

# GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie"  
und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit  
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

09/2005

Überlegungen zum Einsatz der 14 therapeutischen  
Wirkfaktoren in der ambulanten Wohnbegleitung  
für Menschen mit einer leichten  
geistigen Behinderung<sup>\*</sup>

eingereicht von: *Roger Marquardt*<sup>\*\*</sup>

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit von  
Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold, Prof. Dr. Waldemar Schuch, MA, Prof. Dr. Johanna Sieper

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Redaktion: Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Wefelsen 5, 42499 Hückeswagen  
e-mail: [Forschung.EAG@t-online.de](mailto:Forschung.EAG@t-online.de)

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der Auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale 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](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>)

\*\* Roger Marquardt, Thannerstrasse 55, CH - 4054 Basel

"Eine tragfähige Beziehung und empathisches Verständnis für erlebtes Leid,  
konkrete Hilfen in Problemlagen,  
Einsicht in gesellschaftliche Bedingungsgefüge der Biographie,  
des aktuellen Lebens und der Zukunftsentwürfe,  
Bewusstheit für den eigenen Leib,  
sowie Räume für emotionalen Ausdruck und soziales Miteinander,  
das ist es was unsere Patienten brauchen, um gesund zu werden,  
was Menschen brauchen, um gesund zu bleiben ..."  
*H.G. Petzold*

Ich widme diese Arbeit *Ueli Pfäffli*, der diese Welt viel zu früh verlassen hat.  
Durch ihn habe ich von *Integrativer Therapie* und von *Persönlicher Souveränität* erfahren.

# Inhaltsverzeichnis

<b>0. EINLEITUNG</b> .....	<b>4</b>
<b>1. INTEGRATIVE THERAPIE</b> .....	<b>7</b>
<b>2. ZENTRALE KONZEPTE UND MODELLE DER INTEGRATIVEN THERAPIE</b> .....	<b>9</b>
2.1 DAS KO-RESPONDENZMODELL .....	12
2.2 DIE HERAKLITISCHE SPIRALE .....	13
2.3 HERMENEUTIK UND METAHERMENEUTIK/DISKURSANALYSE, DEKONSTRUKTION, GENEALOGIE .....	14
2.4 TREE OF SCIENCE .....	16
<b>3. DER TREE OF SCIENCE</b> .....	<b>17</b>
3.1 METATHEORIEN .....	18
3.1.1 Ethik .....	18
3.1.2 Anthropologie .....	20
3.2 REALEXPLIKATIVE THEORIEN .....	20
3.2.0 Theorie sozialer Relationalität – das Beziehungsmodell der Integrativen Therapie .....	21
3.2.1 Persönlichkeitstheorie .....	22
3.2.2 Entwicklungstheorie .....	25
3.2.3 Gesundheits- und Krankheitstheorie .....	26
3.3 PRAXEOLOGIE .....	29
3.3.1 Allgemeine Praxeologie .....	30
3.3.2 Praxeologische Modelle und Prinzipien .....	33
<b>4. AMBULANTE WOHNBEGLEITUNG FÜR ERWACHSENE MENSCHEN MIT EINER LEICHTEN GEISTIGEN BEHINDERUNG: PORTRAIT DER DIENSTLEISTUNG AMBULANT BEGLEITETES WOHNEN (AMBEWO)</b> .....	<b>36</b>
4.1 ENTSTEHUNG UND ENTWICKLUNG .....	36
4.2 LEITBILD UND LEITIDEEN .....	37
4.3 ANGEBOT UND ZIELGRUPPE .....	38
4.4 AUFNAHMEVERFAHREN UND GRUNDSÄTZLICHES ZUR BEGLEITUNG .....	38
4.5 BEGLEITUNG .....	39
4.6 PERSONELLES UND ARBEITSWEISE .....	39
4.7 FINANZIERUNG UND KOSTEN .....	40
4.8 QUALITÄTSENTWICKLUNG UND QUALITÄTSSICHERUNG .....	40
<b>5. SPEZIELLE PRAXEOLOGIE DER AMBULANTEN WOHNBEGLEITUNG</b> .....	<b>41</b>
5.1 ZIELGRUPPE: ERWACHSENE MENSCHEN MIT EINER LEICHTEN GEISTIGEN BEHINDERUNG.....	41
5.2 SETTING-ASPEKTE .....	46
5.3 ZIELDIMENSIONEN, ZIELE UND INHALTE VON WOHN-BEGLEITUNG .....	48
5.4 ZUR ROLLE DER BEGLEITPERSON .....	51
5.5 ANNÄHERUNGEN AN DEN BEGRIFF BEGLEITUNG AUS SICHT DER INTEGRATIVEN THERAPIE .....	55
5.6 PROZESSDIAGNOSTISCHE ASPEKTE .....	57
5.7 METHODOLOGISCHE ASPEKTE .....	59
5.8 RISIKEN UND NEBENWIRKUNGEN .....	63
5.9 ERFOLGE .....	64
<b>6. WIRKFAKTOREN</b> .....	<b>65</b>
6.1 DIE 14 THERAPEUTISCHEN WIRKFAKTOREN IN DER PRAXIS VON BEGLEITUNG: SPEZIFISCHE RELEVANZ UND BEDEUTUNG, MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DES EINSATZES .....	65
6.2 KERNGEDANKEN ZUM EINSATZ DER WIRKFAKTOREN.....	90
<b>7. WIRKUNGEN UND WIRKFAKTOREN AUS SICHT DER BETROFFENEN</b> .....	<b>92</b>
7.1 AUSSAGEN ZU DEN WIRKFAKTOREN .....	93
7.2 BEMERKUNGEN .....	95
<b>8. SCHLUSS</b> .....	<b>96</b>
<b>ANMERKUNGEN</b> .....	<b>97</b>
<b>ANHANG I. GRUNDREGEL DER INTEGRATIVEN THERAPIE (PETZOLD 2003A, 1050)</b> .....	<b>103</b>
<b>ANHANG II. AMBEWO – VERLAUFSPROTOKOLL UND LEITFADEN</b> .....	<b>104</b>

<b>ANHANG III. FRAGEBOGEN ZUR KLIENTENZUFRIEDENHEIT (VEREINFACHTE VERSION) .....</b>	<b>110</b>
<b>ANHANG IV. QUANTITATIVE ERGEBNISSE KLIENTENZUFRIEDENHEIT / AUSWERTUNGSBOGEN</b>	<b>111</b>
<b>LITERATUR .....</b>	<b>112</b>

# 0. Einleitung

## Persönliche Vorbemerkungen

Diese Arbeit gibt mir Gelegenheit, Rückschau zu halten und eine Zusammenschau anzustellen über sieben Jahre Ausbildung in *Integrativer Therapie / Soziotherapie* am EAG / FPI und meine siebenjährige Tätigkeit als Bereichsleiter der Dienstleistung *Ambulant Begleitetes Wohnen (AmBeWo)*. Hierzu bietet mir das umfassende *Therapieverständnis* der Integrativen Therapie<sup>1</sup> und ihrer Methoden, ihr *erweiterter Therapiebegriff* (im Sinne des griechischen *therapeuein*: pflegen, fördern, Sorge tragen, wertschätzen, heilen, entwickeln, kultivieren; *Petzold 2003a*, 430) und ihr Ansatz als "Humantherapie" (*ibid.* 428) einen in hervorragender Weise geeigneten Referenzrahmen; dieser ermöglicht Zugänge, Verbindungen, Konnektivierungen zur *ambulanten Wohnbegleitung* als "Arbeit mit dem ganzen Menschen" (*idem 2003e*). Ich habe die Integrative Therapie als ein Verfahren kennengelernt, dessen Konzepte und Metakonzepte, Modelle und Metamodelle, Theorien und Metatheorien mich nachhaltig geprägt und beeinflusst haben: mein Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären und Verändern (Handeln und Intervenieren), d.h. meine persönliche und professionelle *Hermeneutik*, die sich in eine gemeinschaftliche Hermeneutik eines Teams und seiner Klienten fortsetzt. Die Möglichkeiten der Verwendung Integrativer Modelle und Konzepte, der Weiterverbreitung Integrativer Impulse und Anregungen (u.a. durch "Theorie als Intervention"; *Petzold, Orth 1994a*, 340ff.) sind vielfältig: in meiner Funktion als *Begleitperson* auf der konkreten, praktischen und interventiven Ebene in der Klientenarbeit, in meiner Funktion (auch) als *Kollege* auf der Ebene von *Intervision* (der kollegialen fachlichen Beratung und des Austausches), in meiner Funktion als *Leiter und Vorgesetzter* auf der Ebene von Mitarbeitergesprächen und von *Coaching* (der fallbezogenen Anleitung und Praxisberatung für Mitarbeiter), schliesslich auf der Ebene theoretischer, konzeptioneller und methodischer Weiterentwicklung unserer Dienstleistung, etc.<sup>2</sup>

Das in der Ausbildung erworbene und erfahrene Wissen und Können erlaubt mir im Praxisfeld den gewinnbringenden und oft unerlässlichen Rekurs auf das psychotherapeutische Verfahren der Integrativen Therapie (vgl. *Petzold 1989j*, 245). Besonders hilfreich erlebe ich in der *Praxis von Leitung, Anleitung und Begleitung* Kenntnisse in klinischen oder psychopathologischen Belangen, die z.B. das differentialdiagnostische Erkennen von Störungen und Leiden sowie die Bestimmung von Zielen und *geeigneten Methoden (Primat der Ziele über die Methode; Petzold 1993h)* erlauben – und somit die Begleitung bzw. Hilfeplanung für unsere Klienten optimieren können.

## Thema und Aufbau dieser Arbeit

In dieser Arbeit untersuche ich die spezifische Relevanz, die Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes der 14 therapeutischen Wirkfaktoren in der ambulanten Wohnbegleitung für Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung. Wirkfaktoren sind das Resultat von Studien und Meta-Analysen der differentiellen Psychotherapieforschung, die sich mit der Frage nach veränderungswirksamen und erfolgreiche Wirkungen erzielenden Faktoren im therapeutischen Geschehen befasst. Die *14 Wirkfaktoren der Integrativen Therapie* sind durch weitere Beobachtung und Forschung herausgearbeitete *Mikroheuristiken*, feinkörnige Bestandteile der *4 Wege der Heilung und Förderung*, die die Qualität von therapeutischen, agogischen und Veränderungsprozessen positiv beeinflussen können (Kap. 3.3.2). Mich leiten nun folgende Fragen: Was wirkt in der Begleitung von Menschen mit leichter geistiger Behinderung? Welche Wirkfaktoren tragen in welcher Weise bei uns, in unserem Setting und mit unseren Klienten zur Förderung und Entwicklung, zur Veränderung, zum Gelingen oder zum Erfolg von Begleitung bei? Welche Wirkfaktoren spielen hierbei eine besondere Rolle? Wie sind die Erfahrungen mit den einzelnen Wirkfaktoren, wann und wie können sie eingesetzt werden? Wo sehe ich Möglichkeiten und Grenzen des Wirkfaktoreinsatzes in unserer Praxis?

Dabei ist zu beachten, dass Wirkfaktoren nicht isoliert als Interventionen, als blosse Techniken oder "Manipulationsinstrumente" (*Petzold 2002b*, 64) im Raum stehen. Sie sind in das *Beziehungs-geschehen* eingebettet, sind also personen-, situations-, prozess- und kontextabhängig. Auch müssen sie, wo sie gezielt interventiv eingesetzt werden, mit theoretischen und metatheoretischen Positionen in Einklang stehen, auf Meso- und Makroheuristiken abgestimmt sein, denn "die Praxis zwischenmenschlichen Umgangs wirkt beständig als Hintergrund metatheoretischer Überlegungen, die Metatheorie ihrerseits kommt immer auch bis in die Mikrointervention zum Tragen." (*ibid.*) Im Rah-

men dieser Arbeit möchte ich in einer *top-down*-Bewegung (bzw. in einer Bewegung *vom Grossen zum Kleinen*) auf die Wirkfaktoren als Mikroheuristiken hinarbeiten:

In *Kap. 1 - 3* stelle ich die *Integrative Therapie*, zentrale Modelle und Konzepte sowie ausgewählte Theorien des *Tree of Science* vor, beginnend mit Metatheorien und über realexplikative Theorien zur Praxeologie gelangend. Diese Kapitel sollen dem Leser (so er mit der *Integrativen Therapie* nicht vertraut ist) ein einführendes theoretisches Verständnis vermitteln. Zum anderen möchte die Einführung Grundlagen bereitstellen, Positionen und Begriffe erläutern, auf die ich mich in den folgenden Ausführungen beziehen werde. Dabei mute ich dem Leser ein gewisses Mass an theoretischer Durchdringung und *Komplexität* zu. Dies entstammt jedoch meiner Überzeugung, dass *Begleitung* wie "Psychotherapie ein überaus komplexer Gegenstand ist, der einer ebenso differenzierten wie umfassenden Perspektive bedarf." (*Schuch* 2000, 151). Gleichzeitig unterliegt die Darstellung der Integrativen Theorien, Modelle und Konzepte mit Blick auf das umfangreiche Gesamtwerk von *H.G. Petzold und Mitarbeitern* einer notwendigen *Auswahl* und *Eingrenzung*, sodass Verkürzungen und Lücken unausweichlich sind. Ich habe solche Theorien ausgewählt, die ich im Sinne meines Themas und des beschriebenen Arbeitsfeldes für *besonders bedeutsam* halte.

In *Kap. 4* wird die Dienstleistung *Ambulant Begleitetes Wohnen (AmBeWo)*, ihre Entstehung und Entwicklung vorgestellt. Hier wird unser Arbeitsfeld porträtiert, welches – zumindest hierzulande – noch immer relativ unbekannt ist. Verwendet werden weitgehend unkommentierte Passagen aus dem Leitbild der *Stiftung Mosaik* sowie aus der Broschüre und dem Kurzkonzept *AmBeWo*.

In *Kap. 5* zentriere ich auf die Darstellung und Diskussion *praxeologischer* Aspekte von *Wohnbegleitung für Menschen mit geistiger Behinderung* unter Verwendung der Terminologie und Sichtweisen der Integrativen Therapie. Hier wird das 'Bestehende' mit meinen Überlegungen und Ergänzungen aus dem *integrativtherapeutischen* Fundus überschritten und bereichert. U.a. werden setting- und klientenspezifische Besonderheiten, die Rolle der Begleitperson, Probleme und Erfolge, Risiken und Nebenwirkungen erörtert; als innovativer Beitrag wird eine *Integrative Definition von Begleitung* vorgeschlagen.

*Kap. 6*, als End- und Zielpunkt der vorangegangenen theoretischen und institutionellen *top-down*-Bewegung, behandelt nun den *integrativen und differentiellen*<sup>3</sup> *Einsatz der Wirkfaktoren* in unserem Praxisfeld. Jeder der 14 Wirkfaktoren wird kurz vorgestellt und erläutert. Praktische Beispiele aus dem breiten Spektrum unserer Begleitungen, aus der Vielfalt und Bandbreite der Einsatzmöglichkeiten, Reflexionen und Bemerkungen zu Möglichkeiten und Grenzen, zu Indikationen und Kontraindikationen in der *Praxis von Begleitung* schliessen sich an. In die Diskussion fliessen neben arbeitsfeldspezifischen Zupassungen auch persönliche Wertungen und modifizierende Anregungen zu den einzelnen Faktoren ein. Zusammenfassende Kerngedanken zum Einsatz der Wirkfaktoren runden dieses zentrale Kapitel ab.

In *Kap. 7* werden – meine bisherigen Überlegungen ergänzend und die Perspektive der begleiteten Personen einbeziehend – Ergebnisse unserer jährlichen Klientenbefragungen unter Wirkfaktorenperspektive vorgestellt und diskutiert. Die Ergebnisse geben Aufschluss über *Wirkungen und Wirkfaktoren aus Sicht der Betroffenen*; Feedback darüber, was von unseren Klienten als veränderungswirksam und hilfreich erfahren und erlebt wird.

### **Exkurs zu einem Nebenthema**

Gleich mehrere Umstände haben mich bewogen, in dieser Arbeit einem Nebenthema nachzugehen: dem Verhältnis und den An- und Abgrenzungen von Agogik und (Psycho-)Therapie.

- Bereits der Titel wirft die Frage auf: *Therapeutische* Wirkfaktoren im *agogischen* Feld von Wohnbegleitung für Menschen mit geistiger Behinderung? – Nun kann diese Frage mit Hinweis auf oben genannten *erweiterten Therapiebegriff* der Integrativen Therapie leicht beantwortet werden, dass nämlich die *pflgende, fördernde, entwickelnde* Eigenschaft von Wirkfaktoren auch in unserem Praxisfeld zur Anwendung und Entfaltung kommen kann.
- Komplexer gestaltet sich die Betrachtung eines 'geflügelten Wortes', welches in unseren Teamdiskussionen und Fallbesprechungen häufig verwendet wird (und zu dessen Erhellung ich im Rahmen dieser Arbeit beitragen möchte): "Arbeiten wir eigentlich therapeutisch?! Wir arbeiten doch nicht therapeutisch!?"<sup>4</sup> Dieser Satz, meist ausgelöst durch besondere Herausforderungen oder Schwierigkeiten in der *Praxis von Wohnbegleitung*, steht symbolisch für die Auseinandersetzung mit dem methodischen Selbstverständnis unserer Arbeit. Welchen Störungen und Problemen können wir uns mit unseren *agogischen* Mitteln und Methoden annehmen? Welche Hilfeersuchen können wir bedienen und welche nicht, welche Hilfen können wir anbieten? Dahinter stehen wiederum differenzielle diagnostische, methodische, konzeptionelle, interventorische (und berufsethische!) Überlegungen; behinderungs-, störungs-, und krankheitsspezifische Fragen zu den Möglichkeiten und Grenzen, zur Breite und Tiefe unseres Hilfeangebotes, zu den Zielen und Inhalten, zur Tiefe und Intensität von Wirk- und Veränderungsprozessen etc., auf die wir beständig Antworten finden müssen und wollen. – Um hierzu eine vorläufige und persönliche *Position* zu formulieren: Mit Rekurs auf das *Integrative Therapieverständnis* (vgl. Anm. 1) sind 'therapeutische' *Berührungspunkte und Angrenzungen* dort gegeben, wo ich die Ansätze von *Gesundheitsförderung*, *Persönlichkeitsentwicklung* und *Kulturarbeit* in unserer Tätigkeit repräsentiert sehe; eine wesentliche *Abgrenzung* besteht darin, dass wir keine *klinische* Hilfen und Methoden anbie-

ten können.

- Schliesslich leitet mich ein Erkenntnisinteresse als *Soziotherapeut in Ausbildung*: Soziotherapeuten arbeiten "im Grenzbereich von Psychotherapie, Sozialarbeit, Erwachsenenbildung, Heil- und Sonderpädagogik, Rehabilitation und Randgruppenarbeit in Kliniken, Heimen, sozialen und pädagogischen Institutionen." (*EAG/FPI Jahresprogramm 2005*, 29) Diese "Unschärfe" (*Petzold 2003a*, 928ff.) im Profil und im Berufsbild des Soziotherapeuten ist ein weiteres Motiv zur Beleuchtung von Schnittstellen und Grenzbereichen.

Ich möchte also zum *Verhältnis von Therapie und Agogik* Reflexionen anstellen, Antworten finden und Positionen formulieren. Dies geschieht an mehreren Stellen dieser Arbeit, immer im Rekurs auf die Integrative Therapie (in der Sichtung und Auswertung ihrer Theoriebestände) und in arbeitsfeldspezifischer Zupassung. Die Ergebnisse dieser Bemühungen sollen jedoch nicht nur Anregungen und Anhaltspunkte für unsere Praxis generieren. Ich möchte sie auch als Impulse zur theoretischen bzw. methodischen Weiterentwicklung der Integrativen Therapie verstanden wissen.

### **Hinweise zu Begriffen, Schreibweisen, Zitationen**

In der Literatur werden die Begriffe *Wirkfaktoren* und *Heilfaktoren* oft synonym verwendet. Ich habe die Bezeichnung *Wirkfaktoren* gewählt, da diese einem neutralen und naturwissenschaftlichen Verständnis entspricht. Obwohl es im Rahmen von *Begleitung* auch um *Gesundheit* geht, wären Assoziationen zu *Heil* und *Heilung* im klinischen, medizinischen (wie auch *Heilpädagogik* ursprünglich medizinisch-heilende Zielsetzungen verfolgte; vgl. *Bach 1979*, idem 2001) oder gar "religiösen" Sinne (*Brumund, Märrens 1998*, 448) nicht intendiert. –

Zur besseren Lesbarkeit verwende ich in dieser Arbeit die *männliche* Form von Begriffen, die *weibliche* Form ist selbstverständlich mitgemeint. –

Ich bezeichne die von uns begleiteten Personen als *Klienten*. (Gelegentlich wird statt *Klient* auch der Begriff *Bezüger* verwendet, eine in der Schweiz und in unseren Schriften und Dokumenten übliche Bezeichnung für Personen, die eine Leistung oder Dienstleistung *beziehen*.) Mit dem *differentiellen* Begriff des *Klienten* (vs. *Patienten*) folge ich der Konzeption der Integrativen Therapie: "Klienten sind in der Lage, ihre Lebenssituation noch eigenständig zu regeln und Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen. Sei brauchen in ihren Schwierigkeiten eine Hilfestellung." (*Petzold 1988n*, 82) Eine *leichte geistige Behinderung* ist in der Regel ein lebenslang relativ konstantes Phänomen (im Gegensatz zu grösseren Schwankungen in Verläufen psychischer Erkrankungen). Sie beeinträchtigt die Kontroll- und Steuerungsfunktionen in individuellem Umfang und kann in einzelnen Lebensbereichen durchaus zu massiven Schwierigkeiten führen. Grundsätzlich können wir aber die Übernahme von *Verantwortung* für das eigene Handeln bei unseren Klienten voraussetzen bzw. diese ihnen 'unterstellen' (mit Ausnahme *verbeiständeter* bzw. *bevormundeter* Klienten, wo die Verantwortung im *rechtlichen* Sinne ganz oder teilweise bei der gesetzlichen Vertretung liegt). Bei einer schweren psychischen Erkrankung können sich auch unsere Klienten kurz- oder längerfristig im *Patientenstatus* befinden; ebenso sehe ich beim *Menschen mit schwerer und schwerster geistiger Behinderung* den "Verlust an Kontroll- und Steuerungsfunktionen so gross, dass er sein Leben nicht mehr ohne schwerwiegende Störungen selber regulieren kann, sondern massive Hilfe braucht." (ibid.; vgl. Anm. 29) –

Die wörtliche Wiedergabe von Zitaten, auch wenn darin vom *Therapeuten* die Rede ist (d.h. die synonyme Verwendung der Begriffe *Therapie* und *Agogik*, *Therapeut* und *Agoge* / *Hilfs- oder Begleitperson*, *therapeutisch* und *agogisch*) erfolgt immer dann, wenn ich der Meinung bin, dass Zitate oder Sachverhalte für beide Methoden zutreffend sind (vgl. obigen Exkurs). –

*Zitate* aus den Bänden zur Integrativen Therapie I,1+2 (*Petzold 1988n*) sowie II,1-3 (idem 2003a) sind in diesem Text mit *1988n* bzw. *2003a* zitiert. Zum raschen Auffinden der Textstellen habe ich darauf verzichtet, den Originaltext separat auszuweisen. So sind z.B. Zitate aus 'Integrative Therapie in Kontext und Kontinuum. Einführung zur zweiten Auflage' (*Petzold 2002a*). In: *Petzold 2003a*, 25-95' mit 'Petzold 2003a' angegeben. Auch wurden manche Zitate und Abbildungen zum leichteren Verständnis *geringfügig* verändert (z.B. Weglassen von Klammer- und Querverweisen oder von weiterführenden Literaturangaben). Diese sind mit dem Zusatz '*nach*' zitiert (z.B. '*nach Petzold 2003a*').

# 1. Integrative Therapie

Die Integrative Therapie wurde Mitte der sechziger Jahre von Hilarion G. Petzold als ganzheitliches und differentielles, entwicklungsorientiertes biopsychosoziales Modell mit drei Orientierungen begründet: Integrative Therapie als psychotherapeutisches, als soziotherapeutisches und als leib- und bewegungstherapeutisches Verfahren. Die Tatsache, dass die einzelnen traditionellen Therapierichtungen jeweils nur Teilerkenntnisse über den Menschen, seine Entwicklung, seine Persönlichkeit etc. lieferten, liess sie nach *Integration* streben: die Konnektivierung von Differenzen, die Herstellung, Entwicklung und Erneuerung eines Ganzen (das mehr und etwas anderes ist als die Summe seiner Teile; *Petzold 2003a, 116*), ohne auf Kosten der Vielfalt und Komplexität zu vereinheitlichen oder zu vereinfachen. Integration bedeutet "das Zusammenfassen unterschiedlicher oder auch gegensätzlicher Elemente zu einem übergeordneten Ganzen bzw. das Lösen von Aufgaben auf einer höheren Strukturebene durch Prozesse, in denen sinnvolle Verbindungen und konsistente Vernetzungen geschehen" (*Petzold 2003a, 1094*)

Die Integrative Therapie wurde und wird von *H. Petzold*, seinen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen – insbesondere *Johanna Sieper, Hildegund Heini und Ilse Orth* – in der klinischen Praxis praktiziert, weiterentwickelt und empirisch beforcht:

- Aufbauend auf *multiwissenschaftlicher* Grundlegung, wurden Ansätze aus der aktiven Psychoanalyse (*Ferenczi*), Psychodrama (*Moreno*), Gestalttherapie (*Perls*) sowie kognitive, leib- und verhaltenstherapeutische Ansätze unter systemischer Perspektive zu einem übergreifenden, tiefenhermeneutischen und erlebnisaktivierenden Verfahren verbunden.
- Ausgehend von einer umfassenden *metahermeneutischen* Betrachtungsweise, wurden für die Integrative Therapie charakteristische Konzepte entwickelt, u.a. Polylog, Ko-respondenz, Intersubjektivität, Leiblichkeit und Identität, Kontext und Kontinuum, Mehrperspektivität und komplexe Bewusstheit, sozioökologische Wahrnehmung, kognitives, emotionales und soziales Lernen.

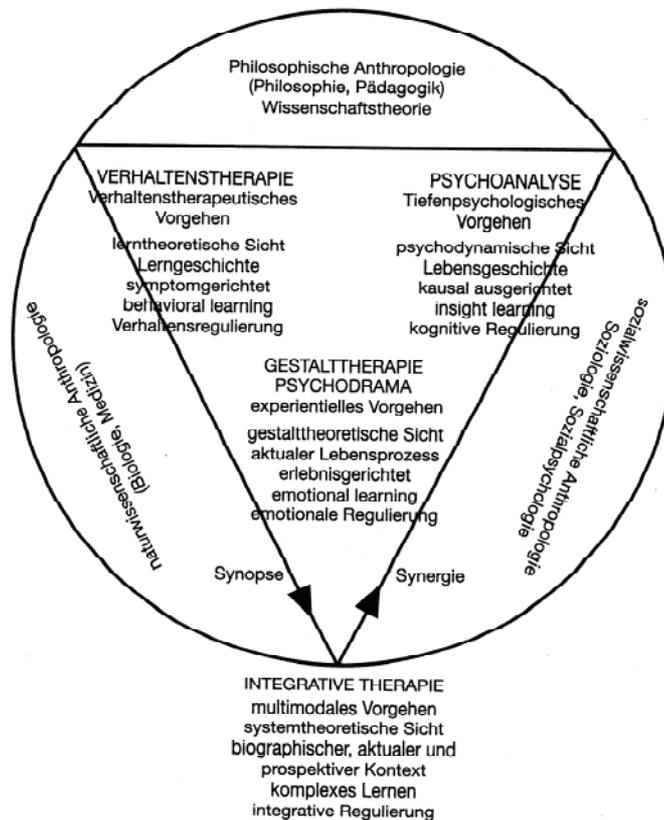


Abb. 1: Systemverbund durch Synopse und Synergie (*Petzold 2003a, 64*)

Integrative Therapie (Petzold 2001a, idem 2002a) versteht sich *integrativ und ganzheitlich* als *Psychotherapie im Kontinuum der Lebensspanne* und als *Humantherapie im Kontext multipler Lebenslagen* (Petzold 2001a, 75). Integrative Therapie, dem *neuen Integrationsparadigma* in Psychotherapie, klinischer Psychologie und Gesundheitspsychologie zugehörig, Erkenntnissen der Psychotherapieforschung und der *health science* verpflichtet, hat "Therapie und Entwicklung des Menschen als Leibsubjekt zum Ziel, d.h. von Männern und Frauen mit und in ihren sozialen Netzwerken und Umfeldern und ihren lebensgeschichtlichen Zusammenhängen." (Jahresprogramm EAG / FPI 2005, 15) Neben der Behandlung von Krankheiten und Störungen zielt Integrative Therapie auch ab "auf ganzheitliche Gesundheit, die Entwicklung von Potentialen, auf Selbstverwirklichung und Souveränität, die Förderung von sozialem Engagement, ökologischer Bewusstheit, einen gesundheitsaktiven Lebensstil und auf einen humanen Umgang der Menschen miteinander" (ibid. 16): "Integrative Therapie als ein Metamodell angewandter Anthropologie und Erkenntnistheorie ist als Humantherapie einer 'asklepiadischen Therapeutik' verpflichtet, d.h. sie versteht sich im Sinne des griechischen 'therapeutein' als Verbindung von Heilkunst, Gesundheitsförderung und Kulturarbeit, die darauf gerichtet ist, der Partikularisierung, Entfremdung, Verdinglichung und Kolonialisierung des Menschen und seiner Lebenswelt zu begegnen (...)." (Petzold 2002a, 87) Aus diesem umfassenden Therapieverständnis leitet sich der *erweiterte Therapiebegriff* der Integrativen Therapie ab, der 1. eine klinische, 2. eine gesundheitsfördernde, 3. eine persönlichkeitsbildende (*agogische*) und 4. eine kulturkritische Dimension beinhaltet. Integrative Therapie zielt differentiell "a) *somatotherapeutisch* auf die körperliche Realität des Menschen, b) *psychotherapeutisch* auf die seelische, c) *nootherapeutisch* auf die geistige, d) *soziotherapeutisch* auf die sozioökologische Realität." (Petzold 2001g, 13; vgl. auch idem 2003a, 21f).

Abb. 2: Das komplexe anthropologische Modell der Integrativen Therapie und seine Praxeologie (Petzold 2003a, 27)



*Differenzierend* wurden im Rahmen des Integrativen Ansatzes Behandlungsformen für unterschiedliche Krankheits- und Störungsbilder erarbeitet, ferner altersspezifische Orientierungen (Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen, alten Menschen) sowie die grossen methodischen Orientierungen wie:

- Integrative Leib- und Bewegungstherapie
- Integrative Therapie mit kreativen Medien
- Integrative Supervision und Organisationsentwicklung
- Integrative Agogik<sup>5</sup>

Für die verschiedenen Methoden wurden wiederum spezifische Modelle und Konzepte entwickelt. Im Rahmen meiner Arbeit sind von besonderer Bedeutung: die agogische Konzeption (Sieper, Petzold 1993) und damit verbunden lerntheoretische Positionen der Integrativen Therapie (Sieper

2001; Sieper, Petzold 2002), der Ansatz der Soziotherapie (Petzold 1992) und Modelle zur Gestaltberatung / Integrativen Beratung (Rahm 1995, Petzold 2003b) sowie das Konzept von *Coaching* als moderner Beratungsform (Petzold 2002g). An verschiedenen Stellen werde ich auf diese Konzepte zurückkommen.

### **Exkurs: Zum Verhältnis von Therapie, Beratung und Agogik**

Im System der Integrativen Therapie als *Verfahren* stellen Psychotherapie, Soziotherapie und Agogik eigenständige methodische Ansätze dar. Gleichzeitig sind sie Elemente und Bestandteile "integrativer Hilfeleistung" (Petzold 2003a, 946) im Rahmen einer ganzheitlich ausgerichteten Humantherapie. Komplexe Hilfeleistung, Förderung und Entwicklungsarbeit bedarf interdisziplinärer und multiprofessioneller Interventionen, alle drei Basisorientierungen einbeziehend:

1. *Soziotherapie*, die die soziale Realität zu verändern bestrebt ist,  
2. *klinische Therapie* (als kurative und palliative Körper- und Psychotherapie), die Probleme, Störungen, Krankheit angeht und

3. *Agogik* (Pädagogik, Andragogik, Geragogik), die Wissen/Fähigkeiten (*competence*) und Können/Fertigkeiten (*performance*) vermittelt und Persönlichkeitsbildung ermöglicht. (vgl. Sieper, Petzold 2002)

*Gemeinsam* ist diesen Orientierungen, dass sie sich auf den theoretischen Fundus der Integrativen Therapie beziehen (*Metatheorien* und Teile der *realexplikativen Theorien* – siehe *Tree of Science*, Kap. 3) und die beiden kardinalen Elemente enthalten: die **zwischenmenschliche Beziehung** (Prozesse der Begegnung und Auseinandersetzung, damit verbunden die Handhabung von Beziehungsgeschehen) sowie **Lernen** als ganzheitlichem Prozess (und damit die Veränderung von personalen und sozialen Systemen). (Petzold 1989j)

Dennoch muss *Agogik von Therapie unterschieden* werden hinsichtlich ihrer *allgemeinen und speziellen Theorien* und *Praxeologien* (Kap. 3.3). Beispielsweise unterscheidet sich die *therapeutische Beziehung* qualitativ von der *agogischen Beziehung* (Kap 5.4); Ziele, Inhalte und Methoden ergeben sich aus den Erfordernissen der jeweiligen Praxis; Lernformen und Lernsettings sind unterschiedlich akzentuiert. Gemeinsamkeiten und Unterschiede gelten auch für das Verhältnis von *Beratungsarbeit und Therapie* (Rahm 1995, 59ff; Kap. 5.4).

## **2. Zentrale Konzepte und Modelle der Integrativen Therapie**

Die im folgenden dargestellten zentralen Konzepte und Modelle sollen ein einführendes Verständnis für die Integrative Therapie vermitteln. Diese Modelle und Konzepte gehen grundlegenden erkenntnistheoretischen Fragen nach: Wie kann der Mensch und die Welt begriffen werden? Wie kann der Mensch sich selbst, den Anderen, die Welt begreifen? Wie geschieht Erkenntnis, Einsicht, Lernen und Veränderung? Wie kann (Lebens-)Sinn geschöpft werden?

Erkenntnis und Erkenntnissuche sind als spezifische Qualitäten des Menschen zu sehen und meinen sowohl das Erkenntnisstreben des Einzelnen als auch die kollektive Suche nach neuen Kenntnissen und Wissensständen. Die Integrative Therapie hat für jeden Erkenntnisgewinn *drei nicht hintersteigbare Voraussetzungen* formuliert:

"1. Das Leib-Apriori - jede Erkenntnis erfordert ein funktionsfähiges Cerebrum eines lebendigen menschlichen Leibes;

2. das Bewusstseins-Apriori - jede Erkenntnis erfordert den cerebralen Aktivierungszustand des Bewusstseins;

3. das Apriori der Sozialität - menschliche Erkenntnis erfordert Sozialität und die von ihr hervorgebrachten symbolischen Formen und Denksysteme" (Petzold 2002b, 68), z.B. Sprache und geteilte Sichtweisen auf die Welt.

### **Heraklitische Orientierung und Transversalität**

Der Integrative Ansatz betrachtet das Leben des Einzelnen, von sozialen Gruppen und Gemeinwesen, von Wissenschaft und Forschung, von allen Lebensverhältnissen überhaupt, einem stetigen Wandel unterzogen, der beständig Vielfalt generiert. Eine permanent sich wandelnde Welt bedeutet eine permanente Aufforderung zur Gestaltung des Lebens und der Lebensverhältnisse. Diesen Fluss beständiger Veränderung beschreibt der *Philosoph der Veränderung* Heraklit mit den Worten: "Alles fließt (*panta rhei*), nichts besteht, noch bleibt es je dasselbe" (zit. n. Petzold 2003a, 355). Er beschreibt damit eine grundlegende Position der Integrativen Therapie, die der Veränderung und Vielfalt der Lebensformen, der kulturellen Formen, des Wissens und der Praxen offen gegenübersteht. Die verschiedenen Realitäten gilt es beständig transversal zu durchmessen "in einem kompetenten Navigieren in den Meeren der Weltkomplexität" (idem 2002a, 75). Transversalität als Kernkonzept bedeutet "ein offenes, nicht-lineares, prozessuales, pluriformes Denken, das in permanenten Übergängen und Überschreitungen (Transgressionen) die wahrnehmbare Wirklichkeit und die Welten des Denkens, die Areale menschlichen Wissens durchquert, um Erkenntnis- und Wissensstände zu konnektivieren (...). Es geht um ein Denken von Vielfalt, ein Reflektieren, Koreflektieren und Metareflektieren, das sich selbst zum Gegenstand macht, seine Grenzen und Determinierthei-

ten durch Vorannahmen, Hinter- und Untergründe (...) zu erkennen sucht, um Offenheit für Neues zu erhalten, Dogmatismen gegenzusteuern, eine Freiheit der 'anderen Sicht', des 'Anders-Denkens' (*Foucault*) zu gewährleisten und damit 'komplexes Lernen' auf der individuellen und kollektiven Ebene zu ermöglichen.“ (idem 2002b, 70)

Dieser Ansatz kann sowohl auf die *Entwicklung des Therapieverfahrens* bezogen werden: die (Weiter-)Entwicklung der Integrativen Therapie als Oszillieren zwischen Einheit und Vielfalt, als Differenzierung, Konnektivierung und Integration von Wissensbeständen, als beständiger Prozess spiralförmiger Überschreitung, als Kreation und Kokreation - als auch auf *individuelle und kollektive Prozesse*: der Mensch ist dem heraklitischen Strom nicht hilflos ausgeliefert, sondern hat die Möglichkeit der gestaltenden Einflussnahme und der Steuerung. Transversalität braucht den Anderen, der Mensch braucht den Anderen, um in gemeinsamen Ko-respondenzprozessen und Polylogen Erkenntnis- und Entwicklungsprozesse zu durchlaufen. Er überschreitet "sich selbst in sich selbst hinein und in die Welt hinein zu den Anderen hin“ (idem 2002a, 75). Diese Überschreitungen sind Ausdruck von *Bewegungen* (idem 2003a, 977ff), die in gemeinsame *Bewegtheit* führen, die etwas in Bewegung setzen: das ist auch Kulturarbeit, *kritische Kulturarbeit*.

### **Exzentrizität und Mehrperspektivität**

Das Konzept der transversalen Erkenntnissuche braucht und wird ermöglicht durch die spezifisch menschliche Eigenschaft, zu sich selbst auf Distanz zu gehen, sich selbst (seine Innenwelt) und die Welt (die Aussenwelt) aus der Distanz zu betrachten: *Exzentrizität*. Der exzentrische Blick auf (innere und äussere) Situationen, Gegenstände oder Fragestellungen kann von unterschiedlichen Standorten aus (z.B. ethnisch, kulturell, religiös) eingenommen werden, aus spezifischen *Perspektiven* (z.B. gender-, alter-, schichtspezifisch), unter spezifischen *Optiken* (z.B. wissenschaftliche Disziplinen, Therapieverfahren). Dadurch entsteht *Mehrperspektivität*, die ein vielfältiges Bild der Wirklichkeit bietet; ein Bild, welches ihrer Vielgestaltigkeit und Differenziertheit entspricht. Diese komplexe Weltansicht, "Welt-Anschauung in Mehrperspektivität“ (idem 2002b, 2) erfordert und ermöglicht wiederum Überschreitungen (*Transgressionen*) durch Verbindungen und Vernetzungen (*Konnektivierungen*), durch *Synopse* und *Synergien*, durch *Integration*. Diese Vorgänge führen über die *hermeneutische Spirale* (siehe unten) von *Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen und Erklären* zu Erkenntnisgewinn, eröffnen neue Erkenntnisse über den Menschen und die Welt, führen zu wachsender *Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskapazität* auf individueller und kollektiver Ebene (*Petzold* 2002b; idem 2003a, 955).

Mehrperspektivität ist somit Ausdruck eines offenen Denkens und Handelns und wird der Polymorphie der Wirklichkeit gerecht. Sie ist gleichzeitig unverzichtbares Prinzip in der Integrativen Therapie, da sie "die Mannigfaltigkeit möglicher Betrachtungsweisen, Sinngebungen und Bedeutungszuweisungen“ und damit "die 'Würde des Differenten' (*Petzold*), die 'Andersheit des Anderen' (*Levinas*) und die Chance 'anders zu denken' (*Foucault*)“ gewährleistet (*Petzold* 2002b, 28). Damit ist auch eine ethische Position der Integrativen Therapie formuliert, da Mehrperspektivität eine notwendige Basis für "differentielle Gerechtigkeit“ bietet (ibid.).

### **Leiborientierung und komplexes Lernen**

Die Integrative Therapie vertritt einen psychophysiologischen Ansatz der Leibtherapie. Der Ansatz der Leiborientierung führte im Besonderen zur Entwicklung eigenständiger Methoden zur Behandlung von Depressionen und von Trauma- und Schmerzpatienten (z.B. *Petzold* 2000g).

Der Leib ist prinzipieller Ansatzpunkt jeder integrativtherapeutischer Arbeit. Im Begriff des Leibes kommt die Sichtweise einer Verschränkung von *materieller* Wirklichkeit des Körpers und *transmaterieller* Realität des individuellen und soziokulturellen Mentalen (z.B. Gedanken, Gefühle, Willensäusserungen) zum Ausdruck. Dem Kernkonzept der *Leiborientierung* liegen zugrunde:

- a) auf der anthropologischen Ebene das Konzept der Leiblichkeit und die Sicht des *Menschen als Leibsubjekt*: der Mensch der Leib *ist* und nicht einen Leib *hat* (Kap. 3.1.2),
- b) auf der neurophilosophischen Ebene das Konzept des *informierten Leibes* (*Petzold* 2003a, 1051ff),
- c) auf kulturalistischer Ebene der Begriff des enkulturierten / sozialisierten Leibes, der in eine jeweilige Kultur eingeführt wird und darin eingebettet ist.

zu a) und b) Der Leib als *beseelter Körper* ist aus Sicht der Integrativen Therapie Basis aller Erkenntnis- und Lernprozesse. Jeder Wahrnehmungsvorgang nimmt seinen Ausgang auf körperlicher / leiblicher Basis: Erkenntnis geschieht, indem unmittelbar Erlebtes mit den Sinnen *wahrgenom-*

men, zu Aktuellem, Vergangem und Erwartetem in Bezug gesetzt, damit *erfasst* und weiter in sprachlich begründetes *Verstehen, Erklären* und *Verändern* geführt wird (siehe auch Hermeneutik und hermeneutische Spirale).

Der Leib wird in seinen vier Funktionen gesehen: als *fungierender Leib* (Organismus), als *perzeptiver Leib* (Wahrnehmung), als *expressiver Leib* (Ausdruck) und als *memorativer Leib* (Gedächtnis). Der menschliche, lernfähige *Organismus* umfasst das materielle Substrat, das Gesamt der biologischen Prozesse von Zellen und Zellverbänden, die in Umwelt, Mitwelt, Innenwelt und Vorwelt eingebunden sind.

Der Leib wird als Ort und Medium des Lernens betrachtet. Lernen ist immer mit Gedächtnisleistungen verbunden und führt zum Konzept des *Leibgedächtnisses*. Im Leibgedächtnis kommen die verschiedenen Gedächtnissysteme *neuronal* (sensorisches, Kurz- und Langzeitgedächtnis) und *immunologisches* Speichersystem sowie das *genetische* Gedächtnis synergetisch zum Tragen. Jede Reaktion, jede Erinnerung, alles was dem Menschen zugänglich ist und werden kann, ist immer mit einer Gesamtreaktion des Leibes verbunden, indem der *informierte Leib* archiviertes Material freigibt. Als informierter Leib wiederum wird das Gesamt unserer Lernleistungen verstanden, die u.a. auf neuronaler Ebene aufgebaut werden (das Gehirn lernt - über das gesamte Leben hin - "in der Auseinandersetzung mit der wahrnehmend und handelnd erfahrenen Welt"; Petzold 2003a, 1079). Informationen und Erfahrungen werden *verleiblicht* (inkorporiert), einerseits auf neurophysiologischer Ebene (neue Konfigurationen, Bahnungen und Zuwachs an Neuronen), andererseits in (komplexen Verhaltensweisen) der *Person als ganzer*, die neue Kompetenzen (Fähigkeiten) und Performanzen (Fertigkeiten), Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsweisen ausbildet. Lernprozesse in Therapie und Agogik sind deshalb hochkomplexe Syntheseleistungen von Prozessen des Leibsubjektes mit seiner relevanten Umwelt, bei denen darüber hinaus "die faktische Wahrnehmung und ihre Bewertung, der 'subjektive' Faktor also, grösste Bedeutung hat" (Petzold 2002b, 16): Der Mensch gestaltet die Bedingungen seines Lernens mit und wird gleichzeitig von den Wirkungen sozialer, ökologischer, kultureller Faktoren beeinflusst.

Die Integrative Therapie hat dafür diese Vorgänge den Begriff des *Komplexen Lernens* geprägt und theoretische Positionen ausgearbeitet (Sieper 2001; Sieper, Petzold 2002). Ein Modell zur zyklischen Darstellung von Lern-, Einsichts- und Veränderungsprozessen bietet das *Tetradische System* bzw. die *hermeneutische / agogische / therapeutische Spirale* (Kap. 2.2).

zu c) Die kulturalistische Sichtweise führt zu einer weiteren für die Integrative Therapie charakteristischen Position, welche den *Mensch als Leibsubjekt in Kontext und Kontinuum* sieht: der lebendige Leib steht in einem *lebenslangen* Entwicklungs- und Veränderungsprozess, woraus sich der Begriff der "Entwicklungstherapie in der Lebensspanne" ableitet (Petzold 2002a, 69f; Petzold 1999b); und der Leib steht in einer *sozialen Realität*, in einer je spezifischen Lebenslage (Petzold 2000h) mit belastenden oder unterstützenden Umweltfaktoren, mit entsprechenden Anforderungen, Handlungsmöglichkeiten (*affordances*) und Begrenzungen (*constraints*). Damit sieht sich die Integrative Therapie auch als *Netzwerktherapie*, indem sie soziotherapeutische Interventionen, sozioökologische Modellierungen, Selbsthilfegruppen, Gemeinwesenarbeit etc. zur Verbesserung der Qualität von Umgebungen und Lebenslagen affirmiert (Petzold 1992).

### **Polylog und Konvivalität**

Aussagen zur Ethik und zum *guten* Miteinander von Menschen, von Einzelwesen und Gemeinschaften, aber auch von theoretischen Schulen und wissenschaftlichen Disziplinen geniessen in der Integrativen Therapie einen sehr hohen Stellenwert (und sind im Tree of Science in den *Metatheorien* verankert; Kap. 3.1).

Als eine Grundformel der integrativen Dialog- und Beziehungstheorie und damit als Basis jeder menschlichen Fürsorge gilt: "Du, Ich, Wir in Kontext / Kontinuum, in dieser Konstellation gründet das Wesen des Menschen, denn er (der Mensch) ist vielfältige Intersubjektivität, aus der heraus er sich in Ko-respondenzen und Polylogen findet und Leben gestaltet - gemeinschaftlich für Dich, für sich, für die Anderen." (Petzold 1988t)

Mit Referenz u.a. zu *Marcel, Levinas, Mead, Bakhtin, Derrida* und *Foucault* steht das Konzept des *Polylogs* für die "vielstimmige Rede, die den Dialog zwischen Menschen umgibt und in ihm zur Sprache kommt" genauso wie auch für "das vielstimmige innere Gespräch, innere Zwiesprachen und Ko-respondenzen nach vielen Seiten, die sich selbst vervielfältigen" (ibid.). Es ist - hier ontologisch - ein Plädoyer für die unbedingte Anwesenheit des Anderen und für die Achtung des Anderen und seiner Andersheit, der Gemeinsamkeiten und Unterschiede - welche in freimütiger Rede (*Parrhesie*) ausgehandelt werden. Menschliche und therapeutische Beziehung, die ko-respondierend

(siehe Ko-respondenz) und polylogisch gestaltet wird, dient dem Gemeinwohl, der Gerechtigkeit, der Idee und Qualität einer humanen, konvivalen Gesellschaft: "Integrative Therapie ist polylogisch, darin liegt ihre Faszination und ihr kokreatives Potential. Sie fördert und fordert eine engagierte Intellektualität, eine intelligente Praxis, einen herzlichen Umgang, Konvivalität" (Petzold 2002b, 82). *Konvivalität* kennzeichnet dabei ein "soziales Klima wechselseitiger Zugewandtheit, Hilfeleistung und Loyalität, eines verbindlichen Engagements für das Wohlergehen des Anderen" (idem 1988t). Gerade in *sozialen Nahräumen*, wo Schutz, Sicherheit und Vertrautheit wichtig sind, fördert Konvivalität die Qualität eines freundlichen Miteinanders und macht gutes Leben (*eubios*) möglich. "Konvivalität ist die Grundlage guter 'naturwüchsiger Sozialbeziehungen', wie man sie in Freundeskreisen, Nachbarschaft, 'fundierter Kollegialität', Selbsthilfegruppen findet, aber auch in 'professionellen Sozialbeziehungen', wie sie in Therapie, Beratung, Begleitung, Betreuung entstehen können" (ibid).

## 2.1 Das Ko-respondenzmodell

Das Ko-respondenzmodell kann neben dem *metahermeneutischen Modell* (Kap. 2.3) als Herzstück der Integrativen Therapie gesehen werden. Es kommt in Theorie, Praxeologie und Praxis als Erkenntnisprinzip und Erkenntnismethode zum Tragen. Es ist rückgebunden an metatheoretische Überlegungen zum Wesen des Menschen in der Gesellschaft und in Welt (Petzold 2003a, 95ff), an metaethische Fragen von Bewusstheit und engagierter Verantwortung (ibid. 98ff), an zentrale Begriffe wie Sinn und Wahrheit (ibid. 101ff). Es bietet daher nicht nur eine kritisch-pragmatische Theorie und Methode zur gezielten Konstituierung von Sinn als Konsens/Dissens, zum Aushandeln von "bewährter Wahrheit" (Petzold 2003a, 95), zur "Fixierung von Konzepten als intersubjektiv vermittelbaren Bedeutungszusammenhängen und - auf dieser Grundlage - zur Vorbereitung von Praxis als Kooperation" (ibid. 115), sondern kann darüber hinaus verwendet werden

- als Modell für ethische und metaethische Diskurse,
- als Modell hermeneutischer und metahermeneutischer Praxis,
- als Erklärungsmodell für Theorie-Praxis-Bezüge,
- als handlungstheoretisches Konzept,
- als Modell für Alltagskommunikation genauso wie
- als Modell für die therapeutische / agogische Beziehung und
- als Basisprinzip supervisorischer Arbeit. (ibid., 94)

Den Hintergrund des Ko-respondenzmodells bilden folgende für die Integrative Therapie grundlegende Prinzipien:

### Prinzipien des Ko-respondenzmodells

1. Alles Sein ist Mit-Sein, das auch bei prinzipieller Zugehörigkeit ein unaufhebbares Moment der *Differenz* impliziert (sonst wäre ein "mit" nicht möglich) – *Koexistenzaxiom*
2. Alles fließt – *herakliteisches Prinzip*
3. Lebensprozesse vollziehen sich im ständigen Wandel unter Konditionen von Diskontinuität und Regelmäßigkeit – *Metamorphoseprinzip, Kontinuitäts-/ Diskontinuitätsprinzip*
4. Der Mensch als Mann und Frau ist Körper-Seele-Geist-Subjekt im sozialen und ökologischen Umfeld. Leibsubjekt und Lebenswelt sind in primordialer Weise miteinander verschränkt – *anthropologische Grundposition*.
5. Der Leib in seinen unbewussten Strebungen und als wahrnehmende Bewusstheit ist immer auf anderes bezogen – *Intentionalitätsprinzip*
6. Der Mensch ist auf Mitmenschen gerichtet und bleibt Subjekt durch Intersubjektivität, wobei die Andersheit des Anderen nicht zu übersteigen ist – *Consorsprinzip, Intersubjektivitätsprinzip, Alteritätsprinzip*.
7. Identität wird durch attribuierende und wertende Interaktionen gewonnen – *Identitätskonzept*
8. Wirklichkeit ist pluriform, in sich mehrdeutig und erfordert Mehrperspektivität und eine transversale Vernunft - *Polymorphieprinzip*
9. Nichts kann ohne seinen spatiotemporalen Zusammenhang, wie er in einem gegebenen zeitextendierten Hier-und-Jetzt zugänglich wird, sinnvoll begriffen werden – *Kontext-/Kontinuumsprinzip, perspektivisches Hier-und-Jetzt-Prinzip*
10. *Sinn* ist immer Sinn mit Anderen und anderem und steht gleichzeitig in Differenz/Dissens zu wieder anderem – *Konsensprinzip, Dissensprinzip, différence*
11. Die konsensuelle Bestätigung der primordialen Koexistenz ist Grundlage von Integrität. Für ihre Gewährleistung gilt es, in "engagierter Verantwortung" einzutreten – *Integritätsprinzip*
12. Das Gesamt von Wirkungen ist (mehr und) etwas anderes als die Summe von Teilwirkungen. Durch das Zusammenspiel, die Konnektivierung von Verschiedenem entsteht Neues – *Synergieprinzip*, Konzept der Emergenz und Kokreativität. (Petzold 2000h)

Als interaktionales und Handlungsgeschehen betrachtet, wird Ko-respondenz wie folgt beschrieben und definiert:

"Ko-respondenz als konkretes Ergebnis zwischen Subjekten in ihrer Andersheit, d.h. in *Intersubjektivität*, ist ein synergeti-

scher Prozess direkter, ganzheitlicher und differentieller Begegnung und Auseinandersetzung auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftsebene, ein Polylog über relevante Themen unter Einbezug des jeweiligen Kontextes im biographischen Kontinuum mit der Zielsetzung, aus der Vielfalt der vorhandenen Positionen und der damit gegebenen Mehrperspektivität die Konstituierung von Sinn als *Kon-sens* zu ermöglichen (und sei es Konsens darüber, dass man *Dissens* hat, den zu respektieren man bereit ist). Auf dieser Grundlage können konsensgetragene *Konzepte* erarbeitet werden, die Handlungsfähigkeit als *Ko-operation* begründen, die aber immer wieder Überschreitungen durch *Ko-kreativität* erfahren, damit das Metaziel jeder Ko-respondenz erreicht werden kann: durch ethisch verantwortete Innovation eine humane, *konvivale* Weltgesellschaft und eine nachhaltig gesicherte mundane Ökologie zu gewährleisten." (nach *Petzold* 2002b, 70)

"Scheitern von Ko-respondenz führt zu Entfremdung, Frontenbildung, Krieg." (idem 2003a, 117)

In Ko-respondenzprozessen wirken die vier Elemente *Person, intersubjektive Konstellation, Thema* und *Situation (Kontext / Kontinuum)* zusammen und konstituieren synergetisch "neue Wirklichkeit, die die Summe der Teilwirkungen übersteigt und andere Qualitäten freisetzt." (*Petzold* 2003a, 117) Der Darstellung des Ko-respondenzmodells als Prozessmodell bzw. als Theorie-Praxis-Zyklus ist das "tetradische System" (ibid. 125) zugrunde gelegt (vgl. Abb. 4).

Dieses Modell ist anwendbar auf alle Prozesse der Erarbeitung von Sinn und Bedeutung(en), auf alle problemlösende und kreative Prozesse, wie sie in Therapie, Agogik und Supervision praktiziert werden, da "die grundsätzliche Identität von dramatischen, kreativen und problemlösenden Prozessen anzunehmen (ist), was ihre Verlaufsgestalt als 'dramatische Kurve' anbetrifft." (*Petzold* 2003a, 125). Ko-respondenzprozesse sind komplexe Handlungs- und Lernprozesse, in denen die Teilnehmenden als *lernende Systeme* betrachtet werden können, die sich in den Prozessen des Lernens weiterentwickeln.

Im Sinne einer sozialkonstruktivistischen Position (*Berger, Luckmann*) konstituieren und konstruieren die Beteiligten durch Ko-respondenzprozesse gemeinsame Welten, gemeinsame Wirklichkeit als geteilte Perspektiven auf die Welt (*social worlds*). Die Integrative Therapie spricht von sich wechselseitig beeinflussenden „komplexen persönlichen bzw. sozialen Repräsentationen“ (*Petzold* 2002b, 70ff) und bezeichnet damit die für einen Menschen charakteristischen, in seiner Lebensgeschichte erworbenen und verinnerlichten Bilder, Aufzeichnungen und *subjektiven Theorien* über die Welt, bzw. Sets kollektiver Kognitionen, Emotionen und Volitionen; soziale Welten, die aus gemeinschaftlich geteilten Sichtweisen auf die Welt entstehen und solche gleichzeitig bilden. Dieser Ansatz führt zu gesellschaftlich-kulturellen Fragestellungen, da bei fehlender Passung bzw. bei divergierenden *social worlds* zwischen Einzelnen, Gruppen und Kollektiven Probleme und Konflikte entstehen können (etwa zwischen behinderten und nichtbehinderten Menschen, oder zwischen Herkunftsfamilie und neuen relevanten Bezugspersonen).

## 2.2 Die heraklitische Spirale

Menschliche Erkenntnisse werden in einem komplexen, interaktionalen Konstitutionsprozess gewonnen. Auf der Grundlage eines *phänomenologisch-strukturalen* Zugangs zur Lebenswelt werden Erkenntnis-, Lern- und Veränderungsprozesse in der Integrativen Therapie wie folgt beschrieben: Den Ausgangspunkt der menschlichen Wahrnehmung (die drei oben genannten Apriori vorangestellt) bilden die Sinne, wie sie durch Evolution und Sozialisation zum Wahrnehmen der Welt ausgebildet und geformt wurden.

In einem ersten Weg der Erkenntnis dringt der Mensch von den unmittelbar mit den Sinnen (d.h. leiblich) wahrgenommenen Phänomenen<sup>6</sup> zum dahinter stehenden Sinn (Strukturen) und blickt prospektiv zu den Zukunftsentwürfen: *Von den Phänomenen zu den Strukturen zu Entwürfen (subjektive Vergewisserung)*. Alle Wahrnehmungsgegenstände gehen einen zweiten Weg der *intersubjektiven Vergewisserung*, um in Ko-respondenzprozessen (s. dort) die Frage nach der "Wahrheit über die Wirklichkeit" (*Petzold* 2003a, 105) *gemeinschaftlich* zu beantworten und auszuhandeln. Sinn (und damit Erkenntnis, Lernen und Veränderung) ist immer gemeinschaftlicher Sinn, Sinn mit anderen, *Kon-sens*; er wird vom Leibe her und mit der Lebenswelt und Sozialwelt geschöpft. "Die beiden Wege konvergieren in der hermeneutischen Spirale des Erkenntnisgewinns: vom Wahrnehmen zum Erfassen zum Verstehen zum Erklären schreiten Erkenntnisprozesse ko-respondierend und ko-kreativ voran als Prozesse zwischen Subjekt und Mitsubjekt in Kontext und Kontinuum" (*Petzold* 2000h). Mit wachsender Wahrnehmungsfülle und Gedächtnisleistung, mit zunehmender Differenziertheit der Ko-respondenzprozesse findet Entwicklung statt, wächst die individuelle und gemeinschaftliche Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskapazität. Dies kann umgekehrt auch bedeuten, dass Beeinträchtigungen der Wahrnehmung, des Gedächtnisses, der Ko-respondenzprozesse und -bedingungen diese Entwicklung erschweren oder negativ beeinflussen können.

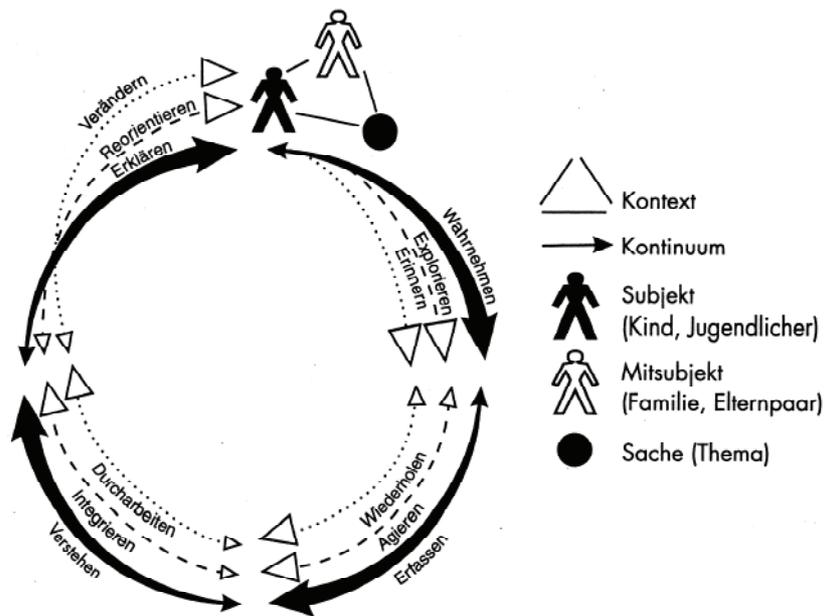


Abb. 3: Die heraklitische Spirale (Petzold 2003a, 498)

Die heraklitische Spirale (Abb. 3) zeigt in einer Synopse die Modelle von Erkenntnisgewinn, von Lernen, Handeln und Verändern in agogischen und therapeutischen Prozessen. Sie integriert:

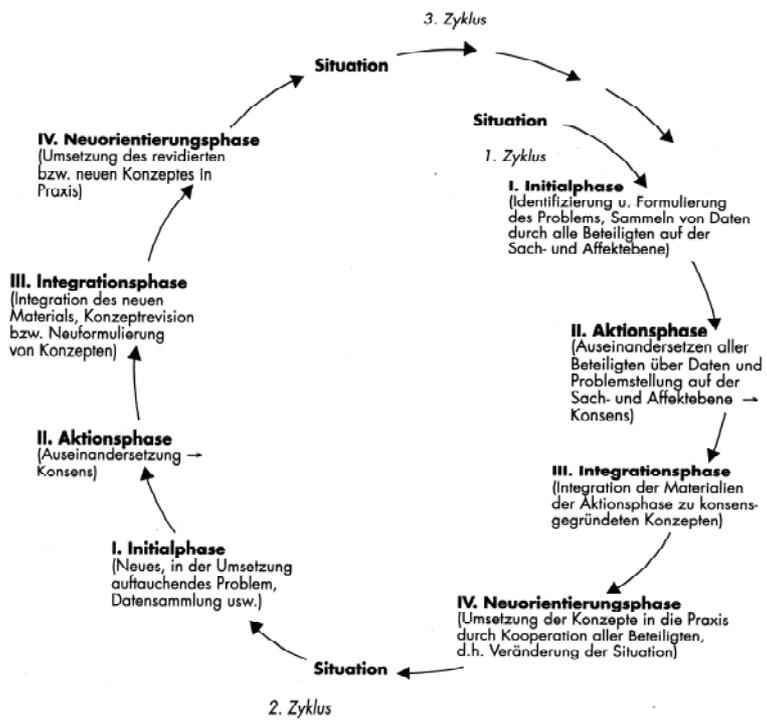
- I. Die hermeneutische Spirale (Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären)
- II. Die agogische Spirale (Explorieren, Agieren, Integrieren, Reorientieren)
- III. Die therapeutische Spirale (Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten, Verändern)

Diese Spiralen, "Akzentuierungen eines Erkenntnis-, Lern- und Handlungs- / Veränderungsprozesses 'schöpferischer Metamorphose'" (Petzold 2003a, 498), sind wiederum in das Zyklusmodell von Ko-respondenz eingebunden (vgl. Abb. 4 auf der folgenden Seite).

### 2.3 Hermeneutik und Metahermeneutik/Diskursanalyse, Dekonstruktion, Genealogie

Die in Abb. 4 dargestellte hermeneutische Spirale wird in der Integrativen Therapie nun erweitert: Menschliche Erkenntnis besitzt per se einen *blinden Fleck* (punctum caecum), was zu Voreingenommenheiten, Einschränkungen, zu vorschnellen, verkürzten oder vermeintlich allgemeingültigen Erklärungen oder zu "prekären thematischen Ausblendungen" (Petzold 2002b, 21) führen kann. Das Modell der Metahermeneutik und der Mehrebenenreflektion ist eine notwendige Weiterführung der hermeneutischen Position und beinhaltet komplexe, das heisst mehrperspektivische Betrachtungs- und Zugeweisen, Methoden der Wirklichkeitsdurchdringung und Wahrheitssuche "mit der expliziten Absage an jeden Anspruch, ultimative Wahrheiten und Letzterklärungen der Wirklichkeit zu generieren, aber mit der Zielsetzung, 'Wahrheiten auf Zeit' zu ermöglichen, die sich zu neuen Überschreitungen hin öffnen." (ibid.; Abb. 5)

- |               |                  |                  |                          |
|---------------|------------------|------------------|--------------------------|
| I             | II               | III              | I - III                  |
| 1. Wahrnehmen | 1. Explorieren   | 1. Erinnern      | 1. Initialphase          |
| 2. Erfassen   | 2. Agieren       | 2. Wiederholen   | 2. Aktionsphase          |
| 3. Verstehen  | 3. Integrieren   | 3. Durcharbeiten | 3. Integrationsphase     |
| 4. Erklären   | 4. Reorientieren | 4. Verändern     | 4. Neuorientierungsphase |



- I. Initialphase → Differenzierung → Komplexität, *Dissens*
- II. Aktionsphase → Strukturierung → Prägnanz, *Konsens*
- III. Integrationsphase → Integration → Stabilität, *Konzepte*
- IV. Neuorientierungsphase → Kreation → Transgression, *Kooperation*

Abb. 4: Der Theorie-Praxis-Zyklus im Ko-respondenzmodell (Petzold 2003a, 499)

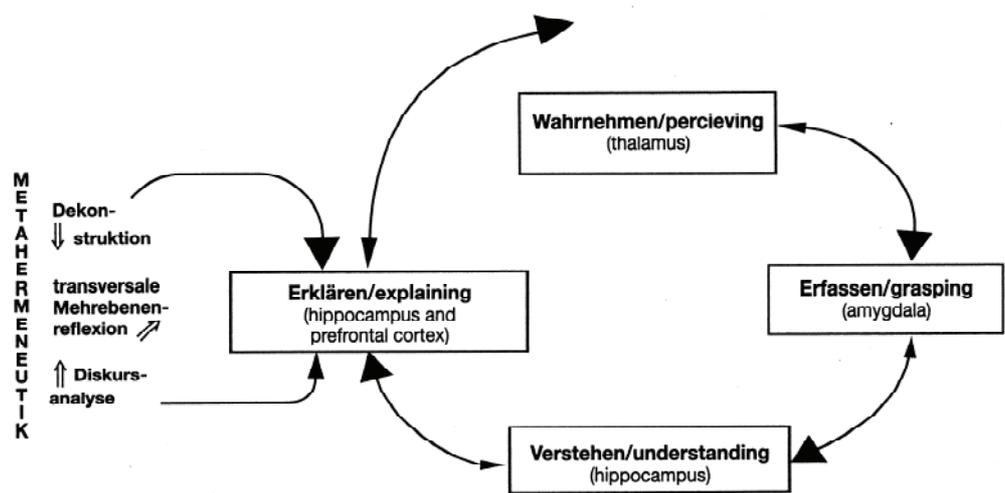


Abb. 5: Die hermeneutische Spirale und ihre metahermeneutische Überschreitung (Petzold 2003a, 68)

Mit dem Modell der Metahermeneutik können Theorien bzw. Metatheorien, aber auch alle Erkenntnisse und vermeintliche Wahrheiten auf ihr ideengeschichtliches Herkommen (*Genealogie*), auf die dahinter stehenden Traditionsströme hin untersucht (*Dekonstruktion; Derrida*) und die darin enthaltenen (versteckten) Macht- und Herrschaftsverhältnisse aufgedeckt (*Diskursanalyse; Foucault*) werden. Diese Instrumente ermöglichen es, wirksam werdende Zeitgeisteinflüsse sowie implizite Mythen und Ideologeme freizulegen. Sie erlauben, über das Reflektieren und Denken selbst nachzudenken, seine Grenzen und Determiniertheiten, über seine Vorannahmen, Hinter- und Untergründe, über historische und ökonomische Einflüsse etc. Sie sind Bestandteil des Modells der "transversalen Mehrebenenreflexion" (*Petzold*), welches in der Integrativen Therapie neben dem Korrespondenzmodell als zentrales Modell u.a. für die Klärung und Analyse des Geschehens und Handelns in therapeutischen / agogischen Prozessen gilt:

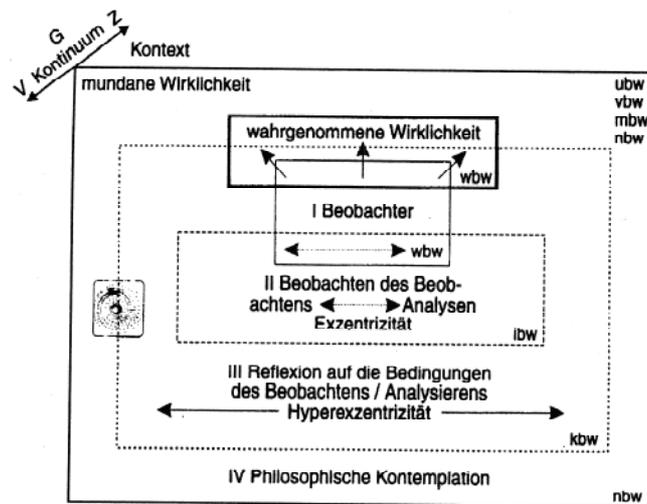


Abb. 6: Metahermeneutische Mehrebenenreflexion (nach Petzold 2003a, 34)

**Zur Erläuterung:** (vgl. Schuch 2000, 167f; Petzold 2003a, 34ff)

*Ebene I:* Ich beobachte und reflektiere meine Beobachtung: Betrachtung einer gegebenen Situation durch unterschiedliche Perspektiven (= Blickwinkel) und Optiken (= Betrachtungsweisen) auf dem Hintergrund von Heuristiken (= Modellvorstellungen)

*Ebene II:* Ich / wir beobachten und reflektieren mehrperspektivisch und in höherem Masse exzentrisch mit anderen: Reflexion der eigenen Wahrnehmung und der dabei intuitiv verwendeten Optiken bzw. der nicht verwendeten Perspektiven, Optiken und Heuristiken, sowie gemeinsame Überprüfung dieser Optiken, Perspektiven und Heuristiken.

