

**DIE BEHINDERNDE SZENE –
ÜBERLEGUNGEN ZUM
BARRIEREFREIEN PSYCHODRAMA
FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG**

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

„Master of Science“

im Universitätslehrgang Psychotherapie

Fachspezifikum Psychodrama

von

Mag. Markus Bräuer, Wien

Department für Psychotherapie und
Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Wien / 07.01.2015

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Markus Bräuer, geboren am 11.02.1972 in Bad Tölz erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen (Klinik, Beratungszentrum...) betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

WIDMUNG / DANKSAGUNGEN

Meinem lieben Freund Kurt Schneider (3. Juni 1945 – 7. Jänner 2014) ist diese Master Thesis gewidmet. Er hat als erster Psychotherapeut mit Behinderung, den ich kennenlernen durfte, meine Liebe zum Psychodrama geweckt und mich als Peer sowie als fürsorglicher und väterlicher Freund begleitet.

Danken will ich zuerst den Menschen mit Behinderung, denen ich bisher begegnet bin. Sie haben mir geholfen, meine eigene Behinderung zu reflektieren, und haben meine Einstellungen und Ideen hinterfragt. Manche von ihnen begaben sich vertrauensvoll in meine psychotherapeutische Begleitung.

Ich danke Christoph Hutter, der mit seinem Vorschlag einer Systematisierung der therapeutischen Philosophie Morenos die Interpretationsfolie für diese Arbeit geliefert hat. Darüber hinaus hat er mir Unterlagen und persönliche Überlegungen zur Verfügung gestellt, die maßgeblichen Einfluss auf dieses Werk genommen haben.

Roswitha Riepl, meiner Lehrsupervisorin über die Jahre des Praxiserwerbs und Betreuerin bei der Masterarbeit, möchte ich hier ganz besonders herzlich Danke sagen. Sie hat mich in schwierigen Zeiten begleitet und mir auf meinem Weg zum Psychodrama-Psychotherapeuten immer Mut gemacht.

Für die Mühe der Korrektur danke ich Madlen Abdallah und besonders Marina Donke. Mit ihren Vorschlägen hat sie dazu beigetragen, dass sich die vorliegende Arbeit trotz ihres Umfangs gut lesen lässt.

Ohne meine Eltern, meine Schwester und meinen Bruder, würde es dieses Werk nicht geben. Mit ihrer Liebe und Geduld haben sie meine Entwicklung von Kindheit an ermöglicht. Besonders denke ich an meinen Vater, der in dem Jahr gestorben ist, in dem ich mit dem psychotherapeutischen Propädeutikum begonnen habe.

Zuletzt danke ich meiner lieben Frau Daniela. Sie hat meine kreative Unruhe, meine Zweifel und Unzufriedenheit ausgehalten. Immer hat sie mich ermutigt und war lange vor mir vom Gelingen dieser Masterthese überzeugt. Ohne ihre tatkräftige und ideelle Unterstützung wäre die Entstehung dieser Arbeit so nicht möglich gewesen.

ABSTRACT

Title:

The disabling scene – reflections on creating an accessible psychodrama for people with disabilities

Keywords:

Psychodrama, disability, accessibility, scene, scenic understanding

Abstract:

Based on the study of the existing literature as well as on his own practical experience the author poses the question what a scene in psychodrama psychotherapy would need to be like to be fully accessible for persons with disabilities. He examines the hypothesis that in an ideal scene the role of disability would not exist from a psychodramatic point of view and tests this hypothesis using the theoretical framework of the dimensions of a scene suggested by Christoph Hutter: physiodrama, psychodrama, sociometry, sociodrama, axiodrama and the dimension of impromptu or singularity. It is examined how these dimensions create and contribute to the role of the disabled person in a scene and what the necessary requirements for an ideal scene for people with disabilities would be. The aim is to create a scene that is as accessible as possible for people with disabilities in psychodrama psychotherapy.

Titel:

Die behindernde Szene - Überlegungen zum barrierefreien Psychodrama für Menschen mit Behinderung

Schlüsselwörter:

Psychodrama, Behinderung, barrierefrei, Szene, szenisches Verstehen

Zusammenfassung:

Ausgehend von den praktischen Erfahrungen des Autors wird der Frage nach einer möglichen idealen Szene in der psychodramatischen Arbeit mit behinderten Menschen nachgegangen. Kernpunkt ist die Hypothese, dass es aus der Sicht des Psychodramas in einer idealen Szene die Rolle des Behinderten (Menschen) gar nicht gibt. Interpretationsfolie sind die sechs Dimensionen einer Szene, wie sie Christoph Hutter vorstellt: Physiodrama, Psychodrama, Soziometrie, Soziodrama, Axiodrama und Stegreifdimension oder Singularität. Mit dem Blick dieser Interpretationsfolie wird die Forschungsfrage gestellt, wie die verschiedenen Dimensionen einer Szene zur Entstehung der Rolle des Behinderten (Menschen) beitragen. Anhand dieser Dimensionen wird nach den Möglichkeiten einer idealen, d.h. barrierefreien Szene für behinderte Menschen gesucht. Beforscht werden dabei die notwendigen Voraussetzungen, um folgendem Ziel möglichst nahe zu kommen: Eine Szenen so zu gestalten, dass eine barrierefreie Situation für die (psychotherapeutische) Arbeit mit behinderten Menschen im Psychodrama herbeigeführt wird.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	9
1.1 Eine Szene zu Beginn.....	9
1.2 Zugänge zum Thema der Arbeit	10
1.2.1 Persönlicher Zugang.....	11
1.2.2 Professioneller Zugang	11
1.2.3 Psychotherapeutischer Zugang	11
1.2.4 Zugang über das Psychodrama	12
1.2.4.1 Jacob L. Moreno und Menschen mit Behinderung	12
1.2.4.2 Literaturbefund zu den Schlagworten „Psychodrama“ und „Behinderung“	14
1.3 Forschungsfrage und Hypothese	15
1.4 Aufbau der Arbeit	16
1.5 Die „Rolle des Behinderten Menschen“.....	16
1.6 Beitrag dieser Arbeit zum Psychodrama.....	17
2. Die sechs Dimensionen einer Szene für die Rolle des Behinderten Menschen .	19
2.1 Die Verortung der sechs Dimensionen einer Szene im Werk Morenos	19
2.1.1 Die therapeutische Philosophie Morenos	19
2.1.2 Die Szene	21
2.1.3 Der Weg von der Szene zur Katharsis	23
2.1.4 Die sechs inhaltlichen Dimensionen einer Szene.....	24
2.1.5 Reihenfolge und Aufbau der Untersuchung in den einzelnen Dimensionen der Szene	27
2.2 Die physiodramatische Dimension einer Szene	30
2.2.1 Die Definition der physiodramatischen Dimension.....	30
2.2.2 Bedeutung der physiodramatischen Dimension für Menschen mit Behinderung	31
2.2.2.1 Medizinische Diagnose von Behinderung und subjektives Erleben ..	31
2.2.2.2 Behinderung kann unsichtbar sein.....	32
2.2.2.3 Unterschiedliche Formen von Behinderung	33
2.2.2.3.1 Körperbehinderungen	34
2.2.2.3.2 Sinnesbehinderungen.....	35

2.2.2.3.2.1	Sehbehinderung	35
2.2.2.3.2.2	Schwerhörigkeit.....	36
2.2.2.3.3	Menschen mit Lernschwierigkeiten.....	37
2.2.2.3.4	Mehrfachbehinderte Menschen	38
2.2.2.4	Weitere Aspekte der physiodramatischen Dimension.....	38
2.2.3	Beitrag der physiodramatischen Dimension zur Rolle des Behinderten Menschen	39
2.3	Die psychodramatische Dimension einer Szene	41
2.3.1	Die Definition der psychodramatischen Dimension.....	41
2.3.2	Bedeutung der psychodramatischen Dimension für Menschen mit Behinderung	42
2.3.2.1	Charakter und Behinderung	42
2.3.2.2	Grundsätzliche Unterscheidungen in der Biografie behinderter Menschen	43
2.3.2.2.1	Behinderung von Kindheit an oder erworben	43
2.3.2.2.2	Gleichbleibende oder progressive Behinderung.....	44
2.3.2.3	Rollenentwicklung bei Menschen mit Behinderung von Kindheit an ..	46
2.3.2.4	Umgang mit der erworbenen Behinderung	48
2.3.2.5	Vermeidung der Rolle des Behinderten Menschen in der psychodramatischen Dimension als „themenspezifisch perfektes Ziel“	49
2.3.3	Beitrag der psychodramatischen Dimension zur Rolle des Behinderten Menschen	52
2.4	Die soziometrische Dimension der Szene.....	53
2.4.1	Die Definition der soziometrischen Dimension	53
2.4.2	Bedeutung der soziometrischen Dimension für Menschen mit Behinderung	54
2.4.2.1	Beziehungsentwicklung und Behinderung	54
2.4.2.1.1	Diagnose bzw. Auftreten der Behinderung.....	54
2.4.2.1.2	Gestaltung der Beziehung zum behinderten Menschen.....	55
2.4.2.2	Abhängigkeiten und Beziehungsaufbau von Menschen mit Behinderung	55
2.4.2.3	Möglichkeiten von Weiterentwicklung und Abhängigkeit	58
2.4.2.3.1	Das Nutzen von Hilfsmitteln	58
2.4.2.3.2	Sachwalterschaft	59
2.4.2.3.3	Institutionen.....	60

2.4.2.3.4	Persönliche Assistenz.....	61
2.4.2.3.5	Paare mit einem behinderten und einem nicht-behinderten Teil...	62
2.4.2.4	Das soziale Atom und der soziale Tod von Menschen mit Behinderung	64
2.4.3	Beitrag der soziometrischen Dimension zur Rolle des Behinderten Menschen	66
2.5	Die soziodramatische Dimension der Szene.....	67
2.5.1	Die Definition der soziodramatischen Dimension	67
2.5.2	Bedeutung der soziodramatischen Dimension für Menschen mit Behinderung	67
2.5.2.1	Definitionen von Behinderung	68
2.5.2.1.1	Die rechtliche Definition von Behinderung	68
2.5.2.1.2	Die medizinische Definition von Behinderung	69
2.5.2.1.3	Die Definition von Behinderung durch die WHO.....	69
2.5.2.1.4	Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen	70
2.5.2.1.5	Die Definition von Menschen mit Behinderung in dieser Arbeit .	71
2.5.2.2	Die Situation von behinderten Menschen in Österreich.....	74
2.5.2.2.1	Die Umsetzung der UN-Konvention.....	74
2.5.2.2.2	Die ökonomische Situation	74
2.5.2.2.3	Förderlandschaft und Bürokratie	77
2.5.2.2.4	Die verschiedenen Milieus in Österreich	79
2.5.3	Beitrag der soziodramatischen Dimension zur Rolle des Behinderten Menschen	81
2.6	Die axiodramatische Dimension der Szene	82
2.6.1	Die Definition der axiodramatischen Dimension	82
2.6.2	Bedeutung der axiodramatischen Dimension für Menschen mit Behinderung	83
2.6.2.1	Behinderung in unterschiedlichen Kulturen.....	83
2.6.2.2	Behinderung im aktuellen kulturellen Klima der westlichen Industriestaaten	86
2.6.2.3	Ethische Fragen beim Leben mit Behinderung	86
2.6.2.4	Auseinandersetzung mit existentiellen Themen	87
2.6.2.5	„Warum ich?“ – die Frage nach dem Sinn der Behinderung	88
2.6.2.6	Die Selbstbestimmt Leben-Bewegung	90

2.6.3 Beitrag der axiodramatischen Dimension zur Rolle des Behinderten Menschen	92
2.7 Die Stegreifdimension der Szene oder Singularität	93
2.7.1 Die Definition der Singularität als Dimension	93
2.7.2 Bedeutung der Singularität als Dimension für Menschen mit Behinderung	95
2.7.2.1 Menschen mit Behinderung als der ‚fremde Andere‘	95
2.7.2.2 Vergleichen von Behinderung	96
2.7.2.3 Qualifizieren von unterschiedlichen Formen von Behinderung	96
2.7.2.4 Die Frage nach der Notwendigkeit von Diagnosen und Einteilungen	97
2.7.3 Beitrag der Singularität als Dimension zur Rolle des Behinderten Menschen	98
3. Die Rolle des Behinderten Menschen im barrierefreien Psychodrama.....	99
3.1 Die Frage nach der idealen Szene im Sinne des Psychodramas	99
3.2 Zusammenfassung der Antworten auf die Forschungsfrage	100
3.3 Die Antwort auf die Forschungshypothese	104
3.4 Barrierefreies Psychodrama.....	106
3.4.1 Theoretische Überlegungen	106
3.4.2 Praktische Anwendungen: Prinzipien für die Arbeit mit behinderten Menschen	108
3.4.2.1 Behinderte Menschen sind Experten in eigener Sache	109
3.4.2.2 Genügend Zeit in der Arbeit mit behinderten Menschen.....	110
3.4.2.3 Weitere Informationen zum Thema Barrierefreiheit	111
4. Persönliches Resümee und Schluss	112
4.1 Barrierefreies Psychodrama in seinen unterschiedlichen Formaten	112
4.2 Offene Themen	112
4.3 Persönliche Inspiration der psychodramatischen Praxis durch diese Überlegungen zum barrierefreien Psychodrama	113
4.4 Die Utopie der barrierefreien Gesellschaft	113
4.5 Eine Vignette zum Abschluss	114
Literaturverzeichnis	116
Abbildungsverzeichnis	124

1. Einleitung

1.1 Eine Szene zu Beginn

„Aber a bisserl schauen könnten Sie gefälligst schon!“ So wird ein Mann angeschnauzt, der in einen Bus des öffentlichen Nahverkehrs gestiegen war. Was ist passiert? Es war draußen schon dunkel, im Bus wurde auch kein Licht eingeschaltet und auf der Suche nach einem Haltegriff im bereits anfahrenen Bus war der Mann über etwas gestolpert, das er nicht gesehen hatte. Es stellte sich schließlich heraus, dass es sich dabei um einen Hund handelte, der aufgrund seiner Größe halb im Gang des Busses liegen musste. Der oben zitierte Satz war die aufgebrachte Reaktion des Hundebesitzers. Die wortlose Antwort des gestolperten Mannes bestand darin, dass er, nachdem er im fahrenden Bus endlich Halt gefunden hatte, in seiner Verblüffung dem Hundebesitzer seine Blindenschleifen hinstreckte, die er an beiden Oberarmen trug. Daraufhin stammelte der Hundebesitzer verlegen: „Das habe ich nicht gesehen!“

Protagonist dieser Szene ist also ein Mann mit Sehbehinderung, der deswegen die sogenannten Blindenschleifen oder Armbinden trägt, um auf seine Behinderung aufmerksam zu machen, wenn er im öffentlichen Raum unterwegs ist. Antagonist ist ein Hundebesitzer, der sich um seinen Hund sorgt. Beide Personen haben grundsätzlich das gleiche Interesse. Auch der Protagonist ist nicht bestrebt, über etwas zu fallen oder auf etwas zu steigen, was ihn daran hindert zu einem Sitzplatz zu gelangen. Die Rolle des Behinderten Menschen (siehe zur Schreibweise: 1.5) nimmt der Protagonist bewusst ein, indem er seine Armschleife herzeigt, um sich vor den Vorwürfen des Hundebesitzers zu schützen.

Was hätte in dieser Szene anders laufen können, so dass der Protagonist seine Rolle eines Behinderten Menschen nicht auf diese Weise hätte spielen müssen? Die Umgebung im Bus hätte eine andere sein können, indem z.B. der Busfahrer im Bus das Licht angemacht hätte. Die Sicht wäre eine bessere gewesen und der Hund hätte u.U. gesehen werden können. Eine Möglichkeit wäre ebenso, dass der Bus nicht anfährt, bevor die Fahrgäste Platz genommen haben. Auch wäre es eine Möglichkeit gewesen, dass ein Fahrgast aufsteht und dem Protagonisten einen Sitzplatz anbietet, der näher bei der Tür liegt. Das unsichere Suchen nach Halt und

Sitzplatz wäre dem Protagonisten erspart geblieben. Der Protagonist hätte die Rolle des Behinderten Menschen schon früher bewusster einnehmen können, indem er einen Sitzplatz aktiv eingefordert hätte, anstatt durch den Bus zu gehen, um einen Platz zu suchen. Auch hätte der Protagonist sich die Fahrt mit den öffentlichen Verkehrsmitteln ersparen und ein Taxi nehmen können. Oder der Antagonist hätte selbst seinen Ansprüchen an den Protagonisten genügen und die Blindenschleifen sofort sehen können.

Es gibt also eine Vielzahl an Möglichkeiten, die oben beschriebene Szene zu verändern, so dass der Protagonist die Rolle des Behinderten Menschen nicht so spielen muss, wie er es getan hat.

Das Ziel sollte sein, dass die Szene möglichst „barrierefrei“ wird. Das heißt, dass Barrieren, die es dem Protagonisten aufgrund seiner Sehbehinderung erschweren, am Alltagsleben teilzunehmen, möglichst abgebaut werden oder gar nicht auftauchen. Beispiele sind das Licht im Bus, ein freier Sitzplatz für behinderte Menschen, Sensibilität der Umwelt für die Situation des Protagonisten usw.

Anhand dieses kurzen Ausflugs in den Alltag eines Menschen mit Behinderung wird deutlich, worum es in dieser Arbeit gehen soll: Wie können Szenen in der psychodramatischen Arbeit mit behinderten Menschen so gestaltet werden, dass sie möglichst barrierefrei sind. Menschen sollen in die Lage versetzt werden, mit ihrer Behinderung am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, ohne durch Barrieren daran gehindert zu werden. Zum gesellschaftlichen Leben gehören auch Angebote im weiten Bereich des Psychodramas, sei es in Psychotherapie, Beratung, Supervision, Pädagogik etc.

1.2 Zugänge zum Thema der Arbeit

Ich selbst bin über verschiedene Wege zum Thema dieser Masterarbeit gekommen. Die Entstehung bezüglich Auswahl des konkreten Themas, Herangehensweise und Konzept zu dieser Arbeit hat sich über mehrere Monate hingezogen. Zuerst werden jetzt die unterschiedlichen Zugänge, die ich zum Thema dieser Arbeit habe, vorgestellt.

1.2.1 Persönlicher Zugang

Zunächst einmal lebe ich selbst mit einer doppelten Sinnesbehinderung. Aufgrund meiner Frühgeburt und dem damit verbundenen Aufenthalt im Brutkasten habe ich eine hochgradige Sehbehinderung und bin mittel- bis hochgradig schwerhörig, sozusagen „von Geburt an“. Viele Themen behinderter Menschen sind mir daher gut bekannt. Den Alltag und die Rolle eines behinderten Menschen kenne ich aus der eigenen persönlichen Erfahrung, wie die eingangs beschriebene Szene zeigt. Diese habe ich selbst als Protagonist erlebt, als ich nach einem Arbeitstag in meiner Praxis am Abend mit den öffentlichen Verkehrsmitteln nach Hause gefahren bin.

1.2.2 Professioneller Zugang

Seit über zehn Jahren arbeite ich in unterschiedlichen Projekten der Behindertenarbeit in Wien. Dabei hatte ich in meinen Tätigkeiten als Berater, Peer Counselor (siehe zum „Peer Counseling“: 2.6.2.6), Supervisor, Coach, Trainer, Projektkoordinator mit unterschiedlichen Formen von Behinderung zu tun: sowohl mit körperbehinderten Menschen, die mit Krücken, Rollator, mechanischem oder elektrischem Rollstuhl unterwegs sind, sehbehinderten und blinden Menschen, schwerhörigen Menschen, als auch mit Menschen mit Lernschwierigkeiten, die immer noch als „geistig behindert“ bezeichnet werden (siehe Kapitel 2.2.2.3.3), ebenso mit Menschen, die mehrfachbehindert genannt werden.

Mir ist es in diesem Zusammenhang wichtig, darauf hinzuweisen, dass ich keinerlei Erfahrung in der Arbeit mit gehörlosen Menschen habe, da ich die ÖGS (= Österreichische Gebärdensprache) nicht beherrsche. Diese Gruppe wird jedoch v.a. aus einem anderen Grund in dieser Arbeit kaum Berücksichtigung finden, was selbstverständlich noch ausgeführt und begründet werden wird (siehe 2.5.2.1.5).

1.2.3 Psychotherapeutischer Zugang

Die professionelle Arbeit mit behinderten Menschen und die damit verbundene Erfahrung, dass es oftmals schwierig ist, eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten zu finden, die eine barrierefreie Praxis haben und bereit sind, mit behinderten Menschen zu arbeiten, waren für mich ein wichtiges Motiv, mit meiner eigenen Psychotherapieausbildung zu beginnen.

So habe ich in meiner bisherigen psychotherapeutischen Tätigkeit (in Ausbildung unter Supervision) als Psychodramapsychotherapeut natürlich auch mit der Zielgruppe der Menschen mit Behinderung sowohl in der Einzeltherapie als auch in Gruppen gearbeitet. Daher kann ich auf ein gewisses Spektrum an Erfahrungen in der Psychotherapie mit Menschen mit unterschiedlichen Behinderungsformen blicken und werde diese in der vorliegenden Arbeit immer wieder einfließen lassen.

1.2.4 Zugang über das Psychodrama

1.2.4.1 Jacob L. Moreno und Menschen mit Behinderung

Im Laufe meiner psychodramatischen Arbeit habe ich mir auch die Frage gestellt, ob Jakob Levi Moreno als Gründer des Psychodramas und der Soziometrie in seinem Leben mit behinderten Menschen gearbeitet hat. Persönlich bin ich davon überzeugt, dass es in den verschiedenen Stationen von Morenos Leben und Arbeit auch Berührungspunkte mit behinderten Menschen gegeben hat. Als Beispiele fallen mir seine Tätigkeit als Gemeindefeldarzt in Vöslau ein oder auch die Arbeit im Flüchtlingslager Mitterndorf, die Arbeit in Sing Sing, aber v.a. seine Tätigkeit in der Mädchenschule in Hudson (siehe zur Biografie Morenos: Moreno 1995; Buer 1999; Hutter 2002; Hutter & Schwehm 2009; Wieser & Stadler 2013). Behinderte Menschen, die selbst eine Randgruppe der (westlichen) Gesellschaft darstellen, sind auch innerhalb anderer gesellschaftlichen Randgruppen wie jener der Flüchtlinge oder jene der Gefängnisinsassen zu finden. Vor allem lässt aber die Größe und Zielgruppe der „New York Training School for Girls in Hudson, New York“ (Moreno, 1995, S.109) darauf schließen, dass Moreno hier auch mit behinderten Mädchen zu tun hatte (siehe Moreno 1996, S.98; Moreno 1995, S.110). Wer das Lebenswerk und die Persönlichkeit Morenos kennt, für den ist es unvorstellbar, dass Moreno Menschen mit Behinderung, soweit er ihnen in den oben genannten Zusammenhängen begegnet ist, aus seiner Arbeit ausgeschlossen oder sie ignoriert hätte. Vielmehr schreibt Moreno: „Die Welt ist voll von Millionen isolierter, zurückgewiesener, zurückweisender und vernachlässigter Individuen und Gruppen“ (Moreno, 2008, S.7). Nicht durch Revolutionen oder Krieg sollen diese Menschen erlöst werden, sondern durch eine „dienende, eine therapeutische Weltordnung“ (Moreno, 2008, S.8), die Moreno mit Hilfe seiner therapeutischen Philosophie

erreichen will (siehe auch: Moreno, 1996, S.3). Zu den oben genannten Individuen und Gruppen können durchaus auch Menschen mit Behinderung gezählt werden.

In den Werken Morenos gibt es, soweit ich das nachprüfen konnte, keine ausdrücklichen Belege für die Arbeit mit behinderten Menschen, wie wir es heute verstehen würden. Allerdings beschreibt Moreno die psychodramatische Arbeit mit einem Mann, der einen Schreibkrampf hat (Moreno, 2008, S.248-250), und einem Mann, der stottert (Moreno, 2008, S.251). Christoph Hutter hat mich in einem Mail darauf aufmerksam gemacht, dass es noch Belege für die Arbeit mit einem Menschen, der stottert, in Morenos Werk Psychodrama I gibt und auch einmal die Arbeit mit einem Geiger beschrieben wird, dessen Arm chronisch erkrankte (Hutter, 2014). Hier geht es also um Menschen, die eine vorübergehende Behinderung erfahren, die durch die Arbeit Morenos gelindert werden konnte.

In einem Gespräch, das Ferdinand Buer mit Grete A. Leutz führt (Buer, 2010, S.121-149) erwähnt Leutz nebenbei, dass es im Sanatorium Morenos in Beacon während ihres Aufenthaltes von 1951-52 eine Patientin gegeben hat, „die schwer schizophren und behindert war“ (Buer, 2010, S.125). Unklar bleibt allerdings, welche Form von Behinderung hier gemeint ist.

Eine aus der Sicht des Themas dieser Arbeit sehr spannende Episode im Leben Morenos berichtet dieser selbst in seiner Autobiografie (Moreno, 1995, S.133-138; siehe auch Buer, 2010, S.142): Zerka Moreno, seine dritte Ehefrau, leidet über Jahre an chronischen Schmerzen in ihrer rechten Schulter, die von verschiedenen Ärzten unterschiedlich interpretiert werden, was zu ebenso verschiedenen Diagnosen führt. Schließlich steht nach fast zwei Jahren fest, dass Zerka ein Sarkom (eine Form von Krebs) an der Schulter hat. Dieses kann nicht isoliert entfernt werden, sondern es muss Zerkas ganzer rechter Arm amputiert werden. Moreno, der sonst in seinen Schriften nicht zu Selbstzweifel neigt, stellt sich hier im Umgang mit Zerka kein gutes Zeugnis aus, und macht sich rückblickend betrachtet durchaus Vorwürfe, was seine Vorgangsweise und Reaktionen betrifft. Abschließend schreibt er über diesen Lebensabschnitt, dass er aufgrund seiner Machtlosigkeit und Hilflosigkeit in diesen Jahren Demut gelernt habe (Moreno, 1995, S.137-138). Von 1958 bis zu seinem Tod 1974 hat Moreno also mit einer Ehefrau zusammengelebt, die einen Arm hat. Damit hat Moreno mit Sicherheit vieles, was zur Lebenswirklichkeit behinderter Menschen

gehört, als unmittelbarer Angehöriger selbst erlebt, ohne darüber weiter in seinen Werken zu schreiben oder zu reflektieren.

1.2.4.2 Literaturbefund zu den Schlagworten „Psychodrama“ und „Behinderung“

Ein weiteres Motiv für die vorliegende Arbeit ist die Tatsache, dass es in der psychodramatischen Literatur im deutschsprachigen Raum noch keine grundlegende Untersuchung zum Thema „Behinderung“, „die Rolle des Behinderten Menschen“, „Barrierefreiheit im Psychodrama“ oder zu ähnlichen Themen gibt.

Bei meinen Literaturrecherchen, die ich hauptsächlich auf die deutschsprachige Literatur begrenzt habe, haben sich einerseits nur wenige Artikel über die konkrete Arbeit mit verschiedenen Formen von Behinderung gefunden (Fontaine, 1994 [der Artikel stammt aus dem Jahr 1978], Bunz-Schlösser, 1981, Walter, 1981). Leider sind die darin vertretenen Positionen z.T. veraltet, v.a. was das Verständnis von Behinderung betrifft (siehe 2.5.2.1). Andererseits gibt es einige aktuelle Arbeiten über die Therapie von Menschen mit Lernschwierigkeiten (sogenannten „geistig behinderten“ Menschen), die sich jedoch nur mit dieser speziellen Behindertengruppe befassen (Denk, 2004, 2012).

Daher ist es mir ein Anliegen, vor dem Entstehen weiterer Arbeiten über die konkrete psychodramatische Tätigkeit mit Klientinnen und Klienten, die andere Formen von Behinderung haben (z.B. Körper- oder Sinnesbehinderung), einmal grundlegend die Frage zu klären, wie das Thema Behinderung überhaupt aus psychodramatischer Sicht gesehen werden kann. In einer Masterthese kommt man aus meiner Sicht nicht umhin, eine grundlegende Definition als Basis anzubieten, auch wenn die Arbeit selbst über sehr konkrete Fragen der Therapie mit einer konkreten Gruppe von behinderten Menschen geschrieben werden sollte. Da ich bei den Literaturrecherchen auf keine aktuelle und befriedigende Grundlegung zur Frage von Behinderung im Psychodrama gestoßen bin, ist diese Arbeit ein Versuch, erste Überlegungen in diesem Bereich anzustellen. Leider wird dadurch ein praktischer Teil, in dem es um die konkrete Barrierefreiheit und notwendige Modifikationen in der psychodramatischen Arbeit mit behinderten Menschen gehen könnte, weitgehend fehlen, was jedoch der Tatsache geschuldet ist, dass eine Masterarbeit einen gewissen Umfang nicht überschreiten sollte. Ich persönlich bedauere dies sehr, habe

mich aber aus den genannten Gründen im Laufe des Themenfindungsprozesses bewusst für die hier vorgestellte Vorgehensweise entschieden.

1.3 Forschungsfrage und Hypothese

Um die Frage nach der „Rolle des Behinderten Menschen“ (siehe zur Schreibweise Kapitel 1.5) aus psychodramatischer Perspektive möglichst umfassend anzugehen, habe ich nach einem Konzept gesucht, mit dessen Hilfe dies möglich ist. Hier hat mir die Teilnahme am Symposium der Fachsektion Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel des ÖAGG im Jahre 2013 sehr geholfen.

Durch das Kennenlernen von Christoph Hutter und seinem Konzept der sechs Dimensionen einer Szene habe ich eine geeignete und umfassende Interpretationsfolie für die Forschungsfrage in dieser Arbeit gefunden. So formuliert sich die Forschungsfrage wie folgt:

Wie tragen die verschiedenen Dimensionen einer Szene zur Entwicklung der Rolle des Behinderten Menschen bei?

Die Forschungshypothese für diese Arbeit ist aus der Sicht der meisten Personen, mit denen ich bisher darüber gesprochen habe, zunächst überraschend und sehr ungewohnt, jedoch ausgehend von meinen persönlichen Erfahrungen und Zugängen nur konsequent:

In einer - psychodramatisch gesehen - idealen Szene gibt es die Rolle des Behinderten Menschen nicht.

Ziel dieser Arbeit ist es, zu untersuchen, wie die verschiedenen Dimensionen einer Szene zur Rolle des behinderten Menschen beitragen. Es geht außerdem darum, zu überprüfen, ob und inwieweit sich die Forschungshypothese aufrechterhalten lässt bzw. wo diese unter Umständen korrigiert werden muss. Darüber hinaus wird die Frage gestellt, ob es möglich ist bzw. welche Möglichkeiten es gibt, eine Szene im Psychodrama so zu gestalten, dass die Rolle des Behinderten Menschen gar nicht erst entsteht. Damit sind wir beim barrierefreien Psychodrama für Menschen mit Behinderung.

1.4 Aufbau der Arbeit

In einem ersten Schritt werde ich die Interpretationsfolie für meine Forschungsfrage vorstellen und auf deren Einbettung ins gesamte Werk Morenos näher eingehen. Der Zugang von Christoph Hutter und seine Systematisierung des Werkes von Jakob Levi Moreno werden skizziert, damit die Komplexität und Vielschichtigkeit des Werkes Morenos deutlich wird, die sich in den sechs Dimensionen einer Szene widerspiegelt. Es folgt eine Erläuterung des Aufbaus der einzelnen Kapitel zu der jeweiligen Dimension einer Szene. Der Hauptteil dieser Arbeit besteht dann darin, Dimension für Dimension, wie sie Hutter vorstellt, mit Hinblick auf die Forschungsfrage durchzugehen.

In einem nächsten Schritt wird geklärt, was mit der „psychodramatisch idealen Szene“ in der Forschungshypothese dieser Arbeit gemeint sein kann, bevor mit einer zusammenfassenden Gesamtschau auf die sechs Dimensionen der Szene eine Antwort auf die Forschungsfrage und Hypothese dieser Überlegungen gegeben wird. Abgeschlossen wird dieser Teil mit theoretischen und bedauerlicherweise sehr knappen praktischen Überlegungen zur Barrierefreiheit im Psychodrama.

1.5 Die „Rolle des Behinderten Menschen“

Eine weitere Klärung ist allerdings noch vorweg notwendig. Im vollen Bewusstsein, dass dies nicht der aktuellen deutschen Rechtschreibung entspricht, werde ich in dieser Arbeit von der „Rolle des Behinderten Menschen“ sprechen. Daher will ich diese – orthografisch gesehen falsche – Schreibweise hiermit näher begründen.

Im Sinne der Rollentheorie Morenos bzw. seines Menschenbilds (siehe Hutter, 2012) spielt ein Mensch vielfältige Rollen in den Szenen seines Lebens. Die „Rolle der/des Behinderten“ ist dabei nur eine von vielen Rollen, die ein Mensch in seinem Leben einnimmt. Aus der Sicht der therapeutischen Philosophie Morenos wäre es konsequent, von der „Rolle der/des Behinderten“ zu sprechen, da ja die psychodramatische Sichtweise in ihrer Rollentheorie ausdrücklich voraussetzt, dass dies nur eine von vielen Rollen ist, die das Leben eines Menschen prägen.

Menschen mit Behinderung werden jedoch in ihrer alltäglichen Lebenswirklichkeit leider immer noch sehr schnell diskriminierend als „Behinderte“ bezeichnet und auf

diese eine Rolle reduziert, die dann von den Betroffenen oft als einzige Lebensrolle erlebt wird. Daher ist es mir sehr wichtig, genau diesem alltäglichen Sprachgebrauch hier keinerlei Vorschub zu leisten, selbst wenn dies aus wissenschaftlicher Sicht zu akzeptieren wäre. In diesem Sinne habe ich mich entschieden, in dieser Arbeit immer von der „Rolle des behinderten *Menschen*“ zu sprechen. Andererseits darf keinesfalls mit der gewählten Formulierung „Rolle des behinderten Menschen“ eine Reduzierung des Menschen mit Behinderung auf *eine* Rolle verstanden werden, wie es jedoch rein grammatikalisch korrekt gelesen auch möglich ist. Ganz entscheidend ist hier, dass immer die oben bereits erwähnte psychodramatische Rollentheorie beachtet wird: ein Mensch nimmt viele Rollen in seinem Leben ein. Nur *eine* Rolle davon ist für Menschen die Rolle der oder des Behinderten.

So schlage ich vor, im Rahmen dieser Arbeit auf die unorthodoxe Schreibweise „Rolle des Behinderten Menschen“ zurückzugreifen, um zweierlei zu verhindern: Einerseits soll eine (aus psychodramatischer Sicht korrekte) Bezeichnung, die im Alltäglichen in der Regel leider als eine diskriminierende Verkürzung (= die/der Behinderte) verwendet wird, in der Diktion dieser Arbeit vermieden werden. Andererseits soll sichergestellt werden, dass der Terminus „Rolle des behinderten Menschen“ (grammatikalisch durchaus korrekt) nicht verkürzt verstanden wird.

Beim Terminus in der vorgeschlagenen Schreibweise „Rolle des Behinderten Menschen“ muss also immer der gerade erklärte Kontext mitgedacht werden.

Ich will auch noch kurz erwähnen, dass ich aus Gründen der besseren Lesbarkeit die Begriffe „Menschen mit Behinderung“ und „behinderte Menschen“ synonym verwenden werde. Als selbst Betroffener nehme ich mir das Recht heraus, beide Schreibweisen in gleichwertiger Weise zu verwenden und sehe darin auch keine Verkürzung oder gar Diskriminierung von Menschen mit Behinderung.

1.6 Beitrag dieser Arbeit zum Psychodrama

Wenn meine Überlegungen über die psychodramatische Perspektive von Behinderung dazu beitragen können, dass in Zukunft der Zugang von behinderten Menschen zu psychodramatischen Angeboten in ihren unterschiedlichen Formaten, wie z.B. Supervision, Training, Coaching, Pädagogik, Beratung und Psychotherapie (siehe Buer 1999, 2004, 2007), möglichst barrierefrei gestaltet wird, dann ist für mich

persönlich die Intention dieser Masterthese erreicht. Damit ist klargelegt, dass Psychodrama mehr ist, als Psychodramapsychotherapie. Der Ansatz von Christoph Hutter zu den sechs Dimensionen einer Szene ist ein für das Psychodrama in seinen unterschiedlichen Formaten gültiger, da er auf der therapeutischen Philosophie von Jakob Levi Moreno basiert, die für alle Formate der psychodramatischen Arbeit nach Moreno gilt. Allerdings muss auch erwähnt werden, dass diese Arbeit eine Masterarbeit für das Studium der Psychotherapie und die Abschlussarbeit einer Psychotherapieausbildung der Fachrichtung Psychodrama ist. Daher wird der Fokus in dieser Arbeit zwangsläufig auf der Psychodramapsychotherapie liegen und die Beispiele werden vor allem aus diesem Bereich psychodramatischen Arbeitens kommen. Nichts desto trotz bin ich davon überzeugt, dass sich die Ergebnisse in weiten Teilen auf das gesamte Psychodrama in seinen unterschiedlichen Anwendungsfeldern übertragen lassen.

