

BEHINDERTE

in Familie, Schule und Gesellschaft



Vom Wissen zum Verstehen



Eine unüberschreitbare Grenze zwischen „Normalität“ und „Abnormität“ rechtfertigte den psychiatrischen Zugriff auf soziale Probleme.

Foto: Rennmayer

Label: Non-YARVIS

Von der Etikettierung zum Verstehen behinderter Menschen

.....
Georg Theunissen
.....

Der vorliegende Beitrag greift ein Thema auf, das zusehends Aktualität erfährt: Es geht um den Versuch, sozial benachteiligte, geistig-, lern- und psychisch behinderte Menschen, die bislang zum „harten Kern“ von Psychiatrie, (Psycho-)Therapie und Heilpädagogik zählten, sog. „Non-YARVIS“-Patienten oder Klienten, als „kompetente Akteure ihrer Entwicklung“ zu verstehen, um Anknüpfungspunkte für eine tragfähige, am Empowerment-Konzept orientierte Einzelhilfe zu finden. Ausgehend von einer kurzen Darstellung der methodischen Vorgehensweise werden anhand eines Beispiels aus der Praxis Aspekte einer „verstehenden Sichtweise“ aufgezeigt und für die handlungspraktische Ebene einer lebensweltbezogenen Behindertenarbeit fruchtbar gemacht.

Distanz und äußerster Vorsicht gelesen werden müssen. Nicht selten stoßen wir dabei auf (verdeckte) Indizien oder Anhaltspunkte, die bestimmte Lebensäußerungen zu erklären vermögen (z.B. Verhaltensauffälligkeiten als Antwort auf übermäßige Fremdbestimmung, physische Gewalt, sexuelle Mißhandlung...). Ebenso wichtig ist das *Gespräch mit dem Betroffenen*, welches in Form eines „Kompetenzdialogs“ (Herringer 1996b) durchgeführt werden sollte. Dabei handelt es sich um ein methodisches Instrument des vielversprechenden Empowerment-Ansatzes (Herringer 1991; 1996a; *Theunissen/Plaute* 1995; *Stark* 1996; *Theunissen* 1998) in der Sozialarbeit und Behindertenhilfe, welches eine biographische Rückschau fokussiert, Hospitalisierungssymptome (Verhaltensauffälligkeiten) positiv zu konnotieren versucht und sich insbesondere auf das konzentriert, was aus der Betroffenenansicht als „unproblematisch“, gelungen oder erfolgreich gilt. Dadurch rücken Kompetenzen und Menschenstärken in den Blickpunkt der diagnostischen Arbeit, und es werden zugleich neue Perspektiven für die Lebenszukunft und wertvolle Anknüpfungspunkte für die pädagogische und therapeutische Arbeit (Enthospitalisierung) offeriert. Freilich hängt das, was man an Informationen erhält (und das gilt auch für Gespräche mit Bezugspersonen), immer davon ab, was dem Betroffenen retrospektiv in Erinnerung geblieben ist, wie differenziert er sich seiner eigenen Lebenssituation und Handlungen bewußt ist und ob er Ereignisse (kritisch) reflektieren kann. Außerdem kommt es auf das gemeinsame sprachliche Vorwissen (Begriffsverständnis; Ausdrucks- u. Verständigungsbasis; Dialekt; sprachlicher Code) an. Insofern lassen sich (auch) über Gespräche tatsächliche Ereignisse und Handlungsvollzüge nur bedingt erschließen. Hinzu kommt, daß gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung die sprachlichen Mitteilungs- und Selbstbeobachtungsfähigkeiten oft begrenzt sind, weswegen *teilnehmende* (dialogisch-kooperative) und *nicht-teilnehmende* (systematische) *Verhaltensbeobachtungen und Verlaufspunktrollierungen* sowie Aufzeichnungen von verbalen und non-verbalen Interaktionen (z.B. mittels Video) hilfreich, ja häufig unverzichtbar sind.

