

Tilman Fischer

**Lernen mit seelisch behinderten
Erwachsenen in der
Beruflichen Rehabilitation**

Ein handlungsorientierter sonderpädagogischer Förderansatz

Vorwort

Dieser Veröffentlichung liegen Jahre des Experimentierens, der Formulierung und konzeptionellen Ausgestaltung für seelisch behinderte Menschen »passender« Lernangebote, viele Gespräche und Diskussionen sowie umfangreiche Erkundungen durch Fortbildungen und Hospitationen zugrunde. Notwendig war vor allem ein Freiraum, diese didaktischen, lernorganisatorischen und methodischen Konzepte in praxi zu erproben. Daß dies nur mit einem dafür offenen Kollegium und mit geduldischen Teilnehmern gelingt, liegt auf der Hand. Deshalb gilt mein erster Dank den Rehabilitanden, die sich konstruktiv an unseren Unterrichts- und Ausbildungsversuchen beteiligten und die unvermeidlichen Fehlentwicklungen tolerierten. Besonders danken will ich den Lehrkräften und Ausbildern, den Psychologen, Ärzten und Sozialarbeitern des BBRZ, die sich in Lehrplan- und Klausurtagen diskussions- und reformfreudig engagierten; ohne deren intensive Mitarbeit hätte keine praktische Umsetzung stattfinden können.

Ganz herzlich bedanken möchte ich mich bei meinen »Doktorvätern«, Herrn Professor Dr. phil. Hans Stadler und Herrn Professor Dr. rer. nat. Christoph Leyendecker, Fachbereich Sondererziehung und Rehabilitation der Universität Dortmund, die mich in den letzten beiden Jahren intensiv berieten und begleiteten, und die mir Mut machten, dieses Lernkonzept für seelisch behinderte Erwachsene als Dissertation systematisch aufzuarbeiten und so der öffentlichen Diskussion zu stellen.

Nicht zu vergessen ist meine Frau, Doris Fischer, die einmal mehr die undankbare Aufgabe übernahm, das Skript auf Fehler, stilistische Mängel und unnötige Wiederholungen zu überprüfen.

Vor allem will ich aber dem Vorstand der SRH- Gruppe danken, ohne dessen Vertrauen und Rückhalt über die vielen Jahre hinweg die Entwicklung dieser Lern- und Ausbildungskonzeption für seelisch Behinderte im BBRZ Karlsbad-Langensteinbach nicht möglich gewesen wäre und der sich bei Kostenträgern und im Rahmen der Sozialpolitik intensiv dafür engagierte. Besonders danken darf ich auch für die finanzielle Hilfe, ohne die diese Veröffentlichung nicht als Fachbuch hätte erscheinen können.

Dieses Buch ist den beiden Human- Wissenschaftlern gewidmet, von denen ich am meisten gelernt habe und deren Erkenntnisse dieses Lernkonzept nachhaltig prägen: **Hans Aebli** und **Luc Ciompi**. Sie beeindrucken nicht nur durch ihr weitverzweigtes, in vielen Wissenschaftsgebieten begründetes geistiges Fundament, die Überzeugungskraft und logische Stringenz ihrer Theorien, gestützt durch jahrzehntelange praktische Erfahrungen, sowie die Klarheit und Verständlichkeit ihrer Diktion. Eine tief verwurzelte Humanität und ein hoher ethischer Anspruch, der »heimliche Lehrplan« aller ihrer Veröffentlichungen, sind als Vorbild und Verpflichtung heutzutage notwendiger denn je.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	11
1.1	<i>Zielsetzungen und Fragestellungen: Sonderpädagogische Förderung seelisch Behinderter ...</i>	<i>11</i>
1.2	<i>Problemstellung: Pädagogik und Psychiatrie</i>	<i>13</i>
1.3	<i>Erkenntnismöglichkeiten und -grenzen</i>	<i>16</i>
1.4	<i>Methodische Vorgehensweise</i>	<i>18</i>
2	Zur Vorgeschichte: Praxisversuche	21
2.1	<i>Das Rehabilitationskrankenhaus Karlsbad- Langensteinbach</i>	<i>21</i>
2.2	<i>Interne Entwicklung beruflicher Förderung seelisch Behinderter</i>	<i>22</i>
2.2.1	<i>Einrichtung der »Berufstherapie«</i>	<i>22</i>
2.2.2	<i>Suchphase: Berufliches und psychotherapeutisches Konzept</i>	<i>23</i>
2.2.3	<i>Bewertung: additiver statt integrativer Ansatz</i>	<i>28</i>
2.3	<i>Berufliche Fördermaßnahmen</i>	<i>30</i>
2.3.1	<i>Berufstherapie</i>	<i>30</i>
2.3.2	<i>Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen</i>	<i>31</i>
2.4	<i>Entwicklungsschritte zu einem eigenen didaktischen Ansatz</i>	<i>33</i>
2.4.1	<i>Arbeitstherapie</i>	<i>33</i>
2.4.2	<i>Berufsfindung und Arbeitserprobung</i>	<i>34</i>
2.4.3	<i>Lernprobleme Erwachsener</i>	<i>37</i>
2.4.4	<i>Lern- und Entwicklungsförderung</i>	<i>38</i>
3	Seelische Erkrankungen und Störungen	41
3.1	<i>Übersicht</i>	<i>41</i>
3.2	<i>Seelische Störung - Krankheit – Behinderung</i>	<i>42</i>
3.2.1	<i>Impairment, Disability, Handicap</i>	<i>42</i>
3.2.2	<i>Pädagogische Sicht seelischer Behinderung</i>	<i>48</i>
3.3	<i>Seelische Störungs- und Erkrankungsbilder</i>	<i>51</i>
3.3.1	<i>Neurotische, psychosomatische und Persönlichkeitsstörungen</i>	<i>51</i>
3.3.2	<i>Psychotische Störungen</i>	<i>59</i>
3.3.2.1	<i>Affektive, paranoide und sonstige Störungen</i>	<i>59</i>
3.3.2.2	<i>Schizophrene Störungen</i>	<i>61</i>
3.3.2.3	<i>Schizophrenie und berufliche Rehabilitation</i>	<i>67</i>
3.4	<i>Monistische Erklärungen der Schizophrenie</i>	<i>69</i>
3.4.1	<i>Biologische und genetische Ansätze</i>	<i>69</i>
3.4.1.1	<i>Stand der Diskussion</i>	<i>69</i>
3.4.1.2	<i>Konsequenzen für die Pädagogik und Rehabilitation</i>	<i>70</i>
3.4.2	<i>Psychodynamische Ansätze</i>	<i>71</i>
3.4.2.1	<i>Der psychoanalytische Ansatz</i>	<i>72</i>
3.4.2.2	<i>Psychotherapie und Pädagogik</i>	<i>74</i>
3.4.2.3	<i>Pädagogische Aspekte von Interaktions- und Kommunikationsstörungen</i>	<i>78</i>
3.4.3	<i>Lerntheoretischer Ansatz</i>	<i>81</i>
3.4.3.1	<i>Lerntheorie und Schizophrenie</i>	<i>82</i>
3.4.3.2	<i>Kognitive und psychoedukative Trainingsprogramme</i>	<i>84</i>
3.4.3.3	<i>Pädagogische Schlußfolgerungen</i>	<i>86</i>
3.4.4	<i>Soziologischer und antipsychiatrischer Ansatz</i>	<i>87</i>
3.4.4.1	<i>Zum Begriff</i>	<i>87</i>
3.4.4.2	<i>Der Wahn im Wandel der Zeit</i>	<i>88</i>
3.4.4.3	<i>Pädagogische Schlußfolgerungen</i>	<i>92</i>

3.5	<i>Zwischenbilanz: Viele Erklärungsmodelle - wenig Klärung</i>	93
3.6	<i>Komplexe, multifaktorielle Modelle</i>	96
3.6.1	Sozialpsychiatrisches Konzept	96
3.6.2	Systemischer Ansatz	98
3.6.2.1	Autopoietische Systeme	98
3.6.2.2	Systemische Therapie	100
3.6.2.3	Systemischer Ansatz aus pädagogischer Perspektive	101
3.6.3	Vulnerabilitäts- Stress- Modell	102
3.6.3.1	Zur Hypothese der schizophrenen Empfindlichkeit	102
3.6.3.2	Pädagogische Konsequenz: Förderung stabilisierender Kräfte	104
3.6.4	Salutogenese- Konzept	106
3.6.4.1	Gesund – krank?	106
3.6.4.2	Faktoren seelischer Gesundheit	108
3.6.4.3	Gesundheitsfördernde Entwicklung als Ziel beruflicher Rehabilitation	110
3.6.5	Affektlogisches Modell	111
3.6.5.1	Schizophrenie als ver- rücktes Gleichgewicht	111
3.6.5.2	Entwicklungsförderung durch Polarisierung auf ein Ziel	114
3.7	<i>Pädagogik im Irrgarten seelischer Krankheitsmodelle</i>	115
3.7.1	Eigener Standort oder Verlust der Identität	115
3.7.2	Pädagogische Anknüpfungsmöglichkeiten	116
3.7.3	Konsequenzen für ein pädagogisches Konzept	118
4	Didaktischer Ansatz	121
4.1	<i>Vorüberlegungen und Vorstufen</i>	121
4.1.1	Kooperative Didaktik	122
4.1.2	Kommunikative Didaktik	124
4.1.3	Teilnehmerorientierte Didaktik der Erwachsenenbildung	125
4.2	<i>Das lerntheoretische didaktische Modell</i>	127
4.2.1	bei Hirnverletzten	128
4.2.2	bei seelisch behinderten Erwachsenen	129
4.2.2.1	Individuelle Voraussetzungen	129
4.2.2.2	Soziale Voraussetzungen	129
4.2.2.3	Ziele	130
4.2.2.4	Inhalte und Themen	130
4.2.2.5	Methoden und Medien	131
4.3	<i>Zusammenfassung</i>	132
5	Teilnehmerorientierung	133
5.1	<i>Problemstellung und Ausgangsbasis</i>	133
5.2	<i>Grundlagen persönlichkeitsfördernder Entwicklungsziele</i>	134
5.2.1	Prädiktoren des Eingliederungserfolges	135
5.2.2	Ratingskalen zum Lern-, Arbeits- und Sozialverhalten	137
5.2.3	Arbeitsanalysen	141
5.2.3.1	Subjektive Arbeitsanalyse mit SAA und STA	142
5.2.3.2	Objektive Anforderungs- und Fähigkeitsanalyse mit MELBA	143
5.2.3.3	Objektive Arbeits- und Leistungspotentialanalyse mit ABBA	146
5.2.4	Berufs- und Arbeitsbiographie	150
5.2.5	Lernprobleme – Lernförderung Erwachsener	153
5.3	<i>Fördermodelle aus der Rehabilitation seelisch Behinderter</i>	155
5.3.1	Abensberger Leitfaden: Kompetenz- und Steuerungsmodell	155
5.3.2	Arbeitsarrangements - Förderung durch Arbeit	159
5.4	<i>Individuell »passende Lernarrangements«</i>	163

5.4.1	Differenzierung der Lernsituation	164
5.4.2	Personale und funktionale Kompetenzentwicklung.....	165
5.4.3	Lernfortschritte.....	167
5.4.4	Lernberatung - systemische Teamarbeit.....	170
5.4.5	Zusammenfassung: teilnehmerorientierte Lernarrangements.....	171
5.4.5.1	Generelle Angebote in Gruppen	172
5.4.5.2	Spezielle Angebote in Gruppen	172
5.4.5.3	Methodische Ansätze	173
5.4.5.4	Spezielle Einzelarrangements	174
6	Lernpsychologische Aspekte	175
6.1	<i>Vorüberlegungen</i>	<i>175</i>
6.1.1	Ganzheitlichkeit.....	175
6.1.2	Schlüsselqualifikationen	177
6.1.3	Handlungsorientierung.....	180
6.2	<i>Grundlegende kognitive Konzepte</i>	<i>183</i>
6.2.1	Das lernhierarchische Modell von Gagné	183
6.2.2	Das TOTE- Modell von Miller, Galanter und Pribram.....	187
6.3	<i>Handlungspsychologie und Handlungsregulationstheorie.....</i>	<i>190</i>
6.3.1	Der Ansatz Rubinsteins.....	190
6.3.2	Der Aneignungsansatz Leontjews	192
6.3.3	Das Etappenmodell Galperins	193
6.3.4	Das Handlungsregulationsmodell von Hacker und Volpert	195
6.3.5	Handlungsorientiertes Lernen nach der Handlungsregulationstheorie.....	198
6.3.6	Zusammenfassung.....	201
6.4	<i>Entwicklung des Denkens aus dem Handeln: Piagets genetische Erkenntnistheorie.....</i>	<i>203</i>
6.4.1	Assimilation und Akkommodation.....	203
6.4.2	Entwicklungsstufen	205
6.4.3	Die Entwicklung des Denkens aus dem Handeln	208
6.5	<i>Handeln und Denken lernen: Aeblis kognitive Handlungstheorie</i>	<i>211</i>
6.5.1	Kritik an tradierten Erklärungen des Lernens	211
6.5.2	Denken als Ordnen des Tuns	214
6.5.3	Handeln und Denken.....	216
6.5.4	Operationen und Begriffe.....	218
6.5.5	Zusammenfassung: »Mikro- und Makroebenen« handlungsorientierten Lernens	225
6.6	<i>Die emotionalen Grundlagen des Denkens: Ciompis Affektlogik und Handlungslernen</i>	<i>231</i>
6.6.1	Die zentrale Funktion der Affekte bei seelischen Störungen	231
6.6.2	Handeln, Fühlen, Denken.....	233
6.6.3	Affekte als Operatoren kognitiver Funktionen.....	236
6.6.4	Affektive Aspekte handlungsorientierten Lernens.....	240
6.6.4.1	Grundlegende Ansätze affektiver Entwicklungsförderung.....	241
6.6.4.2	Affektive Entwicklungsförderung mittels handlungsorientierter Lernprozesse	243
6.7	<i>Zusammenfassung: sonderpädagogische Förderung mit handlungsorientierten Lernkonzepten.....</i>	<i>248</i>
7	Methodische Ansätze.....	253
7.1	<i>Ein Grundschema handlungsorientierten Lernens.....</i>	<i>253</i>
7.1.1	Varianten des Tuns.....	255
7.1.2	Beobachten als Mit- Tun.....	258
7.1.3	Durchdenken der Handlung	260
7.1.3.1	Vor- Denken = Planen.....	260
7.1.3.2	Nach- Denken.....	261

7.1.4	Verbalisieren.....	262
7.1.4.1	Sprechen	262
7.1.4.2	Schreiben	263
7.1.4.3	Präsentieren	263
7.1.5	Zusammenfassung.....	263
7.2	<i>Beispiele handlungsorientierter Konzepte</i>	264
7.2.1	Erfahrungen mit dem CLAUS- Konzept.....	264
7.2.1.1	Zum Konzept.....	264
7.2.1.2	Bewertung.....	265
7.2.2	Erfahrungen mit der Leittextmethode.....	267
7.2.2.1	Zum Konzept.....	267
7.2.2.2	Eigene Erfahrungen und Bewertung.....	269
7.2.3	Künstlerische Übungen, Körper- und Bewegungserfahrungen.....	272
7.2.3.1	Der künstlerische Prozeß	273
7.2.3.2	Musik	276
7.2.3.3	Körper- und Bewegungserfahrungen.....	277
7.2.3.4	Anti- Streß- Training.....	279
7.2.3.5	Zusammenfassung.....	280
7.3	<i>Handlungs- und erfahrungsorientiertes Lernen</i>	281
7.3.1	Erfahrungsorientierte außerbetriebliche Ausbildung?	282
7.3.2	Erfahrungsorientierte Methoden.....	283
7.3.2.1	Fallstudien	283
7.3.2.2	Planspiele.....	284
7.3.2.3	Rollenspiele.....	286
7.3.2.4	Phantasieübungen.....	286
7.3.2.5	Zusammenfassung: Lernen durch Erleben	287
7.4	<i>Handlungsorientiertes Lernen in der Projektmethode</i>	288
7.4.1	Grundmodell.....	288
7.4.2	Erfahrungen mit der Projektmethode bei seelisch Kranken	290
7.4.2.1	Projektorientierte Arbeitstherapie.....	290
7.4.2.2	Berufsübergreifende Projektarbeit in Förderlehrgängen	291
7.5	<i>Handlungsorientierung und Lernorganisation</i>	293
7.5.1	Handlungsorientierte Reform der Ausbildung in BFWs	293
7.5.2	Epochenausbildung	295
7.5.3	Differenzierung	298
7.5.3.1	Alternierende Kursangebote	298
7.5.3.2	Binnendifferenzierung.....	299
7.5.4	Fördersystem	300
8	Zusammenfassung und Ausblick.....	303
9	Anhang.....	307
9.1	<i>Literaturverzeichnis</i>	307
9.2	<i>Sachregister</i>	333

1 EINLEITUNG

1.1 Zielsetzungen und Fragestellungen: Sonderpädagogische Förderung seelisch Behinderter

Das Ziel ist ein *pädagogisches Förderkonzept für seelisch Behinderte*. Die Überlegungen und Erfahrungen dazu basieren auf über 25 Jahren Berufsförderung im beruflichen Bildungszentrum (BBRZ) des Rehabilitationskrankenhauses Karlsbad- Langensteinbach (RKL). Die hier erprobte didaktische Konzeption soll anhand wissenschaftlicher Bezüge aus der Pädagogik¹, Psychiatrie und Psychotherapie systematisch evaluiert werden, um zu klären, inwieweit sie sich verallgemeinern und weiterentwickeln läßt. Leitlinie dafür ist eine möglichst *normale Lernsituation*. Alles Ausgrenzende, Abgrenzende und Begrenzende soll vermieden oder reduziert werden. Seelisch gestörte Teilnehmer², die häufig als »abnorm« gelten und sozial isoliert sind, benötigen umso mehr eine »normale« Umweltsituation, geprägt durch alltägliche Arbeits-, Lern- und Kommunikationsbeziehungen. Das betrifft die Rehabilitationseinrichtung, die Lernorganisation, das didaktische Konzept, die Wahl der Methoden und den Betreuungsstil.

Auf eine Analyse der individuellen Problematik und daraus resultierender Bedürfnisse kann man jedoch nicht verzichten. Eine normale Lernsituation schließt individuelle Förderung nicht von vornherein aus. Das *Normalitätsprinzip* umfaßt das allgemein Notwendige. *Spezielle Förderbedürfnisse* erfordern dagegen individuell adäquate inhaltliche und methodische Antworten. Ein *didaktischer Ansatz für seelisch Erkrankte* sollte daher:

1. Lösungsansätze für häufige Problemstellungen bereitstellen.
2. Individuelle Förderung ohne Ausgrenzung ermöglichen.
3. Mit Heterogenität umgehen, ohne die Teilnehmer gegenseitig zu blockieren.
4. Entwicklungsmöglichkeiten für seelisch behinderte Menschen anbieten.

Daraus leiten sich *drei Fragestellungen* ab: Die *erste* nach einem geeigneten didaktischen Grundmodell. Hierzu werden im 4. Kapitel Stadlers (1990, 193; 1996; 1998, 102) Überlegungen aufgegriffen, keine »eigenständige ‘Sonderdidaktik‘ [...] zu entwickeln», sondern sich auch bei Behinderten am *Lerntheoretischen didaktischen Konzept* (Heimann, Otto, Schulz 1970; Schulz 1993) zu orientieren. Die *zweite Fragestellung* bezieht sich auf Möglichkeiten systematischer individueller Problemanalyse. Im Kapitel 5 werden unter dem Stichwort *Teilnehmerorientierung* Instrumente zur Klärung der Förderbedürfnisse und zu

¹ »Pädagogik« wird durchgängig als erziehungswissenschaftlicher Überbegriff verstanden, obwohl an sich »Andragogik« für die Erwachsenenbildung zutreffend wäre; dieser Begriff wird aber wenig benutzt.

² Der neutrale Begriff »Teilnehmer« hat sich in der beruflichen Rehabilitation behinderter Erwachsener weitgehend durchgesetzt.

»passenden« Lernarrangements diskutiert. Die *dritte Frage* befaßt sich im 6. und 7. Kapitel mit einem für das Lernen seelisch Behinderter passenden Methodenrepertoire.

Zielsetzung ist also ein sonderpädagogisches Konzept für das Lernen mit seelisch behinderten Erwachsenen. Ansätze dafür werden in der Verknüpfung von Ciompis affektlogischem Modell (1982, 1997) mit handlungs- und kognitions-theoretisch begründeten Lernkonzepten von Aebli (1980, 1981, 1991) gesehen. Der Schweizer Psychiater Luc Ciompi gilt als einer der profiliertesten Schizophrenieforscher (siehe Kapitel 3.6.5 und 6.6). Er leitet das Phänomen der Psychosen, insbesondere der Schizophrenie, aus sich ständig ein Gleichgewicht suchenden Entwicklungsprozessen des Affektsystems ab, das sich verknüpft mit der Entwicklung des Denkens aufbaut. Dazu greift er im Analogieschluß auf die kognitive Entwicklungspsychologie Jean Piagets zu, die er mit der Affekttheorie der Psychoanalyse sowie mit neueren Forschungsergebnissen der Neurobiologie über »neuronalen Plastizität« verbindet. Die Dynamik dieses Geschehens führt er auf Selbstregelungsmechanismen lebender Systeme und unvorhersehbare Entwicklungssprünge zurück, die er mittels der Chaostheorie erklärt. Wenn sich Denken *und* Fühlen in ständigem Ringen nach Homöostase untrennbar verknüpft entwickeln, dann ist nach Ciompis Theorie Ver-rücktheit oder Überschnappen lediglich ein anomaler Gleichgewichtszustand, der folglich auch wieder zurückschnappen könnte, den man also beeinflussen kann.

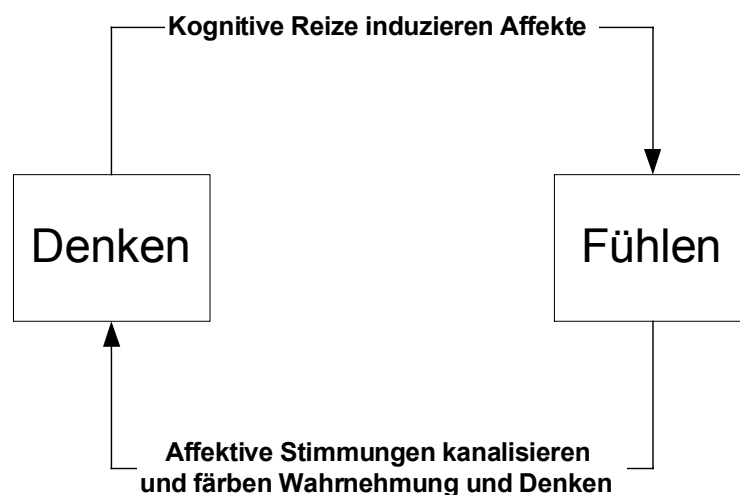


Abb. 1: Der Systemzusammenhang von Denken und Fühlen nach dem affektlogischen Modell³

Hans Aebli (1923-1990), Schweizer Pädagoge, Psychologe und Schüler sowie deutscher Herausgeber der Werke Piagets bei Klett-Cotta, bezieht sich in seinen kognitions- bzw. handlungstheoretischen Lernkonzepten ebenfalls auf dessen Entwicklungspsychologie. Er führt als namhafter Vertreter der pädagogischen

³ Soweit nicht ausdrücklich durch Zitat gekennzeichnet, sind alle Abbildungen/Tabellen eigene Entwürfe.

Psychologie jedoch über den *entwicklungspsychologischen* Ansatz Piagets hinaus (siehe Kapitel 6.5). In Anlehnung an den Pragmatismus des amerikanischen Philosophen John Dewey und die Reformpädagogik Georg Kerschensteiners zeigt Aebli, wie sich Denken aus dem Handeln ableitet und durch Lernen kognitive Entwicklung systematisch aufgebaut wird. An seinen didaktisch- methodischen Überlegungen orientieren sich die sonderpädagogischen Versuche im RKL bzw. BBRZ seit Jahren. Die positiven Erfahrungen scheinen zu bestätigen, daß in handlungsorientierten Lernsituationen für seelisch Behinderte Transparenz und emotionale Sicherheit geschaffen sowie Denk- und Problemlösefähigkeiten gefördert werden.

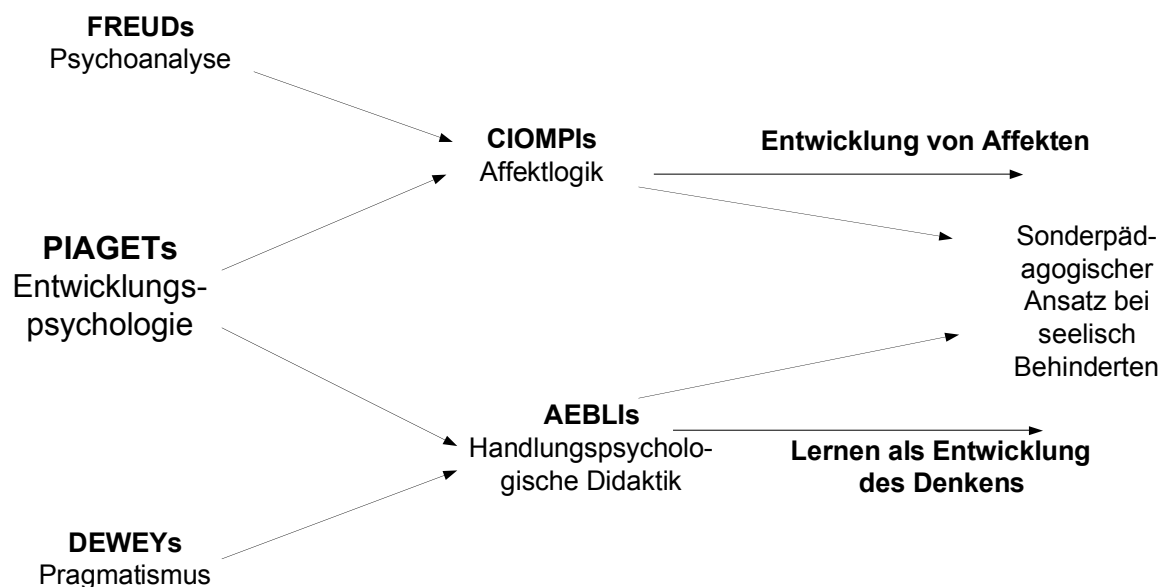


Abb. 2: Sonderpädagogischer Ansatz bei seelisch behinderten Erwachsenen

Wenn seelische Gesundheit von Schizophrenen nach Ciompis affektlogischen Modell stabilisiert werden kann und diese Vorgänge integriert mit kognitiven Lern- und Entwicklungsprozessen ablaufen, dann liegt eine Verbindung seiner Vorstellungen mit denen Aebli für ein *sonderpädagogisches Konzept* nahe. Deshalb soll Ciompis Theorie daraufhin untersucht werden, ob sie in handlungsorientierte berufspädagogische Lernprozesse einbezogen werden kann. Aebli pädagogisch-psychologische Konzepte sind zu hinterfragen, ob sie für diese affektlogischen Aspekte offen sind.

1.2 Problemstellung: Pädagogik und Psychiatrie

In diesem Zusammenhang sind die Beziehungen zwischen Pädagogik und Psychiatrie bzw. Psychotherapie und daraus abzuleitende didaktische Folgerungen zu überdenken:

1. Bei psychiatrischen Behinderungen, wie z.B. Schizophrenie, herrscht in der Pädagogik und der beruflichen Rehabilitation das medizinische Denkmodell vor; so kommt es meist zu keiner originären pädagogischen Entwicklungslinie. Man überweist den »Kranken« an die Medizin und setzt die Arbeit erst mit dem »Genesenen« fort.
2. In der Psychotherapie dominierten viele Jahre tiefenpsychologische und psychoanalytische Denkweisen, die sich entschieden von jeder Verhaltensmodifikation abgrenzten und deshalb pädagogischen Ansätzen kritisch gegenüberstanden.
3. Drei Entwicklungslinien veränderten diese Situation jedoch nachhaltig:
 - (1) Die den tradierten Krankheitsgenese-Modellen trotzen konstanten Inzidenzraten erzwangen komplexere Erklärungsansätze.
 - (2) Die sozialpsychiatrische Bewegung bemühte sich um einen intensiveren sozialen Erklärungszusammenhang und um die Öffnung der Psychiatrie.
 - (3) Es wurden psychoedukative, kognitive und soziale Trainingsprogramme für die Therapie schizophrener Erkrankter entwickelt.

Im 3. Kapitel soll deutlich werden, warum es relativ wenig konstruktive Beziehungen zwischen Psychiatrie und Pädagogik gab. Für die klassische Psychiatrie war Pädagogik kein Thema. Lernen kam in ihrem medizinisch-naturwissenschaftlichen Modell des »Heilens« nicht vor. Die in der Psychiatrie etablierte Arbeits- und Beschäftigungstherapie, die natürlich Lernsequenzen beinhaltet, fügte sich in dieses medizinische Systemdenken ein. Eigenständige methodische Lernansätze für seelisch Kranke sind dort nicht zu finden.

Auch die psychoanalytisch geprägte Psychotherapie sah in der Pädagogik keine Ergänzung ihres therapeutischen Setting, weil sie jeder verhaltensändernden Methode, die nicht aus den Quellen des psychodynamischen Konfliktes gespeist wurde, zutiefst mißtraute. Neidhardt (1989, 804) charakterisiert diese schwierige Beziehung als ein Verhältnis zwischen »Scylla und Charybdis«; jede der beiden Wissenschaften würde sich selbst entfremden, wenn sie diese grundlegende Spannung zu überwinden suchte.

Die sozialpsychiatrische Bewegung entwickelte viele Aktivitäten, um den Hospitalismus und die Isolation seelisch behinderter Menschen zu überwinden. Sie geriet dabei in eine eher quantitative Diskussion über Plätze, Institutionen und Kapazitäten des therapeutischen Angebotes. Die theoretische Auseinandersetzung und Diskussion geeigneter Methoden unterblieb (Kap. 3.6.1). Bezüglich pädagogischer Ansätze sind hier keine methodischen Anregungen zu finden, obwohl sich die Sozialpsychiatrie frühzeitig und intensiv mit Rehabilitationsangeboten beschäftigte (Hohm 1977).

Neuere kognitive und soziale Trainingsprogramme, die bei »basalen Störungen« der Schizophrenie ansetzen, zeigen positive Lerneffekte, bleiben aber isoliert und laborparadigmatischen, behavioristischen Vorstellungen von Lernen

verhaftet. Komplexere kognitive Lernansätze werden in der *therapeutischen* Fachszene dagegen kritisch auf ihre Theorie Relevanz hinterfragt.

Umgekehrt hat sich auch das Interesse der Pädagogik an psychiatrischen Problemen oftmals darin erschöpft, Erkenntnisse der Psychiatrie zu psychopathologischen Syndromen zu referieren und rezipieren, manchmal auch zu kritisieren, ohne sie jedoch in ein eigenes Konzept zu integrieren.

Die Heilpädagogik hat sich am *medizinischen Denken* festgemacht und wurde damit zu einem Teil der Medizin ohne eigenen Ansatz (vgl. Kapitel 3.2). Eine *Sonderpädagogik für seelisch Gestörte* existiert nicht. Die Pädagogik der Verhaltensgestörten subsumiert psychiatrische Probleme unter ihre Aufgaben und leistet so wichtige informative und therapeutische Hilfen (Myschker 1989, 1993; Petermann 1991). Sie bleibt aber eine explizit *pädagogische Antwort* bei Psychosen oder Borderline-Syndromen schuldig. Diese sind undurchschaubar und scheinen sich deshalb verhaltensmodifikatorischen Interventionen im Kontext von Schule zu entziehen. Nach dem "spezialisierten Pädagogen" zu rufen (Myschker 1993, 360), ohne ihn mit Werkzeugen zu versorgen, genügt jedoch nicht.

Die *Schulpädagogik* scheint das Problem Schizophrenie bzw. Psychose nicht zu kennen, oder sie ignoriert es als individuelles und letztlich *schulfremdes Krankheitsproblem* (Lempp 1989, 903). Immerhin erkranken etwa 1% der Bevölkerung an Schizophrenie und weitere 1% an affektiven Psychosen (Winkel 1991, 145), von Neurosen, Sucht- und psychosomatischen Erkrankungen einmal abgesehen. In einer Sekundarschule mit 1000 Schülern in 9 Jahrgängen und 30 Klassen müßten in jedem Jahrgang durchschnittlich zwei Schizophrene oder Manisch- Depressive auffallen. Pädagogische Intervention findet aber oft nur *vor* oder *nach* einem »schizophrenen Schub« statt. Man darf annehmen, daß dieses Problem aus Unwissenheit, Hilflosigkeit oder Betroffenheit verdrängt wird und auch ein unmittelbarer Kontakt mit einem psychotischen Schüler daran nichts ändert, sondern eher Episode bleibt. Andererseits tritt die akute Phase schizophrener Psychosen meist erst in oder nach der Pubertät auf, so daß dieses Phänomen, im Gegensatz zu Verhaltensstörungen, im Primarschulbereich und den unteren Klassen der Sekundarstufe weniger bekannt wird (Ludewig 1992, 170). Natürlich kann es pädagogisch nicht um *Heilung* und darf es nicht um therapeutischen *Dilettantismus* gehen. Es ist aber die Frage zu stellen, ob zur natürlichen Heterogenität, die in einer Schulklasse von 20 oder 30 jungen Menschen vorzufinden ist, nicht auch »extremere Persönlichkeiten« gehören dürfen, wie z.B. Menschen mit einer schizophrenen Vulnerabilität. Erziehungskunst wird sich nicht allein am Einfachen, Regelhaften, alltäglich Normalen beweisen, sondern in ihrer Integrationsfähigkeit für das Besondere, Problematische, Individuelle. Nicht jedes Problem wird innerhalb der Schule gelöst werden können. Psychiatrie und Pädagogik sollten aber mehr voneinander wissen und sich gegenseitig weiterentwickeln helfen, damit die allseitigen Forderungen nach *Ganzheitlichkeit* der Erziehung etwas mehr eingelöst werden. Deshalb werden

die Zusammenhänge und Hintergründe seelischer Störungen im 3. Kapitel ausführlich für ein pädagogisches Verständnis aufbereitet.

1.3 Erkenntnismöglichkeiten und -grenzen

Die Erfahrungen aus dem RKL/BBRZ und vergleichbaren Einrichtungen (Schopf 1991) weisen darauf hin, daß

1. die Öffnung und bewußte Orientierung der Einrichtung für seelisch behinderte Menschen,
2. sonderpädagogische Methoden,
3. ein erwachsenengerechter Stil des Lehrens und Lernens und gleichberechtigte Interaktion zwischen Teilnehmern und Mitarbeitern,
4. eine für die Teilnehmer überschaubare Größe der Einrichtung und ein verlässlicher personaler Bezugsrahmen,
5. intensive Zusammenarbeit zwischen Psychiatern, Psychologen, Therapeuten, Sozialarbeitern und Pädagogen und nicht zuletzt
6. ergänzende therapeutische, soziale und auf Entwicklung von Ich-Identität und Persönlichkeit ausgerichtete Angebote

entscheidende Voraussetzungen für das Gelingen der beruflichen Rehabilitation und der gesellschaftlichen Integration sind. Für diese Hypothese sprechen statistische »Schlüsseldaten« (Fischer 1994^b): Bei ca. 45% aller Teilnehmer im Bildungszentrum des RKL (BBRZ) liegen psychiatrische Erstdiagnosen vor; ihre Abbrecherquote innerhalb der Ausbildung beträgt dennoch weniger als 8%. Über 90% schließen ihre Ausbildung, trotz temporärer Schwierigkeiten und krankheitsbedingter Ausfälle, erfolgreich mit der Prüfung vor der Industrie- und Handelskammer ab. Ca. 80% erreichen auch eine aufbauende zweite Ausbildungsstufe. Die Vermittlungsquote ein Jahr nach der Ausbildung hat sich zwar im Verlaufe der letzten fünf Jahre verschlechtert: von über 80 auf teilweise unter 50%. Man kann jedoch davon ausgehen (so auch Kleffmann 1996, 258), daß dies mehr mit der geschwundenen Akzeptanz für seelisch Behinderte am Arbeitsmarkt als mit mangelnden Eingliederungsvoraussetzungen zu erklären ist.

Um die Notwendigkeit eines spezifischen Förderkonzeptes für seelisch Behinderte empirisch zu belegen, sind dieser Erfahrungshintergrund und das Zahlenmaterial nicht hinreichend repräsentativ. Da »Wirksamkeit« pädagogischen Planens und Handelns personen- und kontextabhängig ist, kann die Frage nach der Übertragbarkeit der hier vorgeschlagenen Ansätze nicht objektiv beantwortet werden. Die eher »experimentellen Erfahrungen« (Leyendecker 1983) sprechen aber dafür, daß sich so relativ günstige Fördersituationen für seelisch behinderte Erwachsene schaffen lassen. Quantitativ- empirisch ließe sich ohnedies nicht überzeugend belegen, welche sonderpädagogischen Ansätze und Betreuungsbe-

dingungen beruflich »besser fördern« und sozial »stärker reintegrierend« wirken:

1. Die Lebens- und Erkrankungsprobleme sind viel zu facettenreich und vielschichtig, als daß sich beobachtete oder vermeintliche Entwicklungseffekte zuverlässig bestimmten Wirkfaktoren oder Förderansätzen zuordnen ließen. Eigene emotionale Bedürfnisse der Betreuer und Pädagogen verführen immer wieder dazu, sich »Verbesserungen« selbst zuzuschreiben - und die Teilnehmer für »Verschlechterungen« selbst verantwortlich zu machen.
2. Viel zu undurchsichtig und diffus bleiben seelisch beeinträchtigte Menschen in ihren Denk- und Motivationsstrukturen. Man erlebt in der praktischen Arbeit täglich, schmerzlich- verdrängend oder einsichtig- bescheiden, wie fremd Menschen bleiben, die man immerhin mehrere Jahre intensiv begleitet. Dann klammern sich viele Betreuer an Akten und Diagnosen, »Behinderungsbilder« oder Äußerlichkeiten und verlieren so die Person, um die es geht, aus dem Auge.
3. Andererseits ist erstaunlich und nicht ausreichend geklärt, *warum* sich schwer seelisch gestörte Teilnehmer unter den aufgezeigten Lernumwelt-Bedingungen positiv entwickeln - ohne sichtbaren Zusammenhang zu bestimmten Therapieverfahren, Betreuungsansätzen oder Unterrichtsmethoden. Solche »positiven Entwicklungen« drücken sich nicht so sehr in »besseren Lernleistungen«, sondern in Kleidung, Sauberkeit, Interesse an sich selbst und anderen, Freundschaften, Beziehungen etc. aus.

Es wird zu klären sein, ob diese, bisher wenig evaluierten sozialen und affektiv stabilisierenden Lern- und Umweltbedingungen, wie sie auch Ciompi (1982, 1997) als langfristige therapeutische Perspektive für Schizophrenie aufzeigt, in Verbindung mit handlungsorientierten didaktischen Ansätzen positive Entwicklungsprozesse versprechen. Da gilt es, nicht abgestoßen oder eingeschüchtert von der Problematik psychiatrischer Störungen einen »Mantel des Schweigens oder der Hoffnungslosigkeit auszubreiten«, sondern pädagogisch nicht aufzugeben und immer wieder neue Möglichkeiten zu suchen. Weil nur erfolgsoversichtliches pädagogisches Denken und Handeln Ressourcen freilegen und Kräfte mobilisieren kann, die seelisch erkrankten Menschen eigene Veränderungen möglich und erstrebenswert erscheinen lassen, muß diese Aufgabe von den Ausbildern und Pädagogen in der Rehabilitation viel bewußter und intensiver ergriffen werden. Sie dürfen ihre Rolle nicht darin erschöpfen, Fachinhalte zu vermitteln und die anderen Probleme an Therapeuten abzugeben. Man braucht dazu Motivation und eine ethische Grundlage, aber auch geeignete didaktische und methodische Konzepte, wie sie bisher wenig für psychiatrische Erkrankungsbilder bedacht und erprobt wurden.

1.4 Methodische Vorgehensweise

Pädagogik umfaßt nach Tschamler (1996, 103) drei Aufgaben:

1. Die Beschreibung und Interpretation der pädagogischen Arbeitsfelder mittels empirisch-analytischer und hermeneutisch-phänomenologischer Methoden.
2. Den Entwurf und die Entwicklung von Modellen aufgrund von komplexen Theorien mittels konstruktiv-theoretischer Methoden.
3. Die theoretisch-reflexive Begründung der Pädagogik als Wissenschaft.

Die ersten beiden spielen für diese Arbeit in der Verknüpfung von pädagogischer Theorie und Praxis der beruflichen Rehabilitation eine wichtige Rolle. Zentrale Zielsetzung ist die Suche nach bzw. der Entwurf von pädagogischen Modellen zur beruflichen und persönlichen Entwicklungsförderung seelisch behinderter Erwachsener.

In Kapitel 2 werden eigene Versuche und Experimente beschrieben und damit ein erster Einblick in das *pädagogische Arbeitsfeld* der beruflichen Rehabilitation seelisch behinderter Erwachsener hergestellt.

In Kapitel 3 dominiert ein phänomenologischer Zugang zum Problemkreis seelischer Behinderungen. Aus ihren vielfältigen Erscheinungsformen soll deutlich werden, daß vorschnelle Verallgemeinerungen von »Handicaps« bzw. »Krankheitsmerkmalen« die Lebenssituation des einzelnen Betroffenen erheblich verfehlen können. Andererseits müssen die mannigfaltigen Krankheits-Phänomene so reduziert werden, daß das »Besondere seelischer Behinderung« faßbar wird, damit sich der Pädagoge hineindenken und vor allem einfühlen kann. Unterschiedliche Erklärungshypothesen und genetische Modelle sollen den vielfach verbreiteten »naiven« Annahmen über Ursachen und Wirkungen seelischer Störungen gegenübergestellt werden. Erst dann können, frei von voreiligen Wertungen und emotional gefärbten Vorurteilen, Förderpotentiale nach sachlogischen und kritisch-rationalen Kriterien entwickelt werden.

Was im 3. Kapitel *generell* im Hinblick auf seelische Störungen analysiert wird, findet im 5. Kapitel: Teilnehmerorientierung seine *individuelle Entsprechung*. Ohne einen hermeneutischen Zugang zum individuellen Krankheits- und Entwicklungsphänomen lassen sich letztlich weder teilnehmerspezifische Förderpläne noch methodische Entscheidungen begründen. Die individuelle Problemsituation und je spezifische Lern- und Persönlichkeitsentwicklung müssen Gegenstand eines kontinuierlichen Diskussions- und Einfühlungsprozesses der Pädagogen und Betreuer sein. Man muß die Verhaltensweisen der Teilnehmer zu verstehen versuchen, um sie zur Wahrnehmung ihrer Perspektiven und zur Veränderung ihrer Lebenssituation zu aktivieren.

Die Kapitel 4 und 7 dienen der Diskussion komplexer didaktischer und lernpsychologischer Theorien im Hinblick auf die Zweckmäßigkeit und Anwend-

barkeit *handlungsorientierter* und *affektlogischer* Lern- und Verhaltensmodelle bei seelisch Behinderten. Dabei werden zuerst die theoretischen Grundlagen der Modelle deduktiv abgeleitet. Anhand einzelner methodischer Beispiele und Erfahrungsberichte läßt sich dann in Kapitel 7 exemplarisch zeigen, ob und wie diese theoretischen Modelle und das »Wissen der Praxis« zusammenfinden.

So spannt sich ein Bogen von eigenen praktischen Erfahrungen beim Lernen mit seelisch behinderten Erwachsenen über die Theorien der Psychiatrie und Pädagogik wieder hin zu praxisrelevanten Modellen. Diese »Theorie – Praxis – Verknüpfung« findet sich im handlungsorientierten Ansatz selbst wieder, der geradezu prototypisch für die Integration dieser beiden Aktionsfelder ist.

2 ZUR VORGESCHICHTE: PRAXISVERSUCHE

Weder theoretische Modelle noch wissenschaftliche Konzepte initiierten ursprünglich die pädagogischen Überlegungen zur beruflichen Förderung seelisch behinderter Erwachsener, sondern die praktische Arbeit in einem spannenden Versuchsfeld: der Abteilung für Klinische Psychiatrie und Sozialpsychiatrie im Klinikum Karlsbad⁴ und der Berufstherapie im Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ). Die Entwicklung beider Bereiche hat eng verzahnt, in fast symbiotischer Verbindung und intensiver gemeinsamer Diskussion, jedoch nicht immer in harmonischer Übereinstimmung stattgefunden. Die Psychiatrische Abteilung würde sich heute wenig von einer konventionellen klinischen Psychiatrie unterscheiden, wenn nicht dieser anders- und manchmal fremdartige Impetus Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte zu einer neuen Standortdefinition (Rudnitzki 1974) geführt hätte. Der berufliche Bereich hatte sich durch die Arbeit mit seelisch kranken Erwachsenen einem andauernden, radikalen Hinterfragen seiner Inhalte, Vorgehensweisen und Begründungszusammenhänge einschließlich der persönlichen Haltung der Mitarbeiter zu stellen, was ein ausschließlich berufliches bzw. fachliches Denken nicht zuließ.

2.1 Das Rehabilitationskrankenhaus Karlsbad- Langensteinbach

Das RKL mit seinem BBRZ ist eine der ersten Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation -Phase II- im Sinne des Aktionsprogrammes der Bundesregierung zur Förderung der Rehabilitation der Behinderten vom 14.4.1970. Medizinisch- berufliche Rehabilitationseinrichtungen sollen Lücken schließen zwischen der medizinischen Erstversorgung in Allgemeinen Krankenhäusern -Phase I- und Beruflichen Rehabilitationszentren -Phase III- zur Ausbildung Erwachsener (*Berufsförderungswerke: BFW*) und Jugendlicher (*Berufsbildungswerke: BBW*) sowie Einrichtungen zur dauerhaften Beschäftigung Behinderteter -Phase IV- (*Werkstatt für Behinderte: WfB*). Zielsetzung war die Integration medizinischer und beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen in einem einheitlichen, nahtlosen und interdisziplinären Verfahren, wobei »bereits am Krankenbett« (BAR 1984, 52) erste Maßnahmen beruflicher Förderung und Abklärung des sozialen Kontextes zur möglichst unmittelbaren Wiedereingliederung führen und -entgegen dem seinerzeit vorherrschenden *kurativen Ansatz* der Medizin- zu einem aktivierenden, ganzheitlich- humanistischen Handeln beitragen sollten. Zwischenzeitlich existieren 16 Zentren der Phase II, die sich in einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen haben (BMA 1997), überwiegend spezialisierte Krankenhäuser mit Abteilungen für Berufstherapie oder für beruf-

⁴ frühere Bezeichnung: Rehabilitationskrankenhaus Karlsbad-Langensteinbach (RKL) - Träger: Stiftung Rehabilitation Heidelberg. Heute: Klinikum Karlsbad, Träger: SRH-Gruppe. Die bisherige Abkürzung RKL wird hier weiter verwendet

liche Förderung: im Bereich seelisch Behinderter z.B. das ATZ- Saarbrücken und das Haus St. Michael in Neustadt/Main.

Dagegen ist das Klinikum Karlsbad wesentlich breiter gefächert. Es umfaßt nicht nur die »klassischen« rehabilitationsmedizinischen Bereiche, wie Neurologie (100 Betten) und eine Abteilung für Schädel- Hirn- Verletzte inklusive Frührehabilitation (70 Betten) sowie die Querschnittabteilung (44 Betten), sondern auch akutmedizinische Abteilungen, zum Beispiel Orthopädie mit Wirbelsäulenchirurgie (152 Betten) und die Innere Abteilung mit Schwerpunkt Gefäßerkrankungen (120 Betten). Diese Öffnung des RKL zur operativen und akuten Medizin *und* seine gleichzeitige Zuordnung zur *Rehabilitationsmedizin* wurde oft kritisiert und nicht verstanden. Der rehabilitative Ansatz in der Medizin schlägt sich jedoch nicht primär in speziellen Behandlungsformen nieder, sondern ist in einem anderen Zugang zur Problematik der Patienten zu suchen. Erkrankung wird im Kontext zur persönlichen, sozialen und beruflichen Situation gesehen, um zu einem umfassenden Bewältigungskonzept beizutragen.

Eine Psychiatrie mit 60 Betten in privater Trägerschaft ist ungewöhnlich. Ihre Einrichtung beruhte bereits auf dem Konzept des vorherigen Trägers, einer privaten, pietistischen Strömungen (Evangelischen Freikirchen) zuzurechnenden Gemeinschaft, der Langensteinbacher Höhe e.V.. Sie erbaute und betrieb dieses Krankenhaus unter großen persönlichen Opfern ihrer Mitglieder als Rehabilitationskrankenhaus, allerdings konzentriert auf den medizinischen Aspekt. Es umfaßte -neben der Psychiatrie- die Orthopädie, Innere Medizin, geriatrische Rehabilitation und Krebsnachsorge sowie Neurologie. Ausgebaute Therapieabteilungen für Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie, Logopädie und physikalische Therapie setzten frühzeitige Schwerpunkte der medizinischen Rehabilitation. Die Voraussetzungen für einen ganzheitlich- rehabilitativen Ansatz in der Psychiatrie waren dadurch günstig. Die Abteilung und ihre Patienten waren innerhalb des Hauses nicht isoliert und deshalb auch außen wenig stigmatisiert. In allen Therapie- und Trainingsbereichen gab es eine Mischung von Patienten ganz unterschiedlicher Erkrankungsbilder und daher eine relativ normale soziale Situation.

2.2 Interne Entwicklung beruflicher Förderung seelisch Behinderter

2.2.1 Einrichtung der »Berufstherapie«

Die Stiftung Rehabilitation Heidelberg hatte das RKL 1970 (wegen finanzieller Schwierigkeiten des vorherigen Trägers), gemeinsam mit Berufsgenossenschaften und einer Rentenversicherung übernommen und u.a. geplant, als konzeptionelle Weiterentwicklung eine Abteilung für berufliche Förderung einzurichten, die *Berufstherapie* (Fischer 1974). Im Gegensatz zur *Arbeitstherapie*, ohne Bezug zum Beruf des Klienten, sollte diese Therapie *berufsorientiert* sein: möglichst bald an den Arbeitsplatz und in den Beruf zurückführen. Über grobe Zielsetzungen hinaus bestanden anfangs keine Vorstellungen. Die Einrichtungen in

den ehemaligen Wirtschaftsbetrieben des Krankenhauses, der Bäckerei und Metzgerei, waren sehr provisorisch. Das erste Konzept (Stiftung Rehabilitation 1973) unterschied zwischen

1. *Bildungstraining*, das allgemeinbildenden und berufsfachlichen Unterricht mit »therapeutischer« Zielsetzung, z.B. Förderung der Konzentration und Belastbarkeit umfaßte, und
2. *berufspraktischem Training*, das in Werkstätten und an Übungsplätzen stattfinden sollte.

Dieses Angebot wurde vorbereitet und begleitet durch einen kontinuierlichen *Erprobungs- und Abklärungsprozeß*, der sowohl den Patienten selbst als auch den beteiligten Ärzten und Therapeuten Möglichkeiten und Grenzen der beruflichen Eingliederung aufzeigen sollte.

Als Berufsfelder waren Kaufmännische Berufe, Maschinenbauberufe, Technisches Zeichnen und Bauzeichnen sowie Elektroberufe vorgesehen. Als *Berufstherapeuten* arbeiteten überwiegend Fachhochschulabsolventen, Meister und Techniker, teils mit Unterrichtserfahrung. Die Abteilung »Berufstherapie« umfaßte anfangs 15 Trainingsplätze und wurde sukzessive auf 30, dann auf 70 Plätze erweitert. 1977 wurde ein Neubau mit insgesamt 80 Plätzen für Patienten aus der Klinik und 130 Plätzen für berufliche Fördermaßnahmen mit Internatsunterbringung bezogen. Das Programm umfaßte nun Berufsfindung und Arbeitserprobung, Berufsvorbereitung sowie Berufliche Anpassung, worunter gezielte Trainingsmaßnahmen verstanden wurden, die direkt auf einen Arbeitsplatz zurückführen sollten. Da seelisch behinderte Patienten im RKL oft keinen Beruf erlernt und deshalb auch keinen Arbeitsplatz angeboten erhielten, wurden diese Anpassungsmaßnahmen aufgegeben und statt dessen Ausbildungsgänge in das Programm aufgenommen (Fischer 1984).

2.2.2 Suchphase: Berufliches und psychotherapeutisches Konzept

Die »Berufstherapie« als beruflichen Trainings- bzw. Therapiebereich neu in ein Krankenhaus zu integrieren, verlangte neben fachlichen und organisatorischen Pionierarbeiten einen Konsens mit den Beteiligten: den Behinderten, den Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften. Dies war nicht einfach und stieß teilweise auf erhebliche Widerstände, weil sich ein Bereich etablierte, der nicht unter direkter ärztlicher Anleitung arbeitete. Zwischen Veröffentlichungen (Paeslack 1975) und Praxis interdisziplinärer Teamarbeit (Rudnitzki 1972; Fischer 1972) blieben im von Ärzten dominierten Krankenhausbetrieb erhebliche Diskrepanzen.

Diese Phase war für die psychiatrische Abteilung besonders schwierig. Man suchte ein eigenes psychiatrisches Behandlungsprofil; deshalb war zu überlegen, wie »therapeutisch« diese *Berufstherapie* im psychotherapeutischen Bezugs-

rahmen sein sollte. Die Psychiatrie wurde damals von einem Team junger, sozialpolitisch (im 1970 gegründeten »Mannheimer Kreis« [Hohm 1976, 76]) engagierter Psychotherapeuten geleitet. Sie orientierten sich am *sozialpsychiatrischen Ansatz* (May & Simpson 1984, 143; Zeelen & Weeghel 1994, 54), wie er etwa von dem kürzlich verstorbenen englischen Psychiater *Douglas H. Bennett* (Kunze 1997) am Maudsley Hospital in London vertreten wurde. Sie suchten ein eigenes Profil sozialer Bezüge im Therapieprozeß, zu denen auch berufliche gehörten. Die konzeptionelle Experimentierphase umfaßte auch das psychotherapeutische Konzept, das sich am Gedanken der *Therapeutischen Gemeinschaft* (May & Simpson 1984, 145; Rudnitzki & Huber 1975) orientierte. Gestörte ICH-Funktionen sollten durch verantwortliche Teilnahme an vielfältigen sozialen Aktivitäten, die alle Mitarbeiter und Patienten einschlossen, gestützt und entwickelt werden. Die Gruppe fungierte sowohl als »soziale Gegebenheit« als auch als soziales »Experimentierfeld« (Rudnitzki 1979, 990), wobei das Team in seinem internen Milieu immer wieder auf ein möglichst demokratisches, selbst verantwortliches kommunikatives Miteinander ohne dogmatische Festlegungen zu achten hatte. *Einzel-* und *Gruppentherapie* als stützende und analytisch orientierte Techniken wurden durch Psychodrama ergänzt (Rudnitzki & Huber, 1975). Später wurden familientherapeutische Interventionen einbezogen. Es soll nicht unerwähnt bleiben, daß seinerzeit auch unbekannte Therapien erprobt wurden: ergotherapeutische Gestaltungstherapie (mit Kunst und Werken), konzentrative Bewegungstherapie (Stolze 1977), Reittherapie und zeitweise sogar Urschrei-Therapie (Janov 1974). Die Abstimmung der einzelnen Maßnahmen erfolgte in wöchentlichen Teamsitzungen. Diese dienten dem Erfahrungsaustausch über Patienten, entwickelten sich aber häufig zu heftigen Grundsatz- und Standortdiskussionen, mit denen auch Unsicherheiten überdeckt werden sollten.

Innerhalb dieses offenen Entwicklungsprozesses wurde die *Berufstherapie* eingerichtet: ohne klares Konzept, ohne passende Ausstattung und ohne ausreichende Vorbereitung der Mitarbeiter! Diese brachten zwar berufliche, aber keine medizinisch-therapeutische Kompetenz mit. Sie standen vor der Aufgabe, für psychotisch gestörte Patienten ein akzeptables berufsförderndes Programm anzubieten, sollten jedoch gleichzeitig den unterschiedlichen Erwartungen der anderen klinischen Abteilungen entsprechen.

Zielvorstellung der *Berufstherapeuten* war eine individuelle Berufsförderung im Krankenhaus. Unter Berücksichtigung des jeweiligen Krankheitsprozesses sollte ein Maximum an Förderung im Hinblick auf einen vorhandenen Arbeitsplatz oder eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme geleistet werden. Dieses krankheitsabhängig optimal dosierte berufliche Förderprogramm wurde per se auch als »therapeutisch« verstanden (Fischer 1974, 1984), da sich medizinische Behandlung und berufliche Förderung durch intensiven Erfahrungsaustausch gegenseitig stimulierten. Weil viele Patienten hofften, beruflich schnell wieder Fuß zu fassen, löste es nicht selten motivationale Schübe für den Therapieprozeß

aus. Nicht zu unterschätzen waren auch die Trainingseffekte aus vielfältigen kommunikativen, praktischen und kognitiven Anforderungen in den beruflichen Programmen. Diese Förderansätze überzeugten, wenn die Bildungsangebote und Trainingsarbeitsplätze Berufs- bzw. Ausbildungswirklichkeit realistisch wiedergaben. Damit ergaben sich zwei Zielperspektiven: eine individuelle, am Krankheitsprozeß orientierte »Therapie« versus realistische, auf Arbeitsplatz oder Berufsausbildung orientierte »Berufsvorbereitung«. Dieses Problem weitete sich durch verschiedenartige Vorstellungen der Mediziner, wie »berufliche Realität therapeutisch zu gestalten« sei, aus. Der Nervenarzt wünschte bei Schädel- Hirn- Verletzten eine Anlehnung an die »Methode der kleinsten Schritte«, wie in der *Lernbehindertenpädagogik*. Der Orthopäde verlangte, sofern er überhaupt Patienten schickte, funktionale Bewegungs- und Haltungstherapie. Der Internist wollte beim hemiplegischen Patienten die gelähmte Seite aktiviert sehen. Beim geriatrischen Patienten, der meist nicht mehr beruflich tätig sein würde, sollte die Berufstherapie ein kognitives Training durchführen! Jede Anforderung wurde medizinisch überzeugend begründet.

Auch die Psychiatrie entwickelte eigene Vorstellungen. Zwar wurde die Veränderung der Krankenhaus- Szenerie als Chance begriffen, einen weniger »medizinischen«, dem Alltag der Patienten eher entsprechenden Kommunikationsstil zu finden und neue, für den Patienten *lebenswichtige* Zielsetzungen therapeutisch aufzugreifen (Rudnitzki 1974). Das Setting dieser *therapeutischen Berufsförderung* löste jedoch lebhaftere Kontroversen aus: Welche »Projektions- und Übertragungsrolle« spielten die Mitarbeiter in der Berufstherapie im psychotherapeutischen Prozeß? Wurde ihnen diese »persönliche Involviertheit« in einen psychischen Aufarbeitungsprozess überhaupt bewußt? Wie waren ihre Reaktionen auf entsprechende »Angebote« der Patienten im Licht tiefenpsychologischer Reflexion zu deuten?

So kam es nicht selten zu frustrierenden Auseinandersetzungen, wenn sich die Psychiater vor Beginn eines beruflichen Trainings nicht zur Vorgehensweise äußern wollten (oder konnten), aber nachträglich Beziehungs- und Kommunikationsstil kritisch beleuchteten. Ziele und Methoden, die beruflich realistisch und notwendig waren, »störten den inneren Erkenntnis- und Entwicklungsprozeß« der Patienten. Psychotherapeutische Akzente, die zur Stärkung der ICH- Funktionen hätten beitragen können, wurden von den Berufstherapeuten nicht verstanden oder als »beruflich unrealistisch« abgelehnt. Woran sollte sich die Berufstherapie orientieren? Sollte der Trainings- Arbeitsplatz sich an den Anforderungen draußen orientieren (*„angepaßte Arbeitsplatzsimulation“*)? Das erschien therapeutisch konsequent als simulierte Fabrikrealität bei angemessener Bezahlung, widersprach aber den beruflichen Förderzielen der Berufstherapie, die sich nicht als *industrielle Arbeitstherapie* verstand. Wäre alternativ eine *„progressive Arbeitsplatzsimulation [...] als sozialpsychologisches Feld aufzubereiten [...]*, auf dem dann krankheitsrelevante Sozialfaktoren (oder auch andere) rekonstruiert

und überwunden werden könnten” (Rudnitzki 1973, 73)? Das wiesen wiederum die Berufstherapeuten als »Berufs- Psychodrama« entschieden zurück.

Beispiel 1: Ein »alltäglicher Fall« für die Berufstherapie

32-jähriger Patient, ledig, seit 4 Monaten in stationärer Behandlung im RKL.

Diagnose: Gemischte schizo- affektive Psychose mit Symptomen der Niedergestimmtheit, Ambivalenz, Entscheidungsschwäche und negativem Selbstwelterleben. Fortgeschrittene Kniegelenksarthrose.

Krankheitsvorgeschichte: Ab der 7. Klasse Konzentrationsschwächen und Überlastungsgefühle, Panikattacken und depressive Gefühle. Lange depressive und suizidale Phasen. Nach einer Zeit beruflicher Überlastung baute sich eine manische Phase auf, die zu einem 1-jährigen Aufenthalt in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus führte, anschließend lebte der Patient ein halbes Jahr in einer Wohn- Werk- Gemeinschaft für seelisch Kranke. Danach wieder mehrmonatiger Aufenthalt in einer Uni- Psychiatrie wegen Depressionen. Nach der Lehre erneut halbjährige Behandlung in einer Psychiatrie wegen fremdaggressiver Durchbrüche im Rahmen eines paranoiden Erlebens.

Soziale Vorgeschichte: Der Patient ist das älteste von 3 Kindern; der 60-jährige Vater führt einen Speditionsbetrieb, den ein Bruder übernehmen soll, die 59-jährige Mutter erledigt die Buchführung. Der Patient legte das Abitur ab und bewarb sich erfolglos für eine Ausbildung zum Förster. Er begann ein Holztechnikstudium, das er nach 2 Semestern wegen Überlastung abbrach. Während des Wehrdienstes arbeitete er parallel im elterlichen Betrieb, deshalb traten wieder massive Überlastungen auf. Danach absolvierte der Patient eine Ausbildung zum Karosseriebauer und arbeitete mehrere Monate im Beruf. Ein danach begonnenes Studium der KFZ- Technik mußte er bereits im ersten Semester wegen Überlastung aufgeben. In einer Berufsfindung wurde empfohlen, eine Ausbildung in der Elektronik zu absolvieren, die der Patient jedoch nicht aufnahm. Statt dessen begann er eine Ausbildung zum Uhrmacher, die er wieder wegen Überlastungsgefühlen abbrach. Zwischenzeitlich arbeitete er immer wieder, bis zu 12 Stunden täglich, im elterlichen Betrieb und als Hilfsarbeiter im Akkord.

Testpsychologisches Ergebnis: Überdurchschnittliche kognitive Leistungsfähigkeit mit Schwerpunkten in analysierend- schlußfolgerndem und sprachlichem Denken. Gut durchschnittliches räumliches Vorstellungsvermögen und Merkfähigkeit. Probleme bei eher praktischen Aufgaben.

Ergebnisse der Erprobung in der Berufstherapie: Gute Leistungen, konstruktive Mitarbeit, gute Ergebnisse in allen Erprobungsbereichen, in Holzbearbeitung, Technischem Zeichnen, Elektronik und Kaufmännische Berufe. Empfehlungen: Ausbildung zum Technischen Zeichner oder Elektroniker oder Bürokaufmann. Zur Stabilisierung wird ein 3monatiger Förderlehrgang vor der Ausbildung empfohlen.

Einschätzung: Der Patient wird aus berufsfachlicher Sicht die Vorbereitung und die Ausbildung problemlos absolvieren, wenn er weder objektiv noch subjektiv überbelastet ist. Während die äußere Belastung dosiert und kontrolliert werden kann, bleibt die subjektive Belastungsverarbeitung ein schwieriges Phänomen. Es kann sein, daß der Patient soweit stabilisiert ist, daß er relativ autonom mit diesem Problem umgeht. Wahrscheinlicher ist jedoch in Anbetracht der langen psychiatrischen Karriere, daß es immer wieder zu Dekompensationen kommt. Die Vorboten dafür frühzeitig zu erkennen und dann nach Entlastung zu suchen, ohne den Reha- Prozeß abzubrechen, ist gemeinsame, psychoedukative Aufgabe des Patienten und der pädagogischen und therapeutischen Mitarbeiter im BBRZ; denn nach der Rehamaßnahme sollte der Patient diese Kontrolle seiner »kritischen Schwelle« selbständig übernehmen.

Versuche, die Berufstherapeuten durch Einbeziehen in die Einzeltherapie, quasi als Co- Therapeuten psychotherapeutisch »anzulernen«, sowie Forderun-

gen nach Selbsterfahrungsgruppen und psychiatrischer Weiterbildung änderten letztlich an den unterschiedlichen Ausgangspositionen nichts. Erst die alltägliche Praxis, der persönliche Kontakt, das positive Klima im Team und das Vertrauen in die Kompetenz und den guten Willen trugen zur Beruhigung bei. Man arrangierte sich, fand eine gemeinsame Sprache trotz unterschiedlicher Positionen, was untereinander und gegenüber den Patienten zu Klarheit und Verlässlichkeit der Situation führte.

Unter einem neuen Leitenden Arzt wandelte sich dieses Konzept zur *psychodynamisch* anstatt *psychosozial* (Bister 1977; Benedetti 1987, 295) orientierten Behandlung, orientiert an der Psychoanalyse. Der Name: »Sozialpsychiatrische Abteilung« wurde in »Abteilung für Klinische Psychiatrie und Sozialpsychiatrie« geändert. Diese Änderung war nicht nur auf die Einrichtung von einigen geschlossenen Intensivzimmern in der ansonsten *offenen* Abteilung zurückzuführen. Es drückte sich darin die Ernüchterung über die unklaren Behandlungseffekte der *Milieuthérapie* (May & Simpson 1984; Böker & Brenner 1997, 282) aus. Im RKL bewirkte dies eine stärkere Akzentuierung psychoanalytischer Ansätze der ICH- Psychologie, wodurch die beruflichen Eingliederungsziele eher den Charakter von *Fernzielen* erhielten.

Nach Meinung Bisters (1977, 245) interessiert zunächst die Frage, wie man das therapeutische Nahziel erreicht, damit die Patienten mehr Selbstverfügbarkeit gegenüber ihren eigenen Impulsen und im Umgang mit der Umwelt erlangen. Denn die Störungen seien an der Grenzlinie zwischen Selbst und Umwelt lokalisierbar. Die individuell mehr oder minder verwirklichte soziale und berufliche Rehabilitation sei Fernziel, denn natürlich könne nicht nur eine mehr oder minder planlose Milieuthérapie den Patienten annehmbare Wirklichkeit bieten. Auch die Belastungen des außerklinischen Lebens müßten im Auge behalten und durch therapeutische Lernsituationen gleichsam in die Klinik hereingeholt werden, um den Patienten auf einen außerklinischen Alltag vorzubereiten. Die gestörte ICH- Umwelt- Beziehung schizophrener Patienten führe jedoch dazu, daß die Patienten über lange Strecken nicht kooperativ mitarbeiten könnten, weil sie nicht zwischen Übertragungen und realitätsbezogenen Beziehungen unterscheiden könnten. Die bei Besserung des Kontaktverhaltens zu erwartenden starken Triebwünsche erotischer oder destruktiver Art, begleitet von heftigen Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen, führten in störender Weise auch zu Konflikten und Spannungen im Umfeld der Behandlung, vor allem in der Beziehung der verschiedenen Berufsgruppen der Behandler. Dort komme es immer wieder dazu, daß ambivalente Haltungen und Wertungen der Patienten sich in wechselseitig beeinflussenden Fort- und Rückschritten in unterschiedlichen Therapiebereichen auswirkten, was die Gefahr des gegenseitigen Ausspielens mit sich bringe. Daher sei eine absolut transparente, eigene fachliche oder therapeutische Profilierungsversuche ausschließende Teamarbeit vonnöten, die Erfahrung und spezielle Ausbildung erfordere.

Kennzeichnend für diese Entwicklung ist auch die Mutation des Teambegriffes. Bisher als *therapeutische Gemeinschaft* apostrophiert, die neben den Patienten alle Mitarbeiter einschloß, in eine *therapeutische Arbeits- Gemeinschaft* (Bister 1977, 249), zu deren Mitgliedern nur noch Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, Beschäftigungstherapeuten, Krankengymnasten, jedoch nicht mehr Berufstherapeuten und Sozialarbeiter (Bister 1981, 289) gezählt werden. Es fin-

det zwar immer noch Erfahrungsaustausch über Patienten statt; Arbeitsgrundlage bildet jetzt jedoch eine *Zwei-Sphären-Theorie*: Auf der psychiatrischen Abteilung und den direkt zugeordneten Therapiebereichen die »therapeutische Welt«; im beruflichen Sektor die »Außenwelt«.

2.2.3 Bewertung: additiver statt integrativer Ansatz

Vorauszuschicken ist, daß das Zusammenspiel zwischen Psychiatrie und Berufstherapie gut funktioniert und der Effekt beachtlich ist; etwa 70% aller Patienten nehmen Angebote der Berufstherapie wahr und ein großer Teil wechselt anschließend auch in Ausbildungsmaßnahmen des BBRZ über (Fischer 1984). Die praktische Arbeit ist eng koordiniert, so daß es selten zu Reibungsverlusten kommt. Ab und an tauchen Probleme auf, wenn neue Mitarbeiter sich in diesen eingespielten Rahmen nicht einfinden, was teilweise auf die zitierten »Profilierungsversuchungen«, teils aber auch auf zu geringe Einarbeitung in die konzeptionellen Grundlagen zurückzuführen ist. Sicher ist unter »praktischen« Arbeitsbedingungen ein ideales Konzept nur schwer zu finden, aus heutiger Sicht sind dennoch Defizite kritisch zu sehen:

1. Es wird ein *sozialpsychiatrischer Ansatz* vertreten. Der Konsequenz, sich auf Außenziele mit konkreten sozialen und beruflichen Lern- und Verhaltensänderungen auszurichten, stand teilweise die psychotherapeutische Bindung an die Psychoanalyse bzw. Tiefenpsychologie im Wege. Während Wing (1987) und Bennett (Zeelen & Weeghel 1994, 54) den sozialpsychiatrischen Ansatz darin sehen, *sekundäre Behinderungen*, personale Reaktionen auf die Krankheit und soziale Reaktionen auf den Kranken (siehe Kapitel 3.2), zurückzudrängen und deshalb den sozialen Aspekt: Wohnen, Arbeit und soziale Kontakte betonen, trat im RKL die Behandlung *primärer Behinderungen* wieder in den Vordergrund. Sicherlich ist Benedetti (1987, 304) zu folgen, daß eine Vorgehensweise naiv erscheint, "...wenn man hilft, eine Wohnung im oberen Stockwerk zu möblieren, währenddem im Keller Feuer ausgebrochen ist." Andererseits betont auch er, wie wichtig es sei, die Kranken durch Anreize zum Handeln und Entscheiden zur Entwicklung ihrer "problem-solving-Fähigkeiten" anzuregen, hinter den schizophrenen Fragmenten die Person zu erkennen, um daraus Mut für die Bewältigung der Zukunft zu fassen. Es wäre sicher eine Fehleinschätzung, würde man der psychiatrischen Abteilung derlei Zielsetzungen absprechen; das stünde auch in deutlichem Widerspruch zu den angeführten Selbstdarstellungen der Ziele und Therapieansätze (Bister 1977). Dennoch verschoben sich die Gewichte. Das unmittelbare Interesse der Psychiater und des (therapeutischen) Teams konzentrierte sich auf die beobachtende, begleitende, interpretierende und stützende Funktion in einer engen, durchaus exklusiven therapeutischen Beziehung zu den Patienten. Die »berufliche Außenwelt« in der Berufstherapie wurde als sehr wichtig für die

weitere soziale Entwicklung der Patienten verstanden und ihnen gegenüber auch immer vertreten, eine direkte eigene Beteiligung daran jedoch vermieden. Es mochte richtig sein, daß für Patienten eine zweigeteilte Rollensituation, hier Therapie, dort Berufswelt, verständlicher war. Diese Arbeitsteilung hätte jedoch nicht gehindert, intensive gemeinsame konzeptionelle Überlegungen zur Methodik und Integration in ein »therapeutisches Gesamtkonzept« anzustellen. Soweit die Psychiatrie ihr *therapeutisches Verständnis* explizit formulierte, kam die Berufstherapie nur *daneben*, jedoch *nicht integriert* vor.

2. Der *berufstherapeutische* Ansatz war nicht überzeugend, weil die persönlichen Voraussetzungen der Mitarbeiter nicht ausreichten. Ausbilder und Lehrkräfte ohne Überblick über die medizinische Rehabilitation und mit geringen pädagogischen Kenntnissen können keinen beruflich- pädagogischen Kontrapunkt im klinischen Betrieb setzen. Dafür sind ein solider Überblick über die Medizin und therapeutische Konzepte sowie eine Zusatzausbildung in Pädagogik notwendig. Es ist nicht verständlich, daß Mitarbeiter in Werkstätten für Behinderte nach der Werkstättenverordnung (WVO) eine sonderpädagogische Zusatzausbildung absolvieren müssen, Ausbilder und Lehrkräfte in BFWs und in einem so sensiblen Aufgabenbereich zwischen Pädagogik und Medizin, wie in Einrichtungen der Phase II, jedoch nicht (Dauenhauer 1981, 370; Seyd 1992, 542). Manche Argumente der Berufstherapeuten, mit denen sie sich intensiver therapeutischer Orientierung entzogen, sind auch als Rationalisierung eigener Unsicherheiten und Unzulänglichkeiten zu werten. Zu einem akzentuiert berufs- *therapeutischen* Konzept (Fischer 1984, 1993) hätte vor allem ein eigenständiger *didaktischer und methodischer Ansatz* gehört, der berufliche Förderziele im Sinne einer optimalen Passung auf die individuellen, sich ständig ändernden Teilnehmervoraussetzungen und Umfeldgegebenheiten innerhalb des Trainings- und Bildungsprozesses ins Gleichgewicht bringt. Lernen und Erproben sozialer Wirklichkeit erfordern beidseitige Anpassungsprozesse: beim Lernenden, aber auch bei der Gestaltung der Lernsituation. Die Ansätze dazu in der Berufstherapie sollen nicht verkannt werden. Ihnen fehlt jedoch die theoretische Grundlage, die erst eine breitere Umsetzung ermöglichen kann.

Das führte zu einem im praktischen Ergebnis funktionierenden beruflichen und medizinischen Rehabilitationskonzept, das allerdings von der konzeptionellen Darstellung lediglich ein von erfahrenen Mitarbeitern gut aufeinander abgestimmtes Nebeneinander zweier sich tangierender, aber nicht integrierter Bereiche darstellt. Weder sind die Fragen nach dem psychotherapeutischen bzw. sozialpsychiatrischen Selbstverständnis unter Einschluß beruflicher Trainingsmöglichkeiten zu Ende gedacht, noch die nach dem berufsfördernd-therapeutisch- methodischen. Das Problem gut funktionierender Praxismodelle ist häufig,

daß sie mit dem Ausscheiden ihrer Protagonisten verflachen, erstarren oder vergessen werden. Ein theoretisch fundiertes, integriertes psychotherapeutisch – berufspädagogisches Rehabilitationskonzept für seelisch Behinderte ist aber auch aus anderen Einrichtungen der Phase II nicht bekannt und steht generell nach wie vor aus.

2.3 Berufliche Fördermaßnahmen

Die Skizzierung der beruflichen Förderangebote im RKL und BBRZ soll knapp bleiben und lediglich den Hintergrund deutlich machen, vor dem sich das Lernen mit seelisch behinderten Erwachsenen entwickelte. Es geht auch nicht darum, die eigenen Fördermaßnahmen in den Vordergrund zu rücken. Nicht die Kurse und ihre Fachinhalte sind entscheidend, sondern die Förderziele und Methoden. Die Lehrgänge, ihre Organisation und ihre Inhalte bilden lediglich die Form. Dynamik und Leben erhalten die Angebote durch die Beteiligten, deren Haltung, Vorgehen und Kommunikation.

2.3.1 Berufstherapie

Wie eingangs erwähnt, stellt die Berufstherapie eine beruflich orientierte Vorstufe für Patienten der Klinik bereit, in der zuerst Arbeitserprobung und Berufsfindung und danach ein berufliches Training stattfindet, das auf einen Arbeitsplatz oder eine Ausbildung ausgerichtet ist. Entsprechend individuell ist ihr Förderansatz.

Beispiel 2: Typische Anfangssituation

Auf dem wöchentlichen Psychiatrie- Team wird ein 28jähriger schizophrener Patient vorgestellt, der seit zwei Wochen auf Station ist und bisher an ergotherapeutischen und krankengymnastischen Gruppen sowie an Einzelgesprächen teilnimmt. Er hat das Abitur, danach 4 Semester Philosophie und Theologie studiert, immer wieder durch stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken unterbrochen. Er lebt zuhause, zeitweise auch in einem eigenen Zimmer außerhalb, aber er kümmert sich um nichts. Seine Eltern versorgen ihn. Beruflich praktische Erfahrungen beschränken sich auf seltene Jobs als Hilfskraft in einer Buchhandlung, die ihn nur seinen Eltern zuliebe beschäftigt.

Es ist hier Aufgabe der Berufstherapie, in einem behutsamen Erprobungsprozeß Alternativen zu den vergeblichen Versuchen des Studiums zu finden. Dieser kann keinem vorgefertigten inhaltlichen Schema folgen. Es geht nicht vorrangig um die beruflichen Anforderungen, sondern einen Vorgang der »Selbsterprobung«, des Erfahrens einer unbekanntem Realität, die der Patient bislang nicht kennt. Er wird nicht ohne weiteres überblicken, ob sie zu ihm paßt. Basis für Erprobungsprozesse sind beruflich repräsentative Inhalte und Arbeitssituationen (Fischer 1987); als Steigerung sind ausgelagerte Arbeitsversuche in Betrieben sinnvoll. Abzulehnen sind dagegen von ihrer Validität fragwürdige Serien von

Übungs- oder Testaufgaben, wie sie vielfach verwendet werden. Wie sollte ein Klient in ihnen die heutige Berufswelt erfahren (Fischer, Landau, Maas & Marquardt 1997)?

In der Gestaltung der Erprobung und in der berufspädagogischen Anleitung erschöpft sich jedoch »berufstherapeutisches« Handeln nicht. Das Wichtigste ist die Hilfe zur beruflichen Selbstfindung. Man sollte nicht vergessen, daß sich im Beruf ein wesentliches Stück des »Lebensentwurfes«, je nach Persönlichkeit, Begabung, Interessen und Lebensgeschichte konstituiert und Menschen nur dann zufrieden sein werden, wenn die Gleichung zwischen (oft unklaren) Lebenszielen und Möglichkeiten aufgeht. Dies kann man daran ablesen, daß die Dinge nach einem gelungenen Selbstfindungsprozeß zügiger und zielorientiert ablaufen. Manche Ausbilder sehen hierin das Ergebnis ihres Wirkens oder glauben, der Patient habe (ihre) »Realitäten« anerkannt. Die Realität der Berufsfindung konstruiert sich aber nicht aus scheinbar überzeugenden objektiven Argumentationsgebäuden, sondern im Zusammenfinden der inneren Bedürfnisse mit den als erreichbar wahrgenommenen Möglichkeiten. Das zu beachten spielt bei seelisch Kranken eine wichtige Rolle, weil diese in ständiger Unsicherheit zwischen »äußerer und innerer Realität« leben und deshalb viel Zeit für dieses Abtasten benötigen. Dabei ist zu beachten, daß Schwankungen in Wahrnehmung und affektiv-kognitiver Verarbeitung manchmal bizarre Verhaltensweisen und skurrile Zielvorstellungen produzieren. Eine gesunde Mischung von Führung und Selbsterfahrung, die Bereitschaft zum Querdenken, zu kleinen, manchmal aber entscheidend wichtigen Umwegen, hilft hier erfahrungsgemäß.

2.3.2 Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen

Ursprünglich sollten möglichst viele Patienten direkt nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus über die Berufstherapie an ihren Arbeitsplatz zurückgeführt werden. Diese Trainingsmaßnahmen wurden als *Berufliche Anpassung* bezeichnet. Wie bereits dargestellt, entwickelte sich der Bedarf anders: ein Großteil der (seelisch erkrankten) Patienten verfügte über keine abgeschlossene Ausbildung und keine Berufserfahrung. Eine Rückkehr kam also nicht in Betracht. Andererseits waren die meisten Berufsförderungs- und Berufsbildungswerke nur zur Aufnahme »unproblematischer« seelisch Behinderter bereit, die ohne Hilfen zu rechkamen. Selbst innerhalb der Einrichtungen der Stiftung Rehabilitation gelang die Weiterleitung aus dem RKL in die Ausbildung nicht oder nur mit Reibungsverlusten, meist zu Lasten der Teilnehmer. Weder persönliche Einzelfallgespräche vorweg, noch regelmäßige Absprachen, noch gemeinsame Verlaufsbeobachtungen führten zum Erfolg in Gestalt einer gemeinsamen Förderkonzeption. Allein schon diese Zielvorstellung erweist sich heute im Rückblick als unrealistisch. Eine wirklich konstruktive, gemeinsame Arbeit mit seelisch Kranken gelingt auch im kleinsten Mitarbeiterkreis nur unter dauernden Anpassungsschwierigkeiten und läßt sich in größerem Rahmen wahrscheinlich nicht institu-

tionalisieren. Dies war Anlaß, spezielle Ausbildungs- und Berufsvorbereitungsmaßnahmen für diesen Personenkreis zu konzipieren. Diese konnten sich nach jahrelangem hartnäckigem Widerstand durchsetzen, weil gezeigt wurde, daß diese schwer seelisch gestörten Teilnehmer eine Berufsförderung relativ gut bewältigen, wenn sie einen entsprechenden Rahmen vorfinden: kleine Gruppen (8-10 Teilnehmer), eine spezielle Lernorganisation, vielfältig modulierbare Förderangebote. Heute umfaßt das berufsfördernde Angebot des BBRZ für überwiegend seelisch bzw. durch Schädel- Hirn- Verletzungen behinderte junge Erwachsene:

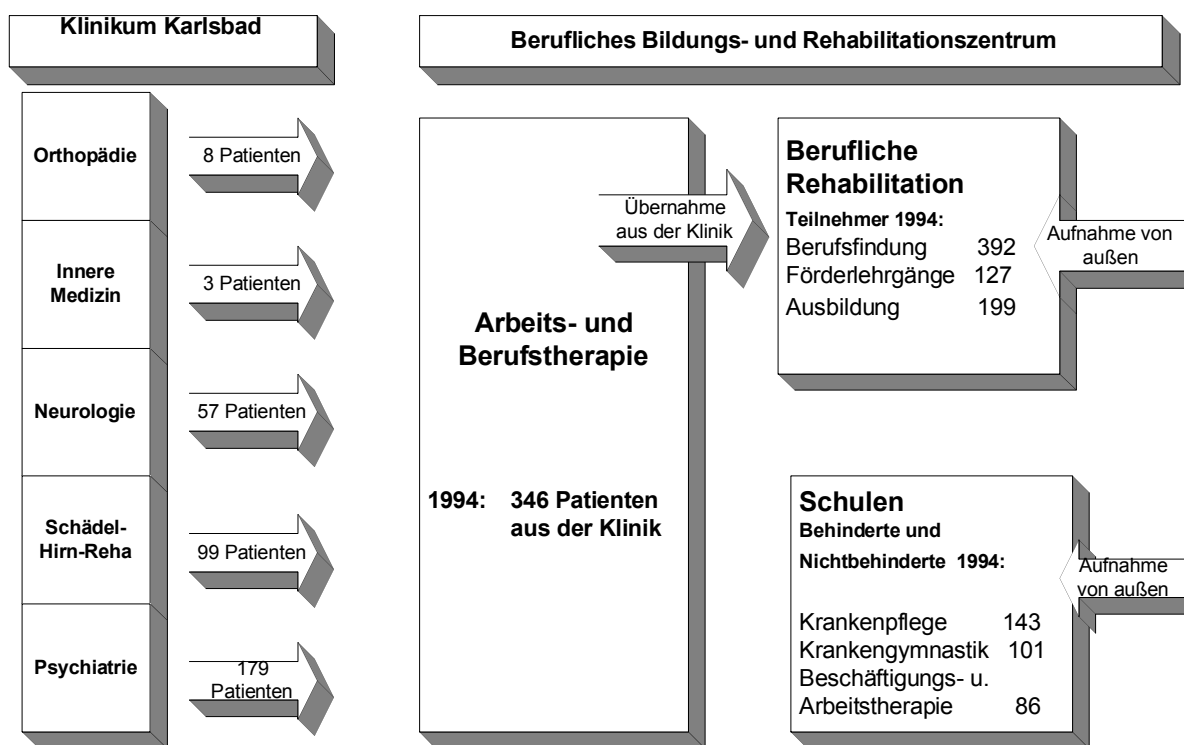


Abb. 3: Berufliche Angebote im RKL und BBRZ (BBRZ 1995)

1. Berufsfindung und Arbeitserprobung (zwischen 2 und 6 Wochen): 20 Plätze
2. Förderlehrgänge und Berufsvorbereitung (zwischen 3 und 12 Monaten): 40 Plätze
3. Berufsausbildung in vier Berufsfeldern (etwa 80 Plätze) und in einem eigens entwickelten *Stufenausbildungskonzept*. Die Teilnehmer absolvieren nach 18 Monaten *Grundstufe* einen Abschluß nach § 48 BBiG (z.B. Bürofachkraft, Teilzeichner⁵, Produktionsfacharbeiter oder Nachrichtengerätetechnik) und können dann anschließend in einer 6monatigen *Aufbaustufe* den aner-

⁵ Die Ausbildung zum »Teilzeichner« (eine Vorstufe zum Bauzeichner) ist eine der wenigen nach dem BBiG noch anerkannten 2jährigen Ausbildungsberufe

kannten Abschluß (z.B. Bürokaufmann, Technischer Zeichner, Zerspanungsmechaniker, Industrieelektroniker) zusätzlich erwerben. Dieses Konzept paßt sich gut den schwankenden Leistungsverläufen an und verringert das Prüfungsrisiko.

In den Schulen des BBRZ finden vorwiegend Erstausbildungen für nicht behinderte junge Menschen statt; teilweise werden auch Behinderte ausgebildet, z.B. mit psychosomatischen oder neurotischen Störungen, in:

4. Krankenpflege,
5. Krankengymnastik (Physiotherapie) und
6. Beschäftigungs- und Arbeitstherapie (Ergotherapie).

2.4 Entwicklungsschritte zu einem eigenen didaktischen Ansatz

Die Überlegungen um einen eigenen didaktischen Arbeitsansatz erwachsen aus der kritischen Diskussion um Standort und Zuschnitt der Rehabilitationsangebote im Verlaufe vieler Jahre. Einige wenige, aber wichtige Stationen sollen hier beschrieben werden.

2.4.1 Arbeitstherapie

Anfangs der 80er Jahre wurde sichtbar, daß viele seelisch kranke Patienten den unmittelbaren Einstieg in Erprobungsmaßnahmen nicht bewältigten. Die Überforderung aus der zu komplexen Belastungssituation heraus führte zur Fehleinschätzung bei den Teilnehmern, »der Beruf sei nicht der richtige«, oder zu vor-schnellen Abbrüchen durch die Therapeuten, weil »der Patient es nie schaffe«. Im Rahmen eines Projektes (Fischer & Kiesinger 1985) wurden deshalb der Rahmen und ein Konzept für eine Arbeitstherapie entwickelt, die als Vorstufe angelegt wurde. Die Patienten sollen Grundfunktionen von Arbeit kennenlernen und *aktive Rollen* üben. Dafür stehen innerhalb des klinischen Rahmens allerdings nicht mehr als vier Wochen zur Verfügung. Insoweit konnte keine industrielle Arbeitstherapie aufgebaut werden, wie sie etwa von Reimer (1977), Groß (1987), Haerlin (1987) oder Zeelen & van Weeghel (1994, 71) konzeptualisiert wird. Weil es gelang, *realistische Arbeit* mit einer *speziellen Methodik* zu verbinden, erreicht diese Arbeitstherapie dennoch befriedigende Therapieeffekte.

Es wurden zwei Arbeitsbereiche eingerichtet: eine kleine Druckerei mit Buchbinderei, in der Druckaufträge erledigt und schöne Papier- und Pappwaren in Serie, wie in einer Manufaktur, produziert werden. In der Holzwerkstatt wird hochwertiges Kinderspielzeug entwickelt und gefertigt. Alle Produkte müssen »marktfähig«, also verkäuflich sein. Es wird nicht einfach verkauft, was entsteht, sondern es ist Ziel, nur solche Produkte abzuliefern, die marktmäßigen

Qualitätsanforderungen und ästhetischen Standards genügen. Das erfordert von den Mitarbeitern ein geschicktes Ausloten der Fähigkeiten ihrer Arbeitsgruppen und die Anpassung des Komplexitätsgrades der Produkte. Das Arbeiten erfolgt in arbeitsteiliger Gruppenarbeit. Der Unterschied zwischen den beiden Arbeitstherapiebereichen liegt in der *Vorgehensweise*: im Druckbereich wird die Arbeit vorstrukturiert und vorgegeben; der Schwerpunkt liegt im Ausfüllen einer produkt- bzw. verfahrensbezogenen Aufgabe. Dieser methodische Ansatz ist für Patienten gedacht, die äußere Strukturhilfen benötigen, um *sachorientierte Beziehungen* aufbauen zu lernen. Dagegen erfolgt der Arbeitsprozeß im Bereich Holz nach der »Projektmethode« (Kap. 7.4.2.1); die Schwerpunkte liegen hier im Erlernen *sozialer Beziehungen*: der gemeinsamen Entwicklungsarbeit eines Prototyps, der Planung und arbeitsteiligen Fertigung.

Gemeinsam ist beiden Formen der Arbeitstherapie, daß die »Patienten« eine pointiert andere Rolle als »aktive Mitarbeiter« ausfüllen und wahrnehmen lernen, mit allen Anforderungen, die ein Arbeitsprozeß mit sich bringt: Das Ringen um die Qualität. Das Abstimmen unterschiedlicher Vorstellungen. Die täglichen Überlegungen zur Vorgehensweise und Aufgabenerfüllung. Die Kritik bei mangelhafter Beteiligung, schlampiger Arbeit und störendem Verhalten; nicht zuletzt auch das Umgehen mit langweiligen Routinearbeiten, wie sie vielfach vorkommen und doch gut erledigt werden müssen. Die Patienten können innerhalb des Krankenhauses nicht bezahlt werden, das verbieten die rechtlichen Grundlagen; die Arbeitstherapie deckt höchstens 10% ihrer Kosten über den Verkauf der Erzeugnisse. Jeder Teilnehmer darf ein Produkt mitnehmen, das allerdings ausgelöst wird; niemand soll für sich selbst fertigen. Neben täglichen Sitzungen zum Stand der Arbeit und zur Klärung von Problemen untereinander (Meta-Kommunikation) finden wöchentlich Gruppengespräche statt. Hier wird untereinander geklärt, wie Beteiligung, Leistung und Verhalten eingeschätzt werden. Dabei kommt es auf die Wahrnehmung von Veränderungen bzw. Lernfortschritten an. Die Teilnehmer beurteilen sich selbst, und sie werden von den anderen und Therapeuten anhand von Ratingskalen (Kap.5.2.2) beurteilt.

2.4.2 Berufsfindung und Arbeitserprobung

Die Entwicklungsgeschichte von Leistungsmessungen in der Beruflichen Rehabilitation Behinderter, wie sie sich in Verfahren der *Berufsfindung und Arbeitserprobung* niederschlugen (Fischer 1987; Fischer, Landau, Maas & Marquardt 1997) geht auf die 20er Jahre zurück. 1995 zeigte eine Sonderausstellung im Mannheimer Landesmuseum für Technik und Arbeit interessante Exponate und Experimente früher Testverfahren der Psychotechnik. Bestimmend für das Konzept der *praktischen Erprobung* wurde die von *Frederick Winslow Taylor (1856-1915)* entwickelte, tief untergliederte, arbeitsteilige Organisation der Produktion. Nun hatten die Betriebsorganisatoren und Ingenieure, die seinerzeit auch bei der Bewerberauswahl Taylors »Konzept der wissenschaftlichen Be-

triebsführung“ anwendeten, den Betriebsablauf optimierende Ziele. Ihnen ging es um eine rationelle und kostengünstige Organisation des Arbeitsflusses, in der die einzelnen Arbeiter durch exakte Arbeitsvorgaben fest eingebunden werden sollten. Die Bewerber sollten daher gerade soviel Qualifikation mitbringen, wie an diesem Arbeitsplatz erforderlich, keinesfalls jedoch überqualifiziert sein. Vermutlich trug das 3. Reich mit seiner Arbeitsideologie der Anpassung des einzelnen »an die Bedürfnisse der Volksgemeinschaft« dazu bei, daß frühe kritische Stimmen (Kerschensteiner (1950[1912], 17; Ulich 1992, 6) hinsichtlich der Gefahren solcher Arbeitsorganisation überhört wurden. Nach dem Krieg übernahm man mangels Alternativen diese Organisationsprinzipien.

In der Rehabilitation ging es anfangs um eine schnelle Eingliederung von Kriegsbehinderten an einen Arbeitsplatz, wie z.B. in der »Mutter- Einrichtung« der SRH- Gruppe, dem *Stöckerwerk e.V. in Heidelberg*, mit den Firmen *Graubremse* und *Heidelberger Druckmaschinen*. Für die Erprobungsprozesse orientierte man sich, neben medizinischen Untersuchungen und Intelligenzmessungen, an der Taylorschen Idee vermeintlich *objektiver Messung praktischer Fertigkeiten*. Die Übertragung dieses Ausleseprinzips auf die Berufsfindung, einen Prozeß zur Bestimmung *zukünftiger Möglichkeiten*, führte so zur Neuauflage der über Jahrhunderte zementierten Spaltung zwischen *Theorie und Praxis* (Lipsmeier 1988). Es entwickelte sich ein statisches, fast deterministisches, auf einer *praktischen Fähigkeitshypothese* beruhendes Konzept der Arbeitserprobung, das auch heutzutage noch nicht ganz überwunden ist (Fischer 1987, 50). Vielen sogenannten *motorischen Tests* oder *praktischen Arbeitsproben* liegen noch heute frühe psychotechnische Verfahren zugrunde, mit denen *Anstelligkeit, manuelle Geschicklichkeit* oder *Fingerfertigkeit* (z.B. über Montagearbeiten, Drahtbiegearbeiten, Bedienen von Stellteilen, Sortieren von Werkstücken etc.) testmäßig »ermittelt« werden sollen wie kognitive Leistungsfähigkeit. Eine wesentliche Veränderung erlebte die Berufliche Rehabilitation Behinderter in den 60er Jahren durch den Ausbau überbetrieblicher Ausbildungszentren für Erwachsene (Berufsförderungswerke) und Jugendliche (Berufsbildungswerke). Für die Auswahlverfahren hinsichtlich dieses breit gefächerten Umschulungs- und Ausbildungsangebotes wäre in der Berufsfindung und Arbeitserprobung eine solide wissenschaftliche Basis notwendig gewesen. Während die arbeitsmedizinischen und psychologisch diagnostischen Verfahren erheblich ausgebaut wurden, war offensichtlich das Interesse aus Arbeitswissenschaft und Pädagogik für die *Arbeitserprobung* zu gering. So blieben die Methoden in einer Art *splendid isolation* im wesentlichen unverändert, wurden ohne gründliche Methodendiskussion lediglich angepaßt, oder man hielt von vornherein nur nach solchen Methoden Ausschau, die zu den vorhandenen Konzepten passten. Typisch dafür sind die *Arbeitsproben-Reihen*, z.B. das 1936 in USA entwickelte, 1957 und 1967 modifizierte TOWER- System (**T**esting, **O**rientation and **W**ork **E**valuation in **R**ehabilitation), das vom Rehabilitationszentrum der Universität zu Köln (Koch 1974) favorisiert und später konzeptionelle Grundlage des ERTOMIS-

Systems (1975) wurde. Für *Arbeitsproben* ist typisch, daß isolierte, meist *praktische* Arbeitsaufgaben, von denen die Verwender annehmen, sie seien »voraussetzungsfrei« lösbar, in einer Testbatterie zusammengestellt sind. Fragwürdig ist die ihnen zugrunde liegende »statische praktische Fähigkeitshypothese«: Sie zieht einen Analogieschluß von der *kognitiven Fähigkeit* im Sinne persönlichkeitsgebundener Leistungsvoraussetzungen, die sich weder durch Lernen noch durch Reife wesentlich verändern, auf den *praktischen Bereich*, ohne -im Gegensatz zu Intelligenztests- Belege dafür erbringen zu können, daß es solche personenstabilen praktischen Fähigkeitskonstrukte überhaupt gibt. Wenn Handlungskompetenz (Aebli 1980) auf Erfahrung, Lernen, Interesse und situationsbedingte Einflußfaktoren zurückzuführen ist, dann sind solche rigiden Tests in ihrer Aussagekraft fragwürdig. Ihnen fehlt die inhaltliche und soziale Validität. Es gibt, was bei der starren Gestaltung der Testsituation eigentlich leicht zu bewerkstelligen gewesen wäre, keine Objektivitäts- und Reliabilitätsnachweise. Die Arbeitsproben orientieren sich meist an in der Arbeitswelt überholten, repetitiven Arbeitsinhalten, wie sie nur bei manuellen Hilfstätigkeiten anzutreffen sind (Fischer 1987).

Eine ähnliche Linie wie Arbeitsproben verfolgen arbeitswissenschaftliche Experimente mittels MTM, z.B. in den Niederlanden durch Mink (1975), in Großbritannien durch Grant, Moores, Whelan (1975), mit denen körperlich-motorische Leistungsmöglichkeiten anhand repräsentativer Tätigkeitselemente erfaßt werden sollen. Method Time Measurement ist ein arbeitsanalytisches Verfahren, bei dem eine Arbeitsaufgabe in ihre einzelnen (physischen) Elemente zerlegt wird. Die Belastung jedes dieser Elemente, die sich nach Aktionsradius und Gewichtsbelastung der Bewegung berechnet, wird anhand normierter Zeittabellen in einem Zeitwert ausgedrückt. Die Abweichung des Zeitbedarfs eines Behinderten von diesen Normwerten könnte als Einschränkung der Beanspruchbarkeit interpretiert werden. Die Arbeitsprobenreihe von Mink übernahm Dieterich (1983) und veröffentlichte sie als Geschicklichkeitserprobung mit MTM (GMTM). Eine EDV- gestützte Simulation psychomotorischer Anforderungen mittels MTM und Abgleich über eine (amerikanische) Datenbank, in der Einzeltätigkeiten hinterlegt sind, bietet der ERGOSTM Work simulator (1991). Ob die in MTM - Bewegungsstudien simulierten Teiltätigkeiten überhaupt repräsentativen Charakter für die heutige Arbeitswelt besitzen und in welchem Zeithrhythmus sie an Gültigkeit verlieren, ist eine offene Frage. Die Verwendung von MTM, einem wissenschaftlich anerkannten arbeitsanalytischen Instrumentarium, sichert lediglich bessere Objektivität und Zuverlässigkeit der Messungen und ihrer Interpretation. Die inhaltliche und prognostische Validität von Berufsfindungsaussagen wird per se damit nicht bewiesen. Auch methodisch ist der Zugriff auf MTM in der Berufsfindung problematisch, weil damit die heutige Vielfalt und Komplexität der meisten beruflichen Tätigkeiten nicht analysiert werden kann: z.B. psychomentele Anforderungen, Arbeitsumgebung, Verantwortung und Entscheidungsprozesse. Zu erwähnen sind noch Checklisten- Ver-

fahren, z.B. das Vocational Assessment Protokoll (Thomas 1994) oder Beurteilungs- und Entwicklungsansätze für Behindertenarbeitsplätze mittels Anforderungsanalyse (Schul 1993) bzw. Plazierungsverfahren wie MELBA- Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (Kleffmann 1996). Dies alles sind Versuche, Divergenzen zwischen arbeitsplatzspezifischen Anforderungen und subjektiven Leistungsmöglichkeiten aufzuklären, worauf in Kapitel 5 noch näher eingegangen wird.

Aus kritischer Distanz zu diesen überwiegend »statischen« Modellen einer beruflichen Leistungseinschätzung, die gut zu einem rigiden Bild »unveränderbarer, unheilbarer, chronischer« Psychosen passen (siehe Kapitel 3), entwickelte sich in über 10jähriger Arbeit ein eigenes, auf Entwicklung und Lernfähigkeiten aufgebautes *berufspädagogisches Konzept* der Berufsfindung und Arbeitserprobung, das nur kurz skizziert werden kann (Fischer 1987; Wöhrle 1985). Repräsentative Arbeitsplatz- bzw. Ausbildungssituationen werden mit inhaltlich und sozial validen Anforderungen als »Probe- Lernprozeß« gestaltet (*Erprobung als Ausbildungs- bzw. Arbeitsversuch*). Die berufspädagogische Beurteilung der beruflichen Leistungsmöglichkeiten, die gleichgewichtig neben die testpsychologischen Intelligenzbefunde sowie die medizinischen Diagnosen und Prognosen tritt, umfaßt drei Schwerpunkte: Die valide, relativ objektive und reliable *Messung* der Lernleistungen anhand von repräsentativen Lernzielen mittels *kriterienorientierter Leistungsmessung*; die valide, aber wenig reliable *Einschätzung* von *Lernfortschritten* mittels Abstandsskalen von diesen Lernzielen sowie die subjektive, aber dennoch wichtige, kontextabhängige *Interpretation* des Lern- und Arbeitsverhaltens anhand standardisierter Ratingskalen. Die Vorteile und die Angemessenheit dieses Verfahrens sind evident. Es werden nicht zufällige Augenblicksleistungen, sondern Lernentwicklungen beurteilt. Nicht mehr oder minder wahllos aufgebaute Testbatterien, ungeprüft aus der Psychologie übernommene, aber für Lernvorgänge unpassende Testkonstrukte, sondern mittels Stichproben valide aus beruflicher Tätigkeit und Curricula abgeleitete Lernziele bilden die Erprobungs- und Beurteilungsbasis. Nicht beliebige Einschätzungssysteme, sondern »pädagogische Diagnostik« liefert die Meßmethodik. Diese Form von Erprobungsmöglichkeiten ist seelisch behinderten Erwachsenen mit ihren typischen Schwankungen im Lern- und Arbeitsverhalten angemessener.

2.4.3 Lernprobleme Erwachsener

1979-1982 wurde im BBRZ in Zusammenarbeit mit dem Bundesinstitut für Berufsbildung Berlin (BIBB) ein Projekt zum Thema der »Lernförderung bei Lernproblemen Erwachsener« (Fischer, Claus, Freibichler et al. 1982) durchgeführt. Auf der Grundlage von Voruntersuchungen zu Lernproblemen Erwachsener (Freibichler & Harke 1982) wurde der Versuch unternommen, *didaktische Strategien* und *Methoden* auf »lernfördernde Anwendbarkeit« zu untersuchen und in Pilotveranstaltungen zu erproben. Dieses Projekt brachte das BBRZ und

die pädagogischen Mitarbeiter erheblich weiter. Durch Erprobung verschiedener Methoden in Ausbildungsmaßnahmen und Förderlehrgängen wurden neue Ansätze bekannt und diskutiert. Es kristallisierten sich methodische Schwerpunkte heraus: *projekt-, handlungs- und problemorientierte Konzepte* sowie Grundlinien der Lernförderung: *Teilnehmer-, Problem- und Lernprozessorientierung*. Darüber hinaus kam über die Projektarbeit eine intensive pädagogische Weiterbildung in Gang, so daß methodische und lernorganisatorische Aspekte innerhalb der folgenden Jahre stärker verankert werden konnten.

Im Rahmen dieser Darstellung können Inhalte und Erfahrungen dieses Projektes nicht wiedergegeben werden; sie sind in einer Sonderveröffentlichung des BIBB (Fischer & Harke 1987) zusammengefaßt. In ihr sind Methoden und Techniken erläutert, die ohne großen Aufwand und vor allem ohne Ausgliederung »lernschwieriger Teilnehmer« in den »normalen Unterricht« integriert werden können. Nach wie vor bilden diese Arbeitsansätze den »didaktischen Kern« des hier vertretenen Förderkonzeptes.

2.4.4 Lern- und Entwicklungsförderung

In der Folgezeit führte die weitere Entwicklung von der Überarbeitung der *beruflichen Inhalte* und Versuche zur *Methodik* weiter zu *lernorganisatorischen* Konsequenzen und neuen Bildungsangeboten. Soweit dies für die Förderproblematik bei seelisch Erkrankten eine Rolle spielt, wird noch ausführlich darauf eingegangen:

1. *Künstlerische Übungen, Sport, soziales Training*: Der finanzielle und inhaltliche Rahmen, den die Kostenträger der Rehabilitation Erwachsener vorgeben, beschränkt sich meist auf das Berufliche; therapeutische Begleitung wird zwar akzeptiert, die Notwendigkeit umfassender Förderung in integrierter Form ist jedoch nur schwer zu verdeutlichen. Dazu gehören im BBRZ Angebote »künstlerischer Übungen« (Brater 1984, 1985; Brater, Büchele & Reuter 1985) zur Entwicklung von Ich- Identität, sozialer Lernkompetenz und Einstimmung auf »offene Lernprozesse«. Persönlichkeitsfördernde Ziele werden mit Gymnastik, therapeutischem Lauftraining oder TaiChi verfolgt. Soziales Kompetenztraining, Haushaltstraining, Kochkurse und Werken bieten mehr oder minder gezielte Möglichkeiten, Freizeit und Förderung zu verbinden. Landschulheimaufenthalte verbinden erlebnispädagogische Ziele mit sozialen Anforderungen und bieten hinsichtlich gruppenspezifischer Entwicklung gute Ansätze. Deshalb fuhr jede Ausbildungsgruppe, begleitet von einer Lehrkraft und einem Sozialpädagogen bzw. Psychologen für eine Projektwoche in eine Jugendherberge oder ähnliche Einrichtung, in der weitgehend Selbstversorgung herrscht.
2. *Epochenunterricht*: Diese aus der Reform- bzw. Waldorfpädagogik übernommene Lernorganisation hat sich als fruchtbar erwiesen. Die Zersplitte-

rung des Stoffes in viele parallele Fächer, die ständigen Wechsel der Lehrkräfte, die getrennte Sicht von Theorie und Praxis im Betrieb sind wenig lernfördernd. Deshalb wurde die bisherige Fächergliederung, bis auf einige wenige Grundlagenfächer: z.B. Mathematik, Deutsch, Sozialkunde etc., zugunsten mehrere Wochen umfassender *Lern- Epochen* (wöchentlich ca. 20 Stunden) aufgegeben. Diese verzahnen unter einem thematischen Schwerpunkt Theorie und Praxis, neue Inhalte und Anwendung, Unterweisungen und Anleitungen mit Einzel- und Gruppenarbeit. Der Nutzeffekt zeigt sich nicht nur in Akzeptanz und Motivation, sondern auch in den Prüfungen. Die Teilnehmer haben sich viel intensiver und weniger abgelenkt mit *einer* Materie befaßt, und zwar unter vielfältigen Aspekten. Daher genügen kurze Prüfungsvorbereitungen. Im Nebeneffekt reduzieren sich so Frontalunterrichte; wer 20 Stunden, ein bis zwei Unterrichtstage in einer Gruppe unterrichtet, organisiert schon aus Selbsterhaltungstrieb Gruppenarbeit, entwirft Übungsblätter, bereitet Experimente und Leittexte vor. Dies sind erwünschte Konsequenzen, die aus lehrerzentriertem Unterricht⁶ moderierte aktive Lernarbeit der Teilnehmer machen. Aufgrund dieser Lernsituation wurden Aufgabenpools mit nach Schwierigkeitsgrad differenzierten Angeboten zu einzelnen Themen entwickelt, aus denen sich die Teilnehmer ihre Aufgaben je nach Fortschritt selbst auswählen.

3. *Zusätzliche Förderangebote*: Frühere Versuche mit Nachhilfeunterricht erwiesen sich als unbefriedigend. Wer teilnehmen mußte, beteiligte sich nicht aktiv. Freiwillige Teilnahme kam denen zugute, die es nicht nötig hatten. Bei vielfach negativem Selbstbild und entsprechenden Lernergebniserwartungen sind Verdrängungs-, Vermeidungs- und Bagatellisierungsmechanismen starke Gegenkräfte zu den Annahmen über die a priori stärkere Leistungsmotivation bei Erwachsenen (Fischer & Harke 1987, 28). Heute werden Fördermaßnahmen als Lernzirkel für alle organisiert, aber in differenzierter Form. In diesen Arbeitszirkeln erarbeiten sich die Teilnehmer Stoffinhalte eigener Wahl, in Gruppen oder allein. Lehrkräfte sind immer anwesend. Da Arbeitszirkel für mehrere Gruppen zeitgleich stattfinden, ist so ein Pool von Lehrkräften verfügbar, die -je nach Bedarf- einzelne Teilnehmer in speziellen Untergruppen zusätzlich fördern. Dieses Angebot wird nach Absprache zeitlich befristet, um zu verhindern, daß diese Teilnehmer ihre Verantwortung für eigenes Arbeiten und Lernen »abgeben«. Alle Förderangebote werden von regelmäßigen Fördergesprächen begleitet, auf die noch eingegangen wird.

⁶Unterricht kann ja alle Sozialformen und Methoden umfassen; die frontale, lehrer-zentrierte oder -dominierte Form der Be-Lehrung ist wahrscheinlich noch immer die häufigste.

3 SEELISCHE ERKRANKUNGEN UND STÖRUNGEN

3.1 Übersicht

Die Mannigfaltigkeit seelischer Erkrankungen und Störungen, ihre häufig ungeklärte Ätiologie, die teilweise sprunghaft wechselnden, manchmal bizarren Erscheinungsformen und nicht zuletzt auch die Vielzahl verwirrender Theorien und Bewertungen machen dem medizinischen oder psychologischen Laien die Einsicht in die individuelle Problematik und Übersicht der »Krankheitsbilder« nicht leicht. Es kann bei der Fülle der Fakten, Meinungen und Herleitungen nicht darum gehen, diese umfassend oder systematisch zu erläutern. Eine punktuelle und teils exemplarische Form ist bewußt gewählt worden, seelisches Krankheitsgeschehen verständlich zu machen und daraus pädagogische Konsequenzen abzuleiten. Das ist terminologisch nicht leicht, weil es notwendig ist, die im Rahmen der Psychiatrie verwendeten Begriffe aufzugreifen; diese sind *nicht wertfrei*, sondern nur von ihrer medizinischen oder psychotherapeutischen Herkunft her zu verstehen, wobei die unterschiedlichen Psychotherapieschulen und -richtungen sich auch begrifflich (Ludewig 1992, 80) streng abzugrenzen suchen.

Huber (1981, 23) kategorisiert in einem »triadischen System«, das hier verkürzt dargestellt ist:

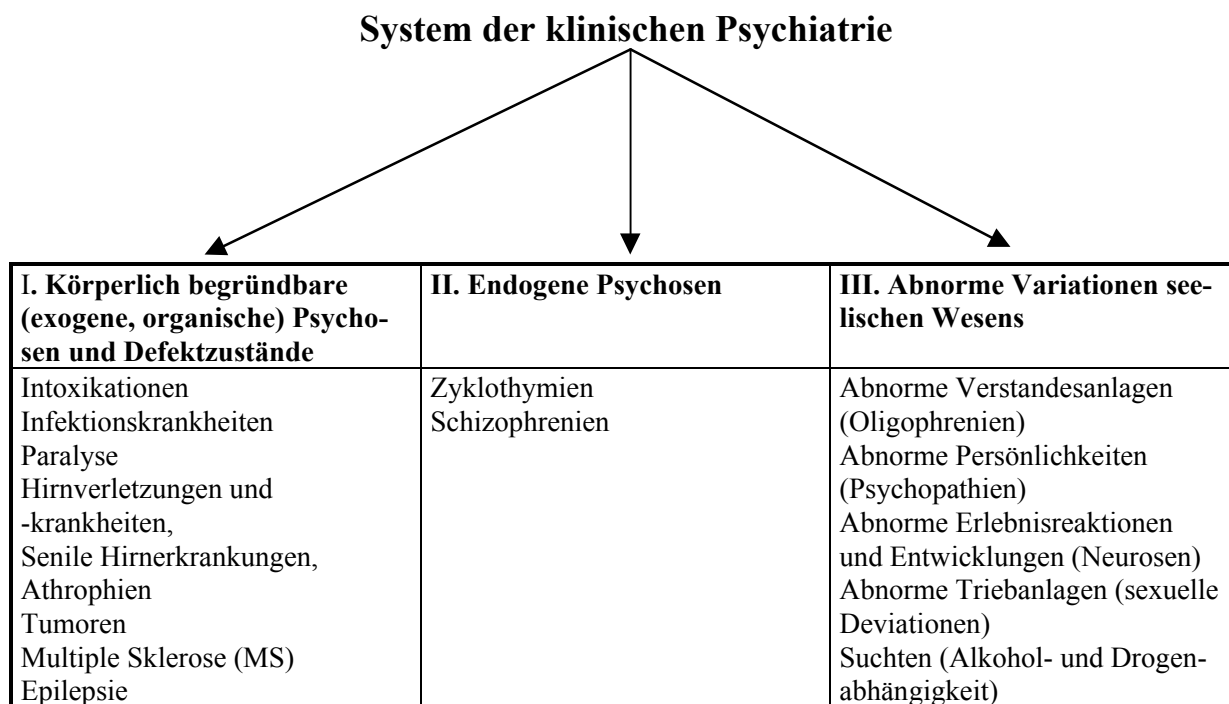


Abb. 4: Krankheitssystem der Psychiatrie

Die körperlich begründbaren (exogenen) Psychosen spielen in der weiteren Folge keine Rolle. Eine Klassifizierung bietet das DSM- III (1984) und DSM-

III- R (1989, 1991), das *Psychische Störungen* auf insgesamt fünf Achsen charakterisiert:

- Achse 1 und 2: Psychische Störungen.
- Achse 3: Körperliche Störungen und Zustände.
- Achse 4: Schweregrad der psychosozialen Belastungsfaktoren.
- Achse 5: Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus.

Diese Systematik wurde auszugsweise in Abb. 6 zusammengefaßt. Sie ist nicht nur für den diagnostizierenden Mediziner, sondern auch für den Pädagogen vorteilhaft, weil unterschiedliche Aspekte des Phänomens *Seelische Störung* erfaßt und graduell differenziert werden können. Klassifikationen und diagnostische Kriterien sagen andererseits allein wenig aus (Müller 1991, 67); die seelische Störung wird erfahrungsgemäß besser anhand ihrer individuellen Verlaufs- und Erscheinungsformen als an mehr oder minder gut abgesicherten Diagnosen deutlich.

Die in Abb. 7 dargestellte synoptische Übersicht über Klassifikationen seelischer Störungen, die für unterschiedliche Zielgruppen bestimmt sind, erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Repräsentativität, unterstreicht aber die für medizinische Laien schwierige Aufgabe, sich einen Überblick zu verschaffen, weil psychische Störungen verschieden zugeordnet werden. Aus den später darzustellenden Fallbeispielen (Kapitel 3.3) wird sich zeigen, wie sich im Verlaufe eines Krankheitsgeschehens durch immer wieder unterschiedliche diagnostische Einschätzungen ein unklares Bild ergibt. Im Gegensatz zu somatischen Krankheitsbildern ist mit den Diagnosen allein pädagogisch wenig anzufangen.

3.2 Seelische Störung - Krankheit – Behinderung

Bislang wurde nicht zwischen *seelischer bzw. psychischer Krankheit, Störung und Behinderung* unterschieden. Die grundlegende Diskussion zum Begriff *Behinderung* soll hier nicht wiedergegeben werden. Zu einem ersten Überblick wird auf Speck (1981), zur ausführlichen Erörterung im Rahmen der *Behinderertenpädagogik* auf Bleidick & Hagemeister (1995), hinsichtlich der *Körperbehindertenpädagogik* auf Leyendecker (1987) und Stadler (1995^a; 1998, 27), bezüglich der *Pädagogik bei Verhaltensstörungen* auf Myschker (1993, 37) und der *Lernbehindertenpädagogik* auf Bleidick (1995) verwiesen.

3.2.1 Impairment, Disability, Handicap

Seit die WHO (1980) eine Klassifikation zur Unterscheidung des Begriffs *Behinderung* in die drei Aspekte: *Impairment (Schadensbild)*, *Disability (Behinderung in Form der Funktionseinschränkung)* und *Handicap (Soziale Behinde-*

runge) erarbeitete, wird diese Ursachen- Folgen Gliederung fast durchgängig in der Rehabilitation verwendet (BMA 1996, II.3-12; BAR 1984, 71). Die ursprünglich kausale Differenzierung des Behinderungsbegriffes ist jedoch bei *seelischen* Erkrankungen wenig hilfreich. Sie stellt lediglich eine juristisch zweckmäßige Vokabel zur Gleichstellung und Erfüllung vorgegebener sozialrechtlicher Leistungsvoraussetzungen dar.

Zwar wird der Behinderungsbegriff in den Leistungsgesetzen (z.B. § 1 Reha-AngG; §§ 10 u. 29 SGB I; § 39 BSHG) heute nicht mehr *kausal*, sondern auf den Förderzweck ausgerichtet, *final*, verstanden. Dennoch ist bei seelischen Erkrankungen die Bereitschaft, sich als Schwerbehinderter anerkennen zu lassen, sehr gering (Kleffmann 1996, 34; Längle, Welte & Niedermeier- Bleier 1997, 480). Nach Schätzungen beantragen nur ca. 30% der Berechtigten diesen Status.

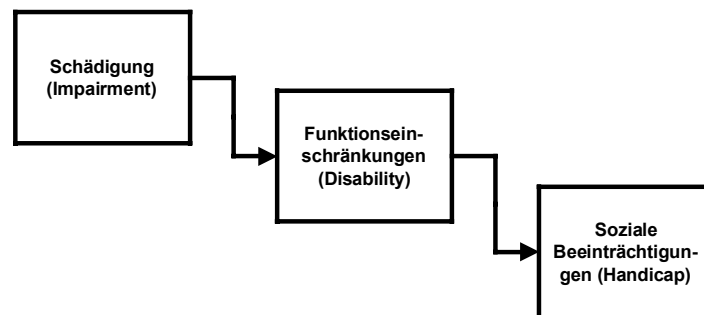


Abb. 5: WHO- Klassifikation von Behinderung

Pohl, Lehmann, Kunze & Arnoldt (1988, 8-12) sehen

1. Schädigungen (*Impairment*) bei psychischen Erkrankungsbildern "im Bereich des/der Denkens, Intelligenz, Wahrnehmung, Konzentration, Triebe, Gefühle, Stimmung, Antriebs, Psychomotorik".
2. Funktionelle Einschränkungen (*Disability*) als "Störungen des/ der Verhaltens und Kommunikation, Übernahme und Aufrechterhaltung sozialer Rollen, Selbstversorgung, Bewältigung alltäglicher Aufgaben".
3. Soziale Beeinträchtigung/ Benachteiligung (*Handicap*) "in folgenden Bereichen.... Orientierung und Wahrnehmung (Störungen aufgrund fehlerhafter Verarbeitung des Wahrgenommenen, nicht aufgrund von Sinnesbehinderungen), Freizeit, soziale Integration, Beruf".

Achse I: Psychische Störungen	Achse II: Persönlichkeitsstörungen	Achse III: Körperliche Störungen und Zustände	Achse IV: Schweregrad psychosozialer Belastung	Achse V: Psychosoziales Funktionsniveaus
<p>A) Störungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. des Kleinkindalters, der Kindheit, Adoleszenz 2. Organisch bedingte psychische 3. durch psychotrope Substanzen 4. Schizophrene 5. Wahnhafte (Paranoide) 6. Affektive 7. Angststörungen 8. Somatoforme 9. Dissoziative 10. Sexuelle 11. Schlafstörungen 12. Vorgetäuschte 13. Störungen der Impulskontrolle 14. Anpassungsstörungen 15. Körperlicher Zustand, bei dem psychische Faktoren eine Rolle spielen <p>B. Codierung verschieden</p>	<p>A) Störungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paranoide 2. Schizoide 3. Schizotypische 4. Antisoziale 5. Borderline 6. Histrionische 7. Narzißtische 8. Selbstunsichere 9. Dependente 10. Zwanghafte 11. Passiv-aggressive 12. Nicht näher Bezeichnete <p>B. Codierung verschieden</p>	keine Kategorien	<p>A) Belastungsfaktoren durch</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Partnerschaften 2. Elternschaft 3. zwischenmenschliche Ereignisse 4. Beschäftigung 5. Lebensumstände 6. Finanzen 7. Rechtlich 8. Entwicklung 9. Körperliche Krankheiten oder Unfälle <p>B) Codierung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 keine 2 leicht 3 mittel 4 schwer 5 sehr schwer 6 katastrophal 7 ungenügende Information oder keine Änderung des Zustandes 	<p>Global Assessment of Functioning Scale (GAF- Skala): psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit.⁷</p> <p>90-81 keine Symptome 80-71 normale Reaktionen 70-61 Leichte Symptome 60-51 Mäßig ausgeprägte Symptome 50-41 Ernsthafte Symptome 40-31 Einige Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung oder Kommunikation 30-21 Verhalten ernsthaft durch Wahngedanken, Halluzination, Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens beeinflusst 20-11 Selbst- und Fremdgefährlichkeit 10-1 Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen</p>

Abb. 6: DSM- III Manual

⁷ vgl. Kap. 3.6.4 Salutogenese- Konzept

Zielgruppe: Betriebe/ Mitarbeiter (Bähr et al. 1993, 17)	Zielgruppe: Rehabilitation (Bintig 1980)	Zielgruppe: Eltern, Lehrer, Erzieher (Winkel 1991)	Zielgruppe: Eltern, Erzieher (Petermann 1991, 13)	Zielgruppe: Studenten, Lehrer (Myschker 1993)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Psychische Krisen 2. Psychische Störungen 3. Neurosen, Persönlichkeitsstörungen 4. Psychosomatische Erkrankungen 5. Abhängigkeit, Sucht 6. Psychosen 7. Grenzfälle - borderline 8. Epilepsie, Anfallsleiden 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Körperbehinderungen 2. Behinderungen der Sinnesorgane 3. Intelligenzschädigungen 4. Lernstörung 5. Lernbehinderung 6. Geistige Behinderung 7. Psychische Gefährdungen, Krankheiten und Behinderungen 8. endogene Psychosen: 9. Schizophrenie, manisch-depressive Psychose 10. exogene Psychosen 11. psychische Alterskrankheiten 12. Suchtkrankheiten 13. Drogen-, Arzneimittelabhängigkeit, Alkoholismus 14. Neurosen - Verhaltensstörungen 15. Psychosomatische Krankheiten 16. Psychische Gefährdungen in Lebenskrisen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neurosen und Soziopathien, z.B.: Zwangsneurose, Angstneurose, Konversionsneurose, Phobie, hypochondrische Syndrome, psychovegetative Erschöpfungszustände, Depressive Syndrome, Depersonalisations- und Derealisationssyndrome, Psychomotorische u. sonstige Störungen 2. Psychosen u. Psychopathien: Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankung, Epilepsie, Hirnorganische Psychosen, Alkoholismus und Rauschdrogen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ängste: Angst, Phobie 2. a) Körperliche Störungen mit psychischen Folgen: Chronische Krankheiten, Geistige Behinderung. b) Psychosomatische Störungen: Einkoten/ Einnässen, Pubertätsmagersucht, Schlafstörungen, Sprachentwicklungs-, Sprechstörungen, Übergewicht 3. Lernstörungen: Impulsivität, Konzentrationsprobleme, Lese- Rechtschreib- Schwäche, Motivationsprobleme 4. Schwere psychische Störungen: Autistische Störungen, Depression, Schizophrenie, Selbstmord und Selbstmordversuch 5. Sucht: Alkoholismus, Drogenabhängigkeit 6. Verhaltensstörungen: Aggression, Delinquenz, Hyperaktivität, Kontaktprobleme 7. Sexuelle Störungen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Übermäßige Angst und Aggressivität 2. Hirnschädigungen, Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörungen, cerebrale Funktionsstörungen, Lernstörungen 3. Psychophysische Störungen: Pica, Anorexia und Bulimia 4. Suizidalität 5. Psychopathologische Syndrome: Schizophrenie, Depressivität, Borderline, Epilepsie 6. Delinquentes Verhalten, Kriminalität, Drogenabhängigkeit

Abb. 7: Synopse von Klassifizierungen psychischer Störungen

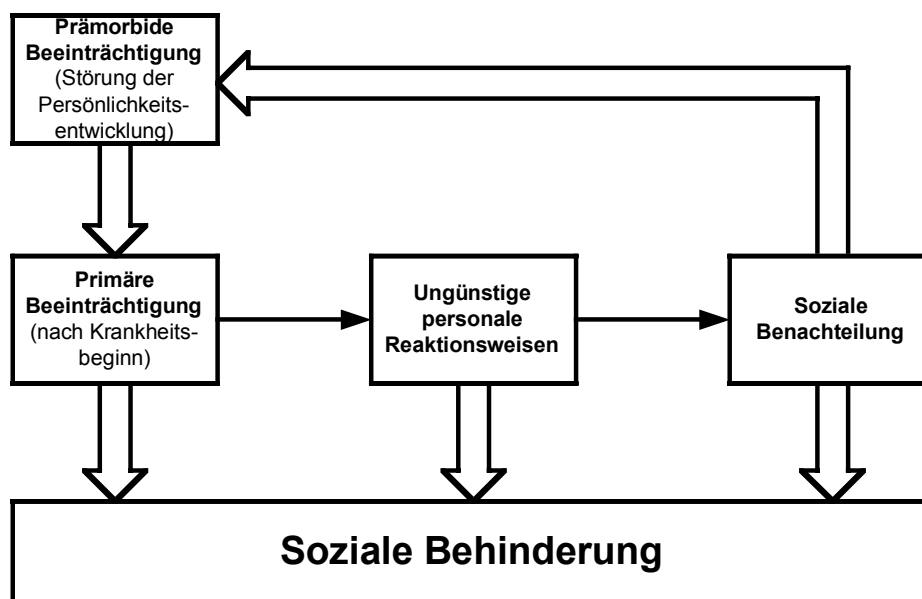


Abb. 8: Schizophrenie und Soziale Behinderung

Wing (1987, 329) sieht bereits Probleme beim Begriff Behinderung, der in der Psychiatrie auf intellektuelle Retardierungen oder Störungen beschränkt sei, während psychische Störungen wie Schizophrenie oder Manie als Krankheit angesehen würden. Auch seien die Begriffe *impairment*, *disability* und *handicap* selbst im Englischen verwirrend, weil in der Alltagssprache austauschbar; zudem paßten sie auf psychiatrische Störungen nicht. Er sieht »Behinderung« weniger im Sinne krankheitskausaler Folgen; dieser Zustand entwickelt sich in wechselseitiger Dynamik zwischen dem schizophren Erkrankten und seiner Umwelt (1983, 52; 1987, 329).

Abb. 8 versucht diesen Zusammenhang zu erläutern. *Vor Ausbruch* der Erkrankung können Störungen in der Entwicklung erste Beeinträchtigungen bewirken. Zu diesem Zeitpunkt wirken sich möglicherweise bereits soziale Benachteiligungen: kärgliche und lieblose Verhältnisse, Armut, Arbeitslosigkeit, schlechte Schulleistungen (und der sich daraus oft entwickelnde *circulus vitiosus*) nachteilig aus und multiplizieren sich mit den eingeschränkten persönlichen Verarbeitungsmöglichkeiten. Weiterhin verstärken *nach Ausbruch* der Erkrankung soziale Benachteiligungen das Problem durch Ausgrenzung, Isoliertheit, Verwahrung. Wie weit *seelische Behinderung* Ursache einer der Umwelt unverständlichen *Reaktion des Kranken* oder Wirkung einer unangemessenen *Einwirkung auf den Kranken* sei (z.B. durch zu geringe Stimuli, zu intensive Rehabilitationsbemühungen oder angespannte emotionale Atmosphäre), ist nach Wing nicht zu klären.

Rössler & Riecher- Rössler (1994, 3) plädieren für die Beibehaltung des WHO- Schemas, berücksichtigen aber diese Kritik, indem sie die englischen Begriffe *impairment*, *disability* und *handicap* zutreffender übersetzen. Sie weisen ausdrücklich darauf hin, wie sehr das Ausmaß der Behinderung aus der

Wechselbeziehung zwischen Krankheit sowie inneren und äußeren Faktoren der Lebenswelt der Erkrankten resultiert. In ihrer grafischen Darstellung verwenden sie ihre neuen Begriffe jedoch nicht, weshalb Abb. 9 hier modifiziert wird.

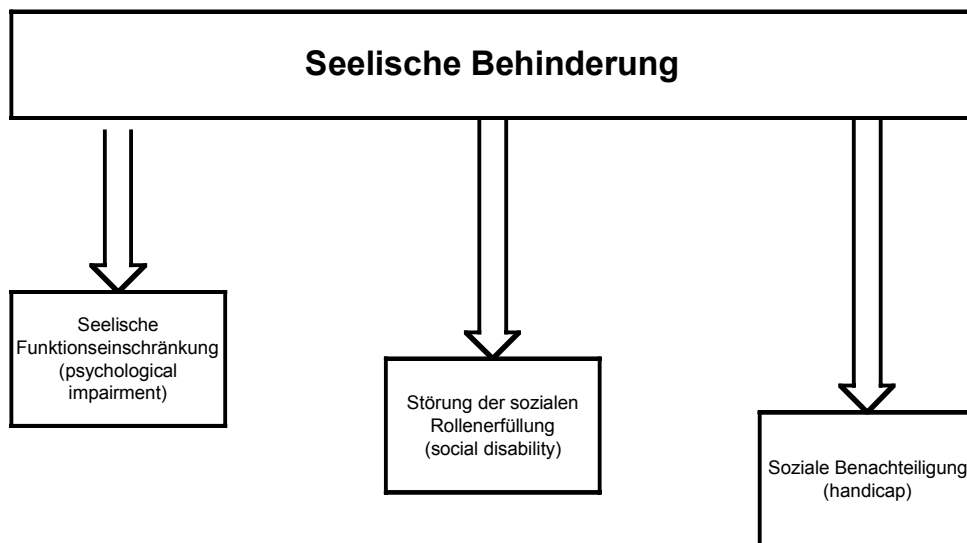


Abb. 9: WHO- Schema: Seelische Behinderung (nach Rössler & Riecher- Rössler 1994, 4)

Kleffmann (1996, 70) diskutiert die Brauchbarkeit der WHO- Klassifikation bei seelischen Erkrankungen mit ausführlichen Beispielen. Trotz kritischen Hinweisen zu den konzeptionellen Schwächen dieser Klassifizierung bleibt jedoch auch bei ihr die statische Sichtweise des Phänomens »seelische Behinderung« unbefriedigend und dem variablen Krankheitsverlauf, wie in Kapitel 3.6 nachgewiesen wird, unangemessen. Eine sehr pragmatische Sicht bieten Bähr et al. (1993, 11), die ihre Kategorien: »gesund - psychisch krank – psychisch behindert – chronisch psychisch krank« als Arbeitsbegriffe verstehen und deutlich machen, daß die Übergänge immer fließend sind. Die juristische Sicht des Behindertenbegriffs zeigt sich z.B. an § 39 BSHG, der Hilfen an „Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert sind...“ gewährt.

Man darf insgesamt davon ausgehen, daß *Behinderung* als weitgehend feststehend, unveränderlich und endgültig verstanden wird. Dies wird aber dem teils episodenhaften, teils andauernden, jedenfalls aber *veränderlichen Erscheinungsbild* seelischer Krankheiten nicht gerecht. Es mag nützlich und für die sozialpolitische Förderung seelisch Kranker notwendig sein (und insoweit ein Fortschritt), daß diese ebenfalls als *Behinderte* anerkannt und gleichgestellt wurden. Kehrseite ist, daß solche Definitionen eine Eigendynamik entwickeln und Projektionsmöglichkeiten für Vorurteile und naive Attribuierungen abgeben. Auch ist fraglich, ob man davon ausgehen kann, einer *seelischen Behinderung* liege eine *Schädigung* zugrunde, auch wenn Schädigung, funktional verstanden (Bleidick & Hagemeyer 1995, 13), auf *psychologische Funktionseinschränkungen* reduziert wird (Rössler & Riecher- Rössler 1994). Manche

»Schädigungen« sind lediglich phasenhaft vorübergehende Störungen oder Einschränkungen. Zudem sind die Begriffe *Krankheit* und *Behinderung* noch viel schwieriger als bei somatischen Erkrankungsbildern abzugrenzen. Es wird in den verschiedenen Ansichten zum *seelischen Behinderungsbegriff* zwar deutlich, wie ausschlaggebend die *soziale Bedingtheit* ist. Dennoch überwiegt eine individualistische Zuordnung dieses *Handicaps*. Die anhaltend benachteiligende Rolle der Umwelt (Wing, 1987) wird zu wenig betont; stigmatisierende Etikettierungen bleiben unbeachtet. Wie noch auszuführen sein wird, bieten sich *seelisch Erkrankte* und ihre Familien für „culpative Stigmata“ (Bleidick & Hagemeister 1995, 73) geradezu an: in wenig hilfreicher Weise wird ihnen die »Verantwortung« für die seelische Erkrankung zugeordnet (siehe Kapitel 3.4). Zusammenfassend kritisiert Müller (1991, 88) die geistigen Ausgangspositionen und Folgen medizinisch orientierten Denkens in psychopathologischen Kategorien: Die scheinbar klare Trennung zwischen »gesund« und »krank«, in Erscheinungs- und Bedingungebenen, zwischen Symptom bzw. psychischem Bewußtseinsbereich und bedingenden körperlichen bzw. psychischen Faktoren. Ebenso die desintegrative Basis dieses Modells durch die Verengung der Sicht auf den „leidenden Menschen“ sowie die Tendenz zu immer weiterer, entpersonalisierender Aufspaltung: „Innenwelt- Außenwelt“, „Körper- Seele“. Ebenso wie Biologen heute immer feinere Zellteilungen vornähmen, spalte die Psychoanalyse die Psyche in ES, ÜBER- ICH und ICH, wobei das ICH einem anderen nicht von Subjekt zu Subjekt, sondern in einer „Subjekt- Objekt- Beziehung“ begegne. Letztlich werde das Erleben des Menschen zu einer Funktion seines Körpers, zum „Trieb- bzw. Erb- Determinismus und Psychomaterialismus“.

3.2.2 Pädagogische Sicht seelischer Behinderung

Für die pädagogische Arbeit ist zuerst ein Überdenken des Menschenbildes erforderlich, von dem man ausgeht. Der *medizinische Aspekt* des Begriffes *Behinderung* verführt dazu, sich an Krankheitserscheinungen (Symptomen bzw. Syndromen) und - verläufen zu orientieren. Er ist überwiegend auf das Individuum und die Wiederherstellung (*Re- Habilitation*) eines fiktiven *status quo ante* zentriert (Kleber, 1980; Wing, 1987, 326; Fischer et al., 1997). Ein derart auf Vergangenheit, möglichst weitgehende Reversibilität »fehlentwickelter« und auf Kompensation »nicht wieder herstellbarer« Mensch- Anteile orientierter Denkansatz läuft Gefahr, zukünftige Entwicklungen, Werden und Wachsen zu übersehen. Dann bekommt die pädagogische Maßnahme nurmehr „...die Aufgabe der Korrektur, der Kompensation, der Ausnutzung der verbliebenen Funktionsreste und die Milderung des Gebrechens durch ‘heilende‘, das heißt im übertragenen Sinne erziehlische, unterrichtliche und therapeutische Verfahren“ (Bleidick & Hagemeister 1995, 65). Soweit innerhalb der Pädagogik und ihrer Nachbarbereiche *psychiatrische Erkrankungsbilder* (z.B. Schizophrenie und andere Psychosen) angesprochen werden, beschränken sich die meisten Darstellungen auf

die sicherlich notwendige Information über das *medizinische oder klinische Bild* und die *Therapie*; eine eigenständige *pädagogische Handlungstheorie* wird nicht erkennbar (Winkel 1991, 165; Myschker 1993, 355). Die Zuweisung einer seelischen Behinderung verdeckt mit ihrem »langen Schatten der Symptome« die Persönlichkeit des betroffenen individuellen Menschen; seine Einzigartigkeit und seine zukünftigen Entwicklungsmöglichkeiten verlieren sich durch die auf *typische Schadensbilder* reduzierte und fixierte Selbst- und Fremdwahrnehmung. Deutliche Hinweise darauf sind zum Beispiel in Gutachten übliche Begriffe: *Restleistungsvermögen, Residualzustand, Belastbarkeit, Minderleistung, Defizit oder Defekt...!* (Stadler 1992, 179)

Nun findet beim Menschen Entwicklung unausweichlich und immer statt: trotz, mit und entgegen einer Behinderung! Man kann sie ignorieren, aber nicht verhindern! Wenn beim seelisch Erkrankten das gestörte ICH seine Identität nicht mehr ohne Hilfe in seinem Da-Sein und seiner Entwicklung erkennt, dann kann reflektierende Verarbeitung erforderlich sein, aber pädagogisch nicht ausreichen. Bleidick & Hagemeyer (1995, 27) belegen die Haltlosigkeit früherer Auffassungen der Heilpädagogik, den „abgerissenen, defekten Erziehungsprozeß“ wiederherstellen zu wollen. Der Vorgang könne nie abreißen! In gleicher Weise wird man gegenüber Denkansätzen kritisch sein müssen, die ihre pädagogische Aufgabe bei seelischen Störungen darin sehen, „auf die Ursprünge der ‘geschädigten Subjektivität‘ zurückzugehen und mit dem Betroffenen seine ‘Geschichte‘ weiterzuschreiben“ (Calchera, Hübel & Roth 1989,4). Denn es bleibt fraglich, was pädagogische Zielsetzung sein wird, wenn diese Anknüpfung oder die reflexive Einsicht in das frühere psychische Trauma nicht oder nicht mit der erhofften befreienden Wirkung gelingen. Nicht nur das ICH als Teil, die ganze Persönlichkeit muß wachsen, sich Veränderungen stellen. Das kann sie nicht, wenn sie nicht aktiv wird und sich in der Wirkung des eigenen Handelns wie in einem Spiegel erkennt.

