

Psychosoziale Verhaltensauffälligkeiten
bei Menschen mit
einer leichten geistigen Behinderung

Thalmann Marianne

| | |
|---|-----------|
| Einleitung | 6 |
| A: Problemstellung | 8 |
| 1. Meine Erfahrungen in der Arbeit mit geistig Behinderten | 9 |
| 1.1. Prägende Erlebnisse in der Psychiaterie | 9 |
| 1.2. Mein jetziges Tätigkeitsfeld | 9 |
| 1.2.1. Gruppenspezifika | 10 |
| 2. Allgemeine Problemstellung | 13 |
| 2.1. Illustrierende Beispiele | 14 |
| 2.1.1. Schoggipudding, bzw. der Umgang damit | 14 |
| 2.1.2. Quark ohne Konfitüre | 14 |
| 2.1.3. Eine Ess-Situation aus der Sicht eines Bewohners | 15 |
| 3. Themenbearbeitung | 16 |
| 3.1. Vertiefung von zwei in der Einleitung gemachten Aussagen | 16 |
| 3.1.1. Theorien praxisgeleitet, bzw. menschengeleitet umsetzen | 16 |
| 3.1.2. Es gibt keinen massgebenden Unterschied zwischen «geistigbehinderten» und «normalen» Menschen bezüglich der Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse | 16 |
| 3.2. Konkrete Fragestellungen | 16 |
| 3.3. Bearbeitung eines illustrierenden Beispiels | 16 |
| B: Theorieteil | 17 |
| 1. Sozialpädagogische Primärgruppen | 18 |
| 1.1. Struktur- und Prozessmerkmale | 18 |
| 1.1.1. Merkmale der Umweltbeziehung | 18 |
| 1.1.2. Merkmale der Binnenstruktur | 19 |
| 2. Erklärungstheorien von geistiger Behinderung | 20 |
| 2.1. Leichtere Formen geistiger Behinderung | 20 |
| 2.1.1. Die typischen Merkmale der voroperativen Stufe sind | 20 |
| 2.1.2. Besonderheiten der Ich-Funktionen | 21 |
| 2.2. Mittelgradige Formen geistiger Behinderung | 22 |
| 2.3. Schwerstbehinderungen | 22 |
| 3. Psychosoziale Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit einer geistigen Behinderung | 24 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 3.1 | Einleitung | 24 |
| 3.2. | Definition, Symptomatik und Diagnose | 25 |
| 3.2.1. | Bausteine für eine Verstehensdiagnose | 26 |
| 3.3. | Kritische Lebensereignisse, psychischer Stress und Krisenbewältigung | 28 |
| 3.3.1. | Dynamische Problemsicht | 28 |
| 3.3.2. | Individuelle Ressourcen und Folgerungen | 28 |
| 3.4. | allgemeine Grundzüge der Wohnversorgung von geistig Behinderten mit psychosozialen Auffälligkeiten und vernetzte Hilfssysteme | 28 |
| 3.5. | Rahmenbedingungen für Wohnheime | 29 |
| 3.5.1. | Formale Faktoren. | 29 |
| 3.5.2. | Pädagogisch-konzeptionelle Unzulänglichkeiten | 30 |
| 3.5.3. | Therapeutisch-konzeptionelle Unzulänglichkeiten | 31 |
| 3.5.4. | Informelles Betreuungskonzept | 32 |
| 3.6. | Pädagogische Konzeption und Therapie | 33 |
| 3.6.1. | Allgemeine pädagogische Betreuung | 34 |
| 3.6.2. | Spezielle Pädagogik (heilpädagogische Förderung) | 34 |
| 3.6.3. | Psychotherapeutische Hilfen und Ansätze | 34 |
| 3.6.4. | Psychiaterische Therapie | 35 |
| 3.6.5. | Systemische Beratung | 35 |
| 4. | Milieuthherapie/agogisch therapeutisches Milieu | 36 |
| 4.1. | Agogische Gestaltung von Alltagssituationen | 36 |
| 4.2. | Anforderungen an die AgogInnen | 36 |
| 4.3. | Das Lebensfeldgespräch | 37 |
| | C: Schlussfolgerungen | 39 |
| 1. | Vertiefung von zwei in der Einleitung gemachten Aussagen | 40 |
| 1.1. | Theorien praxisgeleitet, bzw. menschengleitet umsetzen | 40 |
| 1.1.1. | Problemanalysen | 40 |
| 1.1.1.1. | Verstehensdiagnostik (vgl. Theorieteil) | 41 |
| 1.1.1.2. | Analyse eines nonkonformen Verhaltens in meinem Berufsalltag | 41 |

| | | |
|----------|---|----|
| 1.2. | Es gibt keinen wesentlichen Unterschied zwischen «normalen» und «behinderten» Menschen bezüglich der Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse | 42 |
| 2. | Konkrete Fragestellungen | 44 |
| 2.1. | Was braucht ein Mensch, um seine physischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse beim Essen abzudecken? Wie stehen diese Bedürfnisse im Verhältnis zu unserem Angebot? | 44 |
| 2.1.1. | Grundsätzliches und historische Hintergründe unserer Esskultur | 44 |
| 2.1.2. | Unsere sozialpädagogische Institution | 45 |
| 2.1.3. | Unsere Wohngruppe | 45 |
| 2.1.3.1. | Abdeckung der physischen Bedürfnisse | 45 |
| 2.1.3.2. | Die Erfüllung der psychischen Bedürfnisse | 46 |
| 2.1.3.3. | Die Erfüllung sozialer Bedürfnisse | 46 |
| 2.2. | Welche Anforderungen stellt ein gemeinsames Essen bei uns? | 46 |
| 2.2.1. | Für die Betreuten? | 46 |
| 2.2.2. | Für BetreuerInnen? | 47 |
| 2.3. | Warum ist die Frustrationstoleranz von Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung relativ niedrig? | 47 |
| 2.3.1. | Allgemeine entwicklungspsychologische Überlegungen | 47 |
| 2.3.2. | Spezifikas bei Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung | 49 |
| 3. | Die Bearbeitung des illustrierenden Beispiels «Schoggipudding» | 50 |
| 3.1. | Die Reflexion, bzw. die erste Auseinandersetzung von mir als Betreuerin mit dem Geschehenen | 50 |
| 3.1.1. | «Was hat das Erlebte mit mir zu tun?» «Wie fühlte ich mich?» Was hat es in mir ausgelöst?» | 50 |
| 3.1.2. | «Was geschah beim Klienten?» «Wie fühlte er sich?» «Was hat es bei ihm ausgelöst?» | 51 |
| 3.1.3. | «Wie interpretierte ich die Situation situativ?» «Wie interpretiere ich sie jetzt?» | 51 |
| 3.1.4. | «Gibt es andere Sichtweisen, andere Interpretationsmöglichkeiten?» | 52 |

| | | |
|--------|--|-----------|
| 3.1.5. | «Für wen ist das Geschehene ein Problem?» «Für mich, für den beteiligten Klienten, für die anderen BewohnerInnen?» | 52 |
| 3.1.6. | «Wie kann ich die beteiligten Menschen bei dem ausgelösten Prozess begleiten?» | 53 |
| 3.1.7. | «Gäbe es angemessenen strukturelle Veränderungen?» | 53 |
| 3.1.8. | «Was würden diese Veränderungen bewirken?» | 53 |
| 3.1.9. | «Inwiefern wird das Team miteinbezogen?» | 54 |
| | Schlusswort | 55 |
| | Literaturverzeichnis | 56 |

Einleitung

Seit acht Jahren arbeite ich mit geistig behinderten Menschen: drei Jahre in einer psychiatrischen Klinik und sechs Jahre in einem Wohnheim. Abweichendes soziales Verhalten fasziniert mich: es gib unzählige Formen, der Umwelt verständlich zu machen, dass man mit ihrem Angebot von «Mensch sein können» nicht zufrieden ist, sei es mittels Verweigerungen (depressive Verstimmungen, Kontaktabbruch) oder Aggressionen (fremd- oder selbstdestruktiv). Ebenso gibt es unzählige Reaktionen der Umwelt auf Verhaltensauffälligkeiten zu reagieren. Damals in der Psychiatrie wurden die geistig Behinderten mit Medikamenten so stark sediert, dass eine Notfallmedikation nicht mehr möglich war und im Extremfall anbinden oder einsperren unumgänglich wurde. Im Heim werden weniger psychosoziale Auffälligkeiten beobachtet, doch wenn diese in einen destruktiven Teufelskreis kommen, weiss man auch keine Antworten mehr. Deshalb habe ich dieses Thema zu meiner Diplomarbeit gewählt.

Diese Arbeit soll mich dabei unterstützen, Theorie und Praxis zu verknüpfen. Für mich ist das ein sehr schwieriges Thema, da eine wenig differenzierte Wut auf alle wissenschaftlichen Theorien in mir steckt. Auf der anderen Seite bin ich geradezu fasziniert von allen Informationen aus dem Bereich des menschlichen Zusammenlebens. Ein Widerspruch, welcher mich durch mein Leben begleitet. Mit der folgenden Arbeit möchte ich ein wenig Klarheit schaffen und mich mit dieser Diskrepanz auseinandersetzen. Eine der für mich schlimmsten Auswirkungen von Theorien ist, dass diese abstrakten Annahmen über Menschen, deren Bedürfnisse und Gefühle gestülpt werden. Deshalb möchte ich nicht *theoriegeleitet* arbeiten, sondern *praxisgeleitet* Theorien umsetzen. Anders formuliert: Die Praxis, d.h. der Mensch in seinem Umfeld soll mich an das notwendige theoretische Werkzeug heranzuführen. Dass ich entsprechendes Wissen haben muss, ist selbstverständlich. Aber im Zentrum steht der Mensch – nicht die Theorie. Letzteres möchte ich mit dieser Diplomarbeit vertiefen, indem ich versuchen werde, aus den konkreten Fragestellungen konkrete Antworten zu finden; genauso wie ich es in meiner täglichen Arbeit anstrebe.

Ein anderes Anliegen ist es aufzuzeigen, dass die Grundbedürfnisse eines Menschen immer dieselben sind und es keine wesentlichen Unterschiede zwischen «geistig behinderten» und «normalen» Menschen gibt. Zudem glau-

be ich, dass affektive (gefühlsmässige) Blockaden genauso handlungsunfähig machen können wie kognitive (geistig/intellektuelle). Kurzum jeder Mensch kann handlungsunfähig werden und auf unmittelbare Hilfe anderer angewiesen sein. Auch diesen Gedanken möchte ich etwas konkreter verfolgen.

Für die Beantwortung meiner offenen Fragen werde ich vor allem das Buch «Psychische Störungen bei geistig Behinderten» von Lingg/Theunissen zu Hilfe nehmen. Aber auch einige Zusammenfassungen der Theorien aus dem BSA-Schulmaterial, welche vorallem Begriffklärungen unterstützen sollen.

Diese Arbeit besteht aus drei Teilen: Der Problemstellung, dem Theorie-
teil und den Schlussfolgerungen. Ich werde versuchen, Sie jeweils mit kurzen Einleitungen ins nächste Kapitel zu führen. Woher das theoretische Wissen stammt, werde ich in Klammern im jeweiligen Titel oder im Text anmerken. Das Literaturverzeichnis ist im Anhang.



A: Problemstellung

Zuerst möchte ich etwas mehr von meiner persönlichen Geschichte erzählen. Anschliessend werde ich die allgemeine Problemstellung formulieren, nachher werde ich meinen jetzigen Tätigkeitsbereich beschreiben, dann konkrete Situationen schildern und zuletzt konkrete Fragen an die Theorie stellen.

1. Meine Erfahrungen in der Arbeit mit geistig Behinderten

1.1. Prägende Erlebnisse in der Psychiatrie

Als ich vor acht Jahren als Hilfsschwester in der psychiatrischen Klinik anfang, trugen wir weisse Spitalschürzen und assen getrennt von den PatientInnen. Die Arbeit bestand vorwiegend aus pflegerischen Handlungen: Duschen, sauber machen, Essen eingeben, Medikamente geben, Wutausbrüche im Zaum halten usw.

Meine damalige Stationsleiterin war voller guter Ideen, für welche ich die strukturellen Bedingungen schaffen konnte, dank meinem organisatorischen Know-how. Schnell lernte ich einzelne Persönlichkeitsstrukturen zu erfassen, Tagesstrukturen herauszuschälen und zusammen mit einer Heilpädagogin und der Stationschwester wurde einiges verändert. Kaum zu glauben, was für konstruktive Prozesse möglich waren bei diesen hospitalisierten Menschen. Zum Beispiel eine Frau, welche Tag und Nacht angebunden wurde, ging später alleine einkaufen. Dies war kein Einzelfall, sondern bestätigte die Regel von ausserordentlichen Lernprozessen im fortgeschrittenen Erwachsenenalter. Diese Fortschritte waren nur möglich durch das Ausbrechen aus versteinerten Leitbildern über den Umgang mit «böartigen» Menschen. Damals war mir nicht bewusst, welche Konventionen ich brach und welche Risiken ich dabei einging. Heute brauche ich für ähnliche «Abenteuer» viel Planung und Mut.

