

Psychodrama bei Menschen mit geistiger Behinderung

aus Fürst/Ottomeyer/Pruckner (Hg), Psychodrama-Therapie, Ein Handbuch, Facultas Verlag, 2004

Einleitung

Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung führt immer noch ein Schattendasein, vielleicht deshalb, weil in unserer Gesellschaft das gesprochene und geschriebene Wort einen so hohen Stellenwert einnimmt. Zum anderen wird Menschen mit geistiger Behinderung neben einer adäquaten Verbalisierungsfähigkeit auch die Selbstreflexion abgesprochen und Psychotherapie mit diesen KlientInnen deshalb als zu schwierig oder nicht möglich erachtet.

Menschen mit geistiger Behinderung sind einer psychotherapeutischen Arbeit sehr wohl zugänglich, brauchen jedoch Modifikationen im therapeutischen Vorgehen. Die Modifikationen beziehen sich vor allem auf die Medien, die anstelle von Sprache und kognitiver Bearbeitung stehen. Gerade die vielfältigen Möglichkeiten des Psychodramas bieten meines Erachtens nach eine gute Basis für die Arbeit in diesem Bereich. Durch den Zugang über das Spiel und andere kreative Medien bekommen diese Menschen einen neuen Zugang zu ihren Emotionen und Beispiele aus der Praxis zeigen, dass dadurch auch die Sprache und die Ausdrucksfähigkeit der KlientInnen im Laufe der Therapie reichhaltiger und differenzierter werden kann.

Die Publikationen von PsychodramatikerInnen zu diesem Thema sind gerade im deutschen Sprachraum spärlich, obwohl bereits in den 70er Jahren in diesem Bereich gearbeitet wurde (Fontaine, 1977; Rubner, 1979). Beide AutorInnen arbeiteten in Heimen mit Kindern und Jugendlichen im Rahmen einer psychodramatischen Gruppentherapie und beide kommen zu dem Schluss, dass das Psychodrama eine Möglichkeit ist, geistig behinderten Kindern und Jugendlichen neue Erfahrungsbereiche und Kommunikationsmöglichkeiten zu eröffnen.

Psychodrama und Behinderung

Für den Begriff "Behinderung" gibt es keine einheitliche Definition. In den Erklärungen internationaler Organisationen aber auch in den österreichischen Bundes- und Landesgesetzen werden unterschiedliche Definitionen des Begriffes "Behinderung" verwendet. Allen diesen Begriffsbestimmungen liegt aber meist ein schadensdiagnostisches und defizitorientiertes Definitionsmodell von Behinderung zugrunde.

Einen Paradigmenwechsel brachte die 1980 von der Weltgesundheitsorganisation ausgearbeitete Arbeitsdefinition, welche zwischen den Begriffen biologischer Defekt (pathology), Schädigung (impairment), Leistungsminderung (disability) und Behinderung (handicap) unterscheidet. Der biologische Defekt bezeichnet die Zerstörung oder die abnorme Funktion eines biologischen Systems, Schädigung bezeichnet die funktionelle Konsequenz des biologischen Defekts (Bewegungsstörung), Leistungsminderung ist der Funktionsverlust im Alltag (Unterstützung bei Alltagshandlungen, z. B. beim Ankleiden), der Begriff „Behinderung“ (handicap) reflektiert die Beziehungen zwischen Person und Umwelt, d.h. die soziale Konsequenz eines Defektes (Verlust des Arbeitsplatzes). Behinderung entsteht daher erst in der Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft, in der sozialen Dimension (vgl. Berger/Straka, 1995, S. 89).

Durch diese Definition von Behinderung wird klar, dass gesellschaftliche Umstände und Gegebenheiten an der Ausprägung von Behinderung großen Anteil haben. Sinason (2000, S.18) schreibt, dass 80% der Gesamtzahl der geistig behinderten Kinder und Erwachsenen in Großbritannien der Unterschicht angehören und ein sozial benachteiligtes Umfeld haben. In vielen Fällen ist die geistige Behinderung von der Umwelt mitverursacht.

