

Die “Substituierend Dialogisch-Kooperative Handlungs-Therapie (SDKHT)”- eine Basistherapie

GEORG FEUSER

1. Problemorientierende Hinweise

Die Darstellung der “Substituierend Dialogisch-Kooperative Handlungs-Therapie (SDKHT)”, einer Basis-Therapie, kann hier, am Ort ihrer Erstveröffentlichung, nur in programmatischer Weise und nur begrenzt auf einige wenige, für dieses Arbeitskonzept allerdings zentrale Aspekte erfolgen (1). Eine hinreichende Darstellung dieses Arbeitsmodells in seinen Grundlagen, seiner Theorie und Praxis muß einer eigens dafür vorgesehenen Buchprojekt vorbehalten bleiben, das ausreichend Raum bietet, die SDKHT auch im Spiegel der heute möglichen Theoriebildung in bezug auf Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen, mit “tiefgreifenden Entwicklungsstörungen” und – wie die neuesten Umschreibungen es galant formulieren – mit “herausforderndem Verhalten” entfalten und zu den gängigen Arbeitsmodellen in bezug auf diese Klientel in Beziehung setzen zu können. Hier kann, um einzuführen, erst einmal nur ein Bild vermittelt werden, das die äußere Form der Arbeitsweise aufzeigt und auf jene Momente verweist, die für sie bedingend sind. Die Begrenzung auf diese Aspekte ist auch der Komplexität des Arbeitsansatzes geschuldet, der sich nicht beliebig minimieren läßt, ohne Gefahr zu laufen, ihn reduktionistisch zu verfälschen und ausschließlich phänomenologisch zu interpretieren. Es geht hier also nur um eine erste, grobe Annäherung.

Die in dieser Arbeit zur Darstellung kommenden Hinweise auf die von mir entwickelte Arbeitsweise der SDKHT, deren Funktion die einer Basis-Therapie sein kann, aber auch Konzeption für eine Krisenintervention, für pädagogisch fundierte Prozesse (z.B. auch in Formen von Einzelförderung und Unterricht) wie der Prävention, verweisen erst einmal auf die Struktur der Prozesse, über die wir versuchen, auf der Basis des Wiedergewinnens oder des Aufbaus eines Dialogs mit einer Person in einen kooperativen Handlungszusammenhang zu kommen, in den ich den Dialog in gleicher Weise integriert sehe wie Formen der Interaktion und Kommunikation. Unter Aspekten der Gewinnung basaler Komponenten einer Kooperation spreche ich eher von einem basistherapeutischen Prozess, unter Aspekten eines Entwicklung induzierenden Lernens eher von einem päd-

agogischen. Für eine erste Orientierung in diesen Beschreibungszusammenhängen würde ich programmatisch zusammenfassen:

- Pädagogik und Therapie sind Mittel der Lern-/Handlungsfeldorganisation.
- Ist der "*Lebensplan*" eines Menschen zusammengebrochen, d.h. ein Zustand eingetreten, der seine eigene Existenz gefährdet oder extrem belastet, auch dadurch, dass alle sozialen Beziehungen kollabiert oder sehr destruktiv geworden sind, ist eine "Krisenintervention" erforderlich. Sie zielt darauf ab, Minimalbedingungen für kooperatives Handeln zu schaffen und muß auf eine sich daraus entwickelnde Therapie orientiert sein.
- "Therapie" beschreibt den Prozeß, *mit* einem Menschen – im Sinne eines biographiebezogenen Prozesses seiner "Rehistorisierung" – eine neue "*Lebensperspektive*" zu finden und aufzubauen. Ist diese etabliert, tritt der pädagogische Prozeß in den Vordergrund.
- "Pädagogik" beschreibt den Prozeß der Begleitung eines Menschen in der Realisierung seines "*Lebensplans*" über alle seine Entwicklungs- und Altersstufen hinweg.

Krisenintervention, Therapie und Pädagogik sind

- an den Grunddimensionen der bio-psycho-sozialen Einheit Mensch orientiert und
- damit grundsätzlich auf den Austausch des Menschen mit seiner dinglichen wie personalen Welt bezogen, auf *Dialog*. Er ist im Kontext von Interaktion und Kommunikation nur in sozialer Kooperation realisierbar, die ihrerseits eine gemeinsame Zielsetzung oder Produkterstellung/-gestaltung erforderlich macht; einen "gemeinsamen Gegenstand".
- "Prävention" beschreibt Maßnahmen der Gewährleistung sozialer und ökonomischer Bedingungen in den Bereichen Gesundheit, Soziales und Bildung, die eine Gestaltung von Lebens- und Lernfeldern ermöglichen, in denen eine weitgehend ungefährdete Persönlichkeitsentwicklung stattfinden kann.

Zur Verdeutlichung einiger Aspekte verweise ich überwiegend auf die Arbeit mit Menschen, die auf dem Hintergrund einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung (z.B. Autismus) schwerste selbstverletzende, aber auch aggressive und destruktive Verhaltensweisen zeigen. Die SDKHT ist aber auch Grundlage der Arbeit mit Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen wie z.B. Koma, Wachkoma (Apallisches Syndrom) und schwere geistige Behinderung und mit solchen im Grenzbereich von Behinderung und Psychose. In nahezu allen Fällen handelt es sich dabei um Lebensgeschichten, die durch oft Jahrzehnte lang vorenthaltene Bildung, schwerste Hospitalisierung, soziale Deprivation und hochgradige Isolation gekennzeichnet sind. Vor allem die Menschen, mit denen wir uns zu einer stationären Arbeit entscheiden müssen, weil eine ambulante oder beratende

Tätigkeit nicht mehr hilfreich erscheint bzw. unter den herrschenden Bedingungen auch nicht angezeigt ist, zeigen Folgen großer sozialer Enttäuschungen und psychischer Verletzungen, die sie psychisch erheblich traumatisiert haben dürften. Sofern organische Beeinträchtigungen als primärer Faktor ihrer Be-Hinderung überhaupt nachweisbar oder eruierbar sind, treten diese weit hinter die Auswirkungen der resultierenden sozialen Folgen zurück.

Mit der SDKHT versuchen wir, Wege zu finden, die es ermöglichen, mit den Betroffenen aus den Problemen herauszukommen, in denen sie, in gleicher Weise wie ihre Betreuer, gefangen sind. Es sind vorwiegend Probleme, die wir ihnen in Folge unserer ihnen gegenüber erfahrenen fachlichen wie persönlichen Ohnmacht bereiten, nämlich äußerst restriktive, ihre Wahrnehmungs- und Handlungsfähigkeit, mithin auch ihre zentrale Verarbeitung und psychische Entwicklung blockierende Maßnahmen mechanischer und/oder pharmakologischer Fixierung und Isolation in unattraktiven Räumen. Diese sind, einmal in Gang gekommen, wesentliche Ursache der Verhaltensweisen, die mit eben diesen Maßnahmen vermeintlich adäquat, mit dem Ziel, sie zu bessern oder gar zu überwinden, behandelt werden. Diese Zusammenhänge und das dahinter stehende Versagen der Heil- und Sonderpädagogik, der Psychiatrie aber auch psychotherapeutisch orientierter Maßnahmen diesen Menschen gegenüber, werden praktisch nicht thematisiert. Es besteht weit eher eine Tendenz, die Versuche zu ächten, mit den Menschen im Sinne ihrer Rehistorisierung (Jantzen u.a. 1996) aus diesen restriktiven und aggressiv-therapeutischen Maßnahmen und ihrer “Mystifizierung” herauszukommen, denn primär die Praxen, die sie in diese hineinführen, ohne ihnen die Chance eines anderen Weges gelassen zu haben (2). Die Klientel, mit der wir arbeiten, ist gekennzeichnet durch Menschen, die als austherapiert gelten und aufgegeben wurden. Über viele Menschen unterschiedlichsten Geschlechts, Alters (vom 3. bis 45. Lebensjahr) und verschiedenster Nationalität, mit denen wir gearbeitet haben, wurde mir u.a. gesagt, dass sie therapieresistent, rehaunfähig, zu versorgende Pflegefälle, selbstgefährdend, fremdgefährdend ja gemeinschaftsunfähig seien – wohl das schlimmste Urteil, das über einen Menschen gesprochen werden kann. So stand es auch in vielen über diese Menschen geführten Akten als Diagnose oder als Schlussfolgerung aus z.T. über Jahre laufenden Bemühungen, in denen nicht nur keine Erfolge, sondern sehr oft erhebliche Verschlechterungen ihres Zustandes oder ihrer Verhaltensweisen zu verzeichnen waren. In bezug auf Menschen, mit denen es um neurorehabilitative Aufgaben ging, wurde auch mit Verweis auf spezielle bildgebende Verfahren ihres Gehirns gesagt, dass man mit einem solchen nicht leben könne, die Betroffenen ohnehin schon Tote seien, es auch nichts gäbe, womit man ihnen für sie wahrnehmbar etwas Gutes tun könne und folglich die erforderlichen lebensunterstützenden Systeme abzuschalten wären. Wenn nun die Bemühungen um Menschen dieses Personenkreises, die oft das

gesamte Register der üblicherweise indizierten Behandlungsmaßnahmen umfassen, auch wenn sie nachweislich professionell angewendet wurden, nicht zu den erwünschten Ergebnissen führten, und sei es nur, dass sie unauffälliger sein und keine als unzumutbar hoch empfundene Kosten mehr verursachen würden, geht man zu ihnen in Distanz. Das heißt, dass man sich auch der fachlichen Verantwortung ihnen gegenüber entzieht. Als letzter Akt eines dramatischen Szenarios ihrer Lebensgeschichte werden sie in jene institutionalisierten Verfahren der Verwahrung und Pflege hinein ausgesondert, in denen sie schließlich unserer Wahrnehmung verloren gehen und damit ihrer gesellschaftlichen Identität als Mitbürger endgültig beraubt werden. Damit erlischt auch das öffentliche Interesse an ihnen – bis auf jenes, die Kosten, die sie noch verursachen, auf ein Minimum zu senken, was oft zu Maßnahmen führt, die selbst ihre vitale Existenz gefährden.

Der Versuch, für diese Menschen in der Praxis wieder Menschenwürde herzustellen, ist das Leitmotiv unserer Arbeit. Mit der SDKHT geht es u.a. darum, für Menschen, die unter die oben kurz anskizzierten Lebensverhältnisse gerieten – die immer durch sie selbst unverschuldete sind – wieder fachliche Verantwortung zu übernehmen. Durch die Orientierung an rigiden Normen einer Anpassungsfähigkeit, die sie meist schon in ihrer frühen Entwicklung vermissen ließen, was als Devianz ausgelegt und naturalisiert ursächlich in sie hineinverlegt wurde, wobei ihnen diese in dem Maße zu erwerben, wie wir als Menschen in sozialer Gemeinschaft alle ihrer bedürftig sind, aber vorenthalten blieb, dominiert für diesen Personenkreis eine soziale Wirklichkeit in Form hochgradiger Isolation, die angeeignet wird und sich psychisch wesentlich in den von uns äußerlich wahrgenommenen sog. Problemverhaltensweisen der Betroffenen subjektiviert. Isolation als zentral bedingender Faktor für resultierende "psychopathologische" Komplexe zu minimieren, ja sie im Kontext ihrer Enthospitalisierung und Integration weitgehend zu überwinden, ist ein weiteres Anliegen der Arbeit im Rahmen der SDKHT.