Ich habe in jener Zeit mehr gelernt als in meinem ganzen Leben zuvor, weil ich mich intensiv mit meinen eigenen Bedürfnissen und Dynamiken auseinandersetzte. Mit Freude und Fantasie versuchte ich die verschütteten Eigenvitalitäten der PatientInnen zu erkennen und hervorzulocken, und wurde dabei auch meiner eigenen Fähigkeiten bewusster.

1.2. Mein jetziges Tätigkeitsfeld

Seit einem Jahr arbeite als Gruppenleiterin auf einer Seniorenwohngruppe. Wir wohnen in einem Haus, wo es noch eine zweite Seniorenwohngruppe und

fünf reguläre Wohngruppen gibt. In einer dieser regulären Wohngruppen arbeitete ich fünf Jahre als Betreuerin. Im gleichen Haus sind noch Werkstätten, die Beschäftigungsgruppen und das Sekretariat. Vor einem halben Jahr bekamen wir einen verhaltensauffälligen Mann, welcher schon seit 25 Jahren in unserer Organisation lebt. Er musste hie und da hospitalisiert oder sonst fremdplaziert werden. In seiner Herkunftswohngruppe war er nicht länger haltbar, da es so destruktive Dynamiken gab, dass die anderen Betreuten und das Team zu sehr darunter litten. Die Problemstellungen rund um die psychosozialen Verhaltensauffälligkeiten dieses Mannes verstärkten mein Interesse an diesem Thema.

Im nächsten Unterkapitel versuche ich die Bedingungen meines Arbeitsumfeldes kurz zu erfassen.

1.2.1. Gruppenspezifika:

Gruppenstruktur:

Diese Wohngruppe besteht aus 11 BewohnerInnen: drei Frauen und acht Männern. Wegen den flexiblen Tagesstrukturen haben auch zwei jüngere Männer bei uns ein angenehmes «zu Hause» gefunden, welche in einer aktiveren, jüngeren Gruppe evt. überfordert wären.

Die anderen BewohnerInnen sind nur noch so weit in den Arbeitsprozess integriert, wie es gut für sie ist. Niemand ist die ganze Woche auf der Gruppe, obwohl einige altersmässig schon längst pensioniert sind.

Der Grundauftrag dieser Wohngruppe ist die Seniorenbetreuung, d.h. den Lebensabend von Menschen mit einer geistigen Behinderung zu gestalten und zu begleiten. Daraus entsteht eine Vielzahl von verschiedenen Tagesstrukturen, welche die individuellen Ruhe- und Aktivitätsbedürfnisse berücksichtigen. Dies ergibt eine enorme Flexibilität, welche Raum und Zeit für jeden einzelnen lassen, ohne das Gruppengefühl zu verlieren.

Raumangebot:

Wir haben ein Dreier-, drei Zweier- und zwei Einzelzimmer. Dafür haben wir einen riesengrossen Balkon mit Sicht auf den See. Die allgemeinen Wohnräume sind hell und freundlich.

Teamstruktur:

Das Team besteht aus drei Männern und vier Frauen. Wir haben sehr verschiedene berufliche Hintergründe: Arztgehilfin, KV, Pflege, Arzt, Pfarrer, Schreinerin und eine junge Praktikantin. Meine Stellverteterin und ich sind im letzten Jahr einer sozialpädagogischen Ausbildung.

Mobilität:

Diese Gruppe ist trotz der Pflegefälle recht mobil und unternehmungslustig. Ein Bewohner ist permanent auf den Rollstuhl angewiesen, zwei brauchen ein Gehwägel und eine Frau braucht persönliche Begleitung beim Gehen.

Kommunikationsfähigkeit:

Auf unserer Gruppe können sich alle verbal ausdrücken und oft entstehen lustige phantasievolle Gespräche, vorallem unter den BewohnerInnen. Einige sind sprachbehindert und es braucht etwas Zeit diejenigen zu verstehen.

Machtstruktur:

Es herrscht eine recht klare Machthierarchie unter den BewohnerInnen: Es ist klar, wer wem was zu sagen hat. Auch neue Leute finden meist recht schnell ihren Platz.

Aggressionspotential, Lärmpegel:

Im normalen Alltag ist es ausgeglichen und ruhig. Passiert Unvorgesehenes oder herrscht eine stressige Stimmung, kann es eskalieren: es wird laut, Dinge können zerbrechen und im Extremfall kommt es zu Tötlichkeiten.

Soziale Kompetenz, Milieu:

Zirka die Hälfte der Betreuten haben hohe Sozialkompetenzen: sie sind fähig mit ihrer Umwelt im Ausgleich zu stehen ohne grosse Unterstützung der Betreuung.

Die meisten können sich auch problemlos ins Zimmer zurückziehen und sich selbstständig regenerieren.

Auf gemeinsame Rituale wird grossen Wert gelegt: Nebst gemeinsamem Essen gibt es am Morgen eine Wasserunde und abends eine Kaffeerunde. Oft sitzt auch beinahe die ganze Gruppe genüsslich vor dem Fernseher. Für Spiele sind nur wenige zu motivieren. Attraktiv ist: Ausgehen, Einkaufen, Haushal-

ten, Fernsehschauen, plaudern, einander besuchen, Musikhören usw. Hier wird vor allem auf Gemütlichkeit Wert gelegt: ruhigeres Tempo, kein Getetze, Ruhe, Entspannung, Zeit für Verarbeitungen usw.

Selbstständigkeit, Selbsteinschätzung:

Eine Frau kann ihre Körperhygiene selbstständig bewältigen, alle anderen sind auf Unterstützung angewiesen.

Bei der Selbsteinschätzung von sich und der Umwelt sind alle auf unsere Unterstützung angewiesen, um in ihrem seelischen Gleichgewicht zu sein.

Entwicklungspotential:

Das Entwicklungspotential ist gross, da bis anhin noch kaum milieuthera-
peutisch gearbeitet wurde. Unser Ziel für die milieuthera-
peutische Arbeit ist nicht, die Betreuten an möglichst viel Neues heranzuführen, sondern ihnen
konstante Einflussmöglichkeiten zu gewähren, ohne sie zu überfordern. Im
Abbauprozess muss das Milieu unter Umständen nach «unten» korrigiert wer-
den.

2. Allgemeine Problemstellung

Meine Bewunderung und Achtung gegenüber verhaltensauffälligen Menschen stammt wohl daher, dass ich hie und da auch gerne so unangepasst gewesen wäre. Heute ist mir jedoch bewusst, dass psychosoziale Probleme ein Hilferuf sind, auf welchen eine Antwort gefunden werden muss. In meinem aktuellen Berufsalltag bin ich nach wie vor mit Verhaltensauffälligkeiten konfrontiert. Die Antworten darauf sind nur graduell zu unterscheiden von den Antworten der Psychiatrie vor acht Jahren. Noch immer wird der auffällige Mensch zum Sündenbock gestempelt, bei welchem man die unerwünschten Handlungen eliminieren möchte. Leitbild, Konzepte und die persönlichen, ideellen Gedanken beruhen auf dem systemischen Grundansatz und der Gleichwertigkeit eines jeden Menschen. Doch vorallem in Stresssituationen werden andere, oft unbewusste und unreflektierte Leitbilder handelsleitend. Ich glaube es braucht jahrelange Bewusstseinsarbeit, um die jahrhundertlangen Umgangsformen mit «böartigen» Menschen zu verändern. In meiner Diplomarbeit möchte ich meine Bewusstseinsarbeit vertiefen und hoffe so, vorallem strukturelle Bedingungen vermehrt zu beachten und in meine Arbeit einzubinden. Verhaltensauffälligkeiten sind für mich vorallem bei Ess-Situationen ein Problem, da sie allgemeine Unruhe und Verunsicherung auslösen. In meiner Idealvorstellung soll das gemeinsame Essen ein emotionaler Hafen sein, wo soziale Kontakte gelernt, gepflegt und vertieft werden können.

Damit die Wirklichkeit von dieser Idealvorstellung geleitet werden kann, müssen viele Bedingungen berücksichtigt werden. Äussere Rahmenbedingungen und Eigenarten von Menschen, welche gezwungenermassen gemeinsam essen müssen, spielen eine Rolle. In meinem Berufsalltag sind Ess-Situationen immer wieder Thema. Oft gibt es Störungen und es müssen neue Lösungen gefunden werden.

Ess-Situationen sind besonders interessant, weil sich daran die Kultur der jeweiligen Gruppe erahnen lässt. Auch bei meinen Reisen rund um die Welt war vorallem die Ess-Kultur ein Spiegel für die jeweiligen Traditionen. Ich glaube, dass dies auch auf sozialpädagogische Institutionen übersetzbar ist. Deshalb werde ich an drei Ess-Situationen versuchen meine Problemstellung zu illustrieren:

2.1. Illustrierende Beispiele

2.1.1. Schoggipudding, bzw. der Umgang damit:

Die Betreuten sitzen am Tisch. Ich schöpfe ihnen Schoggipudding. Es ist Sonntagnachmittag und dies sollte ein gemütlicher Kaffeepausch werden. Ein grosser, schwerer Mann steht auf und sagt, er hätte nicht genug im Teller. Er versucht mir den Löffel aus der Hand zu nehmen. Ich erkläre ihm, dass es wahrscheinlich nicht für alle genüge und es bald Abendessen gäbe. Er lässt sich nicht von seinem Gedanken noch mehr haben zu müssen abbringen. Aus unerklärlichen Gründen macht mich seine Sturheit auf einmal wütend und ich sage in einem giftigen Ton, er solle nicht so dumm tun. Daraufhin wendet er sich ab, beisst sich in die Hand, sucht einen Gegenstand und schmeisst ihn auf den Boden. Dann geht er zurück an den Schoggipudding und schöpft sich etwas mehr. Ich entschuldige mich bei ihm, erwähne nebenbei, dass er besser ein Glas zerschlagen hätte, als einen Kaffee-Glaskrug. Er sagt: «Jo, jo, ich weisscho!» Die aufgeheizte Stimmung ist schnell wieder abgekühlt. Ca. eine Stunde später gehe ich zu ihm ins Zimmer und sage ihm, dass ich nicht verstehe, warum ich hässig geworden wäre. Über seine Schuldgefühle kann er nicht sprechen, aber ich spüre, dass es nicht zu schwer wiegt und es kaum Konsequenzen mit Aggressionen oder sogar depressiven Verstimmungen haben wird.

2.1.2. Quark ohne Konfitüre:

Es ist Morgen, alle Betreuten sitzen am Tisch. An einem Tisch sitzen drei Personen, welche auf die Kalorien schauen müssen. Ein Mann kann essen, was er will. Ihm wird ein Konfibrot gestrichen und verschnitten. Die anderen drei bekommen normalen Mager-Quark und ein Stück Brot.

Auf einmal fängt ein «Diätmann» an unsinnige Dinge zu schwatzen. Von einem anderen Tisch aus wird er scharf zurechtgewiesen. Die Unsicherheit des protestierenden Mannes verstärkt sich: die Stimmung verschlechtert sich. Der Mann sagt Dinge wie: «Dänn äss ich halt nünd meh bis ich stirb; wenn? am Obig gits öppis? Röschti mit Schinke?» Wahrscheinlich hat er Hunger, möchte vielleicht auch Konfitüre. Irgendetwas stimmt nicht, aber was? Die anderen Betreuten werden wütend, oder waren sie es vorher schon? Andere Verhaltensauffälligkeiten treten auf: ein anderer Mann behauptet, der Betreuer hätte ihm verboten Brot zu nehmen, usw.

Der verwirrte Mann wird noch nervöser und macht Gesten, um Dinge zu zerstören, z.B. die Scheibe einschlagen usw. Ich bringe ihm Früchte, davon kann er essen so viel er will. Die Aggressionen legen sich mit der Zeit wieder etwas. Aber beinahe alle Betreuten gehen mit einem komischen Gefühl zur Arbeit.

2.1.3. Eine Ess-Situation aus der Sicht eines Bewohners

Folgende Erzählung möchte ich in der Ich-Form schreiben. Es ist mir natürlich bewusst, dass ich dabei meine kognitiven Fähigkeiten brauche, um diffuse Stimmungen nicht nur zu erfassen, sondern auch in Worte zu kleiden.

Ein strenger Morgen liegt hinter mir. Eigentlich bin ich müde, aber nie käme es mir in den Sinn nicht an den gedeckten Tisch zu sitzen. Solche Dinge wage ich nicht einmal zu denken, was würde passieren, unvorstellbar, die Sicherheit des geregelten Tagesablaufes verlieren?

Am Tisch, der Duft des Essens in meiner Nase, ob das komische Gefühl Hunger ist?

Mein Tischnachbar hustet über den Tisch: «Händ vors Mul, das macht mehr nöd».

Endlich steht mein Essen vor mir. Obwohl ich gesagt habe, dass ich mehr Teigwaren möchte, habe ich viel zu wenig. Ein anderer Tischnachbar fängt mit Essen an, ich schnauze ihn an: «Chasch nöd warte?» «Ich cha warte» denk ich, «aber zfriede bini nöd: häts zwenig im Teller inne? Händ mich die andere gern?"

