

des nördlichen Schwarzwaldes — war ich mit diesen Menschen und ihrer Lebenswirklichkeit konfrontiert. Dies nicht passiv, wie der Sprachgebrauch es signalisiert, sondern aktiv. Ich habe mich konfrontiert. Verbunden damit war das Ziel, nicht nur die Verhältnisse zu ändern, die das Leben dieser Menschen definierten, sondern auch (und letztlich vor allem) die Einstellungen und das Denken, das die Verhältnisse schuf, die ihr Leben bestimmten. Die Menschen, auf die ich in meiner Kindheit, in meinen Studienzeiten und in der beruflichen Praxis traf, waren mir in ihren individuellen Erscheinungsweisen — ohne die heute zur Verfügung stehenden differentiellen Begriffsinventare, Beschreibungs- und in der Folge Erklärungsverfahren und, wiederum daraus folgend, die resultierenden Verstehensmöglichkeiten zur Verfügung zu haben — als Subjekt gewordener Ausdruck ihrer individuellen Lebensgeschichte und ihrer Lebensumstände begreifbar. Ohne die Formeln von Dezentralisierung, Enthospitalisierung, Empowerment u.a.m. haben wir Kinder und Jugendliche aus Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser in neu eingerichtete und aufzubauende Schulen (für Geistigbehinderte) geholt, sie in ihren Familien unterstützt und diese beraten oder versucht, ihnen in pädagogisch orientierten Heimen eine bessere Lebensqualität zu ermöglichen. So habe ich schon vor 23 Jahren auf dem Weg nach Bremen grundlegende Momente für diese Arbeit im »Gepäck« gehabt, die sich zur SDKHT verdichtet haben.

Ein in der ARD gesendeter Film unter dem Titel »Michaelas letzte Chance?«, der am 02. Aug. 2000 und als Wiederholung am 19. Nov. 2000 (über N3) ausgestrahlt wurde, kann in diesem Kontext gesehen werden, ohne dass er »Repräsentatives« für sich in Anspruch nehmen könnte. Von einigen Zuschauern als »pars pro toto« wahrgenommen, schien er jene Aktualität zu begründen, die zu unterschiedlichen Rückäußerungen geführt haben. In dieser Ausgabe der Zeitschrift »BEHINDERTENPÄDAGOGIK« kommt die Stellungnahme des »Arbeitskreises Psychoanalyse und Geistige Behinderung« (im Folgenden als »Ak« gekennzeichnet, auch wenn ich aus dieser Stellungnahme zitiere) zum Nachdruck, die in einer gekürzten Fassung in der Zeitschrift »Zur Orientierung«, Heft 1/2001 auf S. 41 veröffentlicht worden war.

Es ist nun nicht meine Intention, mit dieser Arbeit ausschließlich eine Antwort zu den Ausführungen der Verfasser der Stellungnahme zu formulieren. Dies ist aus drei Gesichtspunkten heraus nicht sinnvoll: Zum einen erfolgt die Erstveröffentlichung des basistherapeutischen Ansatzes der SDKHT erst jetzt und parallel zu diesem Beitrag, weshalb ich auch in diesem den Sachverhalt der Erstveröffentlichung aufnehmen muss. Zum anderen ist den Autoren der Stellungnahme zur Klientin nur bekannt, was der Film in Bild und Ton zur Darstellung bringt. Schließlich haben die Unterzeichner der Stellungnahme weder in Bezug auf die fachliche, institutionelle und gesellschaftliche Problematik, die hinter dem steht, was der Film zeigt, noch bezüglich Informationen zur SDKHT und den assoziierten psychologischen, pädagogischen und therapeutischen Aspekten bei mir nachgefragt.

Deshalb werde ich wie folgt vorgehen: Zuerst möchte ich einige allgemeine und problemorientierende Hinweise zu den Menschen geben, mit denen wir arbeiten. Dann gebe ich aus der Perspektive der Hinweise, Anfragen und Stellungnahmen

BEHINDERTENPÄDAGOGIK, 40. Jg., Heft 3/2001, Seite 268-350

Georg Feuser

Ich bin, also denke ich!

Allgemeine und fallbezogene Hinweise zur Arbeit im Konzept der SDKHT

*Wie sollte das Unbewusste bewusst werden,
wenn es das Bewusste nicht gäbe?*

1. Vorbemerkungen

In diesem Beitrag (1) wird es um Fragen gehen, die den Eindruck besonderer Aktualität vermitteln. Dies deshalb, weil heute für Sachverhalte und Theoriekomplexe, aber auch für pädagogische und therapeutische Ansätze Beschreibungen gefunden und Begriffe definiert sind, die vor einem, zwei oder drei Jahrzehnten noch nicht in dieser Form zur Verfügung standen. Dennoch waren die damit verbundenen Fragen der Behandlung und Therapie, der Förderung und Unterrichtung, der Lebensgestaltung in Kontexten von Wohnen, Arbeit und Freizeit vor allem in ihrer psychischen Entwicklung schwerst beeinträchtigter bzw. in ihren psychosozialen Kompetenzen sehr gestörter Menschen stets und zu jedem Zeitpunkt aktuell, wenn man sich den oft dramatischen Szenarien ihrer Lebensgeschichte und dem gesellschaftlichen wie fachlich-institutionellen Umgang mit den Fragen, die diese Menschen aufgeworfen haben, wie ihnen selbst als Mit-Menschen nicht verschlossen hat. Ihre persönliche Situation war gekennzeichnet durch ein physisches Existieren oft an untersten Grenzen des Menschen-Möglichen (geschweige denn des Menschen-Würdigen), eine hochgradige bildungsmäßige Verelendung dadurch, dass ihnen sowohl im Kognitiven wie im Emotional-Affektiven und Sozialen Entwicklungsmöglichkeiten abgesprochen und Lern-, Bildungs- und Schulbildungsumfähigkeit attestiert wurde und sie in Folge — kümmerten sich Angehörige nicht mehr — total aus allen regulären Lebens- und Lernfeldern ausgegrenzt, langjährig hospitalisiert und dadurch — weitgehender Verwahrung überantwortet — hochgradig isoliert wurden. Dies oft über Jahrzehnte, nicht selten für die Dauer eines ganzen Lebens.

Nahezu von Anfang meiner beruflichen Tätigkeit an — und biographisch durch die Erfahrungen aus der eigenen Kindheit in einem kleinen Dorf am Rande

men, die mich nach der Ausstrahlung des Filmes erreicht haben — und begrenzt auf diese — einige mir notwendig erscheinende Hinweise zum Film. Anschließend stelle ich einige Grundzüge der SDKHT dar, ohne im Speziellen auf die Arbeit mit der Klientin M. einzugehen. Das kann im Rahmen dieses Beitrages ohnehin nur begrenzt auf einige zentrale Fragen und in programmatischer Weise geschehen. Dabei werde ich, unter notwendiger Vernachlässigung vieler Momente, einige Aspekte, die der Ak anspricht, einbeziehen. Dies dann auch zu Fragen, die die Klientin aufgeworfen hat, soweit diese aus meiner Sicht hier überhaupt — und nicht nur aus Platzgründen — behandelt werden können und dürfen. Ergänzend dazu gibt es noch die Berichte von Frau RUBY RÄCKER und Herrn SIEBO DONKER, die als Studierende an der Vorbereitung der Arbeit mit der Klientin, an der Intensivphase in Bremen und danach am Ort ihrer Eingliederung mitgearbeitet haben. Auf diesem Hintergrund werden sich die Leser zumindest in Ansätzen selbst schlussfolgernd Gedanken dazu machen können, inwieweit Feststellungen, Wertungen und Behauptungen der Stellungnahme des Ak einem fachlichen Diskurs überhaupt dienlich sein können. (2)

2. Problemorientierende Hinweise

Die in diesem Beitrag — wie schon betont nur in einigen Momenten — zur Darstellung kommenden Hinweise auf die von mir entwickelte Arbeitsweise der »SDKHT«, deren Funktion die einer Basis-Therapie sein kann, aber auch »Setting« für eine Krisenintervention, für pädagogisch fundierte Prozesse (z.B. auch in Formen von Einzelförderung und Unterricht) wie der Prävention, verweist 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 Kooperation zu kommen, in die 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 pädagogischen. 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.

Eine nach der Erstveröffentlichung (3) geplante Publikation wird ausreichend Raum bieten, 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 gängigen Arbeitsmodellen, die für diese Klientel als besonders geeignet angesehen werden, in Beziehung zu setzen. Hier kann nur ein »Bild« vermittelt werden, das überwiegend 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.

Zur Verdeutlichung verweise ich in der Skizzierung der SDKHT 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 vorenthalte 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 »Behinderung« 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 wie ihre Betreuer in gleicher Weise gefangen sind. Die Problematik der Betroffenen resultiert vorwiegend aus Problemen, 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. Diesbezüglich ist es oft erschreckend, mit welchen »fachlichen« Analysen und Argumentationsfiguren diese Maßnahmen begründet und trotz offensichtlicher Ineffizienz in Bezug auf die damit verbundenen Zielsetzungen oft über viele Jahre, ja Jahrzehnte, beibehalten werden. Zur Legitimation werden sämtliche gängigen psychotherapeutischen und heil- und sonderpädagogischen Schulen und Theoriekomplexe in Kombination mit z.T. nur noch modernistisch missbrauchten Begriffskomplexen wie »Wahrung der Autonomie«, »Ermöglichung von Selbstbestimmung« bis hin zu Formulierungen wie »die/der ist so und braucht (will) das« bemüht. (4) Diese Prozesse, einmal in Gang gekommen, sind wesentliche Ursache der Verhaltensweisen, die mit eben diesen Maßnahmen vermeintlich adäquat, mit dem Ziel, sie zu bessern oder gar zu überwinden, behandelt werden. Wie ich gerade in der jüngsten Diskussion um den ARD-Film erfahren muss, werden diese Zusammenhänge und das Versagen des Faches, also der Heil- und Sonderpädagogik, der Psychotherapie und Psychiatrie diesen Menschen gegenüber nicht thematisiert. Es wird in einigen Beiträgen so getan, als wäre der Versuch zu ächten, mit den Menschen im Sinne ihrer »Rehistorisierung« (Jantzen u.a. 1996) aus diesen restriktiven und aggressiv-therapeutischen Maßnahmen und aus ihrer »Mystifizierung« (dass sie dies aufgrund ihres So-Seins bräuchten und ihnen dieses zu belasten – z.B. sich selbst zu verletzen – ihre Möglichkeit zur Selbstbestimmung ausdrückt) herauszukommen, anstatt die Praxen, die sie in diese hinein führen, ohne ihnen die Chance eines anderen Weges gelassen zu haben. In Anbetracht des derzeit objektiv noch geringen bzw. nicht vorhandenen Wissens um Grundlagen, Theorie und Praxis der SDKHT und die Person der Klientin, erscheint mir der Verdacht nicht unbegründet, dass sich in Stellungnahmen und Bewertungen, wie sie auch der Ak vornimmt, eine Art fachkollektive Abwehr genau der Diskussion dieser Sachverhalte und die Projektion von Schuldgefühlen ausdrückt.

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 diesen Menschen 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. Damit geht es im Konzept der SDKHT u.a. darum, für Menschen, die unter die oben kurz anskizzierten Bedingungen und Lebensverhältnisse gerieten – was immer durch sie selbst verurschuldete 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.

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« (5), um ein Minimum kooperativer Verhältnisse herstellen zu können, durch die eine Chance besteht, konstruktive und produktive Handlungsweisen generieren zu können. Auch diese sehr schwierige Phase des Eintritts in die Arbeit – in besonderen Fällen ist dies für die Betroffenen mit einer stationäre Intensivphase an unserer Universität verbunden, an die sich ein Wechsel in weitgehend neue Lebensverhältnisse anschließt – gilt es, unter geringsten 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 pa-

ternalistischen 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 auf unsere Person 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.

Ergänzend zu erwähnen ist, dass die neuroleptischen Behandlungen mit antipsychotischer, sedierender und psychomotorisch dämpfender Wirkung meist schon im Vorfeld der stationären Arbeit auf ein therapeutisch nicht mehr wirksames Maß reduziert werden. Andererseits müssen in der ersten Phase der stationären Arbeit die alten Maßnahmen z.B. mechanischer Fixierung beibehalten werden, bis den Klienten die raum-zeitliche und interaktionale Struktur der neuen Arbeitsweisen bekannt und in Ansätzen tragfähig geworden ist. Dabei ist es bedeutend, inwieweit mit der entsendenden Institution hinreichende Kooperationsverhältnisse eingegangen werden können. Mit der Arbeit beginnen wir aber erst, wenn garantiert ist, dass die Klienten nach der stationären Intensivphase in neue Lebens- und Lernfelder wechseln können.

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, zu überwinden. Dies als Basis, auf der dann kontinuierlich in kooperativen Prozessen im konstruktiven Miteinander gemein-

same Produkte erarbeitet und auch Aufgaben, die aus dem Lebensalltag resultieren, 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«, die 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 LEONTJEV (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).

3. Einige Anmerkungen zum Film »Michaelas letzte Chance?« und zu den Reaktionen auf den Film

Die Ausstrahlung des Films »Michaelas letzte Chance?« (6) hat für mich darin seine positive Seite, dass er den Teppich über einer Problematik im Bereich Heil- und Sonderpädagogik, Psychiatrie und Psychologie weit mehr weggezogen hat, unter den sie meist gekehrt wird — nämlich unter den des Schweigens, der Verdrängung professioneller Hilfslosigkeit und Ohnmacht und ihrer Rechtfertigung mit Verweis auf die nicht mehr bestehende positive Beeinflussbarkeit bestimmter Menschen in der institutionalisierten Versorgung — als mir dies mit anderen Bemühungen, auf die Lebensumstände dieser Menschen und die fachlichen Missstände ihnen gegenüber aufmerksam zu machen, bisher gelungen ist. In gleicher Weise stimme ich den Verfassern der Stellungnahme des Ak zu, dass es sich hier auch um einen seitens der Kostenträger hochgradig »verleugerten Notstand« handelt. Diese sind nicht nur an kostengünstigster Versorgung und Verwahrung interessiert, sondern sehen auch ihre Verantwortung hinsichtlich einer für die Arbeit mit diesen Menschen ausreichenden Qualifikation des bei den Einrichtungsträgern arbeitenden Personals und deren Finanzierung nicht. Dennoch gibt es auch in dieser Frage keine monokausale, sondern nur eine relationale Bedingtheit des Verhältnisses von Kosten- und Einrichtungsträger und von Personal und Betreuten. Darüber hinaus leistet es der Film, auf die Klientin stets in ihrer Eingebundenheit in gemeinsame Vorhaben einzugehen, ohne sie durch eine isolierte Darstellung ihrer individuellen Situation zu entwürdigen.

Zum im Film dargestellten Vorhaben gibt es zahlreiche Anfragen und Rückmeldungen, die allerdings — mit Bezug auf die Reichweite der Ausstrahlung des

Films — als sehr bescheiden angesehen werden können. Ungefähr 90% aller Rückmeldungen sind dringende Ersuchen von Eltern, Betroffenen und Institutionen um Hilfe, sind Fragen, um besser verstehen zu können, Berichte über eigene Erfahrungen in diesem Arbeits- und Problembereich u.a.m. Ungefähr 10% der Rückmeldungen können kaum ernsthaft beantwortet werden. Einige davon verweisen auf esoterische und exorzistische Erklärungen und Ratschläge. Die überwiegende Mehrzahl in diesem Bereich sind Stellungnahmen vor allem von Studierenden und KollegInnen aus dem universitären Bereich und von Fachleuten aus verschiedenen Praxisfeldern, die, allein in Orientierung auf den Film, diesen als Einziges und Alles nehmend, Feststellungen treffen, die sich z.T. nicht einmal aus dem Film ableiten lassen, selbst wenn man ihn als geschlossenes System wahrnimmt. Es wird behauptet und bewertet, ohne zuvor zu fragen und auch in persönlich diffamierender Weise agiert, dass es nicht mehr sachdienlich ist. Etwas mehr „Medienkompetenz“ sollte bei Fachleuten erwartet werden können.

Im Kontext solcher Äußerungen sehe ich mich in meinen aus jahrelanger Praxis resultierenden Auffassungen bestätigt, dass nur wenig adäquates Wissen über die realen Entwicklungsbedingungen und Lebensverhältnisse in bezug auf Menschen vorliegt, die unsere Klientel ausmachen und wie verkommen unser Fach darin ist, einen sachadäquaten Diskurs zu führen. Die Stellungnahmen verdeutlichen, dass ihre Verfasser kaum in der Lage sind, die individuelle und soziale Lage der Betroffenen zu realisieren und sie fachlich in Theorie und Praxis angemessen behandeln zu können. Von vielen, die ich kenne und sich derart äußern, muss ich auch annehmen, dass sie noch nie mit vergleichbaren Klienten in unmittelbarer Verantwortlichkeit und Zuständigkeit gearbeitet haben — zumindest nicht derart intensiv und über solche Zeiträume — und dass die mit ihrer Stellungnahme verbundenen Ziele weniger den vorgegebenen Sachfragen, sondern der Befriedigung anderer Bedürfnisse dienen. Wäre das nicht der Fall, so nehme ich an, sollte, wer sich derart zum fachlichen Richter aufschwingt, zumindest das Angebot unterbreiten, mit diesen Klienten zu arbeiten und die damit verbundenen Fragen und Probleme besser zu bewältigen, als dies mir und denen gelingt, die mit mir arbeiten. Keine einzige Rückmeldung von allen, die mir vorliegen, unterbreitet ein solches Angebot. Unter solchen Aspekten werden die hehren Beteuerungen auf Anerkennung der Betroffenen in ihrem Sosein als Wahrung ihrer Autonomie zur verlogenen Geste. Wer, wie die Menschen, mit denen wir an der Universität im stationären Bereich aber auch ambulant arbeiten, vergleichbare Biographien hat und eine derartige Geschichte fachlichen Umgangs mit ihnen ausweist, wie wir sie recherchieren können, dem gegenüber kann ich eine solche Haltung nur als übelste Form, sie auszugrenzen und ihre Ausgrenzung als ihre Normalität umzudeuten, ansehen. Hinzu kommt, dass auch *nicht eine Rückmeldung* aus diesem fachlichen Bereich danach fragt, was denn dieser Frau passiert und ihr angetan worden sein muss, dass sie so wurde, wie sie zu uns kam und welches fachliche Versagen bis hin zur Gewalttätigkeit ihren bisherigen Lebensweg kennzeichnet. Außer großen Worten finden sich keine theoretischen und praktischen Lösungsvorschläge für diese Probleme — auch keine dafür, was präventiv zu tun sei, dass solche Probleme in Biographien von Menschen erst gar nicht entstehen. Man will,

ohne Angebot, Verantwortung zu übernehmen — um meinen Eindruck in einem Bild zu fassen — sich wohl schlicht und einfach die Hände nicht »schmutzig« machen und 'in Unschuld waschen' (Demand 1992). So zeigen diese Repliken mit einem nur sehr dünnen moralischen Finger auf uns, die wir für viele Menschen Verantwortung übernommen haben, deren Misere wir zu keiner Sekunde ihres Lebens bedingt haben und in bezug auf die ich es für eine moralisch nicht vertretbare Position halte, solche Menschen mit die eigene Ohnmacht rationalisierenden Scheinargumenten in ihrer extrem unwürdigen Lebenssituation zu belassen. Aus derart langandauernden, schweren und die Menschen in vielen psychischen Bereichen traumatisierenden Biographien und Lebensumständen führen keine Wege mit rotem Teppich, sondern nur harte und schwere Arbeit — für beide Seiten. *Das bedeutet nicht, dass wir keine Fehler machen, nicht unter der Not absolut ungeeigneter Rahmenbedingungen für unsere Arbeit an Grenzen geraten, die Fehler fördern.* Diese Wege dennoch zu gehen, ist legitim in Solidarität mit den Betroffenen und in Bereitschaft dafür, in Übertragungsprozessen ihre „Gewalttätigkeit“, die oft einziger Ausdruck ihrer Lage und Möglichkeit der Kommunikation bleibt, anzunehmen. Das haben wir auch im Fall der Klientin M. getan. Ergänzend dazu noch einige für die Sache unverzichtbare Anmerkungen zum Film:

1. Der Film ist nicht „mein“ Film, wie immer wieder gesagt und geschrieben wird. (7) Ich habe ihn selbst das erste Mal im Fernsehen gesehen, hatte keinen Einblick in das gewonnene Material, außer in die Aufzeichnung der Eröffnung an die Klientin durch mich, dass sie nach Bremen kommen wird. Die am Vorhaben mitarbeitenden Studierenden mussten diese Passagen sehen, weil sie eine besondere Problematik offenlegten, die uns zuvor derart nicht zugänglich war, von mir aber bereits erahnt wurde; erst in diesem Kontext wurde sie eindeutig wahrnehmbar. Dies wurde nur dadurch möglich, dass das Einspielen der Eröffnung an die Klientin vor den Studierenden vom Filmteam wiederum aufgezeichnet wurde, was auch im gesendeten Film erscheint. Ich hatte auf keinen Schnitt, keinen Kommentar und auf keine Aussage, außer auf meine eigene — aber auch nicht auf deren Auswahl und Zusammenstellung wie deren Kombination mit Szenen — irgendeinen Zugriff.
2. Zur Erstellung des 45-Min-Films wurden 24 Stunden Filmmaterial durch das Filmteam gewonnen. In der gleichen Zeit haben wir 378 Stunden mit der Klientin gearbeitet.
3. Der Film ist kein Lehrfilm in bezug auf die SDKHT und keine Fallstudie in bezug auf die Klientin. In diesen Punkten — auch in bezug auf die Diagnose (die wir erst in Bremen in direkter Zusammenarbeit mit der Klientin herausarbeiten konnten, was zwang, die zuvor bestehenden weitgehend zu revidieren) erfüllt der Film aus wissenschaftlicher und fachlicher Sicht zu stellende Minimalanforderungen nicht. Auch gibt er praktisch keine Auskunft über den Aufbau der Therapie, ihre innere Struktur und deren Veränderungen über die vier Wochen der Arbeit mit der Klientin hinweg. Auch haben wir nie von einem „Experiment“ oder von einer „Neuprogrammierung“ gesprochen, wie das im Film bzw. im Rundfunkfeature (8) gesagt wird. Ich experimentiere nicht mit Menschen und programmiere sie nicht (um). Michaela war bis heute die letzte

von über 180 Personen, mit denen nach diesem Modell gearbeitet wurde. Entsprechend der Diagnose, die wir im Laufe der Arbeit stellen mussten, kann sie aber nicht zu der Klientel gezählt werden, in bezug auf die wir die Arbeitsweise entwickelt und evaluiert haben. Um so interessanter, dass auch sie, wenn gleich, wie sich heute erweist, in nahezu dreifacher Zeitdehnung die Entwicklungen durchlief, wie wir sie auch an anderen Personen, mit denen wir arbeiteten, beobachten konnten.

4. Im Vorspann zeigt der Film nur einige Sekunden ein Handpuppenspiel. Dies entstammt dem sonst im Film nicht mehr thematisierten Bereich „Schule“, in dem wir der Klientin auf der Basis des Buches „Konja Räubertochter“ ein Projekt anboten, das den Vormittag eines jeden Therapietages ausgefüllt hat. Neben dem Angebot, sich inhaltsorientiert Kulturtechniken aneignen zu können (9), sollte das Projekt der Klientin vor allem eine Möglichkeit bieten — und ihr damit Projektions- und Reflexionsfläche ihrer psychischen Probleme sein — ihre tiefen Ängste, ihre soziale Situation, die erfahrenen Gewalt, die ihr auch im Namen heil- und sonderpädagogischer Behandlungen angetan wurde und deren (psychischen) »Narben«, die ihr Lebensgefühl dominieren, ohne Drängen von außen vergegenständlichen und darstellen zu können. Darauf wird später noch eingegangen sein, wie auch die Beiträge der Studierenden darauf verweisen.

5. Durch Schnitte und zugeordnete Kommentare im Film, auch durch die Begriffs- und Wortwahl des Kommentars, entstehen Eindrücke, die Sachverhalte in unmittelbare Kombinationen bringen, die in der Therapie z.T. aber um Stunden bzw. Tage versetzt waren; so auch bezüglich der ersten Menstruation der Klientin. Auch die Darstellung scheinbar unmittelbar aufeinander abfolgender Bewältigung von Wegen, ohne dass deren Zweck und die dazwischenliegende Arbeit deutlich wird, führt zu falschen Eindrücken. So bleibt neben vielen anderen Ereignissen auch unerwähnt, dass die Klientin mit ihrer Ankunft in der Universität erstmals nach sehr langer Zeit ein anderes Paar Schuhe anlegt, als das zuvor ausschließlich getragene und dieses dann wieder abstreift.

Auch waren wir weitgehend ohne Einfluss auf die Anwesenheit des Filmteams. Es bekam viele der schwierigen Regressionsphasen der Klientin mit, aber leider nur wenige ihres Kompetenzaufbaus. Auch hat diese Klientin mehr als ich dies in meiner Erfahrungsgeschichte registrieren musste, auf das Filmteam reagiert — mit Irritationen und problematischeren Verhaltensweisen. In Kenntnis ihrer Diagnose, wie wir sie erst im Laufe der Arbeit erstellen konnten, ist auch das erklärbar.

Ich habe hier nur wenige Aspekte exemplarisch angesprochen, die um viele andere ergänzt werden könnten. Dies zur Verdeutlichung, dass Einschätzungen nach dem „Pars-pro-toto-Prinzip“ zu keiner diskutablen Verständigung führen können und zumindest Nachfragen erforderlich gewesen wären, um sehr zentrale Momente der Arbeit, soweit sie im Film selbst zum Tragen kommen, auch nur einigermaßen angemessen würdigen zu können. Zusammenfassend möchte ich aus meiner Sicht festhalten: Der Film ist Produkt der Regisseurin, ihrer Sicht der Person

Michaela, unserer Arbeit und ihres damit verbundenen Anliegens als Dokumentarfilmerin, was mir zu akzeptieren kein Problem ist.

Um zu weiteren diskutablen Fragen kommen zu können, bedarf es in einem nächsten Schritt zumindest einer groben Skizze der Arbeitsweise der SDKHT und einiger Hinweise auf ihre Grundlagen wie, vorausgehend, auf Grundorientierungen im Fach, die auch für pädagogisch-therapeutische Konzepte erkenntnis- und handlungsleitend sind.

4. Die »sanfte« Normalität der Entmenschung

Die pädagogisch-therapeutischen Konzepte, die dem Personenkreis gegenüber zur Anwendung kommen, der durch geringe soziale, kommunikative und kognitive Kompetenzen einerseits und durch z.T. sehr schwer »ausagierende« Verhaltensweisen andererseits auffällig wird — das zeigen auch die Biographien unserer Klienten — werden mit der Absicht praktiziert, Krisen zu bewältigen, Entwicklung zu induzieren und soziale Kompetenzen aufzubauen. Sie sind in der Regel aber 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 überwiegend 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 -interaktiv extrem ausgedünnt.

Es dominiert eine »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 identifizizierte 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, wie es die Diskussion um sog. »aggressive Therapien« vor allem im medizinisch-psychiatrischen Bereich verdeutlicht, auf diesem Hintergrund zur »Therapie« erklärt. Auch Formen der mechanischen Fixierung, der räumlichen Isolierung und die Verabreichung hochdosierter Medikationen 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 Lernmög-

lichkeiten, 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 der emotionalen Differenziertheit haben 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 die diesen Menschen in Sonderinstitutionen aktiv bereiteten inhumanen 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 in ihm selbst liegend verortet werden können. Dass er oder sie eben so sei, worauf ich schon eingangs verwiesen habe, und deshalb die vorfindbare Situation benötige, ist die konsequente Folgerung.

Die Professionalität der Fachkräfte wird sehr oft darin begründet gesehen, die Lebensrealität der Betroffenen (die nicht als sozial induzierte und geschaffene reflektiert wird) aushalten und sie so sein lassen zu können, wie sie sind, was auch meint, damit ihre Bedürfnisse adäquat zu befriedigen. Ich betone, dass dies in bezug auf unsere Klientel eine nahezu durchgängige Auffassung ist, die teils offen geäußert, teils hinter vorgehaltener Hand, wenn man mal 'offen' redet, zum Ausdruck gebracht wird, manchmal auch mehr oder weniger in sehr hehren Aussagen verklausuliert oder verschleierte. Eine Differenzierung zumindest derart, dass die »herausfordernden« Handlungen zwar vom Betroffenen hervorgebracht werden, diese aber nicht allein aus ihm heraus entstanden sind, wird praktisch nicht geleistet. Im »Erdulden« der im Grunde als 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, hinter dem keine wissenschaftlich haltbaren Erklärungen stehen, gründen, so meine Erfahrung, auch in Fehl Diagnosen, die zur Legitimation der hergestellten Lebensbedingungen missbraucht werden und dienen der Entlastung der Betreuungspersonen in der täglichen Arbeit. Der Diagnose der »geistigen Behinderung«, die diesem Personenkreis geradezu anhaftet und von der auch der Ak in seiner Stellungnahme zu unserer Arbeit nicht ablassen kann, obwohl im Film dessen Unhaltbarkeit für diese Klientin eindeutig betont wird, kommt in einem hohen Maße gerade diese Funktion zu. Es gibt hinreichend Gründe, die Diagnose »Geistige Behinderung« nicht nur zu relativieren, sondern grundsätzlich zu ächten und als inadäquate Bezeichnung von Fragen erschwerter und beeinträchtigter Entwicklung von Menschen aufzugeben (Feuser 1996, 2000). Zur Verdeutlichung ein kurzer Bericht:

Ein junger Mann, die Hände mit Gurten auf dem Rücken fixiert, liegt, vor einer Arztliege stehend, vornübergebeugt 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 handlungsfähig 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 Entspannung und Freude auf, er scheint stichtlich 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 selbst extrem Ausgebeutete. Es gibt aber auch recht zahlreich eine deutliche Ignoranz von Ausbilden 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 – so auch im Falle der Klientin M. 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« (S. 136/137).

Unter Aspekten dieser Aussage möchte ich die nachfolgenden Hinweise zu Grundfragen der SDKHT begrenzen, der – verkürzt gesagt – eine umfassende philosophische, persönlichkeits-theoretische, neurowissenschaftliche, entwicklungs-, lern- und sozial-psychologische Theoriebildung zugrunde liegt, wohl wissend, damit tragende Bereiche zu vernachlässigen oder ganz auszublenden, was zu einem limitierten Verständnis der Begründungszusammenhänge führen kann, im Kontext dieser Arbeit aber nicht vermeidbar erscheint.

