

Selbstbestimmt leben – eine Herausforderung für die Professionellen?

von Volker Schönwiese

1. Selbstbestimmung

Die "independent living" -Bewegung geht davon aus, dass in der üblichen Behindertenhilfe eine Dominanz der Helfenden über die behinderten und pflegebedürftigen Personen als strukturelle Schwierigkeit angelegt ist, und es im Netz sozialer Dienste zu den bisherigen Konzepten Alternativen braucht.

Das Konzept von "independent living" bzw. das Konzept selbstbestimmter "persönlicher Assistenz" wird in einer klassischen Formulierung so beschrieben: "Selbstbestimmt leben heißt, KONTROLLE ÜBER DAS EIGENE LEBEN zu haben, basierend auf der Wahlmöglichkeit zwischen akzeptablen Alternativen, die die Abhängigkeit von den Entscheidungen anderer bei der Bewältigung des Alltags minimieren. Das schließt das Recht ein, seine eigenen Angelegenheiten selbst regeln zu können, an dem öffentlichen Leben der Gemeinde teilzuhaben, verschiedenste soziale Rollen wahrnehmen und Entscheidungen fällen zu können, ohne dabei in die psychologische oder körperliche Abhängigkeit anderer zu geraten. Unabhängigkeit ('Independence') ist ein relatives Konzept, das jeder persönlich für sich bestimmen muß." (Definition der amerikanischen 'INDEPENDENT-LIVING-BEWEGUNG' nach Frehe, 1990, S.37)

Dies ist kein Konzept, das sich auf sowieso schon autonome Körperbehinderte bezieht, es ist ein Konzept, das für alle behinderten Menschen gilt. Das Konzept "Selbstbestimmt leben" geht davon aus, dass nicht nur HelferInnen, sondern vor allem auch die betroffenen behinderten und pflegebedürftigen Personen zu schulen und zu begleiten sind. Es sollen ihre Fähigkeiten unterstützt werden, gegenüber den HelferInnen ArbeitgeberInnen-Funktionen zu erfüllen. Dabei geht es im optimalen Fall um den Erwerb der Kompetenz, HelferInnen zu suchen, auszuwählen, anzuleiten und die Bezahlung abzuwickeln. AusbilderInnen dabei sind selbst betroffene Personen. Es geht aber dabei nicht einfach darum, selbständig zu werden, sondern dass jede behinderte Person in Relation zu den eigenen Lebens-Bedingungen die ihr möglichen Schritte setzt.

Auch die Selbstvertretungsgruppen von Personen mit Lerneinschränkungen (sog. geistig Behinderte – oder: „Menschen mit besonderen Fähigkeiten“, wie sie sich auch nennen (Köbler u.a. 2003) in der „people first“-Bewegung fordern Selbstbestimmung und Assistenz im Sinne von Unterstützung.

Sie verlangen dabei z.B.:

„Unterstützung geht über die Aufgaben von persönlicher Assistenz hinaus. Menschen, die persönliche Assistenz in Anspruch nehmen, verfügen über eine

Anleitungskompetenz. Das heißt, sie bestimmen, wie die konkrete Hilfeleistung, die sie brauchen, aussehen muss.

In Abgrenzung dazu beschreiben Menschen mit Lernschwierigkeiten nicht unbedingt bis ins Detail, welche konkrete Hilfeleistung sie gerade brauchen, sondern benennen sehr oft die Dinge, die sie nicht oder nicht so gut können. Daran erkennt die Unterstützungsperson den Hilfebedarf. Je mehr Menschen mit Lernschwierigkeiten gewohnt sind, nach Unterstützung zu fragen, desto eher können sie ihren konkreten Hilfebedarf benennen.

Bei der inhaltlichen Unterstützung hat die Unterstützungsperson eine aktivere Rolle. Hier geht es darum, sein gesamtes Wissen zur Verfügung stellen.

Das kann sein:

Informationsquelle zu sein

Aktivitäten unterstützend vor- und nachzubereiten

Neutral die Aktivitäten zu reflektieren

Sicherheit im Hintergrund zu vermitteln

Zu beraten

Komplexe Abläufe zu strukturieren

An Termine zu erinnern

Zu erfragen, welche Hilfen gebraucht werden

Ideen und Ratschläge zu geben

Wichtig ist bei alledem, dass alle Entscheidungen, was gemacht wird, grundsätzlich bei den betroffenen Personen liegen.“ (Göbel/Puschke, im Internet).

