

WILFRIED DATLER

Notwendigkeit und Grenzen der Kooperation zwischen Heilpädagogik und Psychotherapie*

I.

Die Diskussion um eine möglichst exakte und haltbare Bestimmung des Gegenstandsbereiches „Heilpädagogik“ scheint seit etwa 10 bis 15 Jahren in einer bisher noch nie dagewesenen Breite und Schärfe geführt zu werden. So bemerkenswert vielfältig sich dabei allerdings die zur Verhandlung gebrachten Problemstellungen erweisen, so sehr fällt auf, daß im Zuge dieser Auseinandersetzungen der Frage nach dem Verhältnis zwischen Heilpädagogik und Psychotherapie bislang nur sehr wenig Beachtung entgegengebracht worden ist. Zwar wird in zahlreichen Arbeiten die heilpädagogische Relevanz *verhaltenstherapeutischer* Vorgangsweisen diskutiert; welcher spezifisch heilpädagogische Bezug aber das insgesamt aller *weiteren* Psychotherapieformen und -theorien eignet, das scheint nach wie vor einer differenzierten Klärung bedürftig zu sein; denn wenn gleich es einschlägigen Arbeiten auch nicht gänzlich an etwaigen Verhältnisbestimmungen ermangelt, so entbehren doch nur zu viele dieser Bestimmungsversuche die nötige Diffizilität und erwecken deshalb den vorschnellen Eindruck, als würde mit jedem psychotherapeutischen Handeln immer auch schon Heilpädagogik und — umgekehrt — mit Heilpädagogik (in zumindest sehr vielen Fällen) immer auch schon Psychotherapie betrieben werden. Insbesondere die Konturen zwischen heilpädagogischem Tun und psychotherapeutischen Vorgangsweisen *tiefenpsychologischer* Provenienz sind es, die bei zahlreichen Autoren nur zu gerne bis zur Unkenntlichkeit verschwinden: So postulieren MEINERTZ & KAUSEN (1981, 19) gleich zu Beginn ihrer „Heilpädagogik“, es gehe hiebei um ein „vom Heilungsbegriff etwa der ärztlich ausgeübten Psychotherapie“ nicht unterscheidbares „Heilen“ (wobei dann auch tatsächlich bis zum Schluß ihrer Arbeit völlig offen bleibt, ob bzw. inwiefern denn nun „Heilerziehung“ von tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapie unterschieden werden kann). Von einer ganz ausdrücklichen Kontamination zwischen psychoanalytisch-therapeutischer und heilpädagogischer Tätigkeit berichtet auch HERTA FUCHS (1973), wenn sie im Zuge der Ausübung einer „psychoanalytischen Heilpädagogik im Kindergarten“ neurotische Kinder (u. a.) via Vorgabe von Deutungen zu therapieren sucht. Und vollends verschwimmt die Grenze zwischen Heilpädagogik und Psychotherapie wohl bei NORBERT NEUHAUS (1976, 522 f.), der vom Aufgabenfeld eines „außerschulischen Heilpädagogen“ berichtet und dabei meint, dieser müsse wohl „mit der aufdeckenden Methode arbeiten“, um so — seinem „außerschulisch-heilpädagogischen Therapieziel“ entsprechend — neurotisch-unbewußte Konflikte auflösen helfen zu können.

* Vortrag in einem Arbeitskreis auf dem Österreichischen heilpädagogischen Kongreß in Linz im Juni 1982

Die Anwendung des Heilpädagogikbegriffs auf Psychotherapie im allgemeinen und tiefenpsychologisch ausgerichtete Psychotherapie im besonderen erfreut sich also durchaus großer Beliebtheit; sie scheint nichtsdestoweniger problematisch zu sein:

— Wird mit einer solchen undifferenzierten Amalgamierung dieser beiden Begriffe — so mag man zum ersten etwa fragen — nicht leichtfertig die Idee geweckt, derzufolge mit jeglichem heilpädagogischen Tun immer auch schon Psychotherapie (mit-)geleistet werden müsse? Und wird damit nicht allzu schnell der — möglicherweise ungerechtfertigten — Vorstellung Vorschub geleistet, heilpädagogische Aufgabenstellungen jeglicher Art könnten ganz einfach mittels Psychotherapie „aus der Welt analysiert werden“?

