

Dr. Frank Herrath

Was behindert Sexualität?

**Vortrag im Rahmen einer Fachtagung
von ISP und der AWO Dortmund**

20. Oktober 2005

Sehr geehrte Damen und Herren,

Es ist nicht mehr so ganz tafrisch und sensationell, Sexualität im Zusammenhang mit Behinderung zu denken.

Vielmehr ist es so, dass im Fachdiskurs - wenigstens auf der beschreibenden Ebene - Konsens darüber herrscht, dass Menschen mit Behinderung Sexualität haben, Sexualität leben wollen und dass sekundäre Behinderungen von Sexualitäten ungehörig und von Übel sind.

Manchmal wird in semiwissenschaftlichen Artikeln und Vorträgen sogar etwas übertrieben und recht grobschlächtig „die“ kritikwürdige Sexualitätsunterdrückung und Sexualitätsignoranz in den Einrichtungen der Behindertenhilfe gegeißelt, ohne positive Entwicklungen wahrzunehmen. Man hat da manchmal den Eindruck, als würden Menschen mit Behinderung in der BRD in finsternen Spukschlössern getrenntgeschlechtlich aufbewahrt und für Sexualäußerungen hart bestraft. Ein wenig mehr Differenziertheit und ein bisschen weniger journalistische Übertreibung wäre hier sicherlich angebracht.

Denn es gibt sexualitätsfreundliche Facherkklärungen, konzeptionelles Bemühen, sexuelles Leben von Menschen mit Behinderung intimitätsachtend und aner kennend zu begleiten - und nach bestem Wissen und Gewissen professionell unterstützten Alltag von Menschen mit Behinderung.

Aber andererseits stimmt auch 2005 noch, dass gewünschte sexualitätsbezogene Hilfe für Menschen mit Behinderung weder selbstverständlich noch alltäglich geworden ist.

Am Beispiel des Themas „Sexualassistenz“ kann diese Kluft zwischen Erklärung und Alltagspraxis besonders gut nachgezeichnet werden.

Auch bei der sexualitätsbezogenen Professionalisierung pädagogisch, agogisch, beraterisch tätiger Fachkräfte ist die Lage in der BRD seit Jahren unverändert:

Kaum jemand bezweifelt zwar mehr ernsthaft, dass Sexualität ein bedeutsames Lebensthema ist, das respektvolle Beachtung und unterstützende Begleitung verdient; gleichwohl versickert diese Erkenntnis oft in der Anforderungs- und Themenfülle des institutionellen Alltags. Nicht selten endet guter sexualpädagogischer, bzw. sexualberaterischer Wille in der bloßen, wenn auch gut gemeinten Erklärung.

Aber es ist auch ein bisschen schlicht, begleitungsverpflichtete Erwachsene der unterlassenen Hilfeleistung zu bezichtigen, wenn keine Orte der Aneignung für sexualitätsbegleitende Kompetenzen zur Verfügung gestellt werden - nicht in der Ausbildung, verschwindend wenig in Fort- und Weiterbildung.

„Was behindert Sexualität?“

Ich werde Ihnen in meinem Vortrag sieben Impulsthesen anbieten, die so formuliert sind, dass sie eine eigene Positionierung herausfordern.

Die Thesen sind auf uns bezogen, die wir professionell mit Sexualität und Behinderung zu tun haben. Sie können, ob neu oder altbekannt, in Ihre Erwägungen praktischer Begleitungsfragen mitgenommen werden - eventuell in die Fachforen der heutigen Tagung, wo möglich in die Alltagsarbeit mit Menschen mit Behinderung.

1. Wir neigen zur Kategorisierung und Normierung von Behinderung und Sexualität

Diese Behauptung ist keine wohlfeile Selbstbezichtigung, sondern benennt die ständige Versuchung, die komplizierten, variantenreichen Realitäten individueller - sexueller - Biografien durch Vereinfachung besser ordnen und handhaben zu können.

Es ist eine Binsenweisheit: Es gibt nicht die Behinderung, nicht die Sexualität, nur immer konkrete Menschengeschichten.

Und: Die Behinderungsarten unterscheiden sich

- voneinander,
- in ihrer Schwere und
- von Individualgeschichte zu Individualgeschichte,

wie sie auch innerhalb der Individualgeschichten der Betroffenen variieren.

Doch wir finden uns sehr oft versucht, den Menschen und seine Sexualität nur oder vor allem über seine Behinderung zu definieren.

Bei aller Klärungsanstrengung: Was die sexuellen Interaktionen, die sexuellen Verhaltensweisen und Ansichten bedingt und prägt, bleibt uns häufig verschlossen, bleibt unentdeckt - bei Menschen mit oder ohne sichtbare Behinderung.

Lassen wir uns nicht ein auf Simplifizierungen, die zwar Ordnung im Denken und Beurteilen schaffen, aber nicht den Menschen mit seinen seiner Individualität geschuldeten Eigenartigkeiten gerecht werden.

„Sexualität und Behinderung“ ist als Thema ein so weites Feld, dass Aussagen auf diesem allgemeinsten Level nur gröbste Orientierungen geben können. Differenzierungen sind nötig.

„Die“ geistige Behinderung - ist eine leichte Lernbehinderung gemeint, eine schwere Mehrfachbehinderung oder eine autistische Störung? - „die“ geistige Behinderung gibt es so wenig wie „die“ körperliche Behinderung - ist Spina bifida oder Gehörlosigkeit gemeint - oder „die“ psychische Behinderung - ist Arbeitssucht, Waschzwang oder Schizophrenie gemeint?

