

Fachkonzept

für eine fachlich fundierte Begleitung
von geistig behinderten Menschen
in Pädagogik und Therapie

Integrative Therapie - Persönlichkeitsentwicklung und Lebensentfaltung

Beitrag zu einem Paradigmenwechsel in der Sichtweise von Menschen, die mit ihrer geistigen Behinderung besondere Schwierigkeiten haben

Michael C. Wernet

Der Heimbeirat der behinderten Bewohner unseres Wohnheims hat sich im Rahmen der Diskussion um eine geeignete Qualitäts-Optimierung dafür ausgesprochen, daß die Bestimmung von Qualität in einer Einrichtung lückenhaft bleiben muß, wenn sie nicht auch wesentliche Qualitätsmerkmale aus der Perspektive der Bewohner einbezieht. In einer sehr intensiv geführten Auseinandersetzung hat der Heimbeirat eine Zusammenstellung von Grundwerten erarbeitet, die Lebensqualität aus der Sicht von Behinderten beschreibt. In dieser Sammlung finden sich folgende bemerkenswerte Forderungen :

1. Mir ist wichtig meine Würde !

- ... geachtet zu werden in meiner menschlichen Einmaligkeit -*
- ... einer Einmaligkeit, die sich jeder Bewertung entzieht !*

2. Mir ist wichtig meine individuelle Eigenart !

- ... so sein zu können wie ich bin !*
- ... meine "Behinderung" nicht als Makel, sondern*
- ... als individuellen und gesellschaftlichen Wert zu erfahren !*

3. Mir ist wichtig meine Selbstverwirklichung !

- ... meine persönlichen Interessen wahrzunehmen !*

Ein geistig behinderter Mensch möchte nicht trotz seiner Behinderung, sondern gerade wegen seiner Behinderung ernstgenommen und geachtet werden.

* * *

Hartmut lebt, wie er selbst sagt als "freischaffender Künstler", in unserem Wohnheim und hat sich mit zahlreichen Auszeichnungen einen Namen gemacht. Er legt auf die Feststellung wert, ein "behinderter Künstler" zu sein : "Ich bin behindert. Das ist etwas Besonderes - und ich kann dadurch auch etwas Besonderes. Das soll doch zum Ausdruck kommen. Meine Kunst ist nicht behindert und stellt sich ohne eine besondere Kennzeichnung dem öffentlichen Vergleich. Meine Kunst braucht ebenso wenig wie ich einen Mitleidsbonus, aber es soll erkennbar sein, was ist !"

Behinderung wird von ihm so verstanden, daß sie persönliche Identität zu stiften vermag (vgl. WERNET 2000).

* * *

*) Zusammenfassung einer Vorlesungsreihe am Sonderpädagogischen Institut der Universität Zürich, in überarbeiteter Form veröffentlicht in der Fachzeitschrift *Geistige Behinderung* der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. Marburg - (Heft 4 / 2001)

In diesem Heft der Zeitschrift "Geistige Behinderung" sollen unterschiedliche psychotherapeutische Ansätze für die Arbeit mit schwierigen geistig behinderten Menschen zur Diskussion gestellt werden. Jedes psychotherapeutische Verfahren basiert auf einem spezifischen Menschenbild. Mir scheint, daß eine kontroverse Diskussion weniger aus den unterschiedlichen methodischen Zugängen als vielmehr aus den sehr unterschiedlich zugrundeliegenden anthropologischen Wertvorstellungen entsteht. Es hätte wenig Sinn, in einem vermeintlich wertfreien Raum allein die Methodik von Psychotherapie im Vordergrund sehen zu wollen und dabei vorgeordnete anthropologische Grundfragen offen zu lassen.

Nachdem wenigstens symbolisch zu aller erst Betroffene zu Wort gekommen sind, soll mein Beitrag mit einigen Überlegungen zum Menschenbild beginnen.

Das traditionelle Paradigma

• *Verhalten, das keinen Sinn macht ?*

Im traditionellen Paradigma wird der geistig behinderte Mensch, wie schon seine Kennzeichnung deutlich macht, vor allem von seinen Defiziten her definiert : Durch eine Beeinträchtigung seiner Hirnfunktionen ist er in seiner intellektuellen Leistungsfähigkeit und in seinen lebenspraktischen Handlungsmöglichkeiten erheblich eingeschränkt. Er kann sein Leben nicht selbständig bewältigen. Darüber hinaus bestehen bei ihm emotionale und soziale Entwicklungsdefizite. In der Folge erscheint sein Verhalten rational vielfach kaum nachvollziehbar, wenig zielgerichtet, unkalkulierbar und oftmals völlig befremdlich und absurd. Eine Sinnhaftigkeit in seinem Erleben und Verhalten entzieht sich dem allgemeinen Verständnis und wird ihm daher häufig einfach als gar nicht erst existent abgesprochen. So gelten zum Beispiel stereotype Verhaltensmuster vielfach als Hindernis für eine normale und konstruktive Weiterentwicklung. Es entspricht einer weitverbreiteten Meinung, Stereotypen möglichst unterbinden zu müssen.

Der geistig behinderte Mensch gilt im traditionellen Paradigma somit nicht nur in der unmittelbaren Bewältigung lebenspraktischer Erfordernisse als behindert, sondern er wird vor allem angesehen als jemand, dem es subjektiv wie objektiv an persönlicher Sinnhaftigkeit mangelt, und dem deshalb eine Sinnhaftigkeit und Rationalität im Verhalten erst einmal von außen vermittelt werden muß. Vor allem aus diesen Gründen sei der geistig Behinderte den gesellschaftsüblichen Anforderungen einer 'Normalität' nicht genügend gewachsen und nicht in der Lage, am üblichen gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

• *Äußerliche Normalität als inhaltliches Ziel ?*

Unter solchen Voraussetzungen erscheint auf den ersten Blick hin der Wunsch durchaus verständlich, geistig Behinderten zu aller erst eine gewisse Normalität nahe zu bringen. Wenn er, wie sein Verhalten ja durchaus nahe zulegen scheint, schon nicht in der Lage ist, eine allgemein verständliche persönliche Sinnhaftigkeit zu realisieren, so muß ihm diese eben von außen vorgegeben werden : Er soll daher möglichst lernen, sich den normalen gesellschaftlichen Spielregeln unterzuordnen, sich normal zu verhalten, sich nach Möglichkeit normal an der eigenen Versorgung und am normalen Alltagsleben zu beteiligen und sich an das normale gesellschaftliche Zusammenleben anzupassen. Wenn ihm schon in der Folge seiner intellektuellen Einschränkungen eine individuell erlebbare Sinnhaftigkeit, Rationalität und ein individuelles Wertempfinden vom Inhalt her abgehen, so soll er diese wenigstens in der formalen Erfüllung einer allgemein verbindlichen äußeren Verhaltensdisziplin (Sauberkeit und Ordnung) und in der Anwendung gemeinschaftsorientierter Verhaltensregeln (Anstand, Höflichkeit, Folgsamkeit, Rücksicht auf andere) erfahren lernen. Auch wenn er Normalität nicht mit eigenen Inhalten füllen kann, so soll doch wenigstens die äußere Form stimmen.

Nach dem traditionellen Paradigma sehen die Einrichtungen der Behindertenhilfe ihre Aufgabe daher typischerweise vor allem in einer Vermittlung von allgemeinen Verhaltensnormen und kollektiven Wertvorstellungen. Wie „man“ zu sein hat, ist wichtig. Individuelle Werte, wie Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung stoßen nach diesem Menschenbild auf kaum überwindbare Grenzen, da die individuellen Vorstellungen von geistig behinderten Menschen aus dem Rahmen von Normalität deutlich herausfallen und von daher für eine Weiterentwicklung nur abträglich sein können.

