



**dgsgb**

**Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit  
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**

**Annika Kleischmann & Markus Bernard  
(Hrsg.)**

# **Haltung in der Arbeit mit Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung**

**Dokumentation der Fachtagung der DGSGb (Online)  
am 11. November 2022 in Kassel**

**Materialien der DGSGb  
Band 49**

**Berlin 2023**

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

**ISBN 978-3-938931-50-9**

©2023 Eigenverlag der DGSGb, Berlin

1. Aufl. 2023

Internet: [klaus.hennicke@posteo.de](mailto:klaus.hennicke@posteo.de)

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Kostenlos abrufbar auf der Website der DGSGb ([www.dgsgb.de](http://www.dgsgb.de)).

# Haltung in der Arbeit mit Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung

Dokumentation der Fachtagung der DGSGB  
am 11. November 2023 in Kassel

## Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite</b>
<b>Annika Kleischmann &amp; Markus Bernard</b> Alles eine Frage der Haltung? Aber was ist überhaupt „Haltung“?	<b>4</b>
<b>Jakob Christoph Will</b> Haltung und korporale Differenz - Skizze eines grundlegenden Verständnisses	<b>6</b>
<b>Jörg Liesegang</b> Neurodiversität und das Anbieten und Annehmen von Unterstützungen - Eine Handlungsfrage?	<b>13</b>
<b>Veronika Hermes</b> Kein Mensch ist eine Insel - Systemische Sichtweisen in der Behindertenarbeit	<b>19</b>
<b>Si-Yeun Hammerbacher</b> Teilhabe und Selbstbestimmung im Kontext von freiheitsentziehenden Maßnahmen - No-Go oder temporärer Möglichkeitsraum?	<b>22</b>
<b>Johannes Graser</b> Haltung in der Gruppentherapie (Compassion Focused Therapy) für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Belastungen	<b>25</b>
<b>Dirk Bruland</b> Werte und Haltungen in der partizipativen Forschung Gelebte Praxis am Beispiel eines Forschungsprojekts zur Bewegungsförderung von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung.	<b>29</b>
<b>AutorInnen</b>	<b>37</b>

# Alles eine Frage der Haltung? Aber was ist überhaupt „Haltung“?

**Annika Kleischmann & Markus Bernard**

**Zitierweise:**

Kleischmann, A. & Bernard, M. (2023): Alles eine Frage der Haltung? Aber was ist überhaupt „Haltung“? In: Kleischmann, A. & Bernard, M. (Hrsg.): Haltung in der Arbeit mit Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGGB am 11. November 2022 in Kassel. Materialien der DGSGGB Bd. 49. Berlin: Eigenverlag der DGSGGB, S.4-5

Die Herbsttagung 2022 der DGSGGB hat sich aus unterschiedlichen Perspektiven mit dem Thema „Haltung in der Arbeit mit Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung“ beschäftigt.

„Haltung“ ist ein sehr breitgefächertes Begriff, über dessen Bedeutung viel diskutiert wird. Einerseits scheint es eine unausgesprochene Einigung darüber zu geben, was mit „Haltung“ gemeint ist. Andererseits begegnet uns der Begriff in zahlreichen unterschiedlichen Zusammenhängen. Auf der Internetseite von Aktion Mensch geht es beispielsweise um „Eine Frage der Haltung“ in der pädagogischen Arbeit. Der Aktivist für Inklusion und Barrierefreiheit, Raúl KRAUTHAUSEN, sagt, *„Inklusion ist keine Zauberei, sondern eine Frage der Haltung“*. Die Journalistin und Menschenrechtsaktivistin Düzen TEKKAL spricht vor dem Hintergrund der zunehmenden Krisen davon, dass 2022 *„Das Jahr der Haltung“* war.

Je nach Person und Kontext werden mit Haltung unterschiedliche Werte und methodische Rahmen verbunden, an denen sich das Handeln orientieren soll. Um Haltung konkret im Alltag zu verwirklichen, ist es zunächst einmal wichtig, sich damit zu beschäftigen, was genau unter dem Begriff zu verstehen ist. "Haltung" bezieht sich auf die Art und Weise, wie wir über bestimmte Dinge denken, fühlen und handeln. Inbegriffen sind Einstellungen, Überzeugungen oder Werte in Bezug auf bestimmte Themen oder Situationen. Eine Haltung ist auch geprägt durch Erfahrungen, Bildung, Kultur und soziale Faktoren und kann sich im Laufe der Zeit ändern. Es ist wichtig, regelmäßig zu reflektieren, vor welchem Hintergrund und mit welcher Haltung (pädagogisches) Handeln erfolgt. Spannende Fragen um die eigene Haltung zu hinterfragen können sein: Welche Rolle spielen Partizipation und Selbstbestimmung eigentlich wirklich? Was bedeutet Barrierefreiheit und wie setzen wir sie endlich um? Wie kann ich einen Menschen darin unterstützen, die eigenen Stärken und Fähigkeiten und ein Selbstbewusstsein zu entwickeln, um sein eigenes Leben und die Teilhabe an der Gesellschaft zu gestalten?

Auf dem Hintergrund dieser theoretischen Überlegungen, stellt die Herbsttagung den Haltungsbegriff in den Mittelpunkt des interdisziplinären Austauschs. Wir freuen uns, dass es gelungen ist philosophische, medizinische, systemische und psychotherapeutische Aspekte genauso zu beschreiben, wie nach Haltung in konkreten Arbeitsbezügen mit Menschen mit Behinderung zu fragen. Die einzelnen Referent:innen setzen ihre jeweilige „Haltungsbrille“ auf und nehmen uns mit in ihr Thema und ihre praktischen Erfahrungen.

An dieser Stelle bedanken wir uns herzlich bei allen Vortragenden für den jeweiligen Beitrag.

- Zu Beginn nähert sich Herr Prof. WILL dem Begriff ‚Haltung‘ aus philosophischer Sicht an. Unter Bezug auf die aktuelle Diskussion zu diesem Thema nutzt er dabei das Konzept der Leiblichkeit als Grundlage seiner Beschreibung.

- Herr Dr. LIESEGANG konkretisiert im Anschluss in seinem Beitrag, was er unter einer ärztlichen Haltung versteht und bietet praktische Aspekte für eine individuelle Reflexion an.
- Frau HERMES stellt zentrale Annahmen der systemischen Theorie vor und erklärt anhand von Beispielen, wie der systemische Ansatz wichtige Hinweise zum Umgang mit Teilhabe und Selbstbestimmung liefert.
- Im Anschluss überträgt Frau HAMMERBACHER die Frage nach Haltung auf den Kontext von freiheitsentziehenden Maßnahmen und öffnet dabei das Spannungsfeld zwischen Freiheitsentzug und Ermöglichungsraum.
- Darauf folgend stellt Herr Dr. GRASER Haltung in der Gruppentherapie für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Belastungen vor. Die Compassion Focused Therapy (CFT) wird vorgestellt und Haltung in der CFT skizziert.
- Herr Dr. BRULAND erläutert anhand eines Forschungsprojekts zur Bewegungsförderung Werte und Haltung in der partizipativen Forschung. Er vermittelt, warum Scheitern und Reflexion bei der Umsetzung von Haltungen zum praktischen Einsatz gehören und stellt Umgangsmöglichkeiten dar.

# Haltung und korporale Differenz

## Skizze eines grundlegenden Verständnisses

**Jakob Christoph Will**

### Zitierweise:

Will, J.Ch. (2023): Haltung und korporale Differenz. Skizze eines grundlegenden Verständnisses. In: Kleischmann, A. & Bernard, M. (Hrsg.): Haltung in der Arbeit mit Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGb am 11. November 2022 in Kassel. Materialien der DGSGb Bd. 49. Berlin: Eigenverlag der DGSGb, S.6-12

### Haltung hat Konjunktur

Über Haltung wird derzeit viel gesprochen und diskutiert. Auch in sozialprofessionellen Feldern hat der Begriff zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dies wird durch den Anstieg von Veröffentlichungen aber eben auch von einer wachsenden Zahl von Veranstaltungen wie (Fach-)Tagungen zum Thema ‚Haltung‘ deutlich: das Thema scheint theoretisch wie praktisch ein wichtiges zu sein und der Bedarf einer Verständigung über Haltung steigt. Eine Möglichkeit, die Nachfrage nach Haltung zu verstehen, lässt sich etwa darin sehen, dass Haltung als ein Ausdruck eines sozialprofessionellen Ethos‘ (WILL & DÖRR, 2023) in Krisenzeiten eine Orientierungsfunktion einnehmen kann. Haltungen bieten so gesehen Möglichkeiten und Anhaltspunkte, Unsicherheit und Ungewissheit zu begegnen, die die Handlungspraxis Sozialer Arbeit zunehmend begleiten. Hiltrud VON SPIEGEL (2014) verortet im Trias von Wissen und Können als Drittes Haltung als ein Merkmal professionellen Handelns, die sich auf Normen und Werte Sozialer Arbeit bezieht und einen Handlungsrahmen absteckt. Aber was genau ist unter Haltung zu verstehen, in die so große Hoffnung gesetzt wird?

Mit der wachsenden Bedeutung und damit zunehmenden Thematisierung des Begriffs für professionelle Handlungsvollzüge wird es wichtiger, dem nachzugehen, was genau unter Haltung zu verstehen ist. Denn oftmals wird ein nicht mehr weiter hinterfragtes Verständnis von Haltung angenommen, als ob immer schon eindeutig und klar wäre, worum es geht, wenn man von Haltung spricht. Der Begriff zeigt sich allerdings als sehr vielschichtig und kann kontextabhängig unterschiedliche Bedeutungen annehmen. Notwendig scheint ein Nachdenken allein deshalb schon, da Haltung ein schillernder Begriff ist. Denn oftmals changieren die Bedeutungen zwischen alltagsbezogenen Vorstellungen des Wortes, sozialprofessionellem Begriffsverständnis und unterschiedlichen Kontexten. Denn von Haltung der Fachkräfte Sozialer Arbeit und im gleichen Atemzug von Tierhaltung zu sprechen, ruft (starke) Irritationen hervor.

Geht es um die Gestaltung professioneller Beziehung etwa im Berufsfeld der Beratung, werden oftmals die so genannten Berater:innenvariablen aufgeführt. In Anlehnung an Carl ROGERS (2019) sind dies Haltungen von Empathie, Akzeptanz und Echtheit. Auch über Beratungssettings hinaus haben sich etwa im gesamten Feld Sozialer Arbeit Grundhaltungen etabliert, die die Gestaltung professioneller Beziehung markieren und einen wesentlichen Wirkfaktor darstellen. Oftmals geht es dabei jedoch lediglich nur um die Attribuierungen der Haltung(en) selbst. Es wird demnach stärker danach gefragt, welche Haltung(en) wichtig und notwendig sind: eine verständnisvolle, offene oder auch systemische Haltung? Was aber Haltung dabei selbst ist, dem wird weniger nachgegangen. Wie lässt sich also ein Begriff von

Haltung begreifen und für einen Kontext Sozialer Arbeit konturieren? Mit Frauke KURBACHER (2008, 5) lässt sich Haltung zunächst einmal verstehen als „grundlegende menschliche Bezüglichkeit, die immer eine Wechselwirkung aus den Bezügen zu Anderen, Selbst und Welt ist. Jede Haltung referiert implizit oder explizit auf dieses Geflecht aus Anderen, Selbst und Welt und ist zugleich Realisierung dieses komplexen Bezugs.“ Wie genau lässt sich aber diese Bezüglichkeit näher verstehen? Im Folgenden soll auf einen ausgewählten Aspekt von Haltung hingewiesen und im gebotenen Rahmen skizziert werden, der für ein weiteres Nachdenken über Haltung fruchtbar sein kann: wenn es um Haltung geht, geht es immer auch um Körperlichkeit; um das Korporale. In Alltagsbezügen scheint dies eindeutig und klar und auch für bspw. orthopädische Zusammenhängen selbstverständlich, aber wie könnte das auch für sozialprofessionelle Bezüge stark gemacht werden und damit ein Verständnis von Haltung noch mehr schärfen?

## Haltung zwischen Körperhaben und Leibsein

Haltung hat auf unterschiedliche Art mit dem Korporalen zu tun, was durch verschiedene sprachliche Verwendungsweisen deutlich wird. Dabei kommen unterschiedliche Bezugspunkte zum Ausdruck. Einmal werden Bedeutungsfelder aufgerufen, die den Körper betreffen, wie etwa die Körperhaltung beim Tanzen oder dem Sitz beim Reiten. Hierbei geht es um eine bestimmte Art und Weise, den Körper zu bewegen, in Stellung zu bringen: sich zu halten. Auch ist die Rede von einer bestimmten Haltung des Körpers, die eine Zugewandtheit oder aber Ablehnung verdeutlicht, durch die eine bestimmte Haltung zum Ausdruck kommt. Darüber hinaus zeigen sich zum anderen auch Bezugspunkte, die sich in eine philosophiehistorische Tradition einreihen lassen und sich mit ARISTOTELES (1998) auf den Umgang mit Affekten bezieht und damit einen noch mal anderen Aspekt des Körperlichen meint, als den oben dargestellten. Mit dem griechischen Begriff von Haltung, der *hexis*, geht es darum, in einer jeweiligen Situation ein angemessenes Verhalten zu zeigen. Bezeichnen lässt sich dies bspw. als eine innere Haltung, die sich dabei auf bereits Erlerntes bezieht und je nach Situation abwägt, wie „gut“ zu Handeln sei. Diese Verwendungsweise liegt ebenfalls im Bedeutungsspektrum des Haltungsbegriffs.

In diesen beiden doch erst einmal und vermeintlich unterschiedlichen Perspektiven kommt etwas zum Ausdruck, was sich mit dem Begriffspaar Leib und Körper begreifen und in Verbindung bringen lässt. Dieser Ansatz trägt der Tatsache Rechnung, dass Personen sowohl einen Körper haben, als auch selbst dieser Körper sind. Helmut PLESSNER bringt dies in der Bezeichnung: Körperhaben, Leibsein auf den Punkt: *„Ein Mensch ist immer zugleich Leib [...] und hat diesen Leib als diesen Körper“* (PLESSNER, 1970, 43). Gemeint ist damit, dass wir sowohl die Materialität des Körpers wahrnehmen, beobachten und begreifen können als Ding und ein Etwas, kurz: als Objekt. Gleichzeitig erleben und erfahren wir subjektiv auch mit dem Leib die Welt und uns selbst: der Leib ist Medium zwischen Ich und Welt (WALDENFELS, 2000), als absoluter Nullpunkt der Orientierung (LINDEMANN, 2017, 60). Ein plakatives Beispiel kann etwa eine eingeschlafene Hand sein, die wir im Zustand des Eingeschlafenseins als ein Objekt wahrnehmen und in diesem dann als nicht zugehörig zu unserem Körper wirkt. Langsam kehrt - meistens mit einem unangenehmen Kribbeln - diese Zugehörigkeit wieder zurück. Die Hand wird nun wiederum als Teil des Körpers wahrgenommen, bzw. eigenleiblich gespürt.

