

Du und Ich

BEZIEHUNGSORIENTIERTE
ENTHOSPITALISIERUNG
MIT HINDERNISSEN

Mondrian w. graf v. lüttichau

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

© 2009 VERLAG AUTONOMIE & CHAOS LEIPZIG
Mondrian W. Graf v. Lüttichau

ISBN 978-3-923211-48-7

www.autonomie-und-chaos.de

Diese online-ausgabe kann für den eigengebrauch
kostenfrei heruntergeladen werden

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Für W.T. (Wolfi-Teddy)

Gewidmet der erinnerung an

RUDI BAHRO

(18.11.35 – 5.12.97)

Die eigentlich menschlichen Bedürfnisse hängen vom Ursprung an untrennbar mit dem Faktum der Individualität zusammen und weisen in die Richtung der zwischenmenschlichen Beziehungen, der persönlich bedeutsamen Kommunikation mit anderen, mit antwortender, beeinflussbarer Gemeinschaft.

'Die Alternative' (1977; S.308)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

23. Februar 1995

Nach dem bewerbungsgespräch.. "Ich habe mich sehr gefreut, sie kennenzulernen - !"

Allseits sympathie und wohlwollen in den gesichtern.. "Verfügbar sind sie doch?"

Wieso sollten sie grad mich nehmen?! Den berufsanfänger..

Weitermachen, weitersuchen. - Meine größte gewißheit bist du, tina. Du bist die brücke zu dieser arbeit, zu solchen menschen.*

Daß ich diese stelle bekomme, ist einer der vielen träume meines lebens - von denen sich die allermeisten nie erfüllen. So ist das, ich bin ein träumer. Träumen gehört zu meiner lebensökonomie, aber natürlich nicht, daß die sich erfüllen. Es sind schrittmacher und leuchttürme.

Schon der schritt, mich hier als "heilpädagoge" zu bewerben und als solcher akzeptiert zu werden! *(Mit einem diplom als sozialpädagoge, allerdings in verbindung mit einer differenzierten heilpädagogischen konzeption für so ein enthospitalisierungsprojekt.)* Vielleicht wird's nur diese schöne erfahrung sein, die ich von hier mitnehmen kann, - immerhin.

9. März 1995

Nein. - - - - -

Wenn ich bedenke - dieser absolut schematische absagebrief nach einem so positiven gespräch! -

Weg! - - Wir sind stärker! Weitermachen, alle teddies helfen mir. HEILPÄDAGOGIK.

* Von der liebesbeziehung mit der kognitiv beeinträchtigten tina wird berichtet in 'ALL-TAG mit TINA'.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

12. März 1995

Der chefarzt ruft an und bekundet sein entsetzen, als er von der absage des personalbüros gehört hat. Er hätte sich noch garnicht entschieden gehabt, ich sei nach wie vor sein favorit, und falls ich noch lust hätte..

Das gibt es doch nicht!!

Ich mußte ins tiefste loch, die tiefste enttäuschung, - um dann genau diese stelle doch noch zu kriegen - und alles war wahr, meine gute meinung über den und unser gespräch?!

Ich begreif's nicht!

Mein leben! Was ist das ?? Ein einziges wunder??

..Ich spüre, daß heilpädagogik (wie ich sie verstehe) in der kontinuierität meines ganzen lebens liegt: das verdichten von alltag, den sinn darin erkennen, in all den kleinen momenten des alltags.. den individuellen lebensmomenten einzelner menschen.. Immer noch mehr an genauheit & liebe reinstecken - es kann da gar keine grenze geben! Wobei allerdings für mich dazugehören muß, andere beteiligte nicht zu unterdrücken durch ansprüche, die in ihnen nicht gewachsen sind und die sie nicht in sich spüren. Das ist nicht das einfachste für mich, ich weiß es seit der arbeit im betreuten wohnen ja allzugut.

Ob ich diese stelle jetzt kriege oder - *der teufel ist ein eichhörnchen!* - zuletzt doch nicht: die klarheit über diesen schritt wird nicht mehr verlorengelassen.

14. März 1995

Termin beim chefarzt. Ich habe die stelle bekommen.
Das wunder ist geschehen.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Der zauberstab, der alles geändert, verwandelt, auf eine neue stufe gehoben hat, ja: der mein ganzes leben, von anfang an, auf eine neue stufe hebt insofern, als ich jetzt aus allen aspekten meiner individuellen lebens- und selbsterfahrung heraus in die gesellschaft hinein mich entfalten kann.
Gibt es sowas doch noch? Für mich?

Ich scheine der erste westdeutsche mitarbeiter zu sein; der chefarzt zeigt viel verwunderung über "die von drüben". Er erlebt viel demonstrative dominanz, heiße luft - dennoch auch neue kompetenzen, von denen er - im interesse seiner patienten - profitieren möchte.

Er hat diese abteilung erst seit 89, zuvor war er jahrelang in afrika. 1990 hat er hier mit entwicklungsförderung angefangen, - unterstützt vor allem von zivis und schwesternschülerinnen.. offenbar gegen den heftigen widerstand des pflegepersonals. - "Ich suche mitstreiter!"

Erst langsam wird mir klar: ab april wird die heilpädagogische arbeit für rund 50 menschen wesentlich von mir bestimmt werden, ich werde dafür verantwortlich sein! Unbegreiflich. (Wie sehr ich meinen hilfsarbeiterstatus verinnerlicht habe, so selbstbewußt ich innerhalb der welt der nicht-erwachsenen bin, der freaks, der außenseiter, derjenigen an den rändern der gesellschaft..)

Natürlich kann ich dieser verantwortung niemals gerecht werden! Niemand könnte es. Ich kann ja noch nichtmal tina gerecht werden, das weiß ich!
Aber so ist es; mehr ist nicht möglich.

Der chefarzt: "Das ist ja das ziel - daß solche menschen dann einmal NEIN sagen können!"

(Daß ich, der ich vor einem jahr ein krankenhause in nie mehr verlierbarer weise als heimat erfahren habe - weil die menschen dort mir das leben gerettet haben und sich mehr um mich gekümmert haben als menschen

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

jemals! -, jetzt in einem krankenhaus arbeiten darf, - mit menschen, deren einzige heimat bislang dieses krankenhaus war.. - Im übrigen entspricht das szenario sehr dem sozialen muster unserer internatskommune! All das sind synergieeffekte für mich. Im internat wie auch letztes jahr im krankenhaus fand ich eine geborgenheit, die zur entwicklung von kindern notwendig sein dürfte, die ich aber so nie erlebt hatte. - Meine uneingeschränkte bereitschaft, in relativ stark abgegrenzten sozialen systemen mich zu entfalten, zieht sich durch mein ganzes leben..)

Noch eine woche. Noch immer kann ich es nicht glauben. - Es wird mein ganzes leben ändern wie nie zuvor. Ich werde einen platz in der gesellschaft bekommen, in dem ich ('*der kleine wolfi*' von damals mit allem, was dazukam all die jahre, jahrzehnte) versuchen kann, etwas gutes in die welt zu setzen, so, wie es in mir drin gewachsen ist und weiterwachsen wird.

Jemand, der in dieser erwachsenengesellschaft einen platz hat, wollte mich für diese aufgabe. Nie erlebt, sowas.

Ganz schön viel kommt auf mich zu nächste woche - dennoch brauch ich nicht in streß zu verfallen. Ich brauche nur ich zu sein, in jeder situation: ich, *der wolfi* (der damals ganz allein war und sich schützen mußte und verbergen mußte viele jahre), der weitergewachsen ist (in mir drin) und doch immer derselbe geblieben ist, neben all dem erwachsenenzeugs, das ich mir an land gezogen habe.

April 1995

Erster arbeitstag als heilpädagoge im enthospitalisierungsprojekt eines ostberliner psychiatrischen krankenhauses.* Zwei stationen mit zusammen rund 50 langzeithospitalisierten und fehlplazierten menschen, die als kognitiv beeinträchtigt ("geistigbehindert") gelten. Hm..

* Fallberichte zur individuellen situation und heilpädagogischen förderung innerhalb dieses projektes siehe hier im anhang.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

(Ich denke dran, wie ich ca. 1986 in ostberlin rumfuhr, in der 'friedenswerkstatt' war - und mir überlegt habe, wenn ich in diesem teil von berlin einfach so arbeiten könnte.. weil das doch auch *mein berlin* ist und ich die menschen hier kennenlernen möchte..)

Erstmal da sitzen in der station, sacht winzige kontakte, wahrnehmen und wahrgenommen werden. Kein blinder aktionismus!

Lisa, von der mir gesagt wird, sie stößt sich gewohnheitsmäßig das steißbein blutig an der tür. Grelle verzerrte handhaltungen, ein scharfgeschnittenes gesicht, das mehr zu beobachten scheint als alle anderen -aber blicklos, ohne augenkontakt. Widerborstig ist sie. Steht überall "*im weg*" - will dabei sein - alle laufen um sie rum, als sei sie ein gegenstand.

Nach einer stunde waren wir am spielen, sie schubste mich durch die gegend, - und irgendwann, dann nochmal und nochmal, schob sie mir ihr gesicht entgegen, reptilienlangsam, wie automatenhaft (so bewegt sie sich immer), und gab mir einen kuß auf den mund.

Am ersten tag. Mitten in der station, zwischen den wäsche einräumenden schwestern; was soll das nur wieder werden!

Lisa wird regelmäßig von den eltern abgeholt, kann dort aber nicht übernachten, "müßte" dort fixiert werden.

Mit dem laufzettel beim personalrat. "Wie schön, daß es jetzt endlich geklappt hat, ein heilpädagoge! Es war ja ein langer kampf.."

Erster tag, zweiter tag, dritter tag.. - Die bewohnerInnen? Sind eben mitmenschen, die ich kennenlerne und die mich kennenlernen. Aus den individuellen momenten, blicken, lauten, reaktionen, der haltung bilden sich für mich verschiedene lebensmelodien. Mit lisa ist es schon eine choreografische zwiesprache.. Aber auch bei anderen fang ich an, deren lebensmelodien leis mitzusummen..

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Auch die gesichter! So viel leben, so viel schicksal! Ungelebtes, aufgeschobenes, vor sich her geschobenes leben, das dennoch sich vollzog in diesem aufschub.. verrann, oder noch immer wartet - daß da mehr kommen möge..

Karola, die blinde im rollstuhl, weinte plötzlich laut und rief immer wieder (für mich offensichtlich:) "Mama!" Eine hinzutretende schwester übersetzte mir das, - karola rief nach "männern".

Es ist leicht, mit dem blick über die alle hinweg zu huschen, an ihnen entlang zu laufen und sie da sitzen zu lassen im tagesraum, stunde um stunde! - Ich werde jeden tag in beiden stationen eine begrüßungs- und eine abschiedsrunde machen, - für alle da sein, auch ohne gleich etwas zu machen.

Jetzt begrüße ich jeden tag die bewohnerInnen, aber die begrüßung der schwestern überlasse ich dem zufall.. - Das ist nicht gut. Aber ich hab's nie gelernt, all diese umgangsformen..

Meine arbeit besteht zu 80 % aus kommunikation! Und die kommunikation mit den bewohnerInnen ist vielleicht eher der einfachere teil. Verbündete suchen für jedes kleine moment, das ich hier ändern soll. Und es scheint, daß für jede nuance neue koalitionen gebildet werden müssen.

Leicht fällt mir das nicht, - seit jeher mein gefühl, der letzte depp zu sein für andere, sofern ich nicht rad schlage oder 150%igen einsatz zeige. Nein, ich muß nicht perfekt sein. Ich bin ich, - ich sollte nur tag für tag das machen, was ich in mir spüre.

Auch jene schwestern wollen nicht unbedingt gegen mich kämpfen; sie wollen vor allem ihre ruhe, ihre gewohnheiten, ihr revier.

Der chefarzt zu den ABM-bewerberinnen (natürlich wiederum nur frauen):
"Wer hier einmal eingestiegen ist, in diese arbeit, kommt nie mehr los davon!"

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

"So viel ehrlichkeit, offenheit - das finden sie nirgendwo wieder!"
"Auch geistige behinderung ist normal!"

Viel innere zerstörung, regression auch in der männerstation! Mein erstes gefühl: mutlosigkeit. Was ist da möglich, als sie zu versorgen - und eben drauflos ein bißchen "leben in die bude bringen". Da kann schon das gefühl aufkommen, ist deren leben noch lebenswert? Wäre es nicht besser, sie wären tot?

Aber deren 'zustand' kommt nicht vorrangig durch die kognitive beeinträchtigung, sondern ist das, was 10-40 jahre hospitalisierung ohne differenzierte, individuelle förderung aus ihnen gemacht haben. Was hätte so eine zeit aus uns gemacht, die wir jetzt fasungslos vor denen stehen?!

Dann wieder der wohl einzig zweckmäßige anfang: einfach hinhorchen, nach signalen suchen, nach botschaften, und darauf antworten. Sich einlassen auf deren fast ganz verkümmerte, verschüttete beziehungsfähigkeit..

Was das wirklich ist, was ich mir da vorgenommen habe als aufgabe, ressourcenorientierte entwicklungsförderung, das merk ich erst, wenn ich bei einem oder einer sitze und versuche, brücken zu schlagen von der monologischen zur dialogischen beschäftigung..

Heute kam vielleicht der durchbruch für mein selbstwertgefühl bei dieser arbeit. Mit dem spontan erfundenen spiel, plastikklotze in einen plastikkorb zu tun und wieder raus und auf dem tisch aufzureihen usw., mit vielen varianten von übergaben (dialogisch!), haben dann am nachmittag vier männer rund um mich miteinander gespielt bzw. kommuniziert (immer mit mir als schnittstelle). All das ergab sich nur so; ich hatte fast nur botschaften von denen aufgenommen, verstärkt und weitergegeben, und drauf geantwortet. Manchmal allerdings mußte ich durch einzelne sätze erst aufmuntern, - aber das liegt sicher größtenteils an der bisherigen erfahrung, untergebene zu sein, die nur auf weisung anderer handeln "*können*".

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Ein weißhaariger, älterer mann sitzt ruhig am tisch; - bescheiden wirkt er, fast gütig, - einer, der das leben zu nehmen scheint, wie es ist. Ich frage, ob ich mich neben ihn setzen darf. "Ja, bitte.." - Wir sitzen nur so da, ich will hier auf keinen fall in aktionismus verfallen. Da fragt er: "Wie ist ihr name?" - Ich antworte, aber erst später frage ich dann, ob er schon lange hier sei. Ich spüre, ich will ihn mit 'sie' ansprechen.

Und dann erzählt er mir - stockend, aber in klaren sätzen, wenngleich er nicht alle wörter ausspricht (er ist eswohl einfach nicht mehr gewohnt, an einem stück zu sprechen!), daß er seit 1965 hier ist; kurz war er draußen, 63, dann wieder drin, seit herbst 65. Dreißig jahre sei er also hier, betont er. Und kennt alle die hier (er deutet mit dem kopf) von anfang an. Auf meine entsprechende frage: Zuvor hat er bei der mutter gewohnt. - -

Ich muß die tränen zurückhalten.. - sitze nur da und kann es nicht fassen.

So viel demut in diesem gesicht.

Ein anderer, auch relativ alt, zuckende, zitternde muskeln (schlagenfall?), ein auge zerstört und tränend, wird dann der subtilste, ruhigste, genauste mitspieler bei einem brettspiel und verlangt nach immer neuen runden.

Ein dritter, der in ziemlich überspannter weise ständig sprüche klopft und auf mich erstmal ziemlich unsympathisch wirkt, benutzt meine verabschiedung bis morgen zu der erklärung: "Aber nicht wegen mir! Wegen mir brauchst du nicht zu kommen, ich bin nämlich normal! Ich bin keiner von den doofen hier - !"

Als ich da so saß in den ersten stunden, um einfach die atmosphäre im tagesraum mtzukriegen, die interaktion zwischen den betroffenen, und mich doch einigermaßen hilflos und fehl am platze fühlte, dachte ich, die sitzen hier jahre und jahrzehnte einfach nur rum und warten auf das nächste essen oder bis sie ins bett können.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Nur weinen ist in mir.. - und nicht, weil sie hirnorganisch beeinträchtigt sind. Sondern weil sie so behindert werden durch ihre umwelt und weil sie dadurch so zerstört worden sind in ihren menschlichen entfaltungsmöglichkeiten, in ihrer individualität, die doch jetzt noch klar zu spüren ist, bereits bei der allersten begegnung!

Möglicherweise bin ich der einzige dort, der erfahrung hat mit kognitiv schwer beeinträchtigten menschen *ohne* derart gravierende hospitalisierungsschäden! - Solche erfahrung aber ist voraussetzung, um nicht in therapeutischen nihilismus zu verfallen im sinne von: "Es ist hoffnungslos - die sind eben hirnorganisch so sehr geschädigt!"

Ein abstellraum im keller scheint rückzugsgebiet für bestimmte bewohner zu sein. Nach dem geruch zu schließen, wird auch manchmal in die ecken geipßt (vermutlich, um dazu nicht hochgehen zu müssen). Dort treffe ich bernd (einen als "schläger" berüchtigten mann). Mißtrauisch, zögernd läßt er sich auf ein gespräch mit mir ein. "Ich halt's hier nicht mehr aus, ich will raus hier, dieser lärm, so viele leute!!" - Ich hab ihm klar gesagt, daß ich dazu da bin, ihnen zu helfen, hier rauszukommen, in wohnheime, und daß ich jetzt jeden tag komme und nicht mehr weggehe und daß er immer wieder mit mir reden kann und und..

Zuletzt waren wir beide am heulen. Und in der frührunde (abteilungsbesprechung) diskutieren sie über hirnorganisches psychosyndrom versus psychose versus geistige behinderung. Das leid, das in diesem gesicht geschrieben steht, scheinen sie nicht (mehr) wahrzunehmen.

Als ich wieder im frauenhaus ankomme, schreit ilona in ihrer seltsam anklagenden weise - und auch lisa steht mitten im raum und schreit wie am spieß, vermutlich angesteckt von ilona. Dennoch wird das ihr eigenes leid sein, ihre eigene verlassenheit, die lisa bei dieser gelegenheit endlich mal ausdrücken kann. - Als sie mich erkennt, hört sie auf, nimmt mich bei der

hand und zieht mich zu 'unserem' regal mit den teddies. Ich hab ihr deutlich erklärt, daß ich jetzt nachhause gehe, aber am morgen wieder komme und dann spielen wir wieder. Ich weiß nicht, wieviel davon sie versteht, aber von dem 'Du'-sagen kriegen sie wohl immer was mit..

Die schwestern saßen währenddessen im schwesternzimmer um ihren tisch, bei kaffee und keksen.

Es ist schrecklich, insgesamt - aber ich will niemandem hier mangelndes engagement unterstellen, denn von der festgeschriebenen funktion, der arbeitsbeschreibung und auch von der tradition, der gewohnheit her gibt es für das pflegepersonal keinen freiraum, das zu machen, worum es mir zunächst geht: beziehungserfahrungen zu ermöglichen. (Aber auch da muß ich vorsichtig sein, sowas laut zu sagen - denn viele meinen sicher, es sei kontakt und beziehung, was sie so erleben und machen mit bewohnerInnen..)

Die rigorese verständnislosigkeit, auf die diese menschen stoßen, die undurchdringliche panzerwand aus entfremdeter unsensibilität bei den schwestern (die doch fast alle an sich lieb sind und sich bemühen!).. - 'Wilfried, ein mann mit großen babyaugen im runden gesicht: immer wieder wird er im vorübergehen getätschelt oder es wird (im vorübergehen!) ein bißchen mit ihm gespielt: "Ich bau dir die steine auf und du baust sie wieder ab!" - Ich sitze drei stunden neben ihm und lasse ihm seine zeit und es zeigt sich, er ist ganz langsam; - das verhalten der schwestern muß für ihn sein wie zeitraffer! Er tastet und deutet an meiner brille, entdeckt in schneckenhaft langsamer aufmerksamkeit meinen armreif mit dem lapislazuli, dann die schlüsselkette - und zieht sie raus, nachdem ich ihn ermuntert habe. Ganz ernst ist er - er hat nichts von dieser lockeren fröhlichkeit, die die schwestern routinemäßig über ihn ausschütten wie eine warme dusche.

Ein großer, schlanker mann mit seltsamen balletttänzerbewegungen (spastisch?), der wie von einem anderen stern zu kommen scheint, - unabhängig, elegant, souverän, rätselhaft. Auch mit ihm hatte ich von anfang

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

an blickkontakt - sein lächeln kommt tief von innen, - dann wieder phasen, in denen er lokomotivenhaft hyperventiliert und sich ab und zu einen einzelnen schlag ins gesicht gibt. Da hat sich's schon eingespielt, daß ich ihm in diesem augenblick die hand reiche, er seine gibt. - Wie auch bei anderen versuche ich, eigene rituale zwischen uns wachsen zu lassen, - das kreisen in der isolierten selbststimulation (verschiedenster formen) umzuwandeln in beziehungsmäßigen kontakt. Wenn er sich schlägt und ich weiter weg im raum bin, halte ich ihm symbolisch meine hand entgegen, - und er antwortet darauf!

Jener weißhaarige von gestern: Heute saß er in dem urinstinkenden kellerraum und ein anderer hatte seinen kopf in seinem schoß; ganz zart strich er über sein haar und lächelte versonnen, auch zu mir rüber. Später fuhr er einem dritten über's haar und sagte zu mir, der ich's beobachtet hatte: " - mag -!" "Wie?" " - Ihn mag, - ich mag ihn - !" So redet er.. wie kaspar hauser..

Nur im relativen, im subjektiven kommt das absolute vor. Nur dort ist frieden, - wo alles offen bleibt.

Wie ärzte und psychologen manchmal reinbrechen in die choreografie der 'klopfzeichen' all dieser halbverschütteten individualitäten im tagesraum und wieder davonstürmen! Laut, grob und zumeist an denen vorbei. -

Es ist ganz gut, daß ich mich bisher weder um diagnosen noch sogar um die namen der bewohnerInnen gekümmert habe. Die namen werden üblicherweise benutzt wie grobe hände, die jemanden angrabschen und wieder loslassen, bevor sie oder er sich überhaupt drauf einstellen kann. Alles geht viel zu schnell - und ist natürlich zu oberflächlich.

Es gibt durchaus eine selbstbestimmte normalität im tagesraum (zumindest empfinde ich das bei den männern so); von der aus sind schwestern und ärztInnen exotische wesen, die ab und zu durchlaufen und von denen alle

sich abholen, was sie kriegen können. Es ist wie in 'Kuckucksnest' oder in 'Rosengarten', tatsächlich!*

Wenn ich zwischen den bewohnerInnen sitze, empfinde ich deutlich das aussaugende an diesem wirren kommen und gehen des personals. Scheinbar kommen mögliche gegenüber - aber sie gehen vorbei, ohne sich halten zu lassen, und zerstören wohl jedesmal ein moment von sehnsucht nach einem DU, enttäuschen jedesmal ein moment hoffnung. Das lese ich aus den winzigen blicken, die sich auf die ankommenden richten!

Noch immer die meiste zeit des tages sitze ich nur bei denen, - alles strömt um mich herum und ich krieg die zaghaften individuellen impulse mit. Nur so kann ich die leute kennenlernen - indem ich nicht über deren grenzen gehe. Und ich spüre, für sie bedeutet manchmal schon ein blick eine grenzüberschreitung, wodurch ihre '*schneckenfühler*' sich wieder einziehen. Stille, zurücknahme ist nötig.

Bei der abteilungsbesprechung (*ärztInnen, psychologInnen, oberschwester, wir zwei heilpädagogInnen*) informiert die oberschwester darüber, daß vertreter einer kleiderfabrik aus dem vogtland kommen mit sehr schönen modellen, preiswert, gut gearbeitet, maßanfertigungen möglich - für die patientInnen und auch wenn wir etwas brauchen: "Kommen sie, es wird sich lohnen!" -

Unter erwachsenen gehört es zur normalität, schon im gesichtsausdruck etwas darzustellen. - Beeinträchtigte, hospitalisierte, regredierte menschen schauen mich an und kaum etwas geschieht in ihren gesichtern, in diesem sinne. Möglich bleibt allerdings, *ihr sein* wahrzunehmen.. - Wie kristallisiert

* Ken KESEY: '*Einer flog über das Kuckucksnest*'

Hannah GREEN: '*Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen*'

("petrifiziert", sagt novalis) erlebe ich das eigene dieser menschen: Der tänzer. Der staunende. Der sehnsüchtige. Der gütige.*

Es ist schon schwer zu verstehen, daß niemand bei denen war bisher, tag für tag, und niemand bei ihnen ist, wenn ich nicht da bin. Einfach so.. - und sie warten auf das nächste essen und bis sie ins bett können..

Ilona schreit seit drei wochen, schmeißt möbel um, ißt kaum mehr. Sie gehört in die 'trainingswohnung', das dritte haus, in dem 10 bewohnerInnen von der anderen heilpädagogin und einem psychologen seit zwei jahren auf den umzug in ein wohnheim vorbereitet werden. Wegen ihrer aggressiven phase ist sie jetzt bei uns. -

Ich bin (illegalerweise) am sonntag gekommen, um zeit für sie zu haben. Irgendwann habe ich sie spontan gehalten, in die arme genommen - und hab gespürt, wie dosiert ihr widerstand war, - daß sie mir nie wirklich aus den armen glitt, obwohl ihr das möglich gewesen wäre.

Ich hab sie gehalten, gegen ihr schreien, ihren widerstand, ihre versuche, dennoch möbel umzuschmeißen, menschen zu boxen, zu treten. (Mich aber keine sekunde!) - So ging es dann zwei stunden, und später nochmal eine stunde lang!

Ich hab viel achtung bekommen vor ihr, - dabei hat es für außenstehende vielleicht ausgesehen, als ob ich sie übelst unterdrücke. In ihrem gesicht namenlose verzweiflung. Sieht das keiner?

Ihre dauerbeschäftigung ist es, im park aststücke zu sammeln und exzessiv von denen die rinde abzunagen. Das macht sie seit jahren - sodaß alle ihre zähne abgeschmirgelt sind bis zum knochen; jetzt soll sie eine massive metallbrücke hineinmontiert bekommen. - Heute bin ich mitgegangen im

* siehe auch Karl KÖNIG: *'Der Impuls der Dorfgemeinschaft. Menschenkundliche Grundlagen für das Zusammenleben von Erwachsenen mit und ohne Behinderungen (Stuttgart 1994)*

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

park. Zunächst war sie irritiert, dann hat sie mich akzeptiert und immer klarer gingen winzige kommunikative momente zwischen uns hin und her. Ich hab sie gefragt, ob sie mir eins ihrer aststücke schenkt; nach der zweiten frage gab sie's mir in die hand. Dabei sind das heiligtümer - und sie läßt sie sich niemals wegnehmen, hat eine riesige sammlung, die ab und an insgeheim reduziert wird vom personal.

Ilona.. - zuerst wirkte sie auf mich wie eine versoffene schlampe. Sie nimmt im augenblick nichts mehr wahr als den kampf um ihre identität - so sehe ich's jetzt. Als ich ihr nahe war in den stunden am sonntag, hab ich ihre schönheit erlebt, - wirklich schönheit! Ihr körper, ihre hände, ihr gesicht, ihre augen, ihr blick, die auf den kampf reduzierte aufmerksamkeit, die präzisen bewegungen.. - Eine verzweifelte amazone - aber was, was ist so schrecklich für sie? Am ehesten wohl doch eine psychose.

Einmal bei der visite sprach der chefarzt von "hysterisch".

Wegen ilona bin ich in der frühbesprechung böse aufgelaufen bei dem für sie zuständigen psychologen. Sie hätten im laufe der jahre auch schon alles versucht - und gehalten werden sei ihr unangenehm, basta! Und stöcke sammeln ginge sie lieber alleine, basta!

Die zuständige reha-/heilpädagogin: Ilona war so und so weit in ihrer sozialen entwicklung, also müssen wir erreichen, daß sie jetzt dort wieder hinkommt. Alles andere sei demgegenüber regressiv. Sie in solche regression zu begleiten, verstärke nur diese regression, basta! *(Von BALINTs 'therapeutischer regression' zu sprechen, war witzlos. Davon hat niemand je gehört. Von FOUDRAINEs therapie mit menschen in psychosen zu erzählen, hab ich mir erspart.. - Als der mit jemandem zeremoniell dessen kacke im klo beerdigt hat..)*

Die oberschwester: "Sie kennen ilona ja gar nicht!"

Der chefarzt gießt öl auf die wagen, sitzt ansonsten mit pokerface da und äußert keine eigene meinung.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Wozu war dieser konflikt wegen ilona jetzt nützlich? Eventuell, um mir zu zeigen, daß ich schon wieder dabei bin, größtenwahnsinnig zu werden.

Ich gehe jetzt bitte wieder zu den anderen, unspektakulären, und bemühe mich tag für tag um kontakt, dialog! Stelle tag für tag dar, worum es mir geht. Denn die mitarbeiterInnen kennen keine entwicklungsförderung und keine nonverbale kommunikation und werden das nie ernstnehmen, sofern sie's nicht vorgemacht bekommen. Die geduld, bei dieser unspektakulären arbeit zu bleiben, das ist jetzt meine aufgabe. Nicht psychocrack sein.

Jeden tag denk ich an mehr leute.. Sonja, die in gefühlen zerfließen möchte; silke, die ihre innige lebensfreude verbinden muß mit ihrer scheu und furcht; eva, das arme *kaspar hauser*-wesen, die essenskrümel vom boden sammelt und ganz zusammengenommen ist in ihrem rigorosen rückzug; ute, die einfach gut ist; anna, die zähe, die jahrzehntelang fixiertsein überlebt hat. Während dieser zeit hat sie nur geschrieen, heute kratzt sie, schlägt die fingernägel in den arm des andern, daß er dableibt. Wenn sie merkt, jemand bleibt bei ihr, genießt sie es - bricht nur manchmal noch in grelle schreie aus. - Lisa liebzuhaben, ist am leichtesten. Zumindest für mich.

Bei den leuten zu sein in der gruppe, stunde um stunde, ist zum pulsierenden kern meiner arbeit geworden, und das soll es auch bleiben. Jede besondere förderung soll wieder in deren alltag hineinfließen, der dadurch wertvoller werden kann. Auch die schwestern könnten auf diese weise ein bißchen dazuwachsen. - Die leisen momente des selbstbestimmten alltags der bewohnerInnen (also jenseits dessen, was vom personal kommt) mitzukriegen, ist für mich voraussetzung, um dann mehr und mehr auch mit einzelnen bewohnerInnen authentisch in kontakt kommen zu können.

Wie können die schwestern das aushalten (vor allem junge, wenn sie neu hierher kommen), tag für tag, stunde um stunde die sehnsucht in den blicken der leute wahrzunehmen - oder zu ahnen, daß die da ist oder da war, bei denen, die niemanden mehr anschauen..

(*'Namenlos'*, der ursprüngliche titel eines ganz wichtigen buches von dietmut NIEDECKEN..)

Mit ali, der sonst nur in sich versunken rumhängt, erlebe ich das bislang subtilste beziehungsmoment überhaupt, - voller trauer, hoffnung, resignation, mißtrauen, zaghaftem mut.. Irgendwann bricht saches weinen durch bei ihm, tränenlos, als ob er noch nie erlebt hätte, daß er dies einem andern menschen zeigen kann.

Ein anderer, der mich zuerst rigoros wegschubst und an der hand aus dem raum führt und dort stehen läßt - er wirkt ziemlich heruntergekommen, zerstört -, nimmt mich später an der hand, holt uns aus dem spielzeugregal einen weichplastikluftring und mit dem spielen wir gemeinsam, ganz sacht, winzige bewegungen, schon auf 3m wäre überhaupt keine bewegung mehr zu sehen, - manchmal bringen wir nur den ring zum zittern zwischen unseren händen.

Als ich mit ali da stehe, versunken in unsere stille kommunikation, spricht mich eine schwester an: "Wollen sie nicht mit den patienten draußen plaste-
eier an die zweige hängen?"

"Nein, ich will ja vor allem auf das warten, was von denen kommt!"

"Naja, - die können ja nicht wissen, daß sie ostereier aufhängen sollen!"

"Bei mir sollen die gar nichts - !"

Diese menschen leben im gefängnis, eigentlich in isolationshaft. Nicht die kognitive beeinträchtung ist das gefängnis, sondern die hospitalisierenden umstände sind es und auch der panzer aus minimalbefriedigungen und ersatzbefriedigungen, den sie sich aufbauen mußten.

..Nur das *'Du!'* anbieten - stunde für stunde, minute für minute, tag für tag, wochenlang. Schon jetzt, in der zweiten woche, sehe ich wirkungen.

'Genauheit & liebe'.. - mein bemühen um achtsamkeit in all den jahren, gegenüber steinen und liedern, kindern, teddys und falschhängenden bildern

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

- alles brauch ich jetzt. Bedeutungen und begegnungen liegen hier in subtilsten, zaghaftesten nuancen.

Noch nie konnte ich etwas anfangen mit diesem ritual des handgebens; mir erschien das immer als oberflächlich, eine unangemessene intimität ohne sinn. Jetzt ist es anders, hier erlebe ich dieses moment, *'deine hand in meiner hand, meine hand in deiner hand'* als grundlegendes, geradezu archetypisches beziehungsmoment - noch vor jedem blickkontakt, der ja bei diesen menschen aufgrund der hospitalisierungserfahrungen nicht selten verschüttet ist als beziehungsmöglichkeit. Die berührung als solche ist offenbar das letzte, was bleibt, - und das bergenden, geborgenheit gebende im handgeben scheint eine im kontakt mit diesen menschen ideale form zu sein: es ist zugleich offen, frei, kein festhalten oder festgehalten werden, es ist überschaubar selbst für sie, die kaum gewöhnt sind, mehrere reize zugleich zu verarbeiten, - und doch verweist es auf alles, auf heimat, schutz, ruhe, gewißheit. Ganz ohne begrifflichkeit, ohne geforderte leistung.

Ja, dafür hab ich mir das handgeben aufgespart. Denen soll meine hand gehören..

Oder jemandem die hand auf die schulter, auf den kopf legen, - oder wenn ali meine hand sich auf den kopf legt und ich streichle sein haar..

Eine einladung an eltern (die zugleich amtliche betreuer sind) wird unterschrieben von chefarzt, oberärztin und stationsarzt..

"Die wunde schließt der speer nur, der sie schlug!" (Parsifal) - - Das gilt sehr auch für meine arbeit hier. Nein, die zeit heilt keine wunden; wenn die sehnsucht des menschen nach beziehung, nach mitmenschlicher bindung lebenslang unbefriedigt blieb, kann erstmal nur begegnung und zuwendung etwas heilen. Keine therapiemethode, kein plaste-technik-spielzeug-schnickschnack, wie er hier zuhauf rumliegt !

Nach den vier ostertagen: wieder 'klassenarbeitsgefühle'; warum denn nur? - Angst, sie wollen mich doch nicht, sie werden mich rausschmeißen nach der probezeit, ich bin ihnen unbequem.. - Ich bin doch immernoch der kleine wolfi, der auf seiner schlüsselblumenwiese sich zuhause fühlen will und sonst gar nix.

Aber was sind denn die alle dort, in den beiden häusern, - stunde um stunde, tag für tag, jahr um jahr??? Schon 20 jahre.. - "Weinen? Lachen? - Weinen? Lachen? Aua?" (Sonja, die zärtlichkeit will, wärme, sex..)

Es ist doch klar, daß ich zu denen gehöre und deswegen diese stelle habe (und haben will). Aber ganz bescheiden, - von ihnen lernend. Als angebot. Um deren leben geht es, nicht um meines. - Nicht um machtkämpfe und positionen in der erwachsenenwelt.

Ich muß so ehrlich bleiben, wie die alle sind; - ganz einfach da sein und tag für tag machen, was ansteht. Nicht kämpfen. Da sein. Achtsam sein. Genauheit & liebe.

Jetzt akten lesen.. stundenlang. Die einzigen dokumente eines ganzen lebens. Es gibt welche, die länger in diesem krankenhaus sind, als ich auf der welt bin.

Mir kommt es vor, als ob alle mich beobachten und erwarten, daß ich *hoppla-hopp!* irgendwelche maßnahmen ergreife. Dabei geht es bei mir erstmal in die andere richtung: daß ich noch bescheidener werden muß, ganz mich zusammennehmen, um nicht in macherwahn zu verfallen - angesichts dieses elends. Um es nicht mehr so deutlich wahrnehmen zu müssen. (Darüber schreibt auch NIEDECKEN.)*

Wohl alle, die hier über längere zeit arbeiten, investieren wesentlich mehr von ihrer individuellen authentizität als sie es in anderen berufen täten, - sie müssen mehr davon investieren, um das durchzuhalten. Also sollte ich denen nicht noch kraft nehmen, indem ich gegen ihre anscheinenden oder

* Dietmut NIEDECKEN: 'Namenlos. Geistig Behinderte verstehen' (München 1989) - Bis heute eines der wichtigsten bücher zur geistigbehindertenpädagogik!

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

scheinbaren mängel und irrtümer ankämpfe. Ich will dazutun, was ich dazu tun kann. Unvereinbarkeiten erfordern kompromisse ! (Wozu ich bislang noch kaum je in der lage war..)

Hier kommt es auf jeden einzelnen schritt in die richtige richtung an; es ist nicht der platz für seminardiskussionen über heilpädagogik.

Was haben diese menschen alles durchgemacht in ihrem leben! Wofür sie keine wörter haben - es hätte sich eh niemand dafür interessiert.

Sonja ist blind, lese ich.. Hab ich noch garnicht gemerkt. - Beeinträchtigt mit 7 aufgrund einer schutzimpfung. Davor völlig gesund.

Die phalanx der alten mitarbeiterInnen steht zusammen und ich als neuer (der dazuhin "alles" ändern soll) muß auf die zugehen. Von sich aus machen sie keinen schritt auf mich zu. Und wenn ich dann mich auf die arbeit mit den betreuten konzentriere, fühlen sie sich übergangen. Ich wollte nicht in solchen 'spaltungen' reinrutschen und jetzt ist es doch so gekommen!

Hilflosigkeit. Wie soll ich das schaffen?

Ich will doch mit denen zusammenarbeiten - aber ich will meine sachen machen und nicht eine art beschäftigungstherapeut unter der fuchtel der beiden stationsschwestern. (Der chefarzt hatte mich schon zu beginn gewarnt, noch jeder psychologe oder stationsarzt, der in diesen häusern gearbeitet hat, sei von den schwestern eingespannt worden oder hätte über kurz oder lang das handtuch geworfen.)

..Ich bin doch nur ein kind, ich kann nur meine sachen aus mir heraus machen, sonst nix. All dieses kämpfen, tricksen, taktieren der erwachsenen, - ich kann das nicht!

Frühlingsanfang.

In der frühbesprechung haben sie mir mut gemacht, als ich von mir aus offen meine situation dargestellt habe. Der chefarzt: "Es ist ein dornenreicher weg, der vor ihnen liegt, aber.."

Ja, das gespräch mit den schwestern muß jetzt ein schwerpunkt werden.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Schon entstehen konkrete ideen zur förderung, lagern sich an die erfahrungen mit einzelnen bewohnerInnen an. *"Die arbeit wächst von innen her."* (Lambert Schneider)

Wir machen eine 'HEILTHERAPEUTISCHEN ERFAHRUNGSRAUM' in diesem kellerbereich, der schon seit jeher zum rückzug genutzt wird. Momente von geborgenheit, eine überschaubare verbindung von alltäglichen erfahrungsmöglichkeiten: sitzen, malen, musik hören, liegen, sich zurückziehen, spielen.. - keine krankenhausroutinen, kein stressiges rumlaufen des pflegepersonals! - Und genutzt werden soll das (unter anleitung) von frauen und männern gleichermaßen - als nächster schritt zur auflösung der geschlechtertrennung.

(Das wort "heiltherapie" habe ich kreiert, weil das pflegepersonal etwas anerkennt offenbar allenfalls dann, wenn es "therapie" heißt. - Im übrigen wurde ich auch schon als "heilpraktiker" bezeichnet. Meinen Lieblingsbegriff "heilpädagogik" gibt/gab es in der DDR nicht; hierzulande heißt das "Reha-pädagogik".)

Es sollte schon festgehalten werden, daß diese krankenhauserwaltung die angemessene therapeutische arbeit sabotiert, indem sie den entsprechenden mitarbeitern (mir) die grundsätzlich bestehende möglichkeit zur gleitzeit versagt und damit bewirkt, daß täglich ab 16.30h und am wochenende niemand außer dem pflegepersonal da sein kann. Und der chefarzt keine möglichkeit sieht, das durchzusetzen.

Unser psychologe erzählt mir, die stationsschwester im frauenhaus hat 1 1/2 jahre von sich aus kein wort mit ihm gesprochen. Immer deutlicher wird, daß die schwestern tatsächlich auch von anderen therapeutInnen als das größte problem hier gesehen werden.

Ärzte und therapeuten scheinen dem pflegepersonal gegenüber durchgängig irgendwie unsicher gegenüberzustehen - als seien das halb wilde tiere, die

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

immer bei laune gehalten werden müssen, weil sie sonst gefährlich werden. - Der chefarzt erwähnte, daß er früher 50 % seiner arbeitszeit bei den schwestern zugebracht hat; - akzeptiert oder gar gemocht wird er von denen aber offensichtlich noch immer nicht. Ich werde den schwestern jedenfalls nicht hinterherlaufen, wie es mir implizit manchmal empfohlen wird. Sowas ist dann kaum mehr zu ändern bzw. führt bei veränderung (also entzug von macht für die schwestern) mit sicherheit zu völliger verhärtung der fronten. - Ich bleibe freundlich, reagiere kooperativ, wie es sich eben ergibt. Im selben maße, in dem inhaltlich die zusammenarbeit mit dem pflegepersonal relevant wird, werde ich denen das auch vermitteln. Aber eben so herum, - indem ich den takt der entwicklung vorgebe.

Grad mache ich eine liste von materialien für musiktherapie, die ich anschaffen möchte - da finde ich in der abstellkammer in einer großen plastiktüte nahezu alles, was ich haben wollte - noch originalverpackt. Von der stationsärztin erfahre ich, daß da ein psychologe angefangen hatte, das alles eingekauft hatte - und dann sich erfolgreich auf eine andere stelle beworben hat.

Die durch und durch sympathische, um verantwortungsvolles und differenziertes vorgehen bemühte stationsärztin: "Wenn die patienten etwas wahrnehmen, dann ist es minuziös all das beim andern, was sie irgendwie ausnützen können!"

So interpretiert sie die natürliche, überlebensnotwendige suche nach individuell relevantem kontakt! Es ist erschreckend, wie ihre sensibilität und unbestreitbare solidarität mit diesen menschen vergiftet ist von der normal-sozialisation! (Meist spricht sie von den "jungens und mädels".)

Aber ich bin froh über die gespräche mit ihr, die seit 1990 hier ist. ("Da hätten sie mal vor ein paar jahren hier sein müssen, - das war nicht so selten, daß die schwestern nur nach hilfe gerufen habem, weil sie's nicht geschafft haben; - patienten haben sich verprügelt..")

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Bei einer tagung hat jemand zum chefarzt gesagt, wieso beeilen sie sich denn so mit der enthospitalisierung - da hängen doch schließlich ihre arbeitsplätze dran; wenn die leute weg sind, sind die auch weg!

..Manchmal kommt anna selbständig hoch in mein zimmer, guckt, ob ich da bin. Eine zeitlang sitzt sie gerne still auf einem stuhl, dann aber will sie alles erkunden - und das heißt bei ihr: zerlegen und aufessen. Mit der würd ich gern was machen, aber sie kommt bald weg, da ist's wenig sinnvoll, noch was neues anzufangen.

So viel lebenskraft in ihr, auch viel humor - und gar nicht so wenig verständnis, wie es zuerst scheint.

Mai 1995

Als ich bei alfred im wachsaal sitze (er ist mal wieder fixiert, weil er jemanden irgendwie angegriffen hat), kommt eine jungschwester mit kuchenstücken. In einem bett liegt, ganz zugedeckt und in embryonalhaltung zusammengekrümmt, wilfried - das maskottchen der schwestern, der im alltag 50% aller zuwendung bekommt, mit kindchenschema-gesichtsausdruck, allgemein nur "der dicke" genannt (was "liebevoll gemeint ist"). Sie lockt ihn mit kuchen, lüftet seine decke etwas, sein arm taucht auf, nimmt sich das kuchenstück, verschwindet wieder. Später läßt er sich (splitternackt) aus dem bett fallen und kriecht um das bett rum und darunter, um dort alle winzigen krümel aufzulesen und in den mund zu stecken. "Na, was macht denn unser dicker da? Die krümel aufsammeln - ?"

Vorhin war lisa bei mir im büro, stakste rum, wie sie eben ist, ihre absolute autonomie, unangreifbarkeit - falls sie es so will. Bei ihr denke ich noch am ehesten an eine (allerdings eher ungewöhnliche) form von autismus, so fremd geistert sie durch die welt, bleibt selbst in ihrer seltenen körperlichen zuwendung wie von einem andern stern.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Lisa kann ich ganz und gar akzeptieren, von ganzem herzen, so, wie sie ist, in ihrer rigorosen 'unproduktivität'. Eine lilie auf dem felde. Sie läuft durchs leben und tut nichts, nichtmal hospitalisierungsbedingte rückzugsbefriedigungen sehe ich; sie scheint völlig im reinen zu sein mit der welt, solange sie genau das machen kann, was sie will - schiebt ihre stühle zusammen, freut sich - völlig unbefangen - ist immer neu am hinschmeißen und aufheben von gegenständen, manchmal lehnt sie sich an einen anderen menschen ran - fast wie ein sack rutscht sie demjenigen dann über die schulter oder den schoß, wie eine echse bei ziemlich tiefer temperatur, steht ruckartig wieder auf und stakst weiter.

Aber sie schaut mich schon häufiger an, wenn sie bei mir ist, forschend - und guckt doch irgendwie durch mich hindurch, oder? Ich weiß es nicht.

Sie beobachtet so konzentriert wie ein tier, lauscht, schaut, ein vogel, ein reptil. Und stakst ruckartig weiter. Diese frau..

Sie läßt sich nicht anfassen, wehrt das konsequent ab, viel reflexartiger als andere, automatischer. Manchmal aber will sie körperliche zuwendung, ist dann total verschmust (aber dennoch wie eine marionette!) - und wendet sich irgendwann abrupt wieder ab. Wie eine katze.

Auch ihr beobachten meint eigentlich nichts soziales, sondern bezieht sich auf geräusche und bewegungen. In ihren kontakten mit menschen scheint es offenbar vorrangig um stimulanz zu gehen: Sie will etwas spüren - aber sie macht nix soziales draus, sie holt sich den reiz ab wie aus'm automaten.

Als sie heute bei mir war und etwas neues auf die erde schmeißen konnte, was sie noch nie in der hand gehabt hatte, war sie völlig aus dem häuschen vor begeisterung, schon zuvor genoß sie es sichtlich, das in der hand zu haben, und dann - !

Sie strahlte (in ihrer marionettenhaftigkeit), konnte sich noch lange nicht beruhigen.

Je mehr ich drüber nachdenke, desto mehr schuppen fallen mir von den augen! So viele autistische momente.. - Darauf hätte ich schon vor 2 wochen kommen können! Mensch, lisa!

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Ihr penibles zurechtrücken der sachen in den regalen im tagesraum (die sie zuvor oder danach runterschmeißt).. - beim pflegedienst heißt es dazu: "Das tut sie, weil sie einen ärgern will - dann freut sie sich!"

Ein psychologischer bericht über alfred. Sehr differenziert und kompetent, aber das einzeltherapeutische bemühen orientiert sich ausschließlich an leistung im sinne der anforderungen der normalgesellschaft. Kein gedanke wird an die entfaltung der individualität verschwendet; vermutlich wird es tatsächlich so gesehen, daß ich-stärke sich aus gesellschaftlicher leistungsfähigkeit entwickelt. (Natürlich gibt es ähnliche auffassungen auch im westen.) - *'Selbstbestimmung'* wird dann ausschließlich als folge von *'selbständigkeit'* verstanden.

Alfred klopft bei formulierungen mit aufforderndem charakter dem andern grundsätzlich heftig auf die schulter. Ein anderer psychologe (in einem anderen bericht) will das umgehend ändern: indem er ihm gegenüber argumentiert, "klopfen tut weh"; alfred solle lieber "streicheln". Keinerlei versuch, zu verstehen, warum alfred das macht! (Dieser bericht ist 2 jahre alt; natürlich macht alfred es noch immer.)

Als ich bei einer visite wegen michaelas aggressivem verhalten frage, betont eine schwester, ich brauchte keine angst zu haben, "uns respektiert sie!" - Und die stationsschwester warnte mich bei unserem ersten gespräch: "Wenn sie sich nicht gut stellen mit den schwestern, und dann stecken sie in einer situation, in der jemand sie aggressiv anmacht, helfen die ihnen nicht, - dann lassen die sie stehen!"

Wenn ich die schwestern manchmal rumbrüllen höre oder ihre körpersprache erlebe, hab ich den eindruck, sie ziehen selbstwertgefühl aus ihrer fähigkeit, mit "so gefährlichen" patienten umzugehen. Eigentlich wirken die meisten schwestern auf mich durchgehend wie dompteure im zirkus, - sie strahlen 'beherrschte machtvollkommenheit' aus.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Nachdem der stationsalltag früher offenbar tatsächlich von aggressivität (auch der bewohnerInnen) geprägt war, verwundert diese form der hospitalisierung bei den schwestern nicht.

Die oberärztin berichtet in der frühbesprechung von einer urlaubsfahrt (mit langzeit-psychotischen patienten ihrer station) und resumiert: "Da zeigt sich mal wieder, daß viele der verhaltensweisen von langjährig hospitalisierten menschen verschwinden, sobald sie nur in einer anderen umgebung sind." - Der chefarzt trägt sein pokerface, ich hab sacht genickt..

Eine schwester hat bernd ein pflaster auf den mund geklebt, damit der nicht schreit. Wobei der fixiert war (wegen aggressivem verhalten). Der chefarzt ist erschüttert und führt ein gespräch mit der betreffenden.

"Nimmt von sich aus keinen kontakt auf, bei versuch der kontaktaufnahme keine verbalen Äußerungen, läßt hand nicht mehr los, krallt und beißt."

Eine frühere eintragung in der akte von ali, einem 30jährigen mann, der seit dem 5. lebensjahr in heimen und krankenhäusern ist und wohl noch nie ein wort gesprochen hat.

Ilona: Faustan geben bei "erregungszuständen" gilt nicht als gewalt, fixieren gilt auch nicht als gewalt (sondern als "therapeutisches mittel"), aber kontaktversuche über 'interaktives festhalten' gilt als gewalt. Sicher machen sie sich's in dieser abteilung nicht leicht mit der medikation, denken immer neu drüber nach in den visiten und in der frühbesprechung, - dennoch wäre bei ilonas verhalten, über dessen ursache es nur spekulationen gibt, als erstes eine mitmenschliche, interaktive intervention angemessen - sich einbringen, sich nicht vorenthalten, - die betroffene anzusprechen versuchen als 'du' - um dann zu sehen, was dabei rauskommt!

Das (bekanntermaßen hospitalisierungsbedingte) rhythmische schaukeln bei vielen wird hier ausdrücklich als symptom der frühkindlichen hirnschädigung

interpretiert. Spezielle macken gelten im zweifelsfall als *"psychottisch"* - oder als symptom des auch sehr beliebten *"hops"*, - das heißt 'hirnorganisches psychosyndrom'. Manchmal stimmt das natürlich.

Die beschäftigungstherapeutin beklagt sich, daß lisa jetzt bockt und nicht mehr mitarbeitet; gemeint ist: wegen meiner andersgelagerten einzelförderung. Ein "riesiger rückschritt!" sei es, "eine tortur für mich!" (Nein, *sie* sei nicht überfordert, sondern lisa sei es.) Klare erwartung, daß ich meine arbeit so verändere, daß ihre vorzeigepatientin wieder brav die bisherige leistung erbringt (mit 1 keks als belohnung). - Diese therapeutin hat in zwei jahren mit lisa das grundlegende erreicht: ihr die erfahrung einer vertrauenswürdigen mitmenschlichen interaktion zu vermitteln. Wo sonst nur stationsalltag ist, bedeutet jeder einzelkontakt gewinn. Wenn dann etwas anderes dazutritt, können die menschen lernen, auszuwählen. Das ist der nächste schritt - den ich jetzt der bisherigen therapeutin nachvollziehbar machen muß. Das ist nicht leicht: "Ich habe den auftrag bekommen, sie zu beruhigen - und jetzt kommen sie und ich stehe mit ihr wieder da, wo ich angefangen habe - !"

Lisa sei "überfordert" mit der aufgabe, hier unterscheiden zu lernen zwischen den verschiedenen settings, also: mit der zunehmenden selbstbestimmung. - Die therapeutin verwies auf ihre langjährige erfolgreiche arbeit und zuletzt kam von ihr noch ein hinweis, "auch in der station haben sie ja schwierigkeiten.."

Hab mich dann im kreis der schwestern nach solchen "schwierigkeiten" erkundigt und es wurde ein gutes gespräch. Denen ist bewußt, daß verschiedene lebensbereiche verschiedene regeln und prioritäten haben und daß die separat gelernt werden müssen - daß lisa jetzt dabei ist, drei "bühnen" ihres alltags zu unterscheiden - und daß das ein fortschritt ist.

Autismustherapie mit lisa. - Wie reine beziehungslebendigkeit sich entfalten kann in einem spiel, das mechanistischer, formalistischer kaum mehr vorstellbar ist! Alles, was lisa macht, meint das erproben von interaktion mit

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

der außenwelt, das mut fassen, zurückweichen, beobachten, wiederaufnehmen, abwarten..

Und in mir tiefe befriedigung, wenn sie schon reinkommt und mit ihren rituellen abläufen anfängt! Unsagbare ruhe kehrt ein, wenn ich sie hinter mir höre mit den vertrauten geräuschen.. Der andere stuhl.. Der lichtschalter.. Der Erste Klöppel (den sie immer als erstes in die hand nimmt)..

Aber das schönste heute: ich habe lisas stimme gehört! Irgendwann schaute sie mich an und sagte in einer vollen, klaren mädchenstimme sowas wie: "*Má-wed!*" Ich habe versucht, es aufzunehmen, ihr zurückzugeben - aber mehr kam nicht von ihr.

In den akten heißt es, sie hat nie gesprochen.

Ein videofilm über schizophrenie, zu der der chefarzt uns gedrängt hat, mit anwesenheitsliste. - Stellte sich als pharmafilm heraus, der (in technischer perfektion) schizophrene symptome darstellte, natürlich mit gewichtung auf biochemische effekte (dopamin-hypothese), zu deren komensation diese und jene präparate hervorragend geeignet seien. - - Am ende lobte der chefarzt die sehr instruktive darstellung.

Und wieder hat lisa etwas gesagt: "*Wáíwa*" oder so ähnlich. Wie schön ihre stimme ist.. Sicher hat sie sich so schon r geäußert , aber niemand hat's als sprechen ernstgenommen. Es ist aber ernstzunehmen - das sind keine babylaute, ist kein lallen, es sind komplexe lautierungen, die zur entwicklungsphase des sprechens gehören! - Im grunde will sie sprechen.

Als ich in der frühbesprechung die häufigen kompetenzunklarheiten anspreche, - daß ich oft nicht weiß, an wen ich mich halten soll bzw., wie unangenehm es sei, manchmal so hin- und herverwiesen zu werden, herrscht zunächst schweigen; dann äußert der chefarzt, sehr zurückgenommen: "Naja, grundsätzlich können sie sich ja auf mich berufen - und ansonsten ist etwas taktik nötig!"

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Es wird schwierig. Ich will in die einzelförderugn einsteigen - aber es gibt noch keine räume dafür, nur mein kleines büro. Und kaum material. - Wenn die jetzt bei dem schönen wetter draußen im garten sein können, endlich, nach all den monaten im tagesraum, würde ich sie da allerdings eh nicht wegholen wollen.. Ja, ich muß mir möglichkeiten für draußen einfallen lassen.

..Neben wolfgang sitzen und er fängt an, das in besonderer weise auf sich zu beziehen; alfred reagiert eifersüchtig und nimmt dann meine zuwendung froh an; mit jürgen ball spielen und erleben, wie er besser fangen kann, wenn ich mehr ruhe in unser spiel bringe; eva jeden tag zeigen, daß jemand sie meint; mit michel durchs gelände gehen hand in hand und wissen, daß die schwestern ihn für "heimtückisch" halten; ali aufsammeln, wenn er verloren in irgendeiner ecke steht, und auch ihm die erfahrung geben, daß er von jemandem zuwendung bekommt..

Die individualitäten gewinnen an eigengewicht in meinem arbeitsalltag, - ich erkenne einzelne motive wieder, die stehen nebeneinander und sind dennoch ineinander verwoben bei denen, die ja alle seit vielen jahren zusammen sind. Dieses geflecht der selbstbestimmten motive wird mich im laufe der zeit tragen bei dieser arbeit, wird mir bestätigung und kraft zurückgeben, - ich bin sicher.

Daß ich tatsächlich angestellt bin und ziemlich viel geld dafür bekomme, auf unbegrenzte zeit, um zu menschen in beziehung zu treten so radikal und authentisch, wie es mir nur möglich ist - das ist vielleicht ja das größte wunder meines (an wundern nicht armen) lebens!

Daß die mich lassen, mir zeit lassen dazu.. - Nur so kann ja beziehung wachsen..

"Sag mal, spinnst du heute?! Bei dir piepts wohl!?! - Dir helf ich noch!" - Das wurde soeben mit voller stimmkraft durch die räume geschrien, von einer schwester. Es dürfte für nicht wenige frauen einige befriedigung bedeuten, in dieser weise sozial akzeptiert 'dampf ablassen zu können'.. Aber soviel hab

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

ich in den zwei monaten schon gelernt, daß ich da jetzt nicht intervenieren kann.

Selbständigere bewohnerInnen heißen bei etlichen mitarbeiterInnen "die großen", die weniger selbständigen entsprechend "die kleinen".

Mir fällt auf, daß unser chefarzt einige der schwestern duzt; dennoch wird er von denen (wie von offenbar jedem außer mir) mit "herr chefarzt" angeredet. (*Woanders gibt es auch eine "frau chefarzt".*) – Wenn ich mit ihm telefonieren will, möchte seine sekretärin immer gern wissen, worum es geht, – "ein stichwort, – damit ich vermitteln kann!" Nachdem sie das jetzt schon mehrfach nicht bekommen hat, äußert sie: "Sie tun sich da immer so schwer, herr v. lüttichau, das zu sagen – –"

(Und in einem verteiler, ausgehend von dieser sekretärin, tauche ich als "heilpraktiker" auf.)

Als mich einmal der krankenhausesleiter sprechen wollte, hat dessen sekretärin das zelebriert wie einen staatsbesuch; das gespräch kam dann doch nicht zustande, – worum es hätte gehen sollen, weiß ich bis heute nicht.

Eine oft eingeflochtene redensart des chefarztes: "..Das kommt so bissel von drüben.."

Naja, ich komm auch "von drüben", und langsam merk ich das wirklich. Aber mir wird immer klarer, daß ich eigene intentionen verwirklichen kann allenfalls durch stetes bemühen um konstruktiven austausch. Niemals durch kampf gegen das, was andere machen. Nur dadurch, daß ich gemeinsames suche und verstärke. – –

Ach, ich hab mir (und andern) früher wohl das leben oft sehr schwer gemacht.. Hatte ja immer das gefühl, mit dem rücken zur wand zu stehen, und wenn ich nur einen schritt aus der deckung trete, werde ich überrollt.

Der chefarzt: "Das ist im grunde eine gesunde reaktion der patienten, wenn sie jetzt mehr betreuung fordern durch ihr verhalten!"

Eine schwester zur stationsärztin: "Was macht er denn da oben, mauert er sich ein in seinem zimmer??"

Aber wenn ich unten bin, wird mir vermittelt, daß ich mich in deren arbeit mische, sie behindere. - Unser 'Erfahrungsraum' im keller ist noch in der "rekonstruktion", andere räume hab ich nicht, außer meinem kleinen zimmer. Manchmal zieh ich mich in einen schlafsaal zurück mit ein paar bewohnerInnen, aber dagegen haben sie natürlich auch was.

Die stationsärztin erwähnt, wie oft sie in den beiden häusern schon das handtuch werfen wollte. "So schlimm wie hier ist es nirgendwo; um alles muß man erst kämpfen!"

Und lisa "macht rückschritte", wird mittlerweile sowohl von den schwestern als auch von den eltern kritisiert. Klar, - jede zunahme an selbstbestimmtheit bringt neue ansprüche an die außenwelt mit sich. Die "fortschritte", die sie bei bestimmten anderen fördermethoden erzielen, dürften großenteils fortschritte an anpassung und resignation sein - daß derjenige dann "besser zu führen ist". (Jemand ist "lenkbar" oder andererseits "auffällig", sind weitere kriterien.)

Die stationsärztin: "Versuchen sie doch mal, den schwestern klarzumachen, daß es manchmal nicht getan ist mit 'ner pille!!"

Der alltag in psychiatrischen stationen wirkt durchgängig ich-schwächend, nötigt den patientInnen ein 'hilfs-ich' auf, was wohl meist weder reflektiert noch irgendwann in qualifizierter weise zurückgenommen wird. (Siehe bei FOUORAINE.)*

Die stationsärztin berichtet in der abteilungsbesprechung, daß lisa in der station angeblich "nur noch macht, was sie will" - und daß schwestern mit kollektiver kündigung drohen, "wenn ihr euch nicht bald was einfallen laßt!"

Ich berichte ausführlich von meiner arbeit mit lisa - auch von meinen vesperbroten, die sie - die sonst oft nur süßkram essen mag - bei mir

* Jan FOUORAINE: 'Wer ist aus Holz?' (München 1973)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

begeistert entdeckt hat. Der chefarzt hat keinerlei einwände: "Sollen die schwestern ruhig mitkriegen, daß nicht mehr sie alleine die stullen verteilen!" Die stationsärztin deutet mehrbelastung auch für sich an (durch aufmüpfiger werdende bewohnerInnen). - Der chefarzt hält es für unabdingbar, daß meine arbeit jetzt im einzelfall transparent gemacht wird für das pflegepersonal. "Allerdings ist das hier ein krankenhaus - das gerät manchmal offenbar in vergessenheit!" -

Hinterher hab ich gleich lisas vater angerufen und ein bißchen erzählt..

Alfred und ich hatten uns im tagesraum schon längere zeit miteinander beschäftigt, da nahm er mir sacht meine brille ab (hatte er schon öfters gemacht) - und warf sie mit eleganter handbewegung aus dem offenen fenster. Da mußte ich sie dann im gestrüpp suchen - ohne brille. Solche aktionen sind nicht untypisch für ihn und eindeutig provokativ gemeint - fredo ist massiv unterfordert.

Hinterher war wieder die gratwanderung angesagt: Einerseits ihm klar vermitteln, daß ich das scheiße finde - und ebenso eindeutig zeigen, daß ich ihn weiterhin mag und wir im kontakt bleiben.

Manchmal sitz ich tatsächlich für eine oder zwei stunden in meinem zimmerchen, lese irgendwas, schreibe in den akten rum - aber gehe nicht runter zu den bewohnerInnen. Ich schaff's nicht, hab keine kraft mehr. Ist sowas ok? Mach ich genug? Oder spiel ich mich nur auf und bin im grund ein drückeberger, ein "überflieger"?

Juni 1995

Winzige beziehungsmomente mit eva, dieser wunderbaren frau.. Warum eigentlich "wunderbar"? Darüber kann ich nicht schreiben, reden..

Tag für tag sitze ich bei ihr auf dem boden, in gebühlichem abstand, und versuche, die winzigsten reaktionen von ihr mitzukriegen und angemessen zu beantworten.. - um uns herum der hexenkessel des tagesraums, ständig

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

flimmernder fernseher und die unerbittlichen routinen des personals. Natürlich kommen dann immer wieder andere auf mich zu und wollen was von mir. Aber eva kann ich (noch) nirgendwohin abschleppen; ihr platz auf dem boden mitten im tagesraum ist neben dem bett der einzige fleck auf der welt, an dem sie sich ein bißchen sicher fühlt!

Die erschreckende perfektion, mit der die bewohnerInnen in den eventuell seit jahrzehnten immer gleichen alltagsvorgängen funktionieren - wieviel sie da können.. und ansonsten sitzen sie ihr leben ab, tag für tag. Wenn es um 9h kekse und kaffee gibt oder wenn um 11h "trockengelegt wird". Ab 1/2 12h gucken einzelne (obwohl sie keine uhr kennen) schon aus dem fenster, ob der essenswagen kommt. Am badetag steht die schwester abends im tagesraum und ruft irgendwas - und wie automaten stehen sie auf und ziehen sich aus. (Hat mir die stationsärztin erzählt; so spät bin ich ja nicht mehr da.)

Ausführliches gespräch mit den schwestern in der frauenstation. - Lisa ist bei menschen, zu denen sie vertrauen hat, wesentlich kooperativer/sozialer. Hat sie solche möglichkeiten, läßt sie sich weniger leicht in den sonstigen alltag einpassen. - Schlußfolgerung der schwestern: Es sollte für lisa keine besondere zuwendung geben (außer der stark disziplinierenden arbeit mit der beschäftigungstherapeutin).

Ich beobachte eine krankengymnastik-stunde von silke; es geht um laufschiene. Zwischen den beiden jungen frauen das zusammengesackte häschen silke; die beiden über deren kopf hinweg in lebhaftes gespräch vertieft. Wie sollte silke da irgendeine motivation finden, zu laufen? (Früher lief silke, wenn auch zaghaft, unsicher. Nachdem sie öfters umgeschubst worden war von anderen bewohnerinnen, wurde sie - schon vor jahren - in den rollstuhl gesetzt. Und da blieb sie dann sitzen..)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Ein pfleger fordert marlies, die oft andere aggressiv anmacht, gestisch dazu auf, elke aus dem haus raus zu schubsen. Elke stand am treppenabsatz. - Zugegeben, elkes kontinuierliches rumschreien ist nervzerreißend für leute, die hier 8 stunden lang dienst haben, aber.. -

(Marlies ist ihr immerhin gefolgt, elke ging von selbst raus, und hat sie unten dann gehauen.)

Alle sind überfordert, niemand ist ausgebildet für dieses klientel, die meisten sind seit vielen jahren hier - und früher war es viel schlimmer, - mehr bewohnerInnen in den häusern und oft weniger personal.

Und ich soll da was ändern - und dabei weder in resignation und routine verfallen, noch mich durch überengagement unmöglich machen.

Gespräch mit einer mitarbeiterin eines trägers, der einige bewohnerInnen übernehmen wird. Es geht um bauliche bedingungen. Die schwestern können mit den fragen der frau nichts anfangen; als ich vermitteln will, reagieren sie hilflos bis panisch: was ich denn wissen will, sie hätten doch mit sowas nichts zu tun, sie kennen doch nur ihre situation, das sei doch in der hand anderer leute.

In einer krankenakte (von 1991): "Wenn ihre Taschen ausgeleert werden [*d.h., die von ihr gesammelten sachen werden ihr weggenommen!*], reagiert sie kurzzeitig mit Verstimmungszuständen [*d.h., sie ist wütend!*]."

Sacht ertrage ich das besser, oft nur rumzulaufen, da zu sein, mich ganz zurückzunehmen - und doch immer neu kontakt anzubieten.. bereit zu sein.. - weil sacht beziehungsmomente zu spüren sind: leute verhalten sich anders, - wie knospen.. wie wenn erste triebe die erde durchstoßen..

Der psychologe holt bernd zur therapiestunde. Dazu muß er in den garten, wo die meisten bewohnerInnen sind. Jürgen will mit ihm ball spielen, - der psychologe klopft sich sorgsam die weiße hose ab, als der ball ihn da getroffen hat, wimmelt jürgen natürlich ab.

Paul, der sich mir immer konsequent verweigert hatte (*"Ich bin keiner von den bekloppten da!"*), hat heute eine stunde lang mit mir rumgebubelt, wir waren nur froh miteinander und zwischendurch hat er mir bruchstücke von lebenserfahrungen erzählt! Das ist etwas anderes als wenn er manchmal für ein paar minuten "abgekitzelt" wird von einer schwester, und es wurde möglich nur, weil ich seine bisherigen abgrenzungssignale vorbehaltlos akzeptiert hatte.

In der lebendigkeit von schwer kognitiv beeinträchtigten menschen ist nichts, überhaupt nichts relatives und oberflächliches. *Sie sind wirklich*, ohne wenn und aber! Nicht wie die meisten "normalen" ("nichtbeeinträchtigten"), die letztlich unangreifbar bleiben, nicht zu fassen sind in ihrer individualität, weil sie sich bis in die intimsten regungen hinein verbergen hinter einem kaleidoskop von normen, ritualen, masken..

Lisa schlägt eine scheibe ein, das pflegepersonal dreht durch - die stationsschwester fordert mich auf, die förderung bei lisa zu reduzieren, "weil die genug bezugspersonen hat". Chefarztvisite, bei der die ärzte sich hinter mich stellen - ohne daß ich irgendwas rechtfertigen muß. Der chefarzt: das krankenhaus habe sich nach den deutlich gemachten bedürfnissen der patienten zu richten und nicht andersrum; lisas verhalten sei offensichtlich nicht aggression, sondern forderung nach zuwendung und förderung. - In der frühbesprechung tags drauf murmelte er noch, das sei jetzt ein schritt in die richtung, auf die es ihm ankomme.

Gespräch unter vier augen mit einer psychologin, die früher in unseren häusern war. Sehr deutlich hat sie das elend mit den schwestern formuliert, mit denen sie sich kaum je über die patientInnen unterhalten konnte. Selbst wenn sie sich zu ihnen gesetzt hat, haben die sich weiterhin nur auf der klatschebene unterhalten, über privates. Also liegt's doch nicht nur an mir.

..Wenn ich morgen ans gartentor der station trete, wird tini da stehen und warten, daß ich ihr die hand entgegenstrecke, und nötigenfalls wird sie mir dazu auch entgegenlaufen: sie, die sonst nur hin und her rennt, scheinbar ohne jemanden zu beachten. Und inge weiß, daß ich ihr zuhöre und mit ihr lache, wenn sie ihre immer gleichen geschichten erzählen möchte. Dann in der küche erlebt elke ein weiteres mal, daß ich bei ihr stehenbleibe und ihre arbeit lobe und sie mir vorführen kann, was sie jeweils macht - und ich nicht möglichst schnell flüchte, aus angst, sie fängt gleich wieder an mit ihrem rumschreien. Und vielleicht steht marlies irgendwo, hat mich längst erspäht und erlebt dann, daß ich auch sie wahrnehme und ihr einen frohen gruß rüberwinke, wirklich sie persönlich meine. (Marlies ist stark hörgeschädigt und wird schon deshalb im alltag oft ausgegrenzt. Ihre aggressive anmache hatte ursprünglich vermutlich den grund, auf sich aufmerksam zu machen.) Tag für tag geht es so weiter, auch bei dem männern.

Drei beschäftigungstherapeutinnen gibt es, die mit unseren bewohnerInnen zu tun haben. Die eine spielt nur mit ihnen, die zweite bastelt nur mit ihnen, die dritte ist auf alltagstechniken orientiert - und alle drei haben sich im vertraulichen gespräch mir gegenüber schon abfällig geäußert über die prioritäten zumindest einer der beiden kolleginnen.

Vor der einen wurde ich ausdrücklich gewarnt: die sei "von der parteischule zu uns gekommen" - und da sollte man immer aufpassen, - ja, auch heute noch!

Lisa hat "fast" wieder eine scheibe zerschlagen, wird mir berichtet. Laut pflegepersonal würden auch die eltern zunehmend sauer. Als ich die anrufe, ist aber dort alles ok, sie stehen hinter der einzelförderung. (Muß allerdings auch nicht ehrlich sein.) Mit dem chefarzt telefoniert: "Was glauben sie, als ich hier anfang, sind pro woche zwei scheiben zerschlagen gewesen!"

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Und Jesus ging vorüber und sah einen, der blind geboren war. Und seine Jünger fragten ihn und sprachen:

Meister, wer hat gesündigt, dieser oder seine Eltern, daß er ist blind geboren?

Jesus antwortete: Es hat weder dieser gesündigt noch seine Eltern, sondern daß die Werke Gottes offenbar würden an ihm. (Joh. 9,2-3)

Juli 1995

Eva hat geweint, als ich bei ihr saß und leise zu ihr sprach und versuchte, sie zu streicheln. Geweint? Sie kann es ja nicht mehr, es war nur ein trockenes würgen, wieder und wieder, ein bißchen war das schluchzen noch zu hören.. Immer wieder mal hat sie mich angeschaut in dieser zeit, ihr blick ganz unverkrampft, fast fragend; und mehrmals hat sie meine hingehaltene hand genommen für sekunden.

Andererseits fängt sie manchmal plötzlich - ohne für mich erkennbaren anlaß - zu lachen an, richtig herzlich, aber doch in sich hinein. Ja, ich spüre viel humor bei ihr, - seltsam: bei ihr mehr als bei den meisten andern.

Ob in ihr fetzen von erinnerung kreisen.. an die schreckliche zeit im elternhaus (gefesselt, halbverhungert) oder die kurze zeit in der tagesfördergruppe (*bei gerda jun*)?

Ein zivi stimuliert reihum die leute zu aktivitäten, die sie sonst nicht drauf haben - durch eine ziemlich wirkungsvolle mischung aus der autoritären bestimmtheit des pflegepersonals (bei der alle wissen, daß sie gehorchen sollten, weil sie sonst ärger kriegen) und dem eingehen auf gut beobachtete individuelle möglichkeiten. Immer seine von ehrgeiz getriebene stimme: "*Los! Los! Na? - Na?!*"

Wenn eva mich mal konsequent wegschiebt und sie dann regelmäßig erlebt, daß ich tatsächlich gehe, trägt das eventuell zu ihrem lebensmut bei; wenn der zivi ihr beibringt, länger als 2 sekunden auf einem stuhl sitzen zu bleiben oder den stuhl, den sie umgeschmissen hat, wieder aufzustellen ("*Los! Frau S.! Stell den stuhl wieder auf! Los! Na!*"), trägt das mit sicherheit nichts bei zur entfaltung ihrer individualität.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Erst jetzt erlebe ich praktisch, wie relevant all das ist, was ich zuerst bei MILANI COMPARETTI und THEUNISSEN gelesen habe..*

Ein pfleger sieht einen kleinen noppenball unweit von kerstin auf dem tisch. Legt ihn ihr schweigend ganz nah vor's gesicht. Kerstin nimmt den ball und legt ihn wieder 10cm weiter weg. Pfleger nimmt ihn und stellt ihn ihr nochmal vor die nase, wortlos.

Ich: "Sie hatte doch klar gezeigt, wo sie den ball hin haben will.."

Pfleger: "Ja, aber ich wollte mal sehen, ob sie das nochmal macht!"

Kerstin macht es nicht nochmal, ist wieder erstarrt in ihrer üblichen haltung, für die sie dann als "eventuell kataton" gilt.

Ich: "Na, durch sowas wird das so - dann wird ihr alles egal!"

Pfleger geht ab, vermutlich eingeschnappt bzw. haßt mich jetzt. Nachdem er weg ist, nimmt kerstin den igelball und legt ihn wieder an seinen platz.

Aufgrund ihrer sehr willensstarken aktionen bei ansonsten unerbittlich starrer haltung (bei der sie allerdings mit einem daumen ständig kreisende bewegungen macht) provoziert kerstin das hypothesengewucher bei den mitarbeiterInnen ganz besonders.

(Wie hätte dieser pfleger sich gefühlt, wenn ihm in der kneipe jemand wortlos 'nen aschenbecher vor die nase gerückt hätte?! - Ach, es ist hoffnungslos.)

Eine schwester beobachtet, wie ich dann sehr genau auf kerstin eingehe und diese vorsichtig reagiert. "Das macht sie mit allen neuen! Machen sie das nicht nochmal mit! Die will nur sonderbetreuung - und wir haben dann die arbeit! Sie ist ja schon versorgt.."

* Adriano MILANI COMPARETTI: 'Von der Behandlung der Krankheit zur Sorge um Gesundheit' (hrsg. v. Paritätischen Bildungswerk Frankfurt/M. 1986)

Georg THEUNISSEN: 'Abgeschoben, isoliert, vergessen - Schwerstgeistigbehinderte und mehrfachbehinderte Erwachsene in Anstalten' (Frankfurt/M. 1985)

Ders.: 'Wege aus der Hospitalisierung' (Bonn 1991)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

"Das sind eben ihre möglichkeiten, auf jemanden zuzugehen. Ist doch besser, als wenn sie nur rumsitzt!"

"Das will sie doch! Die will nur rumsitzen!"

"Na, offensichtlich will sie ja auch was anderes - "

"Da fragen sie mal die mutter! Die wollte noch nie laufen, die mußte die mutter immer tragen, als kind!"

Von der mutter weiß ich, daß kerstin als kind extrem ungebärdig war, überall rumgeklettert ist - starrköpfig war sie allerdings schon damals. Deswegen wurde sie manchmal getragen, um sie irgendwo hin zu bringen, wo sie nicht hin wollte.

Jeden tag gibt es eine bedeutsame neue situation und ein paar situationen, die bereits entstandenes weiterführen, wiederholen, dadurch festigen.. So ist die arbeit, so wird sie im wesentlichen bleiben.

Nach zwei urlaubswochen wieder im krankenhaus. Ich komme in den tagesraum der frauen, gehe auf eva zu - und die bricht in klagende laute aus, läuft von mir weg, auf mich zu, läuft mir geradezu in die hände, immer wieder hin und her, zweimal hab ich sie fest umfangen, *sie!* Und immer wieder ihre klagenden laute.. Irgendwann wurde sie ruhig, saß wieder an ihrem platz, ich streichelte sacht ihren rücken, wie zuvor..

August 1995

Selbst bei elke, die seit mindestens 30 jahren über 30% der tageszeit einfach nur so herumschreit und keiner versteht, wieso sie das macht, weil sie über den rest der zeit offensichtlich sozial präsent ist, also keinesfalls psychotisch, und oft das schreien wie eine pflichtübung zu absolvieren scheint, - selbst bei der scheint sich etwas zu ändern aufgrund meiner ganz einfachen, zuverlässigen und unaufdringlichen zuwendung. - Mittlerweile vermute ich eine borderline-variante; aber wie könnten die ärzte über sowas nachdenken, wenn sie elke alle paar tage für ein paar minuten erleben? In

jedem fall bedeuten sie für elke fremde menschen, denen gegenüber gerade sie sich in besonderer weise profiliert. (Aber das gilt letztlich für sämtliche bewohnerInnen.)

Meine arbeit wird zu *ALL-tag*, - alles zeigt sich als soziales system, in dem ich systemisch agiere, also nicht mit dem anspruch an einseitige, linear zielorientierte intervention, sondern schwingend, tanzend, als teil einer choreografie, in immer neuen improvisationen über soziale motive und möglichkeiten..

Es wird nebensächlich, ob einzelnes "wie geplant" funktioniert oder nicht, - es kommt nur noch darauf an, daß im großen und ganzen die dinge in die richtung sich entwickeln, die für zweckmäßig zu halten ich lerne *eben durch die entwicklung selbst, die erfahrungen tag für tag!*

"Wir sollten jeden einzelnen augenblick achten, denn er stirbt und wiederholt sich nicht", sagte KORCZAK: das ist's.

Worum es hier geht, ist so komplex, daß ich es niemals im griff haben kann, - niemand kann es. Das ganze muß als multifunktionelles, multilaterales geflecht wachsen dürfen, in dem alle beteiligten ihre ressourcen einbringen können und diese sich gegenseitig ausgleichen, - also als system.

Jetzt sind 10 ABM-mitarbeiterInnen dazugekommen, die ich anleiten soll.

Erste erfahrungen "als führungskraft": es bedeutet den menschen viel, umfassend und sorgsam informiert zu werden. Wen ich ordentlich informiere, dem gebe ich freiraum zum verstehen-lernen und zum handeln. Von daher könnte selbstverantwortlichkeit bei mitarbeitelInnen entstehen.

Nicht alles im griff haben wollen, sondern darauf zu vertrauen, daß etwas aus seiner natur heraus sich weiterentwickelt - falls es momente von wahrheit in sich trägt.

Tag für tag wird das geflecht der arbeit dichter, - prozesse, informationen, menschen (die sich aufeinander beziehen). Ich mache fast nur noch das, was in jedem augenblick ansteht, was ich (aus mir heraus, intuitiv, von innen - nicht aus irgendwelchen taktischen überlegungen!) in einer bestimmten situation am stärksten als angemessen (als lebendig) empfinde.

Im Grunde ist's die Fortführung dessen, was ich schon damals in unserer Internatskommune erlebt habe.. - als mein Zimmer voller schwätzender, essender, sich wohlfühlender Internatler war, die dann auch noch mit Malen angefangen haben. *"Zu mir hatte er [ein Hauslehrer] noch gemeint, ich solle den Leuten doch (malerisch) 'Anstöße geben'. Ich hatte ihm offenbar nicht überzeugend genug klargemacht, daß sowas das Falscheste überhaupt wäre! Ich kann denen nur Ruhe geben, Atmosphäre, Geborgenheit, um ihre Phantasie blühen zu lassen, - allenfalls noch die Funktion des Spiegels, des Echos auf ihre Lebendigkeit."* *

Oft frag ich mich, ist eine Veränderung bei Eva Zufall oder hat die mit unserem Kontakt zu tun? - Jedenfalls glaub ich fest daran, daß es etwas bewirkt bei einem Menschen, wenn ein anderer Tag für Tag zu ihm herkommt und leise zu ihm spricht und ihn sacht streichelt und ansonsten in Ruhe läßt.. - auch und gerade, wenn diejenige das zum erstenmal im Leben erlebt und auch wenn diejenige kognitiv beeinträchtigt ist!

Wie sehr ist Eva denn kognitiv beeinträchtigt? Keiner weiß es. Aber sie leidet so offensichtlich unter ihrer Lebenssituation, daß allein das als Schnittstelle unserer beider Menschlichkeit ausreicht.

Wenn ich mir am Anfang alle die Meinungen und Interpretationen des Pflegepersonals über die BewohnerInnen angehört hätte und auch gleich fleißig Akten gelesen hätte (wie mir das von allen Seiten immer neu anempfohlen wurde), hätte ich mich vermutlich anstecken lassen von dem allgegenwärtigen wasserdicht formulierten therapeutischen Nihilismus: "Die sind eben so, wie sie sind!" - Die Schwestern kennen die BewohnerInnen seit Jahren und Jahrzehnten und hätten ihre eigene Hilflosigkeit gegenüber all dem Elend kaum ausgehalten, wenn sie sich nicht immer neu eingeredet hätten, daß es tatsächlich keine Möglichkeit gibt, daran etwas zu ändern.

* in: 'WIR INTERNATLER' (I)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Daß sie selbst keine schuld haben! Daß sie es so gut machen, wie es eben möglich ist - aufgrund der "hirnorganischen schädigungen".

Der chefarzt überrascht mich mit der bitte, vor der krankenhausinternen weiterbildung über lisa zu referieren. Vorrangig geht es ihm darum, das enthospitalisierungsprojekt an sich zu profilieren. - In der frühbesprechung hat er das dann allerdings lanciert mit der behauptung: "Der graf reißt sich darum, einen vortrag darüber zu machen!" - Mittlerweile hab ich mich an seine taktik gewöhnt, mit der er sich nicht wirklich aus der verantwortung stehlen, sondern sich seinen handlungsspielraum erhalten will.

Eva kam auf mich zu, warf sich mir geradezu in die arme, drückte den kopf in meinen schoß, meine hand an ihre backe - - ein völlig untypisches verhalten; - ob sie zahnschmerzen hat?

Es stellt sich raus, sie hatte etwas entsprechendes schon den schwestern signalisiert, die waren aber mit derselben vermutung nicht ernstgenommen worden bei den ärzten; denen hat eva sich nicht so weit geöffnet. - Als es um die fahrt zur zahnklinik ging, mußte ich erst noch durchsetzen, daß ich mitfahre; wieder ein eingriff in die traditionelle arbeitsverteilung. ("Aber dann rufen *sie* da an!")

So viel angst hatte eva.. und war dennoch kooperativ, hatte offenbar von anfang an erkannt, daß ihr geholfen werden soll.

Eva.. - es geht weiter. Tag für tag. Irgendwann wirst du vertrauen haben und wieder mut zum leben finden; da hab ich schon hoffnung - und heute mehr denn je! Eva ist nicht nur abgebaut, sie hat nicht nur resigniert. Sie kämpft wirklich noch immer um ihr leben und um etwas besseres!

September 1995

Immer wieder besprechungen im zusammenhang mit der enthospitalisierung - und in jeder werden entscheidungen getroffen. So viele verschiedene weichen müssen gestellt werden und immer wieder in der neuen stellung

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

bestärkt werden! So viel taktik scheint nötig - und so viel beharrlichkeit, dickfelligkeit, flexibilität und sensibilität ist immer zugleich nötig, um dieses schiffchen 'heilpädagogik' zwischen den klippen der traditionellen machtreviere hindurch zu steuern! - Der widerstand des pflegepersonals, offen oder taktisch umgesetzt, die unsicherheit, manchmal auch der widerstand der reha-pädagogin, des zuständigen psychologen, die bisherigen hierarchien und entscheidungsabläufe als solche, als traditionen bei allen, die sachzwänge (reale oder vorgegebene!), die unsicherheit auch beim chefarzt, der mir zwar völlig freie hand läßt, aber eben sämtliche machtpositionen hier gegeneinander ausgleichen muß. Die seltsame position der stationsärztin in den 'heilpädagogischen stationen', und neben all dem die nötigen täglichen entscheidungen wegen "problematischen patienten".

Noch immer ist es nicht selbstverständlich, daß die heilpädagogik hier eine 'dritte säule' bilden soll neben medizinischem und pflegebereich. Immer wieder sind gespräche mit anderen nötig, deren 'reviere' meine arbeit tangiert. Ich versuche, möglichst in jedem satz eine brücke zu bauen und muß zugleich den heilpädagogischen arbeitsbereich abgrenzen von der offenbar reflexhaften neigung anderer, entscheidungsmomente an sich zu ziehen..

Mit den 10 (berufsfremden) ABM-betreuerinnen mache ich in den ersten zwei wochen täglich besprechungen über alles, was ihnen auffällt. So haben sie von anfang an die gewißheit, nicht alleingelassen zu werden. Außerdem würden sie sich ansonsten in den stationen orientierung vorrangig vom pflegepersonal holen, - und so soll's eben nicht laufen.

Schon nach zwei tagen haben die stationen sich verwandelt! Wo bisher düsteres verrinnen der stunden vorherrschte, in dem meist nur die anonymen aktivitäten des pflegepersonals die stumpfsinnige suppe ab und an aufgerührt haben, geschieht jetzt dauernd was. Es ist eigentlich kaum zu beschreiben.. Nichtbeeinträchtigte menschen, die einfach so da sind und strukturelemente werden allein durch ihre präsenz.. - Ganz

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

selbstverständlich stehen sie im raum, laufen umher, nehmen kontakt auf.. - während um sie herum die schwestern ihre wäsche einräumen. Ich will die ja nicht verächtlich machen, aber: wie anders es wirkt, wenn die routinen des pflegepersonals nicht mehr das monopol auf soziale lebendigkeit haben! Diese bestimmte art zu gehen, zu reden, zu agieren und hantieren! Durch den unterschied jetzt (schon nach zwei tagen) wird mir erst bewußt, wieviel härte, gewalt und unsensibilität sich in solchen routineabläufen ausdrücken kann! - Andererseits ist es wichtig, daß ich den ABM-mitarbeiterinnen die schwierige und undankbare situation des pflegedienstes vermittle - zugleich aber auch klar die grenzen benenne, die wir ihnen gegenüber ziehen müssen.

Zwei wochen später: Sacht merken die ABM-frauen selbst, daß es nicht drauf ankommt, etwas bestimmtes zu erreichen, sondern in beziehung zu stehen - und daß sowas eher aus dem ruhigen da-sein wächst. Schon einige haben deutlich gemacht, daß sie sich kaum mehr vorstellen könnten, jetzt wieder wegzugehen, diese leute hier wieder alleinzulassen! Zwei allerdings sind abgesprungen.

Der kontakt mit eva, das behutsame bei-ihr-sitzen mit all den variationsmöglichkeiten, ist die dichteste kommunikation, die ich je erlebt habe - ist intimer, in gewisser weise, als was gewöhnlich so genannt wird. Auf jeden hauch bei ihr bemühe ich mich zu reagieren: wenn ich mich - um ein wenig - distanzieren muß oder - um ein wenig - mich ihr nähern kann und muß und darf. Immer besser kenne ich ihre signale, mit der zeit spüre ich auch, was eva jeweils überfordert oder ängstigt..

Mit andern ist es nicht so dicht (außer mit lisa), aber dennoch ist diese form von 'mimetischer' empathie grundlage des authentischen kontakts mit all diesen menschen.

Mich verwundert keineswegs, daß ich die erfahrung, denen nah zu kommen, manchmal kaum mehr unterscheiden kann von der erfahrung erotischer

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

nähe. Beides kommt aus derselben quelle - dem grundlegenden "Du!", wie BUBER es meint.

Oktober 1995

Großes gespräch zum konzeptionellen verhältnis zwischen heilpädagogischer arbeit und pflegedienst. Individuelle ressourcen und selbstentfaltungsmöglichkeiten stehen gegen alltagserfordernisse und gruppennormen. Der chefarzt hinterher zu mir: "Das pflegepersonal merkt durchaus, daß sich etwas ändert bei den patienten, daß die heilpädagogische arbeit erfolge zeigt - eben deshalb versuchen sie so vehement, sich ihnen gegenüber zu behaupten. Gäbe es keine erfolge zu sehen, würden die sie zu sich einladen und noch einen teller hinstellen und ihnen mittagessen anbieten!" (*Wobei dieses selbstverständliche mittagessen der diensthabenden schwestern sich aus den portionen der patienten speist - jeder weiß es, aber es wird hingenommen - als gewohnheitsrecht.*)

Die rehapädagogin versucht, einfluß zu nehmen auf die anleitung der ABM-frauen. In der frühbersprechung betont sie: "Die müssen begreifen, daß sie in erster linie lernende sind!"

Ich dagegen: "In erster linie bringen sie ihre ganz selbstverständliche menschlichkeit mit; und die sollen sie entwickeln dürfen im kontakt mit den bewohnerInnen!" -

Daß es bei heilpädagogischer entwicklungsförderung vorrangig um individuelle ressourcen geht, wird von vielen auch in dieser runde noch immer nicht verstanden; eine assistenzärztin (die aber nicht in unseren stationen tätig ist) meint, darauf hinweisen zu müssen: "Es geht hier nicht um gefühle!"

Die reha-pädagogin regt an, die aktivitäten der ABM-betreuerinnen auf einem extrazettel zu notieren und "in die kurve" zu legen, "zum beispiel: zehn minuten abwasch."- Als ich wild protestiere, versteht sie erstmal

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

garnicht, was ich meine: "Ja, aber es wird doch am anfang sicher noch nicht eine ganze stunde lang sein!"

Demgegenüber zeigt sich der chefarzt solidarisch mit meiner orientierung an ganzheitlicher förderung, die nicht schon durch dokumentationspflichten zerhackt wird in den köpfen der betreuenden. "So sind wir da früher auch herangegangen, aber das ist jetzt ja anders.." (Er spielt auf die differenziertere BRD-bürokratie mit den entsprechenden dokumentationsvorgaben an.) Er konzidierte mir "eine gewisse natürliche abwehr gegen die krankenhaus-organisation."

Was ist liebe? Vielleicht nicht weniger als das gegenteil von entfremdung, - entstanden im verlauf der zivilisatorischen bewußtseinsentwicklung als steter kontrapunkt zur zunehmenden verdinglichung*.

Die Psychopathologie befindet sich so noch auf einem ähnlichen Stand wie die Psychologie, als sie rein äußere Verhaltensweisen - etwa Aggression und Fügsamkeit - zur Grundlage der Beschreibung und Ordnung im Bereich des Psychischen machte. (...)

Bestimmte Abwandlungen im psychischen Phänomenbereich, etwa die Formalstruktur der Wahnerlebnisse, die Halluzinationen, werden strikt von ihrem Inhalt, dessen psychologische, lebensgeschichtliche Determiniertheit von Anfang an nicht zu verkennen war, getrennt. Diesem Bereich, den "verständlichen Inhalten" der Psychose, wurde jede Bedeutung für die Diagnostik, für die Schaffung eines Ordnungssystems und für die Erfassung von Bedingungsbeziehungen abgesprochen. (...)

Auf Grund dieses methodischen Vorgehens spiegeln die Befunde der deskriptiven Psychopathologie nicht das tatsächliche Erleben des Kranken in seiner Objektbezogenheit wider, sondern sind Folge eines Reduktionsvorganges, d.h. künstliche Produkte der psychopathologischen Methode. Es werden nicht ganzheitliche Erlebnisweisen erfaßt, sondern nur bestimmte, in der Formalstruktur vom Normalen abweichende psychische Phänomene, die aus dem Gesamtzusammenhang herausgelöst werden. (...) Es kommt dabei notwendig zu einem Verlust des inneren Zusammenhangs des Erlebens im Bereich des Abnormen und Pathologischen, zu einer Aufspaltung des einheitlichen subjektiven Erlebens des Kranken in beziehungslos nebeneinanderstehende Symptome.

