

Jutta Hennies

»Nichts geschieht einfach so!« Der Ansatz der Rehistorisierenden Diagnostik in der Betreuungsarbeit

In dem 1990 eröffneten Deutschen Taubblindenwerk/Standort Fischbeck leben 127 geburstaubblinde und höresehbehinderte erwachsene Menschen in 19 Wohngruppen. Wir leben in einem sehr ländlichen Bereich, haben auf weitläufigem Gelände eine anerkannte WfbM, einen Landhof mit Backstube, Werkstattladen, mit Pferden, Hunden, Hühnern und viel Natur rundherum.

Die zwei großen konzeptionellen Säulen unserer Arbeit sind die Basale Stimulation® nach Prof. Andreas Fröhlich und die Rehistorisierende Diagnostik, verbunden mit dem Namen Prof. Wolfgang Jantzen.

Ich möchte ein Wort von Anna Freud voranstellen:

»Die ersten Jahre des Lebens sind wie die ersten Züge einer Schachpartie – sie geben den Verlauf und den Charakter der Partie vor, aber solange man noch nicht schachmatt ist, bleiben noch viele schöne Züge zu spielen« (Zit. n. Heinze 2014, 1).

Um einige dieser vielen schönen Schachzüge, die es zu spielen gilt, geht es in meinem Beitrag.

Zunächst beschreibe ich einige wichtige Grundannahmen und Eckpfeiler der Rehistorisierenden Diagnostik:

Wir alle haben eine individuelle Geschichte mit Ursachen und Wirkungen und Folgen ... mit leichten und schönen Dingen, manchmal auch mit dramatischen Erinnerungen und schweren Kämpfen ... wir haben Beziehungen, Familie, Freund(inn)e(n), Kolleg(inn)en ... Wir wissen, dass unausgesprochene, ungesagte Gedanken, Gefühle, Ängste, die zwischen uns und einem anderen Menschen stehen, eine Situation plötzlich schwierig machen können, weil in uns ein Thema berührt wird, das uns unangenehm ist. Wir reagieren verschlossen, ärgerlich, vielleicht aggressiv. Der Andere schaut verwundert, versteht uns nicht – es entsteht ein Graben des Nichtverstehens, der ggf. unmöglich zu überwinden scheint. In den Augen des Anderen sind wir dann vielleicht überempfindlich, schwierig oder auffällig aggressiv. Die Beziehung leidet, wird evtl. sogar beendet. Doch wie gut tut es uns, wenn sich jemand uns zuwendet, interessiert nachfragt und wir intensiver ins Gespräch kommen. Dann kann sich die Beziehung vertiefen.

Ein verstehensorientiertes Miteinander kann also besser gelingen, indem wir in die Lebensgeschichte eines Menschen hineingehen, in seine persönliche Historie eintauchen, indem wir uns für seine Erlebnisse interessieren und Zusammenhänge mit seiner aktuellen Situation herstellen.

Rehistorisierung bedeutet, dieses selbstverständliche Alltagswissen zu systematisieren und im diagnostischen Prozess vom Erkennen zum Erklären zum Verstehen zum pädagogischen Handeln zu gelangen (vgl. Macykowski 2013, 141).

Wir versetzen den behinderten Menschen in seine persönliche Geschichte, bewerten nicht nur sein aktuelles Verhalten, sondern fragen nach seinem Gewordensein: »Welches sind deine Erfahrungen und Erlebnisse, wie bist du der Mensch geworden, als den wir dich heute erleben?«

Im Betreuungsalltag werden wir oft mit Situationen konfrontiert, die uns im Kontakt mit einem behinderten Menschen überfordern, ratlos und hilflos machen. Wir bereiten uns vor, planen die individuellen Fördermaßnahmen – und sehen uns dann immer wieder einem Verhalten ausgesetzt, das wir nicht nachvollziehbar finden und dessen Ursachen uns völlig verborgen bleiben.

Wir sprechen hier von Menschen, die

- oft nur über sehr eingeschränkte kommunikative Kompetenzen verfügen,
- selbst- und fremdverletzendes Verhalten zeigen, Gegenstände zerstören,
- immer wieder massiv die Grenzen anderer Menschen überschreiten,
- z. B. mit Exkrementen schmieren oder öffentlich onanieren,
- lang anhaltend laut schreien,
- sich in stereotypen Bewegungsmustern verlieren,
- u.a.m.