Auf einmal legt jemand etwas in meinen Teller: Blattsalat, ich hasse das! Innerlich zerplatze ich, schmeiss mein Glas an die Wand. Der Druck ist weg, aber was habe ich getan, das darf man doch nicht!!!

Ich habe keinen Hunger mehr, esse nur wenig. Den Teller schiebe ich weg und sage laut: «Ich ha gnueg!» Jetzt geht es mir endlich ein wenig besser: ich konnte selber etwas bestimmen. Aber vielleicht ist der Betreuer wütend wegen dem zerbrochenen Glas. Ich stehe auf, möchte ganz nahe zu ihm gehen, um seine Stimmung zu testen. Vergesse dabei, dass ich schon wieder Regeln übertrete: ein Teufelskreis, ohne Unterstützung meiner BetreuerInnen bleibe ich darin gefangen. Manchmal wird der Teufelskreis jedoch immer schlimmer, bis ich in die Psychiaterie muss, wo für mich alles fremd und unbekannt ist...

3. Themenbearbeitung (siehe C: Schlussfolgerungen)

3.1. Vertiefung von zwei in der Einleitung gemachten Aussagen

3.1.1. Theorien praxisgeleitet, beziehungsweise menscheleitet

(siehe Teil C, Seite 40)

In der Einleitung erwähne ich diese Thema, welches für mich sehr zentral ist. Deshalb möchte ich nach der Bearbeitung der wissenschaftlichen Theorien nochmals eingehender darauf eingehen, um die neuen Erkenntnisse mit meinen Gedanken zu verknüpfen.

3.1.2. Es gibt keinen massgebenden Unterschied zwischen «geistigbehinderten» und «normalen» Menschen bezüglich der Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse

(siehe Teil C, Seite 42)

Auch auf diese Frage möchte ich kurz eingehen, bevor ich die konkreten Fragestellungen zu beantworten versuchen werde.

3.2. Konkrete Fragestellungen

- Was braucht ein Mensch, um seine physischen und psychischen Bedürfnisse beim Essen abzudecken? (siehe Teil C, Seite 44 – 46)
- Was für Anforderungen stellt ein gemeinsames Essen bei uns? An die KlientInnen/an die BetreuerInnen? (siehe Teil C, Seite 46/47)
- Warum ist Frustrationstoleranz von Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung relativ niedrig? (siehe Teil C, Seite 47 – 49)

3.3. Bearbeitung eines illustrierenden Beispiels (siehe Teil C, Seite 50 – 54)

Am Schluss möchte ich am Beispiel des Schoggipuddings noch konkreter auf diese Themen eingehen.



B: Theorieteil

Da sich meine Fragen an die Theorie im Wohnbereich mit geistig behinderten Erwachsenen entwickelten, möchte ich zuerst die Begriffe «sozialpädagogische Primärgruppe» und «geistige Behinderung» rudimentär klären. Danach möchte ich mich eingehend mit dem Buch von Lingg/Teunissen auseinandersetzen. Abschliessend möchte ich noch einige Gedanken über die Milieuthérapie festhalten.

1. Sozialpädagogische Primärgruppen

(vgl. Suter Ch. 1993a)

Primärgruppen sind soziale Systeme, welche für einen Menschen die wichtigsten Bedürfnisse befriedigen und auf seine persönliche Entwicklung ursprünglich und formend wirken. Deshalb sind sie von zentraler Bedeutung für die Vergesellschaftung (Sozialisierung) des Menschen. Hier lernt er die Bewältigung des Grundkonfliktes zwischen den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten und den Anforderungen der Umwelt.

Werden reguläre Primärgruppen, z.B. eine Familie ersetzt durch öffentliche Institutionen, welche die Lebensprobleme von Minderheiten bearbeiten, reden wir von sozialpädagogischen Primärgruppen. Diese sind im Gegensatz zu den regulären Sozialisationsfeldern funktional spezifisch, d.h. der Sinn des Zusammenlebens ist die Erfüllung eines öffentlichen Auftrages. Dies bewirkt, dass die Basis des Zusammenlebens auf konzeptuell festgelegten Zielen beruht und nicht in erster Linie auf den Bedürfnissen der Individuen. Trotzdem ist die zentrale Aufgabe, dem Individuum Möglichkeiten für die Erfüllung seiner primären psychischen (Geborgenheit, Sicherheit, Anerkennung) und physischen (Nahrung, Schlaf, Körperpflege, Sexualität) Bedürfnissen zu geben.

1.1. Struktur- und Prozessmerkmale:

1.1.1. Merkmale der Umweltbeziehung:

Sozialpädagogischen Primärgruppen können ihre Lebensunterhaltskosten nicht selber erwirtschaften. Die Abhängigkeit von den Geld-, beziehungsweise Gesetzgebern beschränkt den Handlungsspielraum dieser Primärgruppen. Die Handlungs- und Entscheidungskompetenzen sind aber auch eingeschränkt,

weil das Herkunftsmilieu, die einweisenden Instanzen und die VersorgerInnen eine massgebende Rolle spielen. Ein laufender Verständigungs- und Aushandlungsprozess ist unerlässlich. Diese Dynamiken spiegeln sich auch auf der Interaktionsebene wider und ergeben oft wenig transparente Kommunikations- und Machtverhältnisse.

1.1.2. Merkmale der Binnenstruktur:

Die Positionen (z.B. Vater, Tochter usw.) und Rollenerwartungen sind in einer Familie kulturell vordefiniert. Aber auch Berufe, wie Lehrer, Arzt usw. sind kulturell verankert, d.h. jeder Mensch wird in seinem Leben mit solchen Positionen und Rollen konfrontiert und macht sich ein Bild darüber, welches seine Handlungen beeinflusst. Nur Randgruppen werden mit der Position eines Sozialpädagogen oder -pädagogin konfrontiert. Deshalb müssen viele Dinge von der Institution geklärt werden. Diese künstlich geschaffenen Bedingungen werden als fremd und ungerechtfertigt empfunden, weil sie individuell nicht verankert sind.

Im Primärgruppensatz gibt es zudem viele ganz spezifische Problemstellungen, welche in einer Familie nicht vorkommen:

- Fehlende Generationsschranke, z.B. Ein junger Sozialpädagoge betreut eine pensionierte Frau. Für beide gibt es keine kulturübliche Umgangsformen, sie können auf keine Erfahrungen in ihrer Kindheit zurückgreifen, dies kann Probleme geben.
- Fehlende Konstanz der Beziehungen: SozialpädagogInnen sind auswechselbar.
- Kein geschützter Privatraum: alle Handlungen müssen öffentlich zugänglich sein und überprüft werden können. Eine Familie lebt in einem geschützten Privatraum, solange sie funktional ist.
- Positionen können in einer Gruppe je nach pädagogischem Ziel verändert werden: dies kann zu Instabilität und Verunsicherungen führen.

2. Erklärungstheorien von geistiger Behinderung

2.1. Leichtere Formen geistiger Behinderung (vgl. M. Rich 1995)

Die Wünsche und Lebensziele von leicht geistig behinderten Menschen richten sich nach den kulturüblichen Normen: eigene Wohnung, Partnerschaft, Familie, anerkanntem Beruf usw. Dem gegenüber stehen die beeinträchtigten kognitiven Fähigkeiten, welche kaum über die voroperative Stufe hinaus gehen. Daraus entsteht eine Diskrepanz zwischen Wünschen und Möglichkeiten, welche durch pädagogische Begleitung etwas gemildert werden können.

2.1.1. Die typischen Merkmale der voroperativen Stufe sind:

Transduktivität:

Wenn etwas Besonderes geschieht, werden daraus Schlüsse gezogen, welche mit dem Beobachteten keinen Zusammenhang aufweisen. Z.B. Es regnet, weil ich heute zu spät aufgestanden bin.

Wobei beim formaloperativen Denken (letzte Stufe der verschiedenen Denkebenen) Verknüpfungen von verschiedenen Ereignissen gemacht werden, welche in einem Zusammenhang stehen. Entweder werden von allgemeingültigen Erkenntnissen spezifische Feststellungen abgeleitet (Deduktion), oder umgekehrt aus punktuellen Beobachtungen allgemeine Schlüsse gezogen (Induktion).

Anschaulichkeit:

Was besonders ins Auge springt, wird wahrgenommen und beurteilt, wobei weitere wichtige Aspekte verloren gehen oder nicht in Beziehung miteinander gebracht werden können.

Perspektiver Egozentrismus:

Situationen können nur aus der eigenen Perspektive betrachtet werden. Andere Positionen, bzw. Sichtweisen können nicht eingenommen werden, weder geographisch, noch sozial.

2.1.2. Besonderheiten der Ich-Funktionen:

Realitätsprüfung:

Besonders bei Unvorhergesehenem sind leicht geistig behinderte Menschen schnell überfordert. Sie können die an sie gestellten Erwartungen und die Bedingungen nicht angemessen wahrnehmen. Sie verfügen über weniger innere Bilder der Welt, wobei vor allem das Nächstliegende ins Auge springt. Zudem können sie wegen fehlendem Perspektivenwechsel keine zuverlässigen Informationen über ihre Umwelt erhalten.

Selbstwahrnehmung:

Bei der Erfassung eigener Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen usw., welche genauso unterschiedlich und widersprüchlich sind wie Erwartungen von aussen, fehlen diesselben Kompetenzen wie bei der Realitätsprüfung. D.h. auch ihre eigenen Bedürfnisse und Gefühle sind für sie schwer erfassbar, da zu wenig ausdifferenzierte Bilder über diese Zustände vorhanden sind.

Hemmung/Abwehr:

Wenn Ereignisse, Erwartungen und Ähnliches kognitiv nicht erfasst und geordnet werden können, ist die Frustrationsgrenze viel schneller erreicht. Kontrollverlust und Triebdurchbrüche sind oft die Folge davon. Für Lösungsmöglichkeiten sind oft Hilfestellungen von aussen nötig.

Synthetisch/integrative Funktion:

Das Entwerfen von Handlungsplänen, um persönliche und äussere Bedingungen angemessen zu berücksichtigen ist erschwert, deshalb werden meist eingetübte Verhaltensweisen gewählt. Neue Verhaltensweisen oder Handlungen müssen begleitet und eingeübt werden. Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung sind darauf angewiesen, dass sie für neu zu erlernende Dinge Unterstützung bekommen.

Generelle Aussagen

Da die Ich-Funktionen, wie Realitätsprüfung, Selbstwahrnehmung, Bedürfnisaufschub und Integrationsfähigkeit von kognitiven Fähigkeiten abhängen, brauchen geistig Behinderte adäquate Unterstützung. Wird diese nicht gewährleistet sind auch die affektiven Kompetenzen wegen ständiger Überfor-

derung überlastet, welche auch die kognitiven Fähigkeiten wiederum beeinflussen. Deshalb ist ein agogisch gestaltetes Umfeld, welches die kognitiven Möglichkeiten des Einzelnen berücksichtigt unerlässlich, damit geglückte Alltagsbewältigungen überwiegen und ein positives Welt- und Selbstbild aufgebaut werden kann.

2.2. Mittelgradige Formen geistiger Behinderung (vgl. Rich M. 1994a)

Hier werden jene Menschen zugeordnet, welche auf der senso-motorischen Stufe der kognitiven Entwicklung sind. Das heisst auf der Stufe der primären Dezentrierung (Unterscheidung zwischen sich und der Umwelt), der Logik des Tuns (zweckgerichtete Handlungen, wiederholte experimentelle Aktivitäten mit Dingen der Aussenwelt). Diese Menschen verfügen über ein beschränktes, an die aktuelle Handlungssituation gebundenes Sprachverständnis. Sie sind sich ihrer geistigen Behinderung nicht bewusst und orientieren ihre Lebensziele und Wünsche nicht an kulturüblichen Normen. Da ihre Bedürfnisse nur schwer zu erahnen sind und sie oft in unangepassten Verhältnissen leben, treten viele Verhaltensauffälligkeiten auf. Ihr Verhalten ist oft unmittelbar von der Qualität ihrer Alltagsumwelt abhängig und erfordert in hohen Massen agogischen Sachverstand.

2.3. Schwerstbehinderungen (vgl. Rich M. 1994b)

Diese Menschen durchlaufen die primäre Dezentralisierung nicht und bleiben in der primären Zentrierung gefangen, das heisst sie können nicht zwischen sich und der Umwelt unterscheiden. Sie können deshalb auch nicht handelnd in ihre Umwelt eingreifen, können nicht essen, gehen, Kontakt aufnehmen, Gefühle mitteilen usw. auch hier darf nicht von einer definitiven Zustandsbeschreibung ausgegangen werden. Nie weiss man, was für ein Entwicklungspotential im Menschen verborgen ist und evtl. durch angepasste Umweltbedingungen aktiviert werden kann. Gerade bei Schwerstbehinderten muss geduldig auf eine Möglichkeit hingearbeitet werden, dass sich ein Türchen öffnen kann, damit passende Elemente der Aussenwelt aktiv übernommen werden können; dies gilt für Wahrnehmungsreize wie Nahrungsaufnahme, Körperkontakt, Ausscheidungen usw.

