

Michael Buscher

**„Dann bist Du sicher traurig,
dass Du kein behindertes Kind
hast.“**

16.5.2018



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit mehr als drei Jahrzehnten ist mein Berufsleben geprägt und bereichert von Begegnungen mit Kindern, Jugendlichen und teils auch jungen Erwachsenen mit sogenannten Intelligenzminderungen.

Schon wenn man von sogenannten Intelligenzminderungen spricht, setzt man sich zweierlei Kritik aus.

Einerseits dem Vorwurf, Intelligenzminderung nur mit „so genannt“ zu bezeichnen: Es handele sich doch um eine harte Realität mit multiplen Auswirkungen auf die Lebensgestaltung der Betroffenen und die ihrer sozialen Bezugssysteme. Die Leugnung einer Minderung oder Behinderung, aus der sich sozialrechtlich Ansprüche auf Assistenzen ableiten, sei realitätsfremd und werde vor allem den Betroffenen nicht gerecht. Einschränkungen deutlich erkennbar zu machen, erscheint den Befürwortern „klarer“ Worte emanzipatorischer als das Hinwegreden von Nicht-Erreichbarem, durch das die Betroffenen in der Auseinandersetzung mit dem, was sie nicht schaffen, allein bleiben.

Arnold Retzer hat in ganz anderem Zusammenhang eindrucksvoll vor dem „Alles-ist-möglich“-Wahn gewarnt. Der falsch verstandene Zwang zur Ressourcenorientierung und positiven Sicht, in dem es kein Scheitern mehr geben kann, führe letztendlich direkt zur Zunahme von Depression und Ohnmacht.

Und dann stehen sie da:

die Jugendlichen, die davon träumen,

- Elektrotechniker zu werden,
- ein Leben wie ihre Altersgenossen zu führen,
- den Führerschein zu machen,
- die gleiche Auswahl an Partnerschaften zu haben wie ihre Geschwister.

Und wir geraten in Erklärungsnot. Unsere Erklärungsversuche ähneln dann nicht selten gut gemeinten Tröstungen, und wir reden von Anders-Befähigten. Nur: wer soll uns das alles glauben?

Auf der anderen Seite des Diskurses finden sich diejenigen, die uns vorhalten, dass Menschen nicht über ihre Defizite zu definieren seien, dass es doch um die Akzeptanz von Vielfalt auf dem Weg zu einer inklusiven Gesellschaft gehe, und dass allein die Diagnostik – auch die vermeintliche Intelligenzdiagnostik oder die Feststellung von Förderbedarfen – nichts anderes sei als moderne Etikettierung mit dem Ergebnis vermehrter Aussonderung.

Auch im Therapiebereich gibt es eine vergleichbare aktuelle Debatte:

Ist legitim von Störungen zu sprechen, von störungsspezifischem Wissen, überhaupt von Behandlung, wenn doch eigentlich klar ist,

- dass Menschen sich auf dem Hintergrund ihrer eigenen Struktur, ihrer Geschichte, ihrer sozialen Ökologie sinnvoll verhalten
- und wenn wir doch eigentlich einen Expertenstatus, der uns über die Expertise unserer Klienten erhebt, ablehnen?

Es ist gar nicht lange her, dass Störungskonzepte in der systemischen Therapie verworfen wurden, und nun veröffentlicht der systemische Vorreiterverlag eine ganze Serie von Büchern zur störungsspezifischen Therapie.

Ich bin eher unsicher, ob uns diese Entweder-oder-Polarisierungen weiter helfen. Unser Versuch, ein Buch zum Thema zu schreiben, hat viele unserer Widersprüche aufgedeckt, Fragen offen gelassen. Und doch lässt sich vielleicht ein Weg skizzieren,

- der weniger dogmatisch ist,
- auf dem wir uns mit unseren Beurteilungen kontinuierlich wieder in Frage stellen

- und uns in unserem Miteinander und in den individuellen Begegnungen letztendlich ständig in unseren Überzeugungen und Vorannahmen neu erfinden müssen.

Vielleicht ist hilfreich bei dem, was wir denken, unsere Auftraggeber im Auge zu behalten, die Rollen, die uns zugewiesen werden und für die wir schließlich bezahlt werden. Wenn wir handeln, koppeln wir letztendlich als Teil einer häufig institutionalisierten Sinnggebung an: eines krankenkassenfinanzierten Therapiessystems, eines behindertenhilflich organisierten Betreuungssystems, eines ministerial bestimmten Schulsystems etc..

