

„Sie sehn doch, die will keinen Kontakt!“ –

**Rehistorisierung und heilpädagogische Beziehung
bei einem ‚hoffnungslosen Fall‘**

Durchgesehene & ergänzte Version
Ursprünglich veröffentlicht in: BEHINDERTENPÄDAGOGIK, 38. Jg., Heft 2/1999, Seite 143-159

Eva S. – Angst, Abwehr, Aggression

*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).

* (Name geändert)

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG UND TRAUMA

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 „liebvolle-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 einzuschmierem; 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

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG UND TRAUMA

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..

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG UND TRAUMA

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.

Lebensgeschichtlich orientierte (rehistorisierende) Diagnostik

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).

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG UND TRAUMA

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 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 nahekam, 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 ‚ambivalentes‘ 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 Berufserfahrung: „Der Mensch reagiert auf lang anhaltende Mißhandlung und Vergewaltigung mit sehr

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG UND TRAUMA

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 neuropysiologischen 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 **neurophysiologischen 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 Ausglei-

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG UND TRAUMA

chen 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

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG UND TRAUMA

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*“ (*Ärzteljargon*) (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 hirngeschädigten, 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 Entwick-

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG UND TRAUMA

lungslinien entsprechender psychischer Störungen zu suchen und diese bis in das seinerzeit individuell erreichte Entwicklungsstadium zurückzuverfolgen, wie dies GAEDT (1986, S.16) vorschlägt.

Borderline als Traumafolgestörung

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 Krankenhausesgelände, 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 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

* 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 Erfahrungen und Einschätzungen auf dem Hintergrund der Psychotraumatologie, die 1996/97 noch nicht verfügbar waren.

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG UND TRAUMA

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 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:

* 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).

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG UND TRAUMA

- 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. Objektvorstel-

* Anmerkung 2006: „Spaltung“ im Sinne der psychoanalytischen Theorie meint zwar phänomenologisch vermutlich etwa das-selbe wie im Bereich der Traumatherapie (also Dissoziation), jedoch wird der Vorgang jeweils unterschiedlich begründet.

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG UND TRAUMA

lungen 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 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 bedrohlichen 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).*

* Anmerkung 2006: Dazu zähle ich heutzutage natürlich vorrangig auch die Erkenntnisse und Erfahrungen der Psychotraumatologie.

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG UND TRAUMA

„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 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

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG UND TRAUMA

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 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 1995) – 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. Lläuft 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 ?

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG UND TRAUMA

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

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 weitaus vom Körper festzuhalten, bleibt immerhin ein minimales interaktives Moment erhalten; - die Handschuhe dagegen brachten Evas Hände für ihr Verständnis einfach zum Verschwinden!)

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG UND TRAUMA

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 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 unbekanntem Personen in unsere Nähe kamen. (Im übrigen suchte Eva sich, mit mir an der Hand, kon-

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG UND TRAUMA

sequent Wartepplätze 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 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.

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG UND TRAUMA

**Eine schlimme, gleichwohl bedeutsame Episode im April 1998 bildet den Kont-
rapunkt zum bisher geschilderten.** Eva hatte bereits (wie mir erst hinterher 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 Konfron-
tation eskalierte, Eva stieß mir die Brille vom Kopf – und bekam von mir eine Ohrfei-
ge ! 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 beruhig-
ende noch durch bestimmte, begrenzende Interventionen konnte ich Eva zum Inne-
halten 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 ge-
schlagen, auch mehrmals den Kopf schläfenseitig auf den Tisch gehauen (*Ambiva-
lenzproblem/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 Freund-
schaft 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 zei-
gen müssen.

Während unserer Spaziergänge (in diesen letzten Tagen vor dem Umzug ins Wohn-
heim) 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 exi-
stenzielle menschliche Bedürfnis nach vertrauensvoller, sinngebender zwischen-
menschlicher Begegnung, nach *Ich & Du*, tritt wieder zutage (BUBER); Evas Ver-
ständnis 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 ei-
gene 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..*

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG UND TRAUMA

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 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!!“**

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG UND TRAUMA

Literatur

- 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.
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)
- 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)

Stand: August 2009

Seite 20 von 20