Die Lage der Betroffenen, auch wenn diese über lange Zeiträume besteht, ist als "Krise" zu begreifen (Dross 2001, Aguilera 1998) und erfordert in der Regel zu Beginn der Arbeit eine Krisenintervention, um überhaupt ein Minimum kooperativer Verhältnisse herstellen zu können, durch die eine Chance besteht, neu Handlungsweisen generieren zu können. Auch diese sehr schwierige Phase des Eintritts in die Arbeit – für die Betroffenen ein Wechsel in weitgehend neue Lebensverhältnisse – gilt es, unter geringst möglichen restriktiven Bedingungen zu realisieren. Diese sind nicht immer vermeidbar. Aber selbst wenn sie z.B. zur Begrenzung tätlicher Angriffe gegen Personen und destruktiver Handlungen erforderlich werden, sind sie anderer Qualität als die restriktiven Maßnahmen, die diese Personen bisher erfahren haben. Sie dienen – und dadurch unterscheiden sie sich u.a. auch von paternalistischen Strukturen – nicht der Durchsetzung einer

Anpassung und Unterwerfung der Betroffenen um der Ruhe der Mitarbeiter und eines möglichst störungsfreien Funktionierens der Institution willen – mit der Folge der Schaffung von Isolation und bildungsmäßiger Verelendung – sondern der Orientierung auf bestimmte Mindestregeln im sozialen Verkehr, die sich auf die Einhaltung der Unverletzbarkeit der Würde eines jeden im Team arbeitenden Menschen beziehen, um einen Isolation überwindenden Dialog im Feld kooperativer Prozesse konstituieren zu können, der auf Kommunikation und Interaktion, auf Bildung, auf Emanzipation und Selbstbestimmung zielt. Damit sind in manchen Situationen nicht vermeidbare restriktive Eingriffe nicht auf eine Begrenzung des Lebens- und Lernfeldes orientiert, sondern auf dessen Öffnung, wie wir z.B. auch zwischen die selbstverletzenden und aggressiven Handlungen treten und ihre Wirkung auf uns lenken, ohne dies als Angriff zu interpretieren. Auch dadurch eröffnen wir neu Handlungsräume, verbunden mit der Relativierung der Erfahrung, nur durch solche Handlungsweisen subjektive Stabilität und innere Sicherheit gewinnen zu können.

Je nach Entwicklungsniveau der Betroffenen und dem anzunehmenden Grad ihrer Bewusstheit über das eigene Tun, wird ihnen und muß ihnen diesbezüglich auch Verantwortung übertragen werden. Dies auch mit Bezug auf ein grundlegendes, heute in der Erziehungswissenschaft herausgearbeitetes Verständnis einer *Bildung für alle im Medium des Allgemeinen* als ein m.E. “selbsttätig erarbeiteter und personal verantworteter Zusammenhang dreier Grundfähigkeiten”, die KLAFKI (1991) als “Fähigkeit zur Selbstbestimmung”, als “Mitbestimmungsfähigkeit” und als “Solidaritätsfähigkeit” (S. 52/53) beschreibt. Dieses Verständnis von Bildung ist auch in der Arbeit mit dem hier benannten Personenkreis nicht zu unterschreiten, ohne die Betroffenen, in falscher Manier des sich scheinbaren Einstellens auf ihre individuelle Lage und Befindlichkeit, wieder auszugrenzen. Es charakterisiert die inhaltliche Seite der Arbeit.

Es kann hier nicht um die Idealisierung irgendwelcher Sachverhalte gehen. Vielmehr geht es mit der Arbeit im Konzept der SDKHT darum, in Anbetracht der biographischen Realität der Betroffenen Bedingungen zu schaffen, die schrittweise ihre Entmenschung reduzieren, die Restriktionen und Isolation minimieren und diese, was häufig gelungen ist, völlig überwindbar macht. Dies als Basis, auf der dann kontinuierlich in kooperativen Prozessen im konstruktiven Miteinander gemeinsame Produkte erarbeitet, d.h. auch der Lebensalltag kooperativ bewältigt werden können. Das ist, was es besonders zu betonen gilt, nicht nur Ziel, sondern auch Weg. Im Gesamt meiner Arbeiten zur Integration habe ich auf allen Ebenen erfahren, dass sie nur erreicht werden kann, wenn Weg und Ziel weitestgehend identisch sind. Jeder andere Prozeß reproduziert Ungleichheit und Ausgrenzung. Das Arbeitsmodell der SDKHT ist auf allen Ebenen ein identisches: Bei der Krisenintervention, mit der es den zusammengebrochenen Dialog neu zu entfalten gilt, in der Phase der Entwicklung

einer neuen "Lebensperspektive", was ich als Therapie bezeichne und – auf dieser Basis – in der Phase der Stabilisierung eines neuen "Lebensplans", die als Pädagogik eine Begleitung in den neuen Lebenszusammenhängen zu realisieren hat.

Diese einleitende Orientierung zusammenfassend, möchte ich auf LENOT'EV (2000) verweisen, der schon in seinen frühen Schriften und Studien zum logischen und mechanischen Gedächtnis schreibt: "Wir haben wiederholt jenen Hauptfaktor hervorgehoben, der der Entwicklung der höheren Verhaltensformen zugrunde liegt. *Dieser Faktor ist die soziale Umwelt. Die Entwicklung des höheren Verhaltens ist eine soziogenetische Entwicklung. Die von uns festgestellten Gesetzmäßigkeiten sind Gesetzmäßigkeiten nicht der biologischen, sondern der historischen Entwicklung*" (S. 267).

2. Die 'sanfte' Normalität der Entmenschung

Die pädagogisch-therapeutischen Konzepte, die dem beschriebenen Personenkreis gegenüber mit der Absicht praktiziert werden, Krisen zu bewältigen und Entwicklung induzierendes Lernen zu ermöglichen – das zeigen auch die Biographien unserer Klienten – sind in der Regel dadurch gekennzeichnet, dass

- der betroffene Mensch selbst Objekt der Intervention bzw. Therapie ist,
- deren Zielsetzung sich bei genauer Betrachtung auf die Kompensation, meist

aber auf die Korrektur oder schließlich nur noch auf die Kontrolle der "herausfordernden" Verhaltensweisen richtet und somit

- auf der vermeintlichen Störung, Abweichung oder Behinderung des Betroffenen aufbaut.

Diese Praxen sind

- inhaltsleer und folglich nicht bildend und – vor allem wenn aggressive und destruktive Handlungen der Betroffenen das Problem sind oder die Annahme besteht, dass sie durch alles überfordert seien, weil ihre kognitiven Möglichkeiten als sehr begrenzt eingeschätzt werden – bleibt
- ihre Lebenswelt gegenständlich extrem reduziert, anregungsarm und vor allem sozial-kommunikativ und sozial-interaktiv extrem ausgedünnt.

Diese Praxen entspringen einer "Defizit-Hypothese" über den betroffenen Menschen, die auch heute noch, bei allen positiv zu vermerkenden Momenten eines in Ansätzen sichtbar werdenden Umdenkens, der Auffassung geschuldet bleibt,

- dass es die identifizierte Behinderung sei, die einen nicht mehr behandelbaren Zustand hervorbringt,
- wodurch diese und ihre Erscheinungsformen naturalisiert, als der Natur des Betroffenen geschuldet, als sein inneres Wesen begriffen werden, was

- die ergriffenen Maßnahmen der Behandlung als “behinderungsspezifisch” und den Bedürfnissen der Betroffenen als in besonderer Weise adäquat erscheinen läßt. Selbst Maßnahmen der Gewalt vom Grad der Folter werden auf diesem Hintergrund zur “Therapie” erklärt (3). Aber auch Formen der mechanischen Fixierung, der räumlichen Isolierung und die Verabreichung hochdosierter Medikamente sind hier zu nennen.
- In bezug auf nahezu alle Personen, mit denen wir gearbeitet haben, dominierte die Auffassung, dass sie schwer geistigbehindert und damit in ihren Lernmöglichkeiten, kognitiven Potenzen und hinsichtlich ihrer emotionalen Differenziertheit in bezug auf das Erleben derart begrenzt seien, dass inhaltliche Angebote ohnehin zu nichts führen würden und die angebotene Lebenswelt bedürfnisadäquat sei.

Die Annahmen über den Grad der geistigen Behinderung und emotionalen Differenziertheit hat sich in *keinem* Fall als zutreffend erwiesen. Das verweist einerseits auf die Untauglichkeit des Begriffs der geistigen Behinderung als subjektwissenschaftliche Kategorie im allgemeinen wie auf dessen Missbrauch als legitimierende Kategorie für diesen Menschen in Sonderinstitutionen aktiv bereitete inhumane Lebensbedingungen. Derartige diagnostische “Absicherungen” fungieren als Hilfskonstruktionen der Verschleierung nach außen und der Erklärung des Mangels an angemessenen Handlungsmöglichkeiten auf fachlicher Ebene nach innen. Die resultierenden, ausschließlich am Behinderten wahrgenommenen Probleme, werden als Ursachen derselben verstanden, die folglich als ihm selbst liegend verortet werden können. Er oder sie ist eben so, wie man mir oft gesagt hat, und deshalb braucht er oder sie das, wird gefolgert.

Die Professionalität der Fachkräfte wird darin begründet gesehen, die Lebensrealität der Betroffenen aushalten und sie so sein lassen zu können, wie sie sind, was auch meint, damit ihre Bedürfnisse zu befriedigen. Ich betone, dass dies in bezug auf unsere Klientel nahezu durchgängige Auffassung ist, hinter vorgehaltener Hand, wenn man mal ‘offen’ redet, manchmal mehr oder weniger in sehr hehren Aussagen verklausuliert oder verschleiert. Eine Differenzierung zumindest derart, dass die Handlungen zwar vom Betroffenen hervorgebracht werden, diese aber nicht allein aus ihm heraus entstehen, wird praktisch nicht geleistet. Im Erdulden der im Grunde für einem selbst unerträglich empfundenen Situation erfüllt sich auch das Charisma, mit dem die eigene Tätigkeit umgeben wird. Die an den Tag gelegte “Toleranz” und das scheinbare “Verstehen” der Betroffenen gründen, so meine Erfahrung, in Fehldiagnosen, die zur Legitimation der hergestellten Lebensbedingungen missbraucht werden und dienen der Entlastung der Betreuungspersonen in der täglichen Arbeit. Zur Verdeutlichung ein kurzer Bericht:

Ein junger Mann, die Hände mit Gurten auf dem Rücken fixiert, liegt, vor einer

Arzt liegend, vornüber gebeugt mit Bauch, Brust und Gesicht auf dieser – in unterwerfender Gebärde. Ein Betreuer löst die Fixierung der Hände auf dem Rücken und bringt sie vor dem Bauch an. Dieser Vorgang ist von schweren selbstverletzenden Schlägen unter das Kinn und ins Gesicht begleitet. Die Kommunikation hat nur die Fixierung zum Gegenstand. Jeder bestätigt den anderen darin, dass es wichtig ist, die Fixierung angelegt zu bekommen. Der Vorgang selbst wirkt umständlich, wird oft korrigiert. Der Betroffene nützt jede Chance, sich zu verletzen und bleibt darin erfolgreich. Nach beendeter Fixierung – erst jetzt, nachdem er weitgehend handlungsunfähig gemacht wurde – begrüßt der Betreuer den jungen Mann. Sie reichen sich (so gut es der Fixierung wegen geht) die Hand, vergewissern sich noch einmal in schon x-ter Wiederholung, ob und dass es so gut sei, was beide Seiten bestätigen. Dabei kommt beim Betreuer erstmals etwas Freude auf, er scheint sichtlich erleichtert.

Ich möchte betonen, dass die aufgezeigte Problematik nicht mit einem Fingerzeig auf die Betreuer zu erklären und zu überwinden ist. Meist auf dem niedrigsten Level heilpädagogischen Qualifikationsniveaus ausgebildet und unter Vorenthaltung geeigneter Fort- und Weiterbildungsangebote im Berufsleben – in Relation zu der nicht zu unterschätzenden Tendenz der Institutionen, sich unverändert selbst zu erhalten – sind sie extrem Ausgebeutete. Es gibt aber auch recht zahlreich eine deutliche Ignoranz von Ausbildern und Auszubildenden gegenüber der Aneignung der heute in den Humanwissenschaften vorliegenden Erkenntnisse und Forschungsergebnisse zu diesen Fragen, so dass eine Veränderung des eigenen Denkens und Handelns auch dadurch blockiert bleibt. Dass wir um Beratung und Intervention angefragt werden, ist nicht immer einer Einsicht in die Problematik geschuldet. Das zeigt sich besonders deutlich im Prozess einer der Krisenintervention und Therapie nachgängigen Eingliederung der Klienten in neue Lebenszusammenhänge, der trotz in fast allen Fällen sehr weitreichenden positiven Veränderungen, erheblich erschwert oder auf ein niedrigeres Niveau als für den Klienten möglich und erforderlich heruntergezwungen wird. Auf einer bildlichen Ebene drängt sich mir diesbezüglich oft der Eindruck auf, dass nicht sein kann, was nicht sein darf.

