

Hartmann, Klaus

Das Problem der Intervention in der Rehabilitation

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 35 (1986) 4, S. 146-149

urn:nbn:de:bsz-psydok-31637

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Bartoszyk, J., Nickel, H.</i> : Teilnahme von Vätern an Säuglingspflegekursen und ihr Betreuungsverhalten in den ersten Lebenswochen des Kindes (Father's Participation in Infant Caretaking Courses and Paternal Caretaking Behavior in the First Weeks of Life)	254	<i>Reich, G., Bauers, B., Adam, D.</i> : Zur Familiendynamik von Scheidungen: Eine Untersuchung im mehrgenerationalen Kontext (The Family Dynamics of Divorce: an Investigation in the Multigenerational Context) . . .	42
<i>Bauers, B., Reich, G., Adam, D.</i> : Scheidungsfamilien: Die Situation der Kinder und die familientherapeutische Behandlung (The Situation of the Children and the Family Therapy in Families of Divorce)	90	<i>Rossel, E., Steffens, W., König, R.</i> : Entwickeln adipöse Kinder eine geringere Leistungsmotivation? (Do Obese Children Develop a Low Need for Achievement?)	164
<i>Biermann, G., Kos-Robes, M.</i> : Die Zeichentest-Batterie (The Drawing Test Battery)	214	<i>Sarimski, K.</i> : Untersuchungen zur Entwicklung der sensorimotorischen Intelligenz bei gesunden und behinderten Kindern (Studies of Sensorimotor Development in Normal and Retarded Children)	16
<i>Boehnke, K.</i> : Probleme der Intelligenzmessung bei Kindern mit dem HAWIK-R (Problems of the Measurement of Intelligence in Children by Means of the HAWIK-R)	34	<i>Schechter, D.E.</i> : Bemerkungen zur Entwicklung der Kreativität (Notes on the Development of Creativity) . . .	21
<i>Dittmann, R.W., Kröning-Hammer, A.</i> : Interkulturelle Konflikte bei 10-18jährigen Mädchen türkischer Herkunft (Intercultural Conflicts in 10 to 18 Years Old Girls of Turkish Origin)	170	<i>Schütze, Y.</i> : Der Verlauf der Geschwisterbeziehung während der ersten beiden Jahre (The Course of Sibling Relationship During the First Two Years)	130
<i>Fischer, G.</i> : Die Beziehung des Kindes zur gegenständlichen und personalen Welt (The Child's Object-Directed and Interpersonal Relations)	2	<i>Streeck-Fischer, A.</i> : „Rahmensetzende“ und „bündnisbildende“ therapeutische Funktionen in der klinischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen („Guiding“ and „Alliance Forming“ Therapeutic Functions in Clinical Psychotherapy with Children and Adolescents)	50
<i>Göres, H.G., Göting, S.</i> : Überleitung einer Therapiegruppe mit Jugendlichen in eine Selbsthilfegruppe (Transferal of a Therapy-group for Adolescents into a Self-help-group)	177	<i>Süssenbacher, G.</i> : Hilfreicher Dialog als strukturelles Problem: Zur Übereinstimmung von Metapher und Affekt – Erörterung am Beispiel einer Märchen-Kurztherapie von Enkopresis (Helpful Dialogue as Structural Problems: About Correspondence of Metaphor with Affection – Discussion on the Illustration of a Fairy-Tale-Brief-Treatment of Encopresis)	137
<i>Gruen, A., Prekop, J.</i> : Das Festhalten und die Problematik der Bindung im Autismus: Theoretische Betrachtungen (Holding and Attachment in Autism: Theoretical Considerations)	248	<i>Wiesse, J.</i> : Über die Angst in der Psychotherapie von Jugendlichen (Anxiety in the Psychotherapy of Adolescents)	87
<i>Gutezeit, G., Marake, J., Wagner, J.</i> : Zum Einfluß des Körperidealbildes auf die Selbsteinschätzung des realen Körperbildes im Kindes- und Jugendalter (The Influence of Ideal Body Images on the Assessment of Real Body Image in Children and Juveniles)	207	<i>Wirsching, M.</i> : Krankheit und Familie – Zur Entwicklung einer beziehungs-dynamischen Sicht in der Psychosomatik (Illness and the Family – Towards a System's Perspective in Psychosomatic Medicine)	118
<i>Hartmann, H.</i> : Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie mit psychotischen Kindern (Attention-Interaction-Therapy with Psychotic Children)	242		
<i>Hobrücker, B.</i> : Eine Verlaufsanalyse heilpädagogischer Probleme in kinderpsychiatrischen Langzeitbehandlungen (A Process Analysis of Problems in Special Education during Residential Child Psychiatric Treatment)	82	Pädagogik und Jugendhilfe	
<i>Klosinski, G.</i> : Die Bedeutung des Vaters für die Entwicklung delinquenten Verhaltens (The Significance of the Father for the Development of delinquent Behavior) . . .	123	<i>Bourgeon, M.</i> : Beratungsarbeit mit Familien von Verfolgten aus der NS-Zeit (Experiences in Counseling with Families of Victims of the Holocaust)	222
<i>Knölker, U.</i> : Psychotherapie bei Colitis ulcerosa in der Adoleszenz (About Psychotherapy of Colitis ulcerosa in Adolescence)	8	<i>Hartmann, K.</i> : Das Problem der Intervention in der Rehabilitation (The Problem of Intervention in Rehabilitation)	146
<i>Krampen, G.</i> : Zur Verarbeitung schlechter Noten bei Schülern (Stress and Coping with Grades in Schols) . .	200	<i>Hoffmeyer, O., Hils, J.</i> : Offene Spielgruppe in der Jugendpsychiatrie (Open Playgroups in Adolescent Psychiatry)	261
<i>Ossowsky, G.</i> : Zur Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter – Behandlungsplan und Katamnese (In Addition to Anorexia Nervosa in Early Adolescence – Treatment and Catamnestic Investigation)	56	<i>Hubbertz, K.P.</i> : Prävention in ländlichen Erziehungsberatungsstellen (Prevention in Rural Welfarecentres for Familycounseling)	96
		<i>Hüffner, U., Mayr, T.</i> : Integrative Körpertherapie – eine Integrationshilfe bei der gemeinsamen Förderung behinderter und nichtbehinderter Kinder im Kindergarten? (Integrative Body Therapy – Can it Support Integration in Joint Furthering of Handicapped and Non-Handicapped Children in Kindergarten?)	184