Der Pschyrembel „Wörterbuch Sexualität“ versucht es mit dem Stichwort „Behinderung“ so:

„Sammelbezeichnung für Einschränkungen des Spektrums der Leistungs-, Lern- oder Anpassungsfähigkeit, die entweder individuell durch besondere Anstrengung kompensiert werden müssen oder die Inanspruchnahme fremder Hilfe oder spezieller Hilfsmittel erfordern.“

Nun, solch weite - wie ich finde, richtige - Definition zeigt, wie normal Behinderung gedacht werden kann, und - ohne schwere Beeinträchtigungen niedriglich zu reden - dass Behinderungen, gerade auch im sexuellen Bereich, sicher bei weit mehr Menschen vorzufinden sind, als die im Pschyrembel geschätzten 7% der Bevölkerung.

Zweierlei ergäbe sich aus einer Zustimmung zur Pschyrembeldefinition: Erstens die Chance, die Differenz zwischen Behinderung und Nichtbehinderung gesellschaftlich nicht zu groß zu denken und zweitens die Aufforderung zu einer gerade in spätmodernen pluralisierter Gesellschaft wichtigen Wahrnehmung der individuellen Besonderheit gegenüber dem Drang, große Gruppen dingfest und „bearbeitbar“ zu machen.

Gleich zu Beginn nun in Spiegelstrichmanier zehn bedeutsame gesicherte Erkenntnisse zum Zusammenhang von Behinderung und sexuellem Verhalten - um unsere Neigung zur Kategorisierung und Normierung zu zügeln und uns nicht vom vermeintlich „gesunden Menschenverstand“ leiten zu lassen:

1. Die geschlechtsbiologische Entwicklung bei behinderten und nichtbehinderten Menschen verläuft in der Regel gleich, einschließlich der Qualität und Quantität der Normabweichungen.
2. Sexualität wird gelernt. Wenn es Unterschiede gibt zwischen der Sexualität von behinderten und nichtbehinderten Menschen, dann vor allem aufgrund der sozialen Zurichtung ihrer Sexualisation, z.B. durch Zurückhaltung bei Berührung, Verunmöglichung von Intimität, Austreibung des Kinderwunschs oder durch Mythen von Normalität.
3. Eine körperliche Schädigung, z.B. des Rückenmarks, die die sexuellen Funktionen der Genitalorgane eventuell schwer beeinträchtigt, begründet nicht das Fehlen sexueller Empfindungen, selbst wenn z.B. Querschnittgelähmte dieses vermeintliche Unvermögen glauben und inkorporiert haben. Sexuelle Empfindungen erzeugt das Gehirn unabhängig von den Geschlechtsorganen. Jede Stelle am Körper kann Ereignisort sexueller Empfindungen sein oder werden; sexuelle Empfindungen in den Geschlechtsorganen können von jeder Körperstelle zu einer anderen „verschoben“ werden.
4. Sexualität ist unabhängig von Intelligenz. Was manchmal festzustellen und in pädagogischer bzw. beraterischer Begleitung zu beachten ist, ist die Differenz zwischen dem sogenannten Intelligenzalter und dem Sexualalter. Es gibt bei Menschen mit geistiger Behinderung keine sexuelle Früh- oder Spätreife, die dem Merkmal der geistigen Behinderung geschuldet ist.

5. Eine unterentwickelte Genitalsexualität liegt nur bei ganz wenigen Behinderungsformen vor. Hier kommt Ihnen wo möglich der Begriff „*Sexueller Infantilismus*“ entgegen, der ein Erscheinungsbündel meint aus fehlender Fertilität, Minderwuchs der Genitalien, Ausbleiben von Menstruation und Pollution und verringerter Ausprägung sekundärer Geschlechtsmerkmale. Beim *Turner-Syndrom* (Fehlen eines weiblichen Geschlechtschromosomen) und teilweise beim *Klinefelter-Syndrom* kommt anatomische Sterilität vor.
6. Sexueller Infantilismus ist bei Menschen mit Down-Syndrom entgegen landläufiger Meinung sehr selten. Nachgewiesen ist es bei einigen Männern mit Down-Syndrom, vor allem im Symptom einer quantitativ herabgesetzten Spermienproduktion ausgeprägt.
7. Ansonsten gibt es bei den Formen geistiger Behinderung keine „biologisch festgelegten“, körperlichen Deformationen, die Sexualität beeinträchtigen. Körperlich schwere Beeinträchtigungen, wie es eine Querschnittlähmung ist, beeinträchtigen selbstverständlich genitale Sensibilitäten und Sexualefunktionen, allerdings in sehr unterschiedlichem Maße, abhängig von Höhe und Art der Rückenmarkschädigung und unabhängig von der „Sexualisierungsleistung des Gehirns“, das auch geähmten Körperteilen sexuelle Sensationen „zuzudenken“ vermag.
8. Zum Vorurteil einer größeren oder auch im Gegenteil „herabgesetzten“ Triebhaftigkeit von Menschen mit Behinderung: Es gibt hier keine Differenz zwischen nicht behinderten und behinderten Menschen. Nebenbei gefragt: Was ist „Triebhaftigkeit“ genau, was, genau, „gesteigerte oder verringerte Triebhaftigkeit“? Von welcher Norm wird da ausgegangen? Wenn bei einer mehr oder weniger großen Zahl von Menschen mit Behinderung tatsächlich beobachtet wird, dass ihre sexuellen Aktivitäten gering bis kaum vorhanden sind - also so etwas wie „*herabgesetzte Triebhaftigkeit*“ diagnostiziert wird - dann ist dies begründet in den strukturell beeinträchtigten Lernmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung. Eine durch jahrelange Hospitalisation erzeugte Antriebsarmut zum Beispiel findet selbstverständlich auch ihren Niederschlag im Bereich sexueller Aktivität.
9. Es gibt ein mit dem Vorurteil erhöhter Triebhaftigkeit kombiniertes Vorurteil zur Sexualität von Menschen mit einer geistigen Behinderung: Es würden bei ihnen mehr Fehlhandlungen und Perversionen vorkommen. Die empirischen Untersuchungen erledigen auch dieses Vorurteil. Es ist eher das Gegenteil der Fall: Rücksichtsloses, aggressives Sexualverhalten Geistigbehinderter ist seltener als bei durchschnittlich begabten Jugendlichen. Die Gründe für Sexualdelinquenz sind - wie bei nichtbehinderten Menschen auch - Milieuschäden und Neugieverhalten, das häufig durch erfolgte Überbehütung gesteigert worden ist. Wenn Menschen mit Behinderung, die Hilfsmittel verwenden, deshalb erhöhter Triebhaftigkeit geziehen werden oder als obskur-halbperverser, der „Gerätesexualität“ zuneigende Fetischisten klassifiziert werden, dann liegt dieser Einschätzung mindestens eine Mischung aus Ignoranz und Überheblichkeit zu Grunde.
10. Der Tatbestand des Exhibitionismus ist häufiger Grund für eine Sexualdelinquenz geistig behinderter Menschen. Oft verwandelt sich der festgestellte Exhibitionismus bei genauerer Untersuchung in das Außerachtlassen eines schamvollen Verhaltens, z.B. eine halböffentliche Blasenentleerung. Exhibitionistische Hand-