— Und ist es — so mag zum zweiten gefragt werden — wirklich sinnvoll zu meinen, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und Heilpädagogik hätten tatsächlich auf die Erbringung identischer Leistungen abzielen und könnten genau deshalb in so engen begrifflich-saloppen Zusammenhang gebracht werden?

— Und wenn dem so wäre — so mag zum dritten gefragt werden —: Müßten sich dann nicht unzählig viele Menschen mit heilpädagogischem Selbstverständnis maßlos überfordert fühlen, wenn von ihnen nun plötzlich (auch) die Erfüllung psychotherapeutischer Agenden verlangt würde? Und wäre es dann nicht angebracht zu meinen, ein Großteil der bislang heilpädagogisch zu handeln meinenden Menschen solle doch endlich in Ermangelung einschlägiger Qualifikationen die Waffen strecken und sein Aufgabenfeld adäquater ausgebildeten Analytikern überlassen?

Die Tragweite der eben skizzierten Problematik sei zum Anlaß genommen für einige grundsätzliche und in der Folge aufrißhaft gehaltene Überlegungen betreffs dieses subtilen Verhältnisses zwischen *Heilpädagogik* einerseits und *tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie* andererseits.

II.

Läßt man die Geschichte der großen tiefenpsychologischen Schulen Revue passieren, so kann man feststellen, daß anfänglich weder Psychoanalytiker noch Individualpsychologen wirklich daran interessiert gewesen waren, Psychotherapie als etwas von Pädagogik Getrenntes begreifen zu wollen. Für die Ausweitung dieser vorerst nur kaum verbreitet gewesenen separativen Betrachtungsweise dürfte dann aber bald die doppelte Erkenntnis entscheidend gewesen sein, welche besagt, daß

- a) neurotische Symptome als Ausdruck unbewußter Konfliktstrebungen zu verstehen seien, zwecks deren Lösung sich
- b) die Einhaltung eines ganz bestimmten psychotherapeutischen Settings empfehle:

Im Zuge eines solchen Settings solle der Therapeut — um es knapp zu halten — möglichst wenig agieren; indem er damit aber die Möglichkeit dafür schaffe, daß der Patient konfliktbeladene Übertragungen, freie Assoziationen und Widerstandserlebungen in nahezu ungebrochener Form zum Ausdruck bringen könne, erhalte der Therapeut eine zentrale Chance zurück: die Chance nämlich, das so zutage getretene Material zu deuten und so dem Patienten bei der befreienden

Bewußtmachung und Durcharbeitung verdrängt gewesener Konflikte (entscheidend) zu helfen. Und wenngleich die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern sowie (primär) nicht neurotisch gestörten Persönlichkeiten bald eine Modifikation dieser eben skizzierten klassischen Methode nötig machte —: Was in all diesen tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien angestrebt wird, das ist nicht die Herbeiführung irgendeines erwünschten Endverhaltens; was es zu intendieren gilt; das ist vielmehr die Provokation psychodynamischer Prozesse zwecks Entfaltung neuer Entscheidungsspielräume zur freien Verfügbarkeit des Patienten.