Schwerstbehinderte Menschen sind in einer dauernden Lebensgefahr, wegen allgemeiner Vitalitätsreduktion und Infektionskrankheiten aller Art. Zudem sind sie wegen ihrer totalen Abhängigkeit ständig vor dem Nichterfüllen ihrer Grundbedürfnissen bedroht.

3. Psychosoziale Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit einer geistigen Behinderung

(vgl. Lingg/Theunissen 1993, «psychische Störungen bei geistig Behinderten»)

3.1 Einleitung

Die Psychiatrie spielte bis vor kurzer Zeit im «Versorgen» von Menschen mit geistiger Behinderung eine zentrale Rolle. Auf Oligophrenen-Stationen vegetierten sie meist in menschenunwürdigen Verhältnissen dahin. Das Psychiatrie-Enquete von 1975 forderte eine Betreuung in behinderten-pädagogischen Einrichtungen. Diese Reform ist bis heute noch nicht gänzlich verwirklicht. Da die klassische Psychiatrie die Oligophrenie selbst zum krankhaften Zustand erklärte welcher psychiatrischer Behandlung bedarf, wurden kaum Behandlungsstrategien für psychische Störungen entwickelt. Auch der neueren Psychiatrie fällt es schwer, den geistig Behinderten eine emotionale Konfliktverarbeitung zuzugestehen und somit psychische Störungen anzuerkennen und entsprechende Behandlungsmethoden anzuordnen, wie psychotherapeutische Hilfe in einem pädagogischen oder sozialpsychiatrischen Milieu. Somit wäre der Verzicht auf die klassische psychiatrische Praxis mit Medikalisierung, Sanktionen und Kasernierung unumstösslich.

Gerade die relativen Erfolge der medizinischen Psychiatrie müsste den Ärzten soviel Selbstbewusstsein vermitteln, dass sie ihren Alleinvertretungsanspruch abgeben könnten. Denn nur wenn sie die bio-, psycho-, soziologischen und philosophischen Aspekte menschlichen Leidens berücksichtigen, könnten sie ein Orientierungsmodell für die Entwicklung der Körpermedizin sein, nämlich für ein Vollständigeres diagnostisches und therapeutisches Handeln.

Gerade in der Diagnostik von geistig Behinderten versagt eine herkömmliche Etikettierungsdiagnostik, da das Gefühlsleben dieser Menschen schwer erfassbar ist. Deshalb ist eine verstehende Diagnostik unumgänglich, welche psychische Störungen als Signalverhalten eines Menschen versteht, welcher damit aktiv auf seine Umwelt einwirkt. Der Mensch mit seiner Lebenswelt und seinen Bedürfnissen steht im Zentrum. Jeder Mensch, auch der schwerst geistig behinderte, hat ein Recht auf Anerkennung als Gleicher und auf ein Leben inmitten der Gesellschaft. Deshalb ist die Ausgliederung der geistig behinderten Menschen aus den Psychiatrien voranzutreiben. Dabei ist die Re-

form jener institutionellen Rahmenbedingungen, welche eine pädagogisch-therapeutische Betreuung erschweren unerlässlich. Denn die Bewältigung von Verhaltensauffälligkeiten hängt von der Lern- und Veränderungsbereitschaft der Umwelt ab. Deshalb geht es bei den folgenden Ausführungen um das Verständnis von verhaltensauffälligen geistig behinderten Menschen und deren soziales Umfeld. Dazu muss man die «Störungen» in ihrer Lebenswelt und Lebensgeschichte erkennen und verstehen lernen.

3.2. Definition, Symptomatik und Diagnose

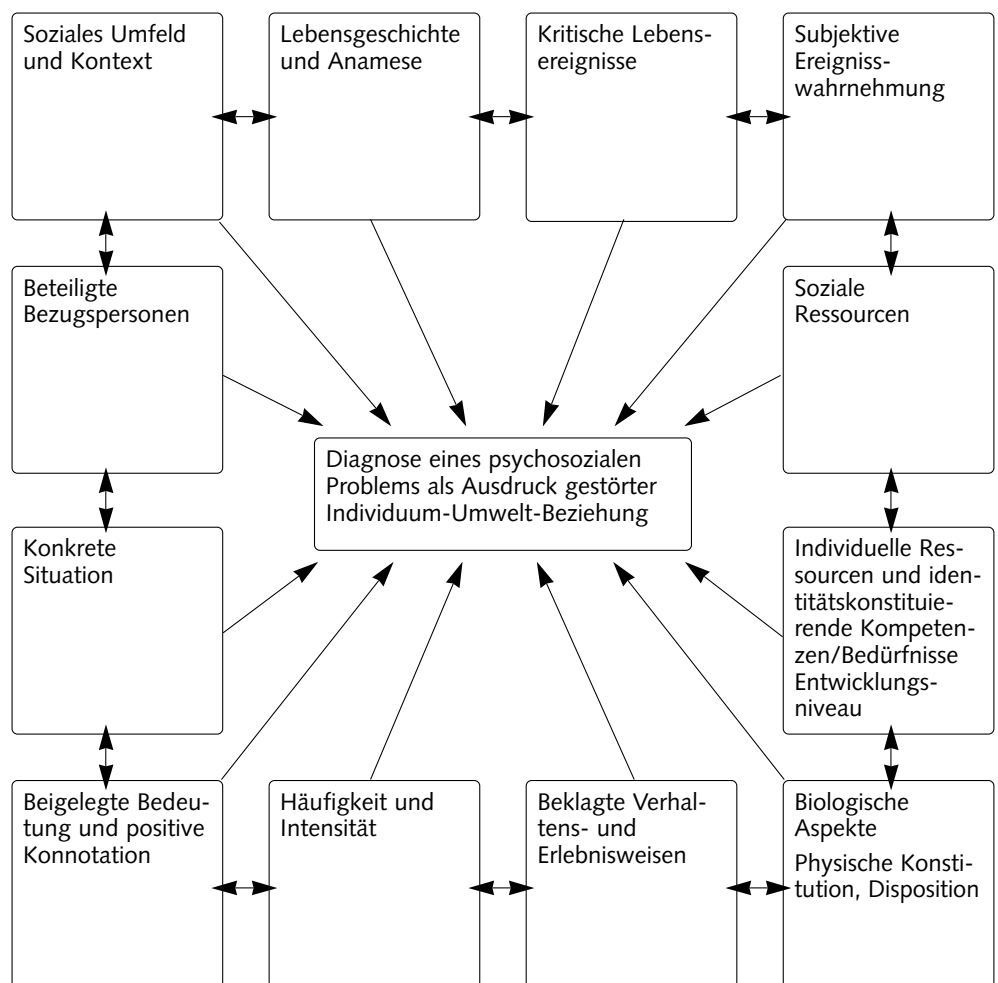
Früher war die Ursache für asoziales, abweichendes Verhalten ein «Fehler» in der Persönlichkeit eines Menschen, bedingt durch physische oder psychische Schäden. Es wurde vernachlässigt, dass der Mensch in erster Linie ein gesellschaftliches Wesen ist, und dessen Verhaltensauffälligkeiten das Resultat von ungünstigen Wechselwirkungen zwischen ihm und seinem Umfeld ist. Deshalb sprechen wir lieber von «psychosozialer Auffälligkeit» oder «Verhaltensauffälligkeit» und nicht von individuumzentrierten Ausdrücken wie «psychische Störung», «psychische Krankheit», «Persönlichkeitsstörung» usw. (vgl. S. 22). Alle diese Ausdrücke bezeichnen Zustände von abweichendem psychosozialen Verhalten, wie selbst- und fremd-aggressives Verhalten, Erregungszustände, Apathie, Stereotypen usw., welche weder klinisch noch statistisch eindeutig vom «Normalen/Gesunden» abgegrenzt werden können.

Nach WHO: ICD 10, 228 treten dieselben psychosozialen Auffälligkeiten bei geistig behinderten Menschen wie bei der Allgemeinbevölkerung auf, jedoch drei bis vier mal so häufig. Grund dafür ist die in der Regel wenig bedürfnisgerechte Umgebung und die oft ausgeprägte Selbstwertproblematik. Dazu kommen Beeinträchtigungen in der Kommunikation und der Kontaktaufnahme, zudem eingeschränkte Möglichkeiten, Bedürfnisse wahrzunehmen und durchzusetzen. Eine angepasste Begleitung ist oft sehr schwierig und Über- oder Unterforderungen sind kaum zu vermeiden. Die darausfolgenden Frustrationserlebnisse können kaum kognitiv erfasst und verarbeitet werden (vgl. S. 40). Deswegen lassen sich die meisten Verhaltensauffälligkeiten mit lebensweltbezogenen und therapeutischen Konzepten weitgehend kompensieren und somit ist die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit nicht grösser als bei nicht geistig behinderten Menschen.

Die Zusammenarbeit der Behindertenpädagogik, der Psychiatrie und der Psychotherapie ist für eine Verstehensdiagnostik und die daraus folgenden angepassten Behandlungsmethoden unerlässlich. Wobei bei leichteren Formen von auffälligem Verhalten, wie z.B. Anpassungsstörungen, Stimmungsschwankungen usw. eher die Behindertenpädagogik zuständig ist, schwerere Formen von Verhaltensauffälligkeiten wie Psychosen, schweren Depressionen oder Sucht jedoch nach wie vor im Fachbereich der Psychiatrie liegen.

3.2.1. Bausteine für eine Verstehensdiagnose

Folgendes Schaubild und die dazugehörigen Erklärungen sind ein Zitat aus dem Buch von Lingg/Theunissen 1993.



«Unser Schaubild zeigt, welche Aspekte eine verstehende Diagnose psychosozialer Auffälligkeiten bei geistiger Behinderung zu beachten hat:

1. Aufbereitung der Lebensgeschichte unter Berücksichtigung einer pädagogisch orientierten Anamnese, die z.B. das frühkindliche Spielverhalten untersuchen muss, um die individuellen Vorlieben herauszufinden;
2. Analyse der «kritischen» Lebensereignisse, die auf ihre Bedeutung für den geistig behinderten Menschen und seine Bewertung der Ereignisse hier validiert werden müssen (...);
3. Beschreibung der sozialen Ressourcen zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse;
4. Beschreibung der individuellen Bewältigungsformen, Kompetenzen und Ich-Stärken, des Selbst- und Fremdbildes, der Interessen, Bedürfnisse, «starken Seiten» oder «positiven» Botschaften. Dabei muss das Entwicklungsniveau erfasst werden, da psychosoziale Auffälligkeiten nicht selten durch Missverhältnisse zwischen Anforderungen und Fähigkeiten verstärkt werden;
5. Erfassen der Biosphäre und der physischen Befindlichkeit, der Organschädigung, neurologischen Störungen und Dispositionen. In diesem Zusammenhang sind auch die hirnrorganischen Funktionsstörungen (sog. Teilleistungsschwächen) oder Sinnesbehinderungen zu untersuchen, die die Krisenanfälligkeit bei geistiger Behinderung erhöhen können und als Ursachen einer sekundären Neurotisierung (Lempp 1989, 895) in Betracht gezogen werden müssen;
6. Registrierung und Hierarchisierung der «beklagten» Verhaltens- und Erlebensweisen, denn es ist die leichteste Form des auffälligen Verhaltens, die am besten zu beeinflussen ist;
7. Erfassen der Häufigkeit, zeitlichen Dauer und Intensität der auffälligen Verhaltensweisen, wobei zu beachten gilt, dass das Problemverhalten eine «erfolgreich gelernte» Durchsetzungsstrategie sein kann;
8. Beschreibung der Funktion des Verhaltens, d.h. seiner negativen Zuschreibungen wie seiner positiven Konnotationen, um den subjektiven Sinn zu verstehen;
9. Darstellung der Situation, in der die Auffälligkeiten auftreten; Beachtung entwicklungshemmender und -fördernder Momente;
10. Beschreibung des Verhaltens der am Problem beteiligten Personen in zirkulären Mustern;
11. Analyse des Kontextes und des sozialen Umfelds hinsichtlich ihrer Verstrickung mit dem Problemverhalten (...).»

3.3. Kritische Lebensereignisse, psychischer Stress und Krisenbewältigung

(vgl. Lingg/Theunissen 1993, S. 97-106)

3.3.1. Dynamische Problemsicht

Zwischen kritischen Lebenssituationen und psychosozialer Auffälligkeit gibt es keine einfache Ursache- Wirkung -Erklärungen. Es sind dynamische Prozesse, welche auf unzählig vielen Ebenen einander beeinflussen, verstärken oder vermindern. Die Exponierung spezieller Symptome dient der Suche nach einer geeigneten Methode und um die Bedingungen und die Entstehungszusammenhänge aufzuzeigen. Kritische Lebenssituationen sind auch eine Frage der individuellen Bewertung, davon ist abhängig, ob sie als eine Herausforderung oder eine Bedrohung wahrgenommen werden. Je nachdem wird die Energie für Abwehrmechanismen (negativ) oder für die Suche nach Lösungsmöglichkeiten (positiv) eingesetzt. Ob eine Belastungssituation zur Krise oder zur Chance wird hängt von vielen Faktoren ab. Auf der individuellen Ebene sind tragfähige Beziehungen, Liebe, Anerkennung, Angstfreiheit usw. Bedingungen für den Aufbau von konstruktiven Bewältigungsmustern.