lungen können aber auch als Imponierversuche zur Selbstwertaufbesserung als abgelehnter Außenseiter gegenüber nichtbehinderten Gleichaltrigen stattfinden, oder als Akte der Rebellion gegen sexuelle oder Verhaltens-Restriktionen und -Einschränkungen - also nichtsexuell motiviert.

11. Vorletztens zum Befund, Menschen mit vor allem geistiger Behinderung würden zur schamlosen, oft exzessiven Masturbation in der Öffentlichkeit neigen. Sich selbst etwas schön machen, wenn es sonst eher frustrierend ist im Alltag, ist sicherlich nicht normfern. Wenn man sich die soziale Gesamtlage der Menschen mit geistiger Behinderung ansieht, wäre dauernde Masturbation also verständlich motiviert. Wenn das bei Menschen mit einer geistigen Behinderung auch ohne Rücksicht auf die Öffentlichkeit geschieht, so ist das sicher kein Vergehen gegen die Menschlichkeit. Der „Tatbestand der Masturbation“ wird jenen vor allem ein Problem, die Masturbation gegenüber anderen Arten sexueller Betätigung prinzipiell als weniger wertvoll einschätzen, als infantil defizitäre sexuelle Aktivität. Dass in den letzten Jahren immer noch in fast jedem Fachaufsatz zu behinderter Sexualität für Masturbation als vollwertiger sexueller Aktivität geworben wird, weist darauf hin, dass ungebrochen die „Aufs Du bezogene“ Sexualität gegenüber der Autosexualität moralisch als die bessere, erfülltere qualifiziert wird. Das wirkt gegenüber Menschen, die aus welchen Gründen auch immer zeitweise oder dauernd ohne Sexualpartner oder -partnerin leben, gelinde gesagt unfreundlich und effektiv bedrückend. Und schließlich noch einmal zum Zusammenhang von Sexualität und Intimität: Wenn ein Mensch in der Öffentlichkeit einer Institution masturbiert, vielleicht tut er das auch deshalb, weil er sich an diesem Ort aufgehoben und geschützt fühlt, dieser Ort für ihn oder sie vielmehr ein Intim- und kein öffentlicher Raum ist, ein vor Eingriffen behüteter Raum für mögliche intime Aktionen. Welches Lob wäre das für die Einrichtung...

Ich habe jetzt quasi staccato gegen einige populäre Vorurteile geredet, die im Bild von Sexualität und im Bild vom Menschen begründet liegen und gelebte Sexualität von Menschen mit Behinderung massiv - behindern.

Das Bild der Sexualität im Geiste emanzipatorischer Sexualpädagogik ist dem gegenüber: Sexualität ist eine Lebensenergie, die allen Menschen innewohnt. Sie hat individuelle Gestalt und - ich sagte es gerade - wird gelernt.

Aber natürlich sind Beeinträchtigung des sexuellen Lebens durch Behinderungen. Ich möchte etwas länger den Sonderschulrektor Siegfried Schröder zitieren, der sehr sinnlich diese Beeinträchtigungen beschreibt:

„Wenn Sexualität zu tun hat mit Sehen, Licht, Farben, Durchsichtigkeit, Anmut und Schönheit, mit dem Bild im Spiegel, mit Angeschaut werden und Suchen, mit Gesichtern und der Sprache der Augen, dann muss man objektiv sagen, dass BLINDHEIT sicher Sexualität beeinflusst.

Wenn Sexualität zu tun hat mit Hören, Flüstern und Lauschen, mit Hinhören und Gehören, mit Begreifen, Namen und gestammelten Erklärungen, mit dem Klang der Stimme, mit Musik und gesprochenen Worten, dann muss man objektiv sagen, dass GEHÖRLOSIGKEIT sicher Sexualität beeinflusst.

Wenn Sexualität über ihre organische Bedingtheit hinaus zu tun hat mit Körperlichkeit, mit Streicheln, Wärme, mit Festhalten und Gehaltenwerden, mit Angenommen- und Getragenwerden, mit Tanzen, Bewegungen und Bewegt sein, mit Nähespüren, Berührungen und Behutsamkeit, dann muss man objektiv sagen, dass schwere KÖRPERBEHINDERUNGEN sicher Sexualität beeinflussen.

