

## Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 2023

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

In diesem Internet-Archiv der FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform “Polyloge“ werden Texte von Hilarion G. Petzold und MitautorInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

Textarchiv H. G. Petzold et al.

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

### *Hilarion G. Petzold (1993i/2023):* **Zur Integration motopädagogischer, psychotherapeutischer und familientherapeutischer Interventionen in der Arbeit mit geistig Behinderten [„mit Menschen mit geistigen Behinderungen“] \***

Erschienen als: *Petzold, H.G. (1993i):* Zur Integration motopädagogischer, psychotherapeutischer und familientherapeutischer Interventionen in der Arbeit mit geistig Behinderten.

In: *Koch, U., Lotz, W., Stahl, B. (Hrsg.),* Die psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen, Bern: Huber 1994, 226-240.

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: *Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dipl.-Sup. Ilse Orth, MSc*). Mail: [forschung@integrativ.eag-fpi.de](mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de), oder: [info@eag-fpi.de](mailto:info@eag-fpi.de), Information: <http://www.eag-fpi.com> ). Diese Arbeit hat die Sigle 1993i/2023.

**Zusammenfassung: Zur Integration motopädagogischer, psychotherapeutischer und familientherapeutischer Interventionen in der Arbeit mit geistig Behinderten [„mit Menschen mit geistigen Behinderungen“] (1993i/2023)\***

Die Arbeit, geschrieben Anfang der 1990er Jahre, ist ein Beitrag zu den Anfängen von Versuchen, im psychotherapeutischen Feld sich für die Arbeit mit „geistig Behinderten“ einzusetzen. Es wurde der Titel aktualisiert: „Menschen mit geistigen Behinderungen“. Bei entsprechender methodischer Zupassung kann man durch Psychotherapie als *Integrative Therapie*, die methodenplural Arbeitsformen wie Bewegungsarbeit/Motopädagogik, Familienhilfe einbezieht, wichtige, hilfreiche und weiterführende Unterstützungen für diese zum Teil sehr heterogene Zielgruppe geben und für ihre vielfältigen Hilfe- und Förderbedarfe und auch Leidenzustände. Die Heterogenität der Zielgruppe hat dann zu vielfältigen Versuchen geführt, durch terminologisch neue Bezeichnungen (praktisch Bildbare, Menschen mit Lernschwierigkeiten bzw. mit einer intellektuellen Entwicklungsstörung) Stigmatisierungen zu verhindern, Inklusion zu fördern usw. Eine allgemein akzeptierte Lösung wurde bislang nicht gefunden. Dennoch haben die Diskussionen für die Problematiken sensibilisiert und das ist schon viel. Der hier neu eingestellte Text zeigt, man muss *differentiell* schauen, um welche Behinderungen oder Einschränkungen es geht, damit man differentielle „**Bündel von Maßnahmen**“ und „multiple Interventionen“ zusammenstellen kann, die Hilfen, Unterstützungs-, Kompensations- oder Entwicklungsmöglichkeiten für die Menschen und ihre Angehörigen/Familien bieten. Leibliche Ansätze wie Bewegungsmethoden (Psycho- und Neuromotorik), multiple Stimulierung, ökologische Faktoren, kreative Medien, Familienarbeit und eine intensiv zugewandte *therapeutische* und *agogische* Beziehung sind hier integrative Wege, zu denen dieser Text vielfältige Anregungen zu bieten vermag.

**Schlüsselwörter:** Psychotherapie mit Menschen mit geistigen Behinderungen, multiple Interventionen und Bündel von Maßnahmen, Bewegungstherapie / Motopädagogik, Familienhilfe, *Integrative Therapie*

\*Erschienen als: *Petzold, H.G.*(1993i): Zur Integration motopädagogischer, psychotherapeutischer und familientherapeutischer Interventionen in der Arbeit mit geistig Behinderten. In: *Koch, U., Lotz, W., Stahl, B.* (Hrsg.), *Die psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen*, Bern: Huber 1994, 226-240.

**Summary: On the integration of motopedagogical, psychotherapeutic and family therapeutic interventions in work with the mentally handicapped ["with people with intellectual disabilities"] (1993i/2023)\***

This paper, written in the early 1990s, is a contribution in the beginnings of attempts to engage in the psychotherapeutic field for work with "mentally handicapped". The title was updated: "People with mental disabilities". With appropriate methodological adaptations, psychotherapy as integrative therapy, which incorporates methodologically plural forms of work such as movement work/motopedagogy, family support, can provide important, helpful and continuing support for this in part very heterogeneous target group and for their diverse needs for help and support and also for states of suffering. The heterogeneity of the target group has then led to various attempts to prevent stigmatization, promote inclusion, etc. by using terminologically

new designations (practically educable, people with learning difficulties or with an intellectual development disorder). A generally accepted solution for the terminology has not yet been found. Nevertheless, the discussions have raised awareness of the issues and that is already a lot. The text posted here anew shows, one has to look differentially at what disabilities or limitations are at stake, so that one can put together differential "bundles of measures" and "multiple interventions" that provide help, support, compensation or development opportunities for people and their relatives/families. Physical approaches such as movement methods (psycho- and neuromotorics), multiple stimulation, ecological factors, creative media, family work, and an intensely devoted therapeutic and agogic relationship are integrative ways here, for which this text is able to offer multiple inspirations.

**Keywords:** Psychotherapy with people with intellectual disabilities, multiple interventions and bundles of measures, movement therapy / motopedagogy, family support, *integrative therapy*.

Published as: *Petzold, H.G.*(1993i): Zur Integration motopädagogischer, psychotherapeutischer und familientherapeutischer Interventionen in der Arbeit mit geistig Behinderten. In: *Koch, U., Lotz, W., Stahl, B.* (Hrsg.), *Die psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen*, Bern: Huber 1994, 226-240.