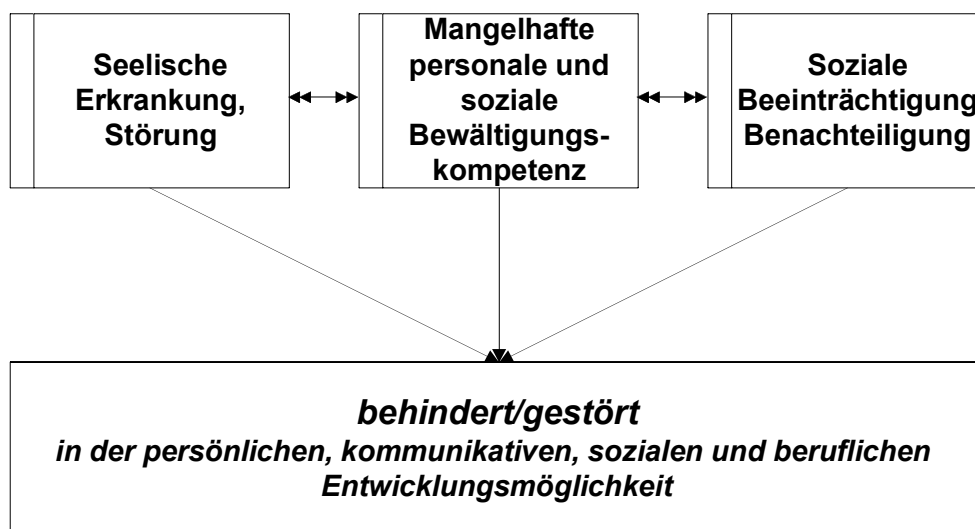


Abb. 10: Struktur von Behindert-Sein

”Wie kein anderes Terrain ist die berufliche Rehabilitation geeignet, ein Gegengewicht zum medizinisch- defizitären Denken auszubilden, das auf Einschränkungen, Defizite und Abweichungen im Vergleich zur Normalität fixiert ist, während es in der beruflichen Rehabilitation primär um die Erkenntnis, die Anerkennung und den Aufbau von Fähigkeiten und Handlungskompetenzen geht” (Seyfried 1994, 17).

Wenn es *im Zusammenhang* mit einer seelischen Erkrankung bzw. Störung zur sozialen Beeinträchtigung oder Benachteiligung kommt und die eigenen Bewältigungskompetenzen nicht ausreichen, dann ist die *Entwicklungsmöglichkeit behindert* oder *gestört*. In diesem Kontext soll *behindert* verstanden werden.

Deshalb geht es aus pädagogischer Sicht bei seelisch behinderten Menschen um Lernförderung, wo Hilfe erforderlich ist, und um Beseitigung von Schwierigkeiten, wo Hemmnisse behindern. Insgesamt ist ein erfolgszuversichtliches pädagogisches Handlungskonzept erforderlich, das seelische Erkrankung akzeptiert, *Behinderungen* aber zu überwinden sucht.

3.3 Seelische Störungs- und Erkrankungsbilder

3.3.1 Neurotische, psychosomatische und Persönlichkeitsstörungen

Nachdem im DSM- III die *Neurosen* nicht mehr explizit in einer eigenen Kategorie dargestellt und einige psychosomatische Erkrankungen den Störungen des Kindesalters zugeordnet werden, wird im folgenden auf die Fassung des ICD- 9 (The International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death), zurückgegriffen (DSM- III 1984, 431):

Neurosen	Weitere Bezeichnungen	Kurzbeschreibung
<i>Angstneurose</i>	Angstreaktion, Neurotischer Angstzustand, Panikanfall, Panik, Panikzustand	Ganz unterschiedliche Kombinationen körperlicher oder psychischer Angstsymptome, die sich entweder als Angstanfälle äußern oder dauernd auftreten.
<i>Hysterische Neurose</i>	Konversionshysterie, Entschädigungsneurose, Hysterie	Unbewußte Motive erzeugen eine Einengung des Bewußtseins, z.B. mit selektiver Amnesie, oder motorische sowie sensorische Funktionsstörungen: z.B. hysterische Lähmungen, Anfälle, Blindheit.
<i>Phobie</i>	Agoraphobie, Tierphobie, Claustrophobie, Angsthysterie	Abnorm starke Furcht vor Situationen oder bestimmten »Objekten“, die an sich nicht furchterregend sind.
<i>Zwangsneurose</i>	Anankastische Neurose	Hier bestimmen starke subjektive Zwänge, gegen die sich der Betroffene wehrt, das Bild: bestimmte Gedanken, über die nachgegrübelt wird, Gedankenketten, Zwangsideen. Zwangsrituale (z.B. Waschwang) sollen helfen, die Angst zu erleichtern.
<i>Neurotische Depression</i>	Depressive Reaktion, Depressiver Angstzustand	Neurose mit starker Depression, teilweise auch mit Angst, die meistens einer erkennbaren traumatisierenden Erfahrung folgt. Der Betroffene beschäftigt sich fast ausschließlich mit diesem Trauma: z.B. Verlust einer geliebten Person.
<i>Neurasthenie</i>	Nervenschwäche	Neurotische Konstellation mit allgemeiner Schwäche, Reizbarkeit, Kopfweh, Schlaflosigkeit, Konzentrationschwierigkeit und Mangel, Freude zu empfinden. Kann aus körperlichen Erkrankungen oder emotionalen Störungen folgen.
<i>Neurotisches Depersonalisationssyndrom</i>	Neurotische Derealisation	Unangenehmer Zustand gestörter Wahrnehmung von äußeren Objekten oder des eigenen Körpers, deren sich der Betroffene bewußt ist.
<i>Hypochondrische Neurose</i>		Exzessive Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit, meist mit Angst und Depression verbunden.
<i>Andere Neurosen</i>	Beschäftigungsneurose, Psychasthenie, Schreibkrampf	

Abb. 11: Neurotische Störungen

Während Neurosen (Abb. 11) als *seelische Äußerungsformen* von Konflikten und Spannungen gelten, können *psychosomatische Erkrankungsbilder* (Abb. 12)

als *körperliche Reaktionen* verstanden werden (Dörner & Plog 1984, 299; Pe-
termann 1991, 165; Winkel 1991, 58).

Psychosomatische Bilder	Weitere Bezeichnungen	Kurzbeschreibung
<i>Körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs</i>		<i>Vielzahl körperlicher Symptome oder Bilder psychischen Ursprungs ohne Gewebsschädigung.</i>
<i>Psychomotorische Erkrankungen mit psychischen Faktoren</i>		<i>Bei den folgenden Erkrankungsbildern, die mit einer Gewebsschädigung einhergehen, spielen auch psychische Faktoren eine wesentliche Rolle.</i>
Muskel- und Skelettsystem	Psychogener Schiefhals, psychogene Rückenschmerzen	Schiefe Kopfstellung ohne Bewegungsschädigung, Muskelkrämpfe, Nackenschmerzen.
Haut	Psychogene Dermatitis, psychogenes Ekzem	Rötungen, Jucken, Aufkratzen der Haut.
Atmungsorgane	Atemnot, Hyperventilation, psychogener Husten, psychogenes Asthma	schnelles Atmen, ständiges Husten, Asthmaanfälle.
Herz und Kreislauf	Herzneurose, psychogene Herzkreislaufstörung	Herzrasen, panikartige Angst vor Aussetzen der Herzaktivität mit starkem Herzklopfen, Druck und Beklemmungsgefühl, subjektivem Gefühl der Atemnot...ohne kardiale Störung.
Magen- Darm-Trakt	Luftschlucken, psychogen periodisches Erbrechen, psychogenes Ulkus	z.B. auch Störungen der Schluck- und Würgfunktionen (Globus hystericus).
<i>Spezielle Syndrome</i>		<i>Erscheinungsbilder, bei denen nicht ein typisches Symptom oder eine typische Symptomgruppe fester Bestandteil ist.</i>
Stammeln, Stottern	Dysarthrie, Lispeln, Lallen	unklare, verzögerte Sprachentwicklung.
Anorexia und Bulimia nervosa	Magersucht, Freßsucht	Hauptmerkmal aktive Essensverweigerung und markanter Gewichtsverlust, ungewöhnliche Essgewohnheiten, periodisches Hungern und Fressen, überwiegend bei Mädchen in der Pubertät.
Enuresis, Enkopresis	Einnässen, Einkoten	bezüglich des Alters abnorme unwillkürliche Urin-/ Stuhlausscheidung.

Abb. 12: Psychosomatische Störungen

Beispiel 3⁸ : Angst!

22jährige Teilnehmerin, ledig, 6 Monate Behandlung auf der Sozialpsychiatrie mit Arbeits- und Berufstherapie; 18 Monate Teilnahme an einem Lehrgang zur Verbesserung der Eingliederung

Diagnose: Schwere Persönlichkeitsstörung mit ausgeprägten Selbstwertstörungen, allgemeiner Unsicherheit, Neigung zu Angstzuständen und depressiven Verstimmungen. Tendenz zu autodestruktiven Handlungen.

Krankheitsgeschichte und Familienanamnese: Erheblich vorbelastete Familie. Die Eltern des Vaters und die Großmutter mütterlicherseits durch Suicid verstorben. Das Thema ist in der Familie tabu. Normale Geburt, Hüftdysplasie mit Spreizhose korrigiert. Übliche Kinderkrankheiten, keine Operationen, Infekte oder Unfälle. Schon als Kind große Ängste, vor allem vor Leistungen. Ab dem 15. Lebensjahr in psychothera-

⁸ Die in Beispielen angesprochenen Teilnehmer wurden vom Verfasser persönlich betreut.

peutischer Behandlung, die ihr gut getan habe; sie habe gewußt, wohin sie gehen könne. Nach eigenen Angaben sei in der Familie eine große Distanz zueinander, über persönliche Probleme "könne man nicht sprechen". Seit dem 16. Lebensjahr mehrere stationäre psychiatrische Behandlungen. Schlafstörungen, Ängste und erhebliche depressive Verstimmungen, die sich bei Lebensveränderungen krisenhaft zuspitzten, was sich u.a. in suizidalen Absichten und autodestruktiven Handlungen ausdrückte: sie schnitt sich, um "sich zu spüren", und nahm Tabletten. Sie ist um ca. 20 kg für ihre Körpergröße untergewichtig, klagt über Herzrasen, Nasenbluten und Ohrenschmerzen.

Soziale und berufliche Anamnese: wenig Informationen über die familiäre Situation. Die Teilnehmerin ist bei ihren Eltern aufgewachsen und lebt dort. Der Vater ist technischer Zeichner, die Mutter Hausfrau. Sie hat eine 5 Jahre ältere Schwester, die auch zuhause wohnt, zu der allerdings kaum Beziehungen bestehen. Sie hat die Mittlere Reife recht gut abgeschlossen, danach jedoch beruflich nicht Fuß fassen können. Der Besuch eines Technischen Gymnasiums wird nach 4 Wochen abgebrochen, danach eine Ausbildung zur Bürogehilfin begonnen, ebenfalls abgebrochen. Längere Zeiten der Arbeitslosigkeit werden mit dem Besuch einer Berufsschule für Haushalt und Erziehung überbrückt. Für 1 ½ Jahre geht sie als Haushaltspraktikantin in einen Arzt Haushalt. Sie versucht, ein Wirtschaftskolleg zu besuchen, bricht dies nach einer Woche wieder ab. Danach ist sie zuhause. Sie kommt zur Berufsfindung und Arbeitserprobung zu uns, bricht diese jedoch ab. Wir vermitteln sie in die sozialpsychiatrische Abteilung, dort finden 6 Monate Psychotherapie und parallel Arbeits- und Berufstherapie statt. Danach wechselt sie in den Lehrgang zur Verbesserung der Eingliederung.

Testpsychologische Ergebnisse: Gesamtergebnis überdurchschnittlich. Überdurchschnittlich: zahlenlogisches Denken, Formerfassung, Raumvorstellung und sprachliche Merkfähigkeit. Gut durchschnittlich sind figurales logisch-schlußfolgerndes Denken. Glatt mittlere Resultate im sprachlogischen und sprachbegrifflichen Denken, ebenso in Konzentration, Rechtschreibung, mechanisch-technischem Verständnis. Etwas unterdurchschnittlich im angewandten Rechnen. Diesen guten Ergebnissen steht die Teilnehmerin ungläubig und hilflos gegenüber, sie stimmen mit ihrer eigenen Versagenserwartung nicht überein.

Verlauf: Große, schlanke und gepflegte junge Frau, wirkt aber wie ein 17jähriges Mädchen. Sie ist außerordentlich scheu und sitzt zusammengekauert, ohne Blickkontakt aufzunehmen, im Gespräch. Sie spricht wenig und sehr leise - und weint dazwischen völlig unvermittelt. Sie betont, große Überforderungs- und Versagensängste zu haben und hinterläßt einen stark depressiven Eindruck. Im Verlaufe des Lehrganges werden die Gespräche im Ausbildungsbereich etwas intensiver; die Teilnehmerin äußert sich zu ihrer Arbeit, ist aber niemals mit sich zufrieden. Wenn ich versuche, ihre Lernfortschritte darzustellen und zu belegen, verschließt sie sich; sie hält, mit beachtlicher Energie und aggressiver Kraft, an ihrer »Unfähigkeit« und »Wertlosigkeit« fest. Beruflich interessiert sie sich für das Technische Zeichnen, für das sie auch begabt und geeignet ist. Vor dem geplanten Zeichentraining führen wir jedoch eine halbjährige »Basis- Trainings- Phase« durch, in einem von ihr selbst gewählten handwerklichen Bereich. Unser Ziel ist, Fortschritte möglichst konkret anhand der gefertigten Produkte, qualitativ und quantitativ, sichtbar zu machen. Die Teilnehmerin wählt den Bereich Holz und fertigt dort in Serienarbeit an eingerichteten Maschinen Spielzeuge, Bilderahmen u.ä. Wir führen eine »Erfolgsbuchführung« ein, in der sie täglich ihre Arbeitsergebnisse, Lernfortschritte und Kontaktfortschritte »verbucht«. Daneben nimmt sie an »künstlerischen Übungen« teil, in denen sie lernen soll, sich auf offene Prozesse einzulassen und Neues an sich wahrzunehmen. Zusätzlich finden noch Förderunterrichte in Mathematik und ein Sozial- und Kommunikationstraining statt. Das Zeichenprogramm verläuft dann ohne größere Probleme. Dennoch erscheint sie uns noch nicht genügend eingestimmt für eine Ausbildung. Deshalb sprechen wir mit ihr ein betriebliches Praktikum von 2 Monaten in einem Technischen Büro ab, zu dem sie mit der

Straßenbahn täglich 25 km nach Karlsruhe fahren muß, das ihr völlig fremd ist. Trotz anfänglicher Ängste hält sie dieses Praktikum gut durch. Wir vermitteln sie dann in ein BBW, für das sie zwar etwas zu alt ist, das aber eine relativ gut betreute Wohnsituation bietet. Um ihr die Überleitung zu ermöglichen, fahren wir mit ihr in diese Einrichtung, um alles vorher zu sehen. Ängstlich und etwas mißtrauisch besichtigt sie das BBW, spricht mit ihren zukünftigen Betreuern, sieht sich ihre Wohngruppe an. Dann entscheidet sie sich, dort eine 3jährige Ausbildung zur Technischen Zeichnerin zu absolvieren. Fünf Jahre später erfahren wir aufgrund einer Rückfrage, daß die Teilnehmerin die Ausbildung gut abgeschlossen, sich in der Nähe eine Wohnung gesucht hat und berufstätig ist; sie wird noch lose von einem Mitarbeiter des dortigen sozialen Dienstes betreut.

Persönlichkeitsstörungen/ Psychopathien begrifflich zu fassen, ist nicht ohne Probleme. Das DSM- III widmet ihnen die zweite Achse, geht also davon aus, daß Persönlichkeitsstörungen bei vielen seelischen Erkrankungen auftreten. Inwieweit man von einer überdauernden, *ererbten seelischen Konstitution* ausgehen darf und welche psychopathologischen Momente *milieu- oder erziehungsbedingt* sind, bleibt ebenso fraglich wie die Dauerhaftigkeit der als pathologisch diagnostizierten Persönlichkeitsanteile (Huber 1981, 261). In Abgrenzung zu *Neurosen*, sofern überhaupt sinnvoll, weil es sich in beiden Fällen um Beziehungsstörungen handelt (Dörner & Plog 1984, 300), kann die Persönlichkeitsstörung als *besonders verfestigt* gesehen werden. Das DSM- III (1984, 317) erläutert: "Nur wenn *Persönlichkeitszüge* unflexibel und schlecht angepaßt sind sowie entweder wesentliche Beeinträchtigungen der sozialen oder beruflichen Leistungen oder subjektive Beschwerden verursachen, stellen sie *Persönlichkeitsstörungen* dar."

Persönlichkeitstörungen kann man als »Sammelbecken« von Verhaltensweisen verstehen, die als Normabweichung gesehen werden. Mehr noch als bei anderen seelischen Störungen sind hier gesellschaftliche Vorstellungen für die Zuweisung *pathologischen Verhaltens* maßgeblich. Das wird an den »diagnostischen Merkmalen« ersichtlich, die eher auf subjektive Wahrnehmung als auf objektive Kriterien deuten. Dabei ist die Hypothese *psychopathologischer Persönlichkeiten* zu beachten, meist abgeleitet von *Ernst Kretschmers Konstitutionslehre* (Kretschmer 1977; Winkel 1991, 53) – siehe Abb. 14.

Man hat sich zu allen Zeiten damit befaßt, Persönlichkeiten, Typen und Charaktere zu erforschen und Verhaltensweisen zu systematisieren (Winkel 1991, 52). Kennzeichnend sind die Einteilungen in *Choleriker, Melancholiker, Sanguiniker und Phlegmatiker* von *Hippokrates* (400 v.Chr.) und die Unterscheidungen des *Introvertierten* vom *Extravertierten* nach C.G. Jung (1981). Auch die Pädagogik arbeitet mit *Lerntypen*, einem Teilaspekt der Persönlichkeit: dem *verbalen, visuellen, auditiven, haptischen Lerntyp* (Donnert 1990, 12) oder dem *Akkommodator, Diverger, Converger* und *Assimilator* (Fatzer 1988, 231). In den letzten Jahren erlebt eine arabische bzw. mittelalterliche Typologie, das *Enneagramm* (Rohr & Ebert 1994), einige Beachtung.

Persönlichkeitsstörung	Kurzbeschreibung diagnostischer Merkmale
<i>Paranoide</i>	Tiefgreifendes und ungerechtfertigtes Mißtrauen gegenüber anderen, was sich z.B. äußert in: Erwarten von Gaunereien, Überwachsbarkeit, Geheimnistuerei, Zweifel an Loyalität anderer, krankhafte Eifersucht, Vermeiden berechtigter Kritik.
<i>Schizoide</i>	Defizit in der Fähigkeit zu sozialen Beziehungen: z.B. Gefühlskälte und Distanz, Gleichgültigkeit gegenüber Lob und Tadel, enge Freundschaften beschränken sich auf 1-2 Personen, einschließlich Verwandten.
<i>Schizotypische</i>	Eigentümlichkeiten des Denkens, der Wahrnehmung, der Sprache und des Verhaltens, die nicht schwer genug sind, um die Merkmale der Schizophrenie zu erfüllen. Kombinationen mit Ängstlichkeit, Depression, dysphorischen Verstimmungen.
<i>Histrionische</i>	Übermäßig dramatisches, stark expressives Verhalten (Selbstdramatisierung, ständiger Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsdrang, Überreaktionen, Wutanfälle) und charakteristische Beeinträchtigung zwischenmenschlicher Beziehungen: z.B. oberflächlich, unecht, egozentrisch, eitel, fordernd, zu manipulativen Suiziddrohungen neigend.
<i>Narzißtische</i>	Übermäßigkeit des Gefühls des Selbstwertes und der Einzigartigkeit: z.B. Übertreibung von Leistung und Begabung, Erfolgs-, Macht-, Schönheitsphantasien, Verlangen nach dauernder Aufmerksamkeit und Bewunderung, kühle Gleichgültigkeit oder Zorn, Scham und Leere als Reaktion auf Kritik oder Niederlagen, besondere Ansprüche an andere, Mangel an Empathie.
<i>Antisoziale</i>	Beständiges, chronisches antisoziales Verhalten mit Verletzung von Rechten anderer, z.B. als Jugendlicher unter 18 Jahre: ständiges Schulschwänzen, Delinquenz, ständiges Lügen, wiederholte Trunkenheit, Diebstähle; über 18 Jahre: Unfähigkeit, ein Arbeitsverhältnis aufrechtzuerhalten, mangelnde Verantwortlichkeit als Elternteil, Versagen gegenüber sozialen Normen, Aggressivität, Unfähigkeit einer Beziehung zu einem Sexualpartner.
<i>Borderline</i>	Instabilität in vielen Bereichen einschließlich zwischenmenschlichen Verhaltens, in der Stimmung und im Selbstbild: z.B. abrupte, nur kurzfristig anhaltende Stimmungsschwankungen, Unberechenbarkeit bei potentiell selbst schädigenden Handlungen, instabile, aber intensive zwischenmenschliche Beziehungen (andere für eigene Zwecke einsetzen), Identitätsunsicherheit, körperliche Selbstbeschädigung, chronische Leere und Langeweile.
<i>Hypersensitive</i>	Überempfindlichkeit gegenüber Zurückweisung, Demütigung, Beschämung: z.B. ständige Wachsamkeit gegenüber Zeichen der Herabsetzung, Wunsch nach Anerkennung, Angst vor Beziehungen ohne Garantien, geringe Selbstachtung.
<i>Dependente</i>	Der Betroffene läßt passiv zu, daß andere für ihn die Verantwortung übernehmen, weil er nicht selbständig handeln kann; ordnet sich deshalb anderen unter, hält sich selbst für hilflos oder dumm.
<i>Zwanghafte</i>	Die Fähigkeit, Zuneigung oder Gefühle auszudrücken, ist eingeschränkt. Perfektionismus hinsichtlich Regeln, Ordnung, Organisation, Plänen. Verlangt, daß andere sich seinem System anpassen, übermäßige Arbeitsorientierung ohne Freude daran.
<i>Passiv- Aggressive</i>	Eher indirekter Widerstand gegen Forderungen nach Leistungen im sozialen oder beruflichen Bereich, z.B. durch Trödeln, Aufschieben, Vergeßlichkeit, dadurch »absichtliche« andauernde berufliche und soziale Unfähigkeit.

Abb. 13: Persönlichkeitsstörungen

Körper und Geist bilden eine Einheit! Sie konstituiert sich in vielen äußeren Anzeichen: Physiognomie, Schrift, Gestik und Mimik, Körperhaltung und unsichtbaren (seelischen) Merkmalen. Diese können in *Typologien* systematisiert werden. Zweifelhaft ist jedoch die Ableitung *krankhafter seelischer Konstitution*

nach Persönlichkeitstypus. Handelt es sich nämlich bei Persönlichkeitstypen um Normvarianten der Spezies Mensch: Große und Kleine, Dicke und Dünne, Dunkle und Hellhäutige, dann ist die Wertung »psychopathologisch« unangemessen. Denn

”...dies widerspricht dem darwinistischen Sinn des Normbegriffes, der einen Spielraum der empirischen Gestalten um die Norm geradezu fordert [...] Kurz: die übliche empirische Streuung um die gesunde Norm ist gerade nicht Krankheit.” (v. Weizsäcker 1974, 327-328).

Persönlichkeiten		
leptosomer Körperbau (schmaler Kopf, dünner Hals, magerer Körper)	Athletischer Körperbau	Pyknischer, gedrungener Körperbau
schizothymes Temperament (zurückziehen, abspalten von außen)	Visköses, zähflüssiges Temperament mit vulkanartigen Ausbrüchen	Zyklothymes, stimmungs- schwankendes Temperament
intellektuell gesteuertes Verhalten	Triebhaftes, tatkraftiges Verhalten	affektives gefühlbezo- genes Verhalten
Neigung zu schizophrenen, paranoiden Psychosen	Neigung zur Epilepsie	Neigung zur affektiven (manisch- depressiven) Psychose

Abb. 14: E. Kretschmers Konstitutionenlehre

Werden Persönlichkeitszüge als ”...überdauernde Formen des Wahrnehmens, der Beziehungsmuster und des Denkens, und zwar jeweils im Hinblick auf die Umwelt und sich selbst” (DSM- III- R 1991, 405) verstanden, die jedoch erst dadurch Krankheitswert bekommen, wenn die Betroffenen selbst oder andere darunter leiden, dann ist die »objektivierte« Typologie psychopathologischer Persönlichkeiten unschlüssig. Es drängt sich der Verdacht auf, daß vorwiegend diejenigen ”...auffallende Zusammenhänge...” zwischen Körperbau, Temperament, Verhalten einerseits und ”...psychischer Anomalie andererseits...” sehen (Winkel 1991, 56), in deren materialistischem Bild der Ätiologie seelischer Störungen neben den als primär apostrophierten Umweltdéfekten nur noch Platz für prädisponierte Persönlichkeitsprobleme bleibt.

Beispiel 4: Autismus, Mutismus?

24-jähriger Teilnehmer, ledig; Teilnahme an einem 1-jährigen Lehrgang zur Verbesserung der Eingliederung.

Diagnose: Verdacht auf autistische Störung auf dem Hintergrund einer entwicklungsbedingt emotionalen Störung mit großer Angst und Furchtsamkeit, Scheu vor Menschen, Abkapselungstendenzen und Beziehungsschwierigkeiten.

Krankheitsgeschichte: Normale frühkindliche Entwicklung. Als Säugling und nochmals mit 7 Jahren Lungenentzündung. Im Alter von 5 Jahren Fleischwunde im linken Oberarm, im Alter von 5-6 Jahren Fraktur des rechten Beines. Ursache: Unfall am Gartenzaun? Seit der Lehrzeit in ambulanter nervenärztlicher Behandlung, Betreuung durch eine psychologische Beratungsstelle.

Soziale Vorgeschichte: Lebt bei den Eltern. Eine Schwester, die nicht mehr zuhause wohnt. Vater ist Schlossermeister, arbeitslos, trinkt offensichtlich und ist verbal aggressiv. Im Alter von 12 Jahren kam der Teilnehmer in ein Heim der freiwilligen Erziehungshilfe; wie er sagt, wegen Schulschwierigkeiten. Der Teilnehmer hat aber die Hauptschule abgeschlossen, danach eine Lehre zum Dreher absolviert und mehrere Lehrgänge in CNC- Technik. Er ist nach der Lehre arbeitslos gewesen, hat in Übungswerkstätten gearbeitet. Derzeit verbringt er die Zeit zuhause, überwiegend am PC, auf dem er CNC- Programme schreibt.

Psychologischer Testbefund: Liegt nicht vor. Der zuständige Arbeitsamtspsychologe, der mit dem Teilnehmer kein Gespräch aufnehmen konnte, zitiert jedoch ein früheres nervenärztliches Gutachten, in dem erhebliche Intelligenzminderung konstatiert wird.

Verlauf und Eindruck innerhalb des Lehrganges:

Der Teilnehmer hat erhebliche Schwierigkeiten, überhaupt anzureisen. Nur in Begleitung seiner Mutter traut er sich hierher. Tief gebeugt, wie ein lebendiges Fragezeichen, schleicht er in den Raum, setzt sich auf einen Stuhl, sieht niemanden an und antwortet auf keine Fragen, bis auf ein fast unhörbares, oft unpassendes: "Ich weiß nicht!" Wenn das »Gespräch« zu Ende ist, stürzt er aus dem Raum, wartet auf dem Gang, bis niemand dort mehr steht oder geht, und rast dann -immer dicht an der Wand entlang und immer tief gebeugt- davon. Im Lehrgang taut er ganz langsam auf, angeregt vor allem durch andere Teilnehmer, die sich sehr nett um ihn kümmern und schnell seine hervorragenden logischen und fachlichen Fähigkeiten erkennen (und für sich nutzen). Er arbeitet sich problemlos in verschiedene Maschinen und Techniken ein, ist selbständig und liefert quantitativ akzeptable Ergebnisse ab. In einem dann folgenden CNC- Lehrgang ist er aufgrund des methodischen Ansatz gezwungen, mit den anderen Kursteilnehmern regelmäßig zu sprechen: das handlungsorientierte Training erfordert, nach Programmkarten jeweils einem Partner die einzelnen Arbeitsschritte vorzulesen oder anzusagen, was er nach Anlaufzeit gut bewältigt. Seine offensichtlich mindestens durchschnittlichen kognitiven Fähigkeiten stehen in krassem Widerspruch zu der in den Akten geäußerten Vermutung, er habe Intelligenzdefizite. Er beginnt auch außerhalb des Kurses, mehr zu sprechen, wenn er Vertrauen faßt, so daß die Diagnose Autismus immer fragwürdiger erscheint. Er macht Pläne, will zuhause ausziehen, was wir unterstützen. Wir raten ihm dringend, einen geschützten Arbeitsplatz mit einem guten persönlichen Bezugssystem zu suchen und vermitteln ihn an die Arbeitsgemeinschaft Autismus an seinem Wohnort. Zur Umsetzung kommt es leider nicht. Wie wir bei mehreren Besuchen und in Telefonaten mit ihm erfahren, glaubte er das Elternhaus nicht verlassen zu können, obwohl er große Angst vor seinem Vater hat. Die Eltern haben ein Haus, das sie finanziell nicht halten können, wenn sie sein Krankengeld oder die Arbeitslosenunterstützung nicht einplanen können. Auch den geschützten Arbeitsplatz »findet« er nicht; er gerät statt dessen an eine Zeitarbeitsfirma, genau an die Arbeitsstelle, vor der er am meisten Angst hat („Sklavenhalter“). Er entwickelt wieder große Ängste, projiziert zusätzlich die Probleme anderer auf sich und wird krank. Er reist mehrfach an, kann sein Leid gut schildern und entwickelt ein erhebliches aggressives Potential, das sich darin äußert, daß er sich weigert, das Zimmer und das Zentrum zu verlassen, »bis man ihm geholfen habe!«

Neurotische, psychosomatische und persönlichkeitspezifische Störungen haben mit Problemen in der Lebensbewältigung zu tun (Dörner & Plog 1984, 292). Veränderungen in alltäglichen Bezügen, Anforderungen und Ängste vor Neuem treffen auf unverarbeitete Konflikte, frühe Traumata, mangelhaft befriedigte Grundbedürfnisse, nicht altersentsprechende Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeiten, Abhängigkeiten und mehr. Angst und Gefühle der Überforderung oder Minderwertigkeit kommen bei allen Menschen vor. Sie zu bewältigen oder zu ertragen gehört zum menschlichen Sein! Als *neurotisch* läßt sich die Form der Lebensbewältigung bezeichnen, die *nicht problemadäquat* ist. Dabei haben *ungelöste Konflikte, Angst, Gehemmtheit* und die *Rolle in der Gruppe* zentrale Bedeutung (Winkel 1991, 58). Je weniger es einem Subjekt möglich erscheint, Konflikte offen zu erleben und auszutragen, je mehr es Konflikte verdeckt und kompliziert, um so eher wird man von *neurotischer Reaktion* reden können. Die Spannung zwischen dem seelischen Schmerz aufgrund internalisierter Traumata oder als Beziehungsbelastung erlebter zwischenmenschlicher Erfahrungen und der Angst, damit offen umzugehen, sucht sich Auswege (Dörner & Plog 1984, 307; Winkel 1991, 79):

- *Vermeidung* der Konfliktsituation.
- *Verzicht* auf die Triebwünsche.
- *Verschiebung* zu einem Ersatzobjekt.
- *Kompensation* durch andere Erfolge.
- *Sublimierung*: Aufgabe der Triebspannung zugunsten einer sittlich oder kulturell als höherwertig eingestuften Form.
- *Verleugnung* des Problems.
- *Verdrängung* der unliebsamen Gefühle.
- *Regression*: Ausweichen auf infantile Verhaltensformen.
- *Reaktion*: die Verdrängung aufrechterhalten, indem die Impulse in ihr Gegenteil verkehrt werden: Ablehnung durch besondere »Zuwendung« ersetzen wollen.
- *Projektion*: bei anderen die Verhaltensweisen und Haltungen intensiv bekämpfen, die man an sich selbst nicht mag.
- *Verinnerlichen* von unangenehmen Gefühlen, damit sie nicht mehr so bedrohlich erscheinen.
- *Übertragung*: das Zuweisen von Gefühlen, Einstellungen und Trieben aus früheren Konflikten auf Personen der Gegenwart, die damit eigentlich nichts zu tun haben (z.B. Konflikte Jugendlicher mit Ihren Eltern, die auf Lehrer übertragen werden).
- *Rationalisierung*: Zurechtlegen »passender« Erklärungen, die aber mit dem Problem an sich nichts zu tun haben.
- *Ungeschehen-Machen*: sich entschuldigen, um Vorwürfen zu entgehen.
- *Wendung gegen die eigene Person* durch Ableiten der Wut und des Hasses auf sich selbst
- *Somatisieren* der Konflikte, also Ausdrücken in körperlichen Krankheitssymptomen.

Winkel ermuntert dazu, *Vermeidung, Verzicht, Verschiebung, Kompensation und Sublimierung* zu lernen und zu üben, denn in diesen Lösungsmustern könne tatsächlich der Konflikt in einer sozial angemessenen Weise gelöst werden. Dagegen stellen *Verleugnung, Verdrängung, Regression, Reaktion, Projektion, Übertragung, Somatisierung und Rationalisierung* ungeeignete Lösungsmuster dar, da sie weder die Konflikte selbst regeln, noch die Spannung abbauen. Hier spielt das Phänomen der ständig wachsenden, im heutigen »leistungsorientierten

Leitbild« aber tabuisierten *Angst* eine entscheidende Rolle. Für viele scheidet (oft unbewußt) angemessener Umgang mit Angst aus, weil sie wiederum (berechtigte) Angst vor sozialer Stigmatisierung haben (Richter 1992).

3.3.2 Psychotische Störungen

3.3.2.1 Affektive, paranoide und sonstige Störungen

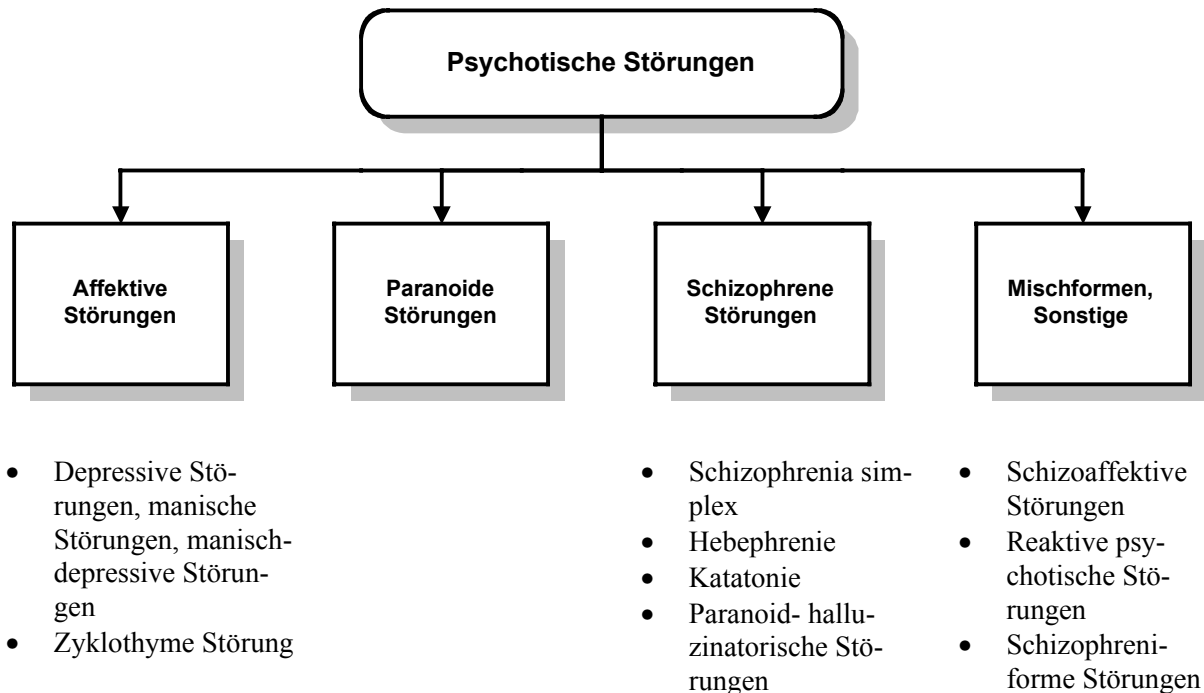


Abb. 15: Psychotische Störungen

Bis auf die Schizophrenie, die als »Prototyp« psychischer Erkrankungen ausführlicher dargestellt wird und in den folgenden Kapiteln über Krankheitsgenese und -verständnis im Vordergrund stehen soll, werden andere psychotische Störungen nur kurz erläutert (DSM- III- R 1991; Dörner & Plog 1984; Huber 1981; Winkel 1991). Organisch bedingte Psychosen bleiben unberücksichtigt.

Depressive Störungen sind an der veränderten Gefühlslage erkenntlich, die den ganzen Menschen erfaßt und beherrscht. Der Betroffene erstarrt geradezu, wird interesselos, appetitlos, fühlt sich erschöpft und energielos, klagt über Denk- oder Konzentrationsmängel, entwickelt Gefühle der Wertlosigkeit oder Schuld und beschäftigt sich mit Gedanken an den Tod. Es kommen sowohl psychomotorische Erregungen als auch Hemmungen vor, die sich etwa in verlangsamter Sprache, Redearmut und langsamen Bewegungen artikulieren.

Manische Störungen zeichnen sich durch eine gehobene, expansive oder reizbare Stimmungslage aus, in denen der Betroffene hyperaktiv werden kann. Er entwickelt ausgeprägten Rededrang, überzogenes Selbstwertgefühl und exzessives Beschäftigen mit Angelegenheiten, deren Folgen nicht übersehen werden (Großeinkäufe, »Gründung von Unternehmen«). Es besteht übermäßiger Drang

zur Geselligkeit, wobei auch flüchtige Bekannte zu den ungewöhnlichsten Zeiten angerufen werden. Der Betroffene redet viel, schnell, witzig und in Wortspielen, und er läßt sich kaum bremsen. *Als manisch-depressiv* werden diese Störungen bezeichnet, wenn sich manische und depressive Episoden abwechseln.

Zyklothyme Störungen sind länger andauernde chronische Verstimmungen mit zahlreichen depressiven und hypomanischen Phasen.

Paranoide Störungen sind nicht eindeutig abgrenzbar, vor allem von Schizophrenie. Kennzeichen sind ausgeprägter Verfolgungs- oder Eifersuchtswahn bei ansonsten weitgehend normalem Verhalten. Der Verfolgungswahn konzentriert sich meist auf *ein* Thema. Der Betroffene glaubt zum Beispiel, man wolle ihn vergiften, ausspionieren, er werde gequält, verleumdet, betrogen, oder man habe sich gegen ihn verschworen. Als Nebenerscheinungen kann es zu Vorwürfen und Wutanfällen, sozialer Isolation, exzentrischem Verhalten, Mißtrauen -entweder generell oder gegen einzelne Personen- kommen.

Schizoaffective Störungen sind nicht einheitlich zu definieren; Huber (1984, 117) versteht sie als Mischform zwischen Schizophrenie und affektiver Störung. Das DSM- III (1984, 212) mißt dieser in der Praxis nicht wenig diagnostizierten Form nur noch eine Restbedeutung für die Fälle zu, die differentialdiagnostisch nicht anders zugeordnet werden können. Somit bleibt auch die Beschreibung unklar: Vorwiegend Episoden affektiver Störung mit Wahnanteilen oder Halluzinationen.

Reaktive psychotische Störungen sind kurz: zwischen einigen Stunden und max. 2 Wochen. Sie erfolgen in der Regel als Reaktion auf eine schwere psychosoziale Belastung, zum Beispiel den Verlust einer geliebten Person oder nach einem psychischen Trauma. Es besteht ein Verwirrungs- und Ratlosigkeitszustand. Verhalten und Körperhaltungen können bizarr erscheinen, die Sprache unartikuliert: im Kauderwelsch oder Wiederholen sinnloser Sätze.

Schizophreniforme Störungen sind psychotische Zustände, die in ihren Merkmalen der Schizophrenie gleichen, jedoch nur kurz, zwischen zwei Wochen und sechs Monaten, andauern.

Beispiel 5: Die Frau, die nie Mädchen sein durfte.

Die 35jährige Frau, äußerst gepflegt, übertrieben und puppenhaft angezogen und geschminkt, gibt sich als schüchternes, kleines Mädchen. Sie spricht mit leiser piepsiger Stimme, kichert unvermittelt wie ein Backfisch und schmeichelt sich ein, wie ein Mädchen von 12 Jahren bei seinem Papa. Sie »verpetzt« die anderen Kursteilnehmer, sie redeten ordinär und seien einfach schlecht. Wenn sie von sich selbst, ihren Ängsten, ihrer Hilflosigkeit sowie ihrer Unfähigkeit spricht, dann charakterisiert sie sich selbst auch als »schlecht«. Versuche ich, sie auf ein realistischeres Bild von sich, der Maßnahme und ihren Kurskollegen einzustimmen, wechseln Stimmung und das äußere Bild schlagartig: Das Gesicht wirkt plötzlich verzerrt und alt. Sie wird böse und aggressiv und beschwert sich bitterlich, niemand würde sie verstehen und ihr richtig helfen. Immer wieder sucht sie über die drei Jahre, die sie hier bei uns im Zentrum ist (1 Jahr im Lehrgang zur Verbesserung der Eingliederung, dann 2 Jahre in der Ausbildung zur Bürokauffrau) mit mir intensiven Kontakt zu halten, obwohl ich sie nur im

ersten Jahr betreute. Als Leiter der Einrichtung übe ich offensichtlich eine besondere Anziehung auf sie aus. Das artikuliert sich darin, daß sie versucht, mich mit "Herr Direktor" anzureden, ständig Gespräche sucht und heimlich "Liebesbeweise" abliefern: Briefe im Stil von Poesiealben mit kindlicher, perfekter Schrift und kleine Geschenke. Die Ablehnung ihrer Avancen vermerkt sie übel mit wüsten Ausfällen, Schreien, Zornanfällen. Rückfragen beim Team, wie ich mich denn verhalten solle, lösen Heiterkeit aus: das sei eine besonders günstige Möglichkeit, eine Übertragungsfigur für die seelischen Probleme in der Beziehung zum Vater zu sein. So anstrengend diese Aufgabe ist, immer wieder neu den mädchenhaften Liebesschwüren und koketten Spielen die reale Situation und andersartige Beziehung gegenüberzustellen und zu verdeutlichen; der Hintergrund dieses Verhaltens ist erschütternd. Die Frau hat eine solide Ausbildung: Abitur, PH- Studium mit Abschluß, danach folgt ein zweijähriger Aufenthalt als Religionslehrerin in Chile. Damit versucht sie die Ablösung von der Familie. Der berufliche Start klappt jedoch nicht. Sie bricht den Aufenthalt ab, mehrere Arbeitsversuche in Schulen und im sozialen Bereich scheitern; sie wird immer hilfloser und unfähiger. Erst langsam schält sich die wahre Geschichte hinter dieser unbegreiflichen Versagenskarriere heraus: Die Teilnehmerin kommt aus einem gut bürgerlichen Elternhaus, ihr Vater war Gymnasialdirektor, sie hat zwei Geschwister, die beide akademische Ausbildungen abschlossen und im Beruf erfolgreich sind. Die Beziehungen zur Familie sind jedoch äußerst angespannt; dennoch versorgt die Mutter sie finanziell. Der Vater, inzwischen verstorben, war ein autoritärer Familiendespot, der bestimmte, welche Fächer sie für das Lehramt zu studieren hatte. Er mißbrauchte sie viele Jahre lang -mit Wissen und mit Duldung der Mutter, die ihm die Tochter geradezu zuführte.
Widersprüchliche Diagnosen in den Akten: Hebephrenie. Hysterie. Paranoide Entwicklung. Borderline- Syndrom.

3.3.2.2 Schizophrene Störungen

"Wenn Sie nicht wissen, was Schizophrenie ist, seien Sie froh!" Diese Anmerkung aus einer Angehörigengruppe (Finzen 1993, 9) spiegelt das unvorstellbare Elend, dem an Schizophrenie Erkrankte und ihre Familien ausgesetzt sind.

"Schizophrenie ist immer noch eine schwere Krankheit, die das Leben eines Menschen und seiner Nächsten erheblich belasten kann. Auch neunzig Jahre nach der ersten Beschreibung der Krankheitseinheit durch EMIL KRAEPELIN weiß man nur wenig über die Ursachen der Schizophrenie und kennt ihre pathologischen Mechanismen erst zu einem geringen Teil"

schreibt Heinz Häfner (1988, 3) im Vorwort der Begleitbroschüre zum Film *Schizophrenie - Eine Krankheit verliert ihre Dämonie*. Über hundert Jahre Forschung und unzählige Veröffentlichungen (Ciompi 1997, 38) zur Erklärung, Genese, Therapie, zum Verlauf und zur gesellschaftlichen Bedeutung der Schizophrenie, eine Vielzahl psychotherapeutischer Therapiemodelle, deren Protagonisten sich teilweise entschieden bekämpfen, haben nichts daran ändern können, daß die Erkrankungsraten -über alle Kulturkreise hinweg- heute wie vor hundert Jahren - ziemlich konstant geblieben sein dürften (Häfner, 1995). 50% aller psychiatrischen Erkrankungen lassen sich dem Formenkreis schizophrener Störungen zurechnen (Petermann 1991, 181), das ist etwa 1% der Bevölkerung (Winkel 1991, 145). Die Probleme sind heute nicht geringer als vor 100 Jahren, wengleich bessere medikamentöse Interventionen sicherlich eine günstigere

Basis für das Leben mit dieser Krankheit schaffen (Häfner 1988, 3; 1995, 1; Huber, 1981, 239).

Wie kann man sich in eine solche Leidensgeschichte hineindenken? Was passiert, daß es zur Schizophrenie, zur *gespaltenen, gebrochenen Seele* kommt? Es gibt viele Zugänge, aber das Geschehen bleibt dennoch ziemlich im Dunkeln! In diesem Kapitel geht es um einen eher phänomenologischen Zugang. Erklärungsmodelle zur Pathogenese werden in Kapitel 3.4 referiert. Eine erste Möglichkeit stellt das krankhafte Erleben dar, wie es zum Beispiel von Benedetti (1975, 38-77) anhand beeindruckender literarischer Texte skizziert wird. Dichter, als es der Erkrankte selbst artikulieren kann, zeigen sie den infernalischen Prozeß des Verschlungen- Werdens auf: Der Beginn der Psychose wird häufig durch ein *primäres Bedeutungserlebnis* eingeleitet: Eine zufällige Wahrnehmung oder ein Erlebnis wird *wahnhaft bedeutungsvoll*. Das Erlebnis kann nicht mehr in die Ich- Struktur eingeordnet werden, die

”...zwischen Zufälligkeit und Kausalität, zwischen Selbst und Ideal [...] zwischen Realität und Traum zu unterscheiden vermöchte [...] Der schöpferische Gedanke vermag in der Krankheit zwar nicht mehr die einzelnen geistigen Kategorien, wie Kausalität, Wahrscheinlichkeit, Bedeutung, Ichgrenze, Singularität, Multiplizität, Ein- und Zweifachheit zu erfassen, weil das Ich in einer Auflösung seiner logischen Struktur begriffen ist. *Aber der Gedanke vermag doch noch das Erleben in großartigen Bildern zusammenhängend darzustellen*: hier besteht noch ein letzter Rest Gesundheit...”(ebd.,41- 42).

Der Verlust der Grenze nach außen bedeutet, daß sich ICH- Anteile nach außen verlagerten oder daß unbelebte Gegenstände plötzlich geheimnisvolle Bedeutung gewinnen. Darin liege die *Spaltung*, im Verlust der Grenze zwischen ICH und Welt, aber auch in der Spaltung des ICHs selbst. Dieses drückt sich nicht nur im Gefühl aus, viele Menschen zu sein, sondern im spiegelbildlichen Gefühl, die Realität verdoppele, verdreifache, vermehre sich. Diese Spaltung führt zur *Verwechslung von Innen und Außen*, Wahn und Wirklichkeit. Der drohende *ICH- Verlust* gipfelt in fast verzweifelten Anstrengungen, sich irgendwie zu spüren, das ICH zu erhalten, und sei es, durch Selbstbeschädigung Schmerzgefühle zu erzeugen, die eine eigene Existenz beweisen. Mit *Wortschöpfungen (Neologismen)* versucht der fragile Rest des ICHs, neue Welten, Begriffe und Worte, neue Verbindungen zum Vergangenen herzustellen. Deshalb haftet allen diesen *psychotischen Produktionen* etwas Bizarres, Verschrobenes, Schrulliges an. *Bedeutungserlebnisse* feiern pathologische Orgien, die Wirklichkeit wird den eigenen Wünsche und Befürchtungen entsprechend erlebt. Das Erleben des Beeinflußtwerdens wird projiziert in Form des *Beeinflussungswahns*, die Wirkungszusammenhänge, die Kausalitäten verformen sich, der Kranke entwickelt die Vorstellung, *Realität machen zu können*.

Aus einer ”anthropologisch- ökologischen” Sicht heraus beschreiben Dörner & Plog (1984, 150) die ”Landschaft der Zerreißproben” der heutigen Zeit: Wie wenig könne der Mensch Spaltung, Zerrissenheit, Ambivalenz ertragen und

müsse dies doch täglich bewältigen. Hier liege auch die besondere Verletzlichkeit Jugendlicher in der Pubertät, in der die meisten schizophrenen Störungen auftreten. Sie müssen sich vom Elternhaus ablösen und lernen, sich an andere zu binden, neue Ziele und Verantwortlichkeiten zu übernehmen. Starke, teilweise widersprüchliche Gefühle und Empfindungen sind einzuordnen und auszudrücken: Liebe und Haß, Leistungsangst und -stolz, Glaube und Weltanschauungen. Aber auch das Elternhaus muß Ambivalenzen ertragen lernen: den Wunsch, die Kinder sollten selbständig werden, und (gleichzeitig!) sie sollten die Eltern nicht verlassen. Auch der Alltag des heutigen Menschen sei gekennzeichnet von ständigem Bemühen im Umgang mit Aggressionen und dem Bösen, das, statt auf sich selbst bezogen, auf andere abgespalten werde. Neben diesen äußeren Sicherheitsaspekten dürften auch innere nicht vergessen werden. Immer schwerer werde es, in Beziehungen Vertrauen zu entwickeln, weil "...die Rituale für Vertrauensgewinn unsicherer geworden sind" (ebd., 152). Die Möglichkeit des Vertrauens werde abgespalten, weil die Angst vor dem Verlust zu groß sei, aber das Mißtrauen bleibe. Selbst der verantwortungslose Umgang mit Natur und Umwelt verunsichere. Da man nichts direkt gegen möglicherweise belastete Nahrung, Luft und Wasser tun könne, bleibe nur die Abspaltung.

Im dritten Beispiel zeigt Winkel, daß Wahnvorstellungen nicht auf Schizophrenie beschränkt bleiben (1991, 172). Viele Menschen, die »Tagträumer« und die »Phantasten«, reagieren auf Kränkungen oder Triebregungen mittels abstruser Vorstellungen und Allmachtsphantasien. Aber sie sind, im Gegensatz zum schizophren Erkrankten, in der Lage, diese an der Realität wieder zu überprüfen und aufzugeben. Die Irrealität wird erkannt. Auch Sinnestäuschung beschränkt sich nicht auf Schizophrenie. Jeder habe schon "Stimmen gehört" oder geglaubt, "Stiegen knarrten". Im Gegensatz zu diesen von außen ausgelösten Wahrnehmungstäuschungen kommt aber die Halluzination von innen. Ausgangslage der Schizophrenie ist nach Winkel die "ontologische Unsicherheit" des Menschen. Aus ihr resultiert die Angst:

1. als Angst vor dem Verschlungenwerden,
2. als Angst vor dem Eindringen der Realität und vor Identitätsverlust sowie
3. als Angst vor Versteinerung und Depersonalisation.

Gegen diese dreifache Angst mobilisiert die Psyche Abwehrmaßnahmen. Dem stabilen ICH gelingen diese erfolgreich, das unterentwickelte dagegen weiß sich nicht anders zu helfen, als diese Ängste aus sich heraus zu projizieren und so die Spaltung des ICHs einzuleiten. Schizophrene Symptome sind nichts anderes als selbstzerstörerische Abwehrmaßnahmen. Ehe die Psyche sich aufgibt, vollzieht sie verzweifelte Rettungsversuche, die allerdings -darin liegt das tragische Paradoxon- zu immer größerer Zerstörung führen.

"Der Schizophrene ist wie ein Mensch auf einer vom Untergang bedrohten Eisscholle, deren brüchige Ränder ihm das Auseinanderfallen signalisieren. Nur repariert der

Schizophrene nicht -wie der Gesunde- die brüchigen Stellen, sondern er haut sie mit einem großen Messer ab - in der Hoffnung, daß die kleiner werdende Eisscholle stabiler wird" (ebd., 178).

Beispiel 6: Eine schizophrene Entwicklung

Der jetzt 35jährige Teilnehmer erlitt nach Erzählungen seiner Mutter 3 Monate nach der Geburt eine »unerklärliche« Vergiftung; zu dieser Zeit trennten sich die Eltern. Der Vater war von Beruf Generalvertreter für Alkoholika und ein schwerer Trinker, die Mutter arbeitete als technische Zeichnerin. Er wächst zusammen mit einem seiner zwei Halbbrüder aus vorherigen Ehen der Eltern auf, versteht sich allerdings nicht mit ihm. Zum anderen Bruder und zum Vater hat er keinen Kontakt. Zur Mutter hatte er eine gute Bindung, sie habe aber wenig Zeit für ihn gehabt. Die Mutter gibt ihn im Alter von 3 Jahren in eine Kindertagesstätte, weil sie Geld verdienen muß. Es kommt täglich zu heftigen Trennungsszenen. Die Volksschule absolviert er recht gut, muß aber nach der Schule in den Schülerhort. Später wechselt er in die Realschule; mittags ist er bei einer Tante. Nach der mittleren Reife wechselt er auf ein Gymnasium über. Er zieht sich immer mehr zurück, konsumiert regelmäßig Haschisch, ab und zu Heroin und LSD. Es kommt zur ersten psychotischen Entgleisung, die sich in »andauernden Stimmen« äußerte. Dann verläßt er die Schule, für die er sich nicht mehr interessierte. Er ist für längere Zeit in stationärer psychiatrischer Behandlung. Mehrere Arbeitsversuche scheitern. Nach einer Berufsfindung nimmt er an berufsvorbereitenden Maßnahmen bei uns im RKL teil, die wir wegen Alkohol- und Disziplinproblemen abbrechen. Danach wird er mehrfach in ein PLK eingewiesen. Immer wieder zeigt sich dabei das gleiche Bild: er ist um Anpassung und gute Leistungen in der Arbeitstherapie bemüht, wird aber kurz nach Entlassung wieder rückfällig; dann trinkt er übermäßig und lebt auf Kosten seiner Mutter. Es stellen sich Magen- Darm- Probleme ein, mehrere Magen- Operationen sind erforderlich. Nach einer zweiten Berufsvorbereitung bei uns im RKL will er eine Ausbildung zum Industriekaufmann beginnen; wieder müssen wir die Maßnahme wegen Alkoholexzessen abbrechen. Auch ein Ausbildungsversuch in Heidelberg scheitert wegen Alkoholproblemen. Danach fährt er nach Italien. Auf der Fahrt kommt es zu einer Messerstecherei, weil er glaubt, einen »falschspielenden Mafioso« entdeckt zu haben. Nach einigen Tagen Gefängnis zieht er in Kalabrien auf der Suche nach der Mafia herum. Danach fährt er nach Hause und wird von seiner Mutter in Freiburg in Empfang genommen. Das von der Mutter mitgebrachte Vesper hält er für vergiftet, ißt es aber dennoch. Zuhause glaubt er, der Großvater sei der Teufel und sein Feind, weil er selbst Christus sei. Beim Besuch seiner Tante habe er dann deutlich gehört: "Gib Du dem Großvater zwei Ohrfeigen!", das habe er gemacht, sei dem flüchtenden Großvater dann nachgelaufen und habe ihn gewürgt. Jetzt wird er für längere Zeit in ein PLK eingewiesen; wieder ist er gut angepaßt und fleißig in der Arbeitstherapie. Nach mehreren Jahren darf er in eine Werkstatt für Behinderte wechseln, in der er sich ebenfalls gut einfügt. Auf dringende Empfehlung der WfB wird der Teilnehmer –trotz großer Bedenken- wieder bei uns aufgenommen. In einem 1jährigem Lehrgang zur Verbesserung der Eingliederung wollen wir prüfen, ob eine Umschulung nach dieser langen Krankheitsgeschichte überhaupt sinnvoll ist und er nicht besser in der WfB bleiben sollte. Jetzt ist der Teilnehmer überangepaßt, fast servil und überzogen einsichtig, will möglichst nirgends anecken. Er entscheidet sich, im Gegensatz zu früheren Ausbildungsversuchen, in denen er ein »gehobeneres Niveau« anstrebte, für eine einfache Metallausbildung. Diese bietet ihm offensichtlich klare Strukturen; er schließt die Ausbildung erfolgreich ab und nimmt eine Arbeit auf. Danach verlieren wir ihn aus dem Auge.

Diagnosen: Paranoide Psychose oder Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis. Chronischer Alkoholismus. Zustand nach Drogenabusus.

Das Erscheinungsbild der Schizophrenie zeigt sich vor allem an der Symptomatologie (Dörner & Plog 1984, 152; DSM- III- R 1991, 191; Huber, 1981, 197; Lehmann 1984, 104; Petermann 1991, 182; Scharfetter 1987, 25; Winkel 1991, 170). Die folgenden Symptome können, müssen aber nicht auftreten:

1. *ICH- Störungen*: Sie stellen eine fundamentale Störung der Schizophrenie dar, die sich in mehreren Symptomen zeigt: Wahrnehmungen, Erlebnisse, Gedanken werden nicht mehr aus dem ICH heraus, sondern von außen gesteuert erlebt. Die Grenzen zwischen ICH und Umwelt sind zerbrochen. Der Kranke weiß nicht mehr, wer er ist; er meint, sein Wille werde beeinflusst, Gedanken würden ihm eingegeben, andere könnten seine eigenen Gedanken lesen oder seine Gedanken würden aus ihm herausgezogen, und es bleibe nur Leere und Kälte.
2. *Denkstörungen* sind ebenfalls besonders kennzeichnend für die Schizophrenie.
 - Wesentliches Merkmal der *formalen Denkstörungen* ist, daß das Denken eigenen, autistischen Gesetzen folgt, eine eigene Logik entwickelt wird. Die Intelligenz ist voll verfügbar, der Kranke ist nicht verwirrt, und doch sind die Denkvorgänge fremdartig. Logische Gesetze und Schlußfolgerungen werden nach eigenen Regeln verändert. Unsicherheit und Ambivalenz lassen die Gedanken plötzlich abreißen.
 - *Inhaltliche Denkstörungen* sind Wahnideen, Wahnbildungen und Wahnvorstellungen. Der Wahn hat Abwehrfunktionen gegen Anforderungen von außen oder eigene, aggressive oder liebende Wunschvorstellungen. Verfolgungs-, Beeinflussungs- und Beziehungswahn kommen häufig vor. Wahn und Realität widersprechen sich. Der Kranke hält aber auch bei Beweis des Gegenteils an seiner wahnhaften Interpretation der Zusammenhänge, die sein Handeln steuert, fest.
3. *Wahrnehmungsstörungen*: Die Dinge werden nicht mehr im Zusammenhang gesehen, Wichtiges nicht von Unwichtigem, Eigenes nicht von Fremdem unterschieden. Unwesentliche Dinge erhalten eine subjektive, oft wahnhafte Bedeutung. Die Aufmerksamkeit ist eingeschränkt. Sinneswahrnehmungen ohne äußere Reize (Halluzinationen) sind typisch, vor allem als Gehörhalluzinationen: der Kranke hört Stimmen, die sich ihm mitteilen, ihm Befehle erteilen oder sich über ihn unterhalten. Eigene Gedanken werden laut, die Kranken können nicht mehr normal lesen. Seltener kommen optische Halluzinationen, als farbige, bewegte Phänomene, oder leibliche Gefühlsstörungen, z.B. brennende Gefühle im Gehirn, vor.
4. *Gefühlsstörungen*: Das Gefühlsleben und die Affekte verflachen, sie erscheinen dem Kranken falsch und leer. Er wirkt auf seine Umwelt kalt und spröde,

und er nimmt diese Gefühlsverarmung auch selbst schmerzlich wahr. Die Beziehungen reduzieren sich auf wenige Personen; die Betroffenen gelten als beziehungsunfähig. Gleichzeitiges Wollen und Nicht- Wollen führt zur Handlungsunfähigkeit und Apathie. Wenn sich die Patienten bedroht fühlen, kommt es zur Erregung, Angst und Spannung, die sich auch in Handlungen niederschlagen kann, die von der Umwelt ebensowenig wie die Bedrohung selbst verstanden werden und deshalb dort ebenfalls Ängste erzeugen.

5. *Sprachstörungen* führen zur für Schizophrenie typischen bizarren Sprache. Die Beschäftigung mit »unsichtbaren Mächten, Strahlungen, Hexerei« führt zu Symbolismus und Zerfahrenheit. Sprache wird eher Selbstausdruck als Kommunikationsmittel. Neue Gedankenverbindungen werden in *Neologismen (Wortschöpfungen)* ausgedrückt. Worte und Sätze werden sinnlos wiederholt, die Sprache wirkt gedreht und verschoben. Teilweise sind Sprechhemmungen (*Mutismus*) festzustellen.
6. *Verhaltensstörungen/ sozialer Rückzug*: Der Kranke zieht sich zurück, verhält sich autistisch. Energie, Spontaneität und Initiative gehen verloren. Manirierte Bewegungen, Bewegungstereotypen oder -erstarrungen (*Stupor*) kommen vor. Typisch ist auch Selbstvernachlässigung in Kleidung und Körperpflege.
7. *Körperliche Symptome*: zwar gibt es keine spezifischen Körpersymptome der Schizophrenie, aber im Akutzustand werden typische vegetative Symptome beobachtet: zum Beispiel erweiterte Pupillen, feuchte Hände und Herzrasen (Lehmann 1984, 103).

Positive Symptome	Negative Symptome
Wahnvorstellungen (Störungen des Erkennen und Bewertens)	Alogie (Verlust des Gedankenflusses)
Halluzinationen (Störungen der Wahrnehmung)	Affektverflachung (Verlust von Emotion und Ausdruckskraft)
formale Denkstörungen (Störungen des Denkablaufs)	Entschlußlosigkeit (Verlust von Entschlußkraft und Antrieb)
bizarre Verhaltensweisen (Störungen der Verhaltenskontrolle)	Anhedonie (Lustlosigkeit)
	Aufmerksamkeitsstörungen (verminderte Aufmerksamkeit)

Abb. 16: Positive/ Negative Symptome

Die Unterscheidung psychopathologischer Erscheinungen (Abb. 16) in *Positiv-* und *Negativsymptome* (Miller 1992, 73) bzw. *Produktiv-* Symptome und *Defizit-* Symptomatik (Häfner et al. 1988, 6) ist hinsichtlich des Verlaufs von Interesse: Produktivsymptome treten in der akuten Erkrankungsphase auf. Eine starke produktive Symptomatik läßt jedoch keinen Hinweis auf einen ungünstigen Verlauf zu! Minus- Symptome werden mehr den Zwischenphasen und

»chronifizierten Zuständen« zugerechnet; ihr Auftreten ist vorrangig als schizophre-
nie- typisch nachgewiesen (Miller 1992).

3.3.2.3 Schizophrenie und berufliche Rehabilitation

Man muß vorweg feststellen: Schizophrenie ist eine schwere Krankheit, die nachhaltig in das Leben der Betroffenen und ihrer Umwelt einwirkt und schwer zu verstehen ist. Zwar gibt es für Schizophrenie charakteristische Symptome, aber seit *Eugen Bleuler* 1911 den Begriff "*Gruppe der Schizophrenien*" als terminus technicus für alle endogenen Psychosen mit gleichartigem psychopathologischem Syndrom, unabhängig von ihrem Ausgang, prägte (Huber 1981, 158), hat sich nichts daran geändert, daß es *die* Schizophrenie nicht gibt, es gibt Tausende davon. Der Verlauf ist nicht einheitlich. Etwas weniger als ein Drittel der Erkrankten erlebt nur eine Krankheitsepisode, die danach völlig ausheilt; ein weiteres Drittel mehrere Phasen, dazwischen und danach bestehen keine oder nur leichte Behinderungen. Das letzte Drittel muß langfristig mit mittleren bis schweren Krankheitserscheinungen leben (Häfner et al. 1988, 13; Huber, 1981, 220). Welche Entwicklungen beim einzelnen möglich und sinnvoll sind, ob sich überhaupt das Ziel der Rehabilitation: *restitutio ad integrum* aufrechterhalten läßt oder der schizophrene behinderte Erwachsene und seine Familie mit bescheidenen Lösungen leben lernen müssen, kann weder anhand der individuellen Symptomatik noch anhand des Verlaufs prognostiziert werden (Bister 1981, 286). Es muß, etwa in einem sozialpsychiatrisch- psychotherapeutischen Setting, wie es in Kapitel 2.2 über die Berufs- und Arbeitstherapie im RKL beschrieben wurde, im Einzelfalle ausprobiert werden. Nach den Erfahrungen dort und anhand der obigen Krankheitsbeschreibungen wird deutlich, daß es keine klaren Prädiktoren für Erfolg bzw. Mißerfolg von Rehabilitationsmaßnahmen bei Schizophrenen gibt (Kleffmann 1996, 131, 271; Kap. 5.2.1). Allgemeine, aus der Diagnose, dem Verlauf, der Anzahl von Krankenhausaufenthalten oder dem beruflichen Status abgeleitete Aussagen über vermutete Einschränkungen der Arbeitsfähigkeiten Schizophrener lassen sich empirisch *nicht bestätigen*; es zählt allein die individuelle Einschätzung der Möglichkeiten und Bewältigungsressourcen.

In diesen Kontext gehört auch eine knappe Charakteristik der Ausbildungssituation im RKL und BBRZ. 1994 hatten von 1064 Teilnehmern, die an beruflichen Maßnahmen teilnahmen, 497 (= 47%), 1995 von 1020 TeilnehmerInnen 459 (= 45%) eine psychiatrische Erstdiagnose. Bei etwa 30% der Grundgesamtheit wurden *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis oder schizoaffektive Psychosen* (BBRZ 1995) diagnostiziert. In jeder Gruppe von ca. 10-15 Teilnehmern weisen also drei bis fünf eine schizophrene oder ähnliche Störung auf. Da keine Aufnahmebeschränkungen erfolgen und die Bildungsangebote speziell für diesen Personenkreis (und »neurologisch« behinderte Erwachsene) ausgerichtet sind, schwanken die Zahlen eher nach oben.

Verallgemeinerungen sind problematisch; meist dominieren jedoch *Negativsymptome*. Die Teilnehmer verhalten sich eher unauffällig, selten kommt Spektakuläres vor. Das gemeinsame Lernen und Arbeiten ist recht »unproblematisch«, wenn man die Andersartigkeit respektiert. Wortkarg, schweigend, in sich zurückgezogen, gerade die nötigsten Kontakte pflegend – so sitzen sie im Unterricht. Blaß und wenig entspannt wirkend, folgen sie dem Unterrichtsgeschehen, in das sie selten aus eigenem Antrieb eingreifen. Bittet man um Antwort - mancher kann das aus Angst nicht - dann sind knappe, meist sehr präzise Reaktionen zu erwarten. Auf Lob, den Unterrichtsinhalt selbst oder die Kommunikation untereinander wird wenig reagiert. Viele Lehrkräfte haben Schwierigkeiten damit, weil sie keinen Zugang finden, was die Teilnehmer denken, meinen, positiv oder negativ sehen. Der persönliche Bezug bleibt indifferent. Vor Tests oder Leistungsnachweisen können sich, meist ohne von der Leistung her berechtigten Grund, erhebliche Ängste aufstauen; es erweist sich als sinnvoll, schulübliche »Kontroll- Rituale« zu meiden, ohne auf die Leistungskontrolle zu verzichten. Ständiges Thema ist das Fehlen oder Zu- spät- Kommen; viele Teilnehmer haben Angst, schlafen schlecht oder »kommen erst spät in Gang«. Akute Phasen mit *produktiven Symptomen*, z.B. bizarrem Verhalten, kommen selten vor, es muß aber immer damit gerechnet werden. Dann vermitteln motorische Unruhe, Hektik, Fahrigkeit, rote Flecken im Gesicht, unvermitteltes Lachen, ständiges Witzig- sein- Wollen, hartnäckige Diskussionen um Nebensächlichkeiten, Mißverstehen alltäglicher Begriffe und anderes mehr ein Bild mühsam gebändigter, wie in einem Vulkan aufgestauter Gefühle und Ängste vor der befürchteten Eruption.

Die Diagnosen in den Akten, zumindest in den Unterlagen, die in der Ausbildung zur Verfügung stehen, sind oft widersprüchlich. Präzise Aussagen über die Symptome fehlen, sinnvolle Hinweise für methodische Arbeitsansätze gibt es fast nie. Krankengeschichten entpuppen sich als »Geschichten« über die Kranken. Die medizinischen Aussagen in den Akten sind nicht selten ungesicherte, nicht durch eigene Untersuchungen gestützte, sondern negative und teils unqualifizierte Interpretationen von Amtsärzten, die seelisch Erkrankte abstempeln. Die eigene, authentische Sicht der Betroffenen und ihrer Familien bleibt unbeachtet oder undokumentiert. Selten kann man als Lehrkraft auf ausführlichere Darstellungen zugreifen, aus denen Zusammenhänge, Einstellungen, Wertungen und angstbesetzte Problemfelder besser erkenntlich würden. Ein einleitendes Gespräch mit den Teilnehmern selbst ist sehr schwierig. Das Mißtrauen vor Fragen und gegenüber Dokumentationen in Akten ist ausgeprägt, viele lehnen kategorisch ab, mit Pädagogen über ihre Krankheit zu sprechen. Das Gespräch kommt höchstens über den schulischen und beruflichen Lebenslauf in Gang. Deshalb besteht die Gefahr, daß es in der Ausbildung zu Fehldeutungen unverständlichen Verhaltens und zur inadäquaten Kausal- Attribuierung kommt. Mangels qualifizierterer Informationen konstituieren sich so Vorurteile und entwickeln eine negative Eigendynamik.

3.4 Monistische Erklärungen der Schizophrenie

Bei der Vielfalt von Hypothesen zu Krankheitsursachen und -entwicklung von Schizophrenie werden im folgenden *ätiologische Aspekte* und Theorien zum *Erscheinungsbild* rezipiert. Das Adjektiv *monistisch* stellt eine Überspitzung dar, denn schon seit vielen Jahren gilt eine komplexe, multifaktorielle Genese der Schizophrenie (Huber 1981, 223), aufbauend auf zwei Hauptströmungen: einer genetisch- biologischen und einer umwelt- und entwicklungsbezogenen, als gesichert. Dennoch ist bis heute die Kontroverse um dominante Ursachen für Schizophrenie nicht verstummt. Immer wieder scheinen neue Forschungsergebnisse (Häfner 1995) auf eindeutige Kausalzusammenhänge hinzuweisen. Die Diskussion erinnert an die ewige Suche in der Pädagogik nach *der Methode*.

3.4.1 Biologische und genetische Ansätze

3.4.1.1 Stand der Diskussion

Man geht heute aufgrund von Zwillings-, Adoptierten- und High- Risk- Studien in der Medizin übereinstimmend von einer vorrangig genetischen Disposition zur Schizophrenie aus, wobei aber keinerlei Gen- Zuordnung nachgewiesen werden konnte (Huber 1981, Weiner 1984, 45; Dörner & Plog 1984, 172; Häfner 1995, 19). Dabei bezieht man sich nicht nur auf die unmittelbaren »Erblasten« schizophoren erkrankter Eltern(teile). Einbezogen sind *schizoide Genotypen*, genetische »Vorbelastungen« der Angehörigen, die zwar selbst nicht spezifisch erkrankt sind, aber entsprechende Krankheitsrisiken tragen. Der *Genotyp* bedingt die Schizophrenie keinesfalls unmittelbar, weil die Genexpression unter *Umwelteinflüssen* unterschiedliche *Phänotypen* ausbildet (Cancro 1984, 16). Diese lassen sich anhand körperlicher und psychologischer Merkmale bestimmen, aber kein Phänotyp ist jedoch direkt dem klinischen Syndrom der Schizophrenie zuzuordnen. Es ist zwar belegt, daß genetisch vermittelte Phänotypen eine Rolle bei der Erkrankung spielen. Unklar bleibt, welche Merkmale, Genotypen und Transmissionsformen konkret im Spiel sind. Weiterhin zeigt sich (Häfner 1995), daß nicht die Schizophrenie per se vererbt wird, sondern eine als Vulnerabilität für psychopathologische Auffälligkeiten beschreibbare Empfindlichkeit. Teilweise werden auch neurophysiologische Komponenten (Dopamin-Hypothese) verantwortlich gemacht (Huber 1981, 227; Gattaz 1995, 119; Hagen 1997), ebenso minimale Hirn- oder Hirnentwicklungsschädigungen (Birbaumer & Schmidt 1996, 471, 723; Häfner 1995, 29).

Nach Müller (1991, 38) kann man diese Hypothesen untergliedern in:

1. Theorien genetischen Defektes: Das Auftreten psychischer Störungen wird im Sinne der Evolutionstheorie als genetische Abweichung erklärt.

2. Temperamenttheorien (siehe auch Persönlichkeitstypologien in Kapitel 3.3.1): Sie gehen davon aus, wie ein Mensch auf seine Umwelt reagiert und sich daraus Konflikte ergeben können.
3. Neurologische Dysfunktionstheorien: Sie gehen von einem *exogenen Schaden* aus, der zur Beeinträchtigung von Hirnfunktionen führt.
4. Biologische Entwicklungstheorien: Sie begründen psychische Störungen mit dem Fehlen integrativer Prozesse des Zentralnervensystems, wodurch Entwicklungsbehinderungen verursacht werden, die sich in Disharmonien äußern.

3.4.1.2 Konsequenzen für die Pädagogik und Rehabilitation

Insgesamt ist nach Müllers Einschätzung die Kraft biologischer Theorien als Erklärung psychischer Störungen sehr begrenzt, weil sie kaum Anhaltspunkte für eine pädagogische Intervention anbieten, sondern sich auf die Früherkennung von Erbschäden und die medizinisch- biochemische Beeinflussung der Symptomatologie beschränken. Die Bedenken bezüglich einer biologistischen Sicht werden geteilt. Eine Fehleinschätzung ist die Annahme, man könne bei einem biologischen Ursachenansatz pädagogisch nichts tun. Hier unterliegt Müller selbst dem heftig kritisierten medizinischen Denkmodell (ebd. 88); denn nur dort ist dieser stringente Zusammenhang: Krankheitsursache - pathologische Wirkung - ursachenbekämpfende Intervention schlüssig. Es geht im pädagogischen Handlungsfeld aber nicht um Intervention. Es soll keine Krankheit beseitigt werden, wohl aber Störung und Behinderung, wenn man diese Begriffe nicht als unveränderliche Persönlichkeitskonstrukte, sondern als Einschränkungen der Entwicklungsmöglichkeiten versteht. Aus dieser Perspektive ist, wie in Kapitel 3.2 bereits ausgeführt, *Förderung immer sinnvoll*, wo Behindert- Sein vorliegt. In Legitimationsschwierigkeiten kommen Pädagogen nur, wenn sie die Förderung an einer *sozialen* anstelle *individuellen Bezugsnorm* (Rheinberg 1980; Fischer 1995) bemessen. Sie setzen dann entweder die Ziele, die sich an derzeit gesellschaftlich favorisierten Leistungsanforderungen orientieren, individuell zu hoch an: dann ist zwangsläufig, daß Förderung *sinnlos* erscheint, wenn das Außenkriterium nicht erreichbar ist. Die Umkehrung des gleichen Prinzips findet statt, wenn sie die Eingangsvoraussetzungen für den Beginn einer Förderung so (hoch) ansetzen, daß nur für die ausgewählten Teilnehmer eine ausreichende Wahrscheinlichkeit für das Erreichen der Ziele spricht.

Daß die Befürchtungen von Müller jedoch nicht unbegründet sind, zeigt sich auch in der beruflichen Rehabilitation. Gerade bei Schizophrenie neigen nicht wenige dazu, unter Bezug auf »biologisch- genetische Verursachungen« pessimistische Eingliederungseffekte zu prognostizieren. Sie können sich nicht vorstellen, wie „Menschen mit diesen Problemen unter den heutigen Bedingungen in der Arbeitswelt eingegliedert werden sollten.“ Die verheerenden Zahlen über die »Eingliederungsquoten« (Kleffmann 1996, 19) scheinen ihnen noch recht zu geben. Die rechtlichen Voraussetzungen in der beruflichen Rehabilitation setzen ohnedies berufliche Eingliederbarkeit voraus (§ 1 AReha). Abgesehen davon, daß negative Einstellungen der Betreuer nachweislich ungünstig stimulierende

Wirkungen im Sinne der self- fulfilling- prophecy entwickeln, weil ihre Erwartungshaltungen den Rehabilitationseffekt nachhaltig beeinflussen (Dauwalder, Ciompi, Aebi & Hubschmid 1984, 262) – diese Vorbedingung ist nicht schlüssig! Die Entscheidung, eine berufliche Rehabilitation zu initiieren, kann nicht von einem garantierten Ergebnis abhängen. Wer nur beginnt, was sicher zum erwarteten Ziel führt, sollte nicht mit Menschen arbeiten. Man wird die berufliche Eingliederung selbstverständlich anstreben, aber zuerst geht es um die Veränderung und Verbesserung des Ausgangszustandes. *Sinnlos* ist Förderung nur, wo keine *Fortschritte* erreicht werden können. Auch in diesem Falle wäre zuerst kritisch zu bedenken, worauf dies zurückzuführen ist. Aus der Praxis der Rehabilitation und im täglichen Umgang mit Schizophrenen läßt sich jedenfalls belegen, daß signifikante soziale, persönliche und berufliche Fortschritte möglich sind.

3.4.2 Psychodynamische Ansätze

Unter psychodynamischen Modellen versteht Lehmann (1984, 28) Ansätze, die durch empathisches Verstehen und theoretische Erklärungen beobachtbarer Psychopathologie charakterisiert sind. Diese bauen nicht auf Experimenten, sondern Konzepten und Konstrukten auf, die hauptsächlich auf intrapsychische Dynamik und zwischenmenschliche Beziehungen verweisen. Psychodynamische Modelle basieren auf der *Tiefenpsychologie*, der Psychologie des Unbewußten. Seit Begründung der *Psychoanalyse* durch Sigmund Freud (1856-1939) haben sich viele Richtungen und Gruppierungen gebildet, die dem Nicht- Psychotherapeuten oft auch deshalb undeutlich bleiben, weil ihre Vertreter erbitterte Auseinandersetzungen um Konstrukte führen, denen die empirische Überprüfbarkeit fehlt.

Ernst Kretschmer sieht Freud in Nachfolge zu Platons idealistischem Denken und mythologischen Symbolprägungen. Er spottet in seinen *Vorlesungen über Psychoanalyse* (1973, 82) über die Reaktion Freuds auf die Ablehnung seiner fachlichen Zeitgenossen:

”Als Antwort darauf organisiert FREUD seine Anhänger sektenartig mit hierarchischer Gliederung, Zensur, Ketzergerichten, Kongressen hinter verschlossenen Türen, endlich einem eigenen literarischen Unternehmen. Er stieß seine bedeutenden Freunde und Schüler (BREUER, BLEULER, JUNG, ADLER, STEKEL) von sich. Sie gründeten nachher zum Teil ähnliche Sekten.”

Der kürzlich verstorbene Verhaltenspsychologe Hans Jürgen Eysenck zieht aus der Ernüchterung über die ausbleibenden Effekte der auf Psychoanalyse aufbauenden Psychotherapien und wegen ihrer mangelhaften Überprüfbarkeit den radikalen Schluß, sie sei am Ende (Eysenck 1985). Diese zwei Schlaglichter zeigen, wie kontrovers die Sicht auf die menschliche Psyche sein kann. Aus pädagogischer Perspektive wird der *psychodynamische Ansatz* zur Erklärung von seelischen Behinderungen oder Verhaltensstörungen zwar häufig angeführt,

jedoch unterschiedlich bewertet. Die Spannweite reicht von vehementer Ablehnung (Müller 1991 , 42) über nüchterne Bestandsaufnahme (Myschker1993, 83) bis zur Begründung eigener pädagogischer Ansätze, zum Beispiel der „*pädagogischen Psychiatrie*“ (Winkel 1991).

3.4.2.1 Der psychoanalytische Ansatz

Die Psychoanalyse leitet Störungen vorwiegend aus Konfliktsituationen ab, die im Verlaufe der Entwicklung aufgrund divergierender Einflüsse und Kräfte auf das ICH einwirken. Dies hat -als zentraler Bereich- nach Myschker (1993, 84) vier Aufgaben:

1. Die kognitive Funktion: Wahrnehmung, Einschätzung und Prognose inner- und außerpsychischer Realität.
2. Die Steuerungsfunktion: Abwehr, Unterdrückung, Aufschiebung spontaner Impulse und Triebe.
3. Eine selektive Funktion, weil das ICH Entscheidungen zu treffen hat.
4. Eine synthetische Funktion, die alle auf das ICH einströmenden Ansprüche ausbalancieren und einen Gleichgewichtszustand herbeiführen muß.

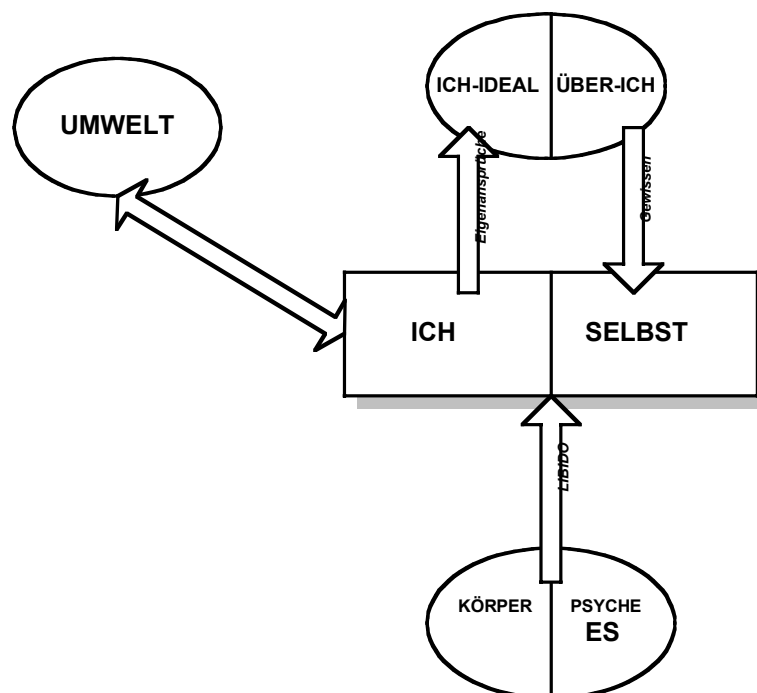


Abb. 17: Instanzenmodell

Wie der Mensch nicht völlig frei und unabhängig nach außen ist, was sich im Verhalten niederschlägt, so ist er auch innerpsychisch nicht ungebunden. Zum ersten sind Kognition und Affektion nicht zu trennen. Zum zweiten hängen auch unbewußte Gefühlsregungen von Lern- und Beeinflussungsvorgängen während der Entwicklung ab, die um so stärker wirken, je weniger die Persönlichkeit geformt ist. Das trifft vor allem auf Kindheit und Jugend zu. Diese Abhängigkeiten lassen sich modellhaft am Instanzenmodell der Psyche (Abb. 17) darstellen: Aus

dem *Körperlichen* und dem weitgehend unbewußten Anteil des Psychischen, dem ES, strömen starke Kräfte, Triebe und Bedürfnisse nach oben in den bewußten Bereich. Es handelt sich um die *Libido*, den überwiegend sexuell gedeuteten Lebenstrieb, und um den zerstörerischen *Thanatos*, den Todestrieb oder die Aggression. Als Quelle der Libido wirken Lust und das Vermeiden von Unlust. Diese Energie ist nicht die einzige, die auf das ICH einströmt. Von oben wirken Kräfte aus dem ÜBER- ICH, den internalisierten Geboten und Verboten der Sitte, Moral und Religion, wie sie vor allem von den Eltern erlernt und übernommen wurden. Diese setzen den Trieben des ES Grenzen, die das ICH ausbalancieren lernen muß. Umgekehrt entwickelt das ICH eigene Ideale, wie es gerne sein oder gesehen würde. Diese weisen starken Forderungscharakter auf, bleiben aber unerreichbar und verursachen dadurch erhebliche Dissonanzen. Bleibt noch das SELBST als überwiegend unbewußter Anteil des ICHs, wie es sich tatsächlich realisiert: als *Selbstbild*, *Selbstbewußtsein*, *Selbstverständnis*. Alle Anteile des Instanzenmodells bleiben lebenslang in Bewegung, in einem Dauerkonflikt, der sich in psychopathologischen Äußerungen manifestiert, wenn dem ICH die Balance nicht gelingt und eine Instanz die »Überhand gewinnt« (Winkel 1991, 36).

Die ersten Lebensjahre gelten nach der Psychoanalyse als entscheidend für Prägungen des späteren Lebens (Pervin 1981, 182). Fehlentwicklungen drücken sich als *Fixierungen* aus, weil das Individuum so wenig Befriedigung seiner Triebe erfährt, daß es Angst hat, auf die nächste Phase überzugehen. Mittels *Regression* versucht es, in frühere Phasen zurückzukehren. Die Formen der *Konfliktbewältigung*, insbesondere Verdrängung und Sublimierung, wurden bereits in Kapitel 3.3.1 erläutert. Aus Konflikten und Fixierungen leitet auch die Psychoanalyse Charakter- bzw. Persönlichkeitstypen ab, die später beibehalten würden (Pervin 1981, 188):

- Der *orale Charakter*: Ein *narzißtischer*, nur an sich selbst interessierter Mensch, der andere nur insoweit wahrnimmt, als sie ihm etwas geben (ihn füttern).
- Der *anale Charakter* ist gekennzeichnet durch Ordentlichkeit und Reinlichkeit, Sparsamkeit und Geiz sowie Eigensinn.
- Der *phallische Charakter* sucht Erfolg in der Arbeit, in der Sexualität oder in der Kinderzahl, um den Vater zu übertreffen – und entwickelt zugleich Schuldgefühle.

Bezogen auf die Schizophrenie sind die Erklärungsmuster der Psychoanalyse nicht einheitlich. Freud als „...Vater des Konfliktkonzeptes glaubte nicht, damit die schizophrene Ich- Insuffizienz erklären zu können. Er schrieb die psychotische Verneinung der Realität einem basilaren Defekt des Ego zu.“ schreibt Benedetti (1987, 297) und ordnet dies der *Defizittheorie* zu. Die *Konflikttheorie* wird begründet von Melanie Klein (Wyss 1972, 1338; Benedetti 1987, 288; Lehmann 1984, 28). Sie ordnet die Ursachen *schizoiden Objektbeziehungen* zu, die aus einer mißlungenen Bewältigung der *paranoiden Position* herrühren, in der das wenige Monate alte Kind psychotische Ängste mit Spaltungsprozessen,

Projektion und Introjektion zu überwinden sucht (Klein 1974 [1946]⁹). C.G. Jung wird von Benedetti (1987) als eigentlicher Pionier tiefenpsychologischer Arbeit mit Schizophrenen gesehen. Im Gegensatz zu Freud, der selbst nur einen einzigen Fall bearbeitet habe, sei Jung im Einsatz für diese Kranken im *Burg-hölzli* unermüdlich gewesen. Er sei davon ausgegangen, daß der ICH- schwache schizophrene Patient nicht in der Lage sei, die gewaltigen Urbilder (*Archety-pen*), die aus dem Unbewußten aufstiegen, zu assimilieren und so das ES das ICH geradezu überrenne. Benedetti ergänzt aus eigener Erfahrung, wie dies zu verstehen sei:

„...wie manche Urkomplexe, aus dem Bereich der Verfolgung, der verschmelzenden Verliebtheit, des Nicht- Mann- oder Frau- Sein- Könnens, den Kranken mit einer Gewalt überfallen, die sich weder aus der persönlichen Lebensgeschichte des Subjektes herleiten, noch sich allzu simplifizierend dem Biologischen subsumieren lassen...“ (Benedetti 1987, 288).

3.4.2.2 Psychotherapie und Pädagogik

Wie sind nun die Beziehungen zwischen der seit Jahrzehnten tiefenpsychologisch bzw. psychoanalytisch dominierten Psychotherapie und der Pädagogik zu werten? Schon Anna Freud (1971, 54 [1935]), an einer neuen, durch Psychoanalyse veränderten Rolle der Erzieher gegenüber dem Kinde interessiert, verwies auf die Schwierigkeiten und die Distanz: Die Psychoanalyse habe immer den Wunsch nach *Einschränkung der Erziehung* ausgedrückt. Dagegen sieht Michael Balint (1974, 97 [1938]) in den Aufgaben, die sich dem Klienten in und aus der Psychoanalyse stellen, durchaus *Lernvorgänge*: „Stärkung des ICHs“, „Durcharbeiten“, „Lernen“, „Zur- Analyse- Erziehen“.

Anna Freud (1971, 59) sah immerhin drei Wegweisungen der Psychoanalyse für die Pädagogik:

1. Als Kritik der bestehenden Erziehungsformen.
2. Als psychoanalytische Psychologie, die die Menschenkenntnis der Erzieher erweitert und schärft.
3. Als Behandlungsmethode in Form der Kinderanalyse, die Schäden wieder ausbessert, die dem Kind während des Erziehungsprozesses zugefügt wurden.

So kann die Psychoanalyse als Basiswissen für die Pädagogische Psychologie begründet werden. Inwieweit schlägt sie sich jedoch auch in pädagogischem Handeln und nicht nur Verstehen nieder? Auf die grundlegenden Vorbehalte gegenüber *verhaltensmodifikatorischen Ansätzen*, die sich in jedem »erzieherischen Handeln« finden, wurde bereits verwiesen.

⁹ Soweit ein zusätzliches Erscheinungsjahr in [] ausgewiesen wird, handelt es sich um die ursprüngliche Veröffentlichung

Beispiel 7: Wenn zwei dasselbe tun...

Symptomatisch dafür ist (vielleicht auch nur als Anekdote) eine Begebenheit im RKL im Zusammenhang mit der Einführung eines kommunikativen Trainings für Rehabilitanden (siehe Kapitel 2.2.2.). Nach positiven Anfangserfahrungen wurde das Training auch Patienten der Psychiatrie angeboten. Allerdings nicht lange! Obwohl es zu keinem Zwischenfall gekommen war, entzündete sich eine lebhafte Diskussion mit dem Psychiatrieteam, ob kommunikatives Training nicht zur Belastung des komplizierten Vorganges der ICH- Findung werde. Das Training wurde eingestellt, weil es von den *Therapeuten* nicht akzeptiert wurde. Einige Jahre später wurden -allerdings innerhalb der Psychiatrie entwickelte- Trainings kommunikativer und kognitiver Fähigkeiten publiziert und vielerorts praktiziert (Roder, Brenner et al. 1988; Olbrich 1995, 229). Nach Sichtung dieser relativ isolierten Trainingspakete entschied sich das Psychiatrieteam dagegen; die beruflichen Trainingsangebote der Berufstherapie seien hinsichtlich der Anforderungen vergleichbar und darüber hinaus ganzheitlicher angelegt (vgl. Kap. 6.2.1). Zur Neuauflage eines spezifischen Kommunikationstrainings kam es nicht mehr.

Die Euphorie der *antiautoritären Erziehung*, die sich auch auf die Psychoanalyse berief (Bernfeldt 1969), verflieg als eine vom Zeitgeist bestimmte Episode. Ob A.S. Neill (1883- 1973) sich für sein Schul- Modell »Summerhill« (gegründet 1921) tatsächlich an der Psychoanalyse orientierte, ob er überhaupt »theoriegeleitet« arbeitete und nicht primär über sein Vorbild und die Kraft seiner Persönlichkeit wirkte, ist nicht mehr zu klären (Neill 1969). Antiautoritäre Erziehung ist an der Realität gescheitert, daß *laissez- faire* noch lange keine Erziehung darstellt. Fehlende Orientierung kann bei Kindern ebenso als »vorenthaltene Liebe« Auslöser für neurotische Entwicklungen sein, wie die von den Protagonisten der antiautoritären Erziehung kritisierten familiären Unterdrückungsmechanismen (Winkel 1986, 9).

Selbst die Vertreter einer zwischen beiden Wissenschaftszweigen verbindenden *Psychoanalytischen Pädagogik* sehen ihr inzwischen 80jähriges »Kind« als ungeliebt und mißtrauisch beäugt von beiden Eltern: der Psychoanalyse und der Pädagogik (Trescher 1987, 197). Auch in der Heilpädagogik scheint sein Schicksal nicht besser (Gerspach, 1987, 146), die Akzeptanz gering. Anfragen an diese *Psychoanalytische Pädagogik* (Singer 1981, 294), die ja nicht nur *Heilpädagogik* sein will (Reiser 1987, 181; Trescher 1987) führen nur beschränkt weiter. Zwar ist der kritisch- hermeneutische Ansatz zu einem Verständnis *subjektiver Beschädigungen*, die vor allem auf negative Interaktionserfahrungen zurückgeführt werden (Gerspach 1987, 147) wichtig, aber nichts Neues und nichts pädagogisch Spezifisches. Das leistet bereits die *psychotherapeutische Sicht* bei double- bind- Störungen (Kapitel 3.4.2.3.). Der pädagogisch weiterführende Ansatz wird darin gesehen, das frühe Lebensdrama neu zu inszenieren; es mit der Realität zu vergleichen, um daraus zu einer Neubewertung von Vergangenheit und zu erweiterter Handlungskompetenz für die Zukunft zu kommen.

Auf einem ähnlichen Gedanken bauen Calchera, Hübel & Roth (1989, 19) auf. Sie verstehen *Lernstörung* als Abwehr aufgrund lebensgeschichtlich begründeter Beziehungsproblematik. Diese leite sich aus erzwungener Anpassung

an Regeln und Gesetzmäßigkeiten her, die im Widerspruch zu den affektiven Bedürfnissen gestanden hätten. Dies bezeichnen die Autoren als langandauernde Erfahrung *affektiver Unlogik*, was auf Ciompis Affektlogik (1982) verweist. Als Neubeginn empfehlen sie, den Faden dort wieder anzuknüpfen, wo er gerissen sei. Sie schlagen daher eine systematische biographische (Eigen- und Fremd-) Diagnostik vor, um diese Verbindung wieder herzustellen, ergänzend dazu ein Erhebungssystem für mangelnde Basiskompetenzen, die dann zu trainieren sind.

Auch anhand eines Beispiels aus der *psychoanalytischen Sozialarbeit* (Freuling et al. 1991) läßt sich zeigen, wie schwierig die Modi einer pädagogischen und psychoanalytischen Zusammenarbeit sind. Das fängt bei dogmatisch vorge-tragenen Grundpositionen an:

„Das einzige theoretische Konzept, das nicht mit Symptomen, sondern mit Subjekten umgeht und an der Entwicklung fehlender oder fehlgelaufener psychischer Strukturbildung arbeitet, ist die Psychoanalyse.“ (Freuling 1991, 27)

Typisch für diese elitäre Standortbestimmung ist die Abqualifizierung von Lernvorgängen, die auf Aneignung „operationalisierter kognitiver patterns“ reduziert werden. Dagegen gehört nach Auffassung der Verfasser *zur psychischen Strukturbildung* anhand von „Arbeit unter psychoanalytischer Sicht“ (1991, 33) die Antizipation eines Zieles und der planvolle Vollzug der einzelnen Schritte zu diesem Ziel – als ob dies bei kognitiven Lerntheorien keine Rolle spielte. Fragwürdig ist die kategorisch vorgetragene Hypothese, Psychose sei -theoretisch gesehen- nicht heilbar, insofern sie auf einem „nicht restituierbaren Defekt in der psychischen Struktur“ gründe (1991, 28). Im Widerspruch dazu wird einleitend hervorgehoben (1991, 19), Psychoanalyse gehe nicht von Defekten oder Defiziten, sondern von einem „Noch- Nicht“ aus. Die Argumentationen zielen offensichtlich darauf ab, allein die Psychoanalyse zur Behandlung psychotischer Patienten zu berechtigen. Für dieses Ziel wird, letztlich zum Schaden der Patienten, wieder einmal die fragwürdige Hypothese von der Schizophrenie als »chronischer, schicksalhafter Erkrankung« bemüht und die wichtige Rolle der Zukunftserwartungen der Umgebung (Dauwalder, Ciompi, Aebi & Hubschmid 1984) verkannt. Sicher ist das referierte Projekt mit psychotischen und autistischen Menschen schwierig; möglicherweise aber auch deshalb, weil ein explizit psychoanalytischer Ansatz nur schwer eine theoretische Brücke zur Arbeits- und Lernwelt findet. Die Autoren betonen zwar die auch therapeutisch entscheidende Funktion von Arbeit. Sie wissen aber keine andere Lösung, die selbst konstruierte Diskrepanz zwischen den psychischen Anforderungen der Arbeit und ihrem psychoanalytischen Verständnis psychischer Entwicklung zu überbrücken, als entweder *Arbeit* gezielt nach den Befindlichkeiten ihrer Patienten zu *modifizieren* oder eine *personale Brückenfunktion* in Form eines ständigen therapeutischen Begleiters zu realisieren, der dem Patienten Schutz vor den in der „anderen Arbeits- Welt“ vorfindlichen neuen Erfahrungen bietet. Ein für päd-

agogische Arbeit nutzbarer integrativer Ansatz gelingt damit nicht und ist wahrscheinlich auch nicht beabsichtigt.

Selbst Veranstaltungen zur Zusammenarbeit zwischen Psychotherapie und Pädagogik, wie zum 20jährigen Bestehen der Sekundarstufe II der Schule für Kranke in der Psychiatrischen Universitätsklinik Münster im Oktober 1994, bringen nichts wirklich Neues. Die einen (Bach 1996) sprechen der Pädagogik eine lediglich begleitende Rolle im Rahmen der *Soziotherapie* zu, vereinnahmen aber pädagogisches Handeln flugs für die *klientenorientierte Psychotherapie* nach C.R. Roger, die in der Therapie bei Psychosen jedoch kaum eine Rolle spielt. Bei anderen richtet sich der Blickwinkel auf die Pädagogik, weil therapeutisch orientierte *psychoedukative Gruppenarbeit* (Kap. 3.6.3) mit Patienten und Angehörigen ohne Lernen nicht durchführbar ist (Böser & Buchkremer 1996).

Eine Gesamtbewertung der komplizierten Beziehungen der Psychoanalyse zur Pädagogik wäre vermessen und ist nicht beabsichtigt. Die Fragestellung ist schlichter: Welche Ansatzpunkte gewinnt ein Pädagoge aus der Psychoanalyse und mit welcher Unterstützung seitens tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapeuten kann er rechnen? Der zentrale Ansatz der Tiefenpsychologie ist die Fokussierung auf das *Individuum* und seine *persönliche*, insbesondere *affektive Lebensgeschichte*. Sie gilt es zu kennen und zu verstehen, ohne Wertung, ohne »Schuldzuweisungen« und ohne vorschnelle, meist eigener Hybris entspringender »Lösungsrezepte«! Bei diesem Prozeß können Psychotherapeuten helfen:

1. Die Lebens- und Krankengeschichte eines Patienten aus anderer Perspektive, zum Beispiel aus dem Verständnis für das Konflikthafte, für lebensentscheidende Stationen und Erlebnisse zu analysieren: *phänomenologischer Ansatz*.
2. Erst zuhören, sich erst einzufühlen und abwarten lernen; vorschnelle Ratschläge oder Aktivitäten zu vermeiden, weil es um Prozesse der Innensicht und Einsicht und nicht um Aktionismus geht: *hermeneutischer Ansatz*.
3. Dabei auf eigene Anteile seelischer Instabilitäten und Reaktionsmuster zu achten, um die beobachteten Phänomene per se zu verstehen: *Selbstreflexion*.

Bei der pädagogischen Arbeit selbst, beim Handeln und Interagieren mit den Teilnehmern, helfen Psychotherapeuten weniger. Wie sollten sie auch? Sie sind keine Pädagogen; ihre Schwerpunkte sind anders. Die Situation ist an diesem Punkt manchmal paradox: Lehrkräfte beklagen sich über die Dominanz der Ärzte und die Medizinlastigkeit des Denkens - und bürden an entscheidender Stelle, wo es um die Verantwortung für das eigene Handeln geht, diese wieder Ärzten und Psychotherapeuten auf, indem sie von dort die Rezepte erwarten.

Skepsis ist jedoch angebracht, das *pädagogische Heil* in einer *selbst-erkennenden Befreiung* zu suchen. Dabei handelt es sich erstens um einen therapeutischen, nicht um einen pädagogischen Ansatz. Zweitens stellt sich das Problem, was pädagogisch noch möglich erscheint, wenn diese Befreiung ausbleibt. Die

Gefahr, in einer »methodischen Sackgasse« zu landen, ist groß. Man wird sich drittens kritisch fragen müssen, ob die Erfolgserwartung, eine Lernstörung allein durch Analyse der Lebensgeschichte oder durch Wieder- Inszenierung beseitigen zu wollen, nicht naiv, weil letztendlich monokausal deterministisch ist. Jede Konflikterfahrung der frühen Kindheit löst erfahrungsgemäß eine Kette von Interaktions-, Handlungs- und Zuschreibungsprozessen aus, die sich kumuliert als *Störung* konstituieren können. Ist diese vernetzte Realität reversibel? Auch Piaget & Inhelder (1973, 150) bemängeln, daß die klinische Psychologie und vor allem die Psychoanalyse in der Affektivität oft nur ein „Spiel von Wiederholungen und Analogien mit der Vergangenheit“ sehen würden, während jede neue geistige Struktur, wenn sie die früheren integriere, das Individuum von seiner Vergangenheit befreie und neue Aktivitäten in Gang setzen könne, die auf die Zukunft gerichtet seien.

Es gilt auch hier, daß Bescheidenheit Stärke sein kann: Der Pädagoge wird sich darin einfinden müssen, die zugrunde liegende Störung nicht beheben zu können. Aber er kann sich bei jedem einzelnen Teilnehmer fragen, wie er die Lernsituation so gestaltet, daß subjektive Störungsauslöser vermieden, kompensatorische Strategien wirksam und eine gesündere Entwicklung fördernde Ansätze realisierbar werden können.

3.4.2.3 Pädagogische Aspekte von Interaktions- und Kommunikationsstörungen

Drei Hauptrichtungen psychodynamischer Modelle befassen sich mit tiefgestörten zwischenmenschlichen Beziehungen (Benedetti 1987, 291):

1. Die *double- bind- Theorie* von Bateson (1983, 219).
2. Die *transmission of irrationality*.
3. Die *expressed emotion- Theorie*.

Hier wird nur die *double- bind- Theorie* angesprochen. Die Wirkung *angespannten Beziehungsklimas* und *irrationaler Verständigungsschwierigkeiten* wird im Rahmen der Erörterung des *Vulnerabilitäts- Stress- Modells* in Kapitel 3.6.3 dargestellt.

Die *double- bind- Theorie*, die Winkel auch in der Neuauflage seines Buches *Pädagogische Psychiatrie* (1991, 216, [1980]) als ursächlich für die Entstehung von Psychosen nennt, hat zum Verständnis gestörter zwischenmenschlicher Beziehungen als *krankheitsauslösende Stressoren* viel beigetragen. Als Ursache der Schizophrenie (Wing 1987, 328) gilt sie heute nicht mehr! Häfner (1995, 1) kritisiert, sie habe durch einseitige Schuldzuweisungen, insbesondere an die Mütter, viel unverantwortbares Elend über die Eltern gebracht. Häufig sei unterschätzt worden, daß Kommunikationsstörungen zweiseitige Prozesse seien. Man habe nur die Beeinträchtigung des Erkrankten durch ambivalente Kommunikationssignale der Eltern, jedoch die kommunikativen Belastungen der Eltern durch den Kranken, den zirkulären Charakter des kommunikativen Problems zuwenig beachtet (Dörner & Plog 1984, 174; Simon & Stierlin 1984, 68).

Während die bisher referierten psychodynamischen Erklärungen der Schizophrenie vorwiegend das Intrapsychische im Blick haben, stellt die double-bind-Hypothese ein gruppenspezifisches Kommunikations- und Beziehungsmodell, vor allem der Familie dar (Bateson 1983, 302). Sie ist den *transaktionellen Theorien* (Benedetti 1987, 299) zuzurechnen. Charakteristisch dafür ist die Annahme, daß innerhalb der Familie mit dem Betroffenen auf mehreren Kommunikationsebenen zugleich Botschaften ausgetauscht werden, deren Inhalte und Beziehungsqualitäten sich diametral widersprechen. Tiefe emotionale Ablehnung und eigene seelische Zerrissenheit eines der Elternteile wird mit oberflächlich harmonischer, »liebvoller« Umgangskonvention getarnt. Der Betroffene ist so »doppelwertig« eingebunden, daß er nur noch durch den Sprung in die Irrationalität, durch Ver-rücktheit zu entfliehen weiß. Die ganze Situation ist mehrfach paradox. Die vordergündig rational und positiv anmutende Kommunikation ist im Hintergrund hochgradig emotional und irrational aufgeladen, was jedoch um keinen Preis aufgedeckt wird. Das Irrationale ist das »Wirkliche«, wird aber massiv verdeckt. Die vordergründige Normalität ist dagegen nur inszeniert. Sie ist Schein, und sie hat pathologische Züge, wird aber als »heile Wirklichkeit« ausgegeben. Die Flucht in die Krankheit könnte man ebenso als Flucht aus einer kranken Situation deuten. Weil dem Betroffenen alle »normalen« Auswege versperrt erscheinen, kann er nur in das Absurde, Anomale flüchten. Bateson (1983, 274) nimmt beim Schizophrenen zusätzlich an, daß er Probleme mit variablen Kommunikationsmodi habe:

- bei Mitteilungen anderer den »richtigen« Kommunikationsmodus zu erkennen;
- bei eigenen Mitteilungen den »richtigen« Kommunikationsmodus zuzuordnen;
- bei eigenen Gedanken, Sinneseindrücken und Wahrnehmungen den »richtigen« Kommunikationsmodus beizulegen.

Auch wird vermutet (Kapitel 3.3.2.2), der Schizophrene habe Probleme mit logischen Schlüssen, was die Situation noch verschärfen würde. Double-bind entwickelt sich unter folgenden Ausgangsbedingungen:

1. Zwei oder mehrere Personen einer Familie kommunizieren miteinander, wobei einer der »Gebundene« ist.
2. Die widersprüchliche Kommunikation findet nicht nur einmal statt, sondern wird Dauererfahrung (habituelle Erwartung).
3. Ein *primäres* negatives Gebot (1. Bindung) droht »Strafe« für den Fall an, daß der Gebundene etwas tut bzw. nicht tut.
4. Ein *sekundäres* negatives Gebot (2. Bindung) droht ebenfalls »Strafe« für den Fall an, daß das primäre Gebot befolgt wird.
5. Ein *tertiäres* Gebot macht es dem Gebundenen unmöglich, der Situation zu entfliehen.
6. Nach einiger Zeit sind nicht mehr alle Bedingungen erforderlich. Es genügt ein minimaler Auslöser und der Gebundene reagiert.

Der Betroffene steckt in einer für ihn ausweglosen Situation. Die Beziehung zur Umwelt verlangt, genau zu differenzieren, welche Art von Botschaft gesendet wird. Der Sender schickt aber widersprüchliche Botschaften ab, wovon eine die andere auch noch leugnet. Der Betroffene ist aufgrund seiner kommunikativen Differenzierungsschwäche außerstande, einen normalen metakommunikativen Ausweg, zum Beispiel einen Witz oder eine ironische Rückfrage, zu finden. Der Schizophrene fühlt sich jetzt so in die Enge getrieben, daß er

- (1.) hinter alltäglichen Äußerungen mißtrauisch nach verborgenen Bedeutungen sucht,
- (2.) alles wörtlich nimmt und die Metaphorik nicht vom Wörtlichen unterscheiden kann oder
- (3.) alle Mitteilungen einfach ignoriert und sich in sich zurückzieht,

was man (1.) auch als *paranoid*, (2.) als *hebephren* und (3.) als *katatonisch* verstehen kann (Bateson 1983, 282).

Winkel (1991, 201) erläutert den Kontext der double-bind-Hypothese mit ausführlichen Überlegungen zur Kommunikationstheorie anhand von Modellsituationen »psychotischer Familienkonstellationen«, die er mit Methoden der Transaktionsanalyse untersucht. Für die pädagogische Schlußfolgerung ist jedoch nicht so sehr entscheidend, ob diese »Beziehungsfälle« ursächlicher, auslösender oder negativ verstärkender Faktor ist. Eine schwere Belastung stellt sie mit Sicherheit dar. Welche Folgerungen sind für den Pädagogen daraus zu ziehen? Winkel (1991, 221) schlägt vier Möglichkeiten vor, sich der Doppelbindung zu entziehen:

1. Mit Hilfe von Metakommunikation die paradoxe Situation bezeichnen, analysieren und kritisieren.
2. Die Doppelbindung mit einer doppelsinnigen, offenen Gegenbotschaft beantworten.
3. Die Doppelbindung mit Humor bloßstellen.
4. Sich zurückziehen bzw. den Betroffenen aus der Situation herausnehmen.

Leider stehen diese Möglichkeiten jedoch aufgrund der aufgezeigten kommunikativen Differenzierungsschwäche Schizophrenen selten zur Verfügung. Bateson (1983, 299) verweist zudem darauf, daß double-bind auch in der Institution »Psychiatrie« anzutreffen sei. Da Kliniken mindestens ebenso sehr für das Personal wie für die Patienten nützlich seien, werde manches als »günstig für die Patienten verkauft«, was den Mitarbeitern oder der Einrichtung nütze. Das gilt für Rehabilitationseinrichtungen gleichermaßen! Auch solche Doppelwertigkeit fördert schizophrenogene Situationen.

Entfliehen in Ver-rücktheit, metaphorische oder neologistische Sprache, Mißtrauen und Kleben am Wort entgegen einem, für andere Menschen völlig »klaren« Sachzusammenhang - alles dies kann nun ebenso als reaktive Bezie-

hungsstörung gedeutet werden, der ein Schizophrener nicht mehr in anderer Weise entkommen konnte und deren internalisierte Prozeßmuster bei auch nur minimalen Initialzündungen ablaufen. Geht man von dieser Hypothese aus, dann wird Konsequenz im pädagogischen Arbeitsfeld sein:

1. Sich über den Teilnehmer und seine emotionalen Stressoren informieren!
2. Zweideutige Botschaften -Ironie, Zynismus, Wortspiele, Widersprüche- vermeiden!
3. Mit kommunikativen Fehldeutungen rechnen und sie nicht *rational fehlinterpretieren*!
4. Authentisch, ehrlich und warmherzig sein!
5. Ständig nach entlastenden Möglichkeiten in der Interaktion suchen!

3.4.3 Lerntheoretischer Ansatz

Die Vertreter der Lerntheorie lehnen die Begriffe der Tiefenpsychologie, des Unbewußten und die daraus folgenden Deutungen und Konstrukte psychopathologischer Strukturen ebenso ab wie die Begriffe »Krankheit« oder »kranke Persönlichkeit«. Personen sind aus ihrem Verständnis nicht krank, sondern sie reagieren nicht angemessen, weil sie eine passende Reaktion entweder *nicht oder nicht ausreichend gelernt* haben (Pervin 1981, 428). Der lerntheoretische Ansatz kann von seinen lernpsychologischen Grundlegungen und seiner Entwicklungsgeschichte unterteilt werden in (Leyendecker & Sevenig 1983, 328):

1. Reiz- Reaktions- Theorien

Lernen basiert nach diesen Theorien überwiegend auf von außen gesetzten Reizen, die mehr oder minder zwangsläufig über Assoziationen Lern- Reaktionen bewirken, nach Auffassung ihrer Vertreter, ohne »eigene kognitive Beteiligung«:

- (1) Klassisches Konditionieren: I.P. Pawlow
- (2) Operantes Konditionieren: B.F. Skinner
- (3) Modell- bzw. Beobachtungs- Lernen: A. Bandura

2. Kognitive Theorien

erklären Lernen als primär kognitives Zusammenwirken von Wahrnehmungs- und Strukturierungsprozessen.

In der *Verhaltenstherapie* und *Sonderpädagogik bei Verhaltensstörungen* spielt der lerntheoretische Ansatz eine relativ wichtige Rolle. Einen Überblick über den derzeitigen Stand von lerntheoretischen Ansätzen zur Verhaltensmodifikation innerhalb des Unterrichtes geben Petermann (1991; 1994) sowie Mischker (1993, 176). Recht bekannte Unterrichtskonzeptionen sind die „Ko-

operative Verhaltensmodifikation“ von Schley (1989) und der „Durchstrukturierte Klassenraum“ von Schumacher (1979). Müller (1991, 49) gibt einen Überblick über *verhaltensmodifikatorische Ansätze* im Unterricht in USA mit psychisch gestörten Schülern auf der Basis operanten Konditionierens und Modelllernens.

3.4.3.1 Lerntheorie und Schizophrenie

Zur Krankheitsgenese, zum Erscheinungsbild und zur Therapie von *Psychosen*, insbesondere auch der Schizophrenie, gibt es nur wenige Hinweise aus verhaltens- bzw. lerntheoretischer Sicht.

I.P. Pawlow (1849-1936) faßte Schizophrenie als einen durch übermaximale Stimulation hervorgerufenen *chronisch- hypnotischen Zustand* auf, der sich in einer Müdigkeit höherer zentralnervöser Zentren niederschlägt (Lehmann 1984, 29). Bei einem zentralen Nervensystem, das erblich oder durch zu starke Stimuli beeinträchtigt ist, können deshalb starke Reize zu paradoxen Reaktionen führen.

B. F. Skinner (1904- 1990) und die Vertreter des operanten Konditionierens deuteten abnormes Verhalten als „...direkte *Betonung von Verstärkerkontingenzen* in der Umgebung, die Verhaltensmuster formen und aufrechterhalten.“ (Pervin 1981, 433) Verhaltensdefizite werden danach durch mangelhafte Verstärkungsgeschichte, in der angemessene Sozialfähigkeiten nicht ausreichend berücksichtigt wurden, erklärt. Eine weitere Ursache wird auch darin gesehen, daß vorhandene Fähigkeiten nicht positiv verstärkt wurden und es deshalb zu depressivem Verhalten kommt. Schizophrenie basiert nach dieser Hypothese auf der mangelnder Fähigkeit der Umwelt, lebenswichtige Verhaltensweisen angemessen zu verstärken. Der Schizophrene reagiere nur deshalb auf ungewöhnliche Reize der Umwelt, weil er zu wenig dafür verstärkt worden sei, auf normale soziale Reize so zu achten wie andere Leute. Sein mangelndes Augenmerk sei in Wirklichkeit Aufmerksamkeit für idiosynkratische Zeichen und seine Gefühlsarmut oder sein Mangel an Gefühlen mangelhaftes Reaktionsvermögen für soziale Reize. Im auffälligen Benehmen finde der Schizophrene Verstärkung für ungewöhnliche Glaubensstrukturen, in der Halluzination Verstärkung für das Beachten neuer Reize.

Für C. L. Hull (1884-1952) standen *Angsttriebe* im Vordergrund (Pervin 1981, 430). Abnormes Verhalten wird danach erlernt, um Angst zu reduzieren. Schizophrenie beginnt mit einem heftigen Angstzustand, der generalisiert wird; deswegen werden viele Reize der Umgebung bedrohlich. Dann setzen für die Angstreduktion nützliche Reaktionen ein, auch wenn sie unter rationalen Aspekten eigentlich irrelevant sind.

A. Bandura (*1925) verstand pathologisches Verhalten als Ergebnis der *Beobachtung ungeeigneter oder kranker Modelle* (Pervin 1984, 435). Ein signifikanter Ausgangsfaktor für eine pathologische Entwicklung liegt zum Beispiel

vor, wenn Eltern sich selbst in gewissem Grade als Modelle abnormer Sexualität verhielten.

H.J. Eysenck (1916- 1997) verzichtet auf alle Deutungen und Bedeutungen. Er „...wendet einfach die universale Methode der Konditionierung auf die Situation an.“ (1985, 216) Hinsichtlich Schizophrenie fällt seine Einschätzung zurückhaltend aus. Zwar kritisiert er zu Recht die Tendenz zu vorschneller und häufig auf unpräzisen Symptomen aufbauender Diagnosepraxis (Eysenck & Eysenck 1983, 53); zur Genese und Therapie äußert er sich dagegen nicht.

Pervin (1984, 435) faßt zusammen, daß von den »Lerntheoretikern« kein einheitlicher, sondern unterschiedliche Aspekte des Lernprozesses für pathologisches Verhalten verantwortlich gemacht würden. Gemeinsam sei ihnen jedoch, daß:

1. alle den *Einfluß der Umgebungsreize* für Entstehung und Aufrechterhalten des pathologischen Verhaltens betonen;
2. alle das medizinische zugunsten eines *psychologischen Modells* verwerfen, aufgrund dessen der Organismus unerwünschte Reaktionen erlernt habe;
3. alle sich deshalb nicht auf Krankheit, Neurose oder Psychose konzentrieren, sondern auf die spezifische *Reaktion*, die zu verändern sei.

Bei der Komplexität von Lernprozessen und der Vielzahl der Lerntheorien, -modelle und -strategien (Perrez & Patry 1981, 231) fällt auf, daß in der Psychiatrie, wenn überhaupt Lerntheorien herangezogen werden, überwiegend assoziative Lernparadigmata genannt werden: das *klassische Konditionieren* nach Pawlow und das *operante Konditionieren* nach Skinner (Lehmann 1984, 29; Rössler & Riecher- Rössler 1994, 4). Selten bzw. erst in jüngster Zeit (Schaub & Böker 1997) werden komplexe Theorien unter Einschluß *kognitiver Aspekte*, wie *Lernen am Modell* und *soziales Lernen* nach Bandura, noch seltener »höhere Lernformen«, wie sie zum Beispiel Gagné (1973) entwickelte -und Stadler (1996) für den Lernvorgang bei Hirnverletzten aufgreift- genannt. Ein Grund könnte darin liegen, daß seelische Störungen sich vorrangig im *Unbewußten* und im *affektiven Bereich* konstituieren, die der Kognition nicht oder nur in geringem Maße zugänglich erscheinen. Wie sich später beim *affektlogischen Modell* (Kapitel 3.6.5) zeigen wird, sind komplexe *affektiv- kognitive Lernprozesse* jedoch wahrscheinlich. Zudem dominierten bis vor wenigen Jahren tiefenpsychologische und biologisch- genetische Modelle in der Psychiatrie (Benedetti 1984, 296); Lerntheorien wurden kaum bedacht oder geachtet. Man kann auch der Ironie Eysencks folgen (1985, 215), daß viele die Erklärung seelischer Problematik im Sinne Pawlowscher Konditionierung für erniedrigend, mechanistisch und entmenschlichend ansehen; sie hielten es lieber mit den tiefgründigen Bedeutungen, die der Psychoanalyse ihre Würze gäben.

3.4.3.2 Kognitive und psychoedukative Trainingsprogramme

Die *kognitive Wende* in der Psychologie (Rössler & Riecher- Rössler 1994, 4), aber mehr noch die gegenüber allen bisherigen Therapieansätzen resistente Problematik überdauernder *Negativsymptome*, wie Affektverflachung, Antriebsstörung, sozialer Rückzug und Sprachverarmung, haben dazu geführt, daß *lerntheoretische Trainingsverfahren* für Schizophrene entwickelt wurden (Roder, Brenner, Kienzle & Hodel 1988; Mussgay & Olbrich 1988; Liberman & Eckman 1989; Liberman, Mueser, Wallace, Jacobs, Eckman & Massel 1990; Liberman & Wallace 1990; Hodel & Brenner 1997; Roder, Zorn, Brenner 1997). Mit ihnen sollen basale kognitive und soziale Dysfunktionen beseitigt bzw. reduziert werden. Dieser Schritt stellte eine erhebliche Wende in der Psychiatrie dar.

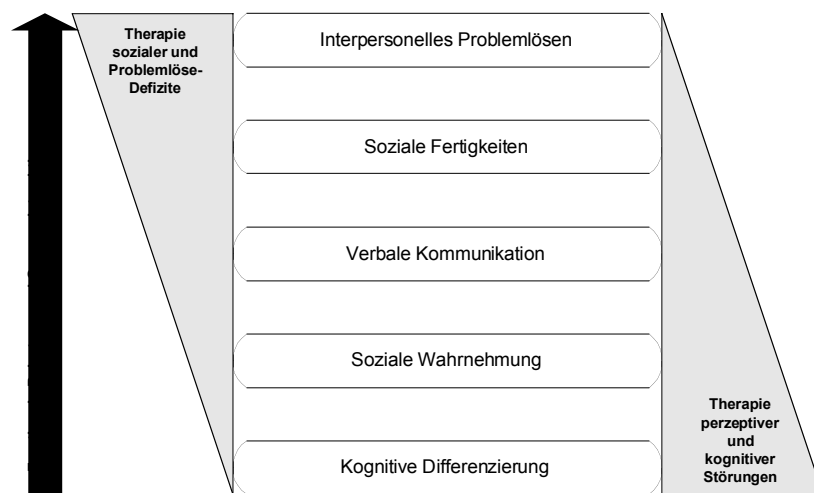


Abb. 18: Integriertes Psychologisches Trainingsprogramm (Roder, Brenner et al. 1988)

Das Programm von Liberman & Wallace (1990) umfaßt ein breites Spektrum *sozialer Fertigkeiten*, die teils in Übungen, teils in Hausaufgaben, teils in der praktischen Anwendung trainiert werden. Das "Integrierte Psychologische Trainingsprogramm für schizophrene Patienten (IPT)" (Brenner, Stramke, Mewes, Liese & Seeger 1980; Roder, Brenner et al. 1988), siehe Abb. 18, besteht aus fünf Stufen, die teils einzeln, teils in Gruppen absolviert werden. Es zielt auf folgende Defizite bzw. Problembereiche:

1. *Kognitive Differenzierung*, wenn

- Aufmerksamkeits-, Wahrnehmungs- und Denkprozesse nicht nach relevanten Merkmalen gesteuert werden;
- die Einordnung in Zusammenhänge gestört ist;
- Denkschemata nicht flexibel gehandhabt werden und unlogisches Denken vorliegt;
- wichtig nicht von unwichtig unterschieden werden kann;
- gestörte Merkfähigkeit und
- Begriffsbildungsstörungen vorliegen.

2. *Wahrnehmung* wegen
 - Störungen der selektiven Wahrnehmung, Reizüberflutung;
 - Über- bzw. Unterschätzung räumlicher Dimensionen, die zu sozialem Über- oder Unterengagement führen;
 - mangelhafter sozialer Kompetenz bzw. sozialem Rollenverhalten und
 - Fehlinterpretation sozialer Kontakte.
3. Verbale Kommunikation bezüglich
 - Sprachverarmung bzw. überproduktiver oder zerfahrener Sprache;
 - Daneben- Reden, Verlieren des roten Fadens;
 - unlogischem, grammatisch unkorrektem oder unverständlichem Satzaufbau;
 - Neologismen und phonetisch nicht sinn- gesteuerter Wortwahl;
 - bizarren, bildhaften Ausdrücken;
 - Ziellosigkeit, Verfehlen des Themas, Festhalten an Themen (Perseverationen);
 - Unverständlichkeit, zwanghaftem Nachsprechen oder Blockade;
 - manierierter Redeweise, Selbstbezüglichkeit, »Versprechern«.
4. Soziale Kompetenz,
 - wenn die Interaktion mit anderen hinsichtlich Zuhören, Verstehen und richtiger affektiver Interpretation gestört ist;
 - um abrupte Themenwechsel zu vermeiden;
 - zu lernen Kontakte aufzunehmen und Gespräche zu beginnen;
 - sowie Beziehungen aufzunehmen, um Passivität, sozialen Rückzug oder Verwahrlosung zu verhindern.
5. Interpersonelles Problemlösen, um
 - Kochfertigkeiten, Sauberkeitsverhalten, Umgang mit Geld zu trainieren;
 - Problemstellungen besser erkennen zu lernen;
 - relevante Gedächtnisinhalte besser zu reproduzieren
 - und mit »Zusatzinformationen« umzugehen, die dem Schizophrenen im Gegensatz zum »Gesunden« die Lösungen eher erschweren (verminderte Kanalkapazität).

Beim IPT werden Rollenspiele, Videoaufnahmen und ebenfalls Übungen in der Realität eingesetzt. Interessant, auch als Hinweis auf die Beeinflußbarkeit des affektiven Systems durch Lernvorgänge, ist die Weiterentwicklung des IPT zur Bewältigung „maladaptiver Emotionen“ (Hodel & Brenner 1996^{a, b}).

Eine weitere »lerntheoretische« Anwendung stellen *psychoedukative Trainingsprogramme* (Wienberg 1995) dar. Nur mit Wortspielen wird die für manche nach wie vor schwierige Beziehung von *education* (Lernen), *treatment* (Behandlung) und *rehabilitation* (Eingliederung) als *Tre- Ed- Retation* (Hornung & Buchkremer 1992, 205) aufgelöst. Edukative Inhalte sind aus lerntheoretischer Sicht

1. Wissensvermittlung über die Krankheit,
2. kognitive Neuorientierung,
3. Modell- Lernen zur emotionalen Entlastung und
4. Verhaltensmodifikation.

Durch Informationen und Vermittlung von Wissen bei den Kranken und ihren Angehörigen sollen Ängste abgebaut und ein rationalerer Umgang mit der Krankheit gefördert werden: 1. und 2. Gruppenangebote fördern interaktionale Prozesse: 3. und 4. Die Therapieziele beziehen sich auf die Verbesserung familiärer Kommunikationsstile: 3., auf Copingstrategien und Verbesserung der Streßverarbeitung: 2. und 4. sowie auf Stärkung des sozialen Netzes, Optimierung von Problemlösefähigkeiten: 2. und 4., nicht zuletzt auf einen selbständigen und akzeptierten Umgang mit Neuroleptika (Hornung & Buchkremer 1992, 207). Die Trainingsmaßnahmen finden teils in der Klinik, teils zuhause, teils in begleitenden externen Gruppen statt, so daß Chancen bestehen, gegenüber klinisch- stationären Behandlungen reale Lernbedingungen zu finden.

3.4.3.3 Pädagogische Schlußfolgerungen

Für das Lernen mit Schizophrenen lassen sich aus den lerntheoretischen Ansätzen im Rahmen der Psychiatrie nur wenige übertragbare Erkenntnisse ziehen. Zwar ist es ein Fortschritt, daß die Psychiatrie lerntheoretisch begründeten Programmen nicht mehr ablehnend gegenübersteht. Lernpsychologisch und methodisch basieren diese jedoch auf relativ schlichten Modellvorstellungen von Lernen. Zudem sind die Trainingspakete relativ isolierte Übungen ohne konkreten Lebensbezug. Sie mögen *objektiv bedeutsam* sein, inwieweit sie auch für den einzelnen Patienten *subjektive Relevanz* bekommen, die als Motivationsgrundlage wichtig wäre, steht dahin. Die Vermittlung und das Einüben isolierter Aufgaben ist pädagogisch fragwürdig; im Hinblick auf eine Evaluation sind dagegen exakt abgegrenzte Trainingsschritte (Mussgay & Olbrich 1988) günstig. Ein Training von Einzelfertigkeiten ohne anwendungsbezogenen Gesamtzusammenhang mag als erster therapeutischer Schritt in einer Klinik angemessen sein, für einen nachhaltigen Lerneffekt nicht. Der überdauernde Lernerfolg ist -wie auch die Diskussion in der Pädagogik (Aebli 1991, 331) zur »Teilschritt- Methode« versus »Ganzheits- Methode« zeigt (und wie Mussgay & Olbrich [1988, 350] oder Wienberg [1995, 147] bestätigen, aber anders interpretieren) jedenfalls geringer als erwartet. Als Alternative wäre eine Einbindung derartiger kognitiver und sozialer Trainingselemente in berufliche Förderprogramme zu überlegen.

Zusammenfassend kann man festhalten:

1. Lernen und Trainieren in defizitär entwickelten Kompetenzbereichen ist bei Schizophrenen zielführend und zur Psychotherapie nicht kontraindiziert.
2. Ansatzpunkte ergeben sich aus der *Minus-Symptomatik*.
3. Ob Ansätze aus der Pädagogik der Verhaltensgestörten, etwa *Verhaltensmodifikation*, bei Psychosen angemessen und förderlich sind: z.B. therapeutische Verträge, um unerwünschtes Verhalten (Zu- spät- Kommen; Kontaktprobleme) abzubauen, ist nicht bekannt. Voraussetzung für derartige Verhaltensänderungen wäre ja nicht nur die Bereitschaft, sondern die Fähigkeit dazu. Sie läßt sich entwickeln, aber bei Schizophrenen selten voraussetzen.
4. Werden soziale und kommunikative Therapieziele nicht isoliert vermittelt, sondern in reale berufliche Lern- und Arbeitssituationen eingebettet (Brater et al. 1986), sind Motivation und überdauernder Lerneffekt nach den bisherigen Erfahrungen im RKL stabiler. Dieser Ansatz wird in den Kapiteln 5.3.2, 6.2.1 und 6.3.4 angesprochen.

3.4.4 Soziologischer und antipsychiatrischer Ansatz

3.4.4.1 Zum Begriff

Soziologische oder soziogenetische Ansätze konzentrieren sich auf *umweltbedingte Faktoren*, die mit der Entstehung von Schizophrenie korrelieren. Als Problembereiche gelten dabei (Berndt 1972):

- Die Zugehörigkeit zu benachteiligten Gruppen,
- familiäre Kommunikationsstile,
- Isolierung und
- Veränderungen des sozialen Status.

Empirische Häufungen in Untersuchungen der siebziger Jahre wurden so interpretiert, daß Geisteskrankheiten und soziale Schichtung miteinander korrelierten. Darauf bezieht sich Winkels (1991, 153) Hypothese, Schizophrenie basiere überwiegend auf gestörten familiären Kommunikationsprozessen. Diese seinerzeit weit verbreiteten Genese- Hypothesen lassen sich heute nicht mehr aufrechterhalten. Schon 1972 wiesen Berndt (468) und 1982 Ciompi (234) auf die *wechselseitige Abhängigkeit* gesellschaftlicher und familiärer System-Gleichgewichtszustände hin, weshalb eine etwaige Häufung der Schizophrenie bei sozial benachteiligten Schichten auch aus Belastungen des familiären Systems durch gesellschaftliche Außeneinflüsse bewirkt sein könne. Lehmann (1980, 29) erklärt das Phänomen, daß signifikant mehr psychisch Kranke in sozialen Brennpunkten leben, mit der *Verschiebungshypothese*: solche Stadtteile haben größere Anziehung für Benachteiligte. Dörner (1990, 204) vermutet, daß Schizophrene aus »oberen Schichten« weniger häufig in die normale Psychiatrie kämen, weil sie individuelle Bewältigungsstrategien finden. Olbrich (1990) be-

gründet ausführlich die -auch wegen der geringen Zahl untersuchter Familienstatistischen Schwächen der Theorie von der Bedingtheit der Schizophrenie aufgrund pathologischer Familienstrukturen. Auf die zusammenfassende Wertung von Häfner (1995, 1), der ihre Wirkung als unverantwortlich für die Familien bezeichnete, wurde schon hingewiesen. Von einer gesicherten Theorie kann also nicht die Rede sein!

Antipsychiatrische Modelle negieren individuelle Ursachen von Schizophrenie und unterscheiden drei Thesen (Lehmann 1980, 29):

1. Das *Etikettierungsmodell*: von der Norm abweichendes, nicht akzeptiertes Verhalten wird als »verrückt« gekennzeichnet.
2. Das *Mythosmodell*: Der Begriff Schizophrenie wird als Mythos oder Metapher der Diffamierung mißbraucht, um Macht auszuüben (Finzen 1996, 26).
3. Das *Modell der Entwicklungskrise*: Schizophrenie wird als Reaktion auf einen durch die Umwelt bedingten unerträglichen sozialen Zustand verstanden.

Winkel (1991, 155) erläutert den Ansatz:

„Für die kritische Psychiatrie liegen die primären Krankheitsursachen nicht im Individuum (allenfalls in der individuellen Ansprechbarkeit), sondern in den gestörten Kommunikationsbeziehungen einer bestimmten Ehe, Familie oder Berufsgruppe; in den Zwangsstrukturen von Institutionen und Apparaturen; in den Rollenkonflikten und Herrschaftsmechanismen; in den gesellschaftlichen Absurditäten, den zerbrochenen Interaktionsformen oder den psychodynamischen Konflikten. Von daher betonen Antipsychiater -wie D. Cooper (1971) -, daß es im Grunde keine Geisteskrankheit gibt, bei der die Verrücktheit in einer Person liegt, sondern nur verrückte Bezugssysteme, die einen Menschen in die bekannten Psychosen und Neurosen fliehen oder taumeln lassen.“

Ähnliche gesellschaftskritische Vorstellungen dürften die Mitglieder des »Sozialistischen Patientenkollektivs« in Heidelberg, ein Vorläufer der RAF (Rote Armee Fraktion) Ende der 60er Jahre, gehabt haben, als sie ihren Slogan: »Macht kaputt, was Euch kaputt macht!« propagierten (Richter 1972, 329).

3.4.4.2 *Der Wahn im Wandel der Zeit*

Anhand eines geschichtlichen Rückblicks über Schuldzuweisungen bei Wahnerkrankungen läßt sich eine beklemmende Seite der Lebensprobleme Schizophrener aufzeigen. Auffällig bei dieser Rückschau über die zeitbedingten pathogenetischen Ursachenzuordnungen ist, daß diese immer zwischen subjektiver »Schuld« des Betroffenen und der direkten Umwelt, meist seiner Familie, oszillieren. Während bei anderen Erkrankungen danach gefragt wird, *was* die Krankheitsursache sei, konzentriert sich bei seelischen Erkrankungen die Problemsicht darauf, *wer* verantwortlich, wer »schuld« ist (Ludewig 1992, 81; Simon 1993, 17; Finzen 1996).

Für die polytheistischen Naturreligionen (z.B. keltische, afrikanische, indianische oder griechische) waren Wahn und Halluzination ein Zustand besonderer

Verbindung zu Göttern, der gezielt mittels Rauschmitteln als Ekstase herbeigeführt wurde (Drewermann 1991, 48; Friedell 1981, 84). Den Griechen galt der Wahn nicht von vornherein als pathologisch. Sokrates (470-399 v.Chr.) war der Ansicht, er „bringe die kostbarsten Güter“. Wahn und Wahrsagen sah man auf einer Linie, er galt auch als Heilmittel gegen Krankheiten. Für Cicero (106-43 v.Chr.) lag die Verbindung von Wahnsinn und Krankheit nahe, obgleich er den Wahn auch als „Eigenschaft der Toren“ und als „Merkmal der Leidenschaften“ verstand (Pauleikhoff 1983^a, 37). Müller schreibt aber schon Ärzten um Hippokrates (460-377 v. Chr.) ein »biologisch- seelisches Krankheitsverständnis« für das zu, was wir heute als Schizophrenie bezeichnen (1997, 1).