2. Die sechs Dimensionen einer Szene für die Rolle des Behinderten Menschen

2.1 Die Verortung der sechs Dimensionen einer Szene im Werk Morenos

2.1.1 Die therapeutische Philosophie Morenos

Jacob Levi Moreno (1889-1974), der „Begründer der Soziometrie, der Gruppenpsychotherapie, des Psychodramas. ‚Der Mann, der Freude und Lachen in die Psychiatrie brachte‘ J.L.M.“ wie es auf seinen Wunsch hin auf dem Grabstein seines Ehrengrabes in Wien geschrieben steht, hat ein umfangreiches Werk hinterlassen.

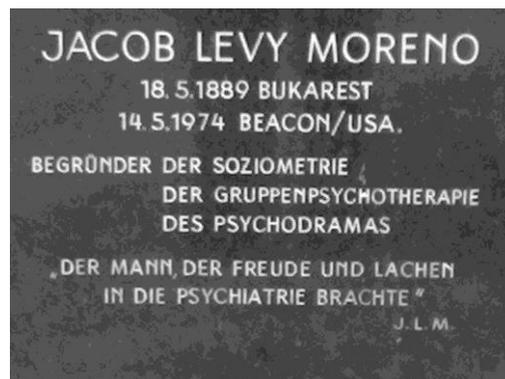


Abbildung 1: Text auf dem Grabstein des Ehrengrabes von Jakob Levi Moreno auf dem Zentralfriedhof in Wien (Foto vom Autor)

Allerdings war es in den Jahrzehnten nach Morenos Tod nicht einfach, dieses umfangreiche Werk adäquat in seiner Gesamtheit zu erschließen, da es als nicht konsistent, teilweise widersprüchlich und schwierig zu lesen galt. Moreno hat sein Werk nie systematisiert oder die von ihm verwendeten Schlüsselbegriffe konsequent definiert. Getreu seinem Konzept der Spontaneität und Kreativität hat Moreno immer auf die aktuelle Situation und die Leserschaft seiner Werke geschaut und so szenenadäquate Anpassungen, Ergänzungen oder Weglassungen vorgenommen (Buer, 2010). Daneben haben unterschiedliche Interessen am Werk Morenos dazu geführt, dass jede Gruppe vor allem jene Texte Morenos rezipiert hat, die für ihre Zwecke am geeignetsten schienen. So waren z.B. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die das Psychodrama v.a. als Therapiemethode anerkannt

wissen wollten, an anderen Aspekten von Morenos Werk interessiert als Pädagoginnen und Pädagogen, Soziologinnen und Soziologen oder Supervisorinnen und Supervisoren. All dies hat eine Gesamtschau von Morenos Werk eher behindert als gefördert (Buer, 1999, 2010).

2000 hat nun Christoph Hutter eine Dissertation vorgelegt, in der er „Psychodrama als experimentelle Theologie“ bezeichnet und die Arbeit mit „Rekonstruktion der therapeutischen Philosophie Morenos aus praktisch-theologischer Perspektive“ unterteilt (Hutter, 2002). Im Vorwort dieses Buches schreibt Ferdinand Buer: *„Er [Hutter] hat uns mit dieser Studie eine klare, umfassende und zutreffende Darstellung der therapeutischen Philosophie Morenos vorgelegt, wie sie – ich möchte vermuten weltweit – bisher nicht greifbar war“* (Hutter, 2002, S.6). Weiter heißt es dort:

Diese Studie stellt ein Grundlagenwerk dar, das in den nächsten Jahrzehnten wohl kaum überholt werden dürfte. Jeder, der sich umfassend und doch präzise mit Morenos Gedankenwelt auseinandersetzen möchte, weil er Orientierung sucht, - sie [sic] es für seine psychodramatische Praxis, sei es für seine ganz private Lebensführung – wird hier Schätze entdecken, deren Wert sich schon bald als unschätzbar erweisen könnte... (Hutter, 2002, S.7)

Christoph Hutter hat in diesem Werk alle Texte Morenos berücksichtigt und eine Systematisierung seines gesamten Schaffens vorgelegt. Dieses gesamte Schaffen Morenos beruht auf seiner therapeutischen Philosophie, d.h. seinen praktischen Techniken und Abläufen, die auf einer theoretischen Grundlage aufbauen und als Ganzes in seinem Welt- und Menschenbild mit einer entsprechenden Ethik verankert sind (Hutter, 2002). Umfasst ist hier das ganze Werk in Soziometrie, Gruppenpsychotherapie und Psychodrama, wie es Moreno entwickelt hat und wie es im Laufe seines Lebens gewachsen ist.

Das Ziel von Morenos Werk in Theorie und Praxis ist immer die Heilung oder Katharsis des einzelnen Menschen, einer Gruppe, der Gesellschaft, ja sogar der ganzen Welt (Moreno, 1996; Hutter, 2002). Unter Katharsis oder Heilung versteht Moreno sehr weitgefasst etwas, was zur positiven Entwicklung des einzelnen Menschen, einer Gruppe oder der Gesellschaft bzw. der Welt als Ganzes beiträgt. Hier kann ein Lernziel, Weiterentwicklung, somatische oder psychische Heilung, Entfaltung, Wachstum oder Integration gemeint sein (Hutter & Schwehm, 2009).

Es wird von der *therapeutischen* Philosophie gesprochen, die allem Schaffen Morenos zugrunde liegt und es umfasst, da das Ziel Morenos in seinem Werk immer ein therapeutisches, sprich ein der Katharsis und Heilung dienendes ist (Buer, 1999; Hutter, 2002).

2009 hat Hutter mit Schwehm ein weiteres Buch herausgegeben, in dem Morenos Werk in Schlüsselbegriffen bzw. Schlüsseltextrn vorgestellt wird. Die wichtigsten Texte Morenos werden nach dem System der therapeutischen Philosophie Morenos, wie sie Hutter vorgestellt hat, in Form von Textziten zusammengefasst und so vielfach erstmals wieder einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Hutter fasst in diesem Buch in den ersten knapp vierzig Seiten sein Grundlagenwerk von 2000 zusammen und modifiziert es in manchen Teilen leicht. Die geringen Unterschiede in der Systematik, die auch als Weiterentwicklung begriffen werden können, sind für die vorliegende Arbeit nicht von entscheidender Bedeutung, so dass hier nicht näher darauf eingegangen wird. Für die Ausführungen der folgenden Kapitel und auch die grundlegende Interpretationsfolie dieser Arbeit wird v.a. das Buch von Hutter und Schwehm aus dem Jahr 2009 eine wichtige Rolle spielen. Daneben hat Hutter einige Aufsätze und Artikel verfasst, in denen er seine Systematisierung der sechs Dimensionen einer Szene in verschiedenen Kontexten immer wieder vorstellt (Hutter, 2005, 2007, 2009a, 2009b; Hutter & Buer, 2012), die so die Ausführungen im Buch von Hutter und Schwehm ergänzen und konkretisieren. Darüber hinaus gibt es einen E-Mail-Verkehr zwischen dem Autor und Christoph Hutter, in dem Hutter sowohl weitere Gedanken als auch unveröffentlichte Unterlagen zum Thema der sechs Dimensionen einer Szene zur Verfügung gestellt hat (Hutter, 2014, o.J.).

2.1.2 Die Szene

Ausgangspunkt der Katharsis ist bei Moreno immer die konkrete Szene, von der aus das Ziel der Heilung erreicht werden soll. Die Szene als Ausgangspunkt jeder Katharsis wird von Moreno sehr umfassend verstanden. Hutter schreibt dazu:

Die Szene ist die Bezugsgröße, in der alle relevanten Stränge zusammenlaufen. Szenisch zu denken und zu handeln ist ein grundsätzliches Bekenntnis zu einem nicht-reduktionistischen Vorgehen. Der Mensch lässt sich nicht auf seine somatischen Symptome reduzieren, auch nicht die Rolle, die er gerade ausfüllt, oder seine familiären Beziehungen. Der Mensch ist mehr als

seine parteipolitische Überzeugung, als seine Milieuzugehörigkeit, als seine ethische oder sexuelle Identität... Und doch gehören all diese Dimensionen zum Menschen. Sie verflechten sich in einzigartiger Weise in seiner Biografie, oder konkreter: in einzelnen Situationen, in denen sich dieser Mensch wieder findet. Diesen hochkomplexen situativen Zusammenhängen gilt Morenos Interesse. Er nennt sie Szenen. (Hutter & Schwehm, 2009, S.23-24)

Entscheidend ist hier, wie im Zitat deutlich wird, immer wieder zu betonen, dass Szenen im Verständnis Morenos nicht nur im psychodramatischen Prozess auf einer Psychodramabühne stattfinden (Hutter & Buer, 2012). Das ganze Leben jedes einzelnen Menschen setzt sich aus Lebensszenen zusammen und jede dieser Szenen kann in Therapie und Beratung auch Gegenstand derselben werden (Hutter, 2005). Genauso ist z.B. auch eine Psychotherapie aus unterschiedlichen Szenen zusammengesetzt, die je nach Phase der Therapie oder der einzelnen Sitzung auf unterschiedlichen Bühnen gespielt werden (siehe zum Mehrbühnenmodell z.B. Pruckner 2012). Das szenische Verstehen im umfassenden Sinn der vorgelegten Definition ist etwas Essentielles für Psychodramatikerinnen und Psychodramatiker, da es auch für Moreno so grundlegend ist. So schreibt Hutter weiter:

Formal sind es [die Szene] Aktions- bzw. Interaktionszusammenhänge im Hier und Jetzt. Diese können auf unterschiedlichen Realitätsniveaus wahrgenommen werden, denn auch die bloße Wahrnehmung der empirisch erhebbaren Alltagsrealität stellt für Moreno eine Verkürzung der Szene dar – Gefühle, Träume, Wünsche oder Ideale gehören für ihn selbstverständlich zur Realität des Menschen dazu. Morenos Entscheidung für ein szenisch orientiertes Vorgehen ist ein wesentliches Charakteristikum der therapeutischen Philosophie. Er ist der Überzeugung, dass angemessenes Handeln möglich ist und dass konstruktive Lösungen gefunden werden können, wenn man sich der Wirklichkeit möglichst unverkürzt stellt anstatt sie frühzeitig zu reduzieren. Die Entdeckung der Szene ermöglicht es Moreno, diese Komplexität thematisieren und darstellen zu können, ohne sie umfassend analysiert und durchdrungen zu haben. Szenisch zu denken und zu arbeiten bedeutet nicht, die Szene en détail verstanden zu haben, sondern die überkomplexe Szene als Bezugspunkt und Korrektiv für die weitere Arbeit zu installieren. (Hutter & Schwehm, 2009, S.24)

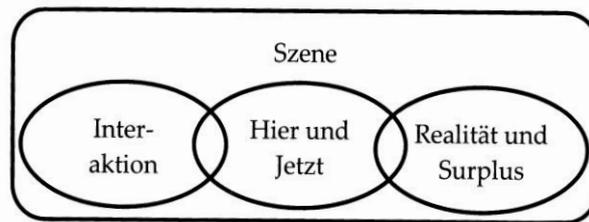


Abbildung 2: Aspekte einer Szene (Hutter & Schwehm, 2009, S.24)

2.1.3 Der Weg von der Szene zur Katharsis

Wie bereits beschrieben (siehe 2.1.1) wird auch die Katharsis oder Heilung von Moreno in ähnlich umfassender Weise wie die Szene verstanden. Wesentlich ist, dass der Mensch in der Szene immer eine Option zur Verbesserung seiner Situation haben soll. Hutter äußert sich dazu in einem Vortrag 2010:

Katharsis meint psychodramatisch verstanden nicht den großen Wurf, sondern den nächsten kleinen Schritt hin zum Besseren. Mit einem Fachbegriff: Die Psychodramatheorie hat ein *melioristisches Katharsiskonzept*. Es geht nicht um das Bonum, das Gute, sondern um das Meliora, das (ein bisschen) Bessere. (Hutter & Buer, 2012, S.27)

Katharsis oder Heilung meint diese kleinen Verbesserungen der Situation im weitesten Sinn.

Für den Weg von der Szene zur Katharsis werden von Moreno in seiner therapeutischen Philosophie Strukturen, Inhalte, Instrumente und ein Prozess zur Verfügung gestellt.

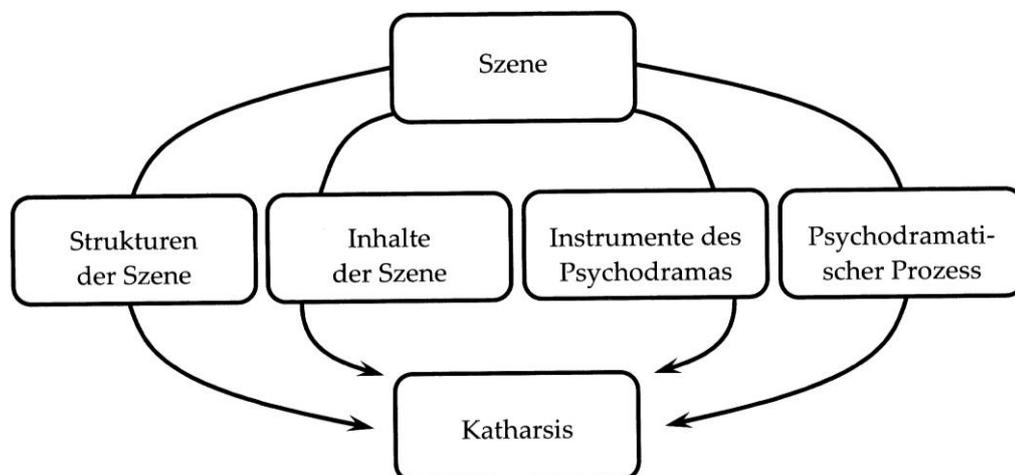


Abbildung 3: Weg von der Szene zur Katharsis nach Hutter (Hutter & Schwehm, 2009, S.25)

Die einzelnen Aspekte dieses Weges werden hier nur sehr knapp umrissen. Es wird auf die ausführlichen Darstellungen von Hutter und Schwehm 2009 (S.25-33) sowie Hutter 2002 verwiesen.

- Zu den *Strukturen* auf diesem Weg von der Szene zur Katharsis gehören:
 - 1) Morenos Konzept von Begegnung und Tele im Rahmen der Soziometrie
 - 2) der kreative Zirkel mit dem Konzept der Spontaneität-Kreativität
 - 3) die Rollentheorie Morenos
- Auf die *Inhalte* der Szene wird im Folgenden ausführlich eingegangen.
- Als *Instrumente* des Psychodramas für den Prozess zur Heilung werden gesehen:
 - 1) die Gruppe
 - 2) die Bühne
 - 3) die Handlungsrollen: Protagonistin oder Protagonist, Hilfs-Iche und Leitung¹
- Zum psychodramatischen *Prozess* werden gezählt:
 - 1) die Erwärmung
 - 2) die Aktion in der Spielphase
 - 3) die Integrationsphase mit Rollenfeedback, Identifikationsfeedback, Sharing
 - 4) das Processing und die Evaluation²

2.1.4 Die sechs inhaltlichen Dimensionen einer Szene

Bei den Inhalten der Szene handelt es sich um die sechs Dimensionen einer Szene, die die Interpretationsfolie für die vorliegenden Überlegungen bilden:

¹ Hutter fasst die Instrumente des Psychodramas in den drei Punkten *Gruppe, Bühne* und *Handlungsrollen* zusammen, indem er unter dem Begriff *Handlungsrollen* die Leitung, ProtagonistIn und Hilfs-Iche subsummiert und die Psychodramatechniken nicht unter die Instrumente des Psychodramas reiht. Dies wird aus Sicht des Autors schlüssig argumentiert (Hutter, 2002, S.169). Bisher war häufig Leutzs erstem umfassenden Werk über das Psychodrama im deutschen Sprachraum folgend eine Aufteilung in sechs Instrumente des Psychodramas üblich: Gruppe, Bühne, Leitung, ProtagonistIn, Hilfs-Iche und Psychodramatechniken wie Doppeln, Spiegel u.a. (Leutz, 1974; siehe auch Hutter, 2002, ebd.).

² Hutter zählt das Processing zur Integrationsphase. Aus der Praxis erscheint es schlüssiger, das Processing mit der Evaluation gemeinsam zu nennen, da es häufig in dieser Paarung durchgeführt wird (siehe dazu auch Stadler & Kern, 2010, S.87).

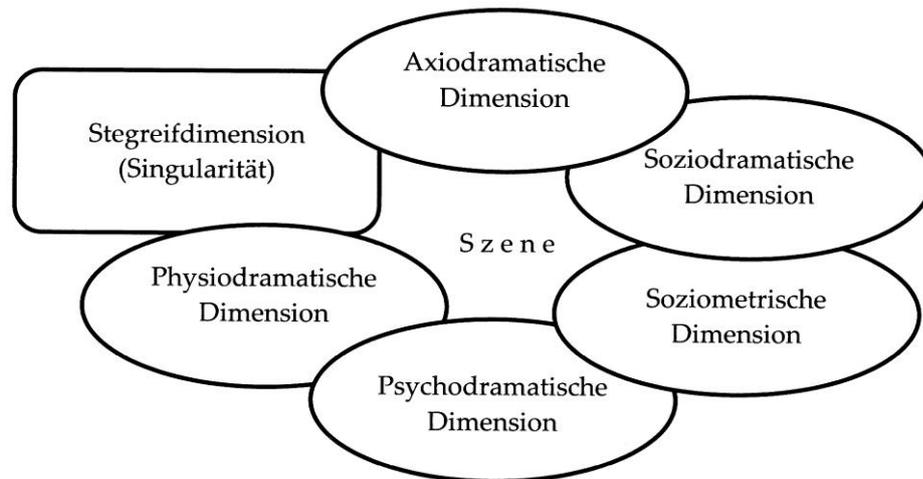


Abbildung 4: Die sechs Dimensionen einer Szene nach Hutter (Hutter & Schwehm, 2009, S. 30)

Da auf die Erläuterung der jeweils einzelnen Dimension einer Szene zu Beginn der folgenden Kapitel sehr ausführlich eingegangen wird, folgt hier nur ein erster sehr grober Überblick, wie die einzelnen Dimensionen zu verstehen sind:

- **Physiodramatische Dimension:**
Es geht um den Körper, die Somatik des Menschen in der Szene: wie bewegt er sich? Wie ist die Körperhaltung etc.?
- **Psychodramatische Dimension:**
Hier ist die Persönlichkeit und die Biografie, die individuelle Lebensgeschichte des Menschen im Blick: was hat der Mensch schon alles erlebt? Was hat ihn geprägt?
- **Soziometrische Dimension:**
Beziehungen zu den Mitmenschen und Beziehungsdynamik stehen im Fokus dieser Dimension: Welche Beziehungen sind wichtig? Zu welchen Beziehungen fühlt sich der Mensch in der Szene hingezogen (Sympathie, Liebe,...) und bei welchen Beziehungen abgestoßen (Antipathie, Hass,...) oder neutral (z.B. Arbeitsbeziehung,...)?
- **Soziodramatische Dimension:**
Gesellschaft und Milieu stehen hier im Mittelpunkt: Was ist in der Gesellschaft wichtig? Aus welchem Milieu kommt der Mensch in der Szene? Welche Institutionen prägen das Umfeld dieses Menschen?
- **Axiodramatische Dimension:**

Hier geht es um die Kultur und deren Sprache, Religion, die Werte und die Weltanschauung des Menschen in der Szene: was gibt Halt im Leben? Wo findet der Mensch den Sinn des Lebens?

- Stegreifdimension (Singularität):

Es geht bei dieser Dimension darum, die Einmaligkeit jeder einzelnen Szene im Blick zu behalten. Eine Szene kann im Leben (und auch auf der Bühne) niemals exakt auf die gleiche Weise wiederholt werden. Daher ist jede Szene einzigartig. Diese Dimension umfasst die anderen fünf Dimensionen und bildet einen gewissen Kontrapunkt zu diesen: Es ist ähnlich wie bei einem Bild, in dem sich das Motiv vom Hintergrund abheben muss, um sichtbar zu bleiben. Den Hintergrund der Szene bildet sozusagen die Dimension der Singularität, Vordergrund sind die oben beschriebenen fünf Dimensionen.

Auf diese sechs Dimensionen einer Szene zielt die Forschungsfrage dieser Arbeit: Wie tragen die verschiedenen Dimensionen einer Szene zur Rolle des Behinderten Menschen bei?

Innerhalb der therapeutischen Philosophie Morenos, wie sie Hutter systematisiert hat, handelt es sich also um die inhaltlichen Dimensionen einer Szene, die, neben den Strukturen, den Instrumenten und dem Prozess, von Moreno als Elemente von Psychodrama und Soziometrie für den Weg zur Katharsis entwickelt wurden.

Diese Dimensionen einer Szene sind es auch, welche für das szenische Verstehen im psychodramatischen Sinne wichtig sind. Hutter grenzt sich hier ab vom szenischen Verstehen, wie es der Psychoanalytiker Alfred Lorenzer versteht (Wieser, 1994; Hutter, 2005), und nennt die sechs Dimensionen einer Szene als Parameter für das szenische Verstehen im Sinne Morenos (Hutter & Buer, 2012).

Die sechs Dimensionen einer Szene können sowohl als Landkarte zur Orientierung dienen (Hutter, 2005), als auch als diagnostisches Instrument (Hutter, 2007) eingesetzt werden. Im Sinne einer Landkarte, die die notwendige Orientierung und Systematisierung bietet, um das Thema der „Rolle des Behinderten Menschen“ im psychodramatischen Sinne möglichst ganzheitlich anzugehen, werden die sechs Dimensionen einer Szene in der vorliegenden Arbeit verwendet.

Christoph Hutter stellt die Dimensionen immer in der gerade vorgestellten Reihenfolge dar. Ausgangspunkt ist der konkrete Körper des Individuums, dann geht Hutter über Biografie und Beziehungen zur Gesellschaft und endet bei den Werten.

In einem Mail an den Autor schreibt Hutter, „dass es da eine innere Logik Somatik – Biografie – Soziometrie – Gesellschaft – Axiologie gibt“ (Hutter, 2014). Wichtig ist zu beachten, dass es sich hier nicht um eine lineare Aufzählung, sondern vielmehr um einen Zirkel handelt, in dem die Dimensionen sich gegenseitig beeinflussen und bedingen. Ergänzend muss noch betont werden, dass in der beschriebenen Reihenfolge keine Wertung der Dimensionen impliziert ist.

2.1.5 Reihenfolge und Aufbau der Untersuchung in den einzelnen Dimensionen der Szene

In dieser Arbeit werden aufgrund der innewohnenden Logik die Dimensionen der Szene in der oben beschriebenen Weise vorgestellt. Damit bindet sich die Reihung der folgenden Kapitel dieser Arbeit an die Abfolge der Dimensionen der Szene. Es könnte also manchmal so aussehen, als wären die behandelten Aspekte der Rolle des Behinderten Menschen in ihrer Abfolge nicht stringent. Allerdings zeigt sich in der Gesamtschau, dass die Vorgehensweise aus psychodramatischer Sicht notwendig und sinnvoll ist. Nachdem es hier um die Perspektive von Behinderung aus der Sicht des Psychodramas geht, ist es legitim, wenn nicht sogar geboten, diesen Weg einzuschlagen.

Jedes der nun folgenden Kapitel ist einer inhaltlichen Dimension der Szene gewidmet.

Zu Beginn steht die Grundaussage von Hutter zu der jeweiligen Dimension. Ausführlich wird definiert und dargelegt, was den Inhalt der behandelten Dimension ausmacht.

Als zweites folgt die Frage, was dies in Hinblick auf eine Szene mit behinderten Menschen bedeutet. Fallweise wird hier auch Hutters weiterer Zugang durchscheinen, in dem die Dimensionen einer Szene als diagnostisches Instrument genutzt werden (Hutter, 2009a, 2009b). Allerdings muss diese diagnostische Brille in einer Szene mit behinderten Menschen nachjustiert werden, damit zum einen keine falschen Hypothesen gebildet werden und zum anderen mögliche Missverständnisse gar nicht erst aufkommen. Eine Vignette oder entsprechende Erfahrungen aus der (psychotherapeutischen) Praxis des Autors konkretisieren die jeweiligen Ausführungen.

Hier muss darauf hingewiesen werden, dass die einzelnen Vignetten jeweils auch anderen Dimensionen zugeordnet werden können, als es hier der Fall ist. Die Dimensionen einer Szene sind ein Modell, das für das Verständnis einer Szene oder auch das Erschließen einer Querschnittsmaterie vorgesehen ist, wie es hier am Beispiel Behinderung vorgestellt wird. In der konkreten alltäglichen Arbeit in Therapie, Beratung, Supervision u.a. überschneiden sich selbstverständlich die Dimensionen. Da es häufig keine scharfen Grenzen zwischen den Dimensionen gibt, können Aspekte einer Szene in verschiedene Dimensionen hineinwirken. Hutter schreibt dazu:

Es liegt auf der Hand, dass diese in analytischem Interesse eingeführte Unterscheidung der sechs Dimensionen in der praktischen Arbeit nicht trennscharf aufrechterhalten werden kann. Zwischen den Dimensionen gibt es also Grauzonen und Überschneidungen. Es geht bei der szenischen Diagnostik ja auch nicht um eine analytische Festschreibung der Szene, sondern um ein Suchraster, mit dessen Hilfe Themen identifiziert werden können, die für die Betroffenen von Bedeutung sind. (Hutter & Schwehm, 2009, S.30)

Beispielsweise gehört zur soziodramatischen Dimension das Milieu und zur axiodramatischen Dimension die Kultur eines Menschen. Im konkreten Alltag der psychodramatischen Arbeit kann man durchaus darüber streiten, welche Aspekte eines Umfeldes nun zum Milieu, welche zur Gesellschaft und welche zur Kultur gehören. Ebenso ist es immer wieder möglich, dass ein und derselbe Fokus in mehreren Dimensionen eine Rolle spielt. Beispielsweise spürt ein Mensch mit Behinderung, der mit Persönlicher Assistenz³ lebt, dies sowohl in der soziometrischen Dimension (z.B. Hilfe durch die Persönliche Assistenz um Abhängigkeiten von der Familie zu überwinden) als auch in der soziodramatischen Dimension. In dieser wird z.B. entschieden, ob und welche Institutionen im

³ Persönliche Assistenz ist eine Dienstleistung bei der manuelle Tätigkeiten, die die Assistenznehmer/innen aufgrund ihrer Behinderung selbst nicht ausführen können, von Persönlichen Assistent/innen übernommen werden. Die Assistenznehmer/innen entscheiden von welcher Person, zu welchem Zeitpunkt, an welchem Ort und auf welche Weise die Persönliche Assistenz geleistet wird. Damit bleibt die Verantwortung für die Tätigkeiten der Persönlichen Assistenz bei den Menschen mit Behinderung (siehe auch 2.4.2.3.4 und die dortige Fußnote).

gesellschaftlichen Umfeld des behinderten Menschen das Leben mit Persönlicher Assistenz in welcher Höhe finanziell fördern (siehe 2.4.2.3.4 und 2.5.2.2.3).

Als dritter Schritt folgt am Ende jedes Kapitels die Schlussfolgerung bezüglich der Forschungsfrage hinsichtlich der konkreten Dimension: Wie trägt diese Dimension zur Rolle des Behinderten Menschen bei.

2.2 Die physiodramatische Dimension einer Szene

2.2.1 Die Definition der physiodramatischen Dimension

Die erste Dimension einer Szene, wie sie Hutter in seiner Systematisierung der therapeutischen Philosophie Morenos vorstellt, ist die physiodramatische Dimension. Alle Menschen sind körperliche, leibliche und somatische Wesen, die sich ohne ihren Körper gar nicht begegnen bzw. ausdrücken können.

Zu dieser physiodramatischen Dimension schreibt Hutter:

Jede Szene ist davon geprägt, dass die Beteiligten sich als leibliche Wesen begegnen, sie haben eine Haltung, Gestik, Mimik, sie berühren sich oder wahren einen Abstand, sie haben spezifische Organfunktionen (z.B. Pulsschlag, Atmung) und individuelle körperliche Wahrnehmungen. (Hutter & Schwehm, 2009, S.27-28)

Zur körperlichen Wahrnehmung gehört alles, was es an körperlichen Befindlichkeiten und Diagnosen des jeweiligen Menschen gibt. In diesen Bereich fallen körperliche Symptome und alle medizinischen Befunde, die auf die Somatik zielen. Hutter schreibt 2005, dass der Körper auch ein Hohlspiegel ist, in dem in der konkreten Situation der psychodramatischen Arbeit durch erfahrene Psychodramatikerinnen und Psychodramatiker gesehen werden kann, in welcher Lebenslage sich ein Mensch gerade befindet. Im Vordergrund dieser Sichtweise steht der diagnostische Aspekt der physiodramatischen Dimension.

Ebenso geht es in der physiodramatischen Dimension aber auch um die unterschiedlichen Ausdrucksformen von Körperlichkeit wie Seufzer, Atem, unwillkürliche Bewegungen, Verkrampfung, Weinen etc. (Hutter, 2009b), die Hutter auch als autonome Ausdrucksformen zusammenfasst (Hutter, o.J.).

Wichtig sind ebenso die Positionierung des Körpers im Raum oder kleine Bewegungen wie das Wegrücken mit einem Sessel, das Hin- oder Abwenden des Gesichts etc.

Der Umgang des Menschen mit dem eigenen Körper (Körperpflege) und alle Formen der körperlichen Selbstinszenierung wie Kleidung, Parfum, Frisur, Haarfarbe, Tattoos etc. gehören ebenfalls in die physiodramatische Dimension.

Sprachbilder (z.B. „Ich steh mit dem Rücken zur Wand.“), die vom Menschen in der Szene verwendet werden, können ebenso Befindlichkeiten aufdecken wie auch körperverbundene Metaphern (z.B. einen Standpunkt haben, einknicken, auf jemanden zugehen) (Hutter, o.J.). So lässt sich die physiodramatische Dimension grob gesagt in drei Bereiche einteilen (Hutter, o.J.):

- *Körper*: Körpersprache, autonome Ausdrucksformen, körperliche Beschwerden, Umgang mit dem Körper, Selbstinszenierung durch den Körper.
- *Körperdynamik*: die Geschwindigkeit von körperlicher Bewegung, die Positionierung des Körpers im Raum, sowie körperliche Nähe und Distanz.
- *Körper in der Sprache*: Sprachbilder und körperverbundene Metaphern.

2.2.2 Bedeutung der physiodramatischen Dimension für Menschen mit Behinderung

2.2.2.1 Medizinische Diagnose von Behinderung und subjektives Erleben

Für Menschen mit Behinderung ist das Verhältnis zum Körper sehr häufig ein eher schwieriges. Die Behinderung „sitzt“ im Körper des Menschen, unabhängig davon, welche Form von Behinderung der Mensch nach medizinischen Maßstäben hat.

In der physiodramatischen Dimension der Szene wird „Behinderung“ v.a. aus medizinischer Sicht definiert. Die Diagnose von Behinderung durch die Medizin in ihren unterschiedlichen Disziplinen prägt den Blick von behinderten Menschen auf ihren Körper. Behinderung, aus der medizinischen Perspektive betrachtet, ist eine Abweichung von der Norm der „Gesunden“. Ziel in dieser Logik ist die therapeutische Behandlung von Behinderung, die dazu dienen soll, einen behinderten Menschen möglichst nahe an den Zustand eines gesunden Menschen heranzubringen. Zur Therapie können auch entsprechende (mehrfache) Operationen mit all ihren Folgen gehören. Ebenso dienen der Therapie im weitesten Sinne natürlich auch die Ausstattung mit entsprechenden Hilfsmitteln und Heilbehelfen wie Rollstuhl, Brille, Hörgeräten etc. So entscheidend in vielen Fällen die Medizin zur funktionalen Verbesserung oder zur Stabilisierung von Behinderung aus physiodramatischer Sicht beiträgt, so wichtig ist es auch, dabei nicht zu übersehen, dass all die medizinischen und therapeutischen Kontakte, die ein behinderter Mensch im Laufe seines Lebens

hat, subjektiv in der Regel als Belastung und mögliche Quelle von Traumatisierung und Hospitalisierung erlebt werden.

Eine weitere wichtige Beobachtung aus der Arbeit mit behinderten Menschen ist auch, dass die „Schwere der medizinischen Diagnose“ in der Regel so gut wie nichts über die subjektiv empfundene Lebensqualität eines behinderten Menschen aussagt. Besonders Personen, die noch wenig Erfahrung im Umgang mit behinderten Menschen haben, sollten diesen fehlenden Zusammenhang zwischen Diagnose und Lebensqualität beachten. Unter ihnen ist nämlich das Vorurteil weit verbreitet, dass das Glück und die Lebensqualität eines Menschen proportional mit der medizinisch diagnostizierten Schwere der Behinderung abnehmen. Oder etwas plakativ formuliert: je schwerer behindert, desto unglücklicher. Sowohl in der langjährigen Behindertenarbeit als auch in der Arbeit als Psychotherapeut hat der Autor dagegen immer wieder festgestellt: Menschen mit einer physiodramatisch betrachtet, d.h. in diesem Fall medizinisch diagnostizierten und so beurteilten viel gravierenderen Form von Behinderung können in ihrem subjektiven alltäglichen Leben viel glücklicher sein, als Personen, die nach dem gerade genannten Maßstab eine weit geringere Form von Behinderung haben. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Schwere der körperlichen Einschränkung durch Behinderung, wie sie in der medizinischen Diagnostik eine Rolle spielt, nichts über das subjektive Erleben von Behinderung durch den Betroffenen selbst aussagt. Die subjektive Lebensqualität eines behinderten Menschen hängt also nicht unmittelbar von der Form der Behinderung ab, wie sie in der physiodramatischen Dimension der Szene sichtbar wird.

2.2.2.2 Behinderung kann unsichtbar sein

Ein zweiter grundsätzlicher Punkt zur physiodramatischen Dimension von Behinderung ist die Tatsache, dass es viele Formen von Behinderung gibt, die auf den ersten Blick nicht sichtbar sind. Wenn ein Mensch mit Krücken, Rollator oder Rollstuhl eine Szene betritt, scheint die Situation noch recht eindeutig zu sein. Sobald aber jemand mit einer Sinnesbehinderung auftaucht, muss schon mehr differenziert werden (siehe 2.2.2.3.2). Schwerhörige Menschen zum Beispiel sind in der Regel nicht als solche zu erkennen, außer sie tragen eine Hörhilfe, die für Außenstehende als solche sichtbar ist. Häufig ist es jedoch das Ziel von schwerhörigen Menschen genau dies zu vermeiden und sie greifen z.B. zu einem

Hörgerät, das möglichst „unsichtbar“ ist, wie es die Werbung von Hörgerätefirmen oder Hörgeräteakustikgeschäften oft als erstrebenswert anpreist. Aber auch Personen mit einer progressiven Behinderung, sei es beispielsweise bei Multipler Sklerose (Körperbehinderung) oder bei Retinopathia Pigmentosa (Sehbehinderung), scheuen sich häufig so lange wie irgendwie möglich, Hilfsmittel zu verwenden, die sie in die Rolle eines Behinderten Menschen hineinzwingen würden. Dazu zählen z.B. Mobilitätshilfen wie Stock oder Rollator bzw. Kennzeichnungen für die Sehbehinderung wie Armschleifen oder gar ein weißer Stock.

2.2.2.3 Unterschiedliche Formen von Behinderung

In der physiodramatischen Dimension lassen sich unter Berücksichtigung des vorigen Punktes theoretisch die unterschiedlichen Formen von Behinderung gut differenzieren. Physiodramatisch gesehen spielt es durchaus eine Rolle, ob ein Mensch eine Körperbehinderung hat, sinnesbehindert ist, Lernschwierigkeiten oder auch eine sogenannte Mehrfachbehinderung hat. Gerade bei der Körpersprache, den autonomen Ausdrucksformen, den körperlichen Beschwerden und im Bereich der Körperdynamik ergibt sich bei den unterschiedlichen Formen von Behinderung häufig ein ganz anderes Bild, als es die Psychodramatikerin oder der Psychodramatiker von nicht-behinderten Menschen gewohnt sind. Hier ist es dringend geboten, für die einzelnen Formen von Behinderung sensibel zu sein, damit nicht im Umgang mit behinderten Menschen falsche Schlüsse und Hypothesen aus der physiodramatischen Betrachtung der Szene gezogen werden.