# Zur Integration motopädagogischer, psychotherapeutischer und familientherapeutischer Interventionen in der Arbeit mit geistig Behinderten

Hilarion G. Petzold

Das von mir gewählte Thema beabsichtigt, Arbeitskonzepte im motopädagogischen und bewegungstherapeutischen Kontext darzustellen, die ich in den vergangenen zwanzig Jahren mit verschiedenen Klienten- und Patientenpopulationen und mit geistig, seelisch und körperlich Behinderten bzw. Mehrfachbehinderten entwickelt habe. Dabei haben die «Erfordernisse der Praxis», die Aufgaben, die mir durch die Situation der Betroffenen im konkreten Arbeitsfeld gestellt wurden, zu einer «mehrperspektivischen Sichtweise», zu disziplinübergreifenden Konzepten geführt und zur theoretischen und methodischen *Integration* unterschiedlicher Interventionsformen (Petzold 1991, vgl. Herzka & Reukauf 1988 für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie): Bewegungstherapie/Motopädagogik, Psychotherapie/Beratung, Familientherapie/Netzwerkarbeit, die sich für die Arbeit mit geistig Behinderten (und natürlich auch mit anderen Problemgruppen) als äußerst nützlich erwiesen hat. Deshalb sollen in dem begrenzten Rahmen dieses Beitrags einige Perspektiven dieser Kombination aufgezeigt werden. Sie macht entweder interdisziplinäre Teamarbeit oder eine entsprechend breite Aus- und Weiterbildung von Motopäden und Bewegungstherapeutinnen erforderlich (Petzold 1988, 583 ff.).

## Geistige Behinderung

Der Begriff der «geistigen Behinderung» ist relativ unscharf. Er vermeidet die der medizinischen Nosologie entstammenden älteren Labels «Imbezilität, Idiotie, Oligophrenie, Schwachsinn» usw. und hat eine geringere Stigmatisierungstendenz als diese Begriffe. Er bietet also einerseits für

die spezifische Charakterisierung von Zielgruppen und damit für die Planung von Interventionen Schwierigkeiten, andererseits eröffnet die Breite und Unbestimmtheit des Begriffes einen Raum zu übergreifenden pädagogischen, sozialpädagogischen und therapeutischen Überlegungen, die die Fixierung auf eine bestimmte Symptomatik und spezifische Ätiologien überschreiten können. Das Spannungsfeld zwischen *Spezifität* einerseits, die eine genaue Kenntnis etwa des frühkindlichen Autismus, des endogenen Schwachsinn, der Trisomal-Retardierungen (letztere machen etwa 1 % der Lebendgeborenen aus) erfordert, und *Generalität* andererseits, die eine weitgreifende Betrachtung der Lebenszusammenhänge von Menschen mit geistigen Behinderungen notwendig macht – dieses Spannungsfeld also muß alle Überlegungen zu interventiven Maßnahmen bestimmen.

Ich selbst bin Psychotherapeut, klinischer Bewegungstherapeut und Motopädagoge auf dem Hintergrund des Studiums der Philosophie, Psychologie und Heilpädagogik. Ich stehe aufgrund meiner praktischen Ausrichtung und der Forschungsorientierung meiner Abteilung an der Freien Universität Amsterdam in der psychotherapeutischen, bewegungstherapeutischen und motopädischen Arbeit mit geistig, psychisch und körperlich behinderten Menschen verschiedenen Alters: Säuglingen, Kleinkindern, Erwachsenen und Alterspatienten, denn wir arbeiten auf der Grundlage eines «life span developmental approach» (Baltes et al. 1980). Psychomotorik, klinische Bewegungstherapie, Motopädagogik werden in der Perspektive einer Entwicklungspsychologie der Lebensspanne gesehen. Die Situation der Betroffenen, mit denen ich zu tun habe – ganz gleich, welcher Altersgruppe sie angehören – und ihrer Angehörigen macht es erforderlich, auf der motorischen Ebene Maßnahmen zu ergreifen, die psychologische Situation durch beratende oder psychotherapeutische Interventionen zu berücksichtigen und für die familiäre Situation durch Familientherapie oder -beratung Hilfen zu bieten. Wird einer dieser Interventionsbereiche vernachlässigt, werden wichtige Dimensionen der Problemlage ausgeblendet und in der Regel ein unzureichendes Hilfsangebot gemacht. Diese praktische Orientierung auf verschiedene Klienten- und Patientenpopulationen und ihre Problemsituationen, ja oftmals Notlagen, fordert dazu heraus, im Hinblick auf Theorienbildung, Forschung und Interventionsplanung eine breite Sicht zu entwickeln. So sehe ich in der *Begegnung* mit einem geistig Behinderten nicht nur einen Menschen, der am «Leitsymptom des ausgeprägten Intelligenzmangels», etwa eines IQ von 60, noch die verschiedensten «sensorischen, motorischen, verbalen, psychischen und sozio-emotionalen Beeinträchtigungen hat», sondern ich sehe einen Menschen in seinem familiären Rahmen, in seinem mikro-, meso- und makrosozialen Kontext und Kontinuum (Petzold 1991).

Dieser Lebenszusammenhang ist für das Verständnis geistiger Behinderung und für die Planung von Interventionen von größter Bedeutung. Eine solche, auf dem Boden von praktischen Erfahrungen in der Arbeit mit geistig Behinderten und ihren Familien gemachte Aussage, wird durch eine am Sozialisationsmodell orientierte, entwicklungspsychologische Betrachtungsweise fundiert: Das soziale Feld und seine Einflüsse bestimmen geistige Behinderung und die Karrieren geistig Behinderter nachhaltig. Bei einer longitudinalen Betrachtung und Forschung (Rutter 1988; Robins & Rutter 1990) kommt den Karrieren, den «chains of adverse and protective events» (Petzold & Schuch 1991), den Ereignisketten, eine besondere Bedeutung zu. Die kontextbezogene, *lebensweltliche* Betrachtung von Zielgruppen, Krankheitsbildern, Symptomen (Petzold & Petzold 1991), so auch der «mental retardation», entspricht meinen anthropologischen Positionen: «Mensch wird man nur durch den Mitmenschen in leiblicher Begegnung auf dem Boden eines grundlegenden Respekts vor der Würde des anderen», wie es mein Lehrer in der Philosophie, *Gabriel Marcel*, formulierte. Diese Aussage gilt uneingeschränkt für den geistig Behinderten und bestimmt die ethischen Leitlinien für jedwede Intervention (Petzold 1991) – und Motopädagogik, Psychomotorik und klinische Bewegungstherapie als Formen der Beeinflussung von Bewegungsverhalten und von Personen sind interventiv bestimmt.