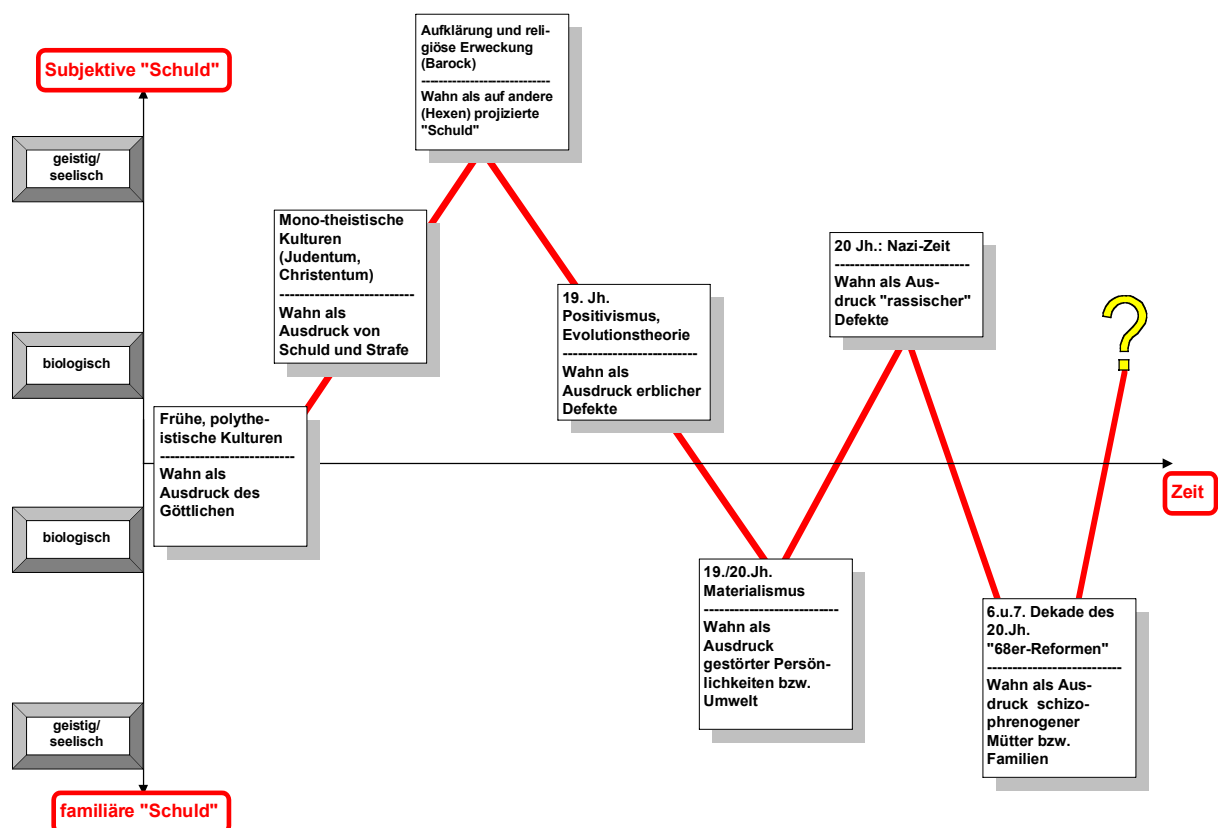


Abb. 19: Schuldzuweisungen bei Schizophrenie im Laufe der Zeit

Für Judentum und mittelalterliches Christentum waren die Beziehungen zum monotheistischen Gott vertikal- persönlich (Weisedel 1983, 70). Demzufolge lag nahe, Wahn und Verrücktheit als Störung dieser direkten Verbindung zu begreifen, deren Ursache nicht bei Gott liegen konnte, sondern beim betroffenen Menschen und seiner Schuld. Thomas von Aquin empfand den Wahn als »Außer-sich-Sein« (Pauleikhoff 1983^a, 235). Das von Augustinus formulierte »Böse in der Welt«, das Dämonische, den Teufel, projizierten nachfolgende Generationen auf Außenseiter der Gesellschaft (Müller 1997, 2). Ein so aufgebautes Stigma der Schuld (Drewermann 1992, 361 zu Mt. 4.23-25) wurde zum gesellschaftlichen Aus. Einen negativen Gipfel erreichte der Umgang mit dem »Wahnhaften« in der Hexenverfolgung, die merkwürdigerweise nicht im »fin-

steren Mittelalter« ihren Höhepunkt erreichte, sondern im 17./18. Jh., dem »aufgeklärten Zeitalter«, zu Zeiten Keplers und Newtons. Parallel zum geistigen und naturwissenschaftlichen Aufbruch, der Mystik des Mittelalters zu entfliehen, die menschliche Individualität und eigene Entscheidungs- und Gestaltungskraft zu entdecken, entwickelten sich religiöse Erweckungs- und Erneuerungsbewegungen und überspannte Schuld- und Sühnerituale. Dazu passen die vielen Kirchenlieder mit schauerlichen, »blutigen« Inhalten, die in dieser Zeit gedichtet wurden (Ev. Landeskirche 1995, 893). Wenn sich in diesem Klima Hexenverfolgungen und -verbrennungen wie eine Lawine (Becker & Minsel 1982, 26; Fandrey 1990; Müller 1991, 79; Winkel 1991, 150) verbreiteten, dann kann dies als Ausdruck unbewältigter Angst vor eigener Schuld und ihrer Projektion auf andere, auf »Irr- oder Übersinnige« gedeutet werden. Wie sich eine Dynamik kollektiven Verfolgungswahns (Richter 1992, 162) aufbaut, läßt sich zum Beispiel dem »Hexenhammer« (Heinrich Kramer [Institoris], Nürnberg 1491) oder Szczypiorskis Roman: *Eine Messe für die Stadt Arras* nachempfinden. Selbst ein so namhafter Jesuit wie der Kirchenlied- Dichter Friedrich Spee von Langenfeld (1591-1635), konnte seinerzeit mit seiner juristischen Schrift *cautio criminalis* nur anonym gegen diesen Massenwahn anschreiben (Jerouschek 1995). Das belegt, wie Wahn -ebenso wie im 3. Reich- zu bestimmten Zeiten und in dafür empfänglichen Gesellschaften zur »Normalität« werden kann. Pauleikhoff (1983^a, 380-383) wertet: „Eine nicht geringe Zahl der als Hexen und Besessene verkannten Menschen waren melancholisch oder geisteskrank.“ Und: „Alle Geisteskranken wurden als Besessene verkannt.“

Der Positivismus des 19. Jahrhunderts konnte Wahn konsequent nur naturwissenschaftlich als »biologischen Defekt« oder als »Holzweg der Evolution« verstehen. Dörner (1990, 206) interpretiert diesen Schritt als „Medizinisierung der Sozialen Frage“. Während für Kant, Hegel und Schelling psychisch Kranke noch zum Alltag gehörten, weil ihr philosophischer Ansatz von einem einheitlichen Menschenbild ausgegangen sei, habe sich dieses jetzt differenziert und das Meinungsbild freigesetzt: „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten“. Aus dieser Hypothese ist auch die medizinische Schlußfolgerung von der »Heilbarkeit«, notwendigerweise damit auch der »Unheilbarkeit« eines Restes erwachsen. Seitdem gibt es nach Dörners Interpretation die These von den »chronischen psychischen Erkrankungen«. Da diese den aufgeklärten Zielvorstellungen, prinzipiell alles medizinisch und technisch beherrschen zu können, nicht entsprachen, ist Ende des 19. Jh. die nächste Hypothese erwachsen: „Geisteskrankheiten sind auch Erbkrankheiten“.

Freud und die Psychoanalyse sind zwar nicht direkt naturwissenschaftlich, aber zutiefst materialistisch und anti- metaphysisch orientiert (Schmitt 1983, 45). Wahn konnte demnach nur defekter psychischer Konstitution (Anlagebedingtheit) oder frühesten Kindheitstraumata und -konflikten (Umweltbedingtheit) zugeschrieben werden, wenn religiöse oder metaphysische Deutungen obsolet wurden.

Daß die Nationalsozialisten die »Erbtheorie« wieder aufgriffen und die Gesellschaft von »Minderwertigem« zu reinigen« suchten, empfanden damals auch namhafte Ärzte nicht als verwerflich (Dörner 1990, 210; Fandrey 1990, 185). Auch hierbei spielten Prozesse der Projektion eigenen Größen- und Ohnmachtswahns auf Außenseiter die entscheidende Rolle, wobei der Nährboden durch NS- Erziehung und Propaganda massiv vorbereitet war. Mit »gutem Gewissen« wurde zugunsten der perversen »Ethik einer übergeordneten Volksgesundheit« die Unmenschlichkeit des Massenmordes an u.a. über 100.000 seelisch und geistig Kranken perfektioniert (Kaminer 1997; Richter 1997).

Spätestens mit der »68er- Reformbewegung« schlug das öffentliche Meinungs- Pendel nach der anderen Seite aus. An die Stelle der Anlage- Bedingtheit tritt nun die *Verantwortung der Umwelt*, der Eltern, insbesondere der Mütter (Finzen 1996, 35). Weil die Belege für eine biologische Herleitung des Wahns nicht ausreichten und nicht in das Zeitbild paßten, wurde die Familie, die Mutter, das Milieu »schizophrenogen« definiert (Wing 1987, 328) und einseitig für das ganze Elend verantwortlich gemacht. Olbrich referiert die Schwachstellen dieser Hypothesen und die vielfach publizierte Kritik (1990, 12). Obwohl die Thesen wissenschaftlich nicht haltbar seien (Ciompi 1982, 220; Finzen 1996, 42), halte sich ihr Mythos hartnäckig - auch in Kreisen der Psychiatrie und Psychotherapie, vor allem in ihren familientherapeutischen Zweigen: Angefangen bei Frieda Fromm- Reichmann, die den Begriff »schizophrenogene Mutter« geprägt habe, über Theodore Lidz, der die »eheliche Asymmetrie« und die »eheliche Spaltung« für die Schizophrenie der Kinder verantwortlich mache, zu Helm Stierlin, der die Mütter als „unerbittliche Folterknechte“ und „dramatisierende, frigide Hysterikerinnen“ bezeichne und die Väter als „überkontrollierte Zwangstypen“ oder „sexuelle Krüppel“ sehe. Selbst Maria Selvini- Palazoli, Pionierin der Familientherapie, finde in der Familie eine „wahre Fundgrube an Pathogenität“. Auch die Mannheimer Arbeits- und Organisationspsychologen Walter Bungard, Dieter Reihl und Andreas Schubert stellen den Schizophrenen als Opfer einer pathologischen Familien- Äquilibration dar (Finzen 1996, 44-46).

Zusammenfassend drängt sich aus diesem kurzen historischen Streifzug die beunruhigende Frage auf, ob nicht vor allem deshalb immer wieder *individuelle* und *familiäre* »Schuldzuweisungen« dominieren, weil latente, diffuse eigene Ängste vor dem Unerklärlichen, Unfaßbaren und Unbeeinflussbaren in einer rational scheinbar geklärten Welt nur durch Methoden »gesellschaftlicher Abspaltung und Projektion« aufgelöst werden können. Eigener Irrationalität und Wahnhaftigkeit wird ein rationalisierender Sinn unterlegt, mit dem die Verantwortung Andersartigen zugewiesen wird (Mitscherlich & Mitscherlich 1990). Ähnliche Mechanismen dürften für die Massierung »rechts verbrämter« Jugendgewalt gegenüber »Zecken«, »Kanaken« und »Spastis« verantwortlich sein. Kennzeichnend dafür ist das Zitat von Finzen (1996, 68) aus dem Buch von Susan Sonntag:

1. „Es scheint so, als brauchten alle Gesellschaften eine Krankheit, die sie mit dem Bösen identifizieren und ihren ‘Opfern’ als Schande anlasten könnten.“
2. „Der Kontakt mit jemandem, der von einer als mysteriöses Übel betrachteten Krankheit befallen ist, gilt unvermeidlich als Vergehen oder als Tabuverletzung, schon den bloßen Namen solcher Krankheiten wird magische Kraft zugeschrieben.“

3.4.4.3 Pädagogische Schlußfolgerungen

Der Pädagoge, der sich Rat und Hilfe von psychiatrischen Theorien erhofft, wird bei dieser Spannweite der Meinungen, ihrer Abhängigkeit von Zeitgeist und Wertvorstellungen sowie bei Reflexion der teils unbarmherigen Schwarz- Weiß-Darstellungen erhebliche Zweifel an der »Wertfreiheit« solcher »wissenschaftlichen Theorien« entwickeln. Wenn sich die kritische Diskussion letztlich als »Schwarzer- Peter- Spiel« darstellt, ist niemandem geholfen, am wenigsten dem »Opfer«, das seine Familie und seine Lebensgeschichte nicht wie einen alten Hut ablegen kann. Wie engagiert und mit wieviel schriftstellerischem Geschick auch Winkel (1991) Pädagogen das Problem seelischer Erkrankungen nahebringt; vor allem an seinem Kapitel über „Die psychotisch gestörte Familie“ (ebd. 201) ist deutliche Kritik angebracht. Es macht zwar die komplizierten kommunikativen und emotionalen Verwicklungen verständlich, konstruktive und für die Beteiligten akzeptable Lösungen lassen sich jedoch durch »Demaskierung« familiärer Konstellationen nicht entwickeln. Sie sind nicht »wertfrei« abgeleitet, sondern liegen auf einer Linie mit der von Winkel (1981, 1982) favorisierten *kommunikativen Didaktik* und ihren gesellschaftspolitischen Implikationen. Kritisch äußert sich Olbrich (1990, 14) zu den soziologischen Theorien der Schizophreniegenese: die Validierungen fehlten! Es sei nicht erklärt worden, warum nicht alle Kinder einer Familie psychisch erkrankten. Ebenso wenig sei untersucht worden, ob sich der gleiche »pathologische« Kommunikationsstil nicht auch in Familien mit gesunden Kindern finde. Letztlich bleibe der Verdacht, daß die Wahrnehmung für bestimmte Phänomene durch die jeweilige wissenschaftliche Ausgangshypothese eingeschränkt blieb. Das läßt sich kurz in die Formel packen: man fand, was man suchte!

Natürlich spielen familiäre Spannungen und Kommunikationsstile eine wichtige Rolle im Krankheitsgeschehen, wie noch in Kapitel 3.6.3 unter den Stichworten »Expressed Emotion« und »Streß« zu zeigen sein wird. Psychoedukative Programme dürften (Böser & Buchkremer 1996) aber nur dort mit Angehörigen durchführbar sein, wo Schuldzuweisungen und Stigmatisierungen vermieden werden.

Der Pädagoge in der Rehabilitation wird sich an dieser Stelle selbstkritisch fragen müssen, ob er im Alltag, vor allem beim Durchlesen vieler Akten und Lebensgeschichten, nicht selbst auch immer wieder dazu neigt, »Partei zu ergreifen« und »Verantwortliche« zu suchen, um die eigene Spannung oder Hilflosigkeit durch vorschnelle Erklärungszusammenhänge abzubauen. Dieses Muster setzt sich innerhalb eines Teams fort. Wo es Verantwortliche für die Entstehung der Krankheit gibt, da finden sich auch solche für die »Heilung« oder eine

etwaige »Verschlechterung«; der seelisch Kranke gerät unmerklich aus dem Mittelpunkt »zugunsten« einer Diskussion, wer den richtigen Ansatz habe.

Beispiel 8: Um wen geht es?

In den Anfangsjahren betreuten wir in der Berufstherapie im RKL ein etwa 17jähriges, autistisches Mädchen, das aus einem »gestörten Familienmilieu« stammte. Therapeutisch konnten wir nicht sehr viel anbieten. Uns stellte sich das Problem, wie die Patientin leben und arbeiten sollte. An sich waren die Eltern davon ausgegangen, daß es irgendwo eine passende Arbeit finden und in einem Mädchenheim wohnen könnte. Nachdem wir kein internes Trainingsangebot (außer Nähen) für das Mädchen fanden, kam der Arbeitsamtsarzt auf die Idee, mit dem Mädchen und mir verschiedene Textilbetriebe zu besuchen, um direkt vor Ort auszuprobieren, ob es einen der Arbeitsplätze akzeptieren würde. Das ganze Unternehmen war recht schwierig, weil das Mädchen nicht sprach und sehr große Ängste hatte. Wir besuchten mehrere Fabrikbetriebe, in denen industriell in großen Sälen im Akkord genäht wurde. Das Mädchen hatte massive Ängste, überhaupt die Fertigungshallen zu betreten. Nach etwa vier fehlgeschlagenen Versuchen fiel dem Arzt noch ein kleiner Betrieb ein, den wir abends besuchten. Einige mütterliche Frauen kümmerten sich liebenswürdig und spontan um unsere Patientin, woraufhin diese »anbiß«. Nach einem kurzen, positiven Arbeitsversuch kam es aber zu keiner Vermittlung, weil die neue Sozialarbeiterin sich übergeben fühlte. Sie überschüttete den Arzt und mich mit Vorwürfen, die Arbeit sei inhuman, es sei geradezu grotesk, ein psychisch gestörtes Mädchen in einen solchen Betrieb vermitteln zu wollen: es handelte sich um eine Sargtischlerei mit Wäschenäherei, was die Patienten überhaupt nicht berührte. Die Sozialarbeiterin zog die Eltern auf ihre Seite, die vorher eher den Eindruck hinterließen, das Mädchen am liebsten möglichst schnell loszuwerden. Es gab eine sinnlose, kontraproduktive Auseinandersetzung, die Eltern brachen die Behandlung ab, und wir verloren die Patientin aus dem Auge.

3.5 Zwischenbilanz: Viele Erklärungsmodelle - wenig Klärung

Trotz der Vielzahl der Modelle und Behandlungsansätze ist die Frage nach der Krankheitsgenese der Schizophrenie ungeklärt (Finzen 1996, 17; Häfner 1995). Manches Erklärungsmodell verliert viel von seiner Überzeugungskraft, wenn man es mit der seit über 100 Jahren ziemlich konstanten Inzidenzrate über alle Therapieansätze, Kulturkreise, Familienstrukturen und Länder hinweg konfrontiert (Häfner 1995). Die referierten monistischen Erklärungsversuche für Schizophrenie münden letztlich in die Wahl zwischen zwei Übeln: einem *biologisch-genetischen* und einem *umwelt-, insbesondere familiär- bedingten Krankheits- Determinismus*. In Verbindung mit der Hypothese eines unheilbaren, chronischen Verlaufs werden diese linear- kausalen Alternativen zu Sackgassen. Viel Raum zum Handeln bleibt aus dieser Sicht nicht, nur für das Mildern von Symptomen. Die Frage nach einer Entwicklung erscheint verfehlt, soziale und berufliche (Re-)Integration sinnlos, pädagogische Aktivität Aktionismus.

Doch bleibt zu bedenken, daß eine solche Sichtweise selbst nur ein Konstrukt heutigen Zeitgeistes ist! Rehabilitation mit seelisch Behinderten vollzieht sich nicht in einer wertfreien Zone, sondern im Kontext der Wertvorstellungen, des Denkens, Fühlens und Handelns der Beteiligten: der Familien, Therapeuten, Lehrer, Institutionen, Geldgeber und der Politik. Soweit seelisch Behinderten ei-

gene Anstrengungen, ein relativ normales Leben zu führen möglich sind, treffen diese auf das Meinungs- und Erwartungsbild ihrer Umgebung, vor allem auch auf die nicht verbalisierten Fremdeinschätzungen ihrer Zukunft. Es gibt also auch hier einen »heimlichen Lehrplan«, dessen Wirkung besonders durchschlagend sein dürfte, weil schizophren Erkrankte außerordentlich sensible Sensoren für affektive Unklarheiten und Widersprüche entwickeln. Man kann das in die Metapher kleiden: Schizophrene ahnen Konflikte, die erst in drei Tagen entstehen!

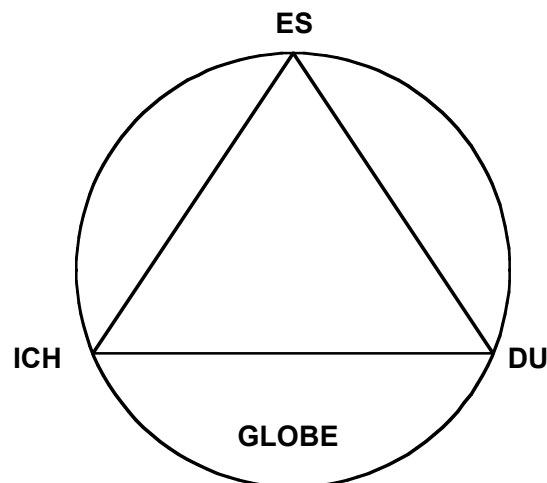


Abb. 20: TZI- Dreieck (Quitmann 1985, 187)

Diese Abhängigkeiten werden durch das TZI- Dreieck (Abb. 20) aus der *themenzentrierten Interaktion* nach R. Cohn (Quitmann 1985) deutlich. ES umfaßt die *inhaltliche* Seite der Rehabilitation, das etwaige Ausbildungsziel, den formalen, finanziellen und rechtlichen Rahmen. ICH meint die mit seelisch behinderten Erwachsenen arbeitenden *Mitarbeiter*, DU den *Betroffenen* selbst, und mit GLOBE ließe sich die »geistige und emotionale Umgebung« charakterisieren. Entwicklung bedeutet hier immer zugleich gegenseitige Beeinflussung. Nicht nur das sichtbare Handeln und Sprechen, sondern auch Denken und Fühlen wirken sich in diesem interdependenten Beziehungssystem aus. In diesem Zusammenhang muß die Wirkung pessimistischer Erwartungen und geringen persönlichen Engagements mancher Mitarbeiter in der Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankten kritisch bedacht werden, besonders in Zeiten ungünstiger Arbeitsmarktbedingungen; deren Bedürfnisse nach eindrucksvollen Erfolgserlebnissen werden bei dieser Klientel selten befriedigt.

H.-E. Richter (1992, 43) zeigt, wie ein Teil der jungen Generation, überwiegend auf Durchsetzung ihrer persönlichen und egoistischen Interessen bedacht, zugleich die »Elterngeneration« für alles verantwortlich macht, was ihr im Leben abgeht. Der Mißerfolg wird externalisiert. Das erklärt das gläubige Festhalten an dem Mythos, »man selbst könne nichts tun«. Ein unterentwickeltes persönliches Verantwortungsgefühl und mangelhafte Zivilcourage, sich in schlech-

ten Zeiten für Schwächere besonders zu exponieren, Rückschläge durchzuhalten und sich nicht zugunsten inhumaner Prinzipien der »Arbeitsmarkt- Auslese« zeitgeist- konform einspannen zu lassen, kann man dann wie Safranski (1993, 196) deuten:

”Gerade in der Moderne, in der das Freiheitsverlangen so mächtig geworden ist, betreibt das herrschende Denken hintenherum eine Freiheitsberaubung im großen Stil. Das Bewußtsein, das Freiheit will, scheint so genau wie nie zuvor darüber Bescheid zu wissen, von welchen gesellschaftlichen, natürlichen, psychologischen Ursachen das vermeintlich freie, spontane Handeln bestimmt wird. Unter wissenschaftlicher Perspektive sind wir nichts anderes als soziale Rollen, ökonomische Charaktermasken, die statistischen Kalkülen, Triebprozessen und biologischen Verhaltensschemata unterworfen sind. Solche Wahrnehmungen aber bleiben keine Spezialität der Wissenschaften, sondern dringen ins Alltagsbewußtsein vor, mit dem Ergebnis, daß man Verantwortung für sein Handeln vor sich selbst abwälzen kann: die Gesellschaft, meine frühe Kindheit, meine Natur etcetera sind schuld. Nicht ich. Offenbar aber übersteigt das Freiheitsverlangen den Mut und die Fähigkeit, Verantwortung für seine Freiheit zu übernehmen. Man will die Freiheit, alles mögliche zu tun, freie Bahn für die Bedürfnisbefriedigung, aber wenn es schlecht läuft, wenn es gilt, Folgelasten zu tragen, dann hat die diskursive Freiheitsberaubung ihre große Stunde: Man kann erklären, daß es hat so kommen müssen, und ist die Verantwortung los. Man kann das nachträgliche Erklären- Können sogar schon an den Beginn einer Handlung setzen im Sinne eine präventiven Absolution für den schlechten Fall. Man antizipiert ihn und bereitet sich schon darauf vor >es nicht gewesen zu sein<.”

Die finanziellen und sozialpolitischen Einschränkungen, die geringere öffentliche Akzeptanz für Fördermaßnahmen, der Abbau in den Reha- Einrichtungen, ohne Zweifel Verschlechterungen der Bedingungen, führen oftmals leider nicht zur um so dringenderen Intensivierung des persönlichen Engagements. So unterbleibt die notwendige offene und realistische Diskussion der Probleme und ihrer, wenn auch eingeschränkten Lösungsmöglichkeiten mit den Teilnehmern, die damit schlichtweg allein gelassen werden. Statt dessen trifft man bei manchen Mitarbeitern auf eine allseits verstärkte Larmoyanz, auf Gleichgültigkeit, Hoffnungslosigkeit und Gefühle des »Ausgeliefert- Seins«, was in unheilvoller Wirkung Irrationalität und affektive Vulnerabilität bei schizophrenen Teilnehmern verstärkt.

3.6 Komplexe, multifaktorielle Modelle

Die folgenden multifaktoriellen Modelle sind nicht nebeneinander oder konkurrierend zu verstehen, sondern bauen aufeinander auf. Das *sozialpsychiatrische Konzept* ist offen für viele Erklärungsmodelle, aber mehr an der Veränderung der sozialen und therapeutischen Bedingungen interessiert. Der *systemtheoretische Ansatz* liefert die Basis des Verständnisses für die regelkreishaften Abläufe im Menschen und seiner Umwelt, die *Vulnerabilitätshypothese* und das *salutogenetische Konzept* begründen Rückkoppelungsmechanismen. Der *affektlogische Ansatz* faßt alle vorherigen zusammen; seine therapeutischen Schlußfolgerungen fordern dazu heraus, methodisch analoge pädagogische Möglichkeiten auf ihre Brauchbarkeit im Zusammenhang mit seelischen Störungen zu untersuchen.

3.6.1 Sozialpsychiatrisches Konzept

„Was ist Sozialpsychiatrie?“ Diese Frage stellen sich nicht nur Psychiater in einem Übersichtsband (Finzen & Hoffmann- Richter 1995), sie stellt sich auch im RKL und BBRZ, trotz oder gerade wegen über 25jähriger Zusammenarbeit mit einer sozialpsychiatrischen Abteilung. Bisher war die Antwort: *Sozialpsychiatrie bezieht das soziale Umfeld eines Patienten mit in die Behandlung ein*. Unter dieser Definition fanden psycho- und familientherapeutische sowie beruflich rehabilitative Ansätze mit gemeindenaher Betreuung in einem »sozialen Netz« zusammen. Seit einigen Jahren sind das RKL und das BBRZ mit anderen Einrichtungen in der Region (Kliniken, niedergelassene Psychiater, Werkstatt für Behinderte, psychosoziale Dienste) zusammen mit Selbsthilfegruppen in einem »Karlsruher Integrationsverein« engagiert (Seyfried, Bühler & Gmelin 1994, 150).

Die intensive Beschäftigung mit den referierten Behandlungs- und Genesekonzepten und die kritische Rückschau auf die eigene praktische Arbeit (Kap. 2.2) zeigen jedoch, daß auch im RKL ein klares therapeutisches und methodisches Profil fehlt. Hat Sozialpsychiatrie überhaupt einen eindeutigen Ansatz? Dörner, führender Vertreter der Sozialpsychiatrie und Mitbegründer des »Mannheimer Kreises«, erläutert sie wie folgt (1995, 86):

„Sie basiert auf der Interaktion in Gruppenprozessen, im psychotherapeutischen, soziotherapeutischen, pädagogischen und arbeitstherapeutischen Rahmen. Dabei verbietet es diese Praxis, theoretische Prioritäten etwa zwischen psychoanalytischen und lerntheoretischen Begriffen aufzustellen. Entscheidend ist es, sowohl sogenanntes krankes wie gesundes Verhalten, sowohl das Verhalten innerhalb wie außerhalb der Behandlungseinrichtung, sowohl die soziale Realität derselben als auch die der allgemeinen gesellschaftlichen Gegebenheiten in das sozialpsychiatrische Hilfskonzept einzubeziehen.“

Max Fischer, der Gründungsdirektor des Badischen Landeskrankenhauses Wiesloch (Hoffmann- Richter 1995, 12; Fischer 1995 [1912]), verwendete die Vokabel »Soziale Psychiatrie« oder »Sozialpsychiatrie« schon 1912 für die *soziale Fürsorge* seiner Patienten. Nach Ciompi (1995, 205) studiert die Sozialpsychiatrie *Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychologischen und biologischen Faktoren* und bezieht Familie, Wohn- und Arbeitssituation gezielt in Prävention und Behandlung ein. Er unterscheidet sie eindeutig sowohl vom individualpsychologisch- psychodynamischen Ansatz, der psychische Störungen primär über das subjektive Erleben des einzelnen zu verstehen und behandeln sucht, als auch von der biologischen Psychiatrie, welche dasselbe über die Erforschung der neurobiologischen Grundlagen von Denken und Fühlen anstrebt. Ciompis Aufzählung der »sozialpsychiatrischen« Behandlungsmethoden läßt allerdings nichts Spezifisches erkennen, was nicht bereits andernorts genannt worden wäre: gemeindepsychiatrische Behandlungsmethoden, Krisenintervention, familienzentrierte Methoden, soziale und berufliche Rehabilitation, Sozio- und Milieuthapie.

Hoffmann- Richter (1995) und Wolter- Henseler (1995) zeigen auf, daß sich fast die ganze Generation von Psychiatern der letzten 20 Jahre zu diesem sozialen Ansatz und seinem gesellschaftlichen Kontext bekannte. Sie beklagen zugleich, daß es jedoch an der wissenschaftlichen Weiterentwicklung, besonders an der Zusammenarbeit mit der Soziologie, mangle. Die Zeit sei über den Begriff Sozialpsychiatrie hinweggegangen, nur einige der Aufgaben seien geblieben: Sozialmanagement und Versorgungsfragen, die Frage des moralisch gebotenen Eintretens für Unterprivilegierte, sowie einige Institute für Sozialpsychiatrie an Hochschulen. Simon (1995) kritisiert Sozialpsychiatrie als „lernbehinderte“ Institution. Ihre Theorie -abstrakt und allgemein- komme über statistische Weisheiten nicht hinaus. Lediglich unspezifische Maßnahmen der allgemeinen Verbesserung humanitärer Bedingungen ließen sich aus der Sozialpsychiatrie ableiten. Er spitzt seine Kritik wie folgt zu:

„Es liegt in der Logik dieses schlichten Modells, daß nahezu jeder Mitarbeiter in einer Klinik, die sich als »sozialpsychiatrisch« identifiziert, Gefahr läuft, als »Therapeut« bezeichnet zu werden - von der erfahrenen Krankenschwester bis zum frisch von der Schulbank kommenden Praktikanten, vom Küchenpersonal bis hin zu den Ärzten (und -innen, jeweils - selbstverständlich). Wer mit Patienten Schuhe einkaufen geht, arbeitet als »Therapeut«; alles ist irgendwie Therapie, d.h. aber: Nichts ist eigentlich Therapie. Die gute Absicht wird zum Maßstab der Zweckmäßigkeit »therapeutischer« Strategien. (1995, 130)

Die eigenen Erfahrungen im RKL zeigen ein ähnliches Bild. Pragmatismus bestimmt gegenüber den früheren Methodendisputen die Szene. Die alltägliche Arbeit funktioniert so reibungslos, daß niemand mehr auf die Idee kommt, das Ganze ernsthaft zu hinterfragen. Personen und Argumente sind so gut aufeinander abgestimmt, daß Stichwörter genügen, um das Team nach außen als geschlossenes System erscheinen zu lassen. Leider bleibt die Weiterentwicklung

dabei auf der Strecke. Ansätze, die früher wichtig waren, verflachen. Arbeits- und Kommunikationsabläufe erstarren zu dogmatischen Zwängen. Nun ist ständige Unruhe sicher das Letzte, was seelisch behinderten Menschen förderlich wäre. Mögen Inhalte und Angebote, der ganze organisatorische Rahmen sich bewähren; ohne permanentes Ringen um Ziele, Methoden, Mittel und Inhalte, kurz: ohne ständiges Suchen nach dem Besseren verflacht das Gute.

Soweit im Umfeld der Sozialpsychiatrie Konzepte diskutiert wurden, dann im Zusammenhang mit Arbeitstherapie und beruflicher Eingliederung (Reimer 1977; Lehmann & Kunze 1984; Gross 1987; Kunze & Lehmann 1987; Schubert, Reihl & Bungard 1987; Pohl, Lehmann, Kunze & Arnoldt 1988; Reimer, Kunow & Kuhnt 1990; Cechura 1993; Seyfried, Bühler & Gmelin 1994; Zeelen & van Weeghel 1994; Kleffmann 1996; Längle et al. 1997). Die Liste ist unvollständig, zeigt aber, daß dieser Themenkreis relativ intensiv bearbeitet ist. Deshalb werden hier Inhalte und Konzepte der Arbeitstherapie und beruflichen Rehabilitation nicht behandelt. Hier geht es dagegen um Lernprozesse, um Didaktik und Methodik. Einige Arbeitsansätze aus den genannten Veröffentlichungen werden in Kapitel 5 aufgegriffen.

3.6.2 Systemischer Ansatz

Der *systemische Ansatz* verändert die bisher vorherrschende ursächliche Sicht auf schizophrenes Verhalten erheblich.

”Das verrückte Verhalten eines Patienten kann nicht allein auf eine irgendwann früher einmal gestörte Struktur, das psychische Trauma, die Beule aus der frühen Kindheit oder eine gegenwärtig gestörte biologische Funktion zurückgeführt werden. Stattdessen muß der Prozeß der Selbstorganisation der Verrücktheit als Teil der Selbstorganisation aller geistiger Prozesse [...] untersucht werden.” (Simon 1993, 33)

3.6.2.1 Autopoietische Systeme

Kennzeichnend für ein System (Abb. 21) sind:



Abb. 21: Regelkreis (nach Ciompi 1982, 19)

- die Beziehungen zwischen den Systemelementen (E) sind *zirkulär* und nicht linear-kausal;
- diese Zirkulärität kommt durch Feedback bzw. Rückkoppelung zustande, in deren Abfolge sich die einzelnen Elemente gegenseitig beeinflussen;
- dieser Einfluß führt zu einem Gleichgewichtszustand innerhalb des Systems, zur Homöostase.

So definiert v. Weizsäcker (1974, 323) das kybernetische Modell des Lebensprozesses eines Organismus als System von Regelkreisen, die von Sollwerten, d.h. Normen eines Gesundheitsbegriffs, gesteuert werden, die aber weder empirisch, nach statistischen Häufigkeiten, noch nach subjektiven Vorstellungen, sondern nach "optimaler Überlebensfähigkeit", nach *Kriterien des Selbst-erhaltes* gesetzt werden.

Dieser Gedanke lag frühen familientherapeutischen Ansätzen zugrunde. Die Familie wurde als »soziales System« (die Familienmitglieder als seine System-Elemente) verstanden, das sein inneres Gleichgewicht durch Rückkoppelungsprozesse aufrechterhält. Die bei »pathologischen Familien« diagnostizierten paradoxen Interaktionen liefen deshalb redundant ab, um die Homöostase des Familiensystems zu sichern (Ludewig 1992, 51, 107). Die Auffassung der therapeutischen Vertreter der Systemtheorie ist heute, daß lebende Systeme sich ständig verändern (müssen), um lebendig zu bleiben. Sie werden als »autopoietisch organisierte dynamische Systeme« aufgefaßt, die so konstruiert sind, daß sie sich selbst erhalten und immer wieder neu erzeugen. Ihre Organisation bleibt stabil, aber ihre innere Struktur wandelt sich ständig. Die Umwelt hat darauf (Abb. 22) keinen direkten Einfluß. Lebende Systeme arbeiten selbstreferentiell und operational geschlossen. Nur sie selbst sorgen für Änderungen und auch dafür, daß etwas so bleibt, wie es ist. Sie »produzieren« sich selbst! Informationen von außen und Kommunikationsprozesse mit der Umwelt verursachen keine Systemoperationen, sondern regen sie lediglich an (Ludewig 1992, 68).

Willke (1994, 30) macht deutlich, warum Individuen *nicht-triviale Systeme* sind. Sie reagieren in komplexer und perplexer Weise auf externe Stimuli und legen zudem selbst fest, was sie als Stimulus akzeptieren. Aber immer noch geisterten die Pawlowschen Hunde und Skinnerschen Tauben durch unsere Vorstellungen; menschliches Denken und Fühlen füge sich diesen Trivialisierungen jedoch nicht problemlos.

"Blickt man vor allem auf die Kategorien »Handlung« und »Entscheidung«, dann scheint die Versuchung besonders stark zu sein, trivialisierende Annahmen über das Verhalten von Systemen zu machen. Immer noch spiegeln behavioristische Handlungstheorien und Theorien der »rationalen« Entscheidung einfache Input-output-Beziehungen zwischen Reiz und Reaktion, Intervention und Veränderung, Beeinflussung und Verhalten vor. Theorien dieser Art halten sich so hartnäckig, weil sie eine der klassischen Mechanik vergleichbare psychische und soziale Welt vorgaukeln. Sie lassen sich dann in künstlich simplifizierten Experimenten und ebenso künstlich trivialisierten »reinen« Modellen tatsächlich auch wiederfinden." (Willke 1994, 34)

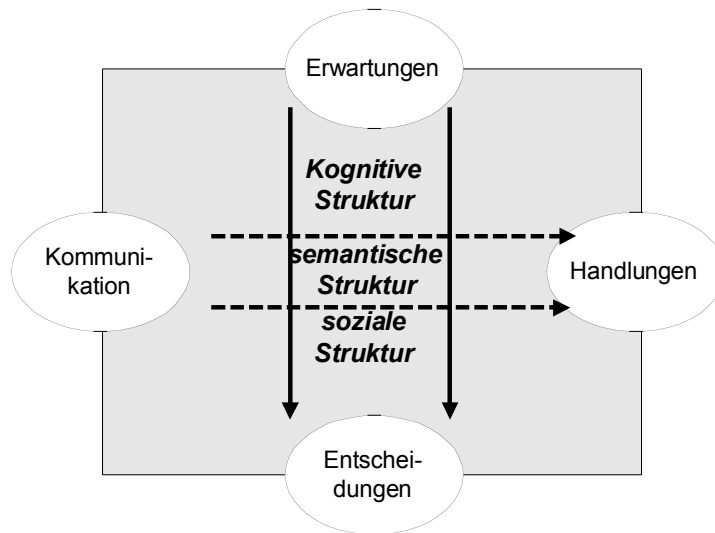


Abb. 22: Interne Strukturmuster lebender, autopoietischer Systeme (aus Willke 1994, 35)

3.6.2.2 Systemische Therapie

Nach dieser Definition lebender Systeme als autopoietisch und nicht-trivial war das oben angeführte Konzept der Familientherapie nicht haltbar, weil der einzelne Familienangehörige nicht fremd gesteuert werden konnte. Auch der therapeutische Eingriff von außen erschien nicht wirksam. Zudem wurde die bis dahin »exklusive« Stellung des beobachtenden und deutenden Therapeuten fragwürdig, da er eo ipso als lebendes System mit dem therapierten System aktiv kommuniziert und beide sich in gegenseitigen Koppelungen stabilisieren (Simon 1993, 52). Ein Therapeut beobachtet keine »objektive Realität«, sondern ist in einen Interaktionsprozeß involviert, der eine eigene, kontextabhängige »Realität« erzeugt (Ludewig 1992, 75). Es bedurfte einer neuen Definition des »sozialen Systems Familie«. Nicht das einzelne Familienmitglied ad personam, sondern seine kommunikative, je nach Kontext und Begegnung *verschiedenartige Rolle*, wird nun als System-Element aufgefaßt. So war ein Ansatz gefunden, belastete und problematische Kommunikationen zu klären, ohne die Menschen selbst zu verändern (Ludewig 1992, 114).

Was ändert der systemische Ansatz am Verständnis von Schizophrenie? Die Betroffenen werden nicht mehr »pathologisiert« (Ludewig 1992, 115,170)! Die Psychose ist kein objektives Faktum und kein Daseinsmerkmal des Betroffenen, sondern vorübergehendes Erscheinungsbild eines lebenden Systems, das nur aus dem Verhalten bzw. der unverständlichen Kommunikation mit der Umwelt abgeleitet wird. Aufgrund starker interner Dissonanzen mit dem umgebenden Weltbild, zum Beispiel bei Ablösungsprozessen von der Familie, laufen Selbstregulierungsprozesse ab, die entweder nach *innen* zu autistischem, isolierenden Verhalten oder nach *außen* zu umtriebigen, lebhaften, produktiven Handlungsrepertoire führen. Als therapeutische Zielsetzung ist nach Ludewig wichtig, weder durch Pathologisierung das Leiden zu verselbständigen und somit unbeein-

flußbar erscheinen zu lassen, noch durch überzogene medikamentöse Behandlung die produktive Spannung auf Dauer zu beseitigen. Ansätze sind:

1. Transparentes Handeln, um die Verwirrung zu stoppen und die Reorganisation zu unterstützen.
2. Erkundung der Ressourcen der Betroffenen und ihrer Angehörigen als Basis zur Selbsthilfe.
3. »Aushandeln eines therapeutischen Auftrags«, der möglichst schnell den psychotischen Regelkreis durchbrechen hilft.

3.6.2.3 Systemischer Ansatz aus pädagogischer Perspektive

Was bedeutet der systemische Ansatz für die pädagogische Fragestellung im Umgang mit seelisch Erkrankten? Ohne späteren didaktischen Überlegungen (vgl. Huschke- Rhein 1989, 201) vorzugreifen, die Konsequenzen für die Pädagogik sind vergleichbar mit denen der Familientherapie:

1. *Respektierung der individuellen Besonderheiten*: Seelisch behinderte Teilnehmer sind so zu akzeptieren, wie sie sind! Sie sind »lebende (*autopoietische*) Systeme«, organisieren sich selbst, verändern sich selbst und sorgen selbst auch dafür, was unverändert bleibt. Direkte, von außen bewirkte Veränderungen sind Illusion. Beeinflußbar ist ihre Rolle, ihr Darstellungsstil, ihre Äußerungsform, jedoch nicht die Person an sich.
2. *Individuell passende Lernangebote*: Lernaktivitäten vollziehen sich nicht nach festen, allgemeingültigen Gesetzmäßigkeiten, sondern sind Angebote, die von den Lernenden aufgrund deren verschiedenartiger innerer Struktur unterschiedlich angenommen und verarbeitet werden. Die Heterogenität ist in Gruppen mit seelisch Kranken erheblich. Methoden müssen sich den jeweiligen Bedürfnissen der Teilnehmer anpassen, was Methodenvielfalt erzwingt..
3. *Lehrerrolle und Authentizität*: Lehrkräfte und Ausbilder können sich nicht auf eine inhaltliche Vermittlungsfunktion beschränken, sondern spielen - ob sie wollen oder nicht - für die Kommunikations- und Beziehungskultur eine entscheidende Rolle: sie prägen durch ihre Haltung und Persönlichkeit, und sie sind immer in den Interaktionsprozeß persönlich involviert! Fallen ihr Erscheinungsbild und ihre Selbstdarstellung auseinander oder entziehen sie sich ihrer Mitverantwortung für die jeweilige Situation, kann das bei seelisch instabilen Teilnehmern zu Streß aufgrund der unklaren, ambivalenten Affektlage und dann zu erheblichen Destabilisierungen führen.

3.6.3 Vulnerabilitäts- Stress- Modell

3.6.3.1 Zur Hypothese der schizophrenen Empfindlichkeit

Das Vulnerabilitäts- Stress- Modell von Joseph Zubin (Zubin & Spring 1977; Zubin 1986, 1989, 1990; Spring, Lemon & Fergeson 1990) gilt als das »führende« Erklärungsmodell für Schizophrenie (Ciompi 1989; Finzen 1993, 105; 1996, 109; Häfner et al. 1988, 16; Olbrich 1987, 1990). Aus drei Gründen verändert es Sichtweise und Behandlung von Schizophrenie entscheidend:

1. Das Vulnerabilitäts- Streß- Modell unterscheidet zwischen Krankheitsdisposition (*Vulnerabilität*) und der Erkrankung selbst. Schizophrenie wird so zur zeitlich begrenzten Episode und verliert ihren »lebenslänglich chronischen« Charakter.
2. Das Vulnerabilitäts- Streß- Modell integriert die bisherigen ätiologischen Modelle in die Hypothese der genetisch bedingten oder lebensgeschichtlich erworbenen Verletzlichkeit, die jedoch erst durch »Auslöser« (Stressoren) in eine akute Krankheitsphase überschwappt.
3. Das Vulnerabilitäts- Streß- Modell macht –ohne in Widerspruch zu den verschiedenen therapeutischen Ansätzen zu geraten - ein pragmatisches Vorgehen möglich, siehe z.B. die bereits referierten kognitiven, sozialen und psychoedukativen Trainingsprogramme.

Vom Grundgedanken reicht diese Hypothese über die Schizophrenie hinaus, sie kann auch als generelles Krankheitsmodell gelten. Krankheit und Gesundheit werden dynamisch, prozeßhaft und zirkulär verstanden. So könnte man ebenso die Entstehung von Krebs, einem Herzinfarkt oder einem endogenen Ekzem erklären:

”Das Vulnerabilitätsmodell postuliert, daß das dauerhafte Charakteristikum der Schizophrenie nicht die bestehende schizophrene Episode selbst ist, sondern die Vulnerabilität gegenüber der Entwicklung solcher Krankheitsepisoden. Die Episoden sind zeitlich begrenzte Zustände (»states«) längerer oder kürzerer Dauer, Vulnerabilität ist hingegen ein persistierendes Merkmal (»trait«). Die Vulnerabilität kann latent bleiben, bis sie durch einen Stressor sichtbar gemacht wird. Genau genommen stellt das Vulnerabilitätsmodell an sich kein ätiologisches Modell dar; es weist spezifische Ätiologien seinen Submodellen zu. Wenn wir das Vulnerabilitätsmodell betrachten, müssen wir die Wirkung von bestimmten modifizierenden Variablen betrachten, wie die prämorbid Persönlichkeit, das soziale Netz und die ökologische Nische, in der die Person lebt. Falls diese günstig sind, werden sie die Episode nicht zur Entwicklung kommen lassen, selbst bei einer hochvulnerablen Person nicht, die in eine auslösende Streßsituation gerät. Falls sie hingegen schädlich sind, werden sie die Episode mit auslösen helfen und verschlimmern. Eine einmal entwickelte Episode dauert nicht ein Leben lang, sondern geht vorüber und erlaubt dem Patienten, mehr oder weniger zum anfänglichen prämorbid Status zurückzukehren. War der prämorbid Zustand gut, tendieren wir dazu, den Zustand des Patienten für gebessert oder geheilt zu betrachten. War der prämorbid Zustand jedoch schlecht, so neigen wir dazu, den Zustand des Patienten für ungebessert oder verschlechtert zu halten, selbst wenn die Episode zu Ende gegangen ist und der Patient zum prämorbid Zustand zurückgekehrt ist. Ein Teil der offensichtli-

chen Chronizität in der Schizophrenie ist wohl auf dieser Basis zu erklären...”(Zubin 1989, 19-20).

Vulnerabilität ist keine empirische Größe, sondern ein logisches Konstrukt, ähnlich einer apriorischen Erkenntnis im Kantschen Sprachgebrauch (Olbrich 1987, 70); sie kann zurückgeführt werden auf (Zubin 1989):

1. Genetische Komponenten (wobei Zubin Zweifel anmeldet, weil von denjenigen, die den Genotyp Schizophrenie geerbt hätten, lediglich 25% auch einen entsprechenden Phänotyp entwickelten).
2. Entwicklungstheoretische (lebensgeschichtliche) Faktoren: womit sich z.B. das erhöhte Risiko Jugendlicher oder perinatal Verletzter erklären läßt.
3. Ökologische (räumliche) Faktoren, z.B. das Milieu.
4. Neurophysiologische oder neuroanatomische Faktoren.
5. Lerntheoretische Faktoren, Einflüsse der Umwelt.
6. Biochemische Einflüsse.

Ciampi (1989, 28; 1990, 112) faßt diese vulnerablen Potentiale in zwei Linien, den *sozialen bzw. familiären* sowie den *biologischen* Faktorenbündeln, zusammen. Das verführt Cechura (1993, 30) zur Kritik, Ciampi verweise zu sehr auf organische Entstehungsbedingungen und knüpfe an alten Krankheitsvorstellungen an. Gerade an Ciompis Ansatz wird deutlich, wie unberechtigt dies ist: Ciampi und Zubin lehnen frühere Vorstellungen zeitüberdauernder, chronischer Schizophrenie entschieden ab. Das läßt sich bei Zubin: »Natürliche Heilung der Person durch Aktivieren der inneren Selbstheilungstendenzen« anstelle »Behandeln einer Krankheit« (1990, 16, 24) nachweisen, und bei Ciampi als »therapeutische Techniken zur Veränderung des affektlogischen Bezugssystems« (1982, 366).

Stressoren sind krankheitsunspezifisch, und sie wirken nur als Auslöser. Zubin zieht vorwiegend *Life- events*, einschneidende und belastende Lebensereignisse, z.B. Tod von Bezugspersonen oder Trennungen von Partnern, die erhebliche Anpassungs- oder Bewältigungsleistungen erfordern, in Betracht (Olbrich 1987, 67). Die heutige Auffassung ist weiter gesteckt; sie versteht zusätzlich als Stressoren (Buchkremer & Windgassen 1987):

1. Expressed Emotions (EE): die emotionale Atmosphäre, vor allem in der Familie. Dabei stellen nicht nur angespannte, kritische oder affektiv aufgeladene Stimmungen Streß dar, sondern auch überfürsorgliche, behütende oder aktivierende, z.B. durch eine emotional hoch engagierte Mutter (Brown 1990, Olbrich 1990).
2. Zwischenmenschliche und kommunikative Konflikte, wie double- bind- Störungen (Kapitel 3.4.2.3).
3. Endogene Ursachen.

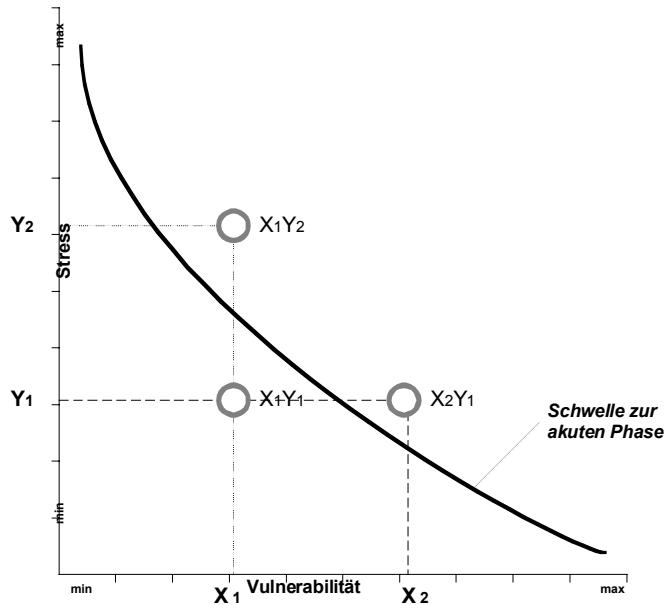


Abb. 23: Vulnerabilitäts- Stress- Modell von Zubin (siehe auch Olbrich 1987, 67)

Aus Abb. 23 wird der dargestellte Zusammenhang deutlich. Vulnerabilität wird als tendenziell konstante (persistierende) Krankheitsdisposition verstanden, die erst dann die Schwelle zur psychotischen Dekompensation überschreitet, wenn entsprechend starke Stressoren wirken. Eine vorfindliche Vulnerabilität X_1 wird mit einer relativ niedrigen Belastung Y_1 keinen Krankheitsausbruch bewirken. Erst bei Streß in Höhe von Y_2 wird die Schwelle überschritten. Am Punkt X_2Y_1 zeigt sich, wie bei hoher Vulnerabilität, aber geringerer Stressbelastung der Zustand bereits in die Krankheit überschnappt. Als gegenläufige oder kompensatorische Kräfte werden *Coping- Strategien* und *soziale Unterstützung* genannt (Olbrich 1987; Buchkremer & Windgassen 1987; Zubin 1990).

- *Coping* umfaßt *eigenes, aktives Handeln* zur Bewältigung der Problemsituation. Als Strategien zur Stärkung der Coping- Ressourcen sind z.B. psychoedukative Programme zum Verständnis der Krankheit und zum Umgang mit Medikamenten, kognitives und soziales Training, Förderung der Selbstheilungskräfte sowie Stärkung der Ich- Funktionen zu nennen (Broda 1993; Veiel & Ihle 1993).
- *Soziale Unterstützung* zielt auf *äußere Stabilisierung*. Konstante soziale Bezüge, Transparenz und Eindeutigkeit von Beziehungen und Kommunikation, Wahrhaftigkeit und Authentizität. Als Trainingsprogramme spielen psychoedukative Angehörigenarbeit und Familientherapie eine Rolle.

3.6.3.2 Pädagogische Konsequenz: Förderung stabilisierender Kräfte

Werden Coping und soziale Unterstützung als jeweils *gegenläufige Kräfte* zu Vulnerabilität und Streß aufgefaßt, läßt sich ein Kräfterdiagramm (Abb. 24) auf-

bauen. Legt man diesem Kräfterdiagramm in der Horizontalen einen verstärkt *intraindividuellen* Zusammenhang und der Vertikalen einen (abgesehen von den wenigen endogenen Stressoren) überwiegend *interindividuellen* zugrunde, dann zeigen sich die Kompensationspotentiale: einmal Kräfte, die bei den Betroffenen selbst geweckt und andere, die in einer Therapie, in der Rehabilitation bzw. Ausbildung und mit der familiären Umgebung aktiviert werden müssen.

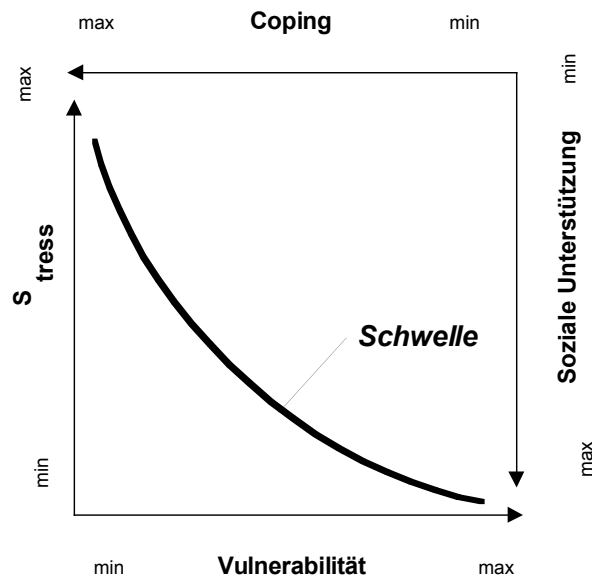


Abb. 24: Kräfterdiagramm zum Vulnerabilitätskonzept

Diesen Kräfte- Zusammenhang stellen Becker & Minsel (1982, 281) in einer Formel dar:

$$WPE = f \frac{(KV);(STR)}{(SG);(FU)}$$

Die individuelle Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer seelischen Erkrankung (WPE) ist eine Funktion des Ausmaßes der konstitutionellen **Vulnerabilität** (KV) sowie des Ausmaßes und der Intensität von **Stressoren** (STR) im Verhältnis zur **seelischen Gesundheit** (SG) mit **förderlichen Umweltbedingungen** (FU).

Welche Erkenntnisse sind aus dem Vulnerabilitäts- Stress- Modell für die pädagogische Arbeit mit Schizophrenen zu gewinnen?

1. Wenn Schizophrenie keine chronische Erkrankung ohne Aussicht auf wesentliche Besserung ist und weder von der Diagnose her noch aus dem bisherigen Verlauf eindeutige Prädiktoren für positive oder negative Entwicklungen abgeleitet werden können (siehe Kapitel 5.2.1), dann muß ein schizophren erkrankter Rehabilitand eine angemessene Chance erhalten, seine Möglichkeiten zu erproben. Er darf nicht nach Aktenlage von einer Rehabilitation ausgeschlossen werden.

2. Lehrkräfte müssen sich informieren und aufmerksam bleiben, worin beim einzelnen Teilnehmer eine erhöhte Vulnerabilität begründet sein könnte.
3. Wenn Stressoren Auslöser für den Übergang in den Zustand »Krankheit« sind, dann spielen sie auch für Verbesserungen bzw. Verschlechterungen eine Rolle. Deshalb ist es notwendig, einzeln zu analysieren, welche Stressoren wirken und diese nach Möglichkeit zu vermeiden. Dabei wird sich zeigen, daß es sich häufig um ähnliche negative kommunikative und persönliche Interaktionsmuster handelt: autoritäres Verhalten, Beziehungsprobleme, Projektion eigener Schwierigkeiten auf die Teilnehmer, mangelndes Vertrauensklima, geringe Ehrlichkeit im Umgang miteinander. Der jeweilige Stil von Lehrkräften und Ausbildern ist deshalb nicht deren »persönliche Angelegenheit«, sondern bedarf positiv- kritischer Begleitung in Lehrerberatungsgruppen, Teamsitzungen oder Supervision.
4. Lehrkräfte sollten sich an der Förderung von Bewältigungsstrategien und dem Ausbau sozialer Netze beteiligen: durch gemeinsame Absprachen, welche zusätzlichen therapeutischen Ziele für den einzelnen in die Ausbildungsinhalte eingebaut werden können, durch Mitarbeit in Gruppen- und Einzelgesprächen, durch Betreuung der Teilnehmer in externen Praktika und am Arbeitsplatz, durch Bewerbertraining mit Rollenspielen, regelmäßige Absolvententreffen mit Erfahrungsaustausch und Beratung und nicht zuletzt durch Mitgliedschaften in Selbsthilfegruppen und Hilfsvereinen als aktives Zeichen der Solidarität.

3.6.4 Salutogenese- Konzept

3.6.4.1 *Gesund – krank?*

Während das Vulnerabilitätskonzept die Entwicklung seelischer Krankheit erklärt, ist die Ausgangsfrage des Salutogenese- Konzeptes von Aaron Antonovsky (1987, 1993) genau entgegengesetzt: „*Was läßt uns gesund bleiben?*“

Die Frage ist nicht neu. Gesundheit und Krankheit gehören zu den fundamentalen Fragen des Daseins und haben weitreichende Bezüge in Philosophie, Theologie, Biologie, Medizin, Psychologie und Gesellschaftswissenschaften. Das Thema kann hier nicht umfassend erörtert werden, wie von Becker & Minsel (1982) oder Franke (1993^{a, b}). Einige Akzente sollen jedoch den Zugang zum *salutogenetischen Gedanken* öffnen, der auch ein wichtiges pädagogisches Anliegen ist (Brodtmann 1994).

Redlich (1972, 88 [1957]) kritisiert schon 1957 den Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation WHO: einen „...Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens, nicht allein Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ als Floskel, wie sie allgemeiner und inhaltsloser nicht sein könne. Denn weder empirische, noch klinische oder normative, son-

dern letztlich nur operationale Definitionen ermöglichten, seelische Gesundheit als »Abwesenheit von Krankheit« hinreichend faßbar zu machen.

Blankenburg (1983, 174) zeigt aus einem phänomenologisch- anthropologischen Blickwinkel, wie stark die Vorstellungen von gesund und krank zeitgeistig bestimmt sind. Sein Krankheitsbild leitet sich aus "...regelhaften Abwandlungen [...], die mehr oder minder aus dem Wesen des Menschen selbst heraus zu verstehen sind..." ab. Sie werden auf Strukturen gesunden In- der- Welt-Seins bezogen und von ihnen abgehoben. Die Syndrome der klassischen Psychopathologie werden auf die anthropologischen Strukturen metamorphosierenden Geschehens zurückgeführt, als deren Endprodukt sie zu verstehen sind. In dynamischer Sichtweise erlaubt dieser Ansatz, das *Pathologische im Gesunden* und das *Gesunde im Pathologischen* zu erkennen. Wenn man den Menschen als widersprüchliches, antagonistisches Wesen auffaßt, werden die Zielkonflikte und polaren Spannungsfelder erkennbar. So kann man überlegen, *wozu* das als *pathologisch* verstandene Abnorme dient. Diese dialektische Betrachtungsweise hilft, nach dem Positiven im Negativen zu suchen: der Intention der psychischen Störung (Mundt & Lang 1987, 64; Cechura 1993, 24). Nicht so deutlich wird, ob nach Blankenburgs Auffassung Gesundheit und Krankheit zusammenrücken, einen Gegensatz bilden oder als polare Spannungen eines Ganzen zu verstehen sind.

C.F.v. Weizsäcker (1974, 320, 327) löst aus kybernetischem Verständnis vor-schnelle Verknüpfungen von Krankheit und Gesundheit wieder auf:

"Das uns wohlbekannte Phänomen der Krankheit - etwa Grippe, Krebs, endogene Depression - ist etwas völlig anderes als die übliche Abweichung jedes Individuums von der Norm. Wollte man genaue Übereinstimmung mit der Norm als gesund und jede Abweichung als krank definieren, so gäbe es kein gesundes Individuum.[...] Die Norm der Gesundheit definiert ein Verhalten eines Regelsystems gemäß einem durch die Forderung nach Selbsterhaltung ausgezeichneten Sollwert. Die Krankheit erscheint zunächst als eine Störung dieses Regelverhaltens, als ein Betriebsfehler. Aber nicht jede solche Störung nennen wir Krankheit.[...] Ist sie zu klein, so fällt sie nicht als Krankheit auf [...]. Ist sie zu groß, so bringt sie den Regelprozeß unmittelbar zum Stillstand; sie heißt dann nicht Krankheit, sondern Tod. [...] Sie darf, wenn sie als Krankheit auffallen soll, weder sofort in die gesunde Norm zurückschlagen noch sofort in den Tod übergehen. Die Krankheit muß also eine gewisse Selbsterhaltung als eben diese Krankheit zeigen. Sie scheint also selbst so etwas wie ein Regelsystem vorauszusetzen, durch das sie selbst aufrechterhalten wird. Krankheit erscheint wie ein parasitäres Regelsystem innerhalb eines größeren Regelsystems, das wir Organismus nennen."

Für jeden dieser Regelkreise, den der Gesundheit und den der Krankheit, gibt es eigene Sollwerte. Weil jedes System immer variierte Reaktionsweisen aufweist, gibt es Schwankungen um den Sollwert der Gesundheit, die bis zu einem Zustand ausschlagen können, der eine Labilität des Systems bewirkt, wodurch es sich dann am »falschen« Sollwert der Krankheit orientiert. Dies dürfte der Moment sein, den Ciompi (1982, 250) als »Überschnappen« des Systems versteht. Nun ist v.Weizsäckers Verständnis nicht statisch. Das System entwickelt

sich, es erlebt Fortschritte, denn Stabilität der Parameterkombinationen ist in so komplizierten Regelsystemen schlichtweg unwahrscheinlich. Zwar ist der ursprüngliche Sollwert «konservativ», weil das System zur Norm zurückkehren will, so daß der Übergang in ein neues Gleichgewicht nur zögernd erfolgt. Aber der Selektions- und Anpassungsdruck der Evolution erzwingt solche Veränderungen.

3.6.4.2 *Faktoren seelischer Gesundheit*

Veränderungen im System »Gesundheit« bauen sich in seelischen, geistigen und körperlichen Prozessen auf, wie Becker & Minsel (1982) und Becker (1985) in einem Vergleich der Gesundheitsbegriffe aus Psychoanalyse, humanistischer Psychologie und Logotherapie zeigen:

1. Gesundheit liegt nach dem *Regulations- Kompetenz- Modell* der Psychoanalyse vor, wenn interne Anforderungen aus ES und ÜBER- ICH mit externen Anforderungen nach Anpassung, Leistung und Triebkontrolle im ICH integriert werden.
2. Gesundheit zeigt sich nach dem *Selbstaktualisierungsmodell* der humanistischen Psychologie darin, wie interne Bedürfnisse nach Selbstaktualisierung, Selbstkongruenz und unbedingter Wertschätzung mit äußeren inkongruenten Anforderungen in Einklang gebracht werden.
3. Gesundheit nach dem *Sinnfindungsmodell* sieht Viktor E. Frankl, der kürzlich verstorbene Begründer der Logotherapie, dann realisiert, wenn der Mensch ein verbindliches Wert- und Orientierungssystem hat und sich durch selbstbejahte Aufgaben, durch »Selbsttranszendenz«, verwirklicht. Sinnorientierung ist primäres Kriterium seelischer Gesundheit (Becker 1985, 195). Frankl (1980, 47) definiert »drei Hauptstraßen«, auf denen sich Sinn finden, das »Leiden am sinnlosen Leben« bekämpfen läßt: Erstens durch sinnvolle Taten oder Werke (*im Dienst einer Sache*). Zweitens durch Liebe, *im Dienst zu einer Person*. Drittens in Grenzsituationen noch Sinn im Leben, auch in Krankheit oder Not zu suchen (*im Dienste des Humanen*).

So kristallisieren sich drei zentrale Faktoren seelischer Gesundheit heraus (Becker & Minsel 1982, 286):

- Ich- Stärke,
- Fähigkeit zur Selbstaktualisierung und
- Sinnfindung.

Auf die Ich- Schwäche bei Menschen mit Schizophrenie wurde schon mehrfach hingewiesen. Aber auch die »Sinnlosigkeit ihres Lebens«, die zum kühl geplanten Bilanzsuizid führen kann, ist ein zentrales Thema, auf das man häufig in

der Praxis die Antwort schuldig bleiben muß. Hier lassen sich jedoch »Keime der Hoffnung« säen, wenn es gelingt, seelisch Erkrankten andere Perspektiven der eigenen Persönlichkeit und neue, bisher unbekannte eigene Fähigkeiten aufzuzeigen. Auch wenn dies nur kleinste Schritte sein mögen, in einer Rehabilitationsmaßnahme für seelisch Erkrankte ist ein persönlichkeitsförderndes Angebot zwingend. Berufliches Lernen und Arbeiten, künstlerisches Tun und Sport, soziales Miteinander und Freizeit – dies alles hat nicht nur Berechtigung aus eigener Zweckorientierung, sondern folgt einem übergeordneten Rehabilitationsziel: sinnstiftend zu wirken.

Anlaß für Antonovskys (1989, 52) Überlegungen zur *Salutogenese* war eine Studie zum Gesundheitszustand von Frauen in der Menopause. Eine der untersuchten Gruppen umfaßte Frauen, die das KZ überlebt und in Israel Neuanfang, Aufbau und drei weitere Kriege überstanden hatten. Von ihnen blieben 29% geistig und körperlich gesund! Dieses erstaunliche Ergebnis paßte nicht in die üblichen Schemata von Krankheitsverursachung. Wo, wenn nicht hier, waren die Voraussetzungen für Kranksein erfüllt? Als Medizinsoziologe war Antonovsky zudem bewußt, daß etwa zwei Drittel der Gesellschaft immer irgendwie pathologische Merkmale aufweisen, Krankheit also keine allzu seltene Abweichung von einer »Norm« sein könne. So wurde die pathogene Hypothese, Krankheit als Gegensatz zu einer Norm »Gesundheit«, fragwürdig.

”Ich kann jetzt zu meiner Hauptthese kommen, die die fundamentale Inadäquatheit des pathogenen Paradigmas, ihre Achillesferse, verdeutlicht. Dies ist die Annahme einer Homöostase als Normalzustand, der Glaube, wenn nicht eine bestimmte Kombination bestimmter Umstände auftritt, Menschen nicht krank werden. Sie bleiben sozusagen gesund und sicher am Ufer stehen. Ich dagegen gehe davon aus, daß Heterostase, Ungleichgewicht und Leid inhärente Bestandteile menschlicher Existenz sind, ebenso wie der Tod. Wir alle, um mit der Metapher fortzufahren, sind vom Moment unserer Empfängnis bis zum Zeitpunkt, an dem wir die Kante des Wasserfalls passieren, um zu sterben, in diesem Fluß. Der menschliche Organismus ist ein System und wie alle Systeme der Kraft der Entropie ausgeliefert. [...] Wenn wir dieser Argumentation folgen, dann besteht das wahre Geheimnis nicht darin, warum Menschen krank werden und sterben. [...] Das eigentliche Rätsel ist, warum einige Menschen manchmal weniger als andere leiden, und warum sie sich auf dem Kontinuum in Richtung des Pols ‘Gesundheit’ bewegen.[...] Aus diesem Grund schuf ich den Neologismus ‘Salutogenese’ - die Ursprünge der Gesundheit.” (Antonovsky 1993, 6-7)

Es gibt also keinen dichotomen Gegensatz zwischen »gesund« und »krank«, beides sind individuell variable Lokalisationen eines mehrdimensionalen Kontinuums (Antonovsky 1989, 56). Der Abstand von den Polen Health-ease und Dis-ease auf diesem »HEDE-Kontinuum« kann anhand subjektiver und objektiver Kriterien erfolgen (Becker & Minsel 1982, 8, 279; Franke 1994, 28), zum Beispiel anhand von Schmerzen, Beeinträchtigungen des Lebens, nach objektiven Befunden und Prognosen. Entscheidender als diese Kriterien sind jedoch gesundheitserhaltende, heilsame Widerstandsressourcen, denen Antonovsky den *Kohärenzsinn* (*sence of coherence*) als gemeinsames, zentrales Moment zugrun-

de legt. Er drückt „...den Glauben an ein verständliches, bedeutungsvolles und beeinflussbares Leben...“ aus (ebd. 52). Nicht das Umgehen von Streß oder anderen negativen Faktoren, nicht das Vermeiden von Life- events im Sinne eines möglichst ereignislosen Lebens helfen, gesundheitsförderndes Verhalten aufzubauen, sondern die „...Stärkung der individuellen und sozialen Ressourcen...“ (Franke 1994, 30).

Daß sich Antonovskys Hypothesen gut in die Überlegungen zur Organisation und Wirkungsweise lebender Systeme einfügen, wird durch die bereits referierten Gedanken v. Weizsäcker und auch durch Thure v. Uexküll (1994, 32) bestätigt, der ausdrücklich auf den Zusammenhang zum Modell des autopoietischen Systems und auf enge Beziehungen zu Piagets Begriffen Assimilation und Akkommodation und damit auf das im Kapitel 3.6.5 dargestellte *affektlogische Modell* hinweist.

3.6.4.3 Gesundheitsfördernde Entwicklung als Ziel beruflicher Rehabilitation

Für die berufliche Rehabilitation seelisch behinderter Menschen hat der salutogenetische Ansatz Konsequenzen (Fischer 1994^a, 47). Es gilt, dem immer noch vorherrschenden *defizitären* oder *defizienten* Menschenbild sonderpädagogische Akzente im Sinne gesundheitsfördernder individueller Entwicklungsziele entgegenzusetzen: Hilfen zur Stärkung der Persönlichkeit, der Kohärenz (im buchstäblichen Sinne) als Gegenkraft zur »Zerrissenheit« der Persönlichkeit, der dem Begriff der Schizophrenie eindrucksvoll abgeleiteten Metapher (Abb. 25).

Als Beispiele:

- In der Berufsfindung und Arbeitserprobung nicht nur fachliche und intellektuelle Aspekte klären, sondern die sozialen Gegebenheiten auf salutogenetisch günstige Bedingungen prüfen: Arbeitsplätze empfehlen, die eine klare, verlässliche und überschaubare Arbeitssituation sowie konkrete Arbeitsaufgaben aufweisen.
- Im Unterricht frontale Vermittlungsmethoden vermeiden, weil diese für Teilnehmer passive, unübersichtliche, abstrakt auf Sprache reduzierte Lernsituationen emotionale Unsicherheiten fördern. Dagegen begünstigen aktive, erfahrungs- und handlungsorientierte Methoden konkrete Lernprozesse und somit »affektiv-stabile« soziale Konstellationen.
- Überlegen, welche Entwicklungsziele (Kap. 5.4.2) subjektiv Sinn stiften und seelische Stabilität fördern.

In der salutogenetischen Zielorientierung findet Sinnsuche ihren Raum. Das ist nicht nur für die Rehabilitanden wichtig, sondern auch für die Rehabilitatoren, die häufig den »Sinn ihrer Arbeit« aus der Vermittlungsquote auf dem Arbeitsmarkt ableiten und so Mittel und Zweck verwechseln. Ein »humanes Modell der Rehabilitation« mit dem Ziel der aktiven Teilhabe am Leben in weitgehend sozialer Normalität, wozu Arbeit essentiell gehört, stiftet Sinn. Wer jedoch

die Arbeitsvermittlung, so wichtig sie auch ist, selbst zum Sinn der Rehabilitation erklärt, folgt letztlich einem inhumanen, auf das Ökonomisch- Funktionale reduzierten Leitbild.

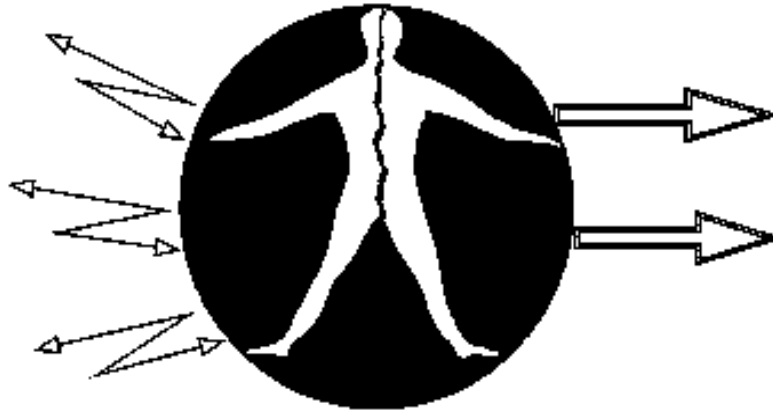


Abb. 25: Schizophrenie und Kohärenz?

3.6.5 Affektlogisches Modell

3.6.5.1 Schizophrenie als ver-rücktes Gleichgewicht

Der Modellansatz von Luc Ciompi, einem Schweizer Psychiater, ist, Schizophrenie auf eine »Ver-rückung« oder ein »Überschnappen« affektiv- kognitiver (*affektlogischer*) innerer Bezugssysteme oder Schemata zurückzuführen (Ciompi 1982, 1986, 1989, 1993, 1994, 1997). Diese entwickeln sich analog der *Genetischen Erkenntnistheorie* von Jean Piaget in ständiger *Assimilation* und *Akkommodation*. Ciompi verbindet Erkenntnisse der Psychoanalyse mit entwicklungspsychologischen, biologischen, system- und erkenntnistheoretischen Überlegungen bis hin zur Chaostheorie. Seine Gedanken sind deshalb so fruchtbar, weil sie nicht nur eine »Metatheorie« (Wienberg 1995, 23) bilden, die bisher scheinbar Unvereinbares zusammenfinden läßt, sondern weil daraus neue Ansätze für die Therapie und für sonderpädagogisch- methodisches Vorgehen abgeleitet werden können. Ciompis Modell paßt gut zu »handlungsorientierten« Lernkonzepten und ergänzt sie um eine dort bisher unbeachtete, für seelisch behinderte Menschen aber wichtige Komponente: das *affektive Lernen*.

An dieser Stelle ist eine erste Einführung in das affektlogische Konzept im Zusammenhang mit Schizophrenie vorgesehen. In Kap. 6.6 soll der Lernprozeß, wie ihn Ciompi versteht, skizziert und mit handlungsorientierten Ansätzen verknüpft werden. Ciompi versucht (1982, 1986, 49), die wesentlichen Krankheits- erklärungsmodelle in sein Konstrukt zu integrieren:

1. Das Streß- Diathesis- Modell: die These, daß schizophrene Störungen auf der Basis einer erblichen Disposition unter Streß entstehen.
2. Die Vulnerabilitätshypothese.
3. Die Informationsverarbeitungshypothese, nach der Schizophrene an Störungen in der Informationsverarbeitung leiden bzw. kognitive und soziale Basisstörungen aufweisen.
4. Interaktive oder kommunikative Modelle, wonach schizophrene Störungen sich in Wechselwirkungen mit Umwelteinflüssen aufbauen.
5. Neurophysiologische Hypothesen, nach denen cerebrale Strukturveränderungen eine Rolle spielen.

Dieses Zusammenspiel konstruiert Ciompi (1986, 51-52) aus einer Verknüpfung der genetischen Epistemologie von Jean Piaget, der Psychoanalyse und der Systemtheorie:

”Gerade hier nun scheint mir mein eigenes integrativ psycho- biologisches Konzept einige klare Fortschritte zu bringen. Es beruht auf einem systemtheoretischen Modell der Psyche, in welchem zentral sowohl die Erkenntnisse PIAGETS zur Genese kognitiver Strukturen wie der neueren Psychoanalyse zur Entstehung von affektiv- kognitiven innerpsychischen Repräsentanzen verwertet sind. Auch familien- und kommunikationsdynamische Forschungsergebnisse spielen eine wichtige Rolle.

Nach PIAGET [...] besteht der psychische Apparat wesentlich aus einer komplexen Hierarchie von internalisierten kognitiven »Schemata« oder Bezugssystemen. Diese entstehen aufgrund von assimilatorisch- akkomodatorischen Prozessen von Geburt an fortwährend aus der konkreten Aktion; sie funktionieren in der Folge als kontextspezifische Denk- und Verhaltensprogramme. Auch Wahrnehmung und Kommunikation werden durch sie bestimmt.

Da Handlungen indessen immer mit Lust- Unlust- Erlebnissen verbunden sind, beinhalten diese Bezugssysteme meines Erachtens, wie ebenfalls die psychoanalytische und emotionspsychologische Forschung zeigt, sinnvollerweise neben kognitiven Strukturen untrennbar immer auch affektive Komponenten. [...]

Mit großer Wahrscheinlichkeit bilden sich zerebral aufgrund des Schlüsselphänomens der neuronalen Plastizität gleichzeitig analoge limbo- thalamo- corticale neuronale Funktionssysteme mit integriert emotionalen und kognitiven Anteilen. Diese sind sozusagen ein kondensierter Niederschlag der gesamten konkreten Erfahrung, eine zur inneren Struktur gewordene äußere Dynamik. Klare und eindeutige soziale Verhältnisse, zwischenmenschliche Beziehungen, Kommunikationsprozesse usw. müssen sich deshalb in ebenso klaren und eindeutigen innerpsychischen Bezugssystemen, konfus- widersprüchliche äußere Verhältnisse dagegen in unklaren innern Strukturen spiegeln. Die pathogene Wirkung konfuser Kommunikationsformen wird damit verständlicher.

Ebenso bedeutsam ist die Tatsache, daß alle diese Bezugssysteme, gleich wie die Psyche als Ganzes, nach PIAGET typische äquilibrierte Systeme im modernen systemtheoretischen Sinn darstellen. Durch multiple negative oder positive, d.h. stabilisierende oder labilisierende Feedback- Prozesse stehen sie in steter Interaktion mit dem Körper, dem Nervensystem und der gesamten physischen und sozialen Umwelt.”

Schizophrenie ist kein unerklärliches, auch kein linear kausal- deterministisch erklärbares Geschehen, sondern ein Prozeß in einem lebenden System, der sich

langsam aufschaukelt. Schon die einfache Grundversion (Abb. 26) von Ciompis Schizophreniemodell in drei Phasen (1982, 259; 1986, 53) zeigt, wie sich die Krankheit entwickelt und infolgedessen auch rückentwickeln kann:

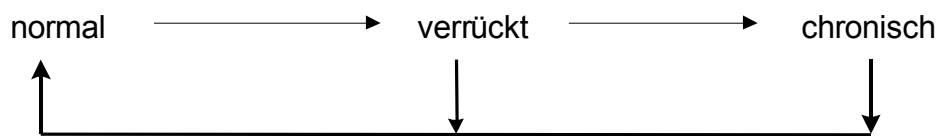


Abb. 26: 3 Phasen der Schizophrenie

1. In der *prämorbid* Phase baut sich aus biologisch- genetischen Vorbedingungen unter Einfluß psychosozialer Faktoren ein anfälliges *kognitiv- affektives Bezugs- bzw. Informationsverarbeitungssystem* auf. Dies versteht Ciompi (1986, 53) als „...*eigentlichen Träger der Vulnerabilität.*“ Es kann, muß aber nicht zu einer psychotischen Entgleisung führen.
2. Die *akut- psychotische Phase* wird meist durch stressvolle zwischenmenschliche oder lebensbestimmende Ereignisse ausgelöst, die das vulnerable *affektologische System* nicht mehr assimilieren kann. Die daraufhin zwangsläufige Akkommodation, die Anpassung des Systems, erfolgt durch Verrückung. Episoden der Verrücktheit sind prinzipiell reversibel; sie können, müssen aber nicht chronisch werden.
3. *Chronische Zustände* sind nach Ciompi (1982, 313; 1986, 53) keine Zwangsläufigkeit, vielleicht sogar nur ein Artefakt. Sie entwickeln sich vor allem aus psychosozialen Ursachen in ungünstiger Wechselwirkung von Symptomatik, Abwehr- und Vermeidungsverhalten sowie inadäquater Stimuli. Sie sind meist von der Negativsymptomatik gekennzeichnet und chronifizieren umso mehr, je länger dieser ungünstige Zustand andauert.

Das Überschnappen des Systems läßt sich begreifen, wenn man die permanente dynamische Selbstregelung kognitiver und affektiver Bezugssysteme als ein Einpendeln zwischen maximalen Extremwerten zu einer als harmonisch empfundenen Mitte versteht (Ciompi 1982, 119, 280). Ohne diese Pendelvorgänge zwischen extremen Polen - Liebe und Haß, Freude und Schmerz, Lust und Unlust, Ohnmacht und Machtgier - würde der Mensch nichts fühlen, und es würde sich auch nichts ändern. Bei zu häufigen oder heftigen Schwankungen wächst die Labilität des Systems. Die Gefahr der Verrückung wird durch parallel laufende, meist versteckte Ambivalenzen, Widersprüche und Paradoxien verstärkt. Man muß sich dies als extreme Pendelausschläge auf mehreren Ebenen vorstellen, die gleichzeitig, jedoch gegenläufig stattfinden. Den Vorgang charakterisiert Ciompi bereits 1982 (119) und ausführlich 1997 (134) mit der chaostheoretischen Vokabel »dissipative Struktur«. Dieser Destabilisierungsprozeß verstärkt sich durch die eingeschränkte Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungsfähigkeit bzw. Kanalkapazität. In (Abb. 26) wird eindrücklich sichtbar, wie sich die Wirkfaktoren kumulieren:

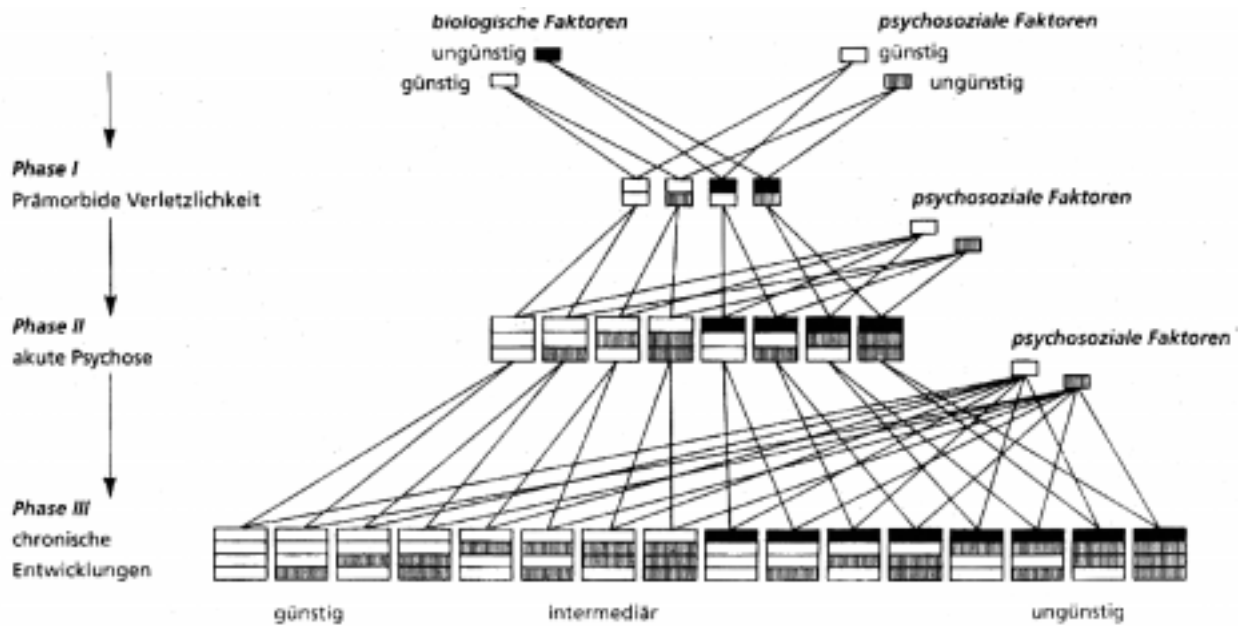


Abb. 27: Das integrative »psycho-biologische Modell« (aus Ciompi 1986, 54)

3.6.5.2 Entwicklungsförderung durch Polarisierung auf ein Ziel

Ciompi weist Möglichkeiten, »ver-rückte« affektlogische Bezugssysteme zum Zurückschnappen zu bringen, um chronische Zustände zu vermeiden. Diese therapeutischen Erfahrungen belegt er mit Experimenten, die er in der Modelleinrichtung Soteria Bern durchführte, und er untermauert seine Thesen durch amerikanische Langzeituntersuchungen (1982, 392, 365). Bekannte und bewährte Therapieverfahren, z.B. kognitive und soziale Trainingsprogramme, psychoedukative Ansätze, Arbeits- und Verhaltenstherapie können ohne weiteres einbezogen werden (Wienberg 1995).

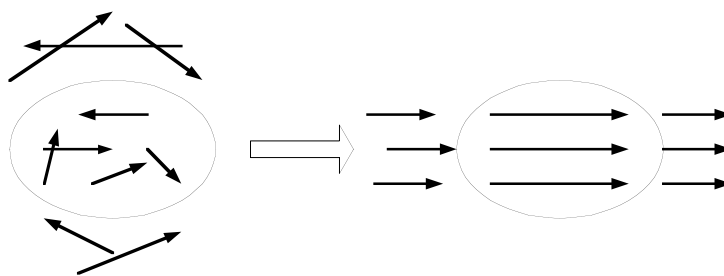


Abb. 28: Polarisierung des Innen- und Außenfeldes (aus Ciompi 1986, 58)

Entscheidend ist, die affektiv- kognitive Polarisierung des gesamten Umfeldes auf ein gemeinsames Ziel, eine Art »Magnetpol« auszurichten (Abb. 28), was einen langsamen, oft mehrere Jahre andauernden Prozeß mit dem Ziel eines Rückschwunges initiieren soll (1986, 55). Primär kommt es auf Beruhigen und Entspannen der meist konfusen, widersprüchlichen und deshalb kontraprodukti-

ven Vorstellungen, Meinungen, Hoffnungen und Kommunikationen des Schizophrenen und seiner Umgebung, einschließlich der Betreuer an, um das affektiv-kognitive Durcheinander zu ordnen. Danach kann durch Absprachen auf überschaubare gemeinsame Ziele, Vorgehensweisen und Handlungsschritte eine Art von »Gefälle« in die erwünschte therapeutische Richtung bewirkt werden.

Als therapeutische und pädagogische zweckmäßige Prinzipien erweisen sich (Ciompi 1982, 392; 1986, 56; Wienberg 1995, 110):

1. Wecken und Unterstützen gemeinsamer positiver, realistischer Zukunftserwartungen.
2. Eindeutige, klare und absolut kongruente affekt-logische Kommunikation mit dem Erkrankten und um ihn herum. Vereinheitlichung der Informationen. Klarheit über die Krankheit, den Verlauf und alle maßgeblichen Fragen.
3. Konzentration auf Handeln und Tun, nicht auf Reden.
4. Strukturierte Aktivitäten mit steigender Verantwortung. Gut organisierte Programme. Vermeiden von Unter- und Überstimulation.
5. Stabile und voraussehbare Umgebung. Optimale personelle und konzeptuelle Kontinuität. Einfachheit und Klarheit im Umgang, immer nur eine Veränderung auf einmal (z.B. nur ein Wechsel je Woche).
6. Konzentration auf mit dem Klienten gemeinsam ausgewählte, vorrangige soziale Fertigkeiten und Programme.
7. Schaffen und Pflegen sozialer Kontakte.
8. Stützende Nachbetreuung in und durch Gemeinschaft.

3.7 Pädagogik im Irrgarten seelischer Krankheitsmodelle

3.7.1 Eigener Standort oder Verlust der Identität

Eine kritische Rückschau auf die *monistischen Modelle* zeigt, daß es wenig sinnvoll wäre, sich pädagogisch an *einem* der diskutierten Erklärungs- oder Genesemodelle der Schizophrenie festzuhalten. Das pädagogische Konzept würde Gefahr laufen, »ergänzende Therapie« zu werden. Ein solcher Weg wäre problematisch, weil die Auffassungsunterschiede innerhalb der Psychiatrie keine allgemeine Akzeptanz erwarten lassen; er wird zum »Holzweg«, wenn sich die zugrunde gelegte Theorie nicht als tragfähig erweist. Das zeigt sich an der psychoanalytischen Erkenntnistheorie; sie spielt derzeit für die Therapie Schizophrener eine kaum relevante Rolle. Woher pädagogisch orientierte Autoren, wie Calchera et al. (1989) oder Freuling et al. (1991) ihren Optimismus beziehen, auf dieser schmalen Basis ein tragfähiges Konzept aufbauen zu können, steht dahin. Vorherrschende Trends sind, auch in der Pädagogik, nicht selten kurzlebige Modeerscheinungen. Die Psychoanalyse führt zur psychoanalytischen Pädagogik, die humanistische Psychologie zur humanistischen Pädagogik (Fatzer

1988), die Gestaltpsychologie zur Gestaltpädagogik (Burow & Gudjons 1994), die systemische Therapie zur systemischen Pädagogik (Huschke- Rhein 1988, 1989, 1990). Dabei entarten neue, interessante Denkansätze oft zum Allheilmittel oder Dogma. Mit Methodenmonismus ist aber bei Lernprozessen generell und speziell in der Vielfalt von Phänomenen und Störungen bei seelischen Erkrankungen nichts zu erreichen. Die in der Ausbildungspraxis häufig anzutreffende Meinung, deshalb auf therapeutische Informationen und theoretische Erklärungen verzichten zu können, weil "die auch nicht wissen, wie es geht", ist ebensowenig akzeptabel. Sie entspringt auch anderen Motiven (Fischer 1995); etwa der nicht unberechtigten Befürchtung, sich nicht nur mit der Psyche anderer, sondern unvermeidlich auch mit sich selbst beschäftigen zu müssen. Nicht selten sollen »liebgewordene« Einstellungen erhalten bleiben, oder man macht es sich einfach bequem.

Aus der Diskussion der multifaktoriellen Modelle zur Schizophrenie ergibt sich zwar auch kein unmittelbarer Zugang zu sonderpädagogisch sinnvollen Methoden, aber ein entscheidender Unterschied: diese Modelle sind zukunfts- und entwicklungsorientiert. Sie begnügen sich nicht mit »Reparaturen«, sondern weisen Wege. Diese aufzugreifen und in pädagogisches Handeln zu integrieren, ist Aufgabe eines »sonderpädagogischen Konzeptes« für seelisch behinderte Menschen.

3.7.2 Pädagogische Anknüpfungsmöglichkeiten

Immer wieder läßt sich beobachten, wie -oftmals unbewußt und abhängig von eigener Lebenserfahrung- bestimmte Krankheitserklärungen bevorzugt und dadurch Handeln und Denken relativ fest vorstrukturiert werden. So kommt es zu Verengungen der pädagogischen Sicht hinsichtlich Förderung und Entwicklung. Deshalb ist wichtig herauszustellen, daß letztlich jedes der referierten Krankheitskonzepte Anknüpfungspunkte für pädagogisches Handeln bietet:

1. Biologische, genetische und neurophysiologische Erklärungsmodelle weisen auf die Möglichkeit
 - erhöhter Vulnerabilität (Empfindlichkeit),
 - möglicher Informationsverarbeitungsstörungen,
 - Wahrnehmungseinschränkungen sowie
 - eingeschränkter Kanalkapazität (Aufnahmefähigkeit für parallele Reize) mit dem Risiko der Reizüberflutungals *Störfaktoren* des Lernens hin; *kompensatorische* und *differenzierende Maßnahmen* leiten sich daraus ab.
2. Psychodynamische Konzepte begründen seelische Belastungen durch
 - Ich- Schwäche,

- Identitätsschwierigkeiten sowie
- Differenzierungsprobleme zwischen ICH und Umwelt.

Fördermaßnahmen erfordern daher eine individuelle Analyse der Problemsituation, um *Über- oder Unterstimulationen* zu vermeiden. Es geht also um die Frage einer *individuell optimalen Passung* der Inhalte und Anforderungen.

3. Lerntheoretische Konzepte zeigen die Effektivität von
 - Trainingsprogrammen zur Therapie von Basisstörungen,
 - von kognitivem und sozialem Training sowie
 - unterstützenden psychoedukativen Programmen.

Diese können in berufliche Förderangebote eingebunden werden. Berufliche Inhalte sollten durch personale Entwicklungsziele ergänzt werden. Verhaltenstrainings sind dagegen bei Schizophrenie nur beschränkt möglich. Produktive oder negative Symptome, bizarres, wunderliches Verhalten oder Aggressivität können nicht einfach abtrainiert werden.

4. Soziologische oder ökologische Ansätze machen deutlich,
 - wie stark das gesellschaftliche Bild der Schizophrenie von Schuldzuweisungen bestimmt ist, was
 - Tendenzen zur massiven sozialen Benachteiligung beinhaltet und
 - dadurch der Chronifizierung von Schizophrenie Vorschub leistet.

Das fordert Aufklärung und gesellschaftliches Eintreten für den schizophren Erkrankten. Im Alltag sollte offen mit diesem Thema umgegangen und eine betont symmetrische Lern- und Beziehungskonstellation zwischen Teilnehmern und Lehrkräften angestrebt werden.

5. Das Sozialpsychiatrische Konzept zeigt, daß
 - Rehabilitations- und Bildungsmaßnahmen auf soziale Integration ausgerichtet
 - und möglichst dicht in soziale Netze eingebettet sein sollten.

Dies bedingt eine institutionelle Konzeption, die sich nach außen regional für Kooperationen mit Betrieben, Werkstätten für Behinderte, niedergelassenen Therapeuten und Selbsthilfegruppen bereithält und nach innen soziales Miteinander in Form von Mitbestimmung, Krisenmanagement und gemeinsamen Aktivitäten auch praktisch realisiert.

6. Das Vulnerabilitäts- Stress- Modell macht auf die
 - Auslöser- und Verstärkerwirkung von Stressfaktoren, wie double- bind-Konflikte, Expressed Emotion, Life- Events aufmerksam und zeigt zugleich
 - gegenläufige Einwirkungsmöglichkeiten durch Stärkung von Bewältigungskompetenzen (Coping) und durch soziale Unterstützung auf.

Dies erfordert vom Pädagogen, sich über die Problematik der einzelnen Teilnehmer zu informieren, Stressoren möglichst zu vermeiden und auch für geringfügige Veränderungen innerhalb der Lernprozesse und in der begleitenden Betreuung aufmerksam zu bleiben.

7. Das Salutogenetische Konzept setzt auf

- gesundheitsförderndes Handeln und aktives Anknüpfen an Ressourcen und Kompetenzen,
- die Potentiale zur Selbstaktualisierung, Selbsttätigkeit und Selbständigkeit,
- Hilfen zur Sinnfindung, auch bei ungünstiger Ausgangsposition.

Solche Zielaspekte lassen sich in berufliche Förderprogramme gut integrieren, wenn der vielzitierte Grundsatz der Rehabilitation: „Hilfe zur Selbsthilfe“ wirklich praktiziert wird.

8. Das Affektlogische Konzept belegt eindrücklich:

- den lediglich temporären Charakter der akuten Phase der Schizophrenie.
- Möglichkeiten zur Rückentwicklung.

Es zeigt, wie gezieltes methodisches Handeln problemhafte Entwicklungen abschwächen, möglicherweise sogar positiv umkehren könnte.

3.7.3 Konsequenzen für ein pädagogisches Konzept

Eine erste Konsequenz ist die Forderung, sich in jedem Einzelfalle intensiv mit der individuellen Vorgeschichte, den Erklärungsversuchen und Therapiezielen zu befassen; dazu später ausführlich im Kapitel »Teilnehmerorientierung«.

Eine zweite Schlußfolgerung wäre, den eigenen Blickwinkel zu weiten und die Problemstellung nicht unzulässig zu verallgemeinern: die Mannigfaltigkeit der Störungsphänomene, die Widersprüchlichkeit ihrer Begründungen und Therapiekonzepte belegen die Vielschichtigkeit des Problems, das letztlich immer nur individuell zu begreifen ist. An den seelischen Erkrankungen wird deutlich, was im pädagogischen Alltag unterzugehen droht: Es gibt nur *eine* pädagogische Antwort auf die Vielfalt der Probleme, das ist *Vielfalt der Methoden und immer neue Versuche*. Resultat daraus ist, daß es keine generell passenden Methodenrezepte gibt. Man sollte das Repertoire didaktisch- methodischer Möglichkeiten ständig sichten; niemand kann aber dem Pädagogen vor Ort seine Aufgabe abnehmen, jeden Tag von neuem sein eigenes Konzept zu entwickeln und anzupassen.

Hierzu können jedoch folgende *Merksätze aus der Therapie* (Buchkremer & Windgassen 1987; Ciompi 1982, 1986) auch dem Pädagogen Orientierungshilfen bieten:

1. *Einfache, übersichtliche Information:* Die Sprache soll einfach und gut verständlich sein. Zweideutigkeiten, Ambivalenzen, metaphorische Floskeln oder Symbolsprachen werden besser vermieden. Sachlichkeit, Präzision und Klarheit in der Sprache sind anzustreben.
2. *Eindeutiger Kommunikationsstil und absolute Authentizität:* Die Kommunikation sollte absolut transparent und echt sein. Dazu gehört unabdingbar Wahrhaftigkeit und Authentizität. Man sollte vermeiden, durch vorgetäuschte Gefühle Unsicherheiten zu fördern. Pädagogen sollten möglichst wenig »Projektions- und Übertragungsfläche« bieten, indem sie deutlich sichtbar sie selbst bleiben.
3. *Klare Ziele:* Die Arbeits- und Lernziele sollten klar und ständig überschaubar sein; das erreicht man am besten in konkreten Handlungszusammenhängen und durch schriftliche Festlegung. Die Ziele sollten für den Teilnehmer beeinflussbar, zumindest kontrollierbar sein. Die Strukturen der Inhalte, des Vorgehens, der Bewertung und der Zusammenarbeit müssen sach- und situationsadäquat gut sichtbar werden.
4. *Klare, transparente Verantwortlichkeiten:* Die Konflikte des Schizophrenen und seines Umfeldes können sich leicht auch im Team der Mitarbeiter spiegeln. Dem ist mit eindeutigen Verantwortlichkeiten und transparentem Handeln gegenüber dem Teilnehmer sowie intensiver und absolut ehrlicher Rückschau über eigenes Handeln und Erleben im Team zu begegnen.
5. *Stützen gesunder Anteile, Ausbau vorhandener Kompetenzen:* Die gesunden Anteile sind die Grundlagen für erfolgreiche Arbeit und realistische Ziele, nicht der Blick für das »Restleistungsvermögen«, »disabilities« oder »handicaps«. Jeder Fortschritt ist ein Schritt in die richtige Richtung. Deshalb ist zuerst die individuelle Bezugsnorm für die Bemessung der Lernfortschritte angemessen, nicht eine unklare und häufig überspannte soziale Leistungsnorm (siehe Kap. 5.4.3).
6. *Personelle und situative Kontinuität:* Die Umgebung, personell und sachlich, sollte anfangs möglichst stabil bleiben. Feste Betreuer, auch über lange Zeiträume, sind vorzuziehen. Ständiger Wechsel von Bezugspersonen, auch durch ständigen Fächer- und Lehrerwechsel, verunsichert und trägt zur Destabilisierung bei.
7. *Interpretation schizophrener Symptome als Bewältigungsversuche:* Produktive oder negative Symptome werden manchmal als »Verhaltensstörungen« mißverstanden. Das verführt zu der grotesken Forderung, der Teilnehmer solle unterlassen, was er als einzigen Bewältigungsversuch für seine ausweglos erscheinende Situation versteht. Akzeptanz des Andersseins bedeutet jedoch nicht, auf behutsame, gemeinsame Schritte zu angemessener Konfliktbewältigung zu verzichten.

4 DIDAKTISCHER ANSATZ

4.1 Vorüberlegungen und Vorstufen

Versteht man Didaktik umfassend als „Lehrkunst“, die „...immer beide Aspekte einschließt: das Lehren und das Lernen.“ (Gudjons 1995, 229), dann ist damit die ganze Spannweite kritischer Analyse und Planung aller den Lehr- Lernprozeß betreffenden Fragen angesprochen: die beteiligten Lehrer und Schüler, der Zweck und die Legitimation der Bildungsprozesse, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Normen und Werte, die Inhalte und Lernziele, die Vorgehensweisen und Methoden. Die didaktische Diskussion nahm in der Pädagogik relativ breiten Raum ein (Gudjons 1995, 229) und wurde zeitweise zwischen den Vertretern ihrer führenden Modelle recht kontrovers geführt (Gudjons, Teske & Winkel 1993), der

1. kritisch- konstruktiven Didaktik (Klafki 1981),
2. lehr- oder lerntheoretischen Didaktik (Heimann, Otto & Schulz 1972; Schulz 1972, 1981),
3. kybernetischen Didaktik (von Cube 1993),
4. curricularen oder lernzielorientierten Didaktik (Möller 1969, 1993) und
5. kritisch- kommunikativen Didaktik (Biermann 1985; Winkel 1993).

Hier sollen die grundlegenden Unterschiede zwischen den verschiedenen Konzepten nicht weiter ausgeführt werden; auf einzelne Aspekte wird im folgenden eingegangen. Zu einem Überblick wird auf Gudjons (1995, 231), im Hinblick auf die Rehabilitation Behinderter auf Stadler (1989^a, 75) verwiesen.

In der beruflichen Rehabilitation behinderter *Erwachsener* spielen didaktische Überlegungen, bis auf wenige Ausnahmen (Brater et al. 1986; Seyd 1985, 1996, 1997; Stadler 1988, 1989^{a, b}, 1990, 1995^a, 1996, 1998), eine eher untergeordnete Rolle. Ausnahme war die unter fachinhaltlichen Perspektiven geführte *curriculare* Diskussion hinsichtlich Kursgestaltung und Lernzielen -angelehnt an die *lernzielorientierte Didaktik*- in den Siebziger Jahren (Seyd 1985, 111; 1997, 262). Damals wurden in vielen Berufsförderungswerken (BFWs) die Lehrpläne überarbeitet und im Sinne der *Taxonomie von Lernzielen* nach Bloom et al. (1972) differenziert. Methodische Ableitungen daraus verfolgten vorwiegend fachdidaktische Ziele. Die Beschränkung auf Fachinhalte und Fachdidaktik muß man aus der Historie der BFWs verstehen, die von freien Wohlfahrtsträgern, im Gegensatz zu den Berufsbildungswerken für Jugendliche, *außerhalb* des föderalen Bildungssystems aufgebaut wurden. Da die Kulturhoheit der Länder nicht tangiert war, fühlten sich diese weder konzeptionell noch finanziell zuständig: es entstand ein eigener Bildungszweig mit theoretischer und praktischer Berufsausbildung »unter einem Dach«, eigenen Lehrkräften und Berufsausbildern, überwiegend aus der Wirtschaft, um »Praxisbezug zu sichern«. Pädagogische Fortbildung spielte eine eher untergeordnete Rolle, da eine pädagogische Zu-

satzausbildung vom Gesetzgeber nicht verlangt wurde (siehe Kap. 2.2.3); das Hauptinteresse der BFWs galt inhaltlichen und fachdidaktischen Fragen (Seyd 1985; Fischer 1993, 163).

Im Gegensatz zu den vielfältigen behinderungs- oder sonderpädagogischen Konzepten bei Kindern und Jugendlichen sind sonderpädagogische Überlegungen bei erwachsenen Behinderten, insbesondere bei psychiatrischen Erkrankungen, nicht bekannt. Erst in den letzten Jahren wenden sich die Berufsförderungswerke auch psychisch Behinderten zu (Thrun 1991; van de Sand et al. 1995). Davor waren viele nicht zur Aufnahme dieser »leistungsgeminderten, schwierigen und gestörten Teilnehmer« bereit. Die Arbeitseffizienz der Bildungsmaßnahmen hatte Priorität gegenüber der persönlichen Förderung. Man setzte die persönlichen und sozialen Kompetenzen als Aufnahmekriterium einfach voraus. Das Lernen mit seelisch Behinderten und Hirnverletzten im BBRZ verlangte andere Lösungen. Eine derartige Segregation ging am Auftrag der Einrichtung vorbei und wäre auch nicht realisierbar gewesen, weil »bessere« Teilnehmer nicht in das BBRZ geschickt wurden. Daher stellte sich das didaktische Problem frühzeitig und in gewisser Weise auch existentiell, um überhaupt angemessene Rehabilitationsangebote vorhalten zu können. Die Suche nach passenden didaktischen Konzepten erfolgte unter drei grundlegenden Forderungen:

1. Der Behinderung eine normale Lernsituation entgegenzusetzen,
2. erwachsenengerechtes Lernen zu ermöglichen und
3. individuelle Förderung und zusätzliche Hilfen ohne Ausgrenzung zu sichern.

4.1.1 Kooperative Didaktik

Obwohl der Entwurf einer „kooperativen Didaktik“ durch Hiller & Schönberger (1977) und seine Weiterführung durch Schönberger (1982, 1983) sich auf die Sonderschule und auf Jugendliche bezog, erschien ihr Denkansatz der „Erziehung zur Geschäftsfähigkeit“ auch für seelisch behinderte Erwachsene interessant. Es wurde bereits dargestellt, wie sehr bei seelischen Erkrankungen soziale und persönliche Handlungskompetenz behindert sein kann. Handlungsfähigkeit in aktiver Beteiligung der Betroffenen zu entwickeln, war deshalb naheliegend. Zusätzlich paßte die Kritik der Verfasser an der partiell inhumanen Zweckbestimmung der Rehabilitation gleichermaßen für den Problembereich seelisch behinderter Erwachsener, die sich zwei alternativen Forderungen ausgeliefert sehen: die Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen dadurch einzulösen, daß sie weitgehend gesund, leistungs- und anpassungsfähig werden, um Normen Nichtbehinderter zu erfüllen. Kennzeichen dieser Anforderung ist die ständige Sorge, ob die Teilnehmer den Ansprüchen gerecht werden, weil man sonst die Förderung einstellen muß. Das entgegengesetzte Extrem geht vom »Betreuungsfall« aus, der wie ein Unmündiger »betüfelt« wird und dessen Förderung auf niedrigstem Niveau, häufig unter Anwendung völlig unpassender Methoden der

Lernbehindertenpädagogik erfolgt. Diesen Fehlentwicklungen einen Ansatz entgegenzustellen, innerhalb dessen der erwachsene Teilnehmer aktiv und kooperativ seine berufliche Förderung mitbestimmt und entwickelt, erschien erwachsenengerecht und erstrebenswert. Als Ergebnis wurde für die Bildungsmaßnahmen im BBRZ abgeleitet, Kooperation als zentrales Lernziel zu verstehen: die Teilnehmer so zu fördern und zu unterstützen, daß sie

- eigene Ziele entwickeln, eigene Wünsche und Standpunkte formulieren,
- selbst erkennen, was sie als »Rüstzeug für draußen« lernen und erarbeiten müssen und
- vor allem lernen, mit anderen partnerschaftlich und im Konfliktfalle angemessen umgehen.

Daraus entwickelten sich zum Beispiel: eine intensivere Beteiligung der Teilnehmer an der Kursgestaltung. Regelmäßige Treffen mit der Teilnehmerversammlung. Eine Form des Konflikt- Managements, um bei Schwierigkeiten möglichst die häufig diffuse Frage nach der Ursache durch gemeinsame Überlegungen zur Beseitigung oder Eindämmung des Konfliktes zu ersetzen. Offene Beurteilungsformen und Einsicht in Gutachten. Neu war der Abschluß von Rehabilitationsverträgen mit den Teilnehmern, was damals von allen Einrichtungen der Erwachsenenrehabilitation strikt abgelehnt wurde, weil man nur Rechtsbeziehungen zwischen dem Kostenträger und der eigenen Einrichtung im Sinne eines »Vertrages zugunsten Dritter«, des Rehabilitanden, unterstellte (bezeichnend dafür ist schon die Verwendung des Gerundivums *Rehabilitand: Derjenige, der wieder eingegliedert werden muß*). Mit »Geschäftsfähigkeit« hatte der Rechtsstatus der erwachsenen Teilnehmer wenig zu tun¹⁰.

Natürlich blieben viele Schwierigkeiten ungelöst. Eine Erziehung von Kindern und Jugendlichen in der Sonderschule ist wesentlich freier in Auswahl und Gestaltung der zu vermittelnden Lerninhalte als berufliche Bildungsmaßnahmen mit abschließender Prüfung vor der Industrie- und Handelskammer (IHK) oder Handwerkskammer (HwK). Ein Berufsabschluß ist nicht alles, aber die Integrationsmöglichkeiten sind ohne ihn erheblich erschwert. Zudem ist die verfügbare Zeit, in der Teilnehmer gefördert werden können, sehr beschränkt: meist umfaßt sie nur 2-3 Jahre. Erziehung zur Geschäftsfähigkeit findet hier und durch die gegenüber Jugendlichen reiferen Persönlichkeiten deutliche Grenzen. Entscheidend für weiteres Suchen war letztlich, daß dieser didaktische Entwurf keine ausreichende Antwort auf die notwendige Verzahnung von Fachinhalten, Förderung, Methoden und Lernorganisation geben konnte, weil er sich auf *einen* Aspekt konzentrierte und ansonsten auf die didaktischen Gegebenheiten der Sonderschule verwies.

¹⁰ Heute ist nach Urteilen der *Arbeitsgerichte* die Vertragsbeziehung nicht mehr zweifelhaft

4.1.2 Kommunikative Didaktik

Insbesondere der „*störfaktoriale Aspekt*“ (Winkel 1980, 144; 1991, 126; 1993, 85) der kommunikativen Didaktik, Unterricht vor allem unter Störungsgesichtspunkten zu analysieren, nach Störungsursachen zu fragen und mögliche Lösungen zu erarbeiten, trifft ein zentrales Problem der beruflichen Rehabilitation seelisch Behinderter. Wie schon in Kapitel 3.3.2.2 erläutert wurde, kommen weniger Konflikte vor, als man gemeinhin annimmt. Aber durch die Spezialisierung der Einrichtung auf seelisch Behinderte ist auch eine für die Teilnehmer nicht immer leicht zu ertragende Problemkonzentration gegeben, die zu Reibungen führt. Darüber hinaus ergeben sich Schwierigkeiten auch aus dem *Beziehungsaspekt* (Fischer 1995). Zum Beispiel aus der für Erwachsene oftmals als kränkend empfundenen Lernsituation und einem daraus erwachsenden Ungleichgewicht: einem Pendeln zwischen einer privaten, erwachsenen, selbstbestimmten Rolle und einem häufig zu beobachtenden Rückfall in schülerhafte, kindliche Verhaltensmuster. Die Rolle »Auf-andere-angewiesen-Sein« korrespondiert mit den Lebenserfahrungen des Erwachsenen. Ein weiteres Problemfeld stellt nicht selten die Versagerproblematik dar: ein unheilvoller *circulus vitiosus* von Lernschwierigkeiten, falscher Deutung, abqualifizierenden Fremdbewertungen, negativem Selbstbild und daraus resultierender geringer eigener Leistungserwartung. Das dritte Problembeispiel sind Angst im Unterricht und Beziehungsprobleme zwischen Lehrkräften und Teilnehmern. Toleranz gegenüber Fehlern »der anderen Seite« spielt für eine gelöste, entspannte Lernatmosphäre eine entscheidende Rolle. Neurotische oder gestörte Verhaltensweisen beschränken sich nicht auf die Teilnehmer, sondern kommen auf seiten der Lehrkräfte ebenfalls vor. Was eine emotional aufgeladene Atmosphäre auslösen kann, wurde bereits unter dem Stichwort *Expressed Emotions* im Zusammenhang mit dem *Vulnerabilitäts- Stress- Konzept* gezeigt. Im Lernprozeß sind das ungerechte, einseitige Schuldzuweisungen an die Teilnehmer, Dominanzansprüche der Ausbilder, sinnlose Machtspiele! Eine gleichrangige Beziehungskultur bei Wahrung unterschiedlicher Rollen und Aufgaben ist ein schwieriges und mühsames, aber sehr wichtiges Ziel. Es erfordert immer wieder aufs neue das ausgleichende Gespräch, das Ringen um einen *status quo* und das Verdeutlichen der Sicht des anderen.

Neben diesen praktischen Beispielen lassen sich aus den Zielvorstellungen der kommunikativen Didaktik weitere nützliche Anwendungen ableiten; hinsichtlich des Inhalts- und Vermittlungsaspektes, wie ihn Winkel (1993, 86) ausführt, ist eine Orientierung am lerntheoretischen Ansatz zu erkennen, wobei *teilnehmeraktive* und *gruppenbezogene* Unterrichtsmethoden dominieren. Winkel war mit seiner 1980 erstmals veröffentlichten Schrift: „Pädagogische Psychiatrie für Eltern, Lehrer und Erzieher“ einer der wenigen Pädagogen, der sich explizit und ausführlich mit seelischen Erkrankungen beschäftigte. Seine Erläuterungen und Beispiele sind eindrucksvoll und spannend, die Thesen aufrüttelnd, teilwei-

se auch provokativ. Die Lektüre lohnt in jedem Falle, wenn man –in welcher Funktion auch immer- in Kontakt mit seelisch Erkrankten kommt. Da Winkel zugleich ausgewiesener Vertreter der kommunikativen Didaktik ist, lag es (1980 auch zeitgeistbedingt) nahe, seelische Krankheiten bevorzugt aus Kommunikationsstörungen, zum Beispiel double-bind (siehe Kapitel 3.4.2.3) oder schizophrenogenen Familien- Kommunikations- Stilen, abzuleiten. Nun sind diese Hypothesen als *Ursachen* für die Entstehung von Schizophrenie widerlegt (siehe Kapitel 3.4.4), obwohl die zugrundeliegenden Problemkonstellationen als *Auslöser bzw. Stressfaktoren* nach wie vor eine Rolle spielen. Zwar gibt Winkel mit der oben zitierten Veröffentlichung wichtige Hilfen innerhalb des Unterrichts bei *Unterrichtsstörungen*, wie Angst, Beziehungsschwierigkeiten, Aggressivität, und ebenso nützliche Hinweise auf Inhalte und Verlauf von *Therapieverfahren*, jedoch keine hinsichtlich des *Unterrichts* bei Teilnehmern mit Psychosen, insbesondere mit Schizophrenie. Natürlich ist, wie oben bereits erläutert, das Vermeiden und Eindämmen von Kommunikations- und Beziehungsstörungen auch für Menschen mit Psychosen zugleich Rezidivprophylaxe und wichtiger salutogener Faktor. Als didaktische Grundlage für das Lernen mit diesem Personenkreis reicht dies jedoch nicht aus. Insbesondere die Unzugänglichkeit, die Kontaktarmut, die emotionale Verflachung und das nahezu autistische Abschotten gegenüber Außenstehenden machen den pädagogischen Zugang zum einzelnen außerordentlich schwer, so daß kaum Einblicke in die kognitiven Vorgänge des Lernens wie auch in die emotionalen Befindlichkeiten möglich sind.

4.1.3 Teilnehmerorientierte Didaktik der Erwachsenenbildung

Im Rahmen des Projektes "Lernprobleme Erwachsener" (siehe Kapitel 2.4.3) wurde erstmals ein zusammenhängender eigener didaktischer Ansatz formuliert, der sich -neben den bereits aufgezeigten didaktischen Quellen- auf Konzepte der Erwachsenenbildung (Breloer 1980; Doerry 1981; Tietgens 1980) bezog. Innerhalb einer »didaktischen Triade« stand der Aspekt *Lernförderung* als übergeordnetes Ziel im Zentrum der Überlegungen. *Teilnehmerorientierung* wird als zusammenfassende Vokabel für ein systematisches didaktisches Konzept, *wie Erwachsene erwachsenengerecht lernen*, verstanden. *Problemorientierung*, Merkmal ganzheitlicher Lernförderung, wird definiert als:

- Lernen anhand wirklichkeitsnaher Problemstellungen.
- Lernen unter realistischen Bedingungen, im Rahmen echter Problemsituationen.
- Lernen unter Anwendung bewährter Problemlösetechniken.

Prozeßorientierung umfaßt das Bestreben, Teilnehmer und Lehrkräfte auf den Ebenen der Beziehungen, der Inhalte und Problemstellungen gleichgewichtig

einzubinden, die Interdependenzen zwischen den didaktischer Entscheidungsebenen dynamisch ausgleichen, wie es Schulz (1981, 52) postulierte.

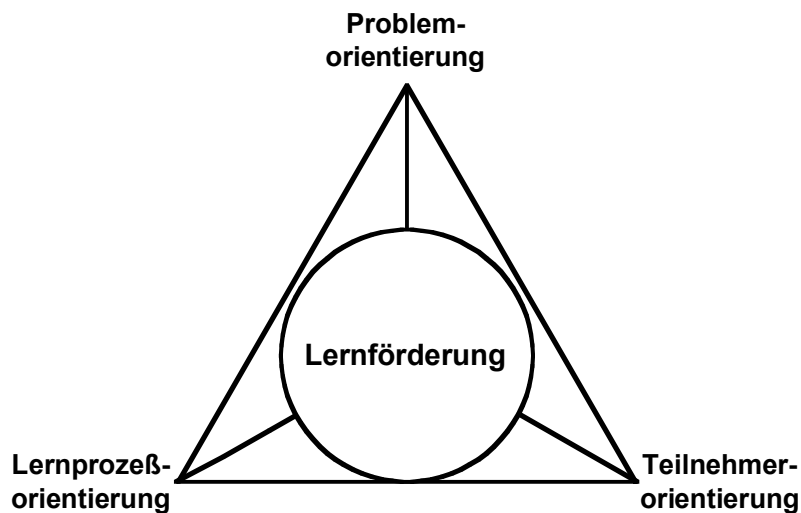


Abb. 29: Lernförderung (Fischer & Harke 1987, 23)

Teilnehmerorientierung hat deutliche Affinitäten zum "lerntheoretischen didaktischen Konzept" :

- a) *Ziel- und subjektiver Bedingungsaspekt* fordern einen vor fachinhaltlichen Anforderungen vorrangigen Anspruch der Teilnehmer auf Realisierung ihrer eigenen Lebensperspektiven innerhalb der Rehabilitation (subjektiv sinnvoll). Daraus leitet sich die Notwendigkeit des ständigen Diskurses über individuelle Zweckmäßigkeit und Nützlichkeit der Bildungsangebote und ihre notwendige Anpassung ab. Das führt zu Konsequenzen für den *Inhaltsaspekt*: Lernziele und Vorgaben aus Berufsbildern und Rahmenlehrplänen nicht nur abzuarbeiten, sondern Stoff, Inhalte und Kursgestaltung so zu organisieren, daß sie anwendungsbezogen (objektiv sinnvoll) werden.

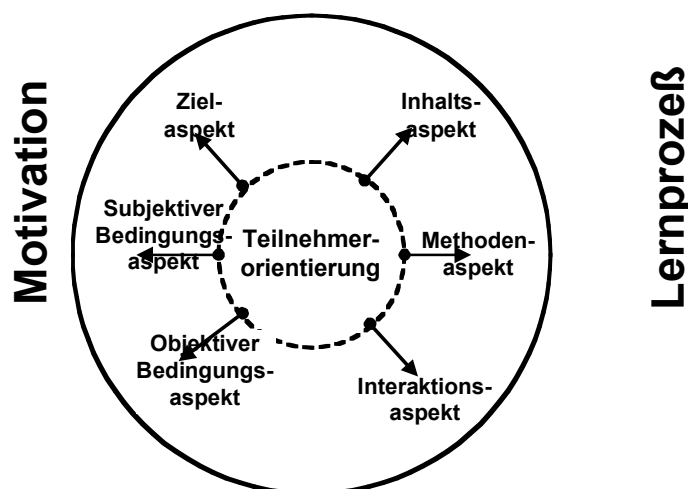


Abb. 30: Teilnehmerorientierung (Fischer & Harke 1987, 24)

- b) Der *Methodenaspekt* verlangt, lernfördernde Auswahlen zu treffen:
- Methoden anzuwenden, die lebenschte Situationen schaffen.
 - Sich an den Teilnehmerbedürfnissen und –kompetenzen zu orientieren.
 - Kooperatives Lernen zu fördern.
 - Problemorientiertes Entdeckungs- und Erfahrungslernen zu ermöglichen.
- c) Der *Interaktionsaspekt* stellt soziale und kommunikative Lernziele in den Vordergrund: regelmäßige Meta- Kommunikationssitzungen, Rückkopplungen durch wöchentliche Gruppenmeetings und regelmäßige, individuelle Lernberatungsgespräche. Überlegungen zur Motivationsförderung beschränkten sich seinerzeit auf eine interne Fortbildungsreihe mit Kollegen, um das Problem etwas besser zu verstehen lernen.

4.2 Das lerntheoretische didaktische Modell

Letztlich bietet das lerntheoretische Modell (Abb. 31) die besten Voraussetzungen zur Integration aller für den Lehr- Lern- Prozeß relevanten Faktoren einschließlich spezifischer Förderansätze für das Lernen mit Behinderten. Darauf weist Seyd (1985, 118) hinsichtlich des Lernens in BFWs hin, und Stadler belegt es am Beispiel von Schädel- Hirn- Traumatikern (1989^{a, c}, 1990, 1995^a, 1996, 1998) ausführlich. Dieser Rückgriff auf das bekannteste didaktische Konzept bietet eine gute Basis für die Verbindung von sonderpädagogisch individueller Förderung mit allgemeinpädagogischen Prinzipien. Eine *Sonderpädagogik für seelisch Behinderte* ist nicht erforderlich und auch nicht zweckmäßig. Sie impliziert die Gefahr der Aussonderung und Stigmatisierung (Stadler 1989^a, 68), und sie könnte durch zu spezielle Methoden und Lernorganisation letztlich dafür mitverantwortlich werden, daß sich Lernschwierigkeiten erst zu Defekten ausweiten (Nestle 1977).

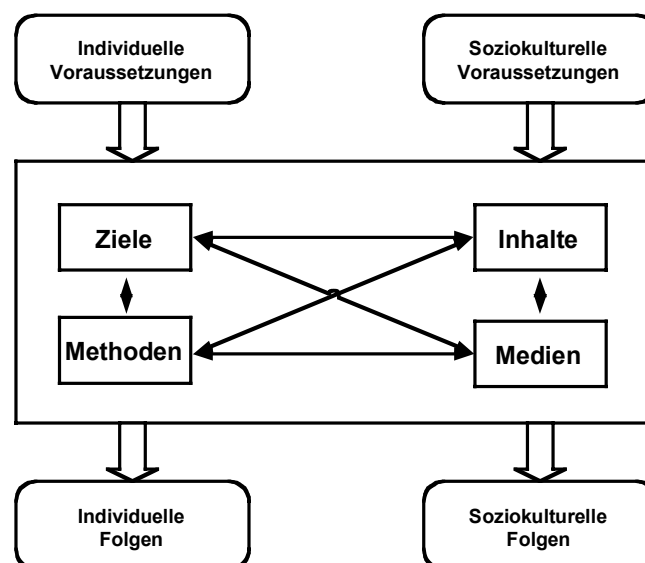


Abb. 31: Das lerntheoretische didaktische Modell

Der Rahmen umspannt den Lehr- Lern- Prozeß, der sich in wechselseitiger Abhängigkeit (*Interdependenz*) von *Zielen, Inhalten, Methoden* und *Medien* aufbaut. Als *Bedingungsfaktoren* spielen die *individuellen Teilnehmervoraussetzungen* sowie *soziokulturelle Umweltbedingungen* eine Rolle. Im Rahmen des Abschnittes über *Teilnehmerorientierung* werden die spezifischen Lernbedingungen seelisch behinderter Erwachsener ausführlich behandelt, die folgenden Kapitel konzentrieren sich auf Methoden und Medien.

4.2.1 bei Hirnverletzten

Bezogen auf Hirnverletzte differenziert Stadler (1990, 1998) das Modell durch konkrete Überlegungen hinsichtlich der Eingangsbedingungen des Lernens und der Konsequenzen einer mehr oder minder nachhaltigen Rehabilitation in Familie, Beruf und sozialem Umfeld, wie Abb. 32 zeigt. Die Darstellung führt alle Aspekte rehabilitativen Bemühens unter dem integrativen Leitgedanken: "Fördern trotz bestehender Schädigung" und „...was kann getan werden, damit trotz Hirnschädigung die Teilnahme am beruflichen und gesellschaftlichen Leben gelingt" (Stadler 1989^a, 74) zusammen.

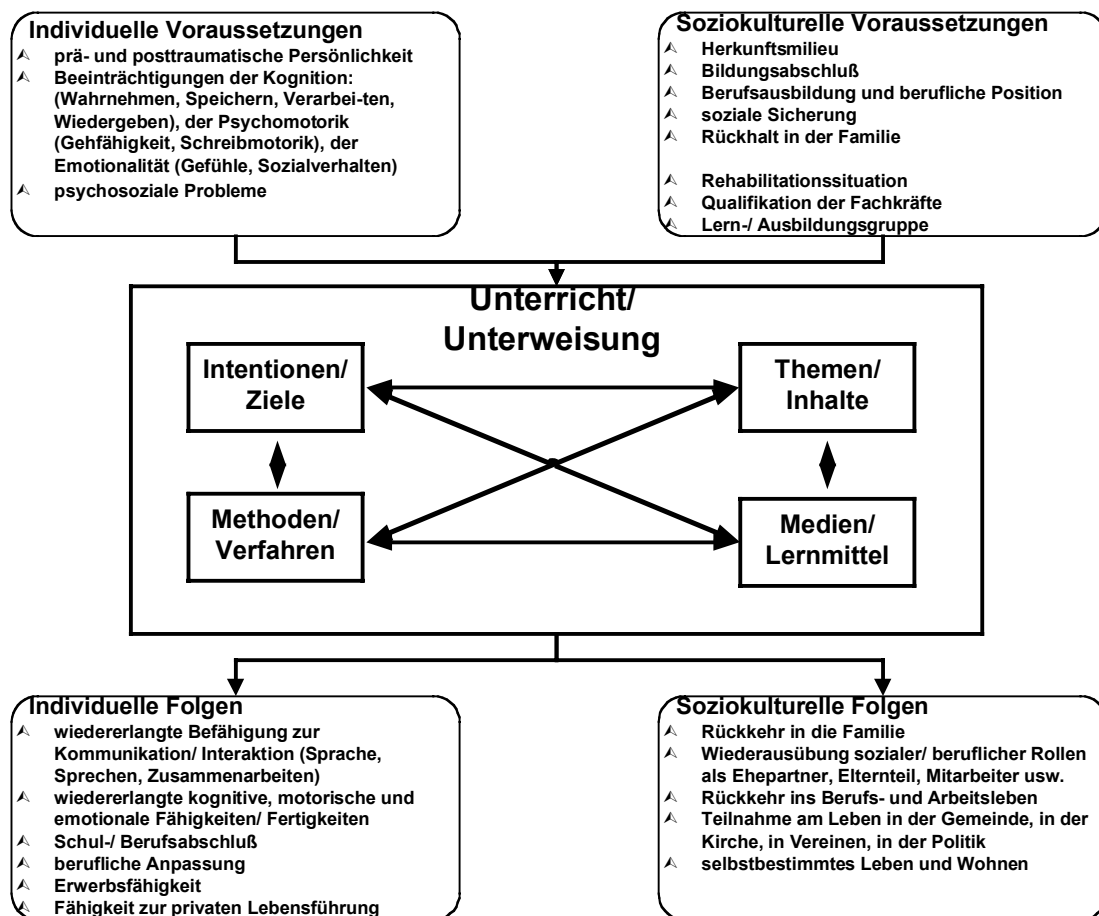


Abb. 32: Lerntheoretische Didaktik bei Hirntraumatikern (nach Stadler 1990, 197)

Medizinische, therapeutische, soziale und pädagogische Gesichtspunkte finden, bezogen auf die Analyse der Eingangsvoraussetzungen sowie Realisierung notwendiger Maßnahmen, unter einem gemeinsamen Ziel, dem individuellen Förderplan zusammen (Stadler 1995^a, 96). Didaktik bleibt nicht auf die Planung und Gestaltung des Unterrichtes im engeren Sinne beschränkt, sondern initiiert und reflektiert Erziehung bzw. Rehabilitation umfassend.

4.2.2 bei seelisch behinderten Erwachsenen

Die didaktischen Bedingungsfelder und Grundentscheidungen sind bei seelisch behinderten Erwachsenen mit denen bei Schädel- Hirn- Traumatikern vergleichbar. Das lerntheoretische didaktische Modell ist auch hier für die Analyse, Planung, Durchführung und ständige Reflexion des Entwicklungsprozesses im Rahmen der beruflichen Rehabilitation passend. In diesem Abschnitt sollen die einzelnen Aspekte des Lernens mit seelisch behinderten Erwachsenen nur aufgezählt werden. *Wie* im einzelnen zu lernen ist, wird in der Folge differenziert überlegt.

4.2.2.1 Individuelle Voraussetzungen

Hierunter sollen alle den Lernprozeß bestimmenden oder beeinflussenden Erscheinungs- und Äußerungsformen des betreffenden Individuums verstanden werden: z.B. Alter, soziale Entwicklung, Biographie, Krankheitszustand und –entwicklung, Persönlichkeit, Lernschwierigkeiten. In Kapitel 5 wird darauf ausführlich eingegangen.

4.2.2.2 Soziale Voraussetzungen

Sie kann man wie konzentrische Kreise um den einzelnen Teilnehmer herum verstehen:

- *Unmittelbare Lebensbezüge*: Partner, Familie, Kinder, Kontakte mit der Verwandtschaft, soziale Kontakte, Freunde, Bekannte, Lebensumwelt und die soziale Stellung des Betroffenen im städtischen oder dörflichen Umkreis, Wohnsituation.
- *Mittelbare soziale Abhängigkeiten und Versorgungssysteme*: behandelnde Ärzte und Kliniken, Betreuer, Sozialdienste oder Anlaufstellen, Kontakte zu persönlich bekannten Beratern in Ämtern und Behörden, eigenes Einkommen und finanzielle Unterstützungen.
- *Sozialmilieu in der Rehabilitation*: Die Einrichtung und ihre Zielsetzungen, die Wertvorstellungen und Anforderungen gegenüber Teilnehmern. Kontakte zu einzelnen Mitarbeitern und anderen Rehabilitanden. Bevorzugt wahrgenommene Angebote und Freizeitverhalten. Soziale Stellung in der Ausbil-

dingsgruppe. Beziehungen zwischen Ausbildern und Lehrkräften und diesem Teilnehmer.

4.2.2.3 Ziele

Dieses Entscheidungsfeld muß in der Rehabilitation seelisch Behinderter weit gefaßt werden. Es darf sich nicht auf fachliche Lernziele beschränken:

- Interessen, Wünsche und Hoffnungen müssen gemeinsam erarbeitet, Lebensziele konkretisiert, berufliche Möglichkeiten erprobt, persönliche oder familiäre Vorprägungen hinsichtlich des angestrebten Rehabilitationsergebnisses kritisch reflektiert werden.
- Psychoedukative und salutogenetische Ziele hinsichtlich gesundheitsstabilisierender Faktoren und Copingstrategien gehören ebenso in einen Förderplan, wie gemeinsame Absprachen über Arbeitsschritte zur besseren Krankheitsbewältigung; Absprachen über Medikamente; Alltagstraining hinsichtlich Kleidung, Sauberkeit und selbständiger Versorgung; Therapieziele, -verfahren und -beteiligung.
- Auch berufliche und fachinhaltliche Ziele können nicht nur curricularen Vorgaben folgen, man muß differenzieren. Die Vielfalt der Entwicklungsgeschichten schafft heterogene Bedingungen: manche Teilnehmer bringen aufgrund hoher Intelligenz und Bildung, meist in theoretischen Gebieten, so gute Voraussetzungen mit, daß man Mühe hat, angemessene Lernangebote zu finden. In anderen, oft praktischen Anforderungen, erweisen sie sich nicht selten als extrem ungeschickt oder unselbständig. Das Lernen zu differenzieren bedeutet, auch die Lernziele zu differenzieren, ohne den Anspruch an einen einheitlichen Abschluß aufzugeben.

4.2.2.4 Inhalte und Themen

In Kapitel 2.4.4 wurde schon skizziert, daß die thematische Auswahl und ihre lernorganisatorische Umsetzung nicht unwichtig für den Lernerfolg bei seelisch behinderten Erwachsenen sind.

- Das sollte sich in der *thematischen Struktur* niederschlagen: z.B. Bündelung zusammengehörender Lerninhalte in anwendungsbezogenen Komplexen, die in Epochen, Projekten oder Fallstudien *konkret* erfahren werden. Hinweise hierzu in Kap. 7.3.
- Aus *psychoedukativen Lernzielen* leiten sich zusätzliche Themen und Inhalte ab. Unterrichte und Übungen unter dem Stichwort »Sozialkunde«, um lebenspraktische Kompetenzen zu trainieren: vom Führen eines eigenen Haushaltes bis zu Fragen des Umgangs mit Banken, Behörden und Vermietern; ebenso Hilfen zur Orientierung in neuen sozialen Umgebungen, Möglichkeiten der Kontaktpflege. Das Einbinden von Kompetenztraining in einen beruflichen Förderrahmen ist günstig, weil Bezüge zu beruflichen Anforderungen

hergestellt werden können und damit die Akzeptanz steigt. Veranstaltungen »im Ausbildungsbereich« werden oft leichter angenommen als Therapieangebote, denen mißtrauisch begegnet wird, weil die Teilnehmer ihre Erfahrungen aus Krankenhausaufenthalten abstreifen wollen.

- Auch aus *methodischen Überlegungen* können zusätzliche Inhalte sinnvoll sein:

Beispiel 9

Raumvorstellung ist im Technischen Zeichnen für viele eine sehr abstrakte Anforderung. Im Bauzeichnen dagegen sind die Anwendungen wesentlich konkreter, weil Häuser und Innenräume aus Erfahrung stärker in inneren Bildern vorcodiert sind. Um in der Zeichner- Ausbildung die Vorstellung verschiedener »Räume« faßbarer zu gestalten und über mehrere Sinnesorgane wahrnehmen zu können, wurde ein unkonventioneller Umweg, anstelle von üblichen, ziemlich sinnlosen Übungsreihen gewählt: Ein zweiwöchiger Vorkurs unter dem Thema »Räume«. Es wurden Räume aus Ton plastiziert, danach Raum- Modelle gebaut, so daß sich die Vorstellung verschiedener Körperansichten aus Handlung und Erfahrung heraus langsam vom Konkreten zum Abstrakten entwickeln konnte. Die folgenden Aufgaben aus der »darstellenden Geometrie«, die wegen ihrer hohen Abstraktion sehr gefürchtet und tatsächlich auch sehr schwierig ist, wurden danach erstaunlich gut gelöst.

- Umgekehrt wird man *Lerninhalte reduzieren* und innerhalb des Unterrichts ständig überprüfen, wenn sich aus ihnen psychische Stresssituationen ergeben können. Manches »Sachthema« spitzt sich in Gruppengesprächen urplötzlich in einer Weise zu, die man erst deuten kann, wenn über die Krankheits- und Lebenshintergründe mehr bekannt ist und affektive Zusammenhänge verständlich werden.

4.2.2.5 *Methoden und Medien*

Der Methodenaspekt wird ab Kapitel 6 ausführlich behandelt. Bei der Wahl der Methode ist auf die besondere Problematik seelischer Erkrankungsbilder zu achten. Das stellt eine zweiseitige Forderung dar. Einesteils sollen von der jeweils situationsadäquaten Methode gezielte Stimuli ausgehen und krankheitsfördernde Risiken minimiert werden. andererseits soll der Lernprozeß nicht von *Sondermethoden* beherrscht werden. Anknüpfend an die im Kapitel 3.7.3 aufgeführten Merksätze lassen sich folgende Maximen formulieren:

- Klare, transparente, unzweideutige Vorgehensweise und Kommunikation!
- Konkrete, aktives Handeln fördernde Methoden!
- Klare Formulierung und übersichtliche Dokumentation der Ziele, des Vorgehens, der Arbeits- bzw. Lernaufträge und der Zwischenergebnisse..
- Individuelle Differenzierungen der Inhalte und Methoden, aber mit den Betroffenen abstimmen!
- Methoden erläutern!

- Änderungen begründen! Fehleinschätzungen, Meinungen und Haltungen offen ansprechen!
- Für Struktur sorgen: inhaltlich, methodisch und in der Kommunikation.
- Sicherheit vermitteln und Vertrauen schaffen!
- Konflikte zügig entschärfen! Erst nach einer Beruhigungsphase aufarbeiten! Für eine differenzierte Betrachtung des Konfliktgeschehens sorgen!

4.3 Zusammenfassung

Das *lerntheoretische didaktische Modell* ist als Grundlage für ein sonderpädagogisches Konzept für seelisch behinderte Erwachsene zweckentsprechend. Einmal wird so von vornherein das Risiko eingeschränkt, daß das Lernen mit psychisch kranken Personen als Sonderaufgabe ausgegliedert und damit deren soziale Isolierung und Stigmatisierung noch verstärkt wird. Zum anderen wird, nicht zuletzt auch am Beispiel Hirnverletzte deutlich, daß alle relevanten Aspekte des Lernprozesses, auch die einer individuellen und speziellen Förderung, auf der Grundlage dieses Didaktikmodells systematisch analysiert, geplant und realisiert werden können. So realisiert sich das eingangs postulierte Gleichgewicht zwischen Normalisierungs- und Individualisierungsprinzip. Auch wurde deutlich, daß die grundlegenden Anliegen der *kooperativen, kommunikativen* und *teilnehmerorientierten Didaktik*, soweit sie sich auf Behinderte in der beruflichen Rehabilitation beziehen, ebenfalls ohne Einschränkung integriert werden können.

Ein didaktisches Modell definiert die Aktionsfelder pädagogischer Analyse, Planung, Konzeptbildung und Realisierung. Es beschreibt, *was* den Lernprozeß ausmacht und *wie* die einzelnen Prozeßelemente zusammenwirken. Als Modell bedarf es der Umsetzung und Detaillierung.

Im folgenden Kapitel *Teilnehmerorientierung* geht es um die Konkretisierung der *individuellen* und *soziokulturellen Voraussetzungen* des Lernvorganges. Die Kapitel 6 und 7 befassen sich mit *lernpsychologischen und methodischen Aspekten* des Lernprozesses, um herauszuarbeiten, welche Notwendigkeiten, Besonderheiten und Begründungszusammenhänge für das Lernen mit seelisch behinderten Menschen gesehen werden.

5 TEILNEHMERORIENTIERUNG

»Teilnehmerorientierung« wurde in Kapitel 4.1.3 als didaktisches Konzept verstanden, wie *Erwachsene erwachsenengerecht lernen*. Es ging um *subjektive Zielorientierung, teilnehmerspezifische Methoden* sowie die Einbindung *sozialer und kommunikativer Lernziele*. Nun ist zusätzlich zu überlegen, welche *individuellen Lernvoraussetzungen und Fördernotwendigkeiten* sich aus einem Lernprozeß mit seelisch behinderten Erwachsenen entwickeln. Dabei geht um Verknüpfung beruflicher Förderung mit gesundheitlicher bzw. persönlicher Entwicklung.

5.1 Problemstellung und Ausgangsbasis

Das Problem ist nicht, daß diese Forderung nach *Berufsförderung plus Entwicklungsförderung* zu hoch gegriffen wäre, auch wenn diese bislang, zumindest im Rahmen von Berufsausbildungen in BFWs oder BBWs, wenig beachtet wird (Schopf 1993^b, 82). Wenn bei Kindern und Jugendlichen der *Erziehungsförderung* in Schule und Berufsausbildung unbestritten ist, dann sollte »*Entwicklungshilfe*« als Pendant dazu beim seelisch behinderten Erwachsenen kein Tabu sein. Nicht die Zielsetzung, sondern ihre Realisierung ist das Problem, wie sich im Verlaufe langjähriger Versuche auch im RKL und BBRZ zeigt.

Bei der Vielfalt seelischer Krankheitsbilder und ihrer unterschiedlichen Psychopathologie ist mit einer Fülle von Auffälligkeiten, Störungen und Defiziten zu rechnen. Diese sind diagnostizierbar, klassifizierbar und kategorisierbar, und sie bieten möglicherweise auch Ansätze für therapeutische Interventionen. Aus medizinischen Diagnosen und psychopathologischen Befunden lassen sich jedoch keine persönlichkeitsfördernden Lernziele für berufliche Maßnahmen ableiten. In Kap.3.4.3 und 6.2.1 wird anhand der *kognitiven und sozialen Trainingsprogramme* gezeigt, wie aus dem kausalen medizinischen Modelldenken heraus bei basalen Dysfunktionen lediglich isolierte Therapiebausteine entstehen, die Defizite ausgleichen, deren überdauernder Entwicklungseffekt jedoch unklar bleibt.

Möglicherweise lassen sich aus disabilities und handicaps, die sich aus Divergenzen zu je vorfindlichen Anforderungen fassen lassen, Ansatzmöglichkeiten zur *Beseitigung* von Behinderungen (Kleffmann 1996, 88) finden. Dafür ist jedoch ein *dynamisches Verständnis* seelischer Behinderung erforderlich, das von intraindividuelle Veränderbarkeit ausgeht (Ciompi 1996; Tschacher, Scheier & Aebi 1996). Meist wird seelische Behinderung jedoch statisch und defizitär aufgefaßt, obwohl empirische Befunde der Leistungsmöglichkeiten im Vergleich zu Gesunden solche Annahmen nicht stützen (Kleffmann 1996, 263, 273).

