P.b.b. Erscheinungsort Graz, Verlagspostamt 8020 Graz

BEHINDERTE

in Familie, Schule und Gesellschaft

Heft 4/1996 • 19. Jahrgang • öS60,–/DM 10,–

Psychotherapie und Behinderung

EXTRA: Handicap-Reisen

Georg Theunissen

Geistig behinderte Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten zwischen Heilpädagogik und Psychiatrie

Zusammenfassende Vorbemerkung

Der vorliegende Beitrag diskutiert pädagogische und psychiatrische Positionen in bezug auf den „therapeutischen" Umgang mit Menschen, die als geistig behindert und verhaltensauffällig etikettiert werden. Dabei wird grundsätzlich vom Primat der behindertenpädagogischen Arbeit ausgegangen und neueren Tendenzen, die das „Heil" bloß in der (Psycho-)Therapie suchen, eine implizite Absage erteilt. Denn (Psycho-)Therapie kann eine lebensweltorientierte Behindertenarbeit nicht ersetzen.

Einführung ins Thema

Bis vor wenigen Jahren spielte sowohl in Deutschland als auch in Österreich die Psychiatrie in der Rehabilitation von Menschen mit geistiger Behinderung eine prominente Rolle. Zum einen war sie auf Grund des Fehlens pädagogischer Einrichtungen und ambulanter Dienste ein „Auffang- und Sammelbecken", zum anderen vertrat und verbreitete sie die Lehrmeinung, daß ein großer Teil geistig behinderter Menschen infolge von Bildungsunfähigkeit, hochgradiger Pflegebedürftigkeit und Verhaltensauffälligkeiten nur in Krankenhäusern oder Pflegeanstalten versorgt werden könnte. Wohnen galt demzufolge als „stationäre Unterbringung", und die alltägliche Versorgung stand ganz unter dem Diktat des traditionellen „psychiatrischen Modells" (*Theunissen* 1994a).

Mit dem Bekanntwerden menschenunwürdiger Zustände in diesen Einrichtungen kam es Anfang der 70er Jahre in der Bundesrepublik zu einer tiefgreifenden Krise und Neubestimmung der Psychiatrie. Wesentliche Impulse gingen von der Psychiatrie-Enquete (1975) aus, die die Fehlplazierung geistig behinderter Menschen in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen erkannt hatte. Daraufhin kam es Anfang der 80er Jahre in einigen Bundesländern (NRW, Bremen, Hessen) zu bemerkenswerten Reformen einer Ausgliederung geistig behinderter Menschen aus der Psychiatrie (*Theunissen* 1994a; *Wedekind* et al. 1994), die zugleich ein pädagogisches Interesse an Verhaltensauffälligkeiten/psychischen Störungen bei geistiger Behinderung beförderten.

B. Angstzustände, Depressionen, Psychosen, eng umschriebene Persönlichkeitsstörungen);

- Autistische Verhaltensweisen (z. B. Veränderungsangst; Zwangshandlungen; Kommunikationsprobleme);
- Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten (z. B. Arbeitsverweigerung; Arbeitsunlust; Wahrnehmungs- und Auffassungsstörungen; Arbeitsflucht);
- Somatisch-physische Auffälligkeiten (z. B. Ruminieren, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Verdauungsstörungen, zerebrale Krämpfe, zittern); (vgl. genauere Ausführungen in *Lingg/Theunissen* 1994; *Theunissen* 1995; Lebenshilfe 1996).

Die Konsequenzen, die sich daraus für die Praxis ergeben, haben inzwischen eine Kontroverse über geeignete psychosoziale Hilfen und Maßnahmen ausgelöst. Die Diskussion darüber wird häufig einseitig geführt, wobei der Eindruck entsteht, daß eine Verständigung zwischen unterschiedlichen Sichtweisen kaum möglich erscheint. Dagegen wenden sich die folgenden Ausführungen, die vor dem Hintergrund der kritischen Diskussion von Psychiatrie und (Heil-)Pädagogik die interdisziplinäre Kooperation zum Programm erklären.

