

Einführend wird zunächst der gemeinsame Hintergrund geistig behinderter Kinder kurz dargestellt und dann ein Modell gestalttherapeutischer Arbeit auf der Grundlage von Akzeptanz; Sicherheit und Unterstützung; Konfrontation und Wachstum entwickelt. Eine parallel erzählte Fallgeschichte konkretisiert die Darstellung und dient als Beispiel für die praktische Anwendung dieses Modells.

DANIELAS DUELL

Grundlagen des gestalttherapeutischen Umgangs mit geistig behinderten Kindern

„Mein Papa hat mich am meisten lieb gehabt, denn mich hat er am öftesten gehaut!“ Daniela

I. PAPA

Danielas Vater ist kein sehr sicherer Mann. Er ist Italiener, sein Selbstwertgefühl wird immer wieder dadurch beeinträchtigt, daß seine Männerrolle in Deutschland weniger klar definiert und dominant ist als in seiner Heimat. Bereits dort hatte er Alkoholprobleme, die sich in Deutschland verstärkt haben. Vater zu werden ist eine große Hoffnung, doch das Kind bereitet ihm eine doppelte Enttäuschung: es ist ein Mädchen und überdies - wahrscheinlich durch Sauerstoffmangel bei der Geburt - geistig behindert. Wo er sich eine Stärkung seiner Rolle erhofft hatte, vergrößert sich stattdessen nur seine Unsicherheit. Nach der Überwindung des ersten Schocks findet er seine eigene Strategie, um mit dieser Situation umzugehen: er stilisiert sich zum Supervater, der seine behinderte Tochter zum wesentlichen Lebensinhalt macht und alles für sie tut.

Die Geburt eines Kindes bezeichnen wir häufig als „freudiges Ereignis“. Wir beschreiben so die Hoffnungen, Erwartungen und Wünsche, die mit ihr verbunden sind. Mehr oder weniger bewußt haben alle Eltern Vorstellungen davon, wie ihr Kind sich entwickeln wird und wie sie es bis zur Selbständigkeit begleiten können. Alle diese Vorstellungen werden zunichte, wenn sich kurz vor oder nach der Geburt herausstellt: mein Kind ist behindert! Das bedeutet für die Eltern und Familien eine völlige Neuorientierung. Zunächst einmal aber fallen sie in ein Loch. Ein behindertes Kind zu bekommen ist eine Lebenskrise. Erika Schuchardt hat ein Modell entwickelt, wie solche Krisen verarbeitet werden (die Geburt eines behinderten Kindes wird dabei häufig als Beispiel genannt, ((SCHUCHARDT, 1993))). Danach werden die Phasen von Ungewißheit, Gewißheit, Aggression, Verhandlung und Depression durchlaufen, bevor das Ereignis angenommen werden kann. Wurde die Krise durch die Geburt eines behinderten Kindes ausgelöst, so heißt das auch: bevor dieses Kind vollständig angenommen werden kann. Es gibt andere, ähnliche Modelle. Sie alle gleichen sich darin, daß dieser Prozeß als zwangsläufig beschrieben wird. Ein solcher Verarbeitungsprozeß benötigt vor allem Zeit. Auf die Geburt eines behinderten Kindes bezogen, sprechen Thies Besems und Gerry van Vugt, niederländische Gestalttherapeuten, die eine „integrative Körpertherapie“ speziell für geistig behinderte Menschen entwickelten, von mindestens zwei bis ca. zehn Jahren, was sich mit meiner eigenen Erfahrung deckt. Im Idealfall wird die Krise schließlich durch Akzeptanz und Solidarität mit dem Kind überwunden. Das gelingt jedoch längst nicht allen Eltern, viele bleiben an einer Stelle dieses langen und schwierigen Weges stecken. Erschwert wird die Situation der Familien durch Ausgrenzung. Freunde, Bekannte und Verwandte ziehen sich zurück und verstärken dies häufig durch ausgesprochene oder unausgesprochene, aber spürbare Schuldzuweisungen, die das beeinträchtigte Selbstwertgefühl der Familien zusätzlich schwächen. Diese entwickeln ihrerseits Strategien, die Entwertung zu ertragen. Häufig werden die Schwierigkeiten mit dem behinderten Kind weg- oder zumindest schönegeredet. Eine andere Möglichkeit ist es, das Selbstwertgefühl durch die Betonung der besonderen Leistung, die man für dieses Kind erbringt, zu stärken; eben, sich als Supereltern zu geben. Beide Strategien sind verständlich und in einem gewissen Maße vielleicht auch notwendig für die Familien, beide gehen aber auch zu Lasten des behinderten Kindes. Sowohl, wenn die unausbleiblichen Probleme geleugnet werden als auch, wenn die Eltern ihre eigene Rolle idealisieren wird das Kind nicht gesehen und angenommen, wie es ist.

Danielas Vater hilft sich, indem er Daniela zu seinem Liebling und sich zum Übervater stilisiert, der alles für diese behinderte Tochter tut (daß diese Konstruktion nicht ohne schmerzhaftes Brüche funktioniert, beweist der Satz von Daniela, mit dem ich ihre Geschichte eingeleitet habe, sehr deutlich). Daniela wird von Papa umsorgt, verhätschelt, verwöhnt. Aber sie muß dafür einen hohen Preis bezahlen: sie muß nämlich behindert genug sein und bleiben, um diese Rundumversorgung auch zu rechtfertigen. So wird sie zum Beispiel bis zum Alter von sieben Jahren von ihrem Vater noch Treppen herauf und hinunter getragen, obwohl sie ohne weiteres Treppen gehen könnte. Und Ohrfeigen setzt es wahrscheinlich meist dann, wenn sie einmal zaghaft versucht, etwas alleine zu können oder ihren eigenen Willen zu behaupten. Die Tochter muß klein bleiben, damit Papa sich groß fühlen kann.

II. DANIELA

Natürlich genießt es Daniela, sich als Liebling ihres Vaters zu fühlen. Sie lernt, daß diese Liebe daran gebunden ist, schwach und hilflos, eben behindert, zu sein. Also entwickelt sie zwangsläufig Verhaltensweisen, die ihre Behinderung besonders hervorheben.

Da es darauf ankommt, von Papa getragen zu werden, bildet sie nur ungelenke, eckige Bewegungen aus, obwohl sie körperlich nicht behindert ist. Sie geht ungeschickt, fällt oft über ihre eigenen Füße, läuft völlig verkrampft, kann nicht wie altersentsprechende Kinder klettern und springen.

Da es darauf ankommt, daß Papa für sie denkt und entscheidet, stellt sie sich dumm; läßt sich auch geistig und emotional von Papa tragen. Sie darf weniger tun und entscheiden, als ihrem Alter oder ihren Fähigkeiten entspräche. Für diesen Mangel an Selbstständigkeit benötigt ihr Selbstverständnis eine Entschuldigung, die sie darin findet, das von Außen vermittelte: „Du sollst nicht!“ in ein: „ich kann nicht!“ umzuwandeln.

Danielas „sich dumm stellen“ ist keine bewußte Entscheidung, sondern sie stellt sich so, wie sie dargestellt wird. Ihre einzigen Möglichkeiten, Widerstand zu leisten, sich selbst zu behaupten sind ein trotziges Aufbegehren - meist am falschen Platz, gegenüber unvermeidlichen oder zumindest von ihr nicht zu ändernden Dingen - und weinerliches Nörgeln; daß zwar, weil sie es sehr gut beherrscht und auch lange Zeit durchzuhalten vermag, gelegentlich erfolgreich ist, aber um den Preis, daß sie ihrer Umwelt damit auf die Nerven geht. Sie bezahlt ihre kleinen Erfolge also häufig mit Ablehnung, ein Preis, der meistens zu hoch ist.

