

„Also am Anfang war sie am liebsten in ihrem Zimmer auf ihrem Bett. Sie wollte eigentlich nichts essen. Fast Wochenlang konnte sie das Essen auf der Seite lassen“

„Sie ist losgelöst von allem, was wir von allen anderen einfach so erwarten...“

„Am Anfang war es eine 1:1 Begleitung von A-Z, also nonstop.“

„Es ist sehr zentral, dass wir hier als Team nicht frustriert sind, wenn langsam und in kleinen Schritten gearbeitet wird“

Geistige Behinderung und psychische Störung

Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose in Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung

„Ich denke es ist wichtig, dass wir als Team einheitlich arbeiten und an einem Strang ziehen.“

„ich glaube auch das dieser Ort kein schlechter für sie ist. Sie braucht das. Sie braucht klare Strukturen, sie braucht Bindung, sie braucht Sicherheit.“

„... ich denke sie holt sich die Aufmerksamkeit nicht nur wenn sie da ist, sondern halt auch wenn sie nicht da ist. Weil wir immer so mit ihr beschäftigt sind, ist sie auch in den Teamsitzungen und bei den Übergaben und überall immer präsent.“

Irena Begic & Jana Rymann

Bachelor-Arbeit Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang Sozialpädagogik
Kurs VZ 2015-2018

Irena Begic & Jana Rymann

Geistige Behinderung und psychische Störung

**Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose in Wohngruppen für Menschen mit
einer geistigen Behinderung**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im Januar 2019 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für Sozialpädagogik.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialpädagogisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialpädagoginnen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2019

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung wird die Prävalenz psychischer Erkrankungen auf insgesamt 30–50% geschätzt. Vergleichsweise liegt die Prävalenz psychischer Störungen bei der Normalbevölkerung bei 10%, woraus festgestellt werden kann, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung ein drei bis fünf Mal höheres Risiko aufweisen, an psychischen Störungen zu erkranken (Anton Došen, 2018, S. 16). Menschen mit einer sogenannten Doppeldiagnose weisen herausfordernde Verhaltensweisen auf, die von ihren Mitmenschen nur schwer zu deuten sind und die Begleitung somit erschweren (Pia Bienstein & Peter Weber, 2014, S. 13). Jedoch gibt es zu wenige spezialisierte Angebote für diese Personengruppe, weshalb sie oftmals in Institutionen der Behindertenhilfe untergebracht werden, was bei den Fachpersonen zu Herausforderungen und Überforderungen führt (Bienstein & Weber, 2014, S. 326).

Die Autorinnen gehen in der vorliegenden Arbeit somit der Frage nach, welchen Herausforderungen und Chancen Fachpersonen der Behindertenhilfe bezüglich der Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose begegnen und wie das Angebot angepasst werden sollte, um eine vollumfängliche und adäquate Begleitung dieser Personengruppe zu gewährleisten.

Aufgrund der Gruppendiskussionen mit Teams von Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung geht hervor, dass eine Zunahme von Menschen mit einer Doppeldiagnose auf solchen Wohngruppen beobachtet wird und dies Herausforderungen für die Fachpersonen mit sich bringt. Es wird deutlich, dass diese Institutionen grundsätzlich gute Voraussetzungen für die Begleitung dieser Personengruppe mit sich bringen, dennoch ist zu erkennen, dass eine Anpassung des bestehenden Angebotes unausweichlich ist. Mögliche Veränderungsvorschläge werden in dieser Arbeit aufgeführt und sollen als Anregungen für Fachpersonen der Sozialen Arbeit, der Psychiatrie sowie für Betroffene und Angehörige dienen.

Dank

Wir möchten uns hiermit bei allen Personen bedanken, welche uns während dem Prozess der Erarbeitung der vorliegenden Bachelorarbeit begleitet und unterstützt haben.

Ein besonderes grosses Dankeschön geht an die Teams, welche sich bereit erklärt haben bei den Gruppendiskussionen mitzumachen. Durch die anregenden Diskussionen konnten wertvolle Informationen gewonnen werden und nur durch diesen Beitrag ist es gelungen, unser Forschungsvorhaben umzusetzen.

Weiter möchten wir uns bei Marcel Bochsler, Isabelle Heckendorn, Jürg Rymann und Emina Begic für das kritische Gegenlesen der Arbeit und die wertvollen Rückmeldungen bedanken.

Eine weitere wichtige Unterstützung für das Schreiben der Arbeit waren die Fachpoolgespräche mit den Dozierenden der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. So konnten wir Unsicherheiten bezüglich der Fragestellung, des Inhalts und des Forschungsvorgehens klären. Ein herzliches Dankeschön an Sven Huber, Stefania Calabrese und René Stalder.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	9
1.1 AUSGANGSLAGE	9
1.2 ZIEL DER ARBEIT UND FRAGESTELLUNG	12
1.3 ADRESSATINNEN UND ADRESSATEN	13
1.4 MOTIVATION	13
1.5 AUFBAU DER ARBEIT	14
2. BEGRIFFSERKLÄRUNG	15
2.1 GEISTIGE BEHINDERUNG	15
2.1.1 GEISTIGE BEHINDERUNG GEMÄSS INTERNATIONALER KLASSIFIKATIONSSYSTEMEN.....	16
2.2 PSYCHISCHE STÖRUNGEN	17
2.3 DOPPELDIAGNOSE	18
3. PSYCHISCHE STÖRUNGEN BEI MENSCHEN MIT EINER GEISTIGEN BEHINDERUNG	19
3.1 EPIDEMIOLOGIE	19
3.2 URSACHEN FÜR DIE ENTSTEHUNG VON PSYCHISCHEN STÖRUNGEN BEI MENSCHEN MIT EINER GEISTIGEN BEHINDERUNG	20
3.2.1 VULNERABILITÄTS-STRESS-MODELL	21
3.2.2 ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHE ASPEKTE.....	21
3.2.3 BINDUNG	23
3.3 DIAGNOSTISCHE BESONDERHEITEN	25
3.4 AUSGEWÄHLTE PSYCHISCHE STÖRUNGEN BEI MENSCHEN MIT EINER GEISTIGEN BEHINDERUNG	28
3.4.1 ANGSTSTÖRUNGEN	29
3.4.2 AFFEKTIVE STÖRUNGEN	29
3.4.3 ADHS.....	31
4. BEGLEITUNG VON MENSCHEN MIT EINER DOPPELDIAGNOSE	32
4.1 HERAUSFORDERUNGEN	32
4.2 KONZEPTE UND ANSÄTZE IN DER BEGLEITUNG VON MENSCHEN MIT EINER DOPPELDIAGNOSE	33
4.2.1 INTERDISZIPLINÄRE VERSORGUNG	33
4.2.2 POSITIVE VERHALTENSUNTERSTÜTZUNG.....	34
4.2.3 RECOVERY-ANSATZ	39
4.2.4 PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG IM KANTON ZÜRICH	41
5. FORSCHUNGSDESIGN	44
5.1 FORSCHUNGSFRAGE UND ZIEL	44
5.2 FORSCHUNGSMETHODE	45
5.3 SAMPLING	46
5.4 DATENERHEBUNG	47
5.5 DATENAUSWERTUNG	49
6. FORSCHUNGSERGEBNISSE	52
6.1 HERAUSFORDERUNGEN UND CHANCEN	52
6.1.1 HERAUSFORDERNDE VERHALTENSWEISEN	52
6.1.2 HERAUSFORDERUNGEN FÜR DEN GRUPPENALLTAG	53
6.1.3 CHANCEN	54
6.2 TEAM	54

6.3 HANDLUNGSANSÄTZE	55
6.4 FACHWISSEN	57
6.5 INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT	58
6.6 BETREUUNGSANGEBOT	59
<u>7. DISKUSSION</u>	<u>61</u>
7.1 ZUSAMMENFASSENDE ERKENNTNISSE UND BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNGEN	61
7.2 FAZIT	66
<u>8. ABSCHLIESSENDE BEMERKUNGEN</u>	<u>68</u>
8.1 AUSBLICK	68
8.2 KRITISCHE WÜRDIGUNG	69
<u>LITERATUR UND QUELLENVERZEICHNIS</u>	<u>71</u>
<u>ANHANG</u>	<u>76</u>
ANHANG A – LEITFADEN FÜR GRUPPENDISKUSSION	76
ANHANG B – EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG	79
ANHANG C – ZUSAMMENFASSUNG KATEGORIE (AUSWERTUNG)	80

Alle Kapitel wurden von Irena Begic und Jana Rymann gemeinsam verfasst.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

ABBILDUNG 1: SCHEMATISCHE DARSTELLUNG DER PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG	10
ABBILDUNG 2: DIE VIER BINDUNGSTYPEN NACH MARY AINSWORTH	24
ABBILDUNG 3: ABLAUFMODELL ZUSAMMENFASSENDE INHALTSANALYSE	50
TABELLE 1: KAPITEL V "PSYCHISCHE UND VERHALTENSSTÖRUNGEN" F00-F99	16
TABELLE 2: PERSÖNLICHKEITSENTWICKLUNG NACH SCHWEREGRAD DER GEISTIGEN BEHINDERUNG	22
TABELLE 3: DIAGNOSTISCH-METHODISCHE PROBLEME.....	27
TABELLE 4: BEISPIEL EINES S-A-B-C-BOGENS	36

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Syndrom
bzw.	beziehungsweise
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ebd.	von ebenda (am selben Ort)
etc.	et cetera
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
KJPD	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
PBS	Positive Behavior Support
TWG	Therapeutische Wohnschulgruppe
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage

Lange Zeit wurde dem Thema Geistige Behinderung und Psychische Störung keine Beachtung geschenkt. Im letzten Jahrzehnt wurde dieser grosse Rückstand in der psychiatrischen Diagnostik und Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung teilweise aufgeholt. Vorerst musste vor allem betont werden, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung, wie alle anderen Menschen auch, an psychischen Störungen erkranken können (Došen, 2018, S. 2). Menschen mit einer geistigen Behinderung wurden psychische Störungen gar nicht erst zugestanden (Albert Lingg, 2013, S. 293). Heute ist bekannt, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung drei bis viermal häufiger an einer psychischen Störung erkranken, als Menschen ohne geistige Behinderung. Vor diesem Hintergrund sind Kenntnisse über psychische Störungen im professionellen Handeln mit Menschen mit einer geistigen Behinderung unabdingbar (Bienstein & Weber, 2014, S. 12). In den 1970er Jahren wurden den psychischen Problemen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung mehr Aufmerksamkeit geschenkt und somit wuchs auch das Verständnis dafür, dass dem auffälligen Verhalten bei dieser Personengruppe häufig eine intrapsychische Problematik zugrunde liegt. Verhaltensauffälligkeiten stellen demnach oftmals eine äussere Erscheinungsform einer psychischen Störung dar (Došen, 2018, S. 14).

Heutzutage beschäftigen sich die Fachleute nicht mehr damit herauszufinden, ob psychische Störungen bei dieser Personengruppe auftreten können, sondern mit den Unterschieden in der Entstehung und in der Symptomatik von psychischen Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung im Vergleich zu nichtbeeinträchtigten Menschen (Došen, 2018, S. 2). Befindlichkeitsstörungen wie Phobien, Ängste, depressive oder wahnhafte Zustände sind bei Menschen mit geistigen Behinderung aber noch immer schwer fassbar und erkennbar. Eine differenzierte Diagnostik und somit auch eine erfolgreiche Behandlung scheitern heute oftmals und den Betroffenen bleibt eine angemessene psychotherapeutische und teilweise auch pharmakologische Behandlung vorenthalten (Lingg, 2013, S. 293). Die Fachwelt hat in diesem Bereich in den letzten Jahren zwar Fortschritte gemacht, was jedoch nicht bedeutet, dass es einen disziplinübergreifenden Fachdiskurs und wissenschaftlichen Konsens gibt. Vielmehr gehen die Meinungen und Konzepte über geistige Behinderung und psychische Störung weit auseinander (Albert Lingg & Georg Theunissen, 2013, S. 13). Heute ist die Tatsache, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Störung professionelle Hilfe benötigen, bekannt. Es bleibt jedoch noch immer ungeklärt, wer für die Betreuung zuständig ist und wie diese Hilfe organisiert werden soll. Ob die Behindertenhilfe oder das Gesundheitswesen zuständig ist und ob neue spezifische Versorgungsangebote geschaffen werden müssen, bleiben offene Fragen (Došen, 2018, S. 431).

Um die Versorgung von Menschen mit einer Doppeldiagnose in der Schweiz aufzuzeigen, wird die Situation beispielhaft anhand des Kantons Zürich skizziert. Der Kanton Zürich verfügt seit 2012 über ein Konzept für die psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 5). Da kein Konzept für die psychiatrische Versorgung von erwachsenen Menschen mit einer geistigen Behinderung existiert, wird hier auf dieses Konzept eingegangen und die Situation beispielhaft anhand der Kinder und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung aufgezeigt. Im Konzept wird festgehalten, dass die bisherigen Angebote für die Behandlung von betroffenen Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung nicht ausreichen und somit neue spezielle Versorgungsstrukturen geschaffen werden müssen. Es wurde deshalb ein dreistufiges Modell zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung erarbeitet. Grundvoraussetzung für eine nachhaltige psychiatrische Versorgung dieser Personengruppe ist eine vertiefte Zusammenarbeit zwischen Sonderpädagogik auf der einen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf der anderen Seite (ebd.).

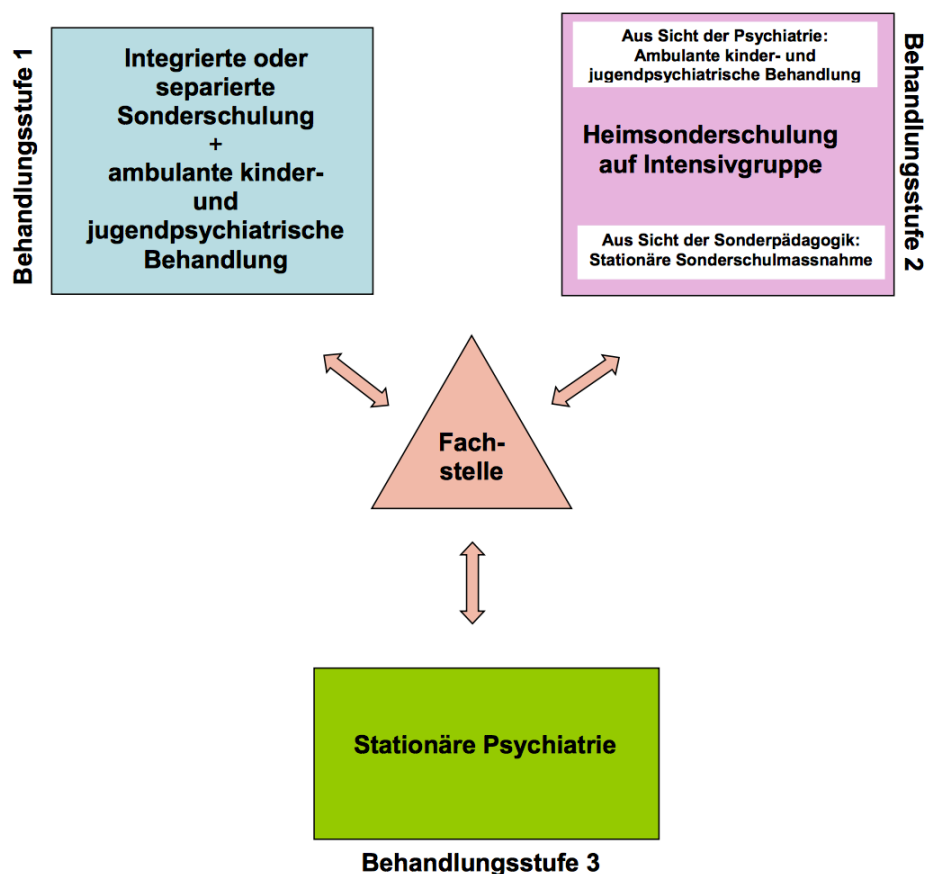


Abbildung 1: Schematische Darstellung der psychiatrischen Versorgung (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 6)

In der 1. Behandlungsstufe geht es darum, die Kinder und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung und psychischen Auffälligkeiten ambulant in ihrem Herkunftsmilieu, also in ihrer Familie oder in sozialpädagogischen Einrichtungen zu behandeln. In diesem Fall können sich die Bezugspersonen an Jugendpsychiatrische Fachpersonen wenden (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 7). Die Bildungsdirektion des Kantons Zürich (2012) halten jedoch fest, dass das Know-how der Fachpersonen und der niedergelassenen Fachärztinnen und Ärzten hinsichtlich der besonderen Bedingungen und Behandlungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung noch eher beschränkt ist. Es bestehen Defizite in der Ausstattung mit spezifischen diagnostischen Instrumenten und dem psychopharmakologischen Wissen sowie bei den Erfahrungen mit der besonderen Patientengruppe (S. 7). Ist die betroffene Person im herkömmlichen Umfeld nicht mehr tragbar, erfolgt eine Überweisung in eine intensivere Behandlungsform. Dabei gibt es zwei Möglichkeiten:

- Behandlungsstufe 2: Eine Einweisung in eine Therapeutische Wohnschulgruppe¹ mit verstärkter sozialpädagogischer und kinderpsychiatrischer Begleitung innerhalb einer sonderpädagogischen Einrichtung oder
- Behandlungsstufe 3: Bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung die Einweisung in eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik bzw. bei dort fehlendem Platzangebot in die Erwachsenenpsychiatrie.

Hier ist anzumerken, dass eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik nur in äussersten Notfällen erfolgen darf, da dieses Setting aufgrund von Überforderung, Reizüberflutung und des Mangels an Betreuungsstrukturen für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung besonders ungünstig ist. Die Behandlungsstufe 3 ist mit den neuen Versorgungsstrukturen möglichst zu vermeiden (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 11). Bei einer Hochrechnung ergab sich für das Schuljahr 2010/11 eine Anzahl von 100 Fällen, bei welchen aufgrund der komplexen Symptomatik mit einer Intensivbehandlung gerechnet werden musste. Dies bedeutet wöchentliche Konsultationen sowie intensive Umgebungsarbeit während Monaten bis Jahren (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 10). Der Bedarf an Plätzen in Angeboten der Behandlungsstufe 2 wurde im Jahr 2007/08 gemäss einer Umfrage bei den Leitenden von Heilpädagogischen Schulen abgeklärt. Daraus ergab sich in jenem Schuljahr ein Bedarf an 38 Plätzen in spezialisierten Angeboten von Sonderpädagogischen Institutionen gemäss Behandlungsstufe 2 (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 17). Im Januar 2012 waren im Kanton Zürich jedoch insgesamt nur 9 Plätze in einer therapeutischen

¹ Im Folgenden wird die Abkürzung TWG verwendet

Wohnschulgruppe mit verstärkter sozialpädagogischer und kinderpsychiatrischer Begleitung innerhalb einer sonderpädagogischen Einrichtung vorhanden (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 25). Durch den Bericht der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung im Kanton Zürich wird deutlich, dass zu wenige spezialisierte psychiatrische Fachpersonen und Plätze in spezialisierten Angeboten vorhanden sind um den Bedarf zu decken. Nun stellt sich die Frage, wer für die Begleitung jener Personen zuständig ist.

Durch den heutigen Wissensstand wird deutlich, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Störung einen Forschungsgegenstand darstellen, welcher zurzeit kontrovers diskutiert wird. Die Versorgung von Menschen mit einer Doppeldiagnose steht im internationalen Diskurs diverser Fachkräfte (Došen, 2018, S. 432). Trotzdem mangelt es noch an einem angemessenen und professionellen Angebot für diese Personengruppe, weshalb Menschen mit einer Doppeldiagnose oftmals in Institutionen der Behindertenhilfe untergebracht werden (Bienstein & Weber, 2014, S. 326).

1.2 Ziel der Arbeit und Fragestellung

Der Fachdiskurs über diese Thematik findet in verschiedenen Fachkreisen bereits statt, doch wie wird in der Praxis damit umgegangen, wo die direkte Arbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose bereits Realität ist? Aufgrund der fehlenden Informationen im Fachdiskurs bezüglich der aktuellen Situation der Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose in Institutionen der Behindertenhilfe, haben sich die Autorinnen für eine Forschungsarbeit entschieden. Der Schwerpunkt liegt darauf, die Situation in der Praxis, genauer in Institutionen für Menschen mit einer geistigen Behinderung, aufzuzeigen. Es wird bewusst nur die pädagogische Sichtweise betrachtet, da eine zusätzliche psychiatrisch-klinische Sichtweise den Rahmen der Bachelorarbeit sprengen würde. Daraus hat sich die erste Fragestellung abgeleitet:

Mit welchen Chancen und Herausforderungen sind Fachpersonen in Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose konfrontiert?

In der Literatur werden wenige Ansätze und Modelle aufgeführt, wie Menschen mit einer Doppeldiagnose begleitet werden könnten. Lingg & Theunissen (2013) plädieren beispielsweise für ein multidisziplinäres Gesamtkonzept, in dem Ansätze der Psychiatrie, der Psychologie, der Sozialen Arbeit und der Heilpädagogik vereint sind (S. 197). Auch für Bienstein und Weber (2014) ist es wichtig, dass Grundkenntnisse aus verschiedenen Disziplinen vertreten sind (S.13). Ob solche Grundkenntnisse oder Ansätze in den Institutionen bekannt sind und angewendet werden oder welche Handlungsansätze und Strategien die Fachpersonen in solchen Institutionen benutzen, wird ebenfalls betrachtet und durch die Beantwortung der zweiten Fragestellung geklärt:

Was bedeutet dies konkret für die Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose in stationären Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung?

Zusammenfassend ist das Ziel dieser Forschungsarbeit, die Situation in Institutionen für Menschen mit einer geistigen Behinderung im Umgang mit Menschen mit einer Doppeldiagnose zu erfassen und aufzuzeigen und daraus Handlungsansätze und Vorschläge für die bestehende Praxis aufzuführen.

1.3 Adressatinnen und Adressaten

Da der Fokus auf dem Arbeitsbereich der Behindertenhilfe liegt, richtet sich diese Bachelorarbeit insbesondere an Fachpersonen, welche in diesem Bereich tätig sind. Somit sind Fachpersonen der Sozialpädagogik, der Heilpädagogik, Fachfrauen und Fachmänner Betreuung und Gesundheit, sowie Praktikantinnen und Praktikanten Adressatinnen und Adressaten dieser Bachelorarbeit. Selbstverständlich sind auch Privatpersonen und nicht genannte Berufsgruppen nicht davon ausgeschlossen. So kann die vorliegende Arbeit beispielsweise für Eltern von Betroffenen als Informationsquelle und für Fachpersonen der Psychiatrie und der Psychologie als Anregung dienen.

1.4 Motivation

Während der verschiedenen Praktika, welche die Autorinnen vor und während des Bachelorstudiums in Sozialer Arbeit mit dem Schwerpunkt Sozialpädagogik absolviert haben, wurden sie immer wieder mit psychologischen Themen konfrontiert. Während des Studiums wurden diese Themen teilweise wieder aufgegriffen, jedoch nie vertieft behandelt. Beide Autorinnen hätten sich mehr zum Thema psychische Gesundheit im Bereich der Sozialen Arbeit gewünscht und es wurde deutlich, dass dies ein Themenfeld darstellt, mit welchem sie sich vertiefter auseinandersetzen wollten. Am Arbeitsort einer der beiden Autorinnen, welche in einer Stiftung für Menschen mit einer geistigen Behinderung arbeitet, wurde das Thema psychische Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zunehmend diskutiert, da die Klientel vermehrt psychische Auffälligkeiten aufwies und das Betreuungspersonal vor besondere Herausforderungen und teilweise auch Fragezeichen stellte. Die besondere Psychopathologie und die Herausforderungen und Chancen, welche das Begleiten von Menschen mit einer Doppeldiagnose mit sich bringen, traf genau die Interessen der Autorinnen. Wie sich nach den ersten Recherchen zu dieser Thematik herausstellte, ist es ein aktuelles und von der Fachwelt zunehmend diskutiertes Thema.

1.5 Aufbau der Arbeit

Die Bachelorarbeit ist in zwei Teile gegliedert, bestehend aus einem Theorieteil und einem Forschungsteil. Im ersten Teil werden verschiedene theoretisch fundierte Überlegungen rund um das Thema Menschen mit einer Doppeldiagnose gemacht. Einleitend dazu werden im *Kapitel 2* die Begriffe geistige Behinderung, psychische Störung und Doppeldiagnose erläutert und es wird erklärt, weshalb diese Begriffe in folgender Arbeit so verwendet werden. Im *Kapitel 3* wird die Epidemiologie und die Ursache für das häufige Auftreten psychischer Krankheiten bei Menschen mit einer geistigen Behinderung genauer betrachtet. Anhand des Vulnerabilitäts-Stress-Modell, der entwicklungspsychologischen Sichtweise und der Bindungsthematik bei dieser Personengruppe soll erklärt werden, weshalb Menschen mit einer geistigen Behinderung vier bis fünf Mal häufiger an einer psychischen Störung erkranken im Vergleich zur Normalbevölkerung (Michael Seidel, 2014, S. 129b). Weiter werden drei Beispiele von psychischen Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung gezeigt, um die bis anhin geschilderte Problematik und Schwierigkeit zu veranschaulichen. Im *Kapitel 4* werden die bereits bekannten Herausforderungen im Umgang mit dieser Klientel geschildert und mögliche Handlungsansätze und Konzepte vorgestellt.

Im Forschungsteil wird zunächst das Forschungsdesign (vgl. Kapitel 5) dargestellt und somit erläutert, anhand welcher Methoden die Forschung durchgeführt und ausgewertet wurde. Daraufhin folgen die Forschungsergebnisse, welche in die aus der Auswertung entstandenen Kategorien aufgeteilt sind. Den Schluss bilden *Kapitel 7* und *Kapitel 8*, in denen die Haupteckdaten zusammenfassend dargelegt und kritisch betrachtet werden und die beiden Fragestellungen beantwortet werden. Darauf folgt ein Ausblick auf weitere mögliche Forschungsgegenstände und eine kritische Würdigung der Autorinnen.

2. Begriffserklärung

Für die Verständlichkeit werden im Folgenden die relevantesten Begriffe *geistige Behinderung*, *psychische Störungen* und *Doppeldiagnose* erläutert und gegenüber anderen Bezeichnungen abgegrenzt.

2.1 Geistige Behinderung

Seit Ende der fünfziger Jahre wird der Begriff *Geistige Behinderung* in der Sonderpädagogik verwendet. Die in der Vergangenheit verwendeten Begriffe spiegelten jeweils die vorherrschende Vorstellung von Menschen mit einer geistigen Behinderung wieder (Hermann Meyer, 2003, S. 4). Stigmatisierende Bezeichnungen wie Schwachsinn, Blödsinn oder Idiotie wurden durch den Begriff der geistigen Behinderung abgelöst. Auch von der jahrzehntelang vorherrschenden Auffassung, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung an einer unheilbaren Krankheit leiden, bildungsunfähig sind und einer vollumfänglichen Pflege bedürfen, hat sich die Fachwelt heute verabschiedet (Lingg & Theunissen, 2013, S. 13). Der Terminus *geistige Behinderung* steht heute für einen unklaren, jedoch weitverbreiteten Begriff. Er soll Menschen kennzeichnen, welche auf Grund komplexer Dysfunktionen der hirneuralen Systeme erhebliche Schwierigkeiten haben, ihr Leben selbständig zu führen und die deshalb auf lebenslange Hilfe und Begleitung angewiesen sind. Das Ziel, durch den Begriff der geistigen Behinderung Stigmatisierung und Diskriminierung zu vermeiden schlug jedoch fehl (Otto Speck, 2013, S. 148). Behinderung ist ein Wertebegriff, welcher sich an dem misst, was als „normal“ gilt. Es hängt also von der allgemeinen gesellschaftlichen Normvorstellung ab, ob ein Mensch als behindert etikettiert wird (Lingg & Theunissen, 2013, S. 14). Laut Speck (2013) besteht bereits durch den Versuch eine Personengruppe eigens zu definieren, die Gefahr, dass dieser Personenkreis sozial abgewertet, benachteiligt und ausgegrenzt wird (S. 147). Für die verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen ist es jedoch wichtig, eine zur Kennzeichnung dieses Personenkreises möglichst eindeutige und vor allem übereinstimmende Begriffe, Definitionen und Beschreibungen zu verwenden. Die Problematik liegt nicht in der Bezeichnung selbst, sondern in der Mehrdeutigkeit und der gesellschaftlichen Verwendung dieses Begriffes (Speck, 2013, S. 148).

