

„Entwicklung ist immer möglich – Psychische Unterstützung für Menschen mit besonderen Bedürfnissen“

Im Titel sind zwei Grundbegriffe der Psychologie angeführt: Entwicklung und psychische Unterstützung. Aber was bedeuten im Zusammenhang unseres Themas Entwicklung und psychische Unterstützung? Und müssen die Inhalte beider Begriffe gleichzeitig verfolgt werden? Müssen Psychotherapeutinnen oder Sozialarbeiter den Anspruch haben, mit der psychischen Unterstützung gleichzeitig die psychologische Entwicklung zu forcieren? Der Wunsch, „ich möchte, dass bei meinem Kind, meiner Klientin / meinem Kunden etwas weiter geht!“, ist verständlich. Die Frage ist, **Was** weitergeht, und **Wo**, **Wann** und **Wie** sich das Kind, der Klient, die Kundin entwickelt (siehe Kogler & Kogler, 2005).

Lernen, Reifen, Wachsen, emotionale Weiterentwicklung... Behinderung ist mit vielen Komponenten verknüpft. Die Biografie spielt ebenso eine Rolle wie die wirtschaftliche Lage, die Qualität der psychosozialen und medizinischen Versorgung, der Grad der sozialen Einbindung, familiäre, nachbarschaftliche und freundschaftliche Netzwerke... Gleiches trifft auf das gesellschaftliche Lernen im Umgang mit Behinderung zu. Langfristig - im Sinne der Nachhaltigkeit - ist das gesellschaftliche Lernen die wichtigste Form der Unterstützung. Ich meine, dass Behinderung und seine Bedeutung genau so kulturell geprägt sind wie etwa Altern und seine Bedeutung oder Frausein und seine Bedeutung (in Anlehnung an Schrupp, 2007, S. 106). Wenn Gesellschaften verstehen, dass Barrierefreiheit, berufliche Möglichkeiten oder Unterstützungseinrichtungen für Menschen mit besonderen Bedürfnissen zum Mindeststandard der menschlichen Kultur zählen, dann bauen sie sich einen positiven Rückkopplungsmechanismus ein, der ihr Zusammenleben stärker und sie toleranter macht. Kurz gesagt: jede individuelle Unterstützung braucht das gesellschaftliche Umfeld - und umgekehrt!

Ich spreche den Bezug zu gesellschaftlichen Weiterentwicklungen deshalb an, weil ich im Vortrag vorrangig auf Personen und individuelle Strukturen eingehe. Aber es ist klar, dass psychische Unterstützung und Weiterentwicklung in einem gesellschaftlichen und institutionellen Umfeld geschehen. Sie sind umso erfolgreicher, je besser die Zusammenarbeit mit Einrichtungen, Personen aus dem psychosozialen und medizinischen Bereich, mit Eltern oder Partnern funktioniert.

Selbstmanagement

Wann hört der Mensch auf zu lernen? Was braucht er, damit er seine Psyche weiter entwickeln und sich weiter entfalten kann? Wissenschaft und Erfahrung zeigen, dass Lernen und Weiterentwicklung in (fast) allen Lebenssituationen und allen Entwicklungsstufen möglich sind. Baby oder Greis (z.B. Rosenmayr, 2007), hoher und niedriger Intellekt, ausgebildete oder sehr eingeschränkte emotionale Fähigkeiten, gutes oder schlechtes soziales Umfeld... Der Mensch ist das Wesen, das auf allen Ebenen lern- und anpassungsfähig und überall neugierig (Berlyne, 1960) und kreativ sein kann.

Selbstmanagement, Achtsamkeit und Akzeptanz (Heidenreich und Michalak, 2004) zählen zu jenen Kriterien, die das kreative Weiterentwickeln unterstützen.

Ich beziehe mich heute auf den Aspekt des Selbstmanagements. Es ist eines der best untersuchten Konzepte in der Psychologie. Der austro-amerikanische Psychologe Frederic Kanfer hat es in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts zu einer Theorie entwickelt und mit den deutschen Psychologen Hans Reinecker und Dieter Schmelzer vertieft (1991). Selbstmanagement bietet ein strukturiertes, klares und schrittweises Vorgehen für menschliche Veränderungsprozesse an. Die Selbstmanagementtheorie ist ein komplexes psychologisches Werkzeug, in das Forschungsergebnisse aus verschiedenen Disziplinen der Psychologie eingearbeitet sind: Sozialpsychologie, Gedächtnispsychologie, Motivation, Systemtheorie, Informationsverarbeitung, Diagnostik, Emotionspsychologie und andere mehr. Das Selbstmanagement stellt aber keine einheitliche Theorie dar, sondern liefert einen wissenschaftlich fundierten Rahmen für psychologische Interventionen. Kanfer versteht es als Modell für Problemlösungen, das pragmatisch und nützlich sein soll (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991, S. 155). Für die Umsetzung von Erkenntnissen der Grundlagenforschung in die (therapeutische) Praxis der Selbstveränderung bietet der Selbstmanagementansatz ein ideales Gerüst (siehe Kogler, 2006).