Ein behindertes Kind zu bekommen ist für Eltern eine traumatische Erfahrung, für deren Verarbeitung sie in der Regel einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren benötigen. Auch, wenn das Kind eigentlich gewollt ist, können sie in dieser Zeit seine Behinderung nicht akzeptieren. Das Kind erfährt keine eindeutige Zuwendung. Es kommt sich abgelehnt vor, ohne zu wissen, warum es abgelehnt wird. Das löst tiefe Unsicherheit aus, vor allem in Beziehungen. Während die Eltern mit der Verarbeitung ihrer Erfahrung befasst sind, wird das Kind sekundär mittraumatisiert. Vor allem übernimmt es, ohne sie zu verstehen, die Tabus der Eltern, weil es immer, wenn es durch sein Verhalten von diesen vermiedene Themen berührt, keine adäquate Resonanz oder gar Ablehnung erfährt. So werden Emotionen gedämpft, Selbstterritorien blockiert (BUTOLLO, 1998), das Kind vermag nur ein beeinträchtigtes Gefühl von sich selbst als Wirkung erzielendem Wesen zu entwickeln; bestimmte Gefühle lernt es zunächst zu verbergen und schließlich selbst nicht mehr wahrzunehmen (Sekundäre Traumatisierung). Ganz besonders betrifft diese Vermeidung die Traurigkeit von behinderten Kindern, die, würde sie geäußert, die eigene Traurigkeit der Eltern wieder aktualisierte (BESEMS, 1996).

Irgendwann in ihrer Entwicklung realisieren geistig behinderte Kinder - zumindest die allermeisten von ihnen - daß sie immer wieder an Grenzen scheitern, die für Andere ohne weiteres zu überwinden sind. Sie machen die Erfahrung, anders zu sein; so gravierend anders, daß dies sicher auch sehr schwer behinderten Kindern bewußt wird. Anders als alle Anderen zu sein ist eine traumatische Erfahrung, welche die Wirkungen der oben beschriebenen sekundären Traumatisierung verstärkt. Diese Erfahrung ist ein komplexes oder kumulatives Trauma, also eines, das nicht auf einem einmaligen, überwältigenden Erlebnis beruht sondern auf wiederkehrenden traumatisierenden Interaktionsmustern (KUNTZAG, 1998 / BOHLEBER, 2000). Bei einem einfachen Trauma werden Sicherheit und Ressourcen gewaltsam zerstört, bei komplexen Traumata können sie oft gar nicht erst aufgebaut werden. Geistig behinderte Kinder (und Erwachsene) sind konfrontiert mit einer Fülle von Verhaltensweisen, Normen und Regeln, deren Sinn sie nur unzureichend oder gar nicht zu verstehen vermögen; ihre Situation gleicht der eines Menschen, der in einem Lande, dessen Sprache er nur höchst unvollkommen spricht und versteht, alleine ist.

Diese doppelte Traumatisierung - durch die unbewußte Übernahme der elterlichen Tabus und durch die Erfahrung, behindert zu sein - gehört zum gemeinsamen Hintergrund geistig behinderter Kinder. Sie bewirkt tiefe Verunsicherung in einer Fülle von Lebensbereichen. Daraus erklärt sich, daß eines der wesentlichen Motive aller geistig Behinderten die Suche nach Sicherheit ist. Eine Möglichkeit, Sicherheit zu finden besteht darin, daß sie sich mit ihrer Behinderung identifizieren und diese noch übertreiben; „Holzbein spielen“ (HARRIS, 1984). So können sie sich relativ stabile Grenzen schaffen und sich vor Konfrontationen schützen. Dieses Verhalten wird natürlich verstärkt, wenn die Eltern überversorgend sind - wie Danielas Vater - und dadurch ebenfalls die Behinderung festschreiben.

Immer erneut erfahren geistig behinderte Kinder dieses Anderssein, ihre durch die Behinderung gegebenen Grenzen. Häufig verstärken ablehnende oder auch nur unbedachte Reaktionen der Umwelt diese Erfahrung. Daniela erlebt das auf für sie ganz besonders schmerzliche Weise.

Daniela hat zwei jüngere Schwestern. Solange diese klein waren, war Daniela begeistert. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten konnte sie die Schwestern liebevoll umsorgen, behüten, auf sie aufpassen. „Große Schwester sein“ bot eine Möglichkeit, ihr beeinträchtigtes Selbstwertgefühl ein wenig auszubauen: sie hatte eine Funktion, konnte gegenüber den jüngeren Schwestern einmal die Überlegene sein. Inzwischen haben sich die Positionen vertauscht: die nichtbehinderten jüngeren Schwestern haben Daniela in der Entwicklung überholt; nun ist es nicht länger Daniela, die auf ihre Schwestern aufpassen darf, sondern diese werden gebeten, auf ihre behinderte Schwester zu achten, wenn sie zusammen zum Spielplatz gehen. Daniela kann diesen Rollentausch

nicht akzeptieren, sie bemüht sich noch immer, die große Schwester zu spielen und ihre kleinen Schwestern machen ihr immer wieder deutlich, daß sie sie in dieser Rolle nicht akzeptieren.

Folgende familiäre Situation ist entstanden: die Mutter versucht nach besten Kräften Danielas Selbständigkeit zu fördern, kann sich jedoch gegen den Vater nicht durchsetzen. Daniela, deren Leben vom Kampf um ihren Status in der familiären Hierarchie nachhaltig bestimmt wird, erlebt ihre liebevolle Mutter zwar als Stütze, erkennt aber auch ganz genau deren Unterlegenheit im System. Sie orientiert sich völlig am Vater, dessen Stärke ihr wichtigster Schutz ist; das bedeutet, sie verhält sich so, wie ihr Vater es unbewußt wünscht, sie bleibt die ungeschickte, behinderte „Kleine“. Damit zieht sie sich häufiger den Ärger der Mutter zu, die genau weiß, daß ihre Tochter eigentlich mehr könnte und ihre Position gegenüber den jüngeren Geschwistern ist eindeutig unterlegen. Diese negativen Folgen werden dadurch ausgeglichen, daß sie, indem sie diese Rolle spielt, der Liebling ihres Vaters bleibt und von diesem auch gegenüber den Schwestern geschützt wird. Das mühsam erarbeitete Gleichgewicht ihrer sozialen Position hat Daniela also nicht ihren Fähigkeiten zu verdanken, sondern einzig der Protektion des Vaters. Danielas einzige Stärke ist diese Protektion, ihr ganzes Verhalten richtet sich darauf, sie nicht zu verlieren. Daniela ist wie ein Planet, der die Sonne Papa umkreist.

Und nun erlischt diese Sonne! Danielas Vater stirbt plötzlich an einer Herzerkrankung, und alle Verhaltensstrategien, die sie sich über einen langen Zeitraum erarbeitet hat, sind damit sinnlos geworden. Daniela hat ihren Vater wie einen Spiegel genutzt, um sich an Hand seiner Reaktionen selbst zu entwerfen. Diesen Reaktionen konnte sie immer entnehmen, ob sie so war, wie er sie haben wollte und da seine Unterstützung für sie lebenswichtig war, hat sie kein Gefühl dafür entwickelt, wie sie selbst sein möchte. Obwohl der Spiegel nun zerbrochen ist, bleibt das Bild unverändert.

