

Störungen systemisch behandeln

Michael Buscher
Klaus Hennicke

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung

CARL-AUER



Störungen systemisch behandeln

Störungen systemisch behandeln
Band 9

Herausgegeben von
Hans Lieb und Wilhelm Rotthaus

Michael Buscher/Klaus Hennicke

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung

Unter Mitarbeit von Ursula Robertz
und Stephanie Heidenreich

2017

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Rolf Arnold (Kaiserslautern)
Prof. Dr. Dirk Baecker (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)
Prof. Dr. Jörg Fengler (Köln)
Dr. Barbara Heitger (Wien)
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)
Prof. Dr. Heiko Kleve (Witten/Herdecke)
Dr. Roswita Königswieser (Wien)
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Heidelberg)
Tom Levold (Köln)
Dr. Kurt Ludewig (Münster)
Dr. Burkhard Peter (München)
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)
Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)

Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)
Dr. Wilhelm Rotthaus (Bergheim bei Köln)
Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)
Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)
Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster)
Jakob R. Schneider (München)
Prof. Dr. Jochen Schweitzer (Heidelberg)
Prof. Dr. Fritz B. Simon (Berlin)
Dr. Therese Steiner (Embrach)
Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin (Heidelberg)
Karsten Trebesch (Berlin)
Bernhard Trenkle (Rottweil)
Prof. Dr. Sigrid Tschöpe-Scheffler (Köln)
Prof. Dr. Reinhard Voß (Koblenz)
Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)
Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)
Prof. Dr. Michael Wirsching (Freiburg)

Reihe »Störungen systemisch behandeln«, Band 9
hrsg. von Hans Lieb und Wilhelm Rotthaus
Reihendesign: Uwe Göbel
Umschlag und Satz: Heinrich Eiermann
Printed in Germany
Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck

Erste Auflage, 2017
ISBN 978-3-8497-0184-0 (Printausgabe)
ISBN 978-3-8497-8095-1 (ePUB)
ISBN 978-3-8497-8082-1 (PDF)
© 2017 Carl-Auer-Systeme Verlag
und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg
Alle Rechte vorbehalten

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren Autoren
und zum Verlag finden Sie unter: **www.carl-auer.de**.

Wenn Sie Interesse an unseren monatlichen Nachrichten aus
der Vangerowstraße haben, abonnieren Sie den Newsletter unter
<http://www.carl-auer.de/newsletter>.

Carl-Auer Verlag GmbH
Vangerowstraße 14 • 69115 Heidelberg
Tel. +49 6221 6438-0 • Fax +49 6221 6438-22
info@carl-auer.de



Inhalt

Vorwort der Herausgeber	9
Vorrede	11
1 Annäherungen an das Thema	14
1.1 Die Kunst des Navigierens zwischen Inklusion und Exklusivem	14
1.2 Zur Nützlichkeit spezialisierter Versorgungsangebote	17
1.3 Intelligenzminderung ist keine Krankheit	20
1.4 Behinderung wird in Gegenseitigkeit konstruiert	21
1.5 Über Behinderung reden – wie über alles andere auch.	23
1.6 Nicht »exkommunizieren«	23
1.7 Behinderung, familiäre Gleichgewichte und Helfersysteme	24
1.8 »Viele Köche verderben den Brei« – Zur Notwendigkeit abgestimmter Vielstimmigkeit.	25
1.9 Mitleidsfreie Begegnung auf Augenhöhe.	27
1.10 Systemische Therapie und Störungsorientierung	27
1.11 Annäherungen und Erfahrungen	32
2 Sichtweisen: Daten und Definitionen	34
2.1 Intelligenzminderung und geistige Behinderung	34
2.1.1 Prävalenz von Intelligenzminderung	38
2.1.2 ICD-10 und Intelligenzminderung	39
2.1.3 ICF und Intelligenzminderung.	42
2.1.4 (Neuro-)psychologische Bestimmung von Intelligenzminderung	45
2.1.5 Intelligenzminderung und Entwicklungspsycho(patho)logie.	49
2.1.6 Schlussfolgerungen für die Praxis	54
2.2 Epidemiologie psychiatrischer Störungen.	57
2.2.1 Prävalenzen von Verhaltensauffälligkeiten	57
2.2.2 Prävalenzen von psychischen Störungen (psychiatrischen Diagnosen)	58
2.2.3 Zusammenfassung der epidemiologischen Befunde	60
2.2.4 Risikoerhöhung	61
2.2.5 Schlussfolgerungen	61
2.3 Körperliche Erkrankungen und zusätzliche Behinderungen	62

3	Systemische Fragen an die Diagnostik	64
3.1	Vorbemerkung	64
3.2	Diagnostik der Intelligenzminderung	68
3.3	Medizinisch-körperliche Diagnostik	72
3.4	Diagnostik psychischer Störungen zwischen »Overshadowing« und »Underreporting«	74
3.5	Diagnostik und familiäres System: Systemische Erkundungen von Bezugsfeldern	77
3.6	Entwicklungsorientierung und Diagnostik	80
3.6.1	Entwicklungsorientierung zur angemessenen Gestaltung der Begegnung	80
3.6.2	Entwicklungsorientierung und »integrative Diagnostik« (A. Došen)	85
4	Diagnostik und Therapie psychischer Störungen unter Berücksichtigung behinderungsspezifischer Färbungen	87
4.1	Aggressive Verhaltensweisen	87
4.1.1	Delinquenz und Kriminalität	94
4.2	Selbstverletzendes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen	95
4.2.1	Erscheinungsformen/Symptomatik	95
4.2.2	Entstehungshintergründe	96
4.2.3	Umgang und Therapie	98
4.2.4	Psychopharmakotherapie	102
4.3	Psychotiforme Zustände und Psychosen	104
4.3.1	Diagnostik	105
4.3.2	Therapeutische Interventionen	107
4.4	Affektive Störungen	125
4.4.1	Symptomatiken	126
4.4.2	Diagnostik	129
4.4.3	Entstehung und Entwicklung depressiver Störungen	131
4.4.4	Therapie	131
4.5	Traumafolgestörungen	133
4.5.1	Vorbemerkungen	133
4.5.2	Definitionen und Epidemiologie	135
4.5.3	Risiken einer Traumatisierung	136

