

Elisabeth Zinschitz

Der Personzentrierte Ansatz in der Behindertenarbeit

Abstract:

Vor neun Jahren wurde ich zum ersten Mal mit dem Thema Behinderung konfrontiert. Damals hatte ich keine Ahnung, was da auf mich zukam, und der Personzentrierte Ansatz war mir noch gänzlich unbekannt.

Als ich begann, in der Frühförderung und Familienbegleitung mit Kleinkindern mit verschiedenen Behinderungen zu arbeiten, dachte ich, ich müsste mit ihnen viel üben, damit sie ihre Behinderungen möglichst viel kompensieren könnten. Sie sollten von mir lernen zu greifen, zu schauen, zu hören, zu sprechen. Inzwischen habe ich von ihnen gelernt zu begreifen, genau zu schauen, genau hinzuhören und ihre Sprache zu sprechen. Während derselben Zeit lernte ich den Personzentrierten Ansatz kennen, der mir in diesem Prozeß äußerst hilfreich war.

Ein sehr wichtiger Schwerpunkt in meiner Arbeit ist die Lebensqualität, wobei Integration und Autonomie eine wichtige Rolle spielen. Um einem behinderten Menschen dabei zu helfen, das zu erreichen, ob in der Psychotherapie oder in einem anderen Rahmen, ist es m.E. erforderlich, einerseits zu verstehen, wie seine Behinderung seine seelische Entwicklung beeinflusst hat, und andererseits, diesem Menschen als ganzer Person zu begegnen und nicht den Fokus auf die Behinderung zu legen. Nur so kann ich seinen inneren Bezugsrahmen verstehen und ihm helfen, das eigene Erleben ernstzunehmen, die eigenen Grenzen wahrzunehmen und im jeweils möglichen Rahmen selbstbestimmend zu leben.

Einleitung

„Annäherungen zwischen nichtbehinderten und behinderten Menschen können sinnvoll nur gelingen, wenn allorts Gelegenheit besteht, sich anzusehen, sich zu befehlen oder sich zu verstecken, sich zu bewundern oder zu verstehen, sich aufeinander zu freuen oder es bleiben zu lassen. (...) Für mich ist eine Integration aber nur dann wünschenswert, wenn ich das Recht habe mich auszuschießen.“ (Sierck, U., S. 12)

In den vielen professionellen Bereichen, die behinderte Menschen betreffen, gibt es seit geraumer Zeit zwei neue Begriffe, die häufig nahezu wie ein Modetrend anmuten und m. E. inhaltlich nicht präzise genug erörtert und benutzt werden, um von der Realisierung dieses Inhalts gar nicht zu sprechen. Ich meine damit die Begriffe Integration und Lebensqualität.

Als vor zirka zehn Jahren der Begriff Integration sich verbreitete, fand er allmählich eine immer größere sozialpolitische Resonanz, allerdings gehen die Auffassungen darüber, was Integration beinhaltet, bis heute noch sehr auseinander. Diese reichen von Nicht-Aussonderung im weitesten Sinne bis zur Unterscheidung von Eingliederung

in verschiedene Funktionsbereiche des sozialen Lebens. Der Heilpädagoge Otto Speck (1990) erweitert den Begriff um die Dimension ‚personal-soziale Integration‘, um die Subjektseite des Individuums miteinzubeziehen. Im allgemeinen jedoch wird Integration meist in Zusammenhang mit Schule, Ausbildung und dann noch in geringerem Ausmaß mit Freizeitgestaltung gesetzt. Und auch da melden sich immer wieder Leute zu Wort, die meinen, Integration sei nur für Menschen mit einer bestimmten Art, einem bestimmten Ausmaß von Behinderung oder mit einem bestimmten Charakter möglich. Also, Glück gehabt, wenn man die richtigen Voraussetzungen erfüllt? Nein, m. E. müssen nicht die behinderten Menschen gewisse Voraussetzungen erfüllen, um die Integrationsbarrieren zu überwinden, sondern wir müssen erstens unser Verständnis von Integration erweitern und zweitens die Kraft aufbringen, uns mit scheinbar Gegensätzlichem und Unlösbarem auseinanderzusetzen. Die Frage „Wer ist integrierbar“ möchte ich gar nicht stellen bzw. nur damit beantworten, daß Integration für jeden Menschen möglich ist, wenn man seine persönlichen Bedürfnisse und Gegebenheiten berücksichtigt. Das lateinische Wort *integratio* bedeutet soviel wie (Wieder-)Herstellung eines Ganzen. So kann ein Mensch,

für den es eine Überforderung darstellt, alleine zu leben oder einer Arbeit nachzugehen, dennoch integriert sein und Lebensqualität erfahren, wenn er als ganze Person gesehen wird und sich selbst so erfahren kann; wenn er sich von sich selbst und seiner Umwelt als mitseiender Mensch und als autonome Person akzeptiert und dadurch zugehörig fühlt. Wenn wir Autonomie gleichsetzen mit Selbständigkeit und Selbstbestimmung, wie es im Wörterbuch steht, so müssen wir auch unser Verständnis von Selbstbestimmung erweitern. Ein Mensch, der in vielen Dingen seines täglichen Lebens weitgehend von anderen Menschen abhängig ist, kann autonom sein, wenn er seine Behinderung als Teil seines Seins integriert hat, wenn er sich also nicht als ganze Person aufgrund seiner Behinderung ablehnt und wenn seine Mitmenschen ihm, wenn auch nicht als selbständiger, dann doch als eigenständiger und gleichwertiger Person begegnen.

