

Die Veränderung und Stabilisierung des Selbst als Voraussetzung für die Veränderung und Stabilisierung des Anderen

Analyse und reflektierte Begleitung des transaktionalen Prozesses bei selbst- und fremdverletzenden Verhaltensweisen als Chance zur Erhöhung des Wohlbefindens aller Beteiligten im andragogischen Dialog

Carlos Escalera

Allgemeine Überlegungen

• Zunächst möchte ich der Frage nachgehen, ob es eine verrückte Entwicklung bzw. ob es Unsinniges im Werdegang eines Menschen geben kann. Ich habe hier das Wort verrückt gewählt, um die Abweichung vom „normalen“ Weg zu verdeutlichen. Wir alle wissen, wie schwierig und problematisch das Einführen von Normvorgaben im Leben eines Menschen sein kann. Ich selbst entspreche als Spanier nicht vollständig der deutschen Norm; Norm gemeint als die in den verschiedenen Phasen und Bereichen des Lebens geschaffene Realitätsstruktur bzw. Organisation die nur anhand der wahrgenommenen Realitätsmuster entsteht. Alles, was davon abweicht, wird als fremd, als Abnorm wahrgenommen. Die Sammlung der Realitätsstrukturen einer Gesellschaft, d.h., der erwarteten Realitätsmuster einer Menschengruppe, schafft die Normvorstellungen dieser Gesellschaft. Alle Menschen die sich anders verhalten und darstellen oder einfach anders sind, erzeugen bei den anderen Mitgliedern dieser Gesellschaft Überraschung, Unruhe oder sogar Angst Dies kann beispielsweise bei einigen andersartig aussehenden Ausländern und bei Menschen mit geistiger Behinderung, die sich anders verhalten, der Fall sein.

Tatsächlich habe ich im Rahmen meiner beruflichen Praxis Menschen getroffen die mich überrascht haben. Menschen, die sich völlig anders darstellten als all meine Bekannten, Familienangehörigen und Freunde, die sich also nicht meiner Norm entsprechend verhielten. Das machte sie für mich auffällig, sie verhielten sich anders als von mir erwartet. Manche wirkten sogar bedrohlich auf mich. Ihre Entwicklung schien mir vom „normalen“ Entwicklungsweg verrückt zu sein. Vieles von dem was sie taten, war für mich oft unsinnig. Sie schädeten, so schien es mir sogar anderen und sich selbst damit. Da ich aber der Grundüberzeugung bin dass der Unsinn nur das Nicht-Erkennen des Sinnes ist. hörte ich weiter zu, sah weiter hin und erkannte, dass es in all dem, was sie taten, doch einen Sinn gab. Sie hatten sich auf diese Weise mit den ihnen zur Verfügung stehenden biologischen und gesellschaftlich erworbenen Ressourcen selbst erhalten. Sie hatten sich behauptet und ihre Umwelt organisiert. Was einige von ihnen oft nicht erkennen konnten war dass sie sich vielleicht damit immer tiefer in einen Teufelskreis hineinmanövriert hatten.

Sie waren aufgrund kognitiver, emotionaler oder körperlicher Gegebenheiten nicht in der Lage, Handlungen langfristig zu planen. Sie waren an die Unmittelbarkeit gebunden und somit sehr „kurzsichtig“ in der Entwicklung und Durchführung von Problemlösungsstrategien. Beispielsweise ist es sehr sinnig und normal, sich bei Juckreiz zu kratzen. Wenn man weiter kratzt, weil man keine ausreichende Befriedigung erreicht, und dies so lange tut, bis man sich die Haut abkratzt, so bleibt die Handlung in ihrem Ursprung sinnig. Der Grund dafür, dass die meisten von uns dieses Maß nicht überschreiten, ist die Tatsache, dass wir aus eigenen und überlieferten Erfahrungen wissen, dass wir dadurch Schmerzen und Infektionen erleiden würden Diese Erkenntnis und das daraus resultierende Verhalten konnten wir nur

dank einer stabilen physiologischen und emotionalen Lage und unserer intellektuellen Fähigkeiten erlangen. Diese Ressourcen sind womöglich bei einigen unserer Klienten mit selbstverletzenden Verhaltensweisen nicht so stark ausgeprägt, so dass sie mit einer Handlung nicht aufhören können, wenn sie einmal die Erfahrung gemacht haben, dass sie sich durch gerade diese Handlung Befriedigung oder Stabilität verschaffen. Hinzu kommt eine durch die Wiederholung von Handlungen entstandene Prädisposition zu konkreten neuronalen Verbindungen, d.h., die Durchführung der Bewegungen und die damit einhergehenden Empfindungen sind dem

Menschen, dem Gehirn vertraut und werden sofort bei Stresserleben abgerufen, um eine Stabilisierung zu erzeugen.