4.5.4	Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörungen bei Kindern.	137
4.5.5	Schwierige Diagnostik	138
4.5.6	Grundlagen der Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung.	139
4.5.7	Besonnenheit, Ruhe und Stabilisierung.	141
4.5.8	Besondere Dilemmata	143
4.5.9	Systemische Fragen in der Therapie von Traumafolgestörungen.	145
4.6	Persönlichkeitsakzentuierungen	146
4.6.1	Borderlinestörung	148
4.7	Zum Schluss: Eine weitere Fallgeschichte.	153
5	Allgemeine Anmerkungen zur Psychopharmakotherapie - auch unter systemischen Aspekten	155
6	Verhaltensphänotypen	160
6.1	Nicht nur genetische Beratung!	161
6.2	Beispiele genetischer Syndrome und hilfreiche Strategien.	164
6.2.1	Prader-Willi-Syndrom	165
6.2.2	Fragiles X-Syndrom	166
6.2.3	Beispiele weiterer klinisch relevanter genetischer Syndrome	168
6.3	Zusammenfassung	170
7	Nützliches aus anderen Therapieverfahren	173
7.1	Multimodalität	175
7.2	Psychotherapie.	176
7.2.1	Verhaltenstherapie.	176
7.2.2	Gesprächspsychotherapie	180
7.3	Therapiesetting	181
7.3.1	Gruppentherapie oder einfach »Gruppe«?	181
7.4	Kreativtherapeutische Verfahren.	182
7.5	Heilpädagogik	184
7.6	Funktionelle Therapien	186
7.6.1	Bewegungs- und Körpertherapie	186
7.7	Anmerkung: Versorgungsrealitäten.	188
7.8	Zusammenfassung	189

8	Endlich: Grundannahmen systemischer Therapie	190
8.1	Geschichte(n)	190
8.2	Neugier, Allparteilichkeit, Neutralität und das Spannungsfeld zwischen »Unwissenheit« und Expertise.	193
8.3	Ressourcenorientierung.	201
8.4	Lösungsorientierung	204
8.5	Externalisieren: Nicht ich bin das Problem, sondern das Problem ist das Problem!	207
8.6	Orientierung am Auftrag und Klärung der Verantwortlichkeit – eine kontinuierliche Aufgabe.	208
8.7	Dialoge zu Dialogen: Vom Reiz der Mannschaftsspiele	212
8.8	Im Blickpunkt: Individuelle und familiäre Resilienz	216
8.9	Schwierige Dialoge: Kontrolle und »elterliches Scheitern« – eine imaginative Kontroverse	223
9	Noch viel zu tun: Vernetzte Strukturen spezifischer Angebote	234
9.1	Vorbemerkung	234
9.2	Zur Realisierung vernetzter Hilfen	236
9.3	Organisation der Nachsorge nach Klinikaufenthalt.	239
9.4	Alternativen zur Klinikaufnahme	241
9.5	Ständige Balance: Assistenz und Familiengleichgewicht	241
10	Empfehlungen für Eltern von Kindern mit Intelligenzminderungen	245
11	Schlusswort: »And in the end ...«	250
	Literatur	254
	Über die Autoren	265

Vorwort der Herausgeber

Ursprünglich ein querdenkendes Außenseiterkonzept, hat sich der systemische Ansatz heute in vielen Bereichen der Therapie und der Beratung theoretisch wie praktisch etabliert. Auch Vertreter anderer Schulen bereichert er mittlerweile in ihrer Arbeit. Die Etablierung eines Paradigmas birgt für dieses selbst aber auch Risiken, weil sie stets mit der Verfestigung von Denk- und Handlungsgewohnheiten einhergeht. Die Reihe *Störungen systemisch behandeln* stellt sich vor diesem Hintergrund zwei Herausforderungen: Nichtsystemischen Behandlern und Vertretern anderer Therapierichtungen soll sie komprimiert und praxisorientiert vorstellen, was die systemische Welt im Hinblick auf bestimmte Störungsbilder zu bieten hat. Innerhalb der Systemtherapie steht sie für eine neue Phase im Umgang mit dem Konzept von »Störung« und »Krankheit«.

Historisch gesehen war einer ersten Phase mit erfolgreichen Konzepten zu Krankheitsbildern wie Schizophrenie, Essstörungen, psychosomatischen Krankheiten und affektiven Störungen eine zweite Phase gefolgt, die geprägt war von einem gezielten Verzicht oder einer definitiven Ablehnung aller Formen störungsspezifischer Codierungen. In jüngerer Zeit wenden sich manche Vertreter der systemischen Welt wieder störungsspezifischen Konzepten und Fragen zu – und werden von anderen dafür deutlich attackiert. Diese neue Welle ist bedingt durch die Anerkennung der Systemtherapie als wissenschaftliches Heilverfahren, durch den Antrag auf deren sozialrechtliche Anerkennung und nicht zuletzt dadurch, dass viele im klinischen Sektor systemisch arbeitende Kollegen täglich gezwungen sind, sich zu störungsspezifischen Konzepten zu positionieren.

Die systemische Welt hat hierzu einiges anzubieten. Die Reihe *Störungen systemisch behandeln* will zeigen, dass und wie die Systemtheorie mit traditionellen diagnostischen Kategorien bezeichnete Phänomene ebenso gut und oft besser beschreiben, erklären und mit hoher praktischer Effizienz behandeln kann. Sie verfolgt dabei zwei

Ziele: Zum einen soll systemisch arbeitenden Kollegen das große Spektrum theoretisch fundierter und praktikabler systemischer Lösungen für einzelne Störungen zugänglich gemacht werden – ohne das Risiko, die eigene systemische Identität zu verlieren, im besten Fall sogar mit dem Ergebnis einer gestärkten systemischen Identität. Gleichzeitig soll nicht-systemischen Behandlern und Vertretern anderer Schulen das umfangreiche systemische Material an Erklärungen, Behandlungskonzepten und praktischen Tools zu verschiedenen Störungsbildern auf kompakte und nachvollziehbare Weise vermittelt werden.