Ohne das Erreichen einer "Wahrheit in der Situation", wie MERLEAU-PONTY (1960) es formuliert, bleiben wir im Behandeln der Menschen bei aller scheinbarer Nähe in großer Distanz zu ihnen. Er schreibt: "Solange ich am Ideal eines absoluten Beobachters, einer Erkenntnis ohne Standpunkt festhalte, kann ich in meiner Situation nur eine Quelle des Irrtums sehen." (136/137)

3. Aspekte systemtheoretischer und psychologischer Grundfragen

In der langen Geschichte der Entwicklung der SDKHT (4) sind drei Motive dominierend. Verkürzt lassen sie sich im Spiegel meiner eigenen

Arbeitsgeschichte verstehen

1. als Nachweis der Lernfähigkeit, Erzieh- und Bildbarkeit von Menschen unter extremen und schwersten individuellen und sozialen Lebensbedingungen,
2. als Realisierung der von mir in Theorie und Praxis entwickelten Konzeption einer in eine “Allgemeine Pädagogik” einmündenden “Integration” i.S. der gemeinsamen Erziehung und Unterrichtung behinderter und nichtbehinderter Kinder und Schüler ohne Ausschluss eines Menschen wegen Art und Schweregrad seiner Behinderung und
3. als Widerlegung der Auffassungen jener “Euthanasie” befürwortenden Philosophen und Philosophen, die annehmen, dass schwer beeinträchtigte Menschen nicht in der Zeit existieren, kein auf die Zukunft gerichtetes Bewusstsein, keine Präferenz für ein zukünftiges Leben und kein Empfindungsvermögen haben, wie der Fähigkeit zu sinnvollen Beziehungen entbehren, weshalb sie keine distinkte Entität (5), keine Person seien, was in der Folge mit Bezug auf diesen Personenkreis zu einer neuen Lebenswertdebatte und dem Begehren einer “Neuen Euthanasie” geführt hat, die im Strom eines Zeitgeistes der Wertschätzung des Menschen nach Kosten-Nutzen-Analysen, der Globalisierung und Deregulierung im Zerrbild einer egozentrischen Selbstverwirklichungsmanie schnell an ideologischem Boden gewann und gewinnt (Daub/Wunder 1994, Christoph 1990, Feuser 1997, Jantzen 1991, Singer 1984, Stein 1992, Wolfensberger 1991).

In einem bedeutenden Gespräch zwischen Franco BASAGLIA (1980) und Jean Paul SARTRE betont SARTRE: *“Der Angelpunkt ist die Praxis. Sie ist die offene Flanke der Ideologie”* (S. 40) – jener Ideologien, die u.a. unsere Auffassungen über menschliche Entwicklung und menschliches Lernen auf dem Hintergrund eines antiquierten Weltbildes auf einem geradezu vorwissenschaftlichen Stand halten und auf die bildungsmäßige Verelendung wie psycho-soziale und physische Vernichtung der Menschen zielen, mit denen wir uns im Rahmen der SDKHT pädagogisch und therapeutisch befassen. Es ging also primär nicht um die Entwicklung einer Therapie, sondern um die Realisierung eines theoriegeleiteten praktischen Zugangs zu extrem ausgegrenzten, isolierten und in vielfacher Weise unterdrückten Menschen, den wir im Laufe der Zeit systematisierten. Dies mit dem Ziel, solche Lebenszusammenhänge überwinden und ihnen, wo sie drohen, präventiv begegnen zu können. In der didaktischen Transformation dieser Erfahrungen in die Theorie gelang der Nachweis in bezug auf die drei oben erwähnten Zusammenhänge – auch in bezug auf Menschen mit unterschiedlichsten Syndromen, was diese Arbeitsweise als basistherapeutische qualifiziert.

Primär geht es um die Schaffung von solchen Verhältnissen zwischen den Verhaltensweisen, die im Sinne von Kooperationsfeldern entwicklungsinduzierendes Lernen ermöglichen, durch das neue

Handlungsmöglichkeiten resultieren. Die SDKHT organisiert diese Kooperationsverhältnisse so, dass sie den Klienten wahrnehmbar sind und die gemeinsamen Gegenstände aneigenbar dadurch, dass sie im biographischen Kontext sinnbildende Bedeutungen erlangen. Sie kann prinzipiell an jedem Ort und in allen Lebenszusammenhängen praktiziert werden, aber es geht mit ihr nicht darum, Verhaltensweisen zu korrigieren, damit die betroffenen Menschen an jedem Ort und unter allen Bedingungen bei geringst möglicher Belastung ihrer Betreuer und geringst möglichem finanziellen Aufwand ihr Leben in Ausgrenzung fristen können.

Entgegen den traditionell-geisteswissenschaftlichen Orientierungen vermögen wir uns auf der Basis der sich erkenntnistheoretisch wieder verstärkt der Philosophie zuwendenden Naturwissenschaften, wie das z.B. in der sog. Selbstorganisationstheorie und in einigen Grundannahmen des Konstruktivismus zusammengeführt wird, ein Bild vom Leben und der Evolution des Lebendigen, eingeschlossen die Entwicklung eines Individuums, zu machen, das verdeutlicht, dass selbst schwerst beeinträchtigten Menschen – und lägen sie in tiefem Koma – die fundamentalen psycho-sozialen Eigenschaften nicht abgesprochen werden können, die wir als für den Menschen typische erkennen.

Eine entsprechend grundlegende Betrachtung zeigt, dass jedes lebende System nur als ein umweltoffenes verstanden werden kann, das derart auf seine Umwelt hin orientiert ist, dass es sich in jedem Zyklus des Austausches mit dieser verändert. Diese Referentialität zur Welt koppelt sich an die zu sich selbst, weshalb es – trotz permanenter Veränderungsprozesse – einerseits sich selbst identisch zu bleiben und andererseits in sich selbst den getätigten und erfahrenen Austauschprozess (mit den Mitteln seines Systems) zu rekonstruieren vermag, d.h. Wissen über die Welt in Relation seiner selbst zu ihr akkumuliert. Solche Systeme gelten bezüglich ihrer Eigenschaften als dissipativ und autopoietisch (Maturana 1985, Maturana/Varela 1990).

Schon in präbiotischen Strukturen gibt es erste Ansätze von Systemeigenschaften, die wir heute auf der Ebene des Menschen als Ich und Selbstbewusstsein bezeichnen. Sie können auch durch schwerste Beeinträchtigungen nicht negiert werden. Dabei ist die "Zeit" ist der Proto-Organisator eines lebenden Systems; sie organisiert die Organisation, bewirkt die interne Strukturbildung und ist mithin eine zentrale Komponente in unserer Arbeit, was sich in der gesamten Spanne von Pacing-Verfahren über sprechmodulatorisch-intonative bis hin zu musisch-rhythmischen Tätigkeiten niederschlägt. Mit "Pacing" wird nicht etwa Tempo-Machen im Sinne schnelleren Handelns intendiert, sondern Zeit-Machen im Sinne einer Rhythmisierung von Handlungen (motorische wie sprachliche), die einem Grundrhythmus der Person entsprechen, mit der wir arbeiten, der erlaubt, die Dauer von Aufmerksamkeit und Konzentration, die erbracht werden kann, auszuschöpfen und auszuweiten. Es geht dabei von den neuronalen

Synchronisationen her gesehen um die Generierung eines inneren Zeittaktes auf der Basis von (äußeren) Mitnehmereffekten (äußere sprachliche und motorische Synchronisation von Pädagoge bzw. Therapeut in der Funktion besonders von P1 – aber auch P2 und P3 - und Klient – siehe die Skizze im Anschluss an diese Ausführungen), der den Klienten erlaubt, die aufgebaute Orientierung(stätigkeit) einerseits stabil aufrechtzuerhalten und andererseits, gleichzeitig damit, störende Einflüsse aus dem Wahrnehmungsfeld auszufiltern (auszublenzen).

Systemtheoretisch – um den Kreis enger zu ziehen und zu einigen wenigen Momenten der psychologischen Seite unsrer Grundpositionen überzugehen – erkennen wir für einen Menschen zwei Wirklichkeiten. Die seines Austausches mit der Welt und die der inneren Konstruktion seiner Welt. Das kennzeichnet ein Verhältnis *extern-funktionaler* und *intern-struktureller* Zusammenhänge, die wir pädagogisch und psychologisch auch als das Verhältnis von *Lernen* und *Entwicklung* beschreiben können. Innerhalb dieser Relationen ist das Subjekt durch seine aktive Tätigkeit, die sich – gesteuert durch sein zentrales Nervensystem – in seinem Wahrnehmen, Denken und Handeln – also mittels des psychischen Apparates – realisiert, vor allem auf solche Ereignisse orientiert, die ihm durch die Befriedigung seiner fundamentalen Bedürfnisse *subjektiv Sinn* machen, mithin für die Selbsterhaltung einen ‘nützlichen Endeffekt’ (Anochin) haben. Das ist für den Menschen, um den dazu vorliegenden Forschungsstand zusammenzufassen, den ich hier aus Zeitgründen leider nicht referieren kann, in ganz besonderer und unersetzbarer Weise der Mensch. Das drückt sich, um nur ein Beispiel zu erwähnen, schon in der frühen Lächelreaktion des Säuglings aus, wenn die Augen-Stirn-Partie eines Menschen erscheint – und sei das nur eine Maske, wie das RENÉ SPITZ schon vor 50 Jahren empirisch bearbeitet hat – wie darin, dass bei den Kindern schwerste Entwicklungsstörungen entstehen, ja in 37% der Fälle, die er beobachtet hatte, sogar der Tod eintrat, wenn die zwischenmenschlichen Beziehungen hinsichtlich ihrer Quantität und Qualität unzureichend waren oder ausfielen (1973, 114).

Der zwischenmenschliche Dialog ist der in Form von “angeborenen Auslösemechanismen” (6) bis ins erbkoordinierte Artgedächtnis hinein abgesicherte Attraktor (7) menschlicher Entwicklung schlechthin. Wessen der Mensch primär bedarf und was seine fundamentalen Erwartungen und Bedürfnisse befriedigt, braucht er nicht zu lernen: Es ist der Mensch! Im psychologischen Sinne lassen sich diese Zusammenhänge im sozialen Raum im Sinne ihrer internen Konstruktion als eine übergreifende Struktur, als “Ich” begreifen, das Andere als ein Ich wie Ich zu erkennen erlaubt, sie in Relation zu sich selbst aber als ein nicht Ich seiendes “Du” identifiziert und repräsentiert – eine Entität bedingt.

Rückgewendet auf die Zeit können wir den dialogisch-kooperativen Zusammenhang zweier und mehrerer Entitäten als einen überindividuellen

Phasenraum begreifen, in dem durch Mitnehmereffekte der gemeinsame wie intra-individuelle Raum zeitlich getriggert wird und ein "entgleister" Dialog (wie Spitz es bezeichnet), wieder in Gang kommen kann. Dies allein schon durch die Induktion eines gemeinsamen rhythmischen Tuns, in dem z.B. frühe stereotype Grundmuster des Klienten wieder aufgegriffen werden. So kann interne Zeit generiert und können neuronale wie psychische Strukturen aktiviert und stabilisiert werden. Das Aufgreifen biographisch relevanter Zusammenhänge, die dadurch, auch wenn sie von hoher Komplexität sind, transparent (und damit wahrnehmbar) gemacht werden können, zwingen als äußere Ereignisse sozusagen zu internen (nervalen) Zustandsänderungen, die Erinnern ermöglichen und/oder neue Information generieren, d.h. neues Wissen, neue Erfahrung zu bilden und in die verschiedensten Gedächtnisformen abzuspeichern. Der Gedächtnisbildung ist – als zentrales Moment und Basis des Lernens – in differentieller Weise Rechnung zu tragen. Dies dadurch, dass von den Inhalten der verschiedenen Tätigkeiten her, die wir mit den Klienten durchführen, in gegliederter Weise unterschiedliche Gedächtnis- und damit Lernbereiche angesprochen werden, so im Sinne des Priming, des Wissenssystem, der prozeduralen Akte und des episodisch-autobiographischen Gedächtnisses, was das Wiedererkennen schon einmal erlebter Situationen, das Erinnern von Fakten, das Wiedergenerieren von Handlungs- und Bewegungsabläufen und eben das Erinnern der individuellen Lebensgeschichte ermöglicht.

