

# **Sexualität, Elternschaft und geistige Behinderung**

Bakkalaureatsarbeit  
zur Erlangung des akademischen Grades eines/einer  
Bachelors of Arts

eingereicht von  
**Judith Valentin**

bei A.o. Univ.- Prof. Dr. Volker Schönwiese  
Fakultät für Bildungswissenschaften  
der Leopold- Franzens- Universität Innsbruck

Innsbruck 2011

Ich bedanke mich herzlich bei meinen Eltern, meiner Schwester und meinen Freunden für die tatkräftige Unterstützung während der Studienzeit, sowie bei Herrn Professor Schönwiese für die gelungene Betreuung der Abschlussarbeit.

# Inhaltsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| Inhaltsverzeichnis.....   | 3  |
| <b>1. Einleitung</b> .....  | 4  |
| <b>2. Definitionsversuche</b> .....   | 6  |
| 2.1 Geistige Behinderung.....   | 6  |
| 2.2 Sexualität .....  | 9  |
| 2.3 Elternschaft .....  | 10 |
| 2.4 Identität .....   | 12 |
| <b>3. Theoretische Abhandlung</b> .....   | 15 |
| 3.1 Sexualität und geistige Behinderung.....  | 15 |
| Die Entwicklung der Psychosexualität. Behindertenspezifische Aspekte.....             | 20 |
| 3.2 Elternschaft und geistige Behinderung.....  | 24 |
| 3.3 Geschlechtsidentität.....   | 29 |
| 3.4 Stigma und Stigmatisierung .....  | 32 |
| 3.4.1 Goffman.....  | 39 |
| 3.4.2 Krappmann .....   | 41 |
| 3.4.3 Frey.....   | 44 |
| <b>4. Unterstützungsmodelle</b> .....   | 48 |
| 4.1 Die Sexualberatung der PRO FAMILIA Berlin.....                                    | 48 |
| 4.2 Das Familienprojekt der Lebenshilfe Berlin .....                                  | 50 |
| 4.3 Selbstbestimmte Gruppenarbeit mit geistig behinderten Eltern in<br>Dänemark ..... | 52 |
| 4.4 Standards für qualitativ hochwertige Unterstützungspraxen .....                   | 53 |
| <b>5. Resümee</b> .....   | 57 |
| <b>6. Quellenverzeichnis</b> .....  | 59 |

# 1. Einleitung

Diese Arbeit bildet den Abschluss meines Bachelorstudiums der Erziehungswissenschaften an der Universität Innsbruck und wurde im Rahmen des Seminars „Inklusive Pädagogik“ verfasst. Das Interesse am Thema Sexualität, Elternschaft und geistige Behinderung entstand in der Auseinandersetzung mit Ansätzen und Theorien der Inklusiven Pädagogik und der Disability Studies. Die nötige Überzeugung an diesem Gegenstand schlussendlich wirklich arbeiten zu wollen, entwickelte sich, nach dem ich mit dem Film „Yo, también“ von Alvaro Pastor Gaspar und Antonio Naharro aus dem Jahr 2009 in Berührung gekommen war. Der Film thematisiert, mit welchen mehr oder weniger bewussten Vorurteilen Behinderte konfrontiert werden, die ihre Sexualität und ihre Liebe leben möchten. Es wird auf gesellschaftliche Barrieren und Hindernisse ebenso aufmerksam gemacht, wie auf die Konstruiertheit des Phänomens Behinderung.

Inspiziert von diesem Film, widmet sich die Arbeit in einem ersten Teil zunächst den Begriffserläuterungen. Es soll geklärt werden, welches Verständnis von geistiger Behinderung, Sexualität und von Elternschaft vorherrscht. Da in diesem Zusammenhang Identität eine wichtige Rolle spielt, soll auch dieser Begriff erklärt werden. In diesem Abschnitt wird unter anderem auf Konzepte und Theorien Elberts, Niedeckens und Cloerkes, sowie auf Freud und Markowetz Bezug genommen.

Im zweiten Teil wird genauer auf behindertenspezifische Aspekte von Sexualität und Elternschaft eingegangen, um anschließend auf die Bildung von Geschlechtsidentität zu sprechen zu kommen. Von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang unter anderem die Ansätze Walters, Pixa- Kettners, Sianasons, und Schönwieses. Zusätzlich werden Konzepte von Hermes und Ferrares angesprochen. Darauf folgend scheint es sinnvoll, die Stigma- Identitätsthesen von Goffman, Krapmann und Frey einzuführen. Der Begriff des Stigmas und der Stigmatisierung wird anhand von Ausführungen Hohmeiers erläutert.

In einem dritten Teil werden unterschiedliche Formen der sexualpädagogischen Unterstützung und Modelle zur Begleitung geistig behinderter Eltern vorgestellt. Abschließend sollen Qualitätsstandards für qualitativ hochwertige Unterstützungsmaßnahmen genannt werden.

Anhand dieser Arbeit soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass das Recht auf Sexualität und Familiengründung ein Menschenrecht ist, wie dies unter anderem in der UN- Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung festgehalten ist. Der Artikel 23, in dem es um die Achtung der Wohnung und der Familie geht, besagt, dass die Vertragsstaaten sich dazu verpflichten, Maßnahmen zu setzen, die eine Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderung in Fragen der Ehe, der Familie, Elternschaft und Partnerschaft herbeiführen. Weiters werden die Rechte auf Familienplanung, auf altersgemäße Information und Aufklärung, auf Aufrechterhaltung der Fruchtbarkeit betont. Zusätzlich verpflichten sich die betroffenen Staaten unterstützende Maßnahmen zu gewährleisten, welche es Personen ermöglichen, ihre elterlichen Pflichten auszuüben.

(vgl. [www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user\\_upload/PDF-Dateien/Pakte\\_Konventionen/CRPD\\_behindertenrechtskonvention/crpd\\_de.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_de.pdf))

Diese Arbeit soll zur Enttabuisierung der Thematik beitragen, so dass Selbstbestimmung auch auf der Ebene der Sexualität und Familienplanung gewährleistet und eine gewisse Lebensqualität behinderter Personen garantiert werden kann.

## 2. Definitionsversuche

### 2.1 Geistige Behinderung

In dieser Arbeit wird von dem sozialen Modell der Behinderung ausgegangen, welches auf die Konstruiertheit dieses Phänomens verweist. Es scheint demnach unmöglich eine eindeutige, für immer klar festgeschriebene Definition zu erstellen. Vielmehr muss Behinderung als dynamischer Prozess verstanden werden, der in vielfältiger Weise immer wieder gesellschaftlich hergestellt wird. Anhand der Theorien Elberts, Cloerkes und Niedeckens wird hier auf den gesellschaftlich hervorgebrachten Charakter von geistiger Behinderung eingegangen, die den medizinisch- juristischen und behindertenpädagogischen Definitionen teilweise entgegenstehen.

Johannes Elbert weist darauf hin, dass geistig Behinderte erst in speziellen Handlungsfeldern, d.h. in gewissen Kulturationsprozessen formiert werden. Dies geschieht beispielsweise anhand eines spezifisch medizinisch-psychiatrischen Blicks. Die Medizin ist jene Disziplin, die vorgibt, das Wesen des Geistigbehindertseins zu kennen und dieses somit zu einem fortwährenden Zustand deklariert, der keine anderen Seinszustände toleriert. Dies passiert auf Grundlage einer medizinischen Theorie, welche die Konstellation von Symptomen objektiv zu beobachten versucht und diese anschließend nach verschiedenen Wertigkeiten gliedert. Symptome werden also gesammelt und anschließend anhand eines Interpretationsrasters, welches auf dem statistischen Normalitätsbegriff aufbaut, eingeordnet. Je nachdem inwieweit eine Person und die von ihr manifestierten Symptome von der „Normalität“ abweichen, wird bestimmt, ob und in welchem Grad sie als geistig behindert gilt. Geistige Behinderung wird demnach als Mangel erfasst, der Zurückgeführt auf einen organischen Defekt zurück geführt wird. Die in dieser Art und Weise erstellte Diagnose wird anschließend an Nicht- Experten weitergegeben, welche das medizinisch- psychiatrische defizitäre Bild übernehmen. Die Diagnose prägt schließlich die Beziehung zwischen den vermeintlich geistig behinderten Personen und den Diagnosekundigen. Indem Prognosen über die Entwicklungsmöglichkeiten einer Person gestellt werden, werden Zu- und

Judith Valentin

Festschreibungen gemacht, die eine Person ein Leben lang begleiten sollen. (vgl. Elbert 1982, S.3ff)

Indem die Sonderpädagogik sich auf dieses statische Bild von Behinderung bezieht, trägt sie zur Produktion von geistiger Behinderung bei und stabilisiert diese Konstruktion. (vgl. ebd., S.4)

Geistigbehindertsein ist ebenso für Dietmut Niedecken kein naturhaftes Ereignis, sondern es entsteht in gesellschaftlichen und kulturellen Auseinandersetzungen. Ihre These lautet: „*Geistig behindert kann niemand geboren werden*,...“ (Niedecken 2003, S.25) Ihrer Ansicht nach wird geistige Behinderung in drei Stufen organisiert.

1. Geistige Behinderung konstituiert sich demnach in der Auseinandersetzung zwischen Säugling und Mutter bzw. Vater und der Haltung, die in der Umgebung des Kindes und der Eltern vorherrscht. Diese kann haltend oder alleinlassend sein.
2. Als zweiter Organisator für geistige Behinderung kann die Diagnose genannt werden. Sie schreibt Fremd- und Eigenwahrnehmung fest und betoniert sie ein. Sie dient, ebenso wie die institutionalisierten Techniken der Rehabilitation und Integration, der Schuldentlastung, um gesellschaftlich unbewusst vorkommende Mordtendenzen zu unterdrücken, welche vornehmlich über die Mutter an das Kind herangetragen werden.
3. Die Behandlungstechnologien sind schließlich drittes wesentliches Element, das zur Formierung von geistiger Behinderung beiträgt, da sie es vermögen, die Realität der „Behinderten“ so zu gestalten, dass diese der Diagnose entspricht. (vgl. Niedecken 2003, S.25f)

Während Elbert also vor allem die konstitutive Macht der Psychiatrie und der Sonderpädagogik für die Entstehung von geistiger Behinderung betont, verweist Niedecken zudem auf die Beziehungen und Auseinandersetzungen, die das Kind vor allem im Säuglingsalter erlebt und die für das „Geistigbehindertwerden“ eine Rolle spielen. Beide betonen die fatale Wirkung der Diagnose und ihre Auswirkungen auf eine Person.

Festgehalten werden soll an diesem Punkt, dass das „Geistigbehindertsein“ Ergebniss eines Prozesses ist, der fortgehend stattfindet. Geistige Behinderung ist nicht etwas, das per se existiert und das folglich in seinem Wesen definiert werden kann, wie dies die Medizin versucht. Behinderung ist nichts Absolutes, aber etwas Relatives, das von mehreren Dimensionen abhängig sein kann. Zum Beispiel von zeitlichen Faktoren, der subjektiven Verarbeitung, den Lebensbereichen und Lebenssituationen und den kulturspezifischen Reaktionen. (vgl. Cloerkes 2007, S.9f)

Im so genannten ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1999 erstellt wurde, wird erstmals auf derartige Kontextfaktoren eingegangen. Behinderung wird an drei Komponenten geknüpft, die der Klassifizierung dienen sollen. Dazu gehören: *Impairment, Activity, Participation*. Ersteres beschreibt die individuelle Ebene der Behinderung, d.h. organische Schädigungen und funktionelle Störungen, die eine Person scheinbar aufweist. Mit *Activity* sind jene Aktivitäten gemeint, welche trotz Einschränkung ein selbstbestimmtes Leben erlauben. Anhand des Begriffes *Participation* wird der gesellschaftliche Kontext beleuchtet, in welchen eine Person sich mehr oder weniger einbringt. Vergleicht man den ICF mit dem 1980 ebenfalls von der WHO erstellten ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps), bei dem man noch von *Impairment, Disability* und *Handicap* sprach, fällt auf, dass Kontextfaktoren dort nicht bedacht werden, sondern ein defizitärer und individuumzentrierter Blick auf Personen mit Behinderung geworfen wird. Der ICF betont sehr wohl den gesellschaftlichen Kontext, in dem sich Menschen mit Behinderung aufhalten und aktiv einbringen. Hier gilt die selbstbestimmte Teilhabe als Ziel. Der Behinderungsbegriff scheint nicht mehr im Zentrum zu stehen. Dennoch weist auch dieser Definitionsversuch Schwächen auf, wenn als Ausgangspunkt eine Schädigung genannt wird, die sich durch eine objektivierbare Abweichung von der Norm kennzeichnet. Cloerkes stellt sich die Frage, woran man eine Normabweichung bemessen kann und ob eine Schädigung medizinisch und sonderpädagogisch immer so genau und auf objektive Weise feststellbar ist. Er weist, ebenso wie Elbert und Niedecken, darauf hin, dass Behinderung ebenso gut das Resultat von sozialen Bewertungs- und Abwertungsprozessen sein kann und sich Schädigung als Folge dieser Praxen einstellt. (vgl. Cloerkes 2007, S.5ff)



Cloerkes selbst definiert Behinderung – und auf diese Definition möchte ich mich im Zuge dieser Arbeit beziehen – wie folgt: „Ein **Mensch** ist **>behindert<**, wenn erstens eine unerwünschte Abweichung von wie auch immer definierten Erwartungen vorliegt und wenn zweitens deshalb die soziale Reaktion auf ihn negativ ist.“ (Cloerkes 2007, S. 8) Dieser Versuch Behinderung zu fassen scheint mir angebracht, da Behinderung erstens nicht als etwas Absolutes dargestellt wird, sondern als soziale Kategorie und weil zweitens nicht Schädigung als Ausgangspunkt genommen wird, die Betonung eher auf den Folgen liegen, die für das Individuum entstehen. (vgl. Cloerkes 2007, S. 9)

## 2.2 Sexualität

Bevor hier nun der Begriff der Elternschaft geklärt werden soll, wird erläutert, was unter Sexualität verstanden wird. Geistig behinderten Personen wird Sexualität häufig abgesprochen, damit einher geht auch das Untersagen des Rechtes auf Kinder. Hier wird Bezug genommen auf die Theorien des Psychoanalytikers Sigmund Freud.

Das Wort Sexualität leitet sich aus dem Lateinischen *sexus* ab und bedeutet sinngemäß „Geschlechtlichkeit“. In der Biologie wird damit die Gegebenheit von zwei oder mehreren Fortpflanzungstypen, also Geschlechtern innerhalb einer Art, bezeichnet, welche zur Produktion neuen Lebens in der Lage sind. (vgl. [de.wikipedia.org/wiki/Sexualit%C3%A4t](http://de.wikipedia.org/wiki/Sexualit%C3%A4t))

Eine rein biologistische Sicht auf Sexualität ist in diesem Zusammenhang jedoch nicht angemessen. Bereits Freud hat zu Beginn des 20. Jahrhunderts gezeigt, dass Sexualität weit mehr umfasst als Geschlechtsverkehr und Fortpflanzung. Er setzt Sexualität in seinem weitläufigen Verständnis mit dem deutschen Begriff der „Liebe“ gleich. Das heißt er befreit den Begriff von der Bindung an die Genitalität und betont dafür die psychologischen Dimensionen der Sexualität. (vgl. Walter 1994, S.3)

Freud, aber auch andere Theoretiker, verweisen auf den soziokulturellen Gehalt der Sexualität, was da heißt, dass Sexualverhalten nicht etwas Natürliches ist,

sondern als Produkt sozialer und soziokultureller Lernprozesse verstanden werden muss. Dazu zählen die Formierung von sexuellen, zärtlichen und sinnlichen Bedürfnissen, sowie der Erwerb entsprechenden Sexualwissens. Sexualität ist folglich etwas Erlerntes, dessen Ursprung womöglich bereits im Mutterleib liegt und jedenfalls in der frühen Eltern- Kind- Beziehung weiterentwickelt wird. In welcher Art und Weise das Kind Zuwendung und Zärtlichkeiten in den verschiedensten alltäglichen Situationen erlebt, ist scheinbar ausschlaggebend für spätere sexuelle Verhaltensmuster. Fricker und Lerch betonen, dass die Entwicklung von sexuellen Erlebnisreaktionen von der Art der mütterlichen (und väterlichen) Zuwendung abhängen und nicht von spezifischen sexuellen Stimulationen. (vgl.ebd, S.4)

Mit der Annahme der Theorie der „erlernten Sexualität“ stellt sich die Frage, in welcher Weise oder ob sich Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt. Provokativ kann die Frage gestellt werden, ob geistig behinderte Menschen überhaupt über eine Sexualität verfügen. Die Antwort lautet „ja“, da sich Sexualität eben nicht aus punktuellen genitalen Stimulationen entwickelt, sondern durch die Art und Weise, in der sich die Bezugspersonen dem Kind zuwenden. Dennoch herrscht eine gesellschaftlich beobachtbare Tendenz vor, diese Frage mit „nein“ zu beantworten. Geistig behinderten Personen wird Sexualität häufig abgesprochen, obwohl diese vorhanden ist und gelebt werden will, was sich zum Beispiel im häufig auftretenden Kinderwunsch Geistigbehinderter zeigt.