Das Konzept Selbstbestimmt Leben beinhaltet also keine Forderung nach Entprofessionalisierung sondern die Forderung, dass das professionelle System der Behindertenhilfe sich diesen Forderungen konsequent stellen muss. Immer noch verbreitete Strategien des „hilfloses Helfen“ (vgl. Schmidbauer1997), in denen letztlich die Bedürfnisse der Helfenden und von Hilfsorganisationen dominieren, haben hier allerdings keinen Platz.

Welche Forderungen ergeben sich nun aus diesem Ansatz für das professionelle Helfen und für Unterstützungsstrukturen für behinderte Menschen:

2. De-Institutionalisierung

Ausgehend von der Bundesverfassung und internationalen Trends der Entwicklung der Sozialsysteme zur Hilfe und Begleitung von Menschen mit Behinderung, WHO-Richtlinien zur Dezentralisierung des Gesundheitssystems und modernen Auffassungen psychosozialer Arbeit liegt die Zukunft schwerpunktmäßig in kleinen dezentralen, gemeinde- und bürgernahen Strukturen und Angeboten für behinderte Menschen. Für Großeinrichtungen des alten Typs, den wir mit dem Begriff „totale Institutionen“ benennen können, kann und darf nicht mehr ausgebildet werden. Diese Forderung ist aktueller als wir vielleicht wünschen, diese totalen Strukturen gib es immer noch. Das Dilemma ist, dass manche Humanisierung und halbe Öffnung von Einrichtungen keinen eigentlichen Wandel initiiert, sondern mehr zu einer „Kolonisierung“ und Anpassung der BewohnerInnen, die den Zielen eigener Entwicklung von behinderten Personen nicht entspricht, sondern weiterhin an die Institution bindet und lebenslange Karrieren von Bedürftigen begründet. Ervin Goffman (1973), der das berühmte Buch „Asyle“ in den 60er-Jahren geschrieben hat – ein noch immer außerordentlich wichtiges Buch – hat auf dieses Dilemma hingewiesen. Ausbildungen haben in Lehr- und Lerninhalten dem Ziel der Integration und Selbstbestimmung im Sinne einer Befreiung von institutionellen Fesseln zu entsprechen, und die Qualifikation der Konzept- und

Organisationsentwicklung zu beinhalten, die als Voraussetzung für Praxis in unterschiedlichen, vernetzten Systemen der mobil-ambulanten und dezentral-stationären Arbeit (in kleinen Einrichtungen) zu sehen ist.

Stark beeinflusst von der italienischen Psychiatriereform (vgl. Basaglia 1971) gibt es im deutschsprachigen Raum seit Beginn der 70er-Jahre des letzten Jahrhunderts eine intensive Diskussion um eine mögliche Ausgliederung von LangzeitpatientInnen aus großen stationären Einrichtungen, die sich nur sehr langsam in konkreten Maßnahmen umsetzte. Die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie veranstaltete 1983 eine Tagung unter dem Titel „Der Mythos vom harten Kern“, in deren Mittelpunkt die in Anstalten, Heimen und psychiatrischen Krankenhäusern untergebrachten sog. chronisch psychisch kranken, behinderten und älteren Menschen standen. Die vielfach vertretene These der Nichtintegrierbarkeit eines kleinen Teils besonders schwer betroffener bzw. hospitalisierter Personen wurde entschieden abgelehnt. Wie langsam die Entwicklung trotz dieser Feststellungen und jahrzehntelanger Bemühungen verläuft, zeigt die drängende Forderung von Klaus Dörner aus dem Jahr 1999: „Wir müssen die Heime abschaffen - und die ‚Insassen‘ endlich in ihrer Menschenwürde ernst nehmen. Kein chronisch psychisch Kranker und kein schwieriger geistig Behinderter muss dauerhaft in einer Anstalt leben. Das klingt wie eine Provokation und wie eine Spinnerei - aber es ist der fachliche internationale Standard. Deutschland hinkt in diesem Prozess hinterher....“

Es gibt beachtliche Beispiele an Ausgliederung (vgl. Bradl/Steinhardt 1996), Dörner meint dennoch, es gäbe in Deutschland viel zu selten echte De-Institutionalisierung. In der Schweiz (vgl. Haltiner/ Egli 1994) und in Österreich ist die Situation ähnlich (obwohl in Österreich durch ein Unterbringungsgesetz seit 1991 geistig behinderte Personen von einem längerfristigen Aufenthalt in psychiatrischen Krankenhäusern ausgeschlossen sind).