Im heutigen wissenschaftlichen Diskurs wird trotz der offensichtlichen Probleme mehrheitlich der Begriff *geistige Behinderung* verwendet, da sich in der Fachwelt bis jetzt noch kein anderer Begriff durchgesetzt hat (ebd.). Im Wissen darum, dass die Bezeichnung *geistige Behinderung* negativ behaftet ist und die Betroffenen nicht vor Stigmatisierung bewahrt, wird in der vorliegenden Arbeit dennoch darauf zurückgegriffen und fortlaufend verwendet.

2.1.1 Geistige Behinderung gemäss internationaler Klassifikationssystemen

Wissenschaften wie die Medizin oder der Rechtsbereich können sich nur auf möglichst klare Begriffe und Definitionen beziehen, welche auf psychologischen Kategorien basieren. Im klinischen Bereich ist besonders das Diagnosesystem *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*² populär, welches von der Weltgesundheitsorganisation³ herausgegeben wird und als momentan international gültige Ausgabe gilt (Meyer, 2003, S. 6). Das ICD-10, welches in der deutschen Fassung Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme heisst, besteht aus 22 Kapiteln. Die Kapitel sind wiederum in Untergruppen aufgeteilt und werden mit den sogenannten «Codes» gekennzeichnet (WHO & DIMDI, 2018).

Das Kapitel V «Psychische und Verhaltensstörung» beinhaltet die Störungen der psychischen Entwicklung und wird in folgende Gruppen mit den Codes F00 – F99 gegliedert (WHO & DIMDI, 2018):

F00-F09	Organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzstörung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99-F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Tabelle 1: Kapitel V "Psychische und Verhaltensstörungen" F00-F99 (Quelle: WHO & DIMDI, 2018)

Nach ICD-10 wird die geistige Behinderung als „Intelligenzminderung“ (F70) aufgefasst (Lingg & Theunissen, 2013, S.18). Ziel und Zweck von klinisch-diagnostischen Klassifikationssystemen ist es, international übereinstimmende Kriterien und Bezeichnungen zu erstellen und die fachliche Kommunikation zwischen verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen zu erleichtern (Meyer, 2003, S. 14). Gemäss dem ICD-10 ist eine Intelligenzminderung eine in der Entwicklung stehengebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten. Personen mit einer Intelligenzminderung haben eine besondere Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen. Dies können beispielsweise Beeinträchtigungen im Bereich der Kognition, der Sprache, der motorischen oder der sozialen Fähigkeiten sein. Für die Bestimmung des Grades der Behinderung dient der IQ-Wert als Richtlinie, er sollte jedoch nicht zu starr angewendet werden (WHO, 2005, S. 254–255). Viele Autoren

² Im Folgenden wird die Abkürzung ICD-10 verwendet

³ Im Folgenden wird die Abkürzung WHO verwendet

warnen davor, den Grad der geistigen Behinderung allein aufgrund des IQ-Wertes zu bestimmen. Die ICD-10 gerät jedoch immer dann an ihre Grenzen, wenn nicht über die Krankheit selbst, sondern über die negativen Auswirkungen auf das Leben des betroffenen Menschen gesprochen wird. Diese Probleme im Alltag werden in der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit⁴ aufgegriffen (Weber, 2014, S. 102). Dies ist ein weiteres internationales Klassifikationssystem, welches das Verständnis von geistiger Behinderung in der Schweiz seit 2005 prägt. Die ICF wurde im Mai 2001 von der 54. Vollversammlung der WHO verabschiedet (Christian Lindmeier, 2013, S. 175). In der ICF werden die in der ICD-10 klassifizierten Gesundheitsprobleme um Funktionsfähigkeit, Partizipation (Teilhabe) und Umweltfaktoren erweitert und verknüpft. Mit der ICF erfolgt eine Abkehr von defizitorientierten Denkmodellen hin zu am Prozess orientierten Modellen, welche auf die individuellen Ressourcen (Empowerment), Normalisierung und Selbstbestimmung abzielen und Funktionen sowie Teilhabe in den Vordergrund stellen (Hans-Christoph Steinhausen, Frank Hässler & Klaus Sarimski, 2013, S. 142). Der Einzelne wird mit diesem Beschreibungsinstrument nicht mehr ausschliesslich vom Nicht-Können her beschrieben, sondern als kompetente Person respektiert und wertgeschätzt (Lingg & Theunissen, 2013, S.19).

Das ICF ist jedoch kein konkretes Beurteilungs-instrument. Es ist lediglich ein international anerkanntes Vokabular, welches einen bestimmten Sprachgebrauch vorschlägt (Insieme, ohne Datum). Seit dem 1. Januar 2011 muss in der ganzen Schweiz das ICD-10 für die Kodierung der Diagnosen verwendet werden. Seit 2013 ist es für alle Spitäler, Kliniken, Psychiatrie-, Rehabilitations- und Spezialkliniken obligatorisch (Die Spitäler der Schweiz, ohne Datum). Aufgrund dessen wird in der folgenden Arbeit vorwiegend auf das in der Schweiz obligatorische Diagnoseinstrument ICD-10 zurückgegriffen.

2.2 Psychische Störungen

In den letzten Jahrzehnten entstand in der klinischen Psychologie ein besonderes Bedürfnis nach einer Klassifikation psychischer Störungen. Intensive Bemühungen um die internationale Vereinheitlichung dieser Klassifikation wurden nach dem zweiten Weltkrieg von der WHO unternommen (Christian Klicpera & Barbara Gasteiger-Klicpera, 2007, S. 11). Heute werden in der Psychiatrie vorwiegend die beiden Klassifikationssysteme *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*⁵ und das eben beschriebene ICD-10 verwendet. Beides sind beschreibende Instrumente, welche es ermöglichen die beobachteten Verhaltensweisen bestimmten Störungsbildern (diagnostischen Kategorien) zuzuordnen. Es wird davon ausgegangen, dass bestimmte Symptome kennzeichnend für bestimmte Diagnosen sind. Für die Diagnostik von Menschen mit einer geistigen Behinderung werden dieselben Klassifikationssysteme benutzt wie bei nicht beeinträchtigten Menschen (Došen, 2018, S. 16). In der

⁴ Im Folgenden wird die Abkürzung ICF verwendet

⁵ Im Folgenden wird die Abkürzung DSM-5 verwendet

10. überarbeiteten Auflage des von der WHO erstellten ICD-10 wird erstmals der Begriff der „Störung“ verwendet, um problematische Begriffe wie „Krankheit“ oder „Erkrankung“ weitgehend zu vermeiden. „Störung“ zeigt einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten an, welcher immer auf der individuellen und oft auch auf der sozialen Ebene mit Belastung und Beeinträchtigung verbunden ist (Lingg, 2013, S. 292). Zudem wird mit dem Störungsbegriff nicht nur das „Leiden“ der Gesellschaft angezeigt, sondern es wird auch auf das subjektive Empfinden und die Sicht eines Betroffenen sowie die daraus resultierenden sozialen Einschränkungen aufmerksam gemacht (Lingg & Theunissen, 2013, S. 20).

2.3 Doppeldiagnose

Der Begriff Doppeldiagnose beschreibt das gleichzeitige Vorkommen von zwei Diagnosen bei einer Person. Häufig wird der Begriff verwendet, um das gleichzeitige Vorkommen einer Suchterkrankung und einer psychischen Störung zu beschreiben (Seidel, 2013, S. 94). Auf dem Arbeitsgebiet mit Menschen mit einer geistigen Behinderung hat sich der Begriff Doppeldiagnose für das Beschreiben einer Person mit einer geistigen Behinderung und einer gleichzeitig vorkommenden psychischen Störung eingebürgert (ebd.). Gegen diesen Begriff gibt es teilweise heftigen Widerspruch. Gegner dieser Bezeichnung argumentieren, dass es sich bei geistiger Behinderung nicht um eine Krankheit handle und somit die Kriterien für eine Doppeldiagnose nicht gegeben sind. Gemäss Seidel (2014b) handelt es sich bei einer Diagnose jedoch keineswegs nur um Krankheiten im engeren Sinn. Sie bezieht sich auch auf eine Unfallfolge, eine Behinderung oder auf einen Zustand einer Person (S. 131). Der Begriff der Doppeldiagnose ist auch für die psychosoziale Versorgung von Bedeutung, um die Schaffung von Hilfesystemen für diesen Personenkreis zu fordern (Dieter Irblich, 2003, S. 317). In den folgenden Ausführungen wird dieser Begriff verwendet, damit der interdisziplinäre Austausch mit anderen Wissenschaftsdisziplinen wie der Medizin und der Psychologie gefördert werden kann.

Um Missverständnisse und Unklarheiten zu vermeiden werden in der hier vorliegenden Arbeit die eben erläuterten Begriffe *geistige Behinderung*, *psychische Störung* und *Doppeldiagnose* verwendet.

3. Psychische Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung

Heute ist bekannt, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung im Vergleich zu nicht behinderten Menschen eine erhöhte Prävalenz aufweisen, an psychischen Störungen zu erkranken (Došen, 2010, S. 12). Die Epidemiologie soll in diesem Kapitel genauer beleuchtet werden. Die hohe Prävalenz liegt verschiedenen Ursachen zugrunde, bei der persönlichkeitsbezogene, soziale, biologische und familiäre Risiko- und Belastungsfaktoren zusammenwirken (Seidel, 2014b, S. 130). Im folgenden Kapitel soll anhand des Vulnerabilitäts-Stress-Modells, entwicklungspsychologischer Aspekte und des Faktors der Bindung die Ursachen für die Epidemiologie genauer erklärt werden. Weiterhin soll erläutert werden, weshalb die Diagnose von psychischen Störungen bei dieser Personengruppe Schwierigkeiten mit sich bringt, zumal dieselben Diagnoseinstrumente wie bei nicht behinderten Menschen verwendet werden (Došen, 2018, S.16). Da Grundkenntnisse über psychische Störungen für das professionelle Handeln unabdingbar sind, wird abschliessend beispielhaft dargestellt wie sich die Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zeigen (Bienstein & Weber, 2014, S. 12). Dazu wird genauer auf die Angststörung, die affektiven Störungen und das Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Syndrom⁶ eingegangen.

3.1 Epidemiologie

Die Epidemiologie beschäftigt sich mit der Häufigkeit und der Verteilung von Krankheiten in Bevölkerungsgruppen, sowie deren Ursachen und Risikofaktoren (Meindert Haveman, 2013, S. 111). Dies geschieht anhand empirischer Forschungen, wodurch Erkenntnisse über die Häufigkeit des Auftretens bestimmter Krankheiten und deren Merkmale gewonnen werden (Irblich, 2003, S. 323). 1970 wurde begonnen, solche empirischen Studien bei Menschen mit einer geistigen Behinderung bezüglich zusätzlicher psychischer Störungen durchzuführen, nachdem lange geglaubt wurde, dass gewisse Verhaltensauffälligkeiten bei dieser Bevölkerungsgruppe Teil ihrer geistigen Behinderung sind (Lingg & Theunissen, 2000, S. 48). Diesen Verhaltensauffälligkeiten wurde seither mehr Aufmerksamkeit geschenkt und es wurde deutlich, dass einige dieser Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit einer geistigen Behinderung Ausdrucksformen einer psychischen Störung darstellten (Došen, 2010, S. 11).

Verschiedene empirische Studien liefern heute Hinweise dafür, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung im Allgemeinen vier bis fünf Mal häufiger psychische Störungen aufweisen als die durchschnittliche Bevölkerung (Seidel, 2014b, S. 129). Die Ergebnisse dieser Studien sind teilweise sehr unterschiedlich, was mit der befragten Personengruppe (schweregrad der Beeinträchtigung, Kinder

⁶ Im Folgenden wird die Abkürzung ADHS verwendet

oder Erwachsene, etc.), den diagnostischen Kriterien sowie der Untersuchungsmethodik zusammenhängt (Došen, 2010, S. 12). Es wird deutlich, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung am gesamten Spektrum psychischer Störungen, welche im ICD-10 aufgeführt sind, erkranken können (Lingg & Theunissen, 2000, S. 49). Ausserdem nimmt die Häufigkeit bei zunehmendem Schweregrad der Beeinträchtigung zu. Bei Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung wird die Prävalenz auf 40–60% geschätzt, bei Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung liegt die Prävalenz bei 30–40%. Vergleichsweise zeigt die Normalbevölkerung mit einer psychischen Störung eine Prävalenz von 10% (Došen, 2010, S. 12). Die häufigsten psychischen Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung sind Psychotische Störungen, Angststörungen, ADHS, Impulskontrollstörungen, depressive Störungen und bipolare Störungen (Došen, 2018, S. 232).

Es gibt verschiedene Faktoren, welche für die erhöhte Prävalenz von psychischen Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung verantwortlich sind. Diese werden im nächsten Kapitel genauer beschrieben werden.

3.2 Ursachen für die Entstehung von psychischen Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung

Die Gründe für die hohe Prävalenz von psychischen Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung sind verbunden mit neurobiologischen, psychologischen, sozialen und persönlichkeitsbezogenen Risikofaktoren. Zusammen mit dem kognitiven Defizit, den Umweltbedingungen, den Kommunikationsschwierigkeiten und den familiären Belastungsfaktoren, die Menschen mit einer geistigen Behinderung mit sich bringen, wird die Wahrscheinlichkeit an einer psychischen Störung zu erkranken in dieser Personengruppe erhöht (Došen, 2010, S. 14). Steinhausen, Hässler und Sarimski (2013) unterteilen die Gründe ebenfalls in die vier oben genannten Bereiche der Persönlichkeit, der familiären Faktoren, der sozialen Faktoren sowie der biologischen Faktoren (S. 144). Diese Bedingungen können allein oder in Kombination miteinander die Wahrscheinlichkeit des Entstehens einer psychischen Störung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung begünstigen. Um diese spezielle Psychopathologie zu erklären, gibt es verschiedene theoretische Konzepte (Došen, 2018, S. 18). Weber (2014) verweist auf das *Vulnerabilitäts-Stress-Modell*, welches seit einigen Jahrzehnten für die Beschreibung des Zusammenwirkens von inneren und äusseren Faktoren herangezogen wird (S. 130). Auch Christian Schanze (2014) bezieht sich auf das *Vulnerabilitäts-Stress-Modell*, um die hohe Prävalenz von psychischen Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zu erklären (S. 27). Došen (2018) geht von einer *Entwicklungsperspektive* zur Erklärung der speziellen Psychopathologie aus. Dieser Ansatz basiert auf den Entwicklungsstufen von Piaget und auf den psychosozialen Entwicklungstheorien von Mahler und Bowlby (S. 18). Im Folgenden werden sowohl

das *Vulnerabilitäts-Stress-Modell*, sowie die *Entwicklungspsychologische Perspektive* und der Aspekt der *Bindung* bei dieser Personengruppe genauer erläutert.

3.2.1 Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell geht davon aus, dass die individuelle Verletzlichkeit (Vulnerabilität) durch biologische, psychische und soziale Faktoren bestimmt wird. Grosse Belastungen und Stress können bei allen Menschen psychische Störungen auslösen. Jedoch ist es von Mensch zu Mensch unterschiedlich, wie gross der Belastungsfaktor sein muss, damit die kritische Schwelle zur Entstehung einer Störung überschritten wird. Dies wird durch das individuelle Mass der Vulnerabilität bestimmt. Vermehrt wird in diesem Zusammenhang auch der Begriff der Resilienz verwendet. Resilienz bezeichnet die Widerstandsfähigkeit gegen Belastungen, Stressoren usw. und umfasst das Gegenteil der Vulnerabilität. Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung ist die Vulnerabilität für biografische und andere Belastungsfaktoren höher und gleichzeitig ist die Resilienz gegen nachteilige Umweltfaktoren und Lebensereignisse geringer als bei Menschen ohne geistige Behinderung (Došen, 2018, S.130). Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell berücksichtigt sowohl genetisch-biologische Aspekte wie auch psychosoziale Faktoren, welche beide für die psychische Gesundheit von Menschen mit einer geistigen Behinderung von Bedeutung sind (Schanze, 2014, S. 28). Beide Aspekte wirken gleichermassen auf das Individuum ein und beeinflussen dessen Verletzbarkeit. Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung sind genetisch-biologische Einflussfaktoren nur schon durch die Tatsache, dass eine geistige Behinderung vorliegt und dies als Ursache für die Beeinträchtigung gilt, höher ausgeprägt. Dazu kommen ausserordentliche psychosoziale Belastungsfaktoren wie beispielsweise Traumatisierung, Verlust- und Versagenserlebnisse und Fremdbestimmung, welchen diese Personengruppe ausgesetzt sind (Schanze, 2014, S. 29). Je grösser die biologischen und psychosozialen Belastungsfaktoren sind, desto schneller wird die persönliche Vulnerabilitätsgrenze überschritten und die Entstehung einer psychischen Störung wird begünstigt. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell zeigt jedoch auch auf, dass die Resilienz gegenüber solchen Belastungsfaktoren durch geeignete Milieugestaltung und die Vermittlung von Kompetenzen zur Stressbewältigung gestärkt werden kann. Aufgabe der Heil-/Pädagogik, Psychologie und Psychiatrie ist es deshalb Wege aufzuzeigen, damit die individuelle Verletzbarkeit von Menschen mit einer geistigen Behinderung langfristig reduziert werden kann und sie somit weniger anfällig für Stresssituationen sind (ebd.).

3.2.2 Entwicklungspsychologische Aspekte

Menschen mit einer geistigen Behinderung durchlaufen dieselben Phasen und Stadien der emotionalen und Persönlichkeitsentwicklung wie nichtbeeinträchtigte Menschen (Došen, 2018, S. 74). Das Durchlaufen der Phasen der Entwicklung kann unterschiedliche Zeit in Anspruch nehmen und

dieser Prozess wird durch verschiedene interne und externe Faktoren beeinflusst (Došen, 2018, S. 73). Der Entwicklungsverlauf von Menschen mit einer geistigen Behinderung verläuft im Gegensatz zu nichtbeeinträchtigten Menschen nicht linear. So kann der Entwicklungsverlauf in einzelnen Bereichen asymmetrisch verlaufen. Häufig wird eine solche Diskrepanz z.B. zwischen der kognitiven Entwicklung und der expressiven Sprachentwicklung beobachtet (Sarimski, 2013a, S. 48). Die Entwicklung von Menschen mit einer geistigen Behinderung kann schematisch anhand des Schweregrads der geistigen Behinderung eingeteilt werden, wie in folgender Tabelle aufgeführt ist.

Grad der GB	IQ	Entwicklungs- alter	Emotionale Entwicklung	Persönlichkeitsentwicklung
Schwere GB	20–34	2–4 Jahre	Individuationsphase	Entstehung von Autonomie
Mittelgradige GB	35–49	4–7 Jahre	Identifikationsphase	Ich-Entwicklung (impulsives Ich)
Leichte GB	50–69	7–12 Jahre	Realitätsbewusstsein	Ich-Differenzierung (moralisches Ich)

Tabelle 2: Persönlichkeitsentwicklung nach Schweregrad der geistigen Behinderung (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Došen, 2018)

Die schematische Darstellung stellt selbstverständlich eine vereinfachte Version der Realität dar. Wächst beispielsweise ein Mensch mit einer mittelgradigen geistigen Behinderung in einem strukturierten und stabilen System auf, können mehrere Aspekte weiterentwickelt sein als bei einem 4-7-jährigen Kind. Weiter nimmt die körperliche Entwicklung und die Lebenserfahrung Einfluss auf das Verhalten und die Persönlichkeitsentwicklung (Došen, 2018, S. 74). Problematisch wird es, wenn zwischen dem kognitiven und dem emotionalen Entwicklungsstand eine essenzielle Abweichung vorhanden ist. Meist ist der kognitive Entwicklungsstand höher als der emotionale, was das Risiko für die Entstehung einer psychischen Störung erhöht (Došen, 2018, S. 75). Došen (2018) zeigt anhand eines Beispiels, wie eine solche Diskrepanz in der psychosozialen Entwicklung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung ablaufen könnte: Kinder mit einer geistigen Behinderung können beispielsweise in der ersten Entwicklungsphase mit Entwicklungsverzögerungen aufgrund von neurophysiologischen Funktionsstörungen (Regulation des Schlafes, Essen, etc.) konfrontiert werden. Dies kann die soziale Interaktion und das Aufbauen einer sicheren Bindung erschweren, woraus sich wiederum Probleme in der Individuationsphase entwickeln können. Bei solchen Kindern kann die kognitive Entwicklung schneller voranschreiten als die emotionale, was zu einer Diskrepanz führt (S. 75). Das Verhalten kann einmal mehr vom emotionalen und einmal mehr vom kognitiven Entwicklungsstand abhängen, was für die Umwelt schwer verständlich sein kann. Dies kann zu unangemessenen Anforderungen vonseiten der Umwelt an die Betroffenen führen (Došen, 2018, S. 75). So kann beispielsweise eine

erwachsene Person mit einer leichten geistigen Behinderung auf emotional herausfordernde Situationen mit kleinkindlichem Verhalten reagieren (Došen, 2018, S. 74).

3.2.3 Bindung

Auch das Thema Bindung von Menschen mit einer geistigen Behinderung hat in den letzten zehn Jahren zunehmende wissenschaftliche Aufmerksamkeit erfahren und die Publikationen zu diesem Thema nehmen zu (Došen, 2018, S. 72). Došen (2018) betont die Wichtigkeit der wissenschaftlichen Beachtung der Bindungsproblematik bei dieser Personengruppe. Sie sei bedeutsam für ein besseres Verständnis der Psychopathologie von Menschen mit einer geistigen Behinderung (S. 73).

Der Kinderpsychiater und Psychoanalytiker John Bowlby (1907 – 1990) legte als Erster den Fokus seiner Forschung auf die seiner Forschungen auf Familienbeziehungen und deren Einfluss auf die kindliche Entwicklung. Er bewies, dass sich das Verhalten zwischen Säugling und Bezugspersonen gegenseitig bedingt. Mary Ainsworth (1913 – 1999) konnte durch die Analyse diverser Studien belegen, dass es unterschiedliche Bindungstypen gibt und nicht alle Bindungen gleich stabil sind (Verena Fischer, 2018). Sie unterschied vier Bindungstypen, welche in der folgenden Tabelle genauer erläutert werden.

Bindungstypen	Beschreibung	Verhalten in der Testsituation
<u>Sichere Bindung</u>	Solche Kinder können Nähe und Distanz der Bezugspersonen angemessen regulieren.	Sie sind kurzfristig irritiert und weinen ggf., wenn die Bezugsperson den Raum verlässt, lassen sich jedoch von der Testerin trösten und beruhigen sich schnelle wieder; sie spielen im Raum auch mit der Testerin; laufen der Bezugsperson bei deren Wiederkehr entgegen und begrüßen diese freudig.
<u>Unsicher vermeidende Bindung</u>	Die Kinder zeigen eine Pseudoabhängigkeit von der Bezugsperson. Sie zeigen auffälliges Kontakt-Vermeidungsverhalten und beschäftigen sich primär mit Spielzeug im Sinne einer Stress-Kompensationsstrategie.	Sie wirken bei der Trennung von der Bezugsperson unbeeindruckt; sie spielen auffallend oft für sich allein; bei der Wiederkehr der Bezugsperson bemerken sie diese kaum oder zeigen Ablehnung durch Ignorieren.
<u>Unsicher ambivalente Bindung</u>	Diese Kinder verhalten sich widersprüchlich-anhänglich gegenüber der Bezugsperson	Sie wirken bei der Trennung massiv verunsichert, weinen, laufen zur Tür, schlagen gegen diese und sind durch die Testerin kaum zu beruhigen. Bei Wiederkehr der Bezugsperson zeigen sie abwechselnd anklammerndes und aggressiv-abweisendes Verhalten und sind nur schwer zu beruhigen.

<u>Desorganisierte Bindung</u>	Die Kinder zeigen deutlich desorientiertes, nicht auf eine Bezugsperson bezogenes Verhalten.	Hauptmerkmal solcher Kinder sind bizzare Verhaltensweisen wie Erstarren, im-Kreis-Drehen, Schaukeln und andere stereotype Bewegungen; daneben treten (seltener) Mischformen der anderen Bindungsmuster wie beispielsweise gleichzeitiges intensives Suchen nach Nähe und deren Ablehnung auf.
--------------------------------	--	---

Abbildung 2: Die vier Bindungstypen nach Mary Ainsworth (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an card2brain, ohne Datum)

Kinder, welche eine sichere Bindung aufbauen, gewinnen einen wichtigen Schutzfaktor (Resilienz), mit welchem sie psychosoziale Belastungen leichter bewältigen können (Lingg & Theunissen, 2013, S. 129). Kinder mit einer geistigen Behinderung weisen häufig einen problematischen Bindungsprozess auf, was einen negativen Einfluss auf die weitere psychosoziale Entwicklung und das Verhalten haben kann. Für das Entstehen einer unsicheren Bindung gibt es verschiedene Ursachen. In diesem Zusammenhang werden eingeschränkte kognitive Entwicklung, Unterbringung im Heim und eine problematische Elternschaft als Risikofaktor für die Entstehung einer unsicheren Bindung genannt. Eine problematische Elternschaft kann durch den Stress bedingt sein aufgrund der Tatsache, dass ihr Kind eine Behinderung hat und sie nicht wissen, wie sie damit umgehen können (Došen, 2018, S. 72). Wenn Eltern aufgrund einer Verdrängung oder eines Nichtwahrhaben-Wollens der Behinderung einen strengen Normalitätsmassstab oder zu hohe Leistungsansprüche an ihr Kind stellen, ist die Gefahr gross, dass das Kind mit Ängsten oder Versagensgefühlen reagieren. Dies kann sich in Form von Einkoten, zwanghaftem Verhalten, Aggressionshemmung oder Aggressionsausbrüchen zeigen und kann oftmals auch zu Blockierung der sensomotorischen und kognitiven Handlungskompetenz führen. Schuldgefühle und Überbehütung führen andererseits zu einer Unterforderung, was narzisstisch-aggressive Tendenzen begünstigt und den Ich-Findungsprozess erschwert. Ebenso bedeutsam wie die Einstellungen, Reaktionen und kommunikativen Botschaften der Bezugspersonen, welche für das Kind irritierend und schwer verständlich sein können, sind Verhaltensweisen des Säuglings, welche Fehldeutungen und kritische Interaktionen von Seiten der Mutter auslösen können (Lingg & Theunissen, 2013, S. 131).

Kinder mit einer geistigen Behinderung zeigen häufig Auffälligkeiten im Schlaf- und Wachzustand, was die Startbedingungen einer Beziehung mit einer Bezugsperson erschwert. Als Beispiel können hier Kinder mit diagnostiziertem Autismus genannt werden. Sie zeigen bereits kurz nach der Geburt Verhaltensweisen auf, welche von der Mutter als unangenehm und unverständlich empfunden werden. Es kommt oftmals vor, dass es Säuglingen mit einer Behinderung nicht gelingt die Aufmerksamkeit ihrer Bezugspersonen auf sich zu lenken (z.B. durch fehlende, reduzierte oder

veränderte Vokalisation). Dies führt dazu, dass grundlegende Interaktionen ausbleiben und das Urvertrauen nicht ausreichend entwickelt wird, was wiederum zu erheblichen kognitiven und affektiven Beeinträchtigungen führen kann (Lingg & Theunissen, 2013, S. 129).