Solcherart Psychotherapie trägt nun sicherlich zahlreiche pädagogische Komponenten (wie etwa die der angestrebten Einsichtsgewinnung) in sich. Wenn pädagogische Führung in Anlehnung an JOHANNES SCHURR (1980) aber auf die insgesamt-zukünftige Selbstverantwortlichkeit des Educandus überhaupt abzielen und dabei zu intendieren habe, daß eben dieser Educandus Sollensansprüche nicht bloß einsehen und befolgen will, sondern auch kann, so läßt sich postulieren:

— Während *tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* „bloß“ darauf abzielt, daß bestimmte (psychodynamisch begreifbare) Grenzen des hier und jetzt Entscheid- und somit Verantwortbaren erweitert werden,

— trägt *Pädagogik* Sorge für die Entfaltung möglichst hochwertiger Selbstverantwortetheit *in ihrer uneingeschränkten Vielfalt und Gänze*.

Dieser (in die Nähe der SPIEL'schen Unterscheidung anzusiedelnde) Versuch, psychoanalytisches Handeln von Pädagogik abzuheben, mag nun vielleicht fragil anmuten; unbeschadet dessen erlaubt er es aber, in der Diskussion des Heilpädagogik-Psychotherapie-Verhältnisses ein erstes Zwischenresümee zu ziehen: Zielt Pädagogik nämlich — der eben gebotenen Begriffsbestimmung zufolge — tatsächlich immer auch auf die Provokation selbstverantwortlicher Praxis ab, so vermag sich Pädagogik grundsätzlich nie mit der „bloßen“ Entfaltung möglicher Kompetenzen und Fähigkeiten zu begnügen. Oder pointierter gewendet: Indem es Pädagogik nicht bloß um die Erschließung etwaiger Fähigkeiten und Kompetenzen, sondern — darüber hinaus — immer auch um die Frage des selbstverantwortbar-sittlichen Umganges mit eben diesen Fähigkeiten und Kompetenzen zu gehen hat, übergreift ihr Geschäft das der Psychotherapie. Pädagogik — und das meint hier: jegliche Pädagogik und somit auch Heil-Pädagogik — vermag daher in Psychotherapie niemals aufzugehen, vermag von Psychotherapie niemals ersetzt, aufgehoben oder überflüssig gemacht werden zu können.

III.

Wenn Pädagogik nun aber auch zu trachten hat, daß Zöglinge über ihr Tun möglichst frei verfügen und somit überhaupt erst zu Selbstverantwortung gezogen werden können, dann muß jegliche Pädagogik aber auch selbst

— an der Aufhebung möglicher Handlungseinschränkungen,

— damit auch an der Aufhebung psychodynamisch bedingter Krankheiten und

— somit auch am gezielten Einsatz psychotherapeutischer Praxis interessiert sein. Die Frage nach dem je angemessenen Einsatz genau solcher Praxis bedarf dann allerdings spezifischer Reflexion; und zwar einer solchen spezifischen Reflexion, deren Diffizilität sich wohl noch mehr zuspitzt, wenn — wie nun hier —

nicht bloß nach dem Zusammenspiel zwischen Psychotherapie und Pädagogik überhaupt, sondern vielmehr nach dem Zusammenspiel zwischen Psychotherapie und genau jenem pädagogischen Tun gefragt wird, welches auch selbst schon den Anspruch des „Heilens“ in sich tragen will; einen Anspruch übrigens, den aufrecht zu erhalten — wie zu zeigen sein wird — sich wohl auch dann lohnt, wenn man mit „Heilpädagogik“ auch die pädagogische Führung sogenannter „Behinderter“ begreifen will. Dazu aber nun einige theseartige Bemerkungen:

1. Arbeiten der vornehmlich jüngeren Fachliteratur kann entnommen werden, daß es immer schwieriger wird zu entscheiden, inwieweit das Zustandsbild eines auf den ersten Blick als „behindert“ bezeichneten Menschen auf organische oder aber auf psychodynamisch bedingte Faktoren zurückzuführen ist. Die Trennungslinie zwischen somatisch begreifbarer Behinderung oder chronischer Erkrankung einerseits und erlebnisreaktiv verursachter Krankheit andererseits scheint immer mehr zu verschwimmen. Was dazu publiziert worden ist, läßt sich in Ansehung der jeweiligen Grundaussagen nach drei Gesichtspunkten ordnen:

- *Zum ersten* wird betont, daß innerpsychische Dynamismen und Konflikte ihren (symbolischen) Ausdruck immer wieder in solchen Funktionsstörungen zu finden vermögen; wie sie — ihrem klinischen Erscheinungsbild zufolge — oft auch bei diversen tatsächlich organischen Schädigungen vorgefunden werden können. Neben verschiedenen Formen der Konversionshysterien und Psychosomatosen gilt es hier wohl auch eine stattliche Anzahl erlebnisreaktiv bedingter Lernstörungen zu erwähnen.
- *Zum zweiten* kann das Vorliegen einer tatsächlich organisch bedingten Funktionsbeeinträchtigung aber auch ihrerseits die Ausbildung pathologischer Psychodynamismen provozieren. Dies vermag — wie LEMPP (1964) am Beispiel der frühkindlichen Hirnschädigung dargelegt hat — im Sinne einer „*primären Neurotisierung*“ etwa dann zu geschehen, wenn Individuen infolge ihrer organischen Störungen durchschnittlichen Reiz- und Frustrationsanforderungen nicht gewachsen sind und auf diese deshalb in bloß pathogener Weise antworten können; ein Verarbeitungsmodus, der wohl deutlich von dem der „*sekundären Neurotisierung*“ unterschieden werden muß: Diesem zufolge vermag nämlich auch die Reaktion, mit welcher seitens der Umwelt auf die Präsenz einer organischen Beeinträchtigung geantwortet wird, neurotisierende Prozesse im innerpsychischen Bereich eines jeden Behinderten auszulösen; ein Aspekt, der wohl auch schon bei ALFRED ADLER deutlich anklingt, wenn er 1907 darlegt, in welcher Weise „Organminderwertigkeiten“ das Selbstwertgefühl betroffener Individuen mindern und deshalb neurotische Überkompensationen provozieren können.
- *Zum dritten* wird aber auch betont, daß zahlreiche Zustandsbilder vermeintlicher Behinderung wohl nur als Ausdruck eines ganz engen *Zusammenspiels* zwischen *unheilbar scheinender Behinderung* einerseits und *je spezifischen Psychodynamismen* andererseits begriffen werden könne. Auf der Hand liegt die Gegebenheit einer so engen Verschränkung etwa im Bereich jener Behinderungen, welche den Einsatz übender Frühförderung angemessen erscheinen lassen; schlägt sich hier doch die je positive oder negative Übertragung so zu fördernder Kinder auf den Therapeuten ganz unmittelbar in deren Übungseifer und somit im Ausprägungsgrad ihres Behindertseins nieder. Solch enge Wechselbezüge gilt es aber auch bei Erscheinungsbildern zu bedenken, die eben solche Wechsel-

bezüge — aufs erste gesehen — gar nicht so plausibel erscheinen lassen: So haben etwa die Epilepsieuntersuchungen von HOFF & STROTZKA (1959) gezeigt, daß erlebnisreaktive Faktoren nicht bloß *charakterliche Folgezustände* bei einzelnen Epilepsien, sondern vielmehr auch *Auslösungsmoment, Gestalt und Form* sowie *Frequenz* vieler epileptischer Manifestationen selbst maßgeblich beeinflussen können. Und in den letzten Jahren vermochten Autoren wie MAUD MANNONI (1972) sowie RUBNER & RUBNER (1982) auch aufzuzeigen, daß selbst — oder vielleicht sogar: gerade — der Schweregrad vieler oligophrener Zustandsbilder ganz massiv von psychodynamisch begreifbaren Momenten mitgetragen wird. So vielgestaltig sich solche Theorien zeigen mögen — was sie alle verbindet; das ist wohl der unmißverständliche Hinweis, daß in vielen Einzelfällen an der idealtypischen Unterscheidung zwischen unaufhebbarer Behinderung (hier) und psychodynamisch-therapierbaren Erkrankung (dort) wohl nicht mehr so einfach festgehalten werden kann. Will Heilpädagogik nun aber ihren Auftrag erfüllen und auch Zöglinge mit Erscheinungsbildern der eben beschriebenen Arten zu möglichst umfassender Selbstverantwortlichkeit führen wollen, so muß sie — ähnlich wie in ihrer Arbeit mit sogenannten „Verhaltensgestörten“ — an einer engen Kooperation mit Psychotherapie interessiert sein; vermag doch hier oft nur der Einsatz psychotherapeutischer Praxis die Möglichkeit dafür zu schaffen, daß Zöglingen wesentliche Handlungsspielräume zu ihrer erst tatsächlich verantwortbaren Verfügbarkeit erschlossen werden können.