Dazu ist zu befürchten, dass manche sozialpsychiatrische Maßnahme einer gesundheits- und sozialpolitischen Logik der Dezentralisierung als systemisch gedachter Effizienzsteigerung folgt und Fragen der Qualität weiterhin nachrangig behandelt werden. Umso wichtiger ist es aufzuzeigen, wie die Umsetzung der so lange geforderten äußeren Integration auch mit einem Prozess der inneren Integration aller beteiligter Personen verbunden werden kann und muss (Lauschmann/ Niedecken/ Pözl, 2003)

3. Entwicklungskonzept

Die Qualifikation für Personen, die behinderte Menschen fachlich begleiten und unterstützen, leiten sich auch aus der Sicht ab, die wir von behinderten Personen und deren Recht auf Selbstbestimmung haben. Ich möchte in diesem Zusammenhang von einem entwicklungsorientierten, dialogischen Ansatz ausgehen, der die Grundlage für jede Vorstellung von Selbstbestimmung sein muss:

Das bedeutet, dass Behinderung vor allem als Behindert-Werden zu verstehen ist. Um dies ein Stück auszuführen: Theoretisch unterschiedlich fundierte Erkenntnisse zur Entwicklung von Kindern stimmen darin überein, dass ein Kind in seiner Entwicklung vom aktiven Dialog mit der Umwelt (zuerst vermittelt über die Mutter) abhängig ist. Anders formuliert: Die kindliche Entwicklung kann als vom Kind aktiv gestalteter (Re-) Konstruktionsprozess der Wirklichkeit in Wechselwirkung mit seiner sozialen Umwelt verstanden werden.

Diese grundsätzliche Fähigkeit selbst aktiv Wirklichkeit zu gestalten, zu "konstruieren", und mit der Umwelt im Austausch zu sein, verweist u.a. auf Erkenntnisse der Naturwissenschaften in den letzten Jahrzehnten. Z.B. konnten Maturana/Varela (1987) für die Biologie zeigen, dass alle Lebewesen, ob einzelne Zelle oder Mensch, sich buchstäblich dauernd selbst erzeugen. Lebewesen sind in diesem Sinne prinzipiell autonome Systeme. Das bedeutet z.B. für die Entwicklung unseres Zentralnervensystems, "... dass die Operationsweise unseres Gehirns - und das gilt gleichermaßen für kognitive wie für emotionale Prozesse - "selbstreferentiell" ist, dass allein im Rahmen der internen Systembedingungen des jeweiligen Gehirns entschieden wird, welche von außen kommenden Einwirkungen "angeschlossen" werden und welche nicht, dass also jedes Gehirn auf Grund seiner physiologischen Operationsweise vollkommen und im prinzipiellen Sinne autonom ist. Auch Entwicklungen wären dann tatsächlich in einem bisher kaum angenommenen Ausmaß als intern gesteuert zu verstehen...." (Huschke-Rhein 1994, S.35).

Wenn diese Fähigkeit zur Selbststeuerung für alles Lebendige gilt, ist die Folgerung naheliegend, dass wohl keinem Kind, keinem Menschen, wie behindert oder geschädigt eingeschätzt, die Fähigkeit der Eigenaktivität und Selbstbestimmung abgesprochen werden darf.

Dazu kommt noch, dass neben der Autonomie und Selbststeuerung lebendige Systeme eine zweite entscheidende Eigenschaft haben: Sie sind zur Umwelt offen (dissipativ) und können Austauschprozesse eingehen. In der Geschichte der Entwicklung des Lebendigen (Evolution, Phylogenese) ist der Austausch, die Koppelung der autonomen Systeme entscheidend (Maturana/Varela 1987 S. 85). Das gleiche gilt für die individuelle Lebensgeschichte (Ontogenese).

Wenn wir das wieder auf die Entwicklung eines Kindes beziehen, das eigenaktiv mit der Umwelt im Dialog bzw. Austausch ist, dann ist vielleicht verständlich, dass mögliche Entwicklungen des Kindes nur beschränkt vorhersagbar sind. So vielfältig die Dialoge bzw. die Dialogmöglichkeiten sind, so vielfältig erscheinen die Entwicklungsmöglichkeiten. Das ist die Grundaussage, die Integration begründet und Selbstbestimmung ihre Bedeutung gibt.