Wenn Sexualität zu tun hat mit Gefühlen und Empfindungen, mit Traurigkeit, Schmerz und Verzweiflung, aber auch mit Lust und Freude, mit Unbewusstem und Träumen, Ahnungen und Sich verlieren, mit Staunen, unendlich viel Zärtlichkeit und einem roten Kopf, dann muss man objektiv sagen, dass SEELISCHE BEHINDERUNGEN sicher Sexualität beeinflussen.

Wenn Sexualität zu tun hat mit Dialog, benötigt sie das Gegenüber, sucht Bestätigung, möchte sie vertraut und geborgen sein, braucht sie Gemeinsamkeit und Solidarität, ist voll Drängen und Sehnen, voll Dankbarkeit und Sorge, greift sie nach Verantwortung, kennt Eifersucht und wird gezeichnet durch die Einsamkeit und das Gefühl des Verlassenseins, dann müssten, objektiv gesehen, SOZIALE BEHINDERUNGEN auch Sexualität beeinflussen.

Wenn Sexualität zu tun hat mit Gedanken, Vorstellungen und Ideen, Sprache und Erinnerung, Erfahrung und Bewusstsein, Hoffen und Wollen, Phantasie und Kreativität, Entdecken, Begreifen, Erkennen und Verstehen, dann muss man objektiv sagen, dass GEISTIGE BEHINDERUNGEN sicher Sexualität beeinflussen.

So allgemein gesehen jedoch wäre die Sexualität ein lebloser Begriff, nichts anderes als die „Summe vieler Einzelphänomene, geteilt durch ihre Anzahl“, bleibt sie statistisches Ergebnis, wird sie Formel, Durchschnitt...

Durch die Behinderung erhält sie lediglich eine weitere Facette an individueller Eigenart.

Durch jede situative oder personelle Veränderung ergibt sich zwangsläufig eine völlig andere Erscheinung, die im Vergleich zu dem vorherigen Zustand neu, anders, ihrerseits einmalig und unverwechselbar ist.“

2. Was uns im Handeln leitet, ist unsere persönliche Ethik

Wenn wir von Sexualität bei Menschen mit Behinderung sprechen, sind wir auf ethischem Terrain.

Ohne jetzt groß ein Fass aufzumachen und begriffshuberisch zu werden: Aber schon der Begriff der „geistigen Behinderung“ ist grundfalsch, da es keineswegs um den Geist geht, sondern ums Gehirn - denn beim Stigma der „geistigen Behinderung“ handelt es sich organisch um Beeinträchtigungen der Gehirnfunktionen.

Es geht es um Wertorientierungen, wenn es um die Füllung des Sexualitätsbegriffs geht: Zählt z.B. auch Zärtlichkeit dazu? Vor allem für Behinderte? Oder ist Sexualität vor allem „wahre“ Sexualität - „genitale Sexualität“, angeblich „reife“ Sexualität - die nur einigen nicht ganz so schwer behinderten Menschen vergönnt ist? Sollte es eine Erziehungsleistung gegenüber querschnittgelähmten Jugendlichen

sein, sexuelle Interessen zu sublimieren oder sie zumindest nicht psychisch „beherrschend“ werden zu lassen?

Wie zu Beginn gesagt: Die Behindertenhilfe ist kein Sammelbecken für Sexualität hassende, empathiefreie Psychoterroristen. Jedoch ist die Geschichte der Behindertenhilfe andererseits auch nicht gerade ein Beispiel für einen Wärmestrom in der sozialen Arbeit. Alles in allem war tendenziell die „normale“, die Mainstream-Haltung zum Thema „Sexualität und Behinderung“ in den entsprechenden Institutionen der Behindertenhilfe lange Zeit in Deutschland so:

- Niedrigwertung des Sexuellen, gelungen nur in der Kultivierung des Eins-sein-wollens mit anderen;
- Am besten Geschwisterlichkeit oder Sublimierung durch Engagement in ökumenischen Glaubensveranstaltungen;
- Sorge um die Sozialverträglichkeit der Sexualität von Menschen mit Behinderung;
- Kryptische Warnungen vor einem seltsam-bösebösen Gemisch aus Masturbation, Homosexualität, Gewalt, Schamverletzung und Manweißjanichtsorechtwasdiesofühlen;
- Heftiges Förderungs-, Integrations- und Normalisierungsbedürfnis;
- Sonderbehandlung und Separation, selbstverständlich „nur da, wo es nötig ist“;
- Heirat und Kinder jedoch - wg. Sozialunverträglichkeit - keinesfalls.

Ganz einfach gesprochen ist demgegenüber richtig, wie der gerade schon zitierte Siegfried Schröder sagte: Dass das Sexuelle bei Behinderten nicht anders ist als bei nicht Behinderten - es erhält die Sexualität durch die Behinderung lediglich eine weitere Fassade an individueller Eigenart. Noch einmal: Es gibt nicht DIE behindertenspezifische Sexualität.

Der ehemalige Anstaltsleiter von Bethel, Herbert Wohlhüter, ruft in Erinnerung, welcher Ethos in der Begleitung von Menschen mit Behinderung demgegenüber human ist:

„Die Person, die mir gegenüber steht, ist prinzipiell in ihrer Entwicklung offen. In ihr sind Möglichkeiten vorhanden, die mir noch verborgen sind. Es ist mir nicht erlaubt, dass ich festschreibe, wer der Behinderte ist und worin seine Grenzen bestehen.“

Es wäre schön, wenn diese Haltung in der Behindertenhilfe auch beim Lebensthema Sexualität handlungsleitend würde.