Bezogen auf ein Verständnis von Entwicklung wäre festzustellen: *Entwicklung* ist, für den einen wie für den anderen Menschen, jeweils primär abhängig vom Komplexitätsgrad des jeweils anderen und erst in zweiter Linie von den Mitteln und Fähigkeiten des eigenen Systems und primär geht es dabei um das, was aus einem Menschen durch vorgenannte Zusammenhänge seiner Möglichkeit nach werden kann und wiederum erst in zweiter Linie um das, was und wie er/sie im Moment gerade ist. Damit ist nicht ausgesagt, den Menschen in seiner Gegenwärtigkeit nur als das noch nicht Mögliche zu denken – im Gegenteil: Ein Mensch ist seiner Gegenwart nach das momentan Mögliche hinsichtlich der möglichen Veränderungen; also kompetent, wie behindert er uns auch erscheinen mag. Anders gewendet, kann mit Martin BUBER (1965) gesagt werden: **"Der Mensch wird am Du zum Ich"** (S. 32). Das aber führt in seiner Umkehrung zur Erkenntnis, die ich anschließe: *Er wird zu dem Ich, dessen Du wir ihm sind!*

Die beiden angesprochenen Wirklichkeiten zeigen sich einerseits in der externen Realität, mit der wir in einem ständigen Austausch stehen und andererseits in einer internen Realität im Sinne der reproduktiven Rekonstruktion der äußerlich erfahrenen Welt; dies eben mit den systemeigenen Mitteln, die einem Menschen jeweils individuell und durch den Prozeß seiner Sozialisation und Enkulturation zur Verfügung stehen. Die Veränderungen innerer Strukturen und der durch sie möglich werdenden (psychischen) Funktionen (in Wahrnehmung, Denken und

Handeln) kommen durch Koppelung an äußere Ereignisse zustande; eine eigenaktive Tätigkeit des Subjekts, die zwar substituiert, ihm aber nicht abgenommen oder ersetzt werden kann. So kommen sowohl die von uns als “pathologisch” wie als “normal” etikettierten Verhaltensweisen zustande, die in jedem Fall als “entwicklungslogisch” zu verstehen sind. Die Bewertung als pathologisch und/oder normal sind rein gesellschaftlich-normativer Art und ohne subjektiv-biographischen Erkenntniswert für die Genese menschlicher Entwicklung. Von Bedeutung dafür sind zwei jeweils dialektisch vermittelt zu verstehende Zusammenhänge, nämlich die von “Sinn” und “Bedeutung” und die von “Bindung” und “Beziehung”. Sie sind zentrale konstituierende Momente unserer Arbeit, die, um vorzugreifen, im sog. Setting der SDKHT repräsentiert sind.

Was im Kontext vorgenannter Zusammenhänge – ich wiederhole – als subjektiv sinnstiftend erfahren, d.h. für das System einen “nützlichen Endeffekt” hat und folglich in Form positiver Emotionen erlebbar wird, dem misst das Subjekt *Bedeutung* zu. Die *Beziehung* zu diesen Ereignissen und Objekten selbst gewinnt die Qualität einer *Bindung*, aus der Angstfreiheit, Sicherheit, Vertrauen – und Selbstvertrauen resultieren. Auf der Basis einer das Subjekt absichernden Bindung (wiederum ein dialogisch-kooperativer Raum, in dem die vitalen Bedarfe, die psychischen Bedürfnisse und motivationalen Konstellationen weitgehend befriedigt werden), können dann wieder neue kooperative Beziehungen eingegangen und neue Bedeutungen konstituiert werden. Das heißt, der Mensch vermag sich seiner Welt gegenüber aktiv, neugierig und entdeckend zu verhalten. Ergänzend, ohne hier weiter darauf eingehen zu können, sei auf die Bindungstheorie verwiesen, wie sie von John BOWLBY (1957, 1976, 1987) grundgelegt und bis heute weiterentwickelt wurde (Spangler/Zimmermann 1999, Endres/Hauser 2000).

Ebenso entsteht auf diesem Hintergrund die Möglichkeit und Bereitschaft, sich auf der Basis subjektiven Sinns, der den Ereignissen und Dingen bedeutungsmäßig zugemessen wird, auch auf deren *kulturelle Bedeutungen* einlassen zu können und sie sich in lebenslangen Lernprozessen anzueignen. Wenn wir uns durch diese im Sinne zunehmender Komplexität und Vielfalt (Diversifikation) unserer Möglichkeiten, wahrzunehmen, zu denken und zu handeln verändern, würden wir sagen, dass ein Mensch sich entwickelt. Erziehung, Bildung und Therapie realisieren sich in der Dialektik von individuellen, subjektiven und persönlichen Sinnbildungsprozessen und kulturellen Bedeutungen. Oder anders gesagt: *Die Dinge erschließen sich dem Menschen durch den Menschen und der Mensch sich dem Menschen über die Dinge*. Unter Heranziehung der anskizzierten systemischen und psychologischen Betrachtung des Verhältnisses des Menschen zu seiner Welt und zu sich selbst wird deutlich, was ein basistherapeutisches Konzept zu leisten hätte.

Viele Menschen, mit denen wir arbeiteten, haben im Laufe ihres Lebens nicht nur schwerste ritualistisch-stereotype, selbstverletzende, aggressive und destruktive Handlungsweisen ausgebildet. Sie mußten – und dies in einigen Fällen wiederholt – auch die Erfahrung des Zusammenbruchs ihrer vegetativen Funktionen bis an die Grenze der Lebensfähigkeit erfahren. Sie haben viele Behandlungsversuche mit unterschiedlichsten Verfahren durchlaufen, einige wenige auch international bei renommierten Experten, andere erfuhren einzelne Maßnahmen trotz jeder Erfolglosigkeit über eineinhalb Jahrzehnte hinweg. Das Misslingen pädagogisch-therapeutischer Bemühungen und – mit zunehmender Verschlechterung der Situation – der Einsatz kontraindizierte Maßnahmen führten bei vielen zum völligen psychischen Zusammenbruch. Durch die internen und externen Bedingungen hochgradiger Isolation brachen auch die oft schon von früher Kindheit an nur sehr labilen Beziehungen, die nie eine wirklich tragfähige Bindung ermöglichten, zusammen. Verwahrt in einer kulturlosen Umgebung und mittels strafender Maßnahmen behandelt, die als solche oft nicht erkannt wurden, blieben sie völlig auf sich zurückgeworfen. Ohne Möglichkeiten zur Kooperation trennte sich ihre Tätigkeit vom Dialog und löste sich aus der gattungsspezifischen Referenz. Handlungen wie Stereotypien, Selbstverletzungen, extensive Rituale u.a. mehr gewannen unter diesen Bedingungen eine autokompensatorische und gegenregulatorische, mithin existenzsichernde Qualität.

Es resultiert strukturell eine tiefgreifende Entwicklungsstörung bis in psychotische Dimensionen hinein und funktional der Versuch, mit systemeigenen Mitteln (z.B. durch rhythmisches Schaukeln, Schlagen und Schreien) die elementarsten Funktionen biologischer Sinnbildung zu aktivieren: Durch das Schlagen auf den eigenen, zum Objekt der Handlungen gewordenen Körper und durch die Bewegung der Muskulatur wird versucht, sich vielfältig sensorisch und propriozeptiv selbst zu stimulieren und durch die Rhythmizität dieses Tuns das zentrale Nervensystem so zu triggern, dass in einer Welt totaler Isolation ein Minimum an Information gebildet und an innerer Konsistenz - das heißt auch an Kohärenz der Welt – gewahrt werden kann, um auf diese Weise lebenswichtige Prozesse koordinieren und ein Minimum noch erträglichen psychischen Erlebens schaffen zu können.

Systemisch gesehen sind Art und Schweregrad einer Behinderung und was uns als deren Symptome erscheint, Ausdruck der Integration der Randbedingungen eines Systems in das System mit den Mitteln des Systems. Mithin ist sie entwicklungslogisch und nicht pathologisch und ihrer Funktion nach beschreibt sie (ob es sich nun um ein Koma, ein Apallisches Syndrom oder einen Autismus mit den assoziierten Handlungen handelt) die Kompetenz der Betroffenen, unter den für sie gegebenen Bedingungen ihre Lebensprozesse zu realisieren. Und wenn, wie oft erfahren, die autokompensatorischen und gegenregulatorischen Handlungen selbst derart sind, dass sie das Leben, das sie unter den gegebenen

Bedingungen ermöglichen, in Folge verkürzen oder zerstören, ist das kein Widerspruch! Leben ist an sich Ausdruck des Willens zu leben, wie das Albert SCHWEITZER in seinen Arbeiten zur Kultur und Ethik aufgezeigt hat. Die einfache Aussage: ‘Ich bin Leben, das leben will, inmitten von Leben, das Leben will’ vermag einen Blick auf diese Situation auch in ihrer ethischen Dimension zu werfen.

4. Die “Substituierend Dialogisch-Kooperative Handlungs-Therapie (SDKHT)”

Es dürfte deutlich geworden sein, dass ein Arbeitsmodell für Menschen, mit denen zu kooperieren und, darin eingebettet, einen Dialog zu führen, nicht mehr möglich erscheint oder aufgegeben wurde, eben dies zu leisten und den systemischen und psychologischen Momenten zu entsprechen hätte, die als fundamental für die Realisierung menschlichen Lebens angesehen werden müssen. RENÉ SPITZ (1976) fasst das in einer BUBER vergleichbaren einfachen Aussage zusammen: “*Leben in unserem Sinne wird durch den Dialog geschaffen.*” (S. 26) Dieser kann – um wichtige Momente noch einmal zusammenzuführen – nur in kooperativen Zusammenhängen realisiert und diese wiederum nur dadurch geschaffen werden, dass wir uns mit einem Gegenstand oder Sachverhalt arbeitsteilig, in Antizipation einer zu gewinnenden Erkenntnis oder eines gemeinsam zu erstellenden Produkts, befassen. Dieses kann und muß sehr oft auf die Bewältigung basaler Lebenstätigkeiten im Alltag orientiert sein, repräsentiert aber, durch die Art und Weise, wie es realisiert wird, menschliche Kultur – und ermöglicht Bildung. Dadurch sind die Klienten nicht Gegenstand unserer Tätigkeit, sondern aktiv handelndes Subjekt in der gemeinsamen Kooperation! Mithin geht es auch nicht, wie in den gängigen Therapien üblich, um die Behandlung der Verhaltensweisen der Betroffenen, sondern um die Strukturierung und Gestaltung eines überindividuellen raum-zeitlichen Feldes, in dem die Klienten mit ihren aktuellen Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmöglichkeiten, so reduziert sie erscheinen mögen, einen Dialog führen, d.h. mit Richtung auf ein nächst höheres Entwicklungsniveau lernen können. Durch die Reduzierung und schließlich die Überwindung der Isolation bedürfen die Betroffenen auch nicht mehr der Darstellung der kompensatorischen Verhaltensweisen, gegen die, außer Schutz vor ihnen zu gewähren, nicht antherapiert wird.

Das Setting der SDKHT (verdeutlicht in der Modellskizze) trägt den systemischen und psychologischen Momenten dadurch Rechnung, dass in der in der Regel drei Personen (P1, P2 u. P3) mit einem Klienten kooperieren und interagieren:

1. Eine Person (**P2**) repräsentiert das ICH des Klienten und **substituiert** – wie wir z.B. bei schwerem Autismus sagen könnten – die zu Anteilen nicht am Du zustande gekommenen und alle blockierten oder noch nicht entfalten

psychischen Funktionen, so dass fundamentale Bedürfnisse des Klienten nach Angstfreiheit, Geborgenheit, Sicherheit, und nach stabiler Verlässlichkeit des Beziehungspartners befriedigt werden können. So garantiert P2, die meist hinter dem Klienten arbeitet, diesem z.B. Schutz davor, sich selbst verletzen zu müssen und die Erfahrung, dass die eigene psychische Struktur durch ein hoch synchronisiertes gemeinsames Handeln auch ohne autokompensatorische Handlungen aufrechterhalten bleiben kann. Durch die derart als subjektiv sinnhaft erfahrene Beziehung kann diese die Qualität einer Bindung erreichen, auf deren Basis eine neue Lebensperspektive und, eingeschlossen in diese, eine erweiterte, auf die Mitmenschen und die Welt (repräsentiert durch P1) gerichtete persönliche Sinnbildung und Bedeutungszumessung vermittelt werden.