Ein an solchen Überlegungen ansetzendes Entwicklungsmodell kann nicht davon ausgehen, dass menschliche Entwicklung linear oder in klar definierbaren Stufen beschreibbar ist, sondern dass sich Entwicklung mehr in Zusammenhang mit Prinzipien steht, die die Chaostheorie beschreibt. Huschke-Rhein schreibt (1994, S. 34f): "Die bisherige Entwicklungspsychologie war vorwiegend an den linearen, berechenbaren, voraussagbaren, kontinuierlichen, meßbaren und erwartungskonformen Verläufen interessiert.... Den von der Chaostheorie bzw. der Allgemeinen dynamischen Systemtheorie her denkenden Modellen liegen radikal neue wissenschaftstheoretische Vorstellungen zugrunde. Die hier angenommenen Systeme sind indeterminiert, nichtprognostizierbar, sie werden nicht von "Faktoren", sondern von "Attraktoren" beeinflusst, die eine längerfristige gleichsam "magnetische" Wirkung auf bestimmte Systembereiche ausüben, meist aber nicht im Voraus als solche erkennbar sind und also auch nicht berechenbar sind. Solche Systeme sind darum auch nicht direkt von außen "steuerbar", sie "fluktuieren" vielmehr, d.h. sie folgen den eigenen, autonomen, internen Bewegungen. Ihr Kennzeichen ist eine extrem hohe Komplexität.... Widersprüche, Krisen, Paradoxien, starke Gleichgewichtsschwankungen - diese zunächst mathematischen Parameter von chaotischen Systemprozessen sind

zugleich auch Beschreibungsgrößen für die Entwicklung psychischer Systeme. Kreativität ist gar nicht ohne solche Begriffe beschreibbar, und wir können darüber nachsinnen, ob nicht alle Kinder, solange sie psychisch "lebendig" sind, mit solchen Begriffen beschrieben werden sollten."

Diese Ablehnung linearer Entwicklungsmodelle hat zur Folge, dass der Vergleich von behinderten Kindern mit "normalen" Entwicklungsstufen und entsprechende Klassifikationen, wie z.B. "geistig Behindert" nicht mehr sinnvoll ist. Diagnosen, wie "zu langsam", aber auch "zu schnell" im Vergleich zu anderen Personen verlieren ihren Aussagewert für ein Verständnis von Personen.

Wenn der Vergleich mit einer Durchschnittsnorm der Entwicklung vieler Personen zum Verständnis der Möglichkeiten (behinderter) Personen nichts beitragen kann, so muß die Qualität des Dialogs, des Austausches in den Mittelpunkt theoretischer (und praktisch pädagogischer) Überlegungen gestellt werden. Dialog hat natürlich immer kognitive, emotionale und soziale Aspekte, wobei ich behaupten möchte, dass die (kulturell gesteuerten) Emotionen in diesem Zusammenhang allgemein am wenigsten bearbeitet und am schwersten zugänglich sind. Dies führt mich dazu auch psychoanalytische Ansätze zur Erklärung der Dynamik von Behinderung und den Bedingungen von Selbstbestimmung heranzuziehen.

4. Auseinandersetzung mit Angstabwehr

Der für die Entwicklung der Integration in Italien bedeutsame Arzt Milani-Comparetti-Comparetti (1986, S. 10, u. im Internet) hat in einem Schema drei verschiedene Positionen dargestellt, die von Erwachsenen (Eltern, LehrerInnen, MitarbeiterInnen im Sozial- und Gesundheitssystem usw.) bei der Konfrontation mit Behinderung eingenommen werden können und für die individuelle Auseinandersetzung mit Behinderung bedeutsam sind.

OMNIPOTENZ: FORMEN DER ABWEHR

Position der Verleugnung:

- Verleugnung des Bösen / Fremden
- Schockphase
- Ablehnung der Realität
- Ablehnung des Bewußtseins der Unterschiedlichkeit
- Manische Verbandsposition
- Gleichmacherei/Behindertenolympiade

Schizo-paranoide Position:

- Schizo-paranoide Position/Aggression gegen das Böse / Fremde
- Schuldgefühl
- phobische Angst, magische Rituale,
- Reparaturtherapie (= bedrängende "Verbesserungs"- Abwehr)
- wilde Rehabilitation
- "perverse Allianz" Aggression gegen den Kranken
- Ablehnung des Andersartigen
- Rassismus, aggressive Maßnahmen, Aussonderung und totale Institutionalisierung
- Anspruchsorientierte Verbandsposition/Schadenersatzforderung und Förderaktivismus

REALITÄTSBEWUßTSEIN

Depressive Position:

- Akzeptieren des Bösen / Fremden
 - Trauerverarbeitung
 - Akzeptieren der Realität ohne Verfolgungsangst
 - Integration in das Beziehungssystem
 - Verantwortung der Familie und der Gemeinschaft für die Rehabilitation
 - Integration in das System der sozialen Bindungen: Eingliederung in das Schul- und Arbeitsleben, Abbau von Barrieren
-
- Depressive Verbandsposition
 - Politische Verantwortung und kulturelle wie soziale Einbeziehung

Abbildung: Bewältigungsstrategien von Behinderung (Milani-Comparetti-Comparetti 1986, u. im Internet)

(oben dargestellte Abbildung konnte leider nicht originalgetreu als Tabelle wiedergegeben werden, Anm. des Eingebers)

Dieses Schema beschreibt Formen der individuellen Abwehr gegenüber Behinderung und stellt sie in einen Entwicklungsprozess, dessen Ziel "Realitätsbewusstsein" ist.