Die Gemeinschaftlichkeit und Ordentlichkeit eines Essens, eines Spaziergangs und einer in der Gruppe gefertigten Bastelarbeit wird als wesentlicher sozialer Wert hochgehalten, ebenso wie das in Gemeinsamkeit erfahrene "Gruppen"-Leben, das gemeinsame Sommerfest usw. Ob ein Behinderter sich bei diesen Tätigkeiten wohlfühlt und als Person wichtig genommen empfindet, ist von untergeordneter Bedeutung. Geistig behindert zu sein, bedeutet meist, im Kollektiv zu leben und sich in der Abhängigkeit von den Normen des Kollektivs zu erleben. Das Individuelle, die Eigenarten des einzelnen gelten eher als Störfaktoren, die das Gemeinschaftliche immer wieder neu gefährden. Auch die Betreuer sollen, um das universell Gültige der Gemeinschaftsnormen zu unterstreichen, keinen individuellen oder sogar persönlichen Zugang zum Behinderten entwickeln : Es muß möglichst genau abgesprochen und geregelt sein, mit welchen Maßnahmen in welchen Situationen man einem Behinderten gegenüberzutreten hat. Individuelles führt nach diesem Verständnis eher zu Verwirrung und zu einer Störung der allgemeinen Ordnungsnormen. Es läßt individuelle Ansprüche entstehen, die dann nur Schwierigkeiten machen.

Immer wieder wird von den Institutionen das Scheinbild einer allgemeingültigen heilen Welt aufgebaut, deren scheinbarer Rationalität man sich vernünftiger Weise nicht entziehen kann. Man kann sich nur anpassen an diese Scheinwelt, die keinen Sinn erfahren läßt, weil sie bestenfalls gedanklich als Idee existiert, und von den Erfahrungsbedürfnissen und von den Identifizierungsmöglichkeiten eines geistig Behinderten weit entfernt ist. Vielleicht ist es das, was Betreuer so oft viel eher an den Institutionen als an ihrer unmittelbaren Arbeit mit dem Behinderten scheitern läßt. Sich selbst verabsolutierend repräsentiert die Einrichtung "die Normalität" an sich und definiert damit die Zielrichtung ihrer Fördermaßnahmen auf Normalisierung. Zielpunkt ist dabei nicht etwa die Entwicklung einer individuellen Identität, sondern die Identifizierung des Behinderten mit dem kollektivistischen Idealbild einer in sich geschlossenen Institution.

Dem behinderten Menschen wird dabei vielfach unterstellt, daß er genau dies "eigentlich" ja auch nur selbst wolle und nur leider nicht in der Lage sei, es von sich allein aus zu realisieren. Jeder individuelle Widerstand gegen die verordnete und in den allerseltensten Fällen freiwillig aufgesuchte Gemeinschaftlichkeit wird als ein Rückfall in chaotische Abgründe der Behinderung verstanden.

Die Fähigkeit, den Anforderungen einer Normalität nachzukommen und ein höheres Maß an lebenspraktischen Fertigkeiten (Selbständigkeit in der Eigenversorgung, Umgangsformen) für sich wahrzunehmen, könnte, für sich genommen, das Leben zweifellos in vieler Hinsicht erleichtern. Doch es erscheint eher als Trugschluß, daß diese Fähigkeit, wie so häufig argumentiert wird, dann tatsächlich zu mehr persönlicher Autonomie und Selbstbestimmung führt. Autonomie und Selbstbestimmung finden nach dem Selbstverständnis der Einrichtungen ihre deutliche Begrenzung ja immer innerhalb des jeweiligen institutionellen Normenrahmens : Es bleibt daher im traditionellen Paradigma im Prinzip letztlich immer bei einer Fremdbestimmung.

• **Machbarkeitsdenken - Weg zu einer „heileren Welt“ ?**

Nach dem traditionellen Paradigma wird aus den objektiv gegebenen Schwierigkeiten bei der praktischen Lebensbewältigung einfach darüber hinausgehend geschlossen, daß das Anders-Sein des geistig behinderten Menschen insgesamt als Defizit zu betrachten ist. Nur weil die Besonderheiten des Behinderten im Erleben persönlicher Sinnhaftigkeit sich von unseren Vorstellungen unterscheiden, wird geschlossen, daß eine Änderung in Richtung auf Normalität erforderlich sei.

Erweisen sich die Besonderheiten seines Verhaltens für eine pädagogische Einflußnahme als unzugänglich, so gilt das Verhalten nicht mehr nur als defizitär, sondern sogar als krankhaft und es wird psychiatrischen Kategorien und Einflußnahmen zugeordnet.

Charakteristisches Merkmal des traditionellen Paradigmas ist somit auch die unerschütterliche Vorstellung, ein "auffälliges" Verhalten möglichst ändern zu müssen und ändern zu können. Es herrscht die Überzeugung von einer beliebig weit reichenden Machbarkeit vor, ein Glaube, der immer neue Methoden hervorbringt mit dem Wunschziel, den entscheidenden Mechanismus für eine Veränderung von Verhalten "nach Maß" endlich gefunden zu haben.

Im pädagogischen Alltag fordert die Einrichtung eine so genannte "individuelle Lebensplanung" für den Behinderten. In entsprechenden Förderplänen soll - dezidiert aufgegliedert in Grob- und Feinziele - bis ins Detail vorgeplant werden, welche Ziele in Richtung Normalität der Behinderte in genau vorherbestimmten Schritten erreichen soll. Jeder weiß, daß eine solche lineare Funktionalität völlig lebensfremd ist, doch wird den formal-strukturellen Gesichtspunkten der Förderung aus Gründen einer vermeintlichen Rationalität eine weit größere Bedeutung beigemessen als inhaltlichen Aspekten oder Beziehungsaspekten.

Das herkömmliche Konzept der Versorgung von geistig behinderten Menschen orientiert sich vor allem an Normalität als vorrangigem Wertmaßstab, dem individuelle menschliche Werte untergeordnet werden. Das Kuriose dieses normorientierten Konzepts ist, daß in einer Art absurden Zirkelschlusses

- dem geistig behinderten Menschen aufgrund seiner Behinderung eine Normalität, gesellschaftsübliche Konventionen einhalten zu können, abgesprochen wird und er wegen seiner mangelnden Konformität an eine entsprechende Einrichtung der Behindertenhilfe verwiesen wird,
- dort wird ihm dann Normalität als Bringschuld abverlangt, die er aufgrund seiner Behinderung ja gerade nicht ausreichend zu leisten vermag. Da er diese Bringschuld auch bei noch so viel persönlichem Bemühen immer schuldig bleiben wird, begründet dies,
- daß ihm deshalb eine Rechts- und Werte-Normalität gar nicht erst zugestanden wird, auf die er im Sinne von allgemeinen ethisch-anthropologischen Grundsätzen eigentlich in erster Linie einen originären Anspruch hätte.

Der Mensch mit einer geistigen Behinderung hätte wahrscheinlich sehr viel weniger Probleme mit der Normalität, wenn die üblichen Grundwerte menschlichen Zusammenlebens von vornherein auch für ihn selbstverständliche Geltung gehabt hätten, und wenn nicht erst der Entzug dieser Grundwerte ihn schwierig gemacht hätte.

- **Widersprüche im Wertsystem**

Von seinem Menschenbild her führt das traditionelle Paradigma im Ergebnis zu einer allumfassenden Fremdbestimmung und Kontrolle des geistig Behinderten - einer persönlichen Entmündigung, die den eigentlich wesentlichen Grundwerten, die letztlich das Mensch-Sein ausmachen und die ihm eigentlich an aller erster Stelle zu vermitteln wären, sogar absolut zuwiderlaufen (WERNET 1996).

Es erscheint eigentlich nur mit gesellschaftlichen Ängsten erklärlich, daß ausgerechnet der Normalität als Leitbegriff für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen ein so hoher Stellenwert beigemessen wird. Eine fatale Verkehrung von Wertmaßstäben wird dabei sichtbar. Es wird grundsätzlich verkannt, daß der geistig behinderte Mensch durch seine Behinderung keineswegs in seinem Mensch-Sein beeinträchtigt ist. Auf die Wahrnehmung originärer menschlicher Grundwerte kann er deshalb nicht verzichten müssen. Normalität als Leitbegriff für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen hat weithin immer noch einen so hohen Stellenwert, daß er unsere verfaßten Grundwerte vielfach in den Hintergrund treten läßt. Wenn geistig Behinderte nicht außerhalb unserer Wertordnung ihren Platz in rechtlicher Benachteiligung haben sollen, wirft dies natürlich Fragen auf.