Diese Überlegungen führen uns zur Frage, ob die Veränderung eines Menschen vom Umfeld bestimmt bzw. nur beeinflusst werden kann. Alle neuen Erkenntnisse unterschiedlicher Wissenschaften geben uns eine eindeutige Antwort auf diese Frage: Der Mensch selbst ist immer der einzige Entscheidungsträger seiner Entwicklung. Da diese Entscheidungen aufgrund der wahrgenommenen Umwelanforderungen getroffen werden, sind Umweltveränderungen ständige Einflüsse auf

die menschliche Entwicklung. Die Frage jedoch, in welcher Dauer und Intensität ein Reiz auftreten muss, um eine Veränderung zu veranlassen, lässt sich nur nach langen Beobachtungen im Einzelfall beantworten. So ist eine Veränderung von Verhaltensweisen, die auf jahrelangen Erfahrungen beruhen und deren sinnvolle Anwendung wiederholt von der betroffenen Person erprobt wurde, nur schwer und mit

viel Zeit zu erreichen. Die Person wird neue Verhaltensweisen nur dann übernehmen wenn sie das Erleben und die Wirkung der alten Verhaltensweisen als zunehmend nutzlos empfindet. Durch die ständige Anpassungsfähigkeit des menschlichen Systems bleiben uns Veränderungsmöglichkeiten ein Leben lang erhalten, so dass man nie von einer letzten Chance sprechen kann. Die Anpassungsfähigkeit des Organismus und des Menschen ist Bestandteil des Lebens. Mit dem Alter nimmt diese Fähigkeit lediglich ab, verschwindet aber nicht.

Es geht im Grunde um das Spannungsfeld zwischen Stagnation und Veränderung bzw. um die Suche nach einem Gleichgewicht des menschlichen Systems, das es doch in absoluter Form nicht geben kann. Inwiefern eine vorläufige Stagnation in der Entwicklung eines Menschen und seiner Transaktionen mit dem Umfeld eintritt, hängt ab von seinen Ressourcen, von seiner Vulnerabilität, von der empfundenen Notwendigkeit einer Veränderung und von den Rückmeldungen der Umwelt.

Die Entwicklungsbegleitung besteht bei selbst- und fremdschädigenden Stagnationen darin, das menschliche System leicht zu irritieren, so dass die alte Stabilität

bedroht und ein neues Gleichgewicht gesucht wird. Dafür muss die betroffene Person über genügend Ressourcen verfügen, um die entsprechenden Stabilisierungsstrategien bzw. Bewältigungsstrategien zu generieren. Erlebt die Person die ihr gebotene neue Situation als existenziell bedrohlich, scheitern gleichzeitig ihre üblichen Problemlösungsstrategien und findet sie keine neuen Handlungsmöglichkeiten

(Trauma-Erleben), so bleiben ihr oft nur Regression oder Dissoziation, um sich zu retten, d.h., zu stabilisieren.

Um dies weitestgehend zu verhindern, müssen, bevor man ein Konzept zur Entwicklungsbegleitung eines Menschen mit selbst- oder fremdverletzenden Verhaltensweisen entwirft und durchführt, alle Daten über die Fähigkeiten, die Bewältigungsstrategien, die erlebten Krisen und deren Lösungen etc. gesammelt und die Reaktionen des Betroffenen bei der Initiierung der Intervention beobachtet und bewertet werden. Nur so kann eine erneute Traumatisierung der Person vermieden werden.

Praxisbeispiele

Herr E. wurde im Jahr 1961 geboren. Nach einer, Angaben zufolge, normalen Schwangerschaft wurde im Alter von drei Monaten eine halbseitige Lähmung diagnostiziert. Ein Jahr später wurden Krampfanfälle beobachtet, deren Ursache nicht bekannt war. Im Alter von drei Jahren besuchte er für einige Zeit einen Kindergarten für körperbehinderte Kinder, wo er wegen seiner Auto- und Fremdaggressivität bald nicht mehr „tragbar“ war. Ein Jahr später wurde er in die Institution für geistig behinderte Menschen aufgenommen, in der er noch immer lebt. Die Betreuung wurde immer als sehr schwierig dargestellt wegen seiner Unruhe, seiner Erregungszustände und seiner Neigung zur Selbst- und Fremdbeschädigung. In den ersten Jahren sollen die zerstörerischen Handlungen laut Berichten besonderes schwerwiegend gewesen sein. 1971 wurde erfolglos versucht, durch Anwendung eines Time-out-Raums das Verhalten von E. zu beeinflussen. Damals trug er eine Lederweste und eine Halsmanschette, um das Zerkauen seiner Kleidung zu unterbinden. In Berichten über die Zeit von 1974 und 1975, als er also im Alter von 12 bis 13 Jahren war, steht, dass er Freude am Zerstören zu haben schien. Er habe, nachdem er gegen Regeln verstoßen hatte, öfter nach der Strafe gefragt. Den Berichten zufolge wurde er damals nach den zerstörerischen Handlungen kalt abgeduscht, ins Bett geschickt oder fixiert. 1976 wurde die Vermutung geäußert, dass die Bestrafungen eine Verstärkung seines unangepassten Verhaltens bewirkten, vor allem das „Schimpfen“, weil es von ihm übernommen wurde.

Aus einem Maßnahmenkatalog von 1977 kann man schließen, dass er zu dieser Zeit eingenässt und eingekotet hat. Die verhaltensverändernden Maßnahmen waren: kaltes Duschen, Fixierung und Liebesentzug. In einem Entwicklungsbericht von 1992 heißt es, dass Herr E. nach wie vor großes Interesse an allen Vorgängen in der WG zeige. Seine Konzentration auf bestimmte Mitbewohner oder Routinehandlungen im alltäglichen Ablauf führten zu Situationen, die nicht seinen Vorstellungen entsprachen, demzufolge zu Autoaggressionen oder Aggressionen gegenüber Bewohnern oder Betreuer(inne)n.