Zur neueren psychiatrischen Sicht

Wenngleich die orthodoxe psychiatrische Denkfigur (vgl. *Theunissen* 1984a; 1996) noch nicht als überwunden gelten kann, bemüht man sich neuerdings in der Psychiatrie um eine differenzierte Betrachtung psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung, was durch den aus dem angloamerikanischen Sprachraum transportierten Begriff der „dual diagnosis" zum Ausdruck gebracht werden soll. Dieses Etikett ist allerdings umstritten, da es wenig zum Verständnis auffälliger Verhaltensweisen beiträgt und eher die Gefahr einer *„neuen Medizinierung"* von Menschen mit geistiger Behinderung befördert. In der Tat läßt sich nachweisen, daß Repräsentanten dieses Konzepts das diagnostische und konzeptionelle Raster des traditionellen medizinischen Modells nicht verlassen. So interpretiert *Day* (1993, 79f.) z. B. Verhaltensauffälligkeiten bei geistig behinderten Menschen als Hinweis auf einen krankhaften Prozeß: „Viele Verhaltensstörungen haben eine organische Grundlage... Es gibt immer mehr Anhaltspunkte dafür, daß auffälliges Verhalten in vielen Fällen auf eine zugrundeliegende psychische Krankheit zurückzuführen ist". Diese Ansicht hat zugleich weitreichende Konsequenzen für die Praxis. So kommt für *Day* „oft... nur eine psychiatrische Betreuung in Frage" (80), und dies durchaus in „gesonderten psychiatrischen Einrichtungen für geistig behinderte Menschen" (90). Kritisch muß angemerkt werden, daß mit der Orientierung an organmedizinischen Pathologievorstellungen der sozialen Dimension von Verhaltensauffälligkeit kaum Beachtung geschenkt wird. Verhaltensauffälligkeiten sind aber in der Regel kein direkter Ausdruck einer hirnorganischen Störung. Organpathologische Befunde von psychischen Störungen sind auch bei Menschen mit geistiger Behinderung nur in Ausnahmefällen, bei äußerst seltenen klinischen Syndromen, nachweisbar (vgl. *Gaedt* 1987, 117; *Neuhäuser* 1990; Lebenshilfe 1996). Hinzu kommt, daß sich die meisten Auffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung kaum einem bekannten psychiatrischen Krankheitsbild zuordnen lassen, weswegen psychiatrische Diagnosen nur unter Vorbehalt erstellt und am besten vermieden werden sollten (vgl. *Lingg/Theunissen* 1994, 16). Einige Vertreter der neueren Psychiatrie wissen sehr wohl um diese Problematik, weswegen es ihnen um eine multidimensionale Problemsicht und Kooperation mit anderen Professionen (Pädagogik, Psychologie, Sozialarbeit) zu tun ist (vgl. *Gaedt* 1995, *Lingg* 1995; *Warnke* 1996); und nur dieser „offene" Ansatz – so die Autoren – kann erfolgversprechend und wegweisend sein.

Nach dem heutigen Wissensstand dürfen wir annehmen, daß sich Verhaltensauffälligkeiten durch das Zusammentreffen verschiedener Ursachen, Auslöser oder Verstärker ausbilden und manifestieren, die innerhalb und außerhalb der Person liegen. Das bedeutet, daß biologischsomatische Aspekte (Organschaden, Hirnfunktionsstörungen, genetische Faktoren) nicht als alleinige Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten betrachtet werden dürfen; und selbst im Falle einer Intelligenzschädigung stellen sie lediglich ein Element in einem

