

SUPERVISION

Theorie – Praxis – Forschung

Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift
(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

in Verbindung mit:

Univ.-Prof. Dr. phil. **Jörg Bürmann**, Universität Mainz

Prof. Dr. phil. **Wolfgang Ebert**, Dipl.-Sup., Dipl. Päd., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Dipl.-Sup. **Jürgen Lemke**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Prof. Dr. phil. **Michael Märtens**, Dipl.-Psych., Fachhochschule Frankfurt a. M.

Univ.-Prof. Dr. phil. **Heidi Möller**, Dipl.-Psych. Universität Innsbruck

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit; Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Alexander Rauber**, Hochschule für Sozialarbeit, Bern

Dr. phil. **Brigitte Schigl**, Department für biopsychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Univ.-Prof. Dr. phil. **Wilfried Schley**, Universität Zürich

Dr. phil. **Ingeborg Tutzer**, Bozen, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen.

www.fpi-publikationen.de/supervision

SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung

Ausgabe 05/2015

"Phänomene der ‚déformation professionnelle‘ im
Kontext der therapeutischen Arbeit mit Menschen
mit Autismus-Spektrum-Störungen und deren
Bedeutung für die Supervision"

Regina Naschwitz-Moritz, Claudia Reifferscheid¹

¹ Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

1	Einleitung.....	1
2	Formen, Erklärungsmodelle und therapeutische Methoden der Autismus-Spektrum-Störungen.....	2
2.1	Frühkindlicher Autismus.....	5
2.2	Asperger-Syndrom.....	8
2.3	Therapeutische Methoden in der Förderung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen.....	14
3	Beschreibung des therapeutischen Arbeitskontextes.....	17
3.1	Überlegungen zum Arbeitsfeld der beteiligten Berufsgruppen.....	20
3.2	Organisationsstrukturen und ihre Auswirkungen.....	21
3.3	Klienten, Eltern und Institutionen als Wirkfaktoren im therapeutischen Prozess – eine mehrperspektivische Betrachtung.....	23
4	Das Phänomen der ‚déformation professionnelle‘.....	28
4.1	Definition.....	28
4.2	Eine mehrperspektivische Betrachtung des Phänomens der ‚déformation professionnelle‘.....	29
4.3	Stigmatheorien.....	34

4.4	Kollektive mentale Repräsentationen.....	44
4.5	Reaktanzen.....	48
4.6	Veränderungstempo und –verweigerungen.....	52
4.7	Kontrollverlust und das Gefühl von Wirklosigkeit.....	62
4.8	Therapeutische Ermüdung/Gleichgültigkeit/Burnout.....	64
5	Die Bedeutung der ‚déformation professionnelle‘ für die Supervision von im oben genannten Kontext tätigen Berufsgruppen.....	66
6	Resultierende Interventionen und Formen der prozessualen, supervisorischen Begleitung.....	69
6.1	Sozialpsychologische Optik.....	69
6.2	Kognitiv-theoretische Optik.....	75
6.3	Gesundheitsoptik.....	79
6.4	Organisationsoptik.....	86
6.5	Klientenoptik.....	88
7	Fazit und Ausblick.....	90
8	Zusammenfassung.....	93
9	Literatur.....	94

„Über den Menschen nachdenken heißt: ein Vernetzen von Perspektiven, ein sich Vernetzen- lassen, Konnektivierungen ohne Ende, Bewegungen in alle Richtungen der Welt! Denn der in Kontext und Kontinuum wahrnehmende und handelnde, bewegte und bewegende Leib ist Teil seiner Lebenswelt. In diese e i n g e b e t t e t, gehört er einer ‘ Welt der Zwischenleiblichkeit ‘ zu, einer ‘ Sozialwelt ‘, deren Qualitäten er aufnimmt und v e r l e i b l i c h t und zu deren Möglichkeiten er zugleich kokreativ beiträgt - in nicht endenden Polylogen.“ Hilarion G. Petzold (1969c).

Vorwort

In meiner 20jährigen Berufstätigkeit als Erzieherin bzw. Integrative Musiktherapeutin habe ich in unterschiedlichen Institutionen und mit verschiedenen Arbeitsschwerpunkten mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störungen gearbeitet.

Die Besonderheiten in deren Interaktions- und Kommunikationsverhalten haben mich herausgefordert und meinen pädagogischen und therapeutischen Umgang mit diesen Menschen beeinflusst. Dabei war und ist es mir besonders wichtig, das Gegenüber in seinem So-Sein anzunehmen und dieses So-Sein als Basis für meine Interaktions- und Kommunikationsangebote mit diesem Menschen zu nehmen. Eine Lautäußerung eines nicht-sprechenden Kindes wird von mir gespiegelt, in ein Situationslied eingebaut oder musikalisch resoniert. Das stereotype Beklopfen von Gegenständen und Wänden bekommt z.B. durch ein Mittrommeln eine Struktur und einen Rahmen (und damit einen geteilten Sinn), der dem Kind Sicherheit, Vorhersehbarkeit und ein Erlebnis von Gemeinsamkeit verschafft. Oft kommt es in solchen Situationen dazu, dass bei dem Kind ein Gefühl von Urheberschaft entsteht, welches im zweiten Schritt zu einer sog. geteilten Aufmerksamkeit („Joint Attention“) führt (sichtbar durch einen Rückversicherungsblick des Kindes).

Gleichzeitig komme ich in den Therapiestunden immer wieder auch an meine Grenzen, fühle mich hilflos und ohnmächtig, da meine Angebote scheinbar auf keine Resonanz treffen oder die gewohnten, natürlichen Interaktions- und Kommunikationsmuster nicht gelingen. Auch in der begleitenden Arbeit mit Eltern oder Institutionen wirken diese Muster und beeinflussen den Kontakt.

Nachdem ich in den ersten Jahren immer auch mit Kindern und Jugendlichen ohne Autismus gearbeitet habe und somit eine Art ‚Ausgleich‘ hatte, ist seit gut sieben Jahren ein Therapiezentrum für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen mein Arbeitsplatz. D.h. in meiner tagtäglichen Arbeit bin ich herausgefordert mit den Besonderheiten in der Interaktion und Kommunikation umzugehen.

Im Rahmen meine Weiterbildung am FPI zur Lehrtherapeutin und Supervisorin habe ich begonnen mich mit der Fragestellung auseinander zu setzen, was die erlebten Störungen in der Interaktion und Kommunikation mit mir selbst machen. Mit welchen Mustern reagiere ich auf diese Besonderheiten? Wo übertrage ich den notwendigerweise sehr konkreten und klaren Kommunikationsstil (einschließlich sehr deutlicher und ‚überzeichneter‘ nonverbaler Kommunikation) auch auf mein Privatleben? Wie machen sich besondere Wahrnehmungserfahrungen (z.B. Detailorientierung) bei mir bemerkbar? Unter welchen Umständen bin ich gefährdet ‚auszubrennen‘?

In dieser Reflexion bin ich dann mit dem Begriff der ‚déformation professionnelle‘ konfrontiert worden. Da ich meine Erfahrungen aus dem Arbeitsfeld mit der theoretischen Auseinandersetzung der Graduierungsarbeit verbinden möchte, habe ich mich zu diesem Thema entschlossen.

Regina Naschwitz-Moritz, eine Kollegin aus einem anderen Autismustherapiezentrum, habe ich von meinem Thema erzählt und damit ihr Interesse geweckt. In einem Treffen haben wir die verschiedenen Ebenen, Erwartungen und Faktoren des Arbeitsfeldes reflektiert. Da die Herausforderungen unserer therapeutischen, beraterischen und supervisorischen Tätigkeiten sehr komplex sind, haben wir uns dazu entschlossen das Thema dieser Graduierungsarbeit gemeinsam zu bearbeiten. Ich verspreche mir davon die Phänomene der ‚déformation professionnelle‘ in einer interaktiven und kommunikativen Wechselseitigkeit wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen und zu erklären (Analog zur hermeneutischen Spirale in der Integrativen Supervision) und sie vor dem Hintergrund des besonderen Arbeitsfeldes zu betrachten, sowie ihre Bedeutung für die Supervision herauszuarbeiten. (Claudia Reifferscheid)

Ein viertel Jahrhundert bin ich nun im AutismusTherapieZentrum Köln tätig. Angefangen habe ich als Diplom-Sportlehrerin für Rehabilitations- und Behindertensport, ehrlicherweise ohne Wissen um die therapeutische Begleitung von

Menschen mit Autismusspektrumstörungen, ohne Wissen um die therapeutische Begleitung des familiären Umfeldes und die beraterische Qualifikation zur Unterstützung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen/Lehrern und Lehrerinnen und anderen (therapeutisch arbeitenden) Bezugspersonen von Menschen mit ASS. So waren die ersten Jahre gefüllt mit theoretischer Fundierung meines Handelns und dem Sammeln praktischer Erfahrungen. Hier stieß ich häufig an Grenzen hinsichtlich der Gestaltung von wirksamen Interventionen, begleitet von Hilflosigkeits- bis hin zu Überforderungsgefühlen. Wie ein ‚Flächenbrand‘ breitete sich dieses Gefühl des Unvermögens auch auf mein sonstiges Leben aus. Aus Selbstschutz heraus erfolgte ein Prozess der Fremdattribuierung, d.h. die von mir nicht kontrollierbaren Prozesse und Misserfolge schrieb ich eher meinem Umfeld zu, als mein eigenes Handeln tiefer zu reflektieren.

In dem Rahmen, wie mein therapeutisches Wissen sich erweiterte – über diverse Weiterbildungen, Supervision und auch das Erleben eigener therapeutisch begleiteter Auseinandersetzung – wuchs die Fähigkeit, mit schwierigen Situationen im beruflichen Kontext umzugehen. Immer war und ist der Klient für mich im Focus meines therapeutischen Handelns, in dem Sinne, eine möglichst hohe Lebensqualität und damit die Entwicklung intrinsischer Motivation zu erreichen. Diese stellt gerade für Menschen mit ASS eine besondere Herausforderung dar, da sie aufgrund der von ihnen häufig nicht gespürten Sinnhaftigkeit von Aufforderungen praktischer Art, aber auch Kommunikation und Interaktion weniger eigenen Antrieb entwickeln.

Gleichzeitig begann ich, das häufig fremd anmutende Verhalten von Menschen mit ASS mehr und mehr in dem entsprechenden situativen Kontext zu verstehen und ‚Brücken‘ zu bauen zwischen den Personen mit und ohne ASS. Die einen breiter und die anderen schmaler. Über die Arbeit mit den verschiedenen Bezugssystemen, in welchen sich der Mensch mit ASS bewegt, wie Elternhaus, Kindergarten, Schule, Werkstatt oder auch Wohngruppe, wurde deutlich, dass die Entwicklung eines gemeinsamen ‚Störungskonzeptes‘ wie auch ‚Ressourcenkonzeptes‘ die Basis darstellt, um den Menschen mit ASS ein ihnen entsprechendes Unterstützungs- und Entwicklungskonzept entwerfen zu können.

Da die Arbeit von wöchentlichen Teams begleitet wird, entwickelte sich bei mir die Frage, ob die zu beobachtenden Interaktionsstörungen innerhalb dieses Teams, die unterschiedlich ausgeprägte Bereitschaft organisationale Veränderungen mit zu tragen oder zu hemmen, das Beharren auf formalen Vorgaben – ohne hinreichende

Orientierung am Klienten-, Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Eigenübertragungsphänomene, etc. sich über die Arbeit mit den Menschen mit ASS erklären lassen oder ob auch andere Faktoren, wie Organisation, aber auch Persönlichkeit und Lebensgeschichte der Therapeuten eine Rolle spielen. Phänomene wie Arbeitszufriedenheit, Krankheitstage, Umgang der Therapeuten miteinander und Umgang der Therapeuten mit Eltern, Lehrern, etc. begannen mich mehr und mehr zu interessieren. Dabei kam ich nicht umhin auch zu schauen, welche Resonanzen diese Beobachtungen bei mir auslösten und welche Reaktionen bei mir – im beruflichen und privaten Kontext – erfolgten. Eine zwischenzeitlich deutliche Rigidität, wie Dinge abzurollen hatten, sozialer Rückzug und das Ausweichen vor ‚Small-talk‘ Situationen ebenso wie der Hang zu langen Schilderungen von mir wichtigen Situationen – eine gewisse Selbstbezogenheit, gepaart mit einem geringeren Interesse an den Belangen des Gegenüber, brachten mich zum Nachdenken. Insbesondere, da ich diese Verhaltensweisen nicht nur bei mir selbst erfahren konnte, sondern auch bei Kollegen und Kolleginnen phasenweise beobachtete.

Über die Jahre sind unsere Teams in regelmäßigen Abständen supervisorisch begleitet worden. Dabei war die Verweildauer der Supervisoren sehr unterschiedlich – maximal 3 Jahre. Auch war der Prozess, einen Nachfolger zu finden, häufig zäh. Vielfach fehlten die Fachkompetenz und somit auch das Verständnis für die besonderen Wirkfaktoren auf ein Team und den einzelnen Therapeuten hinsichtlich seiner Performanz. Um dies selbst zu verstehen und in entsprechende supervisorische Prozesse einbauen zu können, ist meines Erachtens nach die mehrperspektivische Betrachtung der ‚déformation professionnelle‘ in diesem speziellen therapeutischen Wirkungsfeld die Voraussetzung, um anschließend sinnvolle Interventionsstile entwickeln zu können. (Regina Naschwitz-Moritz)

Gemeinsam haben wir uns entschieden im Folgenden die ‚männliche Form‘ als Schreibweise zu wählen. Die erscheint uns zugunsten der Lesbarkeit als sinnvoll.

1 Einleitung

Zunächst einmal werden Formen und Erklärungsmodelle der Autismus-Spektrums-Störungen beschrieben. Danach werden die Definition und Entstehung der ‚déformation professionnelle‘ dargestellt. Sozialisations-, Enkulturations- und Professionalisierungstheorien werden ebenso hinzugezogen wie die Identitäts- und Stigmatheorie. Die Bedeutungen von Stress, Burnout, Konflikten und Belastungsfaktoren sollen für dieses Arbeitsfeld erläutert werden und dem gegenüber dargestellt werden, welche protektiven Faktoren eine Rolle bei der Verhinderung einer ‚deformation professionnelle‘ spielen. Lerntheoretische Überlegungen werden ebenso angestellt wie Überlegungen zu der Bedeutung von kollektiven, mentalen Repräsentationen. Aus Sicht der Integrativen Supervision werden die Bedeutung der Modalitäten der Relationalität und des Korrespondenzmodells für das Störungsbild der Autismus-Spektrum-Störung und der Umgang mit einer potentiellen ‚déformation professionnelle‘ dargestellt.

2 Formen, Erklärungsmodelle und therapeutische Methoden der Autismus-Spektrum-Störungen

Zwei diagnostische Manuale dienen derzeit zur Abklärung einer Autismus-Spektrum-Störung (im Folgenden auch: ASS) im Rahmen der „»tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (TE)«“¹. Dies sind das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition der American Psychiatric Association)² und die ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme / Internationale Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)³. Auch wenn derzeit aufgrund des aktuell publizierten DSM-V⁴ die Klassifikation der unterschiedlichen Erscheinungsformen von Autismus eine Veränderung erfährt, ändert es jedoch nichts an den Schwierigkeiten des Menschen mit ASS, so wie sie bisher auch schon bestehen. Ebenso sind die Möglichkeiten der therapeutischen Interventionen davon nicht betroffen.

Nach den DSM-IV- und ICD 10-Kriterien ergibt sich eine Einteilung in folgende Formen:

Tabelle 1: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen in der ICD-10 und dem DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
– Frühkindlicher Autismus (F84.0)	– Autistische Störung (299.00)
– Asperger-Syndrom (F84.5)	– Asperger-Störung (299.80)
– Atypischer Autismus (F84.1)	– Nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung (NNB-TE; 299.80)
– Rett-Syndrom (F84.2)	– Rett-Störung (299.80)
– Andere desintegrative Störung des Kindesalters (F84.3)	– Desintegrative Störung im Kindesalter (299.10)
– Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien (F84.4)	– <i>keine Entsprechung im DSM-IV</i>
– Sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84.8)	– NNB-TE
– Nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84.9)	– NNB-TE

Abb. 1: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen in der ICD-10 und dem DSM-IV

1 Bölte (Hrsg.), 2009, S. 36

2 http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders 25.09.2014

3 <http://www.psychotherapiepraxis.at/artikel/icd-10/> 25.09.2014

4 <http://de.wikipedia.org/wiki/DSM-5> 25.09.2014

Im neu entwickelten DSM-V wurden die Formen dann zum Begriff ‚Autismus-Spektrum-Störung‘ zusammengefasst. „Darunter verschmelzen neben Autismus auch das Asperger-Syndrom sowie die bisherigen Diagnosen „Integrationsstörung“ und „Nicht näher bestimmte Entwicklungsstörungen“.

Sie gelten künftig als dasselbe Leiden mit unterschiedlichen Ausprägungen, und zwar in den beiden Kernbereichen „Beeinträchtigung der sozialen Interaktion und Kommunikation“ sowie „restriktive, repetitive Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten“.“⁵

In der therapeutischen Arbeit stellen die bisherigen Formen ‚Frühkindlicher Autismus‘ und ‚Asperger-Syndrom‘ den weitaus größten Teil der Diagnosen von Menschen mit ASS, weshalb sie im Folgenden auch eingehender vorgestellt werden.

In der alltäglichen therapeutischen Arbeit kommt, gerade seitens der betroffenen Eltern, immer wieder die Frage nach dem ‚Warum hat mein Kind Autismus?‘ auf. Auch hier bietet die Publikation von Bölte⁶ einen tiefergehenden Einblick. Allgemein kann jedoch gesagt werden, dass von genetischen Veränderungen – belegt durch Familien- und Zwillingsstudien – ausgegangen wird. Umweltfaktoren spielen bei der Entstehung von ASS eine untergeordnete Rolle. Allerdings steht die wissenschaftliche Erforschung des ASS trotz intensiver Bemühungen immer noch vergleichsweise am Anfang, und verschiedene aufeinander wirkende Prozesse können noch nicht hinreichend erklärt werden: „In Zukunft sollte mehr Augenmerk auf die eigentlichen Genfunktionen, Stoffwechselwege und Signalwege gelegt werden, um die Entwicklung der Gehirnstrukturen und ihrer Funktion während der kognitiven Prozessierung zu verstehen.“⁷ Auch neurobiologische und neurophysiologische Veränderungen können bisher für Erklärungsmodelle zur Entstehung der ASS nicht hinreichend genutzt werden. Da diese Veränderungen jedoch Auswirkungen auf die psycho-physische Befindlichkeit und das entsprechende Verhalten eines jeden Menschen hat, sollten sie auch entsprechend medizinisch-therapeutisch mit berücksichtigt werden.

Um die für den Menschen mit ASS und sein ihn umgebendes soziales Umfeld entsprechenden therapeutischen Methoden auszuwählen, welche die besten Entwicklungsfördermöglichkeiten bieten, sollte zu Beginn einer therapeutischen

5 www.aertzezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische_krankheiten 12.07.2013

6 Bölte (Hrsg.), 2009, S. 87

7 ebenda, S. 101

Begleitung eine differentialdiagnostische Erhebung aller notwendigen Daten, sowie entwicklungshemmenden und -fördernden Faktoren, erfolgen.

Dabei sind drei Ebenen zu berücksichtigen: die des Menschen mit ASS, die des familiären Rahmens und die der Institution (Kindergarten, Schule, Wohngruppe, Betreutes Wohnen, Werkstatt).

Beim Menschen mit ASS werden insbesondere Fähigkeiten und Einschränkungen derselben in den Bereichen

- „Theory of Mind
- Exekutivfunktionen
- Zentrale Kohärenz
- Intelligenzprofil
- Savant-Syndrom“⁸

mittels unterschiedlicher Diagnostika untersucht.

Weiterhin sind die Beobachtungen und Beschreibungen der Besonderheiten in den Bereichen

- Störungskonzept
- Wahrnehmung und Motorik
- Aufmerksamkeit und Lernhaltung
- ‚joint attention‘
- Kommunikation und sozialer Interaktion
- stereotypes und ritualisiertes Verhalten
- Verhaltensprobleme
- Selbständigkeit
- persönliche Ressourcen

notwendig.

⁸ Poustka et. al., 2004, S.29

Welche therapeutischen Methoden angewendet werden können, hängt jedoch auch von den häuslichen Kontextbedingungen ab. Hierzu gehören die Familienform, kulturelle Hintergründe, familiäre Entwicklungsgeschichte, Arbeitsbedingungen der Eltern, Offenheit gegenüber bestimmten therapeutischen Vorgehensweisen, Gesamtbelastung der Familie, soziales Umfeld (Unterstützungssysteme), elterliches Störungskonzept, bzw. Verstehen der ASS, elterliche Verletzung durch die Behinderung des Kindes, ursprüngliches und derzeitiges Lebenskonzept mit den damit verbundenen Bewältigungsstrategien, etc..

Auch die Institution, welche den Menschen mit ASS betreut, spielt – hinsichtlich der Wahl der therapeutischen Methoden – in gewisser Weise eine Rolle. Können hier nicht entsprechende Förderressourcen personeller, zeitlicher und räumlicher Art zur Verfügung gestellt werden, ist die Anwendung bestimmter, verhaltenstherapeutisch begründeter, therapeutischer Interventionen möglicherweise nur bedingt sinnvoll. Ebenso notwendig ist hinsichtlich der Erstellung eines Therapie- und Förderplanes die Schaffung einer gemeinsamen Einschätzung von Fähigkeiten, Ressourcen, aber auch Schwierigkeiten des Menschen mit ASS aller Beteiligten.

Die zur Verfügung stehenden therapeutischen Ansätze haben sich in den letzten Jahrzehnten deutlich erweitert. Die validesten, nach heutigem wissenschaftlichem Stand, werden in Kapitel 2.3. vorgestellt. Einen guten historischen Rückblick liefert das Buch ‚Psychotherapie und Autismus‘ von Britta Schirmer (Hrsg.)⁹. Hier schreibt sie: „Die Zahl verschiedener therapeutischer Ansätze in der Behandlung von Menschen mit autistischer Behinderung ist überwältigend groß und ganz augenscheinlich auch dem Zeitgeist und der Mode unterworfen.“¹⁰

Bezogen auf diese Äußerung ist eine – auf den einzelnen Menschen mit ASS und das ihn umgebende soziale Umfeld – gezielte Auswahl der therapeutischen Vorgehensweise(n) von großer Wichtigkeit.

2.1 Frühkindlicher Autismus

Leo Kanner (*1896 - †1981), ein amerikanischer Kinderpsychiater, hat 1943 bei elf Kindern eine ‚Autistische Störung des affektiven Kontakts‘ diagnostiziert und gilt somit als Erstbeschreibender des ‚Kanner-Syndroms‘ (später ‚Frühkindlicher

⁹ Schirmer (Hrsg.), 2006

¹⁰ ebenda, S. 11

Autismus'). Der Begriff ‚Autismus‘ wurde von Eugen Bleuler (Schweizer Psychiater *1857 - †1939) geprägt und geht auf die griechischen Wörter αὐτός (selbst) und ismos (Zustand, Orientierung) zurück.¹¹

In der IDC-10 und DSM-IV gehört das Störungsbild zu den ‚Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen‘. Erste Auffälligkeiten müssen vor dem dritten Lebensjahr beobachtet werden und umfassen die Bereiche ‚Soziale Interaktion‘, ‚Kommunikation und Sprache‘ sowie ‚Interessen und Verhalten‘. Die Sprachentwicklung ist beeinträchtigt oder bleibt ganz aus. Auch die kognitive Entwicklung ist häufig beeinträchtigt. Wichtig dabei ist, dass es sich um eine ‚Qualitative Beeinträchtigung‘ der Entwicklung handelt, d.h. die Entwicklung ist nicht nur verzögert, sondern grundlegend anders.¹² Diejenigen Kinder, die Sprache entwickeln und deren kognitive Entwicklung im Bereich einer Lernbehinderung oder im Normbereich anzusiedeln ist, werden häufig als Menschen mit ‚High-functioning-Autismus‘ bezeichnet.

Die Diagnostik geschieht anhand von standardisierten Verhaltensbeobachtungen (ADOS¹³) und einem Anamnesegespräch mit den Eltern (ADI-R¹⁴) sowie Fragebögen und, wenn möglich, einer Exploration der betreuenden Institution (Kindergarten, Schule, etc.).

Nachdem in den Anfängen u.a. die Theorie der ‚Kühlschränk-Mütter‘¹⁵ zur Erklärung des autistischen Verhaltens herangezogen wurde, ist der heutige Forschungsstand, dass die Ursachen in einem komplexen Zusammenspiel von verschiedenen Gendefekten und neurobiologischen sowie neuropsychologischen Veränderungen liegen, also ein multikausales Verursachungsmodell¹⁶.

Die neuropsychologischen Erklärungsmodelle sind:

- Defizite in den Theory of Mind (ToM) – Fähigkeiten (und deren Vorläufern Soziale Reaktivität, Soziale Perzeption),
- Schwache zentrale Kohärenz,
- Defizite in den Exekutivfunktionen.¹⁷

¹¹ vgl. Bölte, 2009, S. 21f

¹² ebenda, S. 75

¹³ Hrsg. von D. Rühl, S. Bölte, S. Feineis-Matthews, F. Poustka

¹⁴ Hrsg. von S. Bölte, D. Rühl, G. Schmötzer, F. Poustka

¹⁵ vgl. Bölte, 2009, S.24

¹⁶ vgl. Rollet, Kastner-Koller, 3.Auflage 2007, S. 227ff

¹⁷ vgl. Bölte, 2009, S. 131ff

In der Erklärung für die Auffälligkeiten im Rahmen des Frühkindlichen Autismus sind die Vorläuferfähigkeiten für die ‚ToM‘¹⁸ am hilfreichsten, ein Verständnis für die Verhaltensbesonderheiten der betroffenen Kinder und Jugendlichen zu entwickeln. Die intuitive und mitgebrachte Orientierung des Säuglings am sozialen Gegenüber ist beim Frühkindlichen Autismus (im Folgenden: FA) deutlich beeinträchtigt. Dies zeigt sich in einer herabgesetzten ‚Joint attention‘¹⁹ (geteilte Aufmerksamkeit), reduzierter geteilter Freude und eingeschränktem Imitationsverhalten.

Aber auch die Defizite in den Exekutivfunktionen sind ein wesentlicher Erklärungsansatz für die Besonderheiten und Schwierigkeiten von Menschen mit FA. Zusätzlich gilt es die Besonderheiten in der Wahrnehmungsverarbeitung zu berücksichtigen. Diese führen meist zu einer veränderten Wahrnehmung der Umwelt (Übersensibilität für Geräusche, Gerüche, ‚Tunnelblick‘, vestibuläre/propriozeptive Irritationen, etc.). Bleiben diese Besonderheiten unberücksichtigt, können problematische Verhaltensweisen möglicherweise fehlverstanden werden und sowohl therapeutische als auch pädagogische Interventionen weniger wirksam sein.

In der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit FA und ihren Bezugspersonen ist die teilweise deutlich reduzierte soziale Orientierung und Wechselseitigkeit der Menschen mit FA eine der größten Herausforderungen. Für Eltern ist es oft sehr schwer auszuhalten, dass ihr eigenes Kind kaum Blickkontakt aufnimmt, nur sehr kurz oder fast gar nicht auf soziale Ansprache reagiert und scheinbar keine Beziehung zu ihnen hat. Für die direkte therapeutische Arbeit mit dem Kind hat dies zur Folge, dass der Therapeut oft mit viel Einsatz wenig Reaktion hervorruft. Als Beispiel sei hier eine Situation mit einem dreijährigen Jungen mit FA benannt, den die Therapeutin beim Toben hochgeworfen hat. Dabei lachte er laut und herzlich. Als sie ihn absetzte, verstummte er abrupt und schaute mit regungsloser Mimik an ihr vorbei.

Für die Eltern und das Umfeld ist vielfach auch das Ausbleiben der Entwicklung der aktiven Sprache belastend. Dabei wird häufig übersehen, dass ein Spracherwerb allein nicht zu einem kommunikativen Gebrauch von Sprache oder zu einem Verschwinden der autistischen Problematik führt. Die stereotype Nutzung von Wörtern und Sätzen birgt im Gegenteil oft das Risiko für weitere problematische Verhaltensweisen, da es zu einer Überschätzung der kognitiven und kommunikativen

¹⁸ vgl. Bölte, 2009, S.132

¹⁹ ebenda, S.302

Fähigkeiten und damit Überforderung des Kindes/Jugendlichen Erwachsenen mit Autismus kommen kann.

Weitere Herausforderungen sind Impulsdurchbrüche mit selbst- und/oder fremdverletzenden Verhaltensweisen oder auch körperliche Besonderheiten wie Hypersalivation, Spielen mit Nasenfluss sowie stoffwechselbedingtem Körpergeruch und Flatulenzen.

Im Kontext Schule/Werkstatt stellt sich für die pädagogischen Mitarbeiter die Herausforderung, die individuellen Besonderheiten des Menschen mit FA im Setting einer Gruppe von Menschen mit anderen Behinderungen zu ‚händeln‘. Auch die notwendige und spezifische Gestaltung von Lern- und Arbeitsanforderungen sowie die Schaffung eines vorhersehbaren und strukturierten Tagesablaufes ist im Rahmen des Kontextes Schule/Werkstatt erfahrungsgemäß häufig schwer umzusetzen. Dies liegt teilweise an persönlichen Einstellungen und Haltungen, oft aber auch an strukturellen Begrenzungen. Die Herausforderungen, die durch die Inklusionsbestrebungen entstehen, können weitere Belastungsfaktoren für die Menschen mit FA, ihre Familien und Erzieher/Lehrer sein. Dies gilt es in der therapeutischen Arbeit mit dem Klienten, seiner Familie und seinem Umfeld mit zu bedenken und entsprechend in der Entwicklung und Definition von Therapiezielen zu berücksichtigen.

Im Weiteren gelten vergleichbare Problematiken, welche im Folgenden beim Asperger-Syndrom ausführlich beschrieben werden.