Motivation und Selbstwert

Die psychologischen Argumente für die menschliche Selbstentwicklung lassen sich nach Kanfer et al. (1991, S. 38 ff) folgendermaßen zusammenfassen:

(a) *Wahrgenommene Kontrolle erhöht die Motivation*

Wenn ein Mensch an der Zielbestimmung und der Kontrolle der Lebensbedingungen stärker beteiligt wird, investiert er mehr Energie in die Zielerreichung; gleichzeitig erscheinen ihm die Ziele attraktiver.

(b) *Wer selbst gesteckte Ziele verfolgt, erhöht die eigene Motivation*

Personen mit erhöhter Motivation werden mehr Versuche als andere machen, Neues auszuprobieren.

(c) Selbstmanagement verringert Widerstand und Gegenkontrolle

Wer in die Veränderungsprozesse eingebunden wird, wehrt sich weniger dagegen. Das erhöht die Beteiligung der Menschen und ihr Mittun.

(d) Die Wahrnehmung von Kontrolle erhöht die Selbsteffizienz

Wer das Gefühl hat, dass er sein Leben und die Umstände mitgestalten (kontrollieren) kann, der wird immer effektiver handeln („self-efficacy“, Bandura 1977) und erhöht sein Selbstvertrauen. Wer öfter die Erfahrung macht, dass *sie selbst* es ist, die eine Verbesserung zustande bringt, dann wird sie eher versuchen, die Qualität ihrer Handlungen effizienter zu gestalten. Selbst-Effizienz bringt schnelleren Fortschritt.

(e) Die Selbstattribution – eine Folge der Selbstregulation – verstärkt unabhängige Handlungen

Der psychologische Terminus Attribution bedeutet „Zuschreibung“. Wer sich einen Erfolg *selbst* zuschreibt, unterscheidet sich in der langfristigen Entwicklung von jemandem, der seinen Erfolg *anderen* (der Betreuerin, den Eltern, dem Umfeld, dem Zufall, den Bedingungen etc.) zuschreibt. Wer spürt, dass er selbst mit seinem Handeln die positiven Veränderungen hervorruft, erhöht die Handlungsbereitschaft und handelt immer selbständiger.

(f) Durch Selbstmanagement werden soziale und ethische Werte gewährleistet

Wer in Entscheidungsprozesse eingebunden wird, bekommt mehr Rechte und eine erhöhte Eigenverantwortung. Die Frage der „Rechte der Behinderten“ (z.B. Weitergabe von psychologischen oder medizinischen Daten) ist unter dem Aspekt des Selbstmanagements in ethisch verantwortbarer Weise gewährleistet.

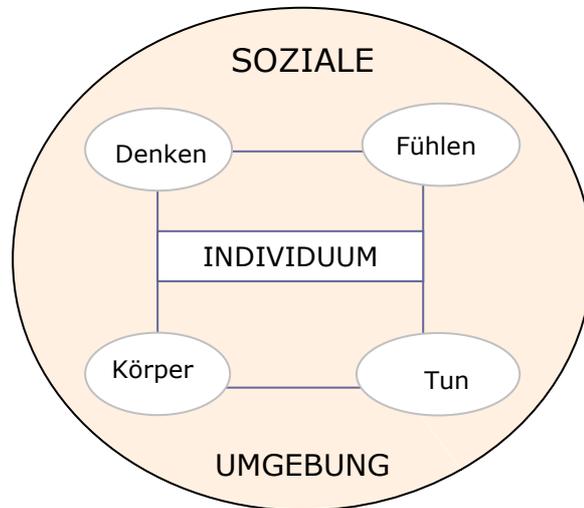
(g) Selbstmanagement erleichtert die Generalisierung der psychologischen Lernprozesse

Wer erkennt, dass er mit den eigenen Interventionen („ich ziehe *mein Ding* durch“) erfolgreich ist, wird diese auch auf andere Bereiche übertragen können (Transfer von Fähigkeiten). Damit verringert sich die Abhängigkeit von anderen Personen und erhöht sich das „*Selbstwissen*“.