Körperhaben und Leibsein lassen sich als „korporale Differenz“ (BEDORF, 2017) bezeichnen. Beides geht nicht jeweils ineinander auf, steht aber auch nicht absolut und unüberbrückbar nebeneinander. Vielmehr geht es um die Verhältnisbestimmung der beiden Modi. Denn sie

stehen doch unweigerlich in Beziehung zueinander und bedingen sich auch gegenseitig. Sie sind beide gleichermaßen da und gehören zur Person. Dabei geht es um eine relationale Betrachtung der unterschiedlichen Modi von Leib und Körper. Die hier vorzustellende Idee ist nun dahingehend folgende: *Haltung kann als dieses Verhältnis von Leib und Körper bezeichnet werden, die die Arten und Weisen des in der Welt seins in Relation beschreiben.* Dieser Betrachtungswinkel fokussiert sowohl den objekthaften, materiellen Körper sowie eben auch den spürenden, subjektiv sich in der Welt wissenden Leib, der sich stets als bspw. ängstlich, glücklich, zufrieden, aber auch frierend sowie sozial anerkannt oder abgelehnt spürend erleben kann.

Dieser doch starke Bezug von Haltung zum Korporalen kann in einem ersten Moment irritierend wirken. Denn wie findet sich bspw. eine bestimmte ethische Haltung, die in sozialprofessionellen Kontexten wichtig wird, in dieser Idee wieder? Zunächst kann deutlich werden, dass sich zwar über Haltung sprechen lässt, sich Haltung als Haltung aber stets nur zeigt<sup>1</sup>. Über dass, was das Ethische als Fragen nach ‚gutem Handeln‘ ist und ausmacht, lässt sich Nachdenken, Sprechen und auch Verhandeln. Es handelt sich also um etwas, was beobachtet und beschrieben werden kann, was nicht schon die Beobachtung und Beschreibung selbst ist. Denn das Ethische zeigt sich gerade erst in einem bestimmten Wie, eben in einer bestimmten Haltung. Das bedeutet, dass in der Art und Weise des Sprechens, bzw. auch des Handelns sich eine bestimmte Haltung ausdrückt, sogar im Sprechen über Haltung selbst. Ethik ist nicht selbst schon Sprache, aber das Ethische zeigt sich im Sprechen als eine bestimmte Haltung. Eine wertschätzende Haltung bspw. drückt sich durch verschiedene Aspekte aus: es sind beim Sprechen nicht die Worte selbst, die eine wertschätzende Haltung ausdrücken, sondern gerade erst die Wahl der Worte, der Klang der Stimme, die Hinwendung zu Gegenüber oder aber auch bestimmte Gesten etc., die diese Haltung zum Ausdruck bringt, die sich zeigt. Es ist also wie ein Faden, der die Dinge in einer bestimmten Art, einem ‚Schnittmuster‘ miteinander in Verbindung bringt und auf eine bestimmte Weise miteinander ‚vernäht‘. Darin lassen sich zwei Aspekte betrachten, die Haltung kennzeichnen: Zum einen wird deutlich, dass Haltung einen performativen, also einen aufführenden und darstellenden Charakter besitzt, der sich mitunter auf bestehende Vorannahmen stützt und damit mit so etwas wie Meinungen und Einstellungen korrespondiert, sich aber erst in einem aktuellen Moment zeigt und damit erst leibkörperlich erfahrbar und erlebbar wird. Zum anderen wird deutlich, dass es sich bei Haltung damit um ein prä-reflexives Moment handelt, also etwas, was dem Bewusstsein nicht zuzuordnen ist - es ist vor-bewusstlich. Haltung versteht sich also nicht im Modus des Wissens, sondern des Spürens.

Das bedeutet nicht, dass Haltung dem Unbewussten oder Unterbewussten zuzuordnen ist und auch nicht mit automatisierter Gewohnheit gleichgesetzt werden kann, die Verhalten abspult und sich auch ohne nachzudenken vollzieht. Haltung ist auch nicht als eine bloße Reduktion auf einen reflektierenden Zugriff des Bewusstseins zu verstehen, wie es eher Einstellungen oder Meinungen nahe legen. Das Denken, das Mentale und Kognitive selbst ist allerdings nicht ohne eine Verkörperung zu verstehen und sei es, dass Denkvorgänge im

---

<sup>1</sup> Eindrücklich lässt sich dies an einer Geschichte von Bertold BRECHT (1973, 375): „Weise am Weisen ist die Haltung“ verdeutlichen: „Zu Herrn K. kam ein Philosophieprofessor und erzählte ihm von seiner Weisheit. Nach einer Weile sagte Herr K. zu ihm: »Du sitzt unbequem, du redest unbequem, du denkst unbequem.« Der Philosophieprofessor wurde zornig und sagte: »Nicht über mich wollte ich etwas wissen, sondern über den Inhalt dessen, was ich sagte.« »Es hat keinen Inhalt«, sagte Herr K. »Ich sehe dich täppisch gehen, und es ist kein Ziel, das du, während ich dich gehen sehe, erreichst. Du redest dunkel, und es ist keine Helle, die du während des Redens schaffst. Sehend deine Haltung, interessiert mich dein Ziel nicht.“



Gehirn einen „Körper“ brauchen, in den es eingebettet ist. Es kann deutlich werden, dass sich die Sinnkonstitution, also dass sich Wahrnehmung, Einordnung und Begreiflich-machen von Selbst, Anderen und Welt, von der Art und Weise einer grundsätzlichen Bezüglichkeit formiert, die sich mit dem von Kurbachers oben angeführten Verständnis von Haltung als grundlegende Bezüglichkeit von Selbst, Anderen und Welt in Verbindung bringen lässt - also von Haltungen in diesem leib\_körperlichen Sinn bestimmt ist. MERLEAU-PONTY (1974) verdeutlicht, dass es gerade die Instanz des Leibes sei und nicht die des Bewusstseins, von der ein Selbst-, Anderen- und Weltbezug zu aller erst ausgehe<sup>2</sup>. Er kehrt damit eine gängige Vorstellung um, dass es gerade nicht das Bewusstsein ist, mit dem wir als ersten Zugang die Welt erfahren, dass also alles dem Bewusstsein nachgeordnet ist. Die Wahrnehmung von Welt und damit auch die bewusste und zielgerichtete Bezugnahme zeigt sich eher bestimmt von eben jenen Haltungen, als Art und Weise des in der Weltseins: leiblich wie körperlich. So verdeutlicht WEBER (2018, 144): *„Die Art und Weise, wie sich der Mensch in der Welt einnistet, bestimmt schließlich, wie ihm die Dinge sowie die Mitwelt gegeben sind bzw. auf welche Weise er in die Sinnkonstitution und Ordnung der Welt politisch handelnd eingreifen kann.“* Und diese von Weber als „einnisten“ bezeichnete Art und Weise, lässt sich pointiert bezeichnen als: Haltung. Damit ist ein grundlegendes Verständnis des Begriffs umrissen.

## Zwischenleiblich erfahrene 'Schnittmuster'

Die Arten und Weisen, also die Haltungen werden in Auseinandersetzungen mit Selbst, Anderen und Welt erlebt und erfahren und ‚schreiben‘ sich als diese Erfahrungen in den Leib\_Körper ein<sup>3</sup>. Hierbei lässt sich sowohl von einem Körper wie auch von einem Leibgedächtnis sprechen, so dass etwa der Leib ein „informierter“ wird (PETZOLD, 2006). Die Frage danach: ‚wie sich halten?‘, ist dabei nicht beliebig, sondern eingebettet in gesellschaftliche Zusammenhänge, die auch an soziale Anerkennungsprozesse rückgebunden sind. D.h., dass die Art und Weise des körperlichen und leiblichen In-der-Welt-Seins über Erziehung, Bildung und Sozialisation vermittelt sind, die ermöglichen, vergesellschaften und kultivieren, aber auch kontrollieren sowie disziplinieren und auch ausgrenzen können<sup>4</sup>. Denn die Frage nach Haltung ist unweigerlich immer auch mit Fragen nach der ‚richtigen‘ Haltung verbunden, die entlang gesellschaftlicher Normalisierungs- und sozialer Differenzierungsprozesse verlaufen können. Haltungen bewegen sich damit in einem Spannungsverhältnis gesellschaftlicher Rahmung des Verhältnisses und Relation einerseits und eigenleiblichen Spüren andererseits. Darin wird einmal erkennbar, wie Anstrengungen und Mühen auch von Sozialer Arbeit unterstützt werden können, eine Haltungsaneignung und -realisierung zu ermöglichen. Darin kommt aber auch ein konflikthafte Moment zum Vorschein, wenn es zu Diskrepanzen von gesellschaftlich erwarteten Normvorstellung und eigenem Erleben kommt. Geht es bspw. um Menschen mit sogenannter ‚Behinderung‘, verweist dies auf eine gesellschaftlich gerahmte Art und Weise einer körperlichen Konstitution als soziale Kategorie, die sich aus einer machttheoretischen Perspektive vermeintlich entlang gesellschaftlicher Differenzierungsprozessen als ‚normal‘ geltender Körper abzeichnet, wie

---

<sup>2</sup> Zur politischen Bedeutung siehe HERRMANN, 2015

<sup>3</sup> FOUCAULT (1993) hat bspw. die Geschichte der Disziplinierung des Körpers am Beispiel des Gefängnisses nachgezeichnet.

<sup>4</sup> Haltung lässt sich in diesem Verständnis als Selbstführung begreifen, die in Anlehnung an Foucault immer auch an Fremdführung gekoppelt ist, was durch die Rückbindung an die gesellschaftlich gerahmten Formen von Haltung deutlich werden kann. Zur weiteren Auseinandersetzung im Rahmen von Haltung und psychosozialer Beratung siehe WILL 2021.

es vor allem die disability studies herausstellen (z. B. DEDERICH, 2007). Der ‚sozial hergestellte Körper‘ ist aber auch stets an ein leibliches Erleben rückgebunden, als eine bestimmte Art des Wie in der Weltseins. Der Betrachtungswinkel auf Körperlichkeit als ‚Körperhaben‘ bedarf einer Blickfelderweiterung um das ‚Leibsein‘ (SCHACHE, 2019). Denn dies steht in Verhältnis und Relation mit einer bestimmten Art und Weise des leiblichen Erlebens von beispielsweise ‚behindert werden‘, die etwa mit Erfahrung von Ausgrenzung erlebt werden kann. Körperliche Konstitution lässt sich als eine soziale Kategorie gesellschaftlicher Differenzierungsprozesse begreifen, die das leibliche In-der-Welt-sein prägen, sowie auch maßgeblich von leiblichem Erleben geprägt wird.

Das Erleben und Erfahren von Haltung(en), also die eigene Weise zur Welt zu sein, sowie auch Haltung(en) anderer zu erleben und zu erfahren, ereignen sich in einem Beziehungsgeflecht, im Bezogensein aufeinander, das sich als Phänomen der „Zwischenleiblichkeit“ bezeichnen lässt. Haltung(en) zeigen sich, das wurde oben schon gesagt. Und dieses Zeigen ereignet sich gerade erst in dem Moment des zwischen-menschlichen Zusammenkommens, was grundlegend zunächst einmal eine leib\_körperliche Erfahrung des sich Begegnens ist. In diesem zwischenleiblichen Erleben lassen sich dann auch gesellschaftlich bestimmte Positionen von Haltung(en) erfahren und das sowohl zustimmend als auch ablehnend. GABRIEL & KINNE (2022, 4) verdeutlichen: *„Behinderung wäre, so gesehen, als zwischenleiblich vermitteltes und verkörpertes Beziehungsgeschehen zu sehen, aus dem heraus Subjektpositionierungen des Behindert-Werdens erfahren oder auch verworfen werden können, wobei der Basismodus auf sozialem Differenzieren beruht.“* Der Rahmen, in dem Haltungen erfahren, bestätigt, erneuert, widerlegt oder auch verändert werden, ist der der Zwischenleiblichkeit. *„Behinderung würde sich hier z.B. zeigen als Qualität der Beziehungen zu anderen und/oder Dingen, also auch in der Art und Weise des Anerkennens der\*des Anderen als Kommunikationspartner\*in oder als Un/Möglichkeit der Überwindung der Treppe mit dem Rollator oder als Nicht/Akzeptanz von Schmerz als Element einer leiblich verankerten Verfasstheit des Zur- Welt- Seins“* (Ebd., 6).

Was lässt sich nun aus den oben angeführten Aspekten zusammenführen? Was ist damit gewonnen?

## Anknüpfungspunkte

Haltung ist etwas anderes als eine bewusste, zielgerichtete Handlungssteuerung. Das wird vor allem dann wichtig, wenn - wie eingangs beschrieben - Haltung als ein Hoffnungsträger in Krisenzeiten ‚beschworen‘ wird. Die Gefahr liegt darin, dass Haltung zu einer (sozial-)technischen Handlungsanleitung wird, die vor allem bei der Frage von professioneller Beziehungsgestaltung damit eine Verfügbarkeit von eigentlich Unverfügbarem imaginiert. Zum einen zeigt sich hier eine Reduktion auf die Perspektive auf nur eine Seite der Beziehung, nämlich die des sozialprofessionellen Selbst. Dabei wird ausgeklammert, dass Beziehungsgeschehen immer auch von anderen mitbestimmt wird, und dies mehr oder weniger unvorhersehbar und nicht immer berechenbar, sofern andere in ihrer Selbstwirksamkeit, also ihrer Andersheit als andere, anerkannt werden.

Zum anderen wurde oben deutlich, dass in dem vorgestellten Verständnis von Haltung als Art und Weise der Relation von Leib und Körper diese zwar als erste grundlegende Instanz des in der Weltseins Bewusstseins und damit Wahrnehmung, Einordnung sowie Begreiflichmachen prägt, dennoch gerade nicht als eine zielgerichtete, vom Bewusstsein steuernde Modus des Handelns zu begreifen ist. Dies konnte mit dem Moment verdeutlicht werden, dass Haltung sich zeigt. Darin wird auch ein sich (dem Bewusstsein) entziehendes Moment

erkennbar. Haltung ist also gerade keine verfügbare und abrufbare Kompetenz. Das führt unmittelbar zu der Frage nach Lehr- und Lernbarkeit von Haltung. Diesbezüglich lässt sich mindestens sagen, dass die Aneignung und Vermittlung und damit auch Möglichkeiten von Handlungsänderung wenigstens als ein Prozess zu begreifen ist, der in Korrespondenz mit sozial-gesellschaftlich gerahmten Positionen steht und auf leib-körperliche Einschreibungsprozeduren beruht<sup>5</sup>. Das bedeutet, Handlungsaneignung und -änderung sind keine kurzfristigen Angelegenheiten, was einem derzeit vorherrschenden auch auf zeit- und kosteneffizienz bezogenen ‚Bildungsmanagement‘ oftmals entgegen steht.