Mag sein, daß das schwer vorstellbar ist, wenn man noch nie mit behinderten Menschen zu tun hatte. Ich bin solchen Menschen begegnet. Ich erinnere mich dabei an Esmā, ein kleines türkisches Mädchen mit einer geistigen Behinderung und Sprechproblemen, die Mitglied einer türkischen Großfamilie war und dort ihren eigenen Platz, ihre eigene Bedeutung und Rolle hatte, ohne daß ich jemals das Gefühl bekam, daß ihre Behinderung verleugnet oder zu sehr in den Mittelpunkt gestellt wurde. Ich denke dabei an Herrn Oberhofer, der mit seiner geistigen Behinderung als äußerst zuverlässiger Bote für eine Institution arbeitet, dem dort alle vertrauen und der jeden Tag mit allen seine Späße treibt. Und an Sascha, der eigentlich nur schauen und Spieluhren aufziehen kann, in seiner siebenköpfigen Familie von Eltern und Geschwistern als vollwertiges Mitglied akzeptiert, dessen Behinderung bei allen Plänen immer berücksichtigt, aber nie zum Stolperstein wird.

Die seelische Entwicklung

Um einen behinderten Menschen helfen zu können, muß ich ihn in seinem Erleben verstehen und ist es hilfreich, sein Werden zu kennen. Bisher gibt es zwar ein großes Literaturangebot in bezug auf die Förderung der kognitiven, motorischen, sprachlichen und sozialen Fähigkeiten des behinderten Kindes, die seelische Entwicklung rückt erst allmählich in das Licht der Aufmerksamkeit. In der Entwicklungspsychologie wird meist von gesunden Kindern ausgegangen. Abgesehen von der Bedeutung der Entwicklungspsychologie für die Arbeit mit behinderten Menschen würde die Überlegung, welchen Einfluß die Behinderung auf diese Entwicklung haben kann, eine interessante Möglichkeit zur Überprüfung und Erweiterung tiefenpsychologischer Konzepte bieten. Wie ist das beispielsweise mit der Bedeutung der analen Phase, wenn das Kind keinen Darmdruck spürt oder sein Schließmuskel nicht funk-

tioniert? Was für Auswirkungen für die Persönlichkeitsentwicklung hat es, wenn das Kind nicht zu Beginn des zweiten Lebensjahres die Wiederannäherungsphase durchmacht? Was passiert mit der Identitätsentwicklung, wenn die Interaktion eines Kind mit seiner Umwelt aufgrund einer Gehörlosigkeit und Kommunikationsschwierigkeiten mangelhaft abläuft? Wie steht es um die Entdeckung von Sexualität und Sinnlichkeit, wenn ein Kind immer Windeln trägt und sein Geschlechtsteil lediglich als nicht funktionierend erlebt? Und welche Ausweichmöglichkeiten gibt es, um diese Mängel zu kompensieren?

Um einen Einblick in die Bedeutung verschiedener Behinderungen für die Entwicklung zu geben, möchte ich hier einige dieser Punkte am Beispiel körper- und geistig behinderter Kinder beleuchten.

Margaret Mahler sieht die psychische Geburt des Individuums im Loslösungs- und Individuationsprozeß. Dieser Prozeß ist erforderlich, damit das Kind fähig wird, als getrenntes Wesen zu funktionieren. Sie beschreibt, wie die Entwicklung eines Körperschemas und die Wiederannäherungsphase dazu beitragen, daß das Kind sich mehr und mehr als eigenständiges Wesen erlebt, eine Entwicklung, die ganz deutlich in der Trotzphase zum Ausdruck kommt, in der das Kind seine Eigenständigkeit ausprobiert, indem es sich seiner Umwelt widersetzt.

Bei Kindern mit Spina bifida, einer angeborenen Querschnittlähmung, beispielsweise zeigt sich, daß die Trotzphase scheinbar ausgelassen wird oder in nur sehr sanfter Form spürbar wird. Müller-Breckwoldt und Lipinski, die in dem Buch ‚Personenzentrierte Gruppentherapie‘ von der Arbeit mit einer Gruppe von Kindern mit Spina bifida berichten, sprechen von bestimmten Entwicklungsmerkmalen, die von der Unfähigkeit zu laufen und der Inkontinenz geprägt wurden. Die Kinder haben meist sehr dünne Beine und Füße mit Fehlstellungen. Aufgrund der Lähmung der unteren Extremitäten und von Blase und Darm haben sie weder die Erfahrung gemacht, daß sie aufrecht stehen oder davonlaufen können noch daß sie ihren Stuhl halten und gehen lassen können, wann sie es wollen. Die Eltern oder das Pflegepersonal in Krankenhäusern sind diejenigen, die mittels Einläufen und Kathetern den Zeitpunkt und die Form des Harnlassens und des Stuhlganges bestimmen. Und wieviele Menschen kommen auf die Idee, ein Kind, das im Rollstuhl oder im Buggy sitzt zu fragen, ob und wohin sie es schieben dürfen?

Wenn wir nun in diesem Zusammenhang das Körperschema, die Wiederannäherungsphase und die Fremdbestimmung heranziehen, zeigt sich Folgendes. In der Gruppe von Müller-Breckwoldt und Lipinski ging aus den Selbstporträts der Kinder hervor, daß sie alle ein defektes Körperbild hatten: große, breitschultrige Oberkörper, dünne, kurze Beine oder nicht vorhandene Füße. Sie erleben sie als ‚Anhängsel‘. In der Gruppenarbeit wird klar, daß die Körper- und Selbstwahrnehmung jeden einzelnen Kindes

von der Lähmung geprägt ist. Die Kinder haben durch ihr ‚Schwach-auf-den-Füßen-steinen‘ ein herabgesetztes Selbstwertgefühl und nehmen ihre eigenen Kompetenzen sehr schwach wahr.