Bei meinem ersten Besuch in der Wohngemeinschaft von Herrn E. saß er auf einem Sofa gegenüber den Mitarbeitern und den anderen Bewohnern. Er hatte sehr wachsame Augen und machte trotz sichtbarer Narben, die offenbar von seit Jahren immer wiederkehrenden selbstverletzenden Verhaltensweisen herrührten, einen freundlichen Eindruck. Meine Anwesenheit war ihm sofort unangenehm. Er stand ab und zu auf, gab mir die Hand und versuchte, mich zur Tür zu führen, oder sagte einfach: „So, tschüs“. Während er saß, schlug er mit dem Daumen seiner gesunden Hand (die andere ist gelähmt) auf die Nase und warf schnelle Blicke in die Umgebung. Eine Tasse, die von einem Mitarbeiter im Wohnraum stehen gelassen worden war, holte Herr E. sofort und drückte sie dem Eigentümer in die Hand, damit er sie im Dienstzimmer deponiere. Ein Mitbewohner auf einem Rollstuhl, der im Flur stand, wurde von Herrn E. zu seinem gewohnten Platz gebracht, obwohl der Betroffene zeigte, dass er lieber im Flur sitzen bleiben wollte. Zwischen diesen Unternehmungen saß Herr E. immer uns gegenüber, schlug sich auf die Nase, beobachtete unsere Gespräche und versuchte, mich loszuwerden.

Aufgrund der festgefahrenen Situation in der Wohngruppe besuchte ich Herrn E. zwei- bis dreimal pro Woche. In dieser Zeit hatte ich bestimmte Verhaltensweisen wiederholt, wie z. B.: Begrüßung aller Anwesenden mit Handschlag, ihn inbegriffen, im Wohnzimmer Kaffee trinken und den Anwesenden anbieten, einen Platz schräg gegenüber Herrn E. einnehmen, Sätze von Herrn E. wiederholen und variieren, Haltung von Herrn E. nachahmen, wahrgenommene Stimmungen und Verhalten von Herrn E. beschreiben. Nach circa drei Wochen nahm er aktiv Kontakt zu mir auf, um

Abläufe abzufragen. Nach etwa sechs Wochen akzeptierte er meine Anwesenheit vollständig. Meine Termine wurden zu Zeiten vereinbart, in denen er wegen einer Veränderung im Alltag regelmäßig aggressive Ausbrüche hatte. Herr E. geriet in Panik, als die Mitbewohner nachmittags die Wohnung verließen (sie gingen seit kurzem auch nachmittags in die Tagesförderstätte). Er schlug sich aufs Gesicht, schmierte mit Kot, urinierte im Flur, versuchte, sich kalt abzduschen, zertrümmerte Stühle, sprang in die Luft, um auf die Knie zu fallen und schlug mit dem Kopf gegen die Wand. Die Mitarbeiter(innen) - zwölf insgesamt - mit Ausnahme von dreien waren ihm gegenüber sehr negativ gestimmt. Sätze wie: „Er ist ein Arschloch, der die ganze Wohngruppe nur terrorisieren will,“ waren nicht selten zu hören.

Bei den ersten aggressiven Ausbrüchen hielt ich mich zurück und beobachtete, was die Mitarbeiterinnen taten. Nach mehreren Versuchen, ihn zu beruhigen, sperrten sie ihn fast immer in sein Zimmer. Herr E. kam erst dann zur Ruhe, wenn die Mitbewohner zurück zu Hause waren.

Kürzlich musste eine Kollegin nach zwei Stunden Isolation mehrere Wunden an seinem Kopf versorgen und Blutspuren von der Wand entfernen. Aufgrund der zunehmenden Unruhe, Hilflosigkeit und Gewaltbereitschaft, zusammen mit der Schwere der Verletzungen, entschied ich, meine bis zu diesem Zeitpunkt langsame Annäherung zu beschleunigen. Bei der nächsten Krise griff ich ein, wobei alle meine Versuche, ihn abzulenken oder zu beruhigen, scheiterten. In einer körperlichen Auseinandersetzung mit ihm stellte ich zu meiner Erleichterung fest, dass ich überhaupt nicht in Gefahr war. Er versuchte, sich zu verletzen, wobei ich ihm nur im

Wege war. So beschloss ich, ihn daran zu hindern, sich selbst Schaden zuzufügen. Ich schaffte es zunächst, ihn zwei Stunden lang fest- und ruhig zu halten, danach kamen die Mitbewohner heim, und er beruhigte sich. In den nächsten Tagen wiederholten wir die Aktion. Nach etwa vier Tagen kam er direkt zu mir und suchte die Stellung, in der wir uns umklammerten, wenn er in Panik geriet. Er versuchte, sich nicht mehr so stark zu verletzen, und mir war diese Form des Haltens angenehm. Vier Monate nach meinem ersten Besuch kam er regelmäßig zu mir ins Büro. Acht Monate später ging er allein in die Cafeteria des Hauses außerhalb seiner Wohngruppe. Zwei Jahre später war er in der Lage, die Wohngruppe zu verlassen. Er ist immer noch sehr stark von der Stabilität seiner Umwelt abhängig und zeigt in Krisen weiterhin die alten Strategien. Die Mehrheit der neuen Mitarbeiter hat jedoch Verständnis für seine Problemlösungsmechanismen und zeigt Sympathie ihm gegenüber.