Lebensbedingungen geistig behinderter Menschen haben daher einen entscheidenden Einfluss auf die gesellschaftliche Determiniertheit von Behinderung. Aus diesem Grunde möchte ich zwischen Primär – und Sekundär-behinderung unterscheiden, wobei unter ersterer angeborene und erworbene Schädigungen zu verstehen sind, Sekundärbehinderungen entstehen durch behindernde Sozialisationsbedingungen bzw. eine fehlende Förderung, d.h. die Art und Weise, wie mit vorhandenen Schädigungen umgegangen bzw. nicht umgegangen wird. Ein weiter nicht außer Acht zu lassender Faktor sind Traumatisierungen jeglicher Art, welchen Menschen mit geistiger Behinderung immer wieder ausgesetzt sind. Trauma kann Behinderung verursachen (durch sexuellen, physischen und emotionellen Missbrauch), es kann die Erfahrung der Behinderung verstärken und die Behinderung an sich kann von den Betroffenen als traumatisch erlebt werden (vgl. Sinason, 2000, S. 29).

Das interaktionstheoretische Modell von Behinderung (siehe WHO Konzept) und der Rollenbegriff vom Moreno gehen meiner Meinung nach vom selben Menschenbild aus. Behinderung als sozialer Gegenstand entsteht erst in der Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft. Moreno meint: „Jede Rolle ist eine Fusion persönlicher und kollektiver Elemente“. Die Rolle des „Behinderten“ setzt die Gegenrolle des sogenannten „Normalen“ voraus, welche aus den Erfahrungen und kulturellen Mustern einer Gesellschaft gespeist wird. Beiden Modellen liegt eine soziale Dimension zugrunde, erst im Miteinander wird „Behinderung“ oder die Rolle des „Behinderten“ manifest. Jeder behinderte Mensch gestaltet zwar seine Rolle als „Behinderter“ individuell, gleichzeitig ist diese Rolle aber immer gesellschaftlich determiniert. Bunz – Schlösser (1981, S. 155) meint, dass die Isolation behinderter Menschen dazu beiträgt, dass sie immer mehr dazu neigen, die Rolle des Behinderten einzunehmen und spricht in diesem Zusammenhang von sekundären Rollendefiziten.

Zwei wesentliche psychodramatische Begriffe sind meiner Meinung nach besonders wertvoll für die therapeutische Arbeit mit geistig behinderten Menschen: der Begegnungsbegriff und die Tatsache, dass Psychodrama eine Aktionsmethode ist.

Der Begegnungsbegriff ist für mich einer der zentralen Begriffe in einer Psychodramatherapie, erst in der Begegnung mit dem Du, aber auch mit sich selbst wird der schöpferische und kreative Mensch sichtbar. Der Begegnungsbegriff beinhaltet für mich auch den gesellschaftstheoretischen Ansatz von Moreno's Theorie, der sich in der Soziometrie und dem sozialen Atom, auf das ich später noch eingehen möchte, niederschlägt. Gerade dieser gesellschaftspolitische Ansatz und der damit verbundene Netzwerkgedanke macht das Psychodrama für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen so wertvoll. Obwohl immer andere als Begründer der Netzwerkidee genannt werden, war sicher Moreno der erste, der in seinen soziometrischen Arbeiten den Netzwerkgedanken ausformuliert und auch empirisch überprüft hat (vgl. Stimmer, 2000, S. 70 – 71).

Das Psychodrama ist eine Aktionsmethode, was im Wort selbst zum Ausdruck kommt. Das Wort setzt sich aus „psyche“ und „drama“ zusammen, was soviel wie „Handeln der Psyche“ bedeutet. Der Mensch als Handelnder steht somit im Mittelpunkt der psychodramatischen Methode. Psychodrama als handlungsfördernde Methode soll dazu dienen, Handlungskompetenzen zu fördern und zu erweitern.

Der Therapieprozess in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen

Anna Chesner, eine englischsprachige Drama – und Psychodramatherapeutin hat sich in ihrem Buch „Dramatherapy for people with learning disabilities“ umfassend mit der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung beschäftigt.