3.3.2. Individuelle Ressourcen und Folgerungen

Geistig behinderte Menschen werden vermehrt mit kritischen Lebensereignissen konfrontiert, da sie oft schon als Säuglinge verschiedenen Krankheiten und speziellen Bedingungen ausgesetzt sind. Auch weitere entwicklungspsychologischen Schritte sind schwieriger und anfälliger für Komplikationen als beim Durchschnitt. Dazu kommen die Einschränkungen im kognitiven Bereich, Bedürfnisse und Interessen wahrnehmen zu können und diese im Einklang mit der Umwelt adäquat zu befriedigen. Zudem wirken gesellschaftliche Ablehnung und geringere Mobilität zusätzlich erschwerend. Deshalb ist es wichtig auch «normale» Lebenssituationen bei geistig Behinderten zu begleiten und mit ihnen und für sie verständlich vorzuplanen. Dies kann nur geleistet werden, wenn die Beschreibung individueller Lebensabläufe, Übergangsphasen und kritischer Lebenssituationen vorliegen und interdisziplinär bearbeitet werden.

3.4. allgemeine Grundzüge der Wohnversorgung von geistig Behinderten mit psychosozialen Auffälligkeiten und vernetzte Hilfssysteme

(vgl. Lingg/Theunissen 1993, S. 101-107)

Die Idee der Normalisierung beruht auf dem Grundgedanken, dass jedem

Menschen diesselben Rechte für ein eigenständiges, selbständiges Leben innerhalb der Gesellschaft gewährleistet werden soll, egal wie schwer behindert er ist. Dieses Leben soll den allgemein kulturüblichen Lebensweisen der Allgemeinbevölkerung entsprechen: Arbeit, Freizeit, Wohnen an verschiedenen Orten; Ferien, Tages-, Jahresrhythmus und Lebenslauf; normaler Lebensstandard; angemessene Beziehung zwischen den Geschlechtern und Kommunikationsangebot usw. Dies führt zu der Notwendigkeit eines differenzierten Wohnangebots, welches den verschiedenen Fähigkeiten der Behinderten Rechnung trägt. Die Schaffung gemeindenaher Wohnformen wird unumgänglich und auch Grossinstitutionen müssen ihre Reformen vorantreiben. Für das Gelingen der Normalisierung braucht es die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen: Sozialdienst, heilpädagogischer Fachdienst, psychotherapeutischer Dienst und psychiatrisch-neurologischer Dienst. Interdisziplinäre Arbeit bedeutet das Zusammenfinden verschiedener Fachgebiete, bzw. spezifisches Wissen zu einer Ganzheit. Dafür ist eine gemeinsame Problemsicht, Gleichberechtigung der verschiedenen Disziplinen und eine partnerschaftliche Zusammenarbeit unerlässlich.

Einige Aufgaben für die interdisziplinäre Zusammenarbeit sind: Beratung, pädagogisch-therapeutische Hilfen, Psychotherapie, medikamentöse Behandlung, begleitende Beratung und Förderung, Therapie jeglicher Art und eine vorgeplante Krisenintervention.

3.5. Rahmenbedingungen für Wohnheime

(vgl. Lingg/Theunissen 1993, S. 86-96 und 117-119)

Es gibt viele verschiedene Organisationen, welche einen Lebensraum für geistig Behinderte bieten. Dabei hat jede Institution darauf zu achten, dass entwicklungsfördernde Bedingungen überwiegen und speziell in Bezug auf Verhaltensauffälligkeiten ihre Rahmenbedingungen analysieren und ständig reorganisieren. Dabei sind vier zentrale Faktoren zu beachten:

3.5.1. Formale Faktoren.

Wohngruppengrösse:

Mehr als acht Personen sind ein Stressfaktor. Jeder Behinderte soll ein eigenes Zimmer, bzw. einen Privatbereich haben.

Stationäres Wohnumfeld:

Die Wohneinrichtung soll wohnlich und nicht nur funktional, zweckmässig sein. Neonlicht-kahle Gänge, herumstehende Wäschewagen usw. sollen vermieden werden.

Klinisch organisierte Regelung des Alltags: Der Alltag darf nicht rigide durchorganisiert sein, sondern soll auf die individuellen Bedürfnisse Rücksicht nehmen. Der pädagogische Auftrag hat gegenüber der Versorgung und der Pflege Vorrang.

Personalmangel:

Es müssen genügend Kommunikationsmöglichkeiten und Zuwendungsmöglichkeiten seitens der Betreuung geboten werden. Die BetreuerInnen müssen bereit sein mit den Betreuten als Gleichberechtigte zusammenzuleben.

Hierarchisch-autoritäre Führung:

BetreuerInnen müssen auch Einfluss- und Mitsprachemöglichkeiten in ihren Berufsalltag haben, sonst entlädt sich ihre Unzufriedenheit und Machtlosigkeit bei den BewohnerInnen.

Partnerschaftliche Hierarchie, welche auf Kooperation und Mitspracherecht beruht ist unerlässlich.

Häufiger Personal- und BewohnerInnenwechsel verursachen Unsicherheit, Angst, Misstrauen und somit Verhaltensauffälligkeiten.

Ungünstige Lage und Infrastruktur: Die Teilnahme am normalen, gesellschaftlichen Leben soll gewährleistet werden.

3.5.2. Pädagogisch-konzeptionelle Unzulänglichkeiten:

Verkürztes Betreuungskonzept:

Wohnmodelle, welche sich am psychiatrisch-medizinischen Modell orientieren und daher den geistig behinderten Menschen zum Defizitwesen degradieren, sind untauglich. Sie verkennen die pädagogische Bedeutung von Hausarbeiten und verwehren so den Betreuten die Möglichkeit in der Wohngruppe Kompetenzen zur individuellen und kollektiven Bewältigung ihres Lebens zu entwickeln. Somit wird über die Behinderten eine Entmündigung verfügt, wel-

che zu mangelnder Eigeninitiative und Desinteresse führt, da sie erleben, wie gering ihre Fähigkeiten geschätzt werden.

Starres Betreuungskonzept:

Der Alltag darf nicht mit rigiden Vorschriften ausgefüllt sein, da so kein Platz für autonom gestaltete Wohngruppenarbeit bleibt. Die gelegentlichen Aggressionsausbrüche in einem durchreglementierten Alltag sind Versuche sich der Fremdbestimmung zu widersetzen.

Fehlendes Betreuungskonzept:

Dies leistet der Willkür und dem beliebigen Agieren jedes einzelnen Betreuers Vorschub und ist alles andere als ein bedürfnisorientiertes Wohnen.

3.5.3. Therapeutisch-konzeptionelle Unzulänglichkeiten

Auch hier hat eine Heilpädagogik, welche unter der Obhut der Medizin steht und den Menschen zu einem Symptomträger degradiert, welcher wieder symptomfrei werden muss, massgebende Konsequenzen:

Ausgrenzung und Aufgabenverengung:

In Therapeutischen Zentren wird verhaltensauffälligen Menschen zeitlich begrenzte Behandlung verordnet, welche ihnen die Möglichkeiten raubt, in realen, natürlichen Lebensfeldern zu lernen. Diese Praxis verleitet die BetreuerInnen zur Ansicht sie seien für spezifische Probleme nicht zuständig und die Therapie werde es schon wieder zurechtbiegen.

Der problematisierte Mensch wird zum Objekt klinisch orientierter Intervention. Individuelle Interessen, Bedürfnisse, Kreativität, Phantasie und eigene Lösungsmöglichkeiten der Betreuten werden ignoriert. Die Verhaltensauffälligkeit wird als bössartig und nicht als Signalverhalten interpretiert.

Zerstückelung des Individuums und Vernachlässigung des biographischen Aspekts:

Sinnvolle Zusammenhänge des Lebens, der Biographie und den aktuellen Wechselwirkungen mit der Umwelt werden ausser Acht gelassen. Der behinderte Mensch wird so dem Hilffssystem restlos unterworfen und ausgeliefert.

Machtgefälle:

Der Therapeut verfügt über seinen Klienten und diese Herrschaft ist so absolut, dass der Therapeut keine Rechenschaft über seine Gefühle und Interessen geben muss, was eine gekünstelte und gefühlkalte Beziehung bewirkt.

Feuerwehrmedizin:

Pädagogische Probleme werden zu medizinischen umdefiniert und es kommt zur medikamentöser Behandlung von auffälligem Verhalten. Die «Reperaturmedizin» soll die vorhandenen Probleme lösen und der Arzt ist die Sanktionsinstanz.

3.5.4. Informelles Betreuungskonzept

Neben dem offiziellen Betreuungskonzept ist oft ein unbeabsichtigtes, unbewusstes Konzept enorm wirksam:

Fehlende Kommunikationsangebote und Beziehungsabbrüche:

Das notwendige Mass an Kommunikation und Zeit für einen Einzelnen fehlt oft, da entweder keine wirklichen Kontakte zwischen BetreuerInnen und Betreuten entstehen oder diese immer wieder durch Unvorhergesehenes abgebrochen werden. Ist dies den BetreuerInnen bewusst reagieren sie mit Hilfslosigkeit und Schuldgefühlen. Wenn diese nicht aufgearbeitet werden, laufen sie Gefahr die BewohnerInnen in ein Wechselbad aus Verwöhnung und Abweisung zu stürzen.

Sexueller Missbrauch und Misshandlungen:

Die Tabuisierung dieses Themas ist enorm und deshalb bleiben solche Überschreitungen oft unerkannt. Somit werden die Opfer in ihrem seelischen Leiden alleine gelassen, was zu schweren psychosozialen Störungen führen kann.

Fremdsteuerung, Kontrolle und Überbehütung:

Auch wenn Betreuungskonzepte die Emanzipation und Selbständigkeit der geistig Behinderten bezwecken ist dies noch keine Garantie für eine gelingende Normalisierung. Heimliche Fremdsteuerung und gedankenlose Über-

behütung ist ein Zeichen des mangelnden Vertrauens in die Fähigkeiten der behinderten Menschen. Das Personal bestimmt über alle alltäglichen Verrichtungen der Betreuten: wie lange sie im Bett bleiben, welche Kleider angezogen werden, wann und wieviel gegessen wird usw. Dabei lernen die Behinderten, dass sie über ihre eigenen Lebensumstände nicht selbst verfügen können und dass sie ihre Gefühle und Interessen zu unterdrücken haben.

Stigmatisierung:

Wenn man in einer Institution eine gemeinsame Fachsprache entwickeln will, kommt man nicht darum herum stigmatisierende Ausdrücke wie «Verhaltensauffälligkeit», «Pflegruppe» und Ähnliches zu gebrauchen. Wichtig dabei ist es, die so bezeichneten Menschen nicht unbewusst zu kategorisieren, was ihnen keine Chance mehr geben würde, anders zu sein, als ihnen vorgeredet wird (selbsterfüllende Prophezeihungen).

3.6. Pädagogische Konzeption und Therapie

Bei der Arbeit mit verhaltensauffälligen geistig behinderten Menschen wird zwischen allgemeiner pädagogischer Betreuung, spezieller Pädagogik (heilpädagogischer Förderung), Psychotherapie und psychiatrischer Therapie unterschieden. Wobei bei allen Disziplinen einige Leitgedanken beachtet werden müssen:

- Erwachsenemasse Orientierung, keine lebenslange «Schülerrolle»
- Anpassung an die spezifischen Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten des Einzelnen
- Partnerschaftliche Beziehung und Bezugsbetreuung
- Gleichwertigkeit von behinderten und nichtbehinderten Menschen
- Lebensbegleitung, keine Rundumbetreuung, sondern nur wo nötig
- Einheit von Leib, Seele und Geist beachten
- Alle Lernprozesse haben sich an der menschlichen Entwicklung zu orientieren, weder über- noch unterfordernd, also nicht allzu bekannt oder neu.
- aktive Teilhabe am täglichen Leben und damit Selbstbewusstsein fördern
- Vertrauen in die Ressourcen, seine positiven Botschaften aufgreifen und unterstützen

3.6.1. Allgemeine pädagogische Betreuung

Die wichtigsten Bereiche der allgemeinen Betreuung sind die aktivierende Pflege und Alltagsbegleitung, die Arbeit, Hilfen zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, Freizeit und Vergnügen.

Die alltägliche wohngruppenbezogene Arbeit muss bei der Betreuung von Menschen mit psychosozialen Problemen spezifischen methodischen Grundsätzen folgen, wie Strukturierung der Angebote, Prinzip der kleinen Schritte, vom Leichtem zum Schweren, Kontinuität, dosierte Anforderungen, Ruhephasen, flexibles Vorgehen, gewährenlassen und begrenzen usw.

3.6.2. Spezielle Pädagogik (heilpädagogische Förderung)

Wo die allgemeine Betreuung nicht genügt, wird eine intensivere Auseinandersetzung und Begleitung nötig. Dabei darf man nicht vergessen, dass im Zentrum immer die Hilfe zur Selbsthilfe steht und es nicht darum geht aus einem Behinderten etwas zu machen.

Wichtige Anhaltspunkte für eine gezielte Förderung sind die biographische, situative und kontextuelle Orientierung.

