

Fachtag
Psychische Belastung und Intelligenzminderung
Herausforderungen für Betroffene und ihre psychosozialen Bezugssysteme
Mittwoch, 16. Mai 2018, LVR-Klinik Viersen

Entwicklungsorientierung und ihre inkludierende Wirkung

Klaus Hennicke

Entwicklungsorientierung

Entwicklungsorientierung bedeutet, dass wir, wenn wir pädagogisch oder therapeutisch mit Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung umgehen, ihnen nur dann *respektvoll* begegnen können, wenn wir ihre kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklungsstände berücksichtigen und gleichzeitig ihre Lebenserfahrungen, also ihr Lebensalter, nicht aus dem Auge verlieren.

In der Praxis ist Entwicklungsorientierung eine besondere Herausforderung, weil im Entwicklungsgeschehen von Kindern keine sicheren Normewerte möglich sind, d.h. die persönliche Varianzen sind groß, und die Meßplatten der Beobachter sind höchst unterschiedlich sind. Entwicklungsorientierung führt daher *immer* zu mehr oder weniger hypothetischen Annahmen über die Entwicklungsstände eines Kindes.

Entwicklungsorientierung ist eine Grundhaltung der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wie sonst könnten wir Ausdrucksformen und Verhaltensäußerungen einordnen, wenn wir nicht gelernt hätten, sie auf den Hintergrund des Entwicklungsstandes der Kinder zu projizieren und somit in der Lage wären, zu entscheiden – wenigstens hypothetisch-, ob diese oder jene Verhaltensäußerung noch als altersentsprechend oder schon als abweichend zu beurteilen ist.

Natürlich entspricht diese Sichtweise auch unserer Alltagserfahrung: Wir begegnen kleinen Kindern anders als Jugendlichen oder Erwachsenen, passen unsere Haltungen, Gestiken, Kommunikationsformen etc. dem jeweiligen Gegenüber an.

*Entwicklungsorientierung bei Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung ist eine besondere, zusätzliche Herausforderung, weil wir erstmal nicht, wie wir es gewohnt sind, das Lebensalter als Orientierungspunkt verwenden können. Denn bei intellektuell Beeinträchtigten muss *per se* von einer Diskrepanz zwischen Entwicklungsalter und Lebensalter ausgegangen werden. Diese Diskrepanz ist bei jungen Kindern eher geringer und manchmal nicht auf den ersten Blick erkennbar. Mit zunehmendem Lebensalter wird der Abstand zum Entwicklungsalter immer größer und es wird schwieriger dies zu vermitteln. Dies möchte ich am Beispiel der *fast 16-jährigen Anna zeigen, die ich kürzlich im Rahmen meiner Beratertätigkeit an einer Förderschule für geistige Entwicklung (FSGE) kennengelernt habe.**

Anna ist kognitiv etwa auf dem Stand einer 8-9-Jährigen, ihre emotionalen und sozialen Bedürfnisse und Fähigkeiten entsprechen einem Entwicklungsstand etwa eines

Vorschulkindes. Ihre Lebenserfahrungen haben aber erstaunliche, allerdings eher isolierte Kompetenzen hervorgebracht (z.B. dass sie gerne Mitschüler bestimmen und erziehen will). Sie zeigt im Rahmen ihrer beginnenden Adoleszenzentwicklung jugendliche Verhaltensäußerungen z.B. Handygebrauch, Musikgeschmack, Coolness-Posen und aggressiv angezeigte Autonomiebedürfnisse, gleichzeitig aber meidet sie die Jugendlichengruppe im Heim.

Der auch hier vorgenommene Vergleich mit den durchschnittlichen, „normalen“ Entwicklungsständen bei Kindern und Jugendlichen ist für uns als Beobachter nur ein *Mittel*, ein *Vehikel*, unsere Wahrnehmung, die ja wesentlich von der Durchschnittsnorm geprägt wird, soweit zu verändern, dass wir in der Lage sind, die Äußerungsformen einer konkreten Person auf dem Hintergrund seiner Entwicklungsstände zu sehen, mit dem Ziel, *unsere Erwartungen an die realen Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Menschen anzupassen*. Dieses Vorgehen ist Quell vieler Mißverständnisse und Kontroversen und wird allzu schnell diskriminiert als „Verniedlichung“ oder als „Infantilisieren“ vor allem wenn es um Jugendliche und Erwachsene mit intellektueller Beeinträchtigung geht.