Wichtig sind im übrigen auch *Explorationsgespräche mit relevanten Bezugspersonen* (Angehörigen, professionellen Helfern, ggf.

auch ehemaligen MitarbeiterInnen) sowie *ärztliche Informationen* (in Bezug auf ein klinisches Syndrom, den aktuellen Gesundheitszustand...). Auch *psychologische Tests* sollten bei aller Problematik nicht von vornherein abgetan werden. Dies setzt allerdings voraus, daß ihre Daten nicht – wie es die traditionelle Diagnostik praktiziert – isoliert (selbstredend) betrachtet und zur Verdinglichung des Betroffenen mißbraucht werden, sondern mit den anderen Informationen (Entwicklungsgeschichte, Lebenssituation...) verschaltet, d. h. in einem Gesamtzusammenhang aufbereitet werden.

Gegenüber einer qualitativen Diagnostik, der es um Verstehen zu tun ist, wird immer wieder der Vorwurf mangelnder Wissenschaftlichkeit erhoben. Vermißt werden Gütekriterien wie Zuverlässigkeit, Objektivität und Generalisierbarkeit von Ergebnissen. Sieht man einmal davon ab, daß auch empirisch-diagnostische Verfahren kein Garant für sicheres Wissen und Objektivität sein können, weil „alles, was gesagt wird...“, von einem Beobachter zu einem anderen Beobachter gesagt“ wird (*Maturana* 1982, 139), sind tatsächlich hermeneutische Methoden besonders anfällig für subjektive Meinungen und Verfälschungen, für Beziehungsfallen (unbewußtes Sympathie-/Antipathieverhältnis zwischen Beobachter und Betroffenen), für dogmatisches Denken und ideologische Einflüsse sowie für ein unreflektiertes (unbewußtes) Sich-Leiten-Lassen von Alltagstheorien, Vorurteilen, Menschenbildern, Normen oder Werturteilen. Um solche Fehlerquellen möglichst gering zu halten, ist es wichtig, daß diagnostische Prozesse und Aussagen nur unter ständiger Bewußtmachung normativer Implikationen und *Reflexion des Vorverständnisses* des jeweiligen Untersuchers erfolgen. Wichtig ist in dem Zusammenhang die *Offenlegung der Bezugssysteme*, die für den Diagnostiker handlungsbestimmende Funktion haben. So orientieren wir uns zum Beispiel an Theorien und Erkenntnissen aus den Sozialwissenschaften, der Sozialpsychiatrie und der Systemforschung (hierzu *Theunissen* 1992; 1997), wenn wir die themenrelevanten Informationen auszuwerten versuchen. Natürlich kann man auch ganz andere Ansätze oder Modellrudimente für eine Interpretation zugrunde legen (z.B. psychoanalytische Erklärungen), da die Entscheidung für bestimmte Bezugssysteme keine Frage von Wahrheit oder Richtigkeit ist, sondern mit dem

mehr ein Fall von Meinesgleichen. Indem ich mich in dem Anderen als Möglichkeit meiner eigenen Existenz spiegele, werde ich für einen Augenblick emotional überwältigt, berührt.“ Dieses Prinzip dürfte (im Vereine mit einem einfühlsam-inniglichen Mittun) bei Menschen, die nicht für sich selber sprechen können (z.B. schwerst geistig behinderte Personen), wo also die Möglichkeiten des verbalen Kommunizierens (Kompetenzdialog) begrenzt sind, besonders zum Tragen kommen. Es ist aber mit einigen Risiken verknüpft. So kann zum Beispiel durch ein empathisches Sichhineinversetzen in die Situation des Anderen ein zu starkes Mitgefühl entstehen, welches Sachverhalte oder Beschreibungen so durchdringt, daß diese nicht mehr mit notwendiger (fachlicher) Distanz betrachtet werden können. Ist überdies noch Mitleid mit im Spiel, und kann die Lage des Anderen nicht ausgehalten werden, kommt es leicht zur Übernahme von Verantwortung, die die Gefahr einer übermäßigen Fremdbestimmung, Hilfe oder totalen Betreuung beinhaltet oder nach sich zieht. Daher betont *Jantzen* (ebd., 27) die Notwendigkeit einer „reflexiven Haltung“ im Nacherleben, was nach *Buber* (1962) als „Urdistanz“ in der Begegnung ausgelegt werden kann. Entscheidend ist, daß man sich trotz „Betroffenheit“ im Anderen nicht verliert. Des Weiteren verleitet das Nacherleben dazu, eine gemeinsame, quasi identisch gelagerte Ereigniswahrnehmung und Wirklichkeitskonstruktion anzunehmen, die den Diagnostiker und Betroffenen in gleicher Weise umfaßt. Daß es übereinstimmende Situationsdeutungen und Sinngebungen geben kann, die unter anderem auch aus psychophysischen Ausdrucksformen, aus der Mimik, Gestik oder Körperhaltung, erschlossen werden können, wollen wir nicht in Abrede stellen. Trotzdem besteht die Gefahr, den Anderen in seiner Subjekthaftigkeit zu verfehlen, da er uns – und das betrifft vor allem Menschen, die nicht über sich selbst berichten können, – in seinem Denken, Erleben und Handeln niemals völlig zugänglich ist, d.h. immer auch ein „Geheimnis des Humanen“ (*Portmann*), also fremd oder „unverstanden“ bleibt. Daher ist es wichtig, daß beim Nacherleben Möglichkeiten einer „unkonventionellen“ Wahrnehmung und Situationsdefinition, eines Eigenerlebens oder einer einma-