*Ebene III:* Wir reflektieren intersubjektiv und interdisziplinär (unter Bezug verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen und mittels transversaler Durchquerung verschiedener Wissensbestände) aus hyperexzentrischer Position: Untersuchung des eigenen Beobachtens und Nachdenkens hinsichtlich seiner Bedingungen, seiner versteckten Implikate, seiner kulturellen, historischen, ökonomischen und ideengeschichtlichen Einflüsse. Diese Ebene ist in der Regel nur mit Hilfe von *Supervision* zu erreichen.

Das Modell der Mehrebenen- / Triplexreflexion ist in eine weitere Ebene IV der philosophischen Kontemplation eingebunden, welche wiederum zu Erkenntnis und Engagement für eine menschliche und gerechte Kultur führen können (Petzold 2002b, 23).

Das Gesamt dieses metahermeneutischen Ansatzes ist im Sinne einer verantwortungsvollen und gerechten Therapie und Agogik (*client welfare*) geboten, da nur so die Chance eröffnet werden kann, "den komplexen Wirklichkeiten von PatientInnen in guter Weise gerecht zu werden" (ibid. 22). Dieser Ansatz ermöglicht komplexe Erkenntnisse über Strukturen und Prozesse und kann bewusste und begründete Entscheidungen für sorgfältiges professionelles Handeln und Intervenieren vorbereiten.

## 2.4 Tree of Science

"Integrative Therapie ist ein polyzentrisches Wissensnetz." (Petzold 2003a, 63). Da Psychotherapie keine Grundlagenwissenschaft ist, sondern als "angewandte Humanwissenschaft" (ibid.) verstanden wird, und weil darüber hinaus die Integrative Therapie als "biopsychosoziales Modell" auf einem breiten und multiwissenschaftlichen Ansatz aufbaut, ist die Orientierung an Referenzwissenschaften, die Analyse, Organisation und Ordnung der Wissensbestände etc. notwendig. Das von H.G. Petzold ausgearbeitete Modell des *Tree of Science* bietet eine solche formale Metastruktur; als Me-

tamodell und Strukturgerüst ist es für die Theorienbildung ein "Angelpunkt, von dem aus und zu dem hin integriert werden kann." (Schuch 2000, 160). Die Struktur des Tree of Science erlaubt die erforderlichen "systematischen Differenzierungs- und Integrationsleistungen" (Petzold 2003a, 63), die eine "hinlängliche Kohärenz und Konsistenz" (ibid.) gewährleisten.

Anhand dieses Modells können zudem *interdisziplinäre* (zwischen den wissenschaftlichen Disziplinen), *intradisziplinäre* (z.B. im Feld der psychotherapeutischen Disziplinen und zwischen den verschiedenen Therapierichtungen) als auch *intramethodisch* (z.B. innerhalb einer Therapierichtung) Diskurse und Ko-responenzen stattfinden (Petzold 2002b, 31).

Der Tree of Science ist Erklärungsmatrix und gleichzeitig Referenzsystem. Er zeigt die Theorie-Praxis-Verschrankung und umfasst vier Integrationsebenen mit Theorien unterschiedlicher Reichweite:

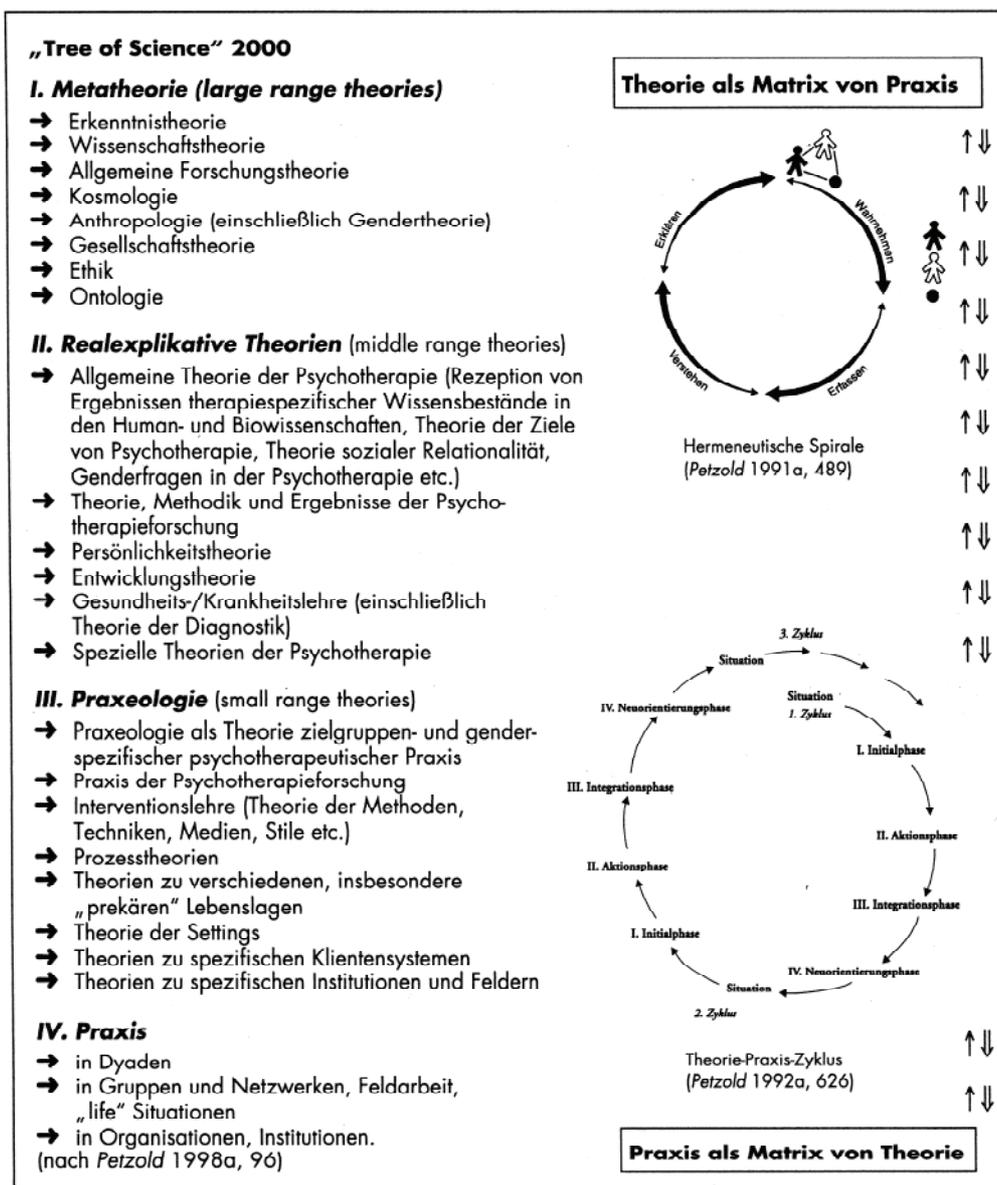


Abb. 7: Tree of Science 2000 (Petzold 2003a, 65)

### 3. Der Tree of Science

Für die Integrative Therapie als *Verfahren* wurden entlang des Tree of Science Referenztheorien, Integratoren sowie eigenständig und originär entwickelte Annahmen und Theorien unterschiedlicher Reichweite ausgearbeitet und in beständiger Weiterentwicklung fortgeschrieben. Die Weiterentwicklung und Organisation der Wissensbestände im Tree of Science erfolgt zum einen mittels *Differenzierungsprinzipien*, welche Kriterien für die Beurteilung von Theorien bereitstellen und u.a. deren Tradition, Objektivität, Komplexität, Elaboration und Anschlussfähigkeit untersuchen (Petzold

2003a, 66). Zum anderen gelten *Integrationsprinzipien* (Integratoren): die Frage der Integration von Konzepten und Methoden werden durch das Abprüfen von Integratoren und Leitkonzepten auf *konzeptsyntone* oder *konzeptdystone* Parameter entschieden: "Es wird geprüft, was 'common concepts' oder 'divergent concepts', homologe oder similitäre Strukturen, funktionale Äquivalente oder synonyme Inhalte sind" (ibid).

Die folgende Tabelle zeigt beispielhaft einige ebenenspezifische Integratoren (und damit theoretische Positionen) für die Integrativen Therapie:

#### **I. Integratoren auf der Ebene der Metatheorie**

- Orientierung auf Leiblichkeit
- Orientierung auf Intersubjektivität / Ko-respondenz / Diskurs
- Orientierung auf die Phänomenologie leiblich-perzeptueller Erfahrung
- Orientierung auf Bewusstseinsprozesse / Exzentrizität / Reflexivität / Metareflexivität
- Orientierung auf Sinn und Bedeutung als persönliche und soziale Konstruktionen

#### **II. Integratoren auf der Ebene klinischer Theorien mittlerer Reichweite**

- Orientierung am "life span developmental approach"
- Orientierung auf Pathogenese und Salutogenese / Heilung und Entwicklung
- Orientierung auf differentielle Selbstprozesse, d.h. Selbst, Ich, Identität

#### **III. Integratoren auf der Ebene der Praxeologie und Praxis**

- Orientierung an der Alltagsrealität und Lebenslage
- Orientierung auf Alltagsformen der Relationalität, der Beziehungsgestaltung im Netzwerk
- Prozessorientierung
- Orientierung an den therapeutischen Wirkfaktoren, etc.

(ausführlich und mit Literaturangaben bei *Petzold* 2003a, 66f; vgl. auch idem 2003e)

### **3.1 Metatheorien**

Metatheorien sind Theorien von grosser Reichweite. Damit sind z.B. gemeint: Menschenbilder, Weltbilder, Vorstellungen von Gesellschaft und Ethik, wie sie implizit oder explizit jedem therapeutischen oder agogischen Handeln, jeder sozialarbeiterischen Hilfe zugrunde liegen. Metatheorien sind "Erzählungen über das Wesen des Menschen, den Sinn des Lebens und die Geheimnisse der Welt, weltanschauliche Annahmen, die wegen ihres umfassenden Charakters durch empirische Forschung *nicht* überprüft werden können" (*Petzold* 2003a, 398), deren Offenlegung und Formulierung jedoch ein unerlässliches Prinzip der Integrativen Therapie ist.

Metatheorien - wie alle Wahrheiten nur 'Wahrheiten auf Zeit' - unterliegen dem herakliteschen Prinzip *Alles fliesst* und sind Veränderungen von Zeitgeist, von historischen, kulturellen, ökonomischen etc. Situationen unterworfen. Dennoch kann man sagen: "Je grösser (und mächtiger) die Konsensgemeinschaften sind und je geschlossener die von metatheroetischen Konzepten gegebene Weltklärung ist, desto zeitüberdauernder und enttäuschungsfester sind die Positionen auf der Metaebene" (ibid. 400).

Metatheorien werden durch Ko-respondenzprozesse gewonnen und als verfestigter Konsens (= Konzepte) von Konsensgemeinschaften getragen. Sie schaffen eine gemeinsam geteilte Weltsicht (*social world*), beeinflussen damit den Blick auf die Welt und auf andere Konsensgemeinschaften und Lebenswelten. Darin liegt die Gefahr von Vorurteilen und Klischees. Metatheoretische Positionen müssen auch deshalb immer wieder bewusst gemacht und (kritisch / metahermeneutisch / diskursiv) hinterfragt werden, da sie therapeutisches / agogisches Handeln nachhaltig beeinflussen: von eben diesem eigenen Blick auf die Lebenswelt von Klienten und Patienten bis hin zu den Zielen im professionellen Handeln: Ziele entfliessen nicht nur der jeweiligen individuellen und kollektiven Lebenssituation des Klienten (Lebenswelt / Lebenslage: *Petzold* 2000h), sondern leiten sich auch ab von den übergeordneten Annahmen und Konzepten über den Menschen und die Welt.

Die Klarheit und Reflektiertheit der eigenen metatheroetischen Positionen *und* die Wertschätzung der Vielfalt von Ideen und der Andersheit von Positionen (*différance* sensu *Derrida*) sind "Voraussetzung und Kennzeichen für Humanität" (idem 2003a, 401). Damit ist eine *ethische* Position der Integrativen Therapie skizziert, auf die ich im folgenden näher eingehen möchte.

#### **3.1.1 Ethik**

Ethische Positionen müssen im Hinblick auf ihr Zustandekommen unter historischer und ökonomischer Perspektive *metaethisch* reflektiert, in ihrer *Funktion* für die jeweilige Gesellschaft begriffen und auf eine jeweils gegebene *Situation* konkretisiert werden. *Ethische Leitprinzipien* entstehen in "Prozessen fundierter intersubjektiver Ko-respondenz" (*Petzold* 2003a, 413f) und werden unter

Rückgriff auf ein "Milieu generalisierter Humanität" (ibid.) - Niederschlag vorgängig geführte Diskurse - in der jeweiligen Situation anwendbar. Die Bewertung einer Situation muss ko-respondierend erfolgen und

- 1) die situative Sachlage berücksichtigen, unter
- 2) Rückbindung an vorhandene ethische Maximen aus dem Milieu *generalisierter Humanität* als übergeordnete Rechtfertigungsgrundlage und
- 3) mit Bezug auf die Umsetzungsmöglichkeiten des Adressaten.

Die Integrative Therapie vertritt eine situativ ausgerichtete Diskursethik (*Habermas*), die – im Unterschied zu reinen Normsetzung – in der *Beziehung* und aus der *Situation* heraus erst *wirklich* wird. Sie gründet in Intersubjektivität, in Zwischenmenschlichkeit und Zwischenleiblichkeit und zielt ab auf die Integrität des Lebendigen. Sie vertritt eine *Ethik der engagierten Verantwortung* für das Leben schlechthin; Verantwortung für die Integrität und die Entfaltungsmöglichkeiten, für die Lebensqualität jedes Menschen und die Qualitäten von Beziehungen, jeder Gruppe, jedes (ökologischen) Lebenskontextes (ibid. 416).

Durch Therapie (und Agogik) werden Verhalten und Haltungen von Menschen beeinflusst. Professionelles Handeln braucht deshalb Legitimierung auf gesetzlicher, klinischer und ethischer Ebene, denn: "Es gibt keine geistige oder körperliche Phase des Handelns, keine Art von innerer Erfahrung und keine Darstellung der äusseren Wirklichkeit, die nicht in ein moralisches Urteil eingebettet wäre." (*Mead* 1980; zit. nach *Petzold* 2003a, 419) Therapeutische (und agogische) Prozesse sind Ko-respondenzprozesse, sind "Begegnung und Auseinandersetzung von Person zu Person" (*Schuch* 2000, 181f). In diesen Prozessen und Begegnungen werfen ein implizites oder explizites *Machtgefälle* und die *Definitionsmacht* des Helfers oder der helfenden Institution ethische Fragestellungen auf. Zum Umgang mit diesen Aspekten in der Praxis hat die Integrative Therapie die folgenden Positionen formuliert:

- Notwendig ist transparentes, synarchisches und diskursives (Mit-)Teilen der Definitions- und Interventionsmacht, insbesondere die Aufklärung über mögliche "Formen der Bemächtigung des Anderen" (*Schuch* 2000, 181).
- Auf der Grundlage des *Prinzips der doppelten Expertenschaft* (die des Patienten für seine Lebenssituation und die des Therapeuten für klinische Belange / bzw. die des Helfers für fachliche Belange) und des Respekts vor der Andersheit des Anderen (*Levinas'* Ethik der Alterität) und vor der jeweiligen *Souveränität* gilt: Es muss informierte Übereinstimmung (*informed consent*) gewährleistet sein, ebenso der Schutz, die Würde und das Wohlergehen des Klienten oder Patienten (*client dignity, client welfare*), welcher die geeignete professionellen Hilfe und Unterstützung erhält (*best practice*).

Diese Prinzipien bilden zentrale Bestandteile der Grundregel der Integrativen Therapie (s. Anhang; *Petzold* 2003a, 1050).

- "Handeln aus unterstellter Intersubjektivität" und in "virtueller Ko-respondenz" kann gewählt werden, falls ein Konsens nicht in echter Ko-respondenz erzielt werden kann. Dies so lange, bis der Klient / Patient wieder dialogfähig ist, z.B. bei nicht freiwilliger Behandlung, bei fehlender Ansprechbarkeit oder Belastbarkeit (*Petzold* 2003a, 802f).

Ethische Verantwortung ist jedoch nicht nur dem Patienten / Klienten gegenüber gegeben, sondern auch bei der *Bewertung der Lebenssituation und des Verhaltens des Klienten*, gegenüber dem *eigenen Gewissen*, den *berufsständischen Regeln* und der *Gesellschaft*. Die Bewertung einer Situation kann an den byzantinischen Prinzipien der Strenge (*acribia*) bzw. dem verstehenden Prinzip der Nachsicht (*oikonomia*) ausgerichtet sein. Die Integrative Therapie fordert die *akribische* Bewertung des eigenen Verhaltens (unter Umständen mit Hilfe kollegialer Ko-respondenz, Intervision und Supervision), während Klienten gegenüber das Prinzip des Verstehens und der Nachsicht<sup>7</sup> anzuwenden ist, um im Rahmen "therapeutischer Sozialisation" (*Petzold* 2003a, 422) benigne Über-Ich-Strukturen zu ermöglichen, denn oft haben sich als "Resultat der Internalisierung von 'Szenen überstrenger Bewertung'" (ibid.) toxische Über-Ich-Strukturen gebildet. Der Umgang mit Über-Ich-Strukturen und die Ko-respondenz über Normen und Werte bilden somit ein Kernstück von Therapie: "konkrete Gewissensarbeit" als "Praxis von Ethik" (ibid.).

Die Ausführungen zeigen, dass ethische Positionen mit anderen (Meta-)Theorien verbunden sind und mit diesen im Einklang stehen müssen. So ist z.B. eine Verbindung zur Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie gegeben (Persönlichkeitsentwicklung, Sozialisation und Enkulturation ist massgeblich durch Werte und Normen bestimmt), damit auch zur Gesellschaftstheorie (nur eine huma-

ne und plurale, synarchische Gesellschaft und Kultur kann Entfaltung, Emanzipation und kreatives Miteinander gewährleisten; vgl. *ibid.* 410ff), zur Anthropologie etc.

### 3.1.2 Anthropologie

Die Integrative Therapie sieht den Menschen in einer Doppelstruktur: als *Selbstheit* und in der *Zugehörigkeit*. Die "Anthropologische Grundformel der Integrativen Therapie" (*Petzold 2003e*) wurde bereits 1965 formuliert und seither beständig erweitert und präzisiert. Im Kern stehen folgende Aussagen über das Wesen des Menschen: "Der Mensch ist Leibsubjekt in der Lebenswelt. Er ist Körper-Seele-Geist-Wesen<sup>8</sup> in Kontext und Kontinuum." (*ibid.*) Eine ausführlichere Definition lautet:

"Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Wesen, verschränkt mit dem sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum und fähig, ein Selbst, Ich und personale Identität auszubilden. Er steht über seine Lebensspanne hin in einem Prozess beständigen Wandels - verstanden als Differenzierung, Integration und Kreation -, indem er sich selbst als Mann und als Frau, seine bewussten und unbewussten Strebungen, seine sozialen Beziehungen und seine ökologische Bezogenheit immer besser verstehen lernt, um auf diese Weise einen reichen, persönlichen Lebenssinn zu gewinnen, den er mit andern teilt." (*Petzold 1988n*, 283f)

Der Mensch ist Teil dieser Welt, gehört koexistiv ihrem "Fleisch" an (*être-au-monde*, *Merleau-Ponty*; zit. n. *Petzold 2003a*, 409). Der Mensch wird als ein wesensmässig *koexistierender* begriffen (*Koexistenzaxiom*; *Petzold 2003a*, 116). Dabei lautet die Position der Integrativen Therapie, dass die Anerkennung der *Würde des Anderen als Mitsubjekt* überhaupt erst eigene Subjektivität ermöglicht und "dass man Mensch nur durch den Mitmenschen wird" (*ibid.* 409).

Mensch-Sein, *Hominität* (s.u.) als "leibhaftige, personale und bezogene Subjekthaftigkeit" (*ibid.*) wurzelt in den Sinnesvermögen des *perzeptiven* Leibes, im Ausdrucksvermögen des *expressiven* Leibes, in den Erinnerungen des *memorativen* Leibes und in der Tatsache, dass der Mensch Teil dieser Lebenswelt ist. Die Möglichkeiten des Leibes können sich dort entfalten, wo sie in die Interaktion, Ko-respondenz, Kooperation getragen werden. Der Mensch "steht in Kontext und Kontinuum in der lebenslangen Entwicklung einer souveränen und schöpferischen Persönlichkeit und ihrer Hominität." (*idem 1988t*, 5) Weil sich der Körper und die Lebenswelt beständig verändern, ist auch der Mensch selbst immer im Wandel, in stetigen *Metamorphosen*. Über die notwendigen Anpassungs-, Bewältigungs- und Re-aktionsleistungen hinaus, und neben seiner Eigenschaft als "Mängelwesen" (*Herder*; zit. nach *Petzold 2003a*, 410), wird der Mensch in Interaktion zum Schöpfer: Er realisiert auf individueller Ebene, in einem beständigen Fluss von Wahrnehmung, Differenzierung, Integration und Kreation sein Selbst als "Künstler und Kunstwerk zugleich" (*ibid.* 57). Er wird auf gemeinschaftlicher Ebene zum *Kokreator*, wirkt mit bei kollektiven kreativen Prozessen der Entwicklung von Gesellschaft, Zivilisation und Kultur – Elemente einer "Anthropologie des schöpferischen Menschen" (*Orth, Petzold 1993c*).

"*Hominität* bezeichnet die Menschennatur in ihrer individuellen und kollektiven Dimensionen als *Potentialität*: der symbolisierenden und problematisierenden *Selbst- und Welterkenntnis*, der engagierten Selbstsorge und Gemeinwohlorientierung, der kreativen Selbst- und Weltgestaltung, der *Souveränität* und *Solidarität* durch Ko-operation, Narrativität, Reflexion, Diskursivität in sittlichem, helfendem und ästhetischen Handeln – das alles ist *Kulturarbeit* und Grundlage von Humanität. Die Möglichkeit, diese zu realisieren, eröffnet einen Hoffnungshorizont, die Faktizität ihrer immer wieder stattfindenden Verletzung verlangt einen *desillusionierten* Standpunkt. Beide Möglichkeiten des Menschseins, das Potential zur *Destruktivität* und das Potential zur *Dignität*, erfordert eine wachsame und für *Hominität* und *Humanität* eintretende Haltung. Diese muss stets die biopsychosoziale Verfasstheit der Menschennatur und ihre ökologische, aber auch kulturelle Eingebundenheit berücksichtigen: *der Mensch als Natur- und Kulturwesen, das sich selbst zum Projekt macht und seine Entwicklung selbst gestaltet*. In dieser *Dialektik*, die zugleich eine Dialektik von *Exzentrizität* und *Zentriertheit* ist, liegt sein Wesen." (*Petzold 2003a*, 884; auch in: *idem 2003e*)

Durch das Potential auch zur Destruktivität, durch Isolation, Entfremdung, Kolonialisierung und Selbstverdinglichung können die Selbstheit (Einzigartigkeit, *Unizität*) und die Zugehörigkeit (Vielfalt, *Plurizität*; *ibid.* 409) des Menschen gefährdet sein (vgl. anthropologischer Krankheitsbegriff, Kap. 3.2.3).

### 3.2 Realexplikative Theorien

Realexplikative Theorien besitzen eine geringere Reichweite als die Metatheorien. Sie sind darauf gerichtet, konkrete Situationen zu erklären (real-explikativ), sie bieten Betrachtungsraster für das Herangehen an den Klienten oder Patienten, an seine Lebens- und Sozialwelt. Sie müssen mit den Metatheorien in Einklang stehen, da Unvereinbarkeiten in den Theorieebenen Zielkonflikte oder wi-



Dieses Modell der *Theorie sozialer Relationalität* berücksichtigt neben den "urwüchsigen zwischenleiblichen Interaktionsqualitäten" (Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung; *Petzold* 2003a, 781ff, 1083) auch sozialpsychologischen Phänomene wie Rollenhandeln, Affiliationen und Reaktanz (idem 2005) sowie die klinischen Phänomene Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand und Abwehr (ibid.).

Intersubjektive Ko-respondenzprozesse - "als Form gesunder Relationalität und klarer Interaktion" (idem 2002b, 55) und mit dem Ziel wachsender Sinnerfassungskapazität, zunehmender Exzentricität und Bewusstheit, mit gemeinschaftlich gewonnenem Sinn als Kon-sens – bilden und *sind* die therapeutische / agogische Beziehung, sie beeinflussen diese und können sie auch stören (vgl. *Schuch* 2000, 179ff). In der therapeutischen / agogischen Praxis muss deshalb auf das Wahrnehmen, Erkennen und auf die differenzierte Handhabung der Relationalitätsmodi und der genannten Phänomene grosser Wert gelegt werden.

Die Möglichkeiten der Beeinflussung und Bearbeitung dieser Phänomene sind jedoch in der agogischen Beziehung begrenzter als in der therapeutischen Beziehung, wie ich später aufzuzeigen versuche (Kap. 5.4).

### 3.2.1 Persönlichkeitstheorie

Während die Anthropologie Aussagen über das Wesen der Menschen macht, bietet die Persönlichkeitstheorie Erklärungsfolien über den Aufbau, das Zustandekommen und das Funktionieren der Person. Abgestimmt auf anthropologische Positionen (Koexistenz, Intersubjektivität, ökologische Perspektive) ist die Persönlichkeitstheorie der Integrativen Theorie "entwicklungsbezogen-relational" und "polylogisch" (*Petzold* 2003a, 430) konzipiert. Persönlichkeit, als Geschichte, gegenwärtiger Lebensvollzug und Lebensentwurf in Kontext und Kontinuum gesehen, entwickelt sich in den Matrizen:

- Dyade (Mutter-Kind)
- Triade (Mutter-Vater-Kind)
- soziales Milieu als polylogischer (vielstimmiger) Einflussbereich (Familie, Freunde, Nachbarschaft, Arbeitskollegen) sowie
- ökologischer Zusammenhang (Wohnung, Quartier, Landschaft) (ibid. 431).

Die Persönlichkeit des Menschen umfasst die Dimensionen Selbst, Ich und Identität.

#### Selbst

Das Selbst ist Grundlage und Gesamtbereich der Persönlichkeit. Es umschliesst den Leib, die angeborene Ausstattung des Menschen, kollektive Vorstellungen, überlieferte Geschichten der Völker, persönliche Geschichte, Verhaltens- und Erlebenstendenzen, gegenwärtige Beziehungen, Motivationen, Zukunftsvorstellungen, Physisches und Psychisches. (*Rahm et al.* 1993, 92)

Es meint, noch einmal in anthropologischer Perspektive betrachtet, das reflexive, in Kontext und Kontinuum eingebundene Subjekt (Selbstkonstitution = Subjektkonstitution), ist – sozial gesehen – "Selbst-für-sich-mit-Anderen" (*Schuch* 2000, 173), in individuelle und kollektive Entwicklungs- und Formungsprozesse eingebunden, ist "lebendiger Grund" (ibid.), aus dem sich Ich und Identität entwickeln.

Das Selbst entwickelt sich, ausgehend vom Körper des Fötus, zunächst in der Ausbildung des *archaischen Leib-Selbst*, welches in Interaktion und Kommunikation mit dem Mutterleib steht. Das Leib-Selbst formt sich weiter aus "im Zusammenwirken von genetisch vorgegebenen Reifungsschritten und Stimulierungen aus dem ökologischen Milieu, dem Lebensraum, insbesondere von Seiten der *caregiver*, als *Synergem* sich ausbildender sensumotorischer, emotionaler (selbstreferentieller, leibbegründeter), kognitiver und kommunikativer Schemata." (*Petzold* 2003a, 431) Zu diesen Schemata zählen auch Fremd- und Selbstbilder (Real-, Ideal-, Repräsentationsbilder). Selbstkonzepte und Selbstschemata werden ausgebildet als "organisierte Strukturen, die Kenntnisse über die Welt und das eigene Selbst einschliessen" und die die Gestaltung der eigenen Existenz ermöglichen - das Subjekt, das Selbst ist damit "Künstler und Kunstwerk zugleich" (ibid. 432; vgl. Anthropologie).

Das Selbst, seine Entwicklung im Lebenskontext und -kontinuum, mit seinen Ausprägungen als *Leib- und Rollen-Selbst*, kann somit auch beschrieben werden als eine "leiblich verkörperte Vielfalt von sozialen Einflüssen, individuellen Erfahrungen und Beziehungsstrukturen." (*Rahm et al.* 1993, 138) Strukturen sind Sedimente von Beziehungserfahrungen; sie bilden sich aus als bewährte, *eingefahrene, verleiblichte* Beziehungsmuster und Rollen.

## **Ich**

Das Ich wird als *Selbst in actu* bezeichnet. Es ist eine Funktion des Selbst, durch die das Selbst seiner selbst bewusst wird. Das Ich ist immer aktiv wahrnehmend, erkennend und verarbeitend, handelnd. Es ist gerichtet und besitzt die Fähigkeit zur Exzentrizität. Es ist immer relational, auf das Selbst oder das Andere bezogen, es steht in Kontakt, in An- und Abgrenzungen. Das Ich kann als *flüchtiger* Jetzt-Prozess charakterisiert werden. Es konstituiert sich immer wieder neu, erhält jedoch Stabilität aus dem Leibselbst und der Permanenz des Umfeldes.

Die Entwicklung des Ich führt vom *archaischen Ich* zum reflexionsfähigen *reifen Ich*. Als zentrale Leistungen des *reifen Ich* sind zu nennen: Konstituieren von Sinn (mit der je gegebenen Sinnerfassungskapazität - der Fähigkeit, Sinn zu erfassen, zu interpretieren und intersubjektiv zu bestimmen), Erfassen von Zusammenhängen, Verortung des Selbst in Kontext und Kontinuum, Ausbildung von Identität.

Das *reife Ich* verfügt über Stärke und Flexibilität, Präzision und Zuverlässigkeit von *primären* (Wahrnehmen, Erinnern, Denken, Fühlen, Wollen, Entscheiden, Handeln) und *sekundären* (Integrieren, Differenzieren, Demarkation, Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz, Rollendistanz, Kreativität, Planen, Metareflexion, Souveränität) *Ich-Funktionen* (Schuch 2000, 191).

## **Identität**

Das *reife Ich*, "die Gesamtheit aller Ich-Funktionen im Prozess", konstituiert Identität im Zusammenwirken "von Leib und Kontext im Zeitkontinuum" (ibid. 174).

Identität entwickelt sich von einer *archaischen Identität*, auf der Grundlage des sich weiter entwickelnden Leib-Selbst und mit dem reifenden (d.h. Ich-Funktionen ausbildenden) Ich zur *reifen Identität* des Kindes. Mit ca. 4-5 Jahren ist entwicklungspsychologisch ein erster Phasenabschluss zu sehen, da zu diesem Zeitpunkt eine Plattform der Grundstrukturen der Persönlichkeit – und für deren weitere Entwicklung als *lebenslangem* Prozess – gelegt ist. (vgl. *Petzold* 2003a, 543ff, 569)

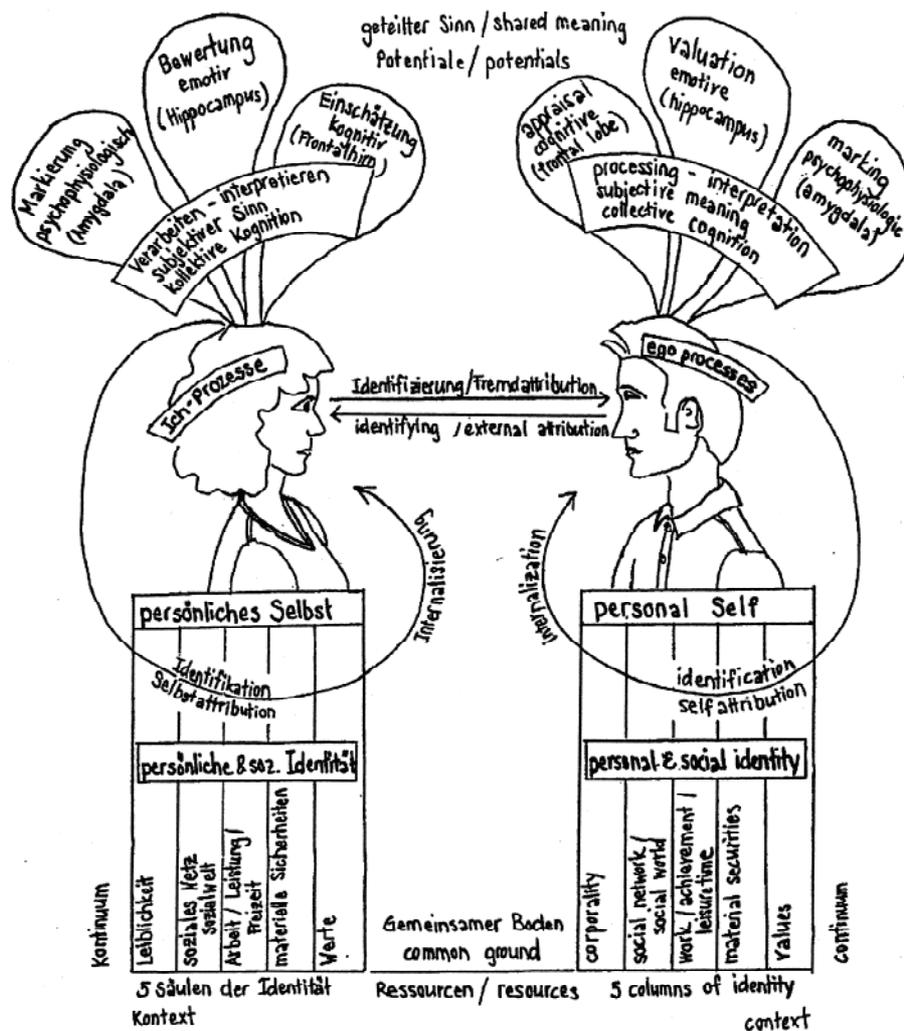


Abb. 9: Das Subjekt als personales System: Selbst, Ich und Identität in Kontext und Kontinuum (Petzold 2003a, 73)

Abb. 9 zeigt die identitätsbildenden reziproken Prozesse im sozialen Netzwerk: Identität konstituiert sich im Zusammenwirken von Leib und Kontext im Zeitkontinuum. Es sind dialektische Prozesse der Selbst-Identifikation (Selbst-Attribution, Selbstbilder) und Identifizierung durch Andere (Fremd-Attribution, Fremdbilder). Die vor dem Hintergrund biographischen Selbst- und Kontextwissens wahrgenommenen (Perception), kognitiv eingeschätzten (Appraisal) und emotional bewerteten (Valuation) Selbst- und Fremdattributionen werden internalisiert: Dies nennt die Integrative Therapie *Identitätsarbeit aus einer Hermeneutik des Subjekts*.

Hierbei kommt dem "Konvoi" (ibid. 679), dem *Weggeleit der relevanten Anderen des Netzwerkes über die Zeit*, zentrale Bedeutung zu, welche auf das Individuum identitätsbildend wirken, während gleichzeitig das Individuum identitätsattribuierend und -konstituierend auf diese zurückwirkt. Identität kann pragmatisch durch die *5 Säulen der Identität* (Petzold, Orth 1994a, 372) beschrieben werden: Leiblichkeit (individueller und sozialer Leib); soziales Netzwerk; Arbeit, Leistung, Freizeit; Materielle Sicherheiten; Wertorientierungen und Normen.

Das Ziel lebenslanger, transversaler Identitätsarbeit ist die Ausbildung einer *personalen, vielfältigen, sich permanent überschreitenden, emanzipierten Identität* (Petzold 2003a, 432).

### Selbst, Ich und Identität

Die Dimensionen der Persönlichkeit sind als prozessuale, lebendige Synergien zu verstehen, die sich gegenseitig beeinflussen und formen: Das Selbst besitzt Ich und Identität, diese wirken formend zurück auf das Selbst. Zusammen konstituieren sie eine flexible, transversale Identität und personale Souveränität in beständiger Interpretationsarbeit und Reflexion von Kontext und Kontinuum - mit dem Ziel, sich selbst "im Lebensganzen besser verstehen zu lernen" (Petzold), sich selbst

und anderen vertraut zu bleiben, "im Meer der Weltkomplexität" (idem) kompetent zu navigieren und in und an der Welt zu partizipieren.

Die Integrative Therapie spricht hier nicht von der **Autonomie** des Subjektes, da niemand nur nach seinen eigenen Normen und Regeln (auto nomos) leben und handeln kann. Sie hat das Konzept der "mit den relevanten Mitsubjekten ausgehandelten **Souveränität**" entwickelt (Petzold 1998a, 275ff). Das Souveränitätskonzept stützt sich auf eine metatheoretische (anthropologische, ethik- und gesellschaftstheoretische) Basis, die "wechselseitigen Respekt vor der Souveränität des Anderen und die Sorge um seine Integrität aus praktizierter Ko-respondenz in Dialog und Diskurs" (ibid. 279) gewährleistet. Persönliche Souveränität kann sich ausbilden in Räumen gesellschaftlicher Freiheit, wo persönlicher Freiraum, Schutz und Sicherheit gewährleistet ist.

Die Entwicklung innerer und äusserer Souveränität ist zentrales Element von Selbstfindung, Selbstgestaltung und Identitätsarbeit. Persönliche Souveränität umfasst und verbindet die Konstrukte

- Selbstwertgefühl
- Identitätssicherheit
- Geschlechtsrollensicherheit
- Gendersensibilität
- personale und soziale Kompetenz und Performanz
- reflexive Qualitäten: Selbst-, Ko-, Metareflexion
- kommunikative und interaktive Potentiale: Intuitions- und Empathiefähigkeit; Belastungs- und Konfliktfähigkeit; Parrhesie; Flexibilität und Effizienz in der Handhabung sozialer Komplexität. (Petzold 2005)

*Selbst, Ich und Identität* bilden sich über die Zeit aus und erhalten eine gewisse Stabilität, Konstanz und Konsistenz. Dennoch bedürfen sie im Lebensvollzug des Individuums immer wieder der Verwirklichung, der Auffrischung, der Bewährung, der Gestaltung und des Neuentwurfs: Das *Selbst* durch Akte von positivem Selbsterleben und Selbst-Wert-Bestätigung; das *Ich* in der Bestätigung seiner Wirkung zur Welt; *Identität* braucht bewältigbare Veränderungs- und Gestaltungsprozesse und gelingendes "Balancieren zwischen sozialer Zuschreibung und Selbstattribution, zwischen Konsistenz und kreativer Offenheit, zwischen Kontinuität und Diskontinuität" (Petzold 2003a, 432). Das Ausbleiben oder Nichtgelingen solcher Prozesse kann die Gesundheit und Entwicklung der Persönlichkeit gefährden und persönliche Souveränität negativ beeinflussen. "Konsistenzzwang, Stigmatisierung und Ressourcenmangel gefährden Identität. Lebendige Interaktion, Freiräume und Ressourcenvielfalt bauen sie auf." (Schuch 2000, 175)

### 3.2.2 Entwicklungstheorie

Ohne an dieser Stelle und im Rahmen dieser Arbeit die Integrative Entwicklungstheorie (Petzold 2003a, 436ff) umfassend darstellen zu können, seien zentrale Positionen hieraus skizziert:

Persönlichkeitstheorie und Entwicklungstheorie sind untrennbar miteinander verschränkt, denn "Persönlichkeit ist eine sich entwickelnde" (ibid. 437). Integrative Therapie kann daher auch als "Entwicklungstherapie des Subjektes" (ibid.) bezeichnet werden, welche den Menschen in beständigen Metamorphosen, im Strom der Zeit (Kontinuum) und eingebunden in seine Lebenswelt (Kontext) sieht. Entwicklung und Altern ist "ein hochkomplexer Prozess der Veränderung auf der biologischen, psychischen, sozialen, ökologischen und geistigen Ebene", ausgearbeitet als "lifespan developmental approach", als "Ansatz einer Entwicklungstheorie in der Lebensspanne" (ibid. 69).

Die Berücksichtigung nicht nur einer entwicklungspsychologischen Perspektive (der neuro- und sensumotorischen, der emotionalen und kognitiven Entwicklung), sondern auch der sozial-interaktionalen, der ökologischen und der lebenslaufbezogenen Perspektive führt zu einer *synoptischen* Position der Integrativen Therapie und zum Begriff der *Entwicklungstheorie*, welcher einen notwendig breiten Rahmen absteckt, um "der Komplexität des Entwicklungsgeschehens des Menschen gerecht zu werden" (ibid.). Der dergestalt mehrperspektivische Blick auf die Lebensgeschichte und -situation von Klienten kann synoptische Effekte bewirken – und eine komplexe Einschätzung des Erlebens und Verhaltens, aber auch von Gesundheit und Krankheit (die Ergebnis von Entwicklungsprozessen sind) ermöglichen.

In der Entwicklung eines Menschen, in den Prozessen seiner Enkulturation und Sozialisation werden Risiko- und Belastungsfaktoren sowie Schutz- und Unterstützungsfaktoren wirksam ("Einflussfaktoren im Entwicklungsgeschehen"; Petzold 2002b, 50). Diese Faktoren wurden aus Untersuchungen von Kindern, Jugendlichen, von Erwachsenen und alten Menschen gewonnen, und es wurde festgestellt, "dass viele diese Faktoren mit den sogenannten 'unspezifischen Wirk- oder Heil-

faktoren der Psychotherapieforschung übereinstimmen" (ibid.) Neben Risiko- und Schutzfaktoren wirken sogenannte *Resilienzfaktoren*, das sind vorhandene (genetisch disponierte) oder durch den Einsatz von Schutzfaktoren gestärkte Widerstandskräfte gegenüber Belastungssituationen.

Es seien hier die **Schutzfaktoren** wiedergegeben (nach Petzold 2002b, 50):

1. Soziale Unterstützung innerhalb des sozialen Netzwerkes, d.h. in der und ausserhalb der Familie,
2. eine verlässliche Beziehung zu einem *significant caring adult* innerhalb und/oder ausserhalb der Familie,
3. *schützende Inselerfahrungen* und *gute Zeiten* im Verlauf der Entwicklung,
4. positive Temperamenteigenschaften (emotionale Flexibilität, Kontaktfähigkeit, Affektregulation),
5. positive Erziehungsklimata (Wärme, Offenheit, Akzeptanz) in Segmenten der Lebenswelt (mit einem Elternteil, in der Schule, in der Kirchengemeinde etc.),
6. Möglichkeitsräume (potential space), in denen Gestaltungsimpulse und Selbstwirksamkeit erfahren werden können, so daß sich internal orientierte Kontrollüberzeugungen und konstruktive selbstreferentielle Emotionen und Kognitionen, d.h. positive Selbst- und Identitätsschemata entwickeln können,
7. soziale Vorbilder, die Werte und Sinnbezüge vermitteln und die konstruktives Bewältigungsverhalten modellhaft zeigen,
8. realistische Situationseinschätzung und positive Zukunftsorientierung, Leistungsmotivationen und Impetus zur aktiven Problembewältigung,
9. kognitive und emotionale Integrationsfähigkeit, die einen "sense of coherence" (*Antonovsky*) ermöglichen,
10. sozioökologische Kontexte, die einen breiten Aufforderungscharakter haben und eine Vielfalt von *affordances* bereitstellen, so daß Handlungskompetenzen (*effectivities*) gewonnen werden können,
11. dosierte Belastung, die Immunisierungen und das Ausbilden von Bewältigungsstrategien ermöglichen, weil sie die Coping-Kapazitäten und die vorhandenen Ressourcen nicht überfordern,
12. Angebote für *kokreative (Iljine)* sinn-volle Aktivitäten (Hobbys, Sport, Spielmöglichkeiten), die Entlastung, Erfolgserlebnisse und Kreativitätserfahrungen bieten,
13. ein positiver ökologischer Rahmen (Landschaft, Garten etc.), der durch Naturerleben Kompensations-möglichkeiten schafft,
14. Netzwerkorientierung, d.h. die Fähigkeit, soziale Netzwerke aufzubauen und sie zu nutzen,
15. Haustiere, deren protektive Funktion gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann,
16. Phantasiepotential, die Möglichkeit, innere Welten in neuer und aussergewöhnlicher Weise zu sehen und zu nutzen.
17. Das Vorhandensein sozialer Sicherungssysteme und Hilfsagenturen.

Im Sinne mehrperspektivischer und longitudinaler Betrachtung von Entwicklungsgeschehen muss neben der Wechselwirkung von Risiko-, Schutz- und Resilienzfaktoren beachtet werden:

- die Salutogenese-Perspektive (die Entwicklung gesunden Verhaltens)
- die Ressourcenperspektive
- die Ketten positiver, negativer und defizitärer Ereignisse auf dem Lebensweg
- positive Vergangenheits- und unterstützende Gegenwartskräfte sowie Ziele und positive Zukunftsaussichten (bzw. deren Gegenteil oder Fehlen)

Die gewonnenen Erkenntnisse dienen nicht nur dem vertieften Verständnis der Situation des Klienten, sondern sie werden gleichzeitig bei der Gestaltung von therapeutischen und agogischen Prozessen berücksichtigt: Therapie begegnet Risikofaktoren mit der Bereitstellung von Schutzfaktoren und der Ausbildung von Resilienzen; sie setzt gezielt Schutzfaktoren ein, um Wirkungen von Risikofaktoren zu mildern und / oder Resilienzen zu stärken. In der Integrativen Therapie als *Entwicklungstherapie* dienen folglich – neben den klinischen Interventionsstrategien *Heilen, Stützen und Bewältigen (curing, supporting, coping)* – die Salutogenese und Potentiale fördernden Strategien *Erweiterung, Bereicherung, Ermächtigung (enlargement, enrichment, empowerment)* zur Entfaltung der Persönlichkeit und zur Entwicklung persönlicher Souveränität.

### 3.2.3 Gesundheits- und Krankheitstheorie

Die Persönlichkeits- und die Entwicklungstheorie sind mit der Gesundheits- und Krankheitslehre untrennbar verknüpft: Die Persönlichkeit des Menschen ist eine sich entwickelnde; positive und negative Einflussfaktoren in der Entwicklung bedingen Gesundheit und Krankheit; Gesundheit und Krankheit sind Qualitäten des Lebensvollzugs der Persönlichkeit, des Individuums in Kontext und Kontinuum.

Die Integrative Therapie sieht Gesundheit und Krankheit als zwei Dimensionen menschlicher Existenz, die multiple Ursachen haben und die gesellschaftlich/soziokulturell mit bestimmt und bewertet werden. Sie vertritt einen *erweiterten Gesundheits- und Krankheitsbegriff*.

**Gesundheit** wird "als eine subjektiv erlebte und bewertete sowie external wahrnehmbare, genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leib-Subjekts und seiner Lebenswelt gesehen. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass sich der Mensch sich selbst, ganzheitlich und differentiell, in leiblich-konkreter Verbundenheit mit seinem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahrnimmt und im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren entsprechend

seiner Vitalität/Vulnerabilität, Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage imstande ist, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten, schliesslich, dass er auf dieser Grundlage seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale ko-kreativ und konstruktiv entfalten und gestalten kann und so ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden entwickelt persönliche Souveränität und Lebenskunst." (*Petzold* 2003a, 448)

"**Krankheit** ist eine mögliche Qualität der Lebensprozesse des Leibesubjektes und seiner Lebenswelt. Sie kann im Verlauf des Lebens durch exogene Ketten schädigender Ereignisse, die das Bewältigungspotential und die Ressourcenlage des Individuums überlasten, verursacht werden oder/und durch endogene Dysregulationen und natürliche Abbauerscheinungen. Die Folge ist, dass die gesunden Funktionen des Organismus, die Fähigkeit der Person zur alloplastischen Gestaltung und kokreativen Entfaltung des Lebens in Kontext/Kontinuum mehr und/oder weniger beeinträchtigt, gestört, ausser Kraft gesetzt werden und irreversibel verloren gehen können und dysfunktionale autoplastische Reaktionen auftreten. Damit verbunden können internal subjektive Dissonanzen zum vertrauten Gefühl eigenleiblich gespürter Gesundheit entstehen sowie external perzipierbare Abweichungen von stabilisierten Erscheinungsbildern gesunder körperlicher, geistiger und sozialer Lebensprozesse erkennbar werden. Diese Abweichungen werden durch das eigene Gesundheitserleben des Subjekts bzw. durch einen externalen Beobachter festgestellt, wobei sie an kulturellen bzw. gesellschaftlichen normativen Konsensbildungen, Gesundheit und Krankheit betreffend, orientiert sind." (*ibid.* 451)

Die Integrative Theorie unterscheidet eine *philosophisch-anthropologische* und eine *spezielle / klinische* Gesundheits- und Krankheitslehre:

Die anthropologische Gesundheitslehre affirmiert: "Gesundheit gründet in Integriertheit, Kohärenz und Zugehörigkeit" (*ibid.* 447), in Selbstsorge, Selbstbesitz und Souveränität, in der Ko-existenz, in salutogenen Beziehungen zur Lebenswelt, im "erlebten Fliessen des Lebens" (*Schuch* 2000, 177). Dem gegenüber steht die anthropologische Krankheitslehre, nach der Krankheit in Dysregulation, multipler Entfremdung und Verdinglichung gründet: In der Entfremdung von sich selbst und vom Leib, in der Entfremdung vom Mitmenschen, von der Arbeit, von der Welt (Kontext) und von der Zeit (Kontinuum). Die anthropologische Gesundheitslehre befasst sich somit mit übergeordneten Zusammenhängen, mit den "Ursachen hinter den Ursachen" und mit den "Folgen nach den Folgen" (*Petzold* 2003a, 447). Sie bildet damit einen Hintergrund, der auch für die klinische Gesundheits- und Krankheitslehre bedeutsam bleibt und jeweils mit reflektiert werden muss.

Wird in anthropologischer Hinsicht von konnektivierter Zugehörigkeit versus multipler Entfremdung gesprochen, zentriert der klinische Gesundheits- und Krankheitsbegriff in salutogener, aufbauender und nährender Stimulierung versus "multipler pathogener Stimulierung" (*ibid.*, 446). Pathogene Stimulierungen sind *Traumata* (Überstimulierungen), *Defizite* (fehlende oder einseitige Stimulierungen), *Störungen* (inkonstante oder widersprüchliche Stimulierungen), *Konflikte* (gegenläufige, widerstreitende Stimulierungen) und können in ihren Wirkungen die Entwicklung und die Dimensionen der Persönlichkeit (Selbst, Ich, Identität) beeinträchtigen. In Kombination mit anderen Einflussgrößen können schwere Erkrankungen zustande kommen:

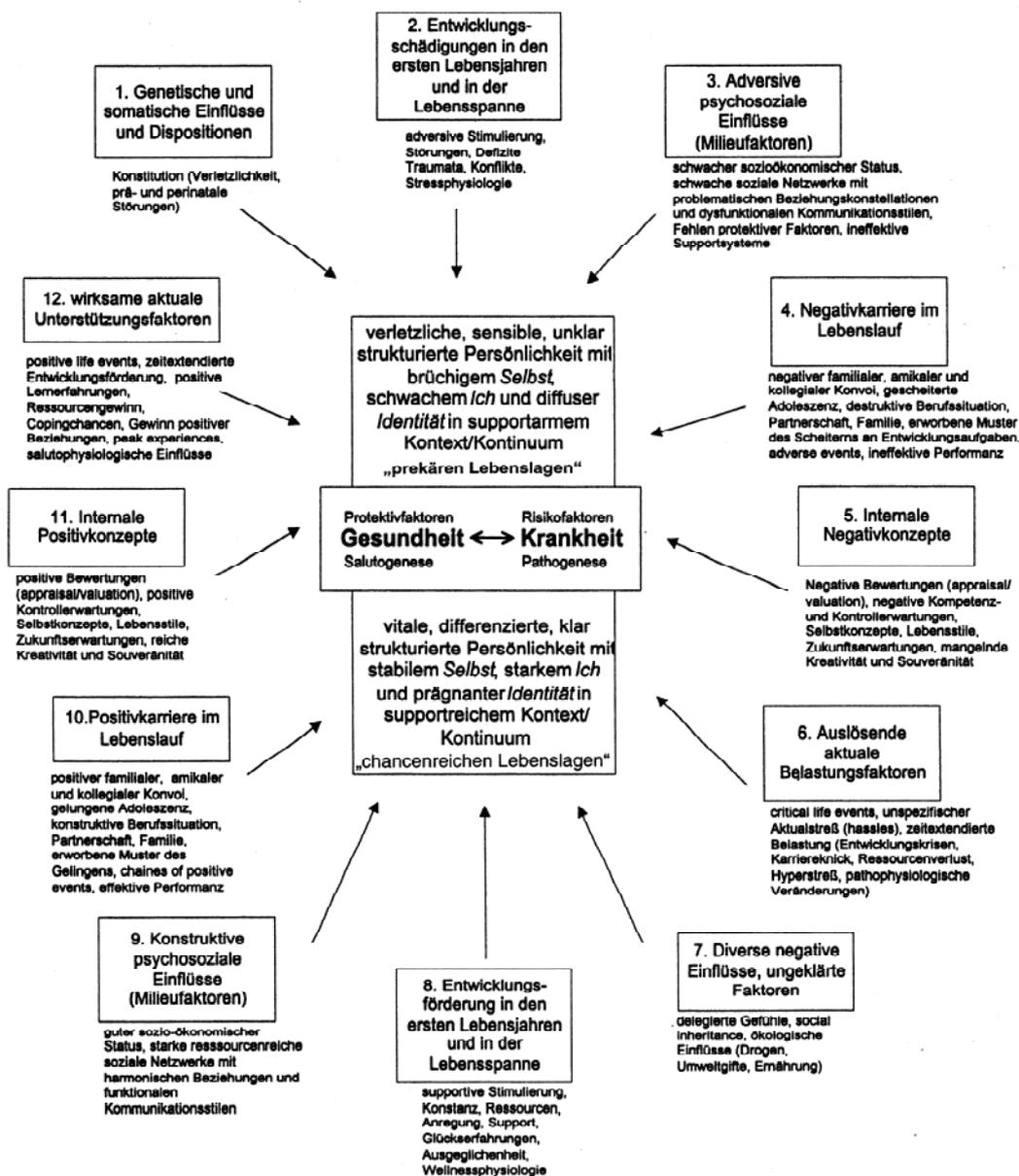


Abb. 10: Multifaktorielle Genese psychotischer oder anderer schwerer Erkrankungen (Petzold 2003a, 457)

Die klinische Krankheitslehre befasst sich mit der Definition, Erklärung, Diagnose und Behandlung von schweren psychischen (neurotischen, psychosomatischen oder psychotischen) Erkrankungen, was in das Feld von Psychotherapie, Psychopathologie und Psychiatrie führt.

Ambulante Wohnbegleitung für Menschen mit geistiger Behinderung ist kein klinisches Arbeitsfeld (vgl. Anm. 20). Dennoch halte ich nach meiner Erfahrung Kenntnisse im Bereich der Psychopathologie für unverzichtbar. Menschen mit geistiger Behinderung können auch an psychischen Leiden erkranken (Kap. 5.1). Gerade bei Vorliegen von *Doppeldiagnosen*, aber auch im Grenzbereich zwischen geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung muss differentialdiagnostisch vorgegangen werden, braucht es Hintergrundwissen und Explikationsfolien. Dieses Wissen ist bei unserem Aufnahmeverfahren wichtig (bei unklarer Zielgruppenzugehörigkeit; bei der Beantwortung der Frage, ob wir die geeigneten Hilfen bieten können; bei allen Ziel-Mittel-Methoden-Überlegungen; vgl. Kap.5). Auch für intervisorische Fallbesprechungen, für Anleitung und Coaching meiner Mitarbeiter in sogenannten *schwierigen* Begleitungen, für exzentrisches, multiperspektivisches, metahermeneutisches Verständnis nachhaltig *gestörten* Erlebens und Verhaltens (ohne solches jedoch *behandeln* zu können oder zu wollen) sind diese Kenntnisse beizuziehen, gilt es Schnittstellen und Grenzbereiche sorgfältig zu klären, um die Professionalität und Qualität unserer Dienstleistung und die Sicherstellung von *best practice* für den Klienten zu gewährleisten.

Die Integrative Therapie hat drei Modelle zur Klärung und Differenzierung pathogener Faktoren entwickelt:

- Das "Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen" (Petzold 2003a, 463ff): Es differenziert die Auswirkungen erlebter pathogener Stimulation (Traumata, Defizite, Störungen, Konflikte) auf die Entwicklung der Persönlichkeit und ihrer Dimensionen Selbst, Ich und Identität.

- Das "Pathogenesemodell der zeitextendierten, multifaktoriellen Be- bzw. Überlastung in der Lebenskarriere" (ibid. 469ff), welches chronifizierte Überforderungsgefühle, Krisen und Burn-Out in den Blick nimmt.
- Das "Modell der Repression emotionaler, expressiver Impulse" (ibid. 652): Werden emotionale und expressive Impulse in frühen bzw. sensiblen Phasen der Entwicklung verhindert, kann deren Rücknahme, Abspaltung oder Anästhesierung krankheitsverursachend sein.

Unter lebenslaufbezogener Perspektive und durch Rezeption von Ergebnissen der Longitudinalforschung gilt es zu betonen, dass Schädigungen *und* heilende Wirkungen zu jedem Zeitpunkt im Leben des Menschen eintreten können. Die frühe Kindheit ist zwar als wichtig, aber nicht als *omnikausal* zu betrachten.

Die klinische Krankheitslehre führt unmittelbar weiter in den Bereich der *Diagnostik*: Die Integrative Therapie vertritt ein "prozessuales diagnostisches Vorgehen von den Phänomenen zu den Strukturen zu den Entwürfen auf der Grundlage multipler diagnostischer Folien und komplexer, multitheoretisch angelegter Modelle" (Petzold 2003a, 476). Hierzu zählen neben den erwähnten Pathogenesemodellen u.a. ein Raster zur *prozessualen Diagnostik* (Petzold 2003a, 1048f; Osten 2000), ein "Mehrebenenmodell" sowie ein "Mehrperspektiven-Analysemodell zur Erfassung von Gesundheit und Krankheit in Kontext und Kontinuum und zur Analyse und Bewältigung von Lebenssituationen" (Petzold 2003a, 480ff). Es sind auch die Modelle zur Hermeneutik und Metahermeneutik beizuziehen, denn Diagnostik ist ein "prozessuales, kooperatives, hermeneutisches Unterfangen, die Zusammenhänge des Krankheitsgeschehens in Kontext und Kontinuum des persönlichen Lebens wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen, um sie sich (und Anderen) erklären zu können." (ibid. 477)

### 3.3 Praxeologie

Die Praxeologie bildet nach den Metatheorien und den realexplikativen Theorien die dritte Ebene des Tree of Science und wird als Lehre und "Wissenschaft von der systematischen Praxis" (Petzold 2003a, 65) verstanden. Die Praxeologie ist verbunden mit den realexplikativen Theorien (insbesondere mit der allgemeinen und speziellen Theorie der Therapie, der Gesundheits- und Krankheitslehre), aber auch alle metatheoretischen Bereiche kommen in ihr zum Tragen. Praxeologie enthält *allgemeine*, übergreifende Elemente (siehe unten); Praxeologie ist *spezifisch* für die jeweilige z.B. psychotherapeutische, soziotherapeutische, supervisorische oder agogische Praxis (vgl. Thema, Struktur und Zielsetzung dieser Graduierungsarbeit).

Praxeologie ist ein Kernstück der Theorie-Praxis-Dialektik: Prozesse von Synergien und der gegenseitigen Durchdringung (*Permeation*) der theoretischen Ebenen generieren Erkenntnisgewinn. Dabei kann die Entwicklung von Konzepten und Theorien, die Erweiterung des Praxiswissens und des *body of knowledge* in einer *bottom-up*-Bewegung geschehen (Formen und Wege praktischen Handelns werden durch Erfahrung, systematische Beobachtung und methodisches Erprobung erarbeitet), welche sogenannte *methodenbegründete Praxeologien* generiert. Dem gegenüber entwickelt eine "theoriegeleitete, systematische Praxis in angewandten Humanwissenschaften, in der Theorie und Praxis sich in reflektierter Weise (...) durchdringen" (Steffan, Petzold 2001b, 94f) eine *theoriegegründete Praxeologie* in einer *top-down*-Bewegung.

Beide Bewegungen sind Elemente des Theorie-Praxis-Zyklus, umfassen und integrieren "Theorie als Matrix von Praxis" und "Praxis als Matrix von Theorie" (vgl. Abb. 7).

"Praxeologie ist in sich selbst ein Forschungsprozess, der die Geschehnisse in der Praxis sammelt, sichtet und aufbereitet, so dass daraus Fragestellungen für empirische Überprüfungen und Theoriebildungen entstehen können." (Petzold 2003a, 494) Sie ist auf die Reflexion des therapeutischen / agogischen Geschehens und auf die Reflexion des eigenen Tuns in therapeutischen / agogischen Prozessen auf theoretische Hintergründe und methodische Schlüssigkeit hin ausgerichtet. Sie will Vorgänge und Wirkweisen in diesem Geschehen wahrnehmen, erfassen, verstehen und erklären. Aus diesem Praxiswissen und aus dieser *Theorie über die Praxis* können Heuristiken (Erklärungsmodelle) gebildet werden, wie sie im folgenden beschrieben werden.

Darüber hinaus dient Praxeologie der gemeinsamen, metahermeneutischen und metakommunikativen Bewusstseinsarbeit zwischen Therapeut und Klient: Wird der Therapieprozess (und damit Praxeologie und Theorie) Gegenstand von Ko-respondenz, erklärt der Therapeut also z.B. seine Wahr-

nehmungen, Interventionen und Vorhaben, ermöglicht dies dem Klienten Teilhabe, Mitgestaltung und Emanzipation. Praxeologie stellt so *informed consent* her, beteiligt den Klienten an der Gestaltung des Prozesses, macht transparent, was mit ihm geschieht und unternommen wird, baut Machtstrukturen ab (Theorie als Intervention: "Die Metareflexion des Prozesses ist also konstitutiver Bestandteil des Prozesses"; *ibid.* 495).

### 3.3.1 Allgemeine Praxeologie

Zu den *allgemeinen* Elementen der Praxeologie zählen insbesondere die Modelle zur Prozesstheorie und zur Interventions- und Methodenlehre. Als Schnittstelle und Übergang zur speziellen Praxeologie und zur Praxis hin gilt die *systemische und differentielle* "Theorie der Institutionen, Praxisfelder, Zielgruppen" (*ibid.* 509) - zu deren Bereicherung diese Graduierungsarbeit einen bescheidenen Beitrag leisten möchte.

#### Prozesstheorie

Die Abbildungen der drei wesentlichen Prozessmodelle der Integrativen Therapie wurden bereits an anderer Stelle vorgenommen. Die *hermeneutische Spirale*, der *tetradische Prozess* und der *Theorie-Praxis-Zyklus* sind miteinander verflochten in *einen* Erkenntnis-, Lern und Handlungsprozess (Kap. 2.2). Die Prozessmodelle verbinden die diskursiv-hermeneutische Ausrichtung mit der dramatisch-aktionalen und der tiefenpsychologischen. Sie können differentiell und variabel für verschiedenste (therapeutische und agogische) Prozesse, in verschiedensten Situationen und mit verschiedensten Klienten verwendet werden, um "Phänomene des therapeutischen Geschehens und die sich artikulierende Struktur und Dynamik zu erfassen" (*Petzold* 2003a, 501).

Globalziele	Gewährleistung von Selbstregulation und Selbstverwirklichung				im Lebenskontext/Humanisierung des Lebenszusammenhangs			
	PROPHYLAXE	ERHALTUNG	RESTITUTION	ENTWICKLUNG	DASEINBEWÄLTIGUNG/COPING	REPRÄSENTATION	AMELIORATION	
Richtziele	präventive Interventionen zur Verhinderung des Abbaus oder der Störung von Kompetenz und Performanz	konservierende bzw. stabilisierende Interventionen zur Erhaltung vorhandener Kompetenz und Performanz	reparative bzw. rehabilitative Interventionen zur Behebung oder Verbesserung geminderter bzw. gestörter Kompetenzen u. Performanz	evolutive Interventionen zur Entfaltung und Förderung von potentieller Kompetenz und Performanz	supportive Interventionen als Hilfen beim Umgang mit irreversiblen Störungen und Minderungen von Kompetenzen und Performanz	politische Interventionen zur Vertretung und Sicherung von Ansprüchen im gesellschaftlichen Kontext	infrastrukturelle Interventionen zur Verbesserung sozioökonomischer Bedingungen und materieller und logistischer Ressourcen	
Grob- und Feinziele	müssen zielgruppen-, person- und situationsspezifisch erarbeitet werden	→ desgleichen	→ desgleichen	→ desgleichen	→ desgleichen	müssen spezifisch für Gruppen und den aktuellen Gesellschaftskontext erarbeitet werden	müssen spezifisch für den individuellen, sozioökonomischen, geographischen und sozialen Kontext erarbeitet werden	
Inhalte	müssen zielgruppen-, person- und situationsspezifisch erarbeitet werden	→ desgleichen	→ desgleichen	→ desgleichen	→ desgleichen	→ desgleichen	→ desgleichen	
Strategien	agogische und medizinische Interventionen	agogische und medizinische Interventionen	medizinische, psychotherapeutische und agogische Interventionen	agogische und erlebniszentrierte psychotherapeutische Interventionen	medizinische, agogische, psycho- und sozialtherapeutische Interventionen	politische und soziale Interventionen durch	ökonomische und infrastrukturelle Interventionen durch	
Methoden (Techniken, Medien, Site, Modalitäten, Formen)	wie z.B. Sport, Bewegungspädagogik, kognitives Training, Sozial- und Kommunikationstraining, angemessene Ernährung u. a.	→ desgleichen konservierende bzw. stabilisierende Therapie etc.	→ desgleichen und/oder konfliktzentrierte Psychotherapie z.B. Psychodrama, Gestalt, analyt. Gruppenherapie, Verhaltensmod., ökologische Maßnahmen	Kreativitäts- und Kommunikationstraining, Meditation, bewegungsagogik, themenzentrierte Arbeit, Selbsterfahrung etc.	Beratung, stabilisierende und stützende Psychotherapie, präventive, prätherapeutische und ökologische Programme etc.	Bürgerinitiativen, Öffentlichkeitsarbeit, Selbsthilfeprojekte	Bildungsmaßnahmen, Arbeitsprogramme, kulturelle Maßnahmen, Ansiedlung von Betrieben usw.	

Abb. 11: Integrative und differentielle Intervention (Petzold 2003a, 504f)

## Interventionslehre

Interventionen sind "Strukturierungsmomente im Rahmen von Prozessen, denen sie selbst entfließen" (Petzold 2003a, 506). Sie wirken strukturierend in das Leben des Klienten, in seinen Kontext und sein Kontinuum. "Interventionen sind immer Eingriff, Machtausübung, Kontrolle" (ibid. 502). Interventionen müssen nach Breite und Eingriffsraum, nach Intensität und Eingriffstiefe differenziert werden; sie müssen "theoriegeleitet und praxisbezogen sein." (ibid.)

Die Berücksichtigung dieser Aspekte führt zu folgender *Integrativen Definition*: "Integrative Interventionen sind mehrperspektivisch begründete, differentielle Einwirkungen auf Systeme (personale, soziale, ökologische, ökonomische, politische etc.) mit dem Ziel ihrer planvollen, theoriegeleiteten und ethisch legitimierbaren Veränderung unter Beteiligung aller von der Veränderung Betroffener und unter Berücksichtigung des übergeordneten Zusammenhanges (Kontext / Kontinuum)." (ibid. 506)

Die *Integrative und differentielle Interventionslehre* differenziert – ihrem breiten Ansatz und erweiterten Therapieverständnis entsprechend – in verschiedene Interventionsfelder und Bereiche und zeigt die jeweiligen verschiedenen methodischen Zugangsweisen auf (Abb.11).

Interventionstheoretische Überlegungen sind auf Ziele, Inhalte, Hintergründe und Konsequenzen gerichtet. Andererseits befassen sie sich mit der Interventionsmethodik, mit Interventionsstilen, mit dem Einsatz von Methoden, Techniken und Medien - mit Fragen aus der *Methodenlehre*.

## Methodenlehre

Die Methodenlehre ist das Kernstück der Praxeologie - und wie in Abb. 12 zu sehen, "ein reichhaltiges Instrumentarium, dessen Möglichkeiten kombiniert werden können, um in elastischer Anpassung an die Erfordernisse des Patienten und seiner Lebenssituation (Kontext / Kontinuum) im Rahmen des Verfahrens Ziele zu erreichen und Inhalte zu vermitteln" (Petzold 2003a, 507).

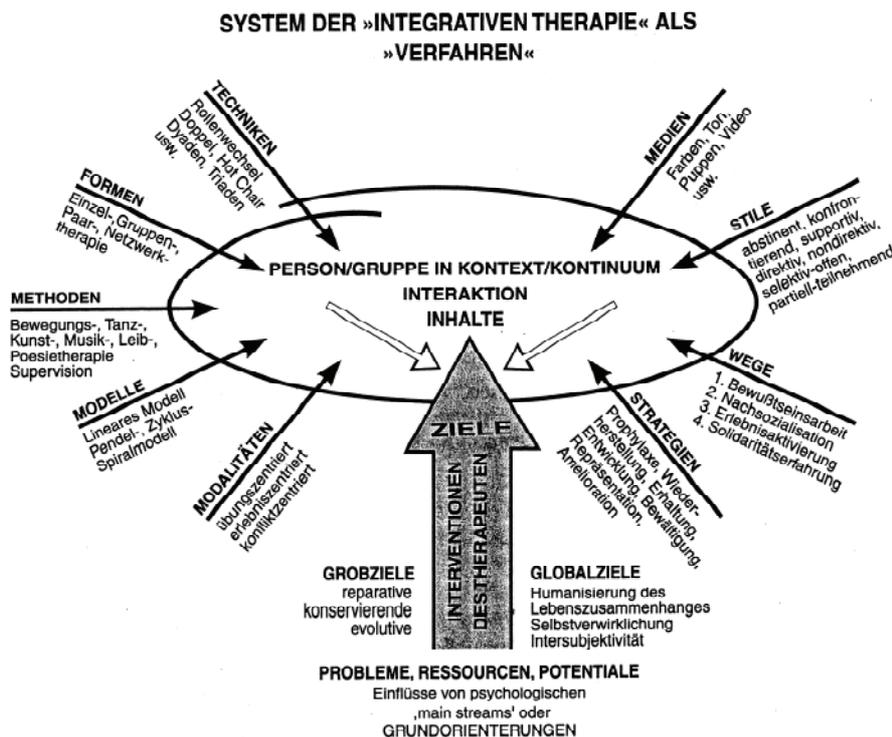


Abb. 12: System der Integrativen Therapie als Verfahren (Petzold 2003a, 974)

Die nachfolgend skizzierten *praxeologischen Modelle und Prinzipien* sollen diese Abbildung ergänzen bzw. einige der darin enthaltenen Elemente näher beleuchten.