In verschiedenen Forschungen ging hervor, dass bei den meisten Kindern mit einer geistigen Behinderung der desorganisierte Bindungstyp vorkommt. Diese Kinder zeigen eine Überempfindlichkeit gegenüber Stress. Andere Forscher stellten fest, dass eine unsichere Bindung zu herausfordernden Verhaltensweisen bei erwachsenen Menschen mit einer geistigen Behinderung führen kann (Došen, 2018, S. 72). Zudem kann die Bindungsstörung Probleme in der nachfolgenden Entwicklungsphase (Individuationsphase) bedingen. Eine solche problematische Entwicklung wird bei Menschen mit bestimmten psychischen Störungen beobachtet (Došen, 2018, S. 73).

Zusammenfassend hängt die Entstehung psychischer Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung mit einer Vielzahl von Faktoren und Prozessen zusammen. Nun ist es die Aufgabe der Diagnostik festzustellen, wie sich diese Faktoren gegenseitig beeinflussen um herauszufinden, welche Prozesse zur Entwicklung der Störung geführt haben (Došen, 2018, S. 19).

3.3 Diagnostische Besonderheiten

Diagnostik bezeichnet die Gesamtheit der Verfahren und Theorien, welche dazu verwendet werden, um Verhalten und psychische Prozesse einzelner Personen oder auch von Gruppen zu erforschen (Konrad Bundschuh, 2013, S. 85). Diagnosen dienen dazu, die unendliche Komplexität menschlicher Verhaltensauffälligkeiten fassbar zu machen und diese auf eine überschaubare Grösse zu reduzieren. Aus fachlicher Sicht sind Diagnosen notwendig, damit Hilfe gewährleistet werden kann, die Kommunikation zwischen Fachpersonen vereinfacht wird und damit ein Zuspruch therapeutischer Massnahmen stattfinden kann, da jede Therapieempfehlung auf einer diagnostischen Einschätzung beruhen muss (Klaus Hennicke, 2005, S. 350). Diagnostische Massnahmen sollten dann veranlasst werden, wenn die entwickelten Verhaltensweisen im Kontext nicht mehr verstehbar sind, wenn sie als untragbar und störend empfunden werden, wenn sie eine bisherige Lebens- und Entwicklungskontinuität unterbrechen, subjektiv als quälend und unangenehm empfunden werden, sie eine Veränderung typischer Gewohnheiten, Fähigkeiten und Verhaltensmuster bedeuten oder wenn sie ein zu hohes Risiko für die Person selbst und andere bedeuten (Hennicke, 2005, S. 352).

Menschen mit einer geistigen Behinderung können ihr Leiden oftmals nur indirekt mitteilen, weshalb die Angehörigen und die betreuenden und begleitenden Personen eine sehr hohe Verantwortung tragen. Denn sie sind dafür zuständig, die notwendigen diagnostischen Massnahmen zu veranlassen. Häufig werden jedoch die Verhaltensauffälligkeiten von Angehörigen, Lehrerinnen und Lehrern und

den Betreuenden in Institutionen als typische Besonderheit der Ausdrucksweise von Menschen mit einer geistigen Behinderung angesehen. Es wird darauf oftmals mit einer verstärkt abwehrenden und verleugnenden Art reagiert, als wenn diese Verhaltensauffälligkeiten bei nichtbeeinträchtigten Menschen auftreten würden. Häufig wird also durch das Etikett der „geistigen Behinderung“ die Wahrnehmung einer vorliegenden psychischen Störung erschwert oder sogar verhindert (Overshadowing) (Hennicke, 2005, S. 362). Ebenso kann eine bereits bestehendes Verhalten, wie beispielsweise Bewegungsstereotypen, durch den Beginn einer psychischen Störung verstärkt werden. Durch die Entstehung der psychischen Störung wird die bestehende Verhaltensauffälligkeit vermehrt und verstärkt vorkommen, was das Erkennen der psychischen Störung für das Umfeld zusätzlich erschwert (Baseline exaggeration) (Schanze, 2014, S. 31).

Zur Diagnostik psychiatrischer Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung werden dieselben Diagnostikinstrumente verwendet wie bei nicht beeinträchtigten Menschen. Dies kann jedoch zu Schwierigkeiten führen, da die Symptomatik verschieden ist und die Symptome eine unterschiedliche Bedeutung haben (Došen, 2018, S. 16). Die Diagnostik wird weiter durch die begrenzten kognitiven und kommunikativen Möglichkeiten dieses Personenkreises erschwert (Došen, 2018, S. 17). Dieses Phänomen wird mit dem Begriff „underreporting“ bezeichnet (Schanze, 2014, S. 32). Je geringer die kommunikativen Fähigkeiten der Person sind, desto wichtiger sind die Informationen und Beobachtungen der Angehörigen und der Begleiterinnen und Begleiter, welche die Person und ihre Verhaltensweise täglich beobachten können (Hennicke, 2005, S. 360). Ein weiteres Phänomen, welches das Erkennen einer psychiatrischen Störung erschwert, ist das psychosocial masking. Die verminderte soziale Fähigkeit und die nur eingeschränkte Möglichkeit Lebenssituationen in allen Einzelheiten zu erfahren, können dazu führen, dass die Ausprägung der psychiatrischen Störung abgestumpft und stark vereinfacht in Erscheinung tritt und somit nicht als diese erkannt wird (Schanze, 2014, S. 32). Mit zunehmendem Schweregrad der Behinderung werden die Äusserungsformen der psychischen Störung simpler und damit aber in sich zunehmend vieldeutiger und für die beobachtende Person schwerer zu entschlüsseln. Menschen mit einer geistigen Behinderung haben eine eigene Art mit Belastungen und irritierenden Lebensereignissen umzugehen. Diese Tatsache verändert die übliche psychiatrische Diagnostik und macht sie unsicherer (Hennicke, 2005, S. 361). Die Diagnostik bei Menschen mit einer geistigen Behinderung ist meist langwieriger als bei Nichtbehinderten und die untersuchende Person muss viel Zeit, Geduld und die Bereitschaft, auch mehrere Kontaktversuche zu machen, mit sich bringen (Hennicke, 2005, S. 363).

Schwierigkeit	Kennzeichen
Underreporting	Durch eingeschränkte Fähigkeiten zur Kommunikation und Introspektion werden psychopathologische Phänomene nur unzureichend mitgeteilt

3. Psychische Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung

Overshadowing	Psychiatrische Symptome werden fälschlicherweise dem aus der geistigen Behinderung resultierenden Verhalten zugeordnet
Baseline exaggeration	Vermehrtes Auftreten vorbestehender Verhaltensweisen im Rahmen einer psychischen Störung
Psychosocial masking	Verminderung sozialer Fähigkeiten durch die intellektuelle Minderbegabung führt zu undifferenzierter Präsentation psychiatrischer Störungen

Tabelle 3: Diagnostisch-methodische Probleme (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schanze, 2014)

Hennicke (2005) betont, dass trotz der erschwerenden Faktoren ausreichende Voraussetzungen gegeben sind, um mit den heutigen psychiatrischen diagnostischen Methoden und Techniken eine psychische Störung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zu erkennen, zu diagnostizieren und eine qualifizierte Behandlung zu begründen (Hennicke, 2005, S. 363). Michael Buscher und Klaus Hennicke (2017) betonen jedoch, dass die Diagnose gemäss dem Klassifikationssystem ICD-10 nicht als absolute Wahrheit zu betrachten ist. Diagnostische Einschätzungen können die persönliche Sichtweise, die Haltung und Meinung gegenüber der Person beeinflussen und dazu führen, dass Stigmatisierung und Etikettierung entstehen (S. 66). Um ein ganzheitliches Bild zu erfassen und den Hintergrund für das auffällige Verhalten zu verstehen, benötigt es weitere Betrachtungen. Diagnostik gelingt besonders, wenn verschiedene Blickwinkel betrachtet werden, weshalb das alleinige Stützen auf Klassifikationssysteme bei dieser Personengruppe nicht ausreicht (Buscher & Hennicke, 2017, S. 74). Wie bereits erwähnt besteht die Gefahr von overshadowing oder underreporting, oftmals weil sich die Klientel nicht richtig ausdrücken können und daraus resultierende Verhaltensänderungen missverstanden werden. Gemäss Buscher und Hennicke (2017) ist es deshalb wichtig, stets die Multikausalität von Verhalten zu betrachten und somit auch das ganze Umfeld des Klienten zu betrachten. Gab es im Laufe der Zeit Veränderungen in der Familie oder verbergen sich vielleicht traumatisierende und überfordernde Situationen hinter dem Verhalten? Wann tritt genau das auffällige Verhalten auf und sind zusätzliche körperliche Veränderungen sichtbar? Oftmals steckt hinter der Entstehung der psychischen Störung ein oder mehrere Ereignisse, Traumata oder nicht überwindbare Entwicklungsschritte, die genauso in das Krankheitsbild mit einbezogen werden müssen, wie die psychopathologische Diagnose (S. 76). In einem weiteren Schritt sollte sich Diagnostik auch mit der Frage beschäftigen, welche Vorerfahrungen im Bezug zu dieser Person bereits gemacht wurden, was hilfreich oder eben herausfordernd war im Umgang mit ihnen und welche Methoden bereits hilfreich waren (ebd.). So können bereits bestehende Schutzfaktoren und Ressourcen der Klientinnen und Klienten erkannt und allenfalls erweitert werden (Buscher & Hennicke, 2017, S. 79). Zusammenfassend sollte die Diagnostik psychischer Störungen bei Menschen mit einer geistigen

Behinderung umfassend in allen Lebensbereichen und ihrem Kontext erfolgen, sowohl aus psychiatrischer als auch aus (heil-) pädagogischer Sicht (Buscher & Hennicke, 2017, S. 61).

Nun geht es darum, das Thema in der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, von Krankenpflegenden und von den Fachpersonen der Heil- und Sozialpädagogik zu behandeln (Hennicke, 2005, S. 364). Hennicke (2005) fordert auch eine Erweiterung der wissenschaftlichen Grundlagen und somit die Schaffung eines qualifizierten psychiatrisch, psychotherapeutischen und (heil-)pädagogischen Spezialgebietes „Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung“ (S. 364).

3.4 Ausgewählte psychische Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung

Im Arbeitsfeld der Behindertenhilfe wird in der Arbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose häufig beobachtet, dass diese aufgrund der psychischen Erkrankung nicht mehr eine angemessene und gesunde Interaktion zur Umwelt entwickeln können, was von den Fachpersonen oftmals als problematisch erlebt wird. Für die Betreuungspersonen unverständliche Verhaltensweisen von Menschen mit einer Doppeldiagnose wie mangelnde Impulskontrolle, selbstverletzendes Verhalten und Ängste, führen in der Begleitung dieser Menschen oftmals zu Herausforderungen im Arbeitsalltag. Deshalb sind Grundkenntnisse der oben bereits beschriebenen Diagnostik und der Psychopathologie unabdingbar für das professionelle Handeln von Fachpersonen im Bezug zu Menschen mit einer Doppeldiagnose (Bienstein & Weber, 2014, S. 13). Grundsätzlich können diese Menschen an allen psychischen Störungen erkranken, dennoch lässt sich eine Tendenz bei den verschiedenen Schweregraden geistiger Behinderung beobachten: Bei Menschen mit einer *schweren* geistigen Behinderung wurden psychische Störungen wie Kontaktstörung, Autismus-Spektrum-Störung und psychotische Zustände am häufigsten beobachtet. Bei Menschen mit *mittelgradiger* geistiger Behinderung lassen sich psychotische Störungen, affektive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, ADHS und Verhaltensstörungen am häufigsten beobachten (Došen, 2010, S. 198). Menschen mit einer *leichten* geistigen Behinderung zeigen dieselben psychischen Störungen und die gleiche Symptomatik wie bei der Normalbevölkerung auf. Hier ist jedoch anzumerken, dass die Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung höher ist als bei Menschen ohne Beeinträchtigung (Došen, 2010, S. 208).

Im Folgenden soll anhand der Angststörung, der affektiven Störung und dem Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom beispielhaft veranschaulicht werden, wie sich dieses Krankheitsbild widerspiegelt und wie sich die Symptomatik bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zur Durchschnittsbevölkerung unterscheidet.

3.4.1 Angststörungen

Ängste, welche durch gewisse Situationen und Dinge hervorgerufen werden, treten bei jeder Person in unterschiedlichem Ausmass auf. Wenn die Angst jedoch nicht mehr in einem angemessenen Rahmen auftreten und somit die Funktionsfähigkeit der Person einschränkt wird, spricht man von einer Angststörung (Došen, 2010, S. 276). Unter Angststörungen werden im ICD-10 Phobien (ICD-10: F40), Panikstörungen (ICD-10: F41.0) und generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) verstanden (Došen, 2018, S. 258). Die Soziale Phobie zeichnet sich dadurch aus, dass die Betroffene oder der Betroffene Angst vor einem Urteil durch andere Menschen hat und somit soziale Situationen meidet und sich zurückzieht (Helmut Remschmidt, Martin H. Schmidt & Fritz Poustka, 2017, S. 234). Spezifische Phobien hingegen richten sich, wie der Name schon sagt, auf bestimmte Objekte, Tiere oder Räume, welche dann gemieden werden (Remschmidt et al., 2017, S. 239). Bei einer Panikstörung treten immer wiederkehrende schwere Angstattacken auf, die sich nicht auf eine bestimmte Situation beschränken lassen (Remschmidt et al., 2017, S. 241). Die Symptome einer Panikstörung sind von Person zu Person unterschiedlich. Typisch ist jedoch das plötzliche Auftreten von Herzklopfen, Brustschmerzen, Erstickungsgefahr und Entfremdungsgefühl. Da nicht definiert werden kann, was die Panikattacke auslöst, bleibt die ständige Angst vor der nächsten Angstattacke bestehen (ebd.). Bei der generalisierten Angststörung wird eine anhaltende Angst beschrieben, die sich nicht auf bestimmte Situationen beschränkt und auftritt, obwohl keine wirkliche Bedrohung vorhanden ist. Auch bei einer generalisierten Angststörung werden Symptome von ständiger Nervosität, Zittern, Schwitzen, Herzklopfen und Benommenheit beschrieben (Remschmidt et al., 2017, S. 243).

Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer Angststörung können ebenfalls physische wie psychische Symptome aufweisen. Sichtbare Symptome wie Schwitzen, beschleunigter Puls, kalte und nasse Hände und Zittern können bei allen Menschen unabhängig von ihrer Intelligenz beobachtet werden (Došen, 2018, S. 360). Die Äusserung und Selbstreflexion über psychische Symptome und das Angstempfinden hingegen ist bei einer Intelligenzminderung oftmals erschwert oder kaum möglich (Schanze, 2014, S. 133). Auch Došen (2018) betont, dass Angstäusserungen je nach Entwicklungsniveau sehr unterschiedlich sein können (S. 360). Andere Verhaltensweisen wie plötzliche Frustration, Erregung, Wutausbrüche, Aggressivität oder selbstverletzendes Verhalten können demnach Ausdruckformen einer Angststörung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung sein (Došen, 2018, S. 360).

3.4.2 Affektive Störungen

Bei den Affektiven Störungen handelt es sich um eine Veränderung der Stimmungslage und sie kann von einer Depression bis hin zur Manie führen (Remschmidt et al., 2017, S. 208). Kennzeichnend für depressive Stimmungslagen sind Antriebsmangel, Rückzug aus sozialen Aktivitäten,

Hoffnungslosigkeit, Freudlosigkeit und Selbstzweifel (Seidel, 2014c, S.205). Eine Manie hingegen zeichnet sich durch eine Steigerung des Antriebs, leichtsinniges und rücksichtsloses Verhalten, gesteigerter Unternehmungslust und exzessiven Aktivitäten aus (Seidel, 2014c, S.206). Menschen mit einer affektiven Störung können das depressive wie auch das manische Syndrom aufzeigen. Die Syndrome treten in Episoden auf und können immer wieder vorkommen. Selten erleben Menschen nur eine Episode. Am häufigsten, nämlich in einem Drittel der Verläufe, treten rein depressive Episoden auf, was *unipolarer depressiver Verlauf* genannt wird. Vergleichsweise selten ist ein *unipolarer manischer Verlauf* zu beobachten. Sind bei einem Menschen beide Syndrome zu beobachten, so spricht man von einer bipolaren affektiven Störung (Seidel, 2014c, S. 207). Eine affektive Störung zeigt sich bei den Betroffenen in den Bereichen des Denkens, des Handelns, der vegetativen Funktionen und des Gefühllebens (Došen, 2010, S. 253). So kann sich bei einer Depression das Denken von Grübeleien bis hin zu Wahnvorstellungen verändern. Die Handlungen werden so verändert, dass das Erledigen von Alltagsaufgaben erschwert wird, was bis zur Reglosigkeit führen kann (Došen, 2010, S. 253). Vegetative Veränderungen wie Schlafstörungen, Verdauungsprobleme, Veränderung der Libido und Essstörungen sind bei einer Depression häufig zu beobachten. Auf der Gefühlsebene werden Müdigkeit und Kraftlosigkeit, Traurigkeit und Apathie beschrieben (Seidel, 2014c, S 205). Umgekehrt werden Betroffene in einer manischen Episode von Gedanken und Ideen überflutet, sodass dies zu Größenwahn führen kann (ebd). Sie zeigen eine lebhaft Mimik und schnelle, teilweise hektische Bewegungsabläufe auf. Im Gegensatz zu einer depressiven Episode zeigen manische Personen ein vermindertes Schlafbedürfnis, Gefühle von Frische und Kraft (ebd).

Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung treten dieselben Symptome bei einer affektiven Störung auf, wie bei Betroffenen der Normalbevölkerung. Auch hier sind am häufigsten Depressionen zu beobachten (Seidel, 2014c, S. 210). Oftmals liegt einer Depression ein belastendes Ereignis, wie z.B. Veränderungen der Wohn- und Lebensbedingungen, Unterbringungen ausserhalb der Familien oder Wechsel der Betreuungspersonen, zugrunde (Došen, 2010, S. 264). Wie bei den Angststörungen haben Menschen mit einer geistigen Behinderung oftmals Mühe bei einer affektiven Störung ihre Gefühlslage und dessen Veränderungen zu benennen. Umso wichtiger ist es für Bezugspersonen bei sichtbaren Veränderungen des Verhaltens genauer hinzuschauen (Seidel, 2014a, S. 111). Laut Došen (2010) wird die Depression selbst von Betreuungspersonen oftmals nicht wahrgenommen, sondern als Verhaltensproblem eingestuft und als solches behandelt, ohne die Hintergründe der Verhaltensänderung genauer zu betrachten (S. 265). Die richtige Diagnose wird oftmals erst später und bei genauerem Hinschauen gestellt (ebd.).

3.4.3 ADHS

Das ADHS fällt im ICD-10 unter die Kategorie *F90-F99 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* und wird Hyperkinetische Störung (F90) genannt. Typisch bei dieser Störung ist, dass sie meist in den ersten fünf Lebensjahren beginnt. Symptome von ADHS sind Konzentrationsstörungen, Desorganisation, mangelnde und überschüssende Aktivität und Vergesslichkeit im Alltag (Remschmidt et al., 2017, S. 81). Ebenfalls eine andauernde motorische Unruhe, auch Hyperaktivität genannt, ist zu beobachten. Zudem weisen Betroffene eine hohe Impulsivität auf, die sich oft unter Stress oder in emotional belastenden Situationen zeigt. Dies führt dann oftmals zu überschüssenden Reaktionen, Wutausbrüchen und Beschimpfungen (Seidel, 2014d, S. 229). Lange wurde geglaubt, dass ADHS nur im Kindes- und Jugendalter vorkommt. Mittlerweile ist bekannt, dass das Syndrom bis ins Erwachsenenalter andauern kann (ebd).

Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung werden häufig Symptome wie Hyperaktivität oder Aufmerksamkeitsdefizite beobachtet. Jedoch muss dies nicht bedeuten, dass ein ADHS-Syndrom vorliegt. Die Symptome können anderen Ursachen unterliegen. So kann Hyperaktivität bei Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung Ausdrucksform der Beeinträchtigung sein. Die Diagnose bleibt bei Menschen mit einer geistigen Behinderung sehr schwierig und muss genau analysiert werden, da eine falsche Behandlung zu nicht befriedigenden Resultaten führt (Došen, 2010, S. 209). Kinder ohne Beeinträchtigung werden meist mit Medikamenten behandelt, welche die Konzentration fördern und die Hyperaktivität senken. Oftmals treten dadurch Nebenwirkungen wie Schlafprobleme, Kopfschmerzen oder depressive Symptome auf. Kinder mit einer geistigen Behinderung und ADHS werden mit den gleichen Medikamenten behandelt, wobei häufiger Nebenwirkungen und nicht befriedigende Ergebnisse zu beobachten sind (Došen, 2010, S. 286). Zudem zeigen einige Studien, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung und ADHS häufiger weitere psychische Komorbiditäten wie Angststörungen, oppositionell-aufsässiges Verhalten und depressive Störungen entwickeln können (Došen, 2010, S. 284). Bei Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung besteht kein Unterschied in der Symptomatik und der Diagnose als bei Kindern mit einer geistigen Behinderung (Došen, 2010, S. 288).

4. Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose

Nachdem die Ursachen für psychische Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung, die Schwierigkeit der Diagnostik und einige Besonderheiten bei ausgewählten psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung erläutert und aufgeführt wurden, stellt sich nun die Frage, wie die Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose aussehen soll. Es ist bekannt, dass die psychiatrische Versorgung von Menschen mit einer Doppeldiagnose unzureichend ist. In den psychiatrischen Institutionen fehlt es an spezialisierten Angeboten für diese Personengruppe, sodass ein Grossteil der Betroffenen in Institutionen für Menschen mit einer geistigen Behinderung versorgt werden (Bienstein, 2014, S. 326). Schanze (2014) geht davon aus, dass bei Menschen mit einer Doppeldiagnose aufgrund der fehlenden therapeutischen Angebote viel häufiger auf psychopharmakologische Behandlungen (Einsatz von Medikamenten) zurückgegriffen wird, als bei der Durchschnittsbevölkerung mit psychischen Störungen (S. 46). Notwendig ist jedoch ein ganzheitliches Betreuungsangebot, in welchem verschiedene Berufsgruppen vertreten sind (Seidel, 2014b, S. 149).

Welchen Herausforderungen Fachpersonen in Institutionen für Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose begegnen und welches mögliche Ansätze und Konzepte für die Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose sind, wird in den folgenden Kapiteln aufgezeigt.

4.1 Herausforderungen

Die Begleitung von Menschen mit einer geistigen Behinderung in Wohngruppen stellen für Fachpersonen verschiedene Herausforderungen dar. Einerseits ist die Begleitung und Erziehung von Menschen mit einer geistigen Behinderung im Vergleich zur Begleitung von der Durchschnittsbevölkerung schwieriger, da sowohl auf die gewöhnlichen Bedürfnisse, die jeder Mensch mit sich bringt, als auch auf die beeinträchtigungsspezifischen Bedürfnisse eingegangen werden muss (Došen, 2018, S.155). Die Wünsche und Bedürfnisse von Menschen mit einer geistigen Behinderung zu erfassen ist aufgrund ihrer Kognition und Sprachbarrieren teilweise erschwert und es benötigt seitens der Fachpersonen viel Zeit und Aufmerksamkeit (Michaela Paulus & Marion Schuber, 2014, S. 83). Andererseits bringen Menschen mit einer geistigen Behinderung je nach Art und Schweregrad ihrer Beeinträchtigung gewisse charakteristische Verhaltensweisen (auch Verhaltensphänotyp genannt) mit sich. Wie diese Verhaltensweisen richtig aufgefasst und interpretiert werden sollen, ist von Fall zu Fall unterschiedlich und braucht eine aufmerksame Beobachtung seitens der Fachpersonen (Došen, 2018, S. 26).

Die Begleitung von Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer zusätzlichen psychischen Störung ist für Fachpersonen in Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung besonders herausfordernd. Menschen mit einer geistigen Behinderung und psychischen Störung entwickeln oftmals Verhaltensauffälligkeiten wie selbstverletzendes Verhalten, Aggressivität, Unruhe, Hyperaktivität, destruktives oder aggressives Verhalten, sozialer Rückzug oder Stereotypen. Zudem ist die Unterscheidung dieser Verhaltensweisen, was nun durch die geistige Behinderung und was durch die psychische Störung bedingt wird, schwierig zu erkennen (Došen, 2018, S. 232). Diese Verhaltensweisen gefährden die soziale Teilhabe und belasten die Beziehungen zur Familie und Bezugspersonen. Der Umgang mit dem teilweise schwierigen Verhalten, das Menschen mit einer geistigen Behinderung und zusätzlichen psychischen Störung mit sich bringen führt oftmals zu Überforderung in Wohneinrichtungen. Dies führt auch nicht selten zum Ausschluss aus Wohneinrichtungen und häufigem Wohnortwechsel. Oftmals sind es diese Verhaltensauffälligkeiten, die bei Eltern sowie Fachpersonen der Behindertenhilfe zu einer starken Belastung führen (Sarimski, 2013b, S. 264). Oft fehlt den Fachpersonen in Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung die nötige Fachkompetenz, um adäquat auf diese Verhaltensauffälligkeiten reagieren zu können. Zudem ist die Kapazität der Psychologinnen und Psychologen in stationären Wohneinrichtungen begrenzt, sodass bereits das Erstellen einer Diagnose erschwert bleibt und den Betroffenen somit die notwendige Hilfe verweigert bleibt (ebd.).

4.2 Konzepte und Ansätze in der Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose

4.2.1 Interdisziplinäre Versorgung

Im Diskurs über die Arbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit ein fester Bestandteil. Der Begriff Interdisziplinarität steht für den unverzichtbaren Anspruch auf den Austausch zwischen den verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen. Interdisziplinarität wird dann notwendig, wenn erkannt wird, dass die eigene Sichtweise nicht die einzige sein kann. Die Lösung der komplexen Problemstellung erfordert den fachlichen Austausch, bei welchem die Problemstellung im Zentrum steht und die Sichtweisen der jeweiligen Wissenschaftsdisziplinen gleichberechtigt berücksichtigt werden. Es geht dabei aber nicht darum, die eigene Sichtweise zu verwerfen, sondern vielmehr um die Erweiterung des eigenen Horizontes (Matthias Dalferth, 2013, S. 193). Leider kommt die Interdisziplinarität in der Arbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose häufig erst dann zum Zug, wenn sich pädagogische Massnahmen als nicht mehr ausreichend erweisen. Wenn die Hilfe der psychologischen Fachpersonen schlussendlich hinzugezogen wird, wird eine kurzfristig wirksame Lösung erwartet. Notwendig wäre jedoch in vielen Fällen eine fortlaufende Begleitung durch die Eltern, Fachpersonen der Pädagogik und der Psychologie, was die Eskalation von Problemen präventiv verhindern könnte (Sarimski, 2013b, S. 277). Auch Došen (2018) ist der Meinung,

dass Teams, welche für die seelische Gesundheit von Menschen mit einer Doppeldiagnose zuständig sind, zwingend multidisziplinär zusammengesetzt sein müssen (S. 438). Darin sollten Fachpersonen der Psychiatrie, der Heilpädagogik, der Psychologie und der Sozialen Arbeit vertreten sein. Sowohl die Teams in der Behindertenhilfe als auch im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich müssen dementsprechend aufgebaut werden. Die Aufgabe der Teams in der Behindertenhilfe ist es, sich um die seelische Gesundheit im Allgemeinen zu kümmern. Sie arbeiten präventiv und behandeln psychische Störungen im ambulanten Setting, währenddem die Teams des psychiatrischen Regelversorgungssystems für die Behandlung der Störungen in stationären Angeboten zuständig sind (Došen, 2018, S. 438). In der Behindertenhilfe besteht die Aufgabe der Psychologinnen und Psychologen darin, die einzelnen Behandlungsschritte gemeinsam mit den Betreuungspersonen zu planen, sie zu beraten und zu unterstützen. Alle involvierten Personen benötigen dazu ein grundlegendes Wissen, welches in relativ kompakter Form als Aus- oder Weiterbildungseinheit vermittelt werden kann. Leider gehören solche Ausbildungsinhalte bisher nicht zum Pflichtlehrplan in der Ausbildung der betroffenen Fachpersonen (Sarimski, 2013b, S. 277).