2.2 Asperger-Syndrom

Neben Leo Kanner hat - unabhängig - Hans Asperger, ein österreichischer Pädiater (*1906 - †1980)²⁰, 1938 bzw. 1943/44 den Phänotyp eines autistischen Kindes beschrieben. Hans Asperger berichtete von vier Kinder (Jungen im Alter von 6-11 Jahren), die Auffälligkeiten in den Bereichen der Kommunikation und des Kontaktverhaltens zeigten. Dazu gehörten eine reduzierte Gestik und Mimik, ein beeinträchtigter Blickkontakt, eine gleichbleibende Sprachmelodie, Wortneuschöpfungen und eine beeinträchtigte Fähigkeit zur Konversation. Weiterhin beschrieb er eine eingeschränkte soziale Interaktion, wenig emphatische Affekte und

20 vgl. Bölte (Hrsg.), 2009, S.21

die Beobachtung, mehr den eigenen Impulsen und Interessen zu folgen. Er ging davon aus, dass dem Störungsbild biologische Ursachen zu Grunde liegen.²¹

Erst zu Beginn der 1980er wurde das Asperger-Syndrom international anerkannt. In der ICD-10 gehört das Asperger-Syndrom wie auch der frühkindliche Autismus zu dem Bereich der ‚tiefgreifenden Entwicklungsstörungen‘ (F84.5). In Abgrenzung zum frühkindlichen Autismus darf beim Asperger-Syndrom keine Sprachentwicklungsverzögerung vorliegen. Die Auffälligkeiten der beeinträchtigten Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen betreffen die drei Kardinalbereiche des Störungsbildes, ‚Soziale Interaktion‘, ‚Kommunikation und Sprache‘ und ‚Verhalten und Interessen‘.

Gillberg/Gillberg²² haben 1989, in Anlehnung an die Beschreibungen von Hans Asperger, folgende Diagnosekriterien formuliert:

1. Soziale Beeinträchtigung
2. Eingegrenzte Interessen
3. Repetitive Routinen
4. Rede- und Sprachbesonderheiten
5. Nonverbale Kommunikationsprobleme
6. Motorische Unbeholfenheit.

Menschen mit Autismus im Sinne eines Asperger-Syndroms haben Beeinträchtigungen in der sozialen Informationsverarbeitung und kognitiven Flexibilität und zeigen eine detailorientierte Wahrnehmung.²³ Als Erklärungsmodelle sind hier, wie beim frühkindlichen Autismus auch, das Konzept der zentralen Kohärenz und die sog. ToM-Fähigkeiten (‚Theory of mind‘ - Fähigkeiten) zu nennen. Bei dem Konzept der zentralen Kohärenz geht es um die Tendenz, Wahrnehmung gestalthaft, geschlossen und ganzheitlich zu vollziehen. Bei Menschen mit ASS ist jedoch die umgekehrte Tendenz zu beobachten, nämlich Umweltreize eher einzelheitlich, isoliert und detailliert wahrzunehmen.

Die ‚Theory of Mind‘ beschreibt die Fähigkeit, sich in die Perspektive, die Gedanken und Gefühle des Gegenübers hineinzusetzen. Die Begrifflichkeiten

21 Bölte (Hrsg.), 2009, S.22-23

22 <http://www.aspergia.de/index.php?cat=Asperger%20Syndrom&page=Kriterien%20Gillberg> 25.09.2014

23 vgl. Bölte (Hrsg.) 2009, S.143

Perspektivübernahme, Empathie und Mentalisieren werden synonym verwendet.²⁴ Menschen mit ASS haben hier von Geburt an Defizite. Dies zeigt sich in dem Ausbleiben (oder der massiven Beeinträchtigung) von Imitationsverhalten und der fehlenden natürlichen Präferenz für soziale Reize.²⁵ Zu welchem frühesten Zeitpunkt diese Fähigkeiten bei neurotypisch entwickelten Kindern schon zu beobachten sind, wird beispielsweise im sogenannten ‚still face experiment‘²⁶ deutlich.

In der Öffentlichkeit wird das Asperger-Syndrom oft als milde Form des Autismus beschrieben. Die gesammelten therapeutischen Erfahrungen zeigen, dass dies eine gesellschaftlich weit verbreitete Fehleinschätzung ist. Sie stimmt weder für die ‚Betroffenen‘ noch für ihre Eltern/Familienangehörigen. Im Gegenteil, ein kognitiv neurotypisch entwickeltes/r Kind/Jugendlicher/Erwachsener kann sein ‚Anderssein‘ sehr viel stärker erleben/reflektieren und entsprechend darunter leiden keine sozialen Kontakte zu haben, die sprachliche und kommunikative Bedeutung von Wörtern, Texten und Erzählungen nicht zu verstehen, oder andere Interessen als die meisten Gleichaltrigen zu haben. Im Rahmen einer Komorbidität können weiterhin Depressionen oder Angststörungen auftreten.²⁷

Die Herausforderung in der therapeutischen Begleitung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit dem Asperger-Syndrom liegt in der Vermittlung von sozialen und kommunikativen Fertigkeiten bei dem gleichzeitig vorliegenden Unverständnis für die Signale und Bedeutungen in diesen beiden Bereichen.

Drei Beispiele: Mit einem Jungen im Grundschulalter üben die Eltern und die Therapeutin seit langem eine höfliche Wechselseitigkeit in Abschiedssituationen. In der letzten Stunde vor einer längeren Pause in den Sommerferien wünscht sie ihm schöne Ferien mit viel Spaß und tollen Erlebnissen im Urlaub. Nach einer Pause, in der er an der Therapeutin vorbei guckt, sagt er schließlich „Danke, gleichfalls“. Nachdem sie ihn lobt und sagt „das ist ja toll, dass du mir das auch wünschst“ reagiert er mit einem erstaunten „ach, das heißt also gleichfalls!“ (Erlernen einer sozialen Floskel ohne soziale Orientierung.)

²⁴ vgl. Bölte (Hrsg.), 2009, S.132-133

²⁵ ebenda S. 132

²⁶ <http://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0> 25.09.2014

²⁷ Bölte (Hrsg.), 2009, S.47

In einer Diagnostikstunde ergibt sich folgender "Dialog" mit einem Jugendlichen: Therapeutin: "Welches Unterrichtsfach magst du denn am liebsten?"; Er: "Mathe."; Therapeutin: "Oh, in Mathe war ich immer ganz schlecht"; Er: "Ah,.....(Schweigen, abgewandte Körperhaltung, kein Blickkontakt)"; Therapeutin: "Aber Sport habe ich gerne gemacht"; Er: "Ich finde der Audi A8 sieht in blau am besten aus." (Ungelenker Versuch eines Themenwechsels.)

Ein 15jähriges Mädchen sitzt seit zwei Stunden vor den Hausaufgaben, bei denen es eine "Stoffsammlung" erstellen soll. Völlig verzweifelt wendet sie sich an ihre Mutter weil sie nicht weiß welche Stoffe sie sammeln soll (Wortwörtliches Verstehen').

In allen drei Beispielen wird deutlich, dass die natürlichen Kommunikations- (und Interaktions-) -erfahrungen und -erwartungen nicht bedient werden können. Das kann Irritationen oder auch Verärgerung beim Kommunikationspartner auslösen. Langfristig gesehen können diese Irritationen zur Folge haben, dass keine kommunikativen Angebote seitens des sozialen Umfeldes mehr gemacht werden, oder der Therapeut in eine negative, abwertende Haltung (dem Klienten oder sich selbst gegenüber) gerät.

Für die Eltern besteht die Herausforderung darin, ein Verständnis für das Störungsbild zu entwickeln, um die Besonderheiten ihres Kindes besser einordnen und somit adäquater darauf reagieren zu können. Gleichzeitig müssen sie sich von eigenen Vorstellungen und Erwartungen in Bezug auf das Kind, das Zusammenleben mit ihm und dessen Zukunft verabschieden. Im gesellschaftlichen Kontext sind sie häufig mit Vorwürfen konfrontiert, ihre Erziehungsfähigkeit wird in Frage gestellt und ihnen wird die Schuld für das Verhalten des Kindes zugewiesen (,schlecht erzogen'). Sie müssen immer wieder zwischen dem Kind und der Umwelt vermitteln, um Konflikte zu vermeiden oder zu klären. Die Integration in die Gesellschaft (Kindergarten/Schule/Beruf) gelingt häufig nur durch einen immensen persönlichen Einsatz der Eltern und zehrt sehr an deren Kräften. Je nach Ausprägung des Autismus ist der Familienalltag so belastet, dass beispielsweise für die lebendige Gestaltung der Partnerschaft keine Kapazitäten und Ressourcen frei sind.

Sind Geschwister vorhanden, müssen die Eltern den ,Spagat' schaffen, die unterschiedlichen Bedürfnisse, Interessen und Temperamente zu berücksichtigen.

Im Hinblick auf das betroffene Kind stehen sie außerdem vor der Herausforderung, dem Kind neben der angemessenen Erklärung der Diagnose auch ein positives Selbstbild zu vermitteln.

Die Geschwister stehen häufig vor der Aufgabe, sich trotz der Behinderung ihres Bruders /ihrer Schwester ihren Platz innerhalb der Familie zu erobern. Dabei besteht die Gefahr, dass sie sich entweder überanpassen, sehr verständnis- und liebevoll mit ihren Geschwistern umgehen, sich mit kümmern und so ihre eigenen Bedürfnisse zurückstellen oder übergehen, oder mit massiver Eifersucht sowie eigenen Verhaltensauffälligkeiten reagieren. In Bezug auf ihren eigenen Freundeskreis stehen sie zwischen den unterschiedlichen Erwartungen (eigene, Eltern, Geschwister, Freunde) und müssen eine Position/Haltung zu diesen entwickeln. Dabei können Schuld- und Schamgefühle entstehen, welche die Geschwister in der eigenen Entwicklung beeinträchtigen können.

Die Schule (Klassenkameraden, Lehrer) ist vor die Herausforderung gestellt, die Individualitäten und Besonderheiten, die der Schüler mit Autismus mitbringt, anzunehmen und so mit ihnen umzugehen, dass der betroffene Schüler eine Schulbildung nach seinen kognitiven Möglichkeiten erhält und somit an der Gesellschaft teilhaben kann (UN-Menschenrechtskonvention). Außerdem sollte die Integration in die Klassengemeinschaft, im Rahmen der Möglichkeiten, gestaltet und begleitet sowie Mobbing vorgebeugt, verhindert oder dieses beendet werden.

Später am Arbeitsplatz werden Rahmenbedingungen benötigt, in welchen der Mensch mit ASS die Möglichkeit erhält, seine Stärken so einzubringen, dass er sich sinnvoll im Arbeitsleben/in der Gesellschaft einbringen kann. Hier sind die Besonderheiten in der sozialen Interaktion und in der Kommunikation/Sprache als Herausforderung für die Kollegen und Vorgesetzten anzusehen.

Nachdem nun die Herausforderungen im Umgang mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Asperger-Syndrom aus Sicht der Therapeuten, Eltern, Geschwister, Institutionen und Arbeitsfeld dargestellt wurden, werden im Folgenden die Herausforderungen für den Betroffenen selbst thematisiert.

Zunächst einmal sei darauf hingewiesen, dass das eigene Erleben je nach Alter und Entwicklungsstand unterschiedlich ist. Je älter die Kinder jedoch werden, desto eher nehmen sie ihr 'Anders sein' wahr und setzen sich damit auseinander. Dies kann in positiver Form geschehen (Annahme, Offenheit im Erlernen von "social skills"), oder aber, und das ist unserer Erfahrung nach die häufigere Variante, in negativer, selbstabwertender, depressogener Art und Weise geschehen. Es entstehen Überforderungsgefühle, Ängste vor sozialen Situationen entwickeln sich und führen zu einem vermehrten Rückzug - eine Negativspirale beginnt. Oft treten Mobbing Situationen auf, in denen die Kinder und Jugendlichen mit ASS beschimpft, abgewertet, bedroht und körperlich angegangen werden.

Die andere Wahrnehmung und Interpretation von sozialen Situationen führen zu Unverständnis und Irritationen. Manchmal sind die Beeinträchtigungen im Erfassen von sozialen Situationen so groß, dass das 'Anders sein' nicht wahrgenommen wird. Dies kann auch verstanden werden als eine Schutzreaktion zur eigenen Psychohygiene.

In der Integrativen Supervision spielen die Persönlichkeitstheorie und damit der Bereich der Identität eine wichtige Rolle. Identität entwickelt sich auf der Grundlage von "**Selbst**" ("Synergem aller somato-motorischen, emotionalen, motivationalen, volitiven, kognitiven und sozial-kommunikativen Schemata oder Stile")²⁸ und "**Ich**" ("Gesamtheit aller primären und sekundären Ich-Funktionen bzw. Ich-Prozesse").²⁹ **Identität** ist demzufolge "eine der wichtigsten Ich-Leistungen"³⁰ und geschieht durch Identifizierung (Fremdattribution) und Identifikation (Selbstattribution) im Sinne einer "Synthese von selbstattributiven, kognitiven, emotionalen und volitiven Prozessen unter Verarbeitung fremdattributiver, dem Selbst von außen zugeschriebener Materialien."³¹

Diese Überlegungen zur Entwicklung von Identität sind wichtig um zum Einen in der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit ASS die Identitätsentwicklung anzuregen, zu begleiten und zu unterstützen (im Sinne eines positiven Selbstwertgefühls) und zum Anderen in der Supervision von Fachkräften in der Arbeit mit Menschen mit ASS

28 Petzold 2007, S. 301

29 ebenda; S. 301

30 ebenda, S. 302

31 ebenda, S.302

die Selbst- und Fremdattributionen zu erkennen und zu reflektieren, um eine Stabilisierung der beruflichen Identität zu erreichen und somit Phänomenen der ‚déformation professionnell‘ vorzubeugen.

2.3 Therapeutische Methoden in der Förderung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen

Aktuell steht zur Begleitung von Menschen mit ASS eine Vielzahl von therapeutischen Methoden zur Verfügung. Einige hiervon sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit wissenschaftlich untersucht und in ihrer Effektivität bestätigt worden. Hierzu gehören:

- ABA (Applied Behavior Analysis)
- Verbal behaviour
- TEACCH (Treatment and Education of autistic and communicativ handicapt children)
- PECS (Pictures Exchange Communication System)
- Autismusspezifische Verhaltenstherapie
- Umschriebene verhaltenstherapeutische Maßnahmen
- Training sozialer Fertigkeiten

Andere Verfahren, wie

- Führen nach Affolter
- AIT (AufmerksamkeitsInteraktionsTherapie)
- SI (Sensorische Integration)
- Musiktherapie
- Mifne, Floor-time, Focused Intervention Playtime
- Marte Meo³²

kommen ergänzend zum Einsatz.

³² vgl. Bölte (Hrsg.), 2009, S.219ff

Zu den kontrovers diskutierten Therapieansätzen gehören:

- die Gestützte Kommunikation
- Heilpädagogisch/psychologisch begründete Therapien
(Tomatis, Auditory Integration Therapy, Delacato, Festhaltetherapie, Delfintherapie, Kraniale Osteopathie, Daily-life-Therapy, Irlengläser)
- Biologisch begründete Therapien
(Nahrungsmitteldiäten, Medikamentöse Ergänzungspräparate, etc.).³³

Ziele der therapeutischen Methoden sind eine Milderung der autismusspezifischen Besonderheiten in den Bereichen der sozialen Interaktion, der Kommunikation und Sprache sowie die Ermöglichung von weiteren Lern- und Entwicklungsschritten. Weiterhin sind der Verhaltensaufbau von gewünschten, bzw. -abbau von herausfordernden Verhaltensweisen, der Umgang mit stereotypen und repetitiven Verhaltensweisen, die Unterstützung hinsichtlich der Exekutivfunktionen und der Erwerb von lebenspraktischen Fähigkeiten mit dem Ziel größtmöglicher Selbständigkeit zu nennen.

Von diesen genannten Methoden werden, je nach Therapiezentrum unterschiedlich, einige angewendet. Welche dieser Methoden beim einzelnen Klienten zum Einsatz kommen, hängt von der Form der Autismus-Spektrum-Störung, den Ressourcen und Wünschen des Klienten und der Eltern, sowie der Frage nach den, durch den Kontext bestimmten, Möglichkeiten der Generalisierung ab. Weiterhin ausschlaggebend sind natürlich auch die methodischen Kenntnisse des/der entsprechenden Autismustherapeuten.

Generell kann jedoch gesagt werden, dass der Schwerpunkt auf verhaltenstherapeutisch begründeten und damit wissenschaftlich fundierten Methoden liegt.

Abhängig vom Alter des Klienten und der Form seiner Autismus-Spektrum-Störung muss die Wahl der therapeutischen Methoden immer aufgrund der entsprechenden Bedürfnisse des Menschen mit ASS erfolgen. So wird im Vorschulalter der Focus vermehrt auch auf ein spezifisches Elternt raining, Formen der frühen Interventionen

³³ vgl. Bölte (Hrsg.), 2009, S.444ff

oder auch Umgang mit selbst- oder fremdaggressiven Verhaltensweisen liegen. Im Schulalter hingegen entfällt der Bereich der frühen Interventionen, vielfach geht es hier um Förderung von Kommunikation und Interaktion – auch mit videounterstützter Reflektion –, Förderung durch Bewegung, Spiel und Sport, Umgang mit Spezialinteressen aber auch pharmakologische Therapie. Bei älteren Jugendlichen mit ASS beziehen sich Fragen oftmals auf Berufsfindung, Wohnformen oder auch soziale Integrationsmöglichkeiten.

3 Beschreibung des therapeutischen Arbeitskontextes

Der berufliche Alltag eines Therapeuten in einer Autismusambulanz/einem Autismustherapiezentrum beinhaltet ganz unterschiedliche Arbeitsfelder. Hier sind zu nennen: die einzeltherapeutische Arbeit mit einem Kind/Jugendlichen/Erwachsenen mit Autismus; Therapie in Kleingruppen – alleine oder im Therapeutenduo, die Begleitung der Eltern in Form von Gesprächen, Hospitationen und/oder die gemeinsamen Gestaltung der einzeltherapeutischen Therapiestunden; therapeutische Förderung im häuslichen Umfeld; Hospitationen und therapeutische Förderung in Kindergarten/Schule/Werkstatt/Wohnheim; Beratung von Erziehern, Lehrern, Sozialpädagogen und Therapeuten anderer Fachrichtungen; Livecoaching aller am Prozess beteiligten Bezugspersonen des Klienten; Diagnostik und die folgende Abstimmung von notwendigen Interventionen und Förderinhalten sowie der Auswahl der individuell passenden autismusspezifischen Methoden.

Ein weiterer Arbeitsbereich beinhaltet die Dokumentation des Therapieprozesses, die Evaluation des Fähigkeiten-/Fertigkeitenzuwachses beim Klienten und die Abstimmung (Berichterstellung, Hilfeplangespräche) mit den entsprechenden Kostenträgern (KK, SA, JA, LVR, ggf. Selbstzahler).

Die Entwicklungen in Bezug auf Theorien (Erklärungsmodelle für ASS) und Praxis (unterschiedliche therapeutische Zugänge/Methoden) der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit ASS in den letzten 25 Jahren sind enorm. Eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung in diesem Gebiet und regelmäßiges Literaturstudium sind daher notwendig.

Weiterhin wird der therapeutische Arbeitskontext bestimmt durch sich verändernde gesellschaftliche Anforderungen – beispielsweise Inklusion, durch die Bereitschaft der Institutionen zur Kooperation (die unterschiedlich ausfällt), aber auch Begrenzungen der Therapiedauer und -frequenz durch Vorgaben seitens der Kostenträger sowie eingeschränkte Möglichkeiten der Versorgung von Menschen mit ASS durch Kapazitätsgrenzen von Autismusambulanzen/Autismustherapiezentren.

Anhand dieser Beschreibung der Arbeitsfelder eines Autismustherapeuten in ihrer Komplexität wird schnell und eindrücklich deutlich, dass hier ein besonderes Anforderungsprofil an den Therapeuten, das Team und den

psychologisch/pädagogischen/fachlichen Leiter besteht. Gleichzeitig ist durch diese Vielschichtigkeit die Gefahr von Belastungen bis hin zu Schädigungen in der Person/Persönlichkeit des Therapeuten und anderer Mitarbeiter erhöht, was sich in der Folge auf die Qualität der Arbeit mit den Klienten, deren Bezugssystemen, Kollegen, usw. niederschlagen würde.

In einem kurzen Exkurs werden deshalb IT-spezifische Gedanken zu den Theorien von Pathogenese und Salutogenese dargestellt, da, je nach gewählter Theorie, eine unterschiedliche Wertung und daraus resultierende Intervention erfolgen würde. Die Gesundheits- und Krankheitslehre gehört im „Tree of Science“³⁴ für die Supervision zu den Realexplikativen Theorien. Da „Gesundheit und Krankheit zwei Dimensionen menschlicher Existenz“³⁵ sind, müssen beide Konzepte berücksichtigt werden. Pathogenese wird in der Integrativen Therapie aus a) anthropologischer (Entfremdung vom eigenen Leib, von den Mitmenschen, von der Lebenswelt, von der Arbeit, von der Zeit³⁶) und b) klinischer (multiple pathogene Stimulierungen³⁷) Sicht gesehen. Hierzu unterscheidet sie drei Modelle: „1. Das Modell der Entwicklungsnoxen aufgrund pathogener Stimulierung (b), 2. das Modell der zeitextendierten, multifaktoriellen Be- bzw. Überlastung (a), 3. das Modell der Repression emotionaler, expressiver Impulse (a)“.³⁸

Für die Fragestellungen dieser Arbeit ist das 2. Modell am weiterführendsten, da es „kognitive Stress- und Coping-Theorien, emotive Überforderungs- und Krisentheorien, Ressourcen- und „Social-support-Theorien“ sowie Mastery- und Competence-Konzepte“³⁹ einbezieht.

Überforderung definiert Petzold wie folgt: „Überforderung tritt ein, wenn Belastungssituationen und externe Ansprüchen keine stützende Umwelt, unzureichende äußere und innere Ressourcen und keine adäquate Bewältigungsmöglichkeiten sowie keine ausreichende persönliche Stabilität gegenüberstehen....“⁴⁰.

Die weiteren Theorien des 2. Modells helfen ebenfalls, die Bedeutungen und Auswirkungen von Stress, im Kontext der Arbeit ‚in den Blick‘ zu nehmen. Denn wenn

34 Petzold 2007, S.85

35 Petzold 1993, S. 552

36 ebenda, S. 559/560

37 ebenda, S.560

38 ebenda, S. 570

39 Petzold 2007, S.573

40 ebenda, S.291

klar ist, was Stress ist und wie er wirkt (individuell-persönlich und allgemein), kann man ihm besser begegnen und ihn perspektivisch minimieren bzw. verhindern. Die Supervision kann den jeweiligen Arbeitnehmer in diesem Prozess begleiten bzw. den Prozess einer Auseinandersetzung mit diesen Themen überhaupt erst anregen.

Dies führt über zur Salutogenese, einem Begriff, der von Antonovsky in den 1970er Jahren geprägt wurde, und welcher die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit in den Blick nimmt. Begriffe wie Schutzfaktoren, protektive Faktoren, Copingfaktoren, Ressourcen und Resilienz gehören mit ihren jeweils dazugehörigen Theorien zu einer salutogenetisch orientierten Betrachtung.

Eine Definition von Ressourcen im Integrativen Ansatz lautet: „Ressourcen sind alle erdenklichen Mittel der Hilfe und Unterstützung, ja die Prozesse des ‚Supports‘ selbst, mit denen Belastungen, Überforderungssituationen und Krisen bewältigt werden können: innere Ressourcen/Stützen wie physische Vitalität, emotionale Tragfähigkeit, Willensstärke, Intelligenz, geistige Werte, aber auch äußere Ressourcen/Stützen wie Freunde, soziale Netzwerke (Moreno), Unterkunft, Geld. Ressourcen tragen dazu bei, die Stabilisierung einer erschütterten Persönlichkeit, einer zerrütteten Familie, eines maroden sozialen Systems, einer desorganisierten Organisation zu ermöglichen, die Selbstregulierungskräfte und Interaktionskompetenzen des Systems mit der Umwelt zu restituieren und darüber hinaus – derartige Konsolidierungen überschreitende – Entwicklungen auf den Weg zu bringen und zu fördern“⁴¹.

Im supervisorischen Kontext gibt es beide Aspekte (den der Belastungen, also Stress und Überforderung und den der Anforderungen, also Entwicklungsaufgaben und Ansprüche⁴²) zu berücksichtigen. Daher ist es auch im Zusammenhang mit dem Phänomen der ‚déformation professionnelle‘ aus supervisorischer Perspektive sinnvoll, sich damit zu befassen, warum manche Menschen z.B. ein Burnout erleiden und andere wiederum in ähnlichen Be- und Überlastungssituationen keine Symptome mit Krankheitswert für Leib und Psyche entwickeln. Hier können die Theorien und Ansätze der Salutogenese hilfreich sein.

In den folgenden Ausführungen werden die Dynamiken der Wechselwirkungen und Einflussnahmen der eben beschriebenen Arbeitsfelder und -inhalte dargestellt, um im

⁴¹ Petzold 2007, S. 290

⁴² ebenda, S. 291

Kapitel 6 darauf, hinsichtlich der notwendigen supervisorischen Optiken und gewählten Interventionen, Bezug zu nehmen.

3.1 Überlegungen zum Arbeitsfeld und den beteiligten Berufsgruppen

Wie oben bereits ausgeführt, bewegt sich der ‚Autismustherapeut‘ in einem facettenreichen Arbeitsfeld. Zusätzlich ergibt sich ein Spannungsfeld durch unterschiedliche (heil)pädagogische -, tiefenpsychologisch fundierte -, systemische - und (verhaltenstherapeutische Arbeitsweisen. Dies spiegelt sich auch in den unterschiedlichen Berufsgruppen wieder, welche an einem Autismustherapiezentrum tätig sind: Psychologen, Pädagogen, Sozialpädagogen (häufig mit therapeutischer Zusatzqualifikation wie z.B. Verhaltenstherapie (KJP), Integrative Therapie, Systemische Therapie oder Familientherapie), Heilpädagogen, Sprachtherapeuten, Motopäden, Musiktherapeuten, etc.

Neben den Herausforderungen die in dieser Interdisziplinarität begründet sind, stehen die jeweiligen Berufsgruppen vor der Aufgabe, ihre eigene theoretische Basis und die damit einher gehende Identifikation mit dem eigenen Berufsbild um autismspezifische Theorien und Vorgehensweisen zu ergänzen. Dabei kann es zu ‚Loyalitätskonflikten‘ kommen, wenn z.B. ein humanistisch geprägter Therapeut eher direktive, verhaltenstherapeutische Lernprogramme mit Einsatz von primären Verstärkern durchführen oder ein Musiktherapeut mit autismspezifischen statt musiktherapeutischen Methoden arbeiten soll.

Inwieweit diese Herausforderungen einen deformierenden Charakter für den einzelnen Therapeuten, das Team und die Organisation darstellen, liegt in der individuellen Persönlichkeit des Therapeuten und seiner Professionalität sowie in den Potentialen und Grenzen des interdisziplinären Teams bzw. der Organisation begründet. Im Rahmen der supervisorischen Arbeit mit solchen Teams sind Risikofaktoren und Ressourcen in den Blick zu nehmen und in ko-kreativer und ko-respondierender Weise zu bearbeiten.

Denn in interdisziplinären Teams gibt es auch Ressourcen und Potentiale, welche verhindernden Charakter hinsichtlich einer ‚déformation professionnelle‘ aufweisen können. Exemplarisch sind hier zu nennen: Weitung der Reflexionsinhalte

(Mehrperspektivität), polylogische Diskurse⁴³, Methodenvielfalt, klientenorientiertes Therapieangebot, etc.

3.2 Organisationsstrukturen und ihre Auswirkungen

Die meisten Autismusambulanzen/Autismustherapiezentren in Deutschland firmieren als eingetragene Vereine und entstanden aus Selbsthilfegruppen von betroffenen Eltern. Im Bundesverband autismus Deutschland e.V. und in verschiedenen Landes- und Regionalverbänden sind die Autismusambulanzen/Autismustherapiezentren überregional miteinander vernetzt. Einige Autismusambulanzen/Autismustherapiezentren sind in anderer Trägerschaft (z.B. angegliedert an Unikliniken, kirchlichen Einrichtungen oder als freie Praxen).

Ziele der verschiedenen Autismustherapieeinrichtungen sind die Förderung von Menschen mit Autismus, die Unterstützung und Begleitung der betroffenen Familien, Beratung des Umfeldes und Fortbildungen, Kongresse und Fachtagungen sowie eine umfassende Aufklärung über das autistische Syndrom und die vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse⁴⁴.

Der Verein autismus KölnBonn e.V. formuliert in seinem Leitbild auf seiner Homepage folgende Ziele:

- „Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung mit ihren biographischen, sozialen, kulturellen und religiösen Hintergründen respektieren. Dies gilt für Angehörige und Mitarbeiter gleichermaßen.
- Wertschätzen der Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen und ihrer Möglichkeiten im Rahmen der Selbstorganisation und im Kontext ihrer Umwelt.
- Menschen als Individuen behandeln, um allen Akteuren eine positive pädagogische, therapeutische und pflegerische Verhaltens- und Handlungsunterstützung in der Lebensbegleitung und Betreuung zu ermöglichen.

⁴³ Petzold, 2007; S. 401

⁴⁴ www.autismus.de 20.08.2013

- Die Welt der Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen aus der Perspektive „Umgang mit Begrenztheiten“ (vgl. ICF/WHO) im Alltag betrachten und dabei widersprüchliche pädagogische/therapeutische/pflegerische Zielsetzungen bzgl. (nicht-) vorhandener Ressourcen vermeiden.
- Schaffen einer positiven sozialen Umgebung, in der der Mensch mit Autismus-Spektrum-Störungen relatives Wohlbefinden erleben kann.
- Professionalisiertes Handeln im Kontext von Erfahrungs- und Fachkompetenz.
- Verbesserung der qualitativen Lebensbedingungen aller Betroffenen.“⁴⁵

Der Bundesverband autismus Deutschland e.V. wurde vor über 40 Jahren gegründet, aus diesem entstanden dann die ersten Ambulanzen/Therapiezentren. Hauptinitiatoren waren betroffene Eltern, die eine spezifische Beratung/Förderung/Betreuung für ihre Kinder erreichen wollten. Ein weiteres Anliegen war und ist, die Öffentlichkeit über das Behinderungsbild zu informieren und sensibilisieren, adäquate Rahmenbedingungen für Menschen mit Autismus zu schaffen und die Forschung/Diagnostik zu verbessern.

Die Tatsache, dass die meisten Autismusambulanzen/Autismustherapiezentren in Trägerschaft eines Elternvereins waren oder noch sind, hat Auswirkungen auf die Organisationsstrukturen. Beispielhaft seien unterschiedliche Erwartungen über die Therapiedauer, persönliche Betroffenheit vs. betriebswirtschaftliche Berechnungen und ambulanzzgeschichtlich gewachsene, zum Teil verlangsamte Entscheidungs- und Veränderungsprozesse genannt.

Im Rahmen der seit einigen Jahren zu beobachtenden zunehmenden Professionalisierung der Träger, zum Teil verbunden mit einer Veränderung der Rechtsform, des steigenden therapeutischen Bedarfs und damit einer Vergrößerung der Therapiezentren (personell, methodologisch, kundenbezogen, räumlich) befinden sich viele der Zentren in Veränderungsprozessen mit den entsprechenden Unsicherheiten bei den Mitarbeitern. Hierauf muss, damit die offenen und verdeckten

⁴⁵ www.autismus-koelnbonn.de 20.08.2013

Wirkfaktoren der ‚déformation professionnelle‘ deutlich und begrenzbar werden, im supervisorischen Handeln ein besonderer Blick geworfen werden.