## **2.3 Elternschaft**

Der Begriff Elternschaft bezeichnet die Rolle, welche Väter und Mütter gegenüber eines oder mehrerer Kinder ein nehmen. (vgl. [de.wikipedia.org/wiki/Elternschaft](http://de.wikipedia.org/wiki/Elternschaft)) Elternschaft kann als sozial definierter Status und damit einhergehendes Beziehungsverhältnis zwischen Eltern und Kindern bezeichnet werden. Dieser Status ist an gewisse gesellschaftliche Erwartungen und Ansprüche geknüpft, die es zu erfüllen gilt, wobei diese Ansprüche abhängig von spezifischen Kontexten sind. Vorstellungen über Elternschaft können variieren, zum Beispiel je

nach Alter des Kindes. Somit hat Elternschaft relationalen Charakter, weshalb auch verschiedene Elternschaftskonzepte innerhalb einer Gesellschaft nebeneinander existieren können. Sie repräsentieren für die Erziehung relevantes Wissen und können die Handlungen von Eltern steuern. Zusätzlich zu diesen Konzepten wird Elternschaft als eine faktische Rollenausübung von den individuellen Handlungserwartungen der Eltern geprägt. Subjektive Definitionen von Elternschaft spielen für die Wahrnehmung der Elternrolle und das elterliche Verhalten also eine ebenso große Rolle. (vgl. Feichter 2005, S.69ff)

Zu den Erwartungen an Eltern zählen unter anderem bestimmte Formen des Umgangs mit Kindern. Das Elternsein wird nicht mehr nur als natürliche Aufgabe des Menschen betrachtet, sondern mit bestimmten Kompetenzen in Verbindung gebracht. Dazu zählt nicht nur die Erfüllung von Grundversorgungspflichten, sondern auch die Anwendung einer aktiven, kompetenten und verantwortlichen Erziehungsrolle. Zurzeit lässt sich als ein allgemeiner Trend in der Gesellschaft beobachten, dass die Erwartungen und Anforderungen an Eltern, was eine angemessene Versorgung der Kinder betrifft, immer größer werden. Dem Druck, der auf den Eltern lastet, kann man sich kaum entziehen. (vgl. Kassoume 2006, S.20f)

Mit Elternschaft ist nicht lediglich die Ausübung der elterlichen Rolle als Paar gemeint, man spricht auch dann von Elternschaft, wenn lediglich ein Elternteil diese Rolle übernimmt. Elternschaft bezeichnet nicht nur das Verhältnis und die Beziehung zwischen Eltern und deren biologisch verwandten Kindern, sondern auch zwischen Erwachsenen, welche die Elternrolle gegenüber ihren nichtleiblichen Kindern übernehmen. Im Zusammenhang mit Elternschaft von Geistigbehinderten interessiert hier jedoch vor allem jene Form der Elternschaft, wo es um Erwachsene und ihre leiblichen Kinder geht, da größtenteils ausgeschlossen werden kann, dass geistig behinderte Personen als Eltern für Kinder eingesetzt werden, die nicht ihre leiblichen sind.

## 2.4 Identität

Identität soll im Zuge dieser Arbeit nicht als etwas verstanden werden, das sich stufenweise entwickelt, sondern als lebenslanger Entwicklungsprozess. Im Rahmen der klassischen Phasenmodelle wird Identität als etwas verstanden, das sich in eine gewisse Richtung hin entwickelt, von Unvollkommenheit zu Vollkommenheit. Autoren, wie Von Lüpke und Voß kritisieren die Phasenmodelle und betrachten Identität als etwas, das von vornherein möglich ist und deren Entwicklung quer zu den bekannten Entwicklungsstufen verläuft. (vgl. Von Lüpke/ Voß 1994, S3.) Auf ihre, sowie auf Cloerkes und Markowetz Ausführungen zum Thema Identität soll in diesem Abschnitt näher eingegangen werden.

Von Lüpke und Voß kritisieren an den traditionellen Phasenmodellen, dass diese nur einen kleinen Ausschnitt der Identitätsbildung erfassen und zur Entwicklung vor dem zweiten bis dritten Lebensmonat und zur Identitätsentwicklung im Alter keine Aussagen treffen können. So bleibt die gesamte pränatale Entwicklung, in der bereits Anpassungsleistungen vom Fötus erbracht werden müssen, ausgeklammert. Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass das „Spiel mit Identität“ von Anfang an, also bereits vor Geburt begonnen wird. Identität entwickelt sich demnach im Kontakt, in der Interaktion mit anderen, was bereits in der Zeit vor der Geburt stattfindet. (vgl.ebd, S.2f) *„Ein Gefühl von Identität kann sich nur im Dialog, in der ständigen Auseinandersetzung mit dem Nicht- Identischen, dem Fremden entwickeln.“* (Von Lüpke/ Voß 1994, S.1) Die Orientierung einer Person nach außen, nach dem Nicht- Identischen kann demnach als Bewegung hin zu Identitätsfindung verstanden werden. Die Entdeckung der Außenwelt enthüllt nämlich immer auch einen Aspekt der eigenen Identität. Da Entwicklung nur in einem geschützten Rahmen und mit dem Gefühl der Sicherheit stattfinden kann, bilden Beziehungen die Basis zu einer Auseinandersetzung mit der Außenwelt und somit zur Entfaltung von Identität. Den Autoren zu folge scheint es also keine vorgegebene, zunächst verborgene Identität zu geben, die im Laufe des Lebens zum Vorschein kommt oder nicht. (vgl. ebd, S.4ff)

Auch Cloerkes weist darauf hin, dass Identität als ein dynamischer, lebenslanger Prozess zu verstehen ist, der nicht statisch ist, sondern mit Handeln, Kommunikation und Reflexion zu tun hat. In der neueren Identitätsforschung wird darauf aufmerksam gemacht, dass das Subjekt die Fähigkeit besitzt aktiv zur Steuerung der eigenen Identitätsentwicklung beizutragen. (vgl. Cloerkes 2007, S.192f) Huschke- Rhein verweist in diesem Zusammenhang auf die dynamische Systemtheorie und den Autopoiesebegriff. Demnach kann Entwicklung als etwas intern gesteuertes betrachtet werden, da die Operationsweise des Gehirns ‚selbstreferentiell‘ ist. Dies bedeutet, dass allein durch die internen Systembedingungen im Gehirn entschieden wird, welche von außen kommenden Einwirkungen aufgenommen und verarbeitet werden und welche nicht. Das Gehirn arbeitet folglich autonom und steuert Entwicklung (von Identität) nach selbst vorgegebenen Regeln. (vgl. Huschke- Rhein 1994, S 11)

Ein Modell, in dem darauf hingewiesen wird, dass Identität als etwas prozesshaftes und dynamisches gesehen werden kann, ist jenes von Markowetz. Er begreift Identität nämlich „als prozessual- dynamische, situative und transsituative Integrations- und Balanceleistung“. (Markowetz 2000, S.6) Dabei werden Selbstbild, vermutetes Fremdbild und Fremdbild miteinander in Beziehung gesetzt und zu Identität trianguliert. Identität leitet das Handeln an und prägt das Wohlbefinden einer Person. Der Mensch ist im Verständnis Markowetz der „Akteur“ und „Dirigent“ der Entwicklung seines „Selbst“. (vgl. ebd.)

Im Kapitel über Stigmamanagement werden für die Behindertenforschung weitere wichtige soziologische Identitätskonzepte vorgestellt. Dazu zählen unter anderem jene Goffmanns, Krappmanns und Freys.

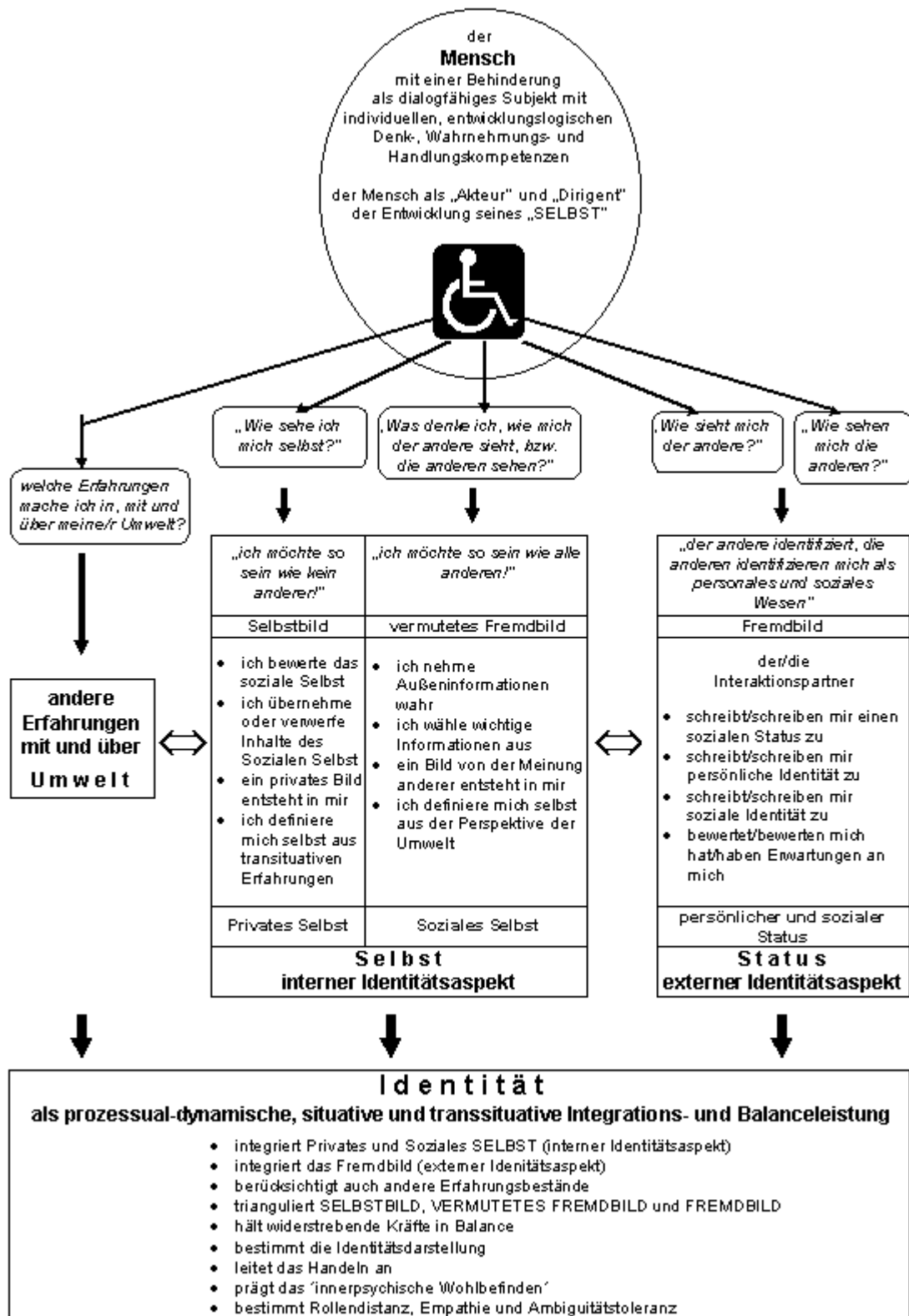


Abbildung 1: Identität nach Markowetz

## **3. Theoretische Abhandlung**

### **3.1 Sexualität und geistige Behinderung**

Die Themen Sexualität und geistige Behinderung zusammenzufassen, scheint für viele auf den ersten Blick ungewohnt und nicht angebracht zu sein. Man könnte meinen, dass sich diese beiden Größen kategorisch ausschließen. Diese Annahmen führten und führen auch heute noch dazu, dass die Thematik tabuisiert und nicht angesprochen wird. Bis in die 1980er Jahre hinein wurden Wünsche von geistig Behinderten, was ihre Sexualität anbelangt, überhaupt nicht wahr- beziehungsweise ernst genommen. Es gehörte zu den pädagogischen Zielen der Behindertenpädagogik die Menschen von ihrer Sexualität abzulenken, oder diese gar zu verhindern. Mit Aufkommen der Sonderpädagogik und eines integrativen Anspruchs wurde die Sicht auf Sexualität und geistige Behinderung allmählich verändert. Eine Neuorientierung ist erkennbar, die im Zuge der Normalisierungsdebatte erstmals aufkam. Man geht davon aus, dass behinderten Menschen dasselbe Recht auf Entfaltung ihrer Persönlichkeit zusteht wie allen Menschen. Zur Persönlichkeitsentwicklung gehören demnach auch Sexualität und Partnerschaft. Sexuelle Entfaltung wird als Persönlichkeitsrecht verstanden. (vgl. Walter 1994, S.3)

In diesem Abschnitt sollen Haltung und Einstellung beschrieben werden, die in Zusammenhang mit Sexualität von geistig Behinderten in der westlichen Gesellschaft erkennbar sind. Aus diesen Attitüden zum genannten Thema resultieren mehr oder weniger bewusst gewisse Praxen im Umgang mit Sexualität von geistig behinderten Personen, die hier näher erläutert werden sollen. Dazu gehören unter anderem Sterilisation, strenge Maßnahmen zur Verhütung und die nicht vorhandene sexualpädagogische Aufklärung. Herangezogen werden zu diesem Zweck Theorien von Walter, Sailer- Lauschmann und Schönwiese.

Joachim Walter stellt fest, dass trotz der liberalisierenden Tendenz, was Sexualität im Zusammenhang mit geistiger Behinderung betrifft, Umsetzungsschwierigkeiten im Alltag auftreten. Immer noch kann beobachtet werden, dass aktive Sexualpädagogik im Sinne einer sexuellen Selbstbestimmung im Umfeld der

behinderten Personen kaum verwirklicht wird. Das Elternhaus, die ErzieherInnen und pädagogisch-therapeutischen MitarbeiterInnen stoßen hier immer wieder an ihre Grenzen. Der Autor stellt die These auf, dass das Sexualleben geistig Behinderter Gegenstand von Projektionen und Phantasien sei, welche im unmittelbaren Umfeld der Personen Hilflosigkeit, Befangenheit und Angst auslöst. (vgl. ebd, S.2)

Sinason zufolge sind ebendiese Ängste und der damit einhergehende Zorn, die sich in gewissen Gesellschaften seit etlichen Jahrhunderten halten, ausschlaggebend für den problematischen Zusammenhang von geistiger Behinderung und Sexualität. Die Angst besteht darin, dass die Liaison zwischen zwei Geschlechtern zu geschädigter Nachkommenschaft führen könnte. Geistig Behinderte zeugen also von dem, was als böse Sexualität gefürchtet wird. Diese Angst wird laut Sinason von der gesamten Bevölkerung geteilt, inklusive den geistig Behinderten selbst, weil alle, was die künftigen Generationen betrifft, eine Art biologischer Hoffnung hegen. Die Ängste vor der „bösen“ Sexualität sind geprägt von infantilen Phantasien. (vgl. Sinason 2000, o.S.)

Sailer- Lauschmann und Schönwiese sprechen im Speziellen die vielfältigen Ängste der Eltern von geistig Behinderten an. Diese können in abwertende und defizitorientierte Haltungen münden. Sie formieren sich folglich aus:

- der Angst vor einem größeren Aufwand, die Auseinandersetzung mit behinderten Kindern betreffend, da diese oft nicht in der Lage sind, so klar und genau fragen können, wie andere Kinder.
- der Angst vor Vorurteilen, welche innerhalb der umgebenden Sozialstruktur aufkommen.
- der Angst, dass Sexualität unbeherrschbar wird, wenn sie nicht kontrolliert und gezügelt wird.
- der Angst vor der Entwicklung eines sogenannten "exzessiven" Triebes, der außer Kontrolle gerät.
- der Angst vor dem Kinderwunsch oder dem Eintreten einer Schwangerschaft bei geistig behinderten Personen.
- der Angst, dass sexuelle Bedürfnisse zu Missbrauch führen könnten. (vgl. Sailer- Lauschmann/ Schönwiese 2000, S.2)



Weiters ist die Sexualität geistig behinderter Personen von Vorurteilen geprägt. Die gesellschaftliche Haltung gegenüber der Sexualität Behinderter beschreiben Volker Schönwiese und Sailer- Lauschmann wie folgt:

- Behinderte Personen sind nicht in Besitz einer Sexualität.
- Sie werden niemals eine/n PartnerIn kennen lernen
- Sexualität zu entwickeln oder zu leben, sei ungünstig für sie, da sie sowieso nur enttäuscht werden können.
- Man kann auch ohne Liebe und Sexualität glücklich werden.
- Behinderte sind unfähig Sexualität zu beherrschen und können gefährlich werden. (vgl. ebd, S.1)

Die AutorInnen betonen, dass sich diese gesellschaftlichen Haltungen der westlichen Welt aus einem spezifischen historischen Hintergrund heraus entwickelt und sich anschließend in den Institutionen der Behinderungshilfe niedergeschlagen haben. Demnach wird nachwievor in Sondereinrichtungen Sexualität nicht als offenes Thema gehandhabt. Der Umgang damit ist von Verschwiegenheit und Verdrängung geprägt. (vgl. ebd.) In Heimen und Anstalten wurden, beziehungsweise werden die Menschen zum Beispiel nach Geschlechtern getrennt, um die Möglichkeit sexuellen Kontakts zu vermeiden. Dies gilt als sicherste Methode der Empfängnisverhütung. (vgl. Walter 1994, S.2) Anhand dieses Beispiels und anderer Praxen wird Sexualität für viele Menschen zu einem Bereich der besonderen Benachteiligung.