lig-einzigartigen Erfahrung und Ereignisdeutung mitgedacht sowie vom eigenen Gefühl und Standpunkt abweichende Sinngebungen akzeptiert werden. An dieser Stelle stoßen wir somit auf *Grenzen des Verstehens*, was nicht gegen unsere Methode, sondern für uns Menschen spricht. Das schließt nicht aus, einen *praktischen Diskurs* (*Klafki*) als intersubjektive Kontrollinstanz einzuführen, um Fehlerquellen, ideologische Einflüsse oder subjektive Verzerrungen möglichst gering zu halten.

Beispiel Frau D. Vorbemerkung

Das folgende Beispiel beruht auf einer zusammenfassend-synthetisierenden Auswertung von unterschiedlichen Informationen. Zum einen wurden im Jahre 1980 vorliegende Akten, Rapportbuchaufzeichnungen und die Krankengeschichte studiert und ausgewertet. Zum ande-

ren fanden im gleichen Jahr Gespräche mit ehemaligen Betreuerinnen statt, die Frau D. aus den 50er und 60er Jahren her kannten (Familienmitglieder konnten nicht ausfindig gemacht werden.). Da zum damaligen Zeitpunkt eine verbale Verständigung mit Frau D. und somit eine aktive Beteiligung der Betroffenen am Prozeß der Rehistorisierung ihrer Lebensgeschichte nicht möglich

war, mußten wir auf den Kunstgriff des Nachvollziehens zurückgreifen. Außerdem wurden vom Verfasser teilnehmende und nicht-teilnehmende Beobachtungen durchgeführt, die gemeinsam mit den zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern reflektiert und ausgewertet wurden. Mit Hilfe all dieser durch Aktenstudien, Gespräche und Beobachtungen ermittelten Daten wurde zunächst nach dem Prinzip größtmöglicher Neutralität die Lebensgeschichte rekonstruiert. In einem zweiten Schritt folgte dann in Anlehnung an sozialwissenschaftlichen Bezugssystemen der Versuch des Verstehens der Geschichte, aus dem spezifische Arbeitshypothesen hervorgingen. Diese waren zugleich Ausgangspunkt für die Entwicklung eines pädagogischen (Einzelhilfe-)Konzepts, das Anfang der 80er Jahre für die Alltagsarbeit mit Frau D. handlungsbestimmend war (zur Konzeption *Theunissen* 1994; 1999).

.....
**Der Andere
bleibt immer
auch ein
„Geheimnis
des Humanen“.**
.....

Zur Lebensgeschichte

Frau D., geb. 1927, stammt aus einem sozial schwachen Milieu. Ihr Vater war Hilfsarbeiter, der kurz nach ihrer Geburt tödlich verunglückte. Seitdem lebte sie mit ihrer Mutter alleine, die Gelegenheitsarbeiten nachgehen mußte, um Geld für den täglichen Lebensunterhalt zu verdienen. Darunter habe – zit. nach der Krankengeschichte – „die Erziehung erheblich gelitten.“ Trotz leichter verzögerter Entwicklung sei Frau D. aber altersgemäß eingeschult worden. Bereits kurz nach Schulbeginn war sie durch Erziehungsschwierigkeiten (Stören von Mitschülern am Unterricht, häufiges Schuleschwänzen, Verweigerung von Hausaufgaben, Trotz, Führungsresistenz und Auflehnung gegenüber Lehrkräften) besonders aufgefallen.