Vor den geschilderten Hintergründen ist der differenzierte, kontextbezogene Einsatz von Supervision zu beachten und setzt eine genaue supervisorische Auftragsklärung (Teamsupervision/Prozesssupervision/Organisationsentwicklung) voraus.

Die in der Integrativen Supervision beheimateten Modelle wie beispielsweise das integrativ-mehrperspektivische “Dynamic Systems Approach to Supervision”⁴⁶, das Modell mehrperspektivischer Supervision mit multiplen, iterativen theoretischen Optiken⁴⁷ und das Mehrebenenmodell⁴⁸ ermöglichen eine differenzierte problembezogene Methodenauswahl und passgenaue Prozessgestaltung.

3.3 Klienten, Eltern und Institutionen als Wirkfaktoren im therapeutischen Prozess – eine mehrperspektivische Betrachtung

Anhand des folgenden Diagramms wird deutlich, welche Bezugspersonen und Systeme auf die Person des Therapeuten direkt und indirekt wirken und sein Handeln mit beeinflussen.

Dies geschieht ohne Anspruch auf Vollständigkeit, denn hier wären auch noch die weiteren familiären Konstellationen mit wichtigen Personen zu nennen, die Gesellschaft mit ihren Anforderungen und Einflüssen, kulturelle Hintergründe, bisher- und aktuell gelebte ethische, moralische und religiöse Vorstellungen.

46 Petzold, 2007; S. 33ff

47 ebenda S.115

48 ebenda S.134

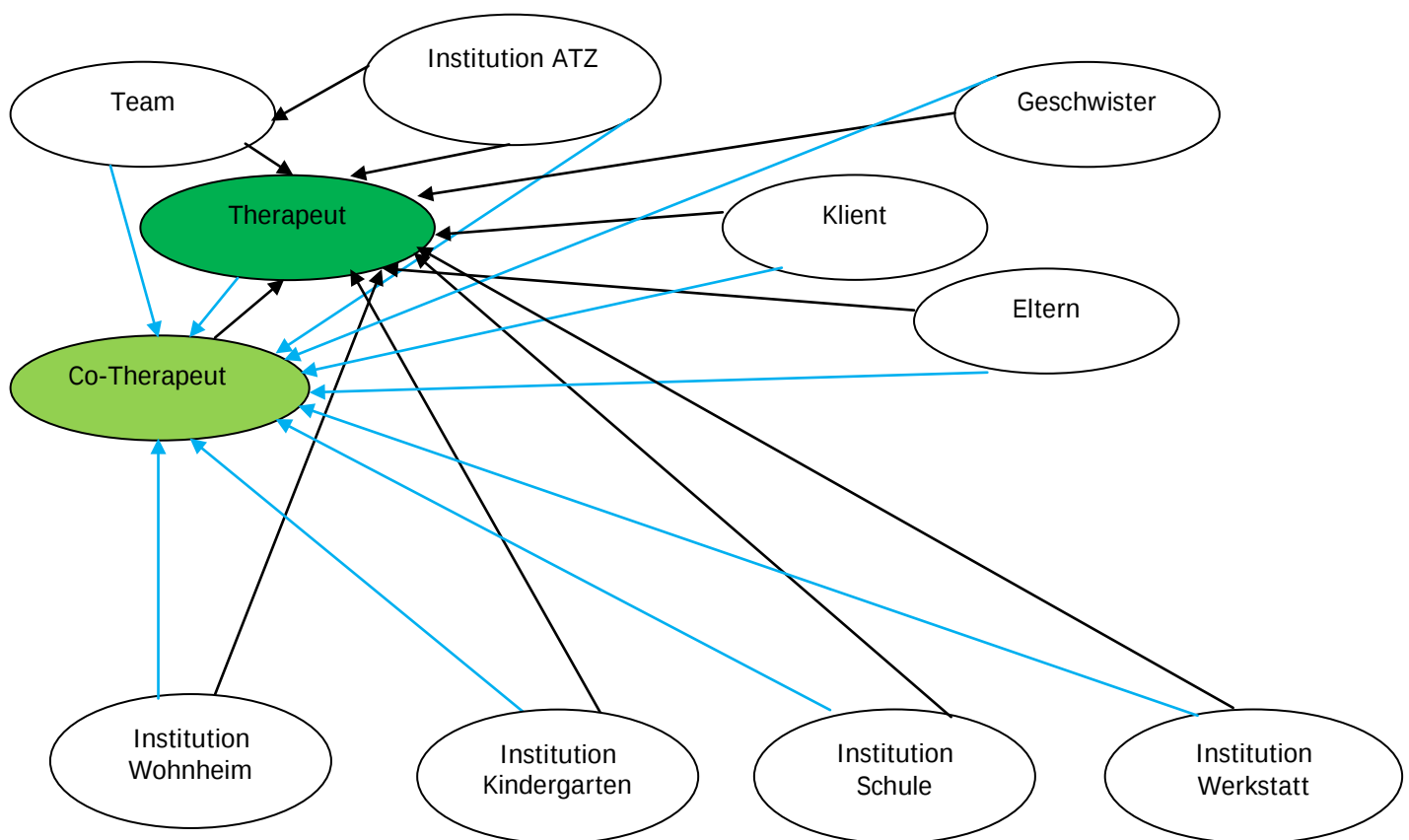


Abb. 2 : Der Therapeut im Kontext der Personen eines Therapiesettings

Dies bedeutet, dass nicht nur das Wissen um das Behinderungsbild Autismus-Spektrum-Störung – und dies zu haben und aktuell zu vervollständigen ist schon immens – ausreicht, um therapeutisch kurz-, mittel- und langfristig positiv wirksam sein zu können, sondern dass der Therapeut, das Therapeutenteam und das Autismustherapiezentrum (nachfolgend ATZ) mit ganz unterschiedlichen Anforderungen, Erwartungen, und Wünschen konfrontiert wird.

Exemplarisch wären hier zu nennen:

- Heilung
- Sprechen lernen
- Abbau von Verhaltensauffälligkeiten
- Verbesserung der institutionellen Situation für das Kind

- das Kind besser verstehen können
- Unterstützung in erzieherischen Fragestellungen
- Schaffung einer Zukunftsperspektive
- Entlastung
- Hausförderung
- Unterstützung bei Ämtergängen
- Das Kind soll sich im Klassenverband adäquat verhalten
- Abbau von Stereotypen
- Regelverständnis
- Vermeidung einer Ausschulung
- Finden eines Wohnheimes
- Finden von Fachärzten und Vorbereitung darauf
- Förderung von Sozialkontakten/Integration in peer-groups
- Begleitung von Geschwisterkindern
-

Eine autismusspezifische Therapieplanung verlangt, nach der erfolgten Diagnostik, die Festlegung von Therapiezielen und die Auswahl der Therapiemethode.

Bei genauer Betrachtung dieser Methoden wird deutlich, dass sie zum Teil mit sehr unterschiedlichen Überzeugungen und Theoriemodellen den Menschen mit Autismus und das ihn umgebende System erfassen und wahrnehmen. Die Bandbreite reicht von direktiven Interventionen aus der Verhaltenstherapie bis hin zu non-direktiven Verfahren.

Die für die Förderung des Menschen mit ASS gewählte(n) Therapiemethode(n) bestimmen sich nach den in der Diagnostik festgestellten, behinderungsspezifischen Schwierigkeiten jedes einzelnen. Da ASS eine Summationsdiagnose ist, sind auch die zu unterstützenden Entwicklungsbereiche bei jedem Menschen mit ASS anders.

Der Einbezug der Eltern in den therapeutischen Prozess - als die nächsten Personen zum Menschen mit ASS - ist bei den unterschiedlichen therapeutischen Interventionsmethoden sowohl inhaltlich als auch quantitativ sehr unterschiedlich. Auch die in der Integrativen Therapie gelebte mehrperspektivische Betrachtungsweise findet sich in einigen der Methoden kaum oder gar nicht. Dennoch bringen die Eltern ihre ganz persönliche Lebensgeschichte, ihr eigenes

Menschenbild, ihre eigenen Möglichkeiten der Bewältigung dieser in der Regel konstant schwierigen Lebenssituation mit und wünschen dabei die ihnen passende Unterstützung.

Der primäre Therapieort ist in den meisten Prozessen entweder ein Autismustherapiezentrum oder das häusliche Umfeld. Einen großen Teil seiner Lebenszeit verbringt der Mensch mit ASS aber in einer Institution, und dort in einer kleineren oder größeren Gruppe meist Gleichaltriger unter pädagogischer Begleitung. So ergeben sich seitens der Pädagogen andere Fragestellungen im Umgang mit dem Menschen mit ASS als beispielsweise seitens der Eltern.

Eines, der zu beobachtenden Phänomene ist die häufig unterschiedliche Einschätzung von Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen mit ASS. Weiterhin die unterschiedlichen Kommunikationsformen mit dem Menschen mit ASS und die Formulierung unterschiedlicher Förderziele. Hieraus resultieren häufig Missverständnisse und Kommunikationsschwierigkeiten, verbunden mit gegenseitigen, wenig wertschätzenden Attributionen.

Da die verschiedenen Institutionen sich in den methodisch-didaktischen Vorgehensweisen unterscheiden, welchen sich die Pädagogen in der Regel anzupassen haben und die Leitungen der Institutionen einen unterschiedlich großen Einfluss auf die pädagogische Arbeit nehmen, ist das Therapeutenteam damit konfrontiert, eine Passung zwischen autismusspezifischen therapeutischen Fördermöglichkeiten und den institutionell-strukturell-personellen Gegebenheiten im Diskurs mit den Vertretern der Institutionen zu entwickeln, unter Berücksichtigung der Wünsche, manchmal auch Forderungen der Eltern.

Die hier ansatzweise dargestellten Subsysteme befinden sich in einem gesellschaftlichen Kontext, welcher auch politische Vorgaben umsetzen muss. So zum Beispiel die Inklusion:

„Inklusion“ bedeutet Einbeziehung, Einschluss, Dazugehörigkeit: Jeder Mensch ist willkommen - die Unterschiedlichkeit der Menschen wird anerkannt und wertgeschätzt. Dies bedeutet für die Schule, dass ALLE Schülerinnen und Schüler im Mittelpunkt der Überlegungen stehen und alle eine bestmögliche Förderungen

erhalten sollen. Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung spricht von einer umfassenden Teilhabe als Menschenrecht.“⁴⁹

⁴⁹ <http://www.stadt-koeln.de/5/schule/inklusion/08523/>

Berücksichtigt man jedoch die Tatsache, dass es kein ausgearbeitetes Konzept, geschweige denn evaluierte Untersuchungen zu pädagogischen, methodischen und didaktischen Vorgehensweisen und deren Wirksamkeit für inklusive Projekte gibt, wird offensichtlich, dass alle daran Beteiligten einer großen Belastung ausgesetzt sind. Dies zeigt Wirkungen auf den Menschen mit Autismus, welcher von Eindeutigkeit, Überschaubarkeit und Vorhersehbarkeit sowie von einem ähnlichen Umgang aller Menschen mit ihm profitiert.

4 Das Phänomen der ‚déformation professionnelle‘

Im nachfolgenden Kapitel wird das Phänomen der ‚déformation professionnelle‘ genauer in Augenschein genommen. Dabei geht es zunächst um die Definition des Begriffs. Anschließend werden kontextbezogene Überlegungen zu den sozialpsychologischen Erklärungsmodellen von Reaktanz und Kontrolltheorien weiter ausgeführt. Abschließend werden ‚Therapeutische Ermüdung‘, ‚Gleichgültigkeit‘ und ‚Burnout‘ als spezifische Folgen einer beruflichen Deformation genauer in den Blick genommen.

4.1 Definition

Der Ursprung des Begriffs der ‚déformation professionnelle‘ ist nicht sicher zuzuordnen. Nach unserer Recherche geht er auf den belgischen Soziologen Daniel Warnotte oder den russisch-amerikanischen Soziologen Pitirim Sorokin zurück.

Wikipedia bietet folgende Definition an: „Die Redewendung **déformation professionnelle** ([frz.](#) für etwa ‚berufliche Entstellung‘) benennt die Neigung, eine berufs- bzw. fachbedingte Methode oder Perspektive unbewusst über ihren Geltungsbereich hinaus auf andere Themen und Situationen anzuwenden, was zu Fehltritten, eingengter Sichtweise oder sozial unangemessenem Verhalten führen kann. Sie bezieht sich in [ironischer](#) Weise auf die *formation professionnelle*, d.h. die berufliche Bildung und ist mit der Redeweise von [Betriebsblindheit](#) vergleichbar.“⁵⁰

Hartmut Fengler definiert das Phänomen der ‚déformation professionnelle‘ wie folgt: „Berufliche Deformation soll alle Schädigungen, Verformungen, Fehlentwicklungen, Abnutzungen, Verschleißerscheinungen, Erstarrungen, Fehlorientierungen, Entfremdungen, Realitäts- und Wahrheitsverluste und Verkennungen im Erleben, Verhalten und Denken bezeichnen, die im Laufe der Berufstätigkeit und durch sie bedingt auftreten.“⁵¹ Er zählt folgende Gründe für eine berufliche Deformation auf: „Dauerbelastung, Überidentifikation, Wahrnehmungsselektion, blinde Flecken, Interessensverarmung, Gedankliche Dürre, Erstarrter Gestus und Ausdruck sowie

⁵⁰ www.wikipedia.de

⁵¹ Fengler, 2008/2012, S. 125

Abrufbare Gefühle“,⁵² die er jeweils kurz erläutert. Hier gibt es Verbindungen zum Leib-Konzept in der Integrativen Therapie („Der Mensch als L e i b s u b j e k t ist durch ein differentielles und integriertes Wahrnehmen-Verarbeiten-Handeln unlösbar mit der L e b e n s w e l t verflochten – mit den Menschen in Zwischenleiblichkeit, mit den Dingen in Handhabung. Er wird von den Gegebenheiten der Lebenswelt bewegt, beeinflusst, gestaltet und er wiederum bewegt, bearbeitet, beeinflusst sie kokreativ durch sein Tun und Wirken – in konstruktiver und auch in destruktiver Weise über die Lebensspanne hin.“)⁵³ und den Modellen zur Pathogenese

4.2 Eine mehrperspektivische Betrachtung des Phänomens der ‚déformation professionnelle‘

Wenn man sich mit dem Phänomen der ‚déformation professionnelle‘ auseinandersetzt, kann dies mit unterschiedlichen Optiken geschehen. In dieser Arbeit soll dies mit den vier untenstehenden geschehen:⁵⁴

- a) Theoretische Hintergründe zur Erklärung
- b) Selbstdeformation
- c) Deformation im Kontakt mit den Klienten und ihrem Umfeld
- d) Deformation innerhalb des Teams/der Institution.

a) Theoretische Hintergründe zur Erklärung

Um sich der ‚déformation professionnelle‘ anzunähern, ist es hilfreich dies aus dem Blickwinkel von unterschiedlichen Theorien vorzunehmen. Hier sind zunächst Sozialisations-, Enkulturations⁵⁵- und Professionalisierungstheorien zu nennen. Im Weiteren folgen Lerntheorien sowie Theorien zu Belastungsfaktoren und protektiven Faktoren. Auch der Zusammenhang mit Konflikttheorien wird ausgeführt.

In der Integrativen Therapie/Supervision gehören die Sozialisationstheorien zu den realexplicativen Theorien im ‚Tree of science‘ und sind dort mit den Persönlichkeits- und der Entwicklungstheorien verknüpft. Der Mensch verfügt über ein Bündel an

⁵² Fengler, 2008/2012, S. 126ff

⁵³ Petzold, Polyloge 1/2011, S. 22

⁵⁴ vgl. Fengler, 2008/2012, S. 132ff

⁵⁵ Petzold, IT, Volume 35, 2009, No.2/3, S. 308

Erfahrungen auf leiblich-seelisch-kognitiver Ebene und entwickelt aufgrund von diesen Erfahrungen, mit ihren Selbst- und Fremdattributionen, eine Vorstellung – ein Bild - von sich selbst in Kontext und Kontinuum. Er gestaltet sich und seine Rollen⁵⁶ sowohl im persönlichen als auch im professionellen Rahmen. Diese sind nicht festgeschrieben, sondern unterliegen, gemäß dem „life-span-developmental-approach“⁵⁷ der Integrativen Therapie, einem lebenslangen Wandel.

Enkulturationstheorien sind von den Sozialisationstheorien kaum zu trennen und prägen beide die Persönlichkeit des jeweiligen Menschen (auch im Sinne des "informierten Leibes"⁵⁸). Im Hinblick auf das Phänomen der 'déformation professionnelle' sind sie wichtig um auslösende Faktoren eingrenzen zu können.

Die Grundlage der Lerntheorien im Integrativen Ansatz bildet der "komplexe Lernbegriff"⁵⁹. **"Lernen ist das Differenzieren, Konnektivieren und Integrieren von Wahrnehmungs-, Erfahrungs-, Wissens- und Metawissensbeständen; im Erfassen, Verarbeiten und kreativen Nutzen der Komplexität dieser Prozesse selbst wird Lernen *Metallernen*. 'Komplexes Lernen' ist Grundlage aller Konzeptbildung"**⁶⁰.

Lernen geschieht demnach auf verschiedenen Ebenen (Erwerb von Fertigkeiten und Fähigkeiten im Bereich des Lernens von Verhalten, Emotionen, Volitionen und Kognitionen). Dabei spielt das soziale Lernen eine wichtige Rolle, da der Mensch auf den Mitmenschen bezogen ist.⁶¹ Im Hinblick auf die Bedeutung für das Phänomen der 'déformation professionnelle' können Lerntheorien helfen, um Zusammenhänge zwischen erlerntem 'Helferverhalten' und möglichen Überlastungsfaktoren herzustellen. Im Sinne einer supervisorischen Intervention können die individuellen Lernstile herausgearbeitet werden, die dann in den größeren Zusammenhang der Entwicklung einer beruflichen Identität gestellt werden können, um so zu einem besseren Verständnis von sich selbst zu gelangen.

Theorien zu Belastungs- und protektiven Faktoren können dazu dienen sowohl Auslösefaktoren (Überforderungsgefühle, Stress, Hyperstress) zu identifizieren, als

56 vgl. Petzold, 2012, S.438ff

57 Petzold, 2007, S. 389

58 ebenda, S.72

59 Petzold 2002b, S. 7

60 ebenda, S. 7

61 vgl. ebenda

auch gezielt die Entwicklung und Stärkung von protektiven Faktoren und Resilienzen in den Blick zu nehmen.

"Konflikte im Interventionsrahmen von Beratung, Therapie, Agogik werden gesehen als das Aufeinandertreffen gegensätzlicher aktueller Außenansprüche von Individuen oder Gruppen in ihren je spezifischen Kontexten und/oder widerstreitender "social worlds" bzw. mentaler Repräsentationen aus diesen Kontexten mit ihrer Geschichte und antizipierter Zukunft. Im intrapersonalen, individuellen Raum führt das zu konfligierenden "subjektiven Theorien" mit ihren widerstreitenden Gefühlen und Motiven. Im interpersonalen, kollektiven Raum führt das zu konflikthafter "sozialen Repräsentationen" mit ihren antagonisierenden Werten, Interessen, Geschichtsinterpretationen und Zukunftsvisionen [Petzold 1999r]."⁶²

Aus der oben geschilderten Sicht der integrativen Konflikttheorie müssen Konflikte differentiell betrachtet werden. Dazu können die drei Ebenen (Mikro-, Makro-, Mesoebene)⁶³ herangezogen werden, in denen Konflikte auftreten und die jeweils mehrperspektivisch angesehen und bearbeitet werden sollten. Wie oben erwähnt, spielen auch hier die "mentalen Repräsentationen" eine Rolle, auf die in Kapitel 4.4 eingegangen wird. Neben den Konflikttheorien gilt es, wie oben bereits erwähnt, auch protektive Faktoren⁶⁴ in den Blick zu nehmen. Antonovsky hat die Theorie der Salutogenese in den 1970er geprägt, andere Forscher beschäftigten sich ebenfalls mit Schutzfaktoren/Resilienzen (u.a. J. Block und E. Werner). Denn nicht nur negative Erfahrungen wirken auf den Menschen, sondern auch die positiven. So können sie dazu beitragen, dass Phänomene der 'déformation professionnelle' auftreten, aber der Therapeut, trotz der Herausforderungen und Belastungen durch und im Arbeitsfeld, 'gesund' bleibt.

b) Selbstdeformation

Auch die Persönlichkeit des Therapeuten kann deformierenden Charakter haben. Hierzu zählen eigene, hohe Ansprüche (an sich und die zu leistende Arbeit), eine eingeeengte Denkweise/Lehrmeinung (für die Autismustherapie wäre dies z.B. das Festhalten an einer einzigen Therapiemethode) und auf der anderen Seite eine

⁶² Petzold, 2003a, S.12

⁶³ ebenda S. 4

⁶⁴ Petzold, 1992a, S. 574ff

„Methoden-Unersättlichkeit“⁶⁵ sowie das Fehlen von ausgleichenden Realitäten (hier der alleinige Fokus auf Menschen mit Autismus ohne Berücksichtigung des neurotypischen Verhaltens, der neurotypischen Entwicklung), ein ständiges Hinterfragen und Reflektieren sowie eigene ungünstige Kommunikationsmuster („Verstummen und Plappern“⁶⁶). Die aufgeführten Verhaltensmuster sind in der Regel gelernt und entwickeln sich aus der persönlichen und beruflichen Biographie. Im supervisorischen Kontext gilt es daher, diese in den Blick zu nehmen und sowohl dysfunktionale als auch protektive Faktoren herauszuarbeiten, um so die Selbststeuerungsmöglichkeiten des Einzelnen zu erhöhen.

c) Deformation im Kontext mit den Klienten und ihrem Umfeld

Durch die Andersartigkeit in der Interaktion und Kommunikation mit Menschen mit ASS kommt es beim Therapeuten wiederholt und nachhaltig zu Irritationen und Störungen in seiner intuitiven/angeborenen Ausrichtung am sozialen Gegenüber. Je nachdem, über wie viel Selbsterfahrung und Selbstreflexionsfähigkeiten der Therapeut verfügt, kann dies unbewusst geschehen und wirken, oder bewusst wahrgenommen werden. Die gemachten Erfahrungen können zum Einen bewirken, dass der Therapeut 'überkompensiert' (z.B. im Sinne von überzeichneter Mimik oder ständigen Erklärungen zum Kontext) oder eine hohe Energie darauf verwendet, eine Reaktion vom Gegenüber zu erhalten (und sei sie noch so klein) und zum Anderen, dass Resignation und sozialer Rückzug auftreten. Beides kann sich als 'Verhaltensweise' manifestieren, mit der der Therapeut auch im privaten Alltag auftritt und was dort wiederum ebenfalls zu Irritationen führen kann.

In der Arbeit mit den Eltern kann fehlende, wechselseitige Anerkennung (der Begrenzungen, aber auch der Fortschritte) ein Faktor sein, der zu Belastungen und darüber hinaus zu Deformationen führen kann. Ist ein Elternteil ebenfalls betroffen (teilweise offen benannt, meist jedoch nicht thematisiert), kann es bei Elterngesprächen zu weiteren Kommunikations- und Interaktionsschwierigkeiten kommen (mit den oben benannten Folgen).

Innerhalb der Institutionsberatung wirken beispielsweise das mangelnde Verständnis für die Bedürfnisse und Verhaltensweisen der Klienten von Seiten des Lehrkörpers erschwerend auf die Entwicklung eines gemeinsamen Förderkonzeptes. Die notwendig werdenden, wiederholten Erklärungen zum Behinderungsbild und den

⁶⁵ Fengler, 2012, S. 142

⁶⁶ ebenda, S. 149ff

individuellen Ausprägungen erschöpfen, bzw. können beim Therapeuten 'Missionarische Formen' annehmen, was zur Folge haben könnte, dass die jeweilige Realität (z.B. Rahmenbedingungen innerhalb der Institution, berufliche bzw. individuelle Begrenzungen auf Seiten der pädagogischen Mitarbeiter, etc.) außer Acht gelassen würde. Weiterhin wirken hier ebenfalls fehlende, wechselseitige Anerkennung und u.U. auch Konkurrenzgefühle (die ebenfalls beidseitig auftreten können und in der Regel nicht thematisiert werden).

Auf allen Ebenen des therapeutischen Kontakts kann es auf Seiten des Therapeuten als Folge zu einem reduzierten, mangelnden Einfühlungsvermögen kommen, welches sich in Gefühlen von Langeweile, Desinteresse oder Müdigkeit äußern kann. Auch der Rückzug auf vermehrte Routinehandlungen (zu Lasten einer lebendig gestalteten Therapiestunde z.B.) oder schematisch erzählte Anekdoten, Ungeduld oder Erleichterung über ausgefallene Termine, kann Ausdruck einer ‚déformation professionnelle‘ sein.⁶⁷

d) Deformation innerhalb des Teams/der Institution

Auch das Team kann eine deformierende Wirkung auf den Therapeuten haben. Dies kann geschehen, wenn die Therapeuten mit ihren unterschiedlichen therapeutischen Ausbildungen und den sich dort auch widerspiegelnden Menschenbildern nicht in einen ko-kreativen und polylogischen Austausch miteinander treten, sondern jeder seine Zugangsweise für 'die richtige' hält. Auch die häufig damit einhergehende mangelnde wechselseitige Wertschätzung kann sich negativ auf die Person des Therapeuten (auf die berufliche als auch die persönliche Identität) auswirken.

Unausgesprochene Konkurrenzgefühle, zeitlicher Druck, fehlende Austauschmöglichkeiten, ‚Therapieeinheitendruck‘, viele multi-belastete Klienten/Familien und unterschiedliche 'Therapeutenpersönlichkeiten' sowie ungeklärte Konflikte zwischen einzelnen Teammitgliedern bzw. Teammitgliedern und Leitung wirken ebenfalls auf die Arbeitszufriedenheit und damit auf die berufliche Identität.

Institutionelle Rahmenbedingungen können gleichermaßen deformierend wirken. So können notwendige Veränderungen durch die Haltung ‚das war immer so‘ behindert werden. Fehlende Transparenz von Entscheidungsprozessen kann zu Verärgerung und Frustration oder Reaktanz führen. Unklare Hierarchien bergen die Gefahr von

⁶⁷ vgl. Fengler, 2012, S. 169ff

Unzufriedenheiten, die wiederum Auswirkungen auf die Arbeitsmotivation haben können. Auch das Thema ‚Macht‘⁶⁸ gilt es in den Blick zu nehmen und kann, wenn es nicht offen reflektiert wird, deformierenden Charakter bekommen.

Die Komplexität des Arbeitsfeldes mit den verschiedenen Ebenen und ihre möglichen Auswirkungen auf den einzelnen Therapeuten macht deutlich, dass es potentiell vielfältige Möglichkeiten gibt, um unterschiedliche Phänomene der 'déformation professionnelle' zu entwickeln.

Aus supervisorischer Sicht ist es wichtig, für diese Phänomene zu sensibilisieren und vorhandene Ressourcen in den Blick zu nehmen bzw. mögliche protektive Faktoren zu entwickeln (vgl. auch die Ziele von Supervision⁶⁹).

4.3 Stigmatheorien

“Der Begriff “Stigma” stammt aus dem Griechischen und bezeichnet ein Brandmal oder Zeichen, das in den Körper eingebrannt oder geschnitten wurde, um in der Öffentlichkeit sichtbar zu machen, dass der Träger ein Sklave oder Verbrecher ist.

Die Stigma-Theorie von Goffman (1963) analysiert den Prozess der Stigmatisierung in der alltäglichen sozialen Interaktion. Im Zentrum der Stigma-Theorie steht die Annahme, dass Personen mit einem negativ bewerteten Merkmal (Stigma) sozial geächtet werden.”⁷⁰

““Es scheint möglich, dass eine Person zwar unsere Erwartungen nicht erfüllt, sie dennoch relativ unberührt ist von diesem Versagen. Abgeschieden aufgrund ihrer Entfremdung und geschützt durch ihre persönlichen Identitätsannahmen, fühlt sich die Person als ein normaler Mensch und denkt vielleicht, dass wir nicht normal sind. Solch eine Person trägt ein Stigma, ist hiervon jedoch völlig unbeeindruckt.” (Goffman (1963, p. 6; Übersetzung B.K.))”⁷¹

Menschen mit ASS sind, da sie zur Gruppe der Menschen mit Behinderung gehören, eine ‚Randgruppe‘ der Gesellschaft. Nach den DSM IV-Kriterien werden sie als Menschen mit einer ‚Tiefgreifenden Entwicklungsstörung‘ klassifiziert. Insofern kann

68 Petzold, 2007, S. 266ff

69 vgl. Petzold 2007, S. 152

70 http://www.ehs-dresden.de/uploads/media/Kommunikation_und_Interaktion_-_Soziale_Kognition.pdf

71 ebenda

man von einer ‚Randgruppe‘ in der Gruppe der Menschen mit Behinderung sprechen. Auch, oder obwohl eine Prävalenzrate von 6 – 7 von 1000 (Frühkindlicher Autismus: 1,3 – 2,2/1000; Asperger-Autismus: 1 – 3/1000)⁷² genannt wird.