4.2.2 Positive Verhaltensunterstützung

Lingg und Theunissen (2013) plädieren, im Zusammenhang mit der Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose, für eine multidisziplinäre Gesamtkonzeption, welche Konzepte der Psychiatrie, der Psychotherapie, der Heilpädagogik und der Sozialen Arbeit vereint. Hierzu skizzieren sie den Ansatz der Positiven Verhaltensunterstützung, welcher wissenschaftlichen Studien zufolge nachweislich bei Menschen mit einer geistigen Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten Erfolg versprechend ist (S. 197). Auch Sarimski (2013b) empfiehlt dieses Konzept für die Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose, da es nicht nur das Ziel verfolgt, problematisches Verhalten zu reduzieren, sondern auch auf den Aufbau von alternativen, sozial verträglichen Verhaltensweisen abzielt (S. 267). Die Auswertung verschiedener Stimmen aus dem Lager der Psychiatrie, klinischen Psychologie und Vertreterinnen und Vertretern des Ansatzes der Positiven Verhaltensunterstützung zeigen, dass das Programm der positiven Verhaltensunterstützung auch bei der Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose bedeutsam sein kann (Lingg & Theunissen, 2013, S. 216). Der Ansatz der Positiven Verhaltensunterstützung stammt ursprünglich aus den USA und ist unter dem englischsprachigen Begriff *Positive Behavior Support*⁷ bekannt. In den 1980er Jahren fand die PBS Einzug in die schulische Arbeit mit Kindern mit einer geistigen Behinderung. Der Begriff PBS umfasst heute eine breite Palette an Unterstützungsmassnahmen, welche von lerntheoretisch gestützten Interventionen bis zu breit angelegten Programmen reichen. Die Programme orientieren sich an den Ressourcen und der

⁷ Im Folgenden wird die Abkürzung PBS verwendet

Lebenswelt der betroffenen Personen, weshalb sie besonders im Arbeitskontext mit Menschen mit einer Doppeldiagnose interessant werden (Lingg & Theunissen, 2013, S. 197–198).

Ausgangspunkt der PBS ist der Wunsch von wichtigen Bezugspersonen wie den Eltern, Lehrpersonen oder Mitarbeitenden der Behindertenhilfe nach Unterstützung im Umgang mit Menschen, deren Verhalten als problematisch oder auffällig angesehen wird. Zusammenfassend wird bei der Positiven Verhaltensunterstützung als erstes ein *Unterstützerkreis (circle of supports)* mit den wichtigsten Bezugspersonen gebildet, dessen Aufgabe es ist, sich einen Überblick zu verschaffen (*funktionales Assessment*), um danach geeignete *Interventionen* zu planen und durchzuführen.

Damit geeignete Interventionen im Sinne der Positiven Verhaltensunterstützung entwickelt werden können, müssen zunächst Bedingungen erfasst werden, welche mit dem Problemverhalten in Verbindung stehen. Dieser Prozess wird als **funktionales Assessment** bezeichnet. Dazu gibt es zwei verschiedene Formen; das indirekte und das direkte Assessment. Das *indirekte Assessment* umfasst allgemeine Informationen von welchen angenommen wird, dass sie zum Verständnis der Verhaltensauffälligkeiten wichtig sind. Dabei geht es nicht nur um Informationen, welche auf den Abbau des Problemverhaltens zielt, sondern immer auch Entwicklungs- und Selbstverwirklichungsmöglichkeiten der Person, welche zu mehr Lebensqualität beitragen können. Die allgemeinen Informationen, welche im indirekten Assessment berücksichtigt werden, beinhalten beispielsweise den Gesundheitszustand, die individuellen Stärken, Alltagsroutine, soziale Beziehungen, Selbstbestimmung, Nutzung der sogenannten konfliktfreien Zeit, Wohlbefinden, herausfordernde Angebote usw. Im Gegensatz zum indirekten Assessment fokussiert das *direkte Assessment* die konkrete Problemsituation. Dabei dreht es sich um Fragen, welche sich

1. auf den Entstehungszeitpunkt des Problemverhaltens,
2. auf hintergründige Aspekte,
3. auf Personen, durch deren Anwesenheit sich die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Verhaltensproblemen erhöhen kann,
4. auf situative Bedingungen und Tätigkeiten, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens auffälligen Verhaltens erhöhen können sowie
5. auf Konsequenzen beziehen (Lingg & Theunissen, 2013, S. 201–202).

Zudem werden Situationen und Bedingungen erfasst, welche das Verhalten verstärken oder aufrechterhalten. Lingg und Theunissen (2013) empfehlen dazu das sogenannte *S-A-B-C-Schema*, welches zur Erfassung hintergründiger Ereignisse (*setting events*), der Beschreibung von auslösenden Bedingungen (*antecedent conditions*), des Problemverhaltens (*behavior*) und der Konsequenzen (*consequences*) dient (S. 203).

Name: Gerd Vogel Gruppe: 2 Datum: 17.09.2015 Beobachter: Paul Klotz (Gruppenleiter); Ute Kohl (Erzieherin)			
S	A	B	C
Müdigkeit und erhöhte Reizbarkeit durch erhebliche Schlafstörungen und Kopfschmerzen	Herr Vogel begibt sich mürrisch und unmotiviert zu seinem Arbeitsplatz. Herr Klotz fordert ihn auf, zügig mit seiner Arbeit zu beginnen.	Herr Vogel wehrt ab, steigert sich bei wiederholter Aufforderung in eine Erregung, brüllt, schlägt mit seinen Fäusten auf den Tisch, wirft die Arbeitsmaterialien auf den Boden und versucht, Herrn Klotz zu treten und zu schlagen.	Frau Kohl kommt hinzu, ermahnt Herrn Vogel mit Nachdruck - ohne Erfolg, dann schicken Herr Klotz und Frau Kohl Herrn Vogel aus dem Raum mit der Anweisung sich im Gang zu beruhigen und der Androhung von weiteren Sanktionen (Kürzung des Arbeitsgeldes).

Tabelle 4: Beispiel eines S-A-B-C-Bogens (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung Lingg & Theunissen, 2013)

Aufbauend auf den Annahmen, welche im Rahmen des funktionalen Assessments getroffen wurden, wird nun ein **Unterstützungsprogramm** (Interventionsplanung) entwickelt (Sarimski, 2013b, S. 269). Im Beispiel von Herrn Vogel wurde durch das funktionale Assessment erkannt, dass seine sozialen Auffälligkeiten durch die bisherigen Interventionen nur verstärkt wurden und dass die Schlafproblematik wesentlich mit seiner Arbeitsunlust und seinen Wutausbrüchen im Zusammenhang stand. Vor dem Hintergrund dieses Wissens wurde Herrn Vogel jeweils vor Beginn seiner Arbeit eine Ruhepause gewährt und so konnten die Auseinandersetzungen und Wutausbrüche präventiv vermieden werden (Lingg & Theunissen, 2013, S. 206). Lingg und Theunissen (2013) heben fünf Aspekte hervor, welche für die Entwicklung eines Unterstützungsprogramms von Bedeutung sind (S. 207).

1. Veränderung von Kontextfaktoren

Wie das Beispiel von Herrn Vogel zeigt, können Problemsituationen häufig schon präventiv vermieden werden, indem Veränderungen von Kontextfaktoren vorgenommen werden. Dazu gibt es verschiedene Strategien, welche bedeutsam sind. Es kann beispielsweise eine Situation geschaffen werden, in der ein auslösendes oder hintergründiges Ereignis erst gar nicht auftritt oder es kann eine kritische Situation so verändert werden, dass sie erträglich oder positiv bewältigt werden kann. Bei Anforderungen, welche bestehen bleiben müssen, können eine angenehme Aktivität oder ein Angebot in den Tagesablauf eingebaut werden (z.B. Baden als Anforderung → Angebot eines Badeschaums).

Teilweise hilft es den Betroffenen bereits, wenn eine Situation strukturiert wird, wenn die unstrukturierte Situation nachweislich als überfordernd erlebt wird (Lingg & Theunissen, 2013, S. 207–208).

2. *Erweiterung des Verhaltens- und Handlungsrepertoires*

Häufig kommt es vor, dass sich Personen auffällig verhalten, weil keine alternativen, sozial angemessenen Problemlösungsmuster (*Copingstrategien*) zur Verfügung stehen. In diesem Fall wird im Rahmen der Positiven Verhaltensunterstützung der Erwerb eines alternativen positiven Verhaltens unterstützt. Dieses wird in neuen Lernsituationen anhand von konkretem Handeln, vorzugsweise in positiv erlebten Situationen gewonnen (Lingg & Theunissen, 2013, S. 208). In vielen Fällen geht es darum, der betroffenen Person eine andere Kommunikationsmöglichkeit zu bieten, um in kritischen Situationen ihre Bedürfnisse mitzuteilen. Bei Menschen mit wenig sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten kommt beispielsweise das „Funktionale Kommunikationstraining“ zum Zug, wobei die Person lernt eine Symbolkarte zu überreichen, ein Handzeichen zu machen oder ein elektronisches Kommunikationsmittel zu bedienen, um Hilfe, eine Pause oder Zuwendung anzufordern. Häufig sind impulsive, aggressive und destruktive Verhaltensweisen durch einen Kontaktwunsch motiviert, jedoch wird dieser durch eine sozial nicht verträgliche Form ausgedrückt. In diesem Fall wird die Entwicklung von sozialen Kompetenzen zur Kontaktaufnahme gefördert (Sarimski, 2013b, S. 271).

3. *Veränderung von Konsequenzen*

Das Beispiel von Herrn Vogel hat gezeigt, dass die Konsequenz des Time Outs sein unerwünschtes Verhalten nur verstärkt hat. In der positiven Verhaltensunterstützung werden aufbauende Methoden favorisiert und Methoden wie Bestrafung, Time Out oder Fixierung gemieden. Restriktive Methoden werden durch ein PBS-Unterstützungsprogramm erfolgreich mit einem positiven Langzeiteffekt ersetzt. Weiter ist es wichtig das Selbstmanagement zu stärken und beispielsweise Konsequenzen und Verhaltensregeln mit der betroffenen Person zu entwickeln und allenfalls zu visualisieren (Lingg & Theunissen, 2013, S. 208–209). Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung ist es besonders wichtig, dass das individuelle Erleben der Konsequenz berücksichtigt wird. Häufig werden in der Praxis negative Verstärkungszusammenhänge übersehen, da oft von alltäglichen Annahmen ausgegangen wird. So kann beispielsweise ein Kind mit autistischer Symptomatik soziale Zuwendung eher als negativ erleben, da es mit sozialen Beziehungsangeboten schnell überfordert ist. In diesem Fall kann es sein, dass Verhaltensmuster wie z.B. selbstverletzende Verhaltensweisen zunehmen, weil es realisiert hat, dass sich die erwachsene Person in diesem Fall zurückzieht und es sich so der Interaktion entziehen kann (Sarimski, 2013b, S. 270).

4. Persönlichkeits- und lebensstilunterstützende Massnahmen

Die Persönlichkeits- und lebensstilunterstützenden Massnahmen nehmen in der Positiven Verhaltensunterstützung einen zentralen Stellenwert ein. Es geht um die Lebenszufriedenheit und um Ziele und Möglichkeiten einer sinnerfüllten Lebensverwirklichung der Betroffenen und wie ihre psychische Gesundheit gefördert werden kann. Dabei gilt es drei Leitfragen zu beachten:

- 1) Wie kann eine Person in ihrer Persönlichkeitsentwicklung und Lebensverwirklichung unterstützt werden, damit gleichzeitig eine hohe Lebenszufriedenheit und individuelles Wohlbefinden, wie auch ein Vertrauen in eigene Stärken und Lebenszuversicht entstehen kann? Mögliche Massnahmen reichen von Strukturierungshilfen, über Gesundheitsangebote bis hin zu spezifischen Lernangeboten wie beispielsweise das soziale Kompetenztraining.
- 2) Die zweite Frage zielt auf die Schaffung von schützenden, entwicklungsfördernden und haltgebenden Lebensräumen. Es stellt sich die Frage, wie Rahmenbedingungen verändert werden können, damit die betroffene Person ihren Lebensstil verwirklichen kann?
- 3) Weiter muss beachtet werden, welche sozialen Systeme die erforderliche Unterstützung anbieten können und wie diese gefestigt oder neu aufgebaut werden müssen (Lingg & Theunissen, 2013, S.210).

5. Krisenmanagement

Das Krisenmanagement kommt nur dann zum Tragen, wenn die problematischen Verhaltensweisen mit Krisen einhergehen. Das Krisenmanagement beinhaltet fünf Massnahmen, welche häufig eine multidisziplinäre Zusammenarbeit benötigen. Es setzt sich aus der Krisenprävention (vorbeugende Massnahmen), dem Krisenplan (z.B. Festlegung bestimmter Massnahmen), der akuten Intervention (z.B. Selbst-/Fremdschutz, Einweisung in eine Psychiatrie), der kurzfristigen Nachbereitung (z.B. gemeinsame Aktivitäten, Gespräche) und der langfristigen Nachbereitung (z.B. Erwerb von Problemlösetechniken) zusammen (Lingg & Theunissen, 2013, S.211).

Zur **Durchführung** der Intervention (Unterstützungsprogramm) ist zu beachten, dass die Programme grundsätzlich von Personen durchgeführt werden sollen, welche mit den Betroffenen alltäglich zusammenarbeiten oder zusammenleben. Häufig besteht das Problem darin, dass sich die pädagogischen Bezugspersonen nicht dafür zuständig fühlen und es als die Aufgabe der Psychologen, Psychiater und Therapeuten ansehen mit den Betroffenen gezielt und systematisch zu arbeiten. Die positive Verhaltensunterstützung schreibt jedoch den Lehrkräften, den Mitarbeitenden von Einrichtungen sowie den Eltern eine aktive Rolle zu. Bei Fällen mit schweren Verhaltensauffälligkeiten und Doppeldiagnosen sollten auf jeden Fall Psychologen in den Unterstützerkreis aufgenommen werden. Jedoch sollte die Hauptverantwortung auch in diesem Fall bei den pädagogischen Bezugspersonen liegen (Lingg & Theunissen, 2013, S. 211–212).

Zum Schluss stellt sich nun die Frage, inwiefern die Positive Verhaltensunterstützung auch bei Menschen mit einer Doppeldiagnose angewendet werden kann. Verschiedene Autoren, welche sich mit der PBS auseinandergesetzt haben, halten fest, dass dem Programm der Positiven Verhaltensunterstützung bei Menschen mit einer Doppeldiagnose Grenzen gesetzt sind und dieses nicht als alleinige Intervention gebraucht werden kann. Vielmehr muss es unter Einbezug therapeutischer Angebote (z.B. psychiatrische Behandlung, Psychotherapie) weitergedacht werden (Lingg & Theunissen, 2013, S. 222). Das funktionale Assessment bietet aber die Chance, die herkömmliche, eng gestrickte klinische Perspektive mit derjenigen der funktionalen und lebensweltbezogenen zu vereinen. Viele Autoren aus den Disziplinen der Medizin, der Psychiatrie und der klinischen Psychologie, welche mit Menschen mit einer geistigen Behinderung arbeiten, gehen davon aus, dass nur die Kombination einer zeitlich begrenzten medikamentösen Therapie und der Psychotherapie mit einer Verhaltensunterstützung im Sinne der PBS zum Erfolg führt. Durch ein multidisziplinäres Gesamtkonzept kann demzufolge ein Höchstmass an Lebenszufriedenheit und Lebensqualität erzielt werden (ebd.).

4.2.3 Recovery-Ansatz

Ein weiteres Modell für die Unterstützung und Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose stellt das Recovery-Modell dar. Der Recovery-Ansatz stammt ursprünglich aus dem englischsprachigen Raum wie Kanada, Neuseeland, England und einigen Staaten der USA und wird mit zunehmender Aufmerksamkeit mittlerweile auch in Deutschland und der Schweiz angewendet (Andreas Knuf & Sabina Bridler, 2008, S. 24). Der Begriff „Recovery“ kann mit „Genesung“ oder „Gesundung“ übersetzt werden. Eine einheitliche Übersetzung gibt es im deutschsprachigen Raum jedoch noch nicht (Johannes Schädler, 2014, S. 60). Der Recovery-Ansatz stellt kein einheitliches Konzept dar, sondern beinhaltet Handlungs- und Haltungselemente für eine sozialpsychiatrische Praxis und grenzt sich somit von der klassischen Psychiatrie ab, welche den Fokus mehr auf die Behandlung mit Medikation setzt (Schädler, 2014, S. 62). Dieser Ansatz wurde erstmals von Betroffenen vertreten, welche von psychiatrisch-professioneller Seite als „chronisch psychisch krank“ und somit als „unheilbar“ galten. Reformierte Fachleute schlossen sich dieser Bewegung an und er wurde seither im englischsprachigen Raum weiterentwickelt (Knuf & Bridler, 2008, S. 24). Mit dieser Bewegung wurde erstmals versucht, auf Professionelle in psychiatrischen Kliniken und deren negative Einstellung, dass Menschen mit psychischer Erkrankungen keinen Einfluss auf ihre Lebensgestaltung mehr hätten, aufmerksam zu machen (ebd.). Auch Schädler (2014) geht auf die Problematik ein, dass nicht nur Menschen mit einer psychischen Erkrankung, sondern auch Menschen mit einer geistigen Behinderung oder einer Doppeldiagnose oftmals durch die Überbehütung und Institutionalisierung eine innere Überzeugung entwickeln, nicht mehr selber für ihr Leben und ihre Bedürfnisse bestimmen können. Umso wichtiger

sei es bei genau dieser Personengruppe Handlungsansätze wie beispielsweise den des Recovery-Modells anzuwenden (S. 55).

Im Mittelpunkt des Recovery-Modells steht die Genesung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Mit Genesung ist nicht gemeint, frei von Symptomen zu sein. Viel mehr zielt der Ansatz auf die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und die Fähigkeit, trotz der psychischen Probleme ein zufriedenes und aktives Leben führen zu können (Schädler, 2014, S. 60). Dafür benötigt es einige Elemente seitens der Betroffenen als auch der Helfenden, um den Recovery-Prozess zu ermöglichen. Die *Hoffnung* ist ein zentrales Element des Recovery-Modells und beinhaltet den Glauben daran, dass es der Klientin oder dem Klienten wieder bessergehen kann. Gemeint ist die Zuversicht und das Vertrauen in die Klientel, zu genesen um dadurch wieder handlungsfähig zu werden (Knuf & Bridler, 2008, S. 27). Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die *Gewinnung von Sinn und Bedeutung im Leben*. Hier ist gemeint, dass Betroffene eine Sinnperspektive für ihr Leben entwickeln, um somit Motivation und Energie für das Auseinandersetzen und die Überwindung der Krankheit zu gewinnen. Dazu braucht es einerseits die Möglichkeit zur *Selbstbestimmung und Selbstbefähigung* innerhalb des Recovery-Prozesses, um so wieder Vertrauen in die eigene Entscheidungsfähigkeit zu gewinnen und zudem bezüglich der *Behandlung der Symptome*, falls nötig auch mit Medikamenten, mitbestimmen zu können. Dadurch wird versucht, das Machtgefälle zwischen Betroffenen und Helfenden zu verringern (Alison Alexander, 2012, S. 21). Andererseits ist der Einbezug eines *Unterstützungssystems*, ähnlich wie bei der positiven Verhaltensunterstützung, von grosser Bedeutung. Damit ist gemeint, Familie, Freunde und Bezugspersonen in den Prozess mit einzubeziehen, welche ebenfalls Zuversicht und Vertrauen gegenüber der betroffenen Person zeigen, und ihn möglichst dabei unterstützen (Schädler, 2014, S. 61).

Aus den verschiedenen Elementen wird deutlich, dass der Recovery-Prozess sowohl betreuendes als auch eigenes Handeln benötigt, um das Ziel zu erreichen. Welche Sinnesperspektive oder Motivation eine Erkrankte oder ein Erkrankter brauchen, kann beispielsweise nur vom Betroffenen selbst deutlich gemacht werden. Betreuerinnen und Betreuer können jedoch der betroffenen Person Unterstützung leisten (Schädler, 2014, S. 61). Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Störung kann der Recovery-Ansatz in ähnlicher Weise angewendet werden. Hier wird betont, dass diese Personengruppe deutlich mehr Begleitung und Unterstützung im Recovery-Prozess benötigen. Dies hängt auch von der Gestaltung des Lebensumfeldes und der Art wie Begegnungen gestaltet werden ab, damit auch diese Personen ein höchst mögliches Mass an Lebensqualität und Zufriedenheit erreichen können (ebd.). Knuf und Bridler (2008) betonen, dass der Recovery-Ansatz bereits in vielen sozialpsychiatrischen Institutionen angewendet wird, die Umsetzung in weiteren Institutionen jedoch nur langsam voranschreitet. Somit ist festzuhalten, dass der Recovery-Ansatz noch in vielfältiger Weise zu fördern ist (S. 25).

4.2.4 Psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung im Kanton Zürich

Bereits in der Einleitung der Arbeit wurde auf das Konzept des Kantons Zürich zur psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung eingegangen. In diesem Kapitel soll dieses genauer ausgeführt und erläutert werden. Da sich drei der vier interviewten Wohngruppenteams im Kanton Zürich befinden, erscheint die genaue Betrachtung des mehrstufigen Modells als sinnvoller Bezugsrahmen für die Verknüpfung mit der konkreten Situation in der Praxis in dieser Region. Wie bereits beschrieben liegt der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung ein mehrstufiges sonderpädagogisch-psychiatrisches Konzept zugrunde (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 5). Im Folgenden wird nun genauer auf die drei Behandlungsstufen eingegangen.

Behandlungsstufe 1: Ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im angestammten Umfeld der Kinder und Jugendlichen mit geistiger Behinderung

Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung leben grundsätzlich in ihren Familien oder in sonderpädagogischen Einrichtungen. Beobachten die Bezugspersonen psychische Auffälligkeiten, können sie sich an eine Fachperson des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst⁸ wenden, um eine Abklärung und allenfalls eine Behandlung einzuleiten (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 7). Bei allen Kindern und Jugendlichen gilt der Grundsatz «ambulant vor stationär». Bei Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung gilt dieser Grundsatz sogar verstärkt, da bei dieser Personengruppe stabile, ihren Möglichkeiten und Bedürfnissen angepasste Lebensräume mit emotional verfügbaren, konstanten Bezugspersonen äusserst wichtig sind und dies erst recht bei einer zusätzlichen psychischen Störung (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 15). Ein Problem liegt jedoch darin, dass es bisher kaum jugendpsychiatrische Fachpersonen im KJPD gibt, welche sich auf die besonderen Bedingungen und Behandlungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen mit einer Doppeldiagnose spezialisiert haben oder zumindest Weiterbildungen in diesem Bereich absolviert haben (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 7). Die Anzahl an spezialisierten Fachkräften reicht deshalb nicht aus. Die Zusammenarbeit von sozialpädagogischen Einrichtungen und den jugendpsychiatrischen Fachpersonen ist regional unterschiedlich ausgeprägt. Einige Institutionen arbeiten mit bestimmten Psychiaterinnen und Psychiatern oder bestimmten Psychologinnen und Psychologen zusammen oder stellen diese in der Institution an. Solche Zusammenarbeit und Anstellungen gibt es aber im Kanton Zürich nicht flächendeckend (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 8). Nicht in allen Fällen ist eine psychiatrische Behandlung notwendig. Jedoch weisen aufgrund

⁸ Im Folgenden wird die Abkürzung KJPD verwendet

der hohen Komorbiditätsrate, also dem gleichzeitigen Vorkommen von mehreren Störungsbildern, mindestens 5–10% aller Kinder und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung komplexe Störungsbilder auf, weshalb somit länger andauernde Therapien, phasenweise intensive Kriseninterventionen und pharmakologische Behandlungen notwendig sind (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 9). Ist die Person im gewohnten Umfeld nicht mehr tragbar, erfolgt eine Überweisung in eine intensivere Behandlungsform (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 11).

Behandlungsstufe 2: Stationäre sonderpädagogische und ambulant psychiatrische Behandlung in Therapeutischen Wohnschulgruppen

Auf der Behandlungsstufe 2 sind die Betroffenen nicht mehr in ihrem familiären oder pädagogischen Umfeld tragbar und sie kommen in ein neues spezifisch therapeutisches Setting. Oftmals ist keine ständige psychiatrische Überwachung notwendig und somit eine Überweisung in eine psychiatrische Klinik vermeidbar. Die Selbst- oder Fremdgefährdung kann in einem alltagsnäheren und damit vertrauteren System aufgefangen werden, wie in einer spezialisierten TWG. Auf dieser Behandlungsstufe ist besonders auf den interdisziplinären Ansatz zu achten, wie er auch immer wieder in der Fachliteratur betont wird (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 16). Die Behandlungsstufe 2 in Form von TWG ist nach wie vor von der psychiatrischen Sichtweise ambulant, aber sonderpädagogisch hingegen stationär (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 17). Konkret sollen die TWG aus kleinen Gruppengrößen mit einem hohen Betreuungsschlüssel bestehen und das Angebot sollte für ein möglichst konstantes Setting an 365 Tagen im Jahr zur Verfügung stehen (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 20). Weiter sollte das Kernteam aus mindestens einer diplomierten Pflegefachperson mit Schwerpunkt Psychiatrie und wenn möglich mit Erfahrung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, einer Fachpersonen Betreuung mit Schwerpunkt Behindertenbetreuung, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen als auch schulische und/oder klinischen Heilpädagoginnen und Heilpädagogen bestehen (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 21). Das Konzept beinhaltet weitere konkrete Angebotsausgestaltungen, welche aber hier nicht weiter ausgeführt werden. Im Januar 2012 entstanden im Kanton Zürich zwei dieser TWG in sozialpädagogischen Institutionen. Dabei handelt es sich um Pilotprojekte, welche über 9 solcher spezialisierten Plätze verfügen. Aus dem Bericht geht hervor, dass weitere Plätze kurzfristig aufgrund des Sanierungsprogramms des Kantons nicht finanziert werden können, obwohl mehr Bedarf vorhanden wäre (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 25).

Behandlungsstufe 3: Stationäre psychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung

Der Aufenthalt in einer regulären jugend- psychiatrischen Station von Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung birgt einige Schwierigkeiten. Die Stationen sind den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht angepasst und es kann dadurch zu einer Verschlechterung der psychischen Situation der Betroffenen kommen. Für eine angemessene Betreuung fehlt es an spezialisierten ausgebildeten Psychiatriepflegefachleuten, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen und die personellen Ressourcen zur intensiven Einzelbetreuung sind nicht vorhanden (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 27). Im Konzept für die psychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung wurde kein adäquates Behandlungsangebot für die stationäre psychiatrische Behandlung dieser Personengruppe gemacht, da dies den Rahmen des Konzeptes gesprengt hätte (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2012, S. 28).

Das Konzept der Bildungsdirektion Kanton Zürich für die psychiatrische Versorgung von Kinder und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung soll beispielhaft veranschaulichen, dass spezifische Angebote bereits bestehen, jedoch die Plätze sehr begrenzt sind. Wie der Alltag in Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung im Bezug zu Menschen mit einer Doppeldiagnose aussieht, wird im Folgenden im Forschungsteil genauer betrachtet.

5. Forschungsdesign

Aus den oben aufgeführten theoretischen Überlegungen wird deutlich, dass die Komorbidität von Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Störung sehr häufig vorkommt, es jedoch schwierig ist dies zu erkennen und adäquat darauf zu reagieren. Zudem ist klar, dass die Begleitung dieser Personen eine Herausforderung darstellt und der Personenkreis oftmals nicht angemessen behandelt wird.

Im Forschungsteil geht es nun darum herauszufinden, wie der Alltag in der Praxis mit Menschen mit einer Doppeldiagnose aussieht und wie dort explizit gehandelt wird. Im folgenden Kapitel wird die Methode zur Forschung und dessen Datenerhebung genauer erläutert. Zu Beginn werden Forschungsfrage und Ziel beschrieben. Danach werden die Forschungsmethode, das Sampling und die Datenerhebung erläutert. Zum Schluss wird das Vorgehen der Datenauswertung erklärt. Alle für die Forschung gebrauchten Instrumente sind im Anhang zu finden.