Familientherapie

Austermann, W., Reinhard, H. G.: Ein Fürsorgegutachten als systematisch-familientherapeutische Intervention (An Expert in Child Welfare as a Systemic-Family Therapeutic Intervention) 302

Buchholz, M. B.: Schachspieler, Gast vom fremden Stern, Kapitän auf dem großen Fluß, Freud und Bateson – Zur Kontroverse zwischen Psychoanalyse und Systemtheorie (Chessplayer, Guest from a distant Star, the Great River's Captain, Freud and Bateson – A Contribution to the Controversy between Psychoanalysis and Systemic Theory) 274

Heekerens, H. P.: Zehn Jahre Familientherapie in Erziehungsberatungsstellen – Entwicklung und Fehlentwicklung (Ten Years Family Therapy in Child Guidance) 294

Müssig, R.: Familientypologie – Ein holistisches Klassifikationsschema auf der Basis von Gestaltwahrnehmung, Humantheologie, Systemtheorie und Psychoanalyse (Family Typology – A Holistic Classification Scheme Based on Gestalt Conception, Human Ehtology, System Theory und Psychoanalytical Theory) . . 283

Rückert-Emlden-Jonasch, I. u. a.: Familientherapeuten erleben ihre Herkunftsfamilie (Family Therapists Experience Their Families of Origin) 305

Tagungsberichte

Bericht über den 11. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 312

Ehrungen

Hedwig Wallis zum 65. Geburtstag 150

Buchbesprechungen

Armstrong, L.: Kiss Daddy Good Night. Aussprache über Inzest 151

Baumann, U. (Hrsg.): Psychotherapie: Makro/Mikroperspektive 155

Beland, H. u. a. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 16 27

Belz, H., Muthmann, Ch.: Trainingskurse mit Randgruppen 26

Berger, E., Friedrich, H. M., Schuch, B.: Verhaltensbeurteilung bei Kindern und Jugendlichen 104

Bettelheim, B.: So können sie nicht leben 25

Biber, B.: Early Education and Psychological Development 156

Bleidick, U. (Hrsg.): Theorie der Behindertenpädagogik . 106

Boczkowski, K.: Geschlechtsanomalien des Menschen . . 266

Bös, K., Mechling, H.: Bilder-Angst-Test für Bewegungssituationen 106

Brainerd, Ch. J., Pressley, M. (Hrsg.): Basic Processes in Memory Development. Progress in Cognitive Development Research 111

Brakhoff, J. (Hrsg.): Eßstörungen – ambulante und stationäre Behandlung 108

Brand, M.: Erziehungsberatung im Spannungsfeld von Familie und Schule 157

Brandstädter, J., Gräser, H. (Hrsg.): Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne 192

Briel, R., Mörsberger, H.: Kinder brauchen Horte 75

Bruder-Bezzel, A., Bruder, K. J.: Jugend: Psychologie einer Kultur 153

Brunner, E. J.: Grundlagen der Familientherapie. Systematische Theorie und Methodologie 268

Bundschuh, K.: Dimensionen der Förderdiagnostik bei Kindern mit Lern-, Verhaltens- und Entwicklungsproblemen 231

Burkhardt, H., Krech, R.: Aggression und geistige Behinderung 76

Dietrich, G.: Erziehungsvorstellungen von Eltern 234

Eberlein, G.: Autogenes Training für Kinder 318

Eggers, Ch. (Hrsg.): Emotionalität und Motivation im Kindes- und Jugendalter 156

Eichseder, W.: Unkonzentriert – Hilfen für hyperaktive Kinder und ihre Eltern 73

Eiser, Ch.: The Psychology of Childhood Illness 318

Fleischer-Peter, A., Scholz, U.: Psychologie und Psychosomatik in der Kieferorthopädie 320