*Im Falle von Anna behaupte ich z.B. nicht, dass sie im emotionalen und sozialen Bereich ein Vorschulkind ist, sondern dass sie diesbezüglich über Fähigkeiten und Strategien verfügt, die ähnlich einem Vorschulkind sind. Sie ist eine Jugendliche, die emotional und sozial kleinkindhafte Äußerungsformen, Bedürfnisse und Fähigkeiten hat, und **damit** versucht ihr Jugendlichenleben zu bewältigen.*

Wirkliche Entwicklungsorientierung vermeidet den ständigen Vergleich mit der Durchschnittsnorm, an dem diese Kinder und Jugendlichen immer scheitern müssen. Und sie vermeidet zugleich auch eine *tatsächliche „Infantilisierung“*, die sich z.B. in einer extrem versorgenden Schutzhaltung oder in totaler Risikovermeidung zeigt, indem sie die an die vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten anknüpft.

Individuelle Normalität

Die theoretische Grundlage für Entwicklungsorientierung liefert das *Konzept der „individuellen Normalität“*.

Entwicklung ist ein stetiger, vorwärts gerichteter Prozess, der zu immer komplexeren Eigenschaften, Fähigkeiten und Fertigkeiten des Kindes führt. Der Verlauf läßt sich auf einer Kurve im Koordinatensystem von Lebensalter und Entwicklungsalter abbilden. Normalerweise stimmen Lebensalter und Entwicklungsalter überein innerhalb eines Korridors, der die unvermeidlichen Schwankungen im Entwicklungstempo darstellt.

Es ist unbestritten, dass eine intellektuelle Beeinträchtigung des Kindes den Entwicklungsprozess verlangsamt. Manche Entwicklungsaufgaben können garnicht bewältigt werden, manche Bereiche werden nicht erreicht. Die Kurve des Entwicklungsverlaufs ist flacher, das Entwicklungsalter ist (stets) niedriger als das Lebensalter, dies umso mehr je schwerer die intellektuelle Beeinträchtigung ist.

Jeder Mensch hat also seine eigene globale, weitgehend unveränderbare Entwicklungslinie innerhalb eines Entwicklungskorridors, die wesentlich durch die intellektuellen Voraussetzungen bestimmt wird. Es macht also Sinn diesen persönlichen Entwicklungskorridor zum Maßstab zu nehmen im Sinne einer individuellen Normalität. *Der Entwicklungsverlauf wird nicht mehr an der Durchschnittsnorm von nicht beeinträchtigten Kindern gemessen, sondern an den eigenen Möglichkeiten.*

Der Behindertenpädagoge Georg Feuser hat seine provokante These „Geistige Behinderung gibt es nicht!“ genauso begründet:

„Behinderung“ definiert in gleicher Weise „Normalität“ wie Nichtbehinderung; „Normalität“ nur allerdings nicht mehr bezogen auf einen gesellschaftlichen Normenkodex, sondern auf die Entwicklungslogik des Lebendigen, des Menschen.“ (Feuser 1996, 23f.).

Darüberhinaus können Einflüsse im Verlauf der frühen Entwicklung die Entwicklungskurve zusätzlich beeinflussen z.B. frühe Deprivationserfahrungen, Bindungsprobleme, traumatische Blockaden, Beeinträchtigungen der Beziehungen zu den wichtigen Bezugspersonen. Solche belastenden Einflüsse sind unter günstigen psychosozialen Bedingungen mit pädagogischen und therapeutischen Mitteln manchmal soweit revidierbar, dass sie den Entwicklungsverlauf nicht mehr wesentlich beeinträchtigen. In Bezug auf Intelligenzminderung, von der hier die Rede ist, ist das nicht möglich. *Intelligenzminderung* ist keine Krankheit, ist keine revidierbare Störung, sondern eine wesentliche konstituierende Bedingung *individuellen* menschlichen Lebens.

