

**Betroffene** Begleitete / Klienten / Patienten

Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen (ICD-10 V F80.o ff.)

**Beeinträchtigungen**

**Impairment/Schädigung:** Teilleistungsstörungen bzw. -schwächen (eh. MCD, POS) mit z.T. unsicherer Ätiologie, die sich u. a. lernbehindernd auswirken und ein „langandauerndes, schwerwiegendes und umfängliches Schulleistungsversagen“ zur Folge haben können (Kanter, 1977, in: Hensle/Vernooij 2000)

**Disability/Einschränkung:** Sprech- (Poltern), expressive u. rezeptive Sprach- (Aphasie),

Artikulations- (Babysprache), Sprechfluss- (Stottern), Lese-, spez. Lese-Rechtschreib- (LRS), Rechen- (Dys-/Akalkulie) Störungen herrschen vor.

**Handicap/Behinderung:** Die Störungen der verbalen, gestischen, körperhaften Kommunikation, in der Folge gravierende Beziehungsstörungen mit Gleichaltrigen (Hänseleien, Mobbing), schränken zuweilen die soziale Teilhabe enorm ein.

**Psycho-soziale Dynamik der Beeinträchtigung**

**Partizipation/Teilhabe:** Die soziale Teilhabe ist ebenso wie die schulische und/oder vorberufliche Leistung beeinträchtigt; begleitend werden Beziehungs- und emotionale Befindlichkeitsstörungen vermerkt.

**Kontextuale Faktoren:** Da Sprachverstehen und -produktion wie Artikulation, Visuo- und Sensomotorik miteinander verschaltet sind,

besteht ein Risiko für eine gravierende Störung im und durch den negativ verstärkten sozialen Kontext, kann sich eine dissoziale Symptomatik entwickeln.

**Psycho-soziale Konsequenzen:** In allen Fällen ist sekundärsymptomatisch eine Selbstwertstärkung angesagt.

**Salutogenetisches Angebot** ggf. künstlerisch-therapeutische Maßnahme

Übungsbehandlungen mit bildnerischen Mitteln im Falle sensomotorischer Beeinträchtigung, Spiele, die selbstwert- und -bewusstseinsorientiert sind, nicht nur prozessorientierte bildnerische Ausdrucksübungen werden empfohlen. „So hat der eine Beine zur Fortbewegung und der andere hat Räder“

(Strobel 2009, 173) ist ein Satz, der zu phantasievollen Fördervorschlägen anregt.

Literaturempfehlung: Hensle, U., Vernooij, Monika A. (Hrsg.) (2000): Kesper, J. (2002); Strobel, B. u. M. (2009)

## Was Sehschwäche und Blindheit bewirken können, – und was die Kunsttherapie kompensiert, vielleicht stimuliert

In der Praxisberatung haben die Auszubildenden es diskutiert: Ob gesundheitsrechtliche oder sozialrechtliche Maßgaben ihre kunsttherapeutischen Angebote in den Einrichtungen für Sehschwache und -behinderte stützten? Und sie, die Gruppen in Berlin und Wien, waren da unterschiedlicher Meinung. Eines aber wurde deutlich: Dass es sich um eine nicht unbedingt klinische, sondern weitestgehend um eine psychosoziale Förderung handele, die aber durchaus geeignet sei, physiologische Einschränkungen zu kompensieren und bei den jüngeren zu Betreuenden Entwicklungs- und Lerneinschränkungen vorzubeugen.