Freinet, E.: Erziehung ohne Zwang 25

Frey, D., Irle, M. (Hrsg.): Motivations- und Informationsverarbeitungstheorien 267

Fromm, E.: Psychoanalyse und Religion 155

Fthenakis, W. E.: Väter (Bd. I und II) 315

Fuchs, M.: Funktionelle Entspannung in der Kinderpsychotherapie 72

Füssenich, I., Gläß, B.: Dysgrammatismus 191

Göppner, H. J.: Hilfe durch Kommunikation in Erziehung, Therapie, Beratung 103

Haubl, R., Peltzer, U.: Veränderung und Sozialisation . . 158

Heil, G.: Erziehung zur Sinnfindungshaltung – eine Antwort der Lernbehindertenpädagogik 26

Hennig, C., Knödler, U.: Problemschüler – Problemfamilien 232

Jüttemann, G. (Hrsg.): Die Geschichtlichkeit des Seelischen 319

Krähenbühl, V. u. a.: Stieffamilien. Struktur – Entwicklung – Therapie 267

Kleine-Moritz, G.: Der gegenwärtige Stand des Rechts-Links-Problems 265

Klicpera, Ch.: Leistungsprofile von Kindern mit spezifischen Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten 316

Krech, D. u. a.: Grundlagen der Psychologie (Bd. I-VIII) . 104

Langenmayr, A., Prümel, U.: Analyse biographischer Daten von Multiple Sklerose-Kranken 92

Liepman, D., Stiksrud, A. (Hrsg.): Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme in der Adoleszenz 234

Marx, H.: Aufmerksamkeitsverhalten und Leseschwierigkeiten 104

Mehringer, A.: Verlassene Kinder 73

Meyer, W. U.: Das Konzept der eigenen Begabung 28

<i>Morgan, S. R.</i> : Children in Crisis. A Team Approach in the Schools	71	<i>Schulte, F. J., Spranger, J.</i> (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde	317
<i>Musselwhite, C. R.</i> : Adaptive Play for special Needs Children	317	<i>Schwabe-Höllein, M.</i> : Hintergrundanalysen zur Kinderkriminalität	230
<i>Nickolai, W. u. a.</i> : Sozialpädagogik im Jugendstrafvollzug	229	<i>Shepherd, M.</i> (Hrsg.): Psychiater über Psychiatrie	319
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Pubertätsalters	108	<i>Solnit, A. J. u. a.</i> (Hrsg.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 39)	110
<i>Oswald, G., Müllensiefen, D.</i> : Psycho-soziale Familienberatung	190	<i>Spreen, O. u. a.</i> (Hrsg.): Human-Developmental Neuropsychology	27
<i>Páramo-Ortega, R.</i> : Das Unbehagen an der Kultur	109	<i>Stein, A., Stein, H.</i> : Kreativität. Psychoanalytische und philosophische Aspekte	233
<i>Perrez, M. u. a.</i> : Erziehungspsychologische Beratung und Intervention	229	<i>Textor, M. E.</i> : Integrative Familientherapie	317
<i>Petermann, F.</i> : Psychologie des Vertrauens	266	<i>Thommen, B.</i> : Alltagspsychologie von Lehrern über verhaltensauffällige Schüler	191
<i>Petermann, U.</i> : Kinder und Jugendliche besser verstehen .	102	<i>Tobler, R., Grond, J.</i> (Hrsg.): Früherkennung und Früherziehung behinderter Kinder	103
<i>Quitmann, H.</i> : Humanistische Psychologie	108	<i>Wiedl, K. H.</i> (Hrsg.): Rehabilitationspsychologie: Grundlagen, Aufgabenfelder, Entwicklungsperspektiven . . .	314
<i>Rahn, H.</i> : Talente finden – Talente fördern	74	<i>Wiegand, B.</i> : Ich habe mich nicht gemalt, weil ich nicht zur Familie gehöre – eine Kindertherapie	193
<i>Remschmidt, H., Schmidt, M. H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis (Bd. II)	235	<i>Ylvisaker, M.</i> (Hrsg.): Head Injury Rehabilitation: Children and Adolescents	110
<i>Remschmidt, H., Schmidt, M. H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis (Bd. III)	268		
<i>Remschmidt, H., Schmidt, M. H.</i> (Hrsg.): Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	320	Autoren der Hefte: 24, 64, 102, 150, 189, 228, 265, 314	
<i>Riedl, I.</i> : Tabu im Märchen	265	Diskussion/Leserbriefe: 24, 64	
<i>Rotthaus, W.</i> (Hrsg.): Psychotherapie mit Jugendlichen .	232	Tagungskalender: 29, 77, 112, 159, 193, 236, 269, 321	
<i>Rudnick, M.</i> : Behinderte im Nationalsozialismus	235	Mitteilungen: 30, 78, 112, 160, 194, 237, 270, 322	
<i>Rudolf, G. A., Tölle, R.</i> (Hrsg.): Prävention in der Psychiatrie	111		
<i>Sedlmayr-Länger, E.</i> : Klassifikation von Klinischen Ängsten	105		
<i>Scherer, K. R. u. a.</i> : Die Streßreaktion – Physiologie und Verhalten	231		
<i>Schmidt, H. D., Schneeweiß, B.</i> (Hrsg.): Schritt um Schritt. Die Entwicklung des Kindes bis ins 7. Lebensjahr . . .	316		