Sie symbolisiert den Therapieprozess mit diesen KlientInnen im Bild eines Baumes, das ich an dieser Stelle aufgreifen möchte (vgl. Chesner, 1995, S. 9). Ein Baum besteht aus Wurzeln, einem Stamm, Ästen und Blättern. Jeder dieser Bereiche steht für eine charakteristische Ebene im Therapieprozess, für einen spezifischen therapeutischen Fokus und den therapeutischen Methoden und Vorgehensweisen, die für diesen Bereich bestimmend sind.

Therapieebenen	Therapeutische Fokus	Therapeutische Methoden im Einzel- und Gruppensetting
Blätter	Selbstreflexion	Protagonistenzentriertes Psychodrama Rollenwechsel und Rollentausch
Äste	Imagination Spontaneität Ausdruck Interaktion	Arbeit mit ▪ Märchen ▪ Zeichnen ▪ Intermediärobjekten Gruppenspiele
Stamm	Balance zwischen Struktur und Kreativität	„Hilfs – Ich“ – Funktion des/der Therapeut/in, vor allem Doppeln Arbeit mit Ritualen Arbeit im Hier und Jetzt Regelspiele
Wurzeln	Halt Vertrauen Sicherheit Stabilität	Beziehungsangebote Haltgebende Maßnahmen

Abb. 1, von unten nach oben zu lesen

Wurzeln: Auf den therapeutischen Prozess bezogen, bedeutet „Wurzelerbeit“, den KlientInnen das Gefühl von Halt, Sicherheit und Vertrauen zu geben und zu entwickeln, im psychodramatischen Sinne ist das jene Arbeit, die auf der Begegnungsbühne stattfindet. Vertrauen und Stabilität in der therapeutischen Beziehung bewirken auch Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und sind somit die Basis für jede therapeutische Weiterarbeit.

Stamm: Im therapeutischen Prozess geht es auf dieser Ebene um die Verbindung von Spontaneität und Struktur, wobei vor allem die Arbeit im Hier und Jetzt im Vordergrund steht. Regelspiele können in dieser Phase unterstützend sein, ist es doch bei diesen notwendig, gemeinsam Regeln zu vereinbaren, gleichzeitig zeigen die KlientInnen im Spiel eine Reihe von Rollen (Schwindlerin, Beleidigte, Fordernde etc.). Gerade bei sehr angepassten Klient-

Innen bin ich immer wieder sehr froh, wenn ich die Rolle der „Schwindlerin“ entdecke. Während die „Wurzelerbeit“ ausschließlich der Stützung und dem Aufbau von Sicherheit und Vertrauen dient, geht es in dieser Phase um das Aushandeln und Vereinbaren von Regeln, was auch eine Voraussetzung für die Arbeit auf der Spielbühne ist.

Äste: In dieser Phase werden die Befindlichkeiten, Wünsche, Probleme und Ängste der KlientInnen auf der Spielbühne durch das symbolische Spiel sichtbar. Die Arbeit auf der Spielbühne kann mit Intermediärobjecten stattfinden, aber auch über die Arbeit mit Märchen oder dem Einsatz von Zeichen kann Zugang zu den Themen der KlientInnen gefunden werden. Über das symbolische Spiel bekommt man Zugang zur Emotionalität der KlientInnen, die dann in ihrer Vielfalt und Fülle sichtbar wird. Das Symbolspiel ist eine Möglichkeit der Ich – Stärkung und Rollenerweiterung und setzt auch sehr oft an den Ressourcen der KlientInnen an.

Blätter: Auf den Therapieprozess bezogen, geht es auf dieser Ebene ausgehend vom symbolischen Spiel um die Möglichkeiten der Selbstreflexion und die Reflexion der Beziehungen zu anderen. Auf Gruppenebene ist die Fähigkeit zum Rollentausch vorhanden.

Der therapeutische Prozess verläuft nicht geradlinig, er bewegt sich zwischen den Ebenen hin und her. Chesner (1995, S.8) schreibt und dieser Meinung schließe ich mich an, dass es nicht für alle KlientInnen möglich ist, alle vier Therapiephasen zu durchlaufen. Für manche KlientInnen ist gerade die haltgebende und unterstützende Arbeit der ersten Phase der zentrale Focus während des gesamten Therapieprozesses. Aber auch bei längeren Therapieverläufen kann die „Wurzelerbeit“ wieder bedeutender werden, gerade dann, wenn auf der Lebensbühne der KlientInnen einschneidende Veränderungen (Wohngemeinschaftswechsel, Abschied von einer wichtigen Bezugsperson etc) stattfinden.

Die Arbeit mit dem Sozialen Atom

Mit Hilfe des sozialen Atoms kann das Beziehungsgefüge eines Menschen plastisch dargestellt werden. Im sozialen Atom eines Menschen bilden sich sein konkretes Leben und seine Beziehungserfahrungen ab. Agnes Dudler (1996, S. 66) sagt: „Das, was einen Menschen prägt, sind seine Beziehungserfahrungen.“ Diese Beziehungserfahrungen und nicht bestimmte Ereignisse sind es, die den Hintergrund für die Rollenerfahrungen und dadurch die Rollenentwicklung eines Menschen bilden.“

Im sozialen Atom von Menschen mit geistiger Behinderung spiegelt sich sehr oft die soziale Isolation wieder, die symptomatisch für die Lebensverhältnisse dieser Menschen ist. In der Regel ist das soziale Atom von Menschen mit geistiger Behinderung, vor allem jenen, die in Institutionen leben, sehr reduziert und besteht aus nur sehr wenigen Menschen. Sehr oft überwiegen professionelle Beziehungen – die Beziehungen zu BetreuerInnen – und es gibt nur wenige familiäre Bindungen und intensive Freundschaften. Meiner Meinung nach ist das mit dem von Moreno bezeichneten „sozialen Tod“ gleichzusetzen, mit dem er Verluste in unserem sozialen Atom, die nicht mehr ausgeglichen werden können, beschreibt. Moreno geht hier vor allem auf das soziale Atom älterer und alter Menschen ein, wo es durch den physischen Tod von Partnern, Verwandten und Freunden zu einer zunehmenden sozialen Isolation kommt, welche Menschen mit geistiger Behinderung oft schon von Beginn an aufgrund ihrer reduzierten und isolierenden Lebensbedingungen erleben.

Je geringer der Umfang des sozialen Atom ist, umso größer ist das Angewiesensein, die Abhängigkeit von den wenigen Bezugspersonen (vgl. Zeintlinger – Hochreiter, 1996, S. 134). Bei geistig behinderten Menschen, die sehr oft ein sehr reduziertes soziales Atom haben, führt das zu großen Abhängigkeiten von professionellen Bezugspersonen. Da gerade im Betreuungsbereich eine hohe Fluktuation vorherrscht, können die Auswirkungen auf das Beziehungsgefüge von geistig behinderten Menschen oft fatal sein.

In den sozialen Atomen meiner KlientInnen fällt oft eine extreme Nähe und Abhängigkeit zu Betreuungspersonen auf, außerdem sind oft Menschen Teil ihres sozialen Atoms, zu denen sich die KlientInnen Beziehungen wünschen, jedoch wenige, die sich für die KlientInnen bereits verwirklicht haben. MitbewohnerInnen und KollegInnen aus dem Werkstätten haben oft wenig Bedeutung und scheinen kaum im sozialen Atom von KlientInnen auf. Daraus darf möglicherweise geschlossen werden, dass der Vernetzung von KlientInnen untereinander wenig Aufmerksamkeit in der pädagogischen Arbeit geschenkt wird.

In Psychodramagruppen mit geistig behinderten Frauen habe ich die Erfahrung gemacht, dass Teilnehmerinnen, die gemeinsam an mehreren Gruppen teilnehmen, Platz im „sozialen Atom“ der anderen Frauen bekommen.

Das Beispiel einer jungen Frau, die bei mir 2½ Jahre in Einzeltherapie war, zeigt, dass KlientInnen im Rahmen der Therapie lernen Betreuungsbeziehungen realistischer einzuschätzen und emotionale Abhängigkeiten dadurch verringert werden, d.h. KlientInnen werden autonomer und unabhängiger in der Einschätzung ihres Tun. In diesem Sinne findet eine Rollenerweiterung statt, in o.g. Beispiel hat die Klientin in ihrer Beziehung zur Betreuerin eine größere Rollenflexibilität erreicht und dadurch an Ich – Stärke gewonnen.

Die konkrete Zusammenarbeit mit dem realen sozialen Atom meiner KlientInnen ist im Laufe meiner therapeutischen Arbeit immer wichtiger geworden. In den seltensten Fällen ist der geistig behinderte Mensch Auftraggeber einer Therapie, in der Regel werde ich von dritter Seite (Angehörige, Betreuungssystem) beauftragt. Ähnlich wie bei der Arbeit mit Kindern sind auch Menschen mit geistiger Behinderung, vor allem wenn sie institutionell untergebracht sind, in einem hohen Maße existentiell von ihrem sozialen Umfeld abhängig. Eine Zusammenarbeit mit diesem sozialen Umfeld ist daher unumgänglich, soll doch der geistig behinderte Mensch das in der Therapie erreichte in seine Lebensszenarien integrieren können (vgl. Pruckner, 2001, S.111). Der dabei entstehende Balanceakt, dass es sich einerseits um erwachsene Menschen handelt und andererseits eine Kooperation mit dem Bezugssystem notwendig ist, ist ständig im Auge zu behalten.

Meine vorerst abstinente Haltung dem Betreuerinnensystem gegenüber, aus Angst die Vertrauensbasis mit der Klientin dadurch zu gefährden, hat sich mittlerweile verändert. Soll eine Therapie gelingen, bin ich in einem hohen Maße davon abhängig, dass das soziale Umfeld und besonders die Betreuungspersonen die Therapie unterstützen.

Vor allem der Auftragsklärung messe ich einen hohen Stellenwert zu, handelt es sich doch um einen Dreiecksvertrag, der eine gewisse Transparenz für alle Beteiligten notwendig macht. Das Erstgespräch findet in der Regel zu dritt statt, oft ist die Anwesenheit der Bezugsperson den KlientInnen auch wichtig, da sie

die neue und ungewohnte Situation ängstigt. Im Erstgespräch kläre ich neben den Rahmenbedingungen auch die oft unterschiedlichen Erwartungen und die weitere Zusammenarbeit ab. Missglückte Zusammenarbeit mit dem Betreuungssystem aufgrund unklarer Auftragserteilung, oder wenn Betreuungspersonen die Therapie nicht mittragen, kann die gesamte therapeutische Arbeit scheitern lassen.

Bei Chesner (1995, S. 16) findet das Erstgespräch in der vertrauten Umgebung (Wohngemeinschaft, Werkstätte) der KlientInnen statt, einer Vorgangsweise, der ich einiges abgewinnen kann. Ich werde diese Vorgangsweise für die Zukunft aufgreifen, weil dadurch auch ein anderer Zugang zum realen sozialen Atom der KlientInnen möglich wäre.

In der weiteren Zusammenarbeit mit KlientInnen und Betreuungspersonen führe ich regelmäßige Gespräche zu dritt, deren Häufigkeit jedoch vom individuellen Therapieprozess abhängig ist. Vor diesen Gesprächen kläre ich mit meinen KlientInnen ab, was Inhalt des Gespräches sein soll bzw. wir besprechen, welche Informationen der BetreuerInnen für unsere gemeinsame Arbeit nützlich sein könnten. Aus Zeitgründen telefoniere ich mittlerweile auch mit Betreuungspersonen, informiere aber meine KlientInnen über alle Kontakte mit Personen aus ihrem sozialen Umfeld. Die Zusammenarbeit mit dem realen sozialen Atom meiner KlientInnen unterliegt nach wie vor einem ständigen Veränderungsprozess. Jede neue Klientin lehrt mich die Zusammenarbeit aller Beteiligten noch genauer zu gestalten und sorgfältig darauf zu achten, dass die Klientin Protagonistin im gesamten therapeutischen Szenario bleibt.

Was kann nun die psychodramatische Rollentheorie für die Autonomieentwicklung bei Menschen mit geistiger Behinderung leisten?

Der Autonomiebegriff in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen bedeutet nicht Unabhängigkeit, sondern die Möglichkeit der Selbstbestimmung, die ja ein Grundprinzip menschlicher Entwicklung sein sollte. Selbstbestimmung schließt Hilfe und Unterstützung durch andere nicht aus und ist nicht grundsätzlich mit Selbständigkeit gleichzusetzen.

Wie bereits erwähnt, entwickeln Menschen in Beziehungen ihre Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten und ihr Bild von sich und der Welt. Je eingeschränkter das Beziehungsgefüge eines Menschen ist, umso eingeschränkter ist in der Regel auch sein Rollenrepertoire, was sich wiederum auf seine Erlebnis- und Beziehungsfähigkeit auswirkt.

Menschen mit geistiger Behinderung, die in starren institutionellen Rahmenbedingungen leben und in einer hohen Abhängigkeit gehalten werden, entwickeln oft ein starkes Sicherheitsbedürfnis, diffuse Ängste vor unbekanntem Situationen sowie das Gefühl, Unvertrautem hilflos ausgeliefert zu sein. Die fehlende Erfahrung mit verschiedensten Lebenssituationen löst eine „erlernte Hilflosigkeit“ (Seligman) aus. Dabei entsteht häufig ein Selbstbild des „Nicht – Könnens“.

Wesentliches Element der therapeutischen Arbeit mit behinderten Menschen ist für mich daher die Unterstützung ihrer Entscheidungsfähigkeit und das Ausprobieren verschiedener Rollen. Für die konkrete Arbeit heißt das zunächst, immer wieder „Hilfsich“ – Rollen zu übernehmen, sie beim Erkennen ihrer Wünsche und Bedürfnisse zu unterstützen und ihnen zu helfen, sie zu realisieren und sei es zunächst auch nur auf der Spielbühne.

Frau L., eine sehr angepasste junge Frau, der es nach eigenen Aussagen immer gut geht und deren „Bravheit“ immer wieder im Vordergrund steht, zeichnet in einer Stunde mit ganz viel Ausdauer eine rote Katze. Beim Anschauen der Zeichnung und auf meine Fragen meint Frau L.: „Die Katze ist ein Kater, heißt Pauxi und ist ganz lieb.“ Auf der Bühne stellt sich der Kater dann als wütend heraus. Durch unterstützendes Doppeln bestärke ich Frau L. in diesen Gefühlen und der Kater kann dann auch noch aggressiv fauchen.. Auf der Bühne und in der Rolle des Katers darf Frau L. auch wütend sein, ein Gefühl, welches sonst nicht da sein darf.

Die Hauptaufgabe der Therapeutin liegt meines Erachtens in der Doppelgängerfunktion im Sinne eines unvereinommenen Einlassens auf die Klientin und deren Gefühlswelt. In der Rolle der Doppelgängerin ist die Therapeutin in der Lage, Dinge auszusprechen, die der Klientin im Moment noch nicht zugänglich sind, dadurch erweitert sich das Verständnis der Klientin für sich selbst und andere. In dem Maße, in dem ich als Doppelgängerin Dinge ausspreche, welche die von der Klientin vorgegeben Rollen überschreiten, mache ich eine Rollenerweiterung möglich. In der Reflexion von Therapiestunden ist mir aufgefallen, dass ich mich in Momenten, wo KlientInnen emotional sehr berührt sind, instinktiv neben sie setze und mich so automatisch in die Doppelgängerposition begeben.

Eine meiner Klientinnen, Frau D., die als Kindergartenhelferin tätig ist, berichtet von einem Konflikt mit einem Zivildienstler in ihrer Arbeit, der ihr immer wieder einen Teil der Arbeit hinterlässt. Frau D. ärgert sich immer sehr, macht jedoch die zusätzliche Arbeit widerspruchlos. Im Erzählen wird spürbar, dass sie keinerlei Handlungsalternativen zur Verfügung hat. Wir spielen auf der Spielbühne die Szene nach und durch unterstützendes Doppeln meinerseits wird es Frau D. möglich, den Zivildienstler im Spiel zur Rede zu stellen. Frau D. schaffte auch die Integration auf die Alltagsbühne, indem sie den Zivildienstler tatsächlich konfrontierte und den Konflikt für sich erfolgreich löste.

Die Doppelgängerfunktion beinhaltet meines Erachtens zweierlei Gefahren, die immer wieder reflektiert werden müssen. Es ist für mich wichtig, die Zustimmung der KlientInnen zum Doppeln zu erhalten, da behinderte Menschen ständig die Erfahrung machen, dass für sie entschieden und gehandelt wird. In diesem Sinne ist ein ständiges Nachfragen nötig, um sich zu vergewissern, dass das im Doppeln Ausgedrückte mit der Erlebnis- und Gefühlswelt der KlientInnen übereinstimmt. Gleichzeitig erkenne ich beim Doppeln auch immer wieder die Begrenztheit meiner Einfühlungsfähigkeit. Vor allem bei sehr schwer behinderten Menschen erlebe ich auch, dass Körpersignale von mir fehlgedeutet werden. Der Teleprozess muss sich sozusagen erst langsam entwickeln, Erlebnis- und Ausdrucksweisen von behinderten KlientInnen müssen erst erspürt und entdeckt werden. Walter (1981, S. 191 – 192) kommt in ihrer Arbeit mit körperbehinderten jungen Menschen zu ähnlichen Schlußfolgerungen.

Die Arbeit mit Märchen

Die Verwendung von Märchen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung ist sehr bedeutsam, erfüllen doch Märchen eine entwicklungsfördernde Funktion. Fast jeder von uns hat ein Lieblingsmärchen und auch den meisten meiner behinderten KlientInnen sind Märchen vertraut. Märchen spielen im Therapieprozess vor allem dann eine wichtige Rolle, wenn es

darum geht, innere Blockaden aufzulösen und eine oft verschüttete Kreativität zu fördern, denn die Arbeit mit Märchen bringt innere Bilder zum Klingen.

Diagnostisch ist die Frage nach dem Lieblingsmärchen wichtig, zeigt das Lieblingsmärchen doch oft ein wesentliches Grundproblem der KlientInnen. Durch die Arbeit mit dem Märchen und die Identifikation mit den verschiedenen Rollen im Märchen kann es zu einer symbolischen Bearbeitung von Erfahrungen und Konflikten kommen, die einer anderen, oft auch szenischen Bearbeitung, nicht zugänglich sind. Behinderten Menschen fällt es oft schwer, andere Rollen einzunehmen, in die Rolle eines Märchenhelden oder einer Märchenheldin zu schlüpfen, war aber für fast alle meiner KlientInnen möglich

Schneewittchen ist Frau D.'s Lieblingsmärchen und hat uns immer wieder in der Therapie begleitet. Bereits nach dem ersten Vorlesen meinte Frau D., sie habe keine Stiefmutter sondern einen Stiefvater gehabt, der böse zu ihr war.

Die Szene, wo Schneewittchen den vergifteten Apfel ausspuckt, ist ihre Lieblingsszene und wird viele Male und in unterschiedlichsten Variationen nachgespielt. Als Äpfel dienen immer wieder Knöpfe, die ausgespuckt werden. Frau D. meint, der Apfel stehe für alles, was sie betreffend den Stiefvater „hinauskotzen“ möchte.

Frau D. verknüpft dann diese Szene mit ihrer Wut auf den Stiefvater und entwickelt ein „Knopfritual“, bei welchem je ein Knopf für durch den Stiefvater erlittenes Leid steht. Jeder Knopf wird dann symbolisch ausgespuckt, d. h. sie schleudert jeden Knopf mit viel Wut von sich.

Krüger (2000, S. 71) meint, dass durch die Arbeit mit Märchen und Mythen sich das Arbeiten mit Bildern aus der Kindheit (genetische Szene) um analoge szenische Bilder erweitert, die aber weniger analytische und mehr ich – stärkende Wirkung haben.

Ich hatte schon länger das Gefühl, dass ich den Kontakt zu Frau R., eine Klientin mit einer schweren Traumatisierung verloren habe. Sie war ständig müde und keinem meiner Angebote zugänglich. Erst mein Angebot, ihr ein Märchen vorzulesen, stößt auf Resonanz und sie entscheidet sich für das Märchen vom Dornröschen. Sie bleibt sehr beim Bild, wo sich Dornröschen mit der Spindel in den Finger sticht und dann hundert Jahre schläft, hängen. Von dieser Szene zeichnet sie dann ein Bild. Schlaf scheint für diese Klientin eine Möglichkeit zu sein, den belastenden Bildern in ihrem Inneren zu entkommen.

Oft weckt die Arbeit mit Märchen erst die Spielfreude und das Märchen bzw. bestimmte Szenen werden mehrmals gespielt. Manchmal probieren sich KlientInnen dann auch in AntagonistInnenrollen.

Zusammenfassung

Der vorliegende Artikel versucht die Vorteile der psychodramatischen Methode für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen darzustellen. Vor allem das psychodramatische Menschenbild aber auch die Methodenvielfalt sind gute Voraussetzungen für die therapeutische Arbeit in diesem Bereich. In Anlehnung an Schmitz-Roden (1996, S.28 - 29) möchte ich für die psychodramatische Arbeit mit geistig behinderten Menschen folgende Schlussfolgerungen ziehen:

- 1) Die KlientInnen werden immer in ihrer sozialen Vernetzung gesehen, d. h. mit ihrem sozialen Atom. Psychodramatherapie bedeutet auch immer die

Einbeziehung der sozialen Beziehungen von Klientinnen zum Verständnis ihrer momentanen Situation.

- 2) Nicht die Fokussierung auf Traumata liegt im Zentrum der psychodramatischen Arbeit, sondern eine ressourcenorientierte Betrachtungsweise, in deren Mittelpunkt die Stärkung von Kreativität und die Förderung von Spontaneität steht. Gerade in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen ist dieser Ansatz von enormer Wichtigkeit, weil dadurch Lebendigkeit und Autonomie unterstützt werden.

- 3) Die Haltung der Therapeutin in der psychodramatischen Arbeit soll „anregend, aber nicht weisend sein, da das Leben mehrere Autoren hat“ (Schmitz-Roden, 1996, S. 29). Im Zentrum steht die Begegnung zwischen KlientInnen und TherapeutIn, und Begegnung kann meines Erachtens immer nur auf einer Ebene stattfinden, d. h. Klientin und Therapeutin müssen sich bildlich gesprochen gegenüberstehen.

Quellenangaben

Bunz-Schlösser Gabriele (1981): Das Psychodrama als Methode der klinischen Psychotherapie hirngeschädigter Erwachsener. In: Engelke Ernst (Hg): Psychodrama in der Praxis, S. 154 – 185, Pfeiffer, München

Chesner Anna (1995): Dramatherapy for People with Learning Disabilities. Jessica Kingsley Publishers, London.

Dudler Agnes, Neumann Eckhardt (1996): Das innere Theater der Seele – „Inszenierungen“ in der Einzeltherapie und was Objektbeziehungen und Rollentheorie zur Erhellung beitragen. In: Zeitschrift für Theorie und Praxis von Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel, Nr.1/96, S.64 – 92

Fontaine P. (1978): Psychodrama mit geistig und körperlich Behinderten. In: Petzold Hilarion (Hg.): Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik und Theater, S. 217- 227. Junfermann Verlag, Padderborn

Hochreiter Karoline (1996): Kompendium der Psychodrama – Therapie. Inscenario – Verlag, Köln

Krüger Reinhard T. (1997): Kreative Interaktion. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Pruckner Hildegard (2001): Das Spiel ist der Königsweg der Kinder. Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel mit Kindern. Inscenario – Verlag, München

Rubner Angelika (1979): Das retardierte Kind und das analytische Psychodrama. Dissertation an der Universität Salzburg

Schmitz-Roden Ulrich (1996): Spurensuche nach einer psychodramatischen Grundhaltung. In: Zeitschrift für Theorie und Praxis von Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel, Nr.1/96, S. 17 - 29

Sinason Valerie (2000): Geistige Behinderung und die Grundlagen des menschlichen Seins. Luchterhand, Berlin

Stimmer Franz (2000): Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart

Walter Luitgard (1981): Psychodrama mit körperbehinderten jungen Menschen. In: Engelke Ernst (Hg): Psychodrama in der Praxis, S. 186 – 201, Pfeiffer, München