3. Die sekundäre Behinderung ist oft schwerwiegender als die primäre

Die primäre Behinderung - die Beeinträchtigungen, die durch sehr vielfältig verursachte schädigende Ereignisse körperlich manifest geworden sind - bedeutet EINEN Aspekt der Individualität und Besonderheit des Menschen und seiner/ihrer Sexualität. Meist sind jedoch die sekundären, sozialen Behinderungen entscheidend für die Behinderung der Sexualität von Menschen mit - nicht nur - geistiger Behinderung: Es sind strukturelle, oft manifest bauliche, sozio-kulturelle, ökonomische Bedingungen, die nicht nur das sexuelle Leben von Menschen mit einer Behinderung fundamental beeinträchtigen.

Überbehütung wie fehlende Zumutung sind weit verbreitete Kennzeichen sekundärer Behinderung. Verständlich ist sicherlich das Problem der Mütter, ihre Kinder in Selbstständigkeiten zu überantworten, verständlich ist das elterliche Schutzinteresse, ehrbar die Fürsorge.

Aber es gibt neben diesem „Das Beste wollen“ mit der Konsequenz der Abschirmung vor einer als „feindlich“ qualifizierten Umwelt auch andere Gründe für sekundäre Behinderungen: Bequemlichkeit, Kostengründe, selbstverständlich gewordener Machtmissbrauch.

Wie immer die Motive sind - sekundäre Behinderungen können massive Identitätsstörungen verschulden.

Eine dieser Behinderungen ist auch 2005 noch das Interesse, Sexualität im Leben von Menschen mit Behinderung zu leugnen. Wie können sonst so viele Frauen mit einer geistigen Behinderung in Institutionen der Behindertenhilfe, manchmal im Schoß der Familie dicker und dicker werden, ohne dass in ihrer Umgebung an eine Schwangerschaft gedacht wird, sehr häufig bis über die Grenze der Möglichkeit der Erwägung einer Schwangerschaftsunterbrechung hinaus, ja sogar manchmal bis kurz vor die Geburt - was, nebenbei bemerkt, jede Möglichkeit der Vorbereitung nimmt ?

Die Leugnung der Sexualität macht die Sexualität nicht weg. Sie verstärkt höchstens - wenn sie psychisch in die Menschen mit geistiger Behinderung hineinwirkt - Sublimierungen, erhöht ihr Unglück und erzeugt und verstärkt Krankheiten, erzeugt bzw. potenziert ihre Aggression und verdeckt schließlich womöglich Missbrauchsergebnisse. Auf die Frage „*Wer bin ich (sexuell)?*“ kann der Mensch mit Behinderung im Fall der Leugnung seiner, bzw. ihrer Sexualität nur mit entweder „*Ich bin nicht*“, „*Ich bin falsch*“ oder „*Ich bin ganz böse*“ antworten. Die Folge ist in jedem Falle eine Zerreißprobe zwischen den eigenen - sexuellen - Gefühlen und den sexualitätsleugnenden Ansprüchen derjenigen, auf die man auf Gedeih und Verderb angewiesen ist...

Eine gern genommene Variante der Leugnung von Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung ist ihre Infantilisierung als großes Kind - unverdorben und geschlechtslos. Ein kleines Beispiel für Infantilisierung auf dem Gebiet der Sexualpädagogik ist der gedankenlose Einsatz von Kinderaufklärungsbüchern in der Arbeit mit behinderten Erwachsenen.

Sekundäre Behinderungen ergeben sich oft auch aus routinierter Pflege und Berührungsangst. Hier vermählen sich die Folgen einer Geringschätzung sexualpädagogischer Ausbildung von Betreuungspersonen mit der allgemeinen „Kostendämpfung im Gesundheitswesen“, die kaum noch individuelle Zuwendung im Betreuungsalltag möglich werden lässt, schon gar nicht einen angemessenen Umgang mit dem sexuellen Leben der zur Betreuung überantworteten Menschen.

Die ganz profane und aktuell noch mal besonders massive sozio-ökonomische Missachtung Benachteiligter rundet schließlich das Bild ab: Es gibt kein Geld - kein Geld für individuelle Begegnung, für Ausbildung, Hilfsgeräte, personale sexuelle Hilfen, für Gesprächsgruppen, Entkasernierung, behindertengerechte Wohnungen in der Stadt, einen angemessenen Personalschlüssel für professionelle BehindertenbegleiterInnen aller Art.

Unangemessen ist jedenfalls, wenn die Folgen sekundärer Behinderungen als Primärbehinderungen gehandelt werden: Obwohl wir von nichtgeistigbehinderten Internats-, Kasernen-, GefängnisbewohnerInnen und Seeleuten, die sich in ähnlicher Lage befinden, dieselben Äußerungen ihrer Sexualität kennen, schreiben wir sie bei geistigbehinderten Menschen dem Geistigbehindertensyndrom zu.

Oder, im Fokus des Anstaltssyndroms, beschrieben von Prof. Dr. Joachim Walter:

„Die Konsequenzen eines länger andauernden Anstaltsaufenthaltes unter den Bedingungen der sozialen Isolierung in einer solchen totalen Institution werden in der Literatur als psychischer Hospitalismus, soziale Verkrüppelung oder als Anstaltssyndrom beschrieben. Das Zustandsbild wird übereinstimmend gekennzeichnet durch Antriebsverlust, Unterwürfigkeit, Interessensverlust, durch Vernachlässigung der persönlichen Gewohnheiten, der Körper- und Kleiderpflege, Verlust der Individualität sowie einer allgemeinen Resignation. Und prompt diagnostizieren wieder die Fachleute, das sei jeweils behindertenspezifisch.“

4. Wir sind schnell überfordert durch befremdendes Verhalten

Durch schnell ausgrenzende Fremdbilder und Reduzierungen, Missverständnisse und Verwechslung von Ursache und Wirkung entstehen im Kontakt von Menschen mit Behinderung und Nichtbehinderten Zuschreibungen, unangemessene Verallgemeinerungen und Überforderungen. Dem kann sich der Mensch mit einer Behinderung oft nur durch Handlungen entziehen, die für ihn oder seine Umgebung problematisch sind - wie Schreien oder einem sogenannten „Rückzug nach innen“, erhöhte körperliche Unruhe, Auto- und Fremdaggression, Verweigerungshaltungen.