Solche Krisensituationen können oft eskalieren, eine Beruhigung wird nicht erreicht – und es geschieht immer wieder. Wir haben das Gefühl, uns in einer Endlosschleife zu befinden. Natürlich müssen wir dann ggf. alle Beteiligten vor Verletzungen schützen – aber meistens sieht ein Eingreifen im Sinne von »Abstellen« einer Krisensituation nicht sehr elegant aus und ist oft ein sehr unschönes Szenario. Da werden Menschen massiv festgehalten, auf den Boden gebracht, unsanft aus dem Raum geschafft usw. Um diese Endlosschleife zu verlassen, brauchen wir also dringend einen Zugang zu diesen Situationen und zu dem Menschen, der es uns ermöglicht, dieses aktuelle Geschehen neu und anders zu verstehen.

Wir benötigen komplexe biografische Daten und Zusammenhänge und müssen klären, was wann wie geschehen ist im Leben dieses Menschen. Wir müssen uns anschauen, welche biologischen, z. B. angeborenen körperlichen Beeinträchtigungen es gab, in welchen sozialen Bezügen dieser Mensch gelebt hat, also seine familiäre Situation, das Geschehen in Kindergarten, Schule und anderen Institutionen. Wir schauen uns an, ob, seit wann und in welcher Dosierung die betreffende Person Medikamente einnimmt. Eine systematische Aktenanalyse gehört ebenso dazu. So können wir daraus entsprechende Rückschlüsse ziehen auf die psychische Entwicklung der Person. Dieses »Lebens-Puzzle« wird im Sinne einer empathischen Betrachtungsweise zusammengefügt: »Was wäre, wenn dies *meine* Lebensgeschichte wäre?« Erst diese Klärung führt zu einer sinnvollen und damit hilfreichen und nicht stigmatisierenden Diagnose, auf die nicht nur der betreffende Mensch ein Recht hat, sondern auch die ihn betreuenden

Personen, von denen wir im Betreuungsalldag erwarten, dass sie bestmöglich informiert sind und professionell arbeiten!

Wir bewegen uns hier im Spannungsfeld von biologischen und sozialen Bedingungen und psychischer Entwicklung. Eins bedingt das andere, kein Bereich kann für sich genommen betrachtet werden:

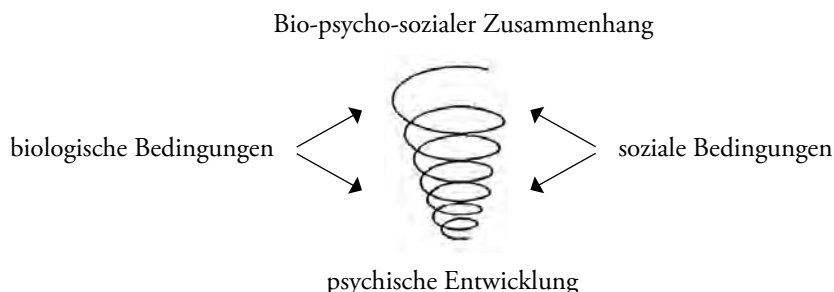


Abb. 1: Bio-psycho-sozialer Zusammenhang

In diesem Zusammenhang müssen wir uns u. a. mit dem Begriff der *Verhaltensauffälligkeit* beschäftigen. Gemeinhin scheint eindeutig, was man unter einer *Verhaltensauffälligkeit* versteht – doch was sagt die Bezeichnung *verhaltensauffällig* eigentlich aus? Das heißt zunächst nur, dass jemand ein bestimmtes Verhalten *auffällig* findet. Wir wissen nicht, ob der Mensch dieses Verhalten z. B. als Stabilisierungs- oder Orientierungsversuch benötigt oder aus Angst handelt. Wie dieses Verhalten genau aussieht, in welchen Situationen es auftritt, welche Ursache zugrunde liegt, bleibt dabei im Dunkeln. Eine andere Person bewertet dieses Verhalten u. U. völlig anders. Der Begriff »Verhaltensauffälligkeit« ist für sich genommen nur ein Kürzel, um das Verhalten eines Menschen zu benennen.