5.1 Forschungsfrage und Ziel

Aufgrund des aktuellen Wissenstandes und des Forschungsgegenstandes werden für die Forschung folgende Fragestellungen zentral:

1. *Mit welchen Chancen und Herausforderungen sind Fachpersonen in Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose konfrontiert?*
2. *Was bedeutet dies konkret für die Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose in stationären Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung?*

Ziel ist es, Erkenntnisse aus der Sicht der Fachpersonen, welche in Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung tätig sind, zu gewinnen. Aus der Forschung soll einerseits die aktuelle Situation in der Praxis mit ihren Chancen und Herausforderungen bezüglich der Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose aufgezeigt werden und andererseits sollen Empfehlungen für die Begleitung von Betroffenen auf Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung abgeleitet werden können. Es soll einerseits aus der Literaturrecherche als auch aus der qualitativen Forschung ersichtlich werden, welche strukturellen, institutionellen und interdisziplinären Hilfeleistungen notwendig sind, um in einer Institution für Menschen mit einer geistigen Behinderung Menschen mit einer Doppeldiagnose angemessen begleiten zu können.

5.2 Forschungsmethode

Zur Beantwortung der Forschungsfragen haben sich die Autorinnen für eine qualitative Forschung entschieden. Gemäss Uwe Flick (2009) eignet sich die qualitative Forschung besonders, um neue Erkenntnisse aus dem Untersuchungsgegenstand zu gewinnen und allenfalls Hypothesen daraus zu bilden und nicht wie bei der quantitativen Forschung bereits bestehende Theorien zu überprüfen (S. 25). Dabei ist die Datenerhebung offener gestaltet als bei der quantitativen Forschung. Es wird mit offenen Fragen gearbeitet, damit die Teilnehmenden möglichst spontan und in eigenen Worten ihr soziales Handeln und ihre Lebenswelt beschreiben können, um daraus den Untersuchungsgegenstand zu rekonstruieren. Dabei werden weniger Personen befragt als in der quantitativen Forschung, die Analyse der Datenerhebung ist jedoch ausführlicher (Flick, 2009, S. 25). Für die Beantwortung der Forschungsfrage eignet sich die qualitative Forschung folglich besser, weil so die individuellen und persönlichen Meinungen und Ansichten von Fachpersonen zum Thema Menschen mit einer Doppeldiagnose und ihrer Begleitung erfasst werden können. Fragebögen würden sich für die Forschungsfragen nicht eignen, da die vorgegebenen Antworten nicht zu einem ganzheitlichen Bild des Untersuchungsgegenstandes führen würden. Zudem gibt es bis anhin noch keine konkreten Hinweise in der Literatur, dass die oben vorgestellten Konzepte in der Praxis umgesetzt werden und somit kann auch nicht von einer bereits bestehenden Theorie ausgegangen werden. Vielmehr ist herauszufinden, wie Menschen mit einer Doppeldiagnose in Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung begleitet werden und welchen Herausforderungen und Chancen Fachpersonen in diesem Zusammenhang begegnen.

In der Qualitativen Forschung können unterschiedliche Methoden angewendet werden. Eine mögliche Methode stellt die *Gruppendiskussion* dar. Die Daten werden durch die Interaktion der Gruppendiskussion gewonnen, wobei das Thema durch das Interesse des Forschers vorgegeben wird (Siegfried Lamnek, 1998, S. 27). Gemäss Flick (2009) ist die Dynamik der Gruppe ein wesentlicher Bestandteil der Erhebung der Daten. So wird durch die Diskussion ein breiteres Meinungsspektrum erfasst als bei einer Einzelbefragung (S. 122). Gruppendiskussionen sind vergleichbar mit alltäglichen Gesprächssituationen und somit wird der natürliche Gesprächsfluss positiv beeinflusst. So wird es auch möglich widersprüchliche Meinungen und differenzierte Ansichten zu erfassen (Lamnek, 1998, S. 75). Da auf Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung Fachpersonen als Team agieren und in ständigem Austausch sind, eignet sich die Methode der Gruppendiskussion für die Beantwortung der Fragestellung. So werden nicht nur einzelne Meinungen gehört, sondern das ganze Team setzt sich in der Gruppendiskussion bewusst mit dem Thema „Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose“ auseinander. Schliesslich begegnet nicht nur eine Fachperson im beruflichen Alltag dieser Thematik, vielmehr

stellten die Dynamik und die Haltung des ganzen Teams ein zentraler Faktor in der Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose dar. Um ein möglichst breites Spektrum an Meinungen von Fachpersonen zum Untersuchungsgegenstand zu erfassen, wird deshalb die Methode der Gruppendiskussion angewendet.

5.3 Sampling

Gemäss Lamnek (1998) wird in der qualitativen Forschung das *theoretical sampling* bevorzugt, was bedeutet, dass die oder der Forschende die Teilnehmenden nach theoretisch-hypothetischen Auswahlkriterien aussucht. Auch bei Gruppendiskussionen geschieht die Auswahl der Diskussionsteilnehmer gezielt und bezogen auf den Untersuchungsgegenstand und die Fragestellung. Hier ist jedoch Vorsicht geboten und man sollte darauf achten, nicht nur Personen anzufragen, von denen gewisse Haltungen und Meinungen bereits bekannt sind, um somit die Forschung nicht zu beeinflussen (S. 106). Zudem liegt die Schwierigkeit beim *theoretical sampling* darin, die richtigen Auswahlkriterien zu bestimmen und diese auch theoretisch begründen zu können. Deshalb ist die Erkenntnis darüber, welche Merkmale Teilnehmende bezüglich der Beantwortung der Fragestellung mit sich bringen müssen, von grosser Relevanz (ebd.). Die beiden oben genannten Fragestellungen implizieren somit bereits, welche Personengruppe für die Gruppendiskussion geeignet ist. Somit haben sich die Autorinnen dafür entschieden, sich bei stationären Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung nach Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen zu erkundigen. Anfängliche Kriterien waren, dass die Teilnehmenden eine abgeschlossene Ausbildung in Sozialpädagogik FH oder HF haben müssen, mindesten ein Jahr in der Wohngruppe arbeiten und dass mindesten eine Klientin oder ein Klient mit einer Doppeldiagnose auf der Wohngruppe lebt. So wollten die Autorinnen zunächst Gruppen mit je 3-4 Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen derselben Wohngruppe zur Thematik befragen. Da eine Autorin selber in einer Institution für Menschen mit einer geistigen Behinderung gearbeitet hat und dadurch auch andere, ähnliche Institutionen kennengelernt hatte, konnte am Anfang auf eine Recherche nach Institutionen verzichtet werden und die bereits bekannten Institutionen wurden angefragt. Während dieses Prozesses wurde deutlich, dass ein grosses Interesse seitens der Institutionen bezüglich der Thematik vorhanden war und dass der Wunsch bestand, dass das gesamte Team an der Diskussion teilnehmen konnte. Es gibt verschiedene Ansichten, wie gross die Anzahl Teilnehmer in einer Gruppendiskussion sein sollte. Die Zahlen schwanken zwischen drei und 20 Teilnehmenden (Lamnek, 1998, S. 101). Lamnek (1998) geht von den eigenen Erfahrungen aus und plädiert für eine Gruppengrösse zwischen neun und zwölf Teilnehmenden (S. 101), weshalb die Autorinnen sich daraufhin und entsprechend der Wünsche der Institutionen dafür entschieden haben, dieses Kriterium zu ändern.

Zudem kann gemäss Siegfried Lamnek und Claudia Krell (2016) zwischen einer *homogenen, künstlichen Gruppe* oder einer *heterogenen, natürlichen Gruppe* unterschieden werden. Ersteres wird anhand eines bestimmten Merkmales homogen zusammengestellt, wie z.B. eine Gruppe von Schülern oder Müttern. Eine heterogene, natürliche Gruppe hingegen besteht im Alltag bereits, es herrschen unter den Teilnehmern jedoch verschiedene Rollen, wie z.B. bei einer Familie oder einer Abteilung (S. 407). Bei der Gruppenzusammensetzung wird für Heterogenität plädiert, weil dadurch lebhafter diskutiert und mehr Argumente ausgetauscht werden (Lamnek, 1998, S. 97). So haben sich die Autorinnen letztendlich dazu entschieden, die Gruppendiskussion mit vier unterschiedlichen Teams aus unterschiedlichen Institutionen durchzuführen. Es wurde klar, dass nicht nur die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, sondern auch die Fachfrauen und Fachmänner Betreuung, sowie die Praktikantinnen und Praktikanten mit der Thematik in ihrer Arbeit alltäglich konfrontiert werden und somit bei der Gruppendiskussion nicht fehlen dürfen. Die Ausbildung der Teilnehmenden war somit nicht mehr relevant, was auch die Realität in der Praxis widerspiegelt.

Den Teilnehmenden wurden bewusst keine Informationen im Voraus zugesandt, damit die Diskussion möglichst offen und spontan geschehen konnte. Termine für die vier Gruppendiskussionen wurden jeweils telefonisch entweder mit der Gruppenleitung selbst oder durch die Heimleitung vereinbart. So wurden bis Mitte September alle Gruppendiskussionen durchgeführt. Bei den befragten Institutionen handelte es sich bei allen um Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung und die Klientel ist bei allen Wohngruppen im Jugend- und Erwachsenenalter. Drei von vier Institutionen arbeiten bereits mit einer internen Psychologin/Psychiaterin oder einem internen Psycholog/Psychiater zusammen. Bei den interviewten Fachpersonen handelte es sich schlussendlich mehrheitlich um ausgebildete und in Ausbildung stehende Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen als auch Fachfrauen und Fachmänner Betreuung und Praktikanten und Praktikanten. Bei drei von vier Wohngruppen lebt aktuell eine Person mit Doppeldiagnose und die vierte Wohngruppe hat bereits Erfahrungen mit diesem Personenkreis gemacht.

5.4 Datenerhebung

Die Daten wurden, wie bereits oben erwähnt, anhand von Gruppendiskussionen erhoben. Die Autorinnen haben im Vorfeld einen Leitfaden erstellt, der als Orientierungshilfe während der Gruppendiskussion dienen sollte. Für Thomas Kühn und Kay-Volker Koschel (2018) wird durch den Leitfaden in Gruppendiskussionen sichergestellt, dass alle für die Beantwortung der Fragestellung relevanten Themen berücksichtigt werden. Gleichzeitig darf dieser nicht zu strukturiert sein, da sonst die Gefahr besteht, die Diskussion zu stark zu lenken. Vielmehr sollte Platz sein für die spontane Dynamik der Gruppe als auch für die spontanen Reaktionen der moderierenden Person (S. 93). Die Autorinnen haben demnach und anhand der Literaturrecherche den Leitfaden in fünf Kategorien

(Herausforderungen, Chancen, Teamhaltung, Begleitung durch Fachpersonen und Struktur der Institution) gegliedert und zu jeder Kategorie eine Frage und mögliche Nachfragen formuliert. Hier ist wichtig zu erwähnen, dass diese Kategorien nicht dieselben der Datenauswertung sind, sondern lediglich der Strukturierung des Leitfadens dienen. Bei der Datenauswertung entstanden neue Kategorien, welche die Schwerpunkte der Befragten zu dieser Thematik widerspiegeln. Ausgehend von der Klientin oder dem Klienten mit einer Doppeldiagnose wurde eine Einstiegsfrage definiert, welche die Teilnehmenden auffordern sollte, spontan und frei über eben diese Klientin oder diesen Klienten zu erzählen. Die Autorinnen hielten sich während der Durchführung der Interviews nicht an die Reihenfolge des Leitfadens, vielmehr sollten die Teilnehmenden die Reihenfolge und die für sie relevanten Themen und Schwerpunkte bestimmen. Falls eine der Kategorien nicht von den Teilnehmenden selbst angesprochen wurde, wurde von Seite der Autorinnen nachgefragt.

Die Gruppendiskussionen wurden jeweils in den jeweiligen Institutionen in Gruppenräumen durchgeführt. Zudem wurden sie mit zwei Geräten auditiv aufgenommen, worauf im Voraus die Einverständniserklärung der Teilnehmenden schriftlich eingeholt wurde. Die Teilnehmenden wurden zu Beginn über die Verwendung und Anonymisierung der Daten aufgeklärt, was ebenfalls in der Einverständniserklärung verschriftlicht wurde. Während der Gruppendiskussionen leitete eine der beiden Autorinnen die Gruppendiskussion, während dem die Andere im Hintergrund sass und sich zusätzliche Notizen machte und am Ende allenfalls noch Ergänzungen einbringen konnte. Anfänglich waren drei Gruppendiskussionen geplant, welche bis Anfangs August durchgeführt wurden. Im Nachhinein wurde noch ein viertes Interview vereinbart, da es bei einer Gruppendiskussion Missverständnisse in der Kommunikation gab. Erst während des Interviews stellte sich heraus, dass diese Wohngruppe momentan keine Person mit Doppeldiagnose betreute und es wurde vorwiegend über einen abgeschlossenen Fall gesprochen. Das Team war nicht mehr direkt von den Herausforderungen und den damit verbundenen Unsicherheiten betroffen, was dann auch in der Gruppendiskussion spürbar war. Das Interview wurde dennoch für die Auswertung verwendet. Um die Forschung trotzdem repräsentativ zu machen, wurde im Nachhinein noch ein viertes Interview abgemacht. Im Zeitraum zwischen Juni und September wurden schlussendlich vier Gruppendiskussionen in drei unterschiedlichen Institutionen durchgeführt, welche ungefähr 50 Minuten dauerten.

Für die Datenanalyse musste zunächst eine Datenaufarbeitung geschehen. Gemäss Philipp Mayring (2015) benötigt es für eine Inhaltsanalyse einen niedergeschriebenen Text. Im Falle eines Interviews oder einer Gruppendiskussion soll der Inhalt verschriftlicht werden, wofür es verschiedene Transkriptionsmodelle gibt (S. 55). Die Autorinnen haben die Gruppendiskussionen anhand des Computerprogrammes *f5 Transcription*, welches das Transkribieren vereinfacht, verschriftlicht.

Letztendlich lagen den Autorinnen 65 transkribierte Seiten vor, welche vor der Analyse noch einmal durchgelesen und auf Anonymität geprüft wurden.

5.5 Datenauswertung

Für die Auswertung der Gruppendiskussionen haben sich die Autorinnen für die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring entschieden. Diese Methode beschäftigt sich mit Kommunikationsmaterial, meist Aussagen, welche in Interviews durch offene Fragen zu einem bestimmten Forschungsgegenstand gemacht wurden. Das in sprachlicher Form vorliegende Material sollte für die Analyse in einem Text vorliegen (Mayring, 2015, S. 50). Mayring (2015) betont, dass das Material in seinem Kontext zu betrachten ist. Dies bedeutet, es muss berücksichtigt werden, von wem und vor welchem Hintergrund das Material entstanden ist, an wen es gerichtet ist und auf welchen Teil dieses Kommunikationsprozesses der Forschende seine Schlussfolgerungen ziehen will. Dazu dient eine im Vorfeld definierte, theoretisch fundierte Forschungsfrage (S. 50). Ein weiteres Kriterium der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ist das systematische, regelgerechte Vorgehen. Der Forschende soll vorläufig Regeln für die Analyse festlegen, damit es für Andere nachvollziehbar wird. Die Festlegung eines konkreten Ablaufmodells ist hier zentral. Dieses Ablaufmodell ist jedoch nicht immer gleich, sondern muss je nach Forschungsgegenstand und Fragestellung angepasst und konkretisiert werden (Mayring, 2015, S. 51). Ziel jedes Ablaufmodells ist es, am Ende ein Kategoriensystem aus dem Material zu definieren, was das zentrale Instrument der qualitativen Inhaltsanalyse darstellt. Das Kategoriensystem soll einerseits dazu dienen, das Vorgehen für Andere deutlich und nachvollziehbar zu machen. Andererseits werden durch das Kategoriensystem alle Aspekte des Materials abgedeckt, um die Fragestellung vollumfänglich beantworten zu können (Mayring, 2015, S. 52).

Mayring (2015) unterscheidet drei Analysetechniken (Zusammenfassung, Explikation, Strukturierung), welche unabhängig voneinander verwendet werden sollen und je nach Forschungsfrage und Material ausgewählt werden sollen (S. 67). Die Autorinnen haben sich für die zusammenfassende Inhaltsanalyse entschieden. Mayring (2015) schreibt dazu: „Ziel dieser Analysetechnik ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und durch Abstraktion eines überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (S. 67). Das Material soll also durch paraphrasieren, generalisieren, selektieren und auslassen gewisser Textstellen so heruntergebrochen werden, dass allgemeingültige Aussagen in einer einheitlichen Sprache entstehen. Diese allgemeingültigen Aussagen werden dann in Kategorien unterteilt und zusammengefasst, um anschliessend die Ergebnisse bezogen auf die Fragestellung darzustellen (Lamnek & Krell, 2016, S. 473). Die Autorinnen haben sich dafür am folgenden Ablaufmodell orientiert, wobei einige Änderungen gemacht wurden:

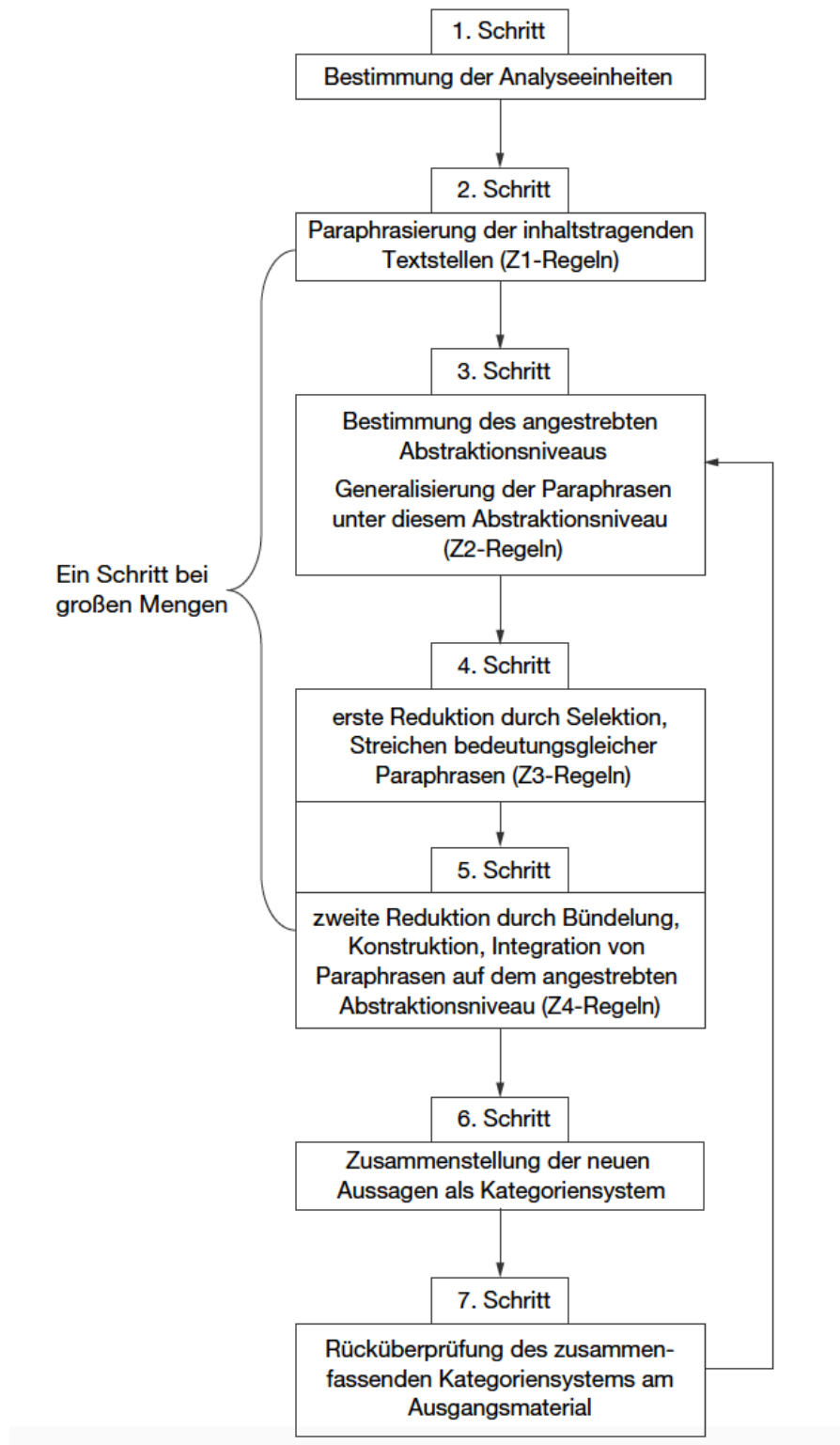


Abbildung 3: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2015, S. 70)

Im ersten Schritt wurden alle für die Beantwortung der Fragestellung relevanten Aussagen in den Transkripten gelb markiert. Dies wurde von beiden Autorinnen gemacht und anschliessend verglichen, um sicherzustellen, dass alle Aussagen erfasst wurden. Gemäss Mayring (2015) sollten in einem nächsten Schritt diese Textstellen auf den Inhalt bezogen paraphrasiert werden und nicht wichtige Textbestandteile sollten dabei weggelassen werden. Wichtig ist hier, die Paraphrasen auf eine einheitliche sprachliche Kurzform zu bringen, was besonders bei Gruppendiskussionen, also bei mehreren Sprechern, von Bedeutung ist (S. 71). In einem nächsten Schritt sollten die Paraphrasen weiter reduziert werden. Mayring (2015) nennt dies Generalisierung, was bedeutet, die Textstellen so zu abstrahieren, dass eine allgemeingültige Aussage entsteht. Diese werden anschliessend in Kategorien zusammengefasst (S. 71). Es wird betont, dass bei grossen Materialmengen die einzelnen Schritte zusammengefasst werden können und sogleich die Generalisierung gemacht werden kann (ebd.). Die Autorinnen sind dieser Vorgehensweise gefolgt. Die gelb markierten Textstellen wurden in einer Tabelle zusammengefasst und sogleich generalisiert. Daraus sind anfänglich neun Kategorien entstanden. Bei einem zweiten Durchlauf wurden zwei Kategorien, welche nur sehr wenige Aussagen beinhalteten, zu anderen Kategorien zugeordnet. Schlussendlich konnten alle Aussagen in sieben Kategorien zusammengefasst werden, welche im nächsten Kapitel erläutert werden.

6. Forschungsergebnisse

Bei der Datenauswertung wurde deutlich, dass es in den unterschiedlichen Interviews viele Gemeinsamkeiten und Schnittstellen gab, die in die Kategorien *Herausfordernde Verhaltensweisen*, *Herausforderungen für den Gruppenalltag*, *Chancen*, *Team*, *Handlungsansätze*, *Fachwissen*, *Interdisziplinäre Zusammenarbeit* und *Betreuungsangebot* subsumiert wurden. Im Folgenden werden alle aus der Datenauswertung stammenden Aussagen dargelegt.

6.1 Herausforderungen und Chancen

Bei der Auswertung sind verschiedene Herausforderungen zum Vorschein gekommen, welche in zwei Kategorien zusammengefasst worden sind. Einerseits zeigen die Klientinnen und Klienten mit Doppeldiagnose oftmals ein herausforderndes Verhalten, welches für die Betreuungspersonen schwierig zu fassen und zu verstehen ist. Andererseits bringt dies Herausforderungen für den Gruppenalltag und das Zusammenleben mit den anderen Bewohnern der Wohngruppe mit sich. Des Weiteren wurden nur wenige Chancen genannt, welche jedoch trotzdem relevant für die Beantwortung der Fragestellung sind.

6.1.1 Herausfordernde Verhaltensweisen

In den Gruppendiskussionen wurden die Befragten dazu aufgefordert, die Klientin oder den Klienten mit einer Doppeldiagnose näher zu beschreiben. Dabei war auffällig, dass das herausfordernde Verhalten dieser Klientel und die Schwierigkeit, dieses Verhalten richtig zu interpretieren oftmals genannt und als Herausforderung erachtet wurde. Ein häufig genanntes Verhalten war die mangelnde Impulskontrolle der Klientinnen und Klienten. Hier wurden Verhaltensweisen wie Beschimpfen, Fluchen, Schlagen, Verweigern, Spucken, Dinge herumwerfen und sich auf den Boden werfen genannt. Einige der Befragten beschrieben ein ambivalentes Verhalten, welches teilweise kleinkindlichem Verhalten ähnelt. Die Klientel wurde auch als laut, zwirblig und auffällig beschrieben, wobei bei einer Klientin körperliche psychosomatische Beschwerden als herausfordernd beschrieben wurden. Gemäss den Befragten liegt die Schwierigkeit darin, das Verhalten richtig zu deuten. Dies liegt daran, dass bei den meisten Klientinnen und Klienten keine eindeutige Diagnose gestellt werden konnte und es deshalb schwierig ist zu unterscheiden, ob das Verhalten durch die geistige Behinderung, die psychische Störung oder einfach durch die Persönlichkeit ausgelöst wird. Die Befragten sprachen oftmals von Vermutungen und Hypothesen bezüglich der psychischen Störung. Lediglich bei einem Klienten ist ein stark ausgeprägtes ADHS diagnostiziert worden. Bei den restlichen Betroffenen werden Angststörungen, Bindungsstörungen und eine Schizophrenie vermutet, da viele Symptome darauf hinweisen. Alle Befragten waren sich einig, dass das Verhalten und die Störung schwierig zu fassen und

einzuschätzen und die geistige Behinderung von der psychischen Störung schwer zu unterscheiden ist. Klar ist, dass sich das Verhalten dieser Personengruppe deutlich vom Verhalten der restlichen Bewohnerinnen und Bewohnern unterscheidet und als stark herausfordernd betrachtet wird.

6.1.2 Herausforderungen für den Gruppenalltag

Bezüglich der Herausforderungen wurden in der Gruppendiskussion verschiedene Punkte im Zusammenhang des Gruppenalltags und der Gruppendynamik genannt. In allen Teams wurde betont, dass die Klientin oder der Klient mit einer Doppeldiagnose eine Sonderstellung in der Gruppe hat und oftmals eine 1:1 Begleitung notwendig ist. Die Klientel ist somit losgelöst von allen Erwartungen und Regeln, die auf der Wohngruppe gelten und es wird auf eine andere Weise mit ihnen gearbeitet. Das hat laut den Befragten zur Folge, dass diese Personengruppe sehr viel Raum im Wohngruppenalltag einnimmt und viel Aufmerksamkeit von den Teammitgliedern fordert. Diese Klientinnen und Klienten sind ständig sehr präsent und nehmen sowohl im Gruppenalltag, als auch in Teamsitzungen und Supervisionen sehr viel Raum ein. Die Teams sind ständig damit beschäftigt, sich mit der Klientel mit einer Doppeldiagnose zu beschäftigen und auszutauschen, sodass die anderen Bewohnerinnen und Bewohner teilweise zu wenig Beachtung geschenkt bekommen.

Die Reaktionen und Interaktionen der anderen Bewohnerinnen und Bewohnern wurde in den Gruppendiskussionen unterschiedlich beschrieben, was auch mit der Gruppenkonstellation und Dynamik zusammenhängt. Bei einer Wohngruppe konnten sich die Anderen gut abgrenzen, es wurde nicht auf die Provokationen der Klientin eingegangen und es wurde nur wenig darauf reagiert, was das Team als grosse Unterstützung wahrgenommen hat. Von einem anderen Team wurde beschrieben, dass die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner das oben beschrieben herausfordernde Verhalten nicht nachvollziehen können und somit schnell von der Klientin genervt sind. Zusätzlich wurde die Klientin in einem weiteren Interview als eine Herausforderung für ihre Mitbewohnerinnen und Mitbewohner beschrieben. In allen Gruppendiskussionen wird die Interaktion zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern und der Klientel mit Doppeldiagnose als schwierig beschrieben. Die Klientel mit Doppeldiagnose kann nicht in eine soziale Interaktion mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern treten, oftmals sind nur Sticheleien, Provokationen oder Rückzug dieser Personengruppe zu beobachten. Die Befragten beschrieben oftmals, dass diese Klientinnen und Klienten kein oder nur ein geringes Sozialverhalten in der Gruppe aufwiesen und teilweise unangebrachte Verhaltensweisen aufzeigten. In allen Diskussionen wird deutlich, dass es sehr herausfordernd ist, allen Klientinnen und Klienten gerecht zu werden. Es muss bewusst darauf geachtet werden, dass allen genügend Aufmerksamkeit geschenkt werden kann um der eigentlichen Zielgruppe der Institution gerecht zu werden und den Auftrag zu erfüllen.