Klassische Definitionen von geistiger Behinderung, wie die der «American Association of Mental Deficiency», der Bildungskommission des «Deutschen Bildungsrates» (1973) u. a. müssen über die individualisierende Perspektive hinaus um die soziale und gesellschaftliche Dimension ergänzt werden. Für interventive Maßnahmen wird dies ohnehin unverzichtbar. Als Hintergrund für meine Ausführungen sei unter Rückgriff auf vorhandene definitorische Bemühungen eine «synthetisierende» Definition geistiger Behinderung gegeben. Sie wird gesehen als «eine komplexe Beeinträchtigung der Persönlichkeit eines Menschen in seinem Umfeld mit variierenden Einschränkungen auf der motorischen, sensorischen, emotionalen, sozialen und kognitiven Ebene. Diese Einschränkungen können genetisch-organische, traumatische und psycho-soziale Ursachen haben. Sie werden durch die Sozialisations- und Lebensbedingungen nachhaltig mitbestimmt» (ohne Quelle).

Pädagogische, heilpädagogische Maßnahmen, bewegungstherapeutische, sozial- und psychotherapeutische Hilfen für geistig Behinderte müssen deshalb die aufgezeigten Dimensionen berücksichtigen und auf dem Hintergrund medizinischen, psychologischen, pädagogischen und soziologischen Wissens zu «integrativen Interventionen» (Petzold 1979, 296 ff.) finden. Nur so können sie für den Betroffenen und seine Familie

bzw. sein soziales Netzwerk angemessene Hilfen und Fördermöglichkeiten bereitstellen. Eine interdisziplinäre Kooperation, ein koordiniertes Zusammenspiel der verschiedenen Hilfsagenturen und eine breite Sicht der Probleme geistiger Behinderung durch die verschiedenen helfenden Berufe ist hier unabdingbare Voraussetzung.

## Motopädagogische bzw. bewegungstherapeutische Interventionen

Da geistig Behinderte in ihrer überwiegenden Mehrheit – nämlich etwa 90 % – von gestörten und irregulären Entwicklungen in der Grob- oder Feinmotorik betroffen sind, also als mehrfachbehindert gelten können, findet sich für die Motopädagogik, psychomotorische Behandlung und klinische Bewegungstherapie als Schwerpunktbildungen mit unterschiedlichem Traditionshintergrund zur methodischen Beeinflussung von motorischem Verhalten in der Arbeit mit geistig Behinderten ein besonderes Aufgabenfeld. Dies ist nicht nur im Sinne einer praxeologischen Pragmatik auszusagen, sondern besonders auch mit Blick auf neuromotorische und neuropsychologische Konzepte. Sie zeigen die unlösbare Verbindung von Bewegungsperformanz und Perzeption. Mit *Gibsons* «ökologischer Theorie der Perzeption» müssen wir von der Organismus-Umfeldbeziehung ausgehen, die die Wahrnehmung und damit auch die Motorik bestimmt; aber auch aus interdisziplinären Überlegungen, die philosophische, neurowissenschaftliche und psychologische Perspektiven einbeziehen (Petzold 1991; Tiemersma 1989), wird die Bedeutung perzeptiver Vorgänge für die emotionale, soziale und kognitive, d. h. *leibliche* Entwicklung, in einer Weise herausgearbeitet, daß die Förderung der sensumotorischen Fertigkeiten (Ayres 1979, 1984; Zinke-Walter 1991), der «perceptual-motor-performance», gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. Dies gilt keineswegs nur für den Bereich der Frühförderung in der «senumotorischen Entwicklungsphase», sondern auch für die Arbeit mit Erwachsenen, die, etwa aufgrund cerebraler Läsionen, geistig behindert sind, oder für Alterspatienten mit hirnganisch bedingter Demenz.

Die Entwicklung von heuristischen Praxeologien sensumotorischer Beeinflussung (z. B. Wais 1987; Hügel 1986) und ihrer durch Effizienzforschung mehr oder minder belegte Wirksamkeit steht als bestätigende Parallelentwicklung neben den Ergebnissen neuromotorischer Theoriebildung und Forschung. Die Fortschritte in der theoretischen Konzeptualisierung wird künftig Methoden wie die von Bobath, Petö, Affolter u. a. auf theoretisch sichereren Grund stellen. Der *ökologische Bezugsrahmen*

in der Konzeptbildung, der auch von den Bemühungen ökologischer Entwicklungspsychologie abgestützt wird, macht klar: Motopädagogische und bewegungstherapeutische Interventionen sind nicht als Reparaturmaßnahmen an einer defizienten Körpermaschine zu konzipieren – die Krankengymnastin oder der Motopädagoge «macht» etwas mit dem Körper des Kindes –, sondern es werden das Bereitstellen von mikroökologischen Erfahrungsfeldern, das «environmental modelling», wichtig und in erster Linie das zwischenmenschliche Erfahrungsfeld in der sozialen Interaktion. Derartige «interaktionale» motopädagogische und bewegungstherapeutische Interventionskonzepte sind bislang nur vereinzelt konsistent ausgearbeitet worden. Das Erbe eines medizinischen Interventionsverständnisses wiegt hier schwer.