multifaktoriellen, netzwerkartig und reziprok strukturierten, komplexen Bedingungsgefüge dar. Umgekehrt reicht eine ausschließlich soziologische oder sozialisationstheoretische Sicht zur Erklärung und zum Verständnis der Verhaltensproblematik nicht aus. Entscheidend ist das Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren auf biologischer, lern- und entwicklungspsychologischer, interaktioneller, milieuspezifischer, gesellschaftlich-normativer, lebensgeschichtlicher und identitätsspezifischer Ebene. Häufig wird dabei angenommen, daß Menschen mit geistiger Behinderung angesichts einer anlagebedingten oder früherworbenen Disposition (z. B. durch Frühgeburt; Geburtskomplikationen, längere Krankenhausaufenthalte in der Säuglingszeit) vulnerabler als andere für psychische Krisen sind und schon bei geringfügigen alltäglichen Anforderungen leicht zu Kurzschlußhandlungen oder panikartigen Auffälligkeiten neigen. Ob es zu einer schweren Krise kommt, hängt davon ab, wie der Einzelne das jeweilige Ereignis wahrnimmt, bewertet und bewältigt. Dies gilt z. B. auch bei körperlich begründeten Befindlichkeitsstörungen (Zahnschmerzen, Blinddarmreizung, Kopfschmerzen, Obstipation), die oft aufgrund „unreifer" Bewältigungsstrategien (mangelnde Verbalisierungsfähigkeit) auf einfachem Niveau in Form von Verhaltensauffälligkeiten (Schlagen, Schreien) zum Ausdruck gebracht werden. Nicht selten werden dann solche Befindlichkeitsstörungen nicht erkannt, und fälschlicherweise wird eine psychiatrische Auffälligkeit vermutet oder gar diagnostiziert. Um in diesen Fällen Fehlschlüsse und unzweckmäßige Interventionen zu vermeiden, sollte stets eine „medizinisch-ganzheitliche" Untersuchung statthaben, die eine enge Zusammenarbeit von Allgemeinmedizin und Psychiatrie/Neurologie notwendig macht (*Gaedt* 1996). Erst dadurch lassen sich im Vereine mit der sozialen Problemsicht durch Pädagogik und Sozialarbeit grundsätzliche Folgerungen zum Verständnis von Verhaltensauffälligkeiten sowie für die Praxis ziehen. Aus psychiatrischer Sicht spielen dabei soziotherapeutische Gesichtspunkte (Milieugestaltung; sinnvolle Aktivierung und Lebenswelterschließung), übergeordnete therapeutische Grundregeln (optimale Abstimmung einer Pharmakotherapie mit Pädagogik, Psycho- oder Soziotherapie) sowie eine empathisch-verstehende therapeutische Grundhaltung eine wichtige Rolle (vgl. *Lingg/Theunissen* 1994; *Lingg* 1995). Ein solches Programm läßt sich nicht nur in eine lebensweltbezogene Behindertenarbeit integrieren, sondern es trägt zugleich auch zur Vervollkommnung einer pädagogisch geprägten Praxis bei, die im Falle von massiven Verhaltensauffälligkeiten in ihrer Reichweite begrenzt ist und einer Erweiterung durch Medizin und/oder Psychotherapie bedarf (vgl. ebd.; *Theunissen* 1995; Lebenshilfe 1996).

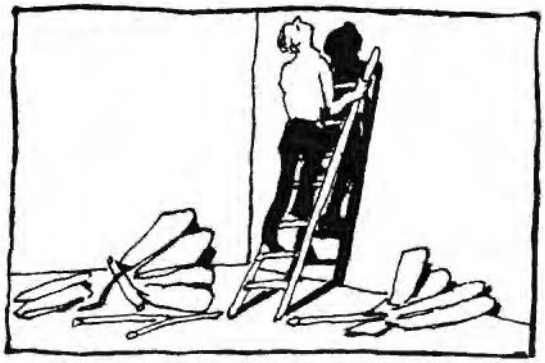
multifaktoriellen, netzwerkartig und reziprok strukturierten, komplexen Bedingungsgefüge dar. Umgekehrt reicht eine ausschließlich soziologische oder sozialisationstheoretische Sicht zur Erklärung und zum Verständnis der Verhaltensproblematik nicht aus. Entscheidend ist das Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren auf biologischer, lern- und entwicklungspsychologischer, interaktioneller, milieuspezifischer, gesellschaftlich-normativer, lebensgeschichtlicher und identitätsspezifischer Ebene. Häufig wird dabei angenommen, daß Menschen mit geistiger Behinderung angesichts einer anlagebedingten oder früherworbenen Disposition (z. B. durch Frühgeburt; Geburtskomplikationen, längere Krankenhausaufenthalte in der Säuglingszeit) vulnerabler als andere für psychische Krisen sind und schon bei geringfügigen alltäglichen Anforderungen leicht zu Kurzschlußhandlungen oder panikartigen Auffälligkeiten neigen. Ob es zu einer schweren Krise kommt, hängt davon ab, wie der Einzelne das jeweilige Ereignis wahrnimmt, bewertet und bewältigt. Dies gilt z. B. auch bei körperlich begründeten Befindlichkeitsstörungen (Zahnschmerzen, Blinddarmreizung, Kopfschmerzen, Obstipation), die oft aufgrund „unreifer" Bewältigungsstrategien (mangelnde Verbalisierungsfähigkeit) auf einfachem Niveau in Form von Verhaltensauffälligkeiten (Schlagen, Schreien) zum Ausdruck gebracht werden. Nicht selten werden dann solche Befindlichkeitsstörungen nicht erkannt, und fälschlicherweise wird eine psychiatrische Auffälligkeit vermutet oder gar diagnostiziert. Um in diesen Fällen Fehlschlüsse und unzweckmäßige Interventionen zu vermeiden, sollte stets eine „medizinisch-ganzheitliche" Untersuchung statthaben, die eine enge Zusammenarbeit von Allgemeinmedizin und Psychiatrie/Neurologie notwendig macht (*Gaedt* 1996). Erst dadurch lassen sich im Vereine mit der sozialen Problemsicht durch Pädagogik und Sozialarbeit grundsätzliche Folgerungen zum Verständnis von Verhaltensauffälligkeiten sowie für die Praxis ziehen. Aus psychiatrischer Sicht spielen dabei soziotherapeutische Gesichtspunkte (Milieugestaltung; sinnvolle Aktivierung und Lebenswelterschließung), übergeordnete therapeutische Grundregeln (optimale Abstimmung einer Pharmakotherapie mit Pädagogik, Psycho- oder Soziotherapie) sowie eine empathisch-verstehende therapeutische Grundhaltung eine wichtige Rolle (vgl. *Lingg/Theunissen* 1994; *Lingg* 1995). Ein solches Programm läßt sich nicht nur in eine lebensweltbezogene Behindertenarbeit integrieren, sondern es trägt zugleich auch zur Vervollkommnung einer pädagogisch geprägten Praxis bei, die im Falle von massiven Verhaltensauffälligkeiten in ihrer Reichweite begrenzt ist und einer Erweiterung durch Medizin und/oder Psychotherapie bedarf (vgl. ebd.; *Theunissen* 1995; Lebenshilfe 1996).