III. DIE SUCHE NACH STÄRKE

Zu diesem Zeitpunkt habe ich Daniela kennen gelernt. Sie ist zwölf Jahre alt, ein hübsches Mädchen mit sehr vollen Lippen, lockigen, dunklen Haaren und großen, braunen Augen, für ihr Alter sehr groß. Sie trägt eine Brille mit starken Gläsern. Daniela wirkt sehr schlaff, mit geringem Muskeltonus, die Mundwinkel hängen meist. Sie traut sich nichts zu, hat kaum Frustrationstoleranz und resigniert schon bei kleinen Forderungen. Sie ist kaum in der Lage, auch einfache Ereignisse, die ihr begegnet sind, zusammenhängend und einigermaßen verständlich zu erzählen; meist muß man mit einer Mischung aus Kombinieren und Raten dahinter kommen, was sie eigentlich meint. Rückfragen bringen sie vollkommen aus der Fassung, sie beginnt zu stottern und der Sinn des von ihr Gesagten wird dadurch vollends unverständlich. Ihre Einschätzung von sich selbst, ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten ist völlig unrealistisch; schwankt zwischen der resignierten Erklärung, daß sie gar nichts könne und Phantasien, in denen es fast immer um Macht geht und sie ein großer Star ist. Anderen Kindern gegenüber vermag sie sich kaum durchzusetzen, in der Regel tut sie, was diese ihr sagen, auch, wenn sie es eigentlich gar nicht möchte. Dabei ist sie aber launisch und kann anscheinend grundlos zu nörgeln beginnen oder sie drängt sich einer Gruppe auf und versucht dann sofort die Führung zu übernehmen. Auf Grund dieser Verhaltensweisen ist sie eher unbeliebt und isoliert. Am auffälligsten ist ihre Art zu sprechen: Daniela spricht nie laut, nur ganz selten in normaler Lautstärke. Sie flüstert nur und zwingt damit die Zuhörer, ihr ganz nahe zu kommen. Im Gespräch mit anderen Kindern flüstert sie meistens, gegenüber Erwachsenen immer. Insgesamt macht sie den Eindruck eines Menschen, der bestenfalls halb in unserer Welt lebt und im Begriff ist, sich weiter und weiter zurückzuziehen.

Geistig behinderte Kinder suchen vor allem nach Sicherheit. Geistige Behinderung beinhaltet Defizite im kognitiven und emotionalen Bereich. (So können die meisten geistig behinderten Kinder auf Grund der beschriebenen frühen Ambivalenzerfahrungen kein Urvertrauen entwickeln). Dennoch benötigen nur einige eine Therapie, alle aber brauchen ein akzeptierendes und unterstützendes Umfeld, ein „therapeutisches Milieu“ (FOUDRAINE, 1973). Sicherheit, die sie nicht in sich selbst finden können, müssen sie in ihrer Umwelt finden. Auf der Grundlage des gemeinsamen Hintergrundes geistig behinderter Menschen ist es aus gestalttherapeutischer Sicht auf geistige Behinderung (Gestaltheilpädagogik) möglich, die Bedingungen eines solchen Umfelds darzustellen; das heißt vor allem, zu beschreiben, wie die Menschen, die mit geistig Behinderten umgehen, sich verhalten können, um ausgleichend und unterstützend zu wirken. Daniela besuchte nach dem Tode ihres Vaters einen Hort für behinderte Kinder in Frankfurt/Main. In der von mir geleiteten Gruppe dieser Einrichtung war es meinen Mitarbeitern und mir möglich, therapeutische Arbeit in einer solchen unterstützenden Atmosphäre zu realisieren.

Grundlage eines therapeutischen Milieus - wie überhaupt jedes therapeutischen Umgangs mit geistig behinderten Menschen - ist Akzeptanz. Das bedeutet, die Behinderten vollständig, mit ihren Eigenheiten, ihren Defiziten, ihren Verhaltensmustern anzunehmen. Da der Ursprung der emotionalen Defizite Ambivalenz ist, muß Akzeptanz umfassend sein; das heißt nicht zuletzt, auch uns selbst einbeziehen. Voraussetzung dafür, Andere, so wie sie sind, anzunehmen ist es, daß wir uns anzunehmen vermögen. Der Akzeptanz als Grundhaltung gegenüber den behinderten Kindern entspricht bei den Menschen, die mit ihnen umgehen, Authentizität. Geistig behinderte Kinder haben vielfältige Erfahrungen mit Unklarheit, mit unvollständiger Annahme, mit double bind - Botschaften. Auch sehr schwer behinderte Kinder werden selbst

kleine Anzeichen von Unechtheit bei uns sofort wahrnehmen. Es ist sehr viel weniger schädlich, ihnen einmal schlecht gelaunt und mürrisch gegenüberzutreten als zu versuchen, eine pädagogische oder therapeutische Rolle zu spielen, die sie ohnehin bald durchschauen würden. Akzeptanz lässt sich nicht vortäuschen. Der Versuch würde nur das Vertrauen der Kinder im Ansatz ersticken; und wir können sie nur lehren, sich selbst zu vertrauen, wenn sie zunächst uns vertrauen. Zu dieser umfassenden Akzeptanz gehört auch Geduld, in der Arbeit mit geistig behinderten Kindern meist sehr viel Geduld (ich erinnere einen Jungen, der über zwei Jahre brauchte, bis er sich darauf einlassen konnte, sich auf einem Dreirad ein paar mal um den Hof schieben zu lassen). Geduld bedeutet einfach, das Tempo des Anderen zu akzeptieren.

Allerdings gibt es Grenzen, sowohl der Authentizität wie der Akzeptanz. Das ist nur ein scheinbarer Widerspruch. Authentizität bedeutet, daß wir uns nicht anders zu verhalten suchen, als wir tatsächlich sind. Sie bedeutet nicht, daß wir alles, was wir sind und empfinden, unbedingt immer herzeigen müßten. Da geistig behinderte Kinder vor allem Sicherheit brauchen und suchen, müssen wir unsere eigene Unsicherheit für uns behalten. Solange sie in sich selbst keine Sicherheit zu finden vermögen, werden wir sie hoffnungslos überfordern, wenn wir ihnen unsere Unsicherheit mitteilen. Sie sind schwankende Boote, darum müssen wir für sie der Fels in der Brandung sein.

Schwieriger ist die Grenze der Akzeptanz zu beschreiben. Vielleicht gelingt es am einfachsten, wenn wir zunächst die Akzeptanz für uns selbst betrachten. Uns selbst mit unseren Macken und Schrullen zu akzeptieren bedeutet ja nicht, diese Macken und Schrullen unveränderlich festzuschreiben, im Gegenteil. Gerade dadurch, daß wir sie wahrnehmen und verstehen, wie sie sind, schaffen wir die Voraussetzung dafür, sie zu verändern. Ebenso akzeptieren wir die Kinder als Personen, wie sie jetzt sind. Das heißt nicht, daß sie sich nicht morgen anders verhalten, übermorgen anders sein könnten; andernfalls würde Akzeptanz Veränderung ausschließen. Unsere Akzeptanz für die Kinder ist auf die Person bezogen - das heißt nicht, das wir jedes Verhalten akzeptieren müßten. Wir müssen uns nicht ignorieren, beschimpfen oder gar schlagen lassen und auch nicht hinnehmen, daß sie andere Kinder angreifen oder eine Gruppe total durcheinanderbringen. Es ist aber unumgänglich, deutlich zu machen, daß wir die behinderten Kinder als Personen akzeptieren, auch wenn wir solche Verhaltensweisen ablehnen und nach Möglichkeit unterbinden. Diese Akzeptanz bleibt als Konstante spürbar, bildet den Hintergrund der konkreten Auseinandersetzungen. Sie ist die erste und grundlegende Sicherheit, die wir ihnen zu vermitteln vermögen.