### 3.3.2 Praxeologische Modelle und Prinzipien

#### Grundregel und Basisstil

Die Integrative Therapie hat – "für die Behandlung freiwillig kommender, kommunikationsfähiger und hinlänglich kognitiv kompetenter Patienten" (Petzold 2003e) – im Sinne einer zentralen Leitlinie eine anthropologisch und intersubjektiv ausgerichtete *Grundregel* definiert (s. Anhang).

Zudem wurde, neben einem jeweils *störungsspezifischen* Vorgehen, ein *allgemeintherapeutischer Basisstil* (ausführlich bei Petzold 2003e) formuliert. Dieser Basisstil differenziert und integriert vier Stilelemente bzw. Vorgehensweisen:

- *perzeptiv-leiborientiert*: Hier wird am Leibe angesetzt und es wird das "Wahrnehmen, Aufnehmen und Behalten" exploriert, um Defizite und Störungen von Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozessen zu erkennen, die hinter dem Gesamtverhalten der Persönlichkeit stehen können.
- *narrativ-beziehungsorientiert*: Die Erzählung von Alltags- und Lebensgeschichten, eingebettet in eine tragfähige helfende Beziehung. Im Erzählen von Symptomen oder Problemen - hier verstanden als stereotype Muster des Selbst (*Narrative*), die sich in stereotypen Erzählweisen zeigen - können diese durch gemeinsames Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen und Erklären bewusst gemacht und verändert werden. Dies wiederum kann den Erzähl- und Handlungsfluss freier und flüssiger machen (*Narration*), der Klient kann sich wieder mehr als *Gestalter und Künstler seines Lebens* erleben.
- *verbal-einsichtsorientiert*: Durch Ko-respondenz und Dialog / Polylog - in diskursiven, reflexiven und metareflexiven Prozessen - kann Einsicht gewonnen werden in Erlebens- und Verhaltensmuster, ihre Zusammenhänge und Hintergründe. Darüber hinaus können Fragen der Selbst- und Lebensgestaltung gelöst und problematische oder dysfunktionale Verhaltens- oder Bewältigungsmuster reflektiert / verändert werden.
- *nonverbal-evidenzorientiert*: Dieser Ansatz zentriert im szenisch strukturierten "Beziehungs- und Handlungswissen" (ibid.), welches sich überwiegend im Handeln und im spontanen Ausdruck zeigt. Wird es wahrgenommen und ins Bewusstsein gehoben, kann es *vitale Evidenz* gewinnen und dem bewussten Be- und Verarbeiten zugänglich werden.

#### Wege der Heilung und Förderung

Die 4 Wege der Heilung und Förderung sind "methodische Strategien der Behandlung, Begleitung und Förderung" (ibid.). Sie ermöglichen die Förderung multipler Heilungs- und Entwicklungsprozesse – was Aufgabe jeder Therapie, Beratung, Agogik etc. ist.

In der Feinstruktur der nachstehend genannten *4 Wege der Heilung und Förderung* werden verschiedene **Modalitäten** unterschieden und zugeordnet. *Modalitäten* erlauben multimodales Vorgehen und damit spezifische und effektive Behandlungsstrategien. Die

- a) übungszentriert-funktionale,
  - b) erlebnisorientiert-stimulierende (agogische) und
  - c) konfliktzentriert-aufdeckende Modalität
- werden ergänzt mit der
- d) Netzwerk- und lebenslageorientierten und der
  - e) medikamentösen Modalität (ibid.).

Weiterhin sind den Wegen der Heilung und Förderung jeweils entsprechende **Techniken und Methoden** zugeordnet, welche sich am Störungsbild und an der jeweiligen Lebenssituation ausrichten müssen. Schliesslich sind die **14 Wirkfaktoren** als *Mikro-Heuristiken* feinkörnige Bestandteile der Wege der Heilung und Förderung als *Meso-Heuristiken*.

#### 1. Weg – Bewusstseinsarbeit

Entlang der hermeneutischen Spirale (Wahrnehmen – Erfassen – Verstehen – Erklären – Verändern) wird in intersubjektiven Ko-respondenzprozessen, in Erlebnissen *vitale Evidenz* (leibliches Erleben, emotionale Erfahrung und rationale Einsicht auf der Grundlage zwischenmenschlicher Bezogenheit), Sinn und Einsicht in Biographie und Lebenskontext, in Störungen und Konflikte gewonnen. Durch wachsende Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskapazität können Strukturen verändert oder neu gebildet werden. In einer Metaperspektive kommt hier dem "Aufzeigen von Dependenzstrukturen des therapeutischen Settings selbst" (Petzold 2003a, 77) und mögli-

cher Machtdiskurse besondere Bedeutung zu.  
*Modalitäten*: c), ggf. e)

## **2. Weg – Nach- und Neusozialisation**

In diesem regressionsorientierten Weg sollen Grundvertrauen bekräftigt und defizitäre Persönlichkeitsstrukturen durch korrigierende, nachsozialisierende und alternative, ressourcenaktivierende Erfahrungen verändert werden. Defizite emotionaler und volitiver Sozialisation können durch *emotionale Differenzierungsarbeit*, negative Grundstimmungen durch *Umstimmung* beeinflusst werden. Beelterungs- und Nachbeelterungsstrategien (*Parenting / Reparenting*) kommen vor allem bei frühen Persönlichkeitsschädigungen in Betracht. Sie sind aber auch für Erwachsene von Bedeutung, wenn z.B. der Therapeut eine elterliche und / oder "kompetente, erwachsene Schutz-, Pflege- und Bezugsperson in aktualisierten Situationen fehlenden Beistandes" (ibid. 78) verkörpert.  
*Modalitäten*: b) oder c), ggf. e)

## **3. Weg – Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung**

Hier steht die Erweiterung des Erlebens- und Ausdrucksspielraums und die Vergrößerung und Verbesserung des Ressourcenpotentials im Vordergrund. Durch multiple Stimulierung – Bewegung, Spiel, kreative Medien, Experimente und Übungen etc. – werden alternative Handlungs- und Erfahrungsspielräume bereitgestellt, persönliche und gemeinschaftliche Potentiale und Ressourcen gefördert. Die dadurch möglichen Erfahrungen des eigenen "Selbst als Künstler und Kunstwerk" (ibid.), von Selbstwirksamkeit in der Bewältigung und Gestaltung von Situationen und Anforderungen (*Coping und Creating*) entwickeln und stärken die Vielfalt der Persönlichkeit und damit die persönliche Souveränität.  
*Modalitäten*: a) oder b), ggf. e)

## **4. Weg – Förderung von exzentrischer Überschau und von Solidaritätserfahrungen**

Durch alltagspraktische Hilfen und Empowerment werden Selbstbestimmtheit und persönliche Souveränität gefördert. Der 4. Weg hebt darüber hinaus die Erfahrung von Solidarität, von sozialer Zugehörigkeit und Eingebundenheit hervor. Er affirmiert die Bildung und Förderung von Netzwerken und Supportsystemen. "Exzentrische Metareflexivität" und soziales Sinnverstehen führen zur "Kultivierung altruistischen Engagements" (ibid.), zur *Übernahme engagierter Verantwortung* im Sinne einer *Integrativen Ethik* (Kap. 3.1.1). Dieser Ansatz wird verwirklicht durch eine solidarische Haltung und engagiertes Eintreten des Therapeuten sowie supportive und netzwerkorientierte Methoden und Interventionen.  
*Modalitäten*: b), c), d)

## **Wirkfaktoren**

Wirkfaktoren als feinkörnige Bestandteile der *4 Wege der Heilung und Förderung* kommen "integriert im Stil des Therapeuten und organisch im Geschehen der Therapie situations- und problemangemessen zum Tragen" (Petzold et al. 2000, 289). In ihrer Gesamtheit auch oft als *unspezifische Faktoren* bezeichnet, werden sie zu *spezifischen Wirkfaktoren*, wenn sie – abhängig von Eingangs- und Prozessdiagnose und abgestimmt auf Theorie und Interventionsstrategien – eingesetzt oder akzentuiert werden. Dabei gilt, wie für alle Interventionen und Strategien, dass sie nicht wahllos und willkürlich gebraucht werden, sondern im Sinne von *informed consent* und *client dignity* in Prozessen intersubjektiver Ko-respondenz gemeinsam erarbeitet, ausgehandelt und evaluiert werden. Die Qualität von Therapie- und Veränderungsprozessen kann durch den Einsatz der Wirkfaktoren (positiv) beeinflusst werden. Sie machen für sich genommen jedoch noch keinen *guten* Therapieprozess aus, da dessen Qualität auch durch die Beziehungsvariable (Therapeuten- und Patientenvariable) und die Kontext- bzw. Settingvariable nachhaltig geprägt wird.

Die Wirkfaktoren sind Ergebnisse von Studien und Meta-Analysen der differentiellen Psychotherapieforschung (ibid.), die sich mit der Frage beschäftigt, welche Faktoren (allgemeine, schulübergreifende, schulenspezifische etc) erfolgreiche Wirkungen erzielen. Die Integrative Therapie hat durch konzeptionelle, theoretische, klinische und empirische Beobachtungen und Forschungen (ibid., idem 2003a, 2003e) Wirkfaktoren herausgearbeitet. Sie seien an dieser Stelle unkommentiert aufgeführt; in Kap. 6 werden sie hinsichtlich ihres Einsatzes, ihrer spezifischen Relevanz, ihrer Möglichkeiten und Grenzen im Setting ambulanter Wohnbegleitung näher untersucht.

**Die 14 Heilfaktoren in der Integrativen Therapie** (nach *Petzold* 1993p; 2003e):

1. Einführendes Verstehen (protektiv), Empathie (supportiv) **EV**
2. Emotionale Annahme (protektiv) und Stütze (supportiv) **ES**
3. Hilfen bei der realitätsgerechten (supportiv, konfrontativ) praktischen Lebensbewältigung **LH**
4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft **EA**
5. Förderung von Einsicht (supportiv, konfrontativ), Sinnerleben, Evidenzerfahrungen **EE**
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit **KK**
7. Förderung leiblicher Bewußtheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung **LB**
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen **LM**
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte **KG**
10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten **PZ**
11. Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs, Konsolidierung der existentiellen Dimension **PW**
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbst-referentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. "persönlicher Souveränität" **PI**
13. Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke **TN**
14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und "fundierter Partnerschaft" (supportiv, konfrontativ, protektiv) **SE**

Diese Faktoren sind instrumentell für übergeordnete Strategien wie Vermittlung korrekter bzw. alternativer interpersonaler Erfahrungen, Vermittlung erfolgreicher Gestaltungs- und Bewältigungserfahrungen, prozessuale Aktivierung, Förderung von Ressourcen, Ressourcen-Kompetenz und -Performanz (*Petzold* 1997p).

## Coping und Creating

Coping und Creating sind Strategien zur Problemlösung und –bewältigung. Sie sind eng verbunden mit ressourcentheoretischen Konzepten (*Petzold* 1997p). Während *Coping* als Bewältigungsleistung Ressourcen ge- und verbraucht, zielt *Creating* auf schöpferisches Handeln, auf ko-kreative Lebensgestaltung und Problemlösung mit einem möglichen Ressourcengewinn. Folgende *Stile* von Bewältigung (Coping) und Gestaltung (Creating) können genannt werden (nach *Petzold* 2002b, 66f):

### Coping

- *Evasives Coping*, welches Belastungen und Bedrohungen durch Ausweich- und Vermeidungsstrategien zu entgehen sucht.
- *Aggressives Coping*, welches durch Strategien der Konfrontation, der (Selbst-) Behauptung, des Kampfes, durch alloplastisches Verhalten mit Negativeinwirkungen fertig werden will.
- *Adaptives Coping*, welches durch Strategien der Anpassung, Regression, Zurücknahme, durch autoplastisches Verhalten mit Problemen, Belastungen, Überforderungen zurechtzukommen versucht.

### Creating

- *Creative Adjustment*, ein kreatives Einpassen in vorfindliche Gegebenheiten unter erfindungsreicher Ausnutzung der angetroffenen Möglichkeiten.
- *Creative Change*, ein kreatives Gestalten und Verändern der vorfindlichen Gegebenheiten im Sinne ihrer Überschreitung und Ressourcenvermehrung.
- *Creative Cooperation*, eine das individuelle schöpferische Tun überschreitende *ko-kreative* Aktivität, in der die Möglichkeiten der Gruppe einbezogen werden, Konfluxphänomene (d.h. das fließende Zusammenspiel von Potentialen) auftauchen, durch die neue Ressourcen freigesetzt bzw. geschaffen werden.
- *Erhellung / Illumination*, mit z.B. meditativen Übungen.
- *Verlebendigung / Vitalizing*. Bewegungs-, Entspannungs-, Lauftherapie, Singen und Musizieren können zu einer Form der Vitalisierung führen, die sich als *Wachheit* und *Angeregtheit* stabilisiert oder die leicht aktiviert werden kann.
- *Experimentation*. Eine experimentierende Lebenshaltung, Lust, Dinge auszuprobieren, bringt eine Leichtigkeit in die Gestaltung des Lebens.
- *Making friends*. Da gesunde soziale Netzwerke von lebenswichtiger Bedeutung sind, ist es wesentlich, Kontaktfähigkeit und -freudigkeit zu entwickeln, die Fähigkeit sich Freunde zu schaffen und zu erhalten, soziale Kreativität aufzubauen.

## 4. Ambulante Wohnbegleitung für erwachsene Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung: Portrait der Dienstleistung *Ambulant Begleitetes Wohnen (AmBeWo)*

### 4.1 Entstehung und Entwicklung

**Exkurs zur Situation von Menschen mit einer Behinderung / zum Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe unter historischer und gesellschaftlicher Perspektive (Megaebene von Kontext und Kontinuum):**

Waren Menschen mit einer (geistigen) Behinderung anfangs des letzten Jahrhunderts überwiegend in Anstalten zur Verwahrung untergebracht, und galten sie im Dritten Reich als *unwertes Leben* (mit Zwangssterilisationen und Vernichtung als schrecklichen Folgen), haben mehrere Paradigmenwechsel seit Mitte des 20. Jahrhunderts zu einer umfassenden Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit geistiger Behinderung und zu mehr Chancen für die Teilhabe in den verschiedenen Lebensbereichen geführt: in gesetzlicher und rechtlicher, in fachlicher und institutioneller Hinsicht, aus Sicht der Medien, der Bevölkerung und aus Sicht der Betroffenen selbst (Übersicht bei *Badelt*, in: *Irblich, Stahl* 2003, 268-311). Weltweit (UNO, UNESCO) wurden z.B. Verbote von Diskriminierung und Benachteiligung sowie Resolutionen zur Herstellung von Chancengleichheit gesetzlich verankert.

In fachlicher Hinsicht gilt das *Normalisierungsprinzip* ("Normalisierung bedeutet: den geistig Behinderten ein so normales Leben wie möglich zu gestatten"; *Bank-Mikkelsen*, Dänisches Fürsorgegesetz 1959, zit. n. *Thimm* 1984, 2) als herausragender Meilenstein in diesen Veränderungsprozessen. Das *Integrationsparadigma im Behindertenwesen* strebt auf institutioneller und gesellschaftlicher Ebene die Abkehr von Segregation und Ausgrenzung an. Die *moderne* Behindertenhilfe in unserem Kulturkreis zentriert auf folgende Grundsätze und übergeordnete Leitideen<sup>9</sup>:

- Gleichberechtigte gesellschaftliche *Teilhabe und Einbeziehung* von Menschen mit einer Behinderung
- *Chancengleichheit* in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens
- das Recht auf *Selbstbestimmung und Selbstverantwortung*, das Recht auf ein möglichst unabhängiges Leben, auf *Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten* im beruflichen und privaten Bereich.

Die Umsetzung dieser Grundsätze in den vergangenen Jahrzehnten bedingt und bewirkt einen fundamentalen Wandel in Einstellungen und Haltungen, in der Sichtweise und Definition des *Phänomens Behinderung* (Kap. 5.1), im Umgang mit Menschen mit einer Behinderung, - aber auch einen Wandel auf institutioneller Ebene, nämlich die Modernisierung, Veränderung oder Neuschaffung von Angeboten und Dienstleistungen in allen Bereichen der Behindertenhilfe bzw. in allen Lebensbereichen von Menschen mit einer Behinderung.

In der Schweiz und in der Region Basel ist in den 80-er und 90-er Jahren das Angebot für Erwachsene mit einer geistigen Behinderung zunehmend erweitert worden. Im Bereich Wohnen sind kleinere Wohneinheiten und leicht betreute Wohngruppen mit einem differenzierten Betreuungsangebot entstanden.

Die Selbständigkeit von Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung wird seit der Eröffnung der *Wohnschule Basel* speziell gefördert, auch bieten mehrere Wohnheime Aussen- und Trainingswohnungen zur Vorbereitung einer selbständigen Wohnform an. Ebenso tragen Angebote des *Bildungsclub Region Basel* zur Erweiterung von Kompetenzen und Performanzen im lebenspraktischen und sozialen Bereichen bei.

Das Leben in einer eigenen Wohnung wird dadurch eine immer häufiger gewählte Wohnform von Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung. Da völlig selbständiges Wohnen in den seltensten Fällen möglich ist, ist eine mehr oder weniger intensive Begleitung in den verschiedenen Lebensbereichen nötig und erwünscht.

Erwachsene Menschen mit einer geistigen Behinderung konnten diesen Wunsch, in einer eigenen Wohnung zu leben, in der Vergangenheit nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen realisieren. Die gewünschte Begleitung konnte weder von involvierten Fachpersonen noch von Angehörigen abgedeckt, noch anderweitig organisiert werden. Betroffene wünschten die Schaffung eines auf ihre Bedürfnisse ausgerichteten Angebots, d.h. den Aufbau einer professionellen ambulanten Wohnbegleitung.

Eine Projektgruppe der Beratungsstelle für Behinderte im Kanton Basel-Landschaft erarbeitete in den Jahren 1992 bis 1994 Grundlagen zum Aufbau eines entsprechenden Dienstleistungsangebotes. Im November 1994 startete das *Projekt Ambulant Begleitetes Wohnen (AmBeWo)*. Nach erfolgreichem Verlauf der Projektphase wurde entschieden, AmBeWo ab 1998 als festen Dienstleistungsbereich unter der Trägerschaft der *Stiftung Mosaik* weiter zu führen.

Die Stiftung Mosaik führt somit drei kooperierende Dienstleistungsbereiche:

- die *Beratungsstellen für Behinderte* (Sozialberatung durch Sozialarbeiter)
- die *Wohnschule Basel* (Wohntraining für Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung)
- *AmBeWo* (aufsuchende Wohnbegleitung für Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung als Anschlussangebot für Absolventen der Wohnschule, die eine eigene Wohnung beziehen; offen aber auch für andere interessierte Personen)

Der Aufbau der Dienstleistung AmBeWo stellte schweizweit ein Pionierprojekt dar. Pro Infirmis Schweiz (der grösste Wohlfahrtsverband im Behindertenwesen) entwickelte kurze Zeit später ebenfalls eine *Dienstleistung Begleitung* für Menschen mit einer geistigen Behinderung, welche in verschiedenen anderen Kantonen angeboten wird. Dieses Modell setzt allerdings Laienhelfer als Begleitpersonen mit klar begrenzten (alltagspraktischen) Aufgabenbereichen ein – eine in unseren Augen problematische Konstellation (vgl. Kap. 4.6).<sup>10</sup>

## 4.2 Leitbild und Leitideen

In ihrem *Leitbild* formuliert die Stiftung Mosaik als Trägerin der Dienstleistung AmBeWo folgende übergeordneten Ziele und Arbeitsweisen:

### Ziele

Die Stiftung Mosaik unterstützt die Anliegen von Menschen mit einer Behinderung zur Verbesserung ihrer Lebenssituation.

- Wir setzen uns gemeinsam mit Betroffenen dafür ein, dass Menschen mit einer Behinderung ihr Leben nach ihren persönlichen Bedürfnissen und Möglichkeiten selbstbestimmt und eigenverantwortlich führen und gleichgestellt am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.
- Wir setzen uns gemeinsam mit Betroffenen ein für eine wirksame Integration von Menschen mit einer Behinderung in den zentralen Lebensbereichen Arbeit, Wohnen, Bildung und Freizeit.
- Wir entwickeln gemeinsam mit Betroffenen und deren Umfeld neue bedarfsgerechte Dienstleistungen oder helfen mit, bestehende Angebote zu ergänzen.
- Wir nehmen Einfluss auf gesellschaftliche und sozialpolitische Entwicklungen und informieren breite Bevölkerungskreise über die speziellen Anliegen von Menschen mit einer Behinderung. Wir fördern die Solidarität zwischen behinderten und nicht behinderten Menschen.

### Arbeitsweise

- Die Anliegen Einzelner oder von Gruppen sind Ausgangspunkt aller Aktivitäten. Die Zielsetzungen in Beratungs- und Begleitungsprozessen werden gemeinsam erarbeitet, laufend überprüft und wenn nötig angepasst. Die Berücksichtigung von individuellen Möglichkeiten und Fähigkeiten trägt dazu bei, vorhandene Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit zu stärken und weiterzuentwickeln.
- Die Inanspruchnahme unserer Dienstleistungen erfolgt auf freiwilliger Basis.
- Wir arbeiten ressourcenorientiert; das heisst, wir sehen es als unsere Aufgabe, vorhandene Ressourcen zu nutzen und neue zugänglich und verfügbar zu machen.
- Wir sehen Problemstellungen nicht nur individuell, sondern auch in einem Gesamtzusammenhang. Dieser umfasst das persönliche Umfeld und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.
- Zur Erfüllung unserer Aufgaben arbeiten wir auch mit anderen Organisationen und Behörden zusammen und nehmen Einsitz in Kommissionen, Fachgremien, Projekt- und Arbeitsgruppen.

Die Tätigkeit von AmBeWo stützt sich auf ein *Menschenbild*, welches einerseits auf den Gemeinsamkeiten von Menschen mit und ohne Behinderungen<sup>11</sup>, andererseits auf den Prinzipien von *Normalisierung, Integration und Empowerment* basiert. Folgende *anthropologischen Positionen*<sup>12</sup> sind formuliert:

- Menschsein ist ein lebenslanger Wandlungsprozess.
- Menschsein ist eine Daseinsform mit individuellen Eigenheiten, Fähigkeiten, Möglichkeiten und Begrenzungen.
- Jeder Mensch hat das Recht auf die Wahl seiner Lebensform. Jedem Menschen sollen gewöhnliche Lebensbedingungen und Angebote offenstehen oder zugänglich gemacht werden. Spezielle Angebote für Menschen mit einer Behinderung sollen nur dort geschaffen werden, wo eine Teilhabe am bereits Bestehenden nicht möglich oder nicht gewünscht ist.
- Der Mensch ist ein soziales Wesen zwischen Autonomie<sup>13</sup> und Interdependenz. Er ist auf mitmenschliche Beziehungen angewiesen und fähig, an diesen teilzuhaben und sie mitzugestalten.
- Der Mensch ist ein Leben lang lern- und entwicklungsfähig, sofern die entsprechenden Freiräume zur Verfügung stehen oder geschaffen werden können.
- Der Mensch ist ein Leben lang auf der Suche nach Sinn.
- Der Mensch möchte in der Welt etwas bewirken.

Schliesslich – *in eine ethische, solidarische und menschenrechtliche Perspektive mündend* – unterstützen die Begleitpersonen die Klienten in der Wahrnehmung ihrer Rechte, insbesondere im Recht von Menschen mit einer geistigen Behinderung auf grösstmögliche Selbstbestimmung und Übernahme von Eigenverantwortung in ihrer persönlichen Lebensgestaltung.

### **4.3 Angebot und Zielgruppe**

In unseren Broschüren wird das Angebot wie folgt beschrieben: "*Ambulant Begleitetes Wohnen (AmBeWo)* bietet in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft aufsuchende Wohnbegleitung für erwachsene Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung, die in einer eigenen Wohnung leben und dabei Unterstützung wünschen."

Die in dieser Formulierung enthaltenen Kriterien müssen (aus dem sozio-administrativen Kontext heraus und im besonderen aus Gründen der Anrechenbarkeit für Subventionen) zwingend erfüllt sein:

- Wohnsitz in den Kantonen BS oder BL, Mindestalter 18 Jahre (Volljährigkeit)
- Die Person ist Mieterin oder Untermieterin (oder Eigentümerin) einer eigenen Wohnung. Sie hat einen eigenen Mietvertrag unterschrieben (eventuell durch die gesetzliche Vertretung: Vormund) und strukturiert ihren Tagesablauf eigenständig und individuell
- Die Person bezieht eine sogenannte Invalidenrente (IV-Rente)
- Die Person zählt (sich<sup>14</sup>) zum Personenkreis *Menschen mit leichter geistiger Behinderung*

Ambulante Wohnbegleitung wird von uns definiert als "individuelle Unterstützung und Beratung von erwachsenen Personen mit einer leichten geistigen Behinderung in ihren eigenen Wohnungen. Die Wohnbegleitung stellt einen Beitrag zur Erhaltung oder Erweiterung der Wohnkompetenz<sup>15</sup> dar. Die Begleitung orientiert sich sowohl an den individuellen Wünschen, Bedürfnissen und Interessen, als auch an den Fähigkeiten und Möglichkeiten der Bezügerinnen und Bezüger. Ambulante Wohnbegleitung ist stets Anleitung zur oder Mithilfe bei der Alltagsbewältigung." (Konzept AmBeWo) Zwei Leitmotive kennzeichnen das Dienstleistungsangebot:

- AmBeWo unterstützt die begleiteten Personen in ihrer Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung.
- AmBeWo bietet Beratung und Unterstützung sowie praktische und konkrete Hilfe in allen Bereichen des selbständigen Wohnens - die jeweiligen thematischen Akzentuierungen bezüglich Begleitinhalt werden in den individuellen Vereinbarungen getroffen.

AmBeWo ist somit eine umfassend und breit angelegte Dienstleistung, da sie den gesamten Wohn- und Lebensbereich der Klienten umfassen kann, unter Einbezug des sozialen Umfeldes und weiterer Fachpersonen. Dieser Einbezug erfolgt in mehrfacher Hinsicht: bei der Erfassung der Lebenssituation, bei der Analyse von Netzwerk und Ressourcen, bei der etwaigen Suche nach externen Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten, etc.

### **4.4 Aufnahmeverfahren und Grundsätzliches zur Begleitung**

Wer an einer Begleitung durch AmBeWo interessiert ist, nimmt *direkt* telefonisch oder schriftlich, selbständig oder unterstützt, Kontakt mit uns auf. Die Kontaktaufnahme muss *freiwillig* erfolgen: Der Auftrag zur Begleitung kann nicht von einer Drittperson oder von einer Institution erteilt werden.

In einem ersten Gespräch mit der interessierten Person, eventuell gemeinsam mit ihrer gesetzlichen Vertretung, Angehörigen oder weiteren Bezugspersonen, informieren wir ausführlich über unsere Dienstleistung. In einem nächsten Schritt werden die individuellen Wünsche und Bedürfnisse besprochen. Ein ausführlicher *AmBeWo-Leitfaden* (s. Anhang) dient zur Erfassung der aktuellen Lebenssituation des Klienten und zur Klärung des Auftrages (Inhalte und Ziele, Häufigkeit und Dauer der Begleitung). Der Leitfaden wird auch als Grundlage für Probezeit- und Standortgespräche verwendet.

Als vertragliche Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen AmBeWo und Klient wird eine Begleitvereinbarung erstellt. Integrierende Bestandteile der Begleitvereinbarung sind der Leitfaden sowie die Bestimmungen zur Begleitvereinbarung, welche in schriftlicher Form vorliegen und gemein-

sam besprochen werden. Sie enthalten u.a.: Rechte und Pflichten beider Seiten, Datenschutz und Schweigepflicht, Kostenregelung, Konfliktregelung und Beschwerderecht, Kündigungsfristen etc.

Die Begleitung wird von einer Mitarbeiterin oder von einem Mitarbeiter übernommen. Auf den Wunsch, von einer Frau oder von einem Mann begleitet zu werden, kann im personell gegebenen Rahmen Rücksicht genommen werden. Die Zuteilung einer festen Bezugsperson ist in der Regel definitiv und unbefristet. Ein Wechsel der Begleitperson kann aufgrund betrieblicher Notwendigkeiten oder auf Wunsch des Klienten oder der Begleitperson initiiert werden.

Die Begleitvereinbarung wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Die ersten 6 Monate gelten als Probezeit. Am Ende der Probezeit findet ein Auswertungsgespräch statt. In der Folge finden regelmässig (mindestens alle 12 Monate) Standortgespräche statt. Standortgespräche geben dem Klienten und der Begleitperson die Möglichkeit, Ziele und Inhalte der Begleitung zu überprüfen und falls nötig zu verändern.

#### **4.5 Begleitung**

Die Begleitung wird in Form regelmässiger Besuche in der Wohnung des Klienten durchgeführt: "Die Begleitung findet in der Wohnung des Klienten statt, oder auch im konkreten Umfeld, in dem die Dinge des täglichen Lebens erledigt werden müssen. Die Begleitung umfasst in der Regel einen wöchentlichen Besuch (ca. 1 – 2 Stunden)<sup>16</sup>. Die Termine werden gemeinsam verbindlich vereinbart. Für spezielle Vorhaben, in besonderen Situationen oder schwierigen Phasen können zusätzliche Termine vereinbart werden, soweit die Kapazitäten der Begleitperson dies zulassen." (Konzept AmBeWo)

Die Begleitperson ist auch ausserhalb der Begleitzeit erreichbar. An beiden Standorten ist das AmBeWo-Büro mit einem Anrufbeantworter ausgerüstet, der regelmässig abgehört wird. In besonderen Situationen werden Umfang und Art einer zusätzlichen Erreichbarkeit individuell vereinbart. AmBeWo kann jedoch weder Pikett-Bereitschaftsdienst noch akute Krisenintervention anbieten.

"Wenn Art oder Umfang der gewünschten Unterstützung die (zeitlichen und / oder fachlichen) Möglichkeiten von AmBeWo übersteigen, können ergänzende Hilfen organisiert werden. Werden die anstehenden Aufgaben und benötigten Hilfestellungen auf mehrere Personen verteilt, müssen Verantwortlichkeiten und Kompetenzen sorgfältig geklärt werden. AmBeWo strebt – im Einverständnis mit dem Klienten – Koordination und intensive Zusammenarbeit mit allen involvierten Hilfs- und Bezugspersonen an, wie z.B. Angehörige, Hilfspersonen anderer Dienste, Vormund oder Beistand, Sozialarbeiter der Beratungsstellen oder Bezugspersonen am Arbeitsplatz." (Konzept AmBeWo)

#### **4.6 Personelles und Arbeitsweise**

"Die Begleitpersonen von AmBeWo sind Frauen und Männer mit einer Ausbildung<sup>17</sup> in Sozialpädagogik oder Heilpädagogik. Sie verfügen über Erfahrung in der Arbeit mit erwachsenen Menschen mit einer geistigen Behinderung.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nutzen Angebote zur Weiterbildung, Supervision und Intervention. Die AmBeWo-Begleitpersonen achten die Prinzipien von Freiwilligkeit und Partnerschaftlichkeit und pflegen einen erwachsenengerechten Umgangsstil mit den Bezüglern. Sie sind zu einem reflektierten Umgang mit den Themen Verantwortung, Macht und Beziehungsgestaltung angehalten." (Konzept AmBeWo)

"Die AmBeWo-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstehen der Schweigepflicht über alle dienstlichen Vorkommnisse. Informationen werden nur mit Einverständnis des Klienten an Dritte weitergegeben. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter orientieren sich an den Bestimmungen des Berufskodex SBVS (Schweizerischer Berufsverband der SozialpädagogInnen, 1998) und des Berufskodex SBS (Schweizerischer Berufsverband Soziale Arbeit, 1999)." (aus den *Bestimmungen zur Begleitvereinbarung*; AmBeWo 2005)

## 4.7 Finanzierung und Kosten

### Finanzierung

Die Einrichtungen und Bereiche der Stiftung Mosaik werden finanziert durch Beiträge von Bund und Kanton, freiwillige Beiträge in Form von Spenden und Legaten sowie durch Leistungen der Klienten. Die Dienstleistung AmBeWo wird vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) subventioniert. Neben der Stiftung Mosaik und Pro Infirmis beteiligen sich auch die Kantone BL und BS an der Finanzierung.

### Kosten für die Klienten

Die aufgewendete Zeit für Begleitung und telefonische Kontakte, für Vorbereitung und Weg, Administration und Informationsbeschaffung wird dem Klienten in Rechnung gestellt. Der Klient beteiligt sich mit einem Stundentarif an den Kosten für AmBeWo. Diese Beträge sind bei den zuständigen Ausgleichskassen als behinderungsbedingte Mehrkosten anerkannt und werden im Rahmen der festgelegten Limiten rückvergütet, so dass im Regelfall keine effektiven Kosten entstehen<sup>18</sup>.

## 4.8 Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

Die Dienstleistung AmBeWo befasst sich seit einigen Jahren intensiv mit der Entwicklung und Sicherung der Qualität ihrer Dienstleistungserbringung. Diese Bemühungen erfolgen aus eigenem Qualitätsinteresse, aber auch aufgrund externer Vorschriften. So ist die Berechtigung für Subventionen durch das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) an die Erfüllung von 25 sogenannten *Qualitativen Bedingungen* geknüpft. Auch Beiträge der Kantone Baselland und Basel-Stadt sind an Leistungsvereinbarungen gebunden, in welchen qualitative Ziele erreicht werden müssen. Die Evaluation muss in einer jährlichen Berichterstattung dokumentiert werden.

Die Leistungsvereinbarungen mit den Kantonen beinhalten innerhalb des übergeordneten Zieles: "Durch ambulante Begleitung von erwachsenen Menschen mit einer geistigen Behinderung wird das selbständige Wohnen gefördert" u.a. folgende mit Indikatoren und Standards versehene *Qualitätsziele*: Abdeckung des nachgefragten Bedarfs für ambulante Begleitung; Förderung selbständigen Wohnens (Wechsel von Personen aus einer stationären zur ambulant begleiteten Wohnform); Erhaltung der selbständigen Wohnform.

Die *Qualitativen Bedingungen für das Begleitete Wohnen* des BSV beinhalten die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Sie führten im Jahr 2001 zur Entwicklung eines unser Dienstleistungskonzept ergänzenden Qualitätssicherungskonzeptes.

Die *Strukturqualität* umfasst hierbei die übergeordneten und bereichsspezifischen Grundlagenpapiere und Dokumente (Stiftungsurkunde, Leitbild, Reglemente und Richtlinien, Stellenbeschreibungen etc.).

Zur *Prozessqualität* haben wir mit Hilfe einer externen Fachperson folgende fünf Qualitätsziele formuliert (sie bilden auf formeller Ebene die Resultate fachlicher und methodischer Qualität sowie praxeologischer Reflexion ab):

- Jede Anfrage für eine Begleitung durchläuft ein einheitliches Aufnahmeverfahren
- Jede Begleitung basiert auf einer Begleitvereinbarung.
- Standortgespräche finden regelmässig statt.
- Begleitungen werden ordentlich abgeschlossen.
- Regelmässige Fallsupervision findet statt.

Die Evaluation dieser Ziele wird durch eigene administrative Prozesse und Verfahren gewährleistet.

Als Ziele zur *Ergebnisqualität* gelten:

- Die Dienstleistung AmBeWo ermöglicht erwachsenen Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung, selbständiges Wohnen in einer eigenen Wohnung weitestgehend selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu bewältigen und zu gestalten.
- Die Bezügerinnen und Bezüger sind mit der Dienstleistung AmBeWo zufrieden.

Zur Untersuchung und Messung der Ergebnisqualität (mit den differenzierenden Indikatoren: Nutzen, Wirksamkeit, Zufriedenheit) wählen wir die Methode der persönlichen Befragung in Form eines (halbstrukturierten) Interviews, das von einer externen, institutionell unabhängigen Fachperson durchgeführt wird (s. Anhang)<sup>19</sup>.

Einige Qualitätserfolge sollen im Kap. 5.9 dargestellt werden. Auf die Befragung zur Ergebnisqualität werde ich in Kap. 7 unter spezifischer Berücksichtigung der *Wirkfaktoren-Perspektive* detaillierter eingehen.

## 5. Spezielle Praxeologie der ambulanten Wohnbegleitung

### Vorbemerkung:

Unsere Dienstleistung, ambulante Wohnbegleitung für erwachsene Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung, möchte ich mit folgender Abbildung charakterisieren als eine Institution *sozialer Sicherung*, als *soziale Hilfsagentur*, gekennzeichnet durch ihren "Bezug zur sozialen Situation der Person, ihrer Beeinflussung durch professionelle psychosoziale Interventionen und ihre Auswirkungen auf Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden." (Petzold 2003a, 938) Es bestehen Wechselwirkungen und Verknüpfungen zwischen Individuum (Persönlichkeit) und dessen Umfeld (Kontext, Netzwerk), zwischen professioneller Unterstützung und Hilfeleistung zur Bewältigung von Anforderungen und dem Wohlbefinden bzw. der Gesundheit. Diese Zusammenhänge werden in meinen folgenden Ausführungen immer wieder sichtbar werden.

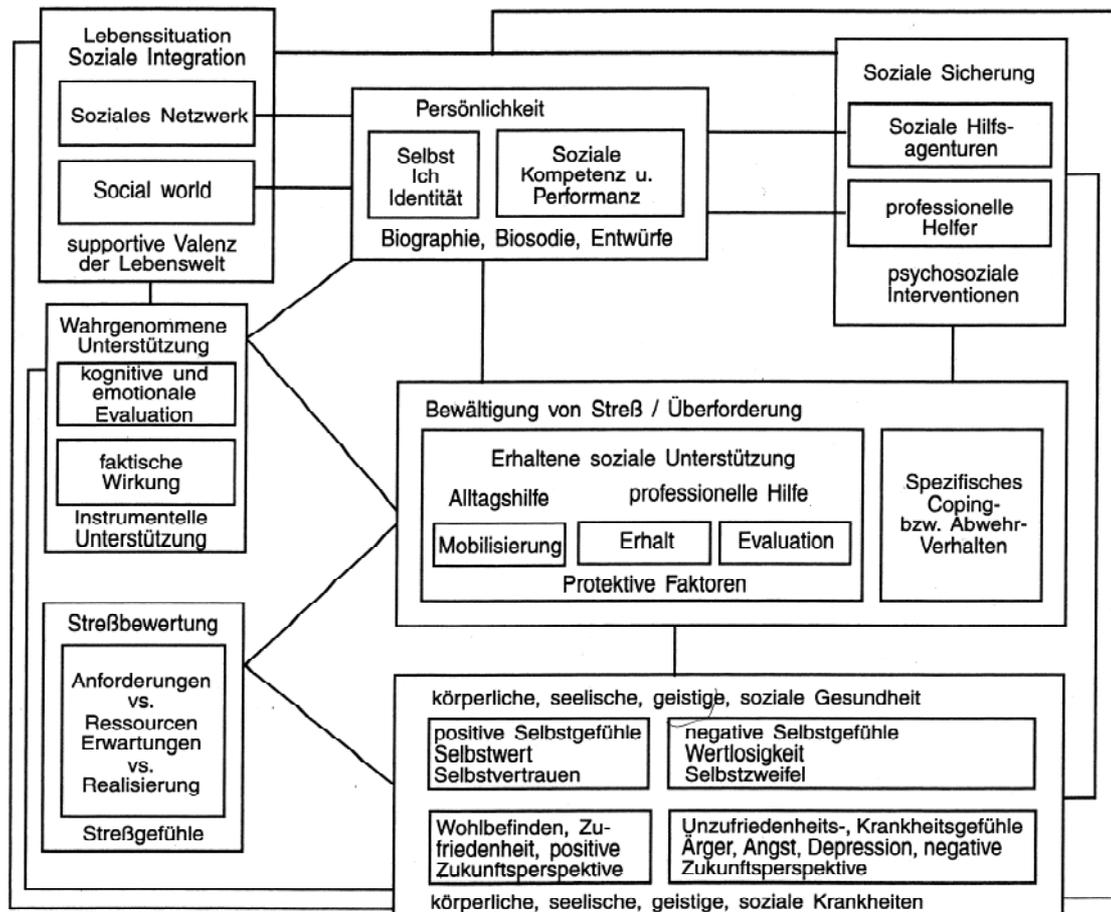


Abb. 13: Modell sozialer Unterstützung (Petzold 2003a, 939)

Unsere Dienstleistung bietet *Einzelfallhilfe*, mit deutlich netzwerkorientierter bzw. *soziotherapeutischer* Prägung und Ausrichtung, indem sie – ausgehend von der allgemeinen Lebenssituation des Betroffenen und dem Mass seiner sozialen Integration – die quantitative und qualitative Stabilität seines sozialen Netzwerks (*supportive Valenz*) zu beeinflussen versucht, was von grosser Bedeutung für die Entfaltung und Stabilität der Persönlichkeit ist – und umgekehrt: Die Förderung alltagspraktischer, personaler und sozialer Kompetenzen und Performanzen ermöglicht und erleichtert Aufbau, Pflege und Gestaltung unterstützender Netzwerke.

### 5.1 Zielgruppe: Erwachsene Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung

Im vorgestellten Praxisfeld ambulanter Wohnbegleitung werden als Zielgruppe *Erwachsene Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung* angesprochen. Im folgenden möchte ich – mit Bezug auf eingangs vorgestellte Theoriemodelle der Integrativen Therapie – persönliche Überlegungen anstellen und einen *mehrperspektivischen* Blick auf das komplexe Phänomen *Behinderung* bzw. auf den komplexen Begriff *Menschen mit einer Behinderung* werfen. Voranstellen möchte ich, die fragmentarischen Aussagen in Leitbild und Konzept übersteigend, metatheoretische Gedanken.

#### Metatheoretische Perspektiven

Welches Menschen-, Gesellschafts- und Weltbild liegt unserer Arbeit mit Menschen mit einer Be-

hinderung zugrunde? Es erscheint vielleicht selbstverständlich, an dieser Stelle zu betonen, dass die *anthropologische Grundformel* der Integrativen Therapie (Kap. 3.1.2: Der Mensch ist Leibsubjekt in der Lebenswelt, ist Körper-Seele-Geist-Wesen in Kontext und Kontinuum) für alle Menschen mit und ohne Behinderung Gültigkeit besitzt. Ich möchte dies dennoch betonen – mit Blick auf die Geschichte und auf zum Teil heute noch bestehende Bedingungen. Menschen mit Behinderung können in ihrer *Subjekthaftigkeit* Beeinträchtigungen erfahren: körperliche, geistige, seelische und damit leibliche (perzeptiv, expressiv, memorativ). Ihre *Selbstheit* und ihre *Zugehörigkeit* können in besonderem Masse gefährdet werden. Deshalb soll die Relevanz der von der Integrativen Therapie formulierten Axiome und Prinzipien – Intersubjektivität und Koexistenz, Seinsgemeinschaft (Synou-sie) – hier noch einmal unterstrichen werden.

Hier muss sich eine *ethiktheoretische* Position anschliessen, eine "Ethik der engagierten Verantwortung für das Leben schlechthin" (Petzold 2003a, 418), die Verantwortung für die Integrität, die Entfaltungsmöglichkeiten und die Lebensqualität jedes Menschen und die Qualitäten von Beziehungen, Gruppen, Kontexten (Um- und Mitwelten).

Dies bedingt wiederum eine *Gesellschaftsform*, die Pluralität ermöglicht, die Vielfalt und Andersartigkeit schätzt, damit sie Menschen mit Behinderung förderlich, der Entfaltung und Verwirklichung ihres Menschseins zuträglich ist und Chancen zur Integration, Gleichstellung und Teilhabe gewährleisten kann. Hier ist *meines Erachtens* – trotz vieler moderner zivilisatorischer Errungenschaften – auf weitere gesellschaftliche und kulturelle Entwicklung hinzuarbeiten, ist nachhaltig *Kulturarbeit* (Petzold 2003e) zu leisten. Diese Haltung zu vertreten, d.h. über die konkrete Hilfeleistung hinaus den *4. Weg der Heilung und Förderung* (Kap. 3.3.2) zu beschreiten und *Behinderung nachhaltig bestimmende Lebensbedingungen* positiv zu beeinflussen, sehe ich als wichtigen Teil unserer Dienstleistung.

### **Definitiorische Perspektive**

Aus der Vielzahl definitiorischer Formulierungen möchte ich beispielhaft zwei in Fachkreisen – mit unterschiedlichen Akzentuierungen – anerkannte und verwendete Definitionen vorstellen:

"Personen mit einer Behinderung sind Menschen, die bei der selbstbestimmten Bewältigung und Gestaltung ihres Lebens sowie bei der gesellschaftlichen Teilhabe längerfristig oder dauernd beeinträchtigt sind, wobei das Ausmass dieser Beeinträchtigung durch die körperliche, geistige, sinnesbezogene oder psychische Verfassung der Betroffenen und gleichzeitig durch das gesellschaftliche Umfeld bestimmt wird." (Kanton Basel-Stadt 2001, Leitbild Erwachsene Behinderte)

"Geistige Behinderung ist eine komplexe Beeinträchtigung der Persönlichkeit eines Menschen in seinem Umfeld mit variierenden Einschränkungen auf der motorischen, sensorischen, emotionalen, sozialen und kognitiven Ebene. Diese Begrenzungen werden durch die Sozialisations- und Lebensbedingungen nachhaltig bestimmt." (Petzold, in: Lotz et al. 1994, 228)

Es ist zu erkennen, dass mit den Paradigmenwechseln in der Behindertenhilfe (Kap. 4) auch Veränderung im Behinderungsbegriff und in Definitionen von Behinderung bzw. Menschen mit einer Behinderung einher gingen. Insbesondere erfolgte eine Abkehr von einem medizinisch-statischen zu Gunsten eines entwicklungsorientiert-dynamischen Modells. Behinderung wird zunehmend mit als "Ausdruck gesellschaftlicher Einwirkung" gesehen (Stinkes, in: *Irblich, Stahl* 2003, 36ff), der relationale und relative Charakter des Begriffes (idem 40ff) wird betont. Ferner ist zu betonen, dass es *die* Behinderung oder *den* Menschen mit einer Behinderung nicht gibt, sondern – wie allgemeinemenschlich – eine Vielfalt der Formen und Ausprägungen (sowie der Ursachen und Auswirkungen) existiert (*Polymorphieaxiom*; Petzold 2003a, 116).

### **Diagnostische / klassifikatorische Perspektive**

Die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV unterscheiden die leichte geistige Behinderung (leichte Intelligenzminderung, Lernbehinderung; ICD-10: F 70) von der mittelgradigen (F 71), schweren (F 72) und schwersten (F 73) geistigen Behinderung anhand des mittels Tests festgestellten Intelligenzquotienten. 2001 wurde von der WHO die "internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (ICIDH-2 / ICF) verabschiedet. Die ICF klassifiziert in Ergänzung zum ICD Art und Ausmass der Auswirkungen von Krankheiten und Gesundheitsproblemen auf die sogenannte *funktionale Gesundheit* (vgl. *Seidel* 2003, 245). Dies sei erwähnt, weil auch in diesem Schema die Wechselwirkung von Gesundheitsproblem, Schaden, Aktivität, Partizipation und (umweltbedingte und persönliche) Kontextfaktoren Eingang gefunden hat.

Klinisch-psychologische Diagnoseverfahren werden bei uns nicht angewandt. Dennoch ist der Aspekt relevant, dass Menschen mit leichter geistiger Behinderung den Übergangsbereich zur nicht behinderten Bevölkerung bilden. Dies wirft u.a. "das Problem der oberen Grenze der geistigen Behinderung" (Meyer, in: *Irblich, Stahl* 2003, 11f.) auf. Wie an anderer Stelle bereits erwähnt, kann dies zu *klassifikatorisch-kategorialen* Problemen führen – zum einen aus Sicht der Institution, wenn wir das Aufnahmekriterium *leichte geistige Behinderung* überprüfen (müssen), zum anderen aus Sicht des Betroffenen, der sich mittels Selbstzuschreibung zu diesem Personenkreis zählen muss: ein von uns beobachtbares Spezifikum, dass viele Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung gerade *damit* Mühe bekunden. (Unsere prozessdiagnostischen Bemühungen zentrieren deshalb zu Anfang primär auf die *phänomenologische* Ebene und beschreibende Selbstauskünfte: Wer kommt uns entgegen? Welche Beeinträchtigungen werden geschildert? Welches Hilfeersuchen wird formuliert? etc. (Kap. 5.6)).

### **Persönlichkeitstheoretische Perspektive**

"Geistige Behinderung ist eine komplexe Beeinträchtigung der Persönlichkeit eines Menschen" (Petzold). Aus unserer Praxis können die folgenden *typischen* Beeinträchtigungen skizziert werden, aufgezeigt an den Persönlichkeitsdimensionen Selbst, Ich und Identität:

Das *Selbst* als Grundlage und Gesamtbereich der Persönlichkeit wird nur in Teilen repräsentiert und kann von uns nicht umfassend erschlossen werden. Wir erhalten zwar über die Zeit einen Gesamteindruck der Persönlichkeit, trotzdem sollen meine (allgemeinen) Aussagen in diesem Bereich zurückhaltend bleiben. Häufig sind es (dysfunktionale) Selbstschemata und Selbstkonzepte, die uns begegnen. Negative Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen infolge überwiegend fremdbestimmter Sozialisations- und Lebensbedingungen prägen unsere Klienten häufig. Die Persönlichkeitsentfaltung (empowerment, enlargement, enrichment) ist meist durch die Behinderung selbst als auch durch das (familiäre, institutionelle) Umfeld gehemmt worden. Oft bestehen schwer mit Realbildern zu vereinbarende Idealbilder (behindert / nicht behindert sein). Damit ist oft der Wunsch nach einem nicht behinderten Partner oder nicht behinderten Freunden und Kollegen verbunden. Eine realistische Selbsteinschätzung ist oft erschwert. Akte von positivem Selbsterleben und Selbstwertbestätigung sind je nach bisheriger Lebenskarriere unterschiedlich zahlreich erlebt worden, tendenziell aber eher selten.

Die Funktionen des *Ich* sind in ihrer "Stärke und Flexibilität, Präzision und Zuverlässigkeit" (Schuch) beeinträchtigt. Es sind die primären und auch in der Folge die sekundären Ich-Funktionen betroffen: Da Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozesse durch cerebrale Schädigungen beeinträchtigt sind, sind alle darauf aufbauenden komplexen Vorgänge erschwert – damit auch die *hermeneutische Spirale* des Wahrnehmens, Erkennens, Verstehens und Erklärens, das Erfassen von komplexen Zusammenhängen, die Sinnerfassungskapazität. Die *diskursive* Hermeneutik muss deshalb ständig mit der *aktionalen* verbunden sein; wie etwa durch die Standardmethode der *handlungsbegleitenden Sprache* – Handlung als Sprache und Sprache als Handlung (Petzold). Die Fähigkeiten zum Lesen und Schreiben, das Vorstellungsvermögen bezüglich grosser Geldbeträge oder längerer Zeiträume sind eingeschränkt vorhanden. Sprech- und Denkleistungen mit hohem Reflexions-, Abstraktions- und Antizipationsgehalt sind individuell beeinträchtigt. Alltägliches Erleben und Handeln in seiner *sozialen Komplexität* ist erschwert, da Metareflexion und Exzentrizität nur in begrenztem Umfang möglich sind. Im Vergleich zu schwerer geistig behinderten Menschen können unsere Klienten jedoch wohl wahrnehmen, was um sie herum geschieht, wie mit ihnen umgegangen wird, wie es um die "Wirkung des Ich zur Welt" (Schuch 2000, 175) bestellt ist – und sie wissen um den *Unterschied* zwischen *sich Selbst* und nicht behinderten Menschen.

Das Ich bildet *Identität* aus. Entlang der 5 Säulen zeigt sich die *behinderte Leiblichkeit* (inklusive positiver oder – was meist überwiegt – negativer Bewertung, Einschätzung und Verarbeitung der eigenen Behinderung), meist verstärkt durch negative Zuschreibungen und Ausgrenzungen aus dem Umfeld; ein oft fehlendes, supportarmes oder konflikträchtiges *Netzwerk* (wenig Freunde, wenig Kontakt zu Nachbarn, Einsamkeitsgefühle, Konflikte mit Familienangehörigen). Im Bereich *Arbeit, Freizeit und Leistung* sind sehr grosse Unterschiede bezüglich Zufriedenheit, Erfüllung, Engagement und Abwechslung festzustellen. Im *Arbeitsbereich* fühlen sich unsere Klienten meist mit eintönigen Tätigkeiten in den geschützten Werkstätten unterfordert. Arbeitsplätze in der freien Wirtschaft, die sinn- und anspruchsvollere Arbeit bieten könnten, sind kaum verfügbar. Der Bereich der *Werte*, der Einstellungen und Überzeugungen gestaltet sich sehr heterogen. Bei den meisten sind wenig entwickelte Vorstellungen vorhanden; einige Klienten sind aber in Wertefragen sehr interessiert und

differenziert. Werte können meist aus den Handlungen der Klienten erschlossen und in unterschiedlichem Ausmass thematisiert (reflektiert und verändert) werden. Die gemeinsame *Motivation / Volition* (Petzold 1997p, 457) unserer Klienten – "Ich will selbständig in der eigenen Wohnung wohnen (können)" – wäre in den Bereichen *Werte* und *Leistung* anzusiedeln. Der Bereich der *materiellen Sicherheiten* ist *relativ* zu betrachten: Alle unsere Klienten sind über Versicherungsleistungen (IV-Rente, Ergänzungsleistungen etc.) materiell abgesichert, haben jedoch wenig finanziellen Spielraum. Entsprechend häufig besteht der Wunsch nach mehr Geld, nach einer grösseren Wohnung, nach höherem Lebensstandard. Die individuellen kognitiven Fähigkeiten erlauben hierbei eine mehr oder weniger realitätsgerechte Wahrnehmung, Bewertung und Einschätzung der verfügbaren finanziellen Ressourcen. Je nach rechtlicher Situation (vormundschaftliche Massnahmen) können die Klienten ihr Einkommen und Vermögen selbständig verwalten oder nicht, was wiederum persönlichkeitsfördernd oder –hemmend wirkt.

Insgesamt sind alle Dimensionen der Persönlichkeit beeinträchtigt, die Ausbildung *persönlicher Souveränität* ist in all ihren Elementen (Kap. 3.2.1) erschwert. Menschen mit leichter geistiger Behinderung haben jedoch (im Vergleich zu stärker behinderten Menschen) ungleich mehr Chancen zu Selbstfindung, Selbstgestaltung und Identitätsarbeit – auch wenn wiederum dem spezifischen Persönlichkeitsmerkmal *nur leicht aber eben doch geistig behindert zu sein* eine besondere Dynamik und bisweilen auch Dramatik innewohnt.

### **Entwicklungstheoretische Perspektive**

Behinderung wird aus *entwicklungspsychologischer* Sicht wie folgt definiert:

"Als geistig behindert gilt, wer infolge einer organisch-genetischen oder anderweitigen Schädigung in seiner psychischen Gesamtentwicklung und seiner Lernfähigkeit so sehr beeinträchtigt ist, dass er voraussichtlich lebenslanger sozialer und pädagogischer Hilfen bedarf. Mit der kognitiven Beeinträchtigung gehen solche der sprachlichen, sozialen, emotionalen und motorischen Entwicklung einher." (Deutscher Bildungsrat, 1974)

Aus der speziellen Entwicklungspsychologie von Menschen mit einer geistigen Behinderung (Senckel, in: *Irblich, Stahl* 2003, 71ff.) sollen einige für unsere Praxis relevante Aspekte genannt werden:

- Die Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung verläuft meist verzögert. Diese Besonderheit hat für unsere Praxis insofern Bedeutung, als besonders junge Erwachsene zu einem späteren Zeitpunkt lernen und nachholen, was Nichtbehinderte bereits früher lernen konnten (was jedoch nicht immer nur mit der Behinderung als solcher zu tun hat als vielmehr mit fördernden oder hemmenden Lebensbedingungen).
- Der Beeinträchtigung der Lernfähigkeit bzw. den besonderen Lernvoraussetzungen und Lernverhaltensdispositionen kann mit geeigneten Lernmethoden (Kap. 5.7) begegnet werden.
- Dem lebenslangen Bedarf an Hilfe steht die mittlerweile von Fachkreisen getragene Auffassung lebenslanger Lern- und Entwicklungsfähigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung gegenüber.

Der letztgenannte Aspekt korrespondiert mit der *entwicklungstheoretischen* Position der Integrativen Therapie: dass Entwicklung und Gestaltung der eigenen Persönlichkeit, Sozialisation und Identitätsbildung, Lernen und Veränderung über die gesamte Lebensspanne hin geschieht – auch und gerade für Menschen mit geistiger Behinderung (sonst würde unsere Dienstleistung wenig *Sinn* machen). "Persönlichkeit ist eine sich entwickelnde", und: "In der Entwicklung eines Menschen, in den Prozessen seiner Enkulturation und Sozialisation werden Risiko- und Belastungsfaktoren sowie Schutz- und Unterstützungsfaktoren wirksam" (Petzold; Kap. 3.2.2). Es ist nicht Bestandteil der Praxis von Wohnbegleitung, die Lebensgeschichte und Persönlichkeitsentwicklung feinkörnig zu betrachten und zu analysieren, Sozialisationsbedingungen, Einflussfaktoren und Entwicklungsverläufe zu rekonstruieren (dies kann jedoch eine Dimension fallsupervisorischer Arbeit sein). Im Sinne signifikanter Auffälligkeiten und Besonderheiten können aber genannt werden:

- häufig erlebte Situationen von Benachteiligung und / oder Überforderung (Petzold 2003a, 934),
- häufig erlebte Situationen von Verletzungen in Zusammenhang mit der Behinderung (ibid., 943),
- häufige Abhängigkeits-, Ausbeutungs- und Missbrauchserfahrungen,
- meist emotional stark besetzte und konflikträchtige Beziehungen zu Eltern und Familienangehörigen (verzögerte oder gestörte Ablösungsprozesse, bei häufig engen Beziehungen und Bindungen, bisweilen *Abhängigkeiten* (zur sozialen Relationalität: Kap. 3.2.0; Petzold 2003a,

781ff.)).

Kommen die Klienten als Erwachsene zu uns, haben sie Entwicklungsaufgaben und kritische Phasen und Ereignisse *for better or worse* erlebt und bewältigt: Realisierung der Behinderung, Kindergarten- und Schuleintritt, Ausbildung / berufliche Tätigkeit, Freundschaften und Partnerschaften, Auszug aus dem Elternhaus / Heim- oder Wohngruppenaufenthalte / Bezug einer eigenen Wohnung. Diese Themen und Ereignisse wirken im Erwachsenenalter weiter. Neue, ebenso potentiell konflikthafte und problematische Themen können hinzukommen, wie z.B. Partnerschaft und Heirat, Kinderwunsch und Elternschaft, Altern und Alter.

### **Perspektive Gesundheit, Krankheit, Behinderung**

Eine geistige Behinderung ist keine Krankheit und somit nicht *therapierbar* oder *heilbar*<sup>20</sup>. Die Mehrzahl unserer Klienten fühlt sich trotz geistiger Behinderung relativ *gesund* im Sinne integrierter Persönlichkeit, erlebter Souveränität, Zugehörigkeit und Teilhabe, Lebensfülle und Lebenszufriedenheit. Wir erleben aber auch, dass die Gesundheit als *Qualität von Lebensprozessen* bei Menschen mit geistiger Behinderung gefährdet und beeinträchtigt ist, durch multiple Entfremdungsphänomene, mangelnde Zugehörigkeit, Selbstsorge und Souveränität. Dem Ansatz der Persönlichkeitsentfaltung und Gesundheitsförderung in Beratung und Begleitung kommt hier zentrale Bedeutung bei!

Die Betrachtung der Abbildung zur multifaktoriellen Genese von schweren Erkrankungen (Kap. 3.2.3) und der Einflussfaktoren im Entwicklungsgeschehen (Kap. 3.2.2) legt nahe, dass bei Menschen mit geistiger Behinderung eher negative Einflussfaktoren überwiegen. Sie sind daher stärker gefährdet, psychische Auffälligkeiten zu entwickeln als nicht behinderte Menschen. Gemäss empirischen Studien ist die Auftretenswahrscheinlichkeit für psychische Störungen im Vergleich zur *Normalbevölkerung* etwa 3-4 mal höher. "Menschen mit geistiger Behinderung tragen wegen ihrer besonderen Verletzlichkeit durch depravierende Erfahrungen und Stresserleben ein erhöhtes Risiko für psychische Krisen und Störungen." (Seifert, zit. n. *Irblich, Stahl* 2003, 598) Als weitere Ursachen werden vermutet:

1. erhöhte psychosoziale Belastungen, bedingt durch wenig bedürfnisgerechte Lebensbedingungen, geringes Selbstwertgefühl, Beeinträchtigungen in der Kontaktaufnahme und Kommunikationsfähigkeit, eingeschränkte Möglichkeiten der Artikulation und Durchsetzung von Bedürfnissen, vermehrte Frustrationserlebnisse durch Unter- oder Überforderung;
2. beschränkte Selbsthilfepotentiale;
3. ein geringeres Ausmass sozialer Unterstützung." (*Irblich*, in: *Irblich, Stahl* 2003, 323)

Nun kann angenommen werden, dass psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung oft nicht erkannt werden, weil sie verdeckt oder übersehen werden, oder weil sie irrtümlicherweise der geistigen Behinderung zugeschrieben werden. Andererseits ist denkbar – und das entspricht eher unseren Erfahrungen – dass die Aufdeckungsrate höher ist, da (erwachsene) Menschen mit geistiger Behinderung "meist unter familiärer oder professioneller Beaufsichtigung stehen und ihnen somit nur wenig auch Störungen verbergende Privatheit zugestanden wird." (*ibid.*)

Einige unserer Klienten leiden auch an psychischen Beeinträchtigungen. Besteht diese bereits zu Beginn der Begleitung, sind besondere personelle und professionelle Kompetenzen und Performanzen der Begleitperson erforderlich. Im Rahmen *prozessualer Diagnostik* müssen wir dann kontinuierlich überprüfen, welche der benötigten Hilfeleistungen von uns erbracht und wie die Begleitung inhaltlich, methodisch, interventiv etc. gestaltet werden kann. Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Psychiatern, Psychotherapeuten oder Kliniken ist in der Regel unabdingbar.

Erkrankt eine Person im Verlauf der Begleitung, stellen sich für uns je nach Situation unterschiedliche Aufgaben:

- Erkennen einer Störung oder Erkrankung, sofern der Betroffene nicht selbst Einsicht hat (dies erfordert Sorgfalt und Kenntnisse in Psychopathologie), Beizug von Fachpersonen
- Aushandeln einer Vorgehensstrategie mit dem Betroffenen, eventuell unter Einbezug des Umfeldes
- Organisation bzw. Empfehlung zur Inanspruchnahme geeigneter Hilfen durch Fachpersonen oder Fachdienste (sowohl für den Betroffenen selbst als auch zur fachlichen Unterstützung der Begleitperson)
- Vorbereitung eines u.U. notwendigen stationären Aufenthalts
- Aufrechterhalten von Kontakt und Beziehung während des Aufenthalts
- Hilfe und Unterstützung bei der Rückkehr in das normale Umfeld.

Die Begleitung wird in der Regel aufrechterhalten, abhängig von Ausprägung und Verlauf der Er-

krankung. Überwiegt ein psychisches Leiden dauerhaft, kann oder muss ein Wechsel zur Wohnbegleitung für psychisch Kranke erwogen werden.

### **Institutionelle Perspektive**

Zentrale institutionelle Rahmenbedingung, um als Klient für eine Begleitung aufgenommen werden zu können, ist der Bezug einer IV-Rente aufgrund einer Behinderung sowie die explizite und konsensuell festgestellte Zugehörigkeit zur Personengruppe *Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung*. Dies ist ein unvermeidbarer Akt "klassifikatorisch-kategorialer Diagnostik" (Petzold 2003a, 991) mit seinen Gefahrenmomenten der Verfremdung, Verkürzung und Etikettierung ("labeling"; *ibid.*). Diese *Exposition* ist zudem sensibel und vulnerabel, kann schwierig oder gar beschämend für den Betroffenen sein. Sie setzt einen hohen Grad an Integriertheit und Souveränität im Umgang mit der eigenen Behinderung voraus. Aus Gründen der Transparenz (für Subventionen müssen wir jede Person, die unsere Dienstleistung in Anspruch nimmt, notwendigerweise als *geistig behindert* klassifizieren) und des *informed consent* (Kooperation setzt qualifizierte Zustimmung voraus, auch zu den Kriterien und Bedingungen der Dienstleistung) muss dieser Akt vollzogen werden. In der Mehrzahl der Fälle ist den anfragenden Klienten ihre Behinderung bewusst, sodass sie sich der Zielgruppe zugehörig *identifizieren* können.

Problematisch kann es werden, wenn sich jemand *nicht* als leicht geistig behindert bezeichnen (lassen) möchte – dabei ist der fast synonyme Begriff *lernbehindert* oftmals leichter annehmbar als *leicht geistig behindert*, welcher offenbar einen höheren Stigmatisierungs- und Etikettierungsgehalt aufweist. Konsequenterweise übernehmen wir eine Begleitung nicht, wenn die Person angibt, nicht lern- oder geistig behindert zu sein (auch wenn wir zu einer anderen Einschätzung gelangen).

Problematisch ist auch das gleichzeitige Vorliegen sowohl einer geistigen Behinderung als auch einer psychischen Beeinträchtigung (und / oder z.B. Suchterkrankung). Hier müssen wir mit dem Betroffenen (wiederum konsensuell und prozess- und differentialdiagnostisch) herausfinden, welche Beeinträchtigung überwiegt und was die besten Hilfen sind (*best practice*). Gelingt eine differentielle Zuordnung, kann er von uns begleitet oder an eine andere spezialisierte Wohnbegleitung verwiesen werden. Kann keine eindeutige Zuordnung getroffen und möchte die Person von uns begleitet werden (Grenzfälle, Doppel- und Mehrfachdiagnosen), schauen wir im Verlauf der Aufnahme (Informationsgespräch, Kontraktgespräch, Ausarbeiten der Begleitvereinbarung) und in der halbjährigen Probezeit pragmatisch und phänomenologisch auf Art und Ausmass der sich manifestierenden Beeinträchtigungen und auf den Bedarf an erforderlichen Hilfen, um von unserer Seite aus Entscheidungsgrundlagen für eine definitive Fortführung oder Beendigung der Begleitung zu erhalten, welche dann in gemeinsamen Gesprächen dargelegt und erörtert werden.

## **5.2 Setting-Aspekte**

### **Ort**

*Die Begleitung findet in der Wohnung des Klienten statt ...* Im Gegensatz zum *klassischen* Beratungs- oder Therapiesetting, wo der Klient eine Praxis oder Beratungsstelle aufsucht, kommen wir zum Klienten nach Hause in seine Wohnung. Ambulante aufsuchende Begleitung ist eine Hilfe "sur place" (Petzold 2003a, 946). Wir betreten nicht nur die Wohnung und damit die Privatsphäre des Klienten. Die eigene Wohnung bedeutet für unsere Klienten *mehr als nur eine Wohnung*: Wohnen bedeutet für alle Menschen die Befriedigung existentieller (Geborgenheit, Sicherheit, Schlaf, Körperpflege, Essen), persönlicher (persönlich gestalteter Freiraum, Selbstverwirklichung) und sozialer (Pflege zwischenmenschlicher Kontakte, Kommunikation, Anerkennung) Bedürfnisse. Die Wohnung dient dem Menschen zudem als Basis seiner Aktivitäten in anderen Lebensbereichen (Arbeit, Bildung und Freizeit). Unsere Klienten haben mit dem Wohnen in einer eigenen Wohnung eine Wohnform realisiert, die sowohl Ausdruck der persönlichen Individualität als auch der Zugehörigkeit zur Gesellschaft repräsentiert. Sie symbolisiert Souveränität, Freiheit, Selbstbestimmung, das Erreichen eines persönlich bedeutsamen Ziels, einen neuen Lebensmittelpunkt, ein Erfolgserlebnis schlechthin – dies muss in diesem Zusammenhang als nicht zu unterschätzendes "identitätsstiftendes Moment" (Müller, Petzold 1999) bezeichnet werden.

In Anlehnung bzw. Abwandlung der Grundregel der Integrativen Therapie (s. Anhang) ist es der Klient (und nicht der Therapeut), der einen *gastlichen Raum* bietet, in dem die Begleitperson willkommen ist und sich (im wahrsten Sinne des Wortes) niederlassen kann. Diese Gastlichkeit ist je nach Zustand der Wohnung (Ordnung, Sauberkeit, Luftqualität) und Verfassung des aufgesuchten Klienten

ten (wach, vorbereitet, pünktlich) unterschiedlich gegeben. Hier ist bereits ein *Aushandeln von Grenzen* angedeutet – zwischen Ansichten und Standards des Klienten, persönlichen und professionellen der Begleitperson und den im Raume ebenso (aber unsichtbar) anwesenden externen und *objektiven* Standards (z.B. eines Mietvertrages, einer Hausordnung oder einer Begleitvereinbarung). Die Begleitperson muss sich des privaten und schützenswerten Charakters der Wohnung des Klienten bewusst sein – und auch, dass Interventionen einen in besonderer Weise *direkten* Eingriff darstellen und im Raum *Spuren hinterlassen* können. Diese Eingriffe sind in der Regel konsensuell bestimmt, bewusst und gewollt – dennoch besteht das Risiko von Bemächtigung, Einflussnahme und Manipulation vor Ort. Diesem Risiko muss mit permanenter und grösstmöglicher professioneller und ethischer Sorgfalt und Reflexion (Supervision!) sowie Aufklärung und Transparenz begegnet werden muss (vgl. *Schuch* 2000, 181).

Die Wohnung ist auch *Kulminationspunkt* aller Bereiche und Geschehnisse des Lebens. Die Begleitperson betritt also nicht nur den Wohn-, sondern gleichsam den Lebensraum des Klienten. Unabhängig von vereinbarten Zielen und Inhalten der Begleitung ist somit immer die *ganze Person* des Klienten anwesend und latent oder manifest jeder Lebensbereich (das Leibsobjekt in Kontext und Kontinuum; *Petzold* 2003a, 481).