Verlag, Herausgeber und Autoren bemühen sich, einerseits eine für alle Bände gleiche Gliederung einzuhalten und andererseits kreativen systemischen Querdenken die Freiheit des Gestaltens zu lassen.

An die Stelle der Abgrenzung und der Konkurrenz zwischen den verschiedenen Therapieschulen ist heute der Austausch zwischen ihnen getreten. Die Reihe »Störungen systemisch behandeln« versteht sich als ein Beitrag zu diesem Dialog.

Dr. Hans Lieb, Dr. Wilhelm Rotthaus

Vorrede

Gerade jetzt, in den vehementen Aufbruchsjahren inklusiver Praxis, müssen wir feststellen, dass psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung weiterhin keineswegs selbstverständlich sind. Es gibt daher viele gute Gründe zu klagen:

- Über die Unterversorgung von Menschen mit Behinderungen in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Regelversorgungssystemen, die faktisch einer Ausgrenzung gleichkommt;
- über die Grundannahme, ihre psychischen (Ver-)Störungen seien nicht therapierbar, mehr noch, ihre häufig sehr besonderen »Lebensäußerungen« hätten nichts mit seelischen Problemen zu tun;
- über die fehlende Bereitschaft, die komplexe diagnostische und therapeutische Arbeit angemessen zu honorieren und die ambulanten und stationären Einrichtungen ausreichend personell auszustatten.

Unsere einleitenden Worte könnten wir daher unter den Titel »Wut und Empörung« stellen über eine Vielfalt von mehr oder weniger subtilen Abwertungen einer therapeutischen Arbeit mit Menschen mit Intelligenzminderungen, in der sich nicht zuletzt eine gesellschaftliche Ausgrenzung einer ganzen Personengruppe spiegelt.

Dennoch und gerade jetzt haben wir viele Gründe zu Dank und Freude: Dank an Wilhelm Rotthaus, der dieses Buch angeregt und begleitet hat, Dank dem Carl-Auer Verlag, unserer mehr als sorgfältigen Lektorin Veronika Licher und Ihnen, liebe Leser¹, dass wir hier unsere Erfahrungen berichten können, unverstellt, nicht immer evidenzbasiert und leidenschaftlich. Und Freude, etwas berichten zu können von dem Reichtum, den für uns die Begegnung mit Kindern und

1 Wir bitten um Nachsicht, wenn wir der Konvention folgen, die männliche Geschlechtsform zu verwenden. Leserinnen mögen sich gleichermaßen angesprochen fühlen.

Jugendlichen mit Intelligenzminderungen und ihren Familien bedeutet. Freude über viele wunderbare Geschichten, die wir gehört haben, und Respekt vor der Würde und dem Gestaltungspotenzial der Menschen, deren Wege sich mit unseren kreuzten.

Freude über unsere professionellen Weggefährten bei der Suche nach guten, neuen Lösungen für Menschen mit Intelligenzminderungen, Kollegen, die bereit waren, sich mehr als andere zu engagieren, die sich als Erzieher, Krankenpfleger, Lehrer und Therapeuten entschlossen haben, neue Terrains zu betreten, und fasziniert waren von einer herausfordernden und ungemein lohnenden neuen Aufgabe.

Auch Dankbarkeit, dass sie alle uns bestätigt haben in der Gewissheit, dass die Begleitung von Menschen mit Behinderungen in das Zentrum der Psychotherapie gehört. Und dass sich gerade die besten Kollegen für diese Arbeit entschieden haben.

Besonderer Dank gilt unseren klinischen Mitstreiterinnen Ursula Robertz und Stephanie Heidenreich, die dieses Buch durch vielfältige Anregungen, Fallgeschichten und traumatologische Kenntnisse bereichert haben.

Hier schon der erste Hinweis auf Diskussionen sowohl unter den Autoren als auch in den beteiligten Fachgemeinden. Während die einen denken, Intelligenzminderung könnte das Attribut »sogenannte« als Hinweis auf seine soziale Konstruiertheit gut vertragen, meinen die anderen, man solle auf derartige vernebelnde Einschübe verzichten. Denn: Intelligenzminderung – genauso wie andere primäre, eher unveränderliche Beeinträchtigungen – bedeutet eine ziemlich »harte Realität« für den Betroffenen, mit der er sein Leben in dieser Gesellschaft organisieren muss und die ihm als solche *nicht* zugeschrieben werden kann. Erst in den gesellschaftlichen Zuschreibungen (d. h. durch direkte Bewertungen von Mitmenschen und durch gesellschaftliche Attribuierung von spezifischen Eigenschaften) erfährt der Betroffene seine Einschränkungen und wird durch mannigfache Prozesse im Sinne der »sozialen Konstruktion« zum »Behinderten«.

Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderungen erleiden eine Vielfalt psychischer Irritationen und Störungen. Sie gelten als vulne-

rabler als ihre Altersgenossen und sind wie ihre Familien vor Herausforderungen gestellt, deren Bewältigung die familiären Wirklichkeiten wie die eigenen Möglichkeiten oftmals überfordert.

In diesem Buch müssen wir ständig zwischen Intelligenzmin-
derung (als offensichtlicher kognitiver Einschränkung) und geistiger
Behinderung (als dem zitierten gesellschaftlichen Konstrukt in der
Folge von Zuschreibungsprozessen) auf der einen Seite sowie spezi-
ellen »Lebensäußerungen« von intelligenzgeminderten Menschen auf
der anderen Seite manövrieren. Letztere sind äußerst vieldeutig und
manchmal kaum zu entschlüsseln: Sind es subjektive Konstruktionen
als Ausdruck der kognitiven Beeinträchtigungen in einem spezifischen
familiären Kontext? Sind sie etwa als (sinnvolle) Überlebensstrategien
in einer »feindlichen« Welt zu verstehen? Zeigen sie Ähnlichkeiten mit
ICD-definierten Störungsbildern? Oder sind sie gar Verhaltensweisen
im Rahmen von genetischen Syndromen (sog. Verhaltensphänotypen)?