Eine interessante Patch-Work-Familie, die Sie und wir da im Umgang mit unseren Klienten, die häufig an verschiedene Systeme ankoppeln, darstellen. Aber ist es überhaupt eine Familie? Oder eher ein Nebeneinander auf Fragmentierung zielender Akteure, die ihre Besitzstände verteidigen statt die Chancen ihrer Unterschiedlichkeit zu würdigen?

Der Auftrag von Psychiatrien liegt im Kern in Diagnostik und Therapie – vielleicht kann man die Prävention hinzunehmen - von psychischen Störungen, die hier meist noch in die gängigen Klassifikationssysteme von Krankheiten übersetzt werden müssen und – als weitere Voraussetzung der Inanspruchnahme -mit den Mitteln beispielsweise einer Ambulanz oder einer Klinik mit der Aussicht auf Erfolg behandelt werden können. Da Intelligenzminderung nach unserer Überzeugung keine Erkrankung ist, setzt unser Handeln - damit wir überhaupt etwas verdienen können - zusätzlich die nachvollziehbare Etikettierung von Verhalten als psychische Störung voraus.

Ich möchte Sie hier nicht mit Zahlen langweilen, aber nach allem, was Sie und wir wissen, sind Menschen mit Intelligenzminderungen in deutlich höherem Maße dem Risiko psychischer Belastung und psychiatrisch diagnostizierbarer Störung ausgesetzt als der Rest der Bevölkerung. Ich will nicht verschweigen, dass die epidemiologischen Zahlen nicht unstrittig sind. Der Psychiatrie wird teils vorgehalten, sie nutze solche Zahlen, um ihre Pfründe zu verteidigen und immer neue Themenfelder zu besetzen. Dieser Vorwurf steht dann neben dem, Psychiatrie und Psychotherapie kümmern sich zu wenig gerade um diese Zielgruppe.

Wir sind hier in Viersen – zunehmend auch in den letzten Jahren - der Überzeugung, dass das Wissen über psychiatrische Phänomene bei der Entwicklung hilfreicher Lösungen mit den und für die Klientinnen und Klienten eine wichtige Unterstützung sein kann. Am naheliegendsten ist dies sicher bei

psychotischen Entwicklungen, während beispielsweise bei vielen anderen Auffälligkeiten des Sozialverhaltens die Indikation für die Nutzung von Psychiatrie nicht primär gegeben erscheint. Im Alltag sprechen wir dann in der Jugendpsychiatrie von eher pädagogischen Fragestellungen, wohl wissend, dass die Nachfrage an die Psychiatrie gerade in besonders problematischen Situationen auch dem Mangel an alternativer Unterstützung, wie ihn die Jugendhilfe beispielsweise im Bereich der Kriseninterventionen bereit stellt, geschuldet ist.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, folgen Sie mir bitte an dieser Stelle in unseren klinischen Alltag:

Mein Freund und Mitautor Klaus Hennicke bezeichnet Kliniken gern als Orte des Glücks. Irgendwie war ich zunächst beleidigt, weil ich dachte, er hielte uns für verklärt. Ich habe dann verstanden, dass er mit Glück – und da bin ich wieder bei ihm - unsere gelebte Artenvielfalt meinte:

Wir haben in Viersen eine eigene Klinikschule, Werkstätten, Heilpädagogen, Kinder- und Jugendlichentherapeuten, Logopäden, Kreativ-, Musik- und Bewegungstherapeuten, einen Sozialdienst, Erzieher, Gesundheitspfleger, Psychologen und Ärzte, ambulante und stationäre Therapiemöglichkeiten, ein kleines aufsuchendes Team, eine Wohngruppe finanziert durch Jugend- und Behindertenhilfe.

Daraus ergibt sich die Chance zu vielfältigen Mannschaftsspielen, man könnte es auch themen- oder klientenzentrierte Teaminteraktionen nennen, die Bezug nehmen auf die Anliegen der Familien. Innerhalb dieser Mannschaftsspiele geht es uns nicht primär um Einigkeit sondern eher um Perspektivenvielfalt. Wir haben den Eindruck, dass diese Vielfalt zu einem vertieften Verständnis gerade der Menschen führt, deren Ausdrucksmöglichkeiten uns nicht immer unmittelbar zugänglich sind. Je weniger Sprache zur Verfügung steht, desto schwieriger kann Verständnis werden, wobei die Begründung nicht primär im Gegenüber, dem Behinderung zugeschrieben wird, liegt, sondern auch in unserer geringeren Vertrautheit mit der Art der Äußerungen der Betroffenen innerhalb und außerhalb von Sprache.