*... oder auch im konkreten Umfeld, in dem die Dinge des täglichen Lebens erledigt werden müssen.* Diese Formulierung (damit auch Methode und Arbeitsweise) trägt dem Umstand Rechnung, dass Menschen mit geistiger Behinderung in der Lebensunmittelbarkeit und Anschaulichkeit am besten und effektivsten lernen können (*learning by doing*). So macht es beispielsweise wenig Sinn, unseren Klienten die Funktionsweise eines Geld- oder Fahrkartenautomaten zu erklären. Geeigneter ist das Aufsuchen der realen Situation, das Üben am konkreten Objekt, die anschauliche Erfahrung *in situ / in vivo*. Durch kontinuierliche Anleitung und Übung können Kompetenzen und Performanzen gebildet werden, die die selbständige Ausführung (z.B. eines Geld- oder Fahrkartenbezugs) ermöglichen und später auf andere Situationen übertragen und dort angewendet werden können (*Transfer*).

## **Zeit**

Die Begleitung findet regelmässig und zu festgelegten Zeitpunkten statt. Sie umfasst in der Regel (im statistischen Durchschnitt) einen wöchentlichen Besuch für ca. 1 – 2 Stunden, da der Gesamtaufwand für die Begleitung gemäss gesetzlicher Vorgaben 4 Stunden pro Woche nicht übersteigen darf<sup>21</sup>.

Die Begleitperson ist also nur für etwa ein bis zwei Stunden pro Woche anwesend. Umgekehrt formuliert bedeutet dies, dass der Klient *den Rest der Woche* eigenständig bewältigt bzw. bewältigen muss (mit Ausnahme telefonischer Kontakte oder individuell vereinbarter zusätzlicher Termine). Insofern kann die Begleitung auch als (quasi intermittierende) Abfolge von Fokal-Interventionen charakterisiert werden.

Die zeitliche Begrenzung wirkt sich auf die konkrete Gestaltung der Begleitung aus. Sie hat etwa zur Folge, dass nicht alle gewünschten Hilfen von der Begleitperson selbst geleistet werden können. Die anstehenden Geschäfte und Themen müssen gesichtet und gewichtet werden. Komplexe und zeitintensive Vorhaben können meist nur gemeinsam vorbereitet und organisiert werden (z.B. ein Umzug oder die Grossreinigung der Wohnung).

Begleitperson und Klient müssen sich in jedem Falle auf den jeweils vereinbarten Rhythmus einstellen und die zur Verfügung stehende Zeit optimal nutzen. Für den Prozess der Begleitung wie auch für jede einzelne Stunde sind "Pfadverläufe und Streckenführungen" (*Petzold* 2003a, 492) korrespondierend festzulegen. Am Ende der Begleitstunde soll der Klient die gewünschte Hilfe und Anleitung erhalten haben, um für die Zeitspanne danach gerüstet zu sein, "wenn die Berater gegangen sind." (idem 2003b, 30)

## **Personen**

Begleitung ist ein primär dyadisches Geschehen. Die Zuteilung einer Begleitperson erfolgt gemäss unseren Bestimmungen aufgrund betrieblicher Gegebenheiten (freie Kapazitäten der Mitarbeitenden und Wohnsitz des Klienten). Auf den Wunsch, von einer Frau oder von einem Mann begleitet zu werden (Gender-Perspektive; *Petzold, Sieper* 1998), können wir im personell gegebenen Rahmen Rücksicht nehmen. In der Praxis stufen wir diesen Wunsch sehr hoch ein. Die Begleitperson

bleibt über Jahre hinweg dieselbe, wenn eine genügend gute "Passung" (Petzold 2003a, 1015) gegeben ist und nicht einer der Beteiligten eine Änderung wünscht.<sup>22</sup>

Wo notwendig oder gewünscht und wo Klärungsversuche scheitern, z.B. bei nicht stimmiger 'Chemie', bei nicht vorliegender *Passung*, bei nicht auflösbaren Konflikten, Blockaden oder Widerständen, bei negativ sich einspielenden Mustern, bei nicht tolerierbarem Verhalten der Klienten (siehe auch folgender Abschnitt), wird jedoch ein Wechsel vollzogen, um Schaden vom Klienten (und / oder von der Begleitperson) abzuwenden (*client / professional welfare*).

### **Kontinuum**

Wie jedes dyadische Geschehen in Beratung und Therapie, welches im *nichtöffentlichen Raum* und über lange Zeiträume stattfindet, birgt auch die Konstellation bei uns *Risiken* für Störungen und Fehlentwicklungen in der Beziehung zwischen Klient und Begleitperson, für Störungen und Blockaden im Prozess von Begleitung – wie z.B. maligne szenische Wiederholungen, "prozessual sich einspielende Szenen und Atmosphären" (Schuch 2000, 181) oder "prozessual sich einspielende Übertragungen und Gegenübertragungen" (ibid.). Darauf möchte ich in Kap. 5.5 noch näher eingehen. Es sei aber betont, dass die professionelle und ethische Verantwortung bei der Begleitperson liegt, welche zur Sorgfalt im Handeln oder Unterlassen, zur Beobachtung und Reflexion, zur Thematisierung und Transparenz in der Begleitung, aber auch zur Inanspruchnahme intervisorischer und supervisorischer Hilfe angehalten und verpflichtet ist.

Unter dem Kontinuums-Aspekt ist weiterhin zu erwähnen, dass der Klient (und die Begleitperson auch) im *Hier-und-Jetzt* der Begleitsituation wie "in jedem Moment seiner Gegenwart die Ereignisse seiner Vergangenheit und die Möglichkeiten seiner Zukunft" (Petzold 2003a, 481) in sich trägt. Ebenso stehen die Beteiligten in einem sozialen, sozio-kulturellen und ökologischen Rahmen:

### **Kontext**

Begleitung ist immer auch (das dyadische Setting verlassend) Arbeit mit dem und im Kontext – daran wird das *soziotherapeutische*, das netzwerkorientierte Element unserer Arbeit deutlich. Sei es, dass in Erzählungen des Klienten Personen des Umfeldes hereingeholt werden oder diese Personen gezielt für gemeinsame Gespräche aufgesucht oder eingeladen werden (Angehörige, Bezugspersonen am Arbeitsplatz, Sozialarbeiter, Hausarzt oder Therapeut, Beistand oder Vormund); sei es, dass Freizeitaktivitäten oder das Thema Freundschaften und Beziehungen besprochen wird – immer geht es darum, die konkrete Lebenswelt anzuschauen oder sie aufzusuchen, in ihr und in sie hinein zu wirken und die Lebensbedingungen der Person in ihrem sozialen Netzwerk zu verbessern. Dies gilt auch für den ökologischen Kontext, die Wohnung, das Haus, das Quartier, das Dorf, die Stadt; und schliesslich auch für den sozio-kulturellen Kontext, im übergeordneten Bestreben, unsere Klienten in ihren Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Gleichstellung, Integration und Teilhabe zu unterstützen und diese auszuweiten.

Gleichzeitig wird die Begleitperson (durch die Konstanz ihrer Anwesenheit und Besuche über die Jahre hinweg) zu einer meist zentralen Figur im Kontext des Klienten, wird bedeutsamer Teil seines Konvois, seines "Weggeleits in der Zeit" (Petzold, Sieper 1998, 278). Die damit verbundenen Chancen und Risiken werden weiter unten erörtert.

## **5.3 Zieldimensionen, Ziele und Inhalte von Wohn-Begleitung**

### **Inhalte**

Die Inhalte der Wohnbegleitung können sich – ausgehend von der Lebenssituation des Klienten und primär auf die Bewältigung der Anforderungen des *selbständigen Wohnens* zentriert – auf folgende Bereiche erstrecken:

- Haushalt
- Finanzen / Administration
- Arbeit
- Ferien / Freizeit
- Beziehungen / Umfeld
- Persönlicher Bereich
- Wohnung / Wohnungswechsel
- Notfälle.

Diese Bereiche sind in unserem *Leitfaden* in jeweils detaillierte Items ausdifferenziert. Diese Items

sind operativ, alltags- und handlungsbezogen formuliert. Sie beschreiben also jeweils solche Tätigkeiten bzw. *Kompetenzen* (Fähigkeiten) und *Performanzen* (angewandte Fähigkeiten = Fertigkeiten), die erforderlich sind, um die Anforderungen im jeweiligen Bereich zu bewältigen ("Performanzorientierung"; *Sieper, Petzold 2002*).

Die Leitfaden bildet somit den *curricularen Rahmen*. Zu Beginn einer Begleitung werden mit Hilfe des Leitfadens die Bereiche bestimmt, in denen der Klient Unterstützung wünscht. So wie der Auftrag zur Begleitung nur vom Betroffenen direkt gegeben werden kann, ist auch das konkrete Hilfeersuchen des Klienten primär ausschlaggebend: Als *Experte für seine Lebenssituation* (vgl. *Grundregel*) nennt der Klient seine Bedürfnisse und Wünsche für Hilfe und Unterstützung. Die Aufgaben der Begleitperson als *Expertin für fachliche Belange* fokussieren zu diesem Zeitpunkt auf das Abprüfen aller Bereiche, ferner auf die Bestätigung, dass das Hilfeersuchen von uns bedient werden kann (oder, in quantitativer oder qualitativer (= methodischer) Hinsicht unter Umständen auch nicht) und zur gemeinsamen Formulierung und Feststellung des Auftrages.<sup>23</sup>

### **Inhalte und Ziele**

Die individuell gewählten und im Leitfaden festgehaltenen Inhalte sind nun Ausgangspunkt für die Zielfindung. Der Lebensbereich oder Inhalt ist verbunden mit einem *Problem* (als Aufgabe, Herausforderung oder Schwierigkeit), mit *Ressourcen* (als Mittel der Problembewältigung oder der Realisierung von Chancen) und *Potentialen* (als Möglichkeitsraum der Persönlichkeit; vgl. *Petzold 1997p*). Auf der Grundlage einer Selbsteinschätzung bezüglich Kompetenzen und Performanzen formuliert der Klient das spezifische Hilfeersuchen und wählt die *Form* der Hilfeleistung. Wir unterscheiden drei Formen der Hilfestellung:

- *ergänzende Hilfe*: Der Klient kann eine Tätigkeit weitgehend selbständig ausführen. Die Begleitperson begleitet oder leitet ergänzend an, wo nötig oder gewünscht.
- *befähigende Hilfe*: Der Klient kann eine Tätigkeit nicht selbständig ausführen und möchte dies lernen. Die Begleitperson leitet an, fördert, ermöglicht die Ausbildung einer Fähigkeit, die Erweiterung der Selbständigkeit.
- *stellvertretende Hilfe*: Der Klient kann eine Tätigkeit nicht selbständig ausführen und kann dies auch nicht lernen: Die Begleitperson führt die Tätigkeit im Einverständnis, im Auftrag und an Stelle des Klienten aus.

Die jeweilige Art der Hilfestellung ist unmittelbar mit methodischen und interventionsstrategischen Überlegungen (Kap. 5.7) verbunden. Die *stellvertretende* Hilfe ist hierbei besonders mit dem Thema Macht, Verantwortung, Sorgfalt und professioneller Ethik verbunden. Ich würde diese als eine spezifische Form des Handelns aus "unterstellter Intersubjektivität" (*Petzold 2003a, 802*) bezeichnen, wenn stellvertretende Handlungen vorgenommen oder Entscheidungen in für den Klienten nicht oder nur eingeschränkt überschaubaren und verstehbaren Angelegenheiten getroffen werden müssen. Die Herstellung von grösstmöglichem *informed consent* erhält besondere Relevanz, ebenso muss *client welfare* und *client dignity* (auch im Sinne von Daten- und Persönlichkeitsschutz) gewahrt bleiben.

### **Prozessuale Veränderung von Zielen und Inhalten**

Im Verlaufe der Begleitung kann die Auswahl oder Priorität von Inhalten, Zielen und Hilfen Veränderungen erfahren. Inhalte kommen hinzu oder fallen weg (ein "Fortschreiten von Fokus zu Fokus" im Prozess; *Petzold 2003a, 1016*), oder die Art der Hilfe kann neu definiert werden (etwa wenn der Klient statt der *ergänzenden* neu die *befähigende* Variante wünscht, um eine Tätigkeit zu erlernen; oder auch umgekehrt, wenn ein Lernziel nicht erreicht werden kann und die Hilfe eine *ergänzende* oder *stellvertretende* werden oder bleiben muss). Dabei kommen der Begleitperson auch zunehmend *prozessbeobachtende* und *prozesssteuernde* Aufgaben zu<sup>24</sup>. Ihr Einfluss als *Expertin für fachliche Belange* wächst: Zeigen sich beispielsweise Bereiche oder Inhalte, in denen vom Klienten anfänglich keine Unterstützung gewünscht wurde, Hilfe- oder Unterstützungsbedarf jedoch erkennbar wird ("Haushalt erledige ich selber" vs. sichtbare Unordnung oder gar Verwahrlosung), dann gilt es für die Begleitperson, ihre Wahrnehmungen offenzulegen und zu benennen, in Prozesse *intersubjektiver Ko-responsenz* zu stellen und ein neues Aushandeln zu initiieren. Es gilt, Kongruenz von "theoriebegründeten Zielen mit klinischer Bedeutsamkeit" (*Petzold 1998h, 149*) – die Formulierung ist auf unseren Arbeitskontext zu übertragen – und *persönlich bedeutsamen Inhalten und Zielen des Klienten* herzustellen.

Auch wenn sich verdeckte oder unterschwellige Wünsche oder Dynamiken manifestieren (wir nen-

nen dies *implizite* Aufträge im Gegensatz zu den offen formulierten *expliziten* Aufträgen), müssen sie thematisiert, müssen Inhalte und Ziele überprüft oder neu ausgehandelt werden.

## Zielmatrix der Integrativen Therapie

Die Integrative Therapie unterscheidet verschiedene Zielebenen, die sich – analog dem Aufbau des *Tree of Science* – aus den entsprechenden Theorieebenen ableiten:

- *Metaziele* (auch Leit-, Global- oder Richtziele genannt) aus den Metatheorien, z.B. Anthropologie, Ethik, Gesellschaftstheorie
- *Grobziele* aus den realexplicativen Theorien, z.B. Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie, Gesundheits- und Krankheitslehre, Kontext und Kontinuum
- *Feinziele* zum Erreichen von Grobzielen.

Die in unserem *Leitfaden* enthaltenen Inhalte und die daraus individuell formulierten Ziele können in dieser Systematik überwiegend als *Feinziele* bezeichnet werden, die zur Erreichung des zentralen und vordergründigen *Grobzieles*, der "erfolgreichen – selbständigen oder begleiteten – Bewältigung der Anforderungen in den verschiedenen Bereichen des selbständigen Wohnens in der eigenen Wohnung" (so unsere Definition von *Wohnkompetenz*) über die Zeit.

Dieses Grobziel ist auf der Ebene *krankheits- und störungsbildbezogener Ziele* (hier: der geistigen Behinderung) anzusiedeln, indem es die "Bereitstellung von Lebens- und Bewältigungshilfen oder substutiver Massnahmen", die "Bewältigung von Belastungssituationen" sowie die "Beeinflussung der störungsspezifischen Prozesse mit ihrer Symptomatik und ihren Begleiterscheinungen in Richtung von Verbesserung, Linderung, Problemlösung" umfasst (Petzold, Steffan 2000a, 217).

Der *persönliche Bereich*, die Bereiche *Beziehungen/Umfeld*, *Arbeit* und *Ferien/Freizeit* verweisen daneben auf Grobziele, welche über das Wohnen hinaus *die Person in Kontext und Kontinuum* betreffen:

- Auf der Ebene *persönlichkeitsbestimmter und strukturelevanter Ziele* ist die Wohnbegleitung auf die Entwicklung und Förderung der Persönlichkeit und persönlicher Souveränität gerichtet (konsistentes, stabiles, flexibles Selbst; starkes flexibles Ich; stabile und prägnante Identität; Fähigkeit zu Selbstregulation und angemessener Relationalität; gute interne Ressourcenlage). Zu den *kontextbezogenen Ziele* zählen der Aufbau, die Gestaltung oder der Erhalt sozialer Netzwerke mit guter supportiver Valenz; ferner eine gute externe Ressourcenlage, Unterstützung bezüglich Arbeit und Arbeitsfähigkeit, für eine befriedigende Freizeitgestaltung, Anregung zu Bildung und Weiterbildung. "Soziale Integration und sozialer Rückhalt" (ibid.) soll ermöglicht, während gleichzeitig die Handhabung von (u.U. negativen, ausgrenzenden, benachteiligenden) Einflüssen und Risikofaktoren aus dem Umfeld mittels Gestaltungs- und Coping-Fähigkeiten geübt und gefördert werden.
- *Kontinuumsbezogene Ziele* – in unserer Praxis überwiegend aspektiv und prospektiv ausgerichtet – ergeben sich aus der kontinuierlich erforderlichen Bewältigung von Ereignissen und Einflussfaktoren; im Ziel, *weiterhin* selbständig zu wohnen; in der kontinuierlichen Aktivierung von Ressourcen und protektiven Faktoren; in der Unterstützung oder Ausbildung "haltgebender Zukunftserwartungen wie Ziele, Pläne, Hoffnungen, Glaubensrückhalt und andere Werte als protektive Faktoren, Erfahrung von Sinn im eigenen Leben und Handeln" (ibid.).

Dies führt wiederum in die Ebene der Metatheorie und der *Metaziele*. In der Terminologie der Integrativen Therapie (ibid. 215) werden sie beschrieben als z.B.

- psychophysische und soziale Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit
- Intersubjektivität, Ko-respondenzfähigkeit (Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungs- u. Bindungsfähigkeit) Empathiefähigkeit, Konsens- und Kooperationsfähigkeit
- Reflexionsfähigkeit, Selbst- und Weltverständnis, Lebensplanung und –gestaltung
- persönlichen Lebenssinn, sense of coherence
- Selbstaktualisierung, Entwicklungs- und Regulationsfähigkeit bezüglich eigener Kompetenzen, Performanzen und Potentiale, "persönliche Souveränität"
- Kreativität bzw. gemeinschaftliche Kokreativität
- engagierte Verantwortung für Integrität gegenüber sich selbst, der Mit- und der Umwelt.

Diese *bottom-up*-Bewegung führt somit wieder zu übergeordneten Leitzielen und Leitideen in Therapie und Agogik, in der Behindertenhilfe allgemein (Kap. 4.1) wie auch in unserer Einrichtung (Kap. 4.2).

Die folgenden Formulierungen aus unseren Konzepten sollen aufzeigen, wie wir die verschiedenen Zielebenen für unsere Dienstleistung AmBeWo ausweisen:

"AmBeWo bietet kompetente Beratung und Unterstützung sowie direkte, konkrete und praktische Hilfe in allen Bereichen des selbständigen Wohnens zur Erhaltung und Förderung der Wohnkompetenz (*d.h. zum Auf- und Ausbau situativer Handlungskompetenzen (effectivities); Feinziele*). AmBeWo befähigt die begleiteten Personen zu möglichst selbständiger Bewältigung der Anforderungen im Wohn- und Lebensalltag (*Grobziele*). AmBeWo unterstützt sie damit in ihrer Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung (*Grob-, Metaziele*). Durch das Dienstleistungsangebot können Menschen mit einer geistigen Behinderung eine selbständige und *alltägliche* Wohnform wählen. AmBeWo leistet somit einen Beitrag zur Normalisierung und Integration, zur Verbesserung der Lebensbedingungen von Menschen mit einer geistigen Behinderung (*Metaziele*)."

Aus diesen Ausführungen ist deutlich geworden, dass Ziele und Inhalte von *Wohn*-Begleitung über das *Wohnen* im engeren Sinne (oder was man zunächst damit assoziieren könnte: Einrichtung, Haushalt, Wäsche, Mahlzeiten) hinausgehen – und den *ganzen* Menschen in Kontext und Kontinuum, alle Lebensbereiche mit einschliessen. Aus diesem Grund habe ich hier die Schreibweise *Wohn*-Begleitung gewählt, um – im Vorgriff auf Kap. 5.5 – anzudeuten, dass der Begriff weiter gefasst werden müsste, um unserer Praxis gerecht zu werden.

Abschliessend soll an einem Beispiel aufgezeigt werden, dass die Zielebenen nicht nur theoretisch und konzeptionell, sondern auch in der Praxis konvergieren:

**Der Umgang mit Geld** erfordert alltagspraktische, kognitive und methodische Kompetenzen und Performanzen (*Feinziele*) wie z.B. Zahlen- und Geldwerte kennen, ein Budget erstellen und verstehen können, ein Haushaltsbuch führen können; Bank, Post und ihre Dienstleistungen kennen; den finanziellen Verpflichtungen zuverlässig nachkommen können etc. Er erfordert und bildet darüber hinaus personale und soziale Kompetenzen und Performanzen (*Grobziele*):

- Einflussfaktoren und den persönlichen Umgang mit Geld erkennen
- die eigenen finanziellen Möglichkeiten erkennen und in Einklang mit dem Bedarf bringen (und umgekehrt)
- Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen (Käufe, Ausgaben)
- Auseinandersetzung mit Werten und Normen: Wahrnehmung und Reflexion der Reaktionen, die der (in-)adäquate Umgang mit Geld beim Betroffenen selber wie auch im Umfeld auslösen kann
- mit Veränderungen der finanziellen Verhältnisse, mit finanziellen Belastungen umgehen und / oder sie gestalten können (*coping und creating*); Hilfe in Anspruch nehmen können etc.
- sich mit anderen Menschen über die finanziellen Verhältnisse auseinandersetzen, Anregungen für einen *sinnvollen* Umgang mit Geld annehmen können etc.

Auf der Ebene der *Metaziele* dienen diese Kompetenzen z.B. einem anzustrebenden *souveränen* Umgang mit finanziellen Themen (inklusive des Akzeptierens meist dauerhaft begrenzter Möglichkeiten: *constraints*), der Persönlichkeitsentfaltung und der gleichberechtigte Teilhabe ("Ich kann als Kunde eine Bank besuchen und weiss, wie der Geldautomat funktioniert"). Sie reduzieren darüber hinaus das Risiko *prekärer* finanzieller Entwicklungen oder Situationen (Verschuldung, Entmündigung) bzw. potentieller Eingriffe oder Beschränkungen in persönliche Selbstbestimmungs- und Gestaltungsmöglichkeiten.

## 5.4 Zur Rolle der Begleitperson

### Die Rolle der Begleitperson in der ambulanten Wohnbegleitung

Die berufliche, professionelle Rolle der Begleitperson ist durch die Zielsetzung unserer Dienstleistung weitgehend vorgegeben. Sie besteht primär darin, Anleitung zur oder Mithilfe bei der Alltagsbewältigung zu geben. Die nähere Ausgestaltung dieser Rolle kann durch verschiedene Aufgabebereiche differenzierter beschrieben werden. Begleitung umfasst nach unserem Verständnis:

- *sozial- und heilpädagogische Aufgaben*: Ambulante Begleitung von Menschen mit einer geistigen Behinderung im Alltag und in allen Lebensbereichen (lebenspraktischer, persönlicher, zwischenmenschlicher Bereich; administrativer und finanzieller Bereich; Arbeits- und Freizeitbereich; Umgang mit Ämtern und Behörden),
- *erwachsenenbildnerische Aufgaben*: Mithilfe und Unterstützung bei, Anleitung zu und Einüben von persönlichen, sozialen und lebenspraktischen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Verhaltensweisen,
- *beraterische Aufgaben*: Beratungsgespräche im psychosozialen Bereich und bei Fragen in den oben genannten Lebensbereichen,
- *koordinative Aufgaben*: Abklärung der Lebenssituation des Klienten. Erfassen, Klären und Koordinieren von Zuständigkeiten. Aktive Organisation und Mitgestaltung der Zusammenarbeit mit

dem Umfeld des Klienten und den nahestehenden und involvierten Bezugspersonen. Einbezug und Vermittlung von, Begleitung zu und/oder Weiterverweisung an geeignete Fachpersonen, Fachstellen und Fachdienste. (aus unserer *Stellenbeschreibung*)

Die Erfüllung dieser Aufgaben haben wir an *agogische Leitprinzipien* gebunden, die die Ausgestaltung der Rolle der Begleitperson mitbestimmen:

- *Freiwilligkeit und Partnerschaftlichkeit*: Die Klienten der Dienstleistung AmBeWo sind erwachsene Menschen, die selbständig über ihr Leben bestimmen wollen. Sie entscheiden freiwillig, ob und in welchem Ausmass sie Begleitung durch uns in Anspruch nehmen wollen und welches deren Inhalte sind. Die Begleitpersonen nehmen die individuelle Autonomie (*Souveränität*) ihrer Klienten ernst und pflegen einen erwachsenengerechten Umgang, der auf einer partnerschaftlichen Haltung beruht. Sie respektieren die jeweils selbständig gewählte Lebensform und unterstützen, anerkennen und bestätigen die individuelle Art der Lebensgestaltung.
- *Ethik und Verantwortung*: Die Begleitpersonen müssen sich ihres persönlichen Einflusses auf das Leben der Klienten bewusst sein. Sie sollen im Sinne von Empowerment die Fähigkeit zur Selbstorganisation und -bestimmung bei den Klienten gezielt unterstützen und stärken. Sie regen die Bezüger dazu an, ihren Einfluss auf das Alltagsgeschehen möglichst selbständig wahrzunehmen, ihre Handlungs- und Entscheidungsfreiräume (*affordances*) zu nutzen oder zu erweitern – und auch die Konsequenzen ihrer Entscheidungen und Handlungen zu sehen und zu tragen. Dabei müssen die spezifischen Auswirkungen der Behinderung berücksichtigt werden, so dass die Klienten nicht überfordert und vor möglichen Gefahren geschützt oder zumindest gewarnt werden. Die Begleitperson hat dafür zu sorgen, dass der Klient Entscheidungsgrundlagen erhält und weitestgehend frei entscheiden kann<sup>25</sup>. Es besteht die Gefahr der Manipulation und Einschränkung von Willensentscheidungen.
- *Macht und Abhängigkeit*: Unter *Begleitung* verstehen wir, dass wir den Klienten in einer partnerschaftlichen Haltung begegnen, sie in ihrer Alltagsbewältigung begleiten im Sinne einer *Anleitung zu und Mithilfe bei*. Im Vordergrund steht, dass die begleitete Person ihre Angelegenheiten selber erledigt. Die Zusammenarbeit zwischen Klient und Begleitperson grenzt sich insofern ab von einem Betreuungsverhältnis, bei dem eine stärkere Abhängigkeit und somit ein grösseres Machtgefälle besteht (vgl. *Anm. 29*). Die Begleitperson gibt in schwierigen Situationen lediglich Entscheidungshilfen; die Entscheidung treffen und verantworten aber muss der Klient selbst. Die Rolle der Begleitperson ist nicht eine behandelnde oder erziehende, sondern vielmehr eine beratende, verhandelnde, diskutierende. (Konzept AmBeWo)<sup>26</sup>

## Rollenkonstellationen

Nach dem "Integrativen Rollenbegriff" (*Petzold 1989j, 272f.*) ist eine Rolle nicht nur die Gesamtheit von Verhaltensbeschreibungen und –erwartungen, die an eine bestimmte Position (Status) gerichtet werden, sondern sie wird auch durch die *Verkörperung* dieser Zuschreibungen konstituiert. Rollen haben im dyadischen Setting immer einen Gegenpart, die Komplementärrolle. "Somit ergeben sich beständig Konfigurationen von korrespondierenden Rollen, in denen Zuschreibungen und Annahmen oder Abweisungen, d.h. Akte der Wahl, erfolgen." (*ibid.*)

Die institutionell vorgegebene Rolle als Begleitperson kann, je nach Person, Begleitsituation, Thema und Anliegen des Klienten, zu verschiedenen Rollenkonstellationen führen. Zu den Konstellationen, die sich aus dem Setting *professionelle Begleitperson / Klient mit geistiger Behinderung* ergeben können, wie etwa

- Helfer und Unterstützer / Hilfloser und Unterstützungsbedürftiger
- Starkes Ich (Hilfs-Ich, Doppel, alter ego) / schwaches, beeinträchtigtes Ich
- Berater / Ratsuchender
- Lehrender / Lernender,

kommen aus Gründen, die ich kurz skizzieren möchte, vielfältige andere Zuschreibungen hinzu, die sich in der Praxis problematisch auswirken können:

1. Begleitung ist (wie Therapie) interpersonales Geschehen und Handeln. Darin geschieht bzw. konstellierte sich zunächst all das, was immer auch (alltäglich) zwischen Menschen geschieht bzw. sich konstellierte (*Schuch 2000, 180f.*), oder anders formuliert: In Therapie und Begleitung finden Korrespondenzprozesse, Prozesse direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten, d.h. Mitmenschen statt. "Das Mitmenschsein ist der Rolle vorgeordnet." (*Petzold 1989j, 271*). Aus diesem Mitmenschsein entfliessen nun im Begleitprozess Rollenzuschreibungen

gen oder –angebote an die Begleitperson. Uns begegnet z.B. der Freund, der (Liebes-)Partner, die Elternfigur, der Freizeitgestalter und –begleiter, der *Allzeit-Bereite*, die Feuerwehr, der Nothelfer etc.

2. Das Setting bewirkt, dass die Begleitperson den Klienten regelmässig und über Jahre hinweg in der Wohnung aufsucht. Die Begleitperson kann mit einem hohen Grad an *Privatheit* wahrgenommen und erlebt werden. Entsprechend hoch ist die Wahrscheinlichkeit von Zuschreibungen persönlicher oder privater Rollen.

3. Die Begleitperson wird über die Jahre meist bedeutungsvoller Teil des sozialen Atoms, des Konvois des Klienten. Dieser Effekt ist beabsichtigt (sofern er nicht zu *Fixierungen* oder *Abhängigkeiten* führt) – es besteht jedoch das Risiko, dass die Begleitung einen von wenigen oder gar *den einzigen* gesicherten Kontakt darstellt und zum *Freundes-, Kollegen-, Besucher-, Netzwerkersatz* werden kann (auch eine mögliche Rollenzuschreibung).

4. Aus dem Kontext werden weitere Rollen zugeschrieben: Die Angehörigen sähen uns gerne als *Aufsichts- und Kontrollorgan in der Wohnung* (zu der sie vielleicht keinen Zugang mehr haben), die Vormundschaftsbehörde als *verlängerter Arm des Sozialdienstes*, der Arbeitgeber als *Tagesstrukturenüberwacher und Weckdienst*, etc.

In der Praxis von Begleitung sind wir somit mit zahlreichen erwünschten und beabsichtigten, unerwünschten und hindernden, offenen und verdeckten, leicht als unannehmbar zu erkennenden und abzuweisenden, sich einschleichenden oder sich einspielenden Rollenkonstellationen konfrontiert, die wir nicht *verkörpern* können und wollen. Rollenzuschreibungen sind verbunden mit Verhaltenserwartungen, mit impliziten oder expliziten Aufträgen an die Begleitperson - und nicht zuletzt mit (persönlichen oder fachlichen) Beziehungswünschen an die Begleitperson. Diese muss entscheiden, "welche Zuschreibungen angenommen, abgewiesen oder über Differenzierungen und Gegenreaktionen verändert werden." (*Petzold 1989j, 273*) Aufgabe ist es, das Geschehen, die Prozesse und Konstellationen zu erkennen, zu reflektieren, in Ko-responzenz mit dem Klienten zu bringen, in intervenierendes Verhalten und professionelles Handeln umzusetzen.

Die Bewältigung dieser Aufgabe ist in der Praxis oft sehr schwierig. Sie zeigt einen wesentlichen potentiellen Konflikt der unserer Arbeit auf: Wir stehen über Jahre mit den Klienten in intensiven Prozessen von Begleitung, lassen uns ein mit unserer Gesamtperson: auf uns, auf den Klienten in seiner Lebenswelt (in seiner Wohnung), auf die Inhalte der Begleitung, die alle Lebensbereiche umfassen können, "adoptieren" den Klienten gleichsam (*Petzold 2003a, 935*) – die Integrative Therapie spricht vom Stil der "selektiven Offenheit" und des "partiellen Engagements" (*idem 1989j, 253f*). Dennoch ist es auch notwendig uns abgrenzen, die professionelle Rolle (die *sachlich-funktionale* Beziehungsmodalität, die neben der Subjekt-Beziehung existiert; *ibid. 246*) zu wahren und zu betonen, denn wir sind eben auch *einfach nur* Dienstleistungserbringer und keine alltäglichen oder privaten Freunde. Das kann bei unseren Klienten zu frustrierenden und schmerzhaften Erfahrungen führen, während es uns in fachlicher, ethischer und zwischenmenschlicher Hinsicht immer wieder vor grosse Herausforderungen stellt.

Im Erkennen und in der Handhabung von Rollenzuschreibungen – als Dimension der Gestaltung sozialer Relationalität in den Begleitungen – werden je nach Situation und Konstellation unsere fachlichen und methodischen Grenzen als *Agogen* sichtbar. Diese Erfahrung bzw. Feststellung führt mich hier zu weiteren Überlegungen:

- zu unseren Möglichkeiten und Grenzen im Umgang mit Rollenzuschreibungen in der *agogischen* Beziehung, speziell im Vergleich zur *beraterischen* oder *therapeutischen* Beziehung,
- zu unseren Möglichkeiten des Umgangs beispielsweise mit dem Phänomen der *Übertragung* im Begleitgeschehen (Übertragungen können wie Rollenzuschreibungen die Beziehung zwischen Klient und Hilfsperson beeinflussen und beeinträchtigen; eine Übertragung beinhaltet eine *unangemessene* oder *pathologische* Rollenzuschreibung; *Petzold 2003a, 835ff*; *idem 2003e*),
- zum Thema Rolle und Beziehung in Therapie, Beratung und Agogik.

Diese Überlegungen will ich in nachfolgendem Exkurs skizzieren.

#### **Exkurs: Zur Rolle und Beziehung in Therapie, Beratung und Agogik**

Die an verschiedenen Stellen dieser Arbeit bereits erwähnten Verbindungen und Gemeinsamkeiten bzw. Abgrenzungen und Unterschiede von Therapie, Beratung und Agogik (Exkurs Kap.1, Ko-responzenzmodell Kap. 2.1; Hermeneutische Spirale; Theorie sozialer Relationalität Kap. 3.2.0 etc.) sollen hier nun hinsichtlich jeweils spezifischer Rollen- und Beziehungsaspekte (sowie deren Auswirkungen auf Praxis, Interventionen etc.) untersucht werden, insbesondere in Hinblick auf die Möglichkeiten und Grenzen in unserem (agogischen) Setting ambulanter Wohnbegleitung mit Menschen mit geistiger Behinderung.

Die von *Rahm (1995, 59ff)* angestellten Überlegungen zur Abgrenzung von Therapie und Beratung möchte ich mit eigenen Aussagen wie folgt ergänzen:

- Die fachliche Qualifikation eines Sozial-, Heilpädagogen oder Agogen unterscheidet sich besonders hinsichtlich der professionellen (methodischen) als auch der persönlichen Kompetenzen und Performanzen (z.B. Selbsterfahrung); sie ist im Vergleich zu Beratern oder Therapeuten in der Regel geringer.
- Der Grad der Exzentrizität und Sinnerfassungskapazität (vgl. Abb. 8) ist somit bei Therapeuten allgemein am höchsten, bei Beratern niedriger und bei (päd)agogisch Ausgebildeten am niedrigsten anzunehmen.
- Als gemeinsame Ziele in Therapie, Beratung und Agogik gelten: Erhaltung und Gewinn von (Grund-)Vertrauen, Förderung von Identität und Selbstverwirklichung der Persönlichkeit, die Konstituierung von Sinn und Intersubjektivität, die Förderung von Kompetenzen und Performanzen (Petzold 1980g). Dabei werden in Therapie tiefgreifendere Veränderungen erwartet als in Beratung und Agogik.
- In Therapie, Beratung und Agogik geht es um Lernprozesse, bei denen "es um Einsichtsgewinnung, Übernahme von Eigenverantwortung, Entscheidungsfähigkeit und die Initiierung von Veränderungen auf der Ebene von Denken, Fühlen und Handeln geht. Unterschiede ergeben sich hinsichtlich der Intensität des Prozesses." (Rahm 1995, 71)
- "Das Medium für Veränderungen ist (...) die zwischenmenschliche Beziehung." (ibid.)

Ich stimme Petzold zu, wenn er formuliert, "Pädagogen müssen sich (...) fragen lassen, aufgrund welcher Kompetenz sie sich anmassen, therapeutische Methoden und Techniken im pädagogischen Geschehen einzusetzen, um das ganze dann 'therapeutische Pädagogik', 'pädagogische Therapeutik' u.ä. zu nennen." (1989j, 370). Die Frage 'Arbeiten wir eigentlich therapeutisch?' soll deshalb an dieser Stelle hinsichtlich der Bereiche und Ebenen beantwortet werden, in denen wir *nicht* therapeutisch arbeiten, wo also klare Grenzen zu ziehen sind.<sup>27</sup>

Unsere Arbeit ist insbesondere *nicht* darauf ausgerichtet,

- *klinische* Krankheitsphänomene, psychische Störungen oder Erkrankungen zu behandeln (klinische Krankheitslehre Kap. 3.2.3; eine *geistige Behinderung* ist kein zu therapierendes oder zu behandelndes klinisches Phänomen) – unsere Arbeit kann jedoch darin bestehen, die Auswirkungen der Behinderung oder eines psychischen Leidens auf den Alltag zu mildern, die Alltagsbewältigung durch Bereitstellung entsprechender Hilfen zu unterstützen, zur Inanspruchnahme von Hilfen zu motivieren etc.;
- in der *konfliktzentriert-aufdeckenden* Modalität z.B. frühe Störungen, dysfunktionale Persönlichkeitsstrukturen und -stile oder tiefgreifende Störungen des Grundvertrauens offenzulegen und im Sinne von Nach- oder Neubeelterung oder Neusozialisation zu behandeln (Petzold 2003a, 825f);
- *regressionsorientiert* vergangene, u.U. traumatische Szenen zu evozieren (Petzold 1989j, 283f) oder *aktiv-tiefend* vorzugehen: die 4. Ebene der emotionalen Tiefung (Ebene der autonomen Körperreaktionen) bleibt therapeutischer Arbeit vorbehalten (Petzold 1988n, 104ff; Rahm 1995, 71).
- Im Modell der *heraklitischen Spirale* (Kap. 2.2) ist somit die therapeutische Spirale des Erinnerens, Wiederholens, Durcharbeitens und Veränderns in unserer Praxis nicht indiziert.

Einen weiteren wesentlichen Unterschied zwischen Agogik und Therapie, genauer: zwischen agogischer und therapeutischer Beziehung möchte ich am Beispiel der Handhabung von *Übertragung* aufzeigen (zur Definition aus Sicht der Integrativen Therapie: Petzold 2003e). Übertragungen sind Alltagsphänomene und Bestandteil jeder zwischenmenschlichen Kommunikation und inszenieren sich auch in therapeutischen und agogischen Beziehungen. In ihrer klinisch-pathologischen Ausprägung können *alte Beziehungsmuster aus alten Szenen*, kann die *Anwesenheit unsichtbarer Dritter* das intersubjektive Beziehungsgeschehen in Therapie und Agogik nachhaltig negativ beeinflussen, verstellen und trüben.

- Im *therapeutischen* Prozess können Übertragungsmuster erfahrbar gemacht, verstanden und verändert werden, indem die Strategien der "Arbeit an oder in der Beziehung, Arbeit an oder in der Übertragung" (Rahm et al. 1993, 356ff) genutzt werden. Somit können auch die der Übertragung zugrunde liegenden Probleme und Störungen bearbeitet werden, um das Ziel anzustreben: "Wo Übertragung war, muss Beziehung werden" (Petzold 2003a, 835).
- Auch in unseren Begleitungen sind vielfältige Übertragungsmechanismen wirksam. Ich möchte mich hier wieder auf nachhaltig störende und negativ beeinflussende Übertragungen beziehen (wobei auch einseitig positive, d.h. idealisierende Übertragungen den Prozess behindern können). Sie äussern sich oder werden von der Begleitperson meist wahrgenommen als diffuses ungutes Gefühl ("Hier läuft etwas komisch"); als Einseitigkeit oder auch als *Nicht-Weiterkommen* im Begleit- und Beziehungsgeschehen. Während der Therapeut Übertragungen im Rahmen der Therapie und mit dem Klienten gemeinsam angehen kann, ist die ko-respondierende Bearbeitung von Übertragungen (und ggf. deren Veränderung oder Auflösung, das heisst *Arbeit an der Übertragung*) in unserem *agogischen* Kontext – und ohne entsprechende therapeutischen Kenntnisse – nicht möglich. Wir sind auf supervisorische Hilfe angewiesen, um einen mehrperspektivischen und (hyper-)exzentrischen Blick auf die Vorgänge werfen zu können, um Übertragungsphänomene (inklusive Gegen- und Eigenübertragungsaspekten) *wahrnehmen, erfassen, verstehen und erklären* zu können. Die gewonnenen Einsichten bewirken, dass sich das bisherige Erleben und Verhalten der Begleitperson zugunsten einer neuen Einstellung oder Strategie *verändern* und Blockaden sich verflüssigen oder auflösen können. Nach supervisorischer Betrachtung gehen wir *verändert* und *neuorientiert* wieder zurück in das Setting mit dem Klienten, um einen Transfer in die Praxis der Begleitung zu vollziehen und dem Klienten und dem Klienten die Übertragungs- und / oder Rollenangebote *diskursiv* (verbal, sofern möglich) oder *aktional* (durch Haltung und Handlung) zu *beantworten*, durch Annahme, Zurückweisung, Differenzierung oder Veränderung. Können die Einsichten in der Begleitung thematisiert werden, ist gemeinsame Arbeit *an* und somit verbesserte Arbeit *in der Beziehung* möglich.

Entsprechendes gilt für die Handhabung anderer klinischer Phänomene wie *Widerstand und Abwehr* (Petzold 2003a, 837f.) oder *Reaktanzen* (Petzold 2003b, 16); bei misslingender Regulierung von *Nähe und Distanz* in den Begleitungen, bei "Störungen und Einschränkungen des menschlichen Miteinanders" (Störungen in den Relationalitätsmodi *Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit*; Petzold 2003e). Die *Grenze* verläuft meines Erachtens jeweils dort, wo die genannten Phänomene so gravierend werden, dass sie *klinischen* Charakter annehmen; wo wir die *anthropologische Krankheitslehre* verlassen und in die *klinische* eintreten; wo wir die *hermeneutische* Spirale des Wahrnehmens, Erfassens, Verstehens, Erklärens und Veränderns mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln und Methoden in der *agogischen* Spirale (Explorieren, Agieren, Integrieren, Reorientieren) nicht gelingend (*nicht genügend gut*) und nicht in intersubjektiver Ko-respondenz mit dem Klienten durchlaufen können; wo ergo die *therapeutische* Spirale (Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten, Verändern) beschränkt werden muss. Dann sind supervisorische Hilfen für uns und thera-

peutische Hilfen für den Klienten angezeigt.

## 5.5 Annäherungen an den Begriff Begleitung aus Sicht der Integrativen Therapie

Um den Terminus *Begleitung* aus Sicht der Integrativen Therapie zu charakterisieren, möchte ich die bisher genannten Aspekte von Begleitung zusammenführen und als *bricolage* mit den Definitionen von Integrativer Agogik, Beratung, Coaching etc. verknüpfen<sup>28</sup>. Ich möchte jedoch ausdrücklich betonen, dass wir diese Methoden nicht *lege artis* im Sinne der Integrativen Therapie praktizieren, da wir – mit Ausnahme des Autors – keine *Integrative Ausbildung* absolviert haben.

Der hier unternommene Versuch einer "Konnektivierung" (Petzold 2002b, 4) soll dazu dienen, *Begleitung als moderne Form sozialer Hilfeleistung* mit Hilfe integrativtherapeutischer Methodendefinitionen zu beschreiben. Er soll als Entwurf verstanden werden, wie eine *Definition von Begleitung* aus Sicht und mit den Worten der Integrativen Therapie lauten könnte; auch als konzeptioneller und methodischer Impuls, *als Gedanke zu Begleitung als soziale Repräsentation* (Petzold 2002g, 8), als integrativ-theoretische Fortführung dessen, was sich in den vergangenen Jahren auf der Mikroebene unseres Teams als ein "kollektives kognitives Konstrukt" (ibid.) herausgebildet und konzeptionell sedimentiert hat: nämlich die Bestimmung dessen, was *Begleitung* ist, was sie leisten kann oder soll.<sup>29</sup> (Wenn ich im folgenden den Begriff *Begleitung* verwende, müssen die spezifischen Settingfaktoren *ambulante 'Wohn-' Begleitung für erwachsene Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung* stets mit hinzu gedacht werden.)

### Eine Grundregel für Begleitung

**Begleitung** findet im Zusammenfließen von zwei Qualitäten statt:

Einerseits eine Qualität der Konvivialität: Der **Klient bietet in seiner Wohnung** – als dem *Ort des Geschehens* – einen *gastlichen Raum*, in dem die **Begleitperson** willkommen ist und sich niederlassen, heimisch werden kann. Die Begleitperson bietet diese Qualität durch ihre **Präsenz** und ihr **Dasein als Mitmensch und professionelle Hilfsperson**. In diesem *gastlichen Raum* werden Affiliationen in Dialogen, Polylogen eines „Du, Ich, Wir“ möglich.

Andererseits ist eine Qualität der Partnerschaftlichkeit erforderlich, in der beide miteinander die gemeinsame Aufgabe der **Begleitung** in Angriff nehmen unter Bedingungen eines *geregeltens Miteinanders*:

- Der **Klient** bringt die prinzipielle Bereitschaft mit, sich in der Begleitung mit sich selbst, seiner Behinderung, ihren Hintergründen und seiner Lebenslage sowie (problembezogen) mit der Begleitperson und ihren Anregungen partnerschaftlich auseinanderzusetzen. Das geschieht in einer Form, in der er - seinen Möglichkeiten entsprechend – seine Kompetenzen / Fähigkeiten und Performanzen / Fertigkeiten, seine Probleme und seine subjektiven Theorien einbringt, Verantwortung für das Gelingen der **Begleitung** mit übernimmt und er die Integrität der Begleitperson als Gegenüber und belastungsfähigen professional nicht verletzt.
- Die **Begleitperson** ihrerseits bringt die engagierte Bereitschaft mit, sich aus einer intersubjektiven Grundhaltung mit dem Klienten als Person, mit seiner Lebenslage und Netzwerksituation partnerschaftlich auseinanderzusetzen, mit seinen Problemen und Belastungen, aber auch mit seinen Ressourcen, Kompetenzen und Entwicklungsaufgaben, um mit ihm gemeinsam an Gesundheit, Problemlösungen und Persönlichkeitsentwicklung zu arbeiten, wobei sie ihm nach Kräften mit professioneller *best practice* Hilfe, Unterstützung und Förderung gibt.
- **Begleitperson und Klient** anerkennen die Prinzipien der *doppelten Expertenschaft* – die des Klienten für seine Lebenssituation und die des **Begleiters** für fachliche Belange – des Respekts vor der *Andersheit des Anderen* und vor ihrer jeweiligen *Souveränität*. Sie verpflichten und bemühen sich, auftretende Probleme im Prozess der **Begleitung** und auf der Beziehungsebene ko-respondierend und lösungsorientiert zu bearbeiten.
- Das Setting muss gewährleisten (durch gesetzliche Bestimmungen und **berufsverbandliche** Regelungen), dass Klientenrechte, *informierte Übereinstimmung*, Fachlichkeit und die Würde des Patienten gesichert sind und die Begleitperson die Bereitschaft hat, ihre Arbeit (die Zustimmung des Klienten vorausgesetzt) durch Supervision fachlich überprüfen und unterstützen zu lassen
- Die Methoden und Arbeitsweisen müssen gewährleisten, daß in grösstmöglicher Flexibilität reflektierte, begründbare und prozessual veränderbare Regeln der konkreten Beziehungsgestaltung im Rahmen dieser Grundregel mit dem Klienten und gegebenenfalls ihren Bezugspersonen ausgehandelt und vereinbart werden, die die Basis für eine polylogisch bestimmte agogische Arbeit bieten.

### Eine methodologische Definition von Begleitung

**Begleitung** ist eine person- und sachbezogene, ziel- und ergebnisorientierte Methodologie für dialogische bzw. polylogische interpersonale Prozesse in primär dyadischen Settings, die kognitive, emotionale, volitive und sozial-kommunikative Dimensionen einbeziehen. In der **Begleitung** als fachlicher Dienstleistung arbeitet eine **Begleitperson** als *Experte vom Fach* mit besonderen personalen, sozialen und professionellen Fähigkeiten / Kompetenzen, Fertigkeiten / Performanzen und spezifischen Ressourcen an Wissen und Methoden korrespondierend und partnerschaftlich **mit einem Klienten zusammen**, der als *Experte für seine Situation*, für seine Bedürfnisse, Probleme und Potentiale relevante Fragen und Interessen, Vorschläge und Impulse in einen kooperativen Arbeitsprozess einbringen. Dieser hat zum Ziel, Wissensstände und Informationen bereitzustellen, Zielfindungen und Entscheidungen zu fördern, Handlungsfolien und Innovationsstrategien gemeinschaftlich durch Koreflexion (**und wenn möglich Metareflexion**) zu erarbeiten, so dass Probleme gelöst und Entwicklungsaufgaben gemeistert werden können. Begleitung kann dabei auch die Umsetzung von Zielen und die Implementierung von Entscheidungen vorbereiten sowie ressourcen- und lösungsorientiert Prozesse der Problembewältigung

und Zielrealisierung begleiten. Ein Klima der wechselseitigen Wertschätzung, der Partnerschaftlichkeit und fundierten Kollegialität durch positive Affiliation, der gradlinigen Offenheit (*Parrhesie*) und Transparenz, der Förderung von Selbstwirksamkeit und Souveränität kennzeichnet Begleitprozesse.

**Begleitung** ist ausgerichtet auf Unterstützungs-, Bewältigungs-, Problemlösungs- und Lernprozesse; sie bedient sich sowohl allgemeiner (agogischer) sowie zielgruppenspezifischer (sonder-, sozial- und heilpädagogischer) methodischer Ansätze und wendet primär lösungs-, ressourcen-, performanz- und copingorientierte sowie darüber hinaus netzwerkorientierte Methoden und Strategien an.

### **Die agogische und Lern- Dimension von Begleitung**

**Begleitung** beinhaltet eine **lebensalter-** (Erwachsene) und **zielgruppen-** (Menschen mit leichter geistiger Behinderung) **spezifische Bildungskomponente** im Sinne einer *Bildungsarbeit als éducation permanente*. Die Verbindung von kognitiven, emotionalen und sozialen Lernprozessen und -zielen im lebensweltlichen Kontext/Kontinuum sollen hierbei zu *persönlich bedeutsamen Lernen* als Erfahrungen von *vitaler Evidenz* führen. In *intersubjektiver Ko-responndenz* werden dabei von allen am Prozess des Lehrens und Lernens Beteiligten Ziele und Inhalte gemeinsam erarbeitet, um die lebenspraktischen, personalen und sozialen Kompetenzen (Fähigkeiten) und Performanzen (Fertigkeiten) von **Menschen mit einer geistigen Behinderung** in Begegnung und Auseinandersetzung, im *Handeln um Grenzen* zu fördern und zu entwickeln. So können über spezifische, sachbezogene Leitziele hinaus als generelle Bildungsziele Persönlichkeitsbildung und Identitätsentwicklung, eine positive und gelingende Alltags- und Lebensbewältigung, ein funktionsfähiges soziales Netzwerk und ein positiver Zukunftshorizont entwickelt werden.

**Lernprozesse** sind der Erwerb von Kompetenzen (Fähigkeiten) und Performanzen (Fertigkeiten) im Sinne adaptiver oder kreativer / kokreativer Veränderung überdauernder Verhaltensmöglichkeiten durch Differenzierungen in Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Zyklen, die die Ausbildung neuer Muster erlauben. Durch die Begleitung und in der Begleitung können Bedingungen für Lernen geschaffen werden, etwa durch die Gestaltung von Kontexten und die Konstellierung von *affordances*, die Lernvorgänge ermöglichen und fördern.

### **Die beraterische und coachende Dimension von Begleitung**

**Beratungsprozesse** im Rahmen von Begleitung sind Prozesse ko-respondierender, kooperativer Problemlösung zwischen der personal, sozial und fachlich geschulten Begleitperson und dem begleiteten Menschen mit geistiger Behinderung in inneren oder äusseren Problemsituationen und Schwierigkeiten, welche mit Rückgriff auf die eigenen Fähigkeiten (Kompetenzen) und Fertigkeiten (Performanzen) und Mittel (Ressourcen) nicht mehr oder nicht adäquat bewältigt werden können, weil sie die Bewältigungspotentiale (Coping) und / oder Kontrollmöglichkeiten der Betroffenen überfordern. In Beratungsprozessen stellt sich die Begleitperson als kompetenter und empathischer Zuhörer und Mitdenker mit seiner persönlichen Lebenserfahrung, seinem professionellen Know-how und seinem Instrumentarium an Methoden und Techniken dem Ratsuchenden zur Verfügung. Dabei geht die Begleitperson als Berater vom Bezugssystem und seinen *subjektiven Theorien* des Klienten aus und versucht, ihn in seiner Ganzheit als Person (in seiner seelisch-emotionalen, körperlichen, geistigen, sozialen, ökologischen und ökonomischen Realität) wahrzunehmen, zu erfassen und zu verstehen. Die Begleitperson zielt darauf ab, den Klienten **behinderungsgerecht** in die Lage zu versetzen, zu seiner Situation Abstand und Exzentrizität zu gewinnen, die gegenwärtige Problemlage besser zu durchschauen, zu reflektieren, emotional auszuloten und zu bewerten, damit er auf dieser Grundlage Entscheidungs-, Bewältigungs- und Handlungsmöglichkeiten erhält, seine aktuelle Lebenssituation und seine Zukunft für sich und mit den relevanten Personen seines sozialen Netzwerks zu strukturieren und zu gestalten. Wichtige Bezugspersonen des **Netzwerkes** werden – wo gewünscht, möglich oder indiziert – in Begleitung und Beratung einbezogen.

Als **Coaching** kann Begleitung aufgefasst werden unter der Zielsetzung, die Selbstwirksamkeit und persönliche Souveränität des Klienten in seiner Lebenssituation weiterzuentwickeln, um persönliche, soziale, gegenwärtige und zukunftsgerichtete Aufgaben und Ziele (die möglichst selbständige, selbstbestimmte und eigenverantwortliche Lebensbewältigung mit einer Behinderung) in gelingender Weise zu verwirklichen, indem Wahrnehmung und Entscheidungsverhalten gefördert und reflektiert, Ressourcen und Potentiale entwickelt, genutzt und / oder entwickelt werden. In solchen Prozessen kann die **Begleitperson als Coach** - ganz wie es die Prozessdynamik und die Situation des Klienten erfordert - vielfältige **Rollen und Funktionen** haben: die eines fachlichen Beraters, eines *Vertrauten* oder Mentors, eines Modells, Hilfs-Ichs oder *alter egos*, eines innovativen Impulsgebers und Generators, eines *advocatus diaboli*, Mahners und Warners, eines Vertreters des *Realitätsprinzips* und der gesellschaftlichen *Wirklichkeit* und Standards, eines exzentrischen, durchaus kritischen Partners, der Unterstützung und Herausforderung gleichermaßen bietet. In *virtuellen bzw. mentalen scenarios* (Rollenspielen) ist er Mitspieler, Gegenspieler, Analyst, kokreativer Mitautor von Handlungsdrehbüchern und Innovationsentwürfen. In realen Problem- bzw. Konfliktsituationen, in denen er zu lösungsorientierter Beratung oder Begleitung gebeten wird, ist er *interconnector* von verschiedenen möglichen Positionen, zuweilen ist er Mediator für die Konfliktparteien. Immer geht es um eine Verbesserung der Kompetenz (Fähigkeiten, Wissen) und der Performanz (Fertigkeiten, Können) der begleiteten, *gecoachten* Person.

### **Die soziotherapeutische Dimension von Begleitung**

Im dyadischen Setting von Begleitung sind die *relevanten Anderen*, sind die sozialen Netzwerke stets mit anwesend. Der Klient ist sowohl selbst ein *personales System*, er ist Mittelpunkt seines eigenen sozialen Systems (sozialen Atoms) als auch Bestandteil vielfältiger anderer sozialer Systeme. **Begleitung als netzwerk- und systemorientierte Hilfeleistung** ist auch Arbeit mit dem begleiteten Menschen in seinen sozialen Systemen (individuelles Umfeld, Freunde, Familie, Nachbarschaft, Quartier, Freizeitkontakte, Arbeitsstelle, Arbeitskollegen, Helfersystem) und die Beeinflussung solcher Systeme und Kontexte, solcher Umgebungen (environments). Dadurch sollen die sozialen Fähigkeiten (Kompetenzen) und Fertigkeiten (Performanzen) für den Umgang mit der persönlichen und gemeinschaftlichen Lebenswirklichkeit im Sinne ihrer **Bewältigung**, aber auch **Gestaltung** gefördert und die Möglichkeiten zu solidarischem Handeln und sozialer Kreativität entwickelt werden. Auf diese Weise ist es möglich, Institutionen und soziale Felder zu verändern - indem Handlungsmöglichkeiten (affordances) genutzt und einengende, **behindernde** Begrenzungen (constraints) verändert werden – und auch, die in diesen lebenden bzw. arbeitenden Menschen zum Engagement für die eigene Sache: **für Chancenreichtum, Gleichstellung und Teilhabe, für psychosoziale Gesundheit und eine humane Lebensqualität** zu motivieren.

## 5.6 Prozessdiagnostische Aspekte

Anamnese und Diagnostik stehen am Anfang jeder therapeutischen Beziehung und initiieren ein Arbeitsbündnis. Die Integrative Therapie sieht Diagnose und Therapie nicht voneinander getrennt, sondern hat den Begriff der *Theragnose* geprägt: "Diagnostik lässt die jeweils betrachtete Realität nicht unberührt. Sie wird damit in jedem Fall zur 'Intervention'." (Petzold 2003a, 988) "In der 'Theragnose' ist der Klient durch sein Erleben, seine Selbstexploration und seine Interaktion mit dem Therapeuten zentral beteiligt." (ibid.)

Unter *prozessualer Diagnostik* wird ein methodisches Konzept zur verlaufsorientierten Erhebung von Daten und Fakten verstanden, "die Gesamtheit aller Massnahmen, die für das Erfassen und Verstehen eines Menschen in seinem Kontext und Kontinuum erforderlich ist, mit dem Ziel, zu klinischer Diagnose und Therapieindikation, zu Ko-responzendenz und Konsens, zur Einschätzung der Situation, zur Formulierung von Zielen und Inhalten der Therapie zu kommen" (ibid). Dabei ist es erforderlich, den Klienten, sich selbst als Therapeuten sowie die Therapeut-Klient-Interaktion wahrzunehmen, zu erfassen und zu verstehen.

Mit *Osten* (2000, 249) möchte ich folgende Begriffe definieren und präzisieren:

- *Anamnese* ist das Sammeln von Informationen, Daten und Eindrücken,
- *Prozessanalyse* ist das Bilden von Synopsen und Hypothesen,
- *Diagnostik* ist das Ordnen, Gewichten und Bewerten aller Daten,
- *Klassifikation* ist das Einordnen in Klassifikationsmanuale (ICD; DSM; ICF).

Im folgenden möchte ich unsere anamnestischen und diagnostischen Prozesse in der Wohnbegleitung kurz skizzieren. Obwohl sie sich in vielen Punkten vom therapeutischen Setting unterscheiden, bietet der "Leitfaden zur Integrativen Diagnostik" (Petzold 2003a, 1048ff) eine geeignete Folie, die ich unseren Anamnese- und Diagnoseinstrumenten (das sogenannte *Verlaufsprotokoll* und der *Leitfaden zur Erfassung der Lebenssituation*) gegenüber stellen kann.

Eine Anfrage einer an unserer Dienstleistung interessierten Person durchläuft folgende Etappen:

- Initiiert wird die Anfrage von der betroffenen Person selbst, meist telefonisch (persönliche und freiwillige Kontaktaufnahme sind obligatorische Aufnahmekriterien).
- In einem kostenlosen und unverbindlichen *Informationsgespräch* informieren wir die interessierte Person ausführlich über unsere Dienstleistung, unser Angebot, unsere Arbeitsweise, über Rechte und Pflichten, Datenschutz, Kosten etc. Die interessierte Person formuliert ihr – meist noch relativ undifferenziertes – Hilfeersuchen, ihren Wunsch nach Begleitung. Es werden die Basisdaten erhoben und die formalen Kriterien geprüft (erste Personalien, Wohnsitz, IV-Rente, eigener Mietvertrag), sowie die – schon mehrfach erwähnte und unter Umständen *heikle*, aber für die Weiterbearbeitung der Anfrage zwingend zu beantwortende – *klassifikatorische Frage* der Zielgruppenzugehörigkeit. Ziel dieses Gesprächs ist die Erarbeitung beidseitiger Entscheidungsgrundlagen für oder gegen eine Begleitung (*AmBeWo*: Sind Grundvoraussetzungen erfüllt? Ist Begleitung grundsätzlich möglich? Entspricht das formulierte Hilfeersuchen unserem Angebot? auch: Sind freie Kapazitäten vorhanden? *Klient*: Wünscht er aufgrund der erhaltenen Informationen Begleitung? Braucht er Bedenkzeit?). Das Informationsgespräch kann bereits übergehen in das sogenannte
- *Erstgespräch*: Ist die Entscheidung für eine Begleitung gegeben (*AmBeWo* kann Begleitung anbieten sowie *informed consent* des Klienten), schliesst sich eine differenzierte Erhebung von Informationen und Daten an. Neben der Erhebung eventuell noch fehlender Personendaten, Angaben zur aktuellen Wohn- und Arbeitssituation sowie – falls noch nicht beantwortet – der Frage nach bereits involvierten Hilfs- oder Bezugspersonen, bildet das gemeinsame Ausfüllen des *AmBeWo-Leitfadens* das zentrale Element in der Eingangsanamnese und -diagnostik.
- *Leitfaden*: Er dient zur Erfassung der aktuellen Lebenssituation des Klienten und zur Klärung des Auftrages an *AmBeWo* (Inhalte und Ziele der Begleitung). Der Leitfaden wird gemeinsam ausgefüllt und von allen Beteiligten unterschrieben. Auskünfte zu den Bereichen, in denen keine Begleitung gewünscht wird, sind freiwillig. Der Leitfaden wird auch als Grundlage für Probezeit- und Standortgespräche verwendet. Der Klient erhält auf Wunsch eine Kopie des Dokumentes, die gesetzliche Vertretung (Vormund) muss ebenfalls unterschreiben.
- *Begleitvereinbarung*: Sie stellt die vertragliche Grundlage zur Zusammenarbeit zwischen *AmBeWo* und Klient dar und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Die ersten 6 Monate gelten als Probezeit. Am Ende der Probezeit findet ein Auswertungsgespräch statt. In der Folge finden regelmässig Standortgespräche zur Überprüfung der Situation statt.
- *Standortgespräche*: Standortgespräche geben dem Klienten und der Begleitperson die Möglichkeit, anhand des Leitfadens Ziele und Inhalte der Begleitung zu überprüfen und falls nötig zu

verändern. Auch kann grundsätzlich über die Fortführung oder Beendigung der Begleitung gesprochen werden. Standortgespräche finden mindestens alle 12 Monate statt. Beide Seiten können jedoch bei Notwendigkeit zusätzliche Gespräche einberufen. Klient und Begleitperson legen jeweils gemeinsam die Teilnehmenden des Standortgespräches fest.

Hierzu nun einige Bemerkungen:

- Wie in Beratung und Therapie sind auch wir in den ersten Kontakten vor die anstrengende und verantwortungsvolle Aufgabe gestellt, "der Komplexität initialer Phänomene zu begegnen, sie vergleichsweise schnell ordnen zu müssen, im selben Augenblick den Neubeginn einer therapeutischen Beziehung zu gestalten, direkt zu probatorischen Interventionen und Rückmeldungen für den Patienten zu kommen, ..." (Osten 2000, 400).
- Da wir in der Initialphase der Selbstauskunft des Klienten hohen Stellenwert einräumen, können – *behinderungsbedingt* (durch kognitive, reflexive, antizipatorische, sprachliche Beeinträchtigungen) oder *phasenbedingt* (Unsicherheit, Scham, fehlendes Vertrauen und Offenheit) – unvollständige oder bruchstückhafte Informationen den Beginn zusätzlich erschweren; diesem Problem kann durch den konsensuellen Einbezug von Bezugspersonen teilweise begegnet werden. Oft steht auch der Wunsch, "die Begleitung möge so rasch als möglich beginnen", der Notwendigkeit einer zeitintensiven Anamnese entgegen. In der Praxis müssen wir dennoch *genügend gut* informiert, müssen Auftrag, Inhalte und Ziele hinlänglich konkret sein, um mit der Begleitung beginnen zu können.
- Unser Leitfaden ist eine Strukturhilfe zur (stufenweisen) Erfassung der Daten, auch um Komplexität zu reduzieren. Er nimmt "die Lebens- und Realsituation als Ausgangspunkt" (ibid., 333) und erlaubt es, die Bereiche, in denen Hilfe und Unterstützung gewünscht wird, zu bestimmen; und weiter, welche Art der Hilfe durch wen gewünscht wird. Hier erhalten wir Erkenntnisse hinsichtlich *Bedürfnis- und Motivations-, Problem- und Konflikt- sowie Potential- und Ressourcen-Analyse*, legen gemeinsam und differenziert *konservierende, substitutive, evolutive oder Coping- Strategien* fest. Weiterhin gibt der Leitfaden Aufschluss über die Bereiche der Lebenswelt des Klienten (*Lebensweltanalyse*). So ergeben die Daten ein erstes Bild bezüglich individueller Parameter (z.B. Probleme, Ressourcen, Potentiale; Säulen der Identität) und der Qualität des Netzwerkes (*Soziales Atom; Petzold 2003a, 941*).
- Ohne dass wir dies explizit so benennen, spielen neben den *offensichtlich* erhobenen Daten auch die Beobachtungen in den Feldern *Körperlicher Bereich / Leiblichkeit (Leibfunktionsanalyse)* sowie 'Kognitiver, Sozialer und Wertebereich' eine Rolle. Ebenso erfolgt eine erste Analyse der *Interaktion* und des *intersubjektiven Prozesses*; und auch werden Bausteine für ein *Arbeitsbündnis* (Auskunftspflicht, Kooperation, Zuverlässigkeit) einer ersten Prüfung unterzogen, um "die oberste Grenze der Kooperationsbereitschaft, Motivation und Verlässlichkeit (...) zu explorieren" (Osten 2000, 414) – aber auch, um das erforderliche Minimum als Grundlage für die Begleitung zu deklarieren.
- Eine differenzierte *Kontinuumsanalyse* oder auch – der klinischen Krankheitslehre zugehörig – eine *Analyse pathogener Stimulierungskonstellationen* findet gemäss unserer Zielsetzung nicht statt. So findet auch keine *klinische Diagnostik bzw. Klassifikation* statt, wohl aber die erwähnte phänomenologische und identifikatorische Überprüfung der Zielgruppenzugehörigkeit.
- Im Verlaufe des Aufnahmeverfahrens (oder spätestens nach Ablauf der Probezeit) gelangen wir zu einer hinlänglich gesicherten *diagnostischen* Einschätzung darüber, ob wir *diese* Person mit *diesem* Hilfeersuchen mit unserer Dienstleistung *bedienen* können, ob wir *best practice* bieten können. Das kann auch bedeuten, dass wir – fachlich bzw. methodisch begründet – Aufträge oder Teile davon zurückweisen müssen (hier sind wiederum klinische oder psychopathologische Kenntnisse von Vorteil): wenn beispielsweise eine *notorische Sammelleidenschaft* als krankhaftes Verhalten eingestuft werden muss, dem mit agogischen Mitteln nicht beizukommen ist; wenn Alkoholmissbrauch vorliegt und eine stationäre Entwöhnung oder Suchttherapie notwendig erscheinen lässt; wenn Traumata zu gravierenden Störungen in der Persönlichkeit geführt haben – aber auch in anderen Fällen, wenn z.B. die Kompetenzen und Performanzen im finanziellen Bereich so gering sind, so dass beratende und unterstützende Begleitung nicht die geeignete Methode ist, sondern zum Schutz der betroffenen Person eine vormundschaftliche Massnahme notwendig ist. Hier verweisen wir – Primat der Ziele über die Methode – an andere Hilfen oder Einrichtungen (psychotherapeutische, klinische, juristische, etc.). Diese Hilfen können mit der Begleitung zusammen ein Ensemble *interdisziplinärer, multmodaler und komplexer Hilfeleistung* (vgl. Sieper 2001, 108) bilden.

Insgesamt ist unsere Eingangsanamnese als eher *grobkörnig* strukturiert und in quantitativer wie qualitativer Hinsicht *relativ* begrenzt zu bezeichnen. Sie bewegt sich im Spannungsfeld zwischen Selbstauskunft und Befragung, zwischen *freiwilliger Auskunftserteilung* und Informationsbedarf der Begleitperson, zwischen vorder- und hintergründigen Problemstellungen und Aufträgen, etc. Die *prozessuale Diagnostik*, die Überprüfung, Veränderung oder weitere Ausdifferenzierung von Inhalten und Zielen im Prozess, in Probezeit- und Standortgesprächen, das nähere Kennenlernen und Sich-Erfahren von Klient und Begleitperson im weiteren Verlauf des Begleitgeschehens (*Verstehen und Begreifen im Prozess*; Petzold 2003a, 988), hat selbstverständlich kardinale Bedeutung. Dabei geht es ja nicht nur um *curriculare* Ziele und Inhalte der Begleitung, sondern auch um *prozessuale* Ziele in verschiedenen Phasen eines Prozesses (idem 1998h). Ko-respondierend Kongruenz herzustellen von persönlichen Zielen des Klienten einerseits und fachlichen oder theoriebegründeten Zielen (das Erkennen und Bewältigen der Anforderungen in den Lebensbereichen) andererseits, ist nicht nur zu Beginn der Begleitung, sondern auch in deren Verlauf eine permanente Aufgabe und Herausforderung. Sie kann problematisch werden, wenn Selbstwahrnehmung bzw. Selbstauskunft des Klienten und die Wahrnehmung der Begleitperson oder auch des Umfeldes erheblich divergieren.