Walter betont, dass die durch Vorurteile geprägten und generell sexualfeindlichen Rahmenbedingungen, wie sie in der Schule, in Heimen und im Elternhaus vorzufinden sind, zur Bildung eines weiteren Handicaps beitragen. Es ergibt sich folglich eine *sekundäre soziale Behinderung*, welche das Wohlbefinden der/des Einzelnen beeinträchtigt. Sie kann als verhinderte beziehungsweise behinderte Sexualität bezeichnet werden. In diesem Zusammenhang stellten Walter et alii in Untersuchungen fest, dass Sexualität geistig Behinderter und ihr Verhalten diesbezüglich vor allem abhängig sind vom Grad der Toleranz und den moralischen Einstellungen der Eltern und BetreuerInnen.

Desweiteren ist die Sexualität von geistig behinderten Menschen von bestimmten Verhütungs- und Sterilisationspraxen determiniert. Diese kamen um die Wende des 19. Jahrhunderts auf, als die rassenhygienische Ideologie in der Gesellschaft Anklang zu finden begann. In den Theorien der Rassenhygieniker wurde die Höherentwicklung der menschlichen Rasse proklamiert, welche durch die sexuelle Zuchtwahl zu erreichen sei. Im Zuge von Selektion sollten „minderwertige“ Personen, wozu auch Irre und Behinderte zählten, davon abgehalten werden, sich fortzupflanzen. Bis zur Machtergreifung des NS- Regimes wurden hunderte Techniken zur Verhütung und Abtreibung entwickelt, sowie auch Möglichkeiten der Sterilisation und Kastration erprobt. Mit dem Gesetzerlass „zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ der Nationalsozialisten erreichte die Selektionspraxis einen vorläufigen Höhepunkt. Doch auch nach der Zeit des Nationalsozialismus wurden die Praktiken der Sterilisation und Kastration vor allem bei behinderten Personen weiterhin angewandt. Eine gesetzliche Regelung in Österreich, die eine Sterilisation gegen den Willen der betroffenen Person eindeutig verhindert, ist bis heute nicht gegeben. Walter stellt fest, dass der Wunsch nach Sterilisation, ausgehend von vielen BetreuerInnen und Eltern weniger zum psychosozialen Wohl der geistig Behinderten beitragen soll, als zur Beruhigung eigener Ängste. Der Autor vermutet, dass hinter dem Sterilisationsbegehren der Wunsch nach risikoloser Totalsicherheit steckt und die Hoffnung, dass durch die Sterilisation die realen und phantasierten Probleme, die in Zusammenhang mit der Sexualität der/des Geistigbehinderten stehen, gelöst werden. Dabei muss festgehalten werden, dass Sterilisation weder sexuelle Auffälligkeiten mindert, noch zur Lösung von Konflikten beiträgt. (vgl. Walter 1994, S.15) Bei behinderten Frauen wurden Zwangssterilisationen bis in die jüngste Vergangenheit durchgeführt, da diesbezüglich eine gesetzliche Grauzone besteht. Eine Sterilisation, die ohne Zustimmung des/der Betroffenen unabhängig vom Alter durchgeführt wird, ist in Österreich laut § 90 Abs.2 StGB unzulässig, da geistig Behinderte aber häufig nicht in der Lage sind eine formelle Einwilligung abzugeben und ihnen die von der Judikatur verlangte Einsichts- und Urteilsfähigkeit fehlt, ist im Falle von Jugendlichen sowie Erwachsenen immer noch zu beobachten, dass ihr Wille nicht berücksichtigt wird. Mangelnde Zustimmung wird oft durch eine pflegschaftsgerichtliche Entscheidung ersetzt. Es ist also festzustellen, dass in

Österreich immer noch Eingriffe zur Unfruchtbarmachung gegen den Willen der Betroffenen durchgeführt werden. (vgl. Treiber 2004, S.50)

Was den Einsatz anderer Verhütungsmittel angeht, scheint es immer noch ungewöhnlich, dass geistig Behinderte genau aufgeklärt werden und den Gebrauch üben. (vgl. Sailer-Lauschmann/ Schönwiese 2000, S.3) Leider sehen sich die meisten Eltern, HeimerzieherInnen und SonderschullehrerInnen nicht in der Lage dazu. Unter anderem fehlt es an methodisch- didaktischem Geschick zum Beispiel in der Auseinandersetzung mit Verhütungsmitteln und der gezielten Übung zum selbstständigen Einsatz dieser. Eine sexualmedizinische Unterstützung ist dabei unabdingbar. (vgl. Walter 1994, S.15)

Aufklärung sollte wie bei allen Kindern auf jeden Fall unternommen werden und Fragen des eigenen Körpers und des anderen Geschlechts sollten beantwortet werden. Schönwiese und Lauschmann machen darauf aufmerksam, dass viele Fragen von geistig behinderten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen häufig indirekt gestellt werden. Ein gewisses Maß an Sensibilität im Umfeld ist also gefragt, um angemessen auf die Fragen eingehen zu können. Wird das Thema der Sexualität vom/von der Behinderten nicht aufgegriffen, ist dies als Warnzeichen zu verstehen. Um eine angemessene Auseinandersetzung zu ermöglichen, sollten Eltern und Professionelle genau über spezielle Probleme informiert sein, wobei ein Teil der Aufklärung auch die Verhütung betreffen sollte. (vgl. Sailer-Lauschmann/ Schönwiese 2000, S.3)

Als Bestandteil der Erziehung sollte Sexualpädagogik in der frühen Kindheit beginnen und als lebenslange Aufgabe betrachtet werden.

Im Zuge des hohen Stellenwertes, der Sexualität in unserer Gesellschaft beigemessen wird, muss Sexualität als Lebensenergie und Kommunikationsmedium auch ein Grundrecht für geistig behinderte Menschen sein und so behandelt werden. In der Pädagogik mit Behinderten muss das Ziel angestrebt werden, erotische Beziehungen zuzulassen, da sie für die Entwicklung der Persönlichkeit mehr förderlich als hinderlich sind. Die Förderung von Sexualität, Freundschaften und Partnerschaften kann dazu beitragen, dass die soziale Verantwortung füreinander gesteigert wird. Die Motivationskraft, die von Partnerschaften ausgeht, kann von der Pädagogik auf positive Weise

genutzt werden. Eine der zentralen Ergebnisse aus den Untersuchungen von Walter et alii zeigt, dass verhinderte Sexualität den Fokus einer Blockade der Identitätsentwicklung und Selbstverwirklichung bildet. Gegen dies gilt es zukünftig in pädagogischen Handlungsfeldern anzugehen. (vgl. Walter 1994, S.2f)

### **Die Entwicklung der Psychosexualität. Behindertenspezifische Aspekte**

Die eben beschriebenen Einstellungen und Praxen, die in Zusammenhang von Sexualität von geistig Behinderten auftreten, wirken sich auf die Entwicklung der Psychosexualität in unterschiedlichem Ausmaß aus. In diesem Kapitel möchte ich weitere spezifische Faktoren und Bedingungen nennen, die auf die psychosexuelle Entwicklung Einfluss nehmen. Dabei wird Bezug genommen auf Theorien Sinasons, Niedeckens und Walters.

Wie bereits weiter oben angemerkt wurde, handelt es sich bei Sexualität um einen lebenslangen Lernprozess, da diese als Produkt soziokultureller und sozialer Faktoren angesehen werden kann, die vom/von der Einzelnen verarbeitet werden. Vermutlich hat Sexualität ihren Ursprung bereits im Mutterleib. (vgl. Walter 1994, S.3) Sicher ist jedoch, dass bereits kurz nach der Geburt ein Meilenstein dafür gesetzt wird, wie sich die psychosexuelle Entwicklung einer Person in der Zukunft gestalten wird. In der Beziehung mit der primären Bezugsperson wird dem Kind vermittelt, ob und in wie weit es geliebt ist. Aus dieser Beziehung erhält es die Informationen, ob es erwünscht ist und ob ihm Platz zugestanden wird. Bekommt es das Gefühl, dass seine Umwelt es als liebenswert erachtet und es gewollt ist, beeinflusst dies das innere Bild des Kindes, welches dieses über sich selbst hegt. Ist ein Kind nicht erwünscht, so erhält es eine gänzlich andere Botschaft aus der Beziehung zu seinen Eltern. Ihm wird vermittelt, dass es fehl am Platz sei und dies in einem Alter, in dem das Kind sehr verletzbar ist. (vgl. Sinason 2000, o.S.)

Valerie Sinason und Dietmut Niedecken vergleichen beide die Stellung der primären Bezugsperson, welche meist die Mutter ist, mit einem Spiegel. Dieser ist von Geburt an da und gibt dem Kind anhand der Stimme, dem Gesicht, den Bewegungen und Handlungen Antwort auf seine Äußerungen. Dadurch wird es

Judith Valentin

dem Kind prinzipiell möglich gemacht sich zu erkennen. (vgl. Niedecken 2003, S. 57/ Sinason 2000, o.S.) Geistig behinderten jungen Frauen und Männern wird häufig ein Bild übermittelt, das die eigene Liebenswürdigkeit ausklammert, wodurch das frühe Selbstbild von negativen Eindrücken geprägt wird. Im Falle mancher Kinder wird die Bindung zu den Eltern etwas später doch noch hergestellt und das Gefühl eines inneren Wertes kann sich noch herausbilden. Bei den Kindern, wo dies nicht stattfindet, bleibt ein inneres Gefühl des Unerwünschtseins bestehen. In der Phase der Adoleszenz kann dieses Bild verschärft werden, was die psychosexuelle Entwicklung zusätzlich erschwert. (vgl. Sinason, o.S.)

In der Zeit der Pubertät stellt sich laut Walter häufig das Problem der Diskrepanzen zwischen Sexualalter und Intelligenzalter ein. Dafür verantwortlich sind die ungleichzeitige Abfolge von physiologischen Reifungsprozessen und der psycho- sozialen Entwicklungsprozesse. Für behinderte sowie für nichtbehinderte Jugendliche ist es schwer, mit den auftretenden Spannungen und inneren Konflikten angemessen umzugehen. Während nicht behinderte junge Menschen auf kompensatorische Arten der Konfliktverarbeitung zurückzugreifen können, da sie diese zu einem früheren Zeitpunkt erlernt haben, stellt sich die Situation geistig behinderter Jugendlicher anders dar. Für sie ist es schwer, zu erfassen, was in ihnen vorgeht und sie sind häufig nicht in der Lage dies emotional zu verarbeiten, beziehungsweise Konflikte durch Anwendung gewisser Techniken zu sublimieren. (vgl. Walter 1994, S.5) An dieser Stelle soll explizit darauf verwiesen werden, dass Techniken der Sublimation und Konfliktverarbeitung von geistig behinderten Jugendlichen häufig deshalb nicht angewandt werden können, weil sie in der frühen Sozialisation nicht erlernt wurden und nicht weil die Fähigkeiten dazu auf Grund der Behinderung nicht vorhanden sind. Walter sagt diesbezüglich, dass der/ die Jugendliche bei Rückgriff auf frühe Konfliktlösungsstrategien auf alte ungelöste Konflikte der frühen Kindheit stoßen kann, die durch den weiter oben beschriebenen Eindruck hervorgerufen wurden, nicht geliebt und erwünscht zu sein. Dieses Erinnern der Frustrationen im frühkindlichen Alter kann dazu führen, dass ein Rückfall in kindliche Erlebens- und Verhaltensweisen stattfindet. (vgl. Walter 1994, S.6)

Sianson spricht einen weiteren Aspekt an, der sich auf die psychosexuelle Entwicklung des Kindes beziehungsweise des/der Jugendlichen infantilisierend auswirken kann: Eltern und andere Pflegepersonen sind damit betraut, ihr Kind, vor allem wenn es noch jung ist, physisch, emotional, sozial und kulturell zu versorgen. Dazu gehören auch das Waschen, Abwischen und Trocknen sexueller Bereiche am Körper. An einem gewissen Punkt übernehmen die Kinder die intime Körperpflege selbst oder erledigen dies mit Hilfe eines gleichgeschlechtlichen Elternteils. Dies führt zu einem Gefühl der Autonomie und ein gewisses Gefühl der eigenen Intimität bildet sich heraus. Kann man dies jedoch nicht selbst in die Hand nehmen oder wird einem/einer diese Aufgabe nicht zugetraut, so kann die psychosexuelle Entwicklung gehemmt werden. Auf der Ebene des Unbewussten findet eine Infantilisierung der behinderten Person statt, welche die emotionale und sexuelle Entwicklung beeinflusst. (vgl. ebd.)

Wie bereits weiter oben erwähnt, bleibt eine sexualpädagogische Aufklärung bei geistig behinderten Personen häufig aus. Die mangelnde Aufklärung bezüglich der ersten Regelblutung oder des ersten Samenergusses können prägenden Einfluss auf das Erleben der Heranwachsenden haben. Wurde ein Junge von einer nächtlichen Pollution überrascht, wird es häufig als Bettnässen gedeutet. Wird er nicht rechtzeitig sexualpädagogisch informiert, kann ein peinliches Scham- und Minderwertigkeitsgefühl zurückbleiben. Bei Mädchen kann die erste Regelblutung, falls nicht aufgeklärt, heftige Angst auslösen, krank zu sein oder gar sterben zu müssen. Zur Angst kann sich Ekel mischen, was die Abscheu vor dem Genitalbereich und der Sexualität zur Folge haben kann. (vgl. Walter 1994, S.8)

Zu einer wichtigen Quelle von Wissen über Sexualität gehört die jeweilige peer-group, in der sich junge Menschen aufhalten. Dort tauscht man sich nicht nur verbal über Sexualität aus, sondern es ist auch der Ort, an dem erste erotische Erfahrungen gesammelt werden. Im Schonraum der peer-group findet also eine Art der Sozialisation statt, die für die psychosexuelle Entwicklung eine zentrale Rolle spielt. Geistig behinderte Jugendliche können sich hier wiederum im Nachteil befinden, da sie häufig keiner peer-group angehören. Durch die immer noch vorhandene Praxis in Österreich, geistig behinderte Kinder an Sonderschulen zu unterrichten, wo sie in der Regel keinen Kontakt mit nicht-behinderten Kindern haben, wird die Aufnahme in eine peer-group verhindert.

Denn die Schule ist der Ort, an dem Jugendliche Freundschaften knüpfen und sich zu Gruppen zusammenschließen. Nicht nur fehlt es geistig behinderten Jugendlichen an Informationen zur Sexualität ganz allgemein, sondern auch an erotischer Beachtung. Walter stellt klar, dass den Jugendlichen somit eine entscheidende Gelegenheit fehlt, in der sie als Person bejaht und bewundert werden, und in der sie Akzeptanz erfahren, wodurch sie ein positives und stabiles Selbstbild kreieren könnten. (Walter 1994, S.9)

An dieser Stelle soll festgehalten werden, dass unterschiedliche psychosexuelle Entwicklungsmöglichkeiten bestehen, da Entwicklung als ein vom Gehirn autonom gesteuerter Prozess verstanden werden muss. Da sie der ökosystemischen Selbststeuerung unterliegt, hängt es so zu sagen von der eigenen autonomen und inneren Bewegung des Systems ab, von welchen *Attraktoren* das Gehirn beeinflusst wird. (vgl. Huschke- Rhein 1994, S.10f) Dies bedeutet, dass nicht jede/r von den von mir beschriebenen Aspekten der psychosexuellen Entwicklung beeinflusst werden muss und sich diese zwangsläufig auf die Entwicklung auswirken.

### 3.2 Elternschaft und geistige Behinderung

Die Behandlung des Themas Elternschaft von geistig behinderten Personen ist nachwievor keine Selbstverständlichkeit. Weiterhin ist es in vielen gesellschaftlichen Bereichen mit einem Tabu belegt. Dies zeigt sich zum Beispiel in einer Szene, die ich vor Kurzem persönlich erlebt habe. Als ich einer Bekannten vom Thema meiner Bachelorarbeit erzählt habe, fragte sie mich, ob es überhaupt geistig behinderte Eltern gäbe. Sie hatte noch nie davon gehört. Dies zeigt, dass viele Menschen mit der Realität der Elternschaft von Geistigbehinderten noch nie in Berührung kamen, obwohl es eine nicht geringe Zahl geistig behinderter Eltern gibt, wie dies unter anderem die Untersuchung (1993/94 und 2005) von Ursula- Pixa- Kettner, Stefanie Bargfrede und Ingrid Blanken zeigt. Die Studie aus den 1990er Jahren, auf deren Ergebnisse im weiteren Verlauf genauer eingegangen wird, hat gezeigt, dass allein in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1993 um die 1000 Elternschaften von geistig behinderten Personen bekannt waren. Im Jahr 2005 wurden dem Forschungsteam ca. 1500 Elternschaften bekannt, wobei die Dunkelziffer in beiden Fällen weitaus höher sein dürfte. (vgl. Pixa- Kettner 1995) Mit welchen Einstellungen und Haltungen sich die real existierenden geistig behinderten Eltern konfrontiert sehen, soll in diesem Teil der Arbeit näher ausgeführt werden. Dabei wird zurückgegriffen auf Erkenntnisse und Theorien von Pixa- Kettner, Hermes, Ferrares und Llewellyn.