Das psychologische Quadrat des Individuums: Denken, Fühlen, Körper und Handeln.

Alle Menschen mit besonderen Bedürfnissen haben viele Kompetenzen und Fähigkeiten. Diese können kognitiver, emotionaler oder körperlicher Natur sein oder in den Aktivitäten liegen. Das individuelle Verhalten kann aus Sicht der Psychologie auf vier Ebenen gesehen werden. Diese vier Ebenen erweisen sich im Umgang mit behinderten Menschen als besonders hilfreich. Denn sie machen es möglich, zu Menschen mit höchst unterschiedlichen Bedürfnissen und Kompetenzen einen unterstützenden Zugang zu finden.

Abbildung: Die vier Seiten des psychologischen Quadrats, eingebettet in die soziale Umgebung



(1) Die kognitiven Prozesse betreffen das *Denken* des Menschen, also Aufmerksamkeit, Wahrnehmen, Erinnern, Lernen, Verstehen und Problemlösen. Wir nehmen ständig Informationen auf, verarbeiten sie und handeln danach in vielfältiger Art (Wessels, 1990, S. 45).

(2) Menschliches Handeln ist ohne *Emotionen* nicht vorstellbar. Emotionen sind ein komplexes Muster von Veränderungen, das physiologische Erregung, kognitive Prozesse und Verhaltensweisen umfasst. Emotionen beeinflussen das Denken und den Körper (z.B. Zimbardo & Gerrig, 1999, S. 359).

(3) Die *körperlichen Reaktionen* hängen eng mit Gefühls- und Gedankenprozessen zusammen (z.B. Pennebaker, 1982). Wir verspüren Herzklopfen bei freudiger Erwartung oder auch bei Angst.

(4) Das menschliche *Handeln und Tun* ist in das System von Denken, Fühlen und Körper integriert. Jedes der vier Elemente beeinflusst das andere.

Im Umgang mit Behinderungen ist diese Gliederung nützlich, denn sie vereinfacht und strukturiert den Blick auf das komplexe Verhalten der betroffenen Menschen. Sowohl die psychologische Analyse als auch die Beratung und Intervention kann mit diesem Quadrat klarer gestaltet werden.

Am Beispiel eines Klienten, der 30 Jahre alt ist und eine berufliche Ausbildung hat, möchte ich den Zugang über diese vier Ebenen schildern. Der junge Mann kam als Frühgeburt auf die Welt. Er ist derzeit arbeitslos (Einschränkung in der *sozialen Umgebung*) und kam wegen

seiner *Angst (Emotion)* vor Dunkelheit in Therapie. Dies war – so stellte sich später heraus – allerdings nicht sein Therapieziel, sondern das des Betreuers, weil der Klient nicht allein den Weg von der Straßenbahn zur WG gehen wollte. Er ist *körperlich* behindert durch eine Verkrümmung der Wirbelsäule. Das beeinträchtigt ihn in der Bewegung, und er hat wenig Lust (*negative Emotion*), Bewegung zu machen. Seine *kognitive* Intelligenz liegt bei 70-75, er hat starke sprachliche Ausdrucks- und Artikulationsprobleme. Er ist schwer verstehbar. Er wohnt in einer betreuten Wohngemeinschaft, hat aber ständige Konflikte mit seinen Mitbewohnerinnen. Er verhält sich teilweise sehr distanzlos, macht teilweise „Telefonterror“ (*Verhalten, Aktivität*) mit seinen Kolleginnen (das versucht er auch mit mir), und stößt dadurch bei ihnen auf Ablehnung. Dies löst in ihm *negative Emotionen* und in der Folge Aggressionen aus.

Er integriert sich sozial nicht und findet Ausreden, wenn er in der WG oder zuhause helfen soll. Allgemein war er *emotional* teilweise sehr aggressiv, traurig und nach außen hin eher emotionslos und gleichgültig.

Freude (*positive Emotionen*) machen ihm Sauna, Massagen, Körperpflege und surfen im Internet sowie Computer spielen. Seine Freizeit verbringt er häufig mit einem Bekannten in Kaffeehäusern. Er knüpft kaum neue Kontakte.

Er hatte Angst, *allein* im Flugzeug zu fliegen. Dieses Problem konnten wir therapeutisch lösen, indem ich mit ihm einen genauen Ablauf erarbeitete, wie er sich im Flugzeug die Zeit vertreiben konnte. Er übernahm den Plan und setzte ihn auch gut um. Das gab ihm *Selbstvertrauen* und machte ihn *stolz*.