2. Eine weitere Person (**P1**), die in der Regel vor und im Vis-à-vis-Kontakt mit dem Klienten handelt, kann nun ihrerseits in Kooperation mit dem Klienten durch Dialog und Kommunikation, wie das aus pädagogischen Prozessen heraus bekannt ist, die aus der Bewältigung von Alltagssituationen resultierenden Ansprüche auf höchst möglichem kulturellen Niveau bearbeiten, während der Dialog, den P2 in Kooperation mit dem Klienten führt, ihn auf fundamentalster Ebene absichert. So wird parallel zur Gewinnung einer neuen Lebensperspektive (mit P2) ein neuer Lebensplan aufgebaut und der Klient schrittweise befähigt, diesen möglichst autonom und selbstbestimmt zu realisieren, wie im Kontext neuer Sinnbildungsprozesse (Kooperation P2 - Klient) eine unserer Kultur entsprechende Bedeutungsvermittlung der handelnd erfahrenden Zusammenhänge (Kooperation P1 - Klient) zu realisieren versucht wird.
3. Eine dritte Person (**P3**) ist assistierend und/oder lernfeldstrukturierend bzw. als Modell in das Handlungsgefüge von Klient, P1 und P2 einbezogen. Ihre Aufgabe ist es, im Handlungsfeld durch Strukturierungshilfen vor allem solche Hindernisse zu beseitigen, die, trotz sorgsamer Planung der Kooperation, die Handlungen des Klienten erschweren oder scheitern lassen könnten. Die Modell-Funktion besteht darin, alle im Rahmen der Kooperation von P1 und Klient an diesen gerichteten Anforderungen modellhaft, d.h. auch in Bewegung, Gestik, Mimik und Ausführung sehr deutlich und klar ausgeführt, zu demonstrieren. Das ist unserer Erfahrung nach eine sehr bedeutende Orientierungshilfe für den Klienten. P3 kann mit fortschreitender Komplexität des neu zu erarbeitenden Beziehungsgeflechtes vom Klienten selbst in die Interaktion und Kommunikation einbezogen werden, während sie selbst sich nicht – es sei denn zuvor geplant und abgesprochen – in die Kooperation von P1 und Klient oder in die von P2 und Klient einbringt. Werden die beiden dieser Person überantworteten

Hauptfunktionen nicht benötigt, repräsentiert P3 von Anfang an die anzustrebende ‘Normalisierung’ des Interaktionsgeflechts im gemeinsamen Handlungsfeld.

Dieses P1, P2, P3-Modells stellt das Basis-Setting dar, das in seinen einzelnen Funktionen personell erweitert werden kann und muß, vor allem, wenn wir uns entschließen müssen, stationär zu arbeiten, was ungefähr 10% der Fälle ausmacht. Im Rahmen gelingender Stabilisierung kann später zuerst die P3 aus dem Setting genommen werden. In vielen Fällen konnte das Ziel erreicht werden, in einem 1:1-Verhältnis zu arbeiten, wobei es in krisenhaften Situationen erfahrungsgemäß ratsam ist, vorübergehend wieder die P2-Position und -funktion einzunehmen. Alle drei Personen orientieren die Struktur ihrer eigenen Handlungen, d.h. die Führung des Dialogs, die Präsentation der Aufgaben, die Verbalisierung der jeweiligen Arbeitssequenz u.a.m. sehr präzise an lernpsychologisch fundierten Gesetzmäßigkeiten, wie selbstverständlich je nach Dauer der Therapie, die ggf. auch im 24-Stunden-Zyklus erfolgen kann und muß, eine stabile raum-zeitliche Gliederung des Ablaufes und eine entsprechend systematische curricular-didaktische Aufbereitung der Inhalte unverzichtbar ist. Auch diese Zusammenhänge können hier nicht hinreichend behandelt werden. Verwiesen sei aber darauf, dass vor allem der Sequentierung der lernpsychologisch relevanten Mikrosequenzen in der Kommunikation und Interaktion eine zentrale Bedeutung zukommt. So (1) der Schaffung einer ausreichenden Vigilanz (Hirnwachheit/Orientierung), (2) dem Geben einfacher, klarer und eindeutiger, durch deutliche Gesten und Zeichen wie stimmliche Intonationen begleitete Anweisungen und Instruktionen, (3) dem Gewähren von Hilfen vor allem mittlerer Stärke (z.B. cues) und (4) nach der Bewältigung der Aufgabe der bekräftigenden Rückmeldung. Der in phänomenologischer Betrachtung der Interaktions- und Kommunikationsprozesse im Setting entstehende Eindruck rein verhaltenstherapeutischen Vorgehens ist grundlegend falsch und in bezug auf die Konzeption der SDKHT reduktionistisch. Auch wenn z.B. nach Zusammenbruch der Kooperation zwischen P1 und Klient P1 in ihrer Position verharrt (eingefriert, wie wir sagen – ich komme später noch einmal darauf zurück) und P2 den Dialog zur Stabilisierung des Klienten führt, ist dies keine strafende Maßnahme im Sinne eines time-out wie in einem verhaltenstherapeutischen Setting, weil in dieser Arbeit der Klient nie aus einem Dialog herausfällt, der – meist nicht beobachtbar und filmisch praktisch nicht zu dokumentieren – stets parallel zu dem mit P1 durch P2 geführt wird, über Körperkontakt und viele andere Handlungen und auch verbal (meist nur flüsternd) spätestens unmittelbar dann einsetzt, wenn der Dialog mit P1 nicht mehr möglich ist.

Die im 24-Stunden-Zyklus organisierte stationäre Arbeit, die maximal auf 4 Wochen begrenzt ist, ist in ihrer Gesamtheit wie in allen ihren Momenten hoch strukturiert: Eine stabile raum-zeitliche Gliederung des Ablaufes, die

Vororientierung auf die Personen, die im Setting mit der Klientin arbeiten und eine entsprechend systematische curricular-didaktische Aufbereitung der Inhalte ist unverzichtbar. Die Arbeiten im Tagesablauf und dessen zeitliche Gliederung sind, soweit als möglich, Vorwegnahmen der Zeit nach der Therapie, der Lebens- und Tätigkeitsfelder, in die die Eingliederung erfolgen soll. Vier Wochen sind eine ausreichende Zeit, um beurteilen zu können, ob die gemeinsame Kooperation gelingen und die gesetzten Ziele erreicht werden können. In der Regel konnten die Klienten, von denen hier überwiegend die Rede ist, nach 19 bis 22 Tagen in ihre neuen Lebensfelder eingegliedert werden. Würden wir in diesem Zeitraum nicht Ansätze feststellen können, dass sich die Lage der Klienten deutlich verbessert und Entwicklungsprozesse in Gang kommen, gehen wir davon aus, dass unsere Analysen zu ihrer Lebenslage und Ist-Situation unzutreffend und mithin die inhaltlichen und beziehungsmaßige Angebote inadäquat sind. Es wäre dann neu zu planen. Bislang ist dieses (mit Ausnahme eines Falles; siehe Feuser 2001) noch nicht erforderlich geworden. Eine Ausnahme stellt der durch die ARD-Dokumentation bekannt gewordene Fall durch verschiedenste Momente dar, was hier aber nicht weiter behandelt werden kann. Ich verweise dazu auf das Heft 2/2001 der Z. Behindertenpädagogik.

Besonders zu erwähnende Bedeutung kommt dem Verhältnis von P2 und dem Klienten zu. Wenngleich es in einer auf Kollektivbildung orientierten Kooperation ein Vor- und Nachrangig im Sinne einer hierarchischen Gliederung nicht geben kann, sondern das Zusammenwirken aller ein nur dialektisch zu begreifender Prozeß ist, bleibt das Klient-P2-Verhältnis eine Führungsgröße in der Arbeit - im wahrsten Sinn des Wortes. P2 substituiert das Ich des Klienten im Sinne der Perspektive, was dieser seiner Möglichkeit nach werden, aufgrund der momentanen Situation aber aus eigener Kraft nicht realisieren kann. Damit zielt die inhaltliche Seite der Arbeit im Sinne der "Zone der nächsten Entwicklung" (Vygotskij) auf das höchste Niveau, während die beziehungsmaßige Absicherung auf sehr basaler Ebene erfolgt. Von ihr her wird versucht, die emotionale Lage zu stabilisieren, wodurch die auf dem Hintergrund vieler traumatisierender Erfahrungen affektgenerierten Handlungen, die nicht selten Folge und Ausdruck paroxysmaler Angstattacken sind, schrittweise in den Hintergrund treten. Dies ist aber nur im Kontext des Attraktors der im Klient-P1-Verhältnis aufscheinenden Veränderung der eigenen Lage sowohl hinsichtlich des Gewinnens höhergradiger Kompetenzen wie – gerade auch dadurch – höherer Grade an Selbstbestimmung möglich. Die Gewährung von Schutz und Sicherheit und die Antizipation der produktiven und kulturellen Bedürfnisse des Klienten sind die beiden, in den aufgezeigten Relationen aufscheinenden zwei Seiten ein und derselben Medaille. Die Führungsgröße – um darauf zurückzukommen – ist in diesem Gefüge der Klient und mit ihm P2. Sinnbildungsprozesse generieren sich von seiten des emotionalen Erlebens her; dieses ist vor allem zu substituieren und dadurch so

weit zu stabilisieren, dass die angedeuteten Austausch- und Lernprozesse, wenn anfangs auch nur für minimale Zeiten und wenige Sequenzen in Gang kommen können.

Allein dadurch, dass die Bewältigung von Alltagssituationen in der Spanne von auf den eigenen Körper bezogenen Tätigkeiten über das Kleiden und die Einnahme der Mahlzeiten bis hin zum Aufbau eigenen Besitzes und der Gestaltung privater Räume auf einem angemessenen kulturellen Niveau organisiert wird, werden die damit verbundenen Handlungen wieder zu bildenden. Sie bieten eine Art Rahmen, sind Voraussetzungen zur Produktion einer darüber hinausreichenden gemeinsamen Kultur im Bereich der Kommunikation, des gestaltenden Ausdrucks mit unterschiedlichen Medien und Zielsetzungen, des Erarbeitens der Kulturtechniken i.e.S. anhand bedürfnisorientierter und motivbezogener Inhalte. Dies ist im Rahmen der dabei stets zu realisierenden Kooperationsverhältnisse Arbeit, die über alle Alterstufen der Klienten hinweg hinsichtlich der technischen wie der sozialen Seite befähigen soll, z.B. in Schulen zu lernen, in der Produktion zu arbeiten und seine (Frei-)Zeit zu gestalten. Von Anfang an wird die Ausweitung der gemeinsamen Handlungsfelder in reguläre Lebensfelder hinein angestrebt und die Überleitung der Therapie in die zukünftigen Lebenszusammenhänge der Klienten vorbereitet.

Im Gefüge der dynamischen Prozesse zwischen Klient, P1 und P2 entstehen Möglichkeiten stressfreieren Handelns, auch wenn diese zu Beginn der Arbeit auf winzige Momente begrenzt sind und der Dialog wieder zusammenbricht. Hier gewinnt die P3 besondere Bedeutung, die, wie die P2, in klassischen therapeutischen Settings nicht vorkommt. Sie gibt in der Funktion als Modell eine überdauernde stabile Orientierung in bezug auf die zu bewältigenden Situationen und Arbeiten, ohne sich von den anfangs oft hochfrequent zyklischen Schwankungen des Entstehens wie des Zusammenbrechens eines tragfähigen Dialogs beeinflussen und beeindrucken zu lassen. P3 repräsentiert in Referenz zu P1 ein analoges Modell der Handlungen, die in der Situation erforderlich sind und des angestrebten resultierenden Produkts. So kommt auch durch die Funktionen von P3 trotz der Krisen Verlässlichkeit in das Geschehen.