Gisela Hermes stellt fest, dass Behinderung und Elternschaft zwei Themen sind, die sich in den Köpfen vieler Menschen gegenseitig auszuschließen scheinen. Das gesellschaftliche Mutter- und Vaterbild, welches ihre versorgende Tätigkeit hervorhebt, steht im Widerspruch zum vorherrschenden Bild, welches mit geistig behinderten Personen verbunden wird. Dieses Bild beinhaltet die Vorstellung eines geschlechtsneutralen, allein stehenden und unselbstständigen Menschen, der nicht im Stande ist, für sich und Andere zu sorgen. Die Autorin hält fest, dass Eltern mit Behinderung nicht nur gesellschaftlichen Vorurteilen und Ausgrenzungstendenzen ausgesetzt sind, sondern auch auf strukturelle Hürden treffen, was Elternschaft betrifft. Es ergeben sich für Eltern mit Behinderung Schwierigkeiten, welche die Möglichkeiten der Partizipation am gesellschaftlichen Leben behindern. Dazu zählen unter anderem fehlende Hilfsmittel zur Versorgung



der Kinder und fehlende personelle Unterstützung in Form von Assistenz.  
(vgl. Hermes 2007, S.2)

Die eben angesprochenen Vorurteile gegenüber geistig Behinderten, führt Herrmengelinde Ferrares aus. Sie beschreibt, mit welchen Befangenheiten sich vor allem behinderte Frauen konfrontiert sehen. Behinderte Frauen, die generell als unattraktiv und unselbstständig gewertet werden, werden dem Bild der modernen Mutter konträr gegenüber gestellt. Von letzteren wird erwartet, dass sie alleinig die Versorgung der Kinder übernehmen und dies mit Haushalt und Beruf in Einklang zu bringen. Viele der behinderten Frauen machen die Erfahrung, dass von ihnen verlangt wird, keine Kinder zu bekommen. Zu den häufig auftretenden Vorurteilen zählen:

- Wer eine Behinderung hat, ist selbst abhängig von Hilfe und hat deshalb kein Recht, Kinder zu bekommen.
- Behinderte Menschen bekommen immer behinderte Kinder.
- Die Kinder werden als billige Hilfskräfte eingespannt.
- Behinderte können keine guten Eltern sein. (vgl. Ferrares 2001, S.2f)

Llewellyn (1995) spricht in diesem Zusammenhang von fünf Mythen, denen Eltern mit Behinderung ausgesetzt sind. Sie überschneiden sich teilweise mit den oben aufgezählten Vorurteilen. Er benennt sie, erklärt, wie solche Annahmen aufkommen und widerlegt sie anschließend:

1. *Menschen mit geistiger Behinderung bringen geistig behinderten Nachwuchs zur Welt.* Diese Aussage kann dadurch relativiert werden, dass geistige Behinderung vor allem durch gewisse Umweltfaktoren hervorgerufen wird und weniger durch Vererbung. Die wenigen Untersuchungen in diesem Bereich zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass geistig behinderte Eltern ein geistig behindertes Kind gebären, nur wenig höher ist als bei der „Durchschnittsbevölkerung“.
2. *Geistig Behinderte haben besonders viele Kinder.* Llewellyn und andere Forscher stellten an Hand ihrer Untersuchungen fest, dass die Kinderanzahl weniger oder gleich viel beträgt, wie bei anderen Elterngruppen.

3. *Die Kinder werden von den geistig behinderten Eltern missbraucht.* Diese Beschuldigung komme laut Llewellyn dadurch zu Stande, da geistig behinderte Eltern ähnliche Merkmale aufweisen, wie solche Eltern, die ihre Kinder missbrauchen. Dazu gehören geringes Selbstwertgefühl, gering vorhandene soziale Kompetenzen und belastende Familienverhältnisse, sowie soziale Isolation. Dies führt jedoch nicht zwangsläufig zu Missbrauch. Es kann vorkommen, tritt jedoch nicht häufiger auf als in der übrigen Bevölkerung.
4. *Die Kinder werden vernachlässigt.* Dieser Umstand könne laut Llewellyn sehr wohl zutreffen. Dies sei jedoch Resultat des Unwissens der Eltern und nicht beabsichtigt. Je nach Unterstützungsangebot kann dies vermieden werden.
5. *Eltern mit geistiger Behinderung sind nicht im Stande elterliche Kompetenzen zu erlernen.* Diese Annahme kann anhand mehrerer Untersuchungen, unter anderem aus Kanada und den USA, widerlegt werden. (vgl. Pixa- Kettner 2007, S.4)

Pixa- Kettner und das Forschungsteam rund um sie konnten beobachten, dass die Gruppe geistig behinderter Eltern zu den am strengsten kontrollierten Gruppen in der Gesellschaft zählen. (Pixa- Kettner 2007, S. 3)

*"Die Gruppe sog. geistig behinderter Mütter und Väter scheint die am strengsten kontrollierte und überwachte Elterngruppe in unserer Gesellschaft zu sein, an die bisweilen sogar höhere Maßstäbe angelegt werden als an andere, sog. nichtbehinderte Eltern."* (Pixa-Kettner 2003, zit. nach Kassoume 2006, S.21)

Dies bedeutet sie sind in besonderer Weise dem Druck ausgesetzt den erhöhten Erwartungen, eine gelungene Elternschaft betreffend.

In der Tat gibt es jedoch keine wissenschaftlichen Erkenntnisse, die belegen, dass die elterlichen Kompetenzen, das heißt die Fähigkeiten eine gute Mutter oder ein guter Vater zu sein, tatsächlich von den intellektuellen Fähigkeiten einer Person abhängig sind. In diesem Zusammenhang scheint das Ergebnis der Studie von Pixa- Kettner et alii interessant, wonach elterliche Verhaltensweisen von geistig behinderten Elternteilen sich kaum bis gar nicht von sonstigen elterlichen Verhaltensweisen unterscheiden. Ihren Untersuchungen zu Folge sind keine

verallgemeinerbaren Probleme in Bezug auf die Elternschaft von geistig behinderten Personen zu finden, die als behinderungsspezifisch gewertet werden können. (vgl. ebd., S.1ff)

Neben den vielen Vorurteilen und Erwartungen, mit denen geistig behinderte Eltern konfrontiert sind, wird die Lebenswelt dieser Personengruppe durch andere Faktoren wesentlich bestimmt. Die deutsche Soziologin und Ethikerin Therese Neuer- Miebach beschreibt in dem Artikel *„Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung – Sozialpolitische Bedeutung und Perspektiven“* die von geistig behinderten Eltern häufig vorgefundene Realität. Allgemein lässt sich feststellen, dass der unmittelbare Versorgungsbereich, wozu unter anderem Geburtsvorbereitung, Pflege des Kindes, Kinderbetreuung und Haushaltsführung gehören, durch verschiedenste Unterstützungsangebote abgedeckt scheint. Im Gegensatz dazu besteht offenbar wenig bis keine psychosoziale Unterstützung für geistig behinderte Eltern. Die Elternschaft ist häufig davon gekennzeichnet, dass die Schwangerschaft recht spät festgestellt wird, was die Autorin auf die Angst der werdenden Eltern zurückführt, einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen oder das Kind weggeben zu müssen. Außerdem sei dies auch Folge der mangelnden Sexualaufklärung Geistigbehinderter. In der Tat ist diese Angst nicht unbegründet, wurden Elternschaften in der Vergangenheit durch eugenische Maßnahmen wie der Zwangssterilisation verhindert. Weiters stellt Neuer- Miebach fest, dass die elterlichen Kompetenzen von geistig behinderten Personen unterschätzt werden, wodurch sie häufig allzu massiv eingreifende und kontrollierende Maßnahmen aus ihrem Umfeld erfahren. Dazu gehört unter anderem die Trennung des Kindes von den Eltern, was sich vor allem für die meisten Frauen als problematisch erweist. Die Autorin weist allerdings darauf hin, dass kein beziehungsweise nur wenig Raum zur Verarbeitung des Erlebten gegeben wird, da stillschweigend die Annahme vorherrscht, den geistig behinderten Eltern mache die Trennung auf Grund mangelnder emotionaler Sensibilität nichts aus. Auf Grund dieser und anderer reglementierender Erfahrungen, die in diesem Zusammenhang gemacht werden, gäbe es eine nicht geringe Anzahl an geistig behinderten Eltern, die Unterstützungsangebote nicht oder nur sehr schwer annehmen. Ein weiteres Problem stellen Finanzierungsfragen dar, mit denen sich behinderte Eltern häufig konfrontiert sehen.

Als letzter Punkt soll angeführt werden, dass Elternschaft vor allem von geistig behinderten Frauen als identitätsfördernd erlebt wird, da diese an Sozialprestige als Frau und Mutter gewinnt. Zudem wird Elternschaft häufig als Mittel zur Umsetzung von eigenen Wünschen erlebt. (vgl. Neuer- Miebach 1995, S. 100f)

Festgehalten werden kann an diesem Punkt, dass die Gruppe der geistig behinderten Eltern massiv von Benachteiligung betroffen ist, wobei Behinderung nicht von vornherein eine positive Elternschaft ausschließt. (vgl. Endriß 1995, S.74) Ausschlaggebend sind die Unterstützungsmöglichkeiten der verschiedenen Einrichtungen, der Jugendwohlfahrt und der Gerichte, die den betroffenen Personen geboten werden. Die Rahmenbedingungen entscheiden folglich über das Gelingen einer Elternschaft mit. (vgl. Neuer- Miebach 1995, S. 105) Für geistig behinderte Eltern gilt, dass die eventuellen organischen Störungen (impairments) in Wechselwirkung mit den vorhandenen Kontextfaktoren dafür ausschlaggebend sind, in wie weit die Personen als Eltern behindert sind. Ist das soziale Umfeld in der Lage angemessen auf die Situation zu reagieren, dürften geistig behinderte Menschen keine größeren Probleme mit Elternschaft haben als andere Eltern. Es dürften sich für sie keine Einschränkungen ergeben. (vgl. Pixa- Kettner 2007, S.2f)

### 3.3 Geschlechtsidentität

Hahn ist der Ansicht, dass die Sexualität beim Zustandekommen der Identität eine wesentliche Rolle einnimmt. Wird diese Tatsache von der Pädagogik und der Umgebung der geistig behinderten Person vernachlässigt, führt dies zu Verlust an Freiheit und der Verstärkung von Abhängigkeiten. Dinge wie das Erleben von Geborgenheit, für andere da sein, anerkannt werden und so weiter haben eine identitätsfördernde Wirkung. Werden diese außer Acht gelassen, ist eine angestrebte Identitätsbalance in Gefahr. Es kann zu einer Schein- Zufriedenheit kommen und zu einer Beschädigung des Bildes vom Menschen. (vgl. Hahn 2005, S.120ff) Auch Mutter- beziehungsweise Vaterschaft werden als etwas Identitätsförderndes erlebt, wie dies Untersuchungen von Pixa- Kettner und anderen gezeigt haben. (vgl. Neuer- Miebach 1995, S.100) Elternschaft ermöglicht es, seine Weiblichkeit beziehungsweise Männlichkeit auf körperlicher, geistiger und emotionaler Ebene zu erleben.

Hier soll nun angesprochen werden, dass Sexualität und Elternschaft die Bildung der (Geschlechts)- Identität beeinflussen. Vor allem die psychosexuelle Entwicklung nimmt Einfluss darauf. Wie Mertens betont, sind Geschlechtsidentität und Psychosexualität als zusammengehörige Dimensionen zu begreifen. (vgl. Mertens 1992, S.13)

Im folgenden Abschnitt wird Bezug genommen auf Ausführungen Levcs und auf Mertens psychoanalytisch geprägte Theorie zur Geschlechtsidentität.

Bereits in der frühen Sozialisationsphase eines jeden Kindes spielen Konzepte von Männlichkeit und Weiblichkeit eine große Rolle. Bilder davon, was als typisch weiblich und als typisch männlich gilt, werden stets an das Kind herangetragen. (vgl. Levc 2005, S.22) In Interaktionsprozessen werden von klein auf Geschlechterstereotype vermittelt. Dies geschieht nicht nur auf verbaler Ebene, sondern auch auf nonverbaler und körpersprachlicher Basis. Ausschlaggebend ist beispielsweise, wie zum Kind gesprochen wird, wie es gehalten wird, welches Spielzeug es erhält, zu welchen Aktionen es ermutigt und zu welchen es entmutigt wird, etc. Dabei werden auf mehr oder weniger subtile Art und Weise bewusste

und unbewusste Erwartungen an das Kind herangetragen, wie es bezüglich seiner Geschlechtsidentität zu sein hat. Mädchen und Jungen lernen von klein auf, was für ihr Geschlecht erwünscht ist und was nicht. Die Sozialisationsforschung begreift die Entwicklung von Geschlechtsidentität also als ein Erlernen gewisser Geschlechterrollen von Geburt an. Mertens betont zusätzlich, dass diese von außen heran getragenen Geschlechterstereotype und Rollenerwartungen innerlich ins Gleichgewicht gebracht werden müssen.

Insgesamt nennt er fünf Komponenten, die zur Entstehung von Geschlechtsidentität beitragen:

- Körperempfindung und psychosexuelle Erfahrung
- Interaktion mit Mutter und Vater
- Identifikation mit Mutter und Vater
- Lernen der Geschlechterrolle
- Selbstkategorisierungsprozesse (vgl. Mertens 1992, S.28ff)

Im Falle einer Behinderung des Kindes beziehungsweise des Erwachsenen werden Geschlechterstereotype jedoch durch das Behindertenstereotyp überlagert und spielen im Sozialisationsprozess eine untergeordnete Rolle. Das Behindertenstereotyp klammert Geschlechtlichkeit grundsätzlich eher aus. Dies zeigt sich beispielsweise daran, dass in der Öffentlichkeit meist nur ein Behinderten- Wc vorhanden ist, das von behinderten Frauen und Männern im gleichen Maße benutzt werden soll, während der Rest die restlichen Toiletten nach Geschlechtern separiert sind. Für die Entwicklung der Geschlechtsidentität eines Menschen ist ausschlaggebend, welchen Stellenwert die Umgebung dem Geschlecht und der Geschlechtsdifferenzierung beimisst. Erachtet die unmittelbare Umgebung einer behinderten Person Geschlechtlichkeit von Behinderten als weniger wichtig, hat dies großen Einfluss auf die Identitätsbildung. (vgl. Levc 2005, S.22)

Wie bereits in Zusammenhang mit der psychosexuellen Entwicklung angesprochen, kann es bei der Entwicklung von Geschlechtsidentität vor allem in der Adoleszenz zu Problemen kommen, da die behinderten Jugendlichen nicht den typischen Rollenerwartungen entsprechen. Auch im Erwachsenenalter scheitern behinderte Menschen häufig bei der Übernahme der Geschlechterrolle,

da ihnen die soziale Umwelt die Übernahme von geschlechertypischen Aufgaben häufig gar nicht zugesteht. So zum Beispiel erfahren viele behinderte Frauen, dass Mutterschaft in ihrem Fall nicht erwünscht ist. (vgl.ebd, S.23)

### 3.4 Stigma und Stigmatisierung

Nachdem nun aufgezeigt wurde, mit welchen Ängsten und Vorurteilen geistig Behinderten in Bezug auf das Thema Sexualität und Elternschaft begegnet wird, soll in diesem Teil der theoretischen Abhandlung der Begriff ‚Stigma‘ eingeführt werden. Anhand dieses Konzeptes kann das Zustandekommen von negativen Haltungen und Zuschreibungsmechanismen auf Ebene der Sexualität und der Elternschaft von behinderten Menschen erklärt werden. Zunächst soll erläutert werden, was unter ‚Stigma‘ zu verstehen ist, um anschließend zu erklären, wie der Prozess der Stigmatisierung vor sich geht. Zudem soll die Funktion von Stigma beschrieben werden und welche Folgen Stigmatisierung mit sich bringt.

In den darauffolgenden Unterkapiteln soll auf die Stigma- Identitätsthese eingegangen werden und in diesem Zusammenhang auf die Theorien Goffmans, Krappmanns und Freys. Anhand dieser kann erläutert werden, wie Menschen mit der Stigmatisierung umgehen und wie versucht wird, Identität aufzubauen, beziehungsweise zu bewahren.