Es wird vor allem deutlich, dass es sich bei Haltung um ein soziales Phänomen handelt, in dem in und durch Sozialität Haltung gezeigt, erlebt und erfahren wird, in einem wechselseitigen aufeinander Bezogensein, was mit dem Begriff der „Zwischenleiblichkeit“ angedeutet wurde. Gerahmt wird dies durch einen sozial-gesellschaftlichen Zusammenhang, der immer auch die Orientierungen an bestimmten vorherrschenden und gesellschaftlich akzeptierten Haltungen zumindest nahelegt, sich in einer bestimmten Art und Weise leiblich wie körperlich in der Welt zu wissen. Das bedeutet in dem hier beschriebenen Sinn, von einer bestimmten körperlichen Konstitution in Relation zu einer bestimmten Art und Weise leiblicher Verfasstheit auszugehen, die sich immer auch entlang gesellschaftlicher Normalisierungsmuster entwirft. Insgesamt führt dies zu einer Perspektive, die sich im Rahmen dieses Spannungsfeldes um die Reflexion der eigenen Haltung bemüht. Zentral kann dabei die Frage nach Reproduktion oder eben Veränderung von Haltung in dem oben verstandenen Sinn werden, ob es eben auch andere Möglichkeiten des sich zu halten Wissens gibt, was sich gerade erst im zwischenleiblichen Geschehen zeigt.

## Literatur

- ARISTOTELES (1998): Die Nikomachische Ethik. Dtv, München
- BEDORF, T. (2017): Selbstdifferenz in Praktiken. Phänomenologie, Anthropologie und die korporale Differenz. Phänomenologische Forschungen, 2, 57-75.
- BOURDIEU, P. (1987): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- BRECHT, B. (1973): Geschichten von Herrn Keuner. Gesammelte Werke Bd. 12. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- DEDERICH, Markus (2007): Körper, Kultur und Behinderung. Eine Einführung in die Disability Studies. Transcript, Bielefeld
- FOUCAULT, M. (1993): Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- GABRIEL, S. & KINNE, T. (2022): Auf den Spuren körper-leiblicher Differenzierungen als Erfahrungen sozialer In- und Exklusion. Eine postphänomenologische Perspektive auf Körper und Behinderung, ZEITSCHRIFT FÜR DISABILITY STUDIES, 2
- HERRMANN, S. (2015): Politik der Leiblichkeit. Von Maurice Merleau-Ponty zu Iris Marion Young und Judith Butler. In: BEDORF, T. & KLAAS, T. N. (Hrsg.) Leib – Körper – Politik Untersuchungen zur Leiblichkeit des Politischen. Velbrück, Weilersvst, 61-82.
- KURBACHER, F. A. (2008): Was ist Haltung? Überlegungen zu einer Theorie von Haltung im Hinblick auf Interindividualität. Für den Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Philosophie in Essen 2008. Unter: [https://www.dgphil2008.de/fileadmin/download/Sektionsbeitraege/03-2\\_Kurbacher.pdf](https://www.dgphil2008.de/fileadmin/download/Sektionsbeitraege/03-2_Kurbacher.pdf)
- LINDEMANN, G. (2017): Leiblichkeit und Körper. In: GURGUTZER, R., KLEIN, G.; MEUSER, M. (Hrsg.) Handbuch Körpersoziologie. Band 1: Grundbegriffe und theoretische Perspektiven. Springer, Wiesbaden, 57-66.
- MERLEAU-PONTY, M. (1974): Phänomenologie der Wahrnehmung. De Gruyter, Berlin
- PETZOLD, H. (2006): Der „informierte Leib“ – „embodied and embedded“ als Grundlage der Integrativen Leibtherapie. Polyloge, 10

---

<sup>5</sup> BOURDIEU (1987) spricht im Rahmen seines Habitus-Konzeptes dabei von Inkorporierung, von Einverleibung klassenspezifischer Werte und Normen. Allerdings geht er gerade nicht auf den Zusammenhang von Körper und Leib ein.

- PLESSNER, H. (1970): Lachen und Weinen. In H. PLESSNER (Hrsg.), Philosophische Anthropologie. Fischer, Frankfurt, 11-171.
- ROGERS, C. (2019): Der neue Mensch. Klett-Cotta, Stuttgart
- SCHACHE, S. (2019): Körper, Leib, Behinderung. Implikationen für eine gemäße Gesundheitsförderung. In: WALTHER, K., RÖMISCH, K. (Hrsg.) Gesundheit inklusive. Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit. Springer: Wiesbaden, 19-33.
- SPIEGEL, H. v. (2014): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. UTB, Stuttgart
- WALDENFELS, B. (2000): Das leibliche Selbst. Vorlesung zur Phänomenologie des Leibes. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- WEBER, B. (2018): Im Zwischenbereich von Leib und Körper: Versuch einer phänomenologischen Re-Konstruktion des öffentlichen Raumes. In: BEDORF, T.; KLAAS, T. N. (Hrsg.) Leib – Körper – Politik Untersuchungen zur Leiblichkeit des Politischen. Velbrück, Weilersvst, 141-158.
- WILL, J. C. (2021): Haltung als Sozialität im Widerstreit. Psychosoziale Beratung zwischen Ethischem und Politischem. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- WILL, J. C., DÖRR, M. (2023): Haltung als Ausdruck sozialprofessionellen Ethos'. Sozial Extra 1/23

# Neurodiversität und das Anbieten und Annehmen von Unterstützungen - Eine Handlungsfrage?

Jörg Liesegang

## Zitierweise:

Liesegang, J. (2023): Neurodiversität und das Anbieten und Annehmen von Unterstützungen - Eine Handlungsfrage? In: Kleischmann, A. & Bernard, M. (Hrsg.): Haltung in der Arbeit mit Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. November 2022 in Kassel. Materialien der DGSGB Bd. 49. Berlin: Eigenverlag der DGSGB, S.13-18

## Ärztliche Haltung

Unter den vielen Möglichkeiten der Herangehensweise an das Thema Ärztliche Haltung wird hier der Zugang über praktische Fragen gewählt. Die Rolle des praktizierenden Arztes ist eine pragmatische und handlungsorientierte, Fragen zu Haltung auf der Metaebene werden in kurzen Fußnoten angesprochen. Ein Großteil der Kontakte zu einem praktizierenden Arzt finden statt, weil es Fragen zu dem gibt, was als nächstes passieren soll. Daher werde ich in den nächsten Unterpunkten eine mehr oder weniger spontane Fahrt durch meine eigene bisherige Berufserfahrung vorstellen, mit der Selbstreflexion über folgendes Thema:

Mit welcher Haltung gestalte ich einen nachhaltig wirksamen ärztlichen Kontakt?

Haltung wird dabei als eine Art professionelle Handlungsprämisse verstanden. Die Zuordnung der einzelnen Unterpunkte ist dabei oft ungenau, viele Unterpunkte hätten auch unter eine andere Überschrift gepasst.

## Wie gestalte ich bewusst/unbewusst?

### Gärtnern

Die Grundhaltung des Gärtnerns kann viel Möglichkeiten und Handlungsdrücke des Arztes in eine gesunde Perspektive rücken. Wir können ein Wachstum an sich nicht bewirken. Pflanzen wachsen selber. Wir brauchen Geduld und Vertrauen, um die günstigen Wachstumsbedingungen, für welche wir zum Teil mitverantwortlich sind, wirken zu lassen. Wir verändern also als Helfende Umweltbedingungen. Menschen wachsen und entwickeln sich selber.

### Reichtum an Perspektiven

Die Grundhaltung des Reichtums an Perspektiven kann als Arzt so verstanden werden, dass es in vielen Situationen nicht nur ein Richtig oder Falsch gibt. NASREDDIN HODSCHA, ein sagenumwobener Weiser Mann (und Clown) des Osmanischen Reiches, erzählte folgende Geschichte: *Er kam, wie immer rückwärts auf seinem Esel sitzend, in ein Dorf eingeritten. Es war Markttag. Auf dem Markt war ein großer Streit entstanden, da ein Käufer behauptete zu wenig Gemüse für sein Geld erhalten zu haben. Der Verkäufer behauptete im Gegenzug, zu wenig Geld für sein Obst erhalten zu haben. Da Nasreddin Hodscha als fähiger Richter bekannt war, wurde er gefragt. Er hörte den Käufer an, nickte und sagte, „Du hast Recht.“ Dann wandte er sich dem Verkäufer zu, hörte seine Geschichte, nickte und sagte, „Du hast Recht.“ Ein Kind aus der umstehenden Menge lachte laut und schrie, „Das geht nicht, dass*

*beide Recht haben.“ Da drehte sich Nasreddin Hodscha um, runzelte die Stirn, lächelte dann und sagte, „Du hast auch Recht.“*

## **Selbstbild**

Die Berücksichtigung des Selbstbildes von dem Gegenüber ist im ärztlichen Beruf eine Handlungsfrage. In der Medizin mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen kommt es oft zu Situationen des Abgleichens von Wahrnehmungen. Während aus der Schule und dem familiären Alltag Rückmeldungen zu Defiziten kommen, ist das jugendliche Kind eventuell noch stark von dem Anspruch stark und unabhängig zu sein geprägt, entsprechend wird die Selbstwahrnehmung gefärbt sein. Ohne Berücksichtigung der Wichtigkeit des gesunden Selbstbildes wird in einem Hilfeprozess eventuell viel Reibung entstehen, welche als Widerstand, Opposition oder Unverständnis von den Erwachsenen interpretiert wird.

## **Hirnorganische Funktionsstörungen**

Die Berücksichtigung von hirnorganischen Funktionseinschränkungen als Faktor einer behinderten Situation<sup>6</sup> ist eine Handlungsfrage. Bei körperlichen Funktionseinschränkungen ist die Akzeptanz einer Behinderung durch diese Funktionseinschränkung in der Regel selbstverständlicher als bei (oft unsichtbaren) hirnorganischen Funktionseinschränkungen. So wird beispielsweise kaum ein Kind mit Geheinschränkung im Rollstuhl im Sportunterricht genötigt eine Treppe hoch zu sprinten oder am Hürdenlauf teilzunehmen. Ein Kind mit Seheinschränkung wird kaum gebeten werden ohne Hilfsmittel einen Text an der Tafel vorzulesen. Tagtäglich werden jedoch Kinder mit einer hirnorganisch bedingten Störung der Impulskontrolle aufgefordert, sich „einfach“ mal zusammen zu reißen. Oder sie werden bestraft, wenn sie in einer Situation überfordert waren.

Oft wird an dieser Stelle vorschnell der Schluss gezogen, dass dann ja ein Mensch mit Einschränkung der Impulskontrolle nichts dafür kann, wenn er oder sie jemanden geschlagen hat. Die Berücksichtigung von einer Störung der Impulskontrolle ist kein Freibrief für schädigendes Verhalten. Ein blinder Mensch darf nicht in ein Auto steigen und als Fahrer andere Menschen überfahren. Blindheit ist kein Freibrief für irgendetwas. Blindheit ist in einer auf Sehende ausgelegten Welt ein Grund, dass das Leben komplizierter und anstrengender sein kann. Ein Mensch mit einer Seheinschränkung muss sich mehr anstrengen als andere und ist anderen Gefahren ausgesetzt. Das ist nicht fair. Deshalb gibt es Blindenhunde, Sehhilfen, Mobilitätstraining, tönende Ampeln und angepasste Bordsteine an Fußgängerüberwegen oder Haltestellen.

Menschen mit einer Störung der Impulskontrolle müssen sich mehr anstrengen als andere, sie sind oft desorientiert, sie dürfen andere und sich nicht verletzen. Und weil sie sich in einer neurotypischen Umwelt so viel mehr anstrengen müssen, haben sie das Recht auf Unterstützung, und die Pflicht diese Unterstützung auch anzunehmen.

---

<sup>6</sup> Anmerkung: Ist die Bezeichnung „behinderte Situation“ statt „behinderter Mensch“ eine Haltung oder eine gemeinsame Vereinbarung?

## Wie gestalte ich Nachhaltigkeit?

### Transgenerationale Muster und Hoffnung auf Entwicklung

Die Berücksichtigung von dem Wirken von transgenerationalen Mustern ist eine Haltungsfrage. Menschen sind keine Inseln. Weder in der aktuellen Situation, noch in der Zeitachse. Familienprojektionen, Wünsche, Träume, Erfahrungen und leider auch transgenerationale Traumata sind Teile unserer Wirklichkeit. Der Zauber an der Beschäftigung mit einer gesunden Entwicklung ist die allgemeine Hoffnung, dass wir Menschen an uns arbeiten können. Das wir transgenerationale Muster nicht als Fesseln, sondern als Erfahrungsschatz benutzen können. Wir als Familienmenschen haben die Freiheit Familienmuster zu hinterfragen, zu gestalten und neu zu leben.

### Nil nocere

Das als das oberste ärztliche Gebot bezeichnete „Als Erstes nicht zu schaden“ von Hippokrates gilt in allen ärztlichen Situationen<sup>7</sup>. Auch im psychotherapeutischen oder stationären Setting gilt es, die mögliche Nebenwirkung der als Hilfe beabsichtigten Situation oder Maßnahme zu berücksichtigen. Ein „Helfen wollen“ ist nicht immer die beste Hilfe. So kann als Beispiel bei starken Umstellungsschwierigkeiten eine stationäre Aufnahme in vielen unvorbereiteten Kliniken vielleicht mehr Probleme als Lösungen schaffen. Und eine rücksichtslose Psychotherapie kann ein Problem fixieren, anstatt es zu lösen (siehe Abschn. Psychotherapie und Nebenwirkungen). Dies ist jedoch keine generelle Aussage gegen irgendeine Art von Therapie. Es ist lediglich der Aufruf zu der Reflektion, ob eine geplante Handlung besser ist als keine oder eine andere Handlung. Zu oft wird aus gefühlter Hilflosigkeit und Handlungsunfähigkeit der Helfenden „irgendetwas gemacht“ bevor man „gar nichts macht“. Jedoch ist eine Entscheidung „so wie bisher weiter zu machen“ eine Entscheidung und eine Handlung und nicht „nichts“.

### Modell sein

Ärztlich-Psychotherapeutische Vorgänge sind Lernvorgänge. Und Menschen lernen am besten am Modell. Wenn ein Mensch lernen soll, wie er oder sie mit Überforderung umgehen kann, ist es gut sich zu hinterfragen, wie wir im klinischen oder helfenden Setting mit Überforderung umgehen.

## Wie gestalte ich Wirksamkeit?

### Orientierung in der beruflichen Situation, Selbstwirksamkeit und Sicherheit

Menschen mit drängenden Fragen an Ärzte oder Psychotherapeuten sind sehr häufig desorientiert und fühlen sich handlungsunfähig. Diese Desorientiertheit und Handlungsunfähigkeit zeigen diese Menschen und wir als Helfende reagieren auf diese starken menschlichen Zustände. Menschliche Zustände wie Desorientiertheit oder Handlungsunfähigkeit sind auf diesem Weg hoch infektiös. Wir brauchen „Hygienemaßnahmen“, um in diesen panischen Situationen nicht zu sehr mitzuschwingen oder uns schwingungsunfähig nur abzugrenzen. Die beste Hygienemaßnahme vor Desorientierung

---

<sup>7</sup> Ein Gebot zu berücksichtigen ist wahrscheinlich keine Frage der Haltung, sondern ein Handeln nach gemeinsamen Regeln?

und Handlungsunfähigkeit ist die eigene berufliche Orientierung und Handlungsfähigkeit. Dafür benötigen wir ein gutes Team. Wir benötigen eine gute Kultur der Weiterbildung und des gegenseitigen Unterstützens, eine Kultur der Intervision und Supervision.