Entscheidend für die Veränderung war einerseits das Verständnis der Befindlichkeit und der Bewältigungsstrategien von Herrn E. und andererseits das Gefühl der Sicherheit, das sich bei den Mitarbeitern nach den ersten Interventionen ausbreitete. Sie sahen und fühlten, wie sie Herrn E. begegnen konnten, ohne verletzt zu werden. Sie lernten einzuschätzen, wie viel Raum Herr E. und sie selbst brauchten um sich gegenseitig Halt und Bewegungsfreiheit zu gewähren.

Herr U. wurde 1967 geboren. Nach Angaben der Mutter waren die Schwangerschaft und die postnatale Periode unauffällig. Er hat mit zwei Jahren Laufen gelernt und soll erst mit fünf Jahren Treppensteigen gelernt haben. Seine Sprachentwicklung war auch verzögert, in Sätzen hat er erst mit ca. sechs Jahren sprechen können. Seit 1977 befand sich U. wegen „Verhaltensauffälligkeiten“ und der daraus folgenden Überforderung der Mutter in ständiger Heimbetreuung. Die Behinderung wurde als eine geistig-seelische Entwicklungsstörung mit erethischen Unruhezuständen beschrieben. Damals wurde er medikamentös mit Haldol NeurociI Atosil und Akineton behandelt. Es hieß, U. sei in Arbeits- und Spielsituationen sehr leicht ermüdbar. Wenn er dennoch zur weiteren Teilnahme aufgefordert werde versuche

er, dem Konflikt mit rudernden Armbewegungen und bisweilen mit Haare ausreißen zu begegnen und sich damit zur Wehr zu setzen. Darüber hinaus sei er sehr gerauschempfindlich und leicht reizbar bei Wind, Sturm, Nebel und Regen. Er neige dabei zu „unkontrollierten Handlungen“. Seit Erreichen der Volljährigkeit wurde er aufgrund fremdverletzender Verhaltensweisen achtmal verlegt. Aus einem Bericht von 1995 geht hervor, dass im Vordergrund der Behandlung von U. die Auseinandersetzung mit den immer wieder auftretenden Erregungszuständen mit auto-aggressiven Ausbrüchen (Schläge auf das linke Ohr, Schlagen des Kopfs gegen die Wand, Schlagen der Hände gegen Wand und Glasscheiben mit entsprechenden Verletzungen) sowie mit den fremdaggressiven Handlungsweisen (hierbei wurden Mitpatienten und Personal z.T. heftig attackiert) stünde. Es wird beschrieben, dass die Anfälle ungezielt seien und häufig unvermittelt auftreten, so dass große Vorsicht im Umgang mit ihm angebracht sei. Nachdem die gängigen Neuroleptika die Erregungszustände nicht verhindern konnten, wurden Betablocker und Valpoilsäure ohne Erfolg eingesetzt. Herr U. verbrachte, bevor er 1995 in die jetzige Wohngruppe kam, vier Jahre in der psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses, wo er im Durchschnitt 18 Stunden täglich fixiert war. In den Zeiten, in denen er frei laufen konnte, wurde er von mindestens zwei Mitarbeitern beaufsichtigt und bei Erregung von vier bis fünf Pflegern gehalten und fixiert.

Ich begann unmittelbar nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus mit Herrn U. zu arbeiten. Durch die Kenntnis seiner Biografie hatten die Mitarbeiter seiner Wohngruppe und ich großen Respekt und auch Angst vor ihm. Herr U. ist 1,90 m groß, schlank, kräftig und gelenkig. In der Wohngruppe bekam er ein großes Zimmer und freien Zugang zum Garten, in dem er sich oft durch stundenlanges bizarres Springen abregte. Die ersten Begegnungen mit ihm waren sehr angespannt und wirkten besonders in geschlossenen Räumen sehr bedrohlich (zwei Wochen nach seiner Ankunft schlug und verletzte er zwei Mitarbeiter schwer, die in sein Zimmer gekommen waren, weil er motorisch extrem unruhig war). Wir begegneten uns also nur in freien Räumen in der Nähe des Wohnhauses auf dem Gelände der Behinderteneinrichtung. Ich suchte gezielt den Freiraum, in dem wir am wenigsten Angst voreinander hatten.