5. Aspekte systemtheoretischer und psychologischer Grundfragen

In der langen Geschichte der Entwicklung der SDKHT 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“ ohne Ausschluss eines Menschen wegen Art und Schweregrad seiner Behinderung aus regulären Lebens- und Lernfeldern 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 (10), 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 Regulierung im Zerrbild einer egozentrischen Selbstverwirklichungsmanie schnell an ideologischem Boden gewann und gewinnt (Daub u. 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 entwicklungsinduzierenden Lernen ermöglichen, durch das neue Handlungsmöglichkeiten resultieren. Die SDKHT organisiert diese Kooperationsverhältnisse so, dass sie den Klienten wahrnehmbar und die gemeinsamen Gegenstände aneignbar werden 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 (11) zusammengeführt wird, ein Bild vom Leben und der Evolution des Lebendigen, eingeschlossen die Entwicklung eines Individuums, zu machen, das verdeutlicht, dass selbst schwerst beeinträchtigte 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, 2000; Maturana u. Varela 1990). Diese für die Existenz lebender Systeme grundlegenden Eigenschaften sind, um es in einem Bild zu formulieren, basalste Bezugsebene der Arbeit in der SDKHT, so dass es möglich wird — wieder in einem Bild verkürzt zusammengefasst — auf die untersten Ebenen zurückzugreifen, die die Evolution des Systems generieren können, die durch die internen und externen Systembedingungen moduliert wird. Darin begründet sich u.a. unsere Orientierung (im Unterschied zu einem defekt- und devianzorientierten Modell) an einem „Kompetenz-Modell“ und auf die Möglichkeit der Modulation von Feldbedingungen, die als Attraktoren eine Entwicklung beeinträchtigen bzw. nach Maßgabe des in der Ontogenese maximal Möglichen realisieren. Aber ich greife vor.

Schon in prä-biotischen 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. 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 Tempomachen 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, auszu-schöpfen und auszuweiten. Es geht dabei von den neuronalen Synchronisationen her gesehen um die Generierung eines inneren Zeittraktes auf der Basis von (äußeren) Minehmereffekten (äußere sprachliche und motorische Synchronisation von Pädagoge bzw. Therapeut in der Funktion besonders von P1 — aber auch P2 und P3 — und Klient), der den Klienten erlaubt, die aufgebaute Orientierung(stätigkeit) einerseits stabil aufrechtzuerhalten und andererseits, gleichzeitig damit, störende Einflüsse aus dem Wahrnehmungsfeld auszufiltern (auszublenden). (12)

Systemtheoretisch — um den Kreis enger zu ziehen und zu einigen wenigen Momenten der psychologischen Seite unserer 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 »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-Stirnpartie 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, S. 114).

Der zwischenmenschliche Dialog ist der in Form von »angeborenen Auslösemechanismen« (13) bis ins erbkodierte Artgedächtnis hinein abgesicherte »Attraktor« (14) 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 Minehmereffekte der gemeinsame wie intra-individuelle Raum zeitlich getriggert wird und ein »entgleister« Dialog, wie es SPITZ (1976) bezeichnet, wieder in Gang kommen kann. Dies allein schon durch die Induktion eines gemeinsamen rhythmischen Tuns, in dem z.B. frühe stereotype Grundmu-

ster des Klienten wieder aufgegriffen werden. So kann interne Zeit generiert und können neuronale wie psychische Strukturen aktiviert und stabilisiert werden. (15) 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 zu generieren, d.h. neues Wissen, neue Erfahrung zu bilden und sie 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 unter-schiedliche Gedächtnis- und damit Lernbereiche angesprochen werden, so im Sinne des Priming, des Wissenssystems, der prozeduralen Akte und des episodischautobiographischen Gedächtnisses, was das Wiedererkennen schon einmal erlebter Situationen, das Erinnern von Fakten, das Wieder-generieren von Handlungs- und Bewegungsabläufen und eben das Erinnern der individuellen Lebensgeschichte ermöglicht.

Bezogen auf ein Verständnis von Entwicklung wäre unter Berücksichtigung systemischer Zusammenhänge 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 Gegenwart 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!* (16)

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; das erfordert eine eigenaktive Tätigkeit des Subjekts, die zwar substituiert, ihm aber nicht abgenommen oder ersetzt werden kann. So kommen sowohl die im gesellschaftlichen Rahmen 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 vermittelte zu verste-

hende 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 an dieser Stelle 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 u. Zimmermann 1999; Endres u. 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 Klienten auch international bei renommierten Experten, andere erfuhren einzelne Maßnahmen — trotz jeder Erfolgslosigkeit in Relation zu den damit verbundenen Zielen — unverändert über eineinhalb Jahrzehnte hinweg. Das Misslingen pädagogisch-therapeutischer Bemühungen und — mit zunehmender Verschlechterung der Situation — der Einsatz kontraindizierter 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

labil bestehenden Beziehungen, die nie eine wirklich tragfähige Bindung ermöglichen, zusammen. Verwahrt in einer kulturlosen Umgebung und mittels straffer 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 Stereotypen, 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 (zeitliche Triggern des Systems und informationelle Befrachtung z.B. durch Reafferentationen) zu aktivieren, was, transformiert ins individuelle Empfinden und Erleben, emotional stabilisierend und Angst reduzierend erfahren wird. Es sei hier nur kurz angemerkt, dass das Erleben emotional-affektiver Stabilität vor allem im Sinne von positiven Emotionen und Angstfreiheit die Basis sinnbildender Prozesse ist. Deshalb können sie bedeutungsmäßig sowohl auf z.B. freundliche Beziehungsverhältnisse mit externen Partnern bezogen sein wie auf sich selbst durch selbst generierte, auf den eigenen Körper gerichtete (scheinbar »pathologische«) Akte. So wird — anders gesagt — z.B. durch das Schlagen auf den eigenen, zum Objekt der Handlungen gewordenen Körper und durch die damit verbundene Bewegung der Muskulatur 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 eine innere Konsistenz (Wahrung der Einheit des „Ich“ und der Selbst-Wahrnehmung) wie die Kohärenz der (umgebenden) Welt gewahrt werden kann, um auf diese Weise lebenswichtige biologische wie psychische 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.

Die vorstehend erörterten Sachverhalte skizziere ich kurz in der nebenstehenden dreigliedrigen Skizze an oberster Stelle. Aus diesen für die menschliche Existenz schlechthin basalen Zusammenhängen leite ich das Setting der SDKHT und die durch dieses strukturierten Kooperationsverhältnisse ab, was der mittlere Teil verdeutlicht. Zuunterst sind die im Kooperationsverhältnis durch Interaktion und Kommunikation aus lempsychotherapeutischer Sicht als Minima zum Tragen kommenden Informationszläufe skizziert. Die weiteren Ausführungen können nun auf diese Skizze bezogen werden.

6. Die „Substituierend Dialogisch-Kooperative Handlungs-Therapie (SDKHT)“

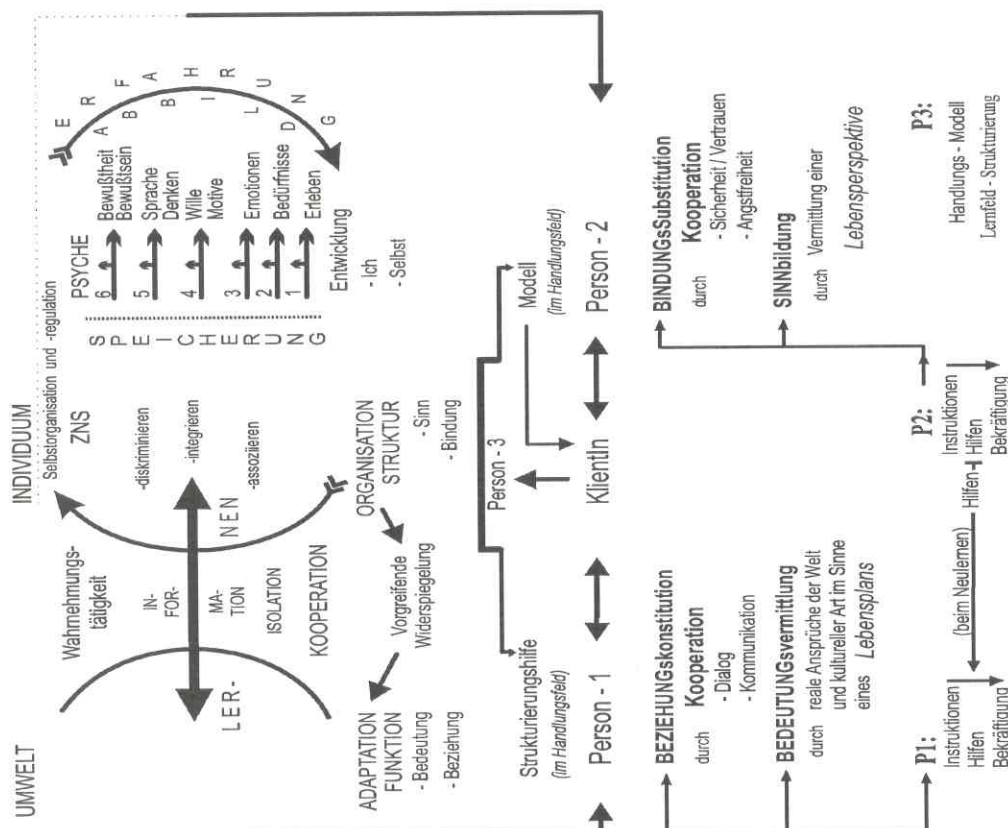
Es dürfte deutlich geworden sein, dass ein Arbeitsmodell für Menschen, mit denen zu kooperieren und, darin eingebettet, einen Dialog zu führen, nicht mehr möglich erscheint oder aufgegeben wurde, eben dies zu leisten und den systemischen und psychologischen Momenten zu entsprechen hätte, die als fundamental für die Realisierung menschlichen Lebens angesehen werden müssen. RENÉ SPITZ (1976) fasst das in einer BUBER vergleichbaren einfachen Aussage zusammen: „*Leben in unserer 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 Lebenssituationen 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 und 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 trägt den systemischen und psychologischen Momenten dadurch Rechnung, dass in der Regel drei Personen (P1, P2 u. P3) mit einem Klienten kooperieren und interagieren, wie das die nebenstehende Skizze verdeutlicht:

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 entfalteten psychischen Funktionen, so dass fundamentale Bedürfnisse des Klienten nach

Skizze selbstorganisierter Aneignungstätigkeit und der kooperativen Handlungsstruktur und -funktionen in der Praxis der

Substituierend-Dialogisch-Kooperative-Handlungstherapie



Georg Feuser

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 sinnvoll erlebte 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 »Modelle«-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 Interaktionsgeflechtes 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. Auch diese Zusammenhänge können hier nicht hinreichend behandelt werden. Verwiesen sei aber darauf, dass vor allem der Sequenzierung der lernpsychologisch relevanten Mikrosequenzen in der Kommunikation und Interaktion eine zentrale Bedeutung zukommt. So der Schaffung einer ausreichenden Vigilanz (Hirnwachheit/Orientierung), dem Geben einfacher, klarer und eindeutiger, durch deutliche Gesten und Zeichen wie stimmliche Intonationen begleitete Anweisungen und Instruktionen, dem Gewähren von Hilfen vor allem mittlerer Stärke (z.B. cues) und nach der Bewältigung der Aufgabe der bekräftigenden Rückmeldung. Der durch nur oberflächliche Betrachtung der Interaktions- und Kommunikationsprozesse im Setting entstehende Eindruck eines rein verhaltens-therapeutischen 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 ergänzend und auch parallel zu dem mit P1 durch P2 geführt wird, z.B. über Körperkontakt und viele andere Handlungen, auch verbal (meist nur flüsternd), und der spätestens unmittelbar dann einsetzt, wenn der Dialog mit P1 nicht mehr möglich ist. (17)

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 den Klienten 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 nach 19 bis 22 Tagen in ihre neuen Lebensfelder eingegliedert werden. Würden wir in diesem Zeitraum keine Ansätze feststellen können, dass sich die Lage der Klienten deutlich verbessert und Entwicklungsprozesse in Gang kommen, wäre anzunehmen, dass unsere Analysen zu ihrer Lebenslage und Ist-Situation unzutreffend und mithin die inhaltlichen und beziehungs-mäßigen Angebote inadäquat sind. Es wäre dann neu zu planen. Bislang ist dieses noch nicht erforderlich geworden. Auf die diesbezüglich spezielle Situation mit der Klientin M. komme ich an späterer Stelle zurück.

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, 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 des Klienten, während die beziehungsmaßige Absicherung auf sehr basaler Ebene erfolgen kann. Von dieser her wird versucht, die emotionale Lage zu stabilisieren, wodurch die auf dem Hintergrund vieler traumatisierender Erfahrungen affektgenerierten Handlungen, die bei einigen Klienten auch Folge und Ausdruck paroxysmaler Angstattacken sind, schrittweise in den Hintergrund treten können. Dies ist aber nur im Kontext des Attraktors der im Klient-P1-Verhältnis aufscheinenden Veränderung der eigenen Lage, sowohl hinsichtlich des Gewinns aufscheinenden 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 also 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 sehr kurze Momente begrenzt sind und der Dialog wieder zusammenbricht. Hier gewinnt die P3 besondere Bedeutung, die, wie die P2, in klassischen therapeuti-

schen 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 und einer konstruktiven Kooperation beeinflussen und beeindrucken zu lassen. P3 repräsentiert in Referenz zu P1 ein analoges Modell der Handlungen, die in der Situation und von der Sache her erforderlich sind und hinsichtlich des angestrebten resultierenden Produkts. So kommt auch durch die Funktionen von P3 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, Zuerst 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 das Feld verlassen und aus der Situation herausgegangen, in der Dialog und Kooperation zusammengebrochen sind. Dies um an »neutralere« Ort den Klienten wieder stabilisieren und, falls erforderlich, Schaden von anderen Personen oder Sachen abwenden zu können. In dieser Zeit können auch eventuell beschädigte Arbeitsmaterialien durch die P3 in lernfeldstrukturierender Funktion ersetzt und die Ausgangssituation wieder hergestellt werden, damit die Arbeit an und mit einwandfreien Materialien fortgesetzt werden kann. Nach Stabilisierung des Klienten (in der Regel) durch P2 kann in die Situation zurückgekehrt und das gemeinsame Handeln mit P1 an der Stelle im Kooperationsprozess wieder aufgenommen werden, wo es zur Unterbrechung gekommen war. Je nach Situation und aus dem Arbeitsprozess sich ergebender Erfordernisse wird dann auch an den Anfang einer Handlungssequenz zurückgegangen. Dabei ist wiederum der Grundsatz einzuhalten, dass P1 das entstandene Problem nicht nachgängig thematisiert (das erfolgte, wenn es unter Berücksichtigung des Entwicklungsniveaus eines Klienten sinnvoll ist, im Rahmen der Stabilisierung durch P2), sondern ruhig in der Arbeit fortfährt

und den Klienten nach der Krise durch verstärkte Hilfen unterstützt. Es kann auch kurz auf leichtere Aufgabenstellungen zurückgegangen werden. Die P3 in Modellfunktion setzt auch in solchen Situationen ihre Tätigkeit entsprechend den zu erledigenden Aufgaben unbeirrt fort, wie es der Klient hätte tun sollen. Das verweist auf die Notwendigkeit arbeitsteiliger Wahrnehmung der Funktion der P3, wie z.B. auch zwei P2 eingesetzt werden können, von denen aber nur eine P2 die mit dieser Funktion verbundenen Aufgaben übernimmt und den Dialog führt. Bei Klienten, die besonders aggressiv und destruktiv handeln, kann 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, diesen vororientierend und andere Hilfen gewährend, auf dessen Rückkehr in die Tätigkeit und begleitet den Weg zum eigentlichen Ort des Handelns, wo der Klient von der (regulären) P1 bereits mit Orientierung auf die Fortsetzung der Arbeit empfangen wird (siehe hierzu die Skizze zum Setting zu Krisenintervention und Therapie für den Fall der Klientin M. an späterer Stelle dieser Arbeit).

Diese klare funktionsbezogene Trennung der im Team arbeitenden P schafft die erforderliche Transparenz auch sehr komplexer sozialer und gegenständlicher Handlungsfelder und 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 wiederkehrende Abläufe 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 arbeiten, 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 solche überhaupt getroffen werden.

In der Regel gilt zusammenfassend: Kommt es zur Blockierung oder zum Zusammenbruch der psychischen Stabilität des Klienten z.B. durch das Scheitern des Dialogs zwischen P1 und dem Klienten, was z.B. auch aus unangemessenen inhaltlichen und/oder sozial-kommunikativen Anforderungen und mangelnder zeitlicher Synchronisation in der Kooperation sowie aus vielen anderen Gründen resultieren kann, die selbstverständlich zu analysieren und zu gewichten 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, verharret 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 Kom-

mentar, so, als wäre nichts gewesen. Tadelnd-restriktive oder strafend-sanktionierende Verfahrensweisen seitens P1 sind kontraindiziert und werden, kommt es durch Gegenübertragung dazu, in gleicher Weise analysiert und besprochen. Dies auf der Basis therapiebegleitender Beobachtungen bzw. audio-visueller Dokumentation.

Das Verhältnis von P2 zum Klienten kann hinsichtlich seiner Tiefe partiell als »konstruktive Symbiose« bezeichnet werden. Dass jede Beziehungsebene besondere 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. Es bedeutet aber, die Tätlichkeit des Klienten nicht repressiv zu sanktionieren. Fixieren oder sedieren aus diesem Grund 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. Einfach gesagt: P2 ist keine Kontrollperson, die dafür zu sorgen hätte, dass alles problemlos abläuft und die anderen Kooperationspartner es in ihren Funktionen leichter haben oder sich gar aus der Verantwortung für das Geschehen zurückziehen könnten.

In der Arbeit mit Klienten, die sehr aggressiv und destruktiv handeln, kann es, auch um sie vor schweren, zwanghaft auftretenden Selbstverletzungen schützen zu können, im Sinne der vorgenannten erforderlichen Begrenzungen, um aus dem Feld gehen und den Raum für eine Stabilisierung erlangen zu können, zur Ausübung von Macht kommen. Dies ggf. 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, 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 bzw. auf diese Art ihr Überleben zu sichern. Seitens der Betreuer in Institutionen werden diese Verhaltensweisen oft als eine Art Indisponiertheit der Betroffenen interpretiert, worauf sie Anforderungen zurücknehmen und sich zurückziehen, um den behinderten Menschen die vermeintlichen Freiräume zu belassen, derer sie auf dem Hintergrund solcher Interpretationen der Lage der Betroffenen 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 „weggeschossen“ war, standen ihm außer seiner Kleidung, seinen Windeln, einem Pezzipall 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 heiße NN“. 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 strukturierten 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, tippie die Bildunterschrift „ich tanze“ 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 ließen 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. unsere fachliche Analyse seiner Lage, auf deren Grundlage wir planten und Lernfelder organisierten und 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 Wegsperrungen, wie sie diesem Personenkreis gegenüber an der Tagesordnung sind bzw. hinsichtlich ihrer eigenen Machtausübung, zumal das alles als »Alltag« imponiert). Der Gewaltbegriff als deskriptive Kategorie, das sei hier noch erwähnt, auch wenn ein entspre-

chender Diskurs an dieser Stelle nicht geführt werden kann, genügt (zumindest im Kontext seiner gegenwärtigen Bestimmung) auch in der Pädagogik und Therapie nicht, um die in die Behindertenarbeit hineinwirkenden Momente von Unterdrückung, Ausbeutung und Herrschaft zu analysieren und zu fassen. Ohne die Analyse der Motive, Zielsetzungen und Methoden bleiben partikuläre, ganz andere Bedürfnisse als denen der Betroffenen dienende Interessen im Beziehungsgefüge der Behindertenfürsorge verschleiert. Tendenzen einer moralisierenden Schuldzuweisung in Abstraktion von sozio-ökonomischen, hegemonialen und gesellschaftskritischen Analysen wie ethischen Erklärungs- und Begründungszusammenhängen scheinen auch den gegenwärtigen Stand der Diskussion in der Heil- und Sonderpädagogik zu prägen.

Das exemplarisch dargestellte Handeln unsererseits unterscheidet sich fundamental von den Machtverhältnissen und -strukturen, 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 »Wegsperr« (durch namhafte Repräsentanten einer verbreiteten Arbeitsweise mit solchen Klienten) so begründet, dass das Personal ein Recht darauf habe, in Ruhe gelassen zu werden und er die durch Wegsperrungen geschaffene Situation aufgrund seiner Behinderung brauche. Die Begrenzungen, die wir in Anwendung von Macht, die wir in Anspruch nehmen, praktizieren, dienen der Eröffnung von »Möglichkeitseräumen«, 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 zu bedenken gilt, dass es keine stets klare und eindeutige Abgrenzung von

Bereichen legitim einzusetzender Macht gibt, wie eine für legitim gehaltene Anwendung von Macht im Nachhinein auch als dieser Legitimität entbehrend erkannt werden kann, 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.

Eltern können an allen Aktivitäten — meist verdeckt — teilnehmen, aber wir trainieren sie nicht als „Kotherapeuten“. 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 Mitarbeiter in P-Funktionen tragen einen Ohrhörer, der eine Einwegkommunikation ermöglicht, über die eine Form direkter 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 u.a.m., wie in bestimmten Situationen auch Handlungsanweisungen. Diese sind in der Situation auch umzusetzen. Fragen die daraus entstehen, werden, über Einzel- und Teamgespräche hinaus, spätestens in den allabendlichen Konferenzen mit dem Gesamtteam 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 Nightteam beginnt, drei Stunden. Die Teilnahme aller am Prozess beteiligten Personen ist unverzichtbar.

Einer stationären Arbeit gehen Vorbereitungen von gut einem halben Jahr voraus. Für die Eingliederungsphase im Anschluss an die stationäre Intensivphase, die von uns in fast allen Fällen in Zusammenarbeit mit dem Personal der aufnehmenden Institution begleitet wird, setzen 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. (18)

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 stellen wir mit unseren eigenen Möbeln, geliehenem und zusammengetragenem Mobiliar aus; je nach Erfordernis als Schulklasse, Werkstatt, Kindergarten oder Wohnung. 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 übernehmen.

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 theoretischen und praktischen Qualifizierung der Studierenden für die Arbeit mit dem beschriebenen Personenkreis und der Weiterentwicklung des erkenntnistheoretischen und forschungsmethodologischen Zugangs zu den damit verbundenen Fachfragen.

Diesen Teil abschließend und gleichzeitig zusammenfassend möchte ich noch eine mich über Jahrzehnte nahezu unverändert begleitende Beobachtung anmerken. Heil- und Sonderpädagogik und Psychiatrie versuchen immer wieder, der Schwere einer Behinderung, einer tiefgreifenden Entwicklungs- oder psychischen Störung eines Menschen dadurch gerecht zu werden, dass man die Lebenswelt der Betroffenen in dem fatalen Glauben inhaltlich und sozial oft extrem reduziert, dass ihnen derart eine bessere Orientierung, eine Erleichterung ihrer Lage, eine bessere Entwicklung oder gar schnellere Gesundung ermöglicht werden könnte. Ich nenne dies die „Todsünde“ der Heil- und Sonderpädagogik und der Psychiatrie. Das Gegenteil ist der Fall. Durch diese Praxen werden gerade jene Formen hochgradiger Isolation geschaffen, die dafür verantwortlich sind, dass die Betroffenen überhaupt 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 letztlich aufgeben 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. Der Kardinalfehler liegt in der Reduzierung von Komplexität, anstatt diese durch raum-zeitliche, gegenstands- und handlungsbezogene strukturierende didaktische 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 eine zentrale Aufgabe pädagogischer und therapeutischer Maßnahmen. Also: Hohe Komplexität bei größt möglicher Transparenz derselben!

In diesem Kontext ist die Basistherapie der SDKHT kein Verfahren für irgend eine Behinderung oder gegen irgend eine 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, eine »Lebensperspektive« mit den Betroffenen zu finden und einen neuen »Lebensplan« zu entwickeln. 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 »We-

sen« der Betroffenen ausmachen noch die Ursachen dafür ausschließlich in ihnen zu suchen wären.

Die Beendigung des Leids, 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, mit Apallischem 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)

7. „Schau mich an!“

Die Aufforderung „Schau mich an!“, wie sie die Klientin in die Kamera blickend spricht, eine Szene mit der der Film eingeleitet wird, wurde oft an die Klientin gerichtet, um ihre Aufmerksamkeit zu generieren und einen persönlichen Bezug herzustellen. Es brauchte ein Stück des gemeinsamen Weges in der stationären universitären Arbeit, bis die Klientin eine solche In-Beziehung-Setzung nicht nur annehmen, sondern ihrerseits aktiv nutzen konnte, um sich anderen gegenüber ins »rechte Bild« setzen zu können. Die Offenheit mit der sie dies tut und die herausfordernde Art, sich in Beziehung zu setzen, kann sich nur in dieser Form dokumentieren, wenn es für die Klientin selbst eine ist, die ihren Bedürfnissen gerecht wird, in bezug auf die sie sich kompetent fühlen und erfolgreich handeln kann. Dies dürfte kaum in einem Umfeld erlernt worden sein, das durch Angst und Verunsicherung gekennzeichnet ist. Dies vor allem auch dann nicht, wenn wir, wie der Ak schreibt, mit Methode »emotionalhaltige Dialogangebote von Michaela ... prinzipiell nicht aufgegriffen« hätten und sie damit »regelrecht ins Leere« (Ak) hätten laufen lassen.

Eine andere, den Film einleitende Szene, die auch später im Film noch einmal erscheint, zeigt die Klientin offensichtlich mit großer Lust und Freude in einem Schwimmbecken plantschend. Beide Szenen dienen Kritikern als Hintergrund, darauf zu verweisen, dass wir in unserer Arbeit mit der Klientin, der es ja gut gehe, wenn man sie gewähren lasse, ihre Bedürfnisse nicht hinreichend berücksichtigt, ja unterdrückt hätten. Es dürfte aber der Aufmerksamkeit der Beobachter gerade dieser Szene entgangen sein (was zu sehen der Film ermöglicht), dass sich ganz plötzlich ihr Gesichtsausdruck wandelt und verfinstert, sie inne hält, den Kopf senkt und die Hände auffallend *langsam* zum Gesicht führt. Dann beendet der Filmschnitt weitere Beobachtungen.

Diese Bewegung konnte ich bei vielen Klienten, die sich schwer selbst verletzen und von früher Kindheit an »auffällig« gewesen waren, beobachten. Sie sind schon in den Filmen von RENÉ SPITZ zur Erforschung des psychischen Hospitalismus bei Kindern im Altersbereich bis zu einhalb Jahren dokumentiert.

Hintergrund dürfte auf der Basis des Zusammenbruchs der Bindungsmuster durch Verlust der primären Bezugsperson eine Desorganisation des Körper selbstbildes sein und eine dissoziierte Wahrnehmung des eigenen Körpers. Im späten Jugend- und Erwachsenenalter, bilden sich entsprechende Bindungsmodelle heraus, spiegeln die beobachtbaren Handlungen der Betroffenen in der aktuellen Situation die frühen Reaktionen wider. Während der scheinbar strengen Arbeit mit der Klientin, begonnen mit der Aufforderung „Schau mich an!“ und durch die hoch rhythmisierte, im emotionalen Ausdruck sehr stabile, sachliche und sachbezogene Arbeit der P1 mit der Klientin, aus der abgeleitet wird, dass ich in meiner „Methode allein auf einen kognitiven Zugang“ zur Klientin setze und solche Hinweise, Aufforderungen und Feststellungen die angewandte Methode kennzeichnen (Ak), mussten wir solche Dissoziationszeichen nicht beobachten.

Ein Stimmungsumschwung? Von außen betrachtet. Hinter diesem steht der plötzliche Verlust, Sinn generieren und dem eigenen Tun Bedeutung zumessen zu können, was auch eine kohärente Wahrnehmung seiner selbst im situativen Kontext nicht mehr ermöglicht: Eine Grenzerfahrung, in der von einer Sekunde auf die andere, plötzlich und kurzfristig, starke negative Emotionen dominieren, die — ebenso schnell und heftig — durch Schreien, motorische (Selbstverletzungen und aggressive wie destruktive Handlungen eingeschlossen) und verbale Aktionen zu regulieren versucht werden können — durch affektgenerierte Handlungen.

Eine dritte Szene wird angeführt. Sie entstammt dem ersten Abend nach der Ankunft der Klientin in der Universität. Schon während sie zu Bett geht und für die Nacht fixiert wird, ruft die Klientin laut und in ähnlicher Form wiederholt: „Mach den Gurt noch enger, der ist so locker noch“. Das Deckenlicht wird gelöscht und zwei Studentinnen beenden mit einem Abendritual den Tag. Nachdem auch sie aus ihrem Zimmer gegangen waren, rief sie meinen Namen mit derselben Forderung. Ich ging zu ihr, prüfte jede Fixierung und versicherte ihr, dass alles seine Richtigkeit habe. Danach rief sie nicht mehr wegen der „Gurte“, sondern nur noch meinen Namen, konnte aber bald ein- und die ganze (erste!) Nacht in völlig neuer Umgebung durchschlafen. Warum, so wird gefragt, wurde dem Wunsch der Klientin nicht entsprochen und die Fixierung entsprechend fester vorgenommen, was ihr mehr Sicherheit gegeben hätte. Wir würden sie derart als Person in ihren Bedürfnissen ignorieren und sie könne sich, würde ihrer Forderung entsprochen, auch besser fühlen.

Die Art der Fixierung, die Materialien, mit denen fixiert wurde und die Einstellung der Fixierungsvorrichtung entsprach auf den Zentimeter genau der Art und Weise, wie sie schon drei Jahre zuvor in ihrer „Villa“ fixiert worden war. Es würde mir nicht einfallen, bei so vielem Neuen, das ein Mensch am ersten Tag zu bewältigen hat, an dem er bei uns ist, ihm auch noch eine andere Fixierungsart und -technik zuzumuten als die, die er über Jahre kennt. Mit „... auf den Zentimeter genau ...“ mache ich keine rhetorische Aussage. Weil dies in Vorbereitung ihres Bettes an einer Stelle nicht eingehalten war, wurde die Befestigung schon vor ihrem Eintreffen korrigiert. Darin drückt sich für mich Achtung vor dem Klienten aus, die Anerkennung seiner Geschichte, das Bemühen, seinen Bedürfnissen, so weit wir sie erkennen, mittels humanwissenschaftlicher Reflexion an-

nehmen oder auf der Basis bestimmter Parameter mit einiger Wahrscheinlichkeit erschließen können, zu entsprechen. Eine noch festere Fixierung — der vermeintliche Wunsch der Klientin — hätte sie verletzt, weil die fixierten Gliedmaßen stranguliert worden wären, ganz abgesehen davon, dass der Ruf nach Veränderung der Fixierung nur Mittel, nicht aber Ziel der Kommunikation war.