Auch sind einige Vorüberlegungen notwendig, bevor man solche Entwicklungsaspekte aufgreifen kann:

1. Pädagogische Förderansätze müssen in einer Form stattfinden, die im Rahmen von Lernprozessen möglich ist. Der Pädagoge ist kein Therapeut! Er sollte sich vor therapeutischem Dilettantismus hüten. Sein Arbeitsfeld ist nicht die Heilbehandlung, sondern das Fördern von Entwicklung. Deshalb sind ihm nur Problemstellungen aufgegeben, die sich als Lern- bzw. Entwicklungsziele definieren und in seinem institutionellen Rahmen realisieren lassen. Dilettantisch wäre, als »Einzelkämpfer« Förderaspekte umsetzen zu wollen, die nicht von der Einrichtung und den anderen Mitarbeitern getragen werden. Bei seelisch behinderten Menschen sind immer psychische Einbrüche möglich; ein stützendes Netz therapeutischer Interventionsmöglichkeiten ist daher zwingend.
2. Die angesprochene Vielfalt potentieller kognitiver, affektiver und sozialer Entwicklungsziele stößt im Rahmen der beruflichen Rehabilitation auf Grenzen der Realisierbarkeit, wenn die Ausbildung in größeren Gruppen stattfindet. Es ist schon in Einzelmaßnahmen, z.B. berufspraktischen Trainingsangeboten, für pädagogische Betreuer nicht leicht, bei jedem Teilnehmer neben den fachlichen Lernzielen und Fragestellungen spezielle Förderziele und individuelle methodische Ansätze zu beachten. Auch in kleinen Gruppen, wie zum Beispiel im RKL, gelingt persönlichkeitspezifische Förderung nur, wenn sie sich auf wenige Teilnehmer je Gruppe beschränkt, gut verständlich definiert, der jeweiligen Lernsituation angemessen und von allen beteiligten Mitarbeitern akzeptiert ist.
3. Das methodische Vorgehen muß gemeinsam abgesprochen werden, darf jedoch die Flexibilität der einzelnen Lehrkräfte und Ausbilder nicht ersticken. Zu enge oder zu spezielle Vorgaben werden selten eingehalten. Ein Lernprozeß ist dynamisch und wenig vorhersehbar, so daß Spielräume bleiben müssen. Zudem ist der von der Persönlichkeit abhängige Ausbildungsstil unterschiedlich und weder beliebig austauschbar noch unendlich variabel. Daher ist es besser, sich auf wenige, aber grundlegende *Ziele* zu verständigen und diese in *Beispielen sinnvoller Methoden* zu verdeutlichen, als auf ein zu rigides Korsett.
4. Ein gestuftes Vorgehen ist zweckmäßig und ökonomisch. Die allgemeine Lernorganisation sollte häufige Problemstellungen in relevanten kognitiven, sozialen, kommunikativen und affektiven Lernzielen-, -inhalten und Methoden aufgreifen. So werden individuell zusätzliche Förderziele leichter bewältigt.

5.2 Grundlagen persönlichkeitsfördernder Entwicklungsziele

So diffus seelische Erkrankungen, ihre Symptome und Ursachen bleiben, so wenig faßbar und generalisierbar sind demzufolge ihre Auswirkungen auf Beruf, Arbeit und Umwelt. Es gibt viele Hinweise und Meinungen zu typischen Problemen, aber wenig gesicherte Befunde subjektabhängiger Integrationshemm-

nisse, die sich zu einem stringent logischen Fördersystem heranziehen ließen. Nun wurde bereits aufgezeigt, daß monokausale Begründungszusammenhänge fragwürdig sind und eher dem Simplifizierungsbedürfnis der Umwelt als den Phänomenen dieser Erkrankungen entsprechen. In multikausalen Beziehungssystemen lassen sich jedoch die Wirkungen einzelner Faktoren selten eindeutig empirisch fassen. Meist muß man auf heuristische Modelle und Hypothesen zurückgreifen.

Als potentielle Integrationsfaktoren sind deshalb die Kriterien anzusehen, denen -bis zum Beweis des Gegenteils- positive Effekte in Theorie und Praxis der Rehabilitation seelisch behinderter Menschen nachgesagt oder nachgewiesen werden. Die Wahrscheinlichkeit positiver Effekte wird um so stärker anzunehmen sein, je mehr und je unabhängiger voneinander gleichen Kriterien vergleichbare Integrationseffekte zugeordnet werden. Für ein pädagogisches entwicklungsbezogenes Förderkonzept hat dies zur Folge, daß die Problemursachen weniger wichtig sind als die Entwicklungsziele, die sich aus solchen positiven Integrationsfaktoren möglicherweise ableiten lassen. Ob die Ausgangsposition der Problematik bestimmt werden kann und an welcher »Wirklichkeit« sie sich orientiert (Watzlawick 1997, 99), kann offen bleiben, wenn gemeinsam mit dem betroffenen Teilnehmer in einem ständigen Prozeß die Ziele, die Wege dahin und die Hindernisse bedacht und aktualisiert werden. Diese Planung geht vom aktuellen Stand aus; sie orientiert sich nicht nur an den Endzielen, sondern auch an den Zwischentappen. Sie baut auf noch so bescheidenen- Kompetenzen auf und nicht auf Bemühungen, die Störungen zu beseitigen (Calchera 1989, 94).

5.2.1 Prädiktoren des Eingliederungserfolges

Prädiktoren, mit denen man versucht, erfolgreiche berufliche und soziale Wiedereingliederung seelisch Behinderter zu prognostizieren, stellen eine Möglichkeit dar, allgemein relevante soziale und persönliche Förderziele zu erfassen. Wenn von einzelnen Faktoren der Erfolg der Integration besonders abhängt, können diese auch als Förderbedürfnisse aufgefaßt werden. Es gibt viele Untersuchungen, die sich mit Prognosekriterien befassen. Ihre Ergebnisse sind teils widersprüchlich, was auch mit den jeweiligen Stichprobenstrukturen und Untersuchungsverfahren zusammenhängt. Nun kommt es hier auf die Faktoren an, die in Theorie und Erfahrungsberichten *übereinstimmend* als wichtig erkannt werden. Aus ihnen können Ableitungen für Entwicklungsziele im Rahmen der beruflichen Rehabilitation erfolgen. Dazu einige Beispiele:

Reimer, Kunow & Kuhnt (1990) gehen bezüglich der Rehabilitations- Chancen psychiatrischer Patienten von folgenden grundlegenden Erfolgsfaktoren aus:

1. Arbeitsvergangenheit, insbesondere Leistungsbereitschaft und Integration in das Arbeitsleben.

2. Persönliche und soziale Kompetenz: z.B. Intelligenz des Patienten, sensorische Geschwindigkeit und geringe Interferenzanfälligkeit (Verzögerung bei widersprechenden Reizen).
3. Soziale Unterstützung.
4. Fachliche Unterstützung (ärztliche, psychologische und soziale Versorgung und Nachsorge).
5. Art und Schwere der Krankheit: orientiert an Krankheitsbeginn und Befindlichkeit.

Aus der Reihe der Variablen, die sie dann aufgrund von Untersuchungen einer Stichprobe von n=474 ehemaligen Patienten aus dem PLK Weinsberg für das *Ausmaß beruflicher Integration* als relevant ermittelten, können folgende für einen entwicklungsfördernden Ansatz herangezogen werden:

- Selbstprognose bzw. Zukunftserwartung der Betroffenen.
- Emotionale Labilität.
- Soziale Kontaktfähigkeit bzw. Isolation.
- Kognitive Problemlösekompetenz.
- Psychomotorische Geschwindigkeit.

Ciampi et al. (1979) ermittelten –nach Bedeutsamkeit geordnet- folgende Prädiktoren hinsichtlich des *Arbeitserfolges* aufgrund einer Langzeitstudie mit n=81 Patienten:

1. Gute berufliche Sozialbeziehungen (Arbeitsverhalten).
2. Berufliche Ausgliederung unter 5 Jahren.
3. Positive Arbeitserwartungen der Betroffenen.
4. Positive Arbeitserwartungen des Reha- Teams.
5. Nicht ledig.
6. Positive Arbeitserwartungen der Familie.
7. Medikation.
8. Arbeit in der Reha- Einrichtung unter 6 Monate.
9. Weibliches Geschlecht.
10. Ich- Stärke.

Hinsichtlich des *Gesamterfolgs* kommen noch 11. subjektive Unzufriedenheit mit der derzeitigen Situation, 12. gute Arbeitsmotivation, 13. keine Hospitalisierung und 14. ein IQ- Wert über 100 als Prädiktoren dazu.

Einen Überblick über die Literaturlage und empirische Untersuchungen gibt Weis (1990). Am häufigsten werden nach seinen Recherchen als Erfolgskriteri-

en die *Rezidivrate* (Rehospitalisierung) und die *Integration in das Berufs- und Arbeitsleben* genannt. Daran wird deutlich, wie wichtig die berufliche Rehabilitation für die Eingliederung ist. Ein Ansatz zur spezifischen Persönlichkeitsförderung ergibt sich daraus jedoch nicht. Im Detail spielen vier Variablenbereiche eine Rolle, denen allerdings nur teilweise Prädiktorqualität nachgewiesen werden konnte. Hinsichtlich der für Förderzwecke relevanten Kriterien scheint bei den *soziodemographischen Merkmalen* das prämorbid bildungsniveau keine oder nur eine geringe Rolle zu spielen. Die *berufsspezifischen Merkmale* sind offensichtlich entscheidender für die Prognose: vor allem die prämorbid berufliche Vorgeschichte, erfolgreiche beruflich-rehabilitative Trainingsmaßnahmen und eine abgeschlossene Berufsausbildung. Bei *krankheitsbezogenen Merkmalen* ist die Diagnose ein eher umstrittener Vorhersagefaktor, wobei schizophrene Psychosen gegenüber anderen seelischen Erkrankungen ungünstigere Erfolgsaussichten unterstellt werden. Vor allem Schizophrenien mit langgezogenem Beginn der Erkrankung erwiesen sich als prognostisch ungünstig. Der psychopathologische Status und der Umfang der Remission sind als Prädiktoren gewichtiger. Bei den *sozialen Merkmalen* werden das Ausmaß der sozialen Integration, die familiäre Anpassung und der Faktor soziale Kompetenz als für die Integration wesentlich herausgestellt. Auf die Zukunftserwartungen der Betroffenen und ihrer Betreuer wurde schon hingewiesen.

Weis (1990, 63) hält bei diesen Ergebnissen Pessimismus nicht für angezeigt. Einmal bringen aus seiner Sicht nicht nur vollständige Eingliederungen auf dem Arbeitsmarkt, sondern auch Teillösungen positive Integrationseffekte. Zum zweiten unterstreicht er die Bedeutung der beruflichen Rehabilitation für das Einüben in allgemeine und berufsbezogene Sozialkompetenzen zur Reduzierung von Defiziten, stützt also den hier vertretenen konzeptionellen Ansatz. Insgesamt kommt dem erfolgreichen Abschluß der beruflichen Rehabilitations- oder Trainingsmaßnahme mit nachfolgender beruflicher Voll- oder Teileingliederung größte Bedeutung als »zentraler« Prädiktor zu. Eine berufliche Förderung ist entscheidend für die Gesamtintegration. Wichtigstes Förderziel muß es deshalb sein, daß sie - auch bei Störungen und Schwierigkeiten- durchgehalten und positiv abgeschlossen werden muß. Das ist nicht immer einfach, aber bei Flexibilität und Offenheit für individuelle Probleme und deren oft nur begrenzte Lösbarkeit möglich, wie das die Erfahrungen im RKL/ BBRZ zeigen. Leyendecker (1992, 664) leitet diese Forderung nach Förderung aus einer ethisch gebotenen Balance zwischen den Prinzipien »Hoffnung« und »Verantwortung« ab und faßt sie in die Formel: „Nicht ändern, sondern fördern“!

5.2.2 Ratingskalen zum Lern-, Arbeits- und Sozialverhalten

Die meisten Therapie- und Trainingseinrichtungen verwenden Rating-Skalen zur Einschätzung von Problemen im Lern-, Arbeits- und Sozialverhalten. Viele ihrer Kriterien ähneln sich. Sie dienen in der Regel der Beurteilung von Arbeits-

fähigkeiten, wobei die Auswahl der Beobachtungskriterien selten empirisch gesichert ist. Reimer et al. (1990, 139) fassen aus der Stichprobe des PLK Weinsberg die Probleme der Arbeitsintegration wie folgt zusammen:

Probleme auf seiten der Rehabilitanden	Schwierigkeiten auf seiten der Arbeitgeber	Schwierigkeiten durch wirtschaftliche Lage und Gesetzgebung
<ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigung der sozialen Kontaktfähigkeit • Wenig stabile Arbeitsmotivation • Residualsymptomatik (Verlangsamung, Affektverflachung) • Leistungsschwankungen • Rasche Ermüdbarkeit • Wechselhafte Berufskarriere • Verlust des Arbeitsplatzes im Vorfeld der Erkrankung • Geringe Fähigkeit zum Aufbau und Erhalt realistischer Berufsperspektive • Äußerliche Besonderheiten: maskenhaft starr, Hyperkinesen, Abweichungen in Kleidung und Auftreten 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde Informiertheit • Vorurteile • Konkurrenzsituation (Wettbewerbsvorteile bei hochleistungsfähiger Belegschaft) • Geringe Möglichkeiten/ Bereitschaft zu individuellen Sonderregelungen • Unwirtschaftlichkeit bei Minderleistungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsmarkt • Versicherungsrechtliche Gegebenheiten, die vor allem jüngere (hebephrene) Patienten benachteiligen • Unklare Kostenträger-Situation • Notwendigkeit simultaner Problemlösung in mehreren Bereichen, was den gleichzeitigen Einsatz mehrerer Maßnahmen erforderlich macht, wofür unterschiedliche Kostenträger zuständig sind • Lückenhaftes derzeitiges Reha- Angebot, was besonders schwierige, aber hilfsbedürftige Patienten benachteiligt

Abb. 33: Probleme der Arbeitsintegration (Reimer et al. 1990, 139)

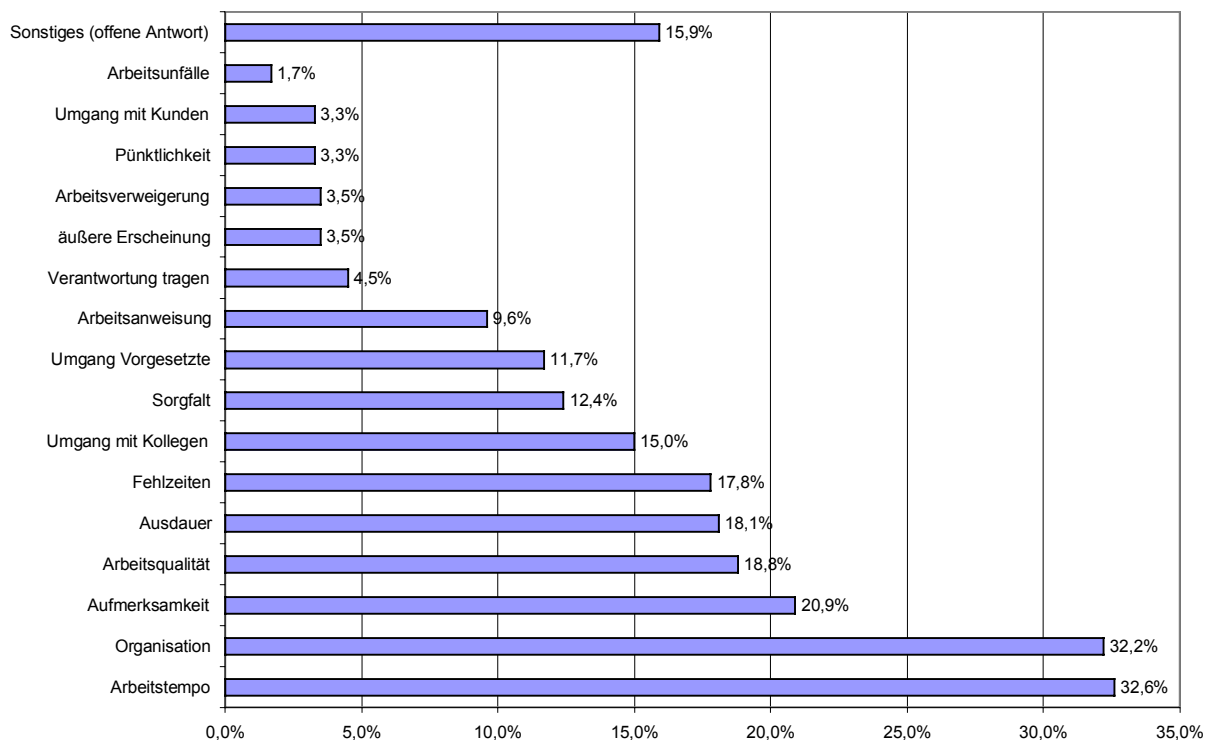


Abb. 34: Probleme seelisch Behinderter am Arbeitsplatz (Reker et al 1996, 193).

In einem Forschungsprojekt der Universität Münster (Reker, Eikermann et al. 1996, 139) werden aufgrund einer Stichprobe mit n=574 Klienten als Probleme am Arbeitsplatz berichtet (Mehrfachnennungen): siehe Abb. 34.

Als wesentliche Problemkategorien seelisch behinderter Teilnehmer werden im Beruflichen Trainingszentrum (BTZ) Wiesloch gesehen (Abb. 35).

Pünktlichkeit Zuverlässigkeit Ausdauer Umgang mit Kritik Umgang mit Gefühlen Umgang mit Krankheit	Erscheinungsbild Umgangsformen Soziale Kompetenz Familie Lebensumstände Alltagskompetenz	Arbeitstempo Arbeitsqualität Berufsmotivation Selbständigkeit	Lernfähigkeit Umstellungsfähigkeit Arbeitsmethodik Selbsteinschätzung Selbstvertrauen
--	---	--	---

Abb. 35: Probleme seelisch Behinderter (Bordel 1989, 133)

Zur Berufsfindung verwendet das BTZ Wiesloch (Geggus, Maier et al. 1994) folgende Einschätzungskriterien:

Lernen, Denken, Konzentration	Arbeitsverhalten	Arbeitsleistung
Auffassungsvermögen für praktische Unterweisungen, Auffassungsvermögen für theoretische Unterweisungen, Merkfähigkeit für einfache Zusammenhänge, Denkfähigkeit, Konzentrationsvermögen bei einfachen Aufgaben, Konzentrationsvermögen bei komplexen Aufgaben.	Einstellung zur Arbeit. Arbeitsplanung, Selbständigkeit, Flexibilität, Handgeschick, fein und grob, Übungszuwachs des Handgeschicks, Kritikfähigkeit, Sorgfalt, Ordnungsbereitschaft, Pünktlichkeit, Kontaktfähigkeit.	Ausdauer, Arbeitstempo bei Teilarbeiten mit Monotoniebelastung, Arbeitstempo bei ganzheitlichen Aufgaben, Arbeitsqualität, Belastungsfähigkeit.

Abb. 36: Einschätzungskriterien im BTZ Wiesloch (Geggus et al 1994).

1. Grundbedingungen	3. Belastbarkeit
Pünktlichkeit, Regelmäßige Anwesenheit, Pausenverhalten, Arbeitsmotivation, Zuverlässigkeit	Qualität der Arbeit, Quantität der Arbeit, Arbeitsgeschwindigkeit, Durchhaltevermögen, Streßbelastbarkeit, Reaktionsfähigkeit
2.1 Basisfähigkeiten	4. Soziale Fähigkeiten
Motorik, Körperkoordination, Sensorik, Wahrnehmung, Kognition, Konzentrationsfähigkeit, Eigenkontrolle bezüglich Qualität der Arbeit, Auffassungsgabe, Anweisungsverständnis, Grundflexibilität, Anpassungsfähigkeit	Rang und Status innerhalb der Arbeitsgruppe, Kritikverhalten, Frustrationstoleranz, Kommunikationsfähigkeit, Äußere Erscheinung
2.2 Spezialfähigkeiten	5. Qualifikation
Entscheidungsfähigkeit, Verantwortungsfähigkeit Eigenständigkeit, Selbstsicherheit, Führungsfähigkeit, Durchsetzungsvermögen, Kreativität, Flexibilität	Individuelle Beschreibung

Abb. 37: Beobachtungsmerkmale des "Karlsruher Integrationsverfahrens"

Der Psychosoziale Dienst des »Karlsruher Integrationsvereins für seelisch Behinderte« (Deusch 1996, 53) geht von den in Abb. 37 genannten Merkmalen zur Eingliederung aus, mit denen sowohl Arbeitsplatzanforderungen als auch die subjektive Leistungsfähigkeit der seelisch behinderten Arbeitnehmer bemessen werden.

Verhaltensfortschritte	in %	Bewertung		Datum
		—	+	
Gefühlsbereich				
• Selbstsicherheit	5	■		27.04.98
• Gefühlsstabilität	10	■		27.04.98
• Kommunikations- u. Kontaktfähigkeit	15	■		27.04.98
Kognitive Lernleistungen				
• Aufnehmen und Wiedergeben	20	■ ■		27.04.98
• Aufnehmen und Wiedergeben	40	■ ■ ■ ■		01.05.98
• Aufnehmen und Wiedergeben	60	■ ■ ■ ■ ■ ■		15.05.98
• Aufnehmen und Wiedergeben	80	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■		15.06.98
• Übertragen und Anwenden	25	■ ■		27.04.98
• Urteilen und Beurteilen	30	■ ■ ■		27.04.98
• Textverständnis	35	■ ■ ■		27.04.98
Lernverhalten				
• Lern- und Arbeitstempo	40	■ ■ ■ ■		27.04.98
• Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit	45	■ ■ ■ ■		27.04.98
• Planvoll vorgehen	50	■ ■ ■ ■ ■		27.04.98
• Selbständig arbeiten	55	■ ■ ■ ■ ■		27.04.98
• Überprüfen eigener Arbeit	60	■ ■ ■ ■ ■ ■		27.04.98
Lernprobleme				
• Lernmethoden und -techniken	65	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■		27.04.98
• Vorkenntnisse	70	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■		27.04.98
Interesse und Motivation				
• Aufmerksamkeit	75	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■		27.04.98
• Leistungsbereitschaft und Engagement	80	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■		27.04.98
• Interesse und Wißbegierde	85	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■		27.04.98
• Ausdauer	90	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■		27.04.98
Sozialverhalten				
• Kooperationsfähigkeit	95	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■		27.04.98
• Kritikfähigkeit	100	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■		27.04.98
• Pünktlichkeit	95	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■		27.04.98
• Zuverlässigkeit	90	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■		27.04.98

Abb. 38: Personenbezogene Lernfortschritte im BBRZ

Über die objektive Erfassung von Lernleistungen hinaus finden *Einschätzungen* zum Lern- und Arbeitsverhalten im RKL/ BBRZ anhand der in Abb. 38

dargestellten Ratingskala mittels eines Datenbankprogrammes statt, in dem neben den teilnehmerorientierten Basisdaten alle Ergebnisse und Verlaufsdaten abgespeichert werden. Die Auswahl der einzelnen Items erfolgt je nach Bedarf. Die Einschätzung erfolgt im Verlaufe des Lernprozesses mehrfach und macht so Fortschritte sichtbar¹¹. Auch zusätzliche Items können jederzeit eingefügt und beurteilt werden. Die Beurteilung orientiert sich an einer Skala von 0-100%, die in Zahlen und grafisch dargestellt wird. Werte unter 50% sind als »nicht ausreichend« zu verstehen. Neben dieser Skala allgemeiner personenbezogener Beobachtungen zum Lernverhalten wird eine zweite Ratingskala für fachliche Lernfortschritte geführt.

Das Problem bei Beobachtungssystemen ist, daß es meist an ihrer Absicherung hinsichtlich Objektivität, Reliabilität, Validität und Trennschärfe fehlt und so die Gefahr besteht, daß man persönliche Fehleinschätzungen »diagnostiziert«. Nur selten stehen dem Pädagogen geeichte diagnostische Instrumente zur Verfügung. Dann muß anhand solcher Skalen eingeschätzt werden. Denn das Aufdecken derartiger subjektiver Sichtweisen (und möglicher Fehleinschätzungen) dient der »Versachlichung« pädagogischer Wertungen in erheblichem Umfange. Ob Einschätzungen meßmethodisch zu verbessern sind, ließe sich im Vergleich mit empirisch gesicherten Kriterien, z.B. aus Arbeitsanalysen, klären.

5.2.3 Arbeitsanalysen

Arbeitsanalysen dienen vielfältigen Zwecken. Dabei sind betriebspraktische Anwendungen (z.B. Bewegungsanalysen, Arbeitsablauf- und Zeitanalysen, Gefährdungsanalysen) von eher theoretischen Ansätzen (z.B. der psychologischen Handlungsstrukturanalyse) zu unterscheiden. Einzelne Aspekte der Arbeitsanalyse sind in der DIN 33407 geregelt. Bekannte Konzepte sind die *Psychologische Arbeitsanalyse* (Frieling 1975), das *Arbeitswissenschaftliche Erhebungsverfahren zur Tätigkeitsanalyse (AET)* von Rohmert & Landau (1979), das *Tätigkeitsbewertungssystem (TBS)* von Hacker, Iwanowa & Richter (1983) und das *Verfahren zur Ermittlung von Regulationserfordernissen in der Arbeitstätigkeit (VERA)* von Volpert et al. (1983). Einen Überblick über die Verfahren und ihre Anwendungsschwerpunkte geben Landau (1992, 100-112) und Ulich (1992, 55).

Auch in der Rehabilitation Behinderter spielen Verfahren der Arbeits- und Belastungsanalyse zunehmend eine Rolle. Zu nennen sind hierzu (awfi et al. 1985) das *Instrumentarium zur Anforderungs- und Belastbarkeits-Analyse (ABA)*, die *Ertomis- Fähigkeits- und Anforderungsprofile* von Jochheim et al. (1985, 1988), neu als *Ertomis Assessment Method (EAM)* veröffentlicht von Kring, Stobbe & Schian (1995), die *methode E.L.H.A.N.* (Employer des personnes handicapées, Nancy 1991), das Projekt (BMA 1996) *Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt (IMBA)* sowie die *Arbeitsplatz-*

¹¹ siehe Merkmal: Aufnahmen und Wiedergeben

Begehungs- und Belastungsanalyse (ABBA) von Landau, Maas, Marquard & Fischer (1997). Einen Überblick über die Verfahren und ihre Möglichkeiten innerhalb der Rehabilitation geben BMA (1996, VII 1-1) und Fischer, Landau, Maas & Marquard (1997, 1998).

Grundlegend versuchen die in der Rehabilitation eingesetzten Verfahren Divergenzen aufzuklären, die sich aus den Arbeitsplatzanalysen im Vergleich zu den bei Teilnehmern analysierten Leistungsvoraussetzungen und –möglichkeiten ergeben. Traditionelle Arbeitsanalyseverfahren orientieren sich dabei häufig an überholten, statischen Persönlichkeitsmodellen. Wegen der früher stärker vorherrschenden körperlichen Arbeit standen seinerzeit energetische Arbeitsbelastungen sowie physikalisch- chemische Umgebungsbedingungen im Vordergrund. Heute spielen die kognitiven und affektiven Anforderungen, die informatorischen, sensorischen, kombinatorischen und entscheidungsorientierten Merkmale, einschließlich Arbeitszufriedenheit eine wesentlich größere Rolle.

Werden die Arbeitsbedingungen und ihre Auswirkungen auf den Arbeitenden untersucht, handelt es sich um *objektive Arbeitsanalysen*; werden die subjektiven Wahrnehmungen der Arbeitssituation durch die Beschäftigten erhoben (Ulich 1992, 87), spricht man von *subjektiver Arbeitsanalyse*. Von der Methode lassen sich *analytische* und *summarische* Verfahren unterscheiden. Analytische Verfahren zerlegen die Untersuchung in Teilbereiche, zum Beispiel *Arbeitsgegenstand, Betriebsmittel, Arbeitsumgebung, Arbeitsaufgaben und Arbeitsanforderungen*. Sie sind standardisiert, gehen über eine reine Tätigkeitsbeschreibung hinaus und machen quantifizierte Aussagen, mindestens auf Ordinalskalenniveau, meist anhand eines differenzierten Kataloges von »Brückenbeispielen«. Summarische Verfahren schätzen dagegen global ein und ordnen Tätigkeiten entweder nach Anforderungsgrad in *Rangreihen* oder *-gewichteten* mittels *Stufenwertzahlen*: z.B. im REFA- Anforderungsermittlungverfahren (REFA 1973^b).

5.2.3.1 Subjektive Arbeitsanalyse mit SAA und STA

Die wissenschaftliche Forschung arbeitsbezogener Probleme bei seelisch behinderten Menschen steckt, wie Weis (1992) zu Recht feststellt, noch völlig in den Anfängen. Insbesondere gibt es kaum empirische Untersuchungen zur Belastungsanalyse bzw. zu Arbeitsbelastungen und deren Bewältigung an Arbeitsplätzen des freien Arbeitsmarktes. Auf der Grundlage eines heuristischen Modells, das die Arbeitssituation psychisch Kranker als ein Interaktionsgeschehen zwischen den objektiven Arbeitsanforderungen einerseits und der subjektiven Einschätzung und der Bewältigung des Individuums auffaßt, untersuchte Weis eine Stichprobe von n=92 Probanden, die in verschiedenen Werkstätten für Behinderte bzw. Reha- Einrichtungen arbeiteten. Für die Einschätzung der Leistungsbeeinträchtigungen entwickelte Weis zwei eigene Ratingskalen; für die subjektive Einschätzung der Arbeitsbelastung nutzte er die 50 Items der *Subjektiven Arbeitsanalyse -SAA-* (Udris & Alioth, zit. nach Ulich 1992, 87) und einen eigenen Fragebogen zur *Arbeitszufriedenheit*.

Die Haupt- und Subindices der *Subjektiven Arbeitsanalyse* teilen sich auf in:

1. <i>Handlungsspielraum</i> 1.1 Autonomie (Verfügungs- und Bewegungsfreiheit) 1.2 Variabilität (Vielfalt)	4. <i>Qualifikation</i> 4.1 Anforderungen 4.2 Einsatz 4.3 Chancen für die Zukunft
2. <i>Transparenz</i> 2.1 Transparenz der Aufgabe (Feedback) 2.2 Soziale Transparenz (Überblick)	5. <i>Soziale Struktur</i> 5.1 Unterstützung durch Kollegen 5.2 Kooperation 5.3 Respektierung durch Vorgesetzte
3. <i>Verantwortung</i> 3.1 für eine gemeinsame Aufgabe (Status) 3.2 für Ereignisse (Belastung)	6. <i>Arbeitsbelastung/ Überforderung</i> 6.1 Arbeitsvolumen 6.2 Schwierigkeit

Abb. 39: Kategorien der *Subjektiven Arbeitsanalyse*

Die Ratingskalen für die Selbst- und Fremdbeurteilung von »Arbeitsleistung« umfaßten die Kriterien: Pünktlichkeit, Ausdauer, Zuverlässigkeit, Konzentration, Belastbarkeit, Flexibilität, Selbständigkeit, Verantwortung, Kooperation, Toleranz und Konfliktfähigkeit. Die Ergebnisse zeigen Beeinträchtigungen in den Bereichen Belastbarkeit, Konfliktfähigkeit und Toleranz gegenüber unvorhersehbaren Ereignissen. Selbst- und Fremdbewertung unterscheiden sich nur geringfügig, eine Erfahrung, die sich auch im BBRZ/ RKL bestätigt. Die Teilnehmer schätzen sich tendenziell eher etwas schwächer ein. Als Prädiktoren spielen darüber hinaus das Ausmaß der prämorbidem beruflichen Integration und die berufliche Perspektive -im Sinne positiver Zukunftserwartung- eine wichtige Rolle.

Verfahren wie die *Subjektive Arbeitsanalyse* oder die *Subjektive Tätigkeitsanalyse* –*STA*– von Ulich (1992, 90) stellen neben Ratingskalen eine weitere Möglichkeit dar, die Sicht des Teilnehmers auf seine Arbeitsbiographie bzw. derzeitige Arbeits- und Lernsituation zu schärfen und mit ihm daraus Arbeitsschritte abzuleiten, welche Voraussetzungen gestärkt werden müssen, um die Spannung zwischen persönlichen Zielen und deren Behinderungen zu überwinden.

5.2.3.2 Objektive Anforderungs- und Fähigkeitsanalyse mit MELBA

MELBA -**M**erkmalsprofile zur **E**ingliederung **L**eistungsgewandelter und **B**ehinderter in **A**rbeit- (Kleffmann 1993) arbeitet mit zwei kongruenten Profilen, dem »Anforderungsprofil« und dem »Fähigkeitsprofil«. Wie aus Abb. 40 ersichtlich, erfolgt die Einstufung relativ global in fünf Stufen. Aufbau, Art der Einschätzung und 20 der 30 Kriterien von MELBA sind aus dem oben zitierten EAM-System (Jochheim et al. 1985, 1988) übernommen, also nicht neu. Mit MELBA soll, wie mit EAM und ABBA, das Plazierungsproblem von Behinderten an Arbeitsplätzen systematisiert und optimiert werden. Ziel ist, anhand abgleichbarer Kriterien die Besetzung eines Arbeitsplatzes nach dem altbekannten Satz: „Die richtige Person an den richtigen Platz“ zu lösen.

ANFORDERUNGSPROFIL					
Arbeitsplatz: <u>Verwaltung Nr. 22</u>		Datum: _____			
MERKMALE	1	2	3	4	5
1. ANTRIEB		○			
2. ARBEIT AM GRUPPENARBEITSPLATZ			○		
3. ARBEIT AM SEPARATEN ARBEITSPLATZ	○				
4. ARBEITSPLANUNG		○			
5. AUFFASSUNG		○			
6. AUFMERKSAMKEIT		○			
7. AUSDAUER				○	
8. DURCHSETZUNGSFÄHIGKEIT		○			
9. FEHMOTORIK		○			
10. FÜHRUNGSFÄHIGKEIT	○				
11. KONTAKTFÄHIGKEIT		○			
12. KONZENTRATION		○			
13. KRITIKFÄHIGKEIT		○			
14. KRITISCHE KONTROLLE		○			
15. KRITISIERBARKEIT		○			
16. LERNEN / MERKEN			○		
17. LERNEN			○		
18. ÜBERLEBENSBEREITSCHAFT		○			
19. PROBLEMLÖSEN / EINGEFALLSREICHTUM		○			
20. PÜNKTLICHKEIT		○			
21. REAKTIONSFÄHIGKEIT	○				
22. RECHNEN	○				
23. SCHREIBEN		○			
24. SELBSTÄNDIGKEIT		○			
25. SORGFALT		○			
26. SPRECHEN		○			
27. TEAMARBEIT	○				
28. UMSCHLAFÄHIGKEIT		○			
29. VERANTWORTUNG		○			
30. VORSTELLUNG	○				

1 = sehr geringe Anforderung 2 = durchschnittliche Anforderung 3 = weit überdurchschnittliche Anforderung

Beobachtet: () B. Arbeitsort (Arbeitsort / Arbeitsplatz / Fertigkeit / Fertigung / Fertigungsstätte / Art. Größe und Struktur des Betriebes)

ruhiges Großraumbüro

Universität Gesamthochschule Siegen
"Berufliche Eingliederung Behindeter"
Merkblatt 3, 1983 Siegen 21

Melba Stand: April 1983

FÄHIGKEITSPROFIL					
Name: <u>Nr. 242</u>		Datum: <u>Jan. 1990</u>			
MERKMAL	1	2	3	4	5
1. ANTRIEB			X		
2. ARBEIT AM GRUPPENARBEITSPLATZ			X		
3. ARBEIT AM SEPARATEN ARBEITSPLATZ			X		
4. ARBEITSPLANUNG			X		
5. AUFFASSUNG				X	
6. AUFMERKSAMKEIT				X	
7. AUSDAUER				X	
8. DURCHSETZUNGSFÄHIGKEIT		X			
9. FEHMOTORIK			X		
10. FÜHRUNGSFÄHIGKEIT		X			
11. KONTAKTFÄHIGKEIT			X		
12. KONZENTRATION			X		
13. KRITIKFÄHIGKEIT			X		
14. KRITISCHE KONTROLLE		X			
15. KRITISIERBARKEIT			X		
16. LERNEN / MERKEN			X		
17. LERNEN			X		
18. ÜBERLEBENSBEREITSCHAFT			X		
19. PROBLEMLÖSEN / EINGEFALLSREICHTUM			X		
20. PÜNKTLICHKEIT			X		
21. REAKTIONSFÄHIGKEIT		X			
22. RECHNEN			X		
23. SCHREIBEN			X		
24. SELBSTÄNDIGKEIT			X		
25. SORGFALT				X	
26. SPRECHEN			X		
27. TEAMARBEIT			X		
28. UMSCHLAFÄHIGKEIT			X		
29. VERANTWORTUNG			X		
30. VORSTELLUNG				X	

1 = stark eingeschränkte Fähigkeit 2 = durchschnittliche Fähigkeit 3 = weit überdurchschnittliche Fähigkeit

Beobachtet: () B. Arbeitsort (Arbeitsort / Fertigkeit zum Zeitpunkt der Untersuchung / Mediation)

Mediation: Mellen!

Universität Gesamthochschule Siegen
"Berufliche Eingliederung Behindeter"
Merkblatt 3, 1983 Siegen 21

Melba Stand: April 1983

Abb. 40: MELBA- Profile (aus Kleffmann 1993)

Nicht überzeugend ist die *Beurteilungsmethodik* von MELBA, die weitgehend identisch mit EAM und wahrscheinlich auch davon abgeleitet ist (Fischer 1987, 74; Fischer, Landau et al. 1998, 34):

1. Die Einstufung der Merkmale ist einfach und zeitsparend, aber zu offen. Sie entspricht dem Niveau von Ratingskalen.
2. Bei der Ermittlung der »Anforderungen am Arbeitsplatz« fehlen Möglichkeiten, durch Beobachtung oder Messung zur Objektivierung oder Zuverlässigkeit beizutragen. Wie sollen *Antrieb*, *Durchsetzungsfähigkeit*, *Kritisierbarkeit*, *Lernen/ Merken*, *Sorgfalt* etc. als Anforderungen eines Arbeitsplatzes bemessen werden? Fittkau (1978, 734) bezeichnet solche Beurteilungen als intuitive, hochinferente Schlußfolgerungen.
3. Einzelne Kriterien basieren auf umstrittenen Annahmen über die Unveränderbarkeit menschlicher »Fähigkeiten«. So sind weder *Arbeitsplanung*, noch *Problemlösen*, *Lesen*, *Rechnen*, *Schreiben*, *Sprechen* und *Vorstellung* zeitstabile, nur von der Begabung abhängige Fähigkeiten, sondern werden zum nicht geringen Teil erlernt (Krapp 1984, 75). *Lernen mit Merken* gleichzuset-

zen ist ein Ausfluß des Behaviorismus und entspricht nicht dem Stand kognitiver Lerntheorien.

4. Problematisch erscheint vor allem die starre Ausprägung als statusdiagnostisches Verfahren, was den vielfach konstatierten Leistungsschwankungen bei seelisch behinderten Menschen (Schopf 1991, 1993^b; Eikelmann & Reker 1993) kaum gerecht wird.

Außerordentlich interessant sind jedoch die empirischen Ergebnisse zur Fragestellung, inwieweit über MELBA und zusätzlich mit testpsychologischen Verfahren erhobene »Fähigkeiten« von Teilnehmern mit 162 MELBA- Anforderungsprofilen aus Industrie, Dienstleistung, Handwerk und Verwaltung korrelierten. Kleffmann (1996) untersuchte hierzu eine Stichprobe von n=47 schizophrenen Patienten im Vergleich mit bereits vorliegenden Daten von n=15 Patienten mit Zylothymie und einer Kontrollgruppe von n=41 nicht behinderter Probanden. Die Ergebnisse widerlegen vielfach verbreitete Annahmen (vgl. Kap.5.2.2) über Arbeitsplatzprobleme Schizophrener:

1. Die Arbeitsfähigkeiten der Schizophrenen werden unterschätzt (S. 238-244)!
 - Bei den Kulturtechniken: Lesen, Schreiben, Rechnen ergeben sich nur beim Rechnen niedrigere Werte, was jedoch wahrscheinlich eher auf mangelnde Konzentration und Aufmerksamkeit zurückzuführen ist.
 - Bei den kognitiven Leistungsparametern erreicht diese Gruppe sehr hohe Werte, die auf das prämorbid hohe Bildungsniveau und die gute Intelligenz zurückzuführen sind. Die kognitiven Fähigkeiten sind absolut nicht reduziert, fallen lediglich gegenüber den prämorbid Leistungen etwas ab. Aufmerksamkeit, Konzentration und Merkfähigkeit lassen nach. Sehr gute Werte wurden bei der Auffassung und bei abstraktem Problemlösen erreicht.
 - Bei den psychomotorischen Gegebenheiten zeigen sich die deutlichsten Defizite, vor allem bei Feinmotorik und Reaktionsgeschwindigkeit, die meist unter dem Durchschnitt lagen. Weniger auffällig ist die üblicherweise vermutete Antriebsschwäche.
 - Bei der Art der Arbeitsausführung sind die Einschränkungen ebenfalls weniger ausgeprägt, als immer wieder vermutet wird. Die Leistungen liegen zwar unter den kognitiven Fähigkeiten, bleiben aber noch im Durchschnitt.
 - Ähnliches gilt für die sozialen Kompetenzen. Hier werden zwar bei einigen Teilnehmern Defizite festgestellt, von anderen aber überdurchschnittliche Werte erzielt. Von einer allgemeinen Reduzierung kann keine Rede sein.
2. Die Fähigkeiten der schizophrenen Probanden sind heterogen!
 - Impairments und Disabilities, Fähigkeiten und Behinderungen können nicht bereits aus der Diagnose abgeleitet werden. Die Heterogenität der Leistungen innerhalb der Gruppe Schizophrenie ist mit der Gruppe nicht behinderter Probanden vergleichbar. Die Niveauunterschiede zwischen den drei untersuchten Gruppen schizophrener, zylothymischer und nicht behinderter Probanden sind so gering, daß sich allein aufgrund Zugehörigkeit zur Gruppe der Schizophrenen keine generell reduzierten Leistungsfähigkeiten nachweisen lassen (ebd. 221).
 - Die unterschiedlichen Ergebnisse zur bisherigen Schizophrenieforschung sind auch damit zu begründen, daß sich die Stichproben klinisch katamnestischer Studien von den Probanden dieser Untersuchung unterscheiden; diese sind arbeitslos, arbeiten in Werkstätten für Behinderte oder befinden sich in Ausbildung.

3. Die Fähigkeitsprofile der Schizophrenen entsprechen in einem höheren Maße den Anforderungen der Wirtschaft und Verwaltung, als bisher vermutet, (ebd. 245-269)!
 - Im einem kompletten Vergleich aller Leistungsvoraussetzungen mit den Anforderungen zeigt sich, daß die Probanden im Mittel einer großen Anzahl von Arbeitsplätzen gewachsen sind.
 - Überforderungen zeigen sich an den Kriterien: Aufmerksamkeit und Konzentration, Arbeitsausführung und psychomotorische Anforderungen.
 - Höhere Voraussetzungen als erwartet bringen die schizophrenen Probanden bei sozialen Anforderungen, Ausdauer, Sorgfalt, kritische Kontrolle und Verantwortung.
4. Das Integrationspotential ist höher als man erwartet. Fähigkeitsdefizite können mit Fähigkeitspolstern kompensiert werden (ebd. 249)!
 - 1/3 der Probanden verfügt über Fähigkeiten, die absolut kongruent mit den Anforderungen ausgewählter Arbeitsplätze sind.
 - 2/3 der Probanden verfügen über kompatible Fähigkeiten, wenn bei nur einem Merkmal eine Überforderung zugelassen würde.
 - Bei zwei überfordernden Merkmalen erfüllen 80% aller Probanden Anforderungsprofile der ausgewählten Tätigkeiten.
 - Bei drei Merkmalen nahezu alle Probanden.
5. Das Integrationspotential der schizophrenen Probanden ist deutlich höher als ihre Erwerbsquote!
 - Zwar sind nur 8% der Probanden beschäftigt.
 - Mindestens ein Drittel erfüllt jedoch, auch bei strengem Maßstab, Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes.

Die Ergebnisse stützen Forderungen nach mehr Förderung seelisch Behinderter, auch im Sinne der Lern- und Persönlichkeitsförderung, wie sie in dieser Arbeit entwickelt werden. Sie unterstreichen die Leistungspotentiale schizophrener Teilnehmer, soweit die relativ geringe Stichprobengröße eine solche Verallgemeinerung zuläßt. Einige der bereits genannten Kriterien werden als berufliche Integrationsfaktoren bestätigt, die deshalb für eine Entwicklungsförderung besonders relevant sind: *Aufmerksamkeit* und *Konzentration*, *Arbeitsausführung*, *psychomotorische Fertigkeiten* und *soziale Kompetenzen*.

5.2.3.3 Objektive Arbeits- und Leistungspotentialanalyse mit ABBA

Die Arbeitsplatz- **Begehungs-** und **Belastungs-** Analyse (Landau et al. 1997) basiert auf dem Belastungs- und Beanspruchungskonzept des bereits zitierten AET (Landau, Luczak & Rohmert 1975) und seiner Gliederung in: *Arbeitssystemanalyse*, *Aufgabenanalyse* und *Anforderungsanalyse*. Für das AET liegen ein Datenbestand von ca. 7000 beurteilten Arbeitsplätzen sowie Studien zur Validität und Reliabilität vor, die auch für ABBA in Anspruch genommen werden können. ABBA besteht aus zwei kongruenten Beurteilungssektoren: der *Arbeitsplatzanalyse K-AET* (Landau et al. 1997) und der *Leistungspotentialanalyse*

ELP (Fischer et al. 1997). Derzeit sind Supplemente für »Bildschirm- Arbeit« und für »Heben und Tragen« verfügbar.

ABBA wird von vier Kooperationspartnern, dem Institut für Arbeitswissenschaft an der TH Darmstadt (IAD), dem Betriebsärztlichen Dienst der Berufsgenossenschaften (BAD), dem BBRZ Karlsbad und dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen betrieben. Die Kooperationspartner bringen die anonymisierten Daten ihrer Analysen von Arbeitsplätzen und von Behinderten in eine gemeinsame Datenbank ein, auf die jeder zugreifen kann. Zwar sind in diesem neuen Projekt bislang nur wenige teilnehmerbezogene Analysen erhoben, so daß über den Einzelfall hinausgehende Auswertungen derzeit noch nicht möglich sind. Es ist aber geplant, systematische Auswertungen der Anforderungen nach Tätigkeiten, Berufen, Branchen und Wirtschaftszweigen zusammenzustellen und ebenso Aussagen über die Leistungsmöglichkeiten von Probanden, geordnet nach Berufen, Tätigkeiten, Diagnosen, Behinderungen etc.

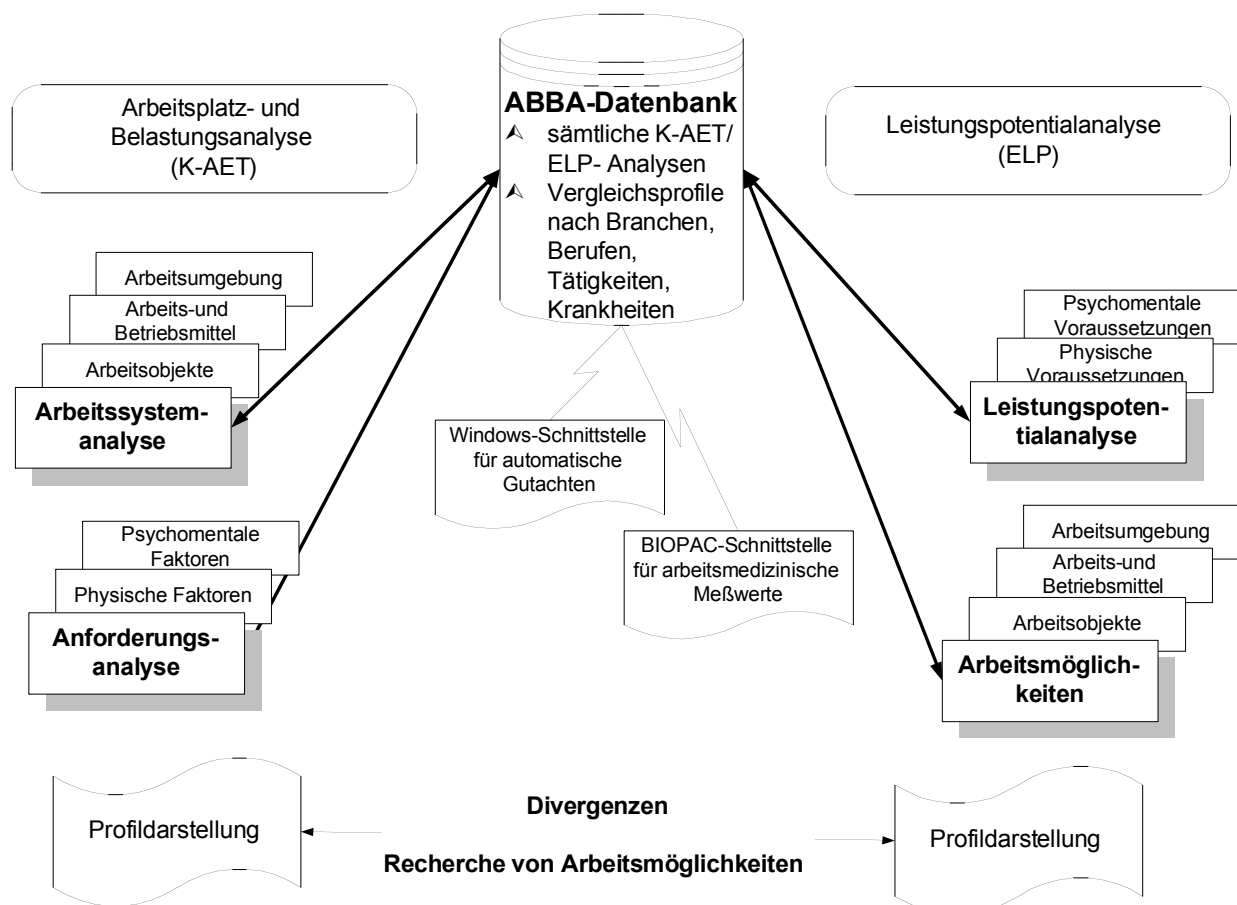


Abb. 41: ArbeitsplatzBegehungs- und BelastungsAnalyse

Bei der Arbeitsplatzanalyse wird zuerst das Arbeitssystem objektiv am Arbeitsplatz erhoben und erforderlichenfalls durch Messungen verifiziert; danach werden die Anforderungen bestimmt.

Gliederung des K-AET (102 Items)		Gliederung des ELP (127 Items)	
A.	Analyse des Arbeitssystems	A.	Leistungspotentialanalyse
1	Arbeitsobjekte	1.	Physische Voraussetzungen
1.1	Stoffliche Arbeitsobjekte	1.1	Körperhaltung – Haltungsarbeit
1.2	Arbeit an Menschen oder Tieren	1.2	Haltearbeit
2.	Arbeits- und Betriebsmittel	1.3	Körperbewegungen
2.1	Eigenschaften	1.4	Kombination Haltearbeit und Körperbewegungen
2.2	Zustand der Arbeitsgestaltung	1.5	Schwere dynamische Muskelarbeit
2.2.1	Stellteile	2.	Psychomentale Voraussetzungen
2.2.2	Bildschirme und Anzeigen	2.1	Fähigkeiten zur Informationsaufnahme
2.2.3	Gestaltung des Arbeitsplatzes	2.1.1	Erkennungsdimensionen
3.	Arbeitsumgebung	2.1.1.1	Visuelle Wahrnehmungsfähigkeit
3.1	Physikalisch- chemisch	2.1.1.2	Auditive Wahrnehmungsfähigkeit
3.2	Arbeits- und Gesundheitsschutz	2.1.1.3	Sonstige Wahrnehmungsfähigkeit
3.3	Organisatorische	2.1.2	Wahrnehmungsverarbeitung
3.3.1	Arbeitszeit	2.2	Kognitive Voraussetzungen
3.3.2	Entlohnung	2.2.1	Kognitive Leistungen
3.3.3	Ablauforganisation	2.2.2	Kognitive Funktionsstörungen
3.3.4	Aufbauorganisation	2.3	Kenntnisse
3.3.4.1	Stellenwert des Arbeitsplatzes	2.4	Informationsausgabe
3.3.4.2	Aufgaben		
3.3.4.3	Weisungsbefugnisse u. Verantwortung	B.	Arbeitsmöglichkeiten
B.	Anforderungsanalyse	1.	Umgang mit Arbeitsobjekten
1.	Physische Faktoren	1.1	Stoffliche Arbeitsobjekte
1.1	Körperhaltung	1.2	Mögliche Arbeitsaufgaben
1.2	Statische Haltearbeit	2.	Umgang mit Arbeits- und Betriebsmitteln
1.3	Einseitig dynamische Muskelarbeit	2.1	Nutzung von Betriebs- und Transportmitteln
1.4	Kombination statische und einseitig dynamische Arbeit	2.1.1	Bedienen von Stellteilen
1.5	Schwere dynamische Muskelarbeit	2.1.2	Arbeiten mit Anzeigen und Bildschirmen
2.	Psychomentale Faktoren	2.1.3	Gestaltungserfordernisse des Arbeitsplatzes
2.1	Informationsaufnahme	3.	Anforderungen an die Arbeitsumgebung
2.1.1	Erkennungsdimensionen	3.1	Physikalisch- chemisch
2.1.1.1	Visuell	3.2	Arbeits- und Gesundheitsschutz
2.1.1.2	Auditiv	3.3	Notwendige Arbeitsorganisation
2.1.1.3	Haptisch, taktil	3.3.1	Arbeitszeit
2.1.2	Zeitliche Aspekte der Infoaufnahme	3.3.2	Entlohnungsmöglichkeiten
2.2	Informationsverarbeitung und Kenntnisse	3.3.3	Ablauforganisation
2.3	Informationausgabe	3.3.4	Aufbauorganisation
		3.3.4.1	Wirkung von Arbeitszufriedenheit
		3.3.4.2	Arbeits-/ Aufgabenbezogene Voraussetzungen
		3.3.4.3	Mögliche Weisungsbefugnisse und Verantwortung

Abb. 42: Item- Kataloge des K-AET und des ELP aus ABBA

Beim ELP ist der Vorgang umgekehrt: zuerst müssen aufgrund medizinischer und arbeitsmedizinischer Diagnostik, aus psychologischen Eignungsuntersuchungen und aus den Lernergebnissen, Lernfortschritten sowie weiteren Einschätzungen im Arbeitsprozeß präzise Daten über die Leistungspotentiale des Probanden vorliegen, die mittels der Brückenbeispiele des ELP dann quantifiziert werden. Danach erst erfolgen –ebenfalls anhand vorgegebener Beispiele– die Beurteilungen der Arbeitsmöglichkeiten. Eine weitere Besonderheit liegt in der Möglichkeit zur *Abbildung inkonstanter Leistungsverläufe*, wie sich in Abb. 43 zeigt. Die Einstufungen des ELP eignen sich also auch für Aggregationen von Leistungsentwicklungen langfristiger Erprobungs- und Einarbeitungsprozesse. Diese erhalten selbst wiederum durch eine vorherige Analyse des angestrebten Arbeitsplatzes bzw. Berufes inhaltliche Validierung und Lernzielvorgaben.

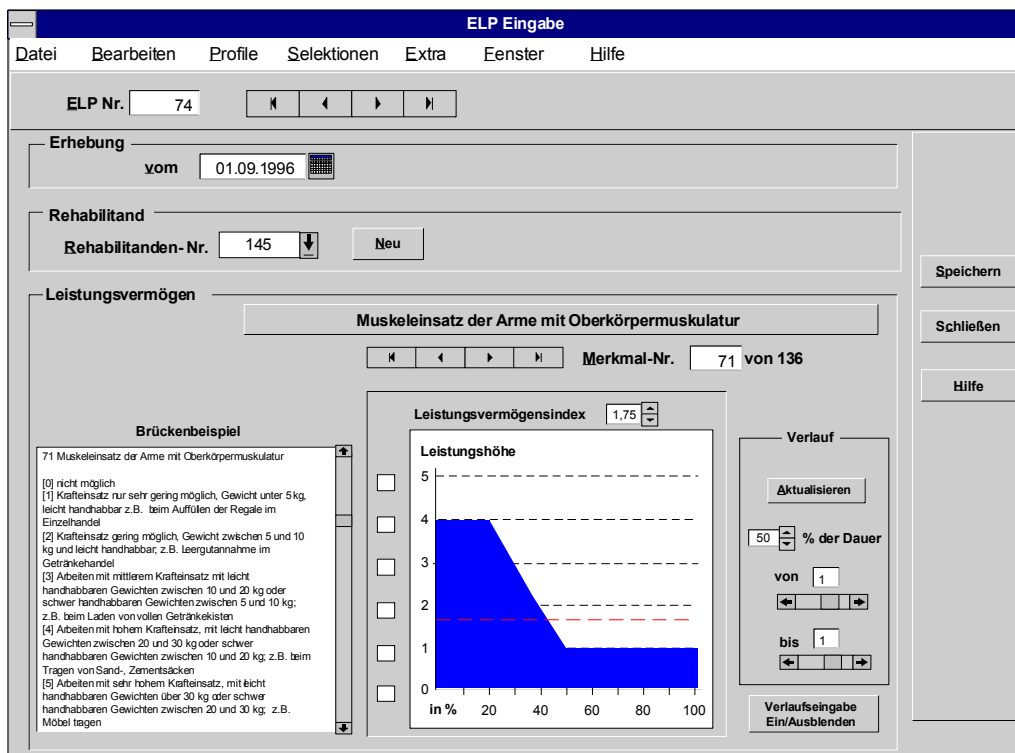


Abb. 43: Erfassungsmaske des ELP mit variablem Leistungsverlauf

Der Vergleich von Arbeitsplatz und Potentialen des Teilnehmers erfolgt, ähnlich wie bei E.L.H.A.N (1991), in Profildarstellungen (Abb. 44) kann statistisch natürlich auch differenzierter ausgewertet werden. Über allgemeine Aussagen bzw. Gesamtbewertungen hinaus sind besonders die Details der Leistungseinschätzungen im Vergleich zu allgemeinen Anforderungen angestrebter Berufe oder zu den speziellen Erfordernissen bestimmter Arbeitsplätze für Förderüberlegungen relevant. Nach den bisherigen, jedoch wegen der erst kurzen Laufzeit des Projektes nicht repräsentativen Erfahrungen im BBRZ scheinen sich Diskre-

panzen vor allem bei psychomentalen, arbeitsablauforganisatorischen, aufbauorganisatorischen sowie kognitiven Faktoren zu äußern.

Vergleichsprofile Anforderungen,
Tätigkeitsbezogen, Altenpflegerin

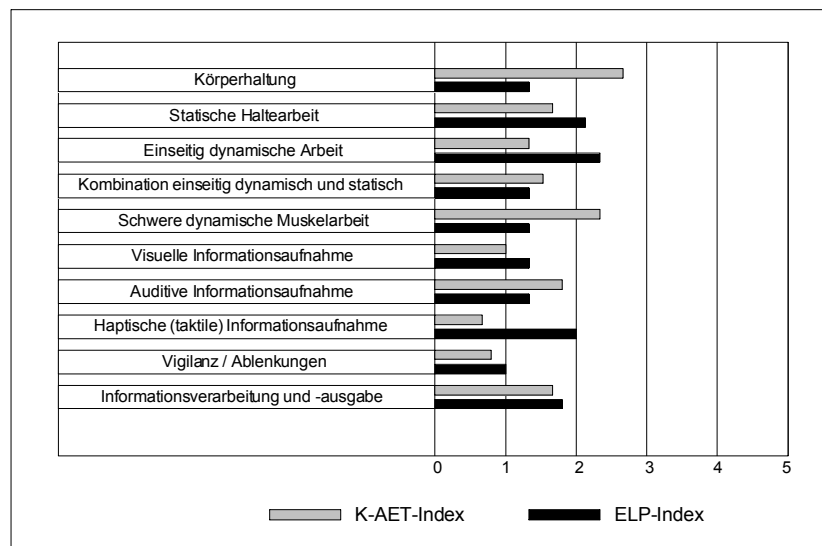


Abb. 44: Balkenprofile im Vergleich von K-AET und ELP

5.2.4 Berufs- und Arbeitsbiographie

Für die pädagogische Sicht des individuellen Förderbedarfs ist die Berufs- und Arbeitsbiographie außerordentlich aufschlußreich, wie vor allem Haerlin (1982, 1987) deutlich macht. Sie stützt ihre Hypothese, die Arbeitsgeschichte stelle einen besseren Prädiktor dar als Diagnose und Krankengeschichte, auf die Erfahrungen der englischen Sozialpsychiater Bennet und Wing sowie auf die Langzeitstudien Ciompis (Ciompi et al. 1979; Dauwalder et al. 1984). Körperbehinderte seien nach dem Rollenkonzept von Bennet und Wing in ihrem physischen Raum, seelisch Behinderte im sozialen Raum eingeschränkt; sie können soziale Rollen nicht angemessen erfüllen. Haerlin (1982, 95) fordert deshalb, daß berufliche Rehabilitationsangebote „Konzepte des sozialen Lernens“ anbieten sollten, so daß seelisch Behinderte im konkreten sozialen Feld konkrete soziale Rollen als Arbeitnehmer, Mieter usw. wieder erlernen können. Dafür sind nach ihrer Auffassung aber weder die Schule noch eine Klinik die richtigen Trainingsorte, sondern nur echte Arbeits- und Wohnbereiche¹². Neben den berufsfachlichen oder »instrumentellen« Fertigkeiten kommt es aus ihrer Sicht vor allem auf die *sozio-emotionalen* Aspekte des Trainings an. Die rein kognitive Wissensvermittlung sei ebenso verfehlt wie eine isolierte Psychotherapie ohne beruflichen Hintergrund.

¹² als Mit-Initiatorin »Beruflicher Trainings- und Therapiezentren für seelisch Kranke –BTZ« mußte Haerlin hier selbst erhebliche Kompromisse eingehen

Geggus, Meier et al. (1994, 48) untersuchen mittels Arbeitsanamnese anhand der *Dauer der Arbeitsverhältnisse* und *Häufigkeit des Berufs- oder Arbeitsplatzwechsels* Zusammenhänge zur sozialen und familiären Situation.

Zeit- raum	Berufliche Situation	Kündigung	Wohnsi- tuation	Stärken und Probleme bei der Arbeit	Private Si- tuation
Monat Jahr	Art der Tätigkeit	Selbst AG	Bei Eltern/ selbst	Was ist gut gelaufen? Wo lagen meine Stärken? Welche Schwierigkeiten?	Soweit für die Arbeit wichtig

Abb. 45: Arbeitsanamnese im BTZ Wiesloch (Geggus et al. 1994)

Neben dem Verständnis der Berufsbiographie als Schlüssel zur Lebensgeschichte und zum sozioemotionalen Rollen aspekt, bietet die Berufsentwicklung weitere Zugangsmöglichkeiten: Wenn man sich nicht nur für die formalen Daten der Berufsentwicklung, sondern für Vorlieben und Abneigungen, Stärken und Schwächen, positive und negative Erlebnisse, Lieblingsgebiete und »angstbesetzte« Fächer interessiert, öffnet sich der Blick auf die Persönlichkeit. Häufig kommt man so relativ gut ins Gespräch. Es wird deutlich, *welche* Lern- und Arbeitsschwierigkeiten behindern; daraus resultiert, *wie* man vorgehen könnte. Ausgangspunkt ist deshalb auch im BBRZ die Berufs- und Lernbiographie. Beim ersten Gespräch erhalten die Probanden einen Leitfaden für einen Lebenslauf, der neben den üblichen Angaben zur Schulbildung, Berufsbildung, Berufspraxis und Berufserfahrung auf die beruflichen und therapeutischen Ziele in der Rehabilitation abstellt, um dann differenziert auf Schulleistungen, persönliche Kompetenzen, Sach- und Fachkompetenzen sowie Interessen einzugehen.

Nicht jedem fällt es leicht, die Fragen zu beantworten. Manche Teilnehmer (und Mitarbeiter) halten diesen Schritt für überflüssig und verweisen auf die Akten; diese bestehen jedoch oft nur aus formalen Daten und sagen selten etwas über die »Lerngeschichte« aus – vor allem nicht über die eigene Einschätzung. Die ist aber entscheidend, auch wenn sie nicht immer mit den Fakten übereinstimmt! In einem Initialgespräch, das den Auftakt für regelmäßige *Lernberatungsgespräche* darstellt, soll behutsam erkundet werden, wie der Teilnehmer seine Lerngeschichte in Elternhaus, Schule und Beruf erlebte, wo er seine Stärken sieht, seine Probleme vermutet, welche Erfahrungen er machte, welchen Unterrichts- bzw. Beziehungsstil er eher schätzte oder ablehnte, welche Vorstellungen von eigenem Lernstil er hat. Diese ersten Gespräche bestimmen, welche gegenseitigen Rollenerwartungen vermittelt werden: Ist der Betreuer *Autorität, Schullehrer, Trainer, Moderator, Vorgesetzter...?* Ist der erwachsene Teilnehmer wieder *Schüler*, der in frühe, kindliche Verhaltensweisen zurückfällt, hilfloser *Untergebener, Partner...?* (Fischer 1995). Auch sollten zu schnelle Entscheidungen über Inhalte und Fahrplan, das Drängen nach »Lösungen« sollten vorerst vermieden werden. Besser ist, den neuen Teilnehmern Zeit lassen, sich zu orientieren, die neue personelle und institutionelle Umgebung aufzunehmen und ihre Wirkung auf das eigene affektive Erleben abzutasten, z.B. in Einfüh-

rungsseminaren, Hospitationen, Fahrten durch die Umgebung. Dies erweist sich oft als günstig, um Kontakt und einen »pädagogischen Faden zu finden«.

Calchera, Hübeler & Roth (1989, 22) entwickelten ein Modell, das auf drei Ebenen die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zum Gegenstand regelmäßiger Planungs- und Feedback- Gespräche zwischen Teilnehmern und Lehrkräften macht. Sie nennen dies „Laborarbeit“.

1. Hinsichtlich der *Vergangenheit* werden:

<i>Daten erhoben und gesichtet</i>	<i>Daten analysiert</i>	<i>Die Ereignisse subjektiv wahrgenommen und reflektiert</i>
Lebenslauf. Zeugnisse, Beurteilungen Schullaufbahn. Familienentwicklung (Interview). Interview mit der Mutter.	Auswertung der geschichtlichen Daten. Daten- und Aussagenvergleich. Analyse der Zusammenhänge zwischen Lebensgeschichte und aktuellem Verhalten.	Die Teilnehmer stellen die Höhen und Tiefen ihrer Entwicklung in einer „Lebenskurve“ dar. Sie schildern ihre Schulerlebnisse und ihre Familienerlebnisse

2. Bezogen auf die *Gegenwart* werden:

<i>Kompetenzen beobachtet</i>	<i>Die Situation analysiert in:</i>	<i>Die Situation reflektiert</i>
Physikalische und handwerkliche Kompetenzen. Hobbies und Neigungen. Basiskompetenzen. Kognitive Grundlagen. Werthaltungen und Moralvorstellungen	Fallbesprechungen der Lehrkräfte. Tagebüchern der Teilnehmer. Aufzeichnungen über individuelle Besonderheiten.	Relativieren von Diagnosen und Prognosen. Abbau von Vorurteilen. Lebensplanung.

3. Auf die *Zukunft* gerichtet sind folgende Ansätze:

<i>Inhaltliche Arbeit</i>	<i>Methoden und Betreuung</i>	<i>Diskussion und Reflexion</i>
Projektthemen und Projektziele für die Lernprozesse. Dokumentation des Lernens. Auswerten der Ergebnisse.	Konstanter Betreuungsrahmen. Konstante Bezugspersonen. Konstanter Informationsfluß. Berufliche und betriebliche Identifikationsmöglichkeiten. Einfühlung.	aktueller Ereignisse, moralischer Prinzipien, eigenen Rollenverhaltens, eigener Zukunftsperspektiven.

Abb. 46: Kriterien der pädagogischen Laborarbeit (Calchera et al. 1989)

Dieses Vorgehen bietet eine Fülle von Ansatzmöglichkeiten für Entwicklungsförderung, sowohl generell als auch individuell. Problematisch ist jedoch der psychoanalytisch orientierte Hintergrund der Autoren, der schon in Kap. 3.4.2.1 kritisiert wurde: es sei Aufgabe der pädagogischen Betreuung, auf die Ursprünge der geschädigten Subjektivität einzugehen und mit dem Betroffenen seine Geschichte weiterzuschreiben (Calchera 1989, 92):

- So werden mangelnde Flexibilität, Kreativität und Bevorzugung stark vorstrukturierter Lernvorgaben als Lernstörung aufgrund mangelhafter frühkindlicher Subjekt- Objekt-Differenzierung gedeutet.
- Vorlieben für mathematische Fähigkeiten (oft bei introvertierten Menschen zu finden) werden als Ersatz für eine fehlende Mutter- Kind- Einheit verstanden.

- Motorische Frühreife wird als Versuch bewertet, sich aus einer unlustvollen oder bedrohlichen Beziehung zu den Eltern oder zur Mutter lösen.
- Konzentrationsstörungen würden sich daraus ergeben, daß das Individuum aus Unsicherheit während kognitiver Vorgänge immer wieder die affektive Umwelt auf Beständigkeit überprüfen müsse.
- Daß in Mathematik schwache Teilnehmer die mathematischen Fähigkeiten der anderen nur auf Glück beziehen, das ihnen selbst versagt bleibe, beruhe auf »frühkindlichem, magischen Denken«, das die Erfüllung eigener Bedürfnisse direkt auf die Macht unausgeprochener Wünsche zurückführe.
- Nicht wenige Teilnehmer würden ohne ruhiges Lesen und Verstehen von Aufgaben in Test einfach darauf- los- arbeiten, weil sie Verzögerungen und Handlungsumwege affektiv nicht ertragen.
- Mangelhafte Beständigkeit in Lernleistung, Motivation und sozialem Verhalten wird letztlich auf zu schwach ausgeprägte Objektpermanenz zurückgeführt.

Zusammengefaßt macht Calchera (1989, 97) den individuellen Entwicklungsstand hinsichtlich Objektpermanenz, räumlicher Orientierung, Zeitbegriff und Antizipationsfähigkeit, logisch- mathematischen Denkens, Mengen- und Substanz-Invarianz, Kausalität und Bewegung (als Koordination von Raum und Zeit) zur Basis des Förderkonzeptes. Er landet damit dort, wo er nicht ansetzen wollte: bei der Störung! So interessant die oben angeführten Hypothesen über die Ursachen von Lernschwierigkeiten anhand Psychoanalyse und Entwicklungspsychologie von Piaget (Calchera 1989, 30) auch sind; es ist unrealistisch, die Piagetschen Entwicklungsstufen eines Kindes, die irregulär abliefen, später beim Jugendlichen oder jungen Erwachsenen »korrigieren« zu wollen. Erstens ging Piaget (Kap. 6.4) von spontaner, nicht von außen herbeizuführender Entwicklung aus. Zweitens sind die frühere Situation der »gestörten Entwicklungsstufe« und die heutige nicht vergleichbar: Man kann nicht zweimal in den gleichen Fluß steigen, lehrte schon Heraklit. Förderung wird nur stattfinden, wo sich zukunftsorientierte Lernvorgänge entwickeln, wie das im handlungsorientierten Konzept Aebli aufgewiesen wird.

5.2.5 Lernprobleme – Lernförderung Erwachsener

Eine über die Arbeitsanamnese und Berufsbiographie hinausreichende Möglichkeit ist die Erfassung von Lernproblemen, wie sie mittels der Fragebogen zu Lernproblemen Erwachsener –FLE- beispielsweise von Harke & Freibichler (1980, 1982, 1984) versucht und in verschiedenen Einrichtungen, darunter auch im BBRZ Karlsbad, erprobt wurden. Die FLE- Fragebogen beschränken sich nicht nur auf die Wahrnehmungen der Teilnehmer über ihre Probleme im Lernprozeß, sondern beziehen das Verhalten der Lehrkräfte und die Bedingungen der Lernsituation ein. Die Erhebungssysteme können hier nicht angemessen dargestellt werden. Für einen Überblick reichen die *Problemdimensionen* und *Items entscheidener Kriterien* aus dem *Problemeinschätzungsbogen* und dem *Lehrgangseinschätzungsbogen* (Abb. 47) aus.

Problemeinschätzungsbogen	Lehrgangseinschätzungsbogen
<i>Problemdimensionen</i> <ul style="list-style-type: none"> • Stoffverarbeitung (kognitive Verarbeitung) • Prüfungs- und Leistungsangst • Lern- und Arbeitstechniken • Selbstunsicherheit • Selbstkontrolle • Leistungsmotivation 	<i>Unterrichtsdimensionen</i> <ul style="list-style-type: none"> • Art der Präsentation • Unterrichtsanforderungen • Beziehungsqualität • Lernunterstützung • Gruppenklima
<i>Kriterienitems</i> <ul style="list-style-type: none"> • Abbruchgedanken • Belastungsgefühle • Leistungsschwächen 	<i>Globalitems</i> <ul style="list-style-type: none"> • Fach macht keinen Spaß • Keine gute Ausbildung • Man lernt nicht viel dazu

Abb. 47: Fragebogen zu Lernproblemen Erwachsener (Harke & Freibichler 1984)

Die Einstufungen der 140 Items erfolgen auf einer Skala von 1 (trifft gar nicht zu) bis 6 (trifft vollständig zu); die Items sind in Form von Verhaltensbeschreibungen ausformuliert.

Eigene Untersuchungen mittels der FLE- Fragebogen, die in nur wenigen Ausbildungsgruppen stattfanden und insoweit nicht repräsentativ sind, die zudem neben seelisch Behinderten auch Hirnverletzte umfaßten, wiesen überwiegend auf *affektiv* begründete Problembereiche hin: Störungen im Gruppenklima, Prüfungsangst, belastende Unterrichtsanforderungen, als mangelhaft empfundene Lernunterstützung bei gleichzeitig übersteigerter Leistungsmotivation. Für ein individuelles Lernberatungsgespräch erwiesen sich die FLE- Fragebogen aufgrund der Fülle der Angaben und der unterschiedlichen Interpretation der Begriffe weniger geeignet gegenüber offenen Gesprächen, die sich an konkreten Unterrichtssituationen und –wahrnehmungen orientierten. Über die Ergebnisse des Projektes »Lernprobleme Erwachsener« (Fischer & Harke 1987) wurde in Kap. 2.4.3 bereits berichtet. Letztlich liefen die Ergebnisse darauf hinaus, Lernprobleme reduzierende bzw. kompensierende *didaktische Ansätze* zu verfolgen, das heißt, durch ein vielfältiges Methodeninventar *funktionale Fähigkeiten*, Lern- und Handlungskompetenzen, zu stärken.

Eine Zusammenfassung der Möglichkeiten zur Lernförderung Erwachsener findet sich bei Schmiel & Sommer (1991). Sie unterscheiden zwischen personalen *Lernvoraussetzungen* und funktionalen *Elementen des Lernverhaltens*. Was dabei als *personale Voraussetzungen des Lernens Erwachsener* verstanden wird, findet sich vergleichbar, jedoch negativ formuliert, als »Basissymptome« bzw. »kognitive und soziale Defizite« oder »Dysfunktionen« in der kognitiven Therapie Schizophrener wieder. Wenn aber solche Elemente des Lernverhaltens Erwachsener im Kontext von Lernen und Handeln trainiert werden können, wie das Schmiel & Sommer (1991, 24, 45) aufweisen, warum sollte dies, jedoch intensiver, bei seelisch behinderten Menschen nicht möglich sein?

5.3 Fördermodelle aus der Rehabilitation seelisch Behinderter

5.3.1 Abensberger Leitfaden: Kompetenz- und Steuerungsmodell

Der Mediziner, Psychologe und Ingenieur Peter Schopf, Direktor des BBW Abensberg, vertritt einen dem BBRZ Karlsbad (Kap. 2.3.2) vergleichbaren Bildungsansatz in Stufen- Ausbildungen, um den häufig schwankenden Leistungsverläufen seelisch Behinderter ausreichend zu entsprechen (1991; 1993^b, 70).

Seelisch behinderte Menschen benötigen nach Schopfs Erfahrung eine erhöhte energetische Reserve zur Regulierung ihres emotionalen Erregungsniveaus. Da Überforderungs- ebenso wie Unterforderungsstress für sie kontraindiziert sind, bleibt nur ein schmaler Grat zwischen beruflichen Lösungen auf niedrigem Niveau gegenüber der Erwartungshaltung des Betroffenen und seiner Familie, die sich an den prämorbid meist »besseren« Voraussetzungen orientiert. Eine gestufte Ausbildung ist dafür eine gute Lösung, weil sie die kontinuierliche Entwicklung von Kompetenzen und Stabilität mit der Sicherung eines Abschlusses, auch bei krankheitsbedingten Krisen, ermöglicht. Eine Höherqualifizierung wird erst nach Stabilisierung auf niedrigerem Niveau erfolgen.

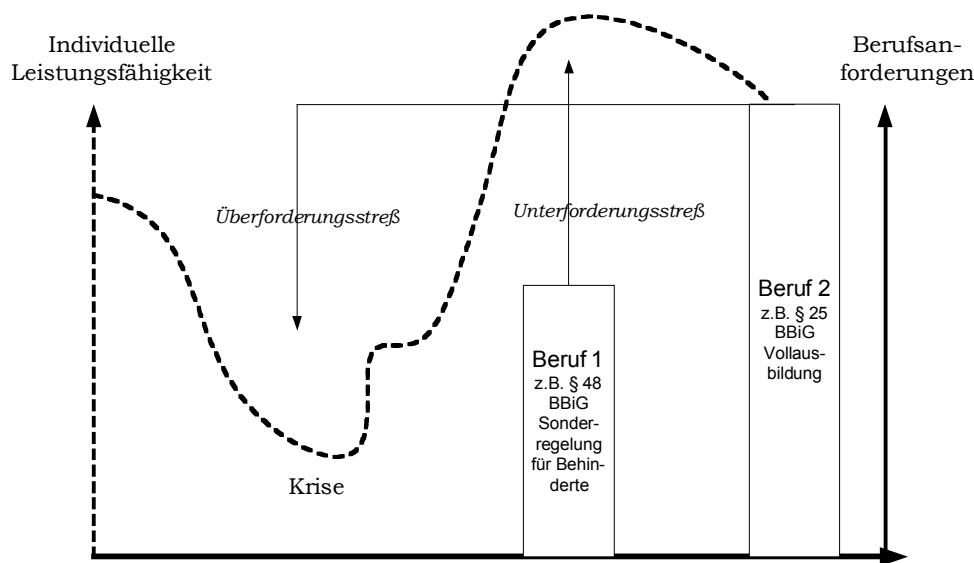


Abb. 48: Unter-/Überforderungsmodell (modifiziert nach Schopf 1993^b, 70)

»Leistungsfähigkeit« versteht Schopf als abhängige Variable der Kompetenzen des Behinderten und seiner Umwelt. Diese erfasst er systematisch im *Abensberger Leitfaden* (Abb. 50), wofür er die Erklärungsansätze des Vulnerabilitäts-Stress- Modelles mit dem Phasen- Modell der Schizophrenie von Ciompi (Kap. 3.6.5) und Konzepten psychoedukativen Trainings sowie beruflicher Kompetenzförderung verbindet. Je nach Kompetenzniveau, in vier Typen kategorisiert, leitet Schopf (1991, 1791; 1993^a, 58) daraus unterschiedliche Förderbedürfnisse und Rehabilitations- Empfehlungen ab:

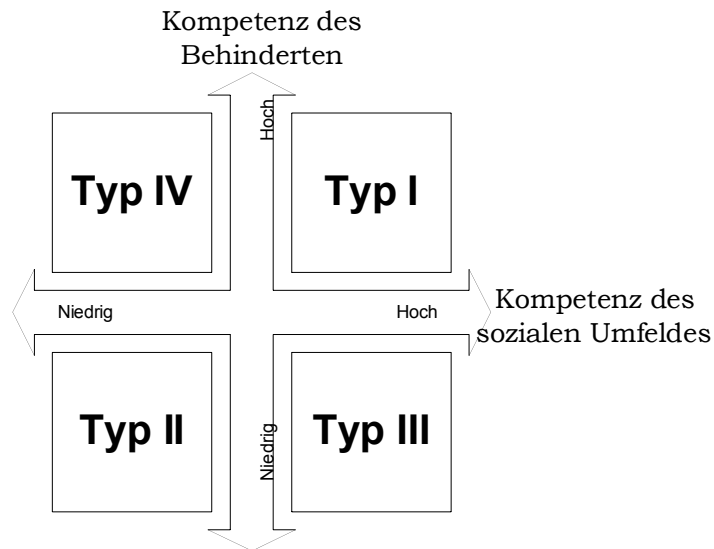


Abb. 49: Kompetenzmodell (Schopf 1993^b)

<p>Typ I Hier liegt ein erprobtes persönliches Kompetenzniveau und ein tragfähiges soziales Umfeld vor. Rehabilitation kann hier in der Regel »gemeindenah« erfolgen.</p>	<p>Typ II Hier liegt ein destabilisiertes, hochbelastendes und negativ wirkendes soziales Umfeld bei unzureichenden persönlichen Kompetenzen vor. Die Rehabilitation muß früh einsetzen; inwieweit sie gelingt, hängt von einem langfristigen Prozeß ab. Sie wird nur innerhalb spezialisierter Einrichtungen möglich sein und muß evtl. einen neuen Lebensraum aufbauen helfen.</p>
<p>Typ III Hier liegt zwar ein tragfähiges soziales Umfeld vor, aber die persönlichen Kompetenzen des Behinderten sind nicht ausreichend. Sofern die Umwelt sehr stabil ist, kann auch dieser Lernprozeß familiennah organisiert werden. Ansonsten empfiehlt sich ebenfalls eine Reha- Maßnahme.</p>	<p>Typ IV Der Behinderte verfügt über eigene Kompetenzen und hat gefestigte Lernerfahrungen. Er fühlt sich für seine Krankheit verantwortlich, kann jedoch nicht auf ein tragfähiges soziales Umfeld zugreifen. Durch mißlungene Eingliederungsversuche könnte diese Stabilität gefährdet werden. Deshalb ist es notwendig, einen tragfähigen neuen Lebensraum aufzubauen.</p>

I. Kompetenzen des Behinderten

1. Krankheitseinsicht

Welche Kenntnisse, Erfahrungen und Einsichten bestehen über die Krankheit?

Wie wird die Krankheit emotional erlebt?

Wie können Kenntnisse und Erfahrungen umgesetzt werden?

2. Behandlungseinsicht (Medikamente)

Bestehen Kenntnisse und persönliche Erfahrungen über Medikamente?

Wie werden die Medikamente und deren Nebenwirkungen subjektiv erlebt?

Besteht eine ausreichende Verantwortlichkeit, mit Medikamenten umzugehen?

3. Behandlungseinsicht (Psychotherapie/ Soziotherapie)?

Bestehen Kenntnisse und persönliche Erfahrungen über Psychotherapie?

Wie wurde Psychotherapie subjektiv erlebt?

Besteht eine ausreichende Kompetenz, mit Psychotherapie umzugehen?

4. Rehabilitationseinsicht

Besteht Einsicht, spezieller Hilfen zu bedürfen?

Wie werden Hilfen eingeschätzt und subjektiv erlebt?

Besteht die Fähigkeit, Angebote, Maßnahmen und spezielle Hilfen zu nutzen?

5. Lebenskonzept

Wurde die Krankheit in ein neues Lebenskonzept integriert?

Wie wird die Lebensbeeinträchtigung emotional verarbeitet?

Bestehen positive Auswirkungen durch die Krankheit (Krankheitsgewinn)?

6. Bewältigungsstrategien

Bestehen Erfahrungen über eine erhöhte „Verletzbarkeit“ nach Krisen?

Besteht eine Sensibilität gegenüber inneren und äußeren Veränderungen?

Hat der Behinderte Fähigkeiten, das Krankheitsgeschehen zu beeinflussen?

7. Beziehungsfähigkeit

Welchen Einfluß haben Beziehungen auf das Krankheitsgeschehen?

Wie werden Beziehungen erlebt?

Sind Fähigkeiten der Beziehungsgestaltung entwickelt?

8. Belastungsfaktoren/ Stabilisatoren

Bestehen zur psychischen Behinderung zusätzliche Belastungsfaktoren?

Wie erlebt der psychisch Behinderte seine Schwächen?

Behinderungswirksame Stabilisatoren (innerlich/äußerlich)?

9. Lebenspraktische Fertigkeiten

Hat der Behinderte Erfahrungen mit einer eigenständigen Lebensführung?

Wie wird die eigenständige Lebensführung erlebt?

Welche konkret nutzbaren Kompetenzen sind vorhanden?

10. Berufliche Qualifikationen

Beruflicher und schulischer Ausbildungsstand, Kenntnisse und Fertigkeiten.

Berufliche Identität, berufliches Interesse.

Kompetenzen und Einstellungshemmnisse.

II. Kompetenzen des sozialen Umfeldes

1. Soziales Umfeld, Familie, Heimat

Wie ist der „soziale Lebensraum“ des Behinderten beschaffen?

Welche fachliche Kompetenz haben die Bezugspersonen?

2. Familiendynamik

Wie ist die Beziehungsdynamik in der Familie?

Welche innere Haltung bestimmt die Familiendynamik?

Über welche helfende Kompetenz verfügt das Familiensystem?

3. Emotionales Klima

Welche inneren Haltungen bestimmen das Klima?

Wie erleben die Betroffenen das emotionale Klima?

Fähigkeiten, das Klima zu gestalten (Sensibilität, Mitgefühl, Verständnis)?

4. Fachliche Kompetenz bei Krisen

Welche Kenntnisse und Erfahrungen über Krisen haben die Bezugspersonen?

„Innere“ Haltung und Meinung zur Krise (Verantwortungsbereitschaft)?

Fähigkeiten, mit Krisen kompetent umzugehen (Verantwortungsfähigkeit)?

5. Beziehungen nach außen, „Gemeinde“

Wie ist die „Gemeindesituation“ beschaffen?

Wirkungen des sozialen Umfeldes auf die Familie?

Wirkung der „Gemeinde“ auf den Behinderten?

6. Hausärzte, Fachärzte

Bestehen regelmäßige Arztkontakte?

Art der Beziehung?

Bereitschaft zur Kooperation im Rahmen der Rehabilitation?

7. Psychiatrische Kliniken

Bestehen Kontakte zu einem psychiatrischen Krankenhaus?

Wie wird die Klinik vom Behinderten erlebt?

Bestehen Möglichkeiten zur Zusammenarbeit mit Partnern der Rehabilitation?

8. Psychosoziale Hilfen, Therapeutische Angebote

Welche psychosozialen Angebote sind vorhanden?

Innere Haltung der Betroffenen gegenüber psychosozialen Angeboten?

Leistungsfähigkeit der Dienste?

9. Arbeitgeber

Berücksichtigt die Arbeit die Besonderheit der psychischen Behinderung?

Sind förderliche Bedingungen seitens des Betriebsklimas möglich?

Sind spezifische Bedingungen bei Leistungsschwankungen möglich?

Abb. 50: Abensberger Leitfaden (aus Schopf 1993⁴)

5.3.2 Arbeitsarrangements - Förderung durch Arbeit

Relativ wenig bekannt, aber vielversprechend ist der Ansatz der „Arbeitsarrangements“ von Brater et al. (1986^{a, b}). Er beschränkt sich nicht auf die Gegenüberstellung von Problemen bzw. fehlenden Kompetenzen zu Anforderungen. Erstmals werden die Arbeitssituationen selbst so gestaltet, daß nach dem Motto »Fördern durch Fordern!« gezielt personale Kompetenzen innerhalb beruflicher Handlungsprozesse trainiert werden. Das Konzept wurde auf »Hof Sondern«, einer Übergangseinrichtung bei Wuppertal mit Wohnheim und Werkstätten in Landwirtschaft, Hauswirtschaft, Töpferei, Lebensmittelverarbeitung, Schreinerei und Packerei für seelisch Behinderte entwickelt. Es basiert auf einem explizit handlungsorientierten, integrierten beruflichen und individuell entwicklungsfördernden Ansatz.

Einen ähnlichen Gedanken verfolgt Stern¹³ in einem Projekt für seelisch kranke Jugendliche in Berlin (1991) durch Analyse *lernrelevanter Merkmale von Arbeitstätigkeiten* (1980^a) und entsprechend gezielter Auswahl dazu passender Arbeitsaufgaben im Sinne gesundheitsfördernder Arbeitsbedingungen.

Im BBRZ wurden im Verlaufe mehrerer »Lehrgänge zur Verbesserung der Eingliederung für seelisch Kranke« Versuche mit dem Förderansatz von Brater et al. (1986) durchgeführt. Ausgangsposition ist ein anthroposophisches Menschenbild auf vier Ebenen:

1. *Ich- Impulse* umfassen die Ich- Identität, die Fähigkeit, sich als Person individuell zu erfahren und daraus aus eigener Kraft Entschlüsse zu fassen, Prozesse in Gang zu setzen.
2. *Innerseelische Kräfte und Motive* betreffen die Motive und Motivationen, Lust und Unlust, Ideen und Gesetze, Empfindungen und Erlebnisse. Diese Prozesse sind nicht immer bewußt. Um wirksam zu werden, müssen sie von den Ich- Impulsen ergriffen und verfügbar gemacht werden.
3. *Funktionelle Vorgänge* sind meist unbewußt. Gewohnheiten, Automatismen, Eigenheiten, Habitualisierungen, Stile, Fragen des Temperaments, Erfahrungen und Erinnerungen. Es handelt sich hier um persönliche Ordnungsstrukturen und Deutungsmuster. Dazu gehören auch vegetative Körperfunktionen und Lebensprozesse. Alle diese Elemente werden teils von oberen Schichten gesteuert, teils unbewußt in einen Handlungsprozeß eingebunden.
4. *Körperliche Voraussetzungen* spielen bei jedem Handlungsprozeß mit. Sie bestimmen Handeln erheblich, je nach Ausprägung und Verwirklichung

Alle vier Ebenen funktionieren bei jeder menschlichen Handlung zusammen (Brater et al. 1986^a, 19): und zwar einmal von unten nach oben, von den Sinneswahrnehmungen angefangen, über funktionelle Reaktionen bis zu den voll bewußten Ebenen der Ich- Impulse. Zum zweiten aber auch von oben nach unten, bewußt aus einem inneren Impuls, der alles bis zur Körperreaktion steuert.

¹³ Arzt und Psychologe; ehemals Mitarbeiter von Volpert (Kap.6.3.4): bezieht sich auf die »Handlungsregulationstheorie«

»Störungen« im Handlungszusammenhang manifestieren sich nun keineswegs nur bei seelisch oder körperlich Erkrankten; sie kommen bei jedem Menschen mehrfach täglich vor. Bei seelisch behinderten Menschen sind die Störungen gravierender – und sie pendeln sich nicht mehr in einer »harmonischen Mitte« ein. Solche Störungen werden anhand von Beispielen auf einer nach zwei Seiten offenen, polaren Problemskala deutlich. Sie zeigt, welche *Vereinseitigungen* vorkommen. Die Annahme der grafischen Mitte als »normal«, wie sie sich aus Abb. 51 darzustellen scheint, würde einem Normbegriff entsprechen, der (v. Weizsäcker 1974) bereits widerlegt wurde. Die Schwankung ist normal! Jeder Mensch wird in seinen Ausprägungen mehr oder minder um die Vertikale pendeln. Für die Einschätzung der Problemlage bei einem seelisch Erkrankten ist nicht die vertikale Mittellinie, sondern seine *intraindividuelle Norm*, seine Zielperspektive, zugrunde zu legen. Aus ihr heraus ergeben sich Ansätze, was zu fördern wäre.

Arbeit als zielgerichtetes, sinnvoll geordnetes Handeln umspannt immer alle vier Ebenen der Person, wenn auch in graduell unterschiedlicher Weise. Arbeit geht immer von Ich- Impulsen aus, ist weder nur unbewußter Reflex, noch reine Reaktion auf äußere Reize bzw. innere Triebe und Begierden (Brater et al. 1986, 39). Dazu ist sie zu bewußt, zu mühsam, zu planvoll und zum Teil zu wenig lustvoll. Arbeit beansprucht immer den ganzen Menschen, soweit nicht durch zu starke Arbeitsteilung Verfremdungen dominieren. In der Arbeit, in der aktiven Auseinandersetzung mit seiner Umwelt, ist der Mensch ganz gefordert: Sein Wille, seine Motive, seine Funktionen, seine Wahrnehmung und seine körperlichen Gegebenheiten, wie in Kap.6 zur *Handlungsorientierung* ausführlich beschrieben wird. Arbeitssituationen sind dafür prädestiniert, in wirklichkeitsnaher, komplexer Situation das zu trainieren, was zur Handlung erforderlich und bei seelisch behinderten Menschen als Wahrnehmungs- und Handlungskompetenz behindert ist. Darauf baut auch Arbeitstherapie auf (Gross 1987)! Entscheidend ist, daß man Arbeiten nicht lernen kann, ohne zu arbeiten. Ihre Anforderungen bilden sich nur ab, wenn die Arbeit stattfindet. Der oben aufgezeigten Tendenz zur *Vereinseitigung (Verengung oder Auflösung)* beim seelisch behinderten Menschen kann entgegengewirkt werden, in dem gezielt dosierte Arbeitsanforderungen unter realistischen Bedingungen ausgeübt werden.

Der Arbeitsprozeß wird von Brater et al. (1986) vertikal oder kreisförmig in acht Arbeitsstufen definiert, wobei diese in jeder Stufe alle vier Handlungsebenen des Subjektes fordern. Der Ansatz besteht darin, die Anforderungen an die vier menschlichen Ebenen auf diesen acht Arbeitsstufen zu erkennen. Denn diese werden sich bei diversen Berufs- bzw. Arbeitstrainingsbereichen graduell verschieden niederschlagen.

Ein »passendes Arbeitsarrangement« wird dort gefunden, wo individuell erforderliche oder erwünschte Kompetenzen im Arbeitsbereich besonders ausgeprägt sind. *Vereinseitigungen*, ihre Veränderungen gegenüber der Zielperspektive und die Entwicklung der *Handlungskompetenzen* auf den acht Stufen sind

laufend zu beobachten und in einer Art *Skizze* fortzuschreiben. Daraus leiten sich die Förderbedürfnisse ab.

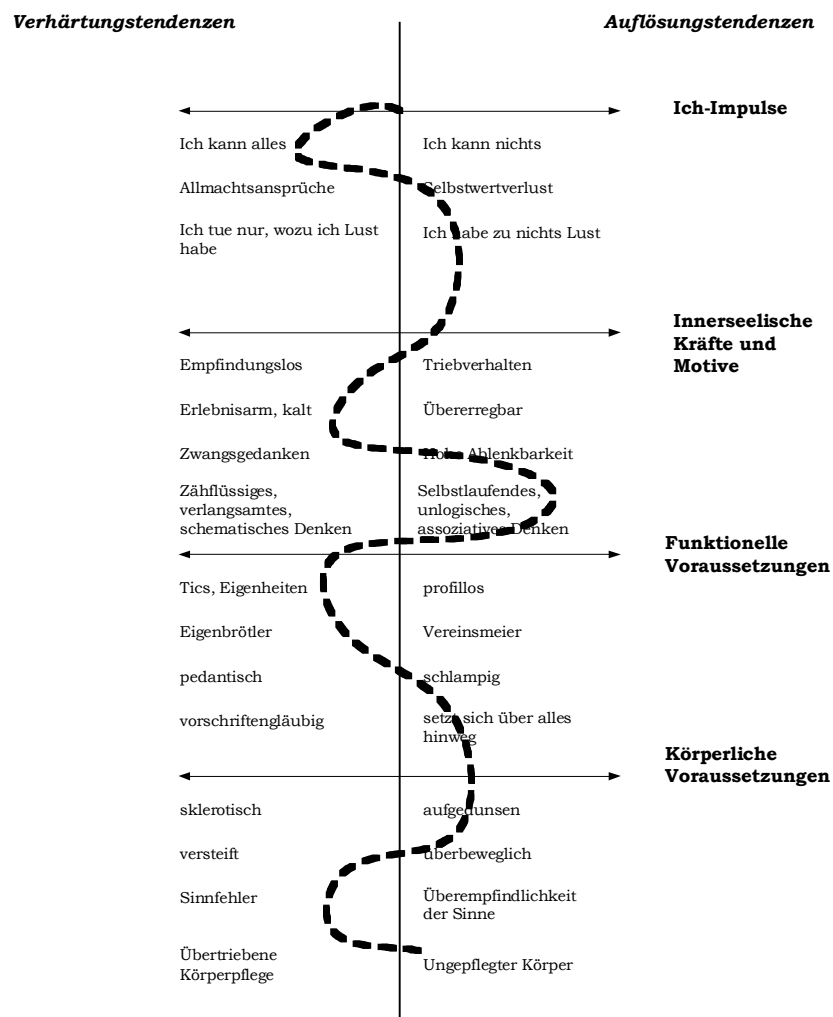


Abb. 51: Vereinseitigungen bei seelisch Behinderten (nach Brater et al. 1986^a)

Auf Hof Sondern wurden alle Arbeitsaufgaben bezüglich ihrer Anforderungen analysiert und in Lernprofilen dargestellt. Aus den *Lernprofilen* kann man nun im Vergleich der *Handlungskompetenzen* und *persönlichen Verengungen* passende Tätigkeiten, die individuelle Dosierung der Anforderungen und die notwendigen Differenzierungen der Aufgaben ableiten. Eine ausführlichere Beschreibung ist hier nicht möglich; einige Grundsätze sind jedoch für die Definition von »Lernarrangements« ebenso maßgeblich:

- Die Zuteilung von Arbeiten und Aufgaben wird nicht davon bestimmt, wer was am besten kann, sondern wer wodurch am besten gefördert wird. Entwicklung findet dort statt, wo man etwas noch nicht kann.

- Diskrepanzen zwischen Anforderungen und Fähigkeiten sollen dosiert zugelassen und nicht durch technische oder persönliche Hilfen zu schnell ausgeglichen werden.
- Obwohl Arbeit und Produkte realistischen Ansprüchen und Qualitätsnormen gerecht werden müssen, sollte auf technisch mögliche Vereinfachungen verzichtet werden, wenn ansonsten die typische Beanspruchung verlorenginge (z.B. automatische Meß- und Kontrollsysteme, fertige Vorplanung, Arbeiten nach festen Vorgaben).
- Individuelle Lernstile sollten nicht abtrainiert, sondern sinnvoll integriert werden. Die Teilnehmer müssen Gelegenheit zum Probieren haben; Fehler werden methodisch zur »Standortbestimmung« genutzt.
- Affektiv gestörte Menschen verarbeiten und interpretieren Kritikgespräche oftmals anders, als sie gemeint sind. Es ist deshalb sinnvoll und entlastend, eine Kritik betont an der Sache festzumachen: das Werkstück wird untersucht und dabei die Funktionsschwäche bzw. mangelnde Maßhaltigkeit erkannt; der stockende Arbeitsfluß ist ein Sachproblem, daraus ergibt sich die Frage, in welcher Phase der Teilnehmer nicht weiterkam – und nicht, warum er nicht konzentriert war.
- Am Anfang des Trainings ist ein rhythmisch klar gegliederter Tagesablauf mit dosiertem Wechsel der Tätigkeiten und der Anforderungen wichtig. Es sollten verschiedenartige Kompetenzen geübt werden. Deshalb muß man die Balance finden zwischen zu häufigem, destabilisierenden, und zu geringem, Verflachung und Passivität begünstigenden Tätigkeitswechsel.

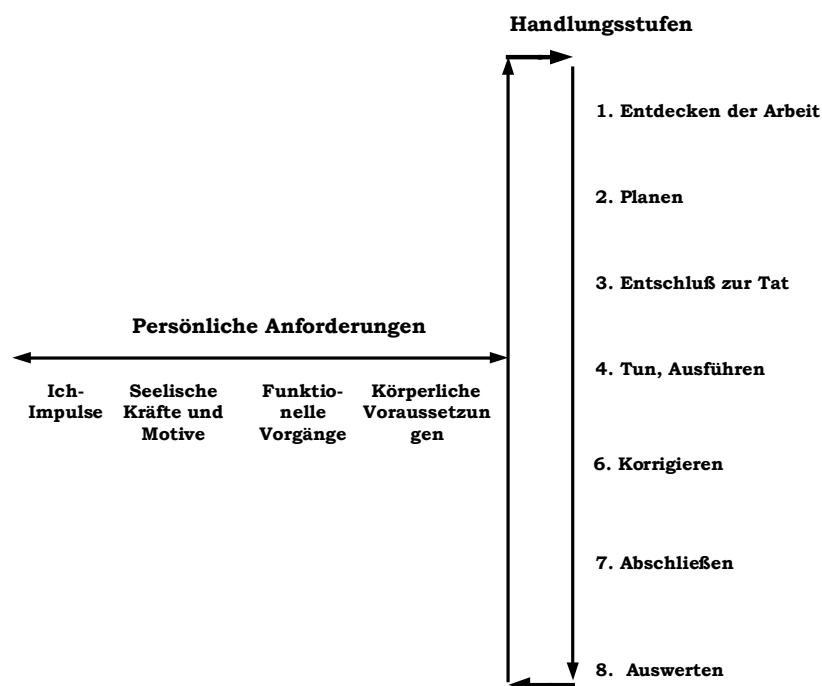


Abb. 52: Personale Kompetenzen und Handlungsprozeß

Ein »Arbeitsarrangement« läßt sich sachlich anhand von vier grundlegenden Kriterien planen:

1. Im *Wie* der Arbeit!
2. In der *Technik* der Arbeit!
3. In der *Arbeitsgestaltung*!
4. In der *Formalisierung bzw. Arbeitsorganisation*!

Die persönliche Entwicklungsförderung konkretisiert sich am:

5. Wachsen des *Tätigkeitsspielraumes*,
6. Wachsen des *Entscheidungsspielraumes* und
7. Wachsen des *Interaktionsspielraumes*.

5.4 Individuell »passende Lernarrangements«

Bei seelisch behinderten Menschen reichen berufliche Fördermaßnahmen allein nicht aus. Zu »geringe Qualifikationen« sind meist Folge behinderter personaler und sozialer Kompetenzen, seltener eingeschränkter intellektueller Fähigkeiten. Ein medizinisch definierter, jedoch auf defizitären Denkmodellen aufbauender Trainingsansatz ist unzureichend; er wird Störungen beseitigen, aber kaum Entwicklung initiieren. Längerfristiges Therapieren defizitärer Kompetenzen degeneriert nicht selten zu l'art pour l'art. Therapie und rehabilitative Angebote lassen sich »konsumieren« - ihr Effekt ist dann fragwürdig, weil sie, wie die gesellschaftlich anerkannten »Problemlöser« Alkohol, Medikamente und andere Suchtmittel, abhängig machen. Immer wieder begegnet man Teilnehmern, die erstaunliche Therapiekarrieren hinter sich haben - ohne jeden sichtbaren Erfolg. Es fehlt oft an der eigenen, aktiven Problembearbeitung! Diese Eigenarbeit, so schwer und lang andauernd sie sein mag, kann auch dem seelisch Kranken niemand abnehmen. Menschliche Entwicklung ist auf Zukunft ausgerichtet: sie sucht sich Ziele, sie orientiert sich an Sinn und Zweck. Wo aufgrund seelischer Krankheit und Behinderung ohnedies in vielerlei Hinsicht Lebens- und Sinnzusammenhang beschädigt oder gar zerrissen sind, kommt es auf eine lebendige und natürliche Lernumgebung an, um Normalität, Realität, Sinnbezug und somit Zukunft zu vermitteln. Derartige Realität kann in Arbeitssituationen dosiert und differenziert je nach persönlichem Kompetenzstand und Lernfortschritt als komplexe Anforderungssituation aufgebaut werden, wie im Konzept des »Arbeitsarrangements« .

Nun ist jeder neue Arbeitsvorgang ein Lernvorgang. Aber nicht jeder Vorgang, der als »Lernen« bezeichnet wird, erfüllt die aufgezeigten Kriterien akti-

ver Beteiligung; zum Beispiel wenn Lernen (siehe Kap. 6) als Reaktion auf Reflexe, sinnlich abbildend oder nur rezeptiv verstanden wird. »Lernarrangements« können den beschriebenen »Arbeitsarrangements« nur entsprechen, wenn sie *aktiv* und *handlungsorientiert* gestaltet sind, den ganzen Menschen beanspruchen und ihn nicht in einer Rolle eines passiven Konsumenten vorgefertigter Ausbildungsschemata belassen.

Ein weiterer Unterschied zwischen Arbeitsprozeß in einer Werkstatt und den vielfältigen Lernprozessen innerhalb beruflicher Bildungsmaßnahmen liegt darin, daß die Variabilität der Werkstattarbeiten beschränkt ist. Es ist sehr viel leichter, die Struktur feststehender Arbeiten auf ihren Anforderungsgehalt zu analysieren und teilnehmerspezifisch auszuwählen, als die vielen Lernsequenzen im Rahmen eines Ausbildungsganges.

5.4.1 Differenzierung der Lernsituation

Daher ist eine mehrstufige Differenzierung der Lernsituation erforderlich, wenn persönlichkeitsfördernde, salutogenetische und sinnstiftende Zielaspekte innerhalb beruflicher Lernarrangements verwirklicht werden sollen. Die Frage nach Berufsfeld und Tätigkeit ist zwar ein Platzierungs- oder Berufsfindungsproblem, aber nicht statisch als Abgleich zwischen Fähigkeiten und Arbeitsanforderungen zu lösen, wie schon zu MELBA kritisch angemerkt wurde. Wenn, wie von Schopf (Abb. 48) aufgezeigt wurde, Unter- wie auch Überforderungsstreß kontraproduktiv sind, dann muß auch in der Berufs- und Arbeitsplatzwahl das Entwicklungspotential berücksichtigt werden. Das wird aber meist nur von inhaltlichen und fachlichen Ansprüchen, Chancen, Status und Familien- Niveau bestimmt und zu wenig von Überlegungen, welche sozialen und funktionalen Arbeitsbedingungen günstige Bedingungen für gesundheitlich stabilisierende Entwicklungen bieten.

<i>Persönliche Kompetenzentwicklung: Was ist erreichbar?</i>		—————→				<i>Anforderungen der Berufswelt: Was ist davon salutogenetisch günstig?</i>
Berufsfeld?	Tätigkeit?	Ausbildungs-Niveau?	Inhalte und Aufgaben?	Sinnvolle Sozialstrukturen?	Passende Methoden?	

Abb. 53: Differenzierung für Lernarrangements

Die Entscheidung über das Niveau einer Ausbildung sollte nicht nur nach intellektueller Begabung und fachlichen Möglichkeiten erfolgen, sondern einbeziehen, wie gesundheitsfördernde bzw. stabilisierende Potentiale entwickelt werden können. Gestufte Ausbildungsmöglichkeiten, wie im *BBW* Abensberg oder im *BBRZ* Karlsbad, bieten hierfür gute Voraussetzungen. Vor allem innerhalb der ersten, fachlich geringer beanspruchenden Ausbildungssequenz

kann größeres Gewicht auf Kompetenzentwicklung und begleitende Therapie gelegt werden. Berufsfindung und Arbeitserprobung ist bei seelisch behinderten Menschen nicht nur Abklärung von Interessen, Vorerfahrungen, Begabung und fachlich möglichen Lernfortschritten im Vergleich zu Lernzielen und Anforderungen der Zielberufe (Fischer 1987, 87); der Blickwinkel muß auf das Entwicklungspotential und die dafür günstigsten beruflichen Entwicklungsbedingungen erweitert werden.

Innerhalb der einzelnen Bildungsangebote ist es im Rahmen der Lehrplanarbeit ohnedies üblich, die Ziele, Inhalte, thematischen Schwerpunkte und grundlegende Fragen der Lernorganisation zu regeln. Hier besteht zugleich die Möglichkeit, Anforderungen der einzelnen Ausbildungsabschnitte und -komplexe zu analysieren, um »Lernprofile« aufzuweisen. Anhand curricularer Vorgaben bleiben Lerninhalte oft zu unverbindlich, oder sie verlieren sich in Einzelaspekten, wie im Rahmen der »Lernzielorientierten Didaktik« durch Splitten in *kognitive, affektive* und *psychomotorische Lernziele* (Möller 1973). Bessere Erfahrungen werden im BBRZ Karlsbad mit einer Grobgliederung der Ausbildung in »Lernepochen« bzw. »Projektabschnitte« gemacht, für die jeweils differenzierte Aufgaben-Pools mit gleichen Inhalten, aber unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden und Anforderungarten erarbeitet werden. Diese »offene« inhaltliche Struktur der Aufgaben und Lernangebote, die in Kap.7.5 noch näher beschrieben wird, eignet sich auch für methodische und soziale Differenzierungen. So sind die Auswahlmöglichkeiten außerordentlich vielfältig; eine optimal passende, individuelle Dosierung der Lernangebote kann also inhaltlich, von den fachlichen Anforderungen her, der Aufgabenart und -anforderung sowie den sozialen und affektiven Anforderungen her konstruiert werden.

5.4.2 Personale und funktionale Kompetenzentwicklung

Art und Umfang notwendiger Förderung persönlicher Kompetenzen bleiben unklar, solange nicht sichtbar ist, *wo* und *in welcher Weise* diese erforderlich sind. Umgekehrt ist ebenfalls nicht ohne weiteres ersichtlich, aus welchen persönlichen Lernhemmnissen heraus funktionale Anforderungen nicht erfüllt werden. In Analogie zum Ansatz Braters et al. (1986) ist deshalb eine Gegenüberstellung personengebundener und funktionaler Kompetenzen sinnvoll. Für welche Begriffe bzw. Kriterien man sich dabei entscheidet, ist sekundär und wird sicher auch immer wieder überdacht werden. Entscheidend ist, daß Lehrkräfte und Teilnehmer gut und eindeutig mit diesen Kompetenzbegriffen zurechtkommen, will man Lernentwicklungen gemeinsam aufbauen und kontrollieren.

Eine relativ einfache Darstellung für die zweidimensionalen Kompetenz- Beziehungen ist eine Matrize, die sich als individueller »Lernpaß« (Djafari, Kade et al. 1989, 6/50) für jeden Teilnehmer aufstellen, fortschreiben und -in Selbst- und Fremdbewertung - als Grundlage für Lernberatungsgespräche nutzen läßt:

Personale Kompetenzen	Funktionale Kompetenzen								Bewertung	
	Vorentwurf	Ideensuche	Arbeitsplan	1. Ausführung	Kontrolle	Serienarbeit	Montage	Funktionskontrolle	Selbstbewertung in %	Fremdbewertung in %
Interesse, Motivation										
Wahrnehmung, Aufmerksamkeit										
geistige Lernleistungen										
soziale Lernleistung										
Gefühlsbereich										
praktische Leistungen										
Arbeitsverhalten										

Abb. 54: Lernmatrize bzw. Lernpaß

Solche »Lern- Fahrpläne«, nach Aufgabenkomplexen, Arbeitsbereichen, Zeitabschnitten oder Ausbildungsstufen gegliedert, vermitteln Übersicht, was wann und in welchem Zusammenhang zu lernen ist. Mit unterschiedlichen Symbolen kann man festhalten, welchen Intensitätsgrad die Anforderungen haben. Anhand einer Prozentskala oder mit Punktwertungen läßt sich der Lernfortschritt quantifizieren. Werden diese Übersichten über längere Zeiträume und viele Aufgabenkomplexe hinweg systematisch (am besten durch den Teilnehmer selbst) geführt, können Stärken und Schwächen, Vorlieben und Probleme sichtbar werden - und damit Anknüpfungspunkte für notwendige Weiterentwicklungen.

Daß im Konzept von Brater et al. (1986) die Arbeitsanforderungen von den Arbeitsanleitern ohne Mitwirkung der Teilnehmer vorweg bestimmt und beschrieben werden, ist für den sozialen Lernprozeß der Teilnehmer eher ungünstig. Deshalb erfüllen Seminare, in denen z.B. in Form moderierter Gruppenarbeit in neue Lerngebiete eingeführt wird, den gleichen Zweck, aber in Abstimmung mit den Betroffenen.

Beispiel 10

Eine Ausbildungsgruppe soll in den nächsten 6 Wochen das Arbeitsgebiet *Einkauf und Beschaffungswesen* erarbeiten. Nach der projektorientierten Erarbeitung der Inhalte, bzw. einer umfassenden Fallstudie, ist an eine 2-wöchige praktische Ausbildungsphase gedacht. Ein Einführungsseminar könnte vor dem Praktikum mit mehrtätigen Hospitationen in Einkaufs- und Verkaufsabteilungen umliegender Betriebe beginnen, anhand gemeinsam erarbeiteter Fragebogen Inhalte, Arbeitsabläufe, Belastungen, soziale Umstände, Ansprüche an Kleidung, Verhalten, Umgangsstil usw. erkunden und dann zu einem gemeinsam entwickelten *Anforderungsprofil* im Einkauf kommen. Die Ergebnisse werden auf Plakaten dokumentiert. Nach Abschluß des Praktikums wird jeder Teilnehmer anhand dieses Anforderungsprofils bezüglich seiner Entwicklung im Praktikum beurteilt.

5.4.3 Lernfortschritte

Entwicklung bedeutet gezielte Veränderung. Entwicklungsförderung muß zielorientiert sein, und sie muß transparent werden. Jede Anstrengung unterliegt den psycho- ökonomischen Gesetzmäßigkeiten der Leistungsmotivation. Der Lernfortschritt, die Veränderung, gewinnt für die Stimulation des Lernprozesses größere Bedeutung als die Ergebnisse selbst. Der scheinbar so einfache Vergleich zwischen derzeitigem Ist- Stand und dem Ziel reicht jedoch für den Aufbau einer tragfähigen Motivation in der Regel nicht aus. Nach Heckhausens (1980, 570) Selbstbewertungsmodell spielt nicht das Lernergebnis selbst die entscheidende Rolle im Prozeß der Leistungsmotivation, sondern die damit verbundene Selbsteinschätzung erwarteter Folgen. Das Lernergebnis wird mit eigenen oder fremden Anspruchsniveaus bzw. Standards verglichen und über eigene bzw. fremde Ursachenerklärungen (Kausalattributionen) positiv oder negativ bewertet. *Erfolgszuversichtliche* werden eher positive Erwartungen aufbauen bzw. negative Lernergebnisse nicht überbewerten. *Mißerfolgsängstliche* werden tendenziell negative Erfolgserwartungen produzieren und wider Erwarten bessere Ergebnisse auf unbeeinflussbare Außenfaktoren zurückführen. Diese Selbstbewertung wird bereits vor der eigentlichen Handlung antizipiert; der Anreiz zum Lernen hängt also davon ab, welche Erwartung vorherrscht und in welcher Erfolgswahrscheinlichkeit sie eintritt (Rheinberg 1981).

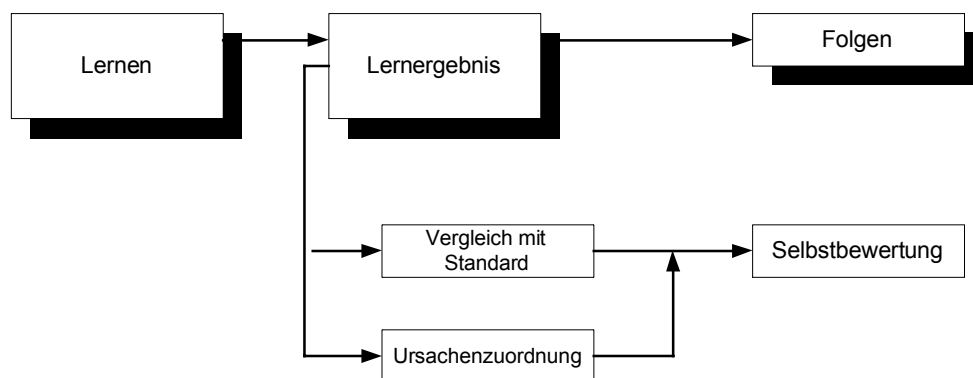


Abb. 55: Modell der Leistungsmotivation (Fischer & Harke 1987, 34)

„Mißerfolgsorientierung, niedriges Anspruchsniveau und fehlerhafte Ursachenzuschreibung für Mißerfolge wirken wechselseitig in lernerfolgs- und lernmotivationsnachteiliger Weise aufeinander ein.“ (Schmiel & Sommer 1991, 148)

Erfolgszuversichtlichkeit ist nach den Erfahrungen im BBRZ bei Behinderten eher schwach ausgeprägt; die Mehrzahl der Teilnehmer traut sich relativ wenig zu und stuft sich selbst durchweg schlechter ein als in einer Fremdbewertung durch Lehrkräfte. Aufgrund der seelischen Störungen werden zusätzliche irrationale Momente in die Ursachenzuordnungen eingeflochten. Eine nicht minder wichtige Rolle spielen jedoch auch die Standards bzw. Bezugsnormen, die für den Leistungsvergleich -in der Regel von den Lehrkräften- herangezogen wer-

den, und die damit verbundenen Erwartungen an die Entwicklungsfähigkeit. Prinzipiell lassen sich drei Standards unterscheiden:

1. Bei Orientierung an *sozialen* oder *interindividuellen Bezugsnormen* werden die Leistungen des einzelnen auf die einer Gruppe bezogen. Sofern dafür keine gesicherten Normwerte verfügbar sind, handelt es sich um einen fragwürdigen, subjektiven und relativen Vergleich von geringer Verallgemeinerungsfähigkeit. Da aber in jeder Gruppe Differenzierungen zwischen guten und schlechten Leistungen vorkommen, formt sich bei nicht wenigen Beurteilern ein stabiles, zeitüberdauerndes Bild von Lernfähigkeit, die überwiegend von »Begabung« abgeleitet wird. Der relativ »Bessere« wird zum »Guten«, der »Schwächere« zum »Schwachen«. Die Zukunftserwartungen interindividuell orientierter Beurteiler hinsichtlich der Entwicklungsfähigkeit »schwächerer Teilnehmer« sind pessimistisch; diese Erwartung überträgt sich auf die Eigenerwartung des Betroffenen (Pygmalion-Effekt). Dieser Effekt hat gerade bei lernschwächeren Teilnehmern eine bekanntermaßen negativ stimulierende Wirkung, so daß es immer wieder zu »Teufelskreisen des Versagens« kommt (Hensge & Kampe 1991; Fischer 1995). Bei seelisch behinderten Menschen ist dieses Problem häufig vertreten, vor allem bei »Belastbarkeit« und »sozialer Kompetenz«. Auch hier spielen, wie bereits erwähnt, soziale Vergleiche und daraus resultierende pessimistische Erwartungen von Lehrern und Betreuern eine unheilvolle Rolle hinsichtlich der Entwicklung.
2. Die *intraindividuelle Bezugsnorm* vergleicht Leistungsentwicklungen im Längsschnitt. Es fehlen zwar Außenbezüge, jedoch sind hier erhebliche Potentiale im Aufbau positiver Leistungsmotivation möglich und nachgewiesen (Rheinberg 1980, 1981). Entwicklungen lassen sich zudem dadurch stimulieren, daß in Gesprächen über Lernfortschritte gezielt auf Ursachenzusammenhänge eingegangen und irrationale Externalisierungen zumindest hinterfragt werden. Beurteiler, die sich an individuellen Bezugsnormen orientieren, sind bezüglich der Entwicklungsfähigkeit eher optimistisch, was sich wiederum auf die Teilnehmer positiv überträgt. Leistungs- und Lernentwicklungen können so kontinuierlich anhand der jeweils konkreten Aufgaben bzw. Arbeiten stärker »sachbezogen« geklärt werden, wodurch weniger Spielräume bzw. Risiken für affektive Fehldeutungen von »Kritik« bleiben. Nicht zu unterschätzen ist auch die Bedeutung der kontinuierlichen Beziehung zwischen Lehrkraft und Teilnehmer, die aufgrund des gemeinsamen Bemühens um Problemlösungen und Entwicklungen eine persönliche Qualität und Vertrauensbasis erhält, wie sie auch für Therapieprozesse immer wieder hervorgehoben wird.
3. Die *Sachbezugsnorm* bezieht ein objektives Außenkriterium ein, zum Beispiel ein operational definiertes Lernziel. Daran wird bemessen, wie weit der einzelne »davon entfernt« ist. Nun wurden in Lehrplänen der siebziger Jahre operationale Lernziel- Definitionen als relativ rigide Verhaltensbeschreibungen

gen aufgefaßt, und kriterienorientierte Meßmodelle (Fricke 1974) sind zudem sehr kompliziert. Sachbezug ist jedoch beim seelisch behinderten Erwachsenen die oftmals einzige Möglichkeit zur emotional unbelasteten Orientierung. Ein Kompromiß wäre eine pragmatische Verknüpfung von individueller und sachbezogener Norm, um Lernfortschritte bzw. -entwicklungen individuell einzuschätzen. Schätzungen gewinnen an Genauigkeit, wenn man dafür »Bezugspunkte« findet: die Höhe eines Baumes im Verhältnis zu einem Gebäude, die Füllmenge eines Behälters anhand seines oberen Randes. So lassen sich auch Lernentwicklungen *im Abstand* von einem mehr oder minder genau definierten Ziel *abschätzen*, und zwar bereits vor Beginn, innerhalb und am Ende eines Lernprozesses. Wenn als Anforderung beispielsweise das Erarbeiten von Arbeitsplänen ansteht, wird ein erfahrener Ausbilder relativ schnell bei einem neuen Teilnehmer erkennen, wie unsystematisch und unüberlegt dieser vorgeht. Der Abstand zu einer ordentlichen Planung mit Zeichnung, Arbeitsmitteln, Vorgehensweisen, Maßen, Beschreibungen ist groß. Mit jeder neuen Arbeit gewinnt der Teilnehmer ein Stück Einsicht und Übersicht hinzu, die Planung wird ordentlicher und transparenter, auch andere können danach arbeiten...! Derartige Einschätzungen sollten als Basis der Förderung ausreichen!

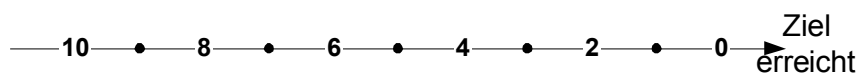
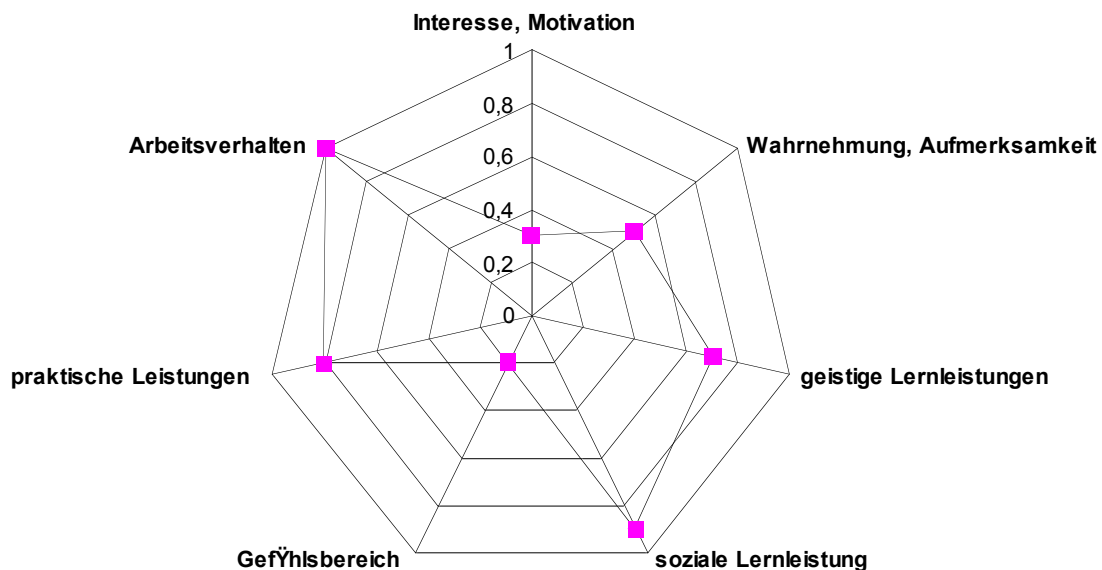


Abb. 56: Lernfortschritte im Abstand von einem Lernziel



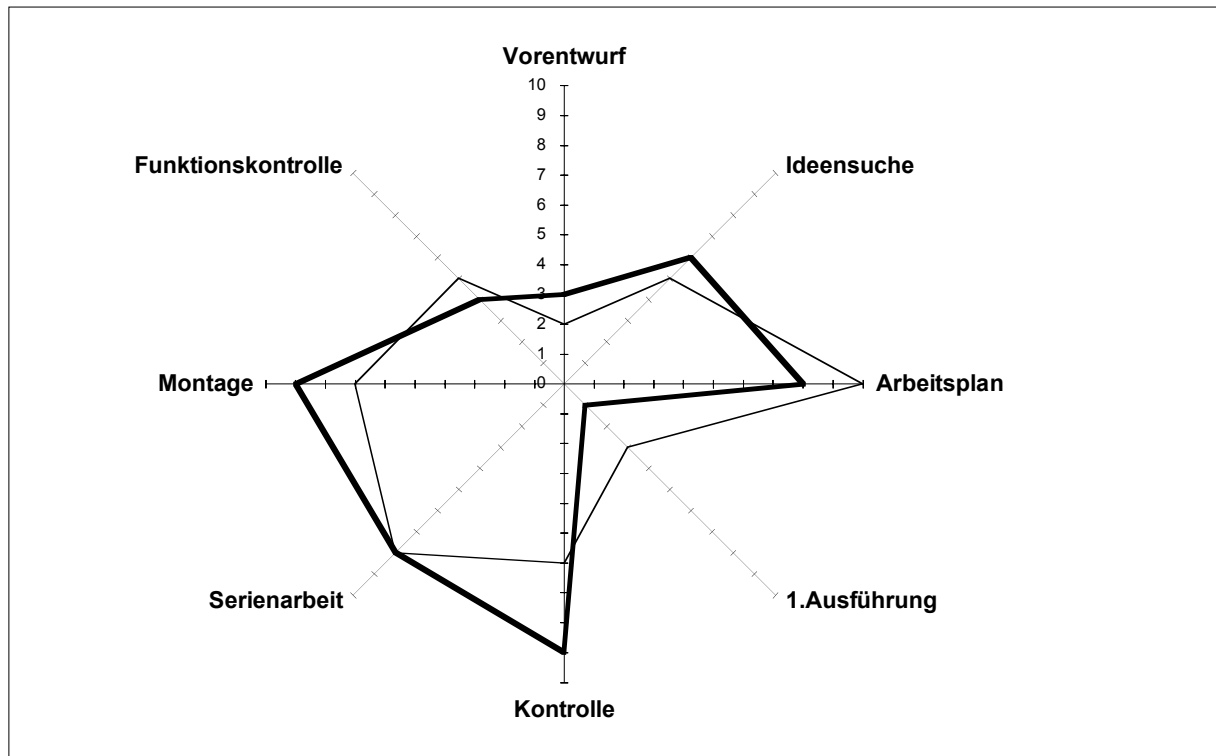


Abb. 57: Problembündelungen

5.4.4 Lernberatung - systemische Teamarbeit

Lernberatung im Sinne einer prozeßdiagnostischen Entwicklungsberatung beginnt mit dem Versuch, sich aus der Lernbiographie in die Lerngeschichte, das spezifische Denken und Fühlen, den Lernstil, Umgang mit Schwierigkeiten etc. einzufühlen. Sie ist wie ein Bild zu verstehen, das in vielen Konturen noch unscharf bleibt und sich erst langsam dadurch herauskristallisiert, daß hier oder dort eine Position oder ein Ereignis näher beleuchtet werden. Dieser Erkundungsvorgang schließt den Lernenden selbst ein; viele Teilnehmer wissen von sich zwar die Fakten, können aber ihre eigene Lerngeschichte nicht deuten. „Was will ich?“ „Was kann ich?“ „Unter welchen Voraussetzungen sind mir bestimmte Entwicklungen gut/ weniger gut gelungen?“ - Zum Bild des passiven »Rehabilitanden« gehört häufig die »erlernte Hilflosigkeit«, die damit beginnt, daß die Fachleute entscheiden sollen, was er zu tun hätte.

Lernberatung hat deshalb nicht nur die Inhalte der Entwicklung per se im Blickfeld, die konkreten Fortschritte und Verbesserungen der Kompetenzen und der Lernergebnisse. Sie macht, in vielen kleinen Schritten und manchen scheinbar sinnlosen Gesprächen deutlich, *was* sich ändert, und vor allem, *daß* Veränderungen stattfinden - und zwar nur durch aktives Tun. Bei mißerfolgsängstlichen Teilnehmern sind zwei scheinbar gegensätzliche Positionen vorzufinden: Die einen bagatellisieren jegliches Problem und argumentieren, dieses bald »in den Griff zu bekommen« bzw. »alles sei nicht so problematisch«! Andere geben

sich absolut hilflos und ratlos. In beiden Fällen nützen Gespräche allein wenig; sie erzeugen eher Aggressivität, wenn die Teilnehmer aus dieser angstbesetzten Falle nicht herausfinden. Die graphischen Hilfsmittel und Skalen helfen, immer wieder zu diesem zentralen Punkt zurückzufinden: „Hat sich etwas verändert?“ „Wie schätzen wir die Veränderung ein?“ „Worauf führen wir die Entwicklung zurück?“

Lernberatungsgespräche sind heute im BBRZ eingebunden in eine Teamarbeit unter systemischen Gesichtspunkten (Wagner 1995). Weil Rehabilitation als Entwicklung beruflicher und sozialer Fähigkeiten verstanden wird, werden von Anfang an *individuelle Entwicklungsziele* definiert und *Förderpläne* aufgestellt. Das bedingt eine intensivere und integrative Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen mit dem Teilnehmer, die sich darin darstellt, daß jeweils ein Arzt, ein Psychologe, ein Sozialarbeiter und eine Lehrkraft *gemeinsam* als Team für eine Gruppe verantwortlich sind und untereinander abstimmen, wer für welchen Teilnehmer Bezugsperson sein soll. Durch diese unmittelbare Verantwortung erhöht sich die Verbindlichkeit und Konsequenz von Teamentscheidungen. Eine wichtige Aufgabe des Teams liegt in der gegenseitigen Unterstützung in schwierigen Beratungssituationen. Grundlage dafür ist das systemische Modell, womit die jeweilige Problematik unter Berücksichtigung der Familiengeschichte sowie dem Beziehungssystem im Reha- Zentrum selbst reflektiert wird. Ein positiver Nebeneffekt liegt darin, daß ergänzende psychotherapeutische Interventionen zwar in einem eigenen »Schutzraum« stattfinden, aber als Ergänzung der gemeinsamen Entwicklungsarbeit besser getragen werden.

5.4.5 Zusammenfassung: teilnehmerorientierte Lernarrangements

Teilnehmerorientierte Lernarrangements, in denen berufliche Bildungsinhalte mit personaler Entwicklungsförderung verknüpft werden sollen, sind zwangsläufig individuell zu planen. Es ist dabei nicht so sehr entscheidend, nach welchem System personale Förderbedürfnisse abgeleitet werden; wichtiger ist, sie als *Entwicklungsziele* und nicht nur als *-defizite* zu verstehen. Die beruflichen bzw. arbeitsplatzbezogenen funktionalen Anforderungen sind dann daraufhin zu sichten, ob und in welcher Intensität sie diese individuell definierten Förderziele ansprechen. Je nach Problemlage und Fortschritt wäre hier individuell zu dosieren. Nun bliebe ein ausschließlich individueller Förderansatz in Berufsausbildungsgängen von BFWs oder BBWs, die ja Gruppen umfassen, reine Illusion, wenn man nicht vorweg ein breites Repertoire an Förderangeboten vorbereitet, aus dem jeweils geschöpft werden kann. Es gilt auch hier: Vielfalt der Probleme erfordert Vielfalt der Antworten! Pädagogische Angebote kann man sich auf vier Ebenen vorstellen:

5.4.5.1 *Generelle Angebote in Gruppen*

Häufungen typischer Kompetenz- Probleme, die von vielen Teilnehmern eingebracht werden, machen generelle Angebote sinnvoll und ökonomisch. Es hat sich bewährt, diese in die normale Lernorganisation *verbindlich* aufzunehmen. Die Akzeptanz ist bei allen stundenmäßig eingeplanten Veranstaltungen von vornherein größer, und man kann die Überzeugungsarbeit, welchen Sinn solche Angebote haben, gezielt und konkret innerhalb des Kurses einsetzen und muß nicht erst größere Widerstände beseitigen. Entlastend ist auch, daß diese Angebote für alle als notwendig angesehen werden. Positive Effekte werden im BBRZ bei folgenden Angeboten verzeichnet:

1. Einführungsseminare für neue Lehrgänge: Gegenseitiges Kennenlernen; Meta- Kommunikationsübungen, um die Standpunkte der anderen wahrzunehmen; Erarbeiten von gemeinsamen Zielen und Anliegen im Lehrgang; Ausarbeiten von Umgangs- Spielregeln etc.
2. Praktika und Hospitationen: Je nach Lehrgängen mehrere Tage bis Monate nach interner Vorbereitung hinsichtlich Verhalten, Kleidung, Auftreten, Telefonieren, Führen von Terminkalender und Berichtsheften etc.
3. Bewerbungstraining: Übungen zur Bewerbung, Auswahl von Stellenangeboten, Selbstdarstellung einschließlich Fragen zur Behinderung, Bewerbergespräche im Rollenspiel mit Videoaufzeichnung, Übungen zu Bewerbungen im realen Arbeitsmarkt.
4. Sozial- und erlebnispädagogische Freizeiten: Veranstaltungen außerhalb des üblichen Ausbildungsrahmens mit Ansprüchen an eigene Planung und Gestaltung, Selbstversorgung, Durchführen und nachfolgende Präsentation von Projekten, sozialpädagogische Gruppenarbeit.
5. Künstlerische Übungen, Musik und Sport (siehe Kap.7.2.3). In diesen Angeboten geht es vorwiegend um andere Zugänge zur Ich- Identität und zur subjektiven Wahrnehmung. Gleichzeitig werden »offene«, nicht durch feste Lernziele vorgegebene Lernprozesse geübt, damit die Teilnehmer »sich auf Neues einlassen lernen«.
6. Lern- und Arbeitszirkel stellen eine betreute, aber nicht durch Vorgaben von Lehrkräften geregelte Fördermöglichkeit dar, wie sie für erwachsenengerechtes Lernen sinnvoll ist. Die Teilnehmer sind zwar stundenmäßig fest eingeteilt, arbeiten aber ihr eigenes Lernprogramm durch. Mit den anwesenden Tutoren können sie sich jederzeit beraten und Lernsequenzen wiederholen.

5.4.5.2 *Spezielle Angebote in Gruppen*

Zusätzliche Angebote für einzelne Teilnehmer können jedoch auch in Form von Kursen und Gruppenarbeit erfolgen. Wenn fachliche Differenzierungen auch innerhalb von Lehrgängen üblich sind (z.B. in Förderlehrgängen im BBRZ in

Form differenzierter Leistungskurse für Mathematik, Deutsch, EDV...), dann funktionieren auch andere Differenzierungen problemlos, weil unterschiedliches Vorgehen dann »normal« ist. Als Angebote für seelisch behinderte Menschen bieten sich Inhalte an, wie sie auch in *psychoedukativem Training* angesprochen wurden:

1. Sozialtraining mit Übungen zur Wahrnehmung und im Umgang mit anderen, Erledigen von Alltagsfragen: Bankgeschäfte, Behörden, Gespräche mit Vermietern, Kontakte zu Selbsthilfegruppen und Clubs.
2. Lebenspraktisches Training: Kochen, Haushalt führen, sich selbst versorgen, gesellige Veranstaltungen organisieren, auf die eigene Gesundheit achten.
3. Sozialpädagogische bzw. -therapeutische Gruppenarbeit umfaßt viele Ansätze, vom regelmäßigen Gesprächskontakt bis zu aktuellen gesundheitlichen Problemstellungen.
4. Arbeitstherapeutische Gruppen, parallel zu den beruflichen Lehrgängen, wenn grundlegende Arbeits-, Rollen- oder Wahrnehmungsfähigkeiten entwickelt werden sollen.
5. Lauftraining bzw. »therapeutisches Joggen«: einfache Laufübungen in kleinen Gruppen zur Körperwahrnehmung, Förderung von Aktivität und Zielstrebigkeit sowie Prophylaxe von Depressivität.

5.4.5.3 *Methodische Ansätze*

Für die Entwicklungs- und Kompetenzförderung sind vor allem didaktisch-methodische Ansätze zu überlegen. Je mehr es gelingt, vielfältige und in die jeweilige Lernsituation passende Anregungen und Anforderungen einzubauen, um so stärker prägt sich ein stimulierendes »Förderklima«. Die Instrumente dazu sind weder neu noch besonders originell, und doch ist es erstaunlich, wie wenig sie Eingang in Schul- und Ausbildungspraxis finden, obwohl sie in der Wirtschaft aufgrund ihrer Effektivität längst zum Standard gehören (Fischer & Harke 1987; Flechsig 1996; Gudjons 1997; Heeg & Münch 1993; Pätzold 1996; Schmiel & Sommer 1991, 57):

1. Simulationen: Fallstudien, Planspiele, Rollenspiele, Phantasieübungen.
2. Kreativitäts- und Ideenfindungstechniken: Meta-Plan, moderierte Gruppenarbeit, Ideen-Delphi, Synektik, Brainstorming...
3. Analyse- und Entscheidungstechniken: Morphologischer Kasten, Ziel-Mittel-Analyse, Entscheidungstabellen, MindMap, Entscheidungsbaum.
4. Darstellungs- und Präsentationstechniken: FlipCharts, Netzwerke, Kurzreferate, Projektpräsentationen.
5. Übernahme sozialer Rollen und Funktionen: Sprecher, Protokollant, Schlichter bei Konflikten (Zehrfeld et al. 1981).