Das Omnipotenzgefühl, das Kleinkinder empfinden, wenn sie die ersten aufrechten Schritte alleine machen oder wenn sie dann triumphierend und zur Verzweiflung ihrer Eltern Fangmich mit ihnen spielen, stellt sich nicht ein. Viele dieser Kinder beginnen erst mit anderthalb die ersten Krabbelversuche zu machen und ihr Bewegungsspielraum vergrößert sich nur langsam oder in manchen Fällen überhaupt nicht. Manche Kinder mit anderen Körperbehinderungen lernen nie krabbeln, eine Tatsache, die bestimmt ihre Weltsicht prägt, denn die Welt sieht nun mal anders aus, wenn ich mich auf dem Rücken durch das Leben schiebe. Allerdings, Bewegung bedeutet Autonomie, daher besser ein winzig kleines Bißchen davon als gar keine. Dennoch bleibt diese Unfähigkeit, von den Eltern wegzulaufen, und außerdem kann das Kind es sich nicht leisten, gegen die Eltern, von denen es sehr viel mehr abhängig als andere Kinder ist, zu opponieren. Um das zu kompensieren, braucht es auf Seiten der Eltern viel Feinfühligkeit und Bereitschaft, das Kind das tun zu lassen, was es gerade kann.

Es braucht meist sehr lang, bis das Kind die bereits erwähnten und notwendigen Pflegehandlungen am Körper selbst ausführen kann. Wenn es das überhaupt lernt, denn viele Eltern legen es gar nicht darauf an oder halten es nicht für möglich oder sinnvoll. Somit gibt es auch kein oder wenig Erleben von Selbstbestimmung, zumindest was den Körper betrifft. Die zahlreichen Manipulationen an seinem Körper, die meist von klein auf von vielen unterschiedlichen Leuten vorgenommen werden, führen dazu, daß das Kind seinen Körper nicht wahrnehmen, und auch keine Verantwortung dafür übernehmen lernt. Und das hat noch eine weitere Konsequenz: Die Tatsache, daß die Eltern sich über Jahre hinweg daran gewöhnen, die Körperpflege am Kind vorzunehmen, und auf diese Weise oft das Fortschreiten der geschlechtlichen Entwicklung übersehen und dem Kind auch kein Erleben von Intimsphäre und Schamgefühlen vermitteln, vergrößert die Gefahr des sexuellen Mißbrauchs: Diese Menschen lernen nicht zu bestimmen, wieviel Körperpflege sie brauchen oder wollen, und wahrzunehmen, wo die Grenzen der Pflegehandlungen liegen. Und auch wenn sie zu dieser Wahrnehmung imstande sind, braucht es nochmal ein gewisses Ausmaß an Mut und Selbstbestimmung, dann nein zu sagen.

Die Unfähigkeit von geistig behinderten Menschen, Probleme zu lösen und Gefühle auszudrücken wird oft fälschlicherweise auf die mangelhaften kognitiven Fähigkeiten zurückgeführt. Viele Eltern behinderter Kinder entwickeln aus Unsicherheit, Angst oder Schuldgefühlen ein überfürsorgliches Verhalten. Dies hat zur Folge, daß viele Kinder nicht so selbständig werden, wie es ihnen eigentlich in-

nerhalb ihres persönlichen Rahmens möglich wäre, und keine Problemlösungsstrategien entwickeln und dementsprechend auch wenig Erfolge erleben. In schwierigen Situationen, in Konflikten mit ihrer Umwelt oder in einem Gefühlsnotstand sind sie als Erwachsene oft hilflos, da sie durch zuviel Schutzaktivitäten der Eltern gar nicht mit solchen Phänomenen in Berührung gekommen sind und sich deshalb keine Copingstrategien aneignen konnten oder durch Problemlösungsaktivitäten derselben sich selbst nie oder nicht ausreichend als handlungskompetenten Menschen wahrgenommen haben.

Es wird häufig über das erforderliche Maß hinaus für sie wahrgenommen, getan, entschieden, ohne daß sie selbst befragt werden. So lernt das Kind in nicht ausreichendem Maße, sich selbst in seinen Wahrnehmungen, Empfindungen und Wünschen ernstzunehmen. Außerdem ist ein geistig behindertes Kind in der Art und im Tempo seiner Äußerungen für die Bezugspersonen oft schwer nachvollziehbar. Ute Binder beschreibt in einer noch unveröffentlichten Arbeit über schizophrene Patienten die Bedeutung der Empathie in der frühen Mutter-Kind-Interaktion für die Entwicklung des Selbst bereits bevor sich ein Selbstkonzept bildet. Sie zitiert mehrere Autoren, wie Hattie, Eisenberg und Fabes, die darauf hinweisen daß der empathischen Fähigkeit der Bezugsperson eine äußerst wichtige Rolle u.a. in der Entwicklung des Selbst und des Selbstkonzepts des Kindes zukommt. So ist bekannt, daß eine mangelhafte empathische Fähigkeit der Bezugsperson mit einer mangelhaften empathischen Entwicklung des Kindes korreliert und daß dies wieder mit Mängeln u.a. in der emotionalen Entwicklung, in der emotionalen Ausdrucksfähigkeit und im Selbstbewußtsein des Kindes verbunden ist.