Die kognitive, emotionale und soziale Entwicklung ist mit der sensumotorischen so unlösbar verbunden, daß motopädagogische und psychomotorische Arbeit immer auf die Gesamtheit dieser Bereiche gerichtet sein muß, also auf die *ganze* Person, den geistig Behinderten als Subjekt, auf sein affektives Leben, seine Vorstellungswelt, wie rudimentär oder sonderbar sie uns auch erscheinen mag, auf seine Interaktionsstile und Kommunikationsformen. Kommunikation und Interaktion sind immer auch sensumotorische Vorgänge. Diese unter anthropologischer Perspektive selbstverständlichen Überlegungen bedürfen der praxeologischen Konkretisierung, die über eine Pragmatik hinausgeht, eine theoretische Orientierung verlangt und durch Forschung abgesichert werden muß. Die Arbeiten von *Hanus Papousek* (Papousek et al. 1987) und *Brian Hopkins* (Hopkins et al. 1989) aus meiner Abteilung an der Freien Universität Amsterdam und die anderer Forscher (Petzold 1992) haben gezeigt, wie die Interaktion – etwa im «gazing dialogue» oder der «prosodischen Kommunikation» – in Mustern des «intuitive parenting» oder «sensitive caregiving» zwischen Babies und ihren Eltern bzw. Pflegepersonen in kommunikativen Zirkeln organisiert ist, die offenbar genetisch bestimmt sind. *Ajuriaguerra* hat schon in den sechziger Jahren vom «dialogue tonique», vom Tonusdialog zwischen Mutter und Baby gesprochen. Der mimische, gestische Ausdruck, die «joined performance», das reziproke Interagieren zwischen Kind und Bezugspersonen, die «commotilité» (Petzold 1991) muß deshalb zum Ausgangspunkt motopädagogischer und psychomotorischer bzw. bewegungstherapeutischer Interventionen gemacht werden. Das setzt voraus, daß wir einen weiten, «komplexen Leib- und Bewegungsbegriff» (ebd.) zugrunde legen, in dem Motorik nicht als bloße Lokomotion gesehen wird, sondern die *emotio*, die Gefühls-, Ausdrucks- und Kommunikationsbewegungen einbezogen werden, daß Bewegung also als *Lebensphänomen* gesehen wird, in dem und durch das ein Mensch seine Subjekthaftigkeit und Identität gewinnt.



Es muß eine spielerische Atmosphäre Raum greifen können, in die das behandlungsmethodische Wissen des Motopädagogen, der Bewegungstherapeutin gleichsam absichtslos einfließen kann. Dies wird umso bedeutsamer, wenn motopädagogische, psychomotorische und bewegungstherapeutische Maßnahmen die Bezugspersonen des geistig Behinderten einbeziehen, indem sie zu «conductors» herangebildet werden, oder wenn Eltern als Kotherapeuten ausgebildet werden müssen, wie es etwa bei schwersten Behinderungsformen erforderlich wird, oder wenn ihnen einfach eine «bewegungsaktive, entwicklungsfördernde» *Spielkultur* vermittelt werden soll, die ihnen Freude macht, ihnen selbst ein Erfahrungsfeld eröffnet und den Umgang mit dem Behinderten nicht zur Fron werden läßt. Ich werde auf diese familienbezogene Perspektive noch zurückkommen.

Übungen, Spiele, Methoden, Techniken und Medien müssen also jeweils indikationsspezifisch in Interaktionskonzepte eingepaßt werden, ja sie dienen wesentlich dazu, ein «interaktionales Klima» zu fördern. Der geistig Behinderte und der Betreuer, Angehörige, Therapeut machen auf diese Weise Erfahrungen miteinander, in denen sie als «ganze Personen» angesprochen und gefordert sind. Es entsteht ein «interplay», das nicht symptomzentriert ist und nicht unter dem Druck steht, ein möglichst großes Maß an «Normalität» in möglichst kurzer Zeit zu erreichen. Dieser Druck, der aufgrund gesellschaftlicher Leistungsansprüche einerseits und gesellschaftlicher Stigmatisierungsprozesse andererseits auch auf den Angehörigen, Betreuern und Motopäden, Bewegungstherapeuten, Psychotherapeuten dieser stigmatisierten Populationen lastet, findet seinen Niederschlag bis in die Gestaltung von Interventionsprogrammen, ja, bis in die Charakteristik von Institutionen. Aufgrund dieses Faktors – und nicht nur wegen der Unverzichtbarkeit lernpsychologischer, entwicklungspsychologischer oder sozialpsychologischer Theorien und Forschungsergebnisse – wird es notwendig, die psychologische und psychotherapeutische Dimension in die motopädagogische und bewegungstherapeutische Arbeit einzubeziehen, um eine pädagogische Haltung zu ermöglichen, die für geistig Behinderte förderlich ist.

## Psychologische und psychotherapeutische Interventionen

Unter psychologischen Interventionen verstehen wir Maßnahmen, die die psychologische Situation des Menschen zu beeinflussen suchen, z. B. Methoden der Beratung, des Krisenmanagements, der Einzel- und Gruppentherapie, aber auch spezielle Techniken, wie z. B. das Rollenspiel (Petzold

1982), die Imagination und Visualisierung (Katz-Bernstein 1990), die psychologische Relaxation, die psychologische Aktivierung usw. Psychologische und psychotherapeutische «Interventionen» im Kontext geistiger Behinderung suggerieren zunächst einmal, daß etwas mit der psychologischen Realität des Behinderten «gemacht» werden soll. Die «philosophy» des Interventionsparadigmas in den angewandten Sozialwissenschaften (Hörmann & Nestmann 1988) zielt aber nicht nur auf die Beeinflussung des Systems «Klient» ab, sondern auch auf das System «Betreuer», ja mehr noch, das System «Klient-Betreuer-Kontext» und in kritischer Betrachtungsweise auf den gesellschaftlichen Hintergrund, der als Einflußgröße immer im Blick bleiben muß, damit die «Ursachen hinter den Ursachen» nicht aus dem Blick geraten und übersehen wird, daß die Helfer auch immer Mitbetroffene sind (Petzold 1989 b). Unter der systemischen und unter der gesellschaftskritischen Perspektive sind der Motopädagoge, die Psychomotorikerin, die Bewegungstherapeutin, der Psychotherapeut, die Beraterin usw. Teil des Systems bzw. der gesellschaftlichen Situation. In der Arbeit mit geistig Behinderten hat eine solche «kontextuelle Perspektive» aber nicht nur als theoretische Orientierung Gewicht (die «systemische Sicht» gehört im übrigen zum gleichen Theorientypus wie die ökologische oder netzwerktheoretische Orientierung, auf die wir uns immer wieder beziehen). Die Relevanz der systemischen Perspektive wird in der Behindertenarbeit vielmehr in besonderer Weise durch das Moment der *Betroffenheit* der Betreuer deutlich, die mit dem geistig oder mehrfachbehinderten Menschen und seiner oft bedrückenden Situation konfrontiert sind, seinen Benachteiligungen, seiner Marginalisierung oder gar gesellschaftlichen Ächtung. Diese Konfrontation wird spürbar, löst vielfach Ängste und Ablehnungen aus, die zum Teil bewußt erlebt werden, häufig aber auch unbewußt bleiben. Vielfach werden die zum Teil schockartigen Reaktionen von Nichtbehinderten im ersten Kontakt mit Schwerstbehinderten beschrieben, wobei motorische und mimische Starrheit besondere Kennzeichen waren. Natürlich werden derartige Reaktionen in der Regel im Kontext von Ausbildungen überwunden. Oft genug werden sie aber nur überspielt. Es bleiben Ambivalenzen und zum Teil verdeckte Ablehnungen, die Kommunikation, Interaktion und motorische Performanz einschränken. Die zuweilen extreme Disfiguration der geistig und mehrfach Behinderten bedroht die eigene *Identität* und *Integrität* von Betreuern und das schränkt, sofern diese Zusammenhänge nicht bearbeitet werden, notwendige Identifikationsakte und Empathiefähigkeit ein, zwei zentrale Prozesse, die in helfenden Beziehungen Voraussetzung für einen adäquaten Umgang mit Klienten und Patienten sind. Es spricht vieles dafür, daß gewisse funktionalistische Ansätze oder starre Übungskonzepte in der mototherapeutischen Arbeit auch Abwehrfunktion haben oder daß Festhaltepraktiken verdeckt aggressiven Charakter