Die Kontaktaufnahme verlief unkompliziert, vermutlich weil er es gewohnt war, von unterschiedlichen Mitarbeitern (Fremden) abgeholt zu werden. Nach einigen Besuchen verstand ich, dass er sehr gefährlich werden konnte, wenn man sich ihm zu sehr näherte. Er hatte deutlich Angst davor, seine Bewegungsfreiheit zu verlieren. Bei seinen Wutausbrüchen, bei denen er schrie, in die Luft sprang, sich auf den Kopf schlug und hin und her rannte, nahm ich eine demonstrativ distanzierte, passive Haltung ein und wartete, bis wir weiterlaufen konnten. Nach etwa einem Monat konnten wir außerhalb des Geländes in einem Park spazieren, weil er sich nun deutlich nach mir richtete und andere Menschen nicht beachtete. In kritischen Situationen musste ich mich lediglich zwischen Herrn U. und Passanten stellen, damit er sich von ihnen entfernte. Sechs Monate später unternahm ich den Versuch, mich ihm bei einem Wutausbruch zu nähern (bis dahin hatte ich ihn in solchen Fällen nur verbal oder pantomimisch zum Ausagieren seiner Wut ermuntert bzw. Variationen seiner Bewegungen vorgegeben): Herr U. drückte mich sanft beiseite und fuhr fort. Durch die Gewissheit, dass wir beide verstanden hatten, dass wir einander nicht gefährlich waren, nahm ich zunehmend Körperkontakt auf, indem ich ihm die Hände oder Arme drückte oder streichelte. Auch während der Spaziergänge führten wir Rituale ein, wie z.B., uns auf eine Bank setzen, auf der er seinen Kopf auf meinen Schoß legen konnte, oder wir zeigten uns gegenseitig aus nächster Nähe Grimassen. Wiederholungen von Sätzen und die Bestätigung von Naturereignissen

wie Sommerbeginn, Wetter etc. gehörten ebenfalls zu unseren Kommunikationsformen. Teile unseres Dialogs waren auch das Erkunden von Bewegungen und gemeinsame Entspannung.

Herr U war nach drei Jahren intensiv andragogischer Begleitung sehr beliebt in der Wohngruppe und hat regelmäßig eine Tagesförderstätte besucht, so dass ich meine Arbeit leider (leider, weil ich diese Arbeit sehr genossen habe) einstellen musste. Zum Schluss gab es einige Mitarbeiter, die mit ihm unterschiedliche Begegnungsformen entwickelt hatten, sodass sich alle Beteiligten sicher fühlten.

Das Konzept

Prädispositionsanalyse

Die Wirkung eines fremdartigen bedrohlichen Verhaltens auf die Begleiter fängt nicht erst dann an, wenn die betroffene Person und die Begleiter sich zum ersten Mal begegnen, sondern wenn die Begleiter etwas über die Geschichte der Person und von der bevorstehenden Begegnung mit ihr erfahren. Sobald die Mitarbeiterinnen) einer Behinderteneinrichtung von Ereignissen oder Situationen hören, in denen der Klient sich selbst oder anderen extrem und wiederholt geschadet hat, beurteilen sie nicht nur die Bedürfnisse des Klienten, sondern fürchten auch die damit einhergehende Belastung bzw. Gefährdung für sich selbst und stellen auch die eigenen Kompetenzen im Umgang mit dem wahrgenommenen Problem in Frage.

In der Prädispositionsanalyse werden die subjektiven Erwartungen, Motivationen und Ängste sowie die Beurteilung der gesamten Situation der Begleiter gesammelt und gemeinsam bewertet. Der mögliche Umgang mit der vorgestellten Situation wird unter Berücksichtigung der Kompetenzen und Schwierigkeiten der Mitarbeiter behutsam erörtert. Hinzu kommt in der Regel die Vorbereitung eines Begleitungskonzepts das aufgrund der dargestellten Problematik und der fachlichen Ausbildung der Begleiter erstellt wird. In das Begleitungskonzept werden oft Therapieformen integriert, mit denen bei anderen Menschen mit einer ähnlichen Problematik eine Verbesserung der Situation erreicht werden konnte.

Bei der Wahl einer Therapie- bzw. Begleitungsform müssen wir beachten, dass wir nicht an Methoden haften, die nur Antworten auf unsere Fragen geben, ohne die wahren Bedürfnisse des Klienten zu ergründen, und die eigentlich ein Deckmantel für mangelnde Annahmefähigkeit und Dialogunfähigkeit sind. Bei streng methodisch-strukturierten Vorgehensweisen werden den Mitarbeitern oft Handlungen, Reaktionen und Antworten vorgegeben, sodass sie daran gehindert werden, eigene Impulse und Empfindungen unvoreingenommen zu reflektieren.

In einer ersten Analyse werden mögliche Interventionsformen diskutiert, ohne jedoch ihren spekulativen bzw. induktiven Charakter zu verschleiern. Dies bedeutet, dass die Diskussion zu Beginn nur auf Überlegungen oder auf Erkenntnissen aus anderen einzelnen Erfahrungen basiert. Noch fehlen die aus der direkten Begleitung erworbenen Kenntnisse. Die Begleiter versuchen also weitestmöglich, ihre Methoden und sich selbst den von ihnen empfundenen Bedürfnissen des neuen Klienten anzupassen, ohne sich zukünftigen Veränderungen zu verschließen.