Das Konzept „individuelle Normalität“ kann in mehrfacher Hinsicht hilfreich sein.

Neben der praktischen Entwicklungsorientierung, mit der der pädagogische und therapeutische Umgang gestaltet werden sollte – dazu komme ich gleich – kann es vor allem dazu beitragen, die *Integration der intellektuellen Beeinträchtigung in das persönliche und familiäre Leben* zu erleichtern. Ohne die Anerkennung des „*eigentlich Unerträglichen*“ (d.h. der „Behinderung“), wie es die Familientherapeutin TSIRIGOTIS im sog. „Großen Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung“ von LEVOLD und WIRSCHING genannt hat, kann es nur schwer gelingen, diese Integration zu schaffen. Ähnlich beschreibt auch RETZLAFF die Situation in Familien mit einem behinderten Kind in seinem wunderbaren Buch mit dem doppeldeutigen Titel „Familien-Stärken“. Dabei werden die Beeinträchtigungen nicht einfach weggedacht oder gar als „*Ausdruck von Vielfalt*“ bagatellisiert, wie es der Inklusion-Jargon gerne tut, sondern gerade im Gegenteil:

Aus meiner Sicht ist im Konzept der Entwicklungsorientierung und individuellen Normalität unabdingbar, die Entwicklungsrückstände auch mit geeigneten Methoden festzustellen, d.h. in unserem Kontext erst einmal mit zwei anerkannten Intelligenzdiagnostischen Verfahren, und dann mit einem der zahlreichen, qualitativ sehr unterschiedlichen Entwicklungstests. Wahrscheinlich doch am anregendsten für Hypothesenbildung ist der von ANTON DOŠEN entwickelte Fragebogen SEO (Schema der emotionalen Entwicklung), der auch in einer überarbeiteten deutschsprachigen Fassung von SAPPOK & ZEPERITZ (2016) vorliegt.

Eltern wissen nämlich und Kinder spüren in der Reaktion der Eltern und Geschwister, dass das Entwicklungstempo langsam voranschreitet, dass es viel Zeit braucht, bis Meilensteine der Entwicklung erreicht werden und Entwicklungsaufgaben bewältigt werden können. Hier macht die konsequente Ablehnung einer sog. *Defizit-Orientierung* absolut Sinn, die ja die Langsamkeit an der Durchschnittsnorm misst, und nicht an den individuellen Voraussetzungen.

In gleicher Weise können auch Eltern ihre Leistungen bemessen und stolz darauf sein, dass ihr Kind diesen oder jenen Meilenstein trotz seiner eingeschränkten Möglichkeiten erreicht hat, obwohl es im Vergleich zu nichtbeeinträchtigten Kindern vielleicht Jahre länger gebraucht hat.

Eine solche Haltung kann auch für Pädagogen und Therapeuten hilfreich sein, mehr Geduld, Einfühlungsvermögen und vor allem *Respekt* vor den Leistungen dieser Kinder und ihrer Familien aufzubringen und damit auch Ressourcen zu entdecken. Gleichzeitig müssen sie sich nicht mehr verbiegen und die intellektuelle Beeinträchtigung schamhaft verschweigen, weil das derzeit *politisch korrekt* ist. Sie sollen offen über Intelligenzminderung und ihre häufig tiefgreifenden persönlichen, familiären und sozialen Folgen mit den Eltern und

Kindern sprechen können und sie dabei unterstützen, die „harte“ Realität, das oben zitierte „eigentlich Unerträgliche“, zuzulassen und Lösungen zu finden. Das kann einfühlsam zu gegebener Zeit und *respektvoll* zugewandt geschehen, ohne Eltern und Kind vor den Kopf zu stoßen.