Und wird einmal der Befund „Aggression“ diagnostiziert, wird dann gegenüber den ausgelieferten Menschen mit Behinderung gerne eine Breitbandreaktion gezeigt, die nicht nur sexual- sondern auch fundamental lebensfeindlich wirkt.

Ein besonders extremes Beispiel berichtet ein langjährig erfahrener Kinder- und Jugendpsychiater aus seiner Fortbildungstätigkeit:

„Während einer Veranstaltung stieß höchst erregt und abgehetzt eine Mutter in der Mittagspause zu der Elterngruppe und sucht dringend ein Gespräch mit dem Referenten: Ihr Sohn sei geistig behindert und in der Pubertät. Er onaniere auch. Ebenso sei er zunehmend ungezogen und frech. Ihr Zahnarzt, dem sie davon erzählt habe, weil er den Sohn ebenfalls gut kenne, habe ihr dringend zu einer Kastration geraten. Was solle sie tun, sei der richtige Rat?“

Ein anderes Beispiel, weniger abstrus, nichtsdestoweniger extrem:

„Eltern berichten auf einer Veranstaltung zu Fragen der Sexualität, dass der geistig behinderte Sohn in der beginnenden Pubertät doch in belastender Weise Aggressionen entwickelt habe. Der Hausarzt interpretierte dies als nunmehr deutlich werdende sexuelle Triebhaftigkeit, die man dämpfen müsse. Dem Jungen wurde über Jahre Androcur verordnet. Nebenwirkungen von Androcur sind, u.a.: Spermatogenesehemmung, Gynäkomastie, Müdigkeit, Antriebsminderung, Veränderung des Körpergewichts, depressive Verstimmungen“.

Im Angesicht einer unidealen gesellschaftlichen Lage ist Aggression eine womöglich

„sinnvolle“ Reaktion Geistigbehinderter auf die sekundären Behinderungen ihres Lebens.

Angstäußerungen, und das sind Aggressionen ja, sind oft seelisch entlastend und signalisieren zudem den Wunsch nach beschützender Behandlung: Kopfschlagen, Haare ausreißen und Selbstbeschädigungen, die in der Fachdiskussion zu den so genannten Verhaltensstörungen gezählt werden, treten in sozialen Situationen auf, in denen Kinder, Patienten oder Behinderte entweder motorisch stark eingeengt sind oder unter der Bedrohung stehen, dass die Äußerung eigener aggressiver Impulse unter Umständen schwer bestraft wird oder ausweglos ist.

Historisch noch nicht so lange her waren fehlende sexuelle Abstinenz wie aggressives Verhalten übrigens Begründungen von Anstaltsverwahrung.

Wie wichtig die Frage nach dem „Warum“ in der Arbeit mit Menschen ist, zeigt ein anderes Beispiel für eine normabweichende Sexualäußerung, die Betreuenden häufig Probleme bereitet - dem schon erwähnten Masturbieren im öffentlichen Raum:

„Lehrer, Freunde und Verwandte wissen den Eltern eines Schülers mit Down-Syndrom nicht zu helfen. Seit Beginn des Schuljahres ist der 16jährige Junge sexuell auffällig: Er masturbiert zu Hause in der Familie (z.B. ohne Rücksichtnahme auf die Anwesenheit von Besuch), im Schulbus, in der Schule während des Unterrichts und in den Pausen. Die Eltern sind verzweifelt, weil sie von allen Seiten auf dieses anstößige Verhalten hingewiesen werden und daran nichts ändern können. Im Gespräch stellt sich heraus, dass dieses ausgedehnte Masturbieren einsetzte, als sich innerhalb kurzer Zeit folgende Veränderungen in der Welt dieses Jungen ereigneten:

- *Das einzige Geschwister, seine Schwester, heiratete und ging aus dem Haus. Mit der Schwester fiel der einzige menschliche Spielkamerad in der Familie weg.*
- *Fast gleichzeitig wurde der Hund, den die Familie bis dahin gehalten hatte, weg gegeben, weil er angeblich zu viel Arbeit machte. Der Junge hatte sich bis dahin jeden Tag oft stundenlang allein mit dem Hund beschäftigt.*
- *Der Schulbusverkehr zur Schule in der nahen Stadt wurde anders organisiert. Der Junge musste nun von seinem Heimatort aus alleine fahren. Die ihm vertrauten anderen Schüler fuhren mit einem früheren Bus.*
- *Seine geliebte Klassenlehrerin musste mit Schuljahresbeginn eine andere Klasse übernehmen. Wenn er konnte, schlich er unbemerkt in ihr neues Klassenzimmer oder gesellte sich in den Pausen zu ihr.*
- *Die Eltern waren relativ alt und zum Gesprächszeitpunkt noch nicht in der Lage, sich als Spielpartner in die soziale Umwelt des Schülers einzubeziehen.*

Er erlebte sich den ganzen Tag allein: im Elternhaus und in der Schule.“

An diesem Beispiel ist das Sinnvolle der Normabweichung gut zu sehen.

5. Fremdbestimmung ist Normalität für Menschen mit Behinderung

Bei vielen Menschen mit Behinderung ist

- der Intimitätsbereich aufgehoben oder stark eingeschränkt - durch Anstaltsregeln, Kontrollbedürfnis, Überbehütung, Abhängigkeit.
- Selbstständigkeit fundamental verhindert: Andere denken und planen und entscheiden meist für sie.
- der Erwerb einer Identität durch Abschirmung vor „feindlicher Umwelt“ verhindert, je schwerer die Behinderung klassifiziert ist.