Biographische Orientierung:

Kritische Lebenssituationen, welche nicht verarbeitet werden konnten, kehren im aktuellen Erleben und Verhalten wieder. Deshalb ist der Nachvollzug durch Studium von Akten und oder Gesprächen mit Bezugspersonen wichtig.

Situative Orientierung:

Im aktuellen Geschehen entstehen auch neue kritische Ereignisse, welche unter Umständen nicht stressfrei bewältigt werden können. Deshalb ist eine genaue Analyse der kritischen Situationen wichtig.

Kontextuelle Orientierung:

Das soziale Umfeld soll auf entwicklungshemmende, bzw. -fördernde Momente untersucht werden.

3.6.3. Psychotherapeutische Hilfen und Ansätze

Auch die Heilpädagogik muss ihre Grenzen anerkennen und Angebote der Psychotherapie prüfen und benützen, denn auch Behinderte haben ein Recht auf psychotherapeutische Behandlung. Verhaltensmodifikationen, gesprächs-

therapeutische, tiefenpsychologische, gestalttherapeutische oder systemtherapeutische Konzepte erwiesen sich als sinnvoll in der Arbeit mit geistig Behinderten.

3.6.4. Psychiatrische Therapie

Zwischen der Behindertenpädagogik und der Psychiatrie sollte ein grösserer Austausch von Wissen vorhanden sein: Jede BetreuerIn sollte die Wirkung der Psychopharmaka kennen, welche sie den KlientInnen abgibt und medizinisches Personal sollte die Spezifikas von geistig Behinderten besser kennenlernen. Weiterbildungen auf beiden Seiten wären begrüssenswert.

3.6.5. Systemische Beratung:

Hier steht die Beratung für MitarbeiterInnen, Anhörige und Betroffene im Zentrum. Die systemische Betrachtungsweise beruht auf dem Wissen, dass jeder seine eigene Perspektive und somit seine eigene Wahrheit hat. Somit ist der Berater nicht der allmächtige Alleswisser, sondern ein Verstärker für die Ressourcen und Handlungskompetenzen des Ratsuchenden. Die systemische Beratung zielt nicht in erster Linie auf die Beseitigung des störenden Verhaltens ab, sondern auf die Entwicklung neuer Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten.

Idealtypischer Verlauf einer Beratung:

1. Orientierungs- und Kennenlernphase
2. Problemdarstellung, jeder Teilnehmer schildert das Problem aus seiner Sicht
3. Umdeuten, durch zirkuläres Nachfragen, Hypothesenbildung und Konzentration auf das Nichtgefragte ergibt sich ein Perspektivenwechsel, daraus folgt eine neue Problemsicht.
4. Zielbestimmung und Lösungswege, bzw. Ausarbeitung realistischer Handlungsschritte.
5. Reflexion und Feedback werden auch für das weitere Vorgehen und Überprüfung des «Gelernten» verwendet.

4. Milieuthherapie/ agogisch therapeutisches Milieu

(vgl. Cassée K. 1997)

Durch die angemessene Gestaltung eines künstlich geschaffenen Umfeldes wird auf ein Individuum Einfluss genommen. Dabei stehen die Lernbedürfnisse und Kompetenzen der KlientInnen im Zentrum.

Der Vorteil der Milieuthherapie ist, dass sie über viel Flexibilität verfügt, um die Begleitungsmethoden und die strukturellen Bedingungen dem einzelnen Klienten anzupassen.

4.1. Agogische Gestaltung von Alltagssituationen

Grundsätzlich geht es um die Vermittlung zwischen individuellen Handlungsbedingungen der KlientInnen und den äusseren Bedingungen und Anforderungen. Dafür ist eine genaue Situationsanalyse notwendig. Daraus folgen angemessene Vorstrukturierungen von kritischen Alltagssituationen. Der Grad der Vorstrukturierung bestimmt den Handlungsspielraum, dieser muss vom Klienten erfasst werden können, damit autonome Handlungsstrategien entwickelt werden können. Das Ziel der Vorstrukturierung ist, dass möglichst viel erwünschte und möglichst wenig unerwünschte Handlungserfahrungen gemacht werden können.

Die situative Intervention dient der Situationsbewältigung an Ort und Stelle, diese kann geplant oder ungeplant sein. Dabei unterscheidet man zwischen situativer Vermittlungshilfe (Veränderungen des sozialen Systems) und situativer Verarbeitungshilfe (Lernerfahrung für den Klienten für zukünftige kritische Situationen, d.h. Veränderung des personalen Systems.)

Als letzter wichtiger Grundsatz steht die Reflexion: Für alle Beteiligten sollen Reflexionsmöglichkeiten bestehen, um aus Erlebtem zu lernen und «ungute» Gefühle zu verarbeiten.

4.2. Anforderungen an die AgogInnen

Situative Interventionen und deren Erfolg hängen von den Ressourcen der AgogInnen ab.

– Direkte InteraktionspartnerInnen und gemeinsame Teilnahme an Alltagssituationen erfordert eine partnerschaftliche Beziehung.

- Erfassung der Komplexität der Handlungsbedingungen und deren notwendige Reduktionen.
- Perspektivität der Wahrnehmung und des Handelns, Reflexion der eigenen Bedürfnisse und Verhaltensmuster.
- Gelassener Umgang mit Zeit und Handlungsdruck für überlegte Handlungen.
- Wahrnehmungs- und Erkenntnismöglichkeiten, offen sein für neue Lösungen innerhalb überindividueller handlungsleitender Prinzipien (Betreuungskonzept).
- Professionelle Kompetenzen, die Verfügbarkeit von wissenschaftlichen Theorien und theoriegeleitetes Denken und Handeln.

4.3. Das Lebensfeldgespräch (vgl. Redl 1971 S. 48 – 71, «Life-Space-Interview»)

Situative Verarbeitungshilfe/ klinische Auswertung von alltäglichen Vorkommnissen:

- Konfrontation mit dem Realitätsprinzip, daraus folgt die Förderung der Realitätsprüfung mit am Ereignis beteiligten Personen.
- Symptomentfremdung, d.h. die Persönlichkeit des Klienten vom Verhalten trennen, kein Gewinn durch unerwünschtes Verhalten.
- Empfänglichkeit für Werte fördern, d.h. neue, unbelastete Werte für regel- und prinzipiengerechtes Handeln (Verbindlichkeit erhöhen).
- Angebote neuer Lebenstechniken, d.h. andere und bessere Problemlösungsstrategien vermitteln, an konkreten Beispielen.
- Handhabung der Grenzen des Selbst, d.h. Hilfen bieten beim Abgrenzen des Selbst gegenüber der Umwelt und Aufbau der personalen Autonomie.

Situative Vermittlungshilfe/ emotionale Hilfe an Ort und Stelle:

- Neutralisierung der Frustrationssäure, durch Mitfühlen das Ausmass der Wut im Zaun behalten.
- Unterstützung im Umgang mit Panik, Wut und Schuld; helfen die Dinge ins rechte Licht zu rücken.
- Aufrechterhaltung der Kommunikation, kein Beziehungsabbruch, über Belangloses reden z.B. oder einfach da sein.
- Verhaltensregulierung im sozialen Umgang, z.B. an vorhandene Grundregeln erinnern und vor unvorhergesehenen Ereignissen warnen.
- Entscheidungshilfen anbieten, schiedesrichterliche Hilfe.

Gedanken über Strategie und Technik

- Beschränkung auf ein zentrales Thema.
- Verständlichkeit und Betroffenheit (ich-Nähe) der Themen beachten, Klarheit schaffen.
- Die verschiedenen Positionen und Rollen der BetreuerInnen sollen bei einem Gespräch berücksichtigt werden.
- Den richtigen Zeitpunkt für ein Lebensfeldgespräch wählen.
- Die Umgebung in welcher das Gespräch stattfindet berücksichtigen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Wahl einer bestimmten Technik abhängig ist vom spezifischen Ziel, dem bestimmten sozialen und situativen Kontext, dem speziellen Typus und dem Entwicklungsstand der KlientInnen.



C: Schlussfolgerungen

Bei der Bearbeitung der wissenschaftlichen Erklärungs- und Handlungstheorien haben sich meine hypothetischen Annahmen z.T. bestätigt. Zudem habe ich Neues gelernt und viele schon vorhandene diffuse Wissensanteile sind mir bewusster, klarer und verständlicher geworden. Ich denke ich habe damit mein Fachwissen mit einigen wertvollen Theorien angereichert.

In diesem Teil möchte ich zuerst auf die in der Einleitung gemachten Aussagen näher eingehen, dann versuchen, die konkreten Fragen zu beantworten und letztendlich ein illustrierendes Beispiel näher betrachten.

1. Vertiefung von zwei in der Einleitung gemachten Aussagen (siehe Seite 6/7)

1.1. Theorien praxisgeleitet, bzw. menschengeleitet umsetzen

Bei der Bearbeitung von den Bedingungen eines Menschen sollen nicht die Theorien wegweisend sein. Da so die Gefahr besteht, dass man seine eigenen Themen in Theorien verpackt und diese auf die Menschen stülpt, welchen man eigentlich eine ihnen gerechte Umwelt gestalten sollte. Im Mittelpunkt ist und bleibt der Mensch. Natürlich gibt es bestimmte Gesetzmässigkeiten, welche es dem Soziantätigen ermöglichen Handlungsstrategien zu entwickeln. Das dazugehörige Wissen und die Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Theorien sind notwendig und unerlässlich. Leider erfuhr ich mehrere Male in meiner achtjährigen Berufserfahrung, dass entsprechendes Fachwissen als Tarnmäntelchen für individuelle Machtansprüche gebraucht wurden. Ich glaube hier liegt ein Teil meine Wut auf die Theorien begraben...

Nun zu meinen Erkenntnissen diesbezüglich: Folgende Gedanken gelten generell für eine Wohngruppe mit geistig behinderten Erwachsenen. Dabei möchte ich die langfristig geplanten Umstrukturierungen betrachten. «Feuerwehrrübungen» brauchen andere Instrumente, um im Konfliktfall situationsgerecht reagieren zu können.

1.1.1. Problemanalysen

Diese sollen aus einer möglichst neutralen und distanzierten Position gemacht werden. In der Praxis ist es oft so, dass nur dort verändert und angepasst wird, wo Auffälligkeiten entstehen. Auffällig ist jedoch nur sogenannt abnormales Verhalten, d.h. der Kontext bestimmt dieses. Z.B. damals in der

Psychiaterie war es normal, dass die PatientInnen selbst- und fremdgefährdendes Verhalten zeigten, daraus entstand kein Handlungsdruck, sie waren angebunden und wurden bei Selbstverletzungen verarztet. Die Schwestern und Pfleger machten ihren Job und identifizierten sich meist nicht mit den PatientInnen. Grundsätzlich soll man sich also bewusst sein, dass man eine Situation als Problem definiert, wenn sie einen persönlich berührt oder wenn das Verhalten eines oder mehrerer Betreuten nicht konform ist.

1.1.1.1. Verstehensdiagnostik (siehe Teil B, Seite 26)

Dies gibt eine gute Zusammenfassung von allen beteiligten Bedingungen für einen Menschen, welche für ihn relevant sind. Die Zeit für eine solch differenzierte Analyse fehlt jedoch in der Praxis oft. Nachfolgend eine auf mein persönliches berufliches Umfeld zugeschnittene Analysemethode.

1.1.1.2. Analyse eines nonkonformen Verhaltens in meinem Berufsalltag

Wichtig ist, dass man achtsam ist, d.h. Zeit und Raum muss vorhanden sein, um das seelische und körperliche Wohlbefinden der Betreuten zu erfassen. Wenn jemand in sich wiederholenden Situationen mit Unbehagen, Verunsicherung, Verwirrtheit und Ähnlichem reagiert, soll es im ganzen Team thematisiert und über eine abgemachte Zeit speziell beobachtet und aufgeschrieben werden. Die BewohnerInnen-Dokumentation soll so gestaltet sein, dass Beobachtung und Interpretationen und Behandlungsideen getrennt werden (zwei, evt. drei Kolonnen).

Einige Faktoren, welche berücksichtigt werden sollen:

- Entstehen die Auffälligkeiten nur bei gewissen BetreuerInnen?
- In welchem Kontext passieren sie, z.B. im Gang, beim Essen, nach der Arbeit usw.
- Was passiert mit uns BetreuerInnen, warum fällt uns das auf? Was fühlen wir?
- Ist es für die Betreuten ein Problem? Bzw. steckt dahinter ein tieferes Problem von Unzufriedenheit, Trauer, Sehnsucht, Verlangen nach Sicherheit, Kontinuität usw.?
- Ist die «Ursache» auf unserer Wohngruppe zu bearbeiten oder sind andere Systeme (Arbeit, Angehörige usw.) betroffen?

Problemsicht

Im Team soll eine gemeinsame Problemsicht entwickelt werden. D.h. an abgemachten Teamsitzungen werden die gemachten Erfahrungen ausgetauscht und diskutiert, bis man gemeinsame Ziele formulieren kann. Der Bezugsbetreuer, bzw. die Bezugsbetreuerin erarbeitet Handlungsstrategien, er/sie soll dabei folgende Faktoren berücksichtigen:

- Sind die Lösungen auf den Betreuten zugeschnitten?
- Beeinträchtigen diese Massnahmen das Wohlbefinden von anderen Betreuten?
- Sind solche Vorschläge umsetzbar? z.B. haben die BetreuerInnen dann dafür Zeit, bezahlt jemand Therapien oder Freizeitbeschäftigungen usw.
- Wo liegt die Verantwortung der Umsetzung?
- Wie wird dies kontrolliert?

