt oder sie zeigt „abnorme Besonderheiten“ (z.B. Grimassen, Ticks) (vgl. ebd.). Außerdem gibt es einigermaßen charakteristische Merkmale, die auf eine geistige Behinderung hinweisen können. Diese sind kleine Augen, deren Abstand verhältnismäßig groß ist, ein kleiner Mund, der spannungslos geöffnet ist, eine kleine Nase, eine niedrige Stirn und eine mangelnde Konvergenz des Blicks (vgl. ebd.). Wichtig ist dabei zu beachten, dass die ausschlaggebenden Aspekte für eine geistige Behinderung nicht im Äußeren liegen, sondern auf der geistigen Ebene. Eine Diagnose muss am Verhalten festgemacht werden (vor allem bei mangelnder Sprachentwicklung), indem das Verhalten beobachtet und mithilfe von Tests oder Aufgaben eingehender bestimmt wird (vgl. ebd.).

Auch Menschen mit einer geistigen Behinderung sind keine einheitliche Menschengruppe. Wie bei Menschen mit Autismus muss jeder individuell

---

betrachtet werden. Solche Klassifizierungen sind, wie gesagt, sehr fragwürdig. Dennoch werden einigermaßen genormte Hinweise benötigt, um dieses Phänomen beschreiben und eine entsprechende Förderung und Unterstützung gewährleisten sowie angemessene Entwicklungsmöglichkeiten bieten zu können.

Immer mehr Menschen mit einer geistigen Behinderung arbeiten mittlerweile auf dem ersten (bspw. in Integrationsbetrieben) oder dem zweiten Arbeitsmarkt (z.B. in Werkstätten für Menschen mit Behinderung). Aber, je nach Schweregrad der Behinderung, kann auch ein bestimmter Bedarf an Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen notwendig sein. In modernen Wohnformen (z.B. Wohnheim oder betreutes Wohnen) soll unter dem Motto „So viel wie nötig, so wenig wie möglich“ nur die jeweils notwendige Unterstützung geboten sowie die Selbstbestimmung gefördert werden. Viele junge Erwachsene mit einer Behinderung bleiben aber auch zunächst in ihren Ursprungsfamilien.



---

## 4 Frühkindlicher Autismus und geistige Behinderung

Wie man anhand der Definitionen erkennen kann, gibt es viele Gemeinsamkeiten in den Bereichen der Diagnostik und Symptomatik zwischen dem Autismus und der geistigen Behinderung. „Das Erscheinungsbild des frühkindlichen Autismus zeigt insofern Berührungspunkte zur geistigen Behinderung, als zwei Drittel bis drei Viertel der Betroffenen im Effekt geistig retardiert sind“ (Kehrer 1995, 145). Man spricht von Komorbidität („das gleichzeitige Vorkommen unterschiedlicher, voneinander abgrenzbarer Erkrankungen bei einer Person“) (Bölte 2009, 46).

Aktuellen Studien zufolge weisen 30-50% der Menschen mit ASS eine geistige Behinderung auf. Andersherum lassen sich bei 8-39% (ungefähr bei jedem vierten) der Menschen mit geistiger Behinderung eine ASS nachweisen. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten der ASS steigt mit zunehmender Intelligenzminderung (vgl. Sappok et. al. 2010, 1333). Vor allem diese Personengruppen wurden noch vor zehn Jahren als „bildungsunfähig“ und als „Mängel- oder Defizitwesen“ betitelt (vgl. Theunissen 2003, 17). Viele erwachsene Autisten haben auch durch fehlende Förderung eine geistige Behinderung sozusagen „erlernt“.

Mittlerweile hat sich das Bewusstsein für Menschen mit diesem Beeinträchtigungsbild zum Positiven verändert, aber von einer vollständigen Akzeptanz als eigenständige Individuen kann noch nicht gesprochen werden.

Ist ein Mensch nun von Autismus und einer geistigen Behinderung betroffen, so ist er von frühester Kindheit an belastet und es besteht kaum die Möglichkeit, dass er ein völlig normales Leben führen kann. Durch die – für Außenstehende – ungewöhnlichen Verhaltensweisen aufgrund der speziellen Wahrnehmung und der motorischen Eigenarten zeigen sich besondere Schwierigkeiten beim Aufbau sozialer Kontakte und Beziehungen. Vor allem die unausgesprochenen sozialen Konventionen erschließen sich für Menschen mit einer derart doppelten Beeinträchtigung oft nicht. Erschwert wird dies durch die in den meisten Fällen verzögerte oder ganz ausbleibende Sprachentwicklung. Aufgrund der geistigen Beeinträchtigung sind viele Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung auch nicht in der Lage sich mithilfe unterstützter Kommunikation (z.B. mit einem „Talker“ oder dem „TEACCH-Konzept“) mitzuteilen.

---

Wann und wie stark sich die Symptome einer autistischen Störung und einer geistigen Behinderung ausprägen ist bei jedem Betroffenen unterschiedlich. Im Allgemeinen erreichen sie ihren Höhepunkt zwischen dem fünften und achten Lebensjahr. Hierbei kann es bereits zu aggressiven Tendenzen kommen, wenn sich die Betroffenen falsch behandelt oder missverstanden fühlen. Infolge ihrer Sprachanomalien wissen sie sich dann nicht anders auszudrücken.

In der Pubertät, die für Menschen ohne eine Beeinträchtigung schon eine prekäre Lebensphase darstellt, verstärken sich oftmals diese Aggressionen zusätzlich und gestalten den Umgang umso schwieriger. Ebenso sind die plötzlichen Stimmungswechsel, die mit der autistischen Störung zusammenhängen, für Außenstehende in der Regel nicht nachvollziehbar. In der einen Sekunde lachen sie und wirken ausgeglichen, in der anderen Sekunde fangen sie an zu schreien und schlagen sich. Ein Grund ist dabei meist nicht offensichtlich. Auch ihre Zuneigung drücken Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung und geistiger Behinderung häufig auf ungewöhnliche Art und Weise aus. Sie ziehen die betreffende Person zum Beispiel an den Haaren, kneifen oder beißen (vgl. Matthews & Saunders 2008, 9).

Nicht selten führt ein derart „ungewöhnliches“ Verhalten zu einer Krise in der Ursprungsfamilie und die Kinder werden in Heime oder psychiatrische Einrichtungen abgegeben. Dabei durchlaufen sie häufig sogenannte „Heimkarrieren“. Das heißt, sie erfahren mehrfache Wechsel von Einrichtungen in einem kurzen Zeitraum. Feste soziale Beziehungen und Sicherheit können sich nicht entwickeln, was herausforderndes Verhalten zusätzlich verstärken kann.

#### **4.1 Frühkindlicher Autismus und geistige Behinderung im Erwachsenenalter**

Die Schwelle von der Jugend zum Erwachsenenalter hat für jeden Menschen eine große Bedeutung. Erikson (2007) beschreibt diese Lebensphase als „frühes Erwachsenenalter“. Die Entwicklung einer eigenen Identität beginnt. Eine Ablösung von der Familie hin zu Gleichaltrigen erfolgt. Hier wird nach Bestätigung gesucht. Der Erwachsene erfährt mehr Freiheiten, da die Eigenverantwortung stetig wächst. Gleichzeitig unterliegt er familiären und gesellschaftlichen Regeln, Verpflichtungen und Erwartungen, die mit dem

---

Erwachsen werden zusammenhängen. Er integriert sich in die Gesellschaft und passt sich an. Die Bezugsgruppen (peer-groups) werden gefestigt. Außerdem muss der Erwachsene sich an seine Umwelt gewöhnen, wenn er zum Beispiel für das Studium oder die Ausbildung in eine andere Stadt zieht. Es können zusätzliche, lockere Kontakte aufgebaut werden oder neue feste Bezugsgruppen entstehen (vgl. ebd.).

Dies gilt auch für Menschen mit einer autistischen Störung sowie einer geistigen Behinderung. Dabei sind sie allerdings immer auf die Hilfe anderer angewiesen. „Menschen mit Autismus [...] benötigen wegen der Eigenart der autistischen Störung ein hohes Maß an individueller und qualifizierter Betreuung in den Bereichen Diagnostik und Therapie sowie – in individuell unterschiedlichem Ausmaß – in allen Bereichen und Phasen ihres Lebens (Familie, Kindergarten, Schule, Arbeit, Wohnen, Freizeit)“ (Herpertz-Dahlmann 2008, 16f. in: Kaminski (Red.) 2008). 16-88% der geistig behinderten autistischen Personen im Erwachsenenalter sind von einer umfassenden Betreuung und Unterstützung in Heimen oder im elterlichen Zuhause abhängig (vgl. Bölte 2010, 79).

Folglich stellt sich die Frage, inwieweit sie selbstbestimmt handeln und sich selbst entfalten können. Diese Frage spielt generell in der Erziehung und der Arbeit mit autistischen oder geistig behinderten Menschen eine wichtige Rolle. Bei vollständiger Abhängigkeit sollen sie gleichzeitig so autonom wie möglich leben können.

Viele Eltern neigen dazu, besonders Kinder mit einer Beeinträchtigung von Geburt an zu bevormunden. Es manifestiert sich (evtl. unterbewusst) die Ansicht, dass ihre Kinder den alltäglichen Herausforderungen des Lebens nicht gewachsen sind und davor „bewahrt“ werden müssen (vgl. Schirmer 2008, 61 in: Müller-Teusler (Hrsg.) 2008). Dass sich diese Kinder dann nicht zu eigenständigen und entscheidungsfähigen Individuen entwickeln können, ist die logische Konsequenz. Ihnen werden keine Wahl- oder Entscheidungsmöglichkeiten angeboten. Jegliche Entscheidungen werden ihnen von vornherein abgenommen, sodass sich „[...] eine Selbständigkeit in Form von Unabhängigkeit [...]“ (Müller-Teusler 2008, 17) nicht entwickeln kann. Die betroffenen Kinder werden wie ein Säugling umsorgt.

Unter anderem gibt es immer noch Eltern, die ihre beeinträchtigten Kinder bis ins hohe Alter zu Hause betreuen. Sie neigen dazu, zu viel Verantwortung zu

---

übernehmen (vgl. Müller-Teusler 2008, 32). Ein Grund dafür ist, dass es keine Unterbringungsmöglichkeit in einer Einrichtung gibt. „Die Möglichkeit für autistische Menschen einen angemessenen Wohnort zu finden, in dem sie durch Förderung, Training und Lernhilfe profitieren, um ein sinnerfülltes Leben in der Gemeinschaft führen zu können, ist gering“ (Tischmann 1997, 67). „Für nur 5% der Menschen wurde bisher eine geeignete Wohnform beispielsweise in Wohngemeinschaften gefunden“ (Tischmann 1997, 72). Ein anderer Grund ist, dass sie kein Vertrauen in Institutionen und deren Betreuer haben. Sie wünschen sich für ihre Kinder eine optimale Betreuung und Unterstützung. Eine Einrichtung in denen mehrere Bewohner untergebracht sind, kann das in ihren Augen nicht bieten, weil die Betreuer nicht ausschließlich für ihr Kind zuständig sein können. Zudem wissen Eltern, was „gut“ für ihre Kinder ist und (er)kennen deren Bedürfnisse, Interessen und Vorlieben. Aber können die Betreuer das auch? Können die ihren Kindern gerecht werden?

Solche und andere Vorurteile erschweren ein Loslassen, das auch für Eltern mit nicht-beeinträchtigten Kindern schwer ist, zusätzlich. Selbst wenn es nicht leicht fällt, muss man sich trotzdem klar machen, dass Menschen mit autistischer Störung und geistiger Behinderung auch erwachsen werden und ihre Bedürfnisse sich verändern. Ebenso werden die Eltern älter und können die Versorgung ihrer Kinder irgendwann nicht mehr übernehmen. Die Ablösung, die sonst natürlich von Statten geht, muss von den Eltern initiiert werden. Ein Umzug in eine angemessene Wohneinrichtung ist deshalb der einzig sinnvolle Weg und liegt im Interesse aller Beteiligten (vgl. Müller-Teusler 2008, 17).

Diese Bewältigung stellt eine besondere Herausforderung dar. Es entsteht eine neue Bezugsgruppe aus anderen Bewohnern und den Betreuern. Sie müssen sich ebenfalls in eine Gesellschaft integrieren und anpassen. Auch sie erfahren Freiheiten, die sie im Kindes- und Jugendalter nicht hatten. Gleichzeitig entstehen aber neue Regeln und Grenzen, die von der Einrichtung bzw. den Betreuern vorgegeben sind. Eine Eingewöhnung kann besonders bei Menschen mit ASS und einer geistigen Behinderung daher sehr lange dauern und erfolgt in den seltensten Fällen ohne große Komplikationen. Gerade bei denjenigen, die schon in ihrer Kindheit und der Jugend eine, wie in Kapitel 4 erwähnte, Heimkarriere durchgemacht haben. Nur unter großen Schwierigkeiten finden sie dabei ihre Identität.

---

Die mit dem Autismus einhergehenden Symptome und Verhaltensweisen zeigen im Alter zwar tendenziell eine Verbesserung (bei ca. 10-80%), bleiben aber weiterhin bestehen (vgl. Bölte 2010, 79). „Auch im Erwachsenenalter benötigen viele Menschen mit Autismus umfassende – einschließlich therapeutischer – Hilfen in allen Lebensbereichen“ (Kaminski 2008, 32).

Aus Erfahrungen wird sichtbar, dass viele Betroffene ihren Eigenantrieb nach und nach verlieren und sie immer in den gleichen Handlungsmustern verharren. Nicht selten entwickeln sich hierbei bizarre oder zwanghafte Verhaltensweisen und Rituale, die ein miteinander leben und arbeiten erschweren (vgl. Kehrer 1995, 158).

---

## 5 Herausforderndes Verhalten

„Herausforderndes Verhalten ist ein Verhalten von solcher Intensität, Häufigkeit und Dauer, dass die körperliche Unversehrtheit des autistischen Menschen oder Anderer möglicherweise gefährdet wird“ (Matthews & Saunders 2008, 4). Dabei entstehen für alle Beteiligten Stress und Schwierigkeiten. Ob ein Verhalten als herausfordernd bezeichnet werden kann, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Ort, Zeit, Aktivitäten, Emotionen, Erwartungen und soziale Normen spielen in dieser Thematik eine große Rolle.

In diesem Zusammenhang muss beachtet werden, dass Verhalten immer subjektiv ist. Ein Verhalten, das in der Frühstückssituation als herausfordernd angesehen wird, kann am Abend tolerabel sein. Ein Verhalten, das in der Einrichtung gezeigt wird, ist dort akzeptiert, kann aber in der Öffentlichkeit (z.B. im Supermarkt) als nicht zumutbar angesehen werden (vgl. Matthews & Saunders 2008, 9).

Wichtig ist, dass herausforderndes Verhalten nicht als persönliche Eigenschaft eines Menschen angesehen wird, sondern als Ausdruck eines gestörten Individuum-Umwelt-Verhältnisses. Herausfordernde Verhaltensweisen sollten also nur dann als solche eingestuft werden, wenn es für die Beteiligten gefährlich wird oder wenn eine Weiterentwicklung oder Förderung desjenigen, der dieses Verhalten zeigt, gefährdet ist (vgl. ebd.).

An einem Beispiel, das ich selbst erlebt habe, möchte ich solch eine Situation einmal deutlich machen.

Der Bewohner XY zeigt ein typisch depressives Verhalten. Er zieht sich immer mehr zurück, liegt am liebsten im Bett und versteckt sich unter seiner Decke. Er verweigert Toilettengänge, nässt und kotet ein. Er ist stark autoaggressiv und hat häufig Ausbrüche. Diese äußern sich durch Schreien, Weinen und autoaggressive Verhaltensweisen. Zu Arbeiten oder Freizeitangeboten ist er meist nicht motivierbar. Er ist sehr langsam und verharrt öfter in seiner Bewegung. Er braucht meistens 30 Minuten und länger nur um sich anzuziehen. An einem Tag hielt er den ganzen Morgen (über Stunden) einen Zeh fest. Alle Mühen und reden waren vergebens bis ein Stück Schokolade die Situation

---

auflöste. Ferner ist die Nahrungsaufnahme zum Teil sehr schwierig. Meistens isst er gar nichts, ein anderes Mal isst er einen ganzen Eintopf alleine. Getränke wirft er oft weg oder er trinkt nur nach mehrfacher Aufforderung.

Herausfordernde Verhaltensweisen können bei 30 bis 40 % aller Erwachsenen, die an Entwicklungsstörungen leiden, beobachtet werden (vgl. Theunissen 2008, 23). Diese können sowohl „nach außen gerichtet“ sein (Aggressionen, selbstverletzendes Verhalten, etc.) als auch „nach innen gerichtet“ (Rückzugstendenzen, Passivität, etc.) (vgl. ebd.). In dem oben genannten Beispiel lassen sich beide Arten beobachten. Bei Menschen mit Autismus äußert sich herausforderndes Verhalten häufig durch Auto-, Fremd- oder Sachaggressionen (Kopfschlagen, Beißen, Schreien oder Zerstören von Gegenständen). Sie versuchen dadurch die Umstände einer Situation so zu ändern, dass diese für sie erträglich wird (vgl. Matthews & Saunders 2008, 10). Herausforderndes Verhalten ist nicht immer, aber häufig bzw. oft der einzige Ausweg, weil darauf unmittelbar von Eltern oder Betreuern reagiert wird.

## **5.1 Ursachen von herausforderndem Verhalten**

Alle Verhaltensweisen haben einen Grund. Dieser ist nicht immer offensichtlich, aber es gibt ihn. Eine der Hauptaufgaben des Betreuers oder der Eltern ist es, zu verstehen, warum ein Verhalten auftritt. Wenn die Ursache für ein Verhalten bekannt ist, ändert sich automatisch die Einstellung der Mitmenschen zu der Person mit den auffälligen Verhaltensweisen. „Je plausibler die Erklärungen für das Verhalten eines Menschen sind und je sinnhafter sie dem Außenstehenden erscheinen, umso weniger wird er sich von dem konkreten Verhalten gestört fühlen“ (Schirmer 2004, zit. nach Heinrich 2006, 186 in: Kaminski & Frese 2006).