Wie hat eine solche Kooperation nun aber gestaltet zu werden?

2. Die Frage nach der Gestaltung etwaiger Zusammenarbeit zwischen Heilpädagogik und Psychotherapie verweist zunächst auf das Problem der *personellen Kompetenz- und Aufgabenteilung*.

Eine eben solche dürfte — zumindest vom Zustandsbild des Zöglings aus gesehen — wohl dann von größter Notwendigkeit sein, wenn es gilt, *verdrängt-neurotische Konflikte einer befreienden Aufarbeitung zuzuführen*. Da solcherart Vorhaben nämlich auf die Aktualisierung und Bearbeitung „höchst“ unbewußter Phantasien, Vorstellungen, Erlebnisweisen... abzuzielen hat, bedarf es eines speziell ausgebildeten Psychotherapeuten, der wohl mehr bieten können muß, als die bloße Bereitstellung eines „therapeutischen Raumes“, in dem es dann gelingen kann, Abstinenz zu üben und Patienten zur Produktion unbewußt determinierten Materials zu provozieren; was solcherart Psychotherapeuten nämlich darüber hinaus zu leisten haben — und das ist es wohl, was deren spezifische Ausbildung verlangt —, das ist die differenzierte Fähigkeit, so erhaltenes Material recht deuten, in konfliktlösender Weise bearbeiten sowie dabei aktualisierte Ängste unter fester Kontrolle halten zu können. Interpersonale Kooperation mit dem weiteren heilpädagogischen Team ist dabei vornehmlich auf den Ebenen des gegenseitigen Informationsaustausches sowie der gemeinsamen Planung etwaiger entlastender, stützender oder (gegen Ende der Therapie auch setzbarer) übender Aktivitäten anzuraten.

Im Unterschied dazu gilt es aber auch Formen der Praxisgestaltung zu denken, in denen eine *Kooperation* zwischen Heilpädagogik und Psychotherapie aber auch *im je einzelnen Heilpädagogen selbst vollzogen werden kann*. Akte solcherart heilpädagogischer Praxis vermögen dann gesetzt zu werden, wenn es etwa gilt, — Zöglinge durch gezielt freundliche Zuwendung zu veranlassen, negativ-neurotische Übertragungsreaktionen einer umfassenden Korrektur zu unterziehen;

wenn es etwa gilt,

— retardierten Kindern durch vermehrte freundlich-liebevolle Zuwendung zu helfen, frühkindliche Entbehrungen und Versagungen zu kompensieren und somit ontogenetisch alte Fixierungspunkte aufgeben zu können;

wenn es etwa gilt;

— an-sich-selbst-zweifelnde Zöglinge durch besondere Ermunterungen sowie durch Vermittlung spezieller Fertigkeiten zu ermutigen, auf daß sie sich neuen Aufgaben wieder zuversichtlicher zuzuwenden trauen;

kurz: wenn es gilt,

— *unter Verzicht auf unmittelbare Konfliktaufarbeitungen* genau solche psychodynamische Prozesse zu provozieren, welche dem Zögling neue Handlungsalternativen erschließen können.