Die *deutsche Projektgruppe* berief sich darauf, dass für die oben genannte Gruppe von sehbehinderten Menschen in Deutschland zwei Hilfesysteme in Betracht kämen: Tatsächlich kommt einerseits der § 22 a SGB VIII betr. ‚Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen‘ infrage; er betrifft solche Einrichtungen, „in denen sich Kinder für einen Teil des Tages oder ganztätig aufhalten und in Gruppen gefördert werden“ (SGB 2008, 1134), und damit Erziehungs-, Bildungs- und Betreuungsaspekte in Bezug „auf die soziale, emotionale, körperliche und geistige Entwicklung des Kindes“ zur Geltung kommen müssen. Die Zusammenarbeit mit den Schulen ist Voraussetzung der Förderung (vgl. § 22 a Abs. 3 SGB VIII). Andererseits, so recherchierten die Auszubildenden, sind da aber auch der § 29 SGB IX betr. ‚Hilfe für seelisch, geistig und/oder körperlich Behinderte‘ und der § 55 SGB XII Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (hier: Sonderregelung für behinderte Menschen in Einrichtungen) zu berücksichtigen, – letztere Paragraphen aber eher für erwachsene Menschen mit Behinderung. Beide Paragraphen waren also im Sozialgesetzbuch ausgemacht und legitimieren folglich sozialgesetzlich das ggf. kunsttherapeutische Angebot.

Die *österreichische Gruppe* befasste sich mit ihrem Bundesbehindertengesetz (BBG) und diskutierte, ob Mittel aus dem „Nationalfonds zur besonderen Hilfe für Behinderte“ infrage kämen. Die Auszubildenden hatten besonders die sog. Leitlinien des österreichischen Behindertenkonzepts zu beachten, hier speziell die sog. „Fließenden Übergänge“, nach denen sich alle Maßnahmen ergänzen, aufeinander abgestimmt sein müssen. Und sie fanden heraus – was auch nicht unwichtig ist –, dass sie eigenständig nur arbeiten könnten, wenn sie die sog. UBV-Berechtigung („Unterstützung bei der Basisversorgung“) hätten; in ihrem Einsatz also, da ohne diese Berechtigung, waren sie weisungsgebunden. – Der Supervisor, in diesem Fall der Autor, war froh, die beiden Unternehmen so praktisch angegangen zu sein. Denn schon bald sollten die Zuständigkeiten für

unsere Angebote hinterfragt werden, traten hier die Lehrer, da die Erzieher und Ergotherapeuten auf den Plan, die wir nicht genügend einbezogen hatten.

In beiden zu betreuenden Gruppen schienen die Herausforderungen, Aufgabenstellungen gleich. Ob in der Berliner Tageseinrichtung für sehgeschädigte Schüler und Schülerinnen oder in dem Wiener Wohnheim für Blinde, – es galt, in förderlichen Gruppenangeboten zur Stimulation und zur Sensibilisierung des Tastsinns, zur Erweiterung von Raumerfahrung, Oberflächen- und Tiefensensibilität, speziell zur kompetenten Erfassung von Größe, Form, Konsistenz und Oberflächenbeschaffenheit von Körpern beizutragen. Und natürlich waren beide Projekte darauf angelegt, kreativ anregend und mit viel Spaß den individuellen Selbstwert zu fördern.

Während die Berliner Gruppe ihr basal-stimulatives Angebot damit einleitete, Körperteile, Hände, Füße, Arme mit Gipsbinden zu überformen, einzugipsen, – ging die Wiener Gruppe daran, ein aufgerolltes dickes Knäuel aus Schafwolle auf dem gemeinsamen Tisch zu platzieren. Beide Projekte hatten eine gemeinsame Idee: dass die Schwächung des Sehsinns, erst recht die Blindheit dazu führen, dass die Erfahrung von Dimensionalität der Welt eingeschränkt ist, die räumlichen Gegebenheiten des Alltags beeinträchtigt werden, und so auch das Sozialleben beeinflussen. Und beide Gruppen machten eine weitere gemeinsame Erfahrung: Wie lustvoll die Angebote angenommen wurden, hier in Berlin mit unverhohlener Freude, Spaß, da in Wien in höchster Erregung und Eifer. Wo hier jedoch die Lehrer sich auf einmal außen-vor fühlten, war es da die Ergotherapeutin, die wir vergessen hatten, mit einzubeziehen. So waren Freude und Erregung etwas gedämpft; kamen erst wieder auf, als hier die Lehrer, da die Ergotherapeutin mit ihren Braille-Blindensprach-Kompetenzen in die Projekte einbezogen wurden.