Klaus Weise: Stellung und Funktion der Psychopathologie

in: B.Schwarz/K.Weise/A.Thom: 'Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft'
(Leipzig 1971)

* vgl. HORKHEIMER/ADORNO: 'Dialektik der Aufklärung'
Norbert ELIASs: 'Zum Prozeß der Zivilisation'

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Heute haben die ABM-betreuerinnen einen tagesausflug mit 6 bewohnerinnen gemacht - ganz von sich aus! - und sie haben elke mitgenommen, die täglich stundenlang schreit und tobt; vermutlich ist es vor allem verselbständigte fehlerziehung. Alle sind genervt wegen elke, und alle haben ein schlechtes gewissen, weil sie ihr nicht helfen können. - Ich habe von anfang an versucht, die schwestern dazu zu bewegen, nicht mit lob und strafe auf elkes schreien zu reagieren, sondern ihr positive lebenserfahrungen und erfolgserlebnisse zu ermöglichen.

Jetzt haben die betreuerinnen sich also getraut, elke mitzunehmen - und kommen mir an der U-bahn entgegen. Elke sieht mich, erkennt mich, und ihr gesicht erstrahlt in freude. Begeistert erzählt sie mir, was sie alles gegessen und gemacht hat - eineverrdelte elke, ein entspanntes, frohes gesicht. Die 4 ABM-frauen bestürmen mich, berichten, wie toll es gewesen ist mit allen!

Der pflegedienst sieht das anders. Die entsprechenden bewohnerinnen seien den restlichen tag und den nächsten total unruhig gewesen, und elke habe noch mehr geschrien als sonst (was kaum möglich ist). - Und nicht zu vergessen: "Sie brauchen ja nicht in so teure gasthäuser zu gehen - eine bockwurst reicht doch auch!"

In der abteilungsbesprechung hab ich erzählt, was ich von den ABM-frauen gehört habe.. auch von meiner ergriffenheit, als ich elke dann erlebte.

November 1995

Zum erstenmal spaziergehen mit eva. Zuerst war sie noch ängstlich.. später durfte ich sogar meine hand auf ihrer schulter liegen haben. So liefen wir eng nebeneinander, in ruhe - mit dieser frau, die so enttäuscht, verstoßen worden ist vom leben (von den eltern!), daß sie 30 jahre lang niemanden mehr in ihrer nähe ertragen hat.

Als wir zurückkamen, zog ich ihr ihre schuhe wieder aus; es ist ja bekannt, daß sie im haus keine schuhe erträgt. - Die stellvertretende

stationsschwester kommentierte das (*wörtlich!*): "Die schuhe hätten sie ihr ruhig anlassen können - die zieht sie sich nur immer wieder aus!"

"Ja, eben, - sie will sie ja nicht anhaben- !"

Eigentlich verbringe ich bestimmt die hälfte der arbeitszeit damit, überall kleine anstöße zu geben oder nachzuregeln - wie's grad kommt, meist rund um bestimmte kristallisationspunkte (kriterien) und oft in informellen gesprächsfetzen wie nebenbei..

Die stunde mit lisa.. - Immer wieder hat sie mir heute ihr gesichtchen hingehalten, ihren mund, und ich hab sie geküßt, sacht wie eine feder. Sie hat den kopf in meinen schoß gekuschelt und blieb ganz still. (Sowas macht sie auch mit einigen schwestern, die das dann zwar hinnehmen, aber nicht irgendwie beantworten.) Was ist das? Natürlich irgendwie liebe, zuneigung - für mich so authentisch wie für lisa. Sie scheint sich heranzutasten an grundlegende menschliche bedürfnisse und erfahrungen, die sie früher, als kind bei den eltern, vermutlich noch nicht verarbeiten konnte. (*Wenn ich beim frühkindlichen autismus von einer wahrnehmungs- verarbeitungsstörung ausgehe.*)

Offensichtlich entwickelt sich bei lisa in den begegnungen mit mir ihre grundlegende beziehungsfähigkeit. Es liegt auf der hand, wieso derartige heilpädagogische momente kaum je dokumentiert werden, aber ich bin sicher, es gibt sie - allerdings muß der therapeutische mitarbeiter bescheid wissen über seine gegenübertragungen, seine eigenen (eventuell unbefriedigten) bedürfnisse. - Ich weiß, alle würden aufschreien und von grenzüberschreitung sprechen, - aber was hier geschieht zwischen lisa und mir, ist eben doch ein teil der wahrheit, der aber tabuisiert wird.

Die oberärztin kennt lisa seit über 10 jahren. Sie berichtet, mit welcher berserkerkraft die früher, lebenslang gekämpft hat gegen jede berührung, gegen jede einschränkung von außen! Vollgestopft mit medikamenten, muskelpakete an den armen, ist sie mit 11 jahren in die erwachsenenpsychiatrie abgeschoben worden, weil die kinderpsychiatrie sich

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

überfordert gefühlt hat. – Und jetzt erlebe ich mit derselben lisa innige, leise, zärtliche augenblicke – und nicht einmal, sondern tag für tag, immer wieder zwischen unseren autistischen aktionen! (Aber sie bekommt weniger medikamente denn je.)

Für Kinder, aber auch Jugendliche und Erwachsene, mit so schweren Beeinträchtigungen ist es unabdingbar, daß sich die Umwelt auf sie zubewegt und sich der Annäherungs- und Kommunikationsmöglichkeiten bedient, die dem schwerstbehinderten Menschen zur Verfügung stehen. Wir können auf dieser Entwicklungsstufe mit schwerwiegenden Entwicklungs-Beeinträchtigungen keine Anpassungsleistung des Behinderten an seine "normale" Umwelt erwarten. Wir müssen unsere Angebote unmittelbar an die betreffenden Menschen heranbringen und sie so strukturieren, daß er sie mit seinen Möglichkeiten identifizieren und integrieren kann. Dies ist eine nicht einfache didaktische und entwicklungspsychologische Aufgabe, die aber einen großen Reiz dadurch gewinnt, daß sie so ganz unmittelbar Begegnung zwischen zwei Menschen herstellt. Eine Begegnung, die auch für den Pädagogen und Therapeuten anregend, spannend und befriedigend sein kann. Es ist also ein wechselseitiges Anbieten, Beobachten, auf den anderen Reagieren und keinesfalls eine einseitige "Behandlung" eines behinderten Menschen. Es ist das Spiel zwischen zwei Menschen, das alle Grundelemente von Kommunikation und Interaktion zwischen Menschen enthält. Somit ist es auch zutiefst pädagogisch, ohne einseitig "belehrend" zu sein.

Andreas Fröhlich: Basale Stimulation

..Und andererseits täglich taktische züge der stationsschwester, die wirklich nur noch lächerlich sind, gleichwohl nicht zu ignorieren. Kampf um information, um schlüsselzugang, um jedes fitzelchen an alltagsorganisation, das bisher "dem pflegepersonal gehört hat". – Ich habe tatsächlich gar keine ehrgeiz im sinne einer machtposition. Ich trete für inhalte ein, notfalls auch sehr resolut, aber wenn alle um mich herum das nicht gut finden und es mich nicht machen lassen, na gut, dann sollen sie sich jemand anderen suchen oder mir ihre vorstellungen und forderungen unterbreiten und dann entscheide ich, ob ich eine solche aufgabe übernehme. So spüre ich das in jeder der schwierigen situationen, und das macht mich so leicht in dem

verbissenen kampf um punkte, den die stationsschwester oder die rehapädagogin offenbar brauchen für ihr selbstwertgefühl.

Zu meinem referat vor der krankenhausinternen weiterbildung (über lisa) wolltte der chefarzt noch ein gespräch mit mir führen, mit der oberärztin. (Wobei er seinen wunsch allerdings wieder mir unterschob: *"Haben sie interesse.. ?"*) - Lange blieb mir bei dem termin völlig unklar, worum es ihm überhaupt ging, denn er betonte immer neu sein einverständnis mit meiner arbeit. Irgendwann fiel mir auf, daß er dabei niemals stellung nahm zu den anamnestischen aspekten des referats, - da ging mir ein licht auf: Sie wollten mir (sehr durch die blume) klarmachen, daß ich mich nicht auf spekulationen oder gar kritische auseinandersetzungen über die situation des krankenhauses vor meiner zeit einlassen soll! (*Nicht zuletzt bin ich ein wessi - und hier regiert ein krankenhausleiter, der diese position seit 1976 innehat..*) Als ich daraufhin satz für satz des referats mit den beiden durchging, spürte ich förmlich ihre erleicherung, als sie mein entgegenkommen mitbekamen. Aber wie haben sie sich gewunden! - - In kritischen situationen bemühen sich die funktionsträger hierzulande offenbar durchgängig, möglichst unangreifbar zu bleiben, sodaß sie ihre eigenen aussagen nötigenfalls auch im nachhinein selbst uminterpretieren können!

Seinerzeit hatte die stationsschwester mir - als ausdruck ihres informationsvorsprungs - ihren ordner mit den gesammelten arbeitsanweisungen vorgeführt. Die habe ich jetzt benutzt für die belehrungen der ABM-frauen. "Was, meine belehrungsmappe haben sie genommen? - Sie wissen doch garnicht, ob die vollständig ist! Da kann doch was fehlen!"

"Das ist mit der Oberschwester abgesprochen." - Was eine glatte lüge war; ich lern's wohl auch noch..

(Als unlängst eine neue anweisung herauskam, nach der auch sie ihr auto nicht mehr ins krankenhausgelände fahren darf, hat sie einen tag lang terror gemacht und ihre kündigung erwogen. - Verständlich wird sowas nur auf dem hintergrund der offenbar uneingeschränkten machtposition, die sie sich zu DDR-zeiten erobern konnte.)

Also heute das referat über lisa; - es ging sehr gut. Zwar kam kein stürmischer applaus, aber das durfte ich nicht erwarten, wenn ich als heilpädagoge, der dazuhin eingestandenermaßen psychoanalytische ambitionen hat, vor ärzten und psychologen eines psychiatrisch-neurologischen DDR-krankenhauses über frühkindlichen autismus rede - wozu somatisch orientierte psychiater und neurologen meist eine durchaus andere meinung haben - und dann noch bezüglich einer "patientin", die seit 20 jahren in diesem krankenhaus "liegt" mit einer dezidiert anderen diagnose. Also wirklich - !

Sie haben ruhig zugehört und die einwände, die dann kamen, waren diszipliniert und sachlich und völlig akzeptabel für mich. Zweimal wurden sogar deutlich - und wie mir schien, ehrlich gemeint! - bekundungen von achtung für die möglichkeiten der heilpädagogik laut.

Zunächst allerdings kam ein schuß aus der hüfte vom neurologischen chefarzt, der ergebnisse neurologischer diagnostik haben wollte. Ganz deutlich wurde für mich seine hilflosigkeit, solange er kein "neurologisches substrat" findet. Unsere stationsärztin betonte später, wie engagiert er aber in seinem fachgebiet ist.

Der zweck der übung ist erreicht: eine selbstdarstellung unserer abteilung ('chronische langzeit-patienten') und insbesondere des enthospitalisierungsprojekts gegenüber dem restlichen krankenhaus. Es kam nicht zur konfrontation zwischen psychologisch-heilpädagogischem und somatischem blickwinkel und auch nicht zur abrechnung über frühere versäumnisse des krankenhauses und ähnliches.

In der diskussion sprach ich nochmal die verschiedenen ebene an: die grundlegende ursache des frühkindlichen autismus mag hirnorganischer

natur sein, was auch immer. Mir geht es um sekundärschäden durch unangemessene förderung in der frühen sozialisation - und um die lebensmöglichkeiten der betroffenen hier und jetzt. Weiterdenken können die ja dann selbst.

(Und zuhause hat mich der wolfi-teddy erwartet mit zwei fotos von lisa auf dem schoß.)

Rehabpädagogin und psychologe, pflegepersonal, beschäftigungs-therapeutin, ABM-betreuerinnen, oberschwester (die noch ihr eigenes spiel betreibt); - ich wollte immer versuchen, zwischen den positionen zu vermitteln, das gemeinsame anzusprechen. Es scheint, daß kaum jemand ein interesse daran hat, die klaren grenzen um sein kleines reich aufzuweichen. Aus sämtlichen richtungen wurde schon die bereitschaft signalisiert, mich mit ins boot zu nehmen - aber einschließlich der abgrenzung gegen jeweils andere. Da ich mich darauf nicht einlasse, scheine ich mehr und mehr zwischen alle fronten zu geraten; wie der chefarzt mir allerdings schon früher prophezeit hatte.

Als ich dem chefarzt von aktuellen problemen mit der stationsschwester erzähle, erwähnt er kurz seine situation, als er hier anfang: "..als sie versuchte, mich zu erpressen und mundtot zu machen - !"

Irgendwann sagt er wie nebenbei: "Gegen die kommen sie allein nicht an - kommt niemand gegen an." - War das als hinweis auf die möglichkeit taktischer koalitionen gemeint? Aber so bin ich nicht. Auch in dieser situation will ich die verschiedenen 'welten' wahrzunehmen versuchen, in denen die menschen leben. Es ist nötig, sie einzuschätzen im hinblick auf ihre eigenen werte und grenzen und ihr eigenes selbstverständnis. Erst dann finde ich allenfalls auch das gute, das in ihnen liegt, die wahrheit, mit der ich mich in jedemfall verbünden kann.

Dezember 1995

Die schwestern haben mir den krieg erklärt. Sie seien nicht länger bereit, mit mir zu arbeiten. Die rehapädagogin hat im wesentlichen sekundiert - und ich habe in der frühbesprechung relativ definitiv den rückzug aus teilen meiner funktion angekündigt. Der chefarzt guckte wie unbeteiligt vor sich auf die tischplatte; dann bog er das ganze ab; - klar, jetzt wird er erstmal seine einzelgespräche führen.

Ich hatte recht, als ich früher ahnte, jeder schritt höher auf der hierarchieleiter müßte mich tiefer hineinbringen in das gespinst von lüge, intrige und entfremdung. -

Dann übergabegespräch mit der rehapädagogin (weil ich ab morgen eh urlaub habe und sie meine stellvertreterin ist), das dann etwas ausgeweitet wurde. Ich habe ihr sehr deutlich vermittelt, daß ich meinen rückzug aus der anleiterfunktion ernst meine und ab jetzt wohl sie das machen kann und muß. Kein krieg von meiner seite; sie war wohl etwas überrascht.

Schon in der frühbesprechung hatte ich betont, ich sei angestellt als heilpädagogin und würde mich gerne wieder mehr auf die konkrete heilpädagogische betreuung von bewohnerInnen konzentrieren.

..Was kann mir denn passieren in der erwachsenenwelt - - Ich kann mich ganz klein machen, wenn ich's will, mich auf dem schoß eines teddys verkriechen und dessen pfote auf mir spüren und dann ist doch alles gut.

Januar 1996

Es ist kurios, daß brigitte, der einzige mensch, der aufgrund seines bewußtseins und seiner differenziertheit wohl alles verstehen könnte, was mir am herzen liegt, sich auf nichts von mir einlassen kann, weil sie sich 'auflöst' in allem von außen, was ihr etwas bedeutet, weil sie die grenze zwischen innen und außen dann nicht aufrechterhalten kann! - Und

andererseits tina*, und dann lisa als frühkindliche autistin und eva mit schwersten frühen traumatisierungen – – Es scheint, ich komme nicht umhin, spezialist für 'frühstörungen' zu werden!**

Da ging es mit den ABM-betreuerinnen immer wieder um die notwendigkeit, sich in die individuelle situation einzelner bewohnerInnen hineinzufühlen, – und kaum sind sie jetzt näher am pflegepersonal dran, reden sie die nicht mehr mit den vornamen an, sondern, wie die schwestern, mit den (meist verballhornten) nachnamen; natürlich dennoch mit 'du'. – – Es ist und bleibt so: wir können nur mit denjenigen menschen arbeiten, die da sind. Sagte mir schon ein heimleiter bei der LEBENSHILFE: "Wohnheimbetreuer ist ein massenjob – so viele sensible, qualifizierte leute, wie wir bräuchten, gibt es nicht bzw. die machen was anderes!"

Die ABM-frauen sind vermutlich etwas überfordert mit der jetzt sehr unklaren hierarchischen situation. Da ist ihr trägerverein, da bin ich als derjenige, der wie sie kontinuierlich mit den bewohnerInnen arbeitet, der sie eingestellt und eingewiesen hat, da ist die rehapädagogin, die formal jetzt eine übergeordnete funktion hat, aber nur punktuell auftaucht, und da sind die schwestern, von denen die betreuerinnen jetzt heftig umworben werden (zumal ich nicht mehr gegensteuern kann) – und zu denen sie natürlich auch am besten passen von ihrem eigenen sozialen verständnis heraus. –

Eva. Was wird sein, falls es nicht gelingt, sie hier rauszubringen? Niemand mag sie; die feindschaft der schwestern ist offensichtlich – weil sie eben so garnicht eingeht auf deren versuche, nett zu sein. Kann ja verstehen, daß das schwer ist für die. Und dann noch das kotessen! – Bei meiner falldarstellung

* mit der ich damals zusammen war; tina hat eine schwere kognitive beeinträchtigung. Siehe: 'ALL-TAG MIT TINA'.

** Ein paar jahre später wurde mir klar, daß ich zwei elternteile mit traumabedingten frühstörungen habe, daß sich mein freundeskreis seit jeher vornehmlich aus menschen mit derartigen frühstörungen (z.b. 'borderline') zusammensetzt und ich selbst auch entsprechende schädigungen habe!

wurde klar, noch nichtmal der chefarzt kann das kotessen nachvollziehen; selbst er zieht in seiner hilflosigkeit nur den joker: "*wohl psychottisch!*"
Ich würde eva bedenkenlos in meine wohnung nehmen, mit ihr wohnen. Auch in ihr geht das leben weiter.. - aber sie braucht menschen, die sich wirklich auf sie einlassen.

Evas geburtstag; heute wird sie 40. Seit wochen war ich nicht mehr lange zeit bei ihr; jetzt hatte mir vorgenommen, heute so lang bei ihr zu bleiben, bis sie mich wegschickt; dann waren wir von 14h-17h zusammen, nur unterbrochen durch die kaffeepause. Zuerst gab es ein paar angstreaktionen, sacht wurde sie ruhig, ließ sich den rücken streicheln, wich noch ein paarmal kurz aus, dann durfte ich bleiben.

Bald fing eva euphorisch an zu lachen, ungeordnete motorische impulse in ihren händen, fingern, armen, im oberkörper - und eindeutiges lachen für lange zeit. Ihr gesicht war lebendig und entspannt.

Später wurde sie ruhig, horchte in sich hinein, während ich ihren rücken streichelte.

Direkt nach der kaffeepause lief sie noch hin und her, ich hielt ihr dabei ein paarmal die hand entgegen, sie reichte mir ihre, ließ sie mich kurz halten, lief weiter. Dann saß sie an ihrem platz und ich setze mich wieder zu ihr; zuerst wieder euphorische regungen, dann ruhe.

Ich wurde ans telefon gerufen, sagte ihr, ich komme gleich wieder. Als ich kam, schaute eva nur kurz auf und ich konnte sie gleich wieder berühren, ohne angstreaktionen ihrerseits.

Dann aber rutschte sie so hin, daß ich direkt hinter ihr zu sitzen kam. Diese gelegenheit nutzte ich, um sie von da an mit beiden händen synchron zu streicheln. Eva sollte klar erleben können, daß da ein gegenüber ist, ein ganzer mensch, also mehr als nur ein gutes gefühl an einem punkt ihrer haut. - Mit der zeit fing eva an, sich sacht 'hineinfallen' zu lassen in meine bewegten hände!

Dann streichelte ich eva nur mit einer hand und stützte sie mit der anderen so ab, daß sie neben dem guten gefühl des gestreichelt werdens zugleich erlebte, wie sie 'loslassen' kann und dann gehalten wird.

Später machte ich pausen zwischen dem streicheln, kraulte sie hinten am haaransatz, streichelt mit dem finger ihre ohren..

In der letzten viertelstunde saßen wir ganz nah aneinander, sie an mich rangeschmiegt, ich blieb ganz still..

Zeitweise hatte sie während dieser letzten zeit den kopf, das gesicht in ihren händen geborgen, zeitweise hatte sie ein bein hochgezogen und auf diese weise das knie auch noch nah am kopf.. - In mir würde sich sowas anfühlen als völliges bei-mir-sein.

(Zwei schwestern kommentierten diese situation in abfälligem tonfall: "Die schläft dabei! - die schläft!")

Mir zeigt der tag heute, daß eva noch wesentlich mehr reserven hat hinsichtlich ihrer streßtoleranz.

Im betreuerinnenteam: Kaum einen satz kann ich abschließen, ohne daß die rehapädagogin mit ihrer kühlen eloquenz (und leicht ironischem unterton) das, was ich gesagt habe, relativiert - sodaß immer ihre aussage (die in der regel nicht viel beiträgt) übrigbleibt; ganz die überlegende vorgesetzte. - Ohne zweifel wirkt das bei den ABM-frauen.

Gegen jemanden, der sich in solcher weise vordrängt, intelligent und ohne etwas anderes sehen zu wollen als seinen jeweiligen platzvorteil, kann ich mich nicht wehren. In so einem kampf könnte ich allenfalls mein ego verteidigen, - nie aber das, was ich für richtig und wesentlich halte innerhalb der heilpädagogischen arbeit.

Jede gelegenheit wird von der rehapädagogin genutzt, das wort an sich zu reißen. - In dieser runde war nichts mehr von der frohen lockerheit des anfangs, als wir alle unsere unentfremdete wachheit hervorgeholt haben als grundlage unserer abstimmungen. Jetzt spürte ich bei den frauen schon die suche nach der nische, in der sie mit möglichst wenig aufwand ihre arbeit

machen können und möglichst wenig ärger mit irgendwelchen vorgesetzten bekommen.

Hinterher fragt mich eine ABM-betreuerin: "Ich hab gehört, sie wollen hier aufhören?"

In dieser zeit jetzt fange ich an, mich innerlich tatsächlich abzugrenzen von erwartungen, von ansprüchen anderer. Die hab ich zwar lebenslang ignoriert, aber hab's mit zunehmender unsensibilität bezahlt. Bei dieser arbeit hier ist solche "dickfelligkeit" nicht möglich; und siehe, es geht auch anders.

Ich spüre nichtmal aversion gegen die rehapädagogin; das ist eine der vorherrschenden sozialisationsformen. Was ich an ihr ablehne, hab ich schon als kind zum kotzen gefunden.

Kritik wird laut an den leiblich orientierten formen meiner arbeit, dem berühren, in den arm nehmen, streicheln.

Jetzt ist der richtige zeitpunkt, die möglichkeiten der '*basalen stimulation*' hier reinzubringen, die ja bereits in meiner konzeption erwähnt ist. Immer läuft es darauf hinaus, noch offener und ehrlicher zu dem zu stehen, worum es mir geht! Nur diese form von stärke kann und will ich investieren. -

Bei all dem, "wo ich drinstecke", spür ich heutzutage, daß ich eben nicht mehr in dem maße *drin stecke* wie noch vor ein paar jahren. Es ist das leben, das lebt, und ich bin ein teil dieses lebens; - nicht "ich lebe", sondern das leben lebt. Es ist wirklich so.

Mittelpunkt im schwesternzimmer war heute vormittag der (offenbar krankenhauserne) QUELLE-vertreter, der bestellungen aufnahm; aus den gesprächen wurde deutlich, daß die kleidung, die dann kommen wird, hier erst noch anprobiert werden kann.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Februar 1996

Konferenz mit chefarzt, oberärztin, psychologe und rehapädagogin. - MitarbeiterInnen zeigen sich empört, formulieren "ekel" angesichts meiner körperlichen nähe mit bewohnerInnen; die rehapädagogin schmückt das thema rhetorisch aus. Das seien "grenzverletzungen!" gegenüber "menschen, die sich nicht wehren können!" Das wort "mißbrauch" fällt. Der chefarzt will meine innige zuwendung als "psychoanalytisch fundiert" darstellen, selbst als ich mehrfach deutlich widerspreche. "Doch, doch, wir kennen psychoanalytische theorie ja auch.." (Vermutlich war das ja ein versuch, mein vorgehen respektabler zu machen.)

Angedeutet wird, daß das "ekelerregende" offenbar nicht zuletzt darin liegt, daß ich mich nun grad mit eva auf so viel nähe einlasse, die - trotz aller versuche, das zu unterbinden - oft mit kotverschmiertem mund dasitzt. Daß mir das garnichts auszumachen scheint.

Der chefarzt betont, daß "nicht nur eine rückständige zicke - wie wir ja manchmal hinter vorgehaltener hand über jemanden sprechen -" meine annäherungen als empörend empfunden hätte, sondern eben auch meine ABM-frauen. Spontan will ich abwinken mt dem hinweis: "Naja, bei denen liegt die gleiche BILD-zeitung auf dem tisch.." - "Hören sie auf, hören sie auf! Auf diese weise kommen wir nicht weiter! Und selbst wenn etwas daran ist an solchen überlegungen, ist es umso wichtiger, daß wir diese gegebenheiten beachten - !"

Ich versuche, die entsprechenden zusammenhänge darzustellen, die kuß-kommunikation mit lisa, die nähe mit eva, den singulären kuß mit reate in einer bestimmen situation. Der chefarzt: Selbst wenn er die zusammenhänge so sähe wie ich, wäre es ihm zuletzt eingefallen, reate in so einem fall zu küssen - und selbst wenn er diesen impuls hätte, hätte er es nicht gemacht so in der öffentlichkeit, im tagesraum!

Ich ließe eva in meine hosentasche greifen, wird berichtet. Was ist's? Seit sommer letzten jahres biete ich ihr VIVIL an (da sie ja geschmacklich relativ sensibel zu sein scheint). In der ersten zeit hatte das zur folge, daß sie

vehement und erfolgreich danach gesucht hat - auch in meiner hoesentasche. Mittlerweile ist es zum beziehungsritual zwischen uns geworden und eva 'kämpft' nicht mehr drum.

So eine scene brennt sich ein in die hirne - und wird ein halbes jahr später wieder hervorgekramt; natürlich wird sie unverzüglich assoziiert mit anrühigem! Das ist die welt, in der ich lebe..

Er macht mir klar, daß er den laden schließen kann, wenn im krankenhaus das gerücht aufkommt, hier bei ihm näherten sich therapeuten den patientinnen unsittlich. Er signalisiert mir deutlich, daß er sich in dieser sache nicht mehr hinter mich stellen kann, daß derartige zuwendung zu unterbleiben hätte. Ich fange laut zu denken an: "Ja, mit den allermeisten ist das sicher möglich.. - nur mit eva wird das ein problem, weil.." - Er unterbricht mich mit erhobener stimme (kaum je zu erleben bei ihm): "Nein, eva ist nicht das problem! - Begreifen sie doch endlich, daß es jetzt um eine ganz andere sache geht - !" So ist das wohl; ich kann diese normenfragen der verwachsenengesellschaft kaum ernstnehmen; - ich vergesse deren "probleme" schlichtweg immer neu.

Ohne zweifel hat er recht, als er später noch betont: "Sie sind nicht dazu da, einzeltherapie zu machen, sondern vorrangig, die betreuerinnen anzuleiten, zu unterstützen, ihre fachkenntnisse anderen zu vermitteln!"

"Grenzverletzungen", denk ich: ja, - nicht zuletzt darauf kommt es mir an, die grenzen der sogenannten "normalität" zu verletzen - sie zu überschreiten, diese normalität zu erweitern! Die subjektiven grenzen der bewohnerInnen überschreiten andere, - tag für tag.

Fast ein jahr hatte ich hier narrenfreiheit; und ich bin zufrieden mit dem, was sich in dieser zeit verändert hat im interesse der bewohnerInnen. Jetzt müssen die andern mir sagen, was sie von mir gebrauchen können; nicht mich begrenzen sie, sondern den anteil meiner arbeit für das krankenhaus, in dem sie die macht haben..

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Als ich bei dem gespräch auf meine konzeption hinwies, meinte der chefarzt, den vorwurf könnte ich ihm machen, daß er sich nicht vorgestellt hat, wie weitgehend ich das mit dem beziehungsprinzip gemeint hatte. - Wenn ich schreibe, es gehöre zur aufgabe, "soziale normalität zu erweitern", beziehen das natürlich alle nur auf solche umstände, die sie selbst für veränderungswürdig halten, nie aber auf diejenigen, die ihrer eigenen "normalität" entsprechen!

Später noch kurz mit dem chefarzt alleine. - Zuletzt sagte er, zögernd: "Sagen sie mal - seien sie nicht böse, ich meine es gar kein bißchen abwertend, aber mir kam schon ein paarmal der gedanke, vielleicht sind sie eigentlich jemand, der einerseits klugen und tiefen gedanken nachgehen möchte, und andererseits stille und zärtliche beziehungen mit andern menschen leben möchte.. - und in der heilpädagogischen arbeit, haben sie den eindruck, kann beides in gewisser weise zusammenkommen.. ?"

"Da is' viel dran.."

Er gab mir zu bedenken, ob das auf dauer nicht zu falschen ergebnissen führen könnte, oder müßte.. - und ich antwortete in etwa: "Das kommt auf das reflexionsniveau an, auf dem sowas gelebt wird. Ich denke, in irgendeiner weise exzentrisch, un-normal sind viele, die auf irgendeinem gebiet etwas spezielles verwirklichen wollen; das ist vielleicht sogar die quelle so einer intention."

Die stationsärztin signalisiert, daß sie zu mir und meiner arbeit steht. Und jene beschäftigungstherapeutin, mit der es am anfang so schwierig war wegen lisa, die damals körperkontakt vehement von sich gewiesen hat als 'methode', erwähnt wie nebenbei, daß sie mein "auf der erde sitzen und streicheln" vor den schwestern verteidigt hat! - "Na, inzwischen wird mir das ja untersagt, weil's als unsittlich empfunden wird!" Sie staunte (als ob sie das nicht wüßte): "Also, nein, sowas? Aber nicht vom chefarzt aus !?"

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Es ist angemessen und wichtig, daß über das thema körperkontakte, leibliche kommunikation und nähe, über bindung und basale stimulation und primäre bedürfnisse geredet wird in der heilpädagogik - und grade im bereich der enthospitalisierung. Aber dazu muß erstmal jemand anlaß dazu geben. -

Nein, das leben ist nicht als kampf gemeint.. Ich will versuchen, den andern hier mein angebot zu vermitteln, - was ich vertrete an heilpädagogischer konzeption, und will implizit darum bitten, mir die möglichkeit zu geben, damit einen platz zu finden in der gesamtsituation hier, - in die ich ja erst reingekommen bin, die schon vor mir existiert und gelebt hat. Die zeit ist vorbei, in der ich inhalte "durchkämpfen" wollte.

Jetzt kommt offenbar *'der kleine wolfi'* vom eßlinger schutthügel runter und geht in die welt raus so, wie er ist, genauso. Einfach so still, mit den summenden mücken in der erinnerung, dem geruch des gelöschten kalks von der baustelle nebenan, den schlüsselblumen auf der wiese damals..

Ein sehr gutes gespräch mit der rehapädagogin und dem psychologen, die jetzt zu meinen vorgesetzten erklärt wurden. Es ist kein zweifel möglich, es ist ihnen ernst mit dem bemühen zur zusammenarbeit.

Manches von den konflikten bisher scheint zusammenzuhängen mit dem rigoros taktischen verhalten des chefarztes. Er scheint seit jeher jeden mitarbeiter bis zum platzen zu motivieren - und ihn dann laufenzulassen in der erwartung, er wird sich seine verbündeten schon suchen. Die ständigen taktischen kämpfe um einflußbereiche in diesem krankenhaus haben die beiden bestätigt; - "vor der wende" sei das noch viel schlimmer gewesen.

Und von mir machte tatsächlich das gerücht die runde, ich würde *"zungenküsse"* wechseln mit bewohnerinnen.

Beim hausteam dann eine breitseite wegen lisas angeblicher "schadenfreude" und wie das damit zusammenhängt, daß sie bei mir "ihren willen bekommt" und das sei "keine therapie". Natürlich haben sie den symptomorientierten blickwinkel der medizin verinnerlicht. Daß bei der heilpädagogischen

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

entwicklungsförderung "symptome", die sozial bereits unterdrückt worden sind, gegebenenfalls nochmal freigelassen werden müssen, damit sie sich in einem anderen rahmen umwandeln können (z.b. innerhalb einer beziehungserfahrung), - daß das alles ein prozeß ist, sowas ist ihnen kaum verständlich zu machen.

Seltsam: ich föhl mich frei wie früher niemals in vergleichbaren situationen. - Ich bin viel weicher.. muß nicht kämpfen.. Es genügt, wenn ich ich bin.. und diesen innersten kern von mir können sie nicht erschüttern.. - das weiß ich doch.

(Da stolziert ein wunderschöner fasan direkt vor mir, vor dem fenster in augenhöhe entlang - ich bin im keller! - , läßt sich ausführlich anstaunen.. Als ob das leben mir wieder winken wollte: es gibt mich noch, - alles lebt weiter!)

Ich bin nicht im krankenhaus, um meine innersten prinzipien durchzudrücken, sondern um da zu sein (mit allem, was ich bin), mich der situation anzubieten. Mich einzufügen und anzupassen, was aber (entgegen dem üblichen verständnis) nicht vorrangig bedeutet, mich zu verändern (*akkomodieren*). Es heißt (in erster linie), den platz zu finden und einnehmen, der für mich, wie ich bin, dort frei ist.

Es ist ok, wenn ich vieles von dem, was in mir ist, dort nicht mache, - wichtig ist nur, daß ich nichts mache, was meine intentionen verleugnet.

Hm, schwierig. Sehr schwierig. Das sagen ja alle, *innerlich sind wir ganz anders* - und unterstützen in ihrem einfügen das, was sie eigentlich für falsch halten. Bis zum naziregime und darüberhinaus.

In jedemfall: nicht um kampf geht es. Um's da sein geht es: ich mit meinen kriterien, werten, idealen will drin bleiben in der gesellschaftlichen normalität. An jedem tag neu das von mir einbringen, was möglich ist, was angenommen wird.

Es gibt ja noch immer die ängste des schüchternen, unsicheren *wolfi*, der nicht weiß, wie er sich benehmen soll. Dabei weiß ich doch, daß die größere

sicherheit der anderen fast immer nur auf rollen beruht, die sie einstudiert haben. (Diejenigen, die sicher sind aus ihrer authentischen lebendigkeit heraus, wie der chefarzt, die haben mich nie unsicher gemacht - weil *Ich-Du*-kontakt mit ihnen möglich ist!)

Noch immer manchmal reflexhaft das gefühl, mich verkriechen zu wollen, davonlaufen zu wollen *'von den bösen erwachsenen, die nichts wissen wollen von mir und von denen ich nichts wissen will!'*

Ich lese 'Quell der Einsamkeit*', das mir 1968 viel mut und bestätigung gegeben hat.. - lese es wieder und finde wieder mich in ihm.. *"Daß Liebe nur denjenigen erlaubt ist, die dem Durchschnitt entsprechen."* -

"Die Welt ist voller schrecklicher Menschen, aber es gibt keine anderen - drum müssen wir uns an sie anpassen!" (sinngemäß) - oder, gesprochen von der mutter zu ihrer lesbischen tochter: *"Du bist unnatürlich, nicht ich."*

Stephens sehnsucht nach freundschaft, nach gefährten, nach liebe, - nach heimat (nachdem sie verstoßen wurde wegen ihrem lesbischsein).. - und ihr gegenüber die stumpfsinnige, bösertige gesellschaft. Trägheit des herzens.

Und im krankenhaus? Die tage gehen dahin, stunde um stunde bin ich bei den bewohnern, manchmal ist's mir langweilig, aber immer deutlicher spüre ich, wieviel es ihnen bedeutet: daß menschen da bleiben, stetig und zuverlässig tag für tag sich auf sie beziehen. Immer neu fäden knüpfen und hinnehmen, daß die manchmal wieder zerreißen durch die hospitalisierungsbedingten stereotypen, die rituellen überlebensformen. - Sowas wollte ich doch machen, als ich hier anfang!

* (Margaret) Radclyffe Hall: 'The Well Of Loneliness' erschien 1928 in den USA und wurde dort umgehend verboten. Inhalt ist eine lesbische liebesbeziehung. Eine (englischsprachige) exil Ausgabe erschien im august 1938 in THE ALBATROSS VERLAG GmbH., LEIPZIG (Leipzig-Paris-Bologna). - Die deutsche Ausgabe (übersetzt von rudolf harms) erschien in der BRD im GALA VERLAG und später dann auch in buchgemeinschaften. - Nach wie vor lesenswert ist auch ihr buch 'Adams Geschlecht', das bereits vor 1933 in der deutschen Übersetzung von elisabeth wacker erschien bei KNAUR BERLIN W 50.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

(Eine der beiden ABM-frauen, die schon zwei monate länger bei uns sind als die anderen, wird aufgrund von heftigen meinungsverschiedenheiten von den andern ausgegrenzt - und ist jetzt dauernd krankgeschrieben. Laut vorgesetzter vom trägerverin sei sie "nicht kollektivfähig". Das wird jetzt von den anderen betreuerinnen verkündet, als sei's eine naturwissenschaftliche tatsache. Die rehapädagogin, die jetzt anleiterin der ABM-frauen ist, scheint das abzuseggen. - Ansonsten: das ewig laufende radio in unserm 'Heilpädagogischen Erfahrungsraum', die BZ* auf dem tisch und reibungslose zusammenarbeit der betreuerinnen mit den schwestern, natürlich nur im hinblick auf die aufgaben des pflegepersonals.)

Beim betreuerinnen-team taucht die frage auf, wer als nächstes geburtstag hat. Ich: "Rudi - und zwar morgen!"

Betretene verblüffung; dann hektisches nachdenken über mögliche geschenke. Warum ich das nicht früher gesagt hätte? Ich: daß alle die geburtstagsliste haben und ich deshalb davon ausgegangen bin, daß sie es wissen. - Die rehapädagogin betont meine verantwortlichkeit. - Nachdem ich den vorwurf zurückgewiesen habe, erläutere ich, wieso ich eine geburtstagsfeier diesmal eh nicht für zweckmäßig halte (weil an diesem tag faschingsfeier ist und er daneben nichts anderes verdauen könnte). (Die rehapädagogin: wir würden ja nicht wissen können, ob er sich da draus was macht!) - Ich hätte das jetzt nur gesagt (und mir gemerkt) für mich oder für uns selber, weil ich an solchen tagen einfach mal kurz drandenken möchte, daß der betreffende da geboren wurde.. Daß mir das irgendwie wichtig ist. Allgemeines schweigen. - -

Aber direkt danach beschließen die ABM-betreuerinnen, jetzt alle geburtstage auf ein großes papier zu schreiben und das an die wand zu hängen. Obwohl sie es als getipptes A4-blatt haben. "Da gucken wir ja nicht immer drauf!"

* Berliner variante der BILD-zeitung.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Gebannt stehen sie drumrum, als diejenige mit der schönsten schrift (auch darüber wurde gesprochen) die namen aufs papier malt..

In diesen wochen wurde mir bewußt, daß es tatsächlich mein grundmuster im umgang mit der sozialen umgebung ist, nichts von dem, was mir gefühlsmäßig wichtig ist, von außen in frage stellen zu lassen, diskutieren zu lassen. - Geboren ist das eventuell aus der ständigen rhetorischen nötigung durch meinen vater und die durchaus dazu passende völlig sterile (unaffektive) diskussionswut meiner mutter. Und wurde bestätigt und bekräftigt durch die erfahrung, daß im sozialen leben alle formen von rhetorischer nötigung übliches kommunikationsmittel sind und überall dazu dienen, unwahrhaftiges, instrumentelles durchzudrücken.

Das Wahrzeichen der Intelligenz ist das Fühlhorn der Schnecke (...). Das Fühlhorn wird vor dem Hindernis sogleich in die schützende Hut des Körpers zurückgezogen, es wird mit dem Ganzen wieder eins und wagt als Selbständiges erst zaghaft wieder sich hervor. Wenn die Gefahr noch da ist, verschwindet es aufs neue, und der Abstand bis zur Wiederholung des Versuchs vergrößert sich. Das geistige Leben ist in den Anfängen unendlich zart. (...) Den Körper lähmt die physische Verletzung, den Geist der Schrecken. Beides ist im Ursprung gar nicht zu trennen.

Die entfaltetere Tiere verdanken sich selbst der größeren Freiheit, ihr Dasein bezeugt, daß einstmals Fühler nach neuen Richtungen ausgestreckt waren und nicht zurückgeschlagen wurden. (...)

Solcher erste tastende Blick ist immer leicht zu brechen, hinter ihm steht der gute Wille, die fragile Hoffnung, aber keine konstante Energie. Das Tier wird in der Richtung, aus der es endgültig verscheucht ist, scheu und dumm.

Dummheit ist ein Wundmal. Sie kann sich auf eine Leistung unter vielen oder auf alle, praktische und geistige, beziehen. Jede partielle Dummheit eines Menschen bezeichnet eine Stelle, wo das Spiel der Muskeln beim Erwachen gehemmt statt gefördert wurde. Mit der Hemmung setzte ursprünglich die vergebliche Wiederholung der unorganisierten und täppischen Versuche ein.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

(...) Die Wiederholung gleicht halb dem spielerischen Willen (...), halb gehorcht sie hoffnungslosem Zwang, wie wenn der Löwe im Käfig endlos auf und ab geht und der Neurotiker die Reaktion der Abwehr wiederholt, die schon einmal vergeblich war. (...)

Wie die Arten der Tierreihe, so bezeichnen die geistigen Stufen innerhalb der Menschengattung, ja die blinden Stellen in demselben Individuum Stationen, auf denen die Hoffnung zum Stillstand kam, und die in ihrer Versteinerung bezeugen, daß alles Lebendige unter einem Bann steht.

Max Horkheimer/Theodor W. Adorno: Dialektik der Aufklärung

Die faschingsfeier: Die meisten bewohnerInnen waren sichtlich überfordert. Mit der vorführung des zauberers (500.- DM) konnte niemand etwas anfangen. - Aber perfekt organisiert hatte es die rehapädagogin.

Zu beginn mahnte sie gleich an, wieso ich denn noch nicht verkleidet sei? Alle betreuerinnen hatten sich nur minimal zurechtgemacht; ich hatte dann sogar eine selbstgebastelte vollmaske auf. - Die rehapädagogin und der psychologe liefen ohne jede ausschmückung rum; das meint vermutlich: Wir als vorgesetzte stehen über den dingen. *Sumpflüten der entfremdung..*

Zweifellos wollen die ärzte hier helfen. Aber wenn ich zweimal wöchentlich mit denen in der frühbesprechung sitze und mir ihre argumentationen anhöre, spüre ich deutlich die begrenzttheit ihrer aufmerksamkeit und damit ihrer hilfemöglichkeiten. Allermeist geht es um mehr oder weniger "angepaßt sein", um "exazerbationen"*, dieses entsetzliche lieblingswort offenbar der meisten psychiatern, - immer wieder um symptome, die kurz beschrieben und eingeschätzt werden und für die beschlossen wird, ob eine änderung der "medikamentösen therapie" angebracht ist. Woche für woche solche sachten nachregelungen der medikation, selten auch eine änderung des mittels. Verlegungen in ein anderes zimmer werden erwogen oder ob jemand doch zum "kognitiven training" geschickt werden soll. Ganz ohne zweifel sind die

* *Verschlimmerung pathologischer symptome*

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

ärzte in dieser abteilung verantwortungsvoll, reagieren sie subtil, lassen nichts schleifen - aber eben nur innerhalb dieser kriterien und therapeutischen varianten!

Psychiater.. jetzt hab ich sie erlebt! Mechanistische erfahrungswissenschaftler sind es, sie jonglieren in einem vielfältigen geflecht von relativ monokausalen zuordnungen, aus denen ihr bild von den patienten (*lateinisch: "die geduldigen"*) zusammengesetzt ist.

Bernd ist tot; - gestorben im zimmer direkt über mir, in einem seiner schrei- und aggressionsanfälle, fixiert ans bett; - herzinfarkt.

Bernd, bei dem ich an den ersten tagen hier gesessen habe und wir haben zusammen geheult: "Ich halt's hier nicht mehr aus! Hol mich hier raus!" - Und ich: "Ich bin hier angestellt, um euch rauszuholen - !"

Und dann konnte ich grad ihm doch nicht helfen, keine spur.

In letzter zeit entstand wieder ein saches gespinst zwischen uns, - zuneigung, wärme. Neben all seine inszenierungen ist der hintergrund doch klar: die sehnsucht, daß echte zuneigung sein möge zwischen ihm und anderen.

Manchmal ging er in der phantasie meinen heimweg mit: "Fährst du mit der S-bahn friedrichstraße.. gehst unten durch.. und fährst dann nach westberlin, ja? Und abends hörst platten, ja? Und liest und dann gehst ins bett, ja? - Und gehst du heute noch einkaufen - ? Was kaufst du ein?"

Bernd. 40 jahre alt. Er wollte einfach leben. Und hat so sehr gelitten unter seinen gefühlsschwankungen, denen er völlig hilflos ausgeliefert war, - trotz seiner virtuosen inszenierungen zwischen 'kleiner junge' und plötzlichen aggressionen. Ob das borderline war?

Vielleicht war es jetzt ein gnädiges schicksal.. - Auch die verlegung in ein wohnheim hätte ihm kaum helfen können. Nur psychotherapie; und die gibt's nicht für solche menschen, das bezahlt keiner (neben dem betreuten wohnen).

Heute morgen sprachen wir noch davon, daß wir bald mal wieder ball spielen miteinander. Er fing ja grad an, sich kontinuierlicher auf mich zu beziehen.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Eine stunde vorher bin ich am wachsaal vorbeigekommen, da lag er, hatte sich mal wieder die kleider vom leib gerissen trotz fixierung, rüttelte am bett, zerkratzte sich mit den fingernägeln die haut - und drum herum in gehörigem sicherheitsabstand ein paar schwestern und pfleger, die die szene lauthals kommentierten (und ihn auf diese weise immer noch mehr reizten). Was hätte ich machen sollen? Meinen protest hätten sie abgebügelt - zumal ich dem pflegepersonal nicht helfen konnte, mit bernds plötzlichen attacken anders, besser umzugehen. Und das menschenverachtende drumherum - wird sich bei diesen mitarbeiterInnen nicht ändern.

Sie haben recht mit ihrer (aber als vorwurf gemeinten) beobachtung, daß menschen mit kognitiven beeinträchtigungen (oder was immer bei denen hier vorliegt) für mich nicht in erster linie "behinderte" sind, "für die wir sorgen müssen". In erster linie sind sie mitmenschen, die in ihrem eigenen schicksal, ihrem eigenen lebensrisiko stehen wie jeder mensch. Ihre (organische) beeinträchtigung ist teil ihres schicksals. - Selbstverständlich sollten wir auf ihre einschränkungen rücksicht nehmen bzw. sie unterstützen, wo sie unterstützung brauchen - aber auch das gilt für alle menschen, die uns in irgendeiner weise "*zugewiesen wurden*" (hans henny JAHNN*). - Professionelle helfer scheinen beeinträchtigte offenbar in erster linie als objekt ihrer fürsorge zu sehen. Es hat schon einen bart, aber wieder geht es um den defizitorientierten blickwinkel. Das gegenüber wird vorrangig über seine beeinträchtigung definiert und angesprochen. Andere individuelle signale werden meist ignoriert, insbesondere wenn die sehnsucht nach gleichberechtigter *Ich-Du*-begegnung in ihnen deutlich wird.

* *Ich glaube, in 'Jeden ereilt es'.*

März 1996

Nach zwei wochen urlaub: Die ABM-frauen haben mittlerweile ihren platz auf der hierarchieleiter gefunden: ganz unten, als hilfsschwestern mit etwas höherer selbstverwaltung. Typisches symptom: die "stationshilfen" (putzfrauen einer fremdfirma) tun sehr vertraut mit ihnen und oft sitzen sie zusammen in dem keller, der 'Heilpädagogischer Erfahrungsraum' sein sollte, bei den ewigen zigarettenpausen.

Ja, natürlich: pausen, pausen, pausen. Nebendran sitzen meist ein paar bewohnerInnen rum, während die betreuerinnen über ihren alltag schwatzen.

Kochgruppe. Von den schwestern wurde der wunsch geäußert, die bewohnerInnen könnten doch für's pflegepersonal kochen, weil die bewohnerInnen ja automatisch mittagessen bekommen (was allerdings individuell abbestellt werden könnte). Das wird akzeptiert von den ABM-frauen im verbund mit der rehapädagogin. Mein hinweis auf den wichtigen zusammenhang zwischen zubereiten/kochen/essen wird schweigend aufgenommen. Aus einer ecke kommt: "Wir backen ja auch!"

Plötzlich wird mir bewußt, daß die rehapädagogin durchgängig das image einer fernsehansagerin reproduziert! Keinerlei gefühl im gesicht zu lesen außer perfekt kontrollierten regungen mit anfang und ende, ebenso in der stimme: weittragend, niemals zu laut, niemals zu leise, jede der wenigen modulationen ist offenbar kontrolliert und inszeniert..

Vielleicht jeder psychotherapeutische ansatz geht von einem verkehrten menschenbild aus: weil die psychologen als klientInnen immer nur menschen mitbekommen, deren inneres system nicht oder nicht mehr funktioniert. - Auf der grundlage solcher erfahrungen psychiatrer und psychotherapeuten keine angemessenen pespektiven für ihre therapeutischen bemühungen! Dann können sie sich fast nur an den äußerlichen, gesellschaftlich geforderten verhaltensnormen orientieren.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Darauf hatte vor langer zeit sigmund freuds forderung gezielt, psychoanalytische ausbildung sollte breitbandig sein und philosophie, religionsgeschichte und kunst einbeziehen. -

Tag für tag fühle ich mich sicherer hier, in der konkreten arbeit mit den bewohnern.. Die verlässlichkeit des immergleichen wird grundlage für vertrauen.. von daher könne winzige neue momente aufgenommen und beantwortet werden. - In meiner früheren position als 'leitender heilpädagoge' war das kaum möglich.

Vermutlich brauch ich nur so weiterzumachen. Ich spüre punktuelle aufmerksamkeit der stationsschwester - und kann nur hoffen, daß sich auch bei den ABM-frauen etwas ändern wird. Bei ihnen zeigt sich wieder ihre unbefangene spontaneität, auch wenn ich dabei bin, - wie ganz zu anfang. Jetzt allerdings muß erstmal ich mich anpassen an deren gesprächsinhalte, einschließlich der spätpubertären sexuellen anspielungen. -

Jetzt lerne ich wohl, was mir immer so schwer fiel: abwarten, - nicht vorpreschen, nicht forcieren, nicht missionieren, - sondern wirken einfach durch mein so-sein.. - insbesondere ohne kampf gegen das, was ich ablehne. (*"Verdirb das wunder nicht durch eile!"* - hat meine chefin damals in heidelberg gesagt.)

Ich fühle mich in grundsätzlich neuer weise frei im umgang mit den bewohnerInnen, - wie in einem tanz.. - Einerseits kann ich ganz nah rangehen an die, sie liebhaben, spontan und zugleich kontinuierlich, - andererseits hab ich zur gleichen zeit eine distanz zu ihnen, die es mir ermöglicht, aufmerksam zu sein für das, was zweckmäßig ist in dieser situation. Sacht entwickelt sich bei mir ein gefühl für die ganzheit der einzelnen bewohnerInnen - und vielleicht wird es ja auch so im hinblick auf die ABM-frauen.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

April 1996

Meine kollegin monika (ABM-betreuerin, soeben zum zweitenmal geschieden, ständig zoff mit/wegen dem derzeitigen freund, narben an den handgelenken, depressive stimmungen, im kontakt mit den bewohnerInnen voll echter zuneigung und lebenskraft! Mutter zweier kinder, von denen sie sehr schön erzählen kann.. 70.000 DM schulden, mit dem gerichtsvollzieher per du) - nimmt mich sacht an der hand, wie ein kind, und führt mich zu den betreuerinnen rüber (die nebenan fast 80% der arbeitszeit pause machen), zum besonders schön gedeckten frühstückstisch: und ich werde also heute dazu eingeladen. Ein neuer schritt..

(Bei diesem frühstück haben sie dann durchblicken lassen, daß sie von der rehapädagogin ermahnt wurden, fachlich nichts von mir anzunehmen.)

Eine der ABM-frauen hatte lisa in den keller mitgenommen und war dann zu den anderen gegangen; die saßen nebenan bei der pause. So waren lisa & ich bestimmt eine stunde lang zusammen; die einzeltherapie durfte ja nicht mehr stattfinden seit februar. Lisa räumte das bällchenbad aus und ich gab ihr die bälle einzeln zurück.. Wieder unser spiel, daß alle bälle sich um ihre füße rum versammeln.. Zeitweise war's mir zum heulen. Morgen zieht sie (mit fünf anderen) um in ein wohnheim; natürlich wurde ich nicht einbezogen in diesen ablauf.

Nein, es gibt nichts wahres im falschen.. und dennoch gibt es eine orientierung: sternschnuppenhaft aufleuchtende momente von wahrheit.

Mai 1996

"Hausteam" - oder was davon übriggeblieben ist. Nur noch die stationsschwester nimmt teil (statt aller verfügbaren schwestern), zweimal hat sie es zeitlich verlegt und dabei eingeschmolzen auf eine halbe stunde. Niemand protestiert. Den ablauf in 'ihrer' station hat die stationsschwester mittlerweile wieder völlig in der hand; virtuos agiert sie mit peitsche

(verweigerungen, steine in den weg legen) und zuckerbrot (nachträgliches einlassen auf kompromisse, punktuelles lob - zu dem die nächste einschränkung gleich gehört). Von den ABM-frauen wird sie in unterwürfiger haltung angeredet: "Ich will erst fragen, ob sie etwas dagegen haben würden.." - Mit subtilen unverschämtheiten frischt die stationsschwester dieses machtgefälle immer wieder auf. Die rehapädagogin und der psychologe stehen dem völlig hilflos gegenüber, merke ich jetzt, nachdem sie nicht mehr gegen mich kämpfen (müssen). -

Heute wollte der neue stationsarzt wissen, ob es eigentlich keine grundsätzlichen konzepte hinsichtlich der förderung gibt.. Die rehapädagogin wedelte mit den händen und dem kopf, sagte eigentlich nichts, der psychologe gab einige zutreffende verallgemeinerungen zum besten, wobei er immer wieder zu mir guckte. Ich saß das, als sei ich taubstumm.

Im keller berichteten heute drei ABM-frauen aus ihrer kindheit, aus der DDR-zeit. Unbeschreiblich schrecklich! Zwei von ihnen aus alkoholiker- und prügelerternhäusern, in einem fall offensichtliche psychische erkrankung, das dritte elternhaus auch hochgradig gestört. Ich habe nie erlebt, daß erwachsene menschen völlig offen, bewußt ihren haß auf die eltern (vor allem die mütter!) darstellen und dies plausibel begründen..

Zu alledem die DDR-spezifischen unterdrückungsformen, aus der sicht der unterschicht: ohne kompensationsmöglichkeiten: gefangen in entwürdigenden alltagszwängen.. So viel verbitterung kam da raus.. Die haben nichts vergessen, nichts zugeschüttet mit konsum (bzw. daher kommen wohl die schulden!), es sind alles offene wunden.

Diese frauen sind solche, wie zille sie gemalt hat, wobei der das wirklich schreckliche eben nicht darstellt, sondern nur die lebensimpulse, die sich durch das schreckliche hindurch bahn gebrochen haben und grad deshalb so anrührend und mitreißend erscheinen! Oft bleibt solchen menschen nur die sexuelle lebendigkeit, wenn ihr alltag fast ausschließlich aus demütigung, hilflosigkeit und mißachtung besteht.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Monika ist grad geschieden, parallel dazu schmeißt sie ihren neuen freund raus, weil sie merkt, daß er (auch) alkoholiker ist - und in besoffenem zustand böartig wird - und lernt diese wochenende wieder einen mann kennen. Kann nicht alleine bleiben nachts, will dann zum schnaps greifen.

Ihr elternhaus? Alkohol und prügel. Der vater vögelt gewohnheitsmäßig in der elterlichen wohnung mit anderen frauen, die mutter weiß es und verzieht sich dann, einmal trägt sie einer frau die sachen hinterher in deren wohnung. Und monika muß sie begleiten. Die ältere schwester jahrelang knast. Die eltern leisten sich tolle sachen, die mädchen laufen in den letzten fetzen. Nur der sohn wird - mit westgeld von verwandtschaft - chic eingekleidet. Und hier bei uns startet sie ständig sexuelle witze und anspielungen und scheinbare flirts. 32 jahre alt ist sie, wirkt in vielem 10 jahre älter - und in manchem 20 jahre jünger.

Als sie irgendwann im liebskummer zu den eltern flüchtete, spielte der vater das runter und die mutter bot ihr als trost eine dose pilze an.

Drei kinder hat sie. Der älteste lebt beim vater und raucht und säuft schon, mit 14.

Die monika mochte ich von anfang an; das schlimme weiß ich erst seit heute.

Wie nebenbei erzählte monika von einer situation, als ihr ehemann sie "zu boden gestreckt" hat; daraufhin hat sie die wohnung auseinandergenommen. Dem freund hat sie eine rippe und einen finger gebrochen, als sie ihn rausschmiß. Aber tage später trifft sie sich schon wieder mit ihm in 'ner kneipe - und amüsiert sich über seine frustration, weil sie einen neuen hat.

(Auf den großen geburtstagkalender im keller hatte ich bernds todestag dazugeschrieben. Jetzt entdecke ich, irgendwer hat daruntergeschrieben: "**Gedenktag für die Opfer der XXXXXXXXXX**" - Das letzte wort ist dick unlesbar gemacht, wohl von anderer hand.)

Yogi hatte einen epileptischen anfall - bei uns im keller. Wegen blutdruckmessen war grad eine schwester da, die rief noch eine. Ich hatte

Yogis kopf in seitenlage gehalten, die stellvertretende stationsschwester zerrte den kopf nach oben, also in hinterkopflage, um ihn zu putzen (er hatte frühstück erbrochen). Auf meinen protest wegen der gefahr des verschluckens: "Nein, das ist ja jetzt alles draußen!" - Aber Yogi fing umgehend an zu husten. Beide schwestern putzten hektisch an ihm rum und schleiften ihn dann die treppen hoch ins bett. Auf meinen protest, er könne doch noch hier bei uns bleiben und sich ausruhen (auf der matraze): Es müsse ja auch blutdruck gemessen werden!

Selbst die ABM-betreuerinnen waren spontan entsetzt: "Da haben wir einen tag einweisung in epilepsie gehabt und dann verhalten sich die schwestern genauso, wie wir gelernt haben, daß es nicht sein soll!"

Der beschäftigungstherapeutin, die lisa 3 jahre lang betreut und so viel erreicht hat bei ihr, haben sie nichts von der verlegung gesagt. Hätte sie es nicht zufällig von einer reinigungskraft erfahren, wäre sie wie üblich zur nächsten stunde mit lisa in die station gekommen.

Juni 1996

Wochen später. - Sachte, sachte verdichtet sich "im keller" eine ganz alltägliche heilpädagogische aufmerksamkeit, zu der auch eher privater austausch zwischen den ABM-betreuerinnen und mir gehört. Sie kriegen mit, was ich mit bewohnerInnen mache, beteiligen sich punktuell daran - und ziehen sich an ihren pausentisch zurück, wenn sie genug haben. Manchmal machen sie auch was eigenes mit jemandem. - Über unseren köpfen wurschteln die schwestern und im grund stören die gar nicht mehr. Selbst wenn die stationsschwester uns punktuell einen knüppel zwischen die beine wirft, lenkt das die gesamte tendenz hier unten nicht ab. Mal wieder wird deutlich, wie wichtig es ist, die systemische dynamik zu beachten, nicht nur (und oft nicht mal vorrangig) diejenigen phänomene, die von bestimmten einzelnen ausgehen.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Lisa hab ich besucht in ihrer wohngruppe, war mehr als eine stunde mit ihr und andern einfach so im alltag zusammen. Ja, es ist gut. Sie wirkt lockerer denn je, in allen ihren verhaltensvarianten zeigt sich, daß sie sich wohl fühlt dort. Irgendwann nahm sie mich an der hand und führte mich draußen rum, im hof und garten. Klar, die hohe medikation ist beibehalten worden; die ließe sich reduzieren wohl allenfalls durch eine fortgeführte autismspezifische therapie, und die ist mit dem pflegesatz nicht zu machen. Medikamente sind billiger.

Juli 1996

Der ABM-trägerverein möchte erfahrungsberichte der betreuerinnen in seiner verbandszeitung veröffentlichen. Die frauen schreiben drei lebendige, nachvollziehbare und sachlich stimmige texte. (*Ich war in keiner weise daran beteiligt!*) Sie müssen dem chefarzt und dem ärztlichen leiter des krankenhauses vorgelegt werden. Jetzt dürfen sie nicht weitergegeben werden. So könne das kranknhaus nicht dargestellt werden, läßt der chefarzt verlauten. Der psychologe hatte die texte, ohne sie selbst zu lesen, von den betreuerinnen übernommen und an den chefarzt weitergegeben. Über die ablehnung geredet hat er mit ihnen nicht; davon erfahren sie irgendwie hintenrum. Und erst auf ihre anfrage (eine woche später) haben sie die papiere von ihm zurückbekommen, in seinem büro aus einem stapel herausgesucht mit der bemerkung: "Ach ja, - hier liegen sie ja doch nur rum!"

Die betreuerinnen sind ziemlich deprimiert. Ich versuche, ihnen zu verdeutlichen, daß das symptome sind für ebendiese menschenverachtende einstellung und situation, in der unsere bewohnerInnen seit jahrzehnten festgehalten werden. Daß eben das unsere aufgabe ist, in dieser situation für die einzutreten und sie da rauszuholen.

Exkurs: Berichte der ABM-betreuerinnen

Der erste:

Am Anfang unserer Arbeit gab es nur sterile und monotone Krankenhausatmosphäre. Bewohner, die ohne Beschäftigung und individuelle Zuwendung auf Stühlen rumhingen oder auf dem Boden lagen. Sie aus ihrem Alltagstrott herauszuholen, auf ihre persönlichen Wünsche und Bedürfnisse einzugehen und damit eine gewisse Selbständigkeit zu erreichen und einen individuellen Tagesablauf zu sichern, ist unsere Aufgabe.

Die Erfolge, die wir erzielen, müssen hart erkämpft werden. Das Umfeld reagiert oft negativ, mit Gegenargumenten und mit Skepsis. Doch die vielen kleinen und auch großen Erfolge bestärken uns in unserer Arbeit und sind immer wieder Ansporn. Durch uns lernen sie ihre Wünsche und Bedürfnisse zu erkennen und zu artikulieren. Ohne unsere tägliche Zuwendung, Hilfe und Geborgenheit, die sie bei uns haben, wären sie nur willenlose Individuen.

Wir erachten unsere Arbeit als sehr wichtig. Unsere Bewohner müssen enthospitalisiert und auf ein Leben in einem Wohnheim vorbereitet werden. Das kann kein Krankenhauspersonal schaffen, da weder die notwendige Zeit noch die Möglichkeiten dazu vorhanden sind.

*Ohne eine gewohnte Bezugsperson, die den Bewohner ins Wohnheim begleitet und weiterhin für ihn da ist, kann ich mir eine Enthospitalisierung nicht vorstellen. Eine fremde Umgebung mit fremdem Personal würde unsere Bewohner wieder in ihren alten Trott zurückfallen lassen.**

Wir wollen alle unsere schwere, aber sinnvolle und auch schöne Arbeit weiter machen. Aus diesem Grund hoffen wir von ganzem Herzen, daß unsere Maßnahme verlängert wird und wir alle mit unseren Bewohnern in das neue Wohnheim umziehen können. Unsere Bewohner haben diese Chance verdient und dafür werden wir kämpfen.

* Eine etwas taktische behauptung, da die frauen ja selbst übernommen werden wollten! - Zudem bestand grade akut die gefahr, daß die ABM-maßnahme nicht verlängert wird.

(D.B.)

Der zweite:

Zu Beginn unserer Arbeit, in der wir die Krankenhausatmosphäre richtig zu spüren bekommen haben, überkam uns ein Grauen. Obwohl das Krankenhaus für einige unserer Bewohner therapeutische Beschäftigungen bot, war das nicht ausreichend. Die meiste Zeit saßen die Bewohner auf ihren Stühlen und langweilten sich. Sie warteten lediglich auf ihre Mahlzeiten, jeden Tage derselbe Ablauf. Zu wenig Abwechslung und Beschäftigung.

Von Stunde an, sollte das nun anders werden, durch unser Projekt. Wir haben begonnen mit den Bewohnern täglich kleine Spaziergänge zu machen, die später zu größeren Ausflügen wurden. Doch das war uns nicht genug. Wir organisierten eine Kochgruppe, und gehen einmal in der Woche zum Schwimmen, im Krankenhausgelände. Die große Begeisterung hierfür, spiegelte sich in ihren Gesichtern wieder.

Die Bewohner anfangs zu beschäftigen, bereitete große Schwierigkeiten auf der Station. Es fehlte einfach die nötige Ruhe. Doch endlich war es soweit, wir bekamen eigene Therapieräume. Nun konnten wir damit beginnen, die Räume mit den Bewohnern zu gestalten. Unter unserer Anleitung bastelten sie emsig bunte Bilder, Vorhänge und viele andere Sachen. Es wurde auch eine tolle Musikecke eingerichtet, in der sie sich gerne aufhalten. Keiner von unseren Leuten möchte den heutigen Tagesablauf in den Therapieräumen missen. Durch uns haben sie gelernt, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu erkennen und zu artikulieren. Keiner zieht sich mehr zurück, sie fordern Aufmerksamkeit.

Unsere Bewohner müssen unbedingt enthospitalisiert werden. Sie müssen weiter auf ein Leben in einem Wohnheim vorbereitet werden. Ein Leben, in dem es mehr gibt, als nur Essen und ein wenig Beschäftigung. – Sondern auch Spaß und etwas Arbeit. Sie müssen lernen, das die eigene Tasse alleine abgewaschen wird oder daß das Bett zu machen ist, auch wenn es schwer fällt. Doch das alles braucht viel Zeit und Geduld zum Lernen, das kann kein

Krankenhauspersonal schaffen. Sie brauchen Bezugspersonen und viel Liebe, damit ihr Vertrauen bestehen bleibt. Dies ist jedoch nur möglich, mit dem Umzug in das Wohnheim, was bedeutet, das unsere Bewohner weiterhin durch uns betreut werden müssen.

(S.B.)

Der dritte:

Zu Beginn unserer Arbeit wußten wir weder um was für Behinderte Menschen es sich handelt und in wie fern sie beeinträchtigt waren und sind.

Es kostete auch viel Überwindung sich jedem einzelnen zu widmen, da jeder eine andere Eigenart besaß.

Wir versuchten soweit es uns von jedem erlaubt wurde, an ihnen heranzutreten und das Vertrauen zu gewinnen. (Da durch Hospitalisierungserscheinungen jeder in seiner eigenen Welt lebte.) Durch unsere Bemühungen gelang es uns zum größten Teil das Vertrauen zu jedem einzelnen aufzubauen. Da wir auch sehr stark auf jeden eingegangen sind, konnten viele sich selbständiger artikulieren und ihre Wünsche äußern.

Die Befürchtung, dass jeder wieder in seine eigene Welt sich zurück zieht, ist sehr groß, wenn das Projekt endet. Auch das was wir in einem Jahr erreicht haben, kann in einer Woche wieder zunichte gemacht werden.

An bestimmten Bewohnerinnen haben wir gemerkt, wenn ein Betreuer fehlte wurde gleich nachgefragt und ausschau gehalten. Da sich jeder von uns den Grundbedürfnissen eines jeden widmet, ist es eine große Freude zu sehen wie sie sich zum Vorteil verändern und verbessern. Da man auf der Station sich nicht richtig darauf konzentrieren konnte wurden uns eigne Räume zur Verfügung gestellt. Viel Spaß machte es uns den Raum auszuschnücken und zu gestalten. Das heißt, wo wir uns mit allen in Ruhe beschäftigen konnten.

Als wir mit unserm Keller anfangen sah dieser noch sehr kahl und kien aus, jetzt ist er richtig wohnlich und bunt ausgestaltet worden, wobei wir auf die Wünsche eines jeden eingegangen sind. (Musikecke, Kuschelecke, Mal- und Spieltische sowie ein Bällchenbad)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Nun kommen viele schon von alleine runter und können sich jeder Zeit Spielsachen sowie Mal- und Beschäftigungsmaterialien nehmen, ohne Angst zu haben das man sie ausschimpft oder bestraft.

Nun hoffen alle Betreuer, das wir mit vielen unserer Schützlinge in einem geschützten Wohnheim das Begonnene fortsetzen können, damit sie alle noch mehr vom "normalen Leben" mitbekommen, und lernen sich besser zurecht zu finden.

(A.T.)

In der frühbesprechung neue hiobsbotschaften. Die abteilung wird zusammengestrichen; bewohnerInnen müssen binnen kürzerer zeit als geplant rausverlegt werden - und nichts von dem druck läßt sich an potentielle träger weitergeben. Im gegenteil: die haben freie auswahl und können sich für die pflegeleichtesten beeinträchtigten entscheiden; in der regel sind das welche aus elternhäusern, nicht unsere.

Der chefarzt: "Da zeigen sie uns im fernsehen, wie schlimm in rußland mit den behinderten umgegangen wird - nur zu dem zweck, daß wir hier uns einreden können, bei uns sei alles in ordnung!"

Die ABM-frauen sind weiterhin präsent, - sowohl menschlich, den bewohnerInnen gegenüber, als auch sachlich, indem sie sich für neue aktionen engagieren. Sicher, alles auf niedrigem niveau, immer verdünnt mit 60% pausemachen - aber dieses zusammensitzen der frauen ist vermutlich eine unverzichtbare kraftquelle..

Teils machen sie und ich unterschiedliche sachen, teils gemeinsame, - und wenn sie fragen haben oder unterstützung brauchen, bin ich bereit. Das klappt jetzt ganz gut. - Rehapädagogin und psychologe haben sich weitgehend wieder in ihre 'trainingswohnung' (mit den 10 vor jahren

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

handverlesenen bewohnerInnen) zurückgezogen und zelebrieren dort wohnheimalltag, - hier tauchen sie jedenfalls nur noch zu formalen anlässen auf.

Sacht driften 'krankenhaus' und 'enthospitalisierungsprojekt' auseinander. Es gibt menschen, die tag für tag konkret und individuell mit den bewohnerInnen beschäftigt sind - und es gibt menschen, die formal zwar dasselbe wollen, aber in x anderen zusammenhängen stecken und im alltag vom enthospitalisierungprojekt nicht viel mitbekommen und sich eigentlich auch nicht drum kümmern wollen. Durch meine leitungsfunktion war ich früher bei denen eingebunden, jetzt nicht mehr. Und es ist gut so; nicht mit akten rumlaufen und in entscheidungsgremien rumsitzen, sondern bei den bewohnerInnen sein und deren zeit teilen.

Als ich unlängst scherzhaft sagte, in der DDR wäre ich wohl einer derjenigen gewesen, die im prenzberg in einem besetzten haus wohnen, antwortete frank (der einzige männliche ABM-betreuer): "In der DDR wären sie oberstleutnant der staatssicherheit gewesen - !"

Das gab mir wieder sehr zu denken.. zumal frank zu mir offenbar recht viel vertrauen hat und mich zu mögen scheint. Und selbst mit sicherheit negativ eingestellt ist zur 'stasi'.

Es wird lange dauern, oder vielleicht nie gelingen, daß diese beiden gesellschaften einander verstehen..

August 1996

Grade mal 24 stunden gibt es unseren snoezelraum (mit matrizen und vorhängen zum abdunkeln), da posaunt eine schwester: "Was ist denn das? Sieht ja aus wie in 'nem puff! Dann ist ja kein wunder, daß die alle an sich rummachen in den betten - !"

Tags drauf beschwert sich eine stationshilfe bei einer ABM-betreuerin, ich hätte einen bewohner nach einem spaziergang nicht zur toilette geführt und

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

jetzt habe er auf die treppe geißt - "und derweil liegt der [*ich*] in diesem matrazenlager!"

Als ich das gesprächsweise gegenüber der stationsschwester erwähne (die genau weiß, was snoezelräume sind), versucht sie, die bemerkungen als witzig gemeint darzustellen.

Jene beschäftigungstherapeutin hat lisa jetzt auch besucht und kam ebenso froh zurück wie ich. Wie die da integriert sei! Wie in eine familie! Ja, so empfand ich es auch. - Lisa, ich wünsche es dir so sehr! Du hast es verdient - nach 20 jahren.. All deine kämpfe.. daß du nicht aufgegeben hast.. Ich werde dich nie vergessen.

Ich kritisiere die reizüberflutung im snoezelraum, in den die betreuerinnen alles reingepackt haben, was vorhanden war an leuchtenden und blinkenden effekten. Sie sträuben sich: "Aber wir haben uns darauf geeinigt!" - Nach einigem hin und her verweise ich darauf, daß ich wohl die verantwortung für die 'Heilpädagogischen Erfahrungsräume' hätte. - Etwas später verkündet mir die sozusagen brigadeführerin der ABM-frauen: "Also frau P. [*die rehapädagogin*] sagt, du bist hier nicht verantwortlich, sondern wenn es jemand ist, dann wir, denn wir waren zuerst da, und du bist dann als gast dazugekommen! So hat es frau P. damals gesagt und das hat sie grad nochmal gesagt."

Peng! Da hatte ich's wieder mal! *Die diktatur des proletariats.. ?!*

September 1996

Nachdem sich in berlin kein träger findet, der unsere bewohner übernehmen kann (d.h., von der senatsverwaltung keine träger in diesem sinne finanziell unterstützt werden), andererseits aber der druck von der senatsverwaltung auf das krankenhause zunimmt, die bewohnerInnen zu enthospitalisieren (d.h. abzuschicken - um jeden preis, damit die krankenhauskosten durch die in jedemfall geringeren heimkosten ersetzt werden können), müssen wir jetzt

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

doch ins auge fassen, die leute nach bayern zu verlegen. Das wollten wir an sich auf keinen fall, weil dorthin ein fachlicher austausch mit uns nicht realistisch ist und weil den bewohnerInnen ein wohnrecht in berlin-brandenburg zugestanden werden soll. Tja, aber..

Der träger dort hat einen guten ruf - aber die ABM-frauen würden dorthin vermutlich kaum auswandern können und wollen. Im übrigen ist das ganze natürlich ausdruck der tendenz, kapazitäten in westdeutschland mit ostdeutschem bedarf auszulasten, also gelder aus ostdeutschland (einschließlich ostberlin) in den westen zu pumpen - denn zahlen für die bewohnerInnen muß weiterhin das herkunftsbundesland.

Die alternative für bayern wäre mit größter wahrscheinlichkeit, daß die leute einzeln in irgendwelche pflegeheime abgeschoben werden, - "lebendig begraben" (der chefarzt).

Eine betreuerin, die einige zeit krank war, kommt auf mich zu: "Was ist denn da schon wieder los? - Es wird jetzt gesagt, daß sie mit uns gar nichts mehr zu tun haben sollen, - daß wir mit ihnen eigentlich gar nicht mehr sprechen sollen oder so?! Und sie sind darüber informiert-?"

Ich kann ihr nur sagen, daß ich irgendsowas über 3 ecken mitbekommen habe, daß aber mit mir niemand in diesem sinne gesprochen hat (das übliche verfahren in diesem krankenhaus, auch beim chefarzt). - Ich hab ihr meine interpretation der zusammenhänge dargestellt und gespürt, daß mir's deshalb eigentlich zum heulen ist, wenn ich mir auch denke, leckt mich doch am arsch, - aber es ist einfach gemein, dieses ständige intrigieren der rehapädagogin.. bei scheißfreundlicher verbindlichkeit nach außen, mir gegenüber.

Mittlerweile entsteht schon fallweise eine konkrete, inhaltliche koalition mit der stationsschwester (bisher meine intimfeindin!), weil es uns beiden wirklich um die konkreten bewohnerInnen geht.. - das scheint uns immer mehr zu verbinden!

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Oktober 1996

Dieters verlorengegangene mundharmonika hat sich wiedergefunden; er ist übergücklich - und spielt gleich einige lieder nacheinander. Wieder lauschen wir sprachlos diesem wunder: Wie dieser fast lebenslang hospitalisierte 50jährige (der sich durchgängig als 5jähriger fühlt!) mundharmonika spielen kann - ! Dann kommen ihm, wie in letzter zeit öfters, erinnerungen - von denen er nicht weiß, daß es vergangenheit ist.. daß seine mutter bald urlaub hat und dann ihn nachhause holt.. Mit innig-verklärtem, freudestrahlendem gesichtsausdruck.

Immer wieder krieg ich taktische spielchen von unseren 'siamesischen zwillingen' (rehabpädagogin und psychologe) mit, die offenbar ziemlich reflexhaft bei ihnen ablaufen. Winzige "punktvorsprünge" zu erzielen, informationen zurückzuhalten.. all das.

Aber es ist belanglos für meine arbeit mit den bewohnerInnen, - da werde ich immer ruhiger und genauer, - und lege alles offen, alles wird wie wasser, ich halte nichts fest, - es geschieht einfach und jeder darf's mitkriegen. Was zwischen den bewohnerInnen und mir tag für tag geschieht und damit deren lebenserfahrung erweitert, daran kann niemand von außen rühren. Und weil ich meine aktivität darauf beschränke, gibt es kaum anknüpfungspunkte für intrigen. Die individualität der bewohnerInnen hat offenbar kaum stellenwert bei den beiden. Selbst wenn sie manche von denen auch mal mögen, sind sie in erster linie arbeitgrundlage, arbeitsmaterial, - objekte. Vielleicht bin ich jetzt ungerecht - aber so ist leider mein eindruck.

Der chefarzt hatte mich gefragt, ob ich bereit wäre, zur verlegung nach bayern mitzugehen für eine woche, zur einweisung und zum übergang. Als wir das geklärt haben, ermahnt er mich, noch mit niemandem drüber zu sprechen. -

Jetzt kommt karin, eine ABM-betreuerin, auf mich zu: "Na, und du gehst dann mit?!"

"Wieso? Wie kommst du denn drauf?"

"Ich? Na, ich frage nur - !"

"Naja, es ist schon denkbar - - Der chefarzt hat sowas angedeutet - aber es sollte noch nicht so drüber geredet werden, also - oben rum brauchst du ja noch nicht drüber zu sprechen!" (*Also bei den schwestern*)

Karin: "Ja, klar. - - Aber ich glaube, von denen hab ich das gehört, da wurde es erwähnt!"

"Ach so, - naja, dann ist's ja ok, - wenn der chefarzt es schon gesagt hat. Ich wollte ihm nur nicht vorgreifen.. - Ja, es stimmt schon, ich werde mitgehen."

Dieser dialog ist außerordentlich typisch für das hohe maß an reflexartigem vertuschen und zurückhalten von informationen und informationswegen hier, wie ich das im westdeutschen arbeitsleben niemals auch nur annähernd erlebt habe. Wirklich: sich grundsätzlich bedeckt zu halten, ist roter faden fast jeder kommunikation hier, sofern auch nur latent irgendwelche hierarchischen, funktionalen machtzusammenhänge bestehen. - Ich dagegen bin dauernd dabei, informationen zu streuen, auf allen ebene, in alle kanäle, - um die redundanz zu erhöhen; - da ich ja nun an die selbstheilungskräfte in sozialen systemen glaube.*

Erst durch den arbeitsalltag mit den betreuerinnen kann ich das maß an selbstentfremdung in diesen kreisen ahnen. Wie brutal ist ihre unfähigkeit, irgendwas von dem zu bewahren, was ihnen selbst wichtig ist - oder die unfähigkeit, momente dessen überhaupt wahrzunehmen!

Monikas kleine tochter besucht uns hier und bringt der mutter federn mit, die sie unterwegs aufgelesen hat, wunderschöne federn. Jetzt liegen sie da rum, tag für tag - monika kommt nicht auf die idee, sie auch nur an die wand zu drapieren, sie irgendwie zu würdigen! - Glasbilder wurden von jemandem von zuhause mitgebracht (die ans fenster gehängt werden). Dann lagen sie rum, weil keiner sich die mühe gemacht hat, sie aufzuhängen. Irgendwann

* vgl. Gilbert J.B. PROBST: 'Selbstorganisation - Ordnungsprozesse in sozialen Systemen aus ganzheitlicher Sicht' (Berlin/Hamburg 1987)

waren sie kaputt, weil ein bewohner sie fallengelassen hat; ich tu sie in den müll. Seither sind wochen vergangen; vermutlich hat niemand sie vermißt. So scheint deren ganzes leben auszusehen.. - Es wird genommen, was vor einem auftaucht und momentan nützlich ist zur bedürfnisbefriedigung - ohne vergangenheit und zukunft, ohne konsequenzen, achtlos, - lieblos. Überall liegt mittlerweile halbfertiges bastelzeug rum, wird jeden tag mehr zerstört, indem's herumgeschoben wird, in die hand genommen und fallengelassen wird - niemand räumt es auf. Auch die rehapädagogin schaut darüber hinweg, - wenn sie mal hier unten ist.

Dabei sind die frauen in momenten sorgsam und liebevoll, vor allem im konkreten kontakt mit einzelnen bewohnerInnen, - sie können das durchaus sein und haben selbst wohl viel sehnsucht nach einem derartigen miteinander, - aber sie haben die kraft nicht, die innere stabilität, die mittigkeit und das selbstwertgefühl wohl auch nicht, um genauheit, sorgsamkeit öfter zu investieren. Das geht nur ausnahmsweise - dann schlägt wieder der sumpf aus mittlerweile ständig plärrendem werbefunk (auch im snoezelraum!), ständigem essen und trinken und kreuzworträtsel lösen über ihnen zusammen.

Ja, in der meisten zeit haben sie ihre fühler eingezogen, weil sie in ihrem leben wohl immer neu erfahren haben, daß ihnen draufgeschlagen wird.

Der chefarzt hat meine berichte für die verlegungen nach bayern abgeseget, ich werde die bewohnerInnen dort begleiten, übermorgen kommt von dort die heimleiterin hierher - aber das erfahre ich erst jetzt nebenbei von der stationsärztin; der psychologe und die rehapädagogin, die für alles offizielle zuständig sind, haben es mir nicht gesagt. So ist das hier, - und keineswegs nur mir gegenüber. Möglichst alle leute vor vollendete tatsachen stellen - und initiativen möglichst so zu lancieren, daß sie wie vom himmel fallen und keiner so recht mitbekommt, wer dafür verantwortlich war: eine spezialität des chefarztes! - Hinsichtlich des besuchs aus bayern kam es jetzt zu der kuriosen situation, daß der chefarzt und ich uns sozusagen miteinander

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

verbündet haben gegen meine formellen vorgesetzten, die ja auch dem chefarzt unterstellt sind.

Allerdings hatte er mir schon zu beginn gesagt, es liege in der natur der arbeitsaufgabe, daß hier überdurchschnittlich viele individualisten und eigenbrötler arbeiteten, bzw. nur solche hier bleiben, - und entsprechend schwer sei diese abteilung zu führen.

"Warum wird denn die Kunigunde immer eingesperrt?" Ursula meinte ein etwa zwanzigjähriges Mädchen, die Tochter des Neurig, eines Bauern, der mit Pferden fuhr. Wir sahen sie fast jeden Tag. Sie streckte uns die Zunge heraus, warf mit Äpfeln, Brot, Kartoffeln nach uns oder schnitt Grimassen. Aber wir konnten nur selten ihr Gesicht sehen. Es war schrecklich mager, ungewaschen, die Haare verfilzt und verwirrt.

"Die is narrisch", sagte ich aus alter Gewohnheit.

"Darf sie niemals heraus?"

Darüber hatte ich noch nicht nachgedacht. Aber nun fiel mir ein: ja, einmal, da ist sie davongelaufen, barfuß, in einem schmutzigen, zerrissenen Rock. Da hat man gesehen, daß sie an den Beinen Geschwüre und Kratzwunden hatte. Auf der Wiese hat sie dann die junge Bäuerin - die Stiefmutter - erwischt. Kunigunde schrie: "Du haust mi wieder, du haust mi wieder!" Sie streckte die schrecklich dünnen, langen Finger abwehrend von sich.

Dann kam der Knecht, und sie schleppten sie zurück. Sie schrie den ganzen Weg: "Du haust mi wieder!"

Ursula meinte: "Wenn man einen Menschen in eine solche Kammer steckt und ihn so behandelt, muß er ja verrückt werden!"

Ich berichtete dies mit denselben Worten Mutter. Die antwortete: "Bekümmer di doch um dei Arbert, da hast gnug! Hast immer die Augn woanders. Könnst dir niks schodn, wenn man di a mal a paar Wochn einsperrn tät. Kummten a mal dei Dummheitn aus n Kupf raus!"

Adam Scharrer: Maulwürfe (Prag 1936; Berlin 1945/Aufbau-Verlag)

Unsere stationsschwester hatte in der DDR-zeit alle freien kellerräume vollgestopft mit allen nur denkbaren materialien, und schon damals hatte sie im krankenhaus einen legendären ruf - nicht zuletzt, weil ihre leute immer alles zur verfügung hatten, was nötig war! So ist sie geworden, perfekt darin, sich nach allen richtungen abzusichern. Auf den wahrheitsgehalt konnte es

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

dabei nicht ankommen, nur auf die wirksamkeit. So hat sie ihr schiffchen durch die untiefen von versorgungsengpässen, machtstrukturen und informell mächtigen hindurchgesteuert, größtenteils wohl tatsächlich im interesse sowohl der bewohner als auch der mitarbeiter. *(Auf den ehemaligen hauptamtlichen parteisekretär des krankenhauses wurde ich auch schon hingewiesen; der arbeitet hier als psychologe!)*

Dieter mit seiner mundharmonika! - Einerseits ist sie sein ein und alles und er spielt tiefempfunden kurze stücke von volksliedern drauf, daß uns manchmal die tränen in die augen steigen, - andererseits zerstört er sie manchmal insgeheim, offenbar ohne daß es ihm bewußt wird. Dann ist er ein schatten seiner selbst - so lange, bis er eine neue bekommt, meist erst wieder zu geburtstag oder weihnachten.

Jetzt haben wir eingeführt, daß er seine mundharmonika über nacht in einem schrank im therapiekeller schlafen legt und sie jeweils nur zum spielen hervorholt. Vielleicht klappt das.

November 1996

Frühbesprechung. Wie nebenbei fragt der chefarzt, was denn morgen wegen dem besuch aus bayern vorgesehen sei - ? Schweigen, dann die Oberschwester: Ja, also Herr S. *[ein zivilrechtlicher betreuer]* komme morgen früh mit einer frau von dort - den namen und welche funktion die habe, "weiß man nicht". *[Mit vorwurfsvollem unterton; gemeint ist: Wir wurden mal wieder nicht richtig informiert! - Allerdings war eben doch bekannt, wie sie heißt und daß sie die heimleiterin ist!]* - Die stationsschwester komme deshalb aus ihrer freischicht *[freiwilliger gesellschaftlicher einsatz!]* und man werde durch die häuser gehen und dann im besprechungsraum über die anstehenden fragen reden.

Der Chefarzt: "Ja, und ich möchte dann sie, herr v.lüttichau, bitten, sich dann dazu zu finden. - *[Zur Oberschwester gewandt:]* Herr v.lüttichau wird dann als mein vertreter an dem gespräch teilnehmen."

Daß er in dieser situation mit keinem wort den psychologen und die rehapädagogin einbezog, die formal meine vorgesetzten sind und jetzt hauptverantwortlich für das gesamte enthospitalisierungsprojekt (und natürlich anwesend waren), hat mich zwar nicht gestört, aber die feine art war es auch wieder nicht..

Zwischen ABM-frauen und stationsschwester war tags zuvor besprochen worden, daß die besucherinnen dann im keller kontakt aufnehmen können mit den zukünftigen bewohnerInnen. Also mußte ich jetzt wieder meckern: "Ich halte es allerdings für richtig, daß auch die betreuerinnen in das treffen einbezogen werden. Sie haben deshalb extra ihren projekttag verschoben und es ist vereinbart, daß.. - Auch frau U., die heimleiterin, ist darüber informiert."

Die oberchwester konterte bissig: Wenn die sich informieren wollten über zukünftige arbeitsmöglichkeiten dort und sowas, dann sei das doch privatsache und habe nichts mit diesem gespräch zu tun!

Der chefarzt: Nein, ganz im gegenteil, es sei in hohem interesse der patienten und ganz und gar in seinem sinne, wenn die frauen sich für eine solche mitarbeit interessierten. - Es sei ja kurios, daß sich niemand vom stammpersonal dafür interessiere, dorthin mitzugehen, daß so ein interesse nur bei den ABM-kräften bestünde, aber dies sei in jedem fall zu unterstützen. Im übrigen sei den ABM-kräften von anfang an die perspektive vermittelt worden, daß sie gegebenenfalls mit den bewohnern in ein wohnheim mitgehen könnten!

Die oberchwester sprach noch die pflegeberichte für die entsprechenden bewohner an, was dem chefarzt gelegenheit gab, noch ein ei zu legen: "Herr v. lüttichau hat auch einschätzungen erarbeitet.. - Sie haben doch noch ein exemplar?!" Was ich so verstand, daß ich die berichte jetzt den bayern mitgeben sollte.

Das war der erste akt. - Nach der frühbesprechung ging ich zu den frauen und berichtete. Wir sind uns einig, daß die versuchte abweisung der ABM-

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

frauen eine aktion der oberschwester war, da unsere stationsschwester sich deutlich für deren teilnahme an diesem termin ausgesprochen hatte.

Die oberschwester ist rigoros orientiert an regeln und formularen und wehrt alles ungewohnte, unsichere, für sie unkontrollierbare reflexhaft ab; das enthospitalisierungsprojekt versucht sie nach - man höre! - einhelliger einschätzung von anfang an zu sabotieren. Von daher gibt es immer wieder zoff zwischen ihr und der stationsschwester.

Wir vereinbarten, daß die frauen den genauen ablauf nochmal mit der stationsschwester absprechen.

Die kam am nächsten tag um 11h; als ich 11.15 nach einem spaziergang mit michel wieder ins haus kam, saßen die besucherinnen schon im schwesternzimmer und es wurde kaffee aufgetragen.

Die betruerinnen waren im keller und bastelten. Ich fragte, ob sie denn mit der stationsschwester drüber gesprochen hätten? Sumpfig kam es: "Nein.." - "Wieso nicht?" - "Wir wußten ja nicht, ob die stationsschwester schon da ist.."

Ich dachte, na, die kann ich jetzt nicht zum jagen tragen, ging wieder hoch. Im schwesternzimmer stellte selbstverständlich niemand mich vor; - jetzt mußte ich da auf die sitzenden leute zugehen! Solche sachen hab ich tatsächlich erst in dieser arbeitssituation gelernt! Ich, der hyperschüchterne.. - ich wundere mich immernoch!

Solche sachen müssen tatsächlich nur einfach angefangen werden, drauflos, im vertrauen darauf, daß dann schon irgendwas geschehen wird, was den zweiten schritt einfacher macht als den ersten. - Zunächst haben immer diejenigen, die sitzen, mehr sicherheit als derjenige, der dazukommt. Sobald der dann aber etwas tut, bestimmt er durch sein handeln für einen moment die situation, - und mit diesem vorsprung geht's weiter.

Die bayrischen frauen waren sichtlich froh, daß endlich jemand kam, mit dem sie differenzierter sprechen konnten, - die schwestern dürften mein auftreten eher in die schublade "typisch besser-wessi" gepackt haben. In dieser situation habe ich tatsächlich keine alternative gesehen zum szenischen machtkampf.

Irgendwann kam wenigstens eine der ABM-frauen dazu. Schritt für schritt wurde klar, daß ich jetzt einfach leitungsfunktion übernehmen mußte, damit die frauen aus bayern von diesem besuch konkretere eindrücke mitnehmen. Nicht selten scheinen in situationen abseits der routine fast alle beteiligten unsicher zu sein, was geschehen soll - und dann geschieht meist das, was am ehesten den alltagsroutinen der meisten entspricht. Dieses vakuum an entscheidungsklarheit kann erstmal durch fast jede intervention gefüllt werden. Wie bei unfällen, wo alle glotzen: Wenn einer das regime übernimmt, sind die anderen meist dankbar und machen automatisch mit. Allerdings nur so lange, bis sie die sicherheit ihrer eigenen normalität wiedergefunden haben.

Irgendwann tauchten der psychologe und die rehapädagogin auch auf, hörten eine weile dem gespräch zu, waren wieder weg und plötzlich wieder da; im wesentlichen blieben sie zuhörer. Mein mitleid hielt sich in grenzen. *(Ein bißchen kam ich mir allerdings doch wie old shatterhand vor, ich geb's ja zu!)*

Später ging es durchgängig flüssig und sachgerecht weiter, wobei ich aus der jetzt ja tatsächlich angemäßen leitungsposition nicht mehr rauskam; alle fügten sich drein, warum auch immer. Als wir rübergingen zum besprechungsraum, hörte ich im vorübergehen, wie unsere stationsschwester halblaut zur rehapädagogin sagte: "Wer hat hier eigentlich was zu sagen-?" Meist derjenige, der "sich den hut aufsetzt", ohne ich inzwischen.

Drüben entstand noch ein disput darüber, daß der pflegebereich angeblich nicht gewußt hat, daß ich nach bayern mitfahre, und in dem bestellten bus kein platz für mich sei. Das kann gelogen sein, aber es ist durchaus denkbar, daß der chefarzt auch hierbei seine taktik angewendet hat, sich niemals zum überbringer unangenehmer botschaften zu machen, - und er die entscheidung, daß ich mitfahre, nur irgendwie indirekt in den pflegebereich geschleust hat (denn karin hatte das ja von dort erfahren), - und letztlich mir

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

überlassen hatte, das definitiv auszusprechen und, wie sich jetzt zeigte, durchzukämpfen; so geschah es - das bayrische publikum staunte..

Im anschluß an die offiziellen gespräche waren die beiden frauen ganz locker bei uns im keller und lernten ihre zukünftigen bewohnerInnen kennen..