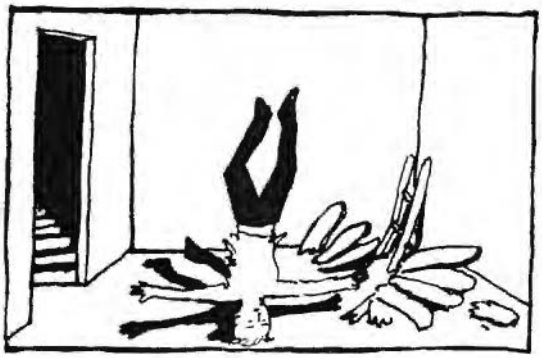
Zur traditionellen Heilpädagogik

Die pädagogische Diskussion über den geeigneten Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung wird von zwei Gegensätzen geprägt: An einem Ende des Spektrums steht die heilpädagogische Orthodoxie, die im Schlepptau der Medizin operiert, am anderen Ende die lebensweltbezogene Behindertenarbeit, die sich den Sozialwissenschaften verpflichtet fühlt.

Repräsentanten der heilpädagogischen Orthodoxie setzen im Falle von Verhaltensauffälligkeiten bei geistig behinderten Menschen auf Förderung und Therapie. Dagegen wäre im Einzelfalle nichts einzuwenden, ließe sich nicht feststellen, daß in der Regel eine ausschließlich individuumzentrierte, symptom- und funktionsorientierte Praxis statthat. Dies gilt sowohl für Lerntherapien und Verfahrensweisen auf der Grundlage der traditionellen heilpädagogischen Übungsbehandlung (*Oy/Sagi*), als auch für andere, durchaus neuere Verfahren (basale Kommunikation, basale Stimulation, Körpertherapie), wenn sie absolut gesetzt werden und in einem für Therapiemaßnahmen typischen zeitlich-räumlichen Setting zur Anwendung kommen. Problematisch ist, daß hierbei Heilpädagogik nur als Methodik (i. S. e. angewandten Kinder- und Jugendpsychiatrie) begriffen wird und daß geistig behinderte Menschen nur vom Nicht-Können her beschrieben und selbst im Erwachsenenalter infantilisiert werden. Ausgeblendet, ja häufig ignoriert werden dadurch ihre positiven Botschaften, Kompetenzen und Ressourcen; und außerdem fehlt der Blick für den sozialen Kontext, in dem sich Förderung abspielt. Gerade dadurch aber werden Verhaltensauffälligkeiten nicht in ihrer Komplexität begriffen, d. h. als Ausdruck eines gestörten Individuum-Umwelt-Verhältnisses, das die betreffende Person durch spezifische Problemlösungsmuster zu bewältigen versucht, die von anderen als normabweichend oder sozial unerwünscht etikettiert werden. Anstelle einer kontextorientierten Diagnostik und (heil-)pädagogischen Praxis geht es nur um die Veränderung der Person nach Maßgabe einer geforderten Norm, d. h. in erster Linie um „soziale Anpassung" der behinderten Menschen an bestehende (womöglich „krankmachende") Verhältnisse.