Bereits in einer frühen Lebensphase des Kindes imitiert die Bezugsperson es, indem sie dessen Gesichtszüge und Geräusche nachahmt und sich zumindest bemüht, in adäquater Form durch Bedürfnisbefriedigung auf das Schreien des Kindes zu reagieren. Meist wird die Interaktion durch eine Babysprache begleitet, ein Phänomen, das erwiesenermaßen kulturübergreifend wahrnehmbar ist. Die Bezugsperson imitiert nicht nur, sondern benennt auch die Gefühlsäußerungen und reagiert darauf. Es finden Interaktionen statt, die sowohl Gefühlsansteckung wie Unterscheidung von eigenen Gefühlen und jene der anderen Person miteinschließen. Das Kind lernt allmählich, sowohl seine eigenen als auch fremde Gefühlsempfindungen und die damit verbundene Äußerung erkennen und verstehen, d.h. es entwickelt Empathie für sich selbst und für andere, und es erwirbt die Fähigkeit, seine Aufmerksamkeit von innen nach außen zu verlagern und vice versa. In der Beobachtung von Mutter-Kind-Interaktionen bei autistischen Kindern und solchen mit Trisomie 21 fand Chiccetti, daß diese Mütter Empathieprobleme aufweisen. Er berichtet beispielsweise, daß Mütter von Kindern mit Trisomie 21 auf-

grund der geringen und verzögerten Resonanz des Kindes verunsichert sind und deshalb oft vorgreifen. Meine Kollegin erzählte mir von einem kleinen Buben mit Trisomie 21, den sie betreut und dessen Mutter eine sehr aktive und lebendige Frau ist, die ihrem Kind sehr viel Reize bietet. Das Kind wird dabei immer stiller und passiver und scheint damit überfordert. Es kommt auch auf dieser Ebene zu einer Fremdbestimmung aus Unsicherheit.

Durch all diese Faktoren kommt es zu einem Selbstbild, das von Defiziten auf körperlichen, geistigen und sozialen Ebenen geprägt ist. Hier möchte ich Breckwoldt-Müller und Lipinski zitieren:

„Keinen Schritt uneingeschränkt alleine tun können‘ mag hier das Bewußtsein von Leben und Lebenszugang stark beschneiden, die Individuation des Kindes, das Wachsen als einmaliges, auf Entfaltung seiner Fähigkeiten hindrängendes Individuum erheblich erschweren. So liegt es nahe, daß sich das Selbstbild dieser Kinder sehr stark an den erlebten Defiziten orientiert, verstärkt noch durch eine Umwelt, die ihren ‚ersten Eindruck‘ allzuoft am (normalabweichenden) äußeren Erscheinungsbild der Kinder festmacht und dies ihnen auch entsprechend rückmeldet.“ (S. 158)

Der Personzentrierte Ansatz

Dort wo es darum geht, das eigene Erleben zu verstehen, die eigenen Möglichkeiten und Grenzen kennenzulernen und ernstzunehmen, Selbstbestimmung und Autonomie zu erwerben, dort bietet der personzentrierte Ansatz eine gute Grundhaltung, die in der Begegnung zwischen behinderten und nicht behinderten Menschen für beide Seiten sehr fruchtbar sein kann. In ‚Therapeut und Klient‘ schreibt Carl Rogers:

„Im Gegensatz zu der Auffassung, daß die tiefsten Instinkte des Menschen destruktiv sind, bin ich zu der Überzeugung gelangt, daß Menschen, denen (...) die Möglichkeit gegeben wird, wahrhaft zu werden, was sie zutiefst sind, wenn sie die Freiheit haben, ihre eigene Natur zu entfalten, immer eine deutliche Entwicklung auf Ganzheit und Integration hin durchmachen. (...) Es ist Verlaß darauf, daß das Verhalten einer Person in Richtung Selbsterhaltung, Selbststeigerung und Selbstproduktion hin zielt – hin zu Autonomie und fort von einer Kontrolle durch äußere Einflüsse“. (Rogers 1993, S. 136)

Das Menschenbild des personzentrierten Ansatzes beruht auf der Überzeugung, daß dem Menschen eine Tendenz zum positiven Wachstum innewohnt, die sogenannte Aktualisierungstendenz.

„Im Laufe der Entwicklung des Kleinkindes kommt es durch die differenzierende Funktion der Aktualisierungstendenz zur Ausbildung und Entwicklungstendenz des „Selbst“ (...), Das „Selbst“ ist eine organisierte, dynamische Gestalt, die sich aus den bewußten Wahrnehmungen

des „Ich“ und der Beziehungen des „Ich“ zur Außenwelt zusammensetzt. Die im Bezug zum „Selbst“ wirksame Aktualisierungstendenz wird als Selbstaktualisierungstendenz bezeichnet. Inkongruenz kann in diesem Sinne verstanden werden als fehlende Übereinstimmung beziehungsweise als ein Konflikt zwischen Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierung“ (Korunka, S. 74).

Wenn ein Kind mit einer Behinderung geboren wird, ist bei Fachleuten und bald auch bei den Eltern wenig von einem Glauben an die Aktualisierungstendenz spürbar. Im Umgang mit diesem Kind sind sie vom Mangel- und Reparaturgedanken geprägt, d.h. die Conditions of Worth, die Wertvorstellungen der Gesellschaft kommen tagtäglich in jedem möglichen Lebenskontext des Kindes zur Geltung. Es erlebt sein Anderssein als Unzulänglichkeit und bemüht sich, der Normalität gerecht zu werden, daß heißt, es entwickelt ein Selbstkonzept von sich als defizitär und ein Selbstideal, das auf größtmöglicher Normalität beruht. Dies gilt auch für geistig behinderte Menschen, auch wenn oft geglaubt wird, daß sie nicht spüren, inwiefern sie als anders betrachtet werden.

Wenn das Kind nun spürt, daß von den Eltern der Anspruch gestellt wird, möglichst nicht behindert zu wirken, wird es mit allen möglichen Mitteln versuchen, diesen zu erfüllen. Es wird seine Behinderung als etwas erleben, das nicht zu ihm gehören soll, und wo es ihm nicht gelingt die Behinderung zu kompensieren, beginnt es sich abzuwerten. Seine Inkongruenz besteht dann darin, daß es mehr von sich fordert, als es kann. Menschen mit einer geistigen Behinderung sind oft nicht imstande, innere Spannungen selbst zu lösen oder adäquat auszudrücken; geistig behinderte Menschen haben weniger Realitätsbezug, um ihre Gefühle zu kontrollieren, sodaß es zu psychosomatischen Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten kommen kann.