Das im traditionellen Paradigma begründete Konzept der Versorgung von geistig behinderten Menschen hat sich nach heutigem Kenntnisstand als menschlich fragwürdig und inhaltlich uneffektiv oder sogar kontraproduktiv erwiesen, weil es fundamentale Erfordernisse einer fachgerechten Versorgung außer Betracht läßt, eine an den Grundbedürfnissen vorbeigehende Versorgung begünstigt und inhaltlich völlig unnötige Folgeprobleme schafft. Das Scheitern des traditionellen Paradigmas läßt sich nicht durch immer weiter verfeinerte Methoden aufhalten: Es zielt in eine falsche Richtung und erzwingt daher eine qualitative Neuorientierung in der Konzeptbildung.

Menschliche Gemeinschaft definiert sich nicht anhand einer letztlich doch sehr beliebigen Normalität, sondern sie konstituiert sich durch den gegenseitigen individuellen Austausch ihrer Mitglieder. Anliegen einer Gemeinschaft von Menschen, die sich gerade in unserer Kultur betont als Individuen verstehen, kann es nicht sein, sich eine gemeinsame Normalität oder Konformität als Ziel zu setzen. Oberstes Ziel, das die individuelle Würde des einzelnen Menschen als höchsten Wert wahrt, kann es nur sein, die individuellen Vielfältigkeiten von Mensch-Sein in gegenseitiger Achtung als einen gemeinsamen Wert und als Bereicherung zu verstehen, und zwischen den unterschiedlichen Mitgliedern der Gemeinschaft Verständnis, Austausch, Respekt vor dem anderen und einen gesellschaftlichen Konsens zu fördern.

Das Leben von geistig behinderten Menschen ist nur eine von vielen möglichen Ausdrucksformen auf dem breiten Spektrum menschlichen Daseins. Die Würde und der Wert eines Menschen bemessen sich nicht an der jeweiligen Position innerhalb dieses Spektrums. Die Würde des geistig Behinderten als Mensch, *so wie er ist*, ist unantastbar. Eine geistige Behinderung ist daher weder ein Defizit-Zustand noch ein Makel, sondern ein eigener Wert an sich.

Eine geistige Behinderung hat insofern besondere Qualität, als sich aus ihr sowohl rehabilitative Ansprüche als auch zugleich Ansprüche auf eine individuelle subjektive Authentizität des Behinderten herleiten. Diese nur scheinbar gegensätzlichen Ansprüche gilt es im Sinne eines "Werde, der Du bist" miteinander zu vereinen.

Im Hinblick auf Lebensqualität und Lebenswert entzieht sich das 'Andere' der Entwicklung eines geistig behinderten Menschen grundsätzlich einer vergleichenden Bewertung. Eine Anpassung an eine Normalität, die seiner Eigenart wesensfremd ist, widerspricht dem Grundprinzip seiner individuellen Würde.

Menschen mit einer geistigen Behinderung sind Partner in einer Gemeinschaft von vielfältigen individuellen und autonomen Identitäten - eine Gemeinschaft, die durch gegenseitigen Austausch besteht. Geistig Behinderte sind demnach nicht einfach nur Objekt unseres Handelns, sondern autonom gestaltendes Subjekt in einer gleichwertig korrespondierenden Austauschbeziehung. Aufgabe der Einrichtungen für geistig behinderte Menschen ist es daher vor allem, Übersetzungsarbeit zu leisten und als Forum und Brücke für eine gegenseitige Verständigung zu wirken.

Paradigmenwandel

- Kenntnisse aus der frühkindlichen Entwicklung der Wahrnehmungsfunktionen (AFFOLTER 1972) machen es heute möglich, die vielen Besonderheiten im Verhalten und Erleben von geistig behinderten Menschen sehr viel besser zu verstehen. Alles was früher einmal als fremd, unkalkulierbar und absurd, und sicher auch als bedrohlich erscheinen konnte, ist heute auf dem Hintergrund entwicklungspsychologischen Wissens überaus gut nachvollziehbar und in seiner anderen Weise auch rational verstehbar geworden.

Auch wenn wir an dieser Stelle auf die Systematik der Entwicklung der Wahrnehmungsfunktionen nicht im einzelnen eingehen können, da hier ein unmittelbarer Zusammenhang mit der Integrativen Therapie nicht besteht, läßt sich doch festhalten, daß mit diesen Kenntnissen die Voraussetzungen für die Arbeit mit geistig Behinderten eine ganz entscheidende Wendung erfahren haben : Mit den neuen Verständnismöglichkeiten ist eine Kommunikationsbasis entstanden, die einen sinnvollen Austausch möglich macht.

- Psychotherapie betont das individuell Subjekthafte des Menschen. Der Schlüssel für Persönlichkeitsentwicklung und Lebensentfaltung liegt in der Beziehung und letztlich in der Entdeckung von persönlicher Sinnhaftigkeit. Einen Behinderten in seiner individuellen Eigenart sich selbst sein lassen zu können, ohne ihn einfach nur sich selbst zu überlassen, einen Behinderten in einer persönlichen Beziehung zu begleiten, ohne ihn fremdbestimmen zu wollen, und in gegenseitiger Bezugnahme einen gemeinsamen Sinn zu entdecken - dies sind Kern-Anliegen einer humanistisch geprägten Psychotherapie. Und so erscheint psychotherapeutische Kompetenz als eine Chance, die Stagnation in der Konzeptbildung für die Versorgung von geistig behinderten Menschen zukunftsweisend aufzuheben (WERNET 1994).

Anhand des psychotherapeutischen Ansatzes der Integrativen Therapie soll hier nun ein Paradigmenwandel beschrieben werden, der sich keineswegs allein auf die Ausübung von Psychotherapie im engeren Sinne beschränkt, sondern der mit seinen allgemeinen metatheoretischen Fundierungen auch wesentliche Hinweise für eine qualitative Neuorientierung in der Versorgung von geistig behinderten Menschen im Alltag der Einrichtungen geben kann (vgl. WERNET 1993). Um dem Eindruck von gerade nicht beabsichtigten „Behandlungs-Rezepten“ entgegenzuwirken, verzichte ich auf eine Darstellung von Standardmethoden, und möchte stattdessen die theoretischen Grundprinzipien der Integrativen Therapie auf dem Hintergrund von Erkenntnissen aus der Wahrnehmungsentwicklung, wie sie in der professionellen Arbeit mit geistig behinderten Menschen immer mehr zur Anwendung kommen, deutlich werden lassen.

• Integrative Therapie

Die Integrative Therapie ist eine Weiterentwicklung der Gestalttherapie von Fritz PERLS unter Einbeziehung von Elementen weiterer therapeutischer Ansätze, und ist vor allem mit dem Namen von Hilarion PETZOLD verbunden. Integrative Therapie hat das Ziel, Blockierungen im Wahrnehmen, Erleben und Handeln aufzulösen und die vorhandenen individuellen Potentiale für Persönlichkeitsentwicklung und Lebensentfaltung freizusetzen (BÜNTE-LUDWIG 1984).

1. Leib- und Lebenswelt-Theorie (Maurice Merleau-Ponty)

Der Mensch ist eine Leib-Seele-Geist-Ganzheit. Mit seinem leiblichen Organismus hat der Mensch eine unauflösbare Verankerung in der Welt. Die Leiblichkeit vermittelt dem Menschen räumliche und zeitliche Kontinuität. Mit seiner Leiblichkeit ist der Mensch untrennbar verbunden mit seinem ökologischen und sozialen Umfeld. Durch eine ständige Bezugnahme auf dieses Umfeld, seine Lebenswelt, erfährt er räumliche und zeitliche Orientierung (MERLEAU-PONTY 1945).

Der Mensch ist somit leiblicher Teil der Welt und gewinnt eigene Identität, indem er sich durch seine Wahrnehmung, durch sein Erleben und sein Bewußtsein - wie Figur und Hintergrund - von ihr abhebt.

Geistig behinderte Menschen haben eine je nach Schwere der Behinderung ausgeprägte Beeinträchtigung ihrer Wahrnehmungsfunktionen, die ihnen erhebliche Schwierigkeiten etwa darin macht, Figur und Grund so deutlich zu unterscheiden, eine räumliche und zeitliche Kontinuität wahrzunehmen, und für sich auf diese Weise Orientierungen so zu finden, wie es für uns ganz selbstverständlich ist.