Entwicklungsorientierung in der Praxis

Der Begriff „*respektvoll*“ wird hier nicht im moralischen Sinn von Höflichkeit und Akzeptanz des Gegenüber verstanden, sondern drückt meine grundsätzliche Wertschätzung und Anerkennung der Einzigartigkeit des Gegenüber aus, damit auch seiner Besonderheiten.

Respektvoll in Bezug auf Kinder und Jugendliche mit intellektueller Beeinträchtigung bedeutet:

1. Wir erkennen ihre unterschiedlichen Bedürfnislagen, die sich regelhaft von den für dieses Lebensalter typischen Bedürfnissen unterscheiden, und richten uns danach.

Ich komme wieder auf die 16-jährige Anna zurück:

Sie zieht sich in der Schule und im Heim, in dem sie seit 1 Jahr lebt, häufig in oder nach Belastungssituationen zurück, um sich intensiv der Versorgung ihre zahlreichen Puppenkinder und Knuddeltiere zu widmen, und diese in beruhigende Gespräche verwickelt.

Oder sie bringt ziemlich regelmäßig Versuche zum Scheitern, sie in (altersentsprechende) Aktivitäten einzubeziehen, wenn nicht spontane motorische Aktivitäten möglich sind (z.B. sich nach Musik zu bewegen oder Malen ohne Auftrag und Begrenzung).

2. Wir berücksichtigen ihre kommunikativen Möglichkeiten und bemühen uns, ihre Ausdrucksformen zu verstehen.

Anna verweigert klärende Gesprächen in der Schule, zu denen sie nach den häufig austretenden teilweise schweren aggressiven Entäußerungen („Impulskontrollstörungen“) aufgefordert wird. Meistens werden solche Versuche zum Auslöser zusätzlicher Beschimpfungen. Sie fürchtet die vorwurfsvolle Anklage und will nicht die Beschämung, nicht zu wissen, warum sie so ist, wie sie ist.

Sie verweigert wahrscheinlich aus ähnlichen Gründen eine Psychotherapie im Heimkontext, in der eher aufdeckende, konfliktorientierte Themen angesprochen wurden. Vielleicht ist PT auch garnicht angezeigt, weil es primär um einen „sicheren Ort“ geht, wo ihre frühen Bedürfnisse nach Stabilität und Versorgung befriedigt werden. Aber auch dazu könnte Psychotherapie etwas beitragen, wenn Anna's Grenzen und Einschränkungen mehr erkannt und respektiert würden.

3. Wir verstehen ihre manchmal sehr auffälligen Verhaltensweisen weniger als Ausdruck ihrer besonderen Art und Weise, wie eben Kinder und Jugendliche mit kognitiven Beeinträchtigungen sind, sondern projizieren sie vielmehr auf den Hintergrund ihrer vermutlichen emotionalen Situation und ihrer Lebensgeschichte. Wir können dabei sehen, dass sie oftmals leidvolle, manchmal dysfunktionale Versuche darstellen, mit ihren aktuellen Konflikten und andauernden Belastungen zurechtzukommen.

Anna wurde zum 4. Mal in einem Heim untergebracht, nachdem die Mutter für sich entschieden hatte, mit der Versorgung und Erziehung ihrer Tochter überfordert zu sein. Anna kam jetzt in eine neue Klasse mit neuem, ungewohnten Lehrerteam. Sie rebelliert, protestiert und äußert ihre Angst verlassen zu werden und ihre Wut, erneut verlassen worden zu sein, mit massiven aggressiven, beleidigenden, durchaus gefährlichen Fremdaggressionen, aber auch selbstzerstörerischen Handlungen, indem sie auf dem Fensterbrett balanciert (beruhigenderweise im Erdgeschoß der Schule).

Die Aktualisierung belastender Erfahrungen liegt auf der Hand, allerdings sind und waren diese Verhaltensweisen bei Anna schon immer – seit dem Kindergartenalter – mehr oder weniger vorhanden. Für Anna also eine typische Verhaltensstrategie aus früheren Entwicklungsphasen, ihren Kummer zu äußern, daher auch ein Hinweis auf einen sozio-emotionaler Entwicklungsrückstand.