Mit Hilfe der Grundhaltungen des personzentrierten Ansatzes kann ich den behinderten Menschen das Gefühl vermitteln, ich interessiere mich für das, was in ihm als Person vorgeht, ob das nun mit seiner Behinderung zu tun hat oder nicht, ich respektiere ihn als Menschen, unabhängig von seiner ‚Normalität‘ und ich bin bereit, ihm, von seinem inneren Bezugsrahmen ausgehend, zu helfen.

Empathie, bedingungslose Wertschätzung und Kongruenz

Da wir alle mit einem bestimmten Begriff von Normalität aufwachsen, stellen die Grundhaltungen des personzentrierten Ansatzes hohe Ansprüche an uns. Es ist absolut erforderlich, den behinderten Menschen, mag er noch so wenig Züge eines gut funktionierenden Menschen haben, als gleichwertige Person zu begegnen. Dies ist aber eben nicht nur ein Anspruch, sondern eine Qualität des

personenzentrierten Ansatzes oder wie es Peter Schmid formuliert:

„Auch die Behauptung, Person sei der Mensch, unabhängig von seiner psychischen Verfassung, und die diesbezügliche Gleichwertigkeit der Personen nicht nur im Normalfall, sondern auch in Krisensituationen, mit „gestörten“ Personen, wird in personenzentrierter Sicht direkt und aus der klinischen Praxis bestätigt.“ (S. 149)

Ich möchte hier das, was Wolfgang Keil ein ‚radikales Ernstnehmen der Person‘ nennt, als Forderung stellen und zwar sowohl in bezug auf die Person des/der Behinderten als auch auf die des/der nicht-behinderten Helfers/in.

Empathie

Behinderte Kinder erleben noch häufiger als andere Kinder, daß man bereits weiß, was notwendig für sie ist und was ihnen gut tut. Begonnen wird mit der Diagnostik der Behinderungen und in der Folge wird ein Therapieplan erstellt. Nicht selten wird den Eltern vermittelt, daß sie diesen genauestens befolgen müssen, denn sonst „wird es nie ... können“. In jeder Therapiestunde, jeder Förderung wird in erster Linie einmal von der Diagnostik der Mängel, dem Fehlenden ausgegangen, selten von bereits Vorhandenem, seien es Wünsche, Bedürfnisse, Fähigkeiten. Es wird versucht, ‚unerwünschte‘ Verhaltensweisen oder Bewegungen zu beseitigen. Die Kinder erfahren, wie ihre Grenzen fortwährend nicht wahrgenommen oder mißachtet werden, wie ihr Erleben nicht verstanden oder gar Bedeutung hat. Sie lernen, diese Grenzen selbst nicht wahrzunehmen, ihre Gefühle nicht ernstzunehmen. Sehr häufig wird mit ihnen nicht über ihre Behinderung gesprochen, was dazu führt, daß sie Teile ihres Seins ausschließen müssen.

Selbstverständlich ist es nicht leicht, sich in einen Menschen hineinzusetzen, der die Welt auf eine so andere Art und Weise kennengelernt hat und erlebt. Das ist schon vergleichbar mit den Schwierigkeiten, die in der Begegnung mit einem Menschen aus einem völlig anderen Kulturkreis auftauchen könnten. In der Begegnung mit einem geistig behinderten oder autistischen Menschen erfordert es von mir bestimmt sehr viel Bereitschaft und Kreativität, um diesen verstehen zu lernen, und außerdem wahrscheinlich mehr Aktivität meinerseits als vielleicht mit Menschen aus einem mir vertrauteren Kulturkreis erforderlich ist. Godfrey Barrett-Lennard hebt diesen aktiven Aspekt der Empathie hervor: Er benutzt den Ausdruck ‚the reaching out nature of empathy‘, womit er für mich ein sehr schönes Bild einer zum anderen Menschen hinüberreichenden Hand evoziert.

Das bedeutet, daß wir zu unkonventionellen Mitteln greifen müssen, um empathisch sein zu können. Wir können, wenn wir den Mut dazu haben, uns auf Experimente einlassen, wie einen Tag in einem Rollstuhl durch die Stadt zu fahren, ein Wochenende zu Hause mit verbundenen Au-

gen zu verbringen. Eine Betreuerin erzählte, wie sie eines Nachts davon träumte, blind und gehörlos geworden zu sein, und wie sie sich seither an ihre geträumten Erlebnisse erinnert, um einen taubblinden Klienten in seinen für uns psychotisch anmutenden Ausbrüchen besser verstehen zu können. Müller-Breckwoldt und Lipinski griffen auf Interaktionsspiele, Zeichnungen und einem praktischen Beschäftigen mit körperlichen Vorgängen und Problemen zurück, um das Erleben der Kinder verstehen zu lernen.

Gary Prouty beschreibt seine sehr interessanten Erfahrungen mit der von ihm entwickelten Pre-Therapy mit schizophrenen und stark entwicklungsretardierten Menschen, in der er auf einer sehr konkreten, präverbalen Ebene empathisch zu sein versucht und so Kontakt zwischen dem Patienten und seiner Umwelt bzw. zu dessen eigenen Gefühlen ermöglicht. Er bleibt sehr nahe am direkten Erleben des Klienten, indem er das Gesagte bzw. das von ihm Verstandene Wort für Wort zurückgibt, die Situation beschreibt, Ausdrücke im Gesicht oder Bewegungen des Körpers benennt, aber auch Handlungen nachahmt. Es ist sehr berührend zu lesen, wie eine Patientin, die bis dahin sehr undeutlich sprach, ihn zur Wand mitnimmt und ihre Hand drauflegt. Er ahmt ihre Bewegungen nach und spürt, wie jedes Mal, wenn er ihre Handlungen beschreibt, ihre Hand sich fester um seine schließt. Mit der Zeit werden Wortfragmente verständlich, die er genauso wiedergibt, wie er sie hört, und allmählich werden ihre Aussagen klarer verständlich. Zum Schluß kann sie ausdrücken, daß sie sich in dieser Institution, symbolisiert durch die Wand, nicht wohl fühlt.