Mit dieser Form zu kommunizieren gab die Klientin ihrem Bedürfnis Ausdruck — und wie hätte sie es auf dem Hintergrund ihrer Vorgeschichte auch besorgen können — sich in Anbetracht der bevorstehenden Nachtzeit, einer langen und von außen her gesehen inhaltsleeren Zeit, der Nähe von Menschen — und in besonderer Weise meiner Person dadurch zu versichern, dass sie uns das Gefühl vermittelt, wir hätten bezüglich ihrer Fixierung etwas falsch gemacht? Das heißt, sie wusste, dass wir sie mit aller Sorgfalt betreuen und ihr mit hoher Klarheit und Präzise assistieren würden.

Verfolgt man diesen Faden zurück, der für mich eindeutig seinen Anfang in ihrer „Villa“ (19) hatte, als ich ihr eröffnete, dass sie nach Bremen kommen wird, ist es sehr offensichtlich, dass sie mich zu sehen erwartete. Unter Zugrundelegung unserer eigenen Beobachtungen zu der Art und den Modalitäten der mit ihr von verschiedenen Personen in den unterschiedlichsten Situationen und Zusammenhängen geführten Kommunikation, dürfte sie sehr zutreffend für sich wahrgenommen haben, dass diese meine Aussage einen verlässlichen Wert hat, der weder durch Schreiben, Selbstverletzungen, aggressive und destruktive Handlungen modifiziert oder zurückgenommen werden würde. Was dieser Situation damals folgte und außer mir noch eine Studentin beobachteten und wir protokollieren konnten, ließ mir sehr deutlich werden, dass (a) alles, was wir aus Gutachten, Berichten und Gesprächen zur Person zusammentragen konnten, in vielen Punkten nicht nur rein anamnestisch und biographisch lückenhaft, sondern hinsichtlich der gezogenen Schlussfolgerungen und Bewertungen inkonsistent und unstimmig erschienen, wir es (b) mit ganz anderen Fragen als mit den bis dato eruierten Diagnosen zu tun haben werden und (c) in diesem Moment die Therapie schon begonnen hatte — ein Übertragungsprozess.

Bei meinem Besuch in der „Villa“ (Wohnung) der Klientin, um ihr selbst zu sagen, dass sie nach Bremen kommen und wir dort zusammenarbeiten werden, habe ich allerdings einen Fehler gemacht, den aber keiner der Kritiker, auch nicht die Fachleute unter ihnen, angesprochen oder moniert hätten. Ich sagte zu ihr: „... weil Du nach Bremen kommen darfst, zu uns, an die Universität ...“ (auch das ist im Film deutlich zu sehen und zu hören), ohne dass der Klientin eine Entscheidungsmöglichkeit eingeräumt worden wäre, nach Bremen zu kommen oder sie selbst ein solches Ansinnen gehabt hätte. Da in Einschätzung der Problemlage und unter den gegebenen Bedingungen ihr eine solche Entscheidung zu überlassen, als blanker Zynismus hätte bewertet werden müssen, hätte meine Aussage klar lauten sollen, dass sie nach Bremen fahren wird! Gerade diese Klientin bedarf unbedingt ganz präziser Aussagen, denn die Kommunikationsstrukturen und die sich darin dokumentierenden personalen Verstrickungen, denen sie nach unseren Beobachtungen ausgesetzt war, erschienen hochgradig psychopathogen, so dass allein aus diesen Gründen der Weg über Bremen in ein neues Lebensumfeld

ausreichend zu rechtfertigen gewesen wäre, von anderen Aspekten ganz abgesehen. Würden diese „Dialoge“ im Film zur Darstellung gekommen sein, muss ich auf dem Hintergrund der vor allem auch durch den Ak vorgenommenen Einschätzungen davon ausgehen, dass er diese nicht als „formalisierte verbale Interaktion“ gewichtet hätte, sondern als »Dialog«: „Dialoge“, die sich entschlüsselt als inkongruente und sich widersprechende Botschaften, mystifizierende Aussagen und Beziehungsfallen der Charakteristik des „Double-bind-Modells“ (Bateson et al 1972; Watzlawick 1974; Watzlawick u. Weakland 1980) identifizieren lassen, die der Gruppe Palo Alto als Illustrationen ihrer Hypothesen hätten dienen können, und Verstrickungen derart, dass Interaktionen praktiziert wurden, in der sich Bewohnerin und Betreuer wechselseitig sofort wieder destabilisieren, wenn gerade die Stabilisierung des einen durch den anderen (und auf Kosten des anderen) halbwegs gelungen war. Solche Beziehungen, vor allem, wenn sie noch auf dem Sofa sitzend in haltender Umarmung stattfinden, werden wohl auch von einigen Vertretern psychoanalytischer Ansätze (von Pädagogen ganz zu schweigen; siehe Anm. 16) als beziehungsadäquate, freundlich zugewandte, am Subjekt orientierte identifiziert.

Wir hatten davon auszugehen, dass die Interaktions- und Kommunikationserfahrungen der Bewohnerin keine verlässliche Orientierung erlaubten, psychopathogen bis traumatisierenden Charakter hatten und von Anfang an (allein schon deshalb) besonderer Wert auf die »Beziehungsgestaltung« zu legen ist. Dies, damit die Klientin neue und konstruktive Beziehungserfahrungen machen kann, die eine Voraussetzung dafür bieten, dass eine »Beziehungsbearbeitung« erfolgen kann (Sachse 1999). In Anbetracht einer weitgehend fehlenden Möglichkeit konstruktiver Beziehungsgestaltung — der Klientin standen überwiegend nur destruktive Mittel zur Verfügung und selbst eine einfache positive, ihre Person beachtende und aufwertende Ansprache, löste schwere aggressive und destruktive Re-Aktionen aus — kann letztere erstere nicht vorausgehen, auch wenn das von außen vielleicht lieber gesehen worden wäre. Würde ich wiederum allein diese Zusammenhänge aus den anderen Kontexten isolieren, die in gleicher Weise und in vielen Punkten noch stärker für unser Vorgehen sprechen, könnte allein dieser Hintergrund für eine sog. »Formalisierung« (ich mache mir diesen Begriff nicht zu eigen) der Interaktionen im Kontext permanent erforderlicher, über lange Phasen nahezu durchgängiger Krisenintervention sprechen. Dies, um eine Basis zu schaffen, auf der der Klientin zwischenmenschliche Verhältnisse verlässlicher wahrnehmbar und entschlüsselbar werden, um sie neu kategorisieren und bewerten zu können — gerade auch hinsichtlich der Frage, ob sie nicht neue Verunsicherungen, Bedrohungen, Verletzungen und sehr schmerzende Wiederbelebungen vergangener Erfahrungen bedeuten könnten, für die es noch keine Basis gibt, sie integrieren zu können. Die vordergründig platte, aber sozio- und psycho-biographisch sehr differenziell nachvollziehbare Strategie, dass Angriff die beste Form der Verteidigung sei, macht subjektiv Sinn, wenn die Erfahrungslage — und hier müssen wir annehmen, von früher Kindheit an — die ist, das Risiko, das eine In-Beziehungsetzung, auch wenn sie gut gemeint sei, sich nicht als adäquate erwei-

sen könnte, nicht mehr eingehen zu können, weil die nächste verletzte Erfahrung möglicherweise nicht mehr bewältigbar sein könnte.

Eine auf die Beziehungsebene seitens der P1 von nicht oder nur schwer interpretierbaren Modulationen und Produkte der gemeinsamen Arbeit bezogene Sachbezug lösen, freigehalten werden kann, erlauben der Klientin, relativ angstfrei bleiben zu können. Die hohe Redundanz, die Dinge an sich haben, die Strukturierung der Arbeitsabläufe und die Orientierung der Kommunikation an nur ganz wenigen Parametern, in hoher Transparenz und Eindeutigkeit dargeboten, entheben sie in der Wahrnehmung der Klientin der Zufälligkeit und Unberechenbarkeit und ermöglichen ihr, sich überhaupt für eine „Arbeit“ zu öffnen, sich in diese einzubringen und sachadäquat zu handeln – schon in der dritten Woche der universitären Arbeit bis zu zweieinhalb Stunden ohne krisenhafte Störungen und Interventionsnotwendigkeit bei hoch komplexen Arbeitsabläufen und differenziellem Werkzeuggebrauch. Wie einseitig die vom Ak vorgenommenen Bewertungen sind, verdeutlicht sich auch darin, dass die Kritiker die Funktion der P2 völlig ignorieren, auf die der Film durchaus soweit aufmerksam macht, dass man als Person vom Fach in Bezug auf diese personalen Bezüge zumindest hätte Fragen artikulieren können. Die durch die (im Falle dieser Klientin) P2/1 realisierten Interaktionen und Kommunikation war durchaus differenziell gegenüber der (gut zu hörenden und zu sehenden) von P1. Entsprechend der vorstehend beschriebenen Funktion der P2 im Arbeitsmodell der SDKHT realisiert sich auf dieser Ebene am deutlichsten, was als Dialog bezeichnet werden kann: Durch den Atemrhythmus der P2 und dessen Modulation (z.B. im synchronen Mitagieren mit dem der Klientin), der die Luftströme, die die Haut der Klientin an unterschiedlichsten Stellen und in unterschiedlicher Intensität und Dauer streifen, verändert, durch leichte, unartikulierte Stimmgebung, an- und abschwelkend, durch Modulation der physischen Kontaktnahmen und Hilfen u.v.a.m. kann umfangreich kommuniziert werden. Durch verbale Ansprachen, die auf dem Hintergrund der Sachanforderungen (die durch P1 z.B. als Aufforderungen artikuliert werden) vorausgehend bekräftigend ausgedrückt werden können („Du kannst das schaffen“, „Ich helfe Dir“, „Wir schaffen das zusammen“) oder nachgängig bekräftigend, kann, wenn Angst aufkommt, Beruhigung, wenn es schwierig ist, weiterzumachen, Ermutigung ausgedrückt werden. Gefühlsäußerungen können verbalisiert und auf höherem Niveau zurückgespiegelt werden u.v.a.m. Auf dieser Beziehungsebene werden Synergismen erzeugt, Stimmungen und Gefühle aufgegriffen und (allerdings stets unter Wahrung der therapeutischen Intention und nicht dem Gefühl eigener Harmoniebedürfnisse oder angstabwehrender – falscher – Solidarisierungen folgend) die Substituierung des Klienten geleistet – aber eben weniger auffällig, dezent, oft flüsternd.

Schließlich bleiben seitens der Kritiker Vorschläge völlig aus, wie z.B. ein sehr schwerer psychischer Zusammenbruch der Klientin, der auch ohne äußere Verursachung durch Therapiefehler aus Erinnerungen heraus entstehen kann, vor allem, wie wir es häufig erleben mussten, durch Assoziationen sekundärer, also von uns nicht beeinflussbarer Momente (z.B. das Vorbeifahren eines Polizei-

Retungsfahrzeugs) mit Gedächtnisinhalten, durch die die Betroffenen sich buchstäblich selbst verlieren (die Klientin bis hin zu Tonusverlusten), sich in Auflösung begriffen wähen in einer Welt, die ihrerseits ihre Kohärenz für sie einbüßt, zu beantworten gewesen wäre. In diesen Fällen, so meine Erfahrung, ist Mitagieren und Zurückspiegeln der vernichtenden Gefühle und Erlebnisse kontraindiziert und dient eher der Beruhigung der Therapeuten, als dass es dem Klienten nützlich wäre. Hier müssen erst wieder räumliche Orientierungen aufgebaut werden: Wo der Boden ist, wo das Fenster, wo die Wand, wo der Tisch, die Arbeit, wo die Füße stehen, dass die Schwerkraft, die einem auf dem Boden hält, erfahren wird. Aus dem aufgebauten Vertrauen heraus (wie im Film sichtbar, durch die P2/1) kann glaubhaft Kohärenz vermittelt, einer Drift in die Dominanz einer psychotischen Struktur hinein (Dissoziation), die vielfach und in vielerlei Gestalt in der Lebensgeschichte auf der Basis von „luxurierenden Ich-Kernen“ (Spitz) aufgebaut worden ist, sofort bereit, in einer Krise, zur Bewältigung eines Konfliktes die führende psychische Größe zu werden, Begrenzung, vielleicht Einheit geboten werden. So schnell das nach ersten Stabilisierungen möglich erscheint, geht es zurück in die bekannten Strukturen sozialer Rollen und Funktionen und arbeitsmäßiger Abläufe, die ihrerseits Erinnern ermöglichen – an produktive Tätigkeiten, an Kompetenzen. Beschwichtigende Gesten und Worte, wie ich das häufig beobachten kann, vermitteln nicht Verstehen und Beruhigung, sondern Hilflosigkeit und Ohnmacht den Geschnehten und der inneren Welt des Klienten gegenüber, die seinen Zusammenbruch noch beschleunigen, vertiefen und das Verhalten in solchen Erlebensweisen verlängern kann. Wenn, was vordergründig pädagogisch so schön erscheint, so zugewandt und voller Liebe den Betroffenen gegenüber und therapeutisch so sehr auf Autonomie und Selbstbestimmung bedacht, am Subjekt orientiert, das auch tatsächlich wäre und die davon erwarteten Effekte für den Ich-Aufbau der Betroffenen und ihre Selbst-Wahrnehmung auch einträten, dann wäre mir diese Klientin nicht bekannt geworden, dann wäre das Problem der Drehtür-Psychiatrie gelöst und dürfte es in der Heil- und Sonder- bzw. Heimpädagogik nicht den „verleugneten Notstand“ dieser Klientel geben.

Die Fragen, die diese Klientin für uns aufgeworfen hat, die wir zu unserem Problem (nicht zu ihrem) gemacht haben und auf die wir in einer so weitgehenden Weise, wie es uns nur möglich war, in humaner Verantwortung vor der Klientin eine reflexive und handelnde Antwort versucht haben, sind in Lebenszusammenhängen entstanden, die von allen diesen »schönen« Begriffen und Überzeugungen der Betreuer und Verantwortlichen getragen sind. Unserem Handeln werden »totalitäre Ausmaße« (Ak) vorgeworfen und die Frage nach falschen sozialpolitischen Orientierungen gestellt. Was, so frage ich zurück, ist den Verhältnissen und den Personen, die dafür Verantwortung tragen, vorzuwerfen, unter denen sich ein Mensch so entwickeln »musste«?

Da dazu keine Frage gestellt (20) und darüber Schweigen bewahrt wird (und nicht nur in diesem Fall und in Bezug auf diese Institution) erlaube ich mir, offen zu gestehen: In meiner Arbeit mit dieser Klientel habe ich in den letzten zwei Jahrzehnten etwas für mich sehr sehr Schlimmes gelernt: Hassen – nämlich die fundamentele, inhumane Lüge der schönen Worte!

Um falschen Interpretationen vorzubeugen: Ich schrieb oben, dass es (bestimmte) Verhältnisse sind, unter denen sich eine Person so entwickeln „muss“. Mit Bezug auf die wenigen, in dieser Arbeit aufgezeigten Begründungszusammenhänge dürfte deutlich geworden sein, dass ich mit diesem „muss“ keine linearen und deterministischen Zwangsläufigkeiten verbinde. Viele Forschungen u.a. auch hinsichtlich der Vulnerabilität des Menschen im Laufe seiner Entwicklung, der Organwahl bei psychosomatischen Erkrankungen etc. zeigen, dass es eher Wahrscheinlichkeiten sind, die in zyklischen Prozessen relativ kontinuierlich entfaltet werden können, in die hinein aber auch im Sinne eines evolutionären Sprunges ein (von außen gesehen) unvermittelt auftretender, »plötzlicher« Wechsel möglich ist. Mithin geht es um Bedingungsgefüge im »Zwischen«, das sich in Beziehungen gestaltet, um die »Verhältnisse zwischen den Verhaltensweisen«. Diese können unter Heranziehung vor allem der persönlichen- und tätigkeitstheoretischen und der entwicklungs- und lernpsychologischen wie soziologischen Theoriebildungen (vor allem auch in der Stress- und Isolationsforschung), die wir in ihrer Erklärungskompetenz für sehr logisch, stringent, belegt und kompetent halten, um zu einem Verstehen kommen zu können, sehr wohl als solche identifiziert werden, die, bei Vorliegen einer Vulnerabilität, für solche Driften in der Entwicklung bedingend sind bzw. die Vulnerabilität begründen. Das „muss“ kennzeichnet also die solche Driften in der Ausbildung der psychischen Strukturen potentiell begünstigenden Verhältnisse, die *nicht sein müssen*, sondern von uns geschaffen wurden und werden – angefangen vom Begriff und der Diagnose der Geistigen Behinderung bis hin zur Separierung eines Menschen in einer Sondermaßnahme im Rahmen von Sondermaßnahmen einer Sonderinstitution, was dann in der scheinbar eleganten Formel von der „dual diagnosis“ aufzuheben versucht wird, wenn sich die Folgen der Separierung im Sinne schwerer psychischer Störungen zeigen. Das sichtbar werdende Ergebnis »muss« behandelt werden, denn es wäre zutiefst inhuman, die Betroffenen sich selbst zu überlassen. Die Gefahr dabei ist, dass die neue Formel der Dualdiagnose die Wogen glättet – und das geschieht inzwischen doch international in entsprechenden Vereinigungen – unter denen die Ursachen zu suchen sind, an deren Beseitigung zu arbeiten aber sehr in den Hintergrund tritt, weil die Entwicklung der Hilfeleistungen für die psychischen Störungen die Aufmerksamkeit davon abzieht und schließlich auch neue Aufgabenfelder im System einer letztlich doch (wenngleich nicht für die Betroffenen) lukrativen Behindertenfürsorge generiert. Auch BRADL (1994) warnt mit Bezug auf einen Handbuchartikel schon 1991 vor dieser Gefahr.

7.1 Geistig behindert und psychisch krank = Psychotherapie für Geistig Behinderte. Oder: Artefakte von Artefakten

Ich habe im vorstehenden ersten Teil dieses Punktes drei Szenen aus dem Film beschrieben, die (immer eingedenk der schon eingangs erwähnten rund 10% an Rückmeldungen, denen sie zuzuordnen sind) Anlass vorwurfsvoller, letztlich »unkritischer« Kritik sind. Dies um exemplarisch auf zwei Sachverhalte aufmerksam zu machen, die gerade in der Heil- und Sonderpädagogik noch immer keiner hinreichenden Würdigung für Wert befunden werden:

Zum einen wollte ich verdeutlichen, dass die Erscheinungen, wie sie ein auch noch so kompetent gemachter Film präsentieren kann, nicht mit den sie bedingenden Ursachen identisch sind, die hinter den Erscheinungen (meist unsichtbar und eben nicht zu filmen) stehen.

Zum anderen – das haben unsere Forschungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Integration in Kindergärten und Schule über ein Jahrzehnt deutlich gezeigt – sind pädagogische und auch therapeutische Maßnahmen nicht primär danach zu bewerten, mit welcher Absicht sie vorgenommen werden, welche Absicht der außenstehende Beobachter ihnen unterstellt oder welche Empfindungen sie beim Beobachter bewirken. Für die Bewertung ist im Rahmen der demokratisch zu legitimierenden, human und humanwissenschaftlich nach strengen Gesichtspunkten zu begründenden und ethisch zu vertretenden Maßnahmen das Ergebnis heranzuziehen, das sie in Bezug auf die bekannten oder für einen Menschen anzunehmenden individuellen wie gesellschaftlichen Grundbedürfnisse nach Gesundheit, Bildung und individueller, sozialer wie kultureller Identität haben. Es ist sekundär, ob dabei unsere persönlichen Befindlichkeiten oder Belange befriedigt werden. Wenn inzwischen in »therapeutischen Konzepten« das Wohlergehen des Therapeuten als ein Qualitätsstandard für eine gute Therapie angeführt wird, fühle ich mich an die »inhumane Lüge der schönen Worte« erinnert. Ich denke, es gilt drei Zusammenhänge zu beachten, die ich nachfolgend erörtern möchte:

7.1.1 Die Diskussion um Fragen der Krisenintervention bei (vor allem erwachsenen) geistigbehinderten Menschen

Sie ist eine »Not«-wendig zu führende, wie die um den resultierenden Bedarf an Psychotherapie; daran möchte ich keinen Zweifel lassen, so lange die Verhältnisse die sind, die wir für diesen Personenkreis, trotz ihrer die Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigenden Momenten, aufrechterhalten und im Grunde auch stets neu schaffen. Vor allem die Studie von DEDERICH, ALLAR und FABIG (1999) belegt dies nicht nur, sondern zeigt in differenzierter Weise die Problemlage auf, die, wenngleich für die Region Köln erhoben, doch verallgemeinert werden kann, und sie fasst die Diskussion, die in der zweiten Hälfte der 80er Jahre begann, gut zusammen. Die in dieser Arbeit vorgeschlagene Beschreibung, dass es sinnvoll sei, dann von einer Störung zu sprechen, »wenn das Erleben, die Wahrnehmungsfähigkeit, das Fühlen, Denken und Handeln von Personen eingeschränkt sind und unter dem ihnen möglichen Niveau bleibt, wenn die Fähigkeit zu situationsadäquatem Handeln eingeschränkt ist oder bei den Betroffenen selbst und ihrem sozialen Umfeld Leistungsdruck vorliegt« (S. 478) wird der Problematik durchaus gerecht, ohne etikettierend zu wirken. Auch die resultierenden Belastungssituationen für die Betreuerseite werden aufgezeigt, aber die »Grenzerfahrungen, denen sich Betreuer in Heimen und psychiatrischen Kliniken in der alltäglichen Interaktion mit schwierigen Bewohnern ausgesetzt sehen« (S. 479) nur selten thematisiert. Weiter wird berichtet, dass die Reaktionen auf solche Störungen, vor allem auf aggressives und selbstverletzendes Verhalten »weniger durch pädagogische und therapeutische Erwägungen bzw. auf der Basis expliziter Konzeptionen erfol-

gen, sondern weitgehend im Rahmen persönlichen Ermessens, in individuellen Einstellungen [...] und situativer Gegebenheiten“ (S. 481), was mit meinen Beobachtungen über lange Zeiträume übereinstimmt. Auch der „beträchtliche Einsatz von Psychopharmaka“ wird von den Autoren u.a. auch darin begründet, dass es „an praktikablen Alternativen fehlt“ (S. 484).

Ohne hier die Beiträge zur Frage der „dual diagnosis“ und ihre Konsequenzen umfassend nachvollziehen und analysieren zu können, was eine notwendige Angelegenheit wäre, kommen die referierten Konzepte über — in der Regel — wenig hinlänglich begründete Verfahren, die unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten zum Einsatz kommen, nicht hinaus. Die von GAEDT, JÄKEL und KISCHKE schon 1989 auf ihrem Erfahrungshintergrund getroffene Feststellung, dass sie „in der psychoanalytischen Entwicklungstheorie und den davon abgeleiteten Therapieansätzen eine gute Grundlage“ für ihr therapeutisches Konzept gefunden haben (S. 4), bleiben sie in der Darstellung der Problematik und Behandlungskonzepte doch recht allgemein. Auch die Übersichtsarbeit von BONFRANCHI (1995) zeigt das deutlich auf und mit Bezug auf die oben erwähnte Arbeit von DEDERICH u.a. dürfte sich das meinem Kenntnisstand nach bis heute nicht geändert haben.

Die Basis, von der her, wie mit der Stellungnahme des Ak, derart massiv gegen den von mir entwickelten Arbeitsansatz vorgegangen wird, rechtfertigt sich aus den Arbeiten derer, die sie mittragen, nicht. BONFRANCHI verweist darauf, „dass man sich nicht scheuen darf, eigenständige Formen und Kommunikationsmodi zu entwickeln, die vor allem auch schwerer behinderten Menschen ermöglichen, in einen Dialog treten zu können“ (S. 64), worum wir uns im Rahmen der SDKHT z.B. auch in Bezug auf Menschen im Koma und Wachkoma bemüht haben (dies bezogen auf alle Klienten im gesamten Kontext der Arbeit, die nicht nur auf eine ggf. erforderliche stationäre Intensivphase begrenzt gesehen werden kann, auch im Sinne der Orientierung auf regionale Hilfesysteme, wie sie z.B. Bradl (1994) und Bonfranchi (1995) referieren und auf Hilfeangebote, wie sie z.B. Dederich u.a. (1999) erwähnen). Er verweist auf die „Gefahr, eine systemstabilisierende Wirkung“ mit Hilfe der Psychotherapie auszuüben, wie diese selbst in ihren vielen Gestalten, wie die Literaturlage zeigt, nicht per se oder mehr als andere Verfahren davor gefeit ist, Macht bis in die Bereiche von Herrschaft und Gewalt hinein auszuüben und Klienten zu missbrauchen. In Anbetracht dieser Situation wäre unter allen, die sich um diese Fragen bemühen, eine solidarische kritische Reflexion das fachliche Gebot und nicht eine in der Sache unsolidarische und auf einer extrem dünnen Bezugsbasis unterstellende und etikettierende Kritik (die man eher als Zerriss definieren muss). Auch wäre hier die Frage der Qualitätssicherung, wie sie KLAUS (1995) für die Frage der Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung angesprochen hat, weiter zu diskutieren.

Die Lage der Betroffenen ist prekär und leidvoll. Die Versuche, den Spagat begrifflich mit der „dual diagnosis“ zu überbrücken, ohne dass man dann konsequenterweise auch von einer „dualen Sozialisation“ spricht, bleibt ein hilfloser und ohnmächtiger Versuch, aus dem Zirkel dessen auszubringen, was wir einerseits an Entwicklung induzieren und andererseits, was sich, der Entwicklungslogik

des Menschen folgend, in den individuellen Verhaltensweisen des »be«-hinderten Menschen ausdrückt, das wir dann wieder behandeln, um ihnen und uns das (Zusammen-)Leben erträglicher zu machen. Mit „dualer Sozialisation“ möchte ich auf die Wirklichkeit hinweisen, dass geistigbehinderte Menschen — bis in die Erwachsenenbildung hinein — durch die Diagnose „Geistige Behinderung“ (a) überwiegend dem Duktus reduktionistischer Pädagogik folgend (Feuser 1995, 2000), „gefördert“ werden und damit in ihrer Entwicklung kognitiv, emotional und sozial unter ein potentiell erreichbares Niveau begrenzt werden, und sie (b) noch immer überwiegend in Heimen leben müssen, also unter der Bedingung von „Isolation“, weil ihre Bildungsgänge, ihre Lebens-, Lern- und Arbeitsfelder in segregierten Bereichen organisiert werden. Diese Doppel-Sozialisation als „Geistig Behinderter“ und unter hohen Graden an „Isolation“ bleibt negiert.

Was in allen Arbeiten weitgehend zu vernachlässigen ist, sind klare Analysen, was denn als bedingend für solche Biographien angesehen werden muss. Das dokumentiert sich auch in der Lebensgeschichte unserer Klientin, die von früher Kindheit an fachlich (klinisch, ambulant, in Heimen) begleitet (und mithin zu verantworten) war. Die Diagnostik, auch unter systemischen Gesichtspunkten, von HENNICKE (1994) vergleichend bearbeitet und zusammengefasst, hat bis heute die Ansätze, wie sie JANTZEN entwickelt und zusammen mit LANWER-KOPPELIN (1996) vorgestellt hat, noch nicht rezipiert, geschweige denn die Konsequenzen daraus gezogen, die auch auf zentrale Arbeitsfelder von mir verweisen — auf „Integration“ (in allen Lebensbereichen und zu allen Altersstufen; eine unabdingbare Konsequenz jeder Enthospitalisierung) und „Bildung“ an einem „Gemeinsamen Gegenstand“ im Kontext einer „Allgemeinen Pädagogik“. In Orientierung an diesen Forderungen dürfte auf meinem Erfahrungshintergrund der Kindergarten- und Schulforschung in diesem Bereich ein überwiegender Anteil der sehr schweren psychischen Störungen, wie wir sie vor allem im Heimbereich bei erwachsenen geistigbehinderten Menschen finden, nicht mehr entstehen. Vor allem dann nicht, wenn entsprechende Bedingungsmuster und Driften in der Entwicklung früh erkannt und kompetent präventiv bearbeitet werden. Eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung reicht auch dann nicht aus, wenn, wie es STEIGER (1994) fordert, die Reflexion von Faktoren, die den Ausbruch psychischer Symptome wahrscheinlich machen, durch das Betreuungspersonal geleistet wird und dies in Handlungsstrategien mündet (S. 115). Können solche Faktoren identifiziert werden, geht es primär um deren Beseitigung und nicht um die Minimierung, Korrektur oder Kompensation der Folgeschäden. Diese Orientierung ist eine zentrale Grundlage unserer Arbeit. Die Unterstellung, die die Blickverengung der Kritiker bedingt, mit der stationären Phase der Arbeit im Konzept der SDKHT einen „Kurzzeit-Reparaturbetrieb“ (Ak) zu betreiben und eine falsche sozialpolitische Orientierung (vom Ak als Frage formuliert) zu haben, erweist sich im Spiegel des Gesamts meiner Arbeiten in Theorie und Praxis, wenn sie denn zur Kenntnis genommen worden wären, schlicht und einfach als unhaltbar. Die Frage der sozialpolitischen Orientierung muss aus meiner Sicht gerade auch in Bezug auf die Positionen der Kritiker gestellt und als diskussionswürdig angesehen werden;

eben auch das von GAEDT (1981) seit Anfang der 80er Jahre vertretene „Ort-zum-Leben-Konzept“.