haben. «Leibliche Begegnung», wie sie Marcel (1985) postuliert, Bewegungstherapie und Motopädagogik als «zwischenmenschliche Praxis», wird ohne die Bearbeitung derartiger Mechanismen und Abwehrvorgänge kaum möglich sein. Der Eindruck schwerster Behinderung, wie er uns in den Werken *Boschs*, *Breughels* und *Goyas* (Mürmer 1991), in seiner unverkleideten, gespenstischen Form unmittelbar entgegentritt, wird durch die neuzeitlichen Environments gepflegter Behinderteneinrichtungen (zumindest für Kinder und Jugendliche) häufig überspielt. Die Eindrücke wirken aber oftmals stärker, als dies dem Betroffenen bewußt ist.

Die psychotherapeutische Zugangsweise und die von ihr bereitgestellten Möglichkeiten für den Umgang mit der eigenen Betroffenheit, mit den aktivierten, aber wieder verdrängten archaischen Ängsten, etwa durch Verarbeitungsprozesse der Helfer in Therapie-, Selbsterfahrungs-, Supervisions- oder Balintgruppen, kann dazu beitragen, motopädagogischen Aktivismus, die Funktionalisierung von Interventionen, Übungstechnizismus, aber auch gegenteilige Reaktionen wie «überprotektive Helferattitüde», Einsatz bis zum Burnout (Enzmann & Kleiber 1989; Petzold 1989 a) zu verhindern.

Die auf das System Betreuer-Klient-Kontext gerichtete psychologische bzw. psychotherapeutische Intervention bezieht auch die Bearbeitung der zwischenleiblichen Erfahrung ein, die in motopädagogischer und bewegungstherapeutischer Arbeit unumgänglich ist. Wird z. B. der Körperkontakt in der Frühförderung und Kleinkindbehandlung für viele Helfer noch gut vollziehbar, so stellt er sich in der Arbeit mit älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen schon schwieriger dar. *Der Leib des Motopädagogen ist ja Teil des notwendigen Erfahrungsfeldes, der Leib des Behinderten Teil des gemeinsamen Interaktionsbereiches.* Über das leibliche Einspüren hinaus stellt sich das Problem der Einfühlung und der Einsicht im Hinblick auf psychologische Besonderheiten vieler geistig behinderter Menschen: das «anschaulich-vollziehende Denken» (Bach 1982, 138), den Konkretismus der Auffassung, die vorbegriffliche Symbolorientiertheit, die Ablenkbarkeit, fluktuierende Aufmerksamkeit, herabgesetzte Konzentrationsfähigkeit, mangelnde Impulskontrolle, basale Emotionalität, um einiges zu nennen. Obwohl manches uneinfühlbar ist und bleibt, trotz aller Erfahrung und Schulung, kann eine frei verfügbare Empathie die Regungen, Wünsche, Bedürfnisse, Nöte, Ängste, Motivationen von geistig Behinderten durchaus gut und feinspürig erfassen, und es ist gerade dieses Empathieren, das zu stimmigen Interaktionen führt und für den geistig Behinderten die wichtigste Entwicklungschance bietet. Er wird durch «angemessene Empathie» als Person erfaßt und gewinnt dadurch ein zunehmendes Gespür für sich selbst, seine Bezugspersonen und seine Lebenswelt. Als eines der gewichtigsten Hemmnisse für

eine positive Entwicklung der Betroffenen ist das Unverständnis und die fehlende Einfühlung des sozialen Feldes anzusehen. Hier kommt es zu massiven «sekundären Schädigungen» durch «neglect», Vernachlässigung, fehlende emotionale Resonanz. Die Folge ist die Festschreibung auf einem Entwicklungsplateau, das durch Übung allein nicht überschritten werden kann, sondern nur durch emotionale Investitionen, durch genuines Interesse auf der Basis «stimmiger Empathie». Die emotional-soziale Entwicklung ist denn bei den responsiveren, kommunikativeren Trisomalretardierten typischerweise auch positiver als bei Kindern etwa mit frühkindlichem Autismus, da diese für die Betreuer zuwenig an Rückmeldung bieten und uneinfühlbar bleiben. Das müßte allerdings, wie Intensivprogramme zeigen (Lovaas 1977, 1979; Bernard-Opitz & Dirlich-Wilhelm 1979; Cordes 1980), durchaus nicht so sein. Motopädische Interventionen, die Möglichkeiten einbeziehen, die die Psychotherapie für den Helfer wie für den Klienten bieten kann, vermögen hier wirklich etwas «in Bewegung» zu setzen, ohne daß Widerstand provoziert wird. Dies gilt für die Arbeit auf allen Altersstufen. Dem «dialogischen Moment» (Iben 1988), wie es vor allem die Formen Humanistischer Psychologie und Therapie für den praktischen Umgang mit Patienten entwickelt haben, kommt in der heilpädagogischen Psychomotorik und in der klinischen Bewegungstherapie – bei aller Elaboriertheit, die sie in interventionstechnischer Hinsicht haben – zentrale Bedeutung zu, weil wir hier oft ein praxeologisches Defizit finden. Die Betreuer müssen selbst prinzipiell dialogfähig und «kommunikativ kompetent» (Peukert 1979) sein und diese Qualität spezifisch für den Umgang mit geistig Behinderten bei sich entwickeln. Hierfür sind Selbsterfahrung und Supervision unverzichtbare Instrumente.