Auch in der pädagogischen Förderung behinderter Kinder oder Erwachsenen ist Empathie unabdinglich, um Unverständliches verstehen zu können und sinnvolle therapeutische Schritte zu planen. Dafür muß ich darauf vertrauen, daß scheinbar sinnlose Phänomene einen Sinn haben und mir Fragen stellen. Was bedeutet es, wenn Lorenz, der sehbehindert und autistisch ist, immer alle Gegenstände, die er sich anschauen möchte, vor sich hin und her bewegt oder vom Tisch schmeißt, und alle Personen, die er eigentlich bereits kennt, erst identifizieren kann, wenn sie sich bewegen oder sprechen? Und wenn ich es verstanden habe: Wie kann ich das benutzen, um ihn in seiner Wahrnehmung zu unterstützen?

Ich kann die Umgebung des Kindes beobachten, um es in seinem Erleben zu verstehen: Es wird verständlich, daß Markus, auch sehbehindert, sich mit einem Jahr noch nicht vom Fleck rührt, wenn ich mich in seine Position versetze und plötzlich sehe, daß die dezent und geschmackvoll eingerichtete Wohnung seiner Eltern keinen einzigen deutlichen Farbfleck hat, der Motivation wecken kann, dorthin zu kriechen.

Ich kann mich auch auf mein Erleben und meine Resonanz im Kontakt mit dem behinderten Kind verlassen: Bei Simon, der mich nie oder nur kurz ansah und mich den-

noch zu sehen schien, kam mir plötzlich ein Bild; mir war, als ob er mich indirekt über einen inneren Spiegel sehen würde, so wie ein Autofahrer einen hinten sitzenden Passagier im Spiegel sieht und dieser dennoch das Gefühl hat, der sehe ihn nicht an. Der Passagier ist zwar verunsichert, aber der Fahrer weiß, daß es während des Autofahrens gefährlich wäre, seinen Begleiter direkt in die Augen zu sehen. Ich spürte seine Angst und wußte nun aber, daß er mich sah. Von da an konnte ich davon ablassen, ihn zu zwingen, mir in die Augen zu sehen, und die Dauer des Blickkontakts wurde von selbst länger, als würde Simon zunehmend sicherer. Hier kam vielleicht das zum Tragen, was Brian Thorne als vierte Qualität der personzentrierten Grundhaltung betrachtet, nämlich „tenderness“ (Zartheit, Empfindsamkeit), ein Zustand von über das übliche Maß hinausgehender Bewußtheit.

Bedingungslose Wertschätzung

Rogers beschreibt die bedingungslose Wertschätzung als eine Zuwendung, die „frei ist von Beurteilungen und Bewertungen der Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen des Klienten“. (Rogers, S. 27) In der Arbeit mit behinderten Menschen treten wir diesen oft mit einem pädagogischen Auftrag entgegen, wodurch es zu einem Bewerten der Verhaltensweisen kommt und wobei die Bedingungen der jeweiligen Institution, in der dieser Mensch lebt oder arbeitet, berücksichtigt werden muß. Wenn ich allerdings die Behinderung als eine Gegebenheit meines Gegenübers sehen kann, die zu ihrer oder seiner Person gehört und ohne die sie oder er nicht diese, sondern eine andere Person wäre, eine Gegebenheit, die also zu seiner Einzigartigkeit beiträgt, dann kann ich unterstützend arbeiten, ohne beurteilend zu sein.

Natürlich gibt es Verhaltens- oder Seinsweisen, denen wir nur schwer mit bedingungsloser Wertschätzung begegnen können. Marlis Pörtner beschreibt eine junge Frau in einer Wohngemeinschaft, die sich kleine Stückchen Haut von den Händen reißt, bis diese bluten. Sie ist so sehr damit beschäftigt, daß sie nicht am Gruppengeschehen teilnehmen kann. Eines Tages beschließen die BetreuerInnen, daß sie sie nicht mehr daran hindern werden. Sie soll selbst bestimmen, wann sie sich ihrer Hände oder der Gruppe zuwenden möchte, allerdings wenn die Hände dran sind, soll sie das nicht im Gruppenraum, sondern im Ruhe-raum machen. In der Gruppe muß sie damit aufhören. Sie entscheidet sich immer öfter an der Gruppe teilzunehmen. Ihre Hände heilen langsam aus. (Pörtner, S. 513)

Nun kann man einwenden, daß hier von einer Bedingung die Rede war. Allerdings wurde ihr das Gefühl vermittelt, eine entscheidungsfähige, autonome Person zu sein, die in einer Gemeinschaft lebt, die auch Bedürfnisse hat, nämlich nicht mit ansehen zu müssen, wie sie sich wund reibt. Und ich möchte hier auf Rogers' Vergleich der

bedingungslosen Zuwendung mit der von Eltern hinweisen, die nicht zwar alle Äußerungen oder Taten ihres Kindes gutheißen, aber es trotzdem vollkommen und nicht nur unter bestimmten Bedingungen akzeptieren.“

Kongruenz

Kongruenz wird von Rogers definiert als ein „vollkommenes Vertrautsein mit dem fortwährenden komplexen Fluß des inneren Erlebens“, ein Gewährsein des Therapeuten, „daß ihm seine Gefühle und Erfahrungen nicht nur zugänglich sind, sondern daß er sie auch durch sein Erleben in die Beziehung zum Klienten einbringen kann“, um eine direkte, personale Begegnung mit dem Klienten herzustellen.