Wir widmen dieses Buch in Dankbarkeit den Kindern und Jugend-
lichen, denen wir in vielen Jahren begegnet sind, in Dankbarkeit auch
für die Nachsicht mit uns, wenn wir nicht alles sofort oder manches
gar nicht verstanden haben.

*Michael Buscher, Viersen,
Klaus Hennicke, Berlin,
im Sommer 2017*

1 Annäherungen an das Thema

1.1 Die Kunst des Navigierens zwischen Inklusion und Exklusivem

Auf der 61. Sitzung der UN-Vollversammlung am 13. Dezember 2006 wurde das *Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* im Konsens angenommen. Am 26. März 2009 wurde es von der Bundesrepublik Deutschland ratifiziert. Die UN-Konvention konkretisiert die allgemeinen Menschenrechte aus der Perspektive der Menschen mit Behinderungen und vor dem Hintergrund ihrer spezifischen Lebenslagen, die im Menschenrechtsschutz systematische Beachtung finden müssen. Ziel ist eine neue Qualität gesellschaftlicher Teilhabe unter der Prämisse, dass es normal ist, verschieden zu sein, und diese Verschiedenheiten nicht Grund sein dürfen, jemanden an seiner vollen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu hindern.

Aktuell erleben wir die schrittweise Umsetzung der Konvention in vielen Lebensbereichen. Die zum Teil mit großer moralisierender Verbissenheit, aber auch mit glatter technokratischer Kühleit geführte Debatte führte zunächst dazu, dass spezialisierte Hilfen als anti-inklusiv diskreditiert wurden. Diagnostische Prozeduren gerieten in den Verdacht, ausschließlich Grundlage von Aussonderung zu sein, spezialisierte psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote sind, zumindest was den stationären Rahmen angeht, von Schließung bedroht, bereits erfolgte Planungen neuer ambulanter und stationärer Angebote werden blockiert.

Für die Psychiatrie ist diese grundsätzliche Diskussion nicht neu. Diagnosen galten auch hier zeitweise als Etikettierungen, die die Betroffenen stigmatisierten und sie zu gesellschaftlichen Außenseitern machten. Zunächst wurde eine »Normalisierung der Begegnung« gefordert, so Klaus Dörner und Uschi Plog in ihrem alternativen Lehrbuch der Psychiatrie »Irren ist menschlich« (1. Aufl. 1978), die

keine Störungsdiagnose braucht, sondern vielmehr eine menschliche Kommunikations- und Umgangsweise, die es dem Betroffenen erleichtert, sein Denken und Handeln neu zu ordnen. Diese »Einfachheit« wurde heftig beklagt als Verlust professioneller Fachlichkeit (Finzen 1981), hat aber als wesentlicher Teilaspekt psychiatrischen Denkens und Handelns tiefe Spuren hinterlassen.

Die systemische Bewegung hat einen ähnlichen Kontrapunkt zu gängigen Denk- und Handlungsmustern in Psychiatrie und Psychotherapie eingebracht und wesentliche neue, weiterführende Impulse zur »Verflüssigung von Diagnosen« und der »Auflösung von Krankheitskonzepten« gegeben. Diagnosen werden in sinnhafte Einzelaspekte zerlegt und in ihre kontextuelle Relevanz zurückgeführt, um Räume zu eröffnen für neue, weniger leidvolle Wirklichkeitskonstruktionen. So zu denken war seinerzeit in den erstarrt erscheinenden psychiatrischen Strukturen befreiend und faszinierend.

In den letzten Jahren werden nun hier vermehrt störungsspezifische Konzepte gefordert und vorgelegt, nicht nur weil sie hilfreiche Hypothesen und effektive Handlungsempfehlungen liefern können, sondern auch weil es ziemlich fährlässig wäre, auf die Erkenntnisse der zahlreichen wissenschaftlichen Teildisziplinen zu verzichten und sie auf dem Altar der »reinen Lehre« der Systemik zu opfern. Nicht zuletzt muss Systemik auch an die gegenwärtigen Denk- und Handlungsmuster im Gesundheitswesen und in den Alltagstheorien der Menschen »andocken« können.

Im vorliegenden Buch wollen wir den Versuch unternehmen, Besonderheiten einer Psychiatrie und Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung unter diesen schwierigen Rahmenbedingungen zu skizzieren. Wir werden im Verlauf immer wieder versuchen, unsere Positionen an Beispielen zu erläutern, die unsere Hypothesen verdeutlichen sollen. Wie alle Geschichten lassen auch diese durchaus unterschiedliche Perspektiven zu.

Also ein erstes Beispiel²:

Wir wurden um die stationäre Aufnahme eines sich sehr impulsiv zeigenden Jugendlichen gebeten, der darüber hinaus depressiv wirkte. Belastende familiäre und kontextuelle Faktoren (Familiäre Todesfälle, Trennung der Eltern) wurden als verursachend angenommen, Traumatherapie war gewünscht.

Im Verlauf ergaben sich Hinweise, dass der Jugendliche erhebliche Schwierigkeiten in der Hauptschule hatte, verbal zwar ziemlich kompetent wirkte, aber in den schriftlichen Leistungen chronisch versagte. Für die weiteren diagnostischen Überlegungen konnte daher angenommen werden, dass der Jugendliche nicht allein durch die zweifellos belastenden Lebensereignisse in eine Krise geraten war, sondern auch aufgrund seiner kognitiven Einschränkungen wenig Selbstwert, wenig Selbstwirksamkeitserleben entwickeln konnte, was ihm die Bewältigung weiterer Belastungen erschwerte. Chronische Überforderung kann eine der Ursachen psychischer Not von Menschen mit Intelligenzminderung sein.

In diesem Fall ging es also wie in vielen anderen um eine Perspektiverweiterung. Stabilisierung würde hier erst einmal bedeuten, die Selbstwirksamkeitsoptionen des Jugendlichen im Hinblick auf sein intellektuelles Profil (das noch zu klären war) zu stärken, damit es ihm zukünftig leichter fiele, Lebensereignisse zu bewältigen. Die möglicherweise existenziellen Bedrohungen durch den Verlust des Großvaters und die Trennung der Eltern könnten nach erfolgter psychosozialer Stabilisierung (Beratung des jetzt zuständigen Elternteils, Klärung der Beziehung zum nicht erziehenden Elternteil, evtl. Schulwechsel) wirklich eine traumatherapeutische Intervention notwendig machen. Nicht auszuschließen ist, dass vorübergehend auch eine antidepressive Medikation die Stabilisierung unterstützen könnte.