3. Um heilpädagogische Interessen möglichst wahrnehmen zu können, gilt es, psychotherapeutische (oder vielleicht besser: quasi-psychotherapeutische) Führungsarbeit nun aber nicht bloß anzusprechenden Zöglingen, sondern sehr oft auch betroffenen Eltern, Lehrern und Erziehern angedeihen zu lassen; ist es doch gerade der intensive Umgang mit Behinderten und Kranken, der unbewußte Ängste und Konflikte in hohem Ausmaß beleben und somit unsachgemäße Entscheidungen befördern kann.

Erfahren Eltern etwa, daß sie ein behindertes, chronisch krankes oder psychisch gestörtes Kind besitzen, so fühlen sie sich (nahezu) durchwegs enttäuscht und gekränkt (vgl. dazu und zum Folgenden v. a. ROSS 1969, STROTZKA 1969, MASON 1969 und SAGI 1969). Berechtigten Gründen oder aber auch infantilen Phantasien zufolge vermögen sie sich als schuldig zu wähnen; den Verlust ihres gesunden Kindes empfinden sie gerne als Verlust eines Teiles ihres eigenen Selbstes; in ihrem Selbstwertgefühl finden sie sich wesentlich herabgesetzt. — Die Konsequenz: Um dem Erleben unmittelbarer Selbstvorwürfe, Identitätskrisen oder narzißtischen Kränkungen zu entkommen, werden spezifische Abwehren installiert; Abwehren, die ihren unmittelbaren Niederschlag dann allerdings auch in der Art ihres Umgangs mit dem führungsbedürftigen Kind zu finden pflegen: Um Schuldgefühle lindern zu können, tendieren Eltern dann etwa zu Akten der Perfektionierung, Verzärtelung oder Verwöhnung; um narzißtischen Krisen vorzubeugen, vermögen sie Überbehütung oder Separation zu praktizieren; und um extreme Gefühle des Mitleids und der Angst abzuwehren, können sie via Isolierung emotionale Probleme auszuklammern und statt dessen einzig medizinisch-technische Fragen in den ausschließlichen Mittelpunkt ihrer Aufmerksamkeit zu rücken versuchen. Bedenkt man weiters, daß neben solchen Abwehrhaltungen oft aber auch noch offene Ablehnung und Aggression, Verzicht auf Zärtlichkeit sowie Erschütterung und Ekel über die „Andersartigkeit“ ihres Kindes zum Ausdruck gebracht wird, so ist es durchaus nachvollziehbar, warum viele Behinderte und Kranke via Interaktion mit (solcherart) elterlicher Praxis in die Position des neurotischen oder persönlichkeitsentwicklungsgestörten Kindes gedrängt werden.

Wird für Eltern deshalb die Pflege einer psychotherapeutischen Betreuung gefordert — und zwar einer Betreuung, die (je nach Erfordernis) beratender, ich-stärkender oder aufdeckender Natur sein kann —, so vermag genau diese Forderung auch auf die weite Berufsgruppe der professionellen Heilpädagogen ausgeweitet zu werden. Viele Lehrer, Kindergärtner, Erzieher, Mediziner, Psychologen, Ergo-

therapeuten, Logopäden..., die zu einem hohen Prozentsatz ja ohnehin schon mit der Problematik ihres je spezifischen „Helfersyndroms“ zu kämpfen haben, sie alle dürften ja — aufs Ganze gesehen — psychodynamischen Prozessen der eben beschriebenen Art zumindest ebenso hilflos ausgeliefert sein wie die zuvor benannten Eltern (RICHTER 1976, SCHMIDBAUER 1977). Gerade für diese „Heilpädagogen“ dürfte daher tiefenpsychologisch orientierte Selbsterfahrung — und sei sie „bloß“ via Besuch von Balintgruppen oder Supervisionsstunden gewonnen — dringend nötig sein; gilt es für sie doch nicht bloß Begegnungen mit Zöglingen unter möglicher Kontrolle halten, sondern überdies auch Eltern sachgemäß führen und beraten zu können.