Welche Erlebnisse und Erfahrungen in der Vergangenheit können nun dazu führen, dass ein Mensch ein Verhalten entwickelt, das gemeinhin schnell als »auffällig« bezeichnet wird? Die Rehistorisierende Diagnostik bietet uns verschiedene Erklärungsansätze, von denen wir zunächst zwei näher betrachten wollen:

1 Erklärungsansätze für die Entstehung von »Verhaltensauffälligkeiten«

1.1 Innere Isolation

Die taubblinden Menschen in unserer Einrichtung leben allein schon aufgrund ihrer Sinnesbehinderung isoliert, denn sie nehmen den emotionalen Ausdruck anderer Menschen, also Mimik, Sprache, Körperhaltung nicht oder sehr eingeschränkt wahr. Ihr Zugang zu Menschen und zur Welt findet unter veränderten Bedingungen statt.

Es ist zunächst eine für sie inadäquate Welt, in der sie nur unzureichend Struktur und Orientierung finden.

Dasselbe gilt auch für geistig behinderte Menschen. Verändert sich die Welt für sie nicht nachvollziehbar, wirkt sich die körperliche Beeinträchtigung nachhaltig auf ihre sozialen und kognitiven Kompetenzen aus.

Auch Reizüberflutung, also zu viel nicht zu verarbeitende Information, kann sich isolierend auswirken.

1.2 Äußere Isolation

ist immer dann gegeben, wenn ein Mensch vom Zugang auf die Welt abgeschnitten ist, mit anderen Worten: immer dann mit sich allein ist und bleibt, wenn er eigentlich dringend menschlichen Kontakt bräuchte, um die Umwelt und gleichzeitig auch seine innere Situation zu verarbeiten.

Wir müssen untersuchen, ob es Zeiträume gab, in denen der Mensch widersprüchlichen Informationen ausgesetzt war, auf die er sich »keinen Reim« machen konnte, weil er nicht verlässlich emotional versorgt wurde. Gab es körperliche Beeinträchtigungen, Störungen, Schädigungen, die seine Situation so verändert haben, dass er besonderer entwicklungsförderlicher Maßnahmen bedurft hätte, diese aber wahrscheinlich nicht erhalten hat (Krankheiten, z. B. Meningitis, Epilepsie, Erblindung)?

Je früher es im Leben eines Menschen zu einer nicht ausreichenden oder gar falschen sozialen Strukturierung kommt, umso größer ist die Gefahr, dass er Symptome ausbildet wie z. B. stereotypes Verhalten, das sich dann ggf. im Laufe seiner weiteren Entwicklung manifestiert, immer heftiger wird und ihn u. U. sein ganzes Leben hindurch als *Verhaltensauffälligkeit* begleitet.

Beispiel: Wenn vor 50 Jahren ein 2-jähriges höresehbehindertes Kind ohne Begleitung in der Augenklinik mehrfach operiert wird, sich einer fremden Welt, fremden Menschen, Händen, Gerüchen, Schmerzen ausgesetzt sieht, fixiert im Bettchen liegt, damit es sich die Zugänge und Verbände nicht abreißt – und bei der Gelegenheit auch gleich noch vom Schnuller entwöhnt wird, ist es nicht verwunderlich, dass noch über 25 Jahre später ein stereotypes Hin-und-Her-Bewegen des Kopfes, verbunden mit stimmlicher Vibration, beobachtet und – leider – als *Verhaltensauffälligkeit* diagnostiziert wird! Ein Mensch in Isolation *muss* Stereotypen entwickeln, um sich einen letzten Rest von Autonomie, von selbstständigem Verhalten zu bewahren, z. B. seine Bewegungsfähigkeit selbstständig einsetzen können, um sich innerlich zu stabilisieren und ein Mindestmaß an Sicherheit zu erlangen. Wir können demnach *Verhaltensauffälligkeiten* verstehen als *Kompetenzen*, entstanden unter isolierenden Bedingungen! Nach Jantzen sind »Verhaltensauffälligkeiten« Anzeichen für das Hineinwachsen der Vergangenheit in die Gegenwart (1992).