Um diesem Phänomen, das im Umgang mit behinderten Menschen leider immer wieder vorkommt, kurioserweise v.a. auch im medizinischen Gesundheitsbereich, vorzubeugen und ein wenig zu sensibilisieren, werden im Folgenden aufgeschlüsselt nach Behinderungsformen Beispiele vorgestellt, wie die Interpretation von Beobachtungen der physiodramatischen Dimension bei Menschen mit Behinderung modifiziert werden muss. Sonst droht unweigerlich die Gefahr von Fehlinterpretationen und Missverständnissen. Ganz entscheidend ist, dass die folgenden Beispiele *Möglichkeiten* sind. Das Spektrum von Behinderung ist ein extrem großes, und es ist völlig ausgeschlossen einer bestimmten Diagnose eine bestimmte Anpassung zur physiodramatischen Betrachtung zuzuordnen. Hier muss unbedingt immer auch die Singularität der Szene (siehe Kapitel 2.7) mitgedacht werden. Wie

bereits oben ausgeführt, ist die exakte medizinische Diagnose nicht der entscheidende Faktor für die physiodramatische Sichtweise, sondern die konkreten Auswirkungen in der aktuellen Szene.

2.2.2.3.1 Körperbehinderungen

Wie bei allen Formen von Behinderungen gibt es hier ein sehr großes Spektrum an Ursachen für die Körperbehinderung. Sehr grob eingeteilt sind dies, neben den unterschiedlichen Formen von Querschnittslähmungen mit ihren verschiedenen Ursachen, der weite Bereich der unterschiedlichen Ausprägungen von Cerebralparese und das große Feld der verschiedenen (z.T. progressiven) Muskelerkrankungen. Auch chronische Erkrankungen wie Multiple Sklerose können zu einer Körperbehinderung führen, ebenso wie Schlaganfälle, Schädel-Hirn-Traumata, Gehirntumore u.a. So ist es wichtig, sich folgende *mögliche* Aspekte in einer Szene mit körperbehinderten Menschen vor Augen zu führen, damit eine adäquate Wahrnehmung der physiodramatischen Dimension möglich ist.

Bei der Positionierung im Raum und in der Kategorie der Körperdynamik ist bei körperbehinderten Menschen zu beachten, dass sie diese oft nicht selbst vornehmen können. Sobald es für Menschen nicht mehr möglich ist, sich ohne Hilfsmittel wie Rollator oder Rollstuhl fortzubewegen, ist es oftmals ebenso unmöglich, die eigene augenblickliche Position exakt zu bestimmen. Außerdem ist auf die Ausmaße eines Rollstuhls – v.a. wenn es ein elektrischer Rollstuhl ist – zu achten und darauf zu schauen, wie weit es dem behinderten Menschen möglich ist, den Rollstuhl selbstständig und/oder exakt zu steuern.

In einer psychodramatischen Selbsterfahrungsgruppe mit behinderten Menschen war es einem Mann im Rollstuhl nicht möglich, diesen selbstständig zu bewegen. Hier habe ich sowohl in der Erwärmungsphase (z.B. bei soziometrischen Differenzierungsübungen) als auch in der Aktionsphase darauf geachtet, dass entweder ich selbst oder jemand aus der Gruppe bei den notwendigen Bewegungen dieses Mannes assistiert. Empfehlenswert ist hier eine Co-Leitung, die solche Aufgaben übernehmen kann. Diese hat es in der vorliegenden Situation jedoch nicht gegeben.

Grundsätzlich ist bei körperbehinderten Menschen in der Regel auch davon auszugehen, dass alle Formen von Bewegung innerhalb eines psychodramatischen Prozesses länger dauern (z.B. Weg vom Zuschauerraum auf die Bühne und zurück). Dies musste ich in der Zeitplanung bei der Arbeit mit körperbehinderten Menschen im Gruppenprozess immer berücksichtigen.

Die Ausdrucksformen von Körperlichkeit sind bei körperbehinderten Menschen oftmals andere als dies bei nicht-behinderten Menschen der Fall ist. Gesichtsausdruck, Bewegungen, Sprechen und Klangmelodie können eingeschränkt oder übersteigert sein. Bei Menschen mit bestimmten Formen von Muskelerkrankungen ist es z.B. möglich, dass der Gesichtsausdruck auf den ersten Blick immer gleich auszusehen scheint. Bei Menschen mit Cerebralparese in ihren unterschiedlichsten Ausprägungen kommt es beispielsweise durchaus häufig vor, dass das Körperschema stark verändert ist. Muskelzuckungen an Armen und Beinen können sowohl Zeichen von Anspannung und Abwehr, als auch von Überraschung und Freude sein. Außerdem können die erwähnten Spasmen ebenso ohne irgendwelche inhaltlichen Zusammenhänge auftreten, da sie vom körperbehinderten Menschen nicht bewusst kontrolliert werden können. In psychodramatischen Prozessen ist es hier unerlässlich, sich in die Reaktionen des behinderten Menschen „einzulesen“, um Missverständnissen vorzubeugen und nicht die falschen Schlüsse aus den somatischen Reaktionen zu ziehen.

2.2.2.3.2 Sinnesbehinderungen

Die Unterscheidung zwischen körperbehinderten Menschen und sinnesbehinderten Menschen wird v.a. im Hinblick auf die Hilfsmittel und Unterstützung getroffen. Natürlich sind die Sinne eines Menschen auch Teile des Körpers, insofern ist die Unterscheidung künstlich. Aber es macht einen großen Unterschied in der Wahrnehmung der physiodramatischen Dimension, ob jemand mit Rollstuhl zur Tür hereinkommt, oder einen Langstock und einen Blindenführhund mitbringt.

2.2.2.3.2.1 Sehbehinderung

Bei Menschen, die von Geburt an mit einer hochgradigen Sehbehinderung oder Blindheit leben, ist aus physiodramatischer Sicht zu beachten, dass auch hier das Körperschema und der Gesichtsausdruck anders sein können, als es bei normal sehenden Menschen der Fall ist. Sowohl die Bewegungen beim Gehen und zur

Orientierung können missinterpretiert werden, als auch ein Gesichtsausdruck, der oftmals vom Gegenüber nicht als so ausdrucksstark wahrgenommen wird – nicht zuletzt auch, weil die Augen oft nicht so aussehen, wie es das Gegenüber gewohnt ist.

Frau K. kommt zu mir in Einzelpsychotherapie, weil sie von einer seltenen Augenerkrankung betroffen ist, bei der es nicht absehbar ist, ob oder wann eine Erblindung eintreten wird. Sie bittet mich gleich im Erstgespräch darum, bei den Gesprächen näher an mich heranrücken zu dürfen, damit sie mein Gesicht noch wahrnehmen kann. Hier ist die Positionierung im Raum vom Bedürfnis und Vermögen der Klientin geprägt, dass sie das Gesicht des Therapeuten noch wahrnehmen will, solange es ihr möglich ist.

2.2.2.3.2 Schwerhörigkeit

Menschen aus dieser Personengruppe sind in der Regel auf den ersten Blick nicht als Menschen mit Behinderung erkennbar. Schwerhörigkeit gehört zu den unsichtbaren Behinderungen (siehe Kapitel 2.2.2.2). Allerdings sind hier v.a. zwei Aspekte zu beachten, wenn es um die physiodramatische Wahrnehmung geht. Bei Menschen mit einer hochgradigen Schwerhörigkeit, die ihre eigene Stimme schlecht oder nur eingeschränkt hören können, kommt es vor, dass die Sprache verwaschen klingt. Die Artikulation von Sprache hängt stark mit der Wahrnehmung derselben zusammen. Wenn Sprache über einen langen Zeitraum sehr eingeschränkt wahrgenommen wird, dann ist es häufig so, dass die Aussprache der betreffenden Person undeutlicher wird. Daneben ist es auch möglich, dass schwerhörige Menschen mit dem Gleichgewichtsorgan, das organisch gesehen in der Nachbarschaft zum Ohr sitzt, ebenfalls Probleme haben. Es kann daraus eine Unsicherheit beim Gang, Niedersetzen oder Aufstehen entstehen. Sowohl die verwaschene Sprache als auch Unsicherheiten im Gleichgewichtssinn haben ganz ursächlich mit der Schwerhörigkeit zu tun und dürfen nicht anderweitig missverstanden werden.

Ein hochgradig schwerhöriger Mann, Herr G., der zu mir in Einzelpsychotherapie gekommen ist, konnte mich nur verstehen, wenn er auch die Möglichkeit hatte, von

meinen Lippen abzusehen⁴. Das Lippenabsehen ist für ihn eine wichtige Ergänzung im Verstehen zu den akustischen Wahrnehmungen durch das Hören. Hierbei war es jedoch notwendig, unsere Positionen im Raum zu verändern, da ich üblicherweise auf einem Platz gesessen bin, der ein Fenster im Hintergrund hatte. Mein Gesicht war in der ursprünglichen Sitzposition durch die Lichtquelle hinter mir (Fenster) für den Klienten nicht in der Weise sichtbar, wie es für das Lippenabsehen notwendig ist. Hier ist eine gleichmäßige helle Ausleuchtung des Gesichtes hilfreich, die jedoch auch nicht blenden sollte.

2.2.2.3 Menschen mit Lernschwierigkeiten

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, ist dies die Behindertengruppe, die üblicherweise immer noch als „geistig behinderte Menschen“ bezeichnet wird. Da diese Behindertengruppe selbst diese Bezeichnung als diskriminierend ablehnt (siehe auch Kapitel 2.5.2.1.5), übernimmt der Autor in dieser Arbeit die Bezeichnung, die sich Menschen mit dieser Form von Behinderung selbst gegeben haben: Menschen mit Lernschwierigkeiten. Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass damit *nicht* nur die Gruppe von Personen gemeint ist, die zur Differenzierung v.a. im pädagogischen Bereich als „lernbehinderte Menschen“ bezeichnet werden, um sie von Menschen mit „schwereren geistigen Behinderungen“ abzugrenzen. „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ meint also eine sehr große Personengruppe mit einem weiten Spektrum. So gehören genauso Personen dazu, die Lesen, Schreiben und Rechnen können, wie Menschen, denen der Umgang mit Zahlen oder dem Wert von Geld kaum möglich ist, aber auch Frauen und Männer, die nicht lesen und schreiben lernen konnten, sei es, weil es tatsächlich zu ihrer Behinderungsform gehört, sei es, weil sie nie eine adäquate Förderung in ihrem Leben erfahren haben. Gerade aufgrund der großen Bandbreite in dieser Behinderungsform ist es hier besonders schwierig, Missverständnissen aufgrund der physiodramatischen Betrachtungsweise vorzubeugen, ohne die speziellen physiodramatischen Voraussetzungen von Menschen mit Lernschwierigkeiten zu beachten. Sowohl das Körperschema, die Körperdynamik als auch die Stimme und die Sprechweise können möglicherweise

⁴ Früher wurde vom „Lippenlesen“ gesprochen. Dies ist jedoch ein irreführender Begriff, da es für schwerhörige Menschen nicht möglich ist, von den Lippen zu lesen, wie in einem Buch. Die Lippenbewegungen sind bei vielen Buchstaben identisch, so dass die Stellung der Lippen lediglich als Ergänzung zur akustischen Information genutzt werden kann. Der korrekte Begriff dafür ist Lippenabsehen.

anders sein, als es dem gewohnten Umgang entspricht. Regulierung und Intensität des Gefühlsausdrucks sind oft anders als gewohnt. Das Sprechen kann sehr sprunghaft in der Lautstärke und Sprechdynamik sowie auch im emotionalen Ausdruck expressiver sein, ohne dass daraus immer eins zu eins auf die entsprechende Stimmungslage geschlossen werden darf, wie es oft automatisch geschieht. Besonders bei Menschen mit Lernschwierigkeiten ist es wichtig, im Laufe des therapeutischen Prozesses genau zu lernen, was mit welcher physiodramatischen Beobachtung gemeint sein könnte.

Ich wurde von einer Wohngemeinschaft eines Trägers von Behinderteneinrichtungen kontaktiert, um einen Mann in Einzeltherapie bei einem Übersiedlungsprozess zu begleiten. Der Mann war in seiner Kommunikation dabei sehr reduziert und sagte nicht viel mehr als seinen Namen und „Ja“. Im Laufe des Therapieprozesses lernte ich, dass der Mann sein Ja so verschieden aussprechen konnte, dass es dadurch ein sehr weites Spektrum seiner Gefühlswelt widerspiegelte. Wichtig war dabei für mich, mich sowohl in die unterschiedlichen Tonfärbungen und Sprechgeschwindigkeiten des Jas einzuhören, als auch diese mit dem Gesichtsausdruck und der Körperhaltung des Mannes zu kombinieren. Dabei war es auch wichtig, auf die grundsätzliche Stimmung und Atmosphäre in der aktuellen Szene zu achten.

2.2.2.3.4 Mehrfachbehinderte Menschen

Selbstverständlich stehen die verschiedenen Behinderungsformen häufig nicht scharf getrennt nebeneinander. Oft bedingen bestimmte Diagnosen mehrere Formen von Behinderungen, auch wenn eine davon nicht selten in den Hintergrund tritt. So kommt es beispielsweise bei Cerebralparese häufiger vor, dass nicht nur eine Körperbehinderung auftritt, sondern auch das Sehen und der Orientierungssinn beeinträchtigt sind. Ebenso treten gelegentlich verschiedene Formen von Behinderung unabhängig voneinander bei einer Person auf. Hier müssen je nach Kombination der Formen von Behinderung die oben genannten Beispiele verbunden und entsprechend angepasst werden.

2.2.2.4 Weitere Aspekte der physiodramatischen Dimension

In der physiodramatischen Dimension der Szene gibt es Aspekte, die sich in der Regel kaum unterscheiden, egal ob es sich um behinderte oder nicht-behinderte

Menschen handelt. Dazu gehört zuallererst der ganze Bereich des Körpers in der Sprache: Sprachbilder und körperverbundene Metaphern unterscheiden sich erfahrungsgemäß bei behinderten und nicht-behinderten Menschen nicht. Die manchmal noch immer gestellte Frage, ob Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrer vom „Gehen“ oder sehbehinderte Menschen vom „Schauen“ sprechen, kann mit Nachdruck bejaht werden. Ein Mensch im Rollstuhl geht genauso ins Kino oder ein sehbehinderter Mensch schaut u.U. auch fern.

Ebenso ist der Bereich der Selbstinszenierung des eigenen Körpers als gleich anzusehen. Wie bei nicht-behinderten Menschen gibt es hier eine Bandbreite, die ebenso auch von den materiellen Möglichkeiten abhängt. Bei behinderten Menschen kann jedoch die individuelle Gestaltung und Inszenierung von Hilfsmitteln dazukommen, wie z.B. Farbe und Verzierungen beim Rollstuhl oder auch besondere Gestaltung von Hörgeräten bzw. den dazu notwendigen Otoplastiken.

Bei der Körperpflege ist darauf zu achten, ob ein Mensch mit Behinderung die für die Körperpflege notwendigen Hilfestellungen hat, da es sonst zu falschen Schlussfolgerungen kommen kann.

2.2.3 Beitrag der physiodramatischen Dimension zur Rolle des Behinderten Menschen

In der physiodramatischen Dimension einer Szene ist der Beitrag zur Rolle des Behinderten Menschen zumindest auf den ersten Blick fast immer gegeben. Grundsätzlich spielen zunächst einmal alle Menschen, die eine sichtbare Behinderung haben, hier sehr offensichtlich die Rolle des Behinderten Menschen. Ihre Behinderung wird vom Gegenüber in der Szene gesehen und wahrgenommen. Daran kann auch nichts verändert werden. Diese Wahrnehmung der Rolle des Behinderten Menschen spielt sich v.a. im Bereich der Körperdynamik, aber häufig auch bei der Körpersprache, den autonomen Ausdrucksformen und natürlich den körperlichen Beschwerden ab. Andererseits wird die Rolle des Behinderten Menschen von Personen, die eine unsichtbare Behinderung haben, häufig so lange es geht gemieden.

Für manche Menschen mit Lernschwierigkeiten ist es möglich, die Rolle des Behinderten Menschen in der physiodramatischen Dimension zu umgehen, weil ihre Behinderung für das Gegenüber nicht sichtbar ist. Ebenso kommen am ehesten

ausschließlich schwerhörige Menschen erfahrungsgemäß darum herum, die Rolle des Behinderten Menschen einzunehmen, abgesehen vom Besuch beim Halsnasenohrenarzt oder im Hörgeräteakustikgeschäft. Ein Indiz dafür kann auch sein, dass die schwerhörigen Menschen in der Öffentlichkeit und Lobbyarbeit kaum in Erscheinung treten, weil sich viele Schwerhörige nicht zu ihrer Behinderung bekennen und sich gekonnt um die Rolle des Behinderten Menschen „drücken“.

Letztendlich ist es in der physiodramatischen Dimension für keinen Menschen mit Behinderung möglich, die somatische Tatsache der medizinischen Diagnose zu verändern, sobald diese gestellt worden ist. Diese Diagnose liegt dann vor, kann u.U. nochmals überprüft, aber in der Regel nicht rückgängig gemacht werden.

Streng genommen jedoch manifestieren erst die Auswirkungen der Beobachtungen, die in der physiodramatischen Dimension einer Szene gemacht werden, bzw. der Umgang mit diesen Beobachtungen die Rolle des Behinderten Menschen. Wenn es für alle Menschen selbstverständlich wäre, beispielsweise mit einem Rollstuhlfahrer, einem Menschen mit Lernschwierigkeiten oder einem sinnesbehinderten Menschen so normal umzugehen, wie mit einem Menschen, der eine Brille trägt, dann könnte ein Großteil des vorliegenden Kapitels ersatzlos gestrichen werden. Die Fehlinterpretationen und Missverständnisse, die sich aus der möglichen unterschiedlichen Körperdynamik, der anderen Körpersprache, den anderen autonomen Ausdrucksformen etc. ergeben, wären dann auf das übliche zwischenmenschliche Maß reduziert, und würden so nicht zur Rolle des Behinderten Menschen in der physiodramatischen Dimension beitragen.

2.3 Die psychodramatische Dimension einer Szene

2.3.1 Die Definition der psychodramatischen Dimension

Auch bei der zweiten Dimension der Szene steht das Individuum im Mittelpunkt der Betrachtung. Während in der ersten (physiodramatischen) Dimension der Körper im Fokus ist, geht es jetzt um die Biografie und die Persönlichkeit des Menschen. Hutter schreibt dazu:

Streng genommen umfasst die psychodramatische Dimension nur den individualistisch verengten Blick auf den Protagonisten und seine Biografie. Es geht also zum einen um das, was gewöhnlich als Charakter beschrieben wird, jene Merkmale also, die (ausschließlich oder zumindest vorrangig) dem Individuum zugeschrieben werden können. Zum anderen geht es um die Szenen, die das Individuum zusammenfügt, um seine individuelle Biografie zu konstruieren. (Hutter & Schwehm, (2009), S.28)

Für diese Dimension ließe sich eine Vielzahl von Charakterlehren heranziehen, die ihren Ursprung außerhalb des klassischen Psychodramas nach Moreno haben. Sowohl in alten Lehren (z.B. Temperamentenlehre bei den griechischen Philosophen, Astrologie, Enneagramm), als auch im wissenschaftlichen psychotherapeutischen Kontext wie der Psychoanalyse, der Transaktionsanalyse oder auch in Diagnostikmanualen wie ICD 10 oder DSM V sind beispielsweise Einteilungen in unterschiedliche Typen bzw. Charaktere zu finden. (Hutter, 2005, 2009b)

Moreno hat stattdessen in seinem Welt- und Menschenbild eine Rollentheorie vorgelegt, in der keine Einteilungen in Typen oder Charaktere vorkommen (siehe zum Menschenbild im Psychodrama: Hutter, 2004, 2012). Aus der Perspektive des klassischen Psychodramas nach Moreno stehen somit v.a. die Szenen der Biografie im Mittelpunkt dieser Dimension.

Neben der Biografie tauchen hier aufgrund der Rollentheorie Morenos auch die Frage nach Rollenrepertoire, Rolleninventar und Rollenkonserven bzw. nach dem soziokulturellen Atom der Protagonistin oder des Protagonisten auf, um in den Mittelpunkt dieser Dimension zu treten. Dies ist jedoch nicht ganz unproblematisch, da die Rollentheorie Morenos nicht ohne Beziehungen und dem Konzept der

Gegenrollen denkbar ist. Darüber hinaus müssen hier u.U. ebenso noch die Rollenebenen physiodramatisch, psychodramatisch, soziodramatisch und evt. „‘transzendente Rollen‘ oder ‚integrative Rollen‘“ (Leutz, 1974, S.43) mitbedacht werden. Schon alleine aus der Bezeichnung der Rollenebenen, nach denen z.T. analog die einzelnen Dimensionen der Szene benannt sind, ist ersichtlich, dass die Rollentheorie eine Querschnittsmaterie ist, die sich auch durch alle Dimensionen der Szenen zieht. (Siehe zur Rollentheorie Morenos: Hutter, 2002, S.131-155; siehe zur Entwicklungspsychologie des Psychodramas: Schacht, 2003)

Da die einzelnen Dimensionen einer Szene jedoch nicht immer exakt voneinander abgegrenzt werden können (siehe Kapitel 2.1.5), werden die Entwicklung und der Einsatz von Rollen in diesem Kapitel trotz möglicher Unschärfen behandelt. Dafür spricht auch, dass die Rollenentwicklung bzw. das soziokulturelle Atom in die psychodramatische Dimension der Szene zentriert auf die Biografie einer Protagonistin oder eines Protagonisten verstanden werden kann. Dieses biografische protagonistenzentrierte Verständnis steht ja im Mittelpunkt der psychodramatischen Dimension.

2.3.2 Bedeutung der psychodramatischen Dimension für Menschen mit Behinderung

2.3.2.1 Charakter und Behinderung

Dem Autor ist es wichtig, zu Beginn dieses Kapitels auf etwas hinzuweisen, was in seiner Erfahrung der jahrelangen Arbeit mit behinderten Menschen deutlich geworden ist. Für viele Leserinnen und Leser wird diese Erkenntnis selbstverständlich sein, aber die gesellschaftliche Realität von behinderten Menschen sieht leider ganz anders aus.

Im Alltag und z.T. auch vermittelt durch die Medien (z.B. Aktion „Licht ins Dunkel“ zum Spendensammeln für Behindertenprojekte in der Vorweihnachtszeit) kann immer noch ein Bild des Menschen mit Behinderung angetroffen werden, das gleichzeitig eine Art universelle Charakterisierung dieser besonderen Spezies Mensch darzustellen scheint: Menschen mit Behinderung sind hilfsbedürftig, brav, dankbar für Spenden oder andere Zuwendungen, stellen keine Ansprüche und sind damit zufrieden, wenn sie die Grundbedürfnisse des Lebens abgedeckt bekommen. Man muss sich als Gesellschaft zwar um sie kümmern, darf aber auch erwarten, es

sei dann damit getan, dass behinderte Menschen warm, satt und sauber leben können. Wenn behinderten Menschen geholfen wird, dann haben diese gefälligst dankbar dafür zu sein, auch wenn sie selbst um diese Hilfe gar nicht gebeten haben, sie ihnen unangenehm oder manchmal sogar gefährlich ist.

Dass dieses leider nur scheinbar überzeichnete Bild nicht den unterschiedlichen Charakteren von Menschen mit Behinderung entspricht, ist offensichtlich. Bedauernswerterweise muss immer noch betont werden: In der Gruppe der Menschen mit Behinderung treten grundsätzlich alle Charaktere auf, die auch in der Gruppe der nicht-behinderten Menschen in der Gesellschaft zu finden sind. Die Behinderung verändert den Charakter eines Menschen nur insoweit, als es auch andere biografische Faktoren oder Ereignisse tun können. Allerdings ist die Behinderung oft das Ventil, an dem die charakterlichen Schwächen und Stärken eines Menschen schneller sichtbar werden, als dies u.U. bei einem Menschen ohne Behinderung der Fall ist. Der Erfahrung des Autors nach gibt es keinerlei Unterschiede im Vorkommen der verschiedenen Charaktere in der Gesellschaft und in der Gruppe der behinderten Menschen.

2.3.2.2 Grundsätzliche Unterscheidungen in der Biografie behinderter Menschen

Selbstverständlich prägt die Existenz einer Behinderung die Biografie eines Menschen.

2.3.2.2.1 Behinderung von Kindheit an oder erworben

Hier gilt es jedoch, eine erste grundsätzliche Unterscheidung vorzunehmen, auch, wenn diese in der jeweils aktuellen Lebensrealität des behinderten Menschen keine Rolle (mehr) spielen muss. Es gibt bei allen Formen von Behinderung (siehe Kapitel 2.2.2.3) die Möglichkeit, dass diese Behinderung von Geburt oder Kindheit an auftritt oder sie im Laufe des Lebens erworben wurde.

Auch wenn es durchaus manchmal interessant wäre, eine exakte Differenzierung vorzunehmen, ob eine Behinderung pränatal, während der Geburt oder postnatal entstanden ist, so ist dies in der Wirkung für den Alltag behinderter Menschen von untergeordneter Bedeutung. „Postnatal“ muss in diesem Zusammenhang in einer zeitlichen Nähe zur Geburt verstanden werden. Der konkrete Zeitrahmen lässt sich dabei nicht exakt angeben. Dieser kann von Ereignissen im Brutkasten bei

Frühgeborenen bis zu Unfällen in den ersten Lebensjahren reichen. Spätestens endet dieser Zeitrahmen des Postnatalen jedoch, wenn das bewusste Erinnerungsvermögen des behinderten Kindes einsetzt. Sobald Menschen sich nicht mehr daran erinnern können, einmal ohne Behinderung gelebt zu haben, wird in der Regel davon ausgegangen, dass sie zu den Menschen gehören, die ihre Behinderung von Geburt oder von Kindheit an haben. Medizinisch betrachtet fallen in diese Gruppe beispielsweise Behinderungen mit genetischen Ursachen (z.B. Trisomie 21), aufgrund von Erkrankungen oder Abusus der Mutter in der Schwangerschaft, wegen Frühgeburt und Aufenthalt im Brutkasten, aufgrund von Komplikationen bei der Geburt z.B. mit Sauerstoffmangel, oder Erkrankungen (z.B. Kinderlähmung) sowie als Folge von Unfällen in den ersten Lebensjahren. Diese Personengruppe wird in dieser Arbeit als *Menschen mit Behinderung von Kindheit an* bezeichnet. Es gilt, dass dabei immer umfassend die soeben beschriebene Gruppe gemeint ist und die damit einhergehende beschriebene Unschärfe, wann die Behinderung genau entstanden ist, mitgedacht werden muss.

Alle Menschen, die sich daran erinnern, in ihrer Biografie ohne Behinderung gelebt zu haben, können zur zweiten Gruppe gezählt werden: Sie haben ihre Behinderung im Laufe ihrer Biografie erworben. Dies kann sowohl durch ein einzelnes Ereignis geschehen sein (z.B. Unfall, Schlaganfall, Operation, Suizidversuch) als auch durch eine Erkrankung, die erst nach Einsetzen des bewussten Erinnerungsvermögens begonnen hat (z.B. Multiple Sklerose, viele Formen von Augenerkrankungen oder Schwerhörigkeit).

2.3.2.2 Gleichbleibende oder progressive Behinderung

Eine zweite Differenzierung von Behinderung bezüglich der Biografie von behinderten Menschen muss auch noch eingeführt werden. Im Gegensatz zur ersten Unterscheidung spielt diese jedoch in der Regel im alltäglichen Leben von behinderten Menschen eine große und sehr tragische Rolle.

Zum einen gibt es Behinderungen, die sich normalerweise im Laufe der Biografie kaum verändern. Selbstverständlich werden die üblichen Alterungsprozesse des Menschen bei einer vorhandenen Behinderung oft früher oder deutlicher spürbar als es bei nicht-behinderten Menschen der Fall ist. Aufgrund der Tatsache, dass ein Leben mit Behinderung in der Regel viel kraftraubender und mit mehr Aufwand an

Konzentration verbunden ist, ist das übliche Nachlassen der körperlichen Kräfte oder der Konzentrationsfähigkeit und die Notwendigkeit längerer Erholungsphasen viel früher gegeben, als dies bei nicht-behinderten Menschen üblicherweise auftritt. Dies trifft sowohl auf die alltägliche Lebensführung als auch auf die gesamte Lebensspanne zu.

Daneben gibt es aber auch Behinderungen, die einen progressiven Verlauf haben. Dies bedeutet, dass sie in ihrem Verlauf zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und u.U. auch zu einer verkürzten Lebenserwartung führen. Wie in vielen Bereichen ist die Bandbreite hier eine sehr große: sie reicht von der Verschlechterung des Seh- oder Hörvermögens bis zu Blindheit oder Gehörlosigkeit über Muskelerkrankungen mit einer deutlichen Reduktion der Lebenserwartung bis zu Multipler Sklerose oder anderen Erkrankungen mit progressivem Verlauf. Ein Mensch mit einer progressiven Behinderung lebt unter ganz anderen Vorzeichen und muss sich in seiner Lebensgestaltung darauf einstellen, dass der aktuelle Gesundheitszustand sich mit größter Wahrscheinlichkeit verschlechtern wird. Gerade bei einer Psychotherapie mit progressiv behinderten Menschen wird dies immer wieder Thema sein.

Frau K. kommt zu einem Erstgespräch in meine Praxis. Sie hat eine seltene Form einer Augenerkrankung, die höchstwahrscheinlich zur Erblindung führen wird. Die Ärzte können ihr nicht sagen, ob und wie schnell das gehen wird. Bei anstehenden Augenoperationen ist ebenfalls keine Prognose möglich, ob diese den gewünschten Nutzen bringen bzw. wie lange dieser anhält. Dazu kommt, dass bei jeder Operation auch etwas schiefgehen kann, und das Sehvermögen danach schlechter wäre. Als Themen für die Psychotherapie nennt sie u.a. den Umgang mit dieser Unsicherheit. Sie befürchtet, dass sie ihre ganze Lebensqualität verlieren wird, und geht davon aus, dass man als Blinde nicht glücklich leben kann.

Bei progressiven Behinderungen sind die unterschiedlichsten Bewältigungsstrategien möglich. Je nach Persönlichkeit und Biografie reichen diese von Resignation und Mutlosigkeit über ein Genießen des Lebens im Hier und Jetzt bis zum Ansporn noch Dieses und Jenes machen zu wollen, solange es geht. Häufig ist es für Menschen mit progressiver Behinderung besonders wichtig, auch wenn die Lebenserwartung nur noch kurz zu sein scheint, den Alltag aktiv auszufüllen, auch auf die Gefahr hin,

Dinge nicht mehr abschließen zu können (z.B. ehrenamtliche Tätigkeit, etwas Lernen oder eine Ausbildung, Studium etc.).

2.3.2.3 Rollenentwicklung bei Menschen mit Behinderung von Kindheit an

Da dies durchaus ein Thema für eine eigene Arbeit wäre, kann hier nur sehr knapp darauf eingegangen werden. Wenn ein Kind von Geburt an eine Behinderung hat, dann sind häufig auch Aspekte der Rollenentwicklung in der Biografie „behindert“ (siehe zur Entwicklungspsychologie aus psychodramatischer Sicht und zur Rollenentwicklung: Schacht, 2003). Dies bedeutet, dass Rollen häufig erst in einem späteren biologischen Alter entwickelt werden können, als dies bei nicht-behinderten Menschen möglich ist. Dafür sind neben Entwicklungsverzögerungen auf allen Rollenebenen, wie sie bei behinderten Menschen von Kindheit an häufiger vorkommen, v.a. die möglichen Abhängigkeiten vom Umfeld verantwortlich. Kinder mit einer Behinderung sind häufig länger von der Fürsorge einer Bezugsperson abhängig, um sich überhaupt entwickeln und wachsen zu können. Auch das Hineinwachsen in soziodramatische Rollen kann länger dauern, da es ebenso oft von der Unterstützung anderer abhängig ist. Ein Kind mit Körperbehinderung, das z.B. im Rollstuhl sitzt, oder mit Sinnesbehinderung (z.B. Blindheit) braucht in seiner Biografie viel länger, bevor es unabhängig von der Familie das Haus oder die Wohnung verlassen kann, was jedoch für eine adäquate Rollenentwicklung unumgänglich ist. Eigenverantwortung für sich selbst zu übernehmen, ist für behinderte Jugendliche oft schwierig, weil aufgrund der Abhängigkeiten von den Bezugspersonen auch häufig über den Kopf der Jugendlichen hinweg und für sie entschieden wird, statt sie selbst entscheiden zu lassen, wie es für im gleichen Alter befindliche nicht-behinderte Jugendliche selbstverständlich ist.

Grundsätzlich hängen die Möglichkeiten eines behinderten Kindes oder Jugendlichen stark vom Umfeld ab, in dem es aufwächst. Es ist ein großer Unterschied, ob ein Kind in einem Heim, in einer Pflegefamilie, bei einem alleinerziehenden Elternteil, mit oder ohne Geschwister oder in einer Patchworkfamilie groß wird. Das soziale Atom eines Kindes spielt für dessen Entwicklungsmöglichkeiten eine große Rolle (siehe Pruckner, 2001). Erst recht gilt dies für Kinder mit Behinderungen. Hier kommt als weiterer entscheidender Faktor dazu, wie sehr das Kind individuell gefördert wird.

Abhängig ist dies wiederum sehr vom Zugang des sozialen Atoms des Kindes zu dessen Behinderung. Wenn den entscheidenden Personen im sozialen Atom klar ist, dass ein Kind mit Behinderung durch das Schaffen entsprechender Entwicklungsmöglichkeiten seinen eigenen und selbstbestimmten Platz in der Gesellschaft finden kann, dann ist schon viel gewonnen. Wenn es jedoch der Konsens der entsprechenden Personen ist, dass ein behindertes Kind möglichst versteckt werden sollte und es der Gesellschaft nicht zugemutet werden kann, dann wird es sehr problematisch. Es kommt so zu Biografien, in denen noch nach Jahrzehnten spürbar ist, dass bei diesem Menschen mit Behinderung die Wohngemeinschaft und die Beschäftigungstherapie ein Rahmen war, mit dem der behinderte Mensch weit hinter seinen potentiellen Möglichkeiten zurück geblieben ist. Abhängig ist der Zugang der Bezugspersonen zum Thema Behinderung wiederum vom Milieu und vom kulturellen Umfeld, in dem das behinderte Kind groß wird. Näheres dazu ist auch in den Ausführungen zur soziodramatischen bzw. axiodramatischen Dimension der Szene zu finden (siehe Kapitel 2.5 bzw. 2.6).

Eine Mutter kommt zu einem Gespräch zu mir, weil für den zwölfjährigen Sohn eine Psychotherapie angedacht werden soll, da bei ihm eine progressive Sehbehinderung diagnostiziert wurde. Im Zuge des Gespräches wird rasch deutlich, dass die Reaktionen des Sohnes völlig normal und adäquat für sein Alter und seine Situation sind. Aufgrund des hohen Reflexionsvermögens der Mutter erkennt sie schnell, dass vielmehr sie und der Vater mit der Situation des Sohnes klar kommen müssen. Eine Begleitung bei diesem Prozess, wie ich es am Ende des Gespräches angeboten habe, wurde nicht angenommen.

In der Beratung und Therapie mit behinderten Menschen ist immer wieder zu erleben, wie prägend das soziale Atom der Kindheit bezüglich der Entwicklungsmöglichkeiten in der Biografie des behinderten Menschen war. Von diesen Entwicklungsmöglichkeiten sind wiederum das Rollenrepertoire und die Möglichkeiten des spontan-kreativen Handelns, sowie das Aufbauen und Leben von Beziehungen (soziales Atom) in der Biografie von Menschen mit Behinderung abhängig. Je weniger all dies in Kindheit und Jugend möglich war, desto schwieriger ist das Nachholen dieser Prozesse im Erwachsenenalter. Je leichter diese

Entwicklung war und je mehr sie gefördert wurde, umso weniger ist das Leben als Erwachsener behindert.

2.3.2.4 Umgang mit der erworbenen Behinderung

Bei einer erworbenen Behinderung ist die Situation zunächst davon abhängig, in welchem Alter die Behinderung erworben wurde. Je nach dem, an welchem Punkt der Biografie dies geschieht, hat die Entwicklung von Begegnungsfähigkeit, Spontaneität und Kreativität, sowie des Rolleninventars und Rollenrepertoires entsprechend begonnen oder ist bereits fortgeschritten (siehe dazu: Schacht, 2003). Grundsätzlich bleibt bei einem Einschnitt in der Biografie, wie das Auftreten einer Behinderung, immer die Herausforderung, sein Rollenrepertoire anzupassen, zu erweitern und entsprechende Rollen aus dem Rolleninventar wieder hervorzuholen oder auch dorthin zu verschieben.