Soziologisch fundierte Theorien lassen sich mehrere finden, welche sich unterscheiden hinsichtlich *strukturell-funktionalen* Ansätzen und *prozessualen/interaktionistischen* Theorien⁷³. Zu ersterem gehört die ‚Anomie-Theorie‘ (*Robert K. Merton*), in welcher der Focus auf das normative (Konformität) und normabweichende Verhalten gelegt wird (objektiv beschreibbar, aufgrund der Festlegung normativer Kriterien).⁷⁴

Die ‚Symbolisch-Interaktionistische Theorie‘ (*G. H. Mead, H. Blumer*) fundiert auf den Annahmen einer ‚interpretativen Beschreibung des dynamischen Prozesses von menschlichem Verhalten und sozialem Geschehen, soziale Zugehörigkeit oder auch nicht-Zugehörigkeit wird gelernt, über Selbst- und Fremdattributionen bildet sich das Selbst und die Identität, soziale Objekte erlangen soziale Bedeutungen, soziale Rollen sind dynamisch und verändern sich.⁷⁵

Das ‚Labeling Approach‘ (*Lemert*) beschäftigt sich mit Zuschreibungsprozessen seitens der Gesellschaft einzelnen gegenüber und konstatiert, dass ein abweichendes Verhalten ein von anderen zugeschriebenes abweichendes Verhalten ist. In der Folge kann ein Prozess der Einverleibung der Zuschreibung durch den/die Anderen erfolgen. Weiterhin wird zwischen primärer Devianz (sozial akzeptierte Andersartigkeit) und sekundärer Devianz (Identitätsveränderung nach Übernahme der Zuschreibung, Stigmatisierung und Isolierung durch soziale Kontrolle) (*Böhnisch, 1999; Ahrens 1975*) unterschieden.⁷⁶

Eine nun nähere Betrachtung gilt der Stigmatheorie nach Goffmann. Er beschreibt zwei Perspektiven bezüglich des Terminus ‚Stigma‘:

- die des Diskreditierten als Menschen über dessen Anderssein der/die Andere(n) schon Bescheid wissen und

72 www.autismus.de, 20.08.2013

73 <http://www.mynetcologne.de/~nc-hilberma/sonderpaed/Thesenblatt-Abweichung-pdf.pdf> 02.03.2013

74 ebenda

75 ebenda

76 ebenda

- dem des Diskreditierbaren als Menschen über dessen Anderssein der/die Andere(n) nicht Bescheid wissen.⁷⁷

Eltern, Jugendliche mit ASS, sowie Therapeuten stehen oft vor der Frage: ‚Soll eine Aufklärung, warum sich mein Sohn/meine Tochter so verhält, in der Klasse, im Verein, bei einem potentiellen Arbeitgeber, in der Nachbarschaft oder auch in der Verwandtschaft, erfolgen?‘

Vielfach sind die Reaktionen des sozialen Umfeldes des Menschen mit ASS nicht vorhersehbar, und es entsteht die Angst, dass eine Stigmatisierung mit dieser ‚Aufklärung‘ erst beginnt oder aber sich noch ausbaut.

Ebenso sind die Schlussfolgerungen und daraus folgenden Handlungen eines Menschen mit ASS nicht immer kalkulierbar. Einerseits ist es wichtig, dass er verstehen kann, warum sich seine Umwelt, seine Mitschüler oder auch seine Lehrer ihm gegenüber (selbst wahrgenommen), abweisend verhält, warum er so häufig ‚Ärger‘ bekommt, warum er keine Freunde findet, warum er bestimmte Ängste hat, warum er häufiger als andere wütend wird, warum bei seinen Witzen keiner lacht, ... Andererseits kann auch eine Veränderungsresistenz die Folge sein, da der Mensch mit ASS sich einfach auf den Standpunkt stellt: ‚Ich kann ja nicht anders‘. Durch die Benennung der Beeinträchtigung oder Behinderung erklärt er sich also zu einem veränderungsresistenten Menschen, welcher, egal wie viel Energie er aufbringen würde, sich gar nicht verändern kann. Frei nach dem alten Motto: Ist der Ruf erst ruiniert, lebt’s sich weiter ungeniert! (Dieser wird unter anderem Wilhelm Busch zugeschrieben.)⁷⁸

Die Gestaltung des anschließenden therapeutischen Prozesses ist in beiden Fällen keine einfache. Denn seitens des Therapeuten besteht die Gefahr, dass durch das sich verändernde Verhalten des Menschen mit ASS das Gefühl eines Kontrollverlustes entsteht, da es viele Zeiten gibt, welche er nicht begleiten/kontrollieren und eine Vorplanung kommender Ereignisse erfolgen kann. Ein Prozess der Selbststigmatisierung in Form von Selbstwertzweifeln, Schuldgefühlen und Hilflosigkeit kann einsetzen. Dieser hat eine in sich unberechenbare Dynamik, und die negative Erfahrung generalisiert sich in Folge möglicherweise auf andere berufliche und private Bereiche.

⁷⁷ Goffmann 1967, S. 12

⁷⁸ www.wilhelm-busch-seiten.de/werke/Zitate2html

Ein weiteres Phänomen, welches *Goffmann* beschreibt, ist in den sozialen Umfeldern von Menschen mit ASS häufig anzutreffen: „... können ... kleinere Fehler oder zufällige Fehlleistungen als ein direkter Ausdruck seiner stigmatisierten Andersartigkeit interpretiert werden.“⁷⁹ Dies ist gerade im schulischen Alltag zu beobachten. Nicht erwünschte Verhaltensweisen werden hinsichtlich Qualität und Quantität unterschiedlich bewertet und auch die folgenden ‚pädagogischen Konsequenzen‘ (beispielsweise Ermahnungen, Klassenkonferenzen oder Unterrichtsausschluss) zeigen eine unterschiedliche Häufigkeit bei Menschen mit oder ohne ASS.

Die Nicht-Reflexion eines unterschiedlichen Bewertungsmusters der Gesellschaft und beispielsweise auch vieler pädagogischer Institutionen (Kindergarten, Schule, Ausbildungsstätten, Werkstätten für Menschen mit Behinderung, ...) führt dann zu einer prekären Lage für den Menschen mit ASS. „Auf der Grundlage dessen, was das stigmatisierte Individuum wohl beim Eintritt in eine gemischte soziale Situation zu gewärtigen hat, kann es dazu neigen, antizipatorisch zu reagieren durch defensives Sichverkriechen.“⁸⁰ Dieses Verhalten begünstigt aber Auffälligkeiten im Verhalten, welche nach dem ICD-10 zu den Diagnosekriterien Asperger-Syndrom gehören; wie die qualitativen Abnormitäten in der wechselseitigen sozialen Interaktion:

- „Unvermögen, einen angemessenen Blickkontakt herzustellen und aufrechtzuerhalten, Mängel in Mimik und Körperhaltungen, Mängel in der Gestik zur Regulierung der sozialen Interaktion;
- Unvermögen (in einer dem geistigen Alter entsprechenden oder trotz ausreichender Gelegenheiten), Beziehungen zu Gleichaltrigen zu entwickeln, die das Teilen von Interessen, Aktivitäten und Emotionen betreffen;
- fehlender spontaner Wunsch, mit anderen Menschen Vergnügen, Interessen und Errungenschaften zu teilen“⁸¹,

so dass letzten Endes dann die Unterscheidung zwischen primärer Behinderung und Auswirkungen durch die Stigmatisierung nicht mehr zu treffen ist.

Menschen mit ASS haben oft Spezialinteressen, welche sie ausdauernd und konzentriert verfolgen können. Gelingt es ihnen, andere Menschen mit ASS mit

⁷⁹ Goffmann 1967, S. 25

⁸⁰ Goffmann 1967, S. 27

⁸¹ www.autismus-etcetera.de/DiagnosekriterienAutismus-offiziell.html

gleichen Interessen zu finden, kommt es zu Begegnungen oder auch Freundschaften über diese gemeinsame Beschäftigung. Zu beobachten ist allerdings auch, dass diese Freundschaften häufig von der Umwelt nicht als normal und wertvoll angesehen werden, sondern es kommt zu Aussagen wie: ‚Ja, aber das ist ja auch nur ein Asperger‘.

Beim Prozess der Stigmatisierung wird von außen **ein Merkmal auf die gesamte Person generalisiert**: der Behinderte, der Autist, der Asperger, ‚Mein Sohn ist ‚Asperger‘.

Um diesen Stigmatisierungsprozess und die damit verbundenen Kränkungen für den Menschen mit ASS, aber auch für die Familie und die Eltern ‚aushaltbar‘, kontrollierbar und das heißt auch aktiv beeinflussbar zu machen, wird versucht, unter anderem über therapeutische Interventionen den Menschen mit ASS gesellschaftlich adäquate Verhaltens- und Handlungsweisen zu vermitteln. Dennoch: „Wo eine solche Reparatur möglich ist, ist das Ergebnis oft nicht der Erwerb eines vollkommen normalen Status, sondern die Transformation eines Ich mit einem bestimmten Makel zu einem Ich mit dem Kennzeichen, einen bestimmten Makel korrigiert zu haben.“⁸²

Was impliziert, dass die stattgefundene Stigmatisierung nie in der Gänze aufgehoben werden kann. Für den Therapeuten und seinen empfundenen Selbstwert bedeutet dies eine Kränkung, da er nie vollkommen erfolgreich intervenieren kann. Wie seine Deutung/Wertung des Prozesses aussieht, ist ausschlaggebend für die Ausbildung saluto- oder pathogenetischer eigener Muster.

Über das Internet ergab sich für Menschen mit ASS in den letzten Jahrzehnten zunehmend die Möglichkeit, einen anderen Weg der Kontaktaufnahme zu suchen und somit eine eigene Gruppenidentität zu entwickeln. Internet-Plattformen, wie www.aspergia.de, www.justanswer.de, www.tokol.de oder www.aspies.de bieten Möglichkeiten zum medial-persönlichen Austausch. Der Mensch mit ASS gehört einer Gruppe an. Mit der Gefahr, dass: „All die anderen Kategorien und Gruppen, zu denen das Individuum notwendig auch gehört, werden implizit als seine nicht-realen gesehen; das Individuum gehört nicht realiter zu ihnen. Die reale Gruppe des Individuums ist demnach das Aggregat von Personen, die wohl die gleichen Privationen erleiden müssen wie es selbst, weil sie das gleiche Stigma haben; seine

⁸² Goffman 1967, S. 18

reale »Gruppe« ist in der Tat die Kategorie, die zu seiner Diskreditierung dienen kann.“⁸³

Auf der Ebene der Therapeuten besteht die Gefahr, dass sie die Mehrperspektivität aus dem Blick verlieren und - aus falschverstandener Empathie, einem nicht erkannten ‚Helfersyndrom‘ oder einer Überidentifizierung mit den Problemen seines Klienten, beispielsweise durch Ausschlusserfahrung oder andere schwierige Lebens- und Sozialisationserfahrungen in der eigenen Lebensgeschichte - eine Position, ähnlich jener von ‚Johanna von Orleans‘ einnehmen als Kämpfer für die Rechtlosen und Unterdrückten. Fengler nennt dies „Paradigmatische Scheuklappen“⁸⁴ mit den déformativen Inhalten des fehlenden Betrachtens des einzelnen Prozesses und der Gefahr von „Übertreibung oder Phantasterei“⁸⁵.

Sind diese Zusammenhänge dem einzelnen Therapeuten nicht präsent, wird eine Eigenübertragung auf den Menschen mit ASS und dessen Bezugspersonen wahrscheinlicher, so dass es in Folge zur Übernahme einer „militante[n] und chauvinistische[n] Linie ...“⁸⁶ kommen kann. In der Praxis zeigt sich dies beispielsweise darin, dass das Verhalten des Menschen mit ASS über Fremdattributionen (falsche Ansprache, fehlende Strukturierung, personale Zuschreibungen in dem Sinne: ‚der mag den nicht‘, ‚der will den loswerden‘, ...) erklärt wird.

„Durch harte Arbeit und beharrliches Selbsttraining sollte es andererseits gewöhnliche Standards so vollkommen wie möglich erfüllen, sich nur zurückhalten, wenn die Frage der Normierung sich erhebt; das heißt, wo seine Bemühungen den Eindruck des Versuches, seine Andersartigkeit zu leugnen, erwecken könnten.“⁸⁷

Das Phänomen des Versuches, so ‚normal wie möglich‘ zu erscheinen, führt bei Menschen mit ASS dazu, ein optimales Rollenverhalten in den gesellschaftlichen Kontexten zu zeigen. Da dieses aber häufig ‚künstlich‘ wirkt, entsteht auf Seiten des Interaktionspartners das Gefühl einer Irritation. Im therapeutischen Gespräch begegnet man dann Phänomenen der ‚Verleugnung‘ der Behinderung (fehlendes Selbstkonzept), der Mensch mit ASS zeigt ein ‚Selbstkonzept ohne Annahme/Integration der Behinderung‘. Der Versuch, über die ‚harte Arbeit und beharrliches Selbsttraining‘ eine möglichst hohe Annäherung an die Norm zu

⁸³ Goffmann, 1967, S. 141

⁸⁴ Fengler, 1996, S. 132

⁸⁵ ebenda, S. 134

⁸⁶ Goffman 1967, S. 142

⁸⁷ ebenda, S. 145

erzielen, erfordert vom Menschen mit ASS ein hohes Maß an Selbstkontrolle, manchmal auch Selbstverleugnung, so dass er sich trotz hohem energetischem Aufwand von seinem eigenen Selbst entfernt, also sich von sich selbst entfremdet. *Antonovsky* spricht hier von einem rigiden SOC – sense of coherence, *Erikson* bezeichnet einen solchen Prozess als „Pseudointegration als Schutz gegen nagende Verzweiflung“.⁸⁸ **„Und wahrhaftig wird es ein Ich für sich akzeptiert haben; aber dieses Ich ist, wie es notwendig sein muß, ein im Gastland wohnender Fremdling, eine Stimme der Gruppe, die für und durch es spricht.“**⁸⁹ (Hervorhebung durch die Autorinnen).

Vielfach wird dieser Prozess – ungewollt – durch den Autismustherapeuten noch unterstützt. Die Forderung: *Der Mensch mit ASS soll sich im gesellschaftlichen Kontext so unauffällig wie möglich bewegen, zum eigenen Schutz vor Stigmatisierung.*

Da es sich bei der ASS aber um eine tiefgreifende Entwicklungsstörung handelt, natürlich mit sehr unterschiedlichen Ausprägungsgraden, ist die Fähigkeit der Anpassung an gesellschaftliche Normen und Formen beeinträchtigt; das Zurechtfinden in der Peer-group stößt an Grenzen; das Aufbringen von Transferleistungen in andere Kontexte, auch aufgrund der häufig gestörten Exekutivfunktionen und Veränderungen der zentralen Kohärenz, ist deutlich erschwert. Die daraus beim Therapeuten resultierenden Unzulänglichkeitsgefühle, die Angst vor Beschädigung des beruflichen Selbstwertes durch Kritik von Kollegen, Eltern, Pädagogen, etc., der Wunsch nach fehlerfreier Arbeit, d.h. einem überhöhten Selbstanspruch führen zu dem Phänomen der „Methoden-Unersättlichkeit“⁹⁰. Deutlich wird die Gefahr einer ‚déformation professionnelle‘ schon in dem Begriff der ‚Fortbildung‘: Bilde ich mich von mir fort?; Bilde ich mich vom Klienten fort?; Bilde ich mich von meinen Kollegen fort?; d.h. es besteht die Gefahr, nicht mehr reflektiert, methodenintegrativ und interventionsschlüssig das therapeutische Vorgehen zu planen, durchzuführen und zu überprüfen, sondern Puzzleteile aus unterschiedlichen Puzzles zusammenzufügen, ohne dass sie ein Gesamtbild ergeben.

Um die eigene Identität und Gruppenzugehörigkeit nicht zu gefährden, ist es im gesellschaftlichen Interesse, Anders-Seiende zu gruppieren und auch zu stigmatisieren, da als zur ‚Normalgruppe‘ gehörender nicht die Gefahr besteht, selbst

⁸⁸ Antonovsky 1997, S. 48

⁸⁹ Goffman 1967, S. 153

⁹⁰ Fengler, 1996, S. 134

stigmatisiert zu werden. Würden die verschiedenen Gruppen zu einer zusammengefasst (Inklusion), erhöht sich diese Gefahr, da die Zugehörigkeiten aufgehoben werden. Der Identitätsglauben ist dann gefährdet.⁹¹ Um Unterschiedlichkeiten aufrechtzuerhalten, gibt es in diesem Prozess der gruppalen Zuordnungen diejenigen, welche Normalität vorgeben und jene, welche sich anpassen sollen. „Dem Individuum wird gesagt, dass es, wenn es die richtige Linie sich aneignet (welche Linie es sein soll, hängt davon ab, wer gerade spricht), mit sich ins Reine gekommen und ein ganzer Mensch sein wird; es wird ein Erwachsener mit Würde und Selbstachtung sein.“⁹² Interessant ist an dieser Aussage *Goffmann's*, dass es sowohl Verhaltens-Vorgaben-Variablen gibt, welche sich zu gleicher Zeit (Kontext) unterscheiden können (beispielsweise die divergierenden Verhaltenskodexe von Erwachsenen und Jugendlichen in ihren Peer-Groups – welche sich hinsichtlich ihrer Normen und Werte deutlich voneinander unterscheiden); als auch historisch retro- und prospektiv (Kontinuum) betrachtet. So haben sich in den letzten Jahren ‚Specialisterne‘ in Dänemark, ‚Auticon‘ sowie ‚Salo und Partner‘ in Deutschland darauf spezialisiert, Arbeitsangebote für Menschen mit Autismus zu schaffen.⁹³

Wie kollektive mentale Repräsentationen manipulierbar sind und somit auch stigmatisierend wirken, kann an dem Umgang mit den in den letzten Jahren stattgefundenen Amokläufen gut beobachtet werden. Meinungs- und Stimmungsbildung in der Gesellschaft ist in starkem Maße abhängig von der medialen Berichterstattung: „Nach dem Amoklauf geraten die Autisten und Menschen mit Asperger-Syndrom ins Visier der Medien, da der Täter dieses Krankheitsbild gehabt haben soll. Es gibt eine ganze Menge autistischer Blogger, die sich nun durch die Berichterstattung und die Erklärungsversuche gekränkt fühlen.“⁹⁴ Und: "Wenn man in den Medien das Bild eines Amokläufers sieht und dick darüber oder nebendran etwas von Autismus steht, tut das weh. Es verletzt. Und es macht Angst! Höllische Angst, dass Autismus noch mehr stigmatisiert wird und gedankliche Verknüpfungen bei anderen Menschen entstehen, die nicht nur falsch sondern

91 Goffman 1967, S. 151

92 Goffman 1967, S. 153

93 www.specialisterne.dk, www.auticon.de, www.salo-ag.de – 26.09.2014

94 www.br.de 19.12.2012

verletzend sind.“⁹⁵ Spiegel-online bezeichnet Menschen mit Asperger-Syndrom demgegenüber als „Blind für die Emotionen anderer Menschen“.⁹⁶

Die so stattfindende Beeinflussung der gesellschaftlichen Meinung unter Billigung der Stigmatisierung vieler Menschen selbiger, eine dauernde Traumatisierung von Menschen mit ASS durch einen entsprechenden Umgang mit ihnen wird billigend in Kauf genommen. Zur Meinungsbildung werden von Journalisten Erkenntnisse genutzt, welche nicht belegt sind,⁹⁷ und es kommt zu Begriffs- bzw. Klassifizierungsvermischungen, wie beispielsweise der Gebrauch der Diagnose: ‚Persönlichkeitsstörungen‘ statt ‚Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen‘, welche sich hinsichtlich Ätiologie, Symptomatologie und Erscheinungsformen deutlich unterscheiden.

Im Rahmen dieser Ausführungen stellt sich die Frage, inwiefern das Berufsbild ‚Autismustherapeut‘ nicht selbst der Gefahr einer Stigmatisierung unterliegt, da dieser sich ja von Berufswegen gerade mit potentiell für die Gesellschaft scheinbar gefährlichen Menschen beschäftigt. Die Belastung, welche auf dem Autismustherapeuten liegt, keine Anzeichen für eine mögliche Straftat zu übersehen, die Forderung nach Milderung, am besten gänzlichem Abbau von Impulskontrolldurchbrüchen – welche häufig genug durch den situativen Kontext hervorgerufen werden – ist riesig. In der Konsequenz kann es zu Phänomenen der „Hyperreflexion“ und der „Unselbstständigkeit“⁹⁸ – aufgrund von Unsicherheit und Angst – kommen.

Auch vor mehr oder weniger deutlichen Rechtsverletzungen wird zu Stigmatisierungszwecken nicht zurückgeschreckt: „Hier scheint dem Hirnscanner der Spiegel-Artikel - wenn auch nicht dem Buchstaben nach, so doch im Geiste - nicht wirklich im Einklang mit dem [Pressekodex](#). Unter Ziffer 12, die sich gegen die Diskriminierung von Minderheiten und auch von Menschen mit Behinderung wendet, heißt es explizit: „Besonders ist zu beachten, dass die Erwähnung [der Gruppenzugehörigkeit] Vorurteile gegenüber Minderheiten schüren könnte“.⁹⁹ Wie weit jedoch – sofern es überhaupt erstellt werden kann – das Persönlichkeitsprofil eines Menschen der ‚Amok läuft‘ sich von einem Menschen mit ASS unterscheidet,

⁹⁵ www.br.de, 19.12.2012

⁹⁶ ebenda

⁹⁷ www.dasgehirn.info 2.2013

⁹⁸ Fengler, 1996, S. 138

⁹⁹ www.dasgehirn.info 2.2013

ist gut dem Vortrag von *Prof. Dr. Britta Bannenberg*¹⁰⁰ vom 08.02.2011 zu entnehmen.

Die Vielfalt von Möglichkeiten Stigmatisierung einzelner Menschen und Randgruppen zu betreiben, sind breit gefächert. Auswirkungen auf die Bezugssysteme ebenso. Die Furcht der Menschen dieser Bezugssysteme selbst stigmatisiert zu werden – im Sinne eines negativen ‚Stimulus-Stimulus-Pairing‘ (Applied Behaviour Analysis/ABA) – kann, je nach Persönlichkeit und eigener Identifikation mit einer Gruppe, sehr groß sein und dann das eigene Handeln bestimmen.

Dem gegenüber steht die UN-Menschenrechtskonvention vom 13.12.2006:

- „(…)
- h) ebenso in der Erkenntnis, dass jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung eine Verletzung der Würde und des Wertes darstellt, die jedem Menschen innewohnen,
- (…)
- k) besorgt darüber, dass sich Menschen mit Behinderung trotz dieser verschiedenen Dokumente und Verpflichtungen in allen Teilen der Welt nach wie vor Hindernissen für ihre Teilhabe als gleichberechtigte Mitglieder der Gesellschaft sowie Verletzungen ihrer Menschenrechte gegenübersehen,
- (…)
- m) in Anerkennung des wertvollen Beitrags, den Menschen mit Behinderungen zum allgemeinen Wohl und zur Vielfalt ihrer Gemeinschaften leisten und leisten können, und in der Erkenntnis, dass die Förderung des vollen Genusses der Menschenrechte und Grundfreiheiten durch Menschen mit Behinderungen sowie ihrer uneingeschränkten Teilhabe ihr Zugehörigkeitsgefühl verstärken und zu erheblichen Fortschritten in der menschlichen, sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung der Gesellschaft und bei der Beseitigung der Armut führen wird
- (…)¹⁰¹

100 Amok an Schulen – Drohungen, Taten, Hintergründe, Zentrum für Lehrerforschung, Prof. Dr. Britta Bannenberg JLU Giessen 08.02.2011

101 www.institut-fuer-menschenrechte.de 26.09.2014

Diese unterstützt den schon in den letzten Jahren stattfindenden Paradigmenwechsel in der Heil- und Sonderpädagogik, wodurch auch zukünftig Möglichkeiten der Stigmatisierung abnehmen können.

4.4 Kollektive mentale Repräsentationen

„Kollektive mentale Repräsentationen“ entstehen in Prozessen „kollektiver Mentalisierung“ und bestimmen „subjektive mentale Repräsentationen“ in den Prozessen „individuell-persönlicher Mentalisierung“. „Komplexe persönliche Repräsentationen – auch subjektiv-mentale Repräsentationen genannt – sind die für einen Menschen charakteristischen, lebensgeschichtlich in Enkulturation bzw. Sozialisation interaktiv erworbenen, d.h. emotional bewerteten (valuation), kognitiv eingeschätzten (appraisal) und dann verkörperten Bilder und Aufzeichnungen über die Welt. Es sind eingeleibte, erlebniserfüllte „mentale Filme“, „serielle Hologramme“ über „mich-selbst“, über die „Anderen“, über „Ich-selbst-mit-Anderen-in-der-Welt“, die die Persönlichkeit des Subjekts bestimmen, seine intramentale Welt ausmachen. Es handelt sich um die „subjektiven Theorien“ mit ihren kognitiven, emotionalen, volitiven Aspekten, die sich in interaktiven Prozessen „komplexen Lernens“ über die gesamte Lebensspanne hin verändern und von den „kollektiv-mentalen Repräsentationen (vom Intermentalen der Primärgruppe, des sozialen Umfeldes, der Kultur) nachhaltig imprägniert sind und dem Menschen als Lebens-/Überlebenswissen, Kompetenzen für ein konsistentes Handeln in seinen Lebenslagen, d.h. für Performanzen zur Verfügung stehen“ (Petzold 2002b).¹⁰²

In diesem Abschnitt soll es um die Fragestellung gehen, inwieweit ‚kollektive mentale Repräsentationen‘ die berufliche ‚Déformation professionnelle‘ beeinflussen. Die beiden Theorien (das der „kollektiv-mentalen bzw. sozialen Repräsentationen“ und „subjektiv-mentalen bzw. persönlichen Repräsentationen“¹⁰³) müssen dabei als miteinander verbunden und sich gegenseitig beeinflussend gesehen werden. „Wenn also in den überlieferten kollektiven Repräsentationssystemen und den Prozessen ihrer Fortschreibung massive Veränderungen eintreten, führen diese natürlich auch zu Turbulenzen auf der subjektiv-mentalen Ebene und damit werden die rekursiven Prozesse der Mentalisierung „verwirbelt“.“¹⁰⁴

¹⁰² Ostermann, 2010, S. 130

¹⁰³ ebenda, S. 130

¹⁰⁴ ebenda, S. 130

Da, wie gerade beschrieben, der Einfluss dieser mentalen Repräsentationen sich sowohl auf den Menschen mit ASS als auch auf den Therapeuten auswirkt, soll dieses Zusammenspiel genauer betrachtet werden. Der (junge) erwachsene Mensch mit ASS hat z.B. für sich die ‚subjektiv-mentale bzw. persönliche Repräsentation‘, dass er lieber alleine ist, nicht mit Gleichaltrigen ins Gespräch kommt, Einkäufe, Bahnfahrten und Discobesuche meidet, zu Hause Streit mit seinen Eltern über Nichtigkeiten (z.B. tägliches Duschen) hat und zur Spannungsabfuhr mit den Armen wedelt. Diese persönliche Repräsentation trifft nun auf die soziale Repräsentation (gesellschaftliche, normative Erwartung), dass ein erwachsener Mensch sozial und kommunikativ orientiert ist, selbständig und unabhängig sein eigenes Leben meistert und zur Stressreduktion beispielsweise Joggen geht.

Der Therapeut in einem Autismustherapiezentrum hat die ‚subjektiv-mentale Repräsentation‘, dass er ein einfühlsamer, emphatischer Therapeut ist, der seine Klienten motiviert, Veränderungsprozesse zu beginnen und diese dann auf der Basis von vorhandenen Ressourcen begleitet. Auf dieser Mikroebene kann es nun zu Irritationen und einem interpersonellen Konflikt kommen, wenn der Therapeut erlebt, dass auf Seiten des Menschen mit ASS trotzdem kaum Veränderung geschieht. So besteht die Gefahr, dass auf Seiten des Therapeuten Reaktanz (als Folge von drohendem Kontrollverlust, bei hoher eigener Kompetenzmeinung) oder Hilflosigkeit (bei geringer Kompetenzmeinung) entsteht (Attributionstheorien).¹⁰⁵ Gleichzeitig muss er sich fragen, ob er den, für den Betroffenen, ‚richtigen‘ Zugangsweg gewählt hat, ob die „Passung“¹⁰⁶ stimmt.

Außerdem kann er in einen Konflikt mit den Eltern des Klienten geraten (Erfahrungsgemäß spielen die Eltern auch bei jungen Erwachsenen mit ASS eine wichtige Rolle und formulieren Wünsche und Erwartungen an den Therapeuten.). Denn auch hier treffen unterschiedliche soziale und persönliche Repräsentationen aufeinander und wirken auf den Therapeuten (aus professioneller, rollentheoretischer und u.U. persönlicher Sicht) und umgekehrt.

„(...)Soziale Welten als intermentale Wirklichkeiten entstehen aus geteilten Sichtweisen auf die Welt und sie bilden geteilte Sichtweisen auf die Welt. Sie schließen Menschen zu Gesprächs-, Erzähl- und damit zu Interpretations- und Handlungsgemeinschaften zusammen und werden aber zugleich durch solche Zusammenschlüsse gebildet und perpetuiert – rekursive Prozesse, in denen soziale

¹⁰⁵ vgl. Petzold, 2007, S.414

¹⁰⁶ ebenda, S.404

Repräsentationen zum Tragen kommen, die wiederum zugleich narrative Prozesse kollektiver Hermeneutik prägen, aber auch in ihnen gebildet werden.“¹⁰⁷ Auf die Situation von Menschen mit ASS bezogen bedeutet dies, dass sie eine ‚andere‘ soziale Welt haben und diese mit den meisten Mitmenschen nicht teilen können. *Goffman* schreibt dazu: „Diese Andersartigkeit selbst leitet sich natürlich von der Gesellschaft her, denn bevor eine Differenz viel ausmachen kann, muss sie gewöhnlich durch die Gesellschaft als Ganze kollektiv auf einen Begriff gebracht sein.“¹⁰⁸ So können Ausgrenzung und Isolation entstehen, die allerdings von beiden Seiten aus geschehen kann. Viele Menschen mit ASS freuen sich daher andere ‚Aspies‘ kennen zu lernen, sich mit ihnen auszutauschen und ähnliche Interessen und Vorlieben zu haben. Teilweise grenzen sie sich bewusst von den sog. ‚neurotypischen Menschen‘ ab.

Familienmitglieder und Therapeuten können Vermittler zwischen den unterschiedlichen sozialen Welten sein und das Umfeld, aber auch den Betroffenen für die jeweilig ‚andere‘ soziale Welt sensibilisieren und somit Stigmatisierungen zumindest aufweichen.

Serge Moscovici, rumänisch-französischer Sozialpsychologe (*1925) hat zwei Funktionen von sozialen Repräsentationen formuliert: „„Soziale Repräsentationen sind ein System von Werten, Ideen und Praktiken mit einer zweifachen Funktion: einmal, um eine Ordnung herzustellen, die Individuen in die Lage versetzt, sich in ihrer materiellen und sozialen Welt zu orientieren und sie zu beherrschen, zum anderen um zu ermöglichen, dass zwischen den Menschen einer Gemeinschaft Kommunikation stattfinden kann, indem ihnen ein Code zur Verfügung gestellt wird für sozialen Austausch und ein Code für ein unzweifelhaftes Benennen und Klassifizieren der verschiedenen Aspekte ihrer Welt und individuellen Gruppengeschichte.“ (*Moscovici* 1976; XIII).“¹⁰⁹

Auch dieses Zitat zeigt, dass die jeweiligen Mitglieder der beiden Gruppen (Menschen mit ASS und sog. ‚neurotypische‘ Menschen) eigene soziale Repräsentationen haben, von der jeweilig anderen aber nicht per se verstanden werden. Dadurch ist die Kommunikation/Interaktion doppelt beeinträchtigt: die

107 Ostermann, 2010, S.129

108 Goffmann, 1967, S. 154

109 Ostermann, 2010, S. 85

Gesellschaft, die nur ihren Code für die verschiedenen Aspekte ihrer Welt hat und der Mensch mit ASS, der keinen bzw. nur einen sehr eingeschränkten oder auch einen anderen Code hat, um mit der Gesellschaft in den sozialen Austausch zu treten.