„Unwissenheiten“ und offene Fragen sind Anlass respektvoller Neugier, die bei jedem von uns durch andere persönliche und berufliche Hintergründe geformt ist. Im Austausch entstehen dann Ideen zu weiterem abgestimmtem Handeln, dessen Wirkungen zu weiteren Hypothesen führen. Es geht also nicht um richtig

oder falsch, sondern eher um Passungen, die von den Betroffenen – Klienten und den vermeintlich Professionellen – auf ihre Nützlichkeit überprüft werden.

Eine gute Teamkultur lässt sich u.E. dadurch charakterisieren, dass sie anregende Geschichten ganz unterschiedlicher Art auf unsere Erzählbühnen bringt, die auf Augenhöhe und mit gegenseitigem Respekt und auch immer wieder kontrovers diskutiert werden.

Zunächst einmal haben die vielen Alltagserfahrungen eine große Bedeutung, die häufig in ihrer Relevanz unterschätzt werden. Bei uns sind es die Kolleginnen im Pflege- und Erziehungsdienst, die – nicht nur hier - ihre Kompetenzen einbringen. So ist beispielsweise ganz wichtig, ob Kleinigkeiten wie die Unruhe beim Duschen

- als Ausdruck von Angst und Bedrohung im Rahmen von psychotischem Erleben verstanden werden
- oder als Hinweis darauf, dass ein autistisches Kind mit den veränderten Abläufen überfordert ist – und sei es nur, weil die Duschte fehlt -
- oder der Waschraum mit Erinnerungen an Traumata assoziiert ist
- oder ein Jugendlicher null Bock auf Duschen hat, erst recht nicht in Begleitung der meist gehassten Begleitperson usw. .

Wichtig auch immer wieder die Frage, welche Folgen unsere Reaktion – in diesem Fall auf die Unruhe - hat , was hilfreich, was weniger hilfreich wirkte.

Im Team treffen dann diese Erfahrungen auf solche in anderen Bereichen, in anderen Alltagssituationen der Schule, in der Musiktherapie, in den heilpädagogischen Stunden, den Einzel- oder Gruppentherapien. Wissen aus Pflege, Pädagogik, Psychologie, Organmedizin wird zusammengetragen und regt damit neue Überlegungen an, die Verstehen und Handeln erleichtern. Unterschiede können Bestand haben, wenn sie nicht zu Machtspielen und dem Austragen interner Konflikte missbraucht werden.

Im Verlauf verändern sich auf nicht immer voraussehbare Art und Weise die Bedeutungen der Positionen:

Beispielsweise treten nahezu regelhaft bei psychotischen Entwicklungen nach initialer psychiatrischer Akzentuierung mit zunehmender Stabilisierung wieder alltagsorientierte pädagogische Konzepte in den Vordergrund und damit Konkretisierungen nachvollziehbarer Belastungen und möglicher Lösungswege.

In einem anderen Fall wird im Miteinander psychiatrischer Ansätze und behinderungsspezifischen Wissens zunehmend erkennbar, dass die psychotisch

anmutenden Selbstgespräche und Phantasien einer Jugendlichen eher ihre Erklärung in unbewältigter Erfahrung von Ablehnung oder Überforderung finden: als ihr Ausdruck von Not und als ihr Weg der Bearbeitung, die anders noch nicht gelingt: somit also Abstand von der Idee einer Psychose genommen werden kann.

Krankheitskonzepte, die zumindest vorübergehend hilfreich sein können, stehen im Dialog mit eher pädagogischen Überlegungen, beide möglicherweise zunächst konflikthaft, dann wieder im Lauf der Entwicklung in neuen Balancen.

Im Laufe meiner vielen Jahre in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt es zu mancherlei Abnutzungen. Die Teilhabe an unseren multiprofessionellen Mannschaftsspielen zusammen mit Kolleginnen und Kollegen, die ihre Verantwortung Tag für Tag in die Arbeit einbringen und uns ihre alten Erfahrungen und neuen Impulse zur Verfügung stellen, gehört für mich bis heute zum größten Reichtum, den eine Klinik zu bieten hat.