Dabei sind bei allen Aktivitäten klare und überschaubare Anordnungen der Arbeitsgegenstände und Werkzeuge, wie sie täglich in gleicher Weise erfolgen, eine Grundlage für die Handlungsfähigkeit der Klienten. Die Handhabbarkeit der Werkzeuge wird den Möglichkeiten der Klienten angepasst und mit deren Entwicklung verändert. Viele Personen und Hände arbeiten dabei auf oft kleinstem Raum zusammen, ohne sich zu stören, alle in ihrer Funktion. Das in Kooperation entstehende Produkt wird produkt- und materialgerecht behandelt und hoch wertgeschätzt, was symbolisch die Wertschätzung verdeutlicht, den wir den Klienten zumessen. So entfaltet sich schrittweise, oft in kleinsten Mikrosequenzen, Zuversicht in das eigene Können ... und daraus

Selbstbewusstsein. In den Institutionen meist auch des persönlichen Besitzes beraubt, kann solcher wieder aufgebaut, den Klienten überantwortet und so die Kompetenz und der Mut zur Verantwortung für etwas – später für sich selbst – angebahnt werden

P2, das ist besonders zu betonen, *ermöglicht* das Handeln des Klienten. Selbst wenn der Klient der Kommunikation zwischen P1 und ihm folgend "falsch" handeln würde, hat P2 diese Handlung nicht zu verhindern oder zu begrenzen. Fehler zu vermeiden ist Aufgabe von P1 bzw. durch Hilfen und Korrekturen für den Klienten wieder eine aufgabengemäße Handlungsmöglichkeit zu schaffen (bei Neulernen gibt selbstverständlich auch P2 Hilfen). P2 begrenzt das Handeln z.B. durch den Schutz, den sie einem Klienten vor Selbstverletzungen gewährt. Bei schwer aggressiven und destruktiven Handlungen der Klienten wird aus der Situation gegangen, in der Dialog und Kooperation zusammengebrochen sind. Dies um an neutralerem Ort den Klienten wieder stabilisieren zu können und schweren Schaden von anderen oder Dingen abzuwenden. Nach Stabilisierung des Klienten durch P2 kann in die Situation zurückgekehrt werden, wo das gemeinsame Handeln mit P1 an der Stelle im Prozeß wieder aufgenommen wird, wo es unterbrochen war; es kann dann auch, je nach Situation, an den Anfang der Handlungssequenz zurückgegangen werden. Dabei ist wiederum der Grundsatz einzuhalten, dass P1 nicht nachgängig das entstandene Problem thematisiert (das erfolgte im Rahmen der Stabilisierung mit P2), sondern ruhig in der Arbeit fortfährt und den Klienten nach der Krise durch verstärkte Hilfen unterstützt. Wenn durch die Krise Sachen zu Schaden gekommen sind, werden dies ersetzt und die Ausgangssituation wieder hergestellt; dies durch P3 in lernfeldstrukturierender Funktion. Die P3 in Modellfunktion fährt entsprechend den zu erledigenden Aufgaben auch in solchen Situationen in dieser Tätigkeit fort, wie es von der Sache her erforderlich ist und auch der Klient es hätte tun sollen. Das verweist auf die Notwendigkeit arbeitsteiliger Wahrnehmung der Funktion der P3, wie auch zwei P2 eingesetzt werden können, von denen aber nur eine P2 die mit dieser Funktion verbundenen Aufgaben übernimmt und den Dialog führt. Bei besonders schwer ausagierenden Klienten kann auch eine weitere P1 zum Einsatz kommen, wenn P2 nach Auftreten einer Krise mit dem Klienten aus der Situation geht, um so, wiederum im P1-P2-Modell eine Bewältigung der Krise intensiver und schneller zu ermöglichen. Diese (intern als Krisen-P1 bezeichnete) P1 verweist nach Stabilisierung des Klienten nur orientierend und andere Hilfen während auf dessen Rückkehr an den eigentlichen Ort des Handelns, wo er von der (regulären) P1 bereits mit Orientierung auf die Fortsetzung der Arbeit empfangen wird.

Diese klare funktionsbezogene Trennung der im Team arbeitenden P schafft die erforderliche Transparenz auch sehr komplexer sozialer und gegenständlicher Situationen, so dass sie der Klient adäquat wahrnehmen und vor allem

entsprechend interpretieren, d.h. auch in bezug auf zukünftige Fälle als mit hoher Wahrscheinlichkeit wiederkehrender Ablauf antizipieren kann. Psychische Stabilität und Selbstbewusstsein im Sinne der Verlässlichkeit der eigenen Wahrnehmung resultiert u.a. gerade auch aus der Feststellung, dass sich die gemachten Erfahrungen im Sinne eines sich im Klienten entwickelnden neuen Modell des Zukünftigen als zutreffend erweisen. In bezug auf alle Klienten, mit denen wir arbeiteten, mußten wir feststellen, dass in ihrer Vorgeschichte eine hinreichende Verlässlichkeit in bezug auf die Beziehungspartner (vor allem in bezug auf Betreuer in Institutionen) kaum gegeben war. Dies sowohl in bezug auf stabile Präsenz-, d.h. Arbeitszeiten im Sinne der Dienstplanregelungen als auch hinsichtlich der Beantwortung und Bewertung verschiedenster Vorkommnisse im Alltag im Sinne der Anwendung pädagogisch-therapeutischer Grundsätze oder des Einhaltens von Absprachen zwischen verschiedenen Betreuern, wenn sie überhaupt getroffen worden sind.

In der Regel gilt zusammenfassend: Kommt es zur Blockierung oder zum Zusammenbruch der psychischen Stabilität des Klienten durch das Scheitern des Dialogs zwischen P1 und dem Klienten, was z.B. auch aus unangemessenen Anforderungen in der Kooperation, mangelnder zeitlicher Synchronisation in der Kooperation und aus vielen anderen Gründen resultieren kann, die zu untersuchen sind, dann übernimmt P2 die Führung des Dialogs, bis der Klient sich wieder stabilisiert hat. Für diese Phase, die oft erstaunlich schnell bewältigt werden kann, verharrt P1 im raum-zeitlichen Prozeß der Kooperation an der Stelle des “Entgleisens des Dialogs” (Spitz) wie eingefroren und fährt erst nach Stabilisierung des Klienten (auf ein Zeichen von P2 hin) im Dialog fort. Dies ruhig, entspannt, ohne Kommentar, so, als wäre nichts gewesen. Tadelnd-restriktive oder strafend-sanktionierende Verfahrensweisen seitens P1 sind kontraindiziert.

Das Verhältnis von P2 zum Klienten kann hinsichtlich seiner Tiefe partiell als “konstruktive Symbiose” bezeichnet werden. Dass jede Beziehungsebene besonderer Reflexion vor allem im Kontext von Übertragung und Gegenübertragung erfordert, dürfte in bezug auf die Funktion der P2 sehr eindeutig sein. Auf sie richten sich die Übertragungsprozesse in besonderer Weise und damit auch das aggressiv-tätliche Potential der Klienten. Dieses ist in dieser Funktion auf- und anzunehmen, was nicht heißt, sich dem ohne Maßnahmen des Schutzes auszuliefern, aber bedeutet, die Tätlichkeit des Klienten nicht repressiv zu sanktionieren. Fixieren oder sedieren scheiden eindeutig als Schutzmaßnahmen aus. Je nach Entwicklungsstand des Klienten wird dessen Verantwortlichkeit für das eigene Tun eindeutig artikuliert und ebenso eindeutig auf Grundregeln eines konstruktiven sozialen Miteinanders verwiesen, wie deren Einhaltung eingefordert. Einfachst gesagt: P2 ist keine Kontrollperson, die dafür zu sorgen hätte, dass alles problemlos abläuft und die anderen Kooperationspartner es

leichter haben oder sich gar aus der Verantwortung für das Geschehen zurückziehen könnten.

In der Arbeit mit Klienten, die sehr aggressiv und destruktiv handeln aber auch zum Schutz vor schweren, zwanghaft auftretenden Selbstverletzungen kommt es im Sinne der vorgenannten erforderlichen Begrenzungen, um aus dem Feld gehen und den Raum für eine Stabilisierung erlangen zu können, auch zur Ausübung von Macht. Auch um an Arbeitszusammenhänge heran – oder in Situationen hineinführen zu können, die massivst abgewehrt werden, obwohl wir nach gründlichen Recherchen und Analysen annehmen können, dass ein bedürfnisrelevanter und motivbesetzter Bedeutungszusammenhang für den Klienten bestehen dürfte, kommt Macht zur Geltung. Dies vor allem auf dem Hintergrund, dass die Klienten eine lange Geschichte darin haben, mittels massiv selbstverletzenden oder ausagierenden Handlungen (oft das einzige, das in ihrer Lebenssituation kommunikativ wahrgenommen wird) Arbeiten, Situationen oder Ansprüche abzuwehren. Seitens der Betreuer werden diese Verhaltensweisen oft als eine Art Indisponiertheit der Betroffenen interpretiert, worauf sie sich zurückziehen und den Behinderten die vermeintlichen Freiräume belassen, derer sie auf dem Hintergrund solcher Interpretationen der Lage der Betroffenen scheinbar bedürfen. Solches ist aber weit eher ein Rückzug aus der Verantwortung diesen Menschen gegenüber, der, wie ich oft erfahren muß, als eine in besonderer Weise der Autonomie und Selbstbestimmung der Betroffenen wie der Empowermentbewegung dienliche pädagogische bzw. therapeutische Haltung rationalisiert wird. Die damit verbundene brutale Herrschaft, die sich in ihrer vermeintlichen Nichtausübung begründet, wird nicht erkannt.

Ich möchte das an einem Beispiel aus der Arbeit mit einem jungen Mann, der von früher Kindheit an schwer autistisch war und in den letzten drei Jahren bevor er zu uns nach Bremen kam, aufgrund massiver aggressiver und destruktiver Verhaltensweisen hochgradig isoliert und kaum noch in soziale Interaktionen einbezogen wurde, verdeutlichen.

Agierte der junge Mann aus, konnte er selbst von drei Erwachsenen kaum unter Kontrolle gehalten werden. Während er "weggeschlossen" war, standen ihm außer seiner Kleidung, seinen Windeln, einem Pezziball und einer Matratze nur Zeitungen zur Verfügung, die er zerriss. Wir kamen recht eindeutig zu der Auffassung, dass er durch dieses Tun eine Vorstellung von Buchstaben haben müsse, wie immer diese bei ihm auch repräsentiert waren, denn die Diagnose einer geistigen Behinderung mit hochgradiger Lern- und Bildungsunfähigkeit (kein Angebot, so wurde berichtet, hätte bei ihm je zu einer positiven Veränderung geführt) schien uns nicht haltbar. Auch bedurfte es bei diesem nichtsprechenden jungen Mann der Entwicklung eines kommunikativen Ausdrucksmittels, um sich in anderer Weise mitteilen und verstanden werden zu können. Alle Faktoren führten zu der Auffassung, dass ihm ein Angebot zum Erwerb der Schriftsprache gemacht

werden sollte. Wir entschieden uns für Buchstabenstempel und einen Einstieg in diese Arbeit mit dem Satz “Ich heiÙe NNA. Er wehrte jedes Arbeitsangebot ab und war nur über gemeinsames Musizieren zu einer Mitarbeit zu bewegen. Als darüber das Setting etabliert war, gingen wir an die Schreibarbeiten. Sechs Personen waren erforderlich, ihn an den speziell präparierten und strukturieren Arbeitsplatz neben den Arbeitsplätzen der P3 zu bringen, mit ihm einen Stempel in die Hand zu nehmen, einzutauchen, zu drucken – Buchstaben um Buchstaben den ganzen Satz. Nach wenigen Arbeitseinheiten, strebte er zu dieser Arbeit und am 21 Tag sass er am PC, der für ihn per Sprachausgabe sprach, hatte sein Tagebuch neben sich, zeigte auf ein Polaroid-Foto, tippte die Bildunterschrift “ich tanzeA in den PC, ließ diesen für sich die Aussage sprechen, zeigte wieder auf das Foto, auf dem er mit einer Gruppe Studierender beim Tanzen zu sehen war und zeigte auf sich! Ab und an erhalte ich noch heute Briefe von ihm - gestempelt(!), weil man ihn auch in einer zweiten Einrichtung, in der er nach der Therapie lebt, nicht für Wert befindet, ihm einen PC zur Verfügung zu stellen und mit ihm schriftsprachlich weiterzuarbeiten. Ein Brief lautete: “Herr XY schlägt mich”.