Am auffälligsten an Danielas Verhalten ist ihr Ungeschick. Ständig stolpert sie über ihre eigenen Beine, produziert oft slapstickartig einen kleinen Unfall nach dem Anderen. Dies scheint ihr wenig auszumachen, für sie ist es einfach normal, Unfälle zu erleiden. Verletzungen, die sich immer wieder ergeben, erträgt sie mit stoischer Gelassenheit (so hat sie sich bei einem Sportfest für Behinderte einen ganzen Tag vergnügt an Wettkämpfen beteiligt, obwohl sie sich bereits vor Beginn den Daumen brach). Gefahren vermag sie nicht einzuschätzen, sie klettert die Leiter zu einer Rutschbahn hoch und lässt sich, oben angekommen, einfach nach hinten fallen oder versucht, über eine Mauer zu steigen, obwohl es dahinter ungefähr drei meter senkrecht nach unten geht. Wer immer getragen wurde, kann nur wenig vorsichtiges Verhalten entwickeln. Anforderungen entzieht sie sich nicht, erwartet aber ebensowenig, ihnen gerecht zu werden. Entweder geht sie Aufgaben von vorneherein halbherzig und mürrisch an oder sie stürzt sich zwar mit Begeisterung auf eine neue Idee, resigniert aber sofort, wenn bei der Durchführung auch nur die kleinste Schwierigkeit auftaucht. Dabei handelt es sich um Aufgaben, die sie eigentlich auf Grund ihrer intellektuellen und motorischen Fähigkeiten ohne weiteres bewältigen könnte; zum Beispiel eine gerade Linie mit der Schere auszuschneiden oder einfach einen Knoten in ein Stück Schnur zu machen. Wenn ihr wirklich einmal etwas beinahe gelungen ist, zerstört sie oft ganz zum Schluß noch das Ergebnis ihrer Arbeit; beispielsweise, indem sie, wenn sie gerade Linien ausgeschnitten hat, am Ende das Gebilde einfach mittendurch schneidet.

Danielas Verhalten ist typisch für ein geistig behindertes Kind, das sich auf Grund vieler negativer Erfahrungen auch kleinen Anforderungen nicht gewachsen fühlt. Für den therapeutischen Umgang mit geistig Behinderten ist es wichtig, zwischen negativen und defizitären Erfahrungen (Erfahrungen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt notwendig gewesen wären, aber nicht gemacht werden konnten), zu unterscheiden (BESEMS 1996). Das ist wichtig, weil das therapeutische Eingehen entsprechend anders sein muß. Ein Kind, dessen Mißerfolge auf ein Übermaß an negativen Erfahrungen zurückzuführen ist, sieht sich einem Stein gegenüber und glaubt, nicht stark genug zu sein, um ihn zu heben. Unsere Aufgabe ist es also, ihm immer kleinere Steine anzubieten, bis wir gemeinsam einen finden, den es leicht zu heben vermag. Ist dies erst einmal gelungen, so können wir allmählich größere Steine wählen; bis schließlich auch jener, der ursprünglich zu schwer erschien, kein Problem mehr darstellt. Gehen die Mißerfolge dagegen auf defizitäre Erfahrungen zurück, so sieht sich das Kind einem Stein gegenüber und weiß, daß es ihn nicht heben kann, weil es nie gelernt hat, Steine (oder etwas Anderes) zu heben. Wir müssen ihm erst das Heben beibringen, bevor wir ihm kleine Steine anbieten dürfen. Im ersten Fall müssen wir die Bedingungen verändern (kleinere Steine wählen) um schließlich das Selbstgefühl (ich bin nicht stark genug) beeinflussen zu können; im zweiten muß zunächst das Selbstgefühl sich verändern, bevor wir die Bedingungen zu ändern vermögen.

Natürlich werden sich diese beiden Formen bei allen geistig behinderten Kindern vermischen. So konnten die allermeisten kein Urvertrauen ausbilden, sicher eine defizitäre Erfahrung. In der Arbeit kommt es darauf an,

was wir jetzt mit dem Kind erreichen wollen und welche Art von hindernder Erfahrung dabei im Vordergrund steht. Danielas Mißerfolge sind insofern untypisch, als sie einerseits auf ein Übermaß an negativer Erfahrung hinweisen, andererseits einen zwanghaften Charakter haben, wie das Zerstören gelungener Arbeiten deutlich zeigt. Sie folgt noch immer dem Gebot ihres Vaters, sie darf nichts können.

Es zeigt sich schnell, daß Daniela auf der Leistungsebene kaum zu fördern ist. Zu mächtig ist das Gebot des Vaters, sie erlebt nur neue Mißerfolge, die das Übergewicht negativer Erfahrungen vergrößern und sie immer unbeweglicher machen. Ich muß eine andere Möglichkeit suchen, um sie zu erreichen. Nachdem ich davon ausgehen kann, daß Daniela sich genügend wahrgenommen und akzeptiert fühlt, fordere ich sie konsequent auf, nicht länger zu flüstern. Meist tue ich das mit Formulierungen wie: „Ragazza, von einem italienischen Mädchen kann ich doch etwas mehr Temperament erwarten!“ Daniela ist stolz auf ihre italienische Herkunft und darauf, einige Worte italienisch zu sprechen. Mit der Aufforderung zur Veränderung ihres Verhaltens biete ich ihr also zugleich eine positive Identifikation. Den italienischen Teil ihrer Identität suche ich weiter zu stärken, indem ich zum Beispiel mit ihr italienisch zu zählen übe, später singen wir einige italienische Lieder gemeinsam, was sie begeistert. Tatsächlich gelingt es auf diesem Wege, ihr Flüstern ziemlich schnell zu reduzieren, allerdings wird ihre Sprache dadurch anfangs nur lauter, aber nicht deutlicher. Ihr Stottern nimmt eher noch zu. Der erste wirkliche Durchbruch gelingt, nachdem ich ihr gezeigt habe, zu „bahnen“, wenn sie beim Sprechen unsicher wird und zu stottern beginnt. „Bahnen“ heißt, die Finger vor der Brust ineinander zu haken und dann kräftig auseinander zu ziehen; es ist eigentlich eine Übung, mit der Reflexe angebahnt werden, wenn sie zu schwach sichtbar sind. Diese Übung bietet einige Vorteile: sie lenkt Danielas Aufmerksamkeit für kurze Zeit von der Sprache ab, was den Druck lindert; sie bietet ihr die Möglichkeit, aktiv zu werden, etwas zu tun, das ihr Stottern verringert, anstatt hilflos immer stärker zu stottern und dabei immer unsicherer zu werden und sie ist neu für sie. Tatsächlich gelingt es auf diesem Weg, daß Daniela sich allmählich besser verständlich machen kann. In dem Maße, in dem ihre Sprache deutlicher wird, nimmt auch ihre Sicherheit ein wenig zu.

Sehr häufig ist es sinnvoll, behinderten Kindern neue Verhaltensmöglichkeiten anzubieten, statt zu versuchen, die vorhandenen zu verbessern; da diese bereits mit der Erwartung, nicht erfolgreich zu sein, belastet sind. Daniela erlernte zum Beispiel verhältnismäßig schnell neue Spiele, während sie solche, die ihr bekannt waren und bei denen sie bereits häufig versagt hatte, nie richtig beherrschte. Allerdings neigen geistig Behinderte dazu, die bekannten Wege immer wieder zu gehen. Oft ist es angemessen, sie etwas in die Irre zu führen, damit sie sich auf einen neuen Weg einlassen können. In Anlehnung an einen Monthly Python - Sketch haben wir das „Kinderverwirrspiel“ genannt. Es kann sehr beeindruckend sein, einem brüllenden und tobenden Kind gelassen die Schuhe auszuziehen und seine verdutzte Reaktion zu beobachten. Das macht auch neurologisch Sinn: bestimmte, immer wiederholte Verhaltensweisen schaffen sich feste neurale Bahnen. Werden diese verwirrt, kann Raum für neues Verhalten entstehen (HÜTHER, 1999).