Dritter akt. - Auf der treppe hielt mich die stationsschwester an, war deutlich verunsichert, halb aufgelöst (sowas hatte ich noch nie erlebt!) und sagte, ihre schwestern und pfleger hätten jetzt erfahren, daß ich im januar tatsächlich mitfahren wolle und würden sich alle weigern, unter diesen umständen mitzufahren. - -

Ich war perplex und betonte, daß ich mir das nicht erklären könnte, daß ich aber in jedemfall mitfahre wegen der nuancierten pädagogischen zusammenhänge, und daß das schon ihr problem sei, - daß sie ja eine dienstliche anweisung geben könne und dann müßten die fahren. Sie meinte, sowas könne sie nicht.. - Ich sagte, ich wisse nicht, wie ich ihr da helfen könne, aber ich sei dazu absolut bereit und stünde zu ihrer verfügung.

Sie, hinsichtlich meines mitfahrens: sie sei gar nicht so sicher, sie habe vom chef auch anders gelagertes gehört. Ich, verblüfft, wieso? Noch gestern hat er es mir ganz klar gesagt, und im übrigen schon vor 2 wochen.

"Ja, gestern ist gestern, aber heute ist schon ein anderer tag, - Ich habe *heute* etwas anderes gehört, daß sie nämlich nicht unbedingt mitfahren!"

Irgendwann hatte ich den chefarzt am apparat: "Ich weiß auch nicht, was los ist. - Die stationsschwester hat mich nur vorhin angerufen, daß sie es nicht gut findet, wie sie sich da heute mit rein hängen, und ich habe ihr gesagt, ich habe sie als meinen vertreter dort hingeschickt. - Und was das andere angeht, die fahrt im januar, das sollten wir jetzt nicht am telefon besprechen, sondern demnächst in der station. Jedenfalls beruhigen sie sich!"

Ob ich heute so weitermachen soll und den besuch weiter so gestalten, wie ich's angefangen habe? "Ja, natürlich."

Jetzt kriecht doch wieder diese lebenslange trauer und resignation um mich herum wie nebel: daß alle mich nicht mögen, egal wie sehr ich mich bemühe – eben nicht, um zu gefallen, sondern um die sachen gut zu machen, von denen ich spüre, daß sie angemessen sind.

All die jahre meine oft vermutlich übertriebene vorstellung, die leute mögen mich nicht. Jetzt ist einfach klar, daß ich mich tag für tag um konstruktives, sozial angemessenes verhalten bemühe – aber ich werde seit 2 jahren offenbar nur gehaßt von einer relevanten umgebung.

Ich will das jetzt durchhalten nicht mit dem gefühl: *'Alle sind gegen mich'*, sondern ich will mein schiffchen durch die riffe hindurchsteuern, die wohl unabhängig von mir existieren und schon vor mir da waren.

Vermutlich ist dieses *'Steuern des schiffchens durch die untiefen und riffe, die eben da sind'*, die einzige möglichkeit, etwas eigenes (und neues) einzubringen in die soziale normalität, – daß es also gar nicht um ein *'gegen den strom schwimmen'* geht (obwohl es wegen dem soziale normendruck oft so empfunden wird), sondern darum, innerhalb einer heterogenen umgebung bei sich zu bleiben.

Früher war dabei mein blickwinkel eher: *'Wer nicht für mich ist, ist gegen mich'*. – Angemessener ist aber wohl: Wer nicht (dezidiert, in diesem augenblick!) gegen mich ist, ist (potentiell, mit etwas glück, wenn ich auf ihn zugehe!) für mich.

Nicht anders macht's doch der chefarzt– der seine intentionen hier seit jeher gegen den widerstand bzw. gegen desinteresse, gegen die eigenen interessen anderer durchzusetzen versucht. Was nützt es dem, chefarzt zu sein, falls seine mitarbeiterInnen das nicht umsetzen, was er für richtig hält? Er kann nicht ständig hinter ihnen stehen – und sie sind einfach in der mehrzahl.

Im übrigen: Was mir da zu schaffen macht, ist symptom derselben *trägheit des herzens*, die die bewohnerInnen lebenslang unvergleichbar brutaler an der entfaltung ihrer individualität gehindert hat – !

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Besprechungsrunde wegen des umzugs nach bayern. Der chefarzt faßt das heiße eisen von sich aus nicht an, überläßt es der stationsschwester: "Es ist schwer, jemanden aus unserem pflegedienst zu finden, der mitfährt. Als grund wird genannt, daß herr v. lüttichau mitfährt."

Der chefarzt fragt nach gründen; sie verweist auf allgemeine klimatische spannungen, die in letzter zeit wohl wieder zugenommen haben, und es gebe auch beobachtungen in letzter zeit, die ein solches unbehagen verständlich machten, auch für außenstehende. Und zwar (jetzt an mich gewandt): "Sie haben doch am freitag der heimleiterin noch von den patienten berichtet? - "Ja, ausführlich.." - "Und die betreuerinnen waren dabei!?" - "Ja, natürlich." - "Ja, und da haben sie bei hoffmann [*einem bewohner*] von sexuellen belästigungen berichtet, die vorgekommen seien - und da haben die betreuerinnen sich an mich gewandt, damit kommen sie überhaupt nicht klar, das hat sie verunsichert!"

Ich, verblüfft: "Ja, das sind aber tatsachen, ist so in den akten dokumentiert. Die heimleiterin hat gefragt, ob es in dem zusammenhang vorkommnisse gibt.."

Schaltet sich die stationsschwester der frauenstation ein: "Aber wenn sowas mal gewesen ist - mit 16 -, dann hat das doch heute gar keine bedeutung mehr!"

"Es ist ist noch von 1994 in mehreren fällen dokumentiert. Aber ich habe durchaus auch gesagt, es handelt sich um etwas vergangenes und jetzt, seit ich ihn kenne, haben wir sowas nicht mehr erlebt."

Der chefarzt hielt sich da raus und wiederholte nur seinen vorschlag, daß wir über dieses thema, die weigerung mitzufahren und die kritik an mir, in der station zu einem anderen termin sprechen sollten. Er guckte in die runde, ob alle einverstanden sind, zuletzt fragte er mich dezidiert: "Sind sie auch damit einverstanden? [*Ich nicke*] - Es könnte ja sein, daß sie nicht bereit sind, an so einem gespräch teilzunehmen, - aber es wäre sicher günstiger."

Hinsichtlich der ärztlichen berichte, die für die umziehenden bewohnerinnen noch geschrieben werden müssen, vewies er den stationsarzt auf mich; - ich

hätte ja schon etliches zu verhalten usw. geschrieben, an das er anknüpfen könnte, sodaß die arztberichte kurz gehalten sein können.

Aber die Oberschwester machte noch einen Vorstoß: Den MitarbeiterInnen sei unverständlich, wozu ich da mitfahren solle, wo ich doch mit gewissen anderen Patienten intensiv arbeitete, die noch hierblieben und nachdem meine Therapie dort sowieso wegfiel. Und wo doch Frau R. (*das ist Monika*) als eine von denen mitfährt, die intensiv mit der verlegten Patienten gearbeitet haben. Der Chefarzt, sinngemäß: Wenn den MitarbeiterInnen noch heute nicht klar sei, wieso ich mitfahren solle, "dann tut es mir ein bißchen leid! Ich bin überhaupt nicht gewillt, das jetzt nochmal zu erläutern – – abgesehen davon, daß ich, falls das zur Einigung beiträgt, natürlich schon bereit bin, nochmal darüber zu sprechen!"

Als dann der Chefarzt alle nacheinander fragte, ob sie noch was zu dem Thema beitragen wollten, sagte er zur Rehapädagogin [*nach deren Kopfschütteln*], das sei ja eh ein Thema, da könne sie sich "etwas zurücklehnen". Hinsichtlich der Verlegung nach Bayern jetzt brauche sie sich ja nicht zu involvieren. – Aber er hatte ihr (und allen anderen) doch die Gelegenheit gegeben, noch irgendwas loszulassen, wodurch sich zumindest in diesem Augenblick keiner als vom Chefarzt runtergedrückt fühlen konnte. – Kein Wort, daß dieser Mann in der Öffentlichkeit sagt, ist ungeplant! Subtil bleibt alles in der Schwebe, Zuckerbrot wie Peitsche – aber wofür er steht, ist (diesmal) dennoch völlig klar.

Später, im Keller, ich bei Bewohnern, nebenan sind die Betreuerinnen mit der Rehapädagogin, höre ich den Ausruf von Dagmar: "Wozu will denn der da noch mit? Christian [*pfleger*] und Monika machen doch schon die Einweisung!"

Mir gegenüber kommt Verlieren die Betreuerinnen kein Wort über das Thema, sind freundlich-zugewandt wie immer. –

Das ist für mich hier eh das skurrile: Offenbar spricht niemals jemand irgendwas direkt aus. Alles geschieht nur hintenrum, und das so komplett und systematisch, wie ich es noch nie erlebt habe. Im westen gibt's sowas genauso - aber alles eher spontan, durchmischt mit ehrlichem austausch und vor allem: deutlich gemachten Meinungsverschiedenheiten; dieses letzte kommt hierzulande offenbar tatsächlich nicht vor!

Heute nachmittag eine weiterbildungsveranstaltung mit einer soziologin, die von der enthospitalisierung in bedburg-hau berichtet. - "Ohne das personal ist eine enthospitalisierung nicht möglich. Der pflegedienst muß vorbereitet, eingewiesen, begleitet werden. Manche ärzte denken, na, die müssen eben ihre arbeit machen, aber so geht's nicht. Wenn sie den sinn nicht einsehen, können sie das ganze projekt blockieren und keiner, sei er noch so hoch oben, kann daran etwas ändern."

"Wer dokumentiert eigentlich? Normalerweise wird gehandelt, niemand schreibt etwas auf, alles lebt von vorurteilen - !"

Darin, sagte mir der chefarzt später, hätte ich versagt: als multiplikator. Es wäre darauf angekommen, den "minimalkonsens" mit leben zu füllen, der doch bestünde zwischen allen, - allein schon weil sie hier mit solchen menschen arbeiten wollen und sich nicht versetzen lassen oder kündigen. - "Nein, ich bereue nicht, sie eingestellt zu haben. - Es war mir völlig lar, daß es konflikte gibt, wenn ich einen heilpädagogen hier hereinhole; - enthospitalisierung geistig behinderter ist ohne konflikte nicht zu machen!" Er deutet an, daß das seine intention bereits bei der einstellung der rehapädagogin und unseres psychologen war, nur haben die dann das gewicht darauf gelegt, mit bestimmten bewohnern ihre 'trainingswohnung' zu gestalten, - sozusagen als vorreiter der enthospitalisierung. (Daß sie sich damit einen relativ bequemen arbeitsplatz eingerichtet haben, eine kleine burg, von der aus sie sich um die restlichen 50 bewohnerInnen in den beiden stationen nebenan freiwillig nie mehr gekümmert haben, sagt er nicht dazu.)

Als ich entgegen seiner vorstellung, daß ich im therapiekeller nach wie vor "den hut auf hätte", von der alltäglichen realität berichten will, wehrt er ab mit einer geste, in der geradezu abscheu zu liegen scheint: "Das möchte ich garnicht hören, was sie mir da erzählen - !"

Eine egotherapeutin hatte mir gegenüber angedeutet, es würden bereits küchenfrauen in anderen stationen darüber reden, daß hier ein therapeut patientinnen anbaggert. "Wer erzählt denn sowas?! Helfen sie uns doch - wer erzählt denn sowas da unten?!" In solchen momenten spüre ich die hilflosigkeit des chefarztes, die isoliertheit "da oben" gegenüber dem stationsbetrieb "unten" (diese begriffe werden - auf beiden seiten - oft verwendet, obwohl der chefarzt in einem ganz anderen haus und keineswegs in einem höheren stockwerk seine räume hat.)

Ich hab gesagt, daß nach außen immer freundliche gesichter mir gegenüber stehen - und alles negative hintenrum kommt; daß ich sowas noch nie im leben erlebt habe, daß offenbar niemand je ehrlich seine eigene meinung sagt, daß ich das nur bei ihm anders erlebe - und bei der früheren stationsärztin, weshalb sie menschlich sehr wichtig war für mich.

"Und das macht sie hilflos?" - "Ja."

Wenn ich bedenke, was ich für eine beurteilung bekommen hätte, falls ich das alles geschafft hätte, was er sich von mir erhofft hat! Mich hätte doch niemand mehr eingestellt für einen posten, der hierarchisch gesehen tiefer steht. Ich wäre verdammt gewesen zu irgendwelchen sozialmanagement-leitungspositionen! Und sowas kann ich nicht, will ich nicht. (Ich wäre ein lehrbuchbeispiel für das PETER-PRINZIP* geworden.)

Ich bin noch immer auch *der kleine wolfi*, der sich noch immer am liebsten verkriechen möchte unter der bettdecke vor der erwachsenenwelt.. und auch als dieser wolfi (mit seiner eigenen lebendigkeit, aber dazu gehören

* Laurence J. Peter/Raymond Hull: *Das Peter-Prinzip oder Die Hierarchie der Unfähigen* (Reinbek 1970)

Laurence J. Peter: *Schlimmer geht's nimmer . Das Peter-Prinzip im Lichte neuerer Forschung* (Reinbek 1985)

entsprechende defizite) will ich weiterleben und mich weiterentwickeln, denn das bin ich.

Ich bin eigentlich wohl kein "erwachsener"! Ich bin ein kleiner junge, der so, als kleiner junge, weitergewachsen ist (und dabei allerdings werkzeuge, waffen und kenntnisse gesammelt hat, um in der erwachsenenwelt zu bestehen). Der blechtrommler*, der zuguckt, beobachtet - manchmal auch protestiert, sich wehrt, provoziert, - schreit. Aber eigentlich guckt er zu.. Naja, ich darf den vergleich nicht überstrapazieren.

Spätestens in der totalen institution 'psychiatrie' wird das gefängnis der normalsozialisation als solches offensichtlich - weil sie nur verdichtung dessen ist. Wir wissen es seit GOFFMAN und FOUCAULT, aber hier und jetzt erlebe ich's hautnah tag für tag.

Die rehapädagogin bittet mich in 'ihre' betreuerinnen-besprechung. - Die beiden neuen ABM-frauen hätten beobachtet, wie ich gela auf den mund geküßt habe. Sie seien völlig entsetzt. - An die situation erinnere ich mich gut: Wir gingen alle raus, gela noch neben mir auf der treppe, sie nahm - wie üblich bei ihr! - meinen kopf, streichelte mein haar (auch das eine zeremoniell-rituelle handlung, die immer genau gleich abläuft) - und sehr gut möglich ist, daß in dem augenblick meine und ihre stirn aneinander lagen. Natürlich gab es keinen kuß! (Neben allem andern hat auch sie - aus anderen gründen als eva - eine affinität zu kot und läuft oft mit 'schokoladenmund' rum.)

Während des gesprächs jetzt wurde der angebliche kuß von anderen betreuerinnen wie selbstverständlich zum "zungenkuß" befördert, jemand gebrauchte mehrfach den (DDR?-)ausdruck: "mit zungenschlag" (was "ja das intimste" sei, "was menschen miteinander teilen könnten").

* Günter Grass: Die Blechtrommel

Zweitens wurde von den neuen betreuerinnen mit empörung berichtet, ich würde *"halb im rollstuhl liegen"*, wenn ich mit wilfried unterwegs bin. - Ich erläutere: Wilfried spricht extrem undeutlich. Ich stütze mich von hinten auf seine armlehnen, um mit dem kopf nah genug an seinem zu sein; sonst verstehe ich nichts. Diese haltung ist für mich äußerst unbequem, aber unser austausch über all das, was wir unterwegs sehen, ist mit das wesentliche der spaziergänge!

Darüber also rege sich schon das ganze krankenhaus auf, da wir schließlich im gesamten gelände rumfahren. - Weiter auch darüber, daß ich mit michel *"mitten auf der straße - - völlig unbekümmert um vorbeifahrende autos und vorbeigehende menschen"* stirn an stirn dastehe. (Im krankenhausgelände ist fahrverbot; allenfalls ein paarmal am tag kommen da einzelne autos vorbei.)

Eine der neuen betreuerinnen hat beobachtet, wie ich dem auch körperlich besonders stark beeinträchtigten neuen bewohner, klaus K., die schenkelinnenseiten streichle. Ich erläutere, wie es mir darauf ankommt, sein körpergefühl für die beine zu wecken - die ansonsten zusammengefaltet, nur haut und knochen, in seinem schoß liegen, obwohl er sie eigentlich bewegen kann - wenn auch nicht auf ihnen stehen. Dazu dienen meine bewegungen mit händen und noppenball alle körperseiten hoch und runter, bis zu den füßen, fußsohlen, reflexaktivierung, zuletzt seinen Lieblingsball an den beinen runterführen, sodaß er jetzt schon mehrfach versuchte, ihn mit den füßen wieder hochzuschieben.

Meine erläuterungen und meine echte verzweiflung, ich war den tränen nahe, schienen sie irgendwie nachdenklich gemacht zu haben - vielleicht glauben sie mir ja sogar etwas davon - - aber mittlerweile weiß ich ja, daß ich keinerlei positive (oder nicht-negative, neutrale) verhaltensweise von mitarbeiterinnen in diesem krankenhaus für bare münze nehmen sollte. Weil die ihre wirklichen intentionen und einschätzungen perfekt verbergen können und dies auch gewohnheitsmäßig tun!

Als die atmosphäre sich wieder entspannte, erlaubte ich mir auch momente von ärger und protest, - daß das alles nicht zuletzt daran liege, daß es von

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

anfang an keine einführung in heilpädagogische förderung gegeben habe, daß ich die hätte machen wollen, aber dann wurde es mir ja verweigert. Dagmar: "Da wurden wir ja gar nicht gefragt, da wurde nur gesagt, der herr v.lüttichau ist nicht mehr euer anleiter!" (*Der chefarzt später zu mir: "Hier sind sie gesessen, ihre betreuerinnen, und haben verkündet, wir wollen nicht mehr mit ihm arbeiten! - Sowas kommt doch nicht von mir!"*)

Sacht haben die wogen sich geglättet, aber fachliche inhalte lassen sich eben nicht durch mehrheitskonsens klären..

Immerhin äußerten die anwesenden befriedigung über meine offenbar ehrlich wirkende darstellung. Die sache sei also erledigt, und in zukunft solle man unbeindgt früher miteinander reden, sie wollten mich jeweils früher auf unklarheiten ansprechen - und ich habe meine bereitschaft sehr deutlich gemacht, alles, was ich tue, offenzulegen. Die rehapädagogin regte an, solche gespräche regelmäßig in den betreuerinnen-teams zu machen (von denen ich in der woche zuvor erst offiziell ausgeschlossen worden war).

Tags drauf werde ich zum chefarzt geladen. Es gibt vehemente proteste, daran sei ich schuld, weil ich zweideutige interpretationen möglich gemacht habe. Punktum. Insbesondere das putzpersonal des ganzen krankenhauses zerreißt sich den mund.

Wiederum betont er seine hohe einschätzung meine fachlichen qualifikation, sowohl vom analytischen verständnis für die bewohner als auch von der möglichkeit, nähe zu ihnen herzustellen. Jedoch hätte ich von anfang an viel größeres gewicht darauf legen müssen, meine arbeit zu vermitteln.

Tragfähigen kontakt zu den anderen mitarbeiterInnen hätte ich herstellen können vermutlich nur über alltagskonsens, - private unterhaltungen über das fernsehprogramm von gestern, urlaubsreisen, autos, geld, meldungen aus SUPER-ILLU und BILD/BZ.. Nur auf dieser basis wären sie wohl bereit gewesen, dann auch fachliche inhalte anzunehmen. Die damalige stationsärztin hat sowas gekonnt - aber wie entsetzlich schwer war es dennoch für sie, dem pflegepersonal etwas nahezubringen. Dabei hatte sie

als fachärztin immerhin daseinsberechtigung für das pflegeteam. Ich dagegen? Keiner kann sich unter heilpädagogik etwas vorstellen. (Die rehapädagoigin hat offensichtlich niemals versucht, unseren fachbereich irgendwie zu profilieren, sondern bewegt sich immer irgendwie im windschatten des psychologen.)

Diesen verdinglichten, entfremdenden gesprächsthemen habe ich mich lebenslang verweigert; selbst wenn ich's wollte, könnte ich da nicht mitreden - aber ich will's gar nicht. Wäre ich anders, könnte ich gar nicht mehr für beziehungsorientierte entwicklungsförderung eintreten.. es würde absterben in mir. Ich würde absterben.

Der chefarzt wollte sich nicht im einzelnen über diese dinge unterhalten, er verlangt nur von mir, daß ich jedes verhalten unterlasse, das zu irgendwelchen zweideutigen interpretationen anlaß gibt. Daß gewisse aspekte meines ansatzes in diesem krankenhaus eben nicht durchsetzbar sind.

"Ich sehe bei menschen mit schweren hospitalisierungsschäden eigentlich nur den zugang über beziehungsorientierte und basale, also auch leibliche förderung, - was soll ich sonst machen? Dann kann ich nur noch beschäftigungstherapie machen!"

"Dann machen sie beschäftigungstherapie!"

"In so einer situation kann ich mich bald nur noch der meinung derer anschließen, die sagen, man soll die leute auf jedenfall erst rausholen aus der psychiatrie, weil eine förderung im krankenhaus eh nicht möglich ist!"

Der chefarzt war deutlich sauer oder verbittert: "Das denken sie ja sowieso, und sagen sie so! Manchmal sehr deutlich!"

"Nein, bisher hab ich das noch nicht so gesehen, sonst würde ich hier nicht mehr arbeiten!"

Noch viel hin und her; es ist wirklich bewundernswert, wie der chefarzt kurzschlüssige vorgesetztenallüren bei sich immer wieder zurückdrängen kann. Nützt aber alles nur bedingt was, denn er steckt teilweise zweifellos selbst in dem sozialen normenkonsens dieses krankenhauses drin, war seit

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

seiner famulatur hier, nur unterbrochen von einigen jahren in afrika, - und er ist vorrangig neurologe, ursprünglich allgemeinmediziner.

Als ich ziemlich ehrlich von meiner inneren verfassung sprach (die fremdheit der erwachsenen menschen für mich, jetzt erstmalig das gefühl, sozial mithelfen zu können.. daß die beeinträchtigten hier mir wesentlich näher sind als die nichtbeeinträchtigten), reagierte er sichtlich mitfühlend und sagte, mit dem kopf nickend, in beschwörendem ton: "Dann passen sie auf, daß sie sich diesen weg nicht zerstören! - - Sonst müssen sie in den busch gehen - !"

Später unterbreitet mir dagmar (eine ABM-betreuerin), daß sie an meiner stelle hier längst gekündigt hätte, - wieso ich denn nicht in eine einrichtung gehe, wo ich so arbeiten könne, wie ich's für richtig halte; hier seien doch alle gegen mich und der nächste vorfall sei doch schon zu erwarten - !

Die bewohnerInnen sind nicht gegen mich; aber das hab ich nicht gesagt.

In gemütlicher runde hatte sie mal erzählt, daß sie eine stasi-akte habe, - weil sie in der DDR nicht wählen gegangen sei. Frank (der sich mit mir sporadisch gut und differenziert unterhalten mag - nur sollen das seine kolleginnen nicht merken) schätzt das bei dagmar eher andersrum ein, aufgrund ihrer durchgängigen autoritätsfixiertheit.

Und dann treffe ich im krankenhausgelände die beiden neuen betreuerinnen. Die eine sagte (unter strahlendem lächeln der anderen), es täte ihr so leid, daß das alles so rübergekommen sei, so sei es garnicht gemeint gewesen, sie hatte bewunderung äußern wollen darüber, daß jemand sich so nahe an gela heranbegebe, sie selbst hätte das nicht gekonnt. (Wegen dem kot?) - Und es sei doch klar, daß die andern alle was gegen mich hätten. Die hätten das, was sie gesagt hat, ganz verkehrt interpretiert und ausgenutzt - sie wäre gestern in dem gespräch am liebsten aufgestanden und gegangen! Sie seien vorhin wegen was anderem noch beim chefarzt gewesen und da sei auch davon

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

gesprochen worden.. (was ich wohl so verstehen soll, daß sie es dort auch revidiert hat.)

Meine wahrnehmung des gespräch war allerdings, daß die beiden neuen betreuerinnen tatsächlich empört waren, wohingegen die anderen gar nicht so negativ gestimmt waren mir gegenüber, nur unsicher, verständnislos; ich hatte eher den eindruck, daß die rehapädagogin das ursprünglich zum tribunal aufbauschen wollte.

..Immer noch wie in wellen der impuls, dem allen auszuweichen, mich zu entziehen. "*Kasse machen*" *, zuhause bleiben - in meiner höhle, meinem nest, zwischen den teddys, der musik und den büchern, nix mitkriegen müssen von der erwachsenenwelt- - !

Schutz, schutz, schutz. Wer schützt mich, beschützt mich?? Nur (noch) die teddys (wo tina weg ist). Wer hat mich je beschützt? -

Nein, da brauch ich keine psychotherapie, denn worunter ich leide, das ist der reale zustand der entfremdeten normalgesellschaft. Jede therapie, die mich von diesem leid kurieren wollte, müßte versuchen, mich von meiner sensibilität für den zustand der gesellschaft zu kurieren. Mich zu desensibilisieren.

Einige tage später forderte der chefarzt mich bei der chefarztvisite auf, von der arbeit im therapiekeller zu berichten. Darauf war ich nicht vorbereitet - was natürlich teil seiner inszenierung war. Als ich jetzt referierte, bemühte ich mich, möglichst nicht als "petzer" aufzutreten und gab dadurch niemandem gelegenheit, meine position anzugreifen. Der chefarzt vermittelte implizit, aber eindeutig, daß für ihn nach wie vor ich hauptverantwortlich für die heilpädagogische arbeit bin. (Auch wenn andererseits die rehapädagogin anleiterin der ABM-frauen sein soll.) - Irgendwann fiel er mir ins wort und sagte wie nebenbei: "Und ich habe übrigens gehört, daß die therapiekeller mehr und mehr allgemeine

* = *krankfeiern* (DDR-idiom)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

aufenthaltsräume auch für schwestern, pfleger und reinigungspersonal sind - ?!"

Das habe ich dann (möglichst wertneutral !) bestätigt. Die stationsschwester versuchte rhetorisch, diesen umstand zu relativieren, - hin und her ging es, mit kaum mehr wiederzugebenden indirekten taktischen mätzchen, aber es wurde deutlich, daß chefarzt und oberärztin in diese runde gegangen waren, um hier jetzt auf den tisch zu hauen. - Mit ernster miene gab er mir dann in dieser öffentlichkeit anweisungen, daß sowas umgehend zu unterbleiben habe.

Am ende wurden die therapieräume sogar besichtigt. Als er in den snoezelraum schaute, murmelte er halblaut, aber deutlich zu verstehen: "Da muß es ganz still sein, ganz ruhig - sonst bringt das gar nix!"

Leise dudelte in der ecke das radio; fünf minuten später war es aus.

Am nachmittag eine konzertierte aktion von stationsschwester und rehapädagogin, die versuchten, mich über die forderung nach einem detaillierten therapieplan wieder an die kandare zu bekommen, nach dem motto: Für alle therapiebereiche gibt es therapiepläne, nur für den keller nicht; - ohne therapieplan ist therapie nicht möglich.

Vermutlich werden mich jetzt etliche hassen, weil ich "*die da unten*" verraten, verpetzt habe an "*die da oben*". Eine putzfrau (ex klofrau, ex krankenschwester), mit der ich schöne gespräche erlebt hatte, voller genauheit und aufmerksamkeit, guckt mich schon mit diesem typisch verkniffenen gesicht an.

Es gibt ansonsten keine pausenräume hier - außer natürlich für's pflegepersonal. Ich hatte bei der visite vorgeschlagen, einen bestimmten, kaum genutzten raum zum pausenraum für die ABM-betreuerinnen zu machen. - Zwei stunden später informiert mich die rehapädagogin mit vorgesehtenblick, dieser raum sei ab jetzt pausenraum; - "aber da müssen *sie* dann auch ihre pause drin machen!"

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Dezember 1996

Tage später. Ein kleines gespräch mit der rehapädagogin, bei dem ich ein bißchen von mir erzählte, ohne irgendwas bewirken zu wollen, - ihre aufmerksamkeit spürte und einfach keine lust hatte, sie als meine erzfeindin zu sehen. Sie ist nicht meine erzfeindin, nur die entfremdung und selbstentfremdung, in die wir alle hineingewachsen sind, macht uns scheinbar zu feinden; - aber sie ist ein mensch wie ich, die sich, wie ich, nach heimat und gefahrlosigkeit sehnt..

Dann saßen wieder drei betruerinnen (ohne bewohner) in den therapieräumen, zwar ohne kaffee und zigaretten, aber die BZ lag da und bald erhob sich wieder das stimmengewirr. Ich war mit einem bewohner im snoezelraum - und mußte tatsächlich rauskommen und mit väterlichem vorwurf sagen: "Könnt ihr nicht bitte ein bißchen leiser sein - - das war's doch grad, worüber wir gesprochen haben!"

Verschüchterte schulmädchengesichter. Eine stunde lang flüsterten sie dann. Später, ich saß am tisch und schrieb, im snoezelraum hörten zwei bewohnerinnen musik, nahm die lautstärke wieder zu. Eine der frauen konnte nicht an sich halten, prustete raus in einem lachanfall - beide lächelten verlegen zu mir rüber. Ich konnte nur grinsen.

Die erfahrungen hier geben den überlegungen der 'Kritischen Theorie' zur verdinglichung (selbstentfremdung) für mich eine schmerzliche tiefe, die meinen eigenen (bewußten) erfahrungen bislang gefehlt hatte.. Da werde ich ab jetzt an menschen wie monika denken, die ich als wach, lebendig, einfühlsam erlebt habe - aber sobald die situation unangenehm wurde, als pubertär kreischendes, rückgratloses, unterwürfiges und eingeschnapptes wesen, das mir nicht mehr in die augen guckt. Nur weil sie nicht mehr 8 stunden am tag ihren werbefunk hören darf im therapiekeller, nicht mehr 8 stunden lang essen und trinken und zusammenglucken kann.. nachdem sie

monatelang beflissen alle meine höflichen, freundschaftlichen hinweise auf die aufgabe des therapiekellers ignoriert hat.

Wie vom wind in jede beliebige richtung getriebene, gebeugte halme sind sie, orientieren sich grundsätzlich an dem, was momentan die stärkste kraft ist. Ebenso, wie sie im materiellen und emotionalen 'von der hand in den mund leben', ändern sie ihre verhaltensweisen (und die dazugehörigen begründungen) danach, was momentan lustvoller, befriedigender, streßloser erscheint.

Natürlich suchen die ABM-frauen inzwischen längst wieder lücken in der neuen regelung, denn im therapiekeller fühlen sie sich geborgener. Wie wasser, das durch die fugen dringt, so ist ihr grundlegendes konfliktverhalten: Jede "von oben" bestimmte situation erstmal widerspruchslos-ergeben hinnehmen und anschließend alle hintertürchen nutzen, um ein höchstmaß an privater befriedigung rauszuschlagen!

Allerdings ist ihre arbeitssituation tatsächlich haarsträubend. Zuerst hatte ich die einstellungsgespräche mit ihnen geführt und war ihr anleiter. Dann plötzlich nicht mehr - und dazuhin werde ich von ihrer neuen vorgesetzten diffamiert. Dennoch bin ich weiterhin präsent und niemand kann einschätzt, wieviel oder wie wenig einfluß ich tatsächlich habe; das wechselt ja auch. Eine dritte macht bildet der pflegebereich, und dann hat vermutlich auch die vorgesetzte des trägervereins noch eigene meinungen. Zwischenzeitlich hatten sie sich monatelang kollegial auf mich eingelassen und mich als solidarisch mit sich erlebt: *'Wir gegen die da oben!'* - Jetzt werden sie im hinblick auf die heilpädagogische arbeit wieder auf mich verwiesen - und sollen plötzlich wieder ernsthaft arbeiten! Und ihre perspektive? Nach bayern ziehen will oder kann niemand von denen. Was mit den dann übrigbleibenden 20 bewohnerInnen sein wird, ist noch völlig unklar..

Und ich habe diese führungsstärke nicht, die ich im hinblick auf die therapieräume bräuchte. Ich kann nicht gut damit umgehen, wenn andere meine führung anzweifeln, ihr entgegenstehen, sie ignorieren oder

bekämpfen. Ich kann nur zu meinen inhalten und werten stehen, sie anbieten, auch drum kämpfen, - das ja. Darin schmeißt mich niemand um. Aber wenn ich mich als mensch nicht ernstgenommen fühle, kann ich mich nur entweder 'in mich hinein' zurückziehen (oder in die aufgabe), oder aber ich drehe durch, - schlage (verbal) um mich. Früher bin ich auch geflohen.

Ich kritisiere offen das arbeitsverhalten der betreuerinnen; - dagmar: "Das soll frau P. entscheiden!" - Die rehapädagogin spielt ihr altes spiel. Spreche ich das ständige mithelfen der betreuerinnen bei den schwestern an, kommt von ihr: "Ja, wenn dann mal 300 paar socken ankommen, ist es klar, daß ich schnell mit anpacke!" Es kommen aber keine 300 paar socken und es geht nicht um sondersituaitonen, sondern um das routineverhalten der betreuerinnen: Täglich bieten sie sich demonstrativ im pflegebereich als hilfskräfte an, signalisieren dadurch ihre hierarchische unterordnung - und werden als gegenleistung von den schwestern ansonsten in ruhe gelassen. Ich will die überlauten kreischorgien anprangern, nur läßt sich sowas im rahmen der gesellschaftlich akzeptierten terminologie kaum formulieren. Wenn ich aber diesen rahmen verbal übertrete, bin ich schon deshalb der böse und "habe unrecht". Gröbste gassen-/und kneipenobszönitäten schallen immer wieder durch die therapieräume und bestimmen in ihrer impliziten gewalt das atmosphärische klima - auch wenn die bewohnerInnen inhaltlich nichts davon verstehen. Sowas läßt sich innerhalb der begrifflichen normen kaum darstellen, weil es sowas offizell gar nicht gibt! - Als ich es dennoch anspreche, ironisiert die rehapädagogin: "Mal lachen ist aber schon noch erlaubt - !"

Mit derartiger taktischer rhetorik wurde mir immer wieder im leben entgegengetreten und ich stand davor wie der ochs vor'm berg und konnte nur schreien, schimpfen - oder zu heulen anfangen, wie mein eigentliches gefühl dann war. In der regel habe ich mich in solchen situationen schnell "*ins unrecht gesetzt*" oder "*mich um kopf und kragen geredet*" habe.

Eine andere wirkungsvolle taktik ist das rauspicken jeder nur denkbaren ungünstigen interpretation aus meinem redefluß und das bewußte falsch verstehen einzelner argumente. Die rehapädagogin beherrscht diese methode virtuos, kann fast jeden meiner sätze zerkrümeln durch solche beiläufigen hinweise in völlig falsche richtungen.

Auch hier gelingt es relativ schnell, mich zu unbedachten äußerungen zu verleiten, weil ich mich verstricke in dem versuch, dies alles sachlich zu klären - was meine ursprüngliche argumentation mit einiger sicherheit unter sich begräbt.*

Irgendwann brachte die rehapädagogin alles auf den punkt, daß ich "so schlecht von den betreuerinnen sprechen" würde. Dagmar: "Ja, deswegen kann dich hier auch keiner leiden!"

Die rehapädagogin schob nach: Es könne sich hier bei uns "wohl nur um beziehungsprobleme handeln.." - Sacht scheint sie die schlinge der "mangelnden teamfähigkeit" ("kollektivfähigkeit") zusammenziehen zu wollen.

Der chefarzt hat 25jähriges dienstjubiläum - die leitenden mitarbeiterInnen wollen was machen. Was also? "Eine blattpflanze" - und als was besonderes: fotos der beteiligten "draufkleben", nur den kopf ausgeschnitten.

"Auf die blattpflanze?"

Chefsekretärin: "Aber herr v.lüttichau, nein! Auf die karte!"

"Aber das wäre doch was besonderes gewesen - "

Dann hatte nur ich meinen kopf richtig ausgeschnitten, die andern hatten häßliche vierecke beige gesteuert; die blattpflanze war eine dracaena vom nächsten BLUME 2000. Und diese urkunde (richtig vom 'Land Berlin') wurde

* Daß intrigantes verhalten am arbeitsplatz (auf neudeutsch: "mobbing") nicht nur mein problem war und ist, habe ich erst viele jahre später gemerkt. -

Sehr empfehlenswert ist hierzu :

Marie-France Hirigoyen: 'Wenn der Job zur Hölle wird. Seelische Gewalt am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehrt' (München 2002)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

von unserer oberärztin überreicht, - nichts mit ärztlichem leiter oder so!
Dafür war sie in einer "Roten Mappe" (ein DDR-archetypus).
Der chefarzt las sich/uns dann seine urkunde selbst vor und kommentierte
(zwomal): "Is' ja wie bei der armee!" - "Auch wie bei der armee!"

..Es soll nicht ganz verschwinden von der welt, - dieses moment des lebens,
an das ich denke, wenn ich hier die amsterdamer straße entlang komme.. -
Vor 2 jahren war hier noch, so lange ich zurückdenken kann, ein kleiner
obst- und gemüseladen. (Daneben früher RUSSKI GNIGI: die winzige
russische buchhandlung; die war schon 1986 weg.) Viele stammkunden, ein
paar hocker, auf denen alte frauen sich ausruhten.. Immer häufiger hab ich
dort eingekauft, weil mir die atmosphäre gefallen hat und die achtsamkeit,
mit der mit den waren umgegangen wurde. Die frau war von der sprache her
als norddeutsche zu erkennen, ihr mann berliner, offenbar frührentner. Als
ich nach klaräpfeln fragte, die's aber in der stadt kaum gibt, brachte sie mir
eine tüte voll aus ihrem eigenen garten mit, umsonst, - dafür könne sie
nichts nehmen. Und versprach mir birnen von sich, die mir auch gefallen
würden - nächstes jahr. Dann bekam ich mit, das haus hat den besitzer
gewechselt, die mieten wurden erhöht und sind für die untragbar. - So ging
es etlichen kleinen läden, nicht nur hier im wedding. Spekulantepack, das
auf die "hauptstadt" hofft. Allein in der amsterdamer straße haben drei läden
zugemacht, in der friedelstraße (in neu-cölln) ist es ähnlich.

Glücklicherweise fand sich direkt nebendran ein leerstehender kleiner laden,
den sie übernehmen konnten. Ein drittel so groß wie der frühere, ein
handtuch, deprimierend - aber sie waren froh, überhaupt etwas bekommen
zu haben - und sich die stammkunden erhalten zu können. Der mann war
täglich am basteln, jeden winkel auszunutzen..

Dann war's fertig. Ich besuchte die beiden ein paarmal in ihrem lädchen. Als
ich etwa zwei wochen nach dem letzten einkauf dort wieder hingehen wollte,
war das geschäft zu, die rolläden runtergelassen. Der kleine anhänger, der
zum laden gehörte, stand davor wie immer. Tag für tag: nichts. Kein
hinweisschild, nichts.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Irgendwann war der anhängler weg.

Das ist jetzt sicher schon bald zwei jahre her. Bei dem kleinen wie bei dem großen laden weiterhin runtergelassene rolläden.*

Vermutlich wegen meiner kritik entziehen mir die ABM-betreuerinnen alle arbeitsmaterialien, die ich/wir aus ihrer projektförderung (vom arbeitsamt) gekauft hatten, und das sind die meisten. Für meine arbeit bleiben fast nur die klanggeräte übrig, die ich hier schon vorgefunden hatte. Natürlich werde ich neues geld beantragen, aber im januar wird die hälfte der bewohnerInnen verlegt und keiner weiß, was dann ist. Was sollte ich da jetzt kaufen?

Und dagmar, die sozusagen sprecherin der ABM-frauen, grüßt mich mittlerweile nicht mehr, wenn sie mir begegnet.

In ein paar tagen sind die meisten derjenigen betreuten weg, zu denen sie emotionale kontakte aufgebaut haben. Die meisten betreuerinnen werden dann irgendwohin verteilt - und ab september sind sie vermutlich wieder arbeitslos. Der mann der einen, alkoholiker, suizidgefährdet, ist als patient in diesem krankenhaus. Der mann einer anderen ist arbeitslos. Der freund der dritten ist arbeitslos und kokainabhängig, ohne chance auf arbeit, hat insgesamt 15 jahre knast hinter sich. - Am 30.12. bekam ich einen wortwechsel zweier betreuerinnen wegen sylvester mit: "Naja, weiß gar nich', was ich ja jetz' feiern soll - gibt eigentlich garnix zu feiern - !" "Nee - das jahr war nich' gut und das nächste wird auch nicht besser."

Und ich bild mir immer ein, all haben's nur auf mich abgesehen!

Der pfleger, der ab montag zur übergabe mit nach bayern kommen soll, sich wegen mir geweigert hatte und offenbar überredet worden war, hat sich krank gemeldet.

* Irgendwann hatte ich dann meine friseurin danach gefragt. Von ihr erfuhr ich, daß der mann sich das leben genommen hat. Tage zuvor war er noch bei ihr gewesen; ihr ist nichts besonderes aufgefallen an ihm.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Die oberschwester steht vor der krise. Irgendwann kommt pfleger uwe strahlend auf mich zu und verkündet, daß er mitkommt. Der netteste überhaupt! (Aber wer weiß, vielleicht haßt er mich ja dennoch.)

Ich weiß nicht, was in dieser woche in bayern auf mich zukommt, aber ich muß es auch nicht wissen. Ich kann mich auf den fluß des geschehens einfach einlassen..

Diese grundlegende panik, wenn ich mit erwachsenen konfrontiert bin und die situation nicht vorhersehbar für mich ist - oder gar mir von einer mehrzahl von erwachsenen widersprochen wird -, wiederholt natürlich die panik des *kleinen wolfi*, der ich mal war, den eltern gegenüber. Aber nichts heute ist irgendwie annähernd so schlimm wie es für mich als kind im elternhaus war! In diesem krankenhaus habe ich, obwohl die meisten gegen mich waren, seit zwei jahren wesentlich die art und weise der enthospitalisierung vorgegeben. Und im elternhaus mußte ich mit 18 noch aus dem fenster klettern, um nachts draußen sein zu können. (Was heißt "mußte" - damals hatte ich längst verinnerlicht, daß ich keine chance habe, wenn ich versuche, den eltern meine empfindungen und bedürfnisse zu vermitteln! Und dieses gefühl: *"Ich hab ja doch keine chance, sie hören mich ja doch nicht, sie ignorieren mich ja eh!"* - das hab ich bis jetzt noch mit mir rumgetragen.)

Januar 1997

Schon drei tage in bayern. Alles stimmt, - durchgängig liegt der schwerpunkt der betreuerinnen bei der nuancierten aufmerksamkeit für individuelle besonderheiten, bei der beziehungsaufnahme, - also nicht auf dem alltäglichen "funktionieren". Alles ist so, wie ich seit jeher denke, daß es sein sollte. - Unsere beiden ABM-frauen und die krankenschwester sind gleich mit dem leeren bus wieder zurückgefahren. Gründe gab's verschiedene, aber ich denke, sie haben bereits in der ersten stunde gespürt, daß sie hier wirklich fehl am platze waren.. in diesem klima ganz ohne kommandos, ruhig,

selbstverständlich, zugewandt – und nicht zuletzt: die bewohnerInnen und deren lebensräume sind der mittelpunkt, – kein "dienstzimmer". Und kein dudelfunk.*

Zugegeben, es tut mir sehr gut, zu erleben, wie meine hinweise aufgenommen werden ohne reflexartigen widerspruch nach dem motto: *'Das ist eben ihre meinung, wir können ja eine andere haben!'*

Wieder im krankenhaus; frühbesprechung. Als ich von bayern erzähle, hab ich deutlich den eindruck, daß nicht nicht nur dem chefarzt und der oberärztin, sondern auch der rehapädagogin die bewohnerInnen am herzen liegen, daß auch sie froh ist über meinen bericht. –

Das krankenhausleitung will für die verbliebenen fehlplazierten bewohnerInnen ein internes 'pflegeheim' konzipieren, wohl vor allem, um an die pflegegeldansprüche ranzukommen. Rehapädagogin und psychologe informieren mich darüber, daß deswegen krieg herrscht zwischen chefarzt und oberschwester – die dort heimleiterin werden will. Was das ende sämtlicher heilpädagogischer förderung bedeuten würde.

Als die beiden mir von dem hin und her erzählten, rief die rehapädagogin spontan, mit ekelverzerrem gesicht: "Die integrieren doch alle hier – !!"

Von chefarzt erfahre ich, daß er selbst dieses interne wohnheimprojekt auf dem krankenhausgelände angeregt hat – und jetzt will er mich dafür gewinnen, damit es nicht in die fänge des pflegebereichs gelangt. Ich bin ziemlich konsterniert – zumal ich in bayern implizit in seinem auftrag möglichkeiten für die restlichen bewohnerInnen ausgelotet habe! "Ich weiß –", sagt er schlicht und gibt zu, daß sein motiv arbeitsplatzerhalt war – "gegen die interessen der bewohner." Er spricht von seiner obhutspflicht auch für die ihm unterstellten mitarbeiter..

* Im jahr 2007 bekomme ich wieder kontakt mit dem pädagogischen leiter des trägers, der noch immer in dieser position arbeitet. Die wohngruppe lebt nach wie vor zusammen; keine irgendwie erheblichen schwierigkeiten!

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Ich betone, daß ich mich beworben hatte für die enthospitalisierung der bewohnerInnen, - nicht der mitarbeiterInnen. Der chefarzt lächelt süßsauer; trotzdem wird es noch ein ganz gutes gespräch. Jetzt gilt eben wieder, gegenzusteuern.

Ich gebe die von mir gemachten fotos der einzugswoche in bayern rüber zu den ABM-frauen im anderen haus. Zwei stunden später kommt unsere stationsschwester auf mich zu: Ob ich die fotos von uwe (der pfleger hatte auch welche gemacht) da rübergeben hätte?

"Nein, natürlich nicht. Wie käme ich dazu!"

"Die mitarbeiterinnen haben aber gesagt, - haben die fotos drüben, das album, und haben gesagt, sie haben die rübergegeben."

"Das sind meine fotos, die ich gemacht habe!"

"Nein, das ist ein album gewesen!"

"Ja, aber mein album!"

Die stationsschwester: "Also, jedenfalls möchte ich sie bitten, fotos von hier nicht rüberzugeben - das sind meine fotos!"

"Das würde mir ganz bestimmt nicht einfallen."

"Na, wir hatten das thema ja schonmal - da haben sie mir unterstellt, ich hätte ihre fotos - "

"Schwester beate, das niveau sinkt und sinkt!"

"Aber nicht nur meins!"

Abgang beider.

(Damals, da war ein album mit fotos aus dem enthospitalisierungsalltag verschwunden. Nach viel suchen hatte ich die stationsschwester darüber informiert und wir hatten dann - einvernehmlich! - das album bei den küchenfrauen gefunden.)

Später trafen wir uns auf dem flur. "Na, haben sie ihre fotos gefunden?"

Stationsschwester (harmlos-locker): "Jaa - ! Aber riccarda [*stationsschwester der bisherigen frauenstation*] hatte gesagt, das album ist bei ihnen drüben!"

"Tja, das war eben mein album.."

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Sie (gönnnerhaft abwinkend): "Jut - !"

In der abteilungsbesprechung gibt der chefarzt zu, diese krankenhaushausheimplanung sei "eigentlich regressiv" - und seine kollegen chefärzte außerhalb würden nicht mehr mit ihm reden, wenn sie das erführen, - und dient nur dazu, die arbeitsplätze der schwestern zu erhalten. Und bei sowas soll ich mithelfen, indem ich im sinne der bewohnerInnen gegensteuere!? Andererseits, wer tritt für die ein, falls ich nicht mitmache?

Jetzt geht es also um förderpläne für die verbliebenen bewohnerInnen innerhalb des geplanten krankenhaushausinternen 'Heilpädagogischen Heims'. Rehapädagogin und psychologe haben einen gemeinsamen termin zur konzeptionierung erstmal wieder verschoben.

Ich gebe den beiden schonmal meine skizzen rüber; dann verkünden sie, sie wollen eigene förderpläne schreiben.

Unter vier augen sagt mir der chefarzt, hinsichtlich des 'heims' wird derzeit erst krankenhaushausintern um das dafür mögliche haus und die betten gestritten; verhandlungen nach außen, zum pflegesatz (und zum personal!) finden überhaupt noch nicht statt! Wiedermal nur ein sturm im wasserglas, - und wir haben noch zeit, nach möglichkeiten zu suchen, die leute hier rauszubringen.

Geburtstag eines bewohners. Die ABM-frauen machen um 14.30 innerhalb der station kaffee & kuchen, mit gedeckten tischen. Ansonsten ist um 15h kaffee. Aber sie haben ja um 15h feierabend. - Mir sagt niemand bescheid.

Frühbesprechung. Der chefarzt verweist hinsichtlich des 'krankenhaushausheims' dezidiert darauf, es würde ja auch noch das angebot aus bayern im raum stehen, weitere bewohner aufzunehmen. ("War das von ihnen gekommen [*blick zu psychologe und rehapädagogin*] - oder hatten sie mir das gesagt [*blick zu mir*] ?") - Es müßten dann die bedingungen und möglichkeiten im krankenhaushausheim schon vergleichen werden mit der perspektive dort und

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

gegebenenfalls müsse dann auch darauf zurückgegriffen werden - im sinne der patienten.

Wilfried hat sich am kopf gestoßen - er zelebriert sein leid, inszeniert untröstliches kleinkinderweinen - das aber dennoch echt ist bei ihm, jenseits seiner inszenierung! Klar muß drauf aufgepaßt werden, daß sich sowas nicht zur aggressiven forderung auswächst (wie anderes bei wilfried), aber das pflegepersonal läßt ihn dann einfach heulen und jammern. Dabei ist er ansonsten der lieblich aller schwestern und bekommt ständig streicheleinheiten und zuwendung - wenn auch meist nur im vorübergehen. Ich bin bei ihm geblieben, hab 'mütterlichen trost' inszeniert - als moment von gemeinsamkeit. Immer sein blick zu mir - und ich war da - ohne auf ihn einzureden ("*Nun hör doch endlich auf - !*"), nur mit diesen leisen trostlauten und bewegungen, die wohl von jedem menschen verstanden werden.. Immer wieder komme ich zu dem schluß, daß das wesen der heilpädagogik (wie ich sie verstehe) die bereitschaft ist, immer neu das wunder zu erkennen und anzustauen, das ein anderer mensch ist... Klar müssen dazu dann mancherlei fähigkeiten und kenntnisse kommen.

Neue materialien hab ich gekauft und angefangen, 'meinen' therapieraum neu zu konzipieren. Mit frühlingstoffen lockere vorhänge gemacht und zuhause musikkassetten überspielt. - Drüben bei den ABM-betreuerinnen versifft alles, - unser armer snoezelraum.. umsonst!

Als ich aber heute spontan von rudi erzählte, wegen dem aus bayern angerufen wurde, haben sie sich getraut, auch nach den anderen zu fragen, zaghaft, - und als ich erzählte, liefen dagmar die tränen runter..

Es ist schwer, denen gerecht zu werden.

"Resurrexit.." - Im therapiekeller läuft eine kassette mit liedern aus taizé.. Tief aufmerksam hört jürgen zu, der hypermotorische mit dem sonst immer angespannten gesicht, - das entspannte sich, bekam tiefe und alter dadurch, verlor das maskenhafte..

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Rainer, der sich zu musik ja immer bewegt, war ganz aus dem häuschen, – und eine stunde lang saß dagmar bei uns drüben, hörte einfach zu bei der neuen musik und spürte offensichtlich, daß sie willkommen war. Hinterher fragte sie mich, ob ich ihr die kassette mit den taizé-liedern kopiere.

Wieviel von dem, was als böartig rüberkommen mag bei menschen, ist wohl nur unsicherheit.. ?!

Es scheint, der dornverhau um mein wesen fällt in sich zusammen.. In mir ist viel weichheit, gelassenheit, freude, so viel lächeln, – als ob nichts böses und hartes mehr von mir ausgehen soll.

Der pädagogische leiter der bayrischen trägers ist zufällig in berlin und kommt wegen der probleme bei rudi. Ich hatte die stationsschwester gebeten, "ich kann doch da mit dabei sein?" – und sie kam und holte mich, mit strahlender miene: "Ich hab aufgepaßt, drangedacht!"

Ein amtlicher betreuer, der einige seiner betreuten in der bayerngruppe hat, erzählte von einer bürofrau in der krankenhausverwaltung, der er fotos von der ersten woche dort gezeigt hat. Sie war ganz beglückt, weil sie dadurch endlich mal etwas hoffnungsvolles mitkriegt von diesen leuten, die sie über jahre nur hinter dem zaun der stationen herumirren gesehen hat..

Als ich die im gelände traf, kamen wir ins gespräch und sie erwähnte kollegInnen, die gar nichts hielten von der enthospitalisierung, die das schlecht finden, nutzlos – nicht zuletzt, weil sie ihre eigenen arbeitsplätze bedroht sehen, falls irgendwann das psychiatrische krankenhaus als ganzes aufgelöst wird.

Ein film ('The Saint – Der Mann ohne Namen') wird auf plakaten angepriesen mit den formulierungen:

**Er offenbart sich niemals.
Er zeigt niemals Schwächen.
Er zeigt niemals Gefühle.**

Voilà, – die selbstentfremdung auf den punkt gebracht; der defektzustand der gesellschaftlichen normalpathologie ist erreicht!

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Als ich den chefarzt bei der frühbesprechung etwas organisatorisches fragte, wehrte er reflexhaft ab: "Was fragen sie mich?!"

Sowas hab ich schon öfter erlebt, – wie er offenbar mich vor drohendem gesichtsverlust bewahren will, weil ich meine 'macht' zu wenig profiliere. (Als es um die "rekonstruktion" der therapieräume ging, betonte er, ich solle bei den handwerkern auftreten, es sei wichtig, daß ich die räume von denen übernehme und nicht die stationsschwester. Um konkrete entscheidungen ging's dabei nicht.)

Februar 1997

(...) Er [*der fotograf dieter riemann*] versucht einen Prozeß sich entwickeln zu lassen, in dem sich das Wesen dessen entfaltet, von dem er ein Bild vermitteln will, und er fixiert dann jenen Moment, in dem dieses Entfalten gipfelt: Atom der Ewigkeit, nicht der Zeit. Dieser Moment ist verdichteter Alltag (...). – Er hat ihn aus dem Mythos gewonnen, der jede Alltagshandlung *auch* ist und der in deren Verdichten zum Wesen hervortritt: im Gehen, Stehen, Spielen, Tanzen, Schlafen, Wachen, Träumen, Lernen, Nehmen, Geben, Atmen, Singen, Schweigen, Lachen, Weinen, Feiern, Reden, Essen, Trinken, ja sogar noch bei der Defäkation.*

Franz Fühmann, in: F.Fühmann/D. Riemann: 'Was für eine Insel in was für einem Meer. Leben mit Geistig Behinderten' (Rostock 1985)

Kognitiv beeinträchtigte menschen brauchen viel mehr wiederholungen, brauchen insbesondere mehr zeit und gleichbleibende situationen, damit erfahrungswerte entstehen. Das gilt nicht zuletzt für die erfahrung, mit anderen menschen zu tun zu haben – um erst aus dem DU sich ihres ICH bewußter zu werden. Vor allem anderen kommt es darauf an, daß sie sich als mitmenschen erfahren und empfinden können!– Insofern ist es angemessen, wenn ich "*stundenlang nur*" mit einem bewohner "*rumsitze*" und es läuft nur musik – "*und sonst nichts!*" (Gegenbeispiel: Wenn die betreuerinnen bei sich drüben die 'entspannungsmusik' anschalten, irgendwelche bewohnerInnen in den snoezelraum verfrachten, die lichtmaschinen anwerfen und hochgehen,

* ..kuscheln, küssen, schmusen, sex, schreien, schimpfen, aggressiv sein, trauern.. ?!

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

um mit den schwestern zu frühstücken. – So, wie sie vermutlich zuhause ihre kinder vor die glotze setzen.)

Mit dem gefühl, daß hier ja eh bald alles vorbei ist, hab ich mich während einer konfrontation im schwesternzimmer ein bißchen weniger als sonst zusammengenommen und in die runde der abweisenden schwestern (um ihre mit MON CHERI gefüllte schale) hineingeseufzt: "Was sind das hier eigentlich für menschen! Was ist das hier für ein klima!" –

Dann ging es erstmal hin und her, aber ich wurde mit jeder replik offener, ehrlicher, zeigte (von anfang an) meine hilflosigkeit – und so entstand daraus das mitmenschlichste gespräch, das ich je erlebt habe mit dem pflegepersonal.

"Ich war doch der schwächere, nicht sie! Ich kam doch als neuer – in ein seit jahren funktionierendes etwas rein!"

Ich erwähnte die weigerung eines pflegers, der mit mir niemals irgendwas schlechtes erlebt hatte, nach bayern mitzufahren, wenn ich dabei bin. Er war anwesend; – er sei mir doch keine rechenschaft schuldig für die gründe.. "Es kommt mir nicht auf rechenschaft an, sondern auf mut, ehrlichkeit, zivilcourage, auf anstand – – Ich hab jedenfalls immer gesagt, was mich gestört hat!" Sowas konnte ich tatsächlich aussprechen ohne aufruhr. Im gegenteil, – und zuletzt betonte ebenjener pfleger, daß so ein gespräch wie jetzt sehr gut sei und man doch versuchen könne, sowas ab und an zu machen ohne es gleich festzuschreiben.

Hinter vielen konflikten steht wohl das verletzte selbstgefühl der schwestern: "Sie halten offensichtlich doch alles, was wir bisher gemacht haben, für falsch!"

Deutlich wurde auch, daß ich als jemand gelte, der eh mit jedem konflikt zum chefarzt rennt; was so natürlich keineswegs stimmt – aber es scheint ansonsten überhaupt nicht üblich zu sein, mit dem chefarzt zu kooperieren!

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Individuell war ich in der schwächeren position, aber institutionell war ich protagonist der stärkeren position, derer "von oben", die ihnen "etwas vor den kopf setzen".

Wo ist da wahrheit? Was von all dem ist ursache, was ist wirkung? Was ist 'falsche' reaktion auf 'falsche' situation? Oder was ist 'richtige' reaktion in 'falscher' verpackung? Oder kann eine 'richtige' reaktion mit 'richtiger' begründung dennoch eine tiefere wahrheit verdecken und ist deshalb doch wieder 'falsch'?

Bei der frühbesprechung wird deutlich, die rehapädagogin hat geburtstag.. und lädt, ganz unsicher-scheu wirkte es, für nachmittag "zu einer tasse kaffee" ein. Plötzlich merk ich, diesmal will ich dabei sein - nicht als pflichtübung - will jetzt auch den andern teil ernstnehmen, den ich immer empfunden hatte; daß ich sie irgendwo auch mag. Hab in der mittagspause ein paar blümchen gekauft, drei lange stiele freesien, die gut zu ihr passen: das kühle, zarte, elegante, duftige, zurückhaltende und gleichwohl zärtliche, das aufragende..

Sie meinte dann, es seien ihre Lieblingsblumen; natürlich kann das wieder gelogen sein, aber das ist mir jetzt egal.

Bei der geburtstagsrunde anderthalb stunden small talk, nur lachende anspielungen und assoziationen - und keinerlei offenes wort, - nichts, wobei nicht der konsens aller feststünde. Zum erstenmal spürte ich, daß auch die rehapädagogin da eine rolle spielte, - daß sie irgendwie ganz anders ist..

Auf dem kaffeetisch ein noch verschnürtes bündel tulpen, einheitsrot, in einer zu großen vase, schief und halb versunken. Es tut weh - !

Jeder Mensch aber ist nicht nur er selber, er ist auch der einmalige, ganz besondere, in jedem Fall wichtige und merkwürdige Punkt, wo die Erscheinungen der Welt sich kreuzen, nur einmal so und nie wieder. (...)

Das Leben jedes Menschen ist ein Weg zu sich selber hin, der Versuch eines Weges, die Andeutung eines Pfades. Kein Mensch ist jemals ganz und gar er selber gewesen; jeder strebt dennoch, es zu werden, einer dumpf, einer lichter, jeder wie er kann. (...)

Wir können einander verstehen; aber deuten kann jeder nur sich selbst.

Hermann Hesse: Demian

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

März 1997

Eine kuriose erfahrung: Auf dem weg ins krankenhaus bin ich zwischendrin ausgestiegen aus der S-bahn und wieder nachhause gefahren. Es war nichts schlimmes in mir, hatte nur plötzlich keine lust! Und das gefühl: Ich gön'n' mir das jetzt einfach, ohne legitimation vor mir selbst, einfach aus dem lustprinzip heraus: zwei tage "kasse zu machen". Obwohl mir klar ist, im krankenhaus freuen sich einige, wenn dies & das geschieht, was ohne mich eben ausfällt. Aber - *ich!* Ich will mir auch selbst gut tun (sozusagen im heilpädagogischen sinn) - will das entwickeln, was ich kaum je konnte: meine einfachen menschlichen, sinnlichen bedürfnisse ernstnehmen, ohne sie zunächst "vernünftig" legitimieren zu müssen. Diese ständige zuschreibung meiner eltern, wie "egoistisch" ich sei. Es war wohl auch damals anders..

Hin und her geht es zwischen krankenhausheim, verlegung nach bayern, aufteilung der bewohnerInnen zu einzelnen trägern hier in berlin, - kontingente werden zusammengestellt und wieder neu sortiert, amtsbetreuer mischen mit.. - Mit tränen in den augen steht die ABM-betreuerin dagmar vor mir mit ihrer hilflosen anklage: daß es hier doch um menschen ginge und wie schimm dieses bürokratische herumhandeln sei! - Aber ihr, dachte ich, habt mich monatelang ausgetrickst um eurer bequemlichkeit willen, habt mir alle arbeitsmöglichkeiten entzogen - und mit keinem gedanken an die bewohnerInnen gedacht.

Monika, die derzeit in einem anderen haus eingesetzt wird, beklagt sich bitter bei mir über ihre kolleginnen: "Die beiden weiber haben mich hier rausgeekelt!" Aber als diese beiden mich rausgeekelt haben aus der zusammenarbeit, hat monika den mund gehalten und sich angepaßt - sie, die ansonsten sehr willenkraftig auftreten kann in der gruppe.

Es ist so; es war immer so. Das ist entfremdung und selbstentfremdung, die normalität der entwickelten zivilisation, ost oder west, nur verschiedene varianten. *Die eingezogenen schneckenfühler..*

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

"Was ich nicht aushalte, woran ich mich auch nicht gewöhnen kann, wogegen ich mich innerlich aufbäume, ist die Gewalt, der ich mich täglich ausgesetzt finde. Die verdeckte, institutionalisierte Gewalt und die nackte, körperliche Gewalt. Am schlimmsten jedoch vielleicht die Gewalt, die ich selbst ausübe, deren Technik ich immer besser beherrschen lerne."

Katharina Stranz (*Eine junge Ärztin über ihre Erfahrungen in der Aufnahmestation einer BRD-
psychiatrie, in: FR 15.8.1990*)

Sie wird sich dran gewöhnen, - nachdem sie schon jetzt nicht über die gewalt spricht, der die patientInnen ausgesetzt sind, - nachdem sie schon jetzt so gut formulieren kann, daß sie sich selbstverständlich nur *innerlich* aufbäumt.

Die stationsschwester rät mir (ganz fürsorglich), mich um meine "zukunft" zu kümmern - wenn das hier alles vorbei ist. "Wer kümmert sich denn um uns - doch niemand, - jeder schaut nur nach seinem eigenen sessel!"

Längst ist keine rede mehr von einem krankenhausinternen "heilpädagogischen heim", - wenn überhaupt, wird es ein "pflegeheim" werden, in dem ausschließlich pflegepersonal tätig ist. Nur sowas bezahlt die pflegeversicherung - und anderes geld haben sie hier nicht. Es kann nur noch drauf ankommen, möglichst viele bewohnerInnen möglichst schnell hier rauszubringen und ansonsten zumindest einen dynamischen status des pflegeheims festzuklopfen: daß späteres rausverlegen möglich wird und das heim dann notfalls aufgefüllt wird mit "chronisch psychisch krasnken". Oder so. - Und die oberärztin klagt mich an, daß ich "über ihre zeit verfügt habe", weil ich einen termin gemacht habe mit dem pädagogischen leiter der bayrischen einrichtung, der dafür 700 km fährt und dessen interesse jetzt extrem wichtig ist für die enthospitalisierung! - Die oberärztin kam tatsächlich nicht zu dem termin, was aber auch nicht nötig gewesen war.

(Das erinnert mich daran, wie der chefarzt mir über einen analogen vorfall - mit jemand anderem - berichtete mit entsetztem nichtbegreifen in der stimme: "..Dinge, die für *uns* überhaupt nichts bedeuten würden gegenüber der aufgabe..")

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

..Wenn ich die grad gekaufte tüte blumenerde in der hand halte, statt sie in den stoffbeutel zu tun, der in meiner hosentasche ist, führt das unweigerlich dazu, daß in meinem gefühl der stoffbeutel geknickt ist, sich ganz in sich zusammendrückt und schluchzt, wozu ist er denn da und ob er denn überflüssig sei oder was?! Und ich die blumenerde dann natürlich in den stoffbeutel stecke und wir sind alle wieder froh. Tja..

Wer hier irgendwas zu sagen hat, hält vorrangig die eigene position wasserdicht und unangreifbar. Jeder ist eine burg für sich - und alle andern sind in erster linie feindliche burgen. Jede koalition gilt nur für eine konkrete situation und wird nuanciert begrenzt auf das nötige mindestmaß an offenheit und informationsaustausch. Hierarchien, also festgeschriebene vertikale machtverhältnisse, scheinen einen wesentlich geringeren stellenwert zu haben als im westen; viel wichtiger sind offenbar koalitionen, die situativ mit jedem eingegangen werden können, - wie es grad nützlich erscheint. Chefarzt mit küchenfrau, stationsschwester mit (ansonsten verfeindetem) heilpädagogen, physiotherapeutin mit schwesternschülerin.. - egal! Dabei wird das 'atmosphärische klima' der jeweils aktuellen taktischen koalition offenbar intuitiv feinabgestimmt: Informationen werden freiwillig gegeben, das großverhalten ändert sich, plötzlich ein lächeln oder eine privatere anspielung.. - Ich habe es in zwei jahren nie anders erlebt.

Intentionen (einschätzungen, vorschläge, informationen, selbst entscheidungen) werden weitestmöglich verdeckt in das kommunikationsgeflecht eingeschleust. Der verursacher bleibt anonym, jede verantwortlichkeit kann nachträglich vielfältig modifiziert dargestellt werden. Aus der sicheren deckung wird beobachtet, welche auswirkungen eine information, eine anregung hat. Das gilt selbst für offizielle entscheidungen von vorgesetzten, die auch über sehr verschiedene kanäle eingebracht werden können. *"So habe ich es aber nicht gemeint!"* ist dann nur die simpelste, aber keineswegs einzige taktische reaktionsmöglichkeit. Viel effektiver ist es, jedem beteiligten eine anregung, anweisung, einschätzung maßgeschneidert (und ohne zeugen) zu servieren und je nach den wirkungen

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

im system kann dann die eigentliche intention verbal nachgeregelt werden durch positive oder negative verstärkungen.

Ein kognitiv nur wenig beeinträchtigter bewohner von uns, mit psychotischen episoden, der seit vier wochen in einem wohnheim hier in berlin ist, hat sich dort auf dem boden gekrümmt und über bauchschmerzen geklagt. Dann haben sie ihn hierher bringen lassen - in die psychiatrische aufnahmestation - wegen seiner angeblichen verhaltensauffälligkeit. Keinerlei rücksprache mit uns; wir hätten ihnen sagen können, daß sowas völlig untypisch ist für ihn. - Die in der aufnahmestation haben ihn noch in derselben stunde ins allgemeinkrankenhaus verlegt, wo er umgehend operiert wurde: magendurchbruch!

Heimfahren mit der rehapädagogin in der S-bahn. Sacht entsteht aufmerksamkeit füreinander.. Zuletzt konnte ich ihr von meinem eindruck erzählen, daß sie vielleicht ein scheuer, verletzlicher mensch ist, der einiges aufbauen mußte um sich rum, um sich vor verletzungen durch die außenwelt zu schützen. Sie zeigte durch ihr erzählen, daß der eindruck wohl nicht so verkehrt war. Und deutete an, daß sie, was das thema "grenzverletzungen" angeht, ihre meinung über mich geändert hat. Ich hab, in meiner neu keimenden sensibilität, da jetzt nicht eingehakt..

So froh war ich, daß marlies, die ja nicht ganz einfach ist, von dem bayrischen träger akzeptiert wird - jetzt stellt sich ihre amtsbetreuerin quer! "Ja, es ist schon schwer, wenn so nach und nach die leute verschwinden, und so weit weg.. Man kennt sie ja nicht so gut wie die betreuer hier im krankenhaus, und noch nicht so lange, aber doch.."

Seit zwei jahren kennbt sie marlies. Der grund für ihre weigerung liegt vielleicht eher darin, daß sie mit solchen leuten kaum konkrete arbeit hat bzw. daß eine verlegung nach bayern die weitere betreuung natürlich umständlicher machen würde. Falls sie marlies nicht dann abgibt.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Ab nächsten monat wird unser haus mit allen konsequenzen pflegeheim* sein. Heimleitung ist die oberschwester und darüber der verwaltungsleiter des krankenhauses (als träger). Außerem besteht dann freie arztwahl. Rehapädagogin und psychologe erkunden noch die möglichkeiten, ein BSHG-heim (mit entsprechendem förderpersonal) draus zu machen (was ich natürlich unterstütze) und sind daneben bei der jobsuche; ich schwebe arbeitsrechtlich offenbar im luftleeren raum.

Die leute da, hartmut und elke und michel und eva und rainer und.. - sollen da einfach so weiter verwahrt bleiben, unter der fuchtel derselben schwestern, pfleger und putzfrauen wie eh und je?! Mit der oberschwester, diesem personifizierten magengeschwür, als heimleiterin??!

Dann werden ja sogar die (vom krankenkassengeld finanzierten) beschäftigungstherapeutinnen abgezogen!

Unter solchen umständen verspreche ich mir von unserer stationsschwester, meiner intimfeindin, noch am ehesten unterstützung! So kann sich's ändern..

Der bayrische träger will plötzlich ein zusicherung, daß wir die noch zu verlegenden bewohnerInnen notfalls zurücknehmen, falls die denen zu schwierig werden. Nun haben die meisten tatsächlich eher komplizierte verhaltensauffälligkeiten (*der rest.. der bodensatz..*), aber auf sowas können wir uns nicht einlassen; zumal die zukunft der krankenhauss völlig offen ist. Sowas kann mal eine einzelfallvereinbarung sein, aber nicht pauschale bedingung für die übernahme mehrerer leute. Übernahme heißt, daß sie die verantwortung für deren weiteren lebensweg tragen wollen; die hatten wir hier 20-30 jahre lang!

* Die 'pflegeversicherung' war seinerzeit gerade angelaufen und hatte sich zunächst für menschen mit kognitiven beeinträchtigungen für zuständig erklärt. Was natürlich zur folge hatte, daß die sozialhilfeträger versuchten, solchen betroffenen pflegestufen aufdrücken zu lassen, um nicht mehr für sie zahlen zu müssen! (Anm. 2007)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

April 1997

Mal wieder bin ich auf dem weg zur arbeit umgedreht, einfach so, mit dem gefühl: Verdammt, ich arbeite da in einer lächerlichen situation, bemühe mich gleichwohl tag für tag um positives - aber manchmal habe ich eben keine lust und jetzt ist mir's völlig egal, wie andere das beurteilen würden! Ich trete ein für meine ansprüche ans leben, ja, aber meine eigene seelische bedürftigkeit hat dabei noch immer kaum stellenwert, oder jedenfalls dann nicht, wenn irgendjemand mich als unverantwortlich, faul, bequem, eigennützig, egoistisch beurteilen *könnte*.

Nachmittags klingelt es bei mir zuhause, ein etwa 12-14jähriges eventuell rumänisches (roma?-)mädchen kommt an die tür, um zu betteln! - - Mir fällt nichts dazu ein, kann es nur hilflos aufschreiben. Und weiterlesen in 'Kritik der instrumentellen Vernunft'. So ist es.

Ihr deprimierter, gedemütigter gesichtsausdruck.. So viel reinheit und intelligenz war darin zu sehen. Was könnte sie machen in ihrem leben!

Aber sie ist sklavin ihrer eltern, wie diese eltern sich vermutlich ausschließlich als sklaven der gesellschaftlichen situation erleben dürften.

Nur diese möglichkeit sehe ich für mich: einen kristallisationspunkt zu bilden, damit momente der negativen dialektik praxis werden können, - dieses "*So nicht!*" - Auch indem ich andere bestärke in ihren unentfremdeten anteil. Indem ich dazu beitrage, daß wunden heilen können, die die pathologische normalität schlug.

Wenn ich drandenke, welchen reaktionen dieses mädchen (die dazuhin außerordentlich hübsch war) an manchen wohnungstüren ausgesetzt sein wird..

Rehabpädagogin, psychologe und ich sind zwar formal weiterhin dem chefarzt unterstellt, in unserer arbeit mit bewohnerInnen des "krankenhausheims" aber der oberschwester, die sich jedoch bedeckt hält - und erstmal auf eine

heimordnung wartet, die irgendwann von wo auch immer kommen wird. Ich empfinde sie als zutiefst unglückliche, überforderte frau, die sich nur noch in ihre bürokratische sicherheit zurückzieht, - nicht weniger hospitalisiert als unsere "patienten".

Frühbesprechung. Noch ein paar heimplätze in berlin-brandenburg sind uns einigermaßen fest zugesichert, - wen von den verbliebenen bewohnerInnen wollen wir dorthin verlegen? Wen können wir diesem träger zumuten? Wer sollte tatsächlich erstmal noch hier bleiben, z.b. ilona, die im park ihre stöcke sammeln kann und deren zeitweisen zerstörungsphasen wir nach wie vor ratlos gegenüberstehen, - hierbleiben für immer?? Wiedermal diskutieren der chefarzt und ich vor fast schweigendem publikum. - Ich habe bis heute nicht verstanden, wieso in dieser abteilungsbesprechung so viel geschwiegen wird; es tut denen doch keiner was!

Unlängst meinte der chefarzt (mir gegenüber), diese allgemeine geheimniskrämerei aller gegen alle gebe es erst seit der wende. "Früher, da hat man gewußt, mit wem man sprechen konnte!" - - *Hm?*

Er betonte, er würde nie mehr bei irgendwas mitglied werden. "Nach den erfahrungen, die man da gemacht hat. Ich bin schonmal gutgläubig beigetreten und hab erlebt, wie ich mich mehr und mehr verfangen habe, - wie ich immer mehr unter druck gesetzt wurde.." (*sinngemäß*)

In der ZEIT (14/97) der bericht über eine frau, die ihre kinder umgebracht hat. Ein paar zitate:

- > "Der Haftrichter vermutet Depressionen. Die Verwandten berichten ihm aber, Birgit N. sei eigentlich ein unkomplizierter, ein fröhlicher Mensch. Sie finde leicht Kontakte und pflege sie herzlich."
- > "Birgit N. ist 36 Jahre lang ein unauffälliger Mensch gewesen."
- > "Der Umgebung fällt ihr liebevoller Umgang mit den stets gepflegten Kindern auf."
- > "Als seine Frau zum ersten und einzigen Mal von Selbstmord spricht, erwidert der Ehemann: 'Du hast für die Kinder zu sorgen' und erklärt das Thema für erledigt."

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

- > "Ehemann und Schwiegervater bauen ihr eine neue Küche ein, für die sie sich aber kaum interessiert. Ihre Familienpflicht erfüllt Birgit N. bis zuletzt einwandfrei. Zeit für Gespräche, antwortet der Ehemann dem Haftrichter, wäre trotz seiner Schichtarbeit genug gewesen."
- > "In dieser Zeit funktionierte sie nur noch, ohne jede Gefühlsbindung, erklärt der psychiatrische Gutachter (...)."

Fast an jedem tag geschieht ein winziger schritt in die richtige richtung - falls ich ihn nur wahrnehme und auf ihn reagiere, was nicht immer so leicht ist wie heute, als die stationsschwester mich fragt, ob ich denn mit michel nach bayern fahren würde, wenn der dorthin verlegt wird.

Einfach weitermachen - tag für tag - und möglichst wenig böses, entfremdetes in die welt setzen, an möglichst wenigem davon mitwirken. Alles darüber hinausgehende wird sich dann schon zeigen; bereit sein, darauf zu reagieren, dabei mitzumachen. Nichts forcieren; das ist's, was langfristig nicht funktioniert - wie ich jetzt allzu oft erlebt habe.

Im therapiekeller dudelt wieder das radio, die betreuerinnen haben ihre kreuzworträtsel vor der nase, essen und trinken steht ständig auf dem tisch. Anklagend verweisen sie drauf, daß ja ihr pausenraum wieder weg sei. Natürlich könnten sie konkrete pausenzeiten auch im therapiekeller machen, so war's ja ursprünglich geplant gewesen von mir, als ich noch von ihrer selbstverantwortlichkeit im interesse der bewohnerInnen ausgegangen war. Aber nein - - sie sind maschinen der homöostase, - reflexhaft finden sie in jeder situation diejenige variante, die ihnen am meisten befriedigung bei möglichst wenig anstrengung verschafft.. und die jeweils dazupassende begründung!

Mir fällt HORKHEIMERS hinweis ein, daß die neigung zum konsum der utopischen ahnung vom paradies entspricht, von der erlösung vom arbeitszwang (dem "schlaraffenland"). Tja, so ist verdinglichung und authentischer impuls, versklavung und selbstheilungsversuch, falsches und wahres selbst fast unlösbar miteinander verflochten.

Alle sind wir opfer und täter zugleich. Ich habe meine erwachsenen mitmenschen bislang im wesentlichen als täter wahrgenommen. Ich muß aber auch verstehen lernen, inwiefern dieselben menschen opfer sind. Ich sollte grundsätzlicher von dem leid der verdinglichung und selbstentfremdung ausgehen.. nicht mehr als racheengel der wahrhaftigen menschlichkeit durch die welt stürmen.

Eine philosophisch gebildete professionelle tätowiererin antwortet in einem interview (Zeit/M 16/97) auf die frage: "Was ist neu, von dem Augenblick an, wenn du tätowiert bist?"

"Der Kontakt mit dem eigenen Körper als Träger von Ausdruck. Sonst hat man immer noch das Gefühl, man kann sich verfälschen, man kann sich verändern." - Eine neue methode, den aufschrei des wahren selbst hinter den kerkerwänden der verdinglichung zum schweigen zu bringen, den fluchtversuch zu vereiteln: *'Nein, mein lieber, du bist der mit dem tiger auf dem bauch und sonst gar nix! Füg dich endlich drein!'*

Ich war in der großen MENZEL-ausstellung.. und zwei stunden lang liefen mir fast ständig nur so die tränen runter.. Ich konnte es garnicht verhindern.. und hätte ewig bei diesen bildern bleiben mögen!

Menzel versucht in jeder weise, diesen *'sozialen körper'* zu erfassen, der eine ebene auch unserer individuellen lebendigkeit ist. Das *zwischen* mensch und stadt, mensch und maschine, mensch und arbeit, mensch und.. flötenkonzert! kaiserkrönung! ball! krieg! - alles. Die begegnung einzelner menschen zu dem um sie herum - natürlich auch zu anderen menschen, menschlichen gruppen, massen, gemeinschaften. Soziale systeme.

Die genauheit seiner beobachtung.. - ja, er ist ein beobachter, ein lebenslanger außenseiter - der all seine liebe in diese beobachtung und in die daraus erwachsende darstellung legte, wohin sonst? Er muß sehr einsam gewesen sein.. eigentlich.

Seine landschaftsbilder, die zeichnungen: so versuche ich fotos zu machen, heutzutage. Früher hätte ich mit all dem nichts anfangen können, mit menzel

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

nicht und mit landschaftsfotografie auch nicht. Da hab ich sujets fotografiert: "Das ist..!" Jetzt geht's mir um lebendige räume. Weil es ja gar keine abgetrennten objekte gibt in der welt.

Um nichts anderes ging es wohl BEUYS mit der "sozialen plastik".

Menzel.. - ich kann's nur mit SCHUBERT assoziieren. Oder, in andere weise, mit DOSTOJEWSKIJ. Oder - natürlich - auch mit ADORNO. Und es ist der blick, den ich in peter STEINs inszenierungen wiederfinde.

Stand lange und mehrmals vor seiner büste; so viel zärtlichkeit in seinem mund.. - wen durfte der küssen? Wer hat ihn je geküßt? Den zwergwüchsigen..

Alles ging wohl in sein werk. Das haben wir jetzt, wir können dankbar sein. Aber was hatte er?

Einen Andern aber als Menschen zu nehmen heißt zunächst, ihn als Menschen wie sich selbst anzuerkennen; da wird schnell mit dem Kopf genickt, doch ist die Frage dahin gestellt, sich selbst auch als Menschen wie ihn anzusehen, sich der eigenen Minderung bewußt zu werden, die jeglichem von uns zuteil ward, und sich auch vorstellen zu können, an Stelle seines Betreuten zu stehen, dann geht das Nicken in Kopfschütteln über, und im Geist tippt der Finger an die Stirn.- Doch ebendadrauf käme es an: Daß man nicht nur dem Geminderten zu geben, sondern auch von ihm zu nehmen bereit ist.

Franz Fühmann, in: Fühmann/Riemann: 'Was für eine Insel in was für einem Meer. Leben mit Geistig Behinderten' (Rostock 1985)

Ein neu dazugekommener pfleger, etwa 25, tritt den bewohnerInnen gegenüber auf mit der haltung: *'Ich bin hier der stärkere von uns beiden! Du wirst genau das machen, was ich will!'* - Mit brüllender stimme verteilt er quer durch den raum kommandos, hält leute fest, setzt den angstgepeitschten hypermotorischen jürgen zur disziplinierung auf den kleiderschrank, wischt der völlig hilflos sich sträubenden ingeborg mit wollüstig-sadistischer härte den mund ab: "Der mund **wird** abgewischt!"

Aber das ist jetzt pflegeheim, da hat nur noch die oberschwester etwas zu sagen, die sich für die bewohnerInnen noch nie interessiert hat. Und ich hab

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

ja erst recht nichts mehr zu melden, darf froh sein, daß ich hier noch tag für tag meine arbeit machen kann - im luftleeren raum, weil es noch keinen stellenplan gibt für das heim. Offiziell dürfte ich vermutlich nur noch innerhalb der 'richtigen' krankenhausstationen tätig sein.

Als ich dann natürlich dennoch gegen sein verhalten protestiert habe: "..Ich weiß garnicht, wieso sie deshalb hier so'n affen machen!"

Der chefarzt will mich sprechen, wegen meiner heilpädagogischen berichte (gibt die sekretärin durch). Darüber wollte er dann keineswegs sprechen, vielmehr mich bitten, noch bei der stange zu bleiben, weil er bereits wieder kontakte mit einem möglichen träger hat. - - Wir reden dann so und plötzlich erwähnt er die MENZEL-ausstellung; es stellt sich heraus, daß der ihm seit der jugend wichtig ist, das er selbst gemalt hat früher.. und wir sind uns einig, was menzel angeht! Die liebe - die einsamkeit - das leid über das hohle, stumpfsinnige.. "Was für ein glück für ihn, daß er wenigstens auf diese weise sich entfalten konnte - !" , sagt der chefarzt. Und wegen des seltsamen bildes mit den ritterrüstungen: "Solche leeren hülzen - Mit solchen leeren hülzen müssen wir hier ja täglich umgehen.. - Der hat's gewußt!"

Mai 1997

Mir wird vorgeworfen, daß ich das weiterhin unangemesene verhalten jenes jungpflegers in der oberärztin-"visite" angesprochen habe. (*Es ist ja keine visite mehr, sondern gewissermaßen ein ärztlicher hausbesuch und die oberärztin hat nichts mehr zu sagen.*) - Grundprinzip ist tatsächlich, daß jeder arbeitsbereich sich möglichst hermetisch abschottet von allen anderen. Insbesondere wird peinlichst vermieden, konflikte irgendwie nach außen dringen zu lassen. Und dann komme ich, setze mich mittenrein in den stationsablauf, hab mein zimmer dort - und nehme andererseits an den abteilungsbesprechungen teil und habe offenbar ziemlich lockeren umgang mit dem chefarzt.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Und ich hatte am anfang gedacht, ich komme hier an und alle freuen sich, daß es mit der enthospitalisierung weitergeht.

Andererseits beobachte ich, daß inzwischen ingeborg, die blinde, auf den tod zu lebende (mit pankreaskarzinom), auch von schwestern ihr buch und einen teddy in die hand gelegt bekommt - nachdem am anfang nur ich das gemacht habe. Monatelang hatte ich immer neu drauf hingewiesen, daß jürgen durch sein blättern in jedem erreichbaren buch oder heft immer hektischer wird - daß wir ihm stofftiere geben sollten, denn irgendwas braucht er schon in der hand. Immer wieder hab ich ihm die bilderbücher weggenommen, auf die immer wieder genervten blicke aus dem pflegebereich hin erklärt.. - und inzwischen erlebe ich, wie auch andere ihm bilderbücher durch teddys ersetzen.

Als ich jenem pfleger zuletzt (in meiner not) nur noch vom wesentlichsten reden konnte, von der achtung, auf die diese hilflosen menschen anspruch hätten.. - Ob da was hängengeblieben ist? Oder ob sie mich deswegen nur einmal mehr für einen spinner halten? (Natürlich stiegen mir schon wieder die tränen hoch, als ich das so sagte.. - in dieses holzklotzgesicht rein, hinter dem, ich weiß es ja, ein verletztes, mit sich und der welt im unklaren bleibendes blatt im wind der entfremdung steckt.)

Ein jahr lang hatte ich nahezu nichts mit eva zu tun, weil mir die basale förderung verboten worden war, wegen der körperkontakte. Eine ABM-betreuerin hat kontinuierlich und sehr sensibel einzelförderung bei ihr gemacht. Jetzt geht es zwischen uns weiter, mit dem schwerpunkt außenkontakte. - Täglich machen wir spaziergänge.. - und zumindest in dieser stunde ist eva befreit aus der lebenslangen selbstverständlichkeit des gezwungen werdens! - -

Wie wenn sie (noch immer) beim gefüttert werden den mund zwar dem löffel entgegenreckt, aber zugleich schubst und zwickt, weil sie diese menschen (die in keiner weise versuchen, mitmenschlichen kontakt aufzunehmen mit

ihr) nicht so nahe an sich dran haben kann, – dann halten die ihr die hände auf dem rücken fest.. und kippen den stuhl ein bißchen nach hinten, wodurch eva noch hilfloser wird. Auch uwe, der sensibelste pfleger, macht das gegebenenfalls so.. in aller unschuld; schließlich muß sie doch essen. Aber es ist schon der anfang von folter: 'Du bist ja selbst schuld, wenn du dich so benimmst; du zwingst uns ja dazu!'

Und ich sitze 2m entfernt bei hartmut und kann nichts tun, muß froh sein, daß sie mich in ruhe lassen mit meiner arbeit. Würde ich dagegen protestieren, käme sofort das standardargument: "Sie haben leicht reden – Sie haben immermal nur einen patienten – Wir haben 20 und rund um die uhr!" Ganz unrecht haben sie ja nicht damit.

Ein paar schwestern/pfleger stehen im tagesraum rum und warten aufs essen. Stehen zufällig alle in 1–2m von eva entfernt. Sie müßten doch sehen, daß eva mehr abstand um sich herum braucht und deshalb in solchen situationen regelmäßig ausfälle macht, stößt und kneift und schlägt und schreie ausstößt. – Aber sie sehen nichts.

Ein pfleger behauptet, eva sei in den letzten zwei jahren "schlimmer geworden". Weil sie mehr beißt und zwickt und stößt. Tja, sie kann besser unterscheiden; denn andererseits hat sie gelernt, sich auf menschen und fremde situationen einzulassen, sofern ein mindestmaß an vertrauensvoller orientierung vorhanden ist. Aber das kann ich nicht aussprechen, weil es eine abwertende schlußfolgerung über das verhalten des pflegeteams beinhaltet!

Heute wieder einer dieser locker-unbeteiligten kommentare über ihr befremdliches verhalten. Ich werfe ein (versuche dabei, jeden vorwurfsvollen tonfall zu vermeiden), daß ihr einfach zu viele von uns hier um sie herum sind – daß eva dann immer so ist – weil sie die situation nicht mehr überblicken kann.

Zunächst keinerlei reaktion; gemurmelt kommt dann von der 18jährigen (die hier ein 'freiwilliges soziales jahr' macht): "Überblick – – ! Als ob.."

Natürlich guckt auch sie mich nicht an.

Zivis, schwesternschülerinnen, FSJ, praktikantInnen – alle paar monate neue (junge) leute, die sich dann an den bewohnerInnen ausprobieren; wenn sie

ein paar wochen hier sind, haben sie zumindest eines gelernt: Sie stehen mir fast ausnahmslos mit verächtlicher ignoranz gegenüber, wie die mehrzahl des pflegepersonals.

Monika erzählt wütend, wie 3-4 pfleger im garten saßen am gemeinsamen kaffeetisch und daneben hat ali wilfried anhaltend auf den kopf gehauen und keiner von denen hat sich drum gekümmert, nur dann sie. - Nach wie vor gibt es hier täglich vergleichbare episoden von mißachtung, von selbstverständlicher, alltäglicher gewalt diesen hilflosen menschen gegenüber. Aber nie empfinde ich beim personal bössartigkeit, sadismus in explizierter weise. Sie sind alle völlig "normal"; es ist die alltägliche trägheit des herzens, die sie so handeln läßt. In einer situation, die eng und spezifisch genug ist, daß sie mehr von sich selbst spüren, sind das alles treusorgende freunde, väter, mütter - !

Ihre menschlichkeit hat sich zurückgezogen in den innersten bereich des "privaten" lebens.. - *die scneckenfühler..*

9.5. - Geburtstag von sophie scholl, todestag von ulrike meinhof.

Zweimal kam eva heute quer über den garten auf mich zu, hat mich an der hand genommen, an den händen (als ich ihr auch noch meine andere entgegenhielt), mich hochgezogen - weil sie rein wollte und ich mitkommen sollte. Das hat sie gelernt mit der ABM-betrüerin; jetzt kann sie darüber verfügen, wendet es an bei mir.

Und wenn hartmut am tisch eine papierserviette zerrissen hat, holt er mittlerweile immer häufiger selbständig eine neue - ohne sie dann zu zerreißen. Heute ging er (in seiner mühsamen, gekrümmten weise) extra vom kaffeetisch im garten ins haus, um sie zum holen.

Auch solche episoden gibt es täglich.. ! Es geschieht eben doch was; diese menschen sind lernfähig und bereit zu lernen!

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Etwas unzweckmäßiges soll geschehen. Gewisse leute schimpfen, gewisse leute zucken die achseln, - und es geschieht. Niemand investiert auch nur einen gedanken in die frage, wäre es auch anders möglich?

Daß sie das weggehen der ABM-betreuerinnen bedauert, weil die doch so viel gemacht haben mit den bewohnern, sagt grad die schwester, die sich mit am häufigsten (mit und ohne die betreuerinnen) am kaffeetisch hier im schwesternzimmer aufhält. "Na, wenn ich gehe, werden sie das ja nicht bedauern", hab ich gesagt. Beredtes schweigen. Auch das muß ich hinzunehmen lernen. -

Daß sie selbst sich mit der situation von eltern gleichsetzen, bei denen ja pflege und förderung auch eins sei - aber andererseits tatsächlich die hälfte der arbeitszeit beim kaffeetrinken diese bewohnerInnen sich selbst überlassen. Oder zweites frühstück machen, ohne auch nur zu merken, daß noch drei bewohner bei mir im keller sind, diese also garnicht vermissen (wie heute).

Würde ich auf sowas hinweisen, würden umgehen wogen der empörung über mir zusammenschlagen. Diese stetige trägheit des herzens, die lieblosigkeit, die mir mit unschuldigem augenaufschlag als engagierte zuwendung verkauft wird, ist oft das schlimmste. Diese leute können garnicht aufhören mit lügen. Selbst wenn sie sichtlich sich um ehrliches gespräch bemühen, ist im einzelnen immer die lüge drin, - der selbstbetrug, in dem sie hoffnungslos verfangen sind, ihre lebenslügen, ohne die sie ihr ach so "normales" leben gar nicht durchhalten würden. *(Haargenau so war's im NS - bei den braven familienvätern, die judensauglinge an die wand schmettern "mußten", weil das ja "ihre pflicht" war gegenüber "dem deutschen volk". Möglicherweise haben sie es sogar bedauert. - Natürlich würden die hier solche zuschreibungen empört von sich weisen. Zu recht - denn sie spüren solche möglichkeiten nicht in sich. Weil kein normalitätsdruck sie ihnen abverlangt. Abgesehen von jenem engsten "privaten" bereich spüren sie nur das, was die soziale normalität von ihnen erwartet. Das ist selbstentfremdung, das!)*

Im hinblick auf unsere bewohnerInnen jonglieren sie zwischen dem defizitargument und dem normalisierungsargument immer grad so, wie's der bequemlichkeit des betreuungspersonals (bzw. der konzeption einer einrichtung) paßt; das ist nicht nur hier so. Und ich versuche, die fädchen wahrhaftigkeit aus dem gespinst der lügen herauszufischen und anzusprechen, - denn es stimmt natürlich, daß das pflegeteam immer weniger erfolgserlebnisse hat bei den bewohnerInnen. Früher konnten sie sich immerhin ab und an hinsetzen mit bewohnerInnen und mal ein bißchen irgendwas spielen (natürlich nach ihren eigenen bedürfnissen); diese vertrauten angenehmen kommunikativen momente ihres arbeitsalltags sind ihnen durch die heilpädagogische förderung weggenommen worden. Mit den meisten der jetzt verbliebenen bewohnerInnen ist so ein lockeres kommunizieren allerdings eh kaum möglich. - Und niemand hilft den schwestern, die oberschwester als letzte! Das öffentliche interesse für unser projekt ist eh gleich null; schon in anderen abteilungen dieses krankenhauses gelten wir nicht selten als "*schlangengrube*", mit der leisen vermutung, daß auch das personal einen schaden haben muß, um so eine arbeit zu machen. Es wäre nachvollziehbar, wenn sich in einer solchen arbeitssituation tatsächlich versteckte vernichtungsphantasien entwickeln, die sich dann in einer rigiden verwahrung *nach schema F* äußern.