Wenn uns aber nicht gelingt, mit unseren professionellen Partnern ähnliche Kooperationen einzugehen, ihre Erfahrungen gleichermaßen ernst zu nehmen, ist die Nachhaltigkeit unserer Bemühungen mehr als in Frage gestellt. Und wenn die Tagung sich mit Herausforderungen befasst, dann ist die Herausforderung „gute Kooperation“ eine der zentralsten und nicht immer eine der einfachsten, weil u.U. sehr unterschiedliche Erwartungshorizonte an uns herantreten. Nicht selten machen wir die Erfahrung, dass die Machbarkeitsphantasien über die Psychiatrie nicht im gewünschten Maße erfüllbar sind. Nehmen Sie uns doch bitte als Partner wahr mit Stärken und Schwächen. Ich hoffe, dass wir hinreichend vermitteln, dass wir in unserem Tun auch auf ihre Erfahrungen angewiesen sind. Oft kennen Sie die Kinder und Jugendlichen besser als wir, und ich hoffe, wir sind neugierig und wertschätzend Ihrem Wissen gegenüber. So gelingt nach meiner Erfahrung beispielsweise die Zusammenarbeit mit Wohneinrichtungen oder Schulen besser, wenn wir uns darauf bescheiden, unsere Erfahrungen als Erfahrungen in unserem Setting bereit zu stellen und nicht als Instruktionen. Über die Passung unseres Erlebens können nur Sie selbst entscheiden. Besonders schwierig wird es, wenn wir uns als Konkurrenten verstehen und nicht die Unterschiedlichkeit von Kompetenzen würdigen. Wie Sie werden wir sinnvoller Weise auf unsere Grenzen hinweisen. Besonders konfliktreich kann das werden, wenn wir es mit den sogenannten „Systemsprengern“ zu tun haben, Menschen also, die uns mit ihrem Handeln ohnmächtig machen, weil beispielsweise Aggressivität oder selbstverletzendes Verhalten nicht mehr aushaltbar sind.

Hier werden Sie dann möglicherweise darauf pochen, dass zweifellos eine psychiatrische Indikation vorliegt, während wir u.U. vor allem bei aggressivem Verhalten eine vorrangig behindertenhilfliche oder pädagogische Fragestellung sehen. Leider gibt es für diese Konflikte kaum noch Vermittlungsinstanzen, wohl eine zunehmende Ohnmacht aller Beteiligten. Gerade hier bedarf es dann guter gewachsener Beziehungen und regelmäßigen Austauschs. Auch wenn wir zu anderen Überzeugungen als Sie hinsichtlich möglicher Aufnahmen kommen, so hoffen wir doch, nicht zuletzt durch ambulante und in Ansätzen auch aufsuchende Angebote wenigstens gute Begleiter zu sein, die ihre Sorgen um primär psychiatrisch angehbare Phänomene ernst nehmen. Und wir haben und benötigen weiterhin Foren, in denen unser Miteinander regelmäßig neu reflektiert wird.

Gespannt sind wir auf die Resonanz auf ein neues Angebot sogenannter stationsäquivalenter Behandlung, einer sehr verdichteten Therapie vor Ort in den Familien und – so hoffen wir – auch in Einrichtungen. Das wird unseren Horizont sicherlich erweitern.

Verhalten und vor allem psychische Not von Menschen mit Intelligenzminderungen kann nur verstanden werden, wenn wir all unsere Kompetenzen nutzen. Unsere Aufgabe kann ohnehin schon deutlich schwieriger sein als der Umgang mit Menschen, die sich auf eine uns vertrautere Art und Weise äußern können: wenn wir Glück haben und offen sind, verstehen wir doch viel mehr im gegenseitigen Austausch.

Ganzheitliche Sichten auf Verhalten – erst recht wenn sie nicht individueller Pathologisierung sondern dem Angebot neuer Wege dienen sollen - setzen also die Berücksichtigung vieler Erfahrungen und Sichtweisen voraus.

Und auch darüber kann man m.E. sicher sein:

Menschen mit Intelligenzminderung werden des Öfteren hinsichtlich ihrer kognitiven Fähigkeiten überschätzt, aber mindestens genauso oft hinsichtlich ihrer Feinfühligkeit gegenüber Differenzen innerhalb ihrer Bezugssysteme unterschätzt: häufig reagieren sie – die besonders an ihren Bezugspersonen orientiert bleiben - nahezu seismographisch auf unsere Konflikte, sicher auch mit der Option, diese für sich zu nutzen, vor allem aber mit der Folge, dass ihnen damit Wege zu einer eigenen Autonomieentwicklung versperrt werden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

bislang sind die Hauptpersonen noch kaum in Erscheinung getreten, nämlich die Betroffenen selbst und ihre wichtigsten Bezugspersonen, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und vermutlich auch darüber hinaus ihre Eltern.