Die häufigsten Gründe für auffälliges Verhalten können zum einen mit den Symptomen, die mit der Entwicklungsstörung einhergehen, zusammenhängen. Darunter zählen die geringe Auffassungsgabe und die Kommunikationsschwierigkeiten (Bedürfnisse können nicht durch Sprache, Gesten oder Zeigen geäußert werden), das hohe Stress- und Angstniveau, die verzerrten Sinneswahrnehmungen, die Abhängigkeit von Routinen und Zwängen, der Mangel an Empathie und Verständnis für Gesamtzusammenhänge von Situationen. Die Betroffenen können sich nicht mitteilen, verstehen komplexe

---

Zusammenhänge nicht und fühlen sich überfordert oder verstehen Veränderungen in ihrer Umgebung nicht. Dies führt zu Verwirrung, Frustration und Angst. Es entsteht Unsicherheit, die kompensiert werden muss. Zum anderen können es auch Gründe sein, auf die jeder Mensch reagieren würde (z.B. alltägliche Anforderungen). „Auch Menschen mit normaler Entwicklung können sich festfahren, können in eine Sackgasse geraten und das Gefühl haben, keinen Weg hinaus zu finden“ (Heijkoop 2002, 15). Wenn sie Situationen nicht begreifen oder nachvollziehen können oder sie überfordern, geraten sie in Panik. In diesem Fall wird es aber „Stress“ genannt (vgl. Heijkoop 2002, 16).

Weitere Gründe sind physische Schmerzen (deshalb müssen die zu betreuenden Personen regelmäßig untersucht werden) und psychologische Schwierigkeiten (Angst, Panik). Außerdem können eine zu starre Erwartungshaltung der Betreuer oder der Eltern, sowie Zeitmangel und Ungeduld, herausforderndes Verhalten auslösen.

Auch Betreuer und Eltern können in der Arbeit mit Menschen mit frühkindlichem Autismus und geistiger Behinderung irgendwann in Alltagsroutinen verfallen, wobei nur noch nach „Schema F“ gearbeitet und gehandelt wird. Für ungewohnte Situationen oder für Konfliktsituationen gibt es dann keine Handlungsalternativen. Es entstehen Druck und eine negative Atmosphäre, die für beide Seiten unangenehm und mit Stress verbunden ist.



---

## 6 Verhaltenstherapie

Die Entstehung der Verhaltenstherapie kann auf keinen genauen Zeitpunkt datiert werden. Grund dafür ist die Annahme, dass Menschen schon immer versucht haben ihr eigenes Verhalten oder das von anderen so zu verändern, dass es für sie selbst und für die Gemeinschaft zweckmäßig ist. Bereits in der Urgeschichte haben die Menschen durch Übungen und Rituale z.B. ihre Höhenangst überwunden, um an Nahrung in hohen Baumregionen zu gelangen. Auch heutzutage wendet so gut wie jeder Mensch – wenn auch vielleicht unbewusst – Verhaltenstherapie an. Wenn sich ein Kind beispielsweise wagt nachts im Dunkeln bei geschlossener Tür zu schlafen oder ein Erwachsener sich das Rauchen abgewöhnt, um die Gesundheit nicht weiter zu gefährden.

In der Literatur wird der russische Physiologe Iwan P. Pawlow (1849 - 1936) benannt, dem erstmals 1904 systematische Erkenntnisse durch das Prinzip der „klassischen Konditionierung“ gelangen (Pawlowscher Hund). Daraus entwickelte 1913 der US-amerikanische Psychologe John B. Watson (1878 – 1958), nach wichtiger Vorarbeit von Edward Thorndike (1874 – 1949), dem Begründer der „instrumentellen Konditionierung“, den „Behaviorismus“ (Reiz-Reaktions-Psychologie), worauf Burrhus Frederic Skinner (1904 – 1990) in den 1950er Jahren das „operante Konditionieren“ (Lernen aufgrund von Belohnung) begründete (vgl. Schnotz 2009, 25ff.). Diese Erkenntnisse bildeten die Grundlage für viele verhaltenstherapeutische Methoden, wozu man unter anderem die „Behandlung“ von frühkindlichem Autismus zählte. Zu Beginn der 70er Jahre fand mit der „Kognitiven Wende“ eine Paradigmenentwicklung vom Behaviorismus zum Kognitivismus statt. Der Kognitivismus löste dabei nicht den Behaviorismus ab (deshalb „Paradigmenentwicklung“ und nicht „Paradigmenwechsel“), sondern die Interessen der Forscher verlagerten sich. Die Begriffe „Verhaltenstherapie“ und „Verhaltensmodifikation“ wurden eingeführt und eine multidisziplinäre Betrachtungsweise auf problematische Verhaltensweisen fand Einzug in verhaltenstherapeutische Konzepte. Das heißt, es wurden erstmals auch Disziplinen wie die Neurobiologie, die Medizin oder die Sozialwissenschaften in die Ergründung von auffälligem Verhalten mit einbezogen (vgl. Walter 2004-2009).

---

Mittlerweile agiert die Verhaltenstherapie unter dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“. Dem Betroffenen werden individuelle, auf seine Problemsituation abgestimmte, Methoden aufgezeigt, damit alternative Handlungsstrategien erlernt und entwickelt werden können. Lernen heißt Addition (es wird etwas hinzugefügt). Somit kann die Handlungsfähigkeit erweitert und unangebrachte bzw. auffällige Verhaltensweisen können verringert oder eliminiert werden, was zu einer besseren Lebensqualität führen kann. Der Fokus der Verhaltenstherapie liegt hierbei auf beobachtbarem, gegenwärtigem Verhalten, da angenommen wird, dass die Erforschung dessen Ursprungs eher nebensächlich ist, um es modifizieren zu können. Diese Aussage stützt sich auf die These, dass Verhalten erlernt, aber auch wieder verlernt werden kann (vgl. Theunissen 2010, 21f; 26f.).

## **6.1 Die Positive Verhaltensunterstützung**

In den USA wurde die Bezeichnung „positive behavior support“ (PBS) in den 80er Jahren eingeführt. Sie stand für ein Konzept zur schulischen Arbeit mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen. Fast gleichzeitig entstand in Deutschland ein ähnliches Modell zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Beide Ansätze verfolgten das Ziel, vielschichtige Unterstützungsmaßnahmen für einen strukturierten und pädagogischen Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen anbieten zu können. Mit ihrer Hilfe soll ein Unterstützerprogramm entwickelt werden, das sowohl präventiv und reaktiv als auch nachhaltig angelegt ist (vgl. Theunissen 2010, 24). Die im vorigen Kapitel beschriebene Verhaltenstherapie setzt sich in dem Sinne nicht genügend mit der Person, die das auffällige Verhalten zeigt, auseinander, als das sie die Ursache des Verhaltens nicht erforscht und versucht sie zu verringern oder zu eliminieren. Somit können ihre Methoden das Problemverhalten zwar kurzfristig unterdrücken, auf lange Sicht sind sie jedoch ineffizient.

Die Positive Verhaltensunterstützung hat diesen „Schatten“ der Verhaltenstherapie ausgeleuchtet und in ihr Konzept miteinbezogen. Ihre modernen und offenen Ansätze sind aktuell wandelbar und beruhen auf wissenschaftlichen und lerntheoretischen Erkenntnissen. Die strukturierte Vorgehensweise ist das Merkmal der Positiven Verhaltensunterstützung. Sie lässt sich auf jede Person und jede Situation individuell anpassen.

---

Forschungsarbeiten der USA haben ergeben, dass die Positive Verhaltensunterstützung nicht nur für Kinder oder Jugendliche mit intellektueller Behinderung, sondern auch für Erwachsene und nichtbehinderte Menschen geeignet ist. Ein Beispiel dafür bietet das Therapieprogramm „CRAFT“. Dieses Konzept soll Angehörige von Alkoholabhängigen (Ko-Abhängige) helfen, den Süchtigen zu einer Therapie zu motivieren. Studien zufolge haben daraufhin in den USA 60-70% und in Deutschland 44% der Abhängigen eine Therapie begonnen (vgl. Frei 2010).

Die Positive Verhaltensunterstützung agiert auf drei Handlungsebenen. Die *institutionsbezogene Ebene* bezieht sich auf die Schule, die Wohneinrichtung oder die Werkstatt. Hierbei ist es wichtig, dass es innerhalb der Institution keine „Verursacher“ gibt, die herausforderndes Verhalten auslösen (Prävention). Auch auf der *gruppenbezogenen Ebene* (Kindergruppe, Schulklasse, Wohn- oder Arbeitsgruppe) wird mithilfe präventiver Maßnahmen versucht, die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten zu verringern und eine positive Lern-, Wohn- oder Arbeits- Atmosphäre zu schaffen. Die *personenbezogene Ebene* kommt zum Tragen, wenn die präventiven Maßnahmen der ersten beiden Ebenen nicht ausreichen oder das auffällige Verhalten z.B. in der Öffentlichkeit auftritt. Sie bezieht sich unmittelbar auf die betroffene Person (vgl. Theunissen 2010, 25).

Um ein Unterstützerprogramm im Sinne der Positiven Verhaltensunterstützung herstellen zu können, müssen fünf Leitprinzipien beachtet werden. Die *Lerntheoretischen Grundlagen und die „Angewandte Verhaltensanalyse“* stützen sich auf das bereits erwähnte „operante Konditionieren“ oder auch „Lernen aufgrund von Belohnung“ nach Burrhus F. Skinner (vgl. Schnotz 2009, 28). Er beschrieb, dass auf einen äußeren Reiz (Auslöser) eine Reaktion (Verhalten) und auf die Reaktion eine Konsequenz (Folge) folgt. Gelernt wird dabei durch die Veränderung des Verhaltens. Demnach wird einem erwünschten Verhalten eine positive Konsequenz angehängt, sodass das erwünschte Verhalten verstärkt und mit hoher Wahrscheinlichkeit wiederholt wird. Positive Konsequenzen können soziale Verstärker (z.B. Lob), materielle Verstärker (z.B. Süßigkeiten) oder Handlungsverstärker (Aktivitäten) sein. Es ist nur darauf zu achten, dass nicht „[...] nur der Erwerb der Belohnung generalisiert wird. Das bedeutet, dass ein vom Autismus betroffener Mensch erwünschte Verhaltensweisen nicht verinnerlicht. Bei fehlender Belohnung bleiben sie aus“ (Tschöpe 2005, 123).

---

Erwünschtes Verhalten kann aber auch durch negative Verstärkung hervorgerufen werden (unangenehme Reize werden entfernt). Aversive (verbotene) Methoden (z.B. Bestrafung) sind generell zu vermeiden, da sie das Problem nicht lösen (vgl. Theunissen 2010, 31).

Die *Stärken-Perspektive* einer Person zu berücksichtigen und die *Menschenrechte* zu wahren sollten immer Voraussetzung im Umgang mit anderen Menschen sein. Wie bereits beschrieben, ist die Positive Verhaltensunterstützung darauf angelegt, Personen mit auffälligem Verhalten so zu unterstützen, dass sie sich ausdrücken und mitteilen können ohne herausfordernde Verhaltensweisen zeigen zu müssen und womöglich sich oder andere zu gefährden. Um ihnen somit eine bessere Lebensqualität ermöglichen zu können und ihr Wohlbefinden zu steigern, darf die Person nicht auf ihr Problem reduziert werden. Stattdessen sollen ihre Ressourcen erkannt, mobilisiert und verstärkt werden. Gleichzeitig muss darauf geachtet werden, dass diese Unterstützung nicht nur die Interessen der betroffenen Person berücksichtigt. Auch soziale Ressourcen (Umfeld-Stärken) sowie die Interessen der Gemeinschaft und des Gemeinwesens müssen mit einbezogen werden. „Die Kunst besteht darin, bei einem solchen Balanceakt das Selbstbestimmungsrecht einer Person mit sozial berechtigten Ansprüchen zu verschalten, ohne dabei die individuellen und kollektiven Entwicklungsmöglichkeiten zu gefährden“ (ebd.). Die Menschenrechte dienen ebenfalls als Grundlage für ein Unterstützerprogramm, da sie subjektiv sind und jedem Menschen gleichermaßen zustehen. Sie berufen sich auf die Universalität, die Egalität und die Unteilbarkeit. Das heißt, dass Menschenrechte überall für alle Menschen gültig sind, dass niemand wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen oder wegen seiner Behinderung benachteiligt oder bevorzugt werden darf und dass Menschenrechte immer in ihrer Gesamtheit verwirklicht sein müssen. Demnach hat jeder das Recht auf ein menschenwürdiges Leben und einer dementsprechenden Behandlung. Zudem müssen die Sicherheit und die Freiheit der Person gewährleistet sein. Dies muss in der Herstellung und Durchführung eines Unterstützerprogramms mit einbezogen werden (vgl. Theunissen 2010, 33ff.).

---

In der aktuellen Diskussion um die Autismus-Spektrum-Störung geraten *Neurobiologische Erkenntnisse* immer mehr in den Blickwinkel der Forscher. Sie sollen dazu dienen, menschliches Lernen und Verhalten besser verstehen zu können. Mit der Entdeckung des Genoms (die Gesamtheit der vererbaren Informationen einer Zelle) will man ASS und geistige Behinderung erklären können. Das Genom enthält die Informationen, die zur Entwicklung und Ausprägung der spezifischen Eigenschaften eines Lebewesens notwendig sind. Wie aber bereits beschrieben, sind Autismus und geistige Behinderung keine Eigenschaften eines Menschen. Zudem wird momentan vermutet, dass das CNR1-Gen Ursache für eine autistische Störung ist. Dieses Gen steuert bestimmte Rezeptoren (sogenannte Cannabinoid-Rezeptoren) im Gehirn, die für die Motorik, das Schmerzempfinden und das Lernen zuständig sind. Bei Menschen mit Autismus ist das CNR1-Gen weniger aktiv als bei anderen Menschen und beeinträchtigt somit die genannten Bereiche. Zu beachten ist jedoch, dass diese Studien nicht allgemeingültig sind. Die untersuchten Probanden wiesen vielleicht die schwache Aktivität des CNR1-Gens auf, aber es wurden auch Menschen mit Autismus untersucht, bei denen dieses Gen völlig intakt war. Demnach sollte die Neurobiologie keinesfalls überschätzt werden. „Entscheidender als Gene, die nur Rahmenbedingungen (Dispositionen) setzen, sind für die Entwicklung eines Menschen (dazu zählen auch Verhaltensauffälligkeiten) Erfahrungen, die er im Laufe seines Lebens macht. Es geht dabei um Lern- und Entwicklungsprozesse [...]“ (Theunissen 2010, 35f.). In einem Punkt ist sich aber die Neurobiologie mit den anderen Wissenschaften, die sich mit dem Phänomen „Autismus“ beschäftigen (z.B. Psychologie oder Pädagogik), einig. Ein Mensch muss sich in jeder seiner Lebensphasen emotional sicher fühlen und die Gelegenheit haben seine Grundbedürfnisse befriedigen zu können, um sich entsprechend seiner Lebensabschnittsaufgaben entwickeln zu können (vgl. Theunissen 2010, 35ff.).

Dazu ein Beispiel des Bewohners XY:

Ausbrüche zeigen sich bei Bewohner XY vor allem nach Elternbesuchen. Sie äußern sich durch massives Kopfschlagen, Haare rausziehen, auf den Zeigefinger beißen, hüpfen und springen. Dabei sagt er oft Dinge wie „rot“, „Scheißkerl“ oder „will nicht mehr leben“. Er zerstört alles, was erreichbar ist und

---

zerbrechen kann (Porzellan, Elektronikgeräte, etc.). Zudem zeigt er starke Weglauftendenzen.

Traumatische Erlebnisse werden im sogenannten limbischen System (Amygdala) abgespeichert und können durch Schlüsselsituationen wieder hervorgerufen werden. Die Amygdala signalisiert dann eine Bedrohung (negative Konsequenz) und löst ein „Abwehr- und Vermeidungssystem“ aus (vgl. Theunissen 2010, 38). Der Körper schüttet dann sehr viele Stresshormone (z.B. Adrenalin) aus und es kommt zu einem erhöhten Cortisolspiegel. Damit geht eine „Abschaltung der mit der Amygdala verknüpften Hirnregionen“ einher, die zu Denkblockaden führt (vgl. Theunissen 2010, 38). Die betroffene Person reagiert mit Angst oder Panik und verfällt in problematische Verhaltensweisen, um die Umstände der Situation so schnell wie möglich zu verändern. Dieses Vermeidungssystem kann nicht von dem Betroffenen selbst „abgestellt“ werden. Sie verhalten sich nicht absichtlich herausfordernd. Das Verhalten ist also nicht nur von außen beeinflusst. Es ist deshalb sinnvoll, auch die Erkenntnisse der Neurobiologie in gewisser Weise in das Unterstützerprogramm miteinzubeziehen. „Hierzu müssen neuronale Strukturen und Prozesse, individuelle Einstellungen und Ziele, Stärken, Interessen u.Ä. genauso beachtet werden wie Kontextbedingungen (v.a. Beziehungen und freundliche Umgebungen), die für ein erfolgreiches Lernen (Verhaltensänderung) förderlich sind“ (Theunissen 2010, 40f.).

In diesem Zusammenhang nennt Theunissen (2010) *die Systemökologischen Erkenntnisse und Überlegungen*. Die Lebenswelten eines Menschen (Kindergarten, Schule, etc.), in denen jegliche Erfahrungen gemacht werden, spielen eine große Rolle. Die Positive Verhaltensunterstützung sieht Verhaltensauffälligkeiten als Grund für ein gestörtes Verhältnis zwischen einer Person und ihrer Umwelt. Um Unterstützungsmaßnahmen durchführen zu können, müssen gegebenenfalls die Lebenswelten der Person mit auffälligem Verhalten verändert und anders gestaltet werden. Dabei müssen alle relevanten Bezugspersonen (Unterstützerkreis) hinzugezogen werden, die gemeinsam neue und alternative Handlungsmuster ausarbeiten, um die auffälligen Verhaltensweisen abzuwenden (vgl. ebd., 41ff.).

Zum Schluss hat sich auch die Positive Verhaltensunterstützung dem Leitprinzip der *Inklusion* verschrieben. „Inklusion bedeutet gesellschaftliche Nicht-Aussonderung und unmittelbare Zugehörigkeit“ (Theunissen 2010, 43f.). Um sich

---

in allen Bereichen des Lebens entsprechend entwickeln zu können, muss der Mensch auch zwischenmenschliche Beziehungen führen und mit anderen in Interaktion treten können. Dabei werden besonders die Kommunikationsfähigkeit und das Sozialverhalten ausgeprägt. Menschen mit Behinderung wird dieser Zugang oftmals verwehrt, da sie „anders“ sind und „normale“ Menschen nicht wissen, wie sie mit dieser Andersartigkeit umgehen sollen. Daraus entwickelt sich eine negativ belastete Stigmatisierung, die mit einer Ausgrenzung einhergeht. Im Prinzip ist der Begriff „normale Menschen“ auch eine Kategorisierung, wobei dieser ebenfalls ungenau ist, da kein Mensch dem anderen gleicht. Dieser Begriff ist aber im Gegensatz dazu in der Gesellschaft nicht negativ belastet. Die Positive Verhaltensunterstützung fordert deshalb „inklusive Unterstützungsmaßnahmen“ von Geburt an, um die betroffene Person und ihre Umwelt an die Situation zu gewöhnen und eine Stigmatisierung (Ausgrenzung) von Anfang an zu eliminieren (vgl. Theunissen 2010, 44).