Die erste Position benennt Milani-Comparetti "Position der Verleugnung", in der die betroffenen Personen unter dem Eindruck der Fremdheit und existentiellen Betroffenheit im Zusammenhang mit Behinderung so unter Schock stehen, dass sie die Realitäten nicht wahrnehmen können. Diese Perspektive der Verleugnung ist ganz allgemein als Angstabwehr lebensgeschichtlich sehr stark verankert. Sie kann bei den direkt Mit-betroffenen allerdings nicht sehr lange aufrechterhalten werden und geht in die Position über, die Milani-Comparetti nach Melanie Klein "schizo-paranoide-Position" nennt. Starke Gefühle des verzweifelten Nicht-Aushaltenkönnens wechseln mit Gefühlen der Aggression. Sehr viele Mütter haben in dieser Phase Mord- und Selbstmordphantasien, die dann von schweren Schuldgefühlen, derartiges überhaupt gedacht zu haben, abgelöst werden. Die Vorstellung, durch therapeutische Maßnahmen die Situation bessern zu können, das Kind heilen zu können, gewinnt in der Folge eine Eigendynamik, die als Abwehr der Realität gesehen werden muss. Viele Eltern betreiben "wilde Rehabilitation", sie versuchen alle ihnen zugänglichen Therapien anzuwenden, wie widersprechend sie im einzelnen auch sein mögen. Milani-Comparetti nennt diese Vorstellung von Therapie treffend "Reparaturtherapie - bedrängende "Verbesserungs"-Abwehr. MitarbeiterInnen des Sozial- und Gesundheitssystems (FrühförderInnen, Ärztinnen, TherapeutInnen usw.) können hier eine "perverse Allianz" mit den Eltern eingehen, wie es Milani-Comparetti nach Winnicott formuliert. Die Unfähigkeit von Personal im Sozial- und Gesundheitssystem, mit (relativ) "Unheilbarem" umzugehen, Übergangs-, Spiel- und Entwicklungsräume zu schaffen und (soziale) Entwicklungs-Prozesse zu verstehen, verbindet sich zu leicht mit der unverrückbaren Hoffnung von Eltern auf Heilung ihres Kindes und damit mit der Abwehr von Eltern gegenüber den realen Entwicklungen ihres Kindes. Dies mündet oft in einem sinnlosen Förderaktivismus, der Realität verleugnet und Prozesse der Entwicklung von Selbstbestimmung und Kooperation mit der sozialen Umwelt verhindert.

Erst in einer dritten Position, dem "Realitätsbewusstsein", kann Trauerverarbeitung beginnen, kann Verantwortung die Abwehr ersetzen, die Eigenäußerungen der Betroffenen besser verstanden werden und Integration als System sozialer Bindungen angestrebt werden.

Die Stufen der Abwehr müssen von allen beteiligten Personen, in Konfrontation mit den lebensgeschichtlich verankerten gesellschaftlichen Bewertungen von Abweichung, durchlaufen werden, alle Stufen sind im Sinne eines Entwicklungsprozesses zu akzeptieren (wenn nicht eine völlige Erstarrung der Abwehr festzustellen ist). Das betrifft, was Milani-Comparetti nicht genannt hat, auch uns direkt Betroffene, die wir uns dem Anspruch auf Trauerarbeit stellen müssen. Sonst agieren wir (inhaltlich oft sehr richtig) gegen die uns angetane Gewalt, ohne aber einen Ausweg finden zu können. Kinder reagieren im systemischen Rahmen der primären Bezugspersonen (Familie) und der Professionellen aktiv mit Störungen, die eigentlich als Fähigkeit, einschränkende Sozialisationsbedingungen zu symbolisieren, verstanden werden muss (Elbert 1986 in bidok). Diese Störungen könnten durch die beteiligten Erwachsenen als Aufforderung und Chance zur Trauerverarbeitung akzeptiert werden, ehe die Kinder aus ihrem Störungssystem nicht mehr ausbrechen können, die Störung sich im wahrsten Sinn des Wortes organisiert hat (Niedecken 1997).

