

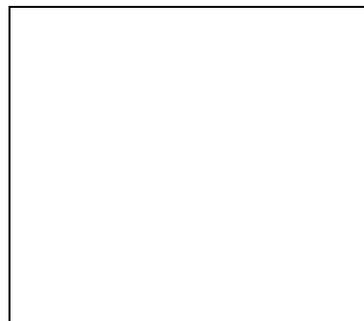


OLSBERGufskolleg
G

E- Reader

Theorie und Praxis der Heilerziehungspflege

- Beziehungsarbeit -



Nur zum unterrichtlichen Gebrauch

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort.....	7
2	Alina Neuhaus Beziehungsgestaltung bei einem Klienten mit dem Asperger – Syndrom.....	8
	2.1 Was versteht man unter dem Asperger Syndrom?.....	8
	2.2 Ursachen.....	8
	2.3 Therapie.....	8
	2.4 Verhaltensweisen von Menschen mit dem Asperger Syndrom.....	9
	2.5 Fallbeispiel aus meiner Praxis.....	9
	Quellenverzeichnis:.....	11
3	Britta Moors Beziehungsarbeit mit einer Demenzkranken	12
	Quellenangaben:.....	16
4	Daria Dransfeld Beziehungsarbeit und Kommunikation ...	17
	4.1 Definition der Beziehungsarbeit (Soziale Beziehung).....	17
	4.2 Definition von Kommunikation.....	19
	4.2.1 Verschiedene Modelle.....	19
	4.2.2 Kommunikation in der Behindertenhilfe.....	20
	4.2.3 Kommunikation ist Beziehungsarbeit.....	21
5	Eileen Rustemeyer Operante Konditionierung.....	22
	5.1 Verstärker, allgemein.....	22
	5.1.1 Positive Verstärker.....	22
	5.1.2 Negative Verstärker.....	23
	5.2 Kontinuierliche und intermittierende Verstärkung.....	23
	5.3 Lernen durch Verstärker – Token-Systeme.....	24
	5.4 Beschreibung der Praxisstelle.....	25
	5.5 Praxisbezug.....	25
	5.6 Vor- und Nachteile des Token-Systems.....	26
	Quellen.....	27
	Literatur:.....	27
	Internet:.....	27

6 Gregor Machaczek Die Pädagogik von Maria Montessori als Grundlage der Erziehungsarbeit	28
<i>Vorwort.....</i>	<i>28</i>
<i>6.1 Leben und Werk von Maria Montessori.....</i>	<i>29</i>
<i>6.2 Ausgewählte Ansätze von Montessori.....</i>	<i>30</i>
<i>6.2.1 Das Kind als Individuum.....</i>	<i>30</i>
<i>6.2.2 Selbstbestimmung</i>	<i>30</i>
<i>6.2.3 Montessori und die Freiheit.</i>	<i>31</i>
<i>6.2.4 Sensible Phasen</i>	<i>32</i>
<i>6.2.4.1 Erste Phase 0 – 6 Jahre.....</i>	<i>32</i>
<i>6.2.4.2 Zweite Phase 7 – 12 Jahre</i>	<i>33</i>
<i>6.2.4.3 Dritte Phase 12 – 18 Jahre.....</i>	<i>34</i>
<i>6.3 Entwicklungsmaterialien – Förderprogramme.....</i>	<i>34</i>
<i>6.3.1 Sinnesmaterial</i>	<i>34</i>
<i>6.3.2 Vorbereitete Umgebung</i>	<i>35</i>
<i>Literaturverzeichnis.....</i>	<i>36</i>
7 Holger Hachmann Behinderung in der Geschichte.....	37
<i>7.1 Einführung</i>	<i>37</i>
<i>7.2 Antike</i>	<i>38</i>
<i>7.3 Mittelalter und Neuzeit</i>	<i>42</i>
<i>7.4 Ausblick.....</i>	<i>45</i>
<i>Quellen</i>	<i>46</i>
<i>Literatur:</i>	<i>46</i>
<i>Internet:</i>	<i>46</i>
8 Julius Potthöfer Teilhabebegleitung – Der Klient zwischen PA und THB	47
<i>8.1 Beteiligte Personen:</i>	<i>47</i>
<i>8.2 Der Teilhabeprozess:.....</i>	<i>47</i>
<i>8.3 Vorstellung des THB:</i>	<i>48</i>
<i>8.4 Vorstellung des PA:.....</i>	<i>48</i>
<i>8.5 Konzept „Qualität des Lebens“:.....</i>	<i>49</i>
<i>8.6 Zukunftsplanung:.....</i>	<i>49</i>
<i>8.7 Kritik:</i>	<i>50</i>
<i>8.8 Fazit:</i>	<i>50</i>

<i>Quellen:</i>	50
9 Phillip Konietzny: Beziehungsarbeit mit einem Kind mit Down-Syndrom	51
9.1 <i>Definition</i>	51
9.2 <i>Wie kommt es dazu?</i>	51
9.3 <i>Merkmale des Down-Syndroms</i>	52
9.4 <i>Folgeerkrankung</i>	53
9.5 <i>Beziehungsarbeit mit Kindern</i>	53
9.6 <i>Praxisbezogen (Bewohner)</i>	54
9.7 <i>Beziehungsarbeit Praxisbezogen</i>	54
<i>Quellenangabe:</i>	55
10 Lars Sczurek: Macht und Sanktionen in der Behinderten- hilfe – Ein schmaler Grat zwischen sinnvollem Gebrauch und Missbrauch	56
10.1 <i>Theorieteil</i>	56
10.1.1 <i>Definitionen von Macht und Sanktionen</i>	56
10.1.1.1 <i>Macht:</i>	56
10.1.1.2 <i>Sanktionen:</i>	57
10.2 <i>Zwischen Gebrauch und Missbrauch von Macht und Sanktionen ... in der Behindertenhilfe</i>	57
10.3 <i>Praxisteil</i>	60
10.3.1 <i>Beschreibung der Praxisstelle und des Klientels</i>	60
10.3.2 <i>Umgang mit Macht und Sanktionen in unserer Einrichtung</i>	60
<i>Literaturverzeichnis/Quellenangabe</i>	62
11 Laura Schinkel „Wolfskinder“ und die Erziehungs- und Beziehungsnotwendigkeit des Menschen	63
11.1 <i>Die Erziehung und Entwicklung eines Menschen</i>	63
11.2 <i>Die Geschichte des Wolfskindes (Homo ferus)</i>	64
11.3 <i>Die Theorie – Jean Marc Gaspard Itard</i>	64
11.4 <i>Victor, der Wilde von Aveyron</i>	65
11.5 <i>Der Kaspar- Hauser- Versuch</i>	67
11.6 <i>Die Vernachlässigung der Erziehung und Beziehung in der NS- Zeit (Praxisbezug)</i>	68

<i>Quellen:</i>	70
<i>Literatur:</i>	70
<i>Internet:</i>	70
12 Leonie Schröder Beziehungsarbeit mit Autisten.....	71
12.1 <i>Definition Autismus</i>	71
12.2 <i>Symptome und Besonderheiten</i>	72
12.3 <i>Die Beziehungsarbeit</i>	75
12.4 <i>Beschreibung der Praxisstelle, Klientel</i>	76
12.5 <i>Theorie auf Praxis bezogen / Fallbeispiel</i>	76
<i>Quellen</i>	77
13 Monika Conze Beziehungsarbeit in der Behindertenhilfe	
Beziehungsarbeit mit Menschen mit Down Syndrom.....	78
14 Nadine Brandenburg Borderline Persönlichkeitsstörung	
(BPS) Beziehungsgestaltung mit Boderline – Patienten.....	82
14.1 <i>Definition</i>	82
14.2 <i>Begriffserklärung</i>	82
14.3 <i>Ursachen</i>	82
14.4 <i>Symptome</i>	83
14.5 <i>Behandlung</i>	84
14.6 <i>Beeinträchtigung durch BPS</i>	85
14.6.1 <i>Beziehungen</i>	85
14.6.2 <i>Fallbeispiel</i>	87
<i>Literaturverzeichnis</i>	88
<i>Quellenverzeichnis</i>	88
<i>Internetquelle</i>	8
15 Julien Hartmann Depressionen – der dunkle Schatten	
über der Beziehung	91
15.1 <i>Depressionen – was ist das ?</i>	91
15.2 <i>Welche Arten von Depressionen gibt es ?</i>	91
15.2.1 <i>Endogene Depression</i>	91
15.2.2 <i>Somatogene Depression</i>	92
15.2.3 <i>Psychogene Depression</i>	93
15.2.4 <i>Depressionen in besonderen Lebenslagen</i>	93

<i>15.3 Depression und Beziehung: Der dunkle Schatten</i>	<i>93</i>
<i>15.4 Stellungnahme / eigener Standpunkt / Praxisbezug.....</i>	<i>95</i>
<i>15.5 Literaturverzeichnis.....</i>	<i>96</i>

1 Vorwort

„Liebevoller Beziehung zu dem anderen soll etwas von uns Entferntes sein? Nein, wenn ich sie erstrebe, dann erreiche ich sie“, urteilte bereits vor zweieinhalbtausend Jahren der chinesische Philosoph Konfuzius als resultierendes Fazit in seiner Beschäftigung mit dem menschlichen Wesen.

Besonders in der heutigen Welt der Globalisierung, Schnelligkeit und Vernetzung hat das Wort „Beziehung“ einen expliziten Stellenwert gewonnen. Ab wann wird in einem Zeitalter mit möglichen tausend Facebookkontakten von einer Beziehung gesprochen, ja gar von „Freunden“? Wie lebt es sich in einer Umwelt, in der geschriebene drei Wörter oder womöglich ein Smiley das (selbstverständliche) Ende einer Beziehung bedeuten können? Welchen Einfluss hat unser Zeitalter auf jene Menschen, zu denen sich „Beziehung“ in großen Teilen der Vergangenheit als schwierig, voreingenommen und distanziert erwiesen hat?

Gerade im Bezug auf Menschen mit Behinderung erlebte das Wort „Beziehung“ im Laufe der Zeit einen großen Wandel, Höhen und Tiefen, die sich niederschlugen und Einfluss übten in der Beziehungsarbeit mit jenem Klientel in heutiger Zeit. Respekt, Transparenz, Gleichwertigkeit, Vertrauen oder Individualisierung sind einige der Oberbegriffe heutiger Beziehungsgestaltung, einhergehend mit Offenheit, Akzeptanz und Entwicklung.

Das vorliegende Band soll der Leserin und dem Leser einen Einblick in die Thematik der Beziehung und Beziehungsgestaltung, beziehungsweise der Beziehungsarbeit in der Behindertenhilfe bieten. Beginnend bei der Untersuchung historischer Aspekte und Fallbeispiele, den sogenannten Wolfskindern und der Montessori-Pädagogik, bis hin zu heutigen Betrachtungsweisen im Bezug auf unter anderem dem Down-Syndrom, Demenzkranken, dem Borderline- und Asperger-Syndrom, wie auch die Arbeit mit Schizophrenen, der Behinderungsarbeit an sich und der Biografiearbeit (wie auch vielem mehr), soll auf den folgenden Seiten ein üppiger Umfang des genannten Themas gegeben sein.

Der vorliegende Zusammenschluss individueller Arbeiten von Studierenden des Berufskollegs Olsberg erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern bietet eine Auswahl wichtiger Beiträge zu dem Gegenstand der Thematik. Mögliche Fehler und gegebenenfalls Unvollständiges bitten wir zu entschuldigen und auf jenes Unvollkommenes zurückzuführen, das einen jeden Menschen ausmacht.

Holger Hachmann (Stellv. Klassensprecher HP1i)

2 Beziehungsgestaltung bei einem Klienten mit dem Asperger – Syndrom

von Alina Neuhaus

2.1 Was versteht man unter dem Asperger Syndrom?

Das Asperger - Syndrom ist eine Variante des Autismus und gehört zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Diese Variante des Autismus ist durch Schwächen in den Bereichen der sozialen Interaktion und Kommunikation gekennzeichnet.

2.2 Ursachen

Wodurch das Asperger – Syndrom verursacht wird, ist bisher nicht bekannt. Genetische Faktoren können eine große Rolle spielen.

2.3 Therapie

Das Asperger – Syndrom lässt sich bislang nicht heilen, es besteht aber die Möglichkeit den Betroffenen in ihrem Alltag mit der richtigen Förderung zu unterstützen.

Die Asperger-Syndrom-Therapie setzt sich meist aus verschiedenen Therapiebausteinen (vor allem verhaltenstherapeutischen Maßnahmen) zusammen, angepasst an die individuellen Bedürfnisse des Patienten:

- **Individuelle Behandlung:** Hierunter fallen zum Beispiel die Klärung der eigenen Perspektiven und die Bewältigung alltäglicher Probleme.
- **Training von sozialen Fertigkeiten in der Gruppe:** Ziel hierbei ist es, Menschen mit Asperger-Syndrom verstärkt für das soziale Miteinander zu motivieren und ihnen soziale Regeln begreiflich zu machen. Außerdem bietet das Training in der Gruppe soziale Erfahrungen und Möglichkeiten.
- **Berufsfindung und berufliche Anpassung:** Menschen mit Asperger-Syndrom sollten Berufe mit intensivem Sozialkontakt meiden. Angepasst an die individuellen Möglichkeiten lassen sich aber geeignete Berufe

finden beziehungsweise die eigenen besonderen Fähigkeiten gezielt in einem Beruf einsetzen.

Bei bestimmten Symptomen und Verhaltensstörungen (schwere Aufmerksamkeitsstörungen, Zwangssymptome etc.) erhalten manche Menschen mit Asperger-Syndrom entsprechende Medikamente. Die Medikation muss aber immer Teil eines umfassenden Therapiekonzeptes sein.

2.4 Verhaltensweisen von Menschen mit dem Asperger Syndrom

Da Menschen die unter dem Asperger – Syndrom leiden, sehr eigene Verhaltensweisen haben, fällt es ihnen und Menschen in ihrer Umgebung schwer, eine Beziehung aufzubauen. Menschen mit Asperger - Syndrom können Redewendungen nicht deuten (Beispiel: Halt doch mal die Luft an) und nehmen es wörtlich. Ironie oder Spaß verstehen sie nicht. Sie haben Schwierigkeiten damit, Emotionen von anderen zu erkennen und zu deuten. Das führt dazu, dass Menschen mit dem Asperger – Syndrom nicht Empathie fähig sind. Ihnen fehlt es an Einfühlungsvermögen. Sie sind oft sozial Isoliert und ecken schnell an. Führt man eine Unterhaltung mit ihnen, gucken sie einem nicht ins Gesicht. Blickkontakt meiden sie. Menschen mit Asperger – Syndrom werfen oft Bemerkungen in den Raum, die keinen Bezug auf das Geschehen haben, und es fällt ihnen schwer „Smalltalk“ zu führen. Sie sind sehr arm an Mimik und Gestik und sind Einzelgänger in ihrer eigenen Welt. Das führt dazu, dass sie meistens wenige oder keine Freunde haben. Außerdem sind Menschen mit Asperger – Syndrom sehr distanzlos und mischen sich gerne in alles ein.

Sie haben ein ausgeprägtes Interesse an speziellen Themen wie zum Beispiel Elektronik oder Filmen. Viele leiden unter einem Sammeltrieb. Menschen mit Asperger – Syndrom sind sehr abgeneigt von Nähe. Außerdem haben sie eine Alltagsroutine und halten diese ein. In motorischer Hinsicht sind die meistens sehr ungeschickt.

2.5 Fallbeispiel aus meiner Praxis

Ich arbeite in einer Werkstatt für Behinderte Menschen. In meiner Gruppe gibt es einen beruhigten Bereich für die, die stärker beeinträchtigt sind und für die

„fitteren“ gibt es einen Produktionsbereich. Ich werde mich nun auf einen Klienten mit Asperger – Syndrom beziehen.

Herr E. ist 24 Jahre alt und in der Gruppe beschäftigt, in der ich zur Zeit auch tätig bin. Er wohnt bei seiner Mama und seinem Papa Zuhause. Er leidet unter dem Asperger – Syndrom. In der Werkstatt hat er kaum Freunde, viele sind schnell genervt von ihm und fangen an ihn zu beleidigen. Herr E. provoziert sehr gerne, indem er sich in jedes Gespräch einfach einmischt. Auch wenn es nur eine Bemerkung ist, die nicht zum Thema passt, muss er etwas gesagt haben. Wenn man ihm sagt, dass er sich nicht überall einmischen soll, kommen Antworten wie: „Warum? Das ist doch nicht verboten?!“. Herr E. recherchiert sehr viel im Internet und teilt uns neue Informationen direkt stolz mit. Er ist sehr Intelligent und kann sich, zum Beispiel alle Adressen von den Firmen merken, für die unsere Werkstatt arbeitet.

Gebe ich Herrn E. einen Arbeitsauftrag, muss ich mich sehr klar und deutlich ausdrücken, denn das gibt ihm Sicherheit. Eine Aussage wie: „Bring mir mal bitte die Kiste die dort auf dem Tisch steht“ werden falsch verstanden. Ich muss mich klar ausdrücken: „Bring mir mal bitte die rote kleine Kiste die auf dem Tisch neben dem Büro steht“. Solchen Arbeitsaufträgen kann er gut folgen.

Außerdem kann er sehr gut provozieren. Zum Beispiel durch Klatschen in die Hände. Damit steckt er eine andere Klientin aus der Gruppe an und die anderen regen sich über den Lärm auf.

Herr E. Hat einen ausgeprägten Sammeltrieb. Er trägt täglich viele Schlüsselanhänger um den Hals und sammelt Orden. Wenn ihm ein „Tick“ unterbunden wird, dauert es nicht lange, bis er einen neuen entwickelt.

Mit Herrn E. kann man keinen Spaß machen, er nimmt sich alles was man ihm sagt, zu Herzen.

Allerdings ist er sehr Verantwortungsvoll und darf Arbeiten ausführen, die nicht jeder machen darf.

Wir nehmen ihm bewusst Reize weg, um ihm und uns die Zusammenarbeit zu erleichtern. Beispiel: Er muss vor Feierabend bei uns im Büro warten, bis es schellt. Denn wenn er währenddessen auf dem Flur ist und wartet gibt es

grundsätzlich Streitereien mit anderen. Außerdem muss Herr E. sich während den Pausen, nachdem er gegessen hat, in der Gruppe bleiben um unnötigen Stress mit anderen Mitarbeitern zu vermeiden. Wenn Herr E. mit einem Mitarbeiter zusammen arbeitet, mit dem es schnell Streit gibt, wird eine Holzplatte zwischen die Arbeitsplätze gestellt. Damit unterbinden wir, dass die beiden sich provozieren. Diese Methode funktioniert sehr gut. Herr E. ist dadurch viel entspannter bei der Arbeit.

Wenn Herr E. anfängt zu provozieren und die ganze Gruppe aufwühlt, wird er ohne Worte in einen Reflexionsraum gebracht wo er sich beruhigen kann. Diese Methode hat uns der Werkstatt Psychologe nahe gelegt. Diese Methode mussten wir allerdings noch nicht anwenden.

Herr E. hat einen strukturierten Arbeitsalltag. Wenn dieser gestört wird, wird er schnell nervös.

Im Allgemeinen ist die Zusammenarbeit mit Herr E. angenehm. Doch an manchen Tagen kann es sehr anstrengend mit ihm sein.

Quellenverzeichnis:

<http://www.shg-asperger-syndrom.de/verhalten.htm>

<http://www.netdokter.de/krankheiten/asperger-syndrom/#TOC3>

<https://www.youtube.com/watch?v=38JdoXLyxGI>

https://www.youtube.com/watch?v=yg_rca3G_qI

3 Beziehungsrarbeit mit einer Demenzkranken

von Britta Moors

Meine Bewohnerin Frau M. ist 59 Jahre alt. Sie leidet seit knapp 8 Jahren an Demenz. Deutlich geworden ist dies vor 5 Jahren, als man von Außenstehenden darauf aufmerksam gemacht wurde. Frau M. lebt seit 3 Jahren in unserer Wohngemeinschaft.

Vorher wurden Verweslichkeiten eher auf das Altern geschoben.

Sie ist trotzdem körperlich sehr fit, geht ins Fitnessstudio und auch spazieren. Ab und zu hat sie klare Momente und kann sich an einige Dinge erinnern. Insgesamt kann man viel Spaß mit ihr haben und wenn man ihr Aufgabenstellungen öfters erklärt, kann sie diese auch fast ohne Hilfestellungen erledigen.

Was ist überhaupt Demenz, ist eine Frage, die sich viele Menschen stellen, weil sie zwar den Begriff bzw. die Krankheit kennen, aber nicht die Folgen und die Symptome. Außerdem ist vielen auch einfach nicht bewusst, wie sie damit umgehen sollen und was sich alles verändert.

Demenz gehört zu den häufigsten Krankheiten, die im Alter auftreten können. In Deutschland leiden etwa 1,5 Millionen Menschen an Demenz. Als „Demenz“ wird in der Medizin ein Zustand bezeichnet, bei dem allmählich immer mehr Nervenzellen und Nervenzellkontakte zugrunde gehen. Dadurch werden die Fähigkeiten des Gedächtnisses, des Denkens, der Orientierung und der Sprache zunehmend beeinträchtigt.

Jedoch stellt sich jetzt noch die Frage, worin der Unterschied zur „normalen“ Vergesslichkeit besteht.

Die „normale“ Vergesslichkeit beruht darauf, dass dies jedem einmal passieren kann, wie z.B. Schlüssel verlegen, Portemonnaie vergessen.

Demenzkranken vergessen nicht nur Details, sondern ganze Vorgänge und Abläufe.

Ihnen fällt es immer schwerer, alltägliche Dinge zu erledigen und sich in ihrem eigentlichen bekannten Umfeld zu orientieren.

Wenn jemand Probleme mit dem Gedächtnis hat und nicht genau weiß, ob es sich hierbei um die „normale“ Vergesslichkeit handelt oder es etwa schon Demenz bzw. Alzheimer ist, sollte man auf jeden Fall mit seinem Hausarzt darüber sprechen. Dieser kann verschiedene Untersuchungen durchführen und bei Bedarf zur weiteren Abklärung an einen niedergelassenen Neurologen oder an eine Gedächtnis- Sprechstunde (meist in größeren Kliniken) überweisen. Bei einer Demenzdiagnose werden Untersuchungen, wie z. B. die Befragung des Patienten und seinen nächsten Angehörigen, besonders zu den beobachteten Gedächtnisproblemen oder anderen Schwierigkeiten durchgeführt.

Ebenso gibt es Untersuchungen wie den psychologischen Test (prüfen von Gedächtnis, Denkvermögen, Sprache und Wahrnehmungsfähigkeit), Blut- und Urinuntersuchung und das EEG (Elektro- Enzephalogramm, um behandelbare Erkrankungen auszuschließen) oder die Computertomographie (Röntgenaufnahme des Kopfes, um Veränderungen im Gehirn zu erkennen) und eine MRT- Untersuchung.

Gedächtnis- und Orientierungsstörungen sollten auf jeden Fall untersucht werden, weil sie auch die Folge einer anderen Erkrankung sein können. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, bei einer Schilddrüsen – Unterfunktion. Hierbei ist die körperliche Erkrankung die behandelbare Ursache von Gedächtnisstörungen.

Die frühzeitige Diagnose ist wichtig, denn man erhält zum einen eine Gewissheit, und zum anderen kann man sich dann mit der Krankheit und deren Folgen auseinander- setzen. Zudem kann man sich beraten lassen und Angehörige bzw. andere wichtige Bezugspersonen werden rechtzeitig darüber informiert. Ebenso kann eine Vorsorge für das weitere Leben getroffen werden und die verfügbaren Medikamente werden frühzeitig eingesetzt und entfalten dadurch die größte Wirksamkeit.

Nach dem internationalen System zur Klassifikation von Krankheiten (ICD) gilt für die Demenz folgende Definition: „ Demenz ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken,

Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens 6 Monate (chronisch) bestanden haben. Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen.“

Zu den Risikofaktoren zählen neben dem Alter jedoch auch das weibliche Geschlecht, die Erbanlagen oder bestimmte Grunderkrankungen. Ebenso gehören dazu eine geringe psychosoziale Betätigung, ein riskanter Alkoholkonsum bzw. Alkoholabhängigkeit. Ein vorangegangener Schlaganfall sowie eine Kopfverletzung mit Hirnbeteiligung (Schädel - Hirn - Trauma) gehören auch dazu. Außerdem bei Demenz bei Verwandten des ersten Grades.

Kann man Demenz behandeln? – Ist ebenso eine sehr wichtige Frage, die sich viele stellen. Leider gibt es keine Medikamente, die eine Demenz- Erkrankung heilen können. Es gibt aber Medikamente, die den Krankheitsverlauf verzögern und die geistige Leistungsfähigkeit für eine gewisse Zeit stabilisieren. Man bezeichnet sie als „Antidementiva“. Verfällt der Demenzkranke jedoch in eine Depression oder eine Antriebsminderung, werden dann sogenannte „Antidepressiva“ eingesetzt.