## 5.7 Methodologische Aspekte

### Zum Begriff der 'Methode'

Methode (griech. = Weg auf ein Ziel hin) wird in der Integrativen Therapie definiert als "konsistentes, theoriegeleitetes Ensemble von Strategien im Rahmen eines Verfahrens, das über Techniken und Medien verfügt" (Petzold 2003a, 507) und im Dienste der Realisierungen von Zielsetzungen steht. Mit Methoden sind somit die *grossen* methodischen Ansätze und ihre Ausdifferenzierungen gemeint: Integrative Leib- und Bewegungstherapie, Integrative Kunst-, Musiktherapie, Integrative Supervision und Agogik etc. (Petzold, Orth 1990; Petzold, Sieper 1993a). Ambulante Wohnbegleitung für Menschen mit geistiger Behinderung ist in dieser Ordnung (vgl. auch Petzold 1993h) als *agogische* Hilfeleistung zu bezeichnen. Mein Versuch, den Bezugsrahmen zu wechseln und ergänzend andere Ordnungs- oder Definitionssysteme für *Methode und Methoden* beizuziehen, etwa aus Sozialarbeit oder Sozialpädagogik, gestaltete sich schwierig. Die Suche nach *Methoden in der Sozialarbeit / Sozialpädagogik* bei *google.com* liefert wenig brauchbare, da unübersichtliche, unsystematische und bisweilen 'abenteuerliche' Zusammenstellungen unterschiedlichster Begriffe, die als *Methoden* bezeichnet werden (z.B. <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/Projekte/SLex/Seiten/DVD/Kategor/S0/S15.htm>). Hier wird das Dilemma der Mehrdeutigkeit des Methodenbegriffes deutlich: "Verschiedene Bedeutungen sind gegenwärtig mit dem Begriff Methoden der Sozialarbeit/Sozialpädagogik (auch Methoden der Sozialen Arbeit) verbunden:

- Methoden der Sozialarbeit/Sozialpädagogik bezeichnen detailliert planbare, geregelte und zielorientierte Wege der Problemlösung. Dazu gehört die Analyse des Problems (Anamnese) mit der diagnostischen Einschätzung (Diagnose), die Angabe oder Klärung der Ziele, der Handlungsplan zur Zielerreichung (Intervention) und die Auswertung dieses Prozesses (Evaluation).
- Als Methoden der Sozialen Arbeit werden auch allgemeine Handlungskonzepte benannt, zum Beispiel die Gesprächspsychotherapie (*sic! R.M.*), klientenorientierte Beratungskonzepte, die Lebensweltorientierung oder die Ansätze zum Empowerment. Einzelfallhilfe, Soziale Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit (GWA) gelten als die klassischen Methoden der Sozialen Arbeit.
- Als Methoden werden in der Praxis der Sozialen Arbeit auch Handlungsarten, Handlungsinstrumente oder Handlungstechniken, zum Beispiel die Moderationstechnik oder die Technik der Gesprächsführung, bezeichnet." (<http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/Projekte/SLex/SeitenDVD/Konzepte/L52/L5293.htm>)

Als 'methodologische Aspekte' möchte ich hier also Überlegungen zu einer *speziellen Methoden- und Interventionslehre 'en miniature'* (Kap. 3.3.1) bezeichnen: zu in Erfahrung, Praxiswissen und Theorie gründenden, professionellen und systematischen Handlungsfolien (-konzepte, -modelle) sowie Interventionen, Interventionsformen und -strategien unterschiedlicher Komplexität und Reichweite, wie sie bei uns *im Rahmen von Wohnbegleitung für Menschen mit leichter geistiger Behinderung* zum Einsatz und zur Anwendung kommen.

### Methoden und Interventionen

Mit Rekurs auf die Integrative Methoden- und Interventionslehre (Kap. 3.3.1) möchte ich von dem – auch für unsere Arbeit geltenden – *Globalziel von Menschenarbeit* ausgehen: "Gewährleistung von Selbstregulation und Selbstverwirklichung im Lebenskontext / Humanisierung des Lebenszusammenhang" (Petzold 2003a, 936f), was bei uns im besonderen beinhaltet: gesellschaftliche Teilhabe, Gleichstellung und Chancenmehrung von und für Menschen mit einer geistigen Behinderung. Zur Erreichung dieses Globalziels ist unsere Dienstleistung in erster Linie eine Hilfe zur *Daseinsbewältigung* (Coping), indem sie "supportive Interventionen beim Umgang mit irreversiblen (*behinderungs-*

bedingen) Störungen oder Minderungen von Kompetenzen und Performanz" (ibid.) bereitstellt; wir nennen das *ergänzende* (Bewältigung, Unterstützung) und *stellvertretende* (substitutive) Hilfen. Daneben ist jedoch auch eine Kompetenzen und Performanzen erhaltende (*konservierende*) und entwickelnde (*evolutive*) Dimension gegeben. Ebenso gehören präventive Interventionen (*Prophylaxe*) und – in Grenzen – reparative und rehabilitative Interventionen (*Restitution* z.B. bei Klienten mit Schädel- / Hirntrauma oder Klienten mit akuten psychischen Problemen nach stationärem Aufenthalt) zu unserer Tätigkeit.

Die methodische-interventive Vielfalt lässt sich anhand *alltäglicher* Beispielen ansatzweise illustrieren:

- als *klassische* Herausforderung beim selbständigen Wohnen gilt die Bewältigung der Haushaltsarbeiten. Der Klient erhält beispielsweise Hilfe und Unterstützung, indem er seine Begleitperson um entsprechenden Rat fragt (*Beratungsgespräch*). Bedarf es einer weitergehenden Strukturierungshilfe, so kann – als visualisierendes *Medium* – ein Wochenplan für Haushaltsarbeiten erarbeitet werden. Wenn moderierende und anleitende Methoden nicht ausreichen, sondern konkrete und praktisch-anschauliche Hilfe benötigt wird (etwa: wie funktioniert der neue Staubsauger, die Waschmaschine, wie reinige ich Fenster oder den Kühlschrank, etc.), kommen Methoden des *learning by doing* zum Zuge (Kompetenz- und Performanzentfaltung). Ist der Klient aber allgemein mit der Haushaltsführung überfordert und kann die Begleitperson in der begrenzten Zeit die notwendige *tatkräftige* Unterstützung nicht bieten, kann die *Organisation zusätzlicher Hilfen* (Putz- oder Haushaltshilfe) eine mögliche Problemlösung darstellen. Die Interventionen sind also primär performanzorientiert, auf "Stimulation" (Angebote machen, Erleben anregen) und "facilitating" (Erfahrungen fördern und erleichtern) ausgerichtet und dienen der "gezielten Verselbständigung" (*Petzold* 1980g, 281f). Kann ein solches Ziel nicht erreicht werden, werden ergänzende oder stellvertretende Hilfen beigezogen. (Diese Differenzierung kann auch auf eine übergeordnete Ebene bezogen werden: Die meisten unserer Klienten wünschen unsere Dienstleistung, um mit dieser Hilfe die Anforderungen bewältigen zu können (Daseinsbewältigung im Sinne von *Erhaltung*). Manche sind auf gezielte *Verselbständigung* aus und möchten Kompetenzen und Performanzen entwickeln, um später *ohne* Begleitung selbständig wohnen zu können (*Entwicklung*). Manche müssen wiederum erkennen, dass *Erhaltung* (oder die Verhinderung von Abbau oder Störungen: *Prophylaxe*) oder eine gewünschte *Entwicklung* nicht möglich ist.
- Im Bereich *Post, Administration und Finanzen* werden kognitive Kompetenzen und Performanzen und *Kulturtechniken* Lesen, Schreiben und Rechnen (*konservativ, stabilisierend*) praktiziert oder, durch entsprechende Gestaltung von Lernsituationen – (*evolutiv*) geübt und trainiert, gefördert, entfaltet, weiterentwickelt.
- Probleme und Konflikte mit Personen aus dem Umfeld (Angehörige, Nachbarn, Freunde, Partner, Arbeitskollegen) können mit unterschiedlichen Methoden angegangen werden: Gegebenheiten werden in *narrativer Praxis* nacherzählt und in Ko-responsenzprozessen mit der Begleitperson einem erweiterten oder vertieften Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, erklären und Verändern zugänglich (Mögliche Interventionen: Aufmerksam machen auf Wahrnehmung – Wahrnehmungsverarbeitung – Reaktion, Fokussieren, Bewusstheit / awareness anregen, Arbeit an sprachlichen Äußerungen, Dialoge, Rollenspiele, Imagination etc). Konflikte und Probleme können aber auch direkt mit den Beteiligten angegangen werden, etwa in Form einer Einladung zu einem gemeinsamen Gespräch (*Netzwerkintervention*).
- Bevorstehende schwierige Gespräche (etwa mit Vorgesetzten am Arbeitsplatz) können mit Rollenspielen (Selbstbehauptungs- und Kommunikationstraining), Vorstellungs- und Transferübungen vorbereitet werden. Oder die Begleitperson begleitet den Klienten zum Gespräch und übernimmt dort unterstützende, vermittelnde, *dolmetschende* Funktionen.
- Die Begleitperson sucht gemeinsam mit dem Klienten die reale (Lern- und Handlungs-) Situation auf: Bank, Geschäft, Behörde, Arzt etc. (*Lernen in vivo, in situ*)
- Im Freizeitbereich wird aktive Freizeitgestaltung und Inanspruchnahme von Angeboten unterstützt und gefördert (Sport, Hobbys; *making friends*); die Begleitperson unterstützt das Bemühen um einen bewegungsaktiven und gesundheitsfördernden Lebensstil (Ernährung, Bewegung).

*Grob- und Feinziele*, die Inhalte der Begleitung und die Art der Hilfe werden, wie bereits beschrieben, jeweils spezifisch und individuell erarbeitet. Da keine Begleitung der anderen gleicht, müssen wir jeweils die Möglichkeiten unseres Instrumentariums kombinieren, "um in elastischer Anpassung an die Wünsche und Erfordernisse des Klienten und seiner Lebenssituation Ziele zu erreichen und Inhalte zu vermitteln" (*Petzold* 2003a, 507). Dabei gilt auch für uns – die Position der Integrativen Therapie sei unterstrichen – dass *die Ziele die Methode bestimmen* (und nicht umgekehrt) und *der Prozess die Techniken und Interventionen bestimmt*.<sup>30</sup>

Unser Instrumentarium an Methoden, Vorgehensstrategien und Interventionsmöglichkeiten setzt sich zusammen

- aus im *Leitbild* verankerten Zielen, Grundhaltungen und Arbeitsweisen wie Gleichstellung und Selbstbestimmung, Ressourcenorientierung, Einzelfallhilfe und sozialpolitische Aktivitäten (individuelle und gesellschaftliche Perspektive) etc.,
- aus *konzeptionell* verankerten Leitlinien und Vorgehensweisen: hier sind allgemeine Grundlagen und übergeordnete Handlungsprinzipien formuliert (Freiwilligkeit, Partnerschaftlichkeit; berufsethische und professionelle Beziehungsgestaltung im Sinne der Reflexion von Macht und Verantwortung; Zurückhaltung im Sinne des Respekts vor der *Andersheit des Anderen* und seiner Ansichten, Werte und Einstellungen) sowie methodischen Vorgehensweisen (das Setting

betreffend, aber auch Methoden im Rahmen der Einzelfallhilfe / *personenzentrierte Ansätze*; ferner interdisziplinäre und netzwerkorientierte Methoden und Interventionen / *systemische und sozialpädagogische Ansätze*; behinderungsspezifische Methodiken wie z.B. Lebensunmittelbarkeit, Lernen *in vivo*, Lernen am Modell, Lernen durch Handeln, praktisches Üben und Wiederholen, Individualisierung und Differenzierung, Lernen Schritt für Schritt / sonder-, heilpädagogische Ansätze, etc.).

Es wird weiter bereichert

- durch die individuellen professionellen Kenntnissen und Erfahrungen der Mitarbeiter,
- durch Erkenntnisse aus intervisorischen und supervisorischen Prozessen,
- durch spezifische Weiterbildungen, etwa zu beratungs-, case management-, ressourcen- (Petzold 1997p), empowerment- (Herringer 2002), lösungs-, humor- (!), netzwerk- oder systemisch orientierten Ansätzen der Sozialarbeit, Sozialpädagogik und *Soziotherapie* (der Verfasser), die wir im Sinne von "joint competence" und "exchange learning / exchange helping" (Petzold 2003a, 512f) zusammentragen, reflektieren und in unser Repertoire aufnehmen.

Als "praktizierte Theorie und theoriestiftende Praxis" (ibid. 777) bilden die verschiedenen methodischen und interventiven Ansätze zentrale Elemente kontinuierlicher Praxeologie und Konzeptarbeit (in *Theorie-Praxis-Zyklen*; ibid. 499) zur Erarbeitung konsistenter und aufeinander abgestimmter Strategien für *Begleitung*, denn "die Schaffung von praxistauglichen Modellen und Konzepten ist Voraussetzung dafür, blosse 'Gefühlsarbeit' oder 'Zufallspädagogik' zu vermeiden." (Weber 2003, 14)

Abschliessend möchte ich zu den in Kap. 3.3.2 vorgestellten *Modellen und Konzepten der Integrativen Therapie* noch einige praxeologische Überlegungen anstellen:

### **Wege der Heilung und Förderung**

Unser Hilfs-, Interventions- und Methodenspektrum umfasst (in Analogie zu meiner *'Integrativen Definition von Begleitung'*, Kap. 5.5) beratende, agogische und coachende Dimensionen, ergänzt durch behinderungsspezifische (Lern- und Arbeits-) *Methoden*. Sie werden durch direkte (konkrete und tatkräftige) oder indirekte (Anleitung, Moderation) Hilfeleistung und Intervention unterstützt. Alltagspraktische Hilfen und Empowerment kennzeichnen den *4. Weg der Heilung und Förderung*, der Selbstbestimmtheit und persönliche Souveränität fördert – ein Hauptanliegen unserer Arbeit. Ebenso bedeutsam ist der *3. Weg* der ressourcenorientierten Erlebnisaktivierung durch Erweiterung von Handlungs- und Erfahrungsspielräumen. Einsichtsgewinnung in *schwer zu Verstehendes*, Nicht- oder Noch-nicht-Verstandenes kann im Beschreiten des *1. Weges* erreicht werden, allerdings auf einem begrenzten Niveau und abhängig von behinderungsbedingten Beeinträchtigungen der Wahrnehmungs- und Sinnerfassungskapazität. Tiefgreifende problematische Störungen und Konflikte können im Rahmen von Begleitung nicht oder nur ansatzweise angegangen bzw. *behandelt* werden; ebenso kann der regressionsorientierte *2. Weg der Heilung und Förderung* nicht im Sinne von Neu- oder Nachbeelterung beschritten werden. Allerdings kann die Begleitperson als Katalysator für Sozialisations- und Entwicklungsprozesse wirken und positive, benigne, salutogene Beziehungs- und Modellerfahrungen bereitstellen.

### **Stilelemente und Vorgehensweisen**

Mit solchen Interventionen, die die Wahrnehmung betreffen (behinderungsbedingt und / oder individuell beeinträchtigte), praktizieren wir mit den Worten der Integrativen Therapie (Kap. 3.3.2) eine *perzeptiv-leiborientierte* Vorgehensweise; bei den vielfältigen Erzählungen von Alltags- und Lebensgeschichten in der Begleitung arbeiten wir *narrativ-beziehungsorientiert*; ferner kann durch die *verbal-einsichtsorientierte* Vorgehensweise – mit oben genannten Einschränkungen – Einsicht in problematische Erlebens- und Verhaltensmuster gewonnen werden. Hierzu gehört übrigens auch – als permanentes *Meta-Thema* – die persönliche und gemeinschaftliche Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung.

### **Stile**

So unterschiedlich die Situationen und Gegebenheiten in den Begleitungen, so vielfältig können die Stile der Begleitperson sein. Grundsätzlich ist ein *supportiver, zugewandter, non-direktiver Stil* der

*selektiven Offenheit und des partiellen Engagements* angezeigt. Direktive, konfrontierende und aufdeckende Interventionen sind dort notwendig, wenn Grenzen missachtet werden, insbesondere bezüglich des Arbeitsbündnisses, etwa Nichteinhaltung von Absprachen, mangelnde Kooperation oder Verlässlichkeit, absichtliche Täuschung, Falsch- oder Nicht-Information der Begleitperson, in Extremfällen auch Verletzung der Würde und Integrität der Begleitperson. Aber auch das Aufzeigen von möglichen negativen Konsequenzen, etwa bei übermässigen Geldausgaben, bei Vernachlässigung der Wohnung, bei riskanten oder selbstgefährdenden Verhaltensweisen usw. erfordern ein eher direktiv-konfrontativ geprägtes Vorgehen.

### **Modalitäten**

In unserer Arbeit steht die *erlebnisorientiert-stimulierende* Modalität im Vordergrund. *Übungs-zentriert-funktionale* Elemente finden sich im Rahmen kognitiver Trainings (z.B. Lese- und Schreib-techniken), sofern sie in der Begleitung geleistet werden können. Die *netzwerk- und lebenslageorientierte* Modalität kommt in verschiedenen bereits beschriebenen Situationen zum Tragen (wo der Einbezug des sozialen / professionellen Umfeldes gewünscht oder indiziert ist, oder wo unsere Interventionen in das Netzwerk hinein wirken); ebenso die *konfliktzentriert-aufdeckende* Modalität bei problematischen Situationen oder Verhaltensweisen, nicht jedoch im Sinne der Bearbeitung problematischer biographischer Ereignisse oder Ereignisketten.

### **Medien**

Beziehung, Sprache und Handlung sind die bedeutsamsten Medien (d.h. Träger von Informationen und Gegenstand der Aktion) unserer Arbeit.

Zur Unterstützung der Klienten (zur Kompensation von beeinträchtigten kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten) haben wir eine Reihe von Hilfsmitteln entwickelt. Es handelt sich vorwiegend um *visualisierende* Medien (Gedächtnisstützen und Anschauungsmaterialien), z.B. Checklisten für den Bereich *Finanzen und Administration*, ein Budgetblatt, eine Übersicht über getätigte Zahlungen, Rück-erstattungen und Geldbezüge; ferner Umzug-Checklisten, Einkaufs-, Putz-, Tages- und Wochen-pläne, Packlisten für Ferien in Schrift- und Bilderform; ein *Notfallblatt* mit allen wichtigen Telefon-nummern und Vorgehensweisen bei Unfall, Belästigung, persönlicher Krise, Notsituationen oder technischen Defekten in der Wohnung, Diebstahl, Kartenverlust, etc.

Mit  *kreativen Medien* arbeiten wir beispielsweise dann, wenn wir Klienten ermutigen, Tagebuch zu schreiben; oder auch, wenn wir sie darin unterstützen, eine Beziehungs- oder Konfliktklärung in Form eines Briefes statt eines Gespräches anzugehen, wenn *schreiben* leichter fällt als *sprechen*.

### **Coping und Creating**

Unsere Dienstleistung ist eine Hilfe zur Daseinsbewältigung, genauer: eine Hilfeleistung für Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung zur Bewältigung der Anforderungen einer selbständigen Wohnform. Ein permanenter Prozess von Coping und Creating also, bei der die Bewältigung von *Problemen* (als Herausforderungen oder Schwierigkeiten; *Petzold* 1998h) nicht nur die einzelnen und seriellen *Situationen des Alltags* (Mikroperspektive), sondern auch die Gesamtheit der Anforderungen in der eigenen Wohnung als *Lebensraum / Umwelt und Lebenswelt* (Mesoperspektive) bis hin zur Bewältigung und Gestaltung der "Lebenslage", der "Lebensverhältnisse in ihrer Gesamtheit bzw. Interdependenz" (*Petzold* 2005, 50) unserer Klienten umfasst (Makroperspektive).

Die Vielfalt der Situationen und individuellen Anforderungen erfordert ein beständig flexibles, kreatives und erfindungsreiches Vorgehen in der Praxis. Aufgabe von Begleitung ist es, situationsabhängig und ko-respondierend auszuhandeln, welche Stile und Strategien der Coping und Creating (Kap. 3.3.2) funktional und angemessen sind oder nicht, mit welcher Methodik die verschiedenen Strategien geübt oder bearbeitet werden können. Allgemeines Ziel ist es – die jeweils gegebenen Beeinträchtigungen, Potentiale und Ressourcen mit einbeziehend – Kompetenzen und Performanzen in Coping und Creating (im Sinne eines breiten und flexiblen Repertoires von zur Verfügung stehenden Stilen und Strategien sowie deren Erprobung und Anwendung) zu fördern und zu erweitern.

Über die Entwicklung und Bereitstellung kompensatorischer und substitutiver Hilfen und Strategien zur Bewältigung behinderungsbedingter Schwierigkeiten hinaus legen wir – im Sinne einer selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung, der Förderung *persönlicher Souveränität* – besonderen Wert auf Aufbau und Förderung gestaltender Elemente (Creating), insbesondere *Creative Change / Cooperation* (die Inanspruchnahme unserer Dienstleistung kann bereits als Akt von

*Creative Cooperation*, als Möglichkeit ko-kreativer Aktivität und Gestaltung bezeichnet werden), *Experimentation* im Sinne der Erlebnisaktivierung sowie *making friends* (Netzwerkperspektive). Zur Förderung von Gruppenaktivitäten, von Kontakt und Austausch der Klienten untereinander laden wir in grösseren Abständen zu einem *Apéro* ein, wo wir z.B. eine Plattform zur gemeinsamen Freizeitgestaltung initiiert und moderiert haben. Auf institutioneller Ebene sind zudem Bestrebungen im Gang, die Realisierung eines vielfach geäusserten Wunsches unserer Klienten zu prüfen, nämlich als Ergänzung zur *vereinzelten* Wohnform und zum *dyadischen* Begleitsetting eine neue Wohnform zu kreieren (eine Art *Hausgemeinschaft*: selbständige Einzelwohnungen in einem Haus mit Unterstützungs- und Kontaktmöglichkeiten der Bewohner untereinander sowie begleiteten Gruppen- oder Gemeinschaftsaktivitäten). Hier könnten die Möglichkeiten der *Creative Cooperation* eine neue Dimension gewinnen (vgl. Anm. 39).

## 5.8 Risiken und Nebenwirkungen

An verschiedenen Stellen dieser Arbeit habe ich Problembereiche in unserer Praxis aufgezeigt, und weitere werden folgen. Auf eine Zusammenstellung dieser Aspekte möchte ich an dieser Stelle verzichten. Statt dessen will ich auf die von *Petzold* formulierten Thesen zum Umgang mit "Verletzungen und Vulnerabilität" (2003a, 943f) in der psychosozialen Beratungsarbeit eingehen, die viele der von mir genannten Aspekte zentral zusammenfassen, die ich aufgrund meiner (unserer) Erfahrungen bestätigen und auch fast deckungsgleich auf unsere Praxis übertragen kann:

- Menschen mit geistiger Behinderung, die Begleitung in Anspruch nehmen (wollen und müssen), befinden sich meist in einer Situation besonderer Vulnerabilität. Der Wechsel in eine eigene Wohnung (und damit verbunden die Veränderung der Lebensumstände) kann dabei eine spezielle *vulnerable* Herausforderung darstellen.
- Dass Menschen mit einer Behinderung professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (wollen und müssen), kann eine zusätzliche Kränkung des häufig bereits beeinträchtigten Selbstwertgefühls darstellen: "Es ist keine angenehme Situation, seine Schwächen (*seine geistige Behinderung, R.M.*), seine Ohnmacht, sein Unvermögen einer 'wildfremden Person' gegenüber zeigen zu müssen." (ibid.)
- Es treffen stets mehrere Bezugssysteme aufeinander (das des Klienten und die seines sozialen Kontextes: Angehörige, Freunde, Nachbarn; der Begleitperson, der Institution), die nicht immer leicht synchronisierbar sind und potentiell zu Abstimmungs- und Vermittlungsschwierigkeiten führen können; insbesondere bei unterschiedlichen Motivations-, Auftrags- und Interessenlagen.
- Unterschiedliche Werte und Normen, Menschen- und Weltbilder (*social worlds*) können zu Konflikten und / oder Verletzungen führen, die den Hilfesuchenden wie auch sein soziales Netzwerk betreffen; insbesondere bei stark *divergierenden social worlds*, oder bei – im Prozess einer *Entwicklung / Emanzipation* – sich verändernden Werten und Normen. Häufig reagieren Angehörige bei zunehmender Selbstsicherheit der Klienten mit Irritation, Widerstand oder Ablehnung.
- Verletzungen (oder andere problematische zwischenmenschliche Phänomene) in der Praxis von Begleitung können sich als Reinszenierungen alter, ungelöster Situationen erweisen. "Eine äusserst sorgfältige Beobachtung, supervisorische Kontrolle und Handhabung von Übertragungsphänomenen sind deshalb unerlässlich." (ibid.; vgl. Kap. 5.4)
- Verletzungen entstehen oft, wenn "Widerstand und Abwehrphänomene nicht erkannt und übergangen oder inadäquat gehandhabt werden"; wenn diese Phänomene therapeutischer Bearbeitung bedürfen, was Begleitung nicht bieten kann (vgl. Kap. 5.4); oder auch, "wenn die Indikationsfrage nicht geklärt wurde" (ibid.). Deshalb ist differential- und prozessdiagnostische Sorgfalt erforderlich.
- "Verletzungen in der Beratungsarbeit sind nicht vermeidbar, weil es immer wieder Situationen gibt, an denen Berater und Klienten scheitern. Hier gilt es zu versuchen, Schaden zu begrenzen." (ibid.)
- Hinter den aktuellen Problemen stehen oft multiple Ursachen, die auf gesellschaftliche Benachteiligung verweisen (z.B. *Integration versus Ausgrenzung*). Werden solche *Ursachen hinter den Ursachen* ausgeblendet, würden auch wir Gefahr laufen, zu einer Anpassungs- und Disziplinierungsapparatur zu verkommen, die den Klienten "vordergründige Adaptierungsleistungen" und "gesellschaftlich akzeptierte Verhaltensformen" (ibid.) abverlangt (etwa im Sinne falsch verstandener *Normalisierung*). Dahinter stehen wiederum historische und gesellschaftliche Fragen nach Funktion, Zielsetzung und Positionen sozialer Arbeit (*Diskursanalyse, Dekonstruktion*), z.B. "zwischen Widerstand und Anpassung" (*Sutter 2005*)

Gefordert ist deshalb auch politisches Bewusstsein, kritische Reflexion des Settings, der Institution und des gesellschaftlichen Auftrags – als permanente Aufgabe der *professionals* in der Arbeit mit den Klienten: "Sie müssen eine 'engagierte Parteilichkeit' für die Betroffenen aus Mitbetroffenheit über deren Schicksal entwickeln und zu Formen persönlicher und professioneller Solidarität finden". (ibid.)

## 5.9 Erfolge

### Erfolge aus sozialpolitischer und institutioneller Sicht

Die Dienstleistung AmBeWo hat sich in den mehr als zehn Jahren ihres Bestehens als anerkannte und wertgeschätzte professionelle Dienstleistung etabliert. Als Institution ambulanter Hilfeleistung sind wir inzwischen in den *Kantonalen Leitlinien zur Behindertenhilfe* der Kantone Baselland und Basel-Stadt fest verankert. Ein allgemeiner Erfolg liegt in der Erreichung unserer übergeordneten Zielsetzung, dass Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung eine selbständige Wohnform wählen können und dass eine professionelle ambulante Wohnbegleitung das Leben in einer eigenen Wohnung ermöglicht und unterstützt.

Seit dem Start im November 1994 haben mehr als 100 Personen unsere Dienstleistung über kürzere oder längere Zeit in Anspruch genommen – der weitaus grösste Teil (über 80%) konnte und kann dank Wohnbegleitung das Leben in der eigenen Wohnung bewältigen. Dabei sind wir (nur) Teil eines meist komplexen und interdisziplinären Hilfenetzes, neben Sozialarbeit, (Psycho-) Therapie, Haushaltshilfe und Pflege, Beistand oder Vormund etc.

Manche unserer Klienten (etwa 10%) können einen Schritt zu grösserer Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Hilfen vollziehen; sie brauchen und wünschen unsere Dienste nach einer gewissen Zeit nicht mehr und leben ohne bzw. mit punktueller Unterstützung durch Andere weiterhin selbständig.

Einigen Klienten (ca. 5%) gelingt die Bewältigung der Anforderungen nicht, sie vollziehen einen Wechsel in ein stationäres Angebot (Wohngruppen, Wohngemeinschaften). Einem solchen Wechsel gehen in der Regel intensive Gespräche und Entscheidungsfindungsprozesse mit allen Beteiligten voraus. Dabei können wir es als grossen Erfolg werten, wenn die betroffene Person Einsicht in die Notwendigkeit eines solchen Schrittes gewinnen kann. Es bleibt jedoch in der Verantwortung des Betroffenen (oder seines gesetzlichen Vertreters), sich für oder gegen eine andere Wohnform zu entscheiden.

Zu der hohen Erfolgsquote mag zum einen die Qualität und Professionalität unserer Dienstleistungserbringung beitragen (inklusive der gelingenden Organisation und Koordination weiterer Hilfen) – ein zentraler Faktor ist aber auch, dass unsere Klienten zumeist ein klares Ziel verfolgen (nämlich selbständig in der eigenen Wohnung zu leben), eine hohe Motivation und den ausgeprägten "Willen" (*Petzold, Sieper 2003a*) zu eigener *Anstrengung*, zur Annahme von Hilfe und Unterstützung, zu gemeinsamem Engagement und zu Ko-operation mitbringen.

### Erfolge auf individueller Ebene / aus Sicht der Klienten

Anlässlich des 10-jährigen Jubiläums unserer Dienstleistung haben wir unsere Klienten gebeten, persönliche Erfolge zum Thema *Wohnen und Wohnbegleitung* zu formulieren. Zahlreiche Klienten meldeten sich freiwillig für die Aufnahme von *Videospots*, die auf einer Jubiläumsveranstaltung gezeigt wurden. Eine Auswahl von Beiträgen sei hier stellvertretend wiedergegeben:

"Ich bin froh, dass ich mit Hilfe von AmBeWo meinen Weg machen kann in der eigenen Wohnung."

"Ich fühle mich gut und sicherer, weil ich fragen kann und Hilfe bekomme."

"Ich bin froh, dass ich Dinge jetzt selber machen kann oder Unterstützung dafür bekomme, zum Beispiel beim Ferien buchen, Rechnungen zahlen und Einkaufen."

"Ich weiss nun besser, was ich zu tun habe."

"Sie zeigen mir Sachen für den Alltag, die ich nicht so schnell wieder vergesse. Ich bekomme mehr Sicherheit und Orientierung. Früher hatte ich mehr Schwierigkeiten und Nervosität. Jetzt habe ich nicht mehr so viele Probleme, weil ich gezeigt bekommen habe, wie ich Dinge erledigen kann."

"Ich muss nicht mehr so oft zu meinen Eltern gehen und um Rat fragen. Früher war ich von ihnen abhängig. Ich habe mich gelöst von meinen Eltern."

"Was ich in den letzten fünf Jahren mit AmBeWo erreicht habe, hat mir wohl niemand zugetraut. Wenn ich mit meiner Mutter in Italien telefoniere, ist sie immer erstaunt und froh, wie gut es mir geht. Ich war früher immer zittrig und aufgereggt und konnte nie an einem Ort bleiben. Heute habe ich mich beruhigt. Hier habe ich meine Wohnung und mein Zuhause, hier habe ich meine Verantwortung."

"Wenn es AmBeWo nicht gäbe, könnte ich nicht in meiner Wohnung wohnen. Ich wäre in einem Heim."

## 6. Wirkfaktoren

Wirkfaktoren kommen im therapeutischen und agogischen Geschehen als feinkörnige Mikroheuristiken, als personen-, prozess- und problemabhängig, situations- und kontextabhängig eingesetzte und veränderungswirksame Faktoren zum Tragen (Kap. 3.3.2). In unserem Arbeitsfeld ist der Einsatz von Wirkfaktoren in besonderem Masse auch davon abhängig, ob ein bestimmter Inhalt oder Bereich – zu dem der jeweilige Wirkfaktor in enger Verbindung steht – in der Begleitung thematisiert und / oder problematisiert wird. Dies kann aus der *Situation* heraus geschehen, auf Wunsch und Initiative des *Klienten*, oder indem die *Begleitperson* ein Thema, ein Problem oder einen Handlungs- und Interventionsbedarf erkennt. Der Einsatz von Wirkfaktoren ist also an der *prozessualen Diagnostik* und an *Problemen, Ressourcen und Potentialen* orientiert. Wirkfaktoren werden nicht als "Manipulationsinstrumente" eingesetzt, "um etwas mit dem Patienten 'zu machen'" (*Petzold 2002b, 64*), sondern führen in der Praxis (und auch in unserer Praxis) zu interpersonellen Ko-respondenzprozessen bezüglich Interventionen, Strategien, etc. "Dabei macht sich der Patient 'selbst zum Projekt' und lernt mitzuteilen, was er braucht, um sein Selbst, seine Identität, seine Lebenslage zu 'modellieren'. Und der Therapeut macht transparent, was er anzubieten gedenkt, zur Verfügung hat und warum das seiner Meinung nach förderlich ist." (*ibid.*) Auch bei uns werden Interventionen zwischen Begleitperson und Klient gemeinsam ausgehandelt, um *informed consent* herzustellen und der Forderung nach *client dignity* gerecht zu werden.

Die folgenden Überlegungen zur Relevanz und Bedeutung der Wirkfaktoren beziehen sich sowohl auf meine persönlichen Praxiserfahrungen in der Begleitung von Menschen mit einer geistigen Behinderung als auch auf eine Vielzahl von *Erzählungen* und *Metaerzählungen* aus Begleitungen, auf Erkenntnisse aus intervisorischen und supervisorischen Prozessen, auf Fall-Coachings etc. über die Jahre hinweg. Sie sind nicht auf den spezifischen Begleitprozess *eines* Klienten in *einer* bestimmten Situation oder zu *einem* bestimmten Zeitpunkt zentriert.<sup>31</sup> Sie umfassen vielmehr den reichen Fundus *unseres* Praxiswissens aus Begleitungen und sollen in Form einer *Meta-Betrachtung*, d.h. einer persönlich reflektierten synoptischen Darstellung, Signifikanzen und Präferenzen im Einsatz der Wirkfaktoren aufzeigen.

Nachfolgend werden die Wirkfaktoren in der gleichen Reihenfolge aufgeführt, wie sie in der Literatur (z.B. *Petzold 2002b, 64*) genannt werden. In Kap. 6.2 erfolgt eine modifizierte Darstellung, gewichtet und kommentiert nach der herausgearbeiteten Relevanz für unser Arbeitsfeld.

### **6.1 Die 14 therapeutischen Wirkfaktoren in der Praxis von Begleitung: spezifische Relevanz und Bedeutung, Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes**

#### **1. Einführendes Verstehen (protektiv), Empathie (supportiv) EV**

Mitgefühl, Empathie, Takt und Wertschätzung sind auch in unserer Arbeit unverzichtbare Qualitäten, sind Gestaltungselemente für Vertrauen und Beziehung. Der Klient soll sich in seiner Lebenssituation, seinen Problemen, seinem Leiden verstanden fühlen, dass er sich von der Begleitperson "so gesehen fühlt, wie er ist" (*Petzold 2003a, 1037*). Das erleben "stimmiger Empathie" (*ibid.*) ist gerade für unsere Klienten eine wichtige und oft auch neue Erfahrung, da sie häufig wenig positive Sozialisationserfahrungen vorweisen können und sich auch in aktuellen Bezügen nur von wenigen Personen verstanden fühlen, von Angehörigen, Eltern, Kollegen, Personen am Arbeitsplatz. Bei persönlichen oder sozialen Problemlagen wirken empathische Aussagen der Begleitperson als "korrigierende emotionale Erfahrungen" (*ibid. 1012*). Wenn auch nicht in einem umfassenden Rahmen, da wir nicht psychotherapeutisch aktiv-tiefend oder regressionsorientiert arbeiten, sondern im Rahmen unserer Hilfeleistung partnerschaftliches Arbeiten an Problemlösungen praktizieren (was bei Regressionen nicht gewährleistet werden kann), so kann doch das Erleben eines anderen Modells des "Umgangs im zwischenmenschlichen Bereich" (*ibid.*) Kontrasteffekte und Korrekturen von Haltungen und Einstellungen bewirken und unseren Klienten Bestätigungs-, Bekräftigungs- und Verstehensprozesse ermöglichen.

Um *empathieren* zu können, ist es oft auch notwendig, dem Klienten gerade zu Beginn der Begleitung, in der *initialen Situation* jeder Begleitstunde, Hilfestellung zur *Reduzieren von Komplexität* zu geben. Damit ist gemeint: Wenn jemand z.B. eine Beratungssituation oder -institution aufsucht, ge-

winnt er auf dem Weg dorthin Abstand und Exzentrizität zu seiner unmittelbaren Alltags- und Lebenssituation. Wir hingegen suchen den Klienten in seiner Wohnung auf (Settingfaktor *Ort*), treffen ihn an seinem Lebensmittelpunkt an. Die vielfältigsten Eindrücke, die mehr oder weniger gut verarbeiteten Vorkommnisse und Erlebnisse seit dem letzten Besuch sind im *Hier-und-Jetzt* der beginnenden Begleitstunde latent oder manifest präsent. Das bedeutet, dass wir meist eine komplexe und dichte emotionale Atmosphäre antreffen. Der Klient befindet sich *mitten in den Geschehnissen*, ohne Distanznahme oder Exzentrizität, oft auf der Ebene der Affekte bis hin zur Involviertheit (vgl. Ebenen der Tiefung; *Petzold* 1988n, 104f). Die Frage "Wie geht es Dir, wie fühlst Du Dich?" kann eine wichtige emotionale Klärungshilfe geben: Sie fördert *awareness* und eigenleibliches Spüren, sie kann die Wahrnehmung und den Ausdruck emotionaler Befindlichkeiten anregen. Dieser Schritt ist oft wichtige *Vorarbeit* und Impuls für Prozesse von Selbstwahrnehmung und Selbstempathie, welche in Wechselwirkung zu Prozessen der Empathie durch die Begleitperson bzw. des Einfühlungsvermögens für andere Menschen stehen (*Mutualität*).

Besondere Bedeutung erhält dieser Wirkfaktor auch bei Klienten mit sehr eingeschränkten sprachlichen Fähigkeiten: Das *einfühlende* Verstehen der Begleitperson kann eingesetzt werden, um Defizite auf der sprachlichen Ebene zu kompensieren und eine primär emotional orientierte (nonverbale) Zuehens- und Verstehensweise für die jeweilige Situation bereitstellen.

Ein Klient empfängt mich in sehr aufgebrachter und verärgelter Stimmung. Er spricht in einem irritierenden und unverstündlich gereizten Tonfall mit mir. Durch Nachfragen stellt sich heraus, dass er in den letzten Tagen ein Erlebnis mit seiner Mutter hatte, das ihn sehr gekränkt und wütend gemacht hat. Als ich auf seine Schilderungen empathisch reagiere ("Da hast Du Dich sicher sehr gekränkt gefühlt, das kann ich mir vorstellen ..." – Er: "Ja, allerdings!") scheint er sich verstanden zu fühlen: seine Aufgebrachtheit und Involviertheit nimmt ab, sein Tonfall ändert sich, und nachdem wir besagte Szene noch einmal durchgesprochen und reflektiert haben, können wir uns anderen Tagesgeschäften zuwenden. Ein anderer Klient sitzt weinend am Küchentisch, da er soeben erfahren hat, dass sein Vater ins Krankenhaus eingeliefert werden musste. Er sagt zu mir: "Jetzt bin ich sehr aufgeregt und traurig und muss zwischendurch weinen – das verstehst Du doch, oder?" – Ich sage nur "Ja, das verstehe ich.", was sehr zu seiner Beruhigung beiträgt.

Weil Empathie als wechselseitiges Geschehen begriffen werden muss, kommt der *Selbstöffnung* der Begleitperson grosse Bedeutung zu, der Bereitschaft, sich vom Klienten empathieren zu lassen. Als *Modell* wollen wir fassbar, erlebbar und empathierbar sein. Die Gestaltung der Rolle als Begleitperson und eines Stils der *selektiven Offenheit* und des *partiellen Engagements* (*Petzold* 1980g) ist bisweilen anspruchsvoll. Wir nehmen in unseren Begleitungen über die Jahre hinweg unmittelbar an persönlichen, bisweilen *intimen* Themen, Fragen und Problemen unserer Klienten teil – und entsprechend gross kann das Interesse, die Neugier oder die Erwartung des Klienten sein, dass die Begleitperson in gleichem Masse persönliche Seiten oder Situationen offenlegt. Hier müssen wir beständig das Prinzip des "Aushandelns von Grenzen" (*ibid.*) beachten, um einerseits als Mitmensch spürbar zu sein und uns situationsadäquat zu öffnen, um andererseits die Professionalität zu wahren, damit die Begleitung und Beziehung nicht den Charakter einer allzu persönlichen Angelegenheit bzw. einer *Privatsache in der eigenen Wohnung* annimmt. Deshalb ist sorgfältiger Umgang mit sehr persönlichen Aussagen gegeben; die "Verwendung von Beispielen" (*Rahm et al.* 1993, 402) kann hier als Intervention verwendet werden, um persönliche und thematische Nähe regulieren zu können.

## 2. Emotionale Annahme (protektiv) und Stütze (supportiv) ES

Dieser Wirkfaktor ist mit dem erstgenannten Faktor der Empathie unlösbar verbunden. *Emotionale Annahme und Stütze* beinhaltet "Akzeptanz, Entlastung, Trost, Ermutigung, positive Zuwendung" (*Petzold* 2003a, 1038) und insbesondere die *Förderung positiver selbstreferentieller Gefühle* wie Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen (*ibid.* 630ff) zur *Reduktion negativer selbstreferentieller Gefühle* (Minderwertigkeit, Schuld, erlernte Hilflosigkeit, Scham etc.).

Die *alltäglichen* kleinen und grossen Erfolge und Misserfolge unserer Klienten sind Hauptinhalte der Begleitungen. Entsprechend häufig wird dieser Wirkfaktor in seiner impliziten Grundhaltung *Akzeptanz* und seinen Ausformungen *Entlastung und Trost, Ermutigung und positive Zuwendung* im Rahmen unserer Möglichkeiten eingesetzt.

"Bei Dir kann ich lachen, bei Dir kann ich weinen, ich kann mich öffnen – das tut mir so gut, das kann ich nicht bei jedem."

Ein weiterer Schwerpunkt in der Begleitung von Menschen mit leichter geistiger Behinderung liegt auf der Entfaltung und Förderung positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, durch entsprechende Interventionen und Strategien, durch Lern- und Bewältigungserfolge, durch *Erlebnisse vitaler Evidenz*, durch Empowerment, Förderung persönlicher Souveränität – in Kombination also mit anderen Wirkfaktoren.

Die sich manifestierenden Gefühlsqualitäten, -intensitäten und -eigenschaften können in der Praxis von Begleitung auch problematisch werden. Besonders hervorheben möchte ich folgende Beispiele:

- Schwierigkeiten in der Praxis können sich bei *dysfunktionalen* Emotionen oder emotionalen Stilen ergeben, wenn etwa Narrative die Grundstimmung oder das Lebensgefühl des Klienten nachhaltig negativ prägen ("Mich mag sowieso keiner, weil ich behindert bin", oder: "Nur weil ich behindert bin, werde ich dauernd ungerecht behandelt oder benachteiligt"). Hier liegen Unschärfen und Wahrnehmungsausblendungen vor. Wir sind aufgefordert, eine angemessene *Antwort* zu finden, können Frustration oder Enttäuschung aber nicht vermeiden, wenn wir solche Gefühle nicht wie gewünscht stützen können oder wollen. Solche Situationen erfordern taktvolle Interventionen und erfordern unter Umständen supervisorische Hilfe. Hier wird zudem deutlich: wir können so, durch entsprechend reflektierte Interventionen, situations-, alltags- und verhaltensbezogenen Korrekturen oder Anstöße zu einer anderen Wahrnehmung (sowie deren Einschätzung und Bewertung) anbringen, - eine *Behandlung* etwa von dysfunktionalen Stilen (durch Umstimmung), von mangelndem Grundvertrauen (durch Neu-, Nachsozialisation im engeren Sinne), von defizitären oder beschädigten Persönlichkeitsstrukturen (Selbst, Selbstwertgefühl) ist im agogischen Rahmen unserer Arbeit nicht oder nur sehr beschränkt möglich.
- "Empathie vollzieht sich im Zusammenwirken von (...) Wahrnehmungsmaterial mit der mnestischen Resonanz aus vorgängigen Erfahrungen (persönlichen wie professionellen) sowie auf dieser Grundlage im persönlichen Engagement an der empathierten Person" (Petzold 2003a, 1038). Vorgängige Erfahrungen können Unschärfen, Ausblendungen oder Eintrübungen in der Wahrnehmung der Begleitperson bewirken, mit der möglichen Folge von "Fehlempathierung" (ibid.), von Reproduktion belastender oder verletzender Situationen, von Verwirrung und Verwicklung, von *nicht stimmiger* Stützung oder Intervention, die dem Klienten nicht zum Nutzen oder sogar zum Schaden reichen kann. In den Begleitungen sind wir mit einer Vielzahl von emotional hochbesetzten und existentiell bedeutsamen Themen befasst, welche in besonderer Weise *richtige* oder *stimmige* Empathie erfordern (Ablösungsproblematik, Beziehungsprobleme, schwere Krankheiten, Missbrauchs- oder Gewalterfahrungen, Sterben und Tod, etc.). Solche Themen können biographische Erfahrungen, Szenen und Atmosphären auch in der Begleitperson wachrufen. Somit besteht ein erhöhtes Risiko auch für z.B. maligne Rollenkonstellationen oder Übertragungen im Begleitgeschehen (Kap. 5.4). Hier stehen wir vor einer besonderen Herausforderung in menschlicher, professioneller und praxisethischer Hinsicht. Es gilt dann, mit Hilfe von Supervision die jeweils eigenen Anteile und Betroffenheiten anzuschauen und zu bearbeiten: "Das Überprüfen der 'emotionalen Resonanz', das Untersuchen empathischer Reaktionen auf projektive Elemente ist für das Gelingen einer von Eigenübertragung des Therapeuten nicht verzerrten therapeutischen Beziehung unverzichtbar..." (ibid.)

### **3. Hilfen bei der realitätsgerechten (supportiv, konfrontativ) praktischen Lebensbewältigung / Lebenshilfe LH**

Das "Erschliessen von Ressourcen, Rat und tätige Hilfe bei der Bewältigung von Lebensrealität, Problemen usw., praktische Lebenshilfe" (Petzold 2003a, 1039) ist *der zentrale Wirkfaktor* in unserer Arbeit; er ist Gründungsmotiv der Dienstleistung und omnipräsenter Bestandteil unserer Tätigkeit. Er ist *offensichtlichster* und konkret wahrnehmbarer *Output* von Wohnbegleitung, wie wir auch als eines der beiden Leitmotive formulieren: "Die Dienstleistung Ambulant Begleitetes Wohnen (AmBeWo) bietet kompetente Beratung und Unterstützung sowie direkte, konkrete und praktische Hilfe in allen Bereichen des selbständigen Wohnens" (Konzept AmBeWo).

Hiermit sind also primär Hilfen "im Raum der Lebensrealität" (Petzold 2003a, 1039) gemeint, die in erster Linie auf den *mikroökologischen Kontext* der Wohnung zentrieren: situations- und personenabhängig angebotene ergänzende, fördernde oder stellvertretende Interventionen, Hilfen und Stützmassnahmen, die es ermöglichen, die Anforderungen in den verschiedenen Bereichen des selbständigen Wohnens praktisch zu bewältigen (*coping*) und / oder zu gestalten (*creating*). Hierbei

ist eine enorme Spannweite der Hilfen gegeben: Von der Anleitung zur erfolgreichen Ausführung *relativ* einfacher alltagspraktischer Verrichtungen – wie z.B. eines Einkaufs, der Zubereitung einer Mahlzeit, das Putzen des Bodens oder der Fenster, die Betätigung einer Waschmaschine, über komplexere Situationen – wie z.B. der Vorbereitung einer Ferienreise oder der Anschaffung von Mobiliar, bis hin zu abstrakt-kognitiven Herausforderungen – wie z.B. der Erstellung eines Budgets, dem Ausfüllen einer Steuererklärung oder der Auswahl des günstigsten Telefon- oder Versicherungsangebotes.

Eine andere Perspektive führt sowohl räumlich als auch thematisch aus dem *Wohnraum* hinaus, etwa das gemeinsame Aufsuchen einer Bank oder Behörde, des Vorgesetzten oder Angehörige für ein klärendes Gespräch etc. Damit geschieht ein Übergang aus dem Wohnraum in den umfassenderen *Lebensraum*, in die Lebensrealität, in die "Lebenslage":

"Das sozialwissenschaftliche Konstrukt der Lebenslage versucht die materiellen und immateriellen Anliegen und Interessen eines Menschen zu erfassen und damit die Lebensverhältnisse in ihrer Gesamtheit bzw. Interdependenz zu sehen. Es fragt also nach äußeren Rahmenbedingungen und Anliegen der Betroffenen gleichermaßen und berücksichtigt explizit ihre wechselseitige Bedingtheit, bezieht also objektive gesellschaftliche Gegebenheiten wie deren subjektive Verarbeitung auf der Ebene der Befindlichkeit von Individuen mit ein." (Petzold 2002h)

Unsere Hilfen dienen eben nicht *nur* – wie manchmal irrtümlicherweise angenommen – der erfolgreichen Durchführung des Kochens, Waschens, Putzens. Sie sind vielmehr immer verbunden mit der Dimension der Persönlichkeitsentfaltung und –entwicklung (PI), der Lebensbewältigung und –gestaltung unserer Klienten *in Kontext und Kontinuum*. Sie sind auf eine *gute* Qualität von Lebensprozessen ausgerichtet mit dem Ziel, den Klienten zu befähigen, "kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten", "seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale ko-kreativ und konstruktiv zu entfalten und so ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden" (Petzold 2003a, 448) zu entwickeln – auf die Entwicklung, Förderung, Erhaltung von *Gesundheit* also. Daher umfasst dieser Wirkfaktor neben zahlreichen Interventionen in den Bereichen, wo das individuelle Moment mit dem des gemeinschaftlichen, des *sozialen Miteinanders* verschränkt ist (Beziehungen, Freunde, Angehörige, Nachbarn; Arbeit, Freizeit und Bildung) auch die Organisation zusätzlicher flankierender Massnahmen, die eine *multimodale* Begleitung und Unterstützung ermöglichen (z.B. psychotherapeutische, juristische, sozialarbeiterische Hilfen; Ernährungsberatung, Bewegungs- und Sportprogramme, zusätzliche Haushaltshilfe und dergleichen mehr).

Wenn wir einem Klienten Hilfe bei der praktischen Lebensbewältigung anbieten, ist dies eine von vielen Massnahmen im Rahmen eines umfassenden *Resourcings*, das unsere Arbeit kennzeichnet. Unter "Resourcing" versteht die Integrative Therapie "alle Vorgänge, die mit der Bestandsaufnahme, Beschaffung, kognitiven und emotionalen Bewertung, d.h. Kompetenz- bzw. Selbstwirksamkeitserwartung, Auswahl, Mobilisierung, Bereitstellung, Nutzungsabsicht und der optimalen strategischen, d.h. kontext- und zielangemessenen Nutzung von Ressourcen als fortlaufenden Prozess (*acting*) in einem System zu tun haben." (Petzold 1997p, 456)

"Ressourcen sind Mittel bzw. Hilfsmittel zur Erledigung oder Bewältigung von Anforderungen und Aufgaben. Sie werden in zielorientierten Handlungen eingesetzt." (ibid., 438)

"Ressourcen sind gute Quellen, aus denen die Kreativität schöpft, die einerseits Belastungen und Probleme abpuffern kann, zum anderen aber Grundlage für Potentiale (...) bietet. Ressourcen stehen der Person oder Personengruppen zur Lebensbewältigung wie auch zur ko-kreativen Lebensgestaltung zur Verfügung." (ibid. 441)

"Ressourcen dienen dem System dazu, auf wahrgenommene, kontextbedingte Probleme (Aufgaben, Anforderungen, Schwierigkeiten) adäquat und effektiv antworten zu können oder innere Bedürfnisse und Interessen (Motivationen) und daraus folgende Pläne, Entscheidungen, Willensentschlüsse (...) zu realisieren und zwar durch Bewältigungsverhalten (coping) und / oder schöpferische Gestaltung (creating)." (ibid. 448)

Wenn wir zu Beginn der Begleitung den *AmBeWo-Leitfaden* gemeinsam ausfüllen, stellt dies eine Bestandsaufnahme der aktuellen Probleme, Ressourcen und Potentiale dar. Die Aufgaben und Anforderungen im selbständigen Wohnen werden vom Klienten klassifiziert: "Das kann ich selber" (Anforderung / Aufgabe wird selbständig bewältigt bzw. Problem wird selbständig gelöst) oder "Hier brauche ich Deine Hilfe" (Begleitperson als Ressource) oder "Hier brauche / erhalte ich Hilfe von ..." (andere Person oder Einrichtung als Ressource). Die Art der Hilfe durch die Begleitperson kann z.B. *ergänzend* (Gebrauch der *Ressource Begleitperson* bei nicht lern- oder ausbildbaren Kompetenzen oder Performanzen, auf unbestimmte Dauer), *befähigend* ("Das möchte ich lernen": Entwicklung und Erschliessung von Potentialen, d.h. von Handlungsspielräumen, Wachstumsmöglichkeiten,

Chancen; siehe auch Wirkfaktor 8 LM) oder *stellvertretend* (z.B. mit Arbeitsstellen verkehren, ein Budget erstellen: auf diese besondere Situation werde ich unten noch eingehen).

Es wird deutlich, dass die Begleitperson hierbei in mehrfacher Funktion tätig ist: Zum einen stellt sie selbst eine Ressource dar, mit ihrer eigenen persönlichen und fachlichen Kompetenz und Performanz (Lebenserfahrung, Alltagswissen, fachlich-methodische Kompetenz) und der des gesamten Teams (*joined competence*) – zum anderen initiiert sie eben jene Prozesse des "Ressourcings", die es erlauben, die Beschaffung, Bereitstellung, Nutzung etc. von externen Ressourcen, d.h. "aller erdenklicher Mittel der Hilfe und Unterstützung" (ibid., 438), umfassend, fortlaufend und korrespondierend zu erarbeiten und zu reflektieren.<sup>32</sup>

Das *Ressourcing* als Bestandteil der Hilfeplanung ist eines der wichtigsten Instrumente der Wohnbegleitung. In den meisten Fällen können diese Prozesse gelingend gestaltet und der Wirkfaktor *Hilfe bei praktischer Lebensbewältigung* polyvalent und supportiv eingesetzt werden. Es sind unmittelbare, direkte und aktuell benötigte Hilfen *in situ*, oder auch Interventionen mit supportivem, anleitendem Charakter, die die eigenständige Weiterbearbeitung im Alltag erlauben (Petzold 2003a, 986).

In der Praxis können sich im idealtypischen Prozess "Situations-, Ereignis-, Problem- und Ressourcenwahrnehmung → Ressourcenklassifizierung, -bewertung, -einschätzung → Ressourcenbereitstellung und Ressourceneinsatz bzw. –nutzung" (das "Integrative Modell des Ressourcengebrauchs", ibid. 449) aber auch folgende Schwierigkeiten und Probleme ergeben:

→ So kann zum Beispiel bereits die Wahrnehmung von Situation, Ereignis und Problem divergieren: Hier können behinderungsbedingte Faktoren eine Rolle spielen (eingeschränkte perzeptive, memorative, reflexive, Fähigkeiten), die zu gestörten Wahrnehmungs/Verarbeitungs-/Handlungs-Zyklen führen. Problematisch kann dies z.B. im finanziellen Bereich sein, wenn das eigene Verhalten (Geldbezüge, Anschaffungen) nicht in Verbindung mit dem aktuellen Kontostand gebracht resp. nicht als *Ereigniskette* zusammengedacht werden kann. Es fehlt häufig auch die antizipatorische Fähigkeit der Vorstellung, dass bei unverändertem Verhalten Rechnungen nicht mehr bezahlt werden können und die sehr bedeutsame *Ressource Geld* u.U. bedrohlich (eine Frage von *Bewertung und Einschätzung*) schwindet. Hier ist für uns abzuwägen, wie lange wir ein solches Risiko (in diesem Falle der Verschuldung) *begleiten* oder wann wir intervenieren müssen (d.h. andere Hilfen / Ressourcen anregen oder bereitstellen müssen), um Schaden abzuwenden.

→ Es können aber auch persönlichkeitspezifische Variablen sein, z.B. fehlende oder schwach ausgeprägte Motivationen und Volitionen als mentale Ressourcen des Klienten, welche Handlungsprozesse begründen oder die Annahme von Hilfe erlauben (ibid. 457). Hier ist konfrontativ und, sofern möglich, mit der Förderung von Einsicht (EE) zu arbeiten.

→ Mit dem Begriff "realitätsgerechte praktische Lebensbewältigung" sind wir einmal mehr mit der Frage der *Beurteilung von Lebenssituationen* konfrontiert. Was ist realitätsgerecht? Wer definiert dies im normativen Sinne? Ist die subjektive Wahrnehmung des Klienten ausschlaggebend, die professionelle Meinung der Begleitperson; ist es der Vermieter, die Hausordnung oder die Angehörigen, die gelegentlich in der Wohnung vorbeischaun? Was salopp klingt, ist eine tagtägliche Herausforderung an unsere berufsethische Haltung und eine Frage, die wir immer wieder neu mit den Klienten aushandeln müssen. Es ist ein beständiges Wechselspiel zwischen der Eigenverantwortung des Klienten, der solidarischen *Risikobereitschaft* und der beruflichen Verantwortung der Begleitperson. Mit *Winnicott* ist eine *genügend gute* Lebensbewältigung im Sinne unserer Definition von *Wohnkompetenz* anzustreben, worunter wir laut Konzept die "erfolgreiche – selbständige oder begleitete – Bewältigung der Anforderungen in den verschiedenen Bereichen des Wohnens" verstehen.

Dieser Wirkfaktor kann von uns auch *protektiv* eingesetzt werden, wenn wir die individuelle *Eigenart* des Klienten in der Lebensbewältigung mit unterstützen und ihm beistehen, sich gegen intrusive *normative* Einflüsse und Kommentare aus dem Umfeld (Kontext / Netzwerk; divergierende *social worlds*) zu behaupten. Als *ultimative* Grenze (die jedoch auch konsensuell bestimmt werden muss) gelten indes zwei Kriterien: Wir sprechen dann nicht mehr von gelingender bzw. genügend guter und realitätsgerechter Lebensbewältigung, wenn a) eine ernsthafte Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt und / oder wenn b) dem Klienten die Wohnung gekündigt wird (z.B. aufgrund massiver Verstöße gegen die Hausordnung, bei grober Vernachlässigung der Mieterpflichten). Dies ist als

seltener *worst case* das Ende maligner Ereignisketten, wenn das *Ressourcing* nicht gelungen ist, wenn die Hilfen der Begleitperson und / oder anderer Hilfeagenturen nicht ausreichend sind oder nicht angenommen werden, wenn die Transaktionen zwischen dem *personalen System* des Klienten (mit seinen Persönlichkeitsdimensionen Selbst, Ich und Identität; mit seinen Volitionen und Motivationen; mit seinen Möglichkeiten und Grenzen von Lernen, Entwicklung, Veränderung, Integration) und der Umwelt über die Zeit misslingen: Die "Passung" (*Petzold* 1997p, 448ff) zwischen den Personen (Begleitperson, andere Hilfepersonen und Klient), Situationen und Ereignissen und den jeweils gegebenen Problemen, Ressourcen und Potentialen kann nicht erreicht werden, um die Anforderungen in Kontext und Kontinuum gelingend zu bewältigen oder zu gestalten.

→ Nicht immer werden alle Hilfen, die von uns gewünscht werden, bereitgestellt (mit anderen Worten: dieser Wirkfaktor kann auch absichtsvoll *nicht* oder *konfrontativ* eingesetzt werden): Situationspezifisch entscheiden wir auch, ein Hilfeersuchen zurückzuweisen, etwa wenn wir den Eindruck gewinnen, der Klient möchte *aus Bequemlichkeit* uns handeln lassen statt selbst aktiv zu werden, er möchte sich nicht *empowern (lassen)*, er möchte Verantwortlichkeit lieber abschieben als selbst übernehmen. Diese *skillful frustration* (*Perls*) geschieht jedoch transparent und ko-respondierend, fachlich-ethisch reflektiert als ein *Aushandeln von Grenzen*, welches der "gezielten Verselbständigung" (*Petzold* 1980g, 281f) und der Förderung von Einsicht (EE) und Eigenverantwortlichkeit (*Rahm* 1995, 259ff) des Klienten dienen soll.

→ Besondere Aufmerksamkeit ist bei allen *stellvertretenden* Hilfen notwendig. Zwar streben wir bei allen Hilfen, die wir an Stelle und im Auftrag des Klienten ausführen, *informed consent* an. Es gibt jedoch Situationen, die für manche Klienten aufgrund ihrer Behinderung zu komplex sind, wo kognitive Einschränkungen die Fähigkeit zu Exzentrizität, Abstraktion und Überschau stark reduzieren: Häufig wird z.B. als Hilfe im finanziellen Bereich gewünscht, dass die Begleitperson *stellvertretend* ein persönliches Budget erstellt – und damit auch die Höhe des zur Verfügung stehenden Taschengeldes oder den Spielraum für Anschaffungen definiert (der grosse unmittelbare Einfluss auf die Lebensrealität des Klienten wird deutlich). Hier muss der Klient freiwillig und willentlich, in *Treu und Glauben* der Hilfe, dem Rat und den Empfehlungen der Begleitperson folgen; diese muss ihr Handeln hinsichtlich *Risiken und Nebenwirkungen* sowie der Verteilung von *Macht und Verantwortung* in grösster Sorgfalt bedenken (ich habe dies als spezifiziertes "Handeln aus unterstellter Intersubjektivität" (*Petzold* 2003a, 802) in dem Sinne bezeichnet, als ein "Eintreten auf gleicher Ebene" bei einem solchem Geschäft nicht möglich ist und trotzdem gelingende intersubjektive Ko-respondenz, Konsens und Ko-operation angestrebt werden müssen).

#### 4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft EA

Dieser Wirkfaktor unterstützt und fördert das Zeigen von Gefühlen, das Sprechen über Gefühle und Willensregungen. Die "akzeptierende Präsenz" des Therapeuten soll "kathartische Entlastung" (*Petzold* 2003a, 1039) und den Ausdruck verbotener, unerwünschter oder *moralisch verwerflicher* Gefühle ermöglichen. Der Wirkfaktor findet sich besonders in erlebnisaktivierenden Verfahren. Er ist eng verbunden, jedoch zu unterscheiden vom Wirkfaktor der emotionalen Annahme und Stütze (ES). Die Wirkfaktoren EV, ES und EA stehen in engem Bezug zu „Repressionsmodell der Pathogenese“ (Kap. 3.2.3) und zur Integrativen Emotionstheorie (idem 2003a, 607ff). Sie haben ihre besondere Bedeutung dort, wo Therapie als emotionale Differenzierungsarbeit, zur Veränderung oder Behandlung dysfunktionaler emotionaler Stile und zur Beeinflussung von Grundstimmungen oder Überforderungsgefühlen wirksam werden soll.

Unsere Tätigkeit ist im allgemeinen nicht darauf ausgerichtet, die Veränderung dysfunktionaler emotionaler Stile bewirken zu wollen oder zu können. Unsere agogischen Zielsetzungen sind keine *analytisch-therapeutischen*, die Veränderungen in den emotionalen Grund- / Tiefenstrukturen der Persönlichkeit unserer Klienten anstreben. Dennoch wird der Wirkfaktor eingesetzt, um lern- und handlungsbezogene Veränderungen auf der Ebene sichtbaren Verhaltens herbeizuführen. Derartige Interventionen sind dann auf *facilitating* (emotionale Erfahrungen fördern und erleichtern) und moderat auf *Verstärkung* ausgerichtet. Denn häufig sind es im Umfeld eher *unerwünschte* oder das Umfeld *irritierende* Gefühle, die mit der zunehmenden Selbständigkeit, Emanzipation und persönlichen Souveränität unserer Klienten (PI) einher gehen und neue Gefühlsqualitäten hervorbringen. Plötzlich ärgert das Verhalten der Eltern, wird eine zunehmende Einschränkung durch Vormund oder Beistand empfunden, verlangen Gefühle von Kränkung oder Verletzung durch andere (Angehörige,

Chef, Kollegen) nach Ausdruck und Umgang, können neue und vielfältige Konfliktsituationen und –konstellationen (Petzold 2003b) entstehen.

Eine Klientin erlebt zunehmend, dass sie am Arbeitsplatz von ihrer Vorgesetzten benachteiligt wird, während eine Arbeitskollegin bei der Arbeitsplanung, bei der Aufgabenverteilung etc. klar bevorzugt wird. Gefühle von Kränkung, Ohnmacht und Wut bringen sie in Konflikte, da sie ihren Arbeitsplatz grundsätzlich sehr gerne hat, die Benachteiligung aber sehr intensiv empfindet. Bisherige Gesprächsversuche am Arbeitsplatz wurden verweigert, was sie zusätzlich verunsichert. Sie weiss nicht (und *traut* sich nicht), ob und wie sie diesen Gefühlen nun Ausdruck geben kann oder darf, zumal in ihrem familiären Kontext *negative heftige* Gefühle unerwünscht sind (Anfrage deshalb an die Begleitperson: "Sind diese Gefühle ok? Darf ich sie haben?" und: "Was mache ich nun damit? Wie kann und soll ich mich verhalten?"). Die Intervention der Begleitperson ("Erzähl mir davon") ermöglicht zunächst das Sprechen über ihre Gefühle und das Zeigen von Gefühlen. Der zweite wichtige Schritt ist die Verstärkung und Bekräftigung der Gefühle durch die Begleitperson, um die Selbstunsicherheitsgefühle zu minimieren (PI; "Ich würde mich an Deiner Stelle auch benachteiligt, gekränkt etc. fühlen" – *projektive persönliche Identifizierung*; Petzold 2003a, 803). Diese emotionale Bestätigung führt zum Wunsch nach einem klärenden Gespräch am Arbeitsplatz, an dem die Begleitperson auch teilnimmt. In diesem Gespräch ermöglicht sie der Klientin, mit der Vorgesetzten zu sprechen (und damit ihre Emotionen direkt und in *angemessener*, situationsadäquater Weise an die Vorgesetzte zu richten). Die Begleitperson unterstützt sie gleichzeitig als *engagiertes Hilfs-Ich* (SE) bei der emotionalen und persönlichen *Interessensvertretung*; eine positive Erfahrung für die Klientin, die deren emotionale Ausdrucksfähigkeit gefördert hat und Zutrauen für ähnliche oder zukünftige Situationen bildet.

Es begegnen uns jedoch auch Situationen von unangemessenen bzw. dysfunktionalen emotionalen Reaktionen, wie ich es in folgendem Beispiel erlebt habe:

Ein Klient ist hochgradig emotional erregt, als ich ihn zur Begleitstunde antreffe. Er poltert und schimpft heftig über seine Mutter, der er unterstellt, "seine Wohnung betreten zu haben, sich an seinen Sachen zu schaffen gemacht zu haben, in seiner persönlichen Schreibtischschublade und in seinen Unterlagen gewühlt zu haben" etc. (Mir ist bekannt, dass er seiner Mutter einen Schlüssel für die Wohnung ausgehändigt hat, dass sie häufig Essen vorbei bringt und seine Wäsche zum Waschen mitnimmt, auch wenn er nicht zu Hause ist.) Seine Gefühle zur Mutter sind höchst ambivalent, was bereits in vielen anderen Situationen zum Ausdruck kam und nun in obiger Situation eskaliert. Nach beruhigenden Interventionen bitte ich ihn (konfrontativ, *realitätsgerecht*), die Situation zu überprüfen ("Fehlt den etwas? Ist etwas verändert oder umgeräumt?" – "Nein") und weise ihn auch auf die Tatsache hin, dass er seiner Mutter freien Zugang zur Wohnung gewährt. Schliesslich betone ich, dass ich seine Emotionen (Beschimpfungen) nicht gut heissen kann, weil sich wohl niemand wünscht (weder er noch ich noch seine Mutter oder andere Menschen), aus nichtigem Anlass derart beschimpft zu werden. In Kombination mit dem Wirkfaktor *Einsicht* (EE) können wir eine situative Klärung erreichen, so dass er schliesslich die Verdächtigungen zurücknimmt und damit auch seine Emotionen *zügeln* bzw. korrigieren kann.

Hier wird deutlich, dass wir situationsspezifische Veränderungen bewirken können. In aller Regel müssen solche Prozesse jedoch mehrfach und immer wieder neu durchlaufen werden. Die nachhaltige Veränderung oder Verflüssigung eines "Narrativs" (Petzold 2003a, 434), welches einer dysfunktionalen emotionalen Reaktion zugrunde liegt (hier die ambivalente Beziehung zu seiner Mutter), liegt ansatzweise in unserem Möglichkeitsraum, darüber hinaus bedarf es psychotherapeutischer Bearbeitung. Gleiches ist zu sagen über stark wirksame *behinderungstypische* Narrative ("Weil ich behindert bin, werde ich ständig benachteiligt / schlecht behandelt", "Mir gelingt nie etwas" o.ä.), die eine negative Grundstimmung, ein negatives Lebensgefühl schaffen und aufrecht erhalten; und natürlich gelten diese Grenzen der Veränderung oder Einflussnahme im besonderen für dysfunktionale emotionale Stile mit klinischem Charakter wie z.B. im Zusammenhang mit Depressionen.

Dieser Wirkfaktor umfasst auch die *volitive* Dimension, die Förderung und Unterstützung von Willensentscheidungen ("Wille als Muster der Entscheidungsfindung und des Durchtragens von Entschlüssen", Petzold 2001i). Analog zur emotionalen Dimension sehe ich die Grenze unserer Möglichkeiten da, wo die umfassende Entwicklung adäquater Willensstile notwendig ist, wo die "Geschichte der eigenen Willensbildung" (ibid.) psychotherapeutisch bearbeitet werden muss. Aber auch hier können wir unsere Klienten bei der Ausbildung und Ausführung von Willensentscheidungen (mit geringerer oder grösserer Tragweite) unterstützen.