Wir können davon ausgehen, daß sich damit auch das Erleben eigener Leiblichkeit und Identität unterscheidet. So ist allgemein bekannt, daß in der Erfahrung des eigenen Körperbildes spezifische Besonderheiten bestehen :

- vielfach läßt sich eine besondere Vorliebe für intensive Reizkontraste beobachten, während mittlere Reizintensitäten eher gemieden werden : Etwa helles Licht vs. Dunkelheit, laute Geräusche vs. Stille, feste Berührungen vs. Berührungslosigkeit, Erfahrung deutlich spürbarer äußerer Begrenzung vs. Erlebnis von Unbegrenztheit, Weite und Endlosigkeit, Distanzlosigkeit vs. Rückzug, usw.;
- Berührungen an bestimmten Körperpartien (z.B. Rücken) können nicht gut lokalisiert oder von ihrer Intensität her eingeschätzt werden;
- je nach Vorerfahrung kommt es oft zu besonderen Ängstlichkeiten ("taktile Abwehr") oder auch zu besonderen Attraktionen für entsprechende Berührungen, sei es, daß der geistig Behinderte sich solche Berührungen immer wieder selbst zufügt (Finger in den Mund stecken, sich sogar bis hin zur Selbstbeschädigung selbst kratzen, beißen, schlagen usw.), sei es daß er bestimmte Berührungen in seiner sozialen Umgebung aufsucht oder provoziert;
- die Aufmerksamkeit des geistig Behinderten richtet sich sehr viel mehr auf das Hier und Jetzt des aktuell Wahrnehmbaren und bezieht weniger den weiteren Situationskontext mit ein; was vorher, nachher, hinter oder neben jemand stattfindet, hat nicht so große Bedeutung;
- ein emotionaler Kontext wird dagegen häufig eher gesamthaft und atmosphärisch wahrgenommen und nicht vom eigenen Erleben getrennt, da eine individuelle Abgrenzung allein schon körperlich nicht so deutlich erlebbar ist; dies führt oftmals auch zum Gefühl, von den Stimmungen anderer überflutet zu werden und sich dagegen nicht wehren zu können.

Man könnte das Verhalten von geistig behinderten Menschen somit als einen permanenten Versuch betrachten,

- durch ein sehr betontes Aufsuchen von Wahrnehmungserfahrungen die Fähigkeiten von Wahrnehmung zu verbessern, um in dieser Interaktion mit dem Kontext
- eine immer deutlichere, sinnlich wahrnehmbare Unterscheidung von abgegrenzter eigener Person und dem ökologischen und sozialen Lebensumfeld zu erreichen, und auf diese Weise
- immer mehr ein durch die Sinneswahrnehmung begründetes Bewußtsein persönlicher Identität entstehen zu lassen.

Soziale Entwicklung und Individuation, gemeinschaftliche Orientierung und persönliche Autonomie sind somit nicht widerstrebende Gegensätze, wie es im traditionellen Paradigma nahegelegt wird, sondern sich gegenseitig bedingende konstitutive Merkmale von Persönlichkeitsentwicklung, um die sich ein geistig behinderter Mensch entsprechend seinen anderen Voraussetzungen auf seine ganz eigene Weise bemüht.

Wenn individuelle Werte der persönlichen Würde, der Selbstbestimmung und Lebensentfaltung als störend in den Hintergrund gedrängt werden, haben die noch so mühsam antrainierten gemeinschaftsorientierten Ziele kaum eine Chance, als persönlicher Wert verinnerlicht zu werden : Sie bleiben bestenfalls ein adressiertes und immer wieder brüchiges äußeres Korsett, das zu einer Entwicklung von Persönlichkeit nicht beizutragen vermag.

2. Intersubjektivitäts-Theorie (Gabriel Marcel)

Menschliche Existenz ist, wie wir gesehen haben, immer "Sein im Kontext" : Leben bedeutet permanente Bezugnahme auf das Lebensumfeld. MARCEL (1935, 1951) unterscheidet zwei Arten von Beziehungen.

Die '*Haben-Relation*' kennzeichnet einen Bezug, wie ihn etwa der Naturwissenschaftler zu seinem Untersuchungsgegenstand hat, eine sachorientierte, analysierende und einflußnehmende Bezugnahme wie sie eben zu Objekten üblich ist. In der *Haben-Relation* macht sich jemand den anderen zu seiner Sache, wie er ihn den eigenen Zielvorstellungen folgend gerne '*haben*' würde. Er macht ihn zu einem *Gegenstand* von Überlegungen, Beurteilungen und Veränderungsplänen - so als ob der andere persönlich abwesend wäre und zu diesem Bezug nichts beizutragen hätte. Diese scheinbare, nur gedanklich hergestellte Abwesenheit ist es, die es erlaubt, den anderen als Objekt für sich zu instrumentalisieren. Es findet kein persönlicher Kontakt statt. "Man könnte sagen, daß es eine Verbindung ohne Gemeinschaft, und dadurch eine unwirkliche Verbindung ist" (MARCEL 1935).

Der *Haben-Relation* zwischen Subjekt und Objekt stellt MARCEL die mitmenschliche Begegnung als '*Seins-Relation*' gegenüber. Die intersubjektive Beziehung ist eine Beziehung zwischen autonomen Subjekten, die füreinander offen sind und sich gegenseitig aufeinander einlassen können. In der *Seins-Relation* wird das zielgerichtet planende Einflußnehmen gegenstandslos - zuhören und verstehen Wollen rückt in den Mittelpunkt des gegenseitigen Interesses : Aus dem individuellen Sein entsteht Mit-Sein und Zusammen-Sein, eine zwischenmenschliche Begegnung im gemeinsamen Dialog von Subjekt und Subjekt, von 'Ich und Du' (BUBER 1986).

Die Gleichwertigkeit der Interaktion zwischen autonomen Subjekten führt zu einer wirklichen Verbindung, zu einer tatsächlichen Bezugnahme und zu einer inhaltlich bestimmten Teilhabe an Gemeinschaft, die über ein bloßes Nebeneinander-Sein weit hinausführt : Jeder einzelne wächst im gemeinsamen "WIR" über sich selbst hinaus. Das "Wir" bedeutet sehr viel mehr als nur die Summe seiner Teile.

3. Konstituierung von Sinn (Hilarion Petzold)

Der Mensch ist leiblicher Teil der Welt und hebt sich durch seine Wahrnehmung, sein Erleben und sein Bewußtsein als persönliche Identität aus ihr heraus (PETZOLD 1985). Alle Lebens- und Entwicklungsprozesse folgen letztlich immer universalen Gesetzmäßigkeiten (KÜKELHAUS 1977). Das Bewußtsein einer persönlichen Verwurzelung in der Welt scheint dem Menschen immer wieder abhanden zu kommen, und er folgt der Überzeugung, vermeintlich „autonom“ steuernd oder "korrigierend" in Lebensprozesse eingreifen zu können. Eben weil er sich als individuelle Identität aus dem kontextuellen Zusammenhang herausgehoben identifiziert, scheint gleichzeitig aber auch ein Urbedürfnis zu bestehen, sich immer wieder auch der Geborgenheit eines existentiellen Kontextes und eines universalen Welt-Zusammenhangs vergewissern zu können, um mit seinem Leben nicht allein zu sein (HEIDEGGER 1984). Autonomie bedeutet ja nun gerade nicht, nur noch eigene Gesetzmäßigkeiten realisieren zu wollen, sondern zielt darauf, einen individuellen Weg der Übereinstimmung mit den universalen Gesetzmäßigkeiten entwickeln zu wollen ("être au monde" vs. "être dans le monde" MERLEAU-PONTY 1945). Dies ist der eigentlich schwierige Akt des Mensch-Seins : Sich als eigenständige Identität und zugleich als Teil des Lebensumfeldes zu erleben, auf das man sich einläßt und von dem man sich abgrenzt.