Darüber hinaus hatte sie auf Grund von Lernschwierigkeiten das erste Schuljahr wiederholen müssen. Überhaupt galt sie immer als eine schlechte und „schwierige“ Schülerin, weswegen man sie nach der 7. Klasse frühzeitig aus der Volksschule entlassen hatte. Danach sei sie als Gehilfin oder als „Dienstmädchen“ in verschiedenen Haushalten tätig gewesen. 1949 sei es zu einer fristlosen Entlassung aus einem privaten Haushalt gekommen, weil sie sich angeblich auf eine sexuelle Beziehung mit dem Sohn der Familie eingelassen hatte. Da sie danach – so eine Aktennotiz – zu verwaarlosten drohte, wurde sie kurze Zeit später in eine psychiatrische Anstalt mit der Diagnose „Debilität und psychopathische Wesensabartigkeit“ eingewiesen (wer dies veranlaßt hatte, konnten wir leider nicht in Erfahrung bringen). Dort hatte man sie zunächst in einem „offenen Haus“ untergebracht, und es wurde ihr die Möglichkeit gegeben, in der Waschküche wie auch als Hausarbeiterin auf ihrer Station zu arbeiten. In ihrer Freizeit beschäftigte sich Frau D. vorwiegend mit Handarbeiten und gelegentlichem Malen. Von seiten der Psychiatrisschwestern wurde sie während dieser Zeit als sehr willig, hilfsbereit, fleißig und vergnügt erlebt und beschrieben.

Bereits nach drei Monaten ihrer Psychiatric-Einweisung wurde sie jedoch auf eine andere Station in einem anderen Gebäude verlegt, und in den nachfolgenden beiden Jahren mußte sie noch insgesamt neun Mal (!) eine Station wegen „Platzmangel“ wechseln. Diese ständigen Verlegungen blieben nicht ohne Folgen: Reagierte

Frau D. auf die ersten beiden Verlegungen zunächst mit einem häufigen Klagen über Kopfschmerzen, zeitweiliger depressiver Verstimmung, Jammern, Beschwerden, Nörgeln, Arbeitsverweigerung und -unlust, so kam es in der Folgezeit zu immer stärker werdenden Stimmungsschwankungen („läppisch-albernes“ bis „depressiv-weinerliches“ Verhalten), zu massiven Beschimpfungen des Personals, Wutanfällen, totaler Arbeitsverweigerung sowie Handgreiflichkeiten gegenüber Mitpatientinnen. Außerdem führte sie in zunehmenden Maße Selbstgespräche und zog sich seit 1952 tagsüber ins Bett zurück.

Seitdem galt sie als eine schwierige, ständig bettlägerige Patientin mit einem ausgeprägten „läppischen und ungehemmten Charakter“. Da ihre (Selbst-)Gespräche immer verfahrenener wurden und sie immer häufiger Wahnideen und Sinnestäuschungen zum Ausdruck brachte (so glaubte sie beispielsweise bestrahlt zu werden und daß aus ihren Fingern Eiter flöße), wurde ihr ein Jahr später eine „Pfpopschizophrenie“ attestiert. Neben der Bettlägerigkeit traten in den nachfolgenden Jahren noch weitere Auffälligkeiten hinzu, die als Ausdruck eines „fortschreitenden Persönlichkeitsverfalls“ beschrieben wurden: Desorientiertes, zielloses Umherlaufen im Wach- oder Schlafsaal, mehrfaches Zerreißen ihrer Kleidung, Zerkauen und Verschlucken abgebissener Stoffetzen, distanzloses, aufdringliches Verhalten gegenüber Mitarbeiterinnen, häufiges Weinen vor allem in den Abendstunden und beklagendes Jammern, von den Schwestern zu wenig beachtet, ständig benachteiligt und überhaupt von „niemanden“ geliebt zu werden. Neben diesem Wunsch nach Anerkennung und Zuwendung, welcher vom Personal immer wieder als Ausdruck „großer Unruhe“, als störend erlebt und sanktioniert wurde (z. B. durch „Verordnung“ von Bettruhe), traten des weiteren Verhaltensauffälligkeiten auf, die im Rahmen einer Hospitalisierung zum Teil sehr typisch sind: ständiges Haarezipfen am Kopf und häufiges Ausreißen von Haarbüscheln, Einnässen und Einkoten am Tage, Schlafen von Mitarbeiterinnen mit Fäusten und Werfen von Messern gegenüber Schwestern und Mitpatientinnen. Darüber hinaus wurden ihre sprachlichen Äußerungen immer unverständlich – ein Prozeß, der Ende der 50er Jahre in einen sog. Mutismus mündete. Damit war seit 1960 eine verbale Verständigung mit Frau D.