Andere Behandlungsmöglichkeiten gibt es aber auch noch. Man kann sich Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie verordnen lassen, dadurch sollen die Alltagsfähigkeiten und die Selbstständigkeit erhalten bleiben. Außerdem ist es sehr wichtig, geistig, körperlich und sozial aktiv zu bleiben. Man kann jedoch auch andere Therapien wie z. B. Musiktherapie, Kunsttherapie, Erinnerungstherapie oder Sportangebote anbieten. Ebenso sollte die Ernährung sehr ausgewogen sein.

Die Angehörigen meiner Bewohnerin erzählten, dass sie nach der Diagnose sehr aufgewühlt und voller Sorge waren und viele Fragen in ihrem Kopf herumschwirrten. Sie wussten selbst nicht, wem sie davon erzählen sollten und natürlich das größte Problem war, wie es weitergehen sollte. Jedoch ist es hierbei sehr wichtig, dass andere Menschen (Freunde, Nachbarschaft) darüber

Bescheid wissen, da sie helfen können, wenn sie die Person in einer schwierigen Situation antreffen.

Bei meiner Bewohnerin ist die Demenzerkrankung eine Folge einer Gehirnentzündung. Jeder Tag ist ein besonderer Tag, könnte man sagen. Dadurch, dass die Abläufe und die alltäglichen Aufgaben ihr immer schwerer fallen, ihre Stimmung jeden Tag anders ist, muss man jeden Tag spontan planen. Hierbei ist es wichtig, auch auf die Bedürfnisse von ihr einzugehen und vor allem gelassen zu bleiben, auch wenn es sehr schwer fällt.

Sehr wichtig bei dieser Erkrankung ist, dass man immer wieder in Kontakt kommt. Dies kann durch Kommunikation geschehen, aber da das sprachliche Verständnis immer schwieriger wird, bleibt man so durch körperliche Nähe, Blicke und Gesten mit der Betroffenen in Kontakt.

Außerdem ist es für meine Bewohnerin sehr wichtig, ihr die Orientierung besser zu ermöglichen, durch gut lesbare Uhren, und gut lesbaren Hinweisschilder. Dies können beispielsweise Notizzettel sein.

Wir sprechen oft über schöne Erlebnisse aus der Vergangenheit, da das Langzeitgedächtnis länger erhalten bleibt und ich so bei meiner Bewohnerin positive Gefühle hervorrufen kann.

Außerdem versuche ich mit meiner Bewohnerin in einfachen und kurzen Sätzen zu sprechen und gebe ihr die Zeit, um darauf zu reagieren. Oftmals muss ich meine Aussage bzw. Frage wiederholen, bis sie mir antwortet.

Vieles, was meine Bewohnerin sagt, darf man sich nicht zu Herzen nehmen. Das heißt, wenn sie Aggressionen zeigt, ist dies nicht gegen mich gerichtet, sondern gehört zu der Erkrankung, die auch Gefühlsschwankungen beinhaltet. Ebenso das Vergessen von Namen oder Geburtstagen.

Außerdem sollte man sich nicht mit Demenzkranken streiten. Wenn dies mit meiner Bewohnerin geschieht, merke ich, dass es gar nicht wirklich ankommt und ich selbst noch wütender werde, meine Bewohnerin irgendwann emotional zusammenbricht und es dann schwierig wird, sie abzulenken. Somit sollte man eine Diskussion bzw. einen Streit verhindern.

Bei meiner Bewohnerin ist es ebenfalls sehr wichtig, dass eine gewisse Tagesstruktur herrscht. Das gemeinsame Essen gehört daher dazu. Aber auch

nachmittags einen großen Spaziergang zu machen und morgens ebenso Sport zu treiben. Nicht nur die Tagesstruktur ist wichtig, sondern auch die Wochenstrukturierung. Hierdurch fühlt sich meine Bewohnerin sicherer und ein bisschen unabhängiger. Dies kann in Form eines Wochenplans sein oder aber in einen gut lesbaren Kalender eingetragen werden.

Zudem ist es bei meiner Bewohnerin sehr wichtig, dass gewisse Dinge ihren gleichen Platz haben. Das heißt, durch tägliche Wiederholungen verinnerlicht sie bestimmte Abläufe (die Brille liegt immer an einem bestimmten Platz). Außerdem können aber auch Schränke mit Notizzetteln versehen werden.

Jedoch kommt es bei meiner Bewohnerin oft vor, dass sie Kleidungsstücke verlegt. Deshalb ist es wichtig, den Hausrat bzw. die Kleidungsstücke auszusortieren.

Es ist auch wichtig für meine Bewohnerin, dass die Umgebung bzw. die Wohngemeinschaft gut beleuchtet ist, damit sie nicht stürzt. Auf einen rutschfesten Bodenbelag im Badezimmer ist ebenso zu achten. Und natürlich sollte man Stolperfallen beseitigen.

Zudem hat meine Bewohnerin in ihrem Portemonnaie die wichtigsten Telefonnummern, falls sie mal irgendwo hilflos und allein steht.

Insgesamt ist Frau M. eine sehr tolle Frau, die ich sehr gerne mag. Sie ist sehr lebensfroh und ich hoffe, dass wir weiterhin sehr viel Spaß miteinander haben und dass sie weiterhin so aktiv und sportlich bleibt, wie sie ist.

Quellenangaben:

<http://www.demenz-stationär.de/biografiearbeit.html>

<http://www.netdokter.de/krankheiten/demenz/>

[https://www.neurologen-und-psiater-im-](https://www.neurologen-und-psiater-im-netz.org/neurologie/erkrankungen/demenz/was-ist-eine-demenz/)

<netz.org/neurologie/erkrankungen/demenz/was-ist-eine-demenz/>

<http://www.demenz-leitlinie.de/angehoerige/Risikofaktoren.html>

Was kann ich tun? – Tipps und Informationen für Mensch mit beginnender Demenz (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz)

4 Beziehungsarbeit und Kommunikation

von Daria Dransfeld

4.1 Definition der Beziehungsarbeit (Soziale Beziehung)

Beziehungsarbeit ist zunächst ein Kompositum aus „Beziehung“ und „Arbeit“. Für das Wort „Beziehung“ (Substantiv [die] : 1. Verbindung oder Kontakt zwischen Einzelnen oder Gruppen/ 2. Liebesbeziehung zwischen Mann und Frau/ 3. innerer Zusammenhang, wechselseitiges Verhältnis)¹ schauen wir uns einmal näher die Soziale Beziehung an. Laut der Definition von Max Weber heißt es: „Soziale »Beziehung« soll ein seinem Sinngehalt nach aufeinander gegenseitig eingestelltes und dadurch orientiertes Sichverhalten mehrerer heißen. Die soziale Beziehung besteht also durchaus und ganz ausschließlich: in der Chance, daß in einer (sinnhaft) angebbaren Art sozial gehandelt wird, einerlei zunächst: worauf diese Chance beruht.“ (§3 Wirtschaft und Gesellschaft, Max Weber). Beinhaltet unter anderem, dass zu einer Sozialen Beziehung mindestens zwei Personen zugehören, welche gegenseitig mit ihrem Verhalten auf einander einwirken und auf den jeweilig anderen reagieren.

Eine andere Erklärung, welche Webers jedoch unterstützt, besagt, dass Soziale Beziehung bestimmt, mit wem wir kooperieren, agieren bzw. kommunizieren können. Dabei müssen die agierenden Partner nicht den gleichen Sinngehalt verfolgen oder in der Beziehung sehen, sondern können auch unterschiedlich oder sogar widersprüchlich sein. Der Sinngehalt einer Beziehung muss nicht durchgehend der Selbe sein, sondern kann auch wechseln. Wenn der Sinngehalt der handelnden Personen jedoch der Gleiche ist, kann er durch Maxime die soziale Beziehung bestimmt. Eine entstandene Beziehung kann sowohl kurzweilig als auch von Dauer sein. Durch eine entstandene soziale Beziehung schlüpft jeder Beteiligter in eine bestimmte Rolle. Diese Rolle kann durch unterschiedliche Faktoren definiert werden, wie die Erwartungshaltung, die Erfahrung, das Wissen, die Charakteristika etc. Generell kann eine soziale Beziehung zeitweilig oder von Dauer sein.

Beispiele verschiedener Gruppenzugehörigkeiten und Rollen:

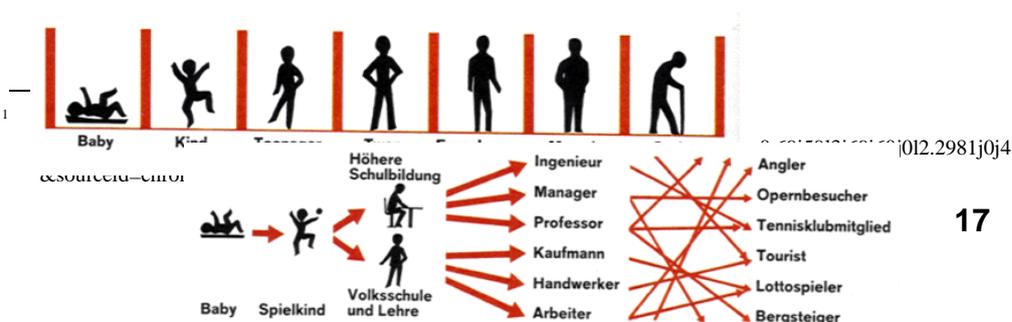


Abbildung 2: Gruppenzugehörigkeiten und Rollen, die wir erwerben



2 *Abbildung 3: Gruppenzugehörigkeiten und Rollen, die uns nahegelegt werden, bzw. in die wir hineingeboren werden oder hineinwachsen*

„Arbeit“ kann als zielgerichtete, soziale, planmäßige und bewusste, körperliche und geistige Tätigkeit definiert werden. Die Definition im Duden lautet wie folgt:

1. a. Tätigkeit mit einzelnen Verrichtungen (...) eines Auftrags o. Ä.
b. das Arbeiten, Schaffen, Tätigsein; das Beschäftigtsein mit etwas, mit jemandem.
Mühe, Anstrengung; Beschwerlichkeit, Plage
- c. Berufsausübung, Erwerbstätigkeit; Arbeitsplatz
2. (Sport) körperliche Vorbereitung auf bestimmte Leistungen; Training
3. a. (Pferdesport) der Ausbildung für den jeweiligen Verwendungszweck dienende Beschäftigung mit dem Pferd
b. (Jagdwesen) Abrichtung und Führung eines Jagdhundes, dessen Einübung in die Suche nach Wild
4. a. als Ergebnis einer Betätigung entstandenes Werk; Erzeugnis, Produkt
b. Klassenarbeit
c. Werk in seiner Beschaffenheit, in der Art seiner Ausführung; Gestaltung
5. (Physik) Produkt aus der an einem Körper angreifenden Kraft und dem unter ihrer Einwirkung von dem Körper zurückgelegten Weg (wenn Kraft und Weg in ihrer Richtung übereinstimmen)

Beziehung und Arbeit zusammen beinhaltet also eine Arbeit an und mit oder aufgrund der Beziehung (in unserem Fall, der sozialen Beziehung). Man

² [Quelle der Abb.: Seger, Imogen <1915 ->: Knauer Buch der modernen Soziologie. -- München [u.a.] : Droemer-Knauer, ©1970. -- (Exakte Geheimnisse). -- S. 96, 99.]

versucht bewusst eine zwischenmenschliche Beziehung positiv zu verändern und zu gestalten.

4.2 Definition von Kommunikation

4.2.1 Verschiedene Modelle

Es gibt verschiedene Modelle die Kommunikation beschreiben. Kommunikation dient dem Menschen als Fähigkeit sich zu verständigen und zählt zu der sozialen Intelligenz. Wir können durch Kommunikation Botschaften, Gefühle, Wünsche, Erwartungen und Empfindungen ausdrücken und anderen gegenüber äußern.

Als Erstes gehe ich auf das Sender-Empfänger-Modell ein, entwickelt von Stuart Hall. Es beinhaltet die Weiterleitung einer Nachricht von einem Sender zu einem Empfänger. Die Kommunikation kann nur problemlos funktionieren, wenn sowohl Sender als auch Empfänger die selbe Codierung benutzen, wenn dies nicht zutrifft, so können Störung in der Kommunikation entstehen und die Nachricht wird falsch bei dem Empfänger ankommen. Wenn der Empfänger die Nachricht erhalten und verstanden hat, gibt er dem Sender eine Antwort, wodurch der Empfänger ein Feedback auf die erhaltene Nachricht gibt.



3

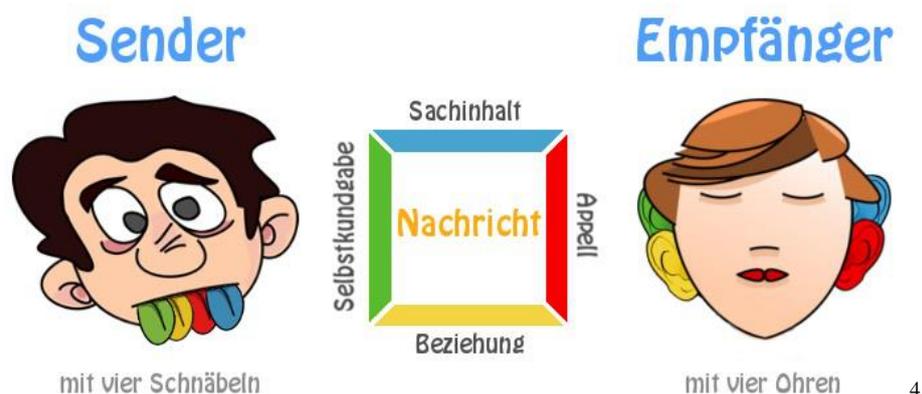
Ein Anderes nennt sich das Vier-Ohren-Modell (Kommunikationsquadrat) von Schulz von Thun, es geht von vier Ebenen aus, in denen wir eine Nachricht verstehen und interpretieren.

1. Bei der Sachebene werden bloß Fakten und Sachverhalte weitergegeben. Dabei kann man die Nachrichten auf bestimmte Hauptwörter reduzieren.

³ <<http://www.marketing.ch/Wissen/Themen/K/Kommunikation>>, (07.03.17)

2. Bei der Selbstkundgabe sind mit der Nachrichten persönliche Gefühle, Empfindungen und Motive verbunden und werden preisgegeben. Diese werden vom Empfänger oft gleichzeitig auch auf sich bezogen und können dadurch schnell durch Falschdeutung fehlinterpretiert werden.
3. Durch die Beziehungsebene äußert man nonverbal über Mimik und Gestik, was man von seinem Gesprächspartner hält. Dieser Teil hat meist großen Einfluss auf Bewertung der Nachricht.
4. Über den Appell äußert man Forderung oder Wünsche an den Empfänger, welche er aufnimmt und auf sich selbst bezieht.

Damit alle Aspekte einer Nachricht verstanden werden, muss das Gehirn alles, was aus der Kommunikation wahrzunehmen ist, für sich interpretieren. Hierbei ist es nicht immer leicht alle Kommunikationsebenen abzuwägen und die Nachricht richtig zu deuten. Die vier Ebenen gehen sowohl vom Sender aus, als dass sie auch beim Empfänger ankommen.



4.2.2 Kommunikation in der Behindertenhilfe

Kommunikation umgibt uns ständig und überall, wo wir in Kontakt mit Menschen treten. Daher ist sie essentiell für die Arbeit mit Menschen z.B. im Bereich der Behindertenhilfe. Besonders in diesem Bereich ist es wichtig abzuwägen und sensibel vorzugehen. Speziell in der Behindertenhilfe ist die Beobachtungsfähigkeit unabdingbar für eine erfolgreiche Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Klienten. Bei Klienten, welche sich nicht verbal äußern können, muss man auf ihre nonverbale Kommunikation achten und lernen diese richtig zu deuten und zu interpretieren. Dies bedarf Übung und kann nicht von jetzt auf gleich erlernt werden. Umso besser man seine

⁴ <<http://wortwuchs.net/vier-ohren-modell/>>,(08.03.17)

Klienten und die Menschen in seiner Umgebung kennt, desto besser kann man diese einschätzen und es entsteht eine gelungene Kommunikation ohne Fehlinterpretationen. Jedoch sind Fehldeutungen nicht immer auszuschließen und schleichen sich hier und da dennoch ein.

4.2.3 Kommunikation ist Beziehungsarbeit

Menschliche Kommunikation und Beziehungsarbeit sind Kernkompetenzen im Bereich der Pflege und sind abhängig von einander, da die Kommunikation einen intensiven Informationsaustausch ermöglicht, dieser jedoch nur gewährleistet wird durch eine Vertrauensbildung, welche wiederum durch eine gute Beziehungsarbeit aufgebaut werden kann. Dementsprechend kann Kommunikation nur gut funktionieren, solange die Beziehungsarbeit gepflegt wird und andersrum ist Beziehungsarbeit von Kommunikation zu einem großen Teil abhängig. Durch die Arbeit mit jedem Individuum, baut sich zu jedem eine unterschiedliche Beziehung auf. Wie gut diese gelingt, hängt von der Kommunikation ab. Je besser kommuniziert wird, desto leichter kann an der Beziehung gearbeitet werden.

Bezogen auf die Praxis ist also festzuhalten, dass man aufmerksam mit seinem Klientel arbeiten und kommunizieren muss, denn so entsteht eine gelungene Kommunikation, welche zu einem vielfältigen Informationsaustausch führt. Besonders in der Behindertenhilfe zählt nicht nur die verbale Kommunikation, sondern vor allem die nonverbalen Äußerungen durch Mimik und Gestik.

Um alles richtig deuten zu können, bedarf es an Zeit und Übung, man muss sich erst einmal zusammen „einspielen“ mit jedem Klient. Allein dieses „Einspielen“ zählt schon als Beziehungsarbeit, weshalb Kommunikation automatisch Beziehungsarbeit ist.

5 Operante Konditionierung

von Eileen Rustemeyer

5.1 Verstärker, allgemein

Die operante Konditionierung nach dem amerikanischen Psychologen Burrhus Frederic Skinner arbeitet mit Verstärkern. Diese Verstärker sind Reize, die die Wahrscheinlichkeit, dass ein operantes, also spontan gezeigtes Verhalten, entweder durch negative Konsequenzen verringert wird oder durch positive Verstärkung in gleichen oder ähnlichen Situationen erneut auftritt.⁵

5.1.1 Positive Verstärker

Skinner untersuchte in den 50er Jahren anhand vieler Experimente das systematische Lernverhalten von Lebewesen mithilfe der sogenannten Skinnerbox. In diese sperrte er vorwiegend hungrige weiße Ratten ein. In der Box befinden sich wenige Gegenstände: ein Futternapf, eine Lampe für optische Reize und ein Hebel, welcher zufällig durch das neugierige Lebewesen gedrückt wird. Als positive Konsequenz fällt ein Futterkorn in den Futternapf, sodass das Lebewesen schnell den Zusammenhang von Hebel und Futterkorn erkennt. Das Futterkorn ist hierbei der positive Verstärker für das betätigen des Hebels.⁶

„Lernen durch positive Verstärkung: Lassen sich durch ein Verhalten regelmäßig positive Konsequenzen herbeiführen und aufrechterhalten, dann erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, daß das solchermaßen verstärkte Verhalten in der gleichen oder einer ähnlichen Situation auftritt.“⁷ Die positiven Verstärker müssen nicht zwangsläufig durch materielle Dingen dargestellt werden, oft reicht ein einfaches Lob schon dazu aus eine Situation positiv zu verstärken.

„Das Lob ist ein sozialer Verstärker, eine Anerkennung, eine freundliche-bestätigende Zuwendung, ein Lächeln, eine freundliche Geste, eine Aufmerksamkeit, die man jemandem schenkt, eine Zustimmung, eine Form der Wertschätzung, [...]. Belohnungen sind meist materielle Verstärker, wie

⁵ Vgl. Hobmair, Pädagogik, 1989, S.162.

⁶ Vgl. Greving, Niehoff, Bausteine der Erziehungswissenschaften, Psychologie und Soziologie, 2009, S.70

⁷ Hobmair, Pädagogik,1989, S.163

Spielsachen, Geschenke, Geld, aber auch immaterielle Verstärker, wie etwa die Erlaubnis zu einer beliebten Beschäftigung oder der Erlass einer unangenehmen Aufgabe.“⁸

Lob und Belohnung können aber auch negative Konsequenzen haben, beispielsweise wenn zu viel gelobt wird und dies beim Gelobten zur Wirkungsabnahme führt oder dieser das gewünschte Verhalten nur noch dann zeigt, wenn eine Belohnung für ihn folgt. Eine weitere Überlegung wäre, dass der Gelobte alles nur noch für das Lob macht, anstatt aus eigenem Antrieb.⁹

5.1.2 Negative Verstärker

Im Gegensatz zu den positiven Verstärkern stehen die negativen Verstärker. „Lernen durch negative Verstärkung: Lassen sich durch ein Verhalten regelmäßig negative Konsequenzen oder Situationen vermeiden oder beseitigen, dann erhöht sich die Auftretenswahrscheinlichkeit dieses Verhaltens.“¹⁰

Auch negative Verstärkung stellte Skinner in seinen Experimenten dar. Der Aufbau ist derselbe, nur bei einer anderen Ratte hatte das betätigen des Hebels eine negative Folge, die Ratte bekam einen Stromschlag. Die Ratte lernte dass eine negative Konsequenz folgt und unterließ die Berührung des Hebels, was wiederum positive Folgen hatte, da sie so keinen Stromschlag mehr bekam. „Wird ein negativer Verstärker regelmäßig entfernt, dann spricht [Skinner] vom Prozeß der negativen Verstärkung.“¹¹

5.2 Kontinuierliche und intermittierende Verstärkung

Beim Lernen von Verhaltensweisen spielen kontinuierliche sowie intermittierende Verstärkung eine bedeutende Rolle. Der wesentliche Unterschied liegt dabei in der Lerngeschwindigkeit und der Lösungsresistenz.¹²

⁸ Hobmair, Pädagogik, 1989, S.268

⁹ Vgl. Hobmair, Pädagogik, 1989, S.268 ff.

¹⁰ Hobmair, Pädagogik, 1989, S. 163

¹¹ Hobmair, Pädagogik, 1989, S.163

¹² Vgl. Greving, Niehoff, Bausteine der Erziehungswissenschaften, Psychologie und Soziologie, 2009, S.75

„Kontinuierliche Verstärkung erfolgt immer sofort und stetig, wenn ein erwünschtes Verhalten gezeigt wird.“¹³ Das Tierexperiment von Skinner zeigt einen raschen Lernerfolg bei kontinuierlicher Verstärkung, wenn aber die Verstärkung nach einiger Zeit eingestellt wird, bleibt das erwünschte Verhalten schnell aus. Das heißt, dass die Lösungsresistenz bei kontinuierlicher Verstärkung sehr gering ist.

Anders ist dies bei intermittierender Verstärkung. „Intermittierende Verstärkung erfolgt nur ab und zu, entweder nach einer bestimmten oder ungefähren Anzahl von erwünschten Verhaltensweisen oder nach Ablauf einer festen oder variablen Zeitspanne.“¹⁴ Im Tierexperiment machte Skinner die zufällige die Entdeckung, dass geringere oder unregelmäßige Verstärkung genauso wirksam ist wie die kontinuierliche. Zwar lernten die Tiere langsamer, allerdings blieb das gewünschte Verhalten auch länger erhalten.¹⁵

5.3 Lernen durch Verstärker – Token-Systeme

„In der Förderung lernbehinderter Menschen und im therapeutischen Bereich wurden ganze Verstärkerpläne [...] entwickelt. In der Fachsprache spricht man von Token-Systems.“¹⁶

Diese werden mit dem Bewohner zusammen erstellt. Es werden Verhaltensbereiche vereinbart in der sich die Person, auf die das Token-System zugeschnitten wird, verbessern will. Die Zielsetzung muss präzise vereinbart werden (Transparenz). Für gutes Verhalten in den festgelegten Bereichen werden Token verteilt, welche auf verschiedene Weise dargestellt werden können (Chips, Murmeln, Spielmarken etc.). Ein Verstärkerplan funktioniert allerdings nur dann, wenn die Lernanreize dem Zu-Erziehenden entsprechen und ihn anregen und bekräftigen sich an das Token-System zu halten.¹⁷

Es gibt verschiedene Token-Systeme, welche individuell angepasst werden können. Zum Beispiel die Verstärkung positiven Verhaltens, bei der eine bestimmte Anzahl von Token gegen materielle Dinge oder Freizeitaktivitäten

¹³ Hobmair, Pädagogik, 1989, S.167

¹⁴ Hobmair, Pädagogik, 1989, S.167

¹⁵ Vgl. Hahn, Janssen, Erziehungswissenschaften Band 1, 1995, S.301

¹⁶ Hahn, Janssen, Erziehungswissenschaften Band 1, 1995, S.301

¹⁷ Vgl. Hobmair, Pädagogik, 1989, S.169

eingetauscht werden können. Außerdem gibt es Verstärker-Entzugs-Systeme, bei denen nach negativ auffallendem Verhalten Token abgezogen werden.¹⁸

5.4 Beschreibung der Praxisstelle

Das Caritas Wohnhaus Mariannahill besteht seit 1985 und ist ein Wohnhaus für geistig behinderte, erwachsene Menschen mit 48 Wohnplätzen. Es gibt neben den normalen Wohngruppen auch Apartments und eine Außenwohngruppe. In der Gruppe, in der ich momentan tätig bin wohnen fünf Menschen mit Down Syndrom und drei Personen mit anderen geistigen Behinderungen (5 männlich, 3 weiblich). Die jüngste Bewohnerin ist 26 Jahre alt, die älteste Bewohnerin 62. Einer der acht Bewohner ist mittlerweile Rentner.