4. Es wäre illusorisch, zu meinen, Psychotherapie habe in ihrer Verwiesenheit auf Heilpädagogik nunmehr mit keinerlei Grenzen zu rechnen. Auf zumindest zwei sei hier hingewiesen:

Der Einsatz von Psychotherapie dürfte — zum ersten — wohl dort kontraindiziert sein, wo es grundsätzlich keine Chance auf psychodynamisch beförderbare Heilung mehr zu geben scheint. Im Bereich unaufhebbar-organischer Behinderungen vermag Psychotherapie daher grundsätzlich keine Erfolge zu zeitigen; wiewohl hier allerdings nochmals vehement betont werden muß, daß es wohl kaum heilpädagogische Aufgabenstellungen (welcher Art auch immer) zu denken gibt, in denen es wirklich bloß um die ausschließliche Beachtung genau solcher isolierter Behinderungsmomente gehen kann.

Während die Reichweite genau dieser Grenze in der Regel also weit überschätzt werden dürfte, scheint der tatsächlichen Reichweite einer anderen allerdings nicht genug Bedachtnahme gezollt werden zu können. Gemeint ist damit jene Grenze an Zusammenarbeitbarkeit, die nicht von prinzipiellen Voraussetzungen, sondern vielmehr von den tristen empirischen Rahmenbedingungen heutiger heilpädagogischer Praxisarbeit diktiert wird. —

Zur exemplarischen Andeutung:

— Bedenkt man etwa die pflichtgemäße Ausbildung jener Leute, die heilpädagogische Praxis vollziehen sollen, so wird man feststellen, daß es kaum Studiengänge gibt, in denen angehende Heilpädagogen zu einer solchen Kooperation wirklich vorbereitet werden. Vielleicht erfahren sie mitunter Konfrontation mit tiefenpsychologisch orientierter Fachliteratur; bloße Literaturkenntnisse setzen aber kaum jemanden instand, heilpädagogische Einzelfälle — selbst unter Verzicht auf den Einsatz unmittelbar konfliktaufarbeitender Methoden — unter tiefenpsychologischen Aspekten profund zu erfassen oder gar zu führen; bedarf es dazu doch eines (zumindest irgendwann einmal genossenen) Minimums an einschlägiger Selbsterfahrung und Supervision.

— Die Tendenz, heilpädagogische Aufgabenstellungen unter Ausklammerung tiefenpsychologischer Aspekte zu beurteilen, wird aber auch seitens diverser Strömungen gegenwärtiger Wissenschaftstheorie gefördert. Die von vielen Autoren vorschneil monopolisierte Idee, bloß mathematisch quantifizierbaren Daten ernsthaftes Interesse entgegenbringen zu brauchen, mag doch auch immer wieder „Praktiker“ veranlassen, verstehende und somit auch tiefenpsychologische Zugänge zur Erfassung fremder Persönlichkeiten deutlich zu vernachlässigen.

— Es sind aber auch die Strukturen einschlägiger Organisationen, die einer Kooperation von Heilpädagogik mit Psychotherapie oft maßgebliche Grenzen setzen. Glaubt man den Ausführungen von SCHMIDBAUER (1977) und RICHTER

(1976), so befördern diese Strukturen keineswegs die (für Heilpädagogik ja so entscheidende) Psychohygiene einzelner Mitarbeiter; was statt dessen in auffällig hohem Ausmaß provoziert wird, das dürften vielmehr berufsbezogene Ängste, narzißtische Krisen, extremes Karriere-, Prestige- und Konkurrenzbewußtsein sowie die Verschärfung des Hanges sein, „interpersonale Abwehrsysteme“ (MENTZOS 1976) — auch in heilpädagogischen Bezügen — eingehen zu müssen. — Aber auch die geographische Lage, informelle Geordnetheit sowie die gesetzlichen Geregeltheiten solcher Institutionen sind es, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der oben geforderten Art oft nur als Fleißaufgabe einiger weniger Engagierter möglich werden lassen.