1.3 Misslingende frühkindliche Dialoge

Werfen wir einen Blick auf das Gelingen bzw. Misslingen früher Dialoge, denn sie sind von entscheidender Bedeutung bei der Suche nach den Ursachen von *Verhaltensauffälligkeiten*: Nur wenn ein Kind in einer kritischen Situation durch die Bezugsperson verlässlich beruhigt bzw. stabilisiert wird, kann es die Fähigkeit der Selbstberuhigung bzw. Selbststabilisierung erlangen. Mit anderen Worten: Nur wer als Kind verlässlich getröstet wurde, seine eigenen Gefühle gespiegelt und über die Sprache benannt bekommen hat, kann sich später selbst trösten und somit emotional und kognitiv steuern.

Das ist die beste Grundlage für Beziehungs- und Bindungsfähigkeit und ein sicheres Bindungsmuster. Geschieht das nicht in dieser Weise und bleibt das Kind länger in hoher Erregung und Irritation, geht das Vertrauen in den eigenen Körper verloren, denn es entsteht unauflösbarer Stress. Dadurch wird das Körper selbstbild nachhaltig irritiert, sodass ein »sicherer innerer Raum« nicht ausgebildet und ein »unsicherer innerer Raum« dagegen mit Stress gefühlt wird – u. U. ein Leben lang!

Nach Trevarthen und Aitken ist das menschliche Gehirn auf die »Existenz eines freundlichen Begleiters« angewiesen (zit. n. Jantzen 2009, 105).

Verkürzt dargestellt: Neugeborene halten ihre Augen in den ersten 24 Stunden sehr viel länger geöffnet als später. Durch den anhaltenden Blickkontakt zwischen Säugling und Mutter erfährt diese einen Oxytocin-Schub, Milch schießt ein, Bindung entsteht, usw. So sichert sich der kleine Mensch eine »freundliche Begleiterin«, die ihn beschützt, nährt, umsorgt, liebt und sein Weiterleben sichert!

1.4 Störungen im Bindungs- und Beziehungsaufbau

Menschen haben ein angeborenes Bedürfnis, im Laufe des ersten Lebensjahres eine starke emotionale Bindung zu einer Hauptbezugsperson zu erlangen. Wird dem nicht Rechnung getragen, kommt es zu Brüchen im Beziehungsaufbau zwischen Eltern und Kind und damit zu entscheidenden Entwicklungsbeeinträchtigungen des Kindes. Urvertrauen kann nicht aufgebaut werden.

Auf seine Signale muss der Säugling eine unmittelbare und angemessene Reaktion erfahren. Wenn wir uns mit den Lebensgeschichten behinderter Menschen beschäftigen, begegnen uns immer wieder Berichte über Frühgeburten, lange Aufenthalte im Inkubator, wiederholte Klinikaufenthalte mit invasiven medizinischen Eingriffen usw., verbunden mit langen Trennungszeiten von den Bezugspersonen, ohne Hoffnung auf Veränderung.

1.5 Das Phänomen der Traumatisierung

Ein Trauma ist ein plötzlich und heftig auftretendes Geschehen *von außergewöhnlicher Bedrohung*, dessen Heftigkeit den betroffenen Menschen in einen ungeschützten und höchsten Angst-Schreck-Schock-Stresszustand versetzt, auf den er sich nicht einstellen und dem er auch nicht entkommen kann. *Traumatisches Erleben geht einher*

mit *Verzweiflung, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Kontrollverlust sowie mit Desintegration und Fragmentierung in der Verarbeitung des Erlebten*. Besonders sehr junge Kinder sind in Gefahr, sich hilflos, ausgeliefert und ohnmächtig zu fühlen, da sie noch keine Bewältigungsstrategien entwickelt haben können.

Extrem hospitalisierte Säuglinge gelten als so schwer traumatisiert, dass sie unter die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung einzuordnen sind.

Einige Symptome der PTBS sind wiederkehrende und eindringlich belastende Träume, Flashback-Erlebnisse, psychische und physiologische Reaktionen bei Konfrontation mit Hinweisreizen, z. B. Panikattacken, Herzrasen, Schweißausbruch, Atemnot.