PETZOLD (1977, 1978) nennt daher als Grundanliegen therapeutischen Handelns in der Integrativen Therapie "die Konstituierung von Sinn auf intrapersonaler und interpersonaler Ebene". "Sinn" meint dabei nicht einen allgemeingültigen oder metaphysischen Sinn, sondern zunächst ganz grundlegend die mit den Sinnen, sozusagen leiblich wahr-genommene Übereinstimmung zwischen Subjekt und Kontext : Sinnhaftigkeit entsteht dort, wo Übereinstimmung zwischen dem Subjekt und seinem dinglichen und sozialen Kontext hergestellt werden kann. Sinnlosigkeit besteht überall dort, wo die Bezogenheit zum eigenen Kontext verlorengegangen ist ("Dekontextualisierung", PETZOLD & ORTH 1996). Ich nehme, was Du wahr-nimmst, auch für mich wahr, und auch ich erlebe es als bedeutungsvoll für mich. (Wir spielen nicht ohne Grund mit unseren Kindern "Ich seh' etwas, was Du nicht siehst" ... Freude kommt ja immer erst dann auf, wenn das Kind es eben doch entdeckt).

In der Integrativen Therapie geht es darum, nicht bestehende Bezüge zum aktuellen Kontext (wieder-)herzustellen ("Re-Kontextualisierung") und sich in der Bezogenheit auf seinen aktuellen Kontext als sinnvoll und wichtig wahrzunehmen.

Im Gegensatz zum traditionellen Paradigma geht es hier also nicht um die Allgemeinverbindlichkeit von Sinnvorstellungen, die sich aus einer gesellschaftlichen Konvention herleiten, sondern um die Vermittlung einer individuellen, subjektiven bzw. intersubjektiven Sinnerfahrung. Integrative Therapie zielt im Kern auf individuelle Persönlichkeitsentwicklung, auf individuelle Lebensentfaltung und Sinnfindung. Integrative Therapie führt auf diese Weise gerade über traditionelle Konformitätsansprüche und Rollenerwartungen hinaus.

Nun wird man gerade an dieser Stelle einwenden wollen, daß hier ja oftmals gerade das Problem liegt, den Sinn im Verhalten eines geistig behinderten Menschen nicht verstehen zu können und zugleich aber doch unmittelbar eingreifen zu müssen, zum Beispiel um Selbstbeschädigungen zu vermeiden. Wie so oft, wenn es um komplexe Sachverhalte geht, neigt man leicht dazu, unterschiedliche Problemstellungen zu konfundieren und nach eindimensionalen Erklärungsweisen und Lösungswegen zu suchen, statt sie zunächst einmal zu entflechten.

- Selbstbeschädigungen wird man auf jeden Fall zuallererst vermeiden. Niemand kann akzeptieren, wenn man "verstehend" einfach nur zuließe, wie ein Behinderter sich selbst schlägt und beschädigt. Unmittelbares Handeln kann hier also selbstverständlich gefordert sein, auch wenn wir sein Verhalten nicht verstehen.

- Zugleich läßt sich aber auch deutlich vermitteln, daß wir verstehen können, wenn ein Behinderter die einzig sinnvolle Lösung für sich darin erkennt, sich selbst zu schlagen - auch wenn wir den Grund nicht erkennen können. Wir können trotzdem zum Ausdruck bringen, daß wir ihn in seinem Verhalten ernstnehmen.
- Wir werden immer wieder Schwierigkeiten haben, einen Menschen letztlich zu verstehen. Er wird uns immer ein Stück weit Geheimnis bleiben. Die Verständigung wird aber allein schon dadurch erheblich erleichtert, wenn wir überzeugend klar machen können, daß wir uns um ein Verstehen ernsthaft bemühen.
- Wenn ein Behinderter sich selbst schlägt, muß dies nicht zugleich bedeuten, daß er sich dabei auch beschädigen will. Es kommt sehr häufig vor, daß Behinderte, zumal in Situationen persönlicher Verunsicherung, sich selbst besser spürbar machen wollen und sich von daher intensiven Reizen aussetzen. Es wäre daher zu prüfen, ob Körperwahrnehmung in der alltäglichen Begleitung ein generell wichtiges Lebensthema sein müßte.
- Wenn ein Behinderter sich selbst schlägt, könnte dies auch als ein Hilferuf verstanden werden, die sofortige und intensive Zuwendung seiner BetreuerInnen zu benötigen. Es wäre zu fragen, ob er in seinem Alltag genug Gelegenheiten hat, mit jemand intensiv zu tun zu haben.
- Schließlich könnten tatsächlich selbstzerstörerische Tendenzen ein Grund sein, sich selbst zu schlagen.

Gerade wenn es sich um stereotype Verhaltensmuster handelt, ist wahrscheinlich, daß es ein sehr vielfältiges Ursachenbündel gibt. Verhalten ist meist nicht monokausal begründet.

Mir ist hier wichtig festzuhalten, daß bei „auffälligem“ Verhalten nicht die von außen verordneten "Maßnahmen" weiterführen. Auffälliges, "herausforderndes Verhalten" ruft nach Kommunikation und gegenseitiger Sinnvermittlung. Dies ist der Paradigmenwandel, der für eine Arbeit mit geistig behinderten Menschen völlig neue Perspektiven eröffnet. Im neuen Paradigma geht es um bewußt gestaltete menschlich gleichrangige Beziehung und Kommunikation. Verstehen-Wollen heißt dabei nicht, nicht handeln zu dürfen, wie es oft mißverstanden wird, sondern bedeutet, sein Handeln unter qualitativ andere Grundvoraussetzungen und Ziele zu stellen.

Fallbeschreibung

Markus war 9 Jahre alt, als er sich in seiner Einrichtung als nicht mehr tragbar erwies und bei uns aufgenommen werden mußte, Diagnose : geistige Behinderung mit ausgeprägten autistischen Zügen. Körperlich eher klein und zierlich, machte er insgesamt einen deutlich kindlichen Eindruck und zeigte sich vor allem als überaus lebhaft-agil und expansiv; außerhalb des Hauses mußte er ständig fest an der Hand genommen werden, damit er nicht völlig orientierungslos einfach davonlief. Seine Sprache machte ihm offensichtlich Mühe. Die Aussprache war verwaschen und meist hastig und stotternd; er sprach in Drei-Wort-Sätzen und in oftmaligen Wiederholungen; für ihn war wichtig, daß wir, statt zu antworten, ihm seinen Satz Wort für Wort als Bestätigung wiedergaben; sein Wortschatz beschränkte sich auf etwa 50 Wörter, darunter zahlreichen Eigenbildungen, deren Bedeutung wir erst mit der Zeit kennen lernten.

Seinen BetreuerInnen machte er insofern ganz erhebliche Probleme, als er ihnen ebenso wie seinen Mitbewohnern immer wieder sehr heftig in Bauch, Brust oder Seite stieß und sich mit besonderer Vorliebe in ihre Haare verkrallte. Phasenweise legte er es auch darauf an, ihnen blitzschnell die Brille herunterzureißen oder ihnen mit dem Daumen ins Auge zu drücken. Im Gegensatz zu Angstsituationen, wo er auch schon mal heftig kratzen, beißen und treten konnte, machte er im allgemeinen keinen aggressiven, sondern eher einen frohgestimmten Eindruck.

Offensichtlich war ihm nicht bewußt, wie gefährlich und schmerzhaft sich sein Tun auf andere auswirkte. Als wichtiger Beweggrund spielte dagegen offenbar eine große Rolle, daß Markus mit seinen Aktionen etwas für sich bewirken konnte, das ihm eine intensive körperliche und emotionale Auseinandersetzung einbrachte. Allerdings erschien er in der Auswahl seiner „Opfer“ wenig zielgerichtet und eher auf sich selbst zentriert, so als ob ihm der persönliche Bezug zu seinem Gegenüber gleichgültig sei. Im übrigen wurden ihm nähere Kontakte eigentlich immer sehr schnell zu eng und er suchte ständig nach Gelegenheiten, ganz für sich sein zu können. Bei aller sonstigen Umtriebigkeit zog er sich häufig gerne auch einfach unter seine Bettdecke zurück. Beim Essen benötigte er einen gesonderten Platz, damit er - aber auch seine Mitbewohner - Ruhe voreinander hatten.

