

Norbert Störmer:

Trivialisierungen und Irrationalismen in der pädagogisch - therapeutischen Praxis

Einleitung

In den letzten zehn bis zwanzig Jahren konnten sich in der pädagogisch-therapeutischen Praxis mit Behinderten eine Reihe von Ansätzen etablieren, die eine enorme Sogwirkung entfalteten, sich schnell ausbreiteten und etablierten. Vier dieser Ansätze sollen hier vorgestellt und auf ihren Anspruch und ihrer Wirksamkeit hin betrachtet werden; und zwar:

- das Erzwungene Halten (Festhaltetherapie),
- die Integrative Körpertherapie (nach Besems),
- das Snoezelen und
- die Förderung schwerbehinderter Menschen in einem Pränatalraum.

Diese Ansätze zeichnen sich dadurch aus, daß sie einfache Erklärungen für verschiedene Phänomene geben (z. B. für Autismus, selbstverletzendes Verhalten, Aggression, Beziehungsstörungen) und ebenso einfache "Mittel" kreieren, mit deren Anwendung die eigene Handlungsfähigkeit gegenüber derartigen Phänomenen gesichert werden kann. Andere "Mittel" beziehen sich ausschließlich auf Menschen mit schwerer geistiger Behinderung und beantworten quasi die Frage, was man mit diesen Menschen machen kann.

Die in der Behindertenpädagogik gewonnene Einschätzung, daß der Mensch das komplizierteste Entwicklungsprodukt und Lebewesen der Natur sei und die Wissenschaft vom Menschen folglich auch eine sehr komplexe und schwierige sein muß, findet in diesen Ansätzen keine Berücksichtigung. Denn diese komplexe und schwierige Wissenschaft vom Menschen wird, bezogen auf die darzustellenden Ansätze, entweder direkt mit der Bemerkung, "sich den Luxus des Denkens" (Prekop) nicht leisten zu können, zurückgewiesen, bzw. es wird andererseits nur noch auf wissenschaftliche Fragmente zurückgegriffen, die durch hoch subjektive Erfahrungen miteinander verbunden werden, wie wir dies beim Snoezelen vorfinden.

Somit werden wir auf die Stichworte der Überschrift verwiesen. Denn hinter den darzustellenden Ansätzen stehen Enttäuschungen und Ernüchterungen, denen man sich durch den Rückzug auf das "Natürliche", wobei dieses Natürliche unscharf und unbestimmt bleibt, entziehen will. Damit einher geht "ein neuer Kult der Innerlichkeit und der Gefühle, erhöhte Glaubensbereitschaft und ein tiefes Mißtrauen gegen Rationalität, dazu ein Trend zur rein subjektbezogenen Weltansicht" (Schnädelbach 1985, S. 104). Der von diesen Ansätzen proklamierte Anspruch, den Menschen in seiner "Ganzheit" zu erfassen, wird nicht verwirklicht, da aufgrund der subjektbezogenen Weltansicht die soziale Ebene des Menschen komplett negiert wird.

Das hier formulierte Problem drückt sich immerhin in drei Ansätzen darin aus, daß sie in Bereichen entwickelt und zur Anwendung kommen, wo auch heute noch Menschen mit Behinderungen unter

extrem isolierenden Bedingungen leben müssen. Beobachtbares "Verhalten" der unter diesen Bedingungen lebenden Menschen mit Behinderungen müßte aber gerade auch unter dem Blickwinkel der subjektiven Widerspiegelung dieser "Verhältnisse" betrachtet werden.

Jedoch auch die Handlungsfähigkeit der unter derartigen Bedingungen arbeitenden Mitarbeiter-Innen, vielleicht auch vor der Einschätzung, diese Bedingungen nicht beeinflussen bzw. ändern zu können, stellt sich als ähnliches Problem dar.

Vor den Mühen des Alltag stehend, erleben sie häufig die vor dem Hintergrund der Lebensbedingungen entwickelten, subjektiv hoch zweckmäßigen Tätigkeiten der behinderten Bewohner als belastend, störend, manchmal auch als Bedrohung. In ihrer Ausbildung vielfach nicht auf den Umgang mit Stereotypen, selbstverletzenden Verhaltensweisen, Aggressivität und autistischen Phänomenen vorbereitet, häufig auch garnichts darüber wissend (z. B. nach einer ErzieherInnenausbildung), ist die Ratlosigkeit erst einmal Realität.

In derartigen komplexen, vielschichtigen und belastenden Arbeitssituationen kommt sehr schnell ein Bedürfnis nach Überschaubarkeit, nach einfachen Erklärungsansätzen für die unterschiedlichsten Phänomene, nach Handlungsstrategien, nach Sicherheit und nach Trost auf.

Genau hier setzen die vier in den Blick zu nehmenden Ansätze an. Sie liefern einfache Erklärungen für die kompliziertesten menschlichen Tätigkeiten, sie liefern Handlungsstrategien, die von ErzieherInnen und HeilerziehungspflegerInnen angewendet werden können, und sie liefern die "Erfolgsberichte" gleich mit.

Werden diese Ansätze durch ihre Vertreter dargestellt und demonstriert, so ist auffallend, daß bei den vorgestellten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen keine konkreten Handlungs-strukturanalysen dargestellt werden, ihre Lebensrealität nicht exakt beschrieben wird und Ziele, im Sinne des Vorgriffs auf die "Zone der nächsten Entwicklung", nicht formuliert werden. Das eingesetzte "Mittel" tritt dadurch deutlich in den Vordergrund. Mitgelieferte theoretische Erklärungen verblassen schnell, jedoch die verwendeten Schlüsselbegriffe, wie z. B. Stereotypen, selbstverletzendes Verhalten, Aggressivität, Autismus, Bindung, Beziehung, Beziehungsstörung, Bewegung, Ganzheitlichkeit usw., werden durch die Darstellung mit dem ebenfalls dargestellten "Mittel" assoziiert.

Für welches Mittel ich mich letztlich entscheide, denn mehrere Ansätze beziehen sich ja auf gleiche Problemlagen, bleibt mir überlassen. Da objektive Kriterien für diese Entscheidung jedoch nicht bestehen und auch nicht dargestellt werden, kann sie nur eine emotionale, eine intuitive sein. Bei einer Entscheidung für einen derartigen Ansatz geht die Überlegung, welche Bedeutung dieses Vorgehen für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen hat, unter der Hand verloren.

Im folgenden möchte ich nun die besagten vier Ansätze im einzelnen darstellen. Hierbei soll es vorrangig um die Darstellung der Praxis und deren theoretische Begründung gehen, nicht in erster Linie um eine Kritik der eingeschlossenen einzelnen theoretischen Aspekte. Wichtig ist mir dabei, diese Ansätze durchschaubar werden zu lassen, um eine Auseinandersetzung mit diesen und anderen, ähnlichen Ansätzen zu erleichtern.

1. Das erzwungene Halten (Festhaltetherapie)

Eigentlicher Hauptaspekt der Festhaltetherapie ist das Setting des Haltens selbst. Die theoretischen

Annahmen der VertreterInnen dieser Methode stützen das Setting des Haltens nicht unmittelbar, sondern nur über einen Vermittlungsschritt. Richtiger, die theoretischen Annahmen stehen "neben" dem Setting des Haltens.

Zunächst einige Anmerkungen zur praktischen Vorgehensweise.

In einer "diagnostischen" Phase wollen die "HaltetherapeutInnen" herausbekommen, ob noch kein oder ob nur ein schwach entfaltetes Ich-Bewußtsein beim Kind vorhanden ist. Hat sich ein Ich-Bewußtsein bereits entwickelt, so wäre dies ein Hinweis darauf, das Festhalten nicht durchzuführen. Weiterhin soll abgeklärt werden, ob bei dem Kind medizinische Risiken vorhanden sind, die ein Festhalten ausschließen könnten. Der Entwicklungsstand soll dann ebenfalls ermittelt werden, aber nur so weit, um herauszubekommen, für welches unbefriedigte Grundbedürfnis das Kind möglicherweise Ersatzsicherheiten anstrebt (siehe hierzu Prekop 1986, S. 6 u. 7).

Das Festhalten selbst soll nun von akuten Anlässen her seinen Ausgang nehmen; z. B. wenn das Kind stereotyp manipuliert, wenn es sich abkapselt, wenn es sich selbst verletzt, wenn es Angst vor Personen und Dingen zeigt, wenn es eine Person aggressiv traktiert (siehe Prekop 1986, S. 9). Ist eine derartige Situation gegeben, dann soll die Mutter das Kind fest in den Arm nehmen, während ein körperlich starkes Kind eher mit dem Rücken auf eine Matte oder in eine Hängematte gelegt werden sollte; aber auch ein gemeinsames Einwickeln in eine Decke oder in einen "Festhaltegürtel" wird empfohlen (siehe Prekop 1986, S. 10).

Damit dieser Prozeß in der beabsichtigten Form ablaufen kann, ist vorab die "Kraft der Mutter zu aktivieren" und es muß der Mutter verdeutlicht werden, daß sich der Zeitraum des Haltens sehr lange hinziehen kann. PREKOP selbst gibt zu diesem Zeitproblem an, "bei den ersten Sitzungen sollte man lieber mit der Höchstdauer von vier bis sechs Stunden rechnen, auf keinen Fall unter einer Stunde" (alle Zitate bei Prekop 1986, S. 7).

Das Kind soll nun so festgehalten werden, daß der/die Haltende die Hände frei hat, um das Kind streicheln zu können, um den Kopf zu halten usw.

Im Sinne einer optimalen Wirkung der Festhaltetherapie empfiehlt PREKOP, den "Widerstand des Kindes steil zu einem Höhepunkt zu treiben" (Prekop 1986, S. 10). Widerstand bedeutet hier, dem Kind seine "Ersatzbefriedigungen" zu unterbinden, ihm eine Auseinandersetzung mit seinen Überempfindlichkeiten bei bestimmten Reizen zuzumuten, seine stereotypen Fragen nicht zu beantworten, auf Ausweichmanöver nicht einzugehen (siehe Prekop 1986, S. 12). - Das Kind soll die Mutter als die Stärkere erleben können.

Der Widerstand des Kindes gegen dieses Gehaltenwerden soll möglichst lange aufrechterhalten werden, da sich das Kind dann um so besser entspannen kann, je stärker es sich anspannt.

Läßt nach einer mehr oder weniger langen Zeit die Anspannung des Kindes nach, so soll es nun für ein entspanntes Miteinander gewonnen werden. Diese entspannte Miteinander drückt sich für PREKOP darin aus, daß das Kind in dieser Phase nach der Anspannung offener, lockerer, mutiger, zuwendungsbedürftiger und lernbereiter sei. - Die Verhaltensstörungen würden sich zurückbilden.

Zeigen sich bei dem Kind jedoch wieder die "alten Zwänge", so wird dies als ein erneuter Indikator für das Festhalten angesehen. Die Prozedur beginnt wieder in der dargestellten Art und Weise. Es soll um so länger und intensiver festgehalten werden, je schwerer gestört ein Kind ist (Burchard 1987, S. 15).

Kommen wir nun zum theoretischen Teil dieses Ansatzes.

Die Absicht der Festhaltetherapie besteht allgemein gesagt darin, bei psychisch gestörten Kindern eine enge Bindung an die Mutter anzubahnen, um beeinträchtigte Grundbedürfnisse des Kindes nach Kontakt zu befriedigen und ihnen Liebe und Geborgenheit zu vermitteln. Zur Absicherung dieser Absicht greifen die Vertreter der Festhaltetherapie auf verschiedene Modelle des Bindungsaufbaus zurück. Wir finden zum einen ethologische Begründungszusammenhänge (Prekop 1983, 1984, 1986), zum anderen psychoanalytisch orientierte Annahmen (Prekop 1986, Burchhard 1984, 1987). Einige Modifikationen der Festhaltetherapie verzichten auf derartige Begründungen ganz (Mall 1983) oder erklären sie für überflüssig (Rohmann & Hartmann 1984).