Aus dem Seminar für Heilpädagogische Psychologie und Psychiatrie der Erziehungswissenschaftlich-Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln (Lehrstuhl für Heilpädagogische Psychiatrie: Prof. Dr. med. Klaus Hartmann)

Das Problem der Intervention in der Rehabilitation*

Von Klaus Hartmann

Zusammenfassung

Rehabilitation ist mit Intervention verbunden, und Intervention löst (heute) Ängste und Widerstände aus. Sie richten sich nicht nur gegen die Intervention sondern auch gegen Forderungen an das behinderte Kind. Effekte Rehabilitation kann jedoch nur erreicht werden, wenn es Betreuern und Betreuten gelingt, diese Ängste und Widerstände zu bewältigen.

„Ich habe mir frühzeitig das Scherzwort von den drei unmöglichen Berufen – als da sind: Erziehen, Kurieren, Regieren – zu eigen gemacht...“ (Sigmund Freud)

Mit der Erziehung hat es eine eigentümliche Bewandnis. Es wird viel über Erziehung geredet und wortreich für Erziehung plädiert. Doch drängt sich oft auf, was der Kinderpsychiater *Hinneken* über ein Gutachten des Juristen *Denninger* zum Thema „Jugendfürsorge und Grundgesetz“ sagte: „Man kann den Eindruck haben, als würde zwar das 'Recht auf Erziehung' gesagt, gemeint aber das Recht, nicht erzogen zu werden.“

Ähnlich verhält es sich mit der Rehabilitation. Auch von manchen Reden und Aufsätzen über Rehabilitation ließe sich sagen: Man kann den Eindruck haben, als würde zwar das „Recht auf Rehabilitation“ gesagt, gemeint aber das Recht, nicht rehabilitiert zu werden. Ich denke zum Beispiel an eine Diskussion über die Rehabilitation von Drogenabhängigen, in welcher diese Rehabili-

tation als Resozialisierungsterror („Terror der Resozialisierung“) denunziert wurde.

Woher kommen diese Widerstände gegen Erziehung bzw. Rehabilitation? Das häufig zitierte Wort von *Sigmund Freud* von den drei „unmöglichen Berufen“ Erziehen, Kurieren, Regieren hat *Freud* vor allem auf den „ungenügenden Erfolg“ bezogen [2,3]. Erziehen, Kurieren, Regieren sind auch in einer anderen Hinsicht „unmögliche Berufe“, insofern sie mit Intervention verbunden sind, die (heute) mehr und mehr Angst und Widerstände auslöst. Wie sich diese Widerstände äußern, sei im folgenden an einigen Beispielen dargestellt.

Erstes Beispiel:

In einer kinderpsychiatrischen Lehrveranstaltung meines Seminars wird ein zwölfjähriger Junge vorgestellt. Die Störung, die zur Vorstellung führt, ist eine „Leistungsbehinderung“ auf der Grundlage einer Chromosomenaberration, eines Mongolismus. Es handelt sich jedoch um eine leichtere Form, um einen „Mosaik-Mongolismus“, bei dem die Chromosomenaberration nicht in allen Zellgarnituren auftritt, so daß auch die Behinderung des Jungen nicht prima vista in Erscheinung tritt. Trotz besonderer Förderung fällt er durch Retardierungen auf, die der Mutter im Hinblick auf seine Beschäftigung nach der Ausschulung Probleme aufgeben. Was seine schulische Leistungsfähigkeit angeht, so registriert die Mutter, daß er stundenlang über seinen Hausaufgaben brütet. Seine manuelle Leistungsfähigkeit erscheint ebenfalls eingeschränkt. Das bereitet der Mutter besondere Sorgen, weil sie nun auch seine Chancen, ein Handwerk zu erlernen, schwinden sieht. Als Beleg weist sie ein von ihm gefertigtes Holzkästchen vor, auf das er recht

* Prof. Dr. Hanns Hippus zum 60. Geburtstag freundschaftlich zugeeignet.

stolz ist, das aber doch ungefüge und plump erscheint. Die Studenten hören der Mutter aufmerksam zu. Statt aber auf ihre Besorgnis einzugehen, versuchen sie, ihre Bedenken in mehreren Anläufen zu zerstreuen. Die Schwerfälligkeit des Jungen sei nicht so gravierend, andere Kinder seien noch langsamer, sein Werkstück sei so schlecht nicht, manche Kinder täten sich noch schwerer usw. Die Mutter reagiert schließlich gereizt: Es sei ihr nicht damit geholfen, die Schwierigkeiten ihres Kindes „wegzudiskutieren“...