### **Annahme des guten Grundes**

Die Annahme des guten Grundes stammt aus der Traumapädagogik. Wenn es als Haltung im Alltag angewendet wird, entsteht die Bereitschaft auf die Suche nach Hypothesen zu einem auffälligen Verhalten zu gehen. Es gibt unendlich viele Möglichkeiten zu diesen Hypothesen zu kommen (Wie zum Beispiel das Schema der emotionalen Entwicklung von Anton Došen oder die Berücksichtigung der Hirnorganik im neurobehavioralen Modell). Keine einzige Hypothese wird alleinig richtig sein, aber oft werden mit diesen Hypothesen neue Handlungsmöglichkeiten entstehen, welche ausprobiert werden können.

### **Zone der nächsten Entwicklung**

Die Zone der nächsten Entwicklung folgt dem entwicklungspsychologischen Modell von Lev Vygotski. Diese Haltung ist davon geprägt, dass Entwicklung durch ein Ziehen und Zerren von Fähigkeiten auf unterschiedlichen Ebenen entsteht. Diese Entwicklungsphasen sind oft geprägt von einer emotionalen Überlastung bis hin zu Instabilität. So kann die „Trotzphase“ zum Beispiel als ein Vorpreschen der Fähigkeit „Willensbildung“ und ein Nachziehen der Fähigkeit „Frustrationstoleranz“ bezeichnet werden. In der Phase der physiologischen Ängste eines ca. 4-jährigen Kindes prescht die Fähigkeit „konkrete Fantasie“ vor und ermöglicht real-erscheinende Gedanken an gefährliche Tiere und Räuber. In dieser Phase wird die Fähigkeit der Angstbewältigung und des Vertrauen-Könnens auf kognitiver Ebene jenseits des Urvertrauens weiterentwickelt. Dass in dieser Phase beim Einschlafen oft wieder das Licht angelassen werden muss, die Türe offenbleibt oder die Eltern länger bei dem Kind bleiben, können einerseits als „Rückschritte“ oder andererseits als ein Rückgreifen auf vertraute Bewältigungsstrategien verstanden werden, mit der Chance neue Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

### **Psychotherapie ist so wirksam, dass sie Nebenwirkungen hat**

Gerade in diesen oben beschriebenen entwicklungspsychologischen Phasen entstehen teilweise Verhaltensauffälligkeiten, welche wie psychiatrische Symptome aussehen. Die Verhaltensauffälligkeiten können jedoch Ausdruck eines gesunden Druckes der Entwicklung sein, in welchem stärker ausgeprägte Fähigkeiten, weniger stark ausgeprägte Fähigkeiten in der Entwicklung herausfordern und antreiben. Eine allgemeine Stärkung und Unterstützung der sich entwickelnden Persönlichkeit mit der Familie kann eventuell ausreichend wirksam sein. Wohingegen eine Psychotherapie einen falschen Fokus auf die Schwierigkeiten und auf die noch nicht so stark entwickelten Fähigkeiten legen könnte. Die noch schwächere Fähigkeit könnte mit einer spezifischen Psychotherapie aus dem gesunden Tandem mit der stärker ausgeprägten Fähigkeit herausgelöst werden und als isoliertes Symptom verstärkt werden.

Hier wird ein sensibler Graubereich zwischen dem Nutzen von allgemeiner Stärkung und spezifischer Psychotherapie in hoch individuellen Situationen angesprochen. Keinesfalls ist dies als eine generelle Kritik an Psychotherapie zu verstehen, sondern als eine Berücksichtigung der vollen Wirksamkeit einer speziellen psychotherapeutischen Maßnahme in einer individuellen Situation.



## Wie gestalte ich Kontakt?

### Nicht jeder Deckel passt auf jeden Topf

Diese Grundhaltung verspricht viel Entspannung im therapeutischen Kontext. Sie kann viel Handlungsdruck und zweifelhafte Vorannahmen hinterfragen. Hilfe anbietende Menschen sind Menschen. Und sich helfen lassende Menschen sind Menschen. In diesem einfachen Spannungsfeld kann es manchmal „nicht passen“. Wichtig ist hier zu beachten, dass der Hilfe anbietende Mensch dieses professionell tut. Es ist also die Aufgabe des Helfenden mit der Situation des „nicht Passens“ professionell umzugehen und praktikable Lösungen anzubieten. Oft hat auch das „nicht Passen“ etwas mit dem aktuell zu bearbeitenden Problem des Hilfesuchenden zu tun. Bestenfalls kann dieses „nicht Passen“ angesprochen und als aktuelles Problem konstruktiv bearbeitet werden.

### Transparenz

Transparenz ist eine relativ leicht zu verwirklichende Haltung bei der Kontaktaufnahme, wenn eine Orientierung zu der eigenen Situation besteht (siehe Abschn. Professionelle Sicherheit). Dann kann die Transparenz vereinfacht gesagt zu dem Weg werden, diese Orientierung und berufliche Sicherheit zu vermitteln.

### Systemik (5-Schritte Modell)

Gerade bei starken Themen des Selbstbildes oder unterschiedlichen Vorannahmen kommt es in einem Gespräch dazu, dass aneinander vorbei gesprochen wird. Gespräche werden so von den Hilfe-Suchenden oft eher geduldet und ausgehalten und sind damit ineffektiv, wobei es in diesem Falle die Vorannahme gibt, dass die/der Hilfe-Suchende auch wirklich selber Hilfe möchte. Aus der Multifamilientherapie stammt das 5-Fragen-Modell nach A. ASEN (zitiert aus LIESEGANG, 2022) mit welchem jedes ärztlich/psychotherapeutische Gespräch durch ein Thema geführt werden kann.

Ziel ist das gemeinsame Gespräch über das gleiche Thema, hier als Beispiel in der Du-Form aus einem Gespräch mit einem Jugendlichen.

#### (1) Beobachtung

*»Ich sehe/bemerke/habe gehört, dass ...«*

#### (2) Wahrnehmungsvergleich

*»Siehst du das auch so? Ist das richtig? Habe ich das richtig verstanden?«*

#### (3) Bewertung

*»Willst du, dass es so ist? Warum ist es so?«*

#### (4) Veränderungswunsch

*»Wenn es gerade nicht gut ist, wie würdest du es gerne haben? Was würdest du gerne schaffen?«*

#### (5) Aktion

*»Was kannst du tun, damit es so wird? Was kannst du zusammen mit anderen ausprobieren? Was hast du noch nicht ausprobiert?«*

## Weiterentwicklung im Fachtag

In Ergänzung zu dem bisher Gesagtem war im Verlauf des Fachtages das Thema Freiheitsentziehende Maßnahmen relevant, zu dem ich eine Haltungsmöglichkeit ergänzen möchte. Verschiedene Strategien der Deeskalation wurden benannt. Auch kam zur Sprache, wie wenig bis hin zu gar nicht in manchen Einrichtungen fixiert werden muss. Darin kommt die selbstverständliche Haltung zum Ausdruck, dass jede Form des Festhaltens und Begrenzens einer Person um Schaden abzuwenden, ein körperlicher Übergriff in die Freiheitsrechte der Person ist. Dieses ist eine friedliche und menschenfreundliche Grundhaltung, welche von mir bedingungslos unterstützt wird. UND es gibt auch hier in bestimmten Situationen andere und wichtige Positionen. Situationen, in welchen ein Mensch sich selber oder anderen schädigt sind extreme Situationen, welche oft durch verbesserte Kommunikation und Bedürfnisberücksichtigung vermieden werden kann. UND nicht jedes Bedürfnis kann befriedigt werden, es gibt Wirklichkeiten. Menschen haben es verdient, dass ihnen klare und verständliche Grenzen und Regeln frühzeitig kommuniziert und mit ihnen praktiziert werden. Wir dürfen ein Festhalten nicht immer nur als ein Scheitern bezeichnen. Ein Begrenzen kann auch eine kompetente Hilfe sein, in Situationen, in welchen durch Umstände andere Hilfen nicht gingen. Wir dürfen auch als Unterstützende stolz auf uns sein, wenn wir mit möglichst viel Ruhe, mit viel Stärke und wenig Kampf, Grenzen ziehen konnten, damit niemand zu Schaden kommt. Es darf nicht sein, dass es eine radikale Grundhaltung gibt, dass jede Fixierung überflüssig ist, so dass sich die Mitarbeiter (und die betroffenen Klienten) schämen, wenn dieses doch passiert. Eine Begrenzung im Sinne einer Freiheitsentziehung darf kein Tabu sein.

Wir müssen diese Situationen mit einer Struktur nach besprechen. Und wir müssen anfangen, diese Situationen auch mit den Klienten/oder Patienten als Gruppe nach zu besprechen. Wir als Unterstützende und der fixierte Mensch sind im gleichen Team. Die Fixierung war keine Maßnahme gegen den Menschen, sondern mit dem Menschen. Wenn wir in der Gruppe es schaffen offen mit uns, also auch mit dem Klienten, darüber zu sprechen, wie es uns mit der Fixierung ging, leben wir dieses Verständnis. Wie können wir gemeinsam besprechen, was wir anders probieren können? Was können wir tun, dass diese Extremsituation eine seltene Extremsituation bleibt, und kein Ritual wird? In einem derart selbstbewusst, menschenfreundlichen Umgang mit uns selber, als unterstützender Mensch, welcher auch in Extremsituation kommen darf, kann ein Klima entstehen, in welchem nicht tabuisiert wird. Und ein Mensch, welcher festgehalten wurde, hat die Chance nicht in Scham zu versinken, sondern kann sich ermutigt fühlen, an sich zu arbeiten und zusammen mit den Helfenden andere Wege der Selbstregulation auszuprobieren.

## Literatur

LIESEGANG, J. (2022): Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) bei Kindern und Jugendlichen. Praxisbuch zur Teilhabe-Ermöglichung. Beltz Verlag, Weinheim.

# Kein Mensch ist eine Insel

## Systemische Sichtweisen in der Behindertenarbeit

**Veronika Hermes**

**Zitierweise:**

Hermes, V. (2023): Kein Mensch ist eine Insel - Systemische Sichtweisen in der Behindertenarbeit. In: Kleischmann, A. & Bernard, M. (Hrsg.): Haltung in der Arbeit mit Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGb am 11. November 2022 in Kassel. Materialien der DGSGb Bd. 49. Berlin: Eigenverlag der DGSGb, S.19-21

Die systemische Theorie, die sich seit den 1950-er Jahren entwickelt hat und heutzutage aus der therapeutischen und supervisorischen Landschaft nicht mehr wegzudenken ist, liefert auch für die Eingliederungshilfe interessante Ansätze. Neben der konkreten Arbeit mit Einzelklient:innen und Familien ermöglicht sie einen Blick auf die Veränderungen in Handlung und Haltung, die die Eingliederungshilfe gerade bestimmt. Unter diesem Aspekt wurde der Vortrag unter folgende Leitfrage gestellt: „Was passiert, wenn wir vor dem Hintergrund von Teilhabe und Selbstbestimmung mit einer systemischen Haltung auf die Arbeit mit Menschen mit Behinderungen blicken?“

Zentrale Annahme der systemischen Theorie ist, dass Menschen in Systemen leben, wobei ein System begriffen wird als *„Gesamtheit interdependenter Elemente in wechselnden Relationen, die sich in einer Umwelt abgrenzt und im Zeitablauf erhält beziehungsweise reproduziert“* (BAECKER, 2023). Systeme in diesem Sinne sind beispielsweise Familien, Wohn- und Arbeitsgruppen oder Institutionen. Menschen in Systemen beziehen sich durch Interaktionen und Kommunikationen aufeinander und beeinflussen ihr Verhalten wechselseitig. Die einzelnen Systeme sind dabei voneinander abgegrenzt, können sich jedoch gegenseitig beeinflussen (strukturelle Kopplung). Systeme zeichnen sich u.a. durch das Streben nach Gleichgewicht aus. Dabei reproduzieren und erhalten sie sich selbst, was auch als Autopoiesis bezeichnet wird. Wird das Gleichgewicht eines Systems gestört, werden Interaktionen und Kommunikationen verändert bis ein neues Gleichgewicht entsteht. Mit Blick auf die Eingliederungshilfe lässt sich festhalten, dass die Einführung des Bundesteilhabegesetzes eine massive Störung des bisherigen Gleichgewichts mit sich bringt: Nicht nur wurden neue Begrifflichkeiten geschaffen, die Interaktionen zwischen Leistungsträgern, Leistungsnehmer:innen und Leistungserbringern wurden und werden fundamental verändert. Gerade sind die genannten Akteure dabei, sich neu „einzurichten“; Hoffnung und Wünsche nach Veränderung treffen teilweise auf Ängste und Widerstände gegen Veränderungen. Eine spannende Frage in diesem Zusammenhang ist, inwieweit sich Neues entwickelt und inwieweit Altes aufgrund des Selbsterhaltungstriebes von Systemen erhalten bleibt. Eine systemische Haltung schärft den Blick für diese Zusammenhänge und ermöglicht (auch kritische) Nachfragen.

Eine weitere zentrale Annahme der systemischen Theorie ist der soziale Konstruktivismus. Er geht davon aus, dass unsere Wahrnehmung stets subjektiv ist und sich durch Erfahrungen und Kontext bildet. Eine objektive Wahrheit kann es demnach nicht geben, da sie immer davon abhängen wird, wer einen Sachverhalt in welchem Kontext wahrnimmt – Wahrnehmung und Wahrheit werden von den jeweiligen Menschen „konstruiert“ und bestimmen wiederum deren Verhalten. Sprache spielt im Konstruktivismus eine wichtige Rolle und auch die Sprache der Eingliederungshilfe ändert sich derzeit: Aus Bewohner:innen

werden Klient:innen, aus Erzieher:innen werden Assistent:innen, um nur zwei Beispiele zu nennen, die verdeutlichen, wie Sprache auch Machtverhältnisse verändern kann. Wobei nicht außer Acht gelassen werden darf, dass Sprache nur der erste Schritt auf dem Weg zu einer Haltungsänderung ist und eine Gefahr darin besteht, die Sprache vordergründig an neue Wirklichkeiten anzupassen und gleichzeitig alte Verhaltensmuster weiterzuverfolgen. Der Logik des Konstruktivismus folgend ist auch Behinderung ein Konstrukt. Zunächst muss es immer jemanden/ein System geben, der/das eine andere Person als „behindert“ bezeichnet oder deren Fähigkeiten als so deutlich außerhalb der Norm liegend bewertet, dass die Person aus dem System ausgeschlossen wird. Behinderung als Konstrukt wird aber euch deutlich, wenn man sich die Historie der Definition ansieht. Galt Behinderung zunächst als intraindividuelles, medizinisches Problem, hat sich mit der ICF ein bio-psycho-soziales Modell durchgesetzt, in dem Behinderungen dadurch entstehen, dass Menschen mit einer Beeinträchtigung durch ihre Umwelt *behindert werden*.