Perspektivisch wird eine wesentliche Rolle spielen, wie die zwar getrennt lebenden Eltern, die aber weiterhin die wichtigsten Bezugspersonen bleiben, zu einer gemeinsamen Einstellung bezüglich der hohen Vulnerabilität sowie des Ausmaßes der intellektuellen Beeinträchtigungen ihres Kindes kommen. Vor allem wird der weitere Prozess der Adoleszenzentwicklung für alle Beteiligten erhebliche Herausforderungen bedeuten, die es – wahrscheinlich nur mit spezifischer Assistenz – zu meistern gilt.

.....
2 Alle Fallbeispiele beziehen sich auf Erfahrungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der LVR-Klinik Viersen.

1.2 Zur Nützlichkeit spezialisierter Versorgungsangebote

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2009) fordert unmissverständlich (im Artikel 25), dass die geltenden Standards der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in vollem Umfang auch behinderten Menschen zur Verfügung stehen und *darüber hinaus zusätzliche spezialisierte Leistungen* erbracht werden müssen, die wegen der besonderen Probleme von Menschen mit Behinderungen notwendig werden. Im Übrigen sind – wie jeder weiß – Spezialisierungen in den meisten medizinischen Disziplinen an der Tagesordnung. *Wer würde sich schon gerne vom Augenarzt am Herzen operieren lassen?* Auch in der Psychiatrie selbst gibt es bereits Spezialisierungen: beispielsweise Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Spezialabteilungen für Abhängigkeitsstörungen oder auch spezielle Therapiestationen für Sucht, Borderline, Depression, Trauma.

Was spricht also für ein spezialisiertes kinder- und jugendpsychiatrisches Angebot für intelligenzgeminderte Klienten mit zusätzlichen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen (der Fokus liegt hier auf einem stationären Setting)?

1. Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderungen machen ungewöhnliche Lebenserfahrungen in ihren sozialen Umfeldern. Um »anschlussfähig« zu sein, benötigen Therapeuten Wissen um die besonderen Lebenswelten ihrer Klienten, damit sie mit den Kindern und Jugendlichen, den Eltern, den Förderschulen und den anderen psychosozialen Helfern angemessen im jeweiligen Kontext alternative Strategien entwickeln können.
2. Psychische Not bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen hat immer auch besondere Färbungen. Wie erleben Kinder ihre Einschränkungen und wie gestalten sie mit ihrem spezifischen Fähigkeitsprofil ihr Leben? Was ist psychische Not, die die Kinder in gleicher Form wie andere Kinder betrifft, und wie äußert sie sich? Wie sind die »Wechselwirkungen« zwischen Erfahrungen im Umgang mit »Behinderung« und

psychischer Störung? Spezifische, oft über Jahre erworbene Kenntnisse schließen Neugier auf individuelle Lebensentwürfe, Probleme und Lösungen keineswegs aus, unterstützen aber von Beginn an sinnvolle Differenzierungen in auf den ersten Blick unüberschaubaren »Gemengelagen«.

3. Kindern und Jugendlichen sollte ein Erfahrungsraum zur Verfügung stehen, innerhalb dessen sie sich als wirksam und kompetent erleben können. Das gelingt nach unserer Einschätzung leichter auf unseren spezialisierten Stationen. Viele Kinder und Jugendliche kommen aus Situationen, in denen sie einer am gesellschaftlichen Durchschnitt orientierten Normalität hinterherhecheln, ohne dass sie je erreichbar wäre. Wir müssen Gelegenheiten schaffen für individuelle Erfolge, aber auch genügend Raum haben für Einschränkungen des Machbaren und die Akzeptanz des Unerreichbaren.
4. Eltern benötigen Sicherheit, dass mit den spezifischen Fragen ihrer Kinder und Jugendlichen ebenso individuell umgegangen wird wie mit ihren Sorgen, ihrer Freude und ihren Zukunftsplanungen. Auch das gelingt nur, wenn wir uns auf das Abenteuer gemeinsamen Suchens einlassen, in dem auch wir an Grenzen kommen, mit denen wir dann aber ebenso wie die Familien doch vertrauter sind als die Kollegen anderer Abteilungen.

Zwei von vielen Beispielen aus unserem Alltag:

Ein 16-jähriger Jugendlicher wird uns in der Klinik vorgestellt wegen schwer nachvollziehbarer Ängste und zunehmender Aggressivität. Die mittlerweile getrennten Eltern haben erhebliche Auseinandersetzungen. Diese drehen sich auch um die Frage der Befähigungen ihres Sohnes und seiner weiteren Perspektive. Es gab viel Engagement in der Förderung. Der Vater glaubt immer noch an die Integration seines Sohnes in den ersten Arbeitsmarkt. IQ-Messungen zeigen Werte im Grenzbereich zwischen leichter und mittelgradiger geistiger Behinderung. Der Sohn versucht, beiden Eltern gegenüber loyal zu sein, erspürt wie viele Menschen mit Intelligenzminderungen genau die Divergenzen, die ihn einerseits zerreißen, ihn andererseits dazu einladen, mit Aggressivität nach sicheren Reaktionsmustern zu suchen. Auch die Mutter engagiert sich

für ein inklusives Leben. Der Junge wirkt bei uns zum Zeitpunkt der Aufnahme nahezu psychotisch. Er kommt zur Ruhe in einem Rahmen, der ihn nicht überfordert, der an ihn aber auch leitbare Anforderungen stellt. Er ist kein Außenseiter, der mehr können muss, als er schafft.