Nur in deren Auftrag oder unter Berücksichtigung ihres Anliegens können wir nach unserer Erfahrung wirksam Veränderungen herbeiführen. Die Überprüfung dieser Anliegen bleibt zentraler Aspekt unserer Arbeit. Und gerade, wenn Prozesse in Sackgassen geführt haben, sollten wir uns erneut fragen, in wessen Auftrag wir eigentlich arbeiten.

- Sind es nur noch wir, die Änderungen wollen?
- Haben wir etwas bislang nicht verstanden oder etwas Wesentliches vorschnell übersehen?
- War das, was als Auftrag formuliert wurde, wirklich der Kernauftrag oder ging es um etwas ganz anderes?
- Wollten wirklich beide Eltern, dass das Kind in die Klinik kommt, oder war beispielsweise der Vater skeptisch, weil er den Psychokram für Unsinn hält?
- Sind die Eltern wie die Wohneinrichtung überzeugt, dass bei dem Kind eine psychiatrische Störung vorliegt oder halten sie das für Unsinn und wollen beweisen, dass die Einrichtung, die sie noch nie ganz akzeptieren konnten, falsch liegt?
- Teilen die Eltern die Meinung der Schule, dass ihr Kind in Not ist, oder würden sie lieber den Lehrer wechseln?

Unklare Auftragslagen können Kindern, Jugendlichen und vermutlich auch Erwachsenen in therapeutischen und in pädagogischen Kontexten kaum die notwendige Orientierung und Sicherheit geben und führen in neue Triangulationsmuster, in denen die Betroffenen verwoben bleiben, schwerlich Lösungen finden oder ein höheres Maß an Autonomie entwickeln können und aus denen viele auf vermeintlich verrückte Art aussteigen.

Gerade unsere Bezugsbetreuer brauchen die Sicherheit, in der Begleitung von Kindern und Jugendlichen glaubhaft und zuverlässig beauftragt zu sein, sie benötigen verlässliche und ihre Verantwortung wahrnehmende Partner bei der Suche nach neuen Handlungsoptionen.

Ob und wie Familien allerdings Anliegen äußern, vor allem aber ob sie auch schwierige Themen wie beispielsweise schmerzhaft Erfahrungen, Resignation, Enttäuschungen, Trauer einbringen, hängt auch davon ab, ob uns gelingt,

hilfreich an die Familien anzukoppeln, und ob sie den Raum, den wir eröffnen, als sicher empfinden.

Oder ob sie sich durch eine weitere Instanz von oben herab betrachtet, in ihren Bemühungen nicht gewürdigt, auf Defekte hin diagnostiziert empfinden. Nein, wir sind immer noch nicht die besseren Eltern und wollen es auch nicht sein. Und wir wissen,

- dass die Eltern, die zu uns kommen, vor Aufgaben gestellt waren, auf die die wenigsten vorbereitet waren,
- dass viele Familien Belastungen auf ihre Art neu bewältigen mussten,
- dass auch andere Familien angesichts dieser Herausforderungen in Not geraten wären,
- dass viele von ihnen sich Vorwürfe machen und jahrelange Schuldenkonten mit sich tragen
- und dass der Vergleich mit allgemeinen Normen weit weniger hilfreich ist als die Würdigung des individuell auf der Basis der Ressourcen der Familien Erreichten.

Mit Wertschätzung und Neugier verbundene Auftragsklärung ist nicht immer ein leichtes, immer aber ein lohnendes Unterfangen, und sie ist während der Begleitung unserer Klienten immer wieder neu erforderlich.

Wie steht es aber um die Aufträge der Kinder und Jugendlichen oder auch der Erwachsenen selbst. Unsere Erfahrung ist, dass eine große Zahl der von Intelligenzminderungen betroffenen Menschen sehr wohl in der Lage ist, eigene Anliegen zu formulieren und durchaus von Therapien profitiert, vor allem wenn wir Therapiefähigkeit nicht allein als Klienteneigenschaft definieren, sondern auch als unsere Fähigkeit, mit unseren Klienten auf deren Art angemessen zu kommunizieren.

