

Basale Kommunikation - Sich begegnen ohne Voraussetzungen

veröffentlicht in

Fröhlich, A., Heinen, N., Lamers, W. (Hg.):

Schwere Behinderung in Praxis und Theorie – ein Blick zurück nach vorn.

Texte zur Körper- und Mehrfachbehindertenpädagogik.

Dortmund (verlag selbstbestimmtes lernen) 2001

S. 223-234

1 Entstehungshintergründe

Basale Kommunikation entstand Ende der 70er Jahre aus der Förderung des 9-jährigen Thomas (MALL 1980). Schwer geistig behindert, zeigte er ausgeprägte Gleichgewichtsstörungen und Auffälligkeiten im Kontaktverhalten: Zehengang, hoher Muskeltonus, spitzes, lang gezogenes Schreien, keine Sprache; Probleme mit raschen Körperlageveränderungen, mit der Anpassung an unregelmäßigen oder bewegten Untergrund oder passive Gleichgewichtsveränderungen; Kontaktaufnahme durch Kneifen oder Haare Ziehen. Mein Versuch, Gleichgewichtskontrolle und Kontaktverhalten mit Angeboten aus Basaler Stimulation, Rhythmisch-musikalischer Erziehung oder Psychomotorik zu verbessern, ergab kurzfristig positive Reaktionen, brachte jedoch keine stabile Verbesserung. Das Bemühen, ein eher Ganzheits-orientiertes Bild von ihm zu gewinnen, führte dazu, die in seinem Verhalten ausgedrückte, existentielle Angst zu erkennen, für die seine Biografie - nach der Geburt von der Mutter verlassen, in Krankenhaus und Säuglingsheim aufgewachsen - ausreichende Erklärung bot.

Die Begegnung mit der Funktionellen Entspannung nach Marianne FUCHS (1989) war entscheidender Impuls. Sie ermöglicht über systematische Einübung differenzierter Eigenwahrnehmung die Körper-orientierte Bearbeitung psychosomatischer Probleme. Fuchs' (a.a.O. S.23) eigene Schlüsselerfahrung, ihrem Sohn (18 Mon.) über Handauflegen und Mit-Tönen - „Mama, puh machen!“ nannte er es - bei Anfällen einer spastischer Bronchitis helfen zu können, verwies auf die Chance, auch nonverbal entsprechende Erfahrungen zu vermitteln. Ich begann, das Konzept an die Besonderheiten einer Person wie Thomas anzupassen, um so seiner tiefen Angst etwas entgegen zu setzen.

2 Darstellung des Konzepts

Grundlagen

Basale Kommunikation setzt die Kommunikationsfähigkeit jedes Menschen voraus, WATZLAWICKs These ernst nehmend: „Man kann nicht nicht kommunizieren.“ (WATZLAWICK u.a. 1985, S.53) Kommunikation beginnt, wenn mein Partner meine Äußerungen aufgreift und passend darauf antwortet: Der Schrei des neugeborenen Kindes wird zu Kommunikation durch die „stillende“ Antwort seiner Mutter. - Das „stereotype“ Schaukeln eines Menschen wird zu Kommunikation, wenn ich mich daneben stelle und selbst schaukle, es mit einer Melodie oder dem Schlag eines Rhythmusinstruments beantworte.

Spezifisches Moment Basaler Kommunikation ist der Bezug auf den Atemrhythmus als basalem Austauschprozess jedes lebendigen Menschen, seine Weise zu leben offenbarend. In diesem Rhythmus mitschwingend - wahrnehmbar über meine Atembewegung im Körperkontakt, über Laute, Töne, Be-

rührung, Vibration - trete ich in direkten Austausch, vermittele die Erfahrung, verstanden zu werden, sich geborgen fühlen zu dürfen. Daraus entwickelt sich ein individuelles Miteinander, in das je nach eigenem Hintergrund Elemente aus Basaler Stimulation, Massage, Rhythmik, Musiktherapie, Gestalttherapie, Physiotherapie, usw. einfließen, eingebettet in den gemeinsamen Rhythmus des Atmens.

Basale Kommunikation sieht den andern - unabhängig von Behinderung - konsequent als Partner, der sein Leben gemäß seiner Kompetenzen so autonom wie möglich gestaltet, dabei mehr oder weniger auf Hilfe angewiesen. Sie weiß nicht besser als er, was für ihn gut ist, sondern sieht sich als Angebot, das auch abgelehnt werden kann (siehe MALL 1992). Sie will dem anderen in seiner Lebenssituation begegnen und ihn - falls er dazu bereit ist - ein Stück begleiten, ganz in der Tradition der Person-zentrierten Haltung der Humanistischen Psychologie (siehe PÖRTNER 1999).