So ist beispielsweise die Rolle der/des Hilfsbedürftigen bei jedem Menschen zumindest im Rolleninventar abgelegt, da diese Rolle als Baby und Kind zum Rollenrepertoire gehört, weil der Mensch als unselbstständiges Wesen das Licht der Welt erblickt, welches ohne Fürsorge und Hilfe der Mutter bzw. der Bezugspersonen nicht lebensfähig wäre. Als Mensch mit Behinderung wird fallweise wieder auf diese Rolle zurückgegriffen werden müssen. Wenn eine Behinderung z.B. durch Unfall oder Krankheit eintritt, dann braucht es in der Regel eine gewisse Zeit, um sich die notwendigen lebenspraktischen Tätigkeiten zu erwerben, die für ein selbstständiges Leben mit Behinderung unumgänglich sind. Ein Mensch, der durch einen Unfall eine Querschnittlähmung hat, wird durch die Rehabilitation erst lernen müssen, mit einem Rollstuhl umzugehen und diesen im Alltag zu verwenden. Oder eine Person, bei der eine progressive Sehbehinderung diagnostiziert wird, wird den Umgang mit den entsprechenden Hilfsmitteln (z.B. Lesegerät, Computerprogramme) oder die Orientierung im öffentlichen Raum (z.B. Training mit dem Langstock) erst lernen müssen, bevor wieder ein selbstständiges Leben möglich ist. Hier ist es oft sehr schwierig, abzuschätzen, wo Hilfe absolut notwendig ist, und in welchen Bereichen ein Zuviel an Hilfe zu Abhängigkeiten führen würde (siehe Kapitel 2.4). Die Rolle der/des Hilfsbedürftigen in dieser Phase der Rehabilitation wieder einzunehmen, ist für viele Menschen eine große Herausforderung.

Selbst mit der Gewissheit vor Augen, dass die Rolle der/des Hilfsbedürftigen oftmals nur ein vorübergehender Zustand ist, steht häufig viel mehr im Vordergrund, dass das Erlebnis der Behinderung eine Beschneidung des bisherigen Lebens darstellt. Die bisherige Lebenssituation mit allem, was dazu gehört, muss auf den Prüfstand gestellt und daraufhin überprüft werden, was, auf welche Weise und in welchem Umfang mit der erworbenen Behinderung noch möglich ist. Der Gedanke, dass eine Behinderung auch Chancen zur Weiterentwicklung und Erweiterung der eigenen Biografie bieten könnte, ist vorerst einmal genauso denkunmöglich, wie eine spontane Wunderheilung der Behinderung wahrscheinlich ist. Eine Behinderung wird als Beschneidung, Einschränkung, Belastung des soziokulturellen Atoms usw. erlebt, die ein Weiterleben wie bisher unmöglich macht und die ganze Biografie auf den Kopf stellt. In der Regel folgt auch eine Auseinandersetzung mit der Frage nach dem Sinn der Ereignisse (siehe 2.6.2.5).

2.3.2.5 Vermeidung der Rolle des Behinderten Menschen in der psychodramatischen Dimension als „themenspezifisch perfektes Ziel“

Eine Vorgehensweise, die sowohl in der Beratung als auch in der Therapie bei Menschen mit Behinderung immer wieder beobachtet werden kann, ist der Versuch, die Behinderung so weit wie möglich von sich fernzuhalten bzw. so gut es eben geht zu überspielen oder auszublenden. Dies ist sowohl bei Menschen zu beobachten, die ihre Behinderung von Kindheit an haben, als auch bei Menschen, die die Behinderung erworben haben. Behinderte Menschen versuchen in Teilen ihrer Biografie das Thema bzw. die Auswirkungen von Behinderung als unabwendbares Schicksal von außen quasi nebenher laufen zu lassen, statt es verantwortlich in ihr Leben zu integrieren und so zum Teil ihrer Biografie werden zu lassen. Hier ist die Haltung verbreitet, dass ein Mensch mit Behinderung dieser völlig ausgeliefert sei und es sei am besten, diese soweit wie möglich zu ignorieren, da sowieso nichts dagegen gemacht werden könne. Die Schwierigkeit an dieser Strategie ist, dass die Rolle des Behinderten Menschen gemieden wird, soweit es nur irgendwie möglich ist. Zu den Vermeidungszielen schreibt Schacht:

Vermeidungsziele können nur vorübergehend, jedoch nicht dauerhaft erreicht werden. Sie erfordern stetige Kontrolle und allgegenwärtige, in verschiedenste

Richtungen gelenkte Aufmerksamkeit. Diese wird dadurch gebunden und ist für andere Handlungen nicht verfügbar. Häufig treten ängstliche Anspannungen und allgemein negative Emotionen auf. (Schacht, 2009, S.88)

Die Vermeidung der Rolle des Behinderten Menschen wird im Laufe der Biografie bestenfalls zu einer Rollenkonserve oder eben häufig zu einem „perfekten Ziel“, das Schacht wie folgt definiert:

Perfekte Ziele werden auf der psychosomatischen und psychodramatischen Rollenebene reguliert. Das Ziel wird illusionär überhöht. Realistische Vorstellungen als Ausdruck „soziodramatischer“ Kompetenzen sind zwar u.U. bewusst verfügbar, werden aber mit den Vorstellungen der basalen Ebenen nicht integriert. Dadurch wird das illusionäre Ziel mit äußerst hohem Engagement ohne spielerische Distanzierung verfolgt. (Schacht, 2009, S.92)

Auf der einen Seite hat dies zur Folge, dass die Rolle des Behinderten Menschen immer nur auf Druck und Zwang äußerer Faktoren eingenommen wird, wenn es wirklich nicht mehr anders geht (siehe Kapitel 2.4 und 2.5). „Vermeidungsziele sind ... immer auch Ausdruck des Bemühens um Wahrung der eigenen Autonomie“ (Schacht, 2009, S.96). Die Rolle des Behinderten Menschen wird so natürlich immer unbeliebter und immer mehr abgelehnt, da sie die eigene Freiheit und Autonomie einschränkt, welche für Menschen mit Behinderung aufgrund der verschiedenen Abhängigkeiten sowieso schon besonders schwierig zu wahren ist (siehe Kapitel 2.3.2.3 und 2.4). Dies endet dann letztendlich in einer Abwärtsspirale, die z.B. in eine Depression münden kann. Auf der anderen Seite schreibt Schacht: „*Perfekte* Ziele gehen damit einher, dass subjektiv die Balance der Verantwortlichkeit aller an einer Situation Beteiligten gestört wird. Einzelnen Akteuren wird zuviel, anderen zuwenig Verantwortlichkeit zugeschrieben. Dadurch wird die Komplexität der subjektiv konstruierten Situation reduziert“ (Schacht, 2009, S.98).

So entsteht eine „vergleichsweise geringe Komplexität“ (Schacht, 2009, S.85) der Biografie des behinderten Menschen, wodurch er sein Leben dann entsprechend eingeschränkt, langweilig und mit wenig Lebensqualität ausgestattet erlebt. Der Mensch mit Behinderung vegetiert (z.B. in einer Depression) dahin, gibt seiner Behinderung die Schuld daran, und übersieht, dass ein spontan-kreatives Spiel mit der Rolle des Behinderten Menschen durchaus ein Ausweg aus diesem subjektiv

empfundenen nicht-lebenswerten Leben sein könnte. Wenn diese Vermeidung der Rolle des Behinderten Menschen nicht mit anderen strukturell bedingten Störungen kombiniert ist, kann man sie als ein themenspezifisches perfektes Ziel bezeichnen (Schacht, 2009, S.100-102).

Herr G. (Ende 40) kommt in die Therapie, weil seine Partnerin sich von ihm getrennt hat. Die Schuld daran hat seine hochgradige Schwerhörigkeit, die er von Kindheit an hat. Als Jugendlicher hat er sich geweigert, ein Hörgerät zu tragen, was immer wieder zu Missverständnissen und Fehlinterpretationen seines Verhaltens geführt hat. Eine Konsequenz davon waren etliche Kündigungen und der Verlust verschiedener Arbeitsstellen über die gesamte berufliche Biografie. Der Mangel an Sicherheit und Kontinuität schon in Kindertagen hat auch dazu geführt, dass Herr G. unzuverlässig und sprunghaft in seinem Verhalten ist. Die Schwerhörigkeit soll durch einen perfekten Körper ausgeglichen werden, der durch Sport, Krafttraining, Sonnenstudio und abgestimmte Ernährung wesentlich jünger wirkt, als er wirklich ist. Es ist leider nicht möglich gewesen, nachhaltig die Rolle der Schwerhörigkeit im Leben von Herrn G. zu verändern, bevor die Therapie von ihm abgebrochen wurde.

Herr D. (Anfang 20) ist ein junger Mann aus den Bundesländern, der zum Studium nach Wien gekommen ist. Er hat von Kindheit an eine hochgradige Sehbehinderung, die stets als Hindernis in der persönlichen und schulischen Entwicklung erlebt wurde. Auslöser für den Beginn der Therapie sind Symptome, die einem Burnout sehr nahe kommen: Überlastung wegen des Studiums verbunden mit dem eigenen Anspruch, dass die Sehbehinderung unter keinen Umständen dazu führen darf, für das Studium länger zu brauchen als die anderen Studierenden. Im Verlauf der Therapie kann Herr D. die Sichtweise auf seine Sehbehinderung immer mehr verändern. Hilfreich ist, dass er zuerst auf Hilfsmittel zurückgreift, die das Studium erleichtern. Seiner Sehbehinderung ist Herr D. also nicht völlig ausgeliefert und er übernimmt Verantwortung für Bereiche, die er verändern kann. Er entdeckt, dass seine Behinderung ihm zu vielen neuen Kontakten verholfen hat und er für andere sogar ein Vorbild im Umgang mit seiner Sehbehinderung wird. Schließlich bekommt er auch wegen der Sehbehinderung eine Arbeitsstelle, die perfekt zum Studium passt. Äußerlich sichtbar wird diese Veränderung daran, dass er im Laufe des Therapieprozesses von einer kleinen Anstecknadel auf die Armschleife als Signal

seiner Sehbehinderung im öffentlichen Raum umsteigt. Aufgrund der Erfolgserlebnisse mit bzw. wegen der Sehbehinderung ist es möglich, die Therapie nach dem erfolgreichen Bachelorabschluss abzuschließen.

2.3.3 Beitrag der psychodramatischen Dimension zur Rolle des Behinderten Menschen

Bei Betrachtung der psychodramatischen Dimension wird sehr deutlich, dass es viele Überschneidungen mit anderen Dimensionen der Szene gibt. Natürlich spielen sowohl die körperliche Dimension, als auch die Beziehungen, die Gesellschaft und die Werte in der Biografie eines Menschen mit Behinderung eine Rolle. Da in der psychodramatischen Dimension jedoch die Biografie des Menschen mit Behinderung im Mittelpunkt der Szene steht, ist eine protagonistenzentrierte Betrachtung der Rolle des Behinderten Menschen im Rahmen der persönlichen Lebensszenen unumgänglich. Dazu gehören gemäß der Rollentheorie Morenos auch die Aspekte der Rollenentwicklung und ihr Einsatz im spontan-kreativen Spiel der Szene. Die Rollenentwicklung bei Menschen mit Behinderung von Kindheit an kann schon ab dem Lebensbeginn behindert sein oder sie wird es u.U. durch das Ereignis oder die Krankheit, die zum Erwerb der Behinderung führt. Wenn die Rolle des Behinderten Menschen völlig abgelehnt wird, kann dies zu einem „themenspezifisch perfekten Ziel“ (Schacht) führen.

So ist aus psychodramatischer Sicht zusammenzufassen, dass die Rolle des Behinderten Menschen in die Biografie eines Menschen mit Behinderung integriert werden muss. Dabei darf die Vermeidung der Rolle des Behinderten Menschen einerseits nicht zu einem perfekten Ziel werden, aber sie darf auch nicht die einzige Rolle bleiben, die im Rollenrepertoire des Menschen mit Behinderung vorhanden ist. Idealerweise kann mit der Rolle des Behinderten Menschen in den verschiedenen Szenen der eigenen Biografie so variantenreich und angemessen gespielt werden, dass die Rolle des Behinderten Menschen im kulturellen Atom eine Rolle neben vielen anderen gleichwertigen Rollen darstellt. So wird die Behinderung sehr wohl einen Teil des Lebens eines behinderten Menschen einnehmen, aber dieser Teil ist *ein* selbstverständlicher Teil *unter vielen* weiteren Aspekten der Biografie.

2.4 Die soziometrische Dimension der Szene

2.4.1 Die Definition der soziometrischen Dimension

Die dritte Dimension einer Szene bringt etwas grundlegend Neues. Während die ersten beiden Dimensionen exklusiv die Protagonistin oder den Protagonisten in das Zentrum der Betrachtung gestellt haben, wird es in den folgenden Dimensionen um das Umfeld gehen, das zu jedem Menschen dazugehört und ohne das er nicht sein kann. Hutter schreibt:

Wichtig an dieser Perspektive ist, dass sie den individualistischen Blick auf den Menschen aufbricht und den Rat Suchenden stattdessen als interagierendes Beziehungswesen wahrnimmt. Als solches ist er Teil eines Paar- und/oder Familiensystems, aber auch darüber hinausgehender Beziehungskontexte und ihrer impliziten und expliziten Verhaltenskodizes. (Hutter, 2005, S.211)

Bei der soziometrischen Dimension der Szene geht es also um die

...erlebten Beziehungen der Protagonisten. Ebenso wie jeder an einer Szene Beteiligte seinen Körper und seine unverwechselbare Lebensgeschichte hat, lässt sich keine beziehungslose Szene vorstellen. Wo immer Menschen aufeinander treffen, werden ihre Beziehungen implizit oder explizit zum Thema. Exemplarisch geht es dabei um Interaktionszusammenhänge wie Teufelskreise oder Kollusionen. (Hutter & Schwehm, 2009, S.28)

Hutter ergänzt auch noch, dass die soziometrische Dimension das Zusammenspiel und die Beziehungsgestaltung der Beteiligten in der Szene beinhaltet. Für Moreno gehört diese Dimension zu seinem ureigenen Terrain. Er stellt in der Soziometrie die entsprechende Theorie und Praxismethoden für diese szenische Dimension vor. Dazu gehören das soziale Atom, die soziometrische Wahl mit ihren Konfigurationen wie Star, Isolierter etc. (Hutter, 2009b) Ebenso ist hier auch die Theorie Morenos über Beziehungen und Tele zuhause, da es ja in der soziometrischen Dimension auch um die Qualität der Beziehungen bzw. deren Gestaltung geht.

Die Beziehungen im umfassendsten Sinn stehen also im Mittelpunkt dieser Dimension: Welche Beziehungen gibt es und wie werden diese gestaltet.

2.4.2 Bedeutung der soziometrischen Dimension für Menschen mit Behinderung

2.4.2.1 Beziehungsentwicklung und Behinderung

Beziehungen sind lebensnotwendig für jeden Menschen. Bei der Geburt und in der Entwicklung zum Erwachsenen ist jeder Mensch abhängig von den Beziehungen in seiner Familie bzw. zu seinen Bezugspersonen, sowie von seinem weiteren sozialen Umfeld wie Schule, Freundeskreis, Peers etc. Grundsätzlich ist die Entwicklung von Beziehungen so angelegt, dass die lebenserhaltenden abhängigen Beziehungen (z.B. vom Säugling zur stillenden Mutter) immer mehr abgebaut werden und der Mensch im Laufe des Erwachsenwerdens immer mehr Beziehungen selbst aktiv gestaltet und auch wählt (siehe zur Entwicklungspsychologie: Schacht, 2003).

Eine gesunde Entwicklung von Beziehungsfähigkeit hängt also sehr grob formuliert an der Balance zwischen der Ablösung von lebensnotwendigen Beziehungen der Kindheit und dem Entdecken der Möglichkeiten eigener Beziehungsgestaltung bzw. dem Ausprobieren und Ausleben derselben im Zuge der Adoleszenz. Eine wachsende Unabhängigkeit vom ursprünglichsten Beziehungssystem der Eltern bzw. der Familie ist dafür eine notwendige Voraussetzung.

Hier beginnt die große grundlegende Schwierigkeit der autonomen Beziehungsgestaltung von Menschen mit Behinderung von Kindheit an. Unabhängig von der Form der Behinderung ist die Beziehung von behinderten Menschen zu ihrer Herkunftsfamilie eine andere als bei Menschen ohne Behinderung.

Die Dynamiken in diesen Beziehungen treten bei erworbenen Behinderungen allerdings oft analog und gut vergleichbar auf, obwohl es sich hier um bereits erwachsene Menschen handeln kann, deren Beziehungen eigentlich schon weitgehend entwickelt sind.

2.4.2.1.1 Diagnose bzw. Auftreten der Behinderung

Alleine aufgrund der Tatsache, dass ein Kind eine Behinderung diagnostiziert bekommt, verändert sich in der Regel die Beziehung zwischen Kind und Eltern bzw. Bezugspersonen. Zwischen der Ablehnung des Kindes aufgrund der Behinderung und einer größeren Sorge und Behütung des Kindes, die wegen der Behinderung notwendig scheint, bewegt sich das Spektrum der Reaktionen.

Auch bei Menschen mit einer erworbenen Behinderung tritt dieses Phänomen im Umfeld auf, wenn die Behinderung sichtbar wird. Die Beziehungen bewegen sich ebenso zwischen Ablehnung bis zum Abbruch auf der einen Seite und auf der anderen Seite einer Überfürsorglichkeit, die der Reaktion einer Mutter, welche ihr behindertes Kind beschützen will, nicht unähnlich ist.

Im Rahmen einer Jahresgruppe mit behinderten Menschen habe ich die sozialen Atome der einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeichnen lassen. Frau H., die aufgrund ihrer Erkrankung an Multipler Sklerose im Rollstuhl sitzt, ist es sehr wichtig, dass ihr Ex-Mann ganz am Rand des Blattes positioniert wird. Aufgrund der auftretenden Behinderung von Frau H. wurde sie von ihrem Mann verlassen.

2.4.2.1.2 Gestaltung der Beziehung zum behinderten Menschen

Nun geht es um die Gestaltung der Beziehung von Eltern oder Bezugspersonen zu einem behinderten Kind. Aufgrund der Behinderung ist oftmals die Entwicklung insgesamt verlangsamt und die Notwendigkeit von größerer Geduld mit dem Kind ist gegeben. Daneben gibt es oftmals eine Abhängigkeit der Entwicklung von der Förderung des behinderten Kindes, was wiederum mit zusätzlichem Aufwand, sei es zeitlich, sei es finanziell, verbunden ist. Hier ist an Krankenhausaufenthalte und Operationen, Arztbesuche, Frühförderung, Therapien und Hilfsmittel, die Suche nach geeignetem Kindergarten bzw. Schule etc. zu denken. All diese Faktoren beeinflussen die Beziehung zwischen Bezugspersonen und dem Kind mit Behinderung. Sie können zu einer engeren Beziehung als zu nicht-behinderten Kindern führen, ebenso wie auch zu Ablehnung bzw. zu einem Wechsel zwischen diesen beiden Polen inklusive der ganzen Spanne, die zwischen diesen Extremen anzutreffen ist. Analog verläuft die Beziehungsentwicklung zwischen dem Kern des sozialen Atoms und dem Menschen mit erworbener Behinderung. Dies trifft v.a. auf die unmittelbare Zeit nach dem Auftreten der Behinderung zu, in der es z.B. um Rehabilitationsmaßnahmen und das Umgehen mit Hilfsmitteln geht.

2.4.2.2 Abhängigkeiten und Beziehungsaufbau von Menschen mit Behinderung

Zu der gerade beschriebenen Spanne von Beziehungsmöglichkeiten mit den Polen Ablehnung und (Über-)Fürsorge kommt im weiteren Verlauf der Entwicklung noch ein

entscheidender Faktor dazu. Kinder mit Behinderungen sind fast immer von ihrem sozialen Umfeld länger abhängig als nicht-behinderte Kinder. Der große Unterschied besteht darin, dass behinderte Kinder oft nicht die Möglichkeiten haben, sich wie Kinder und Jugendliche ohne Behinderung in ihrem Beziehungsumfeld frei zu bewegen bzw. dieses unabhängig von den Eltern aufzubauen. Dies ist jedoch für eine spätere Ablösung vom Elternhaus unumgänglich.

Körperbehinderung oder auch Sehbehinderung machen es z.B. häufig unmöglich, sich alleine und selbstständig zu bewegen. Oftmals ist es eine unüberwindbare Hürde, die eigenen vier Wände zu verlassen, ohne irgendeine Form von Hilfe, die z.B. den Rollstuhl schiebt oder bei der Orientierung assistiert. Nun befinden sich Jugendliche mit Behinderung in dem Dilemma, dass sie einerseits ihr (familiäres) Umfeld brauchen, um rauszukommen, andererseits jedoch das Rauskommen dazu dienen soll, sich genau von diesem Umfeld zu emanzipieren, indem Beziehungen außerhalb der Familie aufgebaut und gepflegt werden. Die Beziehung zu einer Freundin oder einem Freund, die oder der schließlich diese Hilfsrolle zum räumlichen Verlassen der eigenen vier Wände übernehmen kann, muss jedoch erst gegeben sein. Hier lebt alleine die Hoffnung, dass das Entstehen solcher Freundschaften in Lebensbereichen möglich ist, die dem behinderten Jugendlichen mit Hilfe des familiären Umfeldes zugänglich gemacht werden (z.B. Schule, Therapie, Hobby). So ist behinderten Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Ablösungsprozess von den Eltern häufig extrem erschwert, da sie sich von etwas ablösen müssen, das sie zugleich brauchen, um Voraussetzungen für neue Beziehungen überhaupt schaffen zu können.

Ein junger Erwachsener (Anfang 20), Herr N., lebt bei seinen Eltern auf dem Land. Er hat eine doppelte Sinnesbehinderung, d.h. er ist erblindet und hochgradig schwerhörig. Für ihn ist es völlig unmöglich, sich alleine in einer fremden Umgebung zu orientieren bzw. zu bewegen. Aufgrund eines Hörsturzes hat er die Maturaschule abgebrochen, will jedoch unbedingt eine Studienberechtigungsprüfung machen. Erst durch einen Freund, den er beim gemeinsamen Hobby kennengelernt hat, ist es möglich, die notwendigen Schritte wie Erkundigungen bei Schulen und der Universität, Anmeldung, Organisation von Assistenz u.a. zu setzen, da seine Eltern sich u.a. zeitlich nicht mehr dazu in der Lage gesehen haben bzw. nicht mehr die

Geduld und Energie hatten. Zugleich ist diese massive Abhängigkeit von den Eltern immer wieder Thema in der Therapie.

Bei manchen Behinderungen kommen Abhängigkeiten noch dazu, die durch die Notwendigkeit von Assistenz bei den Grundbedürfnissen entstehen. Dies ist beispielsweise bei einer Körperbehinderung der Fall, wenn im täglichen Lebensalltag z.B. Aufstehen, Anziehen, Zubereitung von Mahlzeiten, Gang auf die Toilette u.a. ohne familiäre Hilfe nicht möglich sind. Bei solch einer existentiellen Abhängigkeit in der Beziehung zum nächsten Umfeld ist es oft sehr naheliegend, eigene Bedürfnisse, z.B. nach Beziehungen außerhalb der Familie, zurückzustellen, um ja nicht die existentielle Beziehung innerhalb der Familie zu gefährden, die die Versorgung bei den Grundbedürfnissen des alltäglichen Lebens sichert.

In solchen Lebenssituationen sind häufig beide Seiten hochgradig unzufrieden:

Eltern oder Bezugspersonen sind mit dem Assistieren ihres behinderten Kindes zunehmend überfordert, weil dies körperlich immer anstrengender wird und dazu ein Dilemma immer mehr spürbar ist: Einerseits die Sorge um das eigene Kind mit Behinderung, das ja irgendwann erwachsen ist. Seinen speziellen Anforderungen an den Lebensalltag kann aber niemand so gut gerecht werden, wie die eigenen Eltern. Und andererseits die Notwendigkeit, Alternativen für diese Situation suchen zu müssen, zugleich aber damit hoffnungslos überfordert zu sein.

Oft bereits erwachsene Kinder mit Behinderung spüren in diesen Situationen, dass sie hochgradig von ihren eigenen Eltern oder der Familie abhängig sind, um aus dem Bett zu kommen, auf die Toilette gehen zu können etc. Sie wissen auch, dass die Eltern nicht ewig leben, können jedoch selbst häufig ohne Hilfe der Eltern nicht nach Alternativen zu dieser Situation suchen. Erst recht ist es unmöglich, sich im Erwachsenenalter mit den Eltern als Assistenz auf die Suche nach anderen Beziehungen wie Freundschaften oder evt. sogar einer Partnerin oder einem Partner zu machen.

Eine weitere Folge ist in der psychodramatischen Dimension der Szene bereits angeklungen (siehe Kapitel 2.3.2.3): die Entwicklungsmöglichkeiten eines Kindes mit Behinderung hängen existentiell davon ab, wie die unmittelbaren Bezugspersonen die Beziehung zum Kind gestalten bzw. welche Einstellung sie zur Behinderung haben. Auch für entsprechende Förderungen und Bildungsmöglichkeiten des jungen

Menschen mit Behinderung muss die notwendige Kapazität an Energie, Zeit und auch finanziellen Mitteln bei den Bezugspersonen vorhanden sein.

Wie oben bereits kurz beschrieben, treten analoge Probleme ebenso bei Menschen auf, die ihre Behinderung erwerben. Beispielsweise kommt es vor, dass erwachsene Menschen, die bereits mitten im Leben stehen und sowohl beruflich als auch privat etabliert sind, nach dem Auftreten einer Behinderung von ihrem Partner oder ihrer Partnerin verlassen werden und zu ihren Eltern zurückkehren, weil das für sie augenblicklich die einzige Alternative zum Pflegeheim darstellt. Grundsätzlich haben auch Menschen mit einer erworbenen Behinderung oft mit den gleichen Schwierigkeiten zu kämpfen, wie behinderte Jugendliche oder junge Erwachsene, die von ihrer Familie abhängig sind. Vor allem bis eine gewisse Selbstständigkeit wieder hergestellt wird, sind die Abhängigkeiten von Personen im nahen Umfeld, die sich der Menschen mit erworbener Behinderung annehmen, genauso gegeben.

2.4.2.3 Möglichkeiten von Weiterentwicklung und Abhängigkeit

Selbstverständlich sind die Beziehungen von Menschen mit Behinderungen grundsätzlich in allen Facetten den Beziehungen von nicht-behinderten Menschen ähnlich. Sowohl bei Menschen mit Behinderungen als auch bei nicht-behinderten Menschen können, analog zur Charakterisierung der Persönlichkeit (siehe Kapitel 2.3.2.1.), alle Möglichkeiten an geglückten und nicht geglückten Beziehungen mit all ihren Folgen gefunden werden. Allerdings zieht sich die Thematik der Abhängigkeit in den Beziehungen wie ein roter Faden durch viele Lebensbereiche von Menschen mit Behinderung. Da es hier ja um das Spezifikum der soziometrischen Dimension in Hinblick auf Menschen mit Behinderung geht, wird dieser rote Faden der Abhängigkeit nun noch weiter verfolgt. Eine Differenzierung bezüglich des Zeitpunktes der einsetzenden Behinderung ist im Folgendem nicht mehr notwendig, weil die beschriebenen Sachverhalte sowohl für Menschen mit einer erworbenen Behinderung gelten als auch für Menschen mit einer Behinderung von Kindheit an.

2.4.2.3.1 Das Nutzen von Hilfsmitteln

Eine erste Hilfe, um Abhängigkeit in den Beziehungen von behinderten Menschen zu reduzieren, ist der Einsatz von entsprechenden Hilfsmitteln.

Bei körperbehinderten Menschen kann z.B. der Wechsel von einem mechanischen Rollstuhl, der mit der eigenen Körperkraft oder der Hilfe einer zweiten Person

angeschoben werden muss, zu einem elektrischen Rollstuhl, der in der Regel mit Hilfe eines Joysticks gesteuert wird, ein großes Maß an zusätzlicher Freiheit bedeuten. Hier wird die Abhängigkeit von Hilfspersonen ebenso reduziert, wie z.B. mit einem Training der lebenspraktischen Fähigkeiten oder einem Mobilitätstraining für sehbehinderte Menschen. Durch entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen ist es ihnen so (wieder) möglich, sich selbstständig und ohne Begleitperson zumindest auf bekannten Wegen zu bewegen. Ähnliche Beispiele lassen sich für die meisten Formen von Behinderung finden.

Problematisch ist hier häufig, dass sowohl die notwendige Finanzierung solcher Hilfsmittel als auch die Barrierefreiheit, die eine sinnvolle Nutzung erst möglich macht, immer noch keine Selbstverständlichkeit in Österreich sind (siehe dazu auch Kapitel 2.5).

2.4.2.3.2 Sachwalterschaft

Ein sehr schwieriger Bereich ist für Menschen mit Behinderung die Sachwalterschaft in Österreich. Für Menschen, über die Personen aus dem unmittelbaren Umfeld, in Institutionen o.ä. der Meinung sind, sie seien nicht in der Lage, Handlungen im vollen Bewusstsein so zu setzen, dass diese nicht zum eigenen Nachteil für den (behinderten) Menschen sind, kann nach aktuellem Stand des Rechts in Österreich die Sachwalterschaft bei Gericht beantragt werden.⁵ Eine Sachwalterschaft ist möglich in Bezug auf Vermögensangelegenheiten, Vertretung vor Ämtern und Behörden sowie auch in allen Angelegenheiten.

Auf der einen Seite kann eine Sachwalterschaft dazu dienen, die Abhängigkeit des Menschen mit Behinderung von den unmittelbaren Angehörigen zu mindern. Auf der anderen Seite ist in diesen Fällen meistens die Abhängigkeit lediglich von der Beziehung zu den Angehörigen in die Beziehung zur Sachwalterin oder zum Sachwalter verlagert. Dabei kommt es stark auf die Person der Sachwalterin oder des Sachwalters an, ob dies zu einer Minimierung der Abhängigkeit beiträgt.

⁵ Siehe zu näheren Informationen zum Sachwalterschaftsrecht in Österreich, das jedoch aktuell überarbeitet werden soll; der Zugriff auf diese Links erfolgte letztmals am 12.11.2014:
Hilfsdatenbank der Österreichischen Bundesregierung:
<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/290/Seite.2900000.html>
Informationsbroschüre des Justizministeriums:
http://www.khgh.at/fileadmin/media/PDF/Sachwalterschaft_Informationsbroschuere.pdf
VertretungsNetz, ein Verein für Sachwalterschaft: <http://www.vertretungsnetz.at>

Da in diesem Bereich eine Novellierung der Gesetzeslage durch eine entsprechende Arbeitsgruppe des Justizministeriums im Sinne der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (siehe Kapitel 2.5) in Arbeit ist, wird hier nicht weiter auf diese Thematik eingegangen.

Grundsätzlich ist bei der Psychotherapie von Menschen mit Behinderung darauf zu achten, ob die Person besachwaltet ist. Mit der Sachwalterin oder dem Sachwalter sind dann in der Regel sowohl die Finanzierung als auch die Rahmenbedingungen der Psychotherapie zu klären, wie dies analog in der Kinder- und Jugendpsychotherapie mit den Erziehungsberechtigten zu geschehen hat (siehe dazu: Pruckner, 2001; Biegler-Vitek, Riepl & Sageder, 2004).

2.4.2.3.3 Institutionen

Ähnlich verhält es sich bei der Psychotherapie von Menschen mit Behinderungen, die in einer Institution leben. Auch hier muss u.U. mit den verantwortlichen Personen in der Institution (z.B. Bezugsbetreuer/in in einer Wohngemeinschaft eines Trägers von Behinderteneinrichtungen) zusammengearbeitet werden, v.a. wenn diese den Anstoß für die Psychotherapie geben.

Fr. J nimmt an der psychotherapeutischen Jahresgruppe für Menschen mit Behinderung teil, die ich leite. Der Termin der vierzehntägigen Gruppe ist am Abend von 17:30 – 20:00 Uhr. Weil Fr. J in einer vollbetreuten Wohngemeinschaft (=WG) wohnt, hat sie nur bestimmte Zeiten innerhalb einer Woche in denen sie Duschen gehen darf. Da Fr. J, wenn sie nach 20:00 Uhr erst in die WG zurückfährt, eine vorgesehene Duschzeit verpassen würde, muss Fr. J die Gruppentherapie öfters eine Viertelstunde früher verlassen, wenn sie an diesem Tag nicht auf das Duschen verzichten will.

In diesem Fall ist Fr. J die alleinige Auftraggeberin der Therapie und auch meine einzige Ansprechpartnerin. Da es nicht möglich war, die Zeit für die Gruppentreffen anders zu legen, ist sowohl Fr. J als auch die ganze Therapiegruppe von den Duschzeiten einer WG beeinträchtigt.

Institutionen sind öfters die scheinbar einzige Lösung, wenn ein Mensch mit Behinderung nicht bei der eigenen Familie leben will. Allerdings schaffen sie immer aufgrund der ihnen innewohnenden Strukturen Abhängigkeiten und schränken so

auch die Beziehungen von behinderten Menschen ein. Vielfach können behinderte Menschen, die in Institutionen wie Einrichtungen von Behindertenorganisationen leben, diese ohne Hilfe von Betreuerinnen oder Betreuern bzw. anderen Hilfspersonen nicht verlassen. Häufig sind daher die möglichen Beziehungen auch auf die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, sowie die Betreuerinnen und Betreuer der jeweiligen Wohngemeinschaft beschränkt. Eine freie und selbstbestimmte Erweiterung des eigenen sozialen Atoms ist so für Menschen mit Behinderung oftmals nur schwer möglich.

2.4.2.3.4 Persönliche Assistenz

Persönliche Assistenz für Menschen mit Behinderung im Sinne der Selbstbestimmt Leben-Bewegung (siehe Kapitel 2.6.2.6) ist eine weitere Möglichkeit, um Abhängigkeiten in den Beziehungen zu verringern. Im Gegensatz zur Betreuung bestimmt bei der Persönlichen Assistenz die Assistenznehmerin oder der Assistenznehmer (= der Mensch mit Behinderung) wann, wo, auf welche Weise, durch welche Person und wie organisiert eine Assistenzleistung erbracht wird. Nicht die Betreuerin oder der Betreuer, sondern der Mensch mit Behinderung ist dafür verantwortlich, was die Persönliche Assistenz an Hilfeleistungen erbringt oder unterlässt. Grundsätzlich ist Persönliche Assistenz für alle Lebensbereiche möglich. So können alle Tätigkeiten, die oben als Beispiele über die Abhängigkeit von der Familie genannt werden (siehe Kapitel 2.4.2.2), von einer Persönlichen Assistentin oder einem Persönlichen Assistenten übernommen werden. Die konkreten Personen, die persönliche Assistenz leisten, werden vom Menschen mit Behinderung selbst ausgesucht. Außerdem ist wesentlich, dass es sich in der Assistenzbeziehung um ein Arbeitsverhältnis handelt.⁶

Abgesehen von der Schwierigkeit der Finanzierung der Persönlichen Assistenz, ist dies von der Idee her ein gutes Modell, um mögliche Abhängigkeiten in den Beziehungen von Menschen mit Behinderung bezüglich ihres Assistenzbedarfs zu verringern. Das reibungslose Funktionieren von Persönlicher Assistenz setzt allerdings voraus, dass der Mensch mit Behinderung über den eigenen Assistenzbedarf gut Bescheid weiß, diesen in der Regel auch akzeptiert, und die Tätigkeiten der Assistentinnen und Assistenten anleiten kann. Die Beziehung

⁶ Weitere Informationen zur Persönlichen Assistenz; letzter Zugriff am 12.11.2014: www.wag.or.at

zwischen dem Menschen mit Behinderung (= Assistenznehmer/in) und den Persönlichen Assistentinnen bzw. Assistenten ist eine Arbeitsbeziehung, was in der Regel eine neue Qualität und Herausforderung in das soziale Atom des Menschen mit Behinderung bringt.

Im Rahmen der Jahresgruppe für Menschen mit Behinderungen wird bei Fr. G die Beziehung zu ihren Persönlichen Assistentinnen immer wieder Thema. Schwierigkeiten bereiten einerseits die sehr genauen Erwartungen und Vorstellungen von Fr. G an ihre Assistentinnen, welche manchmal für diese eine Überforderung darstellen. Daneben wird im Verlauf des Jahres auch deutlich, dass die Mutter von Fr. G sich immer wieder in die Beziehung von Fr. G mit ihren Assistentinnen einmischt, was entsprechende Schwierigkeiten mit sich bringt. Hier wird auch die Abgrenzung von Fr. G zu ihrer Mutter Thema. Der Lernprozess von Fr. G bezüglich ihrer Beziehung zu ihren Assistentinnen war im Zeitraum der Jahresgruppe nicht abgeschlossen.