leistungsschwach, von Verwahrlosung bedroht...). Solche schon zu Beginn der Schulzeit früh einsetzende Typisierungen und Stereotypisierungen verallgemeinern einzelne Beobachtungen, indem sie unvermittelt auf ein allgemeines „Wesen“ hinter dem individuellen „Schein“, d. h. auf den „Charakter“ schließen. Wer im Unterricht stört, hat, diesem Schluß zufolge, einen „minderwertigen Charakter“ und ist also ein schlechter Schüler.

Hinzu kommt, daß derartige Typisierungen auch aus einem statischen Persönlichkeits- und Begabungsbegriff her abgeleitet werden, der die Gründe für auffälliges Verhalten in biologischen Charakteristika des Einzelnen erblickt und Zusammenhänge zwischen Verhaltensauffälligkeit, Charakter und Minderbegabung (Debilität) behauptet (siehe auch *Theunissen* 1992, 52ff.). Besonders benachteiligt werden in dem Zusammenhang Schüler aus unteren sozialen Schichten, die den normativen Erwartungen der Leistungsgesellschaft nur schwer genügen können. Sie werden im Gegensatz zu Mittelschichtkin-

.....

Aus der Erziehungsschwierigkeit wurde ein psychiatrisches, individualpathologisches Problem und damit ein „einzuweisender Fall“.

.....

den häufiger negativ typisiert und stigmatisiert, wobei weniger ihr wirkliches Verhalten ausschlaggebend zu sein scheint als vielmehr ihre Schichtzugehörigkeit und die damit verknüpften Vorurteile.

Derlei Prozesse, die durch die labeling-Theorie gestützt werden, dürften bei Frau D. eine prominente Rolle gespielt haben. Allerdings würde unsere Betrachtung zu kurz greifen, wenn wir Frau D. nur als „Opfer“ von Stigmatisierungs-

und Normanwendungsprozessen beschreiben. Denn es gibt keine eindeutigen Belege für die Übernahme des ihr angetragenen Fremdbildes bzw. für eine Anpassung an die ihr zugeschriebene Rolle (self-fulfilling-prophecy). Im Gegenteil: Wir dürfen annehmen, daß sich Frau D. erfolgreich gegenüber der Definitions- und Sanktionsmacht der Agenten sozialer Kontrolle (Schule; Behörden) zu behaupten wußte (Stigma-Management). Vor diesem Hintergrund

könnten auch die „Störungen“ im Unterricht als Widerstandsressourcen im Sinne von Selbstverteidigungs- oder Selbstbehauptungstechniken positiv konnotiert werden. Auf jeden Fall ist es nach ihrer frühzeitigen Schulentlassung nicht zu einer (in der Regel prognostizierten) Verwahrlosung und negativen Identitätstransformation gekommen, sondern es war Frau D. offenbar gelungen, ihr Leben weithin eigenständig durch gesellschaftliche anerkannte (wenn auch gering geschätzte) Tätigkeiten (Hilfe in privaten Haushalten) für mehrere Jahre in der Nachkriegszeit zu meistern. Möglicherweise hatte sie in dem Zusammenhang von ihrer häuslichen Erziehung durchaus profitiert, indem sie auf Grund der Berufstätigkeit ihrer Mutter schon früh Haushaltstätigkeiten eigenständig-selbstverantwortlich verrichten mußte. Diese früh erworbenen Kompetenzen kamen ihr nun im jungen Erwachsenenalter zugute.