Der Begriff des Stigmas wurde von Goffman erstmals in die Soziologie eingeführt und maßgeblich geprägt. Er bezeichnet Stigma als ein Attribut, welches eine äußerst diskreditierende Wirkung hat. Dabei unterscheidet er drei Arten von Stigma, je nachdem, ob es sich auf eine *Abscheulichkeit des Körpers*, auf einen *individuellen Charakterfehler* oder auf eine *phylogenetische Eigenschaft*, wie Rasse, Nation und Religion bezieht. Bei allen dreien geht es um ein Merkmal eines Individuums, welches sich der Aufmerksamkeit aufdrängt und dazu führen kann, das wir uns von einem Träger dieses abwenden. Hat jemand ein Stigma so bedeutet dies, dass er oder sie auf negative Art und Weise abweicht und somit anders ist, als vom Gegenüber antizipiert wurde. Die angesprochene Abweichung betrifft normative Erwartungen, die es vom Individuum zu realisieren gilt. Kann jemand diesen sozialen Normen nicht nachkommen, begegnet man ihm oder ihr mit einer diskriminierenden Haltung. (vgl. Goffman 1967, S.11ff)

Goffman weist darauf hin, dass eine Eigenschaft nicht an sich diskreditierende Wirkung haben muss. Sie kann jemand gewissen stigmatisieren und jemand anderen wiederum nicht. „*So ist also ein Stigma in der Tat eine besondere Art von Beziehung von Eigenschaft und Stereotyp,...*“ (ebd, S.12)



Ein Stigma entwickelt sich folglich erst in Relation, das heißt in sozialen Beziehungen. (vgl. Cloerkes 2007, S.169)

Hohmeier schlägt in diesem Zusammenhang vor, den Begriff „Stigma“ nicht wie Goffman dazu zu verwenden, um ein Merkmal zu kennzeichnen, sondern um die negative Definition eines Merkmals beziehungsweise dessen Zuschreibung zu bezeichnen. Auch er betont den relationalen Charakter von Stigma und sagt, dass unter bestimmten Bedingungen vermutlich jedes Merkmal zu einem solchen werden kann. Meist handelt es sich dabei jedoch um solche Eigenschaften, die von jenen der Mehrheit abweichen. Diese könnten zum Beispiel körperliche Besonderheiten in Form von Behinderung sein, eine Gruppenzugehörigkeit (zu einer Sekte beispielsweise) oder gewisse Verhaltensformen, wobei die Merkmale mehr oder weniger sichtbar sein können. Ein Stigma besteht laut Hohmeier aus drei Dimensionen:

- Es enthält kognitive Aussagen über Eigenschaften der bezeichneten Person oder Gruppe;
- es enthält zum anderen Bewertungen dieser Eigenschaften
- es enthält implizit oder explizit eine Anleitung zum Verhalten dieser Person gegenüber (vgl. Hohmeier 1975, S.3)

„Ein Stigma ist danach der Sonderfall eines sozialen Vorurteils gegenüber bestimmten Personen, durch das diesen negative Eigenschaften zugeschrieben werden.“ (ebd, S.2)

Stigma bezieht sich auf Typifikationen von Erfahrungen, die nicht überprüft werden. Diese Eigenschaft hat Stigma mit Vorurteilen gemeinsam, da sie beide durch Negativität, Komplexität des Inhalts, affektive Geladenheit, historische und interkulturelle Variabilität und der Tendenz zur Generalisierung eines Merkmals auf die ganze Person gekennzeichnet sind. Cloerkes weist jedoch darauf hin, dass Stigma dennoch nicht gleichzusetzen ist mit Vorurteil, weil sich Stigmatas immer auf Merkmale von Personen beziehen, was bei Vorurteilen nicht so sein muss. Der Vorurteilsbegriff ist weit weniger konkret als der Stigmabegriff. (vgl. Cloerkes 2007, S.169/ Hohmeier 1975, S.3)

Gehen wir nun über zur Klärung des Begriffs der Stigmatisierung. Während Stigma als eine Einstellung gegenüber einer Person oder einer

Judith Valentin

Personengruppe verstanden werden kann, ist die Stigmatisierung ein konkretes Verhalten. Dieses kann laut Hohmeier verbal oder nonverbal sein. (vgl. Cloerkes 2007, S.170/ Hohmeier 1975, S.2) Stigma und Stigmatisierung können miteinander in Zusammenhang stehen, müssen dies aber nicht zwangsläufig.

Goffman beschreibt, dass Stigmatisierung durch die Konstruktion einer Stigma-Theorie vor sich geht. Diese kann als Ideologie verstanden werden, anhand der wir uns die Inferiorität des Stigmatisierten erklären und die Gefährdung durch den selbigen nachgewiesen werden soll. (vgl. Goffman 1967, S.14) In Bezug auf stigmatisierte Personen kann nach „Diskreditierten“ und „Diskreditierbaren“ unterschieden werden. Bei ersteren handelt es sich um jene, die annehmen, dass man über ihr Anderssein Bescheid weiß, da es evident ist. Unter Diskreditierbaren versteht man diejenigen, die davon ausgehen, dass ihre Andersartigkeit (noch) nicht ins Auge fällt. Goffman geht davon aus, dass beide Gruppen mit Stigmatisierung in Berührung kommen und sich deshalb Techniken zum sogenannten *Stigma- Management* überlegen und anwenden. (vgl. Cloerkes 2007, S.170)

Hohmeier begreift den Vorgang der Stigmatisierung als Generalisierung, die dadurch zu Stande kommt, dass ein negativ besetztes Merkmal auf die gesamte Person, von den durch das Merkmal betroffene Rollen auf andere Rollen, die objektiv nichts mit dem Merkmal zu tun haben, ausgeweitet wird. Somit wird das Stigma zu einem „master status“, der den Umgang mit der Person und deren Positionierung in der Gesellschaft wesentlich mitbestimmt. Der Generalisierungsprozess zeigt hohe Wirksamkeit, insofern Klischees auf einprägsame Weise auf die ganze Person ausgeweitet werden. Zudem hebt der Autor den Machtaspekt hervor, der mit Stigmatisierung einhergeht. Für die Durchsetzung von Stigmatisierung ist die Macht ausschlaggebend, über welche Stigmatisierer und Stigmatisierte verfügen. Gegen Gruppen, die in einer weniger machtvollen Position sind, können Stigmatisierungen leichter durchgesetzt werden als gegen Gruppen mit großer Macht. Zu dieser erst genannten Gruppe gehören beispielsweise Personen aus der „Unterschicht“. In ihrem Falle summieren sich gleich mehrere negative Status. Personen oder Gruppen, die politische und ökonomische Macht ausüben können oder einen hohen gesellschaftlichen Status einnehmen werden eher bewahrt vor Stigmatisierung, da sie eine größere Chance haben, ihren Definitionen von

Judith Valentin

Normalität und Abweichung Geltung zu verschaffen. Sollten diese Gruppen dennoch von Stigmatisierung betroffen sein, so in weitaus milderem Ausmaß. Hohmeier merkt zudem an, dass die Zahl und die Stärke der Stigmatisierung von der jeweiligen Gesellschaftsstruktur abhängt. Er nimmt an, dass Stigmatisierungen vor allem in Industriegesellschaften häufig auftreten, die durch einen hohen individuellen Leistungs- und Konkurrenzdruck gekennzeichnet sind oder wo Spannungen zwischen gesellschaftlichen Gruppierungen vorkommen. In diesen Gesellschaften finden sich meist Organisationen und Instanzen der sozialen Kontrolle, die eine bedeutende Funktion bei der Durchsetzung von Stigmata beitragen, indem sie damit betraut werden, Definitionen und Zuordnungen von Personen vorzunehmen. Die von ihnen durchgeführten Klassifizierungen sind zum Teil so wirkungsmächtig, dass sie traditionelle Stigmata weitgehend abgelöst haben. Hohmeier nennt die Definitionen der Organisationen, anhand derer eine soziale Identität einer gewissen sozialen Gruppe erstellt wird, Alltagstheorien. Dabei handelt es sich um konsistente Aussagen über Merkmale gewisser Personen, über die Ursachen ihrer Abweichung und die notwendige Behandlung. Zu diesen Organisationen, welche durch Definitionsleistungen handlungsleitende Wissenssysteme bilden, können Behörden und Einrichtungen der Sozialarbeit, das Gesundheitswesen, das Sicherheitswesen, die Justiz und unter bestimmten Bedingungen die Schule, vor allem die Sonderschule, gezählt werden. Für diese Organisationen haben Alltagstheorien mehrere Funktionen. Sie legitimieren zum einen die Tätigkeit der Organisation und zum anderen rechtfertigen sie deren Anspruch auf materielle Unterstützung von der Gesellschaft. Zudem schaffen sich Organisationen dadurch ihr Klientel und somit ihren Zuständigkeitsbereich. Aus diesem Zwang an Legitimation entsteht, so verweist Hohmeier, ein hohes Interesse an Devianten. Die Zahl der als abweichend definierten Personen weitet sich in der Regel in dem Maße aus, wie sich die Zahl der Instanzen vermehrt. (vgl. Hohmeier 1975, S.4)

Neben der Funktion, die Stigmata für Organisationen haben, führt Hohmeier auch jene an, die sie für das Individuum haben kann, sowie jene für die Gesellschaft. Auf der Mikroebene kann ein Stigma dazu dienen, Orientierung in sozialen Interaktionen zu bieten, insofern es konkrete Vorstellungen, Erwartungen und Verhaltensanweisungen übermittelt. Ein Stigma hat die Funktion eine Situation

von vornherein zu strukturieren und erleichtert die Einstellung darauf. Es kann als Entscheidungshilfe gesehen werden und hilft bei der Verringerung von Unsicherheiten, die bezüglich des Interaktionspartners auftreten können. Aus tiefenpsychologischer Sicht können Stigmata zusätzlich als Projektionen verstanden werden, die der Abreaktion von Aggressionen dienen. Von psychoanalytischer Seite wurde ihnen eine Entlastungsfunktion zugeschrieben, da durch sie Antriebe und Wünsche, welche man selbst nicht zu realisieren im Stande ist, auf andere projiziert werden. Zudem kann ein Stigma auch dazu dienen, ein bedrohtes seelisches Gleichgewicht wieder herzustellen. Bei der Begegnung mit einem Stigmatisierten wird häufig die eigene Identität gefährdet, da man an die eigene Abweichtendenz erinnert wird. Das Stigma bildet folglich eine Identitätsstrategie, die zur Bewahrung oder Wiederherstellung eines gestörten psychischen Gleichgewichts beitragen kann.

Auf der Makroebene können Stigmata dieselbe Funktion einnehmen wie auf der Mikroebene. Sie regulieren zudem den sozialen Austausch zwischen Gruppen, vor allem zwischen Mehrheiten und Minderheiten. Zudem kann eine durchgesetzte Stigmatisierung zur Systemstabilisierung beitragen. Hohmeier führt hier an, dass Stigmata dazu verhelfen, die Normkonformität der Nicht-Stigmatisierten zu verstärken.

Schließlich können Stigmatisierungen eine Herrschaftsfunktion inne haben. Sie können von Gruppen, die über genügend Macht verfügen als Instrument der Unterdrückung gegenüber solchen Gruppen eingesetzt werden, welche zum Beispiel eine wirtschaftliche oder politische Konkurrenz darstellen. Somit können Stigmatisierte von der Teilhabe an der Gesellschaft ausgeschlossen werden. (vgl. ebd, S.4ff)

Eng mit der Frage nach der Funktion von Stigmata hängt jene nach der Entstehung solcher zusammen. Hohmeier nennt vier Thesen zur Genese von Stigmatisierung:

- Als ein erster Ursachenkomplex können die Interessen globaler gesellschaftlicher Institutionen, wie die der Kirchen, der Wirtschaft oder der Familie genannt werden, so wie auch jene von konkreten Machtgruppen in der Gesellschaft.

- Als zweite Ursache kann die Herstellung immer wieder neuer Normen verstanden werden, wobei stets einige diesen Normen nicht entsprechen werden und diese Gruppe der Devianten dann aus Machtinteressen als „abweichend“ definiert wird.
- Viele Personen, vor allem Behinderte, stehen der Zweck- Mittel- Orientierung, welche in allen Teilbereichen unserer Gesellschaft immer wichtiger wird, entgegen. Auf Grund ihres scheinbaren Unvermögens zu konformen Leistungen knüpfen Stigmatisierungsprozesse bei ihnen an.
- Als vierter Grund kann das entweder naturhafte oder anerzogene Bedürfnis des Menschen genannt werden, Unterscheidungen vom jeweils Anderen treffen zu müssen, sowie das Bedürfnis nach Triebentladung von Aggressionen und das Bedürfnis nach Entlastung durch Orientierung an Vorurteilen. (vgl. Hohmeier 1975, S.11f)

Stigmatisierung geschieht im Laufe der gesamten Sozialisation einer Person. Die Stigmatisierten übernehmen dabei Verhaltensweisen, die von ihnen in Bezug auf ihre soziale Rolle als zum Beispiel „Behinderte/r“, „Kriminelle/r“, „Drogenabhängige/r“, usw. erwartet werden. Durch die Tatsache, dass ständig Eigenschaften zugeschrieben bekommen, entsteht der Druck diese auch tatsächlich zu übernehmen. Im Sinne der „self- fulfilling prophecy“ besteht ein Zwang zur Identifizierung, was schließlich die Veränderung des Selbstbildes auf Seiten des/der Stigmatisierten mit sich bringt. Die Sozialisation in die Rolle eines/einer Stigmatisierten passiert in drei Kontexten. Zunächst in der primären Sozialisation in der Kindheit, hernach in der Interaktion mit sogenannten „Normalen“ und schließlich als KlientInnen gewisser Organisationen. (vgl.ebd, S.7f)

Als letztes sollen hier nun die Folgen von Stigmatisierungsprozessen näher beleuchtet werden. Zahlreiche Untersuchungen haben ergeben, dass mehrere Ebenen betroffen sind, darunter die Ebene der Teilhabe an der Gesellschaft, die Ebene der Interaktion mit nicht- stigmatisierten Personen und die Ebene der Veränderung der Person in ihrer Identität. Mit Stigmatisierung kann ein formeller

oder informeller Rollenverlust einhergehen beziehungsweise die Ausübung einer Rolle wird von vornherein unmöglich. Dieser Rollenverlust bezieht sich nicht nur auf jene Rollen, die direkt durch ein negatives Merkmal gekennzeichnet sind, sondern auf weitere von der betroffenen Person eingenommene Rollen. Mit einem Rollenverlust geht immer auch die Minderung der Teilhabe an der Gesellschaft einher. Von einer Person, die die Rolle des/der geistig Behinderten einnimmt wird zum Beispiel verlangt, dass sie keine elterliche Rolle übernimmt. Dies führt zu Disprivilegierung und Isolation. Zudem verändert das Stigma das Verhältnis der Umwelt zum Stigmatisierten auf bezeichnende Art und Weise. Zum einen wird das gesamte Verhalten einer Person auf ihr Stigma zurückgeführt und anhand dessen interpretiert. Zum anderen wird das bisherige Leben einer Person daraufhin geprüft, ob vergangene Ereignisse mit der gegenwärtigen Devianz in Zusammenhang gebracht werden können. Es findet eine „Rekonstruktion“ von Biographie statt. Angemerkt werden muss, dass es für den Stigmatisierten auf Ebene der Interaktion schwierig bis unmöglich ist als vollwertiger Partner angesehen zu werden. (vgl. Hohmeier 1975, o.S.) Goffman schildert in diesem Kontext, dass der Stigmatisierte stets darum bemüht ist eine Informationssteuerung vorzunehmen. Er oder sie wenden Techniken der Informationskontrolle an, welche von der Unsichtbarmachung eines sichtbaren Merkmals bis zur Verheimlichung gewisser Informationen reichen kann. Ein Individuum beginnt folglich sein Stigma zu managen. (vgl. Goffman 1975, S.116f) Für den/die Stigmatisierte/n ist es äußerst schwierig, oft sogar unmöglich, sich vom einmal festgelegten Stigma zu lösen. All seine Reaktionen in Bezug auf dieses werden nämlich als Reaktion auf dasselbe gewertet und dienen dem Umfeld zur Bestätigung einer diskreditierenden Eigenschaft. (vgl. Hohmeier 1975, S.6f)

Im folgenden Abschnitt möchte ich nun auf die Stigma- Identitäts- These eingehen. Eine der Kernaussagen im Zusammenhang des Stigma- Ansatzes war nämlich jene, **dass Zuschreibungen zwangsläufig zu einer erheblichen Gefährdung und Veränderung der Identität von stigmatisierten Personen führen.** (vgl. Cloerkes 2007, S.173) Zunächst soll hierzu auf das Identitätskonzept Goffmans eingegangen werden, bevor weitere für die Behindertenforschung bedeutsame Konzepte erläutert werden.

### 3.4.1 Goffman

Der amerikanische Soziologe beschreibt in seinem 1975 erschienenen Werk „Stigma. Über die Techniken der Bewältigung beschädigter Identität“ drei Arten von Identität. Dabei handelt es sich um die *soziale Identität*, die *persönliche Identität* und die *Ich- Identität*.

Die erstgenannte bezeichnet Charaktereigenschaften, sowie strukturelle Merkmale einer Person. Das heißt, sie beschreibt die Zugehörigkeit einer Person zu einer sozialen Kategorie, der Menschen sich routinemäßig einordnen. Soziale Kategorien können sein: StudentIn, Behinderte/r, Drogenabhängige/r, usw. Ist eine der eigenommenen Personenkategorien durch ein negativ bewertetes Merkmal gekennzeichnet, kann dies ausschlaggebend für Stigmatisierung sein. Innerhalb dieser Form von Identität kann nochmals zwischen *virtualer sozialer Identität* und *aktualer sozialer Identität* unterschieden werden. Unter der *virtualen Identität* versteht man Zuschreibungen, die von außen an ein Individuum herangetragen werden. Mit *aktualer Identität* werden jene Kategorien und Attribute benannt, die ein Individuum auch tatsächlich einnimmt. In Folge von Stigmatisierung besteht eine Diskrepanz zwischen *virtualer* und *aktualer sozialer Identität*. (vgl. Cloerkes 2007, S. 174/ Goffman 1975, S.10)

Anhand der *persönlichen Identität* oder *personal identity* wird die Einzigartigkeit eines jeden Menschen beschrieben. Sie entsteht durch die einmalige Kombination von Daten und Lebensgeschichte, welche am Individuum festgemacht werden. Sie dient der Verortung des Individuums im sozialen Umfeld und wird beispielsweise aus gewissen Dokumenten, wie einer Identitätskarte oder einem Führerschein, ersichtlich. Durch die Kennzeichnung kann die Person von allen anderen Individuen unterschieden werden. Im Zusammenhang mit *persönlicher Identität* erwähnt Goffman das Stigma- Management. Dabei werden Techniken zur Informationskontrolle angewandt, welche die Weitergabe gewisser diskreditierender Daten und Fakten aus der Lebensgeschichte einer Person regulieren sollen. Je nach dem in welcher Interaktion sich eine Stigmatisierte oder von Stigmatisierung gefährdete Person befindet, kann sie es wollen oder auch nicht, dass bestimmte Informationen über sie ans Tageslicht kommen. Eine geistig erkrankte Person kann sich zum Beispiel dazu entschließen, seinen bzw. ihren ArbeitskollegInnen zu erzählen auf Grund eines physischen Leidens im

Krankenhaus zu sein. Das Stigma- Management dient dazu Stigmata zu verbergen oder Interaktionsprobleme, welche auf dieses zurückzuführen sind, zu bearbeiten. (vgl. ebd.)