Motopädagogische Arbeit kann also auf die psychologische bzw. psychotherapeutische Dimension der Intervention nicht verzichten. Psychomotorik muß die psychischen Aspekte in besonderer Weise berücksichtigen, mehr als dies gemeinhin geschieht. Die Integration spezifischer psychotherapeutischer Zugangsweisen für die Arbeit mit geistig Behinderten – ein Bereich, der sich erst neuerdings zu entwickeln beginnt, – stellt sich hier als Aufgabe. Der Weg über die Motorik-Sensorik-Verschränkung zur Person des geistig Behinderten, die Eröffnung der sozialen Entwicklung durch die Förderung von «perceptual and motor skills» (Whiting 1984) in longitudinaler Perspektive führt mit der fortschreitenden Entwicklung des geistig behinderten Kindes immer nachhaltiger in den Bereich des Emotionalen und des Sozialen. Hier müssen die Motopädagogen, die Bewegungstherapeuten, die Psychomotorikerinnen mitgehen, begleiten und zuweilen voranschreiten, und das erfordert auch eine Erweiterung ihres Interventionsspektrums, eine Spezifizierung ihres

Übungs- und Spielrepertoires. Geschieht dies nicht, kommt zu *primären Schädigungen*, z. B. genetischer oder pränataler Art, und zu *sekundären*, z. B. durch Sozialisationsdefizite, noch eine *tertiäre* Schädigung hinzu, die interventions- bzw. methodenbedingt ist. Der Motopädagoge kommt persönlich und methodisch an seine Grenzen, und diese sind dann auch die Grenzen seiner Fördermöglichkeiten und die der Entwicklungschancen seiner Klienten. *Iatrogene Schädigungen* gibt es nicht nur in der Medizin.

Sind Entwicklungsschritte durch kombinierte motopädische und psychologische bzw. psychotherapeutische Interventionen zum Teil auch klein, so geschehen sie dennoch und müssen altersspezifisch aufgenommen werden. Die Möglichkeit des anschaulichen Denkens und der spontanen Emotionalität lassen sich in psychologisch orientierten Wegen der Bewegungsbeeinflussung zur Erweiterung der sozialen Kompetenz von geistig Behinderten durchaus nutzen, und das über das Kindes- und Jugendalter hinaus bis ins Erwachsenenalter und ins Senium im Rahmen ihrer Familien und ihrer sozialen Netzwerke (Keupp & Röhrle 1987). Hier eröffnen sich *familientherapeutische* und *netzwerktherapeutische* Perspektiven, um *social support* zu gewährleisten und zu fördern.

## Familientherapeutische Interventionen

Die psychologisch-psychotherapeutische und systemische Betrachtungsweise, die ökologische Perspektive im motopädagogischen Kontext, führt unmittelbar zum Einbezug der Familie und vorhandener sozialer Netzwerke und damit zu familientherapeutischen Maßnahmen (Tatzer 1988, Tatzer & Schubert 1990; Seligman 1983), zu Netzwerkarbeit und sozialtherapeutischen Hilfen. Wir haben hier einen noch relativ vernachlässigten Bereich, in dem Forschung und Praxeologie vor großen Aufgaben stehen. Im folgenden einige Konzepte zu familientherapeutischen Hilfen (v. Schlippe 1984; Schneider 1983; Kaiser 1989):

Die Geburt eines körperlich, geistig oder mehrfachbehinderten Kindes ist für die Familie ein «Schicksalsschlag», ein *Fatum*, ähnlich einer Belastung durch schwere Erkrankungen, zum Beispiel Krebs oder Mukoviszidose. Wir haben deshalb den Begriff der «Fatum-Familie» eingeführt (v. Schlippe & Petzold 1990) und ihn wie folgt definiert:

«Unter der «Fatum-Familie» verstehen wir ein Familiensystem, das als ganzes durch ein kritisches Lebensereignis (Inglehart 1988) oder eine Folge von Schicksalsschlägen (eine sogenannte «chain of adverse events») in eine akute oder chronische Belastungssituation geraten ist, die mit eigenen Ressourcen nicht mehr adäquat bewäl-

tigt werden kann (Jerusalem 1990). Eine solche Situation ist Ansatzpunkt professioneller Hilfeleistung und Unterstützung, sowohl für einzelne Familienmitglieder als auch für die gesamte Familie. Es ist ja nicht der einzelne von einem Schicksalsschlag getroffen, sondern immer auch sein engstes Bezugssystem – und das ist zumeist die Familie. Nicht selten sind Angehörige psychisch sogar stärker betroffen als der akut Erkrankte – man denke zum Beispiel an die Situation von Eltern, denen die Krebsdiagnose ihres Kindes mitgeteilt wird. Fatumfamilien sind aus therapeutischer Sicht im Hinblick auf die Form ihrer Bewältigungsversuche sowie auf ihre Ressourcenlage und ihr Bewältigungspotential in den Blick zu nehmen. Auf diesem Hintergrund kann es möglich werden, Interventionen mit ihnen gemeinsam zu planen und zu entwickeln, die ihnen helfen, mit dem Schicksalsschlag und seinen Folgen besser umzugehen.»

Bei Familien mit dem Fatum eines geistig oder mehrfachbehinderten Kindes steht die Motopädagogin, der Psychomotoriker, die Bewegungstherapeutin genau vor dieser Aufgabe, einer Familie als ganzer zu helfen in Kooperation mit anderen helfenden Professionen. Die spezifischen motopädischen Interventionen erfordern oftmals die Kooperation der Familie. Es wird sinnvoll, ja notwendig, Eltern und Geschwister in die Maßnahmen einzubeziehen, um das primäre Sozialisations- und Erfahrungsfeld auf die besonderen Belange des Behinderten einzurichten, so daß die Familie zu einem «facilitating environment» (Winnicott) werden kann. Die Familie muß das Fatum und seine psychischen, sozialen und ökonomischen Auswirkungen bewältigen, ja mehr noch, sie muß über die Akzeptanz des Schicksalsschlages hinaus Ressourcen mobilisieren, Kompetenzen für den Umgang mit dem geistig Behinderten entwickeln und Möglichkeiten finden, einen liebevollen und freudigen Zugang zu diesem Kind zu gewinnen, zu entwickeln und zu behalten. Nach der initialen Schockphase, sofern die Behinderung unmittelbar durch das nachgeburtliche, neurologische Assessment festgestellt wurde, kann für mototherapeutische Frühbehandlung und -förderung in der Regel von Seiten der Eltern, insbesondere der Mütter, gute Kooperation gewonnen werden. Der «Motor Hoffnung» kommt zum Tragen. Doch die oft überhöhten Hoffnungen und Erwartungen müssen einer realistischen Einschätzung weichen, und das erfordert Trauerarbeit und Reorientierung von Zielsetzungen – von beiden Elternteilen. Deshalb müssen, wo immer dies möglich ist, die Väter in die Intervention einbezogen werden, muß ihnen Kompetenz im Umgang mit dem geistig behinderten Kind zugeschrieben werden. Ihre Mitarbeit wird wesentlich, denn das Paar muß die sich stellenden Aufgaben gemeinsam bewältigen. Nicht zuletzt den Umgang mit belastenden Gefühlen untereinander oder auch zum Kind hin: Gefühle der Schuld, Scham, Aggression. In der motopädagogischen Arbeit, die eine familiale Bewegungskultur zu entwickeln bestrebt ist, die dem Behinder-

ten zugute kommt, müssen Paar- und Familiendynamik sowie Familientraditionen (Kaiser 1989), was die Einstellung zu Sport und Bewegung anbelangt, berücksichtigt, ja in die Intervention einbezogen werden. Erste Versuche, tanz- und bewegungstherapeutische Familientherapie mit Fatumfamilien einzusetzen (Voigt & Trautmann-Voigt 1990), lassen erkennen, wie fruchtbar die Einbeziehung der Angehörigen in die Bewegungsarbeit ist. Die leibliche Unmittelbarkeit der Interaktion führt zu basaler Akzeptanz zwischen den Familienmitgliedern, zur unmittelbaren Kommunikation und zu anschaulichen Formen der Informationsvermittlung, wie sie für den geistig Behinderten erforderlich sind. In Bewegungsspielen werden Möglichkeiten der Entlastung, der symbolischen Problemdarstellung und der Bearbeitung eröffnet, werden Wege für zwischenmenschliche Interaktion geebnet; auf denen die empathischen Aufgaben bewältigt werden können, die sich den Eltern noch viel unmittelbarer und hautnah stellen, als den professionellen Helfern. Die Motopädagogin oder der Bewegungstherapeut involviert die Familienmitglieder in Wahrnehmungs- und Bewegungsübungen und -spiele, beteiligt sie an sensu-motorischen Handlungssequenzen und vermittelt ihnen dabei notwendiges Wissen über geistige und körperliche Behinderungen, über Probleme, die im familiären Miteinander auftauchen können, über Schwierigkeiten mit dem sozialen Kontext. So wird die Familie als Supportsystem gestützt, und es bietet sich durch den Reichtum psychomotorischer und bewegungstherapeutischer Angebote die einzigartige Chance, der Fatumfamilie ein Erlebnis- und Erfahrungsfeld zu erschließen, das ihr ohne das behinderte Kind wohl nie zugänglich geworden wäre und das für die vielen Belastungen, mit denen eine solche Familie fertig werden muß, einen kompensatorischen Wert gewinnen kann. Motopädagogische Arbeit muß diesem familienbezogenen Enrichment-Aspekt in methodischer Hinsicht besondere Aufmerksamkeit schenken und vermehrt Modelle, Techniken und Medien entwickeln, die für diese spezifischen Aufgaben geeignet sind. Die Familie und später das weitere soziale Netzwerk (Keupp & Röhrle 1987) können auf diese Weise eine Mikroökologie bereitstellen, die dem geistig Behinderten einen guten Orientierungsrahmen und ein Supportsystem (Schuch 1990) bieten, eine «fördernde Umwelt», und das ist die wichtigste Bedingung für seine Entwicklungschancen und für sein Lebensglück.

## Literatur

Affolter, F. (1987). Wahrnehmung, Wirklichkeit, Sprache. Villingen: Neckar-Verlag