Alfred kommt in den garten. Dort sind, neben einigen bewohnerInnen, monika (ABM-betreuerin), FSJ-frau, pflegeschüler, zivi, eine putzfrau, ich (am rande, mit rainer beschäftigt). Die FSJ-frau: "Ach, fredo! Komm doch mal her!" und, zu den andern gewandt: "Der ist aggressiv!"

Sogleich kommt es in der profi-runde zum austausch über alfreds aggressivität und alle betonen, wie gut jedoch sie selbst mit ihm umgehen können. Wer kann, führt ein spezielles kunststück mit ihm vor: '*Seht her, er hat mich garnicht gebissen!*'

Die interaktion mit kollegInnen fällt mir nicht deshalb oft so schwer, weil ich so wenig beziehungsfähig wäre, sondern weil die es sind.. - wenig

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

beziehungsfähig und kaum beziehungsbereit, aber ständig dabei, normenkonsens zu reproduzieren.

Da sitzt monika anderthalb stunden mit hartmut zusammen und merkt nicht, daß seine schuhbündel offen sind (über die grad er mit seinem unsicheren gang unbedingt irgendwann stolpern würde). Auch sie sitzt jetzt oft mit den schwestern am gartentisch in der sonne, während um die alle herum die bewohnerInnen sich selbst überlassen sind - aber regt sich mir gegenüber nach wie vor auf über die schwestern, die (tatsächlich) noch weniger machen. Und jammert über ihren freund, der völlig antriebslos zuhause rumhängt und sie ist verzweifelt, möchte was unternehmen mit ihm.

In absprache mit der informellen stellvertreterin der stationsschwester (im urlaub) habe ich für ali, eva und rainer mittagessen in einem separaten, aber angrenzenden raum organisiert, weil die drei sehr schlecht mit dem trubel umgehen können. Es bewährte sich. Jetzt ist der altpfleger im dienst, der schickt die drei wieder in den tagesrum. Auf meinen versuch, ihm den zusammenhang zu erläutern: dann solle doch "die da!" rübergeschickt werden, das sei die einzige, die hier stören würde. (*Ihn* stört sie, weil inge auch während des essens dauernd kontakt aufnehmen will mit personal!) Das war gestern. Heute sind sowohl er als jene schwester im frühdienst; beim essen sind die drei wieder im tagesraum. Würde ich versuchen, das jetzt zu klären, würden beide auf die stationsschwester verweisen. Und wenn die aus dem urlaub kommt, wird sie dazu mit größter wahrscheinlichkeit nur eine entscheidung treffen, die für ihre stationsinterne *balance of power* zweckmäßig ist. Weil auch sie keineswegs beliebt ist bei ihren leuten und auf deren kooperation angewiesen. So läuft das. - Und die bewohnerInnen? Die zählen ebenso viel oder wenig wie möbelstücke oder werkzeuge in entsprechenden arbeitsstellen.

Immer wieder beobachte ich, wie vieles hier nicht deshalb untergeht, weil jemand dagegen an kämpft, sondern weil niemand sich dafür engagiert.. weil die arbeit einfach immer weiterläuft, wie sie grad läuft. Nicht selten kommt

auf einen vorschlag die antwort: "Ja, stimmt, das könnte man eigentlich machen, - das wäre besser.." - und nach einer anstandspause wird das thema gewechselt. Als "normal" wird von nahezu allen mitarbeiterInnen der eigene störungsfreie arbeitsablauf empfunden; für konflikte fühlt niemand sich zuständig.

Alfred war damals dem bayrischen träger vorgestellt worden, mit wahrheitsgemäßer darstellung seiner schwierigkeiten. (Ausnahmsweise gab es damals völlige einigkeit zwischen rehapädagogin, psychologen und mir.) Worauf die ihn nicht übernehmen wollten; was ich gut verstehe. Jetzt wird in der abteilungsbesprechung überlegt, was wir mit ihm machen. Die oberärztin: "Das haben jetzt diejenigen zu verantworten, die das damals mit bayern versaubeutelt haben!"

Natürlich hätte ich protestieren können - aber ich hab's gelassen. Weil ich mittlerweile weiß, es ist völlig egal, was die sagt; die entscheidenden dinge gehen an ihr vorbei und werden im zweifelsfall noch immer von chefarzt arrangiert, pflegeheim hin oder her.

Die oberärztin kämpft in 'ihren' stationen unermüdlich für die interessen der patientInnen (ist jedenfalls zu hören), aber sie hat nichts von der taktischen virtuosität des chefarztes. Ihre hauptsächliche methode der konfliktbewältigung sind unverblümete schuldzuschreibungen, die sie reflexhaft und oft offensichtlich ohne nachzudenken verteilt. Im zweifelsfall hängt sie die vorgesetzte raus oder argumentiert rein bürokratisch, ähnlich wie die Oberschwester. Naja, deswegen ist sie vermutlich nie chefärztin geworden.

Sie gehört zu denjenigen vorgesetzten, die sich immer dann auf vorschriften berufen, wenn auch nur die leiseste gefahr besteht, daß sie selbst zur verantwortung gezogen werden können. In vieler hinsicht wäre die arbeit aber garnicht möglich, wenn alle bestehenden vorschriften ständig beachtet würden; jeder weiß das. - Aussagekräftige berichte kann ich schreiben nur, wenn ich jederzeit den überblick habe über individuelle prozesse. Dazu muß ich erfahrungen sammeln können. Offiziell darf ich aber keinerlei

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

aufzeichnungen über bewohnerInnen bei mir halten, darf keine 'sekundärakte' führen. Würde ich jedoch alle relevanten veränderungen und perspektivischen überlegungen in die offizielle krankenakte schreiben, kämen pro jahr 100 seiten für jeden bewohner zusammen. Und ich müßte die akten jedesmal aus dem büro holen und dorthin zurückbringen bzw. wegen jedem neuen moment ins büro rennen. Und alle anderen eintragungen würden untergehen zwischen meinen notizen.

Juni 1997

Inge und jürgen fangen an, einander wirklich zu mögen, mit umarmungen und küssen. Umgehend nimmt das der pflegebereich zum anlaß für neue kunststücke zum vorführen: "Inge, gib ihm mal'n kuß!" - und er, der das nur manchmal erträgt (dann aber es enthusiastisch auch will), weicht in panik zurück und alles lacht.

Erst in dieser arbeitssituation habe ich angefangen, sinnlich zu lernen, konflikten lockerer gegenüberzustehen. Daß das leben weitergeht, daß selbst nach schlimmen auseinandersetzungen jede beteiligte weitermacht und es neue situationen gibt und alles sich in gewisser weise miteinander vermischt und zu einer subtil 'umgefärbten' neuen gesamtsituation wird.

Früher habe ich versucht, zu jedem zeitpunkt die 'frontlinie' eindeutig zu erhalten. Das bleibt wichtig bei grundlegenden kriterien, aber wenn es zum alltäglichen verhalten wird, kommt dabei das natürliche fließen des lebens zu kurz.. - und viele konflikte sind nur wellen in diesem fluß.. die kommen und wieder gehen, wenn ich es zulasse, mich nicht drauf versteife.

Mit michel in bayern.

Schwierig ist es, wegen seiner weglauftendenz und wegen der großen diskrepanz zwischen seinem kognitiven potential und der massiven sozialen defizite.. - Wie *kaspar hauser* ist er.

Aber viel nuanciertes, professionelles und zugleich menschlich einführendes bemühen bei den betreuerInnen, beim psychologen, selbst bei den anderen bewohnerInnen! Trotz seiner auch nervigen, sehr nervigen verhaltensweisen mögen sie michel, wollen ihn nicht aufgeben. "Er ist viel zu schade, um wieder in die psychiatrie zurückgeschickt zu werden. - Er ist ein lieber kerl - und davon gibts nicht so viele!"

Sie begreifen nicht, daß michel im krankenhaus rigoros abgelehnt wurde und wird - und dennoch scheint es fast hoffnungslos, wegen seiner fast zwanghaften weglauftendenz. Während der dienstbesprechung gestern hatte ich damit gerechnet, ihn wieder mitnehmen zu müssen. Die hätten jederzeit sagen können, wir trauen uns das nicht zu - zumal ich selbst offen zugegeben hatte, daß ich kaum hoffnung habe, - daß ich fürchte, er würde die gruppe zerstören wegen der notwendigkeit, ständig aufzupassen. Ich wollte nicht, daß sie ihn 'anstandshalber' behalten und nach ein paar wochen doch wieder wegschicken müssen. Aber sie haben sich klar dafür entschieden, ihn zu behalten, - alle einzeln, nicht diktiert von der heimleiterin!

Dennoch muß ich im krankenhaus die leute drauf vorbereiten, daß wir ihn eventuell wieder zurücknehmen müssen. Die Oberschwester wedelt mit einer anweisung des verwaltungsleiters: keinerlei neuaufnahmen ins heim. Der chefarzt beruhigte mich später, daß eine rücknahme in diesem fall selbstverständlich ist; die verwaltungsanweisung sei anders zu verstehen. - Aber ich hoffe so sehr, daß die in bayern es schaffen.

(Der wolfi-teddy sitzt hier mit fotos von michel auf dem schoß..)

Ich berichte dem chefarzt von michels verlegung. * Sein 'fernblick', wenn er einfach weiterläuft, ins unendliche hinein. Der chefarzt erwähnt das "ozeanische gefühl" bei freud und erzählt, wie er in afrika nach der arbeit oft lange am atlantik saß und dort alles von ihm abfiel und er lösungen suchte

* Siehe den ausführlichen bericht im anhang.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

im kontakt, im austausch mit dem meer, so etwa. Daß er dieses gefühl heute noch in sich hat, wenn er am meer ist..

Der oberärztin hatte ich vor der abreise nach bayern meine stundenaufstellung für mai aus zeitgründen ins postfach gelegt; sowas wird routinemäßig unterschrieben und ans personalbüro weitergeleitet. Ansonsten gebe ich ihr den zettel allerdings persönlich. Jetzt läßt sie mir durch die stationsschwester ausrichten, sie sei nicht mein postbote.

Ob es gutgeht mit michel? Ich hab ihn in den drei tagen dort nochmal ganz anders lieb gewonnen.. als ich ihn erlebt habe ohne den streß hier im stationsalltag.. in der ecke stehend, gehetzt von selbstverständlicher ablehnung, in der hilflosen flucht in den schlaf, die vorweggenommene grabesruhe.

Seine offenheit, seine verwundetheit - sowas war in diesen tagen viel mehr zu spüren, und die dort haben es offensichtlich von anfang an empfunden. Wie zärtlich die betreuerin claudia schon am zweiten tag bei ihm saß - in ihrem gesicht wärme und offenheit, wie wenn eine blume sich öffnet. Michel kostet nerven, aber er hat viel zu geben, das haben die dort gemerkt!

Während sie gefüttert wird, versucht eva oft, ihre sicherheitsdistanz herzustellen durch eher symbolisches zwicken und schlagen. Dabei reckt sie weiterhin ihren mund dem löffel entgegen; eigentlich müßte das nichtaggressive ihrer signale deutlich zu erkennen sein. Heute ein pfleger: "Hör auf! Hör auf! Du hast mir gestern schon die sachen schmutzig gemacht! - - Hör auf! Sonst hol ich morgen meine eisenbeschlagenen arbeiterstiefel und dann kann ich zurücktreten!"

Eva übrigens war barfuß.

Allerdings hat sie vor einigen wochen einer küchenfrau durch einen schlag den unterarmknochen angebrochen. Als die's mir erzählte, konnte ich mir nicht verkneifen zu sagen: "Höflicher umgehen mit ihr ist ganz nützlich.."

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Hab mit bayern telefoniert. Nach wie vor keine panik - michel ist zunehmend in die gruppe integriert; das abhauen haben sie bisher einigermaßen in den griff bekommen, und wenn's ärger gibt, weil er essen/trinken in andern zimmern klaut: "Na, dafür sind wir ja da - !"

Jene buchhalterin, die damals so froh war über die fotos von der großen verlegung nach bayern, spricht mich an. Daß sie sich schon lange überlegt, umschulung zu machen - und gern mal mit mir sprechen möchte wegen heilpädagogik..

Jener träger, der (neben anderen) jürgen aufnehmen will, entscheidet sich gegen inge; die beiden sind aber sozusagen ein paar! Mit der oberschwester drüber zu sprechen, wäre witzlos; wiederum kann ich nur auf unterstützung vom chefarzt hoffen.

In zwei wochen haben die rehapädagogin und der psychologe keine bewohnerInnen mehr in ihrer 'trainingswohnung'. Der psychologe spricht mich an: "An sich sind unsere stellen dann gestorben - aber niemand sagt irgendwas dazu." Der chefarzt beruhigt sie, sie sollten sich keine sorgen machen. Woanders hätte sich da längst der personalrat eingeschaltet - aber hier ist nicht anderswo; im übrigen ist unsere oberärztin vorsitzende des personalrats.

Die beiden wollen versuchen, das haus quasi stillschweigend zu behalten und ein therapiezentrum für die verbleibenden bewohnerInnen des krankenhauses zu machen. Und nun fragt mich der psychologe, ob ich mich daran beteiligen würde. "Klar, - aber ich muß jetzt vor allem vermeiden, der oberschwester einen anlaß zu geben, mich aus ihrem heim rauszuschmeißen - bevor eine anderweitige förderung der leute gesichert ist!" Das sieht er auch so.

Ich sollte nicht in begeisterung ausbrechen, wenn die beiden jetzt erklären, mich bei ihrem projekt integrieren zu wollen. Es ist nur die einzige möglichkeit, mit der tatsache umzugehen, daß es mich gibt und ich tag für

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

tag mit den bewohnerInnen arbeite, ich also im gegensatz zu ihnen voraussichtlich auch in zwei wochen noch etwas zu tun habe (zumindest informell und tatsächlich). - -

Eva reiben sie jetzt 3x täglich die extrem trockenen füße und hände mit panthenol ein (auf meine anregung).. - ein paarmal wurde sie schon vom pflegebereich mitgenommen zu spaziergängen.. - und unlängst sagte ein pfleger tatsächlich: "Die? Ach, die ist doch lieb!" - und jener früher extrem ruppige jungpfleger sitzt still neben ali und läßt sich auf den ein.. - und ali bekommt sein mittagessen im anderen tisch (zumindest solange jener altpfleger nicht dienst hat).. - Ach, - winzige schritte. Aber so ist das wohl.

Im krankenhaushausgelände treffe ich auf den chefarzt. Der guckt mich schelmisch an: "Eigentlich müßte ich ja jetzt hier eine blume abreißen.." (weil heute mein geburtstag ist, mit dem ich an sich nichts zu tun haben will, und das hat sich hier auch schon rumgesprachen.) - Aber das hat mich dann doch gefreut. Ich konnte ihm gleich erzählen, daß michel in bayern inzwischen schon im haushalt mithilft. "Da kann man ja den glauben an die welt wiederfinden - wenn sowas mal wirklich gelingt.." Er überlegt, daß die menschen dort in bayern vielleicht insgesamt noch intakter und mittiger sind, - nicht so zerrissen wie hier, sich nicht so ausgesetzt fühlen. "Und man kann ja nur dann etwas geben, wenn man etwas hat.."

Gespräch mit einem psychologen, der als fachdienst bei einem träger arbeitet: "Aussagekräftige entwicklungsberichte kann ich von mir aus garnicht schreiben, weil ich nicht nah genug und stetig genug an die bewohnerInnen rankomme. Da bin ich angewiesen auf die informationen aus der gruppe. - Nur, die haben in vieler hinsicht eine ganz andere perspektive, eben orientiert an der gruppensdynamik! Das ist und bleibt ein problem.." - Womit er ja eigentlich sagt, daß er die bewohnerInnen nicht gut genug kennenlernen kann, um entwicklungsorientierte förderung anzuregen.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Juli 1997

Zwei ebenen gibt es, auf denen abläufe und interessen hier abgewickelt werden. Einmal die ebene, auf der durch situative bündnisse, durch vielfältiges taktieren rund um informationsfluß und unausgesprochenes einverständnis tatsächlich gehandelt wird - und davon unterschieden gibt es die ebene der formalen vorgaben, seien es gesetze, formale strukturen, zuordnungen oder auch nur bestimmte koalitionen, die aus übergeordneten gründen aufrechterhalten werden - oder zumindest pro forma und scheinbar aufrecht erhalten werden.

Das arsenal der zweiten ebene wird dabei so genutzt (und modifiziert), daß darunter die jeweiligen realen interessen ungestört sich entfalten können; einen zwingenden, funktionalen zusammenhang zwischen beiden ebenen gibt es nicht! - Es ist das prinzip der potemkinschen dörfer, vervollkommnet im zuge der elaborierten instrumentellen vernunft, davon hier die DDR-variante.

Ich beginne zu ahnen, daß viele kollegInnen von anfang an bei mir (vergebens) nach signalen dieser zweiteilung gesucht haben. Sowohl die schwestern als auch rehapädagogin/psychologe, aber auch die ergotherapeutinnen haben mir immer mal wieder zu erkennen gegeben, daß sie mit mir kooperieren würden, falls ich nur bereit wäre, bestimmte frontlinien zu wahren. Das schlimmste war offerbar für alle, daß ich mit dem chefarzt kommuniziert habe, als sei es ein mensch wie du & ich.

Gespräch mit einer älteren ergotherapeutin und sabine, einer ABM-frau, über die allgemeine menschliche situation hier. Die therapeutin sieht es wie ich: Alles geschieht grundsätzlich hintenrum, alle interpretationen, einschätzungen, beurteilungen werden ständig modelliert, wie's der jeweiligen interessenlage dient. Das aber auch ganz persönlich, nach dem motto: *'Der könnte mir ja in vier jahren nochmal nützen, also passe ich doch auf, was ich sage!'*

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Die ergotherapeutin meint, es sei eventuell der unterschied zur BRD, daß hierzulande immer viel privates in die arbeitssituation mit einfließt, wodurch die menschen hier verletzlicher, angreifbarer seien - und entsprechend besser aufpassen. Im westen würde arbeit und privatleben wohl stärker getrennt. - Sabine betont, daß sie das irgendwo immer bewundert hat, wenn menschen so offen sein können wie z.b. monika oder auch ich, aber daß sie das nie wäre, weil einen das verletzlich macht, die leute über einen herziehen. Es würde doch oft dann gesagt: "Was erzählt die denn da von sich?! Die ist doch bekloppt!" - "Das gibt's im westen genauso! - Nur trauen sich da vielleicht mehr leute, sich drüber hinwegzusetzen." (ich)

Jetzt, nach zweieinhalb jahren, krieg ich - jenseits aller taktischen interessen - tatsächlich erstmalig eine bestätigung für all das, was ich mir in dieser zeit mühsam klargemacht habe!

"Und ich bin da die ganze zeit rumgelaufen und dachte, was geht hier eigentlich ab? Ich hatte das gefühl, ich stoße überall nur auf mauern - oder bin ich völlig bekloppt?!"

Die therapeutin: "Das kann man von außen auch gar nicht durchschauen - das soll man wohl auch garnicht durchschauen - nach dem motto: *'Teile und herrsche!'*"

Du schreibst: *'Wenn Du vorhast, die Umwelt zu echten Gefühlsäußerungen zu bringen, wirst du sehr schnell an Deiner eigenen Offenheit kaputt gehen, man wird Dich ausnutzen bis zuletzt, und Du wirst letztlich sogar sehen, daß niemand gelernt hat und Du fertig bist.'* -

Martin, du kennst mich doch ziemlich gut, wie ich war im internat. - Überall hab ich gemerkt: es geht.

Und es ist echt. Es muß nicht geheuchelte intimität und nur einzelbeziehung mit mauer drum rum sein. Und ich bin nicht *'fertig'* - obwohl ich weiß, daß nur prozente von dem, was ich versuche zu zeigen, faktisch aufgenommen wird, nur promille davon weiterwachsen. (Meist will ich eh nur die VIELFALT zeigen, das weißt du.) - Vieles ist nur *nett* für die leute, vieles wird überhört, überlesen. Na und? So ist da eben. Aber ich lebe dieses leben und es ist ok so, weil die menschen so *sind*. Soll ich nichts tun bloß weil keine idealmenschen da sind?

Und du? Du wolltest so viel machen - aus deinen sätzen jetzt lese ich, daß du drauf verzichtest, weil du nicht die richtigen menschen um dich hast?! Meinst du, du kannst auch

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

nur das geringste tun mit deiner intelligenz und kreativität, wo nicht dein ganzes ICH, *deine ganze offenheit* drin ist?? -

Es gibt so ein bibelwort (in den korintherbriefen), ich hab noch nie was besseres für diesen zusammenhang gefunden: Wer mit engelszungen redet und hat keine liebe, dessen stimme ist wie stumm. Wer eine glocke gießt ohne liebe, dem wird sie nicht klingen."

Mondrian: Brief an MC (5.11.1974)

Während des urlaubs mach ich einen abstecher zu unseren 10 bewohnerInnen in bayern.. und schon hat sich das blättchen gewendet: Die meisten betreuerInnen halten sich deutlich bedeckt mir gegenüber, einzelne schwierigkeiten erfahre ich nur hintenrum. Die mentalität von wohnheimbetreuerInnen scheint sich wirklich überall an derjenigen der pathologischen kleinfamilie zu orientieren. - Aber die leute sind im großen und ganzen gut aufgehoben dort; diesen eindruck nehme ich aus dem kontakt mit ihnen selbst mit. Ihr leben geht weiter, endlich..

Dann bei michel, mit dem es so schwierig war: Er wird gemocht, offensichtlich fühlt er sich wohl in seiner WG; sein verhaltener, zärtlicher charakter (den sie im krankenhaus als "verschlagenheit" sahen!), kann jetzt in austausch treten mit andern..

Besuch bei meinen eltern. Als ich von den bewohnerInnen erzähle, insbesondere dann von michel, reibt sich mein vater (den ich vorrangig als selbstherrlichen tyrannen kenne) verstohlen die augen.. Von meiner mutter kommen didaktische formulierungen: "Ja, das ist doch ein schönes erfolgserlebnis - !" So war es immer; auf meine authentischen gefühlsäußerungen kamen hohle rationalisierungen von ihr; meine empfindungen lagen auf dem seziertisch. - -

Im zug zwischen kassel und berlin eine junge frau, mit 4 monate alter tochter; gesprächsweise geht es um alle möglichen intimitäten, irgendwann bittet sie: "Erzählen sie von ihrer arbeit!"

Das war schön.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Wieder im krankenhaus. Ich berichte monika ein bißchen von der reise, erwähne auch meine eltern. Sie sagt, daß sie manchmal ein schlechtes gewissen hat, kinder in die welt gesetzt zu haben, ohne überlegung, - und die müssen dann hier leben, bloß um irgendwann unter der erde zu liegen.

Meine motivation im krankenhaus nimmt rapide ab. Zermürende orientierungslosigkeit, jeder wurschelt nur noch irgendwie herum; alle schweben wir im luftleeren raum, die schwestern ebenso wie die rehapädagogin, der psychologe, die übriggebliebenen ABM-betreuerinnen und ich. Und die restlichen bewohnerInnen.. - sie sind wirklich der sprichwörtliche "rest"; da bräuchte selbst ich sowas wie austausch, eine zielsetzung, - irgendwas. Aber alles ist unklar.

Eva ist eigentlich die einzige, wegen der ich noch jeden tag UNBEDINGT hingehen will. - Ach, wenn ich die mitnehmen könnte, entführen.. Ich mag nicht hinnehmen, daß sie in einem 'pflegeheim' lebendig eingesargt wird, aber genauso wird es werden, falls nicht noch ein wunder geschieht.

Eva wird in erster linie wegen ihres durchgängig ablehnenden verhaltens in die ecke der "nicht förderfähigen", der "hoffnungslosen fälle" abgeschoben..

August 1997

Wiesenfest im krankenhaus. Die stationsschwester will mit sämtlichen bewohnerInnen hingehen, sodaß ich mich dann 3 stunden lang fast nur um eva gekümmert habe. - - So viel lebenswille bei ihr, so viel trotz, sich ihre autonomie zu bewahren - sich alle krümel vom leben zu holen, die sie ertragen kann!

Ich hab sie mit essen und trinken versorgt.. ihr immer wieder vertraute signale gegeben, daß sie's aushalten konnte in dem hexenkessel.. und manchmal ihr doch widerstand entgegensetzen müssen, wenn sie auf und davon ging, auf anderen tischen geiern oder einfach weg wollte (das aber nur sehr selten). - Viele nuancen, in denen sie auf mich reagiert hat, in denen sie

ihr verhalten modifizieren konnte - und immer wieder hat sie sich beruhigt! Ihre rückzugsmomente, ihre affekte, ihre abwehr von forderungen (die sie als streß erlebte) - auf alles versuche ich angemessen zu reagieren - und eva nimmt tatsächlich jede meiner reaktionen wahr!

So vielfältig hab ich das mit ihr noch nie erlebt, weder innerhalb der stationsroutine noch bei den zielorientierten fahrten zur zahnklinik.

Wieviel streß eva akzeptiert, sofern nur die stete orientierung an einer bezugsperson möglich ist. - Das alles zeigt, daß sie auf keinen fall ein "pflegefall" ist, sondern in hohem maße entwicklungsbereit, nur eben eingesperrt in ihre schrecklichen, traumatischen lebenserfahrungen seit früher kindheit, in ihre tiefgreifende bindungsstörung! (Natürlich zudem kognitiv beeinträchtigt, aber das ist nicht das problem.)

Ich hab sie mit eis gefüttert, ihr den mund abgewischt, - und als jemand fremdes ihr zu nahe kam, hab ich sie einfach schnell in den arm genommen und sie wurde ruhig. Beim zurückgehen durfte ich während des ganzen wegs die hand auf ihrer schulter halten. Angekommen, haben wir noch unser abschiedsritual zelebriert: Ich hab ihr auf der wiese die schuhe wieder ausgezogen, die sie ja nur unterwegs an den füßen erträgt. (Mittlerweile akzeptieren das sogar die schwestern, versuchen nicht mehr, ihr die schuhe wieder anzuzwingen.) - Da hab ich ihr einen kuß auf die stirn gegeben, ganz voller ruhe und.. - Es mußte einfach sein, egal wenn jetzt schwestern gucken und es wieder eine affäre gibt!

Es mußte sein! - Ich kann das gute und wahre nicht dauernd verstecken!!

Als ich dann aber der rehapädagogin gegenüber erwähne, daß baden und eincremen gut sein könnte für eva, hat die mir gleich das bad in 'ihrem' (jetzt leerstehenden) haus angeboten. Das allerdings würde ich selbst nicht machen, wegen der unterstellungen damals. "Aber wir sind doch auch da!" - "Sie wissen doch, wie solche gerüchte hochgekocht werden: *'Wir können ja nicht wissen, was der dort drüben macht, ob da jemand ein auge drauf hat!'*"

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Kurz vor dem weggehen zum wiesenfest hatte eva eine nasse hose, weil unsere wiese, in die sie sich in der wartezeit gleich wieder gesetzt hatte, noch etwas feucht war. Die stationsschwester wollte sie nochmal umziehen lassen und erzählte mir auf meinen sachten protest: "Einmal hatte wilfried den mund voller schokolade und dann hab ich im ganzen krankenhaus gehört, bei uns würden die leute mit braunem mund rumlaufen vom scheiße essen!"

Wäre aber wieder streß für eva, und das direkt vor dem wiesenfest - ich habe bedenken. Die stationsschwester wackelt mit dem kopf: "Ach, wir nehmen sie jetzt so mit! Ist mir doch egal - ich hab schon andere gerüchte durchgehalten!"

Die stationsschwester erzählt von früher, vor 89, als sie in der damaligen frauenstation nachtwache gemacht hatte (sie gehörte ansonsten schon damals zum männerhaus) und oben in einem separaten zimmer lagen nahezu rund um die uhr lisa und eva, beide vollständig fixiert, in betten ohne matrizen, nur mit einer matze (wohl wegen dem einmachen) - und haben sich die köpfe an allen erreichbaren ecken gestoßen, "eva so, daß man meinen mußte, gleich zerspringt der schädel!"

Eine übliche methode, bewohnerInnen zu duschen: Sie stehen in der dusche und werden aus 1-2m entfernung mit einem gartenschlauch abgespritzt, manchmal (wie z.b. gestern beobachtet) unter lachenden bemerkungen (z.b. "Arschbacken auseinander!").

Friseurtag. Das gespräch der schwestern dreht sich mal wieder um eva, der zivi steht schon voller tatendrang bereit, sie zu disziplinieren. (Er ist an sich nett, aber seine vergiftung durch '*schwarze pädagogik*' ist allein schon durch gewisse ausdrücke - im entsprechenden tonfall - zu ahnen, die ich noch von meinen eltern, also aus der vorhergehenden generation, kenne: "*bürschchen!*" oder "*mein scholli!*" und was dergleichen widerlichkeiten mehr

sind.) - Ich schlage vor, daß ich alleine bei ihr bleibe während der prozedur. Die stationsschwester: "Ja, wir probieren es", der zivi äußert bedenken. Der mag sich diese gelegenheit nicht entgehen lassen, etwas von seinem kindheitsleid weiterzugeben..

Klar hat eva dann protestiert, klar hatte ich hinterher ein paar kratzer mehr - aber die hälfte der zeit hat sie stillgehalten - und insgesamt hat es sich wieder bewährt, möglichst wenig zwang anzuwenden und sie gleich wieder loszulassen, sobald es nur möglich war, - und ständig beruhigend mit ihr zu sprechen.

Zwar konnte ich die schwestern davon abhalten, eva einen frisierumhang zu verpassen, weil ihr allein dieses knisternde ding um sie herum angst gemacht hätte, - aber daß sie ihr hinterher umgehend den haarigen pullover auszogen, konnte ich nicht verhindern.

Aber hinterher haben wir unseren spaziergang gemacht und alles war gut..

Da hat sich schon was geändert, wenn von den schwestern plötzlich scherzhafte formulierungen kommen, die ich garnicht als ironisch empfinde, - wie wegen silke, die jetzt anfängt, wieder selbständig zu gehen: "Na, wenn sie jetzt die silke noch zum abitur führen - " oder: "Na, das gewöhnen sie eva auch noch an, daß sie aufs klo geht - "

Ich komme von einem wieder etwas frustrierenden gespräch mit der rehapädggoi; - nie wird die freiwillig informationen weitergeben! Nur, wenn sie konkret was davon hat! - Zumal ihre position jetzt schwieriger geworden ist, weil ihr '*siamesischer zwilling*', der psychologe, von einem tag auf den andern abgezogen wurde.

Die stationsschwester kommt mir entgegen; sie hatte wohl mein genervtes gesicht gesehen. "Was is'? Werden sie jetzt auch noch depressiv?!" - "Ach nein", sage ich, "nur.." - und dann reden wir ein paar minuten lang drüber.

Alles bei mir geht in die richtung: weniger verurteilen, länger abwarten, genauer hingucken - aber alle achtsamkeit ersetzt nicht das abwarten. Was in den menschen drin ist, zeigt sich wohl immer erst schrittweise, weil's in

schichten angelegt ist und nicht alle diese schichten (oder persönlichkeitsanteile) zugleich präsent sind.

Auf der - sicher vergeblichen - bürokratischen suche nach verwandten von eva. Es ist seltsam.. zu wissen, daß es zumindest eine schwester von ihr gibt, eventuell noch ihre mutter. Das ist natürlich bei allen hier so ähnlich.. Keiner hat diese menschen liebgehabt, vielleicht lebenslang.

September 1997

Großer ausflug. Meist war ich mit eva zusammen; ohne einzelbetreuung hätte sie nicht mitkommen können. Busfahrt, spazierengehen (eva wollte weg von den andern, mit mir alleine rumlaufen). Essen im 'Rübezahl' (eine großgaststätte mit dem charme einer behörde). Beim windeln nach dem klogang hab ich mir von einer schwester helfen lassen - im stehen windeln will auch erst gelernt sein!

So tapfer war sie.. Viel angst und panik in bestimmten situationen. Aber eva ließ ihre ängste nie ausufern, sondern hat sich immer wieder gefangen, hat zu sich zurückgefunden - und sich orientiert an der bindung zu mir. Allerdings war dazu meine stetige verbale und körperliche beruhigung nötig. - Mimetische kommunikation* (*nicht "symbiotisch"*) ist das zwischen uns und mit manchen anderen hier..

Erst durch solche abenteuer kann eva vertrauen in die umwelt lernen, - aber grad sie hatte auch in den letzten zwei jahren noch am wenigsten die gelegenheit dazu, weil sie zu ausflügen nicht mitgenommen wurde.

Am tag nach dem ausflug wundern sich die schwestern, wieso die bewohnerInnen beim essen wieder so unruhig sind, nachdem gestern, im

* *'Mimesis' als unvermitteltes, unbegriffliches nachahmen ist ein zentraler begriff in adornos 'Ästhetischer Theorie'. Durch die entdeckung der 'spiegelneurone' im hirn läßt sich, was ich hier meinte, auch neurobiologisch zunehmend besser verstehen. (Vgl. dazu J.BAUER: 'Warum ich fühle was du fühlst'; hamburg 2005)*

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

'Rübezahl', alles ruhig und ordentlich verlief. - Naja, dort sind eben keine krakeelenden schwestern unvorhersehbar zwischen den tischen aufgetaucht - und es waren anderthalb stunden zeit zum essen statt 'ner viertelstunde, wie hier. Aber ich hab mich gehütet, das jetzt zu sagen.

Heute vormittag, zu unserem üblichen spaziergangstermin, hatte ich keine zeit. Nachmittags sitze ich am tisch und spiele mit peterle ball. Eva kommt auf mich zu, nimmt mich an der hand, führt mich auf den flur - geht dann alleine ganz raus. Ich gehe zurück in den tagesraum. Eva kommt wieder rein, setzt sich an ihren platz, steht auf, kommt auf mich zu, nimmt mich an der hand - und führt mich in den flur, drückt dort meine hand ans schuhregal, setzt sich auf den stuhl und hält mir ihren fuß entgegen! - Sie will ihren spaziergang.

Ich muß dann noch in den 1. stock, bescheid sagen (alle schwestern sind oben bei ihrer zweistündigen mittagspause..) - rufe ihr zu: "Warte, ich komm gleich, dann gehen wir!" - und eva wartet tatsächlich an der tür. Sie, die bei unterbrochenen abläufen sonst umgehend wieder zu ihrem stamplatz läuft oder terz macht! (Ob sie mich verbal verstanden hat, weiß ich natürlich nicht.)

Wem von uns ist es gegeben, sich so zu freuen wie Willi oder Jürgen, sich so offen zu seinem Gefühl zu bekennen, so arglos sein freies Gesicht zu zeigen? Man sage nicht, das sei eben die Einfalt der Armen im Geiste, man frage vielmehr, ob ein Geist nicht beschränkt sei, der solche Beschränkung vom Menschentum fordert, wie es etwa der Geist ds "keep smiling" verlangt, alle Mienen uniformiert zu der einen, und ihr Konfektionsoptimismus löscht mit der Vielfalt der Emotionen auch alle Bekundung von Zuversicht aus.

Franz Fühmann, in: Fühmann/Riemann: 'Was für eine Insel in was für einem Meer. Leben mit Geistig Behinderten' (Rostock 1985)

Unsere oberste sozialarbeiterin geht jetzt auch, muß an ihre karriere denken, kann sich der zweiten aufforderung, sich innerhalb des krankenhauses anderswo kompetenzen zu erwerben, nicht mehr entziehen - nachdem sie

schon vor 2 jahren wechseln sollte, aber wegen ihrer solidarität mit dem enthospitalisierungsprojekt in der abteilung geblieben ist.

Die chefsekretärin hat die zusage für eine andere stelle in der tasche.

Ist ja klar, daß am ende eines enthospitalisierungsprojekts leere häuser stehen, - aber es ist würdelos, wie sich das hier auflöst, - von überall kommen die aasgeier, spekulieren über die zukunft der häuser, - und jeder mitarbeiter muß sehen, wo er bleibt. Offizielle aussagen gibt es nicht; der chefarzt hält sich bedeckt, - der sowieso. Na gut, hinter den kulissen ist er am verhandeln mit trägern, das hoffe ich zumindest.

Im übrigen interpretiert er mir gegenüber dieses *'jeder gegen jeden'* als "stil des westens, der jetzt krebsartig hier einzieht".

Andererseits meint die rehapädagogin, der chefarzt habe angst vor mir. Wieso denn das? Weil ich mal ein halbes jahr beim senat gearbeitet habe (als praktikum!) und aus dem westen käme, und sowas würde ihn beeindrucken. Nun ist der chefarzt um faktor 10 differenzierter als sie, aber könnte ja dennoch was dran sein. Kenn' ich die mentalität von DDR-bürgern? Nein.

Fußpflege; für eva die reine folter, weil sie wegen ihrer brachialen gegenwehr von drei schwestern festgehalten werden muß. Bisher. - - Und jetzt? Da mußte ich doch meinen mut zusammennehmen..

Die stationsschwester: "Ok, machen sie, - wenn's nicht klappt, dann können wir ja auch noch kommen."

Zunächst ging es darum, das grobschlächtige routineverhalten der fußpflegerin abzubremsen, ohne die allzusehr vor den kopf zu stoßen.

Dann.. eine der erschütterndsten szenen meines lebens. Eva, voller angst - aber immer wieder fand sie zurück in die kooperation, den fuß hinhalten, stillhalten - bis wieder eine angstattacke sie überkam.

Die ganze zeit war ich nah bei ihr, hab ihren kopf im arm geborgen, ihre hände (in angststellung) ganz leicht umfaßt, manchmal auch fester gehalten. - Kaum versuche, mich zu kratzen.

Die meiste zeit waren unser köpfe eng aneinander geschmiegt und ich hab ihr ständig beruhigend und zärtlich zugeredet, eigentlich fast ins ohr rein.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Eva, die sonst um keinen preis auf der welt so einen nahen kontakt zulassen würde, auch mit mir nicht! - -

Es ging also wunderbar. Kein wegstoßen der fußpflegerin mit den füßen, was ihr jederzeit möglich gewesen wäre.

Aber dieser mensch wird ansonsten - wurde bisher! - alle vier wochen mit brachialgewalt festgehalten von 3-4 leuten, - menschen, die sie sich ansonsten grundsätzlich vom leib hält. Dazu kommt die typische unruhe um sie herum: andere bewohnerInnen, schwestern. (Ich hab erstmal gebeten, die tür zu schließen, und netterweise blieben die schwestern draußen.)

Allein diese situation hat evas existenzielle ängste immer neu aktiviert und bestätigt, lebenslang, alle vier wochen. Ein ständiger lernprozeß darüber, wie bössartig die umwelt ist!

Und die alle spüren das nicht. - Niemand von den schwestern würde auf den gedanken kommen, sein kind so zu behandeln oder zuzulassen, daß es so behandelt wird. Denke ich zumindest mal..

Aber wenn jemand sich in keiner weise in die sozialen normen fügt (und eva kann das ja nicht!), wird er von ihnen ausgesondert aus der gruppe derer, die anspruch haben auf mitmenschliche solidarität. (*Brecht: "Der Schoß ist fruchtbar noch, aus dem das kroch!"*)

Beim mittagessen erging sich eine schwester (die die erfolgreiche fußpflegeaktion mitbekommen hatte) wieder in hetzparolen über eva, die andere doch nur ärgern wolle.

Abgelehnt werden.. - mittlerweile kann ich draufgucken und mir wird bewußt, daß mir diese erfahrung, so minimal sie auch ist, aufs gemüt schlägt wie ein giftiger nebel; - wie eine faust im magen ist es, und in mir nur der impuls zu fliehen, mich zu verkriechen. So war das immer.. - und letztlich konnte ich dem begegnen nur, indem ich mich möglicher ablehnung konsequent nicht ausgesetzt habe, mich also so weit wie möglich unabhängig gemacht habe von den meinungen anderer über mich. Meine

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

lebenskräfte immer wieder umgelenkt habe dorthin, wo es keine urteile anderer gab oder ich sie ignorieren konnte.

Einmal hab ich mitgekriegt, wie jener grobschlächtige jungpfleger sich eva auf den schoß gesetzt hat, mit dem rücken zu ihrem gesicht, sich ihre arme unter die achseln geklemmt hielt und ihr auf diese weise die fingernägel geschnitten hat. Sie konnte ihre hände also nichtmal mehr sehen. – Heute konnte ich erleben, wie eva ständig auf die hand, den fuß zu schauen versucht hat, die oder der grad in arbeit war. Um doch ein mindestmaß an kontrolle herzustellen. (Die fingernägel "machen" sie wochentlich..)

Andererseits: Wer hat dem pflegepersonal je geholfen, mit diesen menschen besser umzugehen? Irgendwie mußten sie es schaffen, – wie, dafür hat niemand sich interessiert. So war das jahrzehntelang – und noch viel schlimmer, weil früher wesentlich mehr bewohnerInnen in die häuser gepfercht waren und es noch nicht die möglichkeit gab, patientInnen durch medikamente "ruhigzustellen". Ich war der erste, der ihnen dabei hätte helfen können; es wäre ein teil meiner aufgabe gewesen.. – aber der kam, aus mancherlei gründen, zu kurz.

Die stationsschwester verteilt getränke. Faßt 3 becher mit jeder hand, in jeden becher steckt sie einen finger – der dadurch ins getränk tunkt. Dabei ist sie mit abstand noch die differenzierteste im pflegebereich, bei der am ehesten noch momente von mitgefühl und mitmenschlicher achtung für bewohnerInnen zu spüren sind.

Ihre innere getriebenheit – – im gespräch kann sie bei keinem gedanken bleiben, wie die meisten im pflegeteam oder auch die ABM-betreuerinnen. Herumflatternde gedankensplitter, an denen sie sich ohne überblick entlang hangeln, durch ihr leben hindurch. Sie scheinen reflexhaft zu denken, – die gedanken geschehen ihnen, sie sind sich ihrer kaum bewußt.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Beim spaziergang hat eva über lange zeit ganz locker ihre finger, oft nur den kleinen finger, mit meinen fingern verflochten.. Wenn der finger ins freie gehuscht ist, hat sie immer neu wieder meine hand gesucht..

Ist das denn wahr??

Hat sie wirklich dauerhaft etwas gelernt in dem sinne, daß so tief verschüttetes möglich wird, heutzutage?

In der ehemaligen 'trainingswohnung' (jetzt 'therapiehaus') der rehapädagogin krieg ich am rande mit, was diese universitätsabsolventin mit zusatzausbildung "entspannungstherapie" (was immer das sein mag!) unter heilpädagogisch relevantem baden versteht. (Nachdem ich ihr von meiner diesbezüglichen idee berichtet hatte, hat sie das flugs eingeführt!) - Bei offener tür steht in dem (wie immer) grell ausgeleuchteten badezimmer ein bewohner nackt vor der badewanne und wartet (unter ungeduldigen signalen), bis die wanne vollgelaufen ist, - abgestellt worden wie ein gegenstand: *Nun warte!* - Und ein anderer, auch nackt (*wieso? baden die zusammen? rationelles vorgehen auch hier?!*) sitzt auf dem klo. Im dienstzimmer telefoniert eine ABM-betreuerin, offensichtlich privat - sonst ist niemand zu sehen.

Gestern zu einem treffen im tierparkhotel. Im foyer überall die ossi-geschäftsleute (da war kein zweifel möglich!).. - Aufgeblasene wichtigtuer-gesichter, bieder, gespielt-erwachsen, kindisch, unbedarft, überall etwas schiefes und häßliches, auch in der kleidung..

Aber es ist nur eine andere form der selbstentfremdung und verdinglichung als im westen! - Dort basteln sich solche leute glitzernde falsche identitäten, in der DDR sind sie, so gesehen, authentischer - einfach steckengeblieben in ihrer gesellschaftlich bedingten selbstzerstörung - und haben sich attribute von souveränität, von 'führungskraft' plump drübergezogen. Das kommt ähnlich lächerlich rüber, wie wenn 10jährige jungs sich aufplustern und erzählen, eigentlich seien sie batman.

DDR-bürger leben im alltag eher ihre tatsächliche teils unentfaltete, teils verdinglichte identität, ihr reales psychisches elend - und sind von daher irgendwie doch authentischer als wessis, bei denen das authentische leid meist unauffindbar vergraben ist unter dem immer weiter perfektionierten 'falschen selbst'.

Unlängst betonte die stationsschwester, auf einem foto könne man mehr veränderung sehen als auf 20 seiten entwicklungsbericht; "deshalb will ich alle fotos!" (*für die akte*) - Jetzt gebe ich ihr mein neues, schönes foto von eva, auf dem sie nicht mehr so verkrampft-abwehrend guckt: "So? Naja, was ist denn besonderes dran? Kann ich nicht sehen!"

Als ich ihr das baldrian-ölbad für eva zeige: "Was, baldrian? Na und? Was ist das für ein besonderer duft?" - Und als ich dann von der "therapeutischen" funktion spreche (*ohne dieses wort geht hier wirklich gar nichts !*): "Ach was -!"

Die rehapädagogin gebraucht in ihren berichten nach wie vor das "*Pat.*"; diesen unsäglichen begriff aus der somatisch-medizinischen tradition. Nachdem sie 5 jahre lang in einem enthospitalisierungsprojekt arbeitet. (Für mich ist es noch immer schwer zu ertragen, in den krankenakten zu lesen und über jahre und jahrzehnte steht da ausschließlich "*Pat.*" - niemals der name..)

Sonderbesprechung zum thema heim. In einer wirren scene versucht die Oberschwester, die gesamte (informelle) tagesförderung in dem ansonsten leerstehenden 'therapiehaus' abzuschließen, dazu noch meine (informelle, bislang geduldete) tägliche arbeit in 'ihrem' heim. Zu meinem größten erstaunen gibt der chefarzt ihr teilweise recht, mit klarem bezug auf "die fehlende rechtsgrundlage". Hin und her geht es, selbst die rehapädagogin zeigt zivilcourage und gibt zu verstehen, daß es hier um etwas anders geht, das nicht ausgesprochen würde. - Schlußendlich wird der gesamte förderbetrieb im haus der rehapädagogin untersagt. - Offizielles ende der besprechung, abgang chefarzt. Bei den verbliebenen noch weitere

wortwechsel. Oberschwester: Ihrer meinung nach gebe es doch außerdem eine anweisung, nach der ich nicht mit den frauen arbeiten dürfe! Ich bin perplex. Das war vor fast zwei jahren! Mittlerweile haben doch wohl alle erkannt, daß ich niemandem etwas tue! Im übrigen arbeite ich doch längst wieder mit den bewohnerinnen! - Die oberchwester redet noch ein bißchen rum und haut dann auch ab. Jetzt sind wir nur noch zu dritt. Stationsschwester, an mich gewandt: "Aber, wenn da keiner was sagt, muß ich ihnen das doch ehrlich sagen, aug in aug, ich glaub, wir verstehen uns doch jetzt ein bißchen besser, - also: es gibt nach wie vor große bedenken, bei allen mitarbeitern - einschließlich derjenigen, die hier gesessen sind, wenn sie sowas machen wollen, mit eva baden - !"

Wiedermal falle ich aus allen wolken: Die hier gesessen haben? Also auch der chefarzt? Aber der weiß von meiner idee und hat sie ausdrücklich gutgeheißen! -

Die stationsschwester zur rehapädagogin: "Jetzt müssen sie aber auch was sagen - !"

Es stellt sich heraus, daß der chefarzt letzte woche, bei der visite (als ich nicht dabei war) verkündet hat, "das ist nicht tragbar! - Wenn daraus wieder was entsteht!"

Offenbar hat er jetzt die oberchwester nur deshalb in ihrem vorpreschen unterstützt - und damit die gesamte tagesförderung geopfert! -, um seine eigene kehrtwendung (wegen eva) mir gegenüber zu kaschieren.

In dieser so noch nie erlebten ehrlichen runde prophezeit mir die stationsschwester, wenn ich jetzt zum chefarzt ginge, würde der seine äußerung von letzter woche mit sicherheit leugnen - - und daß sie ihn in 15 jahren nicht anders erlebt hat, daß das für sie hier immer das schlimmste gewesen sei, dieses ständige umkippen von ihm und immer neu sich an wechselnden kräften orientieren!

Die rehapädagogin betont, daß der chefarzt die idee mit der basalen stimulation bei eva (durch baden) ihr gegenüber zunächst tatsächlich als sehr gut bezeichnet habe; dann hatten wohl böse zungen gesprochen und er hat angst bekommen.

Als es um die bedenken der mitarbeiter ging (und die oberschwester noch in der runde war), sagte die stationsschwester irgendwann: "Aber ich hab ja erlebt, wie sie das gemacht haben beim ausflug, - ich hab das auch weitergegeben, stimmts, ich hab dir das erzählt?! [*zur oberschwester, die nickt*] - Ja, und dann in der fußpflege. Ich würde das so nicht mit mir machen lassen, mich so zerkratzen lassen, aber wenn sie das so machen,- ja, sonst 4 mitarbeiter, jetzt sie alleine. - - Wir haben ja gelernt! Und nächstes mal machen wir's wieder so!"

Viel ehrlichkeit hab ich jetzt gespürt, überforderung und verbitterung bei der rehapädagogin und unserer stationsschwester, und zuletzt konnte ich nur sagen, wenn selbst der chefarzt jetzt nicht hinter mir steht, kann ich's ihnen allen, einschließlich der oberschwester, nicht verdenken, daß sie unsicher sind, - und daß die schwestern dann denken müssen, daß an diesen gerüchten was dran ist.

Die rehapädagogin empörte sich darüber, wie wenig einblick die oberschwester in die situation der "patienten" hat. Stationsschwester: "Sie hat noch keine stunde hier in den häusern mitgearbeitet!"

Tja, - wenn jemand wie eva jahrelang, jahrzehntelang unterdrückt, vergewaltigt, gefesselt wird, stört das niemanden besonders; all das festhalten und zwingen im stationsalltag noch bis vor kurzem wird als selbstverständlich oder zumindest unabänderlich hingenommen. Aber der versuch, diesem lebenslang unterdrückten menschen wenigstens ein minimum an grundlegender mitmenschlicher zuwendung entgegenzubringen, wird negativ interpretiert, fast schon kriminalisiert. Noch nachdem sie mich seit bald 3 jahren hier tag für tag vor aller augen mit den bewohnerInnenn im kontakt erleben.

Am nachmittag kam die stationsschwester auf mich zu: "Morgen baden *wir beide* die eva, hier bei uns, wir versuchen's mal, - es soll ja nicht alles umsonst sein, - mit dem baldrianbad. Und wenn *sie* dann sagen, das bringt was.. na, mal sehn!"

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Eva beim baden.. Sie ist schön, eigentlich. Ich hatte das ja immer empfunden.. Nein, es gibt (bei mir) wirklich keinen grundsätzlichen unterschied zwischen heilpädagogischer zuwendung und liebe - und in LIEBE ist eben erotik auch drin! Dazu steh ich, das ist menschliche wahrheit, auch wenn die spießler aller länder das aufgrund ihrer eigenen entfremdung nie wahrhaben können.

Aber ich kann besser differenzieren als früher. Vor ein paar jahren war der impuls, bei der betreuungsarbeit gefühle für mich abzustauben, noch so stark, wie ich's heute als ungut empfinden würde. - Innere souveränität gehört schon dazu, wenn ich die vielfalt der in mir liegenden impulse in eigener verantwortung leben lassen will. Hingucken können und, gewissermaßen aus einer beobachterposition, entscheiden können, was davon gerade angemessen ist. -

Und so halte ich es jetzt für ok, eva auch in ihrer körperlichen wahrheit (oder schönheit) liebzuhaben. Das wunder, ein mensch zu sein; dazu gehört auch der körper.

Die stationsschwester: Daß eben auch die berührungängste seitens der schwestern hoch seien, wenn eva "so verschmutzt" ist. - Und sie nicht begreifen können, daß das bei mir anders zu sein scheint.

Tagesförderung in dem haus der rehapädagogin darf weiterhin stattfinden; aber keinerlei pflegedienstbezogenen vorgänge, d.h., die bewohnerInnen müssen auch zur kaffeepause wieder rübergehen. Die oberschwester hat gement, die könnten ihr kaffeetrinken ja anschließend an die (jetzt auch vorgeschriebene) mittagspause in der station (dem 'heim') machen. Hintergrund: Essen & trinken gehört zur heimversorgung; dafür bekommen die pflegegelder, also muß es im heim abgearbeitet werden.

Richterliche anhörung für einen bewohner; stationsschwester bittet oberschwester(als heimleiterin) um teilnahme. Die erklärt: "Das ist nicht meine aufgabe!"

Und die rehapädagogin scheint jetzt auf ihre letzten tage noch einen privatkrieg gegen die oberschwester anfangen zu wollen. -
All das erzählt mir die stationsschwester. Hier boxt der papst!

Oktober 1997

Immer wieder kleine privatgespräche mit der stationsschwester. Aufgehängt an belanglosigkeiten, wird ihr interesse deutlich, mitzukriegen, was ich eigentlich für ein mensch bin - und andererseits zeigt sich ihr bedürfnis, mir von sich zu berichten, meinungen, erfahrungen. Diese frau, die mir fast zwei jahre lang entgegentrat wie *schwester ratched* !*

Ach, ich hätte vieles anders, besser machen können, wenn ich mehr menschenkenntnis gehabt hätte vor 3 jahren! Aber die hatte ich eben nicht.

Der tiefste grund für die aversion der schwestern eva gegenüber scheint tatsächlich ihr kotessen zu sein. Die stationsschwester fing wieder damit an: Sie habe ja etliche gehabt, die mit kot geschmiert, sich sogar das gesicht vollgemalt haben, das war ihr alles noch erträglich, - aber sowas hat sie nie erlebt, dieses offensichtliche kotessen - da schüttelt sie's..

Es war eine munddusche gekauft worden für eva. Die stationsschwester kommt auf mich zu: "Wir haben's probiert! Und es ging!"

Sie fragt, ob ich blumenstäuße abholen kann, im unweit gelegenen blumenladen, wenn ich mit jemandem spazierengehe, ab 10 uhr. "Aber das wird ja wohl nicht gehen..", überlegt sie: weil das meine zeit mit eva ist. Warum denn nicht? Haben eben wir beide blumenstäuße abgeholt. Natürlich war eva genervt, aber na und? Nur durch solche konfrontationen lernt sie, neues zu akzeptieren. Voraussetzung ist allerdings die vertrauensvolle

* Ken KESEY: 'Einer flog über das Kuckucksnest' (Frankfurt/M. 1971)

siehe auch: 'Einer flog über das Kuckucksnest. Inszenierungen Rolf Winkelgrunds' (Berlin/DDR 1986)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

beziehung, die bindung. - Wenn ihr protest mit 'bestrafungen' beantwortet wird, sei es auch nur mit erhobener stimme, kann da nix draus werden. Ganz sachte scheint eva dennoch sogar für die altschwestern zu einem mitmenschen zu werden, - ist nicht mehr nur eine unperson, um die jede und jeder möglichst einen großen bogen macht!

Immer deutlicher wird die tendenz, menschen mit schweren beeinträchtigungen (körperlicher wie kognitiver art) möglichst aus den kriterien der eingliederungshilfe auszugrenzen, sie mit entsprechenden pflegestufen abzuschieben in sogenannte 'pflegeeinrichtungen', wo sie dann die neu etablierte pflegeversicherung beanspruchen und den sozialhilfeträger nicht mehr belasten!

"Pflege", das bedeutet, ein katalog von handlungen wird abgearbeitet, die zeitlich und inhaltlich genau definiert sind; nur das wird bezahlt. Nackter fordismus kehrt ein in die betreuung von mitmenschen. Therapeutische, heilpädagogische arbeitskräfte kommen da nicht mehr vor.

Dazu paßt eine anmerkung von hans-martin LOHMANN:

"Und wer möchte im Ernst behaupten, mit der 'verwalteten Welt' (Theodor W. Adorno) sei es vorbei, nur weil die Ökonomisierung des Globus voranschreitet? All jene Prozesse, die in älteren Diagnosen der Moderne - von Adorno bis Günther Anders - beschrieben und analysiert worden sind und in denen die Frage nach der 'Moral' menschlichen Tuns und Lassens latent stets anwesend war, haben sich verschärft und beschleunigt. Dagegen richten 'Lebenspolitik' und 'Lebensstile', welche die Postmoderne charakterisieren sollen, herzlich wenig aus."

(ZEIT 43/97)

20 bewohnerInnen haben wir jetzt noch und einen träger, der 18 übernehmen kann und will. Die stationsschwester hatte dran erinnert, daß wir uns überlegen müßten, wen wir übrigbehalten und welche perspektiven es für diese allerletzten beiden geben könnte. Zusammen mit der rehapädgogin haben wir uns grundsätzlich abgestimmt; der oberschwester ist sowas gleichgültig, der chefarzt scheint am ende seiner kräfte zu sein.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Dann "visite" (die ja eigentlich keine ist) – zum erstenmal erlebe ich mich als mitglied einer jener situativen seilschaften! Wir drei haben improvisiert mit verteilten stimmen, inhaltlich sacht aufeinander abgestimmt – – und vom chefarzt und der oberschwester kam gar nix mehr außer – einverständnis? gleichgültigkeit?

Stunden später kam die stationsschwester auf mich zu: "Na, das hat doch vorhin ganz gut geklappt, was?!"

Eine schwester, die seit 20 jahren, seit dem 16. lebensjahr in diesen häusern arbeitet und seinerzeit wütend polemisiert hatte, als ich ganz schlicht aussprach, daß angelika lesbisch ist (und mir dann mit sicherheit auch darüberhinaus nicht unbedingt gewogen war), kommt auf mich zu und verkündet enthusiastisch, wie gut das klappt mit evas munddusche! Sie erzählt's mir, als sei es meine idee gewesen, dabei kam dies nun tatsächlich von der stationsschwester.

Niemals hab ich so intensiv gespürt, was es heißt, mensch zu sein, wie in ganz innigen situationen mit beeinträchtigten – oder mit kindern. Wie heute mit eva (als wieder fußpflege war). Ihr kopf an meinem, meine hände um ihre (in ihrer panikstellung – aber zumeist ruhig bleibend, in der hülle der geborgenheit bei mir, nur manchmal verkrampften sich die finger im versuch, mich zu kratzen.. ihre älteste methode, sich zu wehren) – und meine finger auf der speichelfeuchten stelle an ihrer hand, wo sie immer draufbeißt, wo eine dicke hornhaut ist in wächserner farbe und mit einem tiefen spalt darin – – eine formation, die's sonst gar nicht gibt, die nur durch diese verhaltensweise im laufe von jahren, jahrzehnten sich gebildet hat – zur organischen normalität geworden ist bei eva.. und ich spüre diese form unter meinen fingern – die ich sonst nie länger als sekundenbruchteile anfassen dürfte! – und empfinde in dieser fremdartigkeit das DU! – Du bist es, ja, wie du auch bist, du, mensch neben mir, nur das!

Dieses du sagen können ist es; das macht uns menschen aus..

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Als es schwierig wurde bei der fußpflege, kam mehrfach von der fußpflegerin: "Soll ich noch jemanden holen? - Soll ich noch jemanden holen?!" - und später: "Sagen sie, wenn's ihnen zuviel wird!"

Offenbar wär's ihr lieber ("*sicherer*") gewesen, eva wie gehabt von 4 leuten festgehalten und unter markerschütternden schreien "zu behandeln".

Auch bei meinen gesprächsversuchen mit ihr war keinerlei motivation zu spüren, keine hoffnung, kein wunsch, daß es vielleicht doch anders gehen könnte mit eva, weniger gewaltsam. Nichts.

Die stationsschwester bittet mich, vor schwesternschülerinnen eine 'patientenvorstellung' zu machen - und betont, daß ihr mein vortrag bei der krankenhauses-internen weiterbildung damals gut gefallen hat. Daß ich da auch für leute, die nichts davon wissen, die entwicklung von lisa so dargestellt hätte, daß man sich das vorstellen kann, - ohne medizinische fachwörter. Das hat mich schon gefreut!

"Wenn ich manches da dann anders sehe, ist das ja egal!"

Daß sie sowas 2 jahre lang nicht sagt und erst jetzt, wo sie mich einspannen will für ihre bemühungen im interesse der verbliebenen bewohnerInnen, ist eben das übliche taktische verhalten.

..Immer wieder die im tagesraum strategisch verteilten (stehenden) pflegepersonen, die sich quer über durch den raum lauthals unterhalten, unmißversädnlich besitzergreifend.. und zwischendrin hocken all die armen würcchen an ihren plätzen. Früher war dieser halbe quadratmeter abgesehen vom bett der einzige ort auf der welt, zu dem sie sich einigermaßen hingehörig fühlen konnten. Das immerhin hat sich geändert! -

Als ich eva heute in einer derartigen situation die schuhe zum spaziergang anziehen wollte, hat sie das abgelehnt. Als ich resigniert gehen wollte, kam sie mir hinterher und im flur ging's dann ganz locker.

Wenn ich am tisch bei hartmut sitze, um ihn bei der konzentration auf das essen zu unterstützen, fragen die schwestern/pfleger meist mich: "Hat er

schon nachts [oder trinken] gehabt?" - Dabei gehört grad er zu denjenigen, die völlig klar, unverzüglich und der wahrheit gemäß auf solche fragen antworten. Wenn ich darauf aber hinweisen würde, wäre das kollektiv wieder eingeschnappt und würde mich tagelang ignorieren.

Friseurtag. Das winzige badezimmer ist treffpunkt von schwestern, zivis, die alle miteinander und mit den beiden friseurinnen tratschen, während eva mit ihrer angst kämpft - und ich ihr beizustehen versuchte.

Jetzt ist in den köpfen drin, um eva brauchen wir uns nicht mehr zu kümmern, das macht "der graf". also wieder ein paar minuten mehr freizeit. Und ich denk noch immer, eigentlich müßte jeder auf den ersten blick sehen, daß bei eva alles ganz anders ist als bei den allermeisten bewohnerInnen. Ständig auf der hut, um ihr leben kämpfend, - und ihr tieftrauriger blick. Ein durch und durch traumatisierter mensch..

Als ich mit silke gehen übe, kommt uns die stationsschwester über den weg. Sie hält silke an und versucht, die zu überreden, zu sagen, wer ich sei. - Das machte silke natürlich nicht wegen des erwartungsdrucks, aber die stationsschwester erzählte mir dann, daß silke es kann: "*Mondia.. oder so*" würde sie sagen können. (Wußte ich allerdings; silkes frage: "*Wie heißt'n du?*" und hinterher meine frage: "*Und wie heißt du?*" gehört zu unseren ritualen.) Die stationsschwester sprach meinen namen noch ein paarmal aus und bekam einen ganz mädchenhaft schüchtern-verlegenen blick dabei..

Im pflegebereich besteht oder bestand wohl eine ziemlich durchgängige vereisung der sensibilität, die vermutlich nicht erst von meinem auftreten herrührt. Manchmal gibt es bemerkungen, aus denen ich schließe, daß sie sich seit jeher von den "hochschulkadern" nicht ernstgenommen fühlen. Das wäre dann ja nicht anders als im westen, wenngleich es in der DDR andere formen gibt (oder gab), damit umzugehen.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Binnen zweier tage hatte eva gelernt, daß sie mit monika (betreuerin) in den snoezelraum gehen kann. Wenn's ihr jetzt im tagesraum zu unruhig wird und monika ist in der nähe, schleppt sie die jetzt ab, läßt sich von ihr in ihren wunderbaren neuen rückzugsort bringen!

Wieder hat eva die erfahrung gemacht, daß sie ihre eigenen bedürfnisse erfolgreich vermitteln kann!

Und monika traut sich mehr und mehr an eva ran, entdeckt sie als mitmenschen.. Immer wieder berichtet sie mir staunend von ihr und sagt: "Die ist doch so lieb - !!"

Heute hat sie sie zu einer besorgung im krankenhausbereich mitgenommen.

Eine ABM-betreuerin, die sich im letzten jahr sehr gut um eva gekümmert hatte und dann im streit gekündigt hatte, schreibt mir privat. Beklagt sich über die intriganz der rehapädagogin und mancher kollinnen, schreibt nuanciert über ihre erfahrungen mit bewohnerInnen. Deutlich spüre ich ihre einsamkeit, die tendenz, sich ein bißchen an mich ranzuhängen.. - Letztlich ist es die gleiche situation wie bei eva und vielen der bewohnerInnen: eingesperrt in ihr psychisches gefängnis, um sich das bollwerk ihrer normalität, *mit eingezogenen schneckenfühlern* - und offenbar angewiesen darauf, daß jemand von außen ihnen hilft, etwas anderes wahrzunehmen und letztlich dann schritte ins freie leben zu machen!

Ist nicht das hospitalisierungssyndrom eh normalzustand in dieser gesellschaft.. letztlich nur ein anderes wort für entfremdung, selbstentfremdung?

Wenn ich an die schwestern denke.. den chefarzt.. die rehapädagogin (*ja, sie ist intrigant; aber nicht nur!*) .. die oberschwester.. dagmar, monika und die anderen ABM-betreuerinnen..

Wir müssen etwas von uns geben, um solchen menschen zu helfen, schreibt diese betreuerin in ihrem brief. Das alte märchenmotiv: schneewittchen, rumpelstilzchen, der froschkönig: nur wenn etwas freiwillig von außen dazukommt, kann der bann gebrochen werden.

Inzwischen scheint der chefarzt am ende zu sein, kraftlos, resigniert. So hat er sich das ende des enthospitalisierungsprojekts wohl nicht vorgestellt, daß alles auseinanderfällt, formlos, ohne jede beachtung der bemühungen und intentionen, die da seit 1990 investiert wurden.

Tja, das ist wohl tatsächlich westlicher stil. Alles wird den abstrakten, formalen kriterien untergeordnet - da ist kein platz für 'form' auf der konkreten mitmenschlichen ebene.

Kann schon sein, daß in der DDR die instrumentalisierung des öffentlichen handelns aufgrund der heterogenen, polyvalenten machtformen in stärkerem maße durchbrochen werden konnte durch 'private' intentionen, daß also die realen (natürlichen) bedürfnisse nach zwischenmenschlichem austausch, nach anerkennung, allgemein: nach sozialer 'form' noch mehr freiraum hatten. Deswegen föhl ich mich unter DDR-bürgern vermutlich wohler als unter wessis - und kann mir nicht vorstellen, nochmal wieder im westen zu leben.

Eine im allgemeinen extrem verschlossene schwester, die noch nicht lange hier ist, fragt mich, ob ich ihr bei eva helfen kann, beim blutdruckmessen. Während der aktion konnte ich ihr unsicherheit spüren bzw. sie konnte die mir gegenüber zulassen. So ist es wohl oft, - daß gerade besonders verletzliche, angreifbare menschen rigide mechanismen entwickeln, um sich zu schützen. Wodurch sie allerdings kaum realen mitmenschlichen kontakt bekommen - und von daher kaum die möglichkeit haben, neue erfahrungen zu machen, sich weiterzuentwickeln. Ein teufelskreis.

Später kam ich dazu, wie sie aufs klo gehen wolllte; da saß in der andern kabine eine bewohnerin. Eine andere schwester sagte, "aber du kannst doch trotzdem gehen!" - da erklärte sie, verschämt lächelnd, "nein, nein, das kann ich nicht.."

Die stationsschwester kommt mit dem konzept des träger für die übernahme der 18 bewohnerInnen zu mir. Wo denn der unterschied zwischen "erzieher" und "heilerziehungspfleger" sei? Sie hat bedenken, ob dann im wohnheim die

einzig vorhandene krankenschwester sämtliche pflegearbeiten zu machen hätte? Und die anderen, die pädagogischen kräfte, "nur spaziergehen können?"

Ich betone, alle würden im tagesablauf alles machen, - so ist es zumindest üblich. - Ja, wieso dann überhaupt zwischen berufsgruppen differenziert würde?

Naja, alle bringen ihre jeweilige fachliche kompetenz mit ein, auf diese weise profitieren alle berufsgruppen von allen.

"So so, aha.. - Aber wer wird denn dann die verantwortung tragen? Die krankenschwester hat sicher keine lehrbefugnis, ich hab die auch nicht, die kann anderen keine medizinischen handlungen weitergeben.."

"Wohnheim heißt ja, wir gehen davon aus, daß die bewohner im alltag keine eigentliche medizinische betreuung brauchen. Die krankenschwester dort soll den kollegen einfache pflegerische handhabung vermitteln, - wie sie unter anderen umständen angehörige leisten, wenn die beeinträchtigten menschen noch bei denen wohnen."

EKG-termin mit eva (zur vorbereitung der vollnarkose für die zahn-op); hat nicht geklappt. Alle umstände waren so gut, wie sie nur sein konnten - aber eva hatte panische angst, als sie sich hinlegen sollte. Auf meinen zuspruch hin war sie dann doch dazu bereit, ich hielt ihren kopf im arm geborgen, - aber als eine fremde person kam und ihr die meßpunkte an den kopf kleben wollte, war's vorbei!

Wen dürfte das wundern, nach den traumatischen erfahrungen schon in der frühesten kindheit. Von den eltern ans bett gefesselt.. und wer weiß was noch..

Als ich's aufgegeben hatte und sie ließ, war sie sofort wieder ruhig, ging zu ihren kleidern, reichte mir t-shirt und unterhemd, ließ sich alles anziehen - und als sie aus der tür rausging und ich noch mit der MTA sprechen wollte und rief, "warte, eva, bleib noch da, ich komme gleich!" - da blieb sie an der offenen tür stehen, drehte sich zu mir um und wartete!

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Wir gingen; - ich nahm sie lang in die arme, ganz fest, und sie ließ es zu, hielt noch eine zeitlang ihre hand beim gehen, und sie ließ es zu, 5 minuten lang oder so..

Das waren die erfolgserlebnisse dieser situation, - daß so eine situation wieder gut werden kann! Daß die vertrauensvolle bindung sich für eva lohnt!

Immer deutlicher spüre ich bei ihr die nötige gratwanderung im zusammenhang mit gewalt: daß ich immer nur für sekunden mehr kraft anwenden darf als eva (um ihr meinen willen, meine alternative zu vermitteln) - aber ansonsten ihr die erfahrung lassen muß, daß sie stärker ist. Damit eva auch in angstbesetzten momenten ihre autonomie empfindet, - damit sie nicht das ausweglose unterworfenwerden verinnerlicht.*

Diese gratwanderung, ganz intuitiv aus dem bauch raus, war auch damals meine orientierung, als ich mit ilona 'gekämpft' habe, ganz am anfang meiner zeit im krankenhaus.

Dann berichtet mir eine schwester, daß sie am wochenende mit eva fingernägel geschnitten hat, - sie ganz allein. Und es ging wunderbar! Sie hat auf ihre erfahrungen beim windeln gebaut: daß es besser geht, wenn sie mit eva ganz alleine ist, bei geschlossener tür, ohne andere reize.

November 1997

Im krankenhausgelände treffe ich unsern früheren psychologen, den 'siamesischen zwilling' der rehapädagogin. Ganz locker reden wir miteinander; wir haben ja nichts mehr miteinander zu tun. Er erzählt stories von vor meiner zeit. Daß die oberärztin tatsächlich von anfang an nicht solidarisch war mit der förderung der beeinträchtigten bewohnerInnen bei

* *Existenzielle angst in verbindung mit einem solchen ausweglosen unterworfenwerden ist genau das, was als psychische traumatisierung verstanden wird. Für eva nicht nur im elternhaus, sondern auch im stationsalltag über 20 jahre alltägliche erfahrung, - bei jedem fußpflege-, fingernägel- und friseurtermin.*

uns. Sie wollte sie raus verlegen. Was vielleicht tatsächlich besser gewesen wäre, – sofern es träger gegeben hätte, die uns die im damaligen zustand abgenommen hätten. Solche träger gab und gibt es aber nicht.

Und er erzählt, wie die stationsschwester sich ihm bei einem ausflug auch privat geöffnet hat, und er hatte gedacht, jetzt wird's besser, wird er nicht mehr so angefeindet und ausgegrenzt. Aber von der minute an, als sie wieder zurück waren, hat sie ihn wieder nur noch mit'm arsch angeguckt. Wenn er ins schwesternzimmer kam, grinsende blicke mit ihrem altpfleger gewechselt.

So ist es wohl.. – Im kontakt mit erwachsenen sollte ich in jeder situation versuchen, den authentischen anteil des gegenübers (das *'wahre selbst'*) anzusprechen, zu bestätigen und zu stärken – und parallel dazu die relativität dieses authentischen anteiles im bewußtsein zu behalten, – zu wissen, daß dieser mensch (egal wer!) *a)* jemand anderem gegenüber eine stunde später sich völlig anders darstellen kann und *b)* zu einem späteren zeitpunkt – wenn sich irgendwelche bedingungen geändert haben – auch mir gegenüber sich völlig anders geben kann – und dann nichts mehr weiß oder wahrhaben will von dem früheren.

Damit muß ich möglichst konstruktiv umzugehen lernen, falls ich innerhalb der gesellschaftlichen normalität (ost oder west, das sind nur verschiedene formen) etwas vernünftiges machen will, – und das will ich ja. Noch.

Als ich im schwesternzimmer mal wieder die kratzer an meinen händen desinfiziere und es zu einem netten gespräch mit einer schwester kommt, wegen der schwer heilenden, weil hyperinfizierten wunden von eva, ist die dann doch peinlich berührt: "Na, sagen wir mal – – *schmutzig* ist sie ja nicht, *nein* – –!"

Im deutlichen bemühen, den primären statuswert von krankenschwestern, die hygiene, nicht antasten zu lassen; obwohl ihr doch klar sein muß, daß jemand, der fast täglich in seinem eigenen kot gräbt, in jedem fall "schmutzige" fingernägel hat, egal, wie oft die schwestern evas hände waschen!

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Eva das kurzzeitnarkotikum (für's EKG) zu spritzen, war auch kaum möglich. Es gab keinen anderen weg als die bewährte methode. Vier leute haben diesen armen menschen, in seiner existenziellen angst, massiv festgehalten, sodaß der chefarzt dann trotz ihrer weiterhin unablässigen versuche, sich zu wehren, sich aufzubäumen, den venenzugang legen konnte.

So war's - und ich hab's akzeptiert und war dabei, hab dennoch versucht, sie zu beruhigen - aber das wird sie nicht mitbekommen haben.

Anders kein EKG - ohne EKG keine vollnarkose - ohne vollnarkose keine zahnbehandlung - ohne zahnbehandlung zunehmende schmerzen und lebensbedrohliche folgen. Denn natürlich wurden zahnbehandlungen bei den bewohnerInnen jahrzehntelang hinausgeschoben; die zähne der meisten sehen aus wie ein schlachtfeld.

Jetzt geht es hin und her, wer mit eva zur zahn-op fährt. Daß nicht nur einer geht, ist nach der heutigen erfahrung klar. Ich muß ausführlich begründen, wieso auch ich mitfahren will, nicht nur pflegepersonal, welche funktion ich für eva habe, was die schwestern, grad auch die stationsschwester, doch mittlerweile (in anderen situationen) durchaus anerkannt hatten. Nun aber schnappt erstmal wieder der mechanismus der schwesternroutinen (bei krisensituaitonen mit diesen "patienten") ein! - Als ob sie ständig unter drogen stehen, unfähig, eine erfahrung in sich zu bewahren und auf die nächste situation zu übertragen; - wie im halbschlaf taumeln sie durch ihr eigenes leben..

Nun arbeite ich seit bald 3 jahren hier und immer wieder neu kommt es mir vor, als sei ich für den pflegedienst sowas wie 'ne neu eingestellte küchenhilfe! - Aber mittlerweile ahne ich, daß das hierzulande wohl allen so ging (oder geht). - Daß reale entscheidungs-positionen in der DDR wohl nur durch nimmermüdes taktieren erhalten werden konnten, jedenfalls niemals durch tatsächliche kompetenzen, von denen irgendwann konsensuell ausgegangen wird. *(Wie oft kam von schwestern als gegenargument: "Das ist*

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

ihre meinung, aber wir können das ja anders sehen!", wenn ich entwicklungspsychologische, heilpädagogische aspekten vermitteln wollte.)

.. Eva läuft im haus rum.. schaut sich frei um.. schließt sorgsam die tür zum ehemaligen wachsaal (neuerdings einer ihrer rückzugsorte).. geht selbständig in den snoezelraum runter.. - ihre körpersprache hat sich geändert, ihr gesichtsausdruck..

Ich erinnere mich, wie die schwestern früher zu mir sagten: "Also lassen sie sie doch in frieden! Sie sehen doch, sie will es nicht! Die will keinen kontakt!"

Nachdem eva seit einigen tagen immer wieder türen hinter sich schließt, äußert eine schwester den gedanken, daß sie wohl mehr ruhe braucht, daß sie geräusche reduzieren will!

Früher hätte eva in solchen situationen diffuse streßreaktionen produziert, wäre hektisch rumgelaufen, hätte stühle umgekippt, hätte sich geschlagen oder wäre irgendjemanden angegangen. - Und wieviel motorische und kognitive nuanciertheit braucht sie für die wachsaaltür mit ihrem drehknopf, der dazuhin nahe an der kante ist. Eva hat angst, sich die finger einzuklemmen zwischen tür und türstock - und schließt die tür deshalb mit schwung. Als es einmal garnicht geht, holt sie sich meine hand zur hilfe!

Die pflegedienstleitung (oberin und Oberschwester) laden schwestern und pfleger vor, einzeln natürlich, um deren perspektive nach abschluss der enthospitalisierung zu klären. Es scheint ein großes interesse zu bestehen, daß pflegekräfte sich bei dem aufnehmenden träger bewerben, wo es immerhin 3 entsprechende planstellen geben wird. (Naja, das land berlin will stellen abbauen.)

Im schwesternzimmer diskutieren ein paar schwestern dieses gespräch, monika ist dabei, ich hocke auf dem boden und fädle schnürsenkel ein (*naja.. - dann darf ich mich wohl nicht wundern, wenn sie mich nicht als autoritätsperson ansehen?!).* Eine jüngere schwester erzählt, zu der frage, ob sie mitgehen wolle, hätte die oberin erklärt: "Es gibt da nur zwei antworten,

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

ja oder nein - aber wenn sie nein sagen, möchte ich dazu auch eine begründung hören!"

Eine andere (altgediente) schwester: "Also bei mir haben sie keine begründung gefordert."

Monika: "Die wissen schon, mit wem sie's machen können - !"

Natürlich bin ich überzeugt von der durchgängig guten zielsetzung des chefarztes - aber mehr und mehr erlebe ich jetzt, wie verkrest sein handeln ist von den entfremdeten, instrumentellen methoden.. - die ich nur deshalb früher nicht erkennen konnte, weil ich für ihn endlich jemand war, in dem all sein positives bemühen sich spiegeln konnte.

In konfliktsituationen hat er keine anderen lösungsmöglichkeiten als unehrliches und feiges taktieren. Ohne rücksicht auf zwischenmenschliche ehrlichkeit taktiert er so lange, bis er die situation wieder im griff hat, - um dann wieder ausschau zu halten nach verbündeten für seine guten intentionen. Bis zur nächsten krise, - in der er wieder bereit ist, alles mitmenschliche vertrauen zu zerstören.

In der frühbesprechung, als er gegen die stationsschwester polemisierte, mußte ich ihm jedenfalls deutlich vermitteln, daß ich meinen platz bei der konkreten situation der bewohnerInnen sehe, also in dem fall eher bei der stationsschwester.

Als ich ihr später von der scene berichte, ist sie ziemlich geplättet, betont dann aber nochmal, daß es im grunde nie anders war mit ihm. Dieses ausspielen sämtlicher mitarbeiter gegeneinander und er hält sich raus und kann auf diese weise, im einzelgespräch, immer wieder neu gewichte setzen. Und dennoch (ich mag meine gute meinung von ihm nicht aufgeben!) - hätte er auf andere weise etwas erreichen können hierzulande? Wissen tu ich's nicht, ich bin ein wessi. Und fast jeder DDR-bürger erzählt mir was anderes über die realität der DDR. -

Die stationsschwester: "Wissen sie was?! Irgendwann gehen wir beide mal zusammen essen in die kantine - und setzen uns an den nebensisch vom chef und grüßen höflich rüber - ! Das würde mich ja freuen!"

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Heute durfte ich evas eine hand einige minuten lang halten und wärmen (wir kamen vom spaziergang) - sie fest in meinen beiden händen halten, streicheln und drücken - - ihre schrundige hand.. mit den lebenslangen verhornungen von den bitten.. diese kleine hand mit den scharfen nägeln, ihre wichtigste waffe gegen die lebenslang als feindlich erlebte welt.. die sie niemals festhalten läßt außer wenn sie mal halt braucht, oder wenn sie jemanden für etwas funktionalisieren will. Und selbst das geschieht selten.

Es ist kaum ein mensch vorstellbar, dessen liebesfähigkeit mehr unterdrückt worden wäre als sie - und dennoch ist der keim dazu vorhanden, sonst wäre sie tot. Das sag ich so, weil ich es glaube, mir sicher bin, - daß liebesfähigkeit und lebensfähigkeit in der wurzel identisch sind. Und ich bilde mir ein, daß ich diesen keim dazu bei eva erlebe.

Wo kommt evas liebesfähigkeit nach außen, wenn nicht in diesen momenten der vertrauensvollen zuwendung, die sie mir schenkt, oder jetzt auch monika, oder früher jener anderen ABM-betreuerin. *Zu-neigung*, einfach die entscheidung auf mich zu.. *Du sagen*..

Das ist's, was auch eva hat, was sie leben kann wie wir alle und jetzt sachte auch lebt. Darin ist sie authentisch, offensiv, aktiv - nicht nur als verneinung, sondern auch als bejahung.

Ach, - die wörter fassen es nicht.

Die stellvertretende stationsschwester macht hausführung für schwesternschülerinnen; später soll ich dann hartmut "vorstellen". Ich sitze hinten im therapiekeller, als sie mit denen runterkommt und mit fernsehansagerinnen-souveränität die räume vorführt: "..und dann werden die da therapiert!" - Sie läßt durchklingen, daß auch die schwestern hier runtergingen am wochenende und "therapieren" würden, und ein paar sätze später erwähnt sie die frühere 'therapiewohnung' der rehapädagogin: "Da war ich auch mal anderthalb jahre lang - dort dann nicht als schwester, sondern als therapeutin!" - - Eine frau, bei der ich in 3 jahren noch keinerlei affektive zuwendung zu bewohnerInnen erlebt habe außer ironischem, maskenhaftem

grinsen. Bis in die heutige zeit kommen manchmal kommentare über die heilpädagogische arbeit, die doch nur spazierengehen und spielen sei und das könne sie auch und habe sie immer gemacht. Dafür ist sie (als einzige der schwestern) immer perfekt geschminkt und ziemlich modisch gekleidet.

In beethovens op. 111* finde ich all das wieder (es entspricht dem für mein gefühl), was eva für mich bedeutet, was ich bei ihr wahrnehme, was sich in mir regt wegen ihr. Das schreckliche - die jahrelange, jahrzehntelange agonie des lebens - der erhaltene wille zu leben - und jetzt das lernen können - - aber gar keine euphorie. Die vielfältige beeinträchtigung bestimmt weiterhin alles, liegt über allem wie mehltau. Aber das leben lebt.

Im taxi zur zahnklinik, vorstellungstermin. Immer wieder brach evas angst hervor und dann orientierte sie sich dann an mir; schon als sie freiwillig ins auto einstieg (erst, als ich vor ihr reinstieg). Ständig reagieren auf jede nuance ihrer angst; dann hat ihr magen das schaukeln im auto nicht vertragen. Zuletzt hat sie ihr frühstück von sich gegeben. Die stationsschwester und der zivi haben sich wunderbar zurückgehalten. - Zuletzt in der zahnklinik erstmal aufs klo, die soße von den kleidern abkratzen; die stationschwester hatte ein großes handtuch dabei. Eva blieb völlig ruhig, guckte mir ruhig zu, wie ich mich reinigte. Ich erklärte ihr alles.. Dann die wunderbar ruhige atmosphäre beim zahnarzt, der in ihren nur spaltweise geöffneten mund äugte; es reichte, um die indikation für vollnarkose zu stellen, in verbindung mit dem ok des anästhesisten. Zurück im krankewagen, als entscheidung der stationsschwester wegen des geruchs, der von eva und mir ausströmte. Viel unbequemer, ich konnte sie nicht so gut halten wie im taxi; die strecke war anders: mehr kurven und geholper, stop and go, zudem fuhr der auch ziemlich ruppig. Irgendwann kam der rest des frühstücks raus. Eva hätte wirklich grund gehabt, jetzt endlich durchzudrehen, wie wir es von ihr kennen, aber nichts dergleichen!

* Ludwig van BEETHOVEN: Klaviersonate c-moll, op. 111 (Gespielt von solomon)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Im gegenteil, sie begann, sich an die fahrerei zu gewöhnen, – mit der zeit hat sie tatsächlich gelernt, in kurven mit dem körper dagegenzuhalten! Ich mußte sie weniger halten als bei der hinfahrt. – Und ich konnte mich ab und an mit der stationschwester unterhalten, ohne daß eva dagegen protestierte (wie bei der hinfahrt).

Von nun an kann niemand mehr eva in die schublade des "hoffnungslosen falls" stecken..

Im zusammenhang mit evas offensichtlichem lernverhalten wird jetzt begonnen, ihre medikation zu reduzieren. Seit jahrzehnten bekommt sie unter anderem valium (faustan), das ja nicht zuletzt abhängig macht.

Ein termin mit dem enthospitalisierungsbeauftragten des krankenhauses steht an; bei der visite fragt der chefarzt, wer denn daran teilnimmt und schaut mich deutlich an. Ich sage, daß die Oberschwester mich bei sämtlichen gelegenheiten im zusammenhang mit der verlegung konsequent ausgrenzt, was ich zwar befremdlich fände, aber ich hätte die kraft nicht mehr, mich in sowas reinzudrängen. Stationsschwester und rehapädagogin seien im wesentlichen mit mir einig, insofern sei's erstmal nicht so wichtig, aber wenn es dann konkret um die einzelnen bewohnerInnen geht, würde ich schon sehr hoffen, daß ich dann dabei bin. Betretenes schweigen. – Bei der drauffolgenden abteilungsbesprechung fragt er nochmal. Die Oberschwester zählt auf; mich schaut sie nicht an und nennt sie nicht. Machen kann der chefarzt da ja nichts mehr.

Später die stationsschwester: "Dann lade ich sie eben ein! Noch ist das ja meine station!"

Es wurde ein sehr konstruktives gespräch; die Oberschwester hat mich übersehen, angefangen protokoll zu schreiben (mit numerierter anwesenheitsliste) und ist nach 'ner halben stunde abgerauscht: *leider, leider, ein anderer termin.*

Die stationsschwester hat später tatsächlich dem enthospitalisierungsbeauftragten gegenüber offen die taktik der

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

oberschwester erwähnt, zu irgendwelchen runden möglichst wenige teilnehmer zuzulassen, um selbst die oberhand zu behalten. Auch sie wurde von ihr immer mal gerne eingeladen; und jetzt ich genauso wie diejenigen mitarbeiterInnen, die sich dort beworben haben. (Ich habe mich auch dort beworben, aber das weiß sie nicht.)

Hinterher kommt die stationsschwester auf mich zu: "Ja, war das denn jetzt falsch, daß ich das gesagt hab - über die oberschwester?!?"

Sie war tatsächlich empört über das durchgängig desinteressierte verhalten der oberschwester; auch unter den anderen schwestern bekam ich jetzt unverblümete wut und verbitterung darüber mit.

"Nein, nein, da war völlig richtig.." (Mal abgesehen davon, daß dieses taktische verhalten nicht nur die oberschwester drauf hat, sondern offenbar alle hier, - auch die stationsschwester.)

"Ja, aber wieso muß denn immer ich bei sowas den mund aufmachen - ?!"

"Naja, so ist das eben - die meisten halten den mund und - "

"Ja, aber dann heißt es wieder, ich bin die böse und ich werd' dann nicht genommen!" (Ich weiß nicht, ob sie da DDR-erfahrungen verinnerlicht hat oder ob sie sich eventuell selbst bei diesem träger beworben hat.)

Und die rehapädagogin klärt mich darüber auf, daß auch sie von der ooberschwester eingeladen worden sei und sich hinter den enthopspitliassierungsbeauftragten geklemmt hatte, um an diesder runde teilnehmen zu können. aber wegen mir hat sie bei dem nicht interveniert, denk ich. - Aber ganz stimmt es ja wieder nicht, denn die oberschwester hatte sie genannt, als der chefarzt bei der frpühbesprechung zuvor nach den teilnehmern gefragt hatte. Ach - !

Gyn-termin bei eva, bei allen bewohnerinnen, vor der verlegung. Die stationsschwester will nicht, daß ich dabei bin, jedenfalls nicht mit drin, - die gerüchteküche! "Das mache ich mit meiner methode, vier mann festhalten und in ein paar minuten ist's vorbei."

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Ich hab's akzeptiert; diese entscheidung würde ich nicht umstoßen können. Aber sie schlägt mir vor, mit eva hinzugehen (es ist im krankenhausgelände), sie anschließend in empfang zu nehmen und mit ihr gleich spazierenzugehen, daß sie sich wieder beruhigen kann.

Die stationschwester hat monika, der ABM-betreuerin, das 'Du' angeboten; - die tränen seien ihr gekommen, erzählt die mir, aber daß sie sich noch garnicht traut, weil sie so viel respekt vor der stationschwester hat. (Mit den anderen schwesteen duzt sie sich längst.)

Und hat erwähnt, daß sie morgen mit zu dem gespräch bei dem träger geht, weil sie sich ja dort beworben hat: "Ich bin morgen zu der versammlung beordert worden!"

Gespräch beim träger. Ein riesiger saal, U-förmige tische, wir vom krankenhaus und die vom träger sitzen einander gegenüber, im abstand von mindestens 2 metern. Braune und blaue anzüge bei denen. Der abteilungsleiter von dort referiert mit einigem funktionärsgeblubber geschichte und aufgaben des trägers seit 1945; jetzt also würde "eine neue strecke" in angriff genommen, nämlich die geistigbehindertearbeit. Sätze werden ausgetauscht wie diplomatische noten verfeindeter parteien; was soll denn das? - Auf alles, was von uns kommt, antwortet entweder der chef, oder er erteilt einem seiner drei mitarbeiterinnen, die rechts und links von ihm sitzen, dazu das wort. Am seltensten der vorgesehenen heimleiterin. Die darf ihm dafür einen kaffee bringen. *(Das war wirklich so!)*

Als der leitende mitarbeiter von dort auf eine kritische anfrage unserer stationsschwester die situation aus seiner sicht erläutert, wird das seitens der krankenhausfront mit schweigen beantwortet (wie es so oft bei den frühbesprechungen ist: keiner spricht, ohne zu müssen). Da hab ich laut und deutlich gesagt: "Ja, das kann ich mir vorstellen, daß sowas so sein kann.." - Nur um ihm antwort zu geben, ihn jetzt nicht mit seiner rechtfertigung auf eine mauer des schweigens auflaufen zu lassen. - - Einfaches miteinander reden, wie zumindest monika, die stationsschwester und ich uns das gedacht

oder gewünscht hatten, war in dieser insgesamt eisigen (oder hilflosen?) atmosphäre bis zuletzt nicht möglich.

Silke übt mit mir seit monaten laufen übt und kann mehr und mehr wieder alleine gehen, nach jahren im rollstuhl. Letzte woche ist sie im bad hingefallen und hat sich die kniescheibe gebrochen!

Jetzt sitze ich nur so an ihrem bett, halte ihre hand - damit ihre neugewonnene soziale offenheit nicht ganz verlorengelht (in der rollstuhlzeit hatte sie sich auf kontaktangebote des personals kaum mehr eingelassen). Oft kommt es wohl einfach darauf an, nur dazusein, - ohne etwas bestimmtes erreichen zu wollen, als daß der oder die andere sich etwas wohler fühlt im leben, - sich dazugehörig fühlt.

Wenn ich dran denke, wie großkotzig ich früher (vor 20 jahren) davon sprach, leute "knacken" zu wollen. Ich wollte hinter dem panzer des *'falschen selbst'* das authentische, das individuelle ansprechen, - aber so geht das eben nicht!

Verabschiedungsrunde der sozialarbeiterin. Der chefarzt sitzt mir gegenüber. Es geht um silkes unglück. Der chefarzt erwähnt, wie er sie mit den eltern gesehen hat, - "ganz stolz ist sie mit ihnen gelaufen! - Und jetzt das!" Später setzt er nochmal an: "Ich hab's den elten ja immer gesagt.. daß es mal wieder kommen könnte, - aber - - " (*mit einer gebärde: 'aber gewußt hab ich's nicht!'*) - und leise sagt er: "Warum wird so ein mensch so geschlagen - - Ich verstehe es nicht, ich versteh das nicht.."

Die sozialarbeiterin erwähnt anekdotisch die stumpfsinnige reaktion einer schwester auf ihr engagement; der chefarzt murmelt, an mich gewandt: "So ist es - - Wenn sie nur ein bißchen persönliche intention zeigen.. - ! Ist es nicht schrecklich?!"

Als die sozialarbeiterin die kratzwunden an meinen händen wahrnimmt und ich etwas dazu sagen will, muß die rehapädagogin auch schnell ihren senf dazugeben, in dieser inhaltslosen weise, in der sie virtuos bei allem mitreden kann und mitredet: "Ja, ja, das ist bei eva eben so - !"