Welche genauen Hintergründe bei ihrer fristlosen Entlassung aus einem privaten Haushalt eine Rolle gespielt haben, läßt sich nicht eruieren. Auf jeden Fall wurde die sexuelle Beziehung zwischen Frau D. und dem Sohn des Hauses einzig und allein ihr angelastet. Damit fand spätestens an dieser Stelle das (ihr amtlicherseits zugeschriebene) Bild eines „minderwertigen und asozialen Charakters“ seine „offizielle“ Bestätigung. Zugleich war wohl diese einseitige Schuldzuschreibung und täterorientierte Sicht befördernd für die Annahme, daß Frau D. eine Gefahr und Belastung für die Gesellschaft darstelle und auf Grund drohender Verwahrlosung zu ihrem eigenen Schutze wie aber auch zum Schutz der Gesellschaft gegenüber „Asozialen“ oder Auffälligen in eine psychiatrische Anstalt eingewiesen werden müsse. Aus der ursprünglichen Erziehungsschwierigkeit wurde jetzt ein psychiatrisches, individualpathologisches Problem und damit ein „einzuweisender Fall“. Die pädagogischen Alltagstheorien wurden nun durch die Definitionsinstanz Psychiatrie wissenschaftlich legitimiert (vgl. hierzu die Symptome des „Psychiatrischen Modells“ in *Theunissen* 1999). Mit der Diagnose „Debilität und psychopathische Wesensabartigkeit“ glaubte man die psychosoziale Problematik und Situation hinreichend erfaßt sowie eine Legitimation zur Einweisung von Frau D. gefunden zu haben. Die Psychiatrisierung von Menschen, die sich wie Frau D. in einer ähnlichen Problemlage befanden, war danach und zu jener Zeit kein

Einzelfall. Verwahrlosungserscheinungen galten zwar nicht als Geisteskrankheit, wohl aber als Abnormität und Abartigkeit, weswegen sie nicht selten unter dem Oberbegriff der „Psychopathie“ gefaßt wurden (hierzu *Theunissen* 1992, 22). Und unter Psychopathen verstand man „früh geprägte charakterologisch abnorme Persönlichkeiten, (gleichgültig, G. T.) ob diese von Kindheit an bestehenden Charakteranomalien als früh erworben ... oder als anlagemäßig ... aufzufassen sind“ (*Bayer* zit. n. ebd., 22). Dabei wurden häufig in Anlehnung an *Kraepelin* (1904) vier zentrale Typen unterschieden: „Geborene Verbrecher“, „Haltlose“, „Krankhafte Lügner“ und „Pseudoquerulanten“ (Streitsüchtige ohne Wahnvorstellungen), wobei Frau D. insbesondere „Willensschwäche“ (sexuelle Verwahrlosung) und „Querulantum“ attestiert wurde.

Die Unterstellung einer pathologischen Abnormität hatte weitreichende Konsequenzen: Zum einen wurde die Suche nach der Ursache ganz ins Subjekt hinein verlagert, wobei soziale Faktoren weithin ausgeblendet oder aber als problemverstärkende Randbedingungen in Betracht gezogen wurden, zum anderen wurde eine unüberschreitbare Grenze zwischen „Normalität“ und „Abnormität“ errichtet, durch die man ebenfalls den psychiatrischen Zugriff auf soziale (pädagogische, gesellschaftliche) Probleme sowie die Ausgrenzung und Kasernierung Betroffener in klinisch kontrollierten Revieren zu rechtfertigen versuchte. Das Postulat einer pathologischen Abnormität sowie die damit verknüpfte Abgrenzung zu „normalen“ Verhaltens- und Erlebensweisen war damals in der Psychiatrie weithin unhinterfragt und wirkte bis Ende der 70er Jahre deutlich nach (so z. B. in *Arns/Jochheim/Remschmidt* 1978, 181f.). Daß die Grenzen zwischen einem „normalen“ und einem „auffälligen“ Verhalten fließend sind, kam den Repräsentanten der deutschen Psychiatrie dabei kaum in den Sinn. Ihre Definitions- und soziale Kontrollmacht war enorm. Besonders betroffen waren davon Menschen aus einem sozial schwachen Milieu sowie gesellschaftliche Randgruppen (Landstreicher, Obdachlose, Prostituierte, Heimatlose). Kam es bei diesen Personen zu einer Einweisung in die Psychiatrie, und das war nicht selten, gab es dafür kaum „ernstzunehmende“ Gründe (*Jervis* 1978, 119), vielmehr waren es in erster Linie „irgendwelche banale Umstände“ oder „verschiedenste Vorwände“ (finanzielle Armut,