Allerdings wird die Lage komplizierter, wenn vor allem verbale Kommunikation eingeschränkt ist. Hier werden wir uns immer sehr an Vorerfahrungen orientieren müssen, an nonverbalen Ausdrucksformen, und wir werden in vielen unserer Wahrnehmungen unsicher bleiben. Diese Unsicherheit lässt sich wiederum durch einen spezifischen Erfahrungshintergrund reduzieren, der auch Wissen um die Bedeutung des individuellen Entwicklungsstands unserer Klienten einschließt. Wir müssen in besonderer Weise mit der Welt der Betroffenen und ihrer Angehörigen vertraut sein, um anschlussfähig zu bleiben. Immer wieder werden wir aber unsere Schemata selbst erneut mit Blick auf die Besonderheit jeder einzelnen Familie hinterfragen müssen.

Lassen Sie mich zum Schluss kurz auf die Frage zurückkommen, ob man mit Menschen mit Behinderungen über Behinderung sprechen darf. Viele Kolleginnen und Kollegen sind hier sehr zurückhaltend. Ich selbst bin der Überzeugung, dass wir die Betroffenen nicht mit diesem Thema, das sie alltäglich begleitet, allein lassen sollten. Es bleibt sonst wie ein verschleiernder Nebel über unseren Begegnungen. Das Nicht-Erreichbare sollte m.E. einen Ausdruck finden. Meine Erfahrung ist, dass Menschen mit Intelligenzminderungen sehr genau wissen, wann man es ehrlich mit Ihnen meint. Wenn Sie ihre Entwicklungsaufgaben bewältigen wollen, benötigen sie wie jeder andere Respekt und Begleitung durch Höhen und Tiefen, keinesfalls einen Blick von oben herab, aber auch keine falsche Glorifizierung.

Als wir einmal einer Jugendlichen gegenüber signalisierten, für wie wertvoll wir Menschen mit kognitiven Einschränkungen halten, gab diese zur Antwort:

„Dann bist Du doch sicher traurig, dass Du kein behindertes Kind hast.“

Und der Satz klingt in mir seitdem nach, macht mich auch sprachlos; ich weiß nicht, was Elisabeth das gemeint hat; eine auch demaskierende Antwort, weil die wenigsten von uns ein Kind mit Behinderung haben wollen, auch wenn sie immer wieder betonen, wie besonders toll diese Menschen seien. Und ich glaube, dass Menschen mit vermeintlichen Intelligenzminderungen für solche Widersprüche und gut gemeinten Unwahrheiten ein sehr feines Gespür haben, und dass wir – sie begleitend – darauf gefasst sein müssen, dass sie von uns mehr erwarten können als „politische Korrektheit“ oder falsch verstandene Fürsorge.

Vielleicht können wir in unseren Hilflosigkeiten von ihnen lernen.

Normalerweise ist das mein Ende.

Nun doch noch ein PS, vielleicht sogar zur Resilienz, über die Rüdiger Retzlaff ein wunderbares nur zu empfehlendes Buch geschrieben hat - und wenigstens eine ppt (wir sind hier am Niederrhein):

Jeder Mensch ist ein Künstler.



Elisabeth, die wir jetzt seit einigen Jahren begleiten, ist übrigens keinesfalls ein Kind von Traurigkeit. Die knappe Zeit verbietet leider, auf die für alle Beteiligten wichtigen Resilienzfaktoren Spaß und Humor näher einzugehen. Soviel sei gesagt: Spaß bei der Arbeit macht mehr Spaß.

Elisabeth lehrte uns, achtsamer zu sein auch mit medizinischen Traumatisierungen – sie war als Säugling langzeitbeatmet -, die wir häufig zu wenig im Blick haben. Sie verwirrte uns mit Symptomen wie Aggressivität und zunehmendem Rückzug in innere Welten, die an eine Psychose erinnerten, und wir haben eine ganze Zeit lang gebraucht, sie besser zu verstehen. Und es gab die bei uns nicht seltene Kontroverse, ob das Verhalten „krankheitsbedingt“ oder im Rahmen eine Adoleszenzkrise zu verstehen war.

Ich bin beim Verfassen dieses Vortrags dann auf Notizen unserer pädagogischen Kollegin Stephanie Heidenreich gestoßen, einer Kollegin mit einer großen Freude an Herausforderungen und einer großen therapeutischen Kreativität, die ich hier dankbar zitiere:

„Hilfreich war in jedem Fall, Elisabeth gut zuzuhören und ihre von uns so gesehene und bewertete Andersartigkeit differenziert wahrzunehmen. Es gab in diesem Fall ganz sicher psychiatrische Verantwortlichkeiten und diagnostische Einschätzungen, die es wahrzunehmen galt.

Es gab und gibt aber auch eine Elisabeth, die zunehmend mehr gestalterisch tätig sein konnte und die man in keinem Fall unterschätzen sollte.“

Schönen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