Eine zweite kurze Fallgeschichte:

Das Mädchen Simone, 12 Jahre alt, befand sich vor der Aufnahme in einer integrativen Klasse auf einer Waldorfschule. Neben einem kognitiven Begabungsniveau im Bereich einer geistigen Behinderung zeigt sie autistische Züge. Sie sorgt sich sehr darum, was speziell ihre Eltern fühlen und denken, und versucht, diese nicht zu enttäuschen. Deshalb hat sie versucht, mit den normal begabten Schülern ihrer Klasse mitzuhalten, was nicht gelang. Sie verweigerte daraufhin die Schule und entwickelte eine ausgeprägte depressive Symptomatik. Die Entwicklung verlief auf der Station sehr positiv, die Aussicht auf den Wechsel in eine Schule mit dem Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung wirkte entlastend.

Spezialisierte Einrichtungen müssen sich dennoch heute fragen lassen, wie sehr die eigene Praxis Aspekte der Behinderung zementiert, statt sie aufzulösen, wie auch im eigenen Kontext mehr Teilhabe realisiert werden kann. Der Auftrag an eine spezialisierte Klinik kann aber zunächst nur sein, mit möglichst viel Wissen und Expertise die speziellen Probleme zu erkennen und zu deren Lösungen beizutragen. Kann oder muss sie dabei auch Inklusionserfahrungen vermitteln? Ist das im Rahmen einer klinischen Behandlung überhaupt nachhaltig wirksam möglich? Und schließlich: Können diese Erfahrungen wirklich zur Verbesserung der seelischen Gesundheit des Klienten beitragen, beispielsweise mit der schlichten Analogie: »Gemeinsamer Unterricht« ist gut, also auch »gemeinsame Behandlung«? Der Lebensalltag des überwältigenden Teils von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen ist heute nicht inklusiv. Behandlung muss dies berücksichtigen und sollte die Betroffenen nicht mit Settings überfordern, die ihnen (noch) nicht vertraut sind, die zusätzliche Irritation in einer vulnerablen Phase bedeuten und die an ihre alltägliche Lebenswelt kaum anschlussfähig sind.

Angemessene *klinische* Hilfen zu leisten für Kinder, Jugendliche und ihre Familien auf dem Weg zur Inklusion kann derzeit nur bedeu-

ten, dass diese mit sich und ihrer Welt halbwegs ins Reine kommen und dadurch in die Lage versetzt werden, den Anforderungen besser gewachsen zu sein, bzw. nicht Gefahr laufen, aus inklusiven Angeboten ausgeschlossen zu werden. Denn es wird noch lange Zeit brauchen, bis inklusive Beschulung und Beschäftigung für alle, auch für die »Schwierigen«, selbstverständlich sind.

Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten mit Spezialkenntnissen und Erfahrungen in der ambulanten Versorgung sind über die genannten Gründe hinaus zwingend notwendig. Ihre größere regionale Nähe zu den Familien, den Schulen und den Einrichtungen ermöglicht eine intensivere Kooperation mit Hausbesuchen, Helferkonferenzen vor Ort, Beratungen bis hin zu Supervisionen. Die Honorierungsbedingungen allerdings begrenzen Vernetzungen und es ist dringend zu fordern, solche speziellen Leistungen auch zu finanzieren.

1.3 Intelligenzminderung ist keine Krankheit

Wir gehen nicht davon aus – dies sei vorab betont und wird an anderer Stelle genauer zu differenzieren und zu erläutern sein (s. Kap. 2) –, dass Intelligenzminderung eine Krankheit ist. Gleichwohl gibt es vielfältige Assoziationen zu medizinischen Fragestellungen – zumindest werden sie häufig im medizinischen Sektor formuliert. Viele Familien kommen mit medizinnahen Versorgungsstrukturen in Kontakt (pränatale Diagnostik, genetische Untersuchung, Klärung von Verhaltensproblemen im Zusammenhang mit den genetisch bedingten sog. »Verhaltensphänotypen«, häufige spezielle gesundheitliche Probleme, wie Epilepsie oder Entwicklungsverzögerungen).

Eine entscheidende Rolle spielt natürlich die absolute Dominanz ärztlich-medizinischer Stellungnahmen und Gutachten bei Fragen der sozialrechtlichen Zuständigkeiten.

Intelligenzminderung per se verstehen wir als Varianz von Normalität – ähnlich wie Hochintelligenz. Da sie keine Krankheit ist, bedarf sie auch keiner spezifischen Therapie. Gleichwohl kann sie Auswirkungen auf die Chancen zur gesellschaftlichen Teilhabe haben,

die erhöht werden können einerseits durch Gewährung spezifischer Unterstützung, andererseits durch Veränderung sozialer Rahmenbedingungen, die allen Menschen die gleichen oder vielleicht doch vergleichbare Mitgestaltungsspielräume ermöglichen.

Menschen mit Intelligenzminderungen haben ein höheres Risiko, psychisch irritiert zu sein, psychische oder psychiatrisch relevante Störungen zu entwickeln. Ab wann es nützlich erscheint, diese als Krankheit zu etikettieren, bedarf sorgfältiger Abwägung – auch mit Blick auf Veränderungsoptionen und in Bezug auf einklagbare Hilfen.

Die Autoren haben in den letzten Jahren ihre Vorbehalte gegenüber dem Erfahrungsschatz psychiatrischer Beschreibungen aufgegeben. Fundiertes psychiatrisches Wissen – auf Augenhöhe in den Dialog eingebracht – kann auch im Umgang mit Menschen mit Behinderungen Veränderungsoptionen in hohem Maße eröffnen, erst recht wenn es in einen konstruktiven interdisziplinären Dialog eingebracht wird. Ein solcher Dialog im multiprofessionellen Team einer psychiatrischen Klinik und eine gute Streitkultur sind ein enormer Reichtum. In ambulanten Versorgungsbereichen (Behindertenhilfe, Elternberatung, Förderschulen) allerdings werden psychiatrische Sichtweisen oftmals nicht eingeholt oder – wenn sie vorliegen – wenig beachtet. Dabei muss eingeschränkt werden, dass viele ärztliche Stellungnahmen für den Betreuungsalltag in den genannten Bereichen wenig hilfreiche Optionen eröffnen³.

1.4 Behinderung wird in Gegenseitigkeit konstruiert

Eine weitere Annäherung zum Thema: Systemisch verstandene Neugier richtet sich auf Wechselwirkungen. Unabhängig von den Realitätskonstruktionen der Beobachter entstehen keine Wirklichkeiten.