Ein wichtiger Begründungszusammenhang für die Festhaltetherapie ist eine hoch subjektive Erfahrung, eine Erfahrung dergestalt, wie sie sich im folgenden Zitat ausdrückt:

"Erst als ich durch eine Erfahrung des Festgehaltenwerdens am eigenen Leibe "wach" wurde, begriff ich, daß der reine Intellekt oft eher im Wege sein kann, wenn es gilt, intuitiv und instinktiv ein Erlebnis nachzuvollziehen. ... nahm mich mein Mann in seine Arme und hielt mich liebevoll und nachgiebig so lange fest, bis ich mich beruhigt sacken ließ. Damals erst begriff ich das "Festhalten" auf affektivem Wege. Ich begriff auch, daß nicht nur ein Autist, sondern jeder Mensch immer wieder, wenn er in Angst oder Not ist und an einen Abgrund gerät, die Erfahrung des Festgehalten-Werdens braucht - allerdings von einem Menschen, den er gerne hat. Ich erfuhr, was Festhalten heißt, nämlich

- bis in den letzten Nerv zu spüren, daß mich jemand trotz aller meiner Schwierigkeiten liebt;
- den Halt bei meinem Nächsten zu finden, wenn ich schwach bin;
- daß jemand zu mir hält, obwohl er stört;
- den anderen Halt unter allen Umständen spüren zu lassen;
- den Zusammenhalt, der jeden der beiden stark macht, auch auf die Beziehungen außerhalb auszustrahlen;
- daß Festhalten aus Liebe Liebe bewirkt." (Prekop 1986, S. 3)

Neben dieser hoch subjektiven Begründung steht die ethologische Begründung. Bezug nehmend auf HASENSTEIN, der den Menschen zur Gattung der "Traglinge" zählt, wird der Körperkontakt zwischen Mutter und Kind als die natürliche Grundlage der Interaktion angesehen. - PREKOP zieht folgendes Fazit, "das Bedürfnis nach solch engem Körperkontakt ist instinktiv angelegt" (Prekop 1986, S. 4). Weitergehend wird gefolgert, daß es sich hier um ein Grundbedürfnis des Kindes handele.

Diesem Grundbedürfnis werden nach PREKOP nun all jene Kulturen gerecht, in denen das Kind traditionsgemäß im Arm oder auf dem Rücken fest eingewickelt getragen werden, ohne "selber über die Lage und Dichte des Körperkontaktes entscheiden zu können" (Prekop 1986, S. 4). In unserer technokratischen Welt hingegen, werde diesem Grundbedürfnis des Kindes nicht im erforderlichen Umfang entsprochen, was zu psychischen Störungen unterschiedlicher Art führen würde.

Ein weiterer Begründungsstrang wird unter Verweis auf Arbeiten von MAHLER, WINNICOT und SPITZ entwickelt, wonach der Dialog zwischen Mutter und Kind als entscheidend für den Aufbau sicherer Bindung anzusehen sei. "Auf seiten der Mutter ist die Fähigkeit im Erkennen und Beantworten der kindlichen Signale offensichtlich ausschlaggebend für die Ausbildung sicherer Bindungen ihrer Kinder" (Burchhard 1987, S. 13). Bei Autisten bestehe nun aber keine Bindung, was dazu führt, daß ein entscheidender Faktor für den Aufbau von Sicherheit und Urvertrauen fehlt. Die

fehlende Bindung könne also als nicht erfülltes Grundbedürfnis angesehen werden (ebenda).

Durch das Festhalten werde nun die frühkindliche Kommunikation zwischen Säugling und Mutter nachgeholt, das Kind bekomme das Grundbedürfnis nachträglich erfüllt. - Dem Kind wird durch das Festhalten ein Gefühl von Geborgenheit vermittelt und es werden ihm Grenzen gesetzt, - eine wesentliche Grundlage für das Gefühl der Sicherheit.

Zur weiteren Absicherung des Ansatzes der Festhaltetherapie erfolgt ein Rückgriff auf entwicklungspsychologische Aspekte, konkret auf die senomotorische Entwicklung nach AFFOLTER, die nun auf den vorstehenden Annahmen des Bindungsaufbaus aufbauen.

So hat sich das Kind "zunächst als passiver Beobachter mit den Veränderungen in der Umwelt auseinanderzusetzen" (Prekop 1986, S. 5), quasi als Fortsetzung der Symbiose (siehe dto. S. 4). - Im weiteren Entwicklungsverlauf wird es dann über die "mütterliche Primärautorität" notwendig, aufnehmende Reize zu filtern. Geschieht dies nicht, "setzt ein hypersensibles, angstanfälliges Kind selbst seine Sinne und Motorik in einer bestimmten, sich wiederholenden, und schließlich bereits zu erwartenden Art ein, um sich selber Ersatzsicherheiten zu beschaffen" (Prekop 1986, S. 5). Durch solche Ersatzsicherheiten "entsteht eine zwanghafte Abhängigkeit auch von der bestimmten, eingeleiteten, durch sich selbst gesteuerten (einige Reize bevorzugenden, andere meidenden) Wahrnehmung" (ebenda). Unter solchen Bedingungen sieht PREKOP das alternativreiche Erkunden der Umwelt auf der Ebene der intermodalen Wahrnehmung als blockiert an.

Dieser Tatbestand wird von ihr als "Autismus" bezeichnet. - Über das erzwungene Halten sollen nun auf dieser Ebene die aufgebauten "Ersatzsicherheiten" unterbunden und nach dem Unterbinden ein Aufbau von intermodalen Wahrnehmungsleistungen angestrebt werden.

Im Übergang von der intermodalen zur serialen Stufe (ca. mit 7 Monaten) wird nach PREKOP der Bindungsaufbau manifest und geht zum Ende der serialen Stufe in "Geborgenheit" über. Auf dieser Ebene kann es "zur Ersatzbefriedigung für echte Geborgenheit" kommen, eingesetzt wird dabei nun die "auf der ersten Stufe des Denkens fußende Macht" (alle Zitate Prekop 1986, S. 5). Stellt das Kind fest, daß die Mutter schwächer ist als es selbst, kann "sein Grundbedürfnis nach Schutz und Geborgenheit" (dto. S. 6) nicht befriedigt werden, das Kind besinnt sich auf seine Macht und beginnt nun die Mutter zu manipulieren. Nach PREKOP entsteht auf dieser Grundlage "eine Abhängigkeit von der Macht" (ebenda), die zur "Herrschaft" führen kann, "es versucht, die Bezugsperson in seine Zwänge miteinzubeziehen und wird zum "Tyrannen"" (ebenda). An anderer Stelle werden diese Kinder als "omnipotent" bezeichnet (Prekop 1986, S. 20).

Bei dieser Gruppe von Kindern soll über das erzwungene Halten die "Herrschaft" des Kindes unterbunden werden.

Für beide Gruppen wird der "therapeutische Sinn" des erzwungenen Haltens darin gesehen, "das Kind von seinen zwanghaften Ersatzsicherheiten, von seiner "Sucht" zu entziehen und ihm die ursprüngliche echte Sicherheit durch den Halt der Mutter zu geben" (Prekop 1986, S. 8).

Auch auf neurophysiologische bzw. neuropsychologische Aspekte wird zurückgegriffen, jedoch wird hierbei nur betont, daß das Kind über die Form der Interaktion des erzwungenen Haltens letztlich in einen Zustand der Entspannung versetzt wird. Dadurch könne das Kind dann, auf diesen "Kontakt" aufbauend, andere Fördermaßnahmen bereitwilliger annehmen als früher.

Befaßt man sich mit den verschiedenen "Begründungssträngen" der Festhaltetherapie etwas eingehender (hier sei insbesondere auf das Heft 2, 1988, der Zeitschrift BEHINDERTENPÄDAGOGIK verwiesen), dann lassen sich hauptsächlich vier Kritikpunkte

festhalten:

1. Die Festhaltetherapie selbst verfügt über keine schlüssigen theoretischen Konzeptionen. Aus den dargestellten theoretischen Positionen wird eklektizistisch nur das übernommen, was die Gleichung: Bedeutung des Körperkontaktes = erzwungenes Halten, aufgehen läßt.

Letztlich ist dies nur möglich, wenn die angegebenen Verfasser mit ihren Aussagen etwas zurechtgebogen werden. Denn liest man die angegebenen Belegstellen einmal genauer nach, dann ergibt sich an keiner Stelle auch nur ein annähernder Zusammenhang mit der Festhaltetherapie. Gerade MAHLER kommt zu diametral entgegengesetzten Aussagen.

Begriffe werden zudem ihrer realen Bedeutung entkleidet, neu besetzt bzw. entwertet und relativiert. Einige Beispiele:

- Festhalten - im-Arm-tragen,
- Festhalten - Körperkontakt,
- Festhalten - Halt-geben,
- Festhalten - Entspannung,
- Festhalten - Bindung,
- Festhalten - Geborgenheit,
- Festhalten - liebevolle Gewalt.

1. Die theoretischen Begründungen zur Festhaltetherapie werden letztlich nicht als entscheidend angesehen, weil die eigentliche Begründung auf der Ebene einer hoch subjektiven Erfahrung angesiedelt wird. Sich den "Luxus des Denkens" nicht leisten wollen, bleibt man bei der "Logik des Herzens" (Prekop) als wichtigstem Begründungsmoment stehen. Eine Nachvollziehbarkeit wird dadurch für Außenstehende verunmöglicht, eigene Erfahrungen anderer Art finden keinen Platz mehr.

1. Diese hoch subjektiven Erfahrungen werden dann als allgemein menschliche, besonders wichtige, gefaßt, verallgemeinert und auf andere Menschen übertragen. Welche Lebensgeschichten diese Menschen und welche Probleme diese Menschen haben spielt keine Rolle mehr. Festhalten wird am Ende dieser Verallgemeinerung zur Lebensform, deren Verbreitung Frau PREKOP für die wichtigste Mission ihres Lebens ansieht (Prekop 1985, S. 398).

1. Vor dieser Generalisierung werden bisherige Forschungsergebnisse, in für in diesem Gesamtzusammenhang wesentlichen Bereichen, schlichtweg negiert. Dies trifft für den Autismus insgesamt, aber auch für andere Arten von Beeinträchtigungen zu. Es trifft aber auch zu für den Forschungsstand der Entwicklung des frühkindlichen Sozialverhaltens und der frühkindlichen Kommunikation.

Fassen wir diese Problematik zusammen, dann offenbaren sich in dem Begründungszusammenhang der Festhaltetherapie eine Reihe von irrationalen Annahmen, mit denen sich die Vertreter selbst gegen eine kritische Diskussion immunisieren. Das Wissenschaftsverständnis tritt deutlich in Aussagen wie, "es gilt, intuitiv und instinktiv ein Erlebnis nachzuvollziehen; ... begriff ich das "Festhalten" auf affektivem Wege" (Prekop 1986, S. 3) zu Tage. - Es ist dies die irrationale Position der "Lebensphilosophie" DILTHEYSCHER Prägung.