Es passiert nicht selten, daß ein junger Mensch als BehindertenbetreuerIn zu arbeiten beginnt und sehr viel Elan und Idealismus an den Tag legt. So positiv dies am Anfang erscheinen mag, so liegt dem dennoch ein relativ rigides Selbstkonzept zugrunde. Er oder sie ist davon überzeugt, keine Vorurteile zu haben und mit allem fertig zu werden, und erlaubt sich da keine Schwäche. Gerade diese Menschen sind gefährdet, dem Burnout-Syndrom zum Opfer zu fallen. Sie übersehen ihre eigenen Grenzen und mißachten ihre eigene Lebensgeschichte und den daraus hervorgegangenen Bedeutungen, die sie, auch ohne es zu wollen, bestimmten Phänomenen beimessen, wie beispielsweise ‚Behinderte Personen sind minderwertig oder zu bemitleiden!‘

Eines Tages war ich unterwegs zu einer Wohngemeinschaft für behinderte Menschen und traf eine junge Frau, die mir zwar nicht bekannt war, die ich jedoch als eine Bewohnerin dieser Wohngemeinschaft identifizieren konnte. Sie kam auf mich zu und umarmte mich, was mir nicht angenehm war. In so einem Moment ist es wichtig, mir dessen bewußt zu sein, damit ich mich entscheiden kann, ob ich mich aus der Umarmung löse, weil ich mich nicht von jedem Menschen auf der Straße umarmen lassen mag, oder ob ich sie gewähren lasse, weil ich die Tatsache, daß sie eine Fremde umarmt als ein zu ihr gehörendes Verhalten zulassen kann und sie nicht durch meine Zurückweisung kränken möchte.

Kongruent sein heißt für mich in diesem Zusammenhang, mein Erleben ernstnehmen, um so meine Beziehung zu dem anderen Menschen auf einer Basis von Echtheit und Gleichwertigkeit gestalten zu können. Dies ist mir in der Begegnung mit behinderten Menschen besonders wichtig geworden, da ich die Erfahrung gemacht habe, daß diese eine äußerst ausgeprägte Empfindsamkeit für das, was im anderen Menschen vorgeht, haben.

Klientenzentrierte Psychotherapie

Behinderte Menschen werden in ihrem Leben mit einer ganzen Palette von therapeutischen Angeboten konfrontiert. Es gibt allerdings leider noch wenig PsychotherapeutenInnen, die es sich zutrauen oder imstande sind, insbesondere mit geistig behinderten KlientInnen zu arbeiten. Unwissenheit, Ängste und Unerfahrenheit stehen dem im Wege, aber ebenso oft taucht die Frage auf, ob das denn zielführend sei. Ich denke, und es zeigt sich auch aus der Arbeit verschiedener personenzentrierter Therapeutinnen wie Pörtner und Badelt, daß die Ziele einer Psychotherapie allgemein in der subjektiv empfundenen Verbesserung der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit der KlientInnen zu finden sind.

Badelt beschreibt, wie die Anlässe für eine Psychotherapie bei ihren KlientInnen meist in Konflikten mit der Familie, der Wohngruppe oder Werkstatt liegen, oder aber in psychosomatischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten, wie aggressive oder autoaggressive Handlungen. In der Arbeit mit diesen KlientInnen bedarf es einer Bereitschaft, Kleinarbeit zu leisten: viel Geduld, wenn immer wieder dasselbe erzählt wird, genau zuhören, wenn die Satzkonstruktionen oder die Wörter nicht immer ganz verständlich oder nachvollziehbar sind (siehe Prouty). Es ist ganz wichtig, sich dafür Zeit zu geben, um den KlientInnen das Gefühl zu vermitteln, daß man die Welt, wie sie sie sehen, akzeptiert und verstehen lernen möchte. Auf therapeutischer Seite bedarf es sicher viel Kreativität und Bereitschaft zum Experimentieren, um eine individuelle Kommunikationsform zu ermöglichen. Dabei scheint es erforderlich, aktiver zu sein, d.h. mehr Angebote zu machen und auch vermehrt Mimik, Gestik und Körpersprache in wahrgenommene Gefühle oder Wünsche zu übersetzen, also eine Interaktion wie die frühe Mutter-Kind-Interaktion herzustellen.

Pörtner berichtet, wie eine Klientin von ihren empathischen Bemühungen dahingehend profitiert habe, daß sie gewisse persistierende Verhaltensweisen, nämlich andere zu beschimpfen und anzuschreien, ablegte und auf andere Äußerungsformen zurückgreifen konnte, was auf die Dauer zu mehr Zufriedenheit führte. Es kostete der Therapeutin einiges an empathischem Bemühen, bis sie verstand, daß die Klientin nicht nur böse war, wenn sie schimpfte, sondern daß sie es auch genoß und sich dann erwachsen fühlte. In ihrem Leben hatten die Begriffe Erwachsensein und Schimpfen sich miteinander sinnvoll verknüpft. Wenn man erwachsen ist, schimpft man auf andere, und diese müssen gehorchen. So versuchte die Klientin durch ihr Schimpfen, Kontrolle über ihre Umwelt zu erlangen. Sie legte ihre Schimpftiraden nie ab, aber diese wurden weniger, und sie lernte zu sagen, wie sie sich fühlte.

Ein wichtiger Aspekt, der in dieser Arbeit berücksichtigt werden muß, ist die Unfähigkeit dieser KlientInnen, aus verschiedenen Erlebnissen ein persönliches Muster zu abstrahieren, sodaß sie schwer ihr Selbstkonzept oder ihre Verhaltensweisen bewußt ändern können. Badelt hat mit einer Klientin gearbeitet, die nach dem Tod ihres Vaters ein agoraphobisches Verhalten an den Tag legte. Wenn klar wird, daß dieser Verlust des Vaters mit einem Gefühl von Sicherheitsverlust verbunden ist, wird ein nicht behinderter Mensch vielleicht andere Wege suchen, seine Sicherheit zurückzugewinnen. Bei dieser Klientin war es notwendig, ihre Umwelt in der Gestalt ihrer Gruppenleiterin miteinzubeziehen, damit diese für die Klientin ein sicheres Klima innerhalb der Gruppe herstellen konnte.