Die ausgestreckten (nicht angewinkelten, da später schlecht herauslösbar!) Hände und Füße mit Gipsbinden zu umwickeln und zu warten, bis die Reaktionswärme der Gips-Packungen nachließ und langsam die plastischen Formen abgelöst werden konnten, – das war in Berlin angesagt. Mit Erstaunen und ganz still, fast andächtig saßen die Kinder dort vor ihren plastisch-geformten Händen und Füßen, ertasteten ihre eigene, nach außen sichtbare Welt.

Mit großem Eifer, fast schon professionell ging die Senioren in Wien ans Werk. Während sie grobe Wollschnüre drehten – sie hatten abgesprochen, eine Tastschnur herzustellen, die später im Gang unterhalb der Handleisten angebracht werden sollte –, kamen die Erinnerungen: von den Abenden alleine im Krieg, strickend für den Mann an der Front, voller Sehnsucht des Anderen gedenkend. Was so laut anfang, war auf einmal still. Jede der 13 Teilnehmerinnen hing ihren Gedanken nach. „Eine von uns“, so eine Projektteilnehmerin später, „erzählt von ihren Erinnerungen, sie hat früher Wolle versponnen. Wir bekommen noch Ver-

schiedenes in die Hände – Flachs, er ist kalt, strähnig, glatt, eher hart ... es riecht leicht nach Heu. Kratzige staubige Rosshaare ... Und da liegt noch der abgewickelte Wollfaden vor mir – wie kann ich Rosshaare mit der Schnur verbinden? ... Ich taste danach, was die anderen geschaffen haben.“ (vgl. Menzen/Studierende der Hochschule 1998, 125)

Während die einen im Norden eher mit den plastizierten Formen befasst sind, diese ertasten, Dimensionalität erkunden, – bringen die weiter südlich jetzt ein unversponnenes Wollvlies, d. h. flächig zusammenhängende Schafswolle auf den Tisch. Sie versuchen, mit warmem Wasser und Seife Gegenstände wie Bälle und Flaschen, die unter dem Vlies liegen, zu überformen, in der jeweiligen Form herauszufilzen. Also auch hier Formen, die ertastet, immer wieder mit der seifigen Lauge eingestrichen werden. „Es ist angenehm“, schreibt später die Teilnehmerin, „meine Hände beim Streicheln und Reiben zu spüren.“ (ebd.) Und es gelingt ihnen, die Gegenstände unter dem Vlies herauszuformen. Später, wenn das Vlies in der Badewanne gewaschen, dann getrocknet ist, werden diese Gegenstände sich von dem Vlies-Untergrund abheben und an der Wand im gemeinsamen Gang eine Tastfläche abgeben, die liebevoll immer wieder gestreichelt wird. Andere Teilnehmer haben ihre Gegenstände herausgetrennt, einzeln vor sich liegen. „Ich fühle rundherum“, schreibt sie, „hinauf und hinunter, nach hinten, nach vorn, fühle die Vertiefungen, Ecken, Rundungen, die Schwere des Gegenstandes, versuche die Größe zu erfassen.“ (ebd.) Und dann sagt sie, die ältere, weit über 80-Jährige: „Ich würde mich am liebsten selbst einfilzen.“ (ebd.)

**Betroffene** Begleitete / Klienten / Patienten

Psychisch hospitalisierte Kinder und Jugendliche (ICD-10 V F40-48)

**Beeinträchtigungen**

**Impairment/Schädigung:** Es handelt sich um ein auffälliges Verhalten, das sich i. d. R. repetitiv-bewegungsauffällig, körperhaft selbst-destruktiv zeigt. Da es in den frühesten psychovegetativen Bedürfnissen nach Berührung, Rhythmik und sich wiederholenden Zuwendungsmustern enttäuscht worden ist, sucht es körperlich-selbstschädigend (Apathie, Ritzen) diese Muster zu kompensieren.