Kontaktherstellung

Es muss davon ausgegangen werden, dass Menschen mit selbst- und fremdverletzenden Verhaltensweisen sehr oft Gewaltanwendungen erlebt haben. Aus diesem Grund halte ich es für absolut notwendig, sich ihnen so achtsam und langsam zu nähern, dass sie spüren können, die neuen Begleiter sind ihnen nicht gefährlich. In Beispielen aus meiner Praxis kann ich berichten, wie aus Erzählungen und Berichten anderer Einrichtungen Monsterbilder in den Köpfen der neuen Begleiter entstanden sind, die nur durch eine vorsichtige Annäherung abgebaut werden konnten. Bezeichnend auch das Beispiel von Herrn U., vor dem ich selbst große Angst

hatte, bevor wir uns nicht besser kannten und uns gegenseitig die wichtige Botschaft durch zahlreiche Erfahrungen vermittelt hatten, nämlich: „Wir sind uns nicht gefährlich.“

Nach dieser Botschaft müssen wir uns noch gegenseitig mitteilen, dass wir uns erkennen und akzeptieren und dass wir uns „nützlich“ sind, d.h., dass wir uns gegenseitig die Einflussnahme auf Dialog und Umfeld ermöglichen. Diese beiden Punkte sind Grundvoraussetzung für Vertrauensbildung; nur der Person, die einen so annimmt, wie man ist, kann man vertrauen. Nur wenn der Klient sich zunehmend sicher fühlt, wird er entspannen können, wird er aufhören zu kämpfen, und nur dann wird er sich in eine andere Richtung bewegen können. Um diese Bewegung diese Entwicklung zu ermöglichen, muss er vorher gefühlt haben, dass er mit der Bewegung etwas erreichen kann, dass er also damit Einfluss auf das Geschehen nehmen kann.

In den zwei genannten Beispielen ist zu erkennen, wie unterschiedlich die Begegnung sein kann. Bei Herrn E. war es notwendig, sich zuerst in die gewohnte Umgebung zu integrieren, weil er keine Veränderungen des Gewohnten ertragen konnte. Hinzu kamen die Bestätigungen seines Daseins und die Wiederholungen von Handlungen als vertrauensbildende Interventionen.

Bei Herrn U. war es wegen seiner motorischen Unruhe wichtig, sich im Freien zu begegnen, sodass weder er noch ich Angst vor einander haben mussten. Herr U. bekam Sicherheit unter anderem dadurch, dass er von Anfang an mitbestimmen konnte, was in der Stunde passieren sollte, und dadurch, dass er sich durch die Spiegelung seiner Handlungen bestätigt fühlte.

Transaktionsanalyse

Gerade durch die bedrohliche Wirkung des Verhaltens eines Klienten sind die Einflüsse auf Begleiter oft besonderes stark. Die motorische Unruhe, die Geräusche, die unlogischen Gespräche etc. irritieren Begleiter sehr oft durch ihre Qualität oder Quantität massiv. Auf diese Irritation seines Systems reagiert ein Begleiter mit meist unbewussten Bewältigungsstrategien, die unter Umständen den Dialog mit dem Klienten bedeutend beeinträchtigen können. Um Qualität und Ausmaß dieser gegenseitigen Veränderung zu erfassen und um Störungen zu verhindern, wird die Transaktionsanalyse durchgeführt. Dazu werden Fragen gestellt, die sich auf den Begleiter sowie auf den Klienten beziehen. Diese Fragen reflektieren die Wirkung des Verhaltens in Bezug auf die Gegenwart und auf die Zukunft und geben Hinweise darauf, wie der Dialog gestaltet werden kann, um Wohlbefinden und Entwicklung auf beiden Seiten zu ermöglichen.

Organisationsstrategien

Herr E. ist 40 und Herr U. 34 Jahre alt. Sie haben unterschiedliche Umfelder erlebt, an die sie sich angepasst haben. Sie haben im Laufe ihres Lebens einige Strategien entwickelt, um sich zu stabilisieren und zu behaupten. Diese Strategien sind in beiden Fällen vorwiegend physiologischer Natur, so z. B. die Selbstverletzungen bei Herrn E. und die schnellen Bewegungen bei Herrn U. Zu diesen körperlichen Strategien kommen auf emotionaler und kognitiver Ebene z. B. das Bewahren einer Struktur in der Wohngruppe bei Herrn E. und das verbale Wiedergeben von Erinnerungen bei Herrn U. Diese körperlichen, emotionalen und kognitiven Strategien geben uns Hinweise darauf, wie Herr E. und Herr U. sich organisiert haben. Sie zeigen uns annähernd, wie sie die Welt und sich selbst wahrnehmen und verstehen und wie sie ihr Umfeld in ihrem Sinne verändert haben, d. h., welche Veränderun-

gen für sie nötig waren. Das Erfassen dieser Strategien wird Begleitern die Handlungssicherheit geben, die sie brauchen, um ihrerseits dem Klienten Sicherheit zu vermitteln. Es geht nicht darum, den Klienten unsere Weltordnung, unsere Realität aufzuzwingen, sondern die ihre zu verstehen, um Annäherungspunkte zwischen beiden Realitäten zu erkennen und zu erweitern.

Herrn U. wurde beispielsweise oft gesagt, er solle sich hinsetzen und beruhigen. Jedoch gerade das Hin- und Herspringen tat er, um sich zu beruhigen. Als man ihm diese Möglichkeit mit der Aufforderung, sich hinzusetzen, entzog, nahm man ihm diese Strategie. Er bekam Angst, schrie und zerstörte Dinge. Die Begleiter bekamen auch Angst und hielten ihn fest, was zu Prügeleien führte. Ihm Bewegungen zu ermöglichen die in Dauer und Qualität seinen Strategien entsprechen, war und ist wichtiger Bestandteil seines Wohlbefindens und seiner Integration in die Wohngruppe.