Dieser Philosophie ist eigen, daß das Leben immer als "Erlebnis" subjektiviert und das "Erleb-nis" als

Leben objektiviert wird. DILTHEY geht davon aus, "daß das Erlebnis der Welt die letzte Grundlage der Erkenntnis ist" (Luk cs, II, S. 101), der ganze Reichtum der subjektiven und objektiven Welt aus dem Erlebnis heraus entwickelt werden könne. Methodologisch gewinnt vor diesem Hintergrund die Intuition eine zentrale Stellung bei Dilthey. Die Intuition wird dem begrifflichen, rationalen Denken entgegengestellt und so der Anschein erweckt, als könne man über die Intuition "höhere Zusammenhänge" erfassen. Dies führt zu einem ständigen Schwanken zwischen Subjektivität und Objektivität. Jedoch handelt es sich hierbei nur um eine "Pseudoobjektivität" (Luk cs), denn die vom Bewußtsein unabhängige Wirklichkeit nimmt Dilthey gar nicht zur Kenntnis.

Die Folge davon ist ein psychologisch-anthropologischer Relativismus, aus dem ein übergeschichtlicher Charakter des Menschen erwächst. Die intuitive Methode kann vor diesem Hintergrund nur etwas Verschwommenes und Widersprüchliches sein. Jedoch gerade das sichert ihr ihre Wirksamkeit, ist doch "gerade eine derart vieldeutige "Methode" der geeignetste Ausdruck für die rückschrittlichen Erfordernisse des Tages" (Luk cs, II, S. 115).

Hier nun finden wir die Berührung mit den VertreterInnen der Festhaltetherapie, die genau mit der gleichen Methode versuchen, Probleme komplexer Art "intuitiv" zu erschließen und "erleb-te" Verfahren als "überindividuelle", allgemeinemenschliche zu verallgemeinern. Letztlich ist es nur noch ein kleiner Schritt zur "Lebensform" an sich.

2. Die Integrative Körpertherapie

Dieser Ansatz unterscheidet sich von dem erzwungenen Halten dadurch, daß die theoretischen Überlegungen in einem engeren Zusammenhang zu dem praktischen Vorgehen stehen. Dennoch gibt es einige Gemeinsamkeiten, auf die an entsprechender Stelle einzugehen sein wird.

Die Integrative Körpertherapie wurde von BESEMS und VAN VUGT entwickelt. Von wesentlicher Bedeutung für die Begründung dieses Ansatzes sind vier gestalttherapeutische Grundprinzipien.

1. Die Leib-Seele-Geist-Einheit

Diese drei Bereiche werden als untrennbar miteinander verbunden und sich gegenseitig beeinflussend angesehen. Dadurch ergibt sich eine "Ganzheit", körperliche Aktivitäten bewirken immer auch einen affektiven und kognitiven Effekt.

1. Hier und jetzt

Das aktuell gezeigte Verhalten eines Menschen dient immer als Ausgangspunkt für eine Therapie. In diesem aktuell gezeigten Verhalten drücken sich immer die Erfahrungen der Person, jedoch auch ihre Erwartungen, Hoffnungen, aber auch ihre Ängste aus. Die Basis für dieses aktuelle Verhalten wird in der Vergangenheit gesehen, die sich aus drei Erfahrungsbereichen zusammensetzt, nämlich aus den negativen, positiven und defizitären Erfahrungen.

1. Figur-Grund

Dies besagt, daß eine Person nicht von ihrem Hintergrund gelöst werden kann, da beide in einem wechselseitigen Austauschprozeß stehen. Der Mensch nimmt ständig Einfluß auf seine Umwelt, wie die Umwelt auch auf ihn.

1. Kontakt

Für die Entwicklung der Ich-Identität und Selbstwertung wird der Kontakt mit anderen als eine Grundbedingung angesehen. Die Ich-Identität kann nicht durch eine innere Erfahrung oder durch ein sich Abkapseln von der Außenwelt entwickelt werden. Sechs Kontaktphasen werden dann unterschieden:

- einander wahrnehmen,
- aufeinander zugehen,
- Kontakt herstellen,
- Kontakt intensivieren, aufbauen und pflegen,
- sich verabschieden,
- voneinander weggehen.

"Im Kontakt mit dem anderen spiegelt sich somit auch wider, wie ich den anderen erfahre, wie ich mich fühle und wie ich mit meinem Körper reagiere.
"

Die Leib-Seele-Geist-Einheit wird nun zur Begründung des bewegungstherapeutischen Aspektes zum Leib hin aufgelöst, weil wir am Körper konkret wahrnehmen können, wenn sich etwas ändert und was sich ändert. Die beiden anderen Aspekte kommen nur noch vermittelt über die Körperlichkeit in den Blick.

Grundlage der Integrativen Körpertherapie ist der direkte Kontakt zum anderen. Der andere soll mich fühlen können, was über den direkten Kontakt verschiedener Körperteile möglich ist. Von diesem direkten Kontakt her kann dann erst der Kontakt zu anderen Dingen aufgebaut werden.

Der Therapeut achtet zu Beginn bei dem Kind darauf, wie es auf seine Berührungen reagiert; seine Aktivitäten haben diese Reaktionen zu berücksichtigen. Ein erstes Ziel wird also darin gesehen, zu entdecken, wofür das Kind empfänglich ist, was es mag. Jedoch wird gleich einschränkend angemerkt, daß wir nicht nur machen, was das Kind will. Schließlich hat es wenig Sinn, ein Kind in seinen gestörten Bewegungsmustern zu belassen. Dennoch muß der Therapeut herausfinden, wo er mit dem Kind etwas anfangen, wo etwas vertraut ist, von wo aus langsam Neues aufgebaut werden kann. Der Kontakt des Therapeuten zu dem Kind ist eingebettet in diese Bewegungserfahrungen und hierüber soll Vertrauen aufgebaut werden.

Feststellbare gestörte Bewegungsmuster werden als psychomotorische Störungen angesehen, da Störungen im motorischen Bereich niemals nur motorische Störungen sind, sondern aufgrund der Leib-Seele-Geist-Einheit eben psychomotorische Störungen. Folglich sind in Bewegungen auch immer Gefühle mitausgedrückt, bzw. Gefühle lösen bestimmte Bewegungen aus.

Bei einem psychomotorisch gestörten Kind würden sich nun die folgenden charakteristischen Merkmale zeigen (nach GORDIJN):

1. Die Bewegungen sind unregelmäßig, sie machen einen unharmonischen, unausgeglichenen, ungesteuerten Eindruck. - Die Bewegungen sind eckig, man findet selten runde, harmonische Bewegungen, weder bei Arm-, Bein- oder Kopfbewegungen. Auch die Bewegungen der Finger sind selten rund, sie sind schreckhaft, abrupt und unvollendet. Mit allem im Zusammenhang steht der

Eindruck, daß die meisten Bewegungen sehr verkrampft sind. Die Verspannungen sind so stark, daß keine runden, sondern eckige und stotternde Bewegungen die Folge sind.

1. Auffällig sei schließlich der Verlauf der Bewegungen. Es wird entweder nur der Oberarm bewegt, mit angespanntem Unterarm oder aber alles in umgekehrter Folge. Nur selten finden wir eine Bewegung, bei der die ganze Spannweite des Armes gebraucht wird.

1. Bei autoaggressiven Behinderten ist die Motorik durch ein nach innen gekehrtes Handeln gekennzeichnet. Diese Behinderten reagieren auf Menschen und Dinge nicht so, daß sie auf sie zugehen oder weglaufen, sondern sie reagieren mit einer Bewegung auf sich selbst. Bei diesen Behinderten besteht gleichfalls eine starke Einschränkung des Erlebens bzw. Wahrnehmens der eigenen Körperteile, ein Nicht-Wissen von den Möglichkeiten des eigenen Körpers.

Nun zur therapeutischen Vorgehensweise.

Die erste Phase der Therapie befaßt sich mit dem Liegen, Sitzen und Stehen. Da bei psychomotorisch Gestörten gerade die Übergänge stark mit Angst besetzt seien, weil ihr Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten gering ist, gilt es Sicherheiten zu vermitteln.

In der zweiten Phase soll dem Kind bewußt werden, welche Körperteile es hat und was man damit tun kann. Die Aufmerksamkeit sollte dabei zuerst auf die Körperteile gerichtet werden, die für das Kind dominant sind, z. B. solche, über die sich eine Autoaggression ausdrückt. Ein erster Schritt dabei ist, das Körperteil mit der ganzen Hand fest zu umschließen und festzuhalten. Hier soll das Kind die Wärme des Therapeuten spüren, den Gegensatz der Ruhe zu seiner Bewegung erfahren. Viele Kinder wollen auf gar keinen Fall, daß man sie festhält. Wichtig ist jedoch, daß der Therapeut sein eigenes Zögern überwindet und eindeutig sein Ziel verfolgt. Der Therapeut muß sich durchsetzen!

Dieses sich durchsetzen müssen wird zudem mystisch überhöht. Die Botschaft des "Neins", die das Kind uns vermitteln will, lautet:

"Wenn du wirklich mit mir arbeiten willst und etwas von mir willst, dann will ich auch erfahren, wieviel du mir wirklich geben willst und wieviel du für mich wirklich übrig hast und für mich tun willst. Das bedeutet, daß das Kind in seinem Nein den Therapeuten auf die Probe stellt, um zu entdecken, wieviel Energie er wirklich dem Kind geben will" (Besems 1981, S. 42) - "In den Fällen, wo der Therapeut diesen Kampf mit dem Kind geführt hat, ist eine positive Beziehung der Erfolg gewesen" (ebenda).

Zu diesem Aspekt des Festhaltens wird an anderer Stelle angemerkt, "oft beginnt das Kind zu schreien; auch hier ist es wichtig, daß der Therapeut durchhält". - "Unsere Wärme und Ruhe ist dann das Mittel, das es jetzt notwendig braucht. Wenn wir nun loslassen würden, dann hätte das Kind wieder eine negative Erfahrung bekommen und baute seine Spannung wieder auf. Gerade deshalb müssen wir ihm helfen und festhalten. Erst wenn die Spannung abnimmt, können wir es loslassen und das Kind erfahren lassen, wie sich seine Hand jetzt anfühlt" (Besems 1981, S. 43). Im weiteren Text werden dann zusätzliche Angaben zum Setting gemacht.

Zur dritten Phase der Therapie kann man dann übergehen, wenn das Kind sich daran gewöhnt hat, daß seine Hände bzw. andere Körperteile festgehalten werden. Nun soll damit begonnen werden, Bewegungen mit dem Kind zu machen. Dem Kind sollen jedoch keine Bewegungen beigebracht werden, sondern zunächst soll versucht werden, mit den Bewegungen des Kindes mitzugehen. Haben wir uns gut in die Bewegung eingefühlt, wird dieser Teil des Körpers festgehalten und eine gegenteilige Bewegung angebahnt. War die ursprüngliche Bewegung eckig, machen wir sie rund, war sie ganz dicht am Körper, führen wir sie weiter weg.

Dabei gehen wir immer wieder auf die anfängliche Bewegungen zurück, versuchen aber, das Kind aus seinem Rhythmus zu ziehen. Auch hier gilt, daß der Widerstand des Kindes durchzustehen ist. - Denn der Widerstand des Kindes heißt nicht, ich will nicht, sondern ich kann nicht.

Hieran schließt sich eine vierte Phase an, in der es nun um die Entwicklung von kraftvollen Bewegungen gehen soll. Dies vor dem Hintergrund, daß die Kinder in den neu erlernten Bewegungen wenig Kraft einsetzen.

In einer fünften Phase soll dann vom körperlichen Kontakt zum psychischen Kontakt übergegangen werden. Die Annahme dabei ist, daß eine körperliche Öffnung auch eine psychische Öffnung zur Folge habe und die Kinder dann mehr von ihrer Umwelt wahrnehmen und aktiver werden würden.

Für was und wen ist nun dieser Ansatz geeignet?