5.5 Praxisbezug

Da die jüngste Bewohnerin, in der Gruppe immer wieder und massiver verhaltensauffällig wurde, ist beschlossen worden, ein Token-System mit ihr zu erarbeiten. Mit aufgenommen wurde Frau K.s Verhalten im Bus, sie tritt gegen den Vordersitz und schlägt mit ihren CD-Hüllen gegen die Scheiben, und die Benutzung von Schimpfwörtern. Außerdem war das Weglaufen ein großes Thema. Frau K. lief beim Wäsche holen in die an das Wohnhaus angeschlossene Schule und in deren Kellerräume, wo sie sich aufgrund der Größe der Gebäude verlaufen könnte. Auch beim Spazieren gehen lief sie wieder zurück ins Wohnhaus und stellt sich, wenn man sie auf ihr Verhalten ansprach, schlafend. Auch das Schlagen, Hauen und Treten wurden als ein gemeinsamer Punkt mit aufgenommen.

Frau K. wohnt erst seit ca. einem Jahr im Caritas Wohnhaus Mariannahill. Vorher lebte sie zu Hause bei ihrer Mutter bis diese, krankheitsbedingt, nicht mehr für sie sorgen konnte. Frau K. teilt sich ein Zimmer mit einer anderen Frau mit Down-Syndrom. Auch hier ist ihr Verhalten nicht mehr tolerierbar. Sie knallt die Türen und beschimpft manchmal ihre Mitbewohnerin, somit wurden auch diese in den Plan aufgenommen.

¹⁸ Vgl. Strang, Werner, Operante und instrumentelle Konditionierung, <[http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/LERNEN/KonditionierungOperant.shtml#Das Konzept der Verstaerkung und](http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/LERNEN/KonditionierungOperant.shtml#Das%20Konzept%20der%20Verstaerkung%20und)>

Frau K. ist mit dem Token-System einverstanden, die Bedingungen wurden mit ihr zusammen ausgearbeitet und sie versteht, dass ihr Verhalten falsch ist.

Der Verstärkerplan von Frau K. arbeitet mit positiven und negativen Verstärkern. Der Plan hängt in ihrem Zimmer, damit er für sie präsent ist. Die Token bestehen aus roten und grünen Punkten, die auf den Plan gemalt oder geklebt werden. Jeden Abend wird der Tag mit Frau K. reflektiert. Wenn ihr Verhalten gut war, bekommt sie in allen Bereichen grüne Punkte, dies wird mit Lob, also positiven sozialen Verstärkern, verstärkt. Wenn sie sich schlecht verhält, bekommt sie einen roten Punkt in dem jeweiligen Bereich. Zusätzlich werden Sachen von ihr eine Woche weggeschlossen. Für jeden weiteren roten Punkt erhält Frau K. ihre Gegenstände einen Tag später zurück. Auch dies wird in dem Token-System für sie kenntlich gemacht. Dieser Teil gehört zu der negativen Verstärkung, da Frau K. die Wegnahme ihrer Gegenstände durch ihr positives Verhalten verhindern kann. Dies führt dazu, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit des positiven Verhaltens erhöht wird. Momentan wird bei Frau K. eine Mischung aus kontinuierlicher und intermittierender Verstärkung angewendet. Bei negativen Verhaltensmustern wird direkt gehandelt, bei positiven Verhalten bekommt sie den ganzen Tag über unregelmäßig Lob. Dies hängt auch mit der Vorgehensweise des diensthabenden Betreuers zusammen. Nur abends wird, bei positivem Verhalten, regelmäßig Lob ausgesprochen.

5.6 Vor- und Nachteile des Token-Systems

Ein Vorteil des Token-Systems ist, dass er für die Bewohnerin transparent ist. Sie kann selber daran mitarbeiten und hat immer genau vor Augen was gut war und was nicht. Die Lernanreize und das Token-System an sich sind individuell einsetzbar und ein Reflektionsgespräch ist fest verankert. Die Token legen den Fokus auf das gewünschte Verhalten und die Vorgaben sind präzise, sodass sich jeder Betreuer im gleichen Maße an das System halten kann. Frau K. merkt, dass sie durch ihr positives Verhalten Lob und Anerkennung bekommt, was für sie persönlich, auch dadurch dass sie gerne im Mittelpunkt steht, wichtig zu sein scheint.

Zu den Nachteilen gehört meiner Meinung nach, dass Frau K., für schlechtes Verhalten außerhalb des vereinbarten Bereichs keine Markierung in dem System bekommt. Wenn man ihr ihre Gegenstände trotzdem wegnehmen sollte, wäre es für sie nicht unbedingt ersichtlich, weil sie keinen roten Token bekommt. Es besteht die Gefahr, dass das Verhalten nur noch aufgrund von Lob gemacht wird und nicht mehr aus eigenem Antrieb. Außerdem besteht die Gefahr, dass nicht erwünschtes Verhalten unbeabsichtigt verstärkt wird, wenn ein Betreuer nicht konsequent handelt oder großzügig negative Verhaltensweisen übersieht.¹⁹ Die Gefahr besteht, dass das Token-System nach dem auslaufen lassen (fading-out), keine Wirkung mehr zeigt. Das heißt, dass wenn keine Verstärkung mehr vorhanden ist, einige in ihr altes Verhaltensmuster zurück fallen. Den Prozess nennt man Löschung. „Nicht Verstärkung eines spontan gezeigten oder durch Verstärkung gelerntes Verhalten führt zu dessen Löschung. Das Verhalten schwächt sich ab und erreicht die ursprüngliche Zufallshäufigkeit.“²⁰

Quellen

Literatur:

Hobmair, Hermann, Pädagogik, Köln 1989.

Hahn, Maria, Janssen, Rolf, Erziehungswissenschaften Band 1, Köln 1995.

Greving, Niehoff, Bausteine der Erziehungswissenschaften, Psychologie und Soziologie, 3.Auflage, Troisdorf 2009.

Internet:

Strang, Werner, Operante und instrumentelle Konditionierung, URL: <[http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/LERNEN/KonditionierungOperant.shtml#Das Konzept der Verstaerkung und](http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/LERNEN/KonditionierungOperant.shtml#Das_Konzept_der_Verstaerkung_und)> (o.O./o.Z.)

¹⁹ Hobmair, Pädagogik, 1989, S.269

²⁰ Hobmair, Pädagogik, 1989, S.165

6 Die Pädagogik von Maria Montessori als Grundlage der Erziehungsarbeit

von Gregor Machaczek

Vorwort

Als Kind bin ich selbst in einem Kinderhaus groß geworden, ebenfalls meine Geschwister. Aus dieser Zeit haben sich schöne Bilder der Erinnerung bei mir festgesetzt, und so kann ich bis heute genau erzählen wie ich das Schnürsenkelbinden gelernt habe, daß mir ein Pony auf den Oberschenkel getreten hat – was mich nicht davon abhielt, es noch einmal zu versuchen. Und wenn ich weiter über diese Zeit nachdenke, diese mit dem Gelesenen vergleiche, dann bin ich stolz und dankbar auf diese Erfahrungen, auch wenn sie einem vorlauten Schüler in einer angepassten Schule der Anfang/Mitte 70er Jahre mit beamteten, zölibatär lebenden Lehrerinnen nicht wirklich geholfen haben, weil Reformpädagogik nicht wirklich auf dem Stundenplan stand.

Nachdem ein Bekannter viele Jahre später über mich immer abfällig und doch stolz sagte, daß ich Montessorikind sei, wurde ich auf die Sonderstellung meiner Erziehung aufmerksam. Diese möchte ich beleuchten: Was macht die Montessoripädagogik zu etwas Besonderem. Wie ist diese Pädagogik in der Behindertenhilfe einzusetzen, wo ist der Unterschied zum casa dei bambini und wo ergänzen sie sich.

6.1 Leben und Werk von Maria Montessori

Maria Montessori ist 1870 in Chiaravalle, Italien, geboren und 1952 in Noordwijk aan Zee gestorben. Sie war eine der ersten Frauen Italiens, die als Ärztin promoviert wurden.

In den letzten Jahren des Studiums arbeitete sie an der psychiatrischen Klinik in Rom und hat sich dort zur Fachärztin für Kinderpsychiatrie spezialisiert. Ihr besonderes Augenmerk galt den „dort nur notdürftig versorgten geistig behinderten Kindern“²¹. Ihr Sohn drückte es auf einem Kongreß in München so aus: „Während jeder sich über diesen Erfolg freute [daß behinderte Kinder mittels Montessori-Didaktik die Prüfung zur Volksschule erfolgreich meisterten] , war Dr. Montessori betroffen und suchte herauszufinden, weshalb gesunde und widerstandsfähige Kinder im Vollbesitz ihrer Intelligenz geistig so labil sein konnten, daß sie mit geistig behinderten verwechselt wurden.“²²

Auf den Werken Itards und Seguins aufbauend kam sie zu der Überzeugung, daß es sich bei den meisten Kindern in ihrer Obhut nicht um ein Problem der Behinderung handelte, sondern um eines der Pädagogik, und daß man sinnliche Wahrnehmungen durch spezielle Übungen anregen könne. Noch während ihrer Promotion entwickelte sie bis 1907 die Grundlagen für ihre Form der Pädagogik, auf denen noch immer die Prinzipien der Kinderhäuser und Montessorischulen beruhen. Die Richtigkeit ihrer Annahmen konnte sie während der Aufbauphase des städtischen heilpädagogischen Instituts (scuola magistrale ortofrenica) in Rom beweisen, zu dessen Leiterin sie berufen wurde²³.

Ab 1907 gründete sie einen Kindergarten für sozial schwache Kinder, den sie Casa dei Bambini, also Kinderhaus, nannte. Mit den Kindern arbeitete sie genau so pädagogisch wie vorher mit denen in der Psychiatrie, übernahm auch die Materialien und erzielte beachtliche Erfolge. Nach einem Zusammentreffen mit dem Faschistenführer Mussolini in 1924 wurde diese Form der Pädagogik sogar offiziell in Italien eingeführt, erst nach 1934 distanzierte Montessori sich von den Faschisten, allerdings nicht aus politischen, sondern aus pädagogischen Gründen. Auf der Seite des

²¹ Wikipedia, Die freie Enzyklopädie, **Maria Montessori**, Bearbeitungsstand 04.Jan 2017 05:54 Uhr.

²² Montessori, Mario in: Hellbrügge, Theodor, Montessori, Mario: Die Montessori-Pädagogik und das behinderte Kind, München 1978, 17.

²³ Vgl. Wikipedia, **Maria Montessori** 2017.

Montessori Landesverbandes Saarland heißt es dazu „Nach einem großen Konflikt mit dem italienischen Faschismus, wurden auch die italienischen [nach den Deutschen ab 1933, Anm. d. Verfassers] Montessori-Schulen geschlossen.“²⁴. Wikipedia meint dazu, daß einer der Gründe das zwangsmäßige Uniformtragen der Schüler gewesen sei²⁵.

Bereits 1916 scheint Montessori nach Barcelona, Spanien, emigriert zu sein, und hat von dort aus Vortragsreisen in die ganze Welt gemacht. Mit Ausbruch des spanischen Bürgerkriegs unter Franco reiste sie weiter nach Amsterdam und von dort aus nach Indien, von wo sie erst 1946 nach Europa zurückkehrte und sich schließlich in den Niederlanden niederließ, wo sie auch starb.

Bereits 1898 bekam Montessori einen unehelichen Sohn, den sie bis zu seinem 40. Lebensjahr verleugnete und ihn lediglich häufig besuchte. Mario M. Montessori wurde später ihr Sekretär und hat das Werk seiner Mutter bis 1982, seinem Todesjahr, vorangetrieben.

6.2 Ausgewählte Ansätze von Montessori

6.2.1 Das Kind als Individuum

Montessoris Ansatz zielt auf die Individualität des Kindes als Mittelpunkt des ganzen pädagogischen Geschehens ab. Kinder sollen frei, ohne Kritik, ohne Behinderung und ohne Strafen oder Belohnung lernen, weil das Kind aus seiner eigenen – natürlichen – Motivation heraus lernen möchte²⁶. Wenn ein Kind mit den angebotenen Materialien nicht zurechtkommt, dem Lernstandard trotz eines eigenen Rhythmus' hinterher läuft, wird eine „Abweichung vom Ideal des göttlichen Kindes [zugrundegelegt, die] eine Störung darstellt, die durch Einsatz von Lernmethoden behoben (normalisiert) werden kann.“²⁷.

²⁴ Montessori Landesverband Saarland. Maria Montessori, <http://www.montessori.saarland.de/?q=de/mariamontessori/> Bearbeitungsstand 26.Jan. 2017.

²⁵ Vgl. Wikipedia, Maria Montessori 2017.

²⁶ Aus eigenem Erinnern kann ich noch sagen, daß es genau drei Punkte im Kinderhausalltag gab, die gemeinsam gemacht wurden. 1. im Verlauf des Vormittags gab es einen Stuhlkreis, wo besondere Dinge in der Gruppe gespielt, gesungen, erzählt wurden (dieser war mit gelber Farbe auf dem Boden markiert, an dem unsere Stühle ausgerichtet wurden). Daran schloß sich m.W. 2. das Frühstück an, das von allen vorbereitet wurde mit Tische aufbauen, eindecken etc. und 3. der Aufenthalt im Freien. Dieser war i.d.R. auf die große Pause einer benachbarten Schule abgestimmt, da die Schülerinnen immer unser Pony um einen großen Kastanienbaum geführt haben, auf dem wir reiten durften. Die übrige Zeit habe ich spielend, lernend in der Gruppe verbracht. Woran ich mich gar nicht erinnern kann, sind Aktivitäten, die mit der gesamten Gruppe gemeinsam durchgeführt wurden.

²⁷ Wikipedia, Die freie Enzyklopädie, **Montessoripädagogik**, Bearbeitungsstand: 04.Jan. 2017, 12:42 Uhr.

6.2.2 Selbstbestimmung

Ziel aller Erziehung ist es, daß das Kind Meister seiner selbst würde und aufrecht, ohne Krücken, zu gehen lernt. Dieser Ansatz Montessoris wertet die verborgenen Antriebe des Menschen auf, der befähigt ist, sich selbst zu konstruieren. Nur wenn der Mensch durch Disziplin sich selbst gehorchen lernt, kann er sich selbst Verhaltensmaximen vorgeben, nach denen er leben möchte. Diese Konstruktion führt zu Persönlichkeit, die gleichzeitig ein festes Gefüge, eine organisierte Struktur, ist und äußerst dynamischen Energien unterliegt. Diese Energien hat Freud mit Libido²⁸ bezeichnet, die eine Synthese von Denken und Wollen im praktischen Tun und bewußtseinserweiternd ist²⁹. Parallel zu diesem psychologisch motivierten Schauen auf Persönlichkeit muß auch nach der ethischen Dimension geschaut werden, in welchem Rahmen nämlich sie die Persönlichkeit bewegt.

Erst wenn die verborgenen Antriebe zu einer Individualität der Persönlichkeit geführt haben, und der Mensch sich der

²⁸ „Libido als Sexualenergie im engen Sinne, als Phänomen des „Drängens“ bzw. Begehrens, des Wunsches und der Lust.“, wobei C.G. Jung diese als „allgemein jede psychische Energie eines Menschen“, als „Streben-nach-Etwas.“ (Wikipedia, Die freie Enzyklopädie, **Libido**, Bearbeitungsstand: 5. Januar 2017, 18:53 Uhr.

²⁹ Vgl. Holtstiege, Hildegard, Modell Montessori, Grundsätze und aktuelle Geltung der Montessori-Pädagogik, Freiburg³1983, 21.

Bindungen, denen er unterliegt, bewußt wird, wird seine Verhaltensmaxime zu einem sozial (gesellschaftlich) verantwortlichem, sprich sittlichem, Handeln. Diese Maximen, die die Bindung an Sach-, Sozial- und Selbsteinsicht fordern, sind für die Persönlichkeit haltgebend.³⁰ Diese Persönlichkeitsentwicklung ist als Selbsttat eine große Aufgabe für den Menschen.

Wenn das Kleinkind als „normalisierte Frühgeburt“ gesehen werden muß, das zwar seine Umwelt später selbst verändern kann, so dient die lange Kindheit eben diesem Erforschen der Umwelt. So gesehen schaffe sich der Mensch seine Persönlichkeit selbst³¹. Die Aufgabe der Erziehung ist es, diese Personwerdung von der Geburt an zu fördern.

6.2.3 Montessori und die Freiheit.

„Die Freiheit unserer Kinder hat als Grenze die Gemeinschaft, denn Freiheit bedeutet nicht, daß man tut, was man will, sondern Meister seiner selbst zu sein.“³² Dieser wesentliche Satz Montessoris macht deutlich, daß sie Freiheit als relativ und immer innerhalb der Pole Gesellschaft – Ich gesehen werden muß. Die Erziehungsaufgabe ist es nun, dem Kind bei der Entdeckung dieser Freiheit zu helfen, ihm einschränkende Bindungen zu Gunsten spontaner Äußerungen zu ersparen. Eine Hilfe bei dieser Entdeckungsreise kann die Schaffung einer geeigneten Umgebung sein. Diese Unterstützung führt sowohl zu Freiheit als auch zur Disziplin und fördert einen aufrechten – nicht geduckten – und selbstbewußten Menschen.

6.2.4 Sensible Phasen

Montessori vertritt die These, daß sich das Kind innerhalb bestimmter Phasen verstärkt bestimmten Aufgaben des Lernens widmen kann. Wenn diese Phasen ungenutzt verstreichen, kann das dort nicht erlernte nur mit viel Aufwand und Mühe erlernt werden. Dabei stützt sie sich auf Beobachtungen des Biologen de Vries, der festgestellt hat, daß eine bestimmte Raupenart nach dem Eischlupf besonders lichtempfindlich ist und diesem entgegenläuft. Auf diese Weise auch findet die Raupe ihren Weg zu den bestimmten Blättern, die sie anfänglich benötigt. Nach dieser Phase sei die Raupe zwar nicht erblindet, benötigt aber den Lichtreiz zum Überleben nicht mehr. Ähnlich verhält es sich auch beim Kind, das Sprache erlernt. Allein durch sein Sein, das

³⁰ Ebd., 23.

³¹ Holtstiege, H., 25.

³² Montessori, M., Grundlagen meiner Pädagogik. Zitiert nach Holtstiege, 27.

Angesprochenheit, die Entwicklung seines Gehörs, das die Sprache seiner Umgebung „durch die unbewußte Aktivität der Intelligenz“ absorbiert³³ und die Beobachtung der sie ansprechenden Menschen, die sie lautbildend nach ca. 2 Monaten nachahmen. Um wieviel schwerer ist es da für einen Erwachsenen, eine Sprache zu erlernen?!

Montessori teilt die Kindheit in drei mehrjährige Phasen ein, in der das Kind bestimmte Dinge zu lernen hat³⁴

6.2.4.1 Erste Phase 0 – 6 Jahre.

In der ersten Phase, 0 – 6 Jahre, unterteilt in die Jahre 0 – 3 und 3 – 6, „beschäftigt“ sich das Kind durch Bindung an die Mutter/Eltern mit der Persönlichkeitsentwicklung, seiner Psyche und dem Geist, wobei die Jahre 0 – 3 wohl als rein absorbierende Phase verstanden werden kann, die von der Phase 3 – 6 Jahre durch praktisches Ausprobieren und Erweiterung der Kompetenzen, sowohl im motorischen als auch im sozialen Bereich, abgelöst oder erweitert wird.

Aufgabe der Erwachsenen ist es, dem Kind – wegen seines Absorbierens der Umwelt und seiner in dieser Zeit nicht möglichen Beeinflussung – „eine den kindlichen Bedürfnissen entsprechende Anregungsumwelt zur Verfügung zu stellen, zu der auch die Bezugspersonen zählen. Damit wird die Frühphase zu einer Zeit indirekter Erziehung.“³⁵

6.2.4.2 Zweite Phase 7 – 12 Jahre

Diese Phase wird auch als stabile Phase bezeichnet. Geprägt ist sie von dem Bedürfnis des Kindes, die Welt aktiv zu erkunden, in der sich auch das Bezugsfeld ändert und andere soziale Beziehungen einget. Eine Einengung in dieser Phase ist kontraproduktiv. In dieser Phase auch wird der Grund zum näheren Entdecken der Umwelt gelegt, das zu einer „zunehmenden

³³ Holtstiege, H., 76.

³⁴ Übrigens scheint Montessori nicht von Jugend zu sprechen, einer zu Anfang des 20. Jhd. künstlich erschaffenen Phase, um heranwachsenden Menschen a) weitere Entwicklung zu ermöglichen und b) nicht den sensiblen Arbeitsmarkt der Weltwirtschaftskrise mit weiteren Arbeitssuchenden zu belasten. Rudimente der Entlassung Heranwachsender in die Arbeitswelt sind z.B. noch immer im gesetzlichen Alter der Religionsmündigkeit oder in der Konfirmation der ev. Kirchen zu beobachten, die mit dem Abschluß der Katechese die Menschen als Vollmitglieder der Kirche durch die Konfirmation in das Erwachsenenalter entläßt, die ehemals ausgeführte Ohrfeige – als Zeichen der Lossprechung, auch in der Lehrlingslossprechung bekannt – bei der kath. Firmung deutet auch auf diesen Punkt hin. Und entspricht es nicht dem eigenen Empfinden, daß man sich als Jugendlicher für zu alt hielt, etwas nicht mehr machen zu wollen bzw. schon machen zu dürfen, von den Erwachsenen aber als für zu jung eingestuft wurde?

³⁵ Holtstiege, H., 77.

Strukturierung des Wissens³⁶ und somit Teil der Persönlichkeit des Menschen wird.

Während in Montessoris ersten Phase – also im Kinderhausalter – vermehrt auf spezifische didaktische Materialien Wert gelegt wird, ändert sich der Fokus auf die Beobachtung und Meditation der Realität. Genau dieser Punkt ist das Stichwort, auf das sich einer der bekanntesten Leitsätze Montessoris, den nahezu alle Menschen kennen, stützt: *Hilf mir, es selbst zu tun*. Montessori schreibt dazu: „Die Rolle der Erziehung besteht darin, das Kind tief zu interessieren an einer äußeren Aktivität, an die es sich mit all seinen Fähigkeiten hingibt. Es handelt sich darum, ihm Freiheit und Unabhängigkeit zu geben, indem man es für eine Wirklichkeit interessiert, die es dann durch seine Aktivität entdeckt. Das ist für das Kind das Mittel, sich vom Erwachsenen zu befreien.“³⁷

Ein dritter wichtiger Punkt in dieser Phase ist das Entstehen einer inneren moralischen Instanz. Im Grunde handelt es sich um das Erlernen von sozialen Prinzipien der Erwachsenenwelt. Typisch für diese Phase ist das Bilden von „Kinderbanden“, möchte ich es nennen, wo es einen Anführer gibt, dem Gehorsam geschuldet wird.

Wenn es aber insgesamt um die Entwicklung der inneren moralischen Instanz geht, dann wird hier auch sehr deutlich dem inneren Führer – Meister seiner selbst – das Wort gesprochen, also auch der Weiterentwicklung des Selbstbewußtseins.

6.2.4.3 Dritte Phase 12 – 18 Jahre.

Im Vordergrund dieser Phase liegt die Pubertät und Adoleszenz, in der sich die Kinder immer mehr als Teil der Gesellschaft erfahren. 3 Hauptaufgaben gilt es in dieser Zeit zu bewerkstelligen.

1. Schon diese Zeit der psychischen und physischen Veränderungen führt zu einer großen Labilität, in der Jugendliche besonders Schutz und Geborgenheit benötigen.
2. In der Natur der Sache liegt es aber auch, daß Jugendliche in dieser Zeit ihre Rolle in der Gesellschaft suchen. Beide sich widersprechenden Handlungsweisen führen dazu, daß Eltern in dieser Zeit so schrecklich

³⁶ Ebd. 79.