Und selbst die oberschwester fühlt sich bemüßigt, zu kommentieren (warum das so schwer heilt). -

Diese menschen fühlen sich nicht wohl, zu recht, denn sie sind nicht *bei sich*, sie sind wesentlich selbstentfremdet. Nicht zuletzt durch rhetorik versuchen sie, die isolation von sich selbst und von ihren mitmenschen zu kompensieren..

Das ganze wird zu einem positiven regelkreis, weil der *small talk* zu den gesellschaftlichen "schlüsselkompetenzen" gehört und eine der wenigen qualifikationen ist, bei denen solche menschen tatsächlich lebenslang weiterlernen.

Alle sind sie bei der kaffeerunde hergezogen über diese seltsame konferenz bei dem träger, auf den wir doch tatsächlich angewiesen sind. Wieder werden fronten aufgebaut, diesmal sind sich die fraktionen hier einig gegen die 'fremden' von außerhalb; wie sie sonst einig sind gegen die amtsbetreuer. Nur ein-igeln ist angesagt und pessimismus, ressentiment und mißtrauen; wenn nichts sonst hilft, wird etwas diffamiert als "von drüben" kommend. Mit einem steten unterton von gekränktheit ziehen sie sich in ihre vorurteile und verallgemeinerungen zurück wie in ein warmes bett. Es tut mir leid, hier selbst vorurteile über "ossis" bedienen zu müssen, aber so erlebe ich es durchgängig.

If you want to know how things are, try to change them. Kurt Lewin

Bei der frühbesprechung sage ich, eher nebenbei: "Es wird wohl jetzt darauf ankommen, konkret und intensiv in kontakt zu treten mit dem träger - !" Der chefarzt guckt mich bedeutungsschwanger an: "Ja, vor allem sie - !" Wie bitte? Jetzt plötzlich? - Aber ich beginne zu begreifen, daß ich hierzulande tatsächlich (wie in einem wolfsrudel) um eine entscheidungs- oder führungsposition kämpfen muß, sonst krieg ich sie niemals. Jedenfalls nicht aufgrund von fachlichen kompetenzen oder einer stellenbeschreibung.

Dezember 1997

Bei der stationsschwester überwiegen noch immer die starren meinungen über bewohnerInnen. Jede veränderung, die ich aufzeige oder die ich anrege, verunsichert sie offenbar. Es bedeutet implizit wohl ein infragestellen von aspekten ihrer identität, wie sie gewachsen ist in 20 jahren krankenhausbetrieb. Das sind momente der *'Totalen Institution'*. - "Patienten" und personal sind vielfältig miteinander verflochten durch wechselseitige bedürfnisbefriedigung..

Besichtigung des zukünftigen wohnheims. Im keller ist ein pflegebad, im oberen stock ist jetzt, auf unsere intervention, noch eine wanne installiert worden; im ersten stock ist keine. Im hinblick auf die angedachte gruppenezusammenstellung (*stärker pflegebedürftige bewohnerInnen in jeder gruppe, nicht geballt in einer gruppe*) sollte aber in jeder der drei gruppen eine wanne sein. - Der senat sagt, wenn ihr in jeder gruppe ein wannenbad haben wollt, ist das kein heim nach BSHG mehr, sondern ein pflegeheim. Das hätte mehr pflegepersonal zur folge, dafür kein therapeutisches personal. - Die rehapädagogin verweist auf ein anderes wohnheim, in der jede gruppe ein bad hat und auch 2er-zimmer bewilligt wurden. (Durch ein 2er-zimmer wäre bei uns in der mittleren gruppe platz für ein wannenbad.) - Ja, aber seit 1.1.97 gibt es neue verordnungen, die noch enger gefaßt sind und diese möglichkeit ausschließen.

Aber es ist kurios: obwohl bestimmte menschen hier jahrelang ehrlich für enthospitalisierung eintreten und dieses projekt mittragen, steckt offenbar auch in denen immernoch das kleine grüne männchen, das ihnen versichert, eigentlich ist es doch im krankenhaus immernoch am besten und am "sichersten". Im grunde suchen sie eine enthospitalisierungsvariante, in der alles, was ihnen im krankenhaus als wert erscheint, weiterhin vorhanden ist - und damit in seinem wert bestätigt wird. Auf dieser grundlage darf es dann auch anderes geben! - So plädierten die stationsschwester wie auch eine alttherapeutin ohne wenn und aber für weiße wände. Auf meine zaghaften

Mondrian graf v. Lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

einwände holte die stationsschwester aus: Sie hätten auch mal farbtöne drin gehabt - und dann immer nur das geld für die renovierung einer wand - und dann hätte man die farbtöne nicht mehr so hingekriegt und dann hätten die wände verschiedene abstufungen gehabt. Als ich sagte, sowas ist aber doch unseren bewohnerInnen egal: "Sagen sie das nicht, - wilfried ist sehr für ordnung - !"

Rudolf bahro ist gestorben. - Immer wollte ich zu seinen veranstaltungen in der humboldt-uni gehen, aber ich kam nicht dazu in diesen jahren. Nun ist es zu spät. - - *DIE ALTERNATIVE.. bei den GRÜNEN.. das Tao Te King.. Osho.. Humanökologie, ökosophie..*

Aber für die meisten war er doch nur ein spinner!

Gyn-untersuchung bei eva. Wir beide sind hingegangen; drinnen haben dann die stationsschwester, monika und eine schwester gewalt angewendet. Natürlich hat eva geschrien.. aber es ging recht schnell. . und ich hörte sonst nur ruhige stimmen, vor allem die der stationsschwester. Dann kam eva raus, blieb bei mir stehen, ich hab ihr das restliche zeug angezogen, wir sind in ruhe heimgegangen. Noch 20m hielt sie fest meine hand, dann lockerte sich ihr griff sacht.. - Irgendwann hab ich sie in die arme genommen und an mich gedrückt: Haste's wieder geschafft!

Abteilungsbesprechung. Morgen termin mit amtlichen betreuerInnen und der zukünftigen heimleiterin. Der chefarzt: "Aha - und wer geht denn da hin? Du - und sie?" (*Zur oberschwester und zur rehapädagogin*)

Ich: "Ich wollte auch mitgehen.."

Chefarzt: "Ja? - Ja, ich habe nichts dagegen - - Im gegenteil, ich finde es nur günstig, wenn.. (*murmelt, murmelt*) .."

Die oberschwester hat nix gesagt.

Bei diesem termin fiel sie dann vorrangig auf durch ihren versuch, die amtlichen betreuer unter druck zu setzen. Fallls die die übernahme durch

diesen träger, bei der bestehenden konzeption, nicht akzeptieren, müßte der (krankenhaus-)heimvertrag gekündigt werden und sie müßten sich dann vermutlich selbst nach einem platz umsehen.

Die rehapädagogin ist weg, in ihrem neuen job (als heimleiterin); plötzlich sitzt jetzt unser ehemaliger psychologe wieder in deren früherer 'trainingswohnung' und macht da mit unterschiedlichen patientInnen der abteilung irgendwas. Nun erzählt er mir, daß den neuen pflegesatzverhandlungen zufolge ab 1.1.98 jedwede medizinisch-therapeutische versorgung des krankenhausheims durch das krankenhaus wegfällt. Bisher hatte ja die rehapädagogin täglich bewohnerInnen in 'ihr' haus rübergenommen. - Da ich als pädagogischer betreuer offenbar weiterhin offiziell tätig sein kann (*aus welchem topf das bezahlt wird, weiß ich nicht; wer mein vorgesetzter ist, frag ich schon lange nicht mehr*), schlägt er vor, daß nun ich mit bewohnerInnen tagsüber rübergehe in die 'trainingswohnung', - weil dort ja "mehr möglichkeiten sind, weg von den schwestern und so.."

Na toll! - Vermutlich will der chefarzt vermeiden, daß die krankenhausleitung das gebäude seiner abteilung entzieht, wenn er keine ausgelastete nutzung belegen kann. Und schließlich muß er ja auch an seine eigenen arbeitsmöglichkeiten nach abschluß des enthospitalisierungs-projekts denken.

Jetzt kommt es aber nicht mehr vorrangig darauf an, möglichst effektiv heilpädagogische therapie zu machen bei einzelnen, sondern darauf, alle verfügbare kompetenz und alles engagement darauf zu richten, die zukünftige wohnheimsituation vorzuformen. Dazu gehört auch der zunehmende produktive austausch zwischen pflegepersonal und mir. Außerdem ist geplant, daß betreuerInnen des trägers ein paar wochen bei uns mitarbeiten - und die sollten von anfang an in diese verbindung zwischen pflege und (sozusagen) pädagogischer betreuung hineinwachsen können. - Wenn dann, wie der psychologe sich das vorstellt, in der ehemaligen 'trainingswohnug' wieder (wie damals) wohnheimalltag zelebriert

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

wird ohne pflege, und drüben im haus pflege und schlafen ohne wohnheimalltag, würde das der intention eines möglichst ganzheitlichen lebensalltags entgegenstehen. - Grad im hinblick auf die vielen pflegeaufwendigen bewohnerInnen muß die pflege im wohnheim später weitestmöglich integriert werden in den alltag.

Selbst abgesehen von einer hospitation der zukünftigen betreuerinnen bei uns: Wenn ich mich ab januar in die 'trainingswohnung' zurückziehe, wäre das für die schwestern eine allzu bekannte erfahrung. - Vor meiner zeit hatten sich offenbar alle verfügbaren therapeuten die meiste zeit in der 'trainingswohnung' beschäftigt, mit den 10 bewohnerInnen dort, wurden dorthin abgezogen zur verbitterung der schwestern, die mit ihren 50-60 bewohnerInnen in den beiden stationen meist alleine zu tun hatten. (Wobei grad die 'wohnheimfähigsten' bewohnerInnen rausgezogen wurden, die für schwestern früher noch eine gewisse entlastung oder auch erfolgserlebnisse und beziehungserfahrungen bedeutet haben!) Ganz so unverblümt habe ich das dem psychologen allerdings nicht gesagt. -

Daß mein kontakt mit dem pflegebereich besser wird, speziell mit der stationsschwester, bezweifelt er. Das würde sie nur machen, solange sie was davon hat. Sie sei bekannt dafür, sich verbündete zu suchen und die für einen bestimmten zweck aufzubauen. - Das sehe ich zwar auch so, aber im hinblick auf den auszug der restlichen bewohnerInnen haben wir wohl tatsächlich dieselben interessen und auch im wesentlichen die gleichen kriterien.

(Zu meinem *Nein* merkte er noch an, das müsse er dem chefarzt dann aber vor der visite am montag sagen, ihn warnen, "sonst prescht er da vor und dann heißt es - april, april!")

Friseurtermin. Diesmal wurde es möglich, daß eva allein im bad war, mit der friseurin und mir, bei dauerhaft geschlossener tür - und die allermeiste zeit hat sie ruhig dagegessen; ich hab noch nie erlebt, daß sie auch nur annähernd so lange stillhaltend jemandem (auch mir) so nahe blieb!

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Dennoch war ihr das natürlich unangenehm.. und mehrfach hat sie kurz versucht, sich loszureißen, zu gehen. Immer wieder dann unser *pas de deux*: Bei eva ein fluchtimpuls, ich halte ihre hände etwas fester, eva lockert minimal ihre abwehr, ich lasse umgehend ihre hände um das entsprechende maß los - und sie wird daraufhin noch lockerer!

Ihr gesicht war offen, - bewegt zwischen unbehagen und versuchsweisem zur ruhe finden.. - Flackernde gefühle waren zu lesen in ihrem gesicht..

Ich hab sie unendlich liebgehabt in dieser situation.

Jene durchgestylte schwester erzählt mir, in bayern ginge es ja wohl auch wieder den bach runter. Eine kollegin sei dort gewesen im urlaub und peter sei wieder völlig verbunden an den armen und bärbel stopfe sich wieder sachen in die nase; das sei ja hier alles schon weggewesen und jetzt sei's wieder da!

Als ich jene kollegin frage, komt raus, die hat das ganze duhaus positiv erlebt. Nichts war "schlechter", was hier "schon besser" war und von bärbel hätten die garnichts gesagt, die sei im tagesförderbereich gewesen, die hätte sie garnicht gesehen.*

Weihnachtsfeier im krankenhaus, im festsaal des verwaltungsgebäudes.

Ein geschmückter weihnachtsbaum, aber nichtmal (elektrische) kerzen. Auf den tischen je 1 pappteller mit stollen und süßkram. Ein zweiggesteck. Der raum ist voll, eine ansage vertröstet, daß "es" gleich losgeht. 15 minuten diszipliniert schweigendes warten. Dann bedankt sich jemand bei der krankenhausleitung (*seltsam!*) für die finanzielle unterstützung, dann hält der ärztliche leiter eine seiner bekannten launigen ansprachen. - Anschließend vollführen 2 halbnackte vollbusige damen zu tanzmusik viertklassige nachtklubtänze. Anschließend tanzen die bei allen "festen" in diesem krankenhaus obligatorischen 10-14jährigen mädchen ihre banalen hopstänze, diesmal mit roter mütze und irgendwie entsprechend gewandet.

* Noch 10 jahre später ging es gut in dieser gruppe!

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Dann wieder die beiden damen, jetzt in anderen bikinis. Dann kommen jugendliche einer musikschiule mit blockflöten- und akkordeonstücken, zumeist weihnachtliches. Dann ist der offizielle teil vorbei. - Jetzt gehen sozialarbeiterinnen (oder so) mit kaffee rum und (worauf mich die stationsschwester schon vorher hingewiesen hatte:) die oberschwestern bedienen! Wohl ein sozialistisches ritual im sinne von *papst-wäscht-bettler-die-füße*. Selbst die oberin lief einmal mit einem teller voller lebkuchenherzen und süßsaurem lächeln rum. -

Keine einzige brennende kerze, nichts anheimelnd-feierliches. Nichtmal die beleuchtung war reduziert. Brüllende eckkneipenklänge aus den mannshohen lautsprechern. - Die stationsschwester, als ich etwas konsterniert war wegen der halbnackten damen (bei einer weihnachtsfeier): "Naja, das ist eben das kulturprogramm!"

Valium bei eva ist ganz abgesetzt, akineton reduziert; die letzten entscheidungen des chefarztes. Die zukünftige heimleiterin hospitiert bei uns - und wir fangen an, spaziergänge zu machen in der für's wohnheim geplanten gruppenszusammenstellung.

Und silkes knie ist zusammengewachsen und wieder voll belastbar!!

Heinz ist 63, lernbehindert, hat 30 jahre bei der müllabfuhr als 'mädchen für alles' gearbeitet, bei seiner mutter gelebt. Irgendwann ging's in der arbeit nicht mehr; und die mutter starb. Alleine wohnen schaffte er nicht, dazu kamen - lebenslang - seine plötzlichen aggressiven impulse. Da kam er eben "in die klapper". Ein paar jahre lang noch besuche ehemaliger arbeitskollegen. Seit 20 jahren ist er in dieser station, bei denselben mitbewohnern, hat seit jeher eine "kalfaktor"-funktion. Angesichts aggressiver bewohner war er früher oft unersetzbar für die schwestern. Heinz ist einerseits ein herzensguter mensch, mit dem ich mich schon stundenlang unterhalten habe, vor allem über die alten DDR-zeiten, andererseits hat meine seltsame position ihn von anfang an massiv irritiert. Immer wieder versuchte er zu klären, ob die stationsschwester meine chefin ist oder ich ihr

chef bin. Oder wenn ich einerseits bewohnerInnen, die er selbst als unter sich stehend empfindet, als gleichrangig begegne und andererseits er mich mit dem chefarzt reden sieht, als sei ich auch ein arzt oder psychologe. Und dann hier auf dem boden hocke mit eva. Zumal die schwestern ihm gegenüber oft über mich hergezogen sind. Ist er dann wegen irgendwas bei mir verunsichert, poltert er los: "Sie penner! arschloch! Heute abend sind sie eine leiche!" - Oder er bleibt mir gegenüber freundlich (und per du) und versucht zu intrigieren. Noch heute scheint er der nachtschicht gegenüber immer wieder davon anzufangen, ich sei ja damals bei den frauen rausgeflogen, weil ich die unsittlich berührt hätte: "Pfui! - Ba!!" (Seine entsprechende geste mit ekelverzogenem gesicht und symbolischem ausspucken habe ich selbst auch schon erlebt.) Der chefarzt erzählte mir, daß die "müllwerker" in der DDR ein elitebetrieb waren; sie hatten die macht, müll abzuholen oder nicht.

Ursprünglich sollte heinz einer der beiden sein, die nicht mit in dieses wohnheim gehen; aber es wird deutlich, daß ihm das alle vertrauten kontakte der letzten 20 jahre nehmen würde. So nervig er sein kann, ist er doch ein guter mensch, der viele seiner mitbewohner wirklich mag und sich oft in einer patriarchalisch-väterlichen weise um sie zu kümmern versucht. - Was tun?

Noch immer der reflex im pflegebereich, alles anstehende möglichst umgehend zu erledigen - um wieder zeit zu haben (für pause). Deswegen sitzen die bewohnerInnen auch heutzutage noch bis zu einer stunde vor dem mittagessen mit dem stecklaken um den hals am eßtisch, und deswegen werden sie auch für unternehmungen möglichst früh schon angezogen und hocken dann in mantel und mütze rum. Stört doch die schwestern nicht! Was fertig ist, kann nicht mehr zu streß führen. Und sie können noch eine paffen.

Es ist hoffnungslos, entwicklungsförderung mit ziel der enthospitalisierung im krankenhaus, im althergebrachten setting anfangen zu wollen! Ich kann tatsächlich nur zu diesem schluß kommen.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Im zusammenhang mit bestimmten förderzielen rasiere ich seit monaten einige der bewohner täglich. Das ist abgesprochen mit dem pflegebereich und wird an sich längst akzeptiert von den schwestern. Nun gab es eine kleine auseinandersetzung mit einer schwester. Kurz darauf ruft sie: "Hartmut H. rasieren sie dann ja, herr v.lüttichau?!"

"Ja - hartmut ist schon rasiert - - jedenfalls nach meinem maßstab.."

Sie geht auf hartmut zu, greift ihm prüfend ans kinn: "Nein, das ist noch nicht rasiert!"

"Also, besser kann ich's nicht mit dem elektrischen rasierer.."

Während unseres wortwechsels läuft hartmut, wie es so seine art ist, aufs bad zu, wo sie am rasieren anderer sind: "Rasieren - rasieren - - Bin schon rasiert!"

Jene schwester: "Nein, hartmut, der herr lüttichau meint, du sollst nicht mehr rasiert werden - !"

Sowas ist heutzutage einzelfall, aber früher war es übliches verhalten der schwestern (einschließlich der stationsschwester) mir gegenüber. So viel gift ist in diesen erwachsenen drin..

Also wirklich! Wie heute die stationsschwester, als sie nachhause ging, auf mich zutrat, 50 cm vor mir stehend mich dauerhaft anschaute und mir mit kaum mehr bezweifelbarer sympathie schöne feiertage wünschte - - Also wirklich !?!!

Es ist und bleibt ein wunder (und ein schrecken), diese menschen..

Januar 1998

Inzwischen hospitieren bei uns neben der zukünftigen heimleiterin zwei mitarbeiterinnen des trägers; die eine macht sich oben im schwesternzimmer eine tasse tee und trägt die dann schrittchen für schrittchen in die therapieräume runter, wo die andere schon ist. Als ich mich dazusetze: "Das ist aber nett, daß sie zu uns kommen! Daß man sich auch mit jemandem

unterhalten kann.. abstimmen kann.. !" Später assoziiert sie die situation hier spontan mit *'Einer flog über das Kuckucksnest'* (das sie im gorki-theater gesehen hat). Anderthalb stunden tauschen wir uns aus, die andere erzählt von ihrer früheren arbeitssituation in einem altenheim, als sie für 200 bewohnerInnen die einzige beschäftigungstherapeutin war, - ohne kompetenten ansprechpartner.

Wie leicht und selbstverständlich manche probleme werden können durch solche gespräche, das hab ich ja auch in bayern erlebt habe, - wenn es nicht nötig ist, um alles zu kämpfen! So eng, verbohrt, unsensibel, inkompetent sind viele, manchmal auch der chefarzt, und die *'siamesischen zwillinge'*. Weit weg von den betroffenen, - das ist's.

Doch, auch die schwestern empfinden oft zuneigung zu den bewohnerInnen, widersprach mir jetzt jene therapeutin; ihnen dann noch gerecht zu werden, sei besonders schwer.

Bei diesem gespräch wurde mir zum ersten mal bewußt, daß meine aufgabe ab jetzt ist, mich schritt für schritt überflüssig zu machen. Es geht darum, daß die neuen betreuerInnen (und die heimleiterin) möglichst umfassend handlungsfähig werden, daß sie erfahrung und selbstwertgefühl entwickeln im umgang mit den bewohnerInnen, vor allem mit deren macken!

Die therapeutin erzählt, wie sie letzte woche von eva eine geschossen bekommen hat beim versuch, kontakt aufzunehmen mit ihr. Darauf ist sie zu den schwestern gegangen und hat gefragt, wie sie sich der gegenüber verhalten sollte. Und ihr wurde geraten, allein mit ihr zu sein und besonders ruhig mit ihr umzugehen!

Als sie aber andererseits monika von der situation erzählte, habe die geantwortet: "Na, meinst du, eine schwester hätte sich das gefallengelassen? Da hätte eva gleich eine zurück bekommen!"

Monika, die sich seit langer zeit meist ganz selbstverständlich bei den schwestern aufhält.. - Ob das nun stimmt? Erlebt hab ich sowas noch nie, aber ich hab immer geahnt, daß noch heute andere sitten herrschen, wenn ich nicht da bin. Insbesondere bei jenem altpfleger empfinde ich deutlich

dessen befriedigung, wenn er sich mal wieder an ali oder torsten hochziehen kann, seine unterdrückte aggression zumindest verbal loslassen kann - und von heinz weiß ich, daß bei ihm auch fußstritte und dergleichen vorgekommen sind. Einmal kam ich dazu, wie er den wild schreienden torsten rund um den tisch verfolgt hat. Der saß anschließend wieder zwei stunden verängstigt in einer ecke.*

Jene therapeutin meinte, daß die betreuer im laufe der zeit genauso hospitalisiert werden wie die bewohner, wenn sie nicht angemessen arbeiten können.

Kerstin hat sich, wie häufig, einen stuhl in den flur geschoben und sitzt vor dem dienstzimmer, guckt rein - wartet, daß endlich etwas geschieht, was sie befriedigt (blutdruck messen oder nochmal extra salbe oder aus kaffeetassen den rest austrinken dürfen). Neben vielen leeren steht drinnen auf dem tisch noch eine volle tasse kaffee. Als die einzige anwesende schwester mal in die hintere ecke des raums geht, ist kerstin blitzschnell im zimmer und schnappt sich die tasse. Im hechtsprung stürzt die schwester hinzu, ein gerangel um die tasse hebt an, zuletzt landet der inhalt auf der schreibtischunterlage. Ich (stand derweil am aktenschrank): "Jetzt hat keiner was davon!" - Schwester, während sie die durchnästen blätter der schreibtischunterlage entsorgt und mit dem lappen hantiert: "Das ist doch egal - - Es geht um's prinzip!"

Jene therapeutin hat heute entnervt den tagesraum verlassen, als die schwestern heftig eskalierend mit wilfried umsprangen. Noch stunden später, bei der dienstübergabe, wurde oben verkündet: "Der ist heute mal wieder bockig!" - dabei war er hinterher stundenlang bei uns in den therapieräumen, völlig locker, interessiert, und hinterher hat er mit mir eine spazierfahrt gemacht.

* Siehe den bericht über torsten im anhang!

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Es wird keinen gruppenübergreifenden fachdienst geben in dem neuen wohnheim; ich könnte also höchstens gruppenleiter einer der 3 gruppen sein. Mir ging es darum, meine erfahrungen mit diesen bewohnerInnen (aller gruppen!) einbringen zu können. Üblicherweise werden die gruppen sich aber binnen weniger wochen voneinander abkoppeln. Da wird dann kaum mehr bei anderen gruppen um rat gefragt.. - zudem hätte ich keine möglichkeit, kontinuierlich kontakt zu halten zu bewohnerInnen der anderen gruppen, auch in krisenzeiten nicht. -
Schade.

Zahn-OP mit eva. Es ist gutgegangen! Der zahnarzt meinte, vermutlich sei sie noch nie im leben zahnärztlich behandelt worden; er hat ihr 4 oder 5 zähne gezogen.

..Ich durfte ihre lieben hände halten, so lange, ihren kopf fest in die arme nehmen und ihr geborgenheit geben zwischen meinem kopf und meinen schultern, als sie sich bei der rückfahrt ausruhte.. - Bald werde ich, wie's aussieht, weg sein von ihr. Aber so ist es. - Wir können als einzelne nur punktuell kleine schritte machen in richtung auf die *utopie der liebe*. Daß ich eva seit 3 jahren lieb habe und jeder hier merkt es vermutlich und ich verstecke es nicht und leugne es nicht, - das ist so ein schritt.

Schattenrisse der utopie.. das kann es geben. Utopische phantasie kann es geben, muß es geben. Das würde auch adorno akzeptieren.

Eva auf dem OP-tisch.. die *small talk*-unterhaltung der leute während der arbeit.. Das absaugen des magens.. rein handwerkliches vorgehen.. Dieser liebe mensch lag da wie ein stück totes fleisch.. Als ihr der schlauch in den magen gesteckt wurde, bäumte sich der körper auf ("*Das ist nur ein reflex! Das spürt sie nicht!*") - Dennoch hatte ich vertrauen zu denen, empfand sie als umsichtig und sehr achtsam.

Selbst in der vollnarkose hatte eva die füße übereinander gekreuzt, wie bei ihrer gewöhnlichen sitzstellung. Es scheint tatsächlich ein relikht aus der intrauterinen haltung zu sein.

Monika hockt jetzt fast durchgängig bei den schwestern, raucht, hilft grade mal beim essensablauf. Die mitarbeiterinnen des trägers haben inzwischen ihre erste lektion gelernt: Während der frühstückspause der schwestern (mit monika) wuseln sie rum und räumen wäsche ein. *(Ich erinnere mich an ein gespräch mit dem psychologen, als der mir von seiner anfangszeit hier erzählte. Er hatte sich ehrlich um kontakt mit den schwestern bemüht; dann war selbstverständlich, daß er "mit angepackt hat". Sobald er aber eigene entscheidungen zu treffen begonnen hat, aus seiner arbeitsaufgabe heraus, haben sie ihn genauso ausgegrenzt wie später mich.)*

Als ich nachhause gehen will, ist im tagesraum mal wieder relativ viel unruhe und krach. Ziemlich aufgeregt kommt eva auf mich zu und versucht vehement, mich dazu zu bewegen, sie in die therapieräume mitzunehmen. Weil ich ja gehe und deshalb unten abgeschlossen ist, geht das an sich nicht. - Während ich mich rundherum verabschiede, kommt sie noch dreimal auf mich zu und kämpft immer neu darum, mit mir in den keller gehen zu können. Zuletzt geh ich mit ihr und lasse sie unten, also lasse unten offen. - Ich sag' bei den schwestern bescheid und auch den grund für diese ausnahme. "Aber ich putz das dann nicht weg, wenn sie dann mit kot überall rumschmiert - !"

"Ach, sowas passiert ja kaum je; - eva ist oft stundenlang unten.."

"Monika hat gesagt, das passiert schon immer mal wieder!"

"Nein, sie brauchen es nicht abzuputzen; ich mach das dann schon weg. Legen sie mir nur einen zettel hin, falls es passiert, ich mach's dann morgen früh gleich."

Monika.. - so lieb sie ist - aber sie würde wohl fast alles gute und schöne verraten für ein stückchen banale anerkennung von anderen, vor allem von den jeweils stärker wirkenden, wo sie sich aufgehoben und dazugehörig fühlen kann.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Gespräch dreier altschwestern über die zeit früher, bei dem ich als passiv zuhörender offensichtlich akzeptiert werde. -

Wie hier früher niemand arbeiten wollte, die häuser als hölle galten, aber nach ein paar wochen hatte man sich dran gewöhnt. Ein ständiger 'einzelkampf' sei das gewesen, auch aufgrund der aktiveren bewohner (die ab 1990 als erste verlegt wurden), - aber deutlich kam rüber, daß der streß von den dreien im wesentlichen als lustvoll erlebt wurde! Vielleicht, weil frauen dort sich erfahren (oder auch "sich bewähren") konnten in einer weise, die sonst eher männern/jungs vorbehalten ist. - Krisensituationen wurden offenbar oft als *'räuber-und-gendarm'*-spiel erlebt, einschließlich der möglichkeit, über verhaltensweisen von betreuten zu lachen.

Nicht nur einmal kam der ausruf: "Aber war doch 'ne schöne zeit!"

Die fast durchgängige inkompetenz (und teilweise arroganz, oberflächlichkeit und faulheit) von bereitschaftsärzten wird mehrfach erwähnt, die in notfällen geholt werden müssen. Die einfachste handgriffe nicht beherrschen und überhaupt nicht umgehen können mit den "patienten", - bis in unsere zeit jetzt.

Einig sind sie sich auch darüber, daß es niemals irgendwelche anerkennung gab für ihre arbeit. (Als eine schwester jetzt mit jemandem im unfallkrankenhaus war, erlebte sie solche anerkennung - und betonte das stolz und voller freude!)

Deutlich empfand ich, daß die drei wohl einige medizinische kompetenz habe, die sie aber in dieser arbeitssituation niemals brauchen! Selbstwertgefühl als krankenschwestern konnten sie hier vermutlich kaum entwickeln..

Wir fangen an, die für's wohnheim geplanten gruppen zusammenzufassen. Das essen wird innerhalb der gruppe eingenommen, gruppenmäßig werden spaziergänge gemacht. Jede der drei kolleginnen des trägers bekommt 'ihre' gruppe, monika, die schwestern und ich assistieren. Ganz sachte soll die initiative auf die designierte heimleiterin übergehen.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Den schwestern fällt es schwer, weitere bereiche ihrer bisherigen macht ("verantwortung") aufzugeben. Es seien nicht mehr genügend schlüssel da, "*wegen denen!*" - Zwischen stationsschwester und zukünftiger heimleiterin gibt es reibereien, was allerdings nicht immer nur an der stationsschwester liegt. Die heimleiterin laviert bei konflikten allerdings auch nur zwischen allen beteiligten hindurch und ist nicht bereit, sich eindeutig hinter ihre leute zu stellen. Immer deutlicher wird, daß sie eher eine verwaltende sozialarbeiterin ist; mit personalführung hat sie's nicht so. Mit geistigbehindertenpädagogik auch nicht.

Monika sucht jetzt mehr und mehr die nähe der mitarbeiterinnen des trägers; sie hat sich dort ja beworben.

Tendenziell haben die schwestern allerdings resigniert, lassen uns weitgehend in ruhe - und wir lassen sie in ruhe, wenn sie einen großteil der arbeitszeit in ihrem dienstzimmer absitzen.

Irgendwie tun sie mir ja leid, aber ich bin nicht in der position, diesen grundlegenden umbau entsprechend zu moderieren, - zumal weder die Oberschwester noch der enthospitalisierungsbeauftragte des krankenhauses sich in irgendeiner weise um das alles kümmern. Der chefarzt ist wohl eh raus aus dem spiel.

Februar 1998

Aus dem ewig dudelnden werbefunk im tagesraum schwirrt mir eine halbe nachricht ins ohr: Ein seit soundsoviel monaten vermißter soundsoalter junge sei allem anschein nach im zusammenhang mit *snap*-videos in amsterdam getötet worden. Lakonisch folgt die erläuterung: "Bei *snap*-videos handelt es sich darum, daß kinder vor laufender kamera vergewaltigt und ermordet werden." - Und die nächste meldung.

Alfred hatte ziemlich randale gemacht, wurde von den schwestern "akut gemeldet" und ist deshalb seit einigen wochen in einer 'richtigen' station innerhalb der abteilung. Dadurch ist er jetzt von der neu eingerichteten

gruppenbetreuung ausgeschlossen. Die therapeutin des trägers und ich organisieren zusammen mit der beschäftigungstherapeutin (von hier), daß er ab jetzt dennoch täglich eine stunde zur beschäftigungstherapie seiner zukünftigen wohnheimgruppe kommen kann. Daß ich den chefarzt diesbezüglich vor vollendete tatsachen gestellt habe, fand der nicht so gut. Alfred sei jetzt "unter ärztlichem regime und ich bestimme, was mit ihm geschieht!"

Ich: Ja, aber es sei doch klar, daß alfred nicht erst am letzten tag von dort aus ins neue heim verlegt werden soll. Wir sollten doch die zeit nutzen, daß er die neuen betreuerinnen hier schon kennenlernt und auch sich in der zukünftigen gruppenezusammenstellung erlebt.

"Also, dafür gebe ich die verantwortung aber ab! Daß herr A. jetzt hier ist, das beruht ja darauf, daß SIE und IHRE mitarbeiter dort ihn akut melden wollten und zu mir abgeschoben haben! - Und im übrigen haben wir ja andere leute auch so verlegt, das ist ja das übliche verfahren, daß die leute ohne größere vorbereitungen verlegt werden - !"

Ich denke, ich hör' nicht recht.

(Die damalige szene: Es war wochenende, alfred hat leute angegriffen, wurde von der stationsschwester fixiert, der ärztliche notfalldienst war nicht bereit, das fixierungsprotokoll zu unterschreiben, da das krankenhause nicht mehr zuständig sei, der freie arzt war nicht zu erreichen. Das war die zweite woche der abnabelung von den krankenhauseärzten, - nachdem seit 15 jahren immer selbstverständlich zur not ein arzt da war.)

Bei den betreuerinnen des trägers macht sich schon jetzt resignation breit - wegen der deutlich werdenden inkompetenz ihrer heimleiterin und weil offenbar bei diesem träger insgesamt fachliches desinteresse vorherrscht. Ich kann nur dafür plädieren, durchzuhalten und dann in den wohngruppen zusammen mit den bewohnerInnen einen guten alltag aufzubauen. - Ohne fachkundige unterstützung der betreuerInnen ist da auf lange sicht zwar auch wieder das *burn out* vorprogrammiert, aber mehr ist nicht drin! Es gibt

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

nur diese heimleiterin, es gibt nur diesen träger, – die einzige alternative derzeit wäre, die bewohnerInnen einzeln bei irgendwelchen trägern unterzubringen, wo grad platz ist. Zu deren jeweiligen bedingungen.

Monika unterstützt eva bei der fußpflege, und es ging (nach ihrer ausage) besser als je bei mir. Sie hat nur evas hand halten müssen, sagte sie. – Eva scheint also die erfahrungen mit mir verallgemeinern zu können, wie schön! Und da monika sich für das wohnheim beworben hat, hat eva dann ja gleich eine vertraute bezugsperson auch für diese streßsituationen!

Am anfang bekam ich mit, wie die fußpflegerin eine andere betreuerin aus dem badezimmer komplimentierte mit dem hinweis: "Das machen wir nur zu zweit, das regt sie sonst zu sehr auf – !"

Der *fall alfred* zieht kreise. In einem kaum wiederzugebenden gerangel scheinen jetzt Oberschwester und chefarzt gegeneinander zu kämpfen um irgendwelche kompetenzfragen; dabei versuchen beide, andere mitarbeiterInnen an ihre seite zu bekommen oder aber, einander an den karren zu fahren, indem sie entsprechende mitarbeiterInnen abstrafen ("*Haust du meinen michel, hau ich deinen michel!*"). Im mittelpunkt stehen die betreuerinnen des trägers und deren zukünftige heimleiterin. Besonders arm dran ist die ergotherapeutin, die sich von anfang an gut und fachlich mit mir ausgetauscht hat und weiterhin unabhängig geblieben ist von den schwestern; die scheint druck zu bekommen sowohl von schwestern als auch von ihrer chefin, – und jetzt noch von der Oberschwester (wegen alfred) – und außerdem: "Mir haben sie's jetzt heimgezahlt, weil die an sie nicht rankommen!"

Ich hätte meine kompetenzen überschritten, als ich den kontakt zwischen alfred und der beschäftigungstherapeutin vermittelt habe, heißt es nun auch aus der ecke der Oberschwester. Aber alfred geht jetzt tag für tag in die gruppe rüber und es ist gut so; daran stört sich keiner.

Tags drauf treffe ich die stationschwester: "Na?" – Sie: "Was na?" – "Erzähl'n se mal!" – "Was soll ich denn erzählen, – is doch alles blödsinn! So ein

quatsch!" - "Ja, das seh ich auch so; - aber's gibt ja leute, die sich davon beeindrucken lassen.." - "Wer denn? Ich nicht!"

Wir überlegen, ob wir versuchen sollten, gegen diese verlegung zu protestieren wegen der krassen inkompetenz des trägers, insbesondere der designierten heimleiterin. Die stationsschwester: "Das wird durchgezogen, um jeden preis, da können sie sicher sein! Da sind schon so viele gelder geflossen - da gibt sich niemand mehr die blöße, das abzublasen!"

Als die oberchwester heute auftauchte, drückte sie mir gegenüber nur einen gruß raus, die betreuerinnen übersah sie. - Eine komische frau, mit ihrem immer depressiv oder leidvoll wirkenden geischt.. Noch nie während all der unerfreulichen szenen hab ich auch nur einen funken böswilliger energie gespürt - es war eher so, als ob sie aus einem zwang heraus nichts anderes machen kann als was sie macht. Zwar ohne empathische regungen, aber auch ohne böses. Tatsache ist, daß sie in jeder situation konsquent, aber nur defensiv, bürokratische sicherheiten für ihre eigene position herzustellen versucht. (Die rehapädagogin hatte mir mal erzählt, wie der chefarzt sie in der öffentlichkeit als "blöde kuh!" bezeichnet hat, und sie hat das damals geschluckt.)

Fahrt zum röntgen. Die schwestern überschlagen sich mit dem "gut" anziehen der betreffenden. Als ich darauf hinweise, daß die jacken unnötig sind, weil's vom krankwagen zur praxis nur 5m sind und das jacken an- und ausziehen in der praxis alles wieder verkomplizieren würde, treffe ich auf eisige ablehnung. Apäter wird mir klar, daß ich ihnen damit wieder eine möglichkeit genommen habe, mal was zu machen.

Die stationsschwester erwähnt ihre eigene verantwortung für die schwestern, die jetzt nach und nach versetzt werden, und das wird wieder von der bürokratie entschieden. Keiner spricht mit denen, aber sie weiß, daß viele sich an manchen arbeitsplätzen nicht mehr zurechtfinden würden, - nach so vielen jahren in diesem speziellen bereich.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Sie hat angedeutet, daß ihre eigenen bewerbungsversuche unbefriedigend verlaufen sind. Sie ist 10 jahre raus aus der gerätemedizin - und für einarbeitung hat niemand zeit (also geld). Zudem will sie nicht mehr als stationsleitung arbeiten - und im schichtdienst will offenbar keiner sie einsetzen, weil sie eben doch zu dominant ist.

Hansi ist bei seinen eltern aufgewachsen; die sind beide tot, was für ihn offenbar sehr schlimm war. Daraus sind im laufe der jahre zwei stereotype fragen geworden: "Mutter tot?" - "Vater tot?"

Einer der betreuer des trägers (der einzige mann), der leider immer wieder durch unangemessenes, vor allem autoritäres verhalten auffällt, fand es nun sehr witzig, darauf zu antworten: "Nein, mein vater lebt noch- hab ihn eben nicht so viel geärgert!"

Zunehmend wurde monika evas bezugsbetreuerin, was ich natürlich unterstützt habe - nicht zuletzt im hinblick auf die verlegung. Jetzt ein wortwechsel mit monika, in dem sie mir vermittelte, daß ich "doch eh nichts zu melden" hätte, - und speziell auch bei eva nicht. Das muß *der tropfen* gewesen sein; - ich bin in mein büro, hab meine sachen gepackt und hatte vor, jetzt hier einfach abzuhauen und schluß!

Immerhin wollte ich mich noch bei der stationsschwester abmelden. Die fragte nach.. ich fing an zu erzählen.. - Irgendwann brach ich in tränen aus. Die stationsschwester hat alle leute aus dem zimmer vertrieben, die tür zugemacht und hat 2 stunden lang mit mir gesprochen. - Und etwas später nochmal eine stunde, während der zeitweise monika mit einbezogen war. Das waren mit die menschlichsten, offensten, schönsten gesprächssituationen, die ich in diesen 3 jahren mit jemandem erlebt habe. - Die stationsschwester hat sich den mund fusslig geredet und mit sehr viel verständnis versucht, mir zu helfen, die motivation wiederzufinden.

Daß ich hier keine aufgabe mehr sehe für mich und mir anfeindungen und mißachtung entsprechend mehr zu schaffen machen, kann sie offenbar gut

Mondrian graf v. Lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

nachvollziehen. Aber ändern kann sie das auch nicht: "Ich könnte höchstens die Küchenfrauen ausladen und ihnen den Küchendienst übertragen!"

Ich war und bin ihr sehr dankbar für dieses Gespräch, hab ihr das auch deutlich gesagt, - hab das alles in mich aufgenommen, hab in mich reingehört, auch während der Mittagspause und danach, aber ich hab nix gespürt in mir, - nur dieses depressive *'Ich kann nicht mehr, will nicht mehr!'* Am Nachmittag nochmal mit der Stationschwester: "Das hab ich schon hinter mir! Ich komm auch nur noch her, jetzt, weil ich das Geld brauche und weil ich's einigermaßen übergeben will!"

Beim Chefarzt. Auch er scheint meine Empfindungen nachvollziehen zu können, aber er widerspricht. Ich hätte durchaus noch eine wichtige Rolle, nämlich als Integrationsfigur. Mitarbeiterinnen schwimmen sich frei im Kontakt mit den BewohnerInnen, aber sie wissen, daß ich die Abläufe mitbekomme. Zum einen dürfte sie das daran hindern, allzuleicht das Niveau zu senken, andererseits gibt es ihnen die Sicherheit, daß zur Not jemand da ist, an den sie die Verantwortung abgeben könnten. - Ich habe akzeptiert, für die restlichen 2 Monate noch hierzubleiben und bewußt diese Rolle einzunehmen. Nicht so sehr etwas zu tun, nichtmal mehr anzuleiten, sondern einfach da zu sein und die Kontinuität des enthospitalisierungsprojekts zu verkörpern bis zuletzt. So etwa meinte er es, und das ist plausibel für mich. Der Chefarzt prophezeit, wenn ich mich erstmal auf diese Rolle eingelassen habe, würde ich neu Sicherheit gewinnen aus diesem Blickwinkel und vermutlich erst von daher merken, daß ich diese Funktion tatsächlich schon immer (auch) hatte. - Er sieht da bei mir eine Neigung zur "paranoiden Reaktion", wodurch ich in Konfliktsituationen manchmal nur eingeschränkt wahrnehme, was um mich herum geschieht. -

Als es um mein Beharren auf der Gratwanderung zwischen den "ganz einfachen Menschen" und komplexen Erkenntnissen ging, bestärkte er mich darin und erwähnte, auch für ihn bedeute diese Nähe zur sozialen Basis existenzielle Erfahrungen. "Nicht hier, nein, in Afrika, als die Leute

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

zusammenliefen, die kinder: *'Der doktor kommt!'* - Hier, ach - hier spucken sie mir ja eher vor die füße, wenn ich komme - !"

Als ich ihm von dem satz der stationsschwester erzähle, ich als küchenfrau: "Nein, nein, das ist nicht so scherzhaft, das kommt schon aus tieferer quelle. - So hätten die sie von anfang an gern gehabt, in der küche - gewissermaßen.."

März 1998

Hab die rehapädagogin zum geburtstag angerufen; es war ein schönes gespräch - und sie hat mich eingeladen, ihr heim zu besichtigen (in dem sie leiterin ist).

Mehr und mehr grenzen die betreuerinnen mich aus den aktionen mit bewohnerInnen aus, vermitteln mir aber immer wieder mal, wie gut es läuft. Das hatte der chefarzt gemeint: daß die jetzt wirklich schritt für schritt aus sich heraus verantwortung übernehmen können.

Nach zwei wochen, in denen eva kontinuierlich bei ihrer zukünftigen gruppe eingebunden war, gehen jetzt wiedermal wir beide zusammen spazieren.. - Ihre hand locker auf meine angehobene gelegt, sacht einzelne finger umfassend. Nach jedem abgleiten hat sie ihre hand wieder neu auf meine gelegt. Ganz offensichtlich geht es ihr gut.

Wer hätte das je zu hoffen gewagt, vor 3, noch vor 2 jahren! Eva wird durchgängig als mitmensch angenommen auch von anderen und bezieht sich auf diese.

Manchmal guck ich ein bißchen zu bei den essenszeiten in den drei gruppen.. - wie friedlich es ist! Sowas hab ich hier noch nie erlebt. Keine raubtierfütterung mehr - nicht mehr das rumgehetze des pflegepersonals, diese durchgängige aufruhrstimmung mit den quer über den saal schallenden ermahnungen und kommentaren - !

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Jede der 6er-gruppen ist in einem separaten raum; wenige betreuerInnen nähern sich den einzelnen bewohnerInnen, verhalten sich durchaus verschieden, wie sie eben sind als mensch. Alles bleibt überschaubar. Klar, auch die krankenschwester des trägers glotzt während des essens vorrangig in den fernseher.. *(Früher hatte ich radio und fernseher zum essen ausgeschaltet; jetzt hab' ich nichts mehr zu sagen - und natürlich macht niemand anders die geräte aus.)*

Es ist pervers, erinnerungen an die situation in treblinka zu lesen - fast wie einen unterhaltungsroman - und dabei gemütlich ein spätabendliches honigbrot zu essen. Aber was ist nicht pervers? Einfach weiterleben nach alldem.. - So ist es doch! Da kommt es darauf nicht mehr an; das ist die perversion in uns allen drin - oder jedenfalls in mir drin.

Die frage: Was hätte ich gemacht anstelle des autors, als er angewiesen wird, einen menschen (eine alte frau - aber auch darauf kommt es nicht an!) zur rampe des "lazarets" zu führen (d.h. die grube, in die sie mit genickschuß herunterstürzen wird)? Was?

Und daran schließt sich die frage: Wer hat schuld? Und wieviel schuld jeweils? (Wo ist diese schuld bei mir, jetzt?)

Und wo ist die alternative?

Ein betreuer des trägers ist hier häufig durch anmaßendes und ruppiges verhalten den bewohnerInnen gegenüber aufgefallen; eigentlich war er nicht anders als schwestern (und vor allem pfleger) früher, als sie noch herrn der station waren. Manchmal hat er hervorgehoben, daß er mal einen arbeitsgerichtsprozeß gegen diesen träger gewonnen hat und die ihm nichts können. Trotzdem ist er jetzt abgezogen worden, - auf verlangen der stationsleitung, höre ich.

Zwei der drei essensgruppen sind zusammengelegt worden und werden von schwestern betreut, - weil träger-betreuerinnen krank sind bzw. urlaub haben.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Und der übernahmetermin verzögert sich wegen baulicher probleme; das kollidiert jetzt mit dem neuen arbeitsbeginn der meisten aus dem pflegebereich. Was tun?

An der designierten heimleiterin scheint das alles vorbeizugehen.

So ruhig föhl ich mich im krankenhaus. Es geht nicht mehr darum, bestimmte inhalte durchzusetzen.. und ich spüre, wie andere positiv darauf reagieren. Monika fragt mich plötzlich einfach so: "Mondrian, wieso macht eva das, mit der hand am mund?"

Wer sich einbildet, er sei, als Produkt dieser Gesellschaft, von der bürgerlichen Kälte frei, hegt Illusionen wie über die Welt so über sich selbst; ohne jene Kälte könnte keiner mehr leben. Die Fähigkeit zur Identifikation mit fremdem Leiden ist, ausnahmslos in allen, gering. (...)

Am Erkennenden ist es, die objektiv ihm aufgenötigten Grenzen einer Identifikation, die mit seinem Anspruch auf Selbsterhaltung und Glück zusammenprallt, einzugestehen, nicht sich zu gebärden, als wäre er bereits ein Mensch von der Art, wie sie erst im Stande von Freiheit, also dem ohne Angst, vielleicht sich realisiert.

Vor der Welt, wie sie ist, kann man sich gar nicht genug fürchten.

Theodor W. Adorno: Marginalien zu Theorie und Praxis (1969)

Wenn monika eva füttert, - wie sie still deren stereotypisierte abwehrbewegungen umgeht, in feinem weichem rhythmus, locker.. - das ist schön! Bei den schwestern nach wie vor aggressiv getönte verbale zurückweisung, sobald eva ihre schützenden gesten macht. Mit eva reden von mensch zu mensch ? - Noch heute nicht.

Die schwestern fragen sich offenbar kaum je, warum sich jemand so und so verhält. Entweder haben sie dazu ein vorurteil, an dem sie festhalten wie an einem glaubenssatz oder aber sie nehmen die situation hin: es ist eben so. Das gilt natürlich auch für verhaltensänderungen.

Zahnarzttermine für sämtliche bewohnerInnen - und ausnahmslos ist vollnarkose angesagt. Jeden tag vier bewohnerInnen; natürlich will ich vor allem in der aufwachphase bei denen sein, wenn sie noch liegen müssen, aber teilweise schon aus dem bett drängen. Um uns herum die piependen überwachungsgeräte - und dann all die unterschiedlichen weisen, mit unsicherheit, angst und hilflosigkeit in dieser völlig fremden situation umzugehen. Wieder lerne ich sie ganz anders kennen.. ihre bewußtlosen gesichter, die schritt für schritt wieder wach werden, wie sie sich orientieren, wie sie kontakt mit mir oder der umgebung aufnehmen..

In meinem bericht* wird die "reißeufel"-identifikation bei hartmut H. dargestellt als zuschreibung, die von der außenwelt immer neu affektiv besetzt wurde. - Im 'entwicklungsbericht' des psychologen, den ich jetzt zufällig lese, wird platt erwähnt, daß herr H. sich selbst als "reißeufel" bezeichne und nur schwer davon abzubringen sei. -

Die schwestern erleben sich als völlig mißachtet in dieser beruflichen übergangssituation. Nichts daran ist wirklich böse, sind nur die (mir als wessi vertrauten) anpassungsschwierigkeiten und reibungsverluste zwischen verschiedenen relevanten verwaltungen und verschiedenen organisatorischen/gesetzlichen vorgaben. Aber das alles ist eben verdinglichung pur, da zählt kein menschliches schicksal. Diese anonymität der verwaltungsabläufe in der BRD ist für DDR-bürgerInnen offensichtlich ein schock. Die stationsschwester: "Nach 20 jahren wird man so behandelt !"

Eva und ich unterwegs. Uns überholt jene beschäftigungstherapeutin, die damals viel mit lisa gearbeitet hatte, zusammen mit einer anderen frau. "Ach, das ist ja eva! - - Ja, die haben sie ja schön hingekriegt - wenn man bedenkt, daß sie jahrelang nur auf dem boden saß - - und jetzt läuft sie so schön mit ihnen!"

* siehe anhang.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Während ich etwas sage, redet sie aber bereits weiter: "Nur schade, wenn man sie dann so weit hat, kommen sie weg! - -"

Dies jetzt ganz zu der anderen frau gewandt. Uns beachtet sie nicht mehr, geht grußlos weiter und ich höre noch den anfang ihrer erfolgsstory von lisa.

Bei allem guten fachlichen austausch mit der ergotherapeutin des trägers erlebe ich auch bei ihr, daß sie zu konfliktträchtigen themen andeutungen fallenläßt, sich dann aber vehement weigert, mehr dazu zu sagen. Es scheint wirklich mit der DDR-sozialisation zu tun zu haben: im zweifelsfall lieber nichts sagen - vielmehr nur, wenn ein gewisses höheres maß an vertrauen besteht. In diesem zusammenhang steht eventuell auch die neigung zu kleinen festlichen zusammenkünften im arbeitsleben: um meinungen, konstellationen oder informelle kooperation (*"eine hand wäscht die andere"*) ausloten zu können. - Immer deutlicher wurde mir in diesen 3 jahren die durchgängige aufmerksamkeit der leute um mich rum: wo steht jemand in bestimmten fragen, inwieweit würde er/sie zu mir stehen, inwieweit kann ich mich auf ihn/sie verlassen.

Ich war doch auch im westen in arbeitssituationen immer außenseiter und oft 'schwierig' für die andern - aber eine auch nur annähernd ähnliche taktische virtuosität hab ich dort nicht erlebt. Allerdings finde ich sie wieder in medienberichten über taktische finessen *höherer* bürokratischer, politischer oder wirtschaftlicher führungsgremien.

Hab die rehapädagogin in ihrem heim besucht. - - Es ist wirklich unrealistisch, jemandem grundlegend böse zu sein. Es gibt keine bösen menschen! Wir haben alle unsere abwehrmechanismen und setzen die ein, wenn wir uns bedrängt fühlen. Zur stabilisierung unseres psychischen systems. - Das schließt nicht den widerstand, den protest gegen bestimmte verhaltensweisen aus, aber es ist zweckmäßg, die ebene, auf der ein solcher widerstand nötig erscheint, genau zu unterscheiden von der ebene, auf der wir weiterhin den authentischen kontakt zu dem betreffenden gegenüber

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

suchen sollten. Das ist bei uns allen so, bei lisa wie beim chefarzt, bei mir wie bei der rehapädagogin oder der stationsschwester.

Schön war es, zu erleben, wie sie aufgeblüht ist, wie sie dort offenbar ihre fähigkeiten einsetzen kann, ohne dadurch sich zu verlieren.

Natürlich hab ich mich (als alter internatler) in diesem heim schon wieder so wohl gefühlt, daß ich gleich hätte dortbleiben können!

Als ich die rehapädagogin jetzt erlebe, spüre ich im vergleich deutlich, wie verkrampft, gelähmt sie im krankenhaus war. Alles gute an ihr blieb stecken in der resonanzlosigkeit der *totalen institution*, so etwa. Hier erlebe ich, wie sie mitschwingt im kontakt mit den bewohnerinnen (es sind leichter beeinträchtigte frauen), auch mit dem personal und wenn sie mir die möglichkeiten und perspektiven ihres heims vorstellt. Mir scheint, sie braucht zumindest momente kontinuierlicher geborgenheit, echo, bestätigung, vertrauensvorschuß, um ihre guten eigenschaften entfalten zu können.

"..Ob's ihnen auch ein bißchen gefallen hat - ?", fragt sie beim abschied.

Der chefarzt über die krankenschwestern bei uns: Daß die dort hingekommen seien mit der perspektive, bis ins rentenalter so weiterarbeiten zu können, ohne daß ihnen jemand in ihre routinen pfuscht. Hier mußten sie nie lernen, auf patienten einzugehen, sondern die hatten sich nach ihnen zu richten. Wer hier dabei blieb, sagt er jetzt, wollte das auch so.

In diesem zusammenhang erwähnt er, daß 1989, als er hier anfang, 3/4 der leute fast ständig fixiert waren, großenteils sitzend auf den sogenannten "fixierbänken".

(Vor drei jahren, bei meiner einstellung, hatte er betont, wer hier dabei bleibt, hat sich dafür entschieden, - die andern haben sich versetzen lassen. Aber warum diejenigen hierbleiben wollten, seiner meinung nach, hatte er mir damals nicht gesagt.)

Weil es in der DDR kaum kündigungen 'von oben' gab, mußten mitarbeiterInnen sich kaum um ihre arbeitsplätze sorgen. Außerdem gab es offenbar zwischen allein beteiligten eine gemeinsame ebene, auf der

Mondrian graf v. Lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

rollenkonsens bestand. Deshalb, meint er, waren intriganten, taktisches verhalten gewissermaßen weniger ernst. Es waren oft eher sowas wie alltägliche familienstreits. - Spätestens durch mein auftreten ist dieser rollenkonsens innerhalb der hier beteiligten vermutlich aufgelöst worden; das hab ich aber nicht ausgesprochen. Daß ich in gruppen polarisierend wirke, weiß ich ja seit jeher.

Inge singt nach der melodie 'Alle meine entchen': "D-d-d—d-d-d—onze wieder komm!" (*'Onze' heißt 'onkel', damit meint sie unter anderem mich; inge kann manche laute nicht aussprechen, wohl wegen der fehlenden zähne.*)

Ein ganz lockeres gespräch mit der stationsschwester über alles mögliche, irgendwann laufe ich ihr noch bis in den umkleideraum nach, dann sie halb angezogen zu mir rüber - und wie jung wirkte sie plötzlich! Zum ersten mal spürte ich, daß sie ja wirklich erst 35 ist, - sie, die sonst durch ihren panzer aus stationsschwesternautorität eher wie 50 wirkt.

Ihr ist es unbegreiflich, wie wenig mich meine unklare arbeitsperspektive berührt. Sie ist im juni 20 jahre hier in diesem krankenhaus - seit der lehre. Die arbeit ist (oder war) heimat für sie, die kollegen, die feiern (früher). Vieles hat sie zurückgestellt dafür in den jahren.. Immer die frage, ist es gut im hinblick auf die arbeitssituation. Dieses sicherheitsgefühl oder heimatgefühl braucht sie zum leben, - das zeigte sie klar und authentisch.

Der chefarzt hatte bei diesem thema eher die negativen aspekte betont; von der stationsschwester höre ich jetzt die kehrseite.

Die spezifischen möglichkeiten und freiräume der DDR-gesellschaft sind zwar verlorengegangen, aber die zu diesem system gehörenden konfliktformen haben die bürger natürlich verinnerlicht und beibehalten - und wenden sie jetzt an innerhalb einer gesellschaft mit anderer kräfteverteilung. Das kann funktionieren oder auch nicht, - in jedemfall führt es zu nicht immer klar nachvollziehbaren ergebnissen.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Torsten war jahrelang in einer anderen station der abteilung, zusammen mit chronisch psychisch kranken patienten. Er galt als gewalttätig, war häufig fixiert, alle hatten angst vor ihm. Seit einem jahr ist er bei uns und es gibt nur sehr selten aggressive affekthandlungen, ansonsten ist er aufmerksam, sucht zuwendung. Zuerst dachte ich, er hat eben nicht zu den chronisch psychisch kranken gepaßt. Heute sagt mir die stationsschwester, die ihn schon von damals kennt, daß er in jener anderen station gewohnheitsmäßig vergewaltigt wurde von mitpatienten. Daß sie sich ihn oben auf dem klo "hergenommen haben" - - und er hat ständig da oben geschrien.

"Und die schwestern??"

"Die schwestern? - die wußten das - die wußten das alle!"

Ich gucke sie entgeistert an. "Ja,und??"

Sie zuckt die achseln im sinne von: Das war eben so.

"Ja, und sowas passiert ihm eben hier nicht.." - ist ihre abschließende bemerkung. Ich bin lange genug hier, um zu wissen, daß es nix nützt, dazu noch irgendwas zu sagen, aber ich tu's doch: "Sehen sie, sowas sind gründe, wieso ich dafür bin, daß alle diese großen psychiatrien aufgelöst werden - - " Ich stottere noch ein bißchen weiter, aber merke schon, daß sie gar nicht mehr hinhört, längst wieder woanders ist in gedanken.

April 1998

Mit fassungslosem gesichtsausdruck informiert mich die stationsschwester darüber, daß der träger monikas bewerbung abgelehnt hat. Dabei ist sie die einzige bewerberin, die wirklich guten kontakt hat mit den bewohnerInnen; alle hier (!) sind sich einig darin, daß sie eine geborene betreuerin für dieses klientel ist. Schrittweise hat sie sich auch die pflegerischen routinen angeeignet. Allerdings hatte sie schon mehrfach krach mit der zukünftigen heimleiterin..

Ich überlege, den enthospitalisierungsbeauftragten anzurufen (stationsschwester: "So hoch wollen sie gehen?") - aber es geht nicht, weil

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

monika bei ihrem anruf gesagt hatte, die stationsschwester solle das noch nicht weitersagen. (In nichts sind die oassis so schnell wie im einrichten von informationssperren! Reflexartig!)

Also ruft die stationsschwester erstmal beim träger an und fragt allgemein nach. Es hätten sich durchaus auch andere beworben mit der aussage, sie hätten kontakt mit den bewohnerInnen. Naja, zwei küchenhilfen, ein zivi und zwei der ursprünglichen ABM-frauen, die aber seit einem jahr in einer anderen station eingesetzt sind und seit der zeit nichtmal mehr besuchsweise bei uns aufgetaucht sind. Jetzt hat sie's also von dort offiziell erfahren und ich rufe beim enthospitalisierungsbeauftragten an, versuche, den zu aktivieren. Auf solche weise können wir nicht diese leute verlegen!

Die stationsschwester mußte wegen der kostenübernahme eh beim sozialpsychiatrischen dienst anrufen und hat auf eine entsprechende frage darüber informiert, daß der träger grade die nicht will, die die bewohner gut kennt. Aber dort wurde angedeutet, daß sie druck vom senat bekommen. Sie müssen die bereitgestellten gelder ausgeben. – Als ich bedenken habe, daß sie ärger bekommt mit der oberschwester, weil wir wieder was an der vorbei gemacht haben: "Da machen sie sich mal keinen kopp, – die ist nicht da, hat urlaub – und ich bin die vertretung!"

Aber insgesamt erlebe ich jetzt wieder deutlich dieses allgemeine resignierte achselzucken: *'Man kann ja doch nichts ändern; – die da oben machen ja doch, was sie wollen – '*

Wer erkannt hat, wie zuverlässig er ausgehen kann von dieser haltung bei einer mehrheit von mitmenschen (auch im westen!), der kann die schlimmsten sachen durchsetzen, kann durch wogen von mißbilligung schreiten, ohne daß sich eine hand hebt, ihn an seinem tun zu hindern!

Ich habe dem zuständigen sozialpsychiatrischen dienst in einem brief umfassend die situation dargestellt und gegen diese abwicklung der enthospitalisierung protestiert. (Mit kopie an senat, sprecher der amtlichen betreuer und enthospitalisierungsbeauftragten bei uns.) Natürlich eine

eklatante kompetenzüberschreitung; deshalb hab ich vorher mit niemandem drüber gesprochen. Als schlußfolgerung im brief:

"Bitte vergegenwärtigen Sie sich die zukünftige Perspektive: Ab Einzugstermin (in einem neu eröffneten Heim) sollen neu eingestellte BetreuerInnen sich zu Teams zusammenfinden. Zugleich sollen sie von diesem Tag an unsere lebenslang hospitalisierten Menschen mit ihren vielfältigen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen kennenlernen und vollverantwortlich betreuen, – die ihrerseits am selben Tag ihrer gesamten Lebenssicherheit beraubt sind. – Als einzige Kontinuität stehen die drei oder (ab diese Tage) vier BetreuerInnen (des Trägers) zur Verfügung (von denen zwei jetzt über Wochen Urlaub machen), dazu zwei KollegInnen aus dem Küchendienst. Angeleitet werden soll das Ganze von einer Heimleiterin, die hier bei uns meiner Meinung nach gravierende Führungsschwäche und durchgängig mangelndes Problembewußtsein für das ihr zukünftig anvertraute Klientel bzw. die in Aussicht stehende Situation zeigt. Dies alles wird von einem Träger verantwortet, dessen Erfahrungsschwerpunkt ohne jeden Zweifel auf einem ganz andern Gebiet liegt und der bislang über keinen Fachdienst im Bereich Geistigbehindertenpädagogik verfügt."

Der psychologe begrüßt die initiative und meint, sie könnte auch eine langzeitfunktion haben. Falls später dann was schiefeht im heim, kann es nicht heißen: "Ja, wenn wir das gewußt hätten! Hätte man uns deutlicher darüber informiert – !"

Silkes eltern, als sprecher der amtlichen betreuer, finden's auch gut und wollen selbst einen brief schreiben. (*Ihr erster impuls war, sich an hannelore kohl zu wenden – die irgendwann dieses krankenhaus besucht hatte.*) Sie haben betont, daß mein brief bei den verschiedenen beteiligten einen einheitlichen informationsstand herstellt, den es sonst nie gegeben hätte. Auch ihre funktion als "sprecher" war bislang nur eine formalität. (Natürlich hatte bei der entsprechenden zusammenkunft niemand von denen dran gedacht, gegenseitig die namen und adressen auszutauschen; die oberschwester hatte daran kaum interesse. Ich gebe ihnen eine liste; sie

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

werden den brief dort verbreiten. - Natürlich eine verletzung des datenschutzes! Rechtlich gesehen müßten jetzt silkes eltern die oberschwester bzw. den verwaltungsleiter des krankenhauses dazu bringen, bei sämtlichen amtlichen betreuern um erlaubnis zur adreßweitergabe nachzufragen und dann diese angaben rauszurücken. Ich hab erst garnicht versucht, den eltern diese vorgehensweise verständlich zu machen..)

Immer kämpfen, kämpfen.. Ich will doch eigentlich gar nicht kämpfen, sondern still sein dürfen.

Der neue betreuer und ich waren beim spaziergang im krankenhauspark mit einer kleinen gruppe - und offenbar so ins gespräch vertieft gewesen (*peinlich!*), daß wir nicht gemerkt hatten, wie eva unterwegs zur pause stehengeblieben war. Weit da hinten kam sie auf uns zu, scheinbar ohne sich was draus zu machen. Dann aber hat sie mich bis nachhause rigide attackiert, genauso wie unlängst*, offenbar voller zorn, aber ohne signale von angst oder panik!

Wir hatten es ja verdient, und so hab ich mich nur sacht geschützt und versucht, sie verbal zu beruhigen. Nix war's, eva war sauer - und sie hatte die möglichkeit, sich zu wehren. (Sowas dürfte sich im kontakt mit dem pflegepersonal immer wieder aufgeschaukelt haben, wenn die schwestern dann empört gekontert haben.)

Dieser neue betreuer vom wohnheimträger ist an sich aufmerksam und sensibel; jetzt aber kam doch die '*Schwarze Pädagogik*'-sozialisation durch. Immer wieder fing er an, von "nicht lieb" zu sprechen (an jürgen gewandt). Ich widersprach: Wir waren doch nicht lieb! Eva hat doch recht! - Und als ich ihr dann (zufällig hatte sie mir grad einen schlag versetzt!) ein VIVIL gab (unser vertrautes kommunikationssymbol im bereich der geschmacklichen sensibilität), war er konsterniert: "Jetzt doch nicht - als belohnung !?!"

"Nein, das ist keine belohnung, das ist ein signal, um ihr vertrauen wieder zu stärken. *Wir* haben ja die unsicherheit in eva bewirkt!"

* siehe im eva-bericht im anhang.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Als die stationsschwester nachhaus gehen will, kommt sie an mir vorbei: "So, herr graf: drücken sie mir die daumen, - am montag guck ich mir die erste station an - !"

Mit monika gesprochen. Sie war ganz alleine zuhause, als der brief kam. "Hab ich gleich die stationsschwester angerufen - sonst hätt' ich vielleicht wieder unüberlegte sachen gemacht.."

Es war ein schock für sie; und sie mußte ja schon viele schocks und katastrophen überleben. Sie macht weiter, rettet sich wieder in die alltäglichen kleinen guten gefühle. Nicht mehr drüber nachdenken; so ist sie. Nochmal auf den träger zugehen? "Nein, betteln tu ich nicht."

Monika hat eine besondere form der lebensstüchtigkeit; - sie geht ganz auf in momenten von beziehungslebendigkeit, - gibt, was sie grad hat und holt sich, was grad da ist, - und denkt nicht weiter drüber nach, vor allem nicht über das schlimme; - "nützt ja doch nix."

Der enthospitalisierungsbeauftragte setzt sich mit dem träger und mit marlies in verbindung, unsere personalleiterin schaltet sich ein. Jetzt erzähle ich auch der stationsschwester von meinem brief. Wir haben uns nochmal sehr ehrlich darüber geeinigt, wie schlimm wir die art und weise der abwicklung des enthospitalisierungsprojekts insgesamt finden. Mit welcher selbstverständlichkeit davon ausgegangen wird, daß die menschen sich alles gefallenlassen. Schlimm ist ja nicht nur, was einem widerfährt, sondern auch das gefühl oder die erfahrung, daß es keinen interessiert - daß jeder drum herum nur achselzucken dafür übrig hat, - daß die welt sich weiterdreht und gewisse menschen oder institutionen einfach weitermachen mit ihrem menschenverachtenden verhalten. *Die arroganz der macht.*

Sie konnte es nicht so gut ausdrücken, aber implizit gab sie mir zu verstehen, daß der brief gewissermaßen '*die ehre unserer arbeit rettet*' - egal was jetzt konkret dabei rauskommt. Und wir sind uns einig, daß es viel für

monika bedeuten wird, zu erleben, daß menschen sich für sie einsetzen, daß sie diesmal nicht nur beiseite geschoben wird wie abfall.

Die designierte heimleiterin kommt auf monika zu und behauptet, ihr täte das unendlich leid, sie hätte sich für monika eingesetzt, aber die personalleitung des trägers lasse da nicht mit sich reden. Sie hätten genug unausgebildete kräfte in diesem heim.

Der chefarzt rührt sich nicht, die oberschwester kommt und geht, tritt nicht auf mich zu. Ich kann nur vermuten, daß sich jetzt alle zurückhalten, bis die von mir in meiner *"eingabe"* angerufenen *"stellen"* (insbesondere *"der senat"*, – alle sind sie ja fixiert auf "den senat", der aber hier keinerlei weisungsbefugnis hat) die offizielle argumentationslinie vorgeben.

Eva.. Ihr schöner mädchenkörper.. Ja, natürlich hab ich sie lieb und die liebe ist unteilbar.. Ihr körper, der nie leben durfte, nie leben können wird – zum teil wegen der beeinträchtigungen, aber zum teil auch wegen der gesellschaftlichen normen, die manches unmöglich machen, was vielleicht möglich wäre. – Fast zur religion erheben nichtbeeinträchtigte menschen ihre "sexualität", – aber es ist eines der striktesten denkverbote, welche existenziellen auswirkungen das fehlen von leiblichen selbsterfahrungen (nicht nur erotischer art) hat bei menschen mit beeinträchtigungen.

Bei NADOLNYs 'Entdeckung der Langsamkeit' heißt es wegen beethovens op.111: "Sieg und Niederlage gibt es gar nicht." – Ja, es kommt nur darauf an, ob ich in einer situation das gemacht habe, was (für mich erkennbar) am meisten wahr ist, oder nur etwas mir selbst schon weniger wahres. Es gibt nur die subjektive wahrhaftigkeit des augenblicks. Wozu ein "sieg" ohne wahrheit? Und es gibt auch "niederlagen", die die wahrheit retten (wie ich sie jeweils erkennen konnte).

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Der chefarzt bittet mich zu sich; die sekretärin richtet aus, auch die oberschwester würde dabei sein. Die stationsschwester: "Dann bestell'n se 'n schönen gruß, so einen brief hätten die mal schreiben sollen!"

Und dann - ein sehr schönes gespräch. Als die oberschwester noch nicht dabei ist: "Sie haben ja nun über meinen kopf hinweg geschrieben - jetzt liegt es doch wieder bei mir." - "Wenn ich's ihnen vorgelegt hätte, es vorher gesagt hätte, hätten sie ja reagieren müssen, und dann wäre der brief sicher nicht rausgegangen!" (*Er lacht.*) Der brief zeige, daß ich emotional sehr betroffen bin. Zumindest in diesem aspekt hätte er einiges anders formuliert, weil ich mich damit nur angreifbar mache. Ich: "Aber das entspricht der stimmung im haus, - und die wollte ich schon vermitteln. Ausnahmsweise bin ich da jetzt mal kein außenseiter.."

Keinerlei disziplinarische keule; die initiative wird ernstgenommen und akeptiert, auch von der oberschwester. Die fragt, wieso ich nicht zu ihr gekommen sei. Ich deute an, daß ich kein vertrauen gehabt hätte (will aber "*kein faß aufmachen*"). Ihr scheint das etwas peinlich zu sein: "Vertrauen.. aber es kommt ja nicht nur auf vertrauen an, sondern auch auf die mitarbeiterebene.." - - *Hä?*

Jedenfalls hab ich die oberschwester durchgängig so mitmenschlich erlebt wie nie zuvor und hab's hoffentlich geschafft, ihr deutlich meine weiterhin bestehende bereitschaft zu signalisieren, mit ihr zu kooperieren.

Beide sind der meinung, andere träger seien genauso schlimm, sogar schlimmer. - Ob ich übergangsmäßig ins wohnheim mitgehen würde, ausgeliehen vom krankenhaus? Ich: Daß ich das der personalleiterin schon angeboten hätte. Oberschwester: Davon habe sie nie etwas gehört.

Später die stationsschwester: "Stimmt nicht! Die oberschwester hat das sogar von uns schon gehört, daß sie mitgehen würden als 'dienst am anderen ort'. Aber da hat sie sich mal wieder nicht gekümmert, denk ich." - Aber zu meinem erstaunen rät sie mir vehement ab von sowas: "Nein, nein, lassen sie sich gleich was richtiges geben vom krankenhaus!"

Ihre fürsorge für mitarbeiterInnen sitzt eben doch tiefer als diejenige für die betreuten..

Daß jetzt chefarzt und oberschwester offenbar tatsächlich miteinander kooperieren wollen, ist schon eine wirkung des briefes, – von dem er mir ja abgeraten hätte, wie er sagte. Es gibt wirkungen, die taktiker wie er wohl nicht wahrnehmen können. Jedes gespräch über diesen brief bzw. den dahinterstehenden impuls, die katalysatorische wirkung bei ziemlich vielen leuten, die erfahrung, wie gut es tut, wenn dinge endlich mal ehrlich ausgesprochen werden, all das trägt zu einer winzigen weiterentwicklung der beteiligten menschen bei. Es ist dieses borchert'sche *NEIN*, das *'Man muß etwas tun, um keine schuld zu haben'* von sophie scholl, es ist die *'Erziehung nach Auschwitz'* bei adorno, – für sowas braucht's immer neu alltägliche erfahrungen, modelle. Und – auch wenn der chefarzt (resigniert, hoffnungslos?) lächelt, wenn ich sowas sage: die aufmerksamkeit, die diese aktion hervorgerufen hat, wird zumindest teilweise wieder aktiviert werden, wenn später etwas schief geht in dem heim.

Ein bißchen moralisierend wurde wiederum seine erwartung deutlich, daß ich mich für den heimleiterposten dort bewerbe: "Überall muß man verantwortung übernehmen, wenn man etwas bewirken will!"

Etwas bewirken wollen und *führungspositionen einnehmen* werden in der gesellschaftlichen normalität meistens gleichgesetzt. Durch die übernahme von führungspositionen erhöht sich aber implizit das maß an *'instrumenteller vernunft'*; dadurch verringern sich die möglichkeiten zu bestimmten formen (und richtungen) des einwirkens. Nicht zuletzt reduziert es die möglichkeit zu *unvermittelter erfahrung*. – Im wesentlichen steht das alles schon bei karl marx*, aber wer liest denn schon sowas (in der DDR) !

Mehrfach versuchte der chefarzt, meinen brief psycho(patho?)logisch zu interpretieren. Eventuell würde ich mich "verstecken hinter.." oder der brief sei eventuell begründet darin, daß ich helfen, aber nicht ins heim mitgehen wolle. Dabei besteht er aus 4 seiten sachlicher darstellung und differenziert

* *'Ökonomisch-philosophische Manuskripte (1844)' in: MARX ENGELS WERKE, Ergänzungsband/I; Berlin/DDR 1973; S.465-529)*

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

begründeter kritik, – die er in vieler hinsicht teilt. Auf nichts davon ging er ein; ich kann das nur so verstehen, daß er sich eben nicht jener überlegung stellen wollte, die mir die stationsschwester mitgegeben hatte..

Angesichts der erfahrungen von intriganz und menschenverachtung behauptet er oft: "Das nimmt ja jetzt immer weiter zu.. – Das müßten *sie* ja besser kennen als *wir* – – "

Ich denke, nur die konkreten methoden ändern sich, aber idealisten (wie er), die innerhalb eines systems etwas bewirken wollen, neigen immer dazu, die spezifischen entfremdungsformen zu ignorieren, denen auch sie innerhalb ihres engagements unterworfen sind. Sie konzentrieren sich auf den utopischen anteil ihrer ziele. Das ist im westen nicht anders, und ADORNO hat wohl alles nötige dazu gesagt.

Ja, es war und ist gut mit dem brief. *Der kleine wolfi in mir drin*, der nur ehrlich sein will, kommt jetzt raus in die erwachsenenwelt. (Und der wolfi-teddy hilft dabei.)

Zufällig hat die stationsschwester evas orientierung auf VIVIL mitgekriegt und vorgeschlagen, daß ich 'n stapel kaufen soll, damit wir die verteilen können, daß auch andere ihr mal eins geben. – Es wäre ein idealer nächster schritt jetzt, 4 wochen vor der verlegung, wenn eva auch das schon mit anderen betreuerInnen verbindet! Ich hätte selbst drauf kommen können, – aber ich hab mich wohl nicht getraut; noch immer überwiegt das gefühl: Die machen ja doch nicht mit bei meinen vorschlägen.

Nicht für uns, vielleicht niemals für uns:

Immer schneidet durchs Schweigen das Klingelzeichen des Gesprächs, dem wir entflohen, dem wir doch nie entgehen werden. In der Stille flüstert Erinnerung das Versprechen von der geteilten Bürde Gewissensfrieden.

Kein Ausruhen, das nicht das Ausruhen aller ist; keine Stille, ehe nicht alles vollbracht.

Dag Hammarskjöld: Zeichen am Weg

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Heute nachmittag sagt mir die stationsschwester unter dem siegel strengster verschwiegenheit, daß jetzt "die hohen herren" briefe schrieben an den träger. Und daß der S.P.D. sich weigert, gewisse leute von uns (die schwierigsten) zu verlegen, falls monika nicht eingestellt wird.

Ich treffe eine schwester im krankenhausgelände auf dem weg zum dienst, wir gehen zusammen. Ein kontakt von mensch zu mensch, ohne maske. Aber ich erschrecke über diesen unentwirrbaren filz aus behauptungen, tatsachen, erfahrungen, interpretationen, vorurteilen, idealisierungen, befürchtungen, erwartungen.. - und all das in unerschütterbarer gewißheit, ohne frage, ohne interesse an der meinung des gegenüber. Da ist kein gespräch, kein austausch möglich, alles wird behauptet, als sei es unmittelbar evident. Ohne jeden zweifel hatte die schwester in diesem augenblick vertrauen zu mir, sie wollte nichts erreichen, sie hat nur aus sich rausfließen lassen, was drin war. Das alles ist ihre welt; sie hat nichts anderes. Und bei jedem dieser menschen ist es eine eigene Mischung - und all diese mischungen reagieren im arbeitskollektiv aufeinander und verstricken sich miteinander! Menschenführung kann da allenfalls bedeuten, möglichkeiten, freiräume für neue erfahrungen herzustellen - und ansonsten auf den unzerstörbaren authentischen kern in jedem menschen zu hoffen. So ähnlich, wie PROBST* es dargestellt hat.

Deutlich wurde, "daß wir das ja sowieso nicht wollten", nämlich die enthospitalisierung. Schon mehrfach hab ich andeutungen darüber mitbekommen, daß die schwestern wohl nach wie vor meinen, zumindest für diese letzten 19 bewohnerInnen wäre es besser (aufgrund der hochgradigen verhaltensauffälligkeiten und der stärkeren pflegebedürftigkeit), wenn sie weiterhin hier, schwesternbetreut im vertrauten rahmen hätten bleiben können. Ihre verlegung erklären sie sich nur mit ökonomischen interessen

* Gilbert J.B. PROBST: *Selbst-Organisation. Ordnungsprozesse in sozialen Systemen aus ganzheitlicher Sicht* (Berlin/Hamburg 1987)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

"von denen da oben", speziell den wessis, "die ja jetzt das sagen haben"; so diese schwester. -

So wach wirkt sie, zäh und aktiv und aufmerksam ist sie - da, wo sie handlungsfähig ist: in den routinen des stationsablaufs (in der auch sie seit 15 jahren ist, seit der lehre, - mit denselben "patienten").

Plötzlich, nach diesem gespräch mit jener schwester, denk ich an mein elternhaus. Mein vater, der alles irgendwie emotional gefärbte ignoriert oder durch rationalisieren für sich unschädlich gemacht hat. Meine mutter, die alles, was von mir kam, erstickt hat unter einer flut von assoziationen, gedanken, gleichsetzungen, die fast nur mit den gespinsten ihrer innenwelt zu tun hatten, wobei sie aber all das wasserdicht verpackt hat in scheinbar rationale formulierungen. - Das paßt ganz gut zu dem, was ich heutzutage hier im krankenhaus erlebe, bei den mitarbeiterinnen.

Mai 1998

Ein "ernstes gespräch" mit dem stellvertretenden krankenhausleiter; chefarzt und oberschwester waren dabei.

Am anfang ein monolog über dienstpflichtverletzungen und mögliche schlimme konsequenzen für das krankenhaus insgesamt. Dann eine pause, ich will etwas sagen, werde unsicher, ob er überhaupt schon fertig ist: "Ich wollte sie nicht unterbrechen - !"

"Ich hab nur mal eine pause gemacht - - " Er guckt mir eindringlich in die augen, ich gucke eindringlich zurück - "Ich denke, das ist angekommen bei ihnen - "

"Ja, ich habe verstanden, was sie meinen.."

"Aber - es ist nicht konsensfähig für sie - - ?"

"Nein."

So fing das an, ich schwör's. Aber dann fing tatsächlich ein gespräch an! Jemand anders hätte jetzt nur noch die disziplinarische keule geschwungen. Nie hat er sich über mich gestellt, mit keinem zungenschlag; und blieb

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

dennoch durchgängig bei sich und dem blickwinkel, den seine position mit sich bringt.

Ich war ganz ruhig und klar, hinter mir spürte ich unsere 19 bewohnerInnen. Es wurde deutlich, daß er meine initiative inhaltlich wohl akzeptiert, aber aufgrund seiner position ablehnen muß. Ein sehr schönes gespräch voller offenheit auch dort, wo wir unterschiedliche auffassungen hatten. (Im laufe der zeit wurde mir klar, daß er.. - ein wessi ist.)

Mich betreffend, formulierte der chefarzt Innerhalb seines (kurzen) beitrags: "Ich habe ja sehr viel von ihm gehalten - ", worauf der stv. krankenhausesleiter deutlich sichtbar luft holte - und unser chefarzt sich übergangslos korrigierte: " - ja, ich halte noch immer viel von ihm !"

Ist das nicht diese reflexhafte bereitschaft, sich von jemandem zu distanzieren, sofern es von der vorgesetzten stelle gewünscht wird - und die fähigkeit, dies im freiflug zu korrigieren, sofern sich der betreffende darin geirrt hat?

Irgendwann murmelte er noch, es wäre schön, wenn ich mich "jetzt auch einreihen" würde. Ich dachte, ich hör nicht recht.

Monika hat sich, vermutlich auch aufgrund der bewerbungsabsage, wieder die schwestern zur bezugsgruppe erwählt. Mit einer für sie sonst untypischen härte diffamiert sie jetzt die träger-betreuerInnen. Und als es über die radiomusik im therapiekeller geht (dieses ewige thema), erklärt sie plötzlich: "Na, meine hottentottenmusik hörst du da nicht mehr. Da hat die stationsschwester mit mir ein wörtchen geredet!"

"Aber da ist doch noch musik - ?"

"Ja, aber deutsche lieder, was die bewohner von früher kennen, nicht mehr RTV und sowas!"

Hat sie also die gegen ihren eigenen musikgeschmack gerichtete meinung ihrer neuen rudelführerin übernommen, einschließlic der nazi-terminologie.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Vor ein paar tagen, als ich grad evas mund etwas gereinigt hatte.. und all meine zuneigung zu ihr in dieses putzen gelegt hatte - denn wann sonst kann ich so zärtlich und liebevoll zu ihr sein, wie ich das in mir spüre?! - und wieder gemerkt hab, wie lebendig grad ihre mundpartie ist - klar, das ist wohl der teil ihres körpers, durch den sie guten kontakt zur umwelt erfahren konnte über das einspeicheln der hand, den kotgeschmack und überhaupt alles geschmackliche - - da hab ich sie schnell, aber in ruhe und klarheit auf ihren mund geküßt. Einmal, ein einziges mal.. und hab gar kein schlechtes gewissen deshalb! Das war keine "grenzverletzung" - auch wenn sie das nicht so intendiert hatte. Es ist keine grenzverletzung, weil zwischen uns in diesen drei jahren doch eine beziehung gewachsen ist.. in ihrer ganz eigenen weise - zu der das gehören durfte. Aber es liegt in seiner natur, daß sowas von außen nicht zu verifizieren ist. Nie ist von außen zu erkennen, was moment einer *DU*-beziehung ist und was nicht. *

Eine neue betreuerin vom träger war mit mir zusammen spazieren, mit tini und eva. Als eva dann mal stehenblieb und ich bei ihr gewartet habe, ist die mit tini weitergelaufen. Ich war sauer! Wie soll sie evas konfliktverhalten kennenlernen, wenn sie - - ! Und überhaupt, diese fehlende bereitschaft vieler, sich an den jeweils langsamsten zu orientieren! Na, aber ich habe mir vorgenommen, nicht mehr mit kritischen bemerkungen um mich zu werfen. Es nützt ja nix, zumal in der kurzen zeit, die noch bleibt. Es vergrault die leute nur, zerstört ihre zarten keime von interesse und engagement und aktivität - und in 2 wochen stecken sie selbstverantwortlich im alltag mit den bewohnerInnen!

Hab mir also auch 'sprechende blicke' verkniffen, als eva und ich wieder zuhause waren.

Tags drauf hat jene betreuerin sich stillschweigend eva geschnappt und ist ganz allein mit ihr spazierengegangen! Als sie zurückkamen, hat sie mich

* vgl. auch Jochanan BLOCH: 'Die Aporie des Du. Probleme der Dialogik Martin Bubers' (Heidelberg 1977; Verlag Lambert Schneider)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

erwartungsvoll (froh, stolz, auf lobende blicke aus) angeguckt. Eva war völlig entspannt. - -

Die menschen lernen verschieden; ich muß ihnen mehr freiraum lassen, darf sie nicht so gängeln!

Nach dieser situation wurde mir erst wirklich bewußt, daß in 2 wochen die alle tatsächlich weg sind, - eva weg ist. Ich wollte sie ja rausholen aus der psychiatrie; das wird gelingen. Und so schwarz sehe ich das ganze nicht; der konkrete umgang der betreuerInnen mit den bewohnerInnen (vor allem auch der ablauf in den 3 gruppen) macht mir hoffnung.

Eva ist mit 'ihrer' gruppe spazieren, mit 2 betreuerinnen; ich begegne ihnen. Eva hat eine der betreuerinnen an der hand (wie sonst mich), die strahlt mich vorbehaltlos an - ich strahle genauso zurück und sage nur: "Schön - !"

Monika fängt an, 'ihren' therapiekeller auszumisten, auszuräumen, ich den anderen. - Wir sind uns einig in unserer trauer und eigentlich der unfähigkeit, zu begreifen, daß in 2 wochen das alles vorbei sein wird - auf eine doch etwas trübselige weise. Einig darin, daß sich leute 'am schreibtisch' im allgemeinen nicht interessieren für die schicksale, die sie verwalten.

Die stationsschwester macht 3 tage abschieds-betriebsausflug nach hamburg mit ihrer 'garde', den beiden patentekeln unter dem pflegepersonal.

Schuberts streichquintett C-Dur: Es ist unfaßbar! Wozu noch leben, zu leben versuchen, wenn das der maßstab ist?! Und natürlich ist sowas der maßstab. - - Das wunder (und der schrecken), mensch zu sein..

Als ich vorschlage, den riesigen gymnastikball denen mitzugeben, protestiert monika: Nein, an die kinder- und jugendabteilung hier soll er, wie das bällchenbad! "Warum denn diesem träger geben?!" - "Er kommt doch unseren leuten zugute.. !"

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Das ist oft die kehrseite dieser segensreichen 'bauchmäßigen' spontanität: Wiedermal hat monika ein feindbild - ohne rücksicht auf verluste. Vielleicht gibt es wirklich kein wahres leben im falschen..

Und noch ein abschiedsgespräch mit unserm alten psychologen. Der mir dann steckt, wie der chefarzt hinsichtlich meines briefes rumgeeiert ist. Zunächst hieß es: "Wie kann der lüttichau bloß - ! Und jetzt muß ich - ! So viel unruhe erzeugen!!"

Nach dem 'ernsten gespräch' mit dem stv. krankenhausleiter hat er zum psychologen gesagt: "Na, ist doch gut, was der lüttichau gemacht hat! Soll er mal - !"

Ali, kerstin und alfred (nicht aber eva!) sollen vorerst hier bleiben und frühestens im august verlegt werden, wenn sich im heim die situation konsolidiert hat, erfahre ich von ihm. Von wem das ausgeht, weiß er auch nicht. - Klar, die 2 erfordern besonders viel aufmerksamkeit; andererseits ist das wegen der inzwischen entstandenen gruppenkonstellation wieder nicht so günstig. Aber - so ist's jetzt eben!

Im übrigen haben sie (für das erste jahr) den personalschlüssel erhöht, sodaß ein 'springer' dabei ist, für urlaubszeiten und krisensituationen.

Gestern hat eva im garten massiv 'gedrückt' und wollte dann in die hose greifen; niemand vom realteam war da. Ich hätte jemanden informieren können, aber plötzlich hatte ich das gefühl, diese situation hält das schicksal für mich bereit - und bin mit ihr zum klo gegangen. Windeln ab, aufs klo setzen lassen, es kam noch was, sacht ihre hände gehalten - und sacht mahnend sie davon abgehalten, zum kot zu greifen - und neue windel an und hose an und festgeklebt (mit pflasterstreifen - aber im ernstfall kommt sie trotzdem locker rein). - - Wunderbar ging es! Ganz sacht, eigentlich nur symbolisch aus alter tradition, hat sie ein paar abwehrgesten losgelassen - aber sie war völlig ruhig, kein angstvolles stöhnen, nix.

Dabei ist sie's ja nun nicht gewohnt, von mir aufs klo geführt zu werden. - Hab's monika erzählt; die hat betont, daß eva insgesamt bei den

pflegehandlungen viel, viel lockerer und unaggressiver ist als noch vor einiger zeit. Dabei hat sie jetzt wesentlich mehr verschiedene menschen, die an ihr hantieren!

Eva.. Sie hat tatsächlich insgesamt vertrauen gefaßt zu ihrer umwelt - jedenfalls in einem für sie sehr hohen maße.

Als sie wieder im garten war, hat sie überhaupt nicht versucht, in ihre hose zu fassen. Ich hab's einer betreuerin erzählt: wenn die im wohnheim eva möglichst sofort zum klo führen, sobald sie anfängt, zu 'drücken' (in ihrer spezifischen haltung), verschwindet für eva das empfinden der vollen windel - und damit vielleicht der reflex, sich kot zu ziehen.*

Kompetenzgeleitete konkurrenz gab es wohl kaum in der DDR; ausbildungsabsolventInnen wurden offenbar im wesentlichen einfach irgendwo untergebracht. Die für normal-selbstentfremdete menschen typische orientierung an persönlicher machtentfaltung (denn nur dadurch läßt sich das '*falsche selbst*' stabilisieren) konnte also nur über sachfremde, gewissermaßen symbolisierte intriguen sich austoben. Vermutlich konnte niemand sich aufgrund seiner kompetenzen, seiner arbeitsleistung sicher sein, daß sie/er nicht morgen abgesägt wird.

Noch letzte woche wußten die nicht, was sie mit mir ab nächste woche machen wollen! Dabei müssen sie mir etwas neues erst anbieten und ich kann mir bedenkezeit ausbitten.

Ganz ruhelos bin ich - versuche, immer noch mehr in diesen pfingstmontag reinzuquetschen - daß der noch nicht zuende geht - daß die nächste woche noch nicht anbricht - - in der eva verlegt wird (und die andern).

In mir drin weint es.. ich spür's..

Es war doch meine aufgabe, eine aufgabe in der außenwelt - zum erstenmal im leben.

* So hat das dann tatsächlich funktioniert im wohnheim!

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Juni 1998

Wieder eines dieser wunder des lebens. Die zukünftige psychologin des heims ist da und wird in der letzten woche bei uns sein. Sie hat 4 jahre enthospitalisierung in brandenburg mitgemacht, bis vor ein paar monaten; wir beide haben stundenlang geredet und sind in allem fachlichen völlig konform!

Ursprünglich sollte sie eine honorarstelle für 18 stunden bekommen; jetzt haben sie ihr eine volle (und unbefristete) stelle angeboten, allerdings gesplittet mit einer halben erzieherstelle - mit der vorstellung, daß sie zeitweise auch in den gruppen präsent ist. Das entspricht genau meiner wunschvorstellung in meiner damaligen bewerbung, nur hab ich eben keine psychologenausbildung; aber es ist gut so, denn ich spüre eh, daß ich mal wieder etwas anderes machen muß.

Ach, mir fällt ein stein vom herzen!!

Jener betreuer, der damals wegen seiner autoritären, grobschlächtigen verhaltensweisen während der hospitation hier rausgesetzt wurde, wird dennoch bei unseren bewohnerInnen arbeiten! - Als ich das erfuhr, bin ich zur stationsschwester rein, hab es ihr mit entsprechender empörung berichtet. Dabei saß grad die oberchwester mit drin; das war mir wurscht. Viel reden ging dann aber nicht; die oberchwester hat sich nicht geäußert. Später hat mich die stationsschwester zu sich gerufen: "Hören sie mal, gräfliche grafenschaft - daß sie sich nicht wundern: Ich bin überzeugt davon, daß die oberchwester das wußte! Die und die heimleiterin stecken völlig unter einer decke.. - Sie war ja auch die einzige von uns, die zur einweihungsfeier eingeladen war - weil sie ja so viel damit zu tun hat! - - Ach, da hackt eine krähe der andern kein auge aus!"