Förderung gerinnt damit zu einem Instrument, mit dem planmäßig aus einem verhaltensauffälligen geistig behinderten Menschen etwas „gemacht" werden soll. Dies aber hat mit Selbstbestimmung als Leitprinzip moderner Behindertenarbeit (*Theunissen/Plaute* 1995) nichts zu tun, die – wenn sie von Förderung spricht – darunter ein Angebot versteht, das den behinderten Menschen dazu anregen, befähigen und ermutigen soll, aus sich selber etwas zu machen, d. h. das eigene Leben möglichst autonom und eigenständig-verantwortlich zu bewältigen und zu gestalten.





Dieser Einwand gegen eine verobjektivierende, subjektferne Förderung gilt gleichermaßen auch für ein unreflektiertes Therapieverständnis, welches häufig der heilpädagogischen Arbeit anhaftet. Was den inflationären Gebrauch des Therapiebegriffs in der Heilpädagogik betrifft, so werden zusehends originäre pädagogische Aufgaben wie Malen, Schwimmen, Spielen, Essen, Freizeitgestaltung, Ferienfreizeiten usw. als Maltherapie, Spieltherapie, Schwimmtherapie, Eßtherapie, Freizeittherapie, Reisetherapie etc. bezeichnet und mit (pseudo-)wissenschaftlicher Dignität

versehen. Damit aber geht zweifelsohne ein Ausverkauf der (Heil-)Pädagogik einher, über dessen Gründe viel spekuliert wird. Hier sei nur erwähnt, daß mangelndes fachliches Selbstverständnis, mangelnde Erfolge der heilpädagogischen Arbeit, Normenunsicherheit und Normenpluralität sowie Statusprobleme heilpädagogischer Mitarbeiter dem Vordringen des Therapiebegriffs in der Heilpädagogik Vorschub geleistet haben (vgl. *Theunissen* 1993, 137ff.). Als problematisch ist anzusehen, daß dem hier anskizzierten Therapieverständnis der Krankheitsbegriff der naturwissenschaftlichen Medizin zugrunde liegt, der für die behindertenpädagogische Arbeit, aber auch zur Lösung psychischer Probleme wenig hilfreich ist. Demnach bezeichnet Therapie die Gesamtheit aller Behandlungsmaßnahmen zur Heilung oder Beeinflussung einer Krankheit. Therapie bedeutet somit Heilbehandlung und intendiert die Wiederherstellung eines „gesunden" Zustandes durch Beseitigung von Störvarianten. In der heilpädagogischen Praxis sind diesbezüglich fünf Symptome auszumachen:

- Segregation, Besonderung und Aufgabenverengung
- Verobjektivierung und Ignoranz der Subjektivität
- Zerstückelung des Individuums und Vernachlässigung des biographischen Aspekts
- Zwang zur Anpassung und überzogenes Effizienzdenken
- Ausklammerung des kommunikativen, zwischenmenschlichen Bezugs im Interesse „therapeutischer Distanz" (vgl. genauere Ausführungen in ebd., 141ff.)