Aus den bisherigen Darlegungen zu der Fragestellung des Zusammenhangs zwischen Kollektiven mentalen Repräsentationen und der ‚déformation professionnelle‘ lässt sich folgendes ableiten: Die unterschiedlichen kollektiven mentalen Repräsentationen haben Auswirkungen auf den ‚Autismustherapeuten‘, auf die Selbst- und Fremdattributionen, seine weiteren Rollenzuschreibungen und seine professionelle Haltung. Das Spannungsfeld, in dem sich der Therapeut bewegt, kann zu beruflicher Deformation führen und den gesamten Menschen auf allen Ebenen („Der Mensch ist zugleich exzentrisches Leibsubjekt und als Leib zentriert in der Lebenswelt. Er ist ein Körper-Seele-Geist-Wesen in einem sozialen und biophysikalischen Umfeld, d. h. er steht in Kontext und Kontinuum in der lebenslangen Entwicklung einer souveränen und schöpferischen Persönlichkeit und ihrer Hominität“¹¹⁰) betreffen. *Fengler* benennt beispielsweise Verhaltensweisen bei Menschen aus Sozialberufen, die er mit beruflicher Deformation in Verbindung bringt: Rechthaberei, Kindeln, Unermüdliche Hilfsbereitschaft, Vereinnahmung und Strukturierung, Überflutung des Privatlebens mit beruflichen Belangen und Erfolgsfixiertheit (also ein starkes Interesse daran, dass ihr Klientel Fortschritte macht, auch wenn diese bei dem Klientel aufgrund von Behinderungen nur sehr minimal ausfallen).¹¹¹ Deshalb ist eine der Aufgaben von Supervision die verschiedenen kollektiven mentalen Repräsentationen bewusst zu machen und die Auswirkungen auf die berufliche und persönliche Identität des Therapeuten in den Blick zu nehmen.

Zuletzt noch einige weiterführende Gedanken. Die gesellschaftlichen Entwicklungen in den letzten Jahren sind rasant. Allein die unterschiedlichen Begriffe für Behinderung, wie ‚Krüppel‘, ‚Versehrter‘, ‚Mongölchen‘, ‚Bekloppter‘, ‚der gehört in die Klappe‘, der ‚Autist‘, bis hin zu ‚Mensch mit Behinderung‘ und der damit einhergehende schulische Umgang (kein Recht auf Schulbesuch, Schaffen von Sonderschulen, Umwandlung in Förderschulen, GU, Inklusionsbestreben) zeigen eine deutliche Veränderung. Dies macht sich auch an dem Konzept der Diversity

¹¹⁰ Petzold, 2002b, S. 40

¹¹¹ Fengler, Jansen (Hrsg.), 1999, S. 312-314

(=Vielfalt) fest, das seit den 90er in den Gesetzen der EU konkret benannt wird und sich an dem Modell von *Lee Gardenswartz und Anita Rowe* „Four Layers of Diversity“¹¹² orientiert.

Diversität sozialpsychologisch betrachtet, beinhaltet das Konzept der sozialen Repräsentationen. Sie lassen sich auch als ‚Bilder im Kopf‘, als ‚mentale Bilder‘ beschreiben und entstehen durch Interaktion und Kommunikation. Dabei können sie sich, da sie von einer Gemeinschaft geteilt werden, verändern und weiterentwickeln. Soziale Repräsentationen unterliegen einem stetigen Wandel und sind untereinander vernetzt.

D.h., die Bilder, die es von und über Menschen mit Autismus gibt bzw. die sie selbst von sich haben, beeinflussen die Haltung des ‚Autismustherapeuten‘ und haben somit Auswirkungen auf die berufliche und persönliche Identität (s.o.).

Die Voraussetzungen für psychische Gesundheit sind i.d.R. abhängig von der gesellschaftlichen Eingebundenheit und der Wertschätzung, die wir durch andere erfahren. Ein Ausschluss aus der Gesellschaft kann zu negativen Gefühlen sich selbst gegenüber (Selbsthass, Wertlosigkeitsgefühl) führen.¹¹³ Dies kann auf Seiten des Therapeuten die Gefahr von Burnout und ‚déformation professionnelle‘ bedeuten und auf Seiten der Menschen mit ASS die Gefahr der Entwicklung von komorbiden Störungen (Depressionen, soziale Ängste, Phobien) erhöhen, was den Therapieerfolg beeinträchtigt und die langfristige Integration dieser Personengruppe gefährdet bzw. u.U. unmöglich macht.

4.5 Reaktanzen

Die sozialpsychologische Theorie der Reaktanz geht auf J. W. Brehm zurück. „Die Theorie betrachtet Reaktanz als einen aversiven Zustand, der durch Einschränkungen der Freiheit einer Person zustande kommt, zwischen wichtigen Verhaltensalternativen auswählen zu können; dies führt wiederum, so wird angenommen, zu einer Motivationstendenz, die eingeschränkte Freiheit wiederherzustellen.“¹¹⁴ Flammer definiert die Reaktanz als einen „Sammelbegriff für alle Verhaltensweisen, mit denen sich ein Individuum bei unerwarteter Frustration

¹¹² Abdul-Hussain, Baig (Hg.) 2009, S. 28-29

¹¹³ ebenda, S. 69-79

¹¹⁴ Jonas, Stroebe, Hewstone, 2007, S. 260

gegen Einschränkungen zur Wehr setzt. Solche Verhaltensweisen können erhöhte Anstrengung, Widerspruch, Aggressionen oder demonstratives Ersatzverhalten sein.“¹¹⁵ Petzold formuliert: „Reaktanz ist das intrinsische Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstbestimmung über das eigene Leben, nach einem ungeteilten Eigenraum, d.h. eine hinlängliche Unabhängigkeit von und Eigenständigkeit gegenüber affilialen Banden, die die Möglichkeit zur Entwicklung einer Persönlichkeit mit einer gewissen Eigenständigkeit im Affiliationsraum – mit ihm, durch ihn und gegen ihn – gewährleistet und Eigennutz ggf. dem Gemeinnutz entgegensetzt.“¹¹⁶

Für die Fragestellungen in Bezug auf diese Arbeit hilft die Reaktanztheorie, um die Wechselwirkung innerhalb der Beziehung bzw. des Interaktionsprozesses von Therapeut-Klient, Therapeut-Eltern, Therapeut-Institution, Therapeut-Therapeuten und Therapeut-Leitung vor dem Hintergrund der Autismus-Spektrum-Störung besser zu verstehen und eine mögliche Veränderbarkeit durch Supervision zu beschreiben.

Im Weiteren werden Hypothesen über mögliche Gründe für Reaktanzverhalten entwickelt, die sich auf die jeweiligen Personengruppen und ihr Wechselspiel beziehen. Auf Seiten der **Klienten** ist durch die Autismus-Spektrum-Störung häufig ein Verhalten zu beobachten, das an das von Petzold formulierte „**Reaktanznarrativ**“¹¹⁷ erinnert:

Autismusspezifische Verhaltensweisen	IT-Definition Reaktanz ¹¹⁸
• teilweise ausgeprägte Eigenorientierung	• „Kontrolle und Selbstbestimmung über das eigene Leben“
• Rückzug	• „ungeteilter Eigenraum“
• eingeschränktes Interesse an anderen Personen	• „hinlängliche Unabhängigkeit von und Eigenständigkeit gegenüber affilialen Banden“
• Zielverfolgung, ohne Berücksichtigung der Interessen anderer	• „Eigennutz ggf. dem Gemeinnutz entgegengesetzt“

Abb.3: Gegenüberstellung ASS Verhalten und Reaktanz

¹¹⁵ Flammer in, Petzold, 2007, S. 413

¹¹⁶ Petzold, 2007, S. 375

¹¹⁷ ebenda, S. 375

¹¹⁸ ebenda, S. 375

Eltern reagieren häufig auf die Tatsache, dass ihr Kind behindert ist mit Wut, Verzweiflung, Hilflosigkeit, Trauer oder Verleugnen der Realität bzw. mit vermehrter Anstrengung, um einen Kontakt zu ihrem Kind herzustellen oder Entwicklungsfortschritte zu erzielen. Die Betreuung und Erziehung ihres Kindes kann so intensiv sein, dass persönliche Freiräume und Erholungszeiten deutlich reduziert sind. Dies alles geschieht vor dem Kontext der eigenen Geschichte /Biographie, inkl. der kulturellen Sozialisation und der damit verbundenen Diversitätserfahrungen bzw. den genderspezifischen Verarbeitungsmustern.

Die eben beschriebenen Belastungsfaktoren und Verarbeitungsmechanismen können auch in der Zusammenarbeit mit den Therapeuten des Autismustherapiezentrum zum (evtl. auch konflikthaften) Ausdruck kommen und reaktantes Verhalten hervorrufen (z.B. durch die Konfrontation mit den zum Teil deutlich begrenzten Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes). Denn, „wenn immer Freiräume eingeschränkt werden, Zumutungen belastend werden, Situationen bedrängend, Forderungen unverständlich werden – etwa zu konfrontative oder unverständliche bzw. nicht nachvollziehbare Deutungen durch Therapeuten, Supervisoren – können „kognitive Dissonanzen“ und „emotionale Diskordanzen“ aufkommen, die Reaktionen des Unmuts, Widerwillens, der Ablehnung, Opposition, Auflehnung -> **Reaktanz** hervorrufen.“¹¹⁹

Auf Seiten des **Therapeuten** können Reaktanzphänomene auf unterschiedlichen Ebenen auftreten. In der Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen können die autismspezifischen Verhaltensweisen (fehlender oder wenig modulierter Blickkontakt, eingeschränkte Joint Attention und fehlende Wechselseitigkeit in der Interaktion, u.U. wenig geteilte Freude, beeinträchtigte nonverbale und verbale Kommunikation, etc.) zu Reaktanzphänomenen führen.

In der Beratung der Eltern und/oder Institutionen ist es möglicherweise die Frustration über mangelnde Kooperation und Umsetzung von förderlichen Interventionen (wobei der Therapeut sich auch selbstkritisch hinterfragen sollte, ob es sich tatsächlich um eine mangelnde Kooperation handelt oder ob er nicht Erwartungen an Personen oder ein Setting hat, die unrealistisch sind bzw. aus strukturellen Gründen nicht umgesetzt werden können), die auf Seiten des

¹¹⁹ vgl. Petzold, 2007, S. 413

Therapeuten zu einer erhöhten Anstrengung führt, was dann eine Be- oder Überlastung zur Folge haben kann.

In der Zusammenarbeit mit Kollegen und/oder der Leitung können unterschiedliche Erwartungshaltungen sowie institutionelle Rahmenbedingungen (geringes Budget, zu erbringende Therapieeinheiten, Warteliste usw.), aber auch das Spannungsverhältnis der unterschiedlichen therapeutischen Zugangsweisen bzw. dahinter stehender Theorien und Menschenbilder, also unterschiedlicher ‚social worlds‘, zu Reaktanz führen.

Im Zusammenhang mit den Kontrolltheorien ergeben Reaktanzen jedoch auch vielerlei Sinn für die jeweilige Person. „Das Bedürfnis des Menschen nach Kontrolle ist angeboren und gehört zu seinem *intrinsischen* Motivationssystem. (...) Die Behinderung von Kontrolle führt meist erst zu *Reaktanz* und erst später bei andauernder Kontrollbehinderung möglicherweise zu *Hilflosigkeit*.“¹²⁰ Und: „Die Reaktanz gehört nach *Flammer* (1990) in das 4-Stufenmodell der Kontrollstrategien im Konzept der sekundären Kontrolle.“¹²¹

Wortmann und Brehm beschreiben 4 Klassen des **Reaktanzverhaltens**:

- a) Höherbewertung unkontrollierbarer Ereignisse,
- b) Konzentration und vermehrte Anstrengung,
- c) Stellvertretender Trotz,
- d) Angriff und Aggressionen.¹²²

Die Reaktanz stellt also eine Alternative zur Hilflosigkeit dar, eine Art Strategie zur kompensatorischen Kontrollerhaltung. Außerdem kann sie auch als kreative Möglichkeit angesehen werden, wie mit Begrenzungen, Einschränkungen, mit unterschiedlichen Ebenen innerhalb einer Institution/Organisation und ihren Einflussgrößen sowie in Zeiten der Ressourcenverknappung umgegangen werden kann.¹²³

Für die Supervision ist das Konzept der Reaktanz auch methodisch zu nutzen. Erst einmal gilt es zu klären, welche Bedingungen die Reaktanz auslösen. Im nächsten

¹²⁰ Petzold, 2007, S. 415

¹²¹ ebenda, S. 415

¹²² vgl. Petzold, 2007, S. 414

¹²³ vgl. ebenda, S.414/418

Schritt wird überlegt, wie sie verändert werden können.¹²⁴ In der Folge kann mit dem Therapeuten beispielsweise an der Entwicklung von „reflektierter Reaktanz“¹²⁵ gearbeitet werden, „die Fähigkeit, zum reaktiven Moment Distanz zu nehmen, die Situation, Motive, Folgen abzuwägen, um dann den reaktanten Impetus, die „Kraft der Reaktanz“ zur Wahrnehmung eigener Interessen und Rechte gezielt und strategisch „proaktiv“ einzusetzen, eine „Assertivität“ für sich und seine Mitmenschen (Zivilcourage) praktizieren zu können (...).“¹²⁶ Dies würde die Kontrollüberzeugung des Therapeuten, und u.U. indirekt auch die der Kinder und Jugendlichen, Eltern und Mitarbeiter in den Institutionen, positiv beeinflussen.

Durch die Methode der „Theorie als Intervention“¹²⁷ kann eine weitere Funktion von Reaktanz vermittelt werden, nämlich jene der Regulation: „Reaktanz ist nicht unbedingt eine Beziehungsmodalität, aber eine regulationstheoretisch zu verstehende Verhaltensweise, die Innen- und Außenwelt in Einklang zu bringen versucht und *in Beziehungen zum Tragen kommen kann*, sich durchaus auch zu einem *Beziehungsstil* entwickeln kann.“¹²⁸

Für das Phänomen der ‚déformation professionnelle‘ sind die eben ausgeführten Überlegungen zu der sozialpsychologischen Theorie der Reaktanz und ihrer Bedeutung innerhalb der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung sowie der Supervision in diesem Feld ein weiteres Erklärungsmodell für das Auftreten sowie den Umgang mit diesem Phänomen und damit handlungsleitend für den Supervisor.

4.6 Veränderungstempo und –verweigerungen

Wie aus Abb. 2 (S. 24) ‚Der Therapeut im Kontext der Personen eines Therapiesettings‘ hervorgeht, gibt es unterschiedliche Einflussfaktoren, welche auf die Anpassung und Flexibilität des Therapeuten sich an gegebene Situationen und

¹²⁴ vgl. Petzold, 2007, S. 414

¹²⁵ ebenda, S. 416

¹²⁶ ebenda, S. 416

¹²⁷ ebenda, S.278

¹²⁸ ebenda, S.417

Entwicklungen anpassen zu können - auf den verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Kontexten - wirken.

Um sich der Problematik einer sich möglicherweise einschränkenden Fähigkeit zur Anpassung, oder aber auch der Verweigerung der Anpassung an neue Situationen/Standards annähern zu können, wird im Folgenden eine Einteilung zur Erfassung hemmender Wirkfaktoren in vier Ebenen unternommen, welche für sich einzeln und in ihrer Wechselwirkung zueinander betrachtet werden sollen:

- Die **Mikroebene**: Sie umfasst den Therapeuten als Menschen mit seiner individuellen Genetik, seiner Sozialisation in Elternhaus, Schule und sozialem Umfeld, mit seiner Ausbildung und Berufspraxis (Vorerfahrungen und derzeitiges Wirkungsfeld).
- Die **Mesoebene**: Hier finden sich die gesamten Personen und Personengruppen, mit welchen er in seiner Berufspraxis in Kontakt kommt, Prozesse mit gestaltet, einen Arbeitsauftrag zu erfüllen hat und welche reziprok auch auf ihn selbst wirken und seine Handlungen und Handlungsspielräume mit bestimmen (Klient, Eltern, Geschwister, Co-Therapeut, Team, Institutionen, Arbeitgeber/Institution ATZ).
- Die **Makroebene**: Hier sind einmal die Verbindungen, Verflechtungen und Abhängigkeiten der unterschiedlichen Institutionen von- und miteinander verortet. Diese wiederum befinden sich in Abhängigkeit von den entsprechenden ihnen höher stehenden und weisungsbefugten Institutionen; beispielsweise die Schulbehörde, der LVR, kirchliche Träger, Autismus Deutschland, Kostenträger wie Jugendamt und Sozialamt (welche ihrerseits wieder in ihrer Handlungsmöglichkeit bestimmt werden durch städtische, kommunale und gesetzliche Vorgaben) und dem gesellschaftlichen Kontext.
- Die **wissenschaftliche Ebene**: Einflüsse auf die Gestaltung der therapeutischen Prozesse ergeben sich durch die sich immer weiter entwickelnden Therapiemethoden und die Forderung, sich diese anzueignen und möglicherweise auch gegen die eigene Überzeugung oder eigene ethische Grundhaltungen anwenden zu müssen. Gleichzeitig beeinflusst diese Ebene auch die Möglichkeiten der Handlungsspielräume auf der Mesoebene, da hier vielfach das Wissen um Autismus und die zur Verfügung stehenden

Methoden gar nicht bekannt sind oder aber die Bereitschaft, sich dieses Wissen anzueignen und dann im konkreten Umgang mit dem Menschen mit ASS, deutlich eingeschränkt ist.

Beschreibung der **Mikroebene**:

Als Menschen entwickeln wir im Wechselspiel zwischen der persönlichen und der sozialen Identität eine eigene Individualität¹²⁹. Dies impliziert, dass bei einem guten Wechselspiel der Mensch in der Lage ist, Veränderungen und Herausforderungen aufgrund seiner Vorerfahrungen annehmen zu können, Strategien zu entwickeln und in Handlung umsetzen zu können. Grundvoraussetzung ist hier, dass er sich hinreichend sicher in sich selbst und dem ihn umgebenden Kontext fühlt. „Die Bewältigung einer Entwicklungsaufgabe im Jugendalter, etwa die psychosoziale Ablösung von den Eltern wirkt sich auf die Art und Weise aus, wie die Auseinandersetzung mit Anforderungen in anderen Bereichen verläuft, (...) die Entwicklung eines eigenständigen Werte- und Normsystems mit ethischen und politischen Bewusstseinsmomenten.“¹³⁰ Und weiter: „Ein reflektiertes Selbstbild ist die Voraussetzung für die Fähigkeit zur ständigen Abstimmung der Verarbeitungsfähigkeiten, die mit den Entwicklungsaufgaben einhergehen.“¹³¹ Um ein reflektiertes Selbstbild entwickeln zu können, ist der Mensch jedoch auf die Entwicklung einer – immer wieder zu überprüfenden – Wahrnehmung seiner selbst und seiner Umwelt angewiesen: „Voraussetzung hierfür ist eine realistische, sensible Wahrnehmung der Grundbedingungen der inneren Realität, also der genetischen körperlichen und psychischen Potentiale; die jeder junge Mann und jede junge Frau hat.“¹³²

Identität und Individualität formen sich weiter im Rahmen der beruflichen Ausbildung, des Studiums und der anschließenden Berufstätigkeit in einem bestimmten Feld (professionelle und berufliche Sozialisation). Um die an den Therapeuten herangetragenen Herausforderungen seinerseits gut bewältigen zu können, muss dieser über hinreichende Ressourcen in unterschiedlichen Bereichen verfügen: Empathie; Modellfunktion übernehmen können; Beobachtungsfähigkeiten;

129 Nach: Finke/Stumm in: Petzold, 2012, S. 363

130 Hurrelmann, in: Petzold, 2012, S. 71f

131 ebenda, S. 73

132 ebenda, S. 73

kontextuelles Erfassen von Problemen; Konfliktsituationen erkennen und Hilfen anbieten können; Wissen um therapeutische Methoden und deren spezifische Anwendungsbereiche und Kombination diverser methodischer Ansätze; theoretisches Wissen und Vermittlung selbigen unter Berücksichtigung der Verstehensmöglichkeiten seines/seiner Gesprächspartner/s (Migrationshintergrund, kulturelle Herkunft, soziale Schichtzugehörigkeit, Vorwissen, ...); Wissen um unterschiedliche Kommunikationsstile und situationsangemessene Anwendung; Auseinandersetzung mit den Besonderheiten von Menschen mit ASS; Kommunikationsfähigkeiten zur Gestaltung der unterschiedlichsten Gesprächssituationen; Flexibilität in der Anpassung der Therapieziele unter Berücksichtigung des Kontextes und der dortigen Ressourcen, in welchem der Mensch mit ASS lebt; Verantwortungsübernahme für die eigene Psychohygiene; Teamfähigkeit; Kreativität; und diese Aufzählung ist sicher noch um viele Punkte erweiterbar.

Die intensiv gewünschte Zusammenarbeit mit Institutionen verläuft nicht immer reibungslos. Auch hier sind Phänomene zu beschreiben, die eine optimale therapeutische Förderung des Menschen mit ASS verhindern.

Beschreibung der **Mesoebene**:

Der erste Kontakt und die nachfolgend engste therapeutische Beziehung entsteht in der Regel – sofern der Mensch mit ASS im häuslichen Kontext lebt – zu ihm und seinen Eltern. Diese äußern meistens auch den Wunsch nach einer therapeutischen Begleitung und sind insofern die ‚Auftraggeber‘ mit ihren Wünschen nach Unterstützung und den zu verfolgenden Zielen in der Therapie. Ein häufiges Problemfeld findet sich hier in der gemeinsamen Einschätzung der Schwere der Behinderung und einer realistischen Zielformulierung. Da die therapeutische Begleitung zeitlich begrenzt ist, sehen sich die Eltern und anderen Bezugspersonen des Menschen mit ASS mit der ‚Endlichkeit‘ der Therapie von Beginn an konfrontiert. Und in diesem Zusammenhang mit dem Gefühl, mit ihren Problemen wieder alleine gelassen zu werden.

Bei Jugendlichen mit Asperger-Syndrom zeigt sich als weiteres Problem die häufige ‚Nicht-Einsicht‘ in die Notwendigkeit einer therapeutischen Begleitung, da sie für sich ‚o.k.‘ sind und nur die Umwelt sie nicht versteht. Häufig kommen die betroffenen

Menschen mit ASS also nicht auf eigenen Wunsch, sondern werden von außen dazu aufgefordert.

Anders sieht das bei Geschwisterkindern/-jugendlichen aus: Diese werden nur bei Wunsch in den therapeutischen Prozess mit einbezogen, beispielsweise um ihr Geschwister mit ASS besser verstehen zu können, sich in einem Gespräch zu ‚entlasten‘, indem sie über Sorgen und Nöte sprechen können.

Die gemeinsame Einschätzung von Therapeut und Co-Therapeut, welcher bei Elterngesprächen und Institutionsbesuchen mit anwesend ist und dessen Funktion in der Begleitung von schwierigen Prozessen zwischen beispielsweise Eltern und Schule oder auch in der Entwicklung eines gemeinsamen Erziehungskonzeptes beider Elternteile liegt, kann durch verschiedene Einflüsse erschwert sein:

- Unterschiedliche Themen werden als wichtig erachtet – beispielsweise die Vermittlung von speziellen autismusspezifischen Methoden oder die Begleitung bei Trauer und Schmerz über die Behinderung des Kindes/Jugendlichen.
- Divergenzen in der methodischen Vorgehensweise - beispielsweise welche Ziele sollen primär verfolgt werden und wie?
- Die persönliche/professionelle Beziehung beider ist belastet – verbunden mit der Frage: Welche Dinge müssen abgesprochen werden, und wo kann der eine Therapeut ohne den anderen tätig werden?
- Welche therapeutische Richtung bestimmt das Handeln der einzelnen: Verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch, systemisch, integrativ...?

Da beide in ein Team eingebunden sind, müssen sie ihr Handeln auch hier kritisch hinterfragen lassen und sind mit Ideen und Einschätzungen der anderen Kollegen - auch unterschiedlichen Professionen, mit unterschiedlichem Fachwissen und unterschiedlich langer Zugehörigkeit zur Institution ATZ, unterschiedlichem Alter und Lebensform, unterschiedlichen (berufs)ethischen, pädagogischen und gesellschaftlichen Vorstellungen – konfrontiert. Gleichzeitig haben sie in der inhaltlichen Arbeit den Qualitätsstandards des jeweiligen Leitbildes/der jeweiligen Konzeption und den vom Arbeitgeber vorgegebenen Standards zu genügen.

Ein häufig nicht genannter, aber unterschwellig wirksamer Prozess, welcher die Qualität der therapeutischen Arbeit und auch das persönliche Wohlbefinden beeinträchtigen kann, ist jener der kollegialen Konkurrenz. Verhärtungen Einzelner in

ihren Einstellungen und ihre eingeschränkte Bereitschaft, sich kollegial wirkenden Prozessen offen reflektierend gegenüber zu zeigen, wirken wiederum auf die Arbeitsatmosphäre. Daraus resultierend können Eigenübertragungsphänomene auf Menschen mit ASS, Eltern und Pädagogen anderer Institutionen entstehen.

Vorgaben hinsichtlich der Gestaltung des therapeutischen Settings durch den psychologischen Leiter und Vorgaben hinsichtlich der zu erbringenden Therapieeinheiten in der Arbeitszeit wirken auf die persönliche Befindlichkeit des Therapeuten und sind als mögliche Stressoren zu nennen. Da sich die Autismustherapiezentren in der Regel über die geleisteten Therapieeinheiten finanzieren, kommt es zu jahreszyklisch wiederkehrenden Schwierigkeiten. So sind beispielsweise in den Sommerferien viele Familien im Urlaub, die Zahl der Therapieeinheiten ist dann nicht in jedem Fall vom Therapeuten zu erbringen; dies hat Auswirkungen auf die Nicht-Ferienzeiten, da hieraus eine Mehrbelastung für den Therapeuten entsteht. Hinzu kommen Abhängigkeiten hinsichtlich der materialen und räumlichen Gegebenheiten, welche die unterschiedlichen ATZs anbieten können; Vorgaben hinsichtlich Abrechnungsmodalitäten und dortige Veränderungen, die Professionalisierung in der PC-Bedienung (Excel, Filmbearbeitung und normaler Schriftverkehr) und die Forderung nach der ‚Therapeutischen Arbeit nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen‘.

Beschreibung der **Makroebene**:

Die Verflechtung und gegenseitige Abhängigkeit der diversen Institutionen im gesellschaftlichen Kontext auf der Makroebene, wie sie oben dargestellt wurde, ist so komplex, dass die komplette Beschreibung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Deshalb soll im Folgenden der Einstellungswandel gegenüber Menschen mit Behinderung exemplarisch herausgegriffen werden, um das Arbeitsfeld eines Autismustherapeuten in Kontext und Kontinuum erfassen zu können.

In den letzten Jahren hat sich die Einstellung zu Menschen mit ASS, wie generell zu Menschen mit Behinderung gewandelt. Die Gesellschaft, d.h. jeder einzelne Mensch sieht sich damit konfrontiert, dass der Mensch mit Behinderung ein Recht auf Teilhabe an der Gesellschaft hat, was aber nicht bedeutet, dass diesem dieses Recht auch gewährt wird.

Artikel 3 (3) des Grundgesetzes: „Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines

Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“¹³³

In diesem Zusammenhang ist es interessant, einen Blick auf die geschichtliche Entwicklung der schulischen Förderung von Menschen mit Behinderung zu werfen: Erst ab 1978 bestand eine gesetzliche Schulpflicht für alle Kinder, unabhängig von ihren Fähigkeiten und Einschränkungen. D.h. das Recht auf eine schulische Bildung für alle Kinder mit Behinderung wurde erst vor 36 Jahren implementiert.¹³⁴ Übergeordnetes Ziel des Sonderschulwesens war die Integration der Schüler mit Behinderung in die Gesellschaft. Die Einteilung in Fachrichtungen implizierte jedoch die Gefahr der Stigmatisierung.

Im Rahmen der sich veränderten schulischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen entwickelten sich Integrations- und Inklusionsbemühungen, die 2009 durch die deutsche Ratifizierung der UN-Menschenrechtskonvention in den heute definierten Rechtsanspruch auf gemeinsame Beschulung mündete.¹³⁵

Die hier verkürzt dargestellte Entwicklung des Schulwesens führte und führt zu sich dauernd verändernden Anforderungen an Eltern, Pädagogen und Therapeuten im Spannungsfeld gesellschaftlich und/oder politisch Gewolltem oder Ungewolltem, Möglichem oder Unmöglichem.

Stellte sich vor ein paar Jahren nur für einige Eltern die Frage: ‚Soll mein Kind nicht doch die Regelschule besuchen?‘, ist dies nun ein gesetzlich verankertes Recht. Ob dies für die Kinder hinsichtlich ihrer besonderen Bedürfnisse sinnvoll ist, sei dahingestellt. Auch ist die Frage zu stellen, ob die entsprechenden Schulen und Institutionen Rahmenbedingungen schaffen können, diesem Förderbedarf gerecht zu werden.

Die Zusammenarbeit mit den Schulen verändert sich so auch für den Autismustherapeuten. Viele Sonderschullehrer haben zwar noch eine Stammschule, betreuen aber stundenweise Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf, welche eine Regelschule besuchen, quasi als ‚Kofferlehrer‘. Hinzu kommen eine Vielzahl von Beratungsaufgaben, denen sich die Sonderpädagogen gegenüber gestellt sehen, so dass ihr eigentliches Berufsverständnis ‚ich bin Lehrer geworden

¹³³ www.bundestag.de 26.09.2014

¹³⁴ vgl. www.de.m.wikipedia.org/wiki/Geistigbehindertenpädagogik 27.09.2014

¹³⁵ vgl. ebenda

um Kinder zu unterrichten, mit ihnen direkt zu arbeiten' in Frage gestellt wird und sie mit Aufgaben konfrontiert sind, für die sie nicht ausgebildet wurden.

Die Entwicklung eines gemeinsamen Förderkonzeptes erschwert sich deutlich und die kontinuierliche Förderung des Kindes mit ASS ist weitaus weniger sichergestellt. Auch ist die Akzeptanz eines Therapeuten und die Übernahme von Interventionsstrategien seitens der Pädagogen lange nicht als selbstverständlich anzusehen, da die Bereitschaft der Regelschullehrer, pädagogisch tätig zu sein, sicherlich auch abhängig von der Schulform, sehr unterschiedlich ist. Die Pole sind hier: Wir sind Wissensvermittler, keine Pädagogen, bis hin zu: Wir sehen das Kind als Ganzes und wollen es in seiner Ganzheitlichkeit fördern. Hinzu kommen noch die, inzwischen vielfach eingesetzten Integrationshelfer, welche wiederum eine sehr unterschiedliche Fachkompetenz aufweisen und bei welchen die Gefahr einer hohen Fluktuation - aufgrund von Überforderung oder eines sich verändernden Lebensweges - gegeben ist.