Wie ulrike, die psychologin, gestern sagte über die gegenwärtige situation sehr vieler DDR-bürger: alles leid wird projiziert, verschoben auf

sündenböcke, wird rationalisiert. - Auf anhieb können sie für eine situation oder eine person ein wasserdichtes gebäude aus negativzuschreibungen erstellen - und ebenso schnell könnten sie es verwerfen; das aber geschieht eher selten, wohl wegen der durchgängigen frustration im gegenwärtigen alltag. Es gibt kaum gutes mehr in ihrer welt; das gute aus der DDR-zeit (oder was sie damals als gut interpretiert und empfunden haben) ist weg, und mit dem möglichen guten der westlichen lebensweise kommen sie noch nicht zurecht. (*Ulrike ist auch eine wessi; - tut mir leid.*)

5. Juni 1998

Als wir wegfahren, kam uns unterwegs die oberschwester entgegen - blieb stehen - fuchtelte mit den armen; aber der fahrer kannte sie nicht und ich hab sie ignoriert. Sie wollte ja mitfahren (*"Damit sie für den rest ihres lebens erzählen kann, sie hat das enthospitalisierungsprojekt betreut bis zur verlegung!" - die stationsschwester*), aber jetzt sind wir (wirklich zufällig!) 'ne halbe stunde früher losgefahren.

Dort liefen die 'hohen herren' des trägers auf und haben vergeblich nach ihrer einzigen ansprechpartnerin ausschau gehalten. Irgendwann wurde die psychologin beiseite genommen und zur rede gestellt, weil ich dabei war: "Daß der sich hierhertraut! Wegen dem wäre fast das projekt baden gegangen!" - Was sie denn mit mir zu reden habe?!

Da sitze ich nun, - eigentlich fassungslos: auch so kann es mal sein - ?

Daß etwas gut geht, was von anfang an verkorkst und vergiftet war in so vielen aspekten?

Wunderbar lief die verlegung ab. Wie streßlos, gelassen, aufmerksam, engagiert die bewohnerInnen dort empfangen wurden. Und das haben sie gemerkt! Ansonsten hätten sie kaum so locker und angstlos ihre neue umgebung erkundet! Ganz ähnlich war das, wie ich es bei der verlegung in bayern erlebt habe. Bei mir wieder diese scheu, das gefühl, die wollen mich ja sowieso nicht, meine neigung, mich zu verdrücken - zumindest wenn da

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

mehr "erwachsene" rumstehen. Aber als ich am abend ging, bedankte sich eine betreuerin, daß ich dabei war: "So als ruhender pol.."

Beim abschied im krankenhaus die tränen von schwestern - - wie ich überhaupt in den letzten tagen und wochen manchmal gemerkt habe, daß auch in denen der wunsch lebt, den bewohnerInnen gerechtmachen zu werden. Dennoch bin ich sicher, daß die bewohnerInnen sich heute gleich so wohlfühlt haben auch, weil keine hektisch und ruppig agierenden schwestern und pfleger da waren. - Aber ich möchte das denen nicht mehr so deutlich sagen, nicht so sehr diesen einzugstag loben.. Die können es nicht verstehen! Die werden das alles nie verstehen.

Noch in den allerletzten minuten haben sie aus ihrer selbstverständlichen schwesternmacht agiert; - eine von ihnen hat eva zum auto getrieben wie ein schaf, das links und rechts ausbrechen will - obwohl sie wußte, daß ich mitkomme.

Dann sind wir abgefahren.. draußen auf dem weg die schwestern, winkend - In mir war nur ein gedanke: *Eva ist raus aus der psychiatrie. Nach 30 jahren.*

Wann im leben war ich so glücklich wie jetzt? Es ist ja ein anderes glück als mit einem geliebten menschen, - oder doch nicht? Das geliebte gegenüber ist die welt, ist das ALLES an leben; - geliebtes leben!

Am nächsten tag die restliche übergabe mit ulrike. In den gruppen ist alltag eingeleitet; ich habe sichtlich schon ein bißchen gestört. Es verletzt mich nicht. - Alltag ist angesagt, - selbst entdecken, - selbst wege und möglichkeiten finden - sich nichts mehr sagen lassen wollen!

Eva hat an diesem zweiten tag beim essen die betreuerin, die sie füttern wollte, weggestoßen und sich an den tisch gesetzt, zu den andern - !

Wilfried hat sich das wasserbett als pennplatz rausgesucht und probiert das schaukeln aus, die leichtigkeit, die sein schwerer körper dadurch bekommt.

Torsten kann in aller ruhe sachen hin- und herräumen.

Heinz zieht über mich her; das ist eben seine form, sich zu profilieren. Gehört auch dazu.

Anhang:

Anhang:

**Enthospitalisierung schwer kognitiv ("geistig") und zum Teil mehrfach
beeinträchtigtter Erwachsener aus dem psychiatrischen Krankenhaus
(Berlin 1995-98)**

Mondrian v. Lüttichau:

Heilpädagogische Berichte zur Verlegung in Wohnheime

(Auswahl)

Torsten T.

Bei Herrn T., der seit dem 10. Lebensjahr in betreuten Einrichtungen lebt, sind motorische Unruhe, Autoaggressionen, bizarre Handhaltungen und sich die Ohren zu halten seit jeher dokumentiert. Auch weinen, wimmern, schreien, unter dem Tisch Schutz suchen und ein meist finsterner Gesichtsausdruck werden seit der Jugendzeit beschrieben. Bedeutsam ist, daß der heutzutage starkgebaute Mann in der Kinderzeit als "körperlich klein, zart, ängstlich" beschrieben wird. Durch die Berichte zieht sich deutlich die Polarität von mißtrauischer, beobachtender Haltung und offensichtlicher Liebesbedürftigkeit.

Schon in der Jugendzeit wurde festgestellt, daß kognitive Überforderung (d.h. Unsicherheitsgefühle) bei Herrn T. schnell zu übersteigerten Abwehrreaktionen führen. Aufgaben und Angebote, die eher eine motorische Bestätigung verlangen, haben sich demgegenüber bewährt.-

Empfohlen wurde seinerzeit*

- > starke gefühlsbetonte Zuwendung,
- > Vermeiden jeglicher Strenge und Härte,
- > lustbetonte Situationen,
- > rhythmische Schulung zur motorischen Entladung, um den gestauten Impulsen eine Richtung zu geben.

Aus den letzten 15 Jahren wird immer wieder Torstens Bereitschaft zu Kontakt und tätiger Beteiligung in der Tagesförderung betont.

Unruhezustände, (auto-)aggressive Inszenierungen, jammern, Ohren zuhalten u.dgl. treten dennoch situativ weiterhin auf, möglicherweise, wenn Torsten sich vernachlässigt fühlt. Allerdings versucht er auch sehr selbständig, Bedürfnisse durchzusetzen und reagiert dann bei Versagungen leicht mit plötzlichen

* von gerda jun, kinderpsychiatrie herzberge. - Vergleiche auch ihr noch immer sehr lesenswertes buch: 'Kinder, die anders sind' (Berlin/DDR 1984; neuauflage bei dtv)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Aggressionen. Hier ist klare Autorität ihm gegenüber durchaus angebracht und nötig, allerdings sollten Anweisungen und Verweigerungen möglichst eingebunden sein in Signale beziehungsmaßiger Zuwendung.

Herr T. wurde Anfang 1997 von einer Station mit mehrheitlich chronisch psychisch kranken PatientInnen verlegt in unsere Gruppe mit vornehmlich kognitiv beeinträchtigten BewohnerInnen ("Geistigbehinderte"). In diesem kaum von Symptomen psychischer Krankheit geprägten Milieu taute Torsten schon seit den ersten Wochen sichtbar auf; er interessierte sich für heilpädagogisch orientierte Angebote, nahm die Zuwendung der MitarbeiterInnen selbstverständlich in Anspruch. Manche seiner Symptome lassen sich inzwischen relativ deutlich als Imitationen verstehen (Ohren zuhalten, bizarre Handhaltungen, wohl auch das demonstrative Ausstoßen von Schreien). Bedeutsam ist, daß Torstens gemeinhin durchgängig finsterer Gesichtsausdruck immer wieder einer gelösterten Miene Platz macht.

Im Einzelkontakt in der Station sowie innerhalb der Beschäftigungstherapie zeigt Herr T. fast durchgängig nuanciertes Interesse an Vorgängen und Zusammenhängen. Zweifellos besteht bei ihm ein umfassendes Entwicklungspotential. Von beziehungsmaßiger Zuwendung geprägte Kontakte sind allerdings Voraussetzung für Fortschritte bei einer Förderung.

Torstens Bedürfnis nach situativen Rückzugsmöglichkeiten (auch dies kann er klar signalisieren) wird wohl bestehenbleiben und sollte beachtet werden.

Michel M.

Herrn M.s recht turbulente Lebensgeschichte ist seit der Kindheit geprägt von ängstlich-scheuem Abwehren von sozialem Kontakt einerseits und anschiemig-kontaktfreudigem Verhalten andererseits. Die Hinweise in den Akten lassen die Vermutung zu, daß beides in Zusammenhang steht mit dem jeweiligen sozialen Milieu bzw. den konkreten Beziehungsangeboten anderer. Michel orientiert sich grundsätzlich stark an stereotypen Abläufen und Gegebenheiten. Im Verlauf der Einzelförderung (ab Sommer 96) zeigte sich jedoch, daß solche Fixierungen meist relativ einfach aufgelöst werden können – allerdings nur zugunsten anderer 'sicherer' Gegebenheiten. Etliche Stereotypen hat Michel M. offensichtlich seit Jahrzehnten verinnerlicht. Diese dürften nur entsprechend schwer aufzulösen sein, zumal es sich bei ihnen offenbar um zentrale (hospitalisierungsbedingte) Ersatz-Befriedigungen handelt:

> Phasenweise Selbststimulierung, teilweise mit Verletzungsgefahr (heißes Wasser über Körperteile laufen lassen, Selbstverletzungen mit Schere im Genitalbereich, sich von Mitbewohnern kneifen lassen u. dgl., sich hart fallenlassen auf Knie/Schienbeine – nachdem er sich die Hosenbeine hochgekremgelt hat!). Auch eine stundenlange stereotype, sexuell kaum befriedigende Form der Masturbation dürfte in diesen Bereich diffuser Selbststimulierung gehören.

> Weglaufen wollen. Dies ist aktenkundig seit der Kindheit und könnte ursprünglich mit unangenehmen Erfahrungen im Elternhaus zusammenhängen.

> Ständiges, geradezu suchartiges Verlangen nach Getränken bzw. oraler Befriedigung. Michel ist im Stationsalltag (falls er sich nicht zum Schlafen oder Masturbieren zurückzieht) fast unablässig damit beschäftigt, Möglichkeiten ausfindig zu machen, an etwas Trinkbares zu kommen. Auch feste Nahrungsmittel verschmäht er nicht. (Leider macht er auch nicht unbedingt Halt vor nicht trinkbaren Flüssigkeiten.) – Gerade bei diesem Thema zeigt sich Herrn M.s vergleichsweise hohes kognitives Niveau. Er beobachtet Situationen beharrlich so lange, bis er annehmen darf, daß niemand 'aufpaßt' – um dann blitzschnell zuzugreifen. Er findet durch Beobachtung das Versteck eines Schrankschlüssels, holt die Thermoskanne raus, nimmt sich eine Tasse, trinkt den Kaffee tassenweise aus, stellt dann alles wieder zurück, schließt ab und legt den Schlüssel an seinen Platz zurück. (Natürlich spielt hier auch sein grundsätzliches Ordnungsbedürfnis mit.) Und er ist schon von außen in das offene Küchenfenster der türseitig verschlossenen Küche geklettert.

Diese hohe Intelligenz und Differenziertheit anhaltend umzulenken in andere Erfahrungs- und Befriedigungsmöglichkeiten, ist bislang noch nicht gelungen. Es war innerhalb der Einzelzuwendung jedoch oft möglich, ihm einzelne Situationen anzubieten, in denen Herr M. neue Erfahrungen mit sich, mit Gegenständen und Abläufen machen konnte. Immer wieder empfand ich dabei seine grundsätzliche Scheu, die Neigung, sich sofort wieder ängstlich zurückzuziehen, wenn ein Dritter

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

(auch Mitbewohner) sich der gemeinsamen Situation näherte oder gar mitmachen wollte. Dieser Anteil seiner Persönlichkeit wird angesichts der Beharrlichkeit ("Unverschämtheit") in anderen Situationen leicht übersehen.

Aufgrund der außerordentlichen Willenskraft und Raffinesse, mit der Michel ständig auf der Jagd nach Trinkbarem ist, verursacht er entsprechend rigiden Widerstand in der Umgebung. Sein Selbstbild dürfte geprägt sein von der steten Erfahrung, verscheucht, vertrieben zu werden – abgelehnt zu werden.

Dazu kommt als zweites Michels ebenso unnachgiebiger Versuch, sich zum Tagesschlaf zurückzuziehen. Auch dies verursacht immer neues Auf- und Weggescheuchtwerden (weil er dann nachts, statt zu schlafen, die Räume durchstreift).

Die hohe Vehemenz und Unabweisbarkeit der Versuche, in ganz verschiedenen sensorischen Momenten Befriedigung zu finden, läßt grundlegende soziale Defizite im Bereich der frühkindlichen Erfahrungsmöglichkeiten vermuten. (Dies ist zu unterscheiden von der hirnorganischen Schädigung, durch die der Bereich der frühkindlichen sensomotorischen Entwicklung bei Michel M. allem Anschein nach nicht in relevanter Weise beeinträchtigt wurde!)

Aber auch das allgemeine Bedürfnis nach körperlichen Anforderungen und Tätigsein auf einem dem kognitiven Potential entsprechenden Niveau bleibt bei Michel mit Sicherheit bislang unbefriedigt und trägt zur Vehemenz seiner Ersatzbefriedigungsversuche bei. Manche Verhaltensweisen lassen sich direkt in diesem Zusammenhang verstehen: Kletterversuche am Treppengeländer sowie ein seit jeher bekanntes ab und an auftretendes sich-Ausschreien ohne jede aggressive Komponente (jeweils ca. 10 Minuten lang).

Bei aufmerksamer, auch leiborientierter Zuwendung wurde deutlich, daß Herr M. ein hochsensibler Mensch ist mit intensivem Bedürfnis nach zwischenmenschlichem Kontakt. Eine besondere Bedeutung hatte zunächst der Stirn-an-Stirn-Kontakt mit mir, das wechselseitige Auflegen der Hand auf die Stirn. Mit derartigen ritualisierten Kontaktmomenten begann Michel im Herbst 96, auf meine stetigen Beziehungsangebote einzugehen. In den ersten Wochen wollte er immer wieder und bis 10 Minuten lang Stirn-an-Stirn stehen, dann reduzierte sich das Ritual und wurde nur noch selten und für einige Sekunden zelebriert.

Es handelt sich wohl um eine Form der sozialen Vergewisserung, die sicher auch ihre, wohl nie mehr nachvollziehbare, Geschichte hat.

Innerhalb der Einzelbetreuung wurde versucht, die stereotype (anonyme) Abweisung/Verweigerung (wegen der Jagd auf Getränke bzw. dem Schlafenwollen am Tage) umzulenken in 'konkretere' Ablehnung im Rahmen der Beziehung, um dann die stereotype Bedürfnisbefriedigung durch andere Angebote zu ersetzen.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Angesichts der kurzen Dauer dieses Ansatzes und der vielfältigen Umstrukturierung des Stationsalltags in dieser Zeit war ein sichtbares Resultat noch nicht zu erwarten. Besonders bedeutsam war jedoch insgesamt die Erfahrung, daß Michel M. jenseits seiner spontanen Kontaktscheu ohne jeden Zweifel ein starkes Bedürfnis nach verlässlichem individuellem Beziehungskontakt hat. Dies zeigte sich nicht zuletzt insofern, als er in letzter Zeit immer wieder in sozial unruhigen Alltagssituationen offensichtlich bei mir Schutz sucht in Beziehungsritualen oder indem er mich bei der Hand nimmt und in 'unsere' (Therapie-)Räume zieht.

Auf der Grundlage solcher Beziehungskontakte ist Herr M. deutlich interessiert daran, Neues kennenzulernen, d.h., sich weiterzuentwickeln. – Seit Januar 97 nimmt er ein beschäftigungstherapeutisches Angebot (außerhalb der Station) in Anspruch, vorerst in Einzelstunden. Auch dort zeigt er durchgängig Zugewandtheit und hohes Interesse.

Bericht zur Verlegung

(Aufgrund seiner schwierigen verhaltensweisen wurde michel m. in eine einrichtung verlegt, deren mitarbeiter in besonderer weise ausgebildet sind. Ich hatte ihn für eine woche dorthin begleitet. – Wegen der unklarheit, ob michel dort bleiben könnte, hatte ich die erfahrungen dieser woche ausführlich dokumentiert.)

2.6.97 (Fahrt) Durchgängig gespannte Aufmerksamkeit, dabei vorrangig mit Blick nach vorne ('in die Ferne').

(Gruppe 2) Sechs MitbewohnerInnen, die alle sprechen (können) und Herrn M. kognitiv wohl überlegen sind, jedoch teilweise relativ stark für sich (zurückgezogen) leben. Die Gruppe ist erst seit einigen Monaten zusammen.

Michel reagiert zunächst scheu, ängstlich, will mit mir wieder wegfahren, sucht das richtige Auto.

Nach ca. einer Stunde nimmt er den Psychologen der Einrichtung und mich (zugleich) an den Händen und durchstreift so ausführlich die meisten Räume. Geht mit mir an der Hand raus auf den Hof, kehrt von selbst wieder um und geht ins Haus.

Beim Essen: als das Trinken sofort verteilt wird (nicht, wie er es gewöhnt ist, erst nach dem Essen), sage ich: "Erst essen!" Dies akzeptiert Michel. (Er hatte schon zuvor erlebt, daß er mehr als bisher zu trinken bekommt und daß sein Drang, Trinken zu erjagen, keine affektive Ablehnung hervorruft, auch wenn ihm nicht immer nachgeschenkt wird.)

Schon an diesem Abend zieht er sich immer wieder für ein paar Minuten in sein Zimmer, auf sein Bett zurück (sitzend, angespannt, aufmerksam).

3.6. Thema Trinken: Das bekannte Verhalten, aber durchgängig lockerer Umgang der BetreuerInnen damit. Michel bekommt nachgeschenkt, kann sich auch selbst

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

bedienen. Dennoch Begrenzung nach jeweils 2-3 Tassen/Gläsern. Herr M. reagiert nicht mehr so stark fixiert auf die Getränke anderer.

Es wird damit begonnen, Michel stündlich oder halbstündlich jeweils eine Portion Trinken offensiv anzubieten. Damit soll versucht werden, die Erwartungshaltung bzw. die positive Erinnerung an die Bedürfnisbefriedigung aufrechtzuerhalten und ihn damit an die Gruppe zu binden: Daß er nur zu warten braucht, und dann kommt von alleine wieder etwas zu trinken.

Daneben der Versuch, ihn abzulenken von der hochbefriedigenden Brause auf Fruchtee/Selter (Suchtfaktor 'Süße' ausschleichen). Die Alternative wird von Herrn M. akzeptiert, obwohl er offensichtlich lieber Brause/Cola hätte.

- Thema Weglauftendenz: Herr M. geht mehrfach auf den Hof oder nur an die Haustür und kommt von alleine zurück. Dann aber ist er losgegangen, offenbar ohne zurückkommen zu wollen. Ich bin ihm hinterher, hab ihn an der Hand genommen und mit ihm Spaziergang gemacht. Mehrfach machte Michel auf meine Erinnerung/Mahnung hin bereitwillig kehrt Richtung Haus. Am Waldrand (wo wieder eine Abzweigung 'ins Freie' war) nahm sein Tempo sacht zu, er schien 'ins Leere' weiterlaufen zu wollen. Ich habe ihn mit Autorität und durch körperliches Umdrehen auf den Heimweg gebracht. Dann aber ging er von sich aus zum richtigen Eingang ins Heimgelände rein.

Später ist Michel zweimal alleine weggegangen – erst als ich bis auf zwei Meter Nähe bei ihm war, hat er sich von mir verbal zurückhalten lassen.

(Ich empfinde die Weise seines 'Land Gewinnens' wie einen Öltropfen auf dem Wasser: Er verfließt, läßt sich immer weiter nach außen treiben, ins Unendliche. Michel scheint sich in der Weite aufzulösen.. – Möglicherweise ein stereotyp gewordener Rest der 'symbiotischen' Bedürftigkeit der ersten Lebensmonate?)

Nachmittags kam Michel einmal selbständig vom Hof zurück (ohne für ihn sichtbare Betreuer), zweimal nach Ruf von ihm schon bekannten BetreuerInnen.

Schon jetzt zeigte sich das organisatorische Problem der GruppenbetreuerInnen, stetig aufzupassen auf dieses einfach Weggehen von Michel.

Gespräch mit der Heimleiterin: Nach meinem Bericht hätten sie mehr auf Herrn M.s kognitives Niveau vertraut. Die extrem hohe Diskrepanz zwischen diesem kognitiven Potential (das sie durchaus bestätigen) und der sozialen Bindungslosigkeit sei für sie nicht vorhersehbar gewesen. Dennoch passe Michel in jedem Fall grundsätzlich gut zu ihrer Einrichtung, nur leider jetzt in diese für ihn vorgesehene Gruppe nicht - insbesondere aufgrund der hohen Selbständigkeit der andern Gruppenmitglieder, die eine eindeutig 'offene' Wohnform brauchen.

Gruppengespräch unter Teilnahme der Heimleiterin: Die Gruppe versucht, Michel "zu adoptieren als ihr Baby". Drei BewohnerInnen sind bereit, mitzuhelfen beim Aufpassen, das Personal zu informieren, wenn er wegehen will. (Die Praxis zeigte, daß sie nur sporadisch daran denken.) Die drei BewohnerInnen äußern in eigenen Worten, daß sie Michel mögen, daß er lieb sei. Dennoch gibt es Irritationen und Ängste, weil er in fremde Zimmer geht und klaut. Sie sollen Getränke in die eigenen

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Schränke schließen. (Gerade die Bewohnerin, die Angst äußerte, schickte später Michel in geradezu mütterlich-besorgter Weise von ihrer Tür weg..)

4.6. – Thema Weglauftendenz. Mehrfaches Rausgehen. Eine ihm noch nicht vertraute Betreuerin versucht, Herrn M. zurückzuholen, er reißt sich los und läuft schneller weg. Als ich hinterhergehe, reagiert er auch auf mein Rufen nicht mehr. Weit unten an den Feldern hält er zögernd ein, aber nicht unbedingt wegen mir. Er beachtet mich nicht, guckt nach allen Seiten bis zum Horizont – es stellt sich etwas wie ein 'Fernblick' ein, es scheint eine suggestive, saugende Wirkung auszugehen von der Weite.

(Bei Spaziergänge im Krankenhausgelände: In der Nähe der Straße blieb Michel regelmäßig stehen oder konnte den Blick kaum lösen. Ich erinnere mich an den gleichen wie hypnotisiert wirkenden Blick in die Ferne. – Möglicherweise jedoch ist im Krankenhaus die Erinnerung an die reale Befriedigung durch das Sich-treiben-lassen-in-die-Ferne im Laufe der Jahre/Jahrzehnte verlorengegangen, - eine Art Resignation ist vorstellbar. Denn auch dort hätte Herr M. die Zäune jederzeit überwinden können, wenn er dies unbedingt gewollt hätte.)

Sacht folgte Michel dann meinem Ruf und ging zurück, - dies aber wohl deshalb, weil hier bis jetzt die Grenze seines Mutes war, oder aber: Die 'Fernweh'-Befriedigung war für diesmal ausreichend gewesen.

Nach den Beobachtungen dieser Tage vermute ich, der Radius seines Weggehens würde sich ohne ein angemessenes heilpädagogisch/therapeutisches Milieu immer mehr erweitern, die Selbstverständlichkeit der 'Leere'/'Freiheit'/'Weite' würde zunehmen als positiver Regelkreis, der dann durchbrochen werden kann wohl nur noch durch fallweise gezielte Intervention (Zuwendung, Autorität, Trinkmöglichkeit).

Es käme also darauf an, Michel M.s letztlich situationsadäquate Sehnsucht nach Auflösung der beengenden und ihm kaum angemessenen Lebenssituation, nach Freiheit im Sinne von Verwirklichung des eigenen Potentials gerechtzuwerden.

Nachmittags waren im Gruppenraum nur wenige BewohnerInnen (wegen Arbeitstherapie) und die ihm inzwischen vertrauten BetreuerInnen in der Dienstbesprechung. Die neugeknüpfte soziale Bindung war dadurch wesentlich reduziert. Michel versuchte mehrfach direkt hintereinander, blitzschnell aus der Tür zu verschwinden, wobei er jetzt gleich in einen langsamen Laufschrift fiel. Erst nachdem ich ihn kurz festhielt, ging er (ohne anzuhalten) zurück in die Gruppenräume. – Es folgten noch weitere Versuche, sich durch langsames Anschleichen (mit sichernden Blicken hinter sich) der Außentür zu nähern.

In diesen Tagen trat aufgrund der überschaubaren Gruppensituation der Leerlauf, die durchgängige Unterforderung als Grunderfahrung seines Lebens besonders deutlich zutage: Stetes Pendeln zwischen Sofa/Bett – Suche nach Trinkbarem – Versuch, zur Tür zu entweichen – hilfloses Suchen nach Beschäftigung: mit Fädchen und Staub spielen, Schmutz aus dem Fenster werfen, Zweige zwischen Bodengitter stecken.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

(Alles auch aus der Krankenhauszeit bekannt.) (Ungünstig, aber wohl kaum vermeidbar war, daß Herrn M. nicht von Anfang an gezielt und konzentriert Beschäftigungsmöglichkeiten angeboten werden konnten.)

Einzelne Beobachtungen:

> Beim Frühstück wollte Herr M. zunächst nichts essen, danach reagierte er auf geduldige Kontaktsuche einer Betreuerin mit nuancierten Unterscheidungen: Er lehnte Margarine ab, lehnte Nutella ab – und deutete auf den anderen Tisch, wo Margarine in anderer Verpackung (rot) stand.

> An beiden ersten Abenden blieb Herr M. bis ca. 22h auf (meist vor dem Fernseher), schlief dann durch. Tagsüber zog er sich zwar manchmal in sein Zimmer oder aufs Sofa im Gruppenraum zurück, wo er aber nicht schlief.

Nachmittags: Versuch mit Gruppe 1:

Eher geschlossene Wohnsituation mit dicht umzäuntem Garten, vier relativ schwer beeinträchtigte BewohnerInnen.

Zu allererst hat Michel mit ungewöhnlich hartem Griff sich Trinken erjagt; vermutlich als einzig vertrautes Moment der nun schon wieder völlig neuen Situation.

Danach hat er im Garten die Schaukel entdeckt und längere Zeit (oder mehrfach) sichtlich froh geschaukelt, dabei die Schaukel gegen eine Bewohnerin verteidigt.

Die Betreuerinnen bemühten sich um Verständnis und Zuwendung (ich blieb dabei und gab Hinweise), alle halbe Stunde wurde Herrn M. ein Glas Brause angeboten. – Nach meinem Eindruck waren die Betreuerinnen von Michel etwas überfordert, da ansonsten in der Gruppe die umsorgende Betreuung, der Pflegecharakter zu überwiegen scheint.

Bei Michel M. entwickelte sich nach einiger Zeit, wohl nicht zuletzt aufgrund von Langweile, verstärkt die übliche Suchhaltung:

> Halbhohes verschlossenes Gitter zur Treppe hoch (Haus liegt am Hang, Niveauunterschied Souterrain/Parterre): Mehrfach steht er lange über das Gitter gebeugt, schaut stereotyp immer wieder die Treppe entlang, hoch und runter, mit diesem abwesenden, langsamen Blick 'in die Ferne'. Kurz darauf hat er den Fuß über das Gitter geschwungen.

> In einem Schlafzimmer saß er auf dem Bett mit Blick aufs offene Fenster und schaute vesonnen hinaus..

> Nachdem im Garten jemand zur Zauntür reingekommen war, hat Michel sofort begonnen, systematisch die Tür zu untersuchen, um den Öffnungsmechanismus herauszufinden..

> Als er eine kürzere Zeit allein in den Räumen war, nahm er einen herumliegenden umfangreichen Schlüsselbund und fand den richtigen Schlüssel für den Vorratskeller, wo er ganz zu Beginn des Besuchs die Saftkisten wahrgenommen hatte. Er schloß auf und saß dann ordentlich am Tisch, trank die entnommene Flasche tassenweise leer.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Am Ende des Besuchs in Gruppe 1 (der keine erfolversprechende Perspektive ergab): Das Gitter wurde ihm geöffnet, Michel lief hoch – und nicht zum Haus raus (was der kürzere Weg gewesen wäre), sondern zurück in die Gruppe 2, wo er sich gleich aufs Sofa setzte!

Später hat Her M. dort bei den ersten Essensvorbereitungen aus eigener Initiative sich einen Teller und Löffel aus dem Schrank im Gruppenraum geholt und in der Küche mit aufforderndem Laut hingestellt!

Grundsätzliche Einschätzung der Situation nach drei Tagen:

Die BetreuerInnen zeigten Michel gegenüber von Anfang an sehr viel Zugewandtheit und Geduld. In der Dienstbesprechung am 5.6. (mit psychologischem Fachdienst) sprachen sie sich vorbehaltlos dafür aus, Michel einen Platz innerhalb der Einrichtung zu ermöglichen. Er sei "ein sehr lieber Kerl, und davon gibt's nicht so viele!"* Die Getränkefixierung wurde nicht als schwerwiegendes Problem gesehen; ihr könnte eine zunehmende affektive und beschäftigungsmäßige Einbindung ins Gruppenleben, in Verbindung mit verhaltenstherapeutischen Elementen, vermutlich entgegenwirken. Schon die ersten 36 Stunden hätten gezeigt, daß Herr M. in der Lage und bereit ist, sich positiv in den Gruppenalltag einzubringen, daß er hier überraschend schnell Vertrauen fassen konnte zum Personal und auf der Grundlage der zugewandten Anleitung sich neue Alltagsabläufe aneignen kann und möchte. Insbesondere hat sich auch sein recht hohes kognitives Niveau deutlich gezeigt, das nach dem äußeren Eindruck nicht zu vermuten sei. –

Das schwerwiegende Problem liegt in der Weglauftendenz, die sich in diesen Tagen klar als tiefverwurzelte Verhaltensstereotypie zeigte. Es ist auch nach meiner Beobachtung sehr fraglich, ob eine offene Wohngruppe bei der Normalbesetzung von zwei MitarbeiterInnen die heutzutage noch nötige ständige Aufmerksamkeit gewährleisten kann, ohne daß die Bedürfnisse der ganzen Gruppe massiv darunter leiden.

Aufgrund des lebenslangen Trainings hat Herr M. im Bereich der Jagd auf Trinkbares, der Benutzung von Schlüsseln, des Erkennens von Möglichkeiten, Hindernisse zu umgehen, wohl etwa die Intelligenz eines nichtbeeinträchtigten Zehnjährigen. Daß er die entsprechenden Befriedigungsmöglichkeiten nicht ständig zu erreichen sucht, dürfte u.a. damit zusammenhängen, daß seine Motivation (oder Willenskraft) sich jeweils erst 'verdichten' muß und nach Befriedigung (oder bei – Ablenkung) für eine gewisse Zeit reduziert ist.

Auslöser für eine solche 'Verdichtung' scheint vor allem das chronische beziehungsmaßige Defizit, kognitive Unterforderung und Langeweile zu sein.

Der offensichtliche Zusammenhang von beziehungsmäßigem Defizit bzw. kognitiver Unterforderung und daraufhin Orientierung des kognitiven Potentials und der

* Im Krankenhaus war er beim Pflegepersonal mit am unbeliebtesten, galt durchgängig als "hinterlistig" und wurde (wegen seiner klau-aktionen) verscheucht, wo er nur auftauchte.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

defizitären mitmenschlichen Bedürftigkeit auf Weglaufbestrebungen und Jagd nach Trinkbarem kann durchbrochen werden wohl nur über das Angebot eines angemessen differenzierten Lebensalltags, in Verbindung mit affektiver Zuwendung. (Aus diesem Grund macht eine Verlegung in die ihn rigoros unterfordernde Gruppe 1 keinen Sinn, da hier schon nach einer Stunde – trotz zugewandter Bemühungen um Michel – die Dynamik der Ersatzbefriedigungen zunahm.)

Die MitarbeiterInnen von Gruppe 2 haben sich eindeutig dafür ausgesprochen, Herrn M. trotz der offensichtlichen Überforderung des Gruppenablaufs bei sich zu behalten, solange es irgend geht bzw. auch in der Hoffnung, daß sich in absehbarer Zeit innerhalb der Einrichtung ein Wohnheimplatz für ihn findet, bei dem die nötige Aufmerksamkeit eher gewährleistet ist (u.a. aus räumlichen Gründen).

Sollte es trotz aller Bemühungen aufgrund der Weglaufstereotypie nicht möglich sein, Michel M. derzeit im Bereich des Trägers unterzubringen, wurde dringend gebeten, seinen bisherigen Platz bei uns (im Krankenhaus) für ihn wieder zur Verfügung zu stellen, um ihm in diesem Fall zumindest das jahrzehntelang vertraute Milieu nicht zu entziehen. Dieser Bitte schließe ich mich an!

Aufgrund der bedarfsorientierten Weiterentwicklung des Trägers ist durchaus denkbar, daß in späterer Zeit Wohnmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die eher auf Herrn M.s Situation zugeschnitten sind, wurde angedeutet.

(Trotz erheblicher probleme in den folgemonaten konnte michel M. in dieser wohngruppe bleiben. Ich habe ihn ein jahr später besucht und es war sehr schön zu erleben, wie gut er sich dort integriert hat und wie eindeutig er von bewohnerInnen und betreuerInnen gemocht wird! - Durch einen geringfügigen umbau der gruppenräume und entsprechende zeitliche strukturierung entstand (bei nach wie vor offenen türen) eine art 'schleuse', durch die gewährleistet war, daß michel nicht ungesehen weggeht. Indem in solchen momenten dann kurzzeitig ein beziehungskontakt hergestellt wird, ist das weglaufen-wollen schon sehr selten geworden. Einmal ist er entwischt und dann im nächsten dorf herumgeirrt. Dies wurde zum anlaß genommen, dort bei entsprechenden anlaufstellen, insbesondere läden, darauf hinzuweisen, daß in solchen fällen in der wohngruppe angerufen wird. - Zehn jahre später, im jahr 2007, bekomme ich wieder kontakt mit dem pädagogischen leiter des trägers und erfahre, daß es michel nach wie vor gut geht in seiner wohngruppe!)

Peter B.

Peter machte (laut Akten) mindestens seit der Jugendzeit durch Autoaggressionen, Zerstören von Wänden, motorische Unruhe, fordernde Schreie, auf der Stelle springen u.dgl. auf sich aufmerksam, ließ sich auf engeren Kontakt aber in der Regel nicht ein. Im Stationsalltag bezog er entweder Standorte, von denen aus er möglichst viel vom Geschehen überblicken konnte, oder aber er zog sich in die hinterste Kellerecke zurück. – Es scheint bei ihm eine ausgeprägte Polarität vorzuliegen zwischen starker Scheu und Ängstlichkeit einerseits und ebenso starkem Bedürfnis nach verlässlicher individueller Zuwendung. Wer sich mit viel Geduld auf Peter einläßt (wie es vor allem im Verlauf des Jahres 96 möglich wurde), kann erleben, wie Herr B. sich Woche für Woche mehr auf zwischenmenschlichen Kontakt einläßt. Das beziehungsmaßige Hin und Her bedeutet ihm im Grunde sogar viel: Um etwas zu bitten und es zu bekommen, etwas zeigen und darin beachtet werden, oder einfach mit einer Bezugsperson längere Zeit sitzen zu bleiben, Hand in Hand Spaziergänge zu machen.

Weiterhin ist es für Peter wichtig, sich als handelndes Subjekt zu erleben; bei jeder Forderung auf ihn zu weicht er erstmal reflexartig zurück und liefert seine provokanten Aktionen (die also insofern nicht nur Aufmerksamkeit fordern, sondern manchmal vorrangig die Funktion haben, Distanz herzustellen!). Noch immer schreckt er zurück vor den allermeisten Gegenständen und Tätigkeiten, hier muß er an alles einzeln und in vielen winzigen Schritten herangeführt werden.

Gibt es erst vertraute Objekte und Tätigkeiten, beteiligt er sich sehr gern an Abläufen; Peter ist eigentlich ein häuslicher Typ mit viel Sinn für Ordnung und Sauberkeit!

Zu erwarten ist, daß Herr B. in der neuen Lebenssituation zunächst rigoros sich abgrenzt mit Provokationen und autoaggressiven Inszenierungen. Es kommt dann darauf an, hierauf nicht mit undifferenziertem Gegendruck zu regieren; dies würde insbesondere die Autoaggressionen vehement verstärken. Konsequente, ruhige und zugleich zurückhaltende Kontaktangebote möglichst von zunächst nur einem Betreuer/einer Betreuerin helfen ihm sicher am meisten, neu Wurzeln zu fassen. Dazu gehört allerdings auch, ihm – ebenso ruhig und klar – Grenzen zu zeigen, Konsequenzen auch seines Verhaltens zu verdeutlichen. Zweckmäßig ist bestimmt auch, Herrn B. von Anfang an Örtlichkeiten und alltägliche Funktionen zu verdeutlichen. Im Laufe der Zeit können sich Anknüpfungspunkte für eine Mithilfe besonders im Haushalt finden.

Inge I.

Ohne Zweifel hat Frau I. sowohl in emotional-beziehungsmäßiger als auch in kognitiver Hinsicht Entwicklungsmöglichkeiten. Allerdings haben sich, möglicherweise schon als Folge unangemessenen Umgangs im Elternhaus, massive Verhaltensprobleme entwickelt, die Inge vermutlich seit jeher an der Entfaltung ihres Entwicklungspotentials gehindert haben.

Aus den bis in die jüngste Zeit zu beobachtenden Abläufen läßt sich ein in den Konsequenzen sich verschärfender 'Webfehler' rückschließen:

- (1) Inge hat – wie viele Kinder/Jugendliche – vermutlich gelernt, daß sie bei Unlustsituationen ihren Willen häufig durchsetzen kann durch provokantes, aggressives Verhalten (zunächst: schreien, zetern, sich auf die Erde werfen).
- (2) Ihre hohe Vitalität hat dann in Verbindung mit der kognitiven Beeinträchtigung (eingeschränkte Lernfähigkeit) und unangemessenen Angeboten (Hospitalismus) bewirkt, daß Frau I. Befriedigung zunehmend bezogen hat aus provokanten und (auto-)aggressiven Inszenierungen und der dadurch bewirkten Aufmerksamkeit anderer. Dies dürfte sich nochmal gesteigert haben, nachdem Inge gelernt hatte, daß besondere Anteilnahme bei möglichst eindrucksvollen Selbstverletzungen winkt. Mittelpunkt der aufmerksamkeitheischenden Autoaggressionen war über längere Zeit das Zerreißen ihrer Augenlider (mit nachfolgenden Operationen). Die hohe affektive Besetzung jeder ärztlichen Betreuung zeigt sich auch im entsprechenden Repertoire stereotyper Formulierungen ("Doktor gehen!" – "Zahnarzt Spritze" – Aua wehweh!").
- (3) Es ist plausibel, daß ein derart erfolgreicher Lernprozeß die Aufmerksamkeit von Frau I. noch mehr abgezogen hat von anderen Befriedigungsmöglichkeiten. So ist zu erklären, daß Inge Beschäftigungsangebote zwar manchmal spontan annimmt, dann aber gleich wieder abwinkt: "Ná, ná – Inge 'nug!" (= *genug*)

Inge I.s hohe passive bzw. kommentierende Aufmerksamkeit für Alltagsvorgänge, ihr oft treffend zutage tretender Humor und ihre Freude an Festen, an Musik ("Tortenspieler!" = Plattenspieler) und Tanzen lassen vermuten, daß es sich bei Inges Verhalten insgesamt bislang noch weniger um echten (hospitalismusbedingten) Rückzug handelt als vielmehr eher um die Konsequenz angelernter Verhaltensmuster, die durch entsprechende Anleitung wohl umgewandelt und aufgelöst werden können. – Zu stärkeren Selbstverletzungen ist es in den letzten Jahren, seit dem Beginn von Förderangeboten (1991/92), nicht mehr gekommen.

Daneben zeigt Frau I. stereotype Verhaltensweisen, die wohl vorrangig der Ich-Stärkung (oder Selbstvergewisserung) dienen. –

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Inge hatte gelernt, Handschuhe zu tragen, um sich vor Selbstverletzungen (insbesondere der Augen) zu schützen. Dieses Attribut wurde im Laufe der Jahre offenbar zum Teil ihres Selbstgefühls, - möglicherweise auch zum selbständigen Symbol von Schutz, Geborgenheit. Für das zwangsweise Tragen von Handschuhen besteht längst keine Veranlassung mehr, dafür ist Inge jetzt dazu übergegangen, fast ständig Strümpfe an den Händen zu tragen, die sie jeweils sorgsam und möglichst faltenlos bis über die Ellbogen streift. Sie wechselt, insbesondere in dieser jüngsten Zeit verstärkter neuer Erfahrungen und Anforderungen, häufig zwanghaft ihre 'Handschuhe' aus, meist gegen Strümpfe, die sie sich oder MitbewohnerInnen von den Füßen holt. Strümpfe werden von ihr auch rituell weggegeben, um dann klagend wieder eingefordert zu werden, sie werden versteckt, um neue erbitten zu können. Das Verstecken von Strümpfen wird manchmal bereits als verselbständigte Zwangshandlung simuliert (indem Inge die Strümpfe übergangslos wieder aus dem Versteck rausholt). Dies könnte Anzeichen eines beginnenden Rückzugs (im Sinne einer Hospitalisierungs-Schädigung) sein. –

Daneben gibt es verbale Vergewisserungsstereotypen ("Inge Urlaub!" – "Mutti kommt!" – "Erna kommt!" – "Kuchen gibt's, Torte gibt's!" – "Inge Tage!" u.a., auch die erwähnten medizinischen Stichwörter). Hierbei überwiegt wohl der ich-stabilisierende Aspekt, jedoch steckt hinter diesen Verbalisierungen auch der Wunsch nach Kommunikation. Kontinuierliches Bestätigen führt bei Inge zu zunehmendem Vertrauen in den Beziehungskontakt oder allgemein in die jeweilige Situation und kann Ausgangslage sein für eine sachte Erweiterung der verbalen und affektiven Kommunikation und sogar für aktive Beteiligung an Angeboten.

Seit Anfang 1996 wurde Frau I. konsequent einbezogen in heilpädagogisch orientierte Beschäftigungsangebote.

Dabei wurde auf Inges Provokationsversuche mit angedeuteten Selbstverletzungen ("Inge kratzt!" – "Blut! Blut!") bzw. auch auf das verbale Thematisieren konsequent nicht eingegangen, allenfalls lakonisch (ohne affektive Besetzung!) auf ihre 'Handschuhe' verwiesen. Noch immer ist es außerordentlich schwierig, Frau I.s fast durchgängige Verweigerung von aktiver Beteiligung an Beschäftigungsangeboten auch nur für kurze Zeit aufzulösen. Allerdings zeigte sich – insbesondere seit der Verlegung in ein gemischtgeschlechtlich bewohntes Haus – deutlich, daß Inges primärer Zugang zur Umwelt wohl in frohen, temperamentvollen, vertrauensvollen und allseits interessierten Beziehungskontakten liegt, bei denen für sie eine gewisse Übersicht und Kontrolle gewährleistet ist.

Derzeit lernt Frau I., ihre Handschuhe jeden Tag für einige Stunden abzulegen. Diese Zeit wird genutzt, ihr Interesse für manuelle Beschäftigungen zu wecken.

Einzelförderung mit täglichen langen Spaziergängen (bei denen Inge in ihren stereotypen Verbalisierungen konsequent bestätigt wird), gemütliches und frohes Zusammensitzen mit anderen beim Musikhören, die gegenüber der früheren Wohnsituation stärkere emotionale Turbulenz – dies alles kommt bei Inge

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

offensichtlich sehr gut an. Manchmal hält sie sich schon im Bällchenbad oder im Snoezelbereich auf, bislang erst zurückhaltend-beobachtend, aber schmunzelnd. Auch ins Nichtschwimmerbad geht sie gern mit.

Mit einem Mitbewohner (Jürgen J.) scheint sich eine offenbar stabilere Zuneigung zu entwickeln, bei der enthusiastisches Streicheln, Umarmen und Küssen abwechselt mit verlegen-scheuer Abwehr (bei beiden). Aufgrund der geplanten gemeinsamen Verlegung ergibt sich hier eine bedeutsame Lebenschance für beide Bewohner, zumal Inge und Jürgen auch in entwicklungspsychologischer Hinsicht sehr gut zueinander passen.

Nach den Erfahrungen des letzten Jahres ist anzunehmen, daß das Mitgestalten kommunikativer Situationen von allen sozialen Aktivitäten am ehesten Inge I.s gewachsener Persönlichkeit entspricht. Konkret interessiert ist sie dazuhin durchgehend an Musikhören, Musikmachen, Tanzen, Singen.

Silke S.

Zur Vorgeschichte: Bis zum 17. Lebensjahr (im Elternhaus) war Treppensteigen und Herumlafen auf dem Hof Silkes typischer Zeitvertreib; auch kleinere Einkäufe erledigte sie stolz (in Sichtweise der Mutter). Dann kam es plötzlich zum Scheuen vor Bordsteinkanten (Trippeln auf der Stelle), Festhalten an der Wand und klammerndem Griff. (Information der Eltern 1997) Zwischen 1984 (stationäre Aufnahme) und 96 ging Silke zumeist nur ein paar Schritt weit, wobei sie geführt werden mußte. Gewöhnlich saß sie im Rollstuhl. (Sehr selten kam es allerdings zu kurzem selbständigem Laufen in Eigeninitiative!)

Verschiedene Angebote einer beschäftigungstherapeutischen Einzelbetreuung im Verlauf von 1996 und 97 wurden von Frau S. jeweils nur sporadisch und ohne nachhaltige Auswirkungen angenommen. Die Förderung konzentrierte sich aus diesem Grund seit August 1997 auf zweimal tägliches strukturiertes Gehen mit mir: Erste Teilstrecke mit Hand halten, zweite Teilstrecke nur noch Unterstützung am Ellbogen bzw. Gegendruck am Unter-, Oberarm oder Rücken, dritte Teilstrecke möglichst freies Gehen (obwohl ich dabei bis vor kurzem rückwärts vor Silke ging, sodaß sie mir bedarfsweise ins Gesicht schauen konnte). Hinsichtlich der Dauer der jeweiligen Abschnitte orientierte ich mich an Silkes motorischer und psychischer Tagesform.

Mittlerweile geht Silke mit mir täglich bis etwa eine halbe Stunde lang fast an einem Stück, ohne stützende Berührungen meinerseits (abgesehen von Bordsteinkanten u.dgl.). In Unsicherheitsmomenten nimmt Frau S. kurz meinen Arm und läßt ihn nach wiedergewonnener Sicherheit von selbst wieder los. Manchmal verkündet sie in solchen Situationen mit begeistert-triumphierender Stimme: "Alleine laufen!" oder "Silke läuft alleine -!"

Sie versteht die Formulierung "Nicht festhalten!" und läßt sich beim Gehen (insbesondere auch im Haus) auf diese Weise in der Regel beeinflussen.

Es ist wohl zweckmäßig, bei Silke S. zu unterscheiden

> zwischen der motorischen Unsicherheit beim Gehen durch die mangelnde Übung sowie

> der psychischen Unsicherheit, jedoch auch als Folge von mangelhaftem sinnlichen Kontakt zur Außenwelt,

1) wenn über längere Zeit vertraute Bezugspersonen fehlen (wie Silkes Eltern für sie waren und sind) und

2) vermutlich auch wegen Momenten einer affektiven psychischen Störung (manisch-depressive Schwankungen).

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Ich vermute, daß es bei Frau S. (auf Grundlage der kognitiven Beeinträchtigung) im Alter von 17 Jahren erstmalig zu einer manisch-depressiven Störung kam, was zu starken Ängsten und von daher grundlegendem Rückzug geführt haben dürfte.

Dadurch dürfte sowohl das freie Gehen als auch die taktile Erfahrung (berühren/berührtwerden) affektiv negativ besetzt worden sein.

Es kam dann vermutlich zu einer grundsätzlichen Isolation von der sozialen Umwelt, wodurch die rückzugsmäßigen Verhaltensweisen auch nach Abklingen der psychotischen Episode beibehalten wurden.

Während des Aufenthalts im Krankenhaus (ab 1984) verbanden sich phasenweise auftretende leichtere Manifestationen der affektiven Störung mit den erlernten Rückzugsmechanismen.

Ein Zugang zu Silke schien dem Betreuungspersonal über Jahre hinweg kaum möglich, - die soziale Isolation verstärkte sich dadurch. Aktuelle Streßerfahrungen im Stationsalltag dürften eskalierend gewirkt haben. – Der durchgängige Rückzug in den Rollstuhl wurde manifest.

Nach außen sichtbar waren vorrangig Verhaltensweisen, die sich als manische bzw. depressive Phänomene gut erklären ließen.

Auf der Grundlage verlässlicher Beziehungskontakte können diese ineinander verstrickten und aufeinander einwirkenden Persönlichkeitsaspekte möglicherweise entwirrt und jeweils angemessen beantwortet werden.

Spezifisches Symptom für Silkes hypomanische Episoden dürfte das langanhaltende perlende Kichern ohne ersichtlichen Anlaß sein, Symptom für die depressive Stimmung ein starres Gesicht, Passivität und Zupfen an der Kleidung.

Silkes realweltorientierter (jedoch kognitiv beeinträchtigter) Persönlichkeitsanteil zeigt sich nach meiner Einschätzung in vermehrter Echolalie bzw. dem Reproduzieren früher erlernter Wörter und Sätze (mit Kommunikationsfunktion meist jenseits der Wortbedeutungen!), in lockerem Gang, wenig Ängstlichkeit und deutlichem Interesse an beziehungsmäßigem Kontakt mit vertrauten Personen.

Allerdings besteht bei Menschen mit schwerer kognitiver Beeinträchtigung (d.h., entwicklungspsychologisch geringerer Ausdifferenziertheit) eine geringere Trennschärfe zwischen 'psychotischen' Epiphänomenen, 'neurotischen' Hospitalisierungsschäden sowie manchen sonstigen durch die konkreten Umstände erlernten Verhaltensweisen.

Auf Überforderung reagiert Frau S. meiner Beobachtung nach grundsätzlich mit allgemeiner leiblicher Verkrampfung: *'Sie stellt sich tot'*, kann dann auch steif wie ein Stock umkippen! Hier handelt es sich vermutlich um psychosomatische Reaktionsmuster, wie wir alle sie tendenziell kennen, nicht um Bestandteile pathologischer Strukturen.*

* *Immobilitätsreaktion als bestandteil neurophysiologischer reaktionsmuster bei psychotraumatisierung. (Anmerkung 2007)*

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Sowohl in der 'euphorischen' wie in der 'depressiven' Stimmung ist Silkes Kontakt zur Realwelt vermutlich eingeschränkt und es kommt dadurch gerade in solchen Zeiten verstärkt zu Überforderungserfahrungen, d.h. zu Streß. Überforderungssituationen entstehen aber auch während der stärker realweltorientierten Zeit. Von daher war und ist Silkes Verhalten im Alltag immer wieder einigermaßen schwer nachzuvollziehen. Hierfür ein Beispiel:

Silkes zeitweilige starre Weigerung, den Mund zum Essen zu öffnen, wurde lange Zeit nur als Symptom eines 'depressiven' oder gar 'stuporösen' bzw. 'mutistischen' Rückzugs verstanden. Seit durch besonders sorgsame Zahnpflege ihre zeitweise chronische (und mit Sicherheit schmerzhaft) Zahnfleischentzündung vermieden wird, ißt Silke deutlich besser.

Langanhaltende Zeiten rigorosen 'depressiven' Rückzugs hat es bei Frau S. seit ca. zwei Jahren nicht mehr gegeben. Jedoch scheinen relativ kurzphasige manisch-depressive Episoden vorzukommen. Durch die beschriebene kumulative Wirkung im Zusammenhang mit aktuellem Streß kann der Eindruck länger anhaltender depressiver Stimmungen entstehen, insbesondere wenn ichstützende Beziehungskontakte weitgehend fehlen.

Erfolgversprechender Ansatz einer Förderung angesichts dieser weiterhin nicht restlos geklärten strukturellen bzw. phänomenologischen Zusammenhänge ist es wohl, erkannte realweltorientierte Impulse konsequent zu unterstützen und zu stärken, dabei aber aufmerksam zu bleiben für möglicherweise 'psychotische' (d.h. eher endogen bedingte) Symptome, - die Förderung also weitgehend um die nicht beeinflussbaren Faktoren herum aufzubauen.

Ende 97 wurden die täglichen Spaziergänge abrupt beendet durch eine Kniescheibenverletzung. Während der erzwungenen Immobilität (zwei Wochen) lag das Gewicht unserer täglichen Kontakte auf der beziehungsmaßigeren Kommunikation. Im Mittelpunkt standen Klangfarben- und Tonhöhenmodulationen beim Sprechen, das Spiegeln verschiedener spielerischer Interaktionsmomente sowie einfachste (algo-) rhythmische Folgen. Bedeutsam waren insbesondere Handspiele, um Silke im Rahmen der vertrauten Beziehung Berührungserfahrungen zu ermöglichen. (Nur das Halten bzw Anklammern während des Gehens war bislang ausgenommen von ihrer nach wie vor bestehenden Berührungsscheu.)

Während dieser konzentrierten beziehungsmaßigeren Interaktion ließen sich kommunikative Impulse wesentlich deutlicher abgrenzen von kommunikativ eher unergiebigem Momenten. Silkes Beziehungskompetenz scheint in diesen Wochen etwas zugenommen zu haben. Selbst an Tagen großer Zurückgezogenheit (unbewegtes Gesicht, kein Lautieren) oder hypomanischer Episoden (offenbar situationsunabhängiges endloses Kichern/Lachen) dringen seither Momente unserer gewohnten Interaktion nach außen, zu mir durch.

Mondrian graf v. Lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit Hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Nach dem Ende der erzwungenen Immobilität zeigte Frau S. von Anfang an deutlich den Willen, wieder zu gehen und reagierte auf die entsprechenden Erfolgserlebnisse mit offenkundiger Freude. Die nach einer solchen Ruhigstellung typischen motorischen Defizite hat sie im Verlauf von ca. vier Wochen restlos überwunden, ihre beschriebenen Symptome für Unsicherheit/Überforderung/Streß traten von Anfang an nicht auf.

Silkes Sprachverständnis ist (noch) relativ gering. Ihre verbale Produktion ist größtenteils Echolalie oder Reproduktion früher gelernter, weitgehend unverständlicher Wörter und Sätze; dennoch zeigen sich immer wieder Momente situationsbezogener verbaler Kommunikation.

Auch auf zugewandte, verlässliche und ruhige Einzelbetreuung im Pflegebereich kann sie sich gut einlassen. Grundvoraussetzung ist bei alledem weiterhin die konsequente Reiz- und Streßbegrenzung. Frau S. ist sehr leicht abgelenkt bzw. verwirrt von schnellen Bewegungen, zu schneller Reden (verstanden als akustischer Impuls), von jeder für sie nicht faßbaren Umwelterfahrung. Sie reagiert dann umgehend mit Rückzug und/oder Verkrampfung.

Silkes ekstatisches Lachen paßt in letzter Zeit häufig gut zu gewisse besonderen Situationen innerhalb der Einzelbetreuung (gekitzelt werden, Nasenstüber, sie gibt mir spaßhaft Ohrfeigen u.dgl., MitbewohnerInnen während des Gangs durchs Haus besuchen, ein unerwarteter Besuch in der Küche, mir fällt ein Ball auf den Boden). Insgesamt hat ihre Berührungsscheu nachgelassen; manchmal empfinde ich Silkes Verhalten auf mich zu fast schon als flirten.

Grundsätzlich sind Formen einer verlässlichen spielerischen Kommunikation wohl unabdingbar, um Silkes soziale Isolation und damit das erneute Dominieren der (wohl endogen bedingten) 'diffusen Impulse' zu vermeiden. Der kontinuierliche Beziehungskontakt wirkt vermutlich ichstärkend, d.h., er verringert schon von daher das endogene Schwanken der Gemütslage.

Darüberhinaus wirkt das zurückhaltende Variieren der DOGMATIL-Medikation im gleichen Sinne.

Unverzichtbar zum Erhalt der erreichten Mobilität bleiben aber auch möglichst tägliche Spaziergänge (auf der Grundlage beziehungsmaßiger Kommunikation!), da eine eigene Motivation zum Gehen bei Silke S. aufgrund der vielfältigen Irritationsfaktoren in absehbarer Zeit kaum zu erwarten ist.

(Besuch im wohnheim nach einem jahr: Silke ißt locker, hat gastroskopie ohne beruhigungsmittel mitgemacht, ist der zahnärztin gegenüber völlig vertrauensvoll. Lläuft manchmal von sich aus. Es zeigt sich klar eine intensivere zuwendung zu männlichen personen. Die eltern besuchen sie öfters, sind sehr froh. - Besuch nach zwei jahren: Silke hat mich begeistert und mit vertrauten gesten begrüßt, was von den eltern als etwas besonderes interpretiert wurde. Eltern sichtlich glücklich über silkes entwicklung..)

Susanne Beatrix B.

Frau B. wirkt im Stationsalltag fast durchgängig extrem interesselos, apathisch. Dies kann zurückzuführen sein auf epileptisch bedingte Dämmerzustände; möglicherweise handelt es sich aber auch, zumindest teilweise, um hospitalismusbedingtes Rückzugsverhalten.

Suse (wie sie zumeist genannt wird) saß bis 1991 zumeist im Rollstuhl (ursprünglich wohl wegen einer früher nur schlecht einstellbaren Grand Mal-Epilepsie). Es entwickelte sich dann eine (auch erotisch-sexuelle) Beziehung zu einem Mitbewohner, der sich über einige Jahre hingebungsvoll um Suse kümmerte. In der Folge begann sie zu laufen und allgemein Interesse an der Umwelt zu zeigen. – Den Verlust dieser Beziehung (93/94, durch Verlegung des Bewohners) hat Frau B. mit großer Wahrscheinlichkeit bis heute nicht überwunden. Noch heutzutage versucht sie immer wieder, in das betreffende Stationsgebäude zu gelangen und scheint dort in allen Räumen ihren ehemaligen Freund zu suchen. Schon bei minimalen Angeboten sinnlich-zärtlicher Zuwendung (in den Arm nehmen, drücken) reagiert Suse intensiv und versucht, sich der körperlichen Nähe zum Gegenüber hinzugeben. Die Möglichkeit, eine entsprechende Beziehung zu entwickeln, ist Suse K. für die Zukunft sehr zu wünschen!

Auf der andern Seite gibt es vielfältige Erfahrungen, sowohl von einer Beschäftigungstherapeutin als auch im Zusammenhang mit heilpädagogisch orientierten Angeboten und aus dem Stationsalltag, die Frau K.s außerordentlich nuancierte kognitive Kompetenz, ihr Interesse an der Umwelt, ihre Willenskraft und ihr Durchsetzungsvermögen belegen.

Aufgrund ihrer durchgängigen Rückzugshaltung wird Frau K. im Alltag allerdings leicht übersehen. Es ist nötig, immer wieder offensiv auf sie zuzugehen und sie aus der Lethargie herauszulocken, um ihr dann Erfahrungen mit ihren eigenen Kompetenzen zu ermöglichen.

Eine für Suse typische Ersatzhandlung ist das Horten von Gegenständen, die manchmal auch über Zäune geworfen (und auf diese Weise gegenüber der Station 'in Sicherheit gebracht') werden.

Bei einem zeitweisen Umzug der Station in ein anderes Gebäude hatte Suse wesentlich mehr Probleme als die meisten anderen, diese Veränderung zu akzeptieren. Dies ebenso wie ihr Bedürfnis, neue Umstände im Stationsbereich umgehend in Augenschein zu nehmen (Handwerker, Fensterputzer), sowie ihr hervorragendes Gedächtnis für Aufbewahrungsorte von Gegenständen, die sie seit langem nicht mehr gesehen hat (konkreter Fall: Spielzeug-Bausteine im Keller, die vor ca. 2 Jahren dorthin wegtransportiert worden waren und die sie eines Tages, mich an der Hand nehmend, gezielt von dort holte), läßt darauf schließen, daß die vertraute Umgebung wesentlich zu Frau B.s Ich-Identität beiträgt.

Angelika A.

Frau A. hat sich – als kognitiv nur mittelschwer beeinträchtigte Frau – im Stationsalltag seit jeher stark am Pflegepersonal orientiert und recht gern Aufgaben übernommen, bei denen sie an der Autorität der Schwestern partizipieren konnte. Darüberhinaus hat sie sich auch immer wieder einzelne Krankenschwestern als Bezugspersonen erwählt, die sie schwärmerisch anhimmelt, von deren Seite sie nicht mehr weicht. Ist ihre jeweilige "Freundin" nicht da, verkriecht sich Angelika teilnahmslos (mit ihrem kleinen Transistorradio) in einer Ecke, gegebenenfalls reagiert sie mit Eifersuchtsszenen auf entsprechende Situationen.

Als vitaler Hintergrund dieser Verhaltensweisen liegt Frau A.s offensiv lesbische Orientierung nahe; sexuelle Kontakte zu Mitbewohnerinnen* gab es in der Vergangenheit.

Eine pädagogische Betreuerin ließ sich bewußt auf die Rolle der Bezugsperson ("Freundin") und die damit verbundenen Abgrenzungskonflikte ein. Im Laufe einiger Monate hat Frau A. zu akzeptieren begonnen, daß es dennoch nicht ausschließlich um sie gehen kann, daß sie aber gleichwohl nicht beiseitegeschoben oder vergessen wird, - daß die verlässliche Bezugsperson ihr erhalten bleibt. Sie wirkte in der Folge kaum mehr verbissen in sich gekehrt, ihr Gesichtsausdruck wurde durchgängig offen und wach. Als jene Betreuerin im Urlaub war, konnte Frau A. sich auf eine andere "Freundin" orientieren (deren Bereitschaft und Zuwendung war allerdings Voraussetzung), ohne jene erste entwerten zu müssen.

Insgesamt hat sich zwischen Angelika A. und etlichen der pädagogischen Betreuerinnen eine recht ausgeglichene Interaktion entwickelt, bei der aufflammende Verlustängste usw. doch immer wieder aufgefangen und kompensiert werden. Die Fixierung auf (weibliche) Bezugspersonen an sich ist natürlich unverändert. In einer Alltagssituation, in der sich für Frau A. überschaubare Zusammenhänge, eigene Aufgaben im Gruppenzusammenhang und allgemein schöne Erfahrungen mit anderen BewohnerInnen und BetreuerInnen ergeben, wird sie sicher lernen, auch mit mehreren Personen parallel Kontakt aufzunehmen – vielleicht dann sogar mit männlichen.

* Sowie zu einer Krankenschwester, wie mir informell vermittelt wurde. Aber das konnte ich in diesen Bericht nicht reinschreiben.

Jürgen J.

Bestimmend für Herrn J.s Alltagsverhalten ist wohl eine Kombination verschiedener Momente:

- > hypermotorische Unruhe und Erregbarkeit,
- > vermutlich Probleme, sich gegenüber der Außenwelt abzugrenzen sowie Angst vor Selbstverlust, möglicherweise auch Projektion einer früheren engen Mutterbeziehung auf andere Bezugspersonen, von daher
- > ein starkes Bedürfnis, situativ enge zwischenmenschliche Nähe (bei stetigem Augenkontakt) zu erfahren oder herbeizuführen.

Im Alltag reagiert Herr J. auf Reizüberforderung oder ihn verunsichernde Erfahrungen sofort schutzsuchend. Wenn er dann gestreichelt werden möchte (was er in ritualisierter Weise bekundet), erfährt er dies eventuell direkt als körperliche Vergewisserung, daß er selbst noch da ist.

Herr J. hatte in der unermüdlichen Jagd auf beziehungsmaßige und motorische Stimulation eine für ihn (in der Situation der Krankenhaus-Hospitalisierung) praktikable Befriedigungsroutine entwickelt. Bestimmend war dabei, möglichst viele Sensationen 'mitzunehmen', sodaß Jürgen im Stationsalltag in der Regel von einem Effekt zum anderen hetzte. Dadurch konnte er nur schwer neue Erfahrungen sammeln und kognitiv auswerten.

Dazu kommt Jürgens starke Neigung, sich in rauschhafte Erregungszustände zu versetzen. Hierbei steigern sich seine hypermotorischen Schaukelbewegungen (während des Sitzens) und er nutzt jede Gelegenheit, sich rhythmisch anregen zu lassen (Musikhören, Rhythmusinstrumente benutzen, in Zeitschriften/Büchern blättern).

Schwerpunkt der heilpädagogisch orientierten Förderung wurden deshalb Angebote, die Herrn J. helfen sollten, sich in Ruhe auf etwas Bestimmtes zu konzentrieren und dabeizubleiben: Bälle nicht nur wild um sich zu treten oder zu werfen, sondern sie zu fangen und dem Gegenüber in die Arme zu werfen, - Kataloge und Bilderbücher nicht nur mechanisch durchzublätern, sondern die Bilder wirklich anzuschauen und etwas zu benennen, - von einem Steckspiel nicht gleich wieder aufzuspringen, wenn ein anderer Betreuer zur Tür hereinkommt.

Es zeigte sich in letzter Zeit, daß Herr J. bei geeigneter Auswahl sogar durch Musik zu Ruhe, Entspannung und Aufmerksamkeit finden kann. Günstig war hier langsame, nicht rhythmische, sondern harmoniebestimmte Kirchenmusik (z.B. Josquin Desprez). Insbesondere die eingängigen Chorlieder aus Taizé führten immer wieder zu tief

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

ergriffenem, stillen Zuhören über längere Zeit (übrigens auch bei anderen BewohnerInnen).

Aufgrund des übergeordneten Bedürfnisses, sich eng an einem Gegenüber zu orientieren, führt die Anwesenheit mehrerer möglicher Bezugspersonen bei Jürgen leicht zu hektischer Verzettelung. Im kleinen Kreis oder bei Spaziergängen und Ausflügen (fremde Umgebung und klare Orientierung an einer Bezugsperson) wird Herr J. bald ruhiger und aufmerksamer. Dann zeigt sich auch sein relativ hoher passiver Wortschatz. Seine kognitiven Reserven sind unverkennbar.

Eine Umorganisation im März 97 (gemischtgeschlechtliche Wohnsituation) führte zu einer offenbar stabilen Zuneigung zu einer Mitbewohnerin (Inge I.), die von dieser erwidert wird. Da beide auch in entwicklungspsychologischer Hinsicht sehr gut zueinander passen, ergibt sich (bei der geplanten gemeinsamen Verlegung) eine bedeutsame Erfahrungschance für beide Bewohner.

(Besuch 2 Jahre nach der Verlegung in ein Wohnheim: Jürgen ist viel ruhiger geworden, sein Gesicht ist durchgängig entspannt und altersgemäßer, "reifer". Er ist mit Inge in einer Gruppe und beide sind ziemlich unzertrennlich, tauschen sich im Alltag in vieler Hinsicht aus. Jürgen hat aufgehört, beim Essen gierig zu schlingen und 5 kg zugenommen. Früher war er extrem dünn.)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Gerhard G.

Das Verhalten von Herrn G. läßt sich phänomenologisch grob gliedern in drei Komplexe:

(1) Herr G. wirkt phasenweise wie eingesponnen in eine 'innere Welt'. Er schaukelt, lacht leise, jammert, reagiert dann kaum auf Ansprache und garnicht auf Angebote, stößt unvermittelt einzelne Schreie aus, verteilt ohne erkennbaren Anlaß einzelne Schläge. (Früher waren umfassendere Aggressionen typisch.)

Hier liegt der Verdacht auf psychotische Persönlichkeitsaspekte nahe.

(2) Herr G. verfügt über ein reichhaltiges Arsenal von Vorlieben, Normen bzw. bedeutsamen Objekten/Materialien/Handlungen, mit dem er ausdauernd und außerordentlich willensstark beschäftigt ist:

> Bizarre Verknotungen, Aufzwirbeln von kleinen Gegenständen an Fäden und einzelnen Haaren,

> Farben/Muster von Kleidung (Akzeptanz/Interesse bzw. Abneigung; letzteres führte früher zum Versuch, das betreffende Kleidungsstück zu zerreißen),

> Armbanduhren, Tascheninhalte anderer (Interesse),

> sämtliche schmierigen, breiartigen Materialien (Farben, Knetmasse, Regenwasser auf Gartenbänken, Ruß am Autoauspuff – *Verbrennungsgefahr!*, Wagenschmiere, Luftballons; überraschenderweise nicht aber Kot) (Zwanghaft-besessene Gier, wird z.T. am eigenen Körper verschmiert oder wie in panischer Angst aus dem Fenster entsorgt.)

Es handelt sich hier vermutlich größtenteils um hospitalismusbedingte Entwicklungen, die z.T. sicher in Verbindung stehen mit psychotischen Momenten, teilweise aber auch Übergangsobjekte darstellen könnten.

(3) Bei zugewandten, beziehungsorientierten Angeboten außerhalb der möglicherweise psychotischen Phasen (1) zeigt sich kontinuierlich, daß Herr G. beträchtliches Interesse an Neuem hat. Seine Aufmerksamkeit zeigt ein relativ hohes kognitives Niveau, Materialien werden mit hoher feinmotorischer Kompetenz in ihrer Beschaffenheit und Funktion untersucht, verschiedener Umgang wird ausdauernd und systematisch ausprobiert. (Glockenmedizinball mit Luftduscheneffekt; Klanginstrumente, speziell Zymbeln: dem ins Unendliche verschwindenden Klang wird gelauscht; Snoezelobjekte; Bällchenbad; Pendeleffekte.)

Insgesamt zeigt sich bei Herrn G. eine offenbar hohe Bereitschaft zu kognitiven und sensomotorischen Erfahrungen, allerdings bislang nicht im sozialen, zwischenmenschlichen Bereich. Voraussetzung für eine erfolversprechende heilpädagogisch orientierte Förderung ist allerdings die Akzeptanz auch der in ihrer Unvorhersehbarkeit und Vehemenz oft störend und irritierend wirkenden zwanghaften und/oder psychotischen Verhaltensweisen bzw. seines manchmal rigiden Rückzugs.

(Besuch nach 2 Jahren im wohnheim: Herr G. bekommt fingerfarben zum schmieren; mit diesem thema gibt es offenbar keinerlei probleme. Die möglicherweise psychotischen elemente sind minimal. Oft zieht er sich ins zimmer zurück zur selbstbefriedigung. – Unsere sorge, daß gerade er vom neuen träger nicht auf dauer akzeptiert werden könnte, hat sich nicht bestätigt.)

Peter P.

Herrn P.s Lebensgeschichte zeigt neben zeitweise differenzierter arbeitstherapeutischer Betätigung aggressive und autoaggressive Erregungszustände und andererseits rigiden Rückzug mit Schaukeln, stundenlangem Masturbieren und stereotypen Fingerbewegungen.

Seit August 95 weigerte sich Herr P. von einem Tag auf den andern, aufzustehen und zu gehen; es wurde eine Untätigkeits-Osteoporose diagnostiziert. Peters sehr geringe Steßtoleranz hat in der Folge panische Angst hervorgerufen vor jeder Aufforderung, aufzustehen oder auch nur die Beine (im Rollstuhl sitzend) zu strecken. Durch verschiedene einzeltherapeutische Angebote hat Herr P., über etliche Abstufungen hinweg, inzwischen wieder gelernt, auf Aufforderung kurze Strecken innerhalb der Station oder im Garten zu gehen, jeweils entweder gestützt auf einen Rollator oder am Arm von Personal.

Es scheint, daß insbesondere das widersprüchliche Zusammentreffen verschiedener für Peter relevanter Alltagsmomente zu starkem Streß führt. Jedenfalls reagiert Herr P. in derartigen Situationen oft mit panischer Erregung, schlägt sich die Hände an den Kopf, zerkratzt sich die Kopfhaut, reißt sich Haare aus, schreit und zittert am ganzen Leib. – Bis zu gewissem Grad kann ihm dann geholfen werden, sich wieder zu beruhigen, durch eine Entflechtung der miteinander kollidierenden Signale oder Erwartungen und/oder durch eine (offenbar Schutz vermittelnde) Kopfbedeckung, beruhigendes Ansprechen und Hände halten, durch allgemeines Begrenzen der Außenreize. (Bewährt hat sich im Stationsalltag auch, Herrn P. in solchen Situationen mit dem Rollator auf seine vertraute Trainingsrunde durch den Tagesraum zu schicken. Die Notwendigkeit, sich festzuhalten und zu orientieren, verhindert dann, daß er sich schlägt und lenkt ihn offenbar zugleich ab.

Herr P. reagiert auf Beschäftigungsangebote auf der funktionalen Ebene oft zugewandt und interessiert; während zeitweiser beschäftigungstherapeutischer Förderung wurde ein recht hohes kognitives Niveau festgestellt. Er scheint jedoch bisher nicht in der Lage zu sein, entsprechendes Interesse von sich aus zu signalisieren.

Emotionaler, beziehungsmaßiger Kontakt wird von Herrn P. noch immer fast durchgängig verweigert; auch während des materialorientierten Beschäftigungskontakts zeigt er keinerlei Zeichen eines beziehungsmaßigen Interesses am Gegenüber.

Einzelne affektive Äußerungen kommen vor bei Angst, Streß sowie in Form vehementer Forderungen nach Essen oder Trinken. Hin und wieder fordert Herr P. Streicheleinheiten von Betreuungspersonal ein, auch dies auffallend funktional und ohne affektive Regung in der Mimik. –

Solche Erfahrungen mit Herrn P. erinnern in vielem an die Symptomatik des frühkindlichen Autismus (Kanner). JANTZEN (in: Allgemeine Behindertenpädagogik Band 2,

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Weinheim/Basel 1990; S.143ff.) versteht den frühkindlichen Autismus nach Auswertung neuerer neuropsychologischer Arbeiten als neurobiologische Entwicklungsstörung, deren Kern "in der Einschränkung von im AAM [System der angeborenen Auslöse-Mechanismen] kodierten elementaren Handlungsalternativen" liegt (S.147). Möglicherweise handelt es sich bei Herrn P. um eine entsprechende Störung.

Die situativ guten Erfahrungen in der Beschäftigungstherapie (als Einzelförderung) zeigen jedoch, daß es möglich zu sein scheint, ein für Peter angemesseneres Milieu aufzubauen.

(Besuch im wohnheim nach 2 jahren: Peter wirkt sehr souverän, hat ein eigenes zimmer, in das er sich bei bedarf selbständig zurückzieht, er geht alleine aufs klo - mit rollator. Es hat sich bewährt, im alltag auf streßreduzierung zu achten. Peter äußert eigene wünsche - z.b. tür auf/zu und hat für sein gehen eigene rituale entwickelt.)

Rudi R.

Herr R. zeigt sehr viele Symptome des frühkindlichen Autismus (nach Kanner): stereotype Bewegungen und Handlungen, Arrangieren von Gegenständen nach immer gleichen eigenen Kriterien, aktives Beharren auf vertrauten Ordnungsprinzipien, ansonsten bisher kein interaktives Interesse. Nachdem Rudi kontinuierlich einbezogen wurde in heilpädagogisch orientierte Angebote, zeigt sich, daß er mit schnellen Blicken vieles um sich herum beobachtet und daß er sprachlich viel versteht. Auf Fragen antwortet er mit winzigem Kopfnicken bzw. Kopfschütteln oder auch mit leisem "Ja", er kennt etliche Gegenstände und Körperteile mit Namen und ist bereit, auf eine entsprechende Frage darauf zu deuten. - Insgesamt allerdings bleibt Herr R. weiterhin Stunde um Stunde auf den von ihm gewählten Plätzen sitzen, beschäftigt mit stereotypen Handlungen. – Stehen allerdings Ausflüge mit S- oder U-Bahn an, zeigt seine Mimik Begeisterung (Grimassieren). Schon wenn in seiner Nähe von Ausflügen gesprochen wird, kommt er auf einen zu und deutet mit eindringlichem Blick auf sich selbst. Die Begeisterung hält während solcher Ausflüge an; dabei kann im Einzelfall die (positive) emotionale Bewegung überschäumen bis zu wildem Grimassieren und Gestikulieren. Dies kam allerdings heutzutage nurmehr selten und in geringem Maße vor, vermutlich durch die individuelleren sozialen Kontakte.

Herr R. hat zeitlebens versucht, sich mit dem Hochwerfen und Auffangen von kleinen Bällen (oder anderen Gegenständen) zu beschäftigen. Auch das stereotype Stapeln und Umsortieren von Bausteinen gehört zu seinen lebenslangen (autistischen?) Aktivitäten. – Als Beschäftigung mit anderen zusammen ist schon seit der Kindheit als einzige Ausnahme das Ballspielen belegt.

(Es bleibt abzuwarten, ob Rudi in der neuen Lebenssituation andere ihm gemäßige Objekte und Tätigkeiten findet bzw. ob eventuell das Spektrum seiner Aktivitäten von Anfang an erweitert werden kann.)

Wichtigen Orientierungswert für Herrn R. stellte der Mitbewohner Wolfgang W. dar; Rudi hält sich möglichst in seiner Nähe auf, ohne daß die beiden irgendwas miteinander machen. (Auch bei Herrn W. finden sich autistische Züge.)

Obwohl Rudi R. bislang zu neuen Tätigkeiten kaum zu motivieren war, hat vermutlich schon die Rückzugsmöglichkeit in die Heilpädagogik-Räume, das nuanciertere Akzeptiertwerden (auch der ihm eigenen Langsamkeit!) einen Zuwachs an Lebensqualität und Selbst-Gefühl mit sich gebracht. Bedeutsam könnte auch das Etablieren von mehr Standortalternativen ('Bühnen') gewesen sein, insbesondere im Hinblick auf den vermuteten Kanner-Autismus. Die hospitalismusbedingte Eigenart, Gegenstände und Kot in Mund und Nase zu stecken, ist jedenfalls seit einigen Monaten fast völlig verschwunden.

(Der winzige Faden, den Rudi meist an der Lippe mit sich führt, hat eine übergeordnete Funktion und darf ihm nicht weggenommen werden!)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

Unlängst konnte Herr R. erstmalig von einer Betreuerin dazu motiviert werden, eine Lochplatte mit Montessori-Steckern zu füllen. Beim Zoobesuch versuchte er in bisher nie erlebter Intensität, gestisch und lautierend Kontakt aufzunehmen zu einem großen straußenähnlichen Vogel, der sich darauf auch einließ.

(Ein paar wochen nach der verlegung ins wohnheim gab es probleme. Rudi blieb nachts nicht im bett und entwickelte - völlig unbekannt bei ihm - aggressive verhaltensweisen. In einem lange telefonat wurde deutlich, daß die nachtwache routinemäßig kurz das licht anschaltet, wenn sie durch die zimmer geht. Nachdem das unterblieb, hörten auch die probleme wieder auf.)

Ingeborg I.

Frau I. hat sich noch bis 1995 im Garten ausdauernd, wenn auch stereotyp, mit dem Entrinden von Baumstümpfen, dem Zerlegen von Pflanzen und Rinde beschäftigt. Sie hat alle möglichen Gegenstände in Handtaschen und Beuteln gehortet. Bei alledem zeigte sie ein recht hohes Maß an greifmotorischer Kompetenz. Auch das gewohnheitsmäßige Zusammenfalten einzelner, zuvor selbst aus einem Katalog gerissener Blätter zu kleinen 'Heften' sowie das Blättern in Bilderbüchern (vor ihrer Erblindung hat Frau I. Bilderbücher angeschaut!) deutet darauf hin, daß manuelle Betätigung wesentlicher Ausdruck ihrer Identität ist. – Aufgrund der Sinnesbeeinträchtigung (blind, hörgeschädigt) kommt der taktilen Erfahrung eh besondere Bedeutung zu. Frau I.s auch früher immer wieder zu beobachtender Rückzug (Decke über den Kopf ziehen), sofern sie isoliert von adäquaten Betätigungsmöglichkeiten plaziert wird, ist nachvollziehbar.

Wohl vorrangig aufgrund der schweren organischen Erkrankung mit vermutlich chronischen Schmerzen zog sich Ingeborg 1996 für längere Zeit von nahezu jeder Aktivität zurück. Im Verlauf von 97 scheint es ihr subjektiv etwas besser zu gehen und sie versucht sporadisch, vertraute Beschäftigungsformen wiederaufzunehmen (verlangt nach ihrer Handtasche, hält Stofftier oder Bilderbuch fest im Arm, versucht umherzugehen).

Durch mehrere Umzüge, ihr nicht vertrautes Betreuungspersonal sowie neue Bewohner hat Ingeborg allerdings im Jahr 97 einen großen Teil ihrer Orientierungsmöglichkeiten verloren. – Mehr und mehr beschränkt sich ihr Willensausdruck in letzter Zeit auf zeitweises ritualisiertes Verweigern von Essen/Trinken bzw. indem sie auf Ansprache nicht reagiert. (Frühere Erfahrungen deuten darauf hin, daß Frau I. wohl nicht so stark hörgeschädigt ist, wie es oft den Anschein hat.)

Ein allgemeines Nachlassen ihrer Lebenswillens aufgrund der körperlichen Beschwerden und der fortschreitenden Erkrankung ist zu vermuten. Dennoch könnte ein Alltagsmilieu, in dem Ingeborg I. sich seniorisch orientieren kann (Geräusche, Gerüche, tasten, räumlich für sie klar genug gegliedert), ihr in Verbindung mit auf sie zugeschnittenen Angeboten positive Alltagserfahrungen, insbesondere auch Beschäftigungsmöglichkeiten bieten.

(Besuch nach einem Jahr im wohnheim: Frau I. geht wieder alleine durch die gruppenräume. Im rollstuhl wird sie manchmal zum einkaufen mitgenommen, was die betreuerinnen als positiv und problemlos beschreiben, obwohl ingeborg einmal ihren ärger demonstrierte, indem sie anfang, ein Regal auszuräumen. Ingeborg redet wieder mehr und äußert dabei ihren willen.)

Wilfried W.

Herrn W.s Persönlichkeitsentwicklung ist mitbestimmt durch eine vielfältige psychosomatische/psychosoziale Symptomatik in Kindheit und Jugend. Motorische Unruhe – Erregung – Aggression, Kontaktscheu – Furchtsamkeit – Wehleidigkeit – Rückzug waren dabei wesentliche Faktoren, die bis heute sein Verhalten verständlich machen können.

Wohl im Zusammenhang mit emotional getöner Zuwendung des Pflegepersonals* entwickelte Wilfried im Laufe der Jahre darüberhinaus ein reichhaltiges Repertoire charmanter Kontaktsignale und Zärtlichkeitsformen, andererseits aber auch eine fordernde, aggressive Anspruchshaltung mit entsprechenden ritualisierten Inszenierungen.

Fühlt er sich nicht wohl, bestimmen die schon aus der früheren Zeit dokumentierten Persönlichkeitsmomente auch heute noch oft Wilfrieds Verhalten. – Wenn also Herr W. seinen Teller vom Eßtisch fegt und anschließend den Tisch umkippt, oder wenn er versucht, dem Gegenüber die Kleidung vom Leib zu reißen, hat er wegen irgendetwas schlechte Laune oder fühlt sich nicht wohl und möchte sich in der Regel ins Bett zurückziehen. Es ist zu vermuten, daß bei Herrn W. die psycho-somatische Verbindung durchgängig recht eng ist; - manchmal wird das Essen wieder erbrochen, manchmal sitzt Wilfried ganze Tage mit stumpfer, trübsinniger Miene da, ohne irgendwelche Kontaktversuche zu machen, - insgesamt ist ihm seine schlechte Laune deutlich anzusehen an einer finsternen, starr fixierenden Miene.

Im Umgang mit Herrn W. ist ein sensible Gratwanderung wohl angemessen. Sicher ist es wichtig für Wilfried, immer wieder zu erleben, daß er mit seinen Provokationen und seiner beträchtlichen Körperkraft dennoch nicht alles durchsetzen kann. Aber auch nötige punktuelle 'Machtproben' sollten getragen sein von einer vertrauensvollen, zugewandten Haltung, um keine Verstärkung der Unlustgefühle und damit die Eskalation des 'Machtkampfes' zu bewirken. Dies umso mehr, als sich wohl gerade hinter dem brüllenden, starken Wilfried W. ein in diesem Augenblick besonders ängstliches Wesen verbirgt, das nach seiner lebenslang einzigen Geborgenheit verlangt, dem Rückzug ins Bett.

* Diese durch nichts zu störende Zuneigung der Schwestern, für die es kein Pendant bei einem anderen Bewohner gibt, konnte ich mir bis zuletzt nicht recht erklären. Ein Aspekt ist sicher der Kindchenschema-Effekt seines Gesichtsausdrucks. – Andererseits verfügt Wilfried W. über einen tatsächlich überdimensionalen Penis – mit dem neu hinzukommende Schwesternschülerinnen umgehend in geeigneter Weise konfrontiert werden (durch die Schwestern! Nicht durch Wilfried, der auf diesem Gebiet kaum Ambitionen zeigt!). Durchaus vorstellbar, daß diese seltene Erfahrung eines in jeder Weise "starken" Mannes, der gleichwohl hilflos um Zuwendung bettelt, auf viele Krankenschwestern eine faszinierende Wirkung hatte.

Mondrian graf v. Lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit Hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Wilfried ist in jeder Hinsicht ungemein sensibel (und dünnhäutig!) und an seiner Umwelt nuanciert interessiert. Jedoch hindert ihn wohl insbesondere seine Ängstlichkeit daran, sich diese Umwelt – außerhalb seines engsten vertrauten Bereichs – selbst zu erobern.

Seit Sommer 96 waren auf fast täglichen Spazierfahrten (im Rollstuhl; Wilfried W. kann aufgrund extremer spastischer Spitzfußstellung nicht richtig gehen) im Krankenhausgelände etliche Stationen mit Wiedererkennungswert entstanden: Springbrunnen, S-Bahn beobachten, Krankenhausverkehr mit Einfahrtsschranke, Küchentrakt (Geruch), Katzen beobachten/streicheln. Wilfried hat mich auf Objekte aufmerksam gemacht, ich habe ihm kontinuierlich von dem erzählt, was wir sahen. Vermutlich ist es auf längere Sicht möglich, nuanciertere Kommunikation mit Herrn W. zu entwickeln.

Mehrfach kam Herr W. in den letzten Monaten von sich aus in den Therapiekeller, probierte verschiedene Erfahrungsmöglichkeiten dort aus. (Seit kürzerer Zeit trainiert Herr W. mit Hilfe, sich im Gehgestell/Rollator fortzubewegen. Jedoch hat er keinerlei Schwierigkeiten und Jahrzehnte Übung, im Haus und Garten ohne Hilfsmittel, teils kriechend, teils gehend, dabei am Geländer oder Zaun sich haltend, von der Stelle zu kommen. Diese für Außenstehende möglicherweise befremdliche, scheinbar "mühsame" oder/und "unwürdige" Art der Fortbewegung sollte bei Herrn W. aber eher als Moment von Selbstbestimmung verstanden werden!)

Insgesamt wird immer wieder deutlich, daß Wilfried W. durchgängig ein Bedürfnis nach differenzierteren Erfahrungen (und Anforderungen) hat, als sie ihm bislang geboten werden konnten. Es ist kaum in seinem Interesse, den Kontakt mit ihm auf seine fast durchgängige Bereitschaft zu zärtlicher Zuwendung und dergleichen zu beschränken, obwohl die Versuchung dazu groß sein mag (Kindchenschema-Effekt seines Gesichtsausdrucks).

(Besuch nach einem Jahr im Wohnheim: Wilfried fühlt sich sichtlich sehr wohl, es gibt kaum Streit, er nutzt die verschiedenen Aufenthaltsmöglichkeiten. Allerdings schläft er sehr unregelmäßig, was auf zu viele Alltagserfahrungen hindeuten könnte. Wilfried füttert eine Mitbewohnerin und wartet dabei sensibel, wenn sie genug hat. Erst langsam allerdings lernen die Betreuerinnen, daß Machtkämpfe mit Wilfried kontraproduktiv sind. Seine aggressiven Inszenierungen sind jedoch moderat und bedeuten im Alltag kein Problem.

Besuch nach zwei Jahren: Er hat – angeblich funktionierende – orthopädische Schuhe, bewegt sich im Haus allerdings weiterhin auf allen Vieren. – War mit Eva S. und Hartmut H., zwei auch nicht einfachen Bewohnern, im betreuten Urlaub.)

Elke E.

Frau E. ist eine außerordentlich vitale, kognitiv nur mittelschwer beeinträchtigte Frau, die sich, wenn es ihr gut geht, herzlich freuen kann und die umsichtig im Haushalt (der Station) hilft. Allerdings hängt ihr Wohlbefinden offenbar von recht unterschiedlichen, intrapsychischen wie äußeren Faktoren ab. Je nuancierter jeweils auf einzelne Momente eingegangen werden kann, je überschaubarer für Elke zudem das soziale Umfeld ist, desto seltener kommt es zu den für sie lebenslang typischen Inszenierungen (stundenlanges ritualisiertes Schreien, sich auf den Boden und auf Stühle werfen, Türen knallen).

Der Hintergrund von Elkes Persönlichkeitsentwicklung ist im Nachhinein nur hypothetisch zu rekonstruieren. Nach zwei Jahren zeitweise intensiver Kontakte zu Frau E. möchte ich verschiedene Faktoren unterscheiden:

(1) Im Laufe der fast lebenslangen Hospitalisierung hat die Zuschreibung: "Elke bleekt [=schreit] immer!" sich fest verbunden mit Frau S.s Selbstbild. Als schreiende, sich auf den Boden werfende Elke wurde sie immer sofort beachtet, erhielt Zuwendung – sei es auch nur in Form von pädagogischer/strafender Intervention. Möglicherweise ist dieser Zusammenhang eine direkte Weiterentwicklung des natürlichen kindlichen 'Trotzverhaltens' (als Versuch, Grenzen zu erfahren bzw. die Verlässlichkeit der Bezugspersonen zu erproben), das sich innerhalb des Kinderheim- bzw. Stationsalltags verselbständigt hat.

(2) Hiervon lassen sich unterscheiden bestimmte Verhaltensweisen, die eigentlich nur im Sinne psychotischer Prozesse zu deuten sind. Es gibt bei Frau E. stundenlange Phasen einer lockeren, entspannten Haltung, bei der sie leis vor sich hin summt oder murmelt, sich still mit ihren Sachen beschäftigt. Gerade in diesen Situationen war Elke bis vor kurzem kaum ansprechbar, wirkt(e) wie 'eingesponnen' in eine (angenehme) Welt aus Assoziationen oder Erinnerungen. Zu diesem Verhaltensschwerpunkt zähle ich allerdings auch, wenn Frau E. manchmal – ohne äußerlich erkennbaren Anlaß – mit ekelgefärbter Stimme herausstößt: "Faß mich nicht an, altes Schwein!" und eine dazupassende abwehrende Handbewegung macht, ebenso wie wenn sie manchmal die Hände auf die Ohren preßt, als ob sie Geräusche/Stimmen abhalten will.

(3) Weder das verselbständigte soziale Reagieren ('Trotzverhalten') noch der Bereich des mutmaßlich psychotischen Erlebens eignet sich zu befriedigender bzw. kompensatorischer Interaktion mit der Umwelt. – Es gibt bei Frau E. einen dritten, auch fast lebenslang dokumentierten Verhaltensschwerpunkt, den ich vorrangig als Ausgleichsfunktion in diesem Sinne verstehe. Dabei handelt es sich um ritualisierte Formen von Tätigwerden in der Umwelt nach Kriterien, die vermutlich einerseits die

innere Leere aufgrund des psychotischen Realitätsverlust – der Selbstkränkung - füllen helfen, andererseits aber auch die neurotische Fehlentwicklung – als Beziehungskränkung – ein wenig zu kompensieren vermögen.

(4) Eine umfangreiche realitätsgerechte Tätigkeit als 'ehrenamtliche Stationshilfe' bildet den zweiten bedeutsamen Aspekt von Elkes Selbstbild bzw. Selbstwertgefühl. Genauso wie sie vom Pflegepersonal ständig Bestätigung fordert für ihr angebliches "immer" Schreien, zählt sie unermüdlich ihre heute schon geleistete Arbeit auf und möchte darin bestätigt und gelobt werden. Es ist nachvollziehbar, daß im Laufe der Jahrzehnte zwar ihre Mitarbeit zur Gewohnheit wurde (und das Lob dafür kaum noch affektiv besetzt ist!), wohingegen Elkes Schreien usw. immer neu mit authentischer Ablehnung, mit affektiv besetztem Protest durch ihre wichtigsten Bezugspersonen beantwortet wird. Dies bedeutete für Frau E. unter dem Strich sicher eine nichtkompensierbare Verschlechterung ihrer sozialen Situation, teilweise eine Irritation im Sinne einer widersprüchlichen 'Doppelbindung'.

Die alltäglichen Situationen bewegen sich in diesem Kontinuum: Es reicht von den realen Haushaltsarbeiten (die Frau E. in der Station, bei vertrauten Bezugspersonen, über Jahre hinweg nahezu professionell erfüllt hat) über mehr symbolische Tätigkeiten ohne realen Nutzwert (mit ihrem Angebot kann manchmal eine Schrei-Inszenierung abgelenkt werden) bis hin zu panischen Überreaktionen, wenn Gegenstände sich nicht an ihrem üblichen Platz befinden oder irgendwas nicht dem üblichen Zeitablauf entspricht.