Aus diesen Leitprinzipien lässt sich herausstellen, dass

- herausfordernde Verhaltensweisen erlernt sind
- herausfordernde Verhaltensweisen kontextbezogen sind
- herausfordernde Verhaltensweisen einem persönlichen Zweck dienen
- effektive Programme ganzheitlich angelegt sein müssen
- effektive Programme eine gute Zusammenarbeit verlangen
- effektive Programme auf einer funktionalen Betrachtungsweise von herausfordernden Verhaltensweisen basieren (vgl. Theunissen 2010, 45ff.).

Auf diesem Hintergrund kann nun eine strukturierte Ausarbeitung für ein Unterstützerprogramm im Sinne der Positiven Verhaltensunterstützung erfolgen.

Bevor Betreuer und Eltern sich Gedanken über einen speziellen Plan zur Positiven Verhaltensunterstützung und damit zusammenhängende Maßnahmen macht, sollten sie sich zunächst überlegen, welchen Grund das herausfordernde Verhalten für die Person, die es aufweist, hat (*Zweck des Verhaltens*). Der Hintergrund des Plans muss also beschrieben werden und eine klare Festlegung getroffen werden, auf welche Verhaltensweisen dieser Plan reagieren soll. Dabei sollte nicht immer nur nach tiefgreifenden und womöglich unergründbaren psychischen Problemen (wie z.B. ein Trauma aus der Kindheit) gesucht werden.

---

Stattdessen können es auch naheliegende alltägliche Herausforderungen sein, die für den Betroffenen eine problematische und unüberwindbare Situation darstellen, worauf sie mit auffälligem Verhalten reagieren, weil sie keinen anderen Ausweg wissen bzw. erlernt haben. Im Zweifelsfall sollten alle mögliche Auslöser und Anzeichen des Verhaltens in Betracht gezogen werden.

Aus diesem Grund sollte eine Positive Verhaltensunterstützung immer mit einem sogenannten *Funktionalen Assessment* beginnen. Diese Methode eignet sich, um einen ersten Überblick über die Person an sich und über ihre herausfordernden Verhaltensweisen zu erhalten. Es müssen alle Personen aus dem sozialen Umfeld des Betroffenen (Familie, Betreuer, Nachbarn, etc.) sowie alle Personen, die in irgendeiner Weise im Zusammenhang mit der Situation stehen, in der das Problemverhalten auftritt, konsultiert werden (*Unterstützerkreis*). Das kann sich eventuell als schwierig gestalten oder nicht umzusetzen sein, wenn es einen sehr großen Unterstützerkreis gibt. Zumindest die Schlüsselpersonen sollten gemeinsam geeignete Arbeitsschritte festlegen und Absprachen treffen, um das Unterstützerprogramm möglichst einheitlich und effektiv durchführen zu können (vgl. Theunissen 2010, 59f.).

Unterschieden wird im Funktionalen Assessment zwischen *allgemeinen Informationen* (indirektes Assessment) und *speziellen Informationen* (direktes Assessment). Die allgemeinen Informationen beschäftigen sich mit allen Fakten, die unmittelbar und aktuell mit der betroffenen Person zusammenhängen (z.B. Fähigkeiten oder Gesundheitszustand). Der Fokus der speziellen Informationen liegt dagegen auf den Fakten, die direkt mit dem Problemverhalten einhergehen. Dabei muss herausgestellt werden, was vor, während und nach dem auffälligen Verhalten passiert ist (vgl. Theunissen 2010, 59ff.) sowie Ort, Zeit, beteiligte Personen, Aktivitäten, Emotionen, Erwartungen und soziale Normen in den Blickwinkel hineingezogen werden.

Durch Brainstorming und Diskussion im Team, Gespräche mit Schlüsselpersonen, Auswertung von Aufzeichnungen, Durchführung von Untersuchungen oder Tests sowie Beobachtungen des alltäglichen Geschehens können diese Informationen gewonnen werden. Hilfreich kann dabei auch die Betrachtung von Situationen sein, in denen der Betroffene keine aggressiven Verhaltensweisen zeigt, um aus dem Vergleich Schlüsse ziehen zu können. Notwendig ist hierbei die Zusammenarbeit zwischen den Personen, die zur



---

Auflösung des herausfordernden Verhaltens beitragen können und im Leben des Betroffenen eine zentrale Rolle spielen (Betreuer, Eltern, Nachbarn, usw.). Anschließend müssen die Informationen ausgewertet werden.

Bereits nach diesem ersten Schritt können sich Erklärungen für das auffällige Verhalten ergeben, die die Basis für ein Unterstützerprogramm bilden können. Es kann aber auch sinnvoll sein, sich weitere Informationen über die Biografie der Person zu verschaffen.

Ist die Situation weiterhin unklar, müssen aus den ausgewerteten Informationen *Arbeitshypothesen* entwickelt werden. Diese setzen sich aus *spezifischen* und *globalen Annahmen* zusammen. Die spezifischen Annahmen beinhalten, wie die speziellen Informationen, alle Fakten, die direkt mit der Problemsituation zu tun haben. Die globalen Annahmen nehmen, wie die indirekten Informationen, die Person als Ganzes mit ihrer Biografie, ihren Vorlieben, ihren Stärken und Schwächen, usw. in den Blick (vgl. Theunissen 2010, 71ff.). Somit erhält man einen großen und vielschichtigen Überblick über die Gesamtsituation und mit ihrer Hilfe können Theorien aufgestellt werden, die eine denkbare Begründung für das auffällige Verhalten bieten sollen.

Um ein effektives und erfolgversprechendes Unterstützerprogramm anbieten und umsetzen zu können, bedarf es vielschichtiger und komplexer Maßnahmen, die nicht allein auf das Problem an sich und dessen Modifikation angelegt sind. Hierzu wieder ein Beispiel von Bewohner XY:

Der Bewohner XY ist zwanghaft auf Süßigkeiten fixiert, d.h. er versucht bei jeder Gelegenheit an Süßigkeiten heran zukommen und würde auch vieles dafür tun. Auf Arbeiten und Aktivitäten lässt er sich meist nur ein, wenn für ihn am Ende eine Belohnung in Form von Süßigkeiten dabei herauspringt. Ab und zu lässt er sich auch auf etwas anderes ein (wie z.B. einen Becher Fanta oder Obst), aber oft fordert er die Süßigkeiten ein und macht dies verbal und körperlich (Schubsen, Ziehen, Wegdrängen) sehr deutlich. Außerdem hat jeder Bewohner seine eigene Süßigkeiten-Box, in der die Sachen sicher im Mitarbeiterraum aufbewahrt werden. Für diese Box wird jede Woche beim Gruppeneinkauf etwas eingekauft. Deshalb gab es die Überlegung den Bewohner XY in diesen Süßigkeiten-Einkauf mit einzubinden. Somit können dem Bewohner auf der einen Seite Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten geboten werden. Auf der anderen Seite können wir ihn aus seiner Einsamkeit und den depressiven

---

Verhaltensweisen herausholen und ihn ein Stück weit wieder in die Gemeinschaft, sowohl innerhalb als auch außerhalb des Hofes, integrieren.

Ein Unterstützerprogramm der Positiven Verhaltensunterstützung soll nicht nur versuchen, die auffälligen Verhaltensweisen zu verändern oder zu eliminieren, sondern immer auch zur Persönlichkeitsentfaltung des Betroffenen und zu mehr Lebensqualität beitragen. Zur Verwirklichung sind daher meistens mehrere Strategien notwendig. Diese sollten Schritt für Schritt aufgelistet werden, um sie später nachvollziehen zu können.

Wie bereits erwähnt ist auffälliges Verhalten Ursache eines gestörten Verhältnisses zwischen einer Person und ihrer Umwelt. Deshalb kann es sinnvoll sein eine *Veränderung von Kontextfaktoren* vorzunehmen (vgl. Theunissen 2010, 79ff.; Heinrich 2006, 183 in: Kaminski & Frese (Red.) 2006). Wenn bereits bekannt ist, dass bestimmte Situationen Auslöser für problematisches Verhalten sein können, sollten diese im Vorfeld verändert oder vermieden werden (Prävention). Eine Kontextveränderung kann aber auch hilfreich sein, wenn sich schon auffällige Verhaltensweisen entwickelt haben. So kann es für den Betroffenen eine Erleichterung bedeuten, wenn er lediglich vom Tischdienst befreit wird, weil sich diese Aufgabe als eine zu große Herausforderung für ihn dargestellt hat (Deeskalation). Diese Strategie ist in den meisten Fällen sehr leicht und sehr schnell umsetzbar, was zu schnellen positiven Ergebnissen führen kann.

Außerdem kann das *Verhaltens- und Handlungsrepertoire* erweitert werden (vgl. Theunissen 2010, 85ff.; Heinrich 2006, 183 in: Kaminski & Frese (Red.) 2006). Diese sogenannten Coping-Strategien sollen der betroffenen Person mit auffälligem Verhalten neue und alternative Verhaltensweisen anbieten, um der Wiederholung des Problemverhaltens vorzubeugen. Der Betroffene wird somit befähigt flexibler in kritischen Situationen handeln zu können, um sein Leben und ein Zusammenleben mit ihm positiver gestalten zu können.

In diesem Zusammenhang muss darauf geachtet werden, dass erwünschte Verhaltensweisen immer und direkt positiv verstärkt werden (z.B. durch Lob oder Belohnung), damit sie wiederholt und beibehalten werden (Sanktion). Theunissen (2010) nennt dies *Veränderung der Konsequenzen*. Traditionelle Methoden der Verhaltenstherapie waren schlichtweg auf die Reaktion auf herausforderndes Verhalten angelegt, wobei diese immer einen negativen Charakter (z.B.

---

Bestrafung oder Tadel) enthielten. Aus Erfahrung lässt sich nun sagen, dass diese Methoden wenig oder nur kurzfristig effektiv waren und nicht zur Auflösung des Problems beigetragen haben. Die einzige Ausnahme ist die „Notfallintervention“, die dann zum Tragen kommt, wenn das Problemverhalten einer Person (Auto-, Fremd- oder Sachaggressionen) diese oder Andere gefährden könnte (vgl. ebd., 93). Methoden sind hierbei das Festhalten (Blocking), das Umdirigieren (Re-direction), die Techniken des Weg-Brechens (Break-away techniques) und Fixierungstechniken (Restraint Techniques). Sie sollten nur im äußersten Notfall angewendet werden. Die letzten beiden Techniken müssen erlernt werden. Die Fixierung ist moralisch und ethisch sehr verwerflich und zählt mitunter zu den aversiven (strafenden) und verbotenen Methoden (vgl. Matthews & Saunders 2008, 7). Um solche Interventionsmaßnahmen so gering wie möglich zu halten, ist es notwendig, den Betroffenen als Person wertzuschätzen und ihm ein selbstbestimmtes, autonomes Leben zu ermöglichen, so dass sich seine Lebensqualität verbessern kann und er sich nach seinen individuellen Wünschen entfalten kann (vgl. Theunissen 2010, 92ff.; Heinrich 2006, 183 in: Kaminski & Frese (Red.) 2006).

Die *Persönlichkeits- und lebensstilunterstützenden Maßnahmen* bieten Raum für die Bedürfnisse und Interessen der Person. Sie ermöglichen eine Fähigkeiten- und stärkenorientierte Förderung und Entwicklung in dem Maße und der Geschwindigkeit, die der Mensch mit herausfordernden Verhaltensweisen vorgibt (vgl. Theunissen 2010, 105ff.; Heinrich 2006, 183 in: Kaminski & Frese (Red.) 2006).

Die fünfte und letzte Maßnahme in einem Unterstützerprogramm kann das *Krisenmanagement* sein. Dies kommt allerdings nur zum Tragen, wenn sich aufgrund einer Verhaltensauffälligkeit eine Krise entwickelt oder das auffällige Verhalten krisenhaft ist. „Psychosoziale Krisen von Menschen mit geistiger Behinderung stellen eine zeitlich begrenzte, oft schwer erkennbare und die betroffene Person stark belastende Lebensproblematik dar, ausgelöst durch eine Störung in der Person-Umwelt-Beziehung“ (Theunissen 2003, 4). Der Unterschied von einer Krise zu herausforderndem Verhalten ist, dass Krisen zeitlich begrenzt sind und wieder vorübergehen. Dennoch sind sie für alle Beteiligten eine Belastung und es bedarf präventiver Strategien, eines Krisenplans, akuter Interventionen, einer kurzfristigen Nachbegleitung und einer langfristigen Nachsorge (vgl. Theunissen 2010, 113ff.).

---

Ein derart komplexes Unterstützerprogramm muss in den meisten Fällen langfristig und dauerhaft angelegt sein und benötigt viel Zeit und Geduld. Besonders wenn das herausfordernde Verhalten eine tiefliegende Ursache hat und sich bei der betroffenen Person bereits festgefahren hat. Kurzfristige Erfolge sind meist nicht von langer Dauer und mit einem Rückfall in alte Verhaltensweisen muss immer gerechnet werden. Aus diesem Grund sollten die Personen, die die Positive Verhaltensunterstützung durchführen (wie Betreuer oder Eltern), die Entwicklung jeden Tag (z.B. mithilfe von Beobachtungsbögen) dokumentieren. Eine einheitliche Aufzeichnungsart sollte vorher festgelegt werden. Anhand dieser Notizen können Erfolge bzw. Misserfolge kontrolliert werden und der Unterstützerkreis kann somit die Arbeit *auswerten* und *evaluieren*, um die *Effektivität* zu *überprüfen* (vgl. Theunissen 2010, 119ff.). Es gilt zu reflektieren, ob die Person mit den auffälligen Verhaltensweisen ihre neu erlernten, alternativen Handlungsmuster in Konfliktsituationen einsetzt und auf alte Verhaltensweisen verzichtet. Folgerichtig kann eine Steigerung der Selbstverwirklichung/-entfaltung und eine Verbesserung der Lebensqualität festgestellt oder ausgeschlossen werden. Eine Bewertung erfolgt dabei aus der Sicht des Betroffenen bzw. durch dessen Beobachtung und aus Sicht derjenigen, die das Problemverhalten umlenken wollten.

Der Verlauf und die Ergebnisse haben deutlich gezeigt, dass dieses Projekt eine positive Auswirkung auf den Bewohner XY hatte. Bereits die erste Fahrt, die stattgefunden hat, war ein voller Erfolg, da der Bewohner sich aus seiner Einsamkeit und von den depressiven Verhaltensweisen löste. Er tritt jetzt mehr in Kontakt mit Bezugspersonen und dies auch über einen längeren Zeitraum ohne Formen von Aggressionen zu zeigen. Seine gesamte Mimik und Gestik drückt Freude und Harmonie aus. Auch die Tatsache, dass der Bewohner seine Arbeiten ohne Probleme erledigen und auch wieder an anderen Aktivitäten wie z.B. dem Turnen, teilnehmen kann, ist als sehr positiv zu bewerten. Außerdem sank seine Weglauftendenz gen Null. Er kann sich nun auch mal alleine im Gruppenraum aufhalten und im Haus frei bewegen. Der Bewohner nimmt jetzt regelmäßig an den Mahlzeiten teil. Sein Essverhalten hat sich stark verbessert und beschränkt sich nicht nur auf Nudelsuppe oder Eintopf. Zudem muss er nicht mehr vor und nach jeder Arbeit oder Aktivität die Toilette aufsuchen. Er geht selbständig und auch erst dann, wenn er den Drang danach verspürt. Da er nun auch so gut wie gar keine Sachaggressionen mehr zeigt, konnte mit seiner Hilfe

---

sein Zimmer neu gestaltet und eine für ihn wohnlichere Atmosphäre geschaffen werden.

„Menschen mit Autismus sind erziehbar, sie können lernen, Fertigkeiten zu erwerben. Ihr herausforderndes Verhalten kann geändert werden. Sie können lernen, mit unerwarteten sozialen Situationen umzugehen, in richtiger Weise darauf zu reagieren“ (Matthews & Saunders 2008, 12).

Sind die Ergebnisse (auch auf lange Sicht) nicht für jeden Beteiligten zufriedenstellend, muss das Unterstützerprogramm eventuell überarbeitet bzw. neu ausgearbeitet werden (*Modifikation des Programms*). Es kann sein, dass der/die vermuteten Grund/Gründe für das auffällige Verhalten nicht richtig waren. Sie müssen überdacht und neu erstellt werden, um den Kernpunkt des Verhaltens zu erforschen. Es besteht auch die Möglichkeit, dass sich der Kernpunkt des Problems verschoben hat oder in der Zwischenzeit neue Ursachen hinzugekommen sind. In diesem Fall bedarf es einer *Programmerweiterung* (vgl. Theunissen 2010, 122).

Auch eine Zusammenarbeit mit verschiedenen Spezialisten (z.B. Ärzten oder Psychologen) ist in einem Unterstützerprogramm nicht auszuschließen. Das Unterstützerprogramm kann auch in bestehende Förderpläne, die bereits von der Einrichtung für die Bewohner ausgearbeitet wurden, integriert werden und sollte diesen in keiner Weise widersprechen (vgl. Theunissen 2010, 60).

---

## 7 Die vollstationäre Wohneinrichtung

„Wohnen ist ein Ort, an dem sich der Mensch ‚zu Hause, heimisch und zugehörig fühlen möchte, der Sicherheit, Schutz, Beständigkeit, Vertrautheit, Wärme und Geborgenheit vermitteln soll und der soziale Kommunikationen, Zusammenleben, Wohlbefinden, Selbstbestimmung, Selbstverwirklichung, Lebenszufriedenheit und Lebensglück ermöglichen kann‘ (Andritzky-Selle 1987, 106, zit. nach Theunissen 2006, 59). Diese Momente gelten uneingeschränkt für alle Menschen mit oder ohne Behinderung“ (Theunissen 2006, 59).