Martin Hahn, Professor für Geistigbehindertenpädagogik an der FU Berlin, stellt analysierend fest:

„Identität, ein sinnerfülltes menschliches Leben, menschliches Glück, sind an die Balance zwischen einem Maximum an Unabhängigkeit (Freiheit), das der eigenen Verantwortlichkeit angemessen ist, und einem Minimum an bedürfnisbefriedigender Abhängigkeit gebunden...

Behinderung stellt ein andauerndes quantitatives und qualitatives ‚Mehr‘ an sozialer Abhängigkeit dar, das die Identitätsbalance gefährdet.“

Sie haben durch Ihre Arbeit die hervorragende Möglichkeit, die Selbstbestimmungskräfte der Menschen mit einer Behinderung zu mehren:

- Als Eltern durch eine respektvolle Grundhaltung gegenüber der sexuellen Wesenheit der eigenen Kinder gleich welchen Alters und der Achtung ihrer Intimität.
- Als Einrichtungsmitarbeitende durch die Sorge für Bedingungen, die sexuelles Geschehen nicht lediglich als zu beobachtendes Problemfeld ansieht und Sexualaufklärung nicht nur als Prävention, sondern vor allem als Kompetenzzugewinn begreift.
- Als pflegerische und medizinische Fachkräfte unter anderem dadurch, dass sie das Thema Sexualität insgesamt mitdenken und mit einer Haltung prinzipieller Körperfreundlichkeit in Untersuchungs- und Pflegesituationen Beschämungen zu vermeiden suchen.
- Als therapeutisch und beraterisch Tätige durch die umfassende Wahrnehmung psycho-sexueller Entwicklungsphänomene bei Heranwachsenden und einer grundsätzlich systemischen und ganzheitlichen Sicht auf ihre Sexualentwicklung, Handicaps und Bearbeitungsideen.

6. Hilfestellungen werden verweigert

Wie unsere sexualitätsbezogenen Hilfestellungen aber konkret und genau beschaffen und begrenzt sein sollen, zu unserem Wohle, zum Wohle unserer Klientel, im Sinne sexuellen Glücks, ohne Einmischung in innere Angelegenheiten anderer, in Vermeidung von Grenzüberschreitungen und Beschämung, darüber gibt es aktuell eine intensive Fachdiskussion.

Klar ist bis heute, dass die bloße Proklamation des Rechts auf Sexualität nicht hinreicht, wenn die Möglichkeiten für sexuelles Leben massiv behindert bleiben.

Wir sind zur Hilfestellung verpflichtet und zum Schutz der eigenen Intimität berechtigt.

Wir sind verpflichtet zur Rollenklarheit im Begleitungs-, bzw. Beratungsverhältnis wie zur Sexualaufklärung, die dem sexuellen Handeln hilft.

Wir sind verpflichtet, die Intimität von Heranwachsenden auch dadurch zu respektieren, dass wir nicht, von emanzipatorischer Aufklärungseuphorie ergriffen, mit Sendungsbewusstsein im Herzen und einem Kondom in der Hand über unsere

Schutzbefohlenen herfallen, um ihnen, ungeachtet ihrer Verarbeitungs- und Bewältigungsmöglichkeiten, Sexualität einzuthemen.

Wir sind verpflichtet, nach bestem Wissen und Gewissen, Körpererfahrungen zu ermöglichen und anzuregen, die zur selbstbestimmten Sexualität befähigen.

Wir sind nicht berechtigt, uns rauszuhalten und auf andere zu verweisen, die ihrerseits nichts tun.

7. Heranwachsende brauchen respektvolle Distanz, Unterstützungsangebote und bedingungsfreie Zuneigung

Eltern und professionell pädagogisch oder beraterisch Tätige sind oft - in verschiedenerlei Art und Ausdrucksform - unsicher, wie sie die sexualitätsbezogene Begleitung Heranwachsender gestalten sollen. Diese Unsicherheit ist gleichzeitig verständlich und problematisch.

Das Krankheitsbild, bzw. die Behinderung wird in der Pubertät ganz allgemein vergrößert, für Außenstehende rascher erkennbar und damit deutlicher stigmatisierbar. Dies hat doppelte Folgen: Einerseits beginnen viele Jugendliche, sich selbst sehr stark zu genießen und sich noch mehr in die sowieso schon sozial bedingte Isolation des Außenseiters zurückzuziehen. Andererseits gehen auch LehrerInnen, Freunde, ErzieherInnen und Eltern merklich auf Distanz, da mit dem Verlust des Naiv-Kindlichen und Hilflos-Liebenswerten auch die spontane Bereitschaft der Bezugspersonen nachlässt, das Kind in den Arm zu schließen und zu lieblosen - ein Teufelskreis leidvollen Erwachens des zunehmenden Bewusstseins der Körperveränderungen!

Eine über die Jahre stabile Zahl jugendlicher Behinderter versuchen, diesem tragischen Dilemma durch Suizid ein Ende zu machen.

Aber auch ohne diese einschüchternde Bemerkung über das Extrem einer Problemlösung: Pubertät ist für behinderte Jugendliche oft hochproblematisch. Man traut behinderten Kindern nicht nur weniger zu, sondern erlaubt ihnen auch weniger. Das potenziert die üblichen Pubertätskrisen, weil behinderte Jugendliche nicht oder viel weniger Versuch-Irrtums-lernen dürfen. Sie merken in dieser Zeit schmerzhaft, wie eine Fixierung auf das Defizit der Behinderung funktioniert.