³⁷ Montessori, M., *Von der Kindheit zur Jugend*, 37, zitiert nach Holtstiege, H. 80.

komisch werden.

3. Gerade der zweite Punkt ist ohne ein starkes Selbstvertrauen nicht zu bewerkstelligen, sodaß in dieser Phase in besonderer Weise auch dieses in besonderer Weise gestärkt werden muß.

6.3 Entwicklungsmaterialien – Förderprogramme

6.3.1 Sinnesmaterial

Nicht das Material sondern das Kind steht im Mittelpunkt der Montessoripädagogik, und ist nur Instrument , damit das Kind sich an seiner Umwelt interessiert, sich mit ihr auseinandersetzt und so seine Persönlichkeit immer mehr entwickelt. In diesem Sinne wird es auch nicht Lehrmaterial oder gar Spielzeug genannt, sondern eher Sinnesmaterial, das fundamentale Hilfe zum Erlernen der Welt ist und sich je mehr selbst erschließt desto länger sich das Kind damit beschäftigen kann. Es muß also auch ansprechend gestaltet sein.

Nach Marsilia Palocci und Clara Spelten muß das Sinnesmaterial wie folgt gebaut sein³⁸:

1. es muß Aufforderungscharakter haben, handlich sein und zum Be-Greifen einladen. Jeder Sinn soll von ihm angesprochen werden. Es ist verfügbar, aber nur vollständig, an einem festen Ort und aufgeräumt.
2. Es ist nur begrenzt vorhanden, so daß es begehrenswert bleibt und der soziale Aspekt des Teilens und der Rücksichtnahme geübt werden kann.
3. Die Eigenschaften des Materials sind isoliert. Es gibt also einen Rahmen zum Erlernen des Öffnens und Schließens von Druckknöpfen, einen weiteren für das Schleifebinden, einen dritten für Schnallen etc. Nicht so wie bei Plastikspielzeugen mancher amerikanischer Hersteller, wo alle Bewegungsvarianten in einem einzigen Spielzeug vereint sind.
4. Jedes Sinnesmaterial hat eine eingebaute Fehlerkontrolle, damit das Kind unabhängig vom Erwachsenen wird und der Erfolg zur Stärkung des Selbstbewußtseins führt.
5. Die Materialien sollen aufeinander aufbauen, um eine spätere Weiterentwicklung zu ermöglichen. Dieses anzubieten ist Aufgabe des Erziehers, der „äußerlich passiv aber voller innererer Aktivität“³⁹ sein soll und Fehler, die das Kind macht, zulassen muß, damit es seine eigenen Erfahrungen machen kann.

6.3.2 Vorbereitete Umgebung

Montessori fordert eine Anregungsumwelt, die sich dem Kind selbst immer mehr erschließt, damit es immer wieder aufgefordert bleibt, sich mit Neuem zu beschäftigen. Die Umgebung ist in diesem Kontext selbst Pädagoge, der **Erzieher-Mensch** hingegen nur Bindeglied zwischen Umgebung und Kind. „Wir bieten dem Kind mit dem Material geordnete Reize an und lehren [...] durch eine Ordnung, die im Material liegt und die das Kind sich selbständig erarbeiten kann.“⁴⁰ Aufgabe des Erziehers kann es z.B. auch sein, sprachlose

³⁸ Palocci, Marsilia, Spelten, Clara, Übungen mit dem Sinnesmaterial: Hellbrügge, T. Die Montessoripädagogik und das behinderte Kind, 121 f.

³⁹ Montessori, M. Rom 1931: Palocci etc. 122.

⁴⁰ Montessori, M., Grundlagen meiner Pädagogik, 13: Holtstiege, H., 130.

Kinder (Kinderkrippe) mit vorbereitender Sprache auf bestimmte Handlungsschritte vorzubereiten, auf die das Kind ggf. dialogisch reagieren kann.⁴¹

Ebenso soll auch der **Raum** gestaltet werden, der sich den Bedürfnissen des Kindes anpaßt. Er soll hell, wohnlich und einladend sein, aktiv zu sein. Ordnung und klare Raumstrukturen sollen dem Kind helfen, sich selbständig zurechtzufinden.

Das dritte Standbein des vorbereiteten Raumes, das **Sinnesmaterial** wurde weiter oben bereits erwähnt. Montessori sagt dazu: „Es ist nichts im Verstand, was nicht vorher in den Sinnen war.“⁴² Zum Spielen/Lernen mit dem Sinnesmaterial gehört unbedingt das Aufräumen, so daß das Kind selbst auch dazu beiträgt, daß der Raum vorbereitet ist und eine allgemein gültige Ordnung hat.

Literaturverzeichnis

Holtstiege, Hildegard, Modell Montessori, Grundsätze und aktuelle Geltung der Montessori-Pädagogik, Freiburg³1983.

Montessori Landesverband Saarland Maria Montessori,
<http://www.montessori.saarland.de/?q=de/mariamontessori/>,
Bearbeitungsstand 26.Januar 2017.

Montessori Landshut & Gneisenhausen, <https://www.montessori-geisenhausen.de/p%C3%A4dagogik/vorbereitete-umgebung/>,
Bearbeitungsstand 10.03.2017, 12:20 Uhr.

Montessori, M. Mario, Hellbrügge, Theodor, Montessori, Mario: Die Montessori-Pädagogik und das behinderte Kind, München 1978.

Palocci, Marsilia, Spelten, Clara, Übungen mit dem Sinnesmaterial: Hellbrügge, Theodor, Montessori, Mario: Die Montessori-Pädagogik und das behinderte Kind, München 1978.

Wikipedia, Die freie Enzyklopädie, Libido, Bearbeitungsstand: 09. März 2017, 12:31 Uhr.

⁴¹ Vgl. <https://www.montessori-geisenhausen.de/p%C3%A4dagogik/vorbereitete-umgebung/>, Bearbeitungsdatum 10.03.2017.

⁴² Ebd.

Wikipedia, Die freie Enzyklopädie, Maria Montessori, Bearbeitungsstand: 4.
Januar 2017, 05:54 Uhr.

Wikipedia, Die freie Enzyklopädie, Montessoripädagogik, Bearbeitungsstand:
4. Januar 2017, 12:42 Uhr.

7 Behinderung in der Geschichte

von Holger Hachmann

7.1 Einführung

Ende der 2.000er Jahre machten Archäologen in Israel eine berührende Entdeckung: Sie fanden das Skelett eines Kindes aus der Altsteinzeit, das vor ungefähr 100.000 Jahren lebte. Die Knochen wiesen schwere Verletzungen am Schädel des Kindes auf, zugefügt durch einen heftigen Schlag auf den Kopf, etwa durch einen herabfallenden Felsbrocken. Da ein Heilungsprozess an der Schädeldecke zu erkennen ist, steht fest, dass das Kind diese Verletzung überlebte. Mit Hilfe eines durch CT-Scans von Anthropologen angefertigten dreidimensionalen Modells ließen sich die Schäden, die am Gehirn entstanden, näher untersuchen.



Die Delle im Schädel beeinflusste nicht nur das Wachstum des Kindes (der Kopf war für das Alter viel zu klein), sie hatte auch

Abbildung 4: Das eingedrückte recht-eckige Stück des Schädelknochens (Pfeil) verursachte eine Wachstumsstörung im Gehirn und eine schwere geistige Behinderung des Kindes.

jene Areale des Gehirns geschädigt, die für die Psychomotorik und das frontale Augenfeld zuständig sind, wie auch jenes, das für die grammatikalische Verarbeitung der Sprache verantwortlich ist. Das bedeutet: Dieses Kind aus der Steinzeit war seit seinem sechsten Lebensjahr keineswegs mehr in der Lage, willkürliche Bewegungen auszuführen, den Blick zu fokussieren oder zusammenhängende Sätze zu formulieren. Bemerkenswert ist daher, dass in Anbetracht dessen, dass das Kind, das noch einige Jahre nach diesem Unfall lebte, keine Anzeichen von Verwahrlosung oder Unterernährung hatte. Es muss – trotz der immensen Behinderung und Beeinträchtigungen – von seinem Clan versorgt und unterstützt worden sein. Selbst die Art seiner Bestattung verdeutlicht dies: Sein sorgfältig angelegtes Grab mit Beigaben lag direkt vor der Höhle; es war so tief, dass keine wilden Tiere je an den Knochen genagt haben. Über dem oberen Teil der Brust lagen zwei Geweihe, und zwar so dicht bei den Handknochen, dass vermutlich

jemand die kleinen Hände bei der Beerdigung darumgelegt hatte⁴³.

Der Umgang mit Behinderungen, explizit unter dem Aspekt der Be- wie auch Erziehung, unterzog sich in der gesamten Menschheitsgeschichte einem stetigen Wandel und Paradigmenwechsel. Dabei bleibt jedoch zu berücksichtigen, dass es in keiner Epoche *die* eine Betrachtungsweise oder *den* Umgang mit Behinderungen gab. Im Bezug auf das eingangs beschriebene Beispiel aus der Frühgeschichte deuten verschiedene Funde darauf hin, dass Menschen mit Behinderungen in der Steinzeit möglicherweise eine besondere Beachtung und Behandlung durch ihre Mitmenschen erfahren haben, da die Gräber vergleichsweise aufwendig gestaltet waren. Auf jeden Fall müssen Behinderte genauso wie verletzte und kranke Kinder und Jugendliche eine echte Chance gehabt haben, zu überleben und das Erwachsenenalter zu erreichen. Dies war bei den die eiszeitlichen Steppen und Tundren durchziehenden Mammutjägern nur möglich, wenn sie in ihren Gruppen die dafür notwendige Fürsorge und Pflege erhielten. Verallgemeinern aufgrund einzelner archäologischer Funde lässt sich diese Hypothese auf die gesamte damalige Gesellschaft allerdings nicht.

Ähnlich ist aus antiken Quellen überliefert, dass es römischen Bürgern rechtlich erlaubt war, behinderte Säuglinge vor den Stadtmauern auszusetzen, wie auch behinderte Sklaven zur Belustigung zu halten. Auf der anderen Seite schaffte es ein Mann mit Behinderung bis in das Amt des *princeps*, des römischen Kaisers aufzusteigen.

Diese zweigeteilte Betrachtungsweise wird durch eine dünne Quellenlage erschwert. Während für die Frühzeit schriftliche Quellen gänzlich fehlen, sind antike und mittelalterliche Quellen oftmals voreingenommen oder lakonisch. Dennoch soll mit dieser Arbeit der Versuch unternommen werden, einen differenzierten Überblick des Umgangs mit Behinderungen in der Historie zu schaffen.

7.2 Antike

Bilddarstellungen und Hieroglyphen lassen den Rückschluss zu, dass die

⁴³ Vgl. Angelika Franz, Ausgegraben. Steinzeitkind überlebte schwere Schädelverletzung, URL: <<http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/ausgegraben-kind-mit-behinderung-lebte-in-der-altsteinzeit-a-984609.html>>, (16.02.2017).

frühen Hochkulturen behinderten Menschen einen gewissen Respekt gegenüber aufgebracht haben⁴⁴. Inschriften belegen, dass Behinderung nicht als Strafe, sondern als Laune der Götter interpretiert worden ist: Beispielsweise wurde Blinden im Alten Ägypten der Beruf als Musiker zugestanden, Lahmen der als Schmied, Tauben eine Beschäftigung im Tempel. Kleinwüchsige Menschen machten am herrschenden Zentrum des Reiches Karriere. Das Dasein als körperlich behinderter Mensch war durchweg kein Hindernis, so belegen gefundene Prothesen in Gräbern ägyptischer Mumien eine gewisse gesundheitliche Fürsorge. Jedoch sind diese Erkenntnisse nicht repräsentativ. Zwar können sie widerlegen, dass behinderte Menschen in der damaligen Zeit keinen Platz und keine Akzeptanz besaßen, allerdings stammen die meisten Hinweise aus dem königlichen Umfeld⁴⁵.

Vermehrt gefundene Stelen mit der 3000 Jahre alten Weisheit

*Lache nicht über den Blinden/ spotte nicht über den Zwerg/ Erschwere nicht das Befinden des Gelähmten/ Verspote keinen Mann*⁴⁶

lassen vermuten, dass behinderte Menschen mit viel Spott und Hohn zu rechnen hatten, die Mächtigen und Regierenden dies aber nicht guthießen und versuchten, es mit solchen in Stein gemeißelten propagandistischen Versen zu unterbinden. Gleichwohl ist zu erwähnen, dass nach altägyptischer Vorstellung Behinderungen vom Menschen mit seinem Tod wieder von ihm genommen wurden, der Mangelzustand war nach damaliger Vorstellung also nur ein sehr kurzzeitiger, da das irdische Leben nurmehr eine "Stunde" im Vergleich zu einer ewig dauernden jenseitigen Existenz darstelle.

Im hellenistisch-römischen Kulturkreis wurde Behinderung eher negativ konnotiert. Dies lag daran, dass im allgemeinen Gedankengut das Ideal der *Kalokagathia* (körperliche und geistige Tüchtigkeit) und eine damit verbundene Orientierung an Schönheit und Perfektion verankert war⁴⁷. Die unzähligen imposanten Marmorstatuen und gigantischen Säulenbauwerke aus jener Zeit repräsentieren dieses Schönheitsideal bis heute. Abweichungen von jenem Ideal wurden als lebensunwert angesehen, was zudem dadurch Unterstützung fand, dass viele der großen Wissenschaftler und Philosophen

⁴⁴ Thesing, Heilerziehungspflege, S. 18 f.

⁴⁵ Vgl. Alexander Mayer, Eine Geschichte der Behinderten, URL: <http://www.trisomie21.de/lh_fuerth.html>, (27.02.2017).

⁴⁶ Ebd.

⁴⁷ Thesing, S. 19.

der damaligen Epoche Menschen mit Behinderung abgeneigt bis hin zu verachtend gegenüberstanden.

So fordert Platon in seiner Schrift *Politeia*, in der er die Voraussetzungen der Verwirklichung eines idealen Staates diskutiert, alle Neugeborenen mit „Defiziten“ zu beseitigen.⁴⁸

Auch Aristoteles empfahl, dass der Gesetzgeber darauf zu achten habe, dass Neugeborene körperlich nach seinen Vorstellungen geraten.⁴⁹ Durchaus sind durch antike Quellen Aussetzungen von behinderten Neugeborenen in Sparta belegt. Gravierende Stigmatisierungen von Behinderten waren durchaus üblich, ein Beispiel war die kultische Einrichtung des Sündenbocks, der bei bestimmten Anlässen zur Reinigung der Gemeinde unter Prügeln vertrieben wurde. Hierzu wurden hässliche oder behinderte Menschen hergenommen. Sie wurden außerdem bei Feiern reicher Bürger zur allgemeinen Belustigung missbraucht. Auch die Gesetzgebung Solons (594 v. Chr.) in der erstmals die Gleichheit aller Menschen, gleich welcher Herkunft, (allerdings nur) formuliert wurde, sprach Lebenssinn und Lebensrecht den Behinderten und Missgestalteten, die nicht einmal den niedrigsten Kriegsdienst ausüben, weder am politischen noch am wirtschaftlichen Leben teilnehmen und daher auch nicht als "Sozialversicherung" zur Versorgung des nicht mehr erwerbsfähigen Vaters und seiner Familie beitragen konnten, ab. Die Tötung missgebildeter Neugeborener wurde zum Interesse des Gemeinwohls erhoben.

Überlieferte staatsphilosophische Empfehlungen, wie jene erwähnten von Platon und Aristoteles, belegen jedoch auch gerade weil es eben *Empfehlungen* für einen ihrer Meinung nach perfekten Staat waren, dass die Selektion „minderwertig“ eingestufter Menschen keineswegs überall und zu jeder Zeit in die Praxis umgesetzt wurde. Als positives Beispiel sei an dieser Stelle Hippokrates zu erwähnen, der Behinderung nicht als Schuld sah, sondern einen Fehler in der Anatomie vermutete und in seinen Schriften etwa die Epilepsie entdämonisierte.⁵⁰

Außerdem verweist die heutige Wissenschaft auf die griechisch-römische Götterwelt, die ein Ebenbild der menschlichen Gesellschaft darstellte: Es gab

⁴⁸ Platon, Sämtliche Werke, Band II, S. 176.

⁴⁹ Vgl. Fabian Dehmel, Behinderung in der Antike, URL: <<http://autismus-kultur.de/autismus/geschichte/zeitalter-der-barmherzigkeit.html>>, (01.03.2017).

⁵⁰ Vgl. Alexander Mayer, Eine Geschichte der Behinderten, URL: <http://www.trisomie21.de/lh_fuerth.html#I.5.> (01.03.2017).

unter anderem den lahmen Gott der Schmiede, den einäugigen Zyklopen, die Göttin Diana mit zahlreichen Brüsten oder auch Figuren mit menschlichem Oberkörper und tierischem Rumpf (Zentauren, Harpyien etc.). Also werden Missbildungen für die damalige Gesellschaft auch etwas Interessantes, teilweise Akzeptiertes und womöglich in einigen Fällen auch Heiliges dargestellt haben.⁵¹

Die Stellung der behinderten Menschen war im alten Rom nicht viel anders als in Griechenland.

Väter hatten die Entscheidungsgewalt, ob sie missgebildete Kinder aufziehen oder töten.

Oftmals wurden Behinderte versklavt, als Narren gehalten oder lebten als Bettler. Um als Bettler möglichst viel Mitleid zu erregen, war es

üblich, dass ihre Besitzer ihnen zusätzliche Verunstaltungen zufügten. Erst in der Spätantike

(auch unter Einfluss des populärer werdenden Christentums) wurden Gebrechen mit mehr

Toleranz betrachtet, im 4. Jahrhundert wurde in Konstantinopel sogar ein Heim für

körperbehinderte Kinder eingerichtet. Generell ist jedoch – wie eingangs erwähnt – die

Quellenlage recht dünn, denn gerade über „minderwertige“ Menschen war es nicht wert

sich die Mühe zu machen über sie zu schreiben. Rückschlüsse auf den Umgang mit Behinderung im antiken Rom können eventuell geschlossen

werden, wenn man sich die Biographie des Kaisers Claudius näher anschaut. Claudius war der stark behinderte Enkel des ersten römischen Kaisers

Augustus. Er durchlebte eine unglückliche Kindheit, wurde als hässlich beschrieben, war „ständig krank, stotterte, zeigte sich immer wieder als

zerfahrener Wirrkopf“⁵² und litt wie sein berühmter Vorfahr Julius Caesar an der Epilepsie. Aufgrund seiner physischen Gebrechen, so litt er an

Lähmungen, hinkte, sein Kopf zitterte und beim Reden sabberte er, galt Claudius als aussichtsloser Kandidat auf die Nachfolge im Kaiseramt. Seine

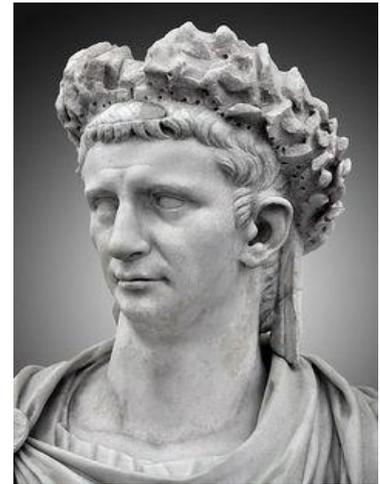


Abbildung 5: Aufgrund seiner Behinderungen wurde Claudius versteckt, verhöhnt und als Idiot und lächerlich abgestempelt. Durch diese Unterschätzung überlebte er die Despotie und Säuberungen seines Neffen Caligula und wurde nach dessen Ermordung als letzter noch lebender männlicher Vertreter seiner Dynastie zum Kaiser ausgerufen.

⁵¹ Mümer, Sierck, Behinderung, S. 13 ff.

⁵² Christ, Geschichte der römischen Kaiserzeit, S. 215 f.

Mutter bezeichnete ihn als „Missgeburt eines Menschen, die die Natur nicht vollendet, sondern gerade erst begonnen habe“⁵³ und auch andere Familienmitglieder strafte ihn mit Verachtung. Von öffentlichen Ämtern und Auftritten wurde Claudius fern gehalten, zurückgezogen vertiefte er sich in Literatur und historischen Studien.

Unter der Tyrannenherrschaft Kaiser Caligulas wurde Claudius von diesem mehrmals dem Volk zur Verspottung vorgeführt. Nachdem Caligula jedoch Anfang des Jahres 41 n. Chr. von seiner eigenen Leibgarde umgebracht wurde, fanden die Prätorianer den 50-jährigen Claudius der Überlieferung nach verängstigt hinter einem Vorhang im kaiserlichen Palast. Überraschend töteten ihn die Soldaten nicht, sondern riefen ihn zum Kaiser aus. Seine Herrschaft verlief glücklich, Claudius war der erste Kaiser, der eine effektive Verwaltung organisierte. Mit Hilfe vieler Berater und Regierungsbeamter wurden große Fortschritte in den Bereichen der Rechtspolitik, des Bürgerrechts, Religion, Bautätigkeit und der Expansion erzielt; so wurde etwa in seinem Prinzipat Britannien erobert.

Im Jahr 54 fiel Claudius einem Giftanschlag zum Opfer. Dieser wurde von seiner Ehefrau initiiert, die dadurch ihren jugendlichen Sohn aus erster Ehe ins Kaiseramt putschen wollte: Lucius Domitius Ahenobarbus – der Nachwelt bekannt als Nero.

Aufgrund seiner Behinderungen wurde der verstorbene Claudius eher negativ beurteilt. Seine Leistungen wurden herabgesetzt, er wurde als lächerlicher und unselbständiger Trottler verspottet. Die Beschreibungen des Kaisers als Vollidioten trugen dazu bei, dass er nach wenigen Jahrhunderten in Vergessenheit geriet und auch bis in die Neuzeit – basierend auf jenen antiken Quellen, die ihn als solchen darstellten – als unfähiger und geistesschwacher Herrscher galt. Die moderne Forschung kommt jedoch zu einem differenzierteren Urteil und würdigt Claudius auch als umsichtigen und fähigen Herrscher.

7.3 Mittelalter und Neuzeit

Mittelalterliche Vorstellungen speisten sich zu großen Teilen aus dem oben

⁵³ Sueton, Das Leben der römischen Kaiser, S.281.

beschriebenen antiken Gedankengut. Dementsprechend hatten behinderte Menschen im Mittelalter keinen guten Stand in der Gesellschaft. Sie wurden nicht als vollwertig akzeptiert, waren meist auf Almosen angewiesen und hatten rechtliche Nachteile. Häufig wurden Behinderte verdächtigt, vom Teufel besessen zu sein. Die Überzeugung, ein neugeborenes Kind, das nicht den damaligen Vorstellungen von Normalität entsprach, sei ein ausgewechseltes, von satanischen Mächten untergeschobenes Kind (Wechselbalg), schmälerte die Überlebenschancen behinderter Kinder. Um satanische Mächte zur Rückgabe des Kindes zu bewegen, wurde geraten, den Wechselbalg mit "geweihten Ruten" bis auf das Blut zu schlagen, ihm die Nahrung zu entziehen, es auszusetzen oder zu töten. In „Betteljagden“ wurden Bettler und behinderte Menschen aus der Stadt vertrieben, verbannt und häufig dabei auch umgebracht.⁵⁴

Ausschließlich Ordensgemeinschaften nahmen sich in kontinuierlicher Fürsorge Behinderter und Kranker an. Viele Klöster hatten Spitäler angelegt, in denen dauerhaft behinderte Menschen gepflegt wurden. Diese Einrichtungen gaben wichtige Impulse zur Schaffung von Hilfeeinrichtungen, so seien etwa die sogenannten Narrentürme, Anstalten für Aussätzige, Alte und Waisen im Spätmittelalter genannt. Mit der Neuzeit entstanden institutionelle Hilfen für bedürftige Menschen in Form von mit Ländereien und Betrieben versehenen Stiftungen, wie unter anderem die Fuggerei in Augsburg (1521) oder die durch Landgraf Philipp von Hessen gegründeten „Hohen Hospitäler für Alte, Arme, Gebrechliche, Körperbehinderte und Geisteskranke“ (1533).

Ein gut dokumentiertes Beispiel eines behinderten Menschen aus der frühen Neuzeit ist der spanische König Karl II., im Volksmund *El Hechizado*, der Verhexte genannt.

Über Generationen hatte die Dynastie der Habsburger, der Karl entstammte und die zur damaligen Zeit aus einer österreichischen wie auch spanischen Linie bestand, stets untereinander geheiratet. Karls Vater, Philipp IV., war etwa der Onkel seiner Mutter.