Anna hat im Umgang mit ihrer depressiv-leidenden Mutter gelernt, die praktische Versorgung und damit viel Verantwortung zu übernehmen, Verhaltensweisen, die heute als Ressourcen gedeutet und wertgeschätzt werden, die aber in ihrer Übergriffigkeit resp. Grenzüberschreitung immer wieder zu heftigen Gegenreaktionen bei Mitschülern und Lehrpersonen führen, ein Teufelskreis der viele ihrer Ausraster erklärt. Früh erlernte Verhaltensweisen erweisen sich, wenn sie beibehalten werden, mit zunehmendem Lebensalter und in anderen sozialen Kontexten als „dysfunktional“, auch dies ein Hinweis auf sozio-emotionale Entwicklungsrückstände.

Die Gesamtsituation stellt sich aktuell für Anna so dar, dass sie in keinem Bereich - selbst unter den Bedingungen exklusiver behindertengerechter Angebote und Settings – einen sicheren Platz im gesellschaftlichen Leben hat. Wer denkt da noch an Inklusion?

Erst langsam lassen die Helfersysteme auf die neuen Hypothesen ein. Sie merken, dass sie Anna nicht in den aktuellen psychiatrischen Diagnosen wiederfinden: F90.0 Einfache Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung und F91.0 Störung des Sozialverhaltens auf den familiären Rahmen beschränkt (??), sondern dass sie eine Jugendliche ist mit erschwerenden individuellen Voraussetzungen (d.h. ihre intellektuelle Beeinträchtigung), mit denen sie ihr teilweise extrem belastetes Leben zu bewältigen hatte und dies immer noch tut. Die Trennungen, Verluste, tiefgreifenden Unsicherheiten, die vermutlich ausgeprägten Beziehungsambivalenzen, die das Leben von Anna seit jeher bestimmt haben, geraten ins Blickfeld. Es wird deutlich, auf welchem emotionalen, sozialen und kognitiven Niveau, Anna ihre Probleme ausagiert und wie schwer sich eine am Lebensalter orientierte Sichtweise tut, die Verhaltensäußerungen zu verstehen.

Es scheint so, dass damit eine grundlegende Umorientierung der Unterstützungsstrategien begonnen hat.

*Die **Schule** reagierte mit einer temporären Unterbringung in ein spezielles Setting, wo Schüler hinkommen, um mehr Selbständigkeit und Selbstversorgung zu erlernen, aber keine spezielle schulischen Anforderungen mehr gestellt werden.*

Anna genießt das, will aber trotzdem in den Klassenverband zurück, entschuldigt sich für ihre Auffälligkeiten, schwört Besserung und will alles Ungeschehen machen. Es wird dennoch entschieden, dass Anna bis zum Ende des Schuljahres dort verbleibt.

*Im **Heim** wird nicht mehr das Ziel verfolgt, sie in die Gleichaltrigengruppe zu integrieren und für sie altersentsprechende Beschäftigungs- und Freizeitangebote zu organisieren. Sie kann daran teilnehmen, muss aber nicht. Es geht mehr um die unmittelbare Berücksichtigung ihre Bedürfnisse nach Sicherheit und Versorgung, nach Rückzug und Entlastung von Verantwortung, nach einem „sicheren Ort“ ohne ständige Angst, verlassen zu werden. Sie kann sich, so lange wie sie will, in ihr Zimmer zurückziehen. Regressive Wünsche werden unterstützt, der Bezugsbetreuer ist, soweit es geht, verfügbar.*

*Ein neues Angebot bei einer anderen **Psychotherapeutin** soll eingeleitet werden. Es muss geprüft werden, zu welchem Zeitpunkt dieser neue Versuch einen Sinn machen könnte. Auf jeden Fall sollen – wahrscheinlich nach einer langen Kennenlernphase - mehr spielerische und nonverbale Elemente eingesetzt werden, ohne dabei zu vergessen, dass Anna intensive Lebenserfahrungen hat im Sich-verantwortlich-fühlen für die Mutter.*