Resümee

Die Erfahrungen in meiner Arbeit mit behinderten Kleinkindern haben mich zu der Überzeugung gebracht, daß, wie Rogers sagt, auch diese Menschen, wenn ihnen die Freiheit gelassen wird, ihre eigene Natur zu entfalten, eine Entwicklung auf Ganzheit und Integration hin durchmachen können. Um sie dabei zu unterstützen, bedarf es jedoch Eltern und BetreuerInnen, die sich nicht von der Behinderung und der Diagnostik leiten lassen, die Fördermaßnahmen zwar nützen, wo es notwendig ist, aber nicht das Leben und die Entwicklung der Kinder von diesen Therapien und die dadurch zu behebenden Mängeln beherrschen lassen. Viele dieser KlientInnen haben selten erfahren, daß sie ernst genommen oder verstanden werden, und fühlen sich isoliert. Ihnen zu helfen, aus dieser Isolation herauszukommen, sich in bezug auf ihre inneren und äußeren Möglichkeiten bewußter zu werden und so ihre Lebensqualität und ihre Integration zu verbessern – darin liegt m.E. das große Potential des Personenzentrierten Ansatzes für diese Menschen.

Literatur:

- Bachl, G., Pirner, A., Reißner, H., Wagner, A., Wolf, F. E.: Lebensplanungen und ihre Veränderung durch den Eintritt einer Behinderung in der Familie. In: Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär. Band 1: Familienorientierte Frühförderung, Dokumentation des 6. Symposiums Frühförderung. Hannover, 1991
- Badelt, I.: Client-Centered Psychotherapy with Mentally Handicapped Persons; in: Lietaer, G., Rombauts, J., van Balen, R. (eds.): Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties. Leuven/Louvain, 1990.
- Bullinger, H.: Wenn Männer Väter werden. Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach im Erleben von Männern. Überlegungen – Informationen – Erfahrungen. Reinbek bei Hamburg, 1983
- Finger, G.: in: Finger, G., Steinebach, Ch. (Hrsg.): Frühförderung: zwischen passionierter Praxis und hilfloser Theorie. Freiburg im Breisgau, 1992

- Hinze, D. H.: Väter und Mütter behinderter Kinder. Der Prozeß der Auseinandersetzung im Vergleich. Heidelberg, 1991
- Jantzen, W.: Allgemeine Behindertenpädagogik. Bd. 1: Sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlagen. Weinheim, 1987
- Keil, W. W.: Grundlagen der Klientenzentrierten Psychotherapie. In: Personzentriert, 2/1992, Zeitschrift der ÖGWG. Linz, 1992
- Korunka, Ch.: Das Menschenbild. In: Frenzel, P., Schmid, P.F., Winkler, M. (Hrsg.): Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie. Köln, 1992
- Mahler, M. S., Pine, F., Bergmann, A.: The Psychological Birth of the Human Infant. New York, 1975. Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Frankfurt am Main, 1980 (Ausg. 1990)
- Müller-Breckwoldt, H.; Lipinski, Ch.: „Im Traum, da kann ich laufen!“ – Die Körperbehinderung spina bifida im Erleben von Kindern an der Schwelle zur Pubertät. Ein Beispiel personenzentrierter Gruppenarbeit in der Rehabilitation; in: Esser, U., Sander, K. (Hrsg.): Personenzentrierte Gruppentherapie. Therapeutischer Umgang mit der Person und der Gruppe. Heidelberg, 1988
- Pörtner, M.: Client-centered therapy with mentally retarded persons: Catherine and Ruth; in: Lietaer, G., Rombauts, J., van Balen, R. (eds.): Client-centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties. Leuven/Louvain, 1990
- Pörtner, M.: Working with Mentally Handicapped in a Person-Centered Way – is it possible, is it appropriate and what does it mean in practice?; in: Hutterer, R., Pawlowsky, G., Schmid, P. F., Stipsits, R. (Eds.): Client-Centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion. Frankfurt am Main, 1996
- Prouty, G. F.: Pre-therapy : A theoretical evolution in the person-centered/experiential psychotherapy of schizophrenia and retardation; in: Lietaer, G., Rombauts, J., van Balen, R. (eds.): Client-centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties. Leuven/Louvain, 1990
- Rogers, C. R.: Client-Centered Therapy. Boston 1951. Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main, 1983 (Ausg. 1995)
- Rogers, C. R.: Therapeut und Klient. Frankfurt am Main, 1993
- Rogers, C. R., Schmid, P.F.: Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz, 1991
- Sierck, U.: Das Risiko, nichtbehinderte Eltern zu bekommen. Kritik aus der Sicht eines Behinderten. München, 1989
- Stephenson, Th., Zinschitz, E.: Der behinderte Hans im Glück. Oder: „Lebensqualität durch Heilpädagogik“. In: Lebensqualität und Heilpädagogik. Kongreßband des 9. Heilpädagogischen Kongresses. Innsbruck, 1992

Biographie:

Elisabeth Zinschitz, 1959 in Wien geboren, in Holland aufgewachsen; drei Kinder; ausgebildete Übersetzerin, Psychotherapeutin in freier Praxis; Schwerpunkt Psychotherapie mit behinderten Menschen und mit AusländerInnen; seit 1991 beim Österreichischen Hilfswerk für Taubblinde und Hochgradig Hör- und Sehbehinderte (ÖHTB) tätig, zuerst in der Frühförderung und Familienbegleitung, derzeit im Fortbildungsbereich. Vortragstätigkeit.