In der sechsten Generationen der Vorfahren von Karl II. kommen aufgrund des Ahnenschwunds statt der möglichen 64 lediglich 18 neue Vorfahren hinzu. Alle von Karls Urgroßeltern stammten (teilweise mehrfach) von denselben

⁵⁴ Vgl. Thesing, S. 21.

Vorfahren ab. Aufgrund dieser jahrhundertelangen Inzucht zeigten sich bei Karl deutliche Anzeichen der Degeneration. Philipp IV. zeugte mit Mätressen eine Reihe gesunder Kinder, dagegen verstarben alle mit Karls Mutter gezeugten kurz nach der Geburt oder kamen bereits tot zur Welt. Karl war somit der langersehnte Thronfolger.

Die schwache Gesundheit des Königssohns ließ die Dynastie jedoch um sein Überleben zittern. Karls Körper war klein, in der geistigen Entwicklung war er gestört, auch bei der Aufnahme von sozialem Kontakt. Hinzu kam, dass die klassische habsburgische Physiognomie – Vorbiss und längliche, verhältnismäßig große Schädelform – bei ihm fast zur Karikatur verstärkt war. Erst im Alter von vier Jahren erlernte er das Sprechen, mit acht das Laufen. Seine große, vorgeschobene



Abbildung 6: Karl II. gilt als Zerrbild des Verfalls Spaniens und als prototypisches Produkt dynastischer Inzucht. Mit seinem frühen Tod starb seine Dynastie aus, was einen blutigen Erbfolgekrieg entfachte.

Unterlippe machte ihm so zu schaffen, dass er kaum essen konnte und sabberte. Zu den ergebnislosen medizinischen Heilungsversuchen gesellten sich auch magische Praktiken sowie kirchliche Exorzismen. Der Prinz wurde als Kind mit dem Hinweis auf seine Schwäche – er litt an einem angeborenen Herzfehler – übermäßig geschont. Er lernte erst spät Lesen und Schreiben und wurde zeitlebens von höherer Bildung ausgeschlossen, so dass er als Erwachsener von den Regierungsgeschäften ferngehalten wurde. Sein Verhalten war von Geistesschwäche und Infantilität geprägt, er war leicht zu beeinflussen. So liebte er es, Dinge abzuzählen, was ihm große Freude und Beruhigung brachte. Karls tatsächlicher Zustand ist aus heutiger Sicht schwierig zu beurteilen. Er hätte einer gewissenhaften Führung bedurft, die er aber von seiner Umgebung nicht erhalten hatte, denn verschiedene Gruppierungen bei Hofe hatten größtes Interesse an einem schwachen König. Karl stand zeitlebens unter wechselndem Einfluss konkurrierender Parteien, die alle jedoch im Bestreben vereint waren, den König für ihre Zwecke zu instrumentalisieren. Von Ödemen gezeichnet starb er 1700 im Alter von 39

Jahren. Sein kinderloser Tod löste den Spanischen Erbfolgekrieg aus.⁵⁵

Das Zeitalter der Aufklärung veränderte das Denken der Menschen. Die Vernunft und der Mensch selbst traten in den Vordergrund. Damit entwickelte sich auch der Glaube an die Heilbarkeit von Behinderungen. Es kam zu einer Gründungswelle von Anstalten. Der Pädagoge Johann-Heinrich Pestalozzi forderte 1774, dass behinderte Menschen nicht weggeschlossen, sondern erzogen werden sollten und gleichzeitig an Tätigkeiten herangeführt werden müssen, die im Umfang ihren Kräften und ihren Beeinträchtigungen gerecht werden.⁵⁶ Ab Mitte des 19. Jahrhunderts setzte sich dann verstärkt die Pädagogik in den Anstalten durch, die Mediziner zogen sich zurück. Man war zu der Erkenntnis gekommen, dass Erziehung und Pflege eine größere Hilfe für geistig behinderte Menschen war, als die These vom „Heilen“ und reine ärztliche Behandlung.⁵⁷

7.4 Ausblick

Nach dem Ersten Weltkrieg begann einhergehend mit der Errichtung von „Krüppelheimen“, der Vergabe von Behindertenausweisen und der Gründung von Vereinen zur Förderung von „Krüppeln“ und „Schwachsinnigen“ die moderne Er- und Beziehungsarbeit in Bezug auf behinderte Menschen. Nach den Schrecken und der Euthanasie in der nationalsozialistischen Diktatur geschah in den 1950er und 1960er Jahren, ausgehend von Skandinavien, ein Umdenken. Durch das Normalisierungsprinzip sollte den geistig Behinderten ein so normales Leben wie möglich gestaltet werden. In den folgenden Jahren und Jahrzehnten wurden daher immer mehr Werkstätten, Sonderschulen wie auch Wohnhäuser für Menschen mit Behinderung gebaut. Begriffe wie Selbstbestimmung, Betreuung oder Assistenz wurden gelobt und diskutiert. Seit den 1990er Jahren kamen Schlagwörter wie Integration, Inklusion, Teilhabe und Partizipation hinzu.

Die UN-Behindertenrechtskonvention wurde in den letzten Jahren von vielen

⁵⁵ Vgl. Schmidt, Kleine Geschichte Spaniens, S. 182 ff.

⁵⁶ Thesing, S. 22 f.

⁵⁷ Ebd.

Staaten weltweit ratifiziert.

Zwar ist heutzutage vielfach noch das Wort Behinderung mit Mitleid, Distanz und Hilfsbedürftigkeit verbunden. Allerdings werden behinderten Menschen unter anderem in Deutschland gut integriert, Inklusion und Teilhabe ermöglicht und ihnen Rechte zugestanden. Deshalb lässt sich abschließend festhalten, dass in der Geschichte eine Wandlung vom Objekt zum Subjekt, vom Opfer zum (Mit-)Agierenden jenseits aller Begrifflichkeiten stattgefunden hat.⁵⁸

Quellen

Literatur:

Christ, Karl, Geschichte der römischen Kaiserzeit, 5. Aufl., Darmstadt 2005.

Mürner, Christian, Sierck, Udo, Behinderung. Chronik eines Jahrhunderts, Weinheim 2012.

Platon, Der Staat, in: Erich Loewenthal (Hg.), Platon. Sämtliche Werke in drei Bänden, Bd. 2, Darmstadt 2010.

Schmidt, Peer (Hg.), Kleine Geschichte Spaniens, Bonn 2005.

Sueton, Das Leben der römischen Kaiser, Düsseldorf 2001.

Thesing, Theodor, Heilerziehungspflege. Ein Lehrbuch zur Berufskunde, 5. Aufl., Freiburg im Breisgau 1998.

Internet:

Dehmel, Fabian, Behinderung in der Antike, URL: <<http://autismuskultur.de/autismus/geschichte/zeitalter-der-barmherzigkeit.html>>, (01.03.2017).

Franz, Angelika, Ausgegraben. Steinzeitkind überlebte schwere Schädelverletzung, URL: <<http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/ausgegraben-kind-mit-behinderung-lebte-in-der-altsteinzeit-a-984609.html>>, (16.02.2017).

Mayer, A., Eine Geschichte der Behinderten, URL: <http://www.trisomie21.de/lh_fuerth.html#I.5> (01.03.2017).

⁵⁸ Vgl. Mürner, Sierck, S. 138 ff.

8 Teilhabebegleitung – Der Klient zwischen PA und THB

von Julius Potthöfer

Im Folgenden werde ich das Assistenzkonzept der Teilhabebegleitung im Sozialwerk St. Georg erklären.

8.1 Beteiligte Personen:

Klient

THB (Teilhabegleiter)

PA (Persönlicher Assistent)

8.2 Der Teilhabeprozess:

Aufnahmegespräch:

Nach einem Informationsgespräch wird der Klient in einer Einrichtung aufgenommen und mit dieser Vertraut gemacht.

Gespräch mit dem Klient:

Der THB stellt sich vor und spricht mit dem Klient über seine Ziele.

Gespräch mit dem PA:

Der THB spricht mit dem PA des ihm zugewiesenen Klient über seine Einschätzung hinsichtlich Entwicklungspotenzial und der individuellen Möglichkeiten.

Zukunftskonferenz:

In einem gemeinsamen Gespräch zwischen Klient, THB und PA werden Ziele und Maßnahmen des Klient für das kommende Jahr festgelegt.

POS Interview: (Personal-Outcome-Scale)

Ein anderer THB welcher speziell in der Durchführung von Interviews geschult ist fragt den Klient nach seiner aktuellen Qualität des Lebens.

Reflexionsgespräch:

²Diese findet ein halbes Jahr nach der Zukunftskonferenz statt. Hier werden zwischen Klient, THB, PA und eventuell noch anderen Personen welche der Klient einladen kann über die Entwicklung in den vergangenen Monaten gesprochen.

Wenn alle Schritte durchlaufen sind geht es wieder von vorne mit dem Gespräch zwischen THB und Klient weiter und es wird sich über neue, vorhandene oder weitere Ziele für die Zukunft gesprochen.

8.3 Vorstellung des THB:

Der THB ist Einrichtungsübergreifend für einzelne Klienten tätig. Seine Hauptaufgabe nach den persönlichen Gesprächen ist die Ziel und Maßnahmenplanung des Klienten zu erarbeiten.

Der Vorteil des THB gegenüber des PA ist, dass er sich ganz auf die Bedürfnisse des Klienten fernab von Alltagsroutinen konzentrieren kann. Er hat ein sehr objektives Verhältnis zu den Zielen des Klienten und ermöglicht ihm seine Zukunft so selbstbestimmt wie möglich selbst in die Hand zu nehmen. Des weiteren ist ein THB in der Durchführung der POS-Interviews geschult. Hierbei interviewt er Klienten denen er nicht als THB zugewiesen ist und befragt diese zu ihrer aktuellen Qualität des Lebens.

8.4 Vorstellung des PA:

Im Lebensalltag steht jedem Klient ein sogenannter Persönlicher Assistent (Mitarbeiter einer Einrichtung) zur Seite. Dieser ist der persönliche Ansprechpartner des Klienten. Er steht ihm bei Schwierigkeiten bei und sucht gemeinsam mit dem Klient Perspektiven und Möglichkeiten für die Zukunft. Er unterstützt den Klient dabei die vereinbarten Maßnahmen umzusetzen und

Ziele zu erreichen um die höchstmögliche Qualität des Lebens zu erreichen. Zwischen Klient und PA wächst im Idealfall das Vertrauen und vor allem auch das Selbstvertrauen des Klient um die Zukunft und die Herausforderungen des Alltags zu meistern.

8.5 Konzept „Qualität des Lebens“:

Das Konzept „Qualität des Lebens“ wird aufgeteilt in 8 Domänen unterteilt welche ermöglichen sollen soziale und pädagogische Arbeit auch in Bezug auf zukünftige Fachleistungsstunden messbar zu machen.

Die 8 Domänen der „Qualität des Lebens“:

Persönliche Entwicklung Das persönliche Plus!

Selbstbestimmung Mein Wille, mein Weg!

3Soziale Beziehungen Beziehungsweise..

Soziale Inklusion Mittendrin!

Rechte Mit Recht... und Respekt!

Emotionales Wohlbefinden Ich fühl mich gut!

Physisches Wohlbefinden Gesundheit, Sport und Ernährung...

Materielles Wohlbefinden Nix los ohne Moos?

8.6 Zukunftsplanung:

THB sowie PA`s in den Einrichtungen haben Zugriff auf eine Zukunftsplanungssoftware in der täglich Einträge zu Zielen, der aktuellen Verfassung, Aktivitäten sowie Wünschen des Klienten gemacht werden. Aktivitäten und Fortschritte welche zum aktuellen Ziel des Klient beitragen werden mit einem Ausrufezeichen neben dem Eintrag dokumentiert. Individuell festgelegte Krisen (z.B Drogenkonsum, aggressives Verhalten, zurückgezogenes Verhalten) werden mit einem Blitz neben dem Eintrag dokumentiert.

8.7 Kritik:

Die Kritik am Konzept der Teilhabebegleitung ist, dass der Klient eventuell durch die Vielzahl von Personen, die an der Planung seiner Zukunft beteiligt sind sich nicht mehr nur auf seine eigenen Wünsche und Vorstellungen konzentriert sondern die Vorschläge und Überlegungen von PA und THB so übernimmt obwohl es eigentlich gar nicht seine eigenen sind. Auch wenn das Angebot der Teilhabebegleitung rein freiwillig ist, kann es passieren, dass einige Klienten dies als Pflicht ansehen. Auch in der Praxis gibt es einige Klienten die das Angebot der Teilhabebegleitung ablehnen und als nicht sinnvoll halten.

8.8 Fazit:

Im allgemeinen finde ich, dass der Klient durch die Teilhabebegleitung mehrere Sichtweisen auf den „Stand der Dinge“ bekommt aber die Entscheidung über Ziele in seiner Zukunft am Schluss von ihm selber kommen muss. Es wird ihm also nichts vorweg genommen und die Zukunftsplanung ist nicht fremdbestimmt. Besonders gut finde ich das POS-Interview bei dem der Klient von einem externen und somit sehr objektiven THB interviewt wird. Alltagsroutinen oder „Berufsblindheit“ die zum Gespräch eventuell negativ beitragen werden hier ausgeschlossen. Ebenfalls gut finde ich, dass sich THB, PA und Klient auf Augenhöhe begegnen. Alles in allem ist ein sehr personenzentrierter Prozess.

Quelnen:

<http://www.sozialwerk-st-georg.de/ueber-uns/das-unternehmen/qualitaet-des-lebens/>

Zeitschrift „Einblick“ 04/2010 S.16

9 Beziehungsarbeit mit einem Kind mit Down-Syndrom

von Phillip Konietzny

9.1 Definition

In Deutschland leben ca. 30.000 bis 50.000 Menschen mit dem Down Syndrom. Davon sind nach Untersuchungsergebnissen häufiger Jungen als Mädchen betroffen.

Das Down Syndrom ist eine Erkrankung beim Menschen, bei der durch eine Genmutation das gesamte 21. Chromosom oder Teile davon dreifach vorliegen. Eine weitere Bezeichnung lautet Trisomie 21. (Tri= drei; somie= Chromosom)

Menschen mit diesem Syndrom weisen in der Regel typische körperliche Merkmale auf (siehe „Merkmale des Down-Syndroms“) und sind in ihren kognitiven Fähigkeiten meist so stark beeinträchtigt, dass sie geistig behindert sind.

Die Verdreifachung des entsprechenden Erbgutes geschieht durch einen unüblichen Verteilungsprozess während der Zellteilung im Stadium der Meiose⁵⁹ oder Mitose⁶⁰, der zum Entstehen von zusätzlichem Erbmaterial des 21. Chromosoms führt. Liegt ein solcher Fall vor, kommt es in unterschiedlichen Maßen zu einer verzögerten, körperlichen Entwicklung.

9.2 Wie kommt es dazu?

Das Down-Syndrom ist ein zytogenetisches⁶¹ Fehlbildungssyndrom, das durch überzähliges Material von Chromosom 21 zustande kommt. In über 95% der Fälle handelt es sich um ein komplettes Chromosom 21, das überzählig vorhanden ist (freie Trisomie 21). In 2/3 der Fälle stellt eine Fehlverteilung der Chromosomen bei der Entwicklung der Eizellen der Mutter die Ursache da.

⁵⁹ Besondere Art der Kernteilung eukaryotischer Zellen. Die Anzahl der Chromosomen halbiert sich, dadurch entstehen voneinander verschiedene genetische Zellkerne.

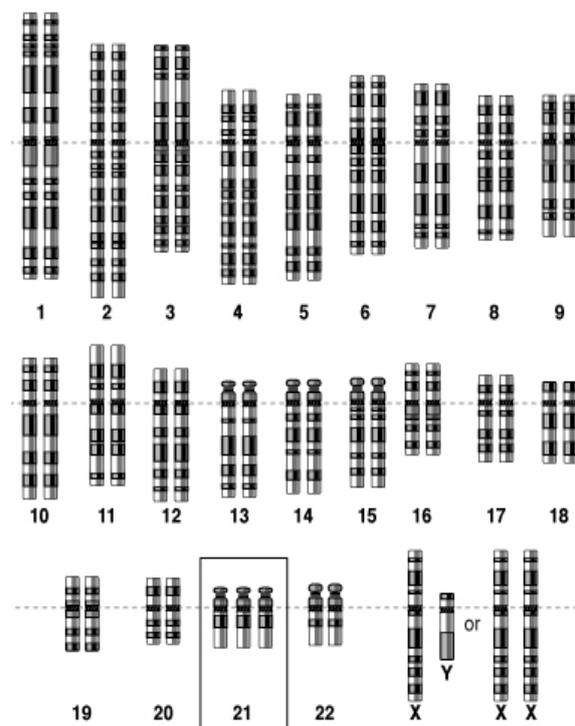
⁶⁰ Eine einfache Zellteilung, bei der zwei identische Tochterzellen entstehen. (Vermehrung von Zellen)

⁶¹ Teilgebiet der Genetik

9.3 Merkmale des Down-Syndroms

Kinder mit Down-Syndrom fallen besonders durch ihre schräg stehenden Augen in einer eher runden Kopfform auf, wobei Nase und Ohren im Verhältnis klein sind. Ihre Zunge ist auffallend groß. Bei dem zur Fettleibigkeit neigenden Körper sind die Gliedmaßen verkürzt. Häufig treten auch organische Schäden auf, wie zum Beispiel Herzfehler oder Magen- und Darmstörung. Im Ganzen sind Kinder mit Down-Syndrom widerstandsschwach gegen Erkrankungen und Infekte. Psychisch sind die Kinder fröhlich und anhänglich, neigen aber auch schnell zu Schwermut. Konzentration und Kritikfähigkeit sind eher schwach ausgeprägt. Die Sprache bei Menschen mit Down-Syndrom ist häufig nicht vollständig entwickelt. Kinder mit Trisomie 21 sollte man nicht überfordern und nur an leichte Tätigkeiten heranzuführen.

Wobei es viele Förderungsmöglichkeiten für Kinder mit Down-Syndrom gibt, wie z.B. Logopädie (Sprachtherapie), Ergotherapie, Physiotherapie aber auch eine Förderung individueller Begabungen ist möglich um diese Kinder zu fördern.



9.4 Folgeerkrankung

Folgeerkrankung des Down-Syndroms sind häufig Herzfehler, Sehstörung, Schwerhörigkeit, Blutkrebs, Fehlbildung der Blutgefäße und des Magen-Darm Traktes. Aufgrund des Herzfehlers ist das Körperwachstum gestört, deswegen sind Kinder mit Down-Syndrom schon bei der Geburt kleiner als gesunde Kinder.

9.5 Beziehungsarbeit mit Kindern

Die Beziehungsarbeit bei Kindern mit Down-Syndrom ist sehr individuell. Kinder mit Down-Syndrom können in ihrer Entwicklung positiv beeinflusst werden, indem sie früh durch Therapie gefördert werden. Die Entwicklung und meist miterscheinenden Behinderungen (Schwerhörigkeit, Sprach-Kommunikationsprobleme,...) die zusätzlich zu dem Down-Syndrom kommen haben eine erhebliche Auswirkung auf die Beziehungsarbeit, da es dadurch oft zu Schwierigkeiten führt z.B. bei der Kommunikation.

Die geistige- sowie auch die Körperentwicklung bei Kindern mit Down-Syndrom ist gegenüber Kindern die keine Chromosomenstörungen aufweisen ziemlich verlangsamt. Deswegen muss bei der Arbeit mit diesen Menschen auf das Lern- und Fördertempo speziell geachtet werden. Da die Zeit von den Kindern benötigt wird um sich intensiv mit der Umgebung auseinander setzen zu können. Dies ist eine sehr wichtige Voraussetzung für die Weiterentwicklung, weil das Kind durch Wiederholungen von Handlungen sich selbst aber auch die Umwelt näher kennenlernt. Sehr empfindlich reagieren Kinder mit Down-Syndrom auf Überforderung und Versagen. Um dies zu vermeiden sollten die Kinder immer wieder gelobt und in ihrem Handeln bestärkt werden.

Ein weiterer Punkt ist auf Emotionen zu achten. Bei jeder Handlung spielen Emotionen eine wichtige Rolle. Kinder mit Down-Syndrom zeigen sehr viele Emotionen und teilen diese ihrer Umwelt mit. Diese Emotionen können dann von Freude bis hin zu zurückziehenden Verhalten reichen.

Das Einfühlungsvermögen der Erzieher ist bei der Arbeit mit Kindern mit Down-Syndrom sehr gefragt. Die Aufmerksamkeit, Zeit und auch die Geduld

gehören zu den wichtigsten Voraussetzungen um ein Zusammenleben, welches für beide Seiten befriedigend ist zu ermöglichen.

9.6 Praxisbezogen (Bewohner)

Bei dem Bewohner handelt es sich um einen 7 Jahre alten Jungen der die Chromosomenstörung Trisomie 21 (Down-Syndrom) aufweist. Zuzüglich der Chromosomenstörung hat der Bewohner eine schwere Intelligenzminderung. Die Kommunikation seitens der Erzieher ist eingeschränkt. Auf Grund seiner Schwerhörigkeit fällt es ihm schwer das Gesagte zu verstehen. Die Kommunikation seitens des Bewohners findet non-verbal statt.

Der Bewohner legt oft aggressive Verhaltensweisen an den Tag, wie z.B. das Schlagen und Kratzen von Mitmenschen. Es ist jedoch schwierig zu sagen, ob er selbst diese Handlungen als aggressiv einstuft und sie mit Wut und Zorn verbindet. Vielleicht haben diese Handlungen für ihn eine ganz andere Bedeutung, dies ist eine wichtige Fragestellung die man immer im Hinterkopf behalten muss.

9.7 Beziehungsarbeit Praxisbezogen

Anfangs habe ich den Aufbau einer Beziehung zum dem Bewohner als schwer empfunden. Erst nach einiger Zeit zeigte der Bewohner ein aktives Nähe-suchen. Von diesem Zeitpunkt an, als der Bewohner sich mir gegenüber „geöffnet“ hatte konnte ich durch viele Freizeitaktivitäten die Beziehung festigen. Hierbei stand aber immer die Interesse und die Freude seitens des Bewohners zu den Angeboten in Vordergrund. Durch die positiven Emotionen war möglich eine engere Bindung zwischen dem Klienten und mir zu schaffen. Wie schon oben in dem Punkt „Beziehungsarbeit“ beschrieben ist eines der wichtigsten Punkte die Zeit und die Aufmerksamkeit. Jetzt mittlerweile merke ich immer wieder wie sehr der Bewohner sich mir gegenüber öffnet und mir Vertrauen schenkt. Ferner sucht der Bewohner bei körperlichen Aktivitäten gezielt meine Nähe um sich selbst Sicherheit zu verschaffen. Alles in allem

denke ich, dass die Beziehungsarbeit bei Kindern mit Down-Syndrom sehr viel Einfühlvermögen aber auch Geduld und „Kraft“ seitens der Erwachsenen benötigt. Diese Kinder benötigen besonders viel Aufmerksamkeit aber auch eine gestärkte Umgebung, wozu auch eine angemessene Struktur zählt um Beziehungen zu anderen Menschen aufbauen zu können.