Er hat auch Angst im Dunkeln alleine zu gehen. Seine *Gedanken (kognitive Ebene)* dazu: „Hoffentlich schlägt mich niemand zusammen, hoffentlich raubt mich niemand aus, hoffentlich passiert mir nichts.“

Die therapeutischen Erklärungen, dass solche Gedanken Ängste auslösen, konnte er nicht nachvollziehen. Daher arbeitete ich mit ihm vor allem auf der körperlichen Ebene, denn diese war ihm auch sehr wichtig (siehe seine Freuden). Ich lehrte ihn Atemtechniken, damit er zu einem besseren Körpergefühl kommen konnte. Die Technik der „Kleinen Schritte“ (siehe dazu Middendorf, 1987, S. 77 f.), das Entspannungsatmen (Kogler, 2006, S.244 f.) und die progressive Muskelentspannung (Jacobson, 1990, Kogler, 2006, S. 248 f.). In den Therapiestunden konnte er die Techniken gut mitmachen, doch zuhause wendete er diese nicht an. Ich versuchte auch Trancetechniken (z.B. Kogler, 2006, S. 215 ff.), doch er konnte sich darauf nicht einlassen, weil er das Gefühl hat, alles *kontrollieren* zu müssen. Die Angst vor der Dunkelheit konnten wir aus mehreren Gründen nicht therapieren. Offenbar war ihm diese Angst nicht so wichtig. Außerdem hätte er bei Lösung dieses Problems bestimmte Strecken immer zu Fuß gehen müssen, was er aber aus körperlichen und emotionalen Gründen nicht wollte. Er wollte diese Strecken abgeholt werden und damit auch Zuwendung erhalten. Diese

erhält er nun weiterhin. Die Ablehnung dieses Therapieziels, das ja nicht seines war, brachte ihm den gewünschten Erfolg der Zuwendung.

	Aktuell	Ziele	Unterstützung	Entwicklung
Denken	IQ, Sprechen	ja	Ablauf Flug	Allein Fliegen
Fühlen	Angst, Aggression	ja	Emotionale Umstrukturierung	Selbstvertrauen, Zuwendung
Körper	Wirbelsäule	ja	Atem, Entspannung, Trance	Körpergefühl
Handeln	- Konflikte + Café	ja	Noch offen	Noch offen
Soziales	arbeitslos	nein	Noch offen	Noch offen

Die Therapietermine lagen zeitlich weit auseinander, da er mit seinen Freizeitbeschäftigungen sehr „unter Druck“ war.

Der Patient beendete die Therapie nicht, aber er tut sich schwer, einen Termin zu vereinbaren. Er ruft immer wieder um einen Termin an, um nach einer Woche festzustellen, dass er ihn nicht halten kann. Offenbar will er aber die therapeutische Beziehung nicht beenden.

Dennoch: Die klare Struktur der 4 Ebenen machte es beim Klienten möglich, die Interventionen auf seine Bedürfnisse, Emotionen, körperlichen und kognitiven Möglichkeiten, auf seine Stärken und Schwächen abzustimmen. Er nahm jene Unterstützungen an, die ihm wichtig waren und ging an jenen vorbei, die seinen Bedürfnissen nicht entsprachen.

Psychische Heilfaktoren: Information, Achtsamkeit und Akzeptanz

Als unterstützende Motivatoren wirkten bei ihm mehrere. Von Seiten des Therapeuten waren dies einmal Informationen über Aspekte der Behandlung wie zum Beispiel: Wie gehen Therapeut und Klient miteinander um, wie viel Zeit ist vorhanden für die gemeinsame Arbeit... Diese Elemente der Psychoedukation werden nicht (nur) zu Beginn der therapeutischen Kooperation eingestreut, sondern die Basis des gemeinsamen Tuns wird zwischen Klient und Therapeut immer wieder geklärt.

Beziehung, Psychoedukation und im Weiteren die Interventionen tragen zur Entwicklung des Selbstmanagements bei. Damit sind gemeint: Das Vereinbaren von Zielen, soweit diese für den Klienten wichtig waren; die Weitergabe und Struktur der Information, die an den Patienten angepassten psychologischen Verfahren, die dem Verständnis und den Veränderungen auf den vier Ebenen dienen. Andererseits sind dies spezifische Zuwendung, Geduld und Achtsamkeit

(Heidenreich & Michalak, 2004), die Zeit für ihn, die Akzeptanz und das Verständnis für seine Absagen.