Die gesamten biographieorientierten Recherchen lieÙen keinen Grund dafür finden, dass dieser junge Mann sich in einem abschätzbaren Zeitraum durch irgendwelche andere Angebote und Maßnahmen selbst an eine solche Arbeit begeben würde. Wir setzten Macht (d.h. Kraft) ein, einen Einstieg in diese Arbeit zu finden. Von der Peripherie her betrachtet, würde das als Gewalt bewertet – und viele Betreuer in Institutionen nehmen diese Bewertung vor (nicht aber bezüglich der hier hinlänglich erwähnten Maßnahmen mechanischer und medikamentöser Fixierung und Isolation durch Wegsperrern, wie sie diesem Personenkreis gegenüber an der Tagesordnung sind). Das exemplarisch dargestellte Handeln unsererseits unterscheidet sich fundamental von den Machtstrukturen, wie sie die Betroffenen in ihrer Lebensgeschichte erfahren haben. Diese sind Maßnahmen direkter wie struktureller Gewalt (und abgesichert durch die Institutionen Machtmissbrauch in Form von Herrschaft) dadurch, dass sie restriktiver, verhindernder, Lernen und Entwicklung verunmöglichender Natur sind, d.h. den Betroffenen begrenzen z.B. um der Schadensfreiheit der eigenen Person willen, um Ruhe zu haben, um Personalmangel zu kompensieren, damit garantiert ist, dass die institutionellen Abläufe möglichst störungsfrei bleiben u.a.m. Im Falle des beschriebenen jungen Mannes war das Wegsperrern so begründet, dass das Personal ein Recht darauf habe, in Ruhe gelassen zu werden und er dieses aufgrund seiner Behinderung brauche. Die Begrenzungen, die wir in Anwendung von Macht, die wir in Anspruch nehmen, praktizieren, dienen der Eröffnung von Möglichkeitsräumen, in denen der Betroffene Neues Lernen kann, so dass wieder Entwicklung in Gang kommt, Kompetenzen entstehen, sich auszudrücken, zu entscheiden, mitzubestimmen u.v.m. In der Regel geht es darum, den Klienten in

Situationen zu bringen, die ein produktbezogenes kooperatives Handeln ermöglichen, das nicht aus jeder beliebigen Situation heraus erreichbar ist.

Sehen wir uns zu solchem Einsatz von Macht veranlasst, geschieht dies nur

- nach intensiver Recherche, Analyse und Bewertung der Sachverhalte im offenen Diskurs im Team aller, die mitarbeiten, unter Einbezug von Eltern, Betreuern oder anderer für den Klienten bisher oder zukünftig verantwortlicher Personen,
- in fachöffentlicher Weise derart, dass im Rahmen der Therapiekontrolle alle Vorgänge beobachtet, aufgezeichnet, ausgewertet und wiederum zur Einschätzung herangezogen werden,
- bei verdeckter (Einwegscheibe) Teilnahme des vorgenannten Personenkreises und
- unter zeitlicher Begrenzung der Maßnahme auf einen Zeitraum, nach dem es möglich erscheint, die Maßnahme als erfolgreich oder als gescheitert und zu beenden einzuschätzen.

Damit bewegen wir uns in einem ethisch sicherlich großen Problembereich, für den es keine starren Abgrenzungen gibt in dem Sinne, dass sie nicht verletzt werden könnten, wie das z.B. auch in einem ständig zu reflektierenden Prozeß von Übertragung und Gegenübertragung der Fall ist. Vorgenannte Kontrollmechanismen geben aber einen Rahmen ab, durch den für den Klienten wie für die, die mit ihm (vor der Öffentlichkeit der Anderen) arbeiten, ein Machtmissbrauch präventiv weitgehend minimiert und ggf. in der Situation sofort aufgedeckt werden kann.

JANTZEN (1990) behandelt im zweiten Band der Allgemeinen Behindertenpädagogik Fragen der allgemeinen und speziellen Therapie und arbeitet unter Aspekten der Therapie als heilender Dialog die "Erschließung des Therapeuten für den Patienten im Sinne der Herstellung und Aufrechterhaltung seiner Dialogfähigkeit" als ein zentrales Moment heraus, das in bezug auf die Klientel, mit der wir im Konzept der SDKHT arbeiten – wie deutlich geworden sein dürfte – in besonderer Weise relevant ist. Eine der drei Ebenen, die nach JANTZEN in diesem Prozess zu beachten sind, ist die "Anerkennung der Autonomie des Patienten und die Realisierung des eigenen Handelns als Instrument für diesen im Sinne der Ausweitung und Rückgewinnung seiner Autonomie auf höchstem Niveau" (S. 331). Um dieses seitens des Therapeuten auch unter erheblich belastenden Bedingungen leisten und sein Handeln auch in Situationen sichern zu können, in denen er keine Veränderung und keinen Erfolg sieht, sind "Orientierungsprinzipien" erforderlich, die "methodologisch auf der Ebene zwischen Gesetz und Norm angesiedelt" sind. Solche sind:

1. "Radikale Parteinahme für den Klienten.
2. Demokratisierung der Therapieprozesse und Entmystifizierung der

Therapeutenrolle.

3. Absolute Eindeutigkeit des eigenen Handelns.
4. Positive Lösung der Machtfrage.
5. Aufbau individueller Realitätskontrolle i. S. des Zurückerobers der eigenen Geschichte bei gleichzeitiger Eroberung von Handlungs- und Lebensmöglichkeiten in der Gegenwart.
6. Die Tätigkeit des Klienten ist als eingebettet in kollektive Lebensprozesse zu begreifen und zu organisieren.
7. Suche geeigneter Bündnispartner für Therapeut und Klient” (siehe S. 331 u. 332).

Bezogen auf die Klientel, mit der wir im Rahmen der SDKHT arbeiten und bezogen auf dieses Handlungsmodell haben sich weitreichende Realisierungen aller dieser Orientierungsprinzipien sowohl in bezug auf das eigene therapeutische Wahrnehmen und Handeln ergeben als auch für die Betroffenen ergeben, mit denen gemeinsam neue Lebensräume erschlossen wie Lern- und Entwicklungsprozesse realisiert werden konnten, die ihnen oft über viele Jahre mit brutaler, wenngleich fachlich verbrämter Gewalt vorenthalten worden waren – auf der Basis eines die Klienten entmenschenden Menschen- und Behinderungsbildes. Weitergehend kann hier auf diese Problematik nicht eingegangen werden.

Ergänzend sei noch darauf verwiesen, dass wir Psychopharmaka – wenn möglich – schon im Vorfeld der stationären Arbeit bzw. während dieser unter die Schwelle einer therapeutisch anzunehmenden Wirksamkeit absenken und Maßnahmen mechanischer Fixierung tagsüber schon nach wenigen Tagen, meist schon mit Beginn der Arbeit nicht mehr praktizieren und auch solche zur Nachtzeit schnellst möglich abbauen. Eltern können an allen Aktivitäten – meist verdeckt – teilnehmen, aber wir trainieren sie nicht als “Koothérapeuten”. Sie sind Eltern und sollen es bleiben und ihre Wege finden, mit ihren Söhnen oder Töchtern zu leben. Sie bekommen alle Fragen beantwortet, werden beraten und können an allen unseren Beratungen teilnehmen.

Die MitarbeiterInnen in P-Funktionen tragen einen Ohrhörer, der eine Einwegkommunikation ermöglicht, über die eine direkte Supervision möglich ist – bezogen z.B. auf Hilfen zum zeitlichen Ablauf und auf die Abfolge einzelner Schritte in der Durchführung der Arbeit, Orientierungen auf Beachtenswertes und Hinweise auf feinste Nuancen im Verhalten des Klienten, wie auch Anweisungen, wie zu handeln ist. Diese sind in der Situation auch umzusetzen. Fragen die daraus entstehen, werden spätestens in den allabendlichen Teamsitzungen behandelt, die der Reflexion des Tagesgeschehens, der inhaltlichen Feinplanung des nächsten Tages, der Verfeinerung der Diagnose und der Arbeitsweise, der Entwicklung des Therapieangebots und der Teambildung für einzelne Sequenzen dienen, um nur einige wenige Bereiche zu benennen. In der Regel dauern diese Konferenzen, die nach Übergabe der Arbeit an das Nachtteam beginnt, drei

Stunden. Die Teilnahme aller am Prozeß beteiligter Personen ist unverzichtbar. Einer stationären Arbeit gehen Vorbereitung von gut einem halben Jahr voraus und zur Eingliederung in die neuen Lebensverhältnisse, die in der Regel von uns in Zusammenarbeit mit dem Personal der aufnehmenden Institution durchgeführt wird, setzten wir in der Regel auch ein halbes Jahr an. Die Beratungstätigkeit geht weit über diesen Zeitraum hinaus und auch Kontakte zu den ehemaligen Klienten erstrecken sich oft über viele Jahre in unterschiedlichsten Formen.

Kleine oder große, ambulante oder stationäre, im 24-Stunden-Setting durchgeführte Therapien, finden in den Fachräumen des Studiengangs Behindertenpädagogik statt. Dort arbeiten wir ohne personelle, sächliche oder finanzielle Ausstattung und mit technisch weit unter den erforderlichen Standards liegenden Möglichkeiten an unserer Theoriebildung, in der Praxis und an der Evaluation. Die Therapieräume statten wir mit unseren eigenen Möbeln, geliehenem und zusammengetragenem Mobiliar aus. Die Arbeitsmaterialien und Hilfsmittel wie die inhaltliche Planung erstellen die Studierenden in zahllosen Treffen und Arbeitsgruppen. Ich möchte nicht versäumen, den vielen Studierenden, die mit hohem Engagement sich weit über das hinaus einbringen, was ein Studienplan verlangen kann, auch an dieser Stelle zu danken. Einen Versorgungsauftrag für eine bestimmte Region können wir nicht leisten. Die Arbeit nach Maßgabe der SDKHT ist in der Regel in auf drei Semester angelegte Projekte eingebettet. Von den vielen Anfragen, die bei mir eintreffen, können nur ganz wenige berücksichtigt werden. In bezug auf die Auswahl der Person, mit der wir arbeiten, gilt sozusagen das Kriterium des "schwersten Falls" auch hinsichtlich der Lebensumstände der betroffenen Person. Neben dem Versuch, für die Klienten eine neue Lebensperspektive zu entwickeln stehen in gleicher Weise Aufgaben der Lehre und Forschung im Sinne der Ausbildung der Studierenden für die Arbeit mit dem beschriebenen Personenkreis und der Gewinnung von Erkenntnissen im Sinne der zu Beginn des Punktes 3. dieser Arbeit beschriebenen Fragestellungen.