Es handelt sich um eine defizitäre Symptomatik. Sie erfordert eine (zunächst) vergleichsweise begrenzte Intervention, eine „supportive Intervention“. Doch wird diese Intervention abzuwehren versucht. Charakteristische Abwehr: Es wird im Sinne einer „Verleugnung“ versucht, die Abweichung zu negieren. Dies kann so weit gehen, daß auch die diagnostischen Methoden, beispielsweise die psychologischen Leistungstests, abgelehnt werden, weil sie Abweichung identifizieren. Eine Studentenzeitschrift der Fakultät formulierte diese Ablehnung mit folgenden Worten: ...„so dient die hier gelehrte sonderpädagogische Diagnostik im wesentlichen nur dem Ziel, die Begründung für die Aussonderung der Schüler in Sonderschulen zu unterstützen.“ Hinter solcher Ablehnung der Diagnose von Abweichung steht oft ein humanistisches Motiv, der Protest gegen menschliche Ungleichheit und Unzulänglichkeit, „the revolt against human inadequacy“, wie es *Roussy de Sales* genannt hat. Doch läßt sich Abweichung nicht durch Verzicht auf ihre Diagnose beseitigen! Es ist evident und muß manchmal dennoch repetiert werden: Das Problem der Schizophrenie, der Oligophrenie, der Oligothymie (Psychopathie) wird nicht aufgehoben, indem auf die Diagnose der Schizophrenie, der Oligophrenie, der Oligothymie verzichtet wird; es wird auch nicht aufgehoben, indem die Sondereinrichtungen für Schizophrenie, Oligophrenie, Oligothymie aufgelöst werden.

Zweites Beispiel:

In einer anderen kinderpsychiatrischen Lehrveranstaltung des Seminars wird ein vierzehnjähriger Schüler vorgestellt. Die Störung, die zur Vorstellung führt, liegt nicht im Leistungs-, sondern im Verhaltensbereich. Der Junge erreicht im Intelligenztest überdurchschnittliche Leistungen und in der Schule gute Noten, aber er fällt durch dranghaftes Verhalten auf, ein dranghaftes Weglaufen (Poromanie). Er ist nicht nur für wenige Tage, sondern über mehrere Wochen von zuhause fortgeblieben, nicht nur durch die nähere Umgebung gestreift, sondern ins Ausland gefahren, nach Belgien, nach Frankreich, in die Schweiz, nach Oberitalien. Die Vorgeschichte demonstriert einen typischen Wechsel von Vernachlässigung und Verwöhnung. Fürsorgemängel wurden durch Permissivität auszugleichen versucht. Statt sich seiner affektiven Bedürfnisse anzunehmen, schickte ihn die Mutter, schon als Kind, mit reichlichem Kleingeld versehen, auf die Straße. So entwickelte er frühzeitig die für Monomanien charakteristische Disposition zu depressiven Verstimmungen und obsessiven Ersatzbefrie-

digungen, die *Dührssen* [1] eindrucksvoll bei diesen Patienten beschrieben hat: „Wir finden die mangelhafte affektive Pflege in den ersten Lebensmonaten. Wir finden in den späteren Entwicklungsjahren der frühen Kindheit den dauernden Wechsel zwischen rauher Einengung und extrem lockerem Gewähren und Laufenlassen“... Und: „Wurde einem Kind früher einmal viel erlaubt, in Augenblicken, in denen eigentlich eine vernünftige Grenze hätte gezogen werden müssen, dann wird diese Vorerfahrung in auftretenden Krisensituationen leicht und gern benutzt, um Ersatzgenuß und Ersatzbefriedigung zu beschaffen.“ Die Studenten verfolgten auch diese Fallvorstellung mit Aufmerksamkeit und offensichtlicher Anteilnahme. Doch kommt es wiederum zu Abwehrversuchen. Zwar wird nicht verkannt, daß hier u. a. eine Devianzsymptomatik vorliegt, doch wird verkannt, daß es sich auch um eine impulsive Symptomatik handelt. Es wird wohl gesehen, daß dem Jungen Zuwendung fehlt und daß er Zuwendung braucht; es kann aber anscheinend nicht gesehen werden, daß ihm auch keine Grenzen gesetzt worden waren und daß er auch Grenzen braucht. Umso größer war die Überraschung, ja, der Unwillen der Studenten, als bekannt wurde, daß der Junge selbst die Einweisung in ein Heim beantragt hatte: „In ein Heim, das mich ganz festhält“. Der Widerstand des Seminars richtete sich offenbar gegen diese Maßnahme.