Mit der Entstehung des Weidenhofes 1983 und anschließend weiteren Einrichtungen für Menschen mit ASS wurde ein großer Schritt in Richtung Deinstitutionalisierung gemacht (vgl. Schirmer 2008, 59 in: Müller-Teusler (Hrsg.) 2008; Kaminski 2008, 17).

Für Menschen mit frühkindlichem Autismus und einer geistigen Behinderung könnte aufgrund ihres erhöhten Bedarfs an Betreuung und Unterstützung solch eine vollstationäre Wohneinrichtung, in der sie leben und arbeiten können, ein optimales Wohnumfeld sein. „Auch im fortgeschrittenen Alter sind ca. 60-75% der Menschen auf ständige Hilfe und Versorgung angewiesen“ (Tischmann 1997, 69). Empfehlenswert sind gemeindeintegrierte, differenzierte Einrichtungen in einer ländlichen Umgebung. Sie bieten eine familienähnliche Atmosphäre. Die Wahrscheinlichkeit auf bekannte Gesichter zu stoßen ist viel höher als in Großstädten sowie die Möglichkeiten der Integration in die Gemeinschaft (besonders in die Nachbarschaft). Das gibt Sicherheit und je nachdem können soziale Kontakte geknüpft werden.

In der Regel ist in einer vollstationären Einrichtung ein breites Spektrum an Berufen vertreten. Kaminski und Gustke (2004) nennen dazu Psychologen, Sozialpädagogen, Sonderpädagogen sowie Heilpädagogen, Heilerzieher, Ergotherapeuten und Handwerker mit heilpädagogischer Zusatzqualifikation (vgl. ebd., 7). Hinzu kommen Aushilfskräfte, Putzkräfte und Nachtwachen, denn eine Betreuung muss rund um die Uhr erfolgen. In jedem Fall sollten die Betreuer über eine geeignete Qualifikation verfügen und weitreichende fachliche Kenntnis über die Störungsbilder besitzen.

---

Vollstationäre Einrichtungen sollten in kleinen Gruppen arbeiten. „[...] Eine überschaubare Gruppe vermittelt ein gewisses Maß an Verhaltenssicherheit, verringert die Reizmenge und erleichtert die Orientierung“ (Tischmann 1997, 109). Es werden Gruppen mit sechs Bewohnern empfohlen (vgl. Kaminski & Gustke 2004, 8). Somit kann eine individuelle, am Autismus und der Person orientierte Arbeit gewährleistet werden. Außerdem sollte die Einrichtung möglichst strukturiert und reizarm konzipiert sein. Es muss klar abgegrenzt sein, in welchem Teil der Einrichtung gearbeitet wird, wo gemeinsam gelebt wird und wo der Bewohner sich privat zurückziehen kann. Einer Reizüberflutung kann somit vorgebeugt werden. Im Prinzip sollte eine vollstationäre Einrichtung genauso wie jedes andere Haus aufgebaut sein. Jeder Bewohner sollte sein eigenes Zimmer haben und je nach Möglichkeit auch selber mitgestalten können. Ein eigener Sanitärbereich sollte - aus hygienischen Gründen und zur Achtung der Privatsphäre - jedem Zimmer angeschlossen sein. Des Weiteren sollte für jede Gruppe ein Gemeinschaftsraum vorhanden sein, in dem bspw. zusammen gegessen, gespielt oder ferngesehen werden kann. Zur Nahrungszubereitung ist eine Küche zweckdienlich. Wäschezimmer und Haushaltsraum sind ebenfalls notwendig. Zudem sollten ein Entspannungsraum (z.B. Snoezelraum), ein Mitarbeiterzimmer und ein Büro zur Verfügung stehen. Für bestimmte Arbeitsbereiche sollten ebenfalls Räume vorhanden sein (bspw. Schreinerei, Fahrradwerkstatt, Töpferei, Kreativraum) (vgl. Kaminski & Gustke 2004, 8). Ausreichend Platz ist daher notwendig. „Bei der baulichen Planung müssen entsprechende Kriterien für die Betreuung im höheren Lebensalter bereits berücksichtigt werden“ (Kaminski & Gustke 2004, 8).

Die Arbeits- und Aktivitätsangebote sollten sich an den individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen der Bewohner orientieren. Zudem sollten sie altersgerecht sein (vgl. Kaminski & Gustke 2004, 7). Es können bspw. alltägliche Aufgaben, die in einem Haushalt anfallen, verrichtet werden (Wäsche bügeln, Zimmerputz, Gartenarbeit, etc.) oder Arbeiten z.B. in Schreinerei oder Töpferei durchgeführt werden. Aktivitäten können z.B. Zoobesuche, Kegeln, Schwimmbad- oder Restaurantbesuche sein. Von einigen Trägern werden auch regelmäßig Partys für Menschen mit und ohne Behinderung angeboten. Die Individualität und Interessen des Einzelnen sollten dabei immer im Vordergrund stehen. Somit kann den Bewohnern ein gut strukturierter Tagesablauf geboten werden, den sie selber mitgestalten können und der auf ihre individuellen Fähigkeiten und

---

Bedürfnisse abgestimmt ist. Hinzu kommen Therapie und Förderung, die Bestandteil jeder Konzeption sein müssen, um dem Bewohner (auch im Erwachsenenalter) Entwicklungsmöglichkeiten bieten zu können (vgl. Kaminski & Gustke 2004, 6). Eine Wohn- oder Werkstatt für Menschen mit geistiger Behinderung kann diese spezialisierte Betreuung meist nicht bieten (vgl. Sebastian-Strube 2008, 77 in: Müller-Teusler (Hrsg.) 2008).

Der regelmäßige Kontakt zu den Eltern ist zum einen für die Bewohner sehr bedeutsam, da sie meistens eine sehr enge Bindung zu ihren Eltern haben. Zum anderen können die Betreuer etwas über Biografie, Interessen, Angewohnheiten, etc. der Bewohner erfahren. Außerdem müssen sie bzw. die gesetzlichen Betreuer (die im Allgemeinen die Eltern sind) in alle wichtigen Entscheidungsprozesse (z.B. bei einer Positiven Verhaltensunterstützung) miteinbezogen werden.

Als Beispiel für eine derartige Einrichtung möchte ich den DRK-Autismushof in Ochtrup vorstellen, in dem ich meine Praxisphase absolviert habe:

Der DRK-Autismushof ist eine überregionale vollstationäre Spezialeinrichtung des DRK-Kreisverbandes Steinfurt e.V. Seit dem Jahr 1997 bietet er Platz für 14 schwerbehinderte Erwachsene, die von frühkindlichem Autismus (Kanner-Syndrom) betroffen sind. Sie werden von einem interdisziplinären Team aus Sozialpädagogen, Heilpädagogen, Heilerziehungspfleger, Erziehern, Krankenschwestern sowie Ergotherapeuten, Arbeitspädagogen und Handwerkern (mit Doppelqualifikation) betreut und begleitet. Der Autismushof ist ein Ort, in dem die Bewohner leben, wohnen und arbeiten können. Dort können sie am Leben in der Gemeinschaft teilhaben und sich in eine soziale Struktur eingliedern. Durch eine spezielle auf die Störung abgestimmte Förderung und Betreuung werden Sicherheit, Kontrolle und somit auch Weiterentwicklungsmöglichkeiten geboten. Ein am Normalitätsprinzip orientiertes Tagesgeschehen wird durch Betreuungsangebote sowie entsprechende Maßnahmen zur Förderung lebenspraktischer Fähigkeiten und Kompetenzen gekennzeichnet. Hierzu gehören insbesondere die Wahrnehmung von sozialen Kontakten sowie die Teilnahme am kulturellen Leben in der Gemeinschaft und Gesellschaft. Zu dem Hof, der in U-Form auf einem 13.500 m<sup>2</sup> großen Grundstück gebaut ist, gehören auch eine kleine Töpferei, eine Schreinerei, eine Fahrradwerkstatt und ein großer Garten mit Hühnern, Gänsen, Schafen und



---

Kaninchen. Darüber hinaus sind ein Gemüse- und ein Obstgarten sowie ein Sinnespark angelegt worden. Die Versorgung der Tiere und die Pflege des Gartens gehören ebenfalls zu den Aufgaben der Bewohner und deren Betreuer. Die Arbeit und Beschäftigung ist auch für autistisch behinderte Menschen grundlegend und enorm wichtig. Der Sinn der Arbeit ist dabei klar und deutlich zu verstehen, denn sie hat einen Nutzen für den Bewohner selber, aber auch für alle anderen auf dem Hof. Mit Rücksicht auf die Störung und die individuellen Einschränkungen gibt es für jeden Bewohner ein Konzept, nachdem die Aufgaben zugeteilt sind. Somit bekommen sie eine geregelte Tagesstruktur, die Sicherheit und Förder- bzw. Entwicklungsmöglichkeiten bietet. Die Bewohner, die zu der Personengruppe der schwerstbehinderten erwachsenen Autisten gehören, sind, je nach Pflegebedarf, in zwei Gruppen á 7 Bewohner aufgeteilt. Jeder Bewohner besitzt ein eigenes Zimmer mit Nasszelle. Die Zimmer sind den individuellen Bedürfnissen der Bewohner angepasst, wobei sich ein Zimmer sehr wohnlich und ein anderes wiederum sehr reizarm gestalten kann. Jede Gruppe verfügt über einen eigenen Gruppenraum, in der die Mahlzeiten zusammen eingenommen werden, Spiele gespielt oder entspannt werden kann. Beide Gruppenräume sind mit einer Küche verbunden, in der die Mahlzeiten vorbereitet werden. Für die Arbeit mit den Bewohnern gibt es den gesamten Außenbereich, Arbeitsräume in der Remise sowie im Haupthaus ein Bügelzimmer und ein Kreativraum. Ein gemeinsames Wohnzimmer ermöglicht für die Bewohner gruppenübergreifende Fernsehangebote. Zur weiteren Entspannung steht ein Snoezelraum zur Verfügung. Für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gibt es einen Besprechungsraum sowie ein Büro. Neben den alltäglichen Aufgaben gibt es noch Förder- und Freizeitangebote für die Bewohner. Zu den Förderangeboten zählen das wöchentliche Reiten und Turnen. Freizeitangebote unterliegen ebenfalls den individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen der Bewohner. Zu kulturellen Angeboten gehören Fahrradtouren, Kinobesuche und Besuche in Zoos sowie Freizeitparks und das Freilichttheater. Weiterhin werden Schwimmbäder und Restaurants besucht. Auch die Zusammenarbeit und der Austausch mit den Eltern hat große Bedeutung für den Autismushof. Für sie besteht die Möglichkeit ihr Kind jederzeit nach Vereinbarung zu besuchen und auf Wunsch können Eltern auch mehrmals im Jahr ein Beratungsgespräch in Anspruch nehmen. Zusätzlich werden Elternnachmittage veranstaltet und regelmäßig finden Elternversammlungen statt. Zwei gewählte Elternvertreter sind

---

im wissenschaftlichen Beirat und als Vertreter ihrer Angehörigen und deren Interessen tätig.

Derart spezialisierte Einrichtungen sind in Deutschland immer noch sehr selten. Es leben „[...] ca. 70% aller Menschen mit Lernschwierigkeiten und mehrfacher Behinderung in Institutionen mit 40 oder mehr Plätzen (Großeinrichtungen)“ (Theunissen 2006, 63). Durch falsche Diagnosen im Kindesalter oder durch Platzmangel in spezialisierten Einrichtungen sind viele Menschen mit Autismus und geistiger Behinderung falsch untergebracht. Spezialisierte Einrichtungen sind aber immens wichtig. Vor allem, wenn sich Betroffene in anderen Einrichtungen nicht eingliedern und zurechtfinden können. Sie sind auf spezialisierte Einrichtungen angewiesen, die sie in dem Maße fördern und unterstützen, wie sie es benötigen und verdienen. Wie jeder Mensch es verdient.

Nach einer Befragung von Dalferth und Baumgartner (2008) wird deutlich, dass Menschen mit Kanner-Syndrom entweder noch Zuhause bei ihrer Familie leben oder in einer betreuten Wohngemeinschaft. Eine andere Möglichkeit scheint es nicht bzw. nur kaum zu geben. Allgemeingültige Daten liegen für Deutschland bislang nicht vor (vgl. ebd., 2f.).

## **7.1 Zur Lebenslage in einer vollstationären Wohneinrichtung**

In einer vollstationären Wohneinrichtung leben und arbeiten die Bewohner über eine große Zeitspanne in Begleitung eines konstanten, aber in sich wechselnden Teams von Mitarbeitern, unter den Richtlinien der Institution. Gleichzeitig soll jeder Bewohner autonom nach seinen individuellen Bedürfnissen und Interessen leben können. Die Wohneinrichtung ist das neue Zuhause mit neuen Bezugspersonen. Wie in der Ursprungsfamilie soll dieser Ort Geborgenheit geben, Raum für einen Rückzug bieten und ebenso Freiräume lassen. Deshalb sollte er sich nach den individuellen Wahrnehmungsbesonderheiten der Bewohner richten (vgl. Kaminski & Gustke 2004, 6).

Die Umsetzung dieser Anforderungen ist in einer Wohngemeinschaft nicht immer einfach. Es treffen unterschiedliche Charaktere aufeinander, die im Prinzip gezwungenermaßen miteinander leben und auskommen müssen. In den meisten Fällen können die Menschen sich nicht aussuchen, wo und mit wem sie leben wollen. Diese Entscheidung ist fremdbestimmt von den Eltern oder gesetzlichen

---

Betreuern. In dieser Zwangs- bzw. Zweckgemeinschaft sieht jeder seine eigenen Wünsche und Bedürfnisse an erster Stelle und will sie auch durchsetzen. Vergleichbar wie in einer Familie mit mehreren Kindern, in denen jedes Kind die Liebe und Aufmerksamkeit der Eltern erhalten möchte. Zudem können die Bewohner nicht immer gleichermaßen gut miteinander auskommen oder empfinden das Verhalten eines anderen womöglich als störend. Ein unbeschwertes Zusammenleben ist keinesfalls immer möglich. Solche Situationen können aber auch dazu genutzt werden, z.B. Sozialverhalten zu trainieren. Die Akzeptanz anderer Personen, Rücksicht auf sie zu nehmen und sich mit ihnen zu arrangieren sind Dinge, die jeder Mensch im Laufe seines Lebens lernen muss.

## **7.2 Herausforderndes Verhalten in einer vollstationären Wohneinrichtung**

In einer Wohneinrichtung, in der die Bewohner sowohl leben als auch arbeiten, kann es häufig zu Problemsituationen kommen, die auf herausforderndes Verhalten hinauslaufen können. Die Auslöser dafür können in der Einrichtung, bei den Betreuern oder bei den Bewohnern selbst liegen.

Die Bedingungen, die sich bei einem Zusammenleben ergeben, erschließen sich störungsbedingt nicht immer für Menschen mit Autismus und einer geistigen Behinderung. Sie können (evtl. unklare) Anforderungen nicht umsetzen und die (evtl. zu stark einengenden oder unnötigen) alltagsgebundenen Regeln nicht verstehen. Durch solche starren sozialen Grenzen, kann der Bewohner sein Selbstwertgefühl und sein Selbstbewusstsein verlieren. Er kann den Anforderungen nicht gerecht werden und erfährt durch das soziale System, durch die Betreuer, aber auch durch sich selbst negative Kritik sowie Ablehnung oder Abwertung (vgl. Matthews & Saunders 2008, 10).

Weitere Probleme können auftreten, wenn sich innerhalb der Einrichtung Änderungen vollziehen. Bedingt durch eine Personalfuktuation (Zu- und Abgang) kann es zu einem Wechsel der Bezugspersonen kommen, was zu Unverständnis und somit zu einem Vertrauensverlust führen kann. Ein Wandel in gewohnten Tagesabläufen oder der äußeren Rahmenbedingungen (z.B. Neugestaltung des Wohnbereichs) zieht Orientierungslosigkeit nach sich. Auch ungewohntes oder provokantes Verhalten der anderen Bewohner (z.B. Lärm, Aggressionen) kann

---

Verwirrung und Angst hervorrufen. Selbst ein Wetterumschwung oder schlechtes Wetter kann ein Grund für auffälliges Verhalten sein (vgl. Heinrich 2006, 187 in: Kaminski & Frese (Red.) 2006).

In diesem Zusammenhang tragen vor allem die Betreuer eine große Verantwortung mit sich. Generell ist zu sagen, dass besonders die Betreuer nicht der Auslöser für herausforderndes Verhalten sein bzw. dies nicht provozieren sollten. Dennoch ist es sehr schwierig die Balance zwischen den Bedürfnissen der zu betreuenden Personen und dem Reglement der Einrichtung zu halten. Es lässt sich nicht immer vermeiden, dass hier eine angespannte Atmosphäre entsteht oder es zu Missverständnissen kommt. Unstimmigkeiten unter den Betreuern oder die Unzufriedenheit/Anspannung eines Betreuers können sich auf die Bewohner übertragen. Ebenso können Angstgefühle oder Hilflosigkeit der Betreuer in bereits bestehenden Problemsituationen das herausfordernde Verhalten zusätzlich verstärken. Jeder Mensch kann mal einen schlechten Tag haben. Er sollte sich dies aber nicht anmerken lassen und auf keinen Fall an den Bewohnern auslassen. Haben sich die Betreuer im Team nicht miteinander abgestimmt und behandeln die Bewohner unterschiedlich oder ziehen verschiedene Konsequenzen zu unterschiedlichen Zeitpunkten, kann das von den Bewohnern nicht nachvollzogen werden. Bei dem einen Betreuer darf der Bewohner abends noch einen Film anschauen, bei dem anderen Betreuer muss der Bewohner sofort ins Bett gehen. Bei falschen oder misslungenen Absprachen verliert sich jegliche Struktur (vgl. Kaminski & Gustke 2004, 11).

Außerdem kann es passieren, dass ein Betreuer mehr Zugang oder Vorliebe für einen Bewohner hat und zu einem anderen gar nicht durchdringen kann. Der eine Bewohner erhält dann die gesamte Aufmerksamkeit, wobei der andere Bewohner zu wenig Zuwendung bekommt. Es entsteht Eifersucht. Dazu kann auch die körperliche Nähe gehören, denn jeder Mensch braucht manchmal ein paar „Streicheleinheiten“. Menschen, die in einer Wohneinrichtung leben, haben meist keine andere Möglichkeit als sich diese bei ihren Betreuern und Bezugspersonen zu holen. Sexuelle Bedürfnisse müssen sich die Bewohner oft selbst erfüllen oder können unter Umständen gar nicht befriedigt werden.