Traumatisierte Menschen leiden in vielen Bereichen unter Einschränkungen, u. a. sind sie nur bedingt bindungsfähig, ihre sozialen und emotionalen Kompetenzen ebenso wie Impulskontrolle und Stressregulation sind beeinträchtigt, und besonders ihr Körper selbst und ihre Körperwahrnehmung nachhaltig gestört.

Beispiel: Frau K. trinkt in schwierigen Phasen bis zu 10 Liter Wasser und mehr, wenn man sie lassen würde. Anschließend entleert sie sich, um sich umgehend erneut zu »befüllen«. Sie schläft nächtelang nicht, wirkt ruhelos und getrieben und geht bis zu über 30 Mal extrem heiß-kalt duschen. Wir deckten durch die Rehistorisierung traumatische Strukturen auf, aufgrund derer sie sich vermutlich extreme Reize verschaffen muss, um ihren Körper zu spüren.

Traumatisierte Menschen befinden sich aufgrund mangelnder Fähigkeit zur Selbstregulierung häufig in einem Zustand der Über- oder Untererregung (Under- bzw. Overarousal). Das Trauma sitzt im Körper als »Antwort des Nervensystems«, wenn überschüssige Energie nicht abgebaut werden kann. Das zieht häufig katastrophale Auswirkungen auf Körper und Geist nach sich.

Ein Mensch kann auf drohende Gefahren mit Flucht, Kampf oder Erstarrung reagieren, vom Autonomem Nervensystem (ANS) organisiert und automatisch verlaufend, ohne dass er es beeinflussen könnte. Das ANS sichert die Überlebensreaktionen. Es hat zwei Zweige, das Sympathische (SNS) und das Parasympathische Nervensystem (PNS), die in gewisser Weise spiegelbildlich zueinander sind:

Das SNS ist wie ein »Gaspedal«, liefert Energie über Erhöhung von Herzschlag, Atmung und Blutdruck und hilft, auf Bedrohungen vorbereitet zu sein. Es leitet Blut vom Verdauungssystem in die Muskulatur um, damit der Mensch z. B. schnell fliehen könnte. Das PSN wirkt wie eine »Bremse«, hilft beim Ausruhen, Entspannen und bei der Entladung der Energien. Die Atmung vertieft sich, Puls und Blutdruck sinken, die Haut wird rosig und die Verdauung funktioniert. In einem gesunden Nervensystem wechseln sich Anspannung und Entspannung ab. Die Balance stimmt, die Regulierung funktioniert, das Nervensystem organisiert und reguliert sich selbst. Es ist zuverlässig und stark (breite Resilienz).

Wenn Flucht oder Kampf unmöglich ist, erstarrt der Mensch. Dann sind alle motorischen Energien im Körper und können nicht genutzt werden, sind *eingefroren* im Nervensystem und in den Muskeln. Eine Regulation findet nicht statt, das Nervensystem ist dysreguliert.

Natürlich sind mit den unterschiedlichen Aktionsplänen auch Emotionen verbunden, die ebenso gespeichert und eingefroren werden: Flucht geht einher mit Irritation, Angst, Furcht, Panik. Kampf hängt zusammen mit Gereiztheit, Ärger, Wut, Rage. Ein traumatisiertes Nervensystem ist nicht sehr widerstandsfähig (schmale Resilienz): Normale Alltagsbelastungen und Herausforderungen überfordern den Menschen schnell. Er kann sich nicht ausreichend kontrollieren und gerät ggf. rasch in einen Zustand der Übererregung. Er ist höchst wachsam, wie »auf dem Sprung«, ist schnell reizbar, hat einen hohen Muskeltonus und ist motorisch extrem aktiv. Wenn das PSN überaktiviert ist, finden wir einen erschöpften, energielosen Menschen vor. Er hat einen sehr niedrigen Muskeltonus, wirkt apathisch und depressiv und reagiert sehr verlangsamt.