Die *soziale* und die *persönliche Identität* entstehen durch die Interessen und Definitionen anderer Personen bezüglich eines Individuums, dessen Identität in Frage steht. Was *persönliche Identität* betrifft, so kann diese sogar dann schon entstehen, wenn eine Person noch nicht geboren ist oder fort bestehen, wenn diese schon verstorben ist. Unter *Ich- Identität* kann dem gegenüber ein interner Aspekt von Identität verstanden werden. Sie beschreibt ein subjektives Empfinden, welches das Individuum in Bezug auf seine Situation und seine Eigenart erfährt. Es handelt sich dabei um eine reflexive Angelegenheit. Zur Zusammensetzung dieser Form von Identität kann das Individuum Elemente der *sozialen* und der *persönlichen Identität* heranziehen, es besitzt jedoch über ein hohes Maß an Freiheit was die Gestaltung dieser betrifft. Die Betrachtung der *Ich- Identität* erlaubt es herauszufinden, was eine Person über ein Stigma, welches sie betrifft, und das Stigma- Management empfindet und fühlt. (vgl. Goffman 1975, S.132f)

Im Zuge der Stigmatisierung entstehen Ambivalenzen, die sich laut Goffman ergeben, da der stigmatisierten Person zwei gegensätzliche Informationen zur selben Zeit vermittelt werden. Zum einen wird ihr mitgeteilt, sie sei „normal“, zum anderen wird ihr gesagt, sie sei „anders“. (vgl. Goffman 1975, S.153) *„Die spezielle Situation des Stigmatisierten ist die, dass die Gesellschaft ihm sagt, er sei ein normales menschliches Wesen, daß er aber auch in einem gewissen Grad >>anders<< sei und daß es töricht wäre, diese Differenz zu leugnen.“* (ebd., S.153f) Das was die Person ist, ist somit Gegenstand einer öffentlichen Diskussion. Über die *Ich- Identität*, also über das, was ein Individuum über sich denken sollte, wird öffentlich argumentiert und debattiert und dies augenscheinlich in seinem Interesse. Das alles wird für das Individuum und seine Identitätskonstruktion zum Problem, insofern es unter anderem nur zum Schein als „normal“ behandelt und akzeptiert wird. Goffman spricht in diesem Kontext von „Scheinnormalität“ und „Scheinakzeptanz“, welche dem stigmatisierten Individuum entgegen gebracht wird. Diese Identitätsprobleme betreffen alle Menschen, fügt Goffman am Ende seiner Ausführungen zu Stigma hinzu. Denn jeder und jede



sei von Zuschreibungen betroffen und könne in einer gewissen Situation den Anforderungen der Normalität nicht entsprechen. (vgl. Cloerkes 2007, S.175)

Cloerkes stellt zu Recht fest, dass Goffman sich vor allem mit den Anforderungen, die von außen an das Individuum heran getragen werden und mit den Widersprüchlichkeiten, die in diesem Zusammenhang in der Selbsterfahrung auftreten, befasst. Der Innenaspekt von Identität wird hingegen vernachlässigt. (vgl. Cloerkes 2007, S.175) Da im Zuge dieser Arbeit jedoch eben dieser von Interesse ist, werden zusätzlich die Konzepte Krappmanns und Freys angeführt.

### **3.4.2 Krappmann**

Die Identitätstheorie Krappmanns ist deshalb für die Auseinandersetzung mit Behinderung von großer Bedeutung, da sie von der Sonderpädagogik häufig rezipiert und als Rechtfertigung für identitätsfördernde Maßnahmen genannt wurde, welche dabei helfen sollen stigmatisierungsbedingte Nachteile in der Identitätsentwicklung auszugleichen. (vgl. Cloerkes 2007, S.180) Nachdem die Theorie Krappmanns nun näher erläutert wird, wird hernach Kritik an der sonderpädagogischen Rezeption angebracht.

Krappmann betrachtet Identität als Leistung. Sie muss in immer neu entstehenden Interaktionssituationen jeweils neu balanciert und stabilisiert werden.

„Identität zu gewinnen und zu präsentieren ist ein in jeder Situation angesichts neuer Erwartungen und im Hinblick auf jeweils unterschiedliche Identität von Handlungs- und Gesprächspartnern zu leistender Akt. Er schafft etwas noch nie Dagewesenes, nämlich die Aufarbeitung der Lebensgeschichte des Individuums für die aktuelle Situation.“ (Krappmann 1982, S.11)

Die Fähigkeit zur Balance ist nicht angeboren, sondern wird im Sozialisationsprozess vermittelt. Die Balance betrifft zum einen die Erwartungen und Anforderungen der anderen, die in verschiedenen Interaktionssystemen zum Ausdruck gebracht werden und zum anderen die eigenen Bedürfnisse. Krappmann führt aus, dass gefordert wird, so zu sein wie alle und eine *soziale*

*Identität* anzunehmen, welche es ermöglicht das Individuum in vorgegebene Kategorien einzuordnen und dabei gleichzeitig so zu sein wie niemand anderer und damit eine *persönliche Identität* zu besitzen, durch welche man sich als einzigartig profiliert. Wenn in einer Interaktion widersprüchliche Erwartungen vorherrschen, dann wird vom Individuum eine interpretatorische Kraft gefordert, welche es ihr ermöglicht Diskrepanzen zu integrieren. Um Identität zu behaupten muss das Individuum, welches von den Erwartungen aus den unterschiedlichen Interaktionssystemen unter Druck gesetzt wird, deutlich machen, dass es je nach Interaktion anders auftreten kann und dass seine Identität widersprüchliche, oft unvereinbare Elemente enthält und aushält. Es wird also verlangt, dass divergierende Erwartungen vom Individuum berücksichtigt werden und dennoch Konsistenz und Kontinuität behauptet wird. (vgl. Krappmann 1982, S.11ff)

Krappmann sieht in der Aufgabe divergierenden Erwartungen nach zu kommen eine unerfüllbare Forderung. Dennoch ist es dem Individuum möglich, diese Aufgabe zu bewältigen, indem es eine sogenannte *Scheinnormalität* annimmt. In Anlehnung an Goffman schreibt Krappmann, dass diese *phantom normalcy* die „Lösung“ des Identitätsproblems bildet, da sie es dem Individuum ermöglicht so zu tun, als würde es gewisse Erwartungen übernehmen und es somit mehr von sich ausdrücken kann, als in einer Interaktionssituation verlangt wird. *Scheinnormalität* erlaubt eine „als ob“- Übernahme von Normen und bietet gleichzeitig die Möglichkeit sich als einzigartig zu profilieren. Es ist ein Mittel um Individualität zu gewinnen. In Bezug auf Habermas beschreibt Krappmann zusätzlich die *Scheineinzigartigkeit* oder *phantom uniqueness*, welche es ebenfalls erlaubt, in vielfältigen Interaktionssystemen als ein und dasselbe aufzutreten und doch auf verschiedene Erwartungen einzugehen. Sie ermöglicht Einzigartigkeit und Kontinuität zu wahren und doch wandlungsfähig zu sein. Auch hier wird auf einer „als- ob“ Basis vorgegangen und Einzigartigkeit fungiert, wobei an den Gemeinsamkeiten mit dem/der InteraktionspartnerIn festgehalten wird. Beide *phantom normalcy* und *phantom uniqueness* entstehen aus strukturellen Notwendigkeiten des Interaktionsprozesses. (vgl. Krappmann 1982, S.74ff)

Gelingt es dem Individuum durch das Eingehen auf eine „als ob“- Basis den Balanceakt zwischen sozialer und persönlicher Identität zu meistern, folgt daraus die sogenannte *Ich- Identität*. Das Individuum möchte sich durch den Versuch

*Ich- Identität* auszubalancieren, gegen *Nicht- Identität* behaupten. Diese droht ihm auf zwei Seiten: verliert es die Balance, kann es einerseits voll in den Erwartungen der anderen aufgehen und sich nicht mehr von der *sozialen Identität* abheben, oder andererseits in seine Einzigartigkeit verfallen und ausschließlich der *persönlichen Identität nachsinnen*. Krappmann führt zwei Gründe an, warum dies passieren kann: entweder man entflieht der *Ich-Identität* oder sie gelingt nicht. Das Misslingen kann die Ursache darin haben, dass das Individuum die Fähigkeit, welche zum Aushalten des Balanceaktes erforderlich ist, nicht aufbringen kann oder will. Es kann nämlich verlockend sein, sich ganz mit den Erwartungen anderer zu identifizieren oder totale Verweigerung aufzubringen, da man so der Anstrengung des Ausbalancierens entgehen kann. Das Entfliehen und Misslingen kann jedoch fatale Folgen mit sich bringen. Es besteht die Gefahr, in einer Welt ohne Normkonsens zerrissen zu werden oder durch die bedingungslose Annahme von Erwartungen gewisser InteraktionspartnerInnen unfähig zu sein, an bestimmten anderen Interaktionen teilzunehmen. (vgl. ebd., S.79f)

In der Sonderpädagogik wurde und wird auf die Theorie Krappmanns in vielfältigsten Werken Bezug genommen. Die Faszination dieser Theorie geht von der These aus, die besagt, dass *Ich-Identität* eine Fähigkeit ist, die nicht von jedem und jeder beherrscht wird. Sie ist also etwas, das pädagogisch gefördert werden muss. Die Sonderpädagogik greift in diesem Zusammenhang auf die „identitätsfördernden Fähigkeiten“, welche ausführlich von Krappmann beschrieben wurden, zurück. Dabei handelt es sich um Eigenschaften wie Rollendistanz, Empathie (role taking), Ambiguitätstoleranz, Identitätsdarstellung. Cloerkes kritisiert in diesem Zusammenhang das Herauspicken einzelner Elemente aus der Theorie und ihr willkürliches Abwandeln hinsichtlich ihrer praktischen Anwendbarkeit. Desweiteren bemerkt er, dass Identitätsstörungen bei behinderten Menschen von der Sonderpädagogik als geradezu zwangsläufig auftretend beschrieben werden. Dies passiert in Folge von Stigmatisierungsprozessen, mit dem sich behinderte Personen konfrontiert sehen. Vielerorts herrscht die Annahme, behinderte Personen seien defizitäre Wesen, welche die elementare Fähigkeit nicht besitzen, *Ich-Identität* auszubalancieren. Dabei hat Goffman eindringlich geschildert, dass Identitätsprobleme keine behindertenspezifische Besonderheit ist, sondern dass alle Menschen davon

betroffen sind. Cloerkes ist folglich beizupflichten, wenn er sagt, es sei nicht nachvollziehbar, warum in Sondereinrichtungen versucht wird durch gesonderte Identitätsfördermaßnahmen den stigmatisierungsbedingten Nachteil auszugleichen. Stattdessen sollten vielmehr die Bedingungen von Stigma und mögliche integrative Alternativen reflektiert werden. (vgl. Cloerkes 2007, S. 178ff)

Der Identitätsansatz Hans- Peter Freys ermöglicht es in seiner Bedeutung für die Bewältigung von Identitätsproblemen von einem defizitären Bild weg zu kommen. Dieser Ansatz soll im nächsten Kapitel erläutert werden.

### 3.4.3 Frey

Der Soziologe Hans- Peter Frey spricht in dem von ihm erstellten Identitätsmodell den Innenaspekt von Identität an, der in den Ausführungen Goffmans wie auch Krappmanns jeweils nur sehr knapp geschildert wird. Dabei stützt er sich auf soziologische Konzepte sowie auch auf psychologische Theorien. Er unterscheidet (1983) demnach drei verschiedene Aspekte von Identität. Identität kann als:

- Resultat externer Typisierungs- und Zuschreibungsprozesse (externer Aspekt)
- Resultat interner Typisierungs- und Zuschreibungsmechanismen (interner Aspekt) und
- individuelle Integrationsleistung einer Person (Integrations- und Balanceaspekt) verstanden werden. (vgl. Cloerkes 2007, S.182)

Unter dem *externen Aspekt* kann die soziale und persönliche Identifizierung einer Person durch andere verstanden werden. Ihr wird ein bestimmter Status zugeschrieben, in dem sie Erfahrungen und Informationen über ihre personale und sachliche Umwelt erhält. Von Bedeutung ist dabei der/die jeweilige InteraktionspartnerIn, da er oder sie es ist, welche/r Identität zuschreibt und gewisse Erwartungen hegt. Mit dem *internen Aspekt* von Identität ist hingegen ein reflexiver Prozess gemeint, der vom *Selbst* ausgeht. Frey unterscheidet zwischen

dem *Sozialen Selbst* und dem *Privaten Selbst*. Im Zuge des erst genannten geht es um die Frage, wie andere die Person wahrnehmen und wie dieses vermutete Fremdbild von dieser gesehen und beurteilt wird. Indem das *Soziale Selbst* folglich Informationen aus der Umgebung aufnimmt und darunter wichtige auswählt, macht sich ein Individuum ein Bild über die Meinung anderer. Im Falle des *Privaten Selbst* beschäftigt sich die Person mit der Frage, wie es sich selbst sieht. Dabei werden Inhalte des *Sozialen Selbst* geprüft und anschließend in das Selbstbild aufgenommen oder wieder zurück gewiesen. Dadurch entsteht ein privates Bild des Selbst. (vgl. ebd, S.182)

Zudem ist das Individuum gefordert einen *Integrations- und Balanceakt* zu leisten, falls Elemente der internen Zuschreibung von denen der externen abweichen. Es gilt durch intrapersonale Integration Widersprüche aufzulösen oder auszubalancieren. Dies geschieht erstens über Informationsverarbeitung und zweitens durch nach außen gerichtete Handlungsstrategien. Auf dieser Basis präsentiert das Individuum Identität nach außen. Es findet eine Selbstdarstellung statt, welche unter Umständen mit dem *Privaten Selbst* nicht überein stimmt. Frey schlägt vor den Begriff der *Identität* nur auf den Aspekt der Integration und Balance anzuwenden und spricht in Bezug auf den internen Aspekt vom Selbst. Identität kann somit als ein Akt verstanden werden, bei dem *Privates* und *Soziales Selbst* integriert werden, wobei aber auch andere Rahmeninformationen berücksichtigt werden. Sie leitet das Handeln an und hat Einfluss auf die Identitätsdarstellung. (vgl. ebd, S.185)

Indem Frey den internen Aspekt von Identität berücksichtigt, gelingt es ihm die soziale Realität des Umgangs mit Stigmatisierung besser zu erklären. Anhand seines Modells von Identität kann es gelingen Verarbeitungsprozesse von Stigmatisierung zu verstehen. Er zeigt auf, dass man ihr nicht wahllos und passiv ausgesetzt ist, sondern dass der/die Betroffene Optionen und Entscheidungsmöglichkeiten im Umgang mit dieser hat. Anhand des Aspektes von Integration und Balance erklärt Frey, dass das Individuum versucht sicher zu stellen, dass *Kontinuität*, *Konsistenz* und *positive Selbsterfahrungen* gegeben sind. Dazu aktiviert es *Identitätsstrategien*. Mit *Kontinuität* ist gemeint, dass ein Individuum sein *Soziales* und *Privates Selbst* als in der Zeit gleichbleibend erfährt. Sie muss immer wieder aufs Neue hergestellt werden,

indem neue, von außen kommende, Informationen mit den vorhandenen abgeglichen werden. Schwierigkeiten treten dann auf, wenn die beiden Formen des Selbst sehr divergieren. Während Frey das Streben nach *Kontinuität* als Bedürfnis sieht, betont Krappmann, dass *Kontinuität* von den jeweiligen Interaktionspartnern im Rahmen einer kontinuierlichen Biographie gefordert wird. *Konsistenz* hingegen bezieht sich auf die Teilnahme an mehreren Interaktionssystemen gleichzeitig. Dabei muss das Individuum zwischen verschiedenen Erwartungen wählen können. Es ist dazu aufgefordert einen Ausgleich zwischen widersprüchlichen Anforderungen, die von außen kommen, und dem *Privaten Selbst* zu schaffen. Laut Frey finden Anpassungen an die Anforderungen erst dann statt, wenn es auf längere Sicht hin als unvermeidlich erscheint. *Kontinuität* und *Konsistenz* müssen immer wieder gegeneinander abgewogen werden. (vgl. ebd, S.186f)

Zusätzlich zur Sicherstellung von *Kontinuität* und *Konsistenz* unterscheidet das Individuum zwischen angenehmen und unangenehmen Informationen. Es ist bestrebt, positive Selbsterfahrungen zu häufen und negative zu vermeiden. Frey spricht in diesem Zusammenhang vom hedonistischen Prinzip. Menschen, die vor allem negative Selbsterfahrungen gemacht haben, werden versuchen positive Änderungen an zu streben. Diejenigen, die bereits von positiven Erfahrungen zehren können, werden versuchen diese aufrecht zu erhalten. Es wird davon ausgegangen, dass positive Abweichungen keine Belastung darstellen, da eine Anpassung an diese nicht als unangenehm wahrgenommen wird. Negative Abweichungen hingegen werden deshalb als problematisch erachtet, da sie ein positiv geprägtes Selbstbild in Frage stellen. Um mit Inkongruenzen umgehen zu können und um mit dem Druck der dabei entsteht fertig zu werden, stehen dem Individuum mehrere Identitätsstrategien zur Verfügung. Dazu zählen unter anderem Strategien auf der kognitiven Ebene. So können unangenehme Informationen von der Person entweder selektiv oder verzerrt wahrgenommen werden, indem sie heruntergespielt, übersehen oder durch Fokussierung auf positive Informationen übergangen werden. Somit muss sich das *Soziale Selbst* trotz negativer Zuschreibungen nicht anpassen. Weitere Strategien finden sich auf der Handlungsebene wieder. Es handelt sich dabei um Handlungen, welche versuchen das Bild der Umwelt zu korrigieren. Es kann zum Beispiel die Glaubwürdigkeit von Kritikern in Frage gestellt,