Andere Eigenheiten, wie das häufige Zerreißen seiner Kleidung oder die Vorliebe, jede Art von Glas (Fensterscheiben, Lampen, Flaschen usw.) durch geeignete Wurfgeschosse zum Klirren zu bringen, erscheinen auf diesem Hintergrund fast harmlos.

Bei näherem Hinsehen im weiteren Verlauf der Therapie haben sich folgende Hypothesen als hilfreich erwiesen.

- Markus hat eine ganz erhebliche Beeinträchtigung im Bereich der Hautwahrnehmung, die ihm mittlere und schwache Berührungsintensitäten als unangenehm oder sogar bedrohlich erscheinen läßt (zugleich Hyper- und Hyposensibilität), und die er offenbar durch eine verstärkte Wahrnehmung im Bereich des Bewegungssinnes (gut ausgebildeter Stellungssinn / Gleichgewichtssinn) zu kompensieren versucht (außergewöhnlicher Bewegungsdrang, lebhaftere Umtriebigkeit, große Geschicklichkeiten z.B. beim Klettern, auf der Schaukel usw.). Dazu paßt auch, was sich bei autistischen Menschen häufig beobachten läßt, ein mangelnder Bodenkontakt, der seinem Gang etwas Schwebendes gibt, oder die eher kurzen und punktierten Berührungskontakte, die ihn nicht länger bei etwas verweilen lassen.
- es bestehen in der Folge mangelnder Wahrnehmung der eigenen Körperlichkeit auch besondere Attraktionen zur Erfahrung von Diffusion und Unbegrenztheit in der Weite (Davonlaufen) und im Kontrast dazu Attraktionen zur Wahrnehmung von Begrenzung in der Umschlossenheit z.B. einer Bettdecke. Es macht ihm auch offensichtliche Freude, sich wegen seiner "Missetaten" fangen und festhalten zu lassen (intensive Berührung, enge Umschlossenheit).
- eine Abgrenzung als Person wird weniger über die Haut als Körpergrenze, sondern eher über die Wahrnehmung der eigenen Bewegung erfahren, wird aber eben doch auch als beunruhigender Mangel empfunden. Es paßt dazu, daß Markus wegen seiner diffusen Hautempfindungen sich einerseits die Kleider vom Leib reißt, andererseits aber nachts seine Füße gerne in Plastiktüten einpackt, die dann durch seine Schweißabsonderung bald auf seiner Haut festkleben und ihm ein deutlicheres Gefühl für seine Füße vermitteln konnten. Vielleicht paßt auch, daß er gelegentlich mit Kot schmirt, wie um sich eine vertraut wahrnehmbare, äußere Geruchsgrenze zu schaffen.
- die von ihrer Entwicklungslogik her absolut folgerichtigen Impulse, eine intensivere Wahrnehmung im Bereich der Hautabgrenzung und Identitätsabgrenzung über eine intensive Auseinandersetzung mit anderen zu erreichen (sich im anderen spürbar zu verkralen usw.) führen nur teilweise zum Erfolg, da Markus mit seinem als aggressiv aufgefaßten Zugehen ja dort zurückgewiesen wird - eine double-bind-Situation, die er kaum sinnvoll aufzulösen vermag, und die für ihn mit erheblichen Verunsicherungen verbunden sein mußte. Seine "Verankerung in der Lebenswelt" ist damit sowohl rein physisch durch die Beeinträchtigung seiner Wahrnehmungsmöglichkeiten als auch durch die immer wieder neu hervorgerufenen Mißverständnisse im sozialen Kontext zumindest sehr brüchig.

- Auch im optischen und im akustischen Bereich lassen sich Wahrnehmungsbeeinträchtigungen, insbesondere Probleme in der Gestaltwahrnehmung aufzeigen. Markus hat einen leichten "Silberblick", der auf mögliche Schwierigkeiten beim Fokussieren einer Figur vor einem Hintergrund hinweist. Sowohl im optischen als auch im akustischen Bereich liegen Attraktionen für extreme Reizpolaritäten vor : Markus produziert mit Vorliebe chaotisch-verwirrende Reizeindrücke (permanentes Drehen eines Bündels knapp vor den Augen, begeistertes Ausschütten von Kisten mit Legobausteinen usw., andererseits häufiges Zuhalten der Augen oder der bereits genannte Rückzug unter die Bettdecke).

Im akustischen Bereich macht ihm z.B. der punktartige Knall von zerspringendem Glas oder auch von Luftballons größte Freude, während er umgekehrt auch flüsterndes Sprechen oder auch Stille gerne hat. Auch die Wahrnehmung im optischen und akustischen Bereich ist also offenbar wenig ausdifferenziert. Dies läßt vermuten, daß auch die Überforderung im Erlernen und in der Verwendung von Sprache bereits hier ihre Wurzeln hat.

Wir haben uns bisher auf Beeinträchtigungen auf der ersten Stufe der Wahrnehmungsentwicklung, der *Modalitätsstufe*, konzentriert, da für Markus' Anderssein bereits hier ganz charakteristische Merkmale deutlich werden, die für ein tieferes Verstehen einer Übersetzung bedürfen.

Wenigstens erwähnen möchte ich hier aber auch noch spezifische Probleme auf der *Serialitätsstufe*, die den persönlichen Eindruck von Markus etwas abrunden.

- Markus hat wenig Begriff von zeitlich-prozeßhaften Abläufen, er kann nicht gut warten, fühlt sich von den Ereignissen gehetzt, weil ihm nicht klar ist, wie etwas weitergeht; er schlingt sein Essen hinunter, ohne sich für das Kauen Zeit zu nehmen; er hat wenig Gefühl für die Umschlossenheit einer Situation : daß etwas einen Anfang, einen Spannungsbogen und auch wieder ein Ende hat. Er lebt sozusagen von Punkt zu Punkt zu Punkt und findet den roten Faden nicht, der diesen Punkten einen inhaltlichen Zusammenhalt gibt. Er kann sich auch nur extrem schlecht von Personen oder Situationen trennen, die ihm etwas wert sind, weil er die Zeitspanne bis zu einer Wiederkehr nicht überblickt.

- ähnlich desorientiert wird sich Markus wohl in seinem persönlichen Selbstverständnis sehen, ausgeliefert den Ereignissen, die sich für ihn nicht absehbar und kaum beeinflussbar einfach ergeben. So mag erklärlich werden, daß es für Markus überaus große Bedeutung hat, sich nicht nur passiv ausgeliefert, sondern als aktiv gestaltend zu erleben, Situationen und Gefühle selbst auslösen und bewirken zu können, ungeachtet dessen, daß dies von seiner Umgebung als bloße Provokation mißverstanden wird (*Intentionalitätsstufe*).

Die Therapiestunden

Markus kannte mich am Anfang der Therapie bereits von meinen zahlreichen Beratungsbesuchen im Wohnbereich, doch hatte die Sondersituation der Therapie in einem ihm noch nicht so vertrauten anderen Gebäude für ihn zunächst offensichtlich etwas verunsicherndes. Er ging seinen gewohnten stereotypen Beschäftigungen nach, drehte sein Bündel vor den Augen oder ließ Seile in schnell kreisenden Bewegungen über den Boden streichen. Er ignorierte mich perfekt. Ich hatte einen relativ kleinen, reizarmen Therapieraum ohne Möbel für ihn ausgesucht und ihn mit ein paar spärlich ausgewählten Beschäftigungsmaterialien ausgestattet, von denen ich annahm, daß sie seinen Interessen entgegenkommen : Eine Matte, einige Polster und Woldecken, eine quer durch den Raum gespannte Hängematte, eine große Kiste mit Bällen aus dem Kugelbad, die genannten Rhythmikseile und ein paar Tücher.