Die Gründe dafür, dass ein Bewohner in einer Wohneinrichtung herausforderndes Verhalten zeigt, können auch psychischer oder physischer Art sein. Häufige Ursachen sind Schmerzen, Unwohlbefinden, Reaktionen auf eine

---

Medikamentenumstellung, psychische und physische Anspannung oder Erkrankungen, zu wenig Schlaf, usw. (vgl. Matthews & Saunders 2008, 5).

Ein fehlender oder unregelmäßiger Kontakt zur Familie kann dem Bewohner sowohl Minderwertigkeit als auch ein Gefühl von Einsamkeit vermitteln. Es kann sich ebenfalls – wie in dem Beispiel von Bewohner XY – um psychische Verletzungen handeln, die durch ein Trauma (z.B. Gewalterfahrungen in der Herkunftsfamilie) ausgelöst wurden und in Schlüsselsituationen in der Einrichtung oder bei Besuchen wieder hervorgerufen werden.

Des Weiteren können die Symptome, die mit dem Autismus einhergehen, herausfordernde Verhaltensweisen verursachen – selbst in einer spezialisierten Einrichtung, die davon Kenntnis hat. Psychotisches Empfinden und Erleben, die gestörte Wahrnehmung, Zwänge, striktes Beharren auf Ritualen, Kommunikationsschwierigkeiten, Wünsche und Erwartungen sowie Ungeduld erschweren das Zusammenleben und -arbeiten in der Gemeinschaft und können bedrohliche Gefühle wie Angst und Panik auslösen.

---

## 8 Die Aufgabe der Sozialen Arbeit

Wie beschrieben sollte jede Spezialeinrichtung für Menschen mit Autismus und geistige Behinderung auch Sozialarbeiter beschäftigen. Für die Entwicklung eines Unterstützerprogramms im Sinne der Positiven Verhaltensunterstützung bei herausforderndem Verhalten in der Einrichtung sind besonders die Sozialarbeiter gefragt. Denn der Gegenstand der Sozialen Arbeit in der Behindertenhilfe sind soziale Probleme von Menschen mit Behinderung. Die Funktion der Sozialen Arbeit ist dabei die Herstellung von Inklusion (vgl. Röh 2009, 148). Diese Herstellung von Inklusion soll durch Förderung des Individuums erreicht werden. Förderung im Sinne von Verbesserung der Bedürfniskommunikation. Gleichzeitig will die Soziale Arbeit die Umwelt der Menschen mit Behinderung (Familie, Freunde, Nachbarschaft, etc.) beeinflussen, um den Abbau von Barrieren zu bewirken (vgl. Röh 2009, 148). Daraus lässt sich entnehmen, dass soziale Probleme durch den Einfluss des Individuums und durch den Einfluss der Umwelt entstehen. Soziale Arbeit setzt sich zum Teil aus Sozialarbeit und zum Teil aus Sozialpädagogik zusammen. Deshalb besteht ihr Ziel in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung aus der Verbesserung des Person-Umwelt-Verhältnisses und aus der Förderung der Lebensbewältigungskompetenz, auf Grundlage der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit. Es geht um die Entwicklung von Lebensperspektiven und der Förderung von Autonomie, Selbstbestimmung und (je nachdem) Selbständigkeit zur Verbesserung der Lebensqualität (vgl. Röh 2009, 26f.). „Unter Lebensqualität verstehen wir [...] gute Lebensbedingungen, die mit einem positiven subjektiven Wohlbefinden zusammengehen. In einer allgemeinen Definition ist die Lebensqualität von Individuen und Gruppen bestimmt durch die Konstellation ... der einzelnen Lebensbedingungen und der Komponenten des subjektiven Wohlbefindens“ (Glatzer & Zapf 1984, 23, zit. nach Röh 2009, 78). Sind diese Lebensbedingungen nicht gegeben (z.B. bei Menschen mit Behinderung), entstehen soziale Probleme. Soziale Probleme sind soziales Konstrukt. Das heißt, sie werden „[...] von gesellschaftlichen Prozessen verursacht und/oder haben Auswirkungen auf die gesellschaftliche Position der Individuen“ (Röh 2009, 150). Somit ist Behinderung als soziales Problem zu sehen, also, als soziales Konstrukt der Mehrheitsgesellschaft bzw. der öffentlichen Wahrnehmung. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit ist demnach, diese

---

individuellen und gesellschaftlichen Phänomene zu erkennen, zu verstehen und in ihnen handeln und sie bewältigen zu können. Sie orientiert sich am Subjekt und ist bemüht den Subjektstatus wiederherzustellen. Sie interveniert sowohl auf individueller als auch auf sozialer und gesellschaftlicher Ebene. Fast keine andere Profession ist dazu imstande (vgl. Röh 2009, 149). Das macht die Soziale Arbeit umso bedeutender und wertvoller für die Arbeit mit Menschen mit Behinderung (und herausfordernden Verhaltensweisen).

---

## 9 Anforderungen an Einrichtungen, Betreuer und Eltern

„Selbst in einer gut vorhersehbaren und strukturierten Umgebung können hin und wieder gefährliche Situationen entstehen, die uns unerwartet und unvorbereitet treffen“ (Matthews & Saunders 2008, 11). In diesem Fall sind vor allem der Sachverstand und der gesunde Menschenverstand von Einrichtung, Betreuern und Eltern gefragt.

Grundsätzlich sollten besonders Betreuer und Eltern immer aufmerksam im Umgang mit den zu betreuenden Personen sein, um deren vorhandene kommunikative Botschaften wahrnehmen und somit ihre Grundbedürfnisse erkennen und verstehen zu können. Zudem müssen sie ihnen – auch in schwierigen Situationen – Empathie und Geduld entgegenbringen. „Versuche nie, dich in einer Situation durchzusetzen, wo vorauszusehen ist, dass am Ende ein physischer Konflikt unvermeidbar wird: Keiner gewinnt, alle verlieren. Selbstachtung und Würde gehen verloren, und der Mensch mit Autismus, die Betreuer und alle Anwesenden erleben eine beängstigende Situation, die sich vermeiden ließe und in der ein aufgeklärterer und kreativerer Zugang positive Ergebnisse bringen kann“ (Matthews & Saunders 2008, 10). Die Bewohner sind davon abhängig, wie menschlich und wie belastbar ihre Mitmenschen sind.

Eine gute Kommunikation ist dabei von großer Bedeutung. Nur wenn sich die Bewohner artikulieren können (in welcher Weise auch immer), kann man sich gegenseitig ernst nehmen und Vertrauen aufbauen. Gleichzeitig müssen Betreuer und Eltern auf ihren Sprachgebrauch achten. Kurze und klare Anweisungen können eher von Menschen mit ASS und geistiger Behinderung aufgenommen und umgesetzt werden als langatmige Ansprachen. Dabei muss man sich immer vor Augen halten, dass der Mensch, mit dem man redet, erwachsen ist und auch so behandelt werden möchte. Eine Kleinkindsprache, in die viele Betreuer und Eltern automatisch beim Umgang mit beeinträchtigten Menschen verfallen, ist deshalb ebenfalls nicht angebracht.

Sind sich Einrichtung, Betreuer und Eltern einig, dass es sich bei der betroffenen Person um herausforderndes Verhalten handelt, müssen sie gemeinsam ein Konzept, im Sinne der Positiven Verhaltensunterstützung, entwickeln (s. Kapitel 6.1). Ausschlaggebend ist dabei, wie gut die Kenntnis über den Menschen mit frühkindlichem Autismus und geistiger Behinderung ist und wie dessen mögliche Reaktionen auf Unterstützungsmaßnahmen eingeschätzt werden können.



---

Nach Klärung dieser Fakten und der Entwicklung des Unterstützerprogramms, kann die Positive Verhaltensunterstützung durchgeführt werden. In der Umsetzung sollten alle Betreuer und die Eltern immer konsequent und verlässlich sein. Nur mit der Einhaltung getroffener Absprachen kann Erfolg erreicht werden.

Es gibt allgemeine Methoden, die in einer akuten Problemsituation immer angewendet werden können. Es ist aber auch möglich, dass das betreuende Team selber Methoden entwickelt, die gerade in diesem individuellen Fall hilfreich sein können. Wie im Beispiel des Bewohners XY sind wir (das betreuende Team) auf die persönlichen und aktuellen Bedürfnisse des Bewohners eingegangen. Zu diesem Zeitpunkt spielten Süßigkeiten für ihn eine ganz wichtige Rolle. Sie waren Ausdruck dafür, dass er etwas richtig gemacht hat und erwünschtes Verhalten gezeigt hat. Sie haben ihn positiv verstärkt und führten zu einer Wiederholung des Verhaltens. Ein Lob hätte für ihn keine Bedeutung gehabt. Mittlerweile hat sich das geändert und manchmal ist für ihn ein Lob Belohnung genug.

Allgemeine Methoden sollen unmittelbar zur Auflösung des auffälligen Verhaltens beitragen, ohne den Effekt von Bestrafung zu beinhalten. Durch Ablenken oder Umlenken des Verhaltens (Re-direction) wird der autistische und geistig behinderte Mensch zu einem Verhalten bewegt, das ihn von dem auffälligen Verhalten ablenkt (z.B. in einen Keks beißen, anstatt sich selber zu beißen). Damit der Betroffene sich oder andere nicht verletzen kann, wird er durch körperliches Abschirmen oder Festhalten (Blocking) daran gehindert. In jedem Fall sollten Betreuer/Eltern ruhig bleiben, direkten Blickkontakt vermeiden, sich nicht direkt vor den Betroffenen stellen (nur im 45°-Winkel) und nicht zu nah an ihn herantreten (mind. 1,2 m Abstand) bzw. Körperkontakt vermeiden. Außerdem sollte die Körperhaltung nicht aggressiv sein (z.B. die Arme nicht in die Hüften stemmen) (vgl. Matthews & Saunders 2008, 6f.).

Es kann bereits hilfreich sein, wenn der Betroffenen durch verbale oder körperliche Unterstützung (z.B. Gesten oder Heranführen) bei der Durchführung seiner Aufgaben begleitet wird. Das gibt ein Gefühl von Gemeinsamkeit (der Betroffene wird nicht alleine gelassen) und eine Überforderung kann vermieden werden.

Eine stets beruhigende und freundliche Tonlage sollte generell Priorität in der Arbeit mit Menschen mit einer Beeinträchtigung haben. Vor allem beim Loben ist

---

das die Voraussetzung dafür, dass der Betroffene verstanden hat, dass er etwas gut gemacht hat. Eine zusätzliche Belohnung ist nicht zwingend erforderlich, kann aber in bestimmten Fällen (wie im Beispiel von Bewohner XY) notwendig oder sinnvoll sein. Manchmal kann der Mensch mit Autismus und geistiger Behinderung nur so verstehen, dass sein Verhalten positiv war. Sie sollten individuell, altersgerecht und hoch motivierend sein, um die Wahrscheinlichkeit für eine Wiederholung des Verhaltens zu erhöhen. Für den einen ist, zum Beispiel, ein (alkoholfreies) Bier eine Belohnung (je nachdem, ob der Betroffene Medikamente nimmt oder nicht), für den anderen kann eine Tasse Kaffee verstärkend sein. „Es sollte so wenig wie möglich und so viel wie nötig Verstärkung stattfinden, um das Ziel der pädagogischen Verhaltensmodifikation zu erreichen“ (Schnotz 2009, 34). Sie sollte direkt im Zusammenhang mit dem erwünschten Verhalten erfolgen. „Wenn das erwünschte Verhalten auftritt, sollte anfangs kontinuierlich verstärkt werden. Im weiteren Verlauf des Lernprozesses sollte zu einer intermittierenden Verstärkung übergegangen werden, wobei die Häufigkeit der Verstärkung immer mehr abnimmt“ (ebd.).

In diesem Zusammenhang sollten die Ziele realistisch und umsetzbar sein für den Menschen mit auffälligem Verhalten. Ist er überfordert und scheitert an den Anforderungen der Betreuer oder Eltern, bedeutet das für ihn ein persönliches Versagen, das eine Abwertung bzw. eine Kränkung des Selbstwertgefühls hervorrufen kann. Der Betroffene verliert jegliches Vertrauen in sich selbst und wird vermutlich bei zukünftigen Aufgaben keinen Ansporn mehr haben, sie zufriedenstellend zu erledigen.

Deshalb kommt es gleichzeitig darauf an, wie Betreuer und Eltern ihre Erwartungen bzw. Anforderungen vermitteln. Insbesondere Menschen mit Autismus benötigen klare, überschaubare Regeln und Anweisungen, um sie verstehen und umsetzen zu können. Es kann dabei nützlich sein, auf visuelle Hilfsmittel zurückzugreifen. Durch eine einfache Bildfolge beispielsweise – die auch mit dem Betroffenen zusammen hergestellt werden kann – können bestimmte Tagesabläufe (wie die Morgenpflege oder eine Arbeitsabfolge) Schritt für Schritt dargestellt werden, um Verwirrung zu vermeiden. Je nach Lernstand kann diese Bildfolge sehr detailliert oder auch sehr grob sein.

Wird der Mensch mit Autismus und geistiger Behinderung dazu befähigt, Kommunikationsmittel (Signale, Zeichen, Gesten, etc.) zu benutzen, kann er

---

seine Bedürfnisse besser artikulieren, was zu einer größeren Zufriedenheit führen kann. Auch das Überlassen von Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten kann positive Resultate herbeiführen. „Je mehr jemand in die Entscheidungen über sein eigenes Leben einbezogen wird, desto weniger werden Probleme im Verhalten auftauchen“ (Matthews & Saunders 2008, 14).

Mit Methoden wie dem Snoezeln, Musik hören, Massagen, Tief atmen oder körperlichen Übungen und Sport, kann der Mensch mit auffälligem Verhalten dazu angeleitet werden, Stress, Ängste oder überschüssige Energien abzubauen und sich zu entspannen. Somit kann eine Problemsituation entschärft werden (vgl. Matthews & Saunders 2008, 14).

Die Techniken des Weg-Brechens (breakaway techniques) sowie Fixierungstechniken (Restraint techniques) müssen, wie gesagt, erlernt werden und sollten ausschließlich im äußersten Notfall angewendet werden. Nur wenn das herausfordernde Verhalten eine Gefahr für alle Beteiligten darstellt und nicht durch allgemeine oder individuelle Methoden abgewendet werden kann, sind solche Maßnahmen einzuleiten. Währenddessen muss alles versucht werden, um die Person mit dem auffälligen Verhalten zu beruhigen, um diese Techniken unnötig zu machen (vgl. Matthews & Saunders 2008, 11).

Gänzlich verbotene Methoden sind die körperliche Bestrafung (z.B. Schlagen), psychologische Strafen (z.B. Drohungen), sexuelles Ausnützen, Einsperren, Time-out-Räume, Entzug von bedeutsamen Gegenständen (z.B. Lieblingsspeisen, Spielzeug, o.Ä.) oder Aufmerksamkeit, unangemessene körperliche Beschränkung (Fixierung), Vernachlässigung, unangemessener Einsatz von Medikamenten, unangebrachte Bekleidung, Türen verschließen, Schlaf-Entzug, usw. (vgl. Matthews & Saunders 2008, 14f.).

Generell ist zu sagen, dass Betreuer nur „Gast im Leben der Bewohner“ sind (vgl. Müller-Teusler 2008, 23 ff.) und sich dementsprechend verhalten sollten. Sie sollten sich dort aber sicher fühlen, um diese Sicherheit auch auf den Bewohner übertragen zu können.

Zentrale Richtlinien der Positiven Verhaltensunterstützung sind die Achtung und Wahrung der Menschenrechte, das Recht zu wachsen und sich zu einzigartigen Individuen zu entwickeln, eine ganzheitliche Betreuung und Akzeptanz der Krankheit (statt sie zu unterdrücken), keine Anwendung von aversiven (verbotenen) Maßnahmen und die Reduzierung oder Eliminierung von

---

psychotropen (auf die Psyche wirkenden) Medikamenten (vgl. Matthews & Saunders 2008, 4).

---

## 10 Fazit

Abschließend ist festzuhalten, dass Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung und einer geistigen Behinderung lebenslang auf unterstützende Maßnahmen angewiesen sind. Die angeborene, unheilbare Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungsstörung des Gehirns erschwert die soziale Interaktion und somit ein gewöhnliches Zusammenleben. Die Ablösung von den Eltern hin zu einem eigenständigen Leben in einer selbstgewählten Umgebung, die sonst automatisch abläuft, muss von den Eltern initiiert werden. Eigenständigkeit und Selbstbestimmung sind dabei oft nicht möglich.

Die mit der Beeinträchtigung verbundenen Symptome (Kommunikationsschwierigkeiten, etc.) sowie physische Gründe (z.B. Schmerzen) können herausforderndes Verhalten auslösen. Ein strukturierter und organisierter Umgang mit diesem Verhalten ist daher notwendig. Vor allem die Positive Verhaltensunterstützung erforscht in diesem Zusammenhang die Ursache(n) für herausforderndes Verhalten, um diese dann eliminieren zu können. Die Positive Verhaltensunterstützung ist ein modernes, wissenschaftlich fundiertes Konzept, dass sich auf aktuelle Situationen individuell anpassen lässt.

Die Familie kann den Anforderungen einer solchen Beeinträchtigung und ihren Ausprägungen oft nicht gerecht werden. Außerdem ist die Tatsache, dass die Eltern die Unterstützung ihres Kindes irgendwann nicht mehr übernehmen können, nicht außer Acht zu lassen. Ein Umzug in eine angemessene Einrichtung lässt sich daher nicht vermeiden. Spezialisierte vollstationäre Wohneinrichtungen können die richtige Lösung bieten. Herausforderndes Verhalten kann natürlich auch in solchen Einrichtungen auftreten. Qualifiziertes Personal kann damit aber umgehen und hat mithilfe geeigneter Methoden die Möglichkeit herausforderndes Verhalten abzuwenden.

Die Einrichtung und die Betreuer sind deshalb besonders gefragt. Sie müssen stets wachsam und offen sein für jegliche Signale, die die Bewohner ihnen senden. Die Bewohner müssen jederzeit die Möglichkeit haben ihre Wünsche und Bedürfnisse, ihren Fähigkeiten entsprechend, mitteilen zu können und dabei auf Verständnis zu stoßen.