2 Was können wir nun im Betreuungsalltag konkret tun?

Die betroffenen Menschen suchen nach etwas, was berechenbar und vorhersehbar ist. Sie sind einerseits auf der Suche nach einem »freundlichen Begleiter«, andererseits sind sie in der unglücklichen Situation, dass sie nicht einfach so davon überzeugt werden können, dass die Welt eigentlich ein sicherer Ort ist und Menschen ihnen wohlgesonnen sind. Auch unter den sichersten Bedingungen fühlt es sich für diese Menschen nicht sicher an. Sie müssen die Sicherheit nicht nur gezeigt und gesagt bekommen, sie müssen sie auch in ihrem Nervensystem spüren, wenn ihr Körper ihnen rückmeldet: »Jetzt und hier ist gerade alles in Ordnung, in diesem Moment bin ich vollkommen sicher aufgehoben!«

Wenn wir selbst uns in einem besonders wunderbaren Moment nichts sehnlicher wünschen, als dass die Zeit stillstehen möge, damit dieser Augenblick niemals aufhöre, z. B. bei einem Sonnenuntergang oder einem klassischen Musikstück, in einem Moment intensiven Verbunden-Seins mit Freund(inn)en oder einem geliebten Menschen, spüren wir zutiefst, dass es »hier und jetzt« perfekt ist – dann möchten wir die Welt anhalten – möchten Wurzeln schlagen – fühlen uns eins mit uns und anderen und der Welt: Auswirkungen der Endorphine in unseren Adern, der Glückshormone, die uns durchströmen.

Auch die betreuten Menschen müssen spüren, dass sie mit ihrer Umgebung und mit den anderen Menschen in harmonischer Weise verbunden sein können. Sie benötigen ein friedliches Umfeld! Sie brauchen viel guten Körperkontakt, Freundlichkeit, Herzlichkeit, Natürlichkeit, Humor, Wohlgefühl, ein »inneres Gutsein«, mit sich eins sein. Gute, wohlmeinende Berührungen der Haut bewirken eine Ausschüttung von Endorphinen, der Serotoninspiegel steigt, Adrenalin und Cortisol sinken, Stress wird abgebaut.

(Gleichzeitig müssen wir all diese förderlichen Energien wie Wohlgefühl, Lob, Anerkennung, Nähe usw. sehr achtsam dosieren, da ein dysreguliertes Nervensystem noch keine große Bandbreite an Verarbeitungsmöglichkeiten hat! Wenn wir – in der besten Absicht – zu schnell, zu forsch auftreten, den Menschen mit gut gemeinter

Zuwendung überschütten, wird sein Nervensystem u. U. überfordert reagieren und kollabieren, sich auf sein altes Muster zurückziehen.)

Unsere Aufgabe ist es, den Menschen im Betreuungsalltag verlässliche Partner(innen) zu sein, die ihnen helfen, sicheren Boden unter die Füße zu bekommen, damit sie Schritt für Schritt vorankommen. Sie benötigen Zeit, um eine gute Portion Wohlfühl zu verarbeiten! Glückliche Momente der Verbundenheit mit uns, mit Tieren, mit Musik, mit der Natur! Sie müssen in und mit ihrem Körper spüren, was es bedeutet, zufrieden, froh, glücklich, stolz und – ganz bewusst sage ich: geliebt zu sein! Wie es sich anfühlt, ruhig, sicher, stark und verwurzelt zu sein! Zuhause sein, eine Heimat haben. Zu ihrem erlebten Schrecken, ihrer Not und so oft erfahrenen Selbstunwirksamkeit brauchen sie ein starkes und freundliches Gegengewicht!

Hier wird sehr deutlich, dass alle betreuenden Aktivitäten auf der Basis einer emotional positiven Beziehung stattfinden müssen! Individuelle Hilfeplanung ohne partnerschaftliche, einfühlsame und menschenfreundliche Beziehungsgestaltung können wir getrost vernachlässigen.

»Der Mensch wird erst am DU zum ICH!«, sagte Martin Buber (zit. n. Schwing & Fryszer 2014, 36).