Wichtig an obiger Abbildung ist auch, wie individuelle und gesellschaftliche Reaktionen in einem Muster beschreibbar sind. So kann die Ablehnung der Realität in einer Schockphase durchaus mit öffentlichkeitswirksamen Inszenierungen von Behindertenolympiaden verglichen werden, in denen bewiesen werden soll, dass behinderte Menschen ja doch leistungsfähig sind. In der - im Sinne von Realitätsbewusstsein - bewältigten "depressiven Position" werden die politische Verantwortung und kulturelle wie soziale Einbeziehung zum öffentlichen Thema, es wird daran gearbeitet, dass strukturelle Gewalt abgebaut wird.

Die hier kurz skizzierten Orientierung hat Dietmut Niedecken in ihrem Buch „Namenlos“ aufgegriffen und erweitert. Auch sie meint, dass sich hinter den fatalen Diagnosen, mit welchen geistig behinderte Menschen belegt werden, Abwehrformen verbergen. Ihre These ist, dass die in Abwehr erstarrte Diagnostik-Schemata Behinderung zur Institution werden lassen. Sie fragt, eine These von Maud Mannoni aufgreifend, wie z.B. die Institution "Geistigbehindertsein" eingerichtet wird, welches die in ihr unbewusst gemachten Motive sind, und wie diese Institution sich schließlich selbst perpetuiert. Die Institutionalisierung geschieht nach ihren Erkenntnissen vermittelt dreier Organisatoren: der Diagnostik, den (gesellschaftlichen) Phantasmen über das "Behindertsein" des Kindes, schließlich in den auf solch unreflektierter Grundlage sich gründenden Therapiemethoden (Niedecken 2003).

Sie zeigt aus dieser Kritik heraus, wie mit psychoanalytischem Hintergrund Entwicklungsräume für behinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene hergestellt werden können und dabei Übergangsobjekte und Musik eine bedeutsame Rolle spielen können.

Dieses Buch hat für das Verständnis von geistiger Behinderung und Therapiekonzepten im Rahmen von Übertragung und Gegenübertragung Bedeutsames geleistet und ist zu einem Standardwerk im deutschsprachigen Raum geworden. Ein Buch mit einer sehr ähnlichen Grundargumentation ist von der bekannten englischen Psychoanalytikerin Valerie Sinason (2000) verfasst worden. Eine wichtige Dokumentation der Anwendung dieser Konzepte für den pädagogischen Alltag in Behinderteneinrichtungen ist erst vor wenigen Wochen mit dem Buch „Psychoanalytische Reflexion in der pädagogischen

Praxis. Innere und äußere Integration von Menschen mit Behinderung“ von Lauschmann/ Niedecken / Pötzl (2003) vorgelegt worden

5. Verstehen und Begleiten

Aus all dem bisher Formulierten einen realen Anspruch an die Qualifikation von Personen abzuleiten, die als Dienstleistende mit behinderten Menschen arbeiten, ist nicht ganz einfach. Aber sicher ist es nicht vermessen zu fordern, dass die besten Theorien und Konzepte, die für sogenannte nichtbehinderte Personen entwickelt worden sind, auch für behinderte Menschen fruchtbar gemacht werden.

Berufliche Tätigkeit im Bereich der integrativen Pädagogik wird sich z.B. in Zukunft - jenseits des Aufbaues von integrativen Rahmenbedingungen - wesentlich mehr als bisher an Erkenntnissen der Psychoanalyse und selbstreflexiven Qualifikationen orientieren müssen. Die selbstreflexive Bearbeitung lebensgeschichtlich entstandener Übertragungen gegenüber "Klienten" ist in allen helfenden, erziehenden oder unterstützenden Berufen dringend geboten. Behindertenpädagogik ohne Selbstreflexion und persönlicher Kenntnis von Helfer-Phänomenen, wie sie z.B. Schmidbauer (1997) beschrieben hat, ist nicht mehr denkbar.

Die Perspektive des "Empowerment" und die Achtung von Eigenaktivität und Selbstbestimmung der betroffenen Personen hat besondere Bedeutsamkeit durch neuere Entwicklungstheorien (Lüpke 1994) und systemische Theorien (und Therapieformen) gewonnen. Die Konsequenz ist, dass systemische Begleitkonzepte entwickelt werden müssen, die auf einem grundlegenden Verstehen der Dynamik von "behindert werden" beruht. Behinderte Menschen können theorie-übergreifend nur verstanden und ihr "Spielraum" erweitert werden (Niedecken 2003), wenn mit dem Verständnis von "Übertragung und Gegenübertragung" auch die eigene Angstabwehr sichtbar wird. Das heißt nicht, dass Pädagogik mit behinderten Menschen Therapie ist. Die Arbeit in der Unterstützung und Entwicklung von behinderten Menschen in allen Lebensbereichen muss aber neben vielfältiger inhaltlicher, praktischer und theoretischer Kenntnisse Elemente der Verstehens-Fähigkeit, wie sie für Psychotherapie Voraussetzung sind, beinhalten.