Auf Seiten des Klienten waren die psychischen Unterstützungs- und Helfaktoren vermutlich folgende: Seine Neugierde, die ihn auf allen Ebenen zu teilweise schalkhaften Verhaltensweisen führte. So brachten ihn die Interventionen (z.B. die Atemübungen und die Technik der „Kleinen Schritte“) immer wieder zum Kichern. Die Elemente der Weiterentwicklung (z.B. der Umgang mit dem Fliegen) machten ihn stolz und zeigten ihm, dass er schwere Situationen bewältigen kann. Das Wohlgefühl in der Therapiesituation war oft offensichtlich, er saß im Entspannungssessel besonders gerne.

Beide Faktoren, Selbstmanagement und Achtsamkeit helfen, den „sense of coherence“ (Antonovsky, 1997) herzustellen. Antonovsky meint damit, dass jemand die Fähigkeiten entwickelt, Ereignisse des Lebens verstehen und handhaben zu können und ihnen *Sinn* beizumessen. Dieses Konzept ermöglicht einen theoretischen und praktischen Ansatz der „Lebenskunst“, in dem Gesundheit nicht als Gegensatz oder Abwesenheit von Krankheit verstanden wird.

In der Supervision von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen von Einrichtungen für Behinderte spüre ich oft diese Mischung aus Kompetenz und Achtsamkeit. Sie erkunden die psychischen Bedürfnisse der Klientinnen und gehen auf deren Emotionen ein. Allerdings sind diese oft nicht oder nur kaum zu erkennen. Sie versuchen, den Alltag dort zu regeln, wo die Klienten alleine nicht dazu imstande sind und sie gleichzeitig dort zu unterstützen, wo diese die Fähigkeiten dafür haben oder sie entwickeln könnten (*Selbstmanagement*).

Emotionen sind oft nicht sichtbar und Ziele schwer zu setzen

Der Mensch braucht Ziele. Sie sind Voraussetzung dafür, dass er sich mit der Frage „wer bin ich und wohin gehe ich“, fundiert auseinandersetzen kann. Er wächst an Zielen, wenn er sie umsetzt, und er lernt sich besser kennen. Ziele unterstützen sein Selbstmanagement und den Selbstwert. Welche allerdings langfristig und aktuell die richtigen sind, das ist nicht immer eindeutig feststellbar. Betreuerteams sind regelmäßig damit konfrontiert, diese zu klären. Eine Klientin will bestimmte Aufgaben nicht (regelmäßig) erledigen. Sie bedient die WC-Spülung nicht, lässt die Wäsche irgendwo liegen, reinigt ihr Geschirr selten, entsorgt ihren Müll nur dann und wann, und putzt die Schuhe (fast) nie. Sie hat wenig Zeitgefühl und ein „delay of gratification“ (Belohnungsaufschub) würde sie nicht dazu bringen, ihr Verhalten in punkto Ordnung nachhaltig und langfristig zu verändern. Sie versteht Belohnungen wie Lob und Klatschen. Aber es ist den Betreuern nicht klar, ob die Klientin auf gewisse Dinge eine Zeit lang warten kann. Damit ist auch nicht klar, ob sie kognitiv verarbeiten kann, was Warten bedeutet? Materielle Dinge sind für sie irrelevant und man kann sie mit Süßigkeiten oder

Kleidungsstücken nicht belohnen. Das Betreuerteam fordert sie konsequent immer wieder auf, ihre Arbeiten zu erledigen, aber der Erfolg ist enden wollend.

Das Team gibt Unterstützung, ohne genau zu wissen, ob (und wann) die Klientin mit den Aufgaben überfordert ist oder nicht, und ob Ordnung und Reinheit für sie erstrebenswerte Ziele sind. Gleichzeitig aber sehen die Betreuer Stolzgefühle bei der Klientin, wenn sie es schafft, ihr Geschirr wegzuräumen. Die Freude könnte signalisieren, dass die Klientin das Ziel „Reinheit und Ordnung“ internalisiert hat. Aber sie könnte auch zeigen, dass sie sich einfach über die unterstützenden Belohnungen - „gut hast du das gemacht“ - freut. Oder es könnte auch sein, dass sie sich darüber freut, die Erwartungen der Betreuerinnen erfüllt zu haben. Das würde dem Prinzip des komplexen Prozesses der „behavioral confirmation“ (Snyder, 1984) entsprechen. Die „Bestätigung durch Verhalten“ beschreibt den psychologischen Vorgang von Erwartungen (der Betreuerinnen), die das Verhalten (der Klientin) so beeinflussen, dass diese den Erwartungen entspricht (also das Geschirr abwäscht) und sich darüber freut, dass sie die Betreuerin dazu gebracht sich zu freuen.