Versuchen wir diese Frage zu beantworten, so wird deutlich, daß wir es auch hier wieder mit einem "Universal-Ansatz" zu tun haben.

In den Ausführungen selbst stehen immer psychomotorisch gestörte Kinder im Vordergrund. Was eine psychomotorische Störung ausmacht, wird jedoch nicht näher als bereits dargestellt, spezifiziert.

Auch bei autistischen Störungen sei eine Integrative Körpertherapie angezeigt. Die körperliche Wärme, die ich durch meine Bewegungen an das Kind weitergebe, sei ein so starker Einfluß, dem sich auch Autisten nicht entziehen können. Von hieraus wird versucht, soviel Vertrauen aufzubauen, daß diese Kinder wieder andere Kommunikationsformen, wie sprechen, hören und sehen akzeptieren können. Das autistische Verhalten ist für die Vertreter der Integrativen Körpertherapie dadurch gekennzeichnet, daß das Kind sich in sich abgeschlossen hat und mit seinen Bewegungen nicht mehr auf die Außenwelt reagiert.

Jedoch auch bei selbstverletzenden Verhaltensweisen und Aggressionen ist die Integrative Körpertherapie eine mögliche Wahl. "Autoaggression" wird dabei als eine bestimmte Form von Aggressivität angesehen. Letztlich wird aber nur versucht, die Autoaggressivität zu klären, wobei ständig zwischen beiden Begriffen hin und her gesprungen wird. Als Erklärung bleiben insgesamt nur vier Entstehungsgründe übrig, - beengter Lebensraum, Zerstörung der Sozial- struktur, Erfahren von Schmerz, Angst und Bedrohung, sowie Langeweile, Machtlosigkeit und Enttäuschung.

Damit ist der Einsatz der Integrativen Körpertherapie (IKT) noch lange nicht erschöpft. Es ergeben sich folgende weiteren Einsatzmöglichkeiten:

"IKT als Selbsterfahrungsansatz, um eigene Grenzen, eigene Behinderungen herauszubekommen;

"IKT als Mittel zur Beziehungsaufnahme zu Behinderten;

"IKT als Körpertherapie überhaupt;

"IKT als Mittel zur Bewegungsförderung, somit auch als ideales Mittel zur Ergänzung der Krankengymnastik, wie dies unlängst KISSGEN et. al. (1988) dargestellt haben;

"IKT als Mittel zur Entwicklung von Kreativität;

"letztlich IKT als Mittel für geistig bzw. schwer geistig Behinderte überhaupt.

Die Grundphilosophie dieses Ansatzes beruht auf der Annahme eines "harmonischen Bewegungsmusters". Praktisch gewendet heißt dies, daß in den Mittelpunkt dieses Ansatzes eine Reihe von Bewegungsübungen gestellt werden, die scheinbar diesem Anspruch entsprechen. Gerade im Zusammenhang mit der betonten "Ganzheitlichkeit" dieses Ansatzes, die aus der "Leib-Seele-Geist-Einheit" abgeleitet wird, suggerieren die Vertreter der Integrativen Körpertherapie,

endlich jenseits der vielfach nebeneinander stehenden und nicht aufeinander bezogenen pädagogisch-therapeutischen Mittel einen integrativen, ganzheitlichen Ansatz gefunden zu haben.

Doch diese Ganzheitlichkeit verliert schnell ihre Faszination, wenn man versucht, die hinter den gestalttherapeutischen Grundprinzipien stehenden philosophischen Axiome zu entschlüsseln.

Hatten wir bei der "Festhaltetherapie" die philosophische Basis in der Entwicklung der Lebensphilosophie DILTHEYscher Prägung entdeckt, so werden wir durch die Annahmen der Integrativen Körpertherapie auf die HUSSERLSche Phänomenologie, die, bezogen auf Diltheys Psychologie gleiche historische Quellen hat und vielfache Überschneidungen aufweist, jedoch parallel zu ihr und unabhängig von ihr, entwickelt wurde. Insbesondere die auf HUSSERL fußenden Theorien HEIDEGGERS sind in unserem Zusammenhang interessant.

SCHELER hatte bereits vor Heidegger die Annahmen der Gestaltpsychologie in seine Metaphysik eingebunden. Daraus war ein Begriff von "Ganzheit" erwachsen, der die "Vorgängigkeit" des Ganzen über die Teile proklamierte und in der Folgezeit zu einer "Lehre" ausgebaut wurde. Dieser Lehre war es eigen, daß sie insgesamt gegen das 19. Jahrhundert, insbesondere jedoch gegen die Psychoanalyse gerichtet war. Das Denkmodell war hierbei die "gute Gestalt", jenes harmonische Einverständnis zwischen Innen und Außen. Jedoch wurde diese Einheit einseitig zum Subjekt hin aufgelöst. "Ob runde Einheit zwischen dem Subjekt und der Umwelt sei, liege am Subjekt. Ganzheit könne es nur soweit sein, wie es der Realität nicht reflektierend sich gegenüber setze" (Adorno 1964, S. 118).

Das Subjekt wird auf sich selbst zurückgeworfen, und "in der absoluten Verfügbarkeit des Einzelnen über sich, ohne Rücksicht auf die Bestimmung der Objektivität, in die er eingespannt ist" gesucht (Adorno 1964, S. 107). Das Ergebnis dieser Annahmen ist die "absolute isolierte Individualität" (a. a. O., S. 114). Die Identität des Subjekts, dessen Entwicklung in die gesellschaftlichen Verhältnisse eingebunden ist und diese Verhältnisse in einer spezifischen Art und Weise widerspiegelt, wird in dieser Kategorie "entgesellschaftet".

Das aufgegriffene "psychologische Ganzheitstheorem" führt bei Heidegger dazu, daß davon ausgegangen wird, "als werde Erfahrung selbst unmittelbar, unwiderleglich, gleichwie von Angesicht zu Angesicht ihrer gewahr" (Adorno 1964, S. 119). - Es ist eine Verkürzung der Erfahrungsbildung, die in dem gestalttheoretischen Prinzip des "Hier und Jetzt" ihre Entsprechung findet.

Es bleibt festzustellen, daß der in der Integrativen Körpertherapie postulierte Begriff von Ganzheit gerade darin seine Schwäche hat, daß Ganzheit "nicht die Einheit des ganzen Inhalts von realem Leben sein darf" und die "Einheit nicht im Leben als einem in sich einstimmigen, artikulierten und kontinuierlichen" (beide Zitate Adorno 1964, S. 121) gesehen wird. Der "ganzheitliche Mensch" im Sinne dieses Ansatzes wird nicht in der Einheit seiner biologischen, psychologischen und sozialen Lebensprozesses und den wechselseitigen Übergängen zwischen ihnen gesehen (siehe JANTZEN 1988, S. 15/16), sondern diese "Ganzheit" wird gerade um die "soziale Ebene" verkürzt.

Diese auf philosophischer Ebene gewonnene Einschätzung wird auch durch Demonstrationen der Vertreter der Integrativen Körpertherapie selbst unterstrichen. So wird z. B. anhand von Videoaufnahmen, die den Erfolg dieses Ansatzes untermauern sollen, für einen aufmerksamen Beobachter deutlich, daß die behandelten Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen nach dem therapeutischen Setting wieder ohne Beschäftigung und ohne einer geregelten Tätigkeit nachzugehen, in der Wohngruppe "herumsaßen". Daraus kann geschlossen werden, daß dieser Ansatz eine Erweiterung der Realitätskontrolle nicht einschließt.

Folglich liegt der Schwerpunkt dieses Ansatzes auf einer ganz anderen Ebene. Körperübungen dieser Art können immer dann zur Anwendung kommen, wenn die Betreuer "einmal Zeit haben", also die

routinehaften Abläufe in einer Institution eine "Lücke" aufweisen. Für die Bewältigung der gegebenen Lebenssituation leistet die Integrative Körpertherapie zunächst keinen Beitrag.

Schauen wir uns nun die Bewegungsübungen selbst an, so können wir feststellen, daß diese Übungen in unserer Praxis selbst, in ganz unterschiedlichen Situationen und unter ganz bestimmten Zielvorstellungen, bereits ihren Platz haben. - Aber eben als pädagogisch-therapeutische Mittel mit spezifischen Zielvorstellungen. Der Integrativen Körpertherapie ist jedoch eigen, daß sie diese "Mittel" zu einer "Therapie" verdichtet.

Dennoch gilt es zu sehen, daß die Annahmen zur Bewegung überhaupt und die Einbindung von Bewegungen in emotionale Bewertungsstrukturen eher trivial als wissenschaftlich absichert sind, jedoch gerade dadurch als gut nachvollziehbar erscheinen. Denn gerade dieser Grad von Allgemeinheit deckt sich schnell mit vorhandenen vagen Annahmen über die Bedeutung von Bewegung auf der Zuhörerseite.

Da die zentralen Bewegungsübungen dieses Ansatzes die Entwicklung der menschlichen Bewegung nicht in ihrer Komplexität und schon gar nicht in ihrer Bedeutung für die Aneignung von Welt berücksichtigen, kommt es in der Integrativen Körpertherapie zu einigen Verkürzungen.

Die Bewegungen des Menschen werden nicht in ihrer Entwicklungslogik erfaßt und dargestellt. Daraus ergibt sich, daß Bewegungen nur auf der Erscheinungsebene erfaßt und dargestellt werden und ihrer Entwicklungslogik sowie den eingebundenen emotionalen Bewertungen entkleidet werden. Nur durch ein derartiges Vorgehen können die nach dem gleichen Schema "synthetisierten" Bewegungen verallgemeinert und auf verschiedene Persönlichkeitsbereiche und -probleme sowie -störungen bezogen werden.

Das Vorgehen in der Therapie ist dann auch dergestalt. Es wird *nur* versucht zu erfassen, für welche Bewegungsübungen der Mensch in der Phase der Erstbegegnung empfänglich ist, die erreichte Bewegungskompetenz des Menschen vor dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte wird nicht betrachtet. Ebenfalls wird die Bedeutung der Eigenaktivität heruntergespielt. Diese wird nicht zum Ausgangspunkt der Therapie, sondern sie wird unter bestimmten Konstellationen geradezu als störend interpretiert und durch "Festhalten" unterbunden. D. h., die als wichtig und richtig erkannten "Übungen" des Therapeuten stehen im Vordergrund des Settings, nicht die Bewegungskompetenz, nicht die emotionale Befindlichkeit, nicht die Lebenssituation des Betreffenden. Die Objektrolle des Kindes, des Jugendlichen und Erwachsenen bleibt bestehen, sie wird an keiner Stelle als problematisch diskutiert.

Auch die Annahmen zu komplexen Störungsbildern bleiben trivial, beruhen sie doch ausschließlich auf subjektiven Annahmen, nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen. Dies wird schon daran deutlich, daß z. B. bei selbstverletzenden Verhaltensweisen, Aggressionen und selbst beim Autismus an keiner Stelle auf entsprechende Literaturstellen verwiesen wird, die den momentanen internationalen Diskussionsstand widerspiegeln.

Jedoch gerade aufgrund dieser Unspezifität in allen Belangen erscheinen die Annahmen dieses Ansatzes als gut nachvollziehbar und adaptierbar.

3. *Das Snoezelen*

Mitte der 70er Jahre wurden vermehrt Überlegungen zu entspannten, erholsamen Freizeitaktivitäten

für schwerbehinderte Menschen angestellt. Hinter diesen Überlegungen stand überwiegend die Frage, was man mit "Schwer- und Mehrfachbehinderten" tun kann. Somit verbanden sich mit dem Begriff "Snoezelen" bestimmte Formen der Freizeitgestaltung für schwerstbehinderte Menschen, die als vorübergehende Attraktionen, als Besonderheiten bei Sommerfesten, Tagen der offenen Tür und anderen Gelegenheiten neben vielen anderen Angeboten angeboten wurden. Mit diesen Angeboten wurden Vorstellungen von Erholung, Entspannung, Spaß haben, etwas tun, weil man es eben schön verbunden.