Quellenangabe:

- Dritter Praktikumsbericht FOS 11 Johann- Conrad- Schlaun Berufskolleg verfasst von Phillip Konietzny

Stand 12.03.2017

- <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/downsyndrom-nicht-krank-nur-langsam-a-1021674.html>
- <https://www.myhandicap.de/gesundheit/geistige-behinderung/trisomie-21-down-syndrom/foerderung/>
- <https://de.wikipedia.org/wiki/Mitose>
- <https://de.wikipedia.org/wiki/Meiose>
- <https://de.wikipedia.org/wiki/Zytogenetik>

10 Macht und Sanktionen in der Behindertenhilfe – Ein schmaler Grat zwischen sinnvollem Gebrauch und Missbrauch

von Lars Sczurek

10.1 Theorieteil

10.1.1 Definitionen von Macht und Sanktionen

10.1.1.1 Macht:

„Macht bedeutet jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel worauf diese Chance beruht.“

(M. Weber)

„Macht ist die Fähigkeit von Individuen und Gruppen das Verhalten und Denken von anderen Individuen oder Gruppen in ihrem Sinne zu beeinflussen.“

(Wikipedia.de)

„Control or influence over the actions of other to promote one's goals without their consent, against their will, or without their knowledge or understanding.“

(Buckley)

„The capacity to produce intended and foreseen effects on other's.“

(Wrong)

„The need primarily to feel strong and secondarily to act powerfully. Influencing others is just one of several ways of satisfying the need to feel strong.“

(McClelland)

„Power refers to the capacity that A has to influence the behavior of B, so that B does something, he or she would not otherwise do.“

(Robbins)

10.1.1.2 Sanktionen:

„Eine Sanktion ist eine einem bestimmten Verhalten folgende Konsequenz im positiven wie negativen Sinne.“

(paradisi.de)

„Einerseits Ahndungen oder Bestrafungen, die nach Verstößen gegen gesellschaftliche Verhaltensmuster erfolgen. Auf der anderen Seite sind Sanktionen Belohnungen auf ein erwartungskonformes Verhalten.“

(paradisi.de)

10.2 Zwischen Gebrauch und Missbrauch von Macht und Sanktionen in der Behindertenhilfe

In unserem Beruf als Heilerziehungspfleger/innen und allgemein in der Behindertenhilfe ist die Macht ein heikles Thema. Oftmals handelt es sich um eine Gratwanderung zwischen „Gebrauch“ und „Missbrauch“, auf die sich der/die Betreuer/in in seiner/ihrer Beziehung zu den Klienten/Bewohnern begibt. Für viele Menschen, die in einem sozialen Beruf tätig sind, ist es äußerst schwierig ein Gefühl dafür zu entwickeln, wann und in welcher Form eine Machtdemonstration in der alltäglichen Arbeit angebracht, notwendig und hilfreich oder eben völlig unangebracht und notwendig ist. In der heutigen Zeit werden unzählige Fortbildungen oder Seminare für Menschen, die in der Behindertenhilfe tätig sind, angeboten, bei denen sie in der Theorie geschult und vorbereitet werden, doch in der Praxis, dem Alltag in den jeweiligen Einrichtungen, wird immer noch in einer immensen Häufigkeit anders gehandelt. Man muss in diesen Fällen allerdings auch dazu sagen, dass sich

die betroffenen Mitarbeiter in zwei verschiedene Kategorien unterscheiden lassen. Es gibt auf der einen Seite viele Menschen, die es sehr wohl einschätzen können, welches Verhalten zu welcher Zeit gegenüber den zu betreuenden Menschen richtig ist und dieses auch über weite Strecken ihrer Arbeitszeit an den Tag legen. Doch bei ihnen können während der Arbeitszeit Stresssituationen auftreten, in denen sie anders handeln als es bei ihnen üblich ist. In solchen Situationen handeln sie aus einem Impuls heraus oder im Affekt. Dabei kann es passieren, dass sie aus dem „Machtgebrauch“ herausgleiten und in den „Machtmissbrauch“ geraten. Dies darf nicht passieren, denn wir arbeiten mit sensiblen Menschen, bei denen es zu äußerst negativen Auswirkungen auf ein Verhalten, welches unüblich und unangebracht ist, kommen kann. Dennoch sehe ich diese Kategorie von Menschen als geeignet für einen sozialen Beruf an, da sie sich in einem Großteil ihres Berufslebens angemessen verhalten und ich der Meinung bin, dass man sich in kurzer Zeit ein korrektes Verhalten in Stresssituationen aneignen kann. Die zweite Kategorie der betroffenen Menschen ist für mich dagegen völlig ungeeignet für einen sozialen Beruf, den man aus meiner Sicht nur mit voller Hingabe und Leidenschaft ausüben kann. Hierbei handelt es sich um Menschen, die sich nicht nur in Ausnahmesituationen unangebracht verhalten, was ein Großteil aller Menschen sicherlich schon einmal getan hat, sondern während ihrer gesamten Tätigkeit im sozialen Bereich. Alle Menschen, die für sich die Entscheidung trifft eine Berufslaufbahn im sozialen Bereich einzuschlagen, weil sie dies mit voller Hingabe, Leidenschaft, Überzeugung und mit ganzem Herzen ausüben, können und möchten sich nicht vorstellen, dass es in dem gleichen oder ähnlichen Berufen Menschen gibt, die ihr Klientel unangebracht und schlecht behandeln, denn diese Art von Menschen, zu denen ich mich auch zähle, vertreten die Meinung, dass man einen sozialen Beruf nur dann ausüben dürfte, wenn es einem persönlich wichtig ist anderen Menschen die Unterstützung zu gewährleisten, die sie benötigen. Man kann im sozialen Bereich nicht jeden Tag mit dem Gedanken zur Arbeit gehen, dass es die Hauptsache ist, dass am Ende des Monats das Gehalt auf dem Konto ist, denn so ist es definitiv nicht möglich, jeden Tag seine bestmögliche Leistung abzuliefern. Leider ist es trotzdem so, dass es viel zu viele Menschen gibt, die im sozialen Berufsfeld tätig sind und ihrem Klientel respektlos, intolerant und beschämend entgegentreten. Sehr deutliche

Beispiele dafür wurden vor einigen Wochen in der TV-Reportage „Team Wallraff-Reporter Undercover“ aufgezeigt. In dieser Folge bekam man einen Einblick in den Alltag in einer Werkstatt für Menschen mit geistigen und/oder körperlichen Behinderungen, sowie in den eines Wohnhauses mit einem ähnlichen Klientel. Was man dort zu sehen bekam ließ einen fassungslos und wütend zurück. Es wurde sich auf das Übelste über die zu betreuenden Menschen lustig gemacht, diese wurden ins Lächerliche gezogen, die Betreuer schrien und beleidigten diese, sorgten mit Gewalt für Ruhe, wenn sie keine Lust hatten, auf die Bedürfnisse der beeinträchtigten Menschen einzugehen, um auch nicht zu viel Arbeit zu haben. Bewohner des Wohnhauses wurden für Sachen bestraft, die sie aufgrund ihrer Behinderungsbilder überhaupt nicht kontrollieren konnten und die Betreuer haben sich für dieses Verhalten auch noch gegenseitig auf die Schultern geklopft, weil sie es amüsant und zufriedenstellend fanden, die jeweiligen Bewohner auf diese Art zu erniedrigen und so ihre eigene Machtstellung in dem Wissen, dass ihr Klientel hilflos und von ihnen abhängig ist, völlig unangebracht zu untermauern und zu zelebrieren. Diese Sendung hat zwar nur den Alltag in wenigen Einrichtungen der Behindertenhilfe dargestellt, doch dies waren keineswegs Einzelfälle, sondern nur die Spitze des Eisbergs. Man hört, liest oder sieht so gut wie jeden Tag in Radio, TV, Internet oder der Tageszeitung von ähnlichen Vorkommnissen, bei denen ausgebildete Fachkräfte ihre Macht durch Gewalt gegenüber ihrem hilflosen Klientel, Ignoranz, Respektlosigkeit, Ablehnung und unverantwortlichem Verhalten darstellen, ihrem Klientel dadurch das Leben erschweren und in nicht wenigen Fällen riskieren, dass ein zu betreuender Mensch stirbt, weil es den jeweiligen Betreuern wichtiger ist, ihre Macht zu missbrauchen und dieses durch unberechtigtes Nutzen von negativen Sanktionen unterstreichen, statt die Menschen ernsthaft dabei zu unterstützen, ein angenehmes und möglichst normales Leben führen zu können. Solche Menschen haben in meinen Augen in sozialen Berufen nichts zu suchen. Natürlich ist es wichtig, in gewissen Situationen Macht zu demonstrieren, schließlich ist man in einer Einrichtung für eine Gruppe von Menschen verantwortlich und man muss dafür sorgen, dass die Gruppe harmonisiert und kein Chaos ausbricht, doch im Mittelpunkt sollten stets die zu betreuenden Menschen und die Unterstützung auf dem Weg zu einem möglichst selbstbestimmten Leben stehen.

10.3 Praxisteil

10.3.1 Beschreibung der Praxisstelle und des Klientels

Ich absolviere den praktischen Teil meiner Ausbildung zum Heilerziehungspfleger in den St. Hildegard Wohnhäusern im Caritasverband Brilon. Dort leben auf drei Häuser, die man durch einen Verbindungsgang erreicht, ohne dabei nach draußen zu müssen, verteilt insgesamt 46 Menschen mit geistigen und/oder körperlichen Behinderungen. Der jüngste Bewohner ist 23 Jahre alt und die älteste Bewohnerin ist 80 Jahre alt. Jeder Bewohner wohnt in einem Einzelzimmer. Von der Einrichtung selbst und vom Caritasverband Brilon allgemein werden für die Bewohner sehr viele Angebote bereitgestellt, die bei einer kleinen Spielrunde beginnen und bis zum gemeinsamen Urlaub reicht. Dabei wird auf jeden einzelnen Bewohner Rücksicht genommen und darauf geachtet, wie viel welcher Bewohner von einem Angebot hat und welches möglicherweise keinen Sinn machen würde. So ist jedes Angebot sowohl für die Bewohner als auch für die Betreuer ein Erfolg.

10.3.2 Umgang mit Macht und Sanktionen in unserer Einrichtung

Mir wurde direkt in meiner ersten Woche in meiner Gruppe in den St. Hildegard Wohnhäusern von mehreren Kolleginnen erzählt, dass das Zusammenleben und das Interagieren zwischen den einzelnen Bewohnern, aber genauso zwischen Bewohnern und Betreuungskräften wie in einer Familie sei. Man würde sich als Betreuer immer zu den Bewohnern an den Tisch setzen, mit ihnen über Probleme sprechen, wenn etwas nicht so gut lief, um dann gemeinsam nach einem Weg der Besserung zu suchen und sich einfach sehr gut und angemessen in die Gruppe integrieren. Dies kann ich nach meiner bisherigen Zeit dort auch vollends bestätigen. Natürlich gibt es auch Tage, an denen sich Bewohner nicht immer so benehmen, wie es mit ihnen abgesprochen ist, um das Gruppenklima zu fördern. Aber dies ist in einer normalen Familie genauso der Fall. Selbstverständlich müssen wir Betreuer auch mal ein Machtwort sprechen und gegebenenfalls Sanktionen verteilen, was der jeweilige Bewohner in der jeweiligen Situation zuerst nicht verstehen kann. Aber auch dies ist in diesem Beruf in angemessenem Maße

notwendig, da man nicht nur auf einen einzelnen Bewohner eingehen muss, sondern auf die gesamte Gruppe Rücksicht nehmen muss, sonst würde das Gruppengefüge zerbrechen und ein riesiges Chaos ausbrechen. Es werden von den Betreuern allerdings nur Sanktionen verteilt, die vorher mit den Bewohnern, deren Familien und/oder deren gesetzlichen Betreuern abgesprochen wurden, um die Bewohner individuell und optimal fördern zu können. Unsere Bewohner sind auch noch so fit, dass sie verstehen und es gut finden, dass man sich im Gruppenleben nicht alles erlauben darf, sondern sich an Regeln halten muss, die für alle gelten, um das Gemeinschaftsgefühl zu stärken. Dies gilt nicht nur für die Bewohner, sondern ebenso für die Betreuer und wird aus meiner Sicht sehr gut umgesetzt. Die Bewohner wissen, wann sie sich falsch verhalten haben und stehen dann auch dafür gerade, aber es ist bei uns definitiv so, dass alles nach Absprachen mit den Bewohnern, deren Familien und/oder gesetzlichen Betreuern und sehr strukturiert abläuft, um den Bewohnern eine bestmögliche Lebensführung und Entwicklung zu ermöglichen. In den St. Hildegard Häusern habe ich bislang nicht ein einziges Mal erlebt, dass ein/e Betreuer/in seine/ihre Machtposition, die man durch die Angewiesenheit der Bewohner auf die Betreuer eben hat, ausnutzt oder Sanktionen willkürlich ausspricht. Eher ist das Gegenteil der Fall, denn nach der Ausstrahlung von „Team Wallraff“ kam es zu einer sehr angeregten Diskussionsrunde, an deren Ende auch gegenübergestellt wurde, was im Bezug auf Macht, Sanktionen und dem Umgang mit den Bewohnern gut und was noch eher schlecht läuft. Kein einziger Kollege hat gemeint, dass alles perfekt läuft. Alle waren der Meinung, dass man sich überall noch verbessern kann. Meiner Meinung nach ist jeder Betreuer aus meiner Gruppe bestrebt, den Bewohnern das Leben so einfach wie nur möglich zu gestalten. Sie gehen sehr einfühlsam, individuell und in einem guten Verhältnis zwischen Nähe und Distanz auf die Bewohner ein, sodass Fehler stets schnell gemeinsam besprochen werden können, um dann gemeinsam eine perfekte Lösung für die gesamte Gruppe, sowohl für die Bewohner als auch für die Betreuer, zu finden.

Literaturverzeichnis/Quellenangabe

-www.uni-bielefeld.de [PDF] Macht

-www.spektrum.de/lexikon/psychologie/macht/9039

-www.paradisi.de/Freizeit_und_Erholung/Gesellschaft/Sanktionen/

-<https://www.caritas-brilon.de/wir-helfen/menschen-mit-behinderung/wohnhaeuser/st.-hildegardhaus/st.-hildegardhaus>

-TV-Reportage „Team Wallraff-Reporter Undercover“ (Sendung vom 20.02.2017; 21:15 Uhr,RTL)

11 „Wolfskinder“ und die Erziehungs- und Beziehungsnotwendigkeit des Menschen

von Laura Schinkel

11.1 Die Erziehung und Entwicklung eines Menschen

Erziehung ist die intentionale Beeinflussung eines anderen Menschen mit dem Ziel, diesen in einem Zustand größtmöglicher Unabhängigkeit und sozialer Verantwortung zu bringen. (Heilerziehungspflege Band 1, 2013, S. 5)

Das Wort Erziehen kommt von „herausziehen“. Darunter versteht man die entwicklungspsychologische Notwendigkeit, Kinder und Jugendliche durch erfahrene Erwachsene zu beeinflussen, damit sie sich Entwickeln.

Spezifische Verhaltensweisen des Menschen entwickeln sich unter dem Einfluss der menschlichen Umwelt und machen den Menschen Lebensfähig. Eine Erziehung ist deshalb Notwendig, um Sinne und körperliche Fähigkeiten auszubilden und zu fördern. Ebenso werden Intellekt, Sprache, das Denken und Handeln, sowie lesen und schreiben gelehrt. Im Rahmen der sozialen Entwicklung erlernt der Mensch die Bindungsfähigkeit. Diese betrifft in den meisten Fällen verstärkt die Mutter, da diese in engem Kontakt zu ihren Säugling steht. Es entwickelt sich ebenso ein Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein. In der Entwicklung erlernt ein Kind zusätzlich kulturelle Inhalte zu verstehen und umzusetzen, sowie ein Wert- und Normverständnis zu erlernen und Kritikfähig zu sein.

Was passiert jedoch, wenn ein Kind eine außergewöhnliche Erziehung genießt, in der sich das Kind nicht richtig entwickeln kann? Was geschieht, wenn die Erziehung von der Norm abweicht, nicht stattfinden kann oder sogar von einem wilden Tier übernommen wird ?

Dies geht aus den Berichten der Wolfskinder, dem Kaspar- Heuser- Versuch und der NS- Zeit hervor.

11.2 Die Geschichte des Wolfskindes (Homo ferus)

Kinder, die in jungen Jahren eine Zeit lang isoliert von anderen Menschen aufwachsen werden als Wolfskinder, bzw. wilde Kinder bezeichnet. Es sind mehrere Fälle bekannt, in denen diese jungen Menschen bei Wölfen, Hunden oder Bären aufwachsen, sogar „adoptiert“ wurden und ihnen zugehörig waren. Sie unterscheiden sich in ihrem erlernten Grundverhalten stark von Kindern, die in einem normalen, sozialisierten Umfeld aufwachsen.

Die Wissenschaft konnte nur wenigen, realen Fälle der Wolfskinder nachgehen, die meisten Berichte über Fälle, in denen ein Kind im Kreis eines Tierrudels groß geworden sein soll, werden von der Wissenschaft angezweifelt. Die Berichte stammen meist aus zweiter Hand, Augenzeugen selbst sind nicht bekannt oder Aufgrund der fortlaufenden Zeit längst verstorben. Die Merkmale eines solchen Wolfskindes beschreiben eine gewisse Form von Schwachsinn, das Fehlen der Sprache und des Erinnerungsvermögens, ein leerer, rastlos umherschweifender Blick, anormale Bewegungsmuster und tierische Essgewohnheiten, die höchst Wahrscheinlich auf die Erziehung und das Verhalten der wilden Tiere schließen lässt. So liefen die Kinder auf allen vieren, denn wie hätten sie es anders lernen können, sie konnten nicht sprechen, sondern lediglich Tierlaute von sich geben. Ebenso waren die Kinder übermäßig stark behaart.

Nach einer gewissen Zeit, wurden Wolfskinder nicht mehr als Helden angesehen, sondern viel mehr als Unheilsboten. Die neu entstandene Schaulust in der Öffentlichkeit bot einen Schauplatz für anthropologische und pädagogische Fragen.

11.3 Die Theorie – Jean Marc Gaspard Itard

Jean Itard wurde im Jahr 1774 in Frankreich geboren und studierte Medizin. 1800 wurde er Chefarzt am kaiserlichen Taubstummeninstitut. Er erfand das Audiometer, mit dem Resthörfähigkeiten gemessen werden können, ebenso führte er das Lippenlesen ein.

Jean Itard gilt als Urheber der modernen Erziehung von Kindern, bei denen eine geistige Behinderung besteht. Seinen Erziehungsoptimismus setzte er

gegen die vorherrschende medizinisch-psychiatrische Sicht von Behinderung, die in seiner Zeit herrschte. Der Psychiater Pinel sah den Zustand des Wolfskindes Victor als organischen Intelligenzdefekt, Jean Itard hingegen sah einen Mangel an Erziehung, als sozial verursachte Verwahrlosung.

Seit Itard wird der geistig Behinderte Mensch als Erziehbar angesehen. Der Medico- Pädagoge stellte eine Verbindung von Medizin und Pädagogik her, die mit Hilfe der Erziehung von Victor gelang. Diese Verbindung ist wegweisend für die Entwicklung der heutigen Heilpädagogik gewesen.

11.4 Victor, der Wilde von Aveyron

Die Geschichte von Victor ist einer der bekanntesten Fälle der Verwilderung „und durch die wissenschaftliche Beschreibung auch als authentisch zu werten“ (Thesing, 1999, S.47).

Im Jahr 1797 wird der kleine Victor in Südfrankreich von Bauern entdeckt. Mehrmals wird er für kurze Zeiträume eingefangen, ihm gelingt jedoch immer wieder die Flucht. Im Jahr 1800 wird Victor, ca. zehn bis zwölf Jahre alt, in ein Waisenhaus gebracht. Er spricht nicht, sondern stößt nur unartikulierte Schreie aus. Ebenso schien Victor soziale Verhaltensweisen nicht zu beherrschen. Er zeigte keine Gefühle der Dankbarkeit, des Mitleids oder gar Scham. Seinen Mitmenschen gegenüber war er sehr Misstrauisch. Victor wurde von verschiedenen Fachleuten untersucht und in Augenschein genommen. Er wurde als „idiotisch“ diagnostiziert und als hoffnungsloser Fall angesehen (unter anderem von P. Pinel, leitender Arzt einer Irrenanstalt). Wissenschaftler kamen zu dem Schluss, Erziehung habe keinen Erfolg. Dies bezweifelte jedoch der Wissenschaftler Jean Marc Gaspard Itard, sodass er Victor bei sich aufnahm um seine Auffassung durch ein pädagogisches Experiment zu beweisen. Er vermutete eine sozial erzeugte Idiotie, die er für heilbar hielt.

In einem ersten Gutachten (1801) beschreibt Itard den Entwicklungsstand des jungen Wilden.

So stellt er fest, dass Victor im Hinblick auf seine Sinneswahrnehmungen in mancher Hinsicht einem Haustier unterlegen ist. Seine Augen wären ausdruckslos, schweiften rastlos von einem Gegenstand zum anderen und sie

schiene so betrübt, als könnten sie einen plastischen Körper nicht von einem gemalten unterscheiden. Auf Geräusche unterschiedlichster Art schien Victor nicht zu reagieren, ebenso schien Victor laut des Gutachtens nicht fähig, aufmerksam zu sein, außer es waren Gegenstände die für ihn persönlich von Bedeutung waren. Victor gelang es nicht einmal, eine Tür zu öffnen oder auf einen Stuhl zu klettern. Die Gesten und Bewegungen seines Bewegungsapparates zeigten keinen Ausdruck und keine Absicht.

1. Er wollte den Jungen für das Leben in einer Gemeinschaft gewinnen, er sollte es als angenehmer als sein vorheriges Leben empfinden (Bausteine der Erziehungswissenschaften, 2004, S.18).

Victor hatte, bevor Itard ihn aufnahm, in Verbindung mit Menschen sehr viele negative Dinge erlebt. Itard änderte das Verhalten gegenüber dem Jungen und versuchte auf die Bedürfnisse des Jungen einzugehen. Dies war in dem Heim in dem Victor zuvor lebte, nicht der Fall gewesen. Durch Nahrung und Naturerlebnisse konnte er aus seiner Lethargie gerissen werden. Victor sollte erlernen, nicht mehr so wild herum zu rennen, mäßiger zu essen und kürzer zu schlafen.

Der Wissenschaftler versuchte die Sinnestätigkeit zu stimulieren. Victor reagierte Wärme und Kälte empfindlich und auch laute Geräusche lösten keine Reaktionen in ihm aus, jedoch das Knacken einer Nuss. Er kleidete Victor wärmer und verordnete ihm ein heißes Bad. Daraufhin stellte er zu einem späteren Zeitpunkt eine höhere Sensibilität des Tastsinnes gegenüber heißem, kaltem, rauem oder harten Gegenständen fest.

Das Interesse für Süßigkeiten sollte in Victor geweckt werden. Ebenso Spielzeuge und andere Gegenstände sollten für Victor eine persönlichere Bedeutung erhalten. Jean Itard wollte diese als Verstärker einsetzen, jedoch weckte nur die Einbeziehung der Süßigkeiten sein Interesse. Ebenso gewann Victor Gefallen an Ausflügen und er konnte sich nach einer Zeit selbst kleiden. Durch dies und durch den Aufbau von Kontakten zu anderen Menschen, zeigte Victor erstmals soziales Verhalten.

Die Sprache war für Itard aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit von besonderer Bedeutung, jedoch erzielte er in diesem Bereich kaum Erfolge. Victors Gehör schien nicht genug entwickelt zu sein. Menschliche Stimmen hatten für ihn kaum Bedeutung.

„Der Vokal ‚O‘ schien sein Interesse zu fesseln. Wenn jemand den Ausruf des Erstaunens ‚Oh‘ von sich gab, drehte er sich sofort um. Um dieses Interesse zu binden, gab Itard ihm den Namen Victor.

Auch das Wort ‚non‘ ließ sich für die Kommunikation nutzen“ (Thesing, 1999, S.51)

Victor begann auf menschliche Sprache zu reagieren. Er imitierte Wörter, benutzte sie jedoch nicht eigenständig. Wenn Victor ein Verlangen hatte, konnte er dies durch Handlungen und Gestik zum Ausdruck bringen. Wenn Victor hungrig war, deckte er z.B den Tisch oder drückte der Haushälterin den Schlüssel in die Hand.

Jean Itard vermutete, dass alle geistigen Tätigkeiten in der frühkindlichen Lebensphase entwickelt werden. Hier setzte er an, um anschließend Denkinhalte auf andere Lerninhalte ausbilden zu können.

Der Versuch Itards scheiterte jedoch. Ihm gelang es nicht, Victor das Sprechen beizubringen und ihn in die Gesellschaft zu integrieren. Victor starb 1829, er lebte bis dahin weiter bei Jean Itard und wurde von der Haushälterin betreut.

Die Geschichte Victors wird als „gescheiterte Dressur“ bezeichnet. Die Gesellschaft ist der Auffassung, Itard habe Victor zu lange isoliert, ohne für Kontakt mit Gleichaltrigen zu sorgen.

Weitere Bedenken sprechen gegen die Form des teilweise recht strengen Erziehungsstils mit dem Einsatz von Drohungen, Liebesentzug oder körperlichen Züchtigungen (Bausteine der Erziehungswissenschaften, 2004, S.20).

11.5 Der Kaspar- Hauser- Versuch

Als Kaspar- Hauser- Versuch wird die Aufzucht eines Tieres unter weitgehendem Erfahrungsentzug verstanden, ohne Kontakt zu anderen Artgenossen oder anderen Tieren. Ziel dieses Versuchs ist es, Nachzuweisen, dass alle Verhaltensweisen die ein Tier aufweist im Erbgut vorhanden sind.

Die Versuchsreihe geht zurück auf einen ca. 16 Jahre alten Jungen, der verwahrlost aufgefunden wurde und kaum reden konnte. Er wurde Kaspar-Hauser genannt. Er erwirkte den Eindruck eines jugendlichen, der auf dem

Stand eines Kindes stehen geblieben war. Es wurde vermutet, dass Kaspar Hauser in einem Verließ groß wurde und somit keine, bzw. kaum Erziehung erhalten hat.