Hilfestellungen und Unterstützungen wirken oft, ohne dass wir genau wissen, warum sie wirken. Die Erfahrung gibt keine konsistenten Hinweise. Manchmal funktionieren unsere Unterstützungen und manchmal nicht.

(Apropos Ordnung und Reinheit: welche Eltern würden bei diesem Beispiel nicht an manche ihrer Kinder denken?).

Die Frage der richtigen Zielsetzungen hängt mit den kognitiven und emotionalen Fähigkeiten der Klienten zusammen. So ist es bei einer Klientin, die sich selbst verletzt und dabei keine besonderen Schmerzen verspürt, nicht zielführend, ihr die Gefahren der Verletzungen zu erklären. Sie versteht es nicht und für den Betreuer ist es ein Problem, wenn sie blutet und sich nicht helfen lassen möchte.

Dieses Beispiel zeigt, dass es eine kontinuierliche Aufgabe aller therapeutisch Tätigen ist, mit unklaren und uneindeutigen Situationen umzugehen. Eine Hilfe dabei ist, für solche Personen und Situationen bestimmte Regeln und Abläufe zu entwickeln, und damit auch für Krisensituationen gewappnet zu sein.

Krisen und Notfälle

„Monatelang war er ausgeglichen, und plötzlich warf er im Café eine Schale heißen Kakaos auf andere Besucher. Die Situation eskalierte, ich habe ihn noch nie so erlebt, und ich war erleichtert, dass ich nicht alleine war. Er biss mir noch in die Hand, und dann war der Spuk wieder vorbei.“ Wenn Betreuerinnen in solche Krisensituationen mit ihren Klienten geraten, haben sie viele Aufgaben gleichzeitig zu erfüllen. Zuerst muss weitere Gefahr für andere Beteiligte ausgeschlossen werden. Der Klient muss vor sich geschützt und die meist missbilligende, doch scheinbar desinteressierte Umgebung irgendwie beruhigt werden. Mit den

vom Kakao Getroffenen sind Gespräche über Schadenersatz und mit dem Kellner über die Reinigung zu führen. Die Belastung ist für den Klienten und die Betreuerin hoch. Verstärkt wird sie für Betreuer langfristig noch dadurch, dass sie schwer einordnen können, ob die Situation als psychischer Notfall oder als psychotische Reaktion einzuschätzen ist. Ist es eine akute Belastungsreaktion, eine Angstreaktion, ein Rückfall, ein allgemeiner Erregungszustand, ein manisches Syndrom? Hat der Klient sein Medikament nicht genommen oder gab es einen akuten Auslöser? Bei diesem Klienten lassen sich oft keine Auslöser erkennen.

Fast immer werden sich mehrere Faktoren finden lassen, die die Krise mit bedingen. In der Literatur ist man sich über die Definition Notfall oder psychiatrische Krise nicht einig (Bergold & Schürmann, 2001). In der Literatur finden sich Klassifizierungen psychopathologischer Symptome, die eine psychiatrische Krise darstellen oder hervorrufen können (Hewer & Rössler, 1998). Solche und ähnliche Klassifikationen helfen den Betreuerinnen, ein klareres Bild zu bekommen.

Die Analyse ergibt, dass der Klient generell im Café häufig erregt ist und ihm in dieser Situation das Getränk zu heiß war. Seine körperliche Sensibilität ist äußerst hoch, die Emotionskontrolle niedrig und diese Kombination führte zum explosionsartigen Ausbruch. Unabhängig von der wissenschaftlichen Einordnung, werden die Betreuerinnen auf die Ressourcen des Klienten zurückgreifen und deshalb mit dem Klienten – so weit wie möglich – auch die Abläufe auf den vier Ebenen analysieren. Was waren seine Gedanken und Gefühle, gab es vielleicht Signale im Verhalten und im körperlichen Ausdruck, die man vorher hätte sehen können? Es gab ja schon Situationen im Café, die völlig unproblematisch waren. Für den weiteren Umgang mit dem Klienten können die Betreuer auf diesem Wissen aufbauen und präzisere psychische Unterstützung bieten.