Hr. U, der auch in der psychotherapeutischen Jahresgruppe ist, kommt mit Hilfe seiner Persönlichen Assistenten zu den Terminen. Einmal kann Hr. U einen Termin nicht wahrnehmen, da sein Persönlicher Assistent, der Dienst gehabt hätte, kurzfristig krank geworden ist und Hr. U leider keine Vertretung bekommen konnte.

Es wird in der ersten Vignette deutlich, dass Persönliche Assistenz immer auch Beziehungsarbeit bedeutet, der sich ein Mensch mit Behinderung stellen muss, wenn Persönliche Assistenz gelingen soll. Zugleich ist klar, dass es auch bei diesem sehr selbstbestimmten Modell gewisse Abhängigkeiten gibt, wie an der zweiten Vignette deutlich wird. Ohne Behinderung hätte Hr. U selbstverständlich den Termin des Gruppentreffens in der Jahresgruppe wahrnehmen können.

2.4.2.3.5 Paare mit einem behinderten und einem nicht-behinderten Teil

Eine weitere Form von möglicher Beziehung im sozialen Atom von Menschen mit Behinderung soll hier noch kurz gestreift werden. Neben Paarbeziehungen, in denen zwei Menschen mit Behinderung miteinander leben, gibt es zahlenmäßig häufiger die Konstellation, dass ein Teil einer Lebenspartnerschaft eine Behinderung hat und der andere Teil ein Mensch ohne Behinderung ist. In der Regel ist es für eine glückliche und funktionierende Paarbeziehung von entscheidender Bedeutung, dass es in der

Beziehung ein gegenseitiges Geben und Nehmen gibt. Trotzdem lässt es sich in oben beschriebenen Beziehungen in den seltensten Fällen vermeiden, dass der nicht-behinderte Teil manchmal etwas übernehmen muss, was der Mensch mit Behinderung nicht leisten kann. Ein gegenseitiges Aushandeln in der Paarbeziehung ist hier wichtig, wie dies im Grunde auch bei allen Paaren geschieht, egal ob behindert oder nicht, wenn z.B. die Aufgaben in Haushalt und Partnerschaft aufgeteilt werden. Dass es hier zu einem „Überhang“ zugunsten des nicht-behinderten Paarteils kommen kann, ist bei jeder Form von Behinderung möglich. Wichtig ist hier, weniger auf eine exakte Gleichheit der jeweiligen Aufgabenteilung zu achten, sondern vielmehr zu beachten, was für jeden Teil der Zweierbeziehung leistbar ist, damit sie/er sich in dieser Beziehung noch wohl fühlt.

Eine besondere Herausforderung ist es hier jedoch, wenn die Behinderung erst Jahre oder Jahrzehnte nach Beginn der Paarbeziehung auftritt.

Ein weiteres Thema, das Frau K. im Erstgespräch für die Psychotherapie als für sie wichtig nennt, ist neben der Unsicherheit bezüglich der progressiven Sehbehinderung der Umgang mit dem Ehemann, mit dem sie schon über dreißig Jahre zusammenlebt. Inwieweit darf und wird sich die Beziehung verändern, wenn sie aufgrund der Erblindung von ihm immer mehr Hilfe in Anspruch nehmen wird. In den nächsten Stunden wird diese Frage konkret an der Hilfe auf der Straße aufgehängt: wieweit darf bzw. soll sich Fr. K von ihrem Mann helfen lassen, wenn sie gemeinsam unterwegs sind (z.B. am Arm unterhaken und vom Mann bei einer Straßenüberquerung führen lassen). Fr. K will dadurch nicht die Selbstständigkeit verlieren, auch alleine ohne ihren Mann auf der Straße unterwegs sein zu können.

Für den behinderten Teil einer Paarbeziehung ist es wichtig, gut abschätzen zu lernen, was selbstständig möglich ist, und wo die Assistenz des unbehinderten Teils unumgänglich ist. Möglichst offen gehören diese Punkte kommuniziert und gemeinsam als Paar muss eine Lösung gefunden werden, mit der sich beide wohlfühlen. Je nach Behinderungsform kann auch Persönliche Assistenz hier ein Weg sein, dass beide Partner sich in der Paarbeziehung ihre jeweilige Selbstständigkeit bewahren können und trotzdem als Paar miteinander glücklich zusammenleben.

2.4.2.4 Das soziale Atom und der soziale Tod von Menschen mit Behinderung

An den oben aufgezeigten Punkten wird deutlich, dass in unterschiedlichsten Beziehungen und Konstellationen verschieden ausgeprägte Formen von Abhängigkeiten bei Menschen mit Behinderung fast immer mitschwingen. Auch im jeweiligen sozialen Atom des Menschen mit Behinderung wird dies in der Regel deutlich sichtbar. Hier treten oftmals wieder Unterschiede zwischen Menschen mit Behinderung von Kindheit an und Menschen mit einer erworbenen Behinderung auf. Bei Menschen mit Behinderung von Kindheit an lässt sich häufig als Folgen der Abhängigkeiten in der Beziehung zu den nahen Bezugspersonen bzw. zum familiären Umfeld feststellen, dass sie ein im Vergleich zu nicht-behinderten Menschen eingeschränktes soziales Atom haben. Zum einen spiegelt dieses die sehr überschaubare Zahl von Beziehungen wider und zum anderen sind die wenigen Beziehungen öfters dazu noch von Abhängigkeiten im oben beschriebenen Sinn dominiert.

Bei Menschen mit einer erworbenen Behinderung wiederum hängt sehr viel davon ab, wie das vor Auftreten der Behinderung bereits bestehende soziale Atom auf die Veränderung durch die Behinderung reagiert. Hier erleben Menschen mit ihrer gerade erworbenen Behinderung oft große Überraschungen, was häufig zu Veränderungen im sozialen Atom führen kann. Sowohl der Abbruch von (auch sehr nahen) Beziehungen ist möglich (siehe Vignette unter 2.4.2.1.1), als auch eine plötzliche adäquate Unterstützung von Personen, von denen man es vor Eintritt der Behinderung am allerwenigsten erwartet hätte. Der Wechsel von Freunden ins Bekanntschaftsvolumen ist häufig anzutreffen, aber auch die umgekehrte Richtung kann vorkommen. Wegen der oft massiven Einschränkung von Möglichkeiten der Kontaktpflege bei Freundschaften und Bekanntschaften v.a. kurz nach Erwerb der Behinderung, kommt es zuerst häufig zu einer Verkleinerung des sozialen Atoms. Eine Phase der Rehabilitation nach Eintreten der Behinderung macht die Beziehungspflege u.U. genauso schwierig, wie das mögliche Auftreten von Mobilitätseinschränkungen (z.B. durch Rollstuhl oder Sehbehinderung) oder eine grundsätzliche Behinderung in der Kommunikation (z.B. Aphasie nach Schädel-Hirn-Trauma, andere Formen von Sprechbehinderung oder Auftreten von Schwerhörigkeit). Im Sinne Morenos geht es nun darum, für die wegbrechenden

Beziehungen adäquaten Ersatz im sozialen Atom zu finden (Moreno, 1981a). Hier werden Menschen mit einer erworbenen Behinderung erfahrungsgemäß häufiger im neuen Lebensbereich fündig, der durch die Behinderung eröffnet wird, wie z.B. Selbsthilfegruppen oder Peer Groups, Behindertenverbände, Selbstbestimmt Leben-Bewegung u.a.

Moreno schreibt im Zusammenhang mit dem Wegbrechen von Beziehungen im sozialen Atom vom „sozialen Tod“ (Moreno, 1981a, S.95). Dabei denkt Moreno in seiner kurzen Abhandlung v.a. an alte Menschen, denen die letzten Beziehungen im sozialen Atom wegsterben und für die es schwierig ist, diese adäquat nachzubersetzen (Moreno, 1981a). Weil der Autor nicht nur mit behinderten Menschen sondern ebenso im gerontologischen Bereich psychodrama-psychotherapeutisch arbeitet (siehe Bräuer, 2009), ist ihm dieses Phänomen auch aus der Praxis vertraut.

Nach Erfahrung des Autors gibt es durchaus nachvollziehbar eine große Analogie im Lebensgefühl bzgl. der Beziehungen von alten Menschen, die den sozialen Tod sterben, mit dem Lebensgefühl von Menschen mit erworbener Behinderung, die durch das Auftreten der Behinderung auch eine Form des sozialen Todes erleben, wenn die wegbrechenden Beziehungen nicht mehr ersetzt werden können. Diese Analogie im Lebensgefühl scheint allerdings nach den Beobachtungen des Autors selbst dann möglich, wenn Menschen mit Behinderung von Kindheit an ihr soziales Atom (noch) nicht adäquat aufbauen konnten. Diese vegetieren bzgl. ihrer Beziehungen quasi wie in einem Zustand des sozialen Todes dahin, ohne dass sie bereits die Lebendigkeit eines entwickelten und intakten sozialen Atoms erlebt haben. Darüber hinaus scheint es traurigerweise auch noch möglich zu sein, dass sich dieser sogenannte „Zustand des sozialen Todes im sozialen Atom“ bei manchen Menschen mit Behinderung über die ganze Lebensspanne hinweg kaum verändert. Besonders bei Menschen mit Lernschwierigkeiten ist dies beispielsweise spürbar, wenn diese nach Abschluss der Pflichtschulzeit von der Familie weg in eine Behinderteneinrichtung gekommen sind. In der Familie wurden sie oft versteckt, ein Beziehungsaufbau wurde weder gewünscht noch gefördert, und in der Behinderteneinrichtung erlebten sie ebenfalls nur ein sehr reduziertes Beziehungsangebot (siehe Kapitel 2.4.2.3.3 und Denk, 2004). In solchen Biografien ist nach der Hypothese des

Autors ein lebenslanges Dahinvegetieren des sozialen Atoms im Zustand des sozialen Todes möglich.

Eine genaue Klärung dieser Beobachtungen und eine Überprüfung der Hypothese herbeizuführen, wäre sicherlich sehr spannend. Leider würde es jedoch den Rahmen dieser Arbeit erheblich sprengen.

2.4.3 Beitrag der soziometrischen Dimension zur Rolle des Behinderten Menschen

In der soziometrischen Dimension liegt das Spezifische von Menschen mit Behinderung in den Beziehungen mit Abhängigkeiten. Diese Abhängigkeiten treten in unterschiedlichen Schattierungen innerhalb des Beziehungsbündels im sozialen Atom auf. Betroffen von diesen Abhängigkeiten können Einzelpersonen (z.B. Partnerin oder Partner), ganze Gruppen wie die Herkunftsfamilie oder alle Betreuerinnen und Betreuer in einer Behinderteneinrichtung, sowie auch (fast) das gesamte soziale Atom des behinderten Menschen sein. Je nach Umfang der Personenzahl, mit denen es abhängige Beziehungen gibt, und abgestuft nach dem Maß der Abhängigkeit hat dies für die Rolle des Behinderten Menschen extreme Auswirkungen oder fast keine. Zwischen diesen Polen kann jede beliebige Position eingenommen werden, die sich aus den genannten Parametern „Stärke der Abhängigkeit“ und „Anzahl der Personen mit abhängigen Beziehungen“ ergibt. Dazu kommt jedoch noch ein weiterer wichtiger Faktor: Für die Gesamtschau des sozialen Atoms von Menschen mit Behinderung spielen alle weiteren Beziehungen eine Rolle, die weitgehend frei von Abhängigkeiten sind. Diese Beziehungen gestalten sich in der Regel wie bei nicht-behinderten Menschen und stellen keine Besonderheit der Menschen mit Behinderung dar. Das Verhältnis der (nicht-abhängigen) übrigen Beziehungen zu der Anzahl und Intensität der abhängigen Beziehungen lässt jedoch Rückschlüsse auf die Lebensqualität und Lebendigkeit des sozialen Atoms zu. Hier gilt analog das zum kulturellen Atom in der psychodramatischen Dimension Geschriebene: Wenn abhängige Beziehungen in einer angemessenen Intensität innerhalb aller Beziehungen des gesamten sozialen Atoms nur ein Teil von vielen sind, dann ist die Rolle des Behinderten Menschen nur eine unter vielen ausgefüllten Rollen im Leben eines Menschen mit Behinderung.

2.5 Die soziodramatische Dimension der Szene

2.5.1 Die Definition der soziodramatischen Dimension

Die vierte Dimension der Szene ist die soziodramatische Dimension. Wie bereits aus der Ähnlichkeit der Bezeichnung mit der vorhergehenden Dimension deutlich wird, stehen auch hier Beziehungen im weitesten Sinn im Mittelpunkt der Betrachtung. Es geht um die Gesellschaft und ihren Einfluss auf die Protagonistin oder den Protagonisten.

Dazu schreibt Hutter:

... - [Es geht um] den Einfluss der Gesellschaft auf die Beteiligten und ihre Interaktion. Dabei kann es beispielsweise um Armut und Reichtum, den gesellschaftlichen Status von Mehrheiten und Minderheiten, um Milieuzugehörigkeiten, Arbeit, Arbeitslosigkeit, um Geschlechter- und Generationenbeziehungen oder den Einfluss von gesellschaftlichen Institutionen (Schulen, Gerichte, Krankenhäuser) gehen. Sämtliche makrosoziologischen, ökonomischen und juristischen Einflüsse auf die Szene spiegeln sich in dieser Dimension wider. (Hutter & Schwehm, 2009, S.28)

Darüber hinaus geht es um die Sensibilität für die Geschichte und Traumata einer Gesellschaft bzw. die Verflechtung der Beteiligten in der Szene damit (z.B. NS-Vergangenheit in der Familie) und ebenso um die Einflüsse von Ökonomie, Bürokratie, Rechtsprechung und Medien (Hutter, 2009a).

Eine sehr umfassende Sichtweise aller Faktoren in der Gesellschaft prägt diese Dimension der Szene, da all dies Einfluss auf die Protagonistin oder den Protagonisten hat.

2.5.2 Bedeutung der soziodramatischen Dimension für Menschen mit Behinderung

Wenn alle Facetten, die gerade genannt wurden, ausführlich und sorgfältig bezüglich des Themas Behinderung betrachtet werden, wäre diese Analyse der soziodramatischen Dimension sicherlich umfangreich genug für eine oder mehrere eigene Arbeiten. Daher bleibt nichts anderes übrig, als diese Dimension in vielen Aspekten eher oberflächlich zu skizzieren und eine knappe Zusammenfassung zu

liefern, die dem Umfang dieser Arbeit angemessen ist. Da es für viele Themenbereiche, die in diese Dimension hineingehören, eigene Literatur und Forschungsarbeiten gibt, z.B. Frausein und Behinderung, Behinderung und Migration, kann eine vertiefende Beschäftigung mit einem Unterthema gut außerhalb dieser Studie stattfinden. Auf der anderen Seite ließen sich innerhalb der soziodramatischen Dimension bezüglich Menschen mit Behinderung eine Reihe von Themen finden, die es wert wären, vertiefend unter die Lupe genommen zu werden. Hier wird es in der soziodramatischen Dimension zuerst um die Frage der Definition von Behinderung gehen. In diesem Zusammenhang beantwortet wird dann auch die Frage nach den Behindertengruppen in dieser Arbeit bzw. warum es Gruppen gibt, die kaum oder keine Berücksichtigung in den vorliegenden Überlegungen finden. In einem zweiten Schritt wird die grundsätzliche Situation von Menschen mit Behinderung in Österreich gestreift.

2.5.2.1 Definitionen von Behinderung

Eine Frage, die sich manche bzw. mancher der Leserinnen und Leser bei der bisherigen Lektüre dieser Arbeit vielleicht schon gestellt haben mag, ist die nach der Definition von Behinderung. Wie ist Behinderung genau definiert? Welche Personen sind damit gemeint, wenn von ihnen als Menschen mit Behinderung gesprochen wird? Wer kann die Rolle des Behinderten Menschen im Sinne der Forschungsfrage dieser Arbeit einnehmen und spielen?

Diese Frage lässt sich nicht so leicht beantworten, da es unterschiedliche Möglichkeiten der Definition von Behinderung gibt. Diese sind je nach der Perspektive, aus der die Definition von Behinderung angegangen wird, sehr verschieden. Es ist ein großer Unterschied, ob Behinderung aus rechtlicher, medizinischer, sozialer oder mehreren der genannten Perspektiven zugleich definiert wird. Die dabei verwendeten Sichtweisen prägen maßgeblich die Definition mit, da eine jeweilige Perspektive oft auch eine bestimmte Intention bei der Definition des Behindertenbegriffes miteinschließt, die sowohl Enge oder Weite der Perspektive als auch die Definition selbst stark beeinflussen.

2.5.2.1.1 Die rechtliche Definition von Behinderung

Dies wird besonders bei der rechtlichen Perspektive von Behinderung sichtbar, die sich in den verschiedenen Gesetzestexten in Österreich findet. Dabei sind

unterschiedliche Definitionen in Gebrauch, denen allen gemeinsam ist, dass sie eine Feststellung über eine drohende, angeborene oder erworbene Schädigung bzw. Regelwidrigkeit des körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes enthalten (Steingruber, 2000). Daneben ist es wichtig, dass dieser Zustand von Dauer oder irreversibel ist. Für den Anspruch auf Förderungen bzw. staatliche Maßnahmen muss Behinderung hier genau abgegrenzt werden, damit finanzielle Mittel nicht ungerechtfertigt bezogen werden können und kein Missbrauch von Steuergeldern passiert, so eine Intention des Gesetzgebers. Auch im Behindertengleichstellungsgesetz und im Behinderteneinstellungsgesetz, in denen es um Diskriminierung von Menschen mit Behinderung geht, ist die Definition kaum umfassender umgesetzt. Der Zustand der Behinderung wird in Österreich juristisch in der Regel stark an die medizinische Perspektive angelehnt, wenn nicht sogar z.T. deckungsgleich mit derselben definiert.

2.5.2.1.2 Die medizinische Definition von Behinderung

Diese Definition von Behinderung ist bereits in der physiodramatischen Dimension der Szene angeklungen (siehe 2.2.2.1). Die medizinische Perspektive sieht Behinderung als eine Form von andauernder Krankheit (also Abweichung von der Norm des Gesunden), die auf eine körperliche Diagnose fokussiert ist. Behinderung ist ein physiologischer Zustand, der mit Hilfe von unterschiedlichen Therapien und Hilfsmitteln möglichst nahe an den Zustand der körperlich gesunden Menschen herangeführt werden muss. (Stockner, 2010)

2.5.2.1.3 Die Definition von Behinderung durch die WHO

Seit 2001 gibt es eine neue Definition von Behinderung der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen WHO, die ICF, was mit „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ übersetzt wird (siehe Text in der deutschen Fassung: DIMDI, 2005). Die ICF hat die alte Definition der WHO von 1980, die „Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen“ (=ICIDH) abgelöst. Lindmeier beschreibt 2005 ausführlich, wie sich die Sichtweise von Behinderung seit der ICIDH weiterentwickelt hat, und in der ICF durch die neue Perspektive eines bio-psycho-sozialen Modells grundgelegt wird. Dies geschieht, indem auf der biologischen Ebene die medizinische Perspektive von Behinderung berücksichtigt

wird und diese durch die soziale Sichtweise von Behinderung ergänzt wird (Puschke, 2005).

Auf der sozialen Ebene wird die Umwelt des behinderten Menschen mitbedacht, die v.a. im alltäglichen Leben die entscheidendere Rolle spielt als die medizinische Sicht. Beispielsweise ist im Alltag nicht die medizinische Ursache der Querschnittslähmung von Bedeutung für den körperbehinderten Menschen. Wichtig ist, ob es die Möglichkeit gibt, Ämter, Behörden, Geschäfte, Theater, Kino, Wahlkabinen, öffentliche Verkehrsmittel u.a. mit Rollstuhl zu erreichen bzw. zu benutzen. Sobald dies nicht möglich ist, geschieht Be-hinderung im wahrsten Sinne des Wortes. Ein Mensch wird durch Barrieren daran gehindert am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Durch die Behinderung in Form von mangelnder Barrierefreiheit ist eine Partizipation an der Gesellschaft bzw. am gesellschaftlichen Leben unmöglich und ein Mensch wird so zu einem Menschen mit Behinderung. In der sozialen Perspektive von Behinderung steht die Barrierefreiheit mit ihren Möglichkeiten von Partizipation und Teilhabe im Fokus der Betrachtung. Ein Mangel an Barrierefreiheit führt zu einem Mangel an Teilhabe, damit auch zu Diskriminierung und zur Behinderung.

Folge davon sind dann häufig zusätzliche Beeinträchtigungen in der psychischen Ebene des bio-psycho-sozialen Modells. Wenn ein Mensch durch unterschiedlichste Barrieren daran gehindert wird, ein Leben wie alle anderen Menschen zu führen, und durch unterschiedlichste Formen von Diskriminierung von der Teilhabe an der Gesellschaft ausgeschlossen wird, hat dies zwangsläufig auch Folgen für die seelische Gesundheit der Menschen mit Behinderung.

2.5.2.1.4 Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

2008 wurde von der UN-Generalversammlung die UN-Konvention der Rechte von Menschen mit Behinderung verabschiedet, die auch von Österreich ratifiziert wurde. Hier gibt es keine eindeutige Definition von Behinderung mehr. Allerdings lässt der ganze Inhalt der Konvention den Schluss zu, dass diese ausschließlich auf einer sozialen Definition von Behinderung aufbaut (Graumann, 2008). Anders als im bio-psycho-sozialen Definitionsmodell der WHO von 2001 werden die medizinische und die psychologische Ebene nicht mehr berücksichtigt. Stattdessen rückt der Bereich

der Teilhabe an der Gesellschaft in den ausschließlichen Fokus. Behinderung geschieht durch das Umfeld des Menschen, die Gesellschaft. Sobald eine Gesellschaft absolut barrierefrei ist und alle Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit haben, ebenso am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen wie nicht-behinderte Menschen, sind diese Menschen mit Behinderungen nicht mehr behindert. Sie werden so, aus sozialer Perspektive gesehen, zu nicht-behinderten Menschen. Die UN-Konvention fordert die Staaten dazu auf, alle Schritte zu unternehmen, damit genau dieses eben geschilderte Szenario eintritt, und somit alle Rechte der Menschen mit Behinderung umgesetzt sind. (Schulze, 2009, 2011; Hirschberg, 2011)

Wenn die Gesellschaft barrierefrei ist, dann spielen, gesellschaftlich gesehen, sowohl die medizinische als auch die psychische Ebene eines bio-psycho-sozialen Modells bei behinderten Menschen die gleiche Rolle wie bei nicht-behinderten Menschen. Somit können diese Ebenen dann nicht mehr als Unterscheidungskriterium für Behinderung oder Nicht-Behinderung herhalten. Ob eine Person beispielsweise Rollstuhlfahrerin oder Rollstuhlfahrer, Hörgeräteträgerin oder Hörgeräteträger ist, wäre dann genauso unwichtig, wie heutzutage die in der Regel sehr selten entscheidende Frage, ob jemand Brillenträgerin oder Brillenträger ist.

Wichtig ist dabei noch zu berücksichtigen, dass sich in der Vergangenheit viele verschiedene Definitionen und Sichtweisen von Behinderung, Gesundheit und Krankheit finden lassen, die teilweise konträr zu den heutigen Definitionen sind. Die medizinische und die psychologische Sicht auf den Menschen hat sich im Laufe der Jahrhunderte stark verändert, was sowohl die Definition von Gesundheit und Krankheit als auch von Behinderung und Nicht-Behinderung elementar beeinflusst. Diese Veränderungen lassen sich nicht einfach nur mit dem Fortschritt der Medizin erklären, sondern stehen vielmehr im Kontext des gesellschaftlichen Wandels im Laufe der Geschichte. (Siehe Mürner & Schönwiese, 2006; Dörner, Plog, Teller & Wendt, 2004, S.487-511)

2.5.2.1.5 Die Definition von Menschen mit Behinderung in dieser Arbeit

In dieser Arbeit wird grundsätzlich die Definition bzw. Sichtweise der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung übernommen.

Zum einen handelt es sich damit um einen sehr umfassenden und aktuellen Begriff von Behinderung, der auch außerhalb der gesellschaftlichen und kulturellen Grenzen Gültigkeit hat und nicht medizinisch verengt ist. Die Hauptrolle bei der sozialen Definition von Behinderung spielt vielmehr das alltägliche Leben von Menschen mit Behinderung mit seinem ganzen Spektrum an Erfahrungen. Da sich im alltäglichen Leben die meisten Szenen abspielen, in denen die Rolle des Behinderten Menschen eingenommen wird, ist diese Definition auch der Fragestellung dieser Arbeit am angemessensten.

Zum anderen ist diese Definition von Behinderung von Menschen mit Behinderung als selbst Betroffene miterarbeitet worden. Dies geschah sowohl im Rahmen der Selbstbestimmt Leben-Bewegung (siehe 2.6.2.6), als auch bei der konkreten Formulierung und Abfassung des Textes der UN-Konvention (Schulze, 2011). So wie es ein Skandal wäre, wenn ausschließlich Arbeitgeberorganisationen ein Gesetz über Arbeitnehmerrechte ausarbeiten würden, so ist es leider immer noch politische Realität in Österreich, dass Menschen mit Behinderung bei der Ausarbeitung von Gesetzen oder Neudefinition von Leistungen in der Behindertenhilfe nicht selbstverständlich eingebunden werden. Für Menschen mit Behinderung ist es als selbst Betroffene ebenso wichtig, dass nicht ohne sie einfach über sie hinweg beschlossen wird, sondern dass sie im Sinne von Betroffenen auch angemessen gehört werden, wie es die UN-Konvention übrigens auch fordert. Die UN-Konvention ist also eine Grundlage, die auch von den verschiedenen Gruppen der Menschen mit Behinderung selbst angenommen und akzeptiert wird, was für eine grundlegende Definition von Behinderung in dieser Arbeit nicht hoch genug einzuschätzen ist.

Da im sozialen Modell die Entstehung von Behinderung in der Diskriminierung durch die mangelnden Möglichkeiten der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben aufgrund des Fehlens von Barrierefreiheit im umfassenden Sinn besteht, ergibt sich daraus natürlich auch ein sehr weiter Behindertenbegriff. Grundsätzlich ist das Ziel dieser Arbeit durchaus, zumindest immer zu *versuchen*, diesem weiten Behindertenbegriff gerecht zu werden und sich nicht auf eine spezielle Gruppe von Menschen mit Behinderung zu konzentrieren. Selbstverständlich führt dies leider ebenso dazu, dass spezielle Sichtweisen einer Form von Behinderung u.U. nicht adäquat beachtet werden (können) und sich dann entsprechend Betroffene in manchen Teilen der Arbeit nicht wiederfinden werden. Allen Formen von Behinderung in allen Facetten

und allen sechs Dimensionen einer Szene wirklich ausreichend gerecht zu werden, ist im Rahmen einer Masterarbeit leider völlig unmöglich.

Ebenso soll eine große Gruppe von Menschen mit Behinderung laut den statistischen Daten nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden, obwohl auf sie in dieser Arbeit nicht ausdrücklich eingegangen wird. „Knapp zwei Drittel der Frauen mit Behinderung – aber nur 38% der Männer – sind 65 Jahre oder älter“ (Statistik Austria, 2013, S.58). Allerdings sind, was alleine die Betrachtung von Behinderung betrifft, die Abweichungen nur aufgrund des Lebensalters gemäß den Erfahrungen des Autors in der Regel recht gering. Lediglich die weite Thematik der Demenz, der Umgang damit und ihre Behandlung sind ein spezielles Thema, das bei alten und hochbetagten Menschen mit Behinderung noch zusätzlich auftreten kann.

Andere Formen von Behinderung werden in der Arbeit nicht explizit unterschieden. So könnte man beispielsweise auch Sprechbehinderung als eine eigene Kategorie einführen, auch wenn durchaus fallweise darauf kurz eingegangen wird (siehe 2.2.2.3). Ebenso der weite Bereich der „psychischen Behinderung“, wie beispielsweise Autismus, wird in dieser Arbeit nicht ausdrücklich genannt, genauso wenig wie z.B. gehörlose Menschen. Dies liegt bei diesen genannten Gruppen v.a. daran, dass sich die Selbstbetroffenen häufig nicht als zur Gruppe der behinderten Menschen gehörig betrachten, auch wenn sie es im Sinne der UN-Konvention durchaus sein könnten. Wie oben bereits erwähnt, ist es für diese Arbeit grundlegend, dass sowohl die Definition von Behinderung als auch die Benennung der Behindertengruppe von selbst betroffenen behinderten Menschen akzeptiert werden (siehe auch 2.2.2.3.3). Gerade bei gehörlosen Menschen, die sich von den Schwerhörigen durch die eigene Sprache (= Gebärdensprache, in Österreich die ÖGS) unterscheiden, wird zunehmend von einer eigenen Gehörlosenkultur gesprochen, die sich durchaus auch bewusst nicht zur Gruppe der Menschen mit Behinderung dazuzählen will (siehe Kleyboldt, 2003). Ähnliches gilt für „Menschen mit chronischen Erkrankungen“, die aus der Sicht des Autors in vielen Fällen durchaus im Sinne dieser Arbeit zu den Betroffenen gehören würden, aber sich selbst häufig nicht als Menschen mit Behinderungen bezeichnen wollen. Wie schon mehrfach erwähnt, sollen mit dieser Arbeit keine Gruppen als behinderte Menschen vereinnahmt werden, die sich selbst nicht als solche verstehen.

2.5.2.2. Die Situation von behinderten Menschen in Österreich

Bei den Daten, die hier zitiert werden, ist häufig nicht nachvollziehbar, welche Formen von Behinderung exakt umfasst werden. Trotzdem wird davon ausgegangen, dass diese Daten den Zweck der Darstellung der soziodramatischen Dimension der Szene für behinderte Menschen erfüllen werden.

2.5.2.2.1 Die Umsetzung der UN-Konvention

In Österreich wurde ein Gremium eingerichtet, das die Einhaltung der Vereinbarungen durch die UN-Konvention der Rechte von Menschen mit Behinderung überwachen soll. Es handelt sich dabei um den „Unabhängiger Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen MonitoringAusschuss.at“ (siehe: www.monitoringausschuss.at). Im September 2013 wurde der Fortschritt der Umsetzung der UN-Konvention in Österreich durch ein Gremium der UN in Genf geprüft. Dabei wurden auch Handlungsempfehlungen mitgegeben, die der Situation in Österreich teilweise ein sehr schlechtes Zeugnis ausstellen. Problematisiert werden v.a. Aufteilung der Zuständigkeiten im Behindertenbereich zwischen Bund und Ländern mit der entsprechenden Zersplitterung und Uneinheitlichkeit von gesetzlichen Regelungen und Leistungen für Menschen mit Behinderungen. Ebenso gibt es die große Sorge, dass die verschiedenen Definitionen von Behinderung in den unterschiedlichen Gesetzen dazu führen, dass nicht die richtigen Personengruppen der Menschen mit Behinderung im Sinne der UN-Konvention mit den Gesetzen und Leistungen erreicht werden, sondern vielmehr ausgeschlossen werden. Im Bereich des Antidiskriminierungsgesetzes, der Bewusstseinsbildung, der Barrierefreiheit, der Sachwalterschaft, der (Zwangs-)Unterbringung von behinderten Personen, der Deinstitutionalisierung, der Beschäftigung am Arbeitsmarkt und der Bildung sieht das Komitee erheblichen Verbesserungs- und Aufholbedarf in Österreich. In allen diesen Bereichen entspricht der Status quo in Österreich nicht dem Inhalt der UN-Konvention. (bizeps, 2013)

2.5.2.2.2 Die ökonomische Situation

Laut dem Gesundheitsbericht der Statistik Austria aus dem Jahr 2012 sind 9% der Bevölkerung in Österreich über 16 Jahre von einer Behinderung im engeren Sinn betroffen. Dabei handelt es sich um 633 000 Menschen. Eine Behinderung im

weiteren Sinn weisen rund 1 Million Menschen in Österreich auf. Insgesamt wird also bei 1,6 Millionen Menschen in Österreich davon ausgegangen, dass sie „dauerhafte Beeinträchtigungen unterschiedlichen Grades“ (Statistik Austria, 2013, S.58) aufweisen. (Statistik Austria, 2013)

Wenn man davon ausgeht, dass der größere Teil der oben genannten Personen mit einer Behinderung im weiteren Sinn sich nicht zur Gruppe der Menschen mit Behinderung dazuzählen würde, darf vorsichtig geschätzt, davon ausgegangen werden, dass mindestens 10% der Bevölkerung in Österreich Zielgruppe der Fragestellung in der vorliegenden Arbeit sind.

In einer Stellungnahme des Monitoringausschusses zum Thema „Armut und Behinderung“ wird festgehalten:

Menschen mit Behinderungen ist die Möglichkeit, sich selbstbestimmt einen adäquaten Lebensstandard zu sichern, vielfach genommen, und sie sind daher stärker als andere Menschen gefährdet, zu verarmen beziehungsweise am Rand zur Armut zu leben. Die Handlungsmöglichkeiten sind für Menschen mit Behinderungen im Verhältnis zu Menschen ohne Behinderungen mehrfach geschmälert, da in Kombination mit Barrieren in den gesellschaftlichen Strukturen die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in sämtlichen gesellschaftspolitischen Bereichen unmöglich oder zumindest eklatant erschwert ist.

Ein zentrales Moment ist hier das vorherrschende gesellschaftliche Bild von Menschen mit Behinderungen im Allgemeinen. Nicht die Möglichkeiten und Fähigkeiten von Menschen mit Behinderungen stehen im Vordergrund, sondern deren Defizite. Diese Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderungen ist eine der Hauptursachen für Segregation und soziale Exklusion sowie die stark erhöhte Armutsgeneigntheit von Menschen mit Behinderungen. Gleichzeitig sind die Auswirkungen des gesellschaftlichen Bildes von Menschen mit Behinderungen als almosenbedürftige Personen, denen „geholfen“ werden muss, noch sehr präsent. (Unabhängiger Monitoringausschuss, 2010, S.1-4)

Untermauert wird diese Situationsbeschreibung von den Daten zur Armutsgefährdung von behinderten Menschen bzw. auch von den Beschäftigungszahlen.

Nach den EU-SILC-Daten von 2009, die von ANED zusammengestellt wurden, lag der Anteil von Menschen mit Behinderungen (zwischen 16 und 59 Jahren), die in armutsgefährdeten Haushalten leben oder von sozialer Ausgrenzung betroffen sind, in Österreich bei 16,7 % (Männer: 15,2 %, Frauen: 18,1 %), im Vergleich zu 3,8 % bei Menschen ohne Behinderungen. (ANED, 2009, keine Seitenzahlen)

Zu den Arbeitsmarktdaten heißt es:

... lag die Beschäftigungsquote von Menschen mit Behinderungen (zwischen 20 und 64 Jahren) in Österreich bei 48,2 % (Männer: 53,5 %, Frauen: 43,1 %), gegenüber 73,3 % bei Menschen ohne Behinderungen. Die Arbeitslosenrate lag bei 19,2 % ... (ANED, 2009, keine Seitenzahlen)

Die Ursachen dieser Situation von Menschen mit Behinderung in Österreich erklärt die Stellungnahme des Monitoringausschusses wie folgt:

Mangelnde, schlechte oder segregierte Bildung im Bereich Frühförderung, Schul-, Aus- und Weiterbildung sowie die daraus folgenden schlechten, unzureichend entlohten oder völlig mangelnden Erwerbsmöglichkeiten sind auch zwei der Hauptursachen für die erhöhte Armutsgefährdung von Menschen mit Behinderungen. Fehlende oder geringere Erwerbseinbindung bzw. niedriges Erwerbseinkommen haben auch dramatische Auswirkungen auf den Zugang zu und die Berechnung von Pensions- und Sozialleistungen. (Unabhängiger Monitoringausschuss, 2010, S.2)

Sowohl für die Armutsgefährdung als auch für die erheblich höhere Arbeitslosigkeit liegen die Ursachen zum einen im allgemeinen Bild der Gesellschaft über Menschen mit Behinderung, das zu entsprechender mangelnder Partizipation führt, und zum anderen in den mangelhaften Möglichkeiten von Menschen mit Behinderung im aktuellen Bildungssystem Österreichs. Hier ist gerade eine mediale Debatte über den Sinn und die Notwendigkeit von Inklusion im Bildungssystem im Gange, die sich v.a. an der von der UN-Konvention geforderten Abschaffung von Sonderschulen entzündet (siehe z.B. Mayr & Riss, 2014).