Es darf nicht vergessen werden, dass diese Arbeit einen Handlungsansatz bieten soll. Dieser muss immer individuell auf die Situation und vor allem auf die

---

betroffene Person angepasst werden. Bei Menschen mit ASS und geistiger Behinderung und deren individuellen Förderung (z.B. innerhalb einer Positiven Verhaltensunterstützung) ist eine Generalisierung nicht möglich. Einzige Ausnahme bietet die in Kapitel 2 genannte Beeinträchtigungstriade. Es besteht auch die Möglichkeit, dass von mir genannte Handlungsansätze und Methoden nicht zutreffen können. Daher ist immer die Kenntnis über den Betroffenen mitsamt seinen Interessen, Bedürfnissen, Vorlieben, etc. gefragt.

Das Konzept der Positiven Verhaltensunterstützung hat aber nicht nur seine Vorteile. Es gibt wie immer auch ein paar Kritikpunkte.

Die Positive Verhaltensunterstützung basiert allein auf Vermutungen und Beobachtungen, wenn sich die Betroffenen nicht äußern können, um ihre Zustimmung bzw. Ablehnung demonstrieren zu können. Nach Berghaus (2002) – und demnach nach Niklas Luhmann - sind solche Vermutungen und Beobachtungen subjektiv konstruiert. Das heißt, sie sind vom Beobachter erzeugt und somit auch immer von ihm beeinflusst. „Damit fügt jeder Beobachter seinem Beobachtungsgegenstand etwas hinzu, nämlich seine Unterscheidungskategorien, und nimmt etwas weg, nämlich das von ihm als unwichtig Ausgesonderte. Der Beobachter ist also immer drin in dem, was er beobachtet. [...] Das produziert unvermeidbar einen „blinden Fleck“ (ebd., 47). Durch eigene Norm- und Wertevorstellungen wird das Beobachtete immer persönlich bewertet und für den Beobachter unwichtige Informationen werden direkt ausgesondert. Es kann sich hierbei aber um Informationen handeln, die für den Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen wichtig sind und zur Auflösung oder Verminderung dieser Verhaltensweisen beitragen könnten. Deshalb sollten, wie bereits erwähnt, wenn nötig alle möglichen Ursachen für das herausfordernde Verhalten in Betracht gezogen werden.

In Großeinrichtungen ist die Positive Verhaltensunterstützung schwer umsetzbar. Vor allem Institutionen mit einer hohen Bewohneranzahl sind fruchtbarer Boden für herausforderndes Verhalten. Es bleibt wenig Zeit sich intensiv mit jedem einzelnen zu beschäftigen. Zudem besteht die Gefahr, dass sich andere Bewohner missachtet fühlen. Sie könnten die auffälligen Verhaltensweisen imitieren, weil darauf unmittelbar eine Reaktion, also Aufmerksamkeit, der Betreuer folgt. Es muss darauf geachtet werden, dass jeder Bewohner seine nötige Zuwendung bekommt. Darum liegen in dieser Arbeit besonders die

---

vollstationären Einrichtungen im Fokus. Sie sind notwendig, um Menschen mit frühkindlichem Autismus und geistiger Behinderung eine angemessene Lebenssituation bieten zu können. Sie sind generell für solch spezifische Krankheitsbilder notwendig, doch leider noch viel zu selten. Der Hauptgrund dafür ist wohl der finanzielle Aspekt. Es ist kostengünstiger eine Einrichtung zu bauen, in der viele Menschen untergebracht werden können als viele einzelne. Dennoch soll und darf dies nicht der Grund sein, den Menschen mit einer Beeinträchtigung ein angemessenes Leben vorzuenthalten. Sie haben, wie jeder andere Mensch auch, ein Recht auf eine menschenwürdige Behandlung.

Ein weiterer Kritikpunkt ist die Zusammenarbeit. Es muss sichergestellt werden, dass ausnahmslos alle Mitarbeiter und die Eltern für eine Positive Verhaltensunterstützung sind und diese auch umsetzen. Sie müssen sich an die abgesprochenen Methoden und Konsequenzen halten. Es muss gleichermaßen und kontinuierlich belohnt bzw. nicht belohnt werden. Sobald ein Mitarbeiter oder die Eltern sich nicht an die Absprachen halten, führt dies zu Verwirrung und kann die Effektivität der Positiven Verhaltensunterstützung beeinträchtigen oder die Situation sogar noch verschlimmern.

Ebenso kann ein zu großer Unterstützerkreis die Umsetzung der Positiven Verhaltensunterstützung erschweren. Termine zur Besprechung zu vereinbaren, an denen alle Beteiligten Zeit und die Möglichkeit haben zu erscheinen, ist in diesem Fall höchstwahrscheinlich unmöglich. Ebenso gemeinsame Absprachen zu treffen, mit denen alle übereinstimmen und die dann auch alle umsetzen (können). Aus diesem Grund sollte der Unterstützerkreis nur aus den unmittelbaren, an der Problemsituation beteiligten Bezugspersonen bestehen.

Des Weiteren gibt es in der Positiven Verhaltensunterstützung keine Handlungsebene, die explizit in der Gesellschaft liegt (s. Kapitel 5.1). Auf der personbezogenen Ebene soll herausforderndes Verhalten, dass z.B. in der Öffentlichkeit auftritt, angegangen werden. Die Person an sich soll betrachtet werden. Dass der Grund für das auffällige Verhalten ebenso gut in der Gesellschaft liegen könnte, wird dabei außer Acht gelassen. Es wird zu einem persönlichen Problem gemacht. In einer Zeit, in der von Inklusion gesprochen wird, wird die Verantwortung der Gesellschaft auf den Einzelnen übertragen. Von Inklusion kann in diesem Fall noch nicht die Rede sein.

---

Wie bereits beschrieben ist die Wirksamkeit der Positiven Verhaltensunterstützung nicht gesichert. Durch die Evaluation kann zwar die Effektivität jeder einzelnen Unterstützung überprüft werden, sie bietet jedoch keinerlei Gewissheit für die Effektivität von Unterstützungen bei anderen Personen. Im schlimmsten Fall kann die Situation stagnieren (still stehen) oder noch verschlimmert werden. Deshalb muss eine Positive Verhaltensunterstützung vorher genau durchdacht und ausgearbeitet werden, um den größtmöglichen Erfolg gewährleisten zu können. Eine Garantie wird es nie geben.

Der letzte Punkt ist, wie eingangs bereits beschrieben, der Schwerpunkt auf Kinder in der Forschung und Fachliteratur. In meiner Recherche für die vorliegende Arbeit habe ich fast ausschließlich Beiträge gefunden, die sich auf Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung beziehen. Es steht außer Frage, dass Diagnose und Klassifikation vorwiegend im Kindesalter stattfinden, dass sich Symptome in den ersten Lebensjahren abzeichnen und dass eine Differenzialdiagnose früh gestellt werden muss, um die Förderungs- und Entwicklungschancen zu erhöhen. Es steht aber ebenso außer Frage, dass Menschen mit frühkindlichem Autismus und geistiger Behinderung erwachsen werden, dass sich Symptome und Ausprägungen verändern und dass sie sich weiterhin entwickeln und gefördert werden müssen. Ihnen müssen geeignete Möglichkeiten zur freien Lebensentfaltung und Selbstbestimmung sowie eine angemessene Lebensqualität geboten werden. Angemessen in dem Sinne, wie sie für jeden Menschen gelten. In den Medien heißt es immer: „Die Alten werden immer älter und die Jungen immer jünger.“ Dies sollte auch in der aktuellen Forschung und in der Fachliteratur hinsichtlich Menschen mit frühkindlichem Autismus und geistiger Behinderung berücksichtigt werden, denn die Notwendigkeit wird immer größer.

Abschließen möchte ich meine Bachelor-Thesis mit einer Botschaft von Dietmar Zöllner (2006), die diese Arbeit, meiner Ansicht nach, sehr schön unterstreicht:

**„Grenzerfahrungen (1997)“**

Und wieder eine Grenze. Wie oft habe ich mit meinen Eltern vor einer Grenze gestanden. Wie kenne ich dieses merkwürdige Gefühl im Bauch, wenn ich noch nicht weiß, wie es hinter der Grenze aussieht. Grenzerfahrungen sind stets mit Warten verbunden. Wir haben einmal 12 Stunden an einer Grenze gewartet. Die



---

längsten Wartezeiten überstanden wir bei Reisen in Ostblockländer. Dort ist das Misstrauen Fremden gegenüber groß. Ich habe mich oft gefragt, wovor diese Länder Angst haben.

Manchmal wurde ich an Grenzen ungeduldig. Und trotzdem möchte ich die Grenzerfahrungen nicht missen. Ich vergleiche meine Reiseerfahrungen mit meinen Lebenserfahrungen allgemein. Mein behindertes Leben hat mich an manche Grenze geführt, hinter der der Tod hätte ebenso gut lauern können wie das Leben. Aber ich lebe noch. Immer wieder habe ich es geschafft, meinem Leben Gutes abzugewinnen.

Die Reisen im Campingbus, die ich mit meinen Eltern unternommen habe, gehören zu den guten Erlebnissen in einem Leben, das mich wegen einer fortschreitenden Hirnschädigung oft in Verzweiflung stürzt und mir keine Gelegenheit gibt, etwas selbständig zu unternehmen. Die Reisen haben mit vor Augen geführt, wie klein und unbedeutend mein Schicksal ist angesichts der vielen Menschenschicksale in den verschiedenen Ländern und in verschiedenen Zeiten. Reisen führen ja immer auch in vergangene Zeiten und Kulturen. Ich habe auf Reisen viel gelernt, mehr als aus Büchern. Für mich reden die Flüsse, die Bäume und die Steine, die Menschen hinterlassen haben. Ich tauche in die alte Zeit ein, halte Zwiesprache mit den Menschen. In meinen Gedanken entsteht eine bunte, vergangene Welt.

Aber ich lebe auch in der Gegenwart. Ich beobachte die Menschen mit ihren Sorgen und Freuden und rede mit ihnen, obwohl ich nicht sprechen kann. Ich bekomme keine Antwort, und das ist schade. Wie gern würde ich mit den Menschen sprechen. So ist alles in meiner Phantasie eingeschlossen.

Wenn ich auf einer Reise gestorben wäre, wäre ich glücklich gestorben, wenn es so etwas gibt. Ich habe oft an den Tod gedacht, ihn auch manchmal herbeigesehnt. Nur der Gedanke an die Trauer meiner Eltern hält mich davon ab, etwas zu tun, um die letzte Reise meines Lebens anzutreten. Wer in jungen Jahren solche Grenzerfahrungen gemacht hat wie ich, der muss das Leben nicht krampfhaft festhalten, der genießt jede schöne Minute so, als wäre es die letzte seines Lebens.

Was die Zukunft mir bringt, ist derart beängstigend, dass ich mich gut mit dem Tod anfreunden kann.

---

Ich kann niemals allein eine Reise machen, ich kann ja nicht einmal ein paar Stunden allein bleiben, weil es in meinem Gehirn gefährliche Gewitter gibt, die ich nicht beeinflussen kann. Wie soll man mit Würde als erwachsener Mann leben, wenn man nicht einmal die intimsten Verrichtungen ohne Hilfe schafft. Das macht auch das Reisen zu einem Spießrutenlauf. Auf den Campingplätzen beobachten die Leute mit gierigem Interesse, wie ich mich von meinem Vater zur Toilette begleiten lasse oder wie mein Vater und ich zusammen in einer engen Dusche verschwinden.

Ich denke viel über mein Leben nach und auch über den Sinn einer fortschreitenden Behinderung. Ich kenne den Sinn nicht, und doch will ich leben und am Leben teilhaben.

Wenn ich wenigstens noch ab und zu eine Reise machen kann, dann bin ich glücklich und bereit, weiterzufahren auf meiner schweren Lebensreise. Ich erwarte wirklich nicht mehr viel von meinem Leben; denn ich bin inzwischen zu alt, als dass ich hoffen könnte, noch Fortschritte zu machen“ (ebd., 54f.).

---

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1</b>	Klassifikation von Autismus nach dem ICD-10.....	5
<b>Abbildung 2</b>	Klassifikation von Autismus nach dem DSM-IV.....	5
<b>Abbildung 3</b>	Klassifikation von geistiger Behinderung nach ICD-10 und DSM-IV.....	11

---

## Abkürzungsverzeichnis

ASS	Autismus-Spektrum-Störung
Aufl.	Auflage
bzw.	beziehungsweise
bspw.	beispielsweise
ca.	circa
CNR1	Cannabinoid-Rezeptor 1
CRAFT	Community Reinforcement And Family Training (dt. Gemeinschaftliche Verstärkung und Familientraining)
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
Dr. med.	Doktor der Medizin
Dr. phil	Doktor der Philosophie
DSM-IV	Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders IV (dt. Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen IV)
dt.	deutsch
ebd.	ebendieser
et. al.	et alia (dt. und andere)
etc.	etcetera
evtl.	eventuell
Hrsg.	Herausgeber
ICD-10	International Classification of Diseases 10 (dt. Internationale Klassifikation der Krankheiten 10)
mind.	mindestens
Nr.	Nummer
o.Ä.	oder Ähnliches
PBS	positive behavior support (dt. Positive Verhaltensunterstützung)

---

Red.	Redaktion
s.	siehe
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (dt. Behandlung und pädagogische Förderung autistischer und in ähnlicher Weise kommunikationsbehinderter Kinder)
u.Ä.	und Ähnliches
USA	United States of America (dt. Vereinigte Staaten von Amerika)
usw.	und so weiter
überarb.	überarbeitet
Übers.	Übersetzer/in
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization (dt. Weltgesundheitsorganisation)
z.B.	zum Beispiel
zit.	zitiert
1,2 m	1,2 Meter

---

## Literaturverzeichnis

- Andritzky, M.; Selle, G.** (1987): Lernbereich Wohnen, Band 1, Hamburg
- Baumgartner, Frank; Dalferth, Matthias Prof. Dr.** (2008): Wo leben erwachsene Menschen mit Autismus in Deutschland? in: autismus Zeitschrift des Bundesverbandes „autismus Deutschland e.V. Mai-Nr. 65/08, 2-5
- Berghaus, Margot** (2. überarb. und ergänzte Aufl. 2004): Luhmann leicht gemacht. Köln, Weimar, Wien
- Bölte, Sven (Hrsg.)** (1. Aufl. 2009): Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven, Bern
- Duketis, Eftichia** (2008): Der erweiterte kognitive Phänotyp des Autismus. Exekutive Dysfunktion, schwache zentrale Kohärenz und Defizite beim Erkennen von Emotionen unter Verwandten von Autisten, Marburg
- Erikson, Erik H.** (Nachdruck 2007): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt/M.
- Frei, Martina** (2010): Was Angehörige von Alkoholikern tun können, in: Tagesanzeiger vom 22.01.2010, Zürich
- Frith, Uta** (1992): Autismus. Ein kognitionspsychologisches Puzzle. Heidelberg, Berlin, New York. Spektrum
- Glatzer, W.; Zapf, W.** (Hrsg.) (1984): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden, Campus, Frankfurt/M.
- Heijkoop, Jaques** (2. unveränderte Aufl. 2002): Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Neue Wege der Begleitung und Förderung, Weinheim und Basel
- ICD-Code** (2011): ICD-10-GM-2011. Entwicklungsstörungen. In: DIMDI (Hrsg.). Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. German Modification. Version 2011. Stand: 24.09.2010  
Abgerufen am 15. Juli 2011 von:  
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/block-f80-f89.htm>  
Siehe Anhang A
- ICD-Code** (2011): ICD-10-GM-2011. Intelligenzstörung. In: DIMDI (Hrsg.)  
Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der

---

Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. German Modification. Version 2011: Stand: 24.09.2010

Abgerufen am 15. Juli 2011 von:

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/block-f70-f79.htm>

Siehe Anhang B

- Kaminski, Maria (Red.)** (6. überarb. Aufl. 2008): Zur Situation von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Autismus, in: autismus Denkschrift, Stade
- Kaminski, Maria; Frese, Christian (Red.)** (2006): Autismus im Wandel. Übergänge sind Herausforderung, Stade
- Kaminski, Maria; Gustke, Margitta (Red.)** (2004): Leitlinien für die Arbeit in Wohnstätten für Menschen mit Autismus. in: hilfe für das autistische kind, Stade
- Kehrer, Hans E.** (5. überarb. und aktualisierte Aufl. 1995): Autismus. Diagnostische, therapeutische und soziale Aspekte, Heidelberg
- Kehrer, Hans E.** (1995): Geistige Behinderung und Autismus. Rat und Hilfe für eine Begleitung durchs Leben, Stuttgart
- Matthews, P.D.; Saunders, J.P.; Kaminski, Maria (Übers.)** (3. unveränderte Aufl. 2008): Der vorbeugende Umgang mit herausforderndem Verhalten. Stade
- Müller-Teusler, Stefan** (2008): Autistische Menschen. Leben in stationärer Betreuung, Freiburg im Breisgau
- Röh, Dieter** (2009): Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe. München
- Sappok, T.; Bergmann, T.; Kaiser, H. & Diefenbacher, A.** (2010): Autismus bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. in: Der Nervenarzt 11/2010, 1333-1342
- Schnotz, Wolfgang** (2009): Pädagogische Psychologie. Kompakt, Weinheim
- Theunissen, Georg (Hrsg.)** (2003): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. Forschung – Praxis – Reflexion, Stuttgart
- Theunissen, Georg; Schirbort, Kerstin (Hrsg.)** (2006): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Unterstützungsangebote, Stuttgart

---

**Theunissen, Georg** (2010): Positive Verhaltensunterstützung. Eine Arbeitshilfe für den pädagogischen Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Lernschwierigkeiten, geistiger Behinderung und autistischen Störungen, Marburg

**Tischmann, Jörg** (1997): Denken & Handeln. Die Lebenssituation autistischer Menschen in geschlossenen Einrichtungen und Möglichkeiten ihrer sozialen Integration, Bochum

**Tschöpe, Bernd** (2005): Studienletter Autismus. Freiburg im Breisgau

**Waitz, Martina Dr. med.; Weiland, Fabian Dr. med.** (2010): Autismus. In:

Onmeda – Für meine Gesundheit, Stand: 31.05.2010

Abgerufen am 15. Juli 2011 von:

[www.onmeda.de/krankheiten/autismus.html](http://www.onmeda.de/krankheiten/autismus.html)

siehe Anhang C

**Walter, Oliver Dr. phil.** (2004-2009): Geschichte der Psychologie. In:

Verhaltenswissenschaft.de, Stand: 19.10.2008

Abgerufen am 03.08.2011 von:

<http://www.verhaltenswissenschaft.de/>

siehe Anhang D

**Zöllner, Dietmar (Hrsg.)** (2006): Autismus und Alter. Was autistische Menschen, ihre Angehörigen, Menschen, die mit ihnen arbeiten und Verbände zu diesem Thema zu sagen haben, Berlin



---

## Anhang

Anhang A: Klassifikation von Autismus nach dem ICD-10

# ICD-10-GM Version 2011

## Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

### Entwicklungsstörungen (F80-F89)

Begleitender Text

Die in diesem Abschnitt zusammengefassten Störungen haben folgende Gemeinsamkeiten:

1. Beginn ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit;
2. eine Entwicklungseinschränkung oder -verzögerung von Funktionen, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind;
3. stetiger Verlauf ohne Remissionen und Rezidive.