(siehe auch „Das Dschungelbuch“ in dem das Kind Mogli bei Tieren aufwächst)

11.6 Die Vernachlässigung der Erziehung und Beziehung in der NS-Zeit (Praxisbezug)

Auch in der NS- Zeit mussten Zahlreiche Menschen und auch Kinder mit Behinderung versteckt werden. So wuchsen auch manche von ihnen Versteckt auf Dachböden oder in Kellern auf, denn Adolf Hitler plante den Mord an behinderten Menschen. Er wollte den Zustand der arischen Rasse verstärken. Zunächst sollte man Versuchen zu verhindern, dass Menschen die eine Behinderung haben Kinder bekommen. Dieser Plan schien Hitler nicht auszureichen, sodass er beschloss, diese zu töten. Der Plan nannte sich das Euthanasie- oder Gnadentodprogramm, auch genannt „Aktion T4“.

Der Ausdruck „Gnadentod“ sollte den Mord verharmlosen, so vielen Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit geistiger oder körperlicher Behinderung aus dem Bild, dass Adolf Hitler von der arischen Rasse hatte. Krankenschwestern und Ärzte waren in dieser Zeit dazu verpflichtet, Erbfehler zu melden, damit Blinde und Taube Menschen, Epileptiker, körperlich- oder geistig behinderte Menschen, die in Augen der Nationalsozialisten dem Staat nur Geld kosteten, beseitigt werden konnten. Es wurden Gesellschaften gegründet, die das Programm begleiten sollten und ebenso wurden spezielle Anstalten dafür genutzt, die Menschen zu töten (Grafeneck, Brandenburg, Hartheim, Pirna, Bernburg und Hadamar). Nach der Ermordung wurden die Leichen verbrannt, damit Angehörige nicht nachforschen konnten. Es wurde eine andere Todesursache bekannt gegeben.

Ich absolviere meine Ausbildung zur HEP im Wohnhaus St. Christophorus in Oeventrop. Hier leben 42 Menschen mit Behinderung, aufgeteilt in 4 interne Wohngruppen, eine Außenwohngruppe und mehreren externen Wohnungen. Zurzeit arbeite ich in einer Gruppe in der vier Rentner, sowie vier berufstätige

MmB leben. Eine Rentnerin die ich betreue, ist im Jahr 1940, also ein Jahr nach dem Beginn der Euthanasie, geboren. Sie hat eine geistige Behinderung und war somit gefährdet, den "Gnadentod" zu sterben. Sie wuchs in einem kleinen Dorf auf und hatte mehrere Geschwister, von denen noch zwei Schwestern leben.

Frau B. selbst hat durch ihre Behinderung und ein dementielles Psychosyndrom wenig Erinnerungen an ihre Kindheit und kann zu der Zeit der Euthanasie keine Aussagen tätigen. Ich habe jedoch beobachten können, dass Frau B. in bestimmten Situationen Angst bekommt, wenn man ihr Zimmer bei Tageslicht verdunkelt. Sie äußert in diesem Fall in einem lauten, ängstlichen Ton, dass sie keine Luft mehr bekommt. Durch dieses Verhalten seitens Frau B. habe ich mich gefragt, wie ihre Kindheit abgelaufen sein muss. Wie hat sich ihre Familie damit identifiziert, dass ihr Kind eine Behinderung hat und wie haben sie reagiert, aufgrund der Geschehnisse des zweiten Weltkrieges?

Die Vermutung liegt nah, dass Frau B. teilweise auch versteckt werden musste, es war jedoch ein Glück, dass Frau B. in einem kleinen Dorf geboren wurde und nicht in einer Stadt. Frau B. verhält sich in ihrem Tagesablauf freundlich, sie geht gern auf Menschen zu und interessiert sich für ihr Umfeld. Trotzdem scheinen Frau B. gewisse Verhaltensweisen nicht bekannt zu sein, ebenso neigt sie in bestimmten Situationen zu Aggressivem Verhalten.

Vielleicht hätte man Frau B. mehr fördern können, wenn sie in einer weniger schwierigen Zeit geboren wäre. Diesem Thema und den vielen Fragen möchte ich in einer Biografiearbeit nachgehen. Hierzu möchte ich die Schwestern, wenn gewünscht, näher befragen.

Fest steht jedoch, dass viele Menschen mit Behinderung hätten mehr gefördert werden können, wenn sie nicht hätten versteckt werden müssen. Es hätte sicherlich mehr Bindung und Nähe entwickelt werden können und der Erziehung und Beziehung einen größeren Spielraum gegeben werden. Sie hätten von einem entwickelten Menschen eine intensive Erziehung genießen können, denn nach Jean Itard ist auch der behinderte Mensch erziehbar. Sinne und körperliche Fähigkeiten hätten weiter Entwickelt werden können und ebenso hätte eine allgemeine Ressourcenförderung stattfinden können.

Quellen:

Literatur:

Ebert, Barbara u.a., Heilerziehungspflege, Ein Studienbuch in Modulen Band 1, Hamburg 2013

Greving, Heinrich, Praxisorientiert Heilerziehungspflege, Bausteine der Erziehungswissenschaften, 2. Aufl., Troisdorf, 2014

Internet:

Königseder, Melanie, Erziehungsnotwendigkeit,

URL: http://www.helpster.de/erziehungsnotwendigkeit-wie-viel-erziehung-brauchen-unsere-kinder_129675, 3.3.2017

Zeitclicks, NS- Zeit,

URL:

<http://www.zeitclicks.de/nationalsozialismus/zeitclicks/zeit/verfolgung/wer-wurde-verfolgt/behinderte-menschen/>, 9.1.2017

Evolution und Emotion, Jedes Kind braucht Liebe,

URL:<https://www.dasgehirn.info/handeln/liebe-und-triebe/liebe-2013-ein-grundnahrungsmittel-7658>, 9.1.2017

Wikipedia, unbekannt, Kaspar- Heuser- Versuch

URL: https://de.wikipedia.org/wiki/Kaspar_Hauser, 9.1.2017

Wikipedia, unbekannt, URL:<https://de.wikipedia.org/wiki/Wolfskind>, 9.1.2017

12 Beziehungsarbeit mit Autisten

von Leonie Schröder

12.1 Definition Autismus

Autismus (griech.: autós -> selbst) ist eine zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen gerechnete psychische Erkrankung. Die Symptome treten in der Regel vor dem 3. Lebensjahr auf. Menschen mit Autismus zeigen Probleme im sozialen Umgang und der sprachlichen sowie der nonverbalen Kommunikation. Sie weisen wiederholende Verhaltensweisen und Interessen auf. Der Autismus gilt als angeboren und unheilbar. Aufgrund der Behinderung benötigen die meisten Autisten eine lebenslange Hilfe und Unterstützung. Die Behinderung ist unabhängig von der Intelligenzentwicklung, jedoch gehört die Intelligenzminderung zu den häufigen Mehrfachbehinderungen bei Autisten. Die Ursache autistischer Störungen konnte trotz umfangreichen Forschungsanstrengungen bisher nicht heraus gefunden werden.

Nach ICD-10 wird zwischen: -frühkindlichen Autismus (Kanner-Syndrom)

-Asperger-Syndrom

-atypischen Autismus unterschieden.

Die aktuelle DSM 5 spricht hingegen von einer allgemeinen Autismus-Spektrum Störung ohne Differenzen abzugeben.

--> ICD 10 ist eine internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsproblemen (eng. International statistical classification of diseases and related health problems). ICD 10 ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin und wird von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben.

--> DSM 5 ist die Abkürzung für die 5. Auflage des Diagnostischen und statistischen Leitfadens psychischer Störungen (Diagnostic and statistical manual of mental disorders). Dies ist ein nationales Klassifikationssystem der

USA, wird in der Psychiatrie angewendet und spielt eine zentrale Rolle bei der Definition und Diagnostik von psychischen Erkrankungen.

Menschen mit einer Autismus-Spektrum Störung nehmen die Welt und ihre Umgebung auf eine besondere Art wahr, da sie durch die Autismus-Spektrum Störung eine komplex bedingte Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungsstörung des Gehirns haben. Dadurch werden Menschen mit einer Autismus-Spektrum Störung und ihr soziales Umfeld oft vor besondere Herausforderungen gestellt. Die Autismus-Spektrum Störungen zeichnen sich in bestimmten Bereichen wie "Kommunikation", "soziale Interaktion" und "Repetitive Verhaltensweisen und Interessen inkl. Sensorischer Besonderheiten" durch qualitative Besonderheiten aus. Menschen mit Autismus-Spektrum Störung sind durch diese Besonderheiten in unterschiedlichster Weise darin beeinträchtigt mit der Umwelt und ihren Menschen in eine wechselseitige Interaktion zu treten.

12.2 Symptome und Besonderheiten

Kriterien für Frühkindlichen Autismus nach ICD-10

Die soziale Interaktion von Menschen mit einer Autismus-Spektrum Störung ist geprägt durch:

- Schwierigkeiten, altersgemäße Beziehungen und Spielverhalten zu Gleichaltrigen aufzubauen
- geringerem oder fehlendem Einsatz non-verbaler Verhaltensweisen zur Steuerung von Sozialkontakten (wie Blickkontakt, Mimik, Gestik), sowohl rezeptiv als auch expressiv
- Schwierigkeiten die Emotionalität bei der Kontaktaufnahme mit Anderen zu berücksichtigen
- geringer ausgeprägte Neigung, Freude, Interessen etc. mit anderen Personen zu teilen

Die Kommunikation ist geprägt von:

- Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung

- Schwierigkeiten, mit anderen Personen in einem wechselseitigen kommunikativen Austausch zu treten
- der Neigung zu stereotypem, zu Wiederholungen, neigendem Sprachgebrauch oder dem Gebrauch einer individuell typischen Sprache
- seltenem Gebrauch von "So-tun-als-ob-spielen" oder sozialen Imitationsspielen

Das Interessen- und Verhaltensspektrum ist geprägt durch:

- die intensive Beschäftigung mit begrenzten Interessenbereichen, z.T. auch Beschäftigung mit für Kinder ungewöhnlichen Interessen
- die Neigung bestimmte Rituale auszuüben, z.T. in zwanghafter Ausprägung
- z.T. die Neigung, bestimmte, oft wiederholende Bewegungen mit den Händen oder dem Körper auszuüben
- die Neigung, Spielmaterial in einer ungewohnten Form zu verwenden, dabei z.T. Orientierung an bestimmten Details der Spielgegenstände.

Bei dieser Form des Autismus liegen üblicherweise sowohl eine Beeinträchtigung der Sprachentwicklung als auch kognitiver Funktionen vor.

Gerade bei Kindern mit frühkindlichem Autismus kann es vorkommen, dass sie Gefahren in ihrer Umwelt gar nicht oder nur unzureichend wahrnehmen, sodass Eltern hier besondere Aufmerksamkeit auf ihre Kinder richten müssen.

Bei dem Asperger Syndrom verlaufen die sprachliche und die kognitive Entwicklung in den meisten Fällen altersgemäß. In den ersten drei Jahren sollen Selbsthilfefertigkeiten, Anpassungsverhalten und Neugier einer normalen Entwicklung entsprechen. In manchen Teilbereichen verfügt ein Teil der Menschen mit dem Asperger-Syndrom über eine besonders hohe Intelligenz.

Durch einen späteren Beginn oder eine unvollständig erfüllte Symptomatik wird der Atypische Autismus von dem frühkindlichen Autismus abgegrenzt.

Eine unvollständig erfüllte Symptomatik bedeutet, dass nur Symptome in zwei von drei Symptombereichen („Kommunikation“, „Soziale Interaktion“ und „Repetitive Verhaltensweisen und Interessen inkl. Sensorische Besonderheiten“) auftreten.

Der atypische Autismus steht oft in Verbindung mit einer schweren geistigen Behinderung, diese Diagnose wird aber auch für eine schwach ausgeprägte Autismus-Spektrum Störung vergeben.

Sensorische Besonderheiten

Ein Mensch der eine Autismus-Spektrum Störung vorweist, kann sensorische Über- und Unterempfindlichkeiten aufweisen. Durch z.B. eine hohe Empfindlichkeit für Geräusche oder auch visuelle Eindrücke und gleichzeitig eine Unempfindlichkeit für andere sensorische Bereiche wie z.B. Temperatur kann die Wahrnehmung geprägt sein. Die betroffenen Wahrnehmungskanäle können sich individuell stark unterscheiden.

Durch begleitende psychiatrische Störungen, welche oft gepaart mit einer Autismus-Spektrum Störung auftreten, kann die Bewältigung des Alltags für Menschen mit Autismus-Spektrum Störung und deren Bezugspersonen zusätzlich erschwert werden.

Folgende komorbide Störungen treten laut verschiedenen Studien in bestimmten prozentualen Anteil auf:

- Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätssyndrom / ADHS 30-68%
- Angststörungen 44%
- Zwangsstörungen 37%
- Oppositionelles und aggressives Verhalten
- Autoaggressives Verhalten ca. 50%
- Affektive Störungen einschließlich auch Depressionen: 36,8%

- Schlafstörungen 44-83%
- Intelligenzminderung 40-88%
- Syndromaler Autismus 6-25%
- Epilepsie 20%
- Motorische Störungen.

Es ist wichtig, dass auch komorbide Störungen erkannt und ggf. behandelt werden. Mit einem frühen Beginn der Therapie kann dazu beigetragen werden, dass begleitende Störungen nicht oder nur in geringerem Maße auftreten.

12.3 Die Beziehungsarbeit

Für Menschen mit Autismus sind Probleme mit zwischenmenschlichen Beziehungen typische Symptome. Autisten neigen dazu, sich von ihrer Umwelt abzukapseln, manche wirken auf unbestimmte Art seltsam und unnahbar. Zudem sind Menschen mit Autismus nur eingeschränkt oder gar nicht in der Lage, dauerhafte und vertrauensvolle Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen. Sie reagieren meist abweisend auf Kontaktversuche, weichen Blickkontakten aus und lehnen Körperkontakt, wie Umarmungen oder Berührungen, sehr stark ab. In manchen Fällen suchen sie Kontakt über Riechen, Tasten oder andere Sinne. Solche Versuche sind oft mit bestimmten Ritualen verbunden. Kinder mit Autismus beziehen andere Menschen beim Spielen nicht mit ein und bleiben lieber für sich.

Ein weiteres typischen Symptom für ein Mensch mit Autismus ist, dass sie ein nur schwach ausgeprägtes Nachahmungsverhalten, sowie Schwierigkeiten, eigene Gefühle wahrzunehmen und zu äußern, aufweisen. Autistische Kinder zum Beispiel erwidern beim Verabschieden kein Winken oder suchen meist nicht nach Trost wenn sie traurig sind.

12.4 Beschreibung der Praxisstelle, Klientel

Die Caritas Werkstatt Hintern Gallberg ist eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung. Dort arbeiten Menschen mit Behinderung in verschiedenen Bereichen. Die Werkstatt ist in mehrere Gruppen eingeteilt. Meine Ausbildung absolviere ich in der Gruppe 2106, in der 23 MmB mit verschiedenen körperlichen und geistigen Behinderungen. Unter ihnen auch ein Mensch mit Autismus.

12.5 Theorie auf Praxis bezogen / Fallbeispiel

Die Beziehung zu einem Menschen mit Autismus aufzubauen gestaltet sich in den meisten Fällen eher schwer, da Probleme mit zwischenmenschlichen Beziehungen für Menschen mit Autismus zu den typischen Symptomen gehören. In unserer Gruppe arbeitet Herr S. Herr S. ist 31 Jahre alt und wohnt seit 2010 im St. Elisabethhaus des Caritas-Verband. Vorher hat er bei seinem Vater gelebt. In der Werkstatt hat er eher weniger Kontakt mit den anderen Beschäftigten. In Gruppenarbeiten wird er mit einbezogen, die Pausen verbringt er aber meistens alleine. Bei Herrn S. wurde neben dem Autismus, auch eine geistige Behinderung mit Intelligenzminderung, eine Sprachbehinderung und Epilepsie diagnostiziert. Für Herrn S. ist es schwer eine dauerhafte und vertrauensvolle Beziehung zu anderen Menschen aufzubauen. Da er Körperkontakt, wie Umarmungen eher ablehnt und auch sehr abweisend auf Berührungen reagiert. Blickkontakt weicht er aus und versteckt sich hinter seiner Hand. Bekannte Arbeiten erledigt Herr S. zufriedenstellend, manchmal muss er an die Arbeit erinnert werden. Der Tagesablauf in der Werkstatt ist sehr strukturiert und Herr S. ist sehr gut integriert. Im ist es ziemlich egal, mit wem er arbeitet, da er keine besondere Beziehung zu seinen Mitbeschäftigten hat. Versucht man mit Herrn S. ein Gespräch aufzubauen, weicht er nach einigen Minuten aus und entfernt sich manchmal aus der für ihn unangenehmen Situation.

Quellen

<http://www.onmeda.de/krankheiten/autismus-symptome-1534-4.html>

<http://www.autismus-langen.de/index.php?id=719>

13 Beziehungsarbeit in der Behindertenhilfe

Beziehungsarbeit mit Menschen mit Down Syndrom

von Monika Conze

Das Down Syndrom (Gendefekt), auch bekannt unter Trisomie 21, ist einer genetischen Störung zurückzuführen, bei der das 21. Chromosomen oder auch nur Teile, davon dreifach vorhanden sind, anstatt nur doppelt. Die Bezeichnung ist auf den englischen Arzt John Langdon Down zurückzuführen. Durch die fortgeschrittene Medizin lässt sich das Down Syndrom durch die pränatale Diagnostik schon frühzeitig erkennen. Es gibt eine Vielzahl an Merkmalen, jedoch treffen nicht alle immer zu. Sichtbare Merkmale sind: geringe Körpergröße, kleine auffällige Kopfform, flaches Gesicht, großer Abstand zwischen den Augen, breite Hände mit kurzen Fingern. Nach den äußerlichen Merkmalen treten häufig weitere Symptome auf, die sowohl körperliche als auch geistige Auffälligkeiten umfassen. Oft leiden sie unter einer Fehlbildung innerer Organe wie zum Beispiel einem Herzfehler. Zudem haben sie das Risiko unter einer Sehschwäche oder einer Hörstörung zu leiden. Menschen mit Trisomie 21 sind jedoch sehr liebenswert und haben eine stark ausgeprägte emotionale Kompetenz. Sind sehr aufgeschlossen und kontaktfreudig, können aber auch sehr stur und bockig sein.

„Beim Down-Syndrom (Trisomie 21) ist eine **frühe Therapie** sinnvoll: Durch gezielte und individuell angepasste **Fördermaßnahmen** können die meisten Kinder ihre Lernentwicklung so verbessern, dass sie sich sozial und später auch beruflich **gut integrieren** und eine hohe Chance haben, später im Alltag weitgehend **selbstständig** zu sein.

Zu den wichtigen Therapiemaßnahmen beim Down-Syndrom gehören eine intensive Förderung der sprachlichen Kommunikationsfähigkeiten (wobei es hilfreich sein kann, die gesprochene Sprache durch Gebärden zu unterstützen) sowie individuelle Übungen zur Entwicklung der Lese- und Schreibfähigkeiten. Dabei kann auch die Zusammenarbeit mit einem Sprachtherapeuten (Logopäden) sinnvoll sein. Zudem ist beim Down-Syndrom eine **Physiotherapie** geeignet, um die Muskeln zu kräftigen und die

Bewegungsabläufe zu stabilisieren, während eine Ergotherapie die Entwicklung eingeschränkter körperlicher oder geistiger Fähigkeiten unterstützen kann. Entscheidend für die Entwicklung der Kinder sind auch die liebevolle und unterstützende Akzeptanz in der Familie sowie die Nutzung von speziellen Einrichtungen.“⁶²

Erwachsene Menschen mit Down Syndrom altern vorzeitig, ebenso nimmt ihre geistige Leistungsfähigkeit früh ab. Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt bei 50 bis 60 Jahren.

In der Beziehungsarbeit zu Menschen mit Down Syndrom berichte ich über eine Bewohnerin aus dem Heilpädagogischen Zentrum in Warburg. Claudia ist eine 44 jährige Bewohnerin mit Down Syndrom. Sie lebt in einer Wohngemeinschaft mit 7 weiteren Bewohnern, deren Behinderungsbild jeweils ein anderes ist. Ihr Tagesablauf ist strukturiert, da sie in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung arbeiten geht. Claudia selbst wohnt seit 41 Jahren im Heilpädagogischen Zentrum. Daher hat sie schon viele Betreuer und Bewohner erlebt und mit ihnen gelebt. Meine Beziehung zu Claudia selber möchte ich als gut beschreiben. Claudia ist ein sehr aufgeschlossener Mensch und kann sich verbal äußern.

Anfangs fiel es mir etwas schwer zu verstehen was sie mir mitteilen möchte, da sie undeutlich und stotternd spricht. Kennt man sie jedoch eine Weile weiß man mit der Zeit was sie möchte. Erkennt man ihre Wünsche und Bedürfnisse nicht auf Anhieb, reagiert sie schnell stur und zieht sich aus der Situation zurück. Hierbei muss man sie gehen lassen. Zu einem späteren Zeitpunkt kommt sie dann aber wieder auf einen zu und sagt „alles gut“. Verbal muss man darauf achten, dass man ihr zum Beispiel Fragen stellt, welche sie mit „Ja“ oder „Nein“ klar beantworten kann, da sie nur einzelne Worte spricht und keine zusammenhängende Sätze formulieren kann. Claudias emotionales Verhalten ist oftmals wechselhaft. Da sie sich dann nicht verbal äußert drückt sie dieses durch plötzliches weinen aus. In dieser Situation helfe ich ihr, wenn ich sie in den Arm nehme und ruhig mit ihr spreche. Im Gruppenalltag ist sie gut integriert und hilft gerne im Haushalt, beziehungsweise übernimmt kleine Aufgaben, wie zum Beispiel die Spülmaschine ausräumen, Wäsche falten. Dieses macht sie sehr sorgfältig und genau. Weise ich sie jedoch daraufhin,

⁶² http://www.onmeda.de/krankheiten/down_syndrom-therapie-1565-6.html.

dass sie ihr „Ämtchen“ noch ausführen muss, kann es passieren, dass sie jede Kommunikation blockt und sich sehr stur verhält. In dieser Situation gestaltet es sich schwierig Claudia neu zu motivieren. Durch gutes Zureden und ein Angebot an Hilfe meinerseits lässt sie sich in der Regel oftmals darauf ein ihre Aufgaben zu erledigen.

Zu den Bewohnern hat sie ein gutes Verhältnis und ist hilfsbereit, pflegt aber keine festen Freundschaften. Wenn sie Aufmerksamkeit sucht, sucht sie diese bei den Mitarbeitern. Aufgrund der Gruppenkonstellation gestaltet sich das gestalten von Freundschaften zu den Bewohnern schwierig, da die anderen Bewohner sehr stark auffällig sind und somit oft eine laute und unruhige Stimmung verbreiten. Deshalb bieten ich und auch meine Kollegen ihr daraufhin an, die Nachbargruppe zu besuchen, welches sie dann auch meist gerne macht. Teilweise schon freiwillig, wenn sie merkt es könnte eskalieren. In dieser Gruppe leben ebenfalls Menschen mit Down Syndrom und ist von der Konstellation so zusammen gestellt, das ein ruhiges Umfeld geboten wird. Da dort Menschen leben, die kurz vor dem Rentenalter stehen.

Ich versuche zu Claudia ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Nähe und Distanz zu wahren. Da bekannter weise Menschen mit Trisomie 21 emotional schwankend sind, möchte ich ihr ein Gefühl von Anerkennung und Zuwendung geben. Claudia selber lebt seit ihrem vierten Lebensjahr im Heilpädagogischen Zentrum und hat somit keine Eltern Kind Beziehung erfahren können. Ihre Familie sieht sie in der Wohngemeinschaft in der sie lebt. Daher sucht sie starke Bindung in einem Betreuer. Ich erledige mit Claudia Hausarbeiten in der Wohngemeinschaft und wir bereiten diese gemeinsam vor. Zum Beispiel überlegen wir zusammen was wir kochen möchten, schreiben gemeinsam einen Einkaufszettel und Claudia und ich gehen einkaufen. In der Gruppe möchte sie gerne einiges selber machen wie Gemüse schneiden und den Tisch decken. Ebenfalls ist es für sie ein Ritual Sonntagabend mit mir den Dienstplan für die Woche neu zu stecken, da es ihr wichtig ist, zu wissen welcher Mitarbeiter wann im Dienst ist. Da Claudia nicht lesen und schreiben kann unterstütze ich sie dabei mit Fotos von den Mitarbeitern, die sie den Namen zuordnet. Hierdurch fühlt sich Claudia in ihrem Selbstbewusstsein gestärkt, da sie so auf die anderen Bewohner zugeht und ihnen mitteilen kann, wie die Woche strukturiert ist. Ein Ritual ist es abends oft mit mir zusammen im Wohnzimmer oder Tagesraum zu sitzen um

ihren Tag noch mal zu reflektieren. Hierbei ist mir aufgefallen, dass der Tag für sie entweder nur positiv oder nur negativ verlaufen ist. Ist er positiv verlaufen ist Claudia gut drauf, lacht viel, erzählt mit Freude und macht beim erzählen oft Späßchen mit den Mitarbeitern. Erzählt sie vom negativen Tag, versuche ich durch ein intensives Gespräch herauszufinden, was Claudia genau gestört hat beziehungsweise was sie sich anders vorgestellt hat oder was ihr nicht gepasst hat. Um eine gute und für beide funktionierende Beziehung aufrecht zu halten gehe ich individuell auf ihre Wünsche und Bedürfnisse ein.