Auf der Grundlage der Akzeptanz versuchen wir den Kindern zunächst Sicherheit zu vermitteln, um sie dann auf dem Weg zu einer Verhaltensänderung zu unterstützen. Diese Reihenfolge ist wichtig, da sie eine gewisse Sicherheit benötigen, um unsere Unterstützung überhaupt annehmen zu können. Sekundäre Traumatisierung geht häufig mit der Unfähigkeit einher, bestimmte eigene Emotionen und Bedürfnisse wahrzunehmen. So können wir uns sehr sicher sein, daß ein bestimmtes Kind ein deutliches Bedürfnis nach Zuwendung und Körperkontakt hat, zugleich lehnt es aber jede Berührung ab, weil es mit Berührungen negative oder zu wenig Erfahrungen gemacht hat. Im ersten Fall hat es das Bedürfnis verdrängt, im zweiten gar nicht gelernt, es wahrzunehmen. In beiden Fällen werden es Berührungen verunsichern, es muß also zunächst einen Zugewinn an Sicherheit erfahren, um sie zulassen zu können. Einen solchen Zugewinn an Sicherheit können wir erreichen, indem wir mit dem Kind sichere Orte schaffen, durch unsere eigene Verlässlichkeit, durch regelmäßige, feste Termine und Rituale. Das wesentlichste Moment ist aber die Beziehung. Wir selbst sind der wichtigste sichere Ort, den wir den Kindern anzubieten vermögen. Gestalttherapie ist besonders geeignet für die Arbeit mit geistig Behinderten, weil sie die Vorrangigkeit der Beziehung betont. Behinderte benötigen oft die Sicherheit einer Beziehung, um sich für Begegnungen öffnen zu können (MICKNAT, 2000), noch mehr brauchen sie diese, wenn sie sich auf Veränderungen einlassen sollen. Das ist ein dynamisches Wechselspiel: den Hintergrund bildet unsere Akzeptanz für die Kinder. Wenn sie sich deren sicher sein können, entsteht die Grundlage dafür, daß sie ihrerseits uns zu akzeptieren vermögen; sich auf die Beziehung einlassen. Dies vergrößert die Sicherheit weiter, in dem Maße, in dem auch die Beziehung sicher wird, können sie die Unterstützung annehmen, die wir ihnen anbieten. Nun können wir ihnen helfen, ihren Weg zu finden oder den Versuch wagen, wenn wir mit Defiziten arbeiten, ihnen aufzuzeigen, daß es noch andere Wege gibt als die, die sie immer gegangen sind. Dabei ist wesentlich, daß wir nicht das Ziel vorgeben. Sie brauchen unsere Führung - wenn wir mit Defiziten zu tun haben, oft sehr energische Führung - solange, bis sie eine Alternative zu ihrem bisherigen Muster wahrnehmen können, also eine Wahl haben. Welche Entscheidung sie dann treffen, müssen wir ihnen überlassen. Konkret heißt das: wir suchen nach dem anderen Pol, nehmen auch die kleinste Manifestation von Stärke wahr und unterstützen diese, um die Unsicherheit zu verkleinern. Auch in sehr schwer behinderten Kindern gibt es einen Anteil, der nicht behindert ist; der Kommunikation und Nähe sucht; für Resonanz empfänglich ist und sich als wirkend erfahren will. Diesen Teil zu stärken heißt nicht, die Behinderung zu verleugnen, sondern die einseitige Identifikation mit der Behinderung zu schwächen. Mit

diesem Anteil von Stärke verbünden wir uns, wenn es sein muß auch gegen Ärzte, Lehrer, Eltern, Betreuer und nicht zuletzt gegen die Behinderten selbst; gegen die Übermacht ihrer eingefahrenen selbstschädigenden Verhaltensmuster.

Der Ansatzpunkt, um Daniela zu unterstützen ergibt sich eher zufällig: sie ist sehr schnell gewachsen und bekommt Rückenprobleme, weil die Muskeln mit dem Tempo ihres Wachstums nicht mithalten können. Also nehme ich sie mit in die Turnhalle, um ein wenig Rückentraining mit ihr zu üben. Dabei bin ich anfangs durchaus skeptisch, Danielas motorisches Ungeschick und ihr schlaffer Tonus in Verbindung mit ihrer mangelnden Ausdauer lassen mich vermuten, daß nicht viel herauskommen wird; zumal sie bei sportlichen Übungen bislang meist wenig erfolgreich war. Erfreulicherweise kommt es anders: viele Übungen, die ich ihr vorschlage, sind für Daniela neu und deshalb erwartet sie nicht von vorneherein zu versagen. Zudem ist es für sie wie für alle anderen behinderten Kinder ein Privileg, einen Betreuer eine Stunde lang für sich alleine zu haben. Also gibt sie sich zunächst wohl um meinetwillen Mühe, bekommt aber bald um ihrer selbst willen Spaß an der Sache. Wir führen eine regelmäßige „Turnstunde“ einmal in der Woche ein. Daniela quält sich, gerät in Schweiß und in einen angenehmen Erregungszustand. Zu meiner Überraschung ist sie hierbei außerordentlich ausdauernd und entfaltet auch beachtliche Körperkräfte. Anfangs beschränken sich die Übungen weitgehend auf gewöhnliche Gymnastik. Daniela klemmt im Liegen die Füße unter eine Querstange, hebt den Oberkörper bis zum Sitzen und legt sich wieder; das schafft sie auf Antrieb zehnmal, nach kurzer Zeit bereits zwanzigmal hintereinander. Oder sie dreht ihren Oberkörper mit einem im Nacken gehaltenen Besen, um den Schwung zu verstärken. Wir haben endlich etwas gefunden, was Daniela gut kann! Sie hat Erfolgserlebnisse und ich kann sie entsprechend verstärken. Dieser Teil der Stunden endet immer damit, daß Daniela auf die senkrecht gestellte größte Gymnastikrolle klettert - die ich dabei halten muß, was wegen Danielas nicht unbeträchtlichem Gewicht nicht einfach ist - und sich dann mitsamt der Rolle auf Matten fallen läßt. Dieses Spiel liebt sie sehr und würde es unendlich wiederholen, wenn meine Körperkräfte und die Zeit dem nicht Grenzen setzten. Es folgen manchmal einfache Entspannungsübungen und zum Abschluß immer eine Massage, die Daniela sehr genießt.

Nach einiger Zeit führe ich weitere therapeutische Elemente in die Stunden ein, indem ich zu Beginn unterschiedliche Körperreisen mit Daniela durchführe. Zu dieser Zeit malt sie auch gemeinsam mit der Ergotherapeutin ein lebensgroßes Körperbild, in dem sie die schmerzenden und die angenehmen Körperregionen verschiedenfarbig ausmalt. Dieses Bild hängen wir in der Turnhalle auf und arbeiten oft damit. Die Körperreisen faszinieren Daniela sehr, sie will soviel Informationen über ihren Körper wie möglich und wir reden auch nach den Turnstunden häufig über dieses Thema. Das hat auch zur Folge, daß sich ein weiteres Mädchen, das interessiert ist, an diesen Gesprächen beteiligt und sich bald auch ohne mich mit Daniela darüber austauscht. Danielas Sprachverhalten verbessert sich zusehends, sie flüstert nicht mehr und ihre Sprache wird deutlicher und verständlicher. Nur bei sehr großer Erregung gerät sie noch in's Stottern. Als letztes therapeutisches Instrument führe ich Rollenspiele in die Stunden ein. Das beginnt damit, daß ich Daniela bei bestimmten Übungen Sätze wie: „ich bin stark“ wiederholt sprechen lasse. Ähnliche Sätze kann ich ihr bald auch als Hausaufgabe mitgeben. Dann beginnen wir, Geschichten zu entwickeln und darzustellen, was diese starke (und schöne) Daniela denn tun könne, welche Abenteuer erleben, mit wem sich auseinandersetzen. Manchmal greifen wir in solchen Rollenspielen Situationen aus Danielas Alltag auf; häufiger sind es Phantasien, in denen sie ihre starken Seiten ausspielt. Schließlich wird es möglich, daß die starke Daniela ihrem Papa gegenübertritt und ihm sagt: „Du brauchst mich nicht tragen. Ich kann allein gehen!“