Er hatte recht schnell bemerkt, daß der Raum verschlossen war und rüttelte einige Male heftig an der Klinke, bis ihm die Idee kam, auf das WC zu müssen. Es kam mir so vor, als wolle er mir sagen, daß er über das Setting der Therapie mitbestimmen und das Gegebene nicht einfach nur hinnehmen wolle. Also gut. Was dann folgte, war für mich etwas überraschend : Er nahm mich an der Hand (ob aus Gewohnheit oder aus Unsicherheit wegen der neuen Räumlichkeiten, ist offen) und ließ sich von mir bis in den Toilettenraum hinein begleiten. Er setzte sich auf das WC und bedeutete mir, mich etwa im Rechten Winkel zu ihm hinzuhocken. Kurze Zeit später sprang er plötzlich auf, schaltete das Licht aus, setzte sich wieder und legte meine Hand auf sein Knie. Und so verharrten wir sicher zehn Minuten lang schweigend, im Dunklen - für uns beide ganz offenbar eine tiefberührende Bezogenheit. Markus mußte nicht wirklich auf die Toilette, doch fand ich beeindruckend, wie er für seine Anliegen ein eigenes Setting fand. Dieser gemeinsame Gang zur Toilette entwickelte sich von dieser ersten Stunde an über die vielen Monate bis zum Ende der Therapie zu einem nicht wegzudenkenden Bestandteil unserer Stunden.

(Erst später kam mir der Gedanke, ob ein Aspekt dieses Rituals auch gewesen sein könnte, daß Markus sich durch zuviel Helligkeit im Therapieraum abgelenkt fühlte, und schon allein deshalb die Dunkelheit in der Toilette aufgesucht hat. Tatsächlich haben wir dann sowohl im Therapieraum als auch im Wohnbereich die Erfahrung gemacht, daß abgedunkelte Fenster wesentlich zu einer entspannteren Atmosphäre beitragen).

Die Therapiestunden verliefen in den ersten Wochen äußerst turbulent. Markus schien zunächst ausloten zu wollen, was alles im gegebenen Setting möglich ist und wo die Grenzen sind. Er setzte alles daran auszuprobieren, was in seiner Wohngruppe nicht erlaubt war : Er schüttete die Kästen mit sämtlichen Beschäftigungsmaterialien wahllos auf den Boden aus und verbreitete unter lautem Gejohle ein riesiges Chaos. Sein Tun hatte deutlich auch etwas Provozierendes : So warf er mit Bällen nach mir, versuchte mir ausgerechnet das Polster zu entreißen, auf dem ich gerade saß, oder er bearbeitete den Lichtschalter mit seiner Faust. Immer wenn er wieder etwas "angerichtet" hatte, ging er in eine Art Sprungstellung in der sichtlichen Erwartung, daß ich ihn jetzt einfangen, ihn festhalten und hindern müßte.

Die ersten Therapiestunden schienen ganz unter dem Motto zu stehen : Darf ich der sein, der ich bin? Darf ich hier machen, was ich will ? Werde ich zurückgewiesen, wenn ich einfach mache, was ich will ? Aber auch : Wie komme ich wohl in einen Kontakt, wenn nicht durch Provozieren ? Mag der mich noch, wenn ich ihn so attackiere ? - Fragen, die seine Identität, seine Autonomie und seine soziale Verankerung betrafen, und für deren überzeugende Beantwortung Markus eben auch seine Zeit brauchte.

Um in den beiden letzten Fragen möglichst bald Klärungen zu erleichtern, habe ich schon in den ersten Stunden das "Fangen-Spiel" eingerichtet. Fangen-Spiel hieß ganz einfach, daß ich ihm ankündigte, ihn jetzt einfangen zu wollen, und ihn dann nach kurzem Nachlaufen mit beiden Armen umfaßte. Dieses Spiel gab mir Gelegenheit, jederzeit ohne einen äußeren Anlaß ganz spielerisch auf Markus zuzugehen und eine von ihm ebenso gewünschte wie auch mit Ängsten besetzte unmittelbare körperliche Auseinandersetzung und Nähe von mir aus zu gestalten - völlig unabhängig von irgendwelchen Provokationen und ohne in den Verdacht irgendwelcher disziplinarischer Beweggründe zu geraten. Markus nahm dieses Spiel mit großer Begeisterung auf und dehnte es nach anfänglich relativ kurzen Sequenzen mit der Zeit seinerseits aus, wohl auch weil es ihm Wege aus der Blockierung der angesprochenen double-bind-Situation aufzeigte. Das unmittelbare Zusammenwirken von Wahrnehmungs- und Beziehungs-Aspekten im gegenseitigen Zugehen wird hier ganz offensichtlich.

Wie wir bereits feststellten, lebt Markus bevorzugt in deutlichen Kontrasten. In den immerhin meist zwei Stunden dauernden Therapiestunden suchte er, ungefähr nach der ersten Hälfte, immer auch ruhigere Situationen auf, um mehr für sich sein zu können. Er wickelte sich dann gerne in eine Decke und legte sich in die Hängematte, schloß die Matte über sich und genoß es, von mir geschaukelt zu werden. Auf Sprache haben wir in unseren Therapiestunden wegen der von mir vermuteten Überforderung ohnehin weitgehend verzichtet. In diesen Situationen wäre Sprache unangebracht gewesen : Er gab mir sein Bündel in die Hand, und ich sollte ihn sorgsam an diesem Bündel immer wieder in eine Schaukelbewegung ziehen. (Der Kontakt über dieses Bündel gehört für mich zu den beeindruckendsten Erlebnissen einer ganz basalen Kommunikation mit einem behinderten Menschen überhaupt). So konnte es 20 Minuten, oft aber auch länger als eine halbe Stunde gehen, bis Markus entspannt und wie aus einem Tiefschlaf erwachend wieder zum Vorschein kam. Im weiteren Verlauf haben wir einige Erweiterungen hinzugefügt : Bezugnehmend auf seine beeinträchtigte Hautwahrnehmung und in Anknüpfung an die von ihm verwendeten Plastiktüten im Bett, habe ich ihm die Füße mit Leinentüchern "verbunden", später auch die Arme und den Oberkörper, und schließlich den Kopf. Markus hat diesen ja nur scheinbar ganz sachlich "behandelnden" Berührungskontakt als außerordentlich wohltuend empfunden und die Verbände immer wieder gelöst, mit der Aufforderung ihn auf's Neue zu verbinden. Er konnte allmählich immer mehr zulassen, daß ich seine Arme und Beine und schließlich auch seinen Kopf massierte. Gegenseitige Berührung wurde zu einem unverzichtbaren Ritual. Markus hat mit der Zeit schließlich erfahren, daß seine Körperlichkeit, wie beeinträchtigt sie auch sein mochte, überaus wohltuend ist und zugleich eine wohltuende zwischenmenschliche Begegnung entstehen läßt, die von einem gegenseitigen Verstandesein getragen ist. Es ist filmisch dokumentiert, wie Markus gegen Ende der Therapie das Gesicht seines Therapeuten, seinen Mund, seine Augen (!) in allergrößter Sorgfalt mit beiden Händen betastet und ihn dabei in aller Entspanntheit offen und direkt betrachtet - für einen geistig behinderten Menschen mit den besonderen Schwierigkeiten einer autistischen Problematik sicher eine ganz erstaunliche Erfahrung.

In den Therapiestunden war mein Ziel, selber möglichst wenig vorzustrukturieren und stattdessen Markus möglichst freie Gestaltungsmöglichkeiten zu bieten. Zugleich kam es mir darauf an, ihn dabei nicht allein zu lassen, sondern alle seine Angebote von Nähe, Abgrenzung, Opposition usw. in den mir wichtig erscheinenden Aspekten aufzugreifen und mit meinem Verhalten Antwort darauf zu geben („Ich verlasse dich nicht, weil du dich von mir abgrenzen möchtest“ usw.).

Markus hatte zunächst über ein halbes Jahr lang benötigt, um Therapie als einen wirklich offenen Freiraum zu entdecken, wo er sein kann, der er ist, und damit experimentieren kann, was er für sich und seine Weiterentwicklung braucht. Im Ergebnis hat Markus aus den vormals sehr ambivalent erlebten Bezügen zur eigenen Wahrnehmung und zu seiner sozialen Umgebung einen bedeutenden Schritt nach vorne machen können. Er hat einen neuen Weg finden können, daß sein So-Sein, wie etwa die Besonderheiten seiner Wahrnehmungsentwicklung, ihn nun nicht mehr ausgrenzt, sondern daß es gerade sein So-Sein ist, das ihn ein besonderes Vertrauen zu sich selbst und zu seinen Mitmenschen erleben läßt.