Der Klient arbeitet seit vielen Jahren in der Gartengruppe einer geschützten Werkstatt. Mehrfach erwähnt er in der Begleitung, dass ihn die Arbeit in der Betriebsküche auch interessieren würde (er hat mit der Zeit ein *Lerninteresse* und eine *Motivation* entwickelt). Dieser Prozess blieb jedoch auf der Stufe der "Motivation" stehen (als Auswahlprozess, "Zielintensivität"; Petzold 1997p, 457), ohne dass er zur "Volition" (als konkreter Entschluss, als Entscheidung, "Ausführungsintensivität"; ibid.) oder zur Handlung geworden wäre. Als der Klient mir diese Motivation einmal mehr mitteilt und zudem ein Mitarbeitergespräch an der Arbeitsstelle bevorsteht, greife ich das Thema auf und versuche, diesen volitiven Prozess zu fördern. Es stellt sich heraus, dass er tatsächlich "gerne mal in der Küche arbeiten würde", aber nicht weiss, wie sein Wunsch umzusetzen bzw. zu formulieren sei. Im Verlauf des Gesprächs kommt der Klient zur Entscheidung und zum "Entschluss", aus diesem Wunsch ein *Wollen* zu machen und dieses Anliegen am Mitarbeitergespräch anzubringen. In einem kleinen

Rollenspiel sammeln wir Argumente, die den Chef vielleicht überzeugen können. Ohne meine Gesprächsteilnahme gelingt es dem Klienten, eine dreiwöchige Schnupperzeit in der Küche absolvieren zu dürfen, die ihm sehr gut gefällt. Am Ende der Schnupperzeit entscheidet er sich dafür, weiter in der Gartengruppe arbeiten zu *wollen*, der Küche aber für gelegentliche Einsätze (bei Engpässen, Ferienvertretungen) gerne zur Verfügung zu stehen.

Es liessen sich noch zahlreiche Beispiele anführen, wo wir diesen Wirkfaktor zur *Förderung volitiver Entscheidungskraft* einsetzen, etwa um unsere Klienten im *Willen zur Selbstbestimmung* und im *Willen zur Übernahme von Eigenverantwortung* im Lebensvollzug, im Alltag und in den Lebensbereichen zu unterstützen. Dies führt in einzelnen Fällen sogar dazu, dass eine vormundschaftliche Massnahme (Verbeiständung, Entmündigung) aufgehoben werden kann, dass die betroffene Person auch im juristischen Sinne die *freie Willensäusserung* und die damit verbundene Entscheidungs- und Handlungsfreiheit wiedererlangen kann.

## **5. Förderung von Einsicht (supportiv, konfrontativ), Sinnerleben, Evidenz- erfahrungen EE**

Bei diesem Wirkfaktor geht es um die "Einsicht in Lebens- und Problemzusammenhänge bzw. Krankheitsbedingungen" (Petzold 2003a, 1040). Menschen sollen "Zusammenhänge und Hintergründe in möglichst umfassender Weise verstehen, Ursachen und Wirkungen zusammenbinden können, dass sie handlungsleitende Explikationsfolien für die Strukturierung ihres Alltags und ihres Lebensvollzugs erhalten" (ibid.). Die Integrative Therapie sieht hierbei nicht die rein rationale Einsicht, sondern die "Erfahrung vitaler Evidenz" – verstanden als das synergetische "Zusammenwirken von rationaler Einsicht, emotionaler Erfahrung, leibhaftigem Erleben in sozialer Bezogenheit" – als "Movens jeder Veränderung" (ibid. 694). Entwicklung und Veränderung gründet somit im zu fördernden "Sinnerleben", in wachsender "Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskapazität" (ibid. 1040).

Um diesen Wirkfaktor in seiner Relevanz in der Wohnbegleitung von Menschen mit einer geistigen Behinderung darzustellen, möchte ich eine pragmatische Unterteilung in verschiedene Situations- bzw. Problemgefüge vornehmen (welche eine Auswahl möglicher Fokussierungen in unserer Arbeit widerspiegelt):

→ Einsichtsförderung kann auf einer elementaren Ebene durch die *blosse* Bewältigung von problematischen alltagspraktischer Situationen geschehen, im Sinne einer erfolgreichen Bewältigung oder Gestaltung einer Herausforderung ("Ach so, wenn ich das und das mache, kommt dies oder jenes heraus" oder "Wenn ich mich so oder so verhalte, geschieht dies oder das"). Hier ist auf das *Dazulernen*, die Gewinnung von *Erkenntnis und Einsicht* in einfache Ursache-Wirkung-Zusammenhänge und das Verstehen derselben fokussiert. Bei vielen Klienten stellt dies den zentralen Bestandteil der Begleitung dar, im Rahmen der Kompetenz- und Performanzförderung, die neue konkrete Erfahrungen bereitstellt und in einer *Hermeneutik des Alltags* Erkenntnis- und Einsichtserfahrungen fordert, fördert und ermöglicht, noch jenseits *problematischer Konstellation* im engeren Sinne. Hier ist auch eine direkte Verbindung zum Wirkfaktor LM gegeben und es stehen supportive, evolutive Interventionen im Vordergrund.

→ Schwieriger erweist sich der Einsatz dieses Wirkfaktors bei problematischen und komplexen Situationen, die sowohl kognitiv anspruchsvoll als auch für das selbständige Wohnen von zentraler Bedeutung sind. Die Konfrontation mit hohen Geldausgaben ("Wenn Du weiterhin so viel Geld aus gibst, wirst Du in ein paar Monaten Deine Miete nicht mehr bezahlen können...") führt durch die geistige Behinderung (eingeschränkte kognitive Fähigkeiten bezüglich Geld- oder Mengenbegriff; eingeschränkte Fähigkeit zu Metareflexion und Antizipation) nicht zur *gewünschten* Einsicht oder Verhaltensänderung, ebenso kontraindiziert ist die Bemerkung "Dein Chef hat am letzten Gespräch gesagt, Du würdest zu häufig verspätet am Arbeitsplatz erscheinen, jetzt berichtest Du mir von erneuten Verspätungen – siehst Du nicht, dass das noch grössere Probleme bringen kann!?" Hier greifen wir eher auf supportive Interventionen zurück, die den Klienten im *Hier-und-Jetzt* unterstützen und die fehlenden Antizipationsfähigkeiten kompensieren (z.B. einen Ausgabenplan erarbeiten, häufigere Ausgabenkontrolle vereinbaren; die Einrichtung eines Weckdienstes anzuregen o.ä.). Bei dauerhaft fehlender Einsicht befinden wir uns auf der Gratwanderung, im Abwägen und Aushandeln

von Grenzen zwischen Selbst- und Fremdbestimmung, Eigenverantwortlichkeit des Klienten und *professionellem Eingriff zur Schadensverhütung* – wie lange sollen oder dürfen wir *zuschauen*, wie weit sollen oder dürfen wir den Klienten seine eigenen Erfahrungen machen lassen (was unter Umständen in Verschuldung oder – bei mangelnder Selbstsorge – in Gefährdung oder Verwahrlosung führen kann); sollen wir das Eintreffen unmittelbar und konkret spürbarer Konsequenzen durch unser *Nicht-Handeln* provozieren (Kontosperrung; Wohnungskündigung; 'Auffällig werden im Umfeld', etc)? Diese Fragen müssen sorgfältig personen- und situationsspezifisch und mit inter- oder supervisorischer Hilfe beantwortet werden. Zumal in den erwähnten Bereichen notwendigerweise Einsicht gewonnen werden *muss*, da es sich um Kernbereiche des selbständigen Wohnens handelt und bei ausbleibender Einsicht bzw. Verhaltensänderung die eigene Wohnung meist nicht *erhalten* werden kann.

→ Darüber hinaus begegnen uns in der Begleitung unserer Klienten viele *allgemein menschliche* Probleme und Problemzusammenhänge.

Eine Klientin konnte mit Hilfe der Begleitung Distanz zu einengenden und übergriffigen Familienangehörigen aufbauen, was sie früher sehr belastend erlebt hatte – zumal sich die Mutter als gesetzliche Vertretung (Vormund) hatte einsetzen lassen: "Früher musste ich immer zu meiner Familie gehen, ich war richtig abhängig von ihr. Ich musste immer fragen. Jetzt kann ich mit Hilfe meiner Begleitperson viele Dinge selber erledigen und organisieren."

Dieses Beispiel zeigt auf, dass hier durch gemeinsame Evidenz- und Sinnerfahrungen Ablösungs- und Emanzipationsprozesse gelungen sind: die Erfahrung, Dinge selbständig tun zu können, Anforderungen mit der *Alternative Begleitperson* besprechen und bewältigen zu können. Solche Erfolge können durch konkrete Hilfen und positive interpersonale Erfahrungen im Raum der Lebensrealität bewirkt werden.

→ Möglichkeiten, Grenzen und Erfolg des Einsatzes dieses Wirkfaktors hängen in besonderem Masse von den beteiligten Personen ab: Ob der Klient bereit und willens ist, Einsicht zu schaffen und mit der Begleitperson auf solche Prozesse ko-respondierend einzutreten, und ob die Begleitperson mit ihren professionellen Fähigkeiten und im Rahmen des Dienstleistungsangebotes Hilfen anbieten kann. Nicht zuletzt ist hierbei die Frage entscheidend, wie ausgeprägt ein Problem und seine Auswirkungen ist, d.h. ob es *Krankheitswert* besitzt (Kap. 3.2.3). Wenn wir als *externale Beobachter* "Abweichungen von stabilisierten Erscheinungsbildern gesunder (...) Lebensprozesse" (Petzold 2003a, 451) feststellen – unter Zuhilfenahme psychopathologischer Kenntnisse oder supervisorischer Hilfen – müssen wir Einsichtsförderung in das Vorliegen eines gesundheitlichen / psychischen Leidens anstreben.

So lehnt eine Klientin ("Ich gehe nicht zum Arzt, weil ich schon immer panische Angst vor Ärzten habe") kategorisch das Angebot ihrer Begleitperson ab, sie zur ärztlichen Sprechstunde zu begleiten. Ebenso wenig möchte die Klientin mit der Begleitperson über ihre Angst sprechen und "schon gar nicht" therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. Aus dem selben Grund nimmt sie Termine zur Untersuchung ihrer Zuckerkrankheit nicht wahr. Die Begleitperson lässt sich in diesem Fall von der Klientin schriftlich bestätigen, dass sie auf das Angebot zur Begleitung und auf die Risiken ihrer Handlungen hingewiesen hat.

Eine andere Klientin sagt am Ende eines einsichtsorientierten Gesprächs zum dramatischen Ende einer Liebesbeziehung: "Ja, ja, ich weiss: ich suche mir immer die gleichen Männer aus. Am Anfang sind sie nett zu mir, später kommen schlimme Sachen heraus. Sie sind böse zu mir und schlagen mich, und sie nutzen mich aus." Eine Einsicht, die jedoch noch nicht zu einer Veränderung des *Narrativs* geführt hat – die Klientin hat auch in der Folge Beziehungen nach dem gleichen Muster aufgenommen. Sie wollte nicht mehr darüber sprechen und auch nicht zur Frauen- / Opferberatungsstelle gehen, auf deren Angebot wir sie hingewiesen hatten.

Bei einem anderen Klienten mit *Messie-Syndrom* (einer neurotischen Sammelleidenschaft, hier mit Kleptomanie einhergehend) mussten wir die Begleitung abbrechen. Der Klient widersetzte sich vehement allen Interventionen zur Verbesserung des Zustandes seiner Wohnung, so dass die Begleitperson *vor Ort* keinen Erfolg bewirken konnte. Weder beim Klienten noch bei dessen Mutter, zu der er in konfluenter Beziehung stand, konnte Einsicht in das Vorliegen einer psychischen Störung bzw. Erkrankung erreicht werden, und auch nicht die Bereitschaft zur Inanspruchnahme ergänzenden psychiatrischer oder psychotherapeutischer Hilfen.

Als positives Beispiel kann folgende Fallvignette gelten, bei dem multimodales Vorgehen für eine umfassende Hilfeleistung praktiziert werden kann:

Der Klient hat sehr eingeschränkte Fähigkeiten in der Regulierung von Nähe und Distanz, in der Handhabung sozialer Komplexität. Dies zeigt sich unter anderem in inflationärem Verteilen von Geschenken am Arbeitsplatz, mit dem er auch einigen Menschen, die diese Annäherungen nicht wünschen, zu nahe tritt. Ausserdem ist sein Narrativ: "Alle Menschen

sind lieb." Das führt zu Konfliktsituationen: Kollege A hat sich in mehreren Situationen aggressiv und unkollegial verhalten. Im Gespräch mit Kollege B sagt der Klient dann: "Aber Kollege A ist doch auch ein netter, lieber Mensch" – worauf Kollege B ärgerlich auf Distanz geht, was den Klienten wieder zusätzlich irritiert.

Solche Situationen sind Gesprächsthemen in unseren Begleitstunden. Der Klient nimmt darüber hinaus therapeutische Hilfe (Einzel- und Gruppentherapie) in Anspruch. Die Schnittstellen sind geklärt, an regelmässigen gemeinsamen Standortgesprächen tauschen sich der Klient und die Helfer aus. Hier ergänzen sich agogische, beratende Gespräche (Reflexionen und Übungen zu Alltagssituationen), Einzeltherapie (Aufspüren lebensgeschichtlicher Zusammenhänge) und Gruppentherapie (Gestalten von Beziehungen, Regelung von Nähe und Distanz zu Gruppenmitgliedern).

→ Die Einsicht in die eigene Behinderung zählt zu den sehr sensiblen und vulnerablen Themen in unseren Begleitungen. Wie ich an anderer Stelle ausgeführt habe, ist das Feststellen der Zielgruppenzugehörigkeit beim Aufnahmeverfahren ein heikler und verletzlicher Akt. Auch die Bestimmung und Formulierung der notwendigen Hilfe ist (indirekter) Ausdruck der eigenen Behinderung. Aber auch in der täglichen Lebens- und Alltagsgestaltung, in Begebenheiten und Kontakten mit dem Umfeld, in den Zukunftsperspektiven und –wünschen begegnet uns dieses Thema, offen oder verdeckt. Manche unserer Klienten zeigen ein hohes Mass an *persönlicher Souveränität* (PI), gerade auch im Reden über und im Umgang mit der eigenen Behinderung, sind relativ *gut integrierte Persönlichkeiten*. Anderen Klienten macht die Tatsache der eigenen Behinderung mehr zu schaffen; sie möchten die Behinderung lieber 'weg haben' ("Ich will lieber nicht behindert sein"; "Ich möchte Kontakt / eine Beziehung zu Nicht-Behinderten haben"). Oder die eigene Behinderung wird ausgeblendet oder *dissoziiert*, tabuisiert, ignoriert oder bagatellisiert, was uns in der Praxis (z.B. auch in der Hilfeplanung) vor grosse Herausforderungen stellt.

Nun kann das Thema *Behinderung* in vielerlei Art und Weise prägnant werden und verlangt unterschiedliche Umgangs- und Interventionsweisen. Hierfür gibt es keine Patentrezepte. Es kann sich auch um diskriminierende Zuschreibungen oder Verhaltensweisen aus dem Umfeld handeln (wo solidarische, protektive, supportive Interventionen zur Abgrenzung und Selbstbehauptung angezeigt sind), oder um offensichtlich unrealistische Selbsteinschätzungen oder Zukunftshoffnungen der Klienten, z.B. zu Berufswahl, Führerschein, Häuserkauf o.ä. (wo taktvoll, sensibel, konfrontativ-korrigierend interveniert werden muss, um unrealistischen Vorstellungen nicht zu verstärken), oder auch um Tatsachen, die trotz ihres potentiell verletzenden Charakters *ausgehalten* werden müssen (z.B. der Hinweis auf einem Attest des Hausarztes, dass "die umfangreiche Zahnbehandlung aufgrund der geistigen Behinderung des Patienten und der damit verbundenen grossen Angst vor operativen Eingriffen unter Vollnarkose durchzuführen sei". Der Klient hatte dies gewünscht, war aber "nicht damit einverstanden, dass es schwarz auf weiss so da drin steht und andere das lesen können.").

Es handelt sich um (bisweilen schmerzhaft) *Identitätsprozesse*, wo das Erfahren der eigenen Behinderung (und auch das Erfahren von Stigmatisierung und Etikettierung) immer wieder neu verarbeitet und interpretiert werden muss – im Zusammenspiel von Selbst- und Fremdattribution, deren Markierung, Bewertung, Einschätzung und Internalisierung (Kap. 3.2.1). Zu diesen Prozessen trägt die Begleitperson durch ihre Interventionen bei, *for better or worse*, da sie selbst Teil des Netzwerks des Klienten ist und als konstituierendes Element mit *identitätsstiftend* wirkt. Manchmal empfehlen wir auch hier die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe, wenn Identitätsprozesse oder Persönlichkeitsstrukturen in einem Ausmass beschädigt sind, dass sie für den Betroffenen und für die Begleitarbeit ein derart grosses Problem darstellen, dem wir mit agogischen Mitteln nicht ausreichend begegnen können.

→ Es geht in der Praxis von Begleitung jedoch nicht *per se* darum, Einsicht in die eigene Behinderung zu fordern. Es ist vielmehr wichtig, situations- und problembezogen eine angemessene Einschätzung der eigenen Probleme, Ressourcen und Potentiale zu erreichen, um die notwendigen Schritte und Hilfen auszuhandeln und zu ergreifen. Es ist zu berücksichtigen, wieviel Komplexität der Klient in seiner Lebenssituation bewältigen kann (wieviel der Klient verstehen und nachvollziehen kann), wo eine Erweiterung des Horizontes konstruktiv ist oder wo sie zur Belastung werden kann, wie es um seine *Integrationsfähigkeit* steht, wie er eine Konfrontation mit der eigenen Behinderung (bzw. mit eingeschränkten oder gestörten Kompetenzen und Performanzen) aufnehmen kann, denn: "Nicht jede Einsicht ist heilsam." (Petzold 2003a, 1040)

→ *Erwünschte* Einsichten sind mit Bewertungen von Verhalten und Lebenssituationen verbunden, die auf Werten und Normen (einer Therapierichtung, eines Therapeuten, einer Begleitperson) basieren. "In der Integrativen Therapie versuchen wir deshalb, vom Bezugssystem des Patienten auszu-

gehen" (ibid.): ein Satz, den auch wir zu befolgen versuchen, wenn wir in unserem Konzept schreiben: "Von den AmBeWo-Begleitpersonen ist die Fähigkeit und Bereitschaft gefordert, eigene Lebensansichten und –standards zu hinterfragen und nicht unbewusst als Masstab für das Leben der Bezüger in die Begleitung einfließen zu lassen." Im weiter oben genannten Beispiel des *Wohnungsschlüssels* und der damit verbundenen Komplikationen herrscht als Wert "In der Familie hält man zusammen, man unterstützt und hilft sich gegenseitig". Der Klient hat den Wäsche- und Mahlzeitenservice durch seine Mutter gerne in Anspruch genommen. Dass diese Haltung auch ihren Preis und ihre Kehrseite hat (in diesem Fall auch durch andere vereinnahmende Konstellationen im Gefolge dieses *Familienwertes*, wie z.B. selbstverständliche gemeinsame Ferien- und Freizeitgestaltung), ist dem Klienten nicht sehr bewusst. So muss ich in dieser Situation mein eigenes Wertesystem zur Seite stellen ("Es ist wichtig sich abzulösen und als erwachsener Mann seine Wäsche selber zu waschen"), kann aber in anderen Situationen versuchen, den *frame of reference* des Klienten zu überschreiten und ihn anzuregen, sich z.B. eine andere Ferien- oder Freizeitgestaltung vorzustellen (stellvertretend für eine eigenständigere Lebensweise). Allerdings muss bei solchen Interventionen zurecht darauf hingewiesen werden, dass hier in besonderem Masse "die Gefahr der Verletzungen, der Missverständnisse, des Übergehens gegeben ist" (ibid.), dass wir nicht eine weitere Bevormundung hinzufügen. "Es liegt in der Verantwortung der Begleitperson, dass der Bezüger Entscheidungsgrundlagen erhält und dabei möglichst frei entscheiden kann. Menschen mit geistigen Behinderung sind es oft von Kindheit an gewohnt, dass andere für, über und manchmal auch gegen sie entscheiden. Sie übernehmen oft unbesehen die Meinung ihrer Bezugspersonen. Mit anderen Worten: Es besteht die Gefahr, diese Menschen zu manipulieren und damit in ihrer Selbstbestimmung zu beeinträchtigen." (Konzept AmBeWo)

→ Einsicht und Einsichtsförderung gelingt im möglichst umfassenden Verstehen von Zusammenhängen und Hintergründen, welches auch idealerweise eine "Makrofokussierung" (Petzold 2003a, 1016) mit einschliesst. Die *Fokus-Reichweite* des Wirkfaktors ist in unserer Praxis relativ begrenzt. Die kognitiven Beeinträchtigungen vermindern die Fähigkeit zu Exzentrizität, Überschau und Metareflexion. Menschen mit geistiger Behinderung sind (in zeitlicher und räumlicher Hinsicht) stark an Lebensnähe und Lebensunmittelbarkeit gebunden (*Mikro- und Meso-Fokussierung*; Mikro- und Mesoebene von Kontext und Kontinuum; Petzold 2003a, 481). Das gilt, wenn auch in abgeschwächter Form, für unsere Klienten mit *leichter* geistiger Behinderung. Deshalb kann – so notwendig oder bereichernd es auch wäre – dem Aufzeigen komplexer gesellschaftlicher und historischer Zusammenhänge (Makro- und Megaebene von Kontext und Kontinuum) zur Gewinnung von Einsicht in Lebens- und Problemzusammenhänge, in Bedingungen von Krankheit und / oder Behinderung, in die "Ursachen hinter den Ursachen und die Folgen nach den Folgen" (ibid., 35) nur begrenzte Bedeutung zukommen, weil sie von der Mehrzahl unserer Klienten (mit Ausnahme einiger philosophisch, sozialpolitisch, historisch interessierter Personen) nicht oder nur schwer verstanden werden kann.

→ Einsichtsfördernde Interventionen und Prozesse sind – und das ist das verbindende Element der genannten Aspekte – in Ko-respondenzprozesse eingebunden. "Ko-respondenz ist eine Form intersubjektiver Begegnung und Auseinandersetzung über eine relevante Fragestellung einer gegebenen Lebens- und Sozialwelt" (Petzold 2003a, 94), dient der "gezielten Konstituierung von Sinn als Konsens/Dissens", der "Vorbereitung von Praxis als Kooperation" (ibid. 115). Ausgangspunkt ist die jeweils gegebene Situation, mit deren Wahrnehmung, Bewertung und Einschätzung *Konsens/Dissens-Prozesse* verbunden sind: um welches Thema oder Problem (Aufgabe, Anforderung, Schwierigkeit) es sich handelt, wie es um die Potentiale und Ressourcen, um die Kompetenzen und Performanzen steht, welches die Foki, die Inhalte, Ziele und Strategien der Problembewältigung oder Situationsgestaltung sind. Hier sind *fachliche Hypothesen der Begleitperson und die subjektiven Theorien des Klienten* (vgl. ibid. 1017) in Einklang zu bringen. Hierbei kann der Faktor *Förderung von Einsicht* (EE) massgeblich zu Konsensbildung und zu Ko-operation beitragen. Wo Konsens nicht erreicht werden kann, ist "Konsens über den Dissens" (ibid. 117) herzustellen, sind die Risiken und etwaige Konsequenzen zu benennen – unter prinzipieller Wahrung einer intersubjektiven Grundhaltung, die auf Machtmissbrauch verzichtet und dem Gegenüber, seiner Integrität, seinem Anderssein, seiner Selbstbestimmung und Eigenverantwortung Respekt und Wertschätzung entgegenbringt (ibid. 120).

## 6. Förderung kommunikativer Kompetenz/Performanz und Beziehungsfähigkeit KK

"Gelingende Kommunikationen machen Menschen kommunikativer und kommunikativ kompetenter. Das Ko-respondieren im berührten therapeutischen Gespräch hat hier eine wichtige Modellfunktion, denn der Therapeut wird hier zugleich Modell und Feed-back-Instanz". (Petzold 2003a, 1041) Die Förderung kommunikativer Kompetenz und Performanz ist in der Begleitung unserer Klienten ein wichtiges Moment und entsprechend gross ist die Bedeutung dieses Wirkfaktors. Gespräche und Ko-respondenzprozesse mit der Begleitperson sind Übungsfelder *par excellence*. Durch die geistige Behinderung ist die Beherrschung der *Kulturtechniken* wie Lesen und Schreiben eingeschränkt, ebenso sind die sprachlichen Fähigkeiten (Sprechen und Sprache) von der Behinderung mit betroffen. Deshalb hat das Sprechen und der Gebrauch der Sprache eine elementare (*übungszentrierte*) Bedeutung: Sprache und Sprechen als Ausdrucksmittel zu verwenden (*expressiver Leib*), gehörte und gelesene Worte zu verstehen und zu kennen, neue Worte zu lernen und in *Sinn und Bedeutung* zu erfassen, sich zu *trauen* offen zu sprechen (*Parrhesie*), seinen Eindrücken Ausdruck zu verleihen etc. Das sind wichtige Übungs- und Lernfelder "narrativer Praxis" (Petzold 2003a, 654), die unseren Klienten die Alltags- und Lebensbewältigung und –gestaltung erleichtern. Deshalb ist die Modellfunktion der Begleitperson hier von besonderer Relevanz; sie kann Begleitung, die sich trotz oder gerade wegen kommunikativer und sprachlicher Einschränkungen des *Mediums* Sprache bedient, als *Sprach- und Sprechunterricht* gestalten.

Nun werden kommunikative Kompetenzen und Performanzen einerseits gebraucht, um das *Binnenverhältnis*, die Beziehung und die Geschehnisse zwischen Klient und Begleitperson zu gestalten und zu regulieren. Mit dem (sprachlichen) Wissens- und Erfahrungsvorsprung der Begleitperson ist verantwortungsvoll umzugehen, um den Klienten nicht – im wahrsten Sinne des Wortes – zu *überreden*. Gelingende Kommunikations- und Ko-respondenzprozesse sind Modellerfahrungen. Sie sind Voraussetzung und Basis dafür, dass Kommunikation und Beziehungsgestaltung andererseits in die Beziehungen mit dem Umfeld hinausgetragen und dort angewendet werden kann (*Transfer*). Sehr häufig werden in den Begleitstunden bevorstehende Gespräche mit Angehörigen, am Arbeitsplatz, auf Behörden und Ämtern etc. in Rollenspielen oder Vorstellungsübungen *vor-besprochen* und *durch-gesprochen*. Wenn gewünscht, nimmt die Begleitperson an Gesprächen teil. Sie fungiert dann – hier auf die sprachliche Ebene zentriert – in verschiedener Weise als *Hilfs-Ich*: Sie kann je nach Absprache als *Sprachrohr* auftreten (stellvertretende Hilfe, um im Auftrag und an Stelle des Klienten dessen Anliegen zu formulieren und vorzubringen) oder als *Dolmetscher* (wechselseitige Übersetzungshilfe bei schwer verständlichen oder unklar formulierten Sachverhalten und Aussagen), als *Souffleur* (dem Klienten helfen, sein Anliegen durchzutragen, wenn er *die Worte nicht oder nicht mehr findet*) und dergleichen mehr.

"Menschliche Kommunikation ist die Vermittlung von Informationen zwischen Subjekten in jeweils gegebenen Kontexten mit ihrem Vergangenheits- und Zukunftshorizont, ihrem Kontinuum, über die faktischen, in der Performanz offenen Verhaltens sichtbarer Interaktionen. Kommunikation erfolgt (...) in symbolischer, nicht sprachlicher und sprachlicher Form". (Petzold, Sieper 1998, 286).

Kommunikation ist also eingebunden in die Interaktion mit den Menschen des Umfeldes, in Interaktion als der "strukturierte, wechselseitige Vollzug offenen Verhaltens in Kontext und Kontinuum" (ibid.). Das heisst mit anderen Worten, dass kommunikative (sprachliche) Fähigkeiten alleine für gelingende Beziehungsgestaltung nicht ausreichen. Beziehungsfähigkeit benötigt soziale Wahrnehmung, Rollenflexibilität, Ausdrucksvermögen, Empathie, Fähigkeiten zur Gestaltung sozialer Komplexität und Relationalität (Kap. 3.2.0). Auch hier besitzt die Beziehung zwischen Klient und Begleitpersonen wichtige Modell- und Übungsfunktion. Die Gestaltung dieser Beziehung, mit all ihren – an verschiedenen Stellen beschriebenen – Möglichkeiten und Grenzen, Risiken und Chancen ist ein hervorragendes Übungsfeld. Sie ist aber gleichzeitig der Schauplatz, an dem auch "an die Geschichte der Relationalität gerührt wird" (Petzold 2003a, 1040), die Geschichte von Kommunikations- und Interaktionsstörungen, von Kommunikationsdefiziten. Die Reproduktion maligner Szenen und Erfahrungen, mit komplexem Hintergrund und meist verbunden mit Übertragungsphänomenen, können uns in der Praxis vor grosse Herausforderungen stellen. Die Zentrierung auf die *Hier-und-Jetzt-Interaktion* ist notwendig, aber nicht immer möglich und erfordert unter Umständen supervisoische Hilfen. Aufgrund unserer Erfahrungen möchte ich jedoch allgemein behaupten, dass unsere Klienten am Beispiel der positiven Gestaltung der Beziehung zur Begleitperson vielfältige und bedeutsame Lern- und Erfahrungsmöglichkeiten erschliessen und *förderliche* "interpersonale Erfahrungen" (Petzold 2003a, 695) machen können, die auf andere relevante Beziehungen wirken.

"Endlich konnte ich meiner Mutter sagen, dass sie sich nicht mehr so oft in meine Angelegenheiten einmischen soll, dass

ich die Dinge jetzt selbst entscheide und erledige."

"Ich habe meinem Freund sagen können, dass ich 'nein' meine, wenn ich 'nein' sage!"

Die Beziehung zur Begleitperson ist ja *real gegeben*; und es ist Aufgabe der Beteiligten, gelingende kommunikative Prozesse und erfolgreiche Beziehungsgestaltung zu realisieren (bei einem Scheitern muss ein Wechsel der Begleitperson vollzogen oder die Begleitung abgebrochen werden). Der Transfer auf andere bestehende Beziehungen im Umfeld des Klienten ist je nach Wunsch, Fähigkeit, Motivation, Wille oder auch der Wirksamkeit von Beziehungs- und Kommunikationsnarrativen unterschiedlich erfolgreich. Eher schwieriger erleben wir es in der Praxis, diesen Wirkfaktor zur Förderung der Aufnahme und Gestaltung *neuer* Kontakte oder Beziehungen einzusetzen (etwa in Kombination mit dem Auf- oder Ausbau sozialer Netzwerke (TN), bei der Coping-Strategie *making friends*, oder bezüglich Affiliationen (das sind "Muster der Zugesellung"; die Tendenz von Menschen, die Nähe zu anderen Menschen zu suchen; *Petzold* 2005, 56). Wir erleben häufig die Kombination von defizitären Netzwerken (wenig *gute* Freunde und Bekannte, fehlende Kontakt- oder Freizeitmöglichkeiten, Einsamkeitsgefühle und Langeweile an Wochenenden, etc) mit dem (durchaus verständlichen) Wunsch nach Kontakten und Beziehungen mit nicht behinderten Menschen, der mit einer oft rigiden Ablehnung und Entwertung anderer Menschen mit leichter geistiger Behinderung einher geht (eine Kombination von eingeschränkter Selbst- und sozialer Wahrnehmung und – einschätzung (*Identitätsprozesse*), Ausblendung der eigenen Behinderung, starker Abgrenzung und reduziertem Einfühlungs- / Empathievermögen):

Eine Klientin klagt schon lange über fehlende Kontakt- und Freizeitmöglichkeiten. Am Wochenende ist ihr oft langweilig, und sie hat niemanden, der etwas mit ihr unternimmt. Die Begleitperson weist sie auf ein Wohnangebot hin: Ein Wohnheim hat in unmittelbarer Nähe des Haupthauses Einzelwohnungen zu vermieten, in denen selbständiges Wohnen möglich ist. Die Mieter der Wohnungen haben die Möglichkeit, abends und am Wochenende von den Angeboten des Wohnheimes zu profitieren (Mahlzeiten, Ausflüge, Freizeitaktivitäten, Kontakte zu anderen leicht Behinderten etc.) Die Klientin lehnt das Angebot mit der Begründung ab: "Erstens wohnt dort auch xy, mit dem will ich nichts zu tun haben, und zweitens sind die alle ja mehr behindert als ich..."

Klient zur Begleitperson: "Ich würde ja gerne mal mit einer Gruppe von Leuten Ferien machen, aber in den Angeboten, die Du mir gezeigt hast, sind ja noch andere Behinderte, das will ich nicht." Eine andere Klientin: "Ich habe mir schon oft überlegt, in einer Wohngemeinschaft zu wohnen, um mehr Kontakt zu haben – aber auf keinen Fall mit anderen Behinderten."

Ich habe einen anderen Klienten beim Aufgeben einer Kontaktanzeige bei einem seriösen Partnervermittlungsinstitut unterstützt, welches Kontakte von Menschen mit und ohne Behinderungen vermittelt. Leider haben sich keine nicht behinderten Frauen gemeldet. Die Antworten von behinderten Frauen hat er kategorisch ignoriert. Auf ein Rendezvous konnte er sich jedoch einlassen, da die Stimme der Frau "sehr sympathisch geklungen hat". Dieser positive Eindruck bestätigte sich bei einem Treffen – doch auch diesen Kontakt bricht er ab, denn die Frau hat "Gedächtnisstörungen, sie weiss morgen vielleicht manche Dinge nicht mehr, die sie heute gemacht hat", wie er mir sagt, und "so eine Behinderung will ich nicht bei einer Freundin". Es habe ihn auch nicht interessiert, über das Ausmass dieser Behinderung genauer nachzufragen.

## **7. Förderung leiblicher Bewußtheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung LB**

Dieser Wirkfaktor umfasst Interventionen, die der Förderung der Aufmerksamkeit und Bewusstheit (*awareness, consciousness*; *Petzold* 2003a, 257) gegenüber leiblichen Regungen und Empfindungen dienen und Regulationshilfen bereitstellen. Die "Anästhesierung des perzeptiven Leibes", die "Inhibierung des expressiven Leibes" (*ibid.* 855ff) und fehlende Möglichkeiten der körperlichen Regulierung können krankheitsverursachend wirken, können funktionale Störungen, psychosomatischen Erkrankungen oder organopathologischen Befunde ausbilden.

Grundsätzlich sind unsere Möglichkeiten der interventiven Einflussnahme dadurch bestimmt, ob der Klient im Bereich der Körperlichkeit und Leiblichkeit Unterstützung wünscht oder nicht. Es kann auch vorkommen, dass dieser Bereich durch aktuelle Situationen oder Geschehnisse zum Thema wird, etwa wenn bei einer Klientin Diabetes diagnostiziert wurde und sie vom Hausarzt eine Umstellung des Ernährungs- und Bewegungsstils empfohlen wird, oder wenn bei einem Klienten Arthrose im Knie festgestellt wird, die von Übergewicht und Bewegungsmangel bzw. Fehlbelastungen herührt. Dann können gemeinsame Gespräche über Körper, Gesundheit und Krankheit geführt werden (sofern sich der Klient offen zeigt). Aufgabe der Begleitperson ist es dann, Veränderungen im Alltag und / oder die Inanspruchnahme von entsprechenden Sport- und Bewegungsprogrammen,

von Ernährungsberatung etc. anzuregen.

Ob explizit gewünscht oder situativ aktualisiert: Wenn es um den Themenkreis Gesundheit und Krankheit geht, kann die Bewusstheit gegenüber dem eigenen Körper, das Achten auf Körpersignale konkret und lebensnah gefördert werden (Wahrnehmen und Erkennen von Krankheitsanzeichen, Unternehmen der notwendigen Schritte etc.) Oft ist es auch Übergewicht und Bewegungsmangel (in seltenen Fällen auch Essstörungen und Magersucht), was als Thema im Vordergrund steht. Im allgemeinen zielen unsere Interventionen in Richtung *bimodales Vorgehen*: Gespräche, Beratungen, Anregungen, Implementierung von Veränderungen in Alltag und Freizeit einerseits (z.B. Treppe steigen statt Aufzug benutzen, Spaziergehen statt Fernsehen; Tätigkeiten wie Fahrrad fahren oder Schwimmen; Anschaffung eines Hometrainers; Erstellen von *gesunden* Koch- und Einkaufsplänen), Organisation von Angeboten und Hilfen zur Förderung eines "bewegungsaktiven Lebensstils" (Petzold 2003a, 1041) andererseits (Teilnahme an Turn- oder Sportgruppen, Aquagymnastik; Aufsuchen von Ernährungs- und Diätberatung etc.) Hier kann im besonderen auch die Modell- und Vorbildfunktion der Begleitperson genutzt werden: Wir gehen *mit gutem Beispiel voran*, wenn wir mit dem Fahrrad zu den Begleitterminen kommen, wenn wir Treppen statt Lift benutzen und dies entsprechend kommentieren, wenn wir beispielhaft von unseren (sportlichen) Hobbys und Freizeitaktivitäten erzählen, wenn wir aus unserem Allgemeinwissen über Lebensmittel und ihre Zusammensetzung aufklären können etc.

Es handelt sich also überwiegend um *indirekte* Interventionen mit beratendem, moderierendem und motivierendem Charakter zur Förderung von Leibbewusstheit und Gesundheit, die meist mit der *praktischen Lebensbewältigung* (LH) oder mit der *Förderung von Interessen* (LM) verbunden sind. Weniger geht es um *direkte* Interventionen zur aktuellen Leibbewusstheit im Hier und Jetzt. Diese können in Situationen zum Tragen kommen, wenn wir heftige emotionale Reaktionen spiegeln (z.B. bei *Involviertheit*, 3. Ebene der Tiefung; Petzold 1988n, 107f), Wahrnehmung und Bewusstheit anregen und gleichzeitig Regulationshilfen anbieten ("Du zitterst ja vor Aufregung"; "Das macht Dich sehr traurig"; oder auch: "Versuche dich doch ein wenig zu entspannen, lass' uns ein paar Schritte laufen, dann können wir in Ruhe darüber reden" etc.), was wiederum eng mit dem Zeigen von Gefühlen und dem Sprechen über Gefühle (EA) verbunden ist.

Der Klient arbeitet an einem geschützten Arbeitsplatz in einer Abwaschküche. Die Tätigkeit ist sehr anspruchsvoll und belastend (hohe Konzentration, hoher Arbeitsanfall). Er arbeitet in der Frühschicht von 7 bis 14 Uhr. Danach hat er täglich ein ausgedehntes Privat- und Freizeitprogramm (Einkäufe, Stadtbummel, Freizeitkurse, Besuche etc.) und geht selten vor Mitternacht zu Bett. In der Nacht wird er von der Katze, die auf seinem Bett schläft, mehrmals geweckt. Meist stellt er sich den Wecker früher als notwendig, um zu Hause noch Kleinigkeiten zu erledigen oder zu putzen, und um rechtzeitig am Arbeitsplatz zu erscheinen. Sein Vorgesetzter hatte mehrere Male festgestellt, dass der Klient am Arbeitsplatz fast eingeschlafen wäre und hat diese Vorfälle an einem gemeinsamen Standortgespräch geschildert. Die Erklärung für die Müdigkeit des Klienten (siehe obigen Tagesablauf) zeigt, dass seine Fähigkeiten zur körperlichen Selbstregulation (*für ausreichenden Schlaf sorgen*) sehr eingeschränkt sind. Auf der Basis der im Gespräch gewonnenen Einsicht in Problemzusammenhänge (EE) konnte er folgenden *bimodalen* Massnahmen und Interventionen zustimmen: psychotherapeutische Hilfen (zur vertieften Bearbeitung dieses und anderer Problemaspekte) und alltagspraktische Hilfen durch die Wohnbegleitung. Zu diesen Hilfen gehörte u.a. die Veränderung des Tages- und Wochenablaufs mittels eines Wochenplans (Reduktion der Freizeitaktivitäten; Erstellung eines Putzplanes; Einplanung von Ruhezeiten (*Mittagsschläfchen*) und das Festlegen der Nachtschlafzeiten) – sowie das Einrichten eines alternativen Schlafplatzes für die Hauskatze. *Diese externalen, ergänzenden Regulationshilfen* trugen erfolgreich zu verbessertem Wohlbefinden und zu grösserer Wachheit am Arbeitsplatz bei.

Leibtherapeutische Interventionen und tiefenaktivierende Leibarbeit (im Sinne "spezifischer Berührungen"; Petzold 2003a, 1041) werden in unserer Praxis nicht eingesetzt. Dazu bräuchte es neben einer leibtherapeutischen Ausbildung viel Erfahrung. Wenn die Begleitperson entsprechende Kompetenzen (z.B. in Entspannungstechniken, Yoga) besitzt, kann sie dem Klienten auf dessen Wunsch moderierende Anregungen geben. Es kann jedoch z.B. nicht um eine *Yoga-Sitzung* im Rahmen von Begleitung gehen; eher kann dies den Klienten motivieren, sich zu einem entsprechenden Kurs anzumelden.

In Einzelfällen, in Situationen grosser emotionaler Dichte und existentieller Betroffenheit, werden "unspezifische Berührungen im Sinne emotionaler Alltagsgesten" (ibid.) als Teil der mitmenschlichen Anteilnahme eingesetzt: Der Mitbewohner einer Wohngemeinschaft (aus drei Personen bestehend, wovon zwei von uns begleitet werden) verstirbt unerwartet. Die versichernde ("Ich bin da") und tröstende Geste (die Hand auf die Schulter legen) signalisiert den Betroffenen Beistand und

Unterstützung durch die Begleitperson. Ähnliches geschieht in einer Situation, wo eine Klientin gerade die Diagnose *AIDS* erhält bzw. eine andere von ihrer Krebserkrankung in sehr fortgeschrittenem Stadium erfährt. Hier ist die "freundschaftliche Zugewandtheit" (Petzold 2001m, 374) der Begleitperson, ihr Ausdruck von *Zuwendung*, *Zuspruch* und *Tröst*, von ausserordentlich grosser Bedeutung.

## 8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen LM

"Therapeutische Prozesse sind Lernprozesse." (Sieper, Petzold 2002). "Lebensvollzug ist ein permanentes Lernen in der Auseinandersetzung mit dem Kontext." (Petzold 2003a, 1041) *Begleitete Lernprozesse* sind zentrales Element in der Wohnbegleitung von Menschen mit geistiger Behinderung. Unsere Klienten wollen lernen: sie wollen *einfache* Dinge lernen wie z.B. ein Haushaltsgerät zu bedienen oder eine Mahlzeit zuzubereiten; sie wollen aber auch lernen, ein Formular auszufüllen oder eine Reise zu buchen; sie wollen lernen, ihre Angelegenheiten selbst zu regeln, Entscheidungen selbständig zu treffen und Verantwortung dafür zu übernehmen. Sie können *befähigende Hilfen* von ihrer Begleitperson in Anspruch nehmen, die es ihnen erlaubt, neue Fähigkeiten und Fertigkeiten, einfache wie komplexe, zu erwerben. Hier ist von zwei Grundgegebenheiten auszugehen, die für unsere Arbeit wichtig sind:

- Da wir gemäss Konzept die *Freiwilligkeit* der Inanspruchnahme unserer Dienstleistung notwendig voraussetzen, können wir in der Regel von einem ausgeprägten "Wollen und Willen" (Petzold, Steffan 1999b, 60; Petzold, Sieper 2003a), von einer grossen Motivation zum Lernen ausgehen, die die Förderung von Lernprozessen begünstigt. Die "Lerngeschichte" unserer Klienten (Petzold 2003a, 1041) beginnt natürlich schon lange vorher, im "intentionalen und funktionalen Bildungsgeschehen in Schule, Elternhaus, Nachbarschaft" (ibid.) seit ihrer Geburt. Neben schicht-, milieu- oder genderspezifischen Beeinträchtigungen oder Begünstigungen sind es in jedem Falle behinderungsspezifische Faktoren, die diese Lerngeschichte beeinflusst haben (siehe unten). Unsere Klienten haben dennoch irgendwann in ihrer Lebens- und Lerngeschichte den Entschluss gefasst, eine selbständige Wohnform zu realisieren. Sie haben sich damit ein bedeutsames Ziel gesetzt (vielleicht auch gegen Widerstände aus einem behindernden Umfeld), haben die Wohnschule oder ein Wohntraining absolviert oder sind auf anderem Wege (*Viation*) zum Mieter einer eigenen Wohnung geworden: das sind *Prozesse innerer und äusserer Organisation und Vorbereitung*, die die Klienten durchlaufen haben, bevor sie zu uns kommen. Dieses "Vorfeldgeschehen" (Osten 2000, 400f) bietet günstige Ausgangslagen für erfolgreiche Lernprozesse in der Begleitung.
- Die Förderung von Lernmöglichkeiten und Lernprozessen muss sich für uns an (mindestens) zwei Leitfragen orientieren: *Was* ist zu lernen, und *wie* kann gelernt werden? Ich möchte an dieser Stelle von gelungenen Ko-responsenzprozessen über die jeweiligen curricularen Fragen – das *Was* betreffend – ausgehen, die über Konsens zu Kooperation führen. Das bedeutet, dass Probleme, Ressourcen und Potentiale einvernehmlich analysiert und die Lernbereiche und Lernvorhaben definiert sind.<sup>33</sup> Mit der Frage nach dem *Wie* sind (lern-) theoretische, praktische, methodische Überlegungen anzustellen. Dabei müssen sowohl eine *allgemeine Lerntheorie* (wie sie die Integrative Therapie im "Komplexen Lernen" (Petzold, Sieper 2002) in umfassender Weise ausgearbeitet hat) als auch Aspekte einer *speziellen Lerntheorie* für Menschen mit einer geistigen Behinderung (mit einer solchen habe ich mich in Hausarbeiten und meiner Diplomarbeit als Student der Sozialpädagogik befasst; Marquardt 1987a, b) berücksichtigt werden. Beide können meiner Erfahrung nach in der Praxis von Begleitung sehr gelingend konvergieren, wie folgende Ausführungen zeigen.

"Wir sehen Lernen als einen Prozess des Erwerbs von Fertigkeiten (skills) in Kontexten, spezifisch als Erwerb von 'Kompetenzen (Fähigkeiten) und Performanzen (Fertigkeiten)' im Sinne adaptiver oder kreativer/kokreativer Veränderung überdauernder Verhaltensmöglichkeiten durch Differenzierungen in Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Zyklen, die die Ausbildung neuer Muster erlauben. Dabei sind immer nur Resultate des Lernens zugänglich, weil alles Lernen latent ist, sich also auf nicht beobachtbare Prozesse bezieht und damit, weil es auf der neurophysiologischen Ebene erfolgt, auch der Introspektion nicht zugänglich ist. Es können deshalb nur Bedingungen geschaffen werden, etwa durch die Gestaltung von Kontexten und die Konstellierung von 'affordances', die Lernvorgänge ermöglichen und fördern." (Petzold, Sieper 2002, 11)

An diesen Lernbegriff<sup>34</sup> schliessen sich die speziellen Erfordernisse für Menschen mit geistige Be-

hinderung an: Die Gestaltung von Prozessen des Erwerbs von Kompetenzen und Performanzen muss mit geeigneten Methodiken erfolgen, die den Lernvoraussetzungen, den Lernfähigkeiten, den Lernverhaltensdispositionen von Menschen mit geistiger Behinderung entsprechen (die dadurch gekennzeichnet sind, dass Lernprozesse durch die unvollständige Entwicklung kognitiver Strukturen beeinträchtigt sind; vgl. Meyer, in: *Irblich, Stahl* 2003, 25). Menschen mit geistiger Behinderung zeigen, abhängig vom individuellen Ausmass der Behinderung,

- situationsverhaftete Aufnahmefähigkeit (enge Bindung an räumlich / zeitlich Nahes und prägnante Umweltreize, begrenzte Fähigkeit zur Übertragung des Gelernten in andere Situationen),
- handlungsbezogene Lernfähigkeit (eingeschränkte Fähigkeit zur rein kognitiven Verinnerlichung von Handlungen; Anschauungsgebundenheit des Denkens; eingeschränkte Fähigkeit, antizipierend und reversibel zu denken), die "performanzorientiertes Lernen" (*Sieper, Petzold* 2002, 31) nahelegt,
- Beeinträchtigte Strukturierungsfähigkeit (eingeschränkte Wahrnehmungs- und Differenzierungsfähigkeit und Speicherungsprozesse),
- Beeinträchtigte Lerndynamik (verlangsamter Lernprozess; qualitative Reduzierung des Lernens).
- Komplexe Lernformen, charakterisiert durch vermittelnde symbolische Prozesse (Vorstellungen, Sprache, Zahlen- und Buchstabensymbole), die die Lernaufgabe abstrahieren und den Lernenden von der Zeit-, Orts- und Materialgebundenheit befreien, setzen höhere Intelligenz voraus als einfache Lernformen wie z.B. Habituation und Konditionierung. (vgl. *Bach* 1979, 2001)

Diese Besonderheiten müssen spezifisch berücksichtigt werden und führen, wo Lernprozesse initiiert werden sollen, zur Anwendung folgender methodischer Prinzipien (vgl. auch Kap. 5.7):

- Lebensunmittelbarkeit, Lebensnähe, Realitätsbezug; d.h. Lernen in Lebenssituationen (was durch unser Setting in optimaler Weise gegeben ist: Lernen *in vivo* bzw. *in situ*; vgl. *Petzold* 1989k, 395)
- Lernen durch Experimentieren und Handeln (*learning by doing*), welches "Erfahrungen vitaler Evidenz" und die Aneignung von Lerninhalten durch die "Internalisierung von komplexen Situationen und vielschichtigen Handlungsprozessen" (*Petzold, Steffan* 1999b, 62) ermöglicht
- Lernen am Modell / Lernen durch Nachahmung<sup>35</sup>
- Individualisierung und Differenzierung (Differenzierung in Lernniveaus oder Lernstufen; Berücksichtigung des Lerntempos)
- Aufteilung in Lernschritte und Lernphasen, in Einzelbestandteile und Einzeltätigkeiten (*Reduktion der Komplexität* der Lernaufgabe)
- Stetige Wiederholung und Übung
- Handlungsbegleitendes Sprechen
- Förderung abstrahierenden Lernens (vom *Lernen aus unmittelbarer Erfahrung* zur *Anschauung*, d.h. zur mittelbaren Auseinandersetzung mit Lebenswirklichkeit aus zeitlicher und räumlicher Distanz; vgl. in der Integrativen Therapie: *Exzentrizität*)
- Transfervorbereitung, Transferübung und Transferbegleitung (*Petzold* 2003a, 124).

Für die optimale Gestaltung der Lernsituationen und –prozesse geht es also darum, eine *grosse* Aufgabe oder eine komplexe Situation in kleinere Einheiten einzuteilen ("modulares Lernen" als Aufnahme einzelner Eindrücke; *Petzold, Steffan* 1999b, 62). Die synthetisierende und synergetische Gegenbewegung bringt diese Einzelschritte in ein grösseres Ganzes zusammen und ermöglicht "holographisches Lernen" als ganzheitliches Erfassen und mnestisches Archivieren (*ibid.*). Analog zur Vielschichtigkeit unserer Ziele (Kap. 5.3) erfahren die Lernsituationen und Lernprozesse in den Begleitungen eine *horizontale* Erweiterung (Ausdehnung auf Lernprozesse in den verschiedenen Lebensbereichen; Ausdehnung aus der Wohnung hinaus in den Lebensraum, in den Kontext) und eine *vertikale* (Feinziele → Grobziele → Metaziele). Dann geht es nicht mehr *nur* um die Ausbildung einzelner kognitiver Fähigkeiten bzw. situativer alltagspraktischer Handlungskompetenzen, sondern zunehmend um das Erzielen komplexer Lernerfolge. In einer umfassenden Perspektive erfolgt Lernen und Veränderung "durch komplexe Erfahrungen als ein differentielles und ganzheitliches Lernen, das persönlich bedeutsam ist und leibliches Erleben, emotionale Erfahrungen und kognitive Einsicht in Bezogenheit zu Ereignissen von vitaler Evidenz verbindet." (*Petzold, Sieper* 2002, 11). Gelingende Lernprozesse fördern die Lebens- und Alltagsbewältigung (LH) und die Qualität von Lebensprozessen des Einzelnen in seiner Lebenswelt (und das konstituiert *Gesundheit*; Kap. 3.2.3). Es mag auch deutlich geworden sein, dass Lernprozesse in der Begleitung in besonderem Masse *ko-kreative Prozesse* sind (KG). Lernen kann schliesslich "als ein mehrdimensionaler Vorgang leib-

licher Aneignung von Welt" (*Petzold* 2003a, 1093) beschrieben werden. Die Aneignung von Welt geschieht durch Prozesse "der Internalisierung von Atmosphären, Szenen und Szenensequenzen, von Hologrammen und Hologrammfolgen, von modalspezifischen Wahrnehmungen und von multiplen Eindrücken (...)" (idem 1988n, 91). Solche Lernprozesse sind auch *Identitätsprozesse*, die die Entwicklung von Persönlichkeit fördern (PI).

## 9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte KG

Kreative und schöpferische Prozesse besitzen heilende und entwicklungsfördernde Qualitäten. Sie ermöglichen sinnhafte, ästhetische Wahrnehmung und Ausdruck als "Chance der Gestaltung" ("Wahrnehmen → Resonanz → Erleben → Resonanz → Ausdruck → Resonanz → Gestalten"; *Petzold* 2003a, 1042).

Jede Begleitung könnte als kreativer *Makro*-Prozess, als Abfolge kreativer Lern-, Problemlösungs- und Lebensgestaltungs- (Mikro- und Meso-) Prozesse bezeichnet werden. Jeder unserer Klienten ist eine einzigartige Persönlichkeit, jede Behinderung ist individuell, jede Konstellation Klient / Begleitperson; jede Situation stellt eine einzigartige Herausforderung dar, auf die die jeweils spezifische Antwort oder Lösung gefunden werden muss – für jeden Klienten muss deshalb, frei nach *Ferenczi*, die *Begleitung neu erfunden und gestaltet werden*.

Beispiele für *alltägliche* kreative Problemlösungs- und Gestaltungsprozesse geben folgende Zeilen:

Der Klient kann nicht lesen und schreiben. Er hat mit seiner Begleitperson folgende Technik entwickelt: Er markiert sich besondere Vorkommnisse im Wochenablauf (etwa die Begleittermine am Dienstag und Freitag) mit farbigen Punkten in seinem Taschenkalender. Da er natürlich auch die Wochentags- und Datumsangaben im Kalender nicht lesen kann, streicht er jeden Morgen nach dem Aufstehen den vergangenen Tag durch und kann so erkennen, wann der Tag ist, an dem ihn seine Begleitperson aufsucht (dann weiss er: "Heute habe ich früher Feierabend, dann gehe ich nach Hause, weil meine Begleitperson kommt.") Wenn er in Urlaub fährt, steht ihm eine eigens für ihn angefertigte Packliste zur Verfügung, auf der die einzelnen Kleidungsstücke aufgezeichnet sind. Muss er drei Pullover einpacken, wird das 'Pullover'-Symbol dreimal farbig markiert...

Kreativer Einfalls- und Erfindungsreichtum ist auch in anderen Bereichen gefragt, etwa bei dem Klienten, der den Wert der einzelnen Geldscheine nicht erkennen kann. Ihm hilft es, wenn wir besprechen können: "Wenn Du auf der Bank diesen Zettel abgibst, erhältst Du drei Geldscheine. Mit dem blauen Geldschein kaufst Du Deine Lebensmittel ein, so wie immer; der grüne ist Dein Taschengeld zur freien Verfügung, und mit dem roten kannst Du am Bahnhof die Fahrkarte für den Ausflug am Wochenende kaufen."

Kreatives, schöpferisches Tun kann aber auch darin bestehen, den Klienten bei der Wohnungseinrichtung und –gestaltung zu unterstützen, ihn beim Einkauf *schöner* Möbel oder Dekorationen zu begleiten, beim Aufhängen von Bildern oder eigenen Zeichnungen zu helfen – eine *Ästhetik des Alltags und des privaten / persönlichen Lebensraumes* zu fördern. Über derartige *kreative Alltagshilfen* hinaus ist die "Anregung zu kreativem Tun als Form der Lebensbewältigung, der Entlastung, der Bearbeitung von Problemen, der Selbstverwirklichung" (ibid.) besonders auf musische und ästhetische Freizeitbeschäftigungen fokussiert. Viele unsere Klienten haben Hobbys (Zeichnen, Malen, Basteln, Stricken, Schmuckherstellung), die künstlerische *Produkte* hervorbringen. Hier geht es um die Bestätigung und Bekräftigung des Tuns (des schöpferischen *Prozesses*) als auch um die Wertschätzung der Bilder, Figuren, Ringe, Broschen, der kreierten *Produkte*. Wir konnten schon einige Bilder- und Kunstausstellungen organisieren, wo die Werke in Quartiertreffpunkten, Begegnungszentren oder anderen öffentlichen Räumen ausgestellt waren. Auch haben wir als Rahmenprogramm unserer Jubiläumsveranstaltung im Jahre 2004 eine Ausstellungsplattform für die Kunstgegenstände unserer Klienten angeboten – solche Aktionen haben für die *Künstler* eine eminente Bedeutung (Öffentlichkeit, Resonanz, Bestätigung, Einnahmequelle durch Verkauf etc.) und fördert in besonderer Weise positives *Identitätserleben* (PI).

Klienten, die die "heilende Kraft des Schöpferischen" (ibid.) noch nicht für sich entdecken konnten, ermutigen wir zu kreativer Freizeitgestaltung und regen den Besuch von entsprechenden Angeboten an (z.B. Kurse in Ausdrucksmalen oder Töpfern; sogenannte *Gestaltungstage für Menschen mit und ohne Behinderung* mit verschiedenen Angeboten wie Schreibworkshops, Theater, Ikebana, Holzwerkstatt, Aquarellmalerei etc.)

Der Einsatz dieses Wirkfaktors im Sinne der "Arbeit mit kreativen Medien" erfordert kunst- und kreativitätstherapeutisches Fachwissen, man muss über *Indikation, Einsatz und Wirkung* der kreativen

Medien Bescheid wissen (Petzold, Orth 1990a; Petzold, Sieper 1993a). Im Rahmen von *Begleitung* kann wie folgt mit kreativen Medien gearbeitet werden: Die Klientin, die ihrem Freund wichtige Dinge mitteilen möchte, sich diese aber "nicht zu sagen traut", kann ihren Gedanken und Gefühlen Ausdruck geben, indem sie einen Brief an ihn schreibt; die Klienten, die auf Anregung der Begleitperson regelmässig *Tagebuch* schreibt (Petzold, Orth 1993a) und gelegentlich daraus vorliest, um relevante Themen zu reflektieren; eine Klientin, die die Verarbeitung von Alltagserlebnissen in Form von Bildern und Zeichnungen vollzieht und mit Hilfe solcher "Intermediärobjekte" (Petzold 2003a, 848) das "anteilmehrende Gespräch" (idem 2002g, 380) mit der Begleitperson sucht; etc. Auch im Sinne kreativ-gestaltender Interventionen können Rollenspiele und Vorstellungs-/Imaginationsübungen eingesetzt werden ("Stell' Dir vor, wir sitzen nächste Woche zusammen in diesem Gespräch, was würdest Du als erstes sagen wollen?"; "Stell' Dir vor, Person xy kommt wieder auf Dich zu, wie würdest Du Dich (anders) verhalten? Wollen wir das einmal zusammen durchspielen?"). Zwei Beispiele seien noch genannt:

Die Klientin, die ihre Begleitstunden mit mir immer draussen in der Natur, bei einem Spaziergang abhalten wollte, weil das Naturerleben und die Bewegung sie "so sehr entspannt und beruhigt" (LB) und sie persönliche Probleme dann "viel klarer sieht und einfacher darüber reden kann" – diese Klientin hat auf besondere Art die "heilende Kraft des Naturerlebens" (Petzold 2003a, 1042) für sich und die Begleitsituation erschliessen können.

Der bereits oben erwähnte Klient, der nicht lesen und schreiben kann und mit einer Vielzahl von kreativen Lösungen seinen Alltag bewältigt und gestaltet. Er ist darüber hinaus passionierter Hobbykünstler und hat zahlreiche erfolgreiche Ausstellungen erlebt. Seine Lebensgeschichte (er hat sich mit über 50 Jahren entschlossen, die Wohnschule zu absolvieren und konnte sich somit seinen Lebenstraum, eine eigene Wohnung zu beziehen, erfüllen; er kann diese Wohnform durch Inanspruchnahme verschiedener Hilfs- und Begleitdienste erfolgreich bewältigen) ist für mich eine eindrucksvolle Geschichte von "Lebenskunst", der Gestaltung des eigenen "Lebens als Kunstwerk", in dem "das Selbst Künstler und Kunstwerk" zugleich ist. (ibid. 57)

## 10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten PZ

"Hier geht es um den Aufbau und die Bekräftigung von Sicherheit und Hoffnungen, den Abbau von antizipierten Befürchtungen und Katastrophenerwartungen, um die Auseinandersetzung mit Plänen, Zukunftsentwürfe und Lebenszielen" (Petzold 2003a, 1042), um den Menschen als ein "Sich-Entwerfender" (ibid.).

Wie in meinen bisherigen Ausführungen formuliert, erleben wir in unserer Praxis eine grosse Gebundenheit der Wahrnehmung unserer Klienten an Unmittelbares, an räumlich und zeitlich Nahes. Hoffnungen und Befürchtungen beziehen sich somit stark auf Gegebenheiten im *Hier-und-Jetzt*, mit individuell unterschiedlich ausgeprägten Fähigkeiten zur Exzentrizität, Überschau, Antizipation<sup>36</sup>. Darin spielt der *Mikrokontext*, die eigene Wohnung und ihre Bedeutung als Symbol der individuell gewählten Wohnform, eine wesentliche Rolle. Der Bezug der eigenen Wohnung ist ja *der* Meilenstein in der Biographie unserer Klienten, die Verwirklichung eines grossen Lebenszieles. Dieses Lebensziel bringt als Folgeziel mit sich, die gewählte Wohnform erfolgreich zu bewältigen und zu gestalten. Damit ist ein zentrales und positives Lebensziel (*Erhaltung der Wohnform*) auch weiterhin definiert. Die Konzentration auf die *aktualen, situativen, alltäglichen* Herausforderungen und die Anstrengungen, die dafür notwendig sind, lassen eher wenig Zeit und Raum für Zukunftsthematiken (was jedoch nicht heissen soll, dass die Förderung positiver Zukunftsentwürfe und die Erarbeitung von Lebenszielen in den Begleitungen keine Rolle spielen würden).

Befürchtungen kreisen häufig um eben diesen Bereich der Wohnung, auf den eigenen persönlichen Bereich und auf die relevanten Netzwerkbereiche (Arbeit, Angehörige): "Was ist, wenn ich meine Wohnung / Arbeit verliere?", "Was ist, wenn meine Eltern sterben?", "Was ist, wenn die Beziehung zu Ende geht?". Manche Befürchtungen können relativ einfach aufgelöst werden, wenn Hintergründe geklärt und eine realitätsgerechte Überprüfung angeregt werden kann:

Beispielsweise hat die Mutter unüberlegt zu einem Klienten gesagt: "Wenn Du deine Wohnung so voll stellst und nicht besser aufräumst, wirst Du die Kündigung bekommen..." Dieser Satz weckt grosse Befürchtungen beim Klienten, die durch intensive realitätsgerechte Gespräche abgebaut werden konnten.

Ein anderer Klient sagt während der Begleitstunde plötzlich: "Es gefällt mir sehr auf der Arbeit. Aber wenn mein Chef pensioniert wird, werde ich mir eine andere Arbeit suchen müssen. Wenn er nicht mehr da ist, wird es mit dort nicht mehr gefallen. Ich weiss noch gar nicht, wie das gehen soll oder wo es mir sonst gefallen könnte". Dies klingt zunächst dramatisch und weist auf dringenden Unterstützungs- und Handlungsbedarf hin. Nach Rückfragen stellt sich jedoch heraus, dass die

Pensionierung des Chefs erst in 10 bis 15 Jahren erfolgen wird. Der Klient hatte eine ironische Aussage des Chefs falsch auf- und wahrgenommen und die Meinung gebildet, dies stehe unmittelbar bevor. Dieses *Missverständnis* konnten wir klären und die Befürchtung damit minimieren. Wir konnten das Thema jedoch zum Anlass nehmen, die Zukunftsperspektiven auf der Arbeitsstelle (in den gegebenen antizipatorischen Fähigkeiten) zu beleuchten.

Eine Klientin musste wegen einer psychischen Erkrankung vorübergehend in stationäre psychiatrische Behandlung. Nach ihrer Entlassung ist sie voller Sorge um die Zukunft ihrer Wohnbegleitung. "Jetzt kannst Du mich ja nicht mehr begleiten, ich bin ja jetzt psychisch behindert und nicht mehr geistig behindert..." (Sie weiss, dass wir eine Dienstleistung für Menschen mit geistiger Behinderung sind und es ein Parallelangebot für Menschen mit psychischen Leiden gibt. Sie hatte grosse Angst, nun ihre vertraute Begleitperson zu verlieren). Auch hier konnte ein versicherndes, aufklärendes Gespräch ihre Sorgen und Ängste nehmen.

Nun soll nicht der Eindruck entstehen, alle Befürchtungen unserer Klienten seien derart einfach und durch blosse Realitätsüberprüfung aus der Welt zu schaffen. Die Beispiele sollen jedoch aufzeigen, dass sich *Zukunft* aus aktuellen Gegebenheiten *aufbaut* und ein besonderes Risiko für *Fehlentwürfe* in behinderungsbedingt eingeschränkten Wahrnehmungs- und Wahrnehmungsverarbeitungsfähigkeiten liegt (Erkenntnistheorie Kap. 2.2; "Von den Phänomenen zu den Strukturen zu den Entwürfen"; *Petzold* 2003a, 404).

In den begleiteten Lebensvollzügen mancher Klienten finden sich *Ketten negativer Situationen und Erfahrungen*. Das kann im Einzelfall bedeuten, dass die eigene Wohnung nicht erhalten werden kann (d.h. der Verlust droht oder bevorsteht), oder dass z.B. eine Verbeiständung oder Bevormundung notwendig wird, was die Erarbeitung positiver Erwartungshorizonte massiv erschwert oder verunmöglicht. Auch sind Grenzen unserer Möglichkeiten erreicht, wenn Perspektivlosigkeit und zusammengebrochene Zukunftshorizonte Symptom einer psychischen Erkrankung sind und andere fachliche Hilfe erforderlich machen.

Umgekehrt können *Ketten positiver Situationen und Erfahrungen* ungleich leichter neue und positive Ziele und Perspektiven generieren ("Ich weiss jetzt, dass ich es mit der Begleitung schaffe in der eigenen Wohnung. Jetzt möchte ich woanders hinziehen und mich dort zurechtfinden. Ich ziehe in ein anderes Dorf und habe auch gleichzeitig mehr Abstand zu meinen Eltern." – "Ich habe gelernt, mit Geld umzugehen. Ich möchte jetzt meine Beistandschaft auflösen und meine Geldgeschäfte mit der Begleitperson zusammen erledigen."). Dies kann bis hin zu einer weiteren Verselbständigung und zum Leben in der eigenen Wohnung ohne Begleitung führen: "Ich habe mit Hilfe der Wohnbegleitung all das gelernt, was ich wollte. Jetzt schaffe ich es alleine, ich brauche und wünsche keine Wohnbegleitung mehr." (Kündigungsbegründung einer Klientin)

Weiterhin sind solche Beispiele zu nennen, die *unrealistische* oder *schwer zu erreichende* Lebensziele oder Perspektiven zum Gegenstand haben:

Eine Klientin hat gemeinsam mit ihrem Vater das Ziel formuliert, den Autoführerschein zu machen. Sie hat mit ihm zusammen versucht, die Theorie zu lernen und bittet auch die Begleitperson um Unterstützung. Es handelt sich jedoch realistischerweise um ein *hoffnungsloses Unterfangen* und ein nicht zu erreichendes Ziel. Die Begleitperson kann demzufolge keine Hilfe anbieten, sondern interveniert bei der Klientin und deren Vater dahingehend, dieses Ziel aufzugeben, um weitere Misserfolgs- und Frustrationserlebnisse zu verhindern und statt dessen alternative positive Zielsetzungen zu entwickeln.

Eine andere Klientin bittet die Begleitperson, ihr zu ihrem *Kinderwunsch* beratend zur Seite zu stehen. Die Gespräche und Beratungen führen dazu, dass die Klientin für eine Selbsteinschätzung *mütterlicher Qualitäten* und zur realitätsgerechten Überprüfung ihres Wunsches einige Schnuppertage in der Neugeborenen-/ Kleinkindabteilung eines Krankenhauses und in einem Kinderheim absolvieren kann. Diese Erfahrung lässt sie vom Kinderwunsch Abstand nehmen, da sie feststellt, dieser Aufgabe und Verantwortung doch nicht gewachsen zu sein. (Es handelt sich hierbei keinesfalls um eine *Pseudoübung*. Der Ausgang dieser praktischen Erfahrung war ergebnisoffen; wir begleiten auch Mütter oder Eltern mit geistiger Behinderung).

Stellvertretend für berührende und bewegende, *allgemein menschliche* Zukunftsfragen, die auch unsere Klienten bewegen (und je nach Perspektive Hoffnung oder Befürchtung oder beides ausdrücken können), soll folgendes Beispiel stehen:

Der Klient berichtet mir, durch aktuelle Nachrichten im Fernsehen aufgewühlt, vom vielfältigen Elend, von Ungerechtigkeit, Krieg und Not. Er schliesst mit dem Satz: "Das ist doch alles schrecklich, unmenschlich und ungerecht! – Was meinst Du, wie wird es wohl weitergehen mit uns Menschen auf dieser Welt ... ?"

## 11. Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs, Konsolidierung der existentiellen Dimension PW

Ein "positives, gefestigtes Wertesystem" (Petzold 2003a, 1043) ist als fördernder Faktor von Entwicklung und Gesundheit anzusehen. Werte und Normen bilden eine der fünf *Säulen der Identität* (Persönlichkeitstheorie, Kap. 3.2.1). Wertefragen sind damit von grosser Bedeutung und stehen in enger Verbindung mit der Förderung von Identität und persönlicher Souveränität (PI).