IV. DAS DUELL

Nach ungefähr einem Jahr regelmäßiger Arbeit mit Daniela hat sich einiges verändert. Sie spricht deutlicher und ist klarer verständlich. Allerdings ist ihre Freude über diese neue Fähigkeit so groß, daß sie auch ziemlich pausenlos redet, was manchmal schwer auszuhalten ist. Sie traut sich erheblich mehr zu und so gelingt ihr auch häufiger etwas, auch außerhalb der Gymnastikstunden. Viel trägt dazu auch ihre Arbeit mit der Ergotherapeutin bei. Auch ihr Verhältnis zu den anderen Kindern der Einrichtung hat sich verändert. Daniela tut auf der einen Seite nicht mehr alles, was ihr gesagt wird, andererseits muß sie sich auch nicht mehr zwanghaft um eine dominante Rolle bemühen. Dadurch ändert sich auch das Verhalten der anderen Kinder zu ihr, Daniela wird weniger abgewehrt oder tyrannisiert; sie gehört mit einer gewissen Selbstverständlichkeit dazu. Aber natürlich sind keine Wunder geschehen, so ist es zum Beispiel nicht gelungen, die Beziehung zu ihren Schwestern zu verändern. Daniela möchte sie immer noch als die kleinen Schwestern behandeln und ihnen gegenüber den Ton angeben und sie ist stinksauer auf ihre Schwestern, weil die sich das nicht gefallen lassen. Sie bleibt ungeschickt und tollpatschig und gibt bei Anforderungen nicht mehr ganz so schnell auf wie früher, aber immer noch schnell genug. Vor allem aber sind ihre Fortschritte nicht stabil, es genügt ein kleiner Anlass, um sie in alte Verhaltensmuster zurückfallen zu lassen.

Der findet sich schnell. Unsere Gruppe ist die einzige im ersten Stock der Einrichtung, drei andere Gruppen befinden sich im Erdgeschoß. Daniela hält sich häufig unten auf, um so mehr, je besser sich ihr Kontakt zu den anderen Kindern gestaltet. Eines der tonangebenden Kinder unten ist Mustafa, ein stämmiger Vierzehnjähriger,

der seinen Platz in der Hierarchie seiner Körperkraft und relativ ungehemmter Aggressivität verdankt - Mustafa schlägt hart zu! Solange Daniela schwach und leise war und sich herumkommandieren lies, hat sie ihn wenig interessiert. Eine selbstbewußtere Daniela aber, die es wagt, sich ihm auch zu widersetzen, könnte sich zur Konkurrenz auswachsen. Es ist eine Herausforderung, sie wieder klein zu machen. So beginnt Mustafa, Daniela verbal anzugreifen, sie zu schikanieren oder auch zu schlagen, wann immer er sie unten trifft. Er ist sehr schnell erfolgreich: Daniela traut sich kaum noch herunter. Mit dieser Einschränkung ihrer Freizügigkeit verändert sich auch ihr Verhalten im ersten Stock, sie wird wieder unsicherer und nervöser, ihre Sprache wird deutlich unverständlicher. Sie kompensiert, indem sie wieder vermehrt versucht, die anderen Kinder ihrer Gruppe zu dominieren; was ihr natürlich nicht gelingt, aber ihre soziale Position deutlich schwächt. Sie hat zwar noch nicht wieder begonnen zu flüstern, aber in allen anderen Bereichen ist sie auf dem besten Weg, ihre alten Verhaltensmuster zu aktualisieren.

Die Stabilisierung der geistig behinderten Kinder auf der Grundlage von Akzeptanz und Unterstützung ist das notwendige Fundament der therapeutischen Arbeit, reicht aber alleine nicht aus. Wir wollen ja erreichen, daß die Kinder nur noch soviel Unterstützung durch uns beanspruchen, wie sie auf Grund ihrer Behinderung unbedingt benötigen; wollen den Weg von Fremd - zu Selbstunterstützung gehen. Das heißt: die Kinder sollen wachsen; sich innerhalb ihrer Grenzen entwickeln, dabei ihre eigene Form finden und diese bewahrend die Grenzen erweitern. Wobei Form nichts Starres und Unveränderliches meint, sondern einfach die Möglichkeit, Dinge auf ihre eigene Art zu tun. Das Wachstum hemmen mithin sowohl Einflüsse und Verhaltensmuster, die sie hindern, ihre Grenzen zu erweitern als auch solche, die Möglichkeiten einschränken, ihre Eigenart zu entwickeln oder auszudrücken. Um diese Muster zu verändern, müssen wir ihnen deren negative Wirkung verdeutlichen oder den anderen Pol besetzen, sie Stärke spüren lassen. Beides erfordert Konfrontation. Wenn die Kinder soweit sind, ihre Möglichkeiten zu erkennen, dann müssen wir sie auch mit den Hindernissen konfrontieren, die es ihnen erschweren, diese wahrzunehmen. „Don't push the river...“ , aber es ist notwendig, gemeinsam die Steine aus dem Flußbett zu räumen, damit das freie Fließen wieder möglich wird.

Wir haben nun ein Modell von Gestaltheilpädagogik. Vor dem Hintergrund von Akzeptanz vermitteln wir, vor allem durch die Beziehung, Sicherheit und Unterstützung auf der einen Seite, auf der anderen Seite Konfrontation mit den negativen Auswirkungen ihrer Verhaltensmuster, um Wachstum zu ermöglichen. Diese Darstellung vermittelt allerdings die Vorstellung eines Nacheinander, die so nicht richtig ist. Wir vermitteln nicht zuerst Sicherheit und Unterstützung, um dann zur Konfrontation überzugehen, sondern dies geschieht parallel, wobei Sicherheit und vor allem die Beziehung dennoch eine vorrangige Bedeutung haben; allerdings weniger im Sinne einer zeitlichen Reihenfolge, sondern als Maßstab. Die Verhaltensmuster der Kinder sind ja ursprünglich sinnvolle Reaktionen auf ihre Umwelt oder ihre Behinderung, Reaktionen, die vor allem den Zweck haben, Sicherheit zu gewährleisten. Wir können also nur in dem Maße an der Veränderung solcher Muster arbeiten, in dem wir ihnen diese Sicherheit auf andere Art zu vermitteln vermögen. Häufig geschieht mit der Intensivierung der Beziehung und der Stärkung der Kinder die Veränderung blockierender Muster organisch, „wie von selbst“. Wo wir jedoch gezielt an Veränderungen arbeiten, verlangen wir von den Kindern, daß sie Sicherheit aufgeben. Dies werden sie nur in dem Maße tun können, wie sie gleichwertigen oder besseren Ersatz finden. Bei konfrontativer Arbeit müssen wir uns daher beständig fragen, wie wertvoll die Beziehung für das Kind ist und wieviel sie trägt. Dabei werden wir uns häufig irren, zuwenig oder zuviel von den Kindern fordern. Solche Situationen werden oft „Gradwanderung“ genannt, ein Bild, das mir nicht so gut gefällt, weil ein Absturz vom Grad meistens tödlich verläuft und andererseits der Grad deutlich sichtbar ist. Ich würde es eher mit dem Gehen im Sumpfland vergleichen, wobei es immer wieder geschehen wird, daß wir nach der einen oder anderen Seite vom Wege abweichen; was aber, wenn wir es so rechtzeitig bemerken, daß wir unsere Füße wieder hinausziehen können, keinen größeren Schaden bewirkt. Oft wird der Weg im Sumpf auch gar nicht deutlich erkennbar sein, so daß wir forschend nach allen Seiten tasten müssen, bis wir einen sicheren Pfad finden. Dabei sind nasse Füße unvermeidlich. Wir fordern die Kinder auf, unangemessen gewordene Hilfsmittel und Verhaltensweisen aufzugeben, eine stärkere Position einzunehmen. Bei diesem Versuch werden sie immer wieder einmal ins Stolpern geraten. Das können wir nicht verhindern, wichtig ist, daß wir sie auffangen oder zumindest ihre Wunden versorgen und sie trösten.