Als eine besondere Form des Snoezelens wurde dann in der niederländischen Einrichtung "De Hartenberg", in der Mitte der 70er ca. 400 Menschen mit geistiger Behinderung lebten, das Snoezelen in speziell dazu eingerichteten Räumen kreierte. Man hatte festgestellt, daß schwerbehinderte Bewohner hauptsächlich ihren Tag mit "Dösen" und "Schnüffeln" an Gegenständen verbringen und aus der Kombination dieser beiden Begriffen setzt sich dann auch der Begriff des "Snoezelen" zusammen. Als Hauptvertreter dieses Ansatzes, der dann nach und nach eine große Verbreitung gefunden hat (siehe Kauschus-Nazario 1989, S. 209), können Ad VER- HEUL und Jan HULSEGGE gelten.

An dieser Stelle will ich hauptsächlich auch auf diese Form des Soezelen eingehen, weil insbesondere diese Form bei der Adaptation und Vermarktung in der Bundesrepublik zu einer "Therapie für Schwerbehinderte" umgedeutet und ausgestaltet wurde. Diese Tendenz läßt sich gut an einer Reihe von verschiedenen Beiträgen verdeutlichen. So ist z. B. ein mir vorliegender Beitrag überschrieben mit dem Titel "Entstehung und Grundlagen der Snoezel-Therapie", in dem anknüpfend an den Erfahrungen in "De Hartenberg" die Einrichtung von Snoezelen-Räumen im Westfälischen Landeskrankenhaus Lengerich beschrieben wird. Auch bei RICK (1987) wird bereits in der Überschrift seiner auf den in "De Hartenberg" praktizierten Ansatz bezogenen Ausführungen auf "Therapie" ("Snoezelen - eine Idee die zur Therapie wurde") insistiert. Selbst die Firma BUSSE geht in ihrem Prospekt "Snoezelen" davon aus, daß "das "Snoezelen" zu einer anerkannten Therapieform für Behinderte geworden" (S. 2) ist.

Was das Snoezelen nun sein soll, Freizeitangebot, Förderung oder Therapie für Schwerbehinderte, ist anhand vorliegender Ausführungen zur Thematik nur schwer zu unterscheiden. Die Gewichte verschieben sich häufig in Diskussionen unter der Hand, wodurch ein Diskurs zu einer Springprozeption wird. Jeder versteht letztlich etwas anderes, jeder bezieht sich auf andere Teilaspekte, jeder nimmt andere Bewertungen vor. Diese Unbestimmtheit hat für die VertreterInnen des Snoezelen jedoch auch einen Vorteil, denn je nach Diskussionsschwerpunkt und -verlauf kann mal auf diesen Punkt, mal auf den anderen ausgewichen werden. - Eine Erfahrung, die ich in der Vergangenheit fast in jeder Diskussion über das Snoezelen so erleben konnte.

Doch zurück zu dem Aspekt der Förderung Schwerstbehinderter und den Ausführungen von KAUSCHUS-NAZARIO zum pädagogischen Hintergrund des Snoezelen. Sie führt aus: "Snoezelen steht mit seiner Zielsetzung und den verwendeten Elementen in Zusammenhang mit ähnlichen körper- und sinnesorientierten Ansätzen zur Förderung Schwerstbehinderter (Basale Stimulation nach FRÖHLICH, Pränatalraum (VOGEL), ..." (1989, S. 210). Damit dürfte der hintergründige Charakter des Snoezelen als Förderung unterstrichen sein. Doch in ihren weiteren Ausführungen macht KAUSCHUS- NAZARIO auch klar, warum immer ausgewichen wird und werden kann, wenn das Snoezelen mit Förderung bzw. Therapie in Zusammenhang gebracht wird. Denn sie verweist darauf, "daß trotz des betont offenen, erholsam-spielerischen Charakters dieses praxisorientierten Konzepts, solche wichtigen entwicklungs- und wahrnehmungs- psychologischen sowie lerntheoretischen Erkenntnisse intuitiv umgesetzt wurden und gute Voraussetzungen für basales Lernen boten" (S. 210).

Weiterhin ist auffallend, nachdem der Ansatz des Snoezelen sich zunächst einmal bezogen auf

"schwerbehinderte Menschen" verankern konnte, daß dieser Ansatz sehr schnell auch für andere Menschen, insbesondere für im psychiatrischen Bereich, als therapeutisch wichtig erachtet wurde. So geht KAUSCHUS-NAZARIO bereits davon aus, daß der "niederländische(n) Ansatz ... der Förderung Schwerstbehinderter" sich auch "in der Betreuung altersschwachsinniger und psychisch kranker Menschen" (1989, S. 209) mit guten Erfolgen zur Anwendung kommen kann. Zudem wird im Westfälischen Landeskrankenhaus Lengerich inzwischen das Snoezelen im Drogenentzug eingesetzt (siehe Snoezelenraum - Drogenentzug ... 1989). Gerade diese Beispiele unterlegen den Aspekt von "Therapie" noch einmal deutlich, wenn als Sinn und Zweck des Snoezelens angesehen wird, eine "positive Körpererfahrung ... vermitteln" zu wollen (dto. S. 16).

Doch auch ein weiterer Aspekt ist bei dem Snoezelen, insbesondere das in speziellen Snoezelen-Räumen, auffällig. Es hat sich vorrangig in sogenannten Großeinrichtungen (Landeskrankenhäusern, Anstalten für geistig Behinderte u. a.) herausgebildet und verankert hat. Hiermit verbunden ist hauptsächlich folgendes Problem.

"Gerade in Gruppen, in denen "Schwerbehinderte" wohnen, stellt sich auch heute noch immer die Frage, was kann man mit diesen machen, wie kann man sie den ganzen Tag beschäftigen. Die in Routinen erstarrten Abläufe der Versorgung ("Tagesablauf" der Mitarbeiter) werden in der Regel als Konstanten aufgefaßt, so daß sich eine Beschäftigung mit und für die Bewohner nur jenseits dieses "Tagesablaufes" ergeben kann. Überlegt man dann einmal genauer, was dies denn sein kann, dann sind es üblicherweise Dinge, die mit dem Terminus "Freizeitbeschäftigung" umschrieben werden können. Im Alltag der Gruppe ist es dann wiederum fraglich, welche Freizeitbeschäftigungen können denn mit den Bewohnern durchgeführt werden, wenn wir (die Mitarbeiter) "Zeit" haben. - Der Bewohner hat ja reichlich Zeit ("freie Zeit"), wenn die Mitarbeiter ihren Tagesablauf erledigen. Dieser Diskussion wird man dann enthoben, wenn im Haus oder in der Einrichtung ein "Snoezel-Raum" vorhanden ist, der von seiner Ausstattung her schon vorab als anregend (nicht nur für Schwerbehinderte) definiert wurde, der zudem einen fördernden bzw. therapeutischen Effekt ("Entfaltung der Sinne") liefert. Suche ich mit Bewohnern diesen Raum auf (wenn dies von der personellen Besetzung der Gruppe her möglich ist), dann habe ich etwas optimales für die Bewohner getan - und für mich war es auch entspannender als in der Gruppe.

Der fördernde bzw. therapeutische Effekt des Snoezelen wird bezogen auf diese Gruppe von Bewohnern wie folgt begründet. Sie seien zur Erfahrung ihrer Umwelt auf primäre Sinneserfahrungen und den damit verbundenen Gefühlen und Bewegungen angewiesen. Die Abläufe in einer Wohngruppe seien jedoch nicht geeignet, ihnen diese primären Sinneserfahrungen zu ermöglichen, da diese Abläufe zu kompliziert und nahezu undurchschaubar seien. Schwerbehinderte seien folglich nicht in der Lage, die von den Abläufen in den Wohngruppen ausgehenden Signale zu verstehen, zu ordnen und auf sie angemessen einzuwirken. Folglich müsse das Alltagsleben für sie beängstigend und bedrohlich wirken.

Aus dieser Einschätzung heraus wurden jedoch keine Änderungen der Abläufe in den Wohngruppen eingeleitet, sondern die Folgerung war die, ein Freizeitangebot schaffen zu müssen, bei dem "der Schwerbehinderte" ruhig werden und zu sich selbst finden kann. Aufgrund der skizzierten Einschätzung wurde eine Realisierung jedoch nur außerhalb der Wohngruppe als realistisch angesehen. Somit sollten in Abhebung vom Alltag nun Situationen geschaffen werden, in denen folgende Aspekte eine Rolle spielen können:

- Es sollen einzelne Sinneswahrnehmungen ermöglicht werden. Dabei sollen den Sinnen selektive Angebote gemacht und unnötig Reize gleichzeitig reduziert werden. Das Reizangebot soll dabei so angelegt sein, daß dem Behinderten angenehme, lustvolle Sinneswahrnehmungen ermöglicht werden, der Behinderte soll sich dabei wohl und sicher fühlen können.
- Dem Behinderten soll so weit wie möglich Raum und Zeit gegeben werden, um selber auswählen bzw. anzeigen zu können, welche Reize er als angenehm empfindet, worauf er sich länger

- Die Anregungen selbst sollen nicht von den Mitarbeitern ausgehen, sondern von den Dingen im Raum. Material und Umwelt sollen so einladend und anregend sein, daß die behinderten Menschen aktiviert werden. Gleichzeitig soll die Umgebung die nötige Ruhe ausstrahlen, um Entspannung zu ermöglichen.
- Das Snoezelen soll also an einem Ort stattfinden, wo man alles hinter sich lassen kann, zu wirklicher Entspannung kommen kann. Ruhige Musik und gedämpftes Licht sollen zur Schaffung einer derartigen Atmosphäre beitragen.
- Beim Snoezelen *muß* nichts gemacht werden, es ist jedoch alles erlaubt. Hier wird nichts vom Behinderten gefordert, hier kann er ganz er selbst sein, hier kann er machen, was er will. Die begleitenden Mitarbeiter sollen dabei deutlich zurücktreten.
- Diese Vorstellungen wiederum, die in einer großen Nähe zur "Basalen Stimulation" stehen, lassen zwar unterschwellig den Aspekt von Förderung durchscheinen, jedoch wird dieser Förderaspekt gerade als problematisch von den VertreterInnen zurückgewiesen. Dies hängt damit zusammen, daß dem SNOEZELEN eine grundlegende theoretische Fundierung fehlt, ganz besonders gilt dies für den Bereich der Wahrnehmung.

Der Ansatz fußt im wesentlichen auf allgemeinmenschlichen Annahmen und Erfahrungen, die jedoch nicht weiter hinterfragt und begründet werden. Was durch diesen Ansatz bewirkt werden soll und dann tatsächlich bewirkt wird, bleibt ähnlich vage und unbestimmt. Letztlich bleiben Aspekte, wie sich wohler fühlen, sich sicherer fühlen, sich entspannen, als oberste Leitlinien im Vordergrund.

Was der Schwerbehinderte mit den Sinneseindrücken macht, bleibt ihm überlassen. Ob er über entsprechende Abbildstrukturen zur Verarbeitung der Sinnesreize verfügt, tritt nicht als Frage auf. - Während die Verarbeitung der Reize im Wohnbereich als problematisch angesehen wurden, verflüchtigt sich dieses Problem urplötzlich im "Freizeitbereich".