Die Betreuerinnen haben einen Plan entwickelt, gehen weiterhin mit ihm ins Café und ermöglichen ihm damit ein Stück Lebensfreude und wohl auch Entwicklung und Teilhabe am entspannenden Alltag.

Komorbiditäten

Bei manchen Klienten kommen weitere psychische Probleme hinzu. Eine Person mit Tendenzen zur Selbstverletzung nässt im Moment tagsüber und in der Nacht ein, und wandert im ganzen Haus umher. Sie betritt auch Zimmer anderer, die sich deshalb vor ihr fürchten. Aber sie hat noch niemanden angegriffen und schon gar nicht verletzt. Es besteht bei ihr Selbstverletzungsgefahr. Vielleicht, so glauben die Betreuerinnen, möchte sie nur andere beobachten. Oder sich von ihnen Essen holen. Aber es sind Hypothesen, und sicher können sie sich dieser nicht sein. Betreuende Ärzte, Psychologinnen und Betreuer können die Auswirkungen früherer Traumatisierungen, Entwicklungshemmnisse und der hirnrorganischen Störungen nicht einschätzen und mögliche Krisen nicht vorhersagen. Mit steigendem Alter

nimmt die Wahrscheinlichkeit einer hirnrorganischen Auslösung einer psychiatrischen Krise zu. Wenn Menschen in psychosozialer Not sind, dann sind sie für psychische Krisen vulnerabler, weil ihnen häufig Kompensationsmöglichkeiten fehlen (Zimmermann, 2001, S. 22). Vielleicht ist das „Wandern“ eine Form dieser Kompensation. Wenn die Betreuerinnen das Wandern unterbinden, kann es sein, dass die Klientin empfindlicher wird. Vielleicht aber ist es einfach ein motorisches Bedürfnis.

Immer wieder zeigt sich, dass die Zahl der Fragen größer ist als die der Antworten. Die Kompensation für das Unwissen über Menschen mit besonderen Bedürfnissen schaffen die Betreuenden: mit Erfahrung, Zuwendung und Kompetenz.

Relative Exaktheit

Für die Betreuung von psychisch oder körperlich behinderten Menschen kann das Modell der *kontrollierten Praxis*, wie dies Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1991, S. 108) bezeichnen, einen praktikablen Rahmen bilden. Diese braucht Evaluation für die Erfassung von Veränderungen und deren Bewertungen unter dem Aspekt der Ziele. Auf der Grundlage einer „zielorientierten Evaluation“ mit kontinuierlichen Aufzeichnungen über die Entwicklungen der Betreuten auf den vier Ebenen können Psychologin, Betreuer oder Eltern abschätzen, wo die Klienten emotional, gedanklich, körperlich oder im Verhalten stehen. Die Evaluierung sollte dem Prinzip der „relativen Exaktheit“ genügen, der wichtiger ist „als der Versuch, krampfhaft strengste methodische Erfordernisse aus der psychologisch-experimentellen Grundlagenforschung in den Bereich der klinischen Praxis und Evaluation herüberzuretten“ (Kanfer et al., 1991, S. 111).

Beispiele für die „relative Exaktheit“ der Datenerhebung bilden ein psychologisches Begleitbuch, in das die Beobachtungen, Interventionen und Veränderungen eingetragen werden. Die kontrollierte Praxis mit der „relativen Exaktheit“ stellt einen gangbaren Weg und Kompromiss zwischen den wissenschaftlichen Ansprüchen, emotionalen Zugängen zur Klientin und den praktischen Möglichkeiten im Sozialbereich dar.

Die sechs einfachen Regeln der Verhaltenstherapie

Jeder Klient bedeutet eine Herausforderung für die Betreuerin oder den Psychologen. Behinderte Menschen stellen eine besondere Aufgabe dar. Je unübersichtlicher die psychisch-körperlichen Bedingungen sind, desto hilfreicher sind klare Strukturen und Regeln für Vorgehensweisen. Frederic Kanfer entwickelte die „sechs einfachen Regeln des Denkens und Handelns“, die helfen, das Wissen und Denken der Therapeutinnen mit den Gefühlen, Gedanken und Handlungen der Klientinnen in Übereinstimmung zu bringen. Das ermöglicht, die Klienten „*dort abzuholen, wo sie sind*“. Denn diese befinden sich in *ihrem* Leben, in *ihren* Denkmustern und Bildern und in *ihrer* Sprache.