*Der **Kontakt zur Mutter** soll eindeutig und regelmäßig unter dem Aspekt strukturiert werden, dass für Anna das Heim der langfristige „Ort zum Leben“ ist, ohne den Bezug zur Mutter und anderen Familienmitgliedern zu verlieren.*

*Offen ist, wie die biologischen Strategien der beteiligten **Kinder- und Jugendpsychiater** zukünftig eingesetzt werden. Die aktuelle psychiatrische Therapie ist ausschließlich medikamentös mit Abilify und Equasym; zuvor gab es Ritalin und Strattera, also an den obigen Diagnosen orientiert! Die aktuelle Krise von Anna wird derzeit noch im Rahmen einer pubertären Entwicklungsphase gedeutet.*

*Ich will nicht ausschließen, dass die Medikation dazu beigetragen hat, eine stabilere seelische Verfassung herzustellen. Dazu müsste man einen **kontrollierten** Absetzversuch im Kontext der aktuellen Behandlungsstrategien durchführen. Wichtig wäre auch zu klären, welches Verständnis Anna von ihrer Medikation hat, wozu es eigentlich gut ist, dass sie die Tabletten schluckt?*

Nicht alle Hypothesen werden zutreffen und müssen revidiert werden. Neue Aspekte unter veränderten Bedingungen werden hinzukommen.

Ich gehe davon aus, dass Anna diesen Respekt vor ihren Besonderheiten und Eigenarten, vor ihren Bedürfnislagen und Entwicklungsständen und vor allem vor ihrer Lebensleistung für sich nutzen wird. Dafür hat sie auf ihrem bisherigen Lebensweg viele Hinweise gegeben, die ich hier der Kürze halber nicht weiter ausführen kann. Sie hat immer wieder Wege gefunden, sich zu behaupten.

Inklusion und Fazit

Inklusion – zumindest im herkömmlichen Sinn - ist für Anna derzeit kein Thema. Sie wird noch lange – möglicherweise lebenslang – ein besonderes, für sie passendes, insofern exklusives Setting für ihre Lebensgestaltung brauchen. Sie wird aus den veränderten Umgangsstrategien Nutzen ziehen und hoffentlich mit sich und der Welt mehr als bisher ins Reine kommen. Und sie wird mehr als bisher am Leben teilhaben können.

Sie wird nach dem 10. Schulbesuchsjahr in ca. 1 Jahr in eine beschützende Werkstatt für behinderte Menschen eingegliedert werden. Ob dies störungsfrei ablaufen wird, wird sehr davon abhängen, ob sich das Heim für sie wirklich als sicherer Ort bewährt hat.

Die nächste schwere Belastung könnte dann auf sie zukommen, wenn sie mit Erreichen der Volljährigkeit in ca. 2 Jahren das Heim wechseln müsste.

Auch das ist Entwicklungsorientierung: Mit Erreichen des 18 LJ ist kein Jugendlicher mit intellektueller Beeinträchtigung erwachsen, im Übrigen auch viele Nicht-kognitiv-Beeinträchtigte! Es wäre dringend an der Zeit, dass auch die stationäre Behindertenhilfe diesen *hochkomplizierten Transitionsprozess* wahrnimmt und die Jugendlichen mindestens bis zum 25 Lj. bleiben können. Das Gleiche trifft auch auf die psychiatrische Versorgung zu. Mit dem 18. LJ. wird „der Fall Anna“ an die Erwachsenenpsychiatrie abgegeben werden mit Denkmodellen und Behandlungsroutinen, die nicht dem Entwicklungsstand der jungen Frau entsprechen werden.

Ich komme zum Schluss, bevor die Gedanken an den weiteren Verlauf von Anna's Leben uns zu sehr beeinträchtigen, und wir uns fragen müssen, warum nicht schon viel früher verstanden wurde, was mit Anna los ist und was sie braucht.