Da diese Fragen nicht ernst genommen und auch nicht Gegenstand einer Betrachtung werden, wird letztlich nur noch danach gesehen, ob der Schwerbehinderte sich beim Snoezelen wohl fühlt, ob er sich entspannt. - Scheint dies nach der Einschätzung der Mitarbeiter nicht der Fall zu sein, wird der Behinderte nicht mehr in den Snoezelen-Bereich mitgenommen. In diesem Fall wird er wieder dem vorab kritisierten Wohnbereich mit seinen eingegrenzten Wahrnehmungsmöglichkeiten übereignet.

Diese Tendenz kommt in den Aussagen der Vertreter dieses Ansatzes zum Ausdruck:

- Der Förderaspekt wird abgelehnt, weil man befürchtet, die Möglichkeiten des Behinderten einzuschränken und seinen Bedürfnissen nicht wirklich gerecht zu werden.
- Aus diesem Grunde erübrigt sich auch eine Feststellung der Kompetenzen.
- Schließlich handele es sich ja um einen Freiraum für Entspannung und Erholung, in dem keine Leistungsanforderungen gestellt werden.
- Letztlich gehe es ja gerade beim Snoezelen darum, Situationen zu schaffen, die dem Behinderten angepaßt werden und nicht der Behinderte an die Situation angepaßt werden soll.

Die Verwirklichung dieser Vorstellungen sieht nun so aus, daß spezielle "Snoezelen- Räume" geschaffen werden. In der eingangs angesprochenen niederländischen Einrichtung sind dies vier Räume und ein langer Flur, der diese Räume miteinander verbindet. In den einzelnen Räumen herrscht jeweils eine ganz bestimmte Atmosphäre bzw. werden bestimmte Sinne mehr angesprochen

als andere. Die Räume kurz im einzelnen:

- Bällchenbad,
- 4 x 4 m großer Raum, 70 cm hoch mit Plastikbällchen ausgestattet, mit Spiegeln an den Wänden und an der Decke;
- Weißer Raum,
- 6 x 6 m groß, in diesem Raum werden hauptsächlich visuelle Reize angeboten, so werden z. B. Lichteffekte erzeugt durch Dia-, Film- und Flüssigkeitsprojektionen, durch das Anstrahlen von Spiegelkugeln und Bubble units, zudem werden Seifenblasen in den Raum geblasen, viele unterschiedliche Gegenstände hängen von der Decke herab;
- Babybox,
- von der Ausstattung und Atmosphäre her soll dieser Raum den Charakter einer kleinen kindlichen Welt haben, ausgestattet mit einem Wasserbett, von der Decke herab hängen verschiedene Gegenstände, verschiedenfarbige Deckenleuchten und Jalousien ermöglichen Lichtkontraste unterschiedlichster Art;
- Studio,
 - in diesem Raum ist ein Schwingboden eingebaut, im Raum selbst soll das bewußte Erleben von Musik und Geräuschen ermöglicht werden,
 - dazu können Geräusche auf eine Lichtorgel übertragen und auf eine Leinwand projiziert werden;
 - der Flur hat zum Teil einen Discoboden mit ständig wechselnden, farbigen Lichteffekten,
 - weiterhin sind Bodenplatten vorhanden, über die beim Betreten ein Glockenspiel und eine Lichterkette gesteuert werden. Diese können jedoch auch durch
 - Handdruck an der Wand ausgelöst werden, an den Wänden sind zum Tastbretter angebracht, zum anderen verschiedene "Schnüffelschlangen" von der Decke herab hängen dicke, verknotete Kordeln aus Wolle.

Das SNOEZELN, ursprünglich als Freizeitaktivität für Schwerbehinderte kreiert, wurde in dem Moment, wo es zu einer "Therapie" wurde, zu einem "Mittel" für die Arbeit mit Schwerbehinderten schlechthin. Dieser Schritt konnte nur deshalb vollzogen werden, weil bei der Begründung des Ansatzes von jeglicher Entwicklungstheorie abgesehen wurde, das Tätigkeits- und Abbildniveau der betreffenden Menschen mit Behinderungen keine Berücksichtigung findet.

Die theoretischen Begründungen sind trivial, - sie bestehen allein aus subjektiven Annahmen und isolierten subjektiven Erfahrungen. Diese wiederum werden in der Gestalt verallgemeinert, daß eine fiktive Gruppe von Behinderten, die Schwerbehinderten, scheinbar sehr viel gerade von diesem Ansatz haben.

Zudem erweist sich dieser Ansatz als statisch, da weder die "Zone der aktuellen Leistung" noch die "Zone der nächsten Entwicklung" von den Vertretern dieses Ansatzes in den Blick genommen werden, wird Entwicklung in Richtung einer erweiterten Realitätskontrolle verunmöglicht.

In den Snoezelen-Räumen soll nun der behinderte Mensch in einer Form aktiv werden bzw. werden können, wie er dies bisher im Wohnbereich, aufgrund der komplizierten und undurchschaubaren

Abläufe, so die Vertreter dieses Ansatzes, nicht konnte. Urplötzlich verfügt jedoch der schwerbehinderte Mensch über Kompetenzen dergestalt, daß er sich die unterschiedlichen Angebote im Snoezelen- Raum sinnhaft erschließen kann. Es ist jedoch eher davon auszugehen, daß von der Anlage der Snoezelen-Räume her, der Behinderte nur die Kompetenzen zeigen kann, die er bereits unter den "isolierenden Bedingungen" des Wohnbereiches entwickeln konnte. Da von den Bewohnern zudem in diesen Situationen nichts gefordert wird, die Mitarbeiter sich deutlich zurückhalten sollen, wird der Behinderte mehr oder weniger bewußt von der Aneignung von Welt isoliert.

Allgemein gesagt wird der Alltag eines Menschen nicht nur von Freizeit geprägt, sondern auch von anderen Elementen. Bezogen auf die in großen Institutionen lebenden schwer geistigbehinderter Menschen, die keiner geregelten Tätigkeit nachgehen, stellt sich natürlich die Frage, wie sie RICK (1987) gestellt hat: "Was können wir mit denen machen?" Naheliegender wäre, die gegebenen Alltagssituationen selbst zum Ausgang der Beantwortung dieser Frage zu nehmen, den Behinderten dort in die Arbeiten des Alltags mit einzubeziehen, wo sie real tagtäglich stattfinden. Doch gerade von diesem Aspekt setzt sich das Snoezelen in speziellen Snoezelen-Räumen gerade mit solchen wie den folgenden Aussagen ab.

KAUSCHUS-NAZARIO (1989) unterstreicht vorstehende Ausführungen noch einmal, wenn sie herausstellt, "daß Schwerstbehinderte zur Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt auf elementare körperlich-sinnliche Erfahrungen angewiesen (sind), dabei aber häufig sehr komplexen Alltagssituationen ausgesetzt sind, die sie kaum durchschauen oder direkt beeinflussen können" (1989, S. 209). Eine andere Ebene bringt RICK noch in die Diskussion. Er stellte fest, "gewöhnlich beschränkte sich der Umgang mit geistig Schwerbehinderten vor allem auf deren tägliche Versorgung: Wecken, Waschen, Windeln, Füttern usw. Die meisten anderen Angebote schienen für diese Gruppe Heimbewohner ungeeignet" (1987).

Mit diesen Einschätzungen wird für mich nur deutlich, daß wir einmal mehr nur "in die für behinderte Menschen seit Jahrhunderten greifende Sackgasse ihrer Aus- und Besonderung" (FEUSER 1989, S. 23) geraten sind. Nicht solche Ereignisse wie wecken, waschen, windeln, füttern usw. werden zum Ausgang von Dialogen, werden von uns im Sinne des Aufbaus elementarer Erfahrungen gestaltet, sondern schwerbehinderte Heimbewohner werden in diesen Situationen "ver-sorgt". Gleichfalls wird der Alltag für diese Menschen nicht so gestaltet, daß Sicherheit durch wiedererkennbare Elemente aufgebaut, Zugriffe auf diese wiedererkennbaren Elemente gesichert, unbekannte Elemente behutsam an die bekannten assoziiert vermittelt, beängstigende Situationen durch einen engen, emotional positiv wirkenden, Kontakt aufgefangen werden. - Dinge, die in der allgemeinen Kindererziehung selbstverständlich sind; denn auch ein 6 Monate altes Kind wird nicht alle vom Umfeld ausgehenden Signale verstehen, ordnen und auf sie angemessen einwirken können. Hier sind auf allen Persönlichkeitsebenen Vermittlungen erforderlich, die je nach bereits vorhandener Kompetenz des Kindes anders gelagert sein müssen.

Jedoch im Alltag von Schwerbehinderten organisieren wir als Mitarbeiter die Abläufe in unserem Sinne, so wie wir bestimmte Arbeiten gut bzw. schnell abwickeln können, oder aber die Institution macht im Sinne von zentraler Versorgung ganz bestimmte Vorgaben. D. h. nicht der behinderte Mensch setzt die Maßstäbe, sondern ich als Mitarbeiter setze sie. Was ich mit meinen Möglichkeiten durchschauen und abwickeln kann wird der schwerbehinderte Heimbewohner so lange nicht durchschauen lernen, solange ich diesen Kontext nicht ändere und auf das Anbieten von Vermittlungsschritten weiter verzichte, "da mögen Pädagogik und Therapie auch noch so aufwendig gestaltet sein und sich noch so eklektizistisch schlau ausnehmen" (Feuser 1989, S. 23).

Der Weg des Pädagogen und Therapeuten aus dem "mißlichen Alltag", der vielleicht wirklich mißlich ist und dringender Änderungen bedarf, heraus in den eine "konstante angenehme Atmosphäre" (Kauschus-Nazario 1989, S. 209) vermittelnden Snoezelen-Raum kann dann tatsächlich eine

Alternative sein. Dies aber auch nur deshalb, weil die Wohngruppe diese angenehme Atmosphäre nicht bietet, wie dies z. B. jedoch mit dem "Mini-Snoezelen" erreicht werden soll (ebenda, S. 211). KAUSCHUS-NAZARIO (1989) hält nun zwar "fließende Übergänge zwischen Snoezel- und Alltagssituation" (S. 210) für wünschenswert. Doch wo sie solche Übergänge sieht, führt sie nicht weiter aus. Aber gerade hier liegt doch das Problem. Letztendlich bauen wir selbst als Pädagogen und Therapeuten in unserem Denken und in unserer Praxis hier Sperren auf, so daß "der von uns als schwerstbehindert erkannte Mensch sich nicht über die ihm von uns zugewiesenen Grenzen hinaus entwickelt und nicht aus diesen ausbricht ..." (FEUSER 1989, S. 23).

Menschliches Lernen ist jedoch gerade der wechselseitige Austausch zwischen dem Menschen und der Umwelt. Dieser Austausch kann aber nur in dem Maße gelingen, wie es Menschen möglich ist, sich aufeinander einzulassen. "Lernen bedeutet, die jeweilige Entwicklungsstufe zu verlassen und einen Schritt über sie hinauszugehen" (Mann 1981, S. 91). Das größte Risiko für ein behindertes Kind ist jedoch, daß es am Lernen gehindert wird, weil man ihm nichts mehr zutraut und keine Anforderungen stellt (siehe ebenda S. 92).

Gerade in diesem Widerspruch bewegen sich die Vertreter des Snoezelen, indem sie einem Menschen, der vorrangig auf personale Vermittlung von Welt angewiesen ist, diese Welt fragmentieren und in dieser "eingegrenzten" Welt eine Selbsttätigkeit voraussetzen, die sie in anderen Bereichen, dem Wohnbereich, selbst als nicht gegeben erachten. Die isolierenden Bedingungen des schwer behinderten Menschen werden durch diesen Ansatz also reproduziert. Zum einen dadurch, daß der dieser im "Freizeitbereich" einer Selbsttätigkeit überantwortet wird, die maximal das bereits erreichte Tätigkeitsniveau widerspiegeln kann, jedoch kein Lernen in der Zone der nächsten Entwicklung ermöglicht. Zum anderen wird der Bereich der Wohngruppe, in dem sich der behinderte Mensch die meiste Zeit des Tages aufhält, als für diesen zu komplex und undurchschaubar interpretiert und ein Lernen "an den Dingen des täglichen Lebens" als unwahrscheinlich angesehen.