Für Markus war sicher von großem Vorteil, daß die Leiterin seiner Wohngruppe an der Therapie außerordentlich interessiert war, an jeder Therapiestunde teilgenommen und ihre Erfahrungen auf die Möglichkeiten der Wohngruppe zu übersetzen versucht hat. So war im Verlauf der Zeit auch im Wohnbereich ein gemeinsames Experimentierfeld für die Bewohner und MitarbeiterInnen entstanden. Die gegenseitige Erfahrungsbildung im Sinne des Paradigmenwechsels hatte den Raum für Neuorientierungen auf allen Seiten geschaffen und das Leben im Wohnbereich für Bewohner und MitarbeiterInnen zu einer menschlich spannenden Herausforderung werden lassen.

Hier schließt sich der Bogen zu den eingangs vom Heimbeirat eingeforderten Grundwerten.

Zusammenfassung

In der Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung ist trotz vieler anderslautender Proklamationen eine Stagnation in der Konzeptbildung festzustellen : *"Normalität"* wird weithin immer noch als ein absolut vorrangiger Förderungswert betrachtet, dem in der Praxis des Alltags menschliche Grundwerte wie die Würde der Individualität und der Freizügigkeit, das Recht auf Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung usw. allzu leicht untergeordnet wird. Aus einer geistigen Behinderung folgen jedoch nicht nur Ansprüche auf Hilfen zu einer normalen Lebensbewältigung, sondern zugleich insbesondere auch Ansprüche auf eine Entwicklung individueller Authentizität und auf eine - aus der persönlichen Autonomie heraus - mitgestaltende Teilnahme an Gemeinschaft. Letzteres wird vielfach zu wenig beachtet.

In der Versorgung von schwierigen geistig behinderten Menschen hat die traditionelle Sichtweise der Einrichtungen besonders gravierende Konsequenzen, insofern als schwierige Behinderte dem Normalitätsdruck am allerwenigsten gewachsen sind und deshalb schnell als förderungs- oder therapie-resistent betrachtet werden. Mit Krankheit hat dies allerdings gar nichts zu tun.

Erfahrungen aus einer humanistisch orientierten Psychotherapie können wesentliche Anregungen für einen Paradigmenwechsel in der Versorgung von geistig behinderten Menschen beitragen : Psychotherapie leistet eine für das Verständnis des Behinderten so wichtige Übersetzungsarbeit. Sie hat im Kern ihre besonderen Kompetenzen darin, in einem kommunikativen Prozeß Persönlichkeitswachstum und die Entwicklung von individueller Identität zu fördern und die Suche nach persönlichem Wertempfinden und Sinnverständnis zu unterstützen. Im vorliegenden Beitrag werden Grundanliegen der Integrativen Therapie für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen dargestellt und an einem Fallbeispiel veranschaulicht.

Literatur

- AFFOLTER, F.** (1972): Aspekte der Entwicklung und Pathologie von Wahrnehmungsfunktionen. Pädiatrische Fortbildungskurse für die Praxis Vol. 34, Karger Basel, München, New York
- BUBER, M.** (1986): Das dialogische Prinzip. Lambert Schneider, Heidelberg
- BÜNTE-LUDWIG, CH.** (1984): Gestalttherapie - Integrative Therapie - Leben heißt wachsen. In : H.PETZOLD (Hrsg.) Wege zum Menschen - Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Bd. 1, Junfermann, Paderborn
- HEIDEGGER, M.** (1984): Sein und Zeit. Max Niemeyer, Tübingen
- KÜKELHAUS, H.** (1977): Organ und Bewußtsein. Gaya, Köln
- MARCEL, G.** (1935): Etre et Avoir. Aubier, Paris
dtsh. 1968 Sein und Haben. Schönigh, Paderborn
- MARCEL, G.** (1951): Le Mystère de l'Etre. Aubier, Paris
- MARCEL, G.** Leibliche Begegnung. In: KRAUS, A. (Hrsg.)
(1978): Leib, Geist, Geschichte. Hüthig, Heidelberg
- MERLEAU-PONTY, M.** (1945): Phénoménologie de la perception. Gallimard, Paris
- PETZOLD, H.** (1974): Integrative Bewegungstherapie. In: PETZOLD, H. (Hrsg.) Psychotherapie und Körperdynamik. Junfermann, Paderborn
- PETZOLD, H.** (1977): Thymopraktik als Verfahren Integrativer Therapie. In: PETZOLD, H. : Die neuen Körpertherapien. Junfermann, Paderborn
- PETZOLD, H.** (1978): Das Ko-respondenzmodell in der Integrativen Agogik. Ztsch. Integrative Therapie 4(1), S. 21-58, Junfermann, Paderborn
- PETZOLD, H.** (1980): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie. In: PETZOLD, H. (Hrsg.): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Junfermann, Paderborn
- PETZOLD, H.** (1984): Vorüberlegungen und Konzepte zu einer integrativen Persönlichkeitstheorie. Ztsch. Integrative Therapie 10(1-2), S. 73-115, Junfermann, Paderborn
- PETZOLD, H.** (1985): Die modernen Verfahren der Bewegungs- und Leibtherapie und die "Integrative Bewegungstherapie". In: PETZOLD, H. (Hrsg.) Leiblichkeit. Junfermann, Paderborn

PETZOLD, H., ORTH, I. (1996): Leibgedächtnis, Kontext, Dekontextualisierung
- Theorie Kompakt - 3. Mitgliederrundbrief DGIK 1996, Düsseldorf

PÖLDINGER, W., WERNET, M.C., WINKLER, J. (1993): Rehabilitation von geistig behinderten Menschen - Betrachtungen am Beispiel der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel. Ztsch. Der informierte Arzt - Gazette Medicale 14, S. 275-280 (I), S. 437-440 (II), Basel

WERNET, M.C. (1994): Integrative Gestalt-Psychotherapie - Tor zu neuen Verständnis-Räumen. In: LOTZ, W., KOCH, U., STAHL, B. (Hrsg.): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen - Bedarf, Rahmenbedingungen, Modelle. Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

WERNET, M.C. (1996): Institutionelle Rahmenbedingungen für Psychotherapie Persönlichkeitsentwicklung und Lebensentfaltung - Plädoyer für einen Paradigmenwechsel in der Versorgung von geistig behinderten Menschen. In: LOTZ, W., STAHL, B., IRBLICH, D. (Hrsg.): Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung - Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung. Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

WERNET, M.C. (2000): Es geht um's Leben - Kunst im Haus der Diakonie Wehr-Öflingen. Ztsch. Orientierung 2/2000, Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe, Stuttgart

WERNET, M.C. (2001): Integrative Therapie - Persönlichkeitsentwicklung und Lebensentfaltung - Beitrag zu einem Paradigmenwechsel in der Sichtweise von Menschen, die mit ihrer geistigen Behinderung besondere Schwierigkeiten haben Fachzeitschrift Geistige Behinderung der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. (Heft 4/ 2001)

WERNET, M.C. (2002) Das Drama des geistig behinderten Menschen - Gedanken zur Entwicklung von Identität bei Menschen mit einer geistigen Behinderung Zeitschrift Integrative Therapie, Junfermann, Paderborn, Heft 3-4 /2002

Dipl. Psych. Michael C. Wernet, * 1947 in Freiburg im Breisgau, Klinischer Psychologe BDP	
Ausbildung :	Integrative Therapie /Gestalttherapie (FPI), Klientenzentrierte Therapie (GwG)
1983 - 2003	Arbeitskreisleitung BDP-AK Geistige Behinderung /Berufsverband Dt. Psychologen e.V.
seit 1973	tätig in verschiedenen Einrichtungen für geistig behinderte Menschen aller Altersstufen
1990 - 1993	Psychiatrische Universitätsklinik Basel (Projekt Ausgliederung von geistig Behinderten)
seit 1989	lehrbeauftragt am Psychologischen Institut der Universität Freiburg im Breisgau,
1992 - 2000	lehrbeauftragt am Fritz Perls Institut für Integrative u. Gestalt-Therapie Düsseldorf (FPI)
seit 1994	Psychologischer Fachdienst im Haus der Diakonie Wehr-Öflingen
Anschrift :	79660 Wehr-Öflingen, Postfach 34 /Tel 07761-92883 /e-mail : wernet.michael@web.de