**Disability/Einschränkung:** Der Hospitalismus, auch psychisches Deprivationssyndrom

genannt (lat. deprivare – berauben), äußert sich nach fehlender oder inkonstanter Zuwendung („anaklitisches Syndrom“, griech. anaklisis – Zuneigung, R. Spitz) in einer Art destruktiver Selbst-Zuwendung.

**Handicap/Behinderung:** Die „Hospital- oder Heimschäden“ der Betroffenen weisen in Apathie und Aggressivität auf grundlegende Versorgungs- und Bindungsstörungen frühester Provenienz hin.

**Psycho-soziale Dynamik der Beeinträchtigung**

**Partizipation/Teilhabe:** Da die sog. Selbst-Bilder (-Repräsentanzen) schlecht ausgebildet sind, fallen auch die Fremd-Bilder, fallen entsprechend die sozialen Bezüge chaotisch-aggressiv aus.

**Kontextuale Faktoren:** Weniger autoritär-zwangshafte Sozial- und Gruppenstrukturen als kurzlebige animatorische Peergruppen-Si-

tuationen geben dem haltlosen Selbstbild zuweilen Sicherheit und Bestätigung, gaukeln ihm Teilhabe vor, wo sie gerade fehlt.

**Psycho-soziale Konsequenzen:** Angesichts der Stressbiografie, folglich Energiemangels des Gehirns (ATP), infolge Reiz- und Impulskontrollstörungen, sind angesagt: strukturierte erlebnispädagogische Offerten.

**Salutogenetisches Angebot** ggf. künstlerisch-therapeutische Maßnahme

Gruppen-Farb-Interaktionen mit hohem Erlebnisgehalt (Musik/Rap, Graffiti, Performances) können den Hunger nach erlebnishafter Erregung kurzfristig kompensieren, wo eigentlich aber feinfühligere Zuwendung gefordert ist. Erinnerung sei, dass das hospitalisierte Kind die

frühen Erlebnisse von Nähe und Distanz, von Hin- und Abwendung, von Trennung und Wiederannäherung nicht erfahren hat und ständig zu reinszenieren sucht.

Literaturempfehlung: J. v. Troschke (1986)

Ohne Schutzschild –  
Stresshormon-Überflutung und -Mangel.  
Psychisch hospitalisierte Kinder  
und Jugendliche

Die zwei Kunsttherapiestudentinnen in diesem Wiener Kinder- und Jugendheim wollen es genau wissen: Offenbar ist der Alltag, das alltägliche Prozedere sehr streng, offenbar wird hier alles strikt gehandhabt. An die frühen Zeiten müssen sie sich noch gewöhnen. Sie haben gar nicht daran gedacht, dass die Kinder hier beschult werden. Nun sitzen diese Kinder in der kleinen 5er Gruppe um sie herum. Schließlich und endlich Mittagessen, Freizeit, eine Gruppe, ja wie sollen sie sie beschreiben: eine Gruppe gereizter, enttäuschter, gelangweilter, alle Anforderungen abwehrender, zuweilen impulsdurchbrüchiger Kids, die sich mal verweigern, mal aggressiv-trotzig sind, dann kämpfen, bis sie nur noch depressiv vorzufinden sind. Dann sind sie deutlicher erkennbar als die, die man gewöhnlich nicht in ihnen sieht: Kinder mit Burn-out-Syndrom, die ihre Realität nolens volens verkennen, müde sind, erschöpft – bis dass eine Situation sie fürs Blödeln, fürs Uncool-Sein in den Augen der Anderen anfällig macht. Dann sind sie für kurzlebige Stimmungen empfänglich, überdecken ihren Stress, heben die Stimmung der Anderen, sind die Größten auf der Welt. Albert Adam, ehemaliger Leiter eines Offenburger Kinderheims, hat darauf aufmerksam gemacht. Und das sind auch meine eigenen Erfahrungen mit diesen Kindern und Jugendlichen.