Diese Handlungsstrategien sollen mit der Gruppenleitung vorgbesprochen und dann dem Team vorgestellt werden. Wichtig ist, dass jeder und jede mindestens nochmals eine Woche Zeit hat darüber nachzudenken, bevor sie in Kraft treten.

Bei der Umsetzung ist es bei unserem Klientel wichtig, Abmachungen als Leitplanke zu benutzen, d.h. den Betreuten das Angebot zu machen, mit der dazugehörenden abgesprochenen inneren Haltung. Doch der/die Betreute soll mit Hilfen selbstständig entscheiden, damit er seine Autonomie stärken kann und sich nicht fremdbestimmt fühlt.

1.2. Es gibt keinen massgebenden Unterschied zwischen «geistigbehinderten» und «normalen» Menschen bezüglich der Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse

Seit ich mit geistig behinderten Menschen arbeite, habe ich das Gefühl, dass ich in ihrem Kontext nicht überlebensfähig wäre. Das würde bedeuten, dass meine Fähigkeit wahrzunehmen, Erfahrungen zu verarbeiten und sie in meinem Leben zu integrieren letztendlich für gewisse Lebenswelten untauglich wären. Als ich einige Tage aus Versehen in einem Gefängnis eingesperrt war, erfuhr ich, wie schnell die Bedürfnisse eines Menschen aufs Eis gelegt werden können. Ich wusste nicht mehr, ob ich Hunger hatte, schlafen sollte, raus wollte usw. Wegen der vollkommenen Abhängigkeit vom Wohlwollen meiner BetreuerInnen, verlor ich den Bezug zu meinen Bedürfnissen. So ähnlich ergeht es wohl den Menschen mit einer geistigen Behinderung. Sie leben in

einer Welt, welche sie kaum beeinflussen können, halten sich an Ritualen fest, welche nicht selten von BetreuerInnen demontiert werden und trotzdem gelingt es ihnen in einem Gleichgewicht zu bleiben.

Bestimmt ist ein Mensch mit Beeinträchtigungen seiner kognitiven Fähigkeiten abhängiger von seiner Umwelt, weil er einfach nicht das nötige Rüstzeug für ein völlig selbstständiges Leben hat (vgl. Theorieteil). Trotzdem tut es mir als Betreuerin gut zu wissen, dass mein psychisches System genauso aus den Fugen geraten kann, dass ich handlungsunfähig werde und auf die Unterstützung von anderen Menschen angewiesen bin.

2. Konkrete Fragestellungen (siehe Teil A, Seite 16)

2.1. Was braucht ein Mensch, um seine physischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse beim Essen abzudecken? Wie stehen diese Bedürfnisse im Verhältnis zu unserem Angebot?

Nahrung, Essen und alles, was damit zusammenhängt ist für mich der symbolische Ausdruck von der innerpsychischen Dynamik eines Menschen, der Dynamik einer Primärgruppe und der Gesellschaft. Jedes untergeordnete System ist Teil des übergeordneten, d.h. beeinflusst durch dasselbe. Deshalb möchte ich ganz kurz einige Gedanken zu unserem kulturellen Umgang mit Essen festhalten. Nachher die Bedingungen unserer Institution und dann diejenigen unserer Wohngruppe erläutern.

2.1.1. Grundsätzliches und historische Hintergründe unserer Esskultur

Kleinspahn hat in seinem Buch «Warum sind wir so unersättlich» unsere Esskultur analysiert, weil auch er der Meinung ist, dass «Essen» den Menschen am meisten formt, da es nach dem Luft holen den ersten Bezug zur Welt darstellt. Deshalb redet er nicht nur von Essen, sondern von «Oralität», welche den psychoanalytischen Bezug zur ersten Erfahrungen mit Nahrungsaufnahme und somit Parallelen zu frühkindlichen Entwicklungen und deren Störungen herstellt. Dies erklärt, dass alle Themen rund ums Essen den Menschen sehr nahe gehen (vgl. Kleinspahn 1987).

Beim Studium des Buches von Kleinspahn wurde mir bewusst, wie stark die Ess-Kultur Einfluss hat auf den Sozialisationsprozess einer ganzen Gesellschaft. Ich habe auch immer wieder beobachtet wie prägend der Umgang mit Essen, bzw. dessen Zubereitung und Genuss ist. Ganze Völker bestimmen so durch ihre Traditionen in diesem Bereich einen nachhaltigen Einfluss auf den Menschen und seiner Verarbeitung der Umwelt. Wen wundert es, dass immer wieder Begriffe auftauchen, welche dies in Worte zu fassen versuchen, z.B. kollektive Zivilisationsneurose, Menschheits-, Gesellschafts-, Massen-, oder Gemeinschaftsneurose, Soziose, usw.

Dass solche verwurzelte Umgangsformen auch auf unserer Wohngruppe eine Rolle spielen, ist verständlich, trotz dem künstlich geschaffenen Lebensraum.

2.1.2. Unsere sozialpädagogische Institution

Das Leitbild stellt den betreuten Menschen ins Zentrum. Das Betreuungskonzept beruht auf dem Normalisierungsprinzip, d.h. das Umfeld der geistig behinderten Menschen ist so «normal» wie möglich zu gestalten.

In der Realität ist dies wegen strukturellen Bedingungen beinahe unmöglich, z.B. lebt in unserer Gesellschaft kein Mensch mit zehn anderen Personen auf engstem Raum zusammen und wird von fast nochmals so vielen betreut.

Ist die Diskrepanz zwischen Idealvorstellungen (institutionelle und persönliche Leitbilder) und der Wirklichkeit zu gross, werden die Konzepte kaum handlungsleitend. Daraus folgt, dass für uns BetreuerInnen die Diskrepanz zwischen Idealvorstellungen und der umsetzbaren Wirklichkeit (beschränkte Ressourcen) so gross ist, dass wir oft das Gefühl haben, es nütze doch alles nichts. Dies wiederum beeinflusst unsere Strukturierungen bei den Essen und vor allem unsere Stimmung allgemein, für welche geistig behinderte Menschen sehr differenzierte Sensoren haben.

2.1.3. Unsere Wohngruppe

2.1.3.1. Abdeckung der physischen Bedürfnisse

Ein Mensch, welcher auf unserer Wohngruppe lebt, muss die Wahrung seines Gleichgewicht an innerphysischem Bedarf an Nahrungsaufnahme ganz dem Betreuungspersonal abgeben. Es gibt klare Essenszeiten. Meist wird bestimmt, was für die Betreuten gut ist und was nicht. Erst seit kurzem dürfen sie so viel Früchte essen und trinken, wie sie wollen und wann sie wollen. Diese im Team vereinbarten Abmachungen werden nicht von allen Teammitglieder eingehalten. Dies wiederum ergibt eine Konfliktsituation für die Betreuten: Langsam lernen sie Bedürfnisse wahrzunehmen, haben jedoch keine Möglichkeiten diese zu erfüllen, ohne Angst zu haben, dass sie zurechtgewiesen werden.

Auch während konkreten Esssituationen sind solche Konflikte vorprogrammiert: manchmal werden sie aufgefordert zu handeln und manchmal werden sie zurechtgewiesen, wenn sie handeln. Letztendlich haben sie es einfacher, wenn sie weiterhin die Erfüllung ihres körperlichen Bedarfs nach Nahrung den BetreuerInnen überlassen.

2.1.3.2. Die Erfüllung der psychischen Bedürfnisse

Alle Beteiligten am gemeinsamen Essen sind gleichermassen darauf angewiesen, dass eine ruhige unbelastete Stimmung herrscht. Dann kann die Aufmerksamkeit der Nahrungsaufnahme zugewendet werden. Die BetreuerInnen haben dann auch Musse ihre Aufmerksamkeit auf diejenigen zu richten, welche Hilfe brauchen oder auf ihr eigenes Essen.

Zu den psychischen Bedürfnissen gehören auch Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit. Hier ist es wichtig die Ess-Situation übergeordnet zu strukturieren, damit sie nicht von den Stimmungen und Vorlieben der anwesenden BetreuerInnen bestimmt werden. Auch die Akzeptanz, Achtung und Liebe, welche den Betreuten entgegen gebracht werden, sollen gewährleistet sein.

2.1.3.3. Die Erfüllung sozialer Bedürfnisse

Die Enge des Raumes und das nahe Beisammensein, bestimmen die sozialen Kontakte. Nicht Jede/Jeder sitzt so, wie es für seine sozialen Kontakte am günstigsten wäre. Trotzdem denke ich, dass wir auf dieser Ebene das Optimale für den jetzigen Moment strukturiert haben. Es ist der Ort, wo man entweder zusammen schweigt und isst, Witze macht und hie und da, kleinere Machtkämpfe aushandelt. Nur selten kippt das labile Gleichgewicht und es entsteht ein Chaos, was aber auch für alle Beteiligten Lernfelder bietet.

2.2. Welche Anforderungen stellt ein gemeinsames Essen bei uns?

2.2.1. Für die Betreuten?

- Aufschieben ihrer körperlichen Bedürfnisse, d.h. sie müssen warten bis alle geschöpft haben, evt. wird sogar bestimmt, was sie zu essen haben.
- ruhig sein, Kritiken einstecken können, ohne auszubrechen
- sitzen bleiben, auch wenn es für sie unerträgliche Situationen sind
- Anweisungen von den BetreuerInnen beachten
- mit so vielen Leute zusammen einen sehr persönlichen Bereich teilen
- sehr tolerant den «Macken» der anderen gegenüber sein
- Veränderte Bedingungen ertragen, wegstecken

2.2.2. Für die BetreuerInnen

- Sich nicht in ihre eigenen Verhaltensmuster verstricken lassen
- gemeinsame Abmachungen einhalten, sonst nicht eingreifen, wenn es nicht unbedingt nötig ist
- Seine Aufmerksamkeit den «Hilfebedürftigen» zuwenden
- sich «erholen», auf seine eigenen Bedürfnisse achten, essen
- nicht andere zurechtweisen, schon gar nicht weit weg sitzende
- den Betreuten mit Achtung und Liebe begegnen
- mit dem zweiten Betreuer, bzw. der Betreuerin Absprachen machen, die BewohnerInnen dabei einbeziehen.
- keine Streitigkeiten mit dem zweiten Betreuer. Wenn Unstimmigkeiten vorhanden sind, diese vor dem Essen lösen.
- einander helfen, wenn eine BetreuerIn Unterstützung braucht.
- wahrnehmen, wann man übertrieben emotional reagiert, es aufschieben oder weggehen.

2.3. Warum ist die Frustrationstoleranz von Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung relativ niedrig?

2.3.1. Allgemeine entwicklungspsychologische Überlegungen

Da die Theorien über die Entwicklungsphasen für alle Menschen gleichermaßen gelten, möchte ich zuerst allgemeingültige Überlegungen und dann auf die Spezifikas von Menschen mit einer geistigen Behinderung eingehen. Meine eigenen alltagstheoretischen Überlegungen möchte ich in der folgenden Tabelle mit den in der BSA vermittelten Theorien verknüpfen.

Hier kommt die Tabelle rein....

2.3.2. Spezifikas bei Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung

Die Beeinträchtigung kognitiver Wahrnehmungs- und Verarbeitungsmöglichkeiten erhöhen die Missverständnisse im Austausch mit der Umwelt. Zudem sind sie hochgradig auf Vermittlungsanstrengungen von aussen angewiesen. Das labile Gleichgewicht des täglichen Allerlei kann durch «kleinste» Abweichungen zusammenstürzen.

Kein Mensch kann einen anderen wirklich verstehen, nie wird er in die Haut eines anderen schlüpfen können. Haben Menschen eine kognitive Beeinträchtigung wird alles noch viel schwieriger, da unzählig viele Varianten von verschiedenen Entwicklungsstufen miteinander verknüpft sind. Das wichtigste an allem ist, dass Verständigungsstrategien ausgehandelt werden, wobei sich der/die Betreute ernst und wichtig genommen fühlt. Trotzdem ist es unerlässlich Grenzen zu setzen, je nach Entwicklungsstand. Diese müssen ständig überprüft und im Team abgesprochen werden.

Jeder Mensch ist anders, jedes dazukommende wechselnde Teilchen (Betreute, BetreuerInnen, strukturelle Bedingungen) können die individuellen Bedingungen beeinflussen.

3. Die Bearbeitung des illustrierenden Beispiels (Schoggipudding)

(siehe Teil A, Seite 14)

Für die konkretere Bearbeitung eines Alltagsproblems möchte ich nur ein Beispiel weiterverfolgen. Und auch bei diesem Schritt möchte ich mich auf einen zentralen Punkt der Analyse und Lösungssuche konzentrieren, nämlich auf die Reflexion. D.h. darauf was bei mir als Sozialpädagogin abläuft, bevor es zum Team- und Gruppenthema wird. Folgende Aufzeichnungen sind somit nur der Anfang für weitere Auseinandersetzungen mit diesem Thema. Um das ganze ein wenig zu vereinfachen, werde ich den betreffenden Klient "Fritz" nennen.