Kanfer formulierte diese „einfachen Regeln“ folgendermaßen (Kogler & Kogler, 2005, S. 17):

1. Denken und handeln Sie *verhaltensnah*.
2. Denken und handeln Sie *lösungsorientiert*.
3. Denken und handeln Sie *positiv*.
4. Denken und handeln Sie *in kleinen Schritten*.
5. Denken und handeln Sie *flexibel*.
6. Denken und handeln Sie *zukunftsorientiert*.

Unsere Ziele und Erwartungen liegen nie in der Vergangenheit. Sie kommen aus unserer Biografie, ja, aber wir alle leben aus der *Zukunft*. Menschen mit besonderen Bedürfnissen ebenso wie alle anderen. Sie *denken* meist sehr *verhaltensnah* und handeln in kleinen Schritten. Sie sind vielleicht nicht so *flexibel*, wie wir es uns wünschen würden und manchmal sind sie zu flexibel. Häufig denken sie *positiv* und *lösungsorientiert*. Manchmal sind die Unterschiede zwischen Menschen mit „normalen“ und „besonderen Bedürfnisse“ sehr gering... Sich darüber klar zu werden, wo die Ansätze sind, um Menschen ein Stück weiter zu bringen, ist eine der wichtigen Fertigkeiten, die unsere Zeit braucht. Es ist eine Kunst, die wir aus der Arbeit mit Behinderten lernen können.

Wenn wir die Fragen beantworten können, **Was** weiter gegangen ist, und **Wo**, **Wann** und **Wie** sich das Kind, der Klient, die Kundin entwickelt hat, haben wir psychische Unterstützung gegeben und Entwicklung ermöglicht. Vor allem aber haben wir gelernt.

Denn: Für uns alle, die wir Unterstützung geben und Entwicklung ermöglichen, gilt, dass *Lernen dann am besten funktioniert, wenn die Lehrenden zu Lernenden werden*.

Bemerkungen:

Ich verwende die Geschlechterbezeichnungen nicht doppelt. Manchmal wähle ich die weibliche und manchmal die männliche Formulierung. Ich meine das andere Geschlecht immer mit.

Ich verwende sowohl die Bezeichnung „behinderte Menschen“ als auch „Menschen mit besonderen Bedürfnissen“. Ich finde beide nicht passend, habe aber selbst keine besseren.

Autor: Dr. Alois Kogler

Klinischer Psychologe und Verhaltenstherapeut. Lehrtherapeut. Supervisor.

Lehrbeauftragter an der Universität Graz. Autor.

a.kogler@psychosomatik.at

Literatur:

- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. dgvt Verlag: Tübingen.
- Bandura, Albert (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bergold, Jarg & Schürmann, Ingeborg (2001). Krisenintervention – Neue Entwicklungen? *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*. 33. Jg. (1), 5-15.
- Berlyne, D. (1960). *Conflict, Arousal and Curiosity*. New York: McGraw-Hill.
- Heidenreich, Thomas & Michalak, Johannes (Hrsg.), (2004). *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie*. dgvt Verlag: Tübingen.
- Hewer, Walter & Rössler Wolfgang (1998). *Das Notfall-Psychiatrie-Buch*. Urban & Fischer: München.
- Kogler, Alois (2006). *Die Kunst der Höchstleistung*. Springer: Wien.
- Kogler, Alois & Kogler, Liselotte Mäni. (2005). *Die Verhaltenstherapie*. Verlag Kreuz: Stuttgart.
- Kanfer, Frederic, Reinecker, Hans, Schmelzer, Dieter. (1991). *Selbstmanagement-Therapie*. Springer: Berlin.
- Middendorf, Ilse (1987). *Der Erfahrbare Atem*. Junfermann: Paderborn.
- Pennebaker, James (1982). *The psychology of physical symptoms*. Springer: New York.
- Rosenmayr, Leopold (2007). *Schöpferisch Altern. Eine Philosophie des Lebens*. LIT Verlag: Wien.
- Schrupp, Antje (2007). *Methusalems Mütter. Chancen des demografischen Wandels*. Verlag Ulrike Helmer: Königstein/Taunus.
- Snyder, Mark (1984). When beliefs create reality. In L. Berkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology* (vol. 18). Academic Press: New York.
- Zimbardo, Philip, G & Gerrig, Richard J (1999). *Psychologie*. Springer: Berlin.
- Zimmermann, Ralf-Bruno (2001). Was ist eine psychiatrische Krise und was ein psychiatrischer Notfall? *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*. 33. Jg. (1), 17-29.
- Wessels, Michael G. (1990). *Kognitive Psychologie*. Reinhardt: München.
- Jacobson, Edmund (1990). *Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis*. Pfeiffer: München.