Ein konstruktivistisches Denken erleichtert es, den Blick für andere Wahrnehmungen zu öffnen und die eigenen Normen und Werte zu hinterfragen. Damit ebnet es in der Eingliederungshilfe den Weg für Begegnungen auf Augenhöhe zwischen sogenannten Fachkräften und Menschen mit sogenannten Behinderungen. Wenn die eigene Konstruktion der Welt nur bedingt für wahr zu halten ist, ermöglicht dies, das Gegenüber als Experte/Expertin für sein/ihr Leben anzusehen. Mit Blick auf Selbstbestimmung ist dies hilfreich, um sich von Fürsorge und Paternalismus zu lösen und Klient:innen in erster Linie bei der Verwirklichung ihrer eigenen Ziele zu begleiten, anstatt fremdbestimmte Ziele vorzugeben. Eine pädagogische Fachkraft ist nicht Expertin für das Leben der Klient:in, sondern Expertin für die Prozesse und Methoden, die es Klient:innen ermöglichen, eigene Lebensvorstellungen umzusetzen. Eine Kollegin von mir fasste dies einmal so zusammen: „Früher mussten wir immer die richtigen Antworten haben. Jetzt müssen wir lernen, die richtigen Fragen zu stellen.“ In diesem Sinne ist auch die Haltung der Neutralität zu verstehen, die beinhaltet, dass Verhalten nicht bewertet, sondern in erster Linie auf seine Funktionalität im System hin untersucht wird. Neutralität erleichtert es einem also auch hier wieder, die eigenen Werte und Normen zu hinterfragen bzw. nicht über die Wünsche von Klient:innen zu stellen. Als therapeutisches Ideal der Neutralität oder auch Allparteilichkeit formulierten Arist VON SCHLIPPE und Jochen SCHWEITZER (1998, S. 120): „Es bleibt unklar, auf Seiten welcher Person der Berater mehr steht. Es bleibt offen, ob die Beraterin das Symptom bzw. Problem eigentlich für etwas Gutes oder Schlechtes hält. Es bleibt offen, welche von den im Gespräch vertretenen Problemerkklärungen, Lösungsideen, Werthaltungen, Meinungen der Berater bevorzugt.“ In der Praxis erlebe ich hier in Bezug auf systemische Gedanken am ehesten ein Dilemma; aus meiner Sicht erfordert die Arbeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten gelegentlich, dass sich jemand „loyal an ihre Seite stellt“ und damit eben die Haltung der Neutralität verlässt, um Klient:innen bei der Durchsetzung ihrer Bedürfnisse zu unterstützen. So erging es mir beispielsweise mit einer Klientin, die sich von ihrem Freund trennen wollte, diese Botschaft jedoch nicht so kommunizierte, dass dieser die Trennung akzeptiert hätte. Einige Stunden besprachen und übten wir verschiedene Möglichkeiten, wie sie Schluss machen könnte. Allerdings ohne Erfolg, bis wir uns schließlich darauf einigten, dass sie das Telefonat mit mir gemeinsam führen würde und ich ihr stellvertretend zur Seite stehen würde. Natürlich muss in diesem Fall zukünftig ein Ziel sein, sie in ihrer Durchsetzungsfähigkeit zu stärken – für ihr aktuelles Anliegen benötigte sie mich jedoch dringend als Hilfs-Ich.

Ein letzter hier zu nennender Punkt aus der systemischen Theorie ist die Ressourcen- und Lösungsorientierung. Darauf vertrauend, dass Menschen die Fähigkeit besitzen, ihre Problem

zu lösen bzw. passende Lösungen zu finden, bedeutet eine konsequente Orientierung an den Stärken und Fähigkeiten einer Person. Damit ist der systemische Ansatz unmittelbar anschlussfähig an (heil-)pädagogische Konzepte.

Fazit: Aus meiner Sicht liefert ein systemischer Ansatz wertvolle Hinweise/Einträge zum Umgang mit Teilhabe und Selbstbestimmung. In meinem Arbeitsalltag stelle ich fest, dass ich aufgrund meiner systemischen Haltung zunehmend darauf vertraue, dass Personen fähig sind, die für sie richtige Entscheidung zu treffen (anstatt Ratschläge zu geben, wie ein Problem gelöst werden kann). Eine weitere Nebenwirkung liegt darin, dass ich über die Jahre immer direkter mit Klient:innen kommuniziere (anstatt die Triangulation über pädagogische Fachkräfte zu gehen) und damit Selbstwirksamkeit aufbaue, die für Selbstbestimmung unerlässlich ist.

## Literatur

- BAECKER, D. (2023). System. <https://www.carl-auer.de/magazin/systemisches-lexikon/system>. Abgerufen am 22.01.2023
- SCHLIPPE von, A., & SCHWEITZER, J. (2012). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundwissen. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- WHO (Hrsg.). (2005). Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: DIMDI.

# Teilhabe und Selbstbestimmung im Kontext von freiheitsentziehenden Maßnahmen No-Go oder temporärer Möglichkeitsraum?

Si-yeun Hammerbacher

## Zitierweise:

Hammerbacher, S-Y. (2023): Teilhabe und Selbstbestimmung im Kontext von freiheitsentziehenden Maßnahmen - No-Go oder temporärer Möglichkeitsraum. In: Kleischmann, A. & Bernard, M. (Hrsg.): Haltung in der Arbeit mit Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGb am 11. November 2022 in Kassel. Materialien der DGSGb Bd. 49. Berlin: Eigenverlag der DGSGb, S.22-24

Nicht erst seit den Vorkommnissen in der Diakonischen Stiftung Wittekindshof wird die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) und eine freiheitsentziehende Unterbringung von Menschen mit Behinderungen viel diskutiert und häufig auch kritisiert. So scheint für viele Menschen die Anwendung von FeM, dem Prinzip der Teilhabe und der Inklusion entgegenzustehen. Dass Menschen mit Behinderung bedingungslose Inklusion und Teilhabe in der Gesellschaft erfahren, ist eine der Visionen, die durch die Eingliederungshilfe und ihre Akteure verfolgt wird.

Inklusion ist für alle und keiner wird ausgeschlossen. Das bedeutet, dass jeder Mensch, unabhängig von seinem individuellen Assistenz- und Unterstützungsbedarf an seinem Wunsch-Wohnort die erforderlichen Leistungen erhält. Man muss sich nicht bewerben, keine besonderen Fähigkeiten mitbringen; Inklusion ist kein Bewährungsaufstieg.

Es gibt aber tatsächlich einen Personenkreis, der augenscheinlich eine Vielzahl an Hürden zu bewältigen hat, um den Weg zu einer gelingenden Teilhabe und Inklusion beschreiten zu dürfen. Diesen Personenkreis in kurzen Worten zu beschreiben, ist aufgrund der Heterogenität eine große Herausforderung. Sowohl die gezeigten Verhaltensweisen als auch die Diagnosen und der Grad der kognitiven Beeinträchtigung variieren, aber es eint sie die Irritationen, die sie durch ihr Verhalten in der Gesellschaft auslösen. *„Menschen mit herausforderndem Verhalten, die einen intensiven und höchst individuellen Unterstützungsbedarf haben, stellen die Systeme, in denen sie leben, häufig vor (scheinbar) unlösbare Probleme. Einerseits besteht die Gefahr der Isolation als Folge von Ausgrenzung aus sozialen Bezügen und fehlenden Teilhabechancen. Andererseits führt mangelnde Fachlichkeit des Leistungsangebotes zur Verstärkung der Problematik und Verlust von Lebensqualität und Selbstbestimmung“* (BRESCH-ZINSELMEIER & HONERT-SCHMIDT, 2018, 8).

Selbstverständlich gibt es diese Menschen schon lange und es drängt sich die Frage auf, warum dieser Personenkreis in den letzten Jahren so in den Fokus geraten ist. Ein möglicher Erklärungsansatz ist die Dezentralisierung der Angebote aus den Komplexeinrichtungen, also den ehemaligen Anstalten. Dezentrale Angebote wurden konzipiert und errichtet, Menschen sind in die neuen Angebote umgezogen, aber immer blieben einige Menschen „übrig“. Menschen, die scheinbar in keines der vorgefertigten Systeme passten. Menschen, für die sich Inklusion kaum denken lässt, die irrigerweise häufig als sog. „Systemsprenger“ bezeichnet werden und für die in einem hohen Maße gerichtliche Genehmigungen zur Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen oder eine freiheitsentziehende Unterbringung ausgestellt werden.

Ein Netzwerk, das sich schon seit 2014 intensiv mit diesem Personenkreis befasst, ist das KIBA.netz. KIBA steht für Kompetenzentwicklung in intensiv betreuten Angeboten und aktuell ist das Netzwerk ein internes Netzwerk, welches die Angebote und Dienste von Bethel.regional miteinander verbindet die mit Menschen mit sog. herausfordernden Verhaltensweisen arbeiten. Zu Beginn des Netzwerkes wurde Kompetenzfelder definiert, die die Bereiche und Themen beschreiben, in denen Kompetenzen vorhanden sein müssen, um eine qualifizierte Unterstützung zu gewährleisten. Neben Fachlichkeit und Personal sind es unter anderem auch Bau & Technik, rechtliche Grundlagen und Maßregelvollzug. Aktuell sind ca. 44 Angebote und Dienste in dem KIBA.netz miteinander im Austausch, beraten sich, erkennen und benennen Problemfelder und entwickeln interne Standards zu den einzelnen Kompetenzfeldern.

In den letzten drei Jahren befasste sich das Netzwerk intensiv mit der Anwendung von FeM. Neben der Notwendigkeit eine Rechtssicherheit für alle Beteiligten von FeM herzustellen, beherrschen moralische, ethische und fachliche Fragen die Diskussionen. Die vorangegangenen Worte sollen keine Legitimationsgrundlage für die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen sein. Das Ergebnis vieler Diskussionen war, dass jeder Fall einzeln zu bewerten ist. Es geht also darum zu differenzieren, den Blick für den Einzelfall zu öffnen und weder unreflektiert Maßnahmen anzuwenden noch diese grundsätzlich abzulehnen.

Der §1831 des Bürgerlichen Gesetzbuches besagt unter anderem, dass die Anwendung einer FeM genehmigt werden kann, wenn „[...] aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass [eine Person] [...] sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt“ (§1831 Abs. 1 Satz 2). Es geht also um einen Zustand einer Person, in dem sie sehr schutzbedürftig ist. Die Gründe können ebenso unterschiedlich sein wie die Maßnahmen. Daher unterscheide ich für die Praxis zwei Kategorien von FeM. Mir ist sehr wohl bewusst, dass das Gesetz nicht zwischen FeM unterscheidet. Ein Bauchgurt im Bett ist selbstverständlich ebenso eine freiheitsentziehende Maßnahme wie eine 5-Punkt-Fixierung (Festschnallen einer Person an 5 Punkten des Körpers).

Aus meiner Sicht jedoch gibt es Maßnahmen, die z.B. der Sicherung von Personen dienen, die möglicherweise durch unwillkürliche Bewegungen aus dem Bett oder dem Rollstuhl zu fallen drohen und jene Maßnahmen, die eher Anwendung finden, wenn eine Person selbstgefährdendes und herausforderndes Verhalten zeigt und deshalb geschützt werden muss.

Der einleitend beschriebene Personenkreis findet sich im Regelfall in der zweiten Kategorie. Als mögliche Maßnahmen können z.B. Isolation, 5- oder 7-Punkt-Fixierung, Festhalten genannt werden. Aber auch hier der Hinweis: Möglicherweise gezeigte herausfordernde Verhaltensweisen als Argumentation für die Anwendung von FeM zu nennen, ist nicht mein Bestreben. Es ist vielmehr eine Einladung an alle, den Blickwinkel zu ändern und zu prüfen, ob im Einzelfall die Anwendung einer FeM nicht auch ein Instrument sein kann, um allen Beteiligten sowohl Unterstützerinnen und Unterstützern als auch den betroffenen Personen die Gelegenheit zu geben, in einem begrenzten Raum über eine definierte Zeit eng miteinander zu arbeiten. Diese Zeit könnte genutzt werden, um Verhalten, Aktion und Reaktion zu beobachten und daraus Hypothesen in Bezug auf die Auslöser und Gründe zu schließen. Die Hypothesen und die daraus gewonnenen Erkenntnisse können dann genutzt werden, die Assistenz- und Unterstützungsleistungen zielgerichtet zu planen und durchzuführen, um die Teilhabechancen zu erhöhen.

Die Haltung, die in diesem Prozess die Gedanken und Planungen bestimmen sollte, ist die eigentliche Herausforderung, nicht die Kenntnisse über die geltenden Gesetze oder Fachlichkeit. Der Prozess muss immer das Ziel verfolgen, dass die Anwendung der FeM nicht mehr erforderlich ist. Bereits von Beginn an sollte im Idealfall eine Vorstellung davon entwickelt werden, wie die FeM schrittweise reduziert werden können, um das zuvor beschriebene Ziel zu erreichen. Die regelmäßige Überprüfung von Alternativen, das Durchführen von Auslassversuchen und ein stetiger Reflexionsprozess mit den betroffenen Personen sind dafür unverzichtbar.

Es braucht Geduld und Ausdauer, ein hohes Maß an Fachlichkeit, eine intensive Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter etc. um diese vermeintlich kleinen Schritte in Richtung Teilhabe und Selbstbestimmung mit diesem Personenkreis zu gehen und die Tatsache zu akzeptieren, dass Teilhabe für jeden Menschen anders definiert ist.

## **Literaturverzeichnis**

Bresch-Zinselmeier, K., Honert-Schmidt, P. (2018): KIBA.netz - Kompetenzentwicklung für Intensiv Betreute Angebote: Abschlussbericht zum Modell-Projekt: „Kompetenzentwicklung und –wahrung in hoch strukturierten und intensiv unterstützten Wohnangeboten“.



# Haltung in der Gruppentherapie (Compassion Focused Therapy) für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Belastungen

Johannes Graser

## Zitierweise:

Graser, J. (2023): Haltung in der Gruppentherapie (Compassion Focused Therapy) für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Belastungen In: Kleischmann, A. & Bernard, M. (Hrsg.): Haltung in der Arbeit mit Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. November 2022 in Kassel. Materialien der DGSGB Bd. 49. Berlin: Eigenverlag der DGSGB, S.25-28

GILBERT (2014, S.19) definiert Mitgefühl als *„Bewusstheit vom eigenen Leid und dem anderer Lebewesen mit dem Wunsch und Bestreben, dieses Leid zu verringern oder zu verhindern.“*

Die Compassion Focused Therapy (CFT; GILBERT, 2013) ist ein transdiagnostisches Therapieprogramm für Patient:innen mit psychischen Störungen. Ziele sind: Reduktion von Scham und Selbst-Abwertung, Steigerung von Selbst-Akzeptanz, (Selbst-) Mitgefühl sowie Reduktion der klinischen Symptomatik. Die CFT ist sowohl im Einzel- als auch im Gruppenformat durchführbar und wurde inzwischen auch für Menschen mit Intelligenzminderung adaptiert (CLAPTON et al., 2018a; GOAD & PARKER, 2021). Gründe für die Adaptation der CFT bei Menschen mit Intelligenzminderung sind, dass Scham als aufrechterhaltender Faktor für die psychische Belastung bei dieser Gruppe (CLAPTON et al., 2018b) angesehen wird und sich die CFT als wirksam in der Reduktion von Scham gezeigt hat (GRASER & STANGIER, 2018). Ein Vorteil des Gruppensettings ist, dass Mitgefühl innerhalb hier sehr gut erfahrbar ist und die Teilnehmenden oft schon durch das Setting die Erfahrung machen, nicht allein mit ihrer Erfahrung zu sein, was als Hilfreich zur Entwicklung von Selbst-Akzeptanz angesehen werden kann.