Judith Valentin

Qualitäten betont, Abweichungen verleugnet und Entschuldigungen für Versagen vorgebracht werden, usw. Außerdem können bedrängende Interaktionen abgebrochen oder gänzlich vermieden werden. Für behinderte Personen kann dies bedeuten, dass sie ihr *Soziales Selbst* zu schützen versuchen, indem sie stigmatisierenden Situationen durch Wechsel von Bezugsgruppen oder durch Ignorieren von negativen Informationen ausweichen. Greifen diese Taktiken, so besteht zunächst kein identitätsbezogenes Problem. Falls nicht hat das Individuum die Möglichkeit, sein positives *Soziales Selbst* an die negativen Informationen aus der Umwelt anzupassen. Dies ist jedoch nur eine Möglichkeit unter vielen. Wird das *Soziale Selbst* aber angepasst, so hat dies auch Auswirkungen auf das *Private Selbst*. Dieses ist ebenso Veränderungsdruck ausgesetzt, da eine zu große Divergenz zwischen den beiden Selbst zu großem Druck und zu Spannungen führt, die nur schwer und nicht auf Dauer auszuhalten sind. Es können wiederum die bereits genannten Identitätsstrategien angewandt werden, um das *Private Selbst* vom negativen *Sozialen Selbst* zu schützen. Misslingen die Identitätsstrategien, muss auch das *Private Selbst*, unter dem Druck von Stigmatisierung beispielsweise, angeglichen werden. Die jeweils vorhandenen Umweltbedingungen bestimmen die Auswahl der angewandten Identitätsstrategien. Wie mit Stigmatisierungen im Einzelfall umgegangen wird und wie ein Individuum diese verarbeitet, ist nicht immer leicht erkennbar, da die Selbstdarstellung einer Person nur bedingt Auskunft gibt über das *Private Selbst*. Es versucht sich nämlich stets so zu präsentieren, dass es gerne gesehen wird. Cloerkes betont in diesem Zusammenhang, dass die Folgen von Stigmatisierung weder zwangsläufig auftreten müssen, noch einheitlich sind, wie dies von der klassischen Stigma-Identitäts-These behauptet wird. Sie müssten deshalb in Bezug auf Einzelfälle empirisch ermittelt werden. (vgl. ebd, S.187ff)

## 4. Unterstützungsmodelle

Nach dem theoretischen Teil soll nun ein Blick auf die sexualpädagogische Praxis geworfen werden. Dazu werden in diesem Abschnitt zunächst drei Unterstützungsmodelle vorgestellt. Bei ersterem handelt es sich um ein sexualpädagogisches Beratungsangebot, welches in Berlin für behinderte Menschen, ihre Angehörigen und BetreuerInnen entwickelt wurde. Das zweite Modell betrifft die Unterstützung von geistig behinderten Eltern, welches ebenfalls in Berlin von der Lebenshilfe angeboten wird. Zusätzlich zu den im deutschsprachigen Raum angebotenen Unterstützungsmaßnahmen, soll ein skandinavisches Modell, welches begleitende Tätigkeiten für behinderte Eltern vorsieht, präsentiert werden. Anschließend sollen auf Basis der theoretischen Ausführungen Standards für pädagogisch wertvolle Unterstützungsangebote genannt werden.

### 4.1 Die Sexualberatung der PRO FAMILIA Berlin

Die gemeinnützige Organisation Pro Familia zählt zu einer der größten nichtstaatlichen Beratungseinrichtungen in Deutschland. (vgl. [www.profamilia.de/pro-familia.html](http://www.profamilia.de/pro-familia.html)) Die Zweigstelle in Berlin widmet sich seit einiger Zeit der Sexualberatung für Menschen mit geistiger Behinderung, nachdem man darauf aufmerksam wurde, dass das Angebot diesbezüglich recht gering ist. (vgl. Hallstein/ Kemmerer/ Winkler 2005, S.231) Es wird eben dieses Modell der Unterstützung vorgestellt, da es explizit um Selbstbestimmung in Bezug auf Sexualität bemüht ist und zudem Beratung nicht nur für behinderte Personen selbst anbietet, sondern auch für deren Angehörige und BetreuerInnen. Dies betrachte ich als insofern sinnvoll, als diese dem Thema der Sexualität häufig mit Angst und Vorurteilen begegnen und nicht wissen, wie damit umgegangen werden soll und der/die Betroffene somit einmal mehr Unsicherheiten und Ängsten ausgesetzt ist. Desweiteren arbeitet das Team der Beratungsstelle interdisziplinär. Dadurch wird es möglich, dass die Beratung nicht nur auf einen Teilbereich beschränkt bleibt, sondern der Mensch als ein Ganzes und in seinen Bezügen

Judith Valentin



wahrgenommen wird. Durch die Arbeit mit der betroffenen Person selbst und der Umgebung sollen Möglichkeiten geschaffen werden, die es ihr erlauben ihren Fähigkeiten und Wünschen entsprechend, Sexualität leben und erleben zu können. (vgl. ebd., S.231f)

Das Angebot der Einrichtung kann als vielfältig bezeichnet werden. Neben sozialmedizinischen Sprechstunden, sexualpädagogischen Kursreihen für geistig und/oder körperlich behinderte Menschen und Einzelberatungen, werden ebenso Beratungsstunden in anderen Einrichtungen, wie Schulen und Heimen geboten. Dazu kommt Elternarbeit, Multiplikatorenarbeit, Praxisberatung und Krisenintervention. (vgl. ebd., S.232ff) Von diesen Tätigkeiten werden nun einige näher erläutert:

- **Einzelberatung:** Hierbei wird Auskunft zu verschiedensten Themen gegeben. Dazu zählen beispielsweise Partnerschaft, Kennenlernen des Körpers, Kinderwunsch, medizinische Fragen. Im Gespräch ist man bemüht die Person als Gesamtheit mit ihren Fähigkeiten und Grenzen anzusprechen.
- **Beratung in Einrichtungen:** Dabei stehen BeraterInnen zu bestimmten Zeiten verschiedensten Institutionen zur Verfügung. Die Beratung kann von MitarbeiterInnen, aber auch von KlientInnen beziehungsweise BewohnerInnen der Einrichtung in Anspruch genommen werden.
- **Elternarbeit:** Sie besteht aus Beratungsstunden, aber auch aus Elternabenden. Dabei wird versucht den Eltern Mut zu machen, die Sexualität und Identitätsentwicklung des Kindes zuzulassen. Häufig aufkommendes Thema bildet der Ablösungsprozess des Kindes vom Elternhaus. Zudem wird häufig nach Lösungsmöglichkeiten für verschiedenste Konflikte gesucht.
- **Praxisberatung:** Sie ist problemorientiert und setzt dann ein, wenn MitarbeiterInnen vor Entscheidungskonflikten stehen, oder sich aus der aktuellen Arbeitssituation spezifische Fragestellungen ergeben.
- **Multiplikatorenarbeit:** Diese Tätigkeit zielt darauf ab, möglichst viele Personen für das Thema Behinderung und Sexualität zu sensibilisieren und die sozialen Kompetenzen im Umgang damit

zu verbessern. Hierzu werden Fortbildungen für Personal, Praxisberatung und Krisenintervention angeboten.

Ziel der Arbeit von PRO FAMILIA ist zum einen die Auseinandersetzung mit eigenen Ängsten und Schwierigkeiten, die in Bezug auf Sexualität und Behinderung aufkommen. Zusätzlich soll auf den Zusammenhang von Reaktion auf Behinderung und den eigenen Umgang mit Sexualität aufmerksam gemacht werden, sowie das Einfühlungsvermögen für die Erkennung unausgesprochener Fragen auf Seiten der Behinderten und Förderung der Empathie bei Beantwortung dieser geschult werden. (vgl. ebd., S.233ff)

## **4.2 Das Familienprojekt der Lebenshilfe Berlin**

Heino Bergmann beschreibt im Buch „Sexualität und geistige Behinderung“ das Projekt der Lebenshilfe Berlin, welches seit 1991 ambulante Hilfsleistungen für geistig behinderte Eltern bietet. Zu den AdressatInnen zählen Elternpaare, sowie alleinerziehende Mütter mit ihren Kindern, die eine „Karriere“ als Geistigbehinderte/r hinter sich haben. Es soll ermöglicht werden, dass Eltern, welche vermutlich ohne Unterstützung nicht in der Lage wären ihr Kind angemessen zu versorgen und zu erziehen, mit ihrem Nachwuchs als Familie zusammenleben können. Man geht davon aus, dass diese ohne unterstützende Maßnahmen Gefahr laufen, ihre Kinder abgeben zu müssen. Das Projekt ist in der Unterstützungszeit als nicht begrenzt konzipiert. Der Schwerpunkt der angebotenen Hilfen liegt in der sozialpädagogischen Arbeit, im Zuge derer Begleitung bei der Kindererziehung und psychosoziale Beratung der Eltern stattfinden. Dazu zählen Anleitung zu Hygiene, Beratung zu altersgemäßer Ernährung, Unterstützung bei Arzt- und Amtsbesuchen, Anregung zur Förderung der kindlichen Fähigkeiten, Planung der kindgerechten Freizeit und der außerfamiliären Betreuung, Hilfe beim Aufbau eines stabilen sozialen Umfelds, Unterstützung bei Konflikten durch zum Beispiel Entlastung und Beratung, usw. Hauptziel des Pilotprojekts ist es geistig behinderten Menschen dabei zu

unterstützen, ihr Recht auf Elternschaft zu leben. (vgl. Bergmann 2005, S.350ff)

Die Unterziele benennt Bergmann wie folgt:

- Geistig behinderte Eltern sollen mit ihren Kindern als Familie in einer Wohnung leben können.
- Die unterstützenden Maßnahmen sollen den Personen dazu verhelfen, dass sie ihren Nachwuchs so versorgen und erziehen können, dass das Kindeswohl nicht gefährdet ist. (vgl. ebd., S.350f)

Um diese Ziele erreichen zu können, arbeiten die UnterstützerInnen in einem Team, wobei jeweils ein Mann und eine Frau Bezugspersonen für eine Familie bieten. Zur Teamarbeit gehört intensiver Austausch und Reflexion. Weiters werden Beratungen, Supervision und Fortbildungen für die MitarbeiterInnen geboten. Die Grundhaltung und das methodische Vorgehen wird als klientenzentrierter Kommunikationsprozess verstanden, wobei in der Arbeit ein multi-/interdisziplinärer Ansatz vorherrscht. (vgl. Bergmann 2005, S.354f)

Als kritikwürdig in Zusammenhang mit diesem Projekt erscheinen zwei Punkte. Zum einen wird nicht explizit auf das Recht auf Selbstbestimmung der Dienstleistungs- in- Anspruch- Nehmenden verwiesen. Es wird im Gegenteil die Anforderung an die Eltern gestellt, dass diese lernen, Hilfe anzunehmen und akzeptieren, dass ihr Leben von anderen mitbestimmt und kontrolliert wird. (vgl. ebd., S. 357) Zum anderen wird bei der Aufnahme der zu unterstützenden Personen ein rigides Selektionsverfahren durchgeführt. Zu den Aufnahmebedingungen zählen unter anderem eine stabile Paarbeziehung, eine emotionale Bindung an das Kind, Vertrauen gegenüber der Betreuung, keine schweren psychischen Beeinträchtigungen der Eltern, usw. (vgl. ebd., S.352) In diesem Kontext kann die Frage gestellt werden, in wie weit diese Kriterien als objektiv messbar einschätzbar sind.

Positiv zu bewerten ist, dass von einem Entwicklungspotential der zu Unterstützenden ausgegangen wird. Die Fähigkeit Neues zu erlernen wird als gegeben erachtet.

### **4.3 Selbstbestimmte Gruppenarbeit mit geistig behinderten Eltern in Dänemark**

Im skandinavischen Raum sind Ende der 1980er Anfang der 1990er- Jahre erste Modelle der Unterstützung entstanden, welche explizit auf die Selbstbestimmung von geistig behinderten Eltern verweisen. Jytte Faureholm beschreibt die Entwicklung dieser, nachdem sich herausstellte, dass viele als geistig behindert geltende Eltern den Sozialdiensten Dänemarks skeptisch gegenüber standen und den Kontakt zu hilfeleistenden Instanzen abbrachen. Die angebotenen Dienstleistungen wurden in Folge als inadäquat gewertet und die Notwendigkeit der Entwicklung neuer kam auf. Im Zuge dessen entstand ausgehend von der dänischen Fürsorgeorganisation für Lernbehinderte die Idee Ferienlager für Betroffene abzuhalten. Dabei wurden vom Kostenträger, dem Sozialministerium, im Jahre 1991 neun Familien ausgewählt, welche ihre Begleitpersonen selbst wählen konnten. Die Ziele des Projektes können wie folgt beschrieben werden:

- Das Angebot stimulierender Tätigkeiten sollte Familienstrukturen stärken.
- Austausch zwischen Familien mit ähnlichen Problemen sollte ermöglicht werden, damit sich unterstützende Netzwerke bilden können.
- Es sollte Raum zur Äußerung von Wünschen und Bedürfnissen in Hinblick auf Unterstützung im Alltag geschaffen werden.

Bereits während der Vorbereitungszeit kam die Idee auf, auch nach der Rückkehr aus dem Lager weitere Treffen zu organisieren, damit Netzwerke weiter ausgebaut werden können. Auch auf nationaler Ebene sollte ein Netzwerk geschaffen werden. Daraus entstand die Organisation „Familien im Blickpunkt“. Hierbei koordinieren und organisieren Eltern ihre Aktivitäten selbst, wobei ihnen beratende Instanzen zur Seite stehen. Zusätzlich besteht eine Zusammenarbeit mit Gruppen von Fachkräften, in denen Diskussionen über alltägliche Erfahrungen im Umgang mit geistig behinderten Eltern stattfinden. (vgl. Faureholm 1995, S.88ff) Das Projekt bezog sich auf die sogenannte Befreiungspädagogik von Paulo Freire, welche auf die Gleichberechtigung von Professionellen und Betroffenen abzielt. Demnach stand der Dialog im Mittelpunkt und bereits in der Vorbereitungsphase

gründeten die Entscheidungen auf Sichtweisen beider Parteien. Zufriedenheit sollte durch Adaption erreicht werden. Ein Teamworkmodell bildete die Grundlage für die Zusammenarbeit der Familien, der Professionellen und der Behörden. Der Schwerpunkt der Arbeit lag bei der Bildung gruppenspezifischer Prozesse, wobei auf Prinzipien des „Empowerment“ zurückgegriffen wurde. (vgl. ebd., S.90ff) Auf diese und auf weitere Ansätze, welche Grundlage einer wertvollen Begleitungspraxis bilden, soll im nächsten Kapitel eingegangen werden.

#### **4.4 Standards für qualitativ hochwertige Unterstützungspraxen**

In diesem Abschnitt soll nun beschrieben werden, welche Grundsätze es bei der sexualpädagogischen Arbeit und bei den Unterstützungstätigkeiten für geistig behinderte Eltern einzuhalten gilt, sodass diese als sinnvoll und zielführend erachtet werden können. Hierbei stütze ich mich auf Ausführungen aus dem Skriptum zur Lehrveranstaltung „Grundlagen integrativer/inklusive Pädagogik“ von Prof. Schönwiese, einer These Hahns und Vorschlägen von Neuer- Miebach. Als eine der wichtigsten Punkte muss genannt werden, dass einer integrativen Pädagogik nachzukommen ist, welche sich gegen aussondernde, direktive und korrektive Praxen wendet. Hierzu müssen Lebensbedingungen geschaffen werden, die sich diesen Prinzipien verpflichten. (vgl. Schönwiese o.J., S. 90ff) Hahn stellt in diesem Zusammenhang die These auf, dass Integration in unserer Gesellschaft mit der Ermöglichung von Identität korreliert. Da Sexualität und Sexualerziehung zur Bildung von Identität beitragen, sind diese unverzichtbar für die Integration geistig behinderter Menschen. Er sieht die Aufgabe der Pädagogik darin, Menschen aus der Desintegration herauszuführen. (vgl. Hahn 2005, S.125) Als ein weiterer Aspekt für gelingende Unterstützungsarbeit kann die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts genannt werden. Im Zuge dessen sollen Menschen dazu befähigt werden, Kontrolle über ihr eigenes Leben zu erhalten. Ihre Forderungen und Wünsche müssen ernst genommen werden. (vgl. Schönwiese o.J., S. 90f)

Diese Forderungen können erfüllt werden, wenn Professionelle in ihrer unterstützenden und sexualpädagogischen Arbeit ein verändertes

Aufgabenverständnis einnehmen. Dies wiederum kann anhand der Beachtung von Prinzipien aus dem „Empowerment“- Ansatz erreicht werden. Diese zielen darauf ab, dass Menschen ermutigt werden, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen, indem sie neu entdeckte Kräfte und Ressourcen anwenden und damit Lösungen selbst kreieren. Behilflich sein kann dabei die Kooperation von Betroffenen sein, welche sich mit denselben oder ähnlichen Problemen konfrontiert sehen. Für Professionelle kann dies bedeuten, dass sie solche solidarische Formen der Selbstorganisation unter Betroffenen fördern. Es wird folglich nicht mehr von einer „Allmacht“ der Experten ausgegangen, was die Lösung von Problemen betrifft, sondern von einer partnerschaftlichen Kooperation zwischen Fachleuten und Zu-Unterstützenden. (vgl. ebd., S.100f)

Weiters kann der Ansatz des „Begleitens und Verstehens“, welcher sich aus Erkenntnissen der Psychotherapie ableiten lässt, als bedeutend für qualitativ hochwertige Begleitungstätigkeiten erachtet werden. Mit dem Punkt „Verstehen“ ist gemeint, dass im Sinne systemischer Theorien die Dynamik von „behindert werden“ begriffen wird. Dazu gehört unter anderem die selbstreflexive Bearbeitung von Übertragungen auf „KlientInnen“. Nur daraus lassen sich Begleitkonzepte entwickeln, die es erlauben, geistig behinderten Menschen Raum für Entwicklung zu gewähren. Durch die Aufdeckung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen wird auch die eigene Angstabwehr behinderten Menschen gegenüber sichtbar. Dies verhilft, die Behinderung nicht zu verstärken. Hilfreich dabei kann Supervision, und die Kenntnis psychotherapeutischer Lehren sein. Zu begrüßen wäre, wenn jedes Arbeitsteam von einer psychotherapeutisch qualifizierten Person unterstützt würde. Allgemein kann gesagt werden, dass die Arbeit mit behinderten Menschen von vielfältigen praktischen, theoretischen und inhaltlichen Untermauerungen geprägt ist. (vgl. Schönwiese o.J., S.103 ff)

Schönwiese weist darauf hin, dass mit Verstehen und Achtung der Selbstbestimmung jedoch nicht gemeint ist, dass jeder Wunsch der Person unbedingt erfüllt wird. Vielmehr ist darunter eine dialogische Interaktion zu verstehen, im Zuge derer verständnisvoll reagiert wird, wo die Person ernst genommen wird, ihr etwas zugetraut und auf ihre Sprache eingegangen wird. Man unternimmt dabei kleine Schritte und achtet nicht auf das was fehlt, sondern auf die Fähigkeiten und Kompetenzen, welche vorhanden sind.