Reorganisationsmöglichkeiten

Die Suche nach den Organisationsstrategien der Klienten dient der Herstellung eines Begleitkonzepts, das die Basis für die Auswahl der konkreten Methoden bildet. So können die Begleiter je nach Bedarf Fachleute aus der Bewegungstherapie, der basalen Kommunikation, der Psychotherapie, der Physiotherapie etc. zu Rate ziehen oder zur Intervention holen, um die Begleitung zu optimieren.

Ein Klient kann aber auch Strategien zeigen, die wir weder übernehmen noch unterstützen können, so z.B. bei vielen Formen der selbstverletzenden Verhaltensweisen. Das Wissen über die Klientenstrategien dient in dem Fall eher dazu entscheiden zu können, welche Veränderungen einem Klienten zugemutet werden können. Im Fall von Herrn E. näherte ich mich ihm sehr langsam, um ihm Zeit zu geben mich zu erleben und zu akzeptieren. Da er jedoch für seine Wohngruppe aufgrund der starken Selbstgefährdung bereits nicht mehr tragbar war, musste ich schneller vorgehen: Herr E. war bei der kleinsten Veränderung seines Umfelds extrem irritiert. Er hatte genügend Strategien entwickelt, um Veränderungen zu vermeiden bzw. seine Angst zu bekämpfen. Da ihm wegen der Gefährlichkeit seiner Strategien eine Verlegung in eine psychiatrische Abteilung drohte, mutete ich ihm eine neue Veränderung zu, nämlich meine direkte Intervention. Die Starrheit seiner Lebensstruktur (d.h. sein Gleichgewicht, begann ich durch das Nicht-Zulassen seiner Selbstverletzung Festhalten) ohne Feindseligkeit, Bestrafungen und Drohungen, die er durchaus kannte und die ihn deshalb nicht irritiert hätten, zu durchbrechen (Schmerzen und Bestrafungen waren ihm vertraut und wirkten beruhigend, das Gehaltenwerden war fremd und bedrohlich). Durch das Ankündigen meiner Handlungen versuchte ich, die Irritation auf ein Minimum zu reduzieren, wobei mir bewusst war dass sein System dadurch aus dem Gleichgewicht gebracht wurde. Durch dieses Beispiel kommen wir zu den Fragen, welche Reorganisationsmöglichkeiten unsere Klienten haben, und wie man sie dazu bringen kann, sich neu zu ordnen.

Zur ersten Frage ist es wichtig zu erinnern, dass jede neue Organisationsform weiterhin vorwiegend mit denselben Ressourcen gestaltet wird, die vorher entwickelt wurden. Dies bedeutet, dass, wenn eine Person ihre Ressourcen vor allem im körperlichen Bereich entwickelt hat, sie in Zukunft auch in diesem Bereich mehr Anpassungsfähigkeit zeigen wird. Es wäre demzufolge nicht empfehlenswert von einer Person, die ihre Konflikte immer körperlich gelöst hat, zu verlangen dass sie jetzt nur verbale Konfliktlösungsstrategien lernen und zeigen soll. Neue körperliche Strategien mit zunehmend verbalen Komponenten, die gesellschaftlich akzeptiert werden, hatten eine größere Chance, von der Person angenommen zu werden.

Zur zweiten Frage sind zwei wichtige Hinweise zu berücksichtigen:

a. Wenn eine Person seit Jahren oder sogar Jahrzehnten bestimmte Verhaltensweisen zeigt, sind diese ihr sehr vertraut, sodass alle Versuche, neue Verhaltensformen entstehen zu

lassen, eine Irritation des Systems bedeuten, weil sie fremd sind. Eine geringfügige Irritation ist also nicht nur unvermeidbar, sondern sogar notwendig, um Veränderung und Entwicklung zu ermöglichen.

b. Auch durch die Dauer der Verhaltensweisen kann man davon ausgehen, dass die emotionale, kognitive und neurophysiologische Prädisposition zu gerade diesem Verhalten sehr groß ist, so dass eine Umgewöhnung in der Regel nur durch langanhaltende stabile Umfeldbedingungen zu erreichen ist. Ansonsten wird der Klient womöglich nur gegenwärtig neue Strategien entwickeln, die aber bei Wiederkehren der alten Erfahrungen auch wieder durch die alten Strategien ersetzt werden.

Bei Herrn E. war das Festhalten eine sehr große Irritation, die aber für ihn durch Regelmäßigkeit, Benennen und Ankündigen der Handlungen, durch die Akzeptanz und die erlebte Sicherheit tragbar wurde. Durch die Beständigkeit solcher Erfahrungen konnte er sich darauf einstellen und diese Form der Auseinandersetzung bei Panikzuständen annehmen.