Menschen gehören "sozialen Welten" als "wertenden Perspektiven auf Lebenszusammenhänge" (ibid.) an. Sie teilen mit anderen Menschen (Gruppen, Netzwerk) Perspektiven auf die Welt, Weltansichten, Weltanschauungen und Wertvorstellungen. Bei vielen unserer Klienten bestehen noch enge und intensive Beziehungen zu den Angehörigen (Eltern und Geschwister). In Wertefragen gibt es somit meist ein *Grundthema*, nämlich das Spannungsfeld zwischen *alten Familienwerten* und *neuen individuellen, persönlichen Werten*, die sich in und aus neuen Lebens- und Erfahrungswelten bilden: Eltern und Angehörige reagieren nur in seltenen Fällen wohlwollend und unterstützend auf die Ablösung und zunehmende Selbständigkeit ihrer erwachsenen *Kinder*. So ergeben sich, aufgrund *divergierender social worlds*, vielfältige mit Wertefragen verbundene Konfliktkonstellationen (Petzold 2003b). Die Entscheidung, eine selbständige Wohnform zu wählen, kann ja auch als Ausdruck einer *Werteentscheidung* gesehen werden: Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung bilden eine neue Werteorientierung, die unter Umständen nicht im Einklang mit dem *Bisherigen* steht. So kommt diesem Wirkfaktor (protektiv und supportiv) überall dort wesentliche Bedeutung zu, wo es in der Praxis um Ausbildung, Bestätigung um Bekräftigung von *neuen Werten* geht, um die Bildung einer (neuen) *eigenen Meinung*, wo unsere Klienten Selbstbestimmung leben und Eigenverantwortung übernehmen wollen.

Aufgabe und Haltung der Begleitperson ist es, den Klienten im Eintreten für z.B. emanzipatorischen Werte solidarisch und engagiert (SE) zu unterstützen. Dies kann gelingen, wenn Werte *prägnant* sind oder werden, und wenn sie – rückgebunden an unseren Auftrag, an unsere Globalziele und an unser Leitbild, *konzeptsynton* also – von uns unterstützt werden können (Gegenbeispiele siehe unten). Eine solche Unterstützung gestaltet sich in der Praxis erfahrungsgemäss erfolgreicher und leichter (wenn auch nicht immer leicht) als in solchen Situationen, wo sich der Klient im *innerpsychischen* Konflikt von Wertewelten befindet ("Eigentlich würde ich gerne mit Freunden in den Urlaub fahren, aber meine Eltern sind dagegen" – "Ich hätte gerne einen Internet-Anschluss bei mir zu Hause, aber mein Vater sagt, das ist nichts für mich"). Hier kann unsere Aufgabe darin bestehen, "strenge, normierende, niederdrückende Normierungen bewusst zu machen" (Petzold 2003a, 1043). Das *alte* verankerte und tragende Wertesystem darf jedoch nicht so stark labilisiert werden, dass es den Klienten in noch grössere Verwirrungen oder Orientierungslosigkeit bringen würde. In Fällen, wo die Klienten über lange Zeit hinweg in konflikthafter Werthaltungen verstrickt bleiben und der Einfluss der Familie bestimmend bleibt, werden Grenzen unserer Arbeit oder Einflussmöglichkeiten sichtbar: Hinter solchen (Wert-, Norm-, Moral-) Konflikten oder Verstrickungen steht die Lebensgeschichte des Klienten, die Geschichte der familiären Beziehungen und Bindungen, die Geschichte gewachsener (und bisweilen *pathogener*) Familienstrukturen. Wenn unsere Möglichkeiten (z.B. beratende, klärende Gespräche mit Angehörigen) ausgeschöpft sind und keine nachhaltigen Erfolge erzielt werden können, verweisen wir auf die Inanspruchnahme von Hilfen wie z.B. Beratung für Angehörige von Menschen mit Behinderung, Familienberatung oder familientherapeutische Angebote.

Einer meiner Klienten ist homosexuell. Als Sohn italienischer und streng katholisch-gläubiger Einwanderer ist er damit in einer sehr schwierigen Situation. Seinen Eltern gegenüber, die er sehr liebt, hat er seine Homosexualität bislang verschwiegen ("Das kann ich denen unmöglich erzählen, die würden mich glattweg verstossen, und das könnte ich nicht ertragen."). Seinen beiden Brüdern hat er sich anvertraut. Ein Bruder kann dies respektieren, während der andere daraufhin jeden Kontakt abbricht, worunter der Klient sehr leidet. Sehr wichtig ist seine Anfrage an mich, wie ich über ihn als Homosexuellen denke. Entsprechend gross ist seine Erleichterung darüber, dass ich ihm versichere, Homosexualität nicht negativ zu bewerten.

Werte sind immer mit der "Bewertung von Werten" (ibid.) verbunden. Hierbei müssen wir durch Selbstreflexion – oder auch unterstützt durch Supervision – ausreichende Exzentrizität gewinnen, müssen wir persönliche Ansichten und Standards überprüfen. Es sind ja nicht immer Werthaltungen, die positiv verstärkt werden können (wie z.B. Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Eigen-

verantwortlichkeit). Es ist eine Vielzahl von *zu bewertenden* Ansichten, Einstellungen und Lebenssituationen, die uns in ethiktheoretischer und –praktischer Hinsicht beschäftigen:

- Wie gehe ich beispielsweise mit der Tatsache um, dass mir ein Klient von seinem zuletzt gekauften Videofilm vorschwärmt, der als gewaltverherrlichend eingestuft werden kann ('Terminator')? Der regelmässig in seiner Freizeit an Aktivitäten einer quasi-militärischen Kampfgruppe teilnimmt, die zum Spass *Krieg spielt*?
- Wie reagiert eine weibliche Begleitperson auf pornographische Bilder an der Wand des Zimmers, in dem die Begleitung stattfinden soll?
- Wie stehen wir zu Alkohol und Drogen als Mittel der Flucht aus langweiligem oder überforderndem Alltag?
- Wie zu Promiskuität mit ungeschütztem Geschlechtsverkehr?
- Ab wann bewerten wir eine Situation, ein Verhalten als (*Selbst- oder Fremd-*) *Gefährdung* oder *Verwahrlosung*? etc.

Die Palette der Umgangsweisen und Interventionen reicht von situationsspezifisch grosser Zurückhaltung bis zum ko-respondierenden *Aushandeln von Werten und Grenzen*. Manche *in Erscheinung tretende* Werte machen den konfrontativen Widerspruch, den parrhesiastischen Einspruch der Begleitperson erforderlich, um professionelle wie persönliche Würde zu schützen, um explizit humane Werte zu vertreten und für eine *engagierte Verantwortung für die Integrität aller Menschen* einzustehen (Ethik, Kap. 3.1.1).

Der oben erwähnte *Kinderwunsch* einer Klientin ist nicht nur eine grosse menschliche, fachliche und ethische Herausforderung an die Begleitperson, sondern berührt ein gesellschaftlich umstrittenes, wenig diskutiertes und noch weniger erforschtes Thema.

*Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung* ist meist noch tabuisiert, oder es löst heftige Kontroversen aus – und es regt besonders zur *Mythenbildung* an: etwa dass geistig behinderte Eltern auch geistig behinderte Kinder zur Welt bringen, dass sie ihre Kinder für eigene Bedürfnisse missbrauchen oder gar vernachlässigen, dass sie nicht in der Lage sind, angemessenes Elternverhalten zu zeigen oder zu lernen.

Diskussionen in Fachkreisen berücksichtigen verschiedene Dimensionen wie z.B.

- die Bewertung des Kinderwunsches als *normales* Bedürfnis erwachsener Menschen (sensu Normalisierungsprinzip)
- die Frage der Realisierung von Integrations- und Partizipationsmöglichkeiten
- die Bedeutung für ein nicht behindertes Kind, behinderte Eltern zu haben (aus entwicklungspsychologischer, ethischer Sicht, aus der Perspektive von Kindesrecht und Kindeswohl)
- die Verantwortung der Gesellschaft für die Kinder von Eltern mit geistiger Behinderung etc.

Fachliche Diskurse fragen nach Umsetzungsmöglichkeiten, nach institutionellen und konzeptionellen Erfordernissen und Möglichkeiten (Jeltsch-Schudel 2003). Hier ist grosser Forschungs- und Diskussionsbedarf gegeben. Zum Beispiel könnten Untersuchungen aus entwicklungstheoretischer Perspektive zu *parenting* und *caregiving* von Eltern mit geistiger Behinderung angestellt werden (vgl. Petzold 2003a, 538ff), um Vorurteile abzubauen bzw. um erforderliche Hilfen forschungsgestützt entwickeln zu können.

Zu dieser ethischen und metaethischen Problematik sind noch viele Fragen offen, auf individueller und gesellschaftlicher Ebene; Fragen, die auch nicht verkürzt und pauschal beantwortet werden können. In unserem Beispiel war es uns wichtig, der Klientin gerecht zu werden, sie in ihrem Wunsch ernst zu nehmen und ihr beratend zur Seite zu stehen. Handlungsleitend war die Position, die einem Zitat aus erwähntem Beitrag entspricht, "dass es nicht unsere Meinung ist, dass alle Menschen mit geistiger Behinderung Kinder bekommen sollen. Vielmehr wäre es unser Anliegen, dass Menschen mit geistiger Behinderung eine Elternschaft nicht von vornherein abgesprochen wird." (Jeltsch-Schudel 2003, 271)

## **12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, "persönlicher Souveränität" PI**

Das Selbst- und Identitätskonzept nimmt in der Integrativen Therapie und ihrem persönlichkeits-theoretischen Modell (Kap. 3.2.1) eine zentrale Stellung ein. Dieser Wirkfaktor ist (neben PW, TN, SE) ein *verfahrensspezifischer*. Er affirmiert, dass Therapie (und Agogik) dazu beitragen müssen, Identitätsprozesse in einer positiven Weise zu ermöglichen: Identität konstituiert sich aus dem Leib-Selbst durch die Aktivitäten des Ich, "das die aus dem Umfeld kommenden und sich auf verschiedene Identitätsbereiche ('fünf Säulen') beziehenden Identitätsattributionen (Identifizierungen, social identity) aufnimmt und mit deren Bewertung (valuation, appraisal) durch Selbstattributionen (Identifikationen, ego identity) sowie durch die Internalisierung solcher Zuschreibungen zur *Identität synthetisiert*" (Petzold 2003a, 1043). Positive Identitätsprozesse fördern *persönliche Souveränität* (idem 1998a; Petzold, Steffan 1999b; Kap. 3.2.1).

Ich halte diesen Wirkfaktor für die Praxis von Wohnbegleitung für Menschen mit einer geistigen Behinderung neben dem Faktor der *Lebenshilfe* (LH) für ausserordentlich zentral und bedeutungsvoll.

Es sei noch einmal an unsere Leitmotive erinnert:

- AmBeWo unterstützt die begleiteten Personen in ihrer Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung.
- AmBeWo bietet kompetente Beratung und Unterstützung sowie direkte, konkrete und praktische Hilfe in allen Bereichen des selbständigen Wohnens.

Diese Formulierung führt unmittelbar zum Einsatz der Wirkfaktoren *Lebenshilfe* einerseits und zur *Förderung von prägnantem Selbst- und Identitätserleben*, zur *Förderung persönlicher Souveränität*.

*Persönliche Souveränität* ist ein Integratives Metakzept, welches verschiedene theoretische Konstrukte und Konzepte verbindet. *Förderung persönlicher Souveränität* könnte somit auch als *Meta-Faktor*, als Synergem von verschiedenen Wirkfaktoren betrachtet werden. In der folgenden Tabelle habe ich versucht, verschiedenen Aspekten von *Souveränität* die darin enthaltenen Wirkfaktoren zuzuordnen:

<i>Persönliche Souveränität umfasst (Kap. 3.2.1) ...</i>	<i>... die Wirkfaktoren, z.B.</i>
- Selbstwertgefühl	ES
- Identitätssicherheit (5 Säulen):	
Leib	LB
Materielles	LH
Werte	PW, PZ
Arbeit, Freizeit, Leistung	LM
Netzwerk	TN
- Geschlechtsrollensicherheit und Gendersensibilität	KK
- personale und soziale Kompetenz und Performanz	KK, TN, SE
- reflexive Qualitäten: Selbst-, Ko-, Metareflexion	EE
- kommunikative und interaktive Potentiale:	KK
Intuitions- und Empathiefähigkeit;	
Belastungs- und Konfliktfähigkeit; Parrhesie; Flexibilität und	
Effizienz in der Handhabung sozialer Komplexität	KK, TN

Dabei ist der Einsatz des einzelnen Wirkfaktors jeweils für sich genommen von Bedeutung. Darüber hinaus wirken und fließen diese Faktoren *synergetisch* – im Sinne des Metakzeptes *Souveränität* – zusammen. Die spezifischen Möglichkeiten und Grenzen, die praktischen Beispiele für die genannten Wirkfaktoren sollen hier nicht noch einmal wiederholt werden. Vielmehr möchte ich an dieser Stelle auf die Förderung von *prägnantem Selbst- und Identitätserleben* von Menschen mit leichter geistiger Behinderung fokussieren.

Behinderung muss relational und relativ begriffen werden, als ein durch das gesellschaftliche Umfeld mitbestimmtes Phänomen (Kap. 5.1). Identitätsprozesse von Menschen mit einer geistigen Behinderung unterliegen individuellen und sozialen, häufig negativen Einflussfaktoren, Risiken und Erschwernissen: ist das individuelle Erfahren und Erleben von Behinderung und der damit verbundenen Einschränkungen häufig schon schmerzhaft genug, so sind es vielfältige Stigmatisierungen (als "negative Identitätsattributionen", *ibid.*) im Netzwerk und durch die Gesellschaft, am Arbeitsplatz und in der Arbeitswelt, durch Angehörige etc., die unsere Klienten zusätzlich belasten und benachteiligen. Es kommt hinzu, dass die Identität unserer Klienten durch Doppel- oder Mehrfachstigmatisierungen multipel gefährdet sein kann (z.B. Frau sein und behindert sein; Ausländer sein und behindert sein; homosexuell und behindert sein). Hier ist ein spezifischer Ansatzpunkt in unserer Praxis, nämlich trotz und gerade wegen der vorliegenden Behinderung zu *positiven* Identifizierungen (Fremdattributionen durch die Begleitperson) beizutragen, die dem Klienten positive Identifikationen und Internalisierungen ermöglichen. Positive Internalisierungen können helfen, "gute Innenwelten und ein breites Rollenrepertoire" (*Petzold 2003a, 1043*) aufzubauen und prägnante Identität zu fördern.

Ob es gelingt, "an vorgängige positive Identitätszuschreibungen anzuknüpfen und sie fortzuschreiben" oder ob "an die Attributionen in spezifischen Identitätsbereichen bevorzugt angeknüpft wird" (*ibid.*), ist im Einzelfall sehr verschieden. Potentielle Anknüpfungspunkte sind jedoch bei all unseren Klienten in allen fünf *Säulen der Identität* gegeben, im Bereich der Leiblichkeit (z.B. Kognition, Wahrnehmung und Ausdruck) und des sozialen Netzwerks (Helfernetz, privates Umfeld); im Bereich Arbeit, Leistung und Freizeit (Lernen, erfolgreiche Bewältigung und Gestaltung); im Bereich des Materiellen (Wohnung, Finanzen) und der Werte (Emanzipation, Selbstbestimmung, Eigenverantwortlichkeit).

Dabei können wir im agogischen Kontext auf die lebensgeschichtlich gebildeten Selbstkonzepte und Identitätsschemata unserer Klienten Einfluss nehmen. Pathologische, dysfunktionale Stile und stark beschädigte Persönlichkeitsstrukturen sind ohne begleitende psychotherapeutische Hilfen jedoch kaum veränderbar. Trotzdem sehe ich Begleitung als potentiell *benignes* Entwicklungs- und Sozialisationsgeschehen und somit auch als *protektiven Prozess*, der Möglichkeiten zur Internalisierung von positiven Zuschreibungen (als Bestandteil positiver Szenen und Atmosphären), Internalisierung von *Erfahrungen vitaler Evidenz* (das sind *Lernprozesse*, LM) bieten und bereitstellen kann.<sup>37</sup> Solche Identitäts- und Sozialisationsprozesse können die Entwicklung von *Gefährtschaft* ("dass der Mensch durch die Verinnerlichung des '*generalized other*' im sozialen Prozess 'sich selbst zum Gefährten wird', d.h. Identität und subjektive Reflexivität ausbildet"; Mead, nach Petzold 2003a, 444; ibid. 322) auch im Erwachsenenalter fördern, und die Internalisierung der Begleitperson als *innerer Beistand* kann einen *protektiven Faktor* mit einer hohen identitätsstiftenden und persönlichkeitsstabilisierenden Wirkung darstellen (Petzold, Goffin, Oudhof 1993).

Durch die spezifischen Aspekte der Lebensunmittelbarkeit, der Hilfe und Ko-operation in vivo / in situ und der Langzeitperspektive kann in einer *Strategie der vielen kleinen Schritte in evidenten Situationen über eine lange Zeit* ein bedeutender Beitrag zur Persönlichkeitsentwicklung unserer Klienten geleistet werden. Ich möchte mich deshalb in Bezug auf unser Arbeitsfeld der Aussage anschließen, dass (Integrative) Agogik als ihre zentrale Aufgabe ansieht, "zur Entwicklung bewusster, sozialer, freiheitsliebender und kreativer Persönlichkeiten beizutragen, die im gesellschaftlichen Miteinander eine klare Identität gewinnen, (...) und die sich selbst mit den anderen im Lebenszusammenhang verwirklichen können. Deshalb wird dieses Ziel der Persönlichkeitsbildung und Identitätsentwicklung allen anderen (...) Lernzielen vorgeordnet." (Petzold 1989k, 395)

"Ich wollte alleine wohnen. Früher hatte ich aber Angst davor. Heute weiss ich, dass ich es schaffe, trotz meiner Behinderung."

"Sie zeigen mir Sachen für den Alltag, die ich nicht so schnell wieder vergesse. Ich bekomme mehr Sicherheit und Orientierung. Früher hatte ich mehr Schwierigkeiten und Nervosität. Jetzt habe ich nicht mehr so viele Probleme, weil ich gezeigt bekommen habe, wie ich Dinge erledigen kann."

"Ich muss nicht mehr so oft zu meinen Eltern gehen und um Rat fragen. Früher war ich von ihnen abhängig. Ich habe mich gelöst von meinen Eltern."

### 13. Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke TN

Supportive und ressourcenreiche Netzwerke haben grosse Bedeutung und Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden, auf das Identitätserleben von Menschen. Diesem Faktor wird in der Integrativen Therapie ein hoher Stellenwert beigemessen. Dabei gilt es sich vor Augen zu führen, dass Arbeit in der Dyade nicht *Arbeit mit Einzelpersonen* bedeutet, sondern immer auch "Arbeit mit sozialen Netzwerken – mit vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen" (Petzold 2003a, 1044). Auch Identitätsentwicklung kann nur mit dem Kontext zusammen gesehen werden, da Identität immer in Ko-respondenz *mit Anderen* entsteht. Dieser Wirkfaktor steht somit in Verbindung mit der *Förderung von prägnantem Selbst- und Identitätserleben, Souveränität (PI)* einerseits, andererseits schliesst er an den Wirkfaktor *Einführendes Verstehen (EV)* in der (therapeutischen, agogischen) Beziehung an, da diese "Teil des sozialen Netzwerks" (ibid.) ist.

Für die Praxis bedeutet dies nun zum einen, dass das Netzwerk (Angehörige, Freunde, Eltern, andere Helfer) in der *Einzelarbeit* immer auch präsent ist, und zum anderen, dass umgekehrt alle Interventionen aus der Einzelarbeit in diese Netzwerke hinein wirken und dort Wirkungen entfalten. Diese Tatsache zeigt sich selbstverständlich auch in unserer Praxis von *Wohnbegleitung von Menschen mit einer geistigen Behinderung*. Es vergeht selten eine Begleitstunde, in der nicht Personen des Netzwerkes thematisiert werden, in der nicht die Beziehungen des Klienten zum und aus dem sozialen Kontext zum Gesprächsinhalt werden. Auch belegen viele der bisher genannten Beispiele (positive wie negative) Wirkungen und Auswirkungen des 'dyadischen' Begleitgeschehens in das Umfeld hinein.

Die Netzwerk- und soziotherapeutische Perspektive zählt in mehrfacher Hinsicht zum *Standardrepertoire* unserer Dienstleistung (die *soziotherapeutische* Dimension von Begleitung; Kap. 5.5). Da-

bei können verschiedene Netzwerksegmente, z.B. die des Helfersystems, der familiären Beziehungen, der Beziehungen am Arbeitsplatz sowie der persönlichen, freundschaftlichen und der Freizeitkontakte differenziert werden:

→ Die sogenannten *koordinativen* Aufgaben gehören in Zusammenhang mit jeder Begleitung zu den Pflichtaufgaben der Begleitperson. Sie sind primär auf die fachliche und interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie auf die Ressourcen des Netzwerkes (*Ressourcing*) fokussiert. Sie beinhalten die Abklärung der Lebenssituation, die Organisation und Mitgestaltung der Zusammenarbeit mit dem Umfeld des Klienten und den Bezugspersonen sowie den eventuell notwendigen Einbezug weiterer Fachpersonen, Fachstellen und Fachdiensten.

→ Bei der Eingangsdiagnostik (Erfassen der Lebenssituation durch Ausfüllen des *Leitfadens*) wird das Netzwerk und die Netzwerkqualitäten (seine "supportive Valenz", d.h. die Tragkraft und der Ressourcenreichtum des Netzwerkes; *Petzold* 2003a, 1044) in einer feineren Struktur sichtbar. Es wird u.a. deutlich, welche Hilfe der Klient von wem benötigt und / oder bereits erhält.

→ Die eigenen Kompetenzen und Performanzen bzw. der Unterstützungsbedarf hinsichtlich Netzwerkaufbau, -gestaltung und -pflege werden anhand der Items im Bereich *Freizeit, Beziehungen/Umfeld* und *Persönlicher Bereich* sichtbar.

→ Für die Mikroanalyse des Bereichs *Beziehungen/Umfeld* steht uns fakultativ ein *Ecogramm* zur Verfügung, welches das "Soziale Atom" (*Moreno*) abbildet und möglichen Interventionsbedarf aufzeigt.

→ Im Verlauf der Begleitungen gehören Standortgespräche mit den involvierten Hilfs- und Bezugspersonen (Vernetzung, Auftrags- und Schnittstellenklärung, Transparenz, Synergien) ebenfalls zum Standard. Die Teilnahme an Standortgesprächen ist eine Pflicht des Klienten und Teil der Begleitvereinbarung. Der Klient hat hierbei grundsätzlich das Recht, die Teilnehmenden zu bestimmen. Aufgrund unserer Erfahrungen legen wir grossen Wert auf solche Zusammenkünfte und räumen uns ebenfalls ein *Interventionsrecht* ein, wenn wir den Netzwerkeinbezug indiziert sehen. Meist kann dies konsensuell bestimmt werden. In Einzelfällen können gemeinsame Gespräche mit bestimmten Teilnehmenden, auch entgegen dem Wunsch des Klienten, Bedingung für die Fortführung der Begleitung sein (*konfrontativ*).

→ Neben regulären Standortgesprächen können bei Bedarf gemeinsame Gespräche mit Personen aus dem sozialen Netzwerk geführt werden (Paar-, Partner-, Angehörigen-, Arbeitsplatzgespräche, Gespräche mit Nachbarn, Vermieter etc.)

Zum praktischen Einsatz des Wirkfaktors, seinen Möglichkeiten und Grenzen möchte ich folgende Erfahrungswerte formulieren:

- Die Ebene der professionellen und privaten Hilfspersonen stellt die *prioritär* zu erfassende Netzwerkkomponente dar (sowohl chronologisch im Aufnahmeverfahren als auch hinsichtlich des bereits bestehenden oder organisierten Hilfebedarfs). Interventionen zu deren Koordination, Aufbau und Pflege im Sinne des *Ressourcing* oder *case management* gelingen in der Regel problemlos – Einsicht des Klienten vorausgesetzt (EE) – da wir interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit für bimodale oder multimodale Hilfeleistung begrüssen und anstreben (bisweilen anstreben müssen, wenn Art und Umfang der benötigten Hilfe unsere qualitativen und quantitativen Möglichkeiten übersteigen).<sup>38</sup>
- Eine Sonderrolle spielen zumeist Angehörige (Eltern, Geschwister). Die Beziehungen sind sehr oft von grosser emotionaler Nähe bei gleichzeitig eher belastender denn unterstützender Qualität (*Petzold et al.* 2000, 192). Häufig sind Angehörige zudem mit vormundschaftlichen Massnahmen betraut, was zur Vermischung von familiären Themen oder Konflikten mit Sachgeschäften zur Folge hat (z.B. ist die Mutter gleichzeitig Vormund, was die Ablösung und Emanzipierung der Tochter erschwert; oder: der Bruder ist Beistand, was zu häufigen Konflikten führt, in denen familiäre und finanzielle Aspekte vermischt sind). Ambivalenzen in den Beziehungen zu Angehörigen (Nähe wird gesucht und beibehalten; Einmischungen und Grenzverletzungen sind unerwünschte Folgen dieser Nähe) sind ebenfalls häufig ein Thema in Begleitungen, die Netzwerkinerventionen notwendig machen.
- Eine dritte Netzwerkkomponente umfasst den persönlichen und privaten Bereich: Partner, Freunde, Kollegen, auch Ferien- und Freizeitkontakte. Hier sind bei der Mehrzahl unserer Klienten (einige Klienten mit intaktem, supportreichem und tragfähigem Netzwerk ausgenommen) signifikante Defizite festzustellen. Viele Klienten äussern Gefühle von Einsamkeit, Langeweile, beklagen einen Mangel an guten Freunden oder verlässlichen Partnerschaften. Viele unserer Bemühungen und Interventionen zielen ab auf *making friends*. Wir können zum Besuch von

Sportgruppen, Freizeit-, Ferien- und Bildungsangeboten aller Art anregen, zur Ausübung eines Hobbys motivieren, Vernetzung untereinander fördern (unser Apéro), Kontakte zu Nachbarn oder im Quartier fördern etc.<sup>39</sup>

- In der Kombination der Förderung von *Wille und Motivation* (EA), der Förderung der *Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit* (KK) sowie der Förderung von *Interessen* (LM) sollen somit Prozesse unterstützt werden, um defizitäre Netzwerke zu *sanieren*. Der Erfolg in der Praxis ist jedoch bescheiden, vor allem wenn der Klient nicht zu positiven Affiliationen findet und zu einer Einstellung, neugierig und unvoreingenommen Kontakt zu anderen Menschen zu suchen und sich ihnen anzuschließen. Die Haltung "Mit anderen Behinderten will ich nichts zu tun haben" – bei gleichzeitig bestehendem Mangel an Kontakten und Beziehungen zu Menschen ohne Behinderung – erschwert oft einen aktiven und gelingenden Netzwerkaufbau. Zudem zeichnet sich das *nichtbehinderte* Umfeld seinerseits oft genug durch fehlende Offenheit oder Ablehnung des *Fremden*, der *différance*, des *Anderen* (Derrida) aus.

Dieses letztgenannte Phänomen der überwiegend defizitären Netzwerke unserer Klienten hat Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Begleitperson und Klient. "Therapeutische Beziehungen sind wichtig, und sie nehmen in defizitären Netzwerken geradezu eine zentrale Stellung ein." (Petzold 2003a, 1044) Die zentrale Stellung im Konvoi des Klienten wird bei uns in besonderer Weise sichtbar, spürbar und erfahrbar – und sie wird settingbedingt (die private Wohnung als Ort des Geschehens) verstärkt. Darin liegen einerseits *Chancen* zu vertrauensvollem Beziehungsaufbau, gelingender Ko-operation und Veränderung, andererseits *Risiken* von Übertragungen und unangemessenen Rollenerwartungen (Kap. 5.4), von Fixierungen oder Abhängigkeiten (im Sinne des lebenslangen und meist unaufhebbaren Angewiesenseins auf Hilfe). Einmal mehr muss betont werden, dass das Aufsuchen zu Hause als *freundschaftlicher Privatbesuch* fehlbewertet (*valuation*) werden kann und auch eine Form von *Passivität* generieren kann ("die Begleitperson kommt regelmäßig zu mir, ich muss nichts unternehmen bzw. nicht aus dem Haus gehen, nicht aktiv werden").

Wir müssen uns deshalb darüber klar sein, welche Rolle wir im Netzwerk des Klienten spielen und wie wir in das Beziehungsgeflecht eingebunden sind. Da wir uns häufig und über Jahre hinweg – räumlich wie sozial – in der "Kernzone" (Petzold 2003a, 1044) des sozialen Atoms befinden, eine der wenigen aufsuchenden *Kontakt-Personen* und verlässlichen *Beziehungen* sind, stellt sich die kontinuierliche Aufgabe reflektierter Rollen- und Beziehungsgestaltung: über das Erkennen und Beantworten *offensichtlicher* Rollenzuschreibungen hinaus geht es in Coaching, Intervention und Supervision häufig um *versteckte* Rollenangebote, um implizite Aufträge, um potentielle oder angetragene *Verstrickungen* in Familiendynamiken, um das Risiko unbewusster oder unbeabsichtigter Übernahme von Rollen, Verantwortlichkeiten, *delegierten Gefühlen* etc. Für das Erkennen, Bearbeiten und Korrigieren derartiger Fehlentwicklungen ist es nicht nur notwendig, dass wir über das soziale Atom des Klienten gut informiert sind: auch die Begleitperson muss über ihr Netzwerk und ihre Ressourcen Bescheid wissen, und auch darüber, welchen Platz die Klienten darin einnehmen; welche Rollenaffinitäten oder persönliche Dispositionen für Verstrickungen oder Stolperfallen gegeben sind; etc.

#### **14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und „fundierter Partnerschaft“ (supportiv, konfrontativ, protektiv) SE**

Die Bedeutung dieses Wirkfaktors ist (wie auch beim Netzwerkfaktor TN) durch Erkenntnisse aus dem "social support research" (ibid. 1045) belegt. *Solidaritätserfahrung* kann in *Gruppensettings* (Selbsthilfe-, Therapiegruppen) besondere Wirkung entfalten. In Therapie oder Begleitung kann auch der *dyadische* Prozess als solcher eine solidarische Qualität aufweisen; jedoch sind das Statusgefälle und die damit verbundenen Rollenkonfigurationen als erschwerende Faktoren zu berücksichtigen.

In der Begleitung unserer Klienten können wir diesen Faktor häufig supportiv und protektiv einsetzen. Natürlich gibt es auch bei uns ein Status- und Rollengefälle (Petzold 2003a, 791). Ich würde es aber niedriger einschätzen als in therapeutischen Beziehungen. Unsere Klienten sind in der Regel *Klienten* und nicht *Patienten* (idem 1988n, 82); das Machtgefälle kann weitestgehend transparent und synarchisch gestaltet und eher selten muss *aus unterstellter Intersubjektivität* (idem 2003a,

802f) gehandelt werden. Die *solidarische Risikobereitschaft* der Begleitperson und das Prinzip der *Partnerschaftlichkeit* sind für uns nicht nur konzeptionelle, sondern auch handlungskonkrete Zielsetzungen unserer Arbeit.

Das "engagierte Eintreten für den Anderen in fundierter Partnerschaft" (ibid. 1045) geschieht ja einerseits und elementar immer dann, wenn die unterstützende Anwesenheit der Begleitperson in der jeweiligen Situation erforderlich ist und bereitgestellt wird, wenn sich die Begleitperson eines Problems im konkreten Lebenszusammenhang des Klienten annimmt und praktische Hilfe anbietet, wenn Herausforderungen und Probleme gemeinsam (*ko-operativ*) bewältigt werden können. Darüber hinaus ist Engagement und Solidarität angefragt, "wo Unrecht geschieht oder geschehen ist" (ibid.). Hier denke ich an die vielen begleiteten Gespräche am Arbeitsplatz, wo eine Klientin offensichtlich benachteiligt wird (z.B. Mobbing), wo der Vorgesetzte seinen Mitarbeiter ungefragt mit *Du* anspricht; oder auch an Situationen, in denen diskriminierendes oder gewalttätiges Verhalten erlebt wird; in Fällen wo eine Vormundschaft als einschränkende *Bevormundung* empfunden wird: hier wird das sich "Solidarisch-an-die-Seite-der-Betroffenen-Stellen" (ibid.) sichtbar, hier können wir den Betroffenen unsere Solidarität zukommen lassen, die sie sonst eher selten erfahren können.<sup>40</sup>

Dieser Wirkfaktor stellt also ein wichtiges Moment in den Begleitung dar, denn hier geht es *praktisch* um die solidarische und engagierte Unterstützung bei der Wahrnehmung von Rechten, um das Ermöglichen von Selbstbestimmung, um die Förderung von Gleichstellung und Teilhabe, um den 4. *Weg der Heilung und Förderung* (Kap. 3.3.2), um die Konkretisierung der in unserem *Leitbild* formulierten Ziele, Grundhaltungen und Arbeitsweisen (Kap. 4.2).

Als Mitarbeitende der Stiftung Mosaik engagieren wir uns – über unser *Kerngeschäft Begleitung* hinaus – öffentlichkeitswirksam und sozialpolitisch, um auf Anliegen von Menschen mit Behinderungen zur Verbesserung ihrer Lebenssituation aufmerksam zu machen, z.B. durch Standaktionen und Beteiligungen an Abstimmungskampagnen (*Behinderten-Gleichstellungsgesetz*), durch Lobbyarbeit, Einsitz in Kommissionen, Fachgremien, Projekt- und Arbeitsgruppen.

## 6.2 Kerngedanken zum Einsatz der Wirkfaktoren

An dieser Stelle möchte ich einige Kerngedanken zur Bedeutung und zum Einsatz der Wirkfaktoren in der *ambulanten Wohnbegleitung für Menschen mit leichter geistiger Behinderung* zusammenfassen und konnektivierende Überlegungen hinzufügen.

→ Im Sinne einer (unvollständigen) Rangfolge möchte ich als *die wichtigsten Wirkfaktoren in unserer Praxis* nennen:

- Die **Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung / Lebenshilfe (LH)** ist zweifelsohne der dominierende Wirkfaktor. Er ist Grundidee und übergeordnetes Ziel unserer Dienstleistung, gleichzeitig besitzt er für die interventorische Praxis herausragende Bedeutung.
- Dem Wirkfaktor **Förderung prägnanten Identitäts- und Selbsterlebens, Förderung persönlicher Souveränität (PI)** kommt dieselbe grosse Bedeutung zu. Die Bereitstellung von *Hilfen* (LH) ist von grundlegender Wichtigkeit; sie ist aber nicht *Selbstzweck*: Da wir mit dem "ganzen Menschen" arbeiten (Sieper, Petzold 2002, 8), stellt die praktische Lebensbewältigung ein Element von Persönlichkeitsentwicklung und –entfaltung dar. Wie in meinen Ausführungen zu diesem Faktor deutlich wurde, sehe ich diesen Wirkfaktor auch als *Meta-Faktor*, in welchem verschiedene Wirkfaktoren synergetisch zusammenwirken können. Oder anders formuliert: Der Einsatz von z.B. identitätsbildenden Faktoren (LB, LM, PZ, PW, TN), von reflexionsfördernden (EE) oder kommunikations- und interaktionsfördernden (KK) Faktoren ist – jeweils für sich genommen – eine Intervention mit einer beabsichtigten Wirkung; in ihrer situations- und personenspezifischen Kombination bilden sie jedoch ein Gesamt von Interventionen. Das "Gesamt von Wirkungen ist mehr (und etwas anderes) als die Summe von Teilwirkungen" (*Synergieprinzip*;

Petzold 2003a, 116) und führt hier zum übergeordneten "Ziel der Persönlichkeitsbildung und Identitätsentwicklung" (Petzold 1989k, 395) als zentrale Aufgabe von (Integrativer) Agogik, was in der Formulierung eines unserer Leitmotive zum Ausdruck kommt: "AmBeWo unterstützt die begleiteten Personen in ihrer Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung."<sup>41</sup>

- Als dritten Kardinalfaktor sehe ich die **Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM)**, denn es ist "komplexes Lernen notwendig, wenn der Mensch sich entwickeln will" (Sieper, Petzold 2002, 9). Ich sehe eine grosse Übereinstimmung von lerntheoretischen Positionen der Integrativen Therapie mit unserer Praxis. Komplexes Lernen ist ganzheitliches Lernen; und über den vielfältigen Einsatz dieses Wirkfaktors zur Ausbildung von Kompetenzen und Performanzen hinaus dient auch er der gezielten Verselbständigung und der Persönlichkeitsentwicklung (PI): "Die gesamte Person muss in die Prozesse des Lernens einbezogen werden, sie muss 'sich selbst zum Projekt' machen in der Bewältigung und Gestaltung von Weltkomplexität" (ibid.). Ganzheitliches Lernen auf allen Ebenen ist für unsere Klienten – auch in methodischer Hinsicht – um so bedeutungsvoller, als durch persönlich bedeutsames Lernen und "Erfahrungslernen" (ibid.) die eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten kompensiert bzw. in multidimensionale *komplexe* Lernprozesse eingebunden werden können: Komplexe Erfahrungen sind als ein differentielles und ganzheitliches Lernen anzusehen, das "leibliches Erleben, emotionale Erfahrung und kognitive Einsicht in Bezogenheit zu Ereignissen von vitaler Evidenz führt" (eine Grundposition der Integrativen Agogik; Sieper, Petzold 1993c). Unter dieser Perspektive kann dieser Wirkfaktor ebenfalls als Synergem betrachtet werden, denn Lernprozesse als Evidenzerfahrungen (EE) beziehen u.a. leibliches Erleben (die Verschränkung von Wahrnehmung, Verarbeitung und Handlung; LB) und die Bezogenheit, die soziale Interaktion mit ein (TN, SE). In unserer Praxis wird durch die supportive Anwesenheit der Begleitperson in der unmittelbaren Lebenswirklichkeit *gemeinsame, ko-operative* (und oft *ko-kreative*; LM) Erfahrung, Handlung, Bewältigung und Gestaltung möglich.

→ Der Wirkfaktor **Förderung von Einsicht und Sinnerleben (EE)** nimmt in unserem Tätigkeitsfeld eine besondere Stellung ein. Neben dem soeben erwähnten (supportiven) Aspekt, dem Ermöglichen von Evidenzerfahrungen, beinhaltet er den (meist konfrontativen) Aspekt der Gewinnung von Einsicht in Ursache- und Wirkungs- bzw. Problemzusammenhänge. Einsicht muss *ko-responierend* gewonnen werden in situativen Hilfe- und Handlungsbedarf, in die Notwendigkeit von Wahrnehmungs-, Einstellungs- und Verhaltensänderung. In einen gegebenen *Lernbedarf* also, der immer dann thematisiert und problematisiert werden muss, wenn er von Klient und Begleitperson unterschiedlich *wahrgenommen, erfasst, verstanden und erklärt* wird. Dort spielen ja behinderungsbedingte (Einsicht in komplexe, abstrakte Zusammenhänge ist schwieriger herzustellen als in einfache, unmittelbare, konkret erlebbare und überschaubare) und individuelle Faktoren (Motivationen, Volitionen; Widerstand, Reaktanz) mit hinein. Nicht nur zu Anfang einer Begleitung, sondern als permanente Aufgabe spielt dieser Wirkfaktor eine zentrale Rolle: beim Aufbau und bei der Erhaltung von Motivation, zur Herstellung und Festigung des Arbeitsbündnisses, bei der konsensuellen Bestimmung der individuellen Inhalte und Ziele im Prozess. Einsicht ist erforderlich, um ausreichende Kongruenz von "theoriebegründeten Zielen mit klinischer Bedeutsamkeit" und persönlich bedeutsamen Zielen herzustellen (Petzold 1998h, 149), was in unseren Kontext übersetzt heisst: die von der Begleitperson gesehenen Notwendigkeiten und Erfordernisse – primär in den relevanten und basalen *Kernbereichen* des selbständigen Wohnens (insbesondere Finanzen, Mieterpflichten, ausreichende Selbstsorge) – mit den Wahrnehmungen, Wünschen und Vorstellungen des Klienten in Einklang zu bringen, um auf dieser Grundlage Hilfen, Massnahmen und Strategien für die erfolgreiche und realitätsgerechte Bewältigung des Wohnens in der eigenen Wohnung (LH) zu bestimmen. Die zentrale und bedeutsame Stellung von *Ko-respondenzprozessen* (Kap. 2.1), die zu Dis-sens/Konsens und zu Ko-operation führen, wird hier sehr deutlich.

→ Begleitung ist ein **interpersonales Geschehen** auf der Grundlage einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung zwischen Klient und Begleitperson. Für die Gestaltung dieser Beziehung kommt in besonderer Weise die Kombination der Wirkfaktoren *Einführendes Verstehen und Empathie* (EV), *Emotionale Annahme und Stütze* (ES), *Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit* (KK) und die *Solidaritätserfahrung* (SE) zum Tragen. Dabei halte ich *Empathie* als "empathisch-intuierende Identifikation: Ich versuche, mich in die Situation des Patienten hineinzubegeben, indem ich mich bemühe, *seine* Sicht der Dinge, seine Art des Denkens und Fühlens aufzunehmen" (Petzold 2003a, 803) für eine mitunter aufwendige und schwierige Aufgabe. Das Sich-Einlassen auf be-

hinderungsbedingt 'verschlungene' Pfade des Denkens und Fühlens oder das hermeneutische Durchdringen von auf den ersten Blick schwer nachvollziehbaren Erlebens- und Ausdrucksweisen ist notwendig, wenn wir dem Klienten gerecht werden, ihn verstehen und erfassen wollen – und nicht zuletzt *ko-respondierendes* Verstehen, Erklären und Verändern initiieren wollen. Nur so können wir die erforderlichen Hilfen, Massnahmen und Interventionen (*best practice*) herausfinden und das Wohlergehen des Klienten (*client welfare*) fördern. Somit ist der absichtsvolle Einsatz dieses Wirkfaktors immer auch Ausdruck wertschätzender und respektvoller Begegnung (*client dignity*) und mit dem *Ernstnehmen*, der *Emotionalen Annahme und Stütze* (ES) verbunden. Solche Situationen enthalten auch ein solidarisches Moment (*protektiv, supportiv*; SE), denn für viele unserer Klienten war und ist es keine selbstverständliche Erfahrung, *so gesehen, gehört und verstanden zu werden*, wie sie wirklich sind. Solche annehmenden und stützenden Botschaften sind überdies ein Beitrag zu positiven *Identitätsattributionen* und positiven *Selbstwertgefühlen*.

→ Die Beziehung zwischen Begleitperson und Klient hat hinsichtlich Kommunikation, Interaktion und Beziehungsgestaltung (KK) **Modellcharakter**. Die "Arbeit an und in der Beziehung" (*Rahm et al.* 1993) kann als Übungs- und Lernfeld (LM) genutzt und ein Transfer in das Umfeld angestrebt werden. Die für diese Beziehungsgestaltung bedeutsamen Faktoren (KK, TN, SE) fließen nun einerseits in die *Förderung der persönlichen Souveränität* mit ein (PI; vgl. obige Tabelle), zum anderen befinden wir uns mit diesen Faktoren an der Schnittstelle von Individuum, Dyade (die Beziehung zur Begleitperson ist, wie gesehen, Teil des sozialen Netzwerks) und Umfeld, geht es hier um die *Beziehungen* des Individuums mit dem Kontext / Netzwerk. Hier hatte ich die Erfahrung formuliert, dass dem Wirkfaktor *Aufbau tragfähiger, sozialer Netzwerke* (TN) trotz hohem Aufwand und grosser Bemühungen meist nur geringer Erfolg beschieden ist: einem in der Regel gut organisierten Helfernetz und den (*for better or worse*) bestehenden familiären Beziehungen stehen grosse Defizite im Sektor privater, freundschaftlicher Kontakte und Beziehungen gegenüber. Dieser Aporie können wir nur durch weitere intensive und kontinuierliche Reflexions- und Bewusstseinsarbeit zu entgehen versuchen, auf individueller Ebene (was verhindert oder erschwert Affiliationsprozesse, wie gelingt *making friends*, wie kann wirkungsvoller Transfer geschehen?), auf institutioneller (Projekt 'AmBe-Wohnhaus') und gesellschaftlicher Ebene (Förderung von Teilhabe und Partizipation, "Humanisierung des Lebenszusammenhangs"; *Petzold* 2003a, 936f). Gleichwohl sehe ich die Problematik der Einsamkeit und der fehlenden Sozialkontakte auch als Ausdruck von *Entfremdungsphänomenen* (die "Entfremdung vom Mitmenschen"; anthropologischer Krankheitsbegriff, Kap. 3.2.3); sehe ich die gesellschaftliche Tendenz zur Individualisierung und Vereinzelung (versus *Zugehörigkeit, Mit-Sein und Ko-Existenz*) als eine mögliche *Ursache hinter den Ursachen*, an der viele Menschen – und unsere Klienten vielleicht im besonderen – heutzutage leiden.

## 7. Wirkungen und Wirkfaktoren aus Sicht der Betroffenen

Nachdem ich im vorangegangenen Kapitel den Einsatz der 14 Wirkfaktoren aus meiner / unserer Sicht und jeweils fall-, situations- und interventionsbezogen dargestellt und diskutiert habe, möchte ich nun der Frage nachgehen, wie die *Betroffenen* aus ihrer Sicht den Erfolg und die Wirkung unserer Interventionen wahrnehmen und beschreiben. Ich möchte hierzu Ergebnisse unserer Klientenbefragung<sup>42</sup> heranziehen und unter einer *Wirkfaktorenperspektive* auswerten.

Diese Befragungsergebnisse und Aussagen weisen eine besondere Qualität auf. Nicht nur, dass die Klienten darin selbst zu Wort kommen, sondern auch weil sie aus einer Position der "Exzentrizität" (*Petzold* 2002b, 69f; Kap. 2) gewonnen werden. Die Befragung verändert die Perspektive und verlässt den personellen, situativen, interventiven und zeitlichen Bezugsrahmen der konkreten Begleitung im *Hier-und-Jetzt*. Dies ermöglicht den befragten Klienten – trotz der damit verbundenen Schwierigkeiten oder Einschränkungen – Meta-Kommunikation und Meta-Reflexion des Begleitgeschehens mit einer fachkundigen Drittperson, was in dieser Form und in der jeweiligen Dyade nicht erreicht werden kann. Es handelt sich somit um *gefestigte, verfestigte (verinnerlichte bzw. sedimentierte)* und *persönlich bedeutsame* Erfahrungen, die im Gespräch mit der befragenden Person erinnert und berichtet werden. Es sind darüber hinaus Erfahrungen aus einer *Langzeitperspektive* und schliessen einen je gegebenen Zeitraum mit ein (Dauer der Begleitungen zwischen 1 und 10 Jahre). Ein Nachteil dieser Aussagen besteht darin, dass sie dadurch eher grobkörnig formuliert sind und eine Zuordnung zu den feinkörnigen Wirkfaktoren erschweren.

Zunächst noch einige erläuternde Informationen zur Klientenbefragung:

- Im Rahmen unseres Qualitätssicherungskonzeptes (Kap. 4.8) führen wir alljährlich eine Klientenbefragung durch, um *Nutzen, Wirksamkeit und Zufriedenheit* zu evaluieren. Die Befragung ist auf 4 Jahre angelegt: pro Jahr werden 10 – 12 Klienten befragt, sodass innerhalb von 4 Jahren alle gegenwärtigen Klienten (ca. 50) erreicht werden können. Die Befragung kann keine *Abbrecher* oder ehemaligen Klienten katamnestisch nachbefragen (was weitere aufschlussreiche Ergebnisse liefern könnte).
- In den vergangenen 3 Jahren wurden 3 Befragungsrunden durchgeführt: 37 Personen wurden insgesamt angeschrieben, davon beteiligten sich 29 an der Befragung.
- Der Hauptfragebogen wurde – kognitive und sprachliche Beeinträchtigungen unserer Klienten berücksichtigend – mit einem weiteren Fragebogen unterlegt, der sehr einfach formulierte Fragen enthält und auf komplizierte Begriffe (wie *Qualität, Kompetenz* usw.) verzichtet (s. Anhang).
- Neben der Durchführung und Dokumentation der Befragung ist es Aufgabe der befragenden Person, das Design der Befragung und die *Methode an sich* zu evaluieren. Diese *Meta-Rückmeldungen* fliessen in die Überarbeitung und Weiterentwicklung des Qualitätssicherungskonzeptes ein, allerdings erst nach Abschluss des ersten umfassenden Befragungszyklus Ende 2005.

Die Befragung dokumentiert Ergebnisse auf drei Ebenen:

- eine quantitative Zusammenfassung der abgegebenen Aussagen und Voten gemäss Hauptfragebogen (Ergebnisse siehe Fragebogen im Anhang)
- qualitative prägnante Einzelaussagen der Klienten (die von der befragenden Person anonymisiert protokolliert wurden)
- qualitative Aussagen der befragenden Person (Zusammenfassung von Einzelaussagen zu Aussagebündeln; subjektive Eindrücke)

Aus den beiden letztgenannten Ebenen möchte ich nun prägnante und zentrale Aussagen zitieren.<sup>43</sup> Sie geben Aufschluss darüber, welche Wirkungen und Wirkfaktoren bei den Klienten *ankommen*, die Klienten *erreichen* bzw. subjektiv von ihnen wahrgenommen werden. Als pragmatische Systematisierungs- und Zuordnungshilfe möchte ich – an meine Kerngedanken im obigen Kapitel anschliessend – folgendes Raster wählen: in Modifikation der Aussagen von *Petzold* (1997p; Kap. 3.3.2) sehe ich in unserem Arbeitsfeld die Wirkfaktoren instrumentell für folgende übergeordneten Strategien:

- *Vermittlung förderlicher interpersonalen Erfahrungen* (Dimensionen Beziehung, Solidarität), welche Basis bilden für die
- *Förderung der Persönlichkeitsentwicklung* (Dimensionen Selbst und Identität, Souveränität, Netzwerk, Teilhabe).
- *Prozessuale Aktivierung* (Problem- und Strukturaktivierung: Dimension Evidenz, Sinn, Einsicht; Ko-respondenzprozesse)
- *Förderung von Ressourcen, Ressourcen-Kompetenz und –Performanz* (Dimension Hilfen und Hilfeplanung)
- *Vermittlung erfolgreicher Gestaltungs- und Bewältigungserfahrungen* (Dimension Bewältigung und Gestaltung, Lernen und Lernerfahrungen)

## **7.1 Aussagen zu den Wirkfaktoren**

### **Aussagen zu Wirkfaktoren in der Beziehungsdimension**

Aussagen der Klienten:

"Seit ich Begleitung habe, kann ich meine Begleitperson um Hilfe und Rat fragen. Dadurch konnte ich mich von meinen Eltern ablösen." (KK, SE, PI)

"Natürlich ist mit AmBeWo auch Kontrolle verbunden. Ich kann das aber von meiner Begleitperson gut akzeptieren, ganz im Gegensatz dazu, wenn mich meine Mutter kontrolliert." (KK, SE, PI)

"Das Geschlecht der Begleitperson ist wichtig. Ich bin froh, dass ich als Frau eine weibliche Begleitperson habe." (Genderperspektive; KK, SE)

"Ich bin froh, dass ich Vorschläge, Beratung und Empfehlungen von meiner Begleitperson bekomme. Sie schaut, dass es mit gut geht." (LH, EV, SE)

"Die Begleitperson ist für uns da, für das Geld und das Budget, zum Diskutieren oder wenn irgendwelche Probleme vorhanden sind. Sie hat sehr viel Geduld mit uns." (EV, EA)

"Es darf mir auch mal schlecht gehen, und auch dann ist die Begleitperson da." (EV, EA)

Aussagen der befragenden Person:

"Die Klienten schätzen die Zuverlässigkeit, die Hilfsbereitschaft, die Klarheit, die Unkompliziertheit, die Herzlichkeit und die Flexibilität der Begleitperson." (EV, LH, KK, SE)

"Besonders gewürdigt wird das konzentrierte Zuhören, die einfache Sprache und das engagierte Mitdenken." (EV, KK, SE)

"Es wird positiv festgestellt, dass die Begleitpersonen ihren Klienten Wärme und Nähe entgegenbringen." (EV, ES)

"Die Wichtigkeit und besondere Bedeutung des persönlichen teilnehmenden Gespräches wurde oft betont." (KK, SE)

"Allen Befragten ist neben dem Wissen und den Kompetenzen der Begleitperson der 'gute persönliche Draht', ein positives Miteinander, als Grundlage für eine gute Arbeit unerlässlich." (Passung, KK)

"Die Befragten fühlen sich ernst genommen und schätzen es, dass in schwierigen Situationen Lösungen gefunden werden und sie nicht alleine gelassen werden." (EV, ES, LH, KG, SE)

## **Aussagen zu Wirkfaktoren in der Hilfedimension<sup>44</sup>**

### **Aussagen der Klienten:**

"Die Begleitperson hilft mir, meine Probleme zu sortieren." (LH, KK)

"Ich fühle mich sicherer, weil ich fragen kann und Hilfe bekomme, z.B. beim Einkaufen." (LH, PI)

"Meine Begleitperson hilft mir, dass ich zurechtkomme, z.B. beim Telefonieren." (LH)

"Es wird zu oft und zu streng nachgefragt, wofür ich mein Geld ausbebe." (LH, konfrontativ; negativ bewertet)

"Natürlich ist mit AmBeWo auch Kontrolle verbunden. Ich kann das aber von meiner Begleitperson gut akzeptieren, ganz im Gegensatz dazu, wenn mich meine Mutter kontrolliert." (LH, konfrontativ; positiv bewertet)

### **Aussagen der befragenden Person:**

"Die Mehrzahl der Befragten kann spontan keine Auskunft über die vertraglich vereinbarten Bereiche geben, in denen die Begleitperson Hilfe und Unterstützung anbietet. Erst im Gespräch wird klar, in welchen Bereichen die Befragten begleitet werden. Das Wichtigste ist ihnen, dass die Begleitperson immer das Aktuelle, das Dringende aufgreift." (LH)

"Die Spontaneität und Flexibilität der Wohnbegleitung wurde gelobt. So können dringende Themen oder Probleme bearbeitet und nicht verschoben oder verzögert werden." (LH)

"Für die Befragten ist AmBeWo eine Dienstleistung, die sachliche, zuverlässige und problem- und ressourcenorientierte Unterstützung anbietet." (LH, LM, KG)

## **Aussagen zu Wirkfaktoren in der Lerndimension<sup>44</sup>**

### **Aussagen der Klienten:**

"Ich habe gelernt, Dinge selber machen zu können. Dadurch bin ich selbständiger. Das gibt mir Sicherheit." (LM, PI)

"Ich fühle mich wohl, weil ich Sachen für den Alltag dazugelernt habe, die ich im Gedächtnis behalten kann." (LM)

### **Aussagen der befragenden Person:**

"Das grosse Wissen der Begleitperson wird geschätzt und die daraus resultierende praktische Unterstützung in den verschiedenen Lebensbereichen." (LH)

"Die Befragten sind Menschen, die trotz oder gerade wegen ihrer Beeinträchtigungen im Leben stehen und dies mit Unterstützung z.B. von AmBeWo gestalten und meistern." (KG)

"Manche Befragten betrachten die Begleitung als festen Bestandteil ihres Alltags. Andere möchten durch Lern- und Erfahrungszuwachs ihre Selbständigkeit erhöhen, um in der Zukunft ohne AmBeWo leben zu können." (LM, PW, PZ, PI)

## **Aussagen zu Wirkfaktoren in der Persönlichkeitsdimension**

### **Aussagen der Klienten:**

"Ich kann Gespräche führen, wenn ich persönliche Probleme habe und Hilfe brauche." (KK, PI)

"Seit ich in der eigenen Wohnung lebe, fühle ich mich viel wohler und sicherer. Ich bin ein ganz anderer Mensch, viel fröhlicher und gehe aus mir heraus." (KG, PI)

"Ich möchte irgendwann mal die Vormundschaft auflösen und wieder alles selber entscheiden. Dies wird aber noch ein paar Jahre dauern. Meine Begleitperson wird mich dabei unterstützen." (PZ, PI)

"Die Begleitperson unterstützt mich in Problemgesprächen mit dem Arbeitgeber, mit der Sozialarbeiterin und den Angehörigen. Da fühle ich mich sicherer." (KK, TN, SE)

"Ich wünsche mir mehr organisierte gemeinsame Aktivitäten (Kegelabende, Ausflüge), um mehr Kontakte zu haben." (TN)

"Ich möchte gerne in einem Haus leben, in dem jeder seine eigene Wohnung hat und ein Gemeinschaftsraum vorhanden ist." (TN, SE)

## Aussagen der befragenden Person:

"Die Befragten sind sehr glücklich und stolz auf ihre selbständige Wohnform. Sie schildern ihren Weg in die Selbständigkeit und wie die Unterstützung durch AmBeWo dazu beitrug und beiträgt." (PI)

"Erstaunt hat mich immer wieder ihr Umgang mit den eigenen Schwächen und die Fähigkeit diese zu kommunizieren." (EE, PI, KK)

"Eine grosse Mehrheit bestätigt klar, dass sie in allen wichtigen Fragen selbst- oder mindestens mitbestimmen kann." (PI)

"Es wurde wiederholt erwähnt, dass es schwer ist, selbstbestimmt zu handeln und zu entscheiden. Die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung wird von den meisten Klienten nicht als Einschränkung, sondern als Entlastung und Übung gesehen." (PI, LM)

"Auch die Unterstützung in der Vorbereitung für Gespräche mit Dritten wurde erwähnt. Dies führt zu einem Dazulernen und auch einem Ernst-genommen-werden bei Dritten." (LM, KK, TN, PI)

"Einige Klienten wünschen sich mehr soziale Kontakte. Die Notwendigkeit nach adäquater Unterstützung hinsichtlich sozialer Kontakte wird sichtbar." (TN)

"Die Frage der Isolation und des sozialen Rückzugs von Menschen mit geistiger Behinderung, die alleine wohnen, hat mich im Rahmen der Gespräche immer wieder beschäftigt. Chancen und Möglichkeiten, selbständig zu wohnen, sind auf der einen Seite Ausdruck von Gleichstellung, Selbstbestimmung und höherer Lebensqualität, Auf der anderen Seite vergrössert sich das Risiko, dass diese Menschen vereinsamen. Diesem Aspekt müssen die Begleitpersonen höchste Beachtung schenken." (TN, SE)

## 7.2 Bemerkungen

Diese Aussagen unterstreichen meines Erachtens zunächst den besonderen Wert der *Beziehungsfaktoren* (KK, TN, SE), die Relevanz von in Beziehung *eingebundene und eingebettete* Lern- und Entwicklungserfahrungen. Ich sehe auch das *solidarische Moment* (SE; trotz seiner Einschränkungen bezüglich Status- und Rollengefälle; vgl. oben), das zugewandte, supportive Sich-an-die-Seite-Stellen der Begleitperson, welches für das Erleben positiver Wirkungen auf Seiten der Klienten eminente Bedeutung besitzt.

Sichtbar wird auch die positive Bewertung der performanz- und transferorientierten Ausrichtung der Hilfen; von *Lernprozessen* (LM), die zur Bewältigung ähnlicher oder anderer Situationen befähigen können – und darüber hinaus als Förderung der *Persönlichkeitsentwicklung* (PI) empfunden und erlebt werden.

Dabei wurden weniger die konkreten *Hilfen an sich* (LH) erinnert bzw. genannt, sondern es ist die situations-, problem- und prozessbezogene Flexibilität der Begleitperson gefragt (das *Aktuelle und Dringende* aufzugreifen). Aus einem Fundus breiter Kompetenzen und Performanzen (berufliches und persönliches Wissen und Können, kommunikative und alltagspraktische Hilfe usw.) sollen die jeweils benötigten Hilfen supportiv bereitgestellt, erschlossen oder entwickelt werden (*Ressourcing*).

Die mit dem Auf- und Ausbau *tragfähiger sozialer Netzwerke* (TN) verbundenen Grenzen und Schwierigkeiten finden sich auch in den Aussagen der Betroffenen und der befragenden Person wieder. Sie verweisen auf den bereits skizzierten individuellen, institutionellen und gesellschaftlichen Bedarf an Engagement, Humanität und Solidarität.

Über die *Einsicht in Problemzusammenhänge* (EE) – bzw. auf der Meta-Ebene: das *Problem der Einsichtsgewinnung* – finden sich fast keine Beiträge; mit Ausnahme der Aussagen zur *Kontrolle* und zum "zu häufigen und strengen Nachfragen der Begleitperson" in finanziellen Belangen. Hier wird dieser Themenkreis aus Sicht der Klienten ansatzweise erkennbar (in diesem Falle gelangt der Klient gar zur Einschätzung, dass die *Selbstbestimmung* in der Begleitung *nicht* gegeben sei).

"Erstaunt hat mich immer wieder ihr Umgang mit den eigenen Schwächen und die Fähigkeit diese zu kommunizieren." (EE, PI, KK) Diese Aussage der befragenden Person führt mich zur Überlegung, ob es für unsere Klienten einfacher ist, mit Dritten über die eigene Behinderung zu sprechen, ob die vom Alltag abgehobene Befragungssituation solche Aussagen erleichtert, - oder ob meine Betonung der *Problematik der Einsichtsgewinnung* in unserer Praxis auf eine *déformation professionnelle* hinweist, auf eher problem- statt lösungsorientierte Wahrnehmung. Einmal mehr regt mich die Aussage an, in der täglichen Arbeit mit unseren Klienten neben der *Problem- und Pathogeneseorientierung* immer die *Ressourcen- und Salutogenese*perspektive mit einzubeziehen, wie es die Integrative Therapie ja ausdrücklich affirmiert.

Wie (aufgrund des Befragungssettings sowie behinderungsbedingt) zu erwarten war, enthalten die Aussagen meist Faktorenkombinationen. Die Klienten erleben positive Wirkungen von Begleitung als Ensemble von Wirkfaktoren, in der Synergie und den Wechselbezügen einzelner Faktoren. Deutlich zum Ausdruck kommen die Wirkungen der *Vermittlung förderlicher interpersonalen Erfahrungen* und der *Förderung der Persönlichkeitsentwicklung*; ebenso werden die *Förderung von Ressourcen, Ressourcen-Kompetenz und –Performanz* und die *Vermittlung erfolgreicher Gestaltungs- und Bewältigungserfahrungen* als positive Effekte wahrgenommen. Die Strategie der *Prozessualen Aktivierung (Problem- und Strukturaktivierung)* wird im Rahmen eines jeweils erkannten *situativen und konkreten Hilfebedarfs* genannt ("Hier habe ich ein Problem, hier brauche ich Hilfe und Unterstützung"), während z.B. die Gewinnung von Einsicht in *persönliche* oder *gesundheitliche* Probleme oder *Meta-Prozesse* wie Selbst-, Ko- und Meta-Reflexion keine Erwähnung finden.

Als prägnante Kurzfassung zu den als wichtig und wirksam empfundenen Faktoren könnte folgende (oben noch nicht aufgeführte) Aussage der befragenden Person gelten:

"Ganz wichtig für die Befragten ist es, einen Gesprächspartner zu haben, der gut zuhört, der nett und wertschätzend ist, der dort zupackt wo es nötig ist, und mit dem man über alles Dringende sprechen kann." (EA, EV, LH, LM, KK, SE)

Die Erfüllung dieser Kriterien, der adäquate Einsatz der Wirkfaktoren kann gelingende Begleitprozesse generieren und für die Klienten positive Wirkungen entfalten. Hierzu sei abschliessend ein Klient zitiert, der seine Aussagen in lyrischer Form vorgebracht hat (auf die Zuordnung von Wirkfaktoren habe ich an dieser Stelle verzichtet):

"Am Anfang war es schwierig gewesen,  
zu verstehen, zu begreifen, zu lesen. (...)  
Man kann mit der Begleitperson über alles reden,  
vom bösen Wolf bis zum Garten Eden.  
In guten wie in schlechten Zeiten  
tut sie uns führen und begleiten.  
Bei AmBeWo wird sehr gut und intensiv geschaut,  
es werden neue Ideen und Möglichkeiten aufgebaut.  
Wir fühlen uns mit Euch sehr wohl und geborgen,  
dank Euch haben wir nicht allzu viele Sorgen."

Eine solche poetische und bewegende Aussage lässt mich und uns erfreut zur Kenntnis nehmen, dass unsere Bemühungen in den Begleitungen Früchte tragen, dass – nicht nur, aber auch – der Einsatz der *therapeutischen Wirkfaktoren* zu förderlichen und erfolgreichen Wirkungen bei den Klienten führt. So kann *Gesundheitsförderung, Persönlichkeitsentwicklung* und *Kulturarbeit* realisiert werden. So können wir auch zur "Lebenskunst" (Osten, Petzold 2004, 193) unserer Klienten beitragen, zur Unterstützung bei der *Bewältigung* und der aktiven und bewussten *Gestaltung* des Lebens in der eigenen Wohnung. "Das Ziel: ein persönlich und gemeinschaftliches 'gutes Leben', das auch ein schönes und glückliches sein sollte (Seneca, de vita beata), wo immer wir das durch unsere *Gestaltungskraft*, unseren *Gestaltungswillen* und unsere *Gestaltungsfreiheit* erreichen können." (ibid.)

## 8. Schluss

Das Verfassen dieser Arbeit, das intensive *Auseinandersetzen* und das *Zusammendenken* von *Integrativer Therapie* und *Wohnbegleitung für Menschen mit geistiger Behinderung*, hat noch weitere und vielfältige, innere und äussere Bewegungen und Bewegtheiten ausgelöst. Es hat *in mir* eine grosse *Wachheit* geweckt (eine Angeregtheit zum Schreiben, Denken, Philosophieren, Reflektieren und Metareflektieren), die neue *Wurzeln* gebildet und zu gewachsener *Würde* und *Wertschätzung* (Petzold 2003a, 803) geführt hat. So hat zum einen der *Sinn*, der *Wert* und die *Bedeutung* meiner (unserer) Tätigkeit mit den Klienten eine innere Aufwertung erfahren; so habe ich aber auch neue Bestätigung, Anregung und Gewinn aus der Betrachtung *Integrativer Perspektiven* ziehen können. Dies hat mein Engagement zur Verbreitung, Anwendung und Integration *Integrativer Konzeptionen* in unserer Arbeit noch mehr als bisher gefördert und zu Bewegungen *um mich herum* geführt. Als prägnantes Beispiel ist das '*Projekt AmBeWohnhaus*' zu nennen, welches längere Zeit in der

Schublade 'schlummerte' und nun vor einigen Wochen mit Hilfe meiner Mitarbeiter lanciert und der Geschäftsleitung zur Prüfung vorgelegt wurde. Eine solche Innovation könnte der *soziotherapeutischen* Dimension unserer Arbeit, dem *Vierten Weg der Heilung und Förderung*, der *Solidaritätserfahrung* und des *Engagements* zur Verbesserung von Lebensbedingungen für Menschen mit geistiger Behinderung, entscheidend mehr Raum und Gewicht ermöglichen.

Als eine der *nachhaltigsten persönlichen* Erkenntnisse möchte ich die zentrale und omni-präsente Bedeutung von *Ko-respondenzprozessen* anführen, die mir immer wieder begegnet ist, insbesondere als *Konsens/Dissensmodell* und als *Modell für ethische/metaethische Diskurse*. Das Risiko, dass Intervention zu Manipulation werden kann (vgl. dazu *GESTALT 49*), die Notwendigkeit des Aushandelns von Grenzen, die Wahrung von Integrität, die synarchische und transparente Gestaltung von Beziehung und Begleitung waren mir und uns bewusst und hatten bereits verbindlichen und konzeptionellen Niederschlag gefunden. Die (meta-)ethische Position der Integrativen Therapie hat mich in dieser Haltung nur noch mehr bestärkt und fundiert; und mit dem Ko-respondenzmodell wird u.a. hierzu ein universales Konzept bereitgestellt. Es kann daher an die *Sorgfalt und Eindeutigkeit in der professionellen ethischen Position* m.E. nicht oft und nicht eindringlich genug appelliert werden, nicht nur mit Blick auf *unser* Arbeitsfeld! Und gerne hätte ich noch mehr über die hervorragende Bedeutung und Eignung des *Ko-respondenzmodells* als Grundlage und Instrument für agogische, ethische und metaethische, Konsens/Dissens- (etc.) Prozesse geschrieben. Doch alle *Bewegung und Bewegtheit*, meine Ressourcen und der Umfang dieser Graduierungsarbeit haben Grenzen. So bleibt neben vielen gewinnbringenden auch die betrübliche Erkenntnis, dass noch vieles *weiter* zu denken, *neu* oder gar *anders* zu denken wäre; dass noch vieles zu erwähnen oder auszuführen wäre, was im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht oder nur in Exkursen, Randbemerkungen oder Andeutungen erfolgen konnte. Und so muss diese Arbeit an dieser Stelle einen Abschluss finden, obwohl innere und äussere Bewegtheiten und Bewegungen als *work in progress* weitergehen werden, gemäss dem heraklitischen Prinzip '*Alles fliesst*' und dem *Bakhtin'schen* Begriff (vgl. *Petzold 2003e*) einer prinzipiellen *Unfertigkeit*, ja *Unabschliessbarkeit* allen Werdens und aller Entwicklung: *nezavershennost'*.

Ich möchte mich bei all den Menschen bedanken, die die vergangenen Jahre mit geprägt und so wertvoll und bereichernd gemacht haben. Ich danke besonders den Dozenten und meinen Lehrtherapeuten am EAG / FPI, *Hilarion Petzold* für sein Gesamtwerk, *meinen Wegbegleitern* in Ausbildungs-, Lern- und Supervisionsgruppen; ferner dem AmBeWo-Team für die vielen fachlichen, kritischen und konstruktiven Diskussionen, den Klienten für ihre Offenheit und ihr Vertrauen; und schliesslich danke ich *Rik* für seelische Unterstützung und mehr.