Damit sind wir bei einem zentralen Problem. Denn vom Standpunkt einer basalen Pädagogik aus wären in dem Moment, wo wir von Förderung bzw. Therapie sprechen, drei Aspekte zu berücksichtigen (siehe FEUSER 1984, S. 15):

- "die Grundlagen der menschlichen Entwicklung,
- "die "Zone der aktuellen Entwicklung" und damit das Niveau der aktuellen Handlungskompetenz des Betroffenen auf dem wir uns mit ihm handelnd in Beziehung setzen können,
- "die "Zone der nächsten Entwicklung", auf die wir uns hin orientieren müssen.

Alle drei Punkte bleiben jedoch beim Snoezelen als Förderung bzw. Therapie unscharf, da dem Snoezelen eine grundlegende theoretische Fundierung eben fehlt. Dies unterstreicht auch KAUSCHUS-NAZARIO (1989, S. 210), indem sie darauf verweist, daß entwicklungs-, wahrnehmungspsychologische und lernpsychologische Erkenntnisse *intuitiv* umgesetzt wurden. - Damit aber wären wir wieder bei der Lebensphilosophie DILTHEYscher Prägung (siehe Dilthey 1981) angelangt.

Zum Lernen in den Snoezelen-Räumen selbst wäre noch anzumerken, daß hier Lernen durch Habituation wahrscheinlich sein dürfte. - Nach einer gewissen Zeit ist der Reiz eben nicht mehr "reizvoll", da eine Gewöhnung eingetreten ist. - Eine Problematik, die vor Jahren schon bezogen auf die "Basale Stimulation diskutiert worden ist". Doch wer von den teilweise sich sehr euphorisch gebenden Vertretern dieses Ansatzes achtet schon auf solche "Feinheiten".

4. Der Pränatal-Therapieraum

Dieser Ansatz wurde im Rehabilitationszentrum für Schwerst- und Mehrfachbehinderte, Schwarzacher Hof der Johannes-Anstalten zu Mosbach, entwickelt. Er versteht sich als ein Teilbereich eines musiktherapeutischen Gesamtkonzeptes.

Die Ausgangshypothese dieses Ansatzes ist, daß die vorgeburtliche Zeit von einem Kind als angenehm empfunden wurde. Das Kind sei im Mutterleib vor Frustrationen geschützt, die Lebensbedingungen in der Gebärmutter würden es auch gar nicht zulassen, daß ein auftretendes Bedürfnis nicht befriedigt würde.

Mit dem "Pränatalraum" wird nun ein "sozialer Uterus" zur Verfügung gestellt. Der Pränatalraum biete eine angstfreie und Geborgenheit vermittelnde Atmosphäre an, die Kinder sollen sich in ihm wohl fühlen und "über das Lustempfinden zu Eigenaktivitäten motiviert werden" (Vogel 1988, S. 8). Neben diesen Aspekten spielen die pränatalen Wahrnehmungsleistungen eine Rolle in diesem Ansatz.

Den Pränatalraum selbst müssen wir uns so vorstellen, daß die gesamte Bodenfläche der "Höhle" von einem Wasserbett eingenommen wird. Über dieses Wasserbett wölbt sich eine Kuppel aus dünnem Stoff, der Eingang zur Höhle ist sehr eng gehalten. Geräusche außerhalb dieser "Höhle" werden stark gedämpft.

Die entscheidenden Impulse zieht dieser Ansatz aus der pränatalen Psychologie, hier hauptsächlich von SCHINDLER. Vor diesem Hintergrund wird es als hinreichend belegt angesehen, daß bereits der Fetus eine emotionale Erlebnisfähigkeit besitzt und Reize unterschiedlicher Art wahrnehmen und verarbeiten kann. Dafür würde zudem sprechen, daß ja das Hörorgan ab der 27. Schwangerschaftswoche funktionsfähig sei. Von daher gesehen sei der Fetus ab diesem Zeitpunkt in der Lage, die Herztöne und die Stimme der Mutter, Geräusche der Magen- und Darmregion, aber auch Geräusche der Blutzirkulation aufzunehmen (nach Clausser). Vor allem der Herzschlag der Mutter wird als "Urrhythmus" angesehen, welcher während der gesamten Fetalzeit bis zur Geburt als der kontinuierlichste Reiz bestehen bleibe.

VOGEL überträgt nun diese Erkenntnisse auf seine pädagogisch-therapeutische Praxis und kommt zu der Auffassung, daß behinderte Menschen während der gesamten Zeit der Darbietung von Herztönen und intrauterinen Geräuschen wesentlich ruhiger und ausgeglichener seien. Bei dem Einspielen derartiger Geräusche in der Therapiesitzung, aber auch als Hintergrundgeräusch in der Wohngruppe, würden sich Reaktionen wie Lauschen einstellen, sonst übliche Stereotypen würden sich verringern bzw. bleiben ganz aus, die behinderten Menschen schliefen zudem ein.

Der schon eingangs dargestellten Hypothese, daß die vorgeburtliche Lebensphase als besonders angenehme bezeichnet werden könne bzw. vorgeburtliche Prägungen im weiteren Leben einen wichtigen Stellenwert einnehmen, wird durch die Ausgestaltung des Pränatalraumes entsprochen.

Es herrscht eine Temperatur von 28 bis 30 Grad C im Raum, der durch ein rötlich gedämpftes Licht beleuchtet wird. Durch die durch das Wasserbett verursachten schaukelnden Bewegungen werde ein ähnliches Körpergefühl wie in der Gebärmutter vermittelt. Die Grundfläche von ca. 4 qm vermittele eine geborgene und überschaubare Atmosphäre. Durch die gleichmäßige Wärme, die den ganzen Körper durchdringe, beschleunige sich der entspannende Effekt und die Blutzirkulation würde sich erhöhen.

Über ein speziell für den Pränatalraum entwickeltes "Water-and-Sound- System" können nun Geräusche und Musik , sowohl akustisch als auch vibratorisch, vermittelt werden. Je nach Bedarf können bestimmte Frequenzen besonders betont, durch die Anordnung der Lautsprecher auch die Geräuschrichtungen variiert werden.

Das für den Pränatalraum entwickelte Behandlungskonzept teilt sich in drei Phasen auf, in denen nach VOGEL die verschiedenen "Krankheitsbilder" eine besondere Berücksichtigung finden sollen. Eine genauere Spezifizierung erfolgt jedoch nicht. Folglich müssen wir uns die einzelnen Phasen selbst etwas genauer ansehen.

1. Phase:

In dieser Phase steht der elementare Charakter des Pränatalraumes im Vordergrund. Auf der affektiven Ebene soll ein Gefühl von Wärme, Geborgenheit, aber auch von Sicherheit vermittelt werden. Die von VOGEL dazu gegebene Begründung ist recht unspezifisch. Er führt aus: "Durch das Einbeziehen regressiver Phasen wird die tiefenpsychologische Aufarbeitung frühkindlicher Defizite in den Bereichen der Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung ermöglicht. Erlebnis- und Handlungsfähigkeiten können korrigiert bzw. erweitert, die innere Motivation geweckt werden" (Vogel 1988, S. 9).

2. Phase:

Hier soll durch sanftes Wiegen bis hin zum Schaukeln ermöglicht werden, daß die Person ihren Körper intensiver wahrnimmt, dies als Basis für alle affektiven und kognitiven Prozesse. Die Bewegungen über die Wasserfläche vermitteln einen permanenten Hautreiz, geringe Eigenbewegungen übertragen sich auf die gesamte Wasserfläche und verstärken sich dadurch. Musik und Geräusche werden in dieser Phase ganzheitlich, d. h. akustisch, vibratorisch und taktil, vermittelt.

3. Phase:

Nun steht die zielgerichtete Förderung der Wahrnehmung im Mittelpunkt. Es werden dabei folgende Bereiche unterschieden:

- Hineinhören in die innere Welt des eigenen Körpers,
- Stimulation der Haut,
- Musikalisches Streicheln,
- Leboyer-Massage.

Im weiteren Verlauf der Therapie werden immer mehr Sinneseindrücke angeboten. Der Pränatalraum hat dabei hauptsächlich stimulierende Funktionen, jedoch treten jetzt Objektbeziehungen deutlich in den Vordergrund, wie der Umgang mit verschiedenen Musikinstrumenten, mit verschiedenen Kommunikations-, Improvisations- und Spielformen, bis hin zum Aufbau von Gruppenbeziehungen.

Aus der "besonderen Atmosphäre des Pränatalraumes ergeben sich positive Reaktionen und Veränderungen, belegt durch die über Jahre geführten Beobachtungsprotokolle und Videoaufnahmen", meint VOGEL (1988, S. 10). Immerhin gesteht er in diesem Zusammenhang ein, daß die Reaktionen und Erfolge individuell sehr verschieden sind, dies aufgrund der unterschiedlichen Ziele und Vorgehensweisen. Die positiven Veränderungen und Reaktionen werden in folgenden Bereichen gesehen:

- Aktivierung der gesamten Motorik und Förderung der Spontanität bei antriebschwachen Personen,
- bei körperlich schwer Behinderten bewirken die fließenden Bewegungen, daß Atmung und

Herzschlag regelmäßiger werden,

- auf der Wassermatratze lösen sich muskuläre und physische Verspannungen schneller,
- allgemeine Lockerung des Körpers,
- Stereotypien und selbstverletzende Verhaltensweisen verringern sich,
- der Speichelfluß vermindert sich,
- das Verhalten wird allgemein ausgeglichener,
- ein allgemeines Wohlbefinden bei schwer behinderten Personen ist schon nach kurzer Zeit feststellbar,
- eine über Jahre hinweg stagnierende Entwicklung wurde wieder in Gang gesetzt.

Es zeigt sich also, daß auch mit diesem Ansatz eine ganze Reihe recht unterschiedlicher Menschen gut angesprochen werden können, nämlich dann, wenn schwere körperliche und geistige Behinderungen, Stereotypien, selbstverletzende Verhaltensweisen, Autismus und starke Sinnesbeeinträchtigungen vorliegen. Wir finden also auch hier wieder eine nicht genauer reflektierte Anwendung eines Ansatzes auf sehr unterschiedliche Personengruppen. Dabei bleibt auch hier unklar, was nun eigentlich mit diesem "Mittel" bewirkt wird. Und es bleibt ebenfalls unklar, warum sich diese Mittel gerade bei Autisten bzw. bei sich selbstverletzenden Menschen empfiehlt.

Ganz sicher sind auch in diesem Ansatz wieder Elemente eingeschlossen, die seit Jahren in der pädagogisch-therapeutischen Praxis, wenn auch unter anderen Vorzeichen, zur Anwendung kommen. Neu ist jedoch die Ausgestaltung dieser Elemente zu einem "therapeutischen" Ansatz im Sinne musiktherapeutischer Vorstellungen.

Zur Absicherung dieses Ansatzes werden bei der Begründung nur die Aspekte der menschlichen Entwicklung aufgegriffen, die sich zur Absicherung dieser Vorstellung einbinden lassen. So bleiben bei der skizzierten pränatalen Entwicklung viele Aspekte unklar, wodurch teilweise Tatsachen und spekulative Annahmen miteinander verschwimmen. Gar nicht eingegangen wird auf die Eigenaktivität des Kindes vor der Geburt, sondern der Status des Kindes wird nur als ein passiv aufnehmender beschrieben. Vor diesem Hintergrund gelingt es dann, den gesamten Aspekt "Bewegung" aus den Darstellungen über die vorgeburtliche Entwicklung hinauszudrängen.