6.1.3 Chancen

Bezüglich der Chancen im Umgang mit Menschen mit einer Doppeldiagnose wurden in den Gruppendiskussionen nur wenige Punkte genannt. Genaugenommen haben nur zwei von vier Teams Aussagen darüber gemacht. Im Allgemeinen werden Chancen bezüglich der Kompetenzentwicklung und bezüglich der Teamförderung gesehen.

In einer Gruppendiskussion wurde erklärt, dass durch die Klientin mit einer Doppeldiagnose das Team gezwungen war, neue Methoden und Wege im Umgang mit ihr auszuprobieren. So konnten sie neue pädagogische Handlungsansätze lernen und sich von den üblichen Standards und Strukturen der Institution lösen. Auch die andere Gruppe sieht darin eine Chance. Sie konnten so ihre Kompetenzen bezüglich Methoden erweitern. Diese Gruppe erwähnt auch die Entwicklung des Teams. Durch den ständigen Austausch gemeinsamer Haltungen und den Umgang mit dieser Klientel wurde die Teamentwicklung und Teamstabilität gefördert.

6.2 Team

In den Gruppendiskussionen kam zum Vorschein, dass ein stabiles und gut funktionierendes Team ein wesentlicher Bestandteil für eine positive Entwicklung der Klientel mit einer Doppeldiagnose darstellt. Alle Befragten betonten, dass eine gemeinsame Haltung, klare Regeln und Strukturen bezüglich des Umgangs mit der Klientel mit Doppeldiagnose essenziell ist. Die Befragten sind der Meinung, dass diese Aspekte bei dieser Personengruppe besonders wichtig sind. In allen Teams entstand die gemeinsame Haltung durch häufigen Austausch eigener Erfahrungen bezüglich der Klientin oder des Klienten. Dieser Austausch geschah hauptsächlich in Teamsitzungen, Supervisionen oder an Teamtagen, welche alle Befragten als wichtige Gefäße für eine gute Teamentwicklung ansehen. Erwähnt wurden auch die Zweiergespräche während den Diensten oder der kurze Austausch bei den Übergaben vom Früh- in den Spätdienst. Was bei allen Gruppendiskussionen auffiel ist, dass keine Konzepte oder Handlungsansätze für den Umgang mit dieser Personengruppe vorhanden waren, weshalb der Austausch über die eigenen Erfahrungen von besonderer Bedeutung und sehr hilfreich waren. Wie oben bereits beschrieben, werden alle Teammitglieder täglich mit Herausforderungen im Umgang mit diesem Personenkreis konfrontiert, was teilweise auch zu Unsicherheiten und Bedenken geführt hat. Umso wichtiger ist es laut den Befragten, diese Bedenken miteinander austauschen zu können und sich auch gegenseitig zu unterstützen. Durch die Teamstabilität wird somit auch die positive Entwicklung der Klientel begünstigt. Hier wird jedoch auch von einigen Befragten betont, dass das Team seine Grenzen kennen muss und einschätzen können muss, inwieweit eine solche Klientin oder ein solcher Klient für die Wohngruppe tragbar ist. Zudem ist es wichtig, dass jedes Teammitglied seine Grenzen im Umgang mit der jeweiligen Klientin oder dem jeweiligen Klienten kennt und jeder für sich einen Weg oder eine Strategie findet, um adäquat mit ihr oder ihm umgehen zu können. Es sei wichtig,

seine eigenen Bedürfnisse zu kennen und diese immer wieder zu reflektieren. Geduld, Distanz und genügend Pausen werden hier als Beispiele genannt, um sich von den teilweise schwierigen Situationen distanzieren zu können und alle Teams betonten, dass dies wichtige Ressourcen sind, um sich auch im Alltag kurz erholen zu können.

Des Weiteren wird in allen Gruppendiskussionen erwähnt, dass es jeweils ein langwieriger Prozess war, bis erste positive Erfahrungen im Umgang mit der Klientin oder dem Klienten mit einer Doppeldiagnose sichtbar wurden. Diesbezüglich wird betont, dass es wichtig ist, diesen langen Prozess gemeinsam auszuhalten, indem eigene Ansprüche nicht zu hochgestellt werden und versucht wird, den Druck schnellstmöglich etwas erreichen zu wollen, weg zu nehmen. Wichtig ist es, sich an kleinen Erfolgen fest zu halten.

6.3 Handlungsansätze

Während der Gruppendiskussionen kamen einige generelle Methoden und Ansätze für die Begleitung der betroffenen Klientin oder des betroffenen Klienten zum Vorschein, welche von allen Teams genannt wurden und als notwendig beschrieben wurden. Diese Ansätze sind daher essenziell für eine gelingende Zusammenarbeit mit dieser Personengruppe. Andere spezifischere Massnahmen, welche von den einzelnen Teams beschrieben wurden, unterscheiden sich teilweise und sind auf die individuelle Problemlage der jeweiligen Klientel angepasst. Im Folgenden wird sowohl auf die allgemein gültigen Handlungsansätze sowie auf einige spezifische Methoden, welche sich bei den Befragten bewährten, genauer eingegangen.

Alle Teams betonten, dass sich die Begleitung ihrer Klientin oder ihres Klienten mit Doppeldiagnose von den in der Wohngruppe üblichen Methoden unterscheidet. Es werden bei der Zielgruppe unkonventionelle Methoden angewendet, welche jeweils durch viele Gespräche und Aushandlungen des Teams erarbeitet werden. Teilweise wurden sogar die Strukturen der Institution angepasst, da die bisherigen Strukturen nicht ideal oder als Stressor für die Klientin oder den Klienten wahrgenommen wurden. Die Betroffenen hatten somit teilweise andere Regeln und Strukturen als der Rest der Wohngruppe, was in allen Fällen zu einer positiven Entwicklung beitrug. Es werden also laufend neue Strategien und Methoden ausgehandelt, angewandt und überprüft, um ganz individuell auf die spezielle Situation der betroffenen Klientin oder des Klienten eingehen zu können. Es wurde auch erwähnt, dass es Mut braucht, sich von den konventionellen und gewohnten Methoden und Strukturen zu lösen und neues auszuprobieren. Einige spezifischen Beispiele werden am Ende dieses Kapitels erläutert, nachdem die wichtigsten generellen Aussagen genauer beschrieben wurden.

Alle Befragten waren sich einig darüber, dass die Begleitung der Zielgruppe besonders klare Strukturen, Abmachungen und Regeln braucht und dass das Team eine gemeinsame und klare Haltung entwickeln muss. Dies erfordert viel Austausch und eine gute Kommunikation von Seiten des Teams,

damit Schlupflöcher vermieden werden können und der Klientin oder dem Klienten die nötige Stabilität und Sicherheit gegeben werden kann. Weiter braucht es eine hohe Präsenz und viel Aufmerksamkeit der Mitarbeitenden. Die klaren Strukturen und die gemeinsame Haltung des Teams wurden in allen Gruppendiskussionen mehrmals betont und unterstrichen. Um den Informationsfluss über die diversen Regeln und Abmachungen innerhalb des Teams einzuhalten, wurden beispielsweise die Übergaben vom Früh- und Spätdienst, die Teamsitzungen und das Klienten-Informationssystem (Tagesjournal) genannt. Ein weiteres Hilfsmittel, welches verwendet wird um sowohl den Mitarbeitenden als auch der Klientin oder dem Klienten Halt zu geben, sind schriftliche Abmachungen, Regeln und Tagesabläufe.

Ein weiterer Aspekt, welche alle Befragten als hilfreich und positiv in der Begleitung der Betroffenen erwähnten, ist die zusätzliche medikamentöse Behandlung der psychischen Erkrankung. Es erleichtert die Zusammenarbeit mit der Klientin oder dem Klienten und begünstigte die bisherige positive Entwicklung. Natürlich ist hier zu erwähnen, dass die Medikation in den untersuchten Fällen laufend überprüft und angepasst wird in der Zusammenarbeit mit der internen Psychiaterin. Dies wird im später Folgenden *Kapitel 6.5* aufgegriffen und genauer erläutert. Ein Team erwähnte in diesem Zusammenhang eine Methode, mit welcher sie arbeiten. Allgemein betonten sie, dass sie die Medikamente und die damit verbundenen Wirkungen und Nebenwirkungen sehr ernst nehmen und sie deshalb die Packungsbeilage der Medikamente regelmässig in den Teamsitzungen besprechen und sie im Klienten-Informationssystem die Medikamentenbeschreibungen verlinkt haben, damit die Beschreibungen und allfällige Nebenwirkungen möglichst schnell auffindbar sind. Andere Befragte wussten jedoch wenig über die Medikamente Bescheid, welche sie der Klientel verabreichen.

Eine Methode, welche von allen Befragten in der Zusammenarbeit mit der betroffenen Person angewendet wird, ist das Aufzeigen von alternativen Verhaltensstrategien. Wie im *Kapitel 4.1* deutlich wurde, haben die Betroffenen häufig keine andere Strategie als sich durch herausfordernde Verhaltensweisen auszudrücken. Die Befragten weisen die Klientin oder den Klienten immer wieder darauf hin, dass das Verhalten unangepasst ist und zeigen ihr oder ihm alternative Verhaltensweisen auf. Dies wird auf eine ruhige, aber bestimmte Weise mitgeteilt. Weitere Faktoren, welche eine positive Entwicklung begünstigten sind Zeit, Struktur, Vertrauen und eine Beziehung zwischen den einzelnen Teammitgliedern und der Klientin oder dem Klienten.

Neben den Handlungsansätzen im direkten Umgang mit den Betroffenen wurde die Zusammenarbeit mit der Herkunftsfamilie als wichtiger, aber auch herausfordernder Teil der Arbeit genannt. Dabei ging es meist um die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung vom Team und den Eltern und das Vertrauen, welches vorerst aufgebaut werden musste, um beispielsweise die oben erwähnten unkonventionellen Methoden umsetzen zu können. Genauso wie in der Zusammenarbeit mit der Klientin oder dem

Klienten benötigt der Aufbau einer Basis für die Zusammenarbeit mit der Familie Zeit und Geduld. Auf konkrete Handlungsansätze in der Zusammenarbeit mit der Familie wurde während der Gruppendiskussionen nicht eingegangen.

Bei den spezifischen Handlungsansätzen, welche die Teams auf die individuelle Begleitung ihrer Klientin oder ihres Klienten abgestimmt haben, zeigen sich auch deutliche Unterschiede. Wobei bei einer Klientin möglichst wenige Konsequenzen und wenn nur lange vorher angekündigte und nicht aus der Situation heraus entschiedene Konsequenzen Wirkung zeigten, war bei einem anderen Klienten genau das Gegenteil hilfreich. Er reagiert gut auf Sanktionen und braucht diese in der Situation selbst. Ein Team berichtete, dass sie sich durch die Arbeit mit dem Klienten mit der Doppeldiagnose mit Theorien und Methoden aus dem Kinder und Jugendbereich auseinandergesetzt haben, da er häufig und gerade in herausfordernden Situationen ein kleinkindliches Verhalten aufweist. Durch das Auseinandersetzen mit bisher teilweise unbekannten Methoden aus dem Kinderbereich konnten Situationen entschärft und entspannter angegangen werden.

6.4 Fachwissen

In allen Gruppendiskussionen wurde das Fachwissen zum Thema Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Störung diskutiert. Dabei sind zwei Hauptthemen deutlich geworden. Zum einen erzählen die Befragten, dass das Wissen über die Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose fehlt und zum anderen äussern sie den Wunsch mehr zu dieser Thematik wissen zu wollen.

Die Befragten erzählten, dass sie während der Ausbildung wenig bis gar kein Wissen zum Thema Doppeldiagnose vermittelt bekommen haben und dass somit die Ausbildung für die Begleitung dieser Personengruppe fehlt. Einige der Befragten konnten bereits intern eine Weiterbildung zu diesem Thema besuchen und äusserten sich dazu positiv. Sie wünschten sich aber noch mehr Weiterbildungen dazu. Auch das Fachwissen zum Thema Medikation sei oftmals nicht vorhanden, obwohl in vielen Fällen Medikamente verabreicht werden. Das fehlende Wissen wurde auch damit begründet, dass die Institutionen nicht auf die Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose spezialisiert sind und somit das Wissen über psychische Krankheiten sehr beschränkt ist. Genau darin sehen die Befragten auch das Problem. Alle Teams gaben an, dass in der Institution eine Entwicklung in diese Richtung im Gange ist und immer mehr Klientinnen und Klienten mit Doppeldiagnose auf den Wohngruppen leben oder in Zukunft leben sollen. Da diese Entwicklung vorauszusehen ist, sollten Teams frühzeitig geschult werden und nicht erst im Nachhinein. Einige Befragte sehen hier klar die Institution in der Verantwortung, andere Stimmen betonen aber auch die Holschuld jeder Mitarbeiterin und jedes Mitarbeiters. Es gehöre auch eine Selbstdisziplin dazu, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen.

Trotz der Uneinigkeit darüber, wer die Verantwortung für das Nachholen des fehlenden Wissens trägt, ist das Interesse und die Offenheit gegenüber diesem Thema bei allen Befragten vorhanden.

6.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Alle der befragten Teams arbeiten bereits interdisziplinär mit internen oder externen Fachpersonen zusammen und betonten die positive Zusammenarbeit. In diesem Zusammenhang wurden verschiedene Fachpersonen wie interne Psychologinnen und Psychologen, interne Psychiaterinnen und Psychiater, Fachpersonen der Logopädie, die Spitex, die Frauenzentrale und externe Therapieangebote genannt. Besonders die Zusammenarbeit mit den internen Fachpersonen, also jener welche in der Institution angestellt sind und sich mit dieser Klientel auskennen, wird als hilfreich und positiv wahrgenommen. Die Teams können sich jederzeit bei beispielsweise der internen Psychologin oder dem Psychologen melden, sich Rat holen und es herrscht ein enger Austausch. In einzelnen Fällen ist die Psychologin oder der Psychologe auch an Teamsitzungen anwesend, um das Team zu unterstützen oder um ihnen die Diagnose der Klientin oder des Klienten näher zu bringen und Ratschläge zum Umgang zu geben. Auch die Zusammenarbeit bezüglich der Medikation mit der internen Psychiaterin oder dem Psychiater beruht auf Gegenseitigkeit. So ist die Psychiaterin oder der Psychiater auf die Beobachtungen des Teams angewiesen und nimmt diese auch ernst, um im Notfall die Medikation zeitnah anzupassen. Im Allgemeinen sehen alle Befragten diese Art der Zusammenarbeit als grosse Unterstützung. Einige äusserten Bedenken bezüglich der Anzahl der involvierten Fachpersonen, welche direkt mit der Klientin oder dem Klienten zusammenarbeiten. In einem Fall verweigert die Klientin jegliche Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen. In einem anderen Fall besucht die Klientin eine Reihe von Therapie- und Unterstützungsangeboten bei verschiedenen Fachpersonen und es steht die Frage im Raum, ob es nicht zu viele involvierte Personen sind, zu welchen die Klientin eine Beziehung und Vertrauen aufbauen muss. Abgesehen davon wurde aber unterstrichen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine Voraussetzung für die Arbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose ist und dass es in Zukunft eine noch engere Zusammenarbeit mit den Fachpersonen der Psychologie braucht. Ein Vorschlag wäre, dass diese immer an der Teamsitzung anwesend sind um ihre Sichtweise und das Fachwissen einbringen zu können.

Während die Zusammenarbeit mit den internen Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiatern gelobt wurde, wurde die Zusammenarbeit mit den Fachpersonen der psychiatrischen Kliniken bemängelt. Ein Befragter hat immer wieder die Erfahrung gemacht, dass die Fachpersonen der Psychiatrie überfordert seien mit dieser Klientel und sie sich nicht mit der Thematik geistige Behinderung und psychische Störung auskennen. Sie seien nicht darauf ausgerichtet und das Wissen über den Umgang mit Menschen mit einer geistigen Behinderung fehle. So hatte er in der

Vergangenheit immer wieder überforderte Oberärztinnen und Oberärzte am Telefon, welche nicht wussten, wie sie mit der Klientin oder dem Klienten, welche vorübergehend eingewiesen wurden, umgehen sollen. Dort sehen die Befragten noch viel Verbesserungspotential.

6.6 Betreuungsangebot

Durch die sowohl negativen als auch positiven Erfahrungen, welche die Befragten in der Zusammenarbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose sammelten, haben sie Ideen und Wünsche entwickelt, wie das bereits bestehende Betreuungsangebot ergänzt und umstrukturiert werden könnte, damit eine angemessene Begleitung dieser Personengruppe gewährleistet werden kann.

Während allen Gruppendiskussionen wurde nie erwähnt, dass die Klientin oder der Klient mit der Doppeldiagnose nicht aufgenommen hätte werden sollen. Es wurde festgehalten, dass es ein guter Ort für die Klientin oder den Klienten ist, dass es jedoch einige Anpassungen braucht, damit die Begleitung in diesem bestehenden Angebot gelingen kann. In allen Gruppendiskussionen ging hervor, dass ihre Institution das momentan bestmögliche Angebot ist, da es zu wenige spezialisierte Plätze für diese Personengruppe gibt und es unklar ist, wer eine optimale Betreuung bieten kann. Zurzeit befindet sich bei jeder der befragten Wohngruppen eine Klientin oder ein Klient mit einer Doppeldiagnose und stellt somit eine Ausnahme dar und die Betreuung konnte mit einigen kleinen Anpassungen gewährleistet werden. So wurde beispielsweise in einem Fall zusätzliche Stellenprocente gutgeschrieben, die Klientin wurde von der Schulpflicht befreit und in einem anderen Fall wurden die Strukturen auf der Wohngruppe angepasst. Einer Klientin stand es beispielsweise frei, ob sie alleine oder mit der Gruppe zu Abendessen wollte, was normalerweise zur Tagesordnung gehört. Diese Massnahmen hätten sich positiv auf die Zusammenarbeit mit den Betroffenen ausgewirkt. Einige der Befragten stellten aber auch fest, dass so der Auftrag des ursprünglichen Angebotes nicht mehr gewährleistet werden kann und nicht mehr umgesetzt wird. Weiter seien die ständigen Ortswechsel für die Betroffenen sehr ungünstig. So muss sich beispielsweise eine Klientin im Internat, im Elternhaus und bei einer Pflegefamilie zurechtfinden und hat die Möglichkeit nicht, über mehrere Monate an einem Ort zu bleiben. Eine der Befragten hielt fest, dass bei einer Aufnahme einer zweiten Klientin oder eines zweiten Klienten mit einer Doppeldiagnose die Betreuung für den Rest der Klientengruppe nicht mehr gewährleistet werden könnte. Des Weiteren wurde kritisiert, dass die Institutionen nicht dafür spezialisiert sind, die Mitarbeitenden nicht dazu ausgebildet sind und das Wissen über psychische Krankheiten sehr beschränkt ist.

Die Befragten fordern eine bessere Vorbereitung der Mitarbeitenden, mehr Ressourcen, mehr Austausch, mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit, mehr Instrumente und klar geregelte Massnahmen und wenn möglich zusätzliche Fachpersonen der Psychiatrie. Allgemein brauche es mehr

Personen, welche dafür ausgebildet sind. Die Teams betonen, dass es in Zukunft noch mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit und einen engeren Austausch mit den Psychologen und Psychologinnen braucht. Der Fokus müsse bei Menschen mit einer Doppeldiagnose anders gelegt werden und der Auftrag müsse angepasst werden und dies sollte auch nach aussen offen kommuniziert werden. Weiter wäre es gemäss einer Befragten sinnvoll, Menschen mit einer Doppeldiagnose, wenn möglich, bereits im Kindesalter aufzunehmen und da anzusetzen. In einem Fall ist die Wohngruppe nicht ausgelastet und somit wird mit einer Kleingruppe zusammengearbeitet, was die Arbeit mit der Klientin mit der Doppeldiagnose begünstigt. Während der Gruppendiskussionen kam in diesem Zusammenhang auch die Politik ins Spiel und es wurde auf die bestehende Schere zwischen den pädagogischen und den wirtschaftlichen Ansprüchen hingewiesen. Die Politik sollte auch handeln und vorgängig Finanzen sprechen, damit ein solch spezifisches Angebot verwirklicht werden könnte.

7. Diskussion

Die oben aufgeführten Forschungsergebnisse werden nun zusammengefasst und die wichtigsten Erkenntnisse der Forschung dargelegt. Im folgenden Kapitel werden die Haupteckpunkte zudem kritisch betrachtet und mit dem bereits bestehenden Forschungsstand diskutiert. Dadurch sollen auch die zwei Fragestellungen, welche weiter unten nochmals aufgeführt sind, beantwortet werden.

Im Fazit folgt eine evaluierende Zusammenfassung über die Arbeit und abschliessend werden Lücken der Arbeit aufgedeckt und Vorschläge für weitere Forschungen und ein Ausblick in die Zukunft gemacht.

7.1 Zusammenfassende Erkenntnisse und Beantwortung der Fragestellungen

Aus den Gruppendiskussion lässt sich in erster Linie festhalten, dass im Bereich der Behindertenhilfe bezüglich Menschen mit einer Doppeldiagnose ein Handlungsbedarf vorhanden ist. Es ist bereits Realität, dass Menschen mit einer Doppeldiagnose auf Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung leben. Zum jetzigen Zeitpunkt stellen sie eine Ausnahme dar, jedoch ist gemäss den Befragten eine Tendenz zu beobachten, dass solche Fälle in Zukunft zunehmen werden. Im Hinblick darauf, dass Menschen ohne Beeinträchtigung eine Prävalenz von 10% aufweisen, an einer psychischen Störung zu erkranken und dass bei Menschen mit einer geistigen Behinderung ein vier bis fünf Mal höheres Risiko zu beobachten ist, wird deutlich, dass bezüglich der Angebote in der Behindertenhilfe Änderungen gemacht werden müssen (Došen, 2018, S. 16).

Mit welchen Chancen und Herausforderungen sind Fachpersonen in Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose konfrontiert?

Es wurde deutlich, dass die Fachpersonen der Behindertenhilfe bezüglich der Betreuung von Menschen mit einer Doppeldiagnose mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert werden. Einerseits ist bereits bekannt, dass diese Personengruppe hyperaktives, destruktives oder aggressives Verhalten, sowie Rückzug und Ängste aufweisen können und dass der Umgang damit für die Fachpersonen herausfordernd ist (Sarimski, 2013b, S. 264). Viele dieser Verhaltensweisen wurden auch in den Gruppendiskussionen beschrieben und als schwierig bezeichnet. Die von den Befragten grösste genannte Herausforderung besteht darin, die herausfordernden Verhaltensweisen richtig einzuordnen um damit adäquat umzugehen. Wird beispielsweise das stark verweigernde Verhalten einer Klientin durch Angstzustände ausgelöst oder drückt sie damit ihren pubertären Widerstand gegen Regeln aus oder ist es eine Besonderheit ihrer Behinderung? Diese besondere Herausforderung der Erkennung der psychischen Störung in den Verhaltensweisen dieser Personengruppe lässt sich mit

den von Schanze genannten Phänomenen „underreporting“ und „overshadowing“ erklären. Durch die oft erschwerte Möglichkeit der Kommunikation der betroffenen Person bleibt die Verantwortung bei den Bezugspersonen, das Verhalten richtig zu deuten, genau zu beobachten und angemessen darauf zu reagieren (Hennicke, 2005, S. 360). Eine weitere Problematik, welche von den Befragten genannt wurde, ist die Sonderstellung, die die Klientinnen und Klienten mit Doppeldiagnose auf diesen Wohngruppen erhalten. In den befragten Wohngruppen lebt zurzeit jeweils eine Klientin oder ein Klient mit einer Doppeldiagnose, was ihr oder ihm einen Sonderstatus verleiht. Dadurch, dass die Begleitung dieser Personengruppe aufgrund ihrer Verhaltensweisen so herausfordernd ist, mussten die Gruppen ihre herkömmliche Begleitung umstrukturieren und neu definieren. Dies führte dazu, dass diese Klientel viel Aufmerksamkeit und Raum für sich beanspruchte, sodass es für die Fachpersonen schwierig ist, allen Bewohnerinnen und Bewohnern auf der Wohngruppe gerecht zu werden und den eigentlichen Auftrag der Institution zu verfolgen. Es wird also deutlich, dass der Auftrag und das Angebot angepasst werden muss, um wieder allen Bewohnerinnen und Bewohnern gerecht werden zu können. Diese in der Praxis erlebte Herausforderung wird im wissenschaftlichen Diskurs nicht aufgegriffen und sollte zwingend genauer betrachtet und untersucht werden, um das Angebot und den Auftrag der Institutionen zu definieren.

Neben den erlebten Herausforderungen wurden auch wenige Chancen von den Befragten genannt. Es haben lediglich zwei der vier befragten Teams Chancen genannt, die aufgrund der Fragestellung kurz aufgegriffen werden. Durch genau diese Herausforderungen und die damit verbundene Loslösung von bestehenden Strukturen und Methoden sehen die Befragten eine Möglichkeit, neue Methoden und Arbeitsweisen kennenzulernen und auszuprobieren. Weiter wurden durch die betroffene Klientin oder den betroffenen Klienten immer wieder neue Diskussionen über bestehende Regeln und Haltungs- und Wertefragen der Teammitglieder ausgelöst, was den Teamzusammenhalt nachhaltig stärkte. In diesem Zusammenhang sind jedoch die von den befragten Teams genannten Chancen kritisch zu betrachten. Bei allen betroffenen Wohngruppen hat seit dem Eintritt der Klientin oder des Klienten mit Doppeldiagnose ein positiver Verlauf stattgefunden und die Teams beschreiben sich selbst als stabil und der Herausforderung gewachsen. Die Frage, ob die Herausforderungen bei anderen Teams dieselbe positive Wirkung erzielt hätten oder ob diese Situation sogar negative Auswirkungen bei weniger konstanten und stabilen Teams haben würde, bleibt offen. Weiter wurden auch keine Teams befragt, bei welchen ein Abbruch des Aufenthalts einer Klientin oder eines Klienten mit Doppeldiagnose stattgefunden hat, was dieses Ergebnis mit grosser Wahrscheinlichkeit beeinflusst hätte.

Was bedeutet dies konkret für die Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose in stationären Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung?

Neben den Chancen und Herausforderungen machten die Befragten Angaben zu der Frage, was dies nun konkret für die Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose auf Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung bedeutet. Die genannten Wohngruppen seien grundsätzlich der zurzeit bestmögliche Ort für die Betroffenen, jedoch müssten diesbezüglich einige Anpassungen und Änderung geschehen, um eine optimale Betreuung zu gewährleisten. Fachpersonen der Behindertenhilfe bringen bereits viele Kompetenzen für den Umgang mit dieser Personengruppe mit sich. Dennoch fehlt es gemäss den Befragten an spezifischem Fachwissen über psychische Erkrankungen, was den Umgang mit ihnen erschwert. Hier wurde der Wunsch geäußert, mehr Fachwissen über psychische Erkrankungen vermittelt zu bekommen. Auch Bienstein & Weber (2014) sind der Meinung, dass für die Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose Grundkenntnisse der Psychodynamik und der Psychopathologie unabdingbar für einen professionellen Umgang mit dieser Personengruppe sind (S. 13). Hennicke (2005) sieht es als Aufgabe von Aus- und Weiterbildungen, diese Thematik sowohl den Fachpersonen der Behindertenhilfe, der Medizin und der Psychiatrie zu vermitteln (S. 364). Die Meinungen, wer nun für die Wissensvermittlung zuständig ist, gehen in den Gruppendiskussionen auseinander. Einige sehen klar die Fachhochschulen und Weiterbildungen als Verantwortliche der Wissensvermittlung, andere sind der Meinung, dass die Mitarbeitenden selbst für das Aneignen des benötigten Wissens verantwortlich sind. Wo und wie diese Wissensvermittlung stattfinden sollte, bleibt in dieser Forschung deshalb offen und kann nicht beantwortet werden. Klar ist jedoch, dass dies ein wichtiger Bestandteil für die Arbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose ist.