In den meisten Fällen sind unter anderem die Sprache, die visuelleräumlichen Fertigkeiten und die Bewegungskoordination betroffen. In der Regel bestand die Verzögerung oder Schwäche vom frühestmöglichen Erkennungszeitpunkt an. Mit dem Älterwerden der Kinder vermindern sich die Störungen zunehmend, wenn auch geringere Defizite oft im Erwachsenenalter zurückbleiben.

### **F80.- Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache**

Definition

Es handelt sich um Störungen, bei denen die normalen Muster des Spracherwerbs von frühen Entwicklungsstadien an beeinträchtigt sind. Die Störungen können nicht direkt neurologischen Störungen oder Veränderungen des Sprachablaufs, sensorischen Beeinträchtigungen, Intelligenzminderung oder Umweltfaktoren zugeordnet werden. Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache ziehen oft sekundäre Folgen nach sich, wie Schwierigkeiten beim Lesen und Rechtschreiben, Störungen im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen, im emotionalen und Verhaltensbereich.

#### **F80.0 Artikulationsstörung**

Definition

---

Eine umschriebene Entwicklungsstörung, bei der die Artikulation des Kindes unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus liegt, seine sprachlichen Fähigkeiten jedoch im Normbereich liegen.

Inkl.:

Dyslalie  
Entwicklungsbedingte Artikulationsstörung  
Funktionelle Artikulationsstörung  
Lallen  
Phonologische Entwicklungsstörung

Exkl.:

Artikulationsschwäche (bei):

- Aphasie o.n.A. (R47.0)
- Apraxie (R48.2)
- mit einer Entwicklungsstörung der Sprache:
  - expressiv (F80.1)
  - rezeptiv (F80.2-)
- Hörverlust (H90-H91)
- Intelligenzstörung (F70-F79)

#### **F80.1 Expressive Sprachstörung**

Definition

Eine umschriebene Entwicklungsstörung, bei der die Fähigkeit des Kindes, die expressiv gesprochene Sprache zu gebrauchen, deutlich unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus liegt, das Sprachverständnis liegt jedoch im Normbereich. Störungen der Artikulation können vorkommen.

Inkl.:

Entwicklungsbedingte Dysphasie oder Aphasie, expressiver Typ

Exkl.:

Dysphasie und Aphasie:

- entwicklungsbedingt, rezeptiver Typ (F80.2-)
- o.n.A. (R47.0)

Elektiver Mutismus (F94.0)

Erworbene Aphasie mit Epilepsie [Landau-Kleffner-Syndrom] (F80.3)

Intelligenzstörung (F70-F79)

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84.-)

#### **F80.2- Rezeptive Sprachstörung**

Definition

Eine umschriebene Entwicklungsstörung, bei der das Sprachverständnis des Kindes unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus

---

liegt. In praktisch allen Fällen ist auch die expressive Sprache deutlich beeinflusst, Störungen in der Wort-Laut-Produktion sind häufig.

Inkl.:

Angeborene fehlende akustische Wahrnehmung  
Entwicklungsbedingt:

- Dysphasie oder Aphasie, rezeptiver Typ
- Wernicke-Aphasie

Worttaubheit

Exkl.:

Autismus (F84.0-F84.1)

Dysphasie und Aphasie:

- entwicklungsbedingt, expressiver Typ (F80.1)
- o.n.A. (R47.0)

Elektiver Mutismus (F94.0)

Erworbene Aphasie mit Epilepsie [Landau-Kleffner-Syndrom] (F80.3)

Intelligenzstörung (F70-F79)

Sprachentwicklungsverzögerung infolge von Schwerhörigkeit oder Taubheit (H90-H91)

**F80.20** Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung [AVWS]

**F80.28** Sonstige rezeptive Sprachstörung

**F80.3** Erworbene Aphasie mit Epilepsie [Landau-Kleffner-Syndrom]

Definition

Eine Störung, bei der ein Kind, welches vorher normale Fortschritte in der Sprachentwicklung gemacht hatte, sowohl rezeptive als auch expressive Sprachfertigkeiten verliert, die allgemeine Intelligenz aber erhalten bleibt. Der Beginn der Störung wird von paroxysmalen Auffälligkeiten im EEG begleitet und in der Mehrzahl der Fälle auch von epileptischen Anfällen. Typischerweise liegt der Beginn im Alter von 3-7 Jahren mit einem Verlust der Sprachfertigkeiten innerhalb von Tagen oder Wochen. Der zeitliche Zusammenhang zwischen dem Beginn der Krampfanfälle und dem Verlust der Sprache ist variabel, wobei das eine oder das andere um ein paar Monate bis zu zwei Jahren vorausgehen kann. Als möglicher Grund für diese Störung ist ein entzündlicher enzephalitischer Prozess zu vermuten. Etwa zwei Drittel der Patienten behalten einen mehr oder weniger rezeptiven Sprachdefekt.

Exkl.:

Aphasie bei anderen desintegrativen Störungen des Kindesalters (F84.2-F84.3)

Aphasie bei Autismus (F84.0-F84.1)

Aphasie o.n.A. (R47.0)

**F80.8** Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache

Inkl.:

---

Lispeln

**F80.9 Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, nicht näher bezeichnet**

Inkl.:

Sprachstörung o.n.A.

**F81.- Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten**

Definition

Es handelt sich um Störungen, bei denen die normalen Muster des Fertigkeitserwerbs von frühen Entwicklungsstadien an gestört sind. Dies ist nicht einfach Folge eines Mangels an Gelegenheit zu lernen; es ist auch nicht allein als Folge einer Intelligenzminderung oder irgendeiner erworbenen Hirnschädigung oder -krankheit aufzufassen.

**F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung**

Definition

Das Hauptmerkmal ist eine umschriebene und bedeutsame Beeinträchtigung in der Entwicklung der Lesefertigkeiten, die nicht allein durch das Entwicklungsalter, Visusprobleme oder unangemessene Beschulung erklärbar ist. Das Leseverständnis, die Fähigkeit, gelesene Worte wieder zu erkennen, vorzulesen und Leistungen, für welche Lesefähigkeit nötig ist, können sämtlich betroffen sein. Bei umschriebenen Lesestörungen sind Rechtschreibstörungen häufig und persistieren oft bis in die Adoleszenz, auch wenn einige Fortschritte im Lesen gemacht werden. Umschriebene Entwicklungsstörungen des Lesens gehen Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache voraus. Während der Schulzeit sind begleitende Störungen im emotionalen und Verhaltensbereich häufig.

Inkl.:

Entwicklungsdyslexie  
Umschriebene Lesestörung  
"Leserückstand"

Exkl.:

Alexie o.n.A. (R48.0)  
Dyslexie o.n.A. (R48.0)  
Leseverzögerung infolge emotionaler Störung (F93.-)

**F81.1 Isolierte Rechtschreibstörung**

Definition

Es handelt sich um eine Störung, deren Hauptmerkmal in einer umschriebenen und bedeutsamen Beeinträchtigung der Entwicklung von Rechtschreibfertigkeiten besteht, ohne Vorgeschichte einer Lesestörung. Sie ist nicht allein durch ein zu niedriges Intelligenzalter, durch Visusprobleme oder unangemessene Beschulung erklärbar. Die Fähigkeiten, mündlich zu buchstabieren und Wörter korrekt zu schreiben, sind beide betroffen.

Inkl.:

Umschriebene Verzögerung der Rechtschreibfähigkeit (ohne Lesestörung)

---

Exkl.:

Agraphie o.n.A. (R48.8)

Rechtschreibschwierigkeiten:

- durch inadäquaten Unterricht (Z65)
- mit Lesestörung (F81.0)

### **F81.2 Rechenstörung**

Definition

Diese Störung besteht in einer umschriebenen Beeinträchtigung von Rechenfertigkeiten, die nicht allein durch eine allgemeine Intelligenzminderung oder eine unangemessene Beschulung erklärbar ist. Das Defizit betrifft vor allem die Beherrschung grundlegender Rechenfertigkeiten, wie Addition, Subtraktion, Multiplikation und Division, weniger die höheren mathematischen Fertigkeiten, die für Algebra, Trigonometrie, Geometrie oder Differential- und Integralrechnung benötigt werden.

Inkl.:

Entwicklungsbedingtes Gerstmann-Syndrom

Entwicklungsstörung des Rechnens

Entwicklungs-Akalkulie

Exkl.:

Akalkulie o.n.A. (R48.8)

Kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten (F81.3)

Rechenschwierigkeiten, hauptsächlich durch inadäquaten Unterricht (Z65)

### **F81.3 Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten**

Definition

Dies ist eine schlecht definierte Restkategorie für Störungen mit deutlicher Beeinträchtigung der Rechen-, der Lese- und der Rechtschreibfähigkeiten. Die Störung ist jedoch nicht allein durch eine allgemeine Intelligenzminderung oder eine unangemessene Beschulung erklärbar. Sie soll für Störungen verwendet werden, die die Kriterien für F81.2 und F81.0 oder F81.1 erfüllen.

Exkl.:

Isolierte Rechtschreibstörung (F81.1)

Lese- und Rechtschreibstörung (F81.0)

Rechenstörung (F81.2)

### **F81.8 Sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten**

Inkl.:

Entwicklungsbedingte expressive Schreibstörung

### **F81.9 Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, nicht näher bezeichnet**

Inkl.:

Lernbehinderung o.n.A.

Lernstörung o.n.A.

Störung des Wissenserwerbs o.n.A.

---

## **F82.- Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen**

### Definition

Hauptmerkmal ist eine schwerwiegende Entwicklungsbeeinträchtigung der motorischen Koordination, die nicht allein durch eine Intelligenzminderung oder eine spezifische angeborene oder erworbene neurologische Störung erklärbar ist. In den meisten Fällen zeigt eine sorgfältige klinische Untersuchung dennoch deutliche entwicklungsneurologische Unreifezeichen wie choreoforme Bewegungen freigehaltener Glieder oder Spiegelbewegungen und andere begleitende motorische Merkmale, ebenso wie Zeichen einer mangelhaften fein- oder grobmotorischen Koordination.

### Inkl.:

Entwicklungsbedingte Koordinationsstörung  
Entwicklungsdyspraxie  
Syndrom des ungeschickten Kindes

### Exkl.:

Koordinationsstörungen infolge einer Intelligenzstörung (F70-F79)  
Koordinationsverlust (R27.-)  
Störungen des Ganges und der Mobilität (R26.-)

### **F82.0 Umschriebene Entwicklungsstörung der Grobmotorik**

### **F82.1 Umschriebene Entwicklungsstörung der Fein- und Graphomotorik**

### **F82.2 Umschriebene Entwicklungsstörung der Mundmotorik**

### **F82.9 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen, nicht näher bezeichnet**

## **F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen**

### Definition

Dies ist eine Restkategorie für Störungen, bei denen eine gewisse Mischung von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten und motorischer Funktionen vorliegt, von denen jedoch keine so dominiert, dass sie eine Hauptdiagnose rechtfertigt. Diese Mischkategorie soll nur dann verwendet werden, wenn weitgehende Überschneidungen mit allen diesen umschriebenen Entwicklungsstörungen vorliegen. Meist sind die Störungen mit einem gewissen Grad an allgemeiner Beeinträchtigung kognitiver Funktionen verbunden. Sie ist also dann zu verwenden, wenn Funktionsstörungen vorliegen, welche die Kriterien von zwei oder mehr Kategorien von F80.-, F81.- und F82 erfüllen.

## **F84.- Tief greifende Entwicklungsstörungen**

### Definition

Diese Gruppe von Störungen ist gekennzeichnet durch qualitative Abweichungen in den wechselseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern und durch ein eingeschränktes, stereotypes, sich

---

wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten. Diese qualitativen Auffälligkeiten sind in allen Situationen ein grundlegendes Funktionsmerkmal des betroffenen Kindes.

**Kodierhinweis**

Sollen alle begleitenden somatischen Zustandsbilder und eine Intelligenzminderung angegeben werden, sind zusätzliche Schlüsselnummern zu benutzen.

**F84.0 Frühkindlicher Autismus**

**Definition**

Diese Form der tief greifenden Entwicklungsstörung ist durch eine abnorme oder beeinträchtigte Entwicklung definiert, die sich vor dem dritten Lebensjahr manifestiert. Sie ist außerdem gekennzeichnet durch ein charakteristisches Muster abnormer Funktionen in den folgenden psychopathologischen Bereichen: in der sozialen Interaktion, der Kommunikation und im eingeschränkten stereotyp repetitiven Verhalten. Neben diesen spezifischen diagnostischen Merkmalen zeigt sich häufig eine Vielzahl unspezifischer Probleme, wie Phobien, Schlaf- und Essstörungen, Wutausbrüche und (autodestruktive) Aggression.

**Inkl.:**

Autistische Störung  
Frühkindliche Psychose  
Infantiler Autismus  
Kanner-Syndrom

**Exkl.:**

Autistische Psychopathie (F84.5)

**F84.1 Atypischer Autismus**

**Definition**

Diese Form der tief greifenden Entwicklungsstörung unterscheidet sich vom frühkindlichen Autismus entweder durch das Alter bei Krankheitsbeginn oder dadurch, dass die diagnostischen Kriterien nicht in allen genannten Bereichen erfüllt werden. Diese Subkategorie sollte immer dann verwendet werden, wenn die abnorme oder beeinträchtigte Entwicklung erst nach dem dritten Lebensjahr manifest wird und wenn nicht in allen für die Diagnose Autismus geforderten psychopathologischen Bereichen (nämlich wechselseitige soziale Interaktionen, Kommunikation und eingeschränktes, stereotyp repetitives Verhalten) Auffälligkeiten nachweisbar sind, auch wenn charakteristische Abweichungen auf anderen Gebieten vorliegen. Atypischer Autismus tritt sehr häufig bei schwer retardierten bzw. unter einer schweren rezeptiven Störung der Sprachentwicklung leidenden Patienten auf.

**Inkl.:**

Atypische kindliche Psychose  
Intelligenzminderung mit autistischen Zügen

**Kodierhinweis**

---

Soll eine Intelligenzstörung angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (F70-F79) zu benutzen.

#### **F84.2 Rett-Syndrom**

##### Definition

Dieses Zustandsbild wurde bisher nur bei Mädchen beschrieben; nach einer scheinbar normalen frühen Entwicklung erfolgt ein teilweiser oder vollständiger Verlust der Sprache, der lokomotorischen Fähigkeiten und der Gebrauchsfähigkeiten der Hände gemeinsam mit einer Verlangsamung des Kopfwachstums. Der Beginn dieser Störung liegt zwischen dem 7. und 24. Lebensmonat. Der Verlust zielgerichteter Handbewegungen, Stereotypien in Form von Drehbewegungen der Hände und Hyperventilation sind charakteristisch. Sozial- und Spielentwicklung sind gehemmt, das soziale Interesse bleibt jedoch erhalten. Im 4. Lebensjahr beginnt sich eine Rumpfataxie und Apraxie zu entwickeln, choreo-athetoide Bewegungen folgen häufig. Es resultiert fast immer eine schwere Intelligenzminderung.

#### **F84.3 Andere desintegrative Störung des Kindesalters**

##### Definition

Diese Form einer tief greifenden Entwicklungsstörung ist - anders als das Rett-Syndrom - durch eine Periode einer zweifellos normalen Entwicklung vor dem Beginn der Krankheit definiert. Es folgt ein Verlust vorher erworbener Fertigkeiten verschiedener Entwicklungsbereiche innerhalb weniger Monate. Typischerweise wird die Störung von einem allgemeinen Interessenverlust an der Umwelt, von stereotypen, sich wiederholenden motorischen Manierismen und einer autismusähnlichen Störung sozialer Interaktionen und der Kommunikation begleitet. In einigen Fällen kann die Störung einer begleitenden Enzephalopathie zugeschrieben werden, die Diagnose ist jedoch anhand der Verhaltensmerkmale zu stellen.

##### Inkl.:

Dementia infantilis  
Desintegrative Psychose  
Heller-Syndrom  
Symbiotische Psychose

##### Kodierhinweis

Soll eine begleitende neurologische Krankheit angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen.

##### Exkl.:

Rett-Syndrom (F84.2)

#### **F84.4 Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien**

##### Definition

Dies ist eine schlecht definierte Störung von unsicherer nosologischer Validität. Diese Kategorie wurde für eine Gruppe von Kindern mit schwerer Intelligenzminderung (IQ unter 35) eingeführt, mit erheblicher Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörungen und stereotypen Verhaltensweisen. Sie haben meist keinen Nutzen von Stimulanzien



---

(anders als Kinder mit einem IQ im Normbereich) und können auf eine Verabreichung von Stimulanzien eine schwere dysphorische Reaktion - manchmal mit psychomotorischer Entwicklungsverzögerung - zeigen. In der Adoleszenz kann sich die Hyperaktivität in eine verminderte Aktivität wandeln, ein Muster, das bei hyperkinetischen Kindern mit normaler Intelligenz nicht üblich ist. Das Syndrom wird häufig von einer Vielzahl von umschriebenen oder globalen Entwicklungsverzögerungen begleitet. Es ist nicht bekannt, in welchem Umfang das Verhaltensmuster dem niedrigen IQ oder einer organischen Hirnschädigung zuzuschreiben ist.

#### **F84.5 Asperger-Syndrom**

##### Definition

Diese Störung von unsicherer nosologischer Validität ist durch dieselbe Form qualitativer Abweichungen der wechselseitigen sozialen Interaktionen, wie für den Autismus typisch, charakterisiert, zusammen mit einem eingeschränkten, stereotypen, sich wiederholenden Repertoire von Interessen und Aktivitäten. Die Störung unterscheidet sich vom Autismus in erster Linie durch fehlende allgemeine Entwicklungsverzögerung bzw. den fehlenden Entwicklungsrückstand der Sprache und der kognitiven Entwicklung. Die Störung geht häufig mit einer auffallenden Ungeschicklichkeit einher. Die Abweichungen tendieren stark dazu, bis in die Adoleszenz und das Erwachsenenalter zu persistieren. Gelegentlich treten psychotische Episoden im frühen Erwachsenenleben auf.