7.1.2 Die Diskussion um die „Selbstbestimmung“ und die „Selbstbefreiung“ geistigbehinderter Menschen

„Die Selbstbestimmungsbewegung ist eine Realität ...“ — diese schlussfolgernde Feststellung MITT-LEERS (1995, S. 17) ist so richtig wie lapidar. Die Diskussion um die Frage der Selbstbestimmung Behinderter hat sich im Bereich der Geistigbehindertenarbeit ungefähr zeitgleich mit Fragen von Krisenintervention und Psychotherapie bei Geistigbehinderten ins fachliche Bewusstsein geschoben. In gewisser Weise repräsentativ dafür dürfte der Artikel von HAHN (1994) sein. Er stellt quasi präambelmäßig fest, dass Selbstbestimmung wesentlich zum Menschen gehört, menschliches Wohlbefinden auf dieser gründe, sie bei geistigbehinderten Menschen erschwert sei, aber die Möglichkeit besteht, die Erschwerungen zu überwinden (S. 81). Er stellt diesen Komplex in Beziehung zur Autonomie im Rahmen höherer Freiheitsgrade und demokratischen Verkehrsformen in Staat und Gesellschaft. Er sieht menschliche Identität in einer oszillierenden Balance zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit entstehen und fordert Helfer, die wissen, „wie Selbstbestimmung trotz sozialer Abhängigkeit realisiert werden kann“ (S. 89). Die Realisierung dieser Forderungen sieht HAHN eng verknüpft mit der Aufhebung von Isolation und Desintegration, gebunden an assistierende Hilfe und an ein diskursives interagierendes Aushandeln von Grenzen (S. 91) an deren Stelle, wird die Möglichkeit auch für den schwer geistigbehinderten Menschen nicht erkannt und bleibt die Zeit nicht, den Diskurs zu praktizieren, „tritt dann Machtausübung, d.h. Fremdbestimmung, die wir nur zur Vermeidung akuter Gefahrsituationen tolerieren können“ (S. 92).

In Betrachtung der Diskussion um diese Fragen und ihre Entwicklung bis heute, werden mir zwei Momente deutlich, die auch in diesen Kontexten weitgehend bis völlig aus der Diskussion ausgeblendet bleiben:

Zum einen gewinne ich immer wieder den Eindruck, dass insbesondere Begriffe wie „Selbstbestimmung“, „Autonomie“, „Freiheit“ u.a. als absolute Größen und unabhängige Variablen insofern behandelt werden, als wären sie einerseits die Praxis des Faches selbst und mit diesem identisch und andererseits Konstanten jenseits jeder Beeinflussbarkeit oder Abhängigkeit. Zum Verständnis dessen, was ich meine, möchte ich den Artikel 1 unseres Grundgesetzes heranziehen. Dort heißt es: „Die Würde des Menschen ist unantastbar“. In Bezug auf diese Aussage, die von den „Vätern“ des Grundgesetzes gerade in Anbetracht der menschenverachtenden Greuel des Hitler-Faschismus formuliert worden ist, kann nicht angenommen werden, dass sie als solche ermöglicht, was sie fordert oder verhindert, was sie missachtet. Dieses liegt außerhalb dieser Aussage in einer gesellschaftlichen Praxis, die durch die weiteren Artikel des Grundgesetzes so zu regeln versucht wird, dass Wechselwirkungen und Synergismen zustande kommen, die eine Evolution in Richtung der Gemeinten ermöglichen. Die entsprechenden Wirk- und Bedingungsfaktoren (man könnte auch sagen »Operatoren«, »Attraktoren« und »Transformatoren«) eines solchen Prozesses wären in einem Koordina-

tensystem zu verorten, in dessen Rahmen durch die Relationen zwischen den einzelnen Faktoren seine Bewertung zu leisten wäre. Die Forderung selbst ermöglicht per se keine Bewertung gesellschaftlicher Verhältnisse.

Die im Fach geführte Diskussion um Fragen der oben erwähnten Begriffe berücksichtigt diese Problematik weitgehend nicht. Sie scheint mir stillschweigend davon auszugehen, dass sich mit der Antizipation und Etablierung einer solchen Kategorie als Wertigkeit wie als Zielkategorie die entsprechende Wirklichkeit quasi von selbst realisieren würde. Die resultierende Forderung von HAHN, dass es im Erziehungsfeld solcher Helfer bedarf, die wissen, „wie Selbstbestimmung trotz sozialer Abhängigkeit realisiert werden kann“ (S. 89) ist eine solche in Bezug auf die Wertfrage richtige, aber in Bezug auf die Realisierungsfrage völlig untaugliche. Hier geht es um die Analyse gesellschaftlicher und fachlicher Verhältnisse in *allen Dimensionen*, die als relevante erfassbar sind, worauf, um nur einige zu nennen, z.B. die Arbeiten von FOUCAULT (1978), GOFMAN (1973) und BASAGLIA et al (1980) verweisen, um deren Transformation in Ausbildungs- und Beratungskonzepte, dann um deren Transformation in persönlichen Wissen, in Einstellungen und Haltungen, die wiederum in eine (professionelle) Praxis zu transformieren sind. Dabei wäre die Historizität eines jeden Prozesses in der Spanne von Vergangenen und Zukünftigen zu berücksichtigen, die sich in der jeweiligen Gegenwart entfaltet.

Was ich aufzuzeigen versucht habe, spiegelt sich in der Diskussion um einen Beitrag von BRAUN (1994) zur Praxis „Klassischer Verhaltenstherapie“ mit Geistigbehinderten von FRÖHLICH, FRÜHAUF und BRAUN in der Zeitschrift „Geistige Behinderung“ 34(1995)1, S. 68-71, wider, die zielgenau in die Sackgasse der Kontraproduktivität führt. Fern vom Stand der heute entfalteten „Kognitiven Verhaltenstherapie“, die längst systemische Faktoren einbezieht und effiziente Analyseinstrumente kennt, diskutieren die Verfasser der Beiträge nicht, um was es eigentlich geht, sondern setzen „Begriffe“ gegen „Praxen“, die in Missachtung der vielfältigen Transformationen, die auch pädagogische und therapeutische Maßnahmen erfahren, zwangsläufig nebeneinander stehen bleiben müssen. So erstaunt nicht, wenn BRAUN (1995) beklagt, dass die akademische Heilpädagogik bis zum heutigen Tag nicht in der Lage war, „auf einer empirischen Basis zu belegen, welche therapeutischen Verfahren für massivste Verhaltensprobleme bei schwer geistig behinderten Menschen in Frage kommen“ und es ihr gut tun würde, den „Wandel von der »Konfession« zur »Profession«“ zu vollziehen (S. 71). Er bezeichnet damit einen richtigen Kern, wenngleich auch hier wieder offen bleibt, was er in einem erziehungswissenschaftlich und soziologisch hoch komplexen Feld unter „empirischer Basis“ versteht und eine Orientierung seinerseits über die von ihm so bezeichnete »klassische Verhaltenstherapie« hinaus nicht zu erkennen ist. Die Negation der aufgezeigten Zusammenhänge verweist wieder auf die »inhumane Lüge der schönen Worte«.

Ebenso in diesem Bereich zu verorten wie fatal ist die Aussage von GAEDT (1981): „Wygotskis berühmter und besonders von Jantzen häufig zitierter Satz, nach dem alle eindeutig psychologischen Besonderheiten sozialer Natur sind (Wygotski, 1975), ändert an unserer Hilflosigkeit gegenüber den Besonderheiten Geis-

tigbehinderter nichts" (S. 104). Sicher nicht, wenn die Besonderheiten des Geistigbehinderten in Negation dieser Erkenntnis seiner »Natur« zugeschrieben bleiben und die mit diesem Satz zum Ausdruck kommende (auch in der sog. bürgerlichen Wissenschaft belegte) Erkenntnis nicht zum Erkennen und Erklären der sozialen Wirklichkeit dieser Population herangezogen wird. Damit bleibt nicht nur der Blick des Beobachters auf die »psychologischen Besonderheiten« fixiert und das Individuum als Träger derselben aus dem bedingenden Gesamtsystem isoliert, sondern auch das Motiv, das Soziale des menschlichen Umfeldes neu und anders zu gestalten, unter der Schwelle, ein dominierendes zu werden.

Die Stellungnahme des Ak verdeutlicht (vor allem in der ungekürzten Version), dass sich ihre Verfasser in den letzten 20 Jahren um ein fundiertes Grundverständnis materialistischer Behindertenpädagogik im Zusammenhang mit den Forschungsergebnissen der »Kulturhistorischen Schule« und deren Aufarbeitung wie Weiterführung in vielen Komponenten durch JANTZEN (1987, 1990) wie in bezug auf die von ihm in die Behindertenpädagogik eingeführte Kategorie der »Isolation« kaum bemüht haben dürften. Wäre das der Fall, könnten die Aussagen in der Stellungnahme zu den von uns vermeintlich ausgeblendeten Affekten der Klientin, zu ihren aggressiven Handlungen und selbstverletzenden Verhaltensweisen nicht derart sein, wie sie getätigt wurden. Das erweist sich allein in der Frage, die in der Stellungnahme aufgeworfen wird: »Wenn Michaela sich über selbstverletzendes Verhalten stabilisiert, warum will sie dann fixiert werden?« (Ak; ungekürzte Stellungnahme). Diese Frage entbehrt nicht nur der Erklärungs- und Handlungsmöglichkeiten für die vielfachen Transformationen in psychischen Prozessen, sondern offenbart auch einen gewissen Zynismus den Betroffenen gegenüber, der sich allerdings auch in konsequenter Analyse des Sachverhalts mittels psychoanalytischer Grundpositionen nachweisen ließe – ganz abgesehen davon, dass die heute entfaltete Behindertenpädagogik *nicht* im Widerspruch zu Anliegen und Grundfragen der Psychoanalyse zu sehen ist. Vielmehr ermöglicht sie partiell die Reinterpretation und auch Neufassung psychoanalytischer Momente im Sinne ihrer Fortschreibung. Mir bleibt hier nur, in bezug auf die Frage der Selbstverletzungen, auf die den internationalen Forschungsstand weitgehend repräsentierende Arbeit von HETTINGER (1996; Dissertation 1995) und bezüglich der Betrachtung dieser Zusammenhänge im Kontext der materialistischen Behindertenpädagogik auf die von LANWER-KOPPELIN (21) zu verweisen.

Dass die Arbeit mit der hier zur Diskussion stehenden Klientel ausschließlich psychoanalytisch zu orientieren sei, wenn es um Fragen der Psychotherapie geht, dürfte schon vor Jahren nicht mehr zu erwarten gewesen sein. Ebenso sollte man sich von der schon in den 60er Jahren in konstruktiver Auflösung begriffenen »Feindschaft« und Ausschließlichkeit von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie auch in Kreisen der Geistigbehinderten- und Heimpädagogik verabschieden. Hier ist längst eine Phase friedlicher Koexistenz zugunsten einer kombinierten Sichtweise und Praxis überwunden, deren positiven Möglichkeiten für unsere Klientel aber an den alten Vorurteilen und – wie auch der besagte Beitrag und die dazu geführte Diskussion zeigt – an mangelnder Professionalität in diesen Bereichen

scheitert – siehe z.B. nur KIENZLE und ALTHOFF (1999), LAKTOS und REIN-
ECKER (1999) und RONEN (2000).

Zum anderen wird unter Bezug auf die Dimension »Zeit« deutlich, dass die Begriffe ihrerseits selbst in gesellschafts-historischen Prozessen entfaltete sind – und bis in die Ontogenese des Menschen hinein nicht aus biographischen und entwicklungspsychologischen Zusammenhängen herauslösbar und dadurch »abstrahierbar«. Niemand wird bezweifeln, dass die Frage der Selbstbestimmung in ihrer Realisierung in der Auseinandersetzung z.B. einer Mutter mit ihrem neugeborenen Säugling unter anderen Parametern im Koordinatensystem zu erfassen wäre als z.B. die eines Lehrers mit einem Abiturienten. Ebenso ist sie in bezug auf unsere Klientel – und eben auch auf die Klientin Michaela – in sehr differenzieller Weise zu behandeln. Sie dürfte unter Ausschluss sehr umfassender und differenzierter Informationen zu ihrem bisherigen Leben und ihren sozialen Umfeldern wie zur Geschichte der für ihre schwere psychische Beeinträchtigung kodierenden Parameter kaum möglich sein. Fachliche Interventionen bleiben ungläubwürdig und wirkungslos, wenn man sich, wie die Verfasser der Stellungnahme des Ak, nicht einmal nach diesen erkundigt. Ethische Interventionen bleiben es in gleicher Weise, wenn sie diese Faktoren und das heute mögliche Erkenntnis- und Interventionspotential nicht zur Kenntnis nehmen oder es nur unsachlich diskreditierend einbeziehen.

Eine andere Relation ist noch anzuführen: Die Diskrepanz zwischen der allen Beteiligten aus der Darstellung schwerer selbstverletzender, aggressiver und destruktiver Handlungen entstehenden Not und der Beharrungstendenz in den Versuchen, ihr zu begegnen, ist eklatant. Wenn ich Erklärungen dafür zusammenfasse, wie sie mir in meiner Arbeit begegnen, so ist der grundlegende Tenor der, dass die Maßnahmen, die für erforderlich gehalten werden, um hier einzugreifen, der Beachtung der Autonomie der Betroffenen doch zu sehr entgegenstehen, sie schließlich doch so seien und deshalb auch so handeln müssten. Die mechanische und pharmakologische Unterdrückung dieser Handlungen werden nicht als Autonomie einschränkende oder freiheitsentziehende Maßnahmen gesehen, obwohl heute richterliche Beschlüsse dazu vorliegen müssen, geschweige denn als solche von struktureller wie individueller Gewalt gewürdigt. Dies auch nicht unter den Aspekten, dass der Einsatz dieser Maßnahmen in erster Linie mit institutionellen Erfordernissen und erst in zweiter Linie mit Verweisen auf die Notwendigkeit, andere und die Betroffenen vor sich selbst schützen zu müssen, begründet werden. Damit bleibt ein System stabilisiert, in bezug auf das es nicht zentral darum geht, solche Entwicklungen präventiv zu verhindern oder, sind sie eingetreten, sie möglichst schnell zu überwinden, sondern es zu rechtfertigen. Dazu werden dann die oben angesprochenen Grundwerte herangezogen. Das Fach scheint in dem Maße ein gutes zu sein, wie die Rechtfertigung der bestehenden Verhältnisse gelingt oder deren Unsichtbarmachung durch begriffliche Verbrämungen. Damit bleibt die Lage als solche belassen – und das heißt immer, dass sie sich sukzessive verschlechtert – weil

- die Sorge um Eingriffe in die Autonomie und Selbstbestimmung des anderen Menschen keine Veränderung zulassen,

- die Ohnmacht seitens der Betreuer den Betroffenen gegenüber diesen ermöglicht, durch die Steigerung der Intensität und Darstellungshäufigkeit wie durch die situationsspezifische Realisierung ihrer selbstverletzenden, aggressiven und destruktiven Handlungen selbst mächtig zu werden (andere Möglichkeiten oder Alternativen dazu haben die Betroffenen nicht) und viele Abläufe im Alltag dadurch zu regulieren (die Handlungen werden zur Kommunikation und sozialen Regulation instrumentalisiert) und sich schließlich
- eine Regulation von Gewalt und Gegengewalt einstellt, die den (dynamischen) Zustand auf dem jeweiligen Niveau, den er einnimmt, balanciert.

Eingeschlossen in diese »selbstverschuldete Unentrinnbarkeit« der Lage, wird die Veränderung dann von den Betroffenen erwartet, indem sie sich aus den Verhältnissen selbst befreien sollen, die sie sich mangels Alternativen, die wir wiederum nicht gewähren, selbst ständig neu schaffen müssen. Die Selbstbefreiung aus diesen Zuständen, ihrerseits zu einem Begriff außerhalb des Koordinatensystems erhoben, kann letztlich nur noch als Artefakt eines Artefaktes erkannt und als Zynismus den Betroffenen gegenüber bewertet werden, weil eine Selbstbefreiung und Selbstheilung hier nicht zu erwarten ist und die Machtverhältnisse ungleich sind — zu Lasten der Behinderten.

7.1.3 Nicht geistigbehindert und nicht psychisch krank, sondern ein traumatisierter Mensch

Vergleichbar den beiden vorstehend knapp behandelten Sachverhalten wäre hier ein dritter (und ein vierter, damit höchst assoziierter) anzuführen, der sich in einem vergleichbaren Zeitraum realisiert — die Traumaforschung (und die Bindungsforschung). Sie setzt sich verstärkt und sozusagen wiederentdeckt in den letzten 20 Jahren vor allem mit der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen durch Krieg, Folter und (Kz-)Haft, aber auch durch Kindesmisshandlungen und Vergewaltigungen auseinander und verdichtet dieses in Konzepten der »Dissoziation«. Gemeinsame Quelle ist das schon Ende des 19. Jhd. entfaltete »Hysteriekonzept«, das wieder in Diskussion — und, fast könnte man sagen, in Mode — gekommen ist, so oft wird es in jüngster Zeit in neuer Begrifflichkeit erwähnt und, ehe sein Gehalt gerade für die Theoriebildung und Praxis des hier beschriebenen Personenkreises reinterpretiert und rekonstruiert ist, was immer heißt, es neu zu fassen, inflationiert. Vor allem das Konzept der »multiplen Persönlichkeit« hat einen Grad an Popularisierung erfahren, der des Erheischens von Sensationen durch die Wahrnehmung des anderen näher ist, als Versuchen des erklärenden Verstehens von Mitmenschen. Demgegenüber dürfte die seit 1993 von HERMAN vorliegende Arbeit zum Verständnis und der Überwindung traumatischer Erfahrungen höchsten fachlichen Ansprüchen genügen und vor allem für die Psychotherapie traumatisierter Menschen unverzichtbar sein. Erste nach außen tretende Auseinandersetzungen im Fach finden sich u.a. mit der aus unserem universitären Arbeitskontext stammenden Arbeit von MEYER (2000) und in nur partieller, indirekter Annäherung in Aspekten der Beiträge des Hefes 3/01 der »Geistigen Behinderung« (weitere universitäre Arbeiten liegen unveröffentlicht vor). Eingebettet in diese Kon-

zepte sind u.a. — aber vor allem — Gedächtnis- und Bewusstseinstheorien. Letztere sind unabhängig von diesen dominant psychologischen Erklärungskonzepten heute auch zentraler Gegenstand neuwissenschaftlicher Forschungen, die in ihrer Tragweite für die Klientel in gleicher Weise hoch bedeutend sein dürften, worauf hier aber nicht einmal ansatzweise eingegangen werden kann (Feuser 1998; Metzinger 1996; Nørretanders 1997; Roth 1996; Roth u. Prinz 1996).

Da dem heute vorliegenden Erkenntnisstand folgend »dissoziative Störungen« als Hauptsymptomatik vieler psychischer Störungen angesehen werden müssen, die sich bei Menschen in Folge traumatischer Erfahrungen entwickeln« (Fiedler 1999, S. 1) dürfte diese Problematik unter Berücksichtigung der Lebensbedingungen und -umstände geistigbehinderter Menschen von deren frühen Kindheit an, vor allem aber auch durch ihre Hospitalisierung und die damit verbundene geradezu allgegenwärtige strukturelle Gewalt wie weitgehend ihre Erfahrung bestimmende bildungsmäßige und soziale Deprivation, sehr bestimmend hinsichtlich ihrer psychischen Entwicklung und ihrer Persönlichkeitsentwicklung sein. Allein die hier skizzierten Zusammenhänge können das verdeutlichen. Viele uns auffallende Beeinträchtigungen (die kognitiven eingeschlossen!) und uns Probleme bereitende Verhaltensweisen, die diagnostisch heute noch sehr eindeutig der »geistigen Behinderung« zugerechnet werden (als wäre sie im Individuum als Störungen generierender Urgrund vorhanden und nicht eine soziale Konstruktion), müssen als »posttraumatische Stress disorder (PTSD« bzw. posttraumatisches Stresssyndrom (PTS) begriffen werden. Auch viele der als psychische Störungen identifizierten Momente werden dieser — erst einmal wenig differenzierten — Kategorisierung zuzuordnen sein. Differentialdiagnostisch haben wir es mit psychischen Verarbeitungskomplexen zu tun, die, je nach Entwicklungsstadium, in dem sie auftreten, in die hinein sie quasi fortgeschrieben, d.h. transformiert, wiederbelebt oder neu erfahren werden, wiederum eigene Strukturen aufweisen. Solche sind vor allem mit Bezug auf das Gedächtnis, Erinnern und Bewusstsein, die der Dissoziation, auch der affektiv-kognitiven Schemata. Um Zusammenhänge aus unserer Arbeit zu erläutern, auf die sich zentrale Aussagen der Stellungnahme des Ak beziehen, müsste ich hier die gesamten differentialdiagnostisch relevanten Sachverhalte entfalten und auf die Biographie der Klientin beziehen, in bezug auf die wir die vorliegenden Diagnosen nahezu völlig zu revidieren hatten. Das ist, wie schon eingangs betont, hier nicht zu leisten. Ich werde mich an späterer Stelle folglich auf die oben angedeuteten differentialdiagnostischen Sachverhalte beschränken.

Eine der Traumaforschung im gleichen Zeitraum vergleichbare Wiederentdeckung und Wiederbelebung hat die Bindungsforschung erfahren. Sie war, ausgehend von den Studien von RENÉ SPITZ (1972a/b) zum »psychischen Hospitalismus«, der schwere Störungen der frühen psychischen Entwicklung von Kindern beschreibt, die keine organischen Vorschädigungen aufwiesen, aber Beziehungsverluste von hoher sinnbildender und Bedeutung generierender Qualität erlitten mussten, von JOHN BOWLBY (1957, 1976, 1987) begründet worden. Einen guten Überblick über die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Bindungsforschung bieten die Arbeiten von SPANGLER und ZIMMERMANN (1999) und ENDRES und HAUSER (2000). Ausgehend von gattungsspezifisch erboordneten Faktoren

beschreibt Bindungsverhalten in Anlehnung an BOWLBY einen Komplex von Verhaltenssystemen, die von starken Gefühlen begleitet sind und auf die Nähe zur Mutter und zu anderen Bezugsperson in unterschiedlicher Intensität orientiert sind – um Nähe zu erreichen oder beizubehalten. Das explorative Verhalten von Kindern als zentrales entwicklungsförderndes Moment ist eng damit verbunden. Ebenso sind Kummer und Angst „primäre Reaktionen“, wenn Kinder Trennungen bewältigen müssen oder die Bindungsfigur nicht verfügbar ist. „Abwehrmechanismen“ sind ihrerseits Folgen des Verlusts der Bindungsfigur. Je nach den Sozialisationserfahrungen entstehen unterschiedlichste Bindungsmuster und -modelle in diesem lebenslang relevanten Prozess. Vermitteln »sichere Bindungsmuster« verlässliche Erfahrungen eines Kindes mit seinen Eltern auf dem Hintergrund, dass diese sehr differenziert auf die Bindungsbedürfnisse des Kindes eingehen können, es verstehen, beruhigen, trösten usw., sind »unsicher-vermeidende Bindungsmuster« Ausdruck der Erfahrung von Zurückweisung in Bezug auf diese Bedürfnisse. Sie können zu Affektunterdrückung und Affektminimierung dadurch führen, dass es zu Verleugnung und Verdrängung diesbezüglicher Bedürfnisse kommt. »Unsicher-ambivalente Bindungsmuster« führen auf dem Hintergrund der Erfahrung, dass die ihnen wichtigsten Beziehungspersonen nicht zuverlässig genug auf ihre Bindungssignale reagieren, z.T. unberechenbar sind bzw. unfähig, die kindlichen Affekte zu modulieren und zu regulieren, dazu, dass die Kinder ihrerseits keine hinreichende Selbstregulation im Umgang mit Affekten entwickeln. Da entsprechende Funktionen der Selbstregulation nicht aufgebaut werden können, resultieren Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit den eigenen Gefühlen gegenüber, denn durch »unsicher-ambivalente Bindungsmuster« lernt das Kind, »durch Maximierung seiner Bindungswünsche und seines Affektausdrucks die Reaktion seiner Bezugsperson zu sichern« (Hauser u. Endres 2000, S. 161), während es gleichzeitig selbst von seinen Gefühlen überschwemmt wird. Wenngleich, wie HAUSER und ENDRES (2000) betonen, die klinische Vorhersagekraft der Bindungsmuster für psychopathologische Symptome gering ist, ergibt sich in Bezug auf sog. Risikoprüfung ein ganz anderes Bild. Sicherer Bindungsmustern kommt hier die Bedeutung eines protektiven Faktors zu, der, um es sehr verkürzt zu sagen, ungünstige oder kritische Lebensbedingungen und -ereignisse abmildert, während sich ein »desorientiertes-desorganisiertes Bindungsmuster« als Risikofaktor auswirken kann. Die Autoren schreiben: »Ein anderer Zusammenhang bestätigte sich zwischen dem desorientierten-ten/desorganisierten Bindungsmuster in der Kindheit und der Disposition, auf weitere Belastungen und potentiell traumatische Ereignisse mit Dissoziation zu reagieren« (S. 162). Diese Faktoren bestätigen sich im Erwachsenenalter in Form des »unverarbeiteten Bindungsmodells« als Ausdruck des »Zusammenbruchs der vorherrschenden Bindungsstrategie« (S. 163). Das desorientierte/desorganisierte Bindungsmuster, bei FREMMER-BOMBK (1999) als »unsicher-desorganisiertes Modell« beschrieben, verweist bei aller noch notwendigen Forschung darauf, dass die Kinder nicht in die Lage versetzt werden, »eine klare Bindungsstrategie zu entwickeln und ihre Erwartungen an die Bindungsperson in einem Arbeitsmodell abzubilden« (S. 116). Das bestätigen auch die Forschungen von GROSSMANN (2000), der betont: »Zwar lassen sich in den meisten

Fällen hinter den Anzeichen von Desorganisation und Desorientierung eines der drei klassischen Grundmuster erkennen, aber es bricht im entscheidenden Moment zusammen.“ Und: „Für klinische Implikationen hat sich gerade das „D“-Muster in der letzten Zeit empirisch als besonders vorhersagekräftig erwiesen ...“ (S. 43). Einschätzungen verweisen darauf, dass in diesem Kontext bedingte Traumatisierungen zu einer Chronifizierung von traumatischen Erfahrungen beitragen. Bezogen auf den hier zu führenden Diskurs erscheint es mir wichtig, anzumerken, dass alte Bindungsmuster bzw. -modelle auch in neue Beziehungen hineingetragen werden – auch in therapeutische. Dazu werfen HAUSER und ENDRES folgende Frage auf, die auch in Bezug auf die Stellungnahme des Ak zu unserer Arbeit als Frage hätte behandelt und nicht als diskreditierende Behauptung gesetzt werden sollen: „Inwiefern werden die impliziten pathogenetischen Überzeugungen über die Reaktionen des Anderen erschüttert und inwieweit werden auf einer reflektierten Ebene neue Bedeutungen und Zusammenhänge vermittelbar? Ob beide Veränderungen notwendig sind, um die Bindungsrepräsentation zu verändern, knüpft an die Kontroverse im psychoanalytischen Diskurs an, ob EMPATHIE (2000, S. 29) verändernd wirken“ (S. 168). Auch EMMELKAMP und VAN OPPEN (2000, S. 29) machen darauf aufmerksam, dass Wärme oder Empathie am Anfang einer Therapie für den Klienten auch bedrohend sein kann. Unsere Klientin konnte durch eine gefühlbetonte Ansprache oder ein Lob, worauf ich schon verwiesen habe, in große Erregungszustände geraten, die ihr auch der besten Absicht wegen, die damit verbunden sein mag, nicht zugemutet werden durften.

Hier, in der Zusammenschau von Bindung und Dissoziation, liegen Schlüssel für das Verständnis unserer Klientin, die Krisenintervention und Therapie bzw. Pädagogik. Die beschriebenen Bindungsmuster können als Vulnerabilitätsfaktoren angesehen werden, wobei, wie sich uns die Biographie der Klientin erschließt, in ihrer frühen Entwicklungsgeschichte eine »organische Dissoziation« protektive Bindungsmuster aufzubauen erschwerte. Versuche seitens der Familie und von Fachleuten, soziale Kontrolle über die bei der Klientin daraus resultierenden verhaltensmäßigen Folgen zu erreichen, boten ihr auf diesem Hintergrund darin keine ausreichende Möglichkeit. Es ist anzunehmen, dass es nicht gelang, den Prozess der Transformation der Dissoziation ins Psychische hinein zu mildern. Er wurde eher verstärkt, so dass ein Teufelskreis wechselseitig höchst pathogen wirkender Faktoren von Dissoziation und Bindung in Gang gekommen ist. Aus Mikrotraumatisierungen wurden schwere Traumatisierungen, wie sich uns das in der ersten Phase der Krisenintervention in Bremen dann sehr deutlich erschließen sollte und auch meine Vermutungen präzierte, was aus den uns vorliegenden schriftlichen und mündlichen Informationen nicht deutlich wurde – und, wie wir heute wissen, auch nicht werden konnte, da uns dafür kodierende Informationen (beabsichtigt oder unbeabsichtigt mag dahingestellt bleiben) vorenthalten blieben. Deutlich war uns aber von Anfang der Planung an (und dies verstärkt nach den Erfahrungen mit der Klientin nach der durch mich erfolgten Eröffnung an sie, dass wir in Bremen mit ihr arbeiten werden), dass wir es in Bezug auf sie – mit wenig zutreffenden und nicht hilfreichen diagnostischen Einschätzungen zu tun haben werden, die sich auf »Geistige Behinderung«, »Autismus«, »atypi-

sche Psychose im Kindesalter bei geistiger Behinderung“ und „Schizophrenie“ verdichten lassen. In einer uns erst nachgängig zugänglichen Notiz in einem Bericht fand sich ein einziger Hinweis auf eine „multiple Persönlichkeit“. Aber selbst diese in Annäherung an die eigentliche Problematik interessante Feststellung weist keinen Bezugspunkt nach, aus dem der Hinweis sich ableitet und nennt auch keine Quelle, von woher und von wem er kommen könnte. Folglich stellten wir uns darauf ein, es

- mit einem äußerst schwierigen Prozess von Krisenintervention und Therapie dahingehend zu tun zu bekommen, dass (ich erwähne nur wenige Momente)
- ihre in fast zwei Jahrzehnten angeeigneten Interaktionsmuster in repetitiver Weise auf die neuen Beziehungszusammenhänge übertragen und vehement vertreten werden,
- dies besonders verstärkt dadurch, dass sie sich mit konsistenten Anforderungen im gemeinsamen Alltag konfrontiert sehen würde,
- sie im Widerspruch von Hoffnungen, in ihren Nöten und Gefühlen verstanden zu werden, aber nur darin Selbstbestätigung finden zu können, dass diese zurückgewiesen und sie erneut schwer verletzt wird, angst-lust-betonte Szenarien intendiert werden, die hinsichtlich ihrer Einschätzung durch uns und als Akteure in diesen uns selbst in Widersprüche zu verwickeln vermag (z.B. zwischen dem Erfordernis, ihr Modelle der Affektkontrolle bieten zu müssen und sie in ihren Intentionen zum Handeln gleichzeitig unterstützen zu wollen),
- die Übertragungsprozesse im Widerstreit, z.B. massive Selbstverletzungen, aggressive und destruktive Handlungen begrenzen zu müssen, gleichzeitig ihr aber ein Verständnis der Notwendigkeit dieses ihres Handelns aus ihrer Generation heraus vermitteln zu wollen, wenngleich es keine soziale Akzeptanz erfahren kann und nicht geeignet ist, ein Arbeitsbündnis als Grundlage jeder weiteren Zusammenarbeit zu begründen, in besonderer Weise Gegenübertragungsprozesse provoziert, die die Klientin wiederum in vorstehend erwähntem Widerstreiten zwischen Hoffnungen und Erwartungen bestätigt und/oder uns in Haltungen bringt, wie sie sie in den Beziehungen zu ihren Betreuern in der „Villa“ über Jahre erfahren haben musste, die ihrerseits — ich habe schon darauf verwiesen — hoch pathogen waren.