5.4.5.4 Spezielle Einzelarrangements

Trotz aller Vielfalt der Angebote und Ideen, der methodischen Gestaltung und der Möglichkeiten begleitender Gespräche bleiben Einzelprobleme nicht aus. Ein engagiertes Team wird versuchen, diese innerhalb des normalen Ausbildungskontextes pragmatisch und kreativ anzugehen. Regelmäßige Lösungsversuche, auch wenn sie nicht zum Erfolg führen, stärken die Bereitschaft der beteiligten Mitarbeiter, immer wieder Neues zu versuchen, unkonventionelle Wege zu gehen, »Querdenker- Lösungen« zu probieren. So kam es im BBRZ zum Beispiel zu »Vereinbarungen« über die Art und den Umfang der Unterrichtsbeteiligung, über Kleidung und Zimmerordnung, über Ansprechpartner und deren »Antwortverhalten«, soziale Aktivitäten und Aufsuchen von Beratungsstellen, vor allem aber über Umgang mit Alkohol, Medikamenten und Suchtmitteln. Es liegt durchaus nahe, solche wichtigen Fragen konstruktiver Problembewältigung auch zur Entscheidungsgrundlage heranzuziehen, ob und unter welchen Umständen die Berufsförderung weitergeführt wird - auch wenn die Leistungen ansonsten gut sind.

6 LERNPSYCHOLOGISCHE ASPEKTE

6.1 Vorüberlegungen

Lernen mit seelisch behinderten Erwachsenen in der beruflichen Rehabilitation sollte:

- Unter möglichst »normalen« Lernbedingungen stattfinden,
- erwachsenengerecht aufgebaut sein,
- berufliche Handlungskompetenz entwickeln,
- individuelle Lern- und Entwicklungsförderung integrieren und jede Ausgrenzung vermeiden.

Die Auswahl der Methoden hat einen Spagat zu leisten: einerseits sollen die Forderungen nach »Ganzheitlichkeit«, »Handlungs-, Sozial- und Methodenkompetenz« ebenso wie nach »Schlüsselqualifikationen« durch entsprechende Lernstrategien erfüllt werden (Arnold, Lipsmeier & Münk 1995). Andererseits sind diese Kompetenz- und Qualifikationspostulate leider vielfach zu Phrasen erstarrt, die seit Jahren auf fast jedem Symposium zur beruflichen Bildung bemüht werden. Mit methodischer Orientierung an ihnen ist noch keine Lern- und Persönlichkeitsförderung verbunden.

6.1.1 Ganzheitlichkeit

Ganzheitlichkeit kann alle wesentlichen didaktischen Aspekte verzahnen, wenn man sie wie Ott (1995, 25) positiv interpretiert und als Überbegriff versteht:

1. Ganzheitlichkeit als *berufspädagogische Forderung* wird Emanzipation bzw. Mündigkeit, Antizipation beruflicher Anforderungen, Subjektbezug und soziale Orientierung umfassen.
2. Ganzheitlichkeit als *didaktisches Ziel* wird berufliche Handlungskompetenz, Persönlichkeitsentwicklung und ganzheitliche Lernformen (integrierte kognitive, affektive, psychomotorische und soziale Lerndimensionen) anstreben.
3. Ganzheitlichkeit wird sich *lernpsychologisch* auf verschiedene handlungspsychologische, kognitive und motivationale Hintergründe beziehen.
4. Ganzheitliche *methodische Ansätze* betreffen im Rahmen der Schule *experimentellen, problemorientierten und projektorientierten Unterricht*; im Rahmen der betrieblichen Ausbildung die *Lehrgangs-, Leittext- und Projektmethode*.

Während noch im frühen Mittelalter die benediktinische Mönchs- Regel: ora et labora! ausdrücklich die Zusammengehörigkeit von geistigem und realem Leben betonte und im 14. Jh. in Handwerk und Kunst der Grundsatz: "ars sine scientia nihil est- Die Kunst ist nichts ohne die Wissenschaft" galt (Lipsmeier 1988, 57; 1989; 1991), zerbrach bereits ab dem 16.Jh. dieses Bündnis. Besonders die Industrialisierung des 19. Jh. verstärkte –entgegen damaligen Forderungen Pestalozzis nach "Lernen mit Kopf, Herz und Hand"– diese Trennung von

Arbeit und Bildung (Aebli 1980, 15; Dewey 1998 [1929]). Daß die tief spezialisierten Industrierufe, wie Dreher, Fräser, Bohrer, Polierer, Maschineneinrichter als Folge industriell- arbeitsteiliger Massenproduktion zu verstehen sind, die sich bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jh. an F.W.Taylors Konzept der *wissenschaftlichen Betriebsführung* orientierte (Ulich 1992, 5), wurde schon erwähnt. Diese *Partialisierung* bewirkte nach Volpert (1992, 69), daß Handlungen der Arbeitenden im wesentlichen auf den reinen *Ausführungsteil* beschränkt blieben und die vorgeordneten Prozesse der Orientierung, Zielbildung und Planerstellung ebenso der Verfügung entzogen waren wie die Ergebniskontrolle und –rückmeldung. Zentralistische und hoch arbeitsteilige Organisationen neigen nach Volperts Auffassung dazu, die Arbeitsmotivation und –kompetenz ihrer Mitarbeiter verkümmern zu lassen; würde aber beides verschwinden, wären weder die Mitarbeiter handlungsfähig, noch könnte die Organisation weiterbestehen. Dies sei seit langem ein Ansatz für Kritiker und Manager hierarchischer Organisationen, wobei nicht wenige ihrer prominenten Vertreter von Mitarbeitern mehr »Mitdenken« und »Mitverantwortung« verlangen würden, was sie jedoch in praxi selten schätzten. Die von Industriesoziologen in den 80er Jahren vertretene »industrielle Ganzheitlichkeitsthese« (Lipsmeier 1988, 64) und die zögerliche, den arbeitsteiligen Zuschnitt nicht konsequent überwindende *Neuordnung der technischen Ausbildungsberufe* ist weniger der Einsicht in humane Arbeits- und Ausbildungsprinzipien als mehr der Abkehr von Massenproduktion und der damit zwangsläufig verbundenen breiteren Qualifikationsanforderung an die Arbeitnehmer (Wilsdorf 1991) aufgrund flexibler Einzel- und Kleinserienproduktion zu verdanken. Ganzheitlichkeit der beruflichen Bildung ist -so gesehen- kein primär pädagogisches Prinzip, sondern die Folge industriellen und wirtschaftlichen Wandels (Gerds 1995).

Fauser (1991, 3) hält Ganzheitlichkeit ohnedies für den Begriff in der Pädagogik, mit dem viele fundamentale zeitbedingte, gesellschaftliche und schulische Unklarheiten zugekleistert werden sollten. Unter Ganzheitlichkeit werde – wie beim postmodernen Kulturbegriff New Age, für ”eine Avantgarde neuer Unklarheit” –einfach alles einverleibt:

”Projektunterricht, Arbeitslehre, Schultheater, Rollenspiel, Musik, Tanz, Meditation; überhaupt der ganze Bereich der Künste, die gesamte Gruppe komplexer aufgaben- und problemorientierter Arbeitsweisen; sodann erfahrungsbezogene Unterrichtsformen sowie Veranstaltungen wie Wandern, Praktika, Ausflüge und Exkursionen; ganz besonders natürlich die Erkundung, Analyse und Pflege sog. ‘vernetzter’ Systeme wie Biotope, Betriebe, alternative Energie, und schließlich ein breites Spektrum psychologisch orientierter, therapeutischer und pseudotherapeutischer Techniken und Methoden der sog. Selbsterfahrung von der Supervision über Balint- Gruppen oder Urschreit-Therapie bis hin zu neuen Methoden wie Superlearning, Suggestopädie oder Themenzentrierte Interaktion – überall geistert der Begriff der Ganzheitlichkeit. Wie ein Weichzeichner legt der Begriff der Ganzheitlichkeit einen Schleier über die geistige Ansicht der Postmoderne, von der Zigarettenreklame bis zur deutschen Einheit. Und man verwechselt, um im Bild zu bleiben, die so entstandene allgemeine Unschärfe, die

sich über alles legt, mit dem inneren Zusammenhang, der wohl eigentlich gesucht wird und ohne Zweifel ein Problem der Moderne darstellt.“

Letztlich stelle der Begriff der Ganzheitlichkeit einen semantischen Reflex auf das Unbehagen in der Modernität, auf die Zerissenheit des Bewußtseins, die Pluralität der Lebensformen, die Diskontinuität der Biographien, kurz: auf ein epochales Lebensgefühl dar, das einheitstiftende Charakteristika nicht mehr kenne. Ganzheitliche Bildung soll zusammenhalten, was die Gesellschaftsentwicklung der Moderne verliert.

Daß Ganzheitlichkeit nicht nur positiv zu sehen ist, ergibt sich aus den Spurensuchen von Kipp (1991^{a,b}) in der Berufsausbildung bei Volkswagen im »3. Reich«. Die Nationalsozialisten verstanden es damals, Ganzheitlichkeit perfekt als Verschmelzung zu einer Lebens- und Arbeitsgemeinschaft zu realisieren. Lernverbund von Lehrwerkstatt, Werkberufsschule und HJ-Lehrlingsheim, Körpererziehung, Entwicklungslenkung und Leistungssteigerung fanden unter dem Motto: ”Du bist nichts, dein Volk ist alles!” zusammen. Kritische Fragen nach ihrer Zielorientierung wären entsprechend an die »einheitliche« sozialistische Berufserziehung der ehemaligen DDR zu stellen (Biermann 1990). Hier werden die Gefahren eines Anspruchs nach »Ganzheitlichkeit« schlagartig deutlich, der die Diskussion auf die Methoden und Mittel verkürzt. So ist kritisch zu hinterfragen, ob es beim von der Wirtschaft vertretenen Anspruch der »Ganzheitlichkeit« bzw. Vermittlung von »Schlüsselqualifikationen« in der Berufsbildung wirklich um ein humanes Bildungsprinzip geht oder ob die immer wieder beklagten Qualifikationsdefizite industrieller Arbeitnehmer nicht eher die Konsequenz jahrzehntelanger betriebsorganisatorischer Einengungen der Aktionsspielräume auf isolierte, vorgegebene Tätigkeiten sind, deren negative Folgen der Verdrängung aus dem Arbeitsmarkt nun den Mitarbeitern oder öffentlich finanzierten arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen aufgeladen werden.

6.1.2 Schlüsselqualifikationen

Ähnliche Unklarheiten sind mit der allseitigen Forderung und Förderung der »Vermittlung von Schlüsselqualifikationen« in der beruflichen Bildung verbunden (Reetz & Reitmann 1990; Kipp 1991; Reetz 1994; Dubs 1995^b). Auch nach 20 Jahren bestehen noch unterschiedliche Auffassungen, was denn darunter zu verstehen sei (Zedler 1991, 48). Kell (1991, 29) verweist darauf, daß es sich um ”Basis- oder Sockelqualifikationen, die für jedwede Arbeit oder Ausbildung als sogenannte Jedermannsqualifikationen erforderlich sind” handelt und ergänzt: ”Dazu gehören neben den ’Kulturtechniken’ die sogenannten *extrafunktionalen* (berufsübergreifenden, produktionsunabhängigen) *Qualifikationen* wie Zuverlässigkeit, Sauberkeit, Pünktlichkeit, Exaktheit und andere ’Arbeitstugenden’.” Ausgangsposition der breiten Diskussion ist die Begriffsprägung von Mertens (1974, 36-43):

1. *Basisqualifikationen als Qualifikationen höherer Ordnung, vor allem auf dem Gebiet der Denkschulung, z.B. logisch- analytisches, kritisches, strukturierendes, dispositives, kooperatives und konzeptionelles Denken.*
2. *Horizontalqualifikationen, die eine möglichst effiziente Nutzung der Informationshorizonte der Gesellschaft für den einzelnen gewährleisten: Informationen über Informationen: Das Wesen, das Gewinnen, Verstehen und Verarbeiten von Informationen.*
3. *Breitenelemente* als spezielle Kenntnisse und Fertigkeiten, die über breite Felder der Tätigkeitslandschaft als praktische Anforderungen am Arbeitsplatz auftreten;
4. *Vintage- Faktoren* sollen die durch Innovationen entstehenden Bildungsdifferenzen zwischen Älteren und Jüngeren ausgleichen: z.B. Mengenlehre, Programmieren, Basiswissen über Physik.

Die einsetzende Diskussion vermißte an Mertens' Konzept soziale, emotionale und motivationale Komponenten; es würde zudem die Abhängigkeit des zu Qualifizierenden von denen erhöhen, die diese Anpassungsfähigkeiten definierten (Zedler 1991, 51). Minnameier (1997, 2) zitiert eine Inflation von (seit 1988) inzwischen 654 verschiedenen Nennungen, ein Hinweis darauf, daß jeder Betrieb und jeder Lernort Schlüsselqualifikationen nach eigenem Gusto entwickelt. Seyd (1994, 165) zählt aus dem PETRA- Projekt von Siemens (Kap. 7.2.2) 49 *Einzelqualifikationen* auf, die von *Persönlichkeitseigenschaften* wie Aufgeschlossenheit, Frustrationstoleranz, Kreativität und Umstellungsfähigkeit über *Beanspruchungsfaktoren* wie Vigilanz, Ausdauer und Konzentration bis hin zu *fachlichen Merkmalen* wie Verstehen und Lesen von Zeichnungen und Schaltplänen, kundengerechtem Verhalten oder Organisationstalent reichen. In diesem Zusammenhang geht es auch um Vermittlung von Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz (Wilsdorf 1991, 64; Fischer 1993^{a, b}; Ott 1995, 50). Minnameier (1997, 7) kritisiert, daß diese Begriffe weder trennscharf seien, noch klar, wie sie zustande kämen. Es handle sich in der Regel um eine Aggregation von Beschreibungen erwünschten Verhaltens, wobei das Verhalten als Wirkung eines adäquaten psychischen Vermögens gedeutet werde. Dies entspreche aber nicht dem heutigen Stand psychologischer Erkenntnis, da Verhalten nichts Überdauerndes sei. Letztlich liege die Gefahr nahe, daß die Grenze zu einer behavioristischen Beschränkung auf »beobachtbares Verhalten« noch nicht endgültig überschritten sei. Wiemann leitete 1978 die Forderung nach Vermittlung von *Berufsfeld-, Sozial-, Kommunikations- und Methodenkompetenz* in seinen Überlegungen zur »Produktionsschule« nicht von rigiden Verhaltenszielen ab, sondern aus sehr sinnvollen Ansätzen einer integrierten beruflichen Bildung, die folgende Verbindungen realisiert:

- Planende und ausführende Arbeit.
- Fachpraktisches und fachtheoretisches Lernen.
- Berufliches und allgemeines Lernen.
- Berufliches und soziales Lernen.

Trotz aller Unklarheiten sieht Zedler (1991, 57) Fortschritte, weil der Bildungsaspekt infolge der Schlüsselqualifikationen stärker in den Vordergrund gerückt sei und einen Reformprozeß in Gang gesetzt habe, der mit dem Einbeziehen selbständigen Planens, Durchführens und Kontrollierens in die Ausbildungs- und -prüfungsordnungen seinen Niederschlag gefunden hätte.

Kell (1991, 41) reduziert die unübersichtliche Vielfalt zwischen fachlichen und überfachlichen Zielen auf ein "Magisches Dreieck" von Beruf und Wissenschaft als Sektor der *beruflichen Tüchtigkeit* sowie Kritik als *berufliche Mündigkeit*. Diesem Qualifizierungsansatz *individueller Persönlichkeitsentwicklung* folgen auch neuere Veröffentlichungen. So stellt Reetz (1994, 36) fest, daß ein neues Paradigma des Erkennens, Denkens und Handelns gelte und das Konzept der Schlüsselqualifikationen in eine neue Phase treten lasse. Die erste Phase sei gekennzeichnet gewesen durch Schlüsselqualifikationen als Aufgabe der fachintegrierenden Persönlichkeitsentwicklung. Die neue Phase beachte, daß Schlüsselqualifikationen nicht durch direkte Instruktion zu erwerben seien, sondern durch indirekte Förderung der persönlichen Kräfte und Kompetenzen und nicht ohne Änderung der lernorganisatorischen Bedingungen. Hier greift Reetz auf die Theorien autopoietischer Systeme und »chaotischer Entwicklungssprünge« innerhalb der Evolution zu. Seinen Gedanken führt Arnold (1994, 46) fort, indem er darauf verweist, die Natur des Lebendigen (und damit das Lernen) funktioniere nicht mechanisch, sondern im Zusammenwirken von drei Prinzipien:

- Dem Prinzip Kreativität mit der Wirkung Komplexität.
- Dem Prinzip der Vernetzung.
- Dem Prinzip der Evolution durch Selbstorganisation.

Daraus folgt nach seiner These, daß »didaktische Machbarkeit« einer auf Subjektivität, Persönlichkeit oder Entfaltung von Ich- Kräften orientierten Planung von Lehr- Lern- Prozessen Illusion sei. Didaktik müsse als "Situations- und Subjekttheorie" verstanden werden,

"daß das lebendige Lernen – welches allein in der Lage ist, Schlüsselqualifikationen zu entwickeln bzw.: sich entwickeln zu lassen – in allererster Linie gelassene(re) Lehrer bzw. Lehrende braucht, d.h. Lehrer und Ausbilder, die mit der Selbstorganisation und Lebendigkeit lernender Systeme (Menschen, Arbeitsgruppen, Klassen usw.) in einer entwicklungsförderlichen und lernförderlichen Weise umzugehen in der Lage sind" (Arnold 1994, 56).

Diese Möglichkeiten sieht Arnold vor allem in einer neuen "Rolle des Lehrenden, der kaum noch lehrt" und in der *Handlungsorientierung* gegeben, die für ihn allerdings nicht nur praktisches Tun ist, sondern "...ein anderer Aspekt des Handelns, nämlich der des »Zuständigseins«, des Planen- und Gestaltenkönnens des eigenen Lernprozesses" (ebd.59). Mit dieser Wendung erledigt sich

nicht nur manche berechtigte Kritik an Schlüsselqualifikationen, sondern es rückt auch das Anliegen dieser Arbeit in den Vordergrund: die Gestaltung lern- und persönlichkeitsfördernder Lernarrangements, vor allem unter dem Blickwinkel *Lernprobleme reduzierender, salutogenetischer* und *affektlogischer* Zielsetzungen, in denen sich fachliche Lerninhalte mit persönlicher Förderung verbinden (Rützel 1991, 146). Für seelisch behinderte Menschen kommt es weniger auf die bildungs- theoretische Legitimation, als mehr auf die spezifischen Entwicklungsmöglichkeiten in fachlicher, kognitiver, sozialer und affektiver Sicht an. Wenn es »die optimale Methode« nicht gibt, und davon ist bei der Vielzahl von Lernenden, Lehrenden, Inhalten, Situationen und Problemen wohl immer auszugehen, dann sind weder Ganzheitlichkeit, noch Schlüsselqualifikationen oder Handlungsorientierung per se beste Prinzipien, auch wenn sich in ihnen deutlicher erweiterte Fördermöglichkeiten realisieren lassen. Es geht nicht um den »pädagogischen Stein der Weisen« ! Optimal ist die methodische Auswahl, die sich situativ am besten eignet; deshalb sind die Lernstrategien und Methoden günstig für das Lernen mit Behinderten, die den einzelnen breite Förder- und Entwicklungsmöglichkeiten einräumen, ohne andere zu bremsen.

6.1.3 Handlungsorientierung

Auch der Begriff der *Handlungsorientierung* unterliegt inflationärer Verwendung und verkommt zunehmend zur inhaltsleeren Floskel (Pätzold 1995). Alles, was irgendwie und irgendwo beim Lernen mit Handeln in Beziehung steht, wird als »handlungsorientiert« apostrophiert. Man muß Seyd (1997, 261) widersprechen: vielfach ist »Handlungsorientierung« nur eine modernistische Welle, mit der sich (fast) alles frisch und gefällig verpacken läßt. Theoretische und praktische Berufsausbildung rücken einander wieder näher? - Wer würde dies nicht begrüßen? Reformpädagogische Konzepte, wie die »Produktionsschule« bzw. »Lernfabrik« (Biermann 1992; Lipsmeier 1991, 26; Wiemann 1978), stehen plötzlich wieder hoch im Kurs? Wo geht es hier um Wandel und wo nur um oberflächliche Reparaturen?

Ist der Ausbau von didaktischem Profil, wie Seyd (1996, 1997) es als Strategie unternehmerischer Entwicklung bei den Berufsförderungswerken sieht, wirklich ausschlaggebendes Motiv für die Wahl handlungsorientierter Ausbildung? Oder entspringt dieses Umschwenken nicht eher der (berechtigten) Befürchtung, daß kooperative, wohnortnahe Ausbildungs- Verbund- Lösungen zwischen Betrieben, Schulen, kleineren Reha- Einrichtungen mit Förderangeboten den traditionell gewachsenen, überregionalen Groß- Einrichtungen mit ihrem »verschulten« System (Seyd 1985) auf Dauer gefährlich werden könnten? Der Umstieg auf die »Handlungsorientierung« verführt manche zu der trügerischen Annahme, die Ausbildung von Behinderten könne ohne grundlegende Struktur- und Bildungsreform der BFWs, so wie seit 30 Jahren, erhalten bleiben. Wenn handlungsorientierte Ausbildungsmethoden sich für die Schule eben-

so wie für die praktische Ausbildung eignen (Aebli 1991, Ott 1995), dann sind damit Legitimationsversuche für den Erhalt der tradierten, inzwischen aber reformbedürftigen Strukturen in den BFWs nicht überzeugend.

Handlungsorientierte Konzepte werden seit über 20 Jahren publiziert. Frühzeitig haben sich Arbeitspsychologie und Arbeitswissenschaft damit beschäftigt (z.B. Volpert 1973; Rohmert, Rutenfranz & Ulich 1974; Ulich, Triebe & Wunderli 1976; Warnecke & Kohl 1979). In der Folge erschienen Lernkonzepte, die auf der psychologischen Handlungstheorie bzw. materialistischen Handlungspsychologie aufbauten: *Psychoregulativ akzentuierte Trainingsverfahren* (Wunderli 1978); *Handlungsorientierte Lerndiagnose* (Schnotz 1979); *Lernen im Arbeitsprozeß* (Simon 1980); *Selbstinstruktionstraining* (Skell 1980); *Berufliche Bildungsprozesse* (Fischbach & Notz 1980) und *Berufsgrundbildungsmodelle* (Fischbach & Notz 1981); *Ausbildung im Simulationsbüro* (Söltenfuß 1983). Zu nennen sind die Arbeiten der *Projektgruppe Handlungslernen* (1984) und *Handlungsorientierte künstlerische Übungen in der Berufsbildung* (Brater et al. 1984, 1985). Die Aufzählung ist nicht vollständig, aber in gewisser Weise repräsentativ für diese Zeit. Erst nach einer Pause von etwa 10 Jahren scheint heute wieder mehr Interesse an handlungsorientierten Konzepten zu bestehen, wie sich an den Veröffentlichungen von Klippert (1991), Reetz und Arnold (1994), Seyd (1994, 1996, 1997) sowie Ott (1995), Pätzold (1992, 1995), Gudjons (1997) zeigt. Diese Diskussion wird jedoch von neuen Zieldimensionen bestimmt, die sich nicht auf unmittelbare didaktische- methodische Aspekte des Unterrichts reduzieren. Sie fragt danach, wie sich berufliche Bildung inmitten der radikalen wirtschaftlichen, gesellschaftlichen, politischen und ethischen Auflösungserscheinungen und Umstrukturierungen als Förderung persönlicher Entfaltungs- und Gestaltungsfähigkeiten, als Kompetenz zu umfassendem Handeln entwickeln muß (Pätzold 1995). Die ersten eigenen Erfahrungen mit handlungsorientierten Konzepten bezogen sich auf die Ausbildung in kaufmännischen Berufen (Fischer et al. 1982; Fischer & Schmeiss 1986; Fischer & Harke 1987). Weitere Anwendungen werden in 7.2 vorgestellt.

Czycholl & Ebner (1995) beschreiben die Entwicklung handlungsorientierter Berufsbildung von der Frühzeit, über das Mittelalter bis zu ersten Versuchen der Projektausbildung im 18. und 19. Jahrhundert. Sie unterteilen die heutigen Konzepte in drei Typen:

1. Praxistische Alltagskonzepte, in denen Handlungsorientierung auf äußere Aktion, sinnlich- praktisches Tun oder manuelle Tätigkeiten verkürzt wird und denen eine systematische, theoretische Grundlegung fehlt.
2. Handlungsorientierung als Sammelbegriff für alle Formen von Schüleraktivität: Projektunterricht, entdeckendes Lernen usw.
3. Konzepte mit dem Anspruch wissenschaftlich- systematischer Begründung, vor allem aus der psychologischen Handlungstheorie kognitiv- strukturalistischer oder materialistischer Provenienz:

- a) Eine Richtung (so Söltenfuß 1983, 330) propagiere eine "Didaktik des Handelns", rezipiere aber die materialistische Position unangemessen verkürzt und überstrapaziere Aebli's genetische Priorität des Handelns gegenüber dem Denken zu einem generellen erkenntnistheoretischen Primat.
- b) Die zweite Position sei zurückhaltender, was die theoretische Stringenz anbetreffe; sie würde didaktische Teillösungen im Wechselspiel von Konstruktion und Evaluation favorisieren

Handlungsorientierung bleibt also ebenso umstritten, wie Ganzheitlichkeit und Schlüsselqualifikationen. Seyd (1994, 166) leitet sie vom Konzept der psychischen Handlungsregulation (Hacker 1976, 1978) ab, das die Übereinstimmung praktischen Handelns und Denkens betont. Aebli's Ansatz, Denken als Ordnen des Tuns bzw. Lernen und Handeln als zwei Seiten einer Medaille zu verstehen, stellt er eher hinten: Natürlich ließe sich auch an Abstrakta lernen und selbstverständlich auch durch eigenes Nachdenken und Zuhören; aber komplexere Lernleistungen erreiche man in der Regel nur in der Auseinandersetzung mit Aufgaben, an denen man sich selbst erprobe und mit denen man sich identifiziere. Hier erscheint Aebli nicht angemessen rezipiert. Es geht ihm um den Aufbau kognitiver Operationen, die bei konkreten Handlungen beginnen und in abstrakten Denkvorgängen gipfeln. Warum solche Lernprozesse keine Erprobung eigener Fähigkeiten beinhalten, bleibt unklar. Seyd (1997, 263) scheint ohnedies weniger an einer Differenzierung zwischen handlungsorientierten, selbstorganisierten, ganzheitlichen oder teilnehmerzentrierten Konzepten gelegen, sondern mehr an ihren gemeinsamen Merkmalen:

1. dem intensiven Einbezug der Vorerfahrungen der Lernenden,
2. der starken Beteiligung der Lernenden an der Gestaltung des Lernprozesses
3. und dem deutlichen Bezug zur späteren Berufstätigkeit und Lebenssituation.

Kreidet hier Seyd dem Ansatz Aebli's einen zu geringen praktischen Handlungsbezug an, kritisiert dort Minnameier entgegengesetzt (1997, 2, 11), dieser stelle mit den *radikalen Konstruktivisten* in Abrede, daß in der Schule erworbenes (theoretisches) Wissen überhaupt handlungsrelevant werden könne, wenn es nicht aus konkreten Handlungssituationen heraus entwickelt (konstruiert) sei oder wenigstens die Anwendungsperspektiven explizit aufgezeigt würden. Auch hier wird Aebli's handlungsorientierte Position nicht angemessen dargestellt. Erstens erklärt er an der von Minnameier zitierten Stelle, was er allgemein unter Konstruktivismus versteht – und das hat wenig mit dieser Kritik zu tun. Zweitens spricht Aebli von spontanen Zielen (Aebli 1980, 26), aus denen sich die Konstruktionen des kreativen Menschen ergeben: "Sich- Ziele- Setzen, Sich-etwas- Vornehmen sind Äußerungen jener Aktivität, die wir als den Grundtatbestand des menschlichen Lebens bezeichnen haben..." (Aebli 1981, 388). Denken

baut sich aus Handeln auf, und es soll sich auch im Handeln bewähren, das im und durch Denken seine Ordnung findet (Aebli 1981, 370). Ihm geht es nicht um einen Reduktionismus auf praktische Bezüge, sondern er wendet sich gegen jeden Dualismus und betont die Kontinuität von Wahrnehmung, Handeln und Denken (Aebli 1980, 1981, 371; Aebli et al. 1989, 5).

Vermutlich provozierte die handlungsorientierte »Modewelle« letztlich mehr Gegenströmungen, als wenn Protagonisten und Kritiker die Herleitung und pädagogisch- psychologischen Dimensionen, wie sie zum Beispiel Aebli (1980, 1981, 1991) ausführlich erläutert, nüchterner dargestellt bzw. analysiert hätten. Im folgenden Kapitel soll daher auf die der Handlungsorientierung zugrunde liegenden psychologischen und didaktischen Kategorien näher eingegangen werden.

6.2 Grundlegende kognitive Konzepte

6.2.1 Das lernhierarchische Modell von Gagné

Das Konzept der je nach Lernbedingungen verschiedenartigen Lernarten von Robert M. Gagné (1973) spielt für einen didaktischen Ansatz bei seelisch behinderten Teilnehmern unter zumindest zwei Aspekten eine Rolle:

1. Stellt es ein konsistentes System aufeinander aufbauender Lernarten dar, mit dem -je nach Eingangsbedingungen- *individuell passende Lernarrangements* und damit spezifische Förderprogramme gestaltet werden können.
2. Stellt sich die Frage, ob Gagnés *didaktischer Ansatz* nicht auch für die Bewältigung kognitiver und sozialer Defizite bei Schizophrenie im Rahmen beruflicher Trainingsprogramme geeignet ist.

Gagnés didaktischer Ansatz bezieht sich auf die kognitive Seite des Lernprozesses und stellt den seinerzeit tiefsten Versuch dar, die isoliert laborparadigmatischen Vorstellungen von Lernen in Form von Assoziationen (Behaviorismus) zu überwinden oder zumindest weiterzuführen. Gagné (1973, 25) geht davon aus, daß deren *Prototypen* des Lernens nicht ausreichen, um alle Lernarten zu repräsentieren bzw. zu fundieren. Ziel seiner Entwicklung war es, planbare Kriterien zur Bestimmung individueller Lernbedingungen bzw. -voraussetzungen zu entwickeln, aus denen sich der Lernprozeß mit allen seinen Faktoren: Lernstrukturen, Lerninhalte, Lernmittel und –medien systematisch gestalten ließe. Seine Vorstellung des Lernens geht von einem Systemzusammenhang *innerer individueller Bedingungen* zu *äußeren Reizsituationen* aus. Die inneren Leistungsmöglichkeiten stellen die derzeit verfügbaren Fähigkeiten dar, die Gagné in einer aufsteigenden Hierarchie von 8 prototypischen *Lernarten* oder *Lerntypen* kategorisiert.

Die äußeren Lernbedingungen müssen mit den jeweils vorhandenen inneren Lernfähigkeiten zusammenpassen, wenn der Lernprozeß erfolgreich sein soll.

Dabei ist zu beachten, daß die Lernarten nach Gagnés (ebd.188) Vorstellung eine aufsteigende Hierarchie bilden, die »höheren« Lerntypen also nur dann erworben werden können, wenn die ihnen jeweils zugrundeliegenden »unteren« beherrscht werden.

1. Typ *Signallernen*: umfaßt den klassischen diffusen (Pawlowschen) Reflex auf ein Signal.
2. Typ *Reiz- Reaktionslernen*: Hier wird auf einen Reiz eine präzise Reaktion in Form einer Handlung erfolgen, es wird also Verknüpfung im Sinne operanten Konditionierens zwischen Reiz und Reaktion gelernt.
3. Typ *Kettenbildung*: Dieser Lerntyp stellt eine Verknüpfung mehrerer Reiz-Reaktionsmuster zu einer kompletten Lernsequenz dar. Die einzelnen Reiz-Reaktionsglieder müssen bereits bekannt sein und zwischen ihnen muß Kontiguität bestehen.
4. Typ *Sprachliche Assoziation*: Diesen Lerntyp versteht Gagné als Unterart der Kettenbildung. Man lernt nicht ein einzelnes Wort, sondern die Kette seiner begrifflichen bzw. semantischen Ableitung.
5. Typ *Diskriminationslernen*: Das Unterscheiden und Zuordnen ähnlicher und unähnlicher Reize verlangt als Voraussetzung, Reiz- Reaktionslernen und Kettenbildung zu beherrschen.
6. Typ *Begriffslernen*: Das Lernen von Begriffen stellt einen Abstrahierungsvorgang, eine innere Repräsentation von Gemeinsamkeiten äußerer Erscheinungen dar. Voraussetzung dafür ist die Fähigkeit zur Diskrimination, weil bei unterschiedlichen äußeren »Objekten« die varianten von den invarianten Eigenschaften differenziert werden müssen.
7. Typ *Regellernen*: Regeln erlernt man, indem man inhaltlich mehrere Begriffe in einen Gedanken zusammenfassen kann. Die Begriffe dazu müssen -nicht nur begrifflich- präsent sein, d.h. inhaltlich und in ihrem Zusammenhang verstanden. Dann erst kann eine Regel »gedacht« werden.
8. Typ *Problemlösen* bedeutet, mehrere alte Regeln in neue zu kombinieren. Die erwartete Reaktion, das Ergebnis, wird antizipiert, frühere Regeln werden erinnert und dann neu kombiniert. Es werden neue Ideen gewonnen, mit denen die Anwendungen früherer Regeln vervielfältigt werden.

Der *innere Lernprozeß* ist folglich von zwei Dimensionen gekennzeichnet: einmal von einer zeitlichen Reihenfolge der Lernphasen: Aufnehmen – Erwerb – Speichern und Reproduzieren der Reize bzw. Lerninhalte. Die zweite Dimension ist die »Hierarchiestufe« der zur Bewältigung dieser Lerninhalte erforderlichen Lernarten. Ein »individuell passendes Lernarrangement« präsentiert die Lernangebote synchron zu den vorhandenen inneren Lernfähigkeiten und unterstützt ihre Stabilisierung erforderlichenfalls durch notwendige Förderung jeweils grundlegender Lerntypen, durch Rückkoppelungen und Lernhilfen. Dies bedeutet praktisch, daß eine bestimmte Aufgabenstellung bei einzelnen Teilnehmern

jeweils unterschiedlicher Vorstufen, Aufgabenformulierungen und Lernhilfen bedarf, damit jeder auf dem Niveau seiner derzeitigen Lernfähigkeiten erreicht wird.

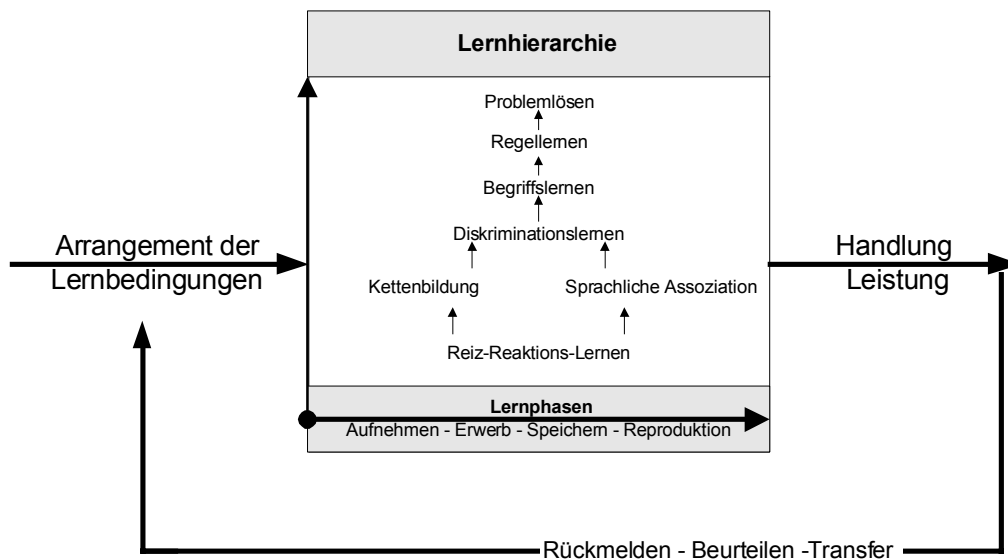


Abb. 58: Regelkreis von Lernbedingungen und Lerntypen nach R.M. Gagné

Auf den ersten Blick scheint Gagnés didaktischer Ansatz wenig Bezug zu handlungsorientierten Konzepten aufzuweisen. Das Ergebnis des Lernvorganges sieht er jedoch (1973, 188) in einer bestimmten Leistungsmöglichkeit, die sich auf *intellektuelle Fertigkeiten* bezieht, aufgrund der ein Lernender in bezug auf seine Umwelt *etwas zu tun imstande ist*. Das Lernergebnis wird demnach als intellektuelle Voraussetzung neuer Handlungsmöglichkeiten verstanden. Wie dann die notwendige Verbindung zwischen Handlung und kognitiver Fähigkeit herzustellen ist, weisen Miller, Galanter & Pribram (1973) an ihrem TOTE-Modell (Kap.6.2.2) auf.

Stadler (1996) vertritt die Auffassung, daß Gagnés Konzept für eine spezifische Förderung bei kognitiven Funktionseinschränkungen Hirnverletzter geeignet ist. Je nach posttraumatischem intellektuellen Leistungsbild und Rückbildung des psychoorganischen Durchgangssyndroms sollten Therapiesequenzen in Form »passender hierarchischen Lernarten« angeboten werden. Die Voraussetzungen dazu sind günstig, weil bei Hirnverletzten die neurologische und neuropsychologische Diagnostik dafür differenzierte Hinweise liefern kann. Die Gestaltung der Lernbedingungen, also die methodische Frage, rückt damit gegenüber den Inhalten des Therapieprozesses stärker in den Vordergrund.

Überträgt man diesen Gedankengang auf die Situation Schizophrener, eröffnen sich Perspektiven für »spezifische Lernarrangements«. Wie in Kap. 3.4.3 ausgeführt, werden seit etwa 10 Jahren gezielt kognitive und soziale Verhaltenstrainings propagiert (z.B. das IPT von Roder, Brenner, Kienzle & Hodel 1988 oder das im Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim, entstandene

Computerprogramm COGPACK), die zu Verbesserungen kognitiver Störungen und Abbau von Informationsverarbeitungsproblemen führen sollen; ihre überdauernden Transfereffekte sind umstritten (Wienberg 1995, 147; Hodel & Brenner 1997, 103). Wenn man die *Inhalte* näher untersucht, handelt es sich um relativ einfache Aufgabenstellungen. Das IPT (Roder et al. 1988, 44) umfaßt im Programmpaket:

- *Kognitive Differenzierung:*
Stufe 1: *Kärtchenübungen*, aus denen einzelne Karten nach verschiedenen Merkmalen unterschieden werden sollen.
Stufe 2: *Verbale Begriffssysteme*, bei denen zu einzelnen Wörtern (Haus, Kleidung, Kochen, Wetter, Obst usw.) Begriffshierarchien, Synonyme, Antonyme, Definitionen, unterschiedliche Bedeutungen zu finden sind.
Stufe 3: *Suchstrategien*: ein der Gruppe unbekannter Begriff soll durch gezieltes Fragen, auf das nur mit "ja" oder "nein" geantwortet wird, gefunden werden.
- *Soziale Wahrnehmung:* hier werden Bilder aufsteigender Komplexität projiziert, nach denen in der
Stufe 1: *Informationssammlung* Dias beschrieben und möglichst alle Details genau erfaßt werden.
Stufe 2: *Interpretation und Diskussion* Situationen gedeutet und interpretiert werden.
Stufe 3: *Titelfindung*, in der von jedem Teilnehmer eine kurze, prägnante Überschrift gefunden werden soll.
- *Verbale Kommunikation:*
Stufe 1: die wörtliche Wiedergabe vorgegebener Sätze,
Stufe 2: die sinngemäße Wiedergabe selbst formulierter Sätze,
Stufe 3: selbst formulierte W- Fragen (wer, wo, warum, wie) mit Antwort,
Stufe 4: Befragung von Gruppenmitgliedern zu einem Thema und
Stufe 5: freie Kommunikation.

Diese Aufgabentypen zeigen deutliche Affinität zu Gagnés Lerntypen: *methodisch gesehen*, werden Reiz- Reaktions- Verbindungen aufgebaut, Ketten gebildet, Wortketten assoziiert, Begriffe gelernt und interpretiert, Regeln erkannt und Probleme gelöst. Die Entwickler des IPT (Hodel & Brenner 1997, 196) unterscheiden zwischen *direkten, indirekten und kombinierten* Interventionsansätzen, je nachdem, ob direkt innerhalb der gestörten kognitiven Funktion oder auf einer anderen Ebene therapiert wird, wobei sie das IPT zu den kombinierten Verfahren zählten. Sie erwarten in der Zukunft eine Verstärkung "multimodaler Ansätze", die nicht nur unterschiedliche Interventionsebenen integrieren, son-

dern auch unspezifische Einflüsse wie Therapiemotivation, Eigenverantwortung einbeziehen.

Daraus läßt sich ableiten, daß kognitive Therapieeffekte auch unter anderen Modalitäten möglich sind. In der *Berufstherapie* zeigte sich, daß sich kognitive und soziale Effekte auch in beruflichen Trainingsprogrammen aufweisen lassen. Entscheidend dafür ist, die Lernangebote an den jeweils kognitiven, sozialen und emotionalen Dysfunktionen, als defiziente Lernfähigkeiten verstanden, zu orientieren. Das bedeutet, die Aufgaben *inhaltlich und methodisch gezielt zu dosieren*, wobei Gagnés Ansatz »*individueller Lernarrangements*« eine Möglichkeit dazu darstellt; eine weitere ergibt sich in der Anwendung der Handlungsregulationstheorie (Kap. 6.3.5). Man muß sich dazu ausführlich mit der individuellen Symptomatik befassen, um aufzuklären, wo schwerpunktmäßig kognitive, soziale und affektive Funktionsstörungen liegen. In einem zweiten Schritt wäre zu überlegen, welche Lernarten bzw. Ebenen der Lernhierarchie beeinträchtigt sind. Als drittes sind die Inhalte auszuwählen: Diese sollen beruflich realistisch bleiben, um die valide Trainingssituation zu gewährleisten. Es sollte auch kein Splitten in unrealistische Teilschritte erfolgen, sondern der natürliche Gesamtzusammenhang der Aufgaben erhalten bleiben. Das schränkt die Dosierung des Komplexitätsgrades jedoch nicht ein (vgl. Kap. 6.3.4 »genetische Vorform«). Das *methodische Vorgehen* orientiert sich dann viertens an den krankheitsbedingt unterentwickelten Lernfähigkeiten. Es benutzt die berufliche Fördersituation zugleich als Trainingsmöglichkeit. Die Teilnehmer üben, fast unmerklich, eingebettet in berufliche Aufgaben, kognitive, soziale, perzeptive und affektive Fähigkeiten. Der berufsorientierte inhaltliche Hintergrund sichert die subjektive und objektive Bedeutsamkeit und somit Akzeptanz. Die therapeutischen Zielsetzungen stehen in einem realen, anwendungsorientierten Kontext. Sie werden so sachlich bedeutungsvoll und deshalb in Denken und Wissen nachhaltiger verknüpft. Gegenüber isolierten Therapiesequenzen liegt in dieser komplexeren Lernsituation ein gewisses Risiko der Überforderung. Andererseits müssen die Anforderungen beim Lernen mit psychisch behinderten Menschen immer dosiert werden, dieses stellt also keine neue Problemstellung dar. Eine »Schwäche« derartiger Integration in komplexe Lernsituationen wäre die begrenzte Evaluationsmöglichkeit mittels Testverfahren.

6.2.2 Das TOTE- Modell von Miller, Galanter und Pribram

Während Gagné nach der Beziehung zwischen den *äußeren* Lernreizen zu *inneren* Lerntypen fragt und diese kognitiven Vorgänge als *Vorbedingungen des Handelns* versteht, versuchen Miller, Galanter & Pribram (1973) zu klären, wie es überhaupt zur Handlung kommt. Im Gegensatz zu den Behavioristen, die Reaktionsketten nach einem Reiz bzw. einer entsprechenden Verstärkung als zwangsläufig (deterministisch) deuten, gehen Miller et al. davon aus, daß *Handlungen beabsichtigt oder gewollt* sind. Daß die Assoziationslehre mensch-

liches Handeln nicht ausreichend erklären kann, wird an einem Beispiel deutlich (Miller et al. 1973, 60): Wenn jemand einen Brief aufgeben möchte, wird er ihn in den ersten Briefkasten stecken, den er sieht, und der ihn dann an seinen Brief in der Tasche erinnert. Die nächsten Briefkästen interessieren ihn dann nicht mehr. Ohne die Absicht, einen Brief zu verschicken, würde der »Reiz« des ersten Briefkastens unwirksam bleiben; nach erfolgreichem Einwurf des Briefes werden weitere Briefkästen keine »Verstärkerwirkung« ausüben, denn das beabsichtigte Ergebnis ist bereits erzielt.

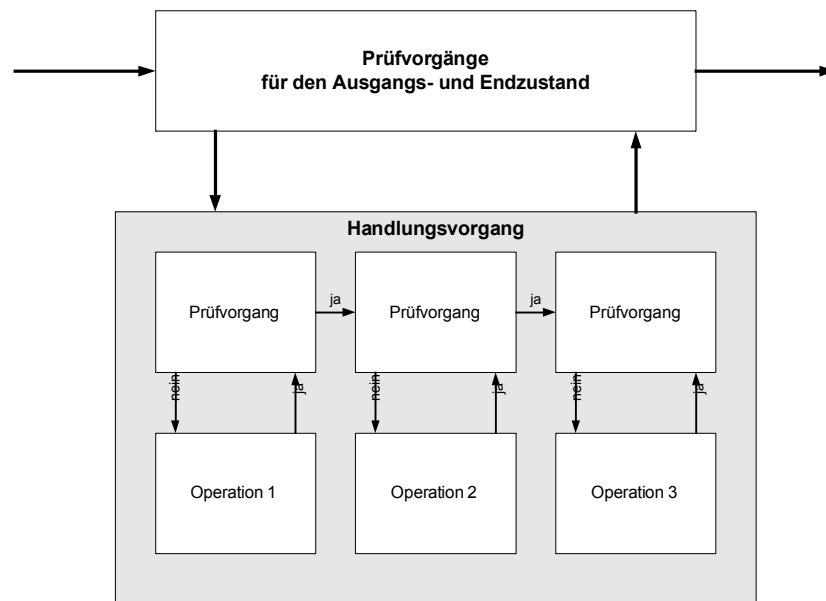


Abb. 59: TOTE- Modell (modifiziert nach Miller et al. 1973, 42)

Aebli (1980, 59) sieht im Zentrum der Theorie Millers et al. den »Plan« und das »Bild«. Handeln ist geplantes und zielgerichtetes Operieren, wobei der Plan als Handlungsentwurf bzw. als Hierarchie von Instruktionen (Miller et al. 1973, 25) zu verstehen ist. Pläne steuern und koordinieren die Ausführung. Operationen stellen die Handlungseinheiten dar, die im Hinblick auf das beabsichtigte Ziel noch ausstehen. Das Bild (Image) umfaßt das angehäuften, organisierte Wissen, alles, was der Mensch gelernt hat, analog zum »inneren Abbild« bzw. »operativen Abbildsystem/OAS« (Kap.6.3.4) in der Handlungsregulationstheorie. Handeln wird mit dem *TOTE- Modell* (Test- Operating- Test- Exit), einem Regelkreis »intelligenten Verhaltens«, erklärt. Ausgangspunkt ist eine Testphase, in der geprüft wird, ob eine Inkongruenz zwischen dem Ist- Zustand des Organismus und einem Kriterium (äußerer Stimulus oder Ziel) besteht. Wird die Inkongruenz bestätigt, wird daraufhin eine Operation erfolgen, um sie zu beseitigen. Ein weiterer Test wird prüfen, ob dieses Ergebnis dem Ziel der Planung entspricht (Rückkoppelung) und entweder weitere Operationen oder den Abschluß der Handlung bewirken.

Das TOTE- Modell einer Gesamthandlung ist hierarchisch und verkettet. Sowohl die Handlungsstrategien in Form grober Handlungsentwürfe als auch die

Handlungstaktiken in Form detaillierter Operationen folgen jeweils diesem Rückkoppelungsmodell. Eine Gesamthandlung wird daher aus mehreren, »höheren« und »niederen«, sequentiell aufeinander folgenden TOTE- Einheiten bestehen, in denen jeweils Eingangsbewertungen, wenn notwendig Operationen, dann Bewertungen des Resultates sowie ein Vergleich mit dem erwünschten Ziel, dann eventuell wieder neue Operationen und Tests und so weiter stattfinden, bis der im inneren Bild verankerte oder antizipierte Endzustand erreicht ist. Normalerweise soll mit einer Handlung die Situation verbessert werden; dafür werden auch Zwischenschritte mit unangenehmen oder negativen Folgen in Kauf genommen.

Wenn sich Handlungen aus Plänen ergeben, ist zu fragen, wie es zu den Plänen kommt und weshalb sie ausgeführt werden. Miller et al. (1973, 63) verweisen hier auf ein grundlegendes Gesetz menschlichen Daseins: Es liegt in der Natur des Lebens selbst! Der Gedankenstrom kann nie aufhören zu fließen! Solange Menschen leben und handeln, folgen sie eigenen Plänen! Pläne können unsystematisch- zufällig, systematisch- logisch oder heuristisch sein (ebd. 155). Selbst Gewohnheiten und Automatismen liegen Pläne zugrunde, die anfänglich willkürlich sind, später verinnerlicht werden und dann unbewußt ablaufen. So wird der Erwerb von Fertigkeiten nach Miller et al. (1973, 83) nicht positiv entwickelt, wenn ein starres, detailliertes Handlungsschema vorgegeben ist, das stereotyp abgearbeitet werden muß, wie früher in den weit verbreiteten Grundübungen zum Feilen, Sägen oder Bohren. Die Schwierigkeit, komplexe Handlungsabläufe zu lehren, besteht darin, daß der Lehrer vom strategischen Ende zu den einzelnen taktischen Planelementen zurückgeht, während der Schüler von den taktischen Operationen sich zum strategischen Ziel vorarbeitet. Auch wenn der Handelnde die Strategie, etwa des Radfahrens, nicht verbalisieren oder ihre Gesetzmäßigkeiten nicht erklären kann, wird er sie dennoch erlernen, wenn er Zeit hat, die einzelnen Fertigkeiten selbst aufzubauen, seinen eigenen Plan zu entwickeln und die Zwischenschritte selbst zu finden.

Insgesamt nehmen Miller, Galanter & Pribram, die sich als "subjektive Behavioristen" (1973, 205) von den seinerzeit vorherrschenden Assoziationstheorien abgrenzen, viele Aspekte »handlungsorientierten Lernens« vorweg (Lipsmeier 1989, 142), ohne den Begriff selbst jedoch zu verwenden: das zielorientierte Wollen, das Planen, das innere Bild, die Rückkoppelungsprozesse, die durch Prüfung und Vergleich der äußeren Vorgänge mit dem Ziel bzw. dem erwarteten Ergebnis in Gang gesetzt werden, lautes Sprechen und anderes mehr.

"Unser Konzept geht davon aus, daß bewußtes Wollen, inneres Sprechen und normales, waches Bewußtsein untereinander in enger Beziehung stehen. [...] Es scheint uns nicht unwahrscheinlich, daß Bewußtsein in einem bestimmten Sinn nichts anderes als die Fähigkeit ist, seine eigenen Pläne zu machen, und daß der Wille die Fähigkeit ist, diese auszuführen. Wenn dem so ist, muß die Sprache, die unsere Planungsfähigkeit vergrößert, das Bewußtsein unser selbst und unserer Welt enorm erweitern..." (Miller et al. 1973, 109)

Sie belegen, wie Handeln und kognitive Prozesse untrennbar miteinander verknüpft sind und sich deshalb anbieten für eine »Mikrotheorie« des Lernvorganges, die dann in der Handlungspsychologie und kognitiven Handlungstheorie weiter ausgebaut wird.

6.3 Handlungspsychologie und Handlungsregulationstheorie

Hinsichtlich der handlungsorientierten didaktischen Vorgehensweise soll vorwiegend auf Aebli's kognitionspsychologischem Ansatz und auf Piaget (Kap. 6.4, 6.5) aufgebaut werden. Vergleichbare Untersuchungen finden sich aber auch in der russischen Handlungspsychologie bei Wygotski, Rubinstein, Leontjew und Galperin. Inwieweit Piaget¹⁴ oder Aebli die Erkenntnisse dieser Forscher aufgriffen, kann hier nicht geklärt werden; Aebli zitiert (1980, 1981; 1991) L.S. Wygotskis Untersuchung *Denken und Sprechen* von 1934 und schreibt 1978 (609) sowie 1981 (288), auch Piaget sei von Wygotski nachhaltig beeinflusst worden. Umgekehrt bezieht sich Leontiew (1974, 26) auf Piaget und verweist Lompscher (1973, 77) ausdrücklich auf die Parallelität der Ziele und Erkenntnisse zwischen den russischen Forschungsansätzen und Piaget & Inhelder in der Überwindung behavioristischer Lerntheorien, welche wegen ihrer These der passiven Übernahme von Erfahrungen und einfachen Anhäufung empirischer Kenntnisse nicht überzeugen würden. Lompscher findet die russische Position in Piagets Gleichgewichtstheorie zwischen Assimilation und Akkommodation wieder, kritisiert jedoch seine *subjektivistische* Position: Neue Schemata und Strukturen würden nach Piaget nicht von außen aus der Gesellschaft übernommen und angeeignet, sondern vom Kind selbst durch Differenzierung und Koordination bereits vorhandener Strukturen geschaffen. Da die »frühen« handlungsorientierten Konzepte stark von der materialistischen Handlungspsychologie und den darauf aufbauenden Forschungsarbeiten von Hacker (1976, 1978) und Volpert (1973, 1974, 1980, 1992) beeinflusst waren, ist eine Zusammenfassung notwendig. Einen Überblick vermittelt Gudjons (1997, 41).

6.3.1 Der Ansatz Rubinsteins

Für S.L. Rubinstein (1966 [1961]) ging es um die Überwindung der Reflexologie Pawlows bzw. behavioristischer, pragmatischer oder positivistischer Tendenzen, die sich darin äußerten, daß man sich auf die Beschreibung des äußeren Ablaufes konzentrierte, ohne den inneren Verlauf des Denkprozesses aufzudecken. Sein Ansatz liegt im Verständnis des Psychischen als *Prozeß* oder *Tätigkeit* (Schnotz 1979, 41; Ott 1995, 68). Denken wird als Tätigkeit eines Subjekts verstanden, das mit der objektiven Welt in Wechselwirkung steht. Denken ist damit

¹⁴ Das ist bei Piaget schwer nachzuvollziehen, weil er in seinen Werken selten Namens- und Sachverzeichnisse ausweist.

ein ununterbrochener Prozeß der Wechselwirkungen von Subjekt und Objekt. Dabei verändert jeder einzelne Denkvorgang diese Beziehung: er ändert die Problemsituation, und jede Änderung der Problemsituation verändert wiederum das Denken. Auch die Ergebnisse des Denkens, die Begriffe und Kenntnisse, werden in ihn einbezogen, ergänzen und bereichern ihn und bestimmen seinen weiteren Verlauf. Für Rubinstein ist folglich eine Untersuchung des Denkprozesses nur möglich über die Analyse der *Denktätigkeit*. Den inneren Prozeß selbst versteht er als fortlaufende und einander bedingende Akte des *Analysierens* und *Synthetisierens*. Aus dem Wesen einer Problemstellung und der Begegnung mit der Realität ergibt sich der Sinn der Aufgabe, die dem Denken gestellt ist: die ungeordneten sinnlichen Erscheinungen aufzugliedern, die wesentlichen Elemente auszusondern und dann durch Korrelation und Abstraktion das Bild der Wirklichkeit ideell zu reproduzieren. So ist jede Erkenntnis, jede Kategorie des Denkens ein abstraktes Produkt der Analyse der konkreten Wirklichkeit und Glied eines synthetischen Prozesses, nämlich der gedanklichen Reproduktion des Konkreten in seiner bereits analysierten Gesetzmäßigkeit (Rubinstein 1966, 83).

Schnotz (1979, 43) sieht Rubinsteins Verständnis der Wechselwirkung von Subjekt und Objekt in Nähe von Piagets Wechselwirkung zwischen Assimilation und Akkommodation (Kap.6.4.). Bezogen auf pädagogische Maßnahmen hat der *tätigkeitsorientierte* Ansatz Rubinsteins zur Folge, daß eine (innere) Denktätigkeit nur dadurch angeeignet werden kann, indem die dazu gehörende äußere Handlung ausgeführt wird. Dies wird zuerst nur unvollständig und mit fremder Hilfe gelingen, aber zunehmend verbessern sich dadurch die inneren Bedingungen des Denkens und somit des Handelns. Prägnant formuliert Schnotz "...die Quintessenz dieser Konzeption für die Pädagogik, daß man einen Menschen nur verändern kann, indem man seine Tätigkeit verändert." (ebd., 45). Die von ihm dazu herangezogene Methodik überzeugt weniger: Instruktionen, Vormachen, Vollziehen, Wiederholen – zunächst mit äußerer Unterstützung. Das entspricht der »4-Stufen- Methode«:

- (1) Vorbereiten,
- (2) Vorführen, Erklären,
- (3) Ausführen – Nachmachen - Üben,
- (4) Kontrollieren,

die über Jahrzehnte die »Arbeitspädagogik« der REFA- Methodenlehre (1976, 110) bestimmte, aber in der Praxis auf (1) Vormachen, (2) Nachmachen, (3) Üben und (4) Kontrollieren verkürzt wurde und für jede, noch so stereotype »Übungsarbeit« ohne eigenen Denkan teil und subjektiven Sinnbezug erhalten mußte. Dies dürfte mit Rubinsteins Auffassungen von Lernen ebensowenig konform gehen, wie mit Riedels *Arbeitspädagogik*, auf die sich REFA beruft (Richarz 1992, 484). Riedel (1967, 55) unterscheidet die Stufen:

- (1) Hineinfinden in die Arbeit.
- (2) Probieren bis zur ersten Bewältigung.
- (3) Festigen der Bewältigung bis zur Beherrschung.
- (4) Einschmelzen des Beherrschten bis zur Meisterung.

Die Bildung eines Leitbildes, das innere Vorwegnehmen der nächsten Arbeitsschritte und Bewegungen, die Automatisierung von Bewegungsabläufen und viele andere Komponenten seiner Beschreibungen des Arbeits- und Lernprozesses machen Riedels Nähe zu handlungsorientierten Konzepten im Sinne Rubinsteins oder Aebli's deutlich, obwohl er sich nicht auf sie, sondern überwiegend auf die Arbeitswissenschaft und die Arbeitsschulbewegung, z.B. Georg Kerschensteiner und Hugo Gaudig, bezieht (1967, 22). Aber auch aus Sicht der Arbeitswissenschaft weisen Rohmert, Rutenfranz & Ulich (1974, 179) darauf hin, daß die weithin geübte Praxis, sensumotorische Fertigkeiten durch *Vormachen* vermitteln zu wollen, nicht als optimal bezeichnet werden könne. Alternative Phasen aktiven und mentalen Trainings (siehe Kap.6.3.5) seien dazu am ehesten geeignet. Absolut falsch sei es auch, einen Auszubildenden mehrere Stunden ununterbrochen üben zu lassen; die tägliche Wiederholung in kurzen Übungszeiten führe dagegen zu besseren Anlern- Erfolgen.

6.3.2 Der Aneignungsansatz Leontjews

Auch A.N Leontjews Ansatz (1973) ist von der Wechselwirkung zwischen Objekt und Subjekt, zwischen Realität und ihrer individuellen Aneignung geprägt. Sein *Aneignungskonzept* ist jedoch nicht primär individuell- psychisch, sondern aus marxistisch- historischer Perspektive zu verstehen. Im Aneignungsprozeß schlagen sich die »vergegenständlichten« naturgeschichtlichen und gesellschaftlichen Kenntnisse und Erfahrungen nieder, sie fließen in den Prozeß der inneren Weiterverarbeitung ein (Fischbach & Notz 1981, 38; Ebner 1988; Ott 1995, 68).

„Im Laufe seiner Ontogenese tritt der Mensch in besondere Beziehungen zu der Welt der Dinge und Erscheinungen, die von früheren Generationen geschaffen worden sind. [...] Die tatsächliche Umwelt, die das menschliche Leben am meisten bestimmt, ist eine Welt, die durch die menschliche Tätigkeit umgewandelt wurde. Als eine Welt gesellschaftlicher Gegenstände, die im Laufe der gesellschaftlich- historischen Praxis gebildeten menschlichen Fähigkeiten verkörpern, wird sie dem Individuum nicht unmittelbar gegeben; in *diesen* Eigenschaften offenbart sie sich jedem einzelnen Menschen als Aufgabe. Selbst die einfachsten Werkzeuge und Gegenstände des täglichen Bedarfs, denen das Kind begegnet, müssen von ihm in ihrer spezifischen Qualität erschlossen werden. Mit anderen Worten: Das Kind muß an diesen Dingen eine praktische oder kognitive Tätigkeit vollziehen, die der in ihnen verkörperten menschlichen Tätigkeit *adäquat* (obwohl natürlich nicht mit ihr identisch) ist.[...] Auch das Tier paßt sich mit seiner Tätigkeit der Umwelt an, es eignet sich dabei jedoch niemals die Errungenschaften phylogenetischer Entwicklung an. Während ihm diese in den natürlichen, angeborenen Besonderheiten *gegeben sind*, sind sie dem Menschen dagegen in den

objektiven Erscheinungen seiner Umwelt *aufgegeben*. Um diese Errungenschaften in seiner ontogenetischen Entwicklung zu realisieren, muß er sie sich *aneignen*; nur durch diesen, stets aktiven Prozeß ist das Individuum in der Lage, deren wahre menschliche Natur, deren Eigenschaften und Fähigkeiten zutage treten zu lassen, die aus der gesellschaftlich- historischen Entwicklung der Menschheit resultieren und objektiv gegenständliche Form erlangt haben.“ (Leontjew 1973, 281)

Leontjews Ansatz ist, wie der Piagets, genetisch. Menschliche Entwicklung vollzieht sich nach seiner Auffassung durch einen aktiven Prozeß der Aneignung. Auch bei ihm sind äußere und innere, materielle und geistige Tätigkeit in gemeinsamer Entwicklung verbunden. Tätigkeiten, in den Formen als Arbeiten, Lernen und Spiel, versteht Leontjew (1973, 405) als übergeordnete Kategorie auf Gegenstände der Bedürfnisbefriedigung gerichtete Aktivität, die in Handlungen, in zielgerichtete Einzelaktionen, zerfällt. Der Begriff Operation steht für die Wahl der Mittel und Methoden, wie diese Handlungsziele erreicht werden (Hacker 1978, 56). Zusammenfassend kann man Leontjews Position als kognitive Verarbeitung der Wirklichkeit im Sinne einer aktiven, äußeren Auseinandersetzung mit der Realität und einer damit zwangsläufig verbundenen psychischen Wechselwirkung verstehen. Diese Prozesse vollziehen sich in Form der »Interiorisierung«, d.h. Umbildung äußerer in innere, geistige Handlungen (Leontjew 1973, 296). Die Verbindung der Ansätze Rubinsteins und Leontjews wird von Kossakowski (1973, 25) so formuliert:

”a) daß der Mensch sich in relativ kurzer Zeit die gesellschaftlich- historischen Erfahrungen vergangener Generationen anzueignen vermag [...];
b) daß er denkend Gesetzmäßigkeiten in Natur und Gesellschaft zu erkennen und dadurch sein Handeln bewußt zu steuern vermag.”

6.3.3 Das Etappenmodell Galperins

P.J. Galperin, ein Schüler Leontjews, befaßte sich ausführlich mit dem Interiorisierungsprozeß. Sein Etappenkonzept (Galperin 1974, 1980) hat die handlungstheoretische pädagogische Diskussion stark beeinflusst (Schnotz 1979, 45; Fischbach & Notz 1981, 46; Ott 1995, 67). Das Modell der etappenweisen Aneignung bzw. Interiorisierung umfaßt drei Phasen:

1. Die Orientierungsgrundlage.
2. Die Arbeitshandlung.
3. Die Kontrollhandlung.

Die *Orientierungsgrundlage* ist die zentrale Vorbedingung einer Handlung und ihrer nachfolgenden Interiorisierung (Fischer & Harke 1987, 74). Sie ist das »innere Modell« der Handlung und umfaßt (1) das Handlungsziel, (2) den Handlungsgegenstand und seine Eigenschaften sowie (3) die zum Erreichen des

Zieles notwendigen Mittel. Je nach Lernstand sind die Orientierungsgrundlagen bei Lernenden nicht ausreichend ausgeprägt. Um überflüssige *trial and error* – Schritte bzw. primitive Reaktionen auf äußere Stimuli zu vermeiden, wird man als Lehrender eine jeweils zum Lerngegenstand und zur Lernfähigkeit der Teilnehmer passende Orientierungsgrundlage schaffen; sie ist für den Lernverlauf entscheidend.

- Typ I: *Unvollständige Orientierungsgrundlage*
Sie ist die einfachste Form, formuliert nur das Handlungsziel und macht so den Lernprozeß wenig bewußt. Mittel und Wege müssen vorgegeben werden. Der Transfereffekt ist gering. Unvollständige Orientierungsgrundlagen findet man in Anlernprozessen vor, wenn den Arbeitenden lediglich das Arbeitsergebnis gezeigt und die Arbeitsschritte vorgemacht werden.
- Typ II: *Vollständige Orientierungsgrundlage*
Sie umfaßt ein komplettes Handlungsschema, benennt Ziel, Objekt, Eigenschaften, Mittel und das fertige Handlungsmuster. Die Lernenden können auf dieser Basis schnell und effektiv das Problem lösen. Wegen des direkten fachlichen Bezugs von Problemstellung und Lösungsmuster ist der Transfer-Effekt auf neue, variierte Aufgaben gering. Diese Form der Orientierung entspricht in vielerlei Hinsicht üblichen Aufgabenstellungen in Schulbüchern, in denen anhand einer »Musteraufgabe« der Handlungsablauf dargestellt wird, der dann in relativ gleichartiger Weise an folgenden Übungsaufgaben »vertieft« werden soll.
- Typ III: *Inhaltsunabhängige, offene Orientierungsgrundlage*
Erst hier werden inhaltsunabhängige Handlungsschemata vermittelt, die zur selbständigen Analyse und Lösung von Problemstellungen führen. Das Vorgehen, die einzelnen Handlungen und mögliche Alternativen sind zu bedenken und gedanklich zu antizipieren. Es werden Zusammenhänge erkannt, die bewußte Beteiligung der Lernenden ist höher, Leistungsunterschiede können ausgeglichen werden, die Selbständigkeit wird steigen. Anfangs wird der Unterricht langsamer sein, weil Fehler beseitigt und Probleme bedacht werden müssen. Später wird das Lerntempo gegenüber anderen Unterrichtsformen steigen (Fischbach & Notz 1981, 49). Insgesamt ist die Transferleistung hier erheblich höher.

Die *Arbeitshandlung* ist der eigentliche Prozeß der Interiorisierung auf der Basis der Orientierungsgrundlage. Aneignung vollzieht sich in fünf Schritten:

- 1) In der Etappe der *materiellen, konkreten Handlung*.
- 2) In der Etappe der *materialisierten Handlung* mittels Modellen, Zeichnungen, Abbildungen, Schemata.

- 3) In der Etappe der *gesprochenen Sprache* durch laute »Verbalisierung« der Handlung, der Zuordnung passender Begriffe und sprachlichen Verallgemeinerung.
- 4) In der Etappe der *äußeren Sprache für sich*, in der durch sprachliche Umwandlungen und Verkürzungen, durch Floskeln und Satzketten der Handlungsvorgang immer mehr abstrahiert und verinnerlicht wird.
- 5) In der Etappe der *inneren Sprache*, in der sich durch geistige Automatisierungsprozesse der Handlungsvorgang formelhaft verkürzt (und auch nicht mehr im Detail bewußt wird), so daß die geistigen Operationen mit hoher Schnelligkeit und Flexibilität erfolgen können.

In der *Kontrollhandlung* findet –parallel zu oder nach der Arbeitshandlung– ein Abgleich zwischen Plan bzw. Ziel und Arbeitsergebnis statt; dieser wird sich anfänglich ganz konkret auf einen Soll- Ist- Vergleich des kompletten Arbeitsobjektes beziehen, zunehmend aber anhand von Verfahrensschritten, Meßergebnissen, Signalen auf einer abstrakteren Ebene erfolgen können.

6.3.4 Das Handlungsregulationsmodell von Hacker und Volpert

Winfried Hacker (1976, 1978) und Walter Volpert (1973, 1974, 1980, 1992) haben sich mit der Frage ausführlich befaßt, wie Handlungen im einzelnen psychisch gesteuert (reguliert) werden. Auf der Grundlage der von Miller, Galanter & Pribram (1973) entlehnten TOTE- Einheit definiert Hacker (1978, 92) als kleinste Einheit die *Vergleichs- Veränderungs- Rückkoppelungseinheit (VVR)* unter der Prämisse, daß zielgerichtetes Handeln ohne Rückmeldung über das Ergebnis nicht möglich sei. Die einzelnen VVR- Einheiten, *hierarchisch- sequentiell gegliederte Teilhandlungen*, verketteten sich zur Gesamthandlung oder zu einer *Ziel- Aktionsprogramm- Hierarchie* (Fischbach & Notz 1981, 59). Als innere Repräsentation der äußeren Tätigkeit dient (Hacker 1978, 82) das *operative Abbildsystem (OAS)*, das als »Speicher« der Ziele und Aktionsprogramme selbst wiederum das Handeln reguliert. Es beinhaltet *Arbeitsergebnisse* oder *Sollwerte, Ausführungsbedingungen* der Arbeitstätigkeiten (z.B. Wissen, Erfahrungen) und *Transformationsbeziehungen* zwischen Ist- und Sollzustand (z.B. notwendige Eingriffspunkte, Signale, erforderliche Maßnahmen). Hacker (1978, 84) sieht die zentrale Funktion des OAS wie folgt:

- OAS bilden die Sachverhalte nach *Bedeutung* ab; sie sind selektiv und verzerrt, weil einzelne Momente überpointiert werden.
- OAS sind verallgemeinernd und *schematisch*. Sie tendieren dazu, Klassen von Merkmalen und Beziehungen darzustellen.
- OAS sind anforderungsabhängig; es werden Strategien bevorzugt, die das Ziel mit möglichst geringem Aufwand erfüllen.

- OAS werden so codiert, daß sie möglichst einfach recodiert werden können.
- Mit OAS lassen sich Arbeitstätigkeiten voraussagen und Erwartungen (Hypothesen) formulieren; daraus werden Regeln extrapoliert, die gegenwärtige Situation wird analysiert, beurteilt und beantwortet. Diese Antizipation hat für viele Arbeits- und Lernvorgänge entscheidende Bedeutung.

Handlungsregulation erfolgt auf verschiedenem Niveau (Hacker 1978, 104), teils bewußt, teils überlegt oder geplant, teils aus dem Gefühl heraus, teils automatisiert:

1. Als *sensumotorische* Regulationsebene: Sie ist die unterste Ebene, auf der unselbständige Handlungen nach stereotypen Mustern verrichtet werden. Sie laufen überwiegend automatisiert, also nicht bewußt ab.
2. Als *perzeptiv- begriffliche* Regulationsebene: Hier werden die Handlungsschemata für Entscheidungen herangezogen, die einen Vergleich mit Wahrnehmungen erfordern. Fischbach & Notz (1981, 64) nennen dies "Ebene der flexiblen Muster", weil hier Signale schnell erkannt und mit adäquaten Handlungsmustern beantwortet werden müssen. Diese Regulationen sind immer bewußtseinsfähig, aber nicht immer bewußtseinspflichtig, können also auch zu Automatismen verkürzt werden.
3. Als *kognitive/ intellektuelle* Regulationsebene: Sie ist die oberste, leitende Ebene der Handlungsregulation und beinhaltet kognitive Prozesse und intellektuelle Operationen: Analyse und Synthese komplexer Situationen, gedankliche Vorwegnahme der Ziele sowie Entwicklung flexibler Pläne (Entwicklung von Heuristiken). Diese Planungshandlungen sind immer bewußtseinspflichtig und sprachgebunden.

Auch für die Analyse des Lernprozesses sind diese Regulationsebenen wichtig. Lehrer können die Teilnehmer anregen, das eigene Vorgehen zu beobachten und zu beschreiben. So erhalten sie Hinweise darauf, auf welcher Ebene der Schüler seine Handlungen steuert. Daraus können erforderliche Trainingsverfahren abgeleitet werden.

In einer neueren Zusammenfassung seines handlungspsychologischen Konzeptes scheint Volpert (1992, 99-120) das von ihm und Hacker (1976, 1978) vertretene Modell der *hierarchisch- sequentiellen Handlungsorganisation* mit seiner Einteilung in kognitiv »niedere oder «höhere« Ebenen der Handlungsregulation flexibler zu interpretieren und sich Positionen, etwa Aebli (1980, 1981), anzunähern. Schon 1980 (17) wandte er sich gegen die verbreitete Methode des Anlernens von Fertigkeiten durch "Zusehen und Nachmachen" und verwies auf die Möglichkeiten der Persönlichkeitsförderung durch *Verbesserung kognitiver Regulationsgrundlagen* mittels handlungspsychologisch begründeter Trainingsprogramme. Es sei ein Mißverständnis, aus der hierarchisch- sequentiellen Handlungsorganisation abzuleiten, daß auch der Lernprozeß sich gewis-

sermaßen von »unten nach oben« entwickle (siehe Fischbach & Notz 1980, 216), bei Fertigkeiten beginne und erst darauf flexiblere Handlungsformen aufbaue. Das sei im Leben nicht so, höchstens in der Schule – und da sei es auch falsch! Nicht Fertigkeiten seien der Ausgangspunkt, sondern der Versuch, einen Gesamtplan unter Schwierigkeiten zu realisieren (so auch Aebli 1980, 26, 87). Den Lernprozeß beschreibt er als *Aufbau einer entwickelten Handlungsorganisation*: man lernt, indem man sich immer weniger irrt.

Den Lernprozeß teilt Volpert (1992) in Phasen ein: in der ersten geht es um das globale Ziel, das man mit noch untauglichen Mitteln anstrebt. Die zweite Phase wendet sich dann den Mitteln zu und bildet Schwerpunkte des Lernens, zum Beispiel Teilschritte. In der dritten Phase fügt sich dann die Handlung wieder zu einem Ganzen zusammen; die vierte Phase flexibilisiert das Ergebnis. Anstelle der drei Regulationsebenen sieht Volpert den Aufbau des Lernprozesses nun in zwei, sich gegenseitig ergänzenden und verstärkenden *Entwicklungsrichtungen*:

1. Als Aufbau und Weiterentwicklung *sensumotorischer Fertigkeiten*, dem Einüben von Tätigkeitsformen, bis man diese routiniert, sicher und flexibel erledigen kann. Dieser Lernansatz wird stark durch Umweltangebote und eigene Erfahrungen beeinflusst. Lernen wird also nicht nur rational nach vorgefertigtem eigenen Plan, sondern nachahmend und improvisierend- intuitiv in aktivem Erfahren durch Tun stattfinden: = *zunehmende Geschicklichkeit*.
2. Als Aufbau von *Plänen*, die immer realistischer und umfassender werden und Fehler immer mehr vermeiden: = *zunehmende Planungsfähigkeit*.

Gemeinsame Merkmale dieser Geschicklichkeit und Planungsfähigkeit sind die *Vorstellungs- und Sprachwelt* des Planenden, in der die Handlungen durch innere "Handlungs- Superzeichen" repräsentiert sind, sowie der immer *geringer werdende Zeitbedarf* durch verbesserte Antizipationsfähigkeit beim Planen einerseits und größere Bewegungsroutine auf der sensumotorischen Ebene andererseits. Um den Zusammenhang zu erhalten, fordert er, –im Gegensatz zu verfehlten Lernkonzepten, die das Erlernen komplexer Handlungen in einen Teil »Wissenserwerb« und ein »Fertigkeiten- Training« aufzuteilen suchen– die Aufgaben als Gesamt- Handlung mit allen ihren natürlichen Strukturmerkmalen zu gestalten, aber nötigenfalls in der Komplexität zu reduzieren. Diese ganzheitliche, aber von der Komplexität reduzierte Aufgabenform bezeichnet Volpert (1992, 106) als *genetische Vorform*, wie in Kap.7.2.1 am praktischen Beispiel noch näher erläutert werden wird.

6.3.5 Handlungsorientiertes Lernen nach der Handlungsregulationstheorie

Handlungsorientierte Unterrichts- bzw. Ausbildungskonzepte wurden von den Trainingsansätzen der Arbeitswissenschaft stark stimuliert (Rohmert, Rutenfranz & Ulich 1974; Warnecke & Kohl 1979). Vor allem der Arbeitspsychologe Eberhard Ulich und seine Mitarbeiter (Ulich 1974; Ulich, Triebe & Wunderli 1976; Wunderli 1978) haben sich mit den Methoden intensiv beschäftigt und diese auch evaluiert; sie unterscheiden:

1. Motorisches Training: als körperlich aktives Bewegungs- bzw. Handlungstraining (aktionales Training).
2. Observatives Training: Training durch Beobachtung, auch mittels Video oder Vorstellung der Objekte des Handelns.
3. Mentales Training, das sich unterteilt in:
 - (1) Kognitives Training: Durchdenken des Handlungsvorganges
 - (2) Imaginatives Training: Bildhaftes Vorstellen des VorgangesVerbales Training, das ebenfalls zu unterteilen ist in:
 - (1) Extrakommunikatives Training: Sprechen mit anderen.
 - (2) Intrakommunikatives Training: Inneres Sprechen

Im Rahmen des in Kap. 2.4.3 beschriebenen Projektes »Lernprobleme Erwachsener« wurden diese Ansätze zu einem, auf der Grundlage der Handlungspsychologie bzw. Handlungsregulationstheorie seinerzeit typischen *Etappenkonzept* kombiniert und erprobt (Fischer & Harke 1987, 76):

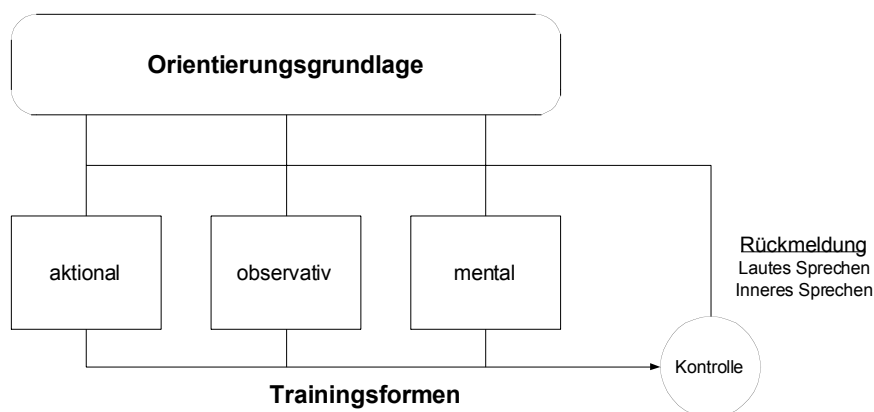


Abb. 60: Stufenkonzept handlungsorientierten Lernens (Fischer & Harke 1987, 77)

1. Phase: Schaffen einer Orientierungsgrundlage:

Der Unterricht wird mit der Einführung des Themas, der Nennung der Aufgaben und der Vorgabe der Arbeitsziele begonnen. Je nach erwünschtem Typus der Orientierungsgrundlage werden Handlungsschemata vorgegeben oder erarbeitet. Sinnvoll ist die Vorführung der Handlungen oder deren Visualisierung, ebenso verbale Beschreibungen, Arbeitsmaterialien und Medien.

2. Phase: Ausführung der Handlung – Trainingsformen für die Handlung

Die wechselseitige Beeinflussung von Handeln und Denken kann durch psychoregulativ- akzentuierte Trainingsmaßnahmen (Rohmert, Rutenfranz & Ulich 1974; Ulich et al. 1976) gezielt entwickelt werden, die je nach Lerngegenstand, subjektiver Lernfähigkeit und Lerntyp eingesetzt werden sollten:

- a) *Aktionales Training*: Das Einüben der Tätigkeit durch *Ausüben*.
- b) *Observatives Training*: Das *Beobachten* der Tätigkeit, entweder direkt vor Ort oder im Film. Zweckmäßiges Hilfsmittel: Beobachtungsbogen
- c) *Verbales Training*: Das *Beschreiben* der Handlungsabläufe, und zwar vorwiegend in *laut gesprochener Sprache*. Umsetzen der verbalisierten Handlungsabläufe in Ablaufschemata bzw. –diagramme. Lautes »äußeres« Sprechen wird in gedachtes, »inneres« Sprechen übertragen. Diesem Kernsatz der Handlungsorientierung sollte große Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die Verbalisierung hat nicht nur »Brückenfunktion« zwischen Handeln und Denken, sondern bewirkt auch einen ständigen Kontrollmechanismus. Entscheidend ist auch, daß durch lautes Sprechen unbewußte Handlungsmechanismen in das Bewußtsein rücken. Die Lernenden sollten eigene Formulierungen benutzen und damit eigene Handlungsschemata und Kontrollfunktionen aufbauen. Bereits während der Orientierung wird der Lehrende die Handlungen durch lautes, sparsames Sprechen begleiten und damit vorstrukturieren.
- d) *Mentales Training*: Das Rekapitulieren und Antizipieren der Handlungsabläufe in Form geistiger Imaginationen (»bildhaft« gedachte Abläufe)

3. Phase: Kontrolle der Handlung

Die Kontrolle zeigt, ob die Handlungsschemata sicher und flexibel eingesetzt werden können. Sie wird zuerst vom Lehrenden ausgehen, sollte dann aber zunehmend durch Selbstkontrolle ersetzt werden. Erst sie sichert den inneren Regelkreis zwischen Handeln und OAS. Eigene Kontrollen bewirken zusätzlich, daß konkretes Handeln immer mehr durch rein geistiges »Probearbeiten« ersetzt werden kann, wobei die Verbalisierung wiederum wichtige Brückenfunktionen erfüllt.

An einem Beispiel aus der »Rehabilitationspädagogik« in der ehemaligen DDR (Suhrweiler 1990, 317), konzipiert für ein Kompetenztraining mit 507 »Hilfsschülern«, wird deutlich (Abb. 61), wie detailliert man handlungsorientiertes Vorgehen plante und sich den Interiorisierungsvorgang in allgemeingültiger, strenger Etappenfolge vorstellte. Zwar sind in den weiteren Unterrichtseinheiten auf höherem Niveau die Freiräume für reproduktiv- selbständiges und schöpferisch- soziales Handeln größer; das Gesamtkonzept bleibt aber recht starr und scheint wenig spontane Aktionsspielräume für Pädagogen und Schüler vorzusehen.

Niveaustufen	Handlungslenkung/ Handlungsregulierung			
	Orientierung (Kenntnisaspekt)	Antrieb/Steuerung (Motivations- Einstellungsaspekt)	Ausführung (Fähigkeitsaspekt)	Kontrolle (Aspekt der Verhaltensüberprüfung und -korrektur)
reproduktiv- gelenktes Handeln	<i>Pädagoge:</i> Detaillierte, konkrete, entfaltete Vermittlung von Normen; Erläuterung von Handlungszielen und -bedingungen; Darstellung konkreter, einfacher Handlungsprogramme <i>Schüler:</i> Aufnahme und Speicherung der Orientierungshinweise	<i>Pädagoge:</i> Handlungsmotivierung durch wiederholte Handlungsbelegungen, Widerspruchsetzung, ständige, unmittelbare Stimulierung <i>Schüler:</i> Beginn einer Einstellungsbildung; angewiesen auf Antriebssteuerung durch Pädagogen	<i>Pädagoge:</i> Handlungskanalisation durch direkte Lenkung normgerechter Handlungen; Üben; Ausbilden von Gewohnheiten; Sanktionen <i>Schüler:</i> normangepaßtes Verhalten	<i>Pädagoge:</i> Intensive, direkte, konkrete Kontrollen bei der Durchführung und nach Abschluß der Handlungen; Sanktionen; Durchsetzen von Korrekturen <i>Schüler:</i> Angewiesen auf ständige Verhaltensüberprüfungen

Abb. 61: Handlungsorientierter Unterricht. (Auszug aus: Suhrweiler 1990, 322)

Ein drittes Beispiel bezieht sich auf »Arbeitstherapie« (Gross 1987). Auf der Grundlage der Handlungsregulationstheorie von Volpert wird die Hypothese aufgestellt, daß die Muster der bei Schizophrenie vorkommenden kognitiven Störungen auf ein Abschneiden der oberen intellektuellen oder perzeptiv- begrifflichen Regulationsebenen von unteren, sensumotorischen, deuten. Bei schizophrenem Verhalten sei die Planung von der Ausführung abgeschnitten, woraus sich das starre Festhalten an bestimmten Ideen, die der Realitätsüberprüfung nicht standhalten, erklärt. „Wirre Verhaltensweisen“ von Schizophrenen könnten so auf die Verselbständigung unterer Regulationsebenen zurückgeführt werden (Gross 1987, 43, 157). Die Planung therapeutischer Prozesse sollte daher:

1. Vom individuellen Arbeitshandeln und der jeweiligen psychischen Handlungsregulation ausgehen,
2. die Arbeits- und Handlungstörungen aufgreifen,
3. die entscheidenden »übergeordneten Arbeitsfähigkeiten« ableiten und
4. daraus zu einem gezielten therapeutischen Arrangement kommen.

Dieser Ansatz hat Ähnlichkeit mit den in Kapitel 5.3.2 beschriebenen »Arbeitsarrangements« von Brater et al. (1986) und Stern (1991), liefert darüber hinausgehend aber eine Erklärung für die funktionale Auswirkung der krankheitsbedingten Störung. Daraus folgt, daß handlungsorientiertes Training vor

allem dann gesundheitlich stabilisierend wirkt, wenn auf dem Zusammenhalt von mentalen, aktionalen und verbalen Handlungsanteilen, bzw. von Ziel, Planung, Ausführung und Kontrolle aufgebaut wird.

Auch hinsichtlich einzelner kognitiver, affektiver, sozialer und informatorischer Dysfunktionen bei Schizophrenen (Kap. 3.4.3 und 6.2.1) könnte ebenso ein Trainingsansatz abgeleitet werden. Denn alle diese Funktionsstörungen wirken sich ja nicht isoliert, sondern vor allem im Handlungszusammenhang aus: in der Arbeit, in der Kommunikation mit anderen und in der Steuerung des Alltags. Ebner (1992, 43) definiert als substantielle Bedingung einer Handlung ihre zyklische Vollständigkeit, die sich im Zusammenhang der Stadien: Zielbildung/ Zielstellung - Planung - Ausführung und Kontrolle/ Bewertung darstellt.

”... eine Person, die nicht in der Lage ist, Ziele zu bilden, Wege zum Ziel _im Kopf_ planerisch vorwegzunehmen/durchzuspielen, das eigene Tun und dessen Resultate zu bewerten usw., kann [...] nicht als handlungsfähig bezeichnet werden”. (ebd. 47)

Innerhalb des Handlungszusammenhanges zeigen sich kognitive und andere Störungen ganz konkret als Unterbrechungen der Handlung, als überraschende Schritte oder nicht verständliche Verhaltensweisen. Es liegt nahe, die Überwindung solcher Problemstellungen gezielt in ein Lernarrangement (Kap.5.4.2) einzubauen und so berufliche Inhalte, situative Anforderungen und individuelle Förderaspekte zu verknüpfen.

6.3.6 Zusammenfassung

Materialistische Handlungspsychologie und Handlungsregulationstheorie liefern wichtige Anregungen zum Verständnis des Zusammenhanges zwischen Handeln und Denken in handlungsorientiertem Unterricht. Dessen Grundlagen unterliegen einer teilweise heftigen, stellenweise einseitig geführten Diskussion über Praxisbezug, Verständnis von Schule, Bildungsziele sowie wissenschafts- und erkenntnistheoretische Positionen, auf die hier nicht einzeln eingegangen werden soll. Dazu wird etwa auf Gudjons (1980; 1997, 40), Simon (1980), Söltenfuß (1983), Ebner (1988), Ebner & Reinisch (1989), Aebli et al. (1989), Ebner (1992) und Ott (1995, 71) verwiesen. Anzumerken ist jedoch, daß Kritiker, wie Ebner & Reinisch (1989) oder Minnameier (1997), dort den «geistigen Vätern» handlungstheoretisch begründeter Lernkonzepte (Aebli 1980, 1981, 1991; Leontjew 1973, 1974; Galperin 1974, 1980; Volpert 1980, 1992) jedenfalls dann nicht gerecht werden, wo sie deren Konzepte an denen jener Protagonisten messen, die unter »Handlungsorientierung« einen platten Praxisbezug verstehen oder deren Bildungsziele sich im Erfüllen derzeit favorisierter Arbeitsplatzanforderungen erschöpfen. Selbst der materialistischen Handlungspsychologie sind so reduzierte »Handlungs«- Bezüge nicht vorzuhalten. Ausdrücklich leiten Galperin & Leontjew (1974, 60) ab, wie für die Vermittlung von erwünschten Bil-

dungsinhalten im Zuge einer *genetischen Analyse* die grundlegenden Handlungen erst gesucht werden müssen, um einen funktionsfähigen *Lernalgorithmus* aufzubauen. Handeln ist vor allem *methodisches Mittel* für den individuellen kognitiven Aneignungsprozeß, der phylo- und ontogenetisch als geistige Entwicklung der Menschheit vom Handeln zum Denken verstanden wird.

Über die eigenen, nicht sehr befriedigenden Lernergebnisse im Projekt »Lernprobleme« hinaus konnten jedoch recht beachtliche Lerneffekte mit handlungsorientierten Trainingsverfahren (Kap. 7.2.1) in der CNC- Ausbildung Behinderter erreicht werden (Krogoll, Pohl & Wanner 1986; Krogoll, Pohl & Wolfert 1986).

Im Rahmen der praktischen Umsetzung handlungsorientierter Ansätze im BBRZ (Fischer & Schmeiss 1986; Fischer & Harke 1987, 86 u. 96) zeigten sich konzeptionelle Schwächen, die in einer Weiterentwicklung dieses Ansatzes für Behinderte zu beachten sind. Durch das handlungsorientierte *Unterrichts- Etappen- Modell* allein verändert sich Ausbildung nicht signifikant. Die vorherrschende Meinung innerhalb des Kollegiums war seinerzeit, man sehe keine wesentlichen Unterschiede zum bisherigen Stil, der schließlich auch Handlungsbezug aufweise. Vororientierung, unterschiedliche Lösungs- und Übungsformen sowie nachfolgende Kontrollvorgänge sind ja keine spezifische Errungenschaften handlungsorientierten Lernens.

1. Effektiver als das stringente Einhalten eines Gesamtkonzeptes scheint die Ausdifferenzierung der unterschiedlichen Trainingsverfahren (aktional, mental, observativ, verbal) zur Stimulation von Planungs-, Handlungs- und Kontrollprozessen zu sein, vor allem der gezielte Einsatz von lautem Sprechen. Dies stößt immer wieder auf Schwierigkeiten und Vorbehalte. Die sprachlichen Ausdrucksfähigkeiten sind bei leistungsschwachen Teilnehmern oft unterentwickelt, die Hemmschwellen, zu sprechen, und die, von Teilnehmern lautes Sprechen abzufordern, nicht unerheblich.
2. Ob die Interiorisierungsprozesse tatsächlich dem relativ rigiden Etappenmodell bzw. der hierarchischen Struktur der Handlungsregulation folgen, ist nach den praktischen Erfahrungen zu bezweifeln. So logisch dieser Ablauf erscheint, so sind doch bei den Teilnehmern, soweit überhaupt ein Zugang zum »Denkprozeß« über das Sprechen gelingt, immer wieder »Sprünge« in Erkenntnis und Orientierung festzustellen. Vor allem darf nicht unbeachtet bleiben, daß durch die Vorgabe der jeweiligen Trainingsverfahren auch die Interiorisierungs- Etappen vorbestimmt sind, der Aneignungsprozeß also nicht individuell von innen, sondern von außen gesteuert wird und deshalb die subjektiven Lernbedingungen erheblich verfehlen kann.
3. Handlungsorientierung verändert wenig, wenn nicht der organisatorische, kommunikative und rollenspezifische Gesamtzusammenhang der Ausbildung mit verändert wird. Die Stichworte dazu sind (Pätzold 1995): echte Handlungsspielräume; Aufgabe starrer, vorgegebener Unterrichts- und Inhalts-

strukturen; »symmetrische Beziehungsrollen«, auch bei unterschiedlichen »Aufgabenrollen zwischen Teilnehmern und Lehrenden«.

Zwar sind praktische bzw. konkrete Handlungsvollzüge für das Lernen bei seelisch behinderten Menschen günstig. Nachhaltige Verbesserungen der Lernfähigkeiten können hierdurch allein jedoch nicht erzielt werden. Offensichtlich reichen derartig reduzierte Formen handlungsorientierten Lernens für eine sonderpädagogische Förderung nicht aus. Zu unklar bleiben die Ansätze für eine spezifische Lern- und Persönlichkeitsförderung, und zu wenig erscheinen die individuellen Ausgangsbedingungen, vor allem auch in affektiver Hinsicht, einbezogen.

6.4 Entwicklung des Denkens aus dem Handeln: Jean Piagets genetische Erkenntnistheorie

Obwohl sich Piaget nicht direkt mit Fragen des Lernens auseinandersetzte, spielen seine Erkenntnisse zur Entwicklung der Intelligenz für das Verständnis des Lernvorganges eine entscheidende Rolle. Ohne die referierten Ansätze der materialistischen Handlungspsychologie und ohne Piagets genetische Epistemologie bleiben die Intentionen einer *handlungsorientierten Diadaktik bzw. Methodik* auf dem Niveau eines zwar wünschenswerten »Praxisbezuges« stehen, der aber weder neu, noch hinsichtlich seiner lernpsychologischen Funktion ausreichend untersucht ist.

6.4.1 Assimilation und Akkommodation

Denken und Intelligenz entwickeln sich nach Auffassung Jean Piagets (1896-1980) in ständiger Interaktion zwischen dem Subjekt und seiner Umwelt (Piaget 1973; 1977; Piaget & Inhelder 1973; Simon 1980; Ros 1983; Montada 1987). Er sieht diese Entwicklung als Fortsetzung biologischer Entwicklungsprozesse. Die geistigen Funktionen erwachsen aus der aktiven Auseinandersetzung mit der Umgebung und streben immer neu dynamisch fortschreitenden Gleichgewichtszuständen zu. Diesen Vorgang bezeichnet Piaget als *Äquilibrierungsprozeß* (1977, 230).

”Die psychische Entwicklung, die mit der Geburt einsetzt und im Erwachsenenalter ausklingt, ist dem organischen Wachstum vergleichbar: Wie dieses besteht sie wesentlich in einer fortschreitenden Zunahme an Gleichgewicht. Wie nämlich der Körper bis zu einem relativ stabilen Niveau – das durch das Aufhören des Wachstums und die Reife der Organe gekennzeichnet ist – sich entwickelt, so kann man auch vom Geist sagen, daß er sich in Richtung auf ein endgültiges, vom erwachsenen Verstand repräsentiertes Gleichgewicht hin bewegt. Entwicklung ist also in bestimmtem Sinn ein ständiger Übergang von einem Zustand geringeren Gleichgewichts zu einem Zustand höheren Gleichgewichts. Bezüglich der Intelligenz ist es leicht, derart die relative Instabilität und Inkohärenz der kindlichen Gedankenwelt dem systematischen Verstand des Erwachsenen gegenüberzustellen. Auf dem Gebiet des Gefühlslebens wieder hat

man oft und oft festgestellt, wie sehr die Ausgewogenheit der Empfindungen mit dem Alter zunimmt. Die sozialen Beziehungen schließlich gehorchen demselben Gesetz einer schrittweisen Stabilisierung.“ (Piaget 1977, 153)

Piagets erkenntnistheoretische Position unterscheidet sich grundlegend von *sensualistischen* Erklärungen *assoziativer Theorien* auf der Grundlage des Empirismus, die Erkenntnis bzw. Wissen als Abbildung und Verallgemeinerung sinnlicher Erfahrungen und Lernen als mehr oder minder mechanistische Reaktion auf äußere Anreize oder Verstärker deuten. Er geht dagegen von einer *aktiven Rolle* des Subjektes aus. Der Verstand »verleibt sich die Welt ein«, wobei sich die Struktur dieser Assimilationen mit jeder sukzessiven Erfahrung wandelt. Handeln bewirkt kognitive Schemata, in welche Erfahrungen eingeordnet werden. Jede Handlung und Aktivität wird durch Wiederholung und Erprobung in Handlungsschemata verallgemeinert, die Piaget als Assimilationsschemata bezeichnet. Jede Erkenntnis der Umwelt und jedes Einwirken auf sie bedarf wiederum der Assimilationsschemata. Sie müssen umstrukturiert und erweitert werden, wenn neue Erfahrungen die bisherige Konstruktion sprengen. Denken und Handeln sind eben immer wieder genötigt, sich an äußere Änderungen anzupassen; diesen Prozeß bezeichnet Piaget als Akkommodation. Die vorhandenen Assimilationsschemata reichen nicht mehr aus, alle aufgetretenen Phänomene und Störungen zu erfassen und zu verarbeiten. Dann muß ihre Struktur verändert, erweitert und neu in ein »besseres Gleichgewicht« gebracht werden. Vor allem diesen Vorgang versteht Piaget als kognitive Weiterentwicklung.

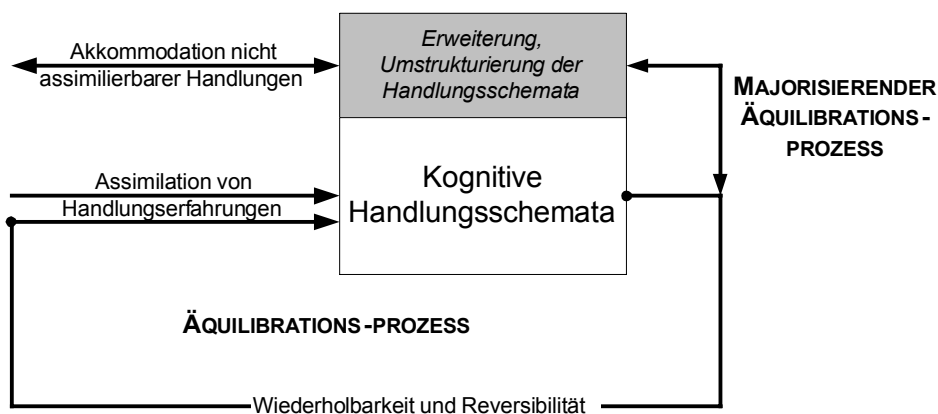


Abb. 62: Assimilation und Akkommodation als Regelkreisprozeß

Als Motive dieser andauernden geistigen Verarbeitungsprozesse wirken Bedürfnisse, die Piaget, wie Edouard Claparède (1873-1940), sein Vorgänger in Genf, als Ungleichgewichte definiert (1966[1932]). Ein Bedürfnis entsteht, wenn sich irgend etwas außerhalb von uns oder in uns ändert und wir unser Verhalten auf diese Änderung abstimmen müssen oder wollen. Umgekehrt erlahmt unsere Aktivität, wenn das Bedürfnis gestillt ist. Man kann also davon ausgehen, daß der Mensch immer wieder durch die äußeren und inneren Veränderungen, die es auf der Welt gibt, aus dem Gleichgewicht gebracht wird. Sein Verhalten

zielt jedoch nicht nur darauf ab, das gestörte Gleichgewicht wiederherzustellen, sondern auf eine neue, stabilere Homöostase. Dieses »fließende« Gleichgewicht zwischen Assimilation und Akkommodation ist als immer bessere Anpassung an die Wirklichkeit zu verstehen (1977, 156).

Ein Kind konstruiert sich seine eigene innere Welt in ständiger *Inter- Aktion* mit seiner Umwelt und den dort durch seine Handlungen bewirkten Veränderungen. Sein Umgang mit Objekten seiner Umgebung ist in frühen Entwicklungsstufen nur in Form *konkreter Handlungen* möglich. Diese werden mit zunehmender kognitiver Entwicklung immer mehr abstrahiert. Sie werden semiotisch, symbolisch bzw. sprachlich ersetzt; so können sie interiorisiert werden und sind damit wesentlich flexibler. Die äußere Handlung verinnerlicht sich zur kognitiven Operation. Eine ähnliche Deutung findet sich bereits bei den Vorlesungen des Kulturphilosophen Houston Stewart Chamberlain¹⁵ (1916, 234) zu Kants *Kritik der reinen Vernunft*. Er bezeichnet das *Schema* als "Verdenklichung des Angeschauten": es formt die Anschauung zum "anschaulichen Gedanken", mit dem gedanklich operiert werden kann. Das *Symbol* dagegen verschafft dem Denken eine "denkbare Anschauung", macht Denken selbst also anschaulicher.

6.4.2 Entwicklungsstufen

Die Entwicklung des Kindes vollzieht sich als Folge von geistigen Konstruktionsprozessen, die fest aufeinander folgen, auch wenn altersmäßige Unterschiede im Übergang von einer zur nächsten Stufe vorkommen. Jedes Stadium ist durch spezifische kognitive Fähigkeiten gekennzeichnet, die sich als entwicklungstypische Handlungsschemata aufweisen lassen. Ihre Strukturen sind integrativ. Sie lösen sich nicht etwa ab, sondern die bereits ausgebildeten Fähigkeiten bereiten neue vor und werden mit ihnen verknüpft (Piaget & Inhelder 1973, 153). Deshalb ist die Abfolge der Entwicklungsstufen fest vorgezeichnet. Nicht wenige Lern- bzw. Verständnisprobleme lassen sich so darauf zurückführen, daß Einschränkungen entwicklungsbedingter Erkenntnisfähigkeiten zuwenig beachtet wurden, das Kind überfordert wird. Diese Begründung von Lernschwierigkeiten findet eine Parallele auch im Lernen bei Erwachsenen, wenn grundlegende Lernfähigkeiten zu wenig angeregt oder ausgeprägt sind und »höhere« Lernstufen gefordert werden. Allein schon aus diesem Blickwinkel erweist sich, daß handlungsorientierte Methoden per se (Seyd 1994, 166) nur mäßige pädagogische Fortschritte in der Rehabilitation Behinderter bedeuten, wenn sie nicht aufgrund individueller Differenzierungen zu jeweils »individuell optimal passenden« Lernangeboten führen.

¹⁵ Schwiegersohn von Richard Wagner; wegen seiner antisemitischen Einstellung sehr umstritten.

Furth (1973, 48) skizziert die Entwicklungsstufen Piagets wie folgt:

Phase	Beginn	Typische Aktivitäten
sensomotorisch	Geburt	Wahrnehmung, Wiedererkennen, Koordination von Mittel und Zweck
prä- operational	1-2	Verständnis funktionaler Beziehungen, symbolisches Spiel
konkret- operational	6-7	invariante Strukturen von Klassen, Relationen, Zahlen
formal- operational	11-13	urteilendes und hypothetisches Denken

Wenn man die Ausbildung von Denkfähigkeiten auf einer Koordinate und die Entwicklung von der äußeren Handlung zur inneren Operation auf einer zweiten darstellt (Abb. 63), wird der Prozeß der kognitiven Entwicklung deutlich:

1. Auf der *sensomotorischen Stufe* werden angeborene Reflexe (z.B. Saug-, Greif- und Schluckreflex) geübt. Diese Handlungen werden immer mehr wiederholt und die Bewegungs- und Wahrnehmungsaktionen koordiniert. Es bilden sich erste Aktionsschemata und Gewohnheiten aus. Dann erfolgt die Differenzierung zwischen Mitteln und Zweck. Die Handlungsschemata werden in neuen Situationen erprobt, das Kind beginnt zu variieren und aktiv zu experimentieren. Erste Vorstellungen und innere Repräsentationen bilden sich aus. Das Kind kann dadurch Ergebnisse von Handlungen antizipieren. Piaget ordnet der sensomotorischen Phase vier fundamentale Prozesse zu: die Erarbeitung der Kategorien von *Ding, Raum, Kausalität* und *Zeit*. Die Objekte werden als permanent existent erkannt, auch wenn sie nicht mehr anwesend sind. Die zuerst an die einzelnen Sinne gebundenen Raumwahrnehmungen werden koordiniert und mit Ende des 2. Lebensjahres als einheitlicher Raum verstanden. Anfänglich als zufällig aufgefaßte Zusammenhänge zwischen Aktion und Ergebnis werden verallgemeinert und objektiv zugeordnet, ebenso zeitliche Abläufe. Die Entwicklung des *Affektsystems* erfolgt analog. Anfangs herrschen eher »affektive Reflexe« vor. In einem zweiten Stadium zeigen sich elementare Gefühle und »perzeptive Affekte«, die mit eigenen Aktivitäten verknüpft sind: Angenehmes und Unangenehmes, Freude und Schmerz, Erfolg und Mißerfolg. In einer dritten Phase, geknüpft an die Objektpermanenz, differenzieren sich auch die Gefühle; sie werden dem ICH und den jetzt bewußter erlebten Objekten und Subjekten als interindividuelle Gefühle zugeordnet; Sympathien und Antipathien finden hier ihren Ursprung.
2. Für die *präoperative Stufe* ist der Erwerb von Sprache und Zeichen entscheidend. Das Kind kann mit ihnen vergangene Aktionen vergegenwärtigen und künftige vorwegnehmen. Mit der Sprache eröffnen sich ihm neue Welten: es kann sich austauschen und sein Handeln durch Monologe steuern. Maßgeblich dafür ist die Vorstellung, die als innere Nachahmung zu verstehen ist und sich in Symbolen bzw. »Vor- Begriffen« verankert. Die »praktische Intelligenz« der sensomotorischen Stufe erweitert sich zum Denken. Das zeigt sich in symbolischen Spielen (Nachahmungs- und Rollenspielen), in denen

das Kind den Versuch unternimmt, die Wirklichkeit seinen Bedürfnissen und Schemata anzupassen. Das Denken bleibt noch weitgehend anschaulich gebunden und eingleisig. *Affektiv* formen sich auf dieser Entwicklungsstufe interindividuelle Gefühle, erste moralische Empfindungen und die Interessen aus. Interesse versteht Piaget (1977, 179) als Fortsetzung der Bedürfnisse, ihre Stärke als maßgeblich für die eingesetzte Handlungsenergie, ihre Entwicklung als bestimmend für die Wertesysteme, die letztlich auch Selbstbewertung und Leistungsmotivation ausmachen.

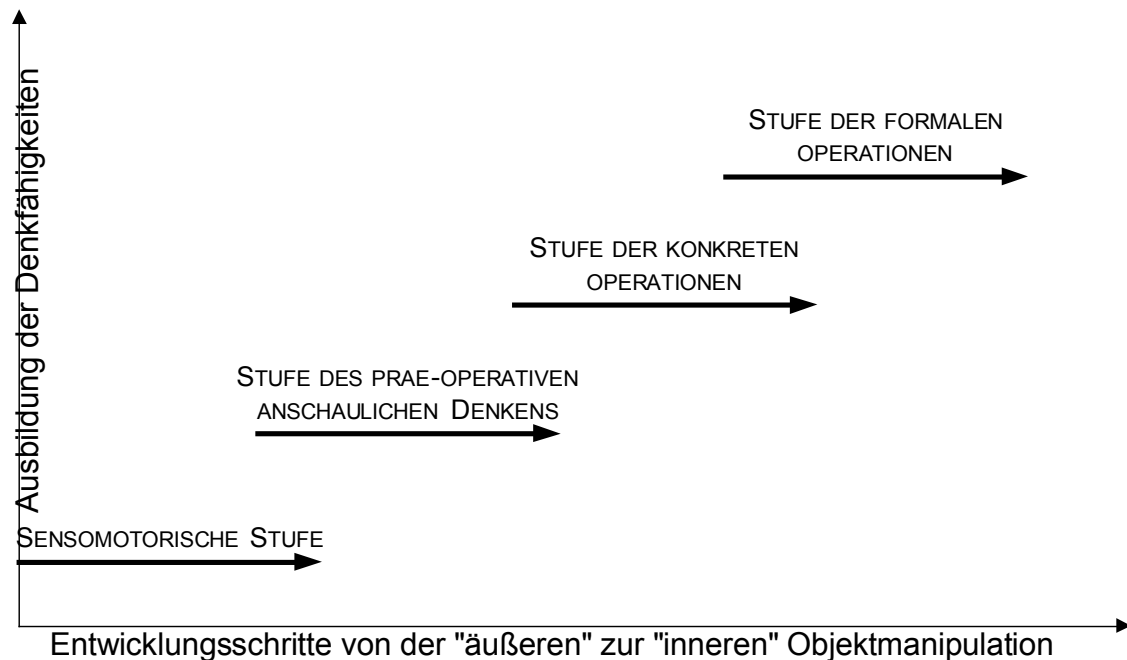


Abb. 63: Stufen der kognitiven Entwicklung nach Jean Piaget

3. Die Stufe der *konkret-operativen Strukturen* zeigt sich daran, daß die geistigen Handlungen nicht mehr Wirklichkeitscharakter aufweisen, sondern reversibel sind; sie können geistig rückgängig gemacht werden. Dazu ist erforderlich, inhaltliche Invarianzen von Formveränderungen zu unterscheiden. Die geistigen Handlungen (Operationen) erhalten so große Beweglichkeit und Geschwindigkeit. Das logische Niveau der Intelligenz zeichnet sich durch ein dynamisches Gleichgewicht von Assimilation und Akkommodation aus, wie es zuvor noch nicht möglich war. Als logische Operationen werden Klassifizierung und Reihenbildung sowie Zahl-, Zeit- und Raumbegriff präsent. Die Operationen bleiben jedoch noch konkret; sie können sich nur auf Gegenstände beziehen, die das Kind sieht, bzw. auf Handlungen, die es derzeit ausführt oder in der Vorstellung ausführen kann. In derselben Entwicklungsstufe wird das *Gefühlsleben* durch Auftreten neuer moralischer Werte geprägt. Gegenseitige Achtung führt zur Betonung von Spiel- und Verhaltensregeln, zu einer »Logik der Werte« und interindividuellen Beziehungen. In organisierter Form übersetzt Piaget (1977, 200) diese mit dem

Begriff des »Willens«. Der Wille sei im Gefühlsleben das wahre Äquivalent der Operationen des Verstandes. Wille sei keineswegs die Energie, über die ein Individuum verfüge, und auch nicht die Aktivität selbst; er steuere die Energie, gespeist von den Werthaltungen und Interessen.

4. Die *formal- operative Stufe* stellt eine entscheidende Wende dar; die Jugendlichen kleben nicht mehr an aktuellen Problemen, die sie unmittelbar und realitätsbezogen lösen, sondern stellen Systeme und Theorien auf, die sich in "entwaffnender Naivität" (Piaget 1977, 203) mit fundamentalen Fragen des Lebens beschäftigen: manche schreiben, andere begründen eine Philosophie, eine Politik oder Ästhetik; viele sprechen überhaupt nicht über ihre Gedanken, wälzen sie aber heimlich in ihrem Herzen. Hier vollzieht sich der Übergang vom konkreten zum formalen bzw. »hypothetisch- deduktiven« Denken. Dieses Denken ist in der Lage, Schlüsse nicht nur aus tatsächlichen Beobachtungen zu ziehen, sondern aus Hypothesen, unabhängig vom Wahrheitsgehalt. Das ist schwieriger und höhere geistige Arbeit, weil Objekte durch Aussagen ersetzt werden. Während konkrete Operationen kognitive Vorstellungen tatsächlicher Handlungen darstellen, sind formale Operationen Vorstellungen möglicher Vorstellungen. Zum Beispiel erfordert die Variation einer Bedingung eines Versuchs bei Konstanz der anderen, alle Kombinationsmöglichkeiten durchzuprobieren. Kombinationen, Proportionen, Wahrscheinlichkeit und Zufall können erst in dieser Phase erkannt und dargestellt werden. Neben der kognitiven Entwicklung stellen das Wachsen der Persönlichkeit und die Eingliederung in die Gesellschaft der Erwachsenen wesentliche Stationen der Entfaltung des *Gefühlssystems* dar. Die Persönlichkeit, die autonome Organisation des persönlichen Systems, ein »Lebensplan« mit eigenen Wertungen und Schwerpunkten kristallisieren sich heraus. Dabei ist eine Variante des »Egozentrismus« zu beobachten, wie sie sich in extremer Form auch in Symptomen der Schizophrenie aufweisen läßt: im Glauben an die Überlegenheit eigener Gedanken, an Sendungsbewußtsein und herausragende Lebensaufgabe "...voll von großzügigen Gefühlen, altruistischen oder mythischen Projekten, die von Größenwahn und bewußter Egozentrik strotzen." (Piaget 1977, 207) Der Jugendliche zieht sich in sich zurück und erscheint unsozial, obwohl er sich in seinen Gedanken ständig mit sozialen Reformen beschäftigt. Mit Freunden wird alles neu und phantastisch aufgebaut, während die reale Welt in endlosen Diskussionen verdammt wird.

6.4.3 Die Entwicklung des Denkens aus dem Handeln

Welche Bedeutung hat Piaget für das Verständnis handlungsorientierten Lernens? Aus seiner genetischen Erkenntnistheorie wird verständlich, wie Handeln zum Denken wird. Wenn sich seine *entwicklungspsychologisch* begründete Hypothese auch im Lernprozeß bestätigen läßt, dann kommt es in der Lernförde-

rung entscheidend auf passende Handlungsbezüge und Entwicklung entsprechender kognitiver Handlungsschemata an, womit sich vor allem Aebli (1970[1951], 1980, 1981, 1991) befaßt:

”Unser Problem läßt sich folgendermaßen formulieren: vermittelt welcher Leistung geht der menschliche Geist von einem Stand weniger befriedigender Erkenntnis zu einem Stand höherer Erkenntnis über? [...] ich glaube, daß menschliches Erkennen wesentlich aktiv ist. Erkennen heißt, Realität an Transformationssysteme zu assimilieren. Erkennen heißt, Realität zu transformieren, um zu verstehen, wie ein bestimmter Zustand zustande kommt. Durch diesen Gesichtspunkt befinde ich mich im Gegensatz zur Abbildtheorie der Erkenntnis, die Erkenntnis als passiv empfangenes Abbild der Realität auffaßt. Eine solche Vorstellung beruht auf einem *Circulus vitiosus*: um ein Abbild herzustellen, müssen wir das Vorbild kennen, das wir abbilden, aber dieser Erkenntnistheorie zufolge besteht die einzige Möglichkeit, das Vorbild zu erkennen, darin, es abzubilden; wir geraten so in einen Zirkel, ohne jemals wissen zu können, ob unser Abbild des Vorbildes diesem entspricht oder nicht. Nach meiner Ansicht bedeutet ein Objekt zu erkennen nicht, es abzubilden, sondern, auf es einzuwirken. Es bedeutet, Transformationssysteme zu konstruieren, die sich an oder mit diesem Objekt ausführen lassen. Oder: Realität erkennen heißt, Transformationssysteme zu konstruieren, die der Realität – mehr oder weniger adäquat – entsprechen [...] Handlungen können in einer Reihe verschiedener Weisen koordiniert sein. Sie können z.B. miteinander verbunden sein; wir können dann von einer additiven Koordination sprechen. Oder sie können in einer zeitlichen Ordnung aufeinander folgen; dies können wir als eine geordnete oder sequentielle Koordination bezeichnen. Denn wenn bestimmte Handlungen notwendige Mittel für die Erreichung eines Zieles sind, gibt es im Hinblick auf die Organisation dieser Handlungen ein Vorher und ein Nachher. Eine vierte Form von Koordination liegt vor, wenn Handlungen sich überschneiden. Nun haben alle diese Koordinationsformen Parallelen in logischen Strukturen, und mir scheint, daß es derartige Koordinationen auf der Ebene der Handlung sind, die die Grundlage der sich später im Denken entwickelnden logischen Strukturen bilden. Genau dies ist unsere Hypothese: die Wurzeln des logischen Denkens dürfen nicht allein in der Sprache gesucht werden, obwohl sprachliche Koordinationen wichtig sind, sondern müssen allgemeiner in der Koordination von Handlungen gesucht werden, die die Grundlage der reflektiven Abstraktion bilden.” (Piaget 1973, 20-27).

Von ausschlaggebender Bedeutung für den Aufbau intellektueller Fähigkeiten und somit für die Entwicklung von Lernfähigkeiten und Beseitigung von Lernstörungen ist die Theorie Piagets, daß Denken inneres Operieren mit Begriffen, Symbolen und Figuren ist, die ihren Ursprung in äußeren Handlungen mit realen Objekten haben. Selbst so abstrakte und schwierige Erkenntnisse wie die von Raum und Zeit führt Piaget (1973, 69) letztendlich auf Handlungen oder Aktionen zurück. Den Raum versteht er als Koordination von Positionsänderungen, von Bewegungen, ohne die Zeit einzubeziehen. Zeit ist Koordination von Bewegungen unter Einbeziehung der Geschwindigkeit. Die Geschwindigkeit ist für Piaget fundamentaler als die Zeit, denn Geschwindigkeit kann man, auch ohne Zeitbegriff, bereits an bewegten Objekten wahrnehmen: wenn zwei Läufer sich überholen oder ein bewegtes Objekt mit einem unbewegten verglichen wird. Geschwindigkeit nehmen wir als Ordnung von Aktionen wahr. Die Zeit ist eine daraus resultierende *intellektuelle Konstruktion*, die sich aus der Beziehung der

Handlung, was getan wird, zur Geschwindigkeit, mit der sie getan wird, ergibt. Kants Zeitbegriff (1995 [1787], 80, 185) als apriorische, *erfahrungsunabhängige geistige Voraussetzung* der Möglichkeiten sinnlicher Wahrnehmung von Veränderungen ist nicht unähnlich. Obwohl Piaget seine konstruktivistische Position als *erfahrungsorientiert* versteht, sind die Parallelen zu Kants Auffassung, wie Erfahrung und Denken zusammenfinden, nicht zu übersehen (Aebli 1981, 391; Ros 1983, 63).

Zusammenfassend sind geistige Operationen Handlungen, die:

1. interiorisiert sind, also entweder real oder im Denken ausgeführt werden können;
2. reversibel sind, in einer und in entgegengesetzter Richtung ablaufen können;
3. immer mindestens eine Erhaltung, eine Invariante bei mehreren Varianten voraussetzen, sonst wäre die Operation nicht mehr reversibel;
4. in ein System anderer Operationen eingebunden sind, was als Struktur bezeichnet werden kann.

Die Hauptaufgabe seiner genetischen Erkenntnistheorie sieht Piaget (1973, 87) in der Klärung der *Konstruktion neuer Erkenntnisse*. Für die Empiristen gebe es nichts Neues; alles sei bereits in der Realität vorhanden und werde lediglich entdeckt. Für die Nativisten oder Aprioristen seien die Formen der Erkenntnis im Subjekt präterminiert, was ebenfalls –streng genommen– darauf hinauslaufe, daß es nichts Neues gebe. Für die genetische Erkenntnistheorie geht Erkenntnis aus einer kontinuierlichen, aktiven, geistigen Konstruktion hervor. Jeder Verstehensakt ist durch neue kognitive Strukturen gekennzeichnet, die zuvor nicht da waren. Als Mechanismen wirkten dabei vor allem die *reflektierende Abstraktion* (Rückkoppelung mit der inneren Organisation, wodurch das Allgemeine, Übergeordnete, Konstante erkannt wird [Furth 1973, 189]) und die *Selbstregulation*, die bereits im Kapitel 3.6.2 angesprochen wurde.

Für Aebli (1970, 86) unterscheidet sich die Psychologie Piagets vor allem dadurch von der Abbildtheorie der sensualistischen Empiristen, daß sie den Beitrag des Subjektes bei der Erfahrungsbildung deutlich macht. Um die Dinge und Erscheinungen zu begreifen, kann das Subjekt nicht nur passiv Eindrücke auf sich wirken lassen; es muß sie selbst ergreifen und seine Assimilationsschemata anwenden. Das Subjekt unterwirft (assimiliert) das Objekt seiner Erkenntnis den Aktivitätsschemata, über die es verfügt.

”Solche Schemata sind: ergreifen, schneiden (sensu- motorische Intelligenz), explorieren, übertragen (wahrnehmende Aktivität), reihen, klassieren (logische Operationen), zählen, addieren, Wurzeln ziehen (numerische Operationen), Längen und Winkel aufeinander übertragen, herunterklappen, abwickeln und teilen (räumliche oder geometrische Operationen), Erscheinungen in Beziehungen setzen (ursächliche Erklärungen) usw. Alle diese Schemata können *wirklich* oder in *verinnerlichter Form* angewendet

werden. Aber ihre Anwendung auf die Objekte ist nötig, damit das Subjekt sie erkennen kann" (Aebli 1970, 85 [kursive Hervorhebungen durch Verf.]

Aebli (1978, 611) zeigt auch die Abgrenzung Piagets von der Gestaltpsychologie:

"Es ist Piagets große Leistung, für eine strukturalistische Psychologie postuliert zu haben, was die Gestaltpsychologie nicht zu sagen gewagt hat: daß es im Zuge des Lernens und der Entwicklung ein Verknüpfen bisher unverbundener Elemente gebe. Aus einer Gestaltpsychologie mit Struktur, aber ohne Aufbau, und einem Assoziationismus mit Aufbau, aber ohne Struktur, ist in der Hand Piagets ein Konstruktivismus mit beidem, Aufbau und Struktur, geworden."

So wird deutlich, wo die pädagogische Intention des *handlungsorientierten Lernprozesses* liegt; nicht in blindem Aktionismus oder einfach nur praktischem Handlungsbezug, sondern in der Anregung und Förderung sensomotorischer und geistiger Aktivitäten zum Aufbau kognitiver Operationen – je nach individuellem Entwicklungsstand.

6.5 Handeln und Denken lernen: Hans Aebli's kognitive Handlungstheorie

6.5.1 Kritik an tradierten Erklärungen des Lernens

Aebli lehnt den *Assoziationismus*, ebenso wie sein Lehrer Jean Piaget, ab. Seiner Auffassung nach klären weder die Behavioristen noch die experimentellen Kognitionspsychologen, wie der Mensch seine Handlungen steuert und sein Denken aufbaut. Für didaktische Überlegungen ist jedoch genau dieser Aspekt entscheidend:

"Wir wissen nicht, wie wir denken, ebenso wenig, wie wir wissen, wie wir auf den zwei Rädern des Fahrrades das Gleichgewicht halten." (Aebli 1981, 383)

Seine Kritik an tradierten Erklärungen des Lernvorganges beginnt bereits bei den frühen, rein *verbalen Methoden* der Weitergabe von Wissen. Natürlich können so, wie in der jüdischen Kultur über Jahrtausende, Texte überliefert und Begriffe gespeichert werden. Aebli (1970, 61) bezweifelt jedoch, ob diese innerlich verarbeitet werden können, weil unbekannte Begriffe nicht verständlich sind, nur als »Wortformeln« (ebd. 25) auswendig gelernt werden und daher Rezepte erfordern, wie mit ihnen umzugehen ist.

Auch das Gegenstück zu einem rein verbalen Unterricht, den »Anschauungsunterricht«, in vielen Ausprägungsformen im Unterrichtsalltag zuhause, hält Aebli (ebd. 18) lernpsychologisch nicht für begründet. Dabei richtet sich seine Kritik nicht gegen die Anschaulichkeit selbst, das Einbeziehen der Vorstellung und das Nutzen von Symbolen und Zeichnungen im Unterricht, sondern gegen

das diesem Unterricht zugrunde liegende Erkenntnismodell. Dieses ist von den »Empiristen« und »Sensualisten«, insbesondere David Hume (1711-1776) und John Stuart Mill (1806-1873) mit der *tabula rasa Theorie* begründet worden. Der Geist, ein leeres Wachs- Täfelchen, empfängt nach deren Vorstellung, weitgehend ohne eigenes Zutun, seine *Eindrücke* von außen, über die Sinne. In einem zweiten Schritt muß er dann auf dem Wege der Abstraktion und des Vergleichs aus den inneren Abbildern dieser Eindrücke die Begriffe und Elemente des Denkens bilden.

Ein Unterricht dieser Ausrichtung wird zuerst anschauliche Bilder einführen, z.B. durch Demonstrationen, dann als zweites darauf setzen, daß die Schüler durch Beschäftigung mit diesen (z.B. durch Abzeichnen) eine innere Vorstellung davon bilden. Als Drittes werden diese Abbilder mit Begriffen versehen. Diese werden in kurzen Zeitabschnitten und in identischer Darbietung mehrfach wiederholt, bevor man zum nächsten Schritt übergeht. Die Ursache für diese schrittweise und durch gleichartige Wiederholungen geprägte Vorgehensweise ist die Erfahrung, daß sich ein vorhandenes Bild durch neue überlagert und damit abschwächt. Also ist erforderlich, es zuvor möglichst tief einzuprägen. Daß sich daraus Verständnis und eigene Kombinationsfähigkeit entwickeln, ist nach Aebli (1970, 21) eine Fehldeutung. Entweder lernen die Schüler diese Begriffe, an die sie sich beim Wiedererkennen der Bilder assoziativ erinnern, einfach nur auswendig; sie kennen sie dann, haben sie aber nicht verstanden. Oder der Lehrer wird beim Lernprozeß so viele zusätzliche Anregungen zur intellektuellen Durchdringung des Problems geben, daß durch seine Anleitung -und nicht durch Sinneseindruck und Abstraktion- der Zusammenhang beim Schüler hergestellt wird.

Denken ist nach Aebli's Theorie keine Funktion äußerer Anstöße, wie das die Behavioristen postulieren, sondern offen. Der Mensch entwickelt seine eigenen Absichten und Ziele in einer gewissen Freiheit (1980, 26). Wenn sich manche Vertreter der Kognitionspsychologie mittels der Systemtheorie mit dem Denken in Black- Box- Modellen befassen und Input mit Output vergleichen, dann besteht wie beim Behaviorismus die Gefahr, das Ergebnis des Denkens bzw. seine Aktivierung als Folge von Außenreizen zu deuten. Das Wesen des Menschen aber ist es, spontan aktiv zu werden. Er wartet nicht, wie ein Computer, durch Impulse oder Reize in Bewegung gesetzt zu werden. Seine Interessen und Bedürfnisse dürfen nicht nur auf Mangelzustände reduziert werden. Es sind sowohl Ungleichgewichte zwischen äußeren und inneren affektiven und kognitiven Gegebenheiten (Ciompi 1997, 78, 143; Kap. 6.4.1), als auch spontane Pläne, Vorschläge und Projekte (Aebli 1985, 4).

Die Grundzüge seiner Lernpsychologie leitet Aebli (1970, 1980, 1981) nicht nur von Piaget, sondern aus dem »instrumentellen Denken« des amerikanischen Pragmatisten und Wegbereiter des Projektunterrichts, John Dewey (1859-1952), ebenso von Edouard Claparède sowie von der »Arbeitsschulbewegung«, insbesondere Georg Kerschensteiner (1854-1932), ab. Von Dewey (1966 [1951])

übernimmt Aebli den Gedanken (1970, 34), daß der Mensch ein aktives Wesen ist, das spontan und schöpferisch in den Lauf der Erscheinungen eingreift und seine geistigen Funktionen als Werkzeuge seines Handelns einsetzt. Dies wird deutlich in der "Analyse eines vollständigen Denkaktes", wie ihn Dewey (ebd. 118) versteht:

1. Man begegnet einer Schwierigkeit, wenn a) die gesetzten Ziele und die vorhandenen Mittel nicht im Einklang sind; b) man die Bedeutung einer Sache erkennen will oder muß; c) ein unerwarteter Vorgang geklärt werden muß.
2. Es muß die Schwierigkeit abgegrenzt und näher bestimmt werden.
3. Vermutungen und Hypothesen möglicher Lösungen werden aufgestellt.
4. Die Idee wird rational durchgearbeitet, die logischen Folgerungen der Vermutung werden bestimmt.
5. Die versuchsweise Idee wird durch Experimente oder Beobachtungen bestätigt, indem Bedingungen geschaffen werden, die mit den Anforderungen der Idee übereinstimmen; dadurch kann geprüft werden, ob die theoretisch abgeleiteten Ergebnisse wirklich eintreten.

Aus diesem Ansatz folgert Dewey (zit. nach Aebli 1970, 40) für den Unterricht, dessen wesentliche Züge identisch sind mit Nachdenken:

- Die Schüler sollen sich in echter Erkundungssituation befinden.
- Sie sollen zu sinnvoller Tätigkeit veranlaßt werden, die um ihrer selbst willen interessiert.
- Aus dieser Situation soll sich ein echtes Problem als Ansporn zum Nachdenken ergeben.
- Die notwendigen Informationen sollen verfügbar und die erforderlichen Beobachtungen durchgeführt werden.
- Die Schüler sollen sich vorläufige Lösungen erarbeiten und für deren ordnungsgemäße Durchführung selbst verantwortlich sein.
- Es muß Möglichkeiten geben, die Ideen einer praktischen Überprüfung zu unterziehen, um ihre Tragweite zu bestimmen und selbst ihre Gültigkeit zu entdecken.

Daß ein handlungsorientierter Denkansatz nicht auf die Handlung selbst verkürzt werden darf, betont Dewey bereits 1929:

„Eine beständige und wirksame Wechselwirkung zwischen Erkenntnis und Praxis ist etwas anderes als das Lob der Tätigkeit um ihrer selbst willen. Handeln ist, wenn es durch Wissen gelenkt wird, Methode und Mittel, kein Ziel.“ (1998, 41)

Dieser Zusammenhang wird nochmals in der von Aebli (1970, 44; 1991, 386) betonten Orientierung an Kerschensteiners »Arbeitsschule« deutlich. Auch für diesen (1950 [1912], 55) "...liegt der Ursprung alles Denkenwollens im praktischen Tun." Aber Kerschensteiners Arbeitsschule auf die Verbindung von herkömmlichen Unterrichtsgegenständen mit manueller Beschäftigung zu reduzieren, hieße ihn gründlich mißverstehen (ebd. 81). So wenig man sich den Begriff des kategorischen Imperativs erarbeite, wenn man ein Portrait Kants nachzeichne, so wenig würden solche Prinzipien den Geist des »Arbeitsprinzips« treffen.

Denn es geht nicht um praktische Arbeit, sondern um das *Erarbeiten* von praktischen *und* theoretischen Problemen (ebd. 32):

1. Die Auffindung und Umgrenzung der zu lösenden Schwierigkeiten.
2. Die aufsteigenden Vermutungen zu ihrer Lösung.
3. Die konsequente Verfolgung dieser Vermutungen auf ihren Wert für die Lösung und
4. die Verifikation in der Ausführung der Arbeit.

Ein wesentliches Moment in diesem Prozeß ist die Selbstkontrolle, als äußere, empirische und innere, rationale Selbstprüfung.

”...die Außenschau fragt nur: Was habe ich getan und wie habe ich es getan? Die Innenschau fragt noch dazu: Warum habe ich es getan? Die wertvolle Arbeitsschule sorgt dafür, daß der Schüler in dem, was er tut, auch in der Lage ist zu prüfen, ob das, was er getan hat, mit der Vorstellung von dem 'Wie' des Gedachten und dem 'Warum' des Gedachten übereinstimmt.” (Kerschensteiner 1950 [1912], 58)

6.5.2 Denken als Ordnen des Tuns

Mit Jean Piaget vertritt Hans Aebli die *genetische Kontinuitätshypothese* von Handeln und Denken (1970, 37; 1980, 15). Sie verneint den Dualismus, wie er sich durch die Erkenntnisgeschichte der Philosophie (Dewey 1998 [1929] 79) und die Geschichte der Pädagogik als Zweiteilung zwischen »Ideal« und »unvollkommener Realität«, zwischen »Denken« und »Erfahrung«, »Theorie« und »Praxis«, »Geist« und »Körper«, »Bildung« und »Arbeit«, »Elite« und »Volk« zieht, und den schon Kant (1995 [1787]) zu überwinden suchte:

”Das eine Bindeglied zwischen Denken und Verhalten ist bei PIAGET der Begriff der Anpassung. Diesen Gedanken findet man bei CLAPARÈDE und bei DEWEY. Bei PIAGET stellt sie jedoch nur eine Seite des Problems dar. Anpassung ist eine funktionelle Invariante der Entwicklung, wir können auch sagen: der gemeinsame Nenner von Denken und Handeln. Bei PIAGET hat die Kontinuitätshypothese noch eine andere Seite. Neben der gemeinsamen Anpassungsfunktion gibt es das Werden der Strukturen. Das Denken ist ein Abkömmling des Tuns, insofern es sich verinnerlicht und auf diesem Weg seine Strukturen verfeinert. Im Zuge des Lernens und der Entwicklung differenzieren sich die Strukturen des Tuns. Die Handlung wird zur Operation.” (Aebli 1981, 371)

Handeln und Denken sind auch keine Anfangs- und Endzustände; sie sind durch ihre Kontinuität gekennzeichnet: Handeln beinhaltet immer auch Erkenntniselemente und Denken aktive Momente (Aebli 1970, 37). Das konkrete und zweckbestimmte Handeln beim Kind wird durch die kontinuierliche Rekonstruktion beim Erwachsenen mehr und mehr zum geistigen Experimentieren, das mit vorhandenen Wissensstrukturen immer flexibler verknüpft und so auch »objektiviert« wird. In dieser Idee des Aufbaus realisiert sich die *Idee der Ordnung* (Aebli 1981, 372). Eine Handlungsstruktur wird *aufgebaut*, ebenso eine

geistige Operation, ein Begriff, eine Problemlösung oder eine Interpretation. Die Werkzeuge des Handelns und des Denkens muß sich der Mensch konstruieren, sie werden ihm nicht einfach geschenkt. Mit diesen Werkzeugen greift er schöpferisch in die Umwelt ein; er benötigt sie aber auch zu ihrer Erkenntnis. Dem reiferen Menschen wird diese Erkenntnis zunehmend wichtig. Sein Nachdenken strebt zu einer Ordnung im Geistigen. Aebli (1981, 374) gibt auch Antwort darauf, was den Menschen zu diesem Tun und Denken antreibt, was ihn am Widerspruch, an unnötigen Komplikationen, Unklarheiten leiden läßt, ihn zu immer höheren Formen des Suchens, Denkens und Handelns führt. Sein Ziel und sein Streben, seine Befriedigung und Freude an einer gelungenen Lösung, an Erkenntnis, sein grundlegendes Motiv ist seine permanente Suche nach einer »höheren Ordnung«. Darauf verweisen schon die Griechen in den Transzendentalien, dem Guten, Wahren, Schönen. Sie findet sich in der modernen Astrophysik als eine Art »Kohärenzprinzip« des Universums, das Materie, Leben und Bewußtsein verbindet (Guitton, Bogdanov & Bogdanov 1993, 139). Sie zeigt sich im Ideal der Vernunft (Gadamer 1985, 67), oder sie wird »im Göttlichen« der Religionen erhofft (Aebli 1981, 396; Weischedel 1983).

Ein wesentlicher Unterschied zu Piaget liegt bei Aebli darin, daß er den Aufbau des Denkens nicht nur entwicklungspsychologisch, sondern durch Lernen begründet. Handeln und Wahrnehmen sind in jeder Stufe des Lebens Grundlage und Urform geistigen Lebens (Aebli 1985, 4). Das Experimentieren und Ordnen, das In- Beziehung- Setzen der Elemente der Wahrnehmung und des Tuns stellt die kognitive Konstruktion des einzelnen, seine individuelle Aufgabe und Leistung dar. Sie wird infolge seiner Entwicklung *oder* durch Lernen ermöglicht. Der Mensch ist das "Werk seiner selbst" (Aebli 1981, 386). Die entscheidenden Leistungen muß er zwar selbst vollbringen, und das kann er, wenn er Anleitung und Hilfe, Vorbild und Wege findet: Wenn er lernt! Die vielen Mißerfolge seines Lebens muß er nur deswegen einstecken, weil er seine Handlungen und Deutungen nur korrigieren kann, wenn er über das entsprechende Repertoire verfügt.

Piaget hat Entwicklung als eine spontane, nicht geleitete verstanden, deshalb betont er auch die Theorie des Ungleichgewichtes, des Suchens nach Einheit, Widerspruchsfreiheit oder Kohärenz so stark. Diese Rousseausche (1980) Idee der *Erziehung durch Wachsen- Lassen* teilt Aebli nicht (1972; 1977; 1978, 613, 625). Er setzt darauf, daß Entwicklung die Summe der Lernprozesse sei, die ein Mensch durchmacht, und daß dazu Anregungen und Anleitungen erforderlich sind.

"Der denkende und lernende Mensch ist kein Robinson, er ist auch kein Max Weber-scher Protestant, der sich in Einsamkeit über seine Bewährung vor Gott [...] befragt. Er kann auf die Hilfe von Menschen zählen, die mehr wissen als er. [...] Doch Anleitung bedeutet nicht, daß sich der Denker im Fahrstuhl zu den hierarchischen Spitzen der zu lernenden Begriffe befördern lassen könnte. Anleitung bedeutet, daß der Lerner Hinweise bekommt, was zu tun sei. Aber Anleitung führt zu nichts, 'außer man tut es', möchte man mit Erich KÄSTNER sagen." (Aebli 1981, 372)

Erkenntnisse müssen durch eigenes Forschen und Suchen, durch aktives Beobachten und intensives *Nachdenken* gewonnen werden. Alles dies sind Handlungen (geistige Operationen), auch wenn sie die umgebende Wirklichkeit nicht konkret verändern. Ziel des Lernens ist deshalb, ein *Handlungsrepertoire zu vermitteln*, mit dem der Lerner praktische Probleme bewältigen kann, und ein *Wissen aufzubauen*, das aus lebendigen, klaren Einsichten zur Erkenntnis der Zusammenhänge der Welt beiträgt (Aebli 1991, 182).

6.5.3 Handeln und Denken

An Abb. 64 wird deutlich, wie Handeln und Problemlösen bzw. Lernen gemeinsamen Zielen und Prinzipien folgen (Aebli 1980, 26).