Eine nicht unerhebliche Größe stellen die kommunalen Haushalte (finanzielle Mittel), welche zur Förderung von Menschen mit Autismus zur Verfügung stehen, dar. Die veränderten politischen Rahmenbedingungen führen zu Schließungen von und Ausbaustopps für Förderschulen, was die dortigen Arbeitsbedingungen verschlechtert, beispielsweise: fehlendes Lehrpersonal (aufgrund von Einsparungen), räumliche Enge, Lautstärke in den Klassen, fehlende Nebenräume/Rückzugsräume. Eine optimale Förderung für Menschen mit ASS aber auch für Menschen mit anderen Behinderungen ist so nicht mehr gegeben.

Für den Autismustherapeuten bedeutet dies die zunehmende Erfahrung von Hilflosigkeit, dem Aushalten von Trauer und Wut bei den Eltern und Kindern/Jugendlichen mit ASS, welche dann gegebenenfalls auffällige Verhaltensweisen als Reaktion auf ein nicht stimmiges institutionelles und soziales Umfeld entwickeln.

Diese gesellschaftlichen und politischen Herausforderungen spiegeln sich in den Vorgaben der Kostenträger wieder. Die Begrenzungen von Kostenübernahmen im Einzelnen können eine qualitativ gute autismustherapeutische Arbeit zumindest erschweren, wenn nicht sogar behindern.

Die wissenschaftliche Ebene:

„Autismus ist eines derjenigen Verhaltensprobleme, für das »1001 Therapien« angeboten werden.“¹³⁶ Die wissenschaftliche Evidenz der angebotenen Therapieverfahren variiert immens. Gut abgesichert sind ABA und PECS („Gradierung im Bereich von IIa“¹³⁷). Für viele andere, beispielsweise Sport und Bewegung, spezialinteressenbasierte Beratung oder auch non-direktive Verfahren liegen keine Daten vor, jedoch sind sie potenziell hilfreiche Interventionsansätze. „Psychopharmaka und andere biologische Ansätze“ spielen „eine untergeordnete Rolle zur Intervention bei der Kernsymptomatik von ASS.“¹³⁸ Kommunikative und soziale Problematiken werden bisher durch keinen medizinischen Wirkstoff direkt verbessert. Bölte et. al. beschreiben verschiedene therapeutische Maßnahmen, welche mehr oder weniger evidenzbasiert sind. Vielfach fehlen standardisierte Untersuchungen hinsichtlich der Wirksamkeit, in der Praxis zeigt sich jedoch, dass sie auf die Entwicklung des Kindes mit ASS und die „Teilhabe des Kindes am Leben“¹³⁹ einen förderlichen Einfluss haben. Andere wiederum, wie ‚FC‘, ‚Delphinthherapie‘, ‚Horch- und Klangtherapie‘, ‚Irlen-Prismengläser‘, ‚Sensorische Integrationstherapie‘ und ‚Festhaltetherapie‘ werden in ihrer Wirksamkeit als zweifelhaft bis hin zu (möglicherweise) unmittelbar schädlich eingestuft.¹⁴⁰

Das therapeutische Handeln ist einerseits wissenschafts verpflichtet, andererseits existieren vielfach Rahmenbedingungen in den Familien und Institutionen, welche die Wirksamkeit einiger Methoden oder methodischer Vorgehensweisen hemmen. So entsteht ein Spannungsfeld zwischen Nötigem und Möglichem. Weiterhin ist es bei allem Bemühen seitens eines Therapeuten nicht möglich, sich in allen evidenzbasierten Verfahren, welche häufig eine Ausbildung (zum Teil sehr kostenintensiv) über mehrere Jahre beinhalten, weiterzubilden. Hinzu kommen verwirrende Vergleichsstudien, in welchen zwei methodische Vorgehen, in Teilbereichen abwechselnd bessere Ergebnisse zeigten. Verglichen wurden VT-Interventionen im DTT (Discrete-Trial-Teaching) am Tisch mit ‚spielbezogenen Maßnahmen im natürlichen Umfeld‘. Hier war die Tischsituation die erfolgreichere. Hingegen beim DTT zum Sprachenaufbau mit einem ‚kindzentrierten

¹³⁶ Bölte (Hrsg.), 2009, S. 225

¹³⁷ ebenda, S. 225

¹³⁸ ebenda, S. 225

¹³⁹ ebenda, S. 238

¹⁴⁰ vgl. ebenda, S. 444ff

Schlüsselfertigkeitentraining‘ war bei zweiter Methode der Affektaufbau bei Eltern und Kind höher.¹⁴¹

„(...)Integrität, Menschenwürde und mitmenschliches Engagement(...)“¹⁴² unter den Einflüssen aus den vier Ebenen leben und behalten zu können, stellt für jeden Autismustherapeuten eine hohe Herausforderung dar. Die Angst, falsch zu handeln, aber auch die gefühlte Macht- und Hilflosigkeit in verschiedenen Situationen und Prozessen kann zu einer verminderten Bereitschaft führen, Veränderungen zu akzeptieren und sich ihnen anzupassen. Die hohen Anforderungen innerhalb der Therapien, das zum Teil sehr langsame Veränderungstempo der Klienten oder des ihn umgebenden familiären und institutionellen Systems können unterschwellig, nicht bemerkt, auch auf den Therapeuten wirken. Das Bestehen auf dem genauen Einhalten von installierten Vorgehensweisen innerhalb der Institution ATZ kann verstanden werden als Versuch der Sicherheits- und Stabilitätssuche, um die Einflussfaktoren aus den vier Ebenen im Sinne des salutogenetischen Konzeptes nach Antonowsky als verstehbar, handhabbar und bewältigbar zu erleben.¹⁴³

Bei Überforderung durch zu viele sich verändernde Parameter besteht weiterhin die Gefahr eines ‚Empathieverlustes‘, d.h. die therapeutische Arbeit reduziert sich auf ein methodenzentriertes Vorgehen, ohne den **Menschen** mit ASS noch zu bemerken, ohne die Ressourcen der Eltern und des gesamten Familiensystems jenseits aller autismspezifischer Methoden, mit in die Begleitung von Menschen mit ASS einfließen zu lassen. Der so ‚beschädigte‘ Autismustherapeut verarmt in seiner Schwingungsfähigkeit und wirkt folglich reziprok schädigend auf Veränderungsbereitschaft und –tempo des Menschen mit ASS und das ihn umgebende soziale Umfeld. Die Ressource ‚Empathie‘ als „...intuitive(n) Leistungen und mitfühlende(n) Regungen, die in ihrer Performanz ein ... *Wahrnehmen* , mit allen Sinnen“¹⁴⁴ erfordert, kann in Folge dessen als therapeutisch wirksamer Faktor nicht einfließen.

In Anlehnung an das Konvoi-Modell¹⁴⁵ könnte die Abbildung ergänzt werden durch viele Hindernisse, welche sich auf dem Weg des Gefährts und den begleitenden

141 vgl. Bölte (Hrsg.), 2009., S. 237

142 Petzold (Hrsg.), 2012, S. 409

143 vgl. Antonowsky, 1997, S. 184

144 Petzold (Hrsg.), 2012, S. 464

145 ebenda, S. 485

Propulsoren, Generatoren und Attraktoren befinden. So verändert sich das Fortbewegungstempo des Gefährts, es wird langsamer oder stagniert manchmal ganz. Zwar könnten Wegveränderungen, d.h. Seitenwege ein Umfahren der Hindernisse ermöglichen, hierzu muss der Therapeut, das Team, das Autismustherapiezentrum jedoch die notwendige Flexibilität besitzen und Strategien entwickeln. Persönliche Verantwortung und institutionelle Verantwortung mit der Ausschöpfung aller zur Verfügung stehenden Ressourcen bedingen sich hier gegenseitig. Dies ist einer der in der supervisorischen Arbeit zu berücksichtigenden Aspekte und fordert neben der Fach- auch eine ausgesprochene Feldkompetenz.

4.7 Kontrollverlust und das Gefühl von Wirklosigkeit

In der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit ASS kann es zu Gefühlen von Kontrollverlust und Wirklosigkeit kommen. Dies geschieht häufig in Extremsituationen wie aggressivem Verhalten – aber auch Verhaltensweisen wie Mutismus, ausgeprägtem sozialen Rückzug, Depressionen und Äußerungen von Selbstgefährdungsabsichten - der Klienten gegenüber Therapeuten/Eltern/Geschwistern/anderen Bezugspersonen. Stagnierende Therapieverläufe oder die Beobachtung, dass erworbene Fähigkeiten und Fertigkeiten beim Klienten im Verlauf wieder verloren gehen, können zu ähnlichen emotionalen Reaktionsmustern beim Therapeuten führen.

Prozesse des Kontrollverlusts und von Wirklosigkeitsgefühlen werden in diesem Kontext auch sichtbar, wenn in einer eigentlich gänzlich anders gestalteten Situation emotionale, kognitive und leibbewusste Reaktionen auftreten, die dem ursprünglichen Kontrollverlust und den Wirklosigkeitsgefühlen in oben genannten Krisensituationen gleichen. Ausgelöst werden kann ein solcher, dieser Situation nicht entsprechender Prozess durch beispielsweise vom Gegenüber verwendeten Begriffe welche an die schon abgeschlossene Situation erinnern; mimische, gestische oder körpersprachliche Signale; Erinnerungen über das Aussehen des Gegenübers; eigene Fehlinterpretationen in Form von Übergeneralisierungen oder sogar Stigmatisierungen; sowie die eigene somato-psychogene Befindlichkeit.

Unter Hinzunahme sozialpsychologischer Betrachtungen sind Kontrollverlust und die Erfahrung von Wirklosigkeit besser einzuordnen und zu verstehen. Der Prozess des

Einordnens und Verstehens hat zur Folge, dass die psychische Gesundheit des Therapeuten in seinem Arbeitskontext erhalten oder auch gestärkt werden kann. Für den Menschen ist es zentral, ein Gefühl von Kontrolle zu haben.¹⁴⁶ Demzufolge sind Erfahrungen von Kontrollverlust, bzw. auch schon die Sorge vor einem möglichen Kontrollverlust negative Gefühle, die weitestgehend vermieden werden wollen. Da dies aber nicht realistisch ist, gibt es Strategien, die dem Kontrollverlust vorgeschaltet werden. Hier sei das 4-Stufenmodell der Kontrollstrategien im Konzept der sekundären Kontrolle nach Flammer erwähnt.

Das Vier-Stufen-Modell der Kontrollüberzeugung

- 1. „ Direkte Kontrolle**
- 2. Reaktanz**
ex aequo Indirekte Kontrolle
- 3. Sekundäre Kontrolle**
- 4. Kontrollverlust/Kontrollverzicht“¹⁴⁷**

Ebenso ist es ein menschliches Bedürfnis, sich als wirksam zu erleben. Demgegenüber steht das Gefühl von Wirklosigkeit, welches negativ auf die psychophysische Gesundheit und/oder die Persönlichkeit eines Menschen wirken kann.

Für das Phänomen der ‚déformation professionnelle‘ bedeutet dies, dass auch Erfahrungen von Kontrollverlust und Wirklosigkeit einen deformierenden Charakter haben können. Die Häufigkeit der oben beschriebenen Situationen, in Wechselwirkung mit unbewusst stattfindenden Verarbeitungsprozessen, nähren den Prozess der ‚déformation professionnelle‘. Insbesondere dann, wenn nach solchen Erfahrungen keine neuen Strategien entwickelt werden (können), welche in zukünftigen Situationen die Sicherheit der Kontrolle versprechen.

In der supervisorischen Begleitung sind diese Erfahrungen vor dem Hintergrund der bisher entwickelten beruflichen und persönlichen Identität einzuordnen und zu reflektieren. Auch der Kontext des besonderen Arbeitsfeldes und die damit einhergehenden autismusspezifischen Besonderheiten des Klientels müssen hierbei mitbedacht und mit einer mehrperspektivischen Optik betrachtet werden.

¹⁴⁶ vgl. Petzold 2007; S. 413

¹⁴⁷ Flammer, 1990, S.154

4.8 Therapeutische Ermüdung/Gleichgültigkeit/Burnout

Als weitere Formen der ‚déformation professionnelle‘ sollen nun noch ‚Therapeutische Ermüdung‘, ‚Gleichgültigkeit‘ und ‚Burnout‘ näher betrachtet werden. Auch sie können deformierenden Charakter auf die berufliche (und u.U. persönliche) Identität haben. Als Begrifflichkeiten beschreiben sie einen Prozess, der sich über die therapeutische Ermüdung über die Gleichgültigkeit zu einem möglichen Burnout zieht. Nach Burisch (1994, 16f) in „Stress, Burnout, Krisen – Materialien für supervisorische Unterstützung und Krisenintervention“ von Petzold und van Wijnen¹⁴⁸ gehören „Reduziertes Engagement“¹⁴⁹ und „Verflachung“¹⁵⁰ zur Symptomatik des Burnout.

Petzold definiert Burnout als „ein **komplexes Syndrom**, das durch multifaktorielle, z.B. makro, meso- und mikrosoziale, **zeittextendierte Belastungen** bzw. Überlastungen eines personalen oder sozialen Systems bis zur völligen Erschöpfung seiner Ressourcen verursacht wird, besonders wenn ein Fehlen protektiver Faktoren und eine schon vorhandene Vulnerabilität gegeben ist. Sofern nicht durch die Beseitigung von Stressoren und Entlastungen, z.B. durch Zuführung von Ressourcen eine Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit gewährleistet wird, hat Burnout Funktionsstörungen, Fehlleistungen und Identitätsverlust des Systems zur Folge. Bei personalen Systemen führt dies zu Motivationsverlust, emotionaler Erschöpfung, Leistungsabfall, Selbstwertkrisen und psychischen bzw. psychosomatischen, aber auch psychosozialen Symptomen, wie z.B. aggressiver Umgang mit Patienten und Klienten bis hin zu Vernachlässigung und Misshandlung.“¹⁵¹ Innerhalb der Integrativen Therapie/Supervision befinden wir uns damit im ‚Tree of Science‘ auf Ebene der Realexplikativen Theorien, in der Gesundheits- und Krankheitslehre.

Um besser zu verstehen, wie es zu Symptomen von Burnout (inkl. ihrer Vorläufer) kommen kann, ist es hilfreich sich anzusehen, welche Rolle Stress/Stressempfinden innerhalb von Arbeitskontexten spielt. Hierbei werden unterschiedliche „Stressoren“ (chemische, körperliche, seelische und soziale)¹⁵² unterschieden, wobei die seelischen und sozialen Stressoren im Rahmen dieser Arbeit von höherer Relevanz

148 Petzold, van Wijnen; 2010 – Supervision: Theorie-Praxis-Forschung Ausgabe 11/2010

149 ebenda, S.28

150 ebenda, S.29

151 ebenda, S. 4

152 Petzold, van Wijnen, 2010, S. 21

sind. Seelische Stressoren sind unter anderem Zeitdruck, Leistungsüberforderung/-unterforderung, Versagensängste oder Prüfungssituationen.¹⁵³

Meinungsverschiedenheiten, Konflikte, Isolation, Rivalität und Intrigen sowie Gruppendruck und Ablehnung durch andere Menschen gehören zu den sozialen Stressoren.¹⁵⁴

Des Weiteren können **organisationsbedingte** (z.B. unklare Kompetenzen, bürokratische Strukturen, steile Hierarchien), **rollenbedingte** (durch Rollenkonflikte oder Rollenambiguität), **personenbedingte** (Ängste und Unsicherheiten, Übermotivierung, mangelnder Bezug zur Arbeit, Konflikt zwischen Karriere und Familie) sowie **arbeitsaufgabenbedingte** (Unter- oder Überforderung in Qualität oder Quantität) **Stressoren** aufgeführt werden.¹⁵⁵

Zur Vermeidung einer Negativspirale von ‚therapeutischer Ermüdung‘, ‚Gleichgültigkeit‘ und ‚Burnout‘ gilt es in der Supervision herauszuarbeiten, welche der Stressoren vorliegen, welche als veränderbar anzusehen sind und welche als unveränderbar zu akzeptieren sind.

Notwendig ist auch die Betrachtung der persönlichen Stressoren, wie diese sich zwischen den einzelnen Teammitgliedern möglicherweise potenzieren bzw. neutralisieren und im Zusammenhang stehen zu Stressoren die von außen auf die Organisation einwirken. Darunter verstehen wir z.B. die Konkurrenz unterschiedlicher Anbieter im Feld der Förderung von Menschen mit ASS (Autismustherapie), die Abhängigkeit von Kostenträgern bei angespannter kommunaler Finanzlage sowie die auf Anbieter- und wissenschaftlicher Ebene geführten Auseinandersetzungen über die Wirksamkeit bzw. Unwirksamkeit unterschiedlicher therapeutischer Methoden.

Die hier dargestellten stressentwickelnden und stresspotenzierenden Variablen bergen die Gefahr einer Arbeitsentfremdung, so dass in der supervisorischen Begleitung ein Focus auf der Wiederentdeckung der eigenen Potentiale und Ressourcen im Bereich des bewussten, salutogenetisch fundierten, intuitiven Handelns liegen sollte.

153 Petzold, van Wijnen, 2010, S. 21

154 ebenda, S. 21

155 ebenda, S. 22

5 Die Bedeutung der ‚déformation professionnelle‘ für die Supervision von im oben genannten Kontext tätigen Berufsgruppen

In den bisherigen Ausführungen wurden die Erscheinungsformen von Autismus-Spektrum-Störungen, die individuellen Auswirkungen auf die betroffene Person und das beteiligte Umfeld, die komplexen Anforderungen an den Autismustherapeuten und die möglichen Auswirkungen auf die Persönlichkeit des Therapeuten (beruflich und privat) beschrieben. Des Weiteren wurde das Phänomen der ‚déformation professionnelle‘ näher beleuchtet, mit verschiedenen Theorien verknüpft und so erläutert.

Im Folgenden soll es nun darum gehen, die supervisorische Arbeit mit Autismustherapeuten vor dem Hintergrund der Bedeutung der ‚déformation professionnelle‘ in den Blick zu nehmen. Welchen Sinn macht Supervision im Zusammenhang mit beruflicher Deformation? Gibt es Besonderheiten auf die der Supervisor achten muss? Was muss bewusst gemacht werden? Welche Rolle spielen unterschiedliche ‚Stadien‘ der ‚déformation professionnelle‘? Wie sollte die Persönlichkeit des Supervisors idealerweise aussehen? Die Fragen könnten noch beliebig fortgesetzt werden.

Albrecht Boeckh schreibt in seinem Buch „Methodenintegrative Supervision – Ein Leitfadens für Ausbildung und Praxis“ zu der Notwendigkeit von Supervision folgendes: „Wer in seiner beruflichen Tätigkeit ständig mit Menschen zu tun hat, die mehr oder minder große Probleme haben, sich in kritischen Lebenssituationen befinden, immer wieder inadäquate soziale Reaktionen zeigen oder in anderer Weise auf die Dauer belastet sind, der wird über kurz oder lang dadurch selbst so belastet werden, dass er entweder Abwehrmechanismen entwickelt, die ihn gegenüber dem Leid der Klienten abstumpfen lässt, oder aber dieses Leiden sich selbst zu sehr zu Herzen nimmt, bis er es kaum noch ertragen kann. (...) Gerade in Bereichen, in denen die Arbeit mit den Klienten nur geringe sichtbare Fortschritte bringt, wo der Erhalt eines mäßigen Zustandes schon ein Erfolg ist (...), aber auch da, wo es sozialen Dauerstress gibt wie z.B. in den Schulen, Kindergärten, Gefängnissen etc., kann dieser Stress nicht spurlos an den Mitarbeitern vorübergehen. (...) Das Ausbrennen, der „Burnout“ ist eine häufige Folge. Auf der anderen Seite kann oft

eine „déformation professionnelle“ immer wieder beobachtet werden: Die stets hilfreiche Krankenschwester, der besserwisserische Lehrer, der eiskalte Psychiater, der verständnisvolle Sozialarbeiter oder der spitzfindige Jurist sind klassische Beispiele. Hier hat die Einseitigkeit der Berufsrolle ihre Spuren hinterlassen. Beide, dem Burnout und der déformation, soll Supervision vorbeugen und gleichzeitig die Professionalität der Helfenden verbessern.“¹⁵⁶

Eine wesentliche Bedeutung von Supervision ist somit die Sensibilisierung für mögliche deformierende Auswirkungen und ein proaktives Umgehen damit. Eine weitere sehr wichtige Bedeutung ist die damit einhergehende Prävention von Burnout und beruflicher Deformation. D. h. die Auseinandersetzung und Bewusstmachung mit potentiell deformierenden Arbeitsbedingungen und individuellen Belastungsfaktoren kann negativen Auswirkungen vorbeugen. Gleichzeitig können vorhandene Ressourcen gestärkt bzw. durch das gezielte ‚In den Blick nehmen‘ entwickelt werden.

Kommunikationsschwierigkeiten innerhalb eines Teams sollten ebenfalls vor dem Hintergrund einer möglichen ‚déformation professionnelle‘ bewusst gemacht und mit Hilfe von wohlwollender Transparenz und kreativen Interventionen in positiv-wertschätzende Kommunikationsformen verändert werden.

Als Schwierigkeiten für den Supervisor in einem Team von Autismustherapeuten können die verschiedenen therapeutischen Hintergründe der einzelner Teammitglieder angesehen werden, unterschiedliche Erfahrungen mit Selbstreflexion und Selbsterfahrung sowie mangelnde Bereitschaft/Offenheit sich und die mögliche Wechselwirkungen mit den störungsspezifischen Besonderheiten in der Interaktion und Kommunikation in den Blick zu nehmen und zu hinterfragen.

Innerhalb der Supervision im Kontext mit Autismustherapeuten (aber natürlich auch im allgemeinen Bereich von Supervision) geht es immer wieder um Bereiche der „Relationalität“¹⁵⁷, die Möglichkeiten und Grenzen von Beziehungen und ihren Ausgestaltungsformen, sowie um soziale Interaktion und Kommunikation im zwischenmenschlichen Bereich. Da, wie bereits ausführlich dargestellt, die Hauptproblematik der Klientel in genau diesem Bereich liegt, liegt es nahe, dass es

¹⁵⁶ Boeckh, 2008, S. 109

¹⁵⁷ Petzold, 2007, S.368

im supervisorischen Prozess schwerpunktmäßig auch um diesen Themenbereich geht. Der Supervisor benötigt daher ein profundes soziologisches Wissen, aus dem er schöpfen und somit zielführend intervenieren kann.

Von den „sechs Tätigkeitsaspekten (STA)“ von Supervision¹⁵⁸ kommen die folgenden insbesondere zum Tragen:

- c) kommunikativer Aspekt/soziotherapeutische Dimension,
- d) supportiver Aspekt/psychohygienische Dimension,
- e) methodologischer Aspekt/ameliorative Dimension und
- f) aufdeckender Aspekt/psychotherapeutische Dimension.¹⁵⁹

Denn durch eine verbesserte kommunikative Kompetenz und Performanz, durch Entlastung und Unterstützung, durch Klarheit und Präsenz in der Auswahl der therapeutischen Methoden sowie durch das Herausfinden und Klären von individuellen und gruppalen, - i.d.R. unbewussten - Mechanismen kann sich das Teamklima und die individuelle Arbeitsfähigkeit des Einzelnen positiv verändern.¹⁶⁰

Zusammenfassend kann gefolgert werden, dass die Phänomene der ‚déformation professionnelle‘ für die Supervision im Arbeitsbereich von Autismustherapeuten sich häufig in unterschwellig/unbewussten Prozessen vollziehen, welche durch die Supervision auf die Bewusstseinssebene der Mitarbeiter gehoben werden können. Dies ermöglicht die Stärkung/Wiederentdeckung eigener Ressourcen und Resilienzen, so dass der Mitarbeiter in seinem Verhalten reaktive, ungünstige Muster und maligne Prozesse zugunsten von aktiven, förderlichen Mustern und benignen Prozessen reduzieren kann.

¹⁵⁸ Petzold, 2007, S. 78

¹⁵⁹ vgl. ebenda, S. 78

¹⁶⁰ vgl. ebenda, S. 78

6 Resultierende Interventionen und Formen der prozessualen, supervisorischen Begleitung

Die bisherigen mehrperspektivischen Betrachtungen des Arbeitsfeldes verdeutlichen seine Komplexität. Dabei wurden vor allem sozialpsychologische Erklärungsmodelle herangezogen.

In diesem Kapitel geht es nun um die daraus resultierenden Interventionen in der Integrativen Supervision. Diese werden mit verschiedenen Optiken betrachtet, die unserer Meinung nach relevant sind für das Feld der Autismustherapie bzw. der darin arbeitenden ‚Autismustherapeuten‘ und die Sensibilisierung für das Thema bzw. der Umgang mit der ‚déformation professionnelle‘:

Hier sind zu nennen, die

- Sozialpsychologische Optik
- Kognitiv-theoretische Optik
- Gesundheitsoptik
- Organisationsoptik
- Klientenoptik,

welche im Folgenden in ihrer Bedeutung für den supervisorischen Prozess beschrieben werden.

6.1 Sozialpsychologische Optik

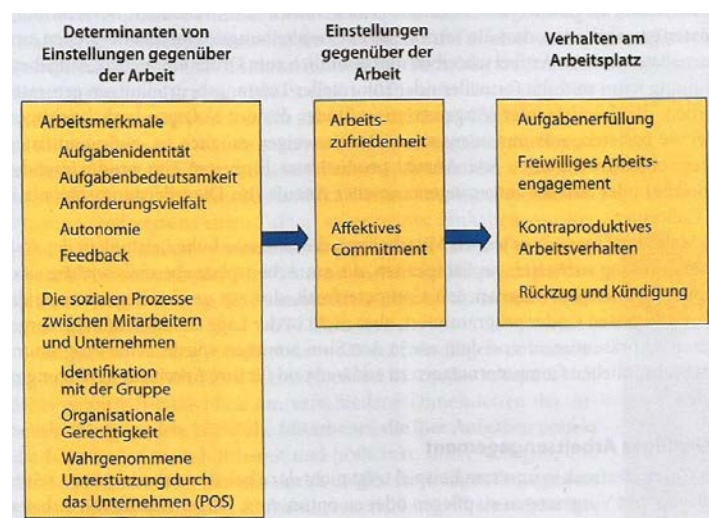
Der sozialpsychologischen Optik kommt in einem integrativ-supervisorischen Prozess immer dann eine Bedeutung zu, wenn es um das Verstehen und möglicherweise Verändern eigener und somit auch teamwirksamer Verhaltensweisen geht. Hierbei geht es primär um die Selbstreflektion der einzelnen Therapeuten unter Berücksichtigung der Wechselwirkung des eigenen Verhaltens auf das Team, die Kollegen und umgekehrt.

Jonas und Leberherz schreiben: „Gleichzeitig sind Unternehmen jedoch auch soziale Orte, in denen Mitarbeiter stark voneinander abhängig sind...“¹⁶¹ und führen an: „Gerade bei Teamarbeit, aber auch bei Einzelarbeit mit Kollegen und Vorgesetzten, führt Maximierung der eigenen Leistung nicht zwangsläufig zum besten Ergebnis für das Team oder das Unternehmen als Ganzes. Im Gegenteil, der ausschließliche Fokus auf die individuelle Leistung kann dazu führen, dass alle Beteiligten schlechter dran sind, weil keiner gewillt ist, die anderen spontan zu unterstützen, Informationen auszutauschen und mit den anderen an einem Strang zu ziehen, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen.“¹⁶²

Hieraus ergeben sich nach dem integrativen Ansatz sechs Aufgaben:

1. Umreißen der Probleme und Aufgaben
2. Ressourcen konnektieren, Optimierung des Ressourcenmanagements
3. Teampotentiale verdeutlichen
4. Performanz und Kooperation fördern
5. Persönliche und Teamsouveränität entwickeln
6. Förderung einer fundierten Kollegialität.¹⁶³

Unter Zuhilfenahme der Determinanten von Arbeitseinstellungen und ihrer Auswirkungen auf das Verhalten am Arbeitsplatz können Wechselwirkungen bewusst und in der Folge positive Verhaltensänderungen angestoßen werden.



¹⁶¹ Jonas, Stroebe, Hewstone, 2007, S.553

¹⁶² Jonas, Stroebe, Hewstone, 2007, S. 553

¹⁶³ vgl. Petzold, 2007, S.243

Abb.4: Determinanten von Einstellungen gegenüber der Arbeit und
ihre Beziehung zum Verhalten am Arbeitsplatz

Die Klärung der Einschätzung des persönlichen Verhaltens am Arbeitsplatz – aus der Selbst- wie auch Kollegenwahrnehmung, ergänzt durch die Wahrnehmung des Supervisors in Form der ‚Metahermeneutischen Triplexreflexion‘¹⁶⁴ – schafft die Möglichkeit einer Darstellung der Ist-Situation, um anschließend eine ‚Soll-Situation‘ oder einen erstrebenswerten Zielzustand kovolutiv¹⁶⁵ zu entwickeln.

Die Fragen zur Abbildung der Ist-Situation auf individueller und auf Teamebene ergeben sich direkt aus den Verhaltensdeterminanten:

- Aufgabenerfüllung – task performance: definiert als Grad der Erfüllung von Aufgaben und Pflichten durch die Mitarbeiter, für welche sie eingestellt wurden (z.B. Einhalten von Terminen, formalen Vorgaben, Informationsweitergabe)
- Freiwilliges Arbeitsengagement – contextual performance: definiert als freiwillige Verhaltensweisen, welche sich nicht in der Stellenbeschreibung befinden, aber der Entwicklung des Unternehmens/der Organisation dienen (z.B. freiwilliges Übernehmen von Aufgaben, Höflichkeit und Kooperationsbereitschaft, Hilfsbereitschaft/Altruismus)
- Kontraproduktives Arbeitsverhalten – counterproductive work behaviors: definiert als die Unternehmensnormen verletzenden vorsätzlichen Verhaltensweisen (z.B. „soziales Faulenzen“, ‚Trittbrettfahren‘ oder den sogenannten ‚Trotteleffekt‘¹⁶⁶)
- Rückzug und Kündigung: definiert im wortwörtlichen Sinne, aber auch als Fernbleiben von der Arbeit (z.B. ‚krank Feiern‘, zu spät kommen, früher gehen) häufig verbunden mit einer ‚inneren Kündigung‘ (Kündigung des „Psychologischen Vertrages“¹⁶⁷).¹⁶⁸

Weist die Analyse des Ist-Zustandes eine große Abweichung von Arbeitserfüllung und freiwilligem Arbeitsengagement auf, so kann dies ein Hinweis auf Prozesse der ‚déformation professionnelle‘ sowohl beim Einzelnen als auch im Team oder der Organisation sein.