Weiterentwicklung

Zum Schluss geht es darum, die neuen Bewältigungsstrategien und Organisationsmöglichkeiten des Klienten im Alltag zu festigen und weiterzuentwickeln. Hierfür werden die Erkenntnisse der intensiven Arbeit mit allen Beteiligten diskutiert und Integrationsmöglichkeiten für den Alltag gesucht. Erst durch ein dauerhaft stabiles, freundliches Umfeld werden die vom Klienten neu entwickelten Bewältigungsstrategien und Sicherheitsgefühle sich festigen. Sollte das Umfeld dem Klienten gegenüber erneut fremd oder bedrohlich werden, so wird er mit großer Wahrscheinlichkeit auf die alten Strategien zurückgreifen.

Leider trat dieser Fall bei Herrn U. ein. Drei Jahre nach Beendigung der intensiv pädagogischen Begleitung erfuhr ich, dass Herr U. mehrere Mitarbeiter und Mitbewohner attackiert und verletzt hatte. Seine Wohngruppe befand sich seit über einem Jahr in einer stagnierenden Umstrukturierungsphase, die Mitarbeiter sowie Mitbewohner stark verunsichert hatte. Er wurde zunehmend unruhig, was zur Verschlechterung der Situation beitrug, bis es zur Eskalation und zu den genannten Zwischenfällen kam. Das Team bemüht sich zur Zeit, sich selbst zu stabilisieren, um Menschen wie Herrn U. erneut Sicherheit zu vermitteln. •

Zusammenfassung: Kernpunkt dieser Betrachtung ist der Gedanke des Entgegenkommens zwischen Betreuer und Klient. Anhand von zwei unterschiedlichen Praxisbeispielen wird ein Konzept vorgelegt, das den dialektischen Aspekt der pädagogischen Arbeit in den Vordergrund bringt. Zwei Menschen mit unterschiedlichen Strategien stehen dem Begleiter gegenüber, irritieren ihn durch die Fremdartigkeit ihrer Bewegungen, Geräusche und Anforderungen und zwingen ihn damit, sich selbst zu verändern, zu reflektieren und sein Angebot genauer zu definieren, um Veränderungen bei den Klienten zu ermöglichen. Wie wirkt das jeweilige Verhalten kurz- und langfristig auf die betroffenen Akteure? Wie viel Raum und Zeit brauchen die Dialogpartner, um sich sicher zu fühlen? Und welche Verhaltensadaptation kann und soll der Begleiter vornehmen, um seinen Klienten die Entwicklung zu ermöglichen? Mit diesen Fragen wird nach der qualitativ und quantitativ besten Begleitungsform gesucht, wobei die Vermittlung von gegenseitiger Sicherheit und Wertschätzung, sowie die Bildung einer langanhaltenden entwicklungsfördernden Beziehung, die sich in den Alltag übertragen lässt, im Vordergrund stehen.

; Abstract; Change and Stabilisation of the Self as Prerequisite to Change and

Stabilise the Other. The central idea here is the concept of co-operation between the assistant and the client. Based on two practical examples a concept is presented which focuses on the dialectical aspect of educational work. Two people with different strategies are challenging their assistant with unfamiliar movements, sounds and requirements, thus making him change himself, think about himself and redefine his Services in order to enable the clients to change as well. How does the respective behaviour affect the people concerned in the long and in the short run? How much room and time do they need to feel safe? And how much behavioural adaptation is the assistant supposed to perform to enable his client to develop? These questions raised before and during the assistant's and client's process of coming closer serve to find the qualitatively and quantitatively best forms of assistance, whereby conveying mutual security and esteem as well as building a long-lasting and constructive relationship, withstanding everyday situations, are given priority.

Literatur

- BIERHOFF, Hans-Werner; WAGNER, Ulrich (1998): Aggression und Gewalt. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe (1996): Wenn Verhalten auffällt... Marburg: Lebenshilfe-Verlag. -
- FRÖHLICH, Andreas (1996): Basale Stimulation. Düsseldorf: Selbstbestimmtes Leben. - HÜTHER, Gerald (1999): Der Traum vom stressfreien Leben. Spektrum der Wissenschaft. Dossier 3/1999. - MALL, Winfried (1995): Kommunikation mit schwer geistig behinderten Menschen. Heidelberg: Schindele. -
- MATURANA, Humberto (1995): La realidad: ¿objetiva o construida? Barcelona: Anthropos. - LAZA-
- RUS, Richard (1991): Emotion & Adaptation. New York: Oxford University Press. - LOTZ, Winfried;
- KOCH, Uwe; STAHL, Burkhard (1994): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bern: Hans-Huber. - PREKOP, Jirina (1999): Hättest du mich festgehalten ... München: Gold-
- mann. - ROHMANN, Ulrich; ELBING, Ulrich (1998): Selbstverletzendes Verhalten. Dortmund: modernes lernen. - SCHWARZER, Ralf (2000): Stress, Angst und Handlungsregulation. Stuttgart: Kohlhammer.
- STRUBEL, Werner; WEICHSELGARTNER, Horst (1995): Behindert und verhaltensauffällig (Zur Wirkung von Systemen und Strukturen). Freiburg: Lambertus.

Der Autor: Carlos Escalera, Dipl. Pädagoge; Berater und Therapeut mit dem Arbeitsschwerpunkt Aggressivität und bedrohliches Verhalten im Zentrum für Beratung, Diagnostik und Psychotherapie der Ev. Stiftung Alsterdorf in Hamburg.