##### Inkl.:

Autistische Psychopathie  
Schizoide Störung des Kindesalters

#### **F84.8 Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen**

#### **F84.9 Tief greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet**

#### **F88 Andere Entwicklungsstörungen**

##### Inkl.:

Entwicklungsbedingte Agnosie

#### **F89 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung**

##### Inkl.:

Entwicklungsstörung o.n.A.

# ICD-10-GM Version 2011

## Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

### Intelligenzstörung (F70-F79)

#### Begleitender Text

Ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzstörung kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten.

Der Schweregrad einer Intelligenzstörung wird übereinstimmungsgemäß anhand standardisierter Intelligenztests festgestellt. Diese können durch Skalen zur Einschätzung der sozialen Anpassung in der jeweiligen Umgebung erweitert werden. Diese Messmethoden erlauben eine ziemlich genaue Beurteilung der Intelligenzstörung. Die Diagnose hängt aber auch von der Beurteilung der allgemeinen intellektuellen Funktionsfähigkeit durch einen erfahrenen Diagnostiker ab.

Intellektuelle Fähigkeiten und soziale Anpassung können sich verändern. Sie können sich, wenn auch nur in geringem Maße, durch Übung und Rehabilitation verbessern. Die Diagnose sollte sich immer auf das gegenwärtige Funktionsniveau beziehen.

#### Kodierhinweis

Sollten begleitende Zustandsbilder, wie Autismus, andere Entwicklungsstörungen, Epilepsie, Störungen des Sozialverhaltens oder schwere körperliche Behinderung angegeben werden, sind zusätzliche Schlüsselnummern zu benutzen.

#### Modifikatoren

Die folgenden vierten Stellen sind bei den Kategorien F70-F79 zu benutzen, wenn das Ausmaß der Verhaltensstörung angegeben werden soll:

<b>Kode</b>	<b>Titel</b>
.0	Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
.1	Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
.8	Sonstige Verhaltensstörung

---

.9 Ohne Angabe einer Verhaltensstörung

**F70.- Leichte Intelligenzminderung**

Modifikatoren-Hinweis

[4. Stellen siehe am Anfang dieser Krankheitsgruppe]

Definition

IQ-Bereich von 50-69 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 9 bis unter 12 Jahren). Lernschwierigkeiten in der Schule. Viele Erwachsene können arbeiten, gute soziale Beziehungen unterhalten und ihren Beitrag zur Gesellschaft leisten.

Inkl.:

Debilität  
Leichte geistige Behinderung

**F71.- Mittelgradige Intelligenzminderung**

Modifikatoren-Hinweis

[4. Stellen siehe am Anfang dieser Krankheitsgruppe]

Definition

IQ-Bereich von 35-49 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 6 bis unter 9 Jahren). Deutliche Entwicklungsverzögerung in der Kindheit. Die meisten können aber ein gewisses Maß an Unabhängigkeit erreichen und eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit und Ausbildung erwerben. Erwachsene brauchen in unterschiedlichem Ausmaß Unterstützung im täglichen Leben und bei der Arbeit.

Inkl.:

Mittelgradige geistige Behinderung

**F72.- Schwere Intelligenzminderung**

Modifikatoren-Hinweis

[4. Stellen siehe am Anfang dieser Krankheitsgruppe]

Definition

IQ-Bereich von 20-34 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 3 bis unter 6 Jahren). Andauernde Unterstützung ist notwendig.

Inkl.:

Schwere geistige Behinderung

**F73.- Schwerste Intelligenzminderung**

Modifikatoren-Hinweis

[4. Stellen siehe am Anfang dieser Krankheitsgruppe]

Definition

IQ unter 20 (bei Erwachsenen Intelligenzalter unter 3 Jahren). Die eigene Versorgung, Kontinenz, Kommunikation und Beweglichkeit sind hochgradig beeinträchtigt.

Inkl.:

Schwerste geistige Behinderung

**F74.- Dissoziierte Intelligenz**

---

Modifikatoren-Hinweis

[4. Stellen siehe am Anfang dieser Krankheitsgruppe]

Definition

Es besteht eine deutliche Diskrepanz (mindestens 15 IQ-Punkte) z.B. zwischen Sprach-IQ und Handlungs-IQ.

### **F78.- Andere Intelligenzminderung**

Modifikatoren-Hinweis

[4. Stellen siehe am Anfang dieser Krankheitsgruppe]

Definition

Diese Kategorie soll nur verwendet werden, wenn die Beurteilung der Intelligenzminderung mit Hilfe der üblichen Verfahren wegen begleitender sensorischer oder körperlicher Beeinträchtigungen besonders schwierig oder unmöglich ist, wie bei Blinden, Taubstummen, schwer verhaltensgestörten oder körperlich behinderten Personen.

### **F79.- Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung**

Modifikatoren-Hinweis

[4. Stellen siehe am Anfang dieser Krankheitsgruppe]

Definition

Die Informationen sind nicht ausreichend, die Intelligenzminderung in eine der oben genannten Kategorien einzuordnen.

Inkl.:

Geistig:

- Behinderung o.n.A.
- Defizite o.n.A.

# Autismus

## Häufigkeit

(Stand: 31. Mai 2010)

Die verschiedenen Formen von Autismus treten mit unterschiedlicher Häufigkeit auf:

- Ein **frühkindlicher Autismus** (Kanner-Syndrom) tritt bei 2 bis 5 von 10.000 Kindern auf. Jungen sind 3- bis 4-mal häufiger betroffen als Mädchen.
- Das **Asperger-Syndrom** betrifft fast nur Jungen. Die Häufigkeit liegt bei 3 von 10.000 Kindern.
- Das **Rettsyndrom** findet sich bei 1 von 15.000 bis 20.000 Mädchen. Jungen zeigen diese eher leichte Form von Autismus gar nicht.

## Historisches

Den Begriff **Autismus** (griech.: *autos* = selbst; *ismos* = Zustand) prägte der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler im Jahr 1911. Als autistisch bezeichnete man damals Menschen mit einer Schizophrenie, die stark selbstbezogen und sozial zurückgezogen lebten.

Erst im Jahr 1943 beschrieb der amerikanische Psychiater Leo Kanner Autismus als eigenständige Krankheit, die in der Kindheit beginnt. Damit grenzte er Autismus von der Schizophrenie ab. Das von Kanner beschriebene Krankheitsbild ist heute als **frühkindlicher Autismus** beziehungsweise **Kanner-Syndrom** bekannt und steht meist für den in der Allgemeinheit verwendeten Begriff des Autismus.

Erst seit den 1980er Jahren ist Autismus allgemein als eigenes Krankheitsbild anerkannt.

Das breitere Publikum lernte den Autismus durch den Film *Rainman* kennen. In diesem Film stellt der US-amerikanische Schauspieler Dustin Hoffman auf beeindruckende Weise die Schwierigkeiten eines Autisten im Erwachsenenalter dar.

Autor: Onmeda-Redaktion

Medizinische Qualitätssicherung: Dr. med. Weiland, Dr. med. Waitz

## **Geschichte der Psychologie**

Die Psychologie ist eine relativ junge Wissenschaft mit einer recht bewegten Geschichte, in der es immer wieder zu Paradigmenwechseln und der Gründung neuer Schulen kam. Da die Kenntnis dieser Geschichte das Verständnis psychologischer Theorien und Forschungszweige deutlich erhöht, soll an dieser Stelle ein kurzer Abriß der Psychologiegeschichte gegeben werden.

Die Psychologie als Wissenschaft hat sich aus der Philosophie entwickelt. Viele der ersten Psychologie-Professoren an den Universitäten waren von Haus aus Philosophen. Am Ende des 19. / Anfang des 20. Jahrhunderts unterschied man mit Dilthey noch zwischen einer "verstehenden" eher geisteswissenschaftlich und einer "erklärenden" eher naturwissenschaftlich orientierten Psychologie. Durch einen der Gründungsväter des Faches, Wilhelm Wundt, und seine Schüler wurde das Experiment als Erkenntnisquelle in die Psychologie eingeführt, allerdings mit der Untersuchungsmethode der Introspektion (Reflexion des Geistes über sich selbst). Man sprach damals von "Bewußtseinspsychologie", da die Psychologie als die Wissenschaft vom Bewußtsein (des "Geistes") definiert wurde.

In den ersten beiden Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts begann der Aufstieg des Behaviorismus in der Psychologie, vor allem in den USA. John B. Watson von der Johns Hopkins University in Chicago erklärte in seinem Artikel "Psychologie, wie sie der Behaviorist sieht" in der Psychological Review: "Psychologie, wie sie der Behaviorist sieht, ist ein vollkommen objektiver, experimenteller Zweig der Naturwissenschaft. Ihr theoretisches Ziel ist die Vorhersage und

---

Kontrolle von Verhalten. Introspektion spielt keine wesentliche Rolle in ihren Methoden, und auch der wissenschaftliche Wert ihrer Daten hängt nicht davon ab, inwieweit sie sich zu einer Interpretation in Bewußtseinsbegriffen eignen." Mit diesem Artikel und weiteren Arbeiten veränderten die Behavioristen (neben Watson u.a. Lashley, Mary Cover Jones, Holt, Hunter, Weiss) schnell die gesamte wissenschaftliche Psychologie in den USA dahingehend, daß die vorher dominierende Introspektionsmethode aufgrund ihrer Unzuverlässigkeit und Subjektivität vollkommen in Mißkredit geriet und nahezu aufgegeben wurde. Die Psychologie wurde als Wissenschaft vom Verhalten neu definiert und die Bedeutung von an Tieren gewonnenen (Klassische Konditionierung; Pawlow sowie physiologischen Erkenntnissen (Neurophysiologie) betont.

In Deutschland spielte der Behaviorismus zuerst keine Rolle, weil die ganzheitlich orientierte psychologische Strömung der Gestaltpsychologie (Köhler, Wertheimer, Bühler, Lewin) einen bedeutenden Einfluß hatte. Durch den Nationalsozialismus wurde die Entwicklung dieser psychologischen Richtung jedoch empfindlich gestört und behindert, viele ihrer Vertreter emigrierten u.a. in die USA.

In den USA erlebte der Behaviorismus , nachdem sich die Begeisterung für ihn am Anfang der 30er Jahre etwas gelegt hatte, einen erneuten Aufschwung durch die Arbeiten von Clark L. Hull (Yale University) und Burrhus F. Skinner (später Harvard University). Die Erfolge, die behavioristische Forschungsprogramme aufzuweisen hatten (v.a. auf dem Gebiet der operanten Konditionierung), und die desolate Situation der Psychologie im Nachkriegseuropa führten dazu,

---

daß der Behaviorismus in den 50er Jahren eine dominierende Position einnahm - in den USA, im westlich geprägten Europa und auch in West-Deutschland. Damals konnte man davon sprechen, daß die Psychologie fast vollständig naturwissenschaftlich geprägt war. Forschungen, die "geistige Prozesse" zum Gegenstand (Lewin, Festinger, Heider, Bruner, Piaget) hatten, existieren zwar, führten jedoch ein Schattendasein.

Dies änderte sich in den 50er Jahren. Ausgehend von Arbeiten zur Informationstheorie (Shannon), Kybernetik (Wiener) und Datenverarbeitung (von Neumann, Simon, Newell) entwickelte sich das Paradigma des Kognitivismus. Unterstützt durch die technische Revolution des Digitalcomputers erfuhr die Untersuchung "geistiger Prozesse" (u.a. Wissen, Denken, Erkennen, Wahrnehmung) in Begriffen der "Informationsverarbeitung" ("geistige" Inhalte sind u.a. Repräsentationen oder Abbilder von Umweltereignissen) eine Renaissance (man spricht von der "kognitiven Wende"). Dadurch, daß der Digitalcomputer eine Simulationsmöglichkeit für kognitive Modelle zu diesen "geistigen Prozessen" erlaubte, konnte die neue kognitivistische Psychologie die Weihen zur objektiv-empirischen Wissenschaft erhalten, die der alten "Bewußtseinspsychologie" verwehrt geblieben waren. Die von den Behavioristen entwickelte Methodik wurde zwar grundsätzlich beibehalten, aber dadurch daß Bewußtseinsinhalte als Untersuchungsgegenstand wieder hoffähig wurden, wurde die Psychologie als die Wissenschaft vom Verhalten und Erleben erneut redefiniert.



---

Der Kognitivismus ist in den USA seit den 60er, in Deutschland seit den 70er Jahren zum dominierenden Paradigma aufgestiegen. In den letzten 10 Jahren kam ein weiteres System von Denkweisen hinzu, das auf dem Konstruktivismus (von Foerster, von Glasersfeld, Maturana, Varela) beruht. Dieser ist ganzheitlich orientiert und hat seine Wurzeln u.a. auch im gestaltpsychologischen Ansatz. Menschen konstruieren nach konstruktivistischen Vorstellungen Wissensinhalte in aktivem Austausch mit der Umwelt und in der sozialen Gruppe ("situated cognition"-Ansatz). Wissen stellt somit weniger eine Repräsentation objektiver Gegebenheiten (wie im Kognitivismus), sondern vielmehr eine aktive und interaktive Konstruktion und damit einen subjektiven Inhalt dar, der nach dem Kriterium der Viabilität bewertet werden kann, d.h. ob derjenige, der dieses subjektive Wissen konstruiert hat, sich damit in seiner Umwelt erfolgreich zurechtfindet. Vor allem in der Pädagogischen Psychologie hat der Konstruktivismus einen sehr großen Einfluß. Einflüsse lassen sich aber auch in der Psychotherapie (systemische Therapie) und in der Arbeits- und Organisationspsychologie (z.B. Theorien des Geführtwerdens) finden. Neben dem Konstruktivismus hat in den letzten 10 Jahren die Verhaltensbiologie (Ethologie [Lorenz, Tinbergen, Eibl-Eibesfeldt] und Soziobiologie [Wilson, Krebs, Davies, Maynard Smith, Volland]) mit ihrem Einfluß auf die neu entstandene Evolutionspsychologie (z.B. Buss) in der Psychologie an Bedeutung zugenommen, wodurch sich ein weiteres neues und eigenständiges Paradigma innerhalb der Psychologie zu bilden beginnt.

---

Insgesamt kann man aus der Geschichte der Psychologie erkennen, daß die Psychologie nicht nur von für ihr Alter schnellen Paradigmenwechseln (bis auf die alte "Bewußtseinspsychologie" existieren aber bis heute alle psychologischen Strömungen nebeneinander), sondern auch durch Einflüsse aus verschiedenen Nachbardisziplinen (u.a. Philosophie, Biologie, Physiologie, Computerwissenschaft) geprägt ist. Da zum Verhalten des Menschen als sehr wichtigem Bereich dessen Verhalten in der sozialen Umwelt gehört und dieses Verhalten innerhalb der beschriebenen Paradigmen immer auch untersucht wird, ist die Psychologie auch eine Sozialwissenschaft (v.a. im Bereich der Sozialpsychologie). Ausgehend von der Untersuchung "abnormen" Verhaltens kommen medizinische (psychiatrische, psychopathologische) und psychotherapeutische (tiefenpsychologische, humanistische) Einflüsse in die Psychologie hinein, die weit auf andere psychologische Teildisziplinen ausstrahlen (z.B. tiefenpsychologische Einflüsse auf die Persönlichkeitspsychologie, humanistische Einflüsse auf die Arbeits- und Organisationspsychologie).

Letzte Aktualisierung: 19. Oktober 2008

© 2004-2009 Dr. Oliver Walter. Die Websites

---

Anhang E: Literaturrecherche DigiBib

**Datenbank:** Bibliotheken am KH-Standort Münster

**Suchbegriff:** *Autismus*

**Ergebnisse:**

Katholische Hochschule NRW: 460 Treffer

Fachhochschulbibliothek Münster: 32 Treffer

**Datenbank:** Bibliotheken am KH-Standort Münster

**Suchbegriff:** *frühkindlicher Autismus*

**Ergebnisse:**

Katholische Hochschule NRW: 78 Treffer

Fachhochschulbibliothek: 7 Treffer

**Datenbank:** Bibliotheken am KH-Standort Münster

**Suchbegriff:** *Autismus und geistige Behinderung*

**Ergebnisse:**

Katholische Hochschule NRW: 9 Treffer

**Datenbank:** Bibliotheken am KH-Standort Münster

**Suchbegriff:** *erwachsene Menschen mit Autismus*

**Ergebnisse:**

Katholische Hochschule NRW: 3 Treffer

**Datenbank:** Bibliotheken am KH-Standort Münster

**Suchbegriff:** *Autismus im Erwachsenenalter*

**Ergebnisse:**

Katholische Hochschule NRW: 2 Treffer

---

**Datenbank:** Bibliotheken am KH-Standort Münster

**Suchbegriff:** *herausforderndes Verhalten*

**Ergebnisse:**

Katholische Hochschule NRW: 18 Treffer

Fachhochschulbibliothek Münster: 1 Treffer

**Datenbank:** Bibliotheken am KH-Standort Münster

**Suchbegriff:** *herausforderndes Verhalten Autismus*

**Ergebnisse:**

Katholische Hochschule NRW: 2 Treffer

**Datenbank:** Bibliotheken am KH-Standort Münster

**Suchbegriff:** *herausforderndes Verhalten geistige Behinderung*

**Ergebnisse:**

Katholische Hochschule NRW: 5 Treffer

**Datenbank:** Bibliotheken am KH-Standort Münster

**Suchbegriff:** *Positive Verhaltensunterstützung*

**Ergebnisse:**

Katholische Hochschule NRW: 8 Treffer

**Datenbank:** Bibliotheken am KH-Standort Münster

**Suchbegriff:** *vollstationäre Einrichtungen*

**Ergebnisse:**

0 Treffer

---

**Datenbank:** Bibliotheken am KH-Standort Münster

**Suchbegriff:** *Autismus Wohnen*

**Ergebnisse:**

Katholische Hochschule NRW: 10 Treffer

Fachhochschulbibliothek Münster: 1 Treffer

---

## Erklärung

Ich erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Studienarbeit selbstständig angefertigt,
- keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt,
- die wörtlich oder dem Inhalt nach aus fremden Arbeiten entnommenen Stellen, bildlichen Darstellungen und dergleichen als solche genau kenntlich gemacht und
- keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen habe.

Münster, den 29.08.2011

## **Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass bei einer Bewertung meiner Bachelor-Thesis ab einschließlich 1,3 (sehr gut) oder besser diese in der Bibliothek der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW) Abteilung Münster eingestellt werden kann.

Münster, den 29.08.2011