Über Inklusion wäre viel vor allem Kritisches zu sagen. Ich möchte Ihnen und mir das ersparen. Soviel aber:

Grundsätzlich wird Inklusion ohne *explizite* Entwicklungsorientierung nicht funktionieren. Das heißt in allen gesellschaftlichen Kontexten, nicht nur in der Schule, wo das noch am

leichtesten geht, müssten *notwendigerweise* die je besonderen individuellen Voraussetzungen und Entwicklungsstände intellektuell beeinträchtigter Menschen berücksichtigt werden.

Inklusion kann nur gelingen, wenn Leben, Lernen und Arbeiten für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit IB ihnen *persönlich* eine Sicherheit und Zufriedenheit mit sich und der Welt bringt. Der wirkliche Sinn von Inklusion erweist sich daher letztlich nur auf der Ebene des individuellen Wohlbefindens. Diese *subjektive Seite der Inklusion* wird im Diskurs nicht differenziert. *Inklusive Kontexte werden vonvorherein ohne weitere Diskussion als „hilfreich und gut“ konnotiert! Das ist fahrlässig und risikoreich für die Betroffenen!* Ich denke dabei nur an die vielen neuen Klassen in den Berliner FSGE für die sog. *„Rückkehrer aus der Inklusion“!*

Im Grunde ist niemandem klar, wie diese Kontexte wirklich gestaltet sein sollen, und welche Chancen sie für die Inkludierten in der modernen Gesellschaft bieten, eine Gesellschaft, die alles andere als inklusiv ist, die nach gänzlich anderen Normen und Werten organisiert ist, als wie sie der Idee der Inklusion zugrunde liegen.

Die *Glaubenskriege* toben daher mehr ums Prinzip der Inklusion (Stichwort *„Gemeinsamer Unterricht!“*) als um Fragen der bedarfs- und bedürfnisgerechten Gestaltung der Lern- und Lebenskontexte von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen und deren politische Umsetzung.

Wie diese Bedarfe und Bedürfnisse beschaffen sind, dabei könnte Entwicklungsorientierung nutzbringend sein. Es könnte sein, wie das Beispiel Anna andeutet, dass gerade auch für viele intellektuell beeinträchtigte Menschen spezielle, ihnen entsprechende Settings die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verbessern.

Literatur

- BUSCHER, M. & HENNICKE, K. (2017): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung. Carl-Auer, Heidelberg
- DOŠEN, A. (2018): Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Herausgeber und Bearbeiter der 2. deutschsprachigen Ausgabe: K. HENNICKE und M. SEIDEL. Göttingen: Hogrefe
- FEUSER, G. (1996): „Geistigbehinderte gibt es nicht!“ Projektionen und Artefakte in der Geistigbehindertpädagogik. Geistige Behinderung 35 (1) 18 – 25, S. 23f
- HENNICKE, K. (2016): Grenzen der Beschulbarkeit - Ein Erfahrungsbericht über ein gravierendes Gesundheitsproblem. Heilpädagogische Forschung 42, 3 (2016)160-168
- KASTL, J. M. (2017): Einführung in die Soziologie der Behinderung. 2., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Springer VS, Wiesbaden
- RETZLAFF, R. (2010): Familien-Stärken. Behinderung, Resilienz und systemische Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- SAPPOK, T. & ZEPPERITZ, S. (2016): Das Alter der Gefühle. Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung. hogrefe, Bern
- TSIRIGOTIS, C. (2016): Behinderung aus systemischer Perspektive. In: Levold, T. & Wirsching, M. (Hrsg.): Systemische Therapie und Beratung. Das große Lehrbuch. 2. Auflage. Carl-Auer, Heidelberg, S. 386-392
- WYGOTSKI, L. S. (1924/1975) Zur Psychologie und Pädagogik der kindlichen Defektivität. Die Sonderschule, Jg. 1975, H.2, Berlin (Volk und Wissen), S. 65-72

Referent

Prof. Dr. med. Klaus Hennicke
Diplomsoziologe, Facharzt für Kinder-, Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
Berlin
E-Mail: klaus.hennicke@posteo.de