Als Vignette füge ich hier eine persönliche Statistik ein. Von den insgesamt 23 Personen mit Behinderung mit denen ich entweder im Rahmen einer Einzeltherapie, einer Jahresgruppe oder eines Selbsterfahrungswochenendes als Psychotherapeut gearbeitet habe, lässt sich folgende Einteilung bezüglich ihrer Beschäftigungsverhältnisse erstellen. Die Kategorisierung gibt die individuelle Lage zum Zeitpunkt des persönlichen Therapiebeginns wieder. Teilweise hat es hier Veränderungen im Laufe der Psychotherapie gegeben:

<i>Vollversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis:</i>	<i>5 Personen</i>	<i>21,7 %</i>
<i>Ausbildung / Studium:</i>	<i>4 Personen</i>	<i>17,4 %</i>
<i>Beschäftigungstherapie / Tagesstruktur:</i>	<i>5 Personen</i>	<i>21,7 %</i>
<i>Berufsunfähigkeitspension:</i>	<i>3 Personen</i>	<i>13,0 %</i>
<i>Arbeitssuchend:</i>	<i>6 Personen</i>	<i>26,1 %</i>
<i>Insgesamt:</i>	<i>23 Personen</i>	<i>99,9%~100%</i>

2.5.2.2.3 Förderlandschaft und Bürokratie

Wie bereits angedeutet, gibt es in Österreich die föderale Struktur aus dem Bund und den neun Bundesländern. Nun ist es so, dass die möglichen Förderungen von Menschen mit Behinderung (z.B. technische Hilfsmittel, Persönliche Assistenz) je nach Lebensbereich des behinderten Menschen, in dem diese gebraucht werden, entweder vom Bund oder vom jeweiligen Bundesland finanziert werden. Dies bedeutet, dass z.B. die Persönliche Assistenz für die Bereiche Arbeit, Fort- und Weiterbildung, Lehre und Studium vom Bund im Rahmen einer Richtlinie gefördert wird, die einheitlich in Österreich gilt. Der gesamte Bereich der Persönlichen Assistenz außerhalb der oben genannten Bereiche wird jedoch vom Bundesland gefördert. Dazu gibt es noch neun verschiedene Arten der Förderung von Persönlicher Assistenz (für jedes Bundesland eine eigene), die sich nach Höhe der bewilligten Stunden, Zugangsvoraussetzungen (z.B. bekommen Sinnesbehinderte in manchen Ländern Assistenz finanziert und in anderen nicht) und Art der Finanzierung erheblich voneinander unterscheiden. Sehr flapsig formuliert: Es ist österreichweit einheitlich geregelt, dass ein Mensch mit bestimmten Fördervoraussetzungen Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz bekommt, die mit dem Arbeitsweg beginnt. Ob bzw. wie die Assistenznehmerin oder der Assistenznehmer zuvor jedoch aus dem Bett kommt, Morgentoilette, Frühstück u.a.

erledigen kann, um sich für die Arbeit fertig zu machen, ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich geregelt. Ähnliches gilt für die Förderung von Hilfsmitteln, wobei hier häufig neben Bund und Land in vielen Fällen auch noch die Krankenkassen und die Pensionsversicherungsanstalt mitfinanzieren (müssen).

Förderungen von Menschen mit Behinderung, die vom Bund über das Sozialministerium bzw. Sozialministeriumservice abgewickelt werden, sind in der Regel an die Erlangung oder die Erhaltung eines vollsozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses gebunden. Problematisch ist dabei vor allem, dass viele Menschen mit Behinderung gar nicht in der Lage sind, am ersten Arbeitsmarkt, so wie er sich aktuell in Österreich darstellt, Fuß zu fassen (z.B. viele Menschen mit Lernschwierigkeiten) bzw. oftmals die Wochenarbeitszeit zu gering für ein vollversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis ist. Auch ehrenamtliche Tätigkeiten, die von vielen Menschen mit Behinderung in Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension geleistet werden, können nicht entsprechend gefördert werden, selbst wenn sie eindeutig einen Dienst an der Gesellschaft leisten (z.B. Tätigkeit in einem Verkehrsgremium, das sich um die Barrierefreiheit im öffentlichen Raum kümmert).

In den neun Bundesländern herrschen z.T. völlig unterschiedliche Regelungen, was die Förderungen von Menschen mit Behinderung betrifft.

Ebenfalls betroffen von der Zersplitterung in Österreich ist auch die Bauordnung. Es ist in jedem Bundesland unterschiedlich geregelt, welche Gebäude in welchem Umfang bis wann bzw. ab wann barrierefrei gebaut werden müssen. Auch die Frage, was unter barrierefrei verstanden wird, kann durchaus sehr verschieden ausgelegt werden, da dies in den neun verschiedenen Bauordnungen der Länder unterschiedlich geregelt ist.

Grundsätzlich muss jedoch hier auch erwähnt werden, dass neben all den kritischen Gegebenheiten für Menschen mit Behinderung in Österreich das Mindestmaß an sozialer Absicherung wesentlich besser ist, als in vielen anderen Ländern der Welt. In vielen Ländern fristen Menschen mit Behinderung ein Dasein, in dem sie nur neidisch auf die Verhältnisse in Österreich blicken können. Dies betrifft allerdings grundsätzlich die meisten Menschen in verschiedenen armen und ärmsten Ländern der Welt, sei es mit oder ohne Behinderung.

Angesichts der Tatsache, dass Österreich zu den reichsten Ländern der Welt gehört, sind wiederum die Möglichkeiten an Unterstützung und Förderung von Menschen mit

Behinderung bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Dies ist durchaus kritisch zu sehen, wie es vom Komitee der UN zur Überwachung der Einhaltung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen getan wurde.

2.5.2.2.4 Die verschiedenen Milieus in Österreich

Die sogenannten Sinus-Milieus wurden v.a. als Instrument für das Marketing entwickelt (Integral, 2011). Allerdings lassen sie sich auch gut verwenden, um einen Aspekt der soziodramatischen Dimension der Szene deutlich zu machen bzw. die Situation des Menschen, der im Mittelpunkt der Szene steht, besser zu verstehen (Hutter, 2009a).

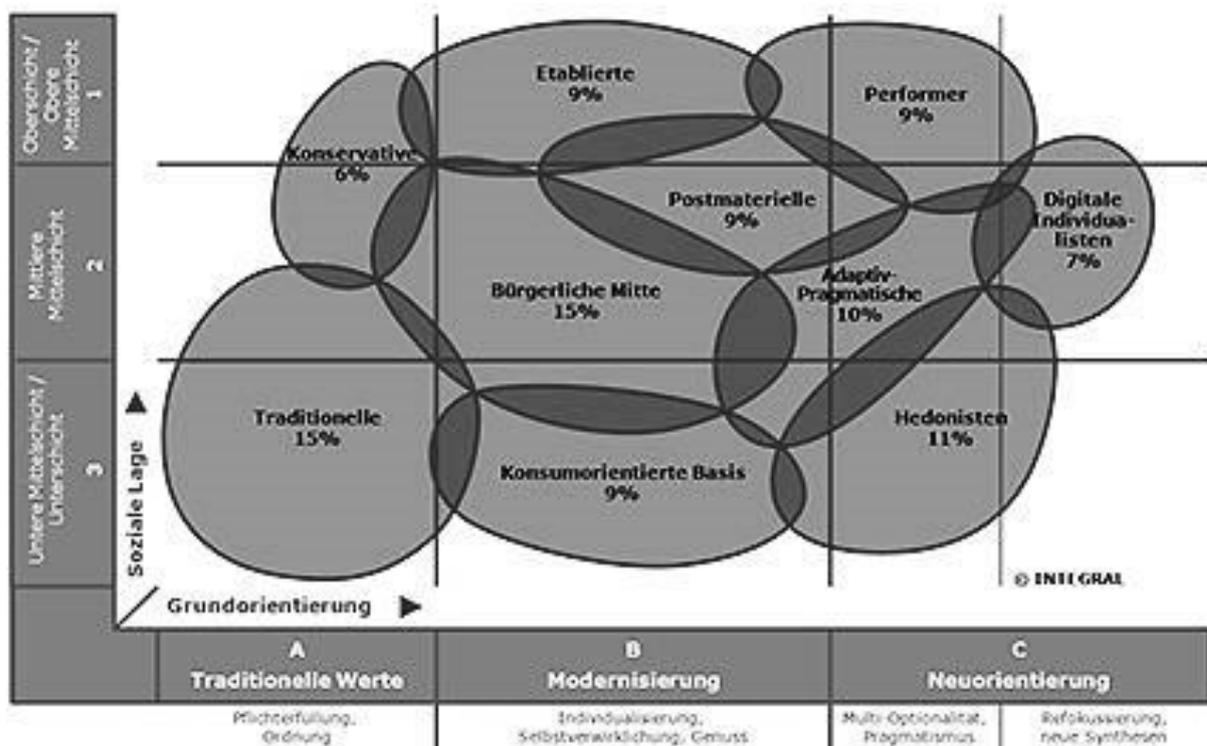


Abbildung 5: Die Sinus Milieus in Österreich
(http://www.integral.co.at/de/sinus/milieus_2011.php)

Milieus bilden den Boden, auf dem Werte gedeihen und sich viele Möglichkeiten auftun oder verwehrt bleiben. Dies betrifft beispielsweise sowohl finanzielle Möglichkeiten, als auch Aufgeschlossenheit für Bildung und Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung bzw. den Umgang mit einer erworbenen Behinderung etc. So ist mit Sicherheit davon auszugehen, dass ein Kind mit Behinderung andere Chancen in seinem Leben bekommt, wenn es z.B. im Milieu der „Traditionellen“ aufwächst, als im Milieu der „Performer“ (siehe Abbildung 5). Dies hängt sowohl mit den Werten zusammen, die im ersten Fall traditioneller Natur sind,

bei den Performern dagegen am Pragmatismus orientiert sind, als auch von den finanziellen Möglichkeiten, die bei den Traditionellen in der (unteren) Mittelschicht eher beschränkt sind, während die Performer in der Oberschicht bzw. oberen Mittelschicht hier sicher über größere Möglichkeiten verfügen. Anhand einer eingehenden Analyse der unterschiedlichen Milieus ließe sich in Bezug auf Menschen mit Behinderung sicher viel eruieren, was die Lebenschancen von und Barrierefreiheit für behinderte Menschen betrifft. Auch hier gilt, dass dies durchaus Gegenstand einer eigenen Arbeit sein könnte, dem an dieser Stelle nicht der gebührende Platz eingeräumt werden kann.

Allerdings ist es noch wichtig auf eine wesentlich größere Unterscheidung aufmerksam zu machen als sie in der Abbildung der Sinus-Milieus in Österreich sichtbar wird. Es spielt für Menschen mit Behinderung eine große Rolle, ob sie in der Stadt oder auf dem Land aufwachsen. Einerseits gibt es in der Regel auf dem Land noch größere Unterstützungskreise als in der oft schon anonymisierten Stadt, andererseits ist die Abhängigkeit von Menschen mit Behinderung bezüglich ihrer Mobilität auf dem Land oft größer als in der Stadt, da es hier in der Regel ein dichteres Netz an öffentlichen Verkehrsmitteln gibt und häufig das höhere Maß an Barrierefreiheit gegeben ist.

Herr D. hat seine Übersiedlung vom Land, wo er aufgewachsen ist, nach Wien wegen seines Studiums als große Befreiung erlebt. Aufgrund seiner hochgradigen Sehbehinderung war er früher immer darauf angewiesen, dass ihn jemand mit dem Auto irgendwohin gebracht oder abgeholt hat. In Wien genießt es Herr D. mit den öffentlichen Verkehrsmitteln unterwegs zu sein und so selbst bestimmen zu können, wann er wohin fahren möchte.

Daher ziehen Menschen mit Behinderung häufiger vom Land in die Stadt, um die Möglichkeiten, die sich hier bieten, auszuschöpfen. Da es in der Regel mehr Menschen mit Behinderung in einer Stadt als auf dem Land gibt, sind die Möglichkeiten von Begegnung mit anderen behinderten Menschen, dem damit verbundenen Austausch auf der Peer-Ebene und der gegenseitigen Unterstützung ideeller Art (siehe 2.6) ebenfalls größer.

2.5.3 Beitrag der soziodramatischen Dimension zur Rolle des Behinderten Menschen

Nach solch einem Galopp über eine Vielzahl von Themen in der soziodramatischen Dimension, welches jedes für sich noch einer Vertiefung wert wäre, fällt es nicht leicht, ein straffes Fazit zu ziehen. In der soziodramatischen Dimension entscheidet sich weitgehend, ob ein Mensch unfreiwillig in die Rolle des Behinderten Menschen gedrängt wird. Allein ein Mangel an Barrierefreiheit macht eine Teilhabe an der Gesellschaft viel schwerer bis unmöglich und führt dazu, dass ein Mensch behindert wird. Wesentlich ist hier, dass der Begriff der Barrierefreiheit umfassend verstanden wird: Es geht nicht nur um bauliche Maßnahmen wie Rampen, Aufzüge und Toiletten für körperbehinderte Menschen, es betrifft beispielsweise ebenso die Barrierefreiheit im Internet für hochgradig sehbehinderte und blinde Menschen, entsprechende Hilfsmittel wie Induktionsschleifen für schwerhörige Menschen oder Dokumente in Leichter Lesen (= leichte Sprache) für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Am Wichtigsten ist jedoch der Abbau von Barrieren in den Köpfen der Menschen, um so das Bild von Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft zu verändern. Erst wenn sozusagen die Köpfe barrierefrei geworden sind, sind die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass alle anderen Formen von Barrierefreiheit wie selbstverständlich verwirklicht werden. Diese Bewusstseinsänderung ist ein Prozess, der sich sicherlich noch über eine längere Zeit erstrecken wird. Zugleich ist dies jedoch auch ein konkreter Punkt, bei dem jede Leserin und jeder Leser ansetzen und beginnen kann: Versuchen, sensibler für die Barrieren in der Gesellschaft zu werden, um sie erstens überhaupt wahrzunehmen und zweitens den persönlichen Anteil für einen Abbau der Barrieren zu leisten. Es genügt der Abbau von Barrieren im eigenen Kopf und in der eigenen Gedankenwelt als ein sehr vielversprechender Beginn. Irgendwann werden sich dann auch Entscheidungen in der Politik so verändern, dass entsprechende Barrieren in den Gesetzen, Förderungen und der Bürokratie ebenfalls der Vergangenheit angehören und die Inhalte der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen erfüllt sind.

2.6 Die axiodramatische Dimension der Szene

2.6.1 Die Definition der axiodramatischen Dimension

Während in der soziodramatischen Dimension die Gesellschaft im Mittelpunkt steht, geht die axiodramatische Dimension noch einen Schritt weiter: Es geht um die Kultur, die Werte, Ethik und Religion der Protagonistin und des Protagonisten in einer Szene. Hutter schreibt dazu:

In einer fünften Dimension beschäftigt sich jede Szene mit *axiologischen Themen*. Axiologie (gr.: Wertelehre) meint dabei die Beschäftigung mit Werten, Normen und Traditionen. Hier können religiöse und philosophische Inhalte ebenso zum Thema werden wie kulturelle Rahmenbedingungen (z.B. Entwurzelung, Kulturschock) oder die Auseinandersetzung mit existentiellen Themen (z.B. Tod). (Hutter & Schwehm, 2009, S.28-29)

Zu den kulturellen Rahmenbedingungen gehören neben den genannten Beispielen grundlegend sowohl die Sprache, als auch die kulturelle Praxis, die sich in Ritualen, Bräuchen und Abläufen ausdrückt (Hutter, 2009a).

Einen zweiten, ganz anders gelagerten Aspekt der axiologischen Dimension markiert Irvin D. Yalom. Er legt mit seinem Entwurf einer „*Existentiellen Psychotherapie*“ (Yalom 2000) das Modell einer therapeutischen Praxis vor, die ihre entscheidende Grundorientierung aus der axiologischen Dimension bezieht. Die Fragen nach dem Umgang mit dem unausweichlichen Tod des Menschen, nach seiner existentiellen Freiheit, nach seiner letztendlichen Isolation und der nie beweisbaren Sinnhaftigkeit menschlicher Existenz werden hier zu den diagnostischen Leitfragen und gegebene oder verweigerte Antwortversuche zu wesentlichen diagnostischen Befunden. (Hutter, 2005, S.213)

In den Wortpaaren Tod-Akzeptanz, Freiheit-verantwortete Wahl, Isolation-Begegnung und Sinnlosigkeit-sinnsetzendes Engagement fasst Hutter die Frage nach der Existenz des Menschen, wie sie Yalom darstellt, zusammen (Hutter, 2009a).

Hutter schreibt, dass religionssensible Beratung sowohl auf den Zustand der säkularisierten Gesellschaft als auch auf die immer mehr aufbrechende Sehnsucht nach spirituellen Erfahrungen im weitesten Sinn, über den nüchternen oft von Wissenschaft und Empirie geprägten Alltag hinaus, eingehen muss (Hutter, 2009a).

Wegen der genannten Reduktion des Menschen auf wissenschaftlich nachweisbare und empirische Dimensionen ist die axiodramatische Dimension der Szene in den letzten Jahrzehnten immer mehr in Vergessenheit geraten (Hutter, 2009b). Sigmund Freud als Vater der Psychotherapie war religionskritisch und auch das Psychodrama hat sich v.a. in der Phase, in der es um seine Anerkennung als wissenschaftliche Psychotherapierichtung gerungen hat, sehr schwer mit seiner religiösen Wurzel getan, obwohl diese ausdrücklich auf Moreno selbst zurückgeht (Moreno, 2008; siehe auch: Hutter, 2002; Buer, 2010).

In der axiodramatischen Dimension der Szene geht es um die Lebensanschauung der Protagonistin oder des Protagonisten (Hutter, 2009a). Zur Lebensanschauung gehören Weltdeutung, existentielle Themen und auch ethische Fragestellungen. Hutter verweist hier ausdrücklich auf die Feststellung Buers, dass ethische Fragestellungen aus der seriösen Arbeit in Beratung, Supervision und Coaching [und daher auch in der Psychotherapie, so der Autor] auf keinen Fall ausgeblendet werden dürfen (Buer & Schmidt-Lellek, 2008).

Unabhängig vom Format kann psychodramatische Arbeit also unmöglich ohne die axiodramatische Dimension stattfinden, in der die kulturellen Wurzeln, die Lebensanschauung mit Weltdeutung, existentiellen Themen und ethischen Fragen des Menschen in der Szene eine angemessene Berücksichtigung finden.

2.6.2 Bedeutung der axiodramatischen Dimension für Menschen mit Behinderung

2.6.2.1 Behinderung in unterschiedlichen Kulturen

Zu den Rahmenbedingungen in einer Kultur mit ihrer je eigenen Sprache (z.B. auch Dialekte) und der kulturellen Praxis gehören auch Verhaltenskodex und Normen. Dies umfasst eindeutig auch den Umgang mit Menschen mit Behinderung bzw. die Frage, was in der jeweiligen Kultur als „behindert“ definiert wird.

Hier gibt es bereits Unterschiede in der Sprache, da es z.B. im Englischen mehrere Vokabeln für das deutsche Wort „Behinderung“ gibt: „impairment“ meint die

körperliche Beeinträchtigung, „handicap“ ist die Benachteiligung und wird heute als diskriminierendes Vokabel verstanden, „disability“ meint dagegen den Mangel an Möglichkeiten durch Barrieren im Umfeld des Menschen mit Behinderung. Im Deutschen wird für all diese Differenzierungen das Wort „Behinderung“ verwendet. Behinderung wird in allen Kulturen dadurch sichtbar, dass ein Mensch aufgrund eines bestimmten Merkmals isoliert, ausgestoßen und von der Gemeinschaft der Kultur abgesondert wird: Der Mensch wird in dieser Kultur behindert am kulturellen Leben der Gemeinschaft teilzunehmen. Es ist von Kultur zu Kultur verschieden, welche Eigenschaften als Behinderung definiert werden bzw. zu einer Behinderung in der Kultur in Form von Ausgrenzung und Isolation führen. Es gibt Kulturen, in denen körperliche Abweichungen, die in der westlichen Welt als Behinderung definiert werden, dazu führen, dass die Person eine herausragende kulturelle Stellung einnimmt. „Bei den Kallawaya-Indianern in Bolivien befähigt eine ‚ungestaltete‘ rechte Hand, rituelle Handlungen vorzunehmen und verleiht dem Betroffenen eine positive Sonderrolle“ (Al Munaizel & Weigt, 2003, S.121). Ein Beispiel von Behinderung in einer anderen Kultur macht noch etwas anderes deutlich:

Im Norden Malis ist die am stärksten behindernde Kondition ‚hässlich‘ zu sein. Dieser Zustand ist klar definiert. Diese Frauen können nicht heiraten und somit nicht die Rolle der Elternschaft übernehmen, was als normal betrachtet wird. Wenn ein Mann dennoch eine hässliche Frau heiratet, wird allgemein angenommen, dass sich sein Leben um jeden Tag verkürzt, den er verheiratet ist. (Al Munaizel & Weigt, 2003, S.121)

Behinderung in unterschiedlichen Kulturen wird an sehr verschiedenen Merkmalen, aber auch an Verhaltensweisen gemessen. Der Mann, der wie oben angeführt, eine hässliche Frau heiratet, hat an sich überhaupt keine Behinderung im Sinne der westlichen Kultur. Sein Verhalten macht ihn in seiner Kultur zu einem Behinderten. Was in einer Kultur als Behinderung festgelegt ist und zu entsprechender Aussonderung in der Gemeinschaft dieser Kultur führt, ist in einer anderen Kultur völlig irrelevant für die Teilhabe an oder Aussonderung von der Gemeinschaft. Wichtig bleibt in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass die Sichtweise von Behinderung, die in der Kultur westlicher Industrienationen vorherrscht, bei weitem

nicht die einzige und schon gar nicht die allein gültige Definition von Behinderung darstellt.

Selbst wenn die Merkmale von Behinderung noch ähnlich sind, so kann doch der konkrete Umgang mit behinderten Menschen von Kultur zu Kultur sehr unterschiedlich sein. Dies ist auch bei behinderten Menschen mit Migrationshintergrund zu beachten, die in Österreich leben, deren Familien aber eine andere Kultur praktizieren.

Herr U., der im Rollstuhl sitzt und eine leichte Sprechbehinderung hat, berichtet in der psychotherapeutischen Jahresgruppe davon, dass er mit seinem Wunsch, selbstständig zu sein, in seiner Familie und Verwandtschaft aus der Türkei immer wieder auf große Verwunderung und Unverständnis stößt. Für Verwandtschaft und Familie ist es selbstverständlich (auch aus der religiösen Tradition des Islam heraus), dass sie sich um Herrn U. kümmern und für sein Auskommen sorgen. Warum tue er sich das an, unbedingt eine Ausbildung zu machen, eine Arbeit zu suchen etc.? Diese Anstrengungen seien doch gar nicht notwendig und eigentlich sinnlos, da doch selbstverständlich für ihn gesorgt würde.

Auch Moreno hat bereits auf diese Unterschiede im Verständnis der Rollen in den verschiedenen kulturellen Zusammenhängen hingewiesen:

Die Mitglieder der Kultur A haben kein oder ein sehr verkürztes oder verzerrtes Bild der für die benachbarte Kultur B repräsentativen Rollen [...] Bestimmte Rollen, die in einer Kultur existieren, z.B. die Rolle Gottes oder die Rolle des Gentleman, existieren in einer anderen Kultur überhaupt nicht oder in einer unterschiedlichen Form. Darüber hinaus kann dieselbe Rolle in einer anderen Kultur eine unterschiedliche oder sogar völlig entgegengesetzte Wertung besitzen, z.B. die Rolle des Eigentümers oder des Kapitalisten in den USA und in der Sowjetunion. (Hutter & Schwehm, 2009, S.351-352)

Zu beachten bleibt also, dass auch die Rolle des Behinderten Menschen eine Rolle ist, die in den vielfältigen Kulturen dieser Welt sehr verschieden definiert und mit ihr ganz unterschiedlich umgegangen wird.

2.6.2.2 Behinderung im aktuellen kulturellen Klima der westlichen Industriestaaten

Etwas Zweites wird am Beispiel von Herrn U. noch deutlich: Weil dieser in Österreich aufgewachsen ist, will er auch als Mensch mit Behinderung einer beruflichen Beschäftigung nachgehen und seine Leistung bringen. In der mittlerweile neoliberal geprägten Kultur der westlichen Industriestaaten wird der Wert eines Menschen zunehmend an seiner Leistungsfähigkeit gemessen. Um Leistung zu bringen, geht man in die Schule bzw. man lernt, um später seine Frau oder seinen Mann in der Gesellschaft stehen zu können. Dazu gehört elementar, dass etwas Produktives geleistet wird, das am besten noch möglichst viel Geld für das Individuum bringt und möglichst hohen Wert für die Wirtschaft hat. Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen tun sich mit diesem Paradigma der Leistung sehr schwer. Sie sind häufig nicht in der Lage, aus Sicht der Wirtschaft die Leistung zu bringen, die von einem Menschen ohne Behinderung erwartet wird. Menschen, die sich diesem Leistungsparadigma widersetzen, werden abgewertet oder schief angeschaut. Sinnvolle Lebensgestaltung wird in der westlichen Kultur häufig gleichgesetzt mit Leistung bzw. damit, etwas leisten zu können oder etwas geleistet zu haben. Menschen mit Behinderung, die nicht die entsprechende Leistung bringen können, werden auf das Sozialsystem verwiesen, aber nicht in einem Arbeitsverhältnis beschäftigt. Gerade in diesem kulturellen Klima ist die Gefahr gegeben, dass sich Menschen mit Behinderung häufig als unproduktiv, leistungshemmend oder gar unnütz für die Gemeinschaft erleben. Ein Leben mit Behinderung wird in diesem kulturellen Klima sehr schnell als unproduktiv und sinnlos empfunden. Leider ist auch in vielen aktuellen gesellschaftlichen Diskussionen der Schritt vom unproduktiven zum lebensunwerten Leben nicht weit, wie die Auseinandersetzungen um Präimplantationsdiagnostik, Abtreibung von Föten mit Behinderung, Sonderschuldebatte im Bildungssystem (Unmöglichkeit von Inklusion von behinderten Kindern in normale Klassen, weil die anderen dann nicht gut lernen können), oder auch Sterbehilfe und Palliativmedizin häufig zeigen.

2.6.2.3 Ethische Fragen beim Leben mit Behinderung

Ethische Fragestellungen im gesellschaftlich-kulturellen Kontext sind bereits angeklungen. Hier soll es jedoch um die Problematik gehen, dass Menschen mit

Behinderung als Individuum in persönliche Dilemmata auch ethischer Natur geraten können, indem sie z.B. mit aktuellen Gesetzen in Konflikt kommen.

Beispielhaft soll dies an einigen Aspekten von Problemen bei der Organisation von Persönlicher Assistenz dargestellt werden. Da das Modell der Persönlichen Assistenz erst seit knapp 15 Jahren in der Förderlandschaft in Österreich eine Rolle spielt, hatten Menschen mit Behinderung in Österreich in den Jahrzehnten zuvor oft nur folgende Alternativen: entweder (z.B. auch als Student/innen) in ein Pflegeheim zu gehen, weil sie nur dort die gesetzlichen Hilfeleistungen bekommen, die sie beispielsweise aufgrund ihrer schweren Körperbehinderung brauchen, oder mit großem organisatorischem Aufwand für sich Individualförderungen herauszuverhandeln, um damit notdürftig Persönliche Assistenz zu finanzieren. Da die Geldmittel allerdings in der Regel nicht in entsprechender Höhe zur Verfügung gestellt wurden, war es für viele Menschen mit Behinderung zur damaligen Zeit unvermeidbar, die Persönlichen Assistentinnen und Assistenten „schwarz“ zu beschäftigen und nicht ordnungsgemäß anzumelden.

Ein aktuelles Beispiel mit Persönlicher Assistenz geht in eine ähnliche Richtung. Selbstverständlich ist jeder Mensch mit Behinderung ebenso daran interessiert alle gesetzlichen Regelungen einzuhalten, wie nicht-behinderte Menschen. Nun gibt es aber Situationen in der Persönlichen Assistenz, in denen es unmöglich ist, allen Regelungen zum Arbeitszeitgesetz absolut gesetzeskonform nachzukommen. Dies ist z.B. der Fall, wenn Menschen mit Behinderung auf (Tages-)Reisen gehen, für die normalerweise nicht zwei Personen als Assistenz finanziert werden, die sich dann in ihrer Arbeitszeit abwechseln könnten. Auch wenn dies in einer guten Assistenzbeziehung mit den Persönlichen Assistentinnen und Assistenten abgesprochen wird, so stellt sich doch die Frage, warum häufig ein Konflikt mit Gesetzen die einzige Alternative zu einem Leben ist, das sich ausschließlich im nahen Umfeld des eigenen Wohnortes oder noch schlimmer in einem Pflegeheim abspielt.

2.6.2.4 Auseinandersetzung mit existentiellen Themen

Diese Konflikte im ethischen Bereich gehen häufig auch mit existentiellen Themen einher. Wenn jemand nur die Möglichkeit hat, als junger Mensch beispielsweise mit einer Körperbehinderung entweder in einem Pflegeheim zu leben oder mit dem

Gesetz in Konflikt zu geraten, dann ist dieser in einem hohen Grad von Assistenzleistungen abhängig. Das alltägliche Leben in all seinen Facetten ist davon geprägt: Egal ob beim Aufstehen, bei der Morgentoilette, bei den Mahlzeiten, beim Gang auf die Toilette, in der Arbeit, beim Haushalt, in der Freizeit oder bei Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit brauchen beispielsweise Menschen mit Körperbehinderung, die einen hohen Assistenzbedarf haben, Hilfestellungen (siehe auch 2.4.2.3.4). Nicht zuletzt aufgrund der massiven Abhängigkeit der Lebensqualität von diesen Assistenzleistungen setzt die Auseinandersetzung mit existentiellen Themen ein.

Abhängigkeit und Freiheit, Einsamkeit und Teilhabe an der Gesellschaft sind Themenpaare, die sich unweigerlich in das Leben von Menschen mit Behinderung drängen. Dazu kommt noch die Erfahrung von Diskriminierung, die häufig sehr schmerzhaft ist und entsprechend verarbeitet werden muss. Aufgrund der häufigen Wiederholung der Diskriminierungserfahrung gestaltet sich der Umgang damit als sehr problematisch und kann bis zu traumatischen Erlebnissen reichen. Oftmals führt auch die Angst vor (erneuter) Diskriminierung dazu, die Vermeidung der Rolle des Behinderten Menschen als perfektes Ziel anzustreben (siehe 2.3.2.5).

Vor allem Menschen mit einer progressiven Behinderung, denen z.B. eine eingeschränkte Lebenserwartung prognostiziert wird, kommen nicht umhin, sich mit Themen wie Leid, Krankheit oder Tod zu beschäftigen.

Im Grunde gibt es für die grundsätzliche Herangehensweise zu diesen existentiellen Themen erfahrungsgemäß keinen Unterschied zwischen nicht-behinderten Menschen und Menschen mit Behinderung. Alle Menschen in der Kultur der westlichen Industriegesellschaften neigen dazu, der Beschäftigung mit diesen existentiellen Themen so weit wie möglich aus dem Weg zu gehen oder sie vor sich her zu schieben, bis dies nicht mehr möglich ist. Allerdings kommen Menschen mit Behinderung häufig viel schneller in ihrer Biografie an den Punkt, an dem die Auseinandersetzung mit diesen Themen unausweichlich wird.

2.6.2.5 „Warum ich?“ – die Frage nach dem Sinn der Behinderung

Eine existentielle Frage stellt sich jeder Mensch mit Behinderung im Laufe seines Lebens: „Warum muss ausgerechnet ich diese Behinderung haben?“ Diese Frage nach dem Grund der Behinderung kennt keine allgemeingültige Antwort. Da sie

häufig mit der Frage verknüpft wird, was denn das alles für einen Sinn haben soll, führt die Frage nach dem Grund der Behinderung in der Regel zur Frage nach dem Sinn des Lebens mit Behinderung. Hier muss jeder Mensch mit Behinderung seinen eigenen Weg der Beantwortung gehen. Allerdings kann dieser Weg durchaus auch in der Psychotherapie begleitet werden (siehe auch Vignette mit Herrn D. unter 2.3.2.5).

Frau K. weiß aufgrund der Prognose ihrer Augenärzte, dass sie wahrscheinlich erblinden wird. Da sie religiös ist, stellt sie bereits im Erstgespräch die Fragen: „Warum lässt Gott so etwas zu? Warum tut er ausgerechnet mir als gläubigem Menschen das an?“ Sie setzt das Blindsein gleich mit einem unglücklichen Leben ohne Lebensqualität. Einer der ersten Schritte in der Therapie ist es, herauszufinden, welche Tätigkeiten von Frau K. in ihrem aktuellen Alltag ihr Glück und Lebensqualität vermitteln und inwieweit diese wirklich vom Sehvermögen abhängig sind. Es stellt sich heraus, dass es nur wenige Tätigkeiten sind, die mit einer Erblindung gänzlich eingestellt werden müssen. Häufig genügen Anpassungen mit Hilfsmitteln u.a., um auch weiterhin vieles machen zu können, das Glück und Lebensqualität verspricht. So verliert die ungewisse Zukunft von Frau K. einiges von ihrem Schrecken, der vom Verlust der Lebensqualität ausgeht.

Sinnfrage und Lebensqualität gehen oft Hand in Hand. Wenn bei einem Menschen mit Behinderung die subjektiv erlebte Lebensqualität ein zufriedenstellendes Niveau hat, dann wird in der Regel die Sinnfrage auch nicht so rasch gestellt. Diese kommt auf, wenn das Leben als unbefriedigend wahrgenommen wird und Schwierigkeiten auftreten. Auch wenn diese Probleme nicht unbedingt etwas mit der Behinderung zu tun haben, so passiert es häufig, dass sie auf die Behinderung zurückgeführt werden. Die Behinderung ist an allem schuld! Damit schließt sich die oben gestellte Frage unmittelbar an, warum das ausgerechnet mir passieren muss.

Glaube und Religion können eine große Hilfe in der Bewältigung dieser Fragen sein, können dies aber auch massiv behindern. Abhängig ist dies in der Regel davon, welche Form von religiöser Sozialisation in der Kindheit und Jugend stattgefunden hat und wie diese erlebt wurde. Wenn die Glaubensgemeinschaft als ein Ort erlebt wird, an dem die Behinderung keine Rolle spielt, so wird der Glaube als hilfreich und tröstend erlebt. Wenn jedoch die Behinderung mit religiösen Erklärungsmustern

verquickt wird, dann kann dies äußerst problematisch werden. Leider ist es immer noch möglich, dass in verschiedenen religiösen Zusammenhängen eine Begründung von Behinderung anzutreffen ist, die diese als Strafe Gottes für eine moralische Verfehlung des behinderten Menschen oder seiner Familie definiert. Aus christlich-theologischer Sicht ist so eine Begründung entschieden abzulehnen, da sie überhaupt nicht mit dem exegetisch-biblischen Befund des Verhaltens Jesu gegenüber Menschen mit Behinderungen übereinstimmt. Die Folgen einer Verinnerlichung der oben genannten moralischen Begründung von Behinderung sind leider in Beratung und Psychotherapie immer wieder spürbar.

Hilfreich bei der Auseinandersetzung mit den genannten Fragen ist für den Autor immer wieder die Tatsache, dass er selbst eine Behinderung hat. So ist es für das Gegenüber einfacher, sich auf diese Fragen einzulassen, weil der Psychotherapeut in der eigenen Biografie erlebt hat, worum es in vielen Bereichen eines Lebens mit Behinderung geht.

2.6.2.6 Die Selbstbestimmt Leben-Bewegung

Menschen mit Behinderung werfen nicht-behinderten Menschen häufig vor, dass diese Tipps und Ratschläge erteilen oder Verhaltensregeln anbieten, ohne selbst von den Schwierigkeiten und Problemen einer Behinderung betroffen zu sein. Leider resultiert dieser Vorwurf aus der Erfahrung dessen, was lange Zeit üblich war: Nicht-behinderte Menschen haben für Menschen mit Behinderung entschieden bzw. haben geglaubt, zu wissen, was für Menschen mit Behinderung am besten ist. Noch in den 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts war es nicht unüblich, dass Menschen mit jeder Form von Behinderung fast automatisch in Heimen und Institutionen untergebracht wurden, die sich um behinderte Menschen zu kümmern hatten. Dort wurde in der Regel vorgegeben, wie ein Mensch mit Behinderung zu leben hat und wie ein dazu adäquates Verhalten auszusehen hat. Als Gegenleistung wurde den Menschen mit Behinderung eine Lebensexistenz zugesichert, die jedoch in der Regel über ein warmes, sattes und sauberes Dahinvegetieren kaum hinausging. Ausgenommen von diesen Einrichtungen waren lediglich die Kriegsversehrten, da diese ihre Behinderung im Einsatz für das Vaterland erworben hatten, und somit einen eigenen (Helden-)Status zuerkannt bekamen.