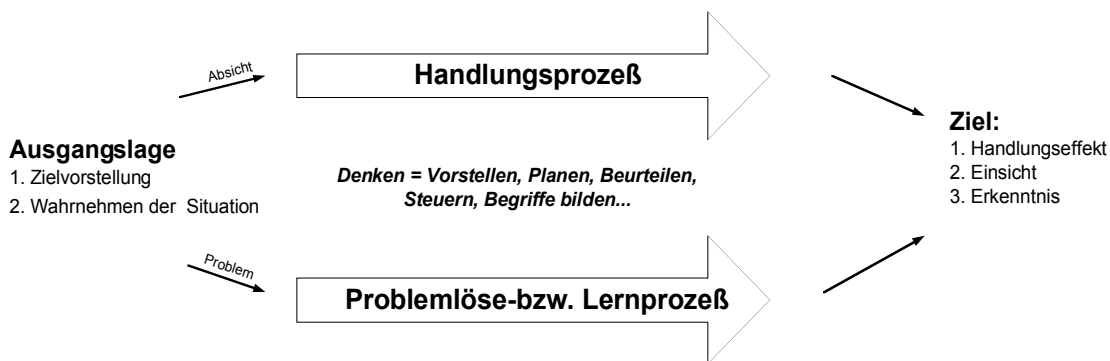


Abb. 64: Die genetische Kontinuität von Handeln und Denken

Ein handelnder Mensch hat eine Absicht, ein Ziel, das er erreichen will. Ein »Problemlöser« (Lernender) hat ein Problem, das er lösen will. Beide machen sich ein Bild von der gegebenen Situation, die sie verändern wollen und schlagen eine gedankliche Brücke zum Ziel. Sie stellen sich vor, wie das Ergebnis in etwa aussehen sollte oder könnte. Der Handelnde und der Lernende benötigen eine Theorie, mit der sie die Diskrepanz zwischen Anfangs- und Endzustand zu überwinden hoffen. Diese Mittel- und- Wege- Theorie kann jedoch nicht stabil aufrechterhalten, sondern muß laufend den veränderten Gegebenheiten angepaßt werden. Dies geschieht durch ständige Reflexion im Wege der Selbstbeobachtung (Introspektion). Eine bewährte und von vielen verwendete Hilfe ist dabei »lautes Denken«. So werden das praktische und das geistige Tun ständig geistig vorbedacht bzw. vorgestellt oder antizipiert, mit den Zwischenergebnissen und dem Endziel verglichen (beurteilt), es werden Veränderungen vorgenommen (Steuerung), und nicht zuletzt werden die einzelnen Schritte, Werkzeuge und Methoden in Begriffe gefaßt, ausgesprochen, mitgeteilt oder aufgeschrieben.

Handeln und Denken, Arbeiten und Lernen sind Tätigkeiten. Wieso sollten sie nichts miteinander zu tun haben? Um ihren Zusammenhang zu verdeutli-

chen, schlägt Aebli eine dreidimensionale Taxonomie von Schülertätigkeiten vor:

1. Tätigkeiten können *sozial- kooperativ* oder aber isoliert, *individuell*, ablaufen.
2. Mit Tätigkeiten kann man etwas herstellen (*aktive Tätigkeit*) oder etwas betrachten bzw. deuten (*kontemplative Tätigkeit*).
3. Tätigkeiten können *real*, in der Wirklichkeit, oder *symbolisch*, als »innere Handlung«, ablaufen.

Didaktisch wichtig ist, *Handlungsfolgen* und *Handlungsschemata* zu unterscheiden. Handlungsfolgen entwirft der Mensch Schritt um Schritt, um etwas Neues zu tun; sie werden aus der unbekanntem Situation neu entworfen und ihr angepaßt. Handlungsschemata dagegen greifen auf vorhandene, fertige Handlungspläne zu; sie sind Bausteine, mit denen neue Situationen *vergleichbarer Handlungsstruktur* gelöst werden können. Handlungsschemata sind als »ganze Programme« gespeichert, reproduzierbar, auf neue Situationen übertragbar, erlernbar und durch ihre auch bei Wiederholungen invariante Struktur gekennzeichnet.

Während Handlungsfolgen noch praktisch oder konkret verstanden werden können, ergibt sich der abstrakte Charakter der Handlungsschemata aus ihrer Natur, flexibel im Denken verinnerlichter geistiger Tätigkeiten (Aebli 1980, 83; 1991, 185); sie sind Programmbausteine der Handlungsstruktur.

Die *Handlungsstruktur*, der grundlegende Aufbau bzw. die Ordnung der Handlung, ist durch ihre Beziehung oder Relation gekennzeichnet, die sich als logische Folge der Handlungs- bzw. Problemlösungsschritte und als Verknüpfung zu vorhandenem Wissen in »Baum- oder Netzstrukturen« darstellt und im Unterricht, zum Beispiel mit MindMap, visualisiert werden kann. Die Handlungsstruktur umfaßt auch das Ergebnis, das angestrebt wird und ständig geistig präsent sein sollte. Handlungsstrukturen schlagen sich, soweit sie erkannt werden, in Handlungsschemata nieder. Es genügt für eine Entwicklung von Handlungskompetenz und Denkfähigkeiten also nicht, einzelne Handlungen sachgerecht zu planen und auszuführen, das Grundlegende in und hinter der Handlung muß erarbeitet und als Handlungsschema aufgebaut werden. Der Planungs- und Realisierungsprozeß von Handlungen wird so zum Mittel, um von überschaubaren konkreten Akten zu abstrakten Denkvorgängen zu gelangen. In Abb. 64 wurde dieser Zusammenhang bereits gezeigt. Unter dem Aspekt des Aufbaues der Handlungsschemata ist zu beachten, daß nicht alle Phasen einer Handlung gleich konkret sind, zumindest wenn man zielloses »Hantieren« und sinnloses »Probieren« ausschließt. Das *Ziel* existiert in aller Regel zuerst nur in der *Vorstellung* (Aebli 1991, 191). Die *gegebene Situation* wird meist recht konkret in der Realität aufgerollt werden können, aber die *Mittel und Wege*, die den Unterschied zwischen Ziel und Gegebenheiten überbrücken, sind *zuerst abstrakt* auf

die Vorstellung oder auf Wissensbausteine beschränkt. Eine Methode, diese Diskrepanz zu überwinden, ist die der *regressiven (rückschreitenden) Planung*. Sie fragt, unter welchen Voraussetzungen das Ziel bzw. der letzte Handlungsschritt erreicht werden; falls notwendig, ist differenziert weiter zu überlegen, unter welchen Unter- Voraussetzungen wiederum die einzelnen Voraussetzungen eintreten.

Beispiel 11: Regressive Planung in der juristischen Anspruchsmethodik

Die juristische »Anspruchsmethode« arbeitet in ähnlichen Vorgehensweise, die auf »logischen Schlüssen« beruht. Gesetzt den Fall, man wolle Schadensersatz von einem Polizisten, der - in Verfolgung eines flüchtigen Verbrechers - einem »Gaffer«, der sich mit seinem Fahrzeug zu weit vordrängt, das Auto beschädigt, dann würde die Vorgehensweise so aussehen: Das Ziel ist »Schadensersatz«! Voraussetzung für einen Schadensersatz ist, daß dieser gesetzlich begründet ist. Dies ist z.B. nach § 823 BGB der Fall; jedoch unter folgenden Voraussetzungen: (1.) daß ein *Rechtsgut verletzt* wurde, (2.) daß dies *schuldhaft* (vorsätzlich oder fahrlässig) und (3.) daß die Verletzung *widerrechtlich* erfolgte. Bei einer Prüfung wird man zum Ergebnis kommen, daß der Polizist zwar zu (1.) ein Rechtsgut, nämlich das Auto, beschädigt hatte, und evtl. auch zu (2.) fahrlässig handelte. Da er aber in Ausübung seiner Pflicht und unter Beachtung der »Verhältnismäßigkeit der Mittel« gehandelt, war (3.) seine Handlung nicht widerrechtlich. Weil eine der drei Voraussetzungen nicht erfüllt ist, tritt die Rechtsfolge »Schadensersatzpflicht« nicht ein.

Man erkennt, wie sich Handlungsplanung und der Prozeß des Problem- Lösens gleichen; nicht von ungefähr bemüht man sich in der juristischen Ausbildung um möglichst gut vorstellbare, eben »handlungsorientierte« Übungsfälle. Rückwärts und vorwärts schreitende Planungsschritte ergänzen und verbinden sich zu einer Gesamtplanung, die Elemente der Konstruktion, des Aufbaus und der Entwicklung neuer Handlungselemente ebenso umfaßt, wie die Differenzierung und Anpassung bereits verfügbarer Bausteine.

6.5.4 Operationen und Begriffe

Der Prozeß der Interiorisierung, der in der materialistischen Handlungspsychologie, z.B. von Galperin, als eine etappenweise Verinnerlichung verstanden wurde, stellt in der Handlungstheorie Aebli eigentlich kein spezifisches Problem mehr dar. Es wurde bereits gezeigt, daß zwischen Handlung und Denken Kontinuität besteht. Denken ist zugleich Steuerungsprozeß des Handelns, und Handlungen werden nicht nur effektiv, sondern auch mental, in der Vorstellung, ausgeführt. Eine gewisse Verinnerlichung ist also bereits Bestandteil einer bewußten, überlegten Handlung. Aebli geht es um einen stufenweisen Ausbau hierarchisch geordneter Denkfähigkeiten, die ihren genetischen Ursprung zwar aus dem konkreten Handeln ableiten, aber sich im Verlaufe der Entwicklung und differenzierten Lernens mehr und mehr vom realen Tun lösen und in Form von Vorstellungs- und Sprachakten verselbständigen.

Eine *reale Handlung* kann so vier Intensitäten der »Verinnerlichung« annehmen (Aebli 1980, 211):

1. Die *tatsächliche Ausführung* der Handlung an konkret *wahrnehmbaren Gegenständen* mit *faßbaren Ergebnisobjekten*. Die Wahrnehmung kann hier ständig auf die realen Objekte und Vorgänge zurückgreifen.
2. Die *Vorstellung* der Handlungsausführung bei *wahrnehmbaren Handlungsobjekten*, was eine *Vorstellung des Ergebnisses* erfordert. Die Wahrnehmung kann hier zwar auf das Handlungsobjekt zurückgreifen, das Ergebnis und seine Zwischenstufen der Veränderung erfordern jedoch Vorstellung.
3. Die Darstellung der Handlung und ihrer Ergebnisse in *lauten Sprachakten*. Die Sprache kann, wenn auch sehr flüchtig, zumindest noch wahrgenommen werden.
4. Die reine *bildhafte* oder (innere) *sprachliche Vorstellung*, die nicht mehr wahrgenommen werden kann.

Schon das Handeln erfordert also je nach Situation erhebliche Wahrnehmungs-, Vorstellungs- und Denkkakte und bewirkt einen entsprechend mehr oder minder intensiven Grad der Verinnerlichung. Der Begriff der *Operation* ist bei Aebli (1980, 209) nicht deckungsgleich mit einer »verinnerlichten Handlung«. Sie ist flexibler als die Handlung, weil sie sich von ihr in *Stufen der Abstraktion* ablöst. Werden Handlungen zunehmend *abstrakt* gesteuert und wahrgenommen, dann werden sie immer mehr »operativ«. In dieser Abstraktion der Operation grenzt sich Aebli (1978; 1980, 234; 1991, 204) radikal von Piaget ab: Dieser hat Operationen als interiorisierte Handlungen gesehen, die beweglich und umkehrbar sind und die Fähigkeit zu Umwegen im Denken beinhalten; er stellt sie zudem als ein Alles- oder- Nichts- Phänomen dar, das als Konsequenz daraus in der geistigen Entwicklung des Kindes »spontan« auftritt. Aebli's Operationsbegriff ist umfassender, vor allem aber nicht auf einen bestimmten Zeitpunkt fixiert, sondern ein sich fortentwickelndes Ergebnis andauernden Lernens: Operationen stellen, wie Handlungen, Beziehungen her. Der substantielle Unterschied liegt in der *Abstraktheit* und *konstruktiven Reinheit* der Operation. Sie abstrahiert aus der Handlung alles Nebensächliche und konzentriert sich auf die Optimierung der *Handlungsstruktur*. Sie betrachtet das eigene Tun und die umgebende Wirklichkeit abstrakt, in dem sie die Überlegung »hinter der Handlung« faßbar macht. Handlungen bewirken Ergebnisse, Operationen Erkenntnisse. Auch »mathematische Operationen« sind durch diese Definition erfaßt. Im Operieren findet man einen Bereich menschlicher Tätigkeit, in dem die Ordnung des Tuns einen hohen Grad der Differenzierung und der Kohärenz erreicht. Die Strukturen werden für den denkenden Menschen oft einsichtiger als bei einer konkreten Handlung. *Operationen sind abstrakte Handlungen* (1980, 240; 1991, 209).

Mit Operationen können verknüpfte Elemente beurteilt werden: es handelt sich dann um *analytische Vorgänge*. Führen Operationen zu neuen Ergebnissen, die über die bisherige Zielsetzung hinaus reichen, dann kann man von *synthetischen Vorgängen* sprechen. Mittels Operationen lassen sich Vorgänge *darstellen*, aber auch *konkret verändern*. Neue Operationen gewinnt man, indem man sie aus bekannten aufbaut; diese Verknüpfung kann unabhängig von einer Handlung ausschließlich abstrakt erfolgen, sie kann *vor* einer Handlung als Planung stattfinden bzw. *nach* einer Handlung als Rekonstruktion, wie es zur Lösung kam. Für Operationen benötigt man Zeichen und Symbole, die für den Wahrnehmungs- und Denkprozeß benutzt werden können. Zu Verfügung stehen (Aebli 1991, 216, 238):

1. Wirkliche, manipulierbare Objekte: Modelle, Experimentierapparaturen, Simulatoren.
2. Bilder der wirklichen Objekte: Zeichnungen, Skizzen, Fotos, auch »bewegte Bilder«, also Videos, Simulationsprogramme, Konstruktionsprogramme.
3. Zeichen: dabei lassen sich wieder drei Hauptgruppen unterscheiden:
 - Symbole: sie haben Ähnlichkeit zu ihrer Bedeutung, können aber auch als Sinnbild mehrdeutig sein: ein Piktogramm, der Stern, die Rose, eine bestimmte Farbe etc.
 - Zeichen gleichen ihrer Bedeutung nicht; man muß sie und ihre Bedeutung lernen: die Buchstaben des Alphabets, arabische Zahlen, algebraische Zeichen.
 - Anzeichen sind Teile oder Aspekte der Sachen oder Vorgänge, die sie repräsentieren. Für den Lernprozeß ist wichtig, Anzeichen als Ergebnis bestimmter Ursachen zu deuten: Fußspuren, Kratzer im Lack, das veränderte Verhalten eines guten Bekannten.
4. Gesprochene Sprache.

Die Selbständigkeit der Operation gegenüber realen Handlungen unterstreicht Aebli (1991, 236) dadurch, daß man auf der Ebene der Operation nicht in den Fehler verfallen dürfe, durch allerlei praktische Arbeiten das eigentliche abstrakte Denken in den Hintergrund zu drängen. So sei es einer falsch verstandener Reformpädagogik gegangen, die z.B. im Mathematikunterricht geschnitten, gekleistert, geklebt und gemalt habe, aber von den Ergebnissen her einem intelligenten Unterricht mit Tafel und Kreide häufig unterlegen gewesen sei. Damit widerlegt er die Kritiker, die ihm »Praxismus« unterstellen (Kap. 6.1.3).

Anwendungsbezug allein reicht für den Lernprozeß nicht aus. Die *Struktur* muß durch Verstehen und Reflexion, durch Erkennen und Nachdenken transparent werden. Dies gilt für eine reale Handlung ebenso wie für eine abstrakte Operation. Die Unterrichtsvorbereitung auf »operatives Lernen« setzt deshalb sinnvollerweise nicht bei der praktischen Durchführung oder Anwendung, sondern beim (1) theoretischen Problem, dessen Beziehungsstruktur erarbeitet wer-

den soll, an. Das ist nicht immer einfach, weil die Beziehungen der Lehrkraft oft so automatisiert geläufig sind, daß sie deren Problematik unterschätzt:

„Ein Automatismus hat keine *logische* Struktur. Seine Form ist die Und- Verbindung ...“ (Aebli 1991, 228)

Von der logischen Beziehungsstruktur ausgehend muß der Pädagoge dann einen didaktischen Rückgriff auf (2) die zugrunde liegenden lebenspraktischen Zusammenhänge finden. Daraus formuliert er (3) die Problemstellung. Je lebendiger diese ist, um so mehr wird sie die Teilnehmer ansprechen. Die Operation wird vorausgesehen, indem die Lösungsschritte ($4_{1,2,3...-n}$) durchdacht werden, und sie wird rekonstruiert (5_b) nach der Aktion (5_a). Ihr Aufbau vollzieht sich in drei Schritten: gedankliches Antizipieren ihrer Elemente ($4_{1,2,3...-n}$). Auf jede Aktivität ($5_{a1,a2,a3...-an}$) vorwärts muß dann die rückblickende Klärung ($5_{b1,b2,b3...-bn}$) folgen. Die Einsicht in die Zusammenhänge wird den Teilnehmern nicht gleichzeitig und auch nicht allen gleich gelingen. Deshalb ist das (6) Durcharbeiten der Operation, das tiefere, bewegliche Durchdenken und Variieren in *Einzelarbeit* notwendig. Auch die Operation wird -in Aebli's Sprachgebrauch (1991, 237)- »verinnerlicht«. Das heißt, sie wird zunehmend abstrakter ausgeführt. Erst mit Modellen, dann mit Bildern und zuletzt mit Zeichen, z.B. mit Formeln. Die gesprochene Sprache begleitet den Prozeß von Anfang an. Eine letzte Phase ist die Automatisierung. Sie wird durch Üben (7) erreicht, das im Gegensatz zum Durcharbeiten auf sichere, aber gleichmäßige Reproduktion ausgerichtet ist. Auch Auswendiglernen gelingt nach einem systematischen Aufbau einer Operation wesentlich besser, die zu lernenden Begriffe und Zeichen repräsentieren ja jetzt einen komplexen Sinn- Zusammenhang. Am Ende steht dann die Anwendung (8), um mittels der Operation neue Situationen zu klären.

Beispiel 12 : Doppelte Buchführung nach dem »operativen Prinzip« (Abb. 65)

Die grundlegende Struktur der doppelten Buchführung basiert auf der Identität von Aktiva (Vermögen) und Passiva (Kapitalien). Um doppelte Buchführung nicht nur formal von ihren einzelnen Arbeitsschritten her aufzubauen oder nur abstrakt deduktiv aus dem Bilanzprinzip, »von oben nach unten«, abzuleiten, ist eine handlungsorientierte Vorgehensweise etwa der ersten 6-10 Unterrichtsstunden wie folgt denkbar:

Problemstellung ist z.B. die Frage, was wir für einen Betrieb bezahlen würden, der 5 Mio Vermögen, 2 Mio Eigenkapital und 3 Mio Schulden hat. Auf der ersten Stufe wird ganz praktisch eine Inventur durchgeführt; das Vermögen wird aufgenommen und bewertet. Man stellt fest: das Vermögen ist realiter vorhanden und hat einen Wert von 5 Mio. Im zweiten Schritt wird aufgrund der Kontenstände der Bank ermittelt, wie hoch die Schulden sind. Dem Vermögen von 5 Mio stehen also Schulden von 3 Mio gegenüber. Wo sind die Geldmittel dieser 3 Mio Schulden geblieben? Es wurden damit Vorräte und Maschinen angeschafft, also Vermögen gebildet! Jetzt erfolgt eine wichtige Schlußfolgerung: Wenn 3 Mio des Vermögens »fremd« finanziert wurden, dann ist der Rest des Vermögens »selbst« finanziert; der »eigene Anteil« am Vermögen (Reinvermögen) ist also gleich groß wie das Eigenkapital. Mittels einer Darstellung im »Inventar« lassen sich nun die Vermögenswerte und Kapitalien gruppieren. Wir arbeiten danach nur noch mit diesen Gruppen AV, UV, EK und FK sowie ihren Überbegriffen:

Vermögen und Kapital. Diese werden nun in der »Bilanz« dargestellt. Wiederum wird deutlich, daß beide Gruppen gleiche Summenwerte ausweisen. Die Vermögensseite zeigt, was an Vermögen tatsächlich vorhanden ist, die Kapitalseite, wie dieses Vermögen in der Vergangenheit finanziert wurde. Daraus kann abgeleitet werden, daß Bilanz und Buchführung dem Gleichungsprinzip folgen. Jede Veränderung muß den Regeln des Gleichungsrechnens entsprechen. Daraus können die prinzipiell möglichen vier Grundbuchungen abgeleitet werden:

- Bilanzmehrung oder –verlängerung: Aktiv und Passiv nehmen gleich zu.
- Bilanzverkürzung oder –minderung: Aktiv und Passiv nehmen gleich ab.
- Aktivtausch: Zwei Vermögenspositionen werden ausgetauscht.
- Passivtausch: Zwei Kapitalpositionen werden ausgetauscht.

Zukünftig wird bei jedem Buchungsvorgang überlegt, welche der einzelnen Positionen angesprochen sind und welchem Grundprinzip diese Buchung entspricht.

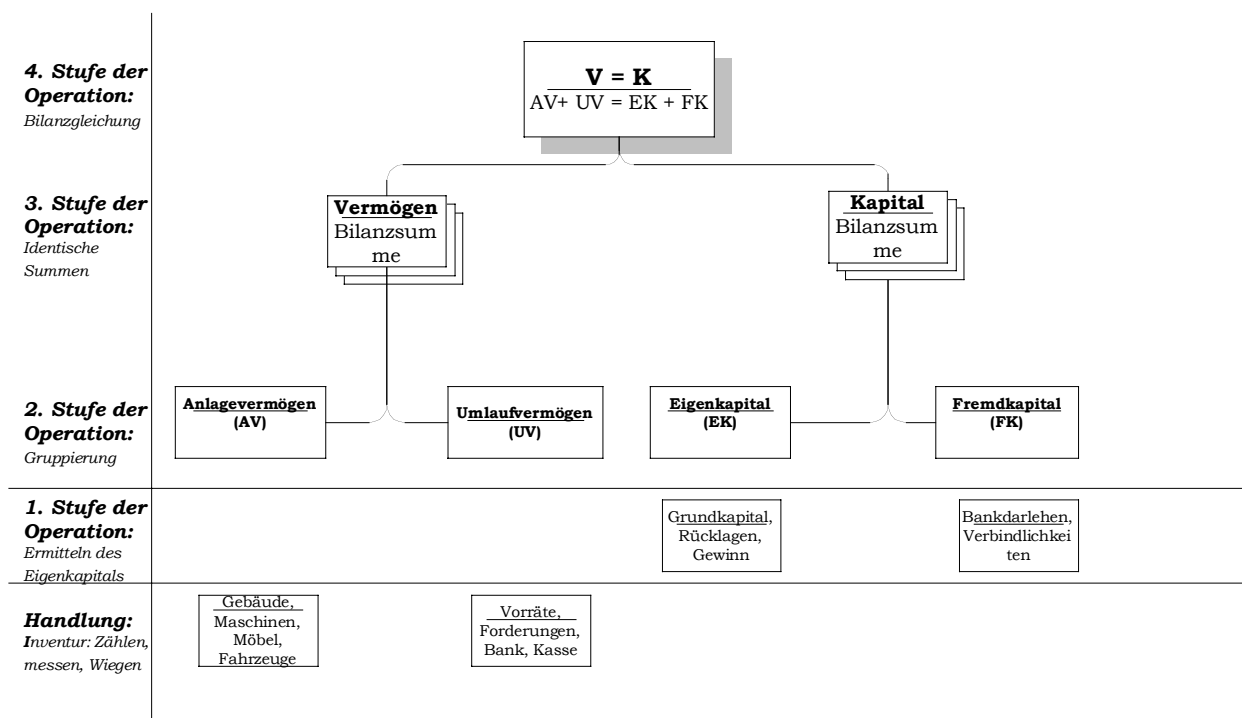


Abb. 65 Das »operative Prinzip« in der doppelten Buchführung.

Den operativen Prozeß kann man in folgenden »didaktischen Regeln« zusammenfassen (Aebli 1985):

1. Das Lernen sollte seinen Ausgangspunkt in Problemen finden, die für die Lernenden aufgrund ihrer konkreten Vorerfahrungen subjektiv bedeutungsvoll sind und die ihren objektiven Nutzen in konkreten Anwendungen erweisen.
2. Praktische Handlungen und konkrete Wahrnehmungen werden interiorisiert, wenn der Lernende sie sich zunehmend innerlich vorstellen und in Begriffen fassen kann.

3. Geistige Operationen werden aufgebaut, wenn praktische Handlungen und konkrete Vorgänge abstrakt betrachtet werden.
4. Eine wesentliche Aufgabe beim Aufbau von Operationen ist, sie mit den jeweils verfügbaren begrifflichen Mitteln der Lernenden durchsichtig zu klären und zu rekonstruieren.
5. Operationen und Bedeutungen von Begriffen werden beweglich, wenn sie vielfältig transformiert und unter verschiedenen Gesichtspunkten beleuchtet werden - wenn sie »durchgearbeitet« werden.

Eine hohe Ebene der Abstraktion stellt das *begriffliche Denken* dar. Im Begriff objektiviert und verkürzt sich ein Handlungs- bzw. Operationsschema; es wird so selbst zum hochgradig beweglichen Element neuer Denk-, Operations- und Handlungsschemata, wie etwa der Begriff »Aktivtausch« aus *Beispiel 12*. Als Medium des Denkens fungieren neben den Begriffen auch die Vorstellungen (Aebli 1981, 279; 1988, 229); es ist also zwischen »begrifflichem« und »anschaulichem« Denken zu unterscheiden. Denken ist nicht ausschließlich an diese beiden Modi gebunden. Beziehungen können auch ohne sprachlichen bzw. anschaulichen Modus konstruiert werden. Aebli's Hypothese dazu ist, daß Beziehungen "in statu nascendi", im Zustand ihrer Entstehung, noch amodal seien (z.B. in kreativen Prozessen) und erst später durch Begriffe oder Vorstellungen endgültig objektiviert werden (1981, 295).

Das begriffliche Denken beschränkt sich auch nicht auf Abstraktionen von Handlungen und Operationen, es ist viel umfassender. Die Begriffe sind nicht nur *Inhalte* des Denkens, sondern seine *Instrumente*, mit denen Erscheinungen geordnet und analysiert werden. Begriffe sind zugleich auch *Elemente* oder *Einheiten* des Denkens; sie werden zusammengefügt, umgeformt und in Beziehung gesetzt (Aebli 1991, 245).

Die Entstehung eines neuen Begriffes im Wissen gleicht der Entstehung von Handlungen und Operationen (Aebli 1991, 258): durch Aufbau aufgrund eines Problems bzw. einer Frage, indem Schritt für Schritt das Beziehungsnetz des Begriffes gesucht und entwickelt wird. Hier bewährt sich der *fragend- entwickelnde Unterricht*, wenn nicht nur Fakten erfragt, sondern konstruktive Lösungsvorschläge, Hypothesen, Möglichkeiten bzw. Alternativen *zielorientiert* erarbeitet und überprüft werden. Aber es liegt auch eine Gefahr in dieser *mäeutischen Methode (Hebammenkunst)*, mit der die Lernenden durch Fragen, ganz im Sinne des sokratischen Dialogs, zum Forschen und Denken angeregt werden sollen. Werden dabei die Probleme zu sehr zerlegt und der Denkvorgang durch die Lehrkraft zu stark vorstrukturiert, kommt es zu keiner eigenen Denkarbeit der Teilnehmer. Man wundert sich dann, daß diese den Problemvorgang später nicht mehr allein bewältigen (Aebli 1970, 91). Weil Fragen und Erklärungen wegen ihres temporären Zusammenhanges im Unterricht als lineare Prozesse erscheinen, aber eigentlich *Netzcharakter* haben, empfiehlt Aebli (ebd. 268) die Darstellung dieser Netzstrukturen auf Plakaten. Der Rückblick hat auch hier ei-

ne wichtige didaktische Funktion; er schärft den Überblick über den Gesamtzusammenhang, klärt die Beziehungsstrukturen aus neuer Sicht und macht das Denken beweglich.

Durcharbeiten bedeutet beim begrifflichen Denken, das Beziehungs- und Wissensnetz aus verschiedenen Richtungen neu zu durchdenken bzw. die Phänomene von verschiedenen Gesichtspunkten zu betrachten. Am Ende auch dieses Lernprozesses folgt die Anwendung, der flexible Umgang mit dem Begriff, mit dem jetzt die Wissensinhalte sorgfältig systematisiert und abgegrenzt werden sollten. Begriffliches Denken läßt sich wie in Abb. 67 systematisieren (Aebli 1988), womit auch Vorstellungen korrigiert werden, nach denen allein die verbale Abstraktion eine gedankliche Leistung darstellt.

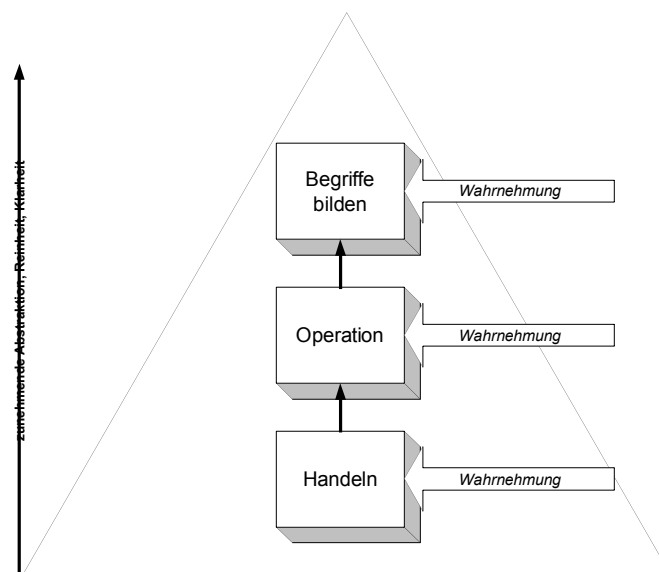


Abb. 66: Hierarchie der Abstraktion: Handeln- Operieren- Begriffe bilden

Handlungsorientierter Unterricht verzichtet nicht auf sprachliches Lernen und Sprachkompetenz.

”Die Forderung: »Lieber mit der Hand arbeiten als darüber reden« geht an den Ergebnissen der kognitiven Handlungstheorie schlicht vorbei.” (Gudjons 1997, 64)

Allerdings erhalten Sprache und Begriff einen konstruktiven Stellenwert im Lern- und Denkprozeß. Neben der verbal- argumentativen und kommunikativen Kompetenz, die in handlungsorientierten Lernprozessen ebenfalls an Stellenwert gewinnt, ist auf die ausgeprägte Funktion des Begriffes als Medium des Denkens zu verweisen. Sie steht in schroffem Gegensatz zu der von Gudjons diagnostizierten Situation in der Schule:

”Schulischer Unterricht meint dagegen weithin immer noch, aus Büchern vergegenständlichte Begriffe und Wissensinhalte holen und als Erkenntnisse in begrifflicher Form vermitteln zu können, ohne zu sehen, daß dem Begriff das Begreifen, der Ein-

sicht das Einsehen, der Erkenntnis das Suchen, Forschen, Beobachten, Nachdenken vorausgeht" (ebd. 46).

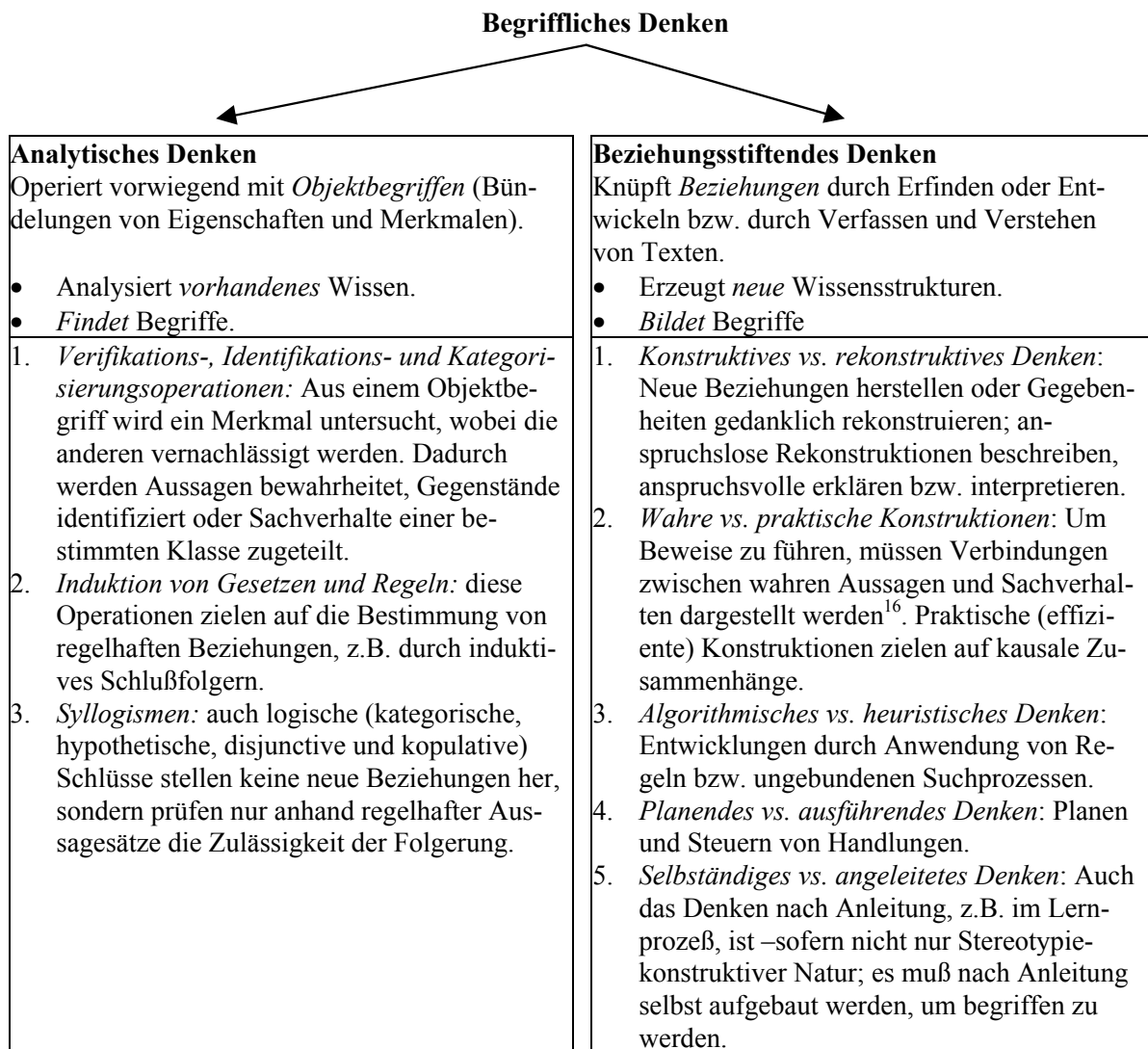


Abb. 67: Begriffliches Denken

6.5.5 Zusammenfassung: »Mikro- und Makroebenen« handlungsorientierten Lernens

Betrachtet man handlungsorientierte Lernprozesse auf einer »Mikroebene«, die den Lernprozeß im einzelnen untersucht, dann überwiegen *reale Handlungsbezüge* und ein *konstruktivistischer Charakter* der kognitiven Verarbeitung von Umwelterfahrungen durch konkrete Ausführung von Tätigkeiten und deren

¹⁶ Die Ableitung der gesetzlichen Voraussetzungen und der Rechtsfolge aus § 823 BGB in *Beispiel 12* ist ein analytischer Denkvorgang (hypothetischer Schluß); die Prüfung, ob im gegebenen Sachverhalt diese Voraussetzungen zutreffen, ist dagegen ein konstruktiver Denkvorgang der Wahrheitsprüfung.

Verinnerlichung. Dies scheint Aebli nicht wesentlich anders gesehen zu haben als die Vertreter der materialistischen Aneignungs- oder der Handlungsregulationstheorie, wie sich in der synoptischen Darstellung in Abb. 68 zeigt. Es fällt zwar auf, daß Aebli's Vorschläge erheblich differenzierter und didaktisch umfassender aufbereitet sind, seine Grundannahmen scheinen jedoch ähnlich zu sein. Und doch sind die Unterschiede zwischen einem »handelnden« und »handlungsorientiertem« Unterricht mehr als nur begriffliche Spielerei (Gudjons 1997, 44). Zwar betont Aebli (1981, 371), daß nach seiner Vorstellung

”...das Denken in der Geschichte der Menschheit aus dem Tun hervorgegangen ist und daß es auch noch heute in einer guten Erziehung und in einem guten Unterricht aus dem Tun hervorwachsen müßte.”

Ähnlich interpretiert ihn auch Gudjons (1997, 46), der Konrad Lorenz und Karl Jaspers als Zeugen dafür heranzieht, daß die Hand -phylo- und ontogenetisch- Werkzeug des Denken sei und man deshalb eigentlich von »Kognitions-Aktionsprozessen« sprechen müsse, in denen sich Denk-, Entscheidungs-, Reaktions- und Speicherungsprozesse verknüpft entwickelten. Dennoch sind Mißverständnisse und kritische Anmerkungen nicht ausgeblieben, die sich, unter anderem, an diesem vermeintlich zwingenden Handlungsbezug innerhalb des Lernens festmachen (6.1.3). Der Handlungsbezug Aebli's ist jedoch umfassender als das Anknüpfen des Denkens an konkreten Handlungen bzw. die Bewährung des Denkens in praktischen Anwendungen, obwohl ihm dies ebenfalls sehr wichtig ist. Die Begründung und das Verständnis, wieso er (1980, 26) synonym von »Handlungstheorie« und »kognitiver Psychologie« spricht, ergibt sich aus seiner Überzeugung von der »Einheit von Denken und Handeln«, wobei Denken eine Art »Meta- Tätigkeit« darstellt. Praktischer und deutlicher sichtbar wird dieser Zusammenhang, wenn man die Abfolgen des Lernvorganges in den Lehr- Lernformen untersucht, die Aebli (1987; 1991) seinen didaktischen Empfehlungen zugrundelegt; sie folgen immer wieder *einem* Schema:

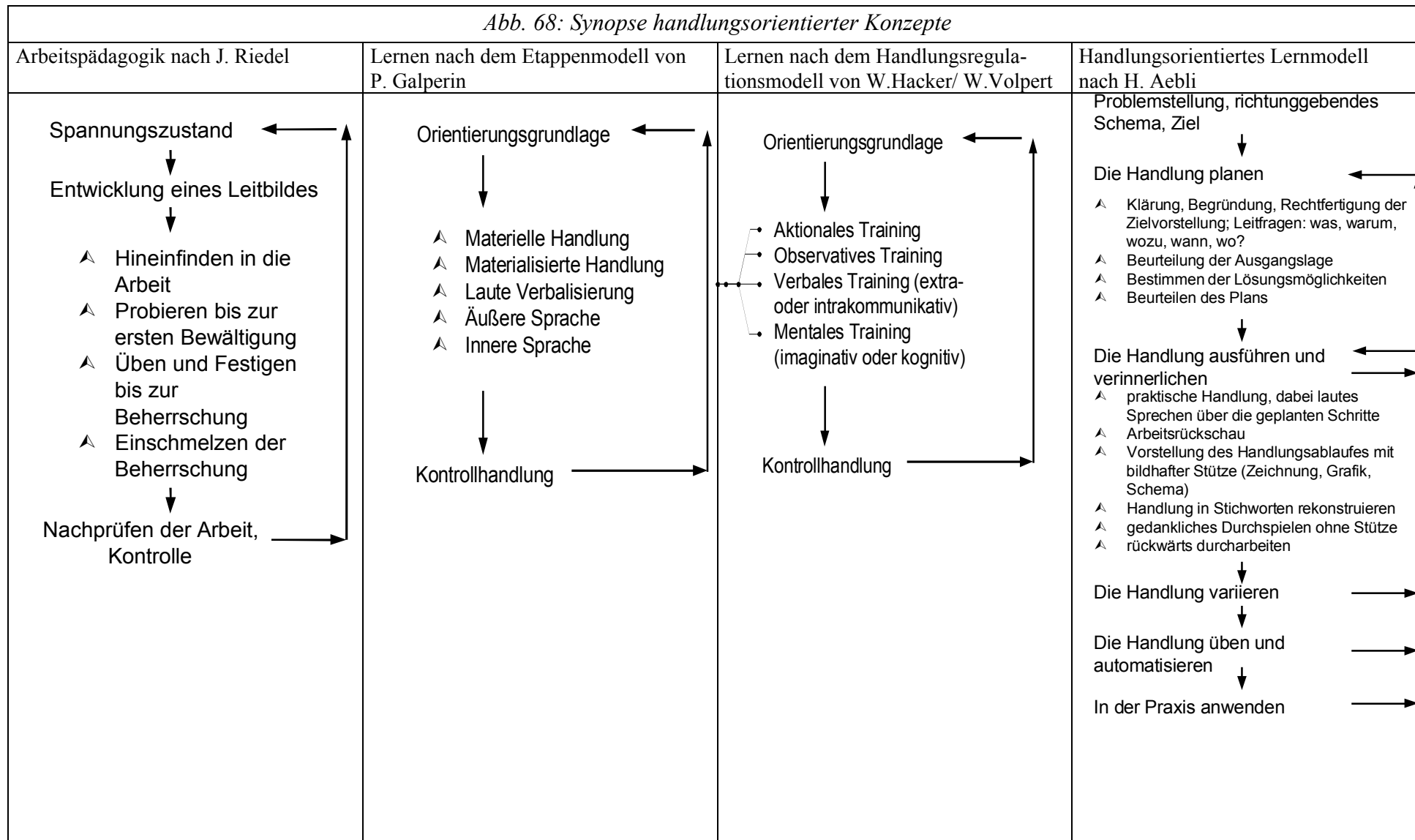
1. Ziel bzw. Problemstellung.
2. Aufbau der Problemlösung.
3. Durcharbeiten.
4. Wiederholen, Üben, Automatisieren.
5. Anwenden.

Diese Arbeitsschritte sind in den drei für die Denkentwicklung wesentlichen Stufen: (1) *Handlungsschema*, (2) *Operation* und (3) *Begriffsbildung* aufzuweisen. Sie finden sich ebenso in den Medien des Lehrens (Aebli 1991): (4) *Erzählen*, (5) *Vorzeigen und Nachmachen*, (6) *Beobachten*, (7) *Lesen* und (8) *Texte verfassen*. Ebenso lassen sie sich auch im (9) *sozialen Lernen*, im (10) »*Motivlernen*« sowie (11) *Lernen lernen* wiederfinden (Aebli 1987).

Die »Mikroebene« handlungsorientierten Unterrichts bleibt demnach nicht auf einen wünschenswerten, aber eben nicht in jedem Lernprozeß krampfhaft herbeigeführten Praxisbezug beschränkt, sondern sie betont das »Tätig- Sein«, das »Arbeiten« im Sinne Kerschensteiners. Handlungsorientierung im Unterricht bedeutet *Erarbeiten* der Wissensinhalte und Problemstellungen durch die Lernenden und betont *zielgerichtetes aktives Tun auf allen Ebenen menschlicher Betätigungsmöglichkeiten*. Handlungsorientierung im Sinne Aebli (1981, 384) ist *pragmatisch*, das heißt zielorientiert auf Veränderung der Welt und Einsicht in sie ausgerichtet. Sie ist *konstruktivistisch*, weil jeder Lernende sich selbst seine geistige Welt, wenn auch mit der Hilfe anderer, erarbeiten muß. Sie ist *strukturalistisch*, weil Denken, gerade auch in seiner neurophysiologisch und psychologisch belegten Netzwerkorganisation der Hirnprozesse, Herstellen von »Ordnung« ist, ob man diese nun mit den Begriffen Piagets als Assimilation und Akkommodation, unter systemischen Gesichtspunkten als veränderten Gleichgewichtszustand oder neuropsychologisch als neue Vernetzungsstrukturen versteht. So greift Aebli auch auf die Theorie Kants von der Überwindbarkeit der Divergenzen zwischen Denken und Erfahrung zurück, wobei er dessen eher statische Überlegungen zum apriorischen Denken weiterführt (Aebli 1981, 391), weil Kant nicht untersuchte, *wie* dieses sich entwickelt. Eben dieser Aufbau der Assimilationsschemata *durch Lernen* macht jedoch Aebli's Ansatz aus.

Dies leitet zum zweiten Aspekt über, unter dem hier zusammenfassend Aebli's handlungsorientierter Lernansatz betrachtet werden soll: dem übergreifenden Ziel der Entwicklung von Lern- und in gewisser Weise auch Denkfähigkeiten. Diesen Gesichtspunkt seiner Lernpsychologie könnte man als »Makroebene« des Lernens bezeichnen. Inwieweit der Aufbau des Denkens an Grenzen der individuellen Intelligenz stößt, hat Aebli nicht deutlich gemacht (1972; 1991, 372); aus allen seinen Überlegungen spricht jedoch die große Zuversicht, daß tätiges, konstruktives Lernen nicht nur Wissen, sondern vor allem flexibleres Denken bewirkt. Die »Zwölf Grundformen des Lehrens« (Aebli 1991) folgen einer Ordnung, die als zunehmender Aufbau von Lernfähigkeiten verstanden werden darf (Abb. 69). Dieser Aufbau ist nicht wie bei Gagné (1973) so zu verstehen, daß zuerst die »unteren Stufen« vor den »oberen« zu vermitteln seien. Er realisiert dennoch eine ersichtliche kognitive Steigerung der Denkakte.

Abb. 68: Synopse handlungsorientierter Konzepte



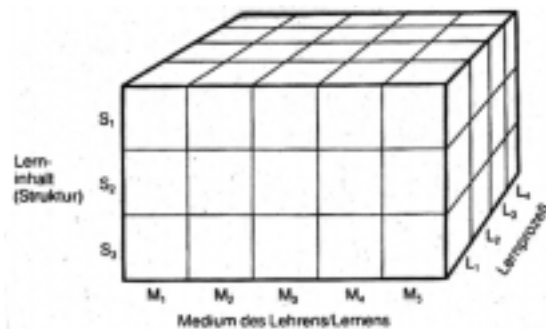


Abb. 69: Struktur der Grundformen des Lehrens (aus Aebli 1991, 25)

Drei Dimensionen bestimmen den Lehr- Lernvorgang wechselseitig. Durch Kombination lassen sich letztlich 60 verschiedene Grundformen des Lernens bestimmen:

Denken ist ein Vorgang geistigen Strukturierens

S 1 Das Handlungsschema ist die Struktur der Beziehungen der Handlung.

S 2 Das Operationsschema ist die abstrakte Beziehungsstruktur.

S 3 Das begriffliche Schema ist objektiviertes Substrat der Beziehungen.

Die Konstruktion der Schemata erfolgt in Lernprozessen des

L 1 Problemlösenden Aufbaus,

L 2 Durcharbeitens,

L 3 Übens und

L 4 Anwendens.

Die dritte Dimension sind die Medien des Lehrens:

M 1 erzählen und referieren,

M 2 vorzeigen und nachmachen,

M 3 Objekt- und Bildbetrachtung (beobachten)

M 4 lesen und

M 5 schreiben bzw. Texte verfassen.

Ansichten und Entwicklungen schwanken im Verlauf der Zeit immer wieder wie ein Pendel von einem Extrem zum anderen; das gilt auch für die Wissenschaft. Hatten die Empiristen noch jegliche erfahrungsunabhängige geistige Aktivität als »Hirngespinnst« abgetan und waren vor wenigen Jahren behavioristische Vorstellungen maßgeblich, die dem einzelnen letztlich keinen aktiven Beitrag beim Lernen zubilligten, so vertreten heute *radikale Konstruktivisten* die Auffassung, es gebe überhaupt nur subjektive Erkenntnis (von Glasersfeld 1991,1997; von Foerster 1997; Luhmann 1991; Maturana 1991; Watzlawik 1997). Spielte, vorwiegend im gymnasialen Schulbereich, das deduktive, begrifflich- abstrahierende Denken (in den »humanistischen Sprachen« Latein und Griechisch und deren systematischer grammatischer Struktur geübt) als propae-

deuticum für den Wissenschaftsbetrieb eine vorrangige Rolle, so wird von *gemäßigten Konstruktivisten* Wissen ohne praktischen Bezug als nicht vermittelbar oder »träge« verstanden (Dubs 1995^b; Gerstenmaier & Mandl 1995).

Wie Wissen und Denken bei Aebli in einer konsistenten Theorie zusammenfinden, zeigt sich (Abb. 70) am »Berner Wissensmodell« (1981, 270).

1. Elemente des Wissens	1.1 Objekte	<ul style="list-style-type: none"> • Handlungsteilnehmer • Elemente der Operationen • Terme in Relationen
	1.2 Relationen	<ul style="list-style-type: none"> • eingekleidet in Handlungen • abstrahiert in Operationen
2. Strukturen (Ordnungen)	2.1 Schemata	hierarchisch aufgebaute <ul style="list-style-type: none"> • Handlungsschemata • Operatorische Schemata • Begriffliche Schemata
	2.2 Systeme	nicht hierarchisch aufgebaute Systeme des Weltwissens <ul style="list-style-type: none"> • Faktenwissen als Wissen über Handlungen, Prozesse, Operationen, Relationen und Objekte. • Qualitatives Wissen, dessen Relationen sich immer wieder verändern. • Quantitatives Wissen, das mit wiederholbaren Einheiten operiert. • Alltags- bzw. Handlungswissen, das auf Zweck orientiert ist. • Theoretisches, abstraktes Wissen, auf Erkenntnis und flexible Systematisierung ausgerichtet.
3. Kognitive Tätigkeiten	3.1 in Schemata	<ul style="list-style-type: none"> • Beziehungen herstellen • Abstrahieren der Strukturen
	3.2 in Systemen	<ul style="list-style-type: none"> • Betrachtung (häufig auch mit kontemplativer und ästhetischer Komponente). • Problemlösen (bei Problemen in Form von mangelnder Kohärenz oder Widersprüchlichkeit in Systemen).

Abb. 70: Berner Wissensmodell

Wo »Weltwissen« existiert und theoretisches Wissen nicht unmittelbar aus den Lebensbetätigungen des Alltags hervorgeht, da ist die Behauptung (Minna-meier 1997), konstruktivistisches Lernen verneine generell jede objektive Erkenntnis, nicht aufrechtzuerhalten (Ciompi 1997, 31). Wenn Wissen auch Ergebnis kollektiver Tätigkeit ist, schriftlich vermittelt und durch Lesen und Studieren *erarbeitet* werden muß (Aebli 1981, 270), dann vertritt diese Sichtweise nicht, daß es nur subjektive Erkenntnis gibt, sondern jede Erkenntnis eines aktiven Vorganges subjektiven Erkennens bedarf.

»Im Handeln und Denken sind also die Gesetze am Werk, die es seine Ordnung finden lassen. [...] Diese Gesetze hat der Denker nicht selbst gemacht. Zwar erlebt er sich als den Konstrukteur seines Tuns und seines Weltbildes, als den Urheber der Strukturen

seines Wissens. Hat er sie selbst konstruiert? Was heißt hier „selbst?“ (Aebli 1981, 396)

Wo es eine über das Subjekt hinausgehende Ordnung und Gesetzmäßigkeit gibt, da wird nicht die oben angesprochene subjektivistische Position der radikalen Konstruktivisten vertreten. Aebli's Position ist auch nicht, daß Wissen und Denken ausschließlich in unmittelbarem Kontext zu praktischem Handeln möglich ist, sondern sich ursprünglich davon ableitete, in praxi bewähren sollte und in praktischem Handlungszusammenhang leichter aufgebaut wird. Aebli hat – im Gegensatz zu Piaget- seine Theorie nie als *Erkenntnistheorie* bezeichnet und Piagets Werk vorwiegend als *Entwicklungspsychologie* gesehen. Ob nicht auch Piaget zu Unrecht für radikal konstruktivistische Positionen vereinnahmt wird und welche absurden Folgen die Auffassung mit sich bringt, alle Wirklichkeit sei subjektives Konstrukt, hinterfragt Ros (1994). Aebli's pädagogisch- psychologischer Konstruktivismus betont die Notwendigkeit zielgerichteter, geistiger Aktivität des einzelnen Subjektes im Sinne von Wahrnehmen, Aufbauen, Überdenken und Ordnen, nicht aber eine ausschließlich subjektive Sicht von Wahrheit und Wirklichkeit.

6.6 Die emotionalen Grundlagen des Denkens: Luc Ciompis Affektlogik und Handlungslernen

Luc Ciompi erweiterte sein *affektlogisches Konzept* von 1982 und fragt 1997 nun generell nach den *emotionalen Grundlagen des Denkens*. Damit das *affektlogische* und das *handlungsorientierte* Konzept zu einem sonderpädagogischen Förderansatz zusammenfinden, ist zu überlegen, warum handlungsorientierte Konzepte günstig für *die emotionale Entwicklung* seelisch Behinderter sind.

6.6.1 Die zentrale Funktion der Affekte bei seelischen Störungen

Es gibt ein im BBRZ Karlsbad häufig beobachtetes, aber bislang ungeklärtes Phänomen, das als Auswirkung affektiver Stabilisierung interpretiert wird: nicht wenige Teilnehmer mit psychotischen Erkrankungen, z.B. Schizophrenie, haben mit den Lerninhalten selbst relativ wenig Probleme. Sie hinterlassen aber zu Beginn einen recht instabilen Eindruck, wirken ängstlich, verflacht, zerfahren, ungeordnet und teilweise auch ungepflegt, was in Gesprächen und durch direkte Intervention kaum zu beeinflussen ist. Irgendwann im Verlauf der Maßnahme, meist erst nach längerer Zeit, ohne direkten Zusammenhang zu therapeutischen, pädagogischen oder sozialen Angeboten, ändert sich dieses Bild: sie fangen an, sich für sich selbst und andere zu interessieren, pflegen und kleiden sich bewußter, beteiligen sich stärker, nehmen Beziehungen auf. Irgendwie »raffen sie sich innerlich auf«, beginnen, ihr eigenes Leben zu gestalten, Ziele aufzugreifen, sichtbar teilzunehmen. Wie eingangs bereits angesprochen, laufen die Prozesse

danach zwar nicht reibungslos, aber deutlich zügiger und zielorientierter ab, wenn auch nicht immer in den »geplanten Bahnen«. Die wahrscheinlich vorwiegend affektiven Ursachen bleiben im einzelnen unklar, die Veränderungen selbst sind aber, vor allem für die Betreuer, die sonst wenig emotionale Rückmeldungen erhalten, erfreulich. Die Familien der Betroffenen dagegen sind nicht immer ebenso angetan. Neue Partnerschaften und selbständige Entscheidungen über die weitere berufliche Entwicklung, eigene aktive Anstrengungen zur Problembewältigung, stoßen keineswegs immer auf die Zustimmung der Familien. Diese intervenierten in einigen Fällen massiv und reklamierten »Verstöße gegen die Aufsichtspflicht« (bei erwachsenen Teilnehmern!), weil ihr »schwaches« Familienmitglied urplötzlich eigene Wege gehen wollte, die nicht in die familiären Rollenverteilungen paßten.

Ein Rückblick auf die Schizophrenie aus affektlogischer Sicht (Ciompi 1982, 245) zeigt, daß insbesondere innerpsychische und familiäre Konflikte, mangelnde Subjekt- und Objekt- Differenzierungen sowie widersprüchliche und konfuse Verhaltens- und Kommunikationsweisen sich in unklar strukturierten, labilen *kognitiv- affektiven Bezugssystemen* internalisieren, die die Grundlage der spezifischen *Ich- Schwäche* und Anfälligkeit für *psychotische Dekompensationen* sein könnte.

„Der schizophrene Mensch ist damit nicht mehr der radikal Andere und Fremde, Unzulängliche, Unverständliche, als der er bisher in und außerhalb der Psychiatrie galt, sondern er darf dann vielleicht endlich als das erscheinen und verstanden werden, was er vermutlich ist und allen esoterischen (zum Beispiel dämonischen, teuflischen, magischen, aber auch psychiatrisch- organischen oder psychoanalytischen) Erklärungen zum Trotz seit jeher gewesen ist: Ein armer, fragiler, verwirrter und nach außen eigentümlich abwehrender, dahinter jedoch sehr feinfühlig und dünnhäutiger Mensch, der sich aus einer ihn überfordernden Konfusion in ein abstruses Refugium zu retten versucht, das allerdings nur noch mehr Schwierigkeiten schafft und ihm schließlich zum Gefängnis und Verhängnis wird.“ (Ciompi 1982, 279)

Eugen Bleuler, der den Begriff der »Schizophrenie« prägte, stellte schon 1926 fest, daß die Kenntnis der Affektivität Grundlage der Psychopathologie sei (zit. nach Ciompi 1997, 209). Schon auf den ersten Blick zeigt sich ihre Bedeutung in Form von Angst, die bei emotionalen Spannungen und mehr noch in verdeckten Konflikten schnell in Erregungszustände, Verfolgungsängste, Entfremdungserlebnisse oder Halluzinationen einmündet (Ciompi 1997, 295). Die Sprunghaftigkeit in der Umstellung der gesamten Fühl-, Denk- und Verhaltensmuster deutet Ciompi aus chaostheoretischer Sicht (1997, 224) als *nichtlineare Phasensprünge*, vergleichbar den *Schmetterlingseffekten*. Ein ziemlich eindeutiger Kontrollparameter dafür sind *emotionale Spannungen*, die sowohl von äußeren als auch von inneren Konstellationen einschließlich hormonell-biochemischen Umstellungen herrühren. Dies würde gut erklären, warum das Erkrankungs- bzw. Rückfallrisiko in der Pubertät, der Schwangerschaft, dem Übergang zur Menopause oder mittels Drogen durch Erhöhung des affektiven

Spannungspegels ansteigt. Erst Affektspannungen liefern nach Ciompis Hypothese die nötige Energie, um das empfindliche, vulnerable psychische System des Betroffenen zu einem kritischen Punkt „...»an den Rand des Wahnsinns« oder »des Überschnappens«, wie die intuitive Volkssprache so treffend sagt...“ (Ciompi 1997, 226) zu bringen. Weiterhin sieht Ciompi in der eigentümlichen Störbarkeit der Koppelung zwischen wichtigen kognitiven »Gestalten« und den damit verbundenen Affekten einen Hinweis dafür, daß die für Denken und Handeln zentralen Bindungen zwischen Affekten und Kognitionen labil und inkonstant bleiben. Das führt ihn zu der Frage, ob nicht auch die Schizophrenie neu als »affektive Psychose« gedeutet werden müsse, weil Affekte wie Angst, Spannung und Erregung, manchmal auch ekstatische Euphorie, Trauer oder Wut eine ebenso große Rolle spielen wie die kognitiven Störungen, die heute im Vordergrund des medizinischen Interesses stehen. Auch die Affektverflachung mit den Begleiterscheinungen der Interesselosigkeit, Apathie, Trägheit, Verlangsamung, matter Stimme usw. interpretiert er so, daß

„...beim schizophrenen Langzeitpatienten diese Gleichgültigkeit in Wirklichkeit nur ein krampfhaft aufrechterhaltener Schutzpanzer ist, hinter dem sich weiterhin ein verängstigter und hochempfindlicher, aber in einer Art von Totstellreflex erstarrter Mensch verbirgt.“ (Ciompi 1997, 230)

Entscheidend scheint aber zu sein, daß die Affekt- Kognitionsbindungen zu locker und inkonstant sind, wodurch Denken und Handeln ebenfalls instabil werden. Insgesamt sind, nach Ciompis Auffassung auch gestützt durch die neuere Hirnforschung, alle krankhaften psychischen Störungen affekt- mit- bestimmt, anders ließen sich die erheblichen energetischen Potentiale bei psychotischen, neurotischen oder süchtigen Ver-rückungen nicht plausibel erklären (ebd. 234). Wenn die Affekte so zentrale Funktionen haben, die sich nicht auf krankheits-spezifische Phänomene oder Symptome beschränken, sondern das gesamte Denken, Handeln und Verhalten entscheidend mitbedingen und -bestimmen, dann spielen sie auch für den Lern- und den daraus erwachsenden Entwicklungsprozeß eine größere Rolle, als mit Fragen nach Motivation und Beziehungsklima gemeinhin abgeklärt wird. Seelisch behinderte Menschen werden in Lernprozessen, die sich der affektiven Seite des Lern- und Entwicklungsprozesses nicht stellen, entweder überhaupt nicht angesprochen, oder sie sind latent gefährdet.

6.6.2 Handeln, Fühlen, Denken

»Affektlogik« versteht Ciompi (ebd. 46) in doppelter Bedeutung: als eine »Logik der Affekte« im Sinne einer systematischen Verknüpfung und hierarchischen »Ordnung« affektiver Elemente und Strukturen, und er sieht sie als »Affektivität der Logik«, weil jede Form und Ausprägung des Denkens und Handelns affektiv mitbestimmt, beeinflusst bzw. eingefärbt ist. Wenn Piaget und

Aebli zeigen, *wie* wir denken, so wird hier deutlich, *warum* wir es tun und aus welchen ansonsten undurchsichtigen Gründen bestimmte »Verhaltens-, Handlungs- und Denk- Bahnen« bevorzugt oder vermieden werden! Diese affektive Steuerung der Logik des Denkens und Handelns beschränkt sich nicht auf die in der Lernpsychologie bekannte Motivationsproblematik: ohne emotionalen Anstoß keine Aktion! (Heckhausen 1980; Rheinberg 1980, 1981; Ciompi 1988, 196; 1997, 47), gleichgültig, ob man diesen als »Bedürfnis« im Sinne der Beeinträchtigung des Systemgleichgewichtes wie Piaget (Kap. 6.4.1) oder als »spontane Absicht« wie Aebli (Kap. 6.5.1) erklärt. Die Affektivität dominiert in erstaunlich überdauernder und subtiler Weise das gesamte menschliche Repertoire, was Ciompi mit dem Begriff der „integrierten Fühl-, Denk- und Verhaltensprogramme“ »auf den Punkt bringt«. Nun bezieht sich Ciompi hinsichtlich der Entwicklung des Affektsystems, wie bereits angesprochen, ausdrücklich und immer wieder (1982; 1997) auf Piaget, dessen kognitive Entwicklungstheorie er auch für die Entwicklung der Affektivität -in gleicher Weise wie dieser selbst-heranzieht. Wie sich noch zeigen wird, deckt Parallelität das Entwicklungsphänomen nur ungenau ab, weil Piaget und Ciompi nicht von einer getrennten kognitiven und affektiven Entwicklung ausgehen, sondern von ihrer Integration: von der »Einheitlichkeit des Psychischen« (1982, 43). Zwar habe sich Piaget nur am Rande mit Fragen der Emotionalität befaßt (Ciompi 1982, 53; 1997, 47, 87), und die Psychoanalyse als wissenschaftliche Affektlehre (1982, 44) habe Kognition nur als Folge nach Lust strebender bzw. Unlust vermeidender Affekte bzw. Triebe verstanden. Beide Wissensbereiche hätten zwei verschiedenartige Aspekte einer einheitlichen Psyche untersucht: die Psychoanalyse mehr die *Welt der Personen und Gefühle* und die Erkenntnistheorie Piagets mehr die *Welt der Dinge und Gedanken* (ebd., 67).

Dieser Verweis auf die Quellen Ciompis ist deshalb wichtig, weil hiermit auch die Wurzeln »handlungsorientierten Lernens« angesprochen sind.

„Ein wichtiger Ausgangs- und Angelpunkt ist JEAN PIAGETS [...] Einsicht, daß sämtliche mentalen Strukturen aus der *Aktion*, das heißt aus ursprünglich rein senso- motorischen Abläufen oder »Schemata« hervorgehen.“(Ciompi 1997, 46)

Dieser Bezug auf Handeln gilt, wie ausführlich beschrieben, ebenso für das Lernen. Lernprozesse umfassen, das ist aber keine neue, sondern eher zu wenig beachtete Erkenntnis, integrierte Denk-, Fühl- und Verhaltensentwicklungen. Schon bei der Entstehung »bedingter Reflexe« sieht Ciompi diese Verknüpfung, aus ökonomischen wie biologisch- evolutionären Gründen, als zutiefst sinnvoll an, wenn mit bestimmten kognitiven Elementen verbundene Affekte, z.B. Angst bei Feuer, dauerhaft im Gedächtnis abgespeichert und immer mit dieser »Gefühlsfärbung« wieder abgerufen werden (ebd. 47). Das kognitive Moment sowie die Motive und die mit beidem verknüpften Gefühle der Lust bzw. Vermeidung von Unlust machen zusammen erst die Gedächtnisinhalte aus. Ob einfachste psychische Bausteine oder komplexe Programmsysteme, ob offensichtlich ge-

fühlsbestimmtes Verhalten oder scheinbar emotionsfreies, abstraktes, wissenschaftliches Arbeiten - die fortdauernden lusterzeugenden, das Denken »affektiv färbenden« Wirkungen der Gefühlsstrukturen sind bei näherem Hinsehen evident. Darin sieht Ciompi auch begründet, warum unser Denken immer wieder in bestimmten Bahnen kreist, die sich eben in der Vergangenheit als besonders zweckmäßig erwiesen (ebd. 49). »Vernetztes Denken« ist also zum guten Teil auch »vernetztes Fühlen«. Die neurophysiologisch inzwischen vielfach nachgewiesenen synaptischen Netzstrukturen stellen so nicht nur das biologische Korrelat kognitiver, sondern - damit untrennbar verbunden - affektiver Prozesse dar.

Wie im Rahmen der Handlungsorientierung der Dualismus zwischen Handeln und Denken kritisiert und mittels der Kontinuitätshypothese widerlegt wurde, so muß diese nun erweitert werden. Denn die Beschränkung des Psychischen auf »Denken« bzw. »Kognition« würde wiederum einen neuen Dualismus begründen, der nicht aufrechtzuerhalten ist. Schon Platon (428-346 v.Chr.) ging bei seinem Bild idealer Persönlichkeiten von harmonischen inneren Beziehungen zwischen Bedürfnissen, Affekten und Denken aus, die in ein Gleichgewicht zu äußeren Beziehungen (soziale und physikalische Umwelt) und zu spirituellen Beziehungen (das Göttliche, Gute, Jenseitige) finden sollten (Becker & Minsel 1982, 16; Safranski 1997, 40).

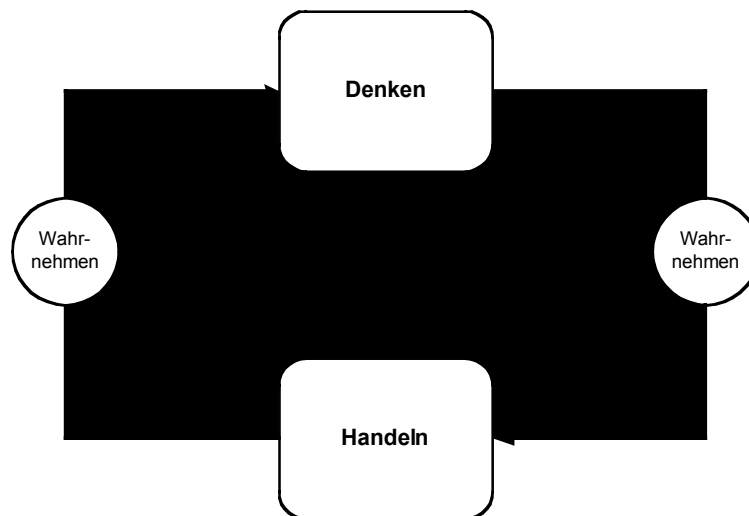


Abb. 71: Handlungsorientierter Lernprozeß: Integration von Denken, Handeln, Fühlen und Wahrnehmen

Handeln, Denken und Fühlen machen gemeinsam zielgerichtetes menschliches Verhalten aus (Abb. 71). Auch die zwischen Denken und Handeln vermittelnde Wahrnehmung (Perzeption) beschränkt sich keineswegs auf der Kognition zugängliche Erscheinungen. Gefühle und Stimmungen mögen in ihren vielfältigen Nuancierungen schwieriger zu erkennen sein, weil sie Begriffe und Elemente des Handelns und Denkens weniger bewußt, weniger offenkundig färben; daß sie wahrnehmbar sind, zeigt sich in den verschiedenen Psychotherapieverfahren und dem nicht involvierten Dritten, der Zeuge einer ihm aufgrund ei-

niger harmloser Bemerkungen völlig unverständlichen Auseinandersetzung zwischen Lebenspartnern oder Eltern und Kindern wird.

6.6.3 Affekte als Operatoren kognitiver Funktionen

Erst in jüngster Zeit scheint das Interesse an Emotionen im Zusammenhang mit »intelligentem Verhalten« zu wachsen, wenn man die reichhaltige Populärliteratur zum Thema »emotionale Intelligenz« oder »rechts- hemisphärisches Denken« zum Maßstab nimmt. Im Rahmen wissenschaftlich- logischen Denkens ist Emotionalität ebenso verpönt wie in Fach- Diskussionen, wo der Ruf nach mehr »Sachlichkeit« zu einer der beliebtesten »Killer- Phrasen« gehört.

„Das Verhältnis von Denken und Fühlen, von »Kopf und Herz« hat das gesamte Zeitalter der Aufklärung beschäftigt.“ (Emmel & Rücker 1974, 90).

Obwohl sich z.B. Fichte, Gellert, Goethe, Herder, Kant und Schiller intensiv mit der Bedeutung der Gefühle beschäftigten; die Dominanz der Vernunft gegenüber der Gefühlswelt ist tief in der abendländischen Geistesgeschichte verankert (Becker & Minsel 1982, 14; Ciompi 1997, 93; Emmel & Rücker 1974). Nun haben Affekte offensichtlich, sonst gehörten sie nicht zum Mensch- Sein, wichtige phylo- und ontogenetische Aufgaben; sie nur auf motivationale Anstöße oder sogar auf Störungen von Denkprozessen (Dörner & Stäudel 1990; Kleiber & Stadler 1981) zu reduzieren, entspringt der überheblichen, anthropozentrischen Vorstellung, alles, selbst innere »Funktionen«, nach Belieben beherrschen zu können. Für ihre Bedeutung spricht, daß die Beschäftigung mit eigenen, belastenden Gefühlen zu einem Tabu- Bereich gehört, über den man besser nicht spricht, um nicht als »gestört« zu gelten. Gerade die hartnäckige Verdrängung der Gefühle spricht für ihre starke und nachhaltige Wirkung.

Ciompi (1997, 94) versteht sie als »Operatoren«, die integrierend und organisierend auf das Denken wirken. Wenn Piaget und Aebli Operationen als abstrahierte Handlungsschemata definieren, die assimiliert, geistig eingeordnet werden, so beschäftigt sich Ciompi damit, *warum* sich Menschen denkend betätigen. Auch Piaget vernachlässigt diese Frage nicht, interessiert sich jedoch vor allem für die Motivation, die er mit der Auflösung von Spannungszuständen begründet, die durch das Systemgleichgewicht störende innere oder äußere Einflüsse bewirkt werden. Für Aebli sind spontane Ziele und eine tiefe, durchaus metaphysisch begründete Sehnsucht nach Ordnung wirksam. Dörner & Stäudel (1990) verstehen Emotion und Kognition als »handlungsleitende Systeme«. Sie gehen, wie Ciompi, von einer entwicklungspsychologisch zunehmenden Ausdifferenzierung der Emotionen, gekoppelt an die intellektuelle Entwicklung, aus und ordnen ihnen wichtige Regulations- und Integrationsfunktionen zu. Während die überwiegend analytisch orientierte Kognition Situationen in ihre Einzelphänomene zerlege und so die Voraussetzungen schaffe für immer neue An-

passungsprozesse, Sorge die Emotion für die Integration des Handelns und den Zusammenhalt.

Ciampi (1997, 94-128) unterscheidet:

1. Allgemeine Affektwirkungen auf das Denken:

- (1) *Affekte sind Energielieferanten, Motoren bzw. Motivatoren* der kognitiven Dynamik! Affektive Kräfte, Ängste, Bedürfnisse, Bestrebungen, aber auch Wünsche nach Harmonie, Konflikt- oder Spannungslösung bestimmen maßgeblich das Denken. Sie können es fördern oder beflügeln, bremsen und geradezu verhindern. Beides, entwickeln wie bremsen, erfordert Energie. Gerade im Hinblick auf seelisch behinderte Menschen im Lernprozeß ist wichtig, daß zur Aufrechterhaltung scheinbar unbewegter Teilnahmslosigkeit vielleicht enorme Gefühls- Energien aufgewendet werden müssen, oder aber das gesamte System, wie bei Tieren im Winterschlaf, affekt- energetisch »heruntergefahren« wird.
- (2) *Affekte steuern die Aufmerksamkeit!* Aufmerksamkeit und Wahrnehmung richten sich je nach Stimmungslage auf ganz unterschiedliche Inhalte, wählen jeweils zur Stimmung passende aus: In ärgerlicher Stimmung nimmt man nur Unschönes, in fröhlicher Stimmung überwiegend Erfreuliches wahr (Dörner & Stäudel 1990, 330). Die affektive Grundstimmung bestimmt auch, wie lange und wie stark Aufmerksamkeit und Wahrnehmung an einem kognitiven Objekt haften und wohin sie weiter wandern. Unser Bewußtsein wird damit stark affektiv mitbestimmt: durch die Auswahl (selektive Wahrnehmung), die emotionale Färbung und die durch die Affektwirkung letztlich einseitige Gesamtstruktur der kognitiven Elemente. Zeitüberdauernde und rationalen Argumenten oft trotzen Wertungen, Gewichtungen und Weltbilder sind so erklärlich.
- (3) *Affekte bestimmen die Zugänge zum Gedächtnis!* Kognitive Elemente werden affektkonform abgespeichert und entsprechend erinnert, wie wenn sie in gleichen Gedächtnisspeichern abgelegt würden. Im Zorn werden alle Erinnerungen reproduziert, die ihn rechtfertigen, andere werden unterdrückt. Die jeweiligen Affekte werden offensichtlich zusammen mit den kognitiven Inhalten abgespeichert, bewirken eigene Vernetzungen und determinieren so die Abspeicherung von und den Zugang zu Gedächtnisinhalten.
- (4) *Affekte bewirken Kohärenz und Kontinuität!* Die Vielfalt der Sinneseindrücke bedarf einer Filterung und Kanalisierung, zu der Affekte nicht unmaßgeblich beitragen. Nicht nur logisch Zusammengehörendes wird zueinander geordnet, wie sich aus der Lernpsychologie ergibt, sondern auch affektiv Ähnliches. Auch über das Leben ganz verstreute Erinnerungen, die zu bestimmten Gefühlen, wie Scham oder Trauer gehörten, werden bevorzugt en bloc erinnert.

So schaffen Gefühle Zusammenhang und Zusammenhalt auch dort, wo Verbindungen nicht »vernünftig« sind.

- (5) *Affekte bestimmen die Hierarchie des Denkens!* Während üblicherweise, z.B. bei Gagné (Kap. 6.2.1) oder Aebli (Kap. 6.5), Hierarchien des Denkens durch zunehmende Abstraktions-, Begriffsbildungs- oder Problemlösefähigkeiten begründet werden, sind nach dem affektlogischen Konzept vielmehr Gefühle und Stimmungen am Werk. Die Prioritäten des Wahrnehmens und Denkens richten sich nach dem emotionalen Kontext und der je vorherrschenden Affektlage. Wollen und Wille stellen starke Kräfte dar, die alles Denken, Handeln und Verhalten ihren a priori affektbestimmten Impulsen unterordnen.
- (6) *Affekte reduzieren Komplexität!* Als letzte wichtige allgemeine Funktion der Affekte sieht Ciompi die Reduzierung der immensen Vielfalt und Komplexität der jederzeit auf den Menschen einströmenden Informationen und Signale an. Deren reduzierende Filterfunktion schreibt er den Affekten als überlebenswichtige Aufgabe zu. Wo diese affektiven Filter zu eng oder zu breit würden, sei mit manischen, depressiven, schizophrenen oder zwanghaften Störungen zu rechnen. Notwendige Signalvereinfachungen und -bündelungen gelingen nicht mehr oder lassen nur noch eine, emotional beschränkte und damit irrationale Sicht der Dinge zu.

2. Spezielle Wirkungen der Affekte auf das Denken:

- (7) *Interesse bzw. Intentionen (Hungergefühle)* sind Basis des lebenswichtigen Neugier- und Erkundungsverhaltens, der allgemeinen Anregung zur Fokussierung von Aufmerksamkeit und Wahrnehmung. Ohne diese Gefühle oder Motive wären Mensch und Tier nicht in der Lage, seine Umgebung und seine Möglichkeiten zu erforschen, seinen Lebensraum zu erfassen und zu differenzieren.
- (8) *Angstgefühle* warnen vor Gefahren, zeigen Grenzen und Risiken; sie begrenzen die Wahrnehmung, das Denken und das Verhalten. Welche umfassende Rolle Angst, gerade in objektiv weitgehend gefahrungsarmen Lebensräumen spielt, zeigen H.-E. Richter (1992) oder Winkel (1991).
- (9) *Aggressivität und Wutgefühle* haben phylogenetisch wichtige Funktionen im Schutz des eigenen Lebensbereiches. Beim Menschen äußern sie sich zunehmend verbal, um Grenzen zu ziehen oder dysfunktionale Bindungen zu beenden.
- (10) *Trauergefühle* haben die Aufgabe, mißglückte Trauerarbeit, Depression oder Melancholie zu verhindern. Sie helfen, Beziehungen zu lösen, und sie machen den Weg für neue Bindungen frei.
- (11) *Lustgefühle, Freude, Vergnügen, Liebe* wirken als mächtige Anziehungspunkte (chaostheoretisch als »Attraktoren« bezeichnet), die Bindungen und Beziehungen herstellen: nicht nur zu Personen, sondern auch zu Räumen, Häusern, Landschaften, Wissensgebieten, Formen des Denkens, zu geglück-

ten Problemlösungen bis hin zu »schönen«, eigenen oder fremden Formulierungen.

Affektive Stimmungslagen dominieren die *Inhalte des Denkens*. Was nicht paßt, wird ausgeblendet oder »affektkonform« eingepaßt. Die Affekte konstruieren ihre eigene Realität, die sich schnell ändern, aber auch monate- und jahrelang Denken und Verhalten bestimmen kann.

Affektive Befindlichkeiten bestimmen die *Formen des Denkens*. Wenn in positiven oder euphorischen Stimmungslagen das Tempo und die Flexibilität des Denkens steigen, so sind bei Angst oder Depressivität Verlangsamungen, Verengungen bis hin zu totalen Blockaden zu vermerken. Daß mit formal stimmiger Logik je nach zugrundeliegenden Gefühlswelten unterschiedliche Denkergebnisse produziert werden, ist ebenfalls ein nicht unbekanntes Phänomen.

Die *Alltagslogik* umfaßt nach Ciompi (ebd.) die Selbstverständlichkeiten des täglichen Lebens: Kleidung, Sprache, Wertbegriffe etc.. Diese sind gesellschafts- und zeitabhängig und fordern eine geringe affektive Anstrengung, weil es sich um ganz- oder halbautomatisierte Denk-, Fühl- und Verhaltensprogramme mit weitgehend unreflektierten Wertsystemen, Überzeugungen und sozialen Vorurteilen handelt. Ihre Dynamik wird erst beim Neuerwerb und bei Veränderungen deutlich, häufig von heftigen Emotionen begleitet. Gerade dieser Aspekt wird beim Lernen mit Erwachsenen immer wieder offenbar, wenn gewohnte, aber ineffektive Lerntechniken durch neue Angebote oder Forderungen gefährdet werden und die zur Überwindung der affektiven Spannung notwendige *emotionale Unterstützung* durch die Lehrenden ausbleibt, weil diese sich auf vermeintlich wichtigere fachliche Aspekte beschränken.

Jede Veränderung hat zwei affektive Wirkungen: die Störung der bisherigen Harmonie erzeugt Spannung. Ihr wird der *Erfolgsorientierte* durch Aktion, durch Änderung des Zustandes, der *Mißerfolgsorientierte* dagegen durch aggressive Abwehr, Verdrängung oder Projektion des Problems auszuweichen suchen. Je nach affektbestimmter Persönlichkeitssituation sind ganz unterschiedliche Verhaltensweisen und Hilfsstrategien relevant. Die Kehrseite ist die Lust am Ergebnis und an der »Schönheit«, »Klarheit« sowie »Reinheit« des Denkaktes selbst. Das Beherrschen komplexer Bewegungsprozesse spornt den Sportler ebenso an wie der Denkprozeß den Denker. Ein stabiles Motiv dafür ist die »Lust an der eigenen Entwicklungsfähigkeit«, nicht die am jeweiligen Ergebnis. Auch hierin findet sich ein Ansatz für das Lernen mit seelisch behinderten Menschen: die durchweg hohe Intelligenz auf sinn- und lustvolle Denkvorgänge zu lenken und zu helfen, die »eigenen Fähigkeiten« im Problemlösen, z.B. im Austüfteln technischer Fragen, neu zu entdecken. Dies befördert den Entwicklungsprozeß oft nachhaltiger als diffuse Verweise auf Verwertung von Wissen und Fähigkeiten auf dem Arbeitsmarkt.

Insgesamt kann man davon ausgehen, daß es keine kognitive Funktion, keine Speicherung von Elementen des Wissens und der Erfahrung, keine Wahrneh-

mung und keine geistige Verarbeitung ohne affektive Färbung, Steuerung und Verknüpfung gibt. Diese an sich nicht neue, durchaus auch der Alltagserfahrung entsprechende Erkenntnis ist deshalb von eminent großer Bedeutung, weil dieser emotionale Anteil des Denkens -vielleicht mit Ausnahme der verschiedenen mystischen Bewegungen- wenig Beachtung in unserer Geistesgeschichte fand. Daß heute allerlei, oft esoterisch begründete Modeerscheinungen beliebige Gemengelagen aus Denken, Glauben, Wissen, Fühlen und Hoffen anbieten, macht die systematische Auseinandersetzung mit Affekten im Zusammenhang mit Denken nicht leichter.

6.6.4 Affektive Aspekte handlungsorientierten Lernens

Handlungsorientiertes Lernen ist aktive, eigene, zielgerichtete Lern- Tätigkeit. Im Hinblick auf die bei psychisch gestörten Menschen wichtige affektive Seite einer Lern- und Persönlichkeitsentwicklung ist auf die auch therapeutisch entscheidende Bedeutung *eigener Aktivität der Betroffenen* hinzuweisen. Ciompi (1982, 392) fordert deshalb die Konzentration auf die Aktion, nicht auf Erklärungen. Kleiber & Stadler (1981) führen dazu aus, daß therapeutische Effekte nur dann zu erzielen sind, wenn die Folgen von Handlungen und Tätigkeiten das Wissen verändern und neue Einsichten durch praktische Übungen bestätigt werden. Sowohl beim »medizinischen Modell« der Pathogenese psychischer Störungen als auch bei den sozialwissenschaftlichen Modellen werde jedoch eine Art »Opfertheorie« vertreten, die Rolle der *Tätigkeit* des betroffenen Subjektes in ihrer Bedeutung für seine eigene Persönlichkeitsentwicklung jedoch systematisch vernachlässigt¹⁷. Der »Labeling- Ansatz« zum Beispiel beschreibe mehr die Folgen, weniger aber die Ursachen und Bedingungen der »primären Abweichungen« und ihrer symptomatologischen Verarbeitung. Psychische Störungen seien das Resultat einer behinderten Persönlichkeitsentwicklung, das Ergebnis eines Entwicklungsprozesses, der durch die *tätige Auseinandersetzung* des Individuums mit seinem sozialen Umfeld bestimmt werde. Die in diesem Tätigkeitsprozeß maßgeblichen *dominierenden Tätigkeitsmotive* bildeten die Determinationsfaktoren für die weitere Entwicklung. Eine positive Persönlichkeitsentwicklung werde dadurch ermöglicht, daß die maßgeblichen Lebensbedingungen zunehmend kontrollierbar werden; eine Beeinträchtigung und damit Quelle seelischer Störungen werde dadurch bewirkt, daß zunehmend Passivität und Abhängigkeit eintrete. Nicht die äußeren Bedingungen per se, sondern die Art, wie sie als Beeinträchtigung der weiteren Entwicklung verarbeitet werden, machen pathogene Entwicklungen aus. Solche »pathogenen Aneignungsbedingungen« wirken nicht persönlichkeitsdeformierend durch Ursache- Wirkungs- Beziehungen, sondern dadurch, daß sie die *Handlungsfähigkeit einschränken* und Orien-

¹⁷ siehe auch Kapitel: Soziologischer und antipsychiatrischer Ansatz sowie Systemischer Ansatz

tierungskrisen auslösen, die durch seelische Symptombildung »bewältigt« werden. Als Ansätze sehen Kleiber & Stadler:

1. Die Veränderung der *äußeren Tätigkeitsbedingungen*: Arbeitsplatz, Angehörigenarbeit, soziale Arbeit, präventive Arbeit.
2. Die Veränderung der *dominierenden Tätigkeitsmotive* durch Auseinandersetzung mit den Umsetzungsbedingungen und Handlungskompetenzen.
3. Die Verbesserung der *Problemlösungs- und Handlungskompetenzen*.

Ein nicht geringer Anteil läßt sich im Rahmen handlungsorientierter Lernprozesse gezielt aufgreifen und unter inhaltlich und sozial realistischen Bedingungen trainieren. Entscheidend ist eben, daß entwicklungsförderliche Veränderungen nur in aktiver Betätigung der betroffenen Teilnehmer möglich sind.

Aus Ciompis affektlogischem Konzept läßt sich als pädagogische Schlußfolgerung ableiten, daß der emotionalen Seite des Lernvorganges wesentlich mehr Gewicht beikommt, wenn zur Entwicklung seelisch gestörter, das heißt affektlogisch aus dem Gleichgewicht gebrachter Menschen beigetragen werden soll. Auch wenn Pädagogik keine Therapie sein kann und will, so muß sie dennoch bei affektiv- kognitiven Gleichgewichtsstörungen Veränderungen internalisierter Bezugssysteme zumindest begünstigen (Ciompi 1982, 366).

6.6.4.1 Grundlegende Ansätze affektiver Entwicklungsförderung

Die folgenden didaktischen Ansätze sind nicht an handlungsorientierte Konzepte gebunden, obwohl sie dort günstige Bedingungen finden:

1. *Ein klares, realistisches, sinnhaftes und für den Betroffenen erstrebenswertes Ziel*: Ciompi geht davon aus, daß es eine Veränderungsmöglichkeit des affektlogischen Bezugssystems für den Betroffenen und sein soziales Umfeld gibt, wenn man dieses diffuse und konfuse Feld nach einem bestimmten Ziel hin so ausrichtet und ordnet, daß ein „...therapeutisches Gefälle nach einer bestimmten Richtung entsteht, dem sich die Beteiligten nicht mehr zu entziehen vermögen.“ (1982, 339) Dieser therapeutische Ansatz läßt sich auch in beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen und handlungsorientierten Lernkonzepten umsetzen, wenn das berufliche Ziel als sinnvoll erlebt und deshalb ein gewisses Maß an Unzufriedenheit mit der derzeitigen Situation entwickelt wird. Hier liegt der Schlüssel für die Hypothese (Kap.2.4.2), daß Berufsfindungen für seelisch behinderte Menschen kontraproduktiv sind, die ihnen ein »realistisches Ausbildungsziel« überstülpen, das objektiv sinnvoll, aber subjektiv wenig reizvoll ist. Pädagogische Hilfe ist gefragt, um aus der Lerngeschichte und den Zielvorstellungen den eigenen Lebensentwurf und dessen Verwirklichungsmöglichkeiten zu erkennen.



Destabilisierende Tendenzen ←————→ Salutogenetische Tendenzen		
Negative Umgebung	Teilnehmerprobleme	Positive Umgebung
Spannungen, Unruhe, Hektik	Angst, Erregung, Spannung, produktive Symptome	Ruhe, Entspannung, Sicherheit, Gelassenheit
Komplexe, unklare, unübersichtliche Umgebung	De-Realisation	Einfache, klare, übersichtliche Umgebung
Anonymität, zuviel Wechsel, große Gruppen	Verwirrung	Personengebundene Atmosphäre, wenig Wechsel, kleine Gruppe
Unberechenbarkeit, Diskontinuität, labiles Umfeld	Labilität, Zerstreutheit, Sprunghaftigkeit, Unaufmerksamkeit	Stabilität, Kontinuität, Verlässlichkeit
Intoleranz, Mißtrauen, Kälte, Gleichgültigkeit, Verständnislosigkeit	Spannung, niedriges Selbstwertgefühl, Rückzug, Verflachung	Vertrauen, Verständnis, Wärme, Unterstützung, Dialog, Erklärungen
Beziehungsstörungen, erzwungener Konsens, Pseudo-Gleichheit	Unschärfe Ich-Grenzen, Konfliktunfähigkeit, Verleugnung	Abgrenzen, Anerkennen von Unterschieden: Gefühl, Meinung, Tun
Zweideutigkeit, Unklarheit, Irrationalität	Irrationalität, Unklarheit, Verzerrung	Rationalität, Klarheit, Eindeutigkeit
Widersprüchlichkeit, versteckte Erwartungen unmögliche Missionen	Denk-/ Fühlstörungen, Ambivalenz, Wahn, Halluzinationen	Eindeutige Gebote/ Verbote; realistische, explizite Erwartungen
Abhängigkeit, mangelnde Verantwortung und autoritäre Haltungen	Abhängigkeit, Inkompetenz, Infantilismus, Regression	Vertrauen, Autonomie, Verantwortlichkeit
Stimulationsarmut, intellektuelle und affektive Enge, Rigidität	Passivität, Rückzug, Verflachung, Einengung, Rigidität	Beweglichkeit, Rollenflexibilität, Stimuli, Offenheit, Weite

Abb. 72: Einflüsse auf das Lernmilieu (modifiziert nach Ciompi 1982, 365)

2. *Gezielt emotional entspannte Lernatmosphäre:* Ein zweiter wichtiger Ansatz, der zu dem oben angeführten »therapeutischen Gefälle« beiträgt, ist eine betont entspannte, ruhige, freundliche, immer wieder den Ausgleich und das Gespräch suchende Lern- und Beratungsatmosphäre (Ciompi 1997, 299). Das zwischenmenschliche Klima und die Form der emotionalen Begegnung stellen Fundamentalbotschaften dar, deren fördernde und entwickelnde Wirkung nicht unterschätzt werden darf, wie sich auch in langjährigen Erfahrungen im BBRZ Karlsbad erweist. Nun sind Lehrkräfte Menschen wie andere auch, die sich ärgern und emotional reagieren; es geht nicht darum, dies zu verketzern, das Unterdrücken eigener Gefühle entspräche auch nicht dem Gebot der Authentizität. Dennoch wird man als »pädagogischen Kunstfehler« ansehen müssen, wenn auf der Seite der Lehrkräfte und Betreuer nicht eine deutlich höhere Frustrationsschwelle, mehr Toleranz, ausgeprägteres Konfliktbereinigungspotential und Bereitschaft zum Verständnis vertreten sind.

3. *Entwicklungsförderndes Lernmilieu:* Als dritter Ansatz ist das Lernmilieu anzusprechen, das dem jeweiligen Problem angepaßte, flexible und differenzierte Vorgehensweisen und Beziehungsmöglichkeiten der Pädagogen (vgl. Abb. 72) fördern und begünstigen sollte. Einrichtungen mit straffer Linien-Hierarchie und streng »geregelten« Aufgabenbereichen, Funktionen und Abläufen werden kaum zugleich Beziehungs- und Kommunikationskulturen mit flexiblem Verhaltensrepertoire der Mitarbeiter erwarten können. Allerdings bedeutet auch die Umkehrung dieses Prinzips keinen Zugewinn: wenn jeder tut, was er gerade für wichtig und richtig hält, nicht selten nur, was ihn selbst emotional befriedigt, dann wird diese tendenziell chaotische Situation für seelisch instabile Teilnehmer unberechenbar und angsterzeugend. Wie immer liegt die Lösung in der »Mitte«; das heißt hier, in einer Organisationskultur, die sich selbst immer wieder kooperativ hinterfragt und individuelles Handeln fördert, ohne auf gemeinsame Leitgedanken und Absprachen zu verzichten. Wie im Kapitel Teilnehmerorientierung aufgezeigt, können so im Team für den einzelnen wirksame Entwicklungsziele als »grobe Richtung« geplant und dann von jeder Lehrkraft nach Bedarf und Möglichkeiten in das eigene methodische Konzept einbezogen werden.

6.6.4.2 *Affektive Entwicklungsförderung mittels handlungsorientierter Lernprozesse*

Affektlogische Bezugssysteme internalisieren sich im Verlaufe der Persönlichkeitsentwicklung in *tätiger Auseinandersetzung* mit der Umgebung. Nicht jede Entwicklung ist reversibel, was nicht bedeutet, daß sie unveränderlich ist. Es wurde bereits gezeigt, daß vor allem die *aktive, konstruktive Selbstorganisation* (Kleiber & Stadler 1981; Ciompi 1982; 1997) der entscheidende Schlüssel zur

Veränderung integrierter Denk-, Fühl- und Handlungsprogramme ist. Lehr-/Lernmethoden, die Entwicklungsspielräume anbieten, müssen die *Selbstorganisation* ermöglichen und unterstützen. Handlungsorientierte Lernkonzepte erfüllen diese Anforderungen besonders:

1. Handlungsorientiertes Lernen ist notwendigerweise ein *aktiver Prozeß des Tätigseins*, der neben seinen kognitiven Bestimmungsgrößen von vielfältigen, sich im Verlaufe verändernden Motiven, Stimmungen und Gefühlen determiniert und begleitet wird. Diese zunehmend wahrzunehmen, zu reflektieren und in Kommunikation mit den anderen Beteiligten zu vergleichen, stellt einen wichtigen Entwicklungsschritt dar. Deshalb sind Einzelkontakte und –gespräche innerhalb des Lernprozesses, Gruppengespräche, Feedback-Übungen und Meta- Kommunikationsformen so wichtig, weil sie –im Kontext eines konkreten Lern- und Handlungsvorganges- dafür Raum geben und so wichtige Entwicklungen ermöglichen.
2. Handlungsorientiertes Lernen ist als aktive Tätigkeit ein *individueller Lernprozeß*, auch wenn die Aufgaben in Gruppenarbeiten verteilt werden. Jeder Teilnehmer ist so jederzeit in seinem Handeln und Verhalten sichtbar und kann auf Begründungszusammenhänge und Störungsursachen unmittelbar angesprochen werden. Eine unauffällige und unaufdringliche Begleitung, Beratung und Unterstützung trägt viel zum Aufbau und zur Stabilisierung von Beziehungsfähigkeit bei. Ängste, Spannungen und Schwierigkeiten, aber auch Erfolgserlebnisse und Freude werden vom Pädagogen miterlebt, der bisherigen Entwicklung zugeordnet und so besser verstanden. Die Möglichkeiten für unterstützende Stimuli wachsen erheblich. Wichtig ist auch, daß die Teilnehmer sich im Rahmen individueller Lernprozesse unterschiedlich beteiligen können und dürfen; das bezieht sich bei seelisch behinderten Menschen vor allem auf die emotionale und soziale Beteiligung, die je nach Vermögen, Befindlichkeit und Fortschritt »dosiert« erfolgen kann.
3. Handlungsorientierte Lernprozesse sind *konkret, zielorientiert* und nicht selten im Rahmen der Berufsbildung auch produktbezogen. Im Hinblick auf die emotionale Seite des Lernens werden dadurch wichtige emotionale Integrationsfaktoren angesprochen:
 - a) Die Motive und Absichten sowie die jeweils zugrundeliegende emotionale Stimmung werden im Verlaufe des Handlungsvorganges immer wieder mit dem Ziel und dem erwarteten Ergebnis verglichen. Hierbei treten nicht nur sachliche Diskrepanzen auf, sondern es kommt zu Enttäuschungen, wenn die erwartungs- und hoffnungsvollen Gefühle vor Beginn der Handlung durch die Ergebnisse nicht bestätigt werden. Solche Spannungen lassen sich anhand der Ziele und Produkthanforderungen thematisieren,

verallgemeinern und »versachlichen«. Daß manche Prozesse nicht so laufen, wie man wünscht, ist ja eine alltägliche Erfahrung - und daß man manchmal eigene Wünsche und Hoffnungen zurückstellen muß, gehört zum lebenslang notwendigen, auch gefühlsmäßigen Anpassungsprozeß jedes Menschen. Die Konkretheit und Produktorientierung sichern für solche Diskussionen sachliche und damit verständliche Bezüge.

- b) Konkrete Ziele und klare Produktaufträge bedeuten Transparenz, Verlässlichkeit und Kontrollierbarkeit der Situation. Dies stellt für seelisch gestörte Menschen eine eminent wichtige Lernbedingung dar. Je undurchsichtiger, unklarer und unkontrollierbarer die Situation ist, umso mehr wächst die Gefahr irrationaler Verhaltensweisen. Beim Frontalunterricht dagegen müssen die Teilnehmer überwiegend mit verbalen Informationen umgehen, deren Kontext ihnen krankheitsbedingt möglicherweise unklar bleibt, vor allem, wenn sie das Ziel nicht einschätzen können.
- c) Transparenz ist aber auch für den Pädagogen entscheidend. Er kann effektiver arbeiten und intervenieren, wenn er überblickt, wie die Prozesse in der Gruppe und beim einzelnen ablaufen.
- d) Konkrete Ziele und klare Produkte bewirken »Sachbezug«, was für Teilnehmer mit wirren, ambivalenten Kommunikationserfahrungen erst einmal eine Entlastung darstellt. Die erforderlichen persönlichen und kommunikativen Beziehungen können - sachlich von der Aufgabenstellung her begründet- *emotional dosiert* gesteigert werden, etwa:

(1) Als Austausch von Ergebnissen.

(2) Als arbeitsteilige Gruppenarbeit in der Erarbeitung von Teilaufgaben.

(3) Als gegenseitige Bewertung oder Beurteilung von Ergebnissen bzw. Verhalten.

(4) In Form gemeinsamer Präsentationen von Ergebnissen, Verläufen, Hintergründen oder Beurteilungen nach Abschluß des Lernkomplexes.

4. Handlungsorientiertes Lernen ist ein *systemischer Prozeß*. Sein Verlauf, vom Ziel bis zu seiner Realisierung, folgt Regelkreis- Schleifen (siehe Abb.68). Das Beziehungsgefüge der Beteiligten stellt ein ständiges, wechselseitiges Austauschen mannigfaltiger Arten von Signalen und Informationen dar: Inhalte, Bemerkungen, Gefühlsreaktionen, »verdeckte Botschaften«. Dieser dynamische, von gegenseitigen Anregungen bestimmte Prozeß läßt einen vorgeplanten, in der Regel fachinhaltlich determinierten Ablauf nicht zu. Übliche Rollenschemata zwischen Lehrenden und unterschiedlichen »Schülerrollen« werden relativiert oder müssen aufgegeben werden. Funktionale Rollen ersetzen zunehmend hierarchische Strukturen. Alle Beteiligten, insbesondere die Lehrkräfte, müssen lernen, sich auf einen nur beschränkt planbaren, offenen Gedankenaustausch und Arbeitsprozeß einzulassen. Die Teilnehmer erleben, daß auch die Lehrenden nicht wie »Über- Ich- Symbole«

alles wissen, können, beherrschen und bestimmen, sondern daß jeder –von seiner Ausgangswarte aus- täglich neu Fragen und Probleme, Erkenntnisse - und auch bittere Erfahrungen assimilieren muß.

5. Handlungsorientiertes Lernen verlangt *offene Lernprozesse*, die der Sachlogik des Problems und dem Erkenntnisstand der Beteiligten folgen. Das erlaubt eine *längsschnittartige Lernprozeßdiagnostik*, deren emotionale Problemanteile gewichtiger sind, als bei der starken Fixierung auf die kognitiven Elemente des Lernens meist realisiert wird. Einige sollen als Beispiel (Dörner & Stäudel 1990; Fischer 1995) dienen:

- a) So werden neue Aufgaben gefühlsmäßig auf 1. Neuheit/ Unerwartetheit, 2. Angenehmheit/ Unangenehmheit, 3. Zielrelevanz, 4. Bewältigbarkeit und 5. Übereinstimmung mit Normen überprüft. Das Ergebnis der ersten Überprüfung führt zu Interesse bzw. Langeweile. Je nach Bewertung von Lust oder Unlust ist das Ergebnis der zweiten Prüfung positiver oder negativer Streß. Paßt die Aufgabe zu eigenen Zielen und Bedürfnissen, entwickelt sich Freude oder Zufriedenheit, ansonsten Ärger oder Furcht. Die Frage der Bewältigung ist die bereits angesprochene Problematik der Leistungsmotivation (Kap. 5.4.3), des Selbstbildes und der antizipierten, erwarteten Folgen. Die Überprüfung mit eigenen oder Normen relevanter Bezugsgruppen spielt gerade in Gruppen- Lernprozessen Erwachsener im Hinblick auf Status und soziale Anerkennung eine wichtige Rolle. Um zu verstehen, aus welchen affektiven Zusammenhängen sich bei einzelnen Teilnehmern Abwehr oder Überbeanspruchungshaltungen aufbauen, ist bei Einführung neuer Projekte oder Aufgabenkomplexe ein Vorgespräch hilfreich, in dem solche Fragen thematisiert werden.
- b) Emotional bedingte Unterbrechungen oder Belastungen des Problemlöseprozesses bewirken Hilflosigkeit, Angst und Überforderungssyndrome: „Ich habe das nie gelernt!“, „Ich lerne das nie!“. Nicht selten werden die kognitiven Prozesse zugunsten von praktischen Handlungen vernachlässigt, woraus unüberlegter Aktionismus erwächst: „Ich bin eben ein Praktiker!“. Unter Zeitdruck wird die Situationsanalyse zu früh abgebrochen, was nicht nur den Problemlöseprozeß, sondern auch die Aufnahme und Speicherung von Gedächtnisinhalten belastet; die Teilnehmer fordern dann immer wieder die gleichen Informationen ab: „Ich kann mir diesen schwierigen Inhalt einfach nicht merken!“. Nicht selten werden vorgefertigte, aber unpassende Lösungsschemata abgerufen und unvollständiges Wissen als »ausreichend« deklariert. Als Diagnose dieser vielfältigen Störungseffekte sollte nicht vorschnell auf mangelnde Problemlöse- oder Denkfähigkeiten gedeutet werden, sondern Abhilfe durch Anpassung der Belastungen und durch emotionale Unterstützung erfolgen.

- c) Ein wesentlicher Faktor im Lernprozeß ist Angst. Die Angst vor dem Versagen gegenüber den anderen Teilnehmern, gegenüber der Familie, den eigenen Kindern. Angst vor dem Unbekannten. Angst davor, bittere Lebenserfahrungen zu wiederholen. Dieser vielfältigen und häufig zu diagnostizierenden Angst der Teilnehmer stehen nicht selten ähnlich begründete Ängste der Lehrkräfte gegenüber, die sich vielleicht ebenfalls als »Versager« erleben, wenn ihre Methoden nicht wie gewünscht fruchten. Was liegt näher, als die eigenen Ängste zu rationalisieren und zu externalisieren: das heißt, die Teilnehmer machen die Lehrkräfte oder Mitschüler für ihre Probleme und die Lehrkräfte die Teilnehmer verantwortlich. Je weniger diese »Verantwortlichkeit« konkretisiert werden kann, um so emotionaler wirken die Abwehrmechanismen, die sich gegenseitig »hochschaukeln«. In gemeinsam gestalteten und in gewisser Weise auch gemeinsam zu verantwortenden handlungsorientierten Lernprozessen und Projekten sind solche Risiken geringer. Es geht nicht mehr um persönliches Versagen, sondern um das Abprüfen möglicher Lösungswege, von denen viele nicht geeignet sind. Unterschiedliche Denk- und Vorgehensweisen werden nicht nach richtig und falsch, sondern nach mehr oder weniger zielführend bewertet. Ängstliche Teilnehmer fühlen sich in vordisstrukturierten Lernsituationen wohler, bevorzugen positive, aber eher etwas autoritäre Lehrerrollen. Übernimmt die Lehrkraft diese erwünschte Rolle, findet keine erwachsenengerechte Entwicklung statt, versagt sie sich, führt das möglicherweise zur Dekompensation. Leitlinie in diesem Zwiespalt könnte sein, das Niveau der Unterstützung relativ konstant zu halten, die Art jedoch zu verändern: stehen anfangs noch konkrete inhaltliche Hilfen im Vordergrund, werden in einer zweiten Phase verstärkt Arbeits-, Problemlöse- und Lerntechniken angeboten, während zuletzt die weitgehend selbständige Arbeit der Teilnehmer durch intensive emotionale Unterstützung begleitet werden sollte.
- d) Eine letzte Bemerkung gilt den Abbrüchen von Rehabilitationsmaßnahmen, die zeitweise in manchen Berufsförderungswerken (Seyd 1992, 550) bis über 20% betragen. Sie sind Hinweis dafür, daß Überforderungsprobleme, Angst, Wut, Flucht und regressives Verhalten nicht ausreichend beachtet und bearbeitet werden. In den Befragungen zu *Lernproblemen Erwachsener* (Kap. 5.2.5) wurde dieser Hintergrund immer wieder deutlich. Wenn im BBRZ Karlsbad die Abbrecherquote, trotz der überwiegend seelisch behinderten Klientel, selten über 8% anstieg, dann ist dies das Ergebnis regelmäßiger, Entlastung suchender Gespräche und Beratungen, natürlich auch begleitender Therapie und rechtzeitiger Intervention.

6.7 Zusammenfassung: sonderpädagogische Förderung mit handlungsorientierten Lernkonzepten

Wie im folgenden Kapitel beispielhaft gezeigt wird, können eine ganze Reihe bekannter Methoden oder Vorgehensweisen zu den »handlungsorientierten Lernkonzepten« gezählt werden (Gudjons 1997; Ott 1995): z.B. Projektarbeit, Experimente, problemorientierter Unterricht, Fallmethode, Simulation, Rollenspiel, Leittextmethode, Lernwerkstatt usw.. Handlungsorientierung stellt keine Lehr- Methode im engeren Sinne dar, sondern ist eine Lehr-/ Lernstrategie, die viele Methoden und Konzepte integriert (Aebli 1991), wenn sie etwa den folgenden, grundlegenden Prinzipien entsprechen:

1. Die Förderung aktiver, konstruktiver, selbstgesteuerter Lernformen.
2. Die Sicherung der Kontinuität von Denken, Fühlen, Wahrnehmen und Handeln im Lernprozeß (Abb. 71).
3. Die systematische Entwicklung zunehmend »höherer« (abstrakter, vernetzter, planerischer, antizipativer und begrifflich repräsentierter) Denk- und Problemlösefähigkeiten, ausgehend von konkretem Tun.
4. Den Bezug zu lebenspraktischen Aufgaben und Problemstellungen.

Daß sich diese Prinzipien lernfördernd auswirken, dürfte kaum umstritten sein und wird ja vielfach bestätigt (Arnold 1994; Gudjons 1997; Ott 1995; Pätzold 1996; Reetz 1990; Schmiel & Sommer 1991; Seyd 1994, 1997). Hier sollen deshalb diese Begründungen nicht wiederholt werden. Statt dessen wird zusammengefaßt, warum handlungsorientierte Lernkonzepte günstig für das Lernen und die Förderung der persönlichen Entwicklung seelisch behinderter Menschen sind. Im Hinblick auf die praktische Umsetzung des handlungsorientierten Konzeptes sind jedoch auch die kritischen Hinweise Gudjons (1997, 60) zu beachten, daß die Ausbildungspraxis dazu neige, „... alle Lernprozesse [...] nach dieser schlüssigen Theorie zu organisieren, womöglich einheitlich, geschlossen, hoch-effektiv, nach wissenschaftlich begründbarer Stufung – nur diesmal nicht nach Herbarts Formalstufen, sondern nach der alles durchdringenden Konzeption einer operativen Didaktik.“ Wenn durch zuviel Planung und Dominanz der Lehrkräfte die für das *konstruktivistische Lernen* notwendige subjektive Steuerung und spontane Aktivität wieder verloren gehen und so aus aktivem Handeln »Fernlenkung« wird, dann ist natürlich jeder Förderaspekt verspielt.

Unter sonderpädagogischen und entwicklungsfördernden Zielsetzungen sind für Lernprozesse mit seelisch behinderten Menschen vor allem folgende Kriterien entscheidend, die sich in handlungsorientierten Lernkonzepten unkompliziert realisieren und integrieren lassen:

1. **Ziel- und Sinnbezug:** Handlungsorientiertes Lernen verlangt konkrete Ziele und sinnvolle, realistische Arbeitsformen. Diese können jederzeit auf Kongruenz mit eigenen Sinnbezügen und Wertvorstellungen, Motiven und Lust-/

Unlust- Gefühlen überprüft und wechselseitig angepaßt werden. Lernorganisationen, die Wissen und Anwenden in verschiedene Fächer auftrennen und sich überwiegend am Lehrplan oder dem formalen Abschluß orientieren, ermöglichen nur schwerlich subjektive Sinnbezüge. Eine persönliche Entwicklung, die eine Veränderung des affektlogischen Bezugssystems beinhalten soll, kann jedoch nur bei überzeugendem, subjektiv attraktiven Ziel bzw. Sinngehalt eingeleitet werden.

2. **Transparenz und Verlässlichkeit:** Handlungsorientiertes Lernen ist konkret, zielbezogen, häufig auch produktorientiert. Sachbezüge stehen im Vordergrund, kommunikative Anforderungen können hinzutreten. Diese Klarheit, der Objektbezug und vor allem die Abhängigkeit des Lernvorganges von der eigenen Aktivität schaffen Übersicht, Transparenz und damit Verlässlichkeit der Situation. Sie wirken irrationalen Ängsten nach »Fremdsteuerung« und »Ausgeliefert- Sein« entgegen und fördern Möglichkeiten »rationaler Bezüge«.
3. **Aktive, erwachsenengerechte Rollen:** Handlungsorientierung bedeutet aktives Lernen und Arbeiten. Dieses Moment der Eigenaktivität stellt eine starke, der Residualsymptomatik, Verflachung und Chronifizierung entgegenwirkende Kraft dar. Daß auch psychotherapeutische Effekte nur bei eigener Aktivität eintreten, wurde bereits aufgezeigt. Das Klären von Sinnbezügen und Berufszielen erfordert eigene Anstrengungen. Lernformen, die zu geringe oder zu stark vorstrukturierte inhaltliche, berufliche und soziale Aktivitätsspielräume umfassen, sind deshalb kontraproduktiv.
4. **Individuelle Lernarrangements und gesundheitsfördernde Lernbedingungen:** In handlungsorientierten Lernprozessen können individuelle Lernarrangements ohne stigmatisierende Ausgrenzung unkompliziert realisiert werden. Wenn persönliche, die seelische Gesundheit fördernde Ziele mit Inhalten und Handlungsschritten verknüpft werden, wenn die Aufgaben differenziert sind, wenn jeder Teilnehmer eigene Aufgabenkomplexe bearbeitet, Heterogenität also die Regel darstellt, dann ist Binnendifferenzierung in Gruppen kein unüberwindbares Problem mehr. Dieser Ansatz wird jedoch dort nicht möglich, wo der Lernprozeß auf parallele Stoffvermittlung, in der Regel orientiert am Leistungsstand der »mittleren« bis »besseren« Schüler, ausgerichtet ist.
5. **Kognitive Förderung:** Die Förderung realistischer und rationaler Bezüge des Denkens, der Informationsverarbeitung und der Wahrnehmung erfolgt günstig in konkreten, komplexen Arbeits-, Planungs- und Lernprozessen. Diese erzwingen die Orientierung an realen Gegebenheiten, fördern sachlogische Beziehungen und verlangen die Wahrnehmung von Tatsachen. Gleichzeitig wird der (Wieder-) Aufbau höherer kognitiver Leistungen forciert, wodurch die in der Regel gute Grund- Intelligenz wirksamer eingesetzt werden kann. Auf isolierte kognitive oder »maladaptive« Dysfunktionen ausgerichteten Trainingseinheiten fehlen dagegen »höhere, dispositive« und damit struktur- und sinnstiftende Lernelemente (vgl. Kap. 6.2.1, 6.3.5); sie bleiben auf einer

niederen, reproduzierenden Stufe des Lernens stehen und bieten daher wie Lernprozesse, die sich in der Abspeicherung von Wissen, im Lernen von Fakten oder Anwenden fertiger Ablaufschemata erschöpfen, geringe überdauernde Lerneffekte.

6. **Emotionale Entwicklungsförderung:** Auf die vielfältigen Verflechtungen zwischen Handeln, Denken und Fühlen und die Möglichkeiten der Umstrukturierung affektlogischer Bezüge wurde im vorherigen Kapitel hingearbeitet. Handlungsorientierung fördert die Wahrnehmung beteiligter Gefühle und Stimmungen und läßt als individueller Lernprozeß auch eine differenzierte emotionale Beteiligung zu. Wichtig ist, diese flexiblen Dosierungsmöglichkeiten affektiver Beanspruchung zu nutzen.
7. **Kommunikative und soziale Förderung:** Handlungsorientiertes Lernen erfordert nicht von vornherein *kollektive Lernformen*, sie sind aber jederzeit möglich. Gruppenarbeit dient dem Abgleich eigener Hypothesen mit anderen Problemlöseansätzen und trägt so zur Selbst-Strukturierung und Selbst-Regulierung bei (Dubs 1995, 890). Wo sich Ängste und soziale Kontaktschwierigkeiten entwickelt haben, sind gestufte Gruppen-Arbeitsformen notwendig. Eine gemeinsame Problemstellung, die in Gruppen, Paaren oder allein bearbeitet wird, zieht fast automatisch Gespräche untereinander, den Austausch von Erfahrungen, gegenseitige Hilfen bis zu gemeinsamen Präsentationen nach sich. Es fällt Teilnehmern erfahrungsgemäß leichter, sich »aus der Aufgabenstellung heraus« oder spontan nach Anregungen »aus der Gruppe heraus« zu beteiligen als nach vorherigen Vereinbarungen oder Aufforderungen.
8. **Praktische Kompetenzentwicklung, Förderung von sinnlichem und körperlichem Erleben:** Daß Handlungsorientierung das praktische Tun einbezieht, ist für die oft ungeschickten, ungeübten seelisch behinderten Teilnehmer günstig. Diese psychomotorischen Defizite werden (Kapitel 5.2) oft erwähnt. Ob sie mit Unerfahrenheit, schichtenspezifisch anderen Interessen oder mit Wahrnehmungsschwierigkeiten, Koordinationsunfähigkeit bzw. Instabilität der Bezüge zwischen Denken und Fühlen (Ciompi 1997, 228) zusammenhängen, kann hier nicht beantwortet werden. Körperliches Handeln in einem weiteren Sinne umfaßt nicht nur die praktische Arbeit, sondern Körper-, Geist- und Sinnes- Erleben in Form von Bewegungen, Sport, Musik, Kunst - in allen aktiven menschlichen Ausdrucksformen. Wer als Pädagoge diesen eklatanten Bedarf an vielfältigen Anregungen für Körper und Sinne bei seelisch behinderten Teilnehmern nicht sieht und zu kompensieren sucht, der versäumt einen wichtigen Erkenntnis- und Förderbereich.
9. **Berufliche Kompetenzentwicklung:** Natürlich darf das berufliche und fachliche Lernen nicht zu kurz kommen. Ganz im Gegenteil! Es muß immer im Vordergrund stehen. Es geht nicht vorrangig um »therapeutische« Ziele. Alle aufgezeigten Ansätze für eine personale Entwicklungsförderung werden nur dann als überzeugend und sinnstiftend akzeptiert, wenn sie der beruflichen

und sozialen Identität bzw. Integration dienen. Hier ist nochmals die Hauptproblematik angesprochen: sie liegt in der Regel nicht in eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten, einen Berufsabschluß zu erreichen, sondern in beschränkten persönlichen und sozialen Handlungskompetenzen, was immer der Grund dafür sein mag. Handlungskompetenz und Verhaltensveränderungen lassen sich aber nur in sinnvollen Eigenaktivitäten entwickeln. Das macht es der beruflichen Rehabilitation eigentlich leicht, Kompetenzförderung zu betreiben. Man darf allerdings nicht in die über Jahre im gegliederten System der Rehabilitation gewachsene, aber kontraindizierte »Arbeitsteilung« in medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation zurückfallen, sondern sollte diese drei Ebenen als kompetenzfördernde Aspekte einer einheitlichen Fördermaßnahme verstehen.

Handlungsorientierte Lernprozesse sind keine »Mega- Methoden« und auch kein »Allheilmittel« für seelisch behinderte Teilnehmer. Sie bieten aber, nicht nur aufgrund ihrer methodischen Vielfalt und Variabilität, so viele günstige Ausgangsbedingungen für eine integrierte persönliche Entwicklungsförderung, wie kaum eine andere Lehrstrategie. Wenn Johann Heinrich Pestalozzis Forderung nach „Lernen mit Kopf, Herz und Hand“ in erster Linie als Kontinuität von »Kopf« und »Hand« bei positivem Beziehungsklima verstanden wird, so stellt sich sein Leitgedanke beim Lernen mit seelisch Behinderten neu: Läßt sich überhaupt kognitiv und psychomotorisch fruchtbar lernen, ohne das tief gestörte und verunsicherte Affektsystem mitzuentwickeln? Welche nachhaltigen Eingliederungseffekte bewirken berufliche Rehabilitationsmaßnahmen, die überwiegend auf berufsfachliche Inhalte reduziert bleiben, den wichtigen personenspezifischen Förder- und Entwicklungsbedarf nur nolens volens akzeptieren und auf «begleitende Hilfen« von Therapeuten verweisen? (Dauenhauer 1981, 371).

7 METHODISCHE ANSÄTZE

Handlungsorientierte Methoden sind nicht neu; sie sind in der Fachliteratur ausführlich dargestellt. Über die Projektstudie »Lernprobleme Erwachsener« wurden im BBRZ gezielt *lernfördernde Wirkungen* analysiert und erprobt (Fischer & Harke 1987). In diesem Kapitel sollen die didaktischen Aspekte beim *Lernen mit seelisch behinderten Menschen* im Vordergrund stehen. Dazu wird vorwiegend auf methodische Erfahrungen im BBRZ zurückgegriffen.

Prinzipiell werden im BBRZ inhaltliche und didaktische Konzepte zuerst im Kollegium abgestimmt. So wird verhindert, daß die Ausbildung in Spezialgebiete zerfällt; Lehrkräfte und Berufsausbilder eines Berufsfeldes sollen die anderen Bereiche und Lehrgänge kennen, wodurch erst gemeinsame, berufsfeldübergreifende Vorhaben möglich werden. Im Rahmen eines »rollierenden Systems des Mitarbeiterereinsatzes« werden ohnedies Ausbildungs- und Betreuungsaufgaben regelmäßig gewechselt, zum Beispiel zwischen Berufsfindung, Förderlehrgängen und Ausbildung. Das erhält organisatorische und fachliche Flexibilität und vermittelt neue pädagogische Einsichten. Teilnehmer verhalten sich in der Ausbildung oftmals anders, als in der Berufsfindung prognostiziert wurde. Die Situations- und Personenabhängigkeit des Lernverhaltens wird so bewußter wahrgenommen.

Handlungsorientierte Konzepte wurden im Rahmen innerbetrieblicher Fortbildungen für Lehrkräfte und Berufsausbilder in verschiedene Varianten erprobt und vertieft. Motivierend war, wenn diese Fortbildungen ebenfalls handlungsorientiert aufgebaut waren; z.B. mittels »*situativem Lehrtraining*« mit Videoaufzeichnungen. Simulation von Unterricht vermittelt intensive eigene Erfahrungen:

1. Im Nachempfinden der Schülersituation.
2. Durch Selbstwahrnehmung und -kontrolle direkt nach der Lehrsequenz.
3. Durch die -nach anfänglichen Hemmungen- meist entspannte Atmosphäre, in der methodische »Probleme« und Alternativen diskutiert werden.
4. In besonders belastenden Unterrichtssituationen und -konflikten.
5. Im Sammeln von Ideen zur Entwicklung von Unterrichtsentwürfen.

7.1 Ein Grundschema handlungsorientierten Lernens

Bei der Vielfalt handlungsorientierter Arbeits- und Lernformen gelingt es kaum, diese ohne unzulässige Vereinfachungen in *einem* Schema zusammenzufassen. Ein Grundmodell, das sowohl für Unterricht als auch für die praktische Ausbildung paßt, muß die Kontinuität von Denken, Fühlen und Handeln bewahren. Abb. 73 zeigt, daß *inneres und äußeres Handeln* in einer unendlichen Regelkreis- Schleife aneinander gebunden sind, solange der Mensch lebt.

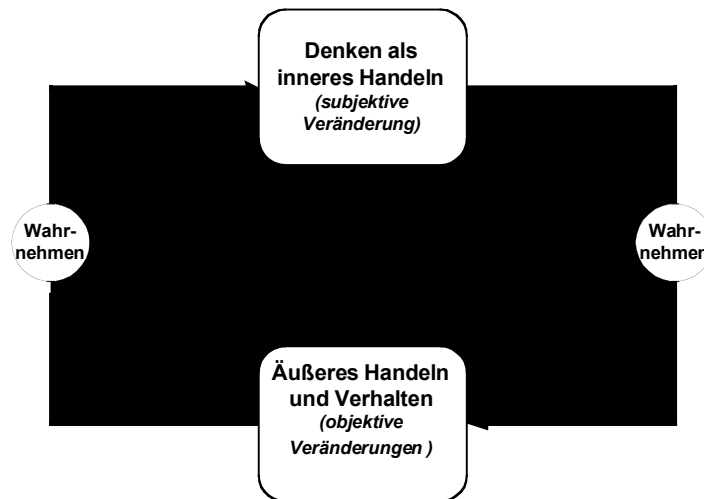


Abb. 73: Handlungsorientiertes Grundmodell

Die innere bzw. äußere sinnliche *Wahrnehmung* füllt eine Brückenfunktion zwischen Denken und Handeln aus. *Fühlen* und *Wollen* bzw. die *Motive* bilden den Hintergrund; sie bestimmen und »färben« den Prozeß. Nun ist ein Lernprozeß flexibel; er hält sich nicht an ein starres Konzept, sondern entwickelt sich aus der Situation heraus. Eine feste Reihenfolge des handlungsorientierten Lernvorganges in Etappen der Verinnerlichung wurde zwar von Galperin (Kap.6.3.3) vertreten, hat sich aber in dieser Strenge nicht bestätigen lassen.

Der Ablauf in Abb. 74, der einen Lernprozeß auf dem Niveau einer konkreten *Handlung* sensu Aebli repräsentieren soll, stellt keine zwingende, sondern eine mögliche und sinnvolle Folge von Lernschritten dar. Man erkennt, welche Aspekte der geistigen Entwicklung aus der Handlung heraus Aebli wichtig sind: Erstens das *geistige Durchspielen* des Handlungsprozesses, z.B. die Antizipation des Ergebnisses in Form des *Ziels*, die immer wiederkehrende Reflexion von Ablauf und Standort und das »Rückwärts- Durcharbeiten«. Zweitens die *zunehmende Abstraktion* des Handlungsvorganges, der erst praktisch (enaktiv), dann anhand von Bildern (ikonisch), als nächstes in Begriffen mit Vorstellungshilfen und dann ohne Hilfen sprachlich- symbolisch rekapituliert wird. Der Unterschied zu den Interiorisations- Etappen von Galperin (Kap. 6.3.3) liegt darin, daß es sich nicht um einen gestuften »Aneignungsprozeß«, sondern um immer neue konstruktive Lernprozesse in jeweils unterschiedlichen Medien des Denkens und der Wahrnehmung handelt. Die gleichen Strukturelemente zeigen sich auch bei den anderen „Grundformen des Lehrens“ (Aebli 1991, 25): den *Medien der Erfahrungsbildung*: Referieren, Vorzeigen und Nachmachen, Anschauen bzw. Beobachten und dem Schreiben, sowie bei den *Inhalten des Denkens*: neben Handeln die Operation und das Bilden von Begriffen. Überall finden sich die gleichen konstruktiven Momente des Lehrens: 1. Das problemhafte Aufbauen. 2. Das Durcharbeiten und Variieren der Problemlösung. 3. Das Üben, Wiederholen und Automatisieren. 4. Das Anwenden und Übertragen auf Problemstellungen des Alltages.

Verhältnisse« und Sachbezug. Praktisches Tun, das nicht nur auf stereotypes Ausführen unbewußter Bewegungsfolgen reduziert ist, also Planung und Kontrolle einschließt, ist jedoch umfangreich und zeitaufwendig. Man kann nicht immer alles komplett durcharbeiten. Auch ist die Arbeit an Maschinen und mit Werkzeugen nicht ohne weiteres für Ausprobieren und Experimentieren geeignet; potentielle Sachschäden und Unfallrisiken verbieten oftmals *selbstentdeckende Lernprozesse* in der praktischen Berufsausbildung. Charakteristika des Tuns sind die Zielorientierung, die Veränderung von Objekten der äußeren Umwelt und die Möglichkeit, diese real wahrzunehmen; der Realitätsbezug kann jedoch graduell verschieden sein:

1. Die Handlung tatsächlich ausführen!

Eine Handlung kann unter ganz verschiedenen Situationsbedingungen *praktisch* ausgeführt werden. Es gibt in der Berufsausbildung immer wieder Diskussion darüber, was denn »praktisch« oder zumindest »praxisnah« sei. Daß diese Überlegung auch an der *betrieblichen Ausbildung* nicht vorbeiging, zeigt sich in einer Art »Paradigmenwechsel« der praktischen Ausbildung: vor 20 Jahren absolvierten die Lehrlinge in großen Betrieben der Metall- oder Elektroindustrie bis zu 12 Monate Grundausbildung in der Lehrwerkstatt und arbeiteten dann die restlichen zwei Jahre direkt in verschiedenen Fertigungsabteilungen mit. Im Zuge der Einführung des »Salzgitter- Ausbildungsmodells« (Wiemann et al. 1976; Fischbach & Notz 1981) oder der »Leittext«- und »PETRA«- Konzepte (Koch & Selka 1991; Höpfner, Koch et al. 1991; Boretty et al. 1988) wurden zum Beispiel bei Daimler-Benz oder Siemens die Ausbildungsbereiche als selbständige Betriebsteile, in denen auch produziert wurde, ausgegliedert. Die Auszubildenden blieben im Ausbildungsbereich, außerhalb der industriellen Fertigung. »Lerninsel- Konzepte« und die Einführung von Gruppenarbeit in der Fertigung zogen in den letzten 5 Jahren wieder eine stärkere Verlagerung der Ausbildung direkt in die Produktionsbetriebe nach sich.

Der Arbeitsablauf in einem Betrieb ist in anderer Weise »praxisbezogen« als die praktische Ausbildung in einer Ausbildungswerkstatt. Im ersten Fall vermitteln die situativen Handlungsbedingungen Erfahrungsmöglichkeiten im Umgang mit Menschen und Arbeitsprozessen, die so in keiner außerbetrieblichen Ausbildung vorkommen. Dafür sind die Arbeitsinhalte und -verfahren für den Arbeitenden oftmals unverständlich organisiert und auf Teiltätigkeiten verkürzt; sie fördern keinen »ganzheitlichen« Lernbezug. Dieser ist in einer für Ausbildungszwecke eingerichteten Werkstatt besser darzustellen.

Aber auch eine Lehrwerkstatt hat ihre eigene Organisation, die den Lernvorgang bestimmt. Um den Gesamtzusammenhang eines Problems von der Fragestellung bis zur Lösung herzustellen, kann zum Beispiel das Ausweichen aus der Lehrwerkstatt in Laborsituationen dem Realitätsbezug dienen. Dort spielt weniger die Praxis der Ausführung, sondern die der Projektentwicklung

eine Rolle. Man muß also überlegen, welche Aspekte eine Handlung im Vordergrund stehen sollen und danach die Situation wählen und gestalten.

2. *Die Handlung als Versuch oder Experiment ausführen!*

Wenn Denken, wie bereits Freud (zit. nach Ciompi 1997, 26) formulierte, »geistiges Probedenken mit kleinen Energiequanten« ist, und Ciompi entsprechend »Handeln als Probedenken mit großen Energiequanten« auffasst, dann kann man Experimente als Zwischenstufen mit kontrolliertem Energieaufwand im Sinne kognitiver Anforderungen verstehen. Versuche und Experimente sind in der Geschichte der Naturwissenschaften bis heute die Methode schlechthin. Eine Handlung, die aufgrund der Mannigfaltigkeit und Unüberschaubarkeit der Handlungsparameter sowie der ungeklärten Effekte nicht real ausgeführt werden kann, wird stufenweise, unter kontrollierten Bedingungen und mittels systematischer Variation der Versuchsbedingungen praktisch erprobt. Dem wissenschaftlichen Versuch wird zuerst eine deduktive Hypothese zugrunde liegen, aus ihr werden dann Schritt für Schritt die praktischen Experimente abgeleitet. Diese Vorgehensweise ist als *exemplarischer Lernprozeß* für das Verständnis naturwissenschaftlichen Denkens außerordentlich wichtig, wie vor allem Wagenschein (1965) deutlich macht und Ott (1995, 96) aus der Technik- Didaktik erläutert. Methodisch sinnvoll ist ein Experiment auch, wenn der umgekehrte Weg beschritten, nämlich aus einer realen Handlung das letztlich bestimmende Prinzip oder Handlungsschema abgeleitet wird. Dieses wird in der praktischen Ausführung, aufgrund der Fülle der Aktivitäten, oftmals nicht gut sichtbar. Ausbildungsmeister werden zum Beispiel im Gehäusebau die Teilnehmer mit Abfallstücken Abkantversuche oder mit Schaumstoff Biegeversuche durchführen lassen, um das theoretisch anspruchsvolle und wichtige Problem der »gestreckten«, »neutralen« und »gestauchten Phase« zu verstehen. Die Wirkungsweise komplexer Schaltungen wird in der Elektrotechnik mit »Steck- Experimenten« ergründet, Regelungs- und Steuerungstechnik mit SPS- Systemen. Aus der Technik- Didaktik sind viele, oft verblüffend einfache, aber eindrucksvolle Experimente bekannt. Daß eigenes Experimentieren Neugierde anregt, Spaß macht und manchmal erstaunliche Lernenergie freisetzt, dürfte Allgemeinut sein. Soziale und wirtschaftliche Experimente, z.B. Befragungen oder Beobachtungen von Verhaltensweisen, sind möglicherweise schwieriger zu entwickeln, aber ebenso interessant und wirkungsvoll.

3. *Die Handlung simulieren!*

Für komplizierte, schwierige oder gefährliche Abläufe spielen Simulationen eine immer größere Rolle. Ein nicht unerheblicher Teil von Experimenten wird heute durch Simulationen ersetzt. Das Spektrum reicht von realistisch simulierten Prozessen der Maschinenmanipulation mit EDV- Programmen über Simulationen von biologischen, physikalischen oder chemischen Prozes-

sen bis zu »virtuellem Schnick- Schnack« ohne sinnvollen Hintergrund. Gute Computer- Simulationen ermöglichen, schnell und risikofrei die Gesamtwirkung einzelner Manipulationen in einem komplexen System zu erkennen. Der Simulations- Algorithmus läßt einen ständigen Vergleich zwischen Aktion und Ergebnis zu, wie das in praxi kaum darstellbar ist. Die Beweglichkeit und die Möglichkeit, einen an sich irreversiblen Prozeß jederzeit rückabwickeln zu können, bringt erhebliche Vorteile für die Lernförderung. Das beinhaltet aber auch die Gefahr von Fehleinschätzungen. Vor allem Jugendliche sind mit Computerspielen und virtuellen Prozessen sehr vertraut. Was dort allzu leicht und ohne Konsequenzen möglich ist, wird unbewußt auf die Realität übertragen. Im einfachsten Fall fördert das Oberflächlichkeit und ein Bewußtsein, es komme nicht so sehr darauf an. Schwerwiegender ist, wenn Spiel und Realität nicht mehr auseinandergehalten werden können.

4. Die Handlung im Rollen- oder Planspiel ausführen!

Rollen- und Planspiele vermitteln »im Spiel echte Erfahrungen«. Das Spielen begünstigt angstfreies und motiviertes Agieren. Der Erwachsene ist gegenüber Kindern distanzierter und kontrollierter, was Spielsituationen anbetrifft. Aber auch er erlebt den Spielablauf real. Spielformen lösen Erfahrungen aus, worauf in Kap. 7.3.2 noch eingegangen wird. Rollenspiele bieten sich für Bewerbertraining und soziale Lerninhalte, z. B. das Durchspielen von Beziehungsproblemen, an. Planspiele und Fallstudien haben Tradition im wirtschaftlichen Sektor. Amerikanische Management- Business- Schools bilden schon lange bevorzugt mit dieser Methodik aus.

7.1.2 Beobachten als Mit- Tun

Das Nachahmen – bzw. das *Lernen am Modell* im Sinne Banduras- hat in der Berufsausbildung eine gefestigte Stellung. *Vormachen und Nachmachen* wurde im Rahmen der »Vier- Stufen- Methode« geradezu als Standard verstanden (siehe Kap. 6.3.1). Zwischen der dabei vertretenen Vorstellung eines möglichst exakten *Abbildens*, wie das auch die sensualistischen Lerntheorien erklären, und dem Prozeß *inneren Mit- Tuns*, eigener gedanklicher Konstruktionen während der Beobachtung, bestehen jedoch erhebliche Unterschiede. Das erste ist eine reine Gedächtnisleistung. Das Aufgenommene soll genau so abgespeichert und unverändert reproduziert werden. Mit- Tun heißt jedoch eigene konstruktive, aktive Leistung. Die Wahrnehmung soll so angeregt werden, daß die eigene Aktivität in Gang kommt. Das ist im Ausbildungsalltag nicht immer einfach zu bewerkstelligen. Innerlich unbeteiligtes »Daneben- Stehen« mit aufgesetzt interessierter Miene ist von Generationen von Schülern im Verlaufe ihrer Schulzeit intensiv eingeübt worden. Deshalb sind Hilfsmittel sinnvoll:

1. *Aktives Beobachten durch Protokollieren des Handlungsablaufes!*

Um die Beteiligung zu erhöhen und zugleich Handlungsabläufe zu dokumentieren, ist ein Kurzprotokoll, evtl. in einem zuvor gemeinsam erarbeiteten Raster, hilfreich. Mehrere Gruppen können parallel protokollieren und auf Flip-Chart darstellen. Gemeinsam lassen sich danach Unklarheiten und unterschiedliche Sichtweisen diskutieren - wodurch gleichzeitig der gesamte Ablauf rekonstruiert wird.

2. *Einen Ablauf nach Video beschreiben!*

Um komplexe Handlungsabläufe in unterschiedlicher Geschwindigkeit und gegebenenfalls auch rückwärts durchspielen zu können, empfehlen sich Videoaufnahmen. Diese können zuerst mit Ton und Original-Kommentar abgespielt werden, dann sollte der Ton abgestellt und der Kommentar selbst ergänzt werden. Derartige Trainingssequenzen kennzeichnen *observatives Training* (siehe Kap. 6.3.5).

3. *Das Handeln anderer beobachten und erklären!*

Eine intensivere Stufe, die Vorbereitung erfordert, ist das laute Erklären bzw. Kommentieren von Handlungssequenzen anderer. Die Gruppen oder Partner müssen die Handlung erst in ihren Phasen durcharbeiten und besprechen. Meist wird man sich überlegen, welche Begriffe für die einzelnen Arbeitsschritte besonders kennzeichnend sind. Dann werden die Rollen verteilt: Wer führt vor, wer erläutert? Bei dieser Vorgehensweise geraten die Handlungsschemata, Operationen und Begriffe gegenüber der konkreten Handlung in den Vordergrund.

4. *Videofilme produzieren!*

Eine weitere Steigerung der Beobachtungsintensität wird erreicht, wenn Handlungsverläufe durch die Teilnehmer mittels selbst entworfener »Drehbücher« strukturiert und dann mit Video aufgezeichnet werden. Der Zeitaufwand dafür lohnt sich, wenn komplizierte, vielstufige Arbeitsvorgänge zu erarbeiten sind.

Bei der 4-Stufen-Methode dagegen muß der Arbeitsgang häufig immer wieder vorgemacht werden, weil unterschätzt wird, wie gering der Merkeffekt bei der Vielzahl der einzelnen Schritte des Arbeitsablaufes ist. Die Teilnehmer können hier nämlich nur wenig der Struktur der Handlung erkennen und Wichtiges von weniger Wichtigem kaum differenzieren. Deshalb gelingt keine Verknüpfung (Assimilation) mit vorhandenem Wissen; es kommt zur »isolierten Abspeicherung«.

7.1.3 Durchdenken der Handlung

Das Durchdenken der Handlung begleitet ständig den Handlungsprozeß, kommt aber vor allem *davor* und dann wieder *danach* vor. »Dazwischen« liegen Wahrnehmungs- und Abgleichprozesse. *Vor der Handlung* »macht man sich ein Bild« von dem erwarteten Ergebnis und vergleicht dieses mit dem Ausgangszustand. Nach der Handlung vergleicht man den Handlungseffekt mit der Erwartung, die im »inneren Bild« repräsentiert ist. Mentales Durcharbeiten bedeutet also, einen Handlungsprozeß gedanklich durchzuspielen und *das innere Bild* mit äußeren Gegebenheiten zu vergleichen. Man kann diese Prozesse auch mit den Begriffen *Planen* bzw. *Antizipieren* sowie *Kontrolle* bzw. *Rekonstruieren* umschreiben.

7.1.3.1 Vor- Denken = Planen

1. Das Ziel bestimmen!

Das Gesamtziel und nötigenfalls Zwischenziele zu definieren, ist der erste Schritt zu einer Ordnung in einem Handlungsschema über die konkrete Aktivität hinaus. Was soll erreicht werden? Was ist gesucht? Worum geht es? - Mit entsprechenden Leitfragen lassen sich solche Lernschritte anregen.

2. Zweck, Nutzen, Sinn und Zusammenhang klären!

Eng mit dem Ziel in Verbindung stehen Fragen nach dem Sinn, dem Nutzen, dem Zweck und dem Zusammenhang zur bisherigen Arbeit. Hier klären sich auch motivationale Bezüge, und es werden die Fragen nach Berufs- und Lebenszweck angesprochen.

3. Ziel- Ausgangslage- Diskrepanz klären!

Um überhaupt planen zu können, ist das Ziel mit dem Ausgangszustand zu vergleichen: Wohin wollen wir? Wo stehen wir? Daraus erst läßt sich die dritte Überlegung im Sinne einer *Ziel- Mittel- Analyse* klären: Welche Mittel stehen uns zur Verringerung dieser Diskrepanz zur Verfügung?

4. Lösungsideen entwickeln!

Es gibt viele kreative Verfahren (vgl. Fischer & Harke 1987; Pätzold 1996), mit denen Ideen gesammelt und entwickelt werden können: a) logische, wie der morphologische Kasten oder b) assoziativ- intuitive, wie Brainstorming, Methode 635, Metaplan, Synektik und andere. Ideen müssen bewertet, unbrauchbare ausgeschieden werden. Deshalb ist ein Auswahlraster und -system zu erarbeiten. So wird deutlich, daß es nicht nur »richtige« oder »falsche« Lösungen gibt, sondern daß Ziel, Nutzen und Aufwand sowie die verfügbaren Möglichkeiten wichtige Entscheidungsparameter für Problemlösungen darstellen.

5. *Den Plan formulieren!*

Das schriftliche Formulieren dient der Rekonstruktion der Planung und der ständigen Orientierung während der Ausführung. Sie sollte offen aushängen und nötigenfalls laufend ergänzt bzw. korrigiert werden. Inhalte sind etwa (1.) das Ziel, (2) die Vorgehensweise bzw. Technologie, (3) die einzelnen Arbeitsschritte, (4.) die Werkzeuge und Hilfsmittel, (5.) die Kontrollparameter bzw. Qualitätsmerkmale; (6.) übliche Dokumentationsformen (Zeichnungen, Pläne, Diagramme etc.) sollten nicht vergessen werden.