Verstehen und Achtung der Selbstbestimmung behinderter Menschen heißt in diesem Zusammenhang auch nicht willfähriges Erfüllen jedes Wunsches der betroffenen Personen, wie es missverstanden werden könnte. Das wäre eine Form des Alleinlassens oder einer Laissez-fair-Pädagogik, die nur die Umkehrung einer direktiven, autoritären und fremdbestimmenden Pädagogik wäre. Verstehen heißt verständnisvolles Reagieren, Vorschläge machen und in Dialog treten, bezogen auf die jeweilige Situation.

Sehr interessant ist die von Anna Gidoni/Landi gewählte Formulierung für die Begleitung von Familien mit behinderten Kindern, die in Richtung der bisherigen Argumentation geht. Sie nennt ihr nach französischen Vorbildern in Florenz praktiziertes Konzept der Begleitung von Behinderten und ihrer Familien das Konzept des "begleitenden Ich". Das Beziehungsangebot des "begleitenden Ich" an die Familie mit behinderten Kindern muss das Erbe gesellschaftlicher "Phantasmen" und Ausschließungen in manchmal jahrzehntelanger Begleitung abarbeiten. Es ist keine spezielle "Frühförderung", sondern ebenso "Spätförderung", die keine behinderte Person ausschließt.

Beim "begleitenden Ich" geht es darum, behinderten Personen in kritischen Entwicklungssituationen eine nicht zur Familie gehörige Begleiterperson anzubieten.

Diese außerhalb der Familie stehende, therapeutisch qualifizierte Person "kann also ihr Ich herleihen ... und dem behinderten Kind Verhaltensweisen und Funktionen zur Verfügung stellen, die seine Entwicklung zu erleichtern vermögen So agiert diese Maßnahme ... im Rahmen eines Prozesses der Verselbständigung und Abkoppelung, der in der symbiotischen Dimension blockiert blieb, und bringt ... eine individualisierte Unterstützung für beide Partner im Beziehungsgefüge: für die Mutter und für das behinderte Kind" (Gidoni/ Landi 1989, S.91).

6. Schlussfolgerung

Eine Begleitung, die Selbstbestimmung achtet und nicht das "Phantasma Behinderung" verstärkt, muss zumindest folgende Dimensionen beachten, die zum Abschluss aufgezählt werden sollen:

---Grundsätzliche Akzeptanz der Selbstbestimmung und Autonomie von behinderten Menschen

---Achtung der persönlichen Schritte und der Entwicklungsgeschwindigkeit der betroffenen Person

---Eintritt in einen Dialog durch Aufgreifen und Beantworten der Vorschläge der betroffenen Person und der Erbringung von offenen Angeboten

---Die Entwicklung von Beziehungssicherheit im Dialog und Ablehnung trügerischer Sicherheit, die durch die Übernahme der an die begleitende Person gestellten Allmachtserwartungen entsteht

---Schaffung von integrativen Rahmenbedingungen, die das bisher Gesagte ermöglichen

und zuletzt etwas scheinbar selbstverständliches:

---Akzeptanz und Unterstützung aller Formen von Selbstorganisation und Selbstvertretung der Betroffenen im Sinne der Empowerment-Perspektive, die ja oft noch durch die heimliche oder indirekt ausgesprochenen Vorstellung der Inkompetenz der behinderten Personen – dem Rückfall in alte sonderpädagogische Konzepte - behindert wird.

Literatur:

- Basaglia, Franco: Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz. Frankfurt: Suhrkamp 1971

- Bradl, Christian/ Steinhart, Ingmar (Hg.): Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung. Kritische Analysen und neue Orientierungen für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Bonn: Psychiatrie?Verlag 1996

- Der Mythos vom harten Kern. Sozialpsychiatrische Informationen Heft 1/83, 13. Jg. Nr. 73/74, Bonn: Psychiatrie Verlag