Beginnend an der Universität in Berkeley in den USA hat sich in den 1960er Jahren eine Bürgerrechtsbewegung von Menschen mit Behinderungen gegründet, die sich Independent Living Movement oder Selbstbestimmt Leben-Bewegung nennt. Ausgehend vom beschriebenen Leben in Institutionen, das damals das nahezu einzige Lebensmodell für Menschen mit Behinderung war, fordert die Selbstbestimmt Leben-Bewegung, Möglichkeiten zu schaffen, dass Menschen mit Behinderung ebenso selbst über ihr Leben bestimmen können, wie nicht-behinderte Menschen. Auch Menschen mit Behinderung sollen selbst bestimmen können, wo und mit wem sie wohnen, was für eine Ausbildung oder Studium sie machen wollen, welcher Arbeit sie nachgehen wollen etc. All dies war damals nicht selbstverständlich und ist es heute v.a. für manche Behindertengruppen, wie beispielsweise Menschen mit Lernschwierigkeiten, leider immer noch nicht.

Dabei hat die Selbstbestimmt Leben-Bewegung folgende Prinzipien entwickelt:

- Behinderte Menschen sind Experten in eigener Sache. Oder wie es knapper formuliert heißt: „Nichts über uns ohne uns!“
- Die gemeinsame Erfahrung der Diskriminierung eint alle Menschen mit Behinderung, egal welche Form von Behinderung sie haben.
- Ziel ist immer das behindertenpolitische Engagement in der Gesellschaft, um Behinderung zu minimieren.

Basis für diese Prinzipien bildet das soziale Modell der Definition von Behinderung, das von der Selbstbestimmt Leben-Bewegung erstmals im großen Rahmen vertreten wurde und nach vierzig Jahren die Basis der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung bildet (siehe 2.5.2.1.4).

Die Selbstbestimmt Leben-Bewegung hat darüber hinaus das Modell der Persönlichen Assistenz entwickelt, in dem die Assistenznehmerinnen und Assistenznehmer dafür verantwortlich sind, welche Art von Assistenzleistungen für sie erbracht werden. Es geschieht eine Umkehrung der Verantwortung gegenüber der Betreuung, wie sie in Institutionen und Behinderteneinrichtungen üblich ist. Betreuerinnen und Betreuer sind dafür verantwortlich, was mit dem Menschen mit Behinderung, die sie betreuen, passiert. Bei der Persönlichen Assistenz bestimmen die Menschen mit Behinderung selbst, was in der Persönlichen Assistenz für sie geleistet wird (siehe 2.4.2.3.4). Außerdem wurde noch das Peer Counseling in der Selbstbestimmt Leben-Bewegung entwickelt, eine Form von Beratung in der von

Behinderung selbst betroffene Peers sich gegenseitig unterstützen und über die Schwierigkeiten und möglichen Lösungen im alltäglichen Leben mit Behinderung austauschen.

Die Selbstbestimmt Leben-Bewegung ist für viele Menschen mit Behinderung eine Art Heimat und Zuflucht geworden. Hier erhalten sie Hilfe, wenn sie aus Institutionen ausziehen wollen, wenn sie ihr Leben mit Persönlicher Assistenz leben wollen, wenn sie von selbst Betroffenen die Weitergabe von Erfahrungen zur Bewältigung des Alltags brauchen.

Insofern die Selbstbestimmt Leben-Bewegung auch einen Zugang zu Themen von Menschen mit Behinderung bietet, der mit entsprechenden Werthaltungen und Prinzipien verknüpft ist, ist es sinnvoll, sie in der axiodramatischen Dimension der Szene sehr kurz vorgestellt zu haben.

2.6.3 Beitrag der axiodramatischen Dimension zur Rolle des Behinderten Menschen

In der axiodramatischen Dimension ergibt sich ein ambivalentes Bild bezüglich der Rolle des Behinderten Menschen. Auf der einen Seite ist sehr eindeutig der Einfluss der Kultur auf die Rolle des Behinderten Menschen zu sehen. V.a. in der vom Neoliberalismus geprägten Kultur der westlichen Industriestaaten werden Menschen mit Behinderung häufig unfreiwillig mit der Rolle des Behinderten Menschen konfrontiert, da sie nicht immer in der Lage sind, dem Leistungsanspruch gerecht zu werden. Auf der anderen Seite steht eine Selbstbestimmt Leben-Bewegung, die die Rolle des Behinderten Menschen positiv besetzt und Menschen mit Behinderung ermutigt und befähigt, gemäß den Werten der Selbstbestimmung ein eigenes Leben zu führen. Dazwischen stehen Fragen nach Ethik, Sinn der Behinderung, Sinn des Lebens und der Religion, die sowohl in die eine als auch in die andere Richtung ausschlagen können.

In Summe bleibt festzuhalten, dass Menschen mit Behinderung in der axiodramatischen Dimension der Szene kaum um die Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung herum kommen. Insofern diese Auseinandersetzung auch die Konfrontation mit der Rolle des Behinderten Menschen fördert, spielt diese in der axiodramatischen Dimension der Szene doch eine nicht zu unterschätzende Rolle.

2.7 Die Stegreifdimension der Szene oder Singularität

2.7.1 Die Definition der Singularität als Dimension

Bei der letzten Dimension der Szene handelt es sich um eine andere Art der Dimension als bei den vorhergehenden fünf. Wie bereits angedeutet (siehe 2.1.4), ist diese Dimension der Hintergrund eines Gemäldes, vor dem die anderen fünf Dimensionen als Motiv erst sichtbar werden. Oder, wie es Hutter in einem Mail schreibt: „Die Singularität hat dann ohnehin einen anderen Ort. Sie ist wie auf einer Wippe der Gegenpol zu den ersten fünf Dimensionen bzw. sie umfasst die ersten fünf Dimensionen und hüllt sie ein“ (Hutter, 2014).

Zur Definition dieser Dimension schreibt Hutter:

Sie [die sechste Dimension der Szene] hat weniger eine diagnostische Bedeutung („Welche Themen beschäftigen den Protagonisten?“), vielmehr geht es hier darum, in diagnosekritischer Funktion eine erkenntnistheoretisch bedeutsame Einschränkung zu formulieren: Jede noch so präzise diagnostische Einschätzung wird den Protagonisten niemals umfassend durchschauen oder abbilden können. Auch die sechste Dimension steht in enger Korrespondenz mit einer Praxismethode Morenos – dem Stegreiftheater. Der Stegreif ist für ihn ja genau der Raum der Unverfügbarkeit, der Spontaneität, der immer größeren Möglichkeit (Surplus) und der Überschreitung des gesteckten Rahmens. Inhaltlich beschreibt der Begriff Stegreif also präzise diesen erkenntniskritischen Vorbehalt. Der Begriff des Stegreifs scheint mir aber dennoch missverständlich zu sein, ... So scheint es mir angezeigt, in der Bezeichnung dieser sechsten Dimension Morenos Begriff des Stegreifs durch Foucaults Terminus „*Singularität*“ zu ergänzen. Dieser bringt das Gemeinte präziser zum Ausdruck: Eine Szene ist prinzipiell unterschieden von allen anderen Szenen. In dieser Dimension ist die Szene diagnostisch nicht zu erfassen und sie versperrt sich jeder Subsumierung und Verallgemeinerung. (Hutter & Schwehm, 2009, S.29)

Wenn die ersten fünf Dimensionen als ein diagnostisches Instrument dabei helfen sollen, in einer konkreten Situation in Beratung, Supervision oder Psychotherapie zu einer Einschätzung der Lage der Protagonistin oder des Protagonisten zu kommen, so muss die Stegreifdimension unbedingt darauf aufmerksam machen, dass ein

diagnostisches Bemühen immer an Grenzen stößt. Diagnosen verkürzen und verändern die ursprüngliche Szene und schaffen dadurch eine neue Realität (Hutter, 2009a). Leider wird diese durch die Diagnose geschaffene neue Realität sehr oft mit der Wirklichkeit der Szene in allen sechs Dimensionen verwechselt und mit dieser gleichgesetzt. Häufig geschieht so eine unzulässige Reduktion und eine Vereinheitlichung der Individuen, damit diese auch in die Schemata wissenschaftlicher Betrachtung passen und in Folge davon auch entsprechenden Prognosen und Therapieansätzen gerecht werden können. (Hutter, 2005)

Hutter schreibt dann weiter:

Wichtiger noch als die realistische Selbstbegrenzung, die aus den erkenntnistheoretischen Implikationen dieser Dimension erwächst, ist ihre *ethische Bedeutung*. Der Name des jüdischen Philosophen Emmanuel Lévinas steht in der zeitgenössischen Diskussion für die Einsicht, dass „die Anerkennung des Anderen in seinem Anderssein“ und gerade mit dem, was ihn uns fremd, unverstehbar und damit unkalkulierbar macht, die einzige Chance ist, ein Denken und Handeln zu etablieren, das das Gegenüber nicht strukturell vereinnahmt, entmündigt und verobjektiviert (Lévinas 1992). Die Warnung könnte eindrücklicher nicht sein: Das Unbekannte muss, weil es bedrohlich und nicht professionell bearbeitbar ist, beiseite geschoben oder angeglichen werden. In beiden Ausformungen ist „die Reduktion des Anderen auf dasselbe“ und seine Einordnung und Verwaltung in Klassifikationsschemata einer der wesentlichen Grundzüge der europäischen Geistesgeschichte. Die prinzipielle Möglichkeit der Diagnostik ist also sowohl von einem erkenntnistheoretischen als auch von einem ethischen Standpunkt her begrenzt. Möchte man aus guten (in letzter Konsequenz ebenfalls berufsethischen) Gründen den diagnostischen Auftrag nicht zurückweisen, so scheint es mir angemessen, das Wissen um diese fatale Janusköpfigkeit der Diagnose im Instrument selbst zu symbolisieren. (Hutter, 2005, S.213-2014)

Elementar ist für die Stegreifdimension, dass sie eine Art Wächter-Funktion ausübt. Sie soll davor bewahren, allzu schnell und unreflektiert auf Diagnosen zu vertrauen, die zwangsläufig eine Verkürzung oder Vereinfachung der gesamten Szene darstellen. Sowohl aus erkenntnistheoretischen als auch aus ethischen

Überlegungen heraus ist dies unzulässig und würde der Protagonistin oder dem Protagonisten einer Szene nicht einmal annähernd gerecht werden.

Weil Moreno in seiner therapeutischen Philosophie der Spontaneität und Kreativität einen hervorragenden Platz einräumt und vom Menschen als Ko-Kreator spricht, der seinen individuellen Weg in den unterschiedlichsten Szenen der eigenen Biografie gehen soll, hat Moreno selbst nie ein exaktes Konzept von Pathologie und Gesundheit vorgelegt (Hutter, 2012). Daher ist es zwingend geboten, dass Psychodramatikerinnen und Psychodramatiker sich gegen eine verkürzte Diagnostizierung und damit reduzierte Sichtweise des Menschen wenden. Auch gegen alle Vereinheitlichungs- und Rationalisierungsbestrebungen im medizinischen Bereich müssen Psychodramatikerinnen und Psychodramatiker die Stegreifdimension oder Singularität in all ihren Arbeiten stets im Auge behalten.

2.7.2 Bedeutung der Singularität als Dimension für Menschen mit Behinderung

2.7.2.1 Menschen mit Behinderung als der ‚fremde Andere‘

Menschen mit Behinderung werden von nicht-behinderten Menschen häufig als das *fremde Andere* wahrgenommen, wie es sinngemäß im Lévinas-Zitat des oben zitierten Hutter-Textes heißt (Hutter, 2005). Und Menschen mit Behinderungen, die als fremdartige und andere Wesen wahrgenommen werden, die zutiefst verunsichern und sicherlich auch Angst hervorrufen können, werden, genauso wie es oben geschildert wird, allzu gerne in Formen von Diagnose, Klassifikation und Einteilungen gepresst. Nicht zuletzt ist auch die vorliegende Arbeit nicht frei von Unterscheidungen, beispielsweise zwischen verschiedenen Formen von Behinderung (siehe 2.2.2.3), zwischen Behinderung von Kindheit an und erworbener Behinderung oder zwischen progressiver und nicht progressiver Behinderung (siehe 2.3.2.2.). All diese Unterscheidungen dienen der Orientierung und wollen letztendlich das oben erwähnte *fremde Andere* verstehbarer und eben bekannter machen. Aber bei allem verständlichen Bemühen, Behinderung nachvollziehbarer für nicht-behinderte Menschen zu machen, um so das Bewusstsein für ein gutes Miteinander zu schaffen oder auch die Barrieren in den Köpfen abzubauen (siehe 2.5.3), darf auf gar keinen Fall übersehen werden, dass gerade jeder Mensch mit Behinderung genauso einmalig und singulär ist wie jeder Mensch ohne Behinderung auch.

Jeder einzelne Mensch mit Behinderung erlebt in den fünf Dimensionen der Szene seine Behinderung als so einmalig, dass sie sich letztendlich jeglicher Diagnose, Einordnung und Klassifizierung entziehen muss. Das jeweilige individuelle subjektive Erleben von Behinderung ist unabhängig von jedweder Einteilung und von daher absolut nicht diagnostizierbar.

2.7.2.2 Vergleichen von Behinderung

Daher ist es ganz entscheidend hier zu betonen, dass sich Menschen mit Behinderung nicht miteinander vergleichen lassen. Es lassen sich Diagnosen, Einteilungen und Klassifikationen von Behinderungen miteinander vergleichen. Weil diese jedoch immer eine Verkürzung und Vereinfachung darstellen, wenn die Stegreifdimension der Szene ernst genommen wird, kann es nie einen Vergleich von Menschen mit Behinderungen geben. Da Menschen immer mehr sind, als die Summe aller Einteilungen, Klassifikationen und Diagnosen, die ihnen gestellt wurden, verbietet sich jedes Vergleichen von Menschen mit Behinderung. Gerade hier liegt eine große Versuchung, sowohl in der Diagnostik als auch in der Beratung oder Psychotherapie: Gerne wird davon gesprochen, dass Frau Y. doch eine schwerere Behinderung als Herr X. habe, aber Herr X. viel mehr mit seiner Behinderung zu kämpfen hat, viel mehr darüber jammert als Frau Y. etc. Das Erleben der subjektiven Auswirkungen von Behinderung in allen seinen Dimensionen lässt sich nicht mit Manualen irgendeiner Art messen oder klassifizieren.

2.7.2.3 Qualifizieren von unterschiedlichen Formen von Behinderung

In diese Kategorie fallen häufig anzutreffende Gedankenspiele sowohl unter Menschen mit Behinderung als auch unter nicht-behinderten Menschen: Körper- oder sinnesbehinderte Menschen sind froh, dass sie nicht zur jeweiligen anderen Gruppe gehören, beide Gruppen sind froh, dass sie nicht zu den Menschen mit Lernschwierigkeiten gehören usw.

Und auch nicht-behinderte Menschen fragen einander: „Würdest Du lieber nichts hören oder nichts sehen?“ Sie wollen so herausfinden, ob das Gegenüber sich mit einer Sehbehinderung schwerer oder leichter tun würde, als mit einer Schwerhörigkeit und umgekehrt. Auch hier stehen in der Regel Menschen mit Lernschwierigkeiten am unteren Ende der Werteskala, ebenso Menschen mit

Behinderung, die, nach welchen Kriterien auch immer, als nicht ästhetisch oder schön anzuschauen gelten. Je sichtbarer eine Behinderung ist, desto unbeliebter wird sie, wenn man solchen Gesprächen und Vergleichen zuhört.

Im Grunde sind alle diese Überlegungen Verkürzungen der behinderten Menschen auf ihre Form von Behinderung. Der Mensch hinter der Behinderung wird überhaupt nicht gesehen und in letzter Konsequenz daher diskriminiert. So stellen diese Qualifizierungen von unterschiedlichen Behinderungen in jedem Fall eine Diskriminierung von (bestimmten Gruppen von) Menschen mit Behinderungen dar, die leider auch durch Menschen mit Behinderungen selbst begangen wird. Menschen mit Behinderung sind in diesem Fall genauso wie nicht-behinderte Menschen, die mit dem ‚fremden Anderen‘ der anderen Menschen mit Behinderung nicht zurechtkommen. Da die Kontakte sich häufig innerhalb einer Behindertengruppe abspielen, ist damit die Diskriminierung einer Gruppe von Menschen mit einer bestimmten Behinderungsform durch eine Gruppe von Menschen mit einer anderen Behinderungsform nicht ausgeschlossen.

2.7.2.4 Die Frage nach der Notwendigkeit von Diagnosen und Einteilungen

Die Stegreifdimension oder Dimension der Singularität erinnert alle Menschen daran, dass jeder Mensch, mit welcher Behinderung auch immer, einzigartig und einmalig ist, und von daher niemand auf seine Behinderung reduziert werden darf. Genau dies ist immer zu beherzigen, wenn im professionellen Umfeld mit Diagnosen, Klassifikationen und Einteilungen gearbeitet werden muss, um, wie es Hutter formuliert, den diagnostischen Auftrag nicht zurückzuweisen (Hutter, 2005). Im aktuellen Gesundheits- und Sozialsystem wäre eine solche Zurückweisung fatal und würde den Menschen mit Behinderung nur dann etwas helfen, wenn alle Einrichtungen, Institutionen und medizinischen Stellen dies gleichzeitig konsequent machen würden, um eine Umkehr des Denksystems bei den Entscheidungsträgern in Wirtschaft und Politik zu bewirken. Solange das aktuelle Denken in Diagnosen, Einteilungen und Kategorien unser Sozial- und Gesundheitssystem prägt, muss es v.a. darum gehen, dass möglichst viele Personen im professionellen Bereich, die mit Menschen mit Behinderung zu tun haben, die sechste Dimension der Szene immer vor Augen haben, wenn sie diagnostisch in den anderen fünf Dimensionen

unterwegs sind. Dadurch kann auch verhindert werden, dass dieses Feld Professionellen überlassen wird, die die Stegreifdimension oder Dimension der Singularität ausblenden, und Menschen mit Behinderungen verkürzt auf ihre Diagnose, Kategorie oder Einteilung reduzieren, und ihnen damit ihr Menschsein und ihre Würde nehmen.

2.7.3 Beitrag der Singularität als Dimension zur Rolle des Behinderten Menschen

Insofern die Rolle des Behinderten Menschen eine Rolle von vielen ist, die ein Mensch mit Behinderung einnimmt (siehe 1.5), verhindert die Dimension der Singularität eine Reduktion des behinderten Menschen auf seine Behinderung und somit auf die Rolle des Behinderten Menschen.

Die sechste Dimension ist ein Korrektiv, das einer zu großen Gewichtung der ersten fünf Dimensionen entgegentritt, wenn diese zu Einteilungen, Kategorien und Diagnosen geführt haben. In der Stegreifdimension wird der Mensch in seiner Gesamtheit in den Mittelpunkt gestellt, der gemäß dem Menschenbild Morenos mehr ist, als die Summe aller seiner Rollen (Hutter, 2012). Dabei nimmt die Rolle des Behinderten Menschen den ihr gemäßen Platz als eine Rolle unter vielen anderen ein. Weil damit in letzter Konsequenz die Kategorien Menschen mit Behinderung und nicht-behinderte Menschen aufgehoben werden, trägt diese Dimension nichts zur Entstehung der Rolle des Behinderten Menschen bei. Sie bleibt aber als ganz entscheidendes Korrektiv absolut unverzichtbar, um an das Menschsein des Menschen mit Behinderung zu erinnern und allen Diagnosen, Einteilungen und Kategorien sozusagen „Stachel im Fleisch“ zu sein.

3. Die Rolle des Behinderten Menschen im barrierefreien Psychodrama

3.1 Die Frage nach der idealen Szene im Sinne des Psychodramas

Bevor Forschungsfrage und Forschungshypothese nach diesem Gang durch die sechs Dimensionen der Szene nochmals näher beleuchtet werden, steht v.a. bezüglich der Hypothese dieser Arbeit noch eine Klärung an. Dort heißt es, dass es in einer „psychodramatisch gesehen idealen Szene“ die Rolle des Behinderten Menschen nicht gibt. Was ist im Zusammenhang mit dieser Arbeit unter einer „psychodramatisch gesehen idealen Szene“ zu verstehen?

Ausführlich wurde schon besprochen, welche Aspekte eine Szene aufweist (siehe 2.1.2). Offen ist jedoch noch, welche Punkte es sind, die eine Szene aus psychodramatischer Sicht ideal machen. In der therapeutischen Philosophie Morenos ist die Szene der Ausgangspunkt für den Prozess zur Katharsis (siehe 2.1.1 bis 2.1.3). Als psychodramatisch ideale Szene bietet diese also alle Voraussetzungen, um einen Start auf den Weg zur Katharsis für eine Gruppe, die Protagonistin oder den Protagonisten oder die Gesellschaft zu initiieren (siehe 2.1.1). Zusammenfassend und zugegebenermaßen sehr verallgemeinernd lässt sich sicher sagen, dass eine Szene solange psychodramatisch ideal ist, solange sie dem Ziel der Katharsis dient. Dabei ist es sinnvoll, sich nochmals das melioristische Katharsiskonzept der therapeutischen Philosophie Morenos (siehe 2.1.3) vor Augen zu führen. Hutter spricht davon, dass es nicht um das große Ziel des Bonum (= das Gute) geht, sondern um das *ein bisschen Besser* (= Meliora) (Hutter & Buer, 2012). Daher ist es durchaus legitim, in diesem Sinne die Kriterien für eine psychodramatisch ideale Szene nicht am Bonum des idealen Psychodramas (soweit es das überhaupt gibt), sondern analog zum Katharsiskonzept am Meliora aufzuhängen. Dieses Meliora richtet sich alleine nach der Gruppe oder dem Protagonisten bzw. der Protagonistin und ihrer individuellen melioristischen Katharsis.

Wenn in der Forschungshypothese dieser Arbeit davon ausgegangen wird, dass es in einer psychodramatisch idealen Szene die Rolle des Behinderten Menschen nicht gibt, dann sind in dieser Szene Menschen Protagonistin oder Protagonist, die demnach in einer psychodramatisch *nicht* idealen Szene die Rolle des Behinderten Menschen spielen *müssen*.

Eine psychodramatisch ideale Szene in diesem Zusammenhang ist also eine Szene, die es Menschen mit Behinderung ermöglicht, im Sinne des melioristischen Katharsiskonzeptes ihre individuellen kleinen Schritte zum Besseren zu gehen. Dazu müssen alle Voraussetzungen gegeben sein, damit Menschen mit Behinderung ein psychodramatischer Prozess ermöglicht wird. Unzweifelhaft gehört dazu, dass für Menschen mit Behinderung die Szene erreichbar ist, damit sie überhaupt zu Protagonistinnen und Protagonisten werden können, sprich: Die Szene muss barrierefrei sein. Eine psychodramatisch ideale Szene für Menschen mit Behinderung und damit im Sinne dieser Arbeit ist also eine barrierefreie Szene, die es erst möglich macht, dass behinderte Menschen wie nicht-behinderte Menschen am Psychodrama teilnehmen können. Bevor jedoch genauer darauf eingegangen werden kann, was barrierefreies Psychodrama alles beinhalten könnte, müssen erst noch die Forschungsfrage und die Forschungshypothese dieser Arbeit geklärt werden.

3.2 Zusammenfassung der Antworten auf die Forschungsfrage

Es stellt sich nun noch einmal abschließend die Frage, wie die einzelnen Dimensionen der Szene zur Rolle des Behinderten Menschen beitragen. In der Zusammenschau lässt sich durchaus ein Bild erkennen, das natürlich schon alleine wegen der Dimension der Singularität von Person zu Person individuell angepasst werden muss.

Es wird jedoch unbestritten sein, dass die psychodramatische Dimension in jedem Fall zur Rolle des Behinderten Menschen beiträgt. In ihr findet die medizinische Diagnose statt, die sich nochmals überprüfen, aber in der Regel nicht mehr verändern lässt.

Sowohl im kulturellen Atom als auch im sozialen Atom eines behinderten Menschen lässt sich ablesen, wie dieser mit der Rolle des Behinderten Menschen umgehen kann. In der psychodramatischen Dimension spielt sich die Rollenentwicklung ab, die durch die Behinderung beeinträchtigt werden kann. Beziehungen, die in der soziometrischen Dimension im Mittelpunkt der Betrachtung stehen, sind bei behinderten Menschen in unterschiedlicher Anzahl und Intensität von Abhängigkeit geprägt, weit mehr als dies bei nicht-behinderten Menschen der Fall ist. Hier ist das Verhältnis der Anzahl von abhängigen Beziehungen mit ihrer jeweiligen Intensität zu der Anzahl von Beziehungen ohne Abhängigkeit das entscheidende Kriterium für die Gesundheit des sozialen Atoms. Die psychodramatische und soziometrische Dimension lassen sich im soziokulturellen Atom eines Menschen mit Behinderung zusammenfassen, da Moreno schreibt: „Vom Standpunkt der tatsächlichen Situation aus ist die Unterscheidung zwischen sozialem und kulturellem Atom künstlich“ (Moreno, 1981b). Diese Zusammenfassung bietet sich insofern an, als sowohl für die Rollen als auch für die Beziehungen eines Menschen mit Behinderung hinsichtlich ihres Beitrags zur Rolle des Behinderten Menschen Ähnliches gilt: Sie müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den anderen Rollen bzw. Beziehungen innerhalb des soziokulturellen Atoms stehen. Solange im soziokulturellen Atom eines Menschen mit Behinderung sowohl die protagonistenzentrierte psychodramatische Rolle des Behinderten Menschen als auch die abhängigen Beziehungen *nur einen Anteil unter vielen* anderen Rollen und Beziehungen einnehmen, hat das soziokulturelle Atom eher einen geringen Einfluss auf die Entstehung der Rolle des Behinderten Menschen. Je größer jedoch der Anteil der protagonistenzentrierten psychodramatischen Rolle des Behinderten Menschen (im dann immer beschränkter werdenden Rollenrepertoire) und der Anteil von abhängigen Beziehungen (im Verhältnis zu anderen Beziehungen im sozialen Atom) werden, desto mehr wächst auch der Einfluss der psychodramatischen und soziometrischen Dimension auf die Entstehung der Rolle des Behinderten Menschen im Verhältnis zu den anderen Dimensionen der Szene. Ein zweiter Aspekt lässt die Zusammenschau der psychodramatischen und soziometrischen Dimension im soziokulturellen Atom sehr spannend erscheinen: Lediglich diese beiden Dimensionen bieten spezifische Möglichkeiten einer pathologischen Entwicklung, die in dieser Form Menschen mit Behinderung weitgehend vorbehalten bleibt. Die Vermeidung der Rolle des

Behinderten Menschen, so lange dies nur irgendwie möglich ist, als perfektes Ziel zu entwickeln, ist ausschließlich Menschen mit Behinderung möglich. Aber auch bei der Gefahr eines chronischen Zustandes des sozialen Todes im sozialen Atom über einen längeren Zeitraum in der Lebensspanne ist nur schwer vorstellbar, wie dies bei nicht-behinderten Menschen auftreten soll.⁷

Über alle sechs Dimensionen hinweg betrachtet, gebührt der soziodramatischen Dimension sicherlich das größte Tortenstück im Einflusskuchen bezüglich ihres Beitrags zur Rolle des Behinderten Menschen. In dieser Dimension entscheidet sich im Wesentlichen, wie Behinderung definiert und gesellschaftlich damit umgegangen wird. Gesetze, Bürokratie, Institutionen und Milieus bestimmen mit, wo Barrierefreiheit in der Gesellschaft eine Rolle spielt und inwieweit diese implementiert wird, um überhaupt eine aktive Partizipation von Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft zu ermöglichen. In der soziodramatischen Dimension erleben Menschen mit Behinderung die meisten Barrieren in ihrem Lebensalltag und hier sind sie auch am ehesten gezwungen, die Rolle des Behinderten Menschen zwangsläufig einzunehmen, selbst wenn sie das nicht wollen.

In der axiodramatischen Dimension ist es zunächst durchaus ähnlich wie in der soziodramatischen Dimension. Kulturen verhalten sich in ihren Vorgaben, was Behinderung ist und was nicht, ähnlich wie Gesellschaften. Ebenso drücken sich die Umgangsweisen mit Behinderung in den unterschiedlichen Kulturen oft über die Gesetze, Institutionen etc. von Gesellschaften aus. Es ist aber sehr darauf zu achten, dass die unterschiedlichsten Kulturen mit ihren verschiedenen Sprachen innerhalb einer Gesellschaft leben können, und ihren je eigenen Umgang mit Menschen mit Behinderung pflegen. Wesentlich prägender noch für die axiodramatische Dimension und ihren Einfluss auf die Entstehung der Rolle des Behinderten Menschen ist jedoch die persönliche Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung, die in dieser Dimension passiert. Ähnlich wie sich die Diagnose von Behinderung in der physiodramatischen Dimension nicht rückgängig machen lässt, wird es sich nicht verhindern lassen, dass sich jeder Mensch mit Behinderung einmal die Frage stellt: „Warum habe ich die Behinderung? Und welchen Sinn hat denn das Ganze?“

⁷ Am ehesten könnte dies eventuell noch bei anderen gesellschaftlichen Randgruppen möglich sein, die, ähnlich Menschen mit Behinderung, diskriminiert werden, wie z.B. Menschen mit Migrationshintergrund oder auch bei Opfern von Folter, Krieg, Vertreibung, Menschenhandel und Zwangsprostitution.

Kombiniert mit der Frage nach Lebensqualität, der Sinnfrage des Lebens, ethischen Fragestellungen und religiösen Fragen ergibt dies eine Mischung, die nicht unbedingt den größten Anteil zur Entwicklung der Rolle des Behinderten Menschen beiträgt, aber doch einen sehr tiefen Einfluss darauf hat.

Streng genommen hat die letzte Dimension der Singularität oder Stegreifdimension keinen Anteil an der Entwicklung der Rolle des Behinderten Menschen. Diese Dimension sperrt sich gegen Diagnose, Einteilung und Kategorie und bricht somit den Unterschied zwischen behinderten und nicht-behinderten Menschen auf. Aufgrund der Tatsache, dass jeder Mensch einmalig und einzigartig ist und damit in keiner Weise auf irgendetwas reduziert werden darf, sind in dieser Stegreifdimension alle Menschen wirklich gleich und die Einteilung behindert-nichtbehindert wird aufgehoben. Umso wichtiger erscheint diese Dimension in der Zusammenschau aller sechs Dimensionen einer Szene, damit das Gesamtbild seinen Rahmen und seinen Hintergrund bekommt.

Im Sinne der Singularität wird es hier auch kein Tortenmodell geben, in dem exakte Prozentzahlen den Anteil am Einfluss jeder Dimension auf die Entwicklung der Rolle des Behinderten Menschen darstellen. Allerdings ergibt sich als Fazit dieser Arbeit ungefähr folgendes Bild, das als eine Art Gemälde betrachtet werden kann: Die physiodramatische und axiodramatische Dimension bilden den inneren Rahmen auf einer Leinwand, innerhalb dessen eine Fläche entsteht, die sich die drei Dimensionen psychodramatisch, soziometrisch und soziodramatisch aufteilen. Der Prozentanteil der jeweiligen Dimension an der Fläche ist von Person zu Person sehr unterschiedlich, wobei die soziodramatische Dimension, verglichen mit den anderen beiden, immer den größten Teil der Fläche einnimmt. Wenn die physiodramatische und/oder axiodramatische Dimension einen dickeren Rahmen bilden, wird die Fläche für die anderen drei Dimensionen entsprechend kleiner. Auch dies ist von Person zu Person sehr verschieden. Den Hintergrund und äußeren Rahmen des gesamten Gemäldes bildet die Dimension der Singularität.

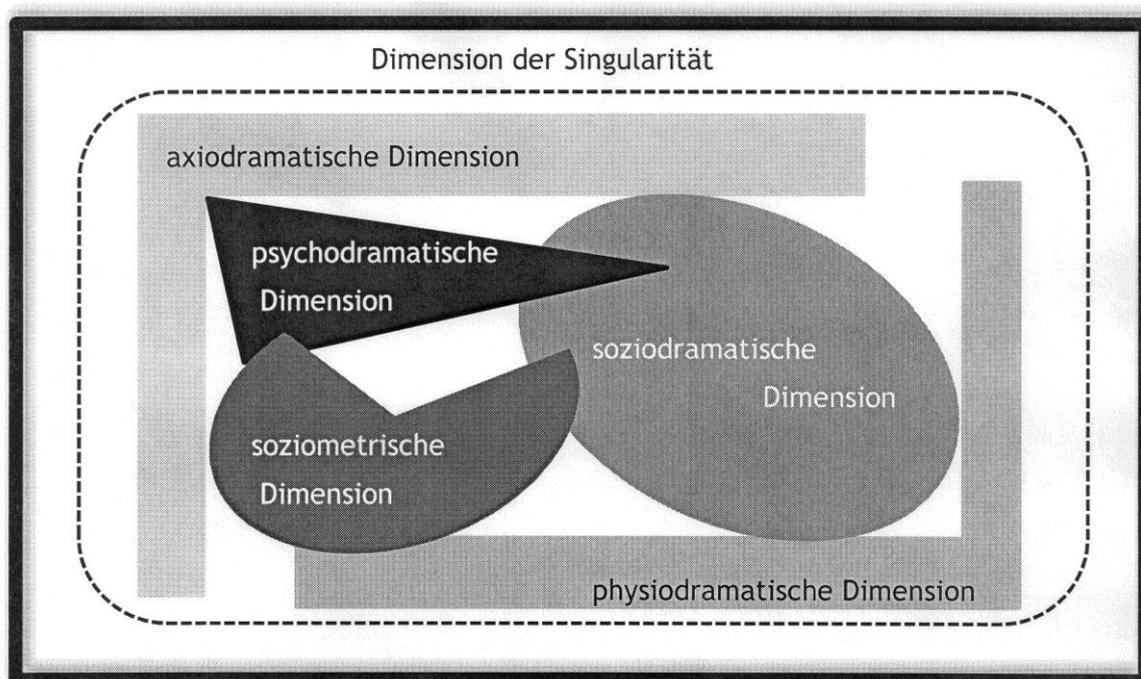


Abbildung 6: Gemälde des Einflusses der sechs Dimensionen einer Szene auf die Rolle des Behinderten Menschen (Grafik vom Autor)

So entsteht für jeden Menschen mit Behinderung sein persönliches Gemälde, das zeigt, wie sich seine Rolle des Behinderten Menschen sehr individuell aus den sechs Dimensionen einer Szene zusammensetzt. Selbstverständlich muss hier im Gegensatz zur sehr schematischen Abbildung 6 eher an ein Aquarell gedacht werden, in dem die einzelnen Farben für die Dimensionen auch verschwimmen und nicht trennscharf auseinanderzuhalten sind. Durch das Überlappen einzelner Dimensionen können auch Mischfarben entstehen, sodass das Ganze durchaus sehr bunt werden kann. Gleich sind bei allen Gemälden lediglich der Hintergrund und der Rahmen der Stegreifdimension oder Singularität der Szene.

3.3 Die Antwort auf die Forschungshypothese

Nach der Beschreibung des Gemäldes zur Rolle des Behinderten Menschen, das durch die sechs Dimensionen an Farbe gewinnt, als Versuch, eine anschauliche Antwort auf die Forschungsfrage zu geben, stellt sich in Folge nun die Frage, inwieweit die Hypothese dieser Arbeit aufrechterhalten werden kann.

So wie die Forschungshypothese zu Beginn der Arbeit formuliert wurde, muss sie hier mit einem klaren Nein beantwortet werden: Auch in einer psychodramatisch

idealen (= barrierefreien) Szene bleibt in manchen Dimensionen der Szene die Rolle des Behinderten Menschen *immer* bestehen. Also muss die Hypothese, dass es die Rolle des Behinderten Menschen in einer psychodramatisch gesehen idealen Szene nicht gibt, durch die vorliegende Arbeit als widerlegt betrachtet werden.