Fachkräfte, die mit dem Vorteil größerer Distanz solche Systematiken bemerken könnten, hätten die Chance, entsprechend irritierte, verängstigte, besorgte und in ihren eigenen Gefühlslagen gefangene Eltern oder Begleitpersonen zu einer etwas entspannteren Haltung zu bewegen.

Tatsächlich ist es oft so, dass Eltern pubertierender Jugendlicher nicht erlauben, dass ihr Sohn/ihre Tochter alleine ausgeht, sie wollen bestimmte Freizeitaktivitäten nicht zulassen, verbieten nicht selten Kontakte untereinander.

Folgendes Beispiel aus der Elternbildungsarbeit unterstreicht, wie hilfreich eine Elternunterstützung sein könnte:

„Bei einer Diskussion zum Thema Sexualität berichtet eine junge Mutter von einem sie sehr belastenden aggressiv-sexuellen Verhalten ihres jetzt 13jährigen, geistig behinderten Sohnes. Er suche in einer sie beängstigenden Art und Weise zu ihr Kontakt, streichele sie an den Brüsten und greife in die Genitalgegend. Auch habe er bereits einen erschreckend großen Penis. Der mitanwesende Vater bestätigt die mütterliche Schilderung ... Im anschließend nach der Tagung geführten Gespräch mit den Eltern stellte sich ... folgender, vorher nicht erkennbare Sachverhalt heraus: Die

Mutter, die wie gesagt, recht jung und in der Schilderung auch sehr hilflos erschien, ist die Stiefmutter des Jungen. Sie kannte ihn (nach der Heirat mit dem Vater) erst seit wenigen Monaten. Mit geistig oder anders behinderten Menschen hatte sie praktisch noch nie Kontakt gehabt. Ihre Einstellung zu behinderten Menschen war von ihrem Elternhaus höchst ambivalent bis ablehnend geprägt. Über die Pubertät bei Knaben wusste sie auch kaum etwas. Sie sagte auch sehr offen, dass sie wegen des behinderten Jungen Angst vor der Heirat gehabt habe. Sie möge den Sohn, aber er sei ihr eben unheimlich, weil sie seine Wesensart nicht verstehen könne. Da habe ihr niemand mit Rat beigestanden.“

Es ist recht sicher, dass auch viele so genannte Pubertätsstörungen oder angeblich behinderungsspezifische Probleme jugendlicher Identitätsentwicklung Sekundärphänomene der besonderen sozialen Situation behinderter Jugendlicher sind: Sie werden unterfordert oder überfordert, überbehütet oder vernachlässigt und abgelehnt. Ihre Pubertätsstörungen sind gewissermaßen reaktive Milieuschäden, sozusagen psychische Alarmsignale auf die stark beeinträchtigenden äußeren Rahmenbedingungen.

Fatal ist: Die vornehme Aufgabe der Pubertät als Entwicklungsphase ist die Lösung von den Eltern bzw. nächsten Bezugspersonen zugunsten einer erwachsenen Selbstständigkeit.

Genau dagegen wehren sich viele Eltern behinderter Kinder - und viele behinderte Jugendliche selbst.

Sexualitätsbezogene Begleitung von Kindern und Jugendlichen ist ein sehr feingliedriges Thema. Es erfordert Sensibilität, Aufmerksamkeit, zur Zurückhaltung fähige Bescheidenheit, Respekt und Mut zur aufrichtigen Selbsteinschätzung.

Das ist nicht wenig, jedoch ist es andererseits auch nicht mehr als das, was Sie mitbringen, um Ihre alltägliche Arbeit zu tun.

Sexualitätsbezogene Begleitung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen muss ein Angebot bleiben; sie muss eingeübt und kann nicht einfach abgefordert werden.

Für Eltern ist Sexualerziehung aus vielerlei Gründen eine massive Herausforderung; es ist nicht ein Erziehungs-(kompetenz)thema wie alle anderen.

„Sexuelle Auffälligkeiten“ ihrer Kinder erhöhen Pulsschlag und Sensibilität der Eltern massiv. Die Auffälligkeit einer Behinderung erhöht sich in Kombination mit „sexueller Auffälligkeit“. Die „öffentliche Sexualität“ ihrer Kinder verstärkt den Schutzimpuls der Eltern und lässt sie noch nachdrücklicher als ohnehin reklamieren, dass die Sexualität ihrer Kinder und die Sexualerziehung ihnen gegenüber „Intimbereich der Familie“ und also ihre „Privatsache“ sei.

Was bei den Eltern oft - mehr oder weniger - bleibt, unabhängig von Wissen und Gewissen, ist die Idee, dass die „sexuellen Gefahren“ für ihr Kind um so größer sind, je weniger restriktiv die Gesamtsituation ist. Es ist elterliche Pflicht und Bürde, die eigenen Kinder vor Unruhe, Kummer, Enttäuschung, Stress und Gefahr bewahren zu wollen. Sexualität ist aufregend: „Ist es wirklich nötig, schlafende Hunde zu wecken?“

Auf diese schutzinteressierte Frage müssen wir gewinnend eine sexualitätsfreundliche Antwort zu geben versuchen.

So weit meine sieben Anmerkungen zur Vortragsfrage

„Was behindert Sexualität?“

Nehmen Sie sie als Anregungen, denn so sind sie gemeint.

Was behindert Sexualität?

Doch leider auch in diesen unseren postmodernen Zeiten noch einiges.

Es liegt in Ihren Möglichkeiten, an Veränderungen mit Geduld und Zuneigung gegenüber den vitalen psycho-sexuellen Bedürfnissen der Menschen, mit denen Sie zu tun haben, mitzuwirken.

Und, bei aller Problematisierung: Es gibt auch im Zusammenhang von Sexualität und Behinderung einiges, was gut gelingt.