Es handelt sich um eine impulsive Symptomatik. Sie erfordert eine weitergehende Intervention, eine „restriktive Intervention“, in diesem Fall eine Heimunterbringung. Charakteristische Abwehr: Es wird im Sinne der „Verschiebung auf ein Kleinstes“ versucht, die impulsive Symptomatik als eine defizitäre Symptomatik zu verharmlosen und auf deren Interventionsniveau zu reduzieren.

Drittes Beispiel:

Auf einem „Internationalen Seminar über delinquente Jugendliche“, das sich speziell mit delinquenten Jugendlichen von besonderer Gefährlichkeit befaßte, wurde in diesem Zusammenhang u. a. das Problem ihrer geschlossenen Unterbringung diskutiert. Hier ging es um eine weitere Devianzkategorie: nicht um eine defizitäre Symptomatik (wie im ersten Beispiel), auch nicht um eine impulsive Symptomatik (wie im zweiten Beispiel), sondern um delinquentes Verhalten, und zwar, worauf ausdrücklich abgestellt worden war, um sozialgefährliche delinquente Verhaltensweisen.

Wie verlief die Semindiskussion? Wie setzte sich die Expertenrunde mit dieser schwierigen Problematik auseinander? Es wurde nicht nur zu bestreiten versucht, daß es gefährliche jugendliche Delinquenten gebe, es wurde auch zu bestreiten versucht, daß hier geschlossene Unterbringungen notwendig seien! Wie der deutsche Tagungsleiter in einem abschließenden Resümee feststellte, wurde die geschlossene Unterbringung nur von einer „substantiellen Minderheit im Raume“ bejaht und von dieser Minderheit auch nur zum Zwecke effektiver Behandlung anerkannt. Ich fragte in einem Diskussions-

beitrag [4]: Wie läßt sich bei solcher Einstellung in der oder für die Jugendhilfe weiter tätig sein, in der doch überall geschlossene Unterbringungen veranlaßt werden? Wer ihre Notwendigkeit anerkennt, kann es verantworten. Wer aber die geschlossene Unterbringung gefährlicher jugendlicher Delinquenten so sehr ablehnt, daß er sie grundsätzlich verwerfen oder als Maßnahme zum Zwecke effektiver Behandlung verharmlosen muß, vermag kaum zu verantworten, in der oder für die Jugendhilfe tätig zu sein!

Es ging um sozialgefährliche delinquente Verhaltensweisen. Sie erfordern eine besonders weitgehende Intervention: nicht nur restriktive Interventionen im Protektions- und Präventionsinteresse des Subjekts, sondern unter Umständen darüber hinaus auch restriktive Interventionen im Protektions- und Präventionsinteresse der Allgemeinheit. Reaktion: Die gravierende Symptomatik wurde wieder im Sinne der „Verschiebung auf ein Kleinstes“ auf eine leichtere Symptomatik und deren Interventionsniveau zu reduzieren versucht.

Aus den Vorausführungen lassen sich einige allgemeine Thesen ableiten:

- 1) Rehabilitation konfrontiert nicht nur mit praktischen, sondern auch mit weltanschaulichen Problemen, beispielsweise mit Interventionsproblemen. Hierbei lassen sich „supportive“ und „restriktive“ Interventionen unterscheiden.
- 2) Interventionskonflikte werden abzuwehren versucht. Charakteristische Abwehrmanöver sind die „Verleugnung“ (die Devianzsymptomatik wird negiert) und die „Verschiebung auf ein Kleinstes“ (die schwerere Devianzsymptomatik wird auf eine leichtere Devianzsymptomatik und deren Interventionsniveau zu reduzieren versucht). Die Rehabilitation darf solche Interventionskonflikte nicht leicht nehmen, aber auch nicht vor ihnen ausweichen.
- 3) Die Auswirkungen der Interventionsvermeidung auf die Betreuten lassen sich dahingehend formulieren: Sie fühlen sich nicht ernstgenommen und insofern nicht richtig behandelt. Beispiel: Wenn ein minderwüchsiges Kind einem Arzt vorgestellt wird, der sich auch und insbesondere seiner sozialen Ängste in Zusammenhang mit dem Minderwuchs annehmen soll, wird es sich nicht ernstgenommen fühlen, wenn der Arzt den augenfälligen Minderwuchs zu demütigen versucht. Oder: Wenn sozialgefährlich delinquente Jugendliche Freiheitsstrafen erhalten, die auch aus ihrem Protektions- und Präventionsinteresse, aber darüberhinaus und wesentlich aus den Protektions- und Präventionsinteressen der Allgemeinheit verhängt werden, müssen sie es als eine Heuchelei erleben, wenn der Jugendstrafvollzug in Erklärungen der Politiker nur mehr als eine Maßnahme der Erziehung und Behandlung konfiguriert.