Daß dieses Therapieverständnis unzulänglich ist, liegt auf der Hand. Insofern sollte der Therapiebegriff in der (Heil)Pädagogik möglichst vermieden werden; und dort, wo von Therapie die Rede ist (z. B. in der Medizin, Psychotherapie), sollte stets auf die ursprüngliche Bedeutung Bezug genommen werden. Denn das griechische „therapeuein" bedeutet soviel wie dienen, gut sorgen, verehren, bedienen, sorgfältig bilden oder auch pflegen (vgl. *Seidmann* 1979, 46). Ein Therapeut ist somit kein „Beherrscher", Bestimmer, Macher oder Führer, sondern ganz im Sinne des griechischen „therapon" ein Diener, Gefährte, Kamerad oder Freund. Ätiologisch betrachtet geht es also um eine dienende Tätigkeit – und dieses Verständnis mutet modern an, wenn man bedenkt, daß in der Behindertenarbeit heutzutage anstelle von Betreuung, Versorgung, Überwachung oder Anweisung von Begleitung, Unterstützung, partieller Hilfe oder Assistenz die Rede ist. Bemerkenswert ist, daß man sich gerade in jüngster Zeit in der Psychotherapie (z. B. Gesprächspsychotherapie; Psychoanalyse, kognitiven Verhaltenstherapie, Logotherapie, Gestalttherapie) bemüht, diese ursprüngliche Bedeutung von Therapie praxisrelevant herauszustellen und scharf vom orthodoxen medizinischen Modell abzugrenzen. Insofern bestehen zwischen der behindertenpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit Gemeinsamkeiten, so daß beide Richtungen sich nur graduell unterscheiden. Trotzdem sollte die (heil-) pädagogische Tätigkeit nicht voreilig als „therapeutisch" deklariert werden, um die Eigenständigkeit von Pädagogik und therapeutischen Disziplinen (Medizin, Psychotherapie, Physiotherapie) nicht zu gefährden. Denn im Unterschied zu einer (Psycho-) Therapie ist die (heil-) pädagogische Arbeit umfänglicher, wenn man sich den Erziehungs- und Bildungsauftrag vor Augen hält. Überdies ist ihr ein Praxisverständnis aufgegeben, das den pädagogischen Bezug, Fördermaßnahmen oder auch Bildung in ihrem Kontextbezug begreift, d. h. in ihrer Beeinflußung durch die reziproke Interaktion mit den institutionellen, familialen, sozio-ökonomischen, ökologischen, kulturellen, politischen, gesellschaftlich-historischen und anthropologischen Bedingungen. Dieses erweiterte Praxisverständnis führt uns zur lebensweltbezogenen Behindertenarbeit.

Zur lebensweltbezogenen Behindertenarbeit

Im Unterschied zur traditionellen Heilpädagogik, die vorrangig „täterorientiert" denkt und handelt, begreift die lebensweltbezogene Behindertenarbeit (i. S. moderner Heilpädagogik und sozialer Arbeit) den als (geistig-) behindert und verhaltensauffällig etikettierten Menschen mit seinen Bedürfnissen in seiner Lebenswelt als Bezugspunkt ihrer Praxis. Dies bedeutet, daß stets die Umwelt als autonomiehemmender oder -fördernder Faktor für psychosoziale Hilfen