Arbeitslosigkeit, fehlender fester Wohnsitz, Umherstreunen ...), die für eine Zwangsunterbringung ausschlaggebend waren. *Jervis* zufolge fehlten zumeist „objektive Krankheitskriterien“ (ebd., 48), was man durch vage und unspezifische Diagnosen wie „psychische Wesensveränderung“, „psychopathische Wesensabartigkeit bei Minderbegabung“ etc. oftmals zu verdecken versuchte. Viele Krankheitsgeschichten von geistig behinderten, seelisch behinderten und chronisch kranken Menschen, die heute als hospitalisiert und „fehlplaziert“ zu den „Stiefkindern“ der Psychiatrie zählen (hierzu *Lingg/Theunissen* 1997; *Dörner* 1998), belegen dies recht deutlich.

Alles in allem können wir somit festhalten, daß die psychiatrische Unterbringung von Frau D. dem damaligen Zeitgeist voll entsprach. Wenn gleich diese Maßnahme Unverständnis, Protest und Widerstand hätte erwarten können, gibt es in den Krankenberichten über Frau D. keine Hinweise darauf. Vielmehr wird sie als eine von Verwahrlosung gekennzeichnete Patientin beschrieben, die sich schon kurz nach ihrer Einweisung weitgehend normgerecht verhalten habe. Auf Grund ihrer Anpassung an die institutionellen Bedingungen habe man sie daher rasch und recht problemlos – auch zu ihrer eigenen Zufriedenheit – arbeitstherapeutisch beschäftigen können. Die Frage, ob dies tatsächlich in ihrem Sinne war, läßt sich nicht beantworten. Denn es gab zum Beispiel keine Initiativen von Seiten der Psychiatrie, Frau D. gesellschaftlich zu reintegrieren. Es wurden aber auf jeden Fall ihre Interessen und Kompetenzen aufgegriffen – ein Zeichen dafür, daß nicht alles im Namen der Psychiatrie „schlecht“ war und daß nicht alle behinderten Menschen innerhalb eines psychiatrischen Anstaltswesens total zu leiden hatten (auch *Barton* 1974, 12, 16).

Erst nachdem Frau D. innerhalb kürzester Zeit aus rein organisatorischen Gründen ohne jegliche Rücksichtnahme auf ihre subjektive Befindlichkeit von einer Station auf eine andere verlegt wurde, trat ein Prozeß ein, den *Jervis* (1978, 129)

.....
Es wurde eine unüberschreitbare Grenze zwischen „Normalität“ und „Abnormität“ errichtet.

ständig – ging es doch alles Andere als um ein Verstehen der auffälligen Verhaltens- und Erlebensweisen. Im Gegenteil: Die Etikettierung von Frau D. als debil und schizophran (i. S. e. Pflöpf-schizophrenie) ließ jegliches Verständnis für ihre Problem- und Interessenlage vermissen, und dementsprechend wurde ihre weitere Entwicklung auch ausgesprochen negativ prognostiziert. Dieser psychiatrisch-therapeutische Nihilismus hatte zugleich handlungsbestimmende Funktion: Frau D. galt nun als ein unheilbar-hoffnungsloser „Pflegefalle“, der am besten auf einer „geschlossenen geriatrischen Station“ aufgehoben sei.