Anschaulich wird das nochmals, wenn von folgender konkreter und idealer Szene ausgegangen wird: In einer Psychotherapie sitzt ein Mensch mit Behinderung bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten in der Praxis, die man in allen Bereichen als vollkommen barrierefrei bezeichnen kann. Für den Menschen mit Behinderung ist seine Behinderung in dieser Szene nicht spürbar, da alles unternommen wird, um Barrieren, die ihn auf seine Behinderung zurückwerfen bzw. ihn gar darauf reduzieren, überhaupt nicht erst entstehen zu lassen. Insofern wird der Mensch mit Behinderung die Rolle des Behinderten Menschen in dieser Szene nicht *spielen*, da es dafür überhaupt keine Notwendigkeit gibt. Der behinderte Mensch hat die Chance, alle anderen Rollen seines Lebens in den Blick zu nehmen, anstatt sich, wie im Alltag oft üblich, fast ausschließlich immer irgendwie mit der Rolle des Behinderten Menschen beschäftigen zu müssen. Insofern gibt es in dieser Szene wirklich die *gespielte* Rolle des Behinderten Menschen nicht. Allerdings ist die Rolle des Behinderten Menschen in der oben geschilderten Szene im Rollenrepertoire vorhanden und kann in verschiedenen Dimensionen der Szene sichtbar gemacht werden. Sowohl in der physiodramatischen Dimension, als auch in der psychodramatischen und in der soziometrischen Dimension der Szene kann selbst in einer idealen Szene die Rolle des Behinderten Menschen nicht völlig verschwinden, auch wenn sie nicht aktiv gespielt wird. Ein Mensch mit Behinderung hat körperlich gesehen die Behinderung, er wurde in seiner Biografie bereits damit konfrontiert und es gibt Beziehungen, in denen die Behinderung eine Rolle spielt. Selbst wenn all dies nur auf einen einzigen Besuch beim Arzt reduziert werden könnte, bei dem die Behinderung diagnostiziert wurde, und dies keine weiteren Konsequenzen nach sich gezogen hätte (z.B. Überlegungen in der axiodramatischen Dimension), so hat es bei diesem einen Arztbesuch die Konfrontation mit der Rolle des Behinderten Menschen zumindest in den drei genannten Dimensionen der Szene gegeben. Diese eine Erfahrung des Arztbesuches (oder vielleicht nur die Erzählung davon) ist als Rolle des Behinderten Menschen ebenso in der oben beschriebenen idealen Szene vorhanden.

Daher muss die Forschungshypothese konsequenterweise verneint werden: Auch in einer psychodramatisch idealen (= barrierefreien) Szene *gibt* es die Rolle des Behinderten Menschen. Folgender Modifikation der Forschungshypothese kann jedoch uneingeschränkt zugestimmt werden: In einer barrierefreien Szene *muss* die Rolle des Behinderten Menschen *nicht gespielt* werden.

Damit wird eine weitere Konsequenz aus diesem Befund unübersehbar: Da die Rolle des Behinderten Menschen jedenfalls in einer Szene da ist, muss es immer darum gehen, dieser Rolle des Behinderten Menschen in jeder Szene auch einen angemessenen Platz zu geben. Idealerweise geschieht dies ausschließlich durch den Menschen mit Behinderung selbst. Dieser ist dazu befugt, die Rolle des Behinderten Menschen so zu spielen, wie sie oder er es möchte, und auch über den Zeitpunkt des Spiels zu entscheiden.

Problematisch wird es immer dann, wenn durch die entsprechenden Gegenrollen Menschen mit Behinderung gezwungen werden, die Rolle des Behinderten Menschen einzunehmen. Im aktuellen alltäglichen Leben in Österreich erscheint es sehr unrealistisch, dass ein Mensch mit Behinderung selbst mit einem hohen Maß an Spontaneität und Kreativität im Sinne Morenos diesem erzwungenen Spiel mit der Rolle des Behinderten Menschen immer entrinnen kann. Dies liegt v.a. an der soziodramatischen und z.T. auch an der axiodramatischen Dimension der Szenen: Barrierefreiheit ist bei weitem noch nicht in allen Lebensbereichen gegeben und die hiesige Kultur ist mit ihrem Leistungsprinzip eher behindertenfeindlich eingestellt.

3.4 Barrierefreies Psychodrama

3.4.1 Theoretische Überlegungen

Für die konkrete psychodramatische Arbeit mit behinderten Menschen bedeutet dies, dass alle Voraussetzungen geschaffen werden müssen, um eine Szene möglichst barrierefrei zu gestalten. Nur dann kann der Primat für das Spiel der Rolle des Behinderten Menschen zu diesem wandern, selbst wenn dies ausschließlich für die Zeit der psychodramatischen Arbeit, wie z.B. Psychotherapiestunden, möglich ist. Die Psychotherapie kann zu einem Ort werden, an dem Menschen mit Behinderung erfahren können, wie es ist, wenn sie über das Spiel ihrer Rolle als Behinderter Mensch selbst bestimmen können. Erst so ist es vielfach möglich, aus den

alltäglichen Rollenkonserven dieses Spiels auszubrechen, und durch ein Zunehmen an Spontaneität und Kreativität das Spiel der Rolle des Behinderten Menschen immer mehr zu variieren. Einer Reduktion auf die Rolle des Behinderten Menschen im täglichen Leben von Menschen mit Behinderung wird so mehr und mehr entgegengewirkt und durch Rollenerweiterung wird ein breiteres Rollenspektrum für den behinderten Menschen erlebbar und spielbar. Zugleich zu den neuen Rollen können sich auch neue Beziehungen entwickeln, die keine Abhängigkeit beinhalten. So verändert sich das soziokulturelle Atom des Menschen mit Behinderung und der Einfluss der psychodramatischen und soziodramatischen Dimension auf die (erzwungene) Rolle des Behinderten Menschen wird zurückgedrängt.

Um Barrierefreiheit im Psychodrama herzustellen, ist es wichtig, dass die Psychodramatikerin oder der Psychodramatiker sich darüber informieren, welche Barrieren in der Arbeit mit behinderten Menschen auftreten können. Dadurch kann eine Reduktion auf die Rolle des Behinderten Menschen in der psychodramatischen Arbeit vermieden werden. Gerade durch das Herstellen von Barrierefreiheit wird die Behinderung als *eine Rolle unter vielen* ernst genommen. Der Mensch mit Behinderung wird auf keinen Fall auf diese Rolle verkürzt. Es kann jedoch nicht darum gehen, die Rolle des Behinderten Menschen komplett verschwinden zu lassen. Wie oben ausführlich geschildert, ist die Rolle des Behinderten Menschen zumindest als Diagnose in der psychodramatischen Dimension und in der Regel auch im soziokulturellen Atom immer vorhanden und beispielsweise durch das Nutzen von Hilfsmitteln für den behinderten Menschen fast immer spürbar.

So wie einer Brillenträgerin oder einem Brillenträger in heutiger Zeit selbstverständlich diese Rolle zugebilligt wird, diese zugleich aber für die Umwelt keinen entscheidenden Raum einnimmt, so soll auch die Rolle des Behinderten Menschen einfach da sein dürfen, ohne unnötig Raum einnehmen zu müssen. Wie von Brillenträgern und Brillenträgerinnen selbstverständlich nicht verlangt wird, die Brille abzusetzen und dann etwas erkennen zu müssen, was ohne Brille nicht möglich ist, so darf auch von Menschen mit Behinderung nicht etwas gefordert werden, was ihnen trotz der Benutzung von Hilfsmitteln oder aufgrund ihrer Behinderung unmöglich ist. Selbstverständlich ist es ebenso, Brillenträgerinnen und Brillenträgern das Tragen der Brille nicht unnötig vorzuhalten, indem man sich z.B. über eine angelaufene Brille aufgrund des Temperaturwechsels vom kalten Winterklima in den

beheizten Raum lustig macht. Genauso selbstverständlich sollte es sein, Menschen mit Behinderung das Verwenden ihrer Hilfsmittel nicht vorzuhalten, indem Barrieren nicht abgebaut oder Bemerkungen gemacht werden, die als Diskriminierung verstanden werden könnten. Heute wäre es fast schon lächerlich und absurd, Brillenträgerinnen und Brillenträger alleine auf diese eine Rolle zu reduzieren und sie ausschließlich mit der Eigenschaft des Brille-Tragens in Verbindung zu bringen. Genauso absurd sollte es sein, Menschen mit Behinderung auf ihre Behinderung zu reduzieren und dabei den Menschen komplett aus dem Blick zu verlieren. Wie die Rolle der Brillenträgerin bzw. des Brillenträgers eine Rolle von vielen ist, die von Menschen, die eine Brille aufhaben, eingenommen werden kann, so muss auch die Rolle des Behinderten Menschen als eine Rolle unter vielen gesehen werden, die ein Mensch mit Behinderung einnehmen kann. Vielleicht ist der Platz, der der Rolle des Brille-Tragens beispielsweise in einer Psychotherapie in der Regel zugewiesen wird, genau der richtige Ort, um auch der Rolle des Behinderten Menschen einen angemessenen Platz zu geben. Im Laufe eines Therapieprozesses ist es selbstverständlich, dass dieser Platz sich fallweise verändern kann und zeitweise in den Mittelpunkt einer Szene rückt, bevor er sich wieder auf seine ursprüngliche Position zurückzieht.

Auf diese Weise können in der psychodramatischen Arbeit Gegenrollen vermieden werden, die einen Menschen mit Behinderung zwingen, die Rolle des Behinderten Menschen spielen zu müssen. Ein Mensch mit Behinderung darf und kann selbst bestimmen, zu welchem Zeitpunkt und auf welche Weise sie oder er die Rolle des Behinderten Menschen aktiv einsetzt und spielt. Eine Szene in der psychodramatischen Arbeit kann somit zu einer gänzlich barrierefreien Szene werden.

3.4.2 Praktische Anwendungen: Prinzipien für die Arbeit mit behinderten Menschen

Nach all diesen Überlegungen stellt sich zurecht die Frage, was dies ganz praktisch beispielsweise für Psychodramapsychotherapeutinnen und –therapeuten in der Arbeit mit behinderten Menschen bedeutet.

Einerseits gilt es den Bereich der Barrierefreiheit zu beachten, der sich je nach Form der Behinderung unterscheidet. Andererseits gibt es für bestimmte Formen von

Behinderung auch Modifikationen an manchen Techniken des Psychodramas vorzunehmen. Hier kann in Bezug auf Menschen mit Lernschwierigkeiten auf die Arbeiten von Gabriele Denk verwiesen werden (Denk, 2004, 2012). Bei allen anderen Behinderungsformen ist die Literatur sehr dürftig, da es keine aktuellen Arbeiten zu diesem Thema gibt. Der Autor hat sich lange mit dem Gedanken getragen, diese Lücke mit einer eigenen Arbeit zu schließen, hat sich aber dann mangels Vorhandensein einer grundsätzlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Behinderung im Psychodrama für die vorliegenden Überlegungen entschieden (siehe 1.2.4.2).

Zwei grundlegende Prinzipien über die praktische Arbeit mit behinderten Menschen sollen an dieser Stelle noch Platz finden.

3.4.2.1 Behinderte Menschen sind Experten in eigener Sache

Es ist überhaupt keine Schande über Menschen mit Behinderung, über Behinderung oder Barrierefreiheit nichts oder nicht ausreichend viel zu wissen. Das erwarten Menschen mit Behinderung in der Regel auch nicht. Es wird nur äußerst problematisch, wenn das Unwissen vertuscht, überspielt oder nicht zugegeben wird. Grundsätzlich ist es in der Arbeit mit behinderten Menschen immer das Beste, diese selbst nach allen wichtigen Informationen über ihre Behinderung zu fragen:

Was braucht die Interessentin oder der Interessent mit einer Behinderung konkret an Hilfestellungen, um in die Praxis kommen zu können (dazu gehören der Weg bis zum Haus und der Weg von der Haustür zur Praxistür)?

Ist die Praxis für diesen konkreten Menschen mit Behinderung barrierefrei zugänglich?

Was kann ich als Therapeutin oder Therapeut tun, um die psychodramatische Arbeit konkret barrierefreier zu machen, sprich: der Interessentin oder dem Interessenten das Setting zu erleichtern?

Abhängig von der Form der Behinderung gibt es eine Unmenge von Kleinigkeiten, die beim Thema Barrierefreiheit mitbedacht werden müssen. Hier folgt eine sehr willkürliche Auswahl an Beispielen, die in keiner Weise vollständig, sondern nur exemplarisch ist:

Bei körperbehinderten Menschen im Rollstuhl kann der Schrank, der hinter dem sonst verschlossenen Flügel einer Doppeltüre steht, dazu führen, dass sie nicht durch die Türe und damit nicht in die Praxis kommen.

Menschen, die in einem elektrischen Rollstuhl sitzen, scheitern zwangsläufig daran, auch nur zwei Stufen zu überwinden. Da ein elektrischer Rollstuhl über hundert Kilo wiegen kann, ist es absolut sinnlos, hier Hilfe zum Überwinden von (wenn auch scheinbar nur wenigen) Stufen anzubieten.

Sehbehinderten Menschen ist es oft nicht möglich, die Klingel der Praxis zu finden, weil die Beschriftung vergilbt, das Schild verschmutzt, zu klein oder sonst wie unleserlich ist.

Freischwebende Bücherregale, ebenso wie freistehende Treppen, herumliegende Gegenstände, wie Schuhe, Besen und Staubsauger (z.B. auch in Toiletten) u.a. sowie Scheren oder Messer o.ä. auf Tischen können für sehbehinderte Personen zu sehr schmerzhaften Fallen werden.

Schwerhörigen Menschen ist es unmöglich, sich in einer Situation mit Hintergrundgeräuschen auf ein Gespräch gut zu konzentrieren. Aufgrund der Tatsache, dass Hörgeräte Nebengeräusche ähnlich wie Sprache verstärken, können Hintergrundmusik, laute Straßengeräusche u.a. das Verstehen von Sprache stark beeinträchtigen.

Sobald das Gegenüber so sitzt, dass das Gesicht im Dunkeln liegt (z.B. vor einer Lichtquelle wie Fenster u.a.), ist es für schwerhörige Personen unmöglich, das Lippenabsehen als Ergänzung zur akustischen Wahrnehmung einzusetzen, um sich so das Verstehen zu erleichtern.

Nicht alle Menschen mit Lernschwierigkeiten können lesen. Dadurch wird es fallweise unmöglich, eine Adresse oder ein Praxisschild zu finden.

Fremdwörter und komplizierter Satzbau stellen für Menschen mit Lernschwierigkeiten ein Problem beim Verstehen von Inhalten dar.

3.4.2.2 Genügend Zeit in der Arbeit mit behinderten Menschen

Ein zweites Prinzip soll hier noch erwähnt werden, das in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung sehr wichtig ist. In der Regel brauchen behinderte Menschen für

viele alltägliche Dinge mehr Zeit als nicht-behinderte Menschen. Angefangen von der Orientierung, über die Geschwindigkeit von Bewegungen des Körpers, bis zum Verstehen von Sprache oder Inhalten, gibt es sehr vieles, bei dem Menschen mit Behinderung einfach mehr Zeit benötigen. Einerseits ist die Information wichtig, um eventuell für eine Therapiestunde einen größeren Zeitrahmen einzuplanen, wenn darin die gleichen Inhalte untergebracht werden sollen, als bei nicht-behinderten Menschen. Andererseits wird diese Tatsache mancher Therapeutin oder manchem Therapeuten dazu verhelfen, die Rolle der oder des Geduldigen wieder einmal spielen zu können. Menschen mit Behinderung hektisch, ungeduldig oder mit zu wenig Zeit zu begegnen, kann von diesen recht schnell zu Recht als diskriminierend und abwertend erlebt werden. Dies wäre genau das Gegenteil von barrierefreiem Psychodrama.

3.4.2.3 Weitere Informationen zum Thema Barrierefreiheit

Als Ergänzung zu den sehr rudimentären Informationen bezüglich Behinderung in ihren unterschiedlichen Formen und den damit notwendigen Anforderungen an die Barrierefreiheit in der konkreten Arbeit verweist der Autor als erste Anlaufstelle auf die Informationen des „Arbeitskreises Psychotherapie und Behinderung des ÖBVP“. Der Autor selbst hat zusammen mit zwei weiteren auch mit Behinderung lebenden Psychotherapeutinnen die Informationen zusammengestellt. Diese „Kriterien für Barrierefreiheit der psychotherapeutischen Praxis – ein Leitfadens“, die regelmäßig aktualisiert werden, können auf der Website des Arbeitskreises nachgelesen werden.⁸

Abschließend soll hier noch Jacob L. Moreno zu Wort kommen, der zu einem Studenten einmal gesagt hat: „Das ist das erste psychodramatische Gesetz: Stell dich selbst an die Stelle des Opfers von Ungerechtigkeit und teile seine Verletzung. Tausche die Rolle mit ihm.“ (Hutter & Schwehm, 2009, S.456)

Wenn in diesem Geist Morenos versucht wird, psychodramatisch mit behinderten Menschen zu arbeiten, dann kann eigentlich fast gar nichts falsch gemacht werden.

⁸ <http://www.psychotherapie.at/oebvp/arbeitsbereiche/arbeitskreis-psychotherapie-und-behinderung>.
Letzter Zugriff am 19.11.2014.

4. Persönliches Resümee und Schluss

4.1 Barrierefreies Psychodrama in seinen unterschiedlichen Formaten

Ich beginn diesen Schluss so, wie ich die Einleitung aufgehört habe. Auch wenn diese Arbeit als Abschlussarbeit einer Psychotherapieausbildung verfasst ist, so bin ich auch am Ende der Überlegungen der festen Überzeugung, dass diese Arbeit auf alle Formate, in denen das Verfahren Psychodrama Verwendung findet, übertragbar ist. Egal ob in Psychotherapie, Supervision, Coaching, Beratung, Pädagogik oder Bildungsarbeit, überall ist die Barrierefreiheit für Menschen mit Behinderung grundsätzlich ein Thema und damit auch die Frage nach der Barrierefreiheit des Psychodramas.

4.2 Offene Themen

Was allerdings auch von dieser Arbeit bleibt, ist die Tatsache, dass es sich hier lediglich um erste Überlegungen zu einer sehr umfassenden Thematik handelt.

Manches ist offen geblieben, wie z.B. die Frage nach der praktischen psychodramatischen Arbeit mit verschiedenen Formen von Behinderung. Hier kann ich nur betonen, dass ich schon mit allen Formen von Behinderung, die in dieser Arbeit näher untersucht werden, psychodramatisch gearbeitet habe. Psychodrama funktioniert, fallweise entsprechend modifiziert, mit körperbehinderten, sehbehinderten, schwerhörigen Menschen, sowie Menschen mit Lernschwierigkeiten und auch sogenannten mehrfachbehinderten Menschen. Den Beweis konnte ich in dieser Arbeit leider nicht antreten, abgesehen von den Vignetten, in denen ich versucht habe, eine bunte Palette meiner Arbeit darzustellen. Wie bereits mehrfach erwähnt, ist der Teil, der sich mit der praktischen barrierefreien psychodramatischen Arbeit beschäftigt, der grundlegenden Beschäftigung mit dem Thema Behinderung im Psychodrama zum Opfer gefallen.

In anderen Teilen dieser Überlegungen ist deutlich geworden, dass es noch viele Möglichkeiten gäbe, weitere Arbeiten und Untersuchungen zu vielem, was in dieser Arbeit lediglich angerissen werden konnte, anzuschließen. Ich denke da an die

Hypothesen zum perfekten Ziel der Vermeidung der Rolle des Behinderten Menschen oder an das Dahinvegetieren des sozialen Atoms im Zustand des sozialen Todes über weite Strecken der Lebensspanne von behinderten Menschen. Ebenso könnte man sich die Gegenrollen nochmals genauer anschauen, die dazu führen, dass Menschen mit Behinderung gezwungen sind, die Rolle des Behinderten Menschen einzunehmen. Dann gäbe es im Bereich der soziodramatischen Dimension interessante Ansatzpunkte, wie z.B. die Frage nach dem Umgang mit Behinderung in den unterschiedlichen Milieus und den daraus folgenden Konsequenzen für die psychodramatische Arbeit. Überhaupt ist die soziodramatische Dimension der Szene eine Fundgrube für weitere Fragestellungen, da hier die Beschäftigung mit den so unterschiedlichen Aspekten dieser Dimension aus meiner Sicht zwangsläufig oberflächlich ausgefallen ist.

4.3 Persönliche Inspiration der psychodramatischen Praxis durch diese Überlegungen zum barrierefreien Psychodrama

Persönlich habe ich die Auseinandersetzung mit der Systematisierung der therapeutischen Philosophie Morenos, wie sie Christoph Hutter vorstellt, gerade nach den Jahren der praktischen Arbeit als Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision als ungeheuer befruchtend und inspirierend erlebt. Durch die Schriften von Hutter kann ich den großen Umfang von Morenos Werk besser in seinen Zusammenhängen und gegenseitigen Verzahnungen verstehen und es ist mir möglich, wenn ich mich auch nur in Teilen dieses Werkes bewege, einen grundsätzlichen Überblick darüber zu behalten, wo ich mich gerade aufhalte. Die Systematisierung der therapeutischen Philosophie Morenos, wie sie Hutter vorschlägt, ist für mich zu einer sehr wertvollen Landkarte geworden, deren Einsatz in der psychodramatischen Praxis gerade erst begonnen hat.

4.4 Die Utopie der barrierefreien Gesellschaft

Ich hoffe sehr, dass diese Überlegungen dazu dienen können, die psychodramatische Arbeit mit behinderten Menschen schmackhaft zu machen, zu vertiefen

und zu befruchten. Gerade den spielerischen Ansatz in der Arbeit und der Gedankenwelt des Psychodramas erlebe ich bei Menschen mit Behinderung als besonders hilfreich. Aufgrund unterschiedlichster Faktoren ist es behinderten Menschen nicht so häufig möglich und gestattet, spontan-kreativ und spielerisch mit Szenen des Lebens umzugehen. Hier kann das Psychodrama meiner persönlichen Erfahrung nach zu einer spürbaren Steigerung der Lebensqualität von Menschen mit Behinderung beitragen.

Selbstverständlich ist es die Utopie dieser Arbeit, dass barrierefreies Psychodrama in der Lage ist, die Gesellschaft so zu verändern, dass diese auch mehr und mehr barrierefrei wird. So könnten dann Menschen mit Behinderung immer mehr zu Menschen werden, die nicht mehr *gezwungen* sind, die Rolle des Behinderten Menschen zu spielen. Vielmehr dürfen behinderte Menschen selbstbestimmt entscheiden, ob und wann sie diese Rolle des Behinderten Menschen in welcher Art und Weise spielen und leben wollen. Wenn ich diesen scheinbar utopischen Wunsch an das Ende meiner Überlegungen zum barrierefreien Psychodrama für Menschen mit Behinderung stelle, befinde ich mich hier in bester Gesellschaft. Moreno lässt ja eines seiner Hauptwerke, „Die Grundlagen der Soziometrie“ oder im englischen Original „Who Shall Survive?“ mit den Worten beginnen: „Ein wirklich therapeutisches Verfahren darf nichts weniger zum Objekt haben als die gesamte Menschheit.“ (Moreno, 1996, S.3).

4.5 Eine Vignette zum Abschluss

Ich stelle ganz an den Schluss dieser Arbeit eine Vignette, nachdem ich auch mit einer Szene eingestiegen bin. Erzählen will ich einen politisch nicht ganz korrekten Witz, den ich hier nur deswegen mit gutem Gewissen wiedergeben kann, weil ich selbst von Kindheit an mit einer hochgradigen Sehbehinderung und Schwerhörigkeit lebe:

Zwei Musiker haben neben einer Tanzfläche ihre Instrumente aufgebaut. Nach einer Weile fragt der blinde Musiker den schwerhörigen Musiker etwas lauter, damit dieser ihn auch versteht: „Tanzen die Leute schon?“ Der schwerhörige Musiker fragt zurück: „Wieso? Spielen wir schon?“

Sehr berührend, aber auch ein wenig tragisch, habe ich es empfunden, dass ich über dreißig Jahre alt werden musste, bevor meine Mutter sich getraut hat, mir diesen Witz zu erzählen.

Literaturverzeichnis:

Al Munaizel, Musa & Weigt, Gabriele (2003). Zum Verständnis von Behinderung in anderen Kulturen. In Hermes, Gisela & Köbsell, Swantje (Hrsg.). *Disability Studies in Deutschland – Behinderung neu denken!. Dokumentation der Sommeruni 2003* (S.120-123). Kassel: Eigenverlag bifos e.V..

ANED, Academic Network of European Disability experts (2009). *Zahlen und Fakten*. Zugriff am 16.11.2014. Verfügbar unter <http://www.disability-europe.net/de/countries/austria/zahlen-und-fakten>.

Biegler-Vitek, Gabriele, Riepl, Roswitha & Sageder, Thomas (2004). Psychodrama mit Kindern und Jugendlichen. In Fürst, Jutta, Ottomeyer, Klaus & Pruckner, Hildegard (Hrsg.). *Psychodrama-Therapie. Ein Handbuch* (S. 306-325). Wien: Facultas.

Bizeps (2013). *BIZEPS: Übersetzung der Handlungsempfehlungen der UN-Staatenprüfung Österreichs*. Zugriff am 16.11.2014. Verfügbar unter <http://www.bizeps.or.at/news.php?nr=14358>.

Bräuer, Markus (2009). Soziometrische Differenzierungsübungen mit altersdementen Menschen. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* 2009(01), S. 82-86.

Buer, Ferdinand (Hrsg.). (1999). *Morenos therapeutische Philosophie. Die Grundideen von Psychodrama und Soziometrie* (3. Auflage). Opladen: Leske + Budrich.

Buer, Ferdinand (Hrsg.). (2004). *Praxis der psychodramatischen Supervision. Ein Handbuch* (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Buer, Ferdinand (2007). Beratung, Supervision und Coaching und das Psychodrama. Eine Landkarte zur Orientierung in unübersichtlichem Gelände. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* 2007(02), S. 151-170.

Buer, Ferdinand (2010). *Psychodrama und Gesellschaft. Wege zur sozialen Erneuerung von unten. Reflexionen – Dialoge – Konzepte*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Buer, Ferdinand & Schmidt-Lellek, Christoph (2008). *Life-Coaching. Über Sinn, Glück und Verantwortung in der Arbeit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Bunz-Schlösser, Gabriele (1981). Das Psychodrama als Methode der klinischen Psychotherapie in der Rehabilitation hirngeschädigter Erwachsener. In Engelke, Ernst (Hrsg.). *Psychodrama in der Praxis. Anwendung in Therapie, Beratung und Sozialarbeit*. Vorwort von Grete A. Leutz (S. 154-185). München: Pfeiffer.

Denk, Gabriele (2004). Psychodrama bei Menschen mit geistiger Behinderung. In Fürst, Jutta, Ottomeyer, Klaus & Pruckner, Hildegard (Hrsg.). *Psychodrama-Therapie. Ein Handbuch* (S. 326-336). Wien: Facultas.

Denk, Gabriele (2012). Partnerschaft und Sexualität unter erschwerten Bedingungen. Frau- und Mannsein bei Menschen mit geistiger Behinderung. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* 2012(01), S. 91-106.

DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.). (2005). *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Zugriff am 15.11.2014. Verfügbar unter http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf.

Dörner, Klaus, Plog, Ursula, Teller, Christian & Wendt, Frank (2004). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (2.korrigierte Auflage). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Fontaine, Pierre (1994). Psychodrama mit geistig und körperlich Behinderten. In Petzold, Hilarion (Hrsg.). *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik und Theater* (4. Auflage der ersten Ausgabe 1978). (S. 217-227). Paderborn: Junfermann.

Graumann, Sigrid (2008). Die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen. *IMEW konkret Nr.11. Online-Version*. Zugriff am 15.11.2014. Verfügbar unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/graumann-konvention.html#idp941680>

Hirschberg, Marianne (2011). Behinderung: neues Verständnis nach der Behindertenrechtskonvention. Stellungnahme der unabhängigen Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention. *Positionen Nr. 4 2011*, www.institut-fuer-menschenrechte.de. Zugriff am 15.11.2014. Verfügbar unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/monitoringstelle4-hirschberg-verstaendnis.html>.

Hutter, Christoph (2002). *Psychodrama als experimentelle Theologie. Rekonstruktion der therapeutischen Philosophie Morenos aus praktisch-theologischer Perspektive* (2.Auflage). Münster: Lit.

Hutter, Christoph (2004). Konzepte in der Persönlichkeitstheorie Morenos. In Fürst, Jutta, Ottomeyer, Klaus & Pruckner, Hildegard (Hrsg.). *Psychodrama-Therapie. Ein Handbuch* (S.103-113). Wien: Facultas.

Hutter, Christoph (2005). Szenisches Verstehen in der Ehe-, Familien-, Lebens- und Erziehungsberatung. Eine diagnostische Landkarte für ein überkomplexes Feld. *Psychodynamische Psychotherapie (PDP). Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie* 2005(4), S.206-216.

Hutter, Christoph (2007). (Nicht nur) Psychodramatische Anmerkungen zu aggressivem Verhalten. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* 2007(01), S.9-23.

Hutter, Christoph (2009a). Mit den Augen zur Welt – Gesellschaft und Kultur als Herausforderungen von Beratung. In Oetker-Funk, Renate & Maurer, Alfons (Hrsg.). *Interkulturelle psychologische Beratung. Entwicklung und Praxis eines migrantensensiblen Konzeptes* (S.317-338). Norderstedt: Books on Demand.

Hutter, Christoph (2009b). Szenische Diagnostik in der Beratungsarbeit. In Pantucek, Peter & Röh, Dieter (Hrsg.). *Perspektiven Sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards* (S.189-202). Münster: LIT-Verlag.

Hutter, Christoph (2012). Das Menschenbild des Psychodramas von J.L. Moreno. In Petzold, Hilarion (Hrsg.). *Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen* (S.517-547). Wien: Krammer.

Hutter, Christoph (2014). *Persönliche Mitteilung* per Mail vom 26.10.2014.

Hutter, Christoph (o.J.). *Seminartexte*. Unveröffentlichtes Manuskript für die Arbeit in Seminaren.

Hutter, Christoph & Buer, Ferdinand (2012). *Funktionieren und Glücklich sein – wie passt das zusammen. Dialog zwischen Ferdinand Buer und Christoph Hutter*. Zugriff am 28.10.2014. Verfügbar unter www.isi-hamburg.org/download/0_Fachtagung_2012_Funktionieren_und_Gluecklich_sein_Publication_Endfassung.doc

Hutter, Christoph & Schwehm, Helmut (Hrsg.). (2009). *J.L. Morenos Werk in Schlüsselbegriffen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Integral, Markt- und Meinungsforschung (2011). *Sinus. Die Sinus-Milieus in Österreich*. Zugriff am 16.11.2014. Verfügbar unter http://www.integral.co.at/de/sinus/milieus_2011.php.

Kleyboldt, Thimo (2003). Gehörlosenkultur – Was ist das?. In Hermes, Gisela & Köbsell, Swantje (Hrsg.). *Disability Studies in Deutschland – Behinderung neu denken!. Dokumentation der Sommeruni 2003* (S.205-209). Kassel: Eigenverlag bifos e.V..

Leutz, Grete (1974). *Psychodrama. Theorie und Praxis*. Berlin: Springer-Verlag.

Lindmeier, Christian (2005). *Die neue internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO – Darstellung und Kritik*. Zugriff am 15.11.2014. Verfügbar unter <http://sassonia.de/ifkvpdf/ICF-Darstellung%20und%20Kritik%2006-09-2005.pdf>.

Mayr, Peter & Riss, Karin (2014, 15./16. November). „Ein bisschen Inklusion ist wie ein bisschen schwanger“. *Der Standard*.

Moreno, Jacob L (1981a). Das soziale Atom und der Tod (1947). In Moreno, Jakob L. *Soziometrie als experimentelle Methode. Ausgewählte Werke Bd.I. Hrsg. H. Petzold* (S. 93-97). Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.

Moreno, Jacob L (1981b). Grundlagen der Soziometrie. Konzepte und Experimente mit Gerüchten (1941). In Moreno, Jakob L. *Soziometrie als experimentelle Methode. Ausgewählte Werke Bd.I. Hrsg. H. Petzold* (S. 185-208). Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.

Moreno, Jacob L (1995). *Auszüge aus der Autobiographie. Herausgegeben von Jonathan D. Moreno*. Köln: inSzenario.

Moreno, Jacob L (1996). *Die Grundlagen der Soziometrie. Wege zur Neuordnung der Gesellschaft* (4.Auflage der ersten Ausgabe 1954). Opladen: Leske + Budrich.

Moreno, Jacob L (2008). *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Einleitung in die Theorie und Praxis* (6.Auflage der ersten Ausgabe 1959). Stuttgart: Thieme.

Mürner, Christian, Schönwiese, Volker (Hrsg.). (2006). *Das Bildnis eines behinderten Mannes. Bildkultur der Behinderung vom 16. bis ins 21. Jahrhundert*. Neu Ulm: AG SPAK.

Puschke, Martina (2005). Die internationale Klassifikation von Behinderung der Weltgesundheitsorganisation. *WeiberZEIT. Zeitung des Projektes "Politische Interessenvertretung behinderter Frauen" des Weibernetz e.V.* 2005(07), S.4-5.

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

Pruckner, Hildegard (2012). Das Modell der drei Arbeits Bühnen. Theoretische Grundlagen und praktische Umsetzung in der psychodramatischen Einzeltherapie. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* 2012(02), S.239-254.

Schacht, Michael (2003). *Spontaneität und Begegnung. Zur Persönlichkeitsentwicklung aus der Sicht des Psychodramas*. München: inSzenario.

Schacht, Michael (2009). *Das Ziel ist im Weg. Störungsverständnis und Therapieprozess im Psychodrama*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schulze, Marianne (2009). Die Konvention: ihre Notwendigkeit und ihre Möglichkeiten. *Behinderte Menschen. Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten* 2009(01), S.19-25.

Schulze, Marianne (2011). Menschenrechte für alle: Die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. In Flieger, Petra & Schönwiese, Volker (Hrsg.). *Menschenrechte - Integration - Inklusion. Aktuelle Perspektiven aus der Forschung* (S. 11-25). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Stadler, Christian & Kern, Sabine (2010). *Psychodrama. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Statistik Austria, Bundesanstalt Statistik Österreich (Hrsg.). (2013). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik*. Wien: Verlag Österreich GmbH.

Steingruber, Alfred (2000). *Der Behindertenbegriff im österreichischen Recht*. Abdruck der approbierten Diplomarbeit an der rechtswissenschaftlichen Fakultät der Karl-Franzens-Universität, Graz. Zugriff am 15.11.2014. Verfügbar unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/steingruber-recht.html>.

Stockner, Hubert (2010). *Österreichische Behindertenpolitik im Lichte der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades eines Magisters der Philosophie, Fakultät für Politikwissenschaft und Soziologie der Universität Innsbruck, Innsbruck. Zugriff am 15.11.2014. Verfügbar unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/stockner-behindertenpolitik-dipl.html>.

Unabhängiger Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, MonitoringAusschuss.at (2010). *Armut und Behinderung: Konventionskonforme Mindestsicherung und andere Maßnahmen zum Schutz vor Armut von Menschen mit Behinderungen*. Zugriff am 16.11.2014. Verfügbar unter <http://monitoringausschuss.at/stellungnahmen/armut-und-behinderung-30-07-2010>.

Unabhängiger Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, MonitoringAusschuss.at (2014). Zugriff am 16.11.2014. Verfügbar unter <http://monitoringausschuss.at>.

Walter, Luitgard (1981). Psychodrama mit körperbehinderten jungen Menschen. In Engelke, Ernst (Hrsg.). *Psychodrama in der Praxis. Anwendung in Therapie, Beratung und Sozialarbeit*. Vorwort von Grete A. Leutz (S. 186-201). München: Pfeiffer.

Wieser, Michael (1994). Szenisches Verstehen. Ein erster theoretischer Erkundungsversuch. *Psychotherapie Forum* 1994(2), S.6-19.

Wieser, Michael & Stadler, Christian (Hrsg.). (2013). Jakob Levi Moreno. Mediziner, Soziometriker und Prophet – Eine Spurensuche. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*. Sonderheft 5/2013.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Text auf dem Grabstein des Ehrengrabes von Jakob Levi Moreno auf dem Zentralfriedhof in Wien (Foto vom Autor).....	19
Abbildung 2: Aspekte einer Szene (Hutter & Schwehm, 2009, S.24)	23
Abbildung 3: Weg von der Szene zur Katharsis nach Hutter (Hutter & Schwehm, 2009, S.25).....	23
Abbildung 4: Die sechs Dimensionen einer Szene nach Hutter (Hutter & Schwehm, 2009, S. 30).....	25
Abbildung 5: Die Sinus Milieus in Österreich (http://www.integral.co.at/de/sinus/milieus_2011.php)	79
Abbildung 6: Gemälde des Einflusses der sechs Dimensionen einer Szene auf die Rolle des Behinderten Menschen (Grafik vom Autor)	104