(Pädagogik und Therapie) mitreflektiert und berücksichtigt werden muß. Leitprinzipien wie Normalisierung, Integration und Selbstbestimmung hängen demzufolge auch immer vom Verhalten und Interesse der sozialen Bezugswelt ab, welche sich (mit-)verändern muß, wenn psychosoziale Auffälligkeiten abgebaut bzw. aufgelöst werden sollen. Folglich erreichen pädagogische wie auch therapeutische Maßnahmen ihre Bedeutung erst durch ihre Integrierung in lebensweltliche Zusammenhänge, wie sie der geistig behinderte Mensch als subjektiv bedeutsam erfährt (vgl. auch *Speck* 1988). Hierzu müssen Lern- und Handlungsfelder offeriert werden, die für den behinderten Menschen auf dem Hintergrund seiner anlagebedingten und erworbenen Disposition, seinen Entwicklungsmöglichkeiten und Bedürfnissen sowie seiner Biographie „passend", d. h. sinn-bildend und autonomiefördernd sind. Ohne Mitarbeit der lebensweltlichen Systeme ist ein solches Konzept zum Scheitern verurteilt. Dies gilt sowohl für primäre Lebenswelten wie Familie, Wohngruppe oder Schule als auch für lebensweltliche Bereiche wie Nachbarschaften, Freizeitstätten, Einkaufszentren, kulturelle Orte oder gesellschaftliche Normen, die jeweils unterschiedlich intensiv und reziprok auf die Entwicklung eines (geistig behinderten) Menschen einwirken und auch von ihm beeinflußt werden. Ist das Verhältnis dieser Lebensbereiche zueinander gespalten und stehen die einzelnen Systeme im krassen Widerspruch zu den Bedürfnissen und Entwicklungsmöglichkeiten des Einzelnen, kommt es zu Unverträglichkeiten, die die Person in ihrer Identität und Lebensverwirklichung beschädigen. Somit gehört es zu einem wichtigen (auch präventiven) Anliegen der lebensweltbezogenen Behindertenarbeit, die Frage nach geeigneten Lebensräumen für Menschen mit geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten zu stellen und für entsprechende Situationen offensiv einzutreten. Wie Konzepte einer lebensweltbezogenen Behindertenarbeit im einzelnen aussehen, darüber haben wir an anderer Stelle ausführlich berichtet (vgl. *Lingg/Theunissen* 1994; *Theunissen* 1993; 1994a; 1994b; 1995). Deshalb genügt an dieser Stelle nur der Hinweis, daß lebensweltbezogene Konzepte den Alltag des behinderten Menschen als wichtigstes pädagogisch-therapeutisches Sozialisationsfeld begreifen, indem eine größtmögliche Beteiligung und selbstbestimmte Teilhabe der einzelnen am Alltagsleben angestrebt wird. Dies wird für psychisches Wohlbefinden (seelische Gesundheit) als ausgesprochen sinnhaft erachtet, weil anthropologisch gesehen die individuelle und kooperative Kontrolle, Verfügung und Selbstbestimmung über die eigenen Lebensumstände wesenhaft zum Menschsein gehört (vgl. *Holzkamp* 1980). Damit zeichnet sich zugleich in der lebensweltbezogenen Behindertenarbeit eine Hinwendung zur Betroffenen-Perspektive ab, wie sie unter anderem in der Empowerment-Philosophie zum Ausdruck kommt (vgl. *Theunissen/Plaute* 1995).

Freilich lassen sich mit einem lebensweltbezogenen Ansatz, der die Kompetenzen und Ressourcen des Einzelnen fokussiert, nicht sämtliche Verhaltensprobleme bewältigen, weswegen es – wie schon oben erwähnt – der interdisziplinären Kooperation mit Medizin/Psychiatrie und Psychologie/Psychotherapie bedarf. Darauf wollen wir zum Schluß unserer Ausführungen noch kurz eingehen.

Ausblick: Interdisziplinäre Kooperation in einem vernetzten Hilfssystem

Wenngleich eine „Entpsychiatrisierung" der Behindertenhilfe geboten ist, so bedeutet dies keine Ignoranz oder Ausklammerung psychiatrischer oder auch psychotherapeutischer Hilfen, sondern eine Schaffung von Versorgungsstrukturen und Angeboten, wie sie auch für die nichtbehinderte Bevölkerung als selbstverständlich gelten. Demnach sollten in einer engumschriebenen Region, d. h. im Rahmen eines gemeindeintegrierten (Wohn-)Verbundsystems solche Dienste verfügbar sein. Wegweisend könnte diesbezüglich das von uns vorgeschlagene Konzept einer Anlauf- oder Kontaktstelle für geistig behinderte Erwachsene, Eltern, Angehörige sowie MitarbeiterInnen aus integrativen und Behindertenein richtungen sein, die sich Unterstützung bei der Bewältigung psychischer Krisen oder psychosozialer Probleme wünschen. In einem solchen System könnten vier Schwerpunkte zusammengefaßt werden, die bislang im Rahmen einer regionalen Versorgung häufig zu kurz kommen:

- ein Sozialdienst, der Beratung in sozialen und rechtlichen Angelegenheiten leistet;
- ein spezieller pädagogischer Fachdienst für Praxisberatung und Einzelhilfe;
- ein psychotherapeutischer Dienst, der psychosoziale Beratung und Hilfen für Angehörige, Supervision für MitarbeiterInnen und Therapie für geistig behinderte Menschen, deren Verhaltensprobleme mit pädagogischen Mitteln nicht bewältigt werden können, übernimmt;
- ein psychiatrisch-neurologischer und/oder allgemein-medizinischer Dienst, der begleitende Hilfen, Krisenintervention bei geistig behinderten Menschen, die psychisch erkrankt sind, sowie MitarbeiterInnen Beratung und Schulung zur Verbesserung medizinisch-psychiatrischer Handlungskompetenzen anbietet.