.....

3 Beispielsweise müssen Ärzte nur formal, ohne weitere inhaltliche Begründung, bescheinigen, ob ein Kind zum »Personenkreis des §53 SGB XII« gehört, d. h. eine andauernde oder drohende Funktionsbeeinträchtigung mit der Folge der »Behinderung« zeigt, womit der Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe begründet ist.

Behinderung ist also ein soziales Konstrukt, das auf seine Nützlichkeit überprüft werden kann. Und diese Konstruktion hat durchaus ihre eigene Dynamik. Dazu einige »Verrücktheiten«:

- Nicht kognitiv eingeschränkte Menschen erleben ihr Gegenüber häufig als besonders »behindert«, wenn sie *selbst* bei ihren Dialogversuchen mit ihm sprachlos bleiben und keinen Zugang finden.
- Kinder, die gelernt haben, ihre Behinderung zu nutzen, verzichten gelegentlich darauf, ihre Fähigkeiten zu zeigen. So lassen sich einige z. B. gern Brote schmieren, Fleisch zerkleinern, beim Anziehen unterstützen – und zeigen ihr Potenzial erst heimlich, wenn die Eltern nicht dabei sind.

Es kann also nützlich sein, einerseits die eigenen Einschränkungen in der Begegnung mit Menschen mit Intelligenzminderungen in den Blick zu nehmen und sie andererseits nicht nur als Opfer, sondern auch als kreative Mitautoren ihrer Geschichten zu sehen. *Vorsicht aber:* Die Inklusionsdebatte bringt auch besonders gut gemeinte Umetikettierungen zutage. Menschen, die früher als behindert bezeichnet wurden, erfahren nunmehr in einer Art mystischer Taufbewegung eine Neubenennung: Sie sind nun die »besonders Befähigten«.

Auch wenn zu begrüßen ist, dass Menschen mit Intelligenzminderungen in ihren besonderen Befähigungen und ihrer Würde wahrgenommen werden, so ergeben sich doch Gefahren, wenn dies zu einer Leugnung der Behinderung führt, diese vermeintlich besonders befähigten Kinder beispielsweise nicht lesen oder rechnen lernen, in manchen Fähigkeiten nicht mithalten können und dann mit ihren Nöten allein bleiben. Solchen Leugnungen der Behinderung liegt oft eine allzu verständliche Enttäuschung im Bezugssystem zugrunde. Es ist immer noch schwer auszuhalten, wenn Kinder nicht den Weg üblicher Normalität gehen – sowohl für Eltern, als auch für die Kinder selbst. Allein durch Hinweise auf besondere Befähigungen aber sind Einschränkungen nicht auflösbar. Fragen von Scheitern, Trauer, Erschöpfung sollten nicht durch Hinweise auf angeblich brachliegende Ressourcen verschleiert werden.

1.5 Über Behinderung reden - wie über alles andere auch

Mit Betroffenen – so unsere Erfahrung – wird eher selten über Behinderung und die Folgen dieses »Labels« gesprochen.

Hans ist 17 und gerne in der Stadt. Er geht allein einkaufen. Die Verkäuferin ist nett zu ihm. Er ist schon etwas verliebt. Der nette Umgang ermuntert ihn, macht ihm Hoffnung. Aber genauso wenig wie die Freundinnen seines Bruders will die Verkäuferin mehr von ihm. Die Freundlichkeit gilt seiner offensichtlichen Behinderung. Hans reagiert gekränkt, dass sich kein weiterer Kontakt entwickelt. In einem therapeutischen Gespräch über diese und ähnliche Erfahrungen als »behinderter Jugendlicher« zu sprechen, erwies sich für ihn als hilfreich und entlastend.

Wenn psychosoziale Helfer das Thema Behinderung nicht ansprechen, benennen sie oft als Grund dafür, man wolle die Betroffenen »schonen«. Letztendlich ist aber offen, ob diese Schonung nicht eher ihnen selbst gilt. Behinderung wird dann zum Nebel, der zwischen den Klienten und ihrem Gegenüber liegt. Wir ermuntern eher dazu, offen zu sein, um die Kinder und Jugendlichen, die wir als sehr empfindsam für die Reaktionen ihrer Umgebung erleben, nicht alleinzulassen. Voraussetzung ist eine unbedingte Haltung des Respekts, aber nicht von Fürsorglichkeit, die das Gegenüber wie unter einer Käseglocke gefangen nimmt.

1.6 Nicht »exkommunizieren«

Arnold Retzer (2002) verdanken wir einige interessante Anmerkungen über die »Exkommunikation« von Psychosebetroffenen: Man spricht häufig über sie, aber eher ohne sie. Gleiches geschieht mit Menschen mit Intelligenzminderungen. Sie bleiben häufig außerhalb der Besprechungsräume. Noch schwieriger erscheint uns allerdings, wenn sie im Besprechungsraum sind und ignoriert werden. »*Der bekommt ohnehin nichts mit, versteht das nicht.*« Nach allen Erfahrungen trifft dies nicht zu. Diese Kinder und Jugendlichen haben oft ein feines Gespür für die »atmosphärischen« Botschaften, für die Haltungen, Mimik(en),

Gestik(en) und Stimmlagen aller Beteiligten und zeigen durch Handlungen, Bewegung, Laute und Mimik, was sie nicht in Worte fassen können.

Der diagnostische Blick erfolgt häufig von oben herab. Wir sollten nicht vergessen, was unsere Fragen bewirken, welcher Blick was auslöst, was die Menschen eher ermutigt und bestärkt und was sie zu Objekten unserer Beobachtung und unseres Handelns macht.

Systemisches Denken und Handeln richtet sich auf die Erweiterung von Handlungsräumen, weniger auf die Entwicklung von Beschreibungen, die Defekte betonieren. Auch wenn wir offen und bezogen auf die Fragen unserer Klienten mit ihren Beeinträchtigungen, dabei notwendigerweise auch mit dem Konstrukt »Behinderung« umgehen, haben Menschen mit Intelligenzminderung ein Recht auf Teilnehmen, Teilhabe, Mitgestaltung, Entscheidung und Begegnung auf Augenhöhe.