Aus den Gruppendiskussionen wurde deutlich, dass bereits einige Ansätze aus bereits bestehenden Konzepten und Methoden, welche bei dieser Personengruppe empfohlen werden in der Praxis verwendet werden, jedoch ohne das Wissen über deren Vorkommen. So beschrieben die Befragten beispielsweise, dass die betroffene Klientin oder der betroffene Klient keine alternativen Ausdrucksweisen zur Verfügung hat und sich somit mit herausfordernden Verhaltensweisen ausdrückt. Sie sehen ihre Aufgabe darin, alternative erwünschte Verhaltensweisen zu vermitteln. Genau darauf zielt der zweite Aspekt der positiven Verhaltensunterstützung *Erweiterung des Verhaltens- und Handlungsrepertoires* ab (Sarimski, 2013b, S. 267). Die Teams mussten während der Begleitung der jeweiligen Klientin oder des jeweiligen Klienten herausfinden, welche Ansätze oder Methoden bei ihr oder ihm hilfreich sind. Sie hatten keine Kenntnisse über bestehende Konzepte oder Ansätze und entwickelten dadurch ihre eigenen Strategien, was sich in diesen Fällen positiv auf die

Klientinnen und Klienten auswirkte. Dennoch betonen Bienstein und Weber (2014), dass das Wissen unterschiedlicher Förderansätze und Interventionsmassnahmen eine Voraussetzung für die professionelle Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose sind (S.14). Es ist deshalb sehr wichtig, auch in Wohngruppen für Menschen mit geistiger Behinderung Konzepte und mögliche Handlungsansätze für die Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose zu haben, um einerseits die Mitarbeitenden zu entlasten und die Begleitung dieser Personengruppe zu vereinfachen. Eine Möglichkeit wäre es, die Mitarbeitenden der bereits bestehenden TWG zu befragen und von ihrem Wissen und ihren Erfahrungen bezüglich Methoden und Strategien zu profitieren. So könnten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereits im Vorfeld auf die Situation vorbereitet werden und es könnte von den bereits bestehenden spezialisierten Angeboten profitiert werden, um den Fachpersonen der Behindertenhilfe mehr Sicherheit zu geben. Denn genau dieser Aspekt wurde von vielen Befragten als negativ erlebt. Bei allen Befragten kam die betroffene Klientin oder der Betroffene Klient auf die Wohngruppe, ohne dass die Teams mit Wissen oder Methoden ausgestattet wurden und sie entwickelten somit mit der Zeit Strategien für den Umgang und eigneten sich das nötigste Wissen an. Die Befragten wünschen sich aber eine gute Vorbereitung im Vorfeld, damit sie mit den Herausforderungen, welche diese Klientel mit sich bringt, angemessen umgehen können.

Auch den Ansatz der interdisziplinären Zusammenarbeit sehen sowohl die Befragten aus der Praxis wie auch die wissenschaftlichen Diskurse als wichtigen Bestandteil für eine gelingende Begleitung der Zielgruppe. Drei der vier befragten Gruppen arbeiten bereits mit internen Psychologinnen und Psychologen oder Psychiaterinnen und Psychiatern zusammen, was von allen Beteiligten als sehr hilfreich und positiv empfunden wird. Fragen bezüglich des Krankheitsbildes, der Verhaltensweise aber auch zur Medikation können so immer schnell geklärt werden. Die Teams begrüßten die zusätzliche pharmakologische Behandlung, da durch die Medikation bereits gewisse Verhaltensänderungen bei den Klientinnen und Klienten sichtbar wurden und so besser gearbeitet werden konnte. Dennoch ist aufgrund der schwierigen Diagnostik Vorsicht geboten und ein ständiger Austausch zwischen den Fachpersonen der Behindertenhilfe und den Psychiaterinnen und Psychiatern ist unabdingbar, um die Art und die Dosis der Medikation anpassen zu können. Gemäss Došen (2018) müssen die Professionen der Psychiatrie, der Psychologie, der Heilpädagogik, der Sozialen Arbeit, der Pflege und der Medizin vertreten sein, um die seelische Gesundheit von Menschen mit einer geistigen Behinderung ganzheitlich und vollumfänglich zu gewährleisten (S. 438). Aus dem Bericht der Bildungsdirektion Kanton Zürich (2012) über die psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung geht hervor, dass ein Ausbau des bereits bestehenden spezifischen Angebots der TWG, bei welchem Fachpersonen verschiedener Disziplinen vertreten sind, finanziell nicht möglich ist (S. 25). Die Zusammenstellung solcher interdisziplinären Teams ist immer mit finanziellem Aufwand einer

Institution verbunden, weshalb nicht sicher ist, ob dies in den befragten Institutionen möglich wäre. Dennoch ist wichtig zu betonen, dass mindestens eine Psychiaterin oder ein Psychiater als Ansprechperson in solchen Institutionen vorhanden sein sollte, um die Teams zumindest in Teamsitzungen professionell beraten und unterstützen zu können. Hier bleibt die Frage über die Möglichkeiten bezüglich des Ausbaus solcher spezifischen Angebote offen und wo die finanziellen Grenzen diesbezüglich liegen.

Neben der Vermittlung von Wissen und Instrumenten für die Praxis haben die Befragten aus ihrer Erfahrung wichtige Aussagen bezüglich der Begleitung von Menschen mit Doppeldiagnose in den bestehenden Gruppen gemacht. Klare Strukturen und Abmachungen zwischen den Teammitgliedern, aber auch ein funktionierendes und stabiles Team sind diesbezüglich wichtige Aspekte für eine gelingende Begleitung und Förderung dieser Personengruppe. Dabei ist die Psychohygiene sowohl der Bewohnerinnen und Bewohner als auch der Mitarbeitenden auf diesen Wohngruppen von grosser Bedeutung, da wie bereits gesagt, Klientinnen und Klienten mit einer Doppeldiagnose Herausforderungen mit sich bringen und belastend für die Beteiligten sind (Bienstein & Weber, 2014, S. 13). Damit die Fachpersonen der Behindertenhilfe trotz der Herausforderungen noch professionell handeln können, ist es laut der Befragten wichtig, Gefässe zu schaffen, um sich austauschen zu können. Dies sollte zwingend von den Institutionen ermöglicht werden, denn nur dadurch konnte eine gemeinsame Haltung und Teamstabilität entwickelt werden. Des Weiteren wurden Vorschläge gemacht, wie das bestehende Angebot angepasst werden könnte, um die Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose zu vereinfachen. Beispielsweise wären kleinere Gruppengrössen hilfreich, da Menschen mit einer Doppeldiagnose sehr viel Raum und Aufmerksamkeit einnehmen und es für die Befragten deshalb schwierig ist, auf die anderen Bewohnerinnen und Bewohner adäquat einzugehen. Weiter wäre ein grösserer Betreuungsschlüssel ebenfalls hilfreich, um somit die 1:1 Betreuung dieser Personengruppe gewährleisten zu können und trotzdem den eigentlichen Auftrag erfüllen zu können. Diese Aspekte werden bereits in der TWG umgesetzt, wobei hier gesagt werden muss, dass sich der Auftrag der TWG nur auf Menschen mit einer Doppeldiagnose richtet, jedoch nur wenige Plätze zur Verfügung haben. Wie die bestehenden Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung konkret angepasst und realisiert werden könnten, um den Auftrag gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung als auch Menschen mit einer Doppeldiagnose zu erfüllen und wie das finanziell tragbar wäre, bleibt noch offen.

7.2 Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose eine Herausforderung für ihre Bezugspersonen ist und belastend sein kann. Besonders die Interpretation der damit verbundenen herausfordernden Verhaltensweisen dieser Personengruppe und somit der Diagnostik ist mit viel Zeit, Durchhalte- und Einfühlungsvermögen der betreuenden Personen verbunden. Menschen mit einer Doppeldiagnose befinden sich in einer Schere zwischen der klassischen Psychiatrie und den Institutionen der Behindertenhilfe. Ein grosser Teil der Betroffenen lebt in Institutionen der Behindertenhilfe auf sozialpädagogisch betreuten Wohngruppen, da es zu wenige spezialisierte Angebote für diese Personengruppe gibt. Im wissenschaftlichen Diskurs werden Betreuungsangebote gefordert, in welchen Fachpersonen der Psychiatrie, der Psychologie, der Heilpädagogik, der Sozialen Arbeit, der Pflege und der Medizin eng zusammenarbeiten. Durch die Forschung hat sich jedoch gezeigt, dass in der Praxis genau diese geforderten Settings aufgrund der finanziellen Ressourcen, welche die Institutionen zur Verfügung haben, nicht realisierbar sind. Aktuell wird versucht die betroffenen Personen so gut wie möglich in den Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen Behinderung mit den bestehenden Ressourcen zu begleiten. Durch die Forschung der realen Situation in der Praxis hat sich ergeben, dass jetzt ein Handlungsbedarf für die Soziale Arbeit besteht und es nicht darum geht Konstrukte von Wohngruppen zu erdenken, welche nur durch hohe finanzielle Mittel und langwierige politische Prozesse entstehen könnten. Es geht darum, mit den bestehenden Ressourcen und mit realistischen finanziellen Mitteln die Mitarbeitenden zu befähigen mit den Herausforderungen in der Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose umgehen zu können, ohne dass die Psychohygiene des Teams oder die Begleitung der restlichen Klientinnen und Klienten darunter leiden. Unabdingbar ist dabei die Vermittlung von spezifischem Fachwissen und von Methoden für die Begleitung dieser Personengruppe. Weiter sollte die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Psychologinnen, Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiatern ausgebaut werden und auch die Zusammenarbeit mit den Fachpersonen der psychiatrischen Kliniken gefördert werden. Durch die hohe Präsenz der Betreuungspersonen, welche die Klienten mit Doppeldiagnose einfordert, zeichnet sich auch eine Erhöhung des Betreuungsschlüssels ab, damit allen Klientinnen und Klienten auf der Wohngruppe gerecht werden kann. Ein weiterer Aspekt, welcher zu Unzufriedenheit der Teams führte, ist die Tatsache, dass der bestehende Auftrag in der Begleitung mit der betroffenen Klientel nicht erfüllt werden konnte. Es wäre sinnvoll den Auftrag und somit das Setting mit den Leitenden Personen der Institution zu überdenken und auf die Personengruppe anzupassen. Durch diesen Austausch und die Auseinandersetzung mit bestehendem Fachwissen könnte der Auftrag angepasst werden, was den Mitarbeitenden wieder mehr Zufriedenheit und Sicherheit geben würde.

Abschliessend lässt sich festhalten, dass die Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose zurzeit eine Herausforderung darstellt und auch immer mehr thematisiert wird. Die Fachwelt und die verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen versuchen einen gemeinsamen Konsens zu finden, damit eine ganzheitliche Begleitung dieser Personengruppe gewährleistet werden kann. Es besteht durchaus die Hoffnung, dass in der Zukunft alle Beteiligten über mehr spezifisches Wissen zu dieser Personengruppe verfügen und dass die Gesellschaft und somit auch die Politik auf die Thematik sensibilisiert wird. Somit werden vielleicht die 9 bestehenden Plätze im Kanton Zürich erhöht und es entstehen neue Angebote für Menschen mit einer Doppeldiagnose. Bis dahin sollten jedoch die Institutionen der Behindertenhilfe, die Ausbildungsstätten für Sozialpädagogik und die direkt betroffenen Mitarbeitenden sofort handeln, sich Fachwissen aneignen und die bestehenden Angebote überdenken und anpassen, damit eine angemessene Begleitung in der Gegenwart und nicht erst in der Zukunft möglich ist.

8. Abschliessende Bemerkungen

8.1 Ausblick

Durch die Erarbeitung der vorliegenden Arbeit haben sich neue Aspekte eröffnet, welche nicht behandelt werden konnten. Im Folgenden sollen Ansatzpunkte für weiterführende Forschungsarbeiten dargestellt werden.

Aufgrund des Umfangs der Arbeit haben sich die Autorinnen bewusst für eine einseitige Sichtweise der Thematik entschieden und sich auf die Sichtweise der sozialpädagogischen Einrichtungen konzentriert. Während der Gruppendiskussionen kam mehrmals die Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Kliniken zur Sprache, da immer wieder temporäre Aufenthalte von betroffenen Klientinnen und Klienten vorkommen. In diesem Zusammenhang wurden vorwiegend negative Erlebnisse in der Zusammenarbeit beschrieben. Es wäre jedoch falsch, aus dieser einseitigen Sichtweise Schlüsse über die Zusammenarbeit zwischen den sozialpädagogischen Einrichtungen und den Fachpersonen der psychiatrischen Kliniken zu ziehen. Deshalb ergibt sich für die Autorinnen hier ein neues Forschungsfeld, welches gerade für eine ganzheitliche Behandlung und Begleitung von Menschen mit einer geistigen Behinderung und psychischen Auffälligkeiten von Bedeutung wäre. Es wäre wichtig, auch die Sichtweise der psychiatrischen Kliniken zu erforschen, wie sie die Behandlung dieser Personengruppe umsetzen, mit welchen Herausforderungen sie in ihrem psychiatrischen Alltag konfrontiert sind und wie sie die Zusammenarbeit mit den Fachpersonen der sozialpädagogischen Einrichtungen wahrnehmen. Somit könnten Rückschlüsse für eine gelingende Zusammenarbeit erarbeitet werden.

Ein weiterer interessanter Aspekt wäre das Untersuchen bereits bestehender Konzepte von spezialisierten Angeboten. In der Einleitung wurde in diesem Zusammenhang von den therapeutischen Wohngruppen gesprochen, welche speziell für Menschen mit einer geistigen Behinderung und psychischen Störungen konzipiert wurden. Es wurde deutlich, dass eine sehr geringe Anzahl dieser spezialisierten Angebote vorhanden ist, jedoch sehen die Autorinnen darin eine Chance, die bereits erarbeiteten Konzepte zu untersuchen und von den Erfahrungen der Mitarbeitenden in diesen spezialisierten Angeboten zu profitieren. Aus diesen Ergebnissen könnten Ansätze für ein Konzept auf Wohngruppen, welche sowohl Menschen mit einer geistigen Behinderung, als auch Menschen mit einer geistigen Behinderung und zusätzlichen psychischen Auffälligkeiten begleiten, abgeleitet werden. Eine Möglichkeit wäre gemäss den Autorinnen auch die Erarbeitung von Ansätzen für ein neues Konzept für Wohngruppen, welche zwischen der Behandlungsstufe 1 und der Behandlungsstufe 2 des Konzeptes für die psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger

Behinderung des Kantons Zürich liegt. Aus politischen und finanziellen Gründen müsste dieses Angebot mit weniger Kosten verbunden sein als die anfangs erwähnte TWG (Behandlungsstufe 2) des Kantons Zürich, damit genügend Plätze zur Verfügung gestellt werden können.

Ein weiterführender Aspekt, welcher direkt auf die Forschungsergebnisse der hier vorliegenden Arbeit bezieht, ist die konkrete Umsetzung der Vermittlung des mehrfach erwähnten fehlenden Fachwissens der Mitarbeitenden in der Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose. Es wurde deutlich, dass das Wissen über psychiatrische Themen, Methoden und Konzepte in der Zusammenarbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose fehlt, für eine gelingende Begleitung dieser Personengruppe jedoch zwingend notwendig wäre. Aus der vorliegenden Forschung kann jedoch nicht abgeleitet werden, wer für diese Wissensvermittlung zuständig ist und wie diese umgesetzt werden könnte. Sollte man in den Ausbildungsstätten für Soziale Arbeit und Sozialpädagogik ansetzen oder sind die Institutionen oder gar die Mitarbeitenden selbst dafür verantwortlich? Weiter wäre es wichtig zu erarbeiten, welche Grundlagen vermittelt werden müssten.

8.2 Kritische Würdigung

Die Autorinnen sind grundsätzlich mit der Forschungsarbeit und den Ergebnissen zufrieden. Die zwei Fragestellungen konnten umfangreich beantwortet werden und dadurch neue Ergebnisse gewonnen werden. Die Methode der Gruppendiskussion erwies sich als sehr sinnvoll. Es bestanden zunächst Zweifel, genügend Personen eines Teams zu finden, die bereit sind an der Gruppendiskussion teilzunehmen, weshalb sich die Autorinnen anfänglich für nur drei Gruppendiskussionen entschieden hatten. Schnell stellte sich heraus, dass das ganze Team an den Gruppendiskussionen teilnehmen möchte und auch die Terminfindung problemlos ablief. Ein Interview erwies sich jedoch als nicht befriedigend, da im Vorfeld Missverständnisse entstanden sind, weshalb kurzfristig noch eine vierte Gruppendiskussion organisiert werden musste, um die Ergebnisse repräsentabel zu machen. In einer nächsten Forschung würden die Autorinnen bereits im Vorfeld mehr Interviews organisieren, um diese Situation zukünftig vermeiden zu können. Im Nachhinein wird deutlich, dass die interviewten Teams ähnliche Erfahrungen mit Menschen mit einer Doppeldiagnose gemacht haben und überall war ein positiver Verlauf zu erkennen, was mit verschiedenen begünstigenden Faktoren zusammenhängt. Spannend wäre es gewesen auch Teams zu befragen, die eine negative Erfahrung diesbezüglich gemacht haben. Dennoch sehen die Autorinnen ihre Forschung und die darin entstandenen Ergebnisse als repräsentativ und relevant für die Praxis an.

Die Autorinnen hoffen, dass sie mit ihrer Arbeit einen Beitrag leisten konnten, ein aktuelles Thema der Sozialen Arbeit einerseits mit dem aktuellen Wissensstand der Forschung und andererseits aus einem

praktischen Blickwinkel beleuchtet zu haben. Die Autorinnen wünschen sich, dass involvierte Institutionen, Fachpersonen und andere Interessenten nach dem Lesen der vorliegenden Arbeit mit den wichtigsten Informationen zu der Thematik Menschen mit einer Doppeldiagnose ausgestattet sind und die Ergebnisse der Forschung zum Handeln und Weiterdenken anregen.

Literatur und Quellenverzeichnis

- Alexander, Allison (2012). Modul 1 – Recovery verstehen. In Gianfranco Zuaboni, Christoph Abderhalden, Michael Schulz & Andrea Winter (Hrsg.), *Recovery praktisch! Schulungsunterlagen* (S. 20–41). Bern: Verlag Universitäre Psychiatrische Dienste.
- Bildungsdirektion Kanton Zürich (2012). *Psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung*. Gefunden unter https://vsa.zh.ch/internet/bildungsdirektion/vsa/de/schulbetrieb_und_unterricht/sonderpaedagogisond0/sonderschulung/_jcr_content/contentPar/downloadlist/downloaditems/87_1376459098052.sspool.download.1376490213370.pdf/Psychiatrische_Versorgung_von+Kindern.pdf
- Bundschuh, Konrad (2013). Diagnostik. In Georg Theunissen, Wolfram Kulig & Kerstin Schirbort (Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpädagogik* (2. Aufl., S. 85–86). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Buscher, Michael & Hennicke, Klaus (2017). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH.
- Bienstein, Pia (2014). Versorgungssystem und Versorgungssituation. In Pia Bienstein und Peter Weber (Hrsg.), *Psychische Störungen im Arbeitsgebiet der Heilerziehungspflege* (1. Aufl., S. 323–326). Köln: Psychiatrie Verlag, Bildungsverlag EINS.
- Bienstein, Pia & Weber, Peter (2014). Einführung. In Pia Bienstein und Peter Weber (Hrsg.), *Psychische Störungen im Arbeitsgebiet der Heilerziehungspflege* (1. Aufl., S. 12–20). Köln: Psychiatrie Verlag, Bildungsverlag EINS.
- Dalferth, Matthias (2013). Interdisziplinarität. In Georg Theunissen, Wolfram Kulig & Kerstin Schirbort (Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpädagogik* (2. Aufl., S. 193–194). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag
- Die Spitäler der Schweiz (ohne Datum). *ICD-10*. Gefunden unter <https://www.hplus.ch/de/zahlen-statistiken/h-spital-und-klinik-monitor/begriffe/icd-10/>

- Došen, Anton (2010). *Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Došen, Anton (2018). *Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene*. (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Fischer, Verena (2018). *Bindung und Bindungstheorien*. Gefunden unter <https://www.kindererziehung.com/Paedagogik/Entwicklung/Bindungstheorien.php>
- Flick, Uwe (2009). *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge*. Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.
- Haveman, Meindert (2013). Epidemiologie. In Georg Theunissen, Wolfram Kulig & Kerstin Schirbort (Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpädagogik* (2. Aufl., S. 111). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Remschmidt, Helmut, Schmidt, Martina & Poustka, Fritz (Hrsg.). (2017). *Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10* (7. Aufl.). Bern: Hogrefe Verlag
- Insieme (ohne Datum). *ICF-Klassifikation*. Gefunden unter <http://insieme.ch/geistige-behinderung/icf-klassifikation/>
- Irblich, Dieter (2003). Problematische Erlebens- und Verhaltensweisen geistig behinderter Menschen. 3 Epidemiologie. In Dieter Irblich & Burkhart Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 312–374). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Hennicke, Klaus (2005). Psychiatrische Diagnostik. In Burkhart Stahl & Dieter Irblich (Hrsg.), *Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 347–366). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Klicpera, Christian & Gasteiger-Klicpera, Barbara (2007). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

- Knuf, Andreas & Bridler, Sabina (2008). Vom Empowerment zu Recovery: Grundideen für eine neue Psychiatrie. In Christoph Abderhalden, Ian Needham, Michael Schulz, Susanne Schoppmann & Harald Stefan (Hrsg.), *Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery* (S. 24–32). Unterostendorf: IBICURA-Verlag.
- Kühn, Thomas & Koschel, Kay-Volker (2018). *Gruppendiskussion. Ein Praxis-Handbuch* (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden
- Lamnek, Siegfried (1998). *Gruppendiskussion. Theorie und Praxis*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lamnek, Siegfried & Krell, Claudia (2016). *Qualitative Sozialforschung. Online-Material*. (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Lindmeier, Christian (2013). ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). In Georg Theunissen, Wolfram Kulig & Kerstin Schirbort (Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpädagogik* (2. Aufl., S. 175–177). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Lingg, Albert (2013). Psychische Störungen, psychische Krankheit. In Georg Theunissen, Wolfram Kulig & Kerstin Schirbort (Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpädagogik* (2. Aufl., S. 292–295). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Lingg, Albert & Theunissen, Georg (2000). *Psychische Störungen und geistige Behinderung. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis* (4. Aufl.). Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Lingg, Albert & Theunissen, Georg (2013). *Psychische Störungen und geistige Behinderung. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis* (6. Aufl.). Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Mayring, Philipp (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

- Meyer, Hermann (2003). Geistige Behinderung – Terminologie und Begriffsverständnis. In Dieter Irblich & Burkhardt Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 4–27). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Paulus, Michaela & Schubert, Marion (2014). Leben in einer stationären Einrichtung. In Pia Bienstein und Peter Weber (Hrsg.), *Psychische Störungen im Arbeitsgebiet der Heilerziehungspflege* (1. Aufl. S. 81–87). Köln: Psychiatrie Verlag, Bildungsverlag EINS.
- Sarimski, Klaus (2013a). Psychologische Theorien geistiger Behinderung. In Gerhard Neuhäuser, Hans-Christoph Steinhausen, Frank Hässler & Klaus Sarimski (Hrsg.), *Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte* (4. Aufl., S. 44–58). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Sarimski, Klaus (2013b). Psychologische Behandlungen. In Gerhard Neuhäuser, Hans-Christoph Steinhausen, Frank Hässler & Klaus Sarimski (Hrsg.), *Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte* (4. Aufl., S. 264–279). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Seidel, Michael (2013). Doppeldiagnose. In Georg Theunissen, Wolfram Kulig & Kerstin Schirbort (Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpädagogik* (2. Aufl., S. 94–95). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Seidel, Michael (2014a). Geistige Behinderung und Intelligenzminderung. In Pia Bienstein und Peter Weber (Hrsg.), *Psychische Störungen im Arbeitsgebiet der Heilerziehungspflege* (1. Aufl., S. 111–118). Köln: Psychiatrie Verlag, Bildungsverlag EINS.
- Seidel, Michael (2014b). Psychische Störungen – Allgemeines. In Pia Bienstein und Peter Weber (Hrsg.), *Psychische Störungen im Arbeitsgebiet der Heilerziehungspflege* (1. Aufl., S. 118– 173). Köln: Psychiatrie Verlag, Bildungsverlag EINS.
- Seidel, Michael (2014c). Affektive Störungen. In Pia Bienstein und Peter Weber (Hrsg.), *Psychische Störungen im Arbeitsgebiet der Heilerziehungspflege* (1. Aufl., S. 204–211). Köln: Psychiatrie Verlag, Bildungsverlag EINS.

- Seidel, Michael (2014d). Ausgewählte psychische Störungen. In Pia Bienstein und Peter Weber (Hrsg.), *Psychische Störungen im Arbeitsgebiet der Heilerziehungspflege* (1. Aufl., S. 175–242). Köln: Psychiatrie Verlag, Bildungsv Verlag EINS.
- Steinhausen, Hans-Christoph, Hässler, Frank & Sarimski, Klaus (2013). Psychische Störungen und Verhaltensprobleme. In Gerhard Neuhäuser, Hans- Christoph Steinhausen, Frank Hässler & Klaus Sarimski (Hrsg.), *Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte* (4. Aufl., S. 141–171). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Schanze, Christian (2014). *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und Pädagogen* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Schädler, Johannes (2014). Empowerment und Recovery. In Pia Bienstein und Peter Weber (Hrsg.), *Psychische Störungen im Arbeitsgebiet der Heilerziehungspflege* (1. Aufl., S. 54–62). Köln: Psychiatrie Verlag, Bildungsv Verlag EINS.
- Speck, Otto (2013). Geistige Behinderung. In Georg Theunissen, Wolfram Kulig & Kerstin Schirbort (Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpädagogik* (2. Aufl., S. 147–149). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Weber, Peter (2014). Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). In Pia Bienstein und Peter Weber (Hrsg.), *Psychische Störungen im Arbeitsgebiet der Heilerziehungspflege* (1. Aufl., S. 12–20). Köln: Psychiatrie Verlag, Bildungsv Verlag EINS.
- Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (5. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Weltgesundheitsorganisation und Deutsches Institut für Medizinische Information und Dokumentation [WHO & DIMDI]. (2018). Gefunden unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/chapter-v.htm>

Anhang

Anhang A – Leitfaden für Gruppendiskussion

Kategorien:

- Herausforderungen & Chancen
- Haltung vom Team zum Thema
- Begleitung durch Fachpersonen auf der Wohngruppe
- Struktur (Hilfeleistungen von Institution, institutionelle Rahmenbedingungen)

Interviewleitfaden

Vor dem Interview:

1. **Begrüssung** → Info Bachelorarbeit für HSLU zum Thema Kognitive Beeinträchtigung und psychische Störung – Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose in Wohngruppen für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung + **Danksagung**

2. **Ablauf der Befragung**

Zuerst gebe ich euch einige Informationen zum Inhalt zu unserer Bachelorarbeit und zum Ablauf der Gruppendiskussion. Wir werden einige Fragen stellen, die ihr möglichst offen beantworten und untereinander diskutieren dürft. Falls für euch ein Aspekt fehlt, könnt ihr diesen gerne einbringen.

3. **Ziel der Befragung**

- Hohe Prävalenz bezüglich psychischen Störungen → Zielgruppe
- Diagnostische Besonderheiten
- Anrecht auf angemessene Betreuung → Herausforderung
- Einigkeit über geistige Behinderung und psychische Störung
- Interdisziplinäre Hilfeleistung notwendig
- Häufig auf Wohngruppen für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung → wie auf dieser Wohngruppe mit KlientIn XY

Wir möchten nun in den nächsten ca. 60 Minuten von euch hören, wie ihr konkret im Alltag mit dieser Klientel umgeht und was eure Sichtweise dazu ist. (keine Prüfung, aus dem Bauch heraus)

4. **Tonband & Datenschutz**

Wir werden das Interview mit einem Tonband aufnehmen und zusätzlich Notizen machen. Dies dient uns zur nachträglichen Transkription. Die Aufzeichnungen werden anonymisiert damit keine Personen aus den Aufzeichnungen erkennbar sind. Nach Abschluss der Bachelorarbeit werden die Daten vernichtet.

5. Einverständniserklärung

Dieses Blatt enthält eine Einverständniserklärung und einige Angaben zu eurer Person. Es bezeugt, dass ihr von uns über die Untersuchung aufgeklärt wurdet und ihr damit einverstanden seid. Bitte lest das Blatt in Ruhe durch und stellt allfällige Fragen. Selbstverständlich werden auch die Daten zu eurer Person anonymisiert und vertraulich behandelt.

Interview

1. Einstiegsfrage

Erzählt mir etwas über die Anfänge mit der/dem Klientin XY...

Allfällige Nachfragen:

- Wie und wann ist er/sie zu euch gekommen?
- Wie würdet ihr XY beschreiben?

2. Herausforderungen

Welchen Herausforderungen begegnet ihr im Alltag, wenn ihr an den Klienten/ die Klientin XY denkt?

Allfällige Nachfragen:

- Beschreibt eine konkrete Situation in der ihr herausgefordert wurdet.

3. Chancen

Welche Chancen seht ihr in der Zusammenarbeit mit XY?

4. Haltung von Team zur Thematik

- Ihr habt uns gerade von den Herausforderungen und den Chancen erzählt. Welche Haltung hat das Team zu dieser Thematik? Wo lagen die grössten Diskussionspunkte zur Haltung gegenüber XY?

Allfällige Nachfragen:

- Wie entsteht die gemeinsame Haltung? (Supervision, Teamsitzung, etc)
- Wie sieht die interdisziplinäre Zusammenarbeit aus?

5. Begleitung durch Fachpersonen auf der Wohngruppe

+ Was denkt ihr hat die positive Entwicklung von XY begünstigt?

- Was denkt ihr hätte es gebraucht oder braucht es in Zukunft, um die Begleitung von XY zu verbessern?

Allfällige Nachfragen:

- Struktur und personelle Ressourcen
- Fachwissen der Mitarbeitenden
- **Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

6. Struktur

Wie wird das Thema von der gesamten Institution angegangen?

Allfällige Nachfragen:

- Gibt es diesbezüglich Konzepte?
- Werden strukturelle Anpassungen vorgenommen?
- Werden Weiterbildungen angeboten?

Nach dem Interview

Das Interview wäre nun beendet. Gibt es noch etwas, dass wir noch nicht besprochen haben und für euch noch wichtig erscheint?

Anhang B – Einverständniserklärung

Persönliche Daten:

Name:	
Alter:	
Geschlecht:	
Bildungsabschluss:	
Stellenprozent:	
In der Institution seit:	

Forschungsprojekt: Bachelorarbeit von Irena Begic und Jana Rymann, Hochschule Luzern
– Soziale Arbeit

Titel: **Geistige Behinderung und psychische Störung**
Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose in Wohngruppen für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung

Die Beschreibung der Forschungsarbeit wurde vor dem Interview mündlich erläutert.

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Für die weitere Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. Alle im Interview genannten Personen werden anonymisiert um deren Datenschutz zu gewährleisten. Nach Beendigung der Bachelorarbeit werden alle Kontaktdaten gelöscht.

Ich bin damit einverstanden, dass alle im Interview genannten Daten und Aussagen für die Bachelorarbeit von Irena Begic und Jana Rymann verwendet werden dürfen.

☐ ja ☐ nein

_____ Ort, Datum / Unterschrift

Anhang C – Zusammenfassung Kategorie (Auswertung)

Zusammenfassung Kategorien			
Kategorie	Generalisierung	Fall	Zeile
Herausforderndes Verhalten	Sichere Diagnosen: Angststörung, Weitere vermutete Diagnosen: Schwierigkeiten auf Beziehung einzulassen	A	54-55
	Vermeidungsstrategien der Klientin, Sonderprogramm, aus der Norm fallend	A	62-65
	beschimpfen, fluchen, Türen schlenzen	A	68
	Unsicherheit des Teams ihr Verhalten zu interpretieren, keine Kommunikation ihrerseits über Ängste etc., Herausforderndes Verhalten wie schlagen, Verweigern, Verhalten und Störung schwer zu fassen	A	144-152
	Schwer einzuschätzen ob das Verhalten durch die geistige Behinderung, durch ihr Persönlichkeit oder die psychische Störung ausgelöst wird.	A	156-158
	Nähe und Distanz, ins Gesicht fassen, schlagen	A	287-289
	Kontakt auf eine merkwürdige Art und Weise gesucht, keine andere Strategie um in Kontakt zu treten,	A	293-299
	Mangelnde Impulskontrolle, auf den Boden werfen, spucken, Dinge umherwerfen	B	59-63
	Ambivalentes Verhalten, teilweise Erwachsen, teilweise Kleinkindlich	B	87-89
	Kleinkindliches Verhalten	B	89
	Ist intelligent, Grenzen testen	B	92-93
	sehr Laut, auffällige Töne	B	97-101
	Impulse nicht mehr unter Kontrolle	B	148-149
	zwirblig, hohe Präsenz	B	207-208
	Starke Stimmungsschwankungen	C	119-121

	Körperliche Beschwerden bedingt durch Psyche,	C	136-140
	Kann sich schnell hineinsteigern	C	203-204
	Schwierigkeit psychische Erkrankung und Behinderung voneinander zu trennen	C	418-420
	laut, hohe Dynamik in Gruppe und ins Team, viel Energie,	D	71-80
	Diagnose: Bindungsstörung und weitere Hypothese,	D	71-80
	Teilweise sehr kleinkindliche Verhaltensweisen,	D	86-92
	Grenzen austesten des Teams und der einzelnen Teammitglieder, Team gegeneinander ausspielen,	D	102-106
	Versucht zu provozieren und bei Erfolg macht sie weiter,	D	127-133
	Schizophrenie nicht direkt diagnostiziert, aber viele Symptome vorhanden	D	340-342
	Viel Aufmerksamkeit, Unsicherheit welche Störungen hat sie, was gehört nicht dazu	D	345-347
	Sie macht merkwürdige Geräusche und hat ein merkwürdiges Verhalten (nicht der Norm entsprechen)	D	248-251
	Unsicherheit was zur psychischen Erkrankung gehört und was nicht, Beziehungsarbeit schwierig, Nähe und Distanz	D	375-380
Herausforderungen im Gruppenalltag	Sonderstellung, 1:1 Betreuung	A	49-52
	Sonderprogramm	A	62-65
	Klientengruppe stieg nicht auf ihre Provokationen ein, Unterstützten Haltung vom Team	A	250-253
	Sonderstellung: „ <i>Sie ist losgelöst von allem, was wir von allen anderen einfach so erwarten...</i> “	A	268-269
	Klientengruppe hat ihre Verhaltensweisen nicht übernommen und wenig auf sie reagiert,	A	328-331
	Drauf achten, dass der Rest der Klientengruppe auch genügend Aufmerksamkeit bekommt → Ansprüche an sie zurückfahren, damit man der ganzen Gruppe gerecht werden kann	A	341-345
	Nimmt viel Raum im Wohngruppenalltag ein, es braucht Fortschritte um weiterhin positiv weiterarbeiten zu können,	A	407-417

	anderen Massstab als bei den anderen Klientinnen und Klienten,		
	Mitbewohner verstehen Verhalten nicht	B	59-63
	Mitmenschen genervt, Sozialen Kontakte schwierig	B	97-105
	1:1 Betreuung	B	172-173
	Klient immer präsent, Hauptgesprächsthema	B	313/328
	Klientin ist sehr präsent	C	118
	Nimmt viel Raum ein	C	119
	Herausfordernd, allen gerecht zu werden	C	407
	Fordert viel Aufmerksamkeit und bekommt sie, beklagt sich dennoch sie bekäme zu wenig, andere Klientinnen und Klienten bekommen weniger Aufmerksamkeit <i>„sie saugt alles, was sie kriegen kann...“</i>	D	144-153
	Viel 1:1 Begleitung und im Alltag	D	157-163
	Keinen direkten Kontakt zu anderen Jugendlichen	D	204
	Keine wirklichen Interaktionen, mehr Provokationen	D	209-210
	Kein Sozialverhalten, weiss nicht wie man sich in einer Gruppe verhält, völlig unangepasste Verhaltensweise, sie kennt es nicht anders	D	212-215
	Sie ist eine Herausforderung für die anderen Klientinnen und Klienten	D	224-232
	Aufmerksamkeit bei An- und Abwesenheit. <i>„aber eben ich denke sie holt sie die Aufmerksamkeit nicht nur wenn sie da ist, sondern halt auch wenn sie nicht da ist. weil wir immer so mit ihr beschäftigt sind, ist sie auch in den Teamsitzungen und bei den Übergaben und überall immer präsent.“</i>	D	280-286

	Betreuung für den Rest der Gruppe unzureichend, die anderen Klientinnen und Klienten, welche eigentlich die Zielgruppe sind sollten nicht weniger unterstützt werden	D	422-427
Chancen	Chancen: neue Wege um pädagogisch zu arbeiten, sich von den Standards und Strukturen der Institution zu lösen	A	383-386
	Neue Herausforderung für Team als Bereicherung	B	193-195
	Neues Experiment mit positiven Folgen Bereicherung für gesamte Wohngruppe	B	199-205
	Umstrukturierungen und neue Methoden als Chance für eigene Kompetenzentwicklung sehen	B	282-285
	Teamstabilität begünstigender Faktor für positive Entwicklung von Klient Chance für Team sich weiter zu entwickeln	B	204-206
	Teamentwicklung fördert Arbeit im Alltag Umstrukturierung kann positive Folgen haben	B	255-259
Handlungsansätze	Andere Strategien und Methoden bei dieser Klientin, als bei dem Rest der Gruppe Viele künstliche Sequenzen geschaffen	A	75-79
	Anderer Ablauf bei Eintritt als normalerweise	A	83-84
	Eintritt ohne lange Vorbereitung nicht möglich, keine Anforderungen ausser Medikamente einnehmen	A	90-94
	Sehr geringe Anforderungen an die Klientin, Medikamenteneinnahme und Körperpflege, Tages- und Nachtrhythmus, aus dem Zimmer kommen → Anforderungen, welche die Gesundheit betreffend	A	99-114
	Druck weglassen, Struktur der Institution an sie angepasst	A	128-131
	Beziehung aufbauen	A	133-134
	Beziehung zu allen Teammitgliedern aufbauen	A	136-137
	Gutes Mass von fordern, aber nicht überfordern finden	A	163

In kleinen Schritten mit ihr Arbeiten,	A	199-203
Gemeinsame Meinung wichtig	A	205-206
Beziehung und Vertrauen als Basis, kleine Schritte, gesundes Mass von fördern und fordern	A	213-219
Positiv darauf hinweisen, dass Verhalten unangebracht ist, aufzeigen, wie sie sich anders ausdrücken könnte, wenige Konsequenzen und wenn nur mit Vorankündigung	A	240-243
Ansprüche herunterfahren, Druck wegnehmen	A	265-267
Strategie um mit Beschimpfungen umzugehen: neutralisieren und mitteilen, dass ihr Verhalten nicht erwünscht ist ohne sich provozieren zu lassen	A	272-275
Ruhig, aber bestimmt auf erwünschtes Verhalten hinweisen, ihr mitteilen, was das Verhalten in einem auslöst,	A	278-285
Kontakt auf eine merkwürdige Art und Weise gesucht, keine andere Strategie um in Kontakt zu treten, Ihr aufzeigen, wie sie dies auf eine andere Art ausdrücken kann	A	293-299
es braucht Fortschritte um weiterhin positiv weiterarbeiten zu können, anderen Massstab als bei den anderen Klientinnen und Klienten, unkonventioneller Weg	A	407-417
Strukturen der Institution wurden für sie angepasst	A	441
Situation, in welcher sich psychische Störung gezeigt hat herausfordernd, enge Begleitung notwendig	A	473-479
Aus Erfahrungen lernen, Sicherheit geben	A	479-481
Nimmt Medikamente ein	B	52
Strukturen bieten, Teamwork	B	81-82
Stabilität um Klient zu schützen	B	89-90
Klare Strukturen und Massnahmen notwendig für soziales Zusammenleben	B	103-105
Starke Präsenz und Vermittlungsarbeit notwendig für Zusammenleben	B	106-107

	Klare Abmachungen mit Klient notwendig	B	115
	Sanktionen als Massnahme	B	141-142
	Punktesystem als Methode: Gelbe und rote Karten als Verwarnungen, bei 3. Verwarnung gibt es eine Sanktion	B	142-146
	Ressource nutzen	B	188-190
	Neuer Bereich, nicht der Institution entsprechend Neue teilweise unbekannte Methoden von Kinder- und Jugendbereich	B	195-197
	Strukturelle Anpassungen für Klienten, Sachen aus dem Kinder- und Jugendbereich	B	215-220
	Spiegeln als Methode: Ihm so sein Kleinkindliches Verhalten aufzeigen	B	220-223
	Präsenz und Aufmerksamkeit	B	256
	Strukturelle Veränderungen	B	256-258
	Selbstständigkeit des Klienten fördern	B	274-275
	Grundhaltungen und Methoden wurden immer wieder neu diskutiert und angepasst	B	333-334
	KIS als Methode um Abmachungen festzuhalten	B	339-341
	Medikation als positiver Einflussfaktor für Zusammenarbeit mit Klient	B	372-374
	Klient in Entscheidung mit einbeziehen, Selbstermächtigung	B	416-417
	Im KIS sind Medikamentenbeschreibungen verlinkt, Beipackzettel schnell auffindbar	B	463-465
	Stimmungsschwankungen durch Medikamente weniger	C	172
	Buch mit Symptomen zusammengestellt als mögliche Methode für Umgang mit psychosomatischen Symptomen	C	188-190
	Klare Haltung	C	202

	Setting und Konzept der Selbstständigkeit Grund für Fortschritt	C	263-265
	Selbstständigkeit fördern,	C	274-277
	Fokus des Angebotes auf Selbstständigkeit	C	291-292
	Beziehungsarbeit als wichtige Methode und Basis für Zusammenarbeit mit K.	C	384-387
	Abläufe und Regeln kennen,	D	111-126
	Um mit ihr zu arbeiten braucht man viel Geduld, eigene Grenzen kennen, gut geerdet sein	D	127-133
	Aufgabe des Teams, ihr einen angemessenen Umgang beizubringen, alternative Verhaltensweisen aufzeigen	D	215-219
	Es braucht klare Strukturen, Bindung und Sicherheit	D	251-252
	Pläne als Hilfsmittel, geben Halt	D	267-268
	Es braucht laufend neue Absprachen	D	272-276
	Klare Abmachungen, welche laufend überprüft werden,	D	280-286
	Es braucht klare Absprachen, damit weniger Schlupflöcher entstehen, Hilfsmittel: Journal mit genauen Einträgen und Teamsitzung	D	297-304
	Positive Entwicklung durch Zeit, Struktur und Vertrauen	D	444-447
	Positive Entwicklung durch Medikamentöse Behandlung	D	460-461
	Zusammenarbeit mit Eltern wichtig, dieselbe Haltung entwickeln und am selben Strang ziehen, Zusammenarbeit mit Eltern brauchte Zeit	A	254-260
	Zusammenarbeit mit Eltern herausfordernd	B	84-86
	Überforderung seitens der Mutter, Herausforderung mit ihr zusammenzuarbeiten	D	492-499
Betreuungsangebot	Klientin wurde abgelehnt, kam in andere Institution, wo es nicht funktionierte und bekam schliesslich doch ein Angebot	D	44-45
	Abläufe und Regeln kennen,viele Wechsel in der Betreueung nicht geeignet,	D	111-126

In Kleingruppe tragbar, mit grösserer Gruppe wird es schwierig	D	252-255
Momentan ist die Institution nicht spezialisiert und die Mitarbeitenden nicht dazu ausgebildet und das Wissen über psychische Krankheiten ist sehr beschränkt	D	360-363
Guter Ort für die Klientin, jedoch ohne Vorbereitung der Mitarbeitenden, es braucht mehr Ressourcen, mehr Austausch, mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit, es braucht Instrumente und klar geregelte Massnahmen, zusätzlich Fachpersonen der Psychiatrie...	D	405-416
In Kleingruppe ist es tragbar	D	421-422
Mit zweiter Klientin mit Doppeldiagnose wäre die Betreuung für den Rest der Gruppe unzureichend, die anderen Klientinnen und Klienten, welche eigentlich die Zielgruppe sind sollten nicht weniger unterstützt werden	D	422-427
Schere zwischen pädagogischen und wirtschaftlichen Ansprüchen, Wechsel im Gange, dass mehr Menschen mit Doppeldiagnose aufgenommen werden sollten, deshalb braucht es mehr Personen, welche dafür ausgebildet sind	D	432-438
Es braucht Stabilität, stabiles Umfeld zu Hause, Konstanz	D	463-471
Muss sich in drei Systemen zurechtfinden: Internat, bei Mutter und Bruder und Pflegefamilie → ständiger Wechsel	D	476-481
Settingwechsel als möglicher Grund für Verbesserung	C	176-177
Doppeldiagnose ist immer mehr Thema	C	341 -443
Doppeldiagnosen häufen sich und stellen eine Herausforderung dar	C	344 -445
Passt die Klientin in unser Angebot und kann der Auftrag noch umgesetzt werden	C	393-396
Klare Strukturen und Massnahmen notwendig für soziales Zusammenleben	B	103-105
Klare Linien notwendig	B	110

	Selbstständigkeit des Klienten fördern	B	131-132
	Selbstständigkeit des Klienten, Vertrauensaufbau zu Eltern, Zusammenarbeit mit Eltern	B	132-135
	Neues Setting als Grund für Verbesserung	B	180-181
	Ständiger Wechsel von Orten wirken sich auf seine Entwicklung aus	B	427-429
	Doppeldiagnose bereits langwieriges Thema	B	483-483
	Institutionen passen Angebote an	B	485-486
	Institutionen sind im Wandel	B	486-488
	Fokus muss anderst Gesetzt werden (Fokus auf Doppeldiagnose)	B	594
	Wer optimale Betreuung bieten kann ist unklar	B	501-502
	Institutionen richten sich der Nachfrage	B	503-504
	Institutionen passen ihre Strukturen an	B	505-506
	Auch in psychiatrischen Kliniken muss eine Veränderung stattfinden	B	543
	Bewohner, welche zu einem späteren Zeitpunkt an psychischer Störung erkrankt sind Brauchte ein neues Angebot, wenn möglich Institutionsintern	B	546-551
	Sonderstatus, zusätzliche Stellenprozente gutgeschrieben	A	211-213
	Ausnahmesituation in Institution → Unsicherheit, sich darauf einlassen und Bestehendes neu zu überdenken und Strukturen anzupassen	A	319-323
	Vertrauen und Freiraum von den Vorgesetzten und kein Druck Ergebnisse abliefern zu müssen	A	420-422
	Angebot nicht optimal für sie, Auftrag kann nicht vollständig erfüllt werden, offene Kommunikation darüber mit Behörden	A	433-437
	Vertrauen und Freiraum von den Vorgesetzten und kein Druck Ergebnisse abliefern zu müssen	A	454-457

	Es gibt zu wenige Angebote für Menschen mit Doppeldiagnose, in Zukunft werden solche Fälle in der Institution zunehmen,	A	499-501
	Wäre sinnvoll Menschen mit Doppeldiagnose bereits im Kindesalter aufzunehmen und zu begleiten	A	507-510
	Leitung der Institution hat Zeit gegeben → positiv wahrgenommen	A	527
	Es braucht in Zukunft mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit und einen engeren Austausch mit Psychologen (Anwesend an Teamsitzung),	A	553-559
	Die Politik sollte auch Handeln und vorgängig Finanzen sprechen um ein solch spezifisches Angebot zu verwirklichen	A	586-588
	Da die Entwicklung vorauszusehen ist, sollten Teams frühzeitig geschult werden, nicht erst im Nachhinein, Institution muss Vorarbeit leisten, Medizinisches Know-How und evt. Fachpersonen aus der Medizin einstellen	A	540-546
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Zusammenarbeit mit interner Psychologin als positiv empfunden	A	352-355
	Dadurch, dass Klientin alle Abklärungen und Gespräche mit anderen Fachpersonen verweigert, nicht sinnvoll noch mehr Personen zu involvieren	A	522-525
	Jederzeit die Möglichkeit Rat bei der internen Psychologin zu holen	A	533-534
	Es braucht in Zukunft mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit und einen engeren Austausch mit Psychologen (Anwesend an Teamsitzung),	A	553-559
	Psychiater im Haus vorhanden	B	366
	Laufende Beobachtung und Anpassung der Medikation möglich	B	366-369
	Hauspsychologin vorhanden	B	385-387

	Interdisziplinäre Zusammenarbeit als Voraussetzung für die Arbeit mit Menschen mit Doppeldiagnose	B	388-392
	Gegenseitige Absprache wichtig auch für Medikation	B	394-396
	Hauspsychiater wird aktiv in Gruppenalltag mit einbezogen	B	407-409
	Zusammenarbeit mit Logopädin	B	419-421
	Überforderung der psychiatrischen Kliniken bezüglich dieser Thematik bekannt	B	526-535
	Bezugsperson erfährt erst in einem späteren Zeitpunkt über Angstzustände der Klientin	C	168-171
	Fokus auf diesem Krankheitsbild und diesbezüglich Zusammenarbeit mit Frauenzentrale	C	245-250
	Verweis zu Frauenzentrale bezüglich Sexualität	C	250
	Zusammenarbeit mit Spitex	C	298
	Involvierte Fachpersonen: Psychologin und Psychiaterin, Lehrer, Logopädie		310
	Enge Zusammenarbeit mit der Psychologin, war auch an Teamsitzung anwesend und gibt Ratschläge		314-322
	Extrem viele involvierte Fachpersonen und Personen zu welchen Vertrauen aufgebaut werden muss, viele Termine und Schnittstellen → zu viel?		324-337
	Ratschläge von Psychiaterin, wie mit Verhalten, welches auf psychischen Störung beruht umgegangen werden kann		342-344
	Psychologin hat dem Team die Diagnose näher gebracht und erklärt		393-395
Fachwissen	Weiterbildungen zum Thema Traumapädagogik, keine Weiterbildung zum Thema Doppeldiagnose	A	496-499
	Es gibt zu wenige Angebote für Menschen mit Doppeldiagnose, in Zukunft werden solche Fälle in der Institution zunehmen, sinnvoll mehr Wissen dazu anzueignen	A	499-501

Da die Entwicklung vorauszusehen ist, sollten Teams frühzeitig geschult werden, nicht erst im nachhinein, Institution muss Vorarbeit leisten, Medizinisches Know-How und evt. Fachpersonen aus der Medizin einstellen	A	540-546
Medikation ernst nehmen und auch immer wieder überprüfen	B	412 -414
Eine Person hat Fachwissen zum Thema Medikation	B	441-442
Fachwissen über psychische Erkrankungen und dessen Medikation oftmals nicht vorhanden	B	441-444
Fachwissen muss selber angeeignet werden, Selbstdisziplin	B	444-447
Interne Weiterbildungen vorhanden	B	453-454
Interne Weiterbildung zum Thema psychische Erkrankung	B	457-458
Interesse und Offenheit gegenüber diesem Thema vorhanden	B	458-460
Fachpersonen tragen Verantwortung	B	462
Menschen mit Beeinträchtigung haben höheres Risiko an psychischer Störung zu erkranken	B	489-491
Schutz- und Risikofaktoren als Ursachen für Prävalenz	B	491-495
Ausbildung bezüglich Doppeldiagnose fehlt	B	499
Fortbildung und Austausch zu dieser Thematik findet statt	B	499-501
Fortbildung und Austausch zu dieser Thematik findet statt	B	499-501
Klientin hat Wilian-Boyer Syndrom und Bezugsperson holt sich Informationen über dieses Krankheitsbild	C	92-94
Medikation vorhanden, Fachwissen darüber nicht vorhanden	C	313
Weiterbildungen werden angeboten	C	340-341
Keine Informationen über psychische Aspekte eingeholt	C	423
Zu wenig Wissen darüber, wenig Wissen dazu im Studium vermittelt bekommen	D	358-360

	Momentan ist die Institution nicht spezialisiert und die Mitarbeitenden nicht dazu ausgebildet und das Wissen über psychische Krankheiten ist sehr beschränkt	D	360-363
		D	
Team	Psychische Belastung für Betreuungspersonen, Distanz wichtig, Pausen, genügend Zeit lassen, um wieder positiv mit Klientin einsteigen zu können	A	166-169
	Sich als Team nicht frustrieren lassen und positiv zu bleiben herausfordernd und wichtig, aushalten	A	174-177
	Gemeinsame Haltung durch sehr viel Austausch im Team entstanden	A	190-196
	im Team abstimmen und eigene Bedürfnisse zurückstecken, Zufriedenheit aus kleinen Erfolgen herausnehmen	A	199-203
	Gemeinsame Meinung wichtig	A	205-206
	Supervision als Gefäß um Bedenken auszutauschen, gemeinsame Haltung zu entwickeln	A	221-225
	Enger Austausch im Team, keine Konsequenzen aus dem Affekt heraus, „Aushalten“	A	232-236
	Als Team aushalten, Ansprüche herunterfahren, Druck wegnehmen	A	265-267
	Jedes Teammitglied muss für sich einen Weg entwickeln, um mit dieser Situation umzugehen, authentisch sein und sich mit sich selbst auseinandersetzen	A	392-394
	Team muss gut funktionieren!	A	353-395
	Ressourcen: Pausen um Beobachtungen auszutauschen, Pausen um sich zu erholen	A	568-570
	Genügend Zeit für Teamkultur wichtig, sich getragen fühlen von den oberen Etagen	A	573-575
	Team als Einheit, gleiche Haltung	B	121
	Langwieriger Prozess und die aushalten	B	136
	Neue Thematik für Team, Unsicherheit im Team	B	198-199
	Neues auszuprobieren braucht Mut der Mitarbeitenden	B	230-232

	Skepsis gegenüber Klienten, ist er tragbar?	B	242-244
	Wo liegen die Grenzen des Teams?	B	259
	Umstrukturierung und somit Unsicherheit im Team führt zu Zweifeln bezüglich der Aufnahme des Klienten	B	288-289
	Teamentwicklung wichtiger Prozess für Teamstabilität, Herausfordernder Prozess	B	297-304
	Teamstabilität begünstigender Faktor für positive Entwicklung von Klient	B	204-206
	Teamsitzung als Gefäß ausreichend, Funktionierendes Team als Voraussetzung	B	334-336
	Teamtag als Gefäß für Teamförderung	B	252-254
	Teamentwicklung fördert Arbeit im Alltag	B	255-259
	Selbstdisziplin und Eigenverantwortung als Voraussetzung für MA (Fachwissen aneignen)	B	465-468
	Gegenseitige Unterstützung	B	471
	Gemeinsame Abmachung im Umgang mit ihr, vom negativen ablenken	C	207-209
	Gemeinsame Haltung entsteht durch gemeinsame Erfahrungen	C	209-210
	Möglichkeit, gemeinsame Haltung umzusetzen	C	212-213
	Es hat viel Austausch über sie stattgefunden	C	216-217
	In diesem Fall ist die gemeinsame Haltung wichtiger als bei anderen	C	218
	Gemeinsame Austausch ist hilfreich	C	237-238
	Gemeinsame Haltung, Strukturen, klare Regeln und Abmachungen	C	381
	Team muss sich gut absprechen, Grenzen setzen	D	102-106
	Um mit ihr zu arbeiten braucht man viel Geduld, eigene Grenzen kennen, gut geerdet sein	D	127-133
	Es braucht klare Absprachen, damit weniger Schlupflöcher entstehen	D	297-304