Eine Grundannahme in der CFT ist, dass es drei Affektregulationssysteme gibt: Das Bedrohungssystem, das aktiviert wird, wenn wir in Gefahr sind, aber auch wenn wir uns große Sorgen machen oder uns selbst abwerten. Die beiden weiteren Systeme sind auf positive Emotionen ausgerichtet: Eines ist mit Aktivierung und Zielerreichung assoziiert, das andere mit Zufriedenheit und Beruhigung. Psychische Belastungen gehen meist mit einer Überstimulation des Bedrohungssystems und einer Unterstimulation des Beruhigungssystems einher. Die Übungen der CFT haben das Ziel, Dysbalancen zwischen den 3 Systemen zu reduzieren, das Beruhigungssystem zu stärken und eine mitfühlende Haltung gegenüber sich selbst zu entwickeln. Auch experimentell konnte gezeigt werden, dass es die Entwicklung von (Selbst-)Mitgefühl erschwert ist, wenn man unter großem Stress steht (MIKULINCER et al., 2005), auch daher ist die Übung „Beruhigendes Atmen“ (siehe Anhang) die Basisübung der CFT, die auch bei weiteren Übungen im Programm immer zu Beginn für einige Minuten praktiziert wird.

Die Einschlusskriterien für die aktuell im Zentrum für Psychotherapie und Psychische Gesundheit der Universität Witten/Herdecke durchgeführten Gruppen sind: Menschen mit leichter bis mittelgradiger Intelligenzminderung und depressiven Störungen und/oder Angststörungen und/oder hoher Scham und/oder hoher Selbst-Abwertung, Alter 18-65 Jahre sowie die Bereitschaft zur Teilnahme an einem gruppentherapeutischen Behandlungsprogramm. Die Ausschlusskriterien sind: Akute Suizidalität, ausgeprägtes aggressives

Verhalten, akute Suchterkrankungen sowie eine parallel laufende Psychotherapie. Die Gruppentherapie besteht aus 12 wöchentlichen Sitzungen je 100 Minuten mit maximal 6 Teilnehmenden pro Gruppe. Die Inhalte, die in der Gruppe besprochen werden, sind: Definition Mitgefühl; Unterschiede zwischen Gefühlen, Gedanken und Handlungen; Schwierigkeiten bei der Entwicklung von Mitgefühl für sich selbst, Einführung in die drei Emotionsverarbeitungsmodelle Bedrohung, Antrieb, Beruhigung sowie die Thematisierung von Diskriminierungserfahrung durch die Behinderung. Übungen, die in der Gruppe durchgeführt werden, sind: Beruhigender Atemrhythmus (siehe Anhang); Entwicklung von Mitgefühl für sich selbst und andere; Abwertende Gedanken gegenüber sich selbst erkennen; Selbstfürsorgliche Verhaltensweisen einüben; Visualisierung eines mitfühlenden Begleiters (siehe Anhang).

Der Aufbau der Sitzungen besteht jeweils aus einem Theorieteil zu je einem der oben genannten Themen, daraufhin folgt eine der oben genannten Übungen. Wichtig ist, dass nach der Übung genug Raum für die Diskussion von Schwierigkeiten und die Beantwortung von Fragen eingeplant wird. Auch eine mindestens 10-minütige Pause nach ca. der Hälfte jeder Sitzung sollte eingeplant werden. Gegen Ende der Sitzung werden noch die Bezugspersonen zur Gruppe hinzugeholt und kurz die Inhalte der Sitzung mitgeteilt. Zu jeder Sitzung gibt es auch ein Handout sowie eine Verschriftlichung der Übungen, die ebenfalls mitgegeben werden, so dass auch zuhause (ggf. zusammen mit den Bezugspersonen) geübt werden kann.

Für Teilnehmende mit leichter Intelligenzminderung sind die Inhalte in der Regel gut verständlich, bei Teilnehmenden mit mittelgradiger Intelligenzminderung ist dies jedoch gerade bezüglich der Theorieblöcke oft schwieriger. Die Rückmeldungen gerade zu den Übungen waren bisher jedoch auch bei den Teilnehmenden mit mittelgradiger Intelligenzminderung positiv, besonders die Übung *Beruhigender Atemrhythmus* (siehe Anhang) wird hier oft als hilfreich beschrieben und lässt sich auch gut in den Alltag der Teilnehmenden integrieren.

Die Haltung in der CFT kann in folgenden Punkten zusammengefasst werden:

- Evolution mit Trade-offs verbunden (Entwicklung der Menschen hat auch "Haken"). Unser Körper ist auf Überleben ausgerichtet, nicht auf Wohlbefinden. Das ist aber nicht unsere Schuld, wir können aber lernen besser damit umzugehen.
- Leid (Verluste, Krankheiten, Tod, Bedrohungen) ist Teil allen Lebens und Menschen geben ihr Bestes damit umzugehen.
- Jeder hat ängstliche, selbstkritische Anteile, die können wir gar nicht loswerden, wir können aber daran arbeiten, dass der mitfühlende Anteil starker wird.
- Es kommt nicht nur darauf an, was ich zu mir sage, sondern auch wie ich es zu mir sage. Ziel ist daher die Entwicklung einer mitfühlenden Stimme / eines mitfühlenden Anteils / eines mitfühlenden Begleiters. In den Gruppensitzungen wird exploriert, welche Eigenschaften die Stimme / der Anteil / der Begleiter hat (oft mutig, freundlich, weise, warmherzig, stark, nicht wertend)
- Mitgefühl ist Zuwendung plus Taten zur Linderung.
- Mitfühlendes Handeln ist nicht immer nur "weich", sondern darauf fokussiert, das richtige zu tun, erfordert daher oft Mut.
- Die CFT-Übungen sind nicht immer wie "ruhiges Segeln", es ist oft schwierig, manchmal auf aufwühlend, regelmäßiges Üben hilft.

## Literatur

- CLAPTON, N. E., WILLIAMS, J., GRIFFITH, G. M., & JONES, R. S. (2018a). 'Finding the person you really are... on the inside': Compassion focused therapy for adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 22(2), 135-153.
- CLAPTON, N. E., WILLIAMS, J., & JONES, R. S. (2018b). The role of shame in the development and maintenance of psychological distress in adults with intellectual disabilities: a narrative review and synthesis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(3), 343-359.
- GILBERT, P. (2013). *Compassion Focused Therapy*. Junfermann, Paderborn.
- GILBERT, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- GOAD, E. J., & PARKER, K. (2021). Compassion-focused therapy groups for people with intellectual disabilities: An extended pilot study. *Journal of Intellectual Disabilities*, 25(4), 661-679.
- GRASER, J., & STANGIER, U. (2018). Compassion and loving-kindness meditation: an overview and prospects for the application in clinical samples. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(4), 201-215.
- MIKULINCER, M., SHAVER, P. R., GILLATH, O., & NITZBERG, R. A. (2005). Attachment, caregiving, and altruism: boosting attachment security increases compassion and helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(5), 817-839.

## Anhang

### Übung: Beruhigendes Atmen:

- *Setzen Sie sich so gerade hin, wie es für Sie möglich ist. Die Füße stehen flach am Boden. Schließen Sie Ihre Augen, wenn Sie möchten.*
- *Konzentrieren Sie sich auf Ihre Atmung. Beobachten Sie Ihren Atem und verfolgen Sie wie er durch Ihren Körper geht und dann wieder rausgeht. Atmen Sie durch die Nase ein. Machen Sie dann eine kurze Pause und atmen Sie durch die Nase wieder aus.*
- *Atmen Sie etwas langsamer und tiefer als normal.*
- *Wenn Sie ausatmen, schauen Sie, ob Sie sich auf das langsamer werden konzentrieren können.*
- *Wie ein schnell fließender Fluss, der einen See erreicht.*
- *Schauen Sie, ob Sie merken, dass Sie sich etwas schwerer fühlen. Als ob Sie stark, ruhig und stabil wie ein Berg werden.*
- *Gedanken und Gefühle werden Ihnen in den Sinn kommen. Das ist in Ordnung und ganz normal. Schauen Sie, ob Sie die Gedanken und Gefühle gehen lassen können.*
- *Konzentrieren Sie sich dann für einige Minuten wieder auf Ihren Atem bis Sie sich ruhiger fühlen.*

### Übung: Mein mitfühlender Begleiter

- *In der folgenden Übung geht es um das Fördern von positiven Gefühlen. Hierzu stellen wir uns vor, einer liebevollen, mitfühlenden Person oder Lebewesen unserer Wahl zu begegnen.*
- *Wählen Sie zunächst eine aufrechte, bequeme Position. Wenn es für Sie angenehm ist, schließen sie Ihre Augen. Wenn Sie Ihre Augen lieber offen lassen möchten, versuchen Sie, Ihren Blick locker auf eine Stelle wenige Meter vor sich auf den Boden zu lenken. Spüren Sie den Kontakt zum Stuhl und den Kontakt der Füße zum Boden. Spüren Sie, wie Sie auf dem Stuhl sitzen hier in diesem Raum. Was Sie auch spüren, auch wenn Sie wenig oder nichts empfinden, es ist „in Ordnung“. Es gibt kein „richtig“ oder „falsch“ bei dieser Übung.*

- *Versuchen Sie zunächst für eine Weile das beruhigende Atmen.*
- *Richten Sie Ihre Vorstellung nun auf eine Person oder ein Lebewesen, die Sie als liebevoll und mitfühlend erleben. - Längere Pause - Falls Sie zwischendurch eine andere Person wählen möchten, ist dies jederzeit, auch während der Übung, möglich. Stellen Sie sich nun vor, wie Sie diese Person treffen. Sie können selbst bestimmen, in welcher Entfernung sich die Person befindet und wie nah diese die Begegnung ist.*
- *Der mitfühlende Begleiter weiß, dass es in Ihrem und jedem Leben immer wieder schwierige Phasen gibt. Leid gehört zum Leben leider dazu, aber wir können lernen besser damit umzugehen und gut zu uns selbst zu sein. Dazu braucht es Mut und Weisheit und Stärke. Unser mitfühlender Begleiter hat diese Eigenschaften und will uns helfen, dass wir sie auch bekommen.*
- *Was fühlen Sie, wenn Sie sich den mitfühlenden Begleiter vorstellen? Was fühlen Sie in Ihrem Körper, wie ist Ihre Haltung, wie fühlt sich Ihr Atem an? Gibt es Gefühle, bestimmte Gedanken? Stellen Sie sich vor, dass die Person oder das Lebewesen Sie nun sieht und auf Sie zukommt und vielleicht lächelt. Was spüren Sie dabei, welche Gefühle und Gedanken? Nehmen Sie diese einfach wahr und wenn die Gedanken abschweifen oder ablehnend sein sollten, kehren Sie zur Vorstellung der Situation zurück.*
- *Stellen Sie sich nun vor, wie die Person oder das Lebewesen Ihnen folgendes wünscht:*
  - *„Ich wünsche Dir, dass Du Dich sicher fühlst. Oder „Ich wünsche Dir, dass Du Dich geborgen fühlst.“ Oder „ Ich wünsche Dir, dass Du Dich beschützt fühlst.“*
  - *„Ich wünsche Dir, dass Du Ruhe und inneren Frieden findest.“ Oder „Ich wünsche Dir, dass Du Dich beruhigen kannst.“*
  - *„Ich wünsche Dir, dass Du Dich selbst annehmen kannst.“ Oder „Ich wünsche Dir, dass Du Dich etwas mehr selbst annehmen kannst.“*
  - *„Ich wünsche Dir, dass Du Dich um Dich kümmern kannst, wenn es Dir nicht gut geht.“*

**Wiederholung:**

- *„Ich wünsche Dir, dass Du Dich sicher fühlst. Oder „Ich wünsche Dir, dass Du Dich geborgen fühlst.“ Oder „ Ich wünsche Dir, dass Du Dich beschützt fühlst.“*
- *„Ich wünsche Dir, dass Du Ruhe und inneren Frieden findest.“ Oder „Ich wünsche Dir, dass Du Dich beruhigen kannst.“*
- *„Ich wünsche Dir, dass Du Dich selbst annehmen kannst.“ Oder „Ich wünsche Dir, dass Du Dich etwas mehr selbst annehmen kannst.“*
- *„Ich wünsche Dir, dass Du Dich um Dich kümmern kannst, wenn es Dir nicht gut geht.“*
- *Nehmen Sie nun noch ein paar tiefe, entspannende Atemzüge und machen Sie sich bewusst, dass Sie jederzeit zu diesen Sätzen und der Vorstellung des mitfühlenden Begleiters zurückkehren können.*
- *Und wenn Sie bereit sind, können Sie wieder die Augen öffnen.*

# Werte und Haltungen in der partizipativen Forschung Gelebte Praxis am Beispiel eines Forschungsprojekts zur Bewegungsförderung von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung.

Dirk Bruland

## Zitierweise:

Bruland, J. (2023): Werte und Haltungen in der partizipativen Forschung - Gelebte Praxis am Beispiel eines Forschungsprojekts zur Bewegungsförderung von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung In: Kleischmann, A. & Bernard, M. (Hrsg.): Haltung in der Arbeit mit Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. November 2022 in Kassel. Materialien der DGSGB Bd. 49. Berlin: Eigenverlag der DGSGB, S.29-36

## Einleitung

In diesem Beitrag wird anhand eines durchgeführten Forschungsprojekts mit Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung die Umsetzung von partizipativer Forschung beschrieben. Der Fokus liegt auf der Bedeutung von Haltung in diesem Forschungsansatz. Dabei werden beginnend Hintergrundinformationen wie der Begriff der partizipativen Forschung und das partizipative Forschungsdesign „Mit Schwung und Energie“ vorgestellt. Der Schwerpunkt des Beitrags liegt auf der praktischen Umsetzung von Wertvorstellung. Drei Faktoren werden angesprochen: die äußeren Rahmenbedingungen, (Vor-)Annahmen und der eigene Umgang mit Beteiligten. Anhand von Herausforderungen werden die Umsetzung von Werte und Haltungen im Forschungsprozess von eigenen Erfahrungen aufgezeigt, reflektiert und abschließend zusammenfassend diskutiert. Letztendlich soll gezeigt werden, dass Scheitern und Reflexion bei der Umsetzung von Haltungen zum praktischen Einsatz gehören und wie damit umgegangen werden kann.