Dieses DU sind WIR! Wir alle, die wir für diese Menschen Verantwortung tragen! Gerade die Menschen mit dramatischem und traumatischem Erfahrungshintergrund sind angewiesen auf ein liebevolles, zugewandtes und Halt gebendes Beziehungsgeschehen. Sie benötigen einen Gegenpol zu ihrem gefühlten bzw. verinnerlichten Selbstbild des *Unvollkommen-Seins*, *Nicht-Perfekt-Seins*, *Immer-noch-Nicht-Gut-Genug-Seins*.

»Die Ehrfurcht vor der Vergangenheit und die Verantwortung für die Zukunft geben dem Leben die richtige Haltung« (Bonhoeffer 2004, 36).

Es geht um eine HALTUNG! Wir dürfen diese Menschen nicht als therapiebedürftige Objekte betrachten, sondern müssen an ihrer Geschichte, an ihrem Gewordensein echtes und lebendiges Interesse haben, um einen Weg zu finden, den wir gemeinsam mit ihnen beschreiten können! Diese Menschen brauchen uns als freundliche Begleiter(innen)!

3 Die Theorie mit Leben füllen: Konkrete Auswirkungen in unserer Einrichtung

Nun ein Blick darauf, wie wir diese theoretischen Annahmen und Überzeugungen in Fischbeck mit Leben füllen:

Als wir 1993 in der Betreuung einiger Bewohner(innen) mit Verhaltensbesonderheiten an unsere Grenzen gekommen waren, aber auf keinen Fall Lösungen durch z. B. verstärkten Einsatz von Psychopharmaka anstrebten, nahmen wir Kontakt zu dem Psychologen Dr. Kutscher (Verden) auf, der den Ansatz der Rehistorisierung ver-

tritt. Er begleitet bis heute unsere Arbeit durch regelmäßige Beratungen und Fortbildungen zu unterschiedlichen Themen in diesem Bereich. Auch Frau Prof. Kraft (Ev. Hochschule Ludwigsburg) hat uns insbesondere durch Einzelfallberatungen maßgeblich unterstützt und inspiriert.

Unsere Mitarbeitenden werden regelmäßig und wiederholt zu diesem und zahlreichen anderen Themen geschult. Die Aspekte der Rehistorisierenden Diagnostik tauchen in unterschiedlichen Zusammenhängen immer wieder auf, z. B. wenn in unseren 14-tägigen Gruppenleiter(innen)konferenzen über Bewohner(innen) referiert wird. Das übernehmen in der Regel Mitarbeitende der Wohngruppen.

Die Basale Stimulation beschäftigt sich ebenso mit vorgeburtlichen und frühkindlichen Einflüssen und Erfahrungen, passt daher sehr gut zur Rehistorisierenden Diagnostik. Im Rahmen der AG Basale Stimulation hatten wir zum Thema Rehistorisierung eine »AG auf Zeit« gegründet und zahlreiche Rehistorisierungen erstellt. Unser Ziel ist es, nach und nach alle Bewohner(innen) entsprechend zu erfassen. Uns ist es wichtig, dass die Mitarbeitenden das zunächst überwiegend selbstständig erarbeiten. Sie erhalten dabei selbstverständlich alle Unterstützung und Anleitung, die sie benötigen. Es ist ein überaus wertvoller Effekt, wenn Mitarbeitende im Rahmen einer biografischen Anamnese tief berührt sind und feststellen, »Meine Güte, welch ein Leben dokumentiere ich hier gerade!«. Entscheidend dabei ist, dass es hier nicht um *Mitleid* geht, sondern um *Verstehen und Nachvollziehen* aktueller Verhaltensweisen in anstrengenden Alltagssituationen.

Wir stellen immer wieder fest, dass die Empathie in der Herangehensweise eines der wertvollsten Instrumente wie auch Resultate ist, denn die innere Haltung verändert sich, das Verständnis für das aktuelle Geschehen wächst, die Betreuungspersonen können mit größerer innerer Ruhe und Gelassenheit agieren und reagieren. Immer wieder sprechen sie mit Hochachtung von der inneren Stärke der behinderten Menschen, die sich trotz ihrer schweren Belastungen immer noch überwiegend freundlich und offen verhalten können.