3.1. Die Reflexion, bzw. die erste Auseinandersetzung von mir als Betreuerin mit dem Geschehenen

Gibt es Missverständnisse zwischen einem Betreuten und mir überlege ich mir als erstes folgende Fragen:

3.1.1.«Was hat das Erlebte mit mir zu tun?» «Wie fühlte ich mich?» Was hat es in mir ausgelöst?»

Der nachhaltige Wunsch nach mehr Pudding machte mich wütend, weil ich mich fremdbestimmt fühlte: «Warum muss mir Fritz immer seine Wirklichkeit aufzwingen?» Wahrscheinlich empfand ich seine Intervention als Angriff auf meine Autorität. Zudem hatte ich den gesundheitlichen Auftrag, auf seine Gewichtsprobleme zu schauen, und konnte so mein direktives Auftreten entschuldigen. Schnell merkte ich, dass meine Gehässigkeit, bzw. meine Reaktion situationsunangemessen war. Seine Reaktion darauf war normal und eigentlich wusste ich, dass ich ihn hätte einbeziehen sollen. Z.B. hätte ich ihn für die anderen schöpfen lassen können. Vermutlich habe ich eine Übertragung gemacht, d.h. meine Reaktion basierte auf einer Erfahrung aus meiner Kindheit. Diese Erkenntnisse halfen mir, mich sofort zu entschuldigen und so war der Sturm schnell vorbei. Im Nachhinein machte ich mir über meinen extremen Drang nach Autonomie Gedanken. Zudem versuchte ich herauszufinden, ob ich unter Stress stand.

3.1.2. «Was geschah beim Klienten?» «Wie fühlte er sich?» «Was hat es bei ihm ausgelöst?»

Fritz hatte eine klare Vorstellung davon, wieviel Schoggipudding er braucht, damit er genug hat. Diese Idee war unumstösslich, d.h. wenn er nicht soviel bekommen kann, ist seine Existenz gefährdet. Niemand hat ihm vorher gesagt, wie und wieviel geschöpft werden wird. Somit wurde seiner Bedürfnisbefriedigung keine Grenzen gesetzt zum voraus. In der Situation war Fritz nicht mehr fähig, Erklärungen anzunehmen: seine vorgestellte Wirklichkeit war schon fix. Vielleicht hätte er mit den nötigen Hilfestellungen (selber schöpfen, für die anderen schauen usw.) wieder ein Gleichgewicht zwischen sich und der Umwelt herstellen können. Aber meine Gehässigkeit löste in ihm ein Gefühl von Schuld aus: er macht etwas falsch, er benimmt sich daneben usw. Der Druck wird enorm hoch, es braucht ein Ventil: Eskalation!

3.1.3. «Wie interpretierte ich die Situation situativ?» «Wie interpretiere ich sie jetzt?»

Die Erklärung für das Handeln von Fritz war in der Situation, dass er Macht über mein Tun ausüben wollte. Ich weitete diese Interpretation aus auf seine gesamte Umwelt: er wollte/musste bestimmen was abläuft. Ich dachte, meine Aufgabe sei es, ihm Grenzen zu setzen.

Beim nochmaligen Ueberprüfen dieser handelsleitenden Erklärung wurde mir bewusst, dass meine Reaktion der Versuch war, meinen Einfluss auf das Geschehen der Situation zu behalten. Sinnigerweise verlor ich ihn dadurch weil ich meine Reaktionen nicht mehr unter Kontrolle hatte.

3.1.4. «Gibt es andere Sichtweisen, andere Interpretationmöglichkeiten?»

Es gibt unzählige andere Erklärungsmöglichkeiten. Das Wahrscheinlichste ist, dass sich Fritz wegen den unklaren Vorgaben eigene Vorstellungen gemacht hatte, welche nicht mit meinen übereinstimmten. Als seine Art mit der Situation umzugehen durch meine Intervention unterbrochen wurde, wusste er nicht mehr was tun, fiel in eine Urangst «von zu wenig Haben» zurück und reagierte entsprechend.

Vielleicht hat er durch ähnliche Erfahrungen gelernt, dass er durch solches Verhalten zu einem selbstgesteckten Ziel kommt. Dies spielt wahr-

scheinlich eher untergeordnet eine Rolle, da erst die entstandene Nische ein solches Verhaltensmuster ermöglichte.

Die Möglichkeit, dass Fritz dies alles bewusst, bzw. unbewusst inszeniert hat, ist auch nicht auszuschliessen, aber auch hier musste die «Nische» dazu vorhanden sein.

Vielleicht hatte Fritz vorher auch unangenehme Erlebnisse gehabt, vielleicht nervte ihn schon sein Nachbar, vielleicht war sein gesundheitliches Wohlbefinden eingeschränkt. Kurz gesagt, vielleicht war durch ganz andere Umstände das Fass kurz vor dem Überlaufen.

3.1.5. «Für wen ist das Geschehene ein Problem?» «Für mich, für den beteiligten Klienten, für die anderen BewohnerInnen?»

Das Geschehene war vorallem für mich ein Problem, da ich sehr selten hässig reagierte. Ich verlor meine Autonomie, d.h. ich konnte nicht mehr die konkreten Bedingungen beachten und anhand dieser handeln. Zudem unterliess ich es im Team abgemachte «Notfallinterventionen» zu beachten. Die Frage beschäftigte mich noch lange, ob es wirklich nicht nötig war, Grenzen zu setzen, da es eine unserer Hauptaufgaben bei diesem Klienten ist, ihn zu «begrenzen». Meine eigene Betroffenheit verunmöglicht es mir zu sehen, was angebracht gewesen wäre.

Für die anderen BewohnerInnen war der Moment der Eskalation sehr schwierig, z.T. reagierten sie mit körperlichen Symptomen, wie Herzklopfen, «Angstschweiss» und Zittern. Später schien alles vergessen zu sein.

Für Fritz war es im Moment vor der Eskalation schwierig. Später hatte er etwas Mühe mit seinen Schuldgefühlen, welche er jedoch bald verdrängt hatte.

3.1.6. «Wie kann ich die beteiligten Menschen bei dem ausgelösten Prozess begleiten?»

Die anwesenden BewohnerInnen versuchte ich dadurch zu entlasten, dass die Stimmung möglichst bald «normal» wurde, d.h. wieder Raum gab für Anderes, Eigenes. Beim Dessertessen sassen wir wieder gemütlich beisammen. Nur kurz wurden Gefühle über das Vorgegangene ausgetauscht.

Mit Fritz hatte ich ein Gespräch, welches vielleicht etwas dazu beitrug sich nicht schuldig zu fühlen. Dieses Gespräch würde ich wieder ähnlich durchführen.

3.1.7. «Gäbe es angemessenen strukturelle Veränderungen?»

Wenn man Tischsituationen ausserhalb dem üblichen Rahmen macht, wie in diesem Fall, wäre es wichtig Personen wie Fritz mehr ins Geschehen einzu-beziehen, zum Beispiel ihn mit Mengenangaben für alle schöpfen lassen. Man müsste im Team verschiedene mögliche Varianten von «z'Vieri machen» an-schauen und diese verbindlich festhalten. Es scheint mir angebracht, mehrerer Möglichkeiten zu bieten, da die Essen sonst sehr stark vorstrukturiert sind.

3.1.8. «Was würden diese Veränderungen bewirken?»

Wenn man auch relative Ausnahmesituationen, wie der z' Vieri am Wochenende durchstrukturiert, bleiben kaum noch «Nischen» für mögliches Fehlverhalten. Probleme sind jedoch wichtige Lernfelder für alle Beteiligten und für Entwicklungen nötig. Gibt der Alltag kaum mehr Anlass zu Auseinandersetzungen besteht die Gefahr, dass Aggressionen verdeckt ab-laufen oder Probleme geschaffen werden, welche strukturell kaum mehr zu erfassen sind. Dieser Gedanke ist nur am Rande erwähnenswert, da man nie so viel strukturieren kann, dass keine «Notfälle» entstehen. Gerade bei den Menschen mit einer geistigen Behinderungen ist es beinahe unmöglich ihre individuellen Bedingungen angemessen zu erfassen und zu berücksichtigen. In der Wechselwirkung mit der Umwelt wird es um ein vielfaches komplexer.

3.1.9. «Inwiefern wird das Team miteinbezogen?»

Diese Situation habe ich im Tagebuch rapportiert: die Interpretationen ge-trennt von den Beobachtungen. Meine Beschreibung wird das Verhalten mei-ner TeamkollegInnen beeinflussen, ihre Beschreibungen wiederum meine usw. So gibt es nebst den schriftlichen Abmachungen in Bezug auf Fritz eine relativ einheitliche Haltung.

Das Thema «z' Vieri» sollte im Team besprochen werden: gemeinsame Ziele formulieren, diese durch die Betreuten erweitern, in einer weiteren

Sitzung Umsetzungsmöglichkeiten suchen, diese den Betreuten vorstellen, anpassen und letztendlich die Art der Ueberprüfung festhalten.

Schlusswort

Meine Auseinandersetzungen mit den Theorien empfand ich als sehr bereichernd. Vorallem das Buch von Lingg und Theunissen zeigte mir viele Zusammenhänge auf. Wichtig waren für mich auch die Begriffklärungen. Genütuung empfinde ich am Schluss meiner Arbeit, weil es mir irgendwie gelungen ist, ein wenig Ordnung in mein Wissens-Wirr-Warr zu bringen. Zum ersten Mal verfolgte ich systematisch wissenschaftliche Theorien und meine Gedanken auf verschiedenen Ebenen. Dabei entdeckte ich, dass sich meine widersprüchlichen Gefühle diesen Themen gegenüber veränderten. Es war ein Kampf mit mir selber, welcher mir die wichtige Erkenntnis bescherte, dass man mit Gewinn Dinge tun kann, für welche man sich beschränkt aus freien Stücken entscheidet. Die begleitenden Emotionen während diesem Prozess waren gutes Anschauungsmaterial für mich: das Verständnis für Verhaltensauffälligkeiten hat sich dabei vergrössert.

Im Zentrum meiner Erkenntnisse für meinen Berufsalltag steht, dass mir bewusst wurde, wie gross die Einflüsse von strukturellen Bedingungen auf die jeweiligen Ereignisse sind. D.h. ich habe die Probleme vorher zu sehr individualisiert. Dank der neu erarbeiteten Sichtweise, ist mir verständlicher, warum gewisse Situationen, geradezu nach psychosozialen Auffälligkeiten schreien. Bewusster wurde mir dadurch, dass ich als Sozialpädagogin den Auftrag habe, Situationen so vorzustrukturieren, das die handelnden Individuen, genügend Sicherheit und Akzeptanz verspüren, um Einfluss auf ihre unmittelbare Umwelt nehmen zu können. D.h. es soll zwischen den Idealvorstellungen (Leitbildern, Betreuungskonzept usw.) und den gegebenen Rahmenbedingungen ein Optimum an klientengerechten Angeboten gegeben werden. Dabei ist es sehr wichtig genügend Distanz zum aktuellen Geschehen zu haben, um die Bedingungen immer wieder neu zu hinterfragen und zu verändern. Im Mittelpunkt von Veränderungen soll die Kontinuität und die Fähigkeiten der Betreuten sich auf Neues einzulassen stehen. Dazu gehören verbindliche Absprachen im Team und eine flexible Organisation, welche konzeptgerechte Strukturierungen fördern und unterstützen.

Zum Schluss möchte ich noch all jenen danken, welche mich bei dieser Diplomarbeit unterstützten, vorallem Katja Hofer für die inhaltlichen und grammatikalischen Korrekturen und Stefan Dörig für das Layout.

Literaturverzeichnis

- Brenner Ch.: **«Grundzüge der Psychoanalyse»**
Fischer 1976, Frankfurt a. M.
- Cassée K.: **«Methoden und Konzeptualisierungsansätze»**
BSA-Unterricht 1997
- Gingsburg H./Opper S.: **«Piagets Theorie der geistigen Entwicklung»**
Stuttgart: Klett Cotta, 1975
- Kleinspehn Th.: **«Warum sind wir so unersättlich?
Über die Bedeutung des Essens.»**
Suhrkamp, Frankfurt 1987
- Lingg A./Theunissen G.: **«Psychische Störungen bei geistig
Behinderten»**
Lambertus 1993
- Redl F.: **«Erziehung schwieriger Kinder»**
Serie Piper 1971
- Rich M.: **«Mittelgradige Formen geistiger Behinderung»**
BSA-Lehrmittel 1994a
- Rich M.: **«Schwerstbehinderung»**
BSA-Lehrmittel 1994b
- Rich M.: **«Leichtere Formen geistiger Behinderung»**
BSA-Lehrmittel 1995
- Suter Ch.: **«Sozialpädagogische Primärgruppen»**
BSA-Lehrmittel, 1993a
- Suter Ch.: **«Strukturelle Verwahrlosung»**
BSA-Lehrmittel, 1993b