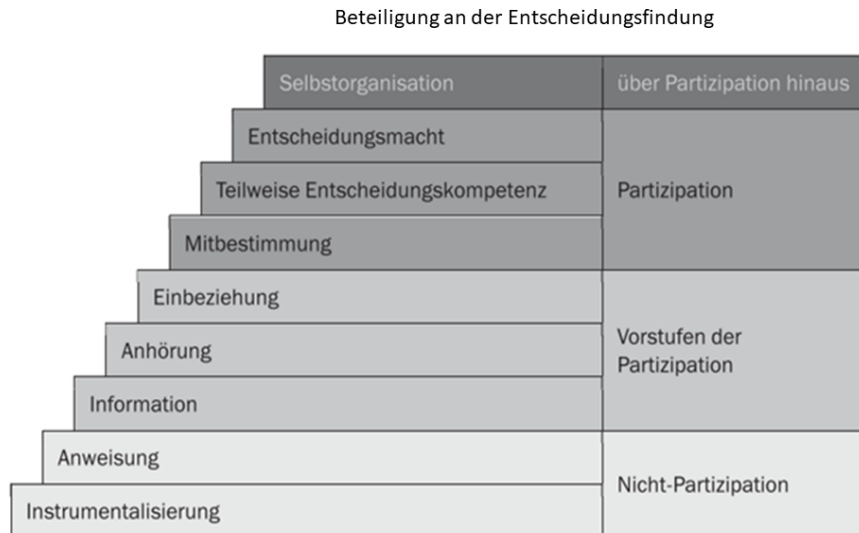
## Hintergrundinformationen

### Partizipative Forschung –was wird darunter verstanden?

Im Duden wird Partizipation als ‚Teilhabe, Teilnehmen, Beteiligt sein‘ verstanden. Partizipativ ist Forschung also dann, wenn jemand an der Forschung teilhat und beteiligt wird. In dieser Form ist der Begriff noch sehr weit gefasst. Das Netzwerk partizipative Gesundheitsforschung hat in einem zweijährigen, partizipativen Prozess (2013 – 2015) folgende Definition der Partizipativen Gesundheitsforschung diskutiert und letztendlich formuliert:

*„Partizipative Gesundheitsforschung (PGF) ist ein **wissenschaftlicher Ansatz**, der die Durchführung von Forschung als eine Koproduktion verschiedener AkteurInnen versteht. Der **Forschungsprozess** wird zwischen allen Beteiligten partnerschaftlich organisiert und kontinuierlich im Hinblick auf die Machtverhältnisse reflektiert. Am gesamten Forschungsprozess soll dabei eine maximale Mitgestaltung der Menschen erreicht werden, deren Lebensbereiche erforscht werden. Zu den **Beteiligten** gehören insbesondere die Menschen, deren Lebensbereiche erforscht werden ...“* (PARTNET, 2023, o. S., Hervorhebungen im Original).

Obwohl in dieser Definition explizit Gesundheitsforschung benannt wird, kann diese Definition allgemein auf partizipative Forschung übertragen werden. Festzuhalten ist, dass partizipative Forschung nicht als Methode, sondern als ein Ansatz begriffen wird, der alle Beteiligten also auch die häufig nicht wissenschaftlich-ausgebildeten Beforschten partnerschaftlich am Forschungsprozess teilhaben lässt. Dabei werden nach WRIGHT (2014) verschiedene Stufen der Partizipation unterschieden:



**Grafik 1: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung und Prävention nach WRIGHT (2014, 298).**

Anhand der Grafik wird deutlich, dass Partizipation mindestens Mitbestimmung ist. Die Einbeziehung der Perspektive von Personen z. B. durch Datenerhebungen wie Interviews ist zwar begrüßenswert, da jedoch mit den Daten ohne den befragten Personenkreis zumeist weitergearbeitet wird, ist dies keine Partizipation in diesem Sinne.

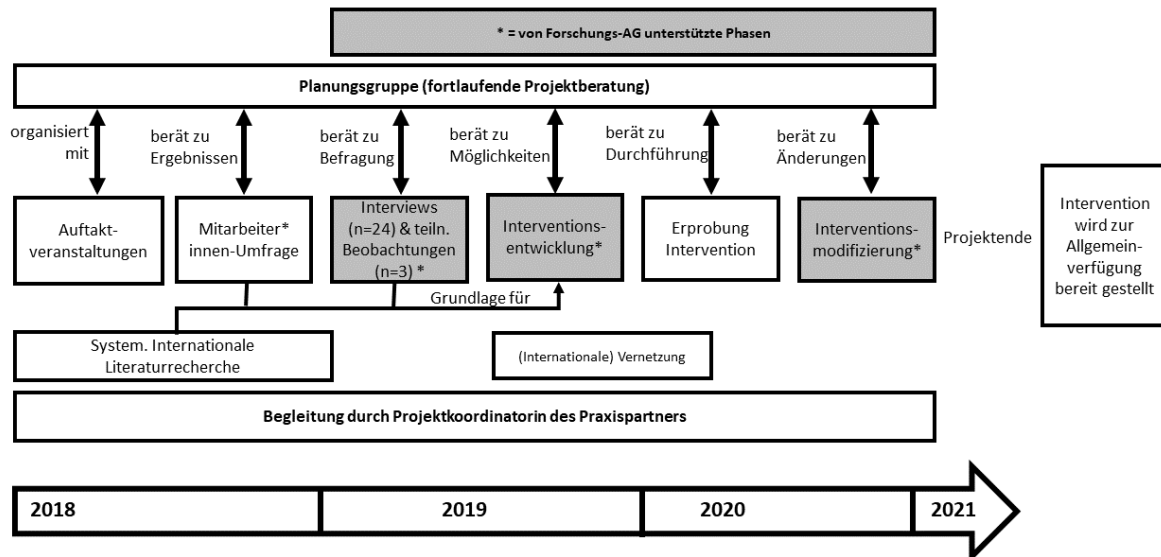
### **„Mit Schwung und Energie durch den Tag“ – Informationen zum partizipativen Forschungsdesign**

Ziel des dreijährigen Forschungsprojekts (2018 – 2021) war die Entwicklung und Erprobung eines Interventionskonzepts, das einen körperlich aktiven Lebensstil von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung<sup>8</sup> durch Stärkung der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz fördert<sup>9</sup>. Wesentlicher Bestandteil der Forschung war der Einbezug der Nutzendenperspektive (mögliche Nutzende mit zugeschriebener geistiger Behinderung und Unterstützende). Eine Planungsgruppe bestehend aus zwei möglichen Nutzenden, der

<sup>8</sup> Der Begriff wird nach dem Sozialgesetzbuch IX verwendet. Der Begriff geistige Behinderung wird als diskriminierend wahrgenommen. Selbstvertretungsgruppen wie People First haben andere Begrifflichkeiten wie Lernschwierigkeiten vorgeschlagen. Da dies jedoch ungenau ist, wird der Begriff aus dem Sozialgesetzbuch verwendet mit dem Zusatz zugeschrieben. Hierdurch soll deutlich werden, dass die Bestimmung des Begriffs eine gesellschaftliche Komponente hat.

<sup>9</sup> Informationen zum Projekte finden sich unter [www.foerderges.fh-bielefeld.de](http://www.foerderges.fh-bielefeld.de) und in Buchform BRULAND et al., 2023.

Projektkoordinatorin des Praxispartners (Mitarbeiterin des Praxispartners) und der wissenschaftliche Mitarbeiter der FH Bielefeld bildeten die Planungs-Gruppe. Die Planungs-Gruppe hatte im laufenden Forschungsprozess in jeder Arbeitsphase eine Beratungsfunktion (siehe Grafik 2).



Grafik 2: Projektübersicht (eigene Darstellung)

Die Forschungs-AG bestand aus sechs möglichen Nutzenden, der Projektkoordinatorin des Praxispartners und des wissenschaftlichen Mitarbeiters. Die AG unterstützte bei der Datenerhebung indem sie die Entwicklung von Interviewleitfäden begleitete. Ebenso begleitete sie den die Interventionsentwicklung (siehe Grafik).

## Werte und Haltungen

### Kongruenz im Ansatz

Während Methoden allgemein als planmäßige und systematische Art und Weise verstanden werden, um ein Ziel zu erreichen, wird unter Ansatz der Umgang mit Personen verstanden. Es geht also darum, wie Menschen begegnet wird. Bei den nachfolgenden dargestellten Werten und Haltungen ist der Begriff der Kongruenz wesentlich. Kongruent ist, wer sich so gibt, wie man wirklich ist ohne sich zu verstellen. Was Carl Rogers für die Beziehung mit Klient:innen in Therapien ausdrückt, kann auf die partizipative Arbeit übertragen werden. Der akademisch Forschende ist in der Beziehung selbst Mensch, mit Gefühlen, auf einer Ebene mit den Co-Forschenden<sup>10</sup>. Dies ist ein Widerspruch zu typischen Forschungsarbeiten. Dort tritt der/die Forschende als Expert:in auf, möglichst neutral gebend, um Prozesse nicht zu beeinflussen. Der akademisch Forschende verlässt die gelernte Rolle in der partizipativen Arbeit und geht eine tatsächliche Beziehung zu den Co-Forschenden ein. Beziehungen sind dabei stets reziprok, in dem Sinne, dass Lernerfahrungen auf beiden Seiten stattfinden (ROGERS, 2017). Forschende, die kongruent sind, lassen sich auf die Co-Forschende ein und

<sup>10</sup> Co-Forscher:innen ist ein üblicher Begriff für nicht-akademisch fortgebildete Forscher:innen.

können die „Welt mit deren Augen sehen“ und besser verstehen, dem Erleben von Erfahrungen, den Werthaltungen, Motiven, Wünschen und Ängsten zu verstehen.“ (KIRR, 2014).

## **Handlungsleitende Haltungen und Werte**

Folgende Werte und Grundlagen für die eigene Haltung werden nachfolgend behandelt:

- Prinzip der Gleichheit
- Alltagsbezug und -relevanz
- Expertinnen und Experten in eigener Sache
- Ressourcenorientierung (Berücksichtigung von Bildungspotentialen, lebensweltliche Erfahrungen)<sup>11</sup>

Drei Faktoren sind für die praktische Umsetzung maßgeblich: die äußeren Rahmenbedingungen, (Vor-)Annahmen und der eigene Umgang mit Beteiligten. Im nachfolgenden werden Erfahrungen in der Umsetzung der Werte und Haltungen auf das durchgeführte Forschungsprojekt dargestellt.

### **Einstieg ins ‚Feld‘**

Der Auftrag besteht im Aufbau von partizipativen Strukturen in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe. Als akademisch ausgebildeter Forscher kommt man nun mit diesem Auftrag in eine Einrichtung der Eingliederungshilfe. Die bislang in diesem Beitrag angeführten Gedanken „im Gepäck“. Bemerkbar macht sich, dass der Aufbau von zwei partizipativen Gruppen mit Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung für Irritationen sorgt. Es sind nicht Vorbehalte gegenüber der partizipativen Vorgehensweise, sondern bestehende Rahmenbedingungen, die im weiteren Verlauf des Projekts eine Rolle spielen. Dies beginnt mit der Frage, wer darf eigentlich mitmachen?

### **Prinzip der Gleichheit**

Natürlich ist das Prinzip der Gleichheit als grundlegend anzusehen. Es bedeutet in diesem Kontext, dass die Kognition für die Einbeziehung von Menschen keine Rolle spielen sollte, dass alle Menschen gleichermaßen die Chance haben sollten, Ihre Themen einzubringen. Dies ist eine grundhaltende Einstellung.

Nun kommt es zu der Frage wer *kann* denn überhaupt mitmachen. Beim Praxispartner sind die Einrichtungen über mehrere Orte verteilt gewesen und unterstützenden Fachkräfte haben nicht die zeitlichen und personellen Ressourcen, die Mitglieder der Planungs-Gruppe regelmäßig zu den Treffen zu bringen und abzuholen. Obwohl die Haltung ist, alle berücksichtigen zu wollen, also am gerechtesten das Losglück entscheiden zu lassen, um allen die gleiche Chance zu geben (natürlich bei Freiwilligkeit der Teilnahme), fallen somit ein Großteil von interessierten Co-Forschenden heraus. Die Teilnahme wird somit bestimmt von den eigenständigen Mobilitätsmöglichkeiten. Hieran zeigt sich, dass die Umsetzung der eigenen Werte und Haltungen in der Umsetzung nur innerhalb von vorgegebenen Rahmenbedingungen funktioniert.

### **Alltagsbezug und -relevanz**

Forschungsthemen sollten einen Bezug zu den beforschten Menschen haben und in ihrem Interesse liegen. Im Idealfall formulieren die beforschten ihre eigenen Themen. In diesem Fall war das Thema der Förderung von Bewegungskompetenzen vorgegeben. Ebenso die Ausrichtung der Forschungsfragen durch den bewilligten Antrag, welche die individuellen

---

<sup>11</sup> Angelehnt an Forscherteams aus NRW (2019).



Wissensbestände, Erfahrungen und Strategien Behinderung zum Erhalt und zur Förderung der Bewegungsfähigkeiten und körperlichen Aktivitäten sowie ihre Anforderungen an das zu entwickelnde Konzept (Interventionsentwicklung) erfragen sollte. Das Thema stellte sich glücklicherweise als hoch relevant für die Zielgruppen heraus. Für viele Personen war Bewegung auch in Zusammenhang mit dem Thema Ernährung ein alltägliches Thema. Dennoch muss an der Stelle angedeutet werden, dass in der Forschungs-AG, als es um das Thema Bewegung ging, die Bedürfnisse nicht eindeutig interpretierbar waren. Die Aufgabe war an erster Stelle zu geben, welche relevanten Themen im Bereich der Bewegung im Alltag bestehen. Hieraus sollten die Fragen für die Interviews mit Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung entwickelt werden, um möglichst zutreffende Alltagsthemen anzusprechen. Für die Mitglieder der Forschungs-AG war es eine neue Erfahrung einer Expert:innengruppe anzugehören. Vieles musste gelernt werden. So wurde beobachtet, dass häufig abgewartet wurde, was andere Personen sagen, um dann zuzustimmen. Dies wird in der Literatur als Ja-Sage-Effekt (LATTECK & BRULAND, 2020) beschrieben. Es dauerte seine Zeit, bis endlich mal etwas als negativ gesehen wurde und das mit deutlichen Worten ausgedrückt wurde. Der Zeitfaktor war ein wesentlicher Bestandteil, da über die gemeinsame verbrachte Zeit, das nötige Vertrauen geschaffen wurde, die eigene Meinung und so ein Blick auf die eigenen Meinungen zu schaffen. Letztendlich lief es dann hinaus, dass die Gruppe einhellig der Meinung war, wenn die Lebenswelt verstanden werden soll, dann muss der Forschende zu dieser kommen und nicht die Lebenswelt zu ihm. Die Haltung ins Gespräch über den Alltag zu kommen war also nicht kongruent zu dem wahrgenommenen. So wurden auf diesem Hinweis hin drei teilnehmende Beobachtungen geplant, die aus verschiedenen Gründen eigentlich nicht angedacht waren. Letztendlich zeigt sich, dass nur mit genügend Zeit ein angemessenes Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann und das Eintauchen in die Lebenswelt notwendig ist, als nur darüber zu sprechen.