¹⁶⁴ Petzold, 2007, S. 132

¹⁶⁵ ebenda, S.284

¹⁶⁶ Jonas, Stroebe, Hewstone, 2007, S.453

¹⁶⁷ www.de.m.wikipedia.org/wiki/Innere_Kündigung 27.09.2014

¹⁶⁸ vgl. Jonas, Stroebe, Hewstone, 2007, S.544ff

Die kognitive Erarbeitung der ‚Soll-Situation‘ oder des erstrebenswerten Zielzustandes kann in dem folgenden supervisorischen Prozess unter Zuhilfenahme der im integrativen Ansatz genannten supervisorischen Aufgaben zwei bis sechs (s. S.70) erfolgen.

„Kreative Medien und kreative Methoden (...)“¹⁶⁹ erscheinen in besonderem Maße geeignet, einerseits die faktischen, also direkt und objektiv beobachtbaren und messbaren (hard) Skills abzubilden, wie auch die emotional – interaktionsleitenden (soft) Skills.

Da in der autistischer Begleitung generell viel mit Visualisierung gearbeitet wird, ist davon auszugehen, dass den Teammitgliedern visualisierende Formen wie Diagramme, Piktogramme, Maps, Charts¹⁷⁰ oder auch Arbeiten mit Farbklotzen, Fotos und anderen kreativen Medien aufgrund des Bekanntheitsgrades zur Darstellung des Ist-Zustandes und Entwicklung eines erstrebenswerten Zielzustandes entgegenkommen.

Supervisorisches Ziel hierbei ist, sowohl die Arbeitseinstellung positiv zu verändern als auch die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen. Sollte sich jedoch zeigen, dass ein Verbleib in der Organisation ATZ für einen Therapeuten dauerhaft krankmachend wäre oder die Teamdynamik nachhaltig negativ beeinflusst wäre, ist die Aufgabe der Supervision auch darin zu sehen, diesen ‚Ist-Zustand‘ zu benennen.

Ein, den Prozessen der ‚déformation professionnelle‘ entgegenwirkender oder verhindernder, Faktor liegt in der Motivation der einzelnen Therapeuten und des gesamten Teams. Insofern liegt eine weitere Aufgabe für supervisorische Prozesse darin, Möglichkeiten aufzuzeigen, diese zu erhalten oder wiederaufzubauen. Voraussetzung einen solchen Prozess in Gang zu setzen ist das Wissen um die Wirkfaktoren von Arbeitsmerkmalen auf die Befindlichkeit (psychologische Zustände) und daraus resultierende Folgen für das Arbeitsverhalten:

¹⁶⁹ Petzold, 2007, S.245

¹⁷⁰ ebenda, S.251

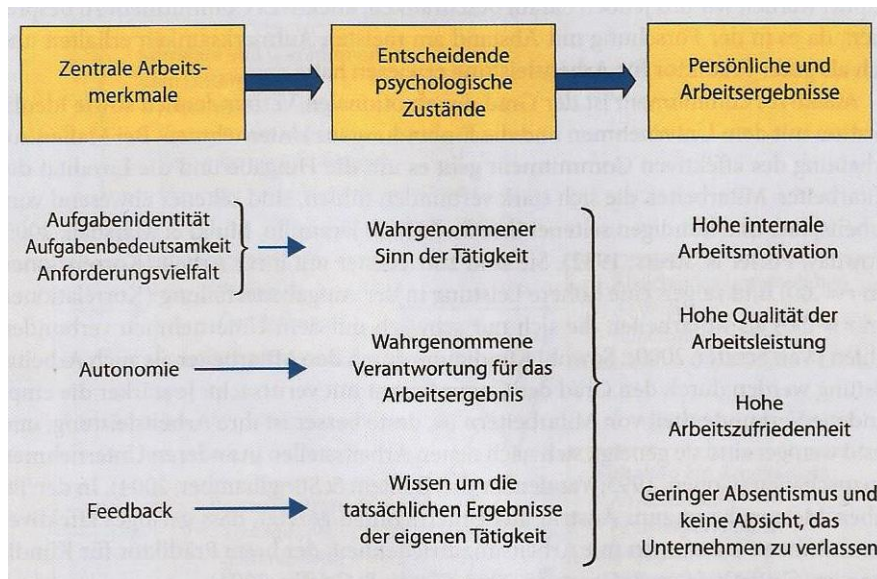


Abb.5: Modell der Arbeitsmerkmale

„Das Modell sagt also vorher, dass Autonomie, Feedback und ein positives Gesamtmaß des Arbeitsinhalts absolut notwendige Bedingungen dafür sind, dass die Arbeit motivierend gestaltet ist. Wenn an einem Arbeitsplatz eines der drei Merkmale fehlt (...) dann hat dieser Arbeitsplatz keinerlei motivierendes Potenzial (...)“¹⁷¹

Um eine qualitativ hochwertige therapeutische Arbeit gewährleisten zu können, unter den entsprechenden organisationalen Bedingungen im Kontext der kollegialen – und Teamarbeit, ist es hilfreich, das Ressourcenmodell der Integrativen Supervision¹⁷² als Basis supervisorischen Handelns zu wählen.

„Ressourcen dienen dem System dazu, auf wahrgenommene, kontextbedingte **Probleme** (d.h. Aufgaben, Anforderungen, Schwierigkeiten) adäquat und effektiv antworten zu können oder innere Bedürfnisse und Interessen (**Motivationen**) und daraus folgende Erwartungen, Pläne, **Entscheidungen**, Willensentschlüsse – d.h. individuelle oder kollektive **Volitionen** – durch Bewältigungsverhalten (**coping**) und/oder schöpferische Gestaltung (**creating**) zu realisieren.“¹⁷³

¹⁷¹ Jonas, Stroebe, Hewstone, 2007, S.560f

¹⁷² Petzold, 2007, S.294ff

¹⁷³ ebenda, S.297

Ganz wesentliche, im supervisorischen Prozess zu berücksichtigende Faktoren sind die Betrachtung der

- Sozialen Prozesse zwischen Mitarbeitern/Therapeuten und Unternehmen
- Identifikation mit der Gruppe
und die
- Organisationale Gerechtigkeit
- Unterstützung durch das Unternehmen

welche das Verhalten der Therapeuten am Arbeitsplatz beeinflussen.¹⁷⁴

Um die hier innewohnenden Phänomene erfassen zu können, ist eine mehrperspektivische Sichtweise des Supervisors unerlässlich. „Mehrperspektivität reduziert Komplexität und schafft Komplexität (...), stiftet Sicherheit und verunsichert. (...) *Polymorphie* und *Veränderbarkeit* der Wirklichkeit erfordern mehrperspektivisches Vorgehen und sind zugleich Ausdruck und Beitrag zu einer pluriformen Realität.“¹⁷⁵

Da die sozialen Prozesse zwischen Mitarbeitern/Therapeuten und dem Unternehmen als auch die Identifikation mit der Gruppe persönliche Wahrnehmungen sind und insofern auch nicht direkt beeinflussbar, kann – beispielsweise über die hermeneutische Spirale: Wahrnehmen – Erfassen – Verstehen – Erklären¹⁷⁶ – ein Schema angeboten werden, um Situationen/Zustände kontextbezogen verstehbarer zu machen. Der Therapeut/das Team gelangt so zu wachsender Verstehens- und somit auch Handlungskompetenz.

Bei den hier aufgezeigten Möglichkeiten supervisorischen Handelns auf dem Hintergrund der sozialpsychologischen Optik können die Gefahren einer ‚déformation professionnelle‘ nicht gänzlich vermieden werden.

„Eine nachhaltige Verbesserung der Arbeitsbedingungen beginnt mit der Erkenntnis der Ursachen, die zu einer subjektiven Belastung führen. Es können Belastungsprofile in der Arbeitswelt erstellt und von den Supervisor/innen für ihre Supervisionspraxis genutzt werden. Leistungsdruck und atypische

¹⁷⁴vgl. Jonas, Stroebe, Hewstone, 2007, S.561ff

¹⁷⁵ Petzold, 2007, S.145

¹⁷⁶ vgl. ebenda, S.97

Beschäftigungsverhältnisse sind Bedingungen, die von interessierter Seite erzeugt und stabilisiert werden. Sie zu verändern, braucht nicht nur einen langen Atem, sondern auch politische Macht.“¹⁷⁷

6.2 Kognitiv-theoretische Optik

Zu Beginn eine Frage: Warum soll überhaupt verstanden werden, warum eine bestimmte Intervention im supervisorischen Prozess gewählt wird? Wenn doch das Ergebnis stimmt!

Belardi schreibt hierzu: „Allen diesen nachstehenden Anwendungsmöglichkeiten von Supervision gemeinsam ist jedoch der übergeordnete Gesichtspunkt der Erweiterung von Kompetenzen.“¹⁷⁸ Als Bereiche der Kompetenzerweiterung nennt er:

- **Monitoring und Begleitung**
- **Aus- und Weiterbildung**
- Personalentwicklung und Supervision
- Qualitätssicherung und Qualitätszirkel
- **Training: Welche Kompetenzen sollen gelernt werden?**
- Assessment Center
- **Teamprobleme bewältigen**
- **Selbstvergewisserung ermöglichen**
- **Moderation und Präsentation: Zeigen, was man kann**
- **Coaching: Die Leiden der Leiter verringern**
- **Counselling: Mitarbeiter einführen**
- **Mentoring: Jüngere Kollegen unterstützen**
- Regelsupervision
- Krisenintervention
- **Gefahr der Emotionalisierung von Arbeit**
- **Burnout vermeiden**
- **Helfersyndrom abbauen**
- **Mobbing verhindern**
- Supervision und Mediation

¹⁷⁷ Alsdorf, Fuchs in Haubl, Voß, 2011, S.25

¹⁷⁸ Belardi, 2009, S.50

- Countaining: Belastungen abnehmen
- Supervision ermöglicht Psychohygiene.¹⁷⁹

Bezogen auf die ‚déformation professionnelle‘ scheinen die hier fett geschriebenen Bereiche eine besondere Bedeutung für die supervisorische Begleitung von Autismustherapeuten zu haben. **Kompetenzerweiterung** einerseits und **die Unterstützung der Performanzen**. „Die kommunizierten Informationen werden identifiziert, zur Herstellung von Sinnbezügen interpretiert und gegebenenfalls zu *P e r f o r m a n z* verwandt, zu sinngeleitetem Handeln, welches wiederum in den Kontexten (d.h. auch auf die vorhandenen Interaktions-/Kommunikationspartner) wirkt.“¹⁸⁰

Gleichzeitig wird erst durch die Transparenz in der Theorie- und Methodenvermittlung im supervisorischen Prozess das von der Integrativen Supervision geforderte **Intersubjektivitätsprinzip**, „... das die koexistente Verbundenheit mit dem Anderen (...) und zugleich seine letztendliche **Andersheit**, (...) affirmiert“¹⁸¹, möglich. Fundierte Kollegialität – „ein beständiger Erkundungs- und Forschungsprozess im Miteinander und durch das Miteinander“ (...) „auf der Grundlage der persönlichen Kollegialität“ (...) „hergestellt im gemeinsamen Wahrnehmen, Erleben, Denken, Fühlen, Wollen, und Handeln“¹⁸² – kann sich auf dieser Basis entwickeln.

Vermieden wird „das so genannte *Arzt-Patient-Modell*“¹⁸³, nach welchem ein Abhängigkeitsverhältnis entsteht und keine eigenen Performanzen entwickelt werden können, welche der Therapeut/Supervisand, das Team auch noch behält, wenn der Supervisionsprozess beendet ist. Nachhaltigkeit kann so eher sichergestellt werden. Fengler stellt folgende Frage mit einer konkreten Forderung an Supervision/Coaching: „Verfügen die einzelnen Mitarbeitenden über die technischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, die sie für ihre Arbeit brauchen, (...) ? Wenn dies nicht der Fall ist, brauchen sie eine zielgerichtete Führung, eine Schulung oder ein Coaching für die fehlenden Fähigkeiten.“¹⁸⁴ Eine Umformulierung für die supervisorische Arbeit mit Autismustherapeuten könnte lauten: Verfügen die

¹⁷⁹ vgl. Belardi, 2009, S.50ff

¹⁸⁰ Petzold, 2007, S.353

¹⁸¹ ebenda, S.274

¹⁸² ebenda, S.239

¹⁸³ Belardi 2009, S.71

¹⁸⁴ Fengler 2011, S. 247

einzelnen Therapeuten über die fachlichen, methodischen, kommunikativ-reflexiven und interaktiven sowie psychischen und sozialen Fähigkeiten, die sie für ihre therapeutische Arbeit und kollegiale sowie Teamgestaltungsaufgaben brauchen? Ist dies nicht der Fall, hat die Supervision nach dem Integrativen Ansatz für eine entsprechende Theorie-Praxis-Verschränkung zu sorgen, dargestellt in der folgenden Abbildung.

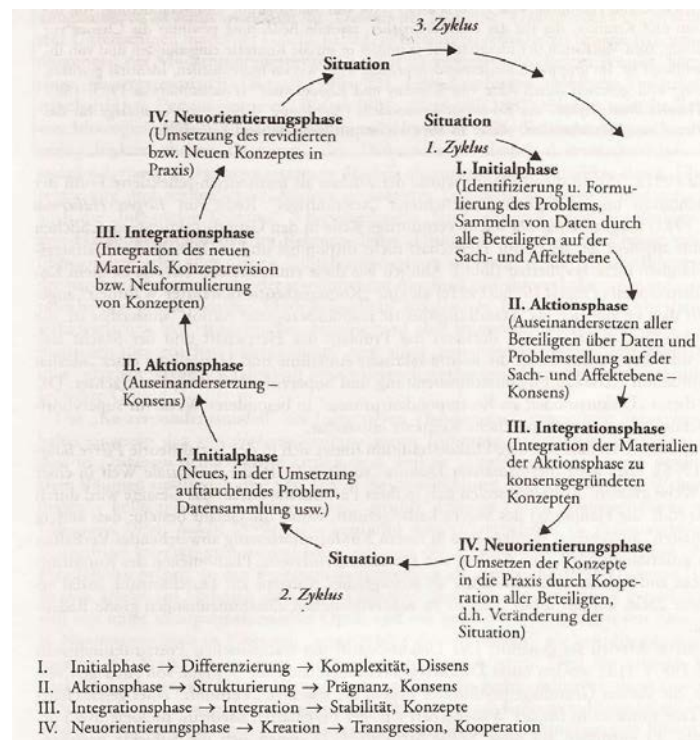


Abb. 6: Theorie-Praxis-Zyklus

Boeckh nennt neben einem „Zwölf-Punkte-Programm“¹⁸⁵ für den Ablauf einer Supervisionssitzung zusätzlich „Sonderthemen“ und hier unter anderem:

„Wissensvermittlung

Manchmal geht es in einem Supervisionsprozess auch darum, den Supervisanden Fachwissen zu vermitteln. Dies wird besonders dann der Fall sein, wenn der Supervisor aufgrund hoher Sach- oder Feldkompetenz ausgewählt wurde, (...).“¹⁸⁶
 Hier zeigt sich nun eine Schwierigkeit. Supervisoren mit der notwendigen Sach- und Feldkompetenz im Bereich der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit ASS sind

185 Boeckh 2008, S.32

186 ebenda, S.46

kaum (ortsnah) zu finden, so dass auch die Einflussgrößen auf Prozesse der ‚déformation professionnelle‘ nur schwer eindeutig extrahierbar sind. Autismustherapeuten sind also in besonderer Weise gefordert, ihr für den jeweiligen Supervisionsprozess vorhandenes Fachwissen dem Supervisor zur Verfügung zu stellen, um an einer zielorientierten, prozessualen Gestaltung mitzuwirken.

Supervision sollte in diesem Zusammenhang sicherstellen, dass gerade die Entwicklung der „Kokreativität“¹⁸⁷ innerhalb des Teams einen größeren Raum einnehmen kann. „Sowohl bei der Supervision gut funktionierender, eingespielter Teams, die nach den Prinzipien der Teamarbeit arbeiten, als auch für die Persönlichkeitsentwicklung der Teamer sowie im Teambuilding und den der Teamentwicklung kommt es darauf an, bestimmte Qualitäten und Menschen zu fördern und Funktionsprinzipien der Zusammenarbeit zwischen Mensch in professionellen Kontexten zu entwickeln und zu *optimieren*.“¹⁸⁸

Durch die kognitiv-theoretische Optik betrachtet, hat Supervision den Auftrag, ein größtmögliches Maß an Konflux¹⁸⁹ zu gewährleisten, als Vorbereitung auf kokreative Teamarbeit.

Methodisch finden sich neben den explizit in den kokreativen Ansätzen¹⁹⁰ beschriebenen, auch gute Möglichkeiten der kreativen Gestaltung von Supervisionsprozessen in dem Buch ‚Supervisions-Tools‘, beispielsweise „Mein Haus – Dein Haus“¹⁹¹ oder auch „Zurück aus der Zukunft“.¹⁹²

Abschließend noch ein Zitat:

„Die Praxis wird als Grundlage von Theorie und die Theorie als Grundlage von Praxis betrachtet. Sie konstituieren sich wechselseitig und bilden somit eine Einheit. Theorie, die Praxis auslegt, wird damit selbst praktisch, und Praxis, die in Theorie gründet, wird, indem sie diese umsetzt, selbst theoretisch.“¹⁹³

187 Petzold 2007, S.218

188 ebenda, S.225

189 ebenda, S.224f

190 ebenda, S.249

191 Neumann-Wirsig, 2009, S.202

192 ebenda, S.215

193 Petzold 2007, S.103

6.3 Gesundheitsoptik

„Der Arbeitsplatz ist ein Ort, der den Menschen prägt und beeinflusst. Im Arbeitsalltag lernt man, wie man mit Zeitdruck, Anforderungen und Konflikten umgeht. Man erfährt, wie man mit seinen Grundbedürfnisse (Bewegung, Hunger, Entspannung, Müdigkeit) in Stresssituationen umgeht, ob man Menschen vertrauen kann oder Fehler machen kann. Man erlebt, ob man fremdbestimmt ist oder auch Einfluss nehmen kann. Ob man in Gruppen zurechtkommt und Ziele verfolgen kann – das heißt, die Kompetenz, dem Leben und anderen Menschen zu begegnen, wird im Arbeitsalltag geprägt und verstärkt. (..) Arbeit bestimmt einen großen Teil des Lebens. Die Arbeit kann das Leben bereichern oder zur Belastung werden. Arbeit ist ein Ort, an dem Menschen ihre Fähigkeiten entfalten können, an dem Arbeitskollegen unterstützend und wohltuend erlebt werden oder aber auch nicht.“¹⁹⁴

„„Wer im Job seine Gesundheit erhält, vielleicht sogar lernt, was ein gesundes Arbeitsverhalten ausmacht – physisch und psychisch – hat gute Chancen, auch nach Feierabend gesund zu leben““.¹⁹⁵

Diese Zitate zeigen, dass das Thema Gesundheit und Gesundheitsfürsorge gerade auch für Arbeitnehmer und Arbeitgeber ein relevantes sein sollte. Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen in dieser Arbeit erscheint es vor allem für die in dem komplexen Arbeitsfeld ‚Autismustherapie‘ Tätigen von besonderer Bedeutung zu sein. Innerhalb des supervisorischen Prozesses sollte daher auch die Gesundheitsoptik zum Verständnis von Arbeitszufriedenheit/-unzufriedenheit, von Belastung, Stress und nicht zuletzt den Phänomenen der ‚déformation professionnelle‘ herangezogen werden, um sie durch einen Bewusstmachungsprozess im nächsten Schritt verändern zu können.

Salutogenetische Überlegungen (Antonovsky)¹⁹⁶, protektive Faktoren¹⁹⁷, der Blick auf vorhandene und zu entwickelnde Ressourcen¹⁹⁸ und die Einbeziehung von Resilienzfaktoren¹⁹⁹ wurden in dieser Arbeit bereits an anderer Stelle erwähnt.

¹⁹⁴ Ostermann, 2010, S. 149f

¹⁹⁵ Unger, Kleinschmidt in Ostermann, 2010, S. 149

¹⁹⁶ vgl. Antonovsky, 1997

¹⁹⁷ vgl. Ostermann, 2010, S.114f

¹⁹⁸ vgl. Petzold, 2007, S. 292

¹⁹⁹ vgl. Ostermann, 2010, S.115ff

Für die resultierenden Interventionen und Formen der prozessualen supervisorischen Begleitung bietet die Gesundheitsoptik folgende Schwerpunkte an:

- a) Schärfen des Bewusstseins für die Bedeutung von Gesundheit
- b) Aufbau und Stärkung von Ressourcen
- c) Bewusstmachung, Entwicklung und Stärkung von Resilienz
- d) Netzwerkstärkung.

a) Schärfen des Bewusstseins für die Bedeutung von Gesundheit

„**Gesundheit** wird als eine subjektiv erlebte, bewertete und zugleich external wahrnehmbare und bewertende, genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leib-Subjekts und seiner Lebenswelt gesehen. Der gesunde Mensch nimmt sich selbst, ganzheitlich und differentiell, in leiblicher Verbundenheit mit seinem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahr. Im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren, d.h. fördernder und entlastender Stilbildung, entsprechend seiner Vitalität/Vulnerabilität, Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage ist er imstande, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten. Aus dieser Grundlage kann er seiner körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale kokreativ und konstruktiv entfalten und so ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden entwickeln, wobei in der Regel auch ein guter immunologischer und physischer Gesundheitszustand (Salutophysiologie) vorhanden ist – wenngleich er damit durchaus nicht immer verbunden sein muss (...)²⁰⁰ Der so verstandene Gesundheitsbegriff, auf Grundlage der anthropologischen Grundformel der Integrativen Therapie „*der Mensch - Mann und Frau –*“, (wird) „*als Körper-Seele-Geist-Subjekt in einem ökologischen und sozialen Kontext/Kontinuum, d.h. in der Lebenswelt gesehen*“, ²⁰¹ macht deutlich, dass Gesundheit vom Menschen gestaltet und beeinflusst werden kann.

Daher obliegt es dem Supervisor, gemeinsam mit den Mitarbeitern die Bedeutung von Gesundheit in einem kokreativen Prozess zu erarbeiten und gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Blick zu nehmen bzw. konkret

200 Petzold 2000 in Ostermann, 2010, S.107

201 Petzold, 2007, S.300

auszuprobieren. Aus lerntheoretischer Sicht hat das eigenleibliche Spüren der konkreten Übung nämlich nachhaltigere Effekte als das darüber sprechen.²⁰²

Mögliche Interventionen sind die Vermittlung von:

- Entspannungsmethoden
- körpertherapeutische Übungen
- Atemübungen
- Achtsamkeitsübungen.

b) Aufbau und Stärkung von Ressourcen

Ressourcen sind im Integrativen Verfahren „(...) alle erdenklichen Mittel der Hilfe und Unterstützung, ja die Prozesse des ‚Supports‘ selbst, mit denen Belastungen, Überforderungssituationen und Krisen bewältigt werden können: innere Ressourcen/Stützen wie physische Vitalität, emotionale Tragfähigkeit, Willensstärke, Intelligenz, geistige Werte aber auch äußere Ressourcen/Stützen wie Freunde, soziale Netzwerke (*Moreno*), Unterkunft, Geld. Ressourcen tragen dazu bei, die Stabilisierung einer erschütterten Persönlichkeit, einer zerrütteten Familie, eines maroden sozialen Systems, einer desorganisierten Organisation zu ermöglichen, die Selbstregulationskräfte und Interaktionskompetenz des Systems mit der Umwelt zu restituieren und darüber hinaus – derartige Konsolidierungen überschreitende – Entwicklungen auf den Weg zu bringen und zu fördern.“²⁰³

Autismustherapeuten neigen dazu, defizitorientiert zu denken, da ja auch die Diagnosestellung von ASS derzeit nur über die Beschreibung von Defiziten und Einschränkungen geschieht. Neben dem Blick auf das, was das Kind, der Jugendliche oder Erwachsene mit ASS schon gelernt und an Kompetenzen und Performanzen mitgebracht hat, gibt es eben auch die Fokussierung auf das, was das Gegenüber alles noch nicht kann/entwickelt hat und über die Therapie erreichen und entwickeln soll. Es besteht also die Gefahr des ‚defizitären Tunnelblicks‘. In der Supervision von Autismustherapeuten gilt es daher den Blick wieder zu weiten und auf vorhandene Ressourcen zu schauen und neue kokreativ zu entwickeln. So kann nicht nur die bewusste Auseinandersetzung mit den eigenen Ressourcen geschehen, sondern, als Nebeneffekt, auch in der therapeutischen Arbeit ein größerer Fokus auf den Ressourcen der Klienten und ihren Familien liegen.

202 vgl. Petzold 2002b, S.8

203 Petzold in Ostermann, 2010, S.128

Für die supervisorische Arbeit mit und an dem Thema Ressourcen bietet sich methodisch folgendes an:

- Kreative Methoden und Medien wie die Gestaltung von Ressourcen-Karten²⁰⁴
- Auseinandersetzung mit ‚Problemen, Ressourcen und Potentialen‘ (PRP)²⁰⁵
- Erstellung von Diagrammen, Piktogrammen, Maps oder Charts²⁰⁶
- Aufstellungs- und Skulpturarbeit²⁰⁷.

c) Bewusstmachung, Entwicklung und Stärkung von Resilienz

Der Begriff der Resilienz kommt ursprünglich aus der Wertstoffkunde und beschreibt die Fähigkeit eines Stoffs, nach einer Verformung, z.B. durch Druck- oder Zugeinwirkung, wieder seine alte Form anzunehmen und somit Verformungen zu überstehen, ohne die eigene, ursprüngliche Form einzubüßen. Er veranschaulicht die Fähigkeit eines Systems, Irritationen, die von außen und innen kommen können, auszugleichen oder ertragen zu können, ohne dabei zerstört zu werden.²⁰⁸

Resilienz wird im Integrativen Ansatz wie folgt definiert: „Mit „**Resilienz**“ bezeichnet man die psychologische bzw. die psychophysiologische Widerstandsfähigkeit, die Menschen befähigt, psychologische und psychophysische Belastungen (Stress, Hyperstress, Strain) unbeschädigt auszuhalten und zu meistern. Es handelt sich um „Widerstandskräfte, die aufgrund submaximaler, bewältigbarer Belastungssituationen, welche ggf. noch durch protektive Faktoren abgepuffert wurden, in der Lebensspanne ausgebildet werden konnten. Sie haben eine Art „psychischer Immunität“ gegenüber erneuten, ähnlich gearteten Belastungssituationen oder kritischen Lebensereignissen zur Folge und erhöhen damit die Bewältigungskompetenz des Subjekts bei Risiken und „stressful life events“. Da Resilienz für unterschiedliche Belastungen differentiell ausgebildet wird, sprechen wir im Plural von Resilienzen.“²⁰⁹

204 Petzold, 2007, S.307ff

205 ebenda, S. 102

206 ebenda, S. 246ff

207 ebenda, S.276ff

208 vgl. Wellensiek, Galuska, 2014, S.21

209 Petzold, in Ostermann, 2010, S.115f

Karen Reivich und Andrew Shatté, zwei US-amerikanische Wissenschaftler haben 2003 folgende sieben Faktoren benannt, um mit widrigen Ereignissen (Krankheit, Verlust, Überlastung, Probleme im Privat- oder Berufsleben) besser umgehen zu können:

- Optimismus
- Akzeptanz
- Lösungsorientierung
- Opferrolle verlassen
- Verantwortung übernehmen
- Netzwerkorientierung
- Zukunftsplanung²¹⁰

Für die Supervision im Feld von Autismustherapeuten und die Phänomene der ‚déformation professionnelle‘ bedeutet die Einbeziehung des Resilienzkonzeptes, die Mitarbeiter für resilientes und nicht-resilientes Verhalten zu sensibilisieren (siehe nächste Abbildung) und sie darin anzuleiten es proaktiv zu verändern.

Wellensiek und Galuska formulieren folgende in einer Tabelle dargestellten Merkmale resilienten und nicht-resilienten Verhaltens bei Mitarbeitern, Führungskräften und Unternehmensleitung:

210 vgl. Wellensiek, Galuska, 2014, S.23

	Nicht-resilientes Verhalten (destabilisierend, schwächend)	resilientes Verhalten (stärkend)
Mitarbeiter	- Ist Veränderung gegenüber grundsätzlich ablehnend und skeptisch eingestellt - Hat wenig Gespür für konkrete persönliche Bedürfnisse, Grenzen, Anliegen, Gefühle - Übernimmt wenig Verantwortung für sich selbst, erwartet eher Fürsorge durch andere - Entspricht dem Typ „Flurfunk“ - Erstarrt angesichts von Veränderungsprozessen in abwartender Opferhaltung	- Steht Veränderungen und persönlicher Entwicklung offen gegenüber - Hat Kenntnis über und Verständnis für die eigenen Belastungsgrenzen und Kraftquellen (Ressourcen) - Sorgt gut für sich selbst (Pausen, Ausgleich, Grenzen etc.) - Kommuniziert aktiv mit Kollegen und Vorgesetzten - Gestaltet Veränderungsprozesse konstruktiv mit
Führungs- kraft	- Ist getrieben von operativen Aufgaben, sieht wenig Möglichkeit beziehungsweise hat wenig Fähigkeit zur Delegation und Priorisierung - Nimmt sich zu wenig Zeit für die Personalführung, entwickelt keine echte Beziehung zu den Mitarbeitern - Verhält sich häufig unklar und untransparent	- Achtet auf sich und seine Ressourcen, weiß um seine Leistungsgrenzen und Prioritäten - Lebt „begleitende Führung“, hat eine klare, vertrauensvolle Beziehung zu seinen Mitarbeitern und fördert beziehungsweise unterstützt deren Eigenverantwortung und Lösungsorientierung - Kommuniziert auch unangenehme Veränderungen klar und transparent
Unterneh- mensleitung	- Bereitet sich nicht proaktiv auf Krisenzeiten vor. In Krisen fällt sie häufig durch überraschende, unangekündigte Strategiewechsel auf - Ihre Information und Kommunikation mit Beschäftigten und Führungsebene weist Mängel auf - Fokus auf Zahlen, Daten, Fakten – der Mensch bleibt außen vor, wenn die Unternehmensleitung sich mit Veränderungen im Unternehmen beschäftigt	- Denkt vorab mögliche Krisen und Veränderungen an – und entwickelt mögliche Strategien und Lösungswege. - Weist eine fest verankerte, transparente Informations- und Kommunikationspolitik auf. Informiert zeitnah auch über unangenehme Tatsachen - Berücksichtigt neben der sachlichen auch die menschliche Ebene und die Kultur des Unternehmens

Abb.7: Merkmale resilienten und nicht-resilienten Verhaltens

d) Netzwerkstärkung

„Ein soziales Netzwerk ist das für exzentrische Beobachter eines sozioökologischen Kontextes mit Mikro- oder Mesoformat vorfindliche und umschreibbare multizentrische Geflecht differentieller Relationen in der Zeit zwischen Menschen (und ggf. Institutionen), die zueinander in unterschiedlichen Bezügen stehen (Kontakte, Begegnungen, Beziehungen, Bindungen, Abhängigkeiten in Kovois) und in konkreten oder virtuellen Austauschverhältnissen (z.B. wechselseitige Identitätsattributionen, Hilfeleistungen, Teilen von Informationen, Interessen, Ressourcen, Supportsystemen). Dabei können sich durch das Vorhandensein konkordanter und diskordanter 'sozialer mentaler Repräsentationen', das sind kollektive Kognitionen, Emotionen, Volitionen (z.B. Wirklichkeitskonstruktionen, Interpretationsfolien, Werte, Normen, Entscheidungsrouinen) in dem vorfindlichen Netzwerk als konkreter Realität der Interagierenden unterschiedliche 'soziale Welten' als mentale Realitäten konstituieren.“²¹¹

Auch ein Team ist als soziales Netzwerk zu verstehen. Um Phänomenen der ‚déformation professionnelle‘ innerhalb der Supervision zu begegnen und sie zu verändern, ist es hilfreich sich mit den hemmenden und förderlichen Qualitäten von sozialen Netzwerken auseinanderzusetzen. Auch in der Integrativen Supervision gibt es daher eine netzwerkaktivierende Modalität. Diese „**netzwerkaktivierende Modalität**, in der die Ressourcen sozialer Netzwerke aktiviert, defiziente oder toxische Netzwerke saniert und gute Netzwerkqualitäten gepflegt werden“²¹², hat im Integrativen Ansatz eine langjährige Tradition.