Damit war nicht nur klar, dass wir es mit einer Klientin zu tun haben werden, die zwar in vielen Momenten ihres Handlungsrepertoires aber nur in Teilbereichen in deren psychischen funktionalen und strukturellen Bedingungen mit der Klientel übereinstimmt, in bezug auf die ich die SDKHT entwickelt und evaluiert habe. Es war auch deutlich geworden, dass es wesentlich darauf ankam, der Klientin — von der Qualität her gesehen — wie das HAUSER und ENDRES betonen, „primäre Identifikationen mit der mentalen Repräsentanz seiner selbst im Therapeuten“ (S. 173) zu ermöglichen, um Selbsterkenntnis und Selbstreflexion zu intendieren und damit die Bearbeitung der schweren Traumatisierungen einleiten zu können.

Die bei der Klientin sehr bald deutlich in Erscheinung tretenden sehr engen und starren Verbindungen zwischen emotionalem Befinden im Kontext impliziter und expliziter Gedächtnisinhalte in ihrer engen Verknüpfung mit spezifischen Er-

regungszuständen, die ihrerseits, wie auch äußere (von uns nicht beeinflussbare) Momente, Wiedererinnern auslösen konnten (hören eines Martinshorn und das Verbringen in die Psychiatrie; Anziehen eines neuen Badeanzugs und die „Gummimaske“) waren als affektiv-kognitive Schemata in nicht kohärenten Zeitrastern organisiert, so dass es äußerst schwierig war, die assoziativ miteinander verknüpften Erfahrungen und Empfindungen in biographische Zusammenhänge zurückzuvermitteln, wie von ihr Erfahrenes und Erwartetes zu ordnen, zu trennen, um sich adäquat verständigen zu können. Die von FIEDLER (1999) berichteten, *autoregulativ* wie *selbst gewollt* entstehenden hypnoiden, tranceähnlichen Zustände (früher wohl als haluzinatorische Momente schizophrener Geschehens fehlagnostiziert) waren zu beobachten wie auch verschiedene Strategien des Vergessens zum intrapsychischen Ausschließen traumatischer Ereignisse — und vermischten sich. Wir können annehmen, dass die Klientin (in der Intensivphase mehrfach, vor allem aber bei der Eröffnung der Therapie beobachtbar) Aspekte ihrer traumatischen Erfahrung in wachtraumartigen Zuständen wieder durchlebt, was, wie FISCHER und RIEDESSER (1999) betonen, „dem intrusiven Teil des basalen psychotraumatischen Belastungssyndroms entspricht“ (S. 257). Wir haben die Affekte der Klientin nicht „ausgeblendet“ (Ak) und unsere Arbeit nicht „in einer schon makaber wirkenden Weise trotzdem „durchgezogen“ (Ak), sondern die Klientin nicht den ihre schwersten Selbstverletzungen innovierenden Intrusionen überlassen, denen sie nichts entgegenzusetzen hatte. Ohne dies weiter ausführen zu können, liegt darin auch eine Quelle des Verlusts an Weltbildern und schwerer Depressionen chronisch Traumatisierter. Ersteres hat sich bei unserer Klientin sehr deutlich gezeigt und ist von ihr in vielen »Bildern« behandelt worden, letzteres meine ich weniger, wenngleich kaschierter.

FIEDLER schreibt: „Ganz anders als viele Therapietheorien dies angenommen haben, ist der Kern emotionalen Erlebens möglicherweise *nicht* eine introspektiv zugängliche bewusste Repräsentation, sondern an nicht-deklarative implizite Prozesse gebunden, die jeweils mehr oder weniger von der expliziten Informationsverarbeitung *dissoziiert* sind — und dissoziiert bleiben, wenn nicht bereits gebaute Verbindungen zwischen impliziten und expliziten Gedächtnisanteilen in Form kognitiv-emotionaler Schemata bestehen“ (S. 97/98). Das Problem besteht also darin, wie das LEDOUX nachweist, auf den sich auch FIEDLER in diesem Zusammenhang bezieht, dass die Gefühle durchaus einen bewussten Inhalt haben, aber wir zu den Prozessen, die den Inhalt produzieren, nicht unbedingt einen bewussten Zugang.

In bezug auf die vor allem vom Ak vorgehaltene Aussage, dass ich keinen Hehl daraus mache mit meiner „Methode allein auf einen kognitiven Zugang“ zur Klientin zu setzen und sie für mich vorrangig eine „rationale Person“ sei und die Klientin daneben für mich „eine zweite, von Impulsivität getriebene „emotionale Person“, in bezug auf deren Irrationalität (Emotionalität und Affekte) zumindest nicht deutlich wurde, dass ich dieser eine positive Bedeutung zuschreibe, sondern darin eher etwas Störendes gesehen habe, was es zu unterdrücken und zu kontrollieren galt (Ak), möchte ich mit Verweis auf den Zusammenhang von Bindung und Exploration auf GROSSMANN (2000) verweisen, der seinerseits diesbezüglich

auch auf BOWLBY und AINSWORTH verweist und schreibt: „Wenn Kliniker mit Kindern oder mit Erwachsenen oder mit Jugendlichen arbeiten, dann ist die psychische Sicherheit in jedem Falle das primäre System. Allerdings gibt es keine Lösungen psychischer Verunsicherungen ohne Strategien neuer adaptiver Leistungen, neuer Anpassungsleistungen. Neue Internale Arbeitsmodelle aber können nur mit Hilfe des kognitiven Apparates, der Erkenntnisfähigkeit, durch bewusstes Wissen und Erkennen zustande kommen. Neustrukturierung, Nachdenken oder Reflexion, neue Erfahrung, Zugang zu Vorstellungen bedeutsamer Mitmenschen, der Aufbau neuer Diskurse usw. unterliegen solchen adaptiven Prozessen“ (S. 44).

In bezug auf die Bindungssprache und zielkorrigierte Partnerschaft, die ermöglichen soll, dass Bindungserfahrungen allmählich diskursiv und qualitativ unterschiedlich sprachlich bewusst integriert werden können, was in der kindlichen Entwicklung mit drei Jahren beginnt, schreibt er: „Das Gelingen einer Kohärenz von inneren Gefühlen und äußeren Ereignissen führt zu sicheren, das Misslingen dagegen zu unsicheren Bindungspräsentationen“ (S. 46).

Bei HERMAN (1993) darf in diesem Kontext auf folgende Aussagen verwiesen werden: „Die Genesung des traumatisierten Patienten vollzieht sich in drei Phasen. Hauptziel der ersten Phase ist die Wiederherstellung von Sicherheit, in der zweiten Phase geht es um Erinnern und das Trauern, und in der dritten Phase muss in erster Linie die Verbindung zum normalen Leben wieder geknüpft werden“ (S. 215).

Unter der Forderung, 'Kontrolle wiedererlangen', betont sie: „Für die Genesung ist es daher von grundlegender Bedeutung, dass der Patient seine Stärke und die Kontrolle über sich und sein Leben wiedererlangt“ (S. 221).

Zum Abschluss des ersten Stadiums vermerkt HERMAN: „Die Versuchung ist groß, sich über elementare Sicherheitsregeln einfach hinwegzusetzen und sich Hals über Kopf in die nächsten Phasen der therapeutischen Arbeit zu stürzen. Am häufigsten wird zwar der Fehler begangen, das traumatische Material zu vermeiden, aber das zweithäufigste Versäumnis ist sicher eine verfrühte und übereilte intensive Erforschung des Traumas, ohne dass zuvor die grundlegendsten Sicherheitsaufgaben bewältigt wurden und ein vertrauensvolles therapeutisches Arbeitsbündnis aufgebaut wurde“ (S. 241/242).

FISCHER und RIEDESSER (1999) betonen mit Hinweis auf das notwendig sehr gut zu balancierende Verhältnis von einer zu großen bzw. zu kleinen Differenz zwischen Übertragungsbeziehungen und Arbeitsbündnis folgendes: „Hebt sich die therapeutische Beziehungserfahrung nicht genügend von der pathogenen Vorerfahrung ab, so werden alle inhaltlichen Äußerungen, therapeutischen Techniken und Übungen dem Apriori des negativen Beziehungsrahmens subsumiert. In anderer Weise verfehlt eine bloße Rekonstruktion der Vergangenheit ohne genügenden Bezug auf die aktuelle Lebenssituation und die Übertragungsbeziehung die veränderungswirksame optimale Differenz. Hier kann eine intellektualisierende und rationalisierende Beschäftigung mit der eigenen Vergangenheit gefördert werden, die das Wiedererleben des Traumas, seine Bearbeitung und Integration in die Persönlichkeit unterläuft“ (S. 211).

Wir haben uns, entgegen der Kritik des Ak in seiner Stellungnahme, unter Würdigung aller uns zugänglichen Informationen zur Lebensgeschichte unserer Klientin bemüht, die erforderliche »veränderungswirksame optimale Differenz« herauszufinden und zu realisieren. Damit hoffe ich, einige sehr wichtige Punkte verdeutlicht zu haben, die uns zu einem Prozedere veranlasst haben, das der Film nur partiell (und partiell auch asynchron) spiegelt, aber an keiner Stelle erklärt, ganz abgesehen davon, dass meine Aussagen im Papier des Ak unzutreffend referiert sind und diese Fragmentierungen meiner Meinung über die Klientin nicht entsprechen:

- Über konsequent organisierte Tages- und Arbeitsabläufe in ihren räumlichen und zeitlichen Dimensionen schufen wir eine äußere Kohärenz der Dinge der Welt als Orientierungsrahmen für die Klientin;
- auf der Basis ihrer auf vielen Entwicklungsniveaus möglichen Ansprechbarkeit — auch und zentral mittels Sprache — die seitens der Klientin auf dem Hintergrund vorgenannter Zusammenhänge aber oft in kurz oszillierenden Wechseln blockiert, assoziativ besetzt oder wieder ansprechbar war, schufen wir ein im Sinne der „Regeln“ in gleicher Weise kohärentes Interaktionsmodell mit hohen Graden an Verlässlichkeit bezüglich der Funktion der Bezugspersonen;
- durch die hohe Verletzbarkeit und die vehemente Dominanz affektiver Strukturen im Handlungskonzept der Klientin, bahnten wir über den Aufbau kognitiver Schemata, die mit an der Sache, ihrem Voranschreiten und Gelingen orientierten emotionalen Momenten »aufgeladen« wurden, in den ersten drei Wochen erste Zugänge zu den überwiegend abgekoppelten impliziten Erfahrungsanteilen im Erleben der Klientin, was sich wiederum in neuen Möglichkeiten zur Identifikation ausdrückte („... jetzt mache ich es wie Du...“) und zu zaghaften Anfängen der Bearbeitung („... wegen Dir musste ich heute Nacht weinen ...“) führte — wie zum Aufbau erster Ansätze veränderter Bewusstseinszustände, die ggf. den Zugang zu den dissoziierten Erfahrungen erleichtern, was GROSSMANN (2000) in seiner 10. These als „die Herstellung von 'interner Kohärenz und externaler Korrespondenz'“ (S. 51) beschreibt;
- obwohl von Anfang an vorgesehen, erlaubte die Zeit der Intensivphase (noch nicht, die Bearbeitung der erfahrenen Traumatisierungen aktiv zu beginnen — wir überließen hier der Klientin die Führung — und dazu bereit stehende Materialien (z.B. Szeno u.a.) kamen nicht zum Einsatz. Die schon im Vorfeld der Intensivphase erschlossene Möglichkeit war die einer narrativen Orientierung in Form von Elementen des Spiels (das auch ohne Sprache »verstehbar« ist und in dem man sich ohne Sprache verständigen kann) in Form der Geschichte um »Ronja Räubertochter« (siehe hierzu den Bericht von Ruby Racker in diesem Heft). Sie bot Möglichkeiten der passiven Projektion wie des aktiven Handelns als Spiegel, in dem die eigene Geschichte wiedererkannt und so dosiert erfahren werden kann, wie die Klientin das zuzulassen vermag (so z.B. auch der Traum von den Vampiren im Reflex auf die Gestalten und Gnome der Geschichte).

Die Diffamierung der Geschichte von Ronja in der ungekürzten Stellungnahme des Ak (wie auch des Abendrituals) als „nebensächliche, für eine Siebzehnjährige

auch infantilisierendes Beiwerk“ dürfte sich im Rahmen des hier Vorgetragenen selbst interpretieren. Mit dem Abendritual sollte nicht nur irgendwie der Tag geschlossen werden, sondern auch den religiösen Erfahrungen und Empfindungen der Klientin, die in ihrer Sozialisation durchaus eine Rolle spielen, Raum gegeben werden. Erschütternd bleibt diesbezüglich (wie insgesamt in Bezug auf die dritte und vierte Spalte der Stellungnahme des Ak) für mich nur noch, wer sich unter den Unterzeichnern befindet. Gerade in Bezug auf die Ronja-Geschichte, gelangen der Klientin im spielerischen Handeln erste konstruktiv selbstbestimmte Akte dahingehend, dass sie z.B. über die Ronja-Puppe im miniaturisierten, plastisch gebauten Land der Akteure der Geschichte Entscheidungen traf, z.B. ob Ronja alleine oder beim Freund in der Höhle bleibt, zu den Eltern, dem Vater oder der Mutter zurückkehrt u.a.m. (22).

In gleicher Weise unbegreiflich bleibt die an die erste Menstruation der Klientin gebundene Interpretation des Sachverhaltes durch den Ak. Schon im Vorfeld der Intensivphase war u.a. auch durch Handlungsweisen der Klientin deutlich geworden, dass ihre Sexualität und Sexualerziehung eine angemessene und bedeutende Rolle in der Arbeit zu spielen hat. Im Kontext der Arbeit an der Geschichte um Ronja, die jeden Vormittag ausfüllte und von der zukünftigen Tagesstruktur her gesehen als „Schule“ deklariert war, wurden entsprechende Materialien und Arbeitsvorgänge hergestellt und ausgearbeitet, auch die Erstellung eines Abbildes der äußeren Attribute des eigenen Körpers, wie das im Film zu sehen ist. (23) Dies auch auf dem Hintergrund, dass sie noch nicht menstruiert hatte und dieser Sachverhalt bis dato wohl keine besondere Fragestellung abgegeben hatte und auch keine Versuche einer medizinischen Abklärung des Ausbleibens der Menstruation zu eruieren waren. In besonderer Sorge gerade auch um diese Bereiche der Klientin, war der Eintritt der Menstruation – bis heute – für mich (und ich glaube, für alle Beteiligten) das schönste Ergebnis der gemeinsamen Arbeit während der Intensivphase in Bremen, eingebettet in ihre in Bremen möglich gewordene Aussage: „Ich bin ein Mädchen!“ und in die später an ihrem neuen Wohnort zu einer mit ihr arbeitenden Studentin von uns: „Ich bin eine Frau!“. Es fällt mir schwer, hier betonen zu müssen, dass wir selbstverständlich bis hin zur Erklärung und Erarbeitung der Vorgänge im Inneren des Körpers, die sich in der Regelblutung ausdrücken, mit der Klientin gearbeitet haben. Der Eintritt der Regelblutung erfolgte am Morgen zum Tagesbeginn und es war schon sehr viel dazu gearbeitet worden, ehe zwei Tage später am späten Nachmittag der Gruppentanz angesetzt war, auf den, wohl des Kommentars zum Film wegen, der Eintritt der Regelblutung verortet wird. Der Traum von den Vampiren war in der Nacht zuvor und in anderen Kontexten bereits bearbeitet worden.

„Die Rekonstruktion des Traumas ist nie endgültig beendet. Jeder neue Lebensabschnitt bringt neue Konflikte und Herausforderungen mit sich, die das Trauma zwangsläufig wieder zum Leben erwecken und einen neuen Aspekt der traumatischen Erfahrung ans Licht befördern“ schreibt HERMAN (1993, S. 278). „Die Transformation des Traumas ist ein lebenslanger Prozess“, schreiben FISCHER und RIEDESSER (1999, S. 194). Dies ist uns wohl bewusst. Dennoch kann in Anbetracht des gesamten Sozialisationshintergrundes dieser Klientin auch

in einer klientenzentrierten Therapie nicht zu jeder Zeit der Ort für alles sein; abgesehen davon, dass die Kommunikation von P2 auch in diesem Kontext grundsätzlich außerhalb der Betrachtungen der wenig medienkompetent Fernsehen konsumierenden Fachkollegen bleibt. Eines galt es in Bezug auf diese Klientin so konsequent als nur möglich zu vermeiden: Unklare Grenzen, verschwommene Begriffe, Vermischung von Realität und Wirklichkeit, weil gerade in diesen, wie FISCHER und RIEDESSER betonen, die wichtigsten Elemente der traumatisierenden Erfahrung wiederholt werden (S. 213). Gleichwohl ist es außerordentlich schwer – und das ist uns unstrittig nicht immer gelungen und kann selbst dem routinierten und erfahrenen Analytiker nicht immer gelingen, geschweige denn dem Studierenden in Ausbildung (aber auch dafür ist, was der Film zur Darstellung bringt, nicht repräsentativ) – uns selbst durch die Analyse unserer Gegenübertragungstendenzen aus der „Traumafalle“ zu befreien, die der Klient inszeniert (siehe Fischer/Riedesser a.a.O.).

FISCHER und RIEDESSER verbinden mit der „Mehrdimensionalen Psychoanalytischen Traumatherapie (MPTT)“ das Ziel, „die Dekonstruktion des Traumaschemas, seine dialektische Aufhebung in einem kreativen Neubeginn ... sowie die Rekonstruktion der traumatischen Erfahrung ... von einer neuen Stufe persönlicher Sinngabe aus, um das Trauma in die bisherige Lebensgeschichte und den Lebensentwurf zu integrieren“ (S. 221). Diesem Ziel schließe ich mich uneingeschränkt an. Ich konnte durch diese Arbeit erfahren, dass die SDKHT auch für Fälle therapeutischer Arbeit, wie sie diese Klientin repräsentiert, ein brauchbares Arbeitsmodell ist, das Grundparameter des von FISCHER (1989) vorgeschlagenen „dialektischen Veränderungsmodells“, auf das FISCHER und RIEDESSER (1999, S. 208) rekurrieren, auch im Kontext rehistorisierender Diagnostik (Jantzen u. Lanwer-Koppelin 1996), Therapie und Pädagogik berücksichtigt.

7.1.4 Was vielleicht kurz zusammengefasst gesagt werden darf....

Wir gehen in Bezug auf die Klientin von einer dissoziierten Persönlichkeit aus, die bei Anforderungen, unter Stress bzw. sie ängstigenden (inneren und äußeren) Situationen vorstellungsmäßige, sprachliche und motorische Handlungen höchster Vehemenz zeigt, die stark regressiven Charakter haben und mittels derer sie sich selbst oder andere verletzt und Sachen zerstört – dies als gegenregulatorischer und kompensatorischer Ausdruck ihrer Versuche, einen totalen Zusammenbruch noch minimal konsistenter psychischer Funktionen und ihrer Identität abzuwenden („überlebenssichernde Selbsthilfe-Möglichkeit“; Fiedler 1999). Die einzelnen Komponenten, die dabei zum Tragen kommen und unterschiedlichsten Entwicklungsniveaus ihres Altersspektrums entstammen, sind dabei oft nur von geringer Kohärenz, zeitlich erheblich desorganisiert und hinsichtlich externaler Korrespondenzen und interner Kohärenzen hochfrequent oszillierend im Wechsel der Zustände kommissorischen Bereich und Tonusverluste in den unteren Extremitäten, von denen häufig eine sehr starke affektive Erregung ausgehen konnte, die sich dort zuerst ankündete (und u.a. auch im Sinne des „Detachment“ zu Depersonalisationsserscheinungen und Selbstentfremdungserleben führ-te), veranlassten uns über

eine gewisse Phase stabilisierende Hilfen an den Füßen und Beinen zu geben (Pstak-K), aber auch spontane Erinnerungen an traumatisierende Erfahrungen im Sinne der schon erwähnten affektiv-kognitiven Schemata in Form von „Flashbacks“ korrespondierten. Ebenso – und eng damit verknüpft – ist ein Alternieren zwischen impliziten (z.B. Rekurs auf Priming-Effekte i.S. von Stimmungen, Gefühlen, Orientierungsreaktionen) und prozeduralen Gedächtnisanteilen (die auf Handlungsrouinen bezogen sind), aber auch zwischen deklarativ-semantischen (Sach- und Faktenwissen tangierenden) und episodischen Gedächtnisinhalten (biographieorientierte Erinnerungen). FIEDLER (1999) betont: „Es kann die besondere Art der direkten Verknüpfung von Emotionen mit expliziten Inhalten sein, die die Erfahrung des spontanen Wiedererlebens bedingen. Wesentlich ist, dass dieses Wiedererleben unterschiedliche Sinnes- und Erlebensbereiche betreffen kann (und dann häufig in der Form von *Konversionsstörungen* auftreten)“ (S. 87/88).

Exkurs: Dieser Komplex war für die Klientin besonders belastend. Aus der resultierenden Erfahrung des Selbstverlustes und der begleitenden fundamentalen Angst heraus entstanden jene affektiv generierten Attacken kompensatorischer Handlungen in der gesamten Spanne von motorischen bis sprachlichen Entäusserungen, über die die Klientin keine bewusste Kontrolle hatte. Erst die Reaffentationen in den motorischen und sensorischen Bereichen vermittelten ihr das Gefühl, etwas getan zu haben, als dessen Auslöser und Akteur sie sich nicht erfahren konnte („Was hab' i denn jetzt wieder g'macht?“). Motorische Aktionen, auch in der gemeinsamen Arbeit, orientierten sie auf bewusststem Niveau, das aber durch oben genannte Konversionen schnell wieder zusammenbrechen konnte. Die von der Klientin zitierte und andere Äußerungen in diesen Kontexten konnten wir (entgegen früheren Einschätzungen) sehr schnell als echte Fragen identifizieren.

Diese Erfahrungen versuchten wir in ein Interventionskonzept einzubinden, das sowohl helfen konnte, der Klientin eine bewusste Wahrnehmung und in Folge eine Kontrolle über das eigene Erleben und Empfinden und die kompensatorisch resultierenden schweren Selbstverletzungen und aggressiv-destruktiven Handlungen zu bekommen, als auch ein zumindest minimal sozial erträgliches Arbeitsbündnis aufzubauen. Die in Übertragungsprozessen in sehr hoher Rate gegen die P2/1 gerichteten Schläge wurden nicht als (fremd-)aggressive Handlung gewertet, sondern im Kontext der substituierenden Funktion von P2 als für die Klientin »Not«-wendige Handlung akzeptiert. Vergleichbare Handlungen gegen die P1 wurden als Verstoß gegen die minimal einzuhaltenden sozialen Regeln bewertet und führten in einer ersten Phase der Krisenintervention (a) zur Unterbrechung der laufenden Arbeit als deutlicher Hinweis, dass diese nicht zu unterlaufender Absprachen bedarf und (b) zur Bearbeitung des Regelverstosses mit einer dafür zuständigen P1, wie es die Skizze zum Setting der Krisenintervention und Therapie unter I. verdeutlicht.

Ein zweites Moment war daran gekoppelt: Die Erfahrung, dass motorische Aktivitäten die Klientin hoch und bewusst orientieren einerseits und ihr Sprachvermögen andererseits ermöglichte, das, was die Klientin getan hatte, ihr aber hinsichtlich der Auslösung und Aktion nicht bewusst war, im Kontext der Krisen-

intervention (a) zurückzuspiegeln und (b) sie wieder auf ein kohärentes Erleben zu orientieren. Ohne hier die Abfolge und ihre Veränderung im Detail behandeln zu können, sollen drei Schritte verdeutlicht werden:

1. Die Formulierung „Du hast“ dient der Mitteilung über die Handlungen der Klientin. Diese war verbunden mit Orientierungen auf, das „Höre“n des Gesagten, auf dessen Verarbeitung im Sinne von „Denke“ und auf die dadurch möglich werdende Organisation der eigenen Handlungen. Wiederum verknüpft mit der Einnahme einer bestimmten Körperhaltung, in bezug auf Kopf, Hände, Beine, Knie, Füße (und deren festen Stand auf dem Boden; Schwerkraft) angesprochen wurden, konnten einerseits Hilfen für die Rekonstruktion kohärenten Erlebens des eigenen Körpers zur Überwindung von Depersonalisationserscheinungen in diesem Bereich geboten und andererseits auch diesbezüglich Prozesse der Bewusstwerdung der Zusammenhänge initiiert werden.

2. In einer zweiten Phase wurde an das entstehende eigene Wissen um diese Zusammenhänge angeknüpft – im Sinne von „Du weißt ...“, „Du kannst“, „Höre ...“ (... was P1 Dir sagt, wie es weitergeht) zur Rückführung in die Arbeitssituation. Dies reichte bis in die Etablierungsphase einer gegenstandsbezogenen, kooperativen Arbeit hinein (siehe Skizze zum Setting II), in der nach Störungen eine spezielle Krisenintervention (mit einer P1(k)) schon nicht mehr erfolgte.

3. In einer weiteren Phase im Übergang zur Eingliederung der Klientin in ein neues Wohnheim (erste Anbahnungen gab es bereits gegen Ende der Intensivphase) wurde die Ansprache bereits auf ihr Wissen bezogen vorgenommen, in dem Sinne, dass sie weiß, dass sie kann und selbstreguliert („Denke, was ich Dir gesagt habe“) zu handeln vermag.

Diese hier nur grob skizzierten Schritte der Intervention waren anfangs mit der Aufnahme von Blickkontakt und einem Drehen des Kopfes (motorische Aktion, die deutlich eine bewusste Orientierung generierte) in die Blickachse und mit lauter Ansprache in bezug auf Regeln und Instruktionen verbunden, die parallel zum Aufbau selbstreflexiver Eigenwahrnehmung über eine leise und flüsternde Ansprache ins eigene Denken (Selbstinstruktion) übernommen werden sollten. Ausgehend von den knappen und klaren Regeln konnte ein assistiertes selbstbestimmtes Handeln aufgebaut werden, das sich in den sich der Intensivphase in Bremen anschließenden nächsten Monaten der Arbeit mit der Klientin – (wir konnten sie nur vier anstatt der schon vor der Intensivphase geplanten sechs Monate begleiten) – auch in der gegen Ende der Intensivphase vorhersagbaren Weise einstellte. In dieser Phase sollte das Setting in Form der Phase III (siehe Skizze) eingeführt werden, in der die P1 zur Bewältigung von Wegen die Funktion der P22 und in der nächsten gemeinsam zu bewältigenden Arbeitssituation wieder die von P1 wahrnehmen würde. Diese Konfiguration wurde entgegen meiner Empfehlung aber schon mit dem Weggang der Klientin von Bremen eingeführt.

Die Gesamtsituation der Klientin verweist, unter Einbezug anderer Störungskomplexe, insgesamt auf eine posttraumatische Belastungsstörung; siehe den Komplex F 43 und F 44 der ICD-10 (Dilling u.a. 1991) und die DSM-IV (Saß

u.a. 1996) z.B. unter 309.81 und auch unter Aspekten von 300.12, 300.6 und 300.11. Auch die von HERMAN (1993) beschriebenen Komplexe posttraumatischer Belastungsstörungen sind hier z.T. zutreffend.

Vor allem Anforderungen wurden von der Klientin ignoriert, abgewehrt oder durch unterschiedlichste Strategien zu übergehen oder zu unterlaufen versucht. Es dominierte ein stark negativ geprägtes Selbstbild. Viele ihr gegenüber als positiv einzuschätzende äußere Sachverhalte erzeugten intensive negative Gefühle; selbst mit großer Freude und Erwartung geäußerte Wünsche führten im Moment ihrer Realisierung zur Zurückweisung oder Verweigerung mit hohen Schwellen der Überwindbarkeit. Missbrauchserfahrungen können nicht ausgeschlossen werden. Die angenehme und vordergründig dominierende »geistige Behinderung« (F71-73) ist mit hoher Wahrscheinlichkeit sekundärer und nicht primärer Art, d.h. es liegen gravierende Lerndefizite vor, die nach unserer Erfahrung aber nicht in einer Beeinträchtigung des Lernvermögens gründeten, sondern im Kontext der lebensgeschichtlichen Ereignisse und Zusammenhänge zu sehen sind. Auch ein Kernaustismus (F 84.0) liegt nicht vor, wenngleich im Lauf ihrer Entwicklung bis heute Handlungsweisen als »autistische« imponieren.