Will man sich nunmehr nicht weiter damit begnügen, daß solcherart Arbeit zum Wohl der Kranken und Behinderten bloß Ausnahme bleiben soll, so wird man wohl intensiver als bisher diskutieren müssen, welche Schritte — etwa im Bereich von Aus- und Fortbildung — zu setzen sind, damit Heilpädagogik mit Psychotherapie in jenem Ausmaß kooperieren kann, welches es von der Sache her einzufordern gilt. Denn um an BRUNO BETTELHEIM anzuknüpfen: „Liebe allein genügt nicht.“ — Es bedarf wohl auch einschlägiger Fertigkeiten, Bemühungen und Bedingungen, wenn aus „heilpädagogischer Liebe“ auch *hilfreiche Praxis* werden soll.

Literatur

- A. ADLER: Die Theorie der Organminderwertigkeit und ihre Bedeutung für Philosophie und Psychologie (1907). In: A. ADLER & C. FURTMÜLLER: Heilen und Bilden. Fischer, Frankfurt 1973, 25—41
- H. FUCHS: Psychoanalytische Heilpädagogik im Kindergarten. In: H. MENG (Hrsg.): Psychoanalytische Pädagogik des Kleinkindes. Reinhardt, München 1973, 143—191
- H. HOFF & H. STROTZKA: Psychotherapie bei der Epilepsie. In: V. E. FRANKL, FR. von GEBSATTEL & J. H. SCHULZ (Hrsg.): Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie (Bd. 4). Urban & Schwarzenberg, München 1959, 646—659
- R. LEMPP: Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. Huber, Bern 1964
- M. MANNONI: Das zurückgebliebene Kind und seine Mutter. Walter, Olten 1972
- E. M. MASON: Psychotherapeutische Beratung von Müttern blinder Kinder. In: G. BIERMANN (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. II. Reinhardt, München 1969, 1128—1136
- F. MEINERTZ & R. KAUSEN: Heilpädagogik. Klinkhardt, Heilbrunn 1981
- St. MENTZOS: Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Suhrkamp, Frankfurt 1976
- N. NEUHAUS: Die Notwendigkeit tiefenpsychologischer Erkenntnisse für die Arbeit des außerschulischen Heilpädagogen. In: G. BIERMANN (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. III. Reinhardt, München 1976, 519—525
- H.-E. RICHTER: Flüchten oder Standhalten. Rowohlt, Hamburg 1976
- A. O. ROSS: Die psychotherapeutische Führung von Eltern hirngeschädigter Kinder. In: G. BIERMANN (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. II. Reinhardt, München 1969, 1062—1074
- A. RUBNER & E. RUBNER: Das zurückgebliebene Kind und das analytische Psychodrama. Marhold, Berlin 1982
- A. SAGI: Die psychotherapeutische Führung der Eltern körperbehinderter Kinder. In: G. BIERMANN (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. II. Reinhardt, München 1969, 1140—1148
- W. SCHMIDBAUER: Die hilflosen Helfer. Rowohlt, Reinbeck 1977

J. SCHURR: Verantwortete Verantwortung: Grundsätzliches zum Ethos der Erziehung. In: Vierteljahresschrift für wissenschaftliche Pädagogik 56; 1980, 46—59.

W. SPIEL: Psychotherapie. In: W. SPIEL: Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Thieme, Stuttgart 1967, 14—95.

W. SPIEL: Tiefenpsychologische Aspekte klinischer Heilpädagogik. In: H. KOCH: Klinische Heilpädagogik. Neckar, Villingen 1973, 25—32.

H. STROTZKA: Die Psychotherapie des anfallskranken Kindes. In: G. BIERMANN (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. II. Reinhardt, München 1969, 1086—1093.