## Anmerkungen

1. "Integrative Therapie ist 1. eine klinische Behandlungsmethode, 2. Instrument der Gesundheitsförderung, 3. Ansatz der Persönlichkeitsentwicklung und in all diesen Funktionen als erkenntnisgerichtete Selbsterfahrung und veränderungsgerichtete Projektarbeit eine wesentliche 'Kulturtechnik', und also 4. immer auch als Kulturarbeit zu verstehen." (Petzold 2000, 284)
2. Mit Integrativen (Meta-) Theorien, Konzepte und Modelle werde ich mich im Rahmen dieser Graduierungsarbeit *inhaltlich*, hinsichtlich ihrer Bedeutung und Relevanz, ihrer Anwendung im beschriebenen Arbeitsfeld befassen. Sie gelangen jedoch auch *formal* als *Metafolien* zur Anwendung, wenn z.B. das Phänomen *Geistige Behinderung* mehrperspektivisch beleuchtet (Kap. 5.1) und der Begriff *Begleitung* mehrdimensional definiert wird (Kap. 5.5), oder wenn sich der breite *biopsychosoziale* Ansatz der Integrativen Therapie im breit angelegten Rahmen dieser Graduierungsarbeit widerspiegelt. Auch wenn '*ich*' von '*meinen*' praktischen Erfahrungen schreibe, sind diese *polylogisch* aufzufassen (vgl. Kap. 2), da in ihnen immer *unsere* Erfahrungen, die Stimmen meiner fünf Mitarbeiter und die Stimmen der über 100 Klienten (von denen mir zirka 80 persönlich bekannt sind und von denen ich 15 begleitet habe und begleite) mit zum Ausdruck kommen.
3. *Integrativ*, da meine Ausführungen an Theorien, Modelle und Konzepte der *Integrativen Therapie* rückgebunden sind; *differenziell*, da sie arbeitsfeld-, zielgruppen- und settingspezifisch reflektiert und modifiziert werden.
4. Diese Frage ist m.E. die arbeitsfeldspezifische Variante der Schwierigkeit eines Soziotherapeuten, der *soziotherapeutische* Tätigkeit *qualifizierend* verorten und bestimmen möchte – also *nicht* im Sinne von Soziotherapie als *Ansatz* oder *Basisorientierung*, der durch Netzwerkinterventionen "prekäre Lebenslagen" (Petzold 2000h) und "die soziale Realität zu verändern bestrebt ist" (Sieper 2001, 108): *soziotherapeutisch* ist nicht 'nur' *agogisch*, *sozialpädagogisch* oder *sozialarbeiterisch*, ist auch nicht 'rein' *beratend* / *beraterisch* und ist nicht *psychotherapeutisch* zu qualifizieren; soziotherapeutische Tätigkeit erstreckt sich aber in all diese Bereiche und liegt somit in einem zu gestaltenden 'Dazwischen' – und überdies in einer gesetzlichen und berufspolitischen "Grauzone" (Petzold 2003a, 931).
5. Der Begriff *Agogik* wird in einem umfassenden Verständnis verwendet. Er umgreift Pädagogik, Andragogik und Geragogik und kennzeichnet damit "Bildung und Bildungsarbeit als lebenslange Prozesse" (Petzold 2003a, 139). Er bezieht ausserdem "die Fachbereiche Sozialpädagogik, Behindertenpädagogik u.ä. mit ein, wie dies für ein umfassendes er-

ziehungswissenschaftliches Konzept erforderlich ist" (ibid.).

6. Die Phänomenologie wird in Richtung einer mehrperspektivischen Hermeneutik (Petzold 2003a, 141ff) und einer gemeinschaftlichen, intersubjektiven (Tiefen-) Hermeneutik erweitert ("Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewusster und unbewusster Lebenswirklichkeit"; ibid. 181ff). Tiefenhermeneutik bedeutet "Analyse, Interpretation und Sinnverstehen eigen-leiblicher Wahrnehmung" (Schuch 2000, 157). Die "Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks" (ibid. 165) schliesst *atmosphärisches Erfassen* und *szenisches Verstehen* mit ein: Szenen und Atmosphären sind im *informierten Leib*, im Leibgedächtnis festgehalten, deren "holographische Evokation" (ibid. 166) führt zu Prozessen des Wahrnehmens, Erfassens, Verstehens und Erklärens – zur hermeneutischen Spirale (Petzold 2003a, 162ff).

7. Das Prinzip des Verstehens und der Nachsicht wurde von Petzold auch als *anthropologischer Imperativ* gekennzeichnet, nach dem "unser Handeln im 'Haus der Welt' sich so ausrichten muss, dass es vor Menschen mit klarsichtigen Augen und liebevollen Herzen bestehen kann." (2003a, 421)

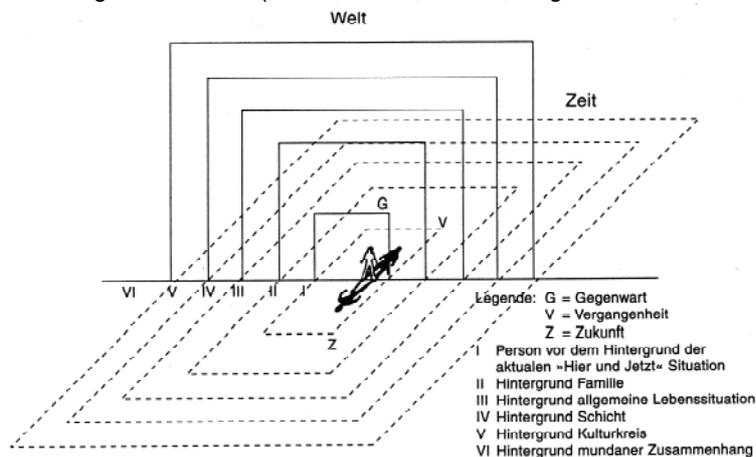
8. Das Leibsubjekt als Körper-Seele-Geist-Wesen in der Integrativen Therapie: "*Körper* wird definiert als die Gesamtheit aller aktuellen, physiologischen (biologischen, biochemischen, bioelektrischen) Prozesse des Organismus nebst der im genetischen und physiologischen (immunologischen) Körpergedächtnis festgehaltenen Lernprozesse und Erfahrungen.

*Seele* wird definiert als die in körperlichen Prozessen gründende Gesamtheit aller aktuellen Gefühle, Willensakte und schöpferischen Impulse, nebst den durch sie bewirkten und im 'Leibgedächtnis' (neocortikal, limbisch, reticulär, low-level-neuronal) archivierten Lernprozessen und Erfahrungen und den auf dieser Grundlage möglichen emotionalen Antizipationen (Hoffnungen, Wünsche, Befürchtungen). All dieses ermöglicht als Synergem das Erleben von Selbstempfinden, Selbstgefühl und Identitätsgefühl.

*Geist* wird definiert als die Gesamtheit aller aktuellen kognitiven bzw. mentalen Prozesse und der durch sie hervorgebrachten (individuellen und kollektiven) Inhalte nebst der im cerebralen Gedächtnis archivierten Lernprozesse, Erfahrungen und Wissensbestände sowie der auf dieser Grundlage möglichen, antizipatorischen Leistungen und Perspektiven (Ziele, Pläne, Entwürfe). All dies ermöglicht im synergetischen Zusammenwirken Selbstbewusstheit, persönliche Identitätsgewissheit und das individuelle Humanbewusstsein, als Mitglied der menschlichen Gemeinschaft an der mundanen Kultur und an einem 'übergeordneten Milieu generalisierter Humanität' zu partizipieren, wobei der Geist als *bewusst*, also reflektierend und reflexionsfähig, als *kausal*, also begründetes Handeln ermöglichend und dieses *wertend*, sowie als *regulativ*, z.B. Bedürfnisse steuernd, gesehen wird.

*Leib* wird definiert als die Gesamtheit aller sensorischen, motorischen, emotionalen, kognitiven und sozial-kommunikativen Schemata bzw. Stile in ihrer aktuellen, intentionalen Relationalität mit dem Umfeld und dem mnestisch archivierten Niederschlag ihrer Inszenierungen, die in ihrem Zusammenwirken das personale 'Leibsubjekt' als Synergem konstituieren." (Petzold 1988n, 283)

Zusätzlich ist die Dimension des Kontextes, d.h. des Sozialen und des Ökologischen (Petzold 2002b, 41) und des Kontinums, der Lebensspanne (idem 2003a, 481) mit einzubeziehen, denn der Mensch als Leibsubjekt kann "ohne seinen spatiotemporalen Zusammenhang" nicht sinnvoll begriffen werden." (*Kontext-/Kontinuumsaxiom*; Petzold 2003a, 116). Die folgende Abbildung (ibid. 481) veranschaulicht die "Person und ihr Umfeld als räumlich und zeitlich gestaffelte Figur/Hintergrund-Relation (Mikro-, Meso-, Makro-, Magaebene von Kontext und Kontinuum)":



9. Eine ausführliche metatheoretische Reflexion der Prinzipien *Normalisierung*, *Integration*, *Gleichstellung*, *Teilhabe* usw. unter dekonstruktivistischer, diskursanalytischer und genealogischer Perspektive (sensu Petzold, Kap. 2.3) kann – obwohl reiz- und sinnvoll – an dieser Stelle nicht geführt werden (auch kann im Rahmen dieser Arbeit eine umfassende und differenzierte Untersuchung dieser Begriffe hinsichtlich der darin enthaltenen *Dimensionen* (idem 2002b, 30) nicht angestellt werden). Stellvertretend für solche Überlegungen sei folgende Aussage zitiert: "Normalisierung bedeutet also auch: über die Anormalität vieler unserer Lebensgewohnheiten und –bedingungen bis hin zu politischen Strukturen unseres Zusammen- (oder besser: Gegeneinander-) Lebens nachzudenken!" (Thimm 1984, 45)

10. Parallel dazu wurden in der Region Basel Wohn- und Begleitmodelle für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen differenziert und aufgebaut; ebenfalls existiert inzwischen Wohnbegleitung für Menschen mit Alkohol- und Suchtproblematiken. Die Angebote unterscheiden sich hinsichtlich Zielgruppe, Organisation, institutioneller Anbindung, Kosten, Finanzierung etc. Auf die Vor- und Nachteile des Bestehens und Zusammenwirkens dieser zielgruppenspezifischen Angebote kann ich an dieser Stelle nicht näher eingehen. So viel sei angedeutet: Die Betroffenen können von der Vielfalt psychosozialer Dienstleistungen profitieren und es ergeben sich zunehmend Wahlmöglichkeiten – für die Institutionen gestaltet sich die differentielle Zuordnung zu einer Zielgruppe aufgrund zunehmender Komplexität der Lebenslagen und Beeinträchtigungsformen immer schwieriger: hier ist institutionelle Zusammenarbeit und *informed consent* gefragt und wird von

unserer Seite aus intensiv betrieben.

11. Aus Sicht der Integrativen Therapie könnte man hier ergänzen: Gemeinsamkeiten bestehen im Sinne von *Ko-Existenz* und *Hominität*; es braucht aber auch den Blick für das *wertgeschätzte Different* – die *Andersheit des Anderen* sensu *Levinas*; *Petzold* 2003a, 116).

12. Die erwähnten Formulierungen stellen *metatheoretische* Fragmente dar (vgl. Tree of Science). Eine umfassende Aus- oder Überarbeitung dieser Aussagen unter *integrativtherapeutischer Perspektive* wäre ein spannendes und interessantes Unterfangen, welches an dieser Stelle nicht weitergeführt werden kann.

13. Die Integrative Therapie würde hier von *Souveränität* sprechen (*Petzold* 2005, 60).

14. Im Bezug einer IV-Rente manifestiert sich das Vorliegen einer Behinderung im sozialversicherungsrechtlichen Sinne. Allerdings sagt der Bezug einer Rente nichts über die Art der vorliegenden Behinderung aus. Die Zugehörigkeit zur Zielgruppe *Menschen mit leichter geistiger Behinderung*, die bei der Aufnahme zwingend und im Sinne des *informed consent* geprüft werden muss, erfolgt über reziproke Prozesse: Wir (und eventuell andere Bezugspersonen oder bisherige Institutionen) sehen diese Person der Zielgruppe zugehörig (Anamnese, Diagnostik; Fremdattribution, *Identifizierung*). Zusätzlich braucht es den Akt der bewussten Selbstattribution durch die anfragende Person (*Identifikation*: "Ich zähle mich zu diesem Personenkreis"). Dies kann in der Praxis zu Problemen führen, wie an verschiedenen Stellen dieser Arbeit noch deutlich werden wird.

15. Unter *Wohnkompetenz* verstehen wir laut Konzept die "erfolgreiche – selbständige oder begleitete – Bewältigung der Anforderungen in den verschiedenen Bereichen des Wohnens. Die erfolgreiche Bewältigung selbständigen Wohnens in der eigenen Wohnung kann auch darin bestehen, sich bei fehlenden Kompetenzen zusätzliche ergänzende oder stellvertretende Hilfen zu organisieren". Erhaltung oder Förderung der *Wohnkompetenz* meint somit ein *Gesamt von situativen Handlungskompetenzen (effectivities)* und dessen Erhaltung oder Förderung durch Bereitstellung bzw. Nutzung von eigenen (persönlichen, internen) und externen Kompetenzen und Performanzen, Ressourcen und Potentialen (*Petzold* 1997p).

16. Die zeitliche Begrenzung ist vom Schweizerischen Bundesamt für Sozialversicherung vorgegeben, wonach für die lebenspraktische Begleitung pro Person und Woche maximal 4 Stunden Gesamtaufwand geleistet werden dürfen. In der Praxis werden Häufigkeit und Dauer der Begleitung individuell vereinbart. Es gibt eine grosse Bandbreite, von 1 Stunde Begleitung alle 3 Wochen bis hin zu 2 x 1 Stunde pro Woche. Im statistischen Durchschnitt nimmt der Klient bei uns 1 Stunde pro Woche Begleitung in Anspruch; zu diesem Wert muss ca. 1 Stunde indirekter Aufwand hinzugezählt werden.

17. "Die Tätigkeit bei AmBeWo stellt sehr hohe Anforderungen an die Begleitpersonen, weshalb fachlich ausgebildetes Personal eingesetzt wird. Der Einbezug von bezahlten Laienhelfern wird in Wohnbegleitungsmodellen anderer Kantone praktiziert und wurde auch in der damaligen Projektgruppe AmBeWo eingehend diskutiert. Diese kam aber zum Ergebnis, dass eine Abkoppelung bestimmter Bereiche nicht möglich ist, sondern die Begleitperson Ansprechpartner in sämtlichen Lebensbereichen sein soll. Zudem dürfte die Einführung, die Vermittlung der Grundhaltung und die Begleitung des Laienhelfers erheblichen Aufwand bedeuten. Aus diesen Überlegungen heraus wurde der Einbezug von bezahlten Laien während der Projektphase und auch später nicht praktiziert." (Konzept AmBeWo) – Zur Erläuterung: Im *Laienmodell* anderer Kantone sind die Aufgaben der Begleitperson auf rein alltagspraktische Hilfen begrenzt. Sobald Probleme, Konflikte oder Themen von grösserer Komplexität auftreten, endet die Zuständigkeit der Begleitperson – das 'Geschäft' gelangt in den Zuständigkeitsbereich des ausgebildeten und fallführenden Sozialarbeiters der zuständigen Beratungsstelle.

18. Aktuell befindet sich dieses Finanzierungssystem im Umbruch. Geleitet von der – an sich positiven – Idee von vermehrter Selbstbestimmungsmöglichkeit soll die Objektfinanzierung von der Subjektfinanzierung abgelöst werden: Statt staatlicher Subventionen an die Institutionen sollen die Betroffenen direkt einen Betrag erhalten, mit dem sie Dienstleistungen (z.B. lebenspraktische Begleitung) einkaufen können. Die Umsetzung entsprechender Gesetzesänderungen erfolgt derzeit. Im Gegensatz zur Situation in anderen europäischen Ländern (*Hölscher* et.al. 2003), wo Modelle für individuelle Assistenzbudgets bereits ausgereifter sind, ergeben sich in unserer Praxis noch sehr viele Schwierigkeiten. Ein Hauptproblem ist, dass der Betrag pauschal und nicht individuell (d.h. bedarfsgerecht) festgesetzt wird und für manche Klienten nicht ausreicht. Darüber hinaus stehen grundsätzliche Bedenken im Raum: das hinter diesem Modell stehende Bild vom souveränen Kunden (welcher informiert, reflektiert und kritisch aus bestehenden Angeboten auswählen kann) ist nur begrenzt auf unsere Situation anwendbar: Es existiert z.B. keine echte Auswahlmöglichkeit (z.B. aus verschiedenen Anbietern von Wohnbegleitung für Menschen mit einer geistigen Behinderung). Auch verfügen viele unserer Klienten aufgrund ihrer geistigen Behinderung nicht über ausreichende Kompetenzen und Performanzen in finanziellen Angelegenheiten. Dies kann zu der absurden Konstellation führen, dass die Begleitperson für die zweckbestimmte Verwendung des zur Verfügung stehenden Betrages sorgen muss – und zwar in eigener Sache, für die Bezahlung der eigenen Dienstleistung; im Falle der Nichtbezahlung von Rechnungen hätte die arbeitgebende Einrichtung fehlende Erträge zu gewärtigen. Hier sind praktische Erfahrungen zu sammeln und interne Richtlinien zu formulieren; es sind aber auch noch Verbesserungen im Gesamtsystem anzubringen. Wir versuchen deshalb, entsprechenden Einfluss auf die zuständigen Entscheidungsträger (im Sinne engagierter Verantwortung für unsere Klienten) auszuüben.

19. Dieses Verfahren kann natürlich weitergehenden Forschungsansprüchen nicht genügen (vgl. *Petzold, Hass, Märten, Steffan* 2000; *Steffan, Petzold* 2001b), da wir nur über begrenzte Mittel verfügen. Ursprünglich wollten wir die Evaluationsstudie und -methode von Studierenden der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Basel konzipieren lassen (etwa im Rahmen von Diplom- oder Projektarbeiten), konnten jedoch keine Interessierten für die Mitarbeit gewinnen. – Die Ergebnisse und Rückmeldungen aus diesen Befragungen sind für uns sehr wichtige Feedbackschleifen. Sie führen in einem "Theorie-Praxis-Zyklus" (*Petzold* 2003a, 499; *Steffan, Petzold* 2001b, 93) zu konzeptionellen, methodischen und qualitätsorientierten (und damit wiederum zu praxeologischen und praktischen) Entwicklungs- und Veränderungsprozessen.

20. Ich bin mit *Meyer* der Auffassung, dass Erziehung und Bildung *unteilbar* sind und alle Menschen grundsätzlich in gleicher Weise betreffen (vgl. die Verwendung des Begriffes *Agogik* in der Integrativen Therapie; *Petzold* 2003a, 139). In dieser Perspektive wird "geistige Behinderung – im Gegensatz zu den Auffassungen der ICD-10 und des DSM-IV – nicht als psychische Störung oder als Krankheit angesehen, sondern als *normale (übliche) Variante menschlicher Daseinsform*." (*Meyer*, in: *Irblich, Stahl* 2003, 25) Folglich wird das Ziel aller Hilfen "nicht darin gesehen, die Behinderung zu therapieren, zu beseitigen bzw. ungeschehen zu machen, sondern vielmehr darin, den Status der geistigen Behinderung bzw. des lebenslang Hilfe und Unterstützung benötigenden Menschen mit geistiger Behinderung zu verbessern." (*ibid.*)

21. Diese Zahl wurde einst 'willkürlich' festgelegt. Die bereits erwähnte Revision des Finanzierungssystems hat für uns eine zunehmende finanzielle Unabhängigkeit vom BSV und damit von diesen Vorgaben zur Folge. Es bleibt zu hoffen, dass der neu den Klienten zur Verfügung stehende Betrag zum Einkauf von Dienstleistungen flexibilisiert und individualisiert werden wird – dann könnte diese Obergrenze zugunsten von Personen mit höherem Begleitbedarf aufgehoben werden.
22. Mit dem längerdauernden Bestehen unserer Dienstleistung und der damit verbunden zunehmenden Dauer einzelner Begleitungen (einige Dyaden laufen bereits seit mehr als zehn Jahren mit den selben Personen) stellt sich uns die Frage, ob nach einer gewissen Anzahl Jahre ein *automatischer Wechsel* der Begleitperson erfolgen sollte. Die bisherigen Diskussionen führten zum Ergebnis, dass die positiven Effekte (gewachsene, tragfähige Beziehung, grosses Vertrauen und Offenheit) die potentiell negativen Effekte (Gewöhnung, Muster, Einseitigkeiten) überwiegen. Auch die betroffenen Klienten äussern den Wunsch nach Beibehaltung der Begleitperson.
23. Auf die Darstellung und Erörterung von Eingangsdiagnose, Anamnese und prozessualen Zielen (Osten 2000; Petzold, Leuenberger, Steffan 1998) wird in Kap. 5.6 eingegangen.
24. Solche Prozesse können mit dem Modell zum *therapeutischen Prozess* (Petzold 1988n, 282f; idem 2003a, 492) veranschaulicht werden: die interventions- und handlungsleitenden (und somit den Verlauf des Geschehens in der Begleitung wesentlich bestimmenden) Konzepte und Strategeme der Begleitperson werden als Wegführungen, *Trajektorien* bezeichnet. Durch *Trajektorien* wird versucht, die *Viationen des Klienten* – das sind seine "Strebungen, die Motivationen, Interessen, Einflüsse aus dem aktuellen Lebensfeld und dem sozialen Netzwerk" (idem 1988n), die seinen Lebensweg im Alltag und in der Begleitung prägen, zu beeinflussen. *Trajektorien* bieten auch – durch konzeptionelle, fachliche und theoretische Verankerung oder Rückbindung – ein mögliches Korrektiv für die *Viationen der Begleitperson*, ihren "biographisch begründeten, psychodynamischen Strebungen (z.B. Eigenübertragungen) und Einflüsse aus ihrer Lebenswelt bzw. 'social world'." (ibid.)
- Diese Elemente bilden in ihrem Zusammenwirken, als *Synergie* den therapeutischen Prozess bzw. den Prozess der Begleitung, die prozessuale Bestimmung von Inhalten, Zielen, Methoden, Interventionen etc. beinhaltend. "Die Mühen der fortwährenden Abstimmung und Verflechtung der Viationen und des Trajektoriums auf der Grundlage theoretischer Reflexion, methodischer Intervention und engagierter Beziehungsarbeit sind unumgänglich" (ibid.) – auch für die Begleitperson, indem sie je nach Erfordernis der Situation mit dem Klienten und / oder *mit sich selbst zu Rate geht* (Heraklit), den kollegialen fachlichen Austausch oder Unterstützung in Intervention oder Supervision sucht.
25. Zum Aufzeigen der Dynamik solcher Entscheidungsfindungsprozesse kann das *tetradische Modell* von Korrespondenzprozessen (vgl. Abb. 3 und 4) beigezogen werden: das Engagement der Begleitperson ist besonders in der *Initialphase* gefragt, wo Differenzierung und Komplexität hergestellt wird, wo sie Informationen, Daten und Wissen zu einem Thema oder Problem beisteuert. Ebenso hilft sie bei der Gewinnung von Struktur und Prägnanz in der *Aktionsphase*, etwa beim Abwägen verschiedener Varianten, beim Aufzeigen etwaiger Konsequenzen etc. Der entscheidende Schritt, das Verstehen und Entscheiden, das Formulieren von Zielen, Absichten, Handlungen (*Integration* in der jeweiligen Situation ist aber dem Klienten zu überlassen; die Begleitperson nimmt sich zurück und erlaubt dem Klienten internen *locus of control* (es kann Konsens oder Dissens erzielt werden). In der *Neuorientierungsphase* (Kreation und Transgression) ist die Begleitperson wieder engagiert, wenn Anwendungs- und Transfermöglichkeiten geübt und vorbereitet werden.
26. Diese Formulierungen fassen bereits unsere wichtigsten supportiven Interventionsstrategien zusammen. Handlungsweisen, die sich aus der Rolle der Begleitperson heraus zur Verfolgung der Ziele von Begleitung ergeben, sind: Katalysieren, Erfahrungen fördern und erleichtern (*facilitating*), Stützen und Unterstützen, Gezielte Verselbständigung, Stimulieren, Verstärken (vgl. Petzold 1989j, 278ff) – und: sie besitzen grosse Übereinstimmung mit ethischen Positionen der Integrativen Therapie, z.B. die Verantwortung bei der Bewertung der Lebenssituation und des Verhaltens von Patienten durch den Therapeuten (Petzold 2003a, 421); die Reflexion von Macht und Bemächtigung (Schuch 2000, 181), diese transparent und kontrollierbar zu machen und sie "partizipativ und synarchisch" (Petzold 2003a, 120) zu verwalten.
27. Unsere praktischen Erfahrungen in der Wohnbegleitung, zahlreiche Fallbesprechungen und Supervisionssitzungen zeigen, dass die klare Benennung dessen, was unsere Dienstleistung leisten bzw. was sie nicht leisten kann, soll und darf, aus mehreren Gründen notwendig ist, und insbesondere aus arbeitsethischen Gründen: Den Klienten seriös und umfassend über das Angebot zu informieren (inklusive dessen Möglichkeiten und Grenzen) mit dem Ziel des *informed consent*; ihm die bestmögliche Hilfe zukommen zu lassen, das heisst ihn u.U. an andere Stellen weiter zu verweisen, wenn unsere Möglichkeiten ausgeschöpft sind (*best practice*); ihn nicht riskanten *agogisch-therapeutischen Experimenten* auszusetzen und somit sein Wohlergehen zu gefährden (*client dignity, client welfare*). Nicht zuletzt geht es um professionelle und ethische Standards der Begleitperson – sie muss wissen, welche Aufgaben sie in ihrer Rolle zu erfüllen hat und welche nicht, wieviel oder welche Verantwortung übernommen werden kann etc., um sich gegenüber ungerechtfertigten oder unerfüllbaren Aufträgen oder Erwartungen abzugrenzen.
28. Verwendet und modifiziert wurden die "Grundregel der Integrativen Therapie" (Petzold 2003a, 1050), die "agogische Konzeption" (Sieper, Petzold 1993, 159), Definitionen von *Soziotherapie und psychosozialer Beratung* (Petzold 2003a, 927ff), *Beratung* (idem 2003b) und *Coaching* (idem 2002g) sowie *lerntheroetische Positionen* der Integrativen Therapie (Sieper, Petzold 2002).
29. Was Begleitung *nicht* ist bzw. wie sie sich von Beratung und Psychotherapie unterscheidet, wurde an verschiedenen Stellen verdeutlicht. Ergänzend soll hier erwähnt werden, dass auch die Begriffe *Begleitung* und *Betreuung* differenziert werden müssen. *Betreuung* wird eher mit der Zielgruppe von Menschen mit mittlerer, schwerer oder schwerster Behinderung und mit einem stationären Kontext (Leben in Wohnheimen, Wohngruppen oder Wohngemeinschaften) verbunden, während *Begleitung* ambulante und stundenweise erbrachte Hilfen meint. Die kognitiven, sprachlichen, alltagspraktischen Einschränkungen sind bei schwerer Behinderung, bei zu *betreuenden* Menschen ausgeprägter. Sie sind deshalb auf umfassendere Unterstützung angewiesen, in quantitativer wie in qualitativer Hinsicht (bei alltäglichen Verrichtungen, in den basalen Lebensbereichen wie Essen und Trinken, Pflege, Mobilität usw.). Der Mensch mit einer schweren geistigen Behinderung bedarf unter Umständen der dauernden Beaufsichtigung, Kontrolle, Überwachung. Für ihn treffen die Aussagen zum *Patientenstatus* zu, denn bei ihm "ist der Verlust an Kontroll- und Steuerungsfunktionen so gross, dass er sein Leben nicht (...) ohne schwerwiegende Störungen selbst regulieren kann, sondern massive Hilfe braucht." (Petzold 1988n, 82). Dies macht ein häufigeres "Handeln aus unterstellter Intersubjektivität" (idem 2003a, 802f) erforderlich und stellt hohe Anforderungen an die betreuenden Personen bezüglich empathischer und identifikatorischer Fähigkeiten. Für

die Arbeit mit schwerer geistig behinderten Menschen wurden Methoden z.B. der (*körperorientierten*) *basalen* oder der *computergestützten* Kommunikation entwickelt (Mall 1987; Lang 2003). Aufgrund stark eingeschränkter Ausdrucks- und Selbstversorgungsfähigkeiten ist eine grosse *Abhängigkeit* von Hilfen gegeben, besteht die Notwendigkeit und das Risiko, dass jemand *an ihrer Stelle, für sie, über sie* entscheidet und handelt. Die grosse Eingriffstiefe und -breite erhöht das Risiko von Machtmissbrauch und Manipulation. – Kommunikations- und Interaktionsformen in der *Begleitung* können dagegen das *diskursive* Element stärker betonen. Die Arbeit mit leichter behinderten Menschen ist geprägt von weiterreichenden Möglichkeiten zur Förderung von Souveränität, von Selbstwirksamkeit, Selbstverantwortung und Selbstbestimmung (spezifische Möglichkeiten sind selbstverständlich für *jede* Zielgruppe gegeben). Diese Möglichkeiten zu nutzen ist jedoch nicht nur eine Frage der Schwere der Behinderung, sondern auch eine *ethische, methodische und Handlungsfrage*: Wir handeln – gemäss unserer Konzeption und unserem Verständnis von *Begleitung* – eher selten *stellvertretend*, fokussieren und fördern prinzipiell den *internen locus of control* beim Klienten. In der Zusammenarbeit mit Wohnheimen (etwa wenn Klienten aus einem Wohnheim zu uns übertreten) oder Werkstätten (Arbeitsplätze unserer Klienten) bergen *divergierende social / professional worlds* mitunter Konfliktpotential: wenn *betreut* wird, wo u.E. *begleitet* werden könnte oder sollte – wo also unterschiedliche Wert- und Handlungsfragen zum Einbezug der Betroffenen in Entscheidungsprozesse, zur Achtung und Wertschätzung der Selbstbestimmung und Souveränität (etc.) bestehen.

30. Interventionen sind "Strukturierungsmomente im Rahmen von Prozessen, denen sie selbst entfließen." (Petzold 2003a, 506) "Der Prozess bestimmt die Intervention, nicht die Intervention den Prozess, auch wenn sie, wo sie einmal zur Anwendung gebracht worden ist, Wirkungen entfaltet, aber auch das geschieht 'im Prozess', weil die Intervention aus ihm geschöpft wurde." (ibid. 501)

31. In meinem *BehandlungsJournal zur Integrativen Therapie* habe ich die soziotherapeutische Begleitung eines adoleszenten Klienten mit einer Störung des Sozialverhaltens und einer Intelligenzminderung im Rahmen einer einjährigen ambulanten Therapie dargestellt, unter Berücksichtigung u.a. des Einsatzes der Wirkfaktoren bei *diesem* Klienten in *diesem* therapeutischen Prozess. (Marquardt 2004)

32. Dabei ist unter interventorischer Perspektive zu bestimmen, ob jeweils präventive, konservierende, reparative, evolutive, supportive, substitutive etc. Arbeit mit den Ressourcenbeständen oder -potentialen indiziert ist; und auch, welcher Interventionsstrategie die externen Ressourcen dienen sollen. Dabei ist auch die *spezifische Valenz* (Gewichtung) von Ressourcen für das *Überleben des Systems*, d.h. für die betroffene Person zur erfolgreichen Bewältigung und Gestaltung des eigenständigen Wohnens, zu beachten.

33. Natürlich müssen auch die Momente erwähnt werden, in denen die Situations- und Problemwahrnehmung, die Markierung, Einschätzung und Bewertung von Problemen, Ressourcen, Potentialen divergieren, wo Dissens zu Lern-, Veränderungs- oder Handlungsbedarf besteht (etwa in den Ansichten über Haushaltsführung, über die Notwendigkeit, auch unangenehme und unbeliebte Aufgaben und Tätigkeiten *in Angriff zu nehmen*; bezüglich der Selbstsorge oder des monetären Verhaltens; bezüglich Netzwerkaufbau und -pflege; bezüglich Affiliationsprozessen, des Lernens auf Menschen zuzugehen; bezüglich der Förderung von Hobbys und Interessen; bezüglich Korrektur unrealistischer Wünsche und Vorstellungen etc.). Hier ist mit der *Förderung von Einsicht* (EE) zu arbeiten und mindestens "Konsens über den Dissens" herzustellen (Petzold 2003a, 117). Letztendlich muss die Entscheidung des Klienten respektvoll akzeptiert werden (mit Ausnahme ernsthafter Gefährdungen, in die sich der Klient mit 'riskanten' Entscheidungen begeben würde).

34. "Neben einem anthropologisch begründeten '*pädagogischen Lernbegriff*', der die übergeordneten Zusammenhänge und Bedingungen menschlichen Lernens expliziert, werden aber noch andere Lernbegriffe erforderlich; ein '*psychologischer Lernbegriff*' wird notwendig, der die Mikroprozesse des *expliziten* und *impliziten* Lernens und der Gedächtnisleistungen auf der kognitiven, emotionalen und volitiven Ebene zu erklären in der Lage ist. Darüber hinaus ist, wenn man auf die somatische Ebene geht, ein '*physiologischer Lernbegriff*' gefragt, der die neurophysiologischen, immunologischen, ja molekularen Prozesse des Lernens zum Gegenstand hat." (Petzold, Sieper 2002, 11)

35. Forschungsergebnisse der *Neurophysiologie* ("Spiegelneurone", "performance produced information"; Petzold, Sieper 2002) konnten inzwischen Theorien des Modell- und Imitationslernens bestätigen. Wo Handlungen modellhaft angeboten, ausgeführt und bekräftigt werden, führen solche anregenden Aussenreize (wie auch imaginierte Innenreize) zur cerebralen Aktivierung von Wahrnehmungs-Handlungs-Mustern, die durch neue Angebote wiederum modifiziert, bereichert, erweitert werden können. Modifizierte oder neu ausgebildete neuronale Schemata ermöglichen veränderte oder neue Handlungen – und somit Lernprozesse und -effekte.

36. Aus diesem Grunde sind, wie bereits an anderer Stelle erwähnt, auf die fernere Zukunft gerichtete (konfrontierende) Interventionen wenig erfolgversprechend. Mit Fragen wie z.B. "Wie lange wirst Du wohl soviel Geld ausgeben können?" – "Was meinst Du: Wie werden Deine finanziellen Verhältnisse in einem halben Jahr aussehen, wenn Du so weiter wirtschaftest?" kann in den seltensten Fällen Einsicht gefördert werden (EE).

37. Unser Einflussbereich kann hierbei, über die Dyade hinausgehend, auch direkt in die Netzwerke des Klienten hinein reichen (z.B. wenn wir zu Gesprächen mit Angehörigen begleiten). So können wir – zumindest partiell – beim Transfer positiver Identitätserfahrungen unterstützen und den Umgang mit Zuschreibungen aus dem Umfeld *vor Ort* begleiten, kurzzeitig oder auch längerfristig.

38. Dies gilt in besonderem Masse für *krisenhafte* Zeiten. Wir können, wenn z.B. gesundheitliche oder psychische Probleme auftreten, in begrenztem Umfang die Begleitzeit und auch die telefonische Erreichbarkeit ausdehnen. Bereitschaftsdienst oder Krisenintervention (quantitativ und qualitativ) gehören nicht zu unserem Angebot. Für solche Fälle wird mit den Klienten ein *Notfallblatt* ausgefüllt, auf dem alle relevanten Personen und Telefonnummern notiert werden, die in Krisen, bei Notfällen oder Unfällen für Hilfeleistungen kontaktiert werden können.

39. Die vielfach von unseren Klienten geäusserten Kontakt- und Netzwerkbedürfnisse, die oft auch mit dem *alleine Wohnen* verbunden sind, führten dazu, dass im Sommer dieses Jahres auf institutioneller Ebene das Projekt '*AmBe-Wohnhaus*' (*Ambulant Begleitetes Wohnhaus*) lanciert wurde. Dieses Projekt soll Bedarf und Realisierungsmöglichkeiten einer gemeinschaftlichen Wohnform prüfen: Wohnen in der eigenen Wohnung und in Hausgemeinschaft, eventuell mit modifiziertem (Gemeinschafts-, Gruppen-, Freizeit-) Begleitangebot.

40. Solidarität und Partnerschaft kann auch *konfrontativ* thematisiert werden, wenn Rollen und Aufträge personen- und situationsspezifisch abgelehnt werden, wenn etwa fachlich und ethisch *fragwürdige* Aufträge formuliert werden ("Hilf mir, gegen meine Mutter / gegen meinen Chef anzugehen") oder die Begleitperson *stellvertretend engagiert*, d.h. instrumentalisiert werden soll ("Engagiere Du Dich für mich, dann muss ich es nicht selbst tun"). Engagiertes Eintreten muss

auch *Hilfe zur Selbsthilfe* sein und die Entwicklung des Engagements der Betroffenen fördern (Empowerment, Souveränität).

41. So formuliert eine Kollegin im Verlauf eines Gespräches: "Erfolge in den Begleitungen sehe ich dann gegeben, wenn ich auf der Basis einer guten Beziehung *Hilfe zur Selbsthilfe* geben kann, wenn die *Entwicklung* von Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen bei den Klienten sichtbar und spürbar wird. Ich sehe, dass mir dies in vielen Begleitungen auch gelingt, wie die Klienten durch Lernschritte zunehmend selbständig werden und auch immer weniger Hilfe von mir brauchen."

42. Die Befragung liefert noch weitere Ergebnisse (Wünsche, Anregungen, Kritik etc. zu verschiedenen Ebenen und Aspekten unsrer Dienstleistung), die jedoch über den gewählten Untersuchungsfokus hinausgehen und deshalb hier nicht berücksichtigt werden.

43. Es können also nur zum Teil Originalaussagen wiedergegeben werden. Zum anderen Teil werden Aussagen *indirekt* von der befragenden Person wiedergegeben oder als *Meta-Ergebnisse* formuliert – somit unterliegen sie dem Risiko subjektiver Auswahl- und Bewertungskriterien und Interpretationsweisen. Jedoch verlassen wir uns auf die Sorgfalt, Fachkenntnis und Professionalität des Befragers. Auch meine Auswahl ist subjektiv, da nicht alle Aussagen im Rahmen dieser Arbeit beigezogen werden können. Ich habe mich jedoch um eine repräsentative Auswahl bemüht.

44. Aussagen zu den individuell in Anspruch genommenen Hilfen in den verschiedenen Lebensbereichen sowie die individuellen Lernerfolge werden nicht detailliert protokolliert, sondern quantitativ als *Lern- und Erfahrungszuwachs* zusammengefasst (vgl. Fragebogen im Anhang).

## Anhang I. Grundregel der Integrativen Therapie (*Petzold 2003a, 1050*)

*Therapie* findet im Zusammenfließen von zwei Qualitäten statt: einerseits eine Qualität der *Konvivialität* – der Therapeut/die Therapeutin bieten einen 'gastlichen Raum', in dem PatientInnen willkommen sind und sich niederlassen, heimisch werden können, in dem Affiliationen in *Dialogen, Polylogen* eines "**Du, Ich, Wir**" möglich werden. Andererseits ist eine Qualität der *Partnerschaftlichkeit* erforderlich, in der beide miteinander die *gemeinsame Aufgabe* der Therapie in Angriff nehmen unter Bedingungen eines 'geregelten Miteinanders', einer Grundregel, wenn man so will:

→ *Der Patient* bringt die prinzipielle Bereitschaft mit, sich in seiner Therapie mit sich selbst, seiner Störung, ihren Hintergründen und seiner Lebenslage sowie (problembezogen) mit dem Therapeuten und seinen Anregungen partnerschaftlich auseinanderzusetzen. Das geschieht in einer Form, in der er - seinen Möglichkeiten entsprechend – seine Kompetenzen / Fähigkeiten und Performanzen / Fertigkeiten, seine Probleme und seine subjektiven Theorien einbringt, *Verantwortung* für das Gelingen seiner Therapie mit übernimmt und er die *Integrität* des Therapeuten als Gegenüber und belastungsfähigen *professional* nicht verletzt.

→ *Der Therapeut* seinerseits bringt die engagierte Bereitschaft mit, sich aus einer *intersubjektiven Grundhaltung* mit dem Patienten als *Person*, mit seiner *Lebenslage* und *Netzwerksituation* partnerschaftlich auseinanderzusetzen, mit seinem *Leiden*, seinen *Störungen, Belastungen*, aber auch mit seinen *Ressourcen, Kompetenzen* und *Entwicklungsaufgaben*, um mit *ihm gemeinsam* an Gesundheit, Problemlösungen und Persönlichkeitsentwicklung zu arbeiten, wobei er ihm nach Kräften mit professioneller, soweit möglich forschungsgesicherter '*best practice*' Hilfe, Unterstützung und Förderung gibt.

→ *Therapeut* und *Patient* anerkennen die Prinzipien der "doppelten Expertenschaft" – die des Patienten für seine Lebenssituation und die des Therapeuten für klinische Belange – des Respekts vor der "*Andersheit des Anderen*" und vor ihrer jeweiligen "*Souveränität*". Sie verpflichten und bemühen sich, auftretende Probleme im therapeutischen Prozeß und in der therapeutischen Beziehung korespondierend und lösungsorientiert zu bearbeiten.

→ *Das Setting* muß gewährleisten (durch gesetzliche Bestimmungen und fachverbandliche Regelungen), daß Patientenrechte, "informierte Übereinstimmung", Fachlichkeit und die Würde des Patienten gesichert sind und der Therapeut die Bereitschaft hat, seine Arbeit (die Zustimmung des Patienten vorausgesetzt, im Krisenfall unter seiner Teilnahme) durch Supervision fachlich überprüfen und unterstützen zu lassen

→ *Das Therapieverfahren, die Methode* muß gewährleisten, daß in größtmöglicher Flexibilität auf dem Hintergrund klinisch-philosophischer und klinisch-psychologischer Beziehungstheorie reflektierte, begründbare und prozessual veränderbare Regeln der konkreten Beziehungsgestaltung im Rahmen dieser **Grundregel** mit dem Patienten/der Patientin und ihren Bezugspersonen *ausgehandelt* und *vereinbart* werden, die die *Basis* für eine polylogisch bestimmte therapeutische Arbeit bieten."

## Anhang II. AmBeWo – Verlaufsprotokoll und Leitfaden

0. Anfrage von Drittperson	
Datum der Anfrage	
Wer fragt an ?	
Für wen ?	
Behandlung der Anfrage	Datum, MA:
Ergebnis	<input type="checkbox"/> Bei Anfrage für Begleitung: Bitte um direkten Kontakt von interessierter Person innert 3 Monaten  <input type="checkbox"/> Anderes Anliegen:

1. Anfrage von interessierter Person	
Datum der Anfrage	
Name, Vorname	
Adresse, Telefon P + G	
Anliegen	<input type="checkbox"/> Anfrage für Begleitung <input type="checkbox"/> Wünscht Informationen <input type="checkbox"/> Anderes Anliegen:
Behandlung der Anfrage	Datum, MA:
Aufnahmekriterien für Begleitung	<input type="checkbox"/> Freiwilligkeit <input type="checkbox"/> Zielgruppenzugehörigkeit (Lern- / leichte geistige Behinderung) falls andere Klientengruppe: welche? ..... weiter verwiesen an: ..... <input type="checkbox"/> IV-Rente <input type="checkbox"/> Hilfeersuchen entspricht dem DL-Angebot falls nein: weiter verwiesen an: ..... <input type="checkbox"/> Eigene Wohnung seit / ab .....
Gewünschter Begleitbeginn	
Gewünschte Begleitinhalte / geschätzter Zeitbedarf (netto / brutto)	

2. Angaben zur aktuellen Situation:	
Bisherige Wohnsituation / Wohnform	Bisherige Wohnform stationär: nein / ja: .....
Geplante Wohnsituation ab wann:	
Eigener Mietvertrag in Kraft seit:	
Arbeitssituation	
Bereits involvierte Hilfs- und Bezugspersonen	<input type="checkbox"/> Sozialarbeiter BfB / PI <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> gesetzliche Vertretung (Vormund, Beistand, etc) <input type="checkbox"/> Andere:

3. Weiterer Ablauf:	
Informationsgespräch  <b>Voraussetzung:</b> Interesse an AmBeWo.  <b>Ziel:</b> <i>Entscheidungsgrundlagen für beide Seiten sind gegeben.</i>	Datum:  Teilnehmende:  Ergebnis: <input type="checkbox"/> AmBeWo: Begleitung grundsätzlich möglich: Ja / Nein <input type="checkbox"/> InteressentIn: Wünscht Begleitung Ja / Nein / Bedenkzeit bis ....  Weitere Bemerkungen:
Entscheid im Team:	Begleitung möglich ab:  Begleitperson:
Erstgespräch(e)  <b>Voraussetzung:</b> <i>Entscheidung für Begleitung = Ja.</i>  <b>Ziel:</b> <i>Situation und Daten sind erfasst.            Bedarf ist abgeklärt.            Leitfaden ist ausgefüllt.            Begleitvereinbarung ist erstellt.            Personalienblatt ist erstellt.</i>	Datum Erstgespräch:  Teilnehmende: <hr/> Datum Ausarbeitung Begleitvereinbarung und Personalienblatt:  Teilnehmende: <hr/> Bemerkungen:
Tatsächlicher Begleitbeginn	Monat / Jahr:

## AmBeWo – Leitfaden

Dieser Leitfaden dient zur Erfassung der aktuellen Lebenssituation der Bezügerin / des Bezügers und zur Klärung des Auftrages an AmBeWo (Inhalte und Ziele der Begleitung). Er wird auch als Grundlage für Probezeit- und Standortgespräche verwendet.

Wir bitten darum, den Leitfaden gemeinsam und möglichst vollständig auszufüllen. Auskünfte zu den Bereichen, in denen keine Begleitung gewünscht wird, sind freiwillig.

Die Bezügerin / der Bezüger erhält auf Wunsch eine Kopie.  
Der Leitfaden soll von der gesetzlichen Vertretung mit unterschrieben werden.

### 0 Beginn der Begleitung

(Erfassung der Situation / Ausarbeiten der Begleitvereinbarung)

### 0 Probezeitgespräch

### 0 Standortgespräch

- ordentlich
- ausserordentlich:
  - von Bezügerin gewünscht
  - von Begleitperson gewünscht
  - von aussenstehender Person:

**Datum:**

**Teilnehmende:**

Bezüger, Bezügerin:

gesetzliche Vertretung:

Begleitperson:

weitere:

	Aktivitäten des täglichen Lebens:	Ich				Unterstützung durch AmBeWo		Andere Personen
		selber	E*	B*	S*	evtl. nähere Stichworte:		
<b>AmBeWo - Hilfsmittel</b>	<b>1. Haushalt</b>					<input type="checkbox"/> keine Angaben	<input type="checkbox"/> wie bisher	
	Ordnung in der Wohnung halten							
	Haushaltsgeld einteilen							
	Lebensmittel planen / einkaufen / aufbewahren							
	Mahlzeiten zubereiten							
	Küche aufräumen / sauberhalten							
	Wäsche und Wäschepflege							
	putzen / Wohnungsreinigung							
	Abfälle beseitigen / entsorgen							
	Haustiere halten und versorgen							
	Pflanzen versorgen							
	<b>2. Finanzen / Administration</b>					<input type="checkbox"/> keine Angaben	<input type="checkbox"/> wie bisher	
<i>Checklisten AmBeWo Budgetblatt / Budgetbeispiele</i>	Post lesen / verstehen / beantworten							
	persönliches Budget erstellen / anpassen							
	Budget einhalten / kontrollieren							
	Einzahlungen (fristgerecht) erledigen							
	Steuererklärung ausfüllen							
	Versicherungsgeschäfte erledigen							
	mit Arbeitsstellen und Behörden verkehren							
	mit der Krankenkasse verkehren							
	mit der Ausgleichskasse verkehren							
	<b>3. Arbeit</b>					<input type="checkbox"/> keine Angaben	<input type="checkbox"/> wie bisher	
	den Arbeitsweg bewältigen							
	pünktlich zur Arbeit erscheinen							
	den Kontakt mit dem Arbeitgeber pflegen							
	eine neue Stelle suchen							
	<b>4. Ferien / Freizeit</b>					<input type="checkbox"/> keine Angaben	<input type="checkbox"/> wie bisher	
<i>Infothek / Broschüren</i>	die Freizeit planen (Interessen, Hobbies)							
	Ferien planen / organisieren							
	<b>5. Beziehungen / Umfeld</b>					<input type="checkbox"/> keine Angaben	<input type="checkbox"/> wie bisher	
<i>Ecogramm</i>	Beziehungen anknüpfen / Kontakte pflegen							
	Umgang mit der Familie gestalten							
	über Sexualität, Partnerschaft und Elternschaft reden							
	<b>6. Persönlicher Bereich</b>					<input type="checkbox"/> keine Angaben	<input type="checkbox"/> wie bisher	
	über persönliche Themen reden							
	Probleme bewältigen							
	Körperpflege / Hygiene							
	auf die Ernährung achten / die Ernährung planen							
	körperliches Wohlbefinden (Bewegung / Entspannung)							
	Erkrankungen erkennen und wissen, was zu tun ist							
	zum Arzt, zum Zahnarzt, zur Therapie etc. gehen							
	Hausapotheke / Medikamente							
	Tages- / Wochenablauf organisieren (zeitl. Orientierung)							
	Mobilität							
	Kleider / Schuhe kaufen							
	<b>7. Wohnung / Wohnungswechsel</b>					<input type="checkbox"/> keine Angaben	<input type="checkbox"/> wie bisher	
<i>Zügel-Checkliste</i>	Rechte und Pflichten als Mieter kennen (Hausordnung)							
	die Wohnung einrichten / Anschaffungen tätigen							
	eine Wohnung suchen und einen Vertrag eingehen							
	den Umzug organisieren / durchführen							
	<b>8. Notfälle</b>					<input type="checkbox"/> keine Angaben	<input type="checkbox"/> wie bisher	
<i>Notfallblatt AmBeWo</i>	Bei Unfällen wissen, was zu tun ist (Erste Hilfe)							
	Krisensituationen bewältigen können							
	technische Mängel erkennen / melden / beheben							
	<b>9. Besonderes / Sonstiges</b>					<input type="checkbox"/> keine Angaben	<input type="checkbox"/> wie bisher	
	<b>10. Zusammenarbeit mit AmBeWo</b>					<input type="checkbox"/> keine Angaben	<input type="checkbox"/> wie bisher	
<i>Bestimmungen zur ... ... Begleitvereinbarung'</i>	wichtige Informationen der Begleitperson mitteilen (Auskunftspflicht)							
	aktive Beteiligung und Mitarbeit in der Begleitung (Kooperation)							
	Absprachen einhalten können (Zuverlässigkeit)							
	Termine einhalten können (Pünktlichkeit)							
	Rückmeldung an Begleitperson:							
<b>* Unterstützungsbedarf:</b>								
<b>E (erhalten / ergänzen):</b>	BezügerIn kann eine Tätigkeit teilweise oder ganz selbständig ausführen; Begleitperson ‚begleitet‘ und leitet an wo nötig oder gewünscht.							
<b>B (befähigen):</b>	BezügerIn kann eine Tätigkeit nicht selbständig ausführen und möchte dies lernen; Begleitperson leitet an, fördert, ermöglicht Erweiterung der Selbständigkeit.							
<b>S (stellvertretende Hilfe):</b>	BezügerIn kann eine Tätigkeit nicht selbständig ausführen und kann dies auch nicht erlernen; Begleitperson führt die Tätigkeit im Auftrag und an Stelle des Bezügers aus.							

<b>Zeitlicher Umfang der Begleitung (Häufigkeit und Dauer)</b>

<b>Abmachungen und Bemerkungen</b>

**Nächster Termin:**

**Unterschriften:**

Bezüger, Bezügerin:

gesetzliche Vertretung:

Begleitperson:

4. Auflösung der Begleitvereinbarung / Beendigung der Begleitung	
Name, Vorname BezügerIn	
Datum der Kündigung	
Wer beendet ?	<input type="checkbox"/> BezügerIn <input type="checkbox"/> AmBeWo <input type="checkbox"/> Gegenseitiges Einverständnis
Beendigungsgrund <i>Mehrfachnennungen möglich.</i>	<input type="checkbox"/> Wegzug (nach ausserhalb BS, BL) <input type="checkbox"/> Beendigung auf eigenen Wunsch <input type="checkbox"/> fehlender Auftrag <input type="checkbox"/> nicht zu erfüllender Auftrag <input type="checkbox"/> Wechsel in eine stationäre Wohnform <input type="checkbox"/> Ausschluss wegen mangelnder Mitwirkung / Kooperation / Zuverlässigkeit, d.h. „Pflichtverletzung“; vgl. Bestimmungen <input type="checkbox"/> DL entspricht Art und Umfang der erforderlichen Hilfe nicht mehr <input type="checkbox"/> veränderte Situation nach Einsetzung von Beistand oder Vormund <input type="checkbox"/> anderer Grund: ....
Abschlussgespräch	Datum:  Teilnehmende:  findet nicht statt
Bemerkungen	<input type="checkbox"/> BezügerIn wurde darauf hingewiesen, dass er / sie das Ende der Begleitung bei der IV-Stelle melden muss (HE LB).  <input type="checkbox"/> BezügerIn wurde darauf hingewiesen, dass er / sie sich bei Bedarf wieder bei AmBeWo melden kann.  <input type="checkbox"/> Folgende Anschlusslösungen wurden vereinbart (wenn erforderlich oder gewünscht): ....  <input type="checkbox"/> Sonstige Bemerkungen / Abmachungen:
Wohnform nach Ende der Begleitung:	<input type="checkbox"/> weiterhin eigene Wohnung <input type="checkbox"/> andere Wohnform: welche? .....
Begleitung wird beendet per:	Monat / Jahr:
Unterschriften:	BezügerIn:  Gesetzliche Vertretung:  Begleitperson:

## **Anhang III. Fragebogen zur Klientenzufriedenheit (vereinfachte Version)**

### **Kompetenzen der Begleitperson**

Was kann oder macht Deine Begleitperson besonders gut?  
Was kann Deine Begleitperson noch besser machen, wo kann sie dazulernen?  
Was gefällt Dir in der Begleitung durch Deine Begleitperson gut?  
Was gefällt Dir in der Begleitung durch Deine Begleitperson nicht?

### **Qualität der ambulanten Wohnbegleitung**

Wann ist die Wohnbegleitung für Dich spannend?  
Wann ist die Wohnbegleitung für Dich langweilig?  
Was gefällt Dir an der Wohnbegleitung gut?  
Was gefällt Dir an der Wohnbegleitung nicht?  
Wann fühlst Du Dich bei der Wohnbegleitung wohl?  
Wann fühlst Du Dich bei der Wohnbegleitung nicht wohl?

Lern- und Erfahrungszuwachs in den Bereichen Hauswirtschaft, persönliche Befindlichkeit, Beziehungen, Finanzen, Administration, Arbeit, Freizeit

### ***Was lernst und erfährst Du mit der Wohnbegleitung in den von Dir gewählten Bereichen***

- *Hauswirtschaft*
- *Persönliche Befindlichkeit*
- *Beziehungen*
- *Finanzen*
- *Administration*
- *Arbeit*
- *Freizeit*

neu dazu? Was davon kannst Du für Dein selbständiges Leben besonders gut gebrauchen?  
Gibt es Fragen oder Probleme, die in der Wohnbegleitung nicht behandelt werden?

### **Selbstbestimmung**

Wann kannst Du während der Wohnbegleitung für Dich selber bestimmen?  
Wann kannst Du während der Wohnbegleitung nicht für Dich selber bestimmen?  
Wann lässt Dich Deine Begleitperson selber bestimmen?  
Wann lässt Dich Deine Begleitperson nicht selber bestimmen?  
Wann ist es für Dich leicht, selber zu bestimmen?  
Wann ist es für Dich schwer, selber zu bestimmen?

### **Anregungen / Kritik**

Ich empfehle AmBeWo weiter, weil ...  
Ich wünsche mir, dass ...  
Ich empfehle AmBeWo, ...

# Anhang IV. Quantitative Ergebnisse Klientenzufriedenheit / Auswertungsbogen

Kurze Beschreibung der Befragungssituation durch die befragende Person:

--

Zusammenfassung der Ergebnisse: (*n* = 29)

	Frage	Positiv	+ / -	Negativ
1.	Wie beurteilst Du die Kompetenz Deiner Begleitperson?	27	2	
2.	Wie beurteilst Du die Qualität der Wohnbegleitung?	22	2	1
3.	Wie beurteilst Du Deinen Lern- und Erfahrungszuwachs in den Bereichen, in denen Du begleitet wirst:			
	a) Haushalt	10	1	
	b) Administration und Finanzen	22	4	
	c) Arbeit	9	1	
	d) Persönliche Befindlichkeit, Beziehungen und Umfeld	16	4	
	e) Freizeit	9	3	
4.	Wie beurteilst Du die Möglichkeiten Deiner Selbstbestimmung und Eigenverantwortung in der Begleitung?	22	5	1
5.	a) Wünsche und Anregungen an AmBeWo:			
	b) Kritik an AmBeWo:			

	Fazit	Positiv	+ / -	Negativ
Ziel 1	Ermöglicht Dir AmBeWo, selbständiges Wohnen in Deiner eigenen Wohnung selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu bewältigen und zu gestalten?	23	6	
Ziel 2	Bist Du gesamthaft mit der Dienstleistung AmBeWo zufrieden?	26	3	

Basel, den .....

Befragende Person: .....

## Literatur

- Bach, H. (Hg.) (1979): Handbuch der Sonderpädagogik. Band 5: Pädagogik der Geistigbehinderten. Berlin.
- Bach, H. (Hg.) (2001): Pädagogik bei mentaler Beeinträchtigung. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Beck, I., Lübke, A. (2003): Individuelle Hilfeplanung. Anforderungen an die Behindertenhilfe. *Geistige Behinderung* 3, 222-234.
- Brumund, L., Märtens, M. (1998): Die 14 Heilfaktoren in der "Integrativen Therapie" und ihre Bedeutung im Urteil der Therapeuten. *Gestalt und Integration* 2, 448-466.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hg.) (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) - Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber (4., durchges. und erg. Aufl.).
- Herringer, N. (2002): Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer (2. Aufl.).
- Hölscher, P., Wacker, E., Wansing, G. (2003): Mass nehmen und Mass halten - in einer Gesellschaft für alle. Teil1: *Geistige Behinderung* 2, 108-118, Teil 2 und 3: *Geistige Behinderung* 3, 198-221.
- Irblich, D., Stahl, B. (Hg.) (2003): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hogrefe & Huber Gruppe.
- Jeltsch-Schudel, B. (2003): Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung in der deutschsprachigen Schweiz. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete VHN* (Schweiz) 72 (2003) 3, 266-272.
- Kunz, R., Pineiro, E. (2005): Methoden der Sozialarbeit – Vom Tipp des Coiffeurs zur professionellen Sozialarbeit. *impact – Eine Informationszeitschrift von basis* (Basler Institut für Sozialforschung und Sozialplanung), *HPSA-BB Hochschule für Pädagogik und Soziale Arbeit beider Basel* 13, 1-8.
- Lang, M. (2003): Gestützte Kommunikation – Versuch einer Standortbestimmung. *Geistige Behinderung* 2, 139-147.
- Lotz, W., Koch, U., Stahl, B. (Hg.) (1994): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen – Bedarf, Rahmenbedingungen, Modelle. Bern: Huber.
- Lotz, W., Stahl, B., Irblich, D. (Hg.) (1996): Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung - Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Mall, W. (1987): Basale Kommunikation - ein Weg zum andern. Zugang finden zu schwer geistig behinderten Menschen. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hg.): Hilfen für geistig Behinderte - Handreichungen für die Praxis II. Marburg (Lebenshilfe-Verlag).
- Marquardt, R. (1985): Das Normalisierungsprinzip. Unveröffentlichte Hausarbeit. Evangelische Fachhochschule für Sozialwesen Freiburg i.Br.
- Marquardt, R. (1987a): Erwachsenenbildung für geistig Behinderte. Unveröffentlichte Hausarbeit. Evangelische Fachhochschule für Sozialwesen Freiburg i.Br.
- Marquardt, R. (1987b): Lernort Schulwohnung – Überlegungen zum Thema 'Wohnen' im Unterricht an der Schule für Geistigbehinderte. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Evangelische Fachhochschule für Sozialwesen Freiburg i.Br.
- Marquardt, R. (2004): Die therapeutische Begleitung eines adoleszenten Klienten mit einer Störung des Sozialverhaltens (und einer Intelligenzminderung) im Rahmen einer einjährigen ambulanten Therapie. Unveröffentlichtes BehandlungsJournal zur Integrativen Therapie (EAG / FPI).
- Meyer, H. (2000): Geistige Behinderung. In: *Borchert, W.* (Hg.) (2000): Handbuch der sonderpädagogischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe. 60-75.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1999): Identitätsstiftende Wirkung von Volksmusik - Konzepte moderner Identitäts- und Lifestyle-Psychologie für die Musiktherapie am Beispiel des Schweizer Volksliedes. *Integrative Therapie* 2-3, 187-250.
- Orth, I. (1993): Integration als persönliche Lebensaufgabe. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 371-384.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1993c): Zur "Anthropologie des schöpferischen Menschen". In: *Petzold, Sieper* (1993a) 93-116.
- Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie: klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis. München, Basel: E. Reinhardt (2., völlig neu bearb. und erw. Aufl.).
- Osten, P., Petzold H.G. (2004): Leiblichkeit und Lebenskunst. *Integrative Therapie* 3, 191-194.
- Petzold, H.G. (1980f): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1980g): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie. In: *Petzold* (1980f) 223-290.
- Petzold, H.G. (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd I/1 und I/2. Paderborn: Junfermann (3. revid. und überarb. Auflage 1996).
- Petzold, H.G. (1988t): Methoden des therapeutischen Umgangs mit Symbolen und Symbolisierungsprozessen – Überlegungen zu Kernqualitäten des Menschenwesens, Vortrag auf dem 7. Deutschen Symposium für Kunsttherapie, 27.-30.11.1988, Fritz Perls Akademie, Hückeswagen.
- Petzold, H.G. (1989j): Psychotherapie und Pädagogik - Pädagogik und Therapie. *Integrative Therapie* 3/4, 365-374.
- Petzold, H.G. (1989k): Grundkonzepte der Integrativen Agogik. *Integrative Therapie* 3/4, 392-398.
- Petzold, H.G. (1991e): Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik. Überarb. und erw. von (1978c). In: *Petzold* (2003a) 93-140.
- Petzold, H.G. (1992): Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie - in Zusammenarbeit mit Christa Petzold. In: *Petzold* (2003a) 927-946.
- Petzold, H.G. (1993g): Die Krisen der Helfer. In: *Schnyder, U., Sauvant, J.-D.* (Hg.): Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. 3. Auflage 2000. 157-175.
- Petzold, H.G. (1993h): Grundorientierungen, Verfahren, Methoden - berufspolitische, konzeptionelle und terminologische Anmerkungen zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes. *Integrative Therapie* 4, 341-379.
- Petzold, H.G. (1993o): Leben als Integrationsprozess und die Grenzen des Integrierens. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 385-394.
- Petzold, H.G. (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In:

- Petzold (2003a) 985-1049.
- Petzold, H.G. (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie* 4, 435-471.
- Petzold, H.G. (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Band I. Paderborn: Junfermann. 275-286.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1998h): Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2. Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G. (1999b): Psychotherapie in der Lebensspanne. *GESTALT* (Schweiz) 34 (Februar 1999) 43-46.
- Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft "ästhetischer Erfahrung". Bei [www.fpi-publikationen.de/polyloge](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge) – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 07/2001.
- Petzold, H.G. (2000g): Integrative Traumatherapie: Integrierende und differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen – "quenching" the trauma physiology. *Integrative Therapie* 2/3, 367-388.
- Petzold, H.G. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der "Integrativen Therapie" und ihrer biopsychosozialen Praxis für "komplexe Lebenslagen" (Chartacolloquium III). Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Überarbeitet 2002 in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.fpi-publikationen.de/polyloge](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge) – POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit - 01/2002.
- Petzold, H.G. (2001a): Integrative Therapie - Das "biopsychosoziale" Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein "lifespand developmental approach". Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2001m): Trauma und "Überwindung" - Menschenrechte, Integrative Traumatherapie und "philosophische Therapeutik". *Integrative Therapie* 4, 344-412.
- Petzold, H.G. (2001g): INTEGRATIVE THERAPY IN A NUTSHELL - Integrative Therapie kompakt – englisch und Deutsch - The history and development of "Integrative Therapy" - an Innovative Approach of "Biopsychosocial". Psychotherapy and Body Oriented Intervention. Belgrad: Center Susret ATIP. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.fpi-publikationen.de/polyloge](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge) - POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 01/2001.
- Petzold, H.G. (2002a): Integrative Therapie in Kontext und Kontinuum. In: Petzold (2003a) 25-85.
- Petzold, H.G. (2002b): Zentrale Modelle und Kernkonzepte der "Integrativen Therapie". In: *POLYLOGE, Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 02/2002, 1-84*. Düsseldorf / Hückeswagen. <http://www.fpi-publikationen.de/polyloge/Petzold-Kernkonzepte-Polyloge-02-2002.htm>
- Petzold, H.G. (2002g, updating 2004): Coaching als "soziale Repräsentation" – sozialpsychologische Reflexionen. Untersuchungsergebnisse zu einer modernen Beratungsform. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI-Publikationen. [www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision) – SUPERVISION: Theorie - Praxis - Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 02/2002.
- Petzold, H.G. (2003). Gesamtbibliographie. Bei [www.fpi-publikationen.de](http://www.fpi-publikationen.de) – POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 01/2003 (auch in 2003a, 1195-1223).
- Petzold, H.G. (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann (2., überarb. und ergänzte Neuaufl.).
- Petzold, H.G. (2003b): Integrative Beratung, differentielle Konflikttheorie und "komplexe soziale Repräsentationen". Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision) - SUPERVISION: Theorie - Praxis - Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 01/2003
- Petzold, H.G. (2003e): Menschenbilder und Praxeologie. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung" (1972 - 2002). Teil I: *GESTALT* (Schweiz) 46 (Februar 2003), 3-50; Teil II: *GESTALT* (Schweiz) 47 (Juni 2003), 9-52; Teil III: *GESTALT* (Schweiz) 48 (Oktober 2003), 10-64.
- Petzold, H.G. (2004): Das Selbst als Künstler und als Kunstwerk – rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft "ästhetischer Erfahrung". *Integrative Therapie* 3, 267-299.
- Petzold, H.G. (2005): Definitionen und Kondensate von Kernkonzepten der Integrativen Therapie. *GESTALT* (Schweiz) 52 (Februar 2005), 17-60.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse – die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: Petzold, Sieper (1993a) 173-266.
- Petzold, H.G., Hass, W., Märten, M., Steffan, A. (2000): Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis – Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting. *Integrative Therapie* 2/3, 277-355.
- Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie. In: Petzold (1998h) 142-188.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1990a): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. 2 Bde. Paderborn: Junfermann (3. Aufl. 1994).
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993a): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1/2, 95-153.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1994a): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch "mediengestützte Techniken" in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4, 340-391.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (Hg.) (1993a): Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien. 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1998): Einige geschlechtsspezifische Betrachtungen von Identitätsprozessen. In: Petzold (1998h) 265-299.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2003a): Der Wille und das Wollen, Volition und Kovolition - Überlegungen, Konzepte und Perspektiven aus Sicht der Integrativen Therapie. Bei [www.fpi-publikationen.de/polyloge](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge) - POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 04/2003
- Petzold, H.G., Steffan, A. (1999b): Ausbildung, Selbsterfahrung und Selbstmodelle in der Integrativen Therapie – Hintergründe, Konzepte und Forschungsergebnisse zu einer "transversalen" Weiterbildungskultur. *GESTALT* (Schweiz)

37 (Februar 2000), 25-65.

- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000a): Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis in der "Integrativen Therapie". *Integrative Therapie* 2/3, 203-230.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000b): Ausbildungsevaluation und Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie – das EAG-Qualitätssicherungssystem. *Integrative Therapie* 2/3, 355-366.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2001a): Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis in der "Integrativen Therapie" und "Integrativen Leib- und Bewegungstherapie" (Charta Colloquium I). *Integrative Therapie* 2/3-2000, 203-230.
- Pfäffli Murer, H. (2001): Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit einer geistigen Behinderung. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik* 4, 13-23.
- Rahm, D. (1995): Gestaltberatung: Grundlagen und Praxis integrativer Beratungsarbeit. Paderborn: Junfermann (4., überarb. und erw. Aufl.).
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1993): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Schuch, Waldemar (2000): Grundzüge eines Konzeptes und Modells "Integrativer Psychotherapie". *Integrative Therapie* 2/3, 145-202.
- Seidel, M. (2003): Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). *Geistige Behinderung* 3, 244-254.
- Sieper, J. (2001): Das "Behaviorale Paradigma" und der Begriff des "Komplexen Lernens" im Integrativen Ansatz klinischer Therapie, Soziotherapie und Agogik. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginations- und Transfertraining. *Integrative Therapie* 1/2, 105-144.
- Sieper, J., Petzold, H.G. (1993c): Integrative Agogik - ein kreativer Weg des Lehrens und Lernens. In: Petzold, Sieper (1993a) 359-370.
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): Der Begriff des "Komplexen Lernens" und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen - Dimensionen eines "behavioralen Paradigmas" in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.fpi-publikationen.de/polyloge](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge) - POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2002.
- Sutter, G. (2005): Soziale Arbeit – zwischen Widerstand und Anpassung. Interview zur Geschichte der Sozialen Arbeit. *impact – Eine Informationszeitschrift von basis (Basler Institut für Sozialforschung und Sozialplanung), HPSA-BB Hochschule für Pädagogik und Soziale Arbeit beider Basel* 13, 26-29.
- Steffan, A., Petzold, H.G. (2001b): Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie (Charta-Colloquium IV). *Integrative Therapie* 1, 63-104.
- Thimm, W. (1984): Das Normalisierungsprinzip – Eine Einführung. Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hg.): Kleine Schriftenreihe, Band 5. Marburg / Lahn.
- Weber, E. (2003): Persönliche Assistenz - assistierende Begleitung. Veränderungsanforderungen für professionelle Betreuung und für Einrichtungen der Behindertenhilfe. *Geistige Behinderung* 3, 4-22.
- Wernet, M.C. (1991): Integrative Gestaltpsychotherapie. Tor zu neuen Verständnisräumen. In: Lotz, Koch, Stahl (1994) 209-225.
- Wernet, M.C. (2001): Integrative Therapie. Persönlichkeitsentwicklung und Lebensentfaltung. Paradigmenwechsel in der Sichtweise von Menschen, die mit ihrer geistigen Behinderung Schwierigkeiten haben. *Geistige Behinderung* 4, 362-378.
- Wernet, M.C. (2002): Das Drama des geistig behinderten Menschen. Gedanken zur Entwicklung von Identität. *Integrative Therapie* 3/4, 286-302.
- Dokumente und Materialien der Dienstleistung *Ambulant Begleitetes Wohnen (AmBeWo)* unter der Trägerschaft der *Stiftung Mosaik*, CH – Liestal ([www.stiftungmosaik.ch](http://www.stiftungmosaik.ch)):

*Stiftung Mosaik:* Informationsprospekt (2004), Leitbild (2004).  
*AmBeWo:* Informationsprospekt (2004), Kurzkonzept (2004), Dienstleistungskonzept (2002), Qualitätssicherungskonzept (2005), Berichterstattungen zur KlientInnenzufriedenheit (2002 - 2004).