Das alles wirkt sich sehr positiv auf die Atmosphäre in den Gruppen aus wie auch auf den unmittelbaren Kontakt mit betreffenden Bewohner(innen). Wir sind immer wieder erstaunt über positive Veränderungen und Entwicklungsschritte von Bewohner(inne)n, die wir ihnen eigentlich – noch – nicht zugetraut hätten: Innere Ruhe und Ausgeglichenheit wachsen, neue Kompetenzen entstehen, und damit natürlich auch die Möglichkeit der Teilhabe in den unterschiedlichsten Bereichen, z. B. wenn sich taubblinde Personen aus dem Bereich Tagesstruktur, d. h. nicht in der WfbM beschäftigt, weiterentwickeln und deutliches Interesse an kreativen und auch handwerklichen Tätigkeiten signalisieren. Im »Kreativbereich« der Werkstatt gibt es für diese Menschen die Möglichkeit, unterschiedliche Dinge auszuprobieren. Damit ist ihre Lebenswelt wieder ein Stück größer geworden.

Durch die vergleichsweise sehr geringe Personalfuktuation können wir den Bewohner(inne)n ein hohes und verlässliches Maß an Kontinuität bieten, was sich wiederum positiv auf die Beziehungsgestaltung auswirkt.

Die Elternarbeit wird empathischer und professioneller, denn durch die Auseinandersetzung mit der jeweiligen familiären Biografie kann die Situation der Angehörigen besser nachvollzogen werden und das Verständnis, auch insbesondere für aktuelle Schwierigkeiten, wachsen.

Ein weiterer sehr wertvoller Effekt ist die Reduzierung bzw. sogar das Absetzen von Psychopharmaka in zahlreichen Fällen. Darüber sind wir besonders glücklich! Wir arbeiten mit sehr engagierten Neurologen zusammen, deren Ziel es immer ist, nur so viele Medikamente wie nötig und so wenige wie möglich einzusetzen. Während Mitarbeitende sich früher eher schwer taten mit medikamentösen Reduzierungen, »weil es ja gerade so gut lief«, erleben wir heute häufiger, dass sie den behandelnden Neurologen um den Versuch einer Reduzierung bis hin zum Absetzen der Medikamente bitten. Im Vordergrund steht der Wunsch, es dem behinderten Menschen zu ermöglichen, sich selbst endlich ganz ohne Medikamente zu erleben.

Insgesamt sind wir natürlich sehr viel professioneller aufgestellt, wenn wir durch den Einsatz der Rehistorisierenden Diagnostik adäquate und hilfreiche pädagogische Perspektiven entwickeln!

Und nicht zuletzt ...

können wir durch gezieltes Nachforschen und Analysieren in den Biografien der behinderten Menschen zu Zeug(inn)en individueller Isolations- oder Gewalterfahrungen werden, die andernfalls vielleicht für immer verborgen blieben!

Literatur

- Bonhoeffer, E. (2004): *Essay, Gespräch, Erinnerung*, Berlin.
- Heinze, S. (2009): *Psychische Gesundheit bei Mädchen und Jungen im Kindesalter. Was hält Kinder trotz Belastungen psychisch gesund?* Bachelorarbeit, http://digibib.hs-nb.de/file/dbhsnb_derivate_0000000285/Bachelorarbeit-Heinze-2009.pdf (18.12.2017)
- Jantzen, W. (1992): *Verhaltensgestört – Was tun?* In: *Behindertenpädagogik*, 31. Jg. (3), 249–264.
- Jantzen, W. (2000): *Schwerste Beeinträchtigung und die Zone der nächsten Entwicklung*, in: Rödder, P./Berger, E./Jantzen, W. (Hg.)(2009): *Es gibt keinen Rest! Basale Pädagogik für Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen*. Weinheim, Basel, 102–126.
- Macykowski, M. (2013): *Das Gegenteil von Praxis ist Technik*. In: Zimpel, A. F. (Hg.): *Zwischen Neurologie und Bildung*. Göttingen, 129–152.
- Schwing, R./Fryszter, A. (2014): *Der Mensch wird erst am Du zum Ich: Beziehung*, https://www.praxis-institut.de/fileadmin/Redakteure/Sued/Praxis-Dialog/2014_Schwing-Fryszter_Beziehung.pdf (12.01.2018)