Zudem sollten die eigenen Erfahrungen einen wertvollen Schatz für die Arbeit bilden. (vgl.ebd., S.104)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Folgendes zu beachten ist:

- Erarbeiten von integrativen/inklusiven Rahmenbedingungen
- Wahrung der Selbstbestimmung
- das Voranschreiten der persönlichen Entwicklung
- Bereitschaft zum Dialog und Aufgreifen und Beantworten von Vorschlägen der/des Betroffenen und Einbringung eigener Angebote
- Schaffung von Beziehungssicherheit (vgl. ebd., S.105)

Therese Neuer- Miebach führt ebenfalls Punkte an, die sie für die sexualpädagogische Begleitung von geistig Behinderten als sinnvoll erachtet. Sie decken sich teilweise mit den oben genannten. Dazu zählen unter anderem:

- das Ernstnehmen von Beziehungswünschen, Partnerwünschen und dem Wunsch nach Kindern, sowie dem Wunsch nach einem gesellschaftlich anerkannten Leben als Familie. Dabei soll Beratung außerhalb der Einrichtungen stattfinden, wenn möglich in ambulanter Form.
- das Anbieten von Hilfen zur Verarbeitung von schmerzhaften Erfahrungen. Z.B. bei einer Trennung von den Kindern.
- die Aufklärung der Umgebung über Ressourcen und Entwicklungsmöglichkeiten geistig behinderter Menschen.
- der Zugang zu Hilfsmitteln jeglicher Art sollen aufgezeigt werden und die Ermöglichung der Inanspruchnahme derselben sollte garantiert werden. Es gilt Stärken zu fördern, während die Konzentration auf Defizite abgebaut wird.
- das Zulassen von Eigenständigkeit.
- die Einzelfall- und Bedürfnisorientierung. Das Assistenzprinzip ist auch bei sexualpädagogischen Belangen anzuwenden.

Des Weiteren fordert die Autorin, dass MitarbeiterInnen Fortbildungen zu den Themen Partnerschaft, Schwangerschaft und Elternschaft erhalten. Dabei kann der Aufbau eines Netzwerkes innerhalb der verschiedenen Institutionen hilfreich sein. Auch Angehörigen sollte Wissen über Sexualität, Beziehung, Judith Valentin

Verhütung, Schwangerschaft und Elternschaft von geistig behinderten Menschen zukommen. Das Ziel sollte es sein, dass den Menschen Lebensperspektiven geboten werden, die akzeptabel und frei wählbar sind. (vgl. ebd., S.107ff)



## 5. Resümee

Behinderung existiert nicht per se und somit auch keine naturgegebene behinderte Sexualität. Man kann von einer verhinderten Sexualität sprechen, oder von einer untersagten, einer nicht wahr beziehungsweise ernst genommenen, die in Folge zu einem zerrütteten Umgang mit sexuellen Belangen von behinderten Personen führt. Erst die Reaktion und der Umgang des Umfeldes einer behinderten Person mit dem Thema führen zu einer sekundären sexuellen Behinderung. Dieser Punkt bildet eine der Hauptideen, die im Zuge dieser Abschlussarbeit herausgearbeitet wurden. Mit der Missachtung des Rechtes auf Sexualität geht auch die Missachtung des Rechtes auf Familiengründung und -planung von Behinderten einher. Ein wichtiger Bestandteil des Lebens wird Behinderten somit a priori entsagt und Wünsche, welche in Richtung Elternschaft gehen, werden häufig nicht ernst genommen und überhört. Werden geistig Behinderte nun doch zu Eltern, ist die gesellschaftliche Tendenz beobachtbar, dass ihnen elterliche Kompetenzen abgesprochen werden und dass höhere Ansprüche an sie als an nicht-behinderte Eltern gestellt werden. Dabei gilt als weitere wichtige Erkenntnis festzuhalten, dass in den meisten Fällen von Elternschaft Behinderter keine behindertenspezifischen Probleme entstehen. (vgl. Pixa- Kettner 2007)

Welche Folgen eine derartige Haltung gegenüber Sexualität und Elternschaft von geistig Behinderten mit sich bringt wurde aufgezeigt. Sie beeinflusst maßgeblich die Bildung einer stabilen Geschlechtsidentität. Diese muss, wie Identität im Allgemeinen, ständig neu und unter erschwerten Bedingungen in Balance gebracht werden. Durch die von Behinderten erlebte gesellschaftliche Stigmatisierung, die bis auf die Ebene der Sexualität vordringt, sind diese vermehrt dazu aufgefordert, Techniken und Akte der Gleichgewichtsschaffung anzuwenden, die der Stabilisierung von Identität dienen.

Durch die Anwendung von Unterstützungsmodellen, die sich gewissen Prinzipien, wie jenen der Selbstbestimmung, des Dialoges mit den Betroffenen und der Schaffung von inklusiven Rahmenbedingungen verschreiben, kann ein erster Schritt in Richtung Entstigmatisierung stattfinden. Indem geistig Behinderten die Wahlmöglichkeit zwischen akzeptablen sexualpädagogischen Unterstützungsmodellen gegeben wird, können diese ihre Identität eher in Balance

halten und an Lebensqualität gewinnen. Es kann möglich gemacht werden, dass Behinderte von ihren Rechten als Mensch Gebrauch machen und ihre Wünsche und Bedürfnisse nach Sexualität und Familie leben können.

## 6. Quellenverzeichnis

### Literatur

Bergmann, Heino (2005): Konzeption des Familienprojektes der Lebenshilfe gGmbH Berlin. In: Walter, Joachim: Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V. Schriftreihe Band 1. 6. Auflage.Heidelberg.

Cloerkes, Günther (2001): Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. Heidelberg.

Christof, Eveline/ Bauer, Beate/ Gruber, Barbara/ Hager, Nina (2007-2008): Problemzentriertes Interview. In: [http://homepage.univie.ac.at/Eveline.Christof/grundlagen07/9\\_Problemzentriertes\\_Interview.pdf](http://homepage.univie.ac.at/Eveline.Christof/grundlagen07/9_Problemzentriertes_Interview.pdf) (Letzter Stand: 11.Juli 2011)

Elbert, Johannes (1982): Geistige Behinderung - Formierungsprozesse und Akte der Gegenwehr. In: <http://bidok.uibk.ac.at/texte/formierungsprozesse.html> (Letzter Stand: 27.Nov. 2010)

Endriß, Rosemarie (1995): Die Betreuung geistigbehinderter Mütter und Väter innerhalb eines Wohnheims und Erfahrungen mit Trennungsbegleitung. In: Pixa-Kettner, Ursula [Hrsg.] : Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung : Dokumentation einer Fachtagung am 9. und 10. März 1995 an der Universität Bremen .[Übers. der engl. Artikel durch Fee Engemann].Bremen.

Faureholm, Jytte (1995): Elternschaft geistigbehinderter Menschen in Dänemark:- Selbstbestimmte Gruppenarbeit mit geistigbehinderten Eltern.- Was erzählen Kinder geistigbehinderter Eltern über ihr Leben? In: Pixa-Kettner, Ursula [Hrsg.] : Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung : Dokumentation einer Fachtagung am 9. und 10. März 1995 an der Universität Bremen .[Übers. der engl. Artikel durch Fee Engemann].Bremen.

Feichter, Roland (2005): Familie und Elternschaft. Eine mehrdimensionale Herausforderung. Diplomarbeit eingereicht im Institut für christliche Philosophie der Leopold-Franzens- Universität. Innsbruck.

Feuser, Georg (1996): Geistigbehinderte gibt es nicht! Zum Verhältnis von Menschenbild und Integration. In: <http://bidok.uibk.ac.at/texte/menschenbild.html> (Letzter Stand: 27.Nov. 2010)

Ferrares, Herrmenegilde (2001): Behinderte Frauen und Mutterschaft. Eine Bestandsaufnahme.In: <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh1-01-ferrares-mutterschaft.html?hls=behinderte> (Letzter Stand: 18.April 2011)

Goffman, Erving (1975): Stigma. Über Techniken der der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main.

Hahn, Martin (2005): Pädagogische Ansätze- Überlegungen zur Sexualpädagogik bei Menschen mit Geistigbehinderung. In: Walter, Joachim: Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V. Schriftreihe Band 1. 6. Auflage.Heidelberg.

Hallstein, Monika/ Kemmerer, Ingrid/ Winkler, Petra (2005): Sexualberatung für behinderte Menschen, ihre Angehörigen und BetreuerInnen. In: Walter, Joachim: Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V. Schriftreihe Band 1. 6. Auflage.Heidelberg.

Hermes, Gisela (2007): Sind Elternschaft und Behinderung miteinander vereinbar? Ein Beitrag zu Barrieren und Unterstützungsmöglichkeiten für behinderte Mütter und Väter. In:  
<http://bidok.uibk.ac.at/library/hermes-elternschaft.html>  
(Letzter Stand: 18. April 2011)

Hohmeier, Jürgen (1975): Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozess. In:  
<http://bidok.uibk.ac.at/library/hohmeier-stigmatisierung.html>  
(Letzter Stand: 18. Juni 2011)

Huschke-Rhein, Rolf (1994): Entwicklung als Aufgabe ökosystemischer Selbststeuerung. In: <http://bidok.uibk.ac.at/texte/netzwerk-huschke.html>  
(Letzter Stand: 27.Nov. 2010)

Kassoume, Linda (2006): Unterstützungsangebote bei Schwangerschaft und Elternschaft bei Menschen mit Lernschwierigkeiten in Wien. In:  
<http://bidok.uibk.ac.at/library/kassoume-schwangerschaft.html> (Letzter Stand: 20.März2011)

Krappmann, Lothar (1982): Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilhabe an Interaktionsprozessen. Klett-Cotta Verlag. Stuttgart.

Levc, Barbara (2005): „Und wer kümmert sich um das Kind?“ Diplomarbeit. In:  
<http://bidok.uibk.ac.at/library/levc-kind-diplomarbeit.html>  
(Letzter Stand: 11.06.2011)

Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4. Auflage. Weinheim/Basel.

Lüpke, Hans von (1994): Das Spiel mit der Identität als lebenslanger Entwicklungsprozeß. In: <http://bidok.uibk.ac.at/texte/netzwerk-luepke.html>  
(Letzter Stand:27.Nov. 2010)

Markowetz, Reinhard (2000): Identität, soziale Integration und Entstigmatisierung. In: <http://bidok.uibk.ac.at/library/gl3-00-identitaet.html>  
(Letzter Stand: 27.Nov. 2010)

Mertens, Wolfgang (1992): Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität. Band 1: Geburt bis 4. Lebensjahr. Verlag Kohlhammer. Stuttgart/Berlin/Köln.

Niedecken, Dietmut (2003): Namenlos. Geistig Behinderte verstehen. 4.Auflage. Beltz Verlag. Weinheim/ Basel/Berlin.

Neuer- Miebach, Therese: Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung. –Sozialpolitische Bedeutung und Perspektiven- In: Pixa-Kettner, Ursula (1995) [Hrsg.] : Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung : Dokumentation einer Fachtagung am 9. und 10. März 1995 an der Universität Bremen .[Übers. der engl. Artikel durch Fee Engemann].Bremen.

Pixa- Kettner, Ursula/ Bargfrede, Stefanie/ Blanken, Ingrid: Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung In: Walter, Joachim (2005) (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. Universitätsverlag Winter. Heidelberg, S.305-317)

Pixa- Kettner, Ursula: Das Forschungsprojekt Elternschaft Menschen mit geistiger Behinderung. Darstellung eines Forschungsprojektes und Hauptergebnisse einer bundesweit schriftlichen Befragung. In: Pixa-Kettner, Ursula (1995) [Hrsg.] : Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung : Dokumentation einer Fachtagung am 9. und 10. März 1995 an der Universität Bremen .[Übers. der engl. Artikel durch Fee Engemann].Bremen.

Pixa- Kettner, Ursula (2007): Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung, Ergebnisse einer empirischen Nachfolgestudie und mögliche Schlussfolgerungen. In:  
[http://www.google.de/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.awo-potsdam.de%2Fcms%2Fshowfile.php%3Fact%3Ddownload%26datei%3D..%2Fdata%2Fpdf%2FElternschaften%2520von%2520Menschen%2520mit%2520geistiger%2520Behinderung.pdf&rct=j&q=Elternschaft%20von%20Menschen%20mit%20geistiger%20Behinderung%2C%20Ergebnisse%20einer%20empirischen%20Nachfolgestudie%20und%20m%C3%B6gliche%20Schlussfolgerungen&ei=co\\_rTdvXE4af-wbOwZXUDw&usg=AFQjCNEf\\_k8Luzaf066bSzxLCnF4Rb\\_StQ&cad=rja](http://www.google.de/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.awo-potsdam.de%2Fcms%2Fshowfile.php%3Fact%3Ddownload%26datei%3D..%2Fdata%2Fpdf%2FElternschaften%2520von%2520Menschen%2520mit%2520geistiger%2520Behinderung.pdf&rct=j&q=Elternschaft%20von%20Menschen%20mit%20geistiger%20Behinderung%2C%20Ergebnisse%20einer%20empirischen%20Nachfolgestudie%20und%20m%C3%B6gliche%20Schlussfolgerungen&ei=co_rTdvXE4af-wbOwZXUDw&usg=AFQjCNEf_k8Luzaf066bSzxLCnF4Rb_StQ&cad=rja)  
(Letzter Stand: 05.Mai 2011)

Sinason, Valerie (2000): Geistige Behinderung und die Grundlagen des menschlichen Seins. Manuskript. O.S.

Sailer- Lauschmann, Irene/ Schönwiese, Volker: Sexualität und geistige Behinderung. In: <http://bidok.uibk.ac.at/library/schoenwiese-sailer-sexualitaet.html> (Letzter Stand: 10.Juni 2011)

Treiber, Isa (2004): Menschenrechte trotz Behinderung. Zur Sexualität, Partnerschaft, und Sterilisationsproblematik geistig behinderter Menschen. In: <http://bidok.uibk.ac.at/library/treiber-menschenrechte.html> (Letzter Stand: 10.Juni 2011)

Walter, Joachim (1994): Sexualität und geistige Behinderung. In: <http://bidok.uibk.ac.at/library/walter-sexualitaet.html#id3011391> (Letzter Stand: 10.Juni 2011)

## **Abbildungsverzeichnis**

- Abbildung 1: <http://bidok.uibk.ac.at/library/gl3-00-identitaet00.png>  
(Letzter Stand: 25.Juni 2011)

## **Internetquellen**

- [www.profamilia.de](http://www.profamilia.de) (Letzter Stand: 05. Juli 2011)
- [www.institut-fuer-menschenrechte.de](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de) (Letzter Stand: 25.07.2011)
- [www.wikipedia.de](http://www.wikipedia.de) (Letzter Stand: 01.08.2011)

# Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die PS- oder SE- oder sonstige Abschlussarbeit zum Thema:

„Sexualität, Elternschaft und geistige Behinderung“

Angefertigt im Rahmen des Proseminars/Kurses/Seminars:

„Seminar mit Bachelorarbeit: Inklusive Pädagogik“

Selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie alle wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Texten entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Das gilt für gedruckte Texte ebenso wie für Texte im Internet.

Mir ist bekannt, dass ich bei Verstößen gegen diese Regeln keinen Seminarschein erhalte.

Diese Arbeit wurde bisher in der vorliegenden oder einer modifizierten Form in keiner anderen Lehrveranstaltung als Studienleistung vorgelegt.

Ort:

Datum:

Unterschrift: