

15. Münchner Kinder- und Jugendpsychiatrisches Herbstsymposium

Geistige Behinderung

Verhaltensmuster und Verhaltensauffälligkeiten

Zeit: **Samstag, 15. Oktober 2005**
09:15 - 16:00 Uhr

Ort: Hörsaal 240 (2. Obergeschoss)
Universitätsgebäude der LMU
Geschwister-Scholl-Platz 1
Eingang Amalienstraße
80539 München

Leitung: Prof. Dr. R. Frank

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

junge Menschen mit einer schwerwiegenden Entwicklungsverzögerung verfügen über sehr unterschiedliche Fähigkeiten.

Einschränkungen in der Sensomotorik und den Möglichkeiten zur Selbsthilfe, in der Kommunikation und im Sozialverständnis stellen die von einer geistigen Behinderung Betroffenen, ihre Familien und Fachleute immer wieder vor große Herausforderungen. Es kann schwierig sein, Probleme als alterstypisch zu erkennen und einzuordnen. Verhaltensprobleme ergeben sich aus den Besonderheiten der jeweiligen Behinderung und aus Überforderungen im Alltag und in Übergangssituationen.

Eine langfristig angelegte geduldige Förderung bedarf immer wieder der Reflexion aller Beteiligten und des interdisziplinären Austausches.

Dafür will das „15. Münchner Kinder- und Jugendpsychiatrische Herbstsymposium“ einen Rahmen bieten.

Seien Sie herzlich eingeladen. Ich freue mich auf Ihr Kommen.

Reiner Frank

www.kjp.med.uni-muenchen.de

Programm

- 9:15 Begrüßung,
Einführung in das Thema
➤ R. Frank, München
- 9:30 Klinische Abklärung mentaler Retardierung
➤ J. Pietz, Heidelberg
- 10:00 Individuelle Lerndokumentation
➤ E. Weigl, München
- 10:30 Heilpädagogische Förderung und Betreuung im Wandel
➤ P. Münzer, München
- 11:00 Kaffeepause
- 11:30 Fragiles-X-Syndrom - genetische Disposition zu Problemen der Selbstregulation in
Interaktion mit der Umwelt
➤ K. Sarimski, München
- 12:00 Ambulante Betreuung von Familien mit geistig behinderten Kindern Versorgungsangebot
und Zufriedenheit der Betroffenen
➤ G. Reuner, Heidelberg
- 12:30 Jugendpsychiatrische konsiliarische Betreuung einer Einrichtung für Behinderte
➤ M. Ruf, Rosenheim
- 13:00 Mittagspause mit Imbiss
- 13:45 Aggressives Verhalten
➤ J. Seifert, Würzburg
- 14:15 Stereotypien, selbstverletzendes Verhalten
➤ M. Noterdaeme, München
- 14:45 Freundschaft und Sexualität
➤ I. Achilles, München
- 15:15 Schlussdiskussion
- 16:00 Ende der Tagung

Liste der Referentinnen und Referenten

Achilles Ilse
Heiterwangerstr. 20
81373 München

Prof. Dr. med. Frank Reiner
Institut und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie LMU
Lindwurmstr. 2a
80337 München

Dipl. Psych. Münzer Petra
Heilpädagogische Tagestätte an der Mathilde-Eller-Schule
Klenzestr. 27
80469 München

PD Dr. med. Noterdaeme Michele
Heckscher-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie des Bezirks Oberbayern
Deisenhofener Str. 28
81539 München

PD Dr. med. Pietz Joachim
Universitätskinderklinik Heidelberg
SPZ Ambulanz für Entwicklungsstörungen
Im Neuenheimer Feld 150
69120 Heidelberg

Dipl. Psych. Reuner Gitta
Universitätskinderklinik Heidelberg
SPZ Ambulanz für Entwicklungsstörungen
Im Neuenheimer Feld 150
69120 Heidelberg

Dr. med. Ruf Martin
Heckscher-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie des Bezirks Oberbayern, Abteilung
Rosenheim
Eilmaierstraße 27
83022 Rosenheim

PD Dr. rer. nat. Sarimski Klaus
Kinderzentrum
Heiglhofstr. 63
81377 München

Dr. med. Seifert Jürgen
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie der Universität Würzburg
Füchslinstraße 15
97080 Würzburg

Weigl Erich
Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus
Salvatorplatz 2
80333 München

Klinische Abklärung mentaler Retardierung

PD Dr. med. Dipl.-Psych. Joachim Pietz

Universitätskinderklinik
Abtlg. Kinderheilkunde V Kinderneurologie & Sozialpädiatrisches Zentrum
Im Neuenheimer Feld 150
69120 Heidelberg

Eine Störung der mentalen Entwicklung bei Kindern ist ein häufiges Phänomen. Die Prävalenz der bleibenden geistigen Behinderung (engl. „mental retardation“; ICD-10 „Intelligenzminderung“) liegt bei ~3%. Eine sorgfältige und möglichst frühzeitige klinische Abklärung ist notwendig a) angesichts der langfristigen Bedeutung für das Individuum, für die betroffenen Familien und für die Gesellschaft b) im Hinblick auf selten bestehende kausale Behandlungsoptionen und c) im Hinblick auf eine meist notwendige humangenetische Beratung der Eltern. Die klinisch-neurologische Untersuchung des Kindes ist der neben einer sorgfältigen (Familien-)Anamnese der erste und wichtigste Schritt um angesichts der Vielzahl angeborener (meist genetischer) Erkrankungen und der im Verlauf der Schwangerschaft oder postnatal einwirkenden Ursachen zu einer aetiologisch fundierten Diagnosestellung zu kommen. Von entscheidender Bedeutung ist es zudem, den Schweregrad der Intelligenzminderung möglichst frühzeitig valide zu bestimmen, da hierdurch der diagnostische Prozess bereits zu Beginn der Abklärung bestimmt werden kann und die Abgrenzung von dementiell verlaufenden Erkrankungen erleichtert wird. Bei leichter geistiger Behinderung (IQ 50-69) ohne sonstige begleitende neurologische Symptomatik kann das diagnostische Programm eingegrenzt werden, während Kinder mit schwerer geistiger Behinderung (Prävalenz ~0,4%) und Kinder mit zusätzlichen neurologischen Symptomen (Ataxie, Spastik, Epilepsie, Mikro-/Makrozephalie, muskuläre Symptomen u.a.) eine teils wesentlich breiter angelegte oder spezifische Diagnostik benötigen. Dabei spielen sowohl genetische Screeningverfahren (Chromosomenanalyse, FISH) wie gezielte molekulardiagnostische Untersuchungen eine zunehmend größere Rolle. Anhand von Beispielen aus der klinischen Praxis und in Ablaufschemata wird das Vorgehen erläutert.

Die Individuelle Lerndokumentation (ILD) für Schülerinnen und Schüler mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung

Erich Weigl

Fachreferent im Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus
Salvatorplatz 2
80333 München

Outcome-Steuerung	„Mit der Einführung der Standards vollzieht sich in der deutschen Bildungspolitik ein weiterer Schritt von der detaillierten Input-Steuerung hin zur Outcome-Steuerung. Während traditionelle Lehrpläne die Lernziele und –inhalte systematisch und in ihrer zeitlichen Reihenfolge beschreiben und den Lehrkräften Hinweise für das methodisch-
Bildungsstandards	didaktische Vorgehen geben (Input), lenken Bildungsstandards die Aufmerksamkeit auf langfristig aufgebaute Lernergebnisse (Outcome).“ (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus: Lehrerinfo Nr. 1/März 2004, 10)
Förderschulen	Förderschulen sind Teil des deutschen und bayerischen Bildungssystems. Deshalb müssen auch für Schülerinnen und Schüler des Förderzentrums mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung Bildungsstandards gelten. Da diese Schülerschaft jedoch von außerordentlicher Heterogenität gekennzeichnet ist, können diese Bildungsstandards nicht als für alle verbindlich zu erreichende Leistungsanforderung festgelegt werden. Der Lehrplan für den Förderschwerpunkt geistige Entwicklung trägt dem Rechnung, indem er keine Zuordnung von bestimmten Lernzielen und -inhalten zu Jahrgangsstufen vorschreibt. Da das Förderzentrum für den Förderschwerpunkt geistige Entwicklung zu keinem anerkannten Schulabschluss führt, kann der Leistungsstand der Schülerinnen und Schüler auf diesem Weg nicht überprüft werden.
Heterogenität	In Anbetracht der beschriebenen Offenheit der staatlichen Vorgaben liegt die Gesamtverantwortung für die schulische Bildung von Schülerinnen und Schülern mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung allein bei den Lehrerinnen und Lehrern der Förderschule.
keine Zuordnung von Lerninhalten zu Jahrgangsstufen	Die ILD als Instrument zur Qualitätssicherung des Unterrichts und der Umsetzung des Lehrplans am Förderzentrum mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung wird derzeit am Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung entwickelt, liegt jedoch zur Erprobung einzelnen Schulen vor.
Offenheit der staatlichen Vorgaben	
Qualitätssicherung	

bayernweit einheitlich	Funktionen der individuellen Lerndokumentation (ILD): Im Rahmen der ILD werden Bildungsstandards so differenziert beschrieben, dass sie von Schülerinnen und Schülern gemäß ihrem individuellen Leistungsvermögen auf jeweils unterschiedlichen Niveaustufen erreicht werden können. Mit Hilfe der ILD werden Lernprozesse und die jeweils erreichten individuellen Leistungen dokumentiert. Die ILD soll bayernweit einheitlich für alle Schülerinnen und Schüler mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung gelten und gewährleistet dadurch eine Vergleichbarkeit des Bildungsangebots in unterschiedlichen Regionen.
------------------------	---

Heilpädagogische Förderung und Betreuung im Wandel

Dipl. Psych. Petra Münzer

Heilpädagogische Tagesstätte an der Mathilde-eller-Schule
Klenzestr. 27
80469 München

Nach Schulschluss in den Förderzentren mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung besuchen viele Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis ca. 19 Jahren eine meist dem jeweiligen Förderzentrum angeschlossene Heilpädagogische Tagesstätte (HPT). Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die eine HPT besuchen, ist immer mehr u.a. davon abhängig, ob bei Aufnahme in das Förderzentrum ein HPT-Platz obligatorisch mit garantiert wird bzw. wie viel Platzkapazität die jeweilige HPT zur Verfügung hat.

Die HPTs haben den Auftrag die Aufgaben der Eingliederungshilfe zu erfüllen.

Zitat: *„...eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, (...) oder sie so weit wie möglich unabhängig von der Pflege zu machen“* (SGBXII; Kap.6, § 53 Abs.3).

Das heißt die HPTs müssen den Kindern Rahmenbedingungen und individuelle Förderangebote bieten, welche von dem Leitsatz geprägt sind „was braucht das Kind“ „was müssen wir ihm zukommen lassen“, um seine Fähigkeiten aufzuzeigen und entwickeln zu können.

Neben Rahmenbedingungen wie z.B. klare, überschaubare Strukturen, Kontinuität von Bezugspersonen und letztendlich der Gegebenheit individueller Zuwendung bedarf es für die unterschiedlichen Bedürfnisse und Anforderungen der Kinder eines interdisziplinären Teams, welches vielfältige Förder- und Therapieangebote sowie Pflege garantiert. Auch muss u.a. die Zusammenarbeit mit Eltern und deren Beratung und Unterstützung gewährleistet werden.

In den letzten Jahren ist auch in den HPTs eine Zunahme an Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen, die neben der geistigen Behinderung eine zusätzliche psychische Störung haben oder von einer solchen bedroht sind. Oftmals sind bei diesen Kindern autoaggressive und / oder fremdgefährdende Verhaltensweisen gegeben. Es zeigt sich, dass immer mehr Kinder und Jugendliche eine Einzelbegleitung benötigen, um ihre Problematik abbauen sowie eine Gefährdung anderer Kinder verhindern zu können. Verstärkt ist auch die fachliche Unterstützung und eine intensive Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendpsychiatern vor Ort notwendig.

In diesem Referat werden die Arbeitsweise und der Stellenwert einer Heilpädagogischen Tagesstätte aufgezeigt sowie die Frage der Möglichkeiten und Grenzen in einer Zeit finanzieller Engpässe erörtert.

Fragiles-X-Syndrom - genetische Disposition zu Problemen der Selbstregulation in Interaktion mit der Umwelt

PD Dr. rer. nat. Klaus Sarimski

Kinderzentrum
Heiglhofstr. 63
81377 München

Das Fragile-X-Syndrom ist die zweithäufigste ererbte Ursache einer geistigen Behinderung. Seine relative Häufigkeit hat in den letzten Jahren zahlreiche Forschungsgruppen angeregt, die syndromspezifischen Entwicklungs- und Verhaltensmerkmale von Jungen und Mädchen mit dieser genetischen Veränderung zu beschreiben. Dieser Verhaltensphänotyp zeichnet sich aus durch ausgeprägte Schwierigkeiten bei der Selbstregulation in der Interaktion mit der Umwelt, die sich in Hyperaktivität, Impulsivität, sozialer Scheu vor neuen Anforderungen, pragmatischen Auffälligkeiten im Sprachgebrauch, Überempfindlichkeit und erregtem Verhalten widerspiegelt. Die eigene klinische Erfahrung an mehr als 40 Kindern und Jugendlichen mit Fragilem-X-Syndrom – bestätigt in einigen empirischen Studien – spricht jedoch dafür, dass die individuelle Variabilität in der Ausprägung der Verhaltensauffälligkeiten sehr groß ist und sich spezifische Bedingungen für das Auftreten problematischer und die Beziehungen belastender Verhaltensweisen identifizieren lassen. Einige Studienergebnisse und Einzelfallbeispiele werden zu dieser Fragestellung vorgestellt, Schlussfolgerungen für die Beratung und Behandlungspraxis gezogen und übergreifende Aspekte der Erklärung auffälligen Verhaltens als Ergebnis der Interaktion von genetischer Disposition und Umwelt bei Kindern mit geistiger Behinderung diskutiert.

Ambulante Betreuung von Familien mit geistig behinderten Kindern Versorgungsangebot und Zufriedenheit der Betroffenen

Dipl. Psych. Gitta Reuner

Universitätskinderklinik Heidelberg
SPZ Ambulanz für Entwicklungsstörungen
Im Neuenheimer Feld 150
69120 Heidelberg

In den Ambulanzen der Universitätskinderklinik werden zahlreiche Familien mit geistig behinderten Kindern betreut. Im Vordergrund der Versorgung stehen dabei die assoziierten neurologischen, internistischen, orthopädischen Probleme der Kinder, sowie die (oft erfolglose) Suche nach den Ursachen der geistigen Behinderung. Für die langfristige Bewältigung des Alltags mit einem behinderten Kind spielen jedoch psychosoziale Aspekte – z. B. Familienkohärenz, Grad der Behinderung, Inanspruchnahme sozialer Unterstützung, etc. - eine wesentliche Rolle.

In den Ambulanzen der Pädiatrischen Neurologie der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Heidelberg wurden deshalb alle Eltern gebeten, die Qualität der Betreuung in einem Fragebogen in Form von Schulnoten einzuschätzen. Parallel dazu wurden alle Familien von geistig behinderten Kindern mit einer Reihe von Fragebögen zu Schweregrad der Behinderung und Alltagsfertigkeiten des Kindes angeschrieben. Im Laufe eines Jahres wurden Einschätzungen von 37 Familien mit geistig behinderten Kindern gesammelt (durchschnittliches Alter der Kinder 9,4 Jahre, Min-Max 6-17 Jahre; 26 Jungenanteil 70,3%). Die Familien bewerteten die Betreuung im Mittel als „gut“ (M=2,8 SD 1,4, Median 2). Die höchste Zufriedenheit äußerten die Familien hinsichtlich der „klassisch-medizinischen Versorgung“ (Anamnese, medizinische Untersuchung, Verweis an Fachärzte) sowie den Rahmenbedingungen. Die Faktoren der psychosozialen medizinischen Versorgung (Hilfen für den Alltag, Verständnis für Sorgen, soziale Unterstützung) wurden dahingegen im Mittel eine Note schlechter bewertet. Auch wenn das Angebot einer universitären Ambulanz offensichtlich die klassischen Erwartungen an medizinische Versorgung gut erfüllt, müssen im Sinne einer ganzheitlich orientierten Versorgung psychosoziale Aspekte stärker in die Betreuung von Familien mit geistig behinderten Kindern einbezogen werden.

Jugendpsychiatrische konsiliarische Betreuung einer Einrichtung für Behinderte

Dr. med. Martin Ruf

Heckscher-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Bezirks
Oberbayern, Abteilung Rosenheim
Ellmaierstraße 27
83022 Rosenheim

Verhaltensstörungen unterschiedlicher Art finden sich bei Menschen mit geistiger Behinderung mit einer Häufigkeit von bis zu 50 % und treten damit deutlich häufiger als bei Menschen ohne Intelligenzminderung auf. Ihre Behandlung spielt in der ärztlichen Versorgung von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen somit eine große Rolle. Dabei ist ein breites Spektrum von leichten Auffälligkeiten und Anpassungsschwierigkeiten an das Setting in einer Einrichtung bis hin zu schweren psychischen Erkrankungen anzutreffen. Auf Grund der mit der Behinderung verbundenen Besonderheiten der Patienten, wie etwa im Kontakt und in der Kommunikation, einerseits wie auch der durch das Leben in einer Einrichtung gegebenen Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel Schichtdienst der Auskunft gebenden Betreuungspersonen, ist der behandelnde Arzt mit speziellen Anforderungen konfrontiert. Sowohl in der diagnostischen Einordnung der Verhaltensauffälligkeiten wie auch in deren Behandlung ergeben sich daraus verschiedene Erschwernisse im Vergleich zur regulären ambulanten Tätigkeit des Kinder- und Jugendpsychiaters. Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Einrichtungen lebender, geistig behinderter Kinder und Jugendlicher entspricht im großen und ganzen noch nicht den tatsächlichen Bedürfnissen, eine Verbesserung ist hier dringend von Nöten.

Aggressives Verhalten

Dr. med. Jürgen Seifert

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der
Universität Würzburg
Füchsleinstraße 15
97080 Würzburg

Aggressive Verhaltensweisen bei Menschen mit geistiger Behinderung und Mehrfachbehinderung sind häufig. Sie erfordern ein rasches und zielgerichtetes, krisenintervenitorisches Handeln. Angesichts der Vielfalt möglicher Ursachen und der unterschiedlichen Ausprägungsformen von selbst- oder fremdaggressivem Verhalten ergeben sich hohe Anforderungen an die Einschätzungs- und Handlungskompetenz der Bezugspersonen. Um eine rasche und sichere Umsetzung von Maßnahmen zum Selbst- und Fremdschutz zu gewährleisten, ist eine vorausschauende Handlungsplanung sinnvoll.

Der Vortrag gibt einen kurzen Überblick über verschiedene Formen aggressiver Verhaltensweisen bei Menschen mit geistiger Behinderung, der diagnostischen Einordnung und Möglichkeiten zur Therapie und Krisenintervention.

Von Stereotypen bis zu Autoaggressionen: Wege aus dem Teufelskreis?

PD Dr. med. Michele Noterdaeme

Heckscher-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Bezirks
Oberbayern
Deisenhofener Str. 28
81539 München

Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung zeigen verschiedene Verhaltensprobleme, die für ihre Angehörigen und Betreuer besonders belastend sind. Zu diesen Verhaltensweisen gehören aggressives und destruktives Verhalten, Schlaf- und Essstörungen sowie zwanghafte und stereotype Verhaltensweisen, die manchmal begleitet werden von selbstschädigendem Verhalten. Diese Verhaltensweisen können bei allen Menschen mit einer geistigen Behinderung auftreten, sie sind jedoch besonders häufig bei den Menschen mit einer schweren mentalen Retardation und bei denjenigen, die erhebliche Defizite in der sprachlichen Kommunikation zeigen. Einige Studien haben gezeigt, dass belastende Verhaltensweisen mit dem Alter zunehmen.

Zwanghafte, stereotype Verhaltensweisen in Form von Körperschaukeln, Handwedeln, bizarren Körper- oder Fingerbewegungen, treten bei Kindern mit autistischen Störungen aber auch bei Kindern mit anderen Behinderungen auf. Sie können begleitet werden von autoaggressivem Verhalten wie sich selber schlagen, kratzen oder beißen. In einigen Fällen sind die Übergänge zwischen den stereotypen Verhaltensweisen und dem selbstschädigenden Verhalten fließend. (z.B. Körperschaukeln und Kopf anschlagen). Sowohl stereotype wie auch autoaggressive Verhaltensweisen stellen eine außerordentliche Belastung für Eltern und Betreuer dar. Sie können zu einer beträchtlichen Verletzung des Kindes führen und lösen bei den betreuenden Personen Unsicherheit, Hilflosigkeit und eine erhebliche psychische Belastung aus. Die Entstehungsbedingungen und die funktionalen Zusammenhänge dieser Verhaltensweisen sind noch nicht vollständig erforscht. Sensorische Stimulation, Stressabbau bei Überforderung, Vermeidung von sozialen Kontakten, sowie Aufmerksamkeitssuche spielen aber eine wichtige Rolle. Bei der Behandlung spielen verschiedene verhaltenstherapeutisch orientierte Strategien eine wesentliche Rolle. Medikamentöse Interventionen sowie mechanische Schutzmaßnahmen sind vor allem bei schwereren Formen des autoaggressiven Verhaltens zu berücksichtigen.

Anhand zweier Fallbeispiele werden die Problematik und einige Behandlungsansätze bei stereotypen und autoaggressiven Verhaltensweisen dargestellt und diskutiert.

Freundschaft und Sexualität

Ilse Achilles

Heiterwanger Str. 20
81373 München

Heranwachsende mit einer geistigen Behinderung haben mit dem Anknüpfen von Freundschaften und Erleben der Sexualität größere Schwierigkeiten als ihre nicht behinderten Altersgenossen. Gründe dafür sind hauptsächlich:

- Sie können in der Pubertät, die meist altersgemäß eintritt, die körperlichen Veränderungen nicht einordnen und sind verunsichert.
- Viele sind nur unzureichend aufgeklärt. Informationsquellen wie Jugendzeitschriften oder Peergroups sind ihnen nicht zugänglich.
- Einige haben nicht gelernt, ihren Sexualtrieb zu steuern. Selbstbefriedigung in der Öffentlichkeit kommt vor und schockiert.
- Sie schwärmen für nicht behinderte FreundInnen, bei denen sie kaum Chancen haben.
- Beziehungen zu behinderten FreundInnen (SchulkameradInnen, KollegInnen in der WfbB) können sie nur schwer aufbauen, da sie ihre Freizeit selten miteinander verbringen und wenn, dann unter nahezu ständiger Beaufsichtigung.
- Ihre Eltern sehen sie weiterhin als Kinder an und behandeln sie auch so. Manche fürchten die Sexualität ihrer Kinder, werden aus Angst vor Schwangerschaft strenger in ihrer Erziehung, schränken die Bewegungsfreiheit vor allem der Töchter, aber auch der Söhne stark ein.
- ErzieherInnen und BetreuerInnen sind häufig liberaler, würden z.B. in Freizeiten gern mehr Kontakte erlauben, fürchten aber den Unwillen der Eltern. Die Jugendlichen stehen in diesem Spannungsfeld und wissen nicht, wie sie sich verhalten sollen.

Konsequente Sexualpädagogik, Abbau elterlicher Ängste, engere Zusammenarbeit zwischen Elternhaus und MitarbeiterInnen von Einrichtungen und die Enttabuisierung „behinderter“ Sexualität sind Wege, Heranwachsenden mit geistiger Behinderung das Erleben von Freundschaft und Partnerschaft zu ermöglichen.