Ich erinnere mich in diesem Zusammenhang des Dialogs zwischen einem Kriminologen und einem Psychoanalytiker in einer vom Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ veranstalteten Gesprächsrunde über die Jugendkriminalität. Der Kriminologe betonte die Notwendigkeit staatlicher Intervention bei jugendli-

cher Gewalttätigkeit: „Was wollen Sie bei einem als sozialgefährlich eingestuften Jungen tun, der wegen wiederholter schwerer Gewaltdelikte auffällig geworden ist? Sie müssen etwas tun.“ Der Psychoanalytiker protestierte. Er reklamierte insbesondere, daß nur als Erziehung für den straffälligen Jugendlichen ausgegeben wird, was auch anderen Strafzielen dienen soll: „... der Junge ... merkt den Zynismus und denkt: Ihr spinnt wohl.“

- 4) Die Auswirkungen der Interventionsvermeidung auf die Betreuenden und auf die Gesellschaft lassen sich vielleicht auf eine Kurzformel bringen: In dem Maße, in dem die Betreuten fühlen, daß ihnen nicht richtig geholfen wird, werden die Betreuenden fühlen, daß sie nicht richtig helfen. Und in dem Maße, in dem die Betreuten fühlen, daß ihnen nicht richtig geholfen wird und die Betreuenden fühlen, daß sie nicht richtig helfen, wird die Gesellschaft dazu tendieren, Ressentiments gegen die Rehabilitation und die mit der Rehabilitation Beauftragten zu entwickeln.

Ich habe darzulegen versucht, daß Rehabilitation mit Interventionsängsten kollidiert, daß indizierte Intervention dennoch gewagt werden muß bzw. daß es für Betreute und Betreuer problematisch werden kann, wenn indizierte Intervention nicht gewagt wird. Aber was, so ist zu fragen, hat es eigentlich mit diesen Interventionsängsten auf sich?

Interventionsangst hängt offenbar mit einem besonderen Freiheitsbedürfnis zusammen. Doch wie hat sich dieses besondere Freiheitsbedürfnis entwickelt? Ist es eine gesellschaftliche Reaktion auf zu wenig Freiheit oder, im Gegenteil, eine gesellschaftliche Reaktion auf zu viel Freiheit? *Platon* neigte, wie wir aus dem Dialog mit *Glaukon* im „Staat“ wissen [6], zu der zweiten Annahme. Wir haben, meine ich, hierzulande beide Reaktionen beobachten können. Die unter der Hitler-Diktatur herangewachsene Generation hatte massive Einschränkungen der Freiheit erlebt und aus dieser Erfahrung eine außerordentliche Hochschätzung der Freiheit entwickelt. Ihr Freiheitsbegriff war pathetisch, aber nicht überzogen, nicht unbegrenzt. (Sie war vielleicht nach *Nietzsche* [5] nicht nach dem „Frei wovon?“, sondern auch nach dem „Frei wozu?“ gewohnt zu fragen.) Die nachfolgende Generation hat dagegen keine gravierenden Einschränkungen der Freiheit, weder wesentliche materielle, noch wesentliche immaterielle Restriktionen hinnehmen müssen. Ihr Freiheitsbegriff exaltierte. *Szczesny* hat es folgendermaßen beschrieben: „Die Menschen werden immer unlustiger, sich irgendwelchen Mühen zu unterziehen, sich irgendetwas von irgendjemand sagen zu lassen, geben den jeweils stärksten Bedürfnissen nach und greifen zu den nächstliegenden Zerstreuungen.“ [7] So mag es dazu gekommen sein, daß sich – gewissermaßen aus dem Nacheinander von zunächst zu wenig und dann zu viel Freiheit – ein maßloser, ein anarchisierender Freiheitsbegriff entwickelte, daß sich die Epoche vor einer doppelten Bedrohung sieht: Die Freiheit muß sich nach zwei Seiten verteidigen, gegen diejenigen, die ihr zu enge Grenzen setzen wollen und gegen diejenigen, die ihr überhaupt keine Grenzen setzen.