Planen führt zum Aufbau von Handlungs- bzw. Operationsschemata (siehe Kap. 6.5), sofern die Planungsprozesse eigene, konstruktive Leistungen der Teilnehmer darstellen und nicht einfach vorgegeben werden. Planungsprozesse müssen nicht nur abstrakt bleiben, sie können durch praktische *Experimentierphasen* aufgelockert und zu echten Forsch- und Suchprozessen ausgebaut werden, wie man sie auch aus der Technik in der Entwicklung von Prototypen kennt.

7.1.3.2 *Nach- Denken*

Das lernfördernde Moment handlungsorientierter Prozesse liegt im Kreislauf von »*Voraus- Denken*« - »*Handeln bzw. Operieren*« und »*Nach- Denken*«. Nachdenken kann ebenfalls in verschiedenen Varianten erfolgen:

1. *Reflektieren, Rekapitulieren*

Vom jeweiligen Stand der Handlung bzw. Operation aus sollte immer wieder zurückgespiegelt werden, wie der Prozeß ablief. Begründungen dafür zu suchen, hilft der Orientierung und dem Vergleich mit der vorgesehenen Planung.

2. *Rekonstruieren*

Die Rekonstruktion vergegenwärtigt und verinnerlicht den abgelaufenen Prozeß abstrakt. Aebli (1991) schlägt dazu drei Stufen vor: (1.) die mentale Wiederholung des Prozesses anhand des konkreten Objektes als Stütze; (2.) das geistige Durchspielen mit Hilfe von Bildern, Filmen oder Symbolen des Objektes und (3.) die abstrakte Rekonstruktion ohne Hilfe, nur in Begriffen. Für diese Wiederholungen bieten sich grafische Mittel, etwa Flußdiagramme, Struktogramme, MindMap oder Netzdarstellungen besonders an.

3. *Rückwärts durcharbeiten!*

Ein gutes Mittel, »den abgerissenen Faden wieder zu finden«, unterbrochene Gedankengänge zu ordnen oder einfach einen anderen heuristischen Weg zu beschreiten, ist das »Rückwärts- Durcharbeiten«. Vom jeweiligen Ergebnis

ausgehend werden die Ursache- Wirkungs- Beziehungen umgekehrt, was nicht selten zu neuen Erkenntnissen führt.

7.1.4 Verbalisieren

Der Sprache kommt zentrale Funktion zu. Sie begleitet und repräsentiert die Schemata des Handelns und Operierens. Sie allein verschafft dem Pädagogen unmittelbaren Zugang zum »Stand des Denkens«. Wie bereits in Kap. 6.3 angesprochen, betonen alle Vertreter der Handlungspsychologie die Bedeutung der Sprache, insbesondere des lauten Sprechens. Es verschafft den Außenstehenden einen Zugang zu den inneren Abbildern und Schemata. Es vergegenwärtigt dem Sprechenden selbst die Struktur und Schlüssigkeit seines Vorhaben, weil Sprechen Bewußtheit verlangt. Handlungen erfolgen dagegen oft automatisiert, als halb- oder unbewußte Aktionsketten. Das Aussprechen und Niederschreiben rückt diese Prozesse in das Bewußtsein zurück, wobei nicht selten einzelne Kettenglieder fehlen, nicht mehr erinnert werden können und deshalb neu konstruiert werden müssen (z.B. die Bewegungselemente des Vibrato beim Geigen).

7.1.4.1 Sprechen

Es wird im Unterricht oft und viel gesprochen, davon jedoch nicht wenig Überflüssiges: zuviel oder in Floskeln bzw. »Satzkonserven«, als vorschnelle Wertungen und Meinungen. Lautes Sprechen als Hilfsmittel handlungsorientierten Lernens sollte hochgradig bewußt sein, um strukturierend zu wirken. Deshalb gilt es, hier auf die allumfassende Information, die bei den entferntesten Grundlagen beginnt und alle, noch so nebensächliche Details meint, nicht auslassen zu dürfen, konsequent zu verzichten. Die Teilnehmer lernen ihren Umgang mit Sprache im Lernprozeß nachhaltig *am Modell Lehrer*. Je sparsamer und gezielter der Einsatz der Sprache zur Erläuterung der *zentralen Vorgänge*, desto besser können Handeln und Sprechen verknüpft erfaßt werden. Die Sätze sollen Symbole bzw. Platzhalter für Handlungs- oder Operationsphasen sein und wie Überschriften von komplexen Programmabläufen wirken. Die Sprache kann anfänglich etwas ausführlicher sein, sollte aber von Mal zu Mal auf weniger Aussagen bis letztlich zu Stichworten verkürzt werden. Aufsteigend abstrakte Varianten des Sprechens sind:

1. Lautes Sprechen - parallel zu eigenem konkreten Tun.
2. Lautes Kommentieren zu Handlungen anderer.
3. Lautes Ansagen geplanter Aktionen.
4. Lautes Rekonstruieren abgelaufener Arbeitsschritte.

Bei Stockungen im Arbeitsprozeß empfiehlt sich, den Teilnehmer seine bisherigen Aktivitäten nochmals ansagen zu lassen, am besten rückwärts, ausgehend von der Unterbrechung. So kann er selbst mit dem Arbeitsplan vergleichen. Dies

fördert die eigene Erkenntnis möglicher Störungsursachen und damit das Lernen, während die »übliche Hilfe«: „ Das macht man ...“ nur dafür sorgt, daß der Arbeitsprozeß weitergeht.

7.1.4.2 Schreiben

Das Aufschreiben von Handlungsabläufen fällt vielen erwachsenen Teilnehmern in der Rehabilitation schwer. Schnell stößt man an die Grenzen früher, negativer Schulerfahrungen mit Rechtschreibung und Stilistik. Aber darum geht es hier nicht! Der Lerneffekt schriftlich dokumentierter Handlungsschemata ist überdauernder als lautes Sprechen allein. Deshalb ist es notwendig, trotz Hemmschwellen, Handlungs- und Operationsschemata während und nach ihrem ersten Ablauf schriftlich zu fassen. Das kann in Einzelarbeit, in Partnerarbeit oder kleinen Gruppen erfolgen. Folgende Formen haben sich im BBRZ bewährt:

1. Freie Gestaltung als Kurz- Texte auf Plakaten bzw. FlipCharts.
2. Begriffe- Netzwerke mit grafischer Darstellung von Relationen (MindMap).
3. Ursache- Wirkungs- Diagramme.
4. Nach vorgegebener Gliederung aufgebaute Berichte: Tätigkeit, Ziel, Verfahrensschritte, Werkzeuge und Hilfsmittel, Probleme.
5. Freie Berichte.

7.1.4.3 Präsentieren

Eine wichtige Funktion hat das Präsentieren der Ergebnisse und Verläufe, vor allem auch im Hinblick auf die Persönlichkeitsförderung. Hemmschwellen werden geringer, wenn Präsentationen zum Alltag gehören; alle Ausarbeitungen von Teilgruppen werden prinzipiell der ganzen Gruppe vorgestellt. Nützlich ist, schriftliche Dokumentationen im Unterrichts- oder Arbeitsraum solange auszuhängen, bis ein Lernkomplex abgeschlossen ist. Das wiederholte Präsentieren rekonstruiert und erweitert Vorgänge, die inzwischen einige Zeit zurückliegen.

7.1.5 Zusammenfassung

Handlungsorientierte Lernprozesse sind als ganzheitliche Lernformen durch Phasen des *problemlösenden Aufbauens*, durch *Durcharbeiten und Variieren* des Vorganges, durch *Üben und Wiederholen* sowie durch *Anwenden und Übertragen auf neue Problemstellungen* charakterisiert. Als Aktionsformen kommen vor allem *konkretes Handeln*, *Beobachten*, *geistiges Durcharbeiten* und *Verbalisieren* in Frage. Die einzelnen Phasen und Formen folgen keiner festen Reihenfolge, sondern einem Prinzip: der *Kontinuität von Handeln und Denken*, die durch Wahrnehmung hergestellt und durch Gefühle zusammengehalten wird. Jede Förderung des Handelns bewirkt zugleich kognitive und affektive Effekte. Rein abstrakte Lernprozesse laufen Gefahr, »den Bezug nach draußen« zu ver-

lieren; ihnen fehlt die Kontrollmöglichkeit durch die äußere Realität. Bei seelisch behinderten Menschen ist dies nicht unbedenklich und sollte eher vermieden werden.. »Struktur und Realitätsbezug in Verhalten, Gedanken und Gefühlen« - zentrales Thema bei psychotisch erkrankten Menschen - wird über *konkrete* Lernprozesse am nachhaltigsten bewirkt.

7.2 Beispiele handlungsorientierter Konzepte

7.2.1 Erfahrungen mit dem CLAUS- Konzept

7.2.1.1 Zum Konzept

CLAUS (CNC Lernen Arbeit und Sprache) ist ein handlungsorientiertes Lernkonzept, das vom Fraunhofer- Institut Stuttgart für angelernte und ausländische Metallarbeiter entwickelt wurde (Krogoll, Pohl, Wolfart 1986; Krogoll, Pohl, Wanner 1986). Es baut auf der *Handlungspsychologie bzw. Handlungsregulationstheorie* sowie auf Trainingsmodellen der Arbeitswissenschaft und Arbeitspsychologie auf (vgl. 6.3.5). Von CNC¹⁸-Rechnern gesteuerte Maschinen automatisieren komplexe Fertigungsabläufe mit unterschiedlichen Technologien, Fertigungsstufen, Werkzeugwechseln, Materialzuführung und Qualitätskontrollen in hoher Präzision. Die CNC- Technik ist heute in allen Industriezweigen Standard.

Für das CLAUS- Konzept ist charakteristisch, daß von Anfang direkt an der Maschine und CNC- Steuerung gearbeitet wird (*aktionales Training*). Die Teilnehmer programmieren komplexe Lernaufgaben, die einen jeweils abgeschlossenen Fertigungsprozeß umfassen. Die Aufgabenstellungen sind so realistisch und vollständig, schließen alle Anforderungen, Problembestandteile und Techniken ein. Sie steigern sich lediglich im Schwierigkeitsgrad. Diese anfänglich weniger schwierige, aber immer ganzheitlich- komplexe Aufgabenform bezeichnet Volpert (1992, 106) als *genetische Vorform*.

Die Aktionen an der CNC- Maschine müssen angeleitet werden. Dazu gibt es Video- Sequenzen mit Erläuterungen der Arbeitsabläufe (*observatives Training*). Sie können als Einstieg, im Sinne von *advance organizer*, dem Lernprozeß vorausgehende Strukturhilfen, dienen. Während des Kurses unterstützen sie den Arbeitsfluß. Als nachgehende Vertiefung nach dem Arbeitsprozeß sichern sie den Lerneffekt.

Die Konzeption des Spracheinsatzes, die lautes Sprechen mit klaren, auch für »Fremdsprachler« verständlichen Begriffen sichert (*verbales Training*), stellt das Besondere dieses Ansatzes dar. Als 1. Hilfsmittel liegen für jeden Programmschritt bzw.Befehl der CNC- Steuerung *algorithmische Lernregeln* auf Karteikarten in je drei Fassungen (und unterschiedlichen Kartenfarben) vor:

¹⁸ Computer numerical control

1. Die Langfassung umfaßt die ausführlich formulierte Befehlsfolge.
2. Die Kurzfassung komprimiert die Befehlsfolge in einen Kurztext.
3. Die Stichwortausführung faßt die Befehlsfolge in ein bis zwei Stichwörtern bzw. Überschriften zusammen.

Mit diesen Lernkarten bedienen immer zwei Teilnehmer zusammen die Maschine und programmieren deren Steuerung. Einer sucht die für den Arbeitsschritt jeweils erforderliche Lernregel aus und liest sie laut vor. Der zweite bedient nach diesen Anweisungen die Maschine. Anfangs wird die »Langfassung« benutzt; die Teilnehmer werden auf die »Kurz- oder Stichwortfassung« umsteigen, wenn sie die Programme beherrschen und nur noch Anstöße benötigen. Eine zweite Kategorie von Lernkarten repräsentieren *heuristische Lernregeln*, *vorformulierte Denkanstöße* und *Fragen*, die bei Problemen bzw. Stockungen zum Durchdenken der Situation anregen. Das dritte verbale Hilfsmittel für den Aufbau von Handlungsschemata sind *frei formulierte Begründungen*. Die *Lernkarten* kommen, auch in Kombination mit den Videos, auch als Abschluß einer Trainingssequenz zum Einsatz. Der Teilnehmer muß dann für jeden Schritt die passende *Lernregel* finden und begründen.

Zur Einführung des CLAUS- Konzeptes wurden im BBRZ Karlsbad die Ausbilder und Lehrkräfte des technischen Bereiches zwei Wochen lang intensiv geschult. In der zweiten Woche fungierte der Trainer auch als Supervisor, während die Mitarbeiter ihren ersten Kurs durchführten. Zwischen den beiden Trainingswochen mußten alle Lernkarten neu erarbeitet werden, passend zu den vorhandenen CNC- Steuerungssystemen. Die Metallausbildung im BBRZ (etwa 15 Ausbildungsplätze) verfügt neben der konventionellen Zerspanungstechnologie über zwei CNC- Drehmaschinen und vier CNC- Fräsmaschinen mit unterschiedlichen Steuerungen, sowie über ein zentrales Programmiersystem, mit dem auch außerhalb der CNC- Maschinen Programme erarbeitet und dann an der Maschine optimiert werden.

Angeregt durch das CLAUS- Konzept wurde ein entsprechendes Lernprogramm für die EDV- Buchführung im kaufmännischen Berufsfeld entwickelt. Die Software- Handbücher und Beschreibungen sind erfahrungsgemäß als Nachschlagewerk verwendbar, aber didaktisch meist untauglich. Deshalb wurden für die verschiedenen Funktionen des Programmes *Lernkarten* erarbeitet und ein Einführungskurs konzipiert. Dieser bewährte sich in Unterrichtsform nicht. Heute wird mit echten Buchungsvorfällen direkt am Arbeitsplatz eingearbeitet. Die *Lernkarten* leiten zu den Programmschritten an. Nach einer Trainingssequenz müssen sich die Teilnehmer *Programmanweisungen* selbst erarbeiten.

7.2.1.2 Bewertung

Mit dem CLAUS- Konzept wurden im BBRZ beachtliche Lernfortschritte erreicht. Während zuvor von ca. 8 Teilnehmern einer Gruppe höchstens zwei die

CNC- Steuerung bedienen konnten, ist heute das Verhältnis umgekehrt: etwa zwei kommen nicht mit der CNC- Technik zurecht. Zwei bis drei Teilnehmer bedienen die Maschine auf einfachem Niveau: sie lesen fertige Programme ein und bedienen die Maschine, können selbst jedoch nur Routinemanipulationen an der Steuerung durchführen. Drei bis vier Teilnehmer beherrschen die Programmierung und Bedienung der Maschine relativ sicher.

Für viele Teilnehmer ist das Beherrschen eines so komplizierten, teuren, modernen technischen Systems¹⁹ ein *wichtiges Ziel* und eine *Bestätigung ihrer eigenen Fähigkeiten*. Die Motivation ist hoch – und mit dem CLAUS- Konzept erscheint ihnen dieses Ziel auch erreichbar, weil sie von Anfang an Erfolgserlebnisse haben. Der nachhaltige Lerneffekt ist weiterhin darauf zurückzuführen, daß die Aufgabenstellungen *ganzheitlich* sind, also Planung und Ausführung, Selbstkontrolle, Fehlersuche und –regulierung umfassen. Das war bislang in der Ausbildung industrieller Metallberufe nicht die Regel. Die straffe, arbeitsteilige Fertigungsorganisation mit geringen Freiheitsgraden (vgl. Kap. 6.1.1) schlug sich bis weit in die 80er Jahre in Ausbildungsmethoden nieder, denen mehr an perfekter Ausführung vorgegebener Teilschritte als an selbständiger Planung und kreativen Lösungen gelegen war. Im CLAUS- Konzept sind die Anforderungen auf der *Aufgabenebene* anspruchsvoller, weil der Arbeits- bzw. Problemlöseprozeß nicht vorgegeben ist und selbst erarbeitet werden muß.

Andererseits bewirkt bei manchen, besonders bei seelisch behinderten Teilnehmer »zuviel« Offenheit Unsicherheit und verstärkt Angst. Die Ausbildungsmeister sind sozialisationsbedingt noch von der oben aufgezeigten minutiös durchgeplanten Fertigungsorganisation geprägt. Auch hier bestehen teilweise Vorbehalte gegenüber flexiblen Ausbildungsformen: »Experimenten an der Maschine«, die teils zu Recht, teils als Rationalisierung eigener Unsicherheiten mit Hinweis auf Unfallverhütungsvorschriften abgelehnt werden. Diesem ausgeprägten Bedürfnis nach Struktur und Ordnung im Ablauf kommen die vorgegebenen Programmbefehle auf den Lernkarten und die »festgelegten« Trainingsformen entgegen. Sie schaffen *Sicherheit und Verlässlichkeit* auf der Ebene der *Handlungsschemata* und halten ein affektives Gleichgewicht gegenüber der Anforderung nach Flexibilität auf der *Ebene der Aufgaben*.

Die *sprachliche Ebene* ist einesteils durch die Definitionen auf den Lernkarten *vorstrukturiert*. Die Bedeutungen der Begriffe erschließen sich durch ständigen Bezug zu den praktischen Handlungsschritten; sie werden mit zunehmender Verinnerlichung der Programmbedienung »Platzhalter« für komplexe Abläufe, die dann weitgehend automatisiert ablaufen. Andererseits ergibt sich aus der Partnerarbeit und dem Vorstellen und Begründen der erarbeiteten Programme ein *flexibler Umgang mit den Begriffen*. Das laute Vorlesen der Lernregeln funktioniert, die Hemmschwellen sind gering, weil diese Form »normal« ist. Selbst der Teilnehmer aus Beispiel 4 konnte trotz autistischer bzw. mutistischer

¹⁹ Eine kleine CNC-Drehmaschine, die industriellem Standard genügt, kostet bereits 300 TDM.

Störung mit dieser »sachbezogenen« Kommunikationsform angemessen umgehen, natürlich nach Anlaufschwierigkeiten. Das Problem »lösten« die Rehabilitanden weitgehend unter sich. Sie akzeptierten, daß dieser Teilnehmer anfänglich kaum sprach bzw. die Befehle nur flüsterte, weil sie schnell überblickten, wie intelligent und technisch geschickt er Lösungen entwickelte. Es »lohnte« sich also, mit ihm zusammenzuarbeiten.

Die heuristischen Lernregeln wirken, in Verbindung mit lautem Vorlesen und der Zuordnung zu einzelnen Handlungsabfolgen, als *kognitive* und *soziale Trainingssequenzen* (Krogoll, Pohl, Wanner 1986, 10). Sie sind nicht isoliert, sondern in die berufliche Problemstellung eingebunden.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß nicht nur der fachliche Lerneffekt im Hinblick auf den Umgang mit CNC- Steuerungen oder EDV- Programmen durch die handlungsorientierte Vorgehensweise überzeugend ist: wichtige personelle Entwicklungsziele können je nach Verteilung der Aufgaben und Zusammensetzung der Lern- Teams als Anforderungen in die technische Lernsituation eingekleidet und so »individuell passende Lernarrangements« realisiert werden. Das CLAUS- Konzept stellt ein Gleichgewicht zwischen der Offenheit und Flexibilität im aufgabenorientierten Vorgehen zur Vorstrukturierung bei Handlungsschemata und Begriffen her. In diesem Rahmen können die fachlichen und persönlichen Anforderungen differenziert dosiert werden. Weil die Heterogenität der Lernorganisation alle anbetrifft und bei jedem Teilnehmer - je nach fachlichem bzw. persönlichem Lernfortschritt - die Arbeitsmodi der Inhalte, Methoden und Sozialformen immer wieder neu zu organisieren sind, kommt es weder zur Benachteiligung »Lernstärkerer«, noch zur Ausgrenzung der »Lernschwachen«. *Suum cuique, jedem das, was er gerade braucht* - in etwas freier Übersetzung!

7.2.2 Erfahrungen mit der Leittextmethode

7.2.2.1 Zum Konzept

Die Leittextmethode entstand in den 70er Jahren in Form von *Selbstlernprogrammen* in der gewerblichen Berufsausbildung bei Daimler- Benz im Werk Gaggenau (Koch & Selka 1991, 9). Im 1. Ausbildungsjahr wurde das inzwischen in der Metallausbildung fast legendäre Projekt »Dampfmaschine« durchgeführt. Mit zusätzlichen Lernprogrammen und Ton-Dia-Serien sollten Unterschiede in den Lerngeschwindigkeiten zwischen den Auszubildenden ausgeglichen werden, die deshalb in Teams etwa gleichen Lerntempos eingeteilt wurden. Die ursprüngliche Idee der Leittextmethode war das Ersetzen der Unterweisung am Arbeitsplatz durch *selbständige Orientierung mit Texten*, die: erstens Informationen über die Aufgaben enthalten, zweitens Hilfen zur Planung der Lösung anbieten und drittens den Lernprozeß kontrollieren (Peterssen 1997, 125). Im Vordergrund steht also ein Ansatz *selbständigen Lernens* anhand von Texten, die zum Planen, Ausführen und Kontrollieren von Handlungen anleiten. Die

Aufgabe der Lehrkräfte oder Ausbilder unterscheidet sich bei der Leittextmethode wesentlich von tradierten Unterweisungsformen, insbesondere von der *Vier-Stufen – Methode* (vgl.Kap.6.3.1), worauf immer wieder hingewiesen wird (Höpfner 1991, 77; Koch & Selka 1991, 15). Nach der Leittextmethode begleiten und unterstützen Ausbilder den ansonsten selbständigen Lernprozeß durch:

- Das Erarbeiten von Leittexten (Informationsmaterial, Planungsunterlagen, Hilfen zur Aufgabe, bibliographische Hinweise),
- Leitfragen,
- Fachgespräche, um nach vollständiger Planung das weitere Arbeiten oder Lernen freizugeben und
- Bewertungsgespräche als pädagogische Rückmeldungen und als
- Hilfen bei Stockungen im Lernprozeß.

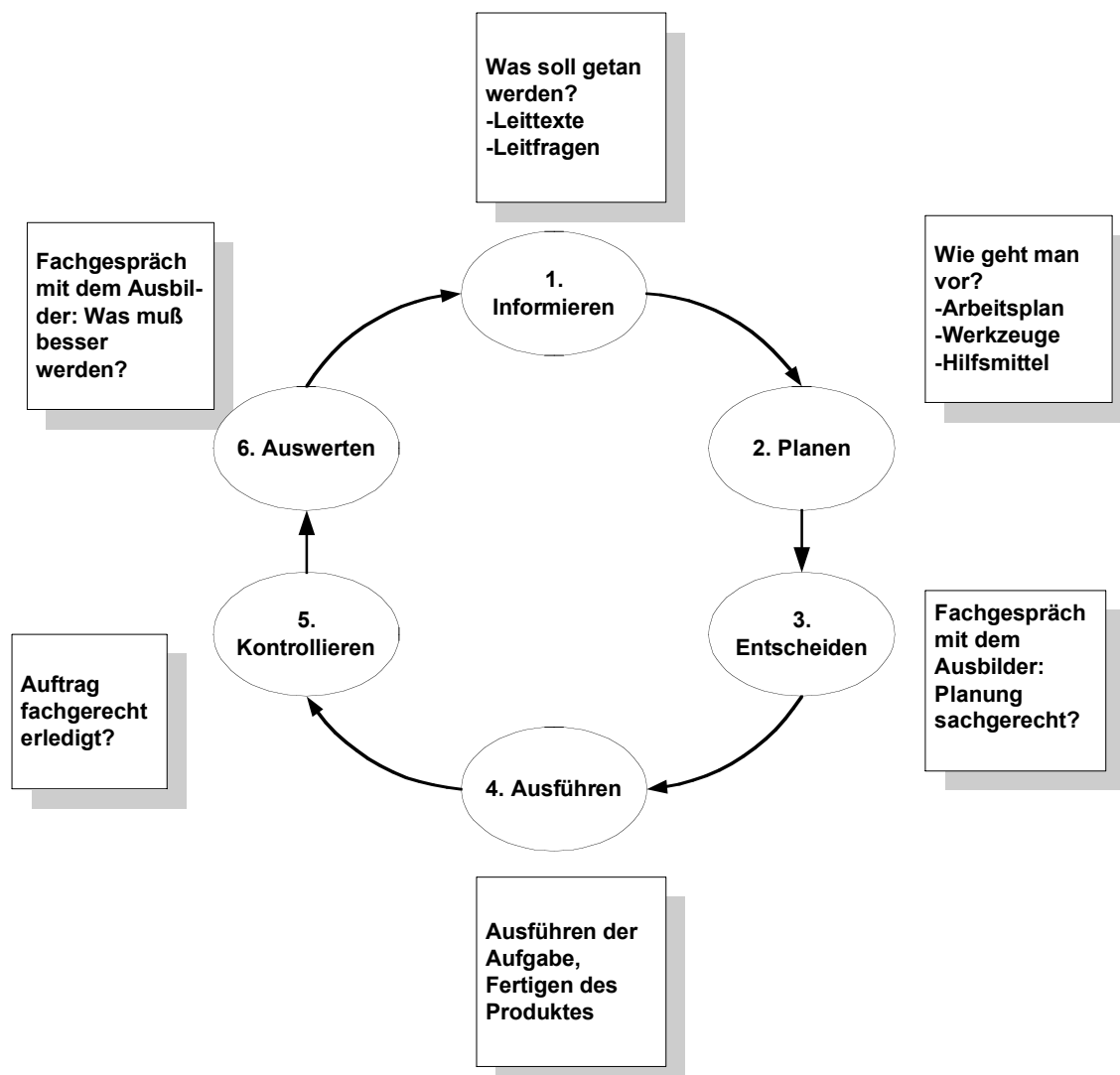


Abb.75: Leittextkonzept (nach Koch & Selka 1991)

Leittexte und Leitfragen werden von Koch & Selka (1991, 18) nicht nur für die betrieblich- praktische Ausbildung empfohlen, sondern auch für Experimente, als Begleitmaterialien für Lehrgänge, als Vorbereitung auf Arbeitsplätze sowie für Erkundungen und Einzelaufträge.

PETRA, Projekt- und transferorientierte Ausbildung (Borretty et al. 1988), ist das Äquivalent zur Leittextmethode in der gewerblich- technischen Ausbildung der Siemens AG. Die *Schlüsselqualifikationen* spielen hier eine herausragende Rolle (vgl.Kap.6.1.2). Neben den fachlichen Aufgaben werden, je nach Sozialform, die in *selbstgesteuerte Einzelarbeit, gruppengeplante Einzelarbeit* und *Gruppenarbeit* unterschieden wird, »schlüsselqualifikatorische« Anforderungen definiert. Insgesamt 49 Einzelqualifikationen sind *horizontal* in fünf Dimensionen und *vertikal* in vier Taxonomiestufen (Abb. 76) untergliedert.

<i>Taxonomie</i>	<i>Dimensionen der Schlüsselqualifikationen</i> →				
↓	<i>I. Organisation und Ausführung</i>	<i>II. Kommunikation und Kooperation</i>	<i>III. Lern und Arbeitstechniken</i>	<i>IV. Selbständigkeit und Verantwortung</i>	<i>V. Belastbarkeit</i>
<i>A. Reproduktion</i>					
<i>B. Reorganisation</i>					
<i>C. Transfer</i>					
<i>D. Problemlösen</i>					

Abb. 76: Schlüsselqualifikationen bei PETRA

Sie werden bei jeder Ausbildungsaufgabe von Ausbildern differenziert festgelegt und bei jedem Teilnehmer mittels »Verlaufsbeobachtungsbogen« und »Lernprofilen« regelmäßig bewertet. Die Arbeits- und Beurteilungsunterlagen von PETRA sind sehr umfangreich und stark formalisiert. Durch allzu präzise vorstrukturierte Arbeitsformen und zu umfangreiche formale Festlegungen besteht die Tendenz, die angestrebte methodische Flexibilität zu konterkarieren.

7.2.2.2 Eigene Erfahrungen und Bewertung

Im BBRZ Karlsbad wurden diese konzeptionellen Ansätze mit großem Interesse aufgegriffen. Die praktische Berufsausbildung war bislang, was methodische Vorschläge anbetraf, ein offensichtlich wenig interessantes pädagogisches Arbeitsfeld gewesen. Deshalb hospitierten Ausbilder aus dem BBRZ bei Siemens und bei Daimler Benz, um die Konzepte im Detail und »im Alltag« kennenzulernen. Leittextmethode und PETRA veränderten die praktische Ausbildung im BBRZ nachhaltig. Deren rigide formale Struktur erschien jedoch als kontraproduktiv und die methodische Flexibilität im Hinblick auf die Heterogenität beim Lernen mit Behinderten zu gering, so daß nur die *grundlegende handlungsorientierte Konzeption* übernommen wurde.

Leittext- und PETRA- Konzepte favorisieren vor allem *selbständiges Lernen* in Einzel- oder Gruppenarbeit in *leistungshomogenen Teams*. Zwar wird betont, Heterogenität sowie unterschiedliche Lernstile und –tempi seien zu akzeptieren. Dennoch haben Leistungsschwächere, wie Einsiedler bereits 1981 (125) aufzeigt, Schwierigkeiten mit *selbständig erarbeitenden Lernverfahren*; das bestätigt sich auch in Gesprächen mit Ausbildern der oben angeführten Betriebe. Es fehlt Lernschwächeren gerade an den entscheidenden Lernvoraussetzungen, die für selbständiges Lernen und Problemlösen erforderlich sind. Wichtiger noch als der lerntechnische Aspekt, der kompensiert werden könnte, ist die emotionale Seite. Mißerfolgsorientierten, ängstlichen, kommunikationsgestörten Teilnehmern fallen offene, unstrukturierte, wenig angeleitete Lernanforderungen besonders schwer. Die Konsequenz daraus sollte bei Erwachsenen natürlich nicht sein, auf das Erlernen selbständiger Lernformen zu verzichten und »lehrerdominierte« Methoden zu bevorzugen – obwohl dies von Teilnehmern immer wieder gefordert wird. Die Lösung des Problems erfordert über die gesamte Ausbildungszeit, gezielt dosiert und mit intensiver persönlicher (affektiver) Unterstützung geduldig selbständige Arbeitsformen einzuüben und das dazu notwendige Selbstvertrauen aufbauen zu helfen.

Eine weitere Schwierigkeit ist die überwiegend *schriftliche Form* der Information, wie man an den Beispielen von Hösch AG. und Ford AG. in Koch & Selka (1991), besser aber noch direkt in vielen Ausbildungsbetrieben sehen kann. Der Umfang der Arbeits-, Planungs- und Kontrollunterlagen ist erheblich. Daraus erwächst nicht nur ein Mengenproblem der Vorbereitung. Schon aufgrund des Arbeitsaufwands ist die Gefahr groß, daß Aufgaben und Unterlagen wenig gepflegt werden. Gravierender ist, daß viele Teilnehmer mit einer überwiegend schriftlichen Form der Informationsvermittlung nicht zurechtkommen. Auch deshalb ist mancher Betrieb in der gewerblichen Berufsausbildung auf Auszubildende mit überwiegend mittlerem Bildungsabschluß umgestiegen. Bei dieser Flut schriftlicher Informationsunterlagen, Tests, Lernkontrollen und Beurteilungsbogen ist kritisch zu fragen, ob der *handlungsorientierte Ansatz*, das flexible Planen und Ausführen, Beobachten und Eingreifen, Denken und Kommunizieren bzw. selbständige Verbalisieren nicht letztlich doch zu kurz kommt.

Leittext- und PETRA- Methode sind Varianten handlungsorientierten Lernens bzw. des „Arbeitsunterrichts“ (Flehsig 1996, 27). Sie sind gezielt für die betriebliche Berufsausbildung als »Kontrastprogramm« zu der bis dahin vorherrschenden Vier- Stufen- Methode entwickelt worden, weil die Anforderungen an Planungskompetenz, Selbständigkeit und Flexibilität heute in der Industrie erheblich höher sind. In einer teilweise überformalisierten Ausprägung tendieren diese Konzepte selbst dazu, zu wenig flexibel auf Veränderungen und unterschiedliche Lernbedürfnisse zu reagieren. Im Rahmen der Bildungsmaßnahmen für Behinderte ist jedoch ein Höchstmaß an Flexibilität erforderlich und mit diesen Konzepten auch möglich. Die Vielfalt individueller Förderung ist jedoch erheblich größer, wenn man nicht aus der fachlichen Aufgabe die Vorgehensweise

und Sozialform ableitet, sondern innerhalb des Lernprozesses je nach fachlichen und persönlichkeitsentwickelnden Zielen variiert.

Im BBRZ werden Leittextmethode bzw. PETRA modifiziert, vor allem der Formalisierungsgrad ist geringer gehalten. Die Ausbilder sollen keine standardisierten Methoden und Sozialformen den jeweiligen Fachaufgaben zuordnen, sondern flexibel auf die Teilnehmer und Situation reagieren; nicht der fachdidaktische, sondern der lernprozeßfördernde Aspekt stehen im Vordergrund. Leittexte im Sinne von Informationssammlungen und Arbeitsanleitungen werden wenig verwendet; statt dessen wurden umfangreiche Aufgabenpools, differenziert nach Schwierigkeitsgraden, erarbeitet. Wichtiger als die Leittexte sind sorgfältig ausgearbeitete Leitfragen, ausreichend Zeit für Planung und evtl. eigene Versuche bzw. Experimente und –je nach individueller Lern- und Problemsituation- dosierte Hilfen mit abnehmender Tendenz. Jede Ausbildungsgruppe verfügt über eine eigene kleine Präsenzbibliothek, die Teilnehmer sind zudem gut mit Fachliteratur ausgestattet. Die selbständige Form der Information kommt nicht zu kurz, ergänzt aber nur die gemeinsame Arbeit. Für eine »modifizierte Leittextmethode« sind folgende Überlegungen bzw. Arbeitsschritte zu empfehlen:

1. Vorbereitung der Aufgabenstellung

- Welche Anforderungen sind neu?
- Mit welchen Maschinen, Methoden, Hilfsmitteln soll gearbeitet werden?
- Wer von den Teilnehmern soll mit welchem Ziel gefördert werden?
- Was kann man den einzelnen zutrauen?
- Wer übernimmt welche Teilaufgabe?

2. Aufgabenstellung

- Aufgaben sollten klar und eindeutig sein, überwiegend schriftlich.
- Notwendig sind Lösungshilfen, die sich nicht inhaltlich auf die einzelne Aufgabe, sondern auf die Vorgehensweise (Handlungsschema) beziehen.
- Knappe Leittexte oder Hinweise über Informationsmöglichkeiten!
- Gezielte Leitfragen, die als »Schlüssel« zum Problem dienen.

3. Arbeitsplanung

- Geeignete Planungsverfahren und Problemlösetechniken vorweg gemeinsam erarbeiten: z.B. Metaplan, Ziel- Mittel- Analyse, morphologischer Kasten, MindMap.
- Planungsdimensionen überlegen: z.B. Arbeitsverfahren, Hilfsmittel, Zeitplanung, Kosten, Qualitätsmaßstab.
- Planung als Gruppenarbeit mit anschließender Präsentation.
- Evaluation der Planungen, Korrektur und Verbesserung, Zusammenfassung, Dokumentation.

- Aufgabenverteilung je nach Interessen, Fähigkeiten und jeweiliger persönlicher Lernentwicklung.
 - Dabei ist festzulegen, wer für welchen Arbeitsschritt bzw. welches Arbeitsergebnis verantwortlich ist.
4. Ausführung in Einzel- oder Gruppenarbeit
- Laufend zwischen Planung, dokumentierten Unterlagen und Ist- Stand vergleichen.
 - Diskrepanzen und Konsequenzen daraus klären!
5. Bewertung
- Selbstbewertung des Arbeitsergebnisses durch den Teilnehmer, nach Kriterien, die in der Planung festgelegt wurden.
 - Fremdbewertung durch Ausbilder oder andere Teilnehmer nach gleichen Kriterien.
 - Diskussion der unterschiedlichen Sichtweise bezüglich des Lernprozesses und Folgerungen für die Zukunft (i.d.R. Gruppenarbeit).

7.2.3 Künstlerische Übungen, Körper- und Bewegungserfahrungen

Seit etwa 10 Jahren werden im BBRZ Karlsbad pädagogische Ansätze erprobt, die unter *ganzheitlichen Aspekten* über die primär berufliche Förderung hinaus wichtige *personale und soziale Wahrnehmungs- und Handlungspotentiale* anregen sollen. In Kap.2.4.4 wurden die derzeitigen Angebote bereits aufgezählt. Über die Förderpotentiale von *künstlerischen Übungen* mit Mitteln der bildenden Kunst und Musik sowie *Körper- bzw. Bewegungserfahrungen* soll hier weiterführend nachgedacht werden.

Diese Erweiterung des Förderangebotes stieß zuweilen auf Unverständnis und wurde als Freizeitgestaltung oder als überflüssige *Selbstverwirklichungskurse* (vgl. Goldner 1997) mißverstanden. Diese Skepsis gegenüber allen nicht berufsbezogenen Angeboten hängt damit zusammen, daß sich die berufliche Rehabilitation Erwachsener primär als streng am Arbeitsmarkt orientiertes Instrument der Wiedereingliederung versteht. Da bleibt für Bildung und persönliche Entfaltung wenig Spielraum, selbst Therapie wird zur »begleitenden« Leistung, hat also nur sekundären Stellenwert. Die BBWs für Kinder und Jugendliche sind da aufgrund ihres umfassenden »Erziehungsauftrages«, den die Heimsonderschule zu erfüllen hat, freier.

Der Zweck derartiger Förderangebote ist bei seelisch Behinderten an sich naheliegend und steht in direktem Zusammenhang zum handlungsorientierten Ansatz, der hier vertreten wird. Wenn man die Forderung Pestalozzis nach „Lernen mit Kopf, Herz und Hand“ aufgreift und diese mit dem Bild vergleicht, das viele chronisch seelisch Behinderte mit Negativsymptomatik hinterlassen, dann fallen Verflachung, Verlangsamung, Sprach- und Interesselosigkeit, mangelndes Kör-

pergefühlt, Bewegungsarmut bzw. -stereotypie und ihre »gebremste« Empfindungsfähigkeit auf. Ihre äußere Erscheinung, und nicht etwa intellektuelle Einschränkungen erschweren ihnen oft den Zugang zum Arbeitsmarkt. Persönlichkeitsentwicklung erfordert, wie bereits in Kap 6.6.4 angesprochen, konkretes, eigenes Aktiv- Werden der Betroffenen. Dies kann aber nur durch Förderangebote stimuliert werden, die sich an den »ganzen Menschen« richten und unterentwickelte Wahrnehmungs-, Erlebens- und Handlungsbereiche aktivieren. Bei seelisch Behinderten muß man der Irrealität in Wahrnehmung und Empfindung, den ambivalenten Beziehungen zur Umwelt und den unsicheren, widersprüchlichen Kommunikationserfahrungen mit *konkreten*, überlebensnotwendigen *Handlungs- und Weltbezügen* begegnen: man darf diese weder vereinseitigen, also z.B. nur rigide auf Berufsinhalte beschränken, noch Tendenzen des Ausweichens in Phantasmen oder eine unrealistische »Wunsch-Welt« unterstützen.

Förderangebote, wie zum Beispiel »künstlerische Übungen«, dienen einem Zweck: der *Persönlichkeitsentwicklung* durch aktives Handeln auf verschiedenen Ebenen des Erlebens. Natürlich haben Kunst und Ästhetik einen eigenen, tiefen Sinn an sich. Um ihn geht es hier aber nicht, zumindest nicht primär!

7.2.3.1 Der künstlerische Prozeß

Brater (1984), Brater, Büchele & Reuter (1985) und Brater, Saum & Sonntag (1985) haben in der betrieblichen Berufsausbildung bei VW, Ford, Wacker-Chemie und Voith ein Programm *künstlerischer Übungen* konzipiert und erprobt, bei dem es nicht um Kunsttherapie und auch nicht um Kunstunterricht, sondern speziell um den *künstlerischen Prozeß* geht. In der Vergangenheit dominierte der *zweckrationale Handlungstyp* der geplanten und auf ein festgelegtes Ziel ausgerichteten Arbeitsausführung die Berufsausbildung und –ausübung. Ihm wird der künstlerische Prozeß als *offener, nicht planbarer Handlungsprozeß* gegenübergestellt, der heute in vielen Lebenslagen und in immer mehr beruflichen Situationen gefordert ist: Eigeninitiative, Setzen von Zwecken und Bilden eigener Ideen, unkonventionelle eigene Lösungen, Autonomie, Urteilsfähigkeit und Eigenverantwortung sind mehr und mehr gefragt.

„Was in den oben beschriebenen Beispielen jeweils gefordert ist, ist die Fähigkeit zu einem Handeln, das nicht von klar vorgegebenen Plänen und Zielen ausgeht, sondern sich unbefangen auf unbestimmte Situationen einlassen, diese erkunden und die in ihnen wirksamen Bedingungen und Prinzipien originär herausarbeiten und zum Ausgangs- und Orientierungspunkt neuer darauf bezogener Handlungen machen kann. Diese Handlungsform, die sich nach unserer Auffassung grundsätzlich von der zweckrationalen unterscheidet, findet sich paradigmatisch im künstlerischen Prozeß, bei dem es nicht um die Realisierung von Zwecken, sondern um die 'Gestaltung' von Materialien, Situationen, Vorgängen geht.“ (Brater 1984, 71-72)

Hier werden Anlässe geschaffen, aus denen *Schlüsselqualifikationen* (Kap 6.1.2) keimen können, die häufiger gefordert als gefördert werden. Für sie gilt aber:

„Nichts von dem, was sich im Katalog der Schlüsselqualifikationen findet, läßt sich im direkten Zugriff erobern, weder die Kreativität noch die soziale Kompetenz, keine Konfliktfähigkeit und kein Durchsetzungsvermögen, die Teamfähigkeit genausowenig wie das problemlösende Denken. Dazu müssen Anlässe geschaffen werden, pädagogische Anlässe, und die lassen den Zusammenhang mit dem, was schließlich herauskommen soll, nie auf den ersten Blick erkennen.“ (Adam 1998)

Mit einem künstlerischen Prozeß ist immer auch eine Zielvorstellung verbunden; sie kann aber nicht als Handlungsvorgabe benutzt, sondern muß *individuell interpretiert* werden. Die Anfangssituation ist unbestimmt, man muß sich auf einen Prozeß einlassen, von dem man nicht überschaut, wo und wie er endet. Der Gestaltungsprozeß selbst beeinflusst in hohem Maße die Vorgehensweise und das Ergebnis, das völlig anders werden kann, als ursprünglich gedacht. Das Material, die Werkzeuge und der bereits »gewordene« Teil des Werkes entwickeln ein Eigenleben, nehmen Einfluß auf die weitere Entwicklung. Der künstlerisch Tätige produziert keinen vorgeplanten Effekt, sondern er arbeitet *an* einem Werk. Brater (ebd. 74) nennt diese Phase, in der die eigenen Vorstellungen immer mehr abnehmen und es darauf ankommt aufzugreifen, was an gestalterischer Notwendigkeit aus dem wachsenden Werk heraustritt, die „Phase des Dialogs“. Aus dem Werk selbst ergeben sich die weiteren Gestaltungsschritte und die Kriterien seiner Vollendung. Michelangelo wird zugeschrieben, die Gestalt der Plastik sei im Marmor von vornherein schon vorhanden; der Künstler müsse sie nur freilegen. Künstlerisch zu handeln verlangt also Offenheit und die Bereitschaft, sich einem nicht überschaubaren Geschehen nach *dialogischen Prinzipien* hinzugeben. Dies gleicht in hohem Maße auch Interaktions- und Kommunikationsprozessen. Daraus ergeben sich eine Reihe von personenbezogenen Grundqualifikationen (Brater 1984, 76), die mit Aufgaben dieser Art gefördert werden können:

- Mut und Risikobereitschaft, Selbstüberwindung und Vertrauen in eigene Fähigkeiten, um sich auf einen unbekanntem Prozeß und unklare Situationen einzulassen.
- Aufmerksamkeit und Sensibilität sowie die Fähigkeit, sich selbst zurückzunehmen, nicht an eigenen Vorstellungen zu kleben, um offen zu sein für das, was im Prozeß an Neuem wächst.
- Wahrnehmungsfähigkeit, Beobachtungsgabe, Konzentration und Geduld, die Fähigkeit, sich auf das Gegenüber einzulassen (Empathie) und wieder zu distanzieren, um das Ganze nicht aus dem Auge zu verlieren.
- Das Zusammenspiel von Erkennen und Handeln. Jeder Eingriff ist zugleich Experiment, aus dem sich Eigenschaften des Werkes zeigen.
- Sachlichkeit und Selbstüberwindung, eigene Handlungskontrolle und -steuerung aus dem dynamischen Prozeß heraus; es muß eine Balance zwischen Willkür am Werk und Resignation vor der Aufgabe gehalten werden.

- Ausdauer, Durchhaltevermögen, innere Ruhe, um diesen Prozeß zu Ende führen zu können.

Künstlerische Übungen sind im BBRZ nicht in die Ausbildung, sondern in berufliche Förderlehrgänge (in einem 1jährigen *Lehrgang zur Verbesserung der Eingliederung seelisch Behinderter* [F2-Lehrgang] und in 6monatigen Förderlehrgängen [RVL-Lehrgänge]) integriert. Vorausgegangen war ein 3tägiges Einführungsseminar für Lehrkräfte und Ausbilder, in dem die Prinzipien, vor allem aber die künstlerischen Techniken und die jeweils nach einer Aufgabe nachfolgenden Gespräche in der Gruppe intensiv durchgespielt und erlebt wurden. Die Entscheidung, dieses Programm als wichtiges Fördermoment zu integrieren, stieß daraufhin auf breite Zustimmung. Im F2-Lehrgang stehen fünf Wochenstunden, in der anderen Förderlehrgängen insgesamt 50 Stunden zur Verfügung. Die künstlerischen Übungen werden nach dem Programm von Brater et al. (1985) von einer Dipl.-Kunsttherapeutin durchgeführt. Das Programm ist nur von der Zielsetzung, jedoch nicht von den einzelnen Aufgaben und Techniken her festgelegt; es entwickelt sich mit der jeweiligen Gruppe in einem pädagogisch-dialogischen Prozeß. Wichtig ist, daß Anforderungen und Techniken variieren, »strenge« und sehr »offene« Aufgabenstellungen abwechseln. Inhalte können sein:

- Formenzeichnen, geometrisches und dynamisches Zeichnen umfaßt das freihändige, möglichst harmonische und symmetrische Zeichnen von Schleifen- und Flechtmustern auf großen Plakaten *in einem Schwung*. In immer neuen, weiteren Schwüngen werden die Muster so lange »verbessert«, bis sie sich der *idealen Form* annähern.
- Aquarellieren in Naßtechnik mit flüssiger, lasierender Farbe, die zart auf nasstes Papier auftragen wird und stark fließt. Es wird ausschließlich mit den drei Grundfarben Blau, Rot und Gelb gearbeitet. Die Farben und Formen fließen ineinander und bilden neue Formen und abgeleitete Farben. Es wird teilweise nur in einer Farbe, nicht-gegenständlich gemalt, teils mit mehreren Farben und Motiven.
- Plastizieren mit Ton, Herstellen und sinnliches Wahrnehmen von Formen und Oberflächen.
- Hell- Dunkel- Zeichnen: Kohlezeichnungen in Schraffur- und Licht-Schatten-Technik.
- Nachgestalten kunstgeschichtlicher Beispiele

Die fertigen Arbeiten werden ausgelegt, und es werden innerhalb der Gruppe Fragen des Arbeitsprozesses, der Erfüllung der Aufgabe, Beteiligung, Wahrnehmung, Ästhetik usw. besprochen – zum künstlerischen Arbeitsprozeß tritt eine soziale Anforderung hinzu. Im BBRZ Karlsbad gelang die Erklärung der Anliegen und Ziele dieses Programmes gegenüber den Teilnehmern nur schwer.

Wie sollte erklärt werden, was erlebt werden mußte? Heute wird einfach mit dem Programm ohne große Einführungen begonnen. Es ist erstaunlich, daß es kaum Akzeptanzprobleme gibt. Nach Abschluß eines Kurses wird von den Teilnehmern eine Ausstellung organisiert, die jeweils ein halbes Jahr andauert und dem nächsten Kurs einen Überblick über das Schaffen gibt. Im Team sind die Eindrücke und Wahrnehmungen der Kunsttherapeutin sehr gefragt. Teilweise bestätigen und verdichten sie das Bild, das das Kollegium von einem seelisch Kranken hat. Oft lernen die Lehrkräfte aber auch Seiten der Persönlichkeit kennen, wie sie ihnen in der Ausbildungssituation nie zugänglich sind. Nicht nur der Teilnehmer selbst lernt also innerhalb dieses Kurses viel über sich und seine »unbekannten« Fähigkeiten, sondern auch die Lehrkräfte. Zusammenfassend lassen sich folgende entwicklungsfördernde Aspekte herausstellen (Brater, Büchele & Reuter 1985, 87; Myschker 1993, 216-221; Schuster 1993, 79-82), die für seelisch Behinderte wichtig sind:

- Das Reduzieren von Wahrnehmungsschwächen, fixierten Meinungen und Urteilen, verkümmerten Bezügen zur Außenwelt.
- Die Differenzierung von Reaktionen, denen häufig die Nuancen fehlen; die Verbesserung der Fähigkeiten zum Mit- und Einfühlen und zum Umgang mit eigenen Gefühlen.
- Das Entwickeln von Ich- Identität und Selbstwert, um der häufigen Angst und Versagerproblematik zu begegnen.
- Entwickeln von Sachbezogenheit, Geduld und Fähigkeit, in übergeordneten Zusammenhängen zu denken.
- Öffnen der Erfahrungsfähigkeit.
- Abbau von vorschneller Resignation, Oberflächlichkeit, Fahrigkeit, Unkonzentriertheit.

7.2.3.2 Musik

Im Hinblick auf *Musik* oder die Integration von Bewegung und Musik ist es im BBRZ Karlsbad nicht gelungen, ein Angebot *künstlerischer Übungen* aufzubauen. Es gab kein entwicklungsförderndes Konzept, das man hätte übernehmen können, und es fehlten die eigenen Fachkräfte, die es hätten selbst entwickeln können. So blieb, trotz Gesprächen und Kontakten mit Ausbildungseinrichtungen ungeklärt, ob für einen ganzheitlich pädagogischen Ansatz der Persönlichkeitsentwicklung *Musiktherapeuten* oder *Musikpädagogen* anzusprechen wären. Musiktherapeuten *behandeln* überwiegend seelische Erkrankungen; sie greifen dazu auch auf tiefenpsychologische Verfahren zurück (Myschker 1993, 224). Musikpädagogen fördern die *musikalischen Fähigkeiten*; diese haben bei dem hier erforderlichen Ansatz eher instrumentellen Stellenwert. Mangels eigener Erfahrungen und Fachkenntnisse bleibt offen, ob die *pädagogische Musikthera-*

pie (ebd., 221-225) für die Entwicklungsförderung seelisch behinderter Erwachsener paßt.

Ciampi (1997, 307) hält das gemeinsame *Singen* und *Musizieren* (so auch Kiphard 1990, 198; Schuster 1993, 139), ja schon das laute und leise Reden, das Rufen und Schreien bei dieser Klientel für therapeutisch sinnvoll. Auch aus dieser Sicht ist nochmals die große Bedeutung des *lauten Sprechens* beim handlungsorientierten Konzept zu betonen. Daß Singen befreit und fröhlich macht, ist auch eine Alltagserfahrung. Lautes Singen erfordert und fördert Mut und emotionale Offenheit. Es wirkt nicht nur auf Geist und Gefühl, sondern auf den Körper. Als *Musikinstrument* kommt alles in Betracht, was ohne große Vorkenntnisse sofort zum Klingen gebracht werden kann oder zum Erzeugen von Rhythmen dient. Daß ein gewisses Bedürfnis, sich musikalisch auszudrücken und über Musik zu empfinden, nicht selten ist, zeigt sich auch daran, daß immer wieder Teilnehmer Instrumente für Rock- oder Jazz- Musik mitbringen und versuchen, mit anderen in einer Band zu spielen.

7.2.3.3 Körper- und Bewegungserfahrungen

Parallel zur Einführung *künstlerischer Übungen* wurde im BBRZ Karlsbad auch Sport in die Förderlehrgänge aufgenommen. Dafür standen zwei Wochenstunden zur Verfügung, wobei Behinderte aller Erkrankungsbilder gemeinsam teilnehmen sollten. Die Physiotherapeuten des RKL, die den Sport zuerst anleiteten, waren auf *Sporttherapie* fixiert. Dies entsprach nicht dem Ziel: es sollte um Bewegung, Körpererfahrungen, Erleben von Gemeinschaft und Aktivierung körperlich- seelischer Handlungsvoraussetzungen gehen, nicht um Therapie (die, falls notwendig, ohnedies angeboten wurde). Die Physiotherapeuten stimmten damit nicht ganz überein und kamen auch mit der Heterogenität in der Gruppe nicht zurecht. Ihre Angebote waren zu wenig vielfältig und motivierten die Teilnehmer nicht. Nun ist es nicht einfach, seelisch erkrankte Menschen »in Bewegung zu bringen«. Die Teilnehmer spürten diese Auffassungsunterschiede, und das bot ihnen die willkommene Gelegenheit, ihre eigene Reserviertheit und Unlust zu rationalisieren. Auch die Ärzte befreiten viel zu viele zu häufig vom Sport. So erreichte das Programm seinen Zweck nicht. Eine Verbesserung trat ein, als junge Krankengymnastik- Praktikanten im Anerkennungsjahr aus personellen Engpässen heraus die Aufgabe übernahmen. Sie gingen unvoreingenommen an die Arbeit und suchten Spiele und Aktivitäten heraus, die möglichst vielen Spaß machten. In den letzten Jahren wurde das Programm von einer Gymnastiklehrerin durchgeführt, die den Ansatz über Bewegungsspiele und rhythmische Aktivitäten suchte und ihr Konzept langfristig und kontinuierlich auf die Zielvorstellung beziehen konnte. Die Begeisterung bei den Teilnehmern hält sich nach wie vor in Grenzen, die Beteiligung ist jedoch regelmäßig.

Über einen Zeitraum von 3 Monaten wurde mit sieben Teilnehmern, davon vier mit psychotischer Erkrankung, ein »lauftherapeutisches Training« durchgeführt. Eine Krankenschwester absolvierte eine Zusatzausbildung des »Deutschen

Lauftherapiezentrum (DLZ)« und hatte diese Aufgabe als Abschlußarbeit gewählt. Sie wurde während des Trainings, das morgens vor dem Unterricht stattfand, von einer klinischen Psychologin des RKL begleitet und beraten. *Lauftherapie* wird als ganzheitlicher, unspezifischer Weg zur Prophylaxe und Behandlung von Beeinträchtigungen im physischen und psychischen Bereich verstanden; eine Wirkung auf die Psyche wird »über den Körper« vermutet (Langegger 1994, 2). Entsprechend konnten spezifische Entwicklungseffekte nicht beobachtet werden. Überraschenderweise brach nur eine von sieben Teilnehmern das Training ab. Die Laufleistung betrug anfangs 1 Minute, die Gehzeit, je nach Pulsfrequenz, 5-7 Minuten. Die Laufzeit konnte auf 5-6 Minuten gesteigert, die Gehzeit auf 1-2 Minuten reduziert werden. Das begleitende gymnastische Programm war auf tonusaufbauende Teile ausgerichtet. Die Teilnehmer selbst freuten sich, von Spaziergängern als »Läufer« bezeichnet zu werden und waren vom Umfang ihrer abschließenden Leistung sehr angetan.

Eine theoretische Fundierung von bewegungspädagogischen Programmen mit seelisch behinderten Erwachsenen²⁰ innerhalb der beruflichen Rehabilitation fehlt noch und ist hier auch nicht zu leisten. Der Ansatz dazu ist irgendwo zwischen der Sport- und Mototherapie, der Motopädagogik und dem Sport zu suchen. Die pädagogische Aufgabe liegt darin, seelisch Behinderten mit Elementen des Sports zu bewußten Erfahrungen zu verhelfen, die das Körpererleben stärken und positiv stimulierende Wirkungen auf die Psyche entfalten. Daß die Alltagserfahrung zur Wirkung von sportlicher Betätigung auf Seele und Geist mit wissenschaftlichen Erkenntnissen übereinstimmt, zeigen z.B. Ciompi 1997 (303-309) und Hornberger (1990). Nach Ciompis Auffassung wird die Bedeutung der körperlichen Verfassung für Denken und Fühlen weithin unterschätzt. Er sieht Gefühle und Körper in engem Zusammenhang und Wechselspiel. Der Körper drückt Gefühle aus: „Angstschweiß“, „die Haare stehen zu Berge“, „seelisches Bauchweh“, „Erröten“. Die Gefühle, mit ihnen auch das Denken, werden umgekehrt durch körperliche Aktivitäten (Joggen, Wandern, Tai Chi, Arbeit) geprägt. Jeder kennt die lustvollen Entspannungszustände nach körperlicher Anstrengung oder Gymnastik. Ciompi weist auch auf die lösenden Effekte bei aggressiv oder depressiv verspannten Patienten hin, wenn es gelingt, sie über körperliche Anstrengung »zum Schwitzen zu bringen.« Die damit korrelierenden physiologischen und hormonellen Zusammenhänge habe die Medizin weitgehend geklärt.

Zentraler Anknüpfungspunkt körperorientierter Therapien ist das *Körperschema*, ein wesentlicher Aspekt der bewußten und unbewußten Selbstrepräsentation (Hornberger 1990, 92; Ciompi 1997, 305). Es setzt sich aus subjektiver Körpererfahrung, affektiv- kognitiver seelischer Verarbeitung, ihrer neurophysiologischen Integration im zentralnervösen System und den daraus resultierenden Wahrnehmungen zusammen. In ihm drücken sich nicht nur das Bewußtsein

²⁰ Die Arbeit von Hornberger (1990) bezieht sich auf autistische Jugendliche

des eigenen Körpers und seiner Grenzen aus; je nach Stimmungslage verändert sich das Körperbild: z.B. nach Erfolg, in Wut oder Angst. So bestätigt sich die alltägliche Wahrnehmung, daß man am Körperbild auch die seelische Verfassung ablesen kann. Hornberger (1990, 93) referiert Hinweise aus der Schizophrenieforschung, die eine enge Beziehung zwischen Körperwahrnehmungsstörungen und Störungen der Umwelt- bzw. Realitätswahrnehmung herstellen. Auch das Körpererleben und das Gefühl eigener Körpergrenzen gehe bei psychotischen Störungen verloren. Therapeutisch sind über »Zwischenobjekte« (wie Bälle, Reifen, Bänder) Angst und Vertrauen, Nähe und Distanz, Selbstbehauptung, Aggressivität und Zuwendung in vielerlei Weise nonverbal aktivierbar. Die lustvolle und entlastende Grundstimmung wird immer wieder erinnert und kann deshalb Keim einer grundlegenden Veränderung des affektlogischen Bezugssystems werden.

Auch wenn hier die komplizierten Zusammenhänge zwischen Bewegung, Gefühl und Denken nicht geklärt werden können, sind die Hinweise deutlich, daß Bewegungsförderung eine erhebliche Aktivierung des ganzen Menschen mit seinen Denk-, Fühl- und Handlungsfähigkeiten bewirkt. Bei den erstarrten, verengten, verflachten Äußerungsformen, wie sie bei Negativsymptomatik typisch sind, erscheint ein Mehr an Stimulation dringend geboten. Natürlich muß, wie immer bei seelisch erkrankten Menschen, behutsam dosiert und ausprobiert werden, welche Stimulation von Art und Umfang her nützlich ist, und wo die Überforderung beginnt. Es muß hier offenbleiben, ob die Ansätze der *pädagogischen Mototherapie* (Kiphard 1990; Myschker 1993, 238) auch auf diesen Problemsektor seelisch behinderter Erwachsener zutreffen. Immerhin gleichen sich die grundlegenden Ziele der Persönlichkeitsentwicklung und Förderung der Handlungskompetenz.

7.2.3.4 *Anti- Streß- Training*

Wenn klinik- und therapiemüde Teilnehmer nicht mehr zu Psychologen gehen, dann müssen Psychologen zu ihnen kommen. Wenn die »therapeutische Sitzung« mit belastenden Erinnerungen befrachtet ist und gemieden wird, sollte man mit therapeutischen Techniken in anderem Kontext entlastend und unterstützend zu wirken versuchen. Anlaß für ein eigenes »Fach: Anti- Streß- Training« war die Erfahrung, daß viele Teilnehmer nicht freiwillig in Therapie gehen und verordnete Psychotherapie sinnlos ist. Auch das tradierte Rollen-Schema: Hier der »Psychotherapeut«, dort der »Kranke«, sollte durchbrochen werden. Dazu wurde eine Variante »psychoedukativen Trainings« (Kap. 3.4.3.2) für Förderlehrgänge konzipiert, die von Psychologen innerhalb des normalen Stundenrahmens, wie ein »Unterricht«, abgehalten wird. Die Bezeichnung dieses Kurses deckt nicht die Inhalte ab, die ohnedies je nach Gruppe variieren. Es sollte jede Assoziation an Therapie vermieden werden, obwohl einschlägige Techniken vorgestellt und erprobiert werden. Der Kontext ist ein anderer. Hier

werden in Seminarform »entspannende Techniken« ausprobiert; jeder kann selbst entscheiden, was er davon nutzen will; zum Beispiel:

- Übungen zur Aktivierung: Bewegungs-, Kontakt- und Lockerungsübungen; gegenseitiges Abklopfen, Schütteln.
- Übungen aus dem autogenen Training,
- Atemübungen,
- Übungen zur Kommunikation: z.B. Redewendungen wörtlich nehmen...
- Umgang mit Streß in Theorie und Praxis.
- Phantasieübungen.

7.2.3.5 Zusammenfassung

Die Förderansätze zur Persönlichkeitsentwicklung seelisch behinderter Erwachsener sollten zwar so weit als möglich in berufliche Aufgabenstellungen eingebunden und funktional aus ihnen abgeleitet sein (Kap.5.4.2). Schlüsselqualifikationen sowie grundlegende Bildungs- und Entfaltungskategorien der Persönlichkeit kommen hierbei jedoch oft zu kurz, bzw. sie werden auf instrumentelle, zweckrationale Verhaltensweisen reduziert. Dieser Gefahr der Verengung der Bildungsschwerpunkte unterliegt die berufliche Bildung generell. Der »gesunde« Auszubildende wird seine Interessen und Möglichkeiten andernorts oder über Fortbildung weiterentwickeln und ausgleichen, wo er Einschränkungen erlebt. Diese Möglichkeiten stehen dem sozial benachteiligten seelisch behinderten Menschen nicht zur Verfügung, bzw. er ist aufgrund seiner Behinderungsproblematik nicht in der Lage, von entsprechenden Angeboten freien Gebrauch zu machen. Könnte er dies, wäre er nicht behindert. Die berufliche Rehabilitation muß daher Angebote enthalten, die über die beruflichen Vermittlungsinhalte hinausgehen. Damit ist nicht die Therapie gemeint, die der einzelne zur Bewältigung spezieller Krankheitsprobleme braucht und erhält. Es geht um pädagogische Entwicklungsförderung, die mit vielfältigen Angeboten und Methoden arbeiten sollte.

Lernprozesse in künstlerischem und körperlichem Tun bieten hierfür inhaltlich und methodisch zusätzliche Potentiale. Sie unterscheiden sich sowohl durch ihre Offenheit und mangelnde Vorherbestimmbarkeit als auch durch die Mannigfaltigkeit der Handlungs- und Erlebnisdimensionen nachhaltig von den vielen trivialen, zweckgebundenen und letztlich einseitigen Formen der Arbeitsausführung. Für künstlerische Prozesse mit Mitteln der bildenden Kunst liegen Konzepte und Erfahrungen vor, mit denen sich persönlichkeitsfördernde Effekte für seelisch Behinderte aufweisen lassen. Für die Körperarbeit gibt es Hypothesen, die auf emotionale und seelische Fördereffekte hindeuten und erste positive Erfahrungen; offen bleibt, ob für diesen Förderansatz motopädagogische bzw. –therapeutische Konzepte passen. Es spricht einiges aus der Alltagserfahrung

und ersten Versuchen im Rahmen der Psychiatrie für das Arbeiten mit Singen und Musik; dazu fehlen aber umfassende theoretische Konzepte und breite Erfahrungen.

7.3 Handlungs- und erfahrungsorientiertes Lernen

Der Begriff des *handlungsorientierten Lernens* wurde bereits ausführlich diskutiert. Was ist mit *erfahrungsorientiertem Lernen* gemeint? Erfahrung ist die Erkenntnis der äußeren Wirklichkeit in ihrem räumlichen und zeitlichen Kontext. Für die Erfahrungsbildung reicht die rein sinnliche Anschauung bzw. Wahrnehmung der Dinge oder Vorgänge nicht aus. Assimilation nennt Piaget (Kap.6.4.1) das Einordnen von Erfahrungen in die Struktur der Handlungsschemata. Aebli (1981, 391) sieht Piaget hier auf einer Linie mit Kants Auffassung, daß das Abbilden von Wahrnehmungsinhalten noch keine Erfahrung darstellt. Zur Erkenntnisbildung gehört, daß das Wahrgenommene geistig verarbeitet und in Begriffen geordnet wird:

„Gedanken ohne Inhalt sind leer, Anschauungen ohne Begriffe sind blind.“ (Kant 1995 [1787], 101)

Scheller (1981, 63-67) hebt hervor, daß es für Erfahrungsbildung nicht ausreicht, Neues zu erleben, sondern dies muß auch verarbeitet werden. Er unterscheidet daher: 1. Aneignen von Erfahrungen, 2. Verarbeiten von Erfahrungen und 3. Veröffentlichen von Erfahrungen. Erfahrungsorientierter Unterricht ist für ihn dadurch gekennzeichnet, daß die Erlebnisse, Phantasien, Konflikte, Wünsche der Teilnehmer Gegenstand des Lernprozesses werden, die Teilnehmer soziale Erfahrungen machen und solidarische Beziehungen aufbauen, Raum- und Zeiterfahrungen ermöglicht werden und die Teilnehmer hierbei aktiv, nicht nur sprachlich, sondern sinnlich – praktisch handeln und lernen.

Scheller begründet (1981, 2), *warum* erfahrungsorientierter Unterricht sinnvoll ist: Erfahrungen von Realität verhelfen zu „identitätsbezogenen Such- und Probebewegungen“, sie initiieren »Arbeit am eigenen Lebensentwurf«, an den Brüchen und Widersprüchen der Biographie. Die Erfahrungen treffen den Menschen ganz unmittelbar, er kann sich der Auseinandersetzung mit ihnen kaum entziehen. Dies spricht einen für seelisch Behinderte entscheidenden salutogenetischen Aspekt an: Es geht nicht um Motivation im allgemeinen, auch nicht um die Frage, wie interessant oder wichtig das Unterrichtsthema ist. Durch erfahrungsorientiertes Lernen wird verhindert, daß Ausbildungsinhalte und Lernprozesse an den persönlichen Belangen vorbeigehen. Erfahrungsorientierte Ausbildung kann dazu beitragen, Sinn zu stiften und Kohärenz zu schaffen.

Wenn Fatzer (1988, 73-118) erfahrungsorientiertes Lernen als Überbegriff für die *humanistische Pädagogik* und die *Gestaltpädagogik* heranzieht, dann wird deutlich, daß es ihm vorwiegend auf *soziale Erfahrungen* im Bereich der *Beziehungsebene* ankommt. Gudjons (1997, 29-32) dagegen subsumiert erfah-

rungsbezogenen Unterricht unter *neue didaktische Ansätze der Handlungsorientierung*. Ohne im einzelnen hier darauf eingehen zu können ist anzumerken, daß zwischen diesen pädagogischen Ideen hinsichtlich ihrer Ziele, Schwerpunkte und Vorgehensweisen erhebliche Überschneidungen bestehen. Die verschiedenen Begriffe begründen keine trennscharfen Konzepte, sondern betonen ihren jeweils zentralen Aspekt.

Zentrales Kriterium erfahrungsorientierten Lernens ist das *Lernen durch reales Erleben konkreter Vorgänge*. Die »Wirklichkeit« soll im Unterricht präsent sein. Dazu ist eine *aktive Rolle* der Schüler erforderlich. Erfahrungsbildung ist ohne aktives Handeln kaum oder in nur sehr oberflächlicher Weise vorstellbar. Daraus leitet sich der dritte Aspekt, die *Subjektivität der Verarbeitung*, ab. Erfahrungsbildung ist ein subjektiv-individueller Prozeß und findet nur statt, wenn das Subjekt sich dafür öffnet. So gesehen kann erfahrungsorientiertes Lernen durchaus unter handlungsorientierte Methoden eingeordnet werden. In Anlehnung an Fatzer (1988) sollen *Simulation, Planspiel, Rollenspiel* und *Phantasieübungen* als erfahrungsorientierte Unterrichtsformen verstanden werden, mit Einschränkungen ist auch die *Fallstudie* einzubeziehen. Bevor diese Methoden diskutiert werden, ist vorweg noch eine grundsätzliche Bemerkung zum Grad der *Erfahrungsorientierung* in der beruflichen Rehabilitation erforderlich.

7.3.1 Erfahrungsorientierte außerbetriebliche Ausbildung?

Als vor etwa 30 Jahren die BFWs und BBWs als außerbetriebliche Ausbildungszentren aufgebaut wurden, stand zeitgleich die praktische Berufsausbildung in den Betrieben im Kreuzfeuer massiver Kritik: die Lehrlinge würden nur als billige Arbeitskräfte gesehen und schlecht, unvollständig und unsystematisch ausgebildet (Dauenhauer 1981, 118). Das führte zur Verabschiedung des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) vom 14.8.1969, auf dessen Grundlage im Wege der Rechtsverordnung differenzierte Ausbildungsrahmenpläne für die praktische Berufsausbildung erlassen wurden, die von den zuständigen Stellen (z.B. Industrie- und Handelskammern bzw. Handwerkskammern) durchzusetzen waren. Die fachtheoretischen und allgemeinbildenden Inhalte waren der Berufsschule über die Lehrpläne der Kultusministerien aufgegeben.

In den neu aufgebauten BFWs und BBWs faßte man dagegen den schulischen Teil und die praktische Berufsausbildung institutionell zusammen. Zu Recht wurde damals auf die Vorteile dieser Synthese zwischen Theorie und Praxis und die dadurch umfassende, systematische Berufsbildung verwiesen. Unter *erfahrungsorientierten Aspekten* war damals diese Ausbildungsorganisation dem dualen System überlegen. Der Unterricht hatte mehr Praxisbezug als in der öffentlichen Berufsschule; die praktische Ausbildung war fachlich differenzierter aufgebaut und meist auch technisch besser und umfassender ausgestattet als in häufig spezialisierten Betrieben bzw. Werkstätten; das Ausbildungsspektrum der BFWs deckte breitere Ausbildungs- und Erfahrungshorizonte ab.

Inzwischen sind jedoch 30 Jahre vergangen. Sowohl in der betrieblichen Ausbildung als auch in den Berufsschulen sind erhebliche strukturelle Verbesserungen zu verzeichnen. Die betriebliche Ausbildung ist systematisiert, zum Teil überperfektiert. Was die einzelnen Betriebe an Inhalten selbst nicht anbieten, übernehmen überbetriebliche Ausbildungszentren ihrer Dachorganisationen, z.B. der Innungen oder Handwerkskammern, die technisch auf dem neuesten Standard sind. Auch die Berufsschulen verfügen inzwischen über hervorragend eingerichtete Labors, Werkstätten, EDV- Räume. Kurz: es gibt infrastrukturell kaum noch Unterschiede. Unter *erfahrungsorientierten Aspekten* ist heute das duale Ausbildungssystem der außerbetrieblichen Ausbildung in der beruflichen Rehabilitation überlegen. Den sozialen und kommunikativen Erfahrungshintergrund eines modernen, realen Betriebes kann man mit keiner Ausbildungswerkstatt oder Übungsfirma herstellen. Reale soziale und kommunikative Erfahrungen sind aber für seelisch Behinderte entscheidend. Das zeigt sich im BBRZ im Zusammenhang mit den 2-monatigen Praktika²¹, die alle Rehabilitanden in einem Betrieb absolvieren. Da viele nie berufstätig waren, erleben sie zum ersten Mal, wie »draußen« gearbeitet, kommuniziert, gedacht und entschieden wird. Das verändert ihren Horizont -und oft auch Einstellung und Verhalten – nachhaltiger als viele Gespräche oder Therapiesitzungen.

Deshalb wird nicht ausreichen (vgl.Kap.6.1.3), das bestehende Ausbildungssystem der BFWs mit Bezug auf Begriffe wie »Ganzheitlichkeit« oder »Schlüsselqualifikationen« erhalten zu wollen. Die Ausbildungsstruktur und -organisation muß sich grundlegend wandeln. Würde man die Stärken von BFWs und BBWs in einem Ausbildungsverbund mit denen der Betriebe und Berufsschulen bündeln, käme es zu beachtlichen Synergieeffekten: Zur besseren Vermittlung der Rehabilitanden, zu Qualifizierung der Lehrer und Ausbilder der beteiligten Einrichtungen, zur mehr Fort- und Weiterbildung, nicht zuletzt auch zu fallenden Kosten durch bessere Ressourcennutzung.

7.3.2 Erfahrungsorientierte Methoden

7.3.2.1 Fallstudien

Fallstudien (Fischer & Harke 1987, 128; Flechsig 1996, 62) stellen die einfachste, aber auch vielseitigste Form simulierter Realität im Unterricht dar. Die Fallmethode hat in der Rechtswissenschaft und Medizin eine lange Tradition, die sich Wirtschafts- und Sozialwissenschaft zunutze machten. Echte Ereignisse hinterlassen Protokolle und Akten: Unfälle, Krankheitsfälle, Kriminalfälle, Geschäftsvorfälle. Sie alle stellen, wenn man die Akten später liest, zwar nur einen Ausschnitt dar, aber aus der Wirklichkeit. Gute Fallstudien entsprechen solchen »Wirklichkeitsausschnitten«. Sie können offene Problemstellungen sein oder auf ein bestimmtes Ergebnis zielen; sie kommen als Informationsgrundlage, Post-

²¹ Mindestens 6 Monate wären wünschenswert

eingang, Beurteilungs-, Entscheidungs- oder Problemfall in Frage. Das Arbeiten mit Fallstudien ist *praxisnah* und *problemorientiert*. Zu den erfahrungsorientierten Lernmethoden ist die Fallstudie zu zählen, weil sie – für die Erfahrungswissenschaften typisch – induktiv vorgeht, von den Erscheinungen und Problemen des Einzelfalles auf das Grundlegende abzielt. Soweit die Fälle aus der Praxis abgeleitet sind, erhalten die Teilnehmer einen Einblick in die Vielschichtigkeit der Realität, die so aus keinem Lehrbuch zu erkennen ist.

Für das Lernen mit Fallstudien ist kennzeichnend, daß man 1. das Problem oder die Fragestellung erkennen, dann sich 2. Informationen beschaffen muß, um 3. die Aufgaben- bzw. Problemstellung zu lösen; meist werden 4. Lösungen verglichen und bewertet. Als 5. Schritt ist, vor jedem Transfer, das Grundsätzliche des Falles herauszuarbeiten. Fälle können in Einzel- oder Gruppenarbeit durchgeführt werden, sie lassen von der Lernorganisation und Sozialform viele Modulationen zu.

Im BBRZ Karlsbad wird ein erheblicher Teil der Berufsfindung und Arbeits-erprobung in kaufmännischen Berufen, soweit sie nicht direkt an Arbeitsplätzen stattfindet, in Fallstudien durchgeführt, die jeweils einen kompletten betrieblichen Funktionsbereich (z.B. Einkauf, Verkauf oder Personalwesen) abdecken. Das bewirkt inhaltlich zusammenhängendes Denken in größeren Komplexen, klare Verantwortlichkeiten und eigene Entscheidungsspielräume - und motiviert die Teilnehmer aufgrund der »Praxisnähe« mehr als die Sammlung von isolierten Einzelaufgaben.

Innerhalb der kaufmännischen Ausbildung spielt die Fallstudie eine noch größere Rolle. Fast alle Inhalte der *Lernepochen* (Kap.7.5.2), z.B. Materialwirtschaft, Lagerwirtschaft, Verkauf, Rechnungswesen, werden in Form von Fallstudien bzw. Sammlungen von realen Vorfällen erarbeitet. Das integriert nicht nur Theorie und Praxis, sondern verändert auch die Lernsituation: da die Teilnehmer an ihren jeweiligen Fällen arbeiten, sind die Lehrkräfte frei für individuelle Betreuung, Organisation der Lernumgebung, Fachgespräche mit den Teilnehmern oder Gruppen. Für das inhaltliche Lernen ist entscheidend, daß alle Lerninhalte und Problemlösungen aktiv erarbeitet werden müssen und sich kein Teilnehmer dieser Aufgabe entziehen kann. Im Hinblick auf die affektive Seite des Lernens ist wichtig, daß so vielfältige Modulationsmöglichkeiten der Lernsituation gegeben sind, je nachdem, welchen Umfang und Schwierigkeitsgrad man dem einzelnen zutraut, welche Teilaufgaben vergeben werden, ob allein oder in Gruppen gearbeitet wird, die Ergebnisse präsentiert werden müssen etc.

7.3.2.2 Planspiele

Das Planspiel umfaßt eine Kette von Planungsvorgängen, deren Realisierung jeweils in Spielform stattfindet und aus deren Effekten sich neue Planungsschritte ableiten (Flechsigt 1996, 210). Die Teilnehmer am Planspiel übernehmen eine definierte Planungsaufgabe; sie treffen ihre dazu erforderlichen Entscheidungen. Diese werden in Form von Parametern in ein meist kompliziertes Rech-

ner- und Simulationsmodell eingegeben, das anhand dieser strategischen und taktischen Züge die weitere Entwicklung simuliert. Die Ergebnisse dieser Simulation stellen neue Ereignisse dar, aus denen wiederum die Spieler ihre weiteren Planungen ableiten. Die ersten Planspiele waren militärische Sandkastenspiele (Friedrichs et al. 1984, 224).

Planspiele sind also sehr komplex und daher schwierig zu konstruieren. Sie beziehen sich vorwiegend auf verknüpfte Problemlöse-, Entscheidungs- und Handlungsprozesse (Fischer & Harke 1987, 135). Die Forderung, nicht dem „Monopoly- Effekt“ vorgefertigter Planspiele zu verfallen, und statt dessen eigene zu konstruieren (Peterssen 1997, 126) ist für die Berufsbildung unrealistisch. Die komplizierten, nicht nur quantitativen Beziehungen eines Betriebes in einem Programm- Algorithmus abzubilden, erfordert hochqualifizierte Spezialisten. Es ist daher zweckmäßiger, gut konstruierte Planspiele anzuschaffen und sich auf die methodische Vorbereitung des Ablaufes und der Teilnehmerbetreuung zu konzentrieren.

Im BBRZ werden in den Förderlehrgängen betriebswirtschaftliche Planspiele anstelle von Unterricht durchgeführt. Jeder Teilnehmer übernimmt die genau definierte Rolle eines betrieblichen Entscheidungsträgers (Einkäufer, Lagerverwalter, Produktionschef, Personalchef) und muß in mehreren Spielsitzungen die aktuell notwendigen Entscheidungen treffen und begründen. So werden die vielfältigen, netzwerkartigen Beziehungen und Abhängigkeiten des Betriebes deutlich. Daß betriebliche Entscheidungen oft unter Unsicherheit, nach Abwägung von Kriterien getroffen werden müssen, ist ebenfalls eine wichtige Erkenntnis. Durch die Identifikation mit einer bestimmten betrieblichen Aufgabe sind die Teilnehmer auch emotional intensiv beteiligt, was unter Umständen auch Risiken der Dekompensation mit sich bringen kann. Vor allem die Bewertungsphase nach jeder Spielsequenz und am Ende des Planspieles stellt eine anspruchsvolle soziale Anforderung dar. Es muß von jedem zusammenfassend erklärt werden, nach welchen planerischen Gesichtspunkten er vorging und warum er so und nicht anders entschied. Kritik und Konkurrenzdruck sind hinzunehmen. Die Gruppenaktivitäten und gegenseitige Kommentare laufen frei ab. Selbst wenn das Planspiel der Wirklichkeit nur beschränkt gerecht wird, die völlig neue, selbstverantwortliche Rolle mit ihrer Verantwortung für das Ergebnis spricht wichtige affektlogische Bezugssysteme an. Der Lerneffekt ist erheblich.

Eine zweite Anwendung von Planspielen stellen die alljährlichen Börsenspiele der Banken für Schüler und Auszubildende dar. Im BBRZ finden sich seit einigen Jahren Teilnehmer aus verschiedenen Ausbildungsprogrammen in eigener Initiative in kleinen Gruppen zusammen, um hier teilzunehmen. Sie werden dann von einer Lehrkraft beraten und betreut. Allein schon die Tatsache, daß seelisch Behinderte sich freiwillig engagieren, ist positiv. Mehrmals haben Gruppen aus dem BBRZ Preise gewonnen; sie mußten dann zur großen Preisverleihung reisen und sich als Gruppe öffentlich präsentieren.

7.3.2.3 *Rollenspiele*

Rollenspiele vermitteln die wahrscheinlich intensivsten Erfahrungen. Hier werden vorgegebene soziale Situationen spontan, ohne Skript, durchgespielt (Fatzer 1988, 75; Fischer & Harke 1987, 123). Die Spielbeteiligten übernehmen eine fremde Rolle, sie füllen diese aber mit ihren eigenen Verhaltens- und Kommunikationsformen aus. Dadurch wird ein hohes Maß an Identifikation und ein dichtes Erleben der Situation erreicht. Spieler und Beobachter können so Zusammenhänge einführend verstehen, die sich logisch- analytisch nicht erschließen.

Für ein Rollenspiel eignen sich beliebige soziale Situationen: Konflikte, unterschiedliche Standpunkte, historische Ereignisse. Die Spielbeteiligung ist immer freiwillig. Die Beteiligten müssen in das Problem eingeführt, die Unterschiede zwischen ihrer Rolle und ihrer eigenen Person muß hervorgehoben, der Spielablauf (nur ganz kurze Sequenzen!) besprochen werden. Während des Spieles beobachten die anderen den Ablauf. Nach dem Spiel werden die Spieler »aus ihrer Rolle entlassen«; dann versucht man, gemeinsam den Ablauf zu bewerten und die Erfahrungen daraus zu ziehen. Wichtige Situationen können mehrfach, unter jeweils anderen Vorgaben durchgespielt werden. Der Vorteil des Rollenspiels ist, daß es –soweit die Lehrkraft damit Erfahrung hat- spontan, ohne große Vorbereitung, in den Unterricht integriert werden kann.

Einen festen Platz haben Rollenspiele im BBRZ Karlsbad im Rahmen des Bewerbungstrainings. Die Situation des Erstkontaktes zwischen Bewerber und Personalchef ist für viele Teilnehmer neu und sehr belastend. Das wird im Rollenspiel deutlich, das so auch zum Abbau von Angst und Irrationalität beiträgt. Viele problematische Fragenkreise können hier prophylaktisch durchgespielt und passende Antworten bzw. Reaktionsmuster eingeübt werden: Was sagt man z.B. bei Ausfallzeiten wegen Arbeitslosigkeit, wegen Psychiatrieaufenthalten, hinsichtlich der Behinderung? Die Rolle des Personalchefs wird variiert: der Einfühlsame, der harte Chef, der Ungeduldige. Die Spielsequenzen werden auf Video aufgezeichnet, damit die Diskrepanzen zwischen der subjektiven Wahrnehmung und objektivem Ablauf deutlich werden. Man muß mit diesem Medium bei Psychotikern behutsam arbeiten und jederzeit für Entlastung bzw. Entspannung der Situation sorgen können. Der Lerneffekt ist beachtlich; die am Anfang häufig gegebene Spannung und Verkrampfung lösen sich. Während viele bei den ersten Versuchen kaum aufsehen und möglichst schnell fertigwerden wollen, werden sie jetzt lockerer, wollen sich mehrfach auf dem Video ansehen und schlagen selbst Spielvarianten vor.

7.3.2.4 *Phantasieübungen*

Übungen mit »gelenkter Phantasie« (Fatzer 1988, 84- 110) können kreative Potentiale freisetzen und über das affektlogische Bezugssystem Zusammenhänge herstellen, die der strengen Rationalität kaum zugänglich sind. Sie liegen auf einer Ebene mit den intuitiv- kreativen Techniken, die überwiegend die »ganz-

heitlich- anschauliche, gefühlsbetonte« rechte Hemisphäre des Gehirns aktivieren sollen. Als Einstieg in neue Aufgaben sind solche Übungen auflockernd und machen Freude.

Im BBRZ Karlsbad werden Phantasieübungen sehr vorsichtig eingesetzt. Das Risiko, bei psychotisch erkrankten Teilnehmern einen wahnhaften Prozeß zu initiieren, ist immer gegeben. Man muß sich deshalb zuvor genau informieren, ob einzelne Teilnehmer hier als gefährdet gelten und von der Aufgabenstellung her dafür sorgen, daß die Phantasie nicht ins Uferlose abgeleitet, sondern »noch eine reale Basis findet.«

Beispiel 13: Phantasieübungen

Um die Teilnehmer zu *mentalem Training* hinzuführen, findet eine kurze Musikmeditation von 1-2 Minuten statt, nach der jeder –bei absoluter Stille im Raum- aufschreibt, was ihm an Gedanken, Gefühlen, Erinnerungen, Assoziationen kam.

Zur Rezitation eines Gedichtes sollen die Teilnehmer in kleinen Gruppen szenisch-pantomimisch ausdrücken, was sie empfinden.

Aufgrund einer Fallgeschichte könnten sich die Teilnehmer überlegen, wie die Personen in dieser Geschichte aussehen, sich anziehen, was sie gerne tun etc.

7.3.2.5 Zusammenfassung: Lernen durch Erleben

Über *erfahrungsorientierte Methoden* gelingt es, Realität in den »Unterrichtsraum« einzubeziehen. Damit ist nicht die mehr oder weniger gelungene Abbildung der Wirklichkeit in der Simulation eines Planspiels, der Fallstudie oder eines Rollenspiels gemeint. Das Spiel selbst schafft eine authentische Situation bzw. eigene Realität, die von den Beteiligten mit allen Sinnen wahrgenommen und erlebt wird. Das Kriterium für die Auswahl erfahrungsorientierter Methoden ist, daß hier nicht nur geplant, gedacht und sachbezogen gelernt, sondern miterlebt und erlitten wird. Dieses ganzheitliche, durch alle Sinne gespeiste Erleben ist »eingefärbt« durch die überwiegend emotional kanalisierte Wahrnehmung und Deutung der Situation. In der Fallstudie ist dieser Erlebnis- und Affektanteil gegenüber den rationalen Dimensionen noch gering; er steigert sich vom Planspiel zum Rollenspiel und erreicht in den Phantasieübungen ein Maximum.

Erfahrungsorientierte Methoden bewirken einen nachhaltigen, persönlichen Eindruck von erheblicher Intensität. Hier liegen Potentiale zur Stimulation des integrierten Denk-, Fühl- und Handlungsprogrammes, entsprechend aber auch Risiken und Gefahren bei seelischer Instabilität. Andererseits lassen sich auch für psychotisch erkrankte Teilnehmer neue Erfahrungen nicht vermeiden (außer in geschlossenen Einrichtungen). Das Erlebnis selbst ist ja nicht Ursache einer potentiell wahnhaften Dekompensation, sondern höchstens Auslöser; diese sind aber in der Regel unspezifisch, so daß jedes Ereignis zum Schub führen könnte. Wie bereits mehrfach erwähnt, wird das Risiko kalkulierbar, wenn man behutsam mit diesen Methoden umgeht, sich über seine Teilnehmer vorinformiert und

im Vorfeld bereits entlastende Strategien überlegt: z.B. die Zeitdauer der Spielsequenzen nicht überziehen, betont zwischen Spiel- Rollen und echten Personen unterscheiden und insgesamt ein »Abdriften in irrealer Spielwelten« vermeiden.

7.4 Handlungsorientiertes Lernen in der Projektmethode

7.4.1 Grundmodell

Über den *Projektunterricht* bzw. das *Lernprojekt* ist so viel publiziert und diskutiert worden, daß hier nichts Neues zu den konzeptionellen Grundlagen beizutragen ist. Dazu wird auf die einschlägige Literatur verwiesen. Zwei ältere, aber nach wie vor aktuelle und praxisnahe Darstellungen sind Frey (1982) und Schweingruber (1979). Gudjons (1997, 67-103) referiert die Entwicklung des Projektunterrichts bis heute und stellt das Konzept nochmals ausführlich dar.

Flehsig (1996, 197) stellt zu Recht fest, daß mancher wohl am Prestige, nicht aber am Risiko und Vorbereitungsaufwand eines Projektes teilhaben möchte und deshalb Dinge als »Projekte« bezeichnet werden, die sich bei näherem Hinsehen als ganz konventionelle Ausbildungsmethoden entpuppen. Selbst die »Ikonen« der Berufsbildung im Metallsektor, das »Salzgitter- Modell« (Wiemann et al. 1976) und das Projekt »Dampfmaschine« von Daimler- Benz (Kap. 7.2.2.1), erfüllten viele wichtige Anforderungen an den Projektunterricht nicht. Die komplette Aufgabenstellung: Planung, Herstellung und Inbetriebnahme so komplexer technischer Systeme anstelle stereotyper Übungsaufgaben in den Zerspanungstechniken war für die Berufsausbildung damals ein fast revolutionärer Schritt. Aber der Handlungs- und Gestaltungsspielraum, den die Auszubildenden frei ausfüllen durften, blieb minimal; die Projekte waren bereits zuvor detailliert festgelegt.

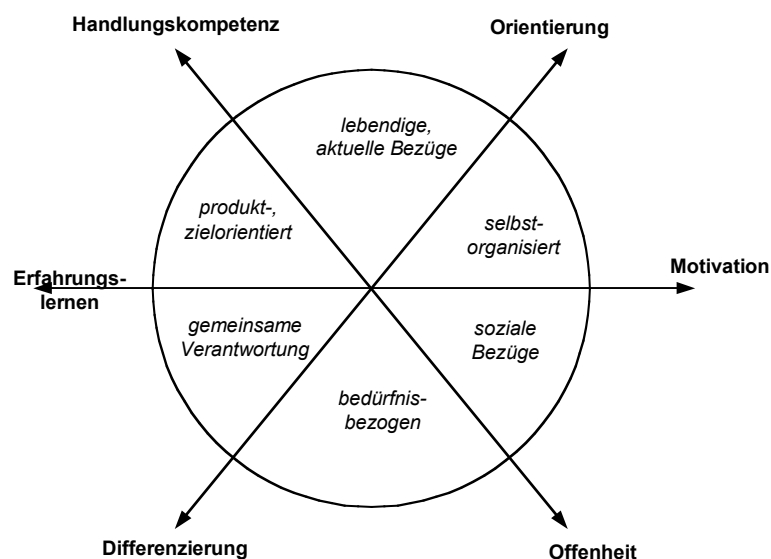


Abb. 77: Ziele und lernfördernde Aspekte des Projektunterrichts (Fischer & Harke 1987, 55)

Die eigenen Erfahrungen zum Projektunterricht basieren auf den Ausarbeitungen und Experimenten im Modellversuch *Lernprobleme Erwachsener* (Fischer & Harke 1987, 45-70). Mit ihm konnte nachgewiesen werden, daß Projektarbeit bzw. Lernprojekte günstige Voraussetzungen für die Förderung und Integration *lernschwacher Teilnehmer* bieten.

Ziele und Merkmale der Projektarbeit

- Projekte beziehen sich auf konkrete Handlungsziele, z.B. das Herstellen von Produkten oder das Lösen von Problemen. Lernen vollzieht sich in zielgerichtetem Handeln
- Projekte befassen sich mit aktuellen, relevanten, lebenspraktischen Inhalten bzw. stellen entsprechende Bezüge her.
- Projekte sind selbstorganisiert; sie werden von gemeinsamen Entdecken der Probleme, Planen, Organisieren und Ausführen nach kooperativen Prinzipien getragen, wodurch die unterschiedlichen Fähigkeiten der Gruppenmitglieder zusammengeführt werden.
- Projekte stellen soziale Realität dar; sie finden, wie in der Arbeitswelt, überwiegend in Gruppenarbeit statt. So werden arbeitsteiliges Arbeiten sowie Umgangs- und Kommunikationsformen erlebt und erlernt.
- Projekte haben als Bezugsrahmen: die Interessen und Bedürfnisse der Beteiligten; den stofflichen Rahmen; die Interessen und Möglichkeiten der Lehrkräfte sowie die Realisierungsmöglichkeiten und Ressourcen. Zwischen diesen Größen muß ein Gleichgewicht hergestellt werden.
- Alle Beteiligten tragen das Ergebnis des Projektes, sie verantworten es untereinander und nach außen.
- Lehrkräfte übernehmen neue Rollen: sie regen an, wirken beratend, sie vermeiden aber inhaltlich vorzustrukturieren. Sie halten der Projektgruppe nach außen den Rücken frei und verhelfen ihr durch organisatorische, persönliche und –sofern notwendig– fachliche Hilfen zum Erfolg.

Lernfördernde Aspekte der Projektarbeit

- Projekte verbessern die Orientierung und die Übersicht.
- Projekte fördern das Lernen an Erfahrungen.
- Projekte fördern Handlungskompetenz durch Integration von Planen und Ausführen, durch soziales Handeln, Umgang mit der Thematik, mit Techniken, der Umwelt, den Einrichtungen und Ressourcen.
- Projekte fördern Offenheit für Neues, vermitteln geistige Beweglichkeit und das Vertrauen, dies auch bewältigen zu können.
- Projekte lassen Differenzierungen des Lernens zu. Innerhalb der Projektgruppe kann den verschiedenen Stärken und Schwächen, Fähigkeiten und Interessen gut entsprochen werden.
- Projekte fördern die Motivation, weil sie Interessen und Wünsche der Teilnehmer aufgreifen; ihre Ziele sind den Teilnehmern wichtig und für sie sinnvoll.

7.4.2 Erfahrungen mit der Projektmethode bei seelisch Kranken

Es bedurfte vieler, teilweise gründlich mißlungener Versuche sowie eines erheblichen Fortbildungs- und Diskussionsaufwandes innerhalb des Kollegiums des BBRZ, bis sich die Idee des Projektunterrichtes im Alltag durchsetzen konnte. Die größten Hindernisse dabei waren:

- Zu ehrgeizige und zu anspruchsvolle Inhalte.
- Zu wenig Zeit aufgrund unrealistischer Planung.
- Zu stringente Bindung an Lehrpläne anstelle Auswahl maßgeblicher Inhalte, z.B. nach Gesichtspunkten des exemplarischen Lernens.
- Mangelnde Kooperation.
- Überforderung der Teilnehmer durch Fehlinterpretation eines Projektes als ausschließlich selbst- entdeckendes Lernen.
- Abrupte Wechsel in der Lehrerrolle: zuviel Lehrerdominanz oder zu wenig Unterstützung der Projektgruppe in organisatorischer Hinsicht bzw. auf der emotionalen Ebene.
- Angst der Teilnehmer und »Einfordern gewohnten Lehrerverhaltens«.

7.4.2.1 Projektorientierte Arbeitstherapie

In Kap. 2.4.1 wurden bereits die Aufgaben und Ziele der Arbeitstherapie skizziert. Die Entscheidung für eine projektorientierte Vorgehensweise im Bereich Holz war Ergebnis einer Projektstudie (Fischer & Kiesinger 1985). Damit psychiatrische Patienten lernen, in der Arbeitstherapie eine betont andere, *aktive Rolle* (Bennet 1977) zu übernehmen, mußten -über die Arbeitsausführung hinaus- zwei weitere, grundlegende Anforderungsebenen einbezogen werden: 1. Die Planung und Steuerung der Arbeit und 2. die soziale Koordination zwischen den Beteiligten. Daß es diese »oberen Handlungs- Regulations- Ebenen« sind, die auch in der Arbeitstherapie Handlungskompetenz ausmachen und deshalb gezielt trainiert werden müssen (Kap.6.3.5), erläutert Groß (1987).

Die Patienten nehmen für 4 Wochen, vor- oder nachmittags je drei Stunden an der Arbeitstherapie teil. Die Aufnahme erfolgt zu festen Terminen, damit die Gruppe ihr Projekt gemeinsam starten und entwickeln kann. Etwa 70% der Patienten kommen aus der Psychiatrie, die anderen aus den neurologischen Abteilungen des RKL. Bis auf wenige Ausnahmen haben diese Patienten keine Ahnung von Holzverarbeitung. Aus sicherheitstechnischen Gründen dürfen sie zwar nicht an der Säge-/ Hobelkombination arbeiten, aber alle Kleinmaschinen und die Drechseleinrichtung bedienen. Das notwendige Rohholz muß von Mitarbeitern vorgesägt und gehobelt werden. In der Arbeitstherapie Holz wird nur Spielzeug aus heimischen Qualitätshölzern hergestellt und mit biologischen

Harzen behandelt; die Produkte müssen qualitativ so gut sein, daß sie auf dem freien Markt verkäuflich sind.

In der ersten Woche, vor Beginn des eigentlichen Projektes, lernen die Teilnehmer durch Herstellen eines kleinen Holz- Schemels, den sie mitnehmen können, alle relevanten Techniken, Maschinen und Werkzeuge kennen und handhaben. Bereits in dieser Woche orientieren sie sich an den ausgestellten Prototypen früherer Gruppen, was man so an Spielzeug herstellen könnte. Dabei gilt, daß kein früheres Projekt einfach übernommen werden darf. Anfangs der zweiten Woche erfolgt dann die gemeinsame Suche und Auswahl eines Projekt- Themas. Danach beginnt die Planung. Sie umfaßt die Produktplanung, die Planung der Fertigung und der Materialbeschaffung. Die Planung erfolgt praktisch und theoretisch parallel: in Form von Zeichnungen, Arbeitsplänen, Stücklisten, die jedoch erst dann erstellt werden, wenn alle Techniken an einem Prototyp erprobt und erlernt sind. In den letzten beiden Wochen wird arbeitsteilig gefertigt. Jeder bekommt durch die Gruppe eine Aufgabe zugewiesen, die er mit seiner Behinderung gut erfüllen kann.

Jeder Tag beginnt mit einer kurzen Besprechung, was von wem zu tun ist, und endet mit der Absprache für den nächsten Tag. An jedem Freitagnachmittag findet ein ausführliches Gruppengespräch statt, in dem jeder Teilnehmer berichtet, wie für ihn die Woche ablief. Dabei bewerten sich die Teilnehmer anhand einer Rating- Skala selbst und werden von Ausbildern entsprechend beurteilt.

Intensive soziale Anforderungen sind bei den Gesprächen und in der Planungsphase gestellt; dort kommt es immer wieder zu Schwierigkeiten untereinander, die ausgeglichen werden müssen. Schon die Auswahl des Projektthemas kann zum Problem werden. Manche Teilnehmer neigen zu komplizierten Produktlösungen, denen sie technisch, fachlich und zeitlich nicht gewachsen sind. Die Ausbilder werden hier geschickt steuern, damit das Ziel der Gruppe durch Reduzierung des Komplexitätsgrades dennoch erreicht wird. Nach über 13 Jahren Laufzeit wird die Arbeitstherapie Holz nach wie vor intensiv frequentiert und methodisch akzeptiert. Das Vorgehen wird von den Beteiligten als lebensnah und übertragbar auf den Alltag verstanden. Der zeitlich und durch die vorgegebene Aufgabenstellung sowie die vorhandenen Ressourcen klar gesteckte Rahmen ist eine gute Hilfe, um mit der für viele Patienten erstmals angstausslösenden offenen Handlungs- und Entscheidungssituation zurechtzukommen.

7.4.2.2 Berufsübergreifende Projektarbeit in Förderlehrgängen

Förderlehrgänge bereiten auf die Ausbildung vor. Im BBRZ beinhalten sie ein *allgemeinbildendes Vorbereitungsprogramm* von 5 Wochenstunden Mathematik, 5 Std. Deutsch und 2 Std. Lern- und Arbeitstechniken bzw. Berufskunde. Dies wird unterstützt durch 3 Std. *Lernzirkel und Förderunterrichte*. Ein zweiter Schwerpunkt sind die typischen Arbeitsformen und Lernanforderungen des angestrebten Ausbildungsberufes. Diese werden in einem *berufsorientierten Vorbereitungsprogramm* von wöchentlich 13 Std. erarbeitet; dazu kommen 3 Std.

Einführung in EDV. Ergänzt wird dies durch ein *persönlichkeitsförderndes Programm* mit 2 Std. künstlerischen Übungen über 6 Monate und 3 Std. Sport über 3 Monate. In den restlichen 3 Monaten finden statt Sport Sozialkunde und ein »psychologisches Gruppentraining« statt. Therapie liegt außerhalb des Stundenplanes.

Es geht noch nicht darum, zukünftigen Elektronikern Elektronik, Maschinenbauern Fertigungstechnik und Technischen Zeichnern technisches Zeichnen zu vermitteln. Die Teilnehmer benötigen und suchen jedoch einen fachlichen Zugang zu ihrem zukünftigen Beruf, und sie interessieren sich natürlich für dessen Inhalte. Vorbereitungsmaßnahmen sollen zwar keine Ausbildungsinhalte vorwegnehmen, Lernen kann man jedoch nicht ohne Lerninhalte lernen. Es kommt im *berufsorientierten Förderprogramm* deshalb darauf an, berufstypische Arbeits- und Organisationsformen, Methoden und Vorgehensweisen sowie Zusammenhänge zwischen Theorie und Praxis zu vermitteln. Diese Aspekte lassen sich in einem solchen Rahmen am zweckmäßigsten nach dem Prinzip des *exemplarischen Lernens* (Wagenschein 1965) erarbeiten. Projekte sind dafür eine sehr geeignete Methode bzw. Lehr-/ Lernstrategie.

Deshalb wird eine gemeinsame Projektgruppe aller technischen Berufe gebildet (ca. 15-20 Teilnehmer), die sich in den ersten Runden auf ein Projekt verständigen. Dazu werden Ideenfindungsverfahren eingesetzt, frühere Projekte begutachtet, das Ausbildungsgebäude besichtigt. Meistens handelt es sich bei den ausgewählten Ideen um Modelle anspruchsvoller technischer Systeme: z.B. ein elektronisch gesteuerter Fahrstuhl, ein elektrisch betriebenes Kettenkarussell, eine Zugbrücke. Die weitere Arbeit wird nun in arbeitsungleiche Gruppen aufgeteilt: so entwickeln die zukünftigen Elektroniker die Stromversorgung und Steuerung, die Metallfacharbeiter bauen das Gehäuse und fertigen Getriebe, Übersetzungen etc., die Technischen Zeichner liefern die Konstruktionspläne und Stücklisten. Daß es dabei zu Schwierigkeiten kommt, liegt auf der Hand.

Manche »geniale Idee« ist komplizierter als vermutet und kann mangels eigener Erfahrungen oder fehlender technischer Voraussetzungen nicht realisiert werden; dann muß umgedacht, vereinfacht, angepaßt werden. Die Beziehungen in den einzelnen Arbeitsgruppen sind nicht durchgängig harmonisch; typische gruppensdynamische Mechanismen laufen auch hier ab. Einzelne dominieren, manche halten sich heraus, einige überlassen die Arbeit gerne anderen. Daß Dominanzansprüche einzelner Gruppenmitglieder nicht unbedingt mit der Qualität ihrer Beiträge korrelieren, wird häufig deutlich. Schwierig ist auch die Abstimmung zwischen den Gruppen. Wird in der einen Gruppe das Gehäuse abgeändert, paßt die Steuerung nicht mehr in das System. Die Fertigung soll beginnen, aber die Pläne sind noch nicht fertig. Die Lehrkräfte und Ausbilder werden überall gebraucht; sie organisieren, gleichen aus, beraten, zeigen mögliche Lösungswege, drängen auf Abstimmung. Sie sollen einerseits dafür sorgen, daß das Projekt erfolgreich wird, andererseits sollen die auch in der Praxis typischen Schwierigkeiten nicht verhindert werden; an ihnen wird fachlich, emotional und

sozial viel gelernt. So gesehen, gibt es keine schlechten Projekte, ausgenommen diejenigen, die nicht fertig werden, weil sich Teilnehmer und Lehrkräfte übernehmen.

Im BBRZ ist üblich, daß die Projekte in den letzten Tagen des Förderlehrganges vor allen Teilnehmern und dem Kollegium präsentiert und ihr Werdegang erläutert werden. Das ist nochmals eine große Anforderung, immerhin kommen bis zu 100 Neugierige. Einladungen müssen verfaßt und verteilt werden, gleichzeitig ist jedoch die Hektik in den letzten Tagen groß, noch rechtzeitig fertig zu werden. Bei der Präsentation ist jeder Teilnehmer einmal mit Vorstellen dran, das gehört zu den »ungeschriebenen Gesetzen«. Nicht ohne Sorge sieht man dann nach bestimmten Klienten, die jetzt möglicherweise fahrig, stotternd, in stereotypen Bewegungen ihre Erregung zu zügeln suchen, aber um jeden Preis dabei sein wollen. Die Projekte werden vorgeführt, was nicht immer ganz klappt. Die Arbeitsstufen und die Gruppendynamik werden erläutert; die Bereitschaft, Probleme zuzugeben und Schwierigkeiten zu beschreiben, ist beachtlich. Das Ganze läuft mit viel Applaus ab und endet in der Regel in einem kleinen Fest.

Die Produktergebnisse sind nicht immer fachlich perfekt, was man in einem Förderlehrgang von 6 Monaten auch nicht erwarten kann. Sie stehen auch nicht im Vordergrund: hier geht es um das Planen und Koordinieren, das Suchen nach Lösungen und Beheben von Störungen, um das soziale Miteinander und den Stil der Kommunikation, um gegenseitige Akzeptanz und Toleranz. Projekte sind, wie kaum eine andere Methode, geeignet, soziale und kommunikative Lern- und Arbeitsformen zu lernen und differenzierte Lösungen zu ermöglichen: jeden nach seinen Fähigkeiten zu beteiligen!

7.5 Handlungsorientierung und Lernorganisation

7.5.1 Handlungsorientierte Reform der Ausbildung in BFWs

Eine passende Lernorganisation ist Voraussetzung für die Realisierung *handlungsorientierter Lernkonzepte*. Diese wiederum bieten besonders günstige Bedingungen für eine umfassende *Berufs- und Persönlichkeitsbildung*, für den Eingliederungserfolg seelisch behinderter Menschen ausschlaggebend. Das Problem ist, in welchem Umfange *individuellen Entwicklungsbedürfnissen* in einer Lernsituation innerhalb von Gruppen entsprochen werden kann.

Wenn Seyd das handlungsorientierte Konzept als besonders geeignet herausstellt, „...um die Zielsetzung ganzheitlicher, *persönlichkeitsorientierter* beruflicher Rehabilitation einzulösen“ (1996, 28; Hervorhebung durch Verf.), wird deutlich, daß sich dieser Entwicklungsansatz keineswegs auf psychisch Behinderte beschränkt und seine Umsetzung, selbst im Rahmen größerer Ausbildungsgruppen in BFWs, für realisierbar gehalten wird. Dazu sind in BFWs umfassende lernorganisatorische Veränderungen im Gange, als deren wissenschaftlicher Begleiter und praktischer Promoter Seyd (1992, 1996, 1997) im Rahmen

eines Projektes „Ganzheitliche berufliche Rehabilitation Erwachsener. Handlungsorientierte Gestaltung von Lernsituationen Berufsförderungswerken (gbRE)“ wirkt.

„Berufliche Handlungskompetenz setzt einen ausreichenden Fundus an Kenntnissen und Fertigkeiten voraus. Darüber hinaus sind aber strategisches Denken, Kooperationsfähigkeit, Verantwortungsbereitschaft, Entscheidungsfreude, Interaktionsbereitschaft etc. gefordert – und die erwirbt man nicht als Adressat darbietender Unterrichtsformen. Dazu bedarf es aktivierender Methoden mit weitreichenden Gestaltungsmöglichkeiten: Aktivitäts-, Interaktions-, Dispositions-, Entscheidungs- und Reflexionsspielräume sind vorzusehen. Fallstudien, Leittexte, Rollenspiele, Planspiele, Exkursionen und Projekte sind besonders geeignet. Am Anfang sind diese Formen stärker angeleitet, um Verunsicherungen bei den Teilnehmern zu vermeiden, die oftmals eine rigide Gängelung ihrer Lernprozesse gewohnt waren; aber die Gestaltungsspielräume werden sukzessive erweitert.“ (Seyd 1997, 261)

Im Rahmen des gbRE- Projektes werden organisatorische, inhaltliche und methodische Veränderungen angestrebt, die mit den Fördernotwendigkeiten für seelisch Behinderte weitgehend übereinstimmen:

- „Ziele: Persönlichkeitsbildung unter Einschluß von Kenntnis- und Fertigkeitsvermittlung [...]
- Inhalte: Theorie und Praxis werden verzahnt; die Inhalte [...] werden gebündelt und unter dem Gesichtspunkt des Einsatzes von 'Lernarrangements' neu systematisiert.
- Methoden: Praxisaufgaben, Planspiele, Projekte, Rollenspiele; zugelassen auf Anforderung der TeilnehmerInnen: Kurzvorträge, Lehrgespräche; Einbezug von Visualisierungs- und Aktivierungstechniken: Metaplan, Brainstorming, Mind map etc....“ (Seyd 1996, 30)

Warum Ausbildungsverbundlösungen mit Betrieben (Kap. 7.3.1) im gbRE-Projekt ausgeklammert bleiben, ist nicht ganz nachvollziehbar. Gerade unter den postulierten Zielen und Leitlinien der Entwicklung von Handlungskompetenz und Praxisbezug müßten längere *anwendungspraktische betriebliche Ausbildungsabschnitte*, etwa in der Größenordnung von 6-10 Monaten in die Reform der beruflichen Rehabilitation einbezogen werden. Die Vorschläge zur Reform der Lernorganisation in Stufen (Abb.78) stellen eine solide Grundlage auch zur Förderung seelisch Behinderter dar. Wird dadurch das Lernen Erwachsener generell anwendungsfreundlicher, interessanter und effektiver, so sind derartige Reformkonzepte bei seelisch Behinderten *Bedingungen des Rehabilitationserfolges*.

Der Begriff »Lernarrangement« wird jedoch, im Gegensatz zum gbRE- Projekt, hier *subjektbezogen* verstanden. Das Ziel *Persönlichkeitsbildung* wird von seelisch Behinderten nicht durch Selbstorganisation und eigene Handlungsfreiräume allein eingelöst werden können, so wichtig diese sind. Dafür müssen erst die personalen Voraussetzungen entwickelt werden. Diese definieren als *individuelle Förderziele* das jeweilige Lernarrangement, wie in Kap 5.4.2 gezeigt.

0 Traditionell	Reformkonzept I	Reformkonzept II	Reformkonzept III
Inhalte der Ausbildung werden in Unterrichtsfächern vermittelt, praktische Ausbildung findet in der Übungsfirma bzw. Ausbildungswerkstatt/ Labor und im Betriebspraktikum statt.	Grundlagen werden in Fächern vermittelt, daneben werden –additiv– komplexere Fähigkeiten in Projekten entwickelt und/ oder gefestigt.	Kern der Ausbildung ist die Entwicklung von Handlungskompetenzen in Lernarrangements; fehlende Kenntnisse und Fähigkeiten werden –je nach Bedarf– in Kursen oder Seminaren vermittelt (Englisch, Textverarbeitung etc.)	Die gesamte Ausbildung wird in Projektform durchgeführt. Es gibt keine Fächer mehr. „Theorie“ und „Praxis“ werden nicht als separate Lernfelder unterschieden

Abb. 78: Reform der Lernorganisation in BFWs (aus Seyd 1997, 265)

Eine Lernorganisation, in der lediglich Fachinhalte, in Unterrichtsfächer gegliedert, vorwiegend durch Frontalunterricht, bzw. in der praktischen Ausbildung durch die 4-Stufen- Methode »vermittelt werden«, geht, selbst wenn die Teilnehmer ihre Prüfungen bestehen, an deren Rehabilitationsproblematik vorbei. Da die berufliche Rehabilitation nicht als Einzelförderung stattfindet, können *teilnehmerspezifische Förderansätze* nur verwirklicht werden, wenn die Lernorganisation in Gruppen dies ermöglicht. Daß dies bei Frontalunterricht und einer gleichschrittartigen Vorgehensweise nicht zu bewältigen ist, ergibt sich von selbst.

7.5.2 Epochenausbildung

In Kapitel 2.4.4 wurde das Konzept des Epochenunterrichtes (Peterssen 1997) im BBRZ schon kurz skizziert. Es geht über das Beispiel der Waldorfpädagogik, aus dem es abgeleitet wurde, weit hinaus. Dort sind nur die täglichen zwei bis drei Stunden »Hauptunterricht« nach thematischen Schwerpunkten organisiert, teilweise werden auch weitere Unterrichtsfächer einbezogen. Ziel der Umstellung auf Lernepochen im BBRZ war, die traditionelle Fächergliederung komplett abzuschaffen. Es ist im beruflichen Bildungswesen geradezu grotesk, wenn anwendungsorientierte Aufgaben, z.B. Beschaffung und Materialwirtschaft, in vielen Fragmenten auf verschiedene Unterrichte aufgeteilt werden: in Betriebswirtschaftlehre, Buchführung, Kostenrechnung, kaufmännisches Rechnen, Schriftverkehr und allgemeine Wirtschaftskunde. Wieso ein Lehrplanmodell, das den Schülern so erhebliche Synthese- und Transferprobleme schafft, so wenig an der Berufspraxis orientiert ist, sich so lange in der Berufsbildung halten konnte, bleibt das pädagogische Geheimnis der Lehrplankonstrukteure. Der fachliche Zusammenhang geht erstmals verloren und muß dann, abzulesen an *lernzielorientierten Curricula*, mühsam durch allerlei zeitliche und sachlogische Verweise wieder hergestellt werden. Bei der Neuordnung der Metall- und Elektroberufe wurden einige Fächer zusammengefaßt, die Fächergliederung an sich aber nicht aufgehoben. Der Ruf nach *fächerübergreifendem oder*

–*verbindendem Unterricht* (Peterssen 1997) ist kaum einlösbar, wenn nicht Stundentafel und Lernorganisation flexible Unterrichtsformen ermöglichen. Der umgekehrte Weg, den fächerübergreifenden Unterricht zur Regel zu machen, erschien einfacher. Allerdings sind dazu erhebliche Vorarbeiten und Festlegungen notwendig, wie sich an den Erfahrungen des BBRZ zeigt:

1. *Die Ausbildung in Lernepochen sollte über einen möglichst großen Zeitanteil verfügen*; im BBRZ sind das derzeit etwa 20 Wochenstunden, in der Regel auf drei Tage geblockt. Es soll durch diese Zeitorganisation sichergestellt werden, daß möglichst wenig Zersplitterung und unerwünschte Unterbrechung stattfinden. Die Teilnehmer sollen »bei einem Thema bleiben können«. Soweit Wechsel stattfinden, sollen sie lediglich einen abwechslungsreichen Lernrhythmus sichern.
2. *Jede Lernepoche sollte einen thematischen Schwerpunkt haben*, möglichst ein praktisches Anwendungsgebiet. Schon durch die Bezeichnung der Epoche sollen die Teilnehmer wissen, was das Ziel dieses Abschnittes ist. Je konkreter »produktorientiert« (im technischen Bereich) bzw. »funktionsorientiert« (im kaufmännischen Sektor: Einkauf, Verkauf, Rechnungswesen) oder projektorientiert eine Epoche aufgebaut ist, um so günstiger sind die Lernchancen für das Verständnis des Zusammenhanges von der Planung bis zur Kontrolle der Ausführung im Sinne der Handlungsorientierung.
3. *Lernepochen können nicht gleich lang andauern*, weil ihre Anwendungsgebiete unterschiedlich umfangreich sind. Das führt zu einer relativ einfachen, sequentiellen Ablauforganisation in der Ausbildung, die auch für die Teilnehmer übersichtlich und verständlich ist.
4. Mit Ausnahme von Basisfächern sollten *alle Fächer in die Epochenausbildung integriert werden*. Als Basisfächer (z.B. Mathematik, Sozialkunde, Maschinenschreiben/ Textverarbeitung) gilt, was Grundlage für viele Anwendungsgebiete ist, bzw. nicht ohne weiteres zugeordnet werden kann. Bei Basisfächern, wie z.B. Mathematik, muß man sich entscheiden: werden ihre Inhalte auf die Epochen aufgeteilt, ist die Anwendungsorientierung groß, jedoch die der Mathematik selbst implizite Struktur gering.
5. *Theorie und Praxis sind in den Lernepochen verzahnt*. Das ergibt sich bereits aus dem handlungsorientierten Lernprozeß: Problemlösender Aufbau, Durcharbeiten, Üben, Anwenden. Die Lernepochen werden anfangs stärker die Problemlösung und ihren theoretischen Hintergrund beinhalten und am Ende der Ausbildung, »praxisorientiert«, die Varianten der Anwendung.
6. *Die Lerninhalte der Lernepochen sollten in Aufgabensammlungen bzw. Anwendungsbeispielen definiert sein*. Die Theorie- Praxis – Verbindung und die Integration unterschiedlicher Fachaspekte lassen sich in konkreten Aufgaben besser sicherstellen als in Stoffplänen nach Stoffstichworten; diese haben ei-

ne Tendenz zur Zergliederung durch Verselbständigung einzelner Fachinhalte.

7. Aufgaben und Inhalte der *Lernepochen* sollten auf *Gruppen-, Partner- und Einzelarbeit ausgerichtet* sein. Die Lernepochen sollen aktive Lernformen ermöglichen, in Einzel- oder Gruppenarbeit. Frontaler Unterricht soll weitgehend ausgeschlossen bleiben. Die Art und Formulierung der einzelnen Aufgaben jeder Epoche bestimmen erheblich über diese Sozialform mit.
8. Die Inhalte bzw. die Aufgabensammlungen der Lernepochen sollten eine *Spannweite zwischen Mindest- und Zusatzinhalten* umfassen. Die Teilnehmer sollen, nach Beratung, selbst den ihnen angemessenen Standard wählen können. Das Absolvieren der Mindestinhalte reicht aus, die Abschlußprüfung zu bestehen. Weinert (1997, 52) nennt dies »Basiscurriculum mit fundamentalen Lernzielen und differenzielles Aufbaucurriculum«. So können leistungsstarke Teilnehmer die verfügbare Zeit einer Epoche zu umfangreichen Studien nutzen; leistungsschwächere Teilnehmer haben mehr Zeit, um das absolut Notwendige zu erlernen. Der emotionale Druck, nicht mitzukommen, wird geringer, weil das Problem der »optimalen Passung« besser gelöst werden kann.
9. *Lernepochen erfordern angemessene Ausbildungsräume* mit technischer Ausstattung sowie Zugang zu Lehrbüchern und modernen Medien (EDV, Multimedia etc.). Unterrichtsräume ohne Experimentiereinrichtungen sind ebenso ungeeignet wie Werkstätten ohne lärmgeschützte Lerneckeln. Nur ein schneller Zugang zu Informationen und technischen Einrichtungen wird die Teilnehmer dazu bringen, damit selbständig zu arbeiten.
10. *Die Ausbildung in Lernepochen erfordert ständige Präsenz der Lehrkräfte und regelmäßige Lernberatung.* Es wäre ein Mißverständnis anzunehmen, man könne Lehrpersonal einsparen, weil Teilnehmer hier selbständig lernen. Ganz im Gegenteil steigen die Anforderungen. Da die Teilnehmer tatsächlich alle mehr oder minder selbständig arbeiten, ist mit vielen Fragen, individuellen Hilfen, spontanem Beschaffen zusätzlicher Informationen etc. zu rechnen. Dafür sind die Lehrkräfte wesentlich dichter am Lernprozeß des einzelnen beteiligt. Lernberatung soll sicherstellen, daß die Teilnehmer (evtl. mittels Lernpaß), über die einzelnen Aufgaben hinaus, immer wieder realisieren, was sie bisher bewältigt haben.

Ohne komplizierte Planungen gelingt es im Rahmen von so gestalteten Lernepochen, Gruppenarbeit und Einzelförderung, fachliche Ziele und zusätzliche persönliche Entwicklungsziele zu verbinden. Die Lernsituation bleibt im Sinne der Gruppen- und Teilnehmerbedürfnisse offen. Sind die Inhalte der Epochen, zum Beispiel in gemeinsam gepflegten »Aufgabenpools«, gut vorbereitet, dann können sich die Lehrkräfte auf die individuelle Betreuung während der Epochen und auf zusätzliche Angebote und Hilfen konzentrieren. Das schließt nach Bedarf einzelne Unterrichte oder gemeinsame Problemlöseprozesse nicht aus; die-

ser wird entweder von den Teilnehmern angemeldet oder dadurch sichtbar, daß mehrere bei immer gleichen Fragen allein nicht weiterkommen. In der Epochen- ausbildung verschiebt sich die Steuerung des Lernens von der Seite der Lehr- kräfte auf die der Teilnehmer. Die größere Unsicherheit und Unklarheit, was an Fragen und Problemen auf sie zukommt, ertragen die Lehrkräfte nach einiger Übung leichter, weil sie andererseits besser überschauen, welche Lernfort- schritte die Teilnehmer machen. Der Kontakt zwischen Teilnehmern und Lehr- kräften wird dichter, die Hilfe für den einzelnen wird viel persönlicher erlebt, die Voraussetzungen für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses sind günstig.

7.5.3 Differenzierung

Die Möglichkeit zu differenziertem Vorgehen ist für die berufliche Rehabilitati- on seelisch Behinderter letztlich entscheidend. Die Problemstellungen sind zu unterschiedlich, als daß man alles mit einem einheitlichen Konzept abdecken könnte. Der Umfang gemeinsamer Veranstaltungen wird jedoch um so größer sein, je offener und flexibler diese für Differenzierung sind.

7.5.3.1 Alternierende Kursangebote

Über 15 Jahren Erfahrung im BBRZ in Förderlehrgängen lassen darauf schlie- ßen, daß alternierende Kursangebote den heterogenen Lernbedürfnissen Er- wachsener entgegenkommen. Diese Förderlehrgänge sind nach zwei Gesichts- punkten differenziert; einmal nach der Berufsrichtung der zukünftigen Ausbil- dung: z.B. *kaufmännische Gruppe* und *technische Gruppe*. Innerhalb der techni- schen Gruppe kommt es manchmal, je nach Anzahl der Teilnehmer oder nach Art und Umfang des geplanten Projektes (Kap.7.4.2.), zu weiterer Differenzie- rung: *Elektro, Maschinenbau, Zeichnen*. Die Teilnehmer sind derzeit 16 Wo- chenstunden in dieser Gruppe eingeteilt. Der Rest der Zeit verteilt sich auf die Leistungskurse, auf Sport, künstlerische Übungen etc..

Die Vorkenntnisse in Mathematik und in Deutsch sind sehr verschieden, die Bildungsvoraussetzungen streuen von Sonderschulabschlüssen bis zum Studi- um. Einheitliche Lehrgänge sind da nicht sinnvoll. Je nach Anzahl der Teilneh- mer werden deshalb jeweils bis zu vier zeitlich parallele, aber inhaltlich diffe- renzierte Leistungskurse, mit je ca. 10-12 Teilnehmern, angeboten. Diese wäh- len selbst, welchen Kurs sie belegen wollen. Zuvor erhalten sie eine Einführung in die inhaltlichen Schwerpunkte und Vorgehensweise der Kurse und prüfen ih- ren Leistungsstand mittels informeller Tests. Die Erfahrungen sind positiv. Die Kurse sind bzw. wirken auf die Beteiligten homogen, da wächst die Bereitschaft, sich zu eigenen Schwächen und Defiziten zu bekennen und daran zu arbeiten. Da alle Kursangebote differenziert sind und Teilnehmer mit Schwächen im ei- nen Bereich durchaus zu den Besten im anderen gehören können, kommt es selten zu stigmatisierenden Effekten. Als Angebote äußerer Differenzierung sind

zusätzliche Sprachkurse für Ausländer bzw. Immigranten, spezifische Förderkurse, erweitertes Sozialtraining oder von Psychologen angebotene Gruppen einzuordnen.

7.5.3.2 *Binnendifferenzierung*

Binnendifferenzierung bedeutet unterschiedliche Angebote *innerhalb eines Kurses*. Die Differenzierung kann sich auf die *Inhalte*, die *Zeit* und die *Methoden* beziehen.

(1) Unterschiedliche Lernziele, -inhalte und Berufsabschlüsse

Nach verschiedenen Berufsabschlüssen *innerhalb einer Gruppe* zu differenzieren, ist relativ schwierig. Das Problem sind nicht die unterschiedlichen Inhalte, dies läßt sich in *offenen Lernformen*, wie Projekten oder Epochenausbildung, steuern. Die Gruppensituation wird bei völlig verschiedenen Berufszielen unklar; oft fällt die Gruppe als soziale Einheit auseinander. Dann sind aber die stimulierenden Effekte von Gruppenarbeit kaum noch zu erreichen. Die mehrfach angesprochene *Stufenausbildung* im BBRZ stellt in gewisser Weise auch eine Differenzierung nach Berufsabschlüssen dar. Der Unterschied liegt jedoch darin, daß alle Teilnehmer einer Gruppe zuerst gemeinsam den Abschluß der ersten Stufe absolvieren; dann folgt für einige die zweite Stufe mit dem vollen Berufsabschluß. Natürlich bestehen relativ früh Vorstellungen darüber, welche Teilnehmer nur den ersten Teil erreichen können; bei ihnen wird man inhaltlich nicht zu sehr forcieren. Doch auch hier gibt es nicht selten überraschende Entwicklungen.

Auf die Möglichkeiten der inhaltlichen Differenzierung durch unterschiedlich schwierige Anforderungsstufen je Aufgaben sowie durch Mindest- und Maximal- Lernziele wurde schon hingewiesen. Die Erfahrungen damit sind im BBRZ gut; die Lernentwicklung eines Teilnehmers wird nicht von außen, sondern durch ihn selbst, sukzessive, von Aufgabe zu Aufgabe bestimmt. Sein Leistungspotential wird differenzierter gesehen; ist er in einem Arbeitsgebiet weniger erfolgreich, kann er an anderer Stelle größere Fortschritte aufweisen.

(2) Unterschiedliche zeitliche Ausgestaltung

Inhaltliche und zeitliche Individualisierung von Rehabilitationsmaßnahmen gibt es vereinzelt in Rehabilitationszentren²², verhindert jedoch weitgehend Gruppenarbeit. Im BBRZ wurde es als zweckmäßiger angesehen, die Ausbildung in Gruppen beizubehalten, den Zeitumfang für die einzelnen Ausbildungsabschnitte (Lernepochen) jeweils verbindlich festzulegen und durch inhaltliche Differenzierung dem heterogenen Lerntempo zu entsprechen.

²² z.B. „System modulaire“ des Rehabilitationszentrums Mulhouse, Frankreich.

(3) Unterschiedliche Methoden

Die methodische Differenzierung geht mit der inhaltlichen Hand in Hand. Im Rahmen der Lernepochen oder Projekte fallen ganz unterschiedliche Aufgaben, Anforderungen und Handlungsschwerpunkte an. Wenn den Lehrkräften aufgrund einer längsschnittartiger Prozeßdiagnostik und Teambesprechungen die individuellen Förderschwerpunkte präsent sind, können sie gezielt Aufgaben verteilen und ihre Hilfe einsetzen. Das kann ganz unauffällig praktiziert werden, durch Beratung bei der Auswahl der Aufgaben; beim gemeinsamen Arbeiten an einem Problem; bei Vorschlägen, wie ein Teilnehmer seine Arbeitsergebnisse darstellen sollte etc.

Offene Lernsituationen, die nicht vorweg durch straffe methodische Planung in ihrem Ablauf vorherbestimmt sind, sondern sich je nach Teilnehmerbedürfnissen und -reaktionen unterschiedlich entwickeln, stärken fast automatisch ein moderierendes, unterstützendes und differenzierendes Funktionsverständnis der Lehrkräfte. Als offene Lernsituationen können die *Epochen- und Projektausbildung* gelten; in dieser Hinsicht offen sind aber auch *Fallstudien, Planspiele, Rollenspiele*, auch die *Leittextmethode*, soweit sie nicht zu eng verstanden wird. Kern aller dieser Methoden oder Organisationsformen ist das eigenaktive Erarbeiten der Lerninhalte. Wo die Teilnehmer, allein oder in Gruppen, selbst etwas erarbeiten, sind die Ausbilder frei für individuelle pädagogische Hilfen.

7.5.4 Fördersystem

Fördermaßnahmen sind bei Erwachsenen ambivalent zu beurteilen. Können sie frei entscheiden, wie es für Erwachsene angemessen wäre, werden diejenigen, die am notwendigsten Hilfe brauchen, diese nur selten in Anspruch nehmen. Der Grund liegt im Verdrängen dieses »Versagens« und in der Mißerfolgsorientierung vieler Teilnehmer, in deren negatives Selbstbild ein »nachhaltiger Erfolg« nicht paßt. Werden die Teilnehmer zu Fördermaßnahmen verpflichtet, unterstützt man nicht erwachsenengerechte Rollen und Haltungen, die sich in »erlernter Hilflosigkeit« niederschlagen. Individuelle Fördermaßnahmen müssen hier eine Balance zwischen *push* und *pull* finden. Im BBRZ haben sie sich auf drei Ebenen als zweckmäßig erwiesen (Abb. 79).

1. Innerhalb der Unterrichte und Kurse: *durch Differenzierung und offene Lernorganisation.*
2. Ergänzend zum Unterricht: in Form von *Lernzirkeln und Arbeitsgemeinschaften.*
3. Zusätzlich: *durch Förderunterrichte und individuelle Stützmaßnahmen.*

Die Teilnahme an *Lern- oder Arbeitszirkeln* ist im BBRZ Pflicht. Jeder Kurs beinhaltet mindestens drei Wochenstunden Arbeitszirkel. Die Teilnehmer erar-

beiten sich Lerninhalte eigener Wahl, allein oder in Gruppen. Jeder Gruppe steht eine Lehrkraft als Tutor zur Verfügung.

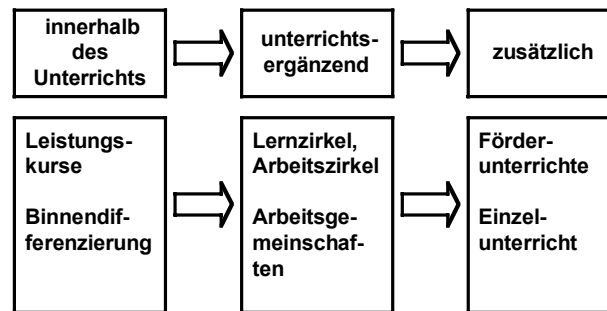


Abb. 79: Fördersystem

Arbeitsgemeinschaften sind freiwillig. Sie beziehen sich auf ergänzende Inhalte. Auch hier stehen Lehrkräfte zur Verfügung.

Förderunterrichte werden als Nachhilfeunterrichte auf Zeit in kleinen Gruppen erteilt. Mit jedem Teilnehmer wird zuvor geklärt, was das Problem ist, was er selbst dafür zu tun hat und in welchem Zeitumfang eine Lehrkraft ihn dabei betreut.

Individuelle Stützmaßnahmen können länger andauern. Sie sind regelmäßig Einzelunterricht und sollen sich auf extreme Problemsituationen beschränken: z.B. Legasthenie, Dyskalkulie, extrem schlechte Sprachkenntnisse; zwangsneurotisches Verhalten, das eine Teilnahme am Förderunterricht für die anderen Teilnehmer sinnlos werden läßt.

8 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Das Ziel dieser Darstellung war die Entwicklung bzw. Formulierung eines sonderpädagogischen Konzeptes für seelisch behinderte Menschen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation Erwachsener. Individuelle gesundheitsstabilisierende und persönlichkeitsfördernde Ansätze sollten in eine möglichst »normale Lernsituation« integriert werden. Langjährige eigene Versuche im RKL/ BBRZ Karlsbad führten auf dieses Ziel zu. Ihnen fehlten jedoch didaktische und lernpsychologische Grundlagen; auch waren die Modi der Arbeitsbeziehungen zwischen Psychiatrie bzw. Psychotherapie und Pädagogik nicht ausreichend geklärt.

Seelische Störungen sind ein gesellschaftliches Tabu- Thema, obwohl oder weil sie häufig vorkommen. Zum Beispiel haben sich die Neu- Erkrankungsraten von schizophrenen Psychosen in den letzten hundert Jahren, trotz erheblicher pharmakologischer Fortschritte, vielfältiger Psychotherapieangebote und des grundlegenden Wandels in der klinischen Psychiatrie nicht verändert. Umgekehrt zeigen Langzeitprognosen bei etwa 2/3 der schizophren Erkrankten wesentlich positivere Entwicklungen, als bisher angenommen wurde und im öffentlichen Meinungsbild bewußt ist. Nun sind psychotische Erkrankungen von diffusen, für die Umwelt und den Kranken unverständlichen, angsterregenden Äußerungsformen bzw. Symptomen begleitet. Weder läßt sich die Herkunft der Erkrankung schlüssig erklären, noch auf bestimmte Lebensereignisse gesichert zurückführen. Die primär eigene Krankheitsverantwortung der Familien und Betroffenen ist eine zwar weit verbreitete, aber widerlegte Hypothese. Seelische Krisen und Erkrankungen manifestieren sich zumeist in Phasen. Sie entwickeln sich in regelkreisartigen Prozessen präorbider Empfindlichkeit bzw. genetischer Disposition und umweltbedingtem, aber unspezifischem Streß. Dieser ist nicht Ursache, sondern Auslöser. Dabei spielt die affektive Verarbeitung eine entscheidende Rolle. Sie färbt und kanalisiert alles Denken und Handeln und bewirkt dadurch das Überschnappen in den Zustand der Ver- rücktheit. Wege aus diesem verrückten Gleichgewichtszustand erfordern ein Aktiv- Werden des Erkrankten. Der mehrfach zitierte amerikanische Philosoph John Dewey geht (1997 [1929]) davon aus, daß aktives Handeln immer mit dem Risiko des Scheiterns aufgrund unvorhersehbarer Entwicklungen behaftet ist, während die reine Erkenntnis (das Denken und Fühlen) Sicherheit biete, weil sie allein nichts verändere. So gesehen läßt sich die chronifizierte Residualsymptomatik des Schizophrenen als Rückzug in eine »passive Sicherheit« interpretieren, die er, trotz Angst und negativer Vorerfahrungen, überwinden und aufgeben muß. Das erfordert Impulse, die stärker sind als die Angst, die ihn bindet und hemmt. Ein erstrebenswertes und erreichbares Ziel, das dem Leben Sinn gibt, Unzufriedenheit mit der derzeitigen Situation gepaart mit dem Wunsch nach Veränderung könnten Wege aus dieser Verflachung, Erstarrung bzw. Passivität sein.

Es ist nicht Aufgabe des Pädagogen, sondern zuerst die der Mediziner und Psychotherapeuten, seelische Heilungsprozesse anzustoßen. Im Rahmen einer

ganzheitlichen Rehabilitation muß aber auch die Lehrkraft bzw. der Ausbilder seine spezifisch pädagogischen Möglichkeiten einbringen, persönlichkeitsfördernde Entwicklungen zu initiieren und zu unterstützen. Das ist ja die originäre praktische Aufgabe der Pädagogik! Auch bei erwachsenen Umschülern darf sich berufliche Förderung nicht auf das Vermitteln von Bildungsinhalten reduzieren. Für einen umfassenden Ansatz benötigt man eine didaktische Basis, um die pädagogischen Möglichkeiten systematisch zu nutzen, aber auch ihre Grenzen nicht aus dem Auge zu verlieren. Das *lerntheoretische didaktische Konzept* ist für die postulierten Förderbedürfnisse bei seelisch Behinderten besonders geeignet. Als eine Art *allgemein- didaktisches Grundmodell*, das vielen Erziehungsbereichen zugrundegelegt wird, wirkt es kontraproduktiven Tendenzen entgegen, die Berufsausbildung seelisch Behinderter als spezielles Problem zu verstehen und auszugliedern. Die umfassende Berücksichtigung *individueller* und *sozialer Lernvoraussetzungen* und die Betonung der Interdependenz der lernprozeß-relevanten Modellparameter: *Ziele, Inhalte, Methoden* und *Medien* erlauben darüber hinaus, spezifische Lernbedingungen und Förderbedürfnisse einzubeziehen. So gelingt die angestrebte Verknüpfung von *Normalprinzip* mit *individueller Förderung* auf der Grundlage dieses Modells.

Die teilnehmerorientierten Förder- bzw. Entwicklungsbedürfnisse seelisch Behinderter stimmen mit häufig vorgetragenen Hypothesen über deren generelle Leistungseinschränkungen nicht ohne weiteres überein. Defizitorientierte Betrachtungen konstatieren ohnedies nur, lösen aber keine Probleme. *Arbeits- bzw. Lernarrangements*, in denen berufliche *und* personale Förderaspekte in der Aufgabenstellung bzw. Lernsituation verknüpft sind, erscheinen zielführender. Personale Qualifikationsanforderungen sind jedoch nicht, wie es in der Diskussion um die Schlüsselqualifikationen erscheint, um ihrer selbst willen legitimiert, sondern nur aufgabenbezogen. Durch Handeln, Aktivität, Ausfüllen bestimmter Aufgabenrollen wird deutlich, welche Anforderungen an die Person des Ausführenden gestellt sind; diese können im Handlungszusammenhang erkannt und im Handlungsprozeß gelernt werden.

Diese Linie führt auf der didaktisch- methodischen Ebene konsequent zur Bevorzugung *handlungsorientierter Lernstrategien*. Sie bieten durch ihre Offenheit, Flexibilität und Differenzierungsmöglichkeiten die besten Voraussetzungen für die Lernbedingungen, die für seelisch Behinderte entscheidend sind:

1. Konkrete Ziele und Sinnbezüge,
2. Eigenaktivität durch konkretes berufliches Handeln,
3. Förderung kognitiver, emotionaler, sozialer und kommunikativer Kompetenzen,
4. Transparenz und Verlässlichkeit der Lernsituation sowie
5. individuell dosierte fachliche und personale Anforderungen.