- Ayres, A.J. (1979). Lernstörungen. Sensorisch-integrative Dysfunktionen. Heidelberg: Springer
- Ayres, A.J. (1984). Bausteine der kindlichen Entwicklung. Heidelberg: Springer
- Bach, H. (1982). Soziale Integration. Geistige Behinderung 21(3), 138–149
- Baltes, P.B.; Reese, H.W. & Lippsitt, L.P. (1980). Life-span developmental psychology. Annual Review of Psychology 31 (1980) 65–110
- Bernard-Opitz, V. & Dirlich-Wilhelm, F. (1979). Projekte, Schulen für autistische Kinder in den USA. Dargestellt an Beispielen aus Kalifornien. In: Therapie und schulische Förderung autistischer Kinder in England, USA und Deutschland. Bremen, Hamburg
- Bobath, B. (1976). Abnorme Haltungreflexe bei Gehirnschäden. Stuttgart: Thieme
- Cordes, Ch. (1980). Autistische Kinder in der Schule, Hilfe für das autistische Kind. Bremen
- Enzmann, D. & Kleiber, D. (1989). Helfer-Leiden. Streß und Burnout in psychosozialen Berufen. Heidelberg: Asanger
- Herzka, H.S. & Reukauf, W. (1988). Zur Methodenintegration in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: G. Klosinski (Hrsg.), Psychotherapeutische Zugänge vom Kind und Jugendlichen (11–20). Bern: Huber
- Hörmann, G. & Nestmann, F. (1988). Handbuch der psychosozialen Intervention. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Hopkins, B.; Pecheux, M.-G. & Papousek, H. (Hrsg.) (1989). Infancy and education, Special issue. European Journal for Education, June 1989
- Hügel, W. (1986). Entwicklung und Behinderung des Körperschemas. Dortmund: verlag modernes lernen
- Iben, G. (1988). Das Dialogische in der Heilpädagogik. Mainz: Mathias Grünewald Verlag
- Inglehart, M.R. (1988). Kritische Lebensereignisse – Eine sozialpsychologische Analyse. Stuttgart: Kohlhammer
- Jerusalem, M. (1990). Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben. Göttingen: Hogrefe
- Kaiser, P. (1989). Familienerinnerungen. Zur Psychologie der Mehrgenerationenfamilie. Heidelberg: Asanger
- Katz-Bernstein, N. (1990). Phantasie, Symbolisierung und Imagination – «komplexes katathymes Erleben» als Methode in der Integrativen Therapie mit Vorschulkindern. In: H.G.Petzold & I.Orth (1990), Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2. Band (883–932). Paderborn: Junfermann
- Keupp, H. & Röhrle, B. (1987). Soziale Netzwerke. Frankfurt: Campus
- Lovaas, O.I. (1977). The autistic child, Language, development through Behavior Modification. New York



- Lovaas, O.I. (1979). Contrasting illness and behavioral models for the treatment of autistic children. *Journal of autism and development disorders* 9, 315 ff.
- Marcel, G. (1985). Leibliche Begegnung. In: A.Kraus (Hrsg.), *Leib, Geist, Geschichte* (47–73). Heidelberg: Hüthig und in: H.Petzold (Hrsg.), *Leiblichkeit, Philosophie, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven* (15–47). Paderborn: Junfermann
- Mürner, Chr. (1991). Gewohnheiten der Bilder. Unsere mechanistischen Vorstellungen über das Bild des Behinderten in Literatur und Kunst. *Pro Infirmis* 3, 3–7
- Papousek, H.; Papousek, M. & Harris, B.J. (1987). The emergence of play in parent-infant interactions. In: D.Görlitz & F.F.Wohlwill (Hrsg.), *Curiosity, Imaginations and Play. On the Development of Spontaneous Cognitive and Motivational Processes* (214–246). Hillsdale: Erlbaum
- Petzold, H.G. (1979). *Psychodrama-Therapie*. Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. 1985
- Petzold, H.G. (1982). *Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, therapeutisches Theater*. Stuttgart: Hippokrates
- Petzold, H.G. (1988). *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I*. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G. (1989 a). Belastung, Überforderung, Burnout – Gewaltprobleme in Heimen. *Behinderte in Familie, Schule, Gesellschaft* 4, 17–44
- Petzold, H.G. (1989 b). Supervision zwischen Exzentrizität und Engagement. *Integrative Therapie* 3/4, 352–363.
- Petzold, H.G. (1991). *Integrative Therapie. Ausgewählte Schriften Bd. II*, Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G. (1992). *Psychotherapie und Babyforschung*. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G. & Petzold, Ch. (1991). *Lebenswelten alter Menschen*. Hannover: Vincentz Verlag
- Petzold, H.G. & Schuch, W. (1991). Der Krankheitsbegriff im Entwurf der Integrativen Therapie. In: A.Pritz & H.G.Petzold (Hrsg.), *Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann
- Peukert, U. (1979). *Interaktive Kompetenz und Identität*. Düsseldorf: Patmos
- Robins, L. & Rutter, M. (1990). *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. Cambridge: Cambridge University Press
- Rutter, M. (1988). *Studies of psychosocial risk: The power of longitudinal data*. Cambridge: Cambridge University Press
- Schlippe, A.v. (1984). *Familientherapie im Überblick*. Paderborn: Junfermann
- Schlippe, A.v., Petzold, H. G. (1990). Editorial. Die Familie und das schwerkranke Mitglied. *Therapeutische Hilfen für Fatum-Familien, Integrative Therapie* 4, 271–275

- Schneider, K. (1983). *Familientherapie in der Sicht therapeutischer Schulen*. Paderborn: Junfermann
- Schuch, B. (1990). Zum gegenwärtigen Stand der social-support-Forschung. *Gruppendynamik* 2, 221–234
- Seligman, S. (1983). *Die Zauberkraft des Auges und das Berufen*. Hamburg 1922; Nachdruck: J. Couvreur, Amsterdam
- Tatzer, E. (1988). *Therapie zwischen Perfektion und sozialer Angemessenheit*. In: *Integration behinderter Kinder, Schule ohne Aussonderung*. Tagungsbericht, Wien, Aktion gemeinsam leben – gemeinsam lernen. Wien: Eigenverlag
- Tatzer, E. & Schubert, M.-T. (1990). «Es ist, als ob sich einem das Leben selbst verweigerte». Zum Schicksal von Familien mit einem behinderten Kind. *Integrative Therapie* 4, 276–295
- Tiemersma, D. (1989). *Body schema and body image. An interdisciplinary and philosophical study*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger
- Voigt, B. & Trautmann-Voigt, S. (1990). *Tanztherapie mit Angehörigen einer Fatum-Familie*. *Integrative Therapie* 4, 335–357
- Wais, M. (1987). *Neuropsychologie für Ergotherapeuten. Grundlagen und Behandlung*. Dortmund: verlag modernes lernen
- Whiting, H.T.A. (1984). *Human motor actions: Bernstein reassessed*. Amsterdam: North-Holland
- Zinke-Walter, P. (1991). *Spüren – Bewegen – Lernen. Handbuch der mehrdimensionalen Förderung bei kindlichen Entwicklungsstörungen*. Broadstairs: Borgmann