Diese Dienstleistungen sind eng miteinander verknüpft und in interdisziplinärer Kooperation zu realisieren. Die Interdisziplinarität und Zusammenarbeit zwischen den pädagogischen, psychologischen und medizinischen Professionen hat sich in diesem System besonders zu bewähren. Eine solche Kontaktstelle könnte an einer intensiv betreuten (pädagogisch-therapeutischen) Wohngruppe mit Notplätzen und „Krisenwohnung" angegliedert sein, um ambulante Hilfen und auch eine Notfallversorgung sicherstellen zu können. Ein derartiges Angebot wäre zugleich eine Alternative für eine stationäre Versorgung geistig behinderter Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten in der Psychiatrie, außerdem würde dadurch ein wichtiger Beitrag zur Prävention im Rahmen einer gemeindenahen Versorgung geleistet (vgl. genauere Ausführungen in *Lingg/Theunissen* 1994; *Theunissen* 1995).

Autor:
Prof. Dr. Georg Theunissen

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Fachbereich Erziehungswissenschaften
Institut für Rehabilitationspädagogik
D-06099 Halle

Literatur

Day, K. A.: Psychische Störungen und geistige Behinderung – sind spezielle psychiatrische Dienste notwendig? In: Gaedt, C. u. a. : Psychisch krank und geistig behindert, Dortmund 1993

Gaedt, C.: Normalisierung. Anmaßung – Anpassung – Verweigerung, Neuerkeröder Beiträge 2, Sickte 1987 (Selbstverlag)

ders. (Hrsg.): Therapie – Medizin – Pädagogik. Besondere Aspekte gesundheitlicher Probleme bei Menschen mit geistiger Behinderung, Neuerkeröder Beiträge 11, Sickte 1995

ders.: Medizinische Hilfen, in: Lebenshilfe (Hrsg.) a.a.●.

Holzkamp, K.: Was heißt „normale" Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit? In: Das Argument 123, 22. Jg. 1980, 650–657

Lebenshilfe (Hrsg.): Wenn Verhalten auffällt... Eine Arbeitshilfe zum Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung, Marburg 1996

Lingg, A.: Adäquates Diagnostizieren und Behandeln psychischer Störungen, in: Strubel, W.; Weichselgartner, H. (Hrsg.): Behindert und verhaltensauffällig, zur Wirkung von Systemen und Strukturen, Freiburg 1995

Lingg, A.; Theunissen, G.: Psychische Störungen bei geistig Behinderten, Freiburg 1994

Neuhäuser, G.: Klinische Syndrome, in: Steinhausen, H.-C.; Neuhäuser, G. (Hrsg.): Geistige Behinderung, Stuttgart 1990

Oy, M.; Sagi, A.: Lehrbuch der heilpädagogischen Übungsbehandlung, Ravensburg 1977 (Heidelberg 1995, 10. Aufl.)

Psychiatrie-Enquete: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1975

Speck, O.: System Heilpädagogik, München 1988

Tiesler, J.: Hoffnung macht, daß die Aufgabe erkannt ist, in: Bradl, C.; Steinhart, I. (Hrsg.): Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung, Bonn 1996

Theunissen, G.: Wider die Psychiatrisierung geistiger Behinderung, in: Geistige Behinderung 4/1996

ders.: Heilpädagogik im Umbruch, über Bildung, Erziehung und Therapie bei geistiger Behinderung, Freiburg 1993

ders.: Wege aus der Hospitalisierung. Förderung und Integration schwerstbehinderter Menschen, Bonn 1994a

ders.: Abgeschoben, isoliert, vergessen – schwerstgeistig- und mehrfachbehinderte Menschen in Anstalten, Frankfurt 1994b

ders.: Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten, ein Kompendium für die Praxis, Bad Heilbrunn 1995b

ders.; Plaute, W.: Empowerment und Heilpädagogik, Freiburg 1995

Warnke, A.: Die Bedeutung der Kinder und Jugendpsychiatrie für die Heilpädagogik, in: Opp, G.; Peterander, F. (Hrsg.): Focus Heilpädagogik, München 1996

Westling, D.; Fox, L.: Teaching Students with severe disabilities, New Jersey 1995