Hintergrund des von frühester Kindheit an (ungefähr ab 3. Lebensmonat) sehr problematischen Entwicklungsverlaufs dürfte eine neurologisch begründbare Störung sein, die sich in einer schweren Störung des Körperselbstbildes artikuliert und damit im Kontext von Wahrnehmung, Denken und Handeln zu einer (organisch begründeten) dissoziierten Wahrnehmung des eigenen Körpers führte und folglich auch zu einem dissoziierten Selbstbild, das eine psychotische Persönlichkeitsstruktur begründet, in der eine ausgeprägte Affektlabilität und Impulsivität Wahrnehmung, Denken und Handeln dominiert. Der emotionale Komplex schien seinerseits schon sehr früh nicht in die kognitiven Strukturen integriert, so dass der Aufbau einer ganzheitlichen Selbstwahrnehmung und integrierter Kontrolle der eigenen Affekte und Emotionen, die ebenfalls von früherer Kindheit an überwiegend angstdominiert gewesen sein dürften, im regulären Sozialisationsprozess und auch durch die nach und nach intensiveren Behandlungsmaßnahmen von Fachkräften, die aus unserer Sicht aus wenig zutreffenden Ansichten über die Problematik des Kindes heraus handelten, nicht geleistet werden konnte. Verhängnisvoll erscheint dabei die Wahrnehmung der Entwicklungsdefizite als ursächlich in einer geistigen Behinderung begründet. Die spezifische Qualität der Verhaltensweisen des Kindes, wie wir sie vor allem mit der Hilfe der Eltern einigermaßen zuverlässig rekonstruieren konnten, dürften hinreichend Hinweise enthalten haben, dass hier primär eine psychische Störung und keine mentale ursächlich sein dürfte. Vor allem die Qualität der ersten, mit 4 Monaten auftretenden »Auffälligkeiten«, die berichtet werden, wie beginnende Schreckhaftigkeit, z.B. beim Baden und Wickeln, verbunden mit Zucken der Augen, Erschrecken ohne von außen her ersichtlichen Grund, auf das wiederum Zusammenzucken und Weinen erfolgte, hätten aufmerken lassen müssen. Ebenso die auftretende Essenverweigerung mit Übergang zu festerer Nahrung, die aufkommende nächtliche Unruhe, dass sie nicht nach dem Griff, was sie mit den Augen verfolgte, abweisende Reaktionen auf Angebote von Spielsachen, unzufriedene Ausdrucksweise und der Beginn von

destruktiven Handlungen schon mit dem 2. Lebensjahr sind andere Signale. Sich verstecken in Ecken, unter Tüchern oder unter dem Tisch und ein nahezu ausschließliches Interesse an Musik (äußerer Taktgeber der inneren raum-zeitlichen Strukturierung und Informationsbildung) orientierten vermutlich auf eine primäre Form des Autismus und wurden nicht als Bewältigungsstrategien in Bezug auf die psycho- und soziodynamischen Vorgänge gewertet. Hier spielen differentialdiagnostisch qualitative Momente in der Bewertung der beobachtbaren Verhaltensweisen des Kindes eine besondere Rolle, weniger die Darstellungsform. Wutausbrüche auf Frustrationen stellen sich ein, auch wenn dem Kind es gefährdende Handlungen untersagt werden, aber auch in Anforderungssituationen; es wirft alles durcheinander, wirft sich auf den Boden, schreit, schlägt (auch nach der Mutter). Diese Verhaltensweisen dauern sehr lange an, Wippen und Schaukeln tritt auf. Die Verhaltensweisen werden aggressiver, das Essen wird problematischer, vor allem auch in Anwesenheit von fremden Personen, während das Kind sich außerhalb der Mahlzeiten auf alles Essbare stürzt und es hinunterschlingt oder das Essen misamt Geschirr wegwirft und das Essen verschmiert; angstbesetztes Essen, Einnässen, Toben, Kot schmierern, »Negativismus«, Stimmungsschwankungen, dranghafte Unruhe, Ein- und Durchschlafstörungen, das Quälen von Tieren, mangelnde Fähigkeit, zwischen Vorstellungen und Wirklichkeit zu unterscheiden, phobische Ängste u.v.a.m. werden berichtet, auch Selbstverletzungen, die von der Entwicklungslogik her gesehen relativ spät und nach den aggressiv-destruktiven Verhaltensweisen auftreten, sich aber rasch und massiv steigern. Auch wird berichtet, dass nach guten Phasen und kooperativem Verhalten diese plötzlich wieder der verschwunden waren, was mit emotionalen Ereignissen (große Freude), aber auch Naturereignissen (Schneesturm) in Verbindung gebracht wird. Ab dem 5./6. Lj. zeigt das Kind ein schweres Zustandsbild; seit dem 3. Lj. reihen sich stationäre Aufenthalte, pädagogische, therapeutische Maßnahmen und medikamentöse Behandlungen in unterschiedlichen Institutionen und auch in für ein Kind ungeeigneten Abteilungen, wie wir annehmen müssen, aneinander. Mit 8;9 Jahren kommt das Kind in die sie zu uns entsendende Institution, wird dort in die Heimschule eingeschult. Auch hier folgen schnell Gruppenwechsel und Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken. Ab dem 12. Lj. besteht therapeutische Einzelbetreuung (Villa).

Überlagert erscheint der gesamte Komplex durch schwere Traumatisierungen. Zum einen ergeben sich diese in Folge der auf dem Hintergrund einer organischen Dissoziation vom Kind aus schon sehr früh nicht gelingenden, allenfalls ambivalent und diffus bleibenden »Bindung« an primäre Bezugspersonen, so dass es im besten Fall unsicher-ambivalent, wohl eher unsicher-desorganisiert und desorientiert gebunden, kaum das Gefühl entwickeln konnte, in sich selbst oder außerhalb seiner selbst einen »sicheren« Platz zu haben, durch den es hätte besser mit ängstigenden Emotionen und Erlebnissen umgehen können. Es ist anzunehmen, dass die vom Kind entfalteten Beziehungsstrukturen ihm nur durch den Ausdrück von Aggressionen ermöglichten, seine Bedürftigkeit nach Nähe auszudrücken. Zum anderen sahen sich die mit dem Kind befassten Personen ihrerseits zunehmend gezwungen, es vor es schädigenden Handlungen zu bewahren und seine

destruktiven Handlungen (die sich vor allem auch gegen den älteren Bruder richteten und eine besondere Geschwisterproblematik begründeten) zu kontrollieren, wodurch die Erfahrung, als Person zurückgewiesen und nicht angenommen zu werden, Ich und Selbst-Bild dominierten. Im gesamten sozialen Feld dominierten vor allem auch in den institutionellen Zusammenhängen Abwehr, Zurückweisung und Restriktionen, die einen ersten Zirkel von (Mikro-)Traumatisierungen einleiteten. Hinzu kommt, dass die gesamte Biographie von der Klientin schwer traumatisierenden Erlebnissen z.B. auch solcher Art durchzogen wird, dass sie an einem Pfosten im Speisesaal einer Institution festzubinden, als die ihr gemäß Art, an den Malzeiten teilzunehmen, deklariert wurde oder sie mit überzogener Gummimaske zu erschrecken als Möglichkeit angesehen wurde, sie zur Raison zu bringen und zu normalisieren. Auf dem Hintergrund einer schon in früherster Kindheit anzunehmenden Bindungsstörung erhöht sich die psychisch traumatisierende Wirkung solcher Erfahrungen erheblich; dies im Sinne mangelnder Resilienz und erhöhter Vulnerabilität bei weitgehendem Verlust von Coping-Mechanismen und auch dadurch sich steigerndem Stress.

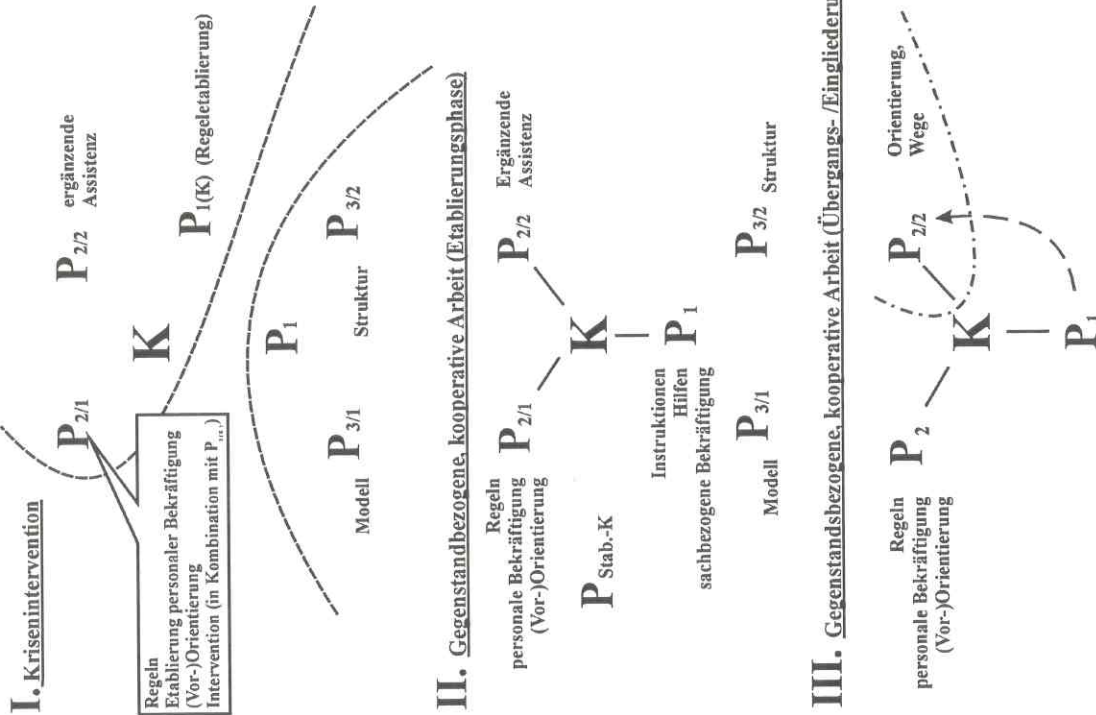
Es ist an eine sehr früh sich manifestierende organische dissoziative Störung (F06.5) als auch an posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1) zu denken, die über viele Jahre hinweg einen chronischen Verlauf nehmen und in eine andauernde Persönlichkeitsstörung (F62.0) übergehen können und ihrerseits fundamental in das Persönlichkeitskonzept der Klientin eingreifen, ihre sehr gute und schnelle Auffassungsgabe und Lernfähigkeit kaschieren und ihre intellektuellen Kompetenzen blockieren wie auch eine partiell autistisch anmutende Persönlichkeitsstruktur suggerieren.

Mir erscheint für die Biographie unserer Klientin in besonderer Weise typisch, was FISCHER und RIEDESSER (1999) wie folgt beschreiben: „Der Begriff des *kumulativen Traumas* nach Masud Khan (1963) bezeichnet eine Abfolge von traumatischen Ereignissen oder Umständen, die jedes für sich subliminal (unterschwellig) bleiben können, in ihrer zeitlichen Abfolge und Häufungen jedoch die restitutiven Kräfte des Ich so sehr schwächen, dass insgesamt eine oft sogar schwer traumatische Verlaufsgestalt entsteht. Immer von neuem wird die „Erholungsphase“ unterbrochen. Die ständige Wiederholung durchbricht die Abwehrbarriere und hinterlässt tiefe Spuren im Persönlichkeitssystem. Viele Beziehungs traumata sind durch ihren Wiederholungscharakter diesem Typus der Traumata zuzurechnen“ (S. 124).

7.2 Die Arbeit im Konzept der SDKHT

„Die Wiederherstellung der Sicherheit beginnt mit der Wiederherstellung der Kontrolle über den eigenen Körper; anschließend lernt der Patient ganz allmählich, mit seiner Umgebung wieder zurechtzukommen.“ (Herman 1993, S. 222) Mit dieser, auch an anderer Stelle relevanten Aussage, kann auf einer sehr allgemeinen Ebene betont werden, welche Aufgaben sich uns in der Intensivphase mit unserer Klientin stellten. Schon mit Beginn der ersten Kontakte zu Fragen der Klientin (24) war klar – und dies auch in jedem anderen Fall – dass hinreichend angemessene Zeiträume zu beachten sind, in denen nach Gewinnung einer neuen

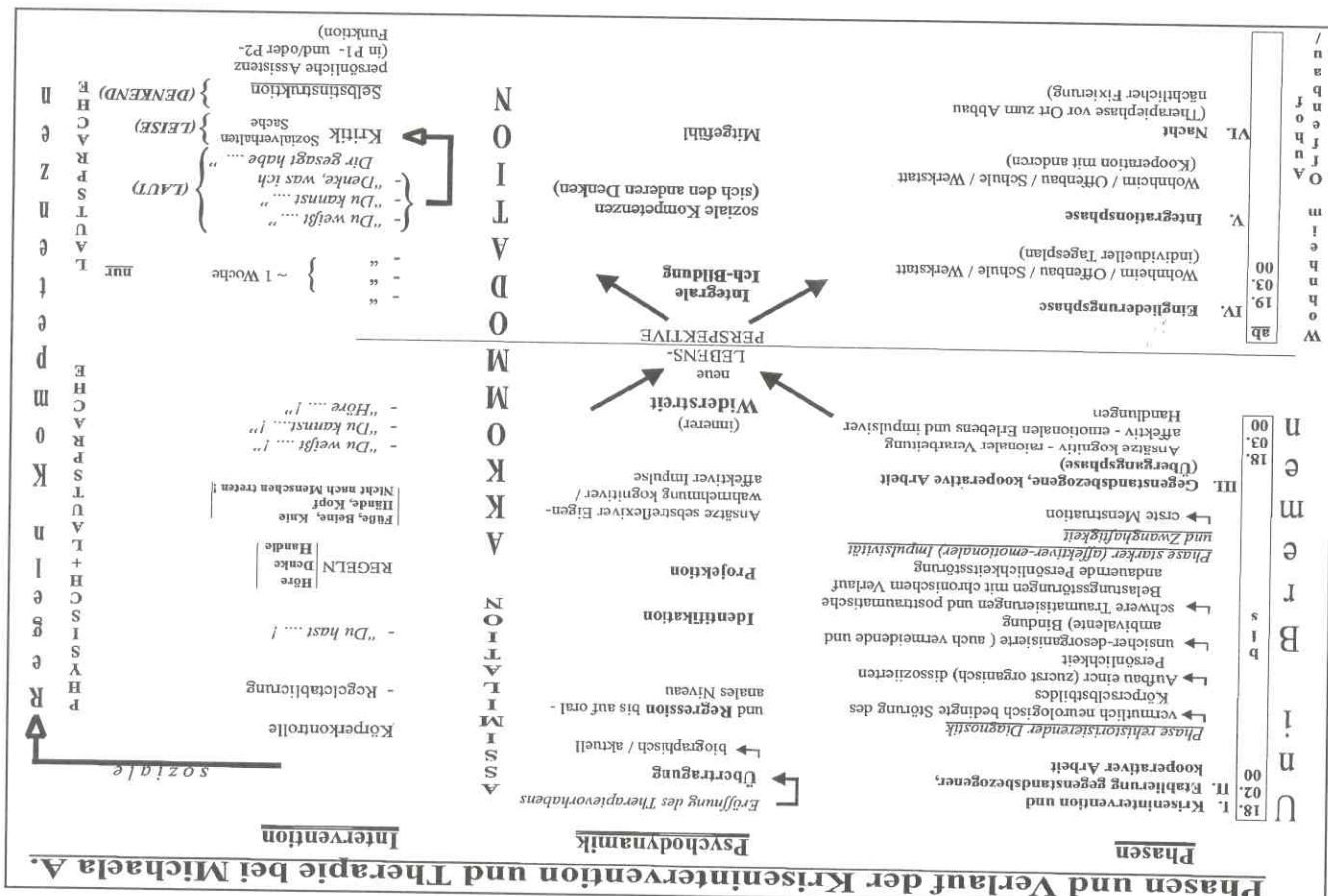
Setting zu Krisenintervention und Therapie



Legende: K - Klientin

P - Personen in den verschiedenen Funktionen des Arbeitsmodells der SDKHT
P stab.-K - P-Funktion zur Stabilisierung des Körpers

Phasen und Verlauf der Krisenintervention und Therapie bei Michaela A.



Wir selbst hatten aufgrund der sehr desolaten Situation, unter der wir an der Universität arbeiten müssen, nicht die Möglichkeit, die Intensivphase zu verlängern. Dazu gibt es sehr viele Gründe, die hier nicht alle aufgelistet werden können. Es sei nur noch einmal wiederholend darauf hingewiesen, dass wir nur über leere Räume und eine inzwischen nicht mehr funktionstüchtige technische Ausstattung verfügen — auch über kein Personal. (26) So war es für diese Arbeit u.a. erforderlich gewesen, ehem. Studierende, die schon im Beruf standen, in diese Arbeit einzubeziehen — dadurch, dass sie Urlaub nahmen oder dafür beurlaubt wurden. So bot sich schon allein aus diesen Gründen keine Möglichkeit der Verlängerung. Anzumerken ist noch, dass mit Beginn der Intensivphase in der Regel auch die zukünftig für die Klienten zuständige Mitarbeiter der aufnehmenden Institutionen mit nach Bremen kommen, an allem teilnehmen und ggf. auch schon eingearbeitet werden können. Im Fall dieser Klientin waren das drei Kollegen.

Die Arbeit mit der Klientin, die, wie deutlich geworden sein dürfte, in ihrer Gesamtheit von hoher Komplexität und Differenziertheit war und ein breites Feld an Handlungsmöglichkeiten und zu zahlreichen sozialen Kontakten bot (die bis heute bestehen), vereinigte sowohl die Notwendigkeit, ein erschrütterndes Defizit an Lernangeboten, das ein bedenkenwertes Licht auf die Qualitäten und Kompetenzen heil- und sonderpädagogischer Förderungs-, Erziehungs- und Bildungseinrichtungen wirft, zu berücksichtigen und (nachdem wir in unseren Annahmen über das dominierende psychische Grundproblem der Klientin Klarheit hatten) den allgemeinen Therapiezielen gerecht zu werden, die sich aus diesem ergeben. Die curricularen, didaktischen, medialen und methodischen Grundlagen, die in der Arbeit im Konzept der SDKHT relevant sind, müssen weiteren Berichten vorbehalten bleiben. Was FIEDLER (2000) für die störungsspezifische Psychotherapie bei dissozialen Persönlichkeitsstörungen schreibt, fasst, was wir in der Arbeit mit unserer Klientin in einem einheitlichen Angebot zu leisten hatten. Er betont die Bedeutung der Beachtung der kognitiven Störungen für eine erfolgreiche Behandlung, die nicht nur auf „Behebung von Defiziten von schwach entwickelten Moral- und Normvorstellungen abzielen“ sollte und folgert: „In einer Therapie geht es also vorrangig um Struktursetzung und den Aufbau tragfähiger Lebensleitlinien, die der *Intention* für eigenes Handeln Halt und Sicherheit bieten“ (S. 183 u. S. 184). Diesen Erfordernissen haben wir zu entsprechen versucht. Dies ohne die Hybris, unsere Arbeit zur letzten Chance für einen Menschen hochzustilisieren (Ak). Darüber, wie begrenzt die Chancen für diese Klientin waren, dürften sich die Kritiker sehr täuschen.

8. Keine noch so hoch einzuschätzenden Begrifflichkeiten und ethische Grundhaltungen sind absolut, sondern relational

Wenn ich den vielen Diskussionen, die ich inzwischen — meist auch zusammen mit Studierenden, die am Projekt beteiligt waren — geführt habe, einen immer wieder in Erscheinung tretenden Grundtenor entnehmen sollte, so würde ich ihn als Ausdruck des Wunsches der Nichtbehinderten (Fachleute) interpretieren, den im eigenen Leben nicht erreichten Grad an Vollkommenheit als Ideal der indivi-

duellen Lebensverhältnisse für geistigbehinderte Menschen auszuweisen und als Zielsetzung zu verdichten. So durchziehen zahlreiche Forderungen nach Erreichen eines „Lebenszutrauens“ und nach „Lebenserfülltheit“, um nur diese beiden zu nennen, die Entwicklungsgeschichte der Geistigbehindertenpädagogik von ihren Anfängen nach 1945 an bis heute. Dass aber gerade in der Lebenssituation von Menschen, die als geistigbehindert diagnostiziert werden, die gesellschaftlichen Widersprüche derart kulminieren, dass sie zu den Randgruppen der Gesellschaft zu zählen sind, die am weitesten von der Realisierung und Erfahrung solch harmonistischer Zielvorstellungen entfernt sein dürften, bleibt negiert. Die Absolutheit solcher Begrifflichkeiten in der Zielsetzung dessen, was uns diese Menschen im Grunde vorleben sollen, gerinnt in Anbetracht ihrer Lebenswirklichkeit zur puren Illusion. Es wäre interessant, gerinnt in Anbetracht ihrer Lebenswirklichkeit zur puren Illusion. Es wäre interessant, die nachfaschistische Geschichte der Geistigbehindertenpädagogik in bezug auf diese Zusammenhänge zu analysieren, die Funktionen, die Geistigbehinderte diesbezüglich für uns erfüllen, herauszuarbeiten und auch zu überprüfen, inwieweit auf diesem Hintergrund in bezug auf diese Population auch die im vorstehenden Punkt behandelten Zusammenhänge einen Ursprung oder Hintergrund haben.

In der Summe beobachte ich in bezug auf geistigbehinderte Menschen in den entsprechenden Fachkreisen einen Absolutheitsanspruch in bezug auf die „Individualität“ und auf alle — de facto und von mir unangefochten anerkannten — menschlichen und sozialen Grundwerte, die einem Monolith gleich aufscheinen, mir aber bezüglich der Forderung nach ihrer Realisierung in Anbetracht der konkreten Lebens- und Lernverhältnisse, die wir geistigbehinderten Menschen zumuten und durch die Abstinenz, sie gesellschaftlich und politisch für uns selbst und andere Minderheiten zu erstreiten, unglaublich erscheinen und die auch — wie oben angedeutet — mit Füßen getreten werden. Sie scheinen, philosophisch gesehen, in einem idealistischen Weltbild zu wurzeln, das den ihm eigenen Dualismus nicht nur auf die Phänomene von Geist und Materie bezieht, sondern auch solchen Werten wie „Selbstbestimmung“, „Autonomie“, „Freiheit“ u.a. eine absolute, duale und nicht korrespondierende Funktion, ja geradezu eine Seinskategorie zuweist. Zwar wird heute mit den in der (etablierten) Geistigbehindertenpädagogik und insbesondere mit Bezug auf schwerst-(mehrfach-)behinderte Menschen entfalteten Orientierung in Ansätzen auf schwerst-theoretisches und konstruktivistisches Denken verwiesen, aber Orientierungen auf der Basis oder selbst in Richtung eines historischen und dialektischen Materialismus bleiben ausgeschlossen. Die jüngst vorgelegte „Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik“ von FORNEFELD (2000) darf diesbezüglich als repräsentativ angehehen werden.

Die weitestgehende Orientierung, wie das auch in dieser Arbeit deutlich wird, findet das (etablierte) Fach heute mit Bezug auf die Phänomenologie HUSSERLS und, damit verbunden, im Versuch, in der Einheit von Erkenntnistheorie und Forschungsmethodologie das *Wesen* der Phänomene zu erfassen. Bezogen auf den Personenkreis schwerstbehinderter Menschen geht es darum, ihre *Leiblichkeit* und ihre *Lebenswirklichkeit* i.S. ihres Weltbezugs als Grundlage einer individuellen bezogenen Pädagogik zu erkennen, die auch eine Klassifikation nach behindert und nichtbehindert zu überwinden vermag. Selbst in weitestgehender Ausdeutung,

die ich sehen kann, bleibt der Dualismus DECART'schen Ursprungs aber auch in diesen Ansätzen gewahrt und, auch unter Rückgriff auf MERLEAU-PONTY und LÉVINAS, eine undialektische und ahistorische Sicht geistigen und physischen Seins im Sinne der Beantwortung der Fragen nach dem Ursprung intersubjektiver wie einer anthropologisch fundierten Seins-Gewissheit beibehalten. Es wird eine menschliche Ganzheit postuliert, die zwar die Einheit der unterschiedlichsten »Phänomene« wahrnt und sie nie als ausschließlich vorhandene betrachtet, sie aber auch nicht hinsichtlich ihrer jeweiligen evolutionären Genese be- bzw. hinterfragt. Im Postulat, dass das eine ohne das andere nicht denkbar ist, erfährt die phänomenologische Kategorie des *Sims* als Ausdruck, dass sich uns etwas als etwas zeigt, die Bedeutungszumessung, dass jeder Mensch der Welt nach Maßgabe seiner Leiblichkeit Sinn verleiht. Im Postulat der *Intentionalität* verdichtet sich das Verhältnis von Gegebenheit einer Sache und der Weise, wie sie uns bewusst ist.

Beide Zusammenhänge verdeutlichen, dass das Subjekt grundsätzlich bezogen ist auf Inhalte, die ihrerseits auf Bewusstsein gerichtet sind. Das relativiert den im Fach doch deutlich durchscheinenden monadischen Subjektivismus zumindest in dem Sinne, dass das Subjekt den ihm eigenen Weltbezug ohne vorgängige Intersubjektivität nicht feststellen kann und die Sozialität gegenüber der Subjektivität als primär zu fassen ist. Damit kann, wiederum auf das Individuum zurückgewendet, in diesem Prozess nur die Individualgeschichte (als Sozialisationsgeschichte) zentraler Fokus der Forschung und damit auch Quelle des Verstehens sein. Die Anderheit des Anderen ist folglich auch keine absolute Andersartigkeit. Mit Bezug auf LÉVINAS (1984) hieße demnach Phänomenologie zu betreiben, die »Erforschung der menschlichen und zwischenmenschlichen Intrige [u.a. im Sinne der Lebenswelt als Theater und in der jüdischen Konnotation in der Bedeutung, vom anderen verfolgt zu werden und des Subjekts als »Geisel« des anderen; G.F.] als Gewebe letzter Erkennbarkeit« (S. 28) Allerdings sehe ich sie – um es noch einmal zu betonen – aus meiner Sicht auch in der weitestgehenden Orientierung der (etablierten) Geistigbehindertenpädagogik so nicht betrieben. Sie müsste sich nämlich in der Konsequenz einer Gesellschaftstheorie nähern und in diesem Kontext wiederum die Dialektik als zentrales Moment der Erkenntnis integrieren, d.h. im MARX'schen Sinne das Individuum in seiner Wirklichkeit als »Ensemble der gesellschaftlichen Verhältnisse« begreifen. STINKES (1993) nähert sich dem wohl am weitestgehenden an (ohne dass ich sie hier dafür vereinnahmen möchte), wenn sie, um nur ein Moment herauszugreifen und ohne hier auf das Gesamt der ansizzierten philosophischen Differenzen eingehen zu können, u.a. schreibt: »Das Verhalten als Antwortendes zu begreifen, heißt hier, dass es eine Resonanz auf etwas darstellt, das nicht von ihm ausging« (S. 259). So weit zu gehen, verweist wiederum auf die Theorie der Psychogenese von VYGOTSKY und auf die Tätigkeitstheorie von LEONT'EV und ihre Fortschreibung, wie sie in der (kritischen und materialistischen) Behindertenpädagogik erfolgt ist und diese gleichzeitig grundlegt. Es findet sich in besagtem Lehrbuch dazu aber nicht einmal eine Literaturangabe geschweige denn eine Behandlung dieser erkenntnistheoretischen und forschungsmethodologischen Zugänge zum Gegenstand, und in der Folge bleibt

auch die in den letzten 25 Jahren intensive Debatte um die gemeinsame Erziehung, Bildung und Unterrichtung behinderter und nichtbehinderter Kinder und Schüler im Sinne der »Integration« und die dadurch induzierte Entwicklung einer »Allgemeinen Pädagogik« in der Spanne ihrer philosophischen bis didaktischen Dimensionen weitgehend negiert. So endet der Textteil dieser »Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik« buchstäblich mit der wissenschaftlich nicht begründ- und belegbaren Aussage, dass sich in der Geistigbehindertenpädagogik ein Paradigmenwechsel vollzogen hätte (Feuser 2000/a), der in den Leitgedanken von Normalisierung, Integration, Selbstbestimmung und Empowerment seinen Ausdruck findet. Es bleiben die Begriffe, nicht die Parameter die sie als solche konstruieren und im Koordinatennetz relational bewertbar machen.

Die Wertschätzung des (auch schwerstbehinderten) Individuums, die im Fach heute durchaus zumindest oberflächlich Konsens zu sein scheint, erfolgt, um es unter Gesichtspunkten der vorsehenden Hinweise zu verdichten, unter Aspekten einer primär reduktionistischen Methode, die das Subjekt auf die Introspektion seiner eigenen Erlebniswelt zurückverweist. Das leistet einem Solipsismus Vorschub, der sich im Kontext der erwähnten Öffnung des Faches auch Theorien des (radikalen) Konstruktivismus gegenüber, mit dessen solipsistischen Tendenzen vereinen könnte und eine »subjektwissenschaftliche Pädagogik« suggeriert, aber eine »subjektivistische« hervorbringt. Letztlich bleiben derart transzendentalphilosophische Orientierungen dominant und das Fach wiederum hinter den schon von HUSSERL erreichten Positionen zurück. Schon sein Versuch, Zwischenmenschlichkeit aus der interpersonalen Leibbeziehung zu rekonstruieren, der von MERLEAU-PONTY wiederum materialistisch neu zu interpretieren versucht wurde, was mit der Bezeichnung einer gemeinsamen Welt allerdings nur in sehr begrenzter Weise gelang, wird auch in den skizzierten Kontexten im Fach nicht mehr diskutiert. Es wird im Fach mit dem Strukturalismus, der Selbstorganisationstheorie und dem Konstruktivismus »geliebäugelt« und diesen Ansätzen eine normierende Begrifflichkeit unvermittelt gegenübergestellt. Das entbehrt jener Verknüpfungen, die von MATURANA als das »In-der-Sprache-Sein« des Menschen bezeichnet werden, wie das vor allem in einer für die hier behandelten Zusammenhänge zentralen Arbeit von RÖDLER (2000) behandelt wird, die schon seit 1993 in einer ersten Fassung vorliegt. Eingedenk des Verzichts selbst der phänomenologisch orientierten Soziologie auf Gesellschaftstheorien, die von ableitbaren Strukturmerkmalen ausgehen und der resultierenden Enthaltsamkeit, Aussagen von gesamtgesellschaftlicher Relevanz zu tätigen, worauf REGENBOGEN (1990) aufmerksam macht, bleiben begrifflich-normierende Vorgaben leicht zu konsumieren und sie sind inbrünstiger Zustimmung sicher, weil sie keine individuelle oder gesellschaftliche Veränderung einfordern, sondern allenfalls anheimstellen. So kann leicht alter Wein in scheinbar neuen Schläuchen fließen. Von überzeugenden Nachweisen, dass der geistigbehinderte Mensch gleichwertiges und gleichberechtigtes Mitglied dieser Gesellschaft ist, ist das Fach noch weit entfernt.