Auf dieser Grundlage ist es dann auch nicht möglich zu erfassen, daß sich nach der Geburt ganz andere Bedeutungsstrukturen für das Kind ergeben, mit denen es sich nun auseinandersetzen muß, um unter den "neuen" Bedingungen Sinnstrukturen aufbauen zu können. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn die bereits vorhandenen Tätigkeitsstrukturen eine Entsprechung in der Realität finden. Es handelt sich hierbei um einen aktiven Prozeß, der eingebunden in eine gegebene Realität ist. Gerade dieser Prozeß muß genauer entschlüsselt werden, um zu angemessenen pädagogisch-therapeutischen Annahmen zwecks Erweiterung der individuellen Realitätskontrolle zu kommen. Dieser Prozeß kann jedoch nie durch *ein* pädagogisch-therapeutisches "Mittel" definiert werden.

Die Entschlüsselung des Tätigkeitsniveaus eines Menschen scheint auch bei diesem Ansatz für die Einleitung des Verfahrens nicht wichtig zu sein, obwohl einmal angemerkt wurde, daß verschiedene Krankheitsbilder berücksichtigt werden.

Der Lebensalltag der Bewohner liegt auch hier wieder "neben" der Therapie. Angaben zu möglichen Auswirkungen der Therapie auf den Alltag und für den Alltag bleiben nur vage und allgemein, wenn es derartige Angaben überhaupt gibt. Dadurch relativieren sich die dargestellten Ergebnisse der Therapie weitgehend.

5. Zusammenfassende Bemerkungen

Die vier vorgestellten pädagogisch-therapeutischen Ansätze haben in den letzten Jahren eine große Ausbreitung in den Bereichen der traditionellen Behindertenbetreuung erfahren. Bei Eltern dagegen war die Resonanz eher gering, wenn man einmal von der "Festhaltetherapie" absieht. Dies verdanken diese Ansätze vor allem der Tatsache, daß sie einfache Lösungen für komplexe Phänomene anzubieten scheinen, was dazu führt, daß sie auf viele offene Ohren treffen.

Diese Akzeptanz sollte jedoch nicht den Blick dafür verstellen, daß die Einfachheit dieser Lösungen lediglich in einer Trivialisierung der Vorstellungen über menschliche Persönlichkeitsentwicklung besteht, indem einzelne Aspekte isoliert herausgegriffen und zum Wesen menschlicher Entwicklung schlechthin hochstilisiert werden.

Es ist unbedingt erforderlich, in unseren eigenen Arbeitsbereichen anderen Kolleginnen und Kollegen solidarisch zu verdeutlichen, daß diese Ansätze der Komplexität menschlicher Entwicklung nicht gerecht werden. Wir müssen verdeutlichen, daß die uns anvertrauten Menschen in diesen Ansätzen zu Objekten pädagogisch-therapeutischer Aktivität verdinglicht werden, daß ihre Biographie, ihre Identität, ihre Motive nicht ernst genommen werden und - weit schlimmer noch - neue isolierende Bedingungen geschaffen werden.

Die Auseinandersetzungen mit den Vertretern dieser Ansätze sind jedoch nicht einfach zu führen. Denn die Begründungen fußen überwiegend auf subjektiv gewonnenen Erfahrungen, die sich durch die Einbettung in irrationale philosophische Systeme jeglicher Diskussion entziehen und alle anderen Erfahrungen abwehren.

Will man die Komplexität der menschlichen Entwicklung wirklich erfassen, gerade auch bei schwierigen Entwicklungsverläufen, dann muß man über die Annahmen und Beschreibungen der skizzierten vier Ansätze hinausgehen.

Es gilt die Zone der aktuellen Leistung zu bestimmen, die Zone der nächsten Entwicklung in den Blick zu nehmen, Bedürfnisse, Motive und Tätigkeiten nicht aus dem Auge zu verlieren, die Frage nach den Emotionen muß beantwortet werden, und auch, welche Gegenstände wähle ich aus und welche Mittel setze ich ein - und all dies unter Berücksichtigung der Lebensrealität. Nur wenn man diese Herausforderung aufgreift, wird man der Verantwortung für die uns anvertrauten Menschen gerecht. Das zu verdeutlichen ist dringend notwendig, denn sonst haben sich diejenigen, denen das alles als zu kompliziert und mühsam erscheint, abgewendet und halten sich gegenseitig fest, bewegen sich integrativ und lassen sich im Snoezelen- und im Pränatalraum berieseln.

6. Literatur

Allgemein:

Adorno, Th. W.: Jargon der Eigentlichkeit. Zur deutschen Ideologie. Frankfurt/Main 1964

Buber, M.: Das dialogische Prinzip. Heidelberg 1965.

Charlier, M.: Was kommt nach der Postmoderne? In: Blätter für deutsche und internationale Politik; 33. Jahrgang, Heft 11 /1988, S. 1299 - 1303

Dilthey, W.: Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften. Frankfurt/Main 1981.

Feuser, G.: Gemeinsame Erziehung behinderter und nichtbehinderter Kinder im Kindertagesheim. Ein Zwischenbericht. Bremen 1984.

- Feuser, G.: Unverzichtbare Grundlagen und Formen der gemeinsamen Erziehung und Bildung behinderter und nichtbehinderter Kinder in Kindergarten und Schule. In: Behindertenpädagogik, 25. Jg., Heft 2/1986, S. 122 - 139)
- Feuser, G.: Allgemeine integrative Pädagogik und entwicklungslogische Didaktik. In: Behindertenpädagogik, 28. Jg., Heft 1/1989, S. 4 - 48.
- Jantzen, W.: Allgemeine Behindertenpädagogik. Band 1 - Sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlagen. Weinheim und Basel 1987
- Lukacs, G.: Die Zerstörung der Vernunft.
 - Band I: Irrationalismus zwischen den Revolutionen. Darmstadt und Neuwied 1983, 4. Auflage
 - Band II: Irrationalismus und Imperialismus. Darmstadt und Neuwied 1983, 3. Auflage
 - Band III: Irrationalismus und Soziologie. Darmstadt und Neuwied 1981, 2. Auflage
- Holzkamp-Osterkamp, Ute: Grundlagen der psychologischen Motivationsforschung. Band 2: Die Besonderheit menschlicher Bedürfnisse - Problematik und Erkenntnisgehalt der Psychoanalyse. Frankfurt/Main 1976.
- Mann, Iris: Aus der Behinderung ins Leben. Sorgenkinder entfalten ihre Fähigkeiten. Reinbek 1981
- Schnädelbach, H.: Über Irrationalität und Irrationalismus. In: Duerr, H. P. (Hrsg.): Der Wissenschaftler und das Irrationale. Dritter Band - Beiträge aus der Philosophie. Frankfurt/Main 1985, S. 104 - 113

Zum Erzwungenen Halten:

- "Behindertenpädagogik", Heft 2 / 1988, Verschiedene Artikel zur Kritik der Festhaltetherapie
- Burchard, F.: Praktische Anwendung und theoretische Überlegungen zur Festhaltetherapie bei Kindern mit frühkindlichem autistischen Syndrom; In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 33, 1984, S. 282 - 290
- Burchard, F.: Die Kontroverse zur Haltetherapie (HT): Versuch einer Darstellung der Problematik und Hinweis auf mittelfristigen Verläufen; In: Autismus, Nr. 24, 1987, S. 11 - 16
- Burchard, F.: Verlaufsstudie zur Festhaltetherapie - Erste Ergebnisse bei 85 Kindern; In: Praxis der Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie, 37, 1988, S. 89 - 98
- Mall, W.: Festhalte-Therapie bei Personen mit autistischem Verhalten im Heim für geistig Behinderte; In: Zur Orientierung 1/1983, S. 38 - 46
- Prekop, J.: Anleitung der Therapie durch das Festhalten nach Welch / Tinbergen; In: Autismus, Nr. 15, 1983, S. 2 - 8
- Prekop, J.: Festhalten, In: Behinderte, 3/1984, S. 6 - 22
- Prekop, J.: "Festhalten" - eine neue Therapie und Lebensform; In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 6/1985, S. 398 - 404
- Prekop, J.: Das Festhalten bei Menschen mit autistischen Verhaltensweisen; In: Geistige Behinderung, 2/1986, S. 1 - 24 (Beilage)
- Rohmann, U. / Hartmann, H. / Kehrer, H. E.: Erste Ergebnisse einer modifizierten Form der Festhaltetherapie; In: Autismus, Nr. 17, 1984, S. 10 - 13

Zur Integrativen Körpertherapie:

- Besems, Th.: Bewegungstherapie mit autoaggressiven, psychomotorisch gestörten Kindern - eine gestalttherapeutische Methode; In: Berufsverband Deutscher Psychologen (Hrsg.): Psychologische Hilfen für Behinderte; Beiträge vom 11. BDP-Kongreß für angewandte Psychologie Heidelberg 81; Band 4; Weinsberg 1981, S. 33 - 48
- Besems, Th. & v. Vugt, G.: Integrative Körpertherapie bei behinderten Kindern und Jugendlichen; In: Färber, H. (Hrsg.): Integrative Therapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen; Dortmund 1983, S. 23 - 47
- Besems, Th. & v. Vugt, G.: Gestaltherapie mit geistig Behinderten; In: Rothaus, W. (Hrsg.): Psychotherapie mit Jugendlichen; Dortmund 1985, S. 251 - 275
- Kissgen, R. / Jacobi-Heinemann, A. / Juhl-Olbrich, B.: Integrative Körpertherapie als Ergänzung zur krankengymnastischen Behandlung körperbehinderter Kinder; In: Frühförderung interdisziplinär; 7. Jahrg., 1988, S. 12 - 19

Zum Snoezelen:

- Firma Busse, Therapeutische Hilfsmittel, Snoezelenartikel, - Snoezelen -, Ausgabe 90/91.
- Kauschus-Nazario, Christine: Snoezelen - mit allen Sinnen leben lernen. Ein niederländischer Ansatz im Rahmen der Förderung Schwerstbehinderter. In: Geistige Behinderung 3/1989, S. 209 - 213.
- Rick, Otto: Aus der Arbeit mit geistig Schwerbehinderten: Snoezelen - eine Idee die zur Therapie wurde. In: Braunschweiger Zeitung vom 13. 6. 1987.
- Snoezelraum - Drogenentzug in Lengerich. In: Demokratisches Gesundheitswesen Nr. 10, Oktober 1989, S. 16 - 18.
- Verschiedene Materialien zum Thema, zu beziehen über: Westfälisches Landeskrankhaus Lengerich, Parkallee 10, Postfach 1620 / 1640, 49525 Lengerich

Zum Pränatal-Therapieraum:

- Vogel, B.: Musiktherapie bei Schwerbehinderten; In: Zur Orientierung, Heft 4/1979, S. 438 - 448
- Vogel, B.: Der Pränatalraum - eine Höhle der Geborgenheit; In: Zur Orientierung, Heft 1/1988, S. 8 - 10

Vogel, B.: Musiktherapie - ein Schlüssel zur Seele: In: Geistige Behinderung, Heft 2/1988 b, S. 1 - 27 (Beiheft)

**Leicht überarbeitete Fassung des gleichnamigen Artikels in der Zeitschrift
"Behinderten-pädagogik", 28. Jg., Heft 2/1989, S. 157 - 176**

E-Mail: Prof. Dr. Norbert Störmer