1.7 Behinderung, familiäre Gleichgewichte und Helfersysteme

Evan Imber-Black (2006), Maria Sorrentino (1988) und viele andere, so auch der deutsche Neuropädiater Hans G. Schlack (2011), haben uns ermuntert, achtsamer zu sein für die Beziehungsgestaltung zwischen Familien und Helfersystemen.

Besonderheiten (»Auffälligkeiten«) in der Entwicklung von Kindern mobilisieren eine Vielzahl psychosozialer Helfer, die die aus ihrer Perspektive notwendigen und häufig auch sinnvollen Therapien zur Vermeidung schädlicher Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen des Kindes an die Familien herantragen. Dies geschieht allerdings nicht selten ohne den Blick auf die Entwicklungsaufgaben, die die Familie als Ganzes bewältigen muss, welche Zeit sie dafür braucht und welche Rahmenbedingungen (»Ressourcen«) dafür vorhanden sind. Ihre eigenen Entwicklungsoptionen können dadurch verstellt werden, oder es werden nur Botschaften über ihre Unfähigkeiten gesendet.

Durchaus häufig sehen wir Kinder, die mit fünf oder sechs Jahren keinerlei Förderung mehr akzeptieren, weil sie derer überdrüssig sind (zugespitzt »Förderterror«, der keinen Raum mehr lässt für Eigeninitiative und Selbstbestimmung). Ebenso können Mütter erschöpft sein, wenn sie die vielfältigen Maßnahmen begleiten und noch dazu den Anschluss an eigene Lebensplanungen verlieren. Oft bleibt weit weniger Zeit für Partnerschaft, Außenkontakte etc. oder gar Beruf. Familien können an diesen Belastungen zerbrechen, andere aber auch an ihnen wachsen. Die im systemischen Konzept beliebte Erkundung der Erfahrungen von Familien mit Helferkontexten, die in unserem Themenfeld besonders vielfältig sind, sollte daher behutsam und respektvoll geschehen – respektvoll nicht nur gegenüber den Familien, sondern auch in der Rückschau auf die früheren Helfer. Das Erfragen positiver und negativer Erfahrungen dient ja dazu, nützlich erlebte Maßnahmen weiterzuverfolgen und die weniger oder gar nicht nützlich in Zukunft zu meiden.

1.8 »Viele Köche verderben den Brei« - Zur Notwendigkeit abgestimmter Vieltimmigkeit

Wenn Helfer unkoordiniert auf Familien zugehen, kann dies sehr irritierende Folgen haben. Es scheint zum Schicksal vieler Mütter und Väter von Kindern mit Behinderungen zu gehören, dass gut meinende Spezialisten die widersprüchlichsten Empfehlungen geben. In den ambulanten Versorgungsbereichen ist dies eher die Regel als die Ausnahme. Multiprofessionalität kann hier aufgrund der fehlenden Vernetzungsstrukturen zwischen den Versorgungssystemen einerseits und den für sich und »auf eigene Rechnung« arbeitenden Helfern andererseits kaum zu fruchtbaren Kommunikationen im Sinne einer »gemeinsamen Problem-sicht« führen. Die eher seltenen Ausnahmen sind meist »informeller« Natur, d. h. sorgfältig gepflegte, persönliche Vernetzungen.

Man kann nur bedauern, dass es innerhalb der psychosozialen Versorgungskontexte so viele unnütze, manchmal auch destruktive Konkurrenzen und Vereinzelungen gibt. Kinder- und Jugendpsychi-

ater verteidigen ihre Reviere ebenso wie nichtärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychotherapeuten grenzen sich von Pädagogen ab, Ergotherapeuten, Logopäden, Einzelfallhelfer, Förder-schulen bleiben für sich oder werden von anderen nicht wahrgenom-men. Die Klinik erscheint ambulant Tätigen manchmal als »Insel des Glücks«, die allzu oft die »Realitäten draußen« abspaltet und manch-mal nicht bereit ist, vernünftige »Nachsorge« einzuleiten.

Die 17-jährige Juliane kommt in die Klinik wegen Schwierigkeiten im Sozialver-halten bei geistiger Behinderung und einer recht gut eingestellten Epilepsie. Da sie mehrfach operiert wurde und einiges durchmachen musste, rät ein Teil der Experten, dass ihr Zimmer, auf das sie sich oft zurückzieht, besonders lie-bevoll zu gestalten sei. Andere wiederum halten eine strenge Förderung mit Hinblick auf zu befürchtende Leistungsabbrüche für relevant. Verloren gegan-gen ist die Stimme, die in Juliane auch eine pubertierende Jugendliche sieht, mit Wünschen, Provokationen, letztendlich auch Humor und einem am Ende doch wieder sehr strengen Umgang mit sich selbst. Wie soll Juliane es allen recht machen? Also zeigt sie sich einmal humorvoll, stark und unkompliziert, dann wieder zwanghaft, übervernünftig und unerreichbar.

Aber auch wir haben in der Klinik die ganz unterschiedlichen Stimmen in unseren Teams: die Ärztin, durchaus besorgt um Anfälle und andere Risiken, die Mitarbeiterin im Pflege- und Erziehungsdienst, die das Häkeln, was Juliane erledigen soll, schrecklich findet, und die Pädago-gin, die am liebsten mit ihr »abzicken« würde. Diese Vielstimmigkeit kann sehr bereichernd sein, wenn alle Beteiligten sie zu einem harmo-nisierenden Klang zusammenführen. Keiner will destruktive Konkurren-zen. Allerdings: Uns erschiene es auch langweilig, wenn unsere Teams nicht auch heftig miteinander stritten, Perspektiven nicht unterschied-lich wären. Am Ende ist das häufig ein Reichtum. Und für die Familien kann es eine Erleichterung sein, zu spüren, dass ein bemühtes Team dieselben Wechselbäder durchmacht wie sie selber. Diese interdiszip-linäre »Raufkultur« bedarf aber gegenseitigen Respekts, der Anerken-nung von Unterschiedlichkeit, der Bereitschaft zu lernen, des Wissens um die Autonomie der Akteure. Wir bezeichnen das gern als unsere Art des *Mannschaftsspiels*.