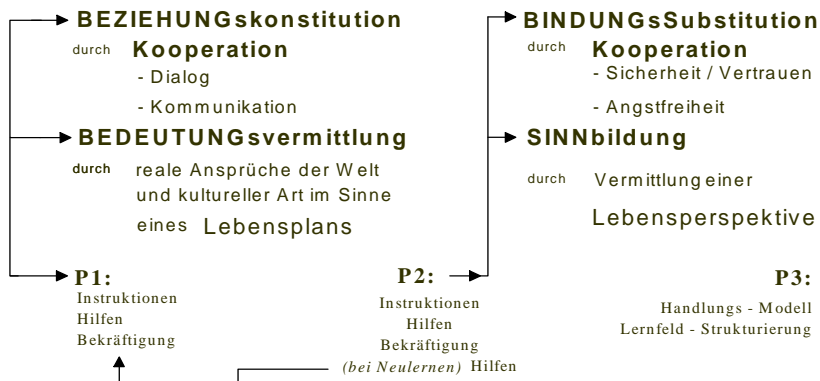
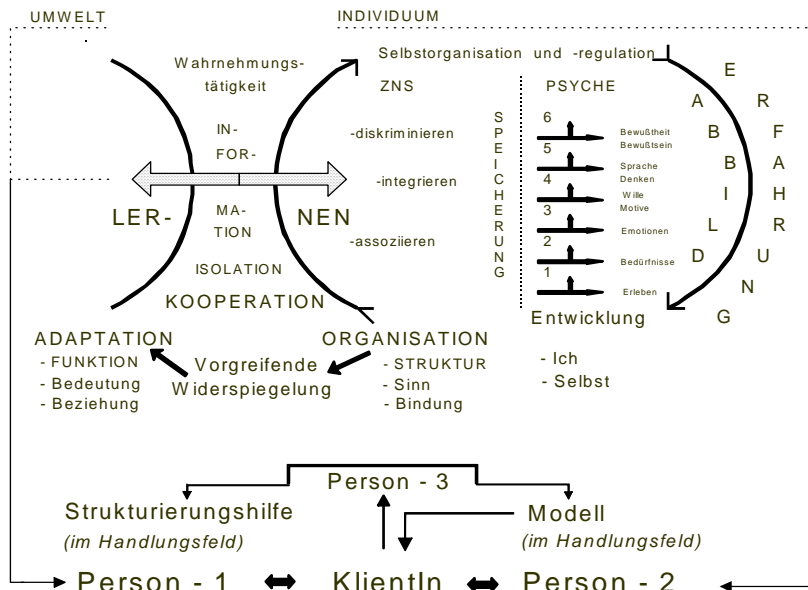
Abschließend, gleichzeitig zusammenfassend, vielleicht noch folgende Gedanken: Es ist aus meiner Sicht eine der größten "Todsünden" der Heil- und Sonderpädagogik und der Psychiatrie, der Schwere einer Behinderung, einer tiefgreifenden Entwicklungs- oder psychischen Störung eines Menschen dadurch gerecht werden zu wollen, dass man die Lebenswelt der Betroffenen in dem fatalen Glauben inhaltlich und sozial reduziert, ihnen würde derart eine bessere Orientierung, eine Erleichterung ihrer Lage, eine schnellere Gesundung oder gar Entwicklung ermöglicht. Im Gegenteil: Das schafft jene Formen hochgradiger Isolation, die dafür verantwortlich sind, dass die Betroffenen überhaupt erst in eine Lage kamen, die mit eben diesen Maßnahmen verbessert werden soll. Dieser sozialisatorische und kulturelle Reduktionismus drückt darüber hinaus deutlich aus, dass man die betroffenen Menschen aufgegeben hat. Im Sinne von

MAKARENKO (1964) drückt sich darin höchste Achtung vor einem Menschen aus, dass man (unter Gewährung der entsprechenden Hilfen, würde ich ergänzen) höchste Anforderungen an ihn stellt. Ein Kardinalfehler liegt in der Reduzierung von Komplexität, anstatt diese durch raum-zeitliche, gegenstands- und handlungsbezogene strukturierende Maßnahmen transparent zu machen. Den Betroffenen eine inhaltlich und sozial reiche Lebenswelt auf dem höchst erreichbaren Stand unserer Kultur zu schaffen und sie durch strukturierende Maßnahmen transparent und so für sie zugänglich zu machen, das ist Aufgabe einer Therapie. Also: Hohe Komplexität bei größt möglicher Transparenz derselben!

In diesem Kontext ist die Basistherapie der SDKHT kein Verfahren für irgendeine Behinderung oder gegen irgendeine Störung, sondern eine Möglichkeit, dort, wo der Dialog – durch welche Ereignisse auch immer – bis an die Grenze der Lebensfähigkeit eines Menschen zusammengebrochen ist, ihn wieder aufzubauen, *mit* den Betroffenen eine Lebensperspektive zu finden und einen neuen Lebensplan aufzubauen. So wird unsere Arbeit auch zum Nachweis dafür, dass die Probleme, die mit den Begriffen austherapiert oder bildungs- und rehaunfähig oder gemeinschaftsunfähig umschrieben werden, weder das Wesen der Betroffenen ausmachen, noch die Ursachen dafür ausschließlich in ihnen zu suchen wären.

Die Beendigung des Leids (dieses ist das Primäre, nicht die Behinderung), das wir Menschen durch ihre Ausgrenzung auch namens heil- und sonderpädagogischer und therapeutischer Maßnahmen zufügen, verlangt von allen ein radikales Umdenken, viel Wissen und hohes Können. Im Rahmen meiner langjährigen Forschungs- und Therapiearbeit in diesem Bereich – mit Menschen im Koma, im Wachkoma (Apallisches Syndrom), mit schwersten Formen von Autismus; bis in die Bereiche psychotischer Persönlichkeitsstrukturen hinein – hat sich mir eindrücklich verdeutlicht, was PRIGOGINE und STENGERS (1986) am Ende ihres Buches: “Dialog mit der Natur – Neue Wege naturwissenschaftlichen Denkens” schrieben: “Heute erkennen wir langsam, was eine innerlich aktive Welt bedeutet, und damit begreifen wir allmählich, wie unwissend wir noch immer sind.” (S. 311)

Skizze selbstorganisierter Aneignungstätigkeit und der kooperativen Handlungsstruktur und -funktionen in der Praxis der Substituierend Dialogisch-Kooperativen Handlungs-Therapie



Anmerkungen:

- (1) Ein leicht modifizierter Vorabdruck dieses Beitrages, der auf der Basis eines Vortrages im Rahmen einer Veranstaltung der Luria-Gesellschaft, Bremen, entstanden ist, findet sich in den “Mitteilungen der Luria-Gesellschaft 7/8(200/2001)2/1, 5-35 unter der Überschrift: “Substituierend Dialogisch-Kooperative Handlungs-Therapie (SDKHT) - Aspekte ihrer Grundlagen, Theorie und Praxis”. Ferner findet sich ein fallbezogener Diskurs – neben weiteren Beiträgen – unter Feuser, G.: “Ich bin, also denke ich! Allgemeine und fallbezogene Hinweise zur Arbeit im Konzept der SDKHT” in: Behindertenpädagogik 40(2001)3, 268-350, auf den verwiesen werden kann.
- (2) Siehe hierzu die Beiträge des AK Psychoanalyse und Geistige Behinderung, von FEUSER, RÄCKER und DONKER in der Zeitschrift Behindertenpädagogik, 40(2001)3, die sich auf eine ARD-Dokumentation mit dem Titel “Michaelas letzte Chance?” beziehen, die am 02.08.2000 gesendet worden war.
- (3) Siehe z.B. die Diskussion zum “forced holdingA in der Zeitschrift “Behindertenpädagogik” 27(1988)2
- (4) Erste Ansätze dieser Arbeitsweise gründen bereits in meiner Arbeit an der Martin-Buber-Schule in Gießen, 1969-1978. Ihre hier zur Darstellung kommende Form gewann die SDKHT in der zweiten Hälfte der 80er-Jahre in der Arbeit an der Univ. Bremen.
- (5) Laut Duden (Bd. 5, 1982, 4. Aufl., S. 193 u. 219) meint “distinkte Entität” ein klar und deutlich (abgegrenztes) Dasein im Unterschied zum Wesen eines Dinges.
- (6) Der angeborene Auslösemechanismus (AAM) ist “ein rezeptorisches Analysatorsystem. Seine Informationsverarbeitungsleistung besteht in einer Ausfilterung verhaltensrelevanter Merkmale und in deren Zuordnung zu einem angeborenen Schema dieser Merkmalskonfiguration. Der AAM klinkt bei Übereinstimmung der gefilterten und typisierten Eingangsinformation mit der dem Artgedächtnis entstammenden und in einer neuronalen rezeptorischen Schaltung manifestierten Information eine reizbezogene Verhaltensweise aus.” (Sinz 1976, S. 40)
- (7) Als Attraktoren können Operatoren bezeichnet werden, die der systeminternen Strukturbildung eine bestimmte Richtung verleihen. Z.B. daß die Entwicklung in Richtung auf eine Persönlichkeitsstruktur verläuft, die wir dann als geistige Behinderung oder als Autismus-Syndrom wahrnehmen und klassifizieren.

Literatur

- AGUILERA, D. C.: Crisis Intervention. Therapy and Methodology. St. Louis u.a. 1998
- BASAGLIA F./BASAGLIA-ONGARO, FRANCA (Hrsg.): Befriedungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen. Frankfurt/M. 1980
- BOWLBY, J.: Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München 1957
- ders.: Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. München 1976
- ders.: Verlust, Trauer und Depression. Frankfurt/Main 1987
- BUBER, M.: Das dialogische Prinzip. Heidelberg 1965
- CHRISTOPH, F.: Tödlicher Zeitgeist. Köln 1990
- DAUB, U./WUNDER, M. (Hrsg.): Des Lebens Wert. Zur Diskussion über Euthanasie und Menschenwürde. Freiburg 1994
- DROSS, M.: Krisenintervention. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle 2001
- ENDRES, M./HAUSER, S (Hrsg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie. München 2000
- FEUSER, G.: Entwicklungspsychologische Grundlagen und Abweichungen in der Entwicklung – Zur Revision des Verständnisses von Behinderung, Pädagogik und Therapie In: Z. Heilpäd. 42(1991)7, 425-441
- ders.: Erwiderung zur Stellungnahme von K.-L. Holtz zu meinem Beitrag "Entwicklungspsychologische Grundlagen und Abweichungen in der Entwicklung" In: Z. Heilpäd. 43 (1992)2, 123-131
- ders.: Vom Weltbild zum Menschenbild. Aspekte eines Verständnisses von Behinderung und einer Ethik wider die "Neue Euthanasie". In: Merz, H.-P. u. Frei, E.X. (Hrsg.): Behinderung – verhandeltes Menschenbild? Luzern 1994, 93-174
- ders.: Behinderte Kinder und Jugendliche. Zwischen Integration und Aussonderung. Darmstadt 1995
- ders.: Wider die Unvernunft der Euthanasie. Grundlagen einer Ethik in der Heil- und Sonderpädagogik. Luzern 1997
- ders.: Ich bin, also denke ich! Allgemeine und fallbezogene Hinweise zur Arbeit im Konzept der SDKHT. In: Behindertenpädagogik 40(2001)3, 268-350
- JANTZEN, W.: Allgemeine Behindertenpädagogik. Bd. 1 u. 2. Weinheim/Basel 1987 u. 1990
- ders.: Glück - Leiden - Humanität. In: Z. Heilpäd. 42(1991)4, 230-244
- JANTZEN, W. und LANWER-KOPPELIN, W. (Hrsg.): Diagnostik als Rehistorisierung. Berlin 1996
- KLAFKI, W.: Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Weinheim/Basel 1991
- MAKARENKO, A.S.: Werke Bd. V. Berlin/DDR 1964
- MATURANA, H.R./VARELA, F.J.: Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. München 1990
- MERLEAU-PONTY, M.: Le philosophe et la sociologie. In: Eloge de la philosophie. Paris 1960, 136 f.
- LENOT'EV, A.N.: Das logische und das mechanische Gedächtnis. In: Lompscher, J./Rückriem, G. (Hrsg.): Frühschriften. Berlin 2000, 241-267
- PRIGOGINE, I./STENGERS, I.: Dialog mit der Natur. München 1986

- SCHWEITZER, A.: Leben, Werk und Denken mitgeteilt in seinen Briefen. Heidelberg 1987
ders.: Die Ehrfurcht vor dem Leben. München 1988⁵
ders.: Kultur und Ethik. München 1990
SINGER, P.: Praktische Ethik. Stuttgart 1984
SINZ, R.: Lernen und Gedächtnis. Stuttgart 1976
SPANGLER, G./ZIMMERMANN, P. (Hrsg.): Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart 1999;
SPITZ, R.: Dialog. Stuttgart 1976
ders.: Eine genetische Feldtheorie der Ichbildung. Frankfurt/Main 1972
ders.: Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart 1972;
ders.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Stuttgart 1973;
STEIN, A.-D. (Hrsg.): Lebensqualität statt Qualitätskontrolle menschlichen Lebens. Berlin 1992
VYGOTSKIJ, L.: Ausgewählte Schriften, Bd. 1 und 2. Köln 1985 u. 1987
WOLFENBERGER, W.: Der neue Genozid an den Benachteiligten, Alten und Behinderten. Gütersloh 1991

Veröffentlicht in:

Feuser, G. & Berger, E. (Hrsg.): Erkennen und Handeln. Berlin 2002, 349-378