Einflüsse

Folgende Konzepte beeinflussten die Entwicklung dieser Umgangsweise:

Funktionelle Entspannung (FUCHS 1989): Der Atemrhythmus als „Leitschnur“; das Aus-Atmen als Phase von Loslassen wie guter Anspannung; eine „subjektive Anatomie“ mit den drei Kreuzen des Körperskeletts, den Innenräumen, den Körperöffnungen, der Außenhaut; die drei Spielregeln (siehe FUCHS 1989, S.42 f) „Alles ins Aus!“, „Alles nur zwei bis drei Mal!“, „Nachspüren!“; Selbsterfahrung als Ausgangs- und Rückbindungsbasis für die Begegnungsgestaltung. Allerdings fällt die sprachliche Durchdringung der Erfahrung als Hilfe zum Wieder-Erinnern weitgehend aus.

Basale Stimulation (FRÖHLICH 1998): Klärt Lebenswelt und Bedürfnisse von Menschen mit schwersten Behinderungen, eröffnet Möglichkeiten bedeutungsvoller Angebote. Basale Kommunikation integriert somatische, vestibuläre, vibratorische und taktile Stimulation, lässt sich um Angebote zur olfaktorischen, gustatorischen, auditiven Stimulation erweitern. Sie ermöglicht das von FRÖHLICH (1982) beschriebene Erlebnis eines „Somatischen Dialogs“ als Angst besänftigendes Angebot, das für basale Anregungen überhaupt erst bereit macht.

Rhythmisch-musikalische Erziehung nach SCHEIBLAUER (siehe KRIMM-V. FISCHER 1995): Basale Kommunikation geht mit Rhythmus - Atem, Töne, Bewegung - entsprechend um, auch wenn sich das Wesentliche auf sehr subtile, von „außen“ kaum sichtbare Weise abspielt.

Gestalttherapie mit Behinderten nach BESEMS u. VAN VUGT (siehe GLAR 1997): Basale Kommunikation greift die Themen der Korrespondenz körperlicher und seelischer Haltung und Bewegung, des Spiels mit Kraft und Dynamik, mit Polaritäten und des Umgangs mit Emotionen (Trauer, Ärger, Wut, Aggression, Autoaggression) in vergleichbarer Weise auf, bevorzugt allerdings die Einzelsituation, hat das Augenmerk auf das Feine, Subtile, kaum Wahrnehmbare, hat primär keine im engeren Sinn therapeutische Intention.

Zielgruppe

Basale Kommunikation richtet sich an Menschen, deren Lebensthemen PIAGETs (1975) Entwicklungsschritten bis zur Phase der „sekundären Zirkulärreaktionen“ entsprechen: Einheit erleben - Überleben - sich in Bewegung erleben - die Effekte der Umwelt entdecken (MALL 1997, HAISCH 1988). Diagnosen können sein: „schwere geistige Behinderung“, „ausgeprägt autistisches Verhalten“, „schwer mehrfach behindert“. Ebenso sind Menschen im Blick, deren Lebensumstände die gleichen Themen wieder in den Vordergrund gerückt haben: „Demente“ Menschen (siehe GROND 1988), solche im „Wachkoma“ oder mit „apallischem Syndrom“ (siehe FRÖHLICH u.a. 1997, BIENSTEIN u.a. 1994).

Vermittlung

Der Autor selbst vermittelt Basale Kommunikation durch Kurse in Fortbildungseinrichtungen der Behindertenhilfe oder in Einrichtungen selbst. Eine 2-tägigen Einführung stellt die Selbsterfahrung der Teilnehmer in den Vordergrund. Nach praktischen, Körper-bezogenen Erfahrungen mit sich selbst oder einem Partner erleben sie Basale Kommunikation mit einem anderen Gruppenmitglied

„am eigenen Leib“ (siehe MALL 1998). Referat, Diskussion und Rollenspiel vermitteln den theoretischen Hintergrund und ein ganzheitliches Verständnis von Kommunikation, Video-Beispiel und Diskussion sprechen die Anwendung bei behinderten Partnern an. Auf einem Vertiefungstreffen in ca. 3-monatigem Abstand stellen die Teilnehmer ihre Erfahrungen dar und reflektieren sie, ergänzt von Video-Beispielen von Basaler Kommunikation bei verschiedenen Personen. - Ein 4-tägiger Kurs „Mit dem Körper sprechen lernen“ ermöglicht neben der Vermittlung der Basalen Kommunikation auch die Vertiefung des Praxisbezugs und die Selbsterfahrung von Massage (siehe LEBOYER 1979).

Die wirkungsvolle Vermittlung von Basaler Kommunikation als Umgangsweise in