Tatsächlich kam es vor dem Hintergrund dieser negativen Prognose zu einer Aggravation ihres auffälligen Verhaltens (Aggressionen gegenüber dem Personal; Mutismus; Nahrungsverweigerung), so daß die self-fulfilling-prophecy in doppelter Hinsicht Bestätigung fand: Zum einen aus der Perspektive des Personals, welches bei Frau D. einen „fortschreitenden Persönlichkeitsverfall“ beobachtete, zum anderen bei Frau D., die durch die Antworten der MitarbeiterInnen auf ihr Problemverhalten sich immer wieder bestätigt fühlte, daß ihr zentrales Bedürfnis nach positiver Zuwendung und Kommunikation völlig negiert, ja sogar als „böswilliger“ und pathologischer Wesenszug ausgelegt wurde. Daher fühlte sie sich alles Andere als verstanden und paßte sich ganz der ihr zugeschriebenen Patientenrolle an. Durch den totalen Mutismus, dem nicht selten Ausdruck von Angst und Hilflosigkeit zugrunde liegt, glaubte sie ein für sie probates Mittel gefunden zu haben, die ständigen Kränkungen sowie das implizite Leiden selbstbestimmt zu überstehen. Denn positiv konnotiert bringt diese von ihr über zwanzig Jahre lang praktizierte Verweigerung ein hohes Maß an Selbstdisziplin, Ausdauer und Selbstbehauptung, eine sog. Durchhaltekompetenz zum Ausdruck. Denn dank ihres (dieses) individuellen Widerstandspotentials war es letztlich nicht – wie negativ prognostiziert – zu einem irreversiblen Persönlichkeitsverfall gekommen. Die Ereignisse in den frühen 80er Jahren belegen, daß selbst bei dieser so stark ausgeprägten Hospitalisierung und Entfremdung der originäre Wunsch nach personaler Wertschätzung und Anerkennung nie völlig aufgegeben wurde. Wenngleich die institutionelle Gewalt brutal und kaum auszuhalten war, hatte sich ihr zwanzigjähriges „Warten auf

Veränderung“ letztendlich gelohnt. Durch die anti- und sozialpsychiatrische Bewegung eingeleitete Kritik am „psychiatrischen Modell“ kam es Ende der 70er Jahre zu einer Neubestimmung und veränderten Problemsicht der Lage chronisch Kranker und geistig behinderter Menschen in der Psychiatrie, die mit institutionellen Reformen einherging (hierzu genauere Ausführungen *Theunissen* 1999). Sozialwissenschaftliche Erklärungsansätze für abweichendes Verhalten fanden in zunehmenden Maße Gehör und vor dem Hintergrund multifaktorieller Ätiologiekonzepte wurden

 soziotherapeutische, heil- und sozialpädagogische sowie sozialintegrative Maßnahmen propagiert. Von diesen Normalisierungs- und Integrationsbemühungen profitierte auch Frau D.. Nach vielen Jahren der Verdinglichung und psychischen Mißhandlung wurde sie im Alter von 53 Jahren wieder als „Person“ wahrgenommen, und es wurden ihre Bedürfnisse und Interessen aufgegriffen, wobei der Aufbau eines tragfähigen, verlässlichen Vertrauensverhältnisses durch eine kontinuierliche Bezugsassistenz (Patenschaft; Bezugsbetreuung) das Wesentlichste war.

Nach vielen Jahren der Verdinglichung und psychischen Mißhandlung wurde sie im Alter von 53 Jahren wieder als „Person“ wahrgenommen.

Das alles führte zur Veränderung: Frau D. spürte, daß es eine Mitarbeiterin gab, die sie gerne hatte, und das war letztlich ausschlaggebend dafür, daß sie eines Tages wieder zu sprechen anfang (zunächst in Form eines selektiven Mutismus im Zusammensein mit ihrer Bezugsassistentin), in ihrer Lebensgestaltung immer selbständiger wurde und sich der Umwelt gegenüber aufgeschlossen öffnete. Diesem Prozeß lag eine pädagogische Konzeption zugrunde, die von der Einsicht ausging, daß die Aufbereitung von Lebensgeschichten zum Verstehen hospitalisierter Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung unabdingbar ist. Und nur von diesem Bezugspunkt aus konnte die behindertenpädagogische Arbeit erfolgreich gedeihen.