Auf jede Änderung gewohnter Abläufe reagierte Elke E. bislang mindestens mit verbalem Protest, oft aber auch mit dem Einleiten von Schreiphasen. – Durch die umfassendere (von Zuwendung getragene) Einbindung ins soziale Geschehen hat sich Frau E.s Streßkompetenz mittlerweile deutlich erhöht. Beruhigend wirkende Rückzugsmöglichkeiten werden von ihr selbständig in Anspruch genommen (insbesondere die Therapieräume).

In Konfliktsituationen ist bei Frau E. immer wieder das Inszenieren von Gut/Böse-gegensätzen zu beobachten, wobei Elke auch während ihres ausufernden Schreiens ohne jeden Zweifel in der Lage ist, die Wirkung ihrer Darstellung zu beobachten und ihr Verhalten nuanciert wirkungsgerecht zu modifizieren!

Jedoch kommt es auch vor, daß Elke nicht mehr trotzig-wütend, sondern jämmerlich wie ein alleingelassenes Kind schreit (dann übrigens auch "Mama!"). In solchen Momenten war es mir manchmal möglich, sie während des Schreiens und Sich-Hinwerfens kontinuierlich handhaltend zu begleiten, wobei Frau E. selbst immer neu den Handkontakt wiederhergestellt hat. (Elke lehnt ansonsten jeden Körperkontakt außer sekundenlangem Handgeben – wie es üblich ist – rigoros ab.)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Möglicherweise besteht bei Elke E. eine Borderline-Persönlichkeitsstruktur (auf der Grundlage der kognitiven Beeinträchtigung sowie einer diffusen Sozialisation).

Es zeigte sich im Verlauf der letzten zwei Jahre, daß Frau E.s freies Bedürfnis nach sozialem Kontakt erheblich ist. Bei kontinuierlicher individueller Zuwendung zeigten sich schon in relativ kurzer Zeit deutliche Verhaltensänderungen.

Schwerpunkt der heilpädagogisch orientierten Betreuung war es, auf Elkes Schrei-Inszenierungen bzw. deren verbales Thematisieren möglichst wenig einzugehen, ihr demgegenüber Bestätigung zu geben für ihre erfreulicheren Verhaltensweisen. Sie wurde einbezogen in Gruppenaktivitäten, auch bei Ausflügen nach draußen. Gerade in solchen neuen, interessanten Situationen weg vom gewohnten Umfeld gab es keinerlei 'Trotz'-Verhalten. Frau E. genoß die Angebote, sicher auch die kognitive Anforderung. Mit strahlendem Gesicht wies sie begeistert neugekauften Schmuck vor und berichtete, was sie im Lokal gegessen hatte..

Immer wieder bereichert Elke mit ihrer umsichtigen und eigentlich fröhlichen, zugewandten Persönlichkeit jetzt die Gruppensituationen in den heilpädagogischen Therapieräumen.

Seit Sommer 96 kommt Frau E. immer wieder auch selbständig aus ihrem Stationsbereich (anderes Haus bei gemeinsamem Garten) in die Therapieräume, um sich dort stundenlang still für sich mit dem stereotypen Aus- und Einräumen von Spielzeug zu beschäftigen; später kam Malen/Ausmalen und das Auffädeln von Perlen u.dgl. dazu. Offenbar hatte sie (ganz ohne Anleitung) eine Rückzugsmöglichkeit aus dem unübersichtlicher und damit streßanfälligeren Stationsalltag gefunden. (Vermischung der früheren getrenntgeschlechtlichen Unterbringung, Anwesenheit von pädagogischen BetreuerInnen im Haus..).

Oft sumimte sie dann ihren stereotypen Kinderreim ("Strümpfe – Söckchen – ging, ging, ging!" mit bestimmten Variationen: "...Hosen – Hemde.." oder "..Schrippe - Schrippe.."). Setzte ich mich still in einigem Abstand zu ihr, hieß es manchmal : "Geh weg!", manchmal aber fing Elke an, mir ihre Tätigkeit zu kommentieren oder vom Stationsalltag zu erzählen, natürlich auch von ihren Schrei-Erfolgen. Ich versuchte, auf ihren Kinderreim einzugehen. Seit einiger Zeit singt oder spricht Elke ihn jetzt oft

* Nach dem heutigen Kenntnisstand über borderline (als struktureller traumafolgeschädigung) möchte ich dies unterstreichen. Der bericht gibt deutliche hinweise auf dissoziative persönlichkeitsanteile. Mein damaliges intuitives verhalten gerade in den zuletzt erwähnten situationen hätte grundsätzlich ausgangspunkt einer traumatherapeutischen aufarbeitung sein können. Zur vorgeschichte: Elke war in den ersten lebensjahren bei ihrer schon damals nahezu chronisch schizophrener mutter, die in dann später panische briefe ans krankenhaus geschrieben hatte mit der behauptung, ihre tochter würde dort regelmäßig vergewaltigt, sie höre sie schreien. Noch immer besucht(e) sie ihre tochter regelmäßig, die sich aber offenbar nur für die mitgebrachten eßwaren interessiert(e). Affektiven kontakt zueinander konnte ich bei beiden nicht beobachten. – Daß hier reale psychische traumatisierungen zumindest bei der mutter, eventuell auch bei der tochter, zugrundeliegen, ist wohl offensichtlich.) (Anm. 2007)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

'im Kanon' mit mir, wobei unsere Einsätze immer verschieden kombiniert werden. (Von mir erfundene Variationen: "..Unterhemde..Unterhemde..", "..BH – BH.." nahm sie enthusiastisch in ihr Repertoire auf.) Ihr schelmisches Lächeln zu mir in solchen Momenten läßt vermuten, daß diese Gemeinsamkeit wohl schon affektive Bedeutung für sie hat. Immer häufiger durfte ich mich jetzt direkt zu ihr an denselben Tisch setzen, manchmal sogar mit ihr zusammen ein Spiel ordnen.

Inzwischen ist der tätige (aber noch immer in der Regel selbstbeschäftigte) Rückzug in die heilpädagogischen Therapieräume offensichtlich zum Ruhepol ihres Alltags geworden.

Die Phasen 'abwesender' und möglicherweise psychotisch begründeter Selbstzufriedenheit gehen inzwischen wesentlich leichter über in freie Kommunikationsbereitschaft bzw. situationsadäquate Selbstgespräche. Typisch für Elkes Aufenthalt in den Therapieräumen ist lockeres, entspanntes Hantieren und Kommunizieren und ebenso entspanntes Selbstgespräch, in dem sie gleichwohl meist zu erreichen ist.

Durch die heutzutage differenzierteren Möglichkeiten für Elke E., mit Streß umzugehen, zeigt sich deutlich das automatische, sich verselbständigende Moment ihres bisherigen Streßverhaltens. Ab einer bestimmten 'Dichte' der Schrei-Inszenierungen (also der inneren Erregung) kann Frau E. offensichtlich nicht mehr 'aussteigen'. Bedeutsam ist, daß sie sich heutzutage schon am Beginn solcher Phasen oft in die Therapieräume zurückzieht, wo die Erregung in den vertrauten (stereotypen) Betätigungen sacht abflaut.

Insgesamt haben Frau E.s Inszenierungen (Schreien und Hinwerfen) sich gegenüber den Jahrzehnten zuvor auf ein Minimum reduziert, was wesentlich auch am veränderten Umgang des gesamten Betreuungsteams mit ihr liegt.* (Insofern entspricht die ausführliche Darstellung von Konfliktszenierungen nicht mehr der derzeitigen Erfahrung.)

In einer neuen Lebenssituation wird es besonders darauf ankommen, Frau E. Räume, Gegenstände und Alltagsabläufe so anzubieten, daß sie sich möglichst schnell ein vertrautes Milieu schaffen kann, in dem sie sowohl Aufgaben/Funktionen hat (die ihr niemand streitig macht!) als auch Rückzugsmöglichkeiten und selbstbestimmte Tätigkeiten.

Kontakte zu anderen Menschen entwickeln sich bei Elke erst im Zusammenhang mit einem solchen verlässlichen Milieu.

Jede affektive Orientierung auf Elkes Schreien bzw. anderes Trotzverhalten würde mit Sicherheit zu verstärkten Inszenierungen führen; das läßt sich auch aus der lebenslangen aktenmäßigen Dokumentation schließen. Auch jede andere Form von autoritätsbestimmter Intervention sollte nur äußerst fein dosiert angewendet werden. Elke E. hat selbst das allergrößte Interesse an einer regelhaften Abwicklung der Alltagsabläufe. – 'Machtkämpfe' hingegen hat Frau E. ihr Leben lang zu gewinnen gelernt.

* Bei weitem schwierigster aspekt der heilpädagogischen förderung bei elke war es, das pflegepersonal zu entsprechend anderem umgang mit ihr zu motivieren. (Anm.2007)

Gela G.

Bestimmend für Frau G.s Entwicklung und soziale Situation ist ihre schwere Hörschädigung. Noch immer ist unklar, wieviel und was Gela tatsächlich hören kann, in jedemfall orientiert sie sich durchgängig mithilfe nuancierter optischer Beobachtung ihrer Umgebung. Ihr mit einiger Gewißheit nur dadurch entstandenes Situations- und Sinnverständnis läßt jedoch eine schwere Hörschädigung immer wieder kaum glaubhaft erscheinen. Obwohl Gela kognitiv wohl nur mittelschwer beeinträchtigt ist, ist davon auszugehen, daß es nicht zuletzt wegen dieses ständigen konzentrierten Bemühens um Überblick zu aktivem Handeln bei ihr kaum mehr kommen kann.

Zweite Ebene ihrer Orientierung ist offensichtlich der Geruchssinn. Um unbekannte Objekte einzuschätzen, riecht Frau G. an ihnen. – Ursprung des Geruchskriteriums ist möglicherweise Gelas seit der Jugendzeit aktenkundiges Interesse am eigenen Kot (als von ihr selbst herrührender, also Sicherheit vermittelnder, Geruch und Geschmack). Dies wiederum kann in Zusammenhang gesehen werden mit einem seit vielen Jahren bestehenden Darmvorfall (der aufgrund zu erwartender mangelnder Mitarbeit bei der Wundversorgung kaum operabel ist). – Die komplexe 'Toilettensymptomatik' ist also leider noch immer zweites bestimmendes Moment in Gela G.s Leben. – Zu der aufgrund des Darmvorfalls mit Sicherheit mühsamen, eventuell auch schmerzhaften Entleerung (bei der Gela mit den Fingern nachhilft) kommt mit kompensatorischer Wirkung der Vertrautheit vermittelnde Geruch und Geschmack. Im übrigen trinkt Gela gelegentlich aus dem Toilettenbecken; auch dies hat eventuell mehr mit dem spezifischen Geschmack/Geruch zu tun als mit Durst.

Heilpädagogisch orientierte Angebote lehnt Frau G. bis heute vehement ab; sie möchte nur dabei sein, gucken können (und sich von der konzentrierten Beobachtung nicht durch eigene Tätigkeit ablenken?), möchte kommen und gehen, wie sie will (um nirgendwo etwas zu versäumen?).

Ausnahme sind Ausflüge aus dem Krankenhaus heraus. Seit Frau G. verstanden hat, daß damit besonderes Essen verbunden ist, verlangt sie (gestisch) sehr häufig nach solchen Exkursionen.

Werden ihre Forderungen nicht erfüllt, reagiert Frau G. mit wütenden Schreien, auf den Boden stampfen und heftigen Kopfbewegungen.

Bei solchen Willenbekundungen könnte eine kontinuierliche, verlässliche Einzelbetreuung einsetzen; dies war im Krankenhaus allerdings nicht mehr möglich. Immer wieder hat sich jedenfalls gezeigt, daß Gela durchaus bereit ist, auf gestische und mimische Hinweise und Vorschläge/Aufforderungen kooperativ zu reagieren.

(Möglicherweise könnte ihre geruchliche/geschmackliche Orientierung an Kot/Urin umgelenkt werden durch ein Ritual, bei dem Gela sich jeden Tag ein paar Spritzer

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Parfüm abholt und an Händen und Gesicht verreibt. Dies wurde hier schon begonnen. – Entsprechend könnte für die geschmackliche Fixierung verfahren werden.

Mit einem Subkontrabaß-Klangstab, der Frau G. gehört, sollten mögliche Hörreste in den tieferen Frequenzbereichen stimuliert werden; *Methode BANG*. Dazu ist es aus organisatorischen Gründen im Krankenhaus nicht mehr gekommen.)

Neben alldem ist Gela G. durchaus intensiv interessiert an verlässlichem Beziehungskontakt. Es ist aktenkundig bzw. von Mitarbeitern überliefert, daß Frau G. in all den Jahren immer wieder zu einzelnen Schwestern besondere Zuneigung gefaßt hatte und dann treu, bei Wind und Wetter, an der Gartentür deren Kommen zum Dienst abgewartet hat. In Zeiten, in denen derartige Bezugspersonen sich nicht angeboten haben bzw. wenn sie Urlaub hatten, zeigte Gela erschütternde Ausbrüche hilfloser Verzweiflung.

Derartige Zuneigung (die sie im Laufe der Zeit zu mir gefaßt hatte) manifestiert sich vor allem an sensiblen Streicheln der Haare der/des anderen; auch reibt Angela bei jedem Treffen dann ihr Gesicht am Haar des Betreffenden und riecht daran, dies mit strahlendem Gesichtsausdruck.

In anhaltenden ruhevollen gemeinsamen Situationen geht Gela G. über zu zärtlichem Streicheln des Gesichts und der Hände der Bezugsperson. Nuanciert und zart fühlt sie mit einzelner Finger Linien nach, vergleicht ihre Fingernägel mit denjenigen der Bezugsperson usw. Entsprechend genießt sie dann das ruhige Streicheln des anderen an sich. Sie wird ganz still und verzichtet sogar auf ihre sonst fast kontinuierlichen Stereotypen, Fingernägelkauen und ein rituelles Nasebohren.

(Es scheint plausibel, daß der Ausgangspunkt für eigenes Tätigwerden bei Gela der menschliche Körper ist. Besonderes sexuelles Interesse wurde bisher allerdings nicht beobachtet.)

Es ist wohl unumgänglich, den Teufelskreis aufzulösen, daß die meisten Menschen geneigt sind, sich Frau G. wegen ihrer Beschäftigung mit Kot auf Distanz zu halten, daß sie aber wohl nur auf der Grundlage von beziehungsmaßiger Nähe an andere Lebensmöglichkeiten herangeführt werden kann.

(Gela G. wurde nach bayern verlegt. Sie, die im krankenhaus - wie alle anderen - fast lebenslang ihre brotscheiben fertig auf dem teller hingestellt bekommen hatte, durfte bereits am zweiten tag in der küche mithelfen, die brote für andere zu schmieren und zu belegen - auf ihren eindeutig signalisierten wunsch hin! Gelas frohen, stolzen gesichtsausdruck in diesen situationen werde ich wohl niemals vergessen! Die betreuerInnen waren über ihre kotproblematik informiert und haben bereits am ersten tag mit zweckmäßigen händewasch- und parfüm-ritualen begonnen. - Übrigens machte gela bereits am ersten nachmittag eine ausführliche runde durchs haus, besuchte dabei auch andere wohngruppen - und hatte ihre neue lebenssituation damit angenommen.)

Alexander A.

Trotz des lebenslang dokumentierten massiven Rückzugsverhaltens, der zeitweisen Fremdaggressionen und Erregungszustände (vermutlich auf der Grundlage von psychotischem Erleben) zeigt Herr A. auch Verhaltensweisen, die auf ein Bedürfnis nach Beziehungskontakt schließen lassen. Das kratzende und zwickende Greifen nach der Hand des andern kann bei ausdauernder zugewandter Beantwortung (beruhigendes Ansprechen und Streicheln) in stilles Genießen der Zuwendung übergehen. Ali (er hört auf diesen Namen) legt sich die Hand des Gegenüber an den Kopf, lacht und manchmal singt er einzelne Laute. Grundlage für diese Beziehungskompetenz ist zweifellos der noch bestehende Kontakt mit den Eltern. Zeitweise war es möglich, für kurze Zeit kleine Partnerspiele mit Herrn A. zu machen (an den Händen gehalten langsam im Kreis gehen, Ball über den Tisch rollen, Xylophon anschlagen).

Alltagsbestimmend sind allerdings (neben dem rigiden Rückzug während der meisten Zeit) Verhaltensweisen, für die sich bestimmte Reaktionsmöglichkeiten als zweckmäßig gezeigt haben:

a) Bestimmend für Alis Wohlbefinden ist ein zwanghaftes Ordnen und Umräumen von Gegenständen im Raum. Stühle und Tische müssen sich an exakt von ihm bestimmten Positionen befinden, neue Gegenstände duldet Herr A. nur schwer, aber auch MitbewohnerInnen werden auf ihren Stühlen herumgerückt bzw. gegebenenfalls 'plaziert' (an der Hand genommen und auf ihm genehme Plätze gedrückt). Schubladen werden zeitweise unermüdlich auf- und zugeschoben.

Im Wohnheim kann versucht werden, Herrn A. von Anfang an auf sein eigenes Zimmer zu verweisen, in dem er seine eigenen Ordnungsprinzipien aufrecht erhalten kann.

b) Mit großer Wahrscheinlichkeit als Folge akuter psychotischer Wahrnehmungen scheint Ali zu bestimmten Zeiten alles jenseits seines Körpers als störend und/oder feindlich zu empfinden. Er versucht dann, alle andern Menschen durch Schlagen und Kratzen aus seinem 'Revier' (rund 2m im Umkreis) zu vertreiben.

Zumindest bei Beginn dieser Aktionen ist es manchmal möglich, sein aversives Empfinden umzulenken zu angenehmen Erfahrungen (Berührungen im Sinne von Zuwendung). Harter, bestimmter Tonfall wäre jetzt unangemessen, auch alle körperlichen Reaktionen auf Alis Zwicken und Kratzen sollten noch immer möglichst 'ins Sanfte' führen. Bringt dies nicht innerhalb von 5-10 Minuten eine Deeskalation, kann Herr A. als nächste Stufe der Intervention auf seinen Stuhl im Tagesraum bzw. im Wohnheim dann in sein Zimmer verwiesen werden. Ausschlaggebend ist jetzt, daß

Mondrian graf v. Lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit Hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

die Stimme der Betreuerin/des Betreuers unmißverständlich Stärke und Autorität zum Ausdruck bringt!

c) Steigt Alis Erregung jedoch weiter, kommen rhythmische Schreie dazu und Schläge an Möbel und Fensterscheiben. Oft zieht er sich dann immer neu Kleidungsstücke aus, die er möglicherweise auch als feindlich empfindet; anschließend will er sie wieder angezogen bekommen. (Vielleicht dominiert jetzt das unangenehme Kältegefühl.)

Im bisherigen Alltag war es bei solchen Eskalationen bisher nur noch möglich, Herrn A. zeitweise in den Garten zu verbannen, wo er auf Baumstämme, Gartenmöbel und Zäune schlug und die starke Erregung im Laufe der Zeit abklang. Möglicherweise spielt dann auch die Reizreduzierung mit; es ist denkbar, daß die Situation im Wohnheim durch die Rückzugsmöglichkeit ins eigene Zimmer einfacher wird. In diesem Zusammenhang:

d) Beobachtungen insbesondere beim Essen im Tagesraum (sehr unruhige Situation) lassen vermuten, daß Herr A. nur über einen relativ geringen Reizschutz verfügt.

Insgesamt kommt es darauf an,

> daß Herr A. von Zuneigung geprägte Erfahrungen macht, die als Gegengewicht insbesondere zu Anfangsphasen der Erregtheit wirken können,

> daß er zugleich die Erfahrung von unausweichlicher Autorität macht (die allerdings nur sparsam und situativ prägnant angewandt werden sollte),

> daß aber beide Reaktionsweisen relativ klar voneinander unterschieden erfahrbar sind, also nicht ständig miteinander vermischt vorkommen.

In Alis Orientierung an unveränderten Verhältnissen liegt eine Möglichkeit, Alltagsroutinen zu entwickeln, mit denen seine Erregungszustände zumindest teilweise kanalisiert werden können. Möglicherweise gibt es hier sogar einen Ansatz, ihn zu Hilfeleistungen im Alltag zu motivieren.

(Besuch nach zwei Jahren im Wohnheim: Ali ißt ruhig, hat sich im Urlaub einmal selbst eine stulle geschmiert. Er geht - im Gegensatz zu früher - von sich aus auf die Eltern zu; die Eltern sind begeistert. Ali trägt Unterwäsche - die er früher meist nicht geduldet, sondern zerrissen hat. Er akzeptiert es, abends noch im Bademantel im Tagesraum zu sitzen; damit wird versucht, ihn an den Schlafanzug im Bett zu gewöhnen. Die Medikation wurde reduziert.)

Hartmut H.

In Herrn H.s Alltagsverhalten kommen verschiedene Aspekte besonders zum Tragen:

(1) Zum einen beschäftigt sich Hartmut seit rund 20 Jahren – offenbar in zunehmendem Maße – mit dem Zerreißen von Papier und anderen Materialien, dem Reißen an Haaren (bei sich selbst und bei anderen) und an Kleidern. Im Zusammenhang mit einer vielfältigen Symptomatik schon in der Jugendzeit (stuporöse Phasen, "Tobsuchtsanfälle", somatische Symptome) handelt es sich bei dieser Reiß-Stereotypie möglicherweise um das Symptom einer katatonen Psychose. In jedem Fall kann aber davon ausgegangen werden, daß dieses Verhalten im Laufe der Jahrzehnte mehr und mehr zum Träger sozialer Erfahrungen und mitmenschlicher Kontakte für Hartmut wurde (als *sekundäre Funktion*). –

Hartmut H.s soziales Image und sein Selbstbild entwickelten sich – im Bereich der 'freien', weder psychotisch noch durch die hirngorganische Beeinträchtigung determinierten Persönlichkeitsanteile! – im Laufe der Jahre zu dem eines "Reißteufels". (*Dieser Begriff ist leider seit vielen Jahren krankenhausesweit üblich für Herrn H.!*) Durch meist lachendes, also affektiv positiv besetztes Festgelegtwerden auf diesen Verhaltensanteil wurde – davon gehe ich aus – die eh schon komplex zusammengesetzte Symptomatik in *tertiärer Funktion* zum Träger einer hospitalismusbedingten Ersatzbefriedigung bzw. eines entsprechenden Rückzuges.

Seit Anfang 96 konnte die Reiß-Problematik deutlich eingegrenzt und reduziert werden durch:

- > verlässliche individuelle Zuwendung innerhalb der Einzelbetreuung,
 - > reiz- und streßbegrenzende Angebote (Rückzugsmöglichkeit aus dem Tagesraum, insbesondere ins Bällchenbad bzw. den Snoezelbereich bei ruhiger Musik, Spaziergänge zu zweit),
 - > konsequentes Vermeiden verbaler oder nonverbaler (affektiver) Kommentare zu Reißhandlungen und entsprechenden verbalen Selbstdarstellungen Herrn H.s, abgesehen von konsequentem Widersprechen ("*Bin der Reißteufel! – "Nein, du bist der Hartmut!"*"), jedoch auch dies mit möglichst neutraler Stimme. Durchgängig kein Benutzen der Begriffe "reißen" oder "Reißteufel".
- (Hieran beteiligten sich im Laufe der Zeit andere MitarbeiterInnen. *)

* Mit diesem Satz wollte ich seinerzeit andeuten – für die übernehmende Einrichtung –, daß mit das größte Problem darin lag, MitarbeiterInnen, insbesondere Pflegepersonal und Küchenfrauen, davon abzuhalten, ihn ständig lachend mit "unser Reißteufel" usw. anzusprechen. – Insbesondere bei unseren Spaziergängen durchs Krankenhausgelände wurde Hartmut immer wieder von Personal fremder Stationen in dieser Weise angesprochen,

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

> Gezieltes Konfrontieren mit reißbarem Material innerhalb der Einzelbetreuung, dabei konsequentes unaufgeregtes Verweigern des Reiß-Impulses.
> Der kurzzeitige Versuch, ihm in einem besonderen Setting Material zum Zerreißen zur Verfügung zu stellen, führte nur zur stärkeren Fixierung auf dieses Thema und wurde abgebrochen.

(2) Ebenfalls seit rund 20 Jahren bewegt sich Herr H. (er ist 45 Jahre alt) nur noch krumm, nach vorne gebeugt, in Hockstellung voran. Eine somatische Ursache hierfür konnte mit den bisherigen Untersuchungsmethoden nicht gefunden werden. Durch sein am Boden hockendes Rufen von Teppichen (im Elternhaus) und Gras verstärkt, ergab sich im Laufe der Zeit möglicherweise eine Glutealmuskelatrophie. Auch diese – jetzt eventuell somatisch gestützte – Verhaltensweise (mit meist auf den Boden gesenktem Blick) hat im Laufe der Hospitalisierung (seit dem 20. Lebensjahr) vermutlich *sekundär* eine Rückzugsfunktion bekommen.

(3) Herr H. scheint große Probleme zu haben, seine Reizaufnahme zu begrenzen. Immer wieder zeigte sich, daß er in ungeordneten, turbulenten Situationen verstärkt auf seine Reiß-Rituale (mit den dazugehörigen exaltierten, lachenden Selbstdarstellungen) zurückgreift. Wenn irgendmöglich, zieht er sich jedoch aus turbulenten, lauten Situationen relativ schnell zurück. (Aufgrund seiner Antriebsschwäche ist er dazu meist angewiesen auf das fragende Angebot einer Betreuungsperson, das er jedoch gegebenenfalls durchaus auch eindeutig ablehnen kann.) Vermutlich wesentlich aufgrund des geringen Reizschutzes dürfte sich Hartmuts Neigung entwickelt haben, im Tagesraum lange Zeit den Kopf zwischen den Armen auf der Tischplatte zu bergen, ohne zu schlafen. Seit Anfang 96 hält er sich täglich für Stunden im Bällchenbad auf, meist wach mit geschlossenen Augen (und auf Anrede sofort zugewandt reagierend).

Hartmut H. hat als Jugendlicher lesen und schreiben gelernt, er konnte einfach rechnen, hatte schon damals Musik gern; eine zeitlang hat er in einer Reha-Werkstatt gearbeitet. Obwohl nicht nur die (mutmaßliche) katatone Psychose, sondern auch die dargestellten hospitalisierungsbedingten Sekundärphänomene ihn lebenslang an einer Entfaltung von Entwicklungsmöglichkeiten gehindert haben, zeigt sich in der Einzelbetreuung immer wieder seine wache, interessierte Persönlichkeit. (Zumindest einzelne Wörter, in Großbuchstaben geschrieben, kann er auch heute noch auf Anhieb lesen, auch seinen Namen.) Auch mit einer anderen Mitarbeiterin hat sich im Laufe der letzten Monate ein von Hartmut affektiv mitgetragenes freundschaftliches Verhältnis mit etlichen Beziehungsritualen entwickelt.

wodurch für mich erst deutlich wurde, in welch hohem maß dieses selbstbild offensichtlich seit vielen jahren von der ganzen umgebung immer neu in ihm bestätigt worden war!

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Mit einiger Sicherheit gibt es für Hartmut H. im Rahmen einer kleineren Wohngruppe noch Entwicklungsmöglichkeiten.

Leider ergaben sich trotz fast täglicher entsprechend motivierter Spaziergänge (rund zwei Jahre lang) keine Fortschritte hinsichtlich des Aufrechterhaltens. Obwohl sich Hartmut H. zweifellos sehr bemüht, den Kopf aufrecht zu halten bzw. sich etwas weniger an mir abzustützen, gelingt es ihm immer nur für maximal 10 Sekunden, eine aufrechtere Haltung beizubehalten. – Bei einem besonders starken Willensimpuls allerdings, z.B. die Orientierung auf einen Entgegenkommenden (den er an den Haaren ziehen könnte) oder etwas im Regal befindliches (was er gern haben möchte, vorrangig um es zu zerreißen), kann Hartmut durchaus auch bis zu 20 Schritten völlig allein und immerhin halbwegs aufrecht gehen.

Herr H. hat eine starke Neigung, neue (und befriedigende) Alltagsmomente umgehend zunächst als Beziehungsrituale, letztlich dann als selbstbezügliche Stereotypen zu verinnerlichen. Möglicherweise hat sich auch unser Spazierengehen (mit meinen immergleichen Ermahnungen, den Kopf zu heben usw.) in dieser Weise bei ihm verselbständigt, sodaß keine affektive Motivation mehr bestand, tatsächlich aufrechter zu gehen: Meine Zuwendung bekam er ja ohnehin!

Anderserseits zeigt sich bei Herrn H. allem Anschein nach tatsächlich somatisch bedingte Symptomatik: Hartmut hat manchmal große Schwierigkeiten, sich überhaupt noch aufrecht zu halten. Er kippt dann aus der Hocke in eine liegende Haltung, aus der er sich, hilflos mit den Händen rudern, alleine nicht mehr aufrichten kann. Oft scheint seine räumliche Koordinationsfähigkeit in erhöhtem Maße eingeschränkt, er irrt dann wie ziellos umher. Diese Symptome gehen meist einher mit erhöhtem Blutdruck. – Durch EEG wurde inzwischen eine erhöhte Anfallsbereitschaft festgestellt.

(Besuch nach einem Jahr im Wohnheim: Hartmut hat einen behindertengerechten Teller, wodurch er nicht mehr den Großteil des Essens vom Teller runterschiebt. Früher wurde er aus diesem Grund meist gefüttert. Zahnarztbesuch verlief problemlos. – Besuch nach zwei Jahren: Hartmut hat mich gleich mit Namen begrüßt! Er, der früher beim Essen in weitem Abstand zu anderen sitzen mußte, weil er sonst ständig Reißattacken gestartet hat und deutlich provokativ im Essen der anderen herumgefingert hat, sitzt zwischen Eva und Inge, die ja beide sehr eigen und leicht gestreßt sind – und es klappt! Auf Zupfen und Reißen kommt ein Ruf der BetreuerInnen – und Hartmut läßt ab.)

Rainer R.

Bei Herrn R. ist es aus zwei Gründen leicht, individuelle Interessen, Bedürfnisse und Vorlieben zu übersehen. Zum einen scheint er sich in aller Regel bereits wohlfühlen, wenn er nur in der Nähe anderer Menschen ist, wenn möglichst noch Musik erklingt und er ab und an ein paar 'Streicheleinheiten' bekommt. Dazu kommt, daß Herr R. sich meist nicht traut, körperlich aktiv zu werden (sehr unsicheres Gleichgewicht, auch die geringe Körpergröße kann eine Rolle spielen sowie der Umstand, daß er die Füße beim Gehen nicht abrollt.)

Wilensbekundungen vermittelt Herr R. durch Hindeuten, interessierten Gesichtsausdruck oder indem er das Gegenüber irgendwo hin zieht. Werden solche Signale ignoriert, nimmt Rainer dies meist hin und zieht sich wieder zurück in sein diffuses 'Sich-treiben-lassen' inmitten der vertrauten Alltagssituation.

Allerdings gibt es eindrucksvolle (und ritualisierte) Inszenierungen von Verzweiflung, Wut und Trauer (Schluchzen und entsprechende Mimik, Haare raufen, an der eigenen Kleidung zerren, sich in die Hand beißen, sich hinwerfen, anderen an die Haare gehen). Meist beziehen sie sich auf situative Verlust-Erfahrungen, die für Rainer R. wohl grundsätzlich schwer zu verkraften sind aufgrund seines entwicklungspsychologischen Standorts.

Ein beonderes Thema ist Herrn R.s Verhältnis zu (in Betrieb befindlichen) Maschinen: Baggern, Rasenmähern, Lastern u.dgl. Rainer reagiert auf entsprechende Konfrontationen mehr oder weniger stark mit heftigen Schreien, Haareraufen, Zerren an der eigenen Kleidung und starkem Herzschlag. Dies wurde oft als Angst und Abwehr verstanden, obwohl Rainer zugleich die Nähe solcher Situationen sucht. – Seit Frühjahr 96 begleite ich Herrn R. mehrmals in der Woche zu ausgedehnten Spaziergängen (in seinem eigenen Tempo!) durchs Krankenhausgelände, wo derzeit Baustellenbetrieb herrscht. Durchgängig zeigte sich eindeutig Rainers hohes zugewandtes Interesse an den entsprechenden Maschinen; selbst auf geparkte Motorräder deutet er regelmäßig mit interessierter Miene und aufforderndem Blick zu mir. Die bekannten und auch jetzt erlebten heftigen Reaktionen haben mit Sicherheit nichts mit Angst zu tun, allerdings sind sie mit emotionaler Erschütterung zu erklären. (Es gab solche Reaktionen übrigens auch bei der Besichtigung einer optisch eindrucksvollen Arbeitssituation ohne Lärm und Maschine: Ein Arbeiter spritzte eine Hauswand mit dem Wasserschlauch ab.)

Rainers Reizschwelle in derartigen Situationen hat sich im Laufe der kontinuierlichen Erfahrungen bei den Spaziergängen klar erhöht. (Nachdem er aufgrund von Personalenge zwei Wochen lang auf die Spaziergänge verzichten mußte, nahmen anschließend die Überreaktionen für einige Tage wieder zu.) Mehr und mehr wurde das ruhige Beobachten von Arbeitsabläufen zum Mittelpunkt der Spaziergänge, wobei Rainer selbst nach einer Stunde stiller Besichtigung noch nicht unbedingt weggehen will von einem Bagger.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Obwohl solche Erfahrungen mit Sicherheit entwicklungsfördernd sind, ist es weiterhin ratsam, bei anhaltend hoher Erregung eine gewisse Distanz zur Reizquelle einzunehmen (*Herz!*). Bei hoher Lautstärke kann es nötig werden, Rainer ganz wegzuführen vom Geschehen, da er die Reizaufnahme von sich aus nicht begrenzen kann!

Gerade bei den Spaziergängen in der ihm angemessenen Geschwindigkeit, also Schrittchen für Schrittchen (ohne Handgeben oder gar Ziehen!), ist Herrn R.s hohes rezeptives Interesse an der Umwelt zu erkennen; dies gilt mittlerweile auch für Angebote im Snoezelraum. In der Einzelförderung wurde begonnen, seine ängstlich-starre Körperhaltung und Fortbewegungsweise etwas zu lockern. Rainer klettert mittlerweile selbsttätig über die Umrandung des Bällchenbades. Spazierengehen mit Handhalten wirkt, unserer Erfahrung nach, stark regressiv: Herr R. wird binnen kürzerer Zeit bei jedem Schritt 'ohne Hand' unsicher und fordert dann mit herzerreißender Mimik Hilfe, die er an sich keineswegs benötigt. Es wurde begonnen, Bordsteinschwellen 'ohne Hand' zu überwinden, was allerdings noch nicht erfolgreich abgeschlossen werden konnte. (*Methode: Gemeinsam ein Stöckchen anfassen statt Handhalten; später hin und wieder das Stöckchen im kritischen Moment loslassen.*) Beim Besuch des Nichtschwimmerbeckens hat Rainer auf Antrieb erstaunliche Lockerheit und Angstfreiheit gezeigt.

Obwohl Rainer R. grundsätzlich fast jede Musik bereitwillig akzeptiert, zeigt er bei längerdauernden Kompositionen oder Stücken in gleichbleibend harmonisch-bewegtem Stil (z.B. alte Kirchenmusik, Vivaldi, George Winston: Klavier solo) intensivere Aufmerksamkeit und vielfältigere 'Kommunikation' mit der Musik (gestisch, mimisch, lautierend). Auch sein Mißfallen an mancher Musik zeigt er deutlich durch entsprechende Mimik und Weinen (z.B. bei expressivem Gesang).

Vieles in Herrn R.s Verhalten deutet hin auf ein in manchen Aspekten recht niedriges/frühes entwicklungspsychologisches Niveau: bindungsorientierte Aktivitäten (Verlustpanik bei vertrauten Personen, 'saugendes' Fixieren Fremder mit dem Blick), eine nur geringe Fähigkeit zur inneren Reizbegrenzung. Dazu kommt offenbar geringe Rezeptionsgeschwindigkeit (bei recht hohem Sprachverständnis dauert es dennoch erstaunlich lange, bis Rainer auf Anweisungen reagiert). Dennoch ist offensichtlich, daß Rainer, im Rahmen seiner entwicklungspsychologischen Möglichkeiten, in hohem Maße interessiert und entwicklungsfähig ist.

Marlies M.

1. Bericht

Die aktenmäßige Dokumentation zeigt über die gesamte Lebenszeit von Frau M. sowohl bemühte, geschickte Mitarbeit in Haushalt und Beschäftigungstherapie als auch erregtes, fremdaggressives Verhalten, das oft übergeht in depressiv wirkenden Rückzug ins Bett. –

Nun hat sich Marlies vermutlich aufgrund ihrer hochgradigen Schwerhörigkeit lebenslang meist als überfordert und ausgeschlossen von den sozialen Abläufen um sie herum erlebt. Die Hörbehinderung verringert zumindest erheblich die Chancen, nachahmend zu lernen, wie es Frau M. aufgrund ihrer kognitiven Differenziertheit leicht möglich wäre.

Wenn auf diese Weise in nahezu jeder Situation partielle kognitive Überforderung einhergeht mit kognitiver Unterforderung in anderer Hinsicht, erscheint eine (reaktive) Affektlabilität, wie Frau M. sie zeigt, nachvollziehbar.

Ihre Methode, Unlustgefühle zu kompensieren durch wahlloses Rundumverteilen von Ohrfeigen und Kratzwunden oder durch plötzliche Schläge von hinten, trägt zum Aufbau zärtlicher, zugewandter Beziehungskontakte nicht bei. Aber gerade dies wünscht Marlies sich offensichtlich sehr, einschließlich der sexuellen Komponente.

Voraussetzung für eine weitere Entwicklungsförderung ist es, diesen Teufelskreis zu durchbrechen. Einige Beobachtungen und Hinweise, die hierfür als Anhaltspunkte dienen könnten:

- > Frau M. kontinuierlich vermitteln, daß ich sie wahrnehme und mag (winken, lächeln, zurückhaltend Angebote machen: zeigen, hindeuten, fragender Blick).
- > Wichtig für sie ist Freiraum, eigenes Revier, Sicherheitsdistanz, Rückzugsmöglichkeit; all dies möchte sie jeweils situativ verändern können. Daraus ergibt sich:
 - > Jedes kontaktsuchende Näherkommen mit einer entsprechenden fragenden Geste einleiten und Marlies' Antwort abwarten.
 - > Auf jedes Distanzsignal von Marlies ohne Zeitverzug in ihrem Sinne reagieren, dies auch, sofern sie eine gemeinsame Aktion beenden möchte.
 - > Bei Kontakt mit anderen BewohnerInnen Marlies ab und an aus der Ferne lächelnd zuwinken, damit sie sich nicht ausgeschlossen fühlt.
 - > Bei Anzeichen von Überforderung bzw. wachsende Erregtheit (typischer starrer Blick und/oder mechanisches Herumlaufen: 'Kreise ziehen') ihr helfen bei der Reizbegrenzung, ggf. ins Bett geleiten oder ins eigene Zimmer.
 - > Immer wieder überraschte mich die hohe Nuanciertheit, mit der Frau M. gerade auch Protest und Distanzbedürfnis nonverbal vermitteln kann. In aller Regel

stehen ihr viele Abstufungen zur Verfügung, die sie nacheinander einsetzt, - von charmant lächelndem Kopfschütteln, den Anderen wegschieben, ihn von sich weg drehen und sachte weg schubsen, über verschiedene Formen abweisender Mimik bis hin zu Drohgesten und angedeuteten Schlägen u.a. Tätlichkeiten. Selbst bei den ersten realen oder offensichtlich ernsthaft intendierten Aggressionen (beliebt ist der Griff nach der Brille des Anderen, um sie – vielleicht? oder doch nicht? – zu zerstören) habe ich bei Frau M. eine sorgsame Selbstkontrolle empfunden; - immer meinte ich den Wunsch zu spüren, es möge doch gut ausgehen, den Wunsch nach Einigung, Versöhnung, Verständnis.
> Marlies spielt gerne humorvolle pantomimische Szenen mit bzw. inszeniert diese selbst. Auch hier ist ihr Thema oft die Polarität von Abweisung und Zuwendung, Vertrauen und Angst.

Seit Anfang 1997 nimmt Frau M. in einer kleinen, dabei sehr heterogenen Gruppe kontinuierlich an einem beschäftigungstherapeutischen Angebot teil. Dabei zeigt sie hohe Sozialkompetenz, indem sie die Souveränität der anderen Betreuten wahrnimmt und sich auf sie einstellen kann.

Insgesamt verfügt Frau M. ohne jeden Zweifel über hohes emotionales und kognitives Entwicklungspotential und hat ein starkes Bedürfnis nach angemessener Zuwendung und verlässlicher Begleitung in einem Alltag, in dem sie etwas lernen und sich befriedigend beteiligen kann.

2. Bericht

Das im 1. Bericht dargestellte Konfliktverhalten zeigte sich bei Frau M. zwar seit Frühjahr 1997 immer seltener, jedoch könnten diese Erfahrungen mit Marlies nach der Verlegung ins Wohnheim zumindest für eine Übergangszeit durchaus wieder relevant werden.

Nach der Verlegung in ein anderes Haus mit anderem Betreuungspersonal und z.T. anderen (nämlich auch männlichen) Bewohnern sowie der Teilnahme an einer kleinen beschäftigungstherapeutischen Gruppe zeigten sich bei Marlies bedeutsame Verhaltensänderungen. Ihre aggressiven Impulse sind fast völlig verschwunden (im Jahr 97 nur noch zweimal 'Rundgänge' mit Kratzen und Schlagen), ihr Eifersuchtsverhalten ist bis auf winzige, eher symbolische Gesten verschwunden. Der Grund für diese Fortschritte liegt sicherlich in der verlässlichen Zuwendung durch inzwischen relativ viele MitarbeiterInnen. Der im 1. Bericht dargestellte 'Teufelskreis' hat sich tatsächlich umgedreht, - Marlies M. wird aufgrund ihrer humorvollen, charmanten Persönlichkeit mehr und mehr gemocht

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

und kann diese positive Verhaltensweise eben dadurch immer deutlicher hervorbringen! Sie fühlt sich offensichtlich immer weniger ausgeschlossen.

Wesentlich beigetragen zu diesen guten Erfahrungen hat mit Sicherheit die Zuneigung des (nur leicht kognitiv beeinträchtigten) wesentlich älteren Mitbewohners Heinz H., der sie in väterlicher Weise umsorgt und sogar bemüht ist, auf ihre hochgradige Hörschwäche Rücksicht zu nehmen.

Leider zieht sich Frau M. noch immer für die meiste Zeit des Tages zurück in den Schlafrum, läuft dort enge Kreise bzw. liegt kopfschaukelnd auf dem Bett. – Der ja weiterhin turbulente und für sie unübersichtliche Stationsalltag bietet ihr natürlich noch immer kaum Ansatzpunkte einer selbstbestimmt-aktiven Beteiligung.

Andererseits ist Marlies M. kognitiv noch immer unterfordert. Dies zeigte sich auch während des beschäftigungstherapeutischen Angebotes. (Das leider im Zusammenhang mit dem neuen Heimstatus beendet werden mußte.) Ihre Angewohnheit, das Sprechen anderer mimisch und lautierend zu imitieren, läßt den Schluß auf ein lebendiges Bedürfnis nach verbaler (oder sonstwie differenzierter) Kommunikation zu.

Innerhalb einer für sie überschaubaren Wohngruppensituation können für Marlies M. mit Sicherheit umfassendere Beschäftigungs- und Kommunikationsmöglichkeiten geschaffen werden.

Auch die Gewöhnung an ein Hörgerät wäre zu überlegen.

(Besuch im wohnheim nach 2 Jahren: Marlies hat mich froh mit unseren vertrauten kommunikationsritualen begrüßt. Sie liegt tagsüber nicht mehr im bett; die durch das ständige kopfschaukeln im liegen entstandene kahle stelle am hinterkopf ist verschwunden. Marlies malt viel, sie lernt buchstaben lesen und schreiben; jetzt wird versucht, ihr die uhrzeiten beizubringen. Aggressives verhalten gibt es nicht mehr.)

Jürgen Y.

Yogi (wie Herr Y. allgemein genannt wird) hat ungewöhnlich intensives Interesse an sozialem Kontakt mit MitbewohnerInnen. Er sucht körperliche Nähe (die in ihrer Intensität das umgeleitete sexuelle Bedürfnis ahnen läßt), er versucht, andere zum Mitmachen beim Ballspiel zu animieren, er verfolgt mitfühlend medizinische und pflegerische Abläufe bei andern. Zu einem Mitbewohner hatte Yogi eine treue Zuneigung gefaßt; ihn himmelte er über Stunden mit schmachtenden Blicken an, gab ihm sein Essen und freute sich über jede Situation, in der er mit dem Freund zusammensein konnte. (Da es eine entsprechende Neigung bereits früher zu einem mittlerweile verlegten Mitbewohner gab, ist zu hoffen, daß Herr Y. sich auch jetzt wieder relativ problemlos umorientieren wird.)

Je mehr Yogi Y. einbezogen wurde in heilpädagogisch orientierte Angebote, desto deutlicher wurde seine bisherige kognitive Unterforderung. So hat er im Bereich von Konstruktionsspielen in monatelangen Versuchen – ohne sachbezogene Hilfe von außen – statische Prinzipien richtig einzuschätzen gelernt. (Voraussetzung war allerdings wohl die mitmenschliche Bestätigung des immer dabeisitzenden Betreuers, die lächelnden Blicke hin und her..)

Sein besonderes Interesse an mechanischen, kausalen Zusammenhängen ('forscherisches' Erkenntnisinteresse) orientiert sich immer wieder an verschiedenen Gegenständen und Beobachtungen; dabei begrenzt Yogis feinmotorische Undifferenziertheit die Erfahrungsmöglichkeiten. (Um ein in seinem Besitz befindliches Kaleidoskop nutzen zu können, müßte ihm noch gezeigt werden, wie er ein Auge schließen sollte beim Hindurchsehen.)

Wesentliche Neuentdeckung für Herrn Y. war der neueingerichtete Snoezelraum. Langsame rhythmische Lichteffekte scheinen die Häufigkeit von epileptischen Anfällen bei ihm allenfalls zu reduzieren, jedenfalls war keine Zunahme zu verzeichnen, obwohl Yogi sehr oft und über Stunden diese Effekte beobachtete. Unlängst hörte Yogi sich zusammen mit einem Betreuer hingebungsvoll Vivaldis 'Jahreszeiten'-Zyklus an. Während der gesamten Zeit (ca. 40 Minuten) verharrte er still, höchst aufmerksam und mit der für geübte Konzertbesucher typischen Körpersprache!

Insgesamt liegen bei Herrn Y. mit Sicherheit umfassende Entwicklungsmöglichkeiten brach. Es wäre kaum in seinem Interesse, den Kontakt mit ihm auf seine stetige Bereitschaft zu zärtlicher, aber eher passiver Zuwendung zu beschränken.

Kerstin K.

Frau K. wirkt im Alltag zumeist unbeteiligt; sie sitzt still oder schaukelnd an einem ihrer Stammplätze. Kontaktangebote lehnt sie vordergründig in aller Regel ab. Andererseits beobachtet sie besondere Situationen im Stationsalltag recht gut. Sie versucht, spezielle Bedürfnisse (essen/trinken, insbesondere Kaffee, eingecremt werden, die Prozedur des Blutdruckmessens, ein Beobachtungsposten nahe der Küche bzw. dem Schwesternzimmer, mit selbst hingeschlepptem Stuhl) mit hoher Willenskraft, sehr guter Grobmotorik und etlichen Tricks durchzusetzen. (Beispielsweise simuliert sie ziemlich realitätsgerecht epileptische Anfälle – *ohne selbst Epileptikerin zu sein!* - oder schlägt sich, um etwas durchzusetzen.)

Aus Kerstins Kindheit ist hohes Anlehnungsbedürfnis und eine gewisse Ängstlichkeit dokumentiert. Andersertis sei sie jedoch überall herumgeklettert und sei schon als Kind sehr willensstark (starrsinnig) gewesen, berichtet die Mutter gegenwärtig. Im übrigen machte Frau K. früher zeitweise mit bei beschäftigungstherapeutischen Angeboten. "Nur wenn sie nicht beschäftigt ist, treten wieder motorische Stereotypen auf", heißt es in einem frühen Bericht. Dies deckt sich – jedoch nur teilweise – mit Erfahrungen, die bei behutsamen Kontaktangeboten heutzutage mit Frau K. gemacht werden konnten:

> Kerstins Schaukelbewegngen können abrupt abbrechen, wenn etwas ihr Interesse erregt.

> Für angebotene Gegenstände zeigte sie zeitweilig große, wenn auch nur passiv-beobachtende Aufmerksamkeit (Noppenball mit Fransen, Handpuppen, aromagetränkte Gegenstände). (Von einer hohen Geruchs- und Geschmackssensibilität berichtet auch die Mutter.)

> Seit Kerstin sich mehrmals darauf eingelassen hatte, ihre Hand in der meinen liegenzulassen, versuchte sie auch anderswo mit einiger Beharrlichkeit, Handkontakt/Körperkontakt zu finden. Zeitweise streichelte sie mit meiner Hand ihren Kopf, drückte ihr Gesicht an meines.

Vergleichbare Situationen gab es in der Folgezeit mit verschiedenen BetreuerInnen, wobei ruhige Zuwendung mit viel Geduld jeweils Voraussetzung war. 1997 entwickelte sich ein kontinuierlicher Beziehungskontakt mit einem Zivildienstleistenden; dabei machte es Kerstin offensichtlich viel Spaß, gekitzelt und umarmt zu werden. Offenbar aus dieser Erfahrungen rührt ihre neue Angewohnheit, mit dem Stuhl in die Nähe einer ihr genehmen Betreuungsperson zu rutschen, die im selben Raum sitzt. (Ihr Platz auf dem Stuhl bedeutet für Kerstin K. zentrales Sicherheitsmoment.)

> Bedeutsam ist auch die Erfahrung, daß Frau K. ihr Bedürfnis nach Kontakt, Nähe oder Distanz nuanciert dosieren bzw. signalisieren kann. Ist ihr etwas nur um eine Spur zuviel, klopft sie mit dem Daumenballen an eine Ecke des Tisches

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen
www.autonomie-und-chaos.de

oder Stuhls – was als ängstlicher Rückzug in die Stereotypie zu verstehen sein dürfte. Sobald der sie überfordernde Reiz entsprechend reduziert ist, hört Kerstin umgehend auf mit dem Klopfen. (Dies kann sich sogar auf den Abstand beziehen, den ein auf dem Tisch liegender Gegenstand zu ihr hat.)
Eine weitere typische motorische Stereotypie ist das kreisende Bewegen eines abgespreizten Daumens; auch dies bedeutet offensichtlich den Rückzug in eine vertraute Tätigkeit in für sie unsicheren Situationen.

Lisa F.

Referat und Fallbericht: FRÜHKINDLICHER AUTISMUS als Folge von Psychotraumatisierung aufgrund von Frühstörungen unterschiedlicher Genese*

Der Begriff „Autismus“ rührt her von *Eugen Bleuler*, der (1911) damit (vorrangig) ein Symptom der Schizophrenie meinte. In den 40er Jahren assoziierte **Leo Kanner** bestimmte Erfahrungen bei Kindern mit dem „autistischen Verhalten“ von Menschen in schizophrenen Phasen. *Kanners* sehr nuancierte Beschreibung war viele Jahre lang Grundlage der Diagnose „Frühkindlicher Autismus“. Seine Hypothese zur Ursache des Frühkindlichen Autismus hat Kanner in verschiedenen Veröffentlichungen – allerdings widersprüchlich – formuliert.

Frühkindlicher Autismus (nach Kanner) kann verstanden werden als emotionales/seelisches Steckenbleiben auf einer sehr frühen Entwicklungsstufe, wobei eine Entwicklungsstörung während der ersten Lebensjahre – die verschiedene und auch mehrere Ursachen haben kann – die psychische Weiterentwicklung umfassend beeinträchtigt und/oder blockiert.

Die Struktur dieses Steckenbleibens beim Frühkindlichen Autismus läßt sich m.E. etwa folgendermaßen skizzieren:

- > Es konnte nicht gelernt werden, grundsätzlich zu unterscheiden zwischen Ich und Nicht-Ich/Außenwelt.
- > Aus diesem Grund wird die Außenwelt nicht bestimmbar; sie bleibt ein diffuses, unberechenbares Kontinuum, dessen Reize Angst einflößen.
- > Das Kind kann sich nicht abgrenzen von der Außenwelt. Es erlebt sich offenbar nicht als ‚Ich‘. Sensorische (sinnliche) Erfahrungen können nicht integriert werden ins Bewußtsein. Selbst Erfahrungen mit dem eigenen Körper sind dann Teil einer diffusen, chaotischen (unstrukturierten) Welt.
- > In dieser Situation ist die Erfahrung von **Beziehungen** zwischen Innenwelt und Außenwelt nicht möglich. Das Kind kann also nicht spielen.
- > Ohne zu spielen, also ohne spontanes Handeln und die Erfahrung von Ursache und Wirkung, ist kognitive Weiterentwicklung nur sehr eingeschränkt möglich (*PIAGET*).
- > Insbesondere aber kann Emotionalität sich nicht entfalten, und zwar zum einen wegen der Unfähigkeit, sicher zu unterscheiden zwischen Ich und Nicht-Ich, zum

* Ursprünglich referat bei der krankenhauses internen weiterbildung, seit 2006 informationstext der TRIALOGISCHEN TRAUMA- und BORDERLINE-BERATUNGSSTELLE LEIPZIG.

anderen aber, weil affektive Momente als besonders unberechenbar, unvorhersehbar und damit bedrohlich erlebt werden. Zwischenmenschliche Beziehungen können also nicht wachsen.

Zudem behindert die sensorische und emotionale Beeinträchtigung wiederum die kognitive Entwicklung (*GREENSPAN*).

Einzige Zuflucht ist für diese Menschen die Orientierung an festgelegten, sich nicht verändernden Situationen und an Gegenständen. Auch mit Menschen kann nur instrumentell umgegangen werden, wie mit Dingen. Die diffuse, chaotische Welt kann allenfalls durch rigide Ordnungsprinzipien um ein Weniges vorhersehbarer, also vertrauenswürdiger werden.

Bei der heilpädagogischen Betreuung von Betroffenen habe ich mich [*in den Jahren 1995-97*] im wesentlichen auf die diagnostischen Überlegungen und therapeutischen Erfahrungen von **Bruno BETTELHEIM** (*„Die Geburt des Selbst“*) bezogen.

Bettelheim war psychoanalytisch-ichpsychologisch orientiert, kam aber zu eigenen Schlüssen über **die Wirkung von Bedrohungen, Isoliertheit und Verlassenheit auf die menschliche Psyche**, dies sicher auch aufgrund seiner Erfahrungen als KZ-Überlebender im Nazi-Deutschland. Auch *Bettelheim* schließt organische Entwicklungstörungen nicht aus, sein therapeutisches Augenmerk liegt beim Frühkindlichen Autismus allerdings gegenwartsbezogen auf der „**Störung der Fähigkeit, Beziehungen zur Umwelt herzustellen**“. Nach seinen Erfahrungen liegt die Ursache hierfür zumeist in unzureichenden oder unangemessenen frühkindlichen Kontaktmöglichkeiten mit der primären Bezugsperson, d.h. in der Regel mit der Mutter.

Bruno Bettelheim gilt als einer der bedeutendsten Kinderpsychotherapeuten für den Bereich der kindlichen Frühstörungen, er ist aber nicht unumstritten. Im Zusammenhang mit Frühkindlichem Autismus wurde er oft abgelehnt wegen einer angeblichen einseitigen Betonung des mütterlichen Versagens, der mütterlichen Lieblosigkeit. (*Daß dies so nicht stimmt, belegen eine Fülle von Aussagen in seinem Werk. Siehe auch die Biografie von SUTTON sowie HEINEMANN.*)

Bettelheim hat sein therapeutisches Verständnis in etlichen Büchern vermittelt. Die von ihm meist über viele Jahre betreuten Kindern und Jugendlichen sind nach seiner Diktion ausnahmslos „Geistesgestörte“ und/oder „Frühkindliche Autisten“.

(*Als Frühstörung im Grenzbereich zwischen Selbst- und Beziehungskränkung sieht Bettelheim den Frühkindlichen Autismus, bei grundsätzlichen Unterschieden, als der Schizophrenie nah verwandt.*)

Aufgrund seiner ausführlichen Fallbeschreibungen vermute ich jedoch, daß es sich bei seinen PatientInnen nicht selten um Überlebende von frühen Psychotraumatisierungen (sozialer Genese) handelt, - jedoch gab es diese diagnostische und therapeutische Kategorie zu jener Zeit noch nicht..

Meines Erachtens gehört *Bruno BETTELHEIM* wegen seiner praktisch-therapeutischen Arbeit zu den bedeutenden Vorläufern der Psychotraumatologie, - neben *Pierre JANET*, *Sándor FERENCZI*, *René SPITZ*, *John BOWLBY* und auch *Janusz KORCZAK*. Seine Bücher können noch heute dazu motivieren, traumatisierten Kindern und Jugendlichen mit der Achtsamkeit und Achtung entgegenzutreten, die sie verdient haben und die Voraussetzung ist für jede erfolgreiche therapeutische Unterstützung.

Auf der Grundlage meiner Erfahrungen mit Lisa (*siehe hier im Anschluß*) und mit anderen Frühkindlichen Autisten sehe ich im Frühkindlichen Autismus eine gravierende frühe Entwicklungsstörung, deren Ursache ein **strukturelles Defizit in der neurophysiologische Wahrnehmungsverarbeitung** sein kann, wie es heutzutage wohl von den meisten Fachleuten angenommen wird. Dabei **kann eine extreme affektive Deprivation und soziale Isolation in den ersten Lebensjahren** durchaus Ursache solcher neurologischer Entwicklungsstörungen sein, da der neurobiologischen Aufbau von Wahrnehmungsverarbeitungs-Systemen beeinträchtigt werden kann durch mangelnde ‚Nutzung‘ („**neuronalen Plastizität**“; vgl im Zusammenhang damit die sog. "**Spiegelneurone**"; PEICHL S.265). Es besteht jedenfalls keine Notwendigkeit, soziale/psychische und somatisch-neurologische Ursachen mit Ausschließlichkeitsanspruch zu diskutieren. (*Dies gilt m.E. ebenso wie bei dem analogen Problem mit der Hypothese um die „schizophrenogene Mutter“.*)

Zu **Psychotraumatisierungen** kommt es, wenn wir in seelisch sehr belastenden Lebenssituationen nicht in der Lage waren, uns irgendwie angemessen zu schützen oder zu fliehen. Die während der schlimmen Situationen entstehenden Gefühle von Angst, Panik und Hilflosigkeit können nicht verarbeitet werden, sondern werden in speziellen Bereichen des Gehirns unverändert gespeichert. (*Siehe von der T.B.L.: ‚Erste Informationen über Traumatisierungen in Kindheit und Jugend‘.*)

Angriff und Flucht sind die beiden grundlegenden, neurophysiologisch strukturierten Aktionssysteme, mit denen wir, genauso wie Tiere, auf existenzielle Bedrohungen reagieren. Ist eine derartige natürliche Reaktion aus äußeren oder inneren Gründen nicht möglich, bleiben wir gewissermaßen stecken in der traumatischen Situation. - Nicht nur bei Tieren, sondern auch beim Menschen kommt es dann oft zur **Immobilitätsreaktion**, dem „Totstellreflex“.

Eine derart fundamentale Unfähigkeit, Wahrnehmungen zu verarbeiten und sich auf diese Weise Schritt für Schritt der Außenwelt zu versichern, wie sie beim Frühkindlichen Autismus mit großer Wahrscheinlichkeit besteht, bedeutet die Existenz in einer fast unabänderlich fremd bleibenden materiellen Welt (einschließlich des eigenen Körpers), bedeutet existenzielle Not, wie sie schlimmer kaum vorstellbar ist, - und kann nur als extreme Psychotraumatisierung verstanden werden.

Ich vermute, daß das bei jedem Menschen bestehende authentische Lebenspotential (der ‚Lebenswille‘) bei Menschen mit Frühkindlichem Autismus gezwungen ist, sich unter dem Schutz einer chronischen Immobilitätsreaktion Bahn zu brechen. Dies würde viele der bei diesen Menschen typischen Handlungsweisen nachvollziehbarer machen!

Während meiner Tätigkeit innerhalb eines heilpädagogischen Enthospitalisierungsprojektes in einem (ost-)berliner psychiatrischen Krankenhaus (1995-98) lernte ich eine junge Frau kennen, **Lisa F.**^{*}, die dort mit der Diagnose „Schwere geistige Behinderung infolge frühkindlicher Hirnschädigung“ bereits seit 19 Jahren untergebracht war. Ich sah sie als Frühkindliche Autistin und konnte sie ein Jahr lang unter diesem Gesichtspunkt einzeltherapeutisch betreuen. Während einer Veranstaltung der krankenhausesinternen Weiterbildung habe ich über meine Erfahrungen mit Lisa F. referiert. Zu diesem Zeitpunkt hatte ich erst begonnen, aufmerksam zu werden für Psychotraumatisierungen im Kindesalter. Jedoch hat die Begegnung mit Lisa, die „*choreografische Kommunikation*“ mit ihr mich ohne Zweifel erheblich sensibilisiert für das Leid von Menschen, die eingesperrt sind in ihr Inneres, die erstarrt sind aufgrund von diffusen Ängsten, von grundlegender Verständnislosigkeit für das eigene Leben, von existenzieller Ausgesetztheit – was ganz genauso gilt für Traumaüberlebende mit schwerwiegender chronischer dissoziativer Depersonalisierung und Derealisierung, wohl auch für Menschen im schizophrenen Stupor. Über vieles wissen wir noch nicht Bescheid im wissenschaftlichen Sinne – jedoch können wir in der authentischen Begegnung mit Menschen, die ganz anders zu sein scheinen, intuitiv etwas verstehen – **nicht zuletzt können wir erkennen lernen, was uns verbindet – unser gemeinsames Mensch-Sein und Leben-Wollen** – und können dann vielleicht doch zu angemesseneren Lebensmöglichkeiten für sie beitragen.

*Diagnose und heilpädagogisch-therapeutische Förderung
bei Frühkindlichem Autismus (nach 20jähriger Hospitalisierung)
(Referat innerhalb der krankenhausesinternen Weiterbildung, Berlin 16.11.1995)*

Anamnese (anhand der Akten)

Lisa F. wurde 1965 (als DDR-Bürgerin) geboren, lebte bis 1976 bei den Eltern. Sie hat während dieser Zeit nicht gelacht, nicht gespielt, es waren keine

* (Name geändert)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Augenfolgebewegungen zu erkennen, sie ist teilnahmslos, hat noch nie gesprochen.
Lisa hebt Spielzeug auf, führt es an den Mund, wirft es weg.
Ist inkontinent, weiß aber, was sie auf der Toilette machen soll.
Möchte ihren Willen unbedingt durchsetzen.
Ihre Lieblingsspielzeuge sind Stühle, Liegestühle.
Lisa bleibt in keinem Bett; die Eltern haben deshalb einen Bettkäfig gebaut.
Lisa zerreißt Kleider, zerstört Gegenstände; sie zieht sich ständig aus.
Hat „riesengroße Freude“, wenn sie sich in das Bett des Bruders legen kann.
In öffentlichen Verkehrsmitteln hat sie „verrückt gespielt“.
Wenn Lisa an der Hand genommen werden soll, schreit sie, wirft sich hin.
Sie weiß genau, wo etwas zu essen/trinken ist, zeigt auf Kekse, die auf dem Schrank liegen.

Seit 1968 ist Lisa in einer Tagesstätte, hat sich dort „gut eingelebt“.
1976 wird sie in die Akutpsychiatrie eingeliefert. Zustand: hochgradiger Erregungszustand, schlafend/schnarchend, wehrt sich jedoch sofort bei Berührung, schlägt zu, läßt dabei die Augen geschlossen, schläft wieder ein, wenn man losläßt.
Aufgrund des hohen Aggressionspotentials bleibt sie von diesem Zeitpunkt an in der Erwachsenenstation (!) des psychiatrischen Krankenhauses.
Trotz nicht mehr zu steigernder Medikation ist Lisa jahrelang fast ständig an der „Fixierbank“, wobei sie mit Ellbogen und Knien ans Holz schlägt (Aussage 1995 des zuständigen Chefarztes).

Nachlassen der Aggressionstendenzen durch pädagogische Betreuung, jedoch weiterhin hoher Bewegungsdrang, Autoaggressionen.
„Keine weitere Förderbarkeit zu verzeichnen.“

1990/91 zugewandter, intensiver Kontakt zur Physiotherapeutin, die sich täglich mit Lisa beschäftigt.
Sie schreit weniger, wirft seltener Stühle und Tische um, ist jedoch nur phasenweise ruhiger.
Jedoch bleibt das Verschieben und Umschmeißen von Möbeln, das Runterwerfen und Aufheben von Bausteinen Lisas vorrangige Beschäftigung.

Seit 1994 gute Eingewöhnung in die Beschäftigungstherapie (Einzeltherapie). Lisa lernt dort durch viel Zuwendung der Therapeutin differenzierte Handfertigkeiten, läßt sich eher anfassen.
Mai 1995 – Mai 1996 heilpädagogisch-therapeutische Förderung im Hinblick auf die Verdachtsdiagnose Frühkindlicher Autismus.

Frühkindlicher Autismus ?

Als ich Lisa F. im April 1995 kennenlernte, fiel mir von Anfang an das außerordentlich Stereotype ihres Verhaltens auf, bald auch die hohe Diskrepanz zwischen ihren differenzierten kognitiv-motorischen Fähigkeiten und der emotional-sozialen Undifferenziertheit und ‚Uninteressiertheit‘, dies in Verbindung mit der außerordentlichen Willenskraft, mit der Lisa ihre doch immer gleichen Intentionen durchzusetzen versuchte. Mir kam der Verdacht, es könnte sich um Frühkindlichen Autismus handeln.

Eine entwicklungspsychologisch orientierte Darstellung des Frühkindlichen Autismus anhand von Lisas Symptomatik würde den Rahmen dieses Referates sprengen. Um Lisa „vorzustellen“, will ich stattdessen eine Zusammenstellung derjenigen Verhaltensweisen von Lisa F. folgen lassen, die ich als relativ spezifische Symptome für Frühkindlichen Autismus gefunden habe bei *BETTELHEIM* sowie in einem Fachbuch der anthroposophischen Heilpädagogik.

(B = BETTELHEIM: Die Geburt des Selbst; DfA = HOLTZAPFEL u.a.)

- > *(Aus der Anamnese:)* Spielt nicht, nicht gelacht mit 3 Monaten (*DfA 66*), keine Augenfolgebewegungen, teilnahmslos (*überall*). Hebt Spielzeug auf, führt es an den Mund, wirft es weg (*B 214 f.*). Kleider vom Leib reißen (*B 467*).
- > Ausweichender Blick, vage in die Ferne schauen, konzentrierte Aufmerksamkeit gegenüber Dingen in der Nähe, jedoch ‚wie nebenbei‘ (*B 87, DfA 88 ff.*). (*Siehe GREENSPAN*)
- > Mund leicht geöffnet halten (*B 80*).
- > Zurückscheuen vor allen neuen Handlungen (*B 71*).
- > Steifheit von Körperbewegungen (*B 88, B 183 f., DfA 57*).
- > Rachenlaute (*B 140*), Schreie als anonymes Signal (*modulierte Laute sind affektiv stärker besetzt!*) (*DfA 92*).
- > Bekratzen von Gegenständen mit Fingernägeln (*DfA 34*).
- > Kaum Koordination von Extremitäten (Lisa kriecht nicht, läuft aber gegebenenfalls auf Händen und Füßen) (*B 152 f.*).
- > Unbeweglichkeit als Versuch, sensorische Stimulation zu vermeiden (wenn etwas affektiv gefordert wird) (*B 160*).
- > Stereotypes Manipulieren von Gegenständen, exaktes Positionieren von Gegenständen (*überall; DfA 73, 51*).
- > Der besonders geschickte Umgang mit Gegenständen, allerdings nur aus eigenem Entschluß (*DfA 31; Kanner*).
- > Ablehnung von Körperkontakt, Panik bei jeder Intervention von außen (*überall; B 77*).
- > Der „typische“ aufmerksam/intelligente Gesichtsausdruck (*DfA 31; Kanner*).

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

- > Keinerlei Ausdruck von leidvollem Gefühl, von Irritationen durch die Außenwelt. Als ob nichts, was von außen kommt, den Betreffenden etwas angehe. Keine oder nur versteckt sichtbare Reaktion auf Schmerz, auf Verletzungen (B 229, 245; DfA 92 f.).
- > Das Nebeneinanderexistieren von Zuwendung (auf eigenen Wunsch und selbstbegrenzt) und rigoroser Abweisung (*überall*).
- > Tastende Arme/Finger mit abgewandtem Gesicht (B 184 f., 215).
- > An den Mund führen von Gegenständen (ohne zu berühren), auch ans Kinn (B 214 f.); neue Objekte zum Teil ihres Selbst machen, indem sie sie erst zum Mund führen, in Unsicherheitssituationen auch mit bekannten Gegenständen (B 244).
- > Fingerspiel, vom Körper weg gerichtet, zugleich die Hand immer wieder nach dem Mund lenken, ohne diesen zu berühren; dafür öfters ans Kinn klopfen (B 216 f.).
- > Bei affektivem Interesse eines Andern an dem, was sie gerade macht, läßt sie davon ab (B 227).
- > Kontakt bricht ab, sobald sie das Gegenüber aus dem Auge verliert (B 233). (!)
- > Die Bewegungen des Körpers zeigen einen Rhythmus, der wie ein geschlossenes System wirkt (Uhrwerk). Dabei bruchloses Übergehen zum Manipulieren von Gegenständen (DfA 73).
- > Hohe Anfälligkeit für verhaltenstherapeutische Konditionierung (!) wegen der Orientierung an feststehenden Zusammenhängen (DfA 91).
- > Unterscheiden von verschiedenen ‚Bühnen‘ und auseinanderhalten (auch personell) (DfA 92). (Siehe auch: VEREIN FÜR.. : ‚Innere Orte Äußere Orte‘.)

Hypothese zur Auswirkung der 20jährigen Hospitalisierung

Eine für Lisa F. besonders typische Verhaltensweise scheint allerdings der Diagnose Frühkindlicher Autismus hochgradig zu widersprechen. – Von allen Frauen der Station geht Lisa am offensivsten auf Menschen zu – auch auf fremde; unermüdlich will sie beschäftigt werden und sich beschäftigen.- Lisa wirkt souveräner und selbstbewußter als alle anderen Patientinnen und es gibt kaum einen Menschen dort, von dem ein freiwilliger örtlicher Rückzug aus dem Gemeinschaftsaum schwerer vorstellbar wäre.

Lisa F. will über die ihr vertraute Umgebung offensichtlich insgesamt und rund um die Uhr nach eigenen Intentionen verfügen und klagt diesen Anspruch mit Schreien und aggressivem, insbesondere selbstaggressivem Verhalten in eindeutiger Weise ein.

Nun haben Menschen mit Frühkindlichem Autismus, die bis ins Erwachsenenalter stationär untergebracht sind, auch heute meist keine Chance auf angemessene therapeutische Förderung. [*Entsprechende Fehlplatzierungen dürften – hoffentlich! – mittlerweile kaum mehr hinzukommen, zumindest in Deutschland.*] Aus diesem Grund finden sich kaum dokumentierte Erfahrungen mit diesem Personenkreis; auch der verdienstvolle Verein ‚Hilfe für das autistische Kind‘ konnte mir nichts dazu sagen. – Nach meiner Erfahrung mit Lisa vermute ich, daß es in Lebenssituationen,

die affektiv nicht überfordern und zugleich sehr regelhaft organisiert sind, aus dem Alltag heraus über die Jahre zu einer Verdichtung von Erfahrungen im Rahmen der verbliebenen Entwicklungsmöglichkeiten kommen kann. Das Geflecht vertrauter Situationen und Gegenstände kann enger, vielfältiger werden; hierzu können auch Menschen gehören. Diese werden jedoch offenbar weiterhin nur als besonders vielfältige Gegenstände verstanden und genauso funktionalisiert wie alle anderen Dinge.

Vertrauen in die Verlässlichkeit (oder Ungefährlichkeit) bestimmter Menschen (oder: aller Menschen in dieser, in sich sehr regelhaften Situation) kann also entstehen, auch gefühlsmäßige Bedürfnisse können punktuell, zusammenhanglos befriedigt werden, es kommt aber noch kaum zu einer affektiven, dialogischen Begegnung. Ein solches Milieu löst also nicht die grundlegende Fixierung auf feststehende, regelhafte Situationen; vielmehr kommt es durch die Erfordernisse des organisierten Alltagsablaufs wesentlich zu verhaltenskonditioniertem Lernen.

Heilpädagogisch-therapeutische Förderung (Mai 95-Mai 96)

Aus dieser Situation heraus habe ich im Mai 1995 mit der heilpädagogischen Förderung begonnen, eng orientiert vor allem an einer der Falldarstellungen bei BETTELHEIM („Marcia“). Lisa F. ist seither montags bis freitags täglich eine Stunde bei mir. Als grundsätzliche Förderziele sah ich in dieser ersten Phase einer Entwicklungsförderung:

- > Rituelle Abläufe so zu differenzieren, daß dadurch Möglichkeiten zum Handeln (Freiheitsgrade) entstehen.
- > Aufbau einer authentischen (heilpädagogisch-therapeutischen) Beziehung.
- > In dem enger werdenden Geflecht vertrauter Situationen und Gegenstände die situative Unvorhersehbarkeit zu erhöhen und der dadurch entstehenden Unsicherheit und Angst die Verlässlichkeit unserer Beziehung entgegenzustellen, sodaß im Laufe der Zeit Vertrauen eher in die Erfahrung des zwischenmenschlichen Kontakts gesetzt wird als in die Sicherheit regelhafter Situationen.
- > Auf diesem Weg kann sich bestenfalls freies Spiel entwickeln als Voraussetzung für Beziehungsaufnahme mit der Außenwelt, für Selbstwahrnehmung und Persönlichkeitsentfaltung.

Grundprinzip der Förderung war und ist, daß – wenn irgend möglich – Lisa F. selbst entscheidet, was gemacht wird, daß sie sich möglichst weitgehend erleben kann als aktiv auf die Welt einwirkend und daß sie auf diese Weise Erfahrungsdefizite aufholen kann.

Im Laufe der Zeit erlebte ich bei Lisa nuancierteste Veränderung von Verhalten fast Tag für Tag, jedoch immer auf der Grundlage bestimmter **Motive**, deren **Möglichkeiten** sie jeweils einzeln erweiterte. Dabei muß aber immer der allergrößte Teil der vertrauten Signifikanz erhalten bleiben. Der Zusammenhang zwischen Motiven scheint (noch) weitgehend sekundär, es scheinen eher zufällige Mischungen zu sein. Die Motivation des Ablaufs geht fast ausschließlich von Lisa aus, teils indem sie etwas selbst macht, teils indem sie deutet oder mich irgendwo hin zieht oder drückt, mich auffordernd anschaut (oder auffordernd kurze Schreie ausstößt) und mich auf diese Weise als Assistenten benutzt, **der für sie handelt**, wobei Lisa in gespanntester Aufmerksamkeit den Ablauf verfolgt und gegebenenfalls unterbricht, wenn etwas ihren Intentionen nach nicht entspricht.

Etwas Neues führe ich initiativ in der Regel nur dann ein, wenn Lisa aufforderndes Verhalten zeigt, jedoch auf meine versuchsweisen Angebote (nämlich gewohnter Abläufe) nicht oder mit Protest reagiert. (Es gab allerdings Ausnahmen, in denen ich mich punktuell über ihren Willen hinweggesetzt habe und sie mit etwas konfrontiert habe; meist, um ihre Neigung zur Neukonzeption von Ritualen auf immer derselben Komplexitätsstufe zu stören. Aber auch sowas wurde dann entweder in ihr/unser Repertoire integriert oder aber auch von mir nicht weiter verfolgt. Über eine andere Ausnahme wird in der Folge berichtet.)

Den komplexen Ablauf der Stunden über die Monate angemessen zu referieren, wäre nur mit sehr hohem Aufwand an Zeit und Konzentration möglich. *(Eine bestimmte Ebene des Geschehens läßt sich überhaupt nicht referieren, nämlich die Entwicklung der Beziehung zwischen Lisa und mir.)*

Als Annäherung an die reale Dynamik von Interaktion und Förderung werde ich wesentliche **Motive** (die für Lisa wohl **sichere Erfahrungen** bedeuten) in ihrer Veränderung darstellen, wobei ich meist Momente aus verschiedenen Situationen zusammenfasse.

Stühle

> April bis Juni: Wenn Lisa reinkommt, werden die Stühle zu Paaren, in Reihe oder als ‚Herde‘ jeweils ganz dicht aneinandergestellt. Der Stuhl aus dem Flur wird dazugeholt.

> Juni bis August: Wenn Lisa reinkommt, rückt sie die Stühle nur noch jeweils an ihren Platz fugendicht an die Wand.

> Mittlerweile verzichtet sie ab und zu darauf, sämtliche Stühle fugendicht zu stellen; in einer Situation großer Neuartigkeit wurden nach vielen Wochen zum ersten (und seither einzigen) Mal wieder alle Stühle zusammengestellt zur Reihe und anschließend zur ‚Herde‘.

Türen

> Alle Türen müssen fugendicht offen sein. Dazu holte sie einmal eine große Reisetasche hinter der Tür hervor, drückte die Tür ganz an die Wand, stellte dann die Tasche wieder davor, also etwa an den gleichen Platz wie zuvor, nur diesseits der Tür.

> Lisa besteht darauf, daß während der Stunde bei mir die Außentür zum Treppenhaus fugendicht offen bleibt.

> Zu Beginn versuchte Lisa auch, nebenan im Zimmer der Stationsärztin zu wirken. Dies habe ich untersagt, sie immer wieder auf mein Zimmer verwiesen. Seither schließt sie sofort beim Hochkommen als erstes die Tür des anderen Zimmers, - selbst wenn die Stationsärztin dort am Schreibtisch sitzt.

Essen bei mir / Lisas Stuhl

> An einem der ersten Tage entdeckte Lisa zufällig mein Vesperbrot, verlangte danach, bekam es. Am nächsten Tag wies sie direkt auf die Schranktür, hinter der sie das Essen vermuten mußte. Von nun an brachte ich täglich für sie eine Klappstulle mit und Orangensaft.

Lisa setzte sich von Anfang an (aus eigenem Antrieb) zum Essen auf den nebenstehenden Stuhl. *(Im Stationsalltag bleibt sie oft oder meist auch beim Essen nicht gerne sitzen. Außerdem ißt sie dort von sich aus meist nur den Nachtsch.)*

> Seit etwa Juni hat dieser eine Stuhl für Lisa eine besondere Funktion: In neuartigen Situationen, in denen ich für sie stellvertretend etwas machen muß, setzt sich Lisa blitzschnell drauf und verfolgt den Ablauf von dort mit gespannter Aufmerksamkeit. – Nach solchen besonderen Situationen verlangt sie nicht selten noch etwas zu essen (was an dieser Stelle des Ablaufs untypisch ist).

Die Schnelligkeit in dieser Situation ist, wie auch jedes schnelle Umwenden oder Abwenden, äußerst untypisch für Lisa. Ich kenne es nur aus Situationen, in denen sie offenbar Angst hat oder – wie mir scheint – denkt, jetzt kommt eine unangenehme Reaktion von außen, z.B. wenn sie etwas hingeschmissen hat und es hat untypisch laut gekracht.

> Seit Mitte Juli entwickelt sich ein Ballspiel im Zusammenhang mit diesem Stuhl; jetzt wird es offensichtlich *ihr Stuhl*.

Hantieren mit Gegenständen, Werfen, Räumen, Spielen

Dies war in der Zeit unserer gemeinsamen Arbeit wohl das zentrale ‚Motiv‘ der Weiterentwicklung von Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt. Aus diesem Grund nummeriere ich die einzelnen Entwicklungsfortschritte.

1) Scheues Berühren der im Regal liegenden, für Lisa wohl fremden Gegenstände (einfache Rhythmusinstrumente).

Nach unzähligen Anläufen und ‚Umkreisen‘ berührt sie die einzelnen Dinge und probiert, ob sie sie runterfallen lassen kann (oder darf).

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

2) Lisas Grundverhalten bei vertrauten Gegenständen (schon im Elternhaus und im Stationsalltag): Auf den Boden werfen und Verteilen, nach Aufforderung wieder Ordnung herstellen, dann aber in nuancierter Anordnung. – Auch ich bat sie anfänglich, die Gegenstände wieder ins Regal zu räumen, was sie prompt gemacht hat.

3) Grundverhalten bei ihr, seit sie erlebt, daß ich auf ihre Intentionen eingehe: Lisa räumt die Instrumente aus dem Regal, schmeißt sie auf die Erde, - ich gebe sie ihr einzeln von dort in die Hand, sie räumt sie ins Regal. Zuerst versuchte Lisa, alles in ein Fach zu häufen, später verteilte sie die Dinge auf bis zu sechs Fächer, sortierte immer wieder mal um (wobei mir unklar blieb, welche Kriterien sie dabei hat).

4) Lisa faßt die Instrumente grundsätzlich am Griff, wozu sie umgreifen muß, wenn ich sie ihr oft bewußt ‚falsch‘ anreiche. Falls möglich, nimmt sie mir die Instrumente dennoch gleich am Griff aus der Hand – selbst wenn dieser hinter meiner Hand versteckt ist.

5) Wenn eine bestimmte ‚Phase‘ des Räumens (insbesondere des Aufräumens) unterbrochen wird von außen oder Lisa keine Regelmäßigkeit in ihrer Anordnung erreicht (z.B. wenn ich ihr zu verschiedenartige Gegenstände direkt nacheinander gereicht habe), bricht sie diese Phase ab (d.h., sie wirft alles wieder auf den Boden) und fängt von vorne an.

6) Gegenstände, die nicht zum bisherigen Arsenal gehören, werden über Tage hinweg vehement abgelehnt, dezidiert weggefegt, möglichst unter den Tisch oder in eine von dem derzeitigen Aktionsbereich möglichst weit entfernte Ecke des Raumes verbannt.

Mindestens ignoriert Lisa sie und nimmt nur alles drum herum auf. Erst nach einiger Zeit akzeptiert sie die neuen Gegenstände.

7) Das Einräumen ins Regal hat immer geringeren Stellenwert, war eventuell eine in vielen Jahren Stationsalltag antrainierte Anpassungsleistung.

Authentischer Aktionsbereich wird vorrangig ein großer Tisch und der Fußboden. *(Übrigens versuchte Lisa zu keiner Zeit, die andere Seite des Zimmers in unser Spiel einzubeziehen, d.h. meinen Schreibtisch mit einigem Material darauf.)*

> Lisa gibt mir Gegenstände, die ich auf der Erde nach bestimmten Ordnungskriterien zusammenlege.

> Sie deutet auf einen neuen Fleck des Bodens – und verfolgt mucksmäuschenstill, wie ich Stück für Stück an den neuen Platz lege. Jedes Stück wird von ihr über den gesamten Weg mit den Augen verfolgt. Wenn ich fertig bin, stößt Lisa einen tiefen Seufzer aus. *(Lisa erlebt dadurch, daß Ordnung übertragen werden kann von einem Punkt auf den andern. – Dieser Ablauf hatte zentrale Funktion und sie hat ihn bis zum Schluß unserer gemeinsamen Arbeit noch immer ab und zu gefordert.)*

Mondrian graf v. Lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit Hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

8) Es zeigt sich, daß ihr bei diesen Erfahrungen der Krach fehlt. Immer stärker betont Lisa dieses Element, indem sie einzelne Gegenstände aufnimmt, um sie mit zunehmender Gewalt in eine Ecke zu schmeißen. (Dabei reduziert sie bei größeren Gegenständen die Wucht ihrer Armbewegung – oder senkt die Hand erst näher auf die Erde zu, bevor sie schmeißt.)

9) Mittelpunkt der gemeinsamen Arbeit wird über Wochen, daß ich Lisa die Gegenstände einzeln gebe und sie kann diese mit Wucht in den Raum schleudern. Dabei ist ihre tiefe Befriedigung mimisch unverkennbar. Wenn alles auf dem Boden liegt, zeigt Lisa überschäumende Begeisterung durch grelles Kichern, Lachen und Händereiben. – Anschließend deutet sie und guckt gebannt zu, wie ich weder Ordnung schaffe.

Variante: Lisa nimmt die Gegenstände selbst von der Erde auf und wirft. Ich muß dabei aber zuschauen; sobald ich (z.B.) etwas zum Ablauf notieren will, hält Lisa inne und guckt irritiert zu mir rüber, schreit protestierend, sofern ich dann nicht sofort aufhöre mit Schreiben und mich wieder ihr zuwende.

Oder aber: Lisa reicht mir die ungeordneten Gegenstände vom Boden, ich muß wieder Ordnung schaffen.

(Ordnung schaffen auf dem Boden oder Tisch bedeutet vorrangig, die Gegenstände möglichst eng zusammen zu legen. Dabei korrigiert Lisa immer wieder mal, falls ich irgendwo Abstände gelassen habe.)

So geht es über Wochen in verschiedenen Variationen. Immer wieder gibt es Brüche und Verschiebungen, der Ablauf ist im einzelnen nicht mehr so regelhaft.

10) Ich reiche Lisa zwischen den gewohnten Gegenständen einen Duplo-Stein, der schon immer nebenbei auf dem Tisch lag. Lisa fährt entsetzt zurück, schiebt dann meinen Arm weg.

Später ein neuer Versuch; jetzt nimmt sie den Baustein und verwendet ihn von nun an wie alles andere.

(In den nächsten Tagen und Wochen habe ich die Musikinstrumente mehr und mehr ausgedünnt, da sie irgendwann kaputtgegangen wären, und dafür immer mehr Duplo- und Holzbausteine ins Ganze gemischt. Dies hat funktioniert.)

11) Ich habe mit einem Schaumstoffball vor ihren Augen gespielt. Lisa lachte, freute sich daran, faßte den Ball aber nicht an. *(Sie hat schon früher im Stationsalltag mit Bällen gespielt.)*

Im Laufe der nächsten Zeit beobachtet sie immer wieder prustend, lachend mein Ballspiel, guckt aber dabei niemals auf den Ball selbst.

Tage später: Der Ball liegt vor ihren Füßen, nach vielen spielerischen Bitten von mir hebt Lisa ihn auf und wirft ihn mir zu. Von da an faßt sie den Ball manchmal an, wirft ihn in den Raum oder (selten) zu mir, schubst ihn (selten) mit dem Fuß.

Mondrian graf v. Lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit Hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Ich führe an diesem Tag noch zwei Bälle ein, die sie aber ignoriert bzw. dezidiert weg wirft. *(An diesem Tag hat sie nach langer Zeit zum erstenmal wieder Stühle zur ‚Herde‘ zusammengestellt im Anschluß an die Konfrontation mit den beiden neuen Bällen.)*

12) Von nun an gibt es diverse Mischungen zwischen den bisherigen Abläufen und dem Bewegen von Bällen, meist durch mich. Mehr und mehr verweigere ich mich dem Chaos-und-Ordnung-Spiel, mache Lisa deutlich: „Du kannst ja mit den Bauklötzern spielen, *ich* will lieber Ball spielen!“

Außerdem achte ich nicht mehr darauf, daß die Stunden im Ordnungs-Status beendet werden, sodaß der mit Gegenständen übersäte Boden in meinem Zimmer für Lisa zum Normalzustand wird. (Dies entspricht vermutlich eh ihrem Bedürfnis: *Überall, wo sie selbst Gegenstände verteilt hat, ist die Außenwelt für sie vertrauenswürdig!* Dies könnte auch der Grund sein, daß Lisa in der Station kontinuierlich versucht, Gegenstände überall auf dem Boden zu verteilen.)

13) Ein neues Spiel fängt an. Lisa sitzt auf *ihrem Stuhl*, ich werfe einen (sehr leichten) Schaumstoffball so in ihre Richtung, daß der an ihr entlang herumspringt und manchmal zwischen Stuhllehne und Wand bzw. Tisch steckenbleibt., also: *bei ihr bleibt* (manchmal auch hinter Lisas Rücken auf den Stuhl selbst springt). Lisa genießt dieses Spiel außerordentlich (*Bewegungen/Berührungen, die sie nicht als gefährlich empfindet – auf diesem Stuhl, den sie mehr und mehr als sicheren Rückzugsort versteht*).

14) In der Konkurrenzsituation zwischen Ballspielen und Klötzespielen entschied sich Lisa zunehmend für die Bälle. Diverse Kombinationen zwischen beiden Spielen kommen auf, wobei Lisa ihre Hinwendung immer neu gewichten kann zwischen den alten Ritualen und neuen Möglichkeiten, zwischen aktiver Beteiligung (auch dies noch mit einigen möglichen Abstufungen) und der Stellvertretung (Assistenz) durch mich, durch mein Handeln.

15) Je vertrauter Lisa mit mir wird, desto relevanter wird auch ihre lebenslange Erfahrung, durch Schreien und Trotzen ihren Willen durchsetzen zu können (im Elternhaus und teilweise auch in der Station). Hier muß ich ständig unterscheiden zwischen autistischen Symptomen (die akzeptiert und aufgenommen werden müssen) und ihrem selbstbestimmten Durchsetzenwollen, dem ich durchaus meinen Willen entgegensetzen kann. – Ihr ‚Trotzen‘ ist freie Willensäußerung und als solche zu respektieren, hat aber bei Lisa auch Anteile eines verselbständigten Kampfes um Dominanz als Mehr an Sicherheit (und Bequemlichkeit). Insofern versuche ich, ihrem ‚Trotzen‘ ggf. nuanciert entgegenzutreten als Moment einer pädagogischen Intervention, die sich auch Kindern gegenüber kaum anders gestalten würde. *(Ich empfinde Lisa F. nicht als Kind, jedoch entspricht ihr Defizit an sozialer Erfahrung in vielem der Situation von Kindern.)*

16) Seit sie zwischen Bällen und Bauklötzern wählen kann (und muß), hält Lisa sich einen Großteil der Zeit mit der Hand in den Nackenhaaren fest bzw. spielt sacht mit ihnen. Diese Geste kenne ich von der Station, bislang allerdings nicht von unseren Stunden. Ich vermute, Lisa gibt sich damit selbst Zuwendung in einer Situation, die sie aufgrund ihrer Vielfältigkeit doch in zunehmendem Maße beansprucht.

17) Eines Tages versuchte Lisa, ihre Bühne zu erweitern: Sie warf etliche Bälle zur offenen Tür hinaus und auf diese Weise das Treppenhaus runter, versuchte anschließend, den im Flur stehenden Schaukelstuhl ‚zu ordnen‘. (Der ließ sich aber nicht ordentlich an die Wand stellen. Daraufhin kippte Lisa ihn sorgsam um und legte ihn auf die Erde. – *Etwas auf die Erde zu plazieren scheint grundsätzlich ein Mehr an Sicherheit, Vertrauenswürdigkeit mit sich zu bringen. – Vermutlich deswegen wollte sie von Anfang an, daß ich möglichst auf dem Boden sitze, während sie steht – und also den Überblick hat!*)

Diesem Erweitern der Bühne habe ich vehement widersprochen, es kam über mehrere Tage zu einem harten Machtkampf – u.a. mit angedrohtem Rausschmiß durch mich.

Das war ein Risiko, aber ich hatte den Eindruck, daß Lisa in den fast 20 Jahren in ein- und derselben Station so viel grundsätzliches Vertrauen in dieses Umfeld gewonnen hat, gerade auch mit situativen Zurückweisungen und Verboten, daß sowas unsere Beziehung nicht beeinträchtigen würde.

An den nächsten Tagen hat Lisa, wie seit langem nicht mehr, zuerst sämtliche Stühle (sieben) umfassend und penibel zusammengestellt und mehrfach nachgeordnet.

Nachdem sie die Grenze ihrer/unserer Bühne wieder akzeptiert hatte, war der Ablauf wieder wie gewohnt. Es gab seither keinen Versuch mehr, die Bühne zu erweitern.

18) Nach etwa zwei Wochen vorrangiger Beschäftigung mit den Bällen versuchte Lisa wieder verstärkt, mich zum Klötze-Spiel zu bewegen. Ich will aber Ball spielen, - sie kann ja alleine mit den Klötzen arbeiten, wenn sie will.

Nach einigen Tagen empfinde ich ihren Wunsch, mit mir wieder mit den Klötzen zu spielen, tendenziell eher als Moment ihres Beziehungswunsches, lasse mich darauf ein. Lisa reagiert tiefbefriedigt und weist mich so an, daß eine enge zeitliche Verzahnung entsteht zwischen geordneten und chaotischen Bauklötzern. Dann bricht sie das Klötze-Spiel an einem Zwischenzustand ab, wendet sich den Bällen zu, schmeißt diese ins Zimmer und macht sofort im Anschluß mit den Klötzen weiter, - *d.h., sie hat dadurch einen engeren örtlichen und zeitlichen Zusammenhang zwischen Bauklötzern, Bällen, Ordnung und Unordnung hergestellt!*

19) Seither stellt Lisa Tag für Tag relativ freie Mischungen ihrer bisherigen Spielprinzipien her, die ich nicht mehr als folgerichtiges Abarbeiten verstehe, sondern als Vorform des freien Spiels, das jetzt noch aus Versatzstücken bisheriger ritueller Abläufe besteht. (Also nicht, was ja auch denkbar gewesen wäre, ein ritualisiertes

Handeln mit mehr Elementen. Die *Vorhersehbarkeit* des Ablaufs nimmt tatsächlich ab in unseren Stunden.)