Interventionsängste haben auch unsere Terminologie beeinflusst. Dies zeigt sich beispielsweise in der Verabsolutierung des Begriffs der „Behinderung“. Als eine ärztliche Mitarbeiterin meines Seminars eine Vorlesung über die „häufigsten Krankheitsbilder“ in Schulen für körperbehinderte Kinder ankündigte, wurde ihr nahegelegt, statt des Begriffs „Krankheitsbilder“ den Begriff „Behinderungsformen“ zu wählen. Der Begriff „Behinderung“ soll den Begriff „Krankheit“ ersetzen. Die sprachliche Revision signalisiert (wie alle sprachlichen Revisionen) eine tendenzielle Veränderung, eine konzeptionelle Wende. Zum einen intendiert sie eine Aufhebung des Diskriminationseffekts: Behindert zu sein erscheint (vielleicht) weniger diskriminierend als krank zu sein. Zum anderen führt sie zu einer Aufhebung der ärztlichen Zuständigkeit: In einer Leserdiskussion zum Thema „Krank – gesund – behindert“ heißt es: „Krankheit ist ein medizinisches Phänomen, wo hingegen Behinderung ausschließlich ein sozialer Tatbestand ist...“ Schließlich läuft sie auf eine Reduktion des Interventionskonflikts hinaus. Sie gestattet es, unter den beiden prinzipiellen Interventionsalternativen, dem „Aufbau erwünschter Verhaltensweisen“ und dem „Abbau unerwünschter Verhaltensweisen“ zunächst und vor allem den „Aufbau erwünschten Verhaltens“ zu fokussieren, also die Intervention vor allem auf supportive Hilfen zu beschränken. Die supportive Intervention im Aufbau erwünschten Verhaltens ist eben eher tolerierbar als die restriktive Intervention im Abbau unerwünschten Verhaltens, dem gestörten Jugendlichen eher zu helfen als dem störenden. Daher ist der Bereich des störenden Verhaltens in besonderem Maß von sprachlichen Revisionen betroffen, die auf eine Verharmlosung des Sachverhalts abzielen. So wurde in der Terminologie der Rehabilitationspädagogik aus der Verwahrlosung „Schwererziehbarkeit“, aus der Schwererziehbarkeit „Erziehungsschwierigkeit“ und die „Erziehungsschwierigkeit“ schließlich als „Verhaltensauffälligkeit“ bagatellisiert. Scherzfrage aus einer Studentenzeitschrift. Ein Professor erzählt in einem Seminar über Verhaltensauffälligkeiten. Was tust Du? Antwort (unter anderen Antworten): „Du hast noch nie von unauffälligem Verhalten gewußt und sagst das auch...“

Ich möchte mit einem weiteren kasuistischen Beitrag abschließen. Eine wesentliche Rehabilitationsmöglichkeit besteht in der Kompensation: Was durch Behinderung in einem Bereich ausfällt, wird durch Leistung in einem anderen Bereich auszugleichen versucht. Kompensationsversuche können schon beim Kind beobachtet werden. Sie werden aber kontrovers diskutiert.

Mein zweiter Sohn erkrankte in seinem dritten Lebensjahr an einer rheumatoiden Arthritis. Vor seiner Erkrankung fiel er durch eine lebhaft motorische Agilität und Aktivität auf. Durch das Gelenkleiden kam es bereits während des ersten einjährigen Krankenhausauf-

enthaltes zu einer schweren Gehbehinderung. Schon in dieser Zeit zeichnete sich ein kompensatorischer Wandel ab. Ich vergesse nicht, wie wir an einem Frühlingstag auf der Krankenhausterrasse saßen und er begeistert auf die Kastanienbäume wies, die in voller Blüte standen. Seine Interessen hatten sich offenbar verlagert, kontemplative Ansätze entfaltet. Im Leistungsbereich entwickelte er früh einen kompensatorischen Ehrgeiz. Als ich ihn später in einer Schule für körperbehinderte Kinder vorstellte, gab sich der Pädagoge, mit dem ich sprach, in der Beurteilung kompensatorischer Leistungen jedoch eher zurückhaltend. Man sollte das ohnehin belastete Kind nicht mit weiteren Anstrengungen belasten. Meine Gegenvorstellung „Fördern durch Fordern“ fand keine Billigung. Ich meine, auch diese Argumentation war eine Argumentation aus epochaltypischer Interventionsangst. Das Beispiel erscheint mir besonders instruktiv, weil es Rehabilitationswiderstände zeigt, die selbst unter Rehabilitationspädagogen zu Kontroversen führen können.

Summary

The Problem of Intervention in Rehabilitation

Rehabilitation is connected with intervention and intervention produces (now-a-days) fears and antagonisms. They are not only directed against the intervention itself but also against demands required from the handicapped child. Effective rehabilitation, however, can only be achieved if the counselor and the client succeed in overcoming these fears and antagonisms.

Literatur

- [1] *Dührssen, A.* (1978): Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. 12. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – [2] *Freud, S.* (1925): Geleitwort zu „Verwahrloste Jugend“ von *August Aichhorn*. In: Ges. Werke, Bd. XIV. London: Imago Publishing Co., 1948. – [3] *Freud, S.* (1937): Die endliche und die unendliche Analyse. In: Ges. Werke, Bd. XVI. London: Imago Publishing Co., 1950. – [4] *Hartmann, K.* (1983): Benötigt man aus Gründen der Gewährleistung effektiver Behandlung geschlossene Abteilungen? Ein Diskussionsbeitrag. In: *Kerner* (Hrsg.): Arbeitspapiere aus dem Institut für Kriminologie No. 1. Ruprecht-Karls-Universität. Heidelberg. – [5] *Nietzsche, F.*: Also sprach Zarathustra. Vom Weg des Schaffenden. In: Ges. Werke, Bd. VI. Stuttgart: Kröner, 1964. – [6] *Platon*: Der Staat, Aches Buch. In: Ges. Werke, Bd. II. Wien: Phaidon, 1925. – [7] *Szczesny, G.* (1971): Das sogenannte Gute. Reinbeck: Rowohlt.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. Kaus Hartmann, Erziehungswissenschaftlich-Heilpädagogische Fakultät der Universität zu Köln, Frangenheimstr. 4, 5000 Köln 41.