Die Förderung seelisch Kranker ist im üblichen Rahmen der beruflichen Rehabilitation Erwachsener möglich, wenn z.B. folgende Voraussetzungen sichergestellt sind:

1. Die Rehabilitations- bzw. Bildungseinrichtungen und vor allem ihre pädagogischen Mitarbeiter müssen sich diesem Problemkreis bewußt zuwenden. Gerade die Pädagogen, und nicht nur die medizinisch-therapeutischen Begleitdienste, müssen sich mit den Krankheitsphänomenen generell und der Lern-, Lebens- und Krankheitsgeschichte der betroffenen Teilnehmer speziell intensiv auseinandersetzen, um deren spezifischen Entwicklungsbedürfnisse zu erkennen.
2. Ausbildungskonzepte und -organisation sollten *ganzheitlich* und *handlungsorientiert* sowie offen und flexibel für unterschiedliche individuelle Förder- und Entwicklungsbedürfnisse sein. Frontale Unterrichts- und Unterweisungsmethoden, die das Lernen einheitlich für eine ganze Gruppe gestalten, sind ungeeignet.
3. Die berufliche Bildung und Eingliederung stehen im Vordergrund. Für seelisch behinderte Menschen ist jedoch die Entwicklung der dafür notwendigen personalen und sozialen Ressourcen Voraussetzung. Unter den finanziellen Bedingungen und dem zunehmenden Konkurrenzdruck können Rehabilitationseinrichtungen ihre besondere Legitimation dadurch unterstreichen, daß sie ihr behinderungsspezifisches Know how hier in Form differenzierter Förder- und Integrationskonzepte ausbauen.
4. Zwar haben sich BFWs und BBWs dem Problemkreis seelisch Behinderter aufgeschlossen. Die Schwierigkeiten, für diese dann einen adäquaten Arbeitsplatz zu finden, drohen jedoch zu einem neuen Ausschlußkriterium von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation zu werden. Bei konstanten Inzidenzraten bei Psychosen und ansteigenden bei neurotischen und psychosomatischen Störungen sowie Suchterkrankungen ist ein Verweis auf einen fiktiven »2. oder 3. Arbeitsmarkt« eine gesellschaftliche Fehlleistung, deren »Bumerang- Effekt« nicht ausbleiben wird. Was soll bei einem vielleicht auf Jahre hinaus angespannten Arbeitsmarkt mit einer steigenden Anzahl von Menschen geschehen, deren zentrales Problem, die soziale Isolation und Benachteiligung, durch gesellschaftliche Ausgliederungsprozesse zementiert wird?

„Neuere Forschungen aus der Geschichte der Medizin haben eine seltsame Abfolge von Krankheiten festgestellt: Im 14. Jahrhundert grassierte die Lepra und im 15./ 16. die Pest, im 17. Jahrhundert wurden die Menschen von der Syphilis gequält und im 18. von den Pocken, das 19. Jahrhundert brachte Scharlach, Diphtherie, Masern und Tuberkulose und das 20. wird von einem psychisch- sozialen Elend gekennzeichnet sein, das die bisherige Geschichte weder quantitativ noch qualitativ je zu registrieren hatte: Wenn die Statistik nicht lügt - manchmal sagt sie ja auch die Wahrheit -, dann leiden etwa 25% unserer Mitbürger an einer psychischen Krankheit: jeweils 1 bis 2 Prozent

an dem, was man 'Schizophrenie', 'Depression' und 'Epilepsie' nennt; 3 bis 4 Prozent sind 'süchtig'; 15% vermögen ihre Probleme nur noch mit Hilfe 'neurotischer' Überlebensstrategien zu lösen...

In jeder Klasse von 30 Schülern sitzen also 7 potentielle 'Neurotiker', 'Depressive', 'Schizophrene', 'Süchtige' oder wie die gängigen Etikettierungen halt lauten, das heißt: *Heute geborene Kinder haben eine dreimal größere Chance, psychisch zu erkranken und irgendwann einmal eine Heilanstalt aufsuchen zu müssen denn eine Universität besuchen zu dürfen.* An diesem wachsenden Elend können wir nicht stumm vorübergehen. Auch wenn wir keine Psychologen oder gar Mini- Psychiater sind und werden wollen, bleibt uns nichts anderes übrig, als die verschiedenen Krankheiten und ihre oft verborgenen Ursachen, Erscheinungsformen und Hilfsmöglichkeiten zu verstehen -und zwar jenseits von biochemischem Firlefanz, medizinischem Schubladendenken, hirnorganischen Kreuz-worträtseln und endogenen Verdächtigungen, aber diesseits von psychisch- sozialen Faktoren und Ereignissen. Nur so werden wir Symptome auf ihre Bedeutung hin entziffern und eventuelle Hilfen anbieten und vermitteln können.“ (Gudjons, Teske, Winkel 1986, Klappentext)

In den fünfziger und sechziger Jahren standen die Kriegsfolgeschäden und Lungenerkrankungen im Mittelpunkt konzeptioneller Entwicklungen in der Rehabilitation, in den Siebzigern die Querschnittlähmungen, Körperbehinderungen und Mißbildungen Jugendlicher, in den achtziger Jahren die Hirnverletzungen. Jede dieser Phasen hat die Berufsschulen und die berufliche Rehabilitation vor neue Probleme gestellt, aber auch weitergebracht. Die heutige Zeit ist durch das Phänomen seelischer Störungen geprägt. Trotz erheblicher Dunkelziffer ist hier eines der drängendsten Probleme unserer Zeit angesprochen, dem man nicht mit den Förderkonzepten von gestern gerecht werden wird.

9 ANHANG

9.1 Literaturverzeichnis

- Adam, K. (1998). Der böse Wolf will in die Schule. Was sind Schlüsselqualifikationen? Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 188 v. 15.8.98, S. III.
- Adenauer, L. (1977). Bürotherapie am psychiatrischen Krankenhaus - eine bisher vernachlässigte Rehabilitationshilfe. *Rehabilitation 16* (1977), 95-100.
- Aebli, H. (1969). Zur Einführung. In H. Hiebsch, F. Klix & M. Vorweg (Hrsg.), *Ergebnisse der sowjetischen Psychologie* (S. V-X). Stuttgart.
- Aebli, H. (1970 [1951]). Psychologische Didaktik. Didaktische Auswertung der Psychologie von Jean Piaget. Übersetzung der franz. Originalausgabe: *Didactique psychologique. Application à la didactique de la psychologie de Jean Piaget*. Stuttgart.
- Aebli, H. (1972). Die geistige Entwicklung als Funktion von Anlage, Reifung, Umwelt- und Erziehungsbedingungen. In H. Roth. Deutscher Bildungsrat, Gutachten und Studien der Bildungskommission (Hrsg.), *Begabung und Lernen* (Bd. 4, S. 151-191). Stuttgart.
- Aebli, H. (1977). Piagets Deutung der kognitiven Entwicklung und ein Gegenmodell des geleiteten Strukturaufbaus. In W. Reulecke (Hrsg.), *Strukturelles Lernen* (S. 145-161). Hamburg.
- Aebli, H. (1978). Von Piagets Entwicklungspsychologie zur Theorie der kognitiven Sozialisation. In G. Steiner (Hrsg.), *Psychologie des 20. Jahrhunderts. Piaget und die Folgen: Entwicklungspsychologie- Denkpsychologie- Genetische Psychologie* (Bd. VII, S. 604-627). Zürich.
- Aebli, H. (1980, _1993). Denken. Das Ordnen des Tuns. Band I: Kognitive Aspekte der Handlungstheorie. Stuttgart.
- Aebli, H. (1981, _1994). Denken. Das Ordnen des Tuns. Band II: Denkprozesse. Stuttgart.
- Aebli, H. (1985). Das operative Prinzip. *Mathematik lehren, 11, August 85*, 4-6.
- Aebli, H. (1987). Grundlagen des Lehrens. Stuttgart.
- Aebli, H. (1988). Begriffliches Denken. In H. Mandl & H. Spada (Hrsg.), *Wissenspsychologie* (S. 227-246). München Weinheim.
- Aebli, H. (1991). Zwölf Grundformen des Lehrens. Stuttgart.
- Aebli, H., Griesinger, H., Johannsen, C., Schmidt, H., Schneidewind, K., Schulz, W. & Strammann, K. A. (1989). Bildung ohne Arbeit? -Arbeit ohne Bildung? *Die Arbeitslehre, arbeiten + lernen, 1.Jg., Nr.61*, 3-9.
- Antonovsky, A. (1989). Die salutogenetische Perspektive: Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit. In G. Pauli, Bern, (Hrsg.), *MEDUCS 2* (2).
- Antonovsky, A. (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (S. 3-14). Tübingen.
- Arnold, R. (1994). Schlüsselqualifikation und Selbstorganisation in Betrieb und Schule. In J. Beiler, A. Lumpe & L. Reetz (Hrsg.), *Schlüsselqualifikation, Selbstorganisation, Lernorganisation. Dokumentation eines Symposions in Hamburg* (S. 45-64). Hamburg.
- Arnold, R. & Lipsmeier, A. unter Mitarbeit von D. Münk (1995). Berufspädagogische Kategorien didaktischen Handelns. In R. Arnold & A. Lipsmeier (Hrsg.), *Handbuch der Berufsbildung* (S. 13-28). Opladen.
- Aschoff-Pluta, R.; Bell, V., Blumenthal, St., Lungershausen, E. & Vogel, R. (1985). Über den Bedarf und die tatsächlich erfolgten berufsbezogenen Rehabilitationsmaßnahmen bei erst-eingewiesenen psychiatrischen Patienten. *Rehabilitation 24* (1985), 83-91.
- Ausubel, D. P. & Sullivan, E. V. (1978). Historischer Überblick über die theoretischen Ansätze. In G. Steiner (Hrsg.), *Psychologie des 20. Jahrhunderts. Piaget und die Folgen: Ent-*

- wicklungspsychologie- Denkpsychologie- Genetische Psychologie* (Bd. VII, S. 547-567). Zürich.
- awfi -Arbeitswissenschaftliches Forschungsinstitut Berlin, BMW-Bayerische Motorenwerke AG, München, Stiftung Rehabilitation Heidelberg et al. (1985). Instrumentarium zur Anforderungs- und Belastbarkeits-Analyse (ABA). München und Berlin.
- Bach, O. (1996). Pädagogische Aspekte in der Psycho- und Soziotherapie bei psychiatrischen Patienten. *Nervenheilkunde*, 15, 127-130.
- Bähr, B., Heuser, K., Kupke, S. & Müther-Lange, H. (1993). Psychisch Behinderte im betrieblichen Alltag. Köln.
- Balint, M. (1974 [1938]). Ich-Stärke, Ich-Pädagogik und "Lernen". In P. Kutter & H. Roskamp (Hrsg.), *Psychologie des Ich. Psychoanalytische Ich-Psychologie und ihre Anwendungen* (S. 91-104). Darmstadt.
- Bateson, G. (1983). *Ökologie des Geistes*. Frankfurt am Main.
- Bauer, M. (1997). Geh außen rum und heile. Psychiater der Verfolgten: Zum Tode von Karl-Peter Kisker. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* v. 6.12.1997, Nr. 284, 36.
- Baukus, P. & Thies, J. (Hrsg.). (1993). Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie. Stuttgart Jena New York.
- BBRZ - Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum Karlsbad-Langensteinbach. (1995). *Jahrestatistik 1994 und 1995 (unveröffentlichtes Manuskript)*. Karlsbad-Langensteinbach.
- Becker, G. E. (1990). Durchführung von Unterricht; Handlungsorientierte Didaktik. Teil II. Weinheim und Basel.
- Becker, K. P. & Autorenkollektiv. (1979). Rehabilitationspädagogik. Berlin (DDR).
- Becker, P. (1985). Sinnfindung als zentrale Komponente seelischer Gesundheit. In A. Längle (Hrsg.), *Wege zum Sinn. Logotherapie als Orientierungshilfe* (S. 186-207). München.
- Becker, P. unter Mitarbeit von W.-R. Minsel. (1982). Psychologie der seelischen Gesundheit. Theorien, Modelle, Diagnostik (Bd.1) . Göttingen Toronto Zürich.
- Becker, P. unter Mitarbeit von B. Minsel. (1986). Psychologie der seelischen Gesundheit - Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten (Bd. 2). Göttingen Toronto Zürich.
- Bell, V., Blumenthal, St., Neumann, N. U., Schüttler, R. & Vogel, R. (1988). Rehabilitation oder Rente - Welchen Weg nehmen psychiatrische Patienten nach ihrer 1.stationären Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus? *Rehabilitation* 27 (1988), 97-102.
- Benedetti, G. (1975). Psychiatrische Aspekte des Schöpferischen und schöpferische Aspekte der Psychiatrie. Göttingen.
- Benedetti, G. (1987). Psychotherapeutische Behandlungsmethoden. In K. P. Kisker, H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller & E., Strömngren (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart. Schizophrenien* (Bd. 4, S. 285-323). Berlin Heidelberg New York.
- Benedetti, G., mit einem Beitrag von Lilia d'Alfonso. (1976). *Der Geisteskranke als Mitmensch*. Göttingen.
- Benkmann, K. H. (1989). Pädagogische Erklärungs- und Handlungsansätze bei Verhaltensstörungen in der Schule. In H. Goetze & H. Neukäter (Hrsg.), *Handbuch der Sonderpädagogik Bd. 6: Pädagogik bei Verhaltensstörungen* (S. 71-119). Berlin.
- Bennett, D. (1987). Warum Patienten während der psychiatrischen Behandlung arbeiten. In H. Kunze & K. Lehmann (Hrsg.), *Praxis und Probleme der Arbeitstherapie* (S. 25-35). Bonn.
- Bennett, D. H. (1977). Das Arbeitstraining in teilstationären Einrichtungen in England. In F. Reimer (Hrsg.), *Arbeitstherapie - Praxis und Probleme in der Psychiatrie* (S. 7-14). Stuttgart.
- Berndt, H. (1972). Zur Soziogenese psychiatrischer Erkrankungen. Familiendynamische Aspekte der Schizophrenieforschung. In A. Mitscherlich, T. Brocher, O. Mering & K.

- Horn (Hrsg.), *Der Kranke in der modernen Gesellschaft* (S. 454-482). Köln.
- Bernfeldt, S. (1969). Antiautoritäre Erziehung und Psychoanalyse. Ausgewählte Schriften, Bd. 1-3. Darmstadt.
- Biermann, H. (1992). Produktionsschule aus historischer Sicht. In H. Biermann, W.-D. Greinert, R. Janisch, G. Wiemann & W. Wirsich (Arbeitsgemeinschaft Produktionsschule)(Hrsg.), *Produktionsschulprinzip im internationalen Vergleich*. (S. 33-57) Alsbach/Bergstraße.
- Biermann, H. (1990). Berufsausbildung in der DDR. Zwischen Ausbildung und Auslese. Opladen.
- Biermann, R. (1985). Aufgabe Unterrichtsplanung. Perspektiven und Modelle der kommunikativen Didaktik. Essen.
- Bingler, V. & Heymanns, H. (1989). Möglichkeiten der Zusammenarbeit bei der psychiatrischen und beruflichen Rehabilitation psychotisch Erkrankter. *praxis ergotherapie*, 5/89, 259-272.
- Bintig, A. (1980). Wer ist behindert?. Berlin.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R. F. (1996). Biologische Psychologie. Berlin Heidelberg New York.
- Bister, W. (1977). Psychodynamisch orientierte psychiatrische Gruppenarbeit- Möglichkeiten und Grenzen. *Gruppenpsychother. Gruppendedyn.* 11, 244-255.
- Bister, W. (1981). Einflüsse des therapeutischen Milieus auf die Rehabilitation von Schizophrenen in psychodynamischer Sicht. In R. Battegay (Hrsg.), *Herausforderung und Begegnung in der Psychiatrie. Zu Ehren Dr. med. Gaetano Benedetti* (S. 285-300). Bern Stuttgart Wien.
- Blankenburg, W. (1983). Anthropologisch orientierte Psychiatrie. In U. H. Peters (Hrsg.), *Kinders "Psychologie des 20. Jahrhunderts"*, Bd. 1 *Psychiatrie* (S. 172-187). Weinheim Basel.
- Bleidick, U. (1995). Lernbehindertenpädagogik. In U. Bleidick u. (Hrsg.), *Einführung in die Behindertenpädagogik II* (S. 106-131). Stuttgart Berlin Köln.
- Bleidick, U. & Hagemeyer, U. (1995). Einführung in die Behindertenpädagogik I. Allgemeine Theorie der Behindertenpädagogik. Stuttgart.
- Bloom, B., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H. & Krahtwohl, D. R. (1972). Taxonomie von Lernzielen im kognitiven Bereich. Weinheim und Basel.
- Böker, W. (1992). Rehabilitationsprogramme für chronisch schizophrene Patienten. In A. Rifkin & M. Osterheider (Hrsg.), *Schizophrenie - aktuelle Trends und Behandlungsstrategien* (S. 187-204). Berlin Heidelberg New York.
- Böker, W. & Brenner, H. D. (1997). Behandlungsorte und -institutionen. In W. Böker & H. D. Brenner (Hrsg.), *Behandlung schizophrener Psychosen* (S. 280-290). Stuttgart.
- Böser, H. & Buchkremer, G. (1996). Pädagogik in der Familienarbeit bei psychiatrischen Patienten. *Nervenheilkunde*, 15, 136-140.
- Bordel, R. (1989). Didaktisches Arbeitshandbuch für den Unterricht und die Unterweisung von psychisch Behinderten. In Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), *Konzepte für den Unterricht von Behinderten mit spezifischen Behinderungen*. Bonn.
- Borretty, R., Fink, R., Holzapfel, H. & Klein, U. (1988). PETRA - Projekt- und transferorientierte Ausbildung. Grundlagen, Beispiele, Planungs- und Arbeitsunterlagen. Berlin München.
- Bossing, N. (1977). Die Projektmethode. In A. Kaiser & F. J. Kaiser (Hrsg.), *Projektstudium und Projektarbeit in der Schule*. Bad Heilbrunn.
- Brater, M. (1984). Künstlerische Übungen in der Berufsausbildung. In Projektgruppe Handlungslernen (Hrsg.), *Handlungslernen in der beruflichen Bildung* (S. 62-86). Wetzlar.
- Brater, M. (1985). Entwicklung schöpferischer Fähigkeiten in der Berufsvorbereitung und Be-

- rufsausbildung. *BWP*, 3, 77 - 79.
- Brater, M., Büchele, U. & Reuter, M. (1985). Fachübergreifende Qualifizierung durch künstlerische Übungen. München.
- Brater, M. & Landig, K. (1994). Lehrkräfte lernen, handlungsorientiert zu unterrichten. Ein Seminarleitfaden für Lehrer und Dozenten. München.
- Brater, M. unter Mitwirkung von Heuwold, H., Salijevic, M. & Schmock, S. (1986^a). Rehabilitation durch Arbeit. Handreichung für Mitarbeiter im Arbeitsbereich von Einrichtungen für Menschen mit psychischen Behinderungen. Wuppertal und München.
- Brater, M., Raidus, H. & Wehle E.-U. (1986^b). Die Gestaltung von Arbeitsverhältnissen für psychisch Behinderte in Übergangseinrichtungen und Betrieben. Wuppertal.
- Brater M., Saum, K. & Sonntag, K. H. (1985). Entwicklung schöpferischer Fähigkeiten in der Berufsvorbereitung und Berufsausbildung. *Berufliche Bildung in Wissenschaft und Praxis*.
- Breit, Ch. & Bergmann, G. (1994). Salutogenese und Seelische Gesundheit - ein mehrdimensionaler Ansatz. In F. Lamprecht & R. Johnen (Hrsg.), *Salutogenese - ein neues Konzept in der Psychosomatik?* (S. 35-37). Frankfurt (Main).
- Breloer, G. (1980). Aspekte einer teilnehmerorientierten Didaktik der Erwachsenenbildung. In G. Breloer, H. Dauber, & H. Tietgens (Hrsg.), *Teilnehmerorientierung und Selbststeuerung in der Erwachsenenbildung* (S. 8-112). Braunschweig.
- Brenner, H. D. (1989). Die Therapie basaler psychischer Dysfunktionen aus systemischer Sicht. In W. Böker & H. D. Brenner (Hrsg.), *Schizophrenie als systemische Störung* (S. 170-188). Bern Stuttgart Toronto.
- Brenner, H.-D., Stramke, W. G., Mewes, J., Liese, F. & Seeger, G. (1980). Erfahrungen mit einem spezifischen Therapieprogramm zum Training kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten in der Rehabilitation chronisch schizophrener Patienten. *Nervenarzt* 51 (1980), 106-112.
- Brickenkamp, R. (1975). Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. Göttingen.
- Broda, M. (1993). Coping-Forschung und Gesundheitsforschung. Zur Effektivität und protektiven Wirkung von Coping-Skills. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (S. 67-78). Tübingen.
- Brodthmann, D. (1994). Was läßt uns gesund bleiben? *Friedrich Jahresheft 1994*, 160-163.
- Brown, G. W. (1990). Die Entdeckung von Expressed Emotion: Induktion oder Deduktion? In R. Olbrich (Hrsg.), *Therapie der Schizophrenie* (S. 25-41). Stuttgart Berlin Köln.
- Bruner, J. S. & Olson, D. R. (1978). Symbole und Texte als Werkzeuge des Denkens. In G. Steiner (Hrsg.), *Psychologie des 20. Jahrhunderts. Piaget und die Folgen: Entwicklungspsychologie- Denkpsychologie- Genetische Psychologie* (Bd. VII, S. 306-320). Zürich.
- Buchkremer, G. & Böser, H. (1995). Der Einfluß sozialer Faktoren auf den Krankheitsverlauf und Möglichkeiten therapeutischer Intervention. In H. Häfner (Hrsg.), *Was ist Schizophrenie?* (S. 213-228). Stuttgart Jena New York.
- Buchkremer, G. & Fiedler, P. (1987). Kognitive versus handlungsorientierte Therapie. *Nervenarzt* (1987), 481-488.
- Buchkremer, G. & Windgassen, K. (1987). Leitlinien des psychotherapeutischen Umgangs mit schizophrenen Patienten. Was ist den verschiedenen Schulen und Methoden gemeinsam? *Psychotherapie - med. Psychologie* 37, 407-412.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.). (1984). *Die Rehabilitation Behinderter. Wegweiser für Ärzte*. Köln.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. (1997). Medizinische Einrichtungen- Einrichtungen der medizinisch beruflichen Rehabilitation. Bonn.
- Burow, O.-A. & Gudjons, H. (Hrsg.). (1994). *Gestaltpädagogik in der Schule*. Hamburg.
- Calchera, F. (1989). Neue Anforderungen in der Berufsausbildung (Die Übung macht nicht

- immer den Meister). Frankfurt (Main).
- Calchera, F., Hübeler, I. & Roth, J. (1989). Lernbehinderte wie du und ich. "Lernbehinderte" Jugendliche in der betrieblichen Berufsausbildung. Wetzlar.
- Cancro, R. (1984). Schizophrene Erkrankungen. Überblick über die Schizophrenie. In A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock, U. H. Peters (Hrsg.), *Psychiatrie in Praxis und Klinik, Bd.1 Schizophrenie, affektive Erkrankungen, Verlust und Trauer* (S. 1-20). Stuttgart New York.
- Ceruti, M. (1991). Der Mythos der Allwissenheit und das Auge des Betrachters. In P. Watzlawick & P. Krieg (Hrsg.), *Das Auge des Betrachters* (S. 31-59). München & Zürich.
- Chamberlain, H. St. (1916). Immanuel Kant. Die Persönlichkeit. Als Einführung in das Werk. München.
- Ciampi, L. (1982). Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart.
- Ciampi, L. (1986). Auf dem Weg zu einem kohärenten multidimensionalen Krankheits- und Therapieverständnis der Schizophrenie: Konvergierende neue Konzepte. In W. Böker & H. D. Brenner (Hrsg.), *Bewältigung der Schizophrenie* (S. 47-61). Bern Stuttgart Toronto.
- Ciampi, L. (1988). Außenwelt - Innenwelt. Die Entstehung von Zeit, Raum und psychischen Strukturen. Göttingen.
- Ciampi, L. (1989). Zur Dynamik komplexer biologisch-sozialer Systeme: Vier fundamentale Mediatoren in der Langzeitentwicklung der Schizophrenie. In W. Böker & H. D. Brenner (Hrsg.), *Schizophrenie als systemische Störung* (S. 27-38). Bern Stuttgart Toronto.
- Ciampi, L. (1990). Zehn Thesen zum Thema Zeit in der Psychiatrie. In L. Ciampi & H. P. Dauwalder (Hrsg.), *Zeit und Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Aspekte* (S. 11-25). Bern Stuttgart Toronto.
- Ciampi, L. (1993). Die Hypothese der Affektlogik. *Spektrum der Wissenschaft* 2, 76-82.
- Ciampi, L. (1994). Affect Logic: an Integrative Model of the Psyche and its Relations to Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl. 23), 51-55.
- Ciampi, L. (1995). Sozialpsychiatrie heute - was ist das? In A. Finzen & U. Hoffmann-Richter (Hrsg.), *Was ist Sozialpsychiatrie? Eine Chronik* (S. 203-218). Bonn.
- Ciampi, L. (1996). Nicht-lineare Dynamik komplexer Systeme: Ein chaostheoretischer Zugang zur Schizophrenie? In W. Böker & H. D. Brenner (Hrsg.), *Integrative Therapie der Schizophrenie* (S. 33-47). Bern.
- Ciampi, L. (1997). Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Göttingen.
- Ciampi, L. & Beine, K. (1990). "Soteria Bern" und "Schneiderhaus Gütersloh", zwei sozialpsychiatrische Alternativen-oder: Die Zeit der akuten und chronischen Psychose. In L. Ciampi & H. P. Dauwalder (Hrsg.), *Zeit und Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Aspekte* (S. 111-124). Bern Stuttgart Toronto.
- Ciampi, L., Dauwalder, H.-P. & Agué, C. (1979). Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. III: Längsschnittuntersuchung zum Rehabilitationserfolg und zur Prognostik. *Nervenarzt* 50, 366-378.
- Claparède, E. (1966 [1932]). Die Entdeckung der Hypothese. In C. F. Graumann (Hrsg.), *Denken* (S. 109-115). Köln Berlin.
- COGPACK. (1997). Handbuch zum Programmpaket Version 5.2. Ladenburg.
- Conrad, P. (1987). Leittexte - ein Weg zu selbständigem Lernen. Seminarkonzepte zur Ausbildungsförderung. Teilnehmer-Unterlagen. Bundesinstitut für Berufsbildung, Berlin u. Bonn.
- Cooper, B. & Kunze, H. (1980). Sozialpsychiatrie. In U. H. Peters (Hrsg.), *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. X, Ergebnisse für die Medizin* (2), Psychiatrie (S. 224-255). Zürich.

- Cube, F. von. (1991). Verhaltensbiologie und Pädagogik. In L. Roth (Hrsg.), *Pädagogik Handbuch für Studium und Praxis* (S. 122-131). München.
- Cube, F. von. (1993). Die kybernetisch-informationstheoretische Didaktik. In H. Gudjons, R. Teske & R. Winkel (Hrsg.), *Didaktische Theorien* (S. 47-60). Hamburg.
- Czycholl, R. & Ebner, H. G. (1995). Handlungsorientierung in der Berufsbildung. In R. Arnold & A. Lipsmeier (Hrsg.), *Handbuch der Berufsbildung* (S. 39-49). Opladen.
- Dauenhauer, E. (1981). Berufsbildungspolitik. Berlin Heidelberg.
- Dauwalder, L., Ciompi, L., Aebi, E. & Hubschmid, T. (1984). Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. IV: Untersuchung zur Rolle von Zukunftserwartungen bei chronisch Schizophrenen. *Nervenarzt* 55, 257-264.
- Dell, P. F. (1990). Klinische Erkenntnis. Zu den Grundlagen systemischer Therapie. Dortmund.
- Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.). (1996). *IMBA. Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt*. Bonn.
- Deusch, B. (1996). Das Karlsruher Profilverfahren zur Erfassung von psycho-emotionalen Belastungs- und Fähigkeitspotentialen im Arbeitsleben und zur Erstellung von Anforderungs- und Leistungsprofilen. Karlsruhe.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (1975). Bericht über die Lage in der Psychiatrie in der BRD - zur psychiatrischen/ psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung (Drucksache 7/4200). Bonn-Bad Godesberg.
- Dewey, J. (1966 [1951]). Analyse eines vollständigen Denkaktes. In C. F. Graumann (Hrsg.), *Denken*. Köln Berlin.
- Dewey, J. (1998 [1929]). Die Suche nach Gewißheit. Eine Untersuchung über das Verhältnis von Erkenntnis und Handeln. Übersetzt von Martin Suhr. Frankfurt am Main.
- Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III. (1984). übers. nach der 3. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Weinheim Basel.
- Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R. (1989). Übersetzt nach der Revision der dritten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Weinheim.
- Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R. (1991). Übersetzt nach der Revision der dritten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association (Bd. 3., korrigierte Auflage). Weinheim.
- Dieterich, M. (1983). Geschicklichkeitserprobung mit MTM. Esslingen.
- Dikau, J. (1977). Möglichkeiten eines Ansatzes für eine Didaktik der Weiterbildung. Berlin.
- Djafari, N. & Kade, S. (1989). Praxishilfen für die Umschulung: Projekt: "Entwicklung und Erprobung von Handreichungen und eines Fortbildungskonzepts im Rahmen der Modellversuchsreihe zur beruflichen Qualifizierung von Erwachsenen", Heft 1-7. Frankfurt/Main: Pädagogische Arbeitsstelle, Deutscher Volkshochschulverband e.V.
- Dörner, D. & Stäudel, Th. (1990). Emotion und Kognition. In K. R. Scherer (Hrsg.), *Psychologie der Emotion. Enzyklopädie der Psychologie* (Bd. Themenbereich C, Serie IV, Bd. 3, S. 293-344). Göttingen Toronto Zürich.
- Dörner, K. (1970). Was ist Sozialpsychiatrie? In A. Finzen & U. Hoffmann-Richter (Hrsg.), *Was ist Sozialpsychiatrie? Eine Chronik* (S. 83-90). Bonn (1995).
- Dörner, K. (Hrsg.). (1986). Lebenslänglich arbeitslos, weil minderwertig. Gütersloh.
- Dörner, K. (1990). Zeit und sozialer Wandel-ein Stück Psychiatriegeschichte. In L. Ciompi & H. P. Dauwalder (Hrsg.), *Zeit und Psychiatrie* (S. 202-214). Bern Stuttgart Toronto.
- Dörner, K. & Plog, U. (1984). Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/ Psychotherapie. Rehburg-Loccum.

- Doerry, G. (1981). Soziale emotionale Bedingungsfaktoren des Lernverhaltens von Erwachsenen. In G. Doerry et al. (Hrsg.), *Bewegliche Arbeitsformen in der Erwachsenenbildung*. Braunschweig.
- Donnert, R. (1990). Am Anfang war die Tafel. Praktischer Leitfaden für Vortrag, Lehrgespräch, Moderation, Seminar und Unterweisung. München.
- Drewermann, E. (1991). Kleriker: Psychogramm eines Ideals. München.
- Drewermann, E. (1992). Das Matthäus-Evangelium. Bilder der Erfüllung. Erster Teil. Olten.
- Dubs, R. (1995^a). Entwicklung von Schlüsselqualifikationen in der Berufsschule. In R. Arnold & A. Lipsmeier (Hrsg.), *Handbuch der Berufsbildung* (S. 171-182). Opladen.
- Dubs, R. (1995^b). Konstruktivismus: Einige Überlegungen aus der Sicht der Unterrichtsgestaltung. *Zeitschrift für Pädagogik*, 41. Jg. Nr. 6, 889-903.
- Ebner, H. G. (1988). Theoretische Fundierungsversuche handlungsorientierten Lernens. Eine Kritik. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 84. Bd., Heft 5, 387-401.
- Ebner, H. G. (1992). Facetten und Elemente didaktischer Handlungsorientierung. In G. Pätzold (Hrsg.), *Handlungsorientierung in der beruflichen Bildung* (S. 33-53). Frankfurt am Main.
- Ebner, H. G. & Reinisch, H. (1989). Handlungsorientierung. Kritische Anmerkungen zu einer aktuellen Kennzeichnung didaktischer Entwürfe. *Die Arbeitslehre, arbeiten + lernen*, 11. Jg., Heft 66, 3-9.
- Eikermann, B. & Reker, Th. (1993). Ergebnisse der extramuralen Rehabilitation chronisch psychisch Kranker: 5-Jahres-Follow-up. *Rehabilitation*, 32(1993), 171-176.
- Einsiedler, W. (1978). Selbststeuerung und Lernhilfen im Unterricht. In Neber, H., A. Wagner, W. Einsiedler (Hrsg.), *Selbstgesteuertes Lernen*. Weinheim.
- Einsiedler, W. (1981^a). Lehrmethoden. Probleme und Ergebnisse der Lehrmethodenforschung. München Wien Baltimore
- Einsiedler, W. (1981^b). Didaktik. In H. Schiefele. & A. Krapp (Hrsg.), *Handlexikon zur pädagogischen Psychologie*. München.
- Einsiedler, W. (1984). Lehrmethoden zur Instrukionsverbesserung. In Huber, G. L., A. Krapp und H. Mandl (Hrsg.), *Pädagogische Psychologie als Grundlage pädagogischen Handelns*. München.
- Emmel, H. & Rücker, S. (1974). Gefühl. In J. Ritter (Hrsg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie* (S. 90-94). Darmstadt.
- Ertomis Bildungs- und Förderungs-GmbH, Wuppertal. (1975). Katalog zur Leistungsbeurteilung in der Arbeitserprobung und Berufsfindung. In Ertomis Bildungs- und Förderungs-GmbH, Wuppertal (Hrsg.), *Unv. Manuskript*. Wuppertal.
- Ev. Landeskirche in Baden. (1995). Evangelisches Kirchengesangbuch für die Evangelische Landeskirche in Baden. Karlsruhe.
- Eysenck, H. & Eysenck, M. (1983). Der durchsichtige Mensch. Wie uns Psychologen sehen. München.
- Eysenck, H. J. (1985). Sigmund Freud: Niedergang und Ende der Psychoanalyse. München.
- Fandrey, W. (1990). Krüppel, Idioten, Irre. Zur Sozialgeschichte behinderter Menschen in Deutschland. Stuttgart.
- Fatzer, G. (1988). Ganzheitliches Lernen. Humanistische Pädagogik und Organisationsentwicklung. Paderborn.
- Fausser, P. (1991). Kopf, Herz und Hand: Zur Ideengeschichte der Ganzheitlichkeit aus berufspädagogischer Sicht. Ganzheitlichkeit als pädagogisches Problem. In Ev. Akademie (Hrsg.), *Zur Frage der Ganzheitlichkeit in der beruflichen Bildung* (S. 3-20). Bad Boll.
- Finzen, A. (1993). Schizophrenie. Die Krankheit verstehen. Bonn.
- Finzen, A. (1996). "Der Verwaltungsrat ist schizophren". Die Krankheit und das Stigma. Bonn.

- Finzen, A. & Hoffmann-Richter, U. (Hrsg.). (1995). *Was ist Sozialpsychiatrie? Eine Chronik*. Bonn.
- Fischbach, D. & Notz, G. (1980). Ein Versuch, die psychologische Handlungstheorie auf Lernprozesse in der beruflichen Bildung anzuwenden. In Volpert, W. (Hrsg.), *Beiträge zur Psychologischen Handlungstheorie* (S. 210 -225). Bern Stuttgart Wien.
- Fischbach, D. & Notz, G. (1981). Lernprozesse in der beruflichen Bildung. Anwendungen der psychologischen Handlungstheorie auf Berufsgrundbildungsmodelle. Weinheim.
- Fischer, Max. (1912). Die soziale Psychiatrie im Rahmen der sozialen Hygiene und allgemeinen Wohlfahrtspflege. In A. Finzen & U. Hoffmann-Richter (Hrsg.), *Was ist Sozialpsychiatrie? Eine Chronik* (S. 33-38). Bonn (1995).
- Fischer, T. (1972). Anmerkungen zum Thema Rehabilitationsmedizin. *Ethnomedizin* 2, 141f.
- Fischer, T. (1974). Berufstherapie - ein neuer Fachbereich im Rehabilitationskrankenhaus. *Beschäftigungstherapie und Rehabilitation*, 1, 26-28.
- Fischer, T. (1977). Stand und Entwicklung der Berufstherapie und Beruflichen Anpassung, Teil 1 und 2. *Beschäftigungstherapie und Rehabilitation*, 1, S. 34 -37; 2, S.125-128.
- Fischer, T. (1978). Berufliche Bildung im Fort- und Weiterbildungssystem. In R. Bordel, K. Döbler, T. Fischer, W. Hahn, W. Herrmann, H.-P. Tews, H.-G. Wöhrle (Hrsg.), *Studie zur Beruflichen Bildung Behinderter*. Heidelberg: Stiftung Rehabilitation Heidelberg.
- Fischer, T. (1981). Berufstherapie und Arbeitstherapie. *Beschäftigungstherapie und Rehabilitation*, 1, 24 f.
- Fischer, T. (1983). Berufliche Rehabilitation im und beim Rehabilitationskrankenhaus Karlsbad. *Beschäftigungstherapie und Rehabilitation*, 5/1983, 185-188.
- Fischer, T. (1984). 10 Jahre integrierte medizinische und berufliche Rehabilitation in Einrichtungen der II. Phase - bewährtes Modell oder das Ende eines Versuches? *Rehabilitation*, 23, 57-63.
- Fischer, T. (1987). Berufsfindung und Arbeitserprobung. Berufliche Rehabilitation Behinderter. Dortmund.
- Fischer, T. (1989). Wie gewinne ich ein Bild von den Lernvoraussetzungen und der Persönlichkeit eines Teilnehmers? (Berufsvorbereitung in Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, S. 55-65). Isny.
- Fischer, T. (1991). Didaktische Konzepte (Neue Wege der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, S. 65-77). Wuppertal.
- Fischer, T. (1993^a). Methodisch-didaktische Konzepte in der beruflichen Rehabilitation Erwachsener in Einrichtungen der Phase II. *Rehabilitation* 32 (1993), 162-170.
- Fischer, T. (1993^b). Methodisch-didaktische Möglichkeiten - Bildungskonzepte für behinderte Erwachsene. In W. Stark, Th. Fitzner & Ch. Schubert (Hrsg.), *Berufliche Bildung und Analphabetismus* (S. 152-161). Stuttgart Dresden.
- Fischer, T. (1994^a). Aus der Beruflichen Rehabilitation seelisch Kranker. In F. Lamprecht & R. Johnen (Hrsg.), *Salutogenese: ein neues Konzept in der Psychosomatik?* (S. 47-48). Frankfurt/ Main.
- Fischer, T. (1994^b). Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum - Standort und Perspektiven (*unv. Manuskript*). Karlsbad- Langensteinbach.
- Fischer, T. (1995). Lernstörungen und Lernförderung behinderter Erwachsener. *praxis ergotherapie* Jg., 8 (1), 18-26.
- Fischer, T., Claus, B., Freibichler, H., et al. (1982). Forschungsprojekt Diagnose, Intervention und Prävention bei Lernproblemen Erwachsener. Heidelberg.
- Fischer, T. & Kiesinger, A. (1985). Projekt Arbeitstherapie im Rehabilitationskrankenhaus Karlsbad-Langensteinbach - Abschlußbericht. Heidelberg.
- Fischer, T., Landau, K., Maas, C. & Marquard, E. (1997). Rechnergesteuerte Leistungsvermögensanalyse mit ABBA in der beruflichen Rehabilitation. In Institut für Arbeitsmarkt-

- und Berufsforschung, Nürnberg (Hrsg.), *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* (MittAB, Bd. 30.Jg. 1997, Heft 2, S. 398-411). Stuttgart.
- Fischer, T., Landau, K. Maas, C. & Marquard, E. (1998). Rechnergesteuerte Belastungsanalyse in der Rehabilitation mit ABBA. *Rehabilitation 37. Jg* (1998), 1-8.
- Fischer, T. unter Mitarbeit von Harke, D. (1987). Didaktische Konzepte der Lernförderung bei Lernproblemen in der Berufsbildung Erwachsener - Materialien und Praxiserfahrungen-. Berlin & Bonn.
- Fischer, T. & Schmeiss, A. (1986). Integrative Lernkonzepte zwischen Fachunterricht und berufspraktischer Ausbildung in Übungsfirmen. In K. Kutt & R. Selka (Hrsg.), *Simulation und Realität in der kaufmännischen Berufsbildung* (S. 121-163). Berlin.
- Fittkau, B. (1978). Ratingskalen in der pädagogischen Beurteilung. In Klauer, K. J. (Hrsg.), *Handbuch der pädagogischen Diagnostik* (Bd. 3, S. 727-747). Düsseldorf.
- Flehsig, K.-H. (1996). Kleines Handbuch didaktischer Modelle. Eichenzell.
- Foerster, H. von. (1997). Entdecken oder Erfinden? Wie läßt sich Verstehen verstehen? In H. v. Foerster; E. von Glasersfeld; P. Hejl, S. Schmidt & P. Watzlawik (Hrsg.), *Einführung in den Konstruktivismus* (S. 41-88). München Zürich.
- Franke, A. (1993^a). Die Unschärfe des Begriffs "Gesundheit" und seine gesundheitspolitischen Auswirkungen. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (S. 15-34). Tübingen.
- Franke, A. (1993^b). Gesundheit in Psychologie und Psychotherapie. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (S. 169-184). Tübingen.
- Franke, A. (1994). Praxisrelevante Grundgedanken des Salutogenese-Konzeptes. In F. Lamprecht & R. Johnen (Hrsg.), *Salutogenese: ein neues Konzept in der Psychosomatik?* (S. 27-31). Frankfurt (Main).
- Franke, A. & Broda, M. (Hrsg.). (1993). *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen.
- Frankl, V. E. (1979). *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. Eine Auswahl aus dem Gesamtwerk*. München Zürich.
- Freud, A. (1971 [1935]). *Psychoanalyse für Pädagogen - Eine Einführung*. Bern Stuttgart Wien.
- Freuling, M.; Mitautoren: Glatz, Th. & Nonnenmann, H. (1991). *Übergänge. Ein psychoanalytisch-sozialtherapeutisches Modellprojekt zur Integration autistischer und psychotischer junger Erwachsener*. Weinheim.
- Frey, Karl. (1982). *Die Projektmethode*. Weinheim und Basel.
- Fricke, R. (1974). *Kriteriumsorientierte Leistungsmessung*. Stuttgart.
- Friedell, E. (1981). *Kulturgeschichte Griechenlands*. München.
- Fried, Y. (1980). Piaget und die Klinische Psychiatrie. In U. H. Peters (Hrsg.), *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Ergebnisse für die Medizin* (2, Bd. X, S. 198-216). Zürich.
- Fried, Y. (1983). Piaget und die klinische Psychiatrie. Piaget und die Folgen: Theorie möglicher und legitimer Welten. In U. H. Peters (Hrsg.), *Kindlers "Psychologie des 20. Jahrhunderts". Psychiatrie* (Bd. 1, S. 188-206). Weinheim Basel.
- Friedrichs, K., Meyer, H. & Pilz, E. (1984). *Unterrichtsmethoden*. Oldenburg.
- Frieling, E. (1975). *Psychologische Arbeitsanalyse*. Stuttgart.
- Furth, H. G. (1973). *Piaget für Lehrer*. Düsseldorf.
- Gadamer, H.-G. (1985). *Lob der Theorie*. Frankfurt.
- Gagné, R. M. (1973). *Die Bedingungen des menschlichen Lernens*. Hannover.
- Galperin, P. J. (1974). Die geistige Handlung als Grundlage für die Bildung von Gedanken und Vorstellungen. In P. J. Galperin, A. N. Leontjew u. (Hrsg.), *Probleme der Lerntheorie*. Berlin.

- Galperin, P. J. (1980). Zu Grundfragen der Psychologie. Köln.
- Galperin, P. J., Saporoshez, A. W. & Elkonin, D. B. (1974). Probleme des Erwerbs von Kenntnissen und Fertigkeiten und neue Unterrichtsmethoden in der Schule. In P. J. Galperin & A. N. Leontjew (Hrsg.), *Probleme der Lerntheorie* (S. 66-81). Berlin.
- Gattaz, W. F. (1995). Biologische Schizophrenieforschung: Methodische Probleme und integrative Forschungsansätze. In H. Häfner (Hrsg.), *Was ist Schizophrenie?* (S. 117-130). Stuttgart Jena New York.
- Geggus, M. & Maier, A. unter Mitarbeit von Dennerlein, I., Hinz, D., Herz, R. Hornisch, W., Kruppke, G., Rommel, U., Schwarzer, R., Weyel, R. & Wöhrle, H.-G. (1994). Berufsfindung und Arbeitserprobung für Menschen mit psychischen Problemen. Bonn Wiesloch.
- Gerds, P. (1995). Selbstregulation statt Fremdkontrolle. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 91. Band, Heft 1, 7-27.
- Gerds, P., Rauner, F & Weisenbach, K. (1984). Lernen durch Handeln in der beruflichen Bildung. In Projektgruppe Handlungslernen (Hrsg.), *Handlungslernen in der beruflichen Bildung*. Wetzlar.
- Gerspach, M. (1987). Vom klassischen zum psychoanalytischen Paradigma in der Heilpädagogik. In H. Reiser & H.-G. Trescher (Hrsg.), *Wer braucht Erziehung? Impulse der Psychoanalytischen Pädagogik* (S. 146-160). Mainz.
- Gerstenmaier, J. & Mandl, H. (1995). Wissenserwerb unter konstruktivistischer Perspektive. *Zeitschrift für Pädagogik*, 41. Jg. Nr. 6, 867-888.
- Giovanni, J. (1978). *Kritisches Handbuch der Psychiatrie*. Frankfurt/Main.
- Glaserfeld, E. von. (1991). Abschied von der Objektivität. In P. Watzlawick & P. Krieger (Hrsg.), *Das Auge des Betrachters* (S. 17-30). München Zürich.
- Glaserfeld, E. von. (1994). Piagets konstruktivistisches Modell: Wissen und Lernen. In G. Rusch & S. J. Schmidt (Hrsg.), *Piaget und der Radikale Konstruktivismus* (S. 16-42). Frankfurt am Main.
- Glaserfeld, E. von. (1997). Konstruktion der Wirklichkeit und des Begriffs der Objektivität. In H. v. Foerster; E. von Glaserfeld; P. Hejl, S. Schmidt & P. Watzlawick (Hrsg.), *Einführung in den Konstruktivismus* (S. 9-39). München Zürich.
- Goldner, C. (1997). PSYCHO: Therapien zwischen Seriosität und Scharlatanerie. Augsburg.
- Görres, A. (1977). Die Primärtherapie Arthur Janovs. In D. Eicke (Hrsg.), *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. III, Freud und die Folgen* (II, S. 1210-1221). Zürich.
- Graumann, C. F. (1971). Einführung in die Psychologie. Bd. 1. Motivation. Bern, Stuttgart.
- Greinert, W.-D., Wiemann, G. unter Mitarbeit von Biermann, H. & Janisch, R. (1993). Produktionsschulprinzip und Berufsbildungshilfe: Analyse und Beschreibungen. Baden-Baden.
- Groß, W. (1987). Arbeitstherapie. Zur Bedeutung von Arbeit bei der Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen. In W. Bungard & A. Schubert (Hrsg.), *Mannheimer Schriften zur Beruflichen Rehabilitation und Integration*. Mannheim.
- Groupement Interprofessionnel Régional Pour la Promotion de l'Emploi des Personnes Handicapées en Lorraine. (1991). *Methode E.L.H.A.N.* Nancy.
- Gudjons, H. (1980). Handelnder Unterricht - handlungsorientierter Unterricht. *Westermanns Pädagogische Beiträge*, 9, 344-349.
- Gudjons, H. (1995). Pädagogisches Grundwissen. Bad Heilbrunn.
- Gudjons, H. (1997). Handlungsorientiert lehren und lernen. Schüleraktivierung, Selbsttätigkeit, Projektarbeit. Bad Heilbrunn.
- Gudjons, H., Teske, R. & Winkel, R. (Hrsg.). (1986). *Psychische Erkrankungen in unserer Zeit*. Hamburg.
- Gudjons, H., Teske, R. & Winkel, R. (1993). Didaktische Theorien. Mit Beiträgen von W. Klafki, W. Schulz, F. v. Cube, Ch. Möller, R. Winkel & H. Blankertz. Hamburg.

- Guitton, J., Bogdanov, G. & Bogdanov, I. (1993). Gott und die Wissenschaft. Auf dem Weg zum Meta-Realismus. München.
- Hacker, W. (1976). Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. Berlin (DDR).
- Hacker, W. (1978). Allgemeine Arbeits- und Ingenieurpsychologie. Psychische Struktur und Regulation von Arbeitstätigkeiten. Bern.
- Hacker, W., Iwanowa, A. & Richter, P. (1983). Tätigkeitsbewertungssystem (TBS). Dresden.
- Hacker, W., & Matern, B. (1976). Methoden zum Ermitteln tätigkeitsregulierender kognitiver Prozesse und Repräsentationen bei industriellen Arbeitstätigkeiten. In Hacker, W. (Hrsg.), *Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten* (S. 29-49). Berlin (DDR).
- Häfner, H. (1988). Rehabilitation Schizophrener: Ergebnisse einer Studie und selektiver Überblick. *Z. Klin. Psych.* 17, 187-209.
- Häfner, H. (1995). Was ist Schizophrenie? In H. Häfner (Hrsg.), *Was ist Schizophrenie* (S. 1-56). Stuttgart Jena New York.
- Häfner, H., Gattaz, W. F., Breitmaier, J. & Riecher, A. (1988). Schizophrenie. Eine Krankheit verliert ihren Schrecken. Köln.
- Haerlin, Ch. (1982). Die Bedeutung der früheren Berufstätigkeit für die Zukunft des psychiatrischen Patienten - Von der Arbeitstherapie zum beruflichen Training. *Beschäftigungstherapie und Rehabilitation, Heft 2*, 92-105.
- Haerlin, Ch. (1987). Wie erarbeite ich mit dem Kranken eine realistische Perspektive in bezug auf seine Arbeitsfähigkeit? In H. Kunze & K. Lehmann (Hrsg.), *Praxis und Probleme der Arbeitstherapie* (S. 81-95). Bonn.
- Hagen, G. (1997). Zerfahrenes Denken bei Schizophrenie? Unscharfe Zuordnung von Begriffen - Nervenbotenstoff Dopamin als Ursache? *Frankfurter Allgemeine Zeitung Nr. 233 vom 8.10.1997*, N4.
- Haltenhoff, H. (1994). Frühe Kindheit und unspezifische Wirkfaktoren der Psychotherapie aus Sicht des Salutogenese Konzepts. (*Unv. Manuskript*). Marburg: Psychiatrische Universitätsklinik.
- Harke, D. & Freibichler, H. (1980). Übersicht über die Entwicklung eines Verfahrens zur Erfassung von Lernproblemen Erwachsener (S. 1 - 10). Berlin.
- Harke, D. & Freibichler, H. (1982). Fragebogen zu Lernproblemen Erwachsener - FLE - Arbeitshefte für Lehrende und Lernende. Berlin.
- Harke, D., & Freibichler, H. (1984). Problemdignose in der beruflichen Weiterbildung - die Fragebogen zu Lernproblemen Erwachsener (FLE). *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 3, 94-97.
- Hartmann, J., Bähr, B. & Dickenberger, D. (1993). Arbeit und berufliche Rehabilitation psychisch Behinderter: Ein kontroll- und attributionstheoretischer Ansatz zur Erklärung des Einflusses der Arbeitsbedingungen. *Rehabilitation* 32 (1993), 26-39.
- Heckhausen, H. (1980). Motivation und Handeln. Berlin, Heidelberg.
- Heeg/ Münch (Hrsg.). (1993). Handbuch Personal- und Organisationsentwicklung. Stuttgart.
- Hensge, K. & Kampe, N. (1991). Lernbeeinträchtigte in den neugeordneten Metallberufen. Vermittlung von Schlüsselqualifikationen in Grund- und Fachausbildung. Teilnehmer-Unterlagen. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.) Berlin Bonn.
- Heimann, P., Otto, G. & Schulz, W. (Hrsg.). (1972 [1965]). *Unterricht. Analyse und Planung*. Hannover.
- Hildebrand- Nilshon. M. (1981). Sprechhandlungen im Unterricht. In D. Kleiber (Hrsg.), *Handlungstheorie in der Anwendung*. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen
- Hiller, G., & Schönberger, F. (1977). Erziehung zur Geschäftsfähigkeit. Essen.
- Hodel, B. & Brenner H. D. (1996^a). Weiterentwicklung des "Integrierten Psychologischen Trainingsprogrammes" für Schizophrene Patienten (IPT): Erste Ergebnisse zum Training

- "Bewältigung von maladaptiven Emotionen". In W. Böker & H. D. Brenner (Hrsg.), *Integrative Therapie der Schizophrenie* (S. 170-188). Bern.
- Hodel, B. & Brenner, H. D. (1996^b). Ein Trainingsprogramm zur Bewältigung von maladaptiven Emotionen bei schizophren Erkrankten. Erste Ergebnisse und Erfahrungen. *Nervenarzt*, 67, 564-571.
- Hodel, B. & Brenner, H. D. (1997). Kognitive Therapieverfahren bei schizophren Erkrankten. In W. Böker & H. D. Brenner (Hrsg.), *Behandlung schizophrener Psychosen* (S. 90-110). Stuttgart.
- Hodel, J., Schärer, S. & Steiner, E. (1979). Berufliche Wiedereingliederung psychisch Invalider. Erste Resultat einer katamnesticen Untersuchung. *Rehabilitation 18* (1979), 25-34.
- Höpfner, H-D. (1991). Entwicklung selbständigen Handelns in der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Ein auf der Theorie der Handlungsregulation begründetes didaktisches Modell. Berlin und Bonn.
- Höpfner, H.-D., Koch, J., Meerten, E., Rotluff, J., Schneider, P. J. & Selka, R. (1991). Leittexte - ein Weg zu selbständigem Lernen. Referentenleitfaden. Berlin und Bonn.
- Hoffmann, H. (1995). Schizophrenietheorie und Gemeindepsychiatrie-Folgerungen aus aktuellen Modellvorstellungen für die Versorgung. *Psychiat.Prax.* 22 (1995), 3-8.
- Hoffmann-Richter, U. (1995). Sozialpsychiatrie - Spezialdisziplin oder Sichtweise? In A. Finzen & U. Hoffmann-Richter (Hrsg.), *Was ist Sozialpsychiatrie? Eine Chronik* (S. 11-27). Bonn.
- Hohm, H. (1977). Berufliche Rehabilitation von psychisch Kranken. Kritische Bestandsaufnahme, neue Konzepte und Praxisversuche. Weinheim und Basel.
- Hornberger, S. (1990). Möglichkeiten der Einbeziehung des Bewegungserlebens in eine verrückte Beziehungswelt. Die Bedeutung von Körper- und Bewegungserfahrungen für Kinder und Jugendliche mit schweren Beziehungsstörungen. *Unv. Diplomarbeit am Institut für Sportwissenschaft der Universität Tübingen.*
- Hornung, W. P. & Buchkremer, G. (1992). Psychoedukative Interventionen zur Rezidivprophylaxe schizophrener Psychosen. In A. Rifkin & M. Osterheider (Hrsg.), *Schizophrenie - aktuelle Trends und Behandlungsstrategien* (S. 205-217). Berlin Heidelberg New York.
- Hoyos, Graf C. & Frieling, E. (1977). Die Methodik der Arbeits- und Berufsanalyse. In K. H. Seifert. (Hrsg.), *Handbuch der Berufspsychologie* (S. 103-140). Göttingen.
- Huber, G. (1981). Psychiatrie. Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. Stuttgart New York.
- Huber, R. & Rudnitzki, G. (1975). Familientherapie im Rehabilitationskrankenhaus. *Die Schwester 14*, 4, 60-61.
- Huber, R., Rudnitzki, G. & Vallet, W. (o. Jahr). Rehabilitationsverläufe bei psychisch Behinderten in drei kooperierenden Rehabilitationseinrichtungen (Rehabilitations-Kette) (*unv. Forschungsbericht*). Heidelberg: Stiftung Rehabilitation Heidelberg.
- Huhnstock, K.-H. & Fischer, T. (1991). Das Rehabilitationskrankenhaus Karlsbad-Langensteinbach. *Rehabilitation 30* (1991), I-VI.
- Huschke-Rhein, R. (1987). Systemische Pädagogik Bd. 2: Qualitative Forschungsmethoden und Handlungsforschung. Köln.
- Huschke-Rhein, R. (1988). Systemische Pädagogik. Bd. 1. Systempädagogische Wissenschaftslehre als Bildungslehre im Atomzeitalter. Köln.
- Huschke-Rhein, R. (1989). Systemische Pädagogik. Bd. 3: Systemtheorien für die Pädagogik. Umriss einer neuen Pädagogik. Köln.
- Huschke-Rhein, R. (Hrsg.). (1990). Systemische Pädagogik, Bd. 4: Zur Praxisrelevanz der Systemtheorien. Köln.
- Janov, A. (1974). Anatomie der Neurose. Die wissenschaftliche Grundlegung der Urschreithherapie. Frankfurt/ Main.

- Jerouschek, G. (1995). Friedrich Spee als Justizkritiker. Die *Cautio Criminalis* im Lichte des gemeinen Strafrechts der frühen Neuzeit. In G. Franz (Hrsg.), *Friedrich Spee zum 400. Geburtstag. Kolloquium der Friedrich-Spee-Gesellschaft Trier* (S. 115-136). Paderborn.
- Jervis, G. (1978). *Kritisches Handbuch der Psychiatrie*. Frankfurt/ Main.
- Jochheim, K.-A., Koch, M., Mittelsten Scheid, E., Schian, H.-M. & Weinmann, S. (1985/1988). *Ertomis - Fähigkeits- und Anforderungsprofile - Hilfe für die Wiedereingliederung Behinderter*. Wuppertal.
- Jung, C. G. (1981). *Psychologische Typen*. Olten und Freiburg.
- Kaminer, I. J. (1997). Normalität und Nationalsozialismus. *Psyche*, 51. Jahrgang, Mai 1997, 385-409.
- Kant, I. (1995 [1787]). *Kritik der reinen Vernunft* (Bd. 2). Köln [Königsberg].
- Karazman, R., Geißler, H., Karazman-Morawetz, I., Johanning, E. & Hörschinger, P. (1994). Sinn-Erleben und Gesundheit - "Existenzanalyse" bei Fahrern eines öffentlichen Nahverkehrsunternehmens im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprogrammes. In F. Lamprecht & R. Johnen (Hrsg.), *Salutogenese - ein neues Konzept für die Psychosomatik?* (S. 49-51). Frankfurt (Main).
- Kell, A. (1991). Grundbildung und Beruf aus der Sicht der Berufspädagogik. In Comenius Institut Münster; Ev. Akademie Bad Boll; Arbeitsgemeinschaft Ev. Erzieher in Deutschland (Hrsg.), *Bildung durch Schlüsselqualifikationen? Zum Verhältnis von Bildung und Beruf* (S. 23-46). Münster.
- Kerscheinstener, G. (1966). *Berufsbildung und Berufsschule. Ausgewählte pädagogische Schriften*. Besorgt von Gerhard Wehle. Paderborn.
- Kerschensteiner, G. (1950 [1912]). *Begriff der Arbeitsschule*. München.
- Kiphard, E. J. (1990). *Mototherapie, Teil I und II* (Bd. 1 u.2). Dortmund.
- Kipp, M. (1991^a). Kopf, Herz und Hand: Zur Ideengeschichte der Ganzheitlichkeit aus berufspädagogischer Sicht. Unter dem besonderen Aspekt der Berufserziehung und Pädagogik im nationalsozialistischen Deutschland. "DEUTSCHLAND BRAUCHT GANZE KERLE". Zur ganzheitlichen Facharbeiterausbildung im VW-Vorwerk Braunschweig. In Pressestelle der Ev. Akademie (Hrsg.), *Zur Frage der Ganzheitlichkeit in der beruflichen Bildung* (S. 52-76). Bad Boll.
- Kipp, M. (1991^b). Schlüsselqualifikationen in der beruflichen Rehabilitation. In M. Kipp (Hrsg.), *Schlüsselqualifikationen in der beruflichen Rehabilitation* (S. 9-21). Alsbach/ Bergstraße.
- Kipp, M. (1992). Mit Kopf, Herz und Hand? - Kritische Anmerkungen zu "ganzheitlichen" Qualifikationskonzepten. In G. Pätzold (Hrsg.), *Handlungsorientierung in der beruflichen Bildung* (S. 123-137). Frankfurt/ Main.
- Klafki, W. (1976). Zum Verhältnis von Didaktik und Methodik. *Zeitschrift für Pädagogik*, 22, 77-94.
- Klafki, W. (1981). Zur Unterrichtsplanung im Sinne kritisch-kommunikativer Didaktik. In B. Adl-Amiri & R. Künzli (Hrsg.), *Didaktische Modelle und Unterrichtsplanung* (S. 11-48). München.
- Kleber, E. W. (1980). Die Zone zwischen Unterricht und Therapie - Sonderpädagogische Beratung. In Holtz, K. L. (Hrsg.), *Sonderpädagogik und Therapie*. Rheinstetten.
- Kleffman, A. (1993). Welcher Arbeitsplatz für welchen Patienten? Psychologische Merkmalsprofile als Instrumentarium der beruflichen Rehabilitation. *praxis ergotherapie*, Jg. 6 (6), 344-349.
- Kleffmann, A. (1996). *Berufliche Rehabilitation psychisch Behinderter mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie*. Regensburg.
- Kleiber, D. & Stadler, M. (1981). Emotionale und kognitive Handlungsregulation. Überlegungen zur Rolle der Emotionen in der Tätigkeitstheorie und der kognitiven Theorie. In D.

- Kleiber (Hrsg.), *Handlungstheorie in der Anwendung* (Bd. Sonderheft IV/1981 der "Mitteilungen der DGVT", S. 275-298). Tübingen.
- Klein, M. (1974 [1946]). Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In P. Kutter & H. Roskamp (Hrsg.), *Psychologie des Ich. Psychoanalytische Ich-Psychologie und ihre Anwendungen* (S. 141-174). Darmstadt.
- Klippert, H. (1991). Handlungsorientiertes Lehren und Lernen in der Schule. *arbeiten und lernen/Wirtschaft, Nr.4*, 7-16.
- Knörzer, W. (1978). Motivation und soziale Interaktion beim selbstgesteuerten Lernen. In H. Neber, A. Wagner & W. Einsiedler (Hrsg.), *Selbstgesteuertes Lernen*. Weinheim.
- Knoll, M. (1994). Das "russische System", "Slöjd" und die Entwicklung der Projektmethode in Amerika. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, 30. Bd., Heft 1*, 5-25.
- Koch, J. & Selka, R. (1991). Leittexte - ein Weg zu selbständigem Lernen. Teilnehmer-Unterlagen. Berlin und Bonn
- Koch, M. (1968). Das TOWER-System, ein Beitrag zur Berufsfindung und Leistungsüberprüfung. *Rehabilitation, 2*, 55 ff.
- Köhle, K., Obliers, R. & Faber, J. (1994). Das Salutogenese-Konzept in Theorie und Praxis. In F. Lamprecht & R. Johnen (Hrsg.), *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik?* (S. 63-84). Frankfurt.
- Kornmann, R. & Ullrich- Kehder, R. (1989). Entwicklung und Validierung einer Lernhierarchie zum Fähigkeitserwerb korrekten perspektivischen Zeichnens. *Ztschr. für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, XXI, Heft 1*, 57-69.
- Kossakowski, A. (1973). Über persönlichkeits-theoretische Grundlagen der Pädagogischen Psychologie. In A. Kossakowski & J. Lompscher (Hrsg.), *Ideologisch-theoretische und methodologische Probleme der Pädagogischen Psychologie* (S. 13-70). Berlin.
- Krambeck, P., Schmidt, J., Kieser, J., Nübling, R., Johnen, R. & Wittmann, W. W. (in Druck). Integrated psychosomatic and vocational Rehabilitation. First Results from the BBE project of the Schömberg clinic. *6th European Congress on Research in Rehabilitation 1998*.
- Kramer, Heinrich [Institoris]. (1992 [1491]). Nürnberger Hexenhammer 1491. Hildesheim Zürich New York.
- Krapp, A. (1984). Diagnose und Prognose. In G. L. Huber, A. Krapp, & H. Mandl (Hrsg.), *Pädagogische Psychologie als Grundlage pädagogischen Handelns*. München.
- Kretschmer, E. (1973). Vorlesungen über Psychoanalyse. Herausgegeben von W. Kretschmer. Stuttgart.
- Kretschmer, E. (²⁶1977). Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. Herausgegeben von W. Kretschmer. Berlin Heidelberg New York.
- Kring, R., Stobbe, J. & Schian, H. M. (1995). Das EAM-Profilsystem - Fähigkeits und Anforderungsprofile als Entscheidungshilfe im Spannungsfeld zwischen (medizinischer) Rehabilitation und beruflicher Integration. *Rehabilitation 34, XXV-XXXIV*.
- Krogoll, T., Pohl, W. & Wanner, C. (1986). CNC-Grundlagenausbildung mit dem Lehr- und Lernkonzept CLAUS. "CNC Lernen Arbeit und Sprache" auch für An- und Ungelernte (*unveröffentlichte Informationsschrift*). Stuttgart.
- Krogoll, T., Pohl, W. & Wolfert, U. (1986). Neue Wege des Lernens. CNC-Grundlagenkurs für An- und Ungelernte - Über Sprache und Handlungslernen im Claus-Konzept. *Lernfeld Betrieb, Heft 2*, 61-63.
- Kulenkampff, C., Kunze, H., Lehmann, K. & Schwendy, A. (1982). Rahmenkonzeption für die berufliche Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter (*unv. Diskussionspapier für die Arbeitsgruppe seelisch Behinderter beim BMA*).
- Kunze, H. (1982). Psychisch Kranke und Behinderte - Stiefkinder der Rehabilitation. *Rehabilitation 21* (1982), 106-110.

- Kunze, H. (1997). Asyl für psychisch Kranke. Zum Tode des Sozialpsychiaters Douglas Bennett. *Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 10.9.97*.
- Kunze, H. & Lehmann, K. (Hrsg.). (1987). *Praxis und Probleme der Arbeitstherapie*. Bonn.
- Längle, G., Welte, W. & Niedermeier-Bleier, M. (1997). Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker. In Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hrsg.), *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*. (S. 479-490). Nürnberg.
- Landau, K. (1977). Zur Entwicklung einer Systematik der Anforderungs- und Eignungsbeurteilung für Behinderte. *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin.*, 99-106.
- Landau, K. (1978). Das Arbeitswissenschaftliche Erhebungsverfahren zur Tätigkeitsanalyse (AET). Darmstadt.
- Landau, K. (1992). Arbeitsinhalt. In K. Landau & E. Stübler (Hrsg.), *Die Arbeit im Dienstleistungsbetrieb. Grundzüge einer Arbeitswissenschaft der personenbezogenen Dienstleistung* (S. 92-112). Stuttgart-Hohenheim.
- Landau, K., Luczak, H. & Rohmert, W. (1975). Arbeitswissenschaftlicher Erhebungsbogen zur Tätigkeitsanalyse (S. 251-293). Bonn.
- Landau, K., Maas, C., Marquard, E. & Fischer, T. (1997). Rechnergestützte Belastungsanalyse von Arbeitsplätzen mit der ABBA-Software. In K. Landau, H. Luczak & W. Laurig (Hrsg.), *Software-Werkzeuge zur ergonomischen Arbeitsgestaltung* (S. 18-33). Bad Urach: REFA-Fachbuchreihe Arbeitsgestaltung.
- Langegger, Z. (1994). Lauftherapie in der Rehabilitation von psychisch Kranken (*unv. Manuskript*). Karlsbad.
- Lehmann, H. E. (1984). Schizophrenie: Geschichte. In A. M. Freedman, H. J. Kaplan, B. J. Sadock & U. H. Peters (Hrsg.), *Psychiatrie in Praxis und Klinik, Bd.1 Schizophrenie, affektive Erkrankungen, Verlust und Trauer* (S. 20-33). Stuttgart New York.
- Lehmann, H. E. (1984). Schizophrenie: Klinisches Bild. In A. M. Freedman, H. J. Kaplan, B. J. Sadock & U. H. Peters (Hrsg.), *Psychiatrie in Praxis und Klinik, Bd.1 Schizophrenie, Affektive Erkrankungen, Verlust und Trauer* (S. 93-142). Stuttgart New York.
- Lehmann, H. & Ulbricht, O. (1992). Vom Unfug des Hexen-Processes. Gegner der Hexenverfolgungen von Johann Weyer bis Friedrich Spee. Wiesbaden.
- Lehmann, K., & Kunze, H. (1984). Arbeitstherapie in Psychiatrischen Krankenhäusern - Leitlinien und Bestandsaufnahme. Kassel.
- Lempp, R. (1989). Medizinische Grundlagen der Verhaltensstörungen. In H. Goetze & H. Neukäter (Hrsg.), *Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 6: Pädagogik bei Verhaltensstörungen* (S. 887-907). Berlin.
- Leontjew, A. N. (1973). Probleme der Entwicklung des Psychischen. Mit einer Einführung von Klaus Holzkamp und Volker Schurig. Frankfurt/ Main.
- Leontjew, A. N. (1974). Das Lernen als Problem der Psychologie. In P. J. Galperin, A. N. Leontjew u. (Hrsg.), *Probleme der Lerntheorie* (S. 11-32). Berlin.
- Leontjew, A. N. & Galperin, P. J. (1974). Die Theorie des Kenntniserwerbs und der programmierte Unterricht. In P. J. Galperin & A. N. Leontjew (Hrsg.), *Probleme der Lerntheorie* (S. 50-65). Berlin.
- Leyendecker, Ch. H. (1983). Erfahrungen und Theorie in der Sonderpädagogik Körperbehinderter - ein Diskurs zum Theorie-Praxis-Bezug. *Rehabilitation* 22, 100-109.
- Leyendecker, Ch. (1987). Psychologie der Körperbehinderten. In J. Fengler & G. Jansen (Hrsg.), *Heilpädagogische Psychologie*. Stuttgart Berlin Köln Mainz.
- Leyendecker, Ch. (1992). Zutrauen und Verantworten. Ein praxisnaher Essay und empirischer Aufweis der Prinzipien "Hoffnung" (Bloch) und "Verantwortung" (Jonas) in der Pädagogik Körperbehinderter. *Zeitschrift für Heilpädagogik, 43.Jg., Heft 10*, 656-666.
- Leyendecker, Ch. & Neumann, K. (1983). Besonderheiten der Entwicklung von Wahrneh-

- mung, Lernen, Gedächtnis und Intelligenz bei Körperbehinderten. In U. Haupt & G. W. Jansen (Hrsg.), *Pädagogik der Körperbehinderten* (S. 410-438). Berlin.
- Leyendecker, Ch. & Sevenig, H. (1983). Verhaltensmodifikation mit Methoden des lerntheoretischen Ansatzes. In U. Haupt & G. W. Jansen (Hrsg.), *Pädagogik der Körperbehinderten* (S. 326-348). Berlin.
- Lieberman, R. P. & Eckman, T. A. (1989). Zur Vermittlung von Trainingsprogrammen für soziale Fertigkeiten an psychiatrische Einrichtungen: Möglichkeiten der praktischen Umsetzung eines. In W. Böker & H. D. Brenner (Hrsg.), *Schizophrenie als systemische Störung* (S. 256-267). Bern Stuttgart Toronto.
- Lieberman, R. P., Mueser, K. T., Wallace, C. J., Jacobs, H. E., Eckman, T., & Massel, H. K. (1990). Training Skills in the Psychiatrically Disabled: Learning Coping and Competence. In E. R. Straube & K. Hahlweg (Hrsg.), *Schizophrenia. Concepts, Vulnerability, and Intervention* (S. 193-216). Berlin Heidelberg New York.
- Lieberman, R. P. & Wallace, C. (1990). Neue Entwicklungen des Trainings sozialer Fertigkeiten für chronisch Kranke. In R. Olbrich (Hrsg.), *Therapie der Schizophrenie* (S. 83-99). Stuttgart Berlin Köln.
- Lipsmeier, A. (1988). Ganzheitlichkeit als berufspädagogische Kategorie - Pädagogische und betriebliche Illusionen und Realitäten. In Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (Hrsg.), *Neue Technologien in der Berufsbildung. Soziale Aspekte, Ganzheitlichkeit, Selektionsprozesse* (S. 55-77). Soest.
- Lipsmeier, A. (1989). Ganzheitlichkeit als berufspädagogische Kategorie. Pädagogische und betriebliche Illusionen und Realitäten. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, Heft 2/85. Band, 137-151.
- Lipsmeier, A. (1991). Kopf, Herz und Hand: Zur Ideengeschichte der Ganzheitlichkeit aus berufspädagogischer Sicht. Aus der Sicht der Berufs- und Wirtschaftspädagogik. In Pressestelle der Ev. Akademie (Hrsg.), *Zur Frage der Ganzheitlichkeit in der beruflichen Bildung* (S. 21-33). Bad Boll.
- Loch, W. (1965). Zur Struktur und Therapie schizophrener Psychosen aus psychoanalytischer Perspektive. In P. Kutter & H. Roskamp (1974), *Psychologie des Ich. Psychoanalytische Ich-Psychologie und ihre Anwendungen* (S. 317-338). Darmstadt.
- Lompscher, J. (1973). Über lerntheoretische Grundlagen der Pädagogischen Psychologie. In A. Kossakowski & J. Lompscher (Hrsg.), *Ideologisch-theoretische und methodologische Probleme der Pädagogischen Psychologie* (S. 71-100). Berlin.
- Lotz, W. (1987). Vom interagierenden zum handelnden Erzieher. Überlegungen zur Tiefenhermeneutik pädagogischer Interaktion. In H. Reiser & H.-G. Trescher (Hrsg.), *Wer braucht Erziehung? Impulse der Psychoanalytischen Pädagogik* (S. 161-180). Mainz.
- Ludewig, K. (1992). Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart.
- Luhman, N. (1991). Wie lassen sich latente Strukturen beobachten? In P. Watzlawick & P. Krieg (Hrsg.), *Das Auge des Betrachters* (S. 61-74). München & Zürich.
- Lutz, R. & Mark, N. (1994). Gesundheit und Krankheit, wirklich ein Kontinuum? In F. Lamprecht & R. Johnen (Hrsg.), *Salutogenese - ein neues Konzept in der Psychosomatik?* (S. 33-34). Frankfurt (Main).
- Maier, W., Lichtermann, D. & P. Franke. (1995). Ist die Schizophrenie eine genetische Einheit? In H. Häfner (Hrsg.), *Was ist Schizophrenie?* (S. 55-75). Stuttgart Jena New York.
- Manske, Ch. (1989). Der Handelnde Unterricht. In H. Goetze & H. Neukäter (Hrsg.), *Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 6 Pädagogik bei Verhaltensstörungen* (S. 623-633). Berlin.
- Maturana, H. (1991). Wissenschaft und Alltag. Die Ontologie wissenschaftlicher Erklärungen. In P. Watzlawick & P. Krieg (Hrsg.), *Das Auge des Betrachters* (S. 167-208). Mün-

- chen Zürich.
- May, P. R. A. & Simpson, G. M. (1984). Schizophrenie: Übersicht über die Behandlungsmethoden. In A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock & U. H. Peters (Hrsg.), *Psychiatrie in Praxis und Klinik. Bd. 1: Schizophrenie, affektive Erkrankungen, Verlust und Trauer* (S. 142-175). Stuttgart New York.
- Meier, A. (1992). Berufliches Training und psychotherapeutische Begleitung. In A. Mühlum & H. Oppl (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitation. Rehabilitation im Lebenslauf und wissenschaftliche Grundlagen der Rehabilitation* (S. 273-287). Neuwied Krieffel Berlin.
- Mentzos, S. (1997). Psychotherapiemethoden. In W. Böker & H. D. Brenner (Hrsg.), *Behandlung schizophrener Psychosen* (S. 149-164). Stuttgart.
- Mertens, D. (1974). Schlüsselqualifikationen. Thesen zur Schulung für eine moderne Gesellschaft. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 7.Jg., 36-43.
- Miller, D. (1992). Negative Symptome und therapeutische Strategien bei Schizophrenie. In A. Rifkin & M. Osterheider (Hrsg.), *Schizophrenie-aktuelle Trends und Behandlungsstrategien* (S. 73-82). Berlin Heidelberg New York u.a..
- Miller, G. A., Galanter, E. & Pribram, K. H. (1973). Strategien des Handelns. Pläne und Strukturen des Verhaltens. Mit einer Einführung von Hans Aebli. Stuttgart.
- Minnameier, G. (1997). Die unerschlossenen Schlüsselqualifikationen und das Elend des Konstruktivismus. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 93.Bd., Heft 1, 1-29.
- Mitscherlich, A. & Mitscherlich, M. (1990). Die Unfähigkeit zu trauern. Leipzig.
- Möller, Ch. (1969). Technik der Lernplanung. Weinheim und Basel.
- Möller, Ch. (1993). Die curriculare Didaktik. Oder: Der Lernzielorientierte Ansatz. In H. Gudjons, R. Teske & R. Winkel (Hrsg.), *Didaktische Theorien* (S. 63-77). Hamburg.
- Montada, L. (1987). Die geistige Entwicklung aus der Sicht Jean Piagets. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 413-462). Weinheim.
- Moog, W. (1933). Geschichte der Pädagogik. Die Pädagogik der Neuzeit vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart (Bd. 3). Osterwieck/ Harz, Leipzig.
- Müller, A. (1991). Störfall Schule. Ökologische Denkanstöße zum Umgang mit erziehungsschwierigen Jugendlichen. Stuttgart.
- Müller, C. (1997). Geschichtlicher Überblick. In W. Böker & H. D. Brenner (Hrsg.), *Behandlung schizophrener Psychosen* (S. 1-12). Stuttgart.
- Müller-Braunschweig, H. (1994). Diskussionsbemerkung zum Salutogenesekonzept. In F. Lamprecht & R. Johnen (Hrsg.), *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik?* (S. 38-39). Frankfurt.
- Mundt, Ch. & Lang, H. (1987). Die Psychopathologie der Schizophrenien. In Kisker, K. P., Lauter, H., Meyer, J.-E., Müller, C. & Strömgen, E. (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart 4 - Schizophrenien* (S. 39-70). Berlin Heidelberg New York u.a..
- Mussgay, L. & Olbrich, R. (1988). Trainingsprogramme in der Behandlung kognitiver Defizite Schizophrener: Eine kritische Würdigung. *Ztschr.für Klinische Psychologie* 17, Heft 4, 341-353.
- Myschker, N. (1989). Zur Geschichte der Pädagogik bei Verhaltensstörungen. In H. Goetze & H. Neukäter (Hrsg.), *Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 6: Pädagogik bei Verhaltensstörungen* (S. 155-190). Berlin.
- Myschker, N. (1993). Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart Berlin Köln.
- Neidhardt, W. (1989). Die Bedeutung der Psychoanalyse für das pädagogische Handeln des Erziehers und Lehrers. In H. Goetze & H. Neukäter (Hrsg.), *Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 6: Pädagogik bei Verhaltensstörungen* (S. 804-822). Berlin.
- Neill, A. S. (1969). Theorie und Praxis antiautoritärer Erziehung. Das Beispiel Summerhill. Reinbeck bei Hamburg.

- Nestle, W. (1977). Kritik der reduktiven sonderpädagogischen Didaktik. In E. Kleber (Hrsg.), *Zur Revision sonderpädagogischer Praxis*. Berlin.
- Neuweg, H. G. (1998). Wissen und Können. Zur berufspädagogischen Bedeutung psychologischer und didaktischer Kategorienfehler. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 94.Bd., Heft 1, 1-22.
- Oerter, R. (1977). *Moderne Entwicklungspsychologie*. Donauwörth.
- Olbrich, R. (1987). Die Verletzbarkeit des Schizophrenen: J. Zubins Konzept der Vulnerabilität. *Nervenarzt* 58, 65-71.
- Olbrich, R. (1990). Expressed Emotion-Konzept und Vulnerabilitätsmodell in ihrer Bedeutung für das Verständnis schizophrener Krankheitsgeschehens. In R. Olbrich (Hrsg.), *Therapie der Schizophrenie* (S. 11-24). Stuttgart Berlin Köln.
- Olbrich, R. (1995). Die Rehabilitation Schizophrener - Bisherige Forschungsaktivitäten, künftige Forschungsziele. In H. Häfner (Hrsg.), *Was ist Schizophrenie?* (S. 229-249). Stuttgart, Jena, New York.
- Oppermann, M. (1994). Zum Begriff "Gesundheit" in der Psychoanalyse- ein kurzer historischer Überblick. In F. Lamprecht & R. Johnen (Hrsg.), *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik?* (S. 183-189). Frankfurt.
- Ott, B. (1995). *Ganzheitliche Berufsbildung. Theorie und Praxis handlungsorientierter Techniklehre in Schule und Betrieb*. Mit einem Vorwort von A. Lipsmeier. Stuttgart.
- Paeslack, V. (1975). Teamarbeit in der Rehabilitation. In K.-A. Jochheim, J. F. Scholz, M. Hofrichter, K. Jung & E. Lungfiel (Hrsg.), *Rehabilitation. Bd. I, Gesetzliche Grundlagen, Methoden und Maßnahmen* (S. 32-37). Stuttgart.
- Pätzold, G. (1992). Handlungsorientierung in der beruflichen Bildung - Zur Begründung und Realisierung. In G. Pätzold (Hrsg.), *Handlungsorientierung in der beruflichen Bildung* (S. 9-29). Frankfurt am Main.
- Pätzold, G. (1995). Handlungsorientierung in der beruflichen Bildung -Auf dem Wege vom Lernen nach dem Paradigma des Bewirkens zum Lernen nach dem Paradigma der Praxis?! *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 91.Bd., Heft 6, 573-590.
- Pauleikhoff, P. (1983^a). *Das Menschenbild - Von Sokrates bis Kant* (Bd. 1). Hürtgenwald.
- Pauleikhoff, P. (1983^b). *Das Menschenbild - Die Zeit bis Kraepelin und Freud* (Bd. 2). Hürtgenwald.
- Perrez, M. & Patry, J.-L. (1981). Lernen und Lerntheorien. In H. Schiefele & A. Krapp (Hrsg.), *Handlexikon zur Pädagogischen Psychologie* (S. 231-239). München.
- Pervin, L. A. (1981). *Persönlichkeitstheorien*. München.
- Petermann, F. (1994). Verhaltensstörungen in der Schule. In U. Petermann (Hrsg.), *Verhaltensgestörte Kinder. Didaktische und pädagogische Hilfen* (S. 17-37). Salzburg.
- Petermann, U. (1991). *Kinder und Jugendliche besser verstehen. Ein Ratgeber bei seelischen Problemen*. München.
- Petermann, U. (Hrsg.). (1994). *Verhaltensgestörte Kinder. Didaktische und pädagogische Hilfen*. Salzburg.
- Peterssen, W. H. (1997). *Methoden- Lexikon*. Friedrich Jahresheft 1997, 120-128.
- Piaget, J. (1973). *Einführung in die genetische Erkenntnistheorie*. Frankfurt/Main.
- Piaget, J. (1977). *Theorien und Methoden der modernen Erziehung*. Frankfurt/Main.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1973). *Die Psychologie des Kindes*. Olten und Freiburg.
- Pohl, J., Lehmann, K., Kunze, H. & Arnoldt, F. (1988). *Psychisch Behinderte im System der beruflichen Rehabilitation*. Bonn.
- Pohlandt, A., Jordan, P., Rehnisch, G. & Richter, P. (1996). REBA - Ein rechnergestütztes Verfahren für die psychologische Arbeitsbewertung und -gestaltung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 40 (N.F.14) 2, 63-74.
- Prigogine, I. (1995). *Die Gesetze des Chaos*. Frankfurt New York Paris.

- Projektgruppe Handlungslernen (Hrsg.). (1984). *Handlungslernen in der beruflichen Bildung*. Wetzlar.
- Quitmann, H. (1985). Humanistische Psychologie. Göttingen Toronto Zürich.
- Redlich, F. C. (1972 [1957]). Der Gesundheitsbegriff der Psychiatrie. In A. Mitscherlich, T. Brocher, O. Mering & K. Horn (Hrsg.), *Der Kranke in der modernen Gesellschaft* (S. 88-110). Köln.
- Reetz, L. (1994). Schlüsselqualifikation - Selbstorganisation- Lernorganisation. In J. Beiler, A. Lumpe & L. Reetz (Hrsg.), *Schlüsselqualifikation, Selbstorganisation, Lernorganisation. Dokumentation eines Symposions in Hamburg* (S. 29-42). Hamburg.
- Reetz, L. & Reitmann, T. (Hrsg.). (1990). Schlüsselqualifikationen. Dokumentation eines Symposions in Hamburg. Hamburg.
- REFA-Verband für Arbeitsstudien e. V. (1973). REFA-Methodenlehre des Arbeitsstudiums. Teil 4 Anforderungsermittlung (Arbeitsbewertung). Darmstadt.
- REFA-Verband für Arbeitsstudien e. V. (1976). REFA-Methodenlehre des Arbeitsstudiums. Teil 6: Arbeitsunterweisung. Darmstadt.
- Reimer, F. (Hrsg.). (1977). Arbeitstherapie - Praxis und Probleme in der Psychiatrie. Stuttgart.
- Reimer, F., Kunow, J. & Kuhnt, S. (1990). Berufliche Wiedereingliederung schwerbehinderter psychisch Kranker. Bonn.
- Reimer, F. (Hrsg.). (1986). Der Psychisch Kranke und seine berufliche Rehabilitation. Weinsberg.
- Reiser, H. (1987). Beziehung und Technik in der psychoanalytisch orientierten themenzentrierten Gruppenarbeit. In H. Reiser & H.-G. Trescher (Hrsg.), *Wer braucht Erziehung? Impulse der Psychoanalytischen Pädagogik* (S. 181-195). Mainz.
- Reker, Th., Eiklmann, B., Hagenbrock, M., Inhester, M. L., Soggeberg, C., Spangenberg, J. & Wethkamp, B. (1996). Begleitende Hilfen im Arbeitsleben für psychisch Kranken und Behinderte. Abschlußbericht des Forschungsprojektes. Bonn Münster.
- Rheinberg, F. (1980). Leistungsbewertung und Lernmotivation. Göttingen.
- Rheinberg, F. (1981). Leistungsmotivation. In H. Schiefele & A. Krapp (Hrsg.), *Handlexikon zur Pädagogischen Psychologie* (S. 227-230). München.
- Richarz, I. (1992). Zur Arbeitspädagogik für den Haushalt - Entwicklung und Perspektiven. In K. Landau & E. Stübler (Hrsg.), *Die Arbeit im Dienstleistungsbetrieb* (S. 480-495). Stuttgart-Hohenheim.
- Richter, H.-E. (1970). Patient Familie. Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie. Reinbek bei Hamburg.
- Richter, H.-E. (1972). Die Gruppe. Hoffnung auf einen neuen Weg, sich selbst und andere zu befreien. Reinbek bei Hamburg.
- Richter, H.-E. (1992). Umgang mit Angst. Hamburg.
- Richter, H.-E. (1997). Medizin und Gewissen. *Psyche*, 51. Jahrgang, Mai 1997, 410-422.
- Riedel, J. (1967). Einführung in die Arbeitspädagogik. Braunschweig.
- Roder, V. & Brenner, H. D. (1990). Spezifische Therapieinterventionen im kognitiven und sozialen Bereich mit schizophrenen Patienten. In R. Olbrich (Hrsg.), *Therapie der Schizophrenie* (S. 100-119). Stuttgart Berlin Köln.
- Roder, V., Brenner, H. D., Kienzle, N. & Hodel, B. (1988). Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT). München Weinheim.
- Roder, V., Zorn, P. & Brenner, H. D. (1997). Verhaltenstherapeutische Ansätze zu sozialen Fertigkeiten und Problemlösefertigkeiten schizophrener Patienten: Ein Überblick. In W. Böker & H. D. Brenner (Hrsg.), *Behandlung schizophrener Psychosen* (S. 111-135). Stuttgart.
- Rössler, W. & Riecher-Rössler, A. (1994). Psychiatrische Rehabilitation chronisch psychisch Kranker und Behinderter. *Rehabilitation* 33 (1994), 1-7.

- Rohmert, W. & Landau, K. (1979). Das Arbeitswissenschaftliche Erhebungsverfahren zur Tätigkeitsanalyse (AET). Handbuch und Merkmalsheft. Bern.
- Rohmert, W. & Rutenfranz, J. (1975). Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen. Bonn.
- Rohmert, W., Rutenfranz, J. & Ulich, E. (1974). Das Anlernen sensumotorischer Fertigkeiten. Frankfurt/ Main.
- Rohr, R. & Ebert, A. (1994). Das Enneagramm. Die 9 Gesichter der Seele. München.
- Ros, A. (1983). Die Genetische Epistemologie Jean Piagets. Resultate und offene Probleme. In R. Bubner & B. Waldenfels in Verbindung mit den Begründern: H.-G. Gadamer & H. Kuhn (Hrsg.), *Philosophische Rundschau*, 30. Jg.
- Ros, A. (1994). I. "Wirklichkeit" und "Konstruktion". Der Status der Wirklichkeit in der Genese kognitiver Strukturen bei Jean Piaget. II. "Konstruktion" und "Wirklichkeit". Bemerkungen zu den erkenntnistheoretischen Grundannahmen des Radikalen Konstruktivismus. In G. Rusch & S. J. Schmidt (Hrsg.), *Piaget und der Radikale Konstruktivismus* (S. 139-213). Frankfurt am Main.
- Roskamp, H. (1974). Grundlagen des Ich-Psychologie im Werk Sigmund Freuds. In P. Kutter & H. Roskamp (Hrsg.), *Psychologie des Ich. Psychoanalytische Ich-Psychologie und ihre Anwendungen* (S. 1-19). Darmstadt.
- Roth, H. (1966). Pädagogische Psychologie des Lehrens und Lernens. Hannover.
- Rousseau, J.-J. (1980 [1919]). Émile oder über die Erziehung. Mit einer Einleitung von Stefan Zweig. Leipzig und Weimar.
- Rubinstein, S. L. (1966 [1961]). Das Wesen des Denkens und seine Komponenten. Aus: Das Denken und die Wege seiner Erforschung. In C. F. Graumann (Hrsg.), *Denken* (S. 75-84). Köln Berlin.
- Rudnitzki, G. (1972). Praktische und sozialkritische Ansätze in der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sowie in der Berufswiedereingliederung. *Sozialpsychiatrische Informationen* 2. Jg. Nr.9, 34-42.
- Rudnitzki, G. (1972). Rehabilitationsmedizin zum Beispiel. Zum gesellschaftlichen Auftrag der Medizin. *Ethnomedizin* 2, 133-139.
- Rudnitzki, G. (1972). *The first link of Rehabilitation: The Rehabilitation Hospital* (4th World Congress of Social Psychiatry). Jerusalem.
- Rudnitzki, G. (1973). Indikatoren zur Anwendung berufstherapeutischer Techniken bei psychisch Kranken. *Sozialpsychiatrische Information* Nr. 13, 3. Jg., 64-72.
- Rudnitzki, G. (1973). Praxis der therapeutischen Simulation von Arbeitssituationen. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 3. Jg. Nr. 16, 72-75.
- Rudnitzki, G. (1973). Sozialpsychiatrie - keine Spezialität, sondern neue Perspektive für die ganze Medizin. *Die Schwester* 12, 12, 24-27.
- Rudnitzki, G. (1974). Therapieziel Beruf - Über Berufstherapie im Kommunikationsfeld sozialpsychiatrischer Arbeit. *Die Schwester* 13, 8.
- Rudnitzki, G. (1979). Gruppenmethoden in der Rehabilitation. In A. Heigl-Evers (Hrsg.), *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Lewin und die Folgen* (Bd. VIII, S. 984-994). Zürich.
- Rudnitzki, G. & Huber, R. (1975). Therapie am sozialen Ort - Ansatz soziotherapeutischer Praxis. *Der praktische Arzt, Arzt für Allgemeinmedizin* 9, 3-11.
- Rützel, J. (1991). Perspektiven zur Realisierung von Schlüsselqualifikationen in Rehabilitationseinrichtungen. In M. Kipp (Hrsg.), *Schlüsselqualifikationen in der beruflichen Rehabilitation* (S. 125-155). Alsbach/ Bergstraße.
- Ruf-Bächtiger, L. (1995). Das frühkindliche psychoorganische Syndrom. Stuttgart.
- Safranski, R. (1993). Wieviel Wahrheit braucht der Mensch? Über das Denkbare und das Lebbare. München Wien.
- Safranski, R. (1997). Das Böse oder das Drama der Freiheit. München Wien.

- Sand, W. H. van de, Lüdtke, J., Schumacher, S., Eschenhauer, H., Mutke, I. & Lansch, D. (1995). Die berufliche Rehabilitation psychisch Behinderter im Berufsförderungswerk Michaelshoven/ Köln. Ein integratives Gesamtkonzept. *Die Rehabilitation* 4/1995, 179-192.
- Scharfetter, C. (1987). Definition, Abgrenzung, Geschichte. In K. P. Kisker, H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller & E. Strömngren (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart 4: Schizophrenien* (S. 1-38). Berlin Heidelberg New York u.a..
- Schaub, A. & Böker, W. (1997). Bewältigungsorientierte Therapieansätze. In W. Böker & H. D. Brenner (Hrsg.), *Behandlung schizophrener Psychosen* (S. 186-208). Stuttgart.
- Scheller, I. (1981). Erfahrungsbezogener Unterricht. Königstein/Ts.
- Schley, W. (1989). Kooperative Verhaltensmodifikation. In H. Goetze & H. Neukäter (Hrsg.), *Pädagogik bei Verhaltensstörungen* (S. 546-568). Berlin.
- Schmiel, M. & Sommer, K.-H. (1991). Lernförderung Erwachsener. Heidelberg.
- Schnotz, W. (1979). Lerndiagnose als Handlungsanalyse. Ein theoretischer und empirischer Beitrag zum Problem der Bestimmung individueller Lernzustände. Weinheim und Basel.
- Schönberger, F. (1982). Ökologische Aspekte der Sonderpädagogik. In H. Moser (Hrsg.), *Soziale Ökologie und pädagogische Alternativen* (S. 101-125). München.
- Schönberger, F. (1983). Neue didaktische Konzeptionen in der Körperbehindertenpädagogik. In U. Haupt & G. Jansen (Hrsg.), *Pädagogik der Körperbehinderten* (S. 52-75). Berlin.
- Schopf, P. (1991). Erfordernisse für eine Weiterentwicklung der Rehabilitation psychisch Behinderter. In Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.) *ibv* 39, 9, 1787-1794.
- Schopf, P. (1993^a). Abensberger Leitfaden (ALF). Eine strukturierte Hilfe zur Abklärung der beruflichen und sozialen Eingliederung psychisch kranker und behinderter Menschen. In Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (Hrsg.), *Berufliche Rehabilitation. Beiträge zur beruflichen und sozialen Eingliederung junger Menschen mit Behinderungen* (Bd. 5.93, S. 3-60). Freiburg.
- Schopf, P. (1993^b). Psychisch behinderte Jugendliche. In Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (Hrsg.), *Berufliche Rehabilitation. Beiträge zur beruflichen und sozialen Eingliederung junger Menschen mit Behinderungen*, (Bd. 5.93, 61-85). Freiburg.
- Schopf, P. (1998). Lernschwäche, Lernbeeinträchtigung, Lernbehinderung -Aspekte zur Klärung-. In Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.), *ibv* (Bd. 6/98). Nürnberg.
- Schubert, A., Reihl, D. & Bungard, W. (Hrsg.). (1987). Hilfen im Arbeitsleben für psychisch Kranke. Rahmenbedingungen -Praxis- Forschung. Mannheim.
- Schul, S. (1992/1993). Arbeitswissenschaftliche Beurteilung und Gestaltung von Arbeitssituationen für mehrfachbehinderte junge Menschen in ihrer beruflichen Bildung (*Dissertation Techn. Hochschule Darmstadt 1992*). Frankfurt/ Main 1993.
- Schulz, W. (1972 [1965]). Unterricht. Analyse und Planung. In P. Heimann, G. Otto & W. Schulz (Hrsg.), *Unterricht. Analyse und Planung* (S. 13-47). Berlin Darmstadt Dortmund.
- Schulz, W. (1981). Ein Hamburger Modell der Unterrichtsplanung- Seine Funktionen in der Alltagspraxis. In B. Adl-Amini & R. Künzli (Hrsg.), *Didaktische Modelle und Unterrichtsplanung* (S. 49-87). München.
- Schulz, W. (1993). Die lehrtheoretische Didaktik. In H. Gudjons, R. Teske & R. Winkel (Hrsg.), *Didaktische Theorien* (S. 28-45). Hamburg.
- Schumacher, G. (1979). Neues Lernen mit Verhaltensgestörten und Lernbehinderten. Der durchstrukturierte Klassenraum. Berlin.
- Schuster, M. (1993). Kunsttherapie. Die heilende Kraft des Gestaltens. Köln.
- Schweingruber, R. (1979). Das Projekt in der Schule. Bern.
- Selka, R & Conrad, P. (1987). Leittexte - ein Weg zu selbständigem Lernen. Referentenleitfaden. Seminarkonzepte zur Ausbildungsförderung. Berlin.
- Semmer, N. & Pfäfflin, M. (1979). Interaktionstraining. Ein handlungstheoretischer Ansatz zum Training sozialer Fertigkeiten. Weinheim.

- Seyd, W. (1985). Didaktische Analyse der Programmatik und Praxis beruflicher Rehabilitation Erwachsener. In W. Seyd (Hrsg.), *Berufliche Rehabilitation im Umbruch* (S. 105-123). Hamburg.
- Seyd, W. (1992). Didaktische Grundlagen beruflicher Rehabilitation. In A. Mühlum & H. Oppl (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitation. Rehabilitation im Lebenslauf und wissenschaftliche Grundlagen der Rehabilitation* (S. 539-567). Neuwied Krefeld Berlin.
- Seyd, W. (1994). Berufsbildung: handelnd lernen, lernend handeln: Situation und Perspektive der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Handlungsorientierte Gestaltung von Lernsituationen. Hamburg.
- Seyd, W. (1996). Ganzheitliche berufliche Rehabilitation Erwachsener - zur Entwicklung und Erprobung handlungsorientierter Lernsituationen. *BWP Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 6, 28-34.
- Seyd, W. (1997). Stand und Entwicklungsperspektiven der beruflichen Rehabilitation Erwachsener. In Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hrsg.), *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* (Bd. 30.Jg./1997, 2, S. 255-268). Stuttgart.
- Seyfried, E., Bühler, A. & Gmelin, A. (1994). Strategien der beruflichen Eingliederung psychisch Behinderter. Wege und Methoden der Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Bonn Berlin.
- Seyfried, E., In: Zeelen, J. & Weeghel, J. (1994). Berufliche Rehabilitation psychisch Behinderter. Vorwort zur deutschen Ausgabe. Berufliche Rehabilitation und psychische Behinderung in der Bundesrepublik Deutschland (S. 9-23). Weinheim Basel.
- Simon, D. (1980). Lernen im Arbeitsprozeß. Der Beitrag von Hackers Arbeitspsychologie und Piagets Entwicklungstheorie. Frankfurt.
- Simon, F. B. (1986). Der schizophrene Mensch oder: Die verbotene Individuation. In H. Gudjons, R. Teske & R. Winkel (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen in unserer Zeit* (S. 75-81). Hamburg.
- Simon, F. B. (1993). Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Zur Selbstorganisation der Verrücktheit. Heidelberg.
- Simon, F. B. (1995). Über die Nützlichkeit der sozialpsychiatrischen Theoriearmut. Einige systemtheoretische und -kritische Anmerkungen. In A. Finzen & U. Hoffmann-Richter (Hrsg.), *Was ist Sozialpsychiatrie? Eine Chronik* (S. 129-143). Bonn.
- Simon, F. B. (1997). Ent-Lernen - Einige konstruktivistische Grundlagen der Psychotherapie. *Familiendynamik*, 22. Jhrg., 4, 332-347.
- Simon, F. B. & Stierlin, H. (1984). Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular. Kritischer Überblick und Integration systemtheoretischer Begriffe, Konzepte und Methoden. Stuttgart.
- Singer, K. (1981). Psychoanalytische Pädagogik. In H. Schiefele & A. Krapp (Hrsg.), *Handlexikon zur Pädagogischen Psychologie* (S. 293-298). München.
- Skell, Wolfgang. (1980). Erfahrungen mit Selbstinstruktionstraining beim Erwerb kognitiver Regulationsgrundlagen. In Volpert, W. (Hrsg.), *Beiträge zur Psychologischen Handlungstheorie*. Bern.
- Söltenfuß, G. (1983). Grundlagen handlungsorientierten Lernens. Dargestellt an einer didaktischen Konzeption des Lernens im Simulationsbüro. Bad Heilbrunn.
- Solarová, S. (Hrsg.). (1983). Geschichte der Sonderpädagogik. Stuttgart.
- Speck, O. (1981). Behinderung. In H. Schiefele & A. Krapp (Hrsg.), *Handlexikon zur Pädagogischen Psychologie* (S. 36-40). München.
- Spring, B., Lemon, M. & Ferguson, P. (1990). Vulnerabilities to Schizophrenia: Information-Processing Markers. In E. R. Straube & K. Hahlweg (Hrsg.), *Schizophrenia. Concepts, Vulnerability, and Intervention* (S. 97-114). Berlin Heidelberg New York.
- Stadler, H. (1986). Projekt: Entwicklung von methodisch-didaktischen Konzepten für den

- Unterricht von Behinderten mit spezifischen Behinderungen (Bestandsanalyse). Heidelberg.
- Stadler, H. (1989^a). Didaktische Probleme des Unterrichts und der Unterweisung von Schädel-Hirn-Traumatikern (Berufsvorbereitung in Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, S. 66-89). Isny.
- Stadler, H. (1989^b). Die Schädel-Hirnverletzung unter rehabilitativem Aspekt. *Die Unterrichtspraxis. Beilage zur Lehrerzeitung BW* 23, 3/89, 21-24.
- Stadler, H. (1989^c). Didaktisches Arbeitshandbuch für den Unterricht und die Unterweisung von Schädel-Hirn-Traumatikern. Bonn/ Heidelberg.
- Stadler, H. (1990). Didaktische Probleme des Unterrichts und der Unterweisung bei Schädel-Hirn-Traumatikern. *Rehabilitation* 29, 192-200.
- Stadler, H. (1991). Ethik und Behinderung - Eine kritische Rezension des gleichnamigen Buches von Christoph Anstötz. *Rehabilitation* 30, 95-97.
- Stadler, H. (1992^a). Behinderung - Negativ-Variante des "Normalen" - oder? Anmerkungen zum Problem der Defizitorientierung in der Rehabilitation und zu ethischen Grundfragen. *Rehabilitation* 31, 178-181.
- Stadler, H. (1992^b). Lebensbewältigung im Alltag-Hilfen zur beruflich-sozialen Eingliederung junger Körperbehinderter. In A. Mühlum & H. Oppl (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitation. Rehabilitation im Lebenslauf und wissenschaftliche Grundlagen der Rehabilitation* (S. 139-160). Neuwied Krieffel Berlin.
- Stadler, H. (1995^a). Körperbehindertenpädagogik. In U. Bleidick u.a. (Hrsg.), *Einführung in die Behindertenpädagogik II* (S. 84-105). Stuttgart Berlin Köln.
- Stadler, H. (1995^b). Zur Didaktik bei Lernstörungen als Folge eines Schädel- Hirn- Traumas. In: H. Weigert (Hrsg.), *Lernförderung. Sonderpädagogische Impulse, Bd.2: Menschen mit sonderpädagogischem Förderbedarf*. (S.77-85). Köln
- Stadler, H. (1996). Pädagogische Aufgaben in der Rehabilitation Hirngeschädigter. *Rehabilitation* 35, 109-118.
- Stadler, H. (1997^a). Die Rehabilitation junger Menschen mit Hirnverletzungen aus pädagogischer Sicht. *Berufliche Rehabilitation* 11, 234-249.
- Stadler, H. (1997^b). Lernen - Neulernen nach Hirnverletzungen. *Die neue Sonderschule*, 42/5, 360-375.
- Stadler, H. (1998). Rehabilitation bei Körperbehinderung. Eine Einführung in schul-, sozial- und berufspädagogische Aufgaben. Stuttgart Berlin Köln
- Stern, K. (1980^a). Die Untersuchung lernrelevanter Merkmale von Arbeitstätigkeiten. *Zeitschrift f. Berufs- und Wirtschaftspädagogik, Beiheft 1, 1*, 66 - 75.
- Stern, K. (1980^b). Zur psychischen Struktur der Berufswahl-tätigkeit. In Volpert, W. (Hrsg.), *Beiträge zur Psychologischen Handlungstheorie* (S. 179-194). Bern.
- Stern, K. (1991). Individuelle Rehabilitationspläne in der beruflichen Rehabilitation von psychisch behinderten Jugendlichen. *Rehabilitation* 30, 125-132.
- Stierlin, H. (1997). Zum aktuellen Stand der systemischen Therapie. *Familiendynamik*, 22. Jhrg., 4, 348-362.
- Stiftung Rehabilitation Heidelberg. (1973). Die Berufstherapie - ein neuer Fachbereich im Rehabilitationskrankenhaus. Heidelberg.
- Stiftung Rehabilitation Heidelberg. (1976). Berufliche Rehabilitation am Rehabilitationskrankenhaus Karlsbad-Langensteinbach (*Unv. Manuskript*). Karlsbad.
- Stolze, H. (1977). Konzentrative Bewegungstherapie. In D. Eicke (Hrsg.), *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. III, Freud und die Folgen* (II, S. 1250-1273). Zürich.
- Suhrweiler, H. (1990). Grundlagen der Rehabilitationspädagogischen Psychologie. Unter Mitarbeit von Gudrun Ludwig. Berlin.
- Szczypiorski, Andrzej. (1988). Eine Messe für die Stadt Arras. Zürich: Diogenes.

- Thomas, D. F. (1994). The Vocational Assessment Protocol (*Menomonie*). Wisconsin-Stout, USA.
- Thrun, M. (1991). Berufliche Rehabilitation in den Berufsförderungswerken Frankfurt am Main und Thüringen. In Landesversicherungsanstalt Hessen (Hrsg.), *Nachrichten der LVA Hessen* (Bd. 91.05, S. 136-138). Frankfurt/Main.
- Tietgens, H. (1980). Teilnehmerorientierung als Antizipation. In G. Breloer, H. Dauber & H. Tietgens (Hrsg.), *Teilnehmerorientierung und Selbststeuerung in der Erwachsenenbildung* (S. 177-235). Braunschweig.
- Titze, M. (1985). Frankl und die Individualpsychologie. In A. Längle (Hrsg.), *Wege zum Sinn. Logotherapie als Orientierungshilfe* (S. 34-54). München.
- Trescher, H.-G. (1987). Selbstverständnis und Problembereiche der Psychoanalytischen Pädagogik. In H. Reiser & H.-G. Trescher (Hrsg.), *Wer braucht Erziehung? Impulse der Psychoanalytischen Pädagogik* (S. 197-209). Mainz.
- Tschacher, W., Scheier, Ch. & Aebi, E. (1996). Nichtlinearität und Chaos in Psychoseverläufen - eine Klassifikation der Dynamik auf empirischer Basis. In W. Böker & H. D. Brenner (Hrsg.), *Integrative Therapie der Schizophrenie* (S. 48-65). Bern.
- Tschamler, H. (1996). Wissenschaftstheorie. Eine Einführung für Pädagogen. Bad Heilbrunn.
- Uexküll, Thure von. (1994). Zur Diskussion des Salutogenese-Konzepts von Antonovsky. In F. Lamprecht & R. Johnen (Hrsg.), *Salutogenese - ein neues Konzept in der Psychosomatik?* (S. 32). Frankfurt (Main).
- Ulich, E. (1974). Über verschiedene Formen des Trainings für das Erlernen und Wiederlernen psychomotorischer Fertigkeiten. *Rehabilitation*, 105-110.
- Ulich, E. (1992). *Arbeitspsychologie*. Stuttgart Zürich.
- Ulich, E., Triebe, J. K. & Wunderli, R. (1976). Die Bedeutung verschiedener Trainingsmethoden für industrielle Anlernverfahren (*Abschlußbericht zum Nationalfondsprojekt Nr. 1. 728-0. 72*). Zürich.
- Veiel, H. O. F. & Ihle, W. (1993). Das Copingkonzept und das Unterstützungskonzept: Ein Strukturvergleich. In A. Laireiter (Hrsg.), *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung* (S. 55-63). Bern Göttingen Toronto.
- Vester, Frederic. (1975). Denken Lernen Vergessen. Stuttgart.
- Vogel, R., Bell, V., Blumenthal, St., Neumann, N. U. & Schüttler, R. (1988). Ausgang, Verlauf und Prognose der Erwerbssituation ersthospitalisierter psychiatrisch Erkrankter - Ergebnisse einer Mehr-Punkt-Erhebung. *Rehabilitation* 27 (1988), 5-13.
- Volpert, W. (1973). Sensumotorisches Lernen. Frankfurt.
- Volpert, W. (1974). Handlungsstrukturanalyse. Köln.
- Volpert, W. (1980). Psychologische Handlungstheorie - Anmerkungen zu Stand und Perspektiven. In W. Volpert (Hrsg.), *Beiträge zur Psychologischen Handlungstheorie* (S. 13-27). Bern.
- Volpert, W. (1992). Wie wir handeln - was wir können. Ein Disput als Einführung in die Handlungspsychologie. Heidelberg.
- Volpert, W., Oestereich, R., Gablenz-Kolakovic, S., Krogoll, T. & Resch, M. (1983). Verfahren zur Ermittlung von Regulationserfordernissen in der Arbeitstätigkeit (VERA). Köln: TÜV Rheinland.
- Wagenschein, M. (1965). Ursprüngliches Verstehen und exaktes Denken. Pädagogische Schriften. Stuttgart.
- Wagner, W. (1995). Team-Arbeit in der Beruflichen Rehabilitation unter systemischen Gesichtspunkten. *praxis ergotherapie Jg. 8* (2), 97-99.
- Warnecke, H. J., & Kohl, W. (1979). Höherqualifizierung in neuen Arbeitsstrukturen. Entwicklung und Erprobung eines kombinierten Unterweisungskonzeptes. *Z.Arb.wiss.*, 33(5 NF)2, 69-75.

- Watzlawick, P. (1997). Wirklichkeitsanpassung oder angepasste "Wirklichkeit"? Konstruktivismus und Psychotherapie. In H. v. Foerster; E. von Glasersfeld; P. Hejl, S. Schmidt & P. Watzlawick (Hrsg.), *Einführung in den Konstruktivismus* (S. 89-108). München Zürich.
- Weiner, H. (1984). Schizophrenie: Ätiologie. In A. H. Friedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock & U. H. Peters (Hrsg.), *Psychiatrie in Praxis und Klinik, Bd. 1 Schizophrenie, affektive Erkrankungen, Verlust u. Trauer* (S. 45-92). Stuttgart New York.
- Weinert, F. E. (1997). Notwendige Methodenvielfalt. Unterschiedliche Lernfähigkeiten erfordern variable Unterrichtsmethoden. *Friedrich Jahresheft* 1997, 50- 52.
- Weis, J. (1990). Die berufliche Widereingliederung psychisch Kranker - ein Literaturüberblick zur Erforschung und Evaluation der beruflichen Rehabilitation. *Psychiatrische Praxis*, 17, 59-65.
- Weis, J. (1992). Arbeitsbelastungen und Leistungsbeeinträchtigung bei psychisch Kranken. *Rehabilitation* 31, 231-239.
- Weischedel, W. (1983). Der Gott der Philosophen. Grundlegung einer philosophischen Theologie im Zeitalter des Nihilismus. Darmstadt.
- Weizsäcker, C. F. von. (1974). Die Einheit der Natur. München.
- Wiemann, G., Projektgruppe Salzgitter (1976). Didaktische Vorstudie für ein projektorientiertes Handlungsmodell beruflicher Grundbildung (im Berufsfeld Metall) (Bd. 22). Hannover.
- Wiemann, G. (1978). Produktionsschule - ein didaktisches Konzept zur Herstellung von Lernzusammenhängen. *Die Deutsche Berufs- und Fachschule*, 74. Band, Heft 11, 816-824.
- Wienberg, G. (1995). Aktuelle Modellvorstellungen zur Schizophrenie - Das Verletzlichkeit-Streß-Bewältigungs-Konzept. In G. Wienberg (Hrsg.), *"Schizophrenie zum Thema machen". Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen* (S. 16-112). Bonn.
- Wienberg, G. & Sibum, B. (1995). Psychoedukative Therapie schizophrener Erkrankter - Einordnung und Überblick. In G. Wienberg (Hrsg.), *Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen* (S. 113-188). Bonn.
- Wilhelmer, B. (1979). Lernen als Handlung. Köln.
- Willke, H. (1994). Systemtheorie II: Interventionstheorie. Stuttgart Jena.
- Wilsdorf, D. (1991). Schlüsselqualifikationen. Die Entwicklung selbständigen Lernens und Handelns in der Berufsausbildung. München.
- Wing, J. K. (1983). Schizophrenia. In F. N. Watts & D. H. Bennet (Hrsg.), *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation* (S. 45-63). Chichester New York Brisbane u.a.
- Wing, J. K. (1987). Rehabilitation, Soziotherapie und Rehabilitation. In K. P. Kisker, H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller & E. Strömgen (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart 4: Schizophrenien* (S. 327-355). Berlin Heidelberg New York.
- Winkel, R. (1980). Pädagogische Psychiatrie für Eltern, Lehrer und Erzieher. Eine Einführung in neurotische und psychotische Schul- und Erziehungsschwierigkeiten. Frankfurt/Main.
- Winkel, R. (1982). Ökologiebewegung und Alternativschulen. In H. Moser (Hrsg.), *Soziale Ökologie und pädagogische Alternativen* (S. 37ff). München.
- Winkel, R. (1986). Der neurotische Mensch oder: Probleme einer Pädagogischen Psychiatrie. In H. Gudjons, R. Teske & R. Winkel (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen in unserer Zeit* (S. 3-14). Hamburg.
- Winkel, R. (1989). Pädagogik bei Verhaltensstörungen in der Regelschule - Möglichkeiten und Grenzen einer Pädagogischen Psychiatrie. In H. Goetze & H. Neukäter (Hrsg.), *Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 6: Pädagogik bei Verhaltensstörungen* (S. 283-300). Berlin.
- Winkel, R. (1991). Pädagogische Psychiatrie für Eltern, Lehrer und Erzieher. Neuausgabe der

- Einführung in neurotische und psychotische Schul- und Erziehungsschwierigkeiten. Hohengehren.
- Winkel, R. (1993). Die kritisch-kommunikative Didaktik. In H. Gudjons, R. Teske & R. Winkel (Hrsg.), *Didaktische Theorien* (S. 79-93). Hamburg.
- Wöhrl, H. G. (1985). Berufsfindung/Arbeiterprobung für behinderte Jugendliche in Berufsbildungswerken. Gegenwärtige Situation, Grundsätze und Grundzüge der entwickelten Leitkonzeption. Heidelberg.
- Woll, H. (1996). Die Forderung nach Ganzheitlichkeit im Rahmen der Handlungsorientierung an Beispielen des Wirtschaftslehreunterrichts. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 92.Bd., Heft 3, 293-310.
- Wolter-Henseler, D. (1995). Von der Nutzlosigkeit polemischer Begriffsschlamperei oder in memoriam Sozialpsychiatrie. In A. Finzen & U. Hoffmann-Richter (Hrsg.), *Was ist Sozialpsychiatrie? Eine Chronik* (S. 145-163). Bonn.
- World Health Organization (WHO) (Hrsg.). (1980). International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps. Geneva.
- Wunderli, R. (1978). Psychoregulativ akzentuierte Trainingsmethoden. *Z.Arb.wiss.*, 32 (4 NE), 106-111.
- Wyss, D. (1972). Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart. Entwicklung, Probleme, Krisen. Göttingen.
- Zedler, R. (1991). Von den Schlüsselqualifikationen zur Bildung - was ist das Bildende an den neuen Ausbildungsordnungen? In Comenius Institut Münster; Ev. Akademie Bad Boll; Arbeitsgemeinschaft Ev. Erzieher in Deutschland (Hrsg.), *Bildung durch Schlüsselqualifikationen? Zur Verhältnis von Bildung und Beruf* (S. 47-61). Münster.
- Zeelen, J. & Weeghel, J. van. (1994). Berufliche Rehabilitation psychisch Behinderter. Eine programmatische Einführung. *Dt. Bearbeitung und Vorwort von E. Seyfried*.
- Zehrfeld, K., Kuhn, D., & Kunze, A. (1981). Die Kleingruppe als Ort sozialen Lernens. Wiesbaden: Hessisches Institut für Bildungsplanung und Schulentwicklung.
- Zubin, J. (1986). Mögliche Implikationen der Vulnerabilitätshypothese für das psychosoziale Management der Schizophrenie. In W. Böker & H. D. Brenner (Hrsg.), *Bewältigung der Schizophrenie* (S. 29-41). Bern Stuttgart Toronto.
- Zubin, J. (1989). Die Anpassung therapeutischer Interventionen an die wissenschaftlichen Modelle der Ätiologie. In W. Böker & H. D. Brenner (Hrsg.), *Schizophrenie als systemische Störung* (S. 14-26). Bern Stuttgart Toronto.
- Zubin, J. (1990). Ursprünge der Vulnerabilitätstheorie. In R. Olbrich (Hrsg.), *Therapie der Schizophrenie* (S. 42-52). Stuttgart Berlin Köln.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability - A New View of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 86, No.2, 103-126.

9.2 Sachregister

- Affekte 12, 65, 78, 131, 206, 207, 208, 231, 232, 233, 234, 236, 237, 238, 239, 251, 254
- affektive Störung 44, 59, 237, 239, 240, 243
- Affektlogik 12, 13, 76, 83, 111, 118, 231, 233
- Aggressivität 45, 55, 117, 125, 171, 238, 279
- Akkommodation 110, 111, 113, 190, 191, 203, 204, 205, 207, 227
- Aktionales Training 198, 264
- Ambivalenz 26, 62, 63, 65, 81, 101, 113, 119
- Angst 45, 51, 52, 55, 56, 57, 58, 63, 66, 68, 73, 82, 90, 124, 125, 232, 233, 234, 238, 239, 246, 247, 266, 276, 279, 286, 290, 303
- Arbeitsanalyse 36, 141, 142
- ABA 141
 - ABBA 142, 143, 146, 147, 148
 - AET 141
 - DIN 33407 141
 - EAM 141, 143
 - IMBA 141
 - MELBA 37, 143, 144, 145, 164
 - MTM 36
 - psychologische 141
 - REFA 142
 - subjektive
 - SAA und STA 142
 - TBS 141
 - VERA 141
- Arbeitsarrangement 159, 160, 163, 164, 200
- Arbeitserprobung 30, 35
- Arbeitspsychologie 181, 264
- Arbeitstherapie 22, 25, 33, 34, 64, 67, 98, 160, 173, 200, 290
- Arbeitsverhalten 37, 137
- Arbeitswissenschaft 35, 147, 181, 192, 197, 264
- Assimilation 110, 111, 190, 191, 203, 204, 205, 207, 227, 259, 281
- assoziative Theorie 204, 211
- Ätiologie 41, 56
- Ätiologiemodelle 62, 93, 96
- genetische 69, 116
 - komplexe 96
 - lerntheoretische 81, 117
 - psychodynamische 71, 116
 - soziologische 87, 117
- Authentizität 101, 104, 119, 243
- Autismus 56, 57, 125, 278
- autopoietische Systeme 100, 179
- BBRZ 13, 16, 21, 26, 28, 30, 32, 33, 37, 38, 67, 96, 122, 123, 133, 137, 140, 143, 147, 149, 151, 153, 155, 159, 164, 165, 167, 171, 172, 174, 202, 231, 243, 247, 253, 263, 265, 269, 271, 272, 275, 276, 277, 283, 284, 285, 286, 287, 290, 291, 293, 295, 296, 298, 299, 300
- BBW 21, 53, 133, 155, 164, 171, 272, 282, 283, 305
- Bedürfnis 204, 234, 266
- Begriffliches Denken 184, 223, 225
- Behaviorismus 145, 183, 187, 189, 211, 212
- Behindertenpädagogik 42
- berufliche Integration 136, 137
- Berufsbildungswerke Siehe BBWs
- Berufsbiographie 150
- Berufsfindung 23, 26, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 53, 64, 110, 139, 165, 253, 284
- Berufsförderung 24, 25, 32, 133, 174
- Berufsförderungswerke Siehe BFWs
- Berufstherapie 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 52, 53, 75, 93, 187
- Berufsvorbereitung 23, 25, 32, 64
- Bewerbungstraining 106, 172
- Beziehungsaspekt 56, 124, 125
- BFW 21, 29, 121, 122, 127, 133, 171, 180, 181, 247, 282, 283, 293, 294, 295, 305
- Bildungsniveau 137, 145
- Borderline 15, 44, 45, 55, 61
- Chaostheorie 12, 111, 179
- Charaktere 54, 73
- Coping 86, 104, 117, 130
- Dekompensation 26, 232
- Denkstörung 65, 66
- Depressive Störungen 59
- Diagnostik 37, 76, 149, 185
- Didaktik 18, 29, 33, 92, 98, 121, 122, 124, 125, 128, 129, 133, 165, 179, 182, 183, 248, 257
- kommunikative 121, 124
 - kooperative 122
 - kritisch-konstruktive 121

kybernetische 121
 lerntheoretische 11, 121, 126, 127, 132
 bei Hirnverletzten 128
 bei seelisch Behinderten 129
 lernzielorientierte 121
 teilnehmerorientierte 125
 Differenzierung 43, 84, 116, 131, 152,
 161, 164, 165, 168, 172, 173, 182, 186,
 190, 205, 206, 218, 219, 232, 276, 289,
 298, 299, 300
 Disability 42, 43, 46, 119, 133
 dissipative Struktur 113, 179
 Dopamin-Hypothese 69
 double-bind 75, 78, 79, 80, 103, 117, 125
 Empirismus 204
 Entwicklungsförderung 18, 38, 133, 146,
 152, 163, 167, 171, 175, 241, 250, 251,
 277, 280
 Entwicklungspsychologie 12, 153, 231
 Entwicklungsstufen 153, 205, 206
 Entwicklungsziele 110, 117, 134, 135,
 171, 243, 267, 297
 Epistemologie 111, 112, 203, 208, 209,
 210, 231, 234
 Epochenausbildung 38, 39, 165, 284, 295,
 296, 297, 299, 300
 erfahrungsorientiertes Lernen 281
 Erfolgswissenschaftliche 167, 239
 Erkenntnistheorie *Siehe* Epistemologie
 erlebnispädagogische Ziele 38
 Erprobung 23, 26, 30, 31, 34, 35, 37, 38,
 149, 204
 ERTOMIS-System 36
 ES 48, 73, 74, 94, 108
 Etappenmodell 193, 198, 202, 228, 254
 Evaluation 35, 86, 182, 271
 exemplarisches Lernen 290, 292
 Experiment 18, 34, 36, 39, 213, 248, 257,
 269, 271
 Expressed Emotions 92, 103, 117, 124
 Fachkompetenz 178
 Fähigkeitshypothese 35, 36
 Fallstudie 130, 166, 173, 248, 258, 282,
 283, 284, 287, 294, 300
 Familientherapie 91, 100, 101, 104
 Fixierung 73
 Fördermaßnahmen 23, 30, 39, 95, 117,
 163, 300
 Förderung 11, 21, 22, 23, 24, 38, 47, 70,
 71, 104, 106, 116, 122, 123, 127, 132,
 133, 134, 137, 153, 159, 165, 169, 173,
 177, 179, 180, 181, 184, 185, 203, 211,
 248, 263, 270, 272, 279
 individuell 11
 Frontalunterricht 39, 294, 305
 Ganzheitlichkeit 15, 175, 176, 177, 180,
 182, 283
 Gefühlsstörungen 65
 Geisteskrankheiten 87, 90
 genetische Vorform 187, 197, 264
 Gestaltpädagogik 116, 281
 Gestaltpsychologie 116, 211
 Gesundheit 13, 51, 62, 102, 106, 107, 108,
 109, 173, 185, 249
 Regulations- Kompetenz- Modell 108
 Selbstaktualisierungsmodell 108
 Sinnfindungsmodell 108
 Gruppenarbeit 34, 39, 77, 166, 172, 173,
 245, 250, 256, 269, 270, 272, 284, 289,
 297, 299
 Halluzination 44, 60, 63, 65, 66, 82, 88,
 232
 Handicap 42, 43, 46, 119, 133
 Handlungskompetenz 36, 50, 75, 122,
 154, 160, 161, 175, 217, 241, 251, 279,
 289, 290, 294, 295
 Handlungsorientierung 12, 19, 131, 160,
 179, 180, 181, 182, 183, 185, 189, 192,
 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 208,
 224, 225, 227, 234, 235, 240, 244, 245,
 246, 248, 249, 250, 253, 255, 262, 270,
 272, 281, 282, 288, 293, 296
 Handlungspsychologie 181, 190, 198,
 201, 203, 218, 262, 264
 Handlungsregulationstheorie 159, 182,
 187, 188, 190, 195, 196, 197, 198, 200,
 201, 202, 226, 228, 255, 264
 Hebephrenie *Siehe* Schizophrenie
 Heterogenität 11, 15, 101, 145, 249, 269,
 270, 277
 heuristisch 135, 142, 189, 225, 261, 265,
 267
 Homöostase 12, 29, 99, 108, 109, 111,
 132, 203, 204, 205, 207, 211, 235, 241,
 266, 289
 humanistische Pädagogik 115
 humanistische Psychologie 115
 ICH 24, 25, 27, 48, 49, 62, 63, 65, 72, 73,
 74, 75, 94, 108, 117, 206
 Ich-Identität 16, 38, 159, 172, 276
 Impairment 42, 43, 46

individuelle Bezugsnorm 70, 119, 160, 168
 Interaktion 16, 81, 85, 94, 96, 112, 176, 203, 274
 Interdependenz 128, 304
 Interiorisierung 193, 194, 218
 Inzidenzrate 61, 93, 303
 IPT 84, 85, 185, 186
 Kausalattribution 68, 167
 Kognition 72, 83, 139, 234, 235, 236
 kognitive Handlungstheorie 81, 211
 kognitive Trainingsprogramme 84, 133, 154, 185, 200, 233
 Kohärenz 109, 110, 111, 215, 219, 230, 237, 281
 Kommunikationsstörungen 78, 125
 familiäre 87
 Kompetenzentwicklung 164, 165, 250
 Kompetenztraining 38, 130, 199
 Konstruktivismus 182, 227, 229, 230, 231
 Kontaktfähigkeit 136, 138, 139, 140
 Kontinuitätshypothese 115, 119, 183, 214, 216, 218, 235, 237, 248, 251, 253, 263
 Körperbehindertenpädagogik 42
 Krankheit 28, 42, 44, 46, 47, 48, 56, 61, 62, 67, 68, 70, 79, 81, 83, 86, 89, 92, 93, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 113, 115, 136, 139, 156, 157, 305
 kriterienorientierte Leistungsmessung 37, 169
 Künstlerische Übungen 38, 109, 172, 272, 275
 lebende Systeme *Siehe* autopoietische Systeme
 Lebenspraktisches Training 173
 Leistungsmotivation 39, 154, 167, 168, 176, 207, 246
 Leittextmethode 39, 175, 256, 270, 271, 294
 Lernarrangements 12, 161, 163, 164, 171, 180, 183, 185, 187, 249, 267, 294, 295, 304
 Lernbehindertenpädagogik 25, 42, 123
 Lernberatung 170, 297
 Lernbiographie 151
 Lerneffekt 86, 87, 263, 264, 266, 267, 285, 286
 Lernen am Modell 83, 258
 Lernentwicklung 37, 165, 168, 169
 Lernepochen *Siehe* Epochenausbildung
 Lernförderung 13, 17, 18, 28, 37, 38, 50, 87, 125, 126, 127, 128, 137, 140, 151, 153, 154, 166, 172, 175, 179, 203, 209, 224, 227, 233, 240, 243, 258, 291, 293, 300
 Lernfortschritte 53, 119, 140, 141, 167, 168, 169, 265, 298
 Lerninhalte 123, 130, 131, 165, 180, 183, 184, 258, 284, 292, 296, 300, 301
 Lernkonzept
 handlungsorientiert 12, 17, 164, 180, 305
 CLAUS-Konzept 264
 Leittextmethode 248, 267, 268, 269, 300
 PETRA 178, 256, 269, 270, 271
 Lernmilieu 242, 243
 Lernorganisation 11, 32, 38, 123, 127, 134, 165, 172, 267, 284, 293, 294, 295, 296, 300
 Lernpaß 165, 166, 297
 Lernprobleme Erwachsener 37, 125, 289
 Lernprofile 165
 Lernprozeß 37, 111, 121, 129, 131, 132, 133, 134, 153, 156, 164, 166, 183, 184, 194, 196, 197, 208, 212, 220, 225, 227, 235, 237, 244, 247, 248, 249, 250, 254, 257, 264, 267, 268, 296, 297
 Lernpsychologie 212, 227, 234, 237
 Lernschwierigkeiten 124, 127, 129, 153, 205
 Lernsituation 11, 29, 39, 78, 122, 124, 134, 143, 153, 164, 173, 187, 267, 284, 293, 297
 Lernstil 151, 170
 Lernstörungen 45, 75, 78, 152
 Lerntheorie 76, 83, 145, 190
Lernvoraussetzungen 133, 154, 270, 304
 individuelle 129
 soziale 129
 Lernziele 37, 119, 121, 126, 127, 130, 131, 133, 165, 172, 299
 Life-events 103, 117
 maladaptive Emotionen 85
 Manische Störungen 59
 Medien 128, 131, 229, 254, 304
 Mentales Training 198, 260
 Meta-Kommunikation 34, 80, 172, 244
 Meta-Plan 173
 Methode 11, 14, 25, 30, 35, 37, 38, 39, 80, 91, 97, 98, 101, 110, 116, 118, 121, 122, 123, 127, 128, 131, 133, 134, 152, 164, 175, 177, 180, 193, 198, 205, 211, 247,

248, 251, 267, 270, 271, 280, 282, 283,
 287, 292, 294, 299, 300
 hermeneutische 18, 75, 77
 konstruktiv-theoretische 18
 kritisch-rationale 18
 phänomenologische 18, 62, 77, 107
 sonderpädagogische 16
 Methodenkompetenz 175, 178
 Methodik 29, 33, 38, 86, 98, 191, 258
 Milieutherapie 27, 97
 MindMap 173, 217, 223, 261, 263, 271
 Minus-Symptomatik *Siehe*
 Negativsymptome
 Mißerfolgsängstliche 167, 170, 239, 270
 Motive 51, 159, 160, 204, 234, 238, 244,
 254
 Motopädagogik 278
 Motorisches Training 198
 Mototherapie 278, 279
 Musiktherapie 277
 Negativsymptome 66, 68, 84, 113, 119,
 125, 272, 279
 Neologismus 62, 66, 80, 85
 neuronale Plastizität 12
 neurotische Störungen 15, 41, 45, 51, 57,
 88, 124
 OAS *Siehe* operatives Abbildsystem
 Objektivität 36, 37, 54, 100, 141, 142,
 187, 230
 Observatives Training 198, 199, 258, 264
 offene Lernprozesse 38, 246
 Ontogenese 192, 202, 226, 236
 Operation 52, 64, 182, 188, 189, 195, 196,
 207, 208, 210, 211, 216, 218, 219, 220,
 223, 225, 230, 236, 259
 operatives Abbildsystem 188, 195, 196,
 199
 Operator 236
 optimale Passung 29, 117, 297
 Orientierungsgrundlage 193, 194, 198
 Pädagogik 11, 13, 14, 15, 18, 19, 29, 35,
 42, 48, 54, 69, 70, 74, 77, 87, 101, 115,
 121, 191, 214, 241, 281
 pädagogische Psychologie 13, 74
 paranoide Störungen 26, 59, 60
 Persönlichkeitsentwicklung 18, 175, 179,
 240, 243, 273, 276, 279, 280
 Persönlichkeitsfördernde Ziele 38
 Persönlichkeitsstörungen 44, 45, 51, 54,
 55
 Phase II 21, 29, 30
 Phylogenese 202, 226, 236, 238
 Planspiel 173, 258, 282, 284, 285, 287
 Polarisierung 114, 241
 Positive Symptome 66
 Positivismus 90
 Prädiktor 67, 105, 135, 136, 137, 143
 Pragmatismus 13, 97, 227
 Praktika 106, 172, 176, 283
 Problemlösen 85, 136, 144, 145, 184, 216,
 230, 239, 269, 270
 Problemorientierung 125, 213, 216, 218,
 220, 243, 257, 271, 284, 286, 300
 Projektion 58, 74, 90, 91, 106, 119, 239
 Projektmethode 34, 175, 176, 181, 212,
 288, 289, 290
 Prozeßorientierung 125
 Psychiatrie 11, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 24,
 25, 26, 27, 28, 29, 30, 41, 46, 72, 75, 78,
 80, 83, 84, 86, 87, 88, 91, 97, 115, 232,
 281, 290
 pädagogische 124
 Psychoanalyse 12, 27, 28, 48, 71, 72, 73,
 74, 75, 76, 77, 78, 83, 90, 108, 111, 112,
 115, 153, 234
 psychoanalytische Pädagogik 75, 115
 Psychodrama 24, 26
 psychoedukative Trainingsprogramme 85,
 92, 102, 117, 130, 155, 173, 279
 Psychopathologie 71, 107, 133, 232
 Psychose 12, 15, 26, 37, 41, 45, 48, 59,
 62, 64, 67, 76, 77, 78, 82, 83, 87, 88,
 100, 125, 137, 233, 303, 305
 psychosomatische Störungen 51, 57
 Psychotherapie 11, 13, 14, 53, 74, 77, 87,
 91, 150, 157, 303
 Ratingskala 34, 37, 137, 142, 143, 144,
 291
 Rationalisierung 29, 58, 266
 Raum 57, 93, 110, 121, 131, 150, 153,
 206, 207, 209, 244, 281, 287
 Reformpädagogik 13, 220
 Regelkreis 99
 Regression 58, 73
 Rehabilitationskonzept 30
 Rehabilitationskrankenhaus 11, 21, 22
 Reiz-Reaktions-Theorie 81
 Reliabilität 37, 141, 146
 RKL 11, 13, 16, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 30,
 31, 32, 64, 67, 75, 87, 93, 96, 97, 133,
 134, 137, 140, 143, 277, 278, 290

Rollenspiel 85, 106, 172, 173, 176, 206, 248, 258, 282, 286, 287, 294, 300
 Salutogenese 96, 106, 109, 110, 118, 130, 159, 164, 249, 281
 Schizoaffektive Störungen 59, 60
 Schizophrenie 12, 14, 15, 17, 45, 46, 48, 55, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 69, 70, 73, 76, 78, 79, 82, 83, 87, 88, 89, 91, 93, 100, 102, 103, 105, 108, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 125, 145, 155, 183, 200, 208, 231, 232, 233, 306
 schizophrenogen 91, 125
 Schlüsselqualifikationen 175, 177, 178, 179, 180, 182, 269, 273, 274, 280, 283, 304
 Schuldzuweisung 77, 78, 88, 89, 91, 92
 seelische Behinderung 18, 46, 47, 48, 49, 71
 statische Sicht 47, 133
 seelische Gesundheit 13, 44, 105, 106, 107, 108, 110, 185, 249
 seelische Krankheit 41, 43, 47, 48, 50, 54, 88, 89, 92, 105, 106, 115, 116, 118, 122, 124, 125, 131, 133, 134, 137, 163, 276
 seelische Störung 16, 18, 41, 42, 49, 51, 54, 56, 83, 96, 116, 167, 231, 240, 303, 306
 Selbsthilfegruppen 96, 106, 117, 173
 sensomotorisch 192, 196, 197, 206
 sensualistische Theorie 204, 210, 258
 situatives Lehrtraining 253
 Sonderpädagogik 12, 15, 16, 29, 81, 110, 111, 122, 127, 132, 203, 248
 soziale Bezugsnorm 168
 soziales Lernen 83, 178
 soziales Netz 22, 26, 27, 86, 104, 106, 115, 117, 134, 136, 277
 soziales Training 14, 38, 86, 104, 114, 173, 299
 Sozialkompetenz 175, 178
 Sozialkunde 39, 130, 292, 296
 Sozialpsychiatrie 14, 21, 27, 28, 52, 67, 96, 97, 98, 117
 Soziotherapie 77, 97, 157
 Sport 38, 109, 172, 250, 277, 278, 292, 298
 Sprachstörungen 66
 Streß 78, 81, 92, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 110, 112, 118, 155, 246, 279, 280, 303
 Stufenausbildung 32, 155
 Sublimierung 58, 73
 Suizid 26, 45
 Superlearning 176
 Symptome 26, 48, 65, 68, 76, 83, 93, 208, 303
 Syndrom 15, 45, 48, 52, 107
 systemische Pädagogik 116, 245
 systemische Teamarbeit 170
 systemischer Ansatz 98, 100, 101
 Systemtheorie 99, 112, 212
 Team 24, 27, 30, 61, 97, 119, 171, 174, 243, 276
 Teilnehmerorientierung 11, 16, 18, 34, 38, 39, 52, 68, 70, 78, 81, 106, 110, 118, 119, 123, 125, 126, 128, 130, 133, 134, 135, 151, 153, 165, 166, 168, 172, 241, 243, 244, 267, 281, 284, 287, 289
 Therapeutische Gemeinschaft 24
 therapeutische Prinzipien 115
 TOTE-Modell 185, 187, 188
 TOWER-System 35
 Transparenz 13, 104, 119, 131, 143, 245, 249, 304
 Trennschärfe 141
 Trieb 27, 48
 ÜBER-ICH 48, 73, 108
 Übertragung 25, 35, 58
 Urschrei-Therapie 24, 176
 Validität 30, 36, 37, 141, 146, 187
 Verbales Training 198, 199, 262, 264
 Verdrängung 58, 73, 236, 239
 Verhaltensmodifikation 14, 74, 81, 82, 86, 87
 Verhaltensstörungen 15, 42, 45, 66, 71, 81, 119
 Verhaltenstherapie 81, 114
 Verrücktheit 12, 88, 89, 98, 113
 Vulnerabilität 15, 69, 78, 95, 102, 103, 104, 105, 106, 113, 116, 117, 124, 155
 Wahn 62, 65, 88, 89, 90
 Wahrnehmung 31, 34, 43, 51, 54, 55, 62, 66, 72, 85, 92, 112, 139, 160, 172, 173, 183, 186, 206, 210, 215, 219, 235, 237, 238, 240, 249, 250, 254, 258, 263, 273, 275, 279, 281, 286, 287
 Wahrnehmungsstörungen 65
 Waldorfpädagogik 38, 295
 WfB 21, 64
 Wortschöpfung *Siehe* Neologismus

Zeit 26, 31, 57, 62, 64, 79, 83, 88, 89, 90,
97, 123, 151, 153, 181, 189, 193, 206,
207, 209, 229, 231, 236, 263, 271, 290,
297, 298, 301

Zukunftserwartung 136, 143

Zuverlässigkeit Siehe Reliabilität