Die kunsttherapeutisch Auszubildenden wollen es genau wissen: Sie haben sich in jenem Sommer für diese Gruppe von ca. 13–16-Jährigen entschieden, wollen so gerne mit ihnen kunsttherapeutisch tätig sein – und sehen nur in antriebschwache, müde, unzufriedene, gelangweilte Gesichter. Da wissen sie, da wusste ich als Supervisor auch noch nicht, was hinter dem Profil des hier notwendigerweise allgemein beschriebenen Jugendlichen steckt: ein Stresshormon-Mangel, wie Adam, oben zitiert, auf einer Tagung seines Heims 2011 sagt, der zunächst als ein steiler Anstieg des Stresshormons Cortisol infolge von riesig erscheinenden psychischen Belastungen daherkam, sich dann aber schnell verbrauchte – bis zur Erschöpfung und zu besagtem Mangel jenes Hormons, das wir doch für die alltägliche Stressbewältigung brauchen. Die Gruppe der Jugendlichen in diesem Wiener Heim ist durchaus mit anderen, die ich kenne, vergleichbar.

Sie schlagen dieses und jenes vor, aber nein, diese Jugendlichen haben keinen Bock auf nichts. Was sollen sie tun? Eine meiner Studentinnen greift zu den Pigmentfarben, die vorbereitet sind. Verteilt sie in Plastiksäckchen, in rot-blau-grün-gelb-schwarze Säckchen. Dann geht es los. Ganz schnell ist die Entscheidung für einen Blödsinn gefallen: Es treibt sie alle zum Donaukanal, dessen di-

cke, schwere Basaltblöcke sie an seinen Rändern mit den Farben einstreichen. Das ist zwei Stunden später vollendet. Farbige liegt der Kanal jetzt da. Natürlich eine Aktion außerhalb des Erlaubten. Aber alle sind beglückt, machen sich auf den Heimweg.

Wie schon geschildert – an Überflutung von Reizen ist bei ihnen kein Mangel. Im Heim angekommen, ist auch kein Halten mehr. Die Stimmung ist blendend, buchstäblich realitäts-ausblendend. Schnell wird eine Leinwand ausgerollt. Der Bluster auf kaum aushaltbare Höchststärke getrimmt, der Overheadprojektor davorgestellt. Und dann tanzt Emmi, die sie, die Jungs, die jetzt so brav und noch kindlich erscheinen, vor 2 Wochen im Wiener Prater für 50 Euro hinter einer Bude an einen männlichen Touristen verhökert haben, am Ende das Geld geteilt haben. Jetzt tanzt diese Emmi, wunderschön anzuschauen. Wirft ihre Schattenrisse auf die Leinwand. Die Jungs hingerissen. War da nicht ein Gerede von „Energie-



Foto: Projektgruppe Studierende der Hochschule für Angewandte Kunst in Wien  
vgl. Menzen, K.-H., Studierende der Hochschule f. Angew. Kunst Wien (1996)

mangel im Gehirn“? Sprachen wir nicht von völlig erschöpften, müden, gereizten Heranwachsenden? – Ein Nachmittag mit hospitalisierten Jugendlichen, und mit Kunsttherapie im schönen Wien. In einem Kinder- und Jugendheim, das auf die künstlerisch-therapeutisch ausgebildete Sozialarbeiterin geradezu wartet.

**Nachtrag:**

Leser, die sich mit den Symptomen des hier geschilderten Cortison-Mangels vertraut machen wollen, werden verwiesen an die web-Adresse:

[www.biologischemedizin.net/index.php/krankheiten/cortison-mangel](http://www.biologischemedizin.net/index.php/krankheiten/cortison-mangel), sowie auf den Beitrag von H. J. Grabe und C. Spitzer (2012): Wenn die Kindheit krank macht. In: Gehirn & Geist, 7–8, 50–55.