Betrachten wir nun die besagten Begrifflichkeiten, die als Leitkategorien unvermittelt zu Bewertungen werden, wie das auch die Stellungnahme des Ak überdeutlich macht, im Spiegel materialistischer Philosophie und Psychologie, so wer-

den die unterschiedlichen Erkenntnistheorien und Forschungsmethodologien — bei allen Überschneidungen, die in gleicher Weise zu konstatieren sind — recht deutlich. Die das heutige wissenschaftliche Weltbild konstituierenden Sichtweisen sind, bezogen auf die zugrundeliegenden Erkenntnistheorien, durchaus materialistischer Natur, auch wenn die Forscher und Nobelpreisträger z.B. hinsichtlich Bewertungen von Forschungs- und Gesellschaftsfragen befragt, selbst in traditionell idealistisch-philosophischen Aussagen münden. Bei der Suche nach den sog. großen Vereinheitlichungstheorien (GUT) in bezug auf die den Anfang unseres Kosmos begründenden Zustände desselben, dominiert ein historischer Materialismus, der höhere Formen der Materie durch Bewegung derselben aus niedrigeren Formen entstanden versteht, und es kommen die Gesetze der Dialektik zu Anwendung, was z.B. durch die Entdeckung des letzten Quark geradezu im klassischen Sinne empirisch bestätigt, dass alles was ist, aus Wechselwirkungen resultiert — und dies von Anbeginn des auskristallisierenden materiellen Kosmos aus einem energetischen. Unter Zugrundelegung dieser Prinzipien (des historischen und dialektischen Materialismus) haben wir es folglich bis in die psychischen und geistigen Erscheinungen hinein mit einer Entwicklungslogik historischer Natur zu tun, in der keine Entität eine ausschließlich an sich oder aus sich heraus Seiende ist, sondern stets Produkt der Wechselwirkungen, die ihre Geschichte bedingen. Das ermöglicht — ziehen wir nun die Systemtheorien mit heran — Behinderung als Produkt der Integration der (aus Wechselwirkungen resultierenden) Störungen des Systems in das System mit den Mitteln des Systems (die selbst wieder als historisch gewordene zu betrachten sind) zu verstehen. Behinderung, welcher Art und Schweregrad auch immer, wäre also vom System hervorgebracht, aber nicht aus ihm heraus (als Ursache der Erscheinungen) entstanden.

Damit steht z.B. Sozialität nicht Individualität entgegen oder gegenüber, sondern sie induziert sie, wobei letztere nur unter der Prämisse ersterer denkbar erscheint. So ist Freiheit nicht als ohne Grenzen seiend und Autonomie nicht ohne Übernahme von Verantwortung zu denken. Eine grenzenlose Freiheit ist keine. Es genügt, sich einen Taucher in einem unendlich großen Bassin schwimmend vorzustellen. Für ihn gibt es kein oben und unten, kein hinten und vorne u.a. mehr. Würden im Prozess thermischer Konvektion im Bassin rechts- und linksdrehende Zellen entstehen und warme Flüssigkeit auf-, abgekühlte absteigen, könnte er sich in diesen »Grenzen« überhaupt erst verorten und »frei« sein, in die eine oder andere Richtung zu schwimmen. (27)

Sehen wir das Individuelle und Subjektive durch das Soziale ermöglicht und bedingt, so beschreibt, was das Soziale ermöglicht oder andererseits gefährdet, die Grenzen (z.B. soziale Regeln) für das Individuelle, damit die Grundlagen erhalten bleiben können, die eine individuelle Existenz erst ermöglichen und nur durch diesen Rahmen kann es die Freiheit des Individuums geben. Das skizziert in vereinfachter Weise den Grundkonsens, den es in der Krisenintervention mit der Klientin zu erarbeiten galt, um ein »vertrauensvolles therapeutisches Arbeitsbündnis« aufbauen zu können. Beziehen wir dieses nun auf die der Klientin jeweils zugänglichen Entwicklungsniveaus, so resultiert daraus der inhaltliche Anspruch bzw. die inhaltliche Fassung der zu vermittelnden Sachverhalte wie die

Absicherung und Balancierung der Wechselwirkungen — gerade durch die Substituierung der Klientin in jedem nur erahnbar Moment ihrer Selbstbestimmung.

Rekurs: Damit ist ein aus meiner Sicht und in meiner gesamten — auch pädagogischen — Arbeit zentraler Punkt tangiert: Weder Diagnostik, noch Pädagogik und Therapie haben den Menschen, den es zu diagnostizieren, zu fördern und zu unterrichten gilt oder dem therapeutische Hilfe zu gewähren ist, als solchen zum Gegenstand — wiederum weder als holistisches System noch als auf seine Defizite oder Kompetenzen reduziertes: Beides parzelliert ihn. Wenn es, wie in der modernen Debatte sämtlicher Bewegungen wie „People First“, „Selbstbestimmt Leben“ oder „Empowerment“ um die Stärkung der Autonomie und um die Emanzipation des Einzelnen im Sinne einer „Selbstbestimmung“ geht, so ist diese — eingedenk sämtlicher gesellschaftspolitischer, ökonomischer und kultureller Kräfte, die in diese Veränderungen unweigerlich hineingewoben sind, aber meist unberachtet bleiben, nie ein isolierter Akt einer Entität, sondern ein Prozess von Fluktuationen zwischen Entitäten, denen jeweils prinzipiell das selbe Begehren zugeordnet werden muss. Sie verdichten sich in dem, was ich im Kontext der Entwicklung einer erziehungswissenschaftlichen Konzeption von Integration als „Gemeinsamen Gegenstand“ benannt und eingeführt habe, der auch dieses „Zwischen“ fasst. Zuwachs von Möglichkeiten der Selbstbestimmung bei einem Menschen macht — lassen Sie es mich so sagen — bezogen auf das Gesamt der Möglichkeiten, solche zu realisieren, nötig, dass ein anderer Macht abgibt, auf ein vermeintliches Privileg verzichtet, einen Vorteil nicht nutzt, der einem anderen zum Nachteil gerät, ihn einschränkt, entmündigt usw. Es ist damit *am* anderen nicht eine neue Kompetenz auszubilden, die wir „Selbstbestimmungsfähigkeit“ nennen, sondern die Wahrnehmung und Analyse der »Verhältnisse zwischen den Verhaltensweisen« zu leisten, die deren Funktion und Bedeutung offenlegt. Damit haben wir es mit „Bildung“ als aktiven Akt des Sich-Bildens zu tun. Es geht, wie es KLAFFI (1991) formuliert hat, um die Trias von Selbstbestimmung, Mitbestimmung und Solidarität — nicht um ein Beziehungsphänomen, in dem Defizite und Kompetenzen gegeneinander aufgerechnet werden oder das Versagen in einer Anforderung durch eine besonders gute Leistung in einem anderen Bereich ausgeglichen wird. Daran hat auch die Integrationsbewegung noch intensiv zu arbeiten. Selbstbestimmung ist zu verantworten oder sie bleibt als isolierte Kompetenz eines Menschen nur neuer Ausdruck alter Verhältnisse, nämlich von Macht und Herrschaft.

In diesem Sinne hat, wie ich schon eingangs erwähnt habe, auch Therapie bildend zu sein und den fundamentalsten Anteil von Bildung zu realisieren, nämlich Aufklärung und die ihr innewohnende vornehmste Aufgabe, nämlich dem Klienten zu ermöglichen, Zugang zu seiner eigenen Geschichte zu finden, zu den Verhältnissen, die sie modulieren und damit zu sich selbst. Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient und was sich als Beziehungsarbeit heute hoch besetzt als Gegenstand therapeutischer Arbeit für Menschen vergleichbar unserer Klientel aufdrängt, erkenne ich in diesem Prozess als eine Art Werkzeug der Vermittlung und Transformation, das auf die Übertragung und Gegenübertragung verweist. Sie

ist auch Basis der vom Ak in der ungekürzten Stellungnahme mit Verweis auf DORNES (2000) angeprochenen „Affektspiegelung“, die er in direkter Anlehnung an GERGELEY von der „Affektansteckung“, durch die ein Kind selbst mehr oder weniger stark in den (an anderen) beobachteten Zustand gerät, insofern unterscheidet, als ein innerer Abstand zum Geschehen gewahrt werden kann, weil die beobachteten Gefühle als die des anderen wahrgenommen und erlebt werden können – Grundlage der Entwicklung von Empathie bzw. dessen, was heute gerade in bezug auf Menschen mit Autismus-Syndrom als Ausbildung einer „theory of mind“ beschrieben wird. Die Fähigkeit zur Affektspiegelung als Medium um „über neue orientierende emotionale Erfahrungen eine Weiterentwicklung (der ganzen Persönlichkeit) einleiten“ (Ak) zu können, ist ihrerseits, wie in der Literatur weitgehend übereinstimmend berichtet wird, nicht ohne Voraussetzung, die in der Fähigkeit gründet, sich im Spiegel erkennen zu können. Wir hatten täglich vielfach die Möglichkeit, die Klientin in ihrer Art und Weise zu beobachten, wie sie sich im Spiegel betrachtet und haben dies auf dem Hintergrund dieser auch uns bekannten Zusammenhänge sehr wohl als ein zentral bedeutendes Moment in der gemeinsamen Arbeit betrachtet und gewürdigt. Wir mussten aber auch erkennen, dass die schwere psychische Störung der Klientin, die sich im Badezimmer deutlicher als in jedem anderen Zusammenhang artikuliert hat, bis auf diese Ebene zurückreicht. (28) Entwicklungspsychologisch gesehen dominierte durchaus die „Affektansteckung“ auf der Basis eines sehr indifferenten Erlebens und Umgangs mit dem eigenen Spiegelbild. In der schon andiskutierten Szene, in der die Klientin ihren eigenen Körper als Umriss mit äußeren Attributen zum Abbild bringt und der zunehmend konstruktive Umgang mit dem eigenen Spiegelbild, der nicht mehr primär auf dessen Zerstörung gerichtet war, sondern eine freundliche Wahrnehmung ihrer selbst ermöglichte, ist Ausdruck eines weitreichenden Ziels, das in der gemeinsamen Arbeit »erarbeitet« werden konnte. In der Übersicht zu Phasen und Verlauf der Krisenintervention und Therapie (Spalte Psychodynamik) wird deutlich, dass nach langen und schweren regressiven Krisen über die schon berichteten Identifikationen Ansätze eines reflexiven Selbsterlebens möglich wurden, die sich in der Zeit nach der Intensivphase in Bremen deutlicher auch als Fähigkeit zur Empathie darstellten. An diese psychotherapeutisch unbenommen bedeutende Momente zu appellieren, ohne die entwicklungspsychologischen Voraussetzungen zu benennen, die auch das Modell der Affektspiegelung hat und zu übergehen, unter welchen Bedingungen und Voraussetzungen der Klientin gerade auch diesbezüglich Entwicklungsmöglichkeiten geboten wurden, die sie aufgriff (was der Film durchaus auch zeigt), ist wenig hilfreich.

Abstrahiert werden kann diesbezüglich auch nicht von der Bindungsverfahren der Klientin. Diese dürfte überwiegend durch Indifferenzen hinsichtlich dessen gekennzeichnet gewesen sein, was sie in der Beziehung zu den mit ihr befassten Personen durch deren Re-Aktionen über sich als Widerspruch des eigenen Affektzustandes dargestellt und was sie zum Affektzustand der Bezugspersonen mitgeteilt bekommt. Diese Vorgänge »referentieller Verankerung«, auf die DORNES (2000) mit bezug auf GERGELEY rekurriert, dürften schon in den frühen Entwicklungsphasen aufgrund mangelnder Markierungen und Kongruenz »pa-

thologischen Entgleisungen“ des normalen Affektspiegels unterworfen gewesen sein und damit die Introjektion der Funktionen der Beziehungspersonen weniger beruhigend, denn aversiv bis ängstigend. Damit korrespondiert die Erfahrung, durch die Expression der eigenen Affekte der Umwelt gegenüber nicht die erwartete Stabilisierung und Entängstigung erleben zu können, sondern eine Verstärkung der Quellen derselben erfahren zu müssen. Das verunmöglicht, zu erlernen, wie Affekte selbst reguliert werden können und steigert deren Expressionsrate und Intensität bis zu heftigsten Ausbrüchen, die in keiner Weise selbst und durch die Umwelt bald nicht mehr reguliert werden konnten. Diese Zusammenhänge gewinnen schnell eine zirkuläre Funktion und fixieren in der Entwicklung auf eine „primäre Affektregulation“. Die eigenen emotionalen Zustände bleiben implizit und kaum bewusst. So stehen wir wieder vor dem Zustandsbild unserer Klientin – damit vor der Notwendigkeit, durch hohe Transparenz interaktionaler Strukturen und zeitstrukturierter Organisation derselben, die vehementen Entäußerungen des emotionalen Erlebens, dem die Klientin selbst hilflos ausgeliefert war, von außen auf- und einzufangen, ihnen Echo zu verleihen und ohne die üblichen Sanktionen, die auch darin bestanden, von jedem Vorhaben abzulassen und in engem Umklungensein Stunden auf einem Sofa zu verbringen, in Annahme der damit verbundenen Gewalttätigkeit, an einem gemeinsamen Vorhaben zu arbeiten. Wie dies vom Ak als „Isolation“ gesehen werden kann, als „Ausblendung von Affekten“ und wie er dazu kommt, uns eine reduzierte Wahrnehmung der Klientin als „von Impulsivität getriebene emotionale Person“ zu unterstellen, ist mir nicht nachvollziehbar. Empathie hat die Klientin sicher viel erfahren – aber wohl, wie ich auch aus den Berichten der Eltern schließen muss, in Form hilflosen Mitleids mit der Konsequenz, dass sie wieder und wieder sich selbst überlassen und ausgeliefert blieb. Insofern wurde isoliert und nicht integriert.

Eines haben wir in der Arbeit mit diesen Menschen sehr deutlich nachweisen können – auch in der Ausbildung der Studierenden – dass sich hoch strukturierte Verkehrs- und Kooperationsformen und Empathie nicht ausschließen – eine aus meiner Sicht nahezu dogmatisch-irrig Annahme im gesamten Bereich der Behindertenfürsorge. In der Arbeit mit unseren Klienten sind die klaren strukturellen Vorgaben und hoch sequenzierte, pointiert vermittelte äußere zeitliche Mitnehmer in der Kooperation geradezu eine Voraussetzung dafür, Empathie auch unter sehr erschwerten Bedingungen über längere Zeiträume bewahren zu können. Ich kann auch im Feld der Psychotherapie in dem, was Empathie begrifflich bezeichnet, keinen per se therapeutisch an sich guten und wirksamen Grund sehen, als den sie wohl oft verstanden wird und aus dem sich schon die rechte Haltung dem Klienten gegenüber ergeben könnte, sondern eine Umschreibung des Versuchs, auch mit Hilfe von Analysetechniken und wissenschaftlichen Verfahren, die eigene „theory of mind“ im Sinne eines sich in den anderen einfühlenden Verstehens im gemeinsamen Handlungsprozess zu optimieren und stets um die Position des „inneren Beobachters“ zu ringen. Das heißt zweierlei: Sich zu fragen, ob mir das hätte widerfahren und wie ich es hätte erleben können und sich jener Momenten eigenen Erlebens zu vergewissern, um die schwachen Punkte der eigenen Persönlichkeit, wie FERENCÍ betont, in seine Gewalt zu bekommen und das bedeutet

nach ihm, dass vom Analytiker »viel Geschick, Geduld, Ruhe und Selbstverleugnung« zu verlangen ist. (29) Die Psychoanalyse selbst hat sich durch FREUD vom Magnetismus über die Hypnose zur Sprache entwickelt. Die Gefahr ist also weniger, dass die Studierenden in ihrer Ausbildung verlernen könnten, sich empathisch auf einen Klienten einzustellen, sondern dass sie Empathie mit ihrem wohlwollenden Gestus dem Klienten gegenüber verwechseln und sie eben nicht lernen. Empathie in toto kann sogar ein Moment sein, das die Absicht, die Verhältnisse des Klienten wirklich zu erfassen und im Sinne der therapeutischen Zielsetzung auf sie zu reagieren, nicht nur fördert, sondern erschwert oder fehlerleitet. FREUD selbst gebraucht in »Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung« (GW, Bd. 8, S. 380) erstaunliche Worte:

„Ich kann den Kollegen nicht dringend genug empfehlen, sich während der psychoanalytischen Behandlung den Chirurgen zum Vorbild zu nehmen, der alle seine Affekte und selbst sein menschliches Mitleid beiseite drängt und seinen geistigen Kräften ein einziges Ziel setzt: die Operation so kunstgerecht als möglich zu vollziehen ... Die Rechtfertigung dieser vom Analytiker zu fordernden Gefühlskälte liegt darin, dass sie für beide Teile die vorteilhafteste Bedingung schafft, für den Arzt die wünschenswerteste Schonung seines Affektlebens, für den Kranken das größte Ausmaß von Hilfeleistung, das uns heute möglich ist.“

Wie immer man heute diese Hinweise betrachten mag, sie sind nach wie vor einen Diskurs wert. In der Psychotherapie — verstanden in ihrer gesamten Bandbreite — ist Empathie kein Apriori und mithin auch keine Basis einer Bewertung, wie sie der Ak in seiner Stellungnahme zu unserer Arbeit tätigt.

Kehren wir zu den mehr erkenntnistheoretischen Betrachtungen zurück. Was ich vor diesem Rekurs auf die Arbeit mit unserer Klientin ausgeführt habe, sind nicht nur Strukturebenen der äußeren materiellen Welt, sondern in gleicher Weise des Psychischen. Die aus meiner Sicht insofern unheilvolle Trennung von Kognition und Emotion als sie den Blick für ihre funktionalen Zusammenhänge in der psychischen Repräsentation und Regulation unserer Lebensprozesse verstellt, dürfte als ein Artefakt nicht des Erkenntnisinteresses des Menschen, sondern der Verwertung eben dieser Kenntnisse in bezug auf Menschen geschuldet sein. Im Kontext eines dualen Weltverständnisses ist es nur ein kleiner Schritt, in Außerachtlassung dieser Interessen, Kognition und Emotion als rivalisierende oder gar opponierende psychische Instanzen zu gewichten, von denen die eine das Gegenteil der anderen zu sein scheint und repräsentiert, was von außen her in der gesellschaftstheoretischen Sterilität des Faches zu einem Gerangel um Gütesiegel für das eine gegen das andere Moment führt. Seit der Konzeption der Psychologie in individueller mentaler Differenzen in England durch GALTON (1822-1911) und der Etablierung einer weitgehend darauf basierenden Anthropometrie, die historisch sehr eindeutig im Kontext eugenischer Interessen stand und aus meiner Sicht heute, in neuer, radikal biologisierender Manier, noch steht, konnte sich ein solches unvermitteltes Verständnis dieser psychischen Strukturen und Funktionen etablieren. (30) Das reicht auch in entwicklungspsychologische Zusammenhänge hinein und dominiert last not least auch das Verständnis solcher entwicklungspsychologi-

schen Ansätze wie vergleichsweise den von PIAGET und SPITZ. Die Kulturhistorische Schule, die weltweit rezipiert wird, in Deutschland aber wohl noch immer — auch in ihrer Weiterentwicklung und Fortschreibung vor allem durch die Arbeiten von JANTZEN — eher negiert bleibt, bietet mit ihren Ergebnissen eine sehr bedeutende Möglichkeit, aus dieser Falle herauszukommen. Kognition und Emotion, die als Strukturelemente des Psychischen durchaus in ihren funktionalen Bedeutungen differenziert aber nicht losgelöst voneinander betrachtet werden können, bilden einen relationalen Zusammenhang von Erkennen und Erleben, in dem das eine Moment gegenüber dem anderen eine Führungsrolle einnehmen kann, es diesbezüglich aber nicht um Dominanzen geht. Wie immer, selbst das intrapsychische Erleben muss erkannt werden, sonst erfahren wir es nicht als solches wie, was wir erkennen, eingebettet ist in unsere Lebensprozesse und -regulationen und damit einem Erleben zugeordnet. Wie Zugänge zu gewinnen sind, um sich Menschen z.B. im Koma oder Wachkoma, in schweren autistischen Zuständen oder eben auch dieser Klientin nähern und intrapsychische Prozesse ansprechen zu können, gewichtet sich nicht aus der dualen Bewertung von Kognition oder Emotion, sondern daraus, wie sich externe und interne Welt zu vermitteln vermögen. Eine Hierarchisierung derart, dass ein Zugang fachlich richtiger und human besser sei, dürfte in Abstraktion von der »aktuellen Zone der Entwicklung« eines Klienten, in Negation möglicherweise blockierter und ohne Orientierung auf die »nächste Zone der Entwicklung«, kaum zu begründen sein. Um in einem vielleicht augenfälligeren Kontext zu verdeutlichen, was ich meine, vielleicht noch folgender Hinweis:

Im Rahmen der Arbeit im Konzept der SDKHT halten wir auch einem Menschen im tiefen Koma z.B. für die Dauer der Gesichtspflege einen Spiegel vor, während wir die Gesichtsteile unter Benennung derselben mit einer Lotion sanft reinigen und mit einer Creme pflegen. Es wird vorangekündet, wo wir in der Sequenzierung des Vorganges das Gesicht als nächstes berühren, ob wir tupfen oder streichen werden. Im Rahmen der Vororientierung, ehe etwas am Gesicht selbst geschieht, werden wir dem Klienten die Lotion und Creme zum Riechen an die Nase führen, selbst riechen, dem Duft einen lautlichen und sprachlichen Ausdruck verleihen, darauf hinweisen, dass es die Mittel sind, die der Klient selbst zu diesem oder jenem Zweck vor seiner Erkrankung verwendet hat etc. Auch dass wir den Spiegel halten, wird thematisiert. Während wir die Gesichtspflege durchführend reflektiert der Spiegel nicht nur andere Lichtverhältnisse ins Gesicht des Klienten, sondern führt zu veränderten Luftströmen, zu einer anderen geruchlichen Wahrnehmung, als dies ohne die Spiegelfläche vor dem Gesicht der Fall wäre und selbst die Geräusche, die die Tätigkeit verursachen und was wir kommunizieren wird durch den Spiegel anders zum Klienten gelenkt, als wenn dieser nicht da wäre. Und ehe dieser sich nach abgeschlossener Gesichtspflege, die hoch rhythmisiert vorgenommen wird, deren Abläufe in jeder Sequenz gleich gehandhabt werden und für diese ganze thematische Einheit auch schriftlich fixiert ist und von den Studierenden im sog. »Trockentraining« geübt wird, wird angekündigt, dass der Spiegel wieder auf seinen Platz zurückgelegt wird und das geschieht in sehr langsamen Bewegungen. Ein kognitiver oder emotiver Zugang? Jenseits

der Bewertung, die ein solches Vorgehen erst einmal auf einer Intensivstation auslöst, überzeugt hier das Monitoring durch die Veränderungen der vegetativen Parameter in Richtung höherer Synchronisation und Stabilität, die bei Menschen in solchen Lebenssituationen ständig registriert werden, in kürzester Zeit. In der Diskussion in Fällen wie um unserer Klientin M., scheint dies irgendwelchen Belieben überlassen bleiben zu dürfen.

Im Spiegel der Stellungnahme des Ak scheint sich eine ähnliche Relation wie zwischen Kognitivem und Emotionalem auch zwischen Rationalität und Irrationalität aufzutun. Es würde nicht deutlich, dass wir auch dem „Irrationalen im Menschen“ eine positive Bedeutung zuessen würden, wird angemerkt und auch als Erklärung für die „angestrebte Ausblendung von Affekten“ herangezogen. Möglicherweise ist von den Verfassern der Stellungnahme mit dem Begriff der »Irrationalität« etwas anderes gemeint, als dass er aus dem Gegenteil von Rationalität bestimmt wäre. Wie immer, er ist verwendet und nicht definiert worden. Zum einen würde ich den Begriff der Irrationalität in keiner Weise, auch nicht in einer Aufzählung, mit Emotionalität und Affekten in Verbindung bringen, wie ich auch meine, dass er als solcher ein völlig untauglicher darin ist, etwas sachlich zu bezeichnen, wenn nicht das Interesse einer Polemik im Vordergrund steht. Rationalität, in der Stellungnahme wiederum recht nahe an den Begriff der Kognition gerückt, hat ebenso wenig mit dieser zu tun, wie der vorgenannte Zusammenhang. Ich kann mich einem Begriffsverständnis von Rationalität nur unter Aspekten eines Vernunftbegriffes annähern, der die Fähigkeit beschreibt, Bedeutungen zu schaffen und diese begründen zu können wie durch ein entsprechend zielgeleitetes Handeln unter Schaffung oder Zuhilfenahme angemessener Mittel geistige und materielle Bedürfnisse zu befriedigen. Dass die Möglichkeit zu solchem Denken ihrerseits in Phylo- und Ontogenese Entwicklungsprozessen unterliegt, dürfte heute keine strittige Annahme mehr sein, weshalb, ist ein solches Denkniveau nicht erreicht, das dann vorliegende Denken eines Menschen nicht mit dem Begriff der Irrationalität, sondern mit einem dem jeweils dominierenden Zusammenhang von Tätigkeit und Abbild entsprechenden zu bezeichnen wäre. Auf dem Hintergrund eines dialektischen Denkens wäre begründbar, dass es in Bezug auf den Menschen als prinzipiell zur Vernunft fähige Gattung eine Irrationalität des Menschen nicht geben kann, geschweige denn, dass nun gerade ihr eine besondere Bedeutung für die Entwicklung eines Menschen zuzumessen wäre. Es gibt, so meine ich, heute in der Entwicklungspsychologie hinreichend differenzierte Modelle, die auch für Fragen der Diagnostik wie der resultierenden didaktischen Folgerungen sehr differenziert aufzeigen, wie Denken sich als Prozess der Interiorisation entfaltet und welche groben Stufen dieser Entwicklung wir heute ausmachen können. Mithin geht es mit dieser Frage weder um einen absoluten Objektivismus noch um einen absoluten Subjektivismus eines dualen Systems, von dem her ich mir erklären könnte, wie die Kritiker in ihrer Stellungnahme zu den getätigten Aussagen kommen konnten, sondern um eine in gleicher Weise analytische wie dialektische Kategorie zur Erklärung menschlichen Denkens, das sich nur in historischen und (nicht linearen) evolutionären Prozessen entwickelt. Allein das Werk von PIAGET liefert hier aus strukturalistischer Sicht fundierte Studien, wie die Arbeiten von

VGOTSKU parallel dazu zu nennen sind, von anderen, ergänzend dazu hoch relevanten ganz zu schweigen.

Sieht man sich einem NEWTONSchen Weltbild nicht mehr verpflichtet, in dem es noch ahistorische „Apriori“ der Natur gibt und selbst, wenn man im EINSTEINSchen post-relativistischen Weltbild die Grenzgeschwindigkeit (c) noch als ein solches antizipieren würde, so könnte man nicht negieren, dass sie als Operator von Transformationen von Materie und Energie fungiert ($E = m \times c^2$), die aus einer makrokosmischen in eine mikrokosmische Welt (oder umgekehrt) führen, die chaotischen Zuständen (31) näher ist als deterministischen, was meint, dass ein möglicherweise noch mit dem Begriff der Rationalität verbundener Objektivismus als Subjektivität ausschließende Kategorie nicht haltbar ist. Mithin finde ich wiederum keinen Zustand, der mit der Bezeichnung der Irrationalität treffend zu kennzeichnen wäre, noch dass dieser für die Verteidigung des Subjektiven (des Menschen) geeignet sein könnte. HUSSERL (1962) verankert die Krise der europäischen Wissenschaften und der transzendentalen Philosophie im „Versagen einer rationalen Kultur“ (S. 347), wobei er, bei aller Kritik eines mit Objektivismus identifizierten Rationalismus und einem dem entgegensetzenden Standpunkt einer „absoluten, transzendentalen Subjektivität“ den Mangel an einer echten Rationalität auf allen Seiten als „Quelle der unerträglich gewordenen Unklarheit des Menschen über seine eigene Existenz“ (S. 345) sieht. Vielleicht erklärt sich dem Leser zum Ende des Beitrags, warum ich ihn in Umkehrung der berühmten Aussage: „Ich denke, also bin ich“ mit „Ich bin, also denke ich“, überschrieben habe.

Ich wage zu behaupten, dass der Mangel an einer »echten« — und das heißt, an einer historisch-dialektischen — Rationalität« auch eine der Hauptquellen der unerträglich gewordenen Unklarheiten unseres Faches in allen seinen Gliederungen (Behindertenfürsorge, Pädagogik und Therapie) geworden ist. Was unsere Klientin betrifft, so habe ich sie zu keiner Zeit und in keiner Minute der Zusammenarbeit als „irrational“ erkannt — und ich bin froh, zumindest dieser Gegenübertragung nicht erlegen zu sein.

Anmerkungen

- (01) In diesem Beitrag verwende ich aus Gründen vereinfachter Schreibweise grammatikalisch die männliche Sprachform. Wenn das Genus für den Sinn des Gemeinten oder das Verständnis einer Passage von Bedeutung ist, wird auch die Bezeichnung entsprechend spezifiziert.
- (02) Wo ich die Stellungnahme des Arbeitskreises Psychoanalyse und Geistige Behinderung tanziere oder anspreche, beziehe ich mich auf die veröffentlichte Version, da diese den Lesern der BHP eher bekannt oder besser zugänglich sein dürfte. Wenngleich in der ungekürzten Version einige Sachverhalte „moderater“ bzw. auch „fachlicher“ benannt sind als in der veröffentlichten gekürzten Fassung, muss ich doch diese — auch wegen ihrer Wirksamkeit in der Öffentlichkeit — für diese Arbeit heranziehen.
- (03) Siehe hierzu: FEUSER, G.: „Austherapiert“ und „gemeinschaftsunfähig“ gibt es nicht! Die „Substituierende Dialogisch-Kooperative Handlungs-Therapie (SDKHT)“ — eine Basistherapie. In: Feuser, G., Berger, E. (Hrsg.): Erkennen und Handeln, Bd. 2 der Schriftenreihe Mensch-Tätigkeit-Entwicklung — Kulturhistorische und tätigkeitstheoretisch orientierte Humanwissenschaften. Hamburg 2001 (in Vorbereitung). Ein auf der Basis eines Vortrages leicht modifizierter Vorabdruck, auf den ich hier zurückgreife, erfolgt unter dem Titel:

„Substituierend Dialogisch-Kooperative Handlungs-Therapie (SDKHT) — Aspekte ihrer Grundlagen, Theorie und Praxis“ in den „Mitteilungen“ der Lurija-Gesellschaft e.V., Bremen, 1/2001.