In diesem Zusammenhang gilt es das Team von ‚Autismustherapeuten‘ auch für die Bedeutung und den Prozess von Affiliationen²¹³ zu sensibilisieren. Da „**Affiliation** eine Grundqualität im menschlichen Verhalten ist“²¹⁴, ist sie zum einen für das Verständnis und die Gestaltung von individuellen und gruppendynamischen Prozessen hilfreich, andererseits verdeutlicht sie nochmals die Andersartigkeit von Menschen mit ASS, weitet so den Blick und das Verständnis für autismspezifische Verhaltensweisen bzw. die beim ‚neurotypischen‘ Gegenüber ausgelösten Irritationen und eröffnet neue therapeutische Zugangs- und Fördermöglichkeiten.

Nach Petzold ist „*Supervision darauf gerichtet, das Gelingen funktionaler, positiver Affiliationsprozesse zu fördern, die Offenheit und Bereitschaft für Affiliationen, die*

²¹¹ Petzold, 2002g, S.6

²¹² Schuch in Ostermann, 2010, S.216

²¹³ Petzold 2007, S.375

²¹⁴ ebenda S.379

Kompetenz solche anzugehen und die Performanz solche einzugehen, zu halten und zu pflegen, d.h. die „Affiliationsarbeit“ von Klienten und von Helfern zu unterstützen, Probleme, die durch unvereinbare oder dyssynchrone Affiliationsmuster, durch dysfunktionale Affiliationsqualitäten und –intensitäten (schlechte „Passungen“) entstehen, aufzuzeigen und zu ihrer Lösung beizutragen, Wege zu weisen, wie mit negativen oder devianten Affiliationen in Dyaden oder Gruppen umzugehen ist.“²¹⁵

In der supervisorischen Betrachtung und Auseinandersetzung mit dem sozialen Netzwerk ‚Team‘ sowie der Bewusstmachung von Affiliationsprozessen können individuelle und Teamkompetenzen entwickelt und gefördert werden. „(...) Gelingt Supervision diese Aufgabe einer optimalen Förderung solcher Teamkompetenz, so trägt sie damit nicht nur zum individuellen Selbstwertgefühl des einzelnen Teammitgliedes, seiner Arbeitszufriedenheit und seinem persönlichen Wohlbefinden bei, sondern sie fördert auch die *Kokreativität*, *Kordialität*, die *Integrität*, das *commitment* und das *Identitätserleben* des Teams insgesamt, was Auswirkungen auf das Organisationsklima und die Organisationskultur hat.“²¹⁶

Daher spielt auch für den Erhalt und die Schaffung von gesundheitsfördernden Aspekten innerhalb von Supervision die Stabilisierung und Stärkung von Netzwerken eine wichtige Rolle.

Erreicht werden kann dies z.B. über Interventionen wie die „Mapping- und Charting-Ansätzen“²¹⁷ oder die „**Konflux**-Methode“²¹⁸.

6.4 Organisationsoptik

Ganz wesentliche, im supervisorischen Prozess zu berücksichtigende Faktoren sind die Betrachtung der

- Sozialen Prozesse zwischen Mitarbeitern/Therapeuten und Unternehmen
- Identifikation mit der Gruppe und die
- Organisationale Gerechtigkeit
- Unterstützung durch das Unternehmen

welche das Verhalten der Therapeuten am Arbeitsplatz beeinflussen.²¹⁹

²¹⁵ Petzold, 2007, S. 381

²¹⁶ ebenda, S. 244

²¹⁷ ebenda, S. 239

²¹⁸ ebenda, S. 220ff

²¹⁹ Vgl. Jonas, Stroebe, Hewstone, 2007, S. 561ff

Um die hier innewohnenden Phänomene erfassen zu können, ist eine mehrperspektivische Sichtweise des Supervisors unerlässlich.

Insbesondere sind hier auch Projektionsprozesse der Therapeuten zu berücksichtigen, welche sich aus der Arbeit mit den Klienten und deren Systemen ergeben können. Eine geringe Wertschätzung der therapeutischen Arbeit seitens des Klientensystems, sowie eine in der Regel – auch aufgrund des Behinderungsbildes – ausbleibende Wertschätzung seitens der Klienten selbst kann zu einem vermehrten Wunsch der Anerkennung durch den Arbeitgeber führen.

Supervisorische Interventionen, welche den Schwerpunkt auf die wechselseitige Anerkennung der Therapeuten untereinander und die psychologisch-pädagogische Leitung legen, können malignen Prozessen bezogen auf Institutionsidentität vorgreifen. Hierzu gehört auch der Einsatz von ressourcenerhaltenden und – weckenden Strategien. Sowie das Herausarbeiten von Möglichkeiten, die notwendige Wertschätzung ‚einfordern‘ zu können, beispielsweise die Vorstellung der eigenen therapeutischen Tätigkeit oder ein direktes Feedback einzufordern.

Ebenso bedeutsam sind persönlichkeitsbildende Interventionen, mit dem Ziel die eigene Involviertheit und die damit verbundenen emotionalen Resonanzen und kognitiven Wertungsprozesse aufgrund der eigenen Lebensgeschichte erkennen zu können. Beispielsweise kann ein Mensch, welcher in der eigenen Kindheitsgeschichte wenig Anerkennung seitens seiner Eltern erfahren hat, diese weiterhin suchen; hier in der Form, dass eine Gleichsetzung von Arbeitgeber und Eltern erfolgt. Oder aber in dem Fall, dass jemand sehr leistungsorientiert erzogen worden ist. Sollte hier eine Würdigung der Leitung ausbleiben, so belebt sich das persönliche Minderwertigkeitsgefühl: ‚Ich bin nicht gut genug‘ oder aber: ‚Keiner würdigt meine Leistung‘ möglicherweise wieder. Im Kontext der therapeutischen Begleitung von Menschen mit ASS, besteht die Gefahr einer Überidentifikation mit den Klienten und damit verbunden im Rahmen einer Abwehr der schmerzenden Gefühle, eine Schuldzuschreibung/Abwertung gegenüber der Organisation, dem Arbeitgeber.

„Eine nachhaltige Verbesserung der Arbeitsbedingungen beginnt mit der Erkenntnis der Ursachen, die zu einer subjektiven Belastung führen. Es können Belastungsprofile in der Arbeitswelt erstellt und von den Supervisor/innen für ihre Supervisionspraxis genutzt werden. Leistungsdruck und atypische

Beschäftigungsverhältnisse sind Bedingungen, die von interessierter Seite erzeugt und stabilisiert werden. Sie zu verändern, braucht nicht nur einen langen Atem, sondern auch politische Macht.“²²⁰

Im Rahmen der Supervision ist also weiterhin von Bedeutung, veränderbare und unveränderbare Themengebiete zu benennen, um in Folge Strategien des Umganges mit diesen Bedingungen für jeden einzelnen Mitarbeiter/Therapeuten zu generieren. Jeder Mitarbeiter/Therapeut sollte in die Lage versetzt werden, die ihn persönlich betreffenden Phänomene der ‚déformation professionnelle‘ erkennen und benennen zu können und Strategien zum Umgang hiermit erlangen zu können.

Ein wesentlicher Bereich ist hierbei das Aufzeigen von Verantwortungsgrenzen, d.h. wofür ist jeder Einzelne in der Organisation verantwortlich und wofür nicht. Dies wird noch ergänzt durch das Wahrnehmen von Veränderungsgrenzen auf den Ebenen Klienten, Eltern der Klienten, Institutionen, welchen die Klienten je nach Alter zugehören, den Kollegen und auf der Ebene der Institution ATZ.

Da Organisationen einem stetigem Wandel unterworfen sind, die Verantwortungen auf den verschiedenen Ebenen einer Organisation: Geschäftsführung, Buchhaltung, Personalführung, psychologisch-pädagogische Leitung, Therapeuten, Bürokräfte, etc. sich deutlich unterscheiden, kann eine Sensibilisierung diesbezüglich von entscheidender Bedeutung sein, um einerseits Handlungsstrategien der Leitungskräfte nachvollziehen zu können, andererseits zur Verbesserung von Kommunikations- und Interaktionsformen beizutragen, mit dem Ziel einer möglichst hohen Transparenz hinsichtlich des Handelns auf allen Seiten.

6.5 Klientenoptik

Im „integrativem, mehrperspektivischen „Dynamic Systems Approach to Supervision““²²¹ werden, angelehnt an das Diagramm nach Holloway, 15 Variablen beschrieben, die zu einem differenzierten Verstehen der beteiligten Handlungsfelder und –perspektiven und einer darauf abgestimmten Praxis führen.²²² Variable 11 ist die „Klienten-/Patientenvariable“. „Das Problem des Klienten, seiner Persönlichkeit, seiner Erkrankung, sein Lebenszusammenhang sind eine wesentliche Größe in

²²⁰ Haubl/Voß, 2011, S. 25

²²¹ Petzold, 2007, S. 34

²²² vgl. ebenda, S. 32f

Supervisionsprozessen. Supervisor wie Supervisand versuchen ja, die Lebenswelt des Klienten und seine „Sozialwelt“ (*social world*, Strauss 1978; Petzold 1995a) – d.h. seine Sicht des Lebens – zu verstehen, um ihm bei Prozessen seines Selbst- und Kontextverständnisses behilflich zu sein.“²²³ Da die konkrete und direkte Arbeit mit den Klienten den Hauptschwerpunkt der therapeutischen Arbeit in einem ATZ einnimmt, ist es wichtig den dyadischen Prozess ebenfalls zum Gegenstand der Supervision zu machen. In einem supervisorischen Prozess können die Therapeuten durch die Klientenoptik Distanz zu ihrem therapeutischen Prozess einnehmen und dann mit mehrperspektivischem Blick erneut auf den bisherigen Therapieverlauf blicken sowie daraus neue Perspektiven und Interventionen entwickeln.

Neben der therapeutischen Beziehung und deren Prozessgestaltung, die durch die supervisorische Begleitung reflektiert werden können, gilt es aber auch die Wechselwirkungen aufgrund der mitgebrachten Interaktions- und Kommunikationsbesonderheiten der Klienten auf den Therapeuten in den Blick zu nehmen. Daher sollten die resultierenden Interventionen und Formen der prozessualen, supervisorischen Begleitung auch vor dem Hintergrund der Klientenoptik entwickelt und reflektiert werden.

Aus supervisorischer Sicht können dazu Methoden wie „Rollentausch“, „leerer Stuhl“, „Aufstellungsarbeit“ oder Übungen aus dem Psychodrama eingesetzt werden.

223 Petzold, 2007, S. 36

7 Fazit und Ausblick

In der vorangehenden Arbeit haben wir uns mit der Bedeutung des Phänomens der ‚déformation professionnell‘ im Kontext von Autismustherapie und für die supervisorische Praxis in diesem besonderen Feld auseinandergesetzt. Verschiedene theoretische Erklärungs- und Interpretationsfolien wurden dazu verwendet. Die Auseinandersetzung fand in einem Prozess von Ko-respondenz statt:

„1) Ko-respondenz ist ein synergetischer Prozess direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftebene über ein Thema unter Einbeziehung des jeweiligen Kontextes/ Kontinuums.

2) Ziel von Ko-respondenz ist die Konstituierung von Konsens, der in Konzepten Niederschlag finden kann, die von Konsensgemeinschaften getragen werden und für diese zur Grundlage für Kooperation werden

3) Voraussetzung für Ko-respondenz ist die in der prinzipiellen Koexistenz alles Lebendigen gründende, wechselseitige Anerkennung subjektiver Integrität, die durch Konsens bezeugt wird, und sei es nur der Konsens darüber, miteinander auf der Subjektebene in den Prozess der Ko-respondenz einzutreten oder konsensuell Dissens festzustellen und als solchen zu respektieren.

4) Scheitern von Ko-respondenz führt zu Entfremdung, Frontenbildung, Krieg.“²²⁴

Auch der kollegiale Austausch über unsere Erfahrungen und der so erlebte Prozess der „fundierte Kollegialität“²²⁵ spielte eine wichtige Rolle. Durch Affiliationserfahrungen konnten neue Perspektiven eingenommen werden. Der Akt des Schreibens wurde häufig zu einem Evidenzerlebnis und führte zu neuen Theorievernetzungen (1. und 5. Faktor der 14. Faktoren der Heilung und Förderung²²⁶).

Die Komplexität, welche sich auch im Prozess des Schreibens und Auseinandersetzens mit dieser Arbeit, unserem Arbeitsfeld, der beruflichen Identität und ihrer erlebten sowie möglichen Beschädigungen aber auch Ressourcen und

224 Kleines Lexikon der IT, S.37

225 Petzold, 2007, S. 239

226 Petzold, 2003a in Ostermann, 2010, S. 217

Kompetenzen sowie den Möglichkeiten und Begrenzungen von Supervision widerspiegelt, muss reduziert werden um handlungsfähig zu bleiben oder wieder zu werden. Hierfür spielt das Ko-respondenzmodell²²⁷, auf das während dieser Arbeit immer wieder Bezug genommen wurde, für die supervisorische Arbeit im Kontext von Autismustherapeuten eine wichtige Rolle. Die unterschiedlichen integrativ-supervisorischen Modelle und Theorien (Ko-respondenzmodell, Modalitäten der Relationalität²²⁸, Intersubjektivität, Lerntheorien, usw.) wurden zur Darstellung und Ausführung des Themas genutzt und eröffneten einen mehrperspektivischen Blick auf das Zusammenspiel von den Phänomenen der ‚déformation professionell‘ und der daraus resultierenden supervisorischen Interventionen.

Das Risiko für eine berufliche Deformation ist unserer Einschätzung nach im Feld von Autismustherapie durch die sozial-kommunikativen Beeinträchtigungen des Klientels, die komplexen Erwartungshaltungen an den Therapeuten (einschließlich seiner eigenen) sowie die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen erhöht. Umso wichtiger erscheint uns die Notwendigkeit von begleitender Supervision, um den individuellen Therapeuten, das Therapeutenteam und die therapeutische Arbeit zu unterstützen und weiter zu professionalisieren. Wie ausgeführt sind es vor allem unterschiedliche kreative supervisorische Methoden und Interventionen, die mehrperspektivische Betrachtung der komplexen Zusammenhänge sowie die Bewusstmachung, Stärkung und/oder Entwicklung von Ressourcen, die vor den negativen Folgen der ‚déformation professionnelle‘ schützen können.

Die Ausführungen der Graduierungsarbeit beruhen auf eigenen Erfahrungen sowie Beobachtungen/Erlebnissen/Gesprächen innerhalb der jeweiligen Teams. Um sie in größerem Stil verallgemeinern zu können müssten qualitative Befragungen (z.B. über einen Fragebogen) oder Interviews geführt werden. Im Prozess des Schreibens und Auseinandersetzens mit diesem Thema haben wir dies diskutiert und einen ersten Fragebogen entworfen. Die schon vorhandene Komplexität wollten wir durch die Hereinnahme dieser weiteren Fragestellung nicht noch mehr erhöhen. Eine Überprüfung unserer Thesen im Rahmen einer Befragung der Kollegen steht daher noch aus.

227 Petzold, 2007, S. 105ff

228 ebenda, S. 367ff

Und so beenden wir unsere Arbeit mit einem Zitat von Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832):

**„So eine Arbeit wird eigentlich nie fertig,
man muss sie für fertig erklären,
wenn man nach Zeit und Umständen
das möglichste getan hat.“²²⁹**

8 Zusammenfassung

"Phänomene der ‚déformation professionnelle‘ im Kontext der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen und deren Bedeutung für die Supervision"

In dieser Arbeit werden in einem ersten Schritt die klientenbezogenen, institutionellen, organisationalen und auch gesellschaftlichen Einflussgrößen für die mögliche Entwicklung einer ‚déformation professionnelle‘ von Therapeuten in Autismustherapiezentren mehrperspektivisch betrachtet. Im Weiteren geht es dann um die Bedeutung von Supervision in der Prophylaxe, Bewusstmachung und im Umgang mit dem Phänomen der beruflichen Deformation. Die Darstellung unterschiedlicher supervisorischer Interventionen schließen die Ausführungen ab. Grundlage bilden sozialpsychologische Erkenntnisse und Modelle der Integrativen Supervision.

Schlüsselwörter: ‚Déformation professionnelle‘, Autismus-Spektrum-Störung, Mehrperspektivität, Sozialpsychologie, Integrative Supervision

Summary: „Phenomena of the ‚déformation professionnelle‘ in the context of autism-spectrum-disorder therapy and their importance for supervision“

This paper presents a multi-perspective view on the possible development of ‚déformation professionnelle‘ of therapists in autismtherapycentres, while deriving possible client-oriented, institutional, organizational and societal influencing factors. Subsequently the importance of supervision for the prophylaxis, raising of awareness and the dealing with the phenomena of the professional deformation is pointed out. The paper concludes with the presentation of various supervision interventions, based on social psychological findings and models of integrative supervision.

Keywords: déformation professionnelle, autism-spectrum-disorder, multi perspective, social psychology, integrative supervision

9 Literatur

- Abdul-Hussain, S., Baig, S. (Hg.), (2009), Diversity in Supervision, Coaching und Beratung, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien (A)*
- Alsdorf N., Fuchs, S.M. (2011), Leistung. In: Haubl, R., Voß, G.G., (Hg.), (2011), Riskante Arbeitswelt im Spiegel der Supervision – Eine Studie zu den psychosozialen Auswirkungen spätmoderner Erwerbsarbeit, Kölner Reihe Materialien zu Supervision und Beratung, Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Supervision e.V. (DGSv) – Band 1, Vandenhoeck&Ruprecht GmbH & Co.KG, Göttingen*
- Antonovsky, A., (1997), Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit, dgvt-Verlag, Tübingen*
- Belardi, N., (2002), Supervision – Grundlagen, Techniken, Perspektiven, Verlag C.H. Beck, München (3. Auflage 2009)*
- Bertrams, A., (2012), Konzepte und Methoden der Supervision. In: Dinger, W. (Hg.), (2012), Gruppenanalytisch denken – supervisorisch handeln / Gruppenkompetenz in Supervision und Arbeitswelt, kassel university press GmbH, Kassel, S.29-59*
- Boeckh, A., (2008), Methodenintegrative Supervision – Ein Leitfaden für Ausbildung und Praxis, Leben Lernen – Klett-Cotta Verlag, Stuttgart*
- Bölte S., Rühl, D., Schmötzer, G., Poustka, F., (2006), Diagnostisches Interview für Autismus – Revidiert, Deutsche Fassung des Autism Diagnostic Interview – Revised von M. Rutter, M., Le Couter, A. und Lord, C., Verlag Hans Huber, Bern*
- Bölte, S. Hrsg., (2009), Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven, Verlag Hans Huber, Bern (CH)*
- Fengler, J., (1994), Helfen macht müden: Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation, Leben Lernen – Klett-Cotta Verlag, Stuttgart (4. Auflage 1996)*
- Fengler, J., Jansen, I. (Hrsg.), (1999): Handbuch der Heilpädagogischen Psychologie – Kohlhammer, Stuttgart*
- Fengler, J., Sanz, A. (Hrsg.), (2011), Ausgebrannte Teams: Burnout-Prävention und Salutogenese, Leben Lernen – Klett-Cotta Verlag, Stuttgart*
- Finke, J., Stumm, G., (2012), Identität aus Sicht der Gesprächspsychotherapie. In: Petzold, H., (2012), Identität: Ein Kernthema moderner Psychotherapie – Interdisziplinäre Perspektiven (Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung), VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 361-378*
- Flammer A., (1990), Erfahrungen der eigenen Wirksamkeit – Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung, Verlag Hans Huber, Bern (CH)*

Goffmann, E., (1967), *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*, suhrkamp taschenbuch wissenschaft, Berlin

Haubl, R., Voß, G.G., (Hg.), (2011), *Risikante Arbeitswelt im Spiegel der Supervision – Eine Studie zu den psychosozialen Auswirkungen spätmoderner Erwerbsarbeit*, Kölner Reihe Materialien zu Supervision und Beratung, Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Supervision e.V. (DGSv) – Band 1, Vandenhoeck&Ruprecht GmbH & Co.KG, Göttingen

Herwig-Lempp, J., Prof. Dr., (2011), *Zurück aus der Zukunft*. In *Neumann-Wirsig, H.* (Hrsg.), (2009), *Supervisions-Tools – Die Methodenvielfalt der Supervision in 55 Beiträgen renommierter Supervisorinnen und Supervisoren*, managerSeminare Verlags GmbH, Bonn, S.215-220

Hurrelmann, K., (2012), *Kindheit, Jugend und Gesellschaft. Identität in Zeiten des schnellen sozialen Umbruchs – soziologische Perspektiven*. In: *Petzold H.*, (2012), *Identität: Ein Kernthema moderner Psychotherapie – Interdisziplinäre Perspektiven (Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung)*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Jonas, K., Stroebe, W., Hewstone, M. R. C., (1990), *Sozialpsychologie: Eine Einführung*, Springer Verlag, Heidelberg, 5. Auflage 2007

Lentze, A., Röttgen-Wallrath, G. (2009) *Mein Haus – Dein Haus*. In: *Neumann-Wirsig, H.* (Hrsg.), (2009), *Supervisions-Tools – Die Methodenvielfalt der Supervision in 55 Beiträgen renommierter Supervisorinnen und Supervisoren*, managerSeminare Verlags GmbH, Bonn, S. 202-206

Neumann-Wirsig, H. (Hrsg.), (2009), *Supervisions-Tools – Die Methodenvielfalt der Supervision in 55 Beiträgen renommierter Supervisorinnen und Supervisoren*, managerSeminare Verlags GmbH, Bonn

Ostermann, D., (2010), *Gesundheitscoaching (Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung)*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Petzold, H., (2012), *Identität: Ein Kernthema moderner Psychotherapie – Interdisziplinäre Perspektiven (Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung)*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Petzold, H., (1992 und 2003a), *Integrative Therapie*, 3 Bände, Junfermann, Paderborn

Petzold, H., (1998), *Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung – Ein Handbuch für Modelle und Methoden reflexiver Praxis*, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2007, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Petzold, H., Volume 35, No.2/3, (2009), Integrative Therapie – Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration, „Mit Jugendlichen auf dem WEG...“, Krammer Verlag, Wien

Poustka, F., Bölte, S., Schmötzer, G., Feineis-Matthews, S., (2004), Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie – Band 5 Autistische Störungen, Hogrefe Verlag

Rollet, B., Kastner-Koller, U., (1994), Praxishandbuch Autismus für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten, Urban & Fischer Verlag, 3. Auflage 2007

Rühl, D., S. Bölte, S., Feineis-Matthews, S., Poustka, F. (Hrsg. D), (2004) – Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen - Deutsche Fassung der Autism Diagnostic Observation von Lord, C., Rutter, M., Dilavore, P.C., Risi, S., Verlag Hans Huber, Bern

Schirmer B. (Hrsg.), (2006), Psychotherapie und Autismus, dgvt Verlag

Schreyögg, A., (1995), Coaching – wer braucht das? In: *Winkler, F.-W.* (Hrsg.), (1995), Supervision und Coaching – Aus der Praxis für die Praxis, Dt. Psychologen-Verl., Bonn

Unger, H., Kleinschmidt, C., (2006): Bevor der Job krank macht, In: *Ostermann, D.*, (2010), Gesundheitscoaching, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Wellensiek, S.K., Galuska, J., (2014), Resilienz – Kompetenz der Zukunft – Balance halten zwischen Leistung und Gesundheit, Beltz Verlag, Weinheim und Basel

Internetpublikationen:

Bannenber, B., Amok an Schulen – Drohungen, Taten, Hintergründe, Zentrum für Lehrerforschung, JLU Giessen, URL: http://www.netzwerk-gegen-gewalt.de/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=209&Itemid=69 - 08.02.2011

Fengler, J., (1994) HELFEN MACHT MÜDE: Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation, URL: <http://www.integra.at/files/Fengler94.pdf> - 21.07.2011

Kalicki, B., Theorien der Interaktion und Kommunikation – Personenwahrnehmung und soziale Kognition, URL: http://www.ehsdresden.de/uploads/media/Kommunikation_und_Interaktion_-_Soziale_Kognition.pdf - 03.04.2011

Petzold, H., (2002b), „Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der „INTEGRATIVEN THERAPIE“, Düsseldorf/Hückeswagen <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-04-2006-petzold-h-g-upd-v-2002b.html> - 03.04.2011

Petzold, H. (unter Mitarbeit von *Hildenbrand, C.-D. und Jüster, M.*), (2002g, Updating 2004), Coaching als „soziale Repräsentation“ – sozialpsychologische Reflexionen und Untersuchungsergebnisse zu einer modernen Beratungsform, Supervision: Theorie-Praxis-Forschung, Ausgabe 02/2002, URL: <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/02-2002-2002g-update-2004-petzold-h-g-coaching-als-soziale-repraesentation.html> – 20.11.2011

Petzold, H., van Wijnen, H., (2010), Stress, Burnout, Krise – supervisorische Unterstützung und Krisenintervention, Supervision: Theorie-Praxis-Forschung, Ausgabe 11/2010, URL: <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/11-2010-petzold-h-g-van-wijnen-h-stress-burnout-krisen-supervisorische-unterstuetzung.html> - 03.04.2011

Petzold, H. (2011) Integrative Therapie Kompakt 2011 Definitionen und Kondensate von Kernkonzepten der Integrativen Therapie – Materialien zu „klinischer Wissenschaft“ und „Sprachtherapie“, Polyloge: Ausgabe 1/2011, URL: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/01-2011-petzold-h-g-upd-2011e-integrative-therapie-kompakt-2011-definitionen-und-kondensate.html> - 20.04.2011

Petzold, H., (2011), Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Modernen“ – Menschenbild und Praxeologie, Polyloge: Ausgabe 2/2011, URL: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u.html> - 20.04.2011

„Kleines Lexikon der Integrativen Therapie“ URL: http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/sonstiges/lexikon_der_it.pdf-01.03.2015

www.aertzezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische_krankheiten -
[12.07.2013](#)

<http://www.aspergia.de/index.php?cat=Asperger%20Syndrom&page=Kriterien%20Gillberg> – [25.09.2014](#)

www.auticon.de – [26.09.2014](#)

www.autismus.de – [20.08.2013](#), autismus Deutschland e. V.

www.autismus-etcetera.de/DiagnosekriterioneAutismus-offiziell.html - [20.08.2013](#)

www.autismus-koelnbonn.de - [20.08.2012](#)

www.br.de - [19.12.2012](#)

www.bundestag.de – [26.09.2014](#)

www.dasgehirn.info/aktuell/hirnforschung/amok-asperger-und-vorschnelle-schluesse-7527?searchterm=hirnscanner+und+autismus – [2.2013](#)

www.institut-fuer-menschenrechte.de – [26.09.2014](#)

<http://www.mynetcologne.de/~nc-hilberma/sonderpaed/Thesenblatt-Abweichung-pdf.pdf> - [30.08.2012](#)

www.psychotherapiepraxis.at – [25.09.2014](#)

www.salo-ag.de – [26.09.2014](#)

www.specialisterne.dk – [26.09.2014](#)

<http://www.stadt-koeln.de/5/schule/inklusion/08523/> - [30.08.2012](#)

www.wilhelm-busch-seiten.de/werke/Zitate2.html [30.08.2012](#)

www.wikipedia.de – [20.08.2012](#), [25.09.2014](#), [27.09.2014](#)

http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders
- [25.09.2014](#)

www.de.wikipedia.org/wiki/Geistigbehindertenpädagogik - [27.09.2014](#)

[www.de.m.wikipedia.org/wiki/Innere Kündigung](http://www.de.m.wikipedia.org/wiki/Innere_Kündigung) - [27.09.2014](#)

<http://de.wikipedia.org/wiki/DSM-5> [25.09.2014](#)

<https://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0> – 25.09.2014

www.zitate.de – 08.03.2015

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen in der ICD 10 und dem DSM-IV, <i>Poustka, F., Bölte, S., Schmötzer, G., Feineis-Matthews, S., (2004)</i>	2
Abbildung 2: Der Therapeut im Kontext der Personen eines Therapiesettings., Copyright Regina Naschwitz-Moritz	24
Abbildung 3: Gegenüberstellung ASS-Verhalten und Reaktanz, Copyright Claudia Reifferscheid	49
Abbildung 4: Determinanten von Einstellungen gegenüber der Arbeit und ihre Beziehung zum Verhalten am Arbeitsplatz, <i>Jonas, K., Stroebe, W., Hewstone, M. R. C., (1990), S. 553</i>	70
Abbildung 5: Modelle der Arbeitsmerkmale, <i>Jonas, K., Stroebe, W., Hewstone, M. R. C., (1990), S. 560</i>	73
Abbildung 6: Theorie-Praxis-Zyklus, <i>Petzold, H., (2007), S. 105</i>	77
Abbildung 7: Merkmale resilienten und nicht-resilienten Verhaltens, <i>Wellensiek, S.K., Galuska, J., (2014), S. 119f</i>	84