„ Durch die Akzeptanz der einfachen Dinge in ihrem Leben strahlen sie eine Zufriedenheit aus, die uns Menschen in der heutigen Zeit verloren gegangen scheint “. ⁶³

⁶³http://www.t-online.de/gesundheit/kindergesundheit/id_42367568/kinder-mit-down-syndrom-ganz-individuelle-charaktere.html

14 Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS)

Beziehungsgestaltung mit Borderline – Patienten

Von Nadine Brandenburg

14.1 Definition

Bei der Borderline-Störung handelt es sich um eine Persönlichkeitsstörung, [...] genauer gesagt um ein schwerwiegendes psychiatrisches Krankheitsbild, welches auch als emotional instabile Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typs bezeichnet wird (www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org, Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz).

14.2 Begriffserklärung

Borderline heißt wörtlich übersetzt „Grenzlinie“.

Als der Begriff Borderline geprägt wurde, wurde er benutzt, um Patienten zu beschreiben, die nicht schizophren, eher merkwürdig waren. Gerade diese Diskrepanz zwischen gutem Funktionieren in der Welt und plötzlich völligem Ausrasten prägt das Bild des Borderline-Patienten.

Ärzte, Therapeuten und Wissenschaftler konnten dieses Krankheitsbild weder der Gruppe der Neurosen noch der Psychosen zuordnen. Ist er jetzt gesund, oder spinnt er? Durch diese Verwirrung einigten sie sich schließlich auf den Begriff Borderline (vgl. Fiedler, Persönlichkeitsstörungen, 2007, S.170).

Auch wenn Menschen mit einer Borderline-Erkrankung sich oft an der Grenze zwischen Leben und Tod bewegen, liegt ihre Hauptschwierigkeit jedoch in einer „emotionalen Regulationsstörung“.

14.3 Ursachen

Neben einer gewissen Veranlagung gelten traumatische Erlebnisse in der frühen Kindheit als wichtiger Auslöser für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Durch Missbrauch oder Misshandlungen körperlicher oder emotionaler Art, Vernachlässigung oder emotionale Kälte haben viele Betroffene schwere Traumata erlebt. Beispielsweise waren Eltern

manchmal gleichzeitig Beschützer und “Täter“ – wurden also einerseits geliebt, andererseits gehasst oder gefürchtet. Stark widersprüchliche Gefühle gegenüber einer engen Bezugsperson können die kindliche Psyche überfordern und somit Auslöser für die Entstehung einer Borderline – Erkrankung sein (vgl. Handout, Frau S.).

Die Wissenschaft ist heute jedoch noch unsicher, was die Ursachen genau sind und welche Ursachen welche Ausprägungen der Krankheit bewirken. Man kann also nicht von eindeutigen typischen Symptomen sprechen. Einig ist man sich alleine darüber, dass viele Faktoren zusammenspielen müssen, damit eine Borderline - Störung entsteht.

Forscher gehen davon aus, dass drei Faktoren erfüllt werden müssen, damit eine Borderline-Störung entsteht:

- Umweltfaktor
- Genetischer Faktor
- Wechselwirkung zwischen den ersten beiden Faktoren

14.4 Symptome

Menschen mit einer Borderline – Störung haben hauptsächlich Schwierigkeiten damit, ihre Emotionen zu regulieren, zu spüren und einzuordnen.

Andere Symptome können zum Beispiel

- unbeständige und unangemessen intensive zwischenmenschliche Beziehungen,
- Dramatisierung bezüglich der eigenen Person,
- ausgeprägte Sorge, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden,
- Impulsivität bei potentiell selbstzerstörerischen Verhaltensweisen,
- starke Stimmungsschwankungen,
- häufige unangemessene Zornausbrüche,

- Selbstverletzung und Suiziddrohungen/ - versuche,
- Fehlen eines klaren Ichidentitätsgefühls,
- chronische Gefühle von Leere und Langeweile,
- Verzweifelte Bemühungen, die reale oder eingebildete Angst vor dem Verlassen werden zu vermeiden,
- Stressabhängige paranoide Phantasien und/oder
- Schwarz-Weiß-Denken

sein.

Mögliche weitere Begleitsymptome oder Begleiterkrankungen sind beispielsweise Depressionen, Drogenkonsum und Essstörungen. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass nicht jede Borderlinepersönlichkeit unter allen Symptomen leidet und die Symptome bei jedem Betroffenen andere Ausprägungen annehmen können.

14.5 Behandlung

Es gibt verschiedene effektive Behandlungs- /Therapiekonzepte, jedoch ist die Aussicht auf eine vollständige Borderline-Heilung sehr gering. Eine Möglichkeit ist die Dialektisch Behaviourale Therapie (DBT), die eine besondere Form der kognitiven Verhaltenstherapie ist und anstrebt, die Wahrnehmung der eigenen Person zu verbessern, Selbstkontrolle und den Umgang mit Krisen zu üben, das extreme Schwarz-Weiß-Denken abzubauen und die Fähigkeit zu stärken, die eigenen Gefühle und Impulse zu kontrollieren.

Eine weitere Behandlungsmethode ist die Psychodynamisch-konfliktorientierte Psychotherapie, bei der es darum geht, Traumata zu bewältigen, das Selbstbild des Patienten zu stärken oder überhaupt aufzubauen, die Beziehungsfähigkeit zu verbessern und die Affektregulation zu kontrollieren.

Ebenso existieren medikamentöse Therapien, die helfen sollen, extreme Gefühlszustände in den Griff zu bekommen. Stimmungsaufheller (z.B. Lithium) oder Medikamente gegen Angstzustände (z.B. Benzodiazepine)

werden bei diesen Therapien verordnet. Borderline ist allerdings nicht alleine durch Medikamente behandelbar.

14.6 Beeinträchtigung durch BPS

14.6.1 Beziehungen

Partnerschaft:

Ein Merkmal bei Borderline-Patienten, ist das schnelle Eingehen von Partnerschaften. Die Angst vor dem Allein-Sein treibt die Personen dazu, sich möglichst schnell in eine feste Beziehung zu begeben und Zeiten als Single komplett zu umgehen. Die Beziehung wird dann meist sehr schnell auffällig eng und emotional tief.

Kleine Dinge, wie Unaufmerksamkeit, Abschlagen eines Wunsches oder eine Verspätung können fatale Wirkungen bei dem von Borderline betroffenen Partner auslösen. Sie reagieren dann oftmals mit extremen Emotionen und verletzenden Aussagen, Drohungen, Erpressungen und in seltenen Fällen mit Gewalt.

Trotzdem wird das Beenden der Beziehung meist mit allen Mitteln versucht zu umgehen. Dabei kann es durchaus zum Verschweigen, Lügen und Manipulieren kommen. Wegen dieser störungsbedingten Angst vor Ablehnung bedeutet das Ende der Partnerschaft für Borderliner ein Erlebnis, das es unbedingt zu vermeiden gilt. Für den Partner kann dies als "Klammerverhalten" wahrgenommen werden.

Familie/Eltern:

Die Beziehung von Borderlinern zu ihren Familien ist erwartungsgemäß häufig nicht positiv. Die Regel sind eher Kontaktabbrüche, Unverständnis auf beiden Seiten und Streitigkeiten.

Viele machen ihre Eltern nicht unbegründet für ihre Krankheit verantwortlich. Dabei spielen Hassgefühle und Wut eine übergeordnete Rolle, aber auch Trauer und Angst.

Viele Patienten berichten von traumatischen Kindheitserlebnissen. Davon, dass ein Elternteil ebenfalls eine Borderline Persönlichkeit hat oder, dass bei ihnen andere Probleme vorlagen, wie Alkoholismus, Drogenabhängigkeiten, extreme Strenge, körperliche Gewalt bis hin zum Sadismus. Sie reden davon, komplett mit ihrer Familie zu brechen, jedoch spüren sie teilweise auch eine

gewisse Abhängigkeit, manchmal auch nur finanziell, und es fällt ihnen schwer sich von ihrer Familie zu trennen.

Beziehungsgestaltung mit Borderline-Patienten

Borderline-Patienten sprechen oft von “Selbsthass“, “Kampf gegen sich selbst“

und dem Empfinden “das schwarze Schaf zu sein“. Dadurch, dass es ihnen schwer fällt, es mit sich selbst auszuhalten, spielt die Selbstverletzung im Leben von Borderlinern eine große Rolle. Sie können sich selbst nichts gönnen, wollen den Effekt des Schmerzes und des Leidens spüren, um sich selbst eine gerechte Strafe aufzuerlegen. Nach diesen Selbstverletzungen verspüren sie Glücksgefühle, indem sie wach werden und “das Leben spüren“. Diese Vorhaben zu verhindern ist als Betreuer keine leichte Aufgabe. Es gibt jedoch Methoden, die zum Beispiel in Psychiatrien angewendet werden, um Klienten vor sich selbst zu schützen. Effektiv sind Alternativhandlungen, also sogenannte “Skills“, die angewendet werden sollen, wenn Patienten das Bedürfnis verspüren sich verletzen zu wollen. Ein heißes Handtuch, Ingwertee, ein Kühl Pack oder ein Stressball, wie auch das Auspowern beim Sport oder sich Brause unter die Zunge zu streuen sind Beispiele für beliebte Skills.

Als betreuende Person ist es überaus wichtig, sich klar auszudrücken und sich rückzuversichern, ob dies vom Klienten auch genauso verstanden wurde, damit reibungslose Tagesabläufe möglich sind.

Daher ist es von Bedeutung klare Fragen zu stellen und klare Antworten zu fordern. Oft nimmt der zu Betreuende die Betreuer als nett und hilfsbereit wahr, dann wieder als nervig und abweisend. Diese Wechselbäder der Gefühle spiegeln die Beziehungsstruktur von Borderlinern wieder. Man neigt dann schnell dazu mit verstärkten Anstrengungen, dem Klienten gerecht zu werden in seinen Wünschen und Vorstellungen. Dieser Kreislauf muss unterbrochen werden, indem man den Klienten zwar das Anrecht auf gewisse Wünsche und Gefühle zugesteht und gleichzeitig ihre Erfüllbarkeit analysiert. Es geht immer wieder darum, klare Tagesstrukturen zu erarbeiten, da diese teilweise nie erfahren wurden.

Damit diese Strukturen funktionieren, werden oft feste Absprachen / Verträge geschlossen, wobei Konsequenzen das oberste Gebot sind. Bei einem

“Vertragsbruch“ müssen sich alle Beteiligten an die festgelegten Bedingungen halten.

Der Umgang mit Patienten mit starken Stimmungsschwankungen und schnellen Gefühlsänderungen (von einem Suizidversuch zu “Ich lebe gern“) ist oftmals schwierig, jedoch eine Voraussetzung, um die Arbeit mit Borderline-Patienten zu erfüllen, ohne sich selbst psychisch zu belasten.

14.6.2 Fallbeispiel

Frau S. ist 34 Jahre alt und lebt zurzeit in einer sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft für Suchtkranke. Sie leidet unter einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung Typ Borderline. Aufgrund dieser Erkrankung tendiert sie zur Steuerungsunfähigkeit und neigt in der Verzweiflung zur Entwicklung von Suizidwünschen, beziehungsweise Suizidvorstellungen, was eine Eigengefährdung darstellt. Sie nutzt Drogen und Alkohol zur Selbsttherapie der massiven Stimmungsschwankungen. Das Eingehen von impulsiven und intensiven Beziehungen belastet Frau S. und stellt somit einen großen Faktor für ihre affektive Labilität dar.

Es ist wichtig auf Augenhöhe mit ihr zu kommunizieren, um eine Empathie aufzubauen, wobei es jedoch sehr wichtig ist, die eigene Position immer wieder neu zu definieren. Die chaotischen Gedanken von Frau S. müssen immer wieder in eine Ordnung gebracht werden, damit sie punktuell abgearbeitet werden können. In unserem Haus hat sie eine feste Ansprechpartnerin, die regelmäßige Gespräche mit ihr führt und gemeinsame Vereinbarungen erarbeitet. Die Hilfeleistungen unserer Seite belaufen sich hauptsächlich darauf, dass wir Tagesstrukturen erarbeiten, um eine Loslösung von ihrem alten Lebensumfeld zu erreichen und bestimmte Verhaltensweisen zu thematisieren und damit verbundene Krankheitsanteile anzusprechen.

Frau S. hat an einer ambulanten Psychotherapie (Skills-Training) teilgenommen, worauf wir aufbauen wollten, indem bestimmte Vereinbarungen erarbeitet wurden. Eines dieser sogenannten Skills, ist die “rote Karte“, die sie an schlechten Tagen bei ihrer Ansprechpartnerin abgeben soll, um im Laufe des Tages Probleme zu bearbeiten und möglichst zu lösen.

Literaturverzeichnis

- Jerold J. Kreisman & Hal Straus, Ich hasse dich – verlass mich nicht – Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit, 21. Auflage, Originally Published in the United States of America, Los Angeles, California, 2009
- Peter Fiedler, Persönlichkeitsstörungen, 6. Vollständig überarbeitete Auflage, Heidelberg, 2007
- Karl Heinz Brisch, Bindungsstörungen, 9. Vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart, 2009

Quellenverzeichnis

- Diagnose Borderline – Berichte von Betroffenen – Eine Videodokumentation, Medienprojekt Wuppertal e.V., 2003
- Probleme mit dem Ich – Dokumentation Spiegel TV, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marsberg (LWL), Ausstrahlung 21.12.2007 um 21.50Uhr bei VOX
- Handout von Frau S. (bekam sie nach einem Aufenthalt in einer Klinik)

Internetquelle

- [https://www.neurologen-und-psiater-im-netz.org/psychiatrie-
psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/borderline-
stoerung/was-ist-eine-borderline-persoenlichkeitsstoerung-bps/](https://www.neurologen-und-psiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/borderline-stoerung/was-ist-eine-borderline-persoenlichkeitsstoerung-bps/)

15 Depressionen – der dunkle Schatten über der Beziehung

von *Julien Hartmann*

15.1 Depressionen – was ist das ?

Depressionen werden zu den affektiven Störungen gezählt. Affektive Störungen sind Erkrankungen, bei der es zu Schwankungen der Stimmung und des Antriebs kommt. Damit bezeichnen Psychologen Störungen, die sich auf die Gefühle auswirken. Im Falle einer Depression leiden die Betroffenen unter einer gedrückten und niedergeschlagenen Stimmung. Anders als Traurigkeit und Lustlosigkeit, die zum Leben dazugehören, verschwindet eine Depression nicht nach einiger Zeit von alleine oder bessert sich durch Aufmunterung. Depressionen sind schwere und ernst zu nehmende psychische Erkrankungen, die professionell behandelt werden sollten.

Eine Depression äußert sich im Wesentlichen durch länger anhaltende

- gedrückte Stimmung
- Interessenverlust und Freudlosigkeit und / oder
- Antriebsminderung und rasche Ermüdbarkeit.

Bestehen zwei oder mehr dieser Hauptsymptome über mindestens zwei Wochen hinweg, spricht man von einer Depression.

15.2 Welche Arten von Depressionen gibt es ?

Allgemein lassen sich vier verschiedene Depressions Arten benennen. Dazu zählt die **Endogene Depression**, die **Somatogene Depression**, die **Psychogene Depression** und die **Depressionen in besonderen Lebenslagen**

15.2.1 Endogene Depression

Eines der häufig beobachteten Symptome bei der endogenen Depression sind die radikalen Stimmungsschwankungen: Im einen Moment sind die Betroffenen glücklich, heiter und optimistisch, im nächsten Moment bereits niedergeschlagen, betrübt und pessimistisch, ohne das dabei ein ersichtlicher Grund vorhanden ist. Die Patienten merken oft über Jahre hinaus nicht, dass

sie an endogener Depression leiden, da auch keine nachweisbaren körperlichen Ursachen vorhanden sind.

Typische Krankheitsbilder / Symptome der endogenen Depression sind:

- Extreme Stimmungsschwankungen
- Erhöhte Aggressivität und Reizbarkeit
- Aufmerksamkeitsdefizit / Konzentrationsstörungen
- Gewichtsverlust / Essstörungen
- Mangelnder Antrieb / Kraftlosigkeit
- Mangelndes Interesse
- Selbstzerstörerisches Verhalten
- Suizidalität / Selbsttötungsgefahr

15.2.2 Somatogene Depression

Eine somatogene Depression ist eine Form der Depression, die als Folge einer körperlichen Grunderkrankung auftritt. Die somatogene Depression wird unterteilt in die pharmakogene, die organische und die symptomatische Depression.

Pharmakogene Depressionen werden durch die Nebenwirkungen bestimmter Medikamente hervorgerufen. Auch eine durch exzessiven Alkoholmissbrauch ausgelöste Depression zählt mit zu den pharmakogenen Depressionen.

Die sogenannte organische Depression wird durch Erkrankungen im Gehirn ausgelöst. Auch Demenz und Hirnhautentzündungen können zur Ursache der Depression werden.

Eng mit den organischen Depressionen verwandt und doch von ihnen unterschieden sind die sogenannten symptomatischen Depressionen. Die auslösenden Krankheiten sind hier nicht im Gehirn angesiedelt, sondern hängen unter anderem mit dem Hormonhaushalt und den Drüsen zusammen (z.B. Schilddrüsenerkrankungen). Doch auch Beeinträchtigungen von Lunge und Leber können körperliche Auslöser für eine symptomatische Depression sein.

Die somatogene Depression tritt relativ selten auf.

15.2.3 Psychogene Depression

Als psychogene Depressionen werden solche depressiven Zustandsbilder bezeichnet, die durch nachvollziehbare, mehr oder minder bewusste, akut eingetretene oder langandauernde Ereignisse und chronische Belastungen ausgelöst werden. Hierzu werden die reaktiven Depressionen, die depressiven Entwicklungen unter chronischer emotionaler Dauerbelastung (z.B. chronischer Ehekonflikt, chronische Überforderung in doppelt abhängigen Positionen) sowie die neurotischen Depressionen gezählt, die aus der frühkindlichen Entwicklung des Patienten verstehbare und ableitbare Erkrankungen sind, die in einer aktuellen Auslösesituation wieder aktiviert werden.

15.2.4 Depressionen in besonderen Lebenslagen

Solche Depressionen treten, wie der Name schon sagt, in bestimmten Lebensphasen und unter bestimmten Lebensumständen auf. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen den spezifischen Lebensumständen und der Entwicklung der Depressionen.

15.3 Depression und Beziehung: Der dunkle Schatten

„Wenn die Depression dich im Griff hat, wird das Leben zu Wasser. Die Luft um dich herum wird zu Wasser, das dich mit seinem Gewicht lahmlegt und selbst die einfachsten Aufgaben sind auf einmal schwierig. Du fühlst dich träge, geistig wie körperlich, und nichts kann dich daraus befreien.“

(Zitat à Jamie Flexman à Gitarrenlehrer, Autor und Fan von Unkonventionellem)

Wenn der Schatten der Depression über die Partnerin, den Partner fällt, ist nichts mehr, wie es vorher war. Der Betroffene zieht sich in eine freudlose

Welt zurück, die der Partner nicht verstehen kann. Gerade in der Beziehungsebene spielen Depressionen eine tragende und tragische Rolle. Beziehungen können Depressionen heilen – Depressionen können Beziehungen kaputt machen.

Wenn ein Beziehungspartner depressiv wird, wirkt sich das immer auf die Beziehung, das Zusammenleben und auf das Umfeld aus.

„Depressive Menschen ziehen sich zurück, teilen sich wenig mit, nehmen an den Aktivitäten nicht mehr teil, grübeln, können allmählich ihre Aufgaben kaum mehr erfüllen, und haben Probleme, Entscheidungen zu treffen.“

(Zitat Dr. Adelheid Gassner-Briem, Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie und Psychotherapeutin in Feldkirch in Vorarlberg).

„Liebe heilt fast jede Depression, nur werden Depressive selten geliebt“.

(Zitat Prof. Dr. med. Gerhard Uhlenbruck, (*1929), deutscher Immunbiologe und Aphoristiker.)

Außenstehenden fällt es häufig schwer nachzuvollziehen, was in Menschen mit Depressionen vorgeht. Bis heute halten sich einige Vorurteile und Mythen über die Krankheit hartnäckig, was es nicht nur für die Betroffenen schwer macht, sondern auch für die Menschen, die ihnen nahestehen.

Es ist nicht nur die Angst, dass es nie vorbei sein wird. Oder dass es noch schlimmer werden könnte. Es ist auch die Angst, dass Freundschaften oder Beziehungen daran zerbrechen. Dass Menschen sich abwenden, weil sie den Zustand einfach nicht verstehen.

Gerade in einer Beziehung kann ein depressiver Mensch dennoch Halt finden. Er wird nicht mit der neuen Beziehung sofort seine Depressionen überwinden, aber er wird sich besser aufgehoben fühlen. In einer Partnerschaft ist vor allen Dingen Verständnis notwendig, um die Depression als Krankheit zu erkennen und gegen diese angehen zu können.

15.4 Stellungnahme / eigener Standpunkt / Praxisbezug

Ich finde, dass die Krankheit „Depression“ ein unterbewertetes Thema im Rahmen von Behinderteneinrichtungen ist.

Depressionen bietet ein breites Spektrum, ebenso wie verschiedene Behinderungsbilder.

Die Kombination diverser Syndrome ist eine (noch) versteckte Problematik, die es in Zukunft gilt in Angriff zu nehmen.

Wie erkenne ich eine Depression? Um welche Art von Depression handelt es sich? Welche Therapiemöglichkeiten gibt es? Wie gestaltet sich die Beziehungsarbeit zwischen Klient und Betreuer? Wie hoch ist der Grad der Krankheit?

Viele Fragen müssen geklärt werden. Mit dem nötigen Grundwissen über das Thema ist der erste Schritt schon getan. Die Vertiefung ist natürlich notwendig, um die bereits erwähnten Fragestellungen genauer und detaillierter zu analysieren und zu bearbeiten.

Ein Beispiel ist **Hospitalismus**, auch bekannt unter **Deprivationssyndrom**. Ein kritischer und gewagter Standpunkt.

Allgemeine Vernachlässigung und zu wenig bis gar keine emotionale Beziehungen sind hierbei ausschlaggebend.

Die Symptome ähneln sich, die Ursachen können unterschiedlich sein. Längere Fixierungen, Personalmangel, Fehlen von Stimulation sind z.B. wichtige Gesichtspunkte.

Eine klare **Differenzierung** zwischen Hospitalismus und Depression kann meiner Meinung nach außerhalb einer hospitalisierenden Umgebung erfolgen. So kann es durchaus sein, dass das Deprivationssyndrom schon im Säuglings /- Kindesalter zum Verhängnis wird. Durch die Einweisung in ein Heim, die lieblose Betreuung zu Hause, die Trennung der Eltern oder gar Kindesmisshandlung kommt es oft zu Entwicklungsstörungen und Bindungsstörungen. Diese Art nennt man auch „**psychischer Hospitalismus**“ und ist in Behinderteneinrichtungen ein sensibles und hochinteressantes Thema.

Angstzustände, autoaggressives Verhalten, Leistungsschwäche oder geringes Selbstwertgefühl sind einige von vielen weiteren Stichpunkten, die sich im Vergleich mit Depressionen ähnlich sind.

Im schlimmsten Fall findet Suizid statt. Bei Recherchen habe ich interessantes diesbezüglich herausgefunden. Während die Suizidrate in der Durchschnittsbevölkerung unter 0,5 Prozent liegt, sterben durch Suizid 2,2 Prozent der depressiven Patienten, die ambulant, und vier Prozent, die stationär behandelt wurden. Fast jeder zwölfte depressive Patient, der aufgrund von Suizidversuchen oder -gedanken in stationärer Behandlung war, stirbt durch Suizid.

Dieses ernstzunehmende Thema sollte nicht vernachlässigt werden - auch nicht in Behinderteneinrichtungen!

15.5 Literaturverzeichnis

- <https://www.medizinpopulaer.at/archiv/partnerschaft-sexualitaet/details/article/depression-dunkler-schatten-ueber-der-partnerschaft.html>

- <http://www.onmeda.de/krankheiten/depression.html>

- <http://www.was-ist-depression.net/2012/10/depressionen-machen-einsam.html>

- <https://www.palverlag.de/depressionen-angehoerige.html>