### **Expert:innen in eigener Sache**

Expert:innen sind Menschen die Ihr Wissen und Kenntnisse hier in den Forschungsprozess einbringen. Durch die hohe Einbindung von Expert:innen mit zugeschriebener geistiger Behinderung, konnten im Laufe des Verfahrens neue Erkenntnisse gesammelt werden, die als Grundlage für das zu entwickelnde Interventionskonzept dienen. Dabei ist die Haltung, die Personen wissen es am besten. Zwei prägnante Beispiele werden kurz dargestellt:

- **Aufklärung:** Die Planungs-Gruppe hatte die Aufgabe, Informationen über das Projekt weiter zu geben. Die zwei möglichen Nutzenden standen dabei im Vordergrund und wurden gefragt, was sie meinen, wie Informationen am besten vermittelt werden können. Nach mehreren Vorschlägen und Abstimmungen wurde sich für ein Glücksrad entschieden. Dies konnte sich der Forschende nicht vorstellen, da er dies als überholt und somit als langweilig empfind. Da die Haltung war, dass die Planungs-Gruppe Expert:innen in eigener Sache sind, folgte der Forschende dem Ratschlag. Es wurde ein Glücksrad besorgt und mit ausgewählten Bildern beklebt. In der Veranstaltung durften (nachdem eine kurze Präsentation zum Einstieg gezeigt wurde) die Teilnehmenden daran drehen und erläutern, was das aufgeklebte Symbol, bei dem das Rad anhielt, mit Bewegung / Gesundheit zu tun hat. Die Veranstaltungen waren sehr interaktiv und ein voller Erfolg – daran gemessen, dass nach einem Jahr sich viele noch an die Veranstaltung und die Informationen der Veranstaltung erinnern konnten.
- Während häufig die Motivation als Hindernis für körperliche Aktivitäten in der Literatur und von den Mitarbeitenden angegeben wurden, hat es sich nach den Interviews anders verhalten. Aus den 24 Interviews konnte ein klares Bild gezeigt werden, dass nicht die Motivation, sondern die Volition (Handlungsumsetzung) eine große Rolle spielte. So

äußerten Befragte, dass sie einen guten Grund haben, sich zu bewegen, jedoch nicht wissen, wie sie es umsetzen sollen. Die Abhängigkeit von Faktoren spielte weiter eine große Rolle, wie z. B. Mobilitätseinschränkungen oder finanzielle Möglichkeiten. In der Planungs-Gruppe wurde das Ergebnis diskutiert. Es konnte nicht geklärt werden, wie es zu den unterschiedlichen Sichtweisen gegenüber Mitarbeitenden der Einrichtungen kommt. Das Gespräch zeigte jedoch ganz andere Probleme für die Menschen heraus und änderte die Ausrichtung des Forschungsvorhabens.

Die eigentlichen Einstellungen / Vorstellungen von Personen können durch die Fachlichkeit getrübt werden. Durch die Literaturrecherchen und die Online-Befragung der Mitarbeitenden hat sich eigentlich ein deutliches Bild ergeben. Dies kann Gespräche mit Nutzenden und Mitarbeitenden sehr beeinflussen und rückblickend muss zugegeben werden, dass der Blick bei der teilnehmenden Beobachtung (die vor den Interviews durchgeführt wurde) teilweise schon darauf hinliefen, Anzeichen zu finden, zu dem vorgegebenen Bild. Dies war in der Ausarbeitung von möglichen Beobachtungsschwerpunkten (z. B. neutral formuliert Motivation). Aussagen wie „Habe keine Lust darauf“ verstärkten das gemachte Bild, das die Motivation ein grundlegendes Thema sind. Was sich im Laufe des Arbeitens zeigte war, dass als solche Aussagen hinterfragt wurden von den Expert:innen in eigener Sache neue Erkenntnisse generiert wurden, und sich das gemachte Bild und die Schwerpunkte des Vorhaben sich änderten.

### **Ressourcenorientierung**

Bei der Ressourcenorientierung geht es hier um die Berücksichtigung von Fähigkeiten und lebensweltlichen Erfahrungen. Die kognitiven, sprachlichen und körperlichen Fähigkeiten sind in der Bevölkerungsgruppe sehr heterogen. Dies kam in der Forschungs-AG deutlich zu tragen. Während immer wieder versucht wurde, allen gerecht zu werden, zeigte sich, dass einige Mitglieder entweder nicht mitkamen oder sich langweilten. Trotz aller Bemühungen konnte dies nicht ganz verhindert werden, so dass sich im späteren Verlauf, Einzel-, Paar und Gruppentreffen durchgeführt worden sind, um allen Bedürfnissen gerecht zu werden. Obwohl die Ressourcenorientierung eine grundlegende Haltung ist, damit alle partizipieren können, zeigte sich, dass dies in Gruppen nur schwer umsetzbar war (vor allem durch den Zeitdruck im Projekt). Wesentlich einfacher war es, lebensweltliche Erfahrungen sichtbar zu machen. Sobald das Thema Bewegung erwähnt wurde, wurde zumeist erwähnt, wie anstrengend das doch ist. In Gesprächen (und durch die Interviews bestätigt) zeigte sich, dass Bewegung (leichte bis mittlere Intensität körperliche Aktivität) mit Sport (hohe Intensität körperlicher Aktivität) gleichgesetzt wurde. Es zeigte sich, dass Bewegung als schweißtreibender Sport oder Körperübungen für zu Hause teilweise mit in der Vergangenheit mit schmerzhaften (körperlich wie sozial wie Ausgrenzungen aus einer Mannschaft) verbunden wurde. Dies war ein Lernprozess für den Forschenden. Hier musste ein gemeinsames Verständnis geschaffen werden, orientiert an den Nutzenden. Hierfür wurden dann einfache Spiele wie einen Luftballon hochhalten in die Intervention eingebaut, die von den Mitgliedern der Forschungs-AG als auch in der Erprobung sehr gut ankamen.

### **Zusammenfassung**

Partizipative Forschung ist ein wissenschaftlicher Ansatz. Eine Zusammenfassung erfolgt über das Verständnis für den beforschten Personenkreis, kongruente Haltung, das Scheitern und die Selbstreflektion. Die Berufswelt ist geprägt von Hierarchien. Gerade in sozialen Berufen geht es ums Helfen (zur Selbsthilfe), um Beratung und Therapie und dabei um Verständnis des Gegenübers. Verständnis ist wesentlich für viele Tätigkeiten, gerade im

Umgang mit Menschen. Wenn man wirken möchte, muss man die Sprache des anderen verstehen oder die Welt mal aus den Augen des anderen betrachten. Um dies zu erreichen, benötigt es kongruente Haltungen und Werte. Diese müssen „echt sein“ – denn niemand glaubt einem den Satz „ich gebe Dir recht“, wann die Person, die das gesagt hat, sich nicht so verhält. Wie an den Beispielen in diesem Beitrag gezeigt wurde, konnten über die Haltungen und Werte in der Forschung viel Einblick in das Erleben von Erfahrungen, den Werthaltungen, Motiven, Wünschen und Ängsten erreicht werden. Dabei muss jedoch festgehalten werden, dass Scheitern bei der Umsetzung dazu gehörte. Dies lag wie beschrieben an gegebenen Rahmenbedingungen jedoch auch an dem Forschenden. Zwei Aspekte werden für die Zusammenfassung nähergehend beleuchtet; a) Gelernte Forschendenrolle und b) Reflektion der Prozesse.

- a) Der partizipative Ansatz entspricht nicht der typischen Forschendenrolle. In der Arbeit sind Objektivität und Neutralität wesentliche Gütekriterien für Forschung. Dass Forschende sich als Person einbringen, ist konträr zu dem, was die eigentliche Rolle eines Forschenden entspricht. Klar ist, dass die Umsetzung im Rahmen der bezahlten Arbeit bleibt. Dennoch muss grundlegen die eigene Rolle geklärt werden: Was sind meine Wertvorstellungen und Haltungen und wie passen diese zum partizipativen Ansatz? Wie weit möchte ich mich darauf einlassen, so dass es für mich in Ordnung ist und ich mich damit wohl fühle? Wie kommuniziere ich dieses Rollenverständnis? Alles in allem ist es erforderlich, gelerntes zu überdenken und sich zu fragen, wie kann ich als Person mit anderen (nicht in meinem Bereich ausgebildeten) Personen zusammenarbeiten.
- b) Die veränderte Forschendenrolle verlangt ein hohes Maß Selbstreflexionsfähigkeit. Wie gezeigt, lassen sich Werte und Haltungen in der Realität nicht gänzlich umsetzen. Manchmal scheitert es bereits an den Rahmenbedingungen. Selbstreflektion ist ein wesentlicher Bestandteil und sollte fortlaufend stattfinden. Es wurde viel über Verständnis gesprochen, jedoch ist Verständnis trügerisch. Wenn man denkt, etwas begriffen zu haben, wird das vorgedachte Verständnis in der nächsten Situation irritiert (wie sich gezeigt hat, durch Vorannahmen oder durch Erläuterungen im Feld). Reflektionen über die Umsetzung sollen einem ermöglichen Lösungen zu finden, den eigenen Ansprüchen gerecht zu werden, jedoch auch in die Lage zu versetzen, zu akzeptieren, dass es (aktuell) eventuell keine Lösungen gibt. Hier muss sich die Frage gestellt werden, wie kann ich weitgehend meine Wertvorstellungen umsetzen, denn es sein zu lassen ist keine Lösung. Ein weiterer wesentlicher Punkt ist die Hierarchie zu anderen Personen zu bedenken. Sich bewusst zu machen, dass Hierarchie existiert und zu akzeptieren (wie Ausbildung und Erfahrungen, sprachliche Kompetenzen und Ansehen bei Dritten). Trotz aller guten Haltungen muss dahingehend methodisch gearbeitet werden, um so Hierarchien abzubauen. Nur durch prozessbegleitete Reflektion lassen sich eine anerkennende Haltung und Werte (Beispiele wurden in diesem Beitrag genannt) umsetzen.

## Fazit

Haltungen und Werte sind wesentlich für die Umsetzung partizipativer Forschung. In diesem Beitrag wurden anhand von Beispielen der gute Zugang zur der Perspektive der beteiligten Personen aufgezeigt. Die praktische Umsetzung von Werten und Haltungen ist abhängig von drei Faktoren: den äußeren Rahmenbindungen, eigenen (Vor-)Annahmen und der eigene Umgang mit Personen. Wesentlicher Bestandteil um Haltungen und Werte praktisch umzusetzen ist Selbstreflektion. Der Zeit- und Arbeitsaufwand ist wesentlich höher als ohne

die Partizipation von Personen. Allerdings lohnt es sich, wie im Beitrag dargestellt wurde, die Perspektive von Beforschten einzubringen und in diesem Fall die Co-Forschenden zu empoweren.

## Literaturverzeichnis

- Bruland, D., Latteck, Ä.-D., Mauro, A. (2023): Praxisbuch Förderung von Alltagsbewegungen von Menschen mit geistiger Behinderung. Beltz Verlag, Weinheim.
- Forscherteams aus NRW (2019): „Teilhabe ist durch Gesetze allein nicht erreichbar!“ – Menschen mit Komplexer Behinderung sollten in Forschung einbezogen sein! *Teilhabe* 58, 1, 35 – 37.
- Kriz, J. (2014): Grundkonzepte der Psychotherapie Beltz Verlag, Weinheim.
- Latteck, Ä.-D., Bruland, D. (2020): Intellectual Disabilities in Health Literacy: Lessons Learned from Three Participative Projects for Future Initiatives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), <https://doi.org/10.3390/ijerph17072455>.
- Partnet (2023): PartNet Definition – Partizipative Gesundheitsforschung. <http://partnet-gesundheit.de/ueberuns/partnet-definition/>, eingesehen am 05.02.2023.
- Rogers, C.R. (2017): *Der neue Mensch*. Nachdruck, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.
- Wright, M.T. (2013): Was ist Partizipative Forschung? Positionspapier der International Collaboration for Participatory Health Research. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8, 122 – 131.

## AutorInnen

### Markus Bernard

Sonderpädagoge, Dipl. Päd.  
 Weiterer Schulleitungsstellvertreter der Graf-zu-Bentheim Schule Würzburg  
 Ohmstrasse 7, 97076 Würzburg  
 Email: markus.bernard@blindeninstitut.de

### Dirk Bruland

Dr. phil.  
 Fachhochschule Bielefeld, Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich  
 Tel. 0521/106-70795  
 E-Mail: dirk.bruland@fh-bielefeld.de

### Johannes Graser

Dr. rer. nat., Psychologischer Psychotherapeut (VT)  
 Universität Witten/Herdecke, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie II  
 Alfred-Herrhausen-Straße 50, D - 58455 Witten  
 Tel: +49 (0)2302- 926 883  
 Email: [johannes.graser@uni-wh.de](mailto:johannes.graser@uni-wh.de)

### Si-yeun Hammerbacher

Koordinatorin KIBA.netz, Koordinatorin FEM, Bethel.regional  
 Von-der-Tann-Str. 38, D - 44143 Dortmund  
 Email: si-yeun.hammerbacher@bethel.de

### Veronika Hermes

Dipl.-Psychologin, Systemische Paar- und Familientherapeutin, Systemische Supervisorin.  
 E-Mail: supervision@veronika-hermes.de

### Annika Kleischmann

Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (VT), Heilerziehungspflegerin  
 Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit (Department für Psychologie und Psychotherapie), Zentrum für psychische Gesundheit und Psychotherapie  
 Alfred-Herrhausen-Straße 44, D - 58455 Witten  
 Email: Annika.Kleischmann@uni-wh.de

### Jörg Liesegang

Dr.med., Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Systemischer Supervisor nach DGSv  
 Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge Berlin, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
 Email: j.liesegang@keh-berlin.de

### Jakob Christoph Will

Prof. Dr.phil., Dipl.Päd.  
 Katholische Hochschule Mainz  
 Saarstraße 3, 55122 Mainz  
 Email: jakob.will@kh-mz.de

## Impressum

Die „*Materialien der DGSGB*“ sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) und erscheinen in unregelmäßiger Folge.

Anfragen an die Redaktion erbeten.

Die Bände können über die Website der DGSGB ([www.dgsgb.de](http://www.dgsgb.de)) als PDF-Dateien kostenlos heruntergeladen werden.

## Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V.

### Geschäftsstelle

c/o Liebenau Kliniken

Siggenweiler Str. 11

88074 Meckenbeuren

E-Mail: [geschaeftsstelle@dgsgb.de](mailto:geschaeftsstelle@dgsgb.de)

Website: [www.dgsgb.de](http://www.dgsgb.de)

## Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke

12203 Berlin

Tel.: 0174/989 31 34

E-Mail [klaus.hennicke@posteo.de](mailto:klaus.hennicke@posteo.de)

### **Zweck**

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

### **Hintergrund**

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt. Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhauspsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

### **Aktivitäten**

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten
- der Standards ihrer psychosozialen Versorgung
- der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung
- des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Fachtagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

### **Mitgliedschaft**

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

### **Organisation**

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGB werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

### **Vorstand**

Dr. Brian Fergus Barrett, Meckenbeuren (Vorsitzender)  
Priv. Doz. Dr. Tanja Sappok, Berlin (Stellv. Vorsitzende.)  
Dr. Meike Wehmeyer, Dachau, (Stellv. Vorsitzende)  
Dr. Dipl. Psych. Anne Styp von Rekowski, Windisch (CH) (Schatzm.)  
Markus Bernard, Höchberg (Schriftführer)  
Dr. Wolfgang Köller, Berlin  
Dipl.-Psych. Annika Kleischmann, Dortmund

### **Geschäftsstelle**

C/O Liebenau Kliniken  
Siggenweilerstr. 11, 88074 Meckenbeuren  
Tel: 07541-7304919 Fax: 07541-7304918  
E-Mail: .geschaeftsstelle@dgsgb.de  
IBAN: DE77476501300106110935 BIC: WELADE3LXXX  
StNr: 61018/10510  
Reg: 95VR16573 AG Charlottenburg