- (04) Ich fühle mich von diesen pseudo-fachlichen und pseudo-politischen Haltungen und Argumentationsketten (von diesem „Lügendehabe“, wie ich es empfinde), die ich in bezug auf die Menschen, mit denen wir arbeiten, zur Kenntnis nehmen muss, angewidert. Selbst um den Preis noch weiterer fachlicher Diskreditierung und persönlicher Ausgrenzung wie unterstellender Verunglimpfung bin ich nicht bereit, in solche „Chöre“ einzustimmen.
- (05) Ich bin mir bewusst, dass ich damit das heute dominierende fachliche Verständnis des Begriffs der „Krisenintervention“ sprengte (Simmich u. Reimer 1998). Dross (2001) spricht dann von einer Krise, wenn
- „ein Zustand psychischer Belastung eingetreten ist, der sich deutlich von der Normalbefindlichkeit einschließlich ihrer Schwankungen abhebt, als kaum mehr erträglich empfunden wird und zu einer emotionalen Destabilisierung führt,
 - die widerfahrenen Ereignisse und Erlebnisse die bisherigen Lebensgewohnheiten und -umstände und die Ziele massiv in Frage stellen oder unmöglich machen,
 - die veränderte Situation nach Lösungen verlangt, die aber mit den bisher verfügbaren und selbstverständlichen Möglichkeiten der Problemlösung oder Anpassung nicht bewältigt werden können“ (S. 10).

Allein schon auf diesem Hintergrund halte ich die Verwendung des Begriffes für die anspruchsvolle Klientel nicht nur für gerechtfertigt, sondern geradezu notwendig, weil sie, als andauernd in solche Verhältnisse eingeschlossen bzw. verstrickt, auch dieser fachlichen Seite entschwinden. Dies auch wenn z.B. VON CAPLAN (1964) und danach in ähnlicher Weise durch verschiedene Autoren betont wird, dass eine „Krise“ durch ihre Selbst-Begrenzung auf eine Dauer von vier bis sechs Wochen charakterisiert sei. Das Verhältnis von Psychoanalyse und psychoanalytischer Psychotherapie bedürfte einer speziellen Betrachtung, die hier nicht geleistet werden kann.

- (06) Ich möchte mir gleich an dieser Stelle erlauben, darauf aufmerksam zu machen, dass der Titel des Films mit einem Fragezeichen versehen ist. Das wird nicht nur vom Arbeitskreis Psychoanalyse und Geistige Behinderung übersehen, sondern auch in anderen Anfragen und Hinweisen zum Film, die mich erreicht haben. Allein die Berücksichtigung dieses Fragezeichens im Titel würde in der hier mit zu berücksichtigenden Stellungnahme des Arbeitskreises seine rhetorische bis missbräuchliche Verwendung nicht zugelassen haben. In Anwendung der Rhetorik des Arbeitskreises, die in der Stellungnahme in die Frage mündet: „Was ist schon die erste Regelblutung?“, könnte hier gefragt werden: Was ist schon ein Fragezeichen?
- (07) Ursprünglich bestand die Absicht, mit Marianne Strauch als Regisseurin und anderen Dokumentarfilmern in gemeinsamer Arbeit einen Film über eine stationäre Therapie zu erstellen. Dieses Vorhaben zerschlug sich. In der Folge fruchteten die Bemühungen von Frau Strauch, einen anderen Träger für einen solchen Film zu gewinnen, mit der Zusage der ARD und Radio Bremen für die Sendereihe „Unter Deutschen Dächern“. Damit konnte aber das ursprüngliche Vorhaben *nicht* realisiert werden.
- (08) Zeitgleich zum Film entstand von MARGOT OVERATH ein Rundfunkfeature mit dem Titel: „Wo sind meine Gurte?“ Es wurde von den Rundfunkanstalten NDR 4, Radio Bremen 2 (am 14.12.2000) und Radio Österreich 1 (am 27.06.2001) ausgestrahlt. Wer den Film gesehen hat, sollte auch das einstündige Feature zur Kenntnis nehmen. Allein dies dürfte eine differenziertere Wahrnehmung der Sachverhalte ermöglichen.
- (09) Nach wenigen Arbeitssequenzen mit Stempel und am PC konnte die Klientin sich selbständig auf der Tastatur orientieren und bis auf wenige Buchstaben, die zu erkennen sie anfangs noch Mühe hatte bzw. die sie noch für eine kurze Zeit verwechselte, selbstständig schreiben.
- (10) 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.

- (11) Die hier herangezogenen Theoriebildungen sind für die SDKHT weder als ausschließliche zu verstehen, noch können sie als für die mit der SDKHT zu leistende Arbeit als hinreichend betrachtet werden. Vor allem Entwicklungen im sog. radikalen Konstruktivismus sind zudem einer deutlichen kritischen Analyse zu unterziehen; auch in ihrem Einfluss auf die modernen Neurowissenschaften. Was die psychologische Seite betrifft, so sind hier die sehr differenziellen Ergebnisse der Kulturhistorischen Schule im Zusammenhang mit der Entwicklungspsychologie von JEAN PIAGET, die Hospitalismusforschung von RENÉ SPITZ, die Bindungstheorien von ihren Anfängen von JOHN BOWLBY an und psychoanalytisch fundierte Ergebnisse von hoher Bedeutung.
- (12) Ohne Kenntnis dieser Zusammenhänge erscheinen dem äußeren Beobachter viele in der Arbeit mit den Klienten sichtbare Vorgehensweisen als befremdend, aufgesetzt oder gar als rigide. Gelingt es, erst einmal die individuellen Zeitstrukturen eines Klienten herauszufinden, wird es durch diese Maßnahmen möglich, sachadäquat zu handeln, neue, komplexere Handlungen und Handlungsfolgen zu erlernen und auch darüber ein Empfinden eigener Kompetenz und von Kooperationsfähigkeit aufzubauen, das, wie wir erfahren, das Selbstbewusstsein positiv beeinflusst. Besonders wichtig ist, dass unter diesen Bedingungen Klienten auch Situationen bewältigen können, die angestrengt sind und/oder gemieden wurden bzw. selbstverletzende, aggressive oder destruktive Handlungen als Angstbewältigungsstrategie generierten. War letzteres der Fall, ist in den Begleitbeobachtungen oft in sehr kurzen Zeiträumen ein deutlicher Rückgang der Darstellung kompensatorischer und gegenregulatorischer Handlungen und ein Anstieg des „on-task“-Seins zu registrieren. Anzumerken wäre noch, dass Klienten mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (bis in den psychotischen Bereich hinein) ein weit schnelleres Pacing erfordern, um „Mittelmehereffekte“ zu erzielen als dies vergleichsweise bei Klienten mit schweren Schädel-Hirnverletzungen und „geistiger Behinderung“ der Fall ist.
- (13) 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).
- (14) Als Attraktoren können Operatoren bezeichnet werden, die der systeminternen Strukturbildung eine „bestimmte Richtung“ verleihen. Zum Beispiel, dass die Entwicklung in Richtung auf eine Persönlichkeitsstruktur verläuft, die wir dann als geistige Behinderung oder als Autismus-Syndrom wahrnehmen und klassifizieren.
- (15) In der Arbeit mit schwer hirnververletzten Menschen (Koma, Wachkoma) können — wie wir annehmen — derart auch Prozesse der Deblockierung und der Re-Integration isolierter Inseln (intakter aber funktional blockierter neuraler Areale) ins Gesamt des funktionalen Systems unterstützt werden, was sich in schnellerer und umfassender (spontaner) Remission ausdrücken scheint. Diese Arbeitsbereiche bleiben hier aber weiterhin unberücksichtigt.
- (16) Die angesprochene Umkehrung der BUBERSchen Aussage würde meinen, dass ein Mensch zu dem ICH wird, dessen DU ich ihm bin. Dass ich in dieser Erweiterung der BUBERSchen Aussage von „Wir“ spreche, soll verdeutlichen, dass es hierbei primär nicht (nur) um dyadische Verhältnisse geht, sondern um kollektive, in denen sich das *Gesamt* der „gesellschaftlichen Verhältnisse“ bricht. Das verweist, bezogen auf die Praxis der SDKHT u.v.a. Momenten, auch auf die personale Differenziertheit des Settings und der Kooperationsstrukturen wie prinzipiell z.B. auf Fragen der „Integration“ in pädagogischen Feldern.
- (17) In vielen Arbeitszusammenhängen, insbesondere im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Integration in der Elementarerziehung und Schule, mussten wir im Bereich von bis zu 80% der beobachteten Interaktionen von Erziehern, Lehrern und/oder Therapeuten mit behinderten und nichtbehinderten Kindern und Schülern feststellen, dass die Interaktions/-

Kommunikationssequenzen vor Durchlaufen der für Lernen und gedächtnisbildende Prozesse unverzichtbaren vier Elemente abgebrochen wurden und in ähnlicher Prozentrate Strafen des Typs II zur Anwendung kamen, aber nur um die 10% (in besten Fällen um die 30%) an Bekräftigungen. Ein durchaus ähnliches Bild bietet sich mir bei Beobachtungen im Bereich der Institutionen der Behindertenfürsorge. Die Fähigkeit, das eigene Verhalten unter Aspekten lernpsychologisch relevanter Parameter zu reflektieren, ist bei „Profis für Lernen“ in ebenso erschreckender Weise nur sehr rudimentär oder nicht vorhanden, wie die Auffassung, dass es nicht gut sei, Menschen zu bekräftigen, sehr dominiert. Viele Bereiche, in denen psychotherapeutisch gearbeitet wird, bieten durchaus ein vergleichbares Bild. Ähnlich desolat ist die Situation nach meinem Kenntnisstand in bezug auf entwicklungspsychologische Fragen. Auch konnten wir, wiederum mit sehr hohen Prozentzahlen, vor allem behinderten Menschen gegenüber, Kommunikationsstrukturen beobachten, die im Sinne der Schule von Palo Alto (CA) die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in hohem Maße „pathogen“ beeinflussen.

- (18) Da der Film nicht unwesentlich zu dem Eindruck beiträgt, dass ich die Klienten nach der Intensivphase in Bremen „einfach wegschicke“, ohne mich weiterhin zu kümmern, möchte ich hier nur erwähnen, dass Kontakte zu Klienten über zwei Jahrzehnte bestehen; ich, falls erforderlich, zur Beratung zur Verfügung stehe, aber auch zu besonderen Anlässen im Jahreslauf Kontakte pflege, die durchaus auch wechselseitiger Natur sind. Dass ich die Klientin, zu der der Film informiert, nicht selbst in ihre neue Lebensumwelt begleitet habe, hatte mit vielen anstehenden Prüfungen zu tun, die durch das Auslaufen einer Diplom-Prüfungsordnung zwingend durchzuführen waren und keine andere Terminierung für die Kandidaten ermöglichten.
- (19) Mit „Villa“ wird die ausschließlich von der Klientin bewohnte Wohneinheit innerhalb der „Therapeutischen Wohnheime“ der Heime Auhof bezeichnet.
- (20) Ich erinnere daran, dass *keine* von *allen* eingegangenen Rückmeldungen (nicht nur im Kontext der erwähnten 10%) nach der Verantwortung der Vorgeschichte dieser Klientin fragte!
- (21) Die von LANWER-KOPPELIN zu Fragen der selbstverletzenden Verhaltensweisen in 2001 vorgelegte und im Rahmen unserer Forschungszusammenhänge in Theorie und Praxis fundierte Dissertation wird voraussichtlich im Afra-Verlag, Butzbach-Griedel, erscheinen.
- (22) Ich möchte an dieser Stelle nicht unerwähnt lassen, dass die Gestalten der Ronja-Geschichte sowohl als Handpuppen wie als Spielzeug-Figuren eigens für diese Arbeit von den Studierenden hergestellt wurden. Sie sind von SONJA KURPIERS entworfen worden und von hohem künstlerischem Wert – und von der Klientin nicht im mindesten beschädigt worden. Würde man sich allein der Mühe unterziehen, diese Handpuppen zu betrachten, mit denen auch Theater gespielt wurde, dürfte sich der Vorwurf, durch die Arbeit im Konzept der SDKHT zu verlernen, sich empathisch auf einen Klienten einzustellen, schon selbst zerstreuen.
- (23) In bezug auf diese Szene, in der die Klientin äußert, dass sie noch ein großes Herz in das Bild hineinmalen wolle, das als äußeres Abbild ihres Körpers erstellt worden war, ist anzumerken, dass die mit ihr arbeitende P1 Schwierigkeiten hatte, ihre Aussage zu verstehen und über die Einwegkommunikation mit mir Hilfe erwartete. Wir hatten im Beobachtungsraum aus technischen Gründen Schwierigkeiten, die Aussage der Klientin zu verstehen und ich musste mich meinerseits erst des Inhalts der Aussage versichern, ehe ich sie der P1 über Funk wiederholen konnte. Da der Handlungsfluss dadurch gestört war, entschied die P1 bei der ursprünglichen Aufgabenstellung zu bleiben, was ich bestätigte. Zu diesem Zeitpunkt der Arbeit hätte diesem Vorschlag der Klientin auch entsprochen und er fortführend bearbeitet werden können. Durch die angemerkten Umstände kam es dann zur Absicherung der Situation auf der Ebene der Aufgabenstellung.
- (24) Zu dem Ergebnis, dass eine Intensivphase in Bremen erforderlich sein würde, führten auch völlig unabhängig von mir vorgenommene Einschätzungen anderer Fachleute.
- (25) Es sei hier ergänzend erwähnt, dass der Heimvertrag für die Klientin, entgegen der am Ende des Films getroffenen Feststellung und der Aussage des Ak in seiner Stellungnahme, aus

„strukturellen, personellen und finanziellen“ Gründen (wörtlich nach Filmtön zitiert!) *nicht* gekündigt, die Eingliederungsphase aber entgegen den geplanten 6 Monaten nach 4 Monaten mit gleicher Begründung abgebrochen wurde. Die Klientin musste wieder in die „Villa“ zurück; allerdings mit erheblich erweiterten Möglichkeiten als das früher der Fall war. Sie kommentierte das selbst mit den Worten, dass sie wohl „zu schlimm“ gewesen sei. Meinem Informationsstand nach bestand seitens des Finanzierungsträgers die Bereitschaft, eine Absicherung der weiteren Entwicklung der Klientin auch bei vorübergehend noch höherem Personalbedarf mitzutragen und diesbezüglich keine Notwendigkeit, die Eingliederungsphase abzubrechen, vor allem nicht mangels Möglichkeiten einer „verantwortungsvollen Weiterbildung“. Es war nach meinem Informationsstand der Finanzierungsträger, der an die betreffende Institution ausreichende Personalangebote machte. Die Problemlage ist meiner Einschätzung nach anderer Natur und vor allem eine der Frage – ich fasse es einmal in dieses Bild – ob die Führungsgröße der Bewohner und seine Bedürfnisse, oder ob dies andere (vor allem personalbezogene) Faktoren sind. Wäre dem nicht so, hätten einige Entscheidungen, die von kompetenten Fachkräften der Institution entgegen fachlicher Notwendigkeiten und trotz langer Gespräche dazu gefällt wurden, anders ausfallen müssen. Ich nenne das „Ja-Aber-Entscheidungen“.

Die Einschätzung des Ak hinsichtlich der Gründe, warum die Kündigung des Heimvertrags für die Klientin M. im Raum stand und wie der „Erfolg“ der Arbeit einzuschätzen ist, sind so spekulativ wie ungeheuerlich, aber hier nicht weiter zu behandeln. Je mehr Informationen man von sich fern hält, um so beliebiger kann man jede Anmutung als faktisch verkaufen – und die Unterzeichner der Stellungnahme des Ak können darin weitgehend sicher sein, dass man sie ihnen abnimmt. Das schont einen dann selbst sehr.

(26) Es wird oft auf die Anzahl der bei diesem Vorhaben mitarbeitenden Studierenden abgehorben, die jenseits jeder Realität in Behinderteneinrichtungen läge, weshalb man derart dort nicht arbeiten könne. Es ist deutlich geworden, dass wir *kein* Personal zur Verfügung haben und auch keine Infrastruktur, die für solche Vorhaben den erforderlichen Rahmen abgeben würde. Deshalb müssen wir buchstäblich alles selbst managen, Küche, Wäsche, Einkäufe u.v.a.m. Bezüglich der Arbeit im Vorhaben gibt es einen inneren Kreis derer, die in unterschiedlichsten Funktionen in die direkte Arbeit mit Klienten kommen und einen äußeren Kreis von zuarbeitenden Studierenden in den genannten Bereichen, aber auch in der Dokumentation etc. (siehe die Beiträge der Studierenden). Dieser Einsatz bereitet auf die Mitarbeit im inneren Kreis vor, während zur Vorbereitung und Auswertung die Gruppen in unterschiedlichster Zusammensetzung miteinander arbeiten. Wie viele Personen direkt mit den Klienten in P-Funktionen befasst sind, lässt sich aus der Skizze zum Setting ersehen. Es ist eine Organisationsfrage, bei den Personalmöglichkeiten, die Institutionen haben, für eine bestimmte Zeit solche Vorhaben durchzuführen und keine prinzipielle, ausgenommen die Ausbildung.

(27) Siehe zu diesen Zusammenhängen z.B. das dritte Kapitel in FEUSER 1995.

(28) Viele Zusammenhänge von hoher Relevanz für ein Verständnis der Klientin wie der Arbeit mit ihr sind in diesen Arbeitszusammenhängen verdichtet, die hier aber keine Darstellung erlauben.

(29) Siehe hierzu unter FREUDS Schriften „Die Frage der Laienanalyse“ (1926), GW Bd. 14, S. 259, und „Die endliche und die unendliche Analyse“ (1937), GW Bd 16, S. 93.

(30) Siehe hierzu auch GRÜNWARD, H.: Die sozialen Ursprünge psychologischer Diagnostik. Darmstadt 1980.

(31) Wenn ich hier und insgesamt in dieser Arbeit den Begriff „Zustand“ verwende, meint dieser nichts anderes, als ein ständigen Veränderungsprozessen unterliegendes System, das für eine bestimmte Zeit stabile Fluktuationen zu generieren vermag.

Literatur

- AGUILERA, Donna. C.: Crisis Intervention. Therapy and Methodology. St. Louis u.a. 1998.
- ANOCHIN, P.K.: Das funktionelle System als Grundlage der physiologischen Architektur des Verhaltensaktes. Jena: G. Fischer Verlag 1967. - BASAGLIA, F., BASAGLIA-ONGARO, Franca (Hrsg.): Befriedungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit der intellektuellen. Frankfurt/M. 1980. - BATESON, G. et al.: Schizophrenie und Familie. Frankfurt/M. 1972. - BECKER, Maria, NIED-ECKEN, D.: Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Geistige Behinderung 38(1999)1, S. 85-90. - BOCK, T., WEIGAND, Hildegard: Handwerksbuch Psychiatrie. Bonn 1992. - BONFRANCHI, R.: Psychotherapie und geistige Behinderung. In: Geistige Behinderung 34(1995)1, S. 62-67. - 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. - ders.: Mutterliebe und kindliche Entwicklung. München/Basel 1972. - ders.: Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit. München 1973. - ders.: A Secure Base. Clinical Applications of Attachment Theory. Bristol 1988. - BRADL, C.: Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten — ein Schlüsselproblem. In: Geistige Behinderung 33(1994)2, S. 117-130. - BRAUN, R.: Möglichkeiten und Grenzen der klassischen Verhaltenstherapie. In: Geistige Behinderung 33(1994)2, S. 131-144. - BRINKMANN, H., BRANDENBUSCH, Iphigenie, CISCINSKY, N., ROHLFING, U.: Verhaltensauffälligkeiten bei Personen mit geistiger Behinderung. In: Geistige Behinderung 40(2001)1, S. 23-34. - BÜBER, M.: Das dialogische Prinzip. Heidelberg 1965. - CHRISTOPH, F.: Tödlicher Zeitgeist. Köln 1990. - DAUB, Ute, WUNDER, M. (Hrsg.): Des Lebens Wert. Zur Diskussion über Euthanasie und Menschenwürde. Freiburg 1994. - DEDERICH, M., ALLAR, Dagmar, FABIG, Elke: Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung in Krisensituationen. In: ZfH 50(1999)10, S. 476-485. - DEMAND, J.: Zwangsmaßnahmen. Umgang mit Gefahr und Gewalt. In: Bock, T., Weigand, Hildegard: Hand-werks-buch Psychiatrie. Bonn 1992, S. 400-411. - DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M.H. (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Bern/Göttingen/Toronto 1991. - DÖRNER, K.: Der gute Arzt. Stuttgart/New York 2001. - DORNES, M.: Die emotionale Welt des Kindes. Frankfurt/M. 2000. - DROSS, Margret: Krisenintervention. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle 2001. - EMMELKAMP, P., OPPEN, Patricia van: Zwangsstörungen. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle 2000. - ENDERMANN, M., SANDER, J.: Psychotherapeutische Handlungsmodelle im Arbeitsfeld Geistige Behinderung. In: Geistige Behinderung 38(1992)2, S. 179-192. - ENDRES, M., HAUSER, Susanne (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: ZfH 42(1991)7, S. 425-441. - ders.: Erweiterung zur Stellungnahme von K.-L. Holtz zu meinem Beitrag „Entwicklungspsychologische Grundlagen und Abweichungen in der Entwicklung“. In: ZfH 43(1992)2, S. 123 bis 131. - ders.: Vom Weltbild zum Menschenbild. Aspekte eines Verständnisses von Behinderung und einer Ethik wider die „Neue Euthanasie“. In: Merz, H.-P., Frei, E.X. (Hrsg.): Behinderung — verhandeltes Menschenbild? Luzern 1994, S. 93-174. - ders.: Behinderte Kinder und Jugendliche. Zwischen Integration und Aussonderung. Darmstadt 1995. - ders.: Zum Verhältnis von Menschenbild und Integration — „Geistigbehinderte gibt es nicht!“ Vortrag vor den Abgeordneten zum Nationalrat im Österreichischen Parlament, Wien 1996. In: <http://bidok.uibk.ac.at/texte/menschenbild.html>. - ders.: Wider die Unvernunft der Euthanasie. Grundlagen einer Ethik in der Heil- und Sonderpädagogik. Luzern 1997. - ders.: Vom Bewusstsein und der Bewußtheit. Eine lebensnotwendige Unterscheidung. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft 21(1998)6, S. 41-53. - ders.: „Geistige Behinderung“ im Widerspruch. Ein interdisziplinärer Diskurs um einen Problembezug. Bad Heilbrunn: Klinghardt 2000, S. 141-165. - ders.: Zum Verhältnis von Sonder- und Integrationspädagogik — eine Paradigmen Diskussion? In: Albrecht, F., Hinz, A., Moser, Vera: Perspektiven der Sonderpädagogik. Neuwied/Kriftel/Berlin 2000/a, S. 20-44. - FIEDLER, P.: Dissoziative Störungen und Konversion. Weinheim 1999. - ders.: Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle 2000. - FISCHER, G.: Dialektik der Veränderung in Psychoanalyse und Psychotherapie. Modell, Theorie und systematische Fallstudie. Heidelberg 1989. - FISCHER, G., RIEDESSER, P.: Lehrbuch der Traumalogie. München/Basel 1992. - FOUCAULT, M.: Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt/M. 1978. - FORNEFELD, Barbara: Einführung in die Arbeitsbehindertenpädagogik. München/Basel 2000. - FREMMER-BOMBIK, Elisabeth: Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In: Spangler, G., Zimmermann, P. (Hrsg.): Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart 1999, S. 109-119. - GAEDT, C.: Einrichtungsgründen für Ausgeschlossene oder »Ein Ort zum Leben«. Überlegungen zur Betreuung Geistigbehinderter. In: Jb. Krit. Medizin, Bd. 7, Argument-Sonderband 73. Berlin 1981, S. 96-109. - GAEDT, C., JÄKEL, Dorothea, KISCHKE, W.: Psychotherapie bei geistig Behinderten. In: Geistige Behinderung 28(1989)1, S. 4-14. - GOFFMAN, E.: Asyl. Frankfurt/M. 1973. - GROSSMANN, K.: Die Entwicklung von Bindungsqualität und Bindungsrepräsentation. Auf der Suche nach der Überwindung psychischer Unsicherheit. In: Endres, M., Hauser, Susanne (Hrsg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie. München 2000, S. 38-53. - HACKENBERG, Waltraud: „Missbrauchte Behinderte können sich nicht wehren.“ In: Geistige Behinderung 40(2001)1, 3-13. - HAHN, Th.: Selbstbestimmung im Leben, auch für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Geistige Behinderung 33(1994)2, S. 81-94. - HAUSER, Susanne, ENDRES, M.: Therapeutische Implikationen der Bindungstheorie. In: Endres, M., Hauser, Susanne (Hrsg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie. München 2000, S. 159-176. - HENNIGKE, K.: Therapeutische Zugänge zu geistig behinderten Menschen mit psychischen Störungen. In: Geistige Behinderung 33(1994)2, S. 95-110. - HERMAN, Judith Lewis: Die Narben der Gewalt. München 1993. - HESSE, W.: Hilfsangebote zur Krisenintervention. In: Geistige Behinderung 40(2001)1, 14-22. - HETTINGER, J.: Selbstverlehnendes Verhalten, Stereotypen und Kommunikation. Die Förderung der Kommunikation bei Menschen mit geistiger Behinderung oder Autismusyndrom, die selbst verletztes Verhalten zeigen. Heidelberg 1996. - HUSSERL, E.: Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie. Haag 1962. - JANTZEN, W.: Allgemeines Behindertenpädagogik, Bd. 1 u. 2. Weinheim, Basel 1987 u. 1990. - ders.: Glück — Leiden — Humanität. In: ZfH 42(1991)4, S. 230-244. - JANTZEN, W., LANWER-KOPPEL, W. (Hrsg.): Diagnostik als Rehistorisierung. Berlin 1996. - KIENZLE, N., ALTHOFF, A.: Verhaltenstherapeutische Methoden in der Behandlung schizophrener Jugendlicher. In: Z. Kinder-Jugendpsychiatr. 27(1999)3, S. 189-197. - KLAUF, W.: Neue Studien zur Bindungstheorie und Didaktik. Weinheim/Basel 1991. - KLAUF, T.: Qualitätssicherung und Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Mitteilungen des Landesverbandes Bremen des vds 20(1995)2/3, S. 4-18. - LAKTOS, Angelika, REINECKER, H.: Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle 1999. - LEVINAS, E.: Transcendence et intelligibilité. Genf 1984. - LEONT'EV, A.N.: Probleme der Entwicklung des Psychischen. Frankfurt/Main 1973. - ders.: Tätigkeit, Bewusstsein, Persönlichkeit. Köln 1982. - ders.: Das logische und das mechanische Gedächtnis. In: Lompscher, J., Rückert, G. (Hrsg.): Frühschriften. Berlin 2000, S. 241-267. - ders.: Das logische und das mechanische Gedächtnis. In: Lompscher, J., Rückert, G. (Hrsg.): Frühschriften. Berlin 2000, S. 241-267. - LURIA, A.R.: Sprache und Bewusstsein. Köln 1982. - ders.: Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie. Reinbek bei Hamburg 1992. - MAKARENKO, A.S.: Werke Bd. V. Berlin/DDR 1964. - MATURANA, H.R.: Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Braunschweig/Wiesbaden 1985. - ders.: Biologie der Realität. Frankfurt/M. 2000. - 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, S. 136/137. - METZINGER, T. (Hrsg.): Bewusstsein. Beiträge aus der Gegenwartsphilosophie. Paderborn/München/Wien/Zürich 1996. - MEYER, Dagmar: „Geistige Behinderrung“ und Dissoziation. Aspekte einer Rehistorisierung. In: Geistige Behinderung 39(2001)1, S. 20-30. - NORRETANDERS, T.: Spüre die Welt. Die Wissenschaft des Bewusstseins. Reinbek bei Hamburg 1997. - MITTLER, P.: Zusammenarbeit von Fachleuten und Familien als Fundament für Selbstbestimmung. In: Z. Geistige Behinderung 34(1995)1, S. 5-18. - SACHSE, R.: Per-

- sönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle 1999². - PIAGET, J.: Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. Gesammelte Werke Bd. 1 [insgesamt 10 Bände als Studienausgabe]. Stuttgart 1975. - PRIGOGINE, I., STENGERS, Isabelle: Dialog mit der Natur. München 1986⁵. - REGENBOGEN, A.: Phänomenologie. In: Sandkühler, H.J. (Hrsg.): Euop. Enzyklop. zu Philosophie und Wissenschaften. Bd. 3. Hamburg 1990, S. 667-672. - RÖDLER, P.: *geistig behindert*: Menschen, lebenslang auf Hilfe anderer angewiesen? Neuwied/Berlin 2000². - RONEN, T.: Kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern. Wege zur Selbstkontrolle bei Störungen der sozialen und emotionalen Entwicklung. Bern 2000. - ROTH, G.: Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Frankfurt/Main 1996⁴. - ROTH, G., PRINZ, W. (Hrsg.): Kopf-Arbeit. Heidelberg/Berlin/Oxford 1996. - SACHSE, R.: Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle 1999². - SÄB, H., WITTCHEN, H.-U., ZAUDIG, M.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle 1996. - 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. - SIMMICH, T., REIMER, C.: Psychotherapeutische Aspekte von Krisenintervention. In: Psychotherapeut 43(1998), S.143-156. - 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 1999³. - SPITZ, R.: Eine genetische Feldtheorie der Ichbildung. Frankfurt/Main 1972/a. - ders.: Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart 1972³/b. - ders.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Stuttgart 1973. - ders.: Dialog. Stuttgart 1976. - STELGER, P.: »Selbstmanagement«. Möglichkeiten psychotherapeutischer Arbeit mit geistig behinderten Menschen. In: Geistige Behinderung 33(1994)2, S. 111-116. - STEIN, Anne-Dore (Hrsg.): Lebensqualität statt Qualitätskontrolle menschlichen Lebens. Berlin 1992. - STINKES, Ursula: Spuren eines Fremden in der Nähe. Das »geistigbehinderte« Kind aus phänomenologischer Sicht. Würzburg 1993. - VYGOTSKIJ, L.: Ausgewählte Schriften. Bd. 1 und 2. Köln 1985 u. 1987. - WATZLAWICK, P., BEAVIN, J., JACKSON, D.: Menschliche Kommunikation. Bern 1974⁴. - WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. (Hrsg.): Interaktion. München/Zürich 1990. - WOLFENBERGER, W.: Der neue Genozid an den Benachteiligten, Alten und Behinderten. Gütersloh 1991.

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. Georg Feuser

(Universität Bremen, Lehrgebiet Behindertenpädagogik),
Postfach 330440 (SPT), 28334 Bremen