Wieder einmal kommt Daniela wütend nach oben und beschwert sich über einen angeblichen Übergriff von Mustafa. Allerdings erscheint dieser kurze Zeit später, um sich seinerseits über Daniela zu beklagen. In diesem Fall haben sich wohl beide fies zueinander verhalten, die Schuldfrage ist nicht zu klären. Ich versuche, die gegenseitigen Kräfte einzuschätzen. Mustafas größere Körperkraft und Geschicklichkeit wird wohl durch Danielas Größe und Ausdauer wettgemacht, daher schlage ich den Beiden vor, die Sache auszukämpfen. Unter großer Anteilnahme der anderen Kinder legen wir eine Matte als Kampfort in den Flur, organisieren einen Gong, Betreuer für beide Kämpfer und Handtücher. Dann übernehme ich die Rolle des Schiedsrichters und das Duell beginnt. Es wird von Anfang an mit großer Erbitterung von Beiden ausgetragen. Die Regeln entsprechen den Ringkampffregeln im weitesten Sinne, gelegentliches Haareziehen oder Nachtreten (Danielas Spezialität) sind tolerierbar, Karatetritte oder Boxhiebe nicht. Pausen ergeben sich, wenn beide erschöpft scheinen, wenn es allzu heftig wird oder wenn einer von Beiden weint, was oft vorkommt. Die Pausen werden durch Gongsignal beendet oder häufiger dadurch, daß einer von Beiden (meist Daniela) sich mit dem Ruf: „Weiter!“

wieder in den Ring stürzt. Natürlich werden die Kämpfer in den Pausen von ihren Betreuern versorgt, mit Handtüchern gefächelt, mit Wasser begossen und getränkt. Nach einiger Zeit sind die meisten Kinder und Betreuer der Einrichtung im oberen Flur versammelt, beide Fighter haben nun viel Resonanz (was alle Kinder lieben und geistig behinderte besonders) und werden von ihren jeweiligen Fans angefeuert. Das Duell dauert ungefähr zwei Stunden!

Erbitterung und Intensität des Kampfes lassen über die ganze Zeit nicht nach, es ist deutlich zu erkennen, daß beide nicht allein gegeneinander kämpfen, sondern sich viel alte Wut und Enttäuschung in diesem Kampf ausdrückt. Bei Daniela ist dieser Anteil spürbar größer, was nicht verwundert, weil Mustafa im Alltag mehr herauslässt. Immer wieder schleudern die Beiden sich mit Schwung auf die Matte, drücken sich die Luft ab, fluchen, schreien und lachen. Daniela landet öfter einen ihrer gemeinen Tritte gegen Mustafas Beine, der sich mit Haareziehen revanchiert. Natürlich habe ich dabei oft eine Scheißangst: es könnte doch für einen oder beide zu viel sein, Blut könnte fließen oder es könnte zu ernsthaften Verletzungen kommen. Beide heulen zwischendurch auch mal kräftig, wollen den Kampf aber auf alle Fälle fortsetzen - rot im Gesicht, schweißnass und leidenschaftlich. Die Runden werden allerdings immer kürzer, weil den Kämpfern die Luft wegbleibt und so kommt es schließlich zum Ende: Mustafa gibt aus schierer Erschöpfung auf! (Ich hatte eher mit einem Unentschieden oder mit Danielas Niederlage gerechnet. Ich ging davon aus, daß es im zweiten Fall ausreichend stärkend für sie sein würde, diesen Kampf durchgehalten zu haben). Daniela kann ihren Triumph kaum fassen. Verschwitzt, nach Luft schnappend, mit rotem Kopf, die Augen voller Tränen muß sie sich immer wieder bestätigen: „ich hab´ gewonnen! Gell, ich hab´ wirklich gewonnen?“ Ja, Daniela, du hast gewonnen. Auch nach dem Kampf sind Daniela und Mustafa keineswegs zu Freunden geworden. Sie behandeln sich jedoch mit großem gegenseitigen Respekt. Daniela kann wieder unbeeinträchtigt nach unten gehen und ihre Kontakte ausbauen. Ihr Rückfall in die alten Muster verschwindet fast zusehends. Vor allem hat sie mit der Erinnerung an diesen Fight einen Anker von Stärke in ihrem Leben gewonnen, der viel länger vorhält als die blauen Flecken. Noch Jahre später kann sie sich bei Mißerfolgen damit trösten. „Aber gegen Mustafa hab´ ich gewonnen.“

Sicher gibt es besondere Nuancen in dem beschriebenen Modell der Gestaltheilpädagogik; vor allem die Betonung der Sicherheit. Aber eigentlich unterscheidet es sich nicht substantiell von Gestalttherapie für Nichtbehinderte. Was macht also die Eigenart von Gestalttherapie mit geistig behinderten Kindern aus? *1) Die Situation geistig behinderter Kinder ist die von Menschen, die in einem fremden Land, dessen Sprache sie nur unzureichend verstehen, alleine sind. Da sie behindert sind, werden sie diese Sprache nicht vollständig beherrschen. Aber wir sind nicht behindert, es hindert uns nichts daran, die ihre zu erlernen. Gestalt für geistig Behinderte ist im Wesentlichen Übersetzungsarbeit. Bei Daniela war diese Arbeit noch relativ einfach, weil einiges an sprachlichem Ausdrucksvermögen gegeben war, wenn auch teilweise verschüttet. Je geringer dieses Vermögen ist, desto schwieriger wird die Übersetzung, desto fremder die Sprache. Übersetzen bedeutet zunächst: verstehen. Bewegungen, mit denen Säuglinge differenzierend oder zuwendend Kontakt aufnehmen, sind fast von Geburt an da, allerdings zunächst als winzige, mit bloßem Auge nicht oder kaum wahrnehmbare Ansätze (DOWNING, 1996), als Mikrobewegungen. In der Arbeit mit geistig behinderten Kindern haben wir häufig mit Mikroansätzen von Kommunikation zu tun, natürlich auch in Form von Bewegungen und Mikrobewegungen. Diese Ansätze lernen wir zu erkennen, aufzunehmen und zurückzuspiegeln. Die Erfahrung lehrt, das bereits dieses Zurückgeben oft heilsame Wirkung hat. Häufig werden behinderte Kinder ihre Gefühle nicht aussprechen, auch dann nicht, wenn sie es eigentlich könnten. Dann ist es unsere Aufgabe, dies für sie zu tun. Wir vermuten, daß sie traurig, besorgt, aufgeregt sind und benennen dies. Auch, wenn wir dabei irren, zeigen wir ihnen damit, daß wir uns darum bemühen, sie zu verstehen. Wenn es uns gelingt, werden wir das meist an den Reaktionen der Kinder erkennen. Otto Rank, einer der Väter der Psychoanalyse, sagte sinngemäß, daß Psychotherapie den Menschen näher sein könne, wenn sie statt einer Technik der Analyse eine „Kunst des Verstehens“ entwickelt hätte. Es ist diese Kunst, auf die es bei der Arbeit mit Behinderten ankommt.