- Dörner, Klaus: Gegen die Schutzhaft der Nächstenliebe. Umgang mit Kranken und Behinderten. In: Publik-Forum Nr. 15; 1999 und im Internet: <http://www2.uibk.ac.at/bidok/library/psychosozial/doerner-schutzhaft.html> (9.9.2003)
- Elbert, Johannes: Geistige Behinderung - Formierungsprozesse und Akte der Gegenwehr. In: Kastantowicz, Ulrich (Hg.): Wege aus der Isolation. Konzepte und Analysen der Integration Behinderter in Dänemark, Norwegen, Italien, Frankreich und Schweden. Heidelberg (Edition Schindele) 1986, S. 56-105. Im Internet: <http://www2.uibk.ac.at/bidok/library/grundlagen/elbert-formierungsprozesse.html> (9.9.2003)
- Frehe, Horst: Thesen zur Assistenzgenossenschaft, in: Behindertenzeitschrift LOS Nr. 26/1990
- Gidoni, Anna / Landi, Nerina: Therapie und Pädagogik ohne Aussonderung. Italienische Erfahrungen, in: Tiroler Arbeitskreis für integrative Erziehung TAFIE (Hg.) 1989, S. 77-94. Im Internet: http://www2.uibk.ac.at/bidok/library/therapie/luepke_voss-netzwerk_einleitung.html (9.9.2003)
- Göbel, Susanne/ Puschke Martina: Was ist Unterstützung für Menschen mit Lernschwierigkeiten in Abgrenzung zu Assistenz? Grundsatzpapier. Im Internet: <http://www.people1.de/02/t/05forderungskatalog.shtml> (9.9.2003)
- Goffman, Erving: Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt (Suhrkamp) 1973
- Haltiner, Ruedi/ Egli, Jakob (Hg.): Dezentrale Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung. Eine Alternative zur Anstalt. Luzern: Edition SZH 1994
- Huschke-Rhein, Rolf: Entwicklung als Aufgabe ökosystemischer Selbststeuerung, in: Lüpke, Hans von/ Voss, Reinhard (Hg.): Entwicklung im Netzwerk. Systemisches Denken und professionsübergreifendes Handeln in der Entwicklungsförderung. Weinheim (Luchterhand) 2000, S 22-40, Online im Internet: http://www2.uibk.ac.at/bidok/library/therapie/huschke-netzwerk_entwicklung.html (Stand: 9.9.2003)
- Keupp, Heiner: Gesundheit als Lebenssouveränität - ein sozial ungleich verteiltes Gut, in: Störfaktor. Zeitschrift kritischer Psychologinnen und Psychologen, Heft Nr. 31, 2/1995, S. 21-27
- Köbler, Reinhard u.a.: „Ich sehe mich nicht als Behindert“. Studie über die Lebensbedingungen von Menschen mit besonderen Fähigkeiten. Projekt Freiraum, Verein TAFIE Innsbruck Land, 2003, S.19. Zu bestellen bei: Verein Tafie Innsbruck-Land, Egger-Lienz-Str. 2, 6112 Wattens, e-mail: tafie-innsbruck-land@aon.at
- Lauschmann, Irene/ Niedecken, Dietmut/ Pötzl, Marlies: Psychoanalytische Reflexion in der pädagogischen Praxis. Innere und äußere Integration von Menschen mit Behinderung. Weinheim (Beltz) 2003
- Lüpke, Hans von/ Voss, Reinhard (Hg.): Entwicklung im Netzwerk. Systemisches Denken und professionsübergreifendes Handeln in der Entwicklungsförderung. Neuwied (Luchterhand) 2000. Siehe auch im Internet:

http://www2.uibk.ac.at/bidok/library/therapie/luepke_voss-netzwerk_einleitung.html
(9.9.2003)

- Maturana; Humberto R. / Varela, Francisco J.: Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens, Bern/ München (Scherz) 1987
- Milani-Comparetti-Comparetti, Adriano: Von der Behandlung der Krankheit zur Sorge um Gesundheit. Konzept einer am Kind orientierten Gesundheitsförderung, in: Paritätisches Bildungswerk (Hg.): Von der Behandlung der Krankheit zur Sorge um Gesundheit. Frankfurt (Paritätisches Bildungswerk) 1986, S. 9-18. Im Internet: http://www2.uibk.ac.at/bidok/library/vorschulisch/comparetti-Milani-Comparetti_medizin.html (8.9.2003)
- Niedecken, Dietmut: Die "Organisierung" von geistiger Behinderung. In: Heinemann, Evelyn; de Groef, J. (Hrsg.): Psychoanalyse und geistige Behinderung. Mainz (Grünewald) 1997. S. 101-116
- Niedecken, Dietmut: Namenlos - geistig Behinderte verstehen. 4. erweiterte Auflage. Weinheim (Beltz) 2003
- Schmidbauer, Wolfgang: Hilflose Helfer. Über die seelische Problematik helfender Berufe. Reinbeck (Rowohlt) 1997
- Sinason, Valerie: Geistige Behinderung und die Grundlagen menschlichen Seins. deutschsprachige Erstausgabe von »Mental Handicap and The Human Condition«. Neuwied/ Berlin: Luchterhand/ Beltz 2000