Andererseits erlebe ich nach wie vor, daß Lisa auf noch nie erlebte Situationen atemlos/staunend/ängstlich reagiert, obwohl in der Regel sie selbst diese Situationen inszeniert hatte, meist durch gestische und mimische Anweisung an mich, denn nach wie vor muß ich vieles stellvertretend für sie machen. (Vgl. auch die ‚Gestützte Kommunikation‘ mit PC-Tastatur bei Menschen mit Frühkindlichem Autismus.)

20) In dieser neuen Phase wird auch die Handhabung des Werfens variabler. In einem Durchgang kommen immer wieder nacheinander verschiedene Formen vor, von sachtem Fallenlassen direkt vor Lisas Füße über lockeres Werfen (ca. 1m weit) hin zu kraftvollem Schmeißen in die Zimmerecke oder an die Heizung.

21) Einige Zeit später gibt es ein neues, von mir eingeführtes Spiel: Ich stecke ihr einen Ball, später mehrere Gegenstände, Bauklötzer und kleine Bälle, in die Hosentaschen, Lisa holt sie unter Kichern und Lachen dort raus und wirft sie weg. In diesem Zusammenhang kommt es etwas später zu freiem spontanem Agieren zwischen uns beiden, das im Grunde schon als freies Spiel zu bezeichnen ist. (Lisa versucht, nach dem Gegenstand zu haschen, den ich vor ihr herumführe, um ihn in ihre Hosentasche zu stecken usw.).

22) Noch immer aber reagiert Lisa mit Irritation und Innehalten, wenn andere Personen während unserer Stunden auch nur auf der Treppe oder gar im Zimmer auftauchen. Sie bleibt starr stehen und macht weiter erst, wenn diese weg sind.

Schluß des Referats

Manche der Verhaltens- und Spielmomente sind bei Lisa bereits bei den Eltern oder/und im Stationsalltag vorgekommen. Worauf es jetzt ankam: daß Lisa *kontinuierlich* ihre *Möglichkeiten* erleben und entfalten kann in Verbindung mit einer *verlässlichen Beziehung* mit einem anderen Menschen. Lisa versucht auch im sonstigen Alltag, nach ihren Möglichkeiten zu agieren – und ist mit Sicherheit auch bei mir kognitiv noch unterfordert – , aber sie bleibt bislang meist alleine, eine Einzelkämpferin, der sich die Grenzen der sozialen Situation ständig entgegenstellen. Das verlässliche soziale Miteinander kann sie dort nicht erfahren und also nicht lernen.

Wie ging es weiter mit Lisa F. ?

Die heilpädagogische Arbeit – nicht nur mit Lisa – fand statt inmitten von Pflegepersonal, das seit Jahren und Jahrzehnten unangefochten völlig andere Vorstellungen von Betreuung praktizieren konnte, eine Setting, wie es typisch zu sein scheint bei der heilpädagogischen Enthospitalisierung (*siehe z.B. GROHMANN-RICHTER, THEUNISSEN*). Die Schwestern haben meine Arbeit (*hinter der letztlich nur der Chefarzt stand, der seinerseits – auf dem Hintergrund der sozialen DDR-Traditionen – in einem Maße angewiesen war auf den Konsens mit dem Pflege-, sogar mit dem Reinigungspersonal, wie dies für mich als geborenen BRD-Bürger zunächst nur schwer nachvollziehbar war*) zumeist als Kritik an ihrem eigenen Bemühen verstanden – obwohl ich durchaus versuchte, die zugrundeliegenden Intentionen und fachlichen Grundlagen zu vermitteln.

Vieles stieß auf Unverständnis und wurde mit diffamierenden Interpretationen beantwortet. Schon daß ich Lisa „ihren Willen lasse“, wurde vehement kritisiert: „Das ist keine Therapie!“ Jede Form von Körperkontakt mit PatientInnen wurde als ungehörige Grenzüberschreitung, möglicherweise auch Mißbrauch angesehen.

Auf diesem Hintergrund bedeutete das Referat innerhalb der krankenhausinternen Weiterbildung nicht zuletzt Selbstdarstellung der Abteilung, deren Klientel („Schlangengrube!“) traditionell den niedrigsten sozialen Rang innerhalb des psychiatrischen Krankenhauses hatte, - was sich natürlich dann auch auf das Personal und die therapeutische Arbeit dort erstreckte..

(Ob und inwieweit der Fallbericht krankenhausintern Denkanstöße zu geben vermochte, weiß ich nicht. Der neurologische Chefarzt, Lehrstuhlinhaber mit anerkanntem Engagement in seinem Arbeitsfeld, äußerte sich eher befremdet: „Ich vermisse das neurologische Substrat!“ – und ein Psychologe hatte „zufällig“ gerade eine neue Studie zur Neuropharmaka-Therapie bei Kanner-Autismus gelesen, über die er dann ausführlich referierte. Allerdings gab es auch positive Rückmeldungen.)

Wie ging es also weiter? –

23) Durch die um sie herumhüpfenden Schaumstoffbälle wie auch durch unser gemeinsames Hantieren rund um ihre Hosentaschen wurde Lisas Aufmerksamkeit stärker auf ihre leibliche Selbstwahrnehmung gerichtet.

24) Wenn Lisa auf *ihrem Stuhl* saß, habe ich jetzt manchmal mit einem Schaumstoffball gezielt ihren Körper angestupst, den Ball an ihrem Körper entlang rollen lassen, während ich ihn in der Hand behielt. Mit intensiver Aufmerksamkeit hat Lisa den Ball mit den Augen verfolgt.

25) Einige Zeit später bin ich dazu übergegangen, ohne Ball, direkt mit dem Finger, Linien an ihrem Körper entlang zu fahren, jeden Tag nur für ein paar Minuten. In Lisas gespannter Aufmerksamkeit, mit der sie die Bewegungen meines Fingers, später auch der ganzen Handfläche, verfolgte, konnte ich keine Angst erkennen.

26) Zeit blieb noch für einen Schritt: Ich verharnte an einzelnen Körperstellen (Fuß, Bein, Schulter, Kopf, Arm, Hand, Nase, Ohr), berührte/streichelte diese, indem ich die natürlichen Begrenzungen deutlich machte – und nannte dazu den Namen des entsprechenden Körperteils. Lisa war sichtlich fasziniert von dem neuen Geschehen..

Im Mai 1996 wurde Lisa F., nach 20jähriger stationärer Psychiatrie, zusammen mit anderen BewohnerInnen in ein Wohnheim für „Geistig Behinderte“ verlegt. – Dort habe ich sie ein Jahr später nochmal besucht. Ich hatte den Eindruck, daß sie sich in der übersichtlichen Umgebung wohlfühlt und auch mit den BetreuerInnen guten Kontakt hat. Zu einem differenzierteren Austausch mit dem Personal kam es nicht. –

Von Lisas Eltern erhielt ich freundlicherweise im Jahr 2002 einen aktuellen Entwicklungsbericht. In der nuancierten Darstellung wird deutlich, daß Lisa sich an vielen alltagspraktischen Abläufen beteiligt, sie besucht einen Tagesförderbereich und ist auf der Verhaltensebene sicherlich gut integriert in die dortige Lebenssituation. – So weit, so gut. Eine spezifische, individualisierte Entwicklungsförderung im Hinblick auf Frühkindlichen Autismus findet nicht statt; *wie auch:* als Diagnose steht über dem Entwicklungsbericht wie eh und je: **„Schwere geistige Behinderung infolge einer frühkindlichen Hirnschädigung“.**

Frühkindlicher Autismus als Traumafolgestörung.. ?

Es gibt eine Fülle von Literatur zum Thema Autismus. Die vorliegende Darstellung hat nicht den Ehrgeiz, hierzu etwas wesentlich Neues beizutragen. Es ging mir vielmehr darum, aufmerksam zu machen für einen bestimmten Blickwinkel, der mittlerweile auch von einigen Betroffenen selbst betont wird (*GRANDIN, SELLIN*). Nämlich für die **gnadenlose menschliche Vereinsamung, eine umfassende soziale Isolation – aus der existenzielle Ängste erwachsen, Ängste sich aufzulösen, Ängste verschlungen zu werden von der unüberschaubaren Außenwelt**, - eine Situation, die ohne Zweifel einer extremen Psychotraumatisierung entspricht. Dies gilt wohl unabhängig von den Ursachen des Autistischen Syndroms (sei's nach *KANNER* oder nach *ASPERGER*). – Es sollte also auch bei diesen Betroffenen gefragt werden, inwieweit ist eine bestimmte Symptomatik genuine Folge einer Beeinträchtigung (wie auch immer diese begründet ist) bzw. inwieweit sind bestimmte Verhaltensweisen und Empfindungen vorrangig Folge einer für den

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

entsprechend beeinträchtigten Menschen unangemessenen sozialen Situation, - Ausdruck einer sekundären „Behinderung“, die ggf. durch individualisierte Entwicklungsförderung reduziert werden könnte. (Siehe hierzu umfassend *FEUSER* und *BECKER*.) – Dies gilt allerdings in derselben Weise für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung („Geistigbehinderte“) und scheitert auch bei diesen Betroffenen noch meist – nicht zuletzt am fehlenden Kostenträger. (Siehe *THEUNISSEN*, *NIEDECKEN*.)

Auf der anderen Seite wollte ich durch den nuancierten Bericht über den heilpädagogischen Kontakt mit Lisa F. sinnlich nachvollziehbar machen, wie unzerstört **das natürliche Entwicklungspotential** sein kann auch bei einem Menschen nach Jahren der institutionalisierten Fehlplatzierung, nach einer Kindheit und Jugend fast ohne jede angemessene Entwicklungsförderung, nach unbezweifelbarer Traumatisierung durch jahrelange Fixierungen und durch subjektiv als Bedrohung empfundene sonstige Interventionen sowie weitgehend ohne adäquate soziale Kontakte (seit dem 11. Lebensjahr nur unter Erwachsenen mit zumeist schwerer kognitiver Beeinträchtigung).

Möglicherweise hatten die Jahre seit Beginn einer zunächst nur unsystematischen Förderung (1990) bei Lisa F. die Funktion einer „Stabilisierungsphase“ im traumatherapeutischen Sinne. Zumindest war sie bei Beginn unseres Kontaktes ‚reif‘ für eine konsequente sensomotorische Integration und kognitive Weiterentwicklung (wie wir das bei *PIAGET* gelernt haben). – Wie hätte es weitergehen können ? Hätte Lisa in unserem vertrauten Beziehungsraum schrittweise lernen können, zwischen sich selbst (leiblich wie kognitiv) und der Außenwelt (mir als ‚Du‘, und den Gegenständen, der materiellen Welt um uns herum) zu unterscheiden ? Hätte sie irgendwann meine Wörter (für ihre Körperteile) nachgeahmt – also zu sprechen begonnen ? Und nicht zuletzt: In welchem Maße ist Lisa tatsächlich kognitiv beeinträchtigt („geistig behindert“) ?

Für E.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Literaturhinweise (Fallbericht Lisa)

Bernard AUCOUTURIER / André LAPIERRE: Bruno. Bericht über eine psychomotorische Therapie bei einem zerebral-geschädigten Kind (München 1995)

(Die von Aucouturier entwickelte Psychomotorische Therapie – Achtung: es gibt noch zwei andere! – orientiert sich radikal am Potential von Kindern mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, sie sucht nach dem „psycho-affektiven Kern, der in der Tiefe (...) vergraben ist“. – Meines Erachtens bietet dieser Ansatz wichtige Hinweise auch für die heilpädagogisch-therapeutische Betreuung von Menschen mit Frühkindlichem Autismus. – Siehe auch weiter unten: ESSER.)

Stephan BECKER (Hrsg.): Helfen statt Heilen (Giessen 1995)

(Fachtagung des Vereins für Psychoanalytische Sozialarbeit, dessen therapeutische Konzeption in der Arbeit mit psychotischen/autistischen/traumatisierten Jugendlichen und Erwachsenen sich u.a. auf BETTELHEIM und Ernst FEDERN bezieht.)

Bruno BETTELHEIM:

> Liebe allein genügt nicht. Die Erziehung emotional gestörter Kinder (Stuttgart 1990)

(Bettelheims erstes umfassendes Buch über seine Gründung, die ORTHOGENIC SCHOOL der Universität Chicago. Beschreibt nuanciert den täglichen Ablauf der milieutherapeutischen Betreuung.)

> So können sie nicht leben. Die Rehabilitierung emotional gestörter Kinder (Stuttgart 1973)

(Im Mittelpunkt des zweiten Buches über die Praxis an der ORTHOGENIC SCHOOL stehen vier lange Fallgeschichten.)

> Die Geburt des Selbst. The Empty Fortress. – Erfolgreiche Therapie autistischer Kinder

(Im Referat wird zitiert aus der Fischer-Taschenbuchausgabe: Frankfurt/M. 1983)

(Für mich ein durch nichts zu ersetzendes Buch. Drei ausführliche Fallgeschichten stehen im Vordergrund. Daneben stellt Bettelheim ausführlich seine Konzeption von Autismus vor, er kommt auf das Phänomen der ‚Wolfskinder‘ zu sprechen und diskutiert wichtige Fachliteratur zum Frühkindlichen Autismus.)

> Der Weg aus dem Labyrinth. Leben lernen als Therapie (Nachwort Günter AMMON) (Stuttgart 1975)

(Kritik an der üblichen Praxis psychiatrischer Krankenhäuser – bei Bettelheim sowie in Ammons Nachwort. Umfassende Darstellung der milieutherapeutischen Konzeption der ORTHOGENIC SCHOOL, wichtige Aussagen zur Mitarbeiterauswahl und -schulung.)

Bundesverband HILFE FÜR DAS AUTISTISCHE KIND – Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen e.V. (Bebelallee 141, 22297 Hamburg)

(Der Verein mit seinen Regionalverbänden ist in Deutschland seit den 70er Jahren unverzichtbarer Kristallisationspunkt für Informationen zum Thema. Er initiiert entsprechende Forschung und bietet Betroffenen und Angehörigen Unterstützung und Betreuung. – Die Verbandszeitschrift sowie die Dokumentationen der Bundestagungen sind Sammlungen vieler lesenswerter und weiterführender Referate und Hinweise.)

Nicola CUOMO: >Schwere Behinderungen< in der Schule. Unsere Fragen an die Erfahrung (Bad Heilbrunn 1989)

(Eines der wichtigsten Bücher zur Integration von beeinträchtigten Kindern in Italien. Eine der vier ausführlichen Fallgeschichten stellt die schulische Förderung bei Sergio, einem Jungen mit Frühkindlichem Autismus vor. Komplexe Reflexionen über das Wesen von Autismus vor allem im Hinblick auf kommunikative Möglichkeiten.)

Marion ESSER: Beweg-Gründe. Psychomotorik nach Bernard Aucouturier

(München 1995)

(Siehe hier oben: AUCOUTURIER / LAPIERRE.)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Georg FEUSER: Autistische Kinder – Gesamtsituation, Persönlichkeitsentwicklung, schulische Förderung (Solms/Lahn 1980 und später)

(Grundlegende Monografie des bedeutenden Vertreters der Kritischen Bremer Behindertenpädagogik. Feusers konsequent ressourcenorientierter Ansatz setzt auf Kooperation, entwicklungsbezogene Individualisierung und Integration aller, also auch autistischer Kinder. Für den Frühkindlichen Autismus geht er aus von einer funktional gestörten Wahrnehmungstätigkeit und damit einer hochgradigen Isolation, dies eventuell bereits intrauterin.)

Temple GRANDIN: Ich bin die Anthropologin auf dem Mars (Reinbek 1997)

(Bedeutende autobiografische und fachliche Darstellung einer Betroffenen mit Asperger-Syndrom. Hierbei handelt es sich wohl um eine Modifikation des Autismus, bei der einseitig die kognitiven Fähigkeiten in höherem Maße entwickelt werden konnten. Das Buch vermittelt nuanciert die extreme Ausgeschlossenheit der Autorin von der menschlichen Lebendigkeit aufgrund ihrer fundamentalen Unfähigkeit, Affekte und sinnlich-leibliche Wahrnehmungen in ihr Selbst-Bewußtsein zu integrieren. – Siehe auch: SACKS.)

Stanley I. GREENSPAN: Die bedrohte Intelligenz. Die Bedeutung der Emotionen für unsere geistige Entwicklung (München 1999)

(Das insgesamt bedeutsame Buch eines Kinderpsychiaters enthält wichtige Hinweise zum Frühkindlichen Autismus. Das Augenmerk liegt dabei auf der Unfähigkeit der Betroffenen, Affekte mit Verhalten und Gedanken zu verknüpfen.)

Petra GROHMANN-RICHTER: Was heißt hier Auflösung? (Bonn 1991)

(Dokumentation über die Schließung der psychiatrischen Langzeitklinik Kloster Blankenburg bei Bremen. Schwerpunkt ist die Enthospitalisierung von fehlplatzierten Menschen mit „Geistiger Behinderung“ und dort u.a. die Problematik des Pflegepersonals.)

Evelyn HEINEMANN: Psychoanalytische Therapie und Autismus

(in: HEINEMANN/de GROEF (Hrsg.): Psychoanalyse und geistige Behinderung

(Mainz 1997)

(Lesenswertes Referat zu grundlegenden Konzeptionen psychoanalytischer Therapeuten, insbesondere Bettelheim, M.Mahler, F. Tustin, sowie eigene Falldarstellung.)

Judith L. HERMAN: Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden (Paderborn 2003)

(Übersichtsdarstellung zur Situation von Traumaüberlebenden; Standardwerk.)

Walther HOLTZAPFEL / Hellmut KLIMM / Karl KÖNIG / Jakob LUTZ / Hans MÜLLER-WIEDEMANN / Thomas J. WEIHS: Der frühkindliche Autismus als Entwicklungsstörung (Stuttgart 1988)

(Aufsätze bedeutender anthroposophisch orientierter Therapeuten. Der „geisteswissenschaftliche“ Blickwinkel lenkt die Aufmerksamkeit auf viele besondere Aspekte des Frühkindlichen Autismus.)

Wolfgang JANTZEN / Willehad LANWER-KOPPELIN (Hrsg.): Diagnostik als Rehistorisierung. Methodologie und Praxis einer verstehenden Diagnostik am Beispiel schwer behinderter Menschen (Berlin 1996)

(Wichtiger Sammelband mit für Praxis wie Theorie gleichermaßen weiterführenden Falldarstellungen.)

Bessel A. van der KOLK u.a. (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze (Paderborn 2000)

(Weltweites Standardwerk.)

Regina KUCHARSKI: Hüpfen, schaukeln, anders sein..

(in: SOZIALE PSYCHIATRIE 1/2002)

(Lesenswerter Bericht einer Betroffenen mit Asperger-Syndrom, deren Leben geprägt war von der Suche nach angemessener Hilfe – und von wechselnden psychiatrischen Fehldiagnosen: frühkindliche Hirnschädigung, kindliche Neurose, ADS, psychotische Entwicklung, Borderlinestörung.. – „Die Psychiatrie mit ihrem Normalitätswahn und ihrer Sehnsucht nach dem genormten Standardmenschen stand mir da nur im Wege“, betont sie.)

Mondrian graf v. Lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Mondrian W. v. LÜTTICHAU: „Sie sehn doch, die will keinen Kontakt!“ – Rehistorisierung und heilpädagogische Beziehung bei einem „hoffnungslosen Fall“
(in: BEHINDERTENPÄDAGOGIK 2/1999) (Solms/Lahn 1999)

(Falldarstellung einer anderen fehlplazierten „Patientin“ innerhalb der Station, in der Lisa war.)

Dietmut NIEDECKEN: Namenlos. Geistig Behinderte verstehen (München 1989)
(Taschenbuchausgabe unter dem Titel: *Geistig Behinderte verstehen*; München 1993)

(Durch nichts zu ersetzendes Buch einer sehr undogmatischen analytisch orientierten Musiktherapeutin!)

Jochen PEICHL: Die inneren Trauma-Landschaften. Borderline, EgoState, Täter-Introjekt (Stuttgart 2007)

Unter anderem Hinweise zu den sog. Spiegelneuronen, die Imitationslernen und Empathie ermöglichen. Neurobiologische Defekte an dieser Stelle könnten in Zusammenhang stehen mit dem frühkindlichen Autismus.)

Oliver SACKS: Eine Anthropologin auf dem Mars (Reinbek 1997)

(Die Titelgeschichte bezieht sich auf die Asperger-Autistin Temple GRANDIN – siehe hier weiter oben – und berichtet von Begegnungen des bekannten Neuropsychologen mit der Betroffenen.)

Birger SELLIN: ich will kein in mich mehr sein (Köln 1993)

Ders.: ich deserteur einer artigen autistenrasse (Köln 1995)

(Mit ‚Gestützter Kommunikation‘ auf dem PC geschriebene Texte eines jungen Mannes mit Frühkindlichem Autismus. Die nuancierten und tiefberührenden Aussagen von Birger Sellin über seine Selbstwahrnehmung und seine konkreten Schwierigkeiten und Nöte machen plausibel, daß es sich beim Frühkindlichen Autismus wohl tatsächlich vorrangig um eine grundlegende Störung der Wahrnehmungsverarbeitung handelt. Ob und inwieweit daraus im Einzelfall eine kognitive Beeinträchtigung – vulgo: „Geistige Behinderung“ – folgt, ist dann durchaus eine sekundäre Frage und nicht unbedingt leicht zu beantworten.)

Nina SUTTON: Bruno Bettelheim – Auf dem Weg zur Seele des Kindes
(Hamburg 1996)

(Sehr lesenswerte, nuancierte und einfühlsame Biografie, die der vielschichtigen Wahrheit des umstrittenen, gleichwohl bedeutenden Kindertherapeuten m.E. gerecht wird.)

Georg THEUNISSEN: Abgeschoben, isoliert, vergessen – Schwerstgeistigbehinderte und mehrfachbehinderte Erwachsene in Anstalten (Frankfurt/M. 21985)

Des.: Wege aus der Hospitalisierung. Förderung und Integration schwerstbehinderter Menschen
(Bonn 31994)

Frances TUSTIN: Autistische Zustände bei Kindern (Stuttgart 1989)

(Hochkomplexe konzeptionelle Darstellung einer bedeutenden ich-psychologisch orientierten Kinderpsychiaterin. Schwerpunkt der Aufmerksamkeit liegt auf Defiziten der sensorischen Integration, der Transformation von Empfindungen in Wahrnehmungen und Begriffe. Das betroffene Kind ist gezwungen, sich auf autosensuelle Reaktionen zurückzuziehen. – Das Buch ist eine Schatzkammer von Hinweisen, Gedankenanstößen und emotional anrührenden Situationsschilderungen für jeden, der mit autistischen Menschen als Helfer zu tun hat, - ohne daß Tustins theoretische Konzeption in allem geteilt werden muß.)

Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit (Hrsg.): Innere Orte Äußere Orte. Die Bildung psychischer Strukturen bei ich-strukturell gestörten Menschen
(Berichte aus der praktischen Arbeit. - Siehe hier unter: Stephan BECKER.)

Eva S.

**„Sie sehn doch, die will keinen Kontakt!“ –
Rehistorisierung und heilpädagogische Beziehung
bei einem ‚hoffnungslosen Fall‘^{***}**

*Die kleinsten innerweltlichen Züge
hätten Relevanz fürs Absolute, denn
der mikrologische Blick zertrümmert die
Schalen des nach dem Maß des
subsumierenden Oberbegriffs hilflos
Vereinzelten und sprengt seine
Identität, den Trug, es wäre bloß
Exemplar.*

Theodor W. Adorno

Die Lektüre eines Artikels von LANWER-KOPPELIN (1997) zur Frage von Autoaggressionen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung („geistiger Behinderung“) wollte ich schon resigniert abbrechen, weil ich in all der Theorie mal wieder keinen Ansatzpunkt für meinen Arbeitsalltag fand. Beim Überfliegen der letzten Seiten wurde ich plötzlich wach, konnte die Darstellung immer deutlicher mit Eva S.* assoziieren. Voller Spannung und Freude habe ich nochmal von vorne zu lesen begonnen. – Der von LANWER-KOPPELIN vermittelte Blickwinkel half mir dann, Erfahrungen und Interpretationen aus drei Jahren des Kontakts mit der fast lebenslang hospitalisierten Frau zusammenfassend zu reflektieren.

Ich möchte Eva S. vorstellen im wesentlichen auf der Grundlage analytisch orientierter Entwicklungspsychologie und Ichpsychologie (MAHLER, KERNBERG, GAEDT, z.T. BOWLBY) sowie der Rehistorisierenden Diagnostik der bremer Kritischen Behindertenpädagogik (FEUSER, JANTZEN, LANWER-KOPPELIN; nach Lurija bzw. Leontjew).

** Ursprünglich veröffentlicht in:

BEHINDERTENPÄDAGOGIK, 38. Jg., Heft 2/1999, Seite 143–159

Durchgesehene & ergänzte Fassung als Informationstext der TRIALOGISCHEN TRAUMA- und BORDERLINE-BERATUNGSSTELLE LEIPZIG

* (Name geändert)

Zur Vorgeschichte. – Erst mit zwei Jahren lernt die 1956 geborene Eva S. sitzen und gehen. Offenbar ist sie schwer kognitiv beeinträchtigt („geistig behindert“). Der Tagesförderung wird sie von den Eltern bald wieder entzogen. Nachdem sie im Elternhaus „mit zusammengebundenen Armen im Bett liegend“ bei „erheblich reduziertem Ernährungszustand mit grauer Hautfarbe und greisenhaftem Gesichtsausdruck“ (so in der Patientenakte) aufgefunden wurde, kommt sie mit 13 ins Kinderheim. Sie zeigt starke Auto- und Fremdaggressionen, andererseits wirkt sie teilnahmslos. Mehrfach wird in Berichten aus jener Zeit die Wirksamkeit von „liebvoll-konsequenter Förderung“ und „emotionaler Zuwendung und Anleitung“ betont. Evas „Ängstlichkeit“, ihr grundsätzliches „Abwehrverhalten“ und „Mißtrauen“, so heißt es, „tritt bei liebevoller Zuwendung allmählich zurück“. Dennoch wird sie wegen der starken Verhaltensauffälligkeiten mit 17 in die Erwachsenenstation eines (ostberliner) psychiatrischen Krankenhauses überstellt. – Abgesehen von kontinuierlicher fremd- und autoaggressiver Erregtheit vermerken die Akten dann bald 20 Jahre lang nichts relevant Erscheinendes. Eine Krankenschwester, die Eva schon vor 10 Jahren erlebt hatte, erwähnt mir gegenüber, sie habe damals zumeist fixiert im Bett gelegen „und mit dem Kopf gegen das Bettgestell geschlagen, daß man meinte, der Kopf würde zerplatzen!“

1990 heißt es in Evas Akte: „Pat. wird jetzt regelmäßig aus dem Bett genommen und reagiert bei Lösen der Fixierung autoaggressiv und weint kläglich.“ Im Laufe der nächsten Monate wird Eva S. schrittweise an den Aufenthalt außerhalb des Bettes gewöhnt. Für die nächsten Jahre fehlen wieder relevante Eintragungen. 1994 wird sie zeitweise ins Bällchenbad geführt (*Basale Stimulation*), eine Physiotherapeutin bemüht sich um Beziehungskontakt. Das Bällchenbad ist Eva offenbar angenehm als Rückzugsmöglichkeit. Die Autoaggressionen lassen nach, jedoch wehrt sie mitmenschlichen Kontakt weiterhin strikt ab.

Als ich Eva S. im April 1995 kennenlerne, sitzt sie fast ständig auf dem Fußboden des Tagesraums (meist etwa am selben Fleck – in der Mitte, sodaß alle um sie herumgehen müssen). Meist hält sie den Kopf tief nach unten gebeugt, nahe dem Mund eine Hand, die sie fast kontinuierlich einspeichelt, auch die andere ist leicht erhoben. Ist die Hand naß bzw. verschmiert, wischt Eva sie mit einer schnellen Bewegung der anderen Hand ab und fängt von neuem an, einzuspeicheln. Alle paar Minuten schlägt sie sich hart auf die Backe. Zeitweise hält sie beide Hände zurückgezogen in den Pulloverärmeln, wobei sie nicht selten den Ärmel über der Hand einspeichelt. Eva trägt einen Overall, weil sie versucht, an ihren Kot zu gelangen (sie ist gewandelt) und ihn zu essen bzw. mit ihm die Hand einzuschmieren; dies gelingt ihr dennoch manchmal mehrfach am Tag.

Nach dem Essen kriecht sie auf dem Boden herum und sucht Reste und Krümel zusammen. Sobald jemand sich ihr nähert, zwickt und schlägt sie ihn. Steigt die Unruhe im Raum über ein bestimmtes Maß, gerät Eva S. sichtlich in Panik, klopft

dann mit der Hand auf ihr Bein, beißt sich in den Handrücken, stöhnt. Eva scheint alle Vorgänge und Bewegungen um sich herum zu beobachten, interessiert reagiert sie aber ausschließlich auf Essen und Trinken; darauf allerdings blitzschnell und mit hoher motorischer Gewandtheit. Weißgekleidete Menschen wehrt sie besonders rigide ab durch Zwicken, Schlagen und Kratzen; manchmal scheint sie geradezu auf die Jagd nach Pflegepersonal zu gehen. – Dennoch zeigt sie bei den routinemäßigen Pflegehandlungen ein überraschend hohes Maß an Kooperation – synchron zu ihren Versuchen, sich die an ihr tätigen Schwestern dennoch etwas vom Leibe zu halten.

Gesprochen hat Eva S. noch nie, aber offensichtlich versteht sie vertraute Alltagsformulierungen. Eva ist beim Pflegepersonal außerordentlich unbeliebt – wegen der Kotproblematik, aber auch wegen ihrer fast durchgängigen Abwehr („Man kann ihr nichts Gutes tun!“), die oft als Boshaftigkeit interpretiert wird.

Heilpädagogische Einzelförderung 1995/96

Von April 1995 bis März 1996 habe ich Eva an ihrem Platz auf dem Boden fast täglich besucht. Ausgangspunkt war für mich, ihr erfahrbar zu machen, daß mitmenschlicher Kontakt angenehm sein kann. Die beeindruckende Nuanciertheit und Aufmerksamkeit, mit der sie sich abgrenzte und ihre (sehr reduzierten) Bedürfnisse durchzusetzen versuchte, verstand ich als Ausdruck von Lebenskraft (Ressourcen), von Lebenswillen, an den es anzuknüpfen galt. Da ich (neben der kognitiven Beeinträchtigung) vage von einer frühkindlich erworbenen reaktiven Bindungsstörung ausging, blieb ich mit meinen Kontaktangeboten in diesem Jahr bei den grundlegenden (basalen) Beziehungselementen: körperliche Präsenz (und Nähe), Anrede und Berührung. Ich versuchte, anzuknüpfen an möglicherweise vorhandene positive Erfahrungen.

In winzigen Schritten entwickelte Eva S. mir gegenüber Kontaktbereitschaft: Die körperliche Nähe durfte zunehmen, winzige Berührungen mit dem Finger durften länger anhalten und übergehen in Berührungen mit der Hand, in Streicheln. Noch monatelang hat bereits Anrede und Berührung zugleich Eva überfordert. Erst nach vier Monaten konnte ich längere Zeit nah bei ihr sitzenbleiben. Eva wurde jetzt regelmäßig ruhig und hörte mit Einspeicheln auf, wenn ich ihren Rücken großflächig und relativ fest streichelte; manchmal rückte sie dann um Zentimeter näher zu mir (vgl. LEBOYER 1981, S.41/42, S. 122).

Eva lernte, auf situative Überforderung durch mich mit spontaner Ortsveränderung zu reagieren, ohne ihre offensiven Abwehrmechanismen einzusetzen. Immer umfassender ließ sie das Streicheln zu (wenn auch nur im Bereich des Rückens, später auch der Füße), neigte sich manchmal nach hinten, mir entgegen, dies gerade in Situationen größerer Unruhe um uns herum..

1996 wurde die Einzelförderung von einer Mitarbeiterin übernommen. Nach anfänglich heftiger Abwehr faßte Eva im Verlauf von rund vier Wochen sacht auch zu ihr Zutrauen und konnte sich auf neue Erfahrungen einlassen. Vorangig ging es in dieser Phase um Ortsveränderungen und beziehungsorientierte Alltagsabläufe. Eva begann, nuancierter auch auf andere MitarbeiterInnen zu reagieren; sie saß eher auf Stühlen und bewegte sich häufiger selbständig innerhalb der Stationsräume. Ende 1996 ließ Eva erstmalig im engen Rückversicherungskontakt mit der Einzelbetreuerin die Fußpflege über sich ergehen, ohne daß sie dazu, wie bisher, unter panischem Widerstand und Schreien von 3-4 Personen massiv festgehalten werden mußte.

Seit dieser Zeit ist Evas Körperhaltung, sind ihre Blicke und Bewegungen durchgängig entspannter. Nach Streß findet sie leichter zur Ruhe zurück. Das früher fast durchgängige Rundum-Beobachten ist nahezu verschwunden. Die stereotypen Ohrfeigen sind erheblich seltener geworden, ebenso Autoaggressionen, die von Mimik und Körpersprache her auf Angst schließen lassen. – Zugenommen haben dagegen (für einen gewissen Zeitraum) Aggressionsformen, die ich als Ausdruck von Wut und Protest verstehe: spontan an den eigenen Kleidern reißen, ungezielt sich selbst irgendwohin schlagen, Stühle umwerfen – auch mehrmals auf den Boden knallen lassen, Gegenstände von sich werfen. Bei genauer Beobachtung sind solche Verhaltensweisen meist im Zusammenhang mit situativen Frustrationen zu verstehen.

Zur Diagnose

Die von mir zugrundegelegten theoretisch-psychologischen Ansätze befassen sich zunächst nur mit strukturellen, funktionalen Gesetzmäßigkeiten und Kriterien, nach denen *wir alle* unsere psychische Autonomie nötigenfalls, d.h., bei entsprechend schwerwiegenden Beeinträchtigungen oder/und sozialen Behinderungen, stabilisieren würden. Um heilpädagogisch-therapeutische Konsequenzen ziehen zu können, **muß gefragt werden nach der individuellen Lebensgeschichte des betroffenen Menschen, insbesondere nach den Umständen, die schwerwiegende Entwicklungsstörungen hervorgerufen haben können („Rehistorisierung“)**. – Bei Eva S. ist dies zweifellos zunächst die traumatische Vernachlässigung und Mißhandlung im Elternhaus, an die die Bedingungen der Hospitalisierung im Krankenhaus sich angeschlossen haben, sowie die (hirnorganische) kognitive Beeinträchtigung, durch die viele psychische Kompensationsmöglichkeiten bei ihr eingeschränkt oder ausgeschlossen sind. (Zur Situation im Krankenhaus vgl. die in vieler Hinsicht analoge Darstellung bei STÖRMER u. SIEVERS 1996).

Bei derart gravierenden Realtraumatisierungen im frühen Kindesalter (und nachfolgender Hospitalisierung) muß selbst das Ausmaß der ursprünglichen (perinatalen) Schädigung infrage gestellt werden: Wie sollte jemand bei derartigen

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

sozialen Entwicklungsbedingungen neben der existenziell notwendigen psychischen Kompensationsarbeit **einfach leben lernen** können ?! (Vgl. auch NIEDECKEN 1989.)

Wenn Evas Ruhehaltung mit den abgeknickten Händen vor dem gebeugten Kopf der fötalen Stellung nahekammt, so verstehe ich dies nicht „nur“ als „reflektorisches, subkortikales Symptom“, sondern ich sehe den realen Zusammenhang zu ihrer Lebensgeschichte: Hier wurde ein Mensch so schlimm *empfangen* in der Menschenwelt (vgl. SIIRALA 1961), daß er als fast einziges befriedigendes Lebensgefühl die leibliche Erinnerung an die vorgeburtliche Zeit zu reproduzieren versucht. Evas Verhalten im Zusammenhang mit dem Einspeicheln der Hand läßt sich verstehen als Regression auf die Erfahrungsebene der frühkindlichen Übergangsobjekte (WINNICOTT). Auch die Orientierung am eigenen Kot gehört zu den natürlichen frühkindlichen Selbst-Erfahrungsschritten. Aber erst im Zusammenhang gesehen mit Evas von krasser Vernachlässigung bestimmter Kindheit kann das diagnostische Symptom beitragen zu einem von Solidarität und Mitgefühl bestimmten Kontaktbemühen, das den Teufelskreis der **Isolation** dieses Menschen vielleicht durchbricht. (Allein schon die Kotproblematik hat in all den Jahren verhindert, daß Eva Vertrauen und Geborgenheit vermittelnden Körperkontakt, mitmenschliche Nähe und Begegnung erfahren konnte; – gerade dies aber ist ein zentrales Defizit ihres Lebens!)

Nach BOWLBY (1995) steuert ein im ZNS lokalisierbarer Regelkreis „über zunehmend verfeinerte Kommunikationsmethoden die individuelle Nähe bzw. Distanz zur jeweiligen Bindungsfigur und stellt damit eine Art Umwelt-Homöostase her“ (S.116). BOWLBY beschreibt, daß Kleinkinder vorübergehende Trennungen von der Mutter zunächst „meist mit Protest, Verzweiflung und Abwendung beantworten“ (S.39). Nach längerer Abwesenheit der Mutter zeigt sich jedoch ein ‚ambitendentes‘ Verhalten (vgl. MAHLER u.a. 1980, S.123). **Bei längerfristig hospitalisierten Kindern läßt sich dauerhaftes Abwenden von Mitmenschen beobachten.** Nach BOWLBY „werden die inneren und äußeren Signale ausgeblendet, die das Bindungsstreben aktivieren“ (S.140f.). In Anlehnung an WINNICOTT folgert er aus entsprechenden Ergebnissen verschiedener Studien: „Um die ständige Zurückweisung und die damit verbundene Angst, Kränkung und Wut nicht ertragen zu müssen, entwickelt das Kind eine bis ins Erwachsenenalter fortdauernde spezifische Bindungsangst (...)“. Kinder mit diesem „ängstlich-ambivalenten“ Bindungsverhalten werden beschrieben „entweder als angespannt, impulsiv und leicht frustrierbar oder aber als passiv und hilflos“ (S.120). Auf Eva trifft beides zu, was mit der mutmaßlich geringeren Ausdifferenzierung des psychischen Systems zusammenhängen mag oder auch mit den unterschiedlichen Formen von Vernachlässigung und Isolation im Laufe ihres Lebens. VERBERNE (1996) schreibt über mißhandelte und/oder sexuell mißbrauchte Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, offenbar aus langjähriger

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Berufserfahrung: „Der Mensch reagiert auf lang anhaltende Mißhandlung und Vergewaltigung mit sehr extremen Abwehrmustern, die leicht zu Formen eines Sich-Einstellens auf die Umgebung, von Kontrolle bekommen, von ‚Einfriermechanismen‘ u.ä. führen können, die Verhaltensstörungen zur Folge haben. Man findet oft borderline-artige Züge“ (S.89).

Roter Faden in Evas Leben war von frühester Kindheit bis zum Ende der fast kontinuierlichen Fixierung im Krankenhaus (1990), also rund 30 Jahre lang, die auf sie ausgeübte **Gewalt** sowie eine grundlegende **Isolation**. Auch manches am routinemäßigen Alltag in der Station heutzutage (einschließlich der Ablehnung, zu der ihre unverstanden bleibenden Verhaltensweisen bis in die jüngste Zeit geführt haben) dürfte für Eva S. kaum anders zu verstehen sein. – Evas durchgängige Selbsterfahrung als Opfer von Gewalt und Nichtangenommenwerden muß anerkannt und problematisiert werden als eine Voraussetzung jeder Förderung – und sie muß verändert werden (vgl. JANTZEN 1997).

Wir sind noch weitgehend darauf angewiesen, Erfahrungen mit anderen Personengruppen versuchsweise zu übertragen auf die Situation schwer kognitiv beeinträchtigter Menschen. Ich hielt es für zulässig und zweckmäßig, bei Eva S. zunächst hypothetisch zu unterscheiden zwischen Symptomen einer **Beziehungsstörung** (bei weiterer Ausdifferenzierung des psychischen Systems wäre dies der Bereich ‚neurotischer‘ Störungen) sowie einer **Selbststörung** (was bei höherem neuropsychologischen Entwicklungsstand dem Bereich psychotischer Prozesse entsprechen müßte).

Den Bereich der Beziehungsstörung hatte ich zunächst zu verstehen gesucht auf der Grundlage der Bindungstheorie (BOWLBY) sowie der Darstellungen aus *Neuerkerode* zu depressiven Störungen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung (GAEDT u.a.; siehe hier im Anschluß). Erst durch die Impulse der Rehistorisierenden Diagnostik (JANTZEN u. LANWER-KOPPELIN 1996; LANWER-KOPPELIN 1997) ergab sich für mich als Ansatz einer integrierenden Fragestellung das durchgängige Prinzip der **Isolation**, der Eva ausgesetzt war und ist – wie letztlich wir alle, nur sie in spezieller Weise und besonderer Grausamkeit.

Die mir für Eva S. besonders relevant erscheinende Darstellung von **LANWER-KOPPELIN (1997)** möchte ich zusammenfassend und auf sie bezogen referieren. –

Ausgangspunkt autoaggressiver Stereotypen ist ein tiefgreifender Bindungsverlust, ist Isolation als Verlust der Möglichkeit, Informationen zu verarbeiten. Durch die fehlende Informationsaufnahme werden Gedächtnisinhalte auf der Kortexebene nicht aktiviert. Dies führt zu einer **neuropsychologischen Desynchronisation**. Durch die auf den Betroffenen einwirkenden nicht synchronisierbaren Reize kommt es zu Angstzuständen. Die Lebenskräfte werden nun ganz darauf gerichtet, diese negativen Affekte aufzuheben. Zu den so begründbaren Autoaggressionen schreibt

LANWER-KOPPELIN: „Indem der Betroffene an und mit seinem Körper Informationen im Sinne von Selbstverletzungen herstellt, versucht er, das Informationsdefizit auszugleichen. Diese an und mit dem Körper hergestellten Gegenregulationsprozesse stellen einen **Dialog mit sich selbst** dar, dessen Informationsgehalt wieder für ihn annehmbar und zu verarbeiten ist“ (S.293; *Herv.: M.v.L.*). Ein derartiges Ausgleichen des Informationsdefizits bedeuten bei Eva möglicherweise nicht nur die offenbar ohne äußeren Anlaß (vielmehr besonders in reizarmen Situationen!) auftretenden harten Schläge ins eigene Gesicht, sondern auch die (teilweise?) stereotypisierte orale (geschmackliche) Stimulation durch den zum Mund geführten eigenen Kot sowie das beim Spaziergehen zu beobachtende Probieren von kleinen, auf dem Boden aufgelesenen Partikeln sowie das stereotype Einspeicheln der Hand. – Durch entsprechende Informationsaufnahme wird (so LANWER-KOPPELIN) der Zugriff auf gespeicherte Erfahrungen wieder ermöglicht, es kommt zum „Wiedererkennen“, zu positiver emotionaler Befindlichkeit und dadurch zur Stabilisierung des psychischen Systems in diesem (sehr eingeschränkten) Rahmen.

Einfache motorische Stereotypen (wie sie auch bei Eva S. neben dem Mund-Speichel-Hand-Stereotyp vorkommen) stellen nach LANWER-KOPPELIN **entwicklungspsychologische Vorformen selbststimulierender Tätigkeiten** dar. Basale sensomotorische Muster bzw. erlernte sensomotorische Fähigkeiten, die affektiv positiv besetzt werden konnten, bewirken in der stereotypen Anwendung „eine Aktivierung der Eigenrhythmen der basalen Körperfunktionen, die wiederum ihre Entsprechung in biologischen Sinnprozessen finden und folglich affektiv bewertet werden, so daß sich ein ausbalancierter, stabilisierter psychischer Zustand einstellt“ (S.295).

Ein auch für ihre Arbeit grundlegendes ‚rehistorisierendes‘ Element der Diagnostik betonen **GAEDT und GÄRTNER (1990)** in ihrer Darstellung depressiver Störungen bei „geistig behinderten“ Menschen: „(...) die depressiven Störungen (gewinnen) erst über eine interpretative Deutung der lebensgeschichtlich geprägten Situation ihre induzierende Funktion. Erst dann können sie uns als Hinweis auf eine innere Struktur dienen, auf einen die Beziehung zur Umwelt gestaltenden Organisationsplan, der sich auf unterschiedliche Weise, d.h. mit unterschiedlichen Symptomen, äußern kann“ (S.32). Eine Herangehensweise, die fast unbewußt-selbstverständlich sich ergeben mag, solange die psychosozialen Lebensbedingungen bei KlientIn und TherapeutIn im wesentlichen dieselben sind, um die wir uns jedoch diszipliniert bemühen müssen beim achtsamen Nachdenken über Menschen, deren Lebenserfahrungen und Lebensmöglichkeiten grundsätzlich verschieden sind von den unseren !

GAEDT und GÄRTNER stellen ein plausibel differenziertes Spektrum depressiver Formen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung vor und begründen es im Rahmen der analytisch orientierten Entwicklungspsychologie: „Wir sehen (...) in den

vielfältigen depressiven Erscheinungsformen bei geistig behinderten Menschen eine Fortsetzung oder Wiederholung des Konfliktes zwischen Abhängigkeits- und Autonomiebestrebungen eines geschädigten Selbst oder aber einen Zustand der eingefrorenen Resignation nach erfolglosem Kampf“ (S.45). Von den drei herauskristallisierten Formen (beim hier gemeinten Klientel) läßt sich symptomatologisch am ehesten die dort sogenannte „stille Depression“ auf Eva S. beziehen. Gemeint ist damit eine „chronifizierte anaklitische Depression im Sinne von Spitz“. – „Die Betroffenen haben sich eingerichtet in einer Welt, die sie für sich nicht erschließen können. (...) Natürlich können auch sie noch enttäuscht werden. Dann kommt es auch bei ihnen zu einer Dynamik der Auflehnung und des Protestes, deren Energiequelle aber schnell versiegt. Vom Standpunkt der Selbstpathologie aus könnte man von einem ‚zurückgenommenen Selbst‘ bzw., wenn man den Prozeß meint, von einer ‚Selbst-Minimierung‘ sprechen“ (S.41).

Als depressive Inszenierung im von GAEDT und GÄRTNER dargestellten Sinne (Auflehnung und Protest) sehe ich am ehesten Evas Methode, vorübergehendes Pflegepersonal nicht nur durch Zwicken oder Schlagen von sich abzuhalten, sondern auch durch ein vorgestrecktes Bein offenbar provozieren zu wollen (dies ohne die bekannten Anzeichen von Streß). Zuverlässig rief Eva dadurch immer neu die Empörung der Schwestern hervor. Dabei wäre ja zu erwarten, daß sie sich Konflikten mit anderen Menschen möglichst konsequent entzieht. – Im Verlauf der heilpädagogische Förderung waren solche Inszenierungen bei Eva immer seltener zu beobachten; möglicherweise wurden sie überflüssig durch die dazugewonnenen Korrelationen zwischen Selbstgefühl und Umwelt.

Es ist plausibel, daß Menschen mit schwerer kognitiver Beeinträchtigung wesentlich weniger Möglichkeiten haben, ihre Resignation und Selbst-Entwertung zu inszenieren als kognitiv weniger Beeinträchtigte (vgl. hierzu SAND u.a. 1990; KENDEL 1993). Im Hinblick auf **die häufig sehr problematische Kindheitssituation** von Menschen mit schwerer kognitiver Beeinträchtigung (vgl. NIEDECKEN 1989) liefert jedoch gerade die nuancierte Aufmerksamkeit für derartige Symptome Anhaltspunkte, auch solche Menschen aus ihrem individuellen Schicksal heraus besser verstehen zu lernen und wegzukommen von pauschalen diagnostischen Zuschreibungen. Auch sie sind nicht bloß „*Patientenmaterial*“ (Ärztjargon) (vgl. auch KISCHKEL u.a. 1990).

Für einige symptomatische Verhaltensweisen bei Eva S. konnte ich keine realweltbezogenen Funktionszusammenhänge finden: Mehrmals am Tag zeigt sie (für jeweils einige Minuten) einen starren Blick nach links oben, sie lacht oder weint konvulsivisch, schlägt sich in fahriger Choreografie stereotyp am Körper entlang. Bedeutsam ist, daß sie in solchen Momenten auf unangemessene Annäherung kaum oder nur sehr verzögert reagiert; offensichtlich hat Eva dann den Realweltkontakt etwas verloren. Abgesehen von diesen kurzen ‚Phasen‘ ist ihr Verhalten affektiv

wesentlich ‚farbiger‘, als ich es von kognitiv beeinträchtigten Erwachsenen mit offenbar schizophrener Psychose kenne; es gibt keine manisch-depressiven Stimmungsschwankungen im Sinne einer affektiven Psychose. Auch die Abgrenzung zum Frühkindlichen Autismus ist gut möglich: Eva zeigt keinerlei ritualisierte Ordnungsprinzipien, keine Orientierung an Materialien – dafür eine bei Menschen mit autistischem Syndrom kaum vorstellbare kontinuierliche (wenn auch minimale) autonome Lernbereitschaft auf der Grundlage affektiver Beziehungskontakte.

Der diagnostische Hinweis auf „psychotische Epiphänomene“ führt kaum weiter. Zweckmäßiger ist es nach meiner Meinung, gerade bei einem perinatal hirnorganisch geschädigten, zudem bereits in früher Kindheit schwer traumatisierten Menschen *sämtliche* Symptome verstehen zu lernen als Formen der Systemstabilisierung, d.h., der **Suche nach eigenem Leben**. Eng orientiert an den Erfahrungen innerhalb der heilpädagogisch-therapeutischen Beziehung, müßte es möglich sein, nach Entwicklungslinien entsprechender psychischer Störungen zu suchen und diese bis in das seinerzeit individuell erreichte Entwicklungsstadium zurückzuverfolgen, wie dies GAEDT (1986, S.16) vorschlägt.

Seit Anfang 1997 hatte ich die Einzelbetreuung wieder übernommen. -

Ziel war es jetzt, Eva S. eine Ausdifferenzierung verschiedener Lebenserfahrungen zu ermöglichen – bzw. genauer zu verstehen, wo Möglichkeiten zur Entwicklung sozialer Kontakte für sie bestehen. Im Mittelpunkt standen zunächst tägliche Spaziergänge im Krankenhausgelände, dazu später die Begleitung bei Panik hervorrufenden Alltagssituationen (Haarschneiden, Fußpflege, Arztbesuche). Erstmals hat Eva in dieser Zeit am Sommerfest des Krankenhauses bzw. bei stationsinternen Ausflügen teilgenommen, jeweils von mir begleitet. –

Im Hinblick auf Evas situativ nicht nachvollziehbare Verhaltensweisen (Selbststörung?) habe ich versucht, Kriterien für **Borderline-Störungen** zu übertragen auf ein Entwicklungsniveau, wie ich es für Eva S. annehme, und mein Verhalten an entsprechenden Annahmen und Kriterien zu orientieren. (Ich beziehe mich dazu im wesentlichen auf die Darstellung von KERNBERG.) *

Ausschlaggebend war für mich als spezifisches Symptom dieser strukturellen Ichschwäche das Abwehrprinzip, gute und schlechte Erfahrungen streng getrennt voneinander zu halten und die schlechten Erfahrungen zeitweise durch Abspaltung zu neutralisieren (KERNBERG 1983, S.44f.). Von Eva wird offensichtlich die Außenwelt durchgängig als gefährlich/bedrohlich eingeschätzt, gegen sie wird angekämpft (zwicken, kratzen, schlagen), sie wird ignoriert (quasi-mutistischer

* Anmerkung 2006: Die analytisch-strukturell orientierte entwicklungspsychologische Interpretation des Borderline-Syndroms bei KERNBERG bleibt in vieler Hinsicht nützlich. – Relevanter für die therapeutische Praxis erscheinen mir jedoch heutzutage die Erfahrungen und Einschätzungen auf dem Hintergrund der Psychotraumatologie. (Siehe PEICHL und von der T.B.L.: ‚Erste Informationen zur Borderline-Persönlichkeitsstruktur‘.)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Rückzug). Positive Erfahrungen bot vermutlich lebenslang vornehmlich die orale Stimulation. Mindestens seit dem Befreien aus der Dauerfixierung (1990) scheint sich bei Eva S. im Übergang der stereotypisierten Selbststimulierung zu realen Außenweltkontakten sacht eine Orientierung an unterschiedlichen geschmacklichen Erfahrungen zu entwickeln. Das vertraute Pfefferminzbonbon während unseres Spaziergangs spuckt Eva wieder aus, wenn sie bemerkt, daß sie bereits ein Rindenstückchen oder dergleichen im Mund hatte. Sobald sie damit fertig ist, fordert sie umgehend ihr VIVIL. – Solche unterwegs aufgelesenen Partikel werden keineswegs immer gegessen, sondern mit aufmerksamem, nach innen gekehrtem Blick, probiert und anschließend oft sorgsam von der Zunge abgenommen oder ausgespuckt. Essen lehnt Eva bei den Mahlzeiten nicht selten ab – oft ohne Streß, nach Probieren und mit klarem, ruhigem Wegschieben des Tellers oder des Gegenübers.

Zurück zu der angenommenen Selbst-Störung. KISCHKEL (1996, S.291f.) betont aus seiner Erfahrung mit (vorrangig leichter) kognitiv beeinträchtigten KlientInnen, daß es sich bei Borderline-Störungen „um eine von vornherein abweichende Entwicklung handelt, die sich aufgrund einer Kette von Realtraumatisierungen ergeben hat“ (vgl. hierzu auch ALSHUT 1996). – „Die Verdrängungsfähigkeit ist bei Borderline-Patienten massiv gestört. Sie werden schnell von inneren Gefühlszuständen überschwemmt und reagieren empfindlicher auf konflikthafte Situationen. Die traumatischen Ereignisse liegen unverarbeitet mit allen dazugehörigen Affekten bereit und können durch Schlüsselreize ausgelöst werden (...) (KISCHKEL, a.a.O.).*

Ich möchte nun skizzieren, inwiefern ich bei Eva S. **eine (hypothetische) entwicklungspsychologische Vorform einer Borderline-Störung** zu sehen meine; weitere Erfahrungen mit vergleichbar betroffenen Menschen wären hier natürlich äußerst nützlich.

Nach KERNBERG (1983) kommt es im Verlauf der frühen Ichentwicklung zunächst zur „Differenzierung zwischen Selbst- und Objektimages“, anschließend zur „Integration libidinös-bestimmter und aggressiv-bestimmter Selbst- und Objektimages“ (S.189f.). Den ersten der beiden Entwicklungsschritte scheint Eva im wesentlichen bewältigt zu haben. Sie kann unterscheiden zwischen Frustrationserfahrungen, die auf dem Verhalten anderer Menschen beruhen (und

* Dem Bemühen um Verständnis und Hilfe für frühtraumatisierte Menschen könnte eine von Peter ORBAN (1988) konzipierte Hypothese dienen, nach der sehr frühe Traumatisierungen grundsätzlich als gesamtorganismisches Geschehen zu verstehen sind. ORBAN ergänzt die ansonsten vorrangig auf den sensomotorischen und kognitiven Aspekt orientierte Entwicklungspsychologie der ersten Lebenszeit um entsprechende neurophysiologische/neuropsychologische Forschungsergebnisse und geht davon aus, daß frühkindliche Traumata als schlimmste körperliche Schmerzen erlebt werden und – da es noch kein psychisches System gibt, in dem sie umformuliert werden können – als „nackter Terror“ (S.115) auf das Körpersystem treffen und dort (wenn auch unspezifisch und diffus) alle weiteren Entwicklungsvorgänge beeinflussen. Zu einem möglichen direkten Zusammenhang zwischen dem pathologischen Zusammenbruch stabiler neuronaler Zustände – u.a. aufgrund von **Isolation** – und sich über Halluzinationen manifestierender erhöhter Eigenaktivität des Nervensystems vgl. KRUSE (1996).

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

reagiert dann mit aggressiver Abwehr, letztlich auch gegen mich, von dem sie sich im Anschluß daran beruhigen läßt) und andererseits negativen Selbst- und Leib-Erfahrungen wie (Zahn-)Schmerz bzw. Kälte (bei ersten Spaziergängen in der für sie bislang unbekanntem Winterkälte). Bei derartigen Frustrationen ‚von innen‘ kommt es bei all ihren irritierten, panischen Reaktionen dennoch zu keinen Aggressionen gegen mich oder andere um sie herum. Bei Arztbesuchen (in meiner Begleitung) konnte Eva das angsteinflößende Setting (Untersuchungsliege, sie halb ausgezogen, Fremde manipulieren an ihr) klar abgrenzen von der Situation direkt anschließend, jedoch noch im selben Untersuchungsraum (Abstand von der Liege, wieder angezogen, Fremde lassen sie in Ruhe). Auch in Alltagssituationen sind ihre Ängste/Aggressionen bei gutem Willen nahezu ausnahmslos situativ nachvollziehbar. Bei entsprechend veränderter äußerer Situation reduzieren sich Evas Angstsignale umgehend bis auf null. Beruhigende Intervention vertrauter Personen wirkt in der Regel angst-/aggressionsreduzierend.

Zuverlässige Kriterien für Evas Distanzierungs- und Protestverhalten im Alltag sind:

- für sie unübersichtliche, unvorhersehbare Situationen und Situationsänderungen, auch Verzögerungen von erwarteten Vorgängen,
- harter, unfreundlicher Tonfall der Anrede, ruppiges Angefaßtwerden, Herumgeschubstwerden vom Personal (- von *MitbewohnerInnen* läßt Eva sich *wesentlich mehr gefallen*),
- Unterschreiten ihrer Sicherheitsdistanz,
- für Eva unübersichtliche Unruhe in der Umgebung.

Von daher läßt sich wohl der Schluß ziehen, daß die Funktion dieses Entwicklungsschrittes, der Aufbau stabiler Ich-Grenzen, von Eva S. weitgehend erreicht werden konnte.

Problematisch scheint für Eva der nächste Schritt der Ichentwicklung gewesen zu sein. Hier geht es darum, affektiv positiv besetzte Erfahrungen mit der Außenwelt bzw. mit sich selbst unterscheiden zu lernen von affektiv negativ besetzten Erfahrungen – es gilt zu lernen, daß es beides gibt, oft in ein- und derselben Situation, und zu lernen, mit derartigen *Ambivalenzen* umzugehen. Bei einigermaßen angemessenem Verhalten der primären Bezugsperson (meist der Mutter) verinnerlicht das Kind deren Vertrauenswürdigkeit trotz einzelner frustrierender Erfahrungen mit ihr (WINNICOTT). Wie und wann hätte Eva S. etwas derartiges lernen können ?

Während das Mißlingen des erstgenannten Schrittes der Ichentwicklung in der Regel zu psychotischen Prozessen führt, liegt in der nichtgelingenden Integration von positiven (libidinösen) mit negativen (aggressiven) Selbst- bzw. Objekt‘bildern‘ nach KERNBERG (a.a.O., S.190ff.) die Ursache für **Borderline-Störungen**. Eine aufgrund traumatischer Erfahrungen extreme Ausprägung aggressiv-bestimmter Selbst- und Objektimages erfordert (zur Stabilisierung des psychischen Systems) eine vergleichbar extreme Ausprägung idealer, ‚total guter‘ Selbst- und Objektimages.

„Jeder Versuch, die extrem entgegengesetzten – liebevollen und haßerfüllten – Selbstbilder und Objektvorstellungen einander anzunähern, löst sofort unerträgliche Angst und Schuldgefühle aus (...)“ (S.193).

Struktureller Kern der Borderline-Störung ist nach KERNBERG (a.a.O., S.208f.) das Vorherrschen primitiver Abwehrmechanismen (Spaltung*, primitive Idealisierung, Omnipotenz, Verleugnung und Entwertung), um sich vor Ambivalenzen zu schützen. Es zeigen sich auch unspezifische Anzeichen von Ichschwäche wie mangelhafte Angsttoleranz, mangelhafte Impulskontrolle und mangelhaft entwickelte Sublimierungen (S.41). Etliche dieser diagnostisch-symptomatischen Momente können sich vermutlich aufgrund des mutmaßlich geringer ausdifferenzierten psychischen Systems bei Eva nicht ausgebildet haben, für andere lassen sich bei ihr (hypothetisch) Vorformen erkennen.

Schon die spärlichen Aufzeichnungen aus der Zeit des Kinderheims (siehe oben) lassen die Vermutung zu, daß Evas Ich-Identität schon als Kind weit genug entwickelt war, um eine Integration positiver und negativer Selbstbilder bzw. Objektvorstellungen seinerzeit zu ermöglichen. Dieser Prozeß blieb vermutlich stecken aufgrund der langfristig unangemessenen hospitalisierenden Betreuung. Evas psychisches System dürfte sich dann stabilisiert haben mit Hilfe einer grundlegenden Aufspaltung der Erfahrungen zwischen

- einer Abwehr der realen Außenwelt (als aggressiv bestimmtem Anteil) und
- den oralen Befriedigungsmöglichkeiten (Kot, Geschmacksnuancen, Lippen-/Handrücken-/Speichel-Empfindungen) einschließlich der quasi-fötalen Ruhehaltung mit gekrümmtem Rücken (als libidinös bestimmtem Anteil).

Evas quasi-mutistischer Rückzug wäre dann zu verstehen als Manifestation des stabilen Systems; er ist einerseits Ausdruck der Verleugnung der Außenwelt, andererseits regressive Heimat.

Die weitgehende Unfähigkeit, Ambivalenzen auszuhalten, zeigt sich in etlichen typischen Verhaltensweisen im Alltag. Will ich Eva die Schuhe anziehen für unseren Spaziergang (im Haus trägt sie niemals welche), hält sie oft zunächst den Fuß hin, läßt sich den Schuh anziehen, stößt ihn dann sofort wieder mit einem wütenden Ausruf vom Fuß – um diesen mir umgehend sofort wieder hinzuhalten. So kann das etliche Male geschehen; manchmal kann ich einen Zusammenhang annehmen mit Streßmomenten direkt zuvor oder im selben Augenblick (z.B. Unruhe um uns herum). Beim Anziehen der Jacke zieht sie sich diese dann nicht selten kurz, gewissermaßen symbolisch, nochmal halb über den Kopf hoch, wieder mit diesem unwilligen Ausruf, den ich am ehesten interpretieren könnte als: „*Eigentlich ist mir das jetzt alles zuviel!*“ Oder manchmal reißt sich Eva beim Sitzen im Tagesraum ohne äußerlich erkennbaren Anlaß die Strümpfe von den Füßen. Sie schleudert sie

* Anmerkung 2006: „Spaltung“ im Sinne der psychoanalytischen Theorie meint zwar phänomenologisch etwa dasselbe wie im Bereich der Traumatherapie (also Dissoziation), jedoch wird der Vorgang jeweils unterschiedlich begründet. (Vgl. PEICHL)

dann (mit Ausruf) weit von sich (möglichst außer Sichtweite, dies manchmal in mehreren Anläufen, d.h., sie holt den Strumpf selbst wieder, wenn er nicht weit genug geflogen ist!). Nicht selten steht sie jedoch in der nächsten Minute auf, holt die Strümpfe zurück und läßt sie sich von jemandem neu anziehen (dies kann Eva nicht). – Ich vermute, daß sie selbst in diesen auch für sie subjektiv nicht bedrohlichern Situationen *widersprüchliche Empfindungen* (zu warm/zu kalt, geschützt sein/sich beengt fühlen) kaum vereinbaren kann, insbesondere, wenn ihre (mutmaßlich) relativ geringe Ichstärke absorbiert wird von der für sie nötigen Kontrolle von Außeneindrücken.

Soweit zur Frage einer möglichen strukturellen Ichschwäche (oder Selbststörung) bei Eva. Unbefriedigend bleibt, daß analytisch-ichpsychologische und neurophysiologische/-psychologische Annahmen in meiner Darstellung noch weitgehend unverbunden nebeneinander stehen. Möglicherweise können aber auch derartige nur fragmentarisch theoriegeleitete Erfahrungsberichte der weiteren Erarbeitung einer allgemeinen Psychopathologie und Psychotherapie dienen (siehe JANTZEN ²1992, S.344f; GAEDT 1986, S.19; SAND u.a. 1990, S.66).*

Der Mensch wird zu dem Ich, dessen Du wir ihm sind !“

(Georg FEUSER 1991)

Heilpädagogische Beziehung 1997/98

1997 entwickeln sich kleine Alltags- und Beziehungsrituale rund um unsere täglichen Spaziergänge (Kleidung wechseln, Tür öffnen/schließen, Begleitung zu ihrem Platz im Tagesraum, Pfefferminzbonbon unterwegs, *d.h., der Spaziergang bekommt einen eigenen Geschmack*, u.a.). Sacht wird Eva S. in Freizeitaktivitäten mit der Gruppe einbezogen; ebenso wie bei Arztbesuchen, Fußpflege u.dgl. habe ich ihr hier nötigenfalls Beruhigung und Schutz zu vermitteln versucht. Prinzipien, wie sie auch LANWER-KOPPELIN (1997) vorschlägt, haben sich durchweg als zweckmäßig erwiesen:

- Nicht gegen die autoaggressiven Tätigkeitsformen intervenieren.
- Förderung orientieren an der **Aufhebung von Isolation**, an der Herausbildung von Handlungskompetenzen. Bewährt hat sich die „Herstellung eindeutiger

* Anmerkung 2006/7: Dazu zähle ich heutzutage natürlich vorrangig auch die Erkenntnisse und Erfahrungen der Psychotraumatologie – wovon ich im Jahr 1999 noch kaum etwas wußte! (Vgl. insbesondere die neue zusammenfassende Darstellung von PEICHL.)

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Zuständigkeiten bei Verantwortlichkeiten, klare und eindeutig strukturierte Lernanforderungen und die Vorgabe klarer, einfacher und eindeutiger Dialog-, Interaktions- und Kommunikationsangebote“ (S.297).

- Die dialogische Begegnung (nach BUBER; vgl. auch LANWER-KOPPELIN u. VIERHEILIG 1996) sowie die Möglichkeiten und Erfahrungen der Basalen Kommunikation (MALL 1990, GOODE 1994).

Grundlage der heilpädagogischen Beziehung mit Eva S. war und ist eine Gratwanderung in zweierlei Weise. Zum einen gilt auf der neuropsychologischen Ebene (nach LANWER-KOPPELIN 1997), daß jede nichtsynchronisierbare Information (d.h., für Eva bislang die meisten neuen Reize und Erfahrungen) angstverstärkend wirkt und die Notwendigkeit des quasi-mutistischen Rückzugs bestätigt, – andererseits jedoch reproduziert ein durchgänges Hinnehmen dieses Rückzugs (nach dem Motto: „Sie will ja keinen Kontakt!“) die Isolation, den Bindungs- und Beziehungsverlust, der Ursache jener Nichtsynchronisierbarkeit von Reizen war und ist. Zweitens geht es gerade bei den ohne Not herbeigeführten Streßsituationen in meiner Begleitung (z.B. Teilnahme an Ausflügen) auch darum, daß Eva einen Anlaß braucht, um aus dem lebenslangen, durch ihre Erfahrungen seit der frühesten Kindheit begründeten Rückzug heraus aktiv zu werden – zunächst in Form von Widerstand, dann in der neu geweckten Suche nach befriedigenden Situationen. Erst dadurch konnte Eva günstigenfalls die neue Erfahrung machen, daß gewisse Signale aus der ‚bösen Außenwelt‘ (nämlich meine beruhigend gemeinte Präsenz) tatsächlich einer Auflösung der bedrohlichen Situation im Sinne ihrer ‚guten Innenwelt‘ kausal vorangehen, - daß also in der ‚bösen‘ Außenwelt doch auch Gutes zu finden ist.

Als Folge eines solchen Lernprozesses sehe ich, wenn Eva nach Situationen, in denen starker Streß abgelöst wurde durch meine beruhigende Präsenz, sich seit Herbst 1997 für kürzere oder längere Zeit – zehn Minuten bis zwei Tage – minimal anhänglicher verhielt mir gegenüber. Sie ließ sich umarmen, an mich drücken, den Kopf halten, hakte ihre Finger manchmal in meine beim Gehen bzw. ließ zu, daß ich ihre Hand eine Zeitlang hielt und dergleichen, was alles bislang undenkbar gewesen wäre. (Seit Februar 1998 läßt Eva bis zu 50 % unseres täglichen Spaziergangs ihre Hand locker auf meiner kontinuierlich erhobenen Hand liegen, leicht diese umfassend; zunächst nur bei irritierenden Anlässen, bald drauf schon durchgängig.)

KERNBERG (1983) unterscheidet, „daß der Versuch, die überwiegend primitiven Abwehrformen mittels entsprechender **Deutungen** konfrontierend aufzudecken, bei Borderline-Patienten eher eine Stärkung der Ichfunktionen und eine Verbesserung der Realitätsprüfung bewirkt, wohingegen das gleiche Vorgehen bei Psychotikern eher zu einer Vertiefung der psychotischen Regression führt (...)“ (S.209). Evas weniger ausdifferenziertem psychischen System entsprechend sehe ich die beziehungsgeleitete Konfrontation mit alternativen Erfahrungs- und

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Lösungsmöglichkeiten als angemessene Vorstufe zur Deutung im psychoanalytischen Sinne (vgl. auch KERNBERG 1993, S.13-30).

Wenn ich mich auf Evas aversive Affekte umfassend (d.h. auch mit eigenen Affekten) einlasse, gebe ich ihr die Möglichkeit, ein Gegenüber zu erleben. Die nötige Grenzziehung durfte nicht strafend, isolierend wirken, sondern im Sinne einer Spiegelung, einer Ich-Du-Interaktion (vgl. KISCHKEL 1996, BUBER 1979, HEIGL-EVERS und OTT 21995) – Schon der große Bogen, den das Pflegepersonal, auch nach der Befreiung aus der fast kontinuierlichen Fixierung, um Eva machte (sowie die häufig anzutreffende Neigung, gerade bei ‚schwierigen‘ Betreuten die Pflegehandlungen besonders mechanisch, schweigend, ohne Kontaktangebote zu absolvieren, was zusätzlich noch Doppelbotschaften entstehen läßt), verhinderte bei Eva irgendwelche Erfahrungen eines *Du*.

Bereits das Alternieren von Nähe und Distanz zu mir bedeutet in diesem Zusammenhang relevante neue Erfahrungen. Manchmal halte ich Eva beim Gehen oder Stehen unterwegs sacht am Rücken, gehe dann wieder ohne Berührung neben ihr, hin und wieder langsamer oder schneller als sie. Nachdem Eva früher recht mechanisch neben mir drauflos stapfte, stellt sie inzwischen zeitweilig deutlich Tuchfühlung her (und behält diese trotz meiner taktischen Ausweichmanöver bei), dann wieder lenkt sie ihre Schritte von mir weg, schaut sich jedoch um, ob ich noch da bin. Läuft Eva abrupt wieder los (nach einer Ruhepause), macht sie nicht selten mit der Hand winzige, mich mitnehmende Bewegungen. *(Dies geschah so oft, daß ich mir das Intentionale daran sicherlich nicht nur einbilde!)*

Evas Möglichkeit, sich im Rahmen der verlässlichen Orientierung an mir Anforderungen zu stellen, um zu lernen, entspricht entwicklungspsychologisch dem Prinzip der „hinreichend guten Mutter“ (WINNICOTT), die ihre zunächst möglichst umfassende (mimetische) Anpassung an die Bedürfnisse des Säuglings dann schrittweise zurücknimmt und diesem durch diese notwendige „Desillusionierung“ (WINNICOTT 1983) ermöglicht, gute und schlechte Erfahrungen gegeneinander auszugleichen, d.h., Ambivalenzen zu ertragen. – Wann hätte Eva in ihrer Kindheit derartige Entwicklungsmöglichkeiten gehabt ?

Eva S. hat bislang nur sehr eingeschränkte Sozialkompetenzen. Ursache hierfür sind in erster Linie die traumatisierenden Lebensbedingungen in der Kindheit sowie das Fehlen jeder adäquaten Entwicklungsmöglichkeit im weiteren Leben. Heilpädagogisch-therapeutische Entwicklungsförderung muß auch auf diese allgemeine Lebensunsicherheit Rücksicht nehmen. Die Anforderung, Ambivalenzen auszuhalten, sollte sich also beschränken auf konkrete Anlässe innerhalb der verlässlichen heilpädagogischen Beziehung; unqualifizierter Alltagsstreß war und ist zu vermeiden.

Eva zeigte in derartigen „desillusionierenden“ Situationen (fremde Umgebung, panikverursachende Anforderungen) ein hohes Maß an vertrauensvoller Orientierung

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

an mir, in jüngster Zeit auch an anderen, ihr vertrauter werdenden Betreuungspersonen, die entsprechende Kontaktangebote gemacht hatten. Zunehmend selbstverständlich nahm sie dann die allgemein üblichen beruhigenden, Schutz versprechenden Signale auf bzw. provozierte solche Formen der Zuwendung (meine Hand halten, eng bei mir sitzen/gehen, sich in meinen Arm drücken, auf beruhigende Anrede hin ruhiger werden, mich von der Gruppe weg ziehen). Im selben Maße, in dem ihre Angst sich reduzierte, ging Eva jedoch wieder auf die übliche Distanz zu mir. Selbst die Notwendigkeit, sie in gewissen Situationen (in der Öffentlichkeit) gewaltsam an der Flucht zu hindern, beeinträchtigte nicht ihre vertrauensvolle Orientierung an mir.

Bei allen derartigen Konfrontationen liegt meine Priorität darauf, daß Eva S. Abläufe *möglichst* gewaltfrei erlebt, daß sie also in *möglichst* entspanntem Zustand neue Erfahrungen mit sich selbst und mit der Umwelt machen kann, sei es auch nur *jeweils* für Sekunden. Dies bedeutet, daß ich beim geringsten Nachlassen ihres Widerstands (in Situationen, die ihr nicht erspart werden können oder – siehe oben – sollen) meinen Zwang *umgehend* lockere. Dabei konnte es nicht ausbleiben, daß ich zunächst relativ viele Kratzer davontrug. Mittlerweile werde ich bei derartigen Anlässen kaum noch ernstlich gekratzt. Evas Angst äußert sich jetzt vorrangig in aggressionsloser Körpersprache oder Protestschreien und Versuchen, das Gegenüber wegzuschieben – zunehmend auch bei entsprechend einfühlsamer Begleitung anderer BetreuerInnen! (Insgesamt scheint das Kratzen in jüngster Zeit zumeist dem Ausdruck von Protest und Widerstand jenseits von Angst zu dienen, z.B. bei vertrauten Pflegevorgängen zu ungewohntem Zeitpunkt.)

Bis vor drei Jahren war es im Stationsalltag üblich, Eva S. für Situationen, in denen starke Gegenwehr zu erwarten war, Handschuhe anzuzwingen, um das Personal vor Kratzwunden zu schützen. Ihr wurde auf diese Weise der neben dem Mund am stärksten affektiv positiv besetzte Aspekt ihres (leiblichen) Selbstgefühls genommen gerade in Situationen, in denen sie diese Rückzugsmöglichkeit bzw. Selbsterfahrung am dringendsten brauchte ! (Bei der üblicheren Methode, jemandem die Hände weitab vom Körper festzuhalten, bleibt immerhin ein minimales interaktives Moment erhalten; - die Handschuhe dagegen brachten Evas Hände für ihr Verständnis einfach zum Verschwinden!)

Ist Festhalten jetzt unumgänglich, integriere ich dies so gut wie möglich in den Geborgenheit vermittelnden 'Raum' aus unseren Körpern, Armen, Händen in der Interaktion zwischen Evas angstvollen und meinen beruhigenden Lauten, Berührungen und Bewegungen. Ich achte dann darauf, daß Evas autonomes Agieren mit Händen und Mund (insbesondere der mittlerweile nur noch symbolische Handbiß sowie das Klopfen mit einer Hand auf die im Mund befindliche andere Hand) auch während des Festhaltens möglich bleibt. (*Schwesternkommentar: „Aber warum halten Sie sie denn nicht richtig fest?!“*) – Zwar mußte ich mich fragen, ob ich durch dieses Arrangement eine ungute Doublebind-Konstellation inszeniere, aber

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

die Entwicklung der letzten Monate scheint dagegen zu sprechen: Bei den angstausslösenden routinemäßigen Anlässen (zumeist Fußpflege und Haarschneiden) haben die jäh hervorbrechenden Panikattacken an Vehemenz und Häufigkeit abgenommen.

Momente von Angst werden für Eva offenbar zunehmend akzeptierter Teil bestimmter Alltagserfahrungen, zu denen aber jetzt die beschützende Zuwendung bestimmter BetreuerInnen gehört. Die ruhigen Phasen innerhalb der angstbesetzten Situationen werden länger, immer deutlicher kann ich *Evas offenes Gesicht* erleben: nicht in ihrer früher dauerhaft starren Abgewandtheit, auch nicht angstverzerrt, sondern bewegt zwischen Angst/Unbehagen, versuchsweisem Hinnehmen und offenbar angstfreier Ruhe, sogar Vertrauen. – Flackernde Gefühle in ihrem Gesicht lesen – das war bis vor kurzem kaum vorstellbar.

Die sedierende Medikation (sie war vor Jahren noch höher) wurde in dieser Zeit schrittweise erheblich reduziert.

„Sie sehn doch, die will keinen Kontakt! Wieso lassen Sie sie denn nicht in Ruhe ?!“ – Diese in unserer Anfangszeit immer wieder laut werdende Kritik war allerspätestens jetzt zumindest für mich endgültig widerlegt.

Indem ich konsequent Evas Nähe suchte, erfuhr ja auch ich bis zu einem gewissen Grad soziale Ablehnung, zumindest im ersten Jahr. Vielleicht half mir gerade diese spezielle Erfahrung, sensibel zu werden für die Grobheit, Dissonanz, Abruptheit und Beziehungslosigkeit von Reizen und Interventionen, denen Eva kontinuierlich ausgesetzt war. Möglicherweise hat sich hier eine Form von (gegen)übertragungsähnlicher („*mimetischer*“) Nähe entwickelt, die in schwierigen Situationen nützlich wurde. Beispielsweise waren bei einer Autofahrt zur Zahnklinik die Kurven bei der Hinfahrt noch Anlaß zu panischem Aufbäumen. Bei der Rückfahrt konnte Eva die Kurvenneigung schon mit dem Körper ausgleichen und reagierte kaum noch mit Angst. Hilfreich für diese hohe Lernbereitschaft war sicherlich meine durchgängige Präsenz, das unmittelbare Reagieren auf jede Nuance ihrer Verunsicherungssignale. Wandte ich mich nur kurz der mitfahrenden Krankenschwester zu, reagierte Eva umgehend mit speziellen Protestsignalen. Während des Aufenthalts in der Klinik konnte sie sich problemlos mit den unbekanntem räumlichen Gegebenheiten arrangieren, sie wurde jedoch sofort unruhig (nahm meine Hand und wollte weg), als ihr unbekannte Personen in unsere Nähe kamen. (Im übrigen suchte Eva sich, mit mir an der Hand, konsequent Wartplätze möglichst weit weg von der jeweils begleitenden Krankenschwester. Selbst Fremde durften dann eher neben uns sitzen..)

Wieso besteht Eva darauf, daß ich ihr nach dem Spaziergang die Schuhe ausziehe, anstatt sie sich, wie es bedarfsweise ihre Üblichkeit ist, mit einer schnellen Bewegung selbst von den Füßen zu streifen? Ich vermute, Eva hat seit jeher

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

versucht, über vertraute (also gefahrlose) Alltagsabläufe Zuwendung zu finden. Dies würde das hohe Maß an zweckmäßiger Kooperation bei Pflegehandlungen besser erklären, das doch Evas Distanzierungsbedürfnis (auch zeitgleich) zu widersprechen scheint. Oft läuft sie beharrlich mit ihrer leergetrunkenen Tasse durch den Raum, um sie irgendeiner Betreuungsperson zurückzugeben – was sonst keineswegs üblich ist bei den Betreuten.

Nach den Erfahrungen der letzten drei Jahre ist unverkennbar, daß Eva S. über hospitalisierungsbedingte Verhaltensauffälligkeiten hinausgehen und sich auf aktuelle Interaktion und positive Erfahrungen einlassen kann. *Ein „hoffnungsloser Fall“ ist auch sie nicht.* – Allerdings behinderte nicht zuletzt die große Angst in unsicheren Situationen in Verbindung mit den verinnerlichten Distanzierungsmethoden bislang weitgehend, daß Momente von Kooperations- und Beziehungsbereitschaft im weitgehend schematisierten, beziehungslosen Betreuungsalltag zum Tragen kamen.

Eva scheint noch immer Lebenskraft und Aufmerksamkeit zu investieren in die Suche nach Bedürfnisbefriedigung, nach Aufhebung ihrer defizitären Lebenssituation. Hinter ihrer rigiden Ablehnung *des Falschen* besteht nach wie vor ein Wille zur Selbstgestaltung ihres Lebens – und durchaus auch nach Kontakt zur Außenwelt, zu anderen Menschen. Die funktionalen, strukturellen Zusammenhänge ihres seelischen Systems lassen sich in manchem erst hypothetisch und skizzenhaft nachvollziehen, sicher ist aber eines: Eva S. will ihre Lebensmöglichkeiten in Anspruch nehmen – und wir können ihr dabei helfen.

Als eine ihr bereits näher vertraute Betreuerin Anfang 1998 erstmalig die Begleitung bei der Fußpflege übernahm, hielt bereits das beruhigende Handhalten und Ansprechen Eva von aktiver Gegenwehr ab; - so einfach war es bei mir nie gewesen! Möglicherweise hatte Eva die Vertrauenswürdigkeit des Beruhigtwerdens bis zu einem gewissen Grade bereits verinnerlicht und konnte dieses neue Prinzip gerade durch den plötzlichen Wechsel der Bezugsperson in einer kritischen Situation besonders konzentriert aktivieren. – Auch durch die zugewandte Kontaktbereitschaft anderer MitarbeiterInnen und meinen sachten Rückzug aus der Einzelbetreuung (im Zusammenhang mit Evas anstehender Verlegung in ein Wohnheim) kam es in dieser Zeit zu keiner neuen pathologischen Aufspaltung (zwischen heilpädagogischer Beziehung und Alltagsbetreuung).

Evas Betreuung wurde seit Januar 1998 im vertrauten Milieu schrittweise von zukünftigen WohnheimbetreuerInnen übernommen. Sie ist mittlerweile problemlos in der Lage, sich auf emotional zugewandte Kontaktversuche grundsätzlich vertrauensvoll einzulassen – natürlich im Rahmen ihres Verständnisses und ihres weiterhin bestehenden Distanzierungsbedürfnisses.

Eine schlimme, gleichwohl bedeutsame Episode im April 1998 bildet den Kontrapunkt zum bisher geschilderten. Eva hatte bereits (wie mir erst hinterher

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

klar wurde) ungewöhnlich viele kleinere Pflegehandlungen über sich ergehen lassen müssen. Als ich ihr dann beim Spaziergang die Schnupfennase abwischen wollte, stieß sie mich heftig weg. Ich reagierte unwirsch, sie legte nach – kurz: die Konfrontation eskalierte, Eva stieß mir die Brille vom Kopf – und bekam von mir eine Ohrfeige ! Von nun an hat sie mich für den Rest des Spaziergangs mit rigider Stringenz attackiert: einzelne Schläge, z.T. harte Schwinger, gezieltes Kratzen, Stöße mit dem Kopf; wobei sie mich bei alledem auch einige Schritte verfolgte. Weder durch beruhigende noch durch bestimmte, begrenzende Interventionen konnte ich Eva zum Innehalten bewegen. Dabei kamen von ihr keine speziellen Panik- oder Streßsignale; es handelte sich offenbar um konsequentes, selbstbestimmtes Abwehrverhalten in einer Situation, in der sie (im Rahmen ihres Verständnisses) im Recht war und ich Unrecht hatte. – Allerdings hat Eva sich für den Rest des Tages ungewöhnlich häufig geschlagen, auch mehrmals den Kopf schläfenseitig auf den Tisch gehauen (*Ambivalenzproblem/Synchronisation?*), auch traten jetzt etliche selten gewordene Distanz- und Protestsignale wieder auf (Stühle aus der Umgebung wegschieben u.dgl.). Erst in einigen Abstufungen hat Eva meine Versuche akzeptiert, ihr meine Freundschaft wieder anzubieten..

Der Vorfall zeigt, wie präsent Evas rigide Abspaltungsfähigkeit einer pauschal bösen Außenwelt noch heute ist. Ihr Vertrauen in andere Menschen ist nach wie vor Evas keineswegs selbstverständliches Geschenk, dessen wir uns immer neu würdig zeigen müssen.

Während unserer Spaziergänge (in diesen letzten Tagen vor dem Umzug ins Wohnheim) legt Eva mittlerweile immer häufiger ihre Hand locker auf oder in meine. Nicht selten hakt sie sich beim Gehen mit dem kleinen Finger in meinen ein.. – Das existenzielle menschliche Bedürfnis nach vertrauensvoller, sinngebender zwischenmenschlicher Begegnung, nach *Ich & Du*, tritt wieder zutage (BUBER); Evas Verständnis für Bedeutungen in der Außenwelt scheint zu wachsen – und auch unser Verständnis für Eva. Noch immer gibt es Angstreaktionen, Kratzen als Abwehr oder Protest, Einspeicheln der Hand und Orientierung am Kotgeschmack, Schläge ins eigene Gesicht (aber wieviel weniger dies alles!), weiterhin den fast durchgängigen Rückzug in die ‚fötale‘ Sitzhaltung (aber wieviel unaufgeregter, unverkrampfter läßt sie sich von dort auf Kontaktversuche ein!): *Hat sich jetzt viel geändert oder wenig ? Das kommt wohl auf den Blickwinkel an..*

Nachtrag im Jahr 2006

Am fünften Juni 1998 war Eva S. raus aus der Psychiatrie ! - Zusammen mit anderen (ihr vertrauten) Betreuten lebt sie jetzt in einem Wohnheim, in dem ich im

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

Dezember desselben Jahres einen Besuch gemacht habe. - Ich habe erlebt, wie Eva S. mit am Tisch sitzt beim Essen (klappt aber nicht immer), dazu rückt sie sich ihren Stuhl an den Tisch; sie ißt zeitweise mit dem Löffel alleine (wurde früher gefüttert oder aß mit den Händen, möglichst auf dem Boden sitzend). Morgens nach dem Wecken steht sie alleine auf, entsorgt ihre Windel in der richtigen Tonne, zieht ihre Nachtkleidung aus, räumt diese auf, geht aufs Klo. Wenn Eva schlechte Laune hat beim Anziehen, geht die Betreuerin raus. Eva weiß, daß sie hinterherkommen kann mit den Kleidern, wenn es ihr besser geht. Eva will insgesamt kaum mehr räumliche Distanz, - sie will bei der Gruppe sein! Die BetreuerInnen achten auf ihre Signale, wenn sie eingekotet hat, gehen dann mit ihr aufs Klo; von daher hat sie kaum mehr Kotvorräte in der Windel, auf die sie für ihre speziellen Zwecke zurückgreifen kann. Es wird auf abwechslungsreiche orale Befriedigung (für alle) geachtet – aber trotzdem hat Eva bei meinem Besuch irgendwann unsere Spaziergang-VIVIL in meiner Hosentasche gesucht. Eva läßt sich anfassen, streicheln, hat eine gute Beziehung zu ihrem Bezugsbetreuer. Sie hat eine gynäkologische Untersuchung ohne Kampf über sich ergehen lassen. Auch mit der Fußpflege geht es relativ locker, wobei Eva aber deutlich verschiedene ‚Tagesstimmungen‘ hat.

Ein Jahr später, im November 1999, traf ich Evas Bezugsbetreuer zufällig auf der Straße. Er berichtete, daß Eva sich viel weniger schlägt; die kahle Stelle schläfenseitig (von den Schlägen) ist weg. Sie ißt jetzt selbstverständlich am Tisch und wehrt die ritualisierten Grenzüberschreitungen ihres Sitznachbarn locker ab. – Die Freude des Betreuers über die Erfahrungen mit Eva S. war unverkennbar: „**Eva hat die meisten Fortschritte gemacht in der Gruppe!!**“

Literatur (Fallbericht Eva)

ADORNO,Theodor W.: Negative Dialektik (GS 6) (Frankfurt/M. 1970) (Zitat S.400)

ALSHUT,S.: „Er nervt wie eine Stubenfliege.“

In: JANTZEN/LANWER-KOPPELIN (Hrsg.): Diagnostik als Rehistorisierung (Berlin 1996)

BOWLBY,J.: Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. (Heidelberg 1995)

BUBER,Martin: Das dialogische Prinzip. (Heidelberg 1979)

FEUSER,G.: Integration autistischer Menschen. In: Bundesverband Hilfe für das Autistische Kind (Hrsg.): Soziale Rehabilitation Autistischer Menschen. (Hamburg 1991, S.140-157)

Ders.: „Geistigbehinderte gibt es nicht!“ In: GEISTIGE BEHINDERUNG 35(1996), S. 19-25

GAEDT,Christian: Überlegungen zu der Anwendung von Psychopharmaka bei geistig Behinderten.

in: GAEDT (Hrsg.): Besonderheiten der Behandlung psychisch gestörter geistig Behinderter mit Neuroleptika (Sickte 1986, S.11-20)

GAEDT, Chr./GÄRTNER,D.: Depressive Grundprozesse – Reinszenierungen der Selbstentwertung.

Mondrian graf v. lüttichau - DU UND ICH:
Beziehungsorientierte enthospitalisierung mit hindernissen

www.autonomie-und-chaos.de

- In: GAEDT (Hrsg.): Selbstentwertung – Depressive Inszenierungen bei Menschen mit geistiger Behinderung (Sickte 1990, S.25-48)
- GOODE,D.:** A World Without Words. The social construction of children born deaf and blind. (Philadelphia 1994; Temple UP) - *Ausführliche Inhaltswiedergabe:* RUSCH,K.: Taubblindheit als soziale Konstruktion.
- In: BEHINDERTENPÄDAGOGIK 40(2001), S.162-189
- HEIGL-EVERS,A./OTT,J.(Hrsg.):** Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. (Göttingen 1995)
- JANTZEN,W.:** Allgemeine Behindertenpädagogik, Band 1. (Weinheim, Basel 1992)
- Ders.:** Allgemeine Behindertenpädagogik, Band 2. (Weinheim, Basel 1990)
- Ders.:** Deinstitutionalisierung. In: GEISTIGE BEHINDERUNG 36(1997), S. 358-374
- JANTZEN,W./LANWER-KOPPELIN,W. (Hrsg.):** Diagnostik als Rehistorisierung. (Berlin 1996)
- KENDEL,B.:** Die Entwicklung zwischenmenschlicher Beziehungsfähigkeit im psychotherapeutischen Prozeß als Brücke zur Gemeinschaft. In: Österr. Gesellschaft für Heilpädagogik, Landesgruppe Tirol (Hrsg.): Lebensqualität und Heilpädagogik (9. Heilpäd. Kongreß Innsbruck 1992) (Höbersdorf bei Wien 1999, S. 232-245)
- KERNBERG,O.F.:** Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. (Frankfurt/M. 1983)
- Ders.:** Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. (Bern 1993)
- KISCHKEL,W.:** Psychotherapie bei Borderline-Patienten mit geistiger Behinderung in einer Langzeiteinrichtung. In: LOTZ u.a.: Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung (Bern 1996, S. 289-300)
- KISCHKEL,W. u.a.:** Therapeutische Ansätze bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung und depressiven Symptomen. In: GAEDT (Hrsg.): Selbstentwertung. (Sickte 1990, S.82-99)
- KRUSE,P.:** Das dynamische Gehirn – Wie entsteht Ordnung und Stabilität im Erleben und Verhalten? In: DOERING, W. u. U./DOSE,G./STADELMANN,M. (Hrsg.): Sinn und Sinne im Dialog. (Dortmund 1996, S.183-204)
- LANWER-KOPPELIN,W.:** Autoaggression bei Menschen mit einer sogenannten ‚geistigen Behinderung‘. In: BEHINDERTENPÄDAGOGIK 36(1997), S.281-300
- LANWER-KOPPELIN,W./VIERHEILIG,H.:** Martin Buber – Anachronismus oder Neue Chance für die Pädagogik? (Butzbach-Griedel 1996)
- LEBOYER,F.:** Geburt ohne Gewalt. (München 1981)
- LÜTTICHAU,M.v.:** Bei eva sitzen. (*Ein Gedicht*). In: GEISTIGE BEHINDERUNG 37(1998), S.6
- MAHLER,M.S. u.a.:** Die psychische Geburt des Menschen. (Frankfurt/M. 1980)
- MALL, W.:** Kommunikation mit schwer geistig behinderten Menschen. (Heidelberg 1990)
- NIEDECKEN,D.:** Namenlos. Geistig Behinderte verstehen. (München 1989)
- [vgl. auch: GEISTIGE BEHINDERUNG 36(1997), S.375-385]
- ORBAN,P.:** Psyche und Soma. (Wiesbaden 1981; Frankfurt/M. 1988)
- PEICHL,J.:** Die inneren Trauma-Landschaftern. Borderline, EgoState, Täter-Introjekt (Stuttgart 2007)
- SAND,A. u.a.:** Therapeutischer Umgang mit Entwertungsprozessen. In: GAEDT (Hrsg.): Selbstentwertung. (Sickte 1990, S.65-81)
- SIIRALA,Martti:** Die Schizophrenie des Einzelnen und der Allgemeinheit. (Göttingen 1961, Eschborn 2000)
- STÖRMER,N./SIEVERS,R.:** „Sie ist ein schwieriges Mädchen!“ In: JANTZEN/LANWER-KOPPELIN (Hrsg.): Diagnostik als Rehistorisierung. (Berlin 1996, S. 181-208)
- VERBERNE,F.J.:** Möglichkeiten und Grenzen psychotherapiebezogener Diagnostik in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen. In: LOTZ u.a.(Hrsg.): Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. (Bern 1996, S. 76-97)
- WINNICOTT,D.W.:** Von der Kinderheilkunde zur Psychotherapie. (Frankfurt/M. 1983)