Der nächste Schritt ist, mit den Behinderten in ihrer Sprache zu kommunizieren. Am leichtesten ist das, wenn genügend Sprachvermögen vorhanden ist, so daß wir nur unsere Aussagen vereinfachen müssen, um verstanden zu werden. Aber häufig ist das nicht der Fall. Dann müssen wir in Spiele, Inszenierungen und vor allem immer wieder in die Sprache des Körpers übersetzen. Fast alle behinderten Kinder haben Berührungsdefizite und sind auf diesem Weg zu erreichen, bei einigen sind dabei anfängliche Widerstände zu überwinden. Je weniger Sprachvermögen die Kinder haben, desto mehr müssen wir in die Sprachen des Spiels und des Körpers übertragen. Gleichzeitig reden wir auch mit nichtsprechenden Kindern und geben diesen vor allem ihre eigenen Laute zurück. Wir kommunizieren mit Händen und Blicken, Lauten und Gesängen, mit Bewegungen und Berührungen. Solange wir hart daran arbeiten, Verständnis und Ausdruck

*1) Die folgende Darstellung kann im Rahmen eines Artikels natürlich nur die wesentlichen Eckpunkte sehr kurz skizzieren. Ausführlich werde ich mein Modell einer gestalttherapeutischen Position in einem in Arbeit befindlichen Buch darlegen, das hoffentlich in diesem Jahr erscheinen wird.

neu zu erlernen, ist das eine schwierige Übung. Es wird organisch und leicht, wenn wir erfahren, daß es gar nicht darum geht, eine neue Sprache zu erlernen, sondern vielmehr eine wieder zu entdecken, die wir schon immer gesprochen haben und nur vergessen hatten.

Die Ziele in der Gestalttherapie mit behinderten Kindern unterscheiden sich nicht von denen der Therapie mit Nichtbehinderten. Wir wollen - langfristig - die Verwirrung mindern und unnötige Schmerzen vermeiden, die unvermeidlichen ertragen helfen. Als Gestalttherapeuten glauben wir, daß Bewußtheit ein Mittel ist, dies zu erreichen. „Wenn man die Ereignisse seines Lebens klar sieht, dann verläuft das Leben gut, ohne Verwirrung und unnötiges Elend“ (BARRY STEVENS). Und wir wollen ihnen helfen zu wachsen; ihre eigene Form herauszubilden; ihre Möglichkeiten wahrzunehmen; eigene Lösungen zu finden und die Verantwortung dafür zu übernehmen. Bewußtheit und Selbstverantwortung - beides wird nur innerhalb bestimmter Grenzen möglich sein. Bei geistig behinderten Menschen sind einige dieser Grenzen durch ihre Behinderung gesetzt; aber im Grunde gilt dieser Satz nicht allein für geistig Behinderte, sondern für uns alle.

Einige Zeit nach Danielas Duell stellen wir beim Mittagessen fest, daß die Teelöffel vergessen wurden. Jemand muß hinunter in die Küche gehen und sieben Teelöffel holen. Daniela ist sofort bereit. Bei solchen Gelegenheiten meldet sie sich immer und versagt regelmäßig, weil sie nicht zählen kann. Sie kommt entweder gar nicht zurück oder sie bringt mit deprimiertem Gesicht keinen oder nur einen Löffel (Teller usw.) mit. Einfach die Angestellte in der Küche zu bitten, traut sie sich nicht - was sie mit vielen anderen behinderten Kindern gemein hat. Weil sie sich aber immer wieder selbst meldet, lasse ich sie. Diesmal kommt Daniela strahlend zurück. Sie hat offenbar eine Besteckschublade leerräumt, trägt mit beiden Händen ungefähr dreißig Teelöffel und legt sie mitten auf den Tisch.

„Sieben war'n nicht da!“ Sagt sie.

Literatur:

Es gibt kaum deutschsprachige Literatur über psychotherapeutische Sicht auf geistige Behinderung.

THIES BESEMS und GERRY VAN VUGT haben kein Buch über ihre grundlegende Arbeit veröffentlicht, es gibt jedoch einen Reader, der die meisten ihrer Veröffentlichungen in Zeitschriften (und einige Arbeiten anderer Autoren) enthält. Reader: „Gestalttherapie mit Behinderten“, über Caritasverband f. das Bistum Aachen e.V., Referat Behindertenhilfe (Kapitelstr. 3, D - 52066 Aachen).

JOCHEN MICKNAT, „Begegnungen“, in ALG - Bulletin Nr. 84, 1/2000; auch in GESTALT ZEITUNG (Zeitung des Gestalt-Instituts Frankfurt) 14, 2001

Nicht im Text erwähnt, aber empfehlenswert:

BARBARA SENCKEL, „Du bist ein weiter Baum, Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung“, München 1998.

KLAUS DÖRNER, URSULA PLOG, „irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie“, Bonn 2000. (Über geistige Behinderung Kap. 2) Allerdings stimme ich DÖRNER'S Ansicht über geistige Behinderung nicht immer zu.

Soeben erschienen:

HANS PETERS, „Psychotherapeutische Zugänge zu Menschen mit geistiger Behinderung“, Stuttgart 2001. Das Buch ist verhaltenstherapeutisch orientiert und stellt außerdem eine sogenannte „Prä - Therapie“ vor (die ich eher für eine Technik halte). Es ist sicher hilfreich, wenn es darum geht, Verhalten zu ändern; weniger, es zu verstehen.

Zum Thema Trauma:

WILLI BUTOLLO / MARION KRÜSMANN / MARIA HAGL, „Leben nach dem Trauma, über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen“, München 1998

LARS KUNTZAG, „Traumatisierte Vorschulkinder, Diagnostische Grundlagen und Methoden“, Paderborn 1998. (Behandelt ausführlich kumulative Traumata).

WERNER BOHLEBER, „Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse“, in: „Trauma, Gewalt und kollektives Gedächtnis“, Sonderheft der Zeitschrift PSYCHE, 9/10, September/Oktober 2000

Krisenverarbeitung:

ERIKA SCHUCHARDT, „Warum gerade ich...? Leiden und Glaube“, Göttingen 1993.

Ein ähnliches Modell findet sich bei:

MONIKA JONAS, „Trauer und Autonomie bei Müttern schwerstbehinderter Kinder; ein feministischer Beitrag“, Mainz 1991

Das Konzept des therapeutischen Milieus ist in der Psychiatrie entstanden. Das nach meiner Ansicht empfehlenswerteste (und spannendste) Buch zu diesem Konzept:

JAN FOUORAINE, „Wer ist aus Holz?“ München 1973

Der Begriff „Holzbein spielen“ kommt aus der Transaktionsanalyse und wird unter Anderem beschrieben in:
THOMAS HARRIS, „Ich bin o.k., du bist o.k.“, Reinbek 1984 (HARRIS bringt einige Beispiele aus dem Bereich geistiger Behinderung)

Die frühkindlichen Verständigungsmuster werden beschrieben in dem begeisternden Buch von:
GEORGE DOWNING, „Körper und Wort in der Psychotherapie, Leitlinien für die Praxis“ München 1996 (Kapitel 10 - 15)

Über neurale Bahnen (und ihre Verwirrung):

GERALD HÜTHER, „Biologie der Angst - wie aus Streß Gefühle werden“, Göttingen 1999 (mitreißend geschrieben!)

Das Zitat von BARRY STEVENS ist aus dem Buch: B. STEVENS, „Don't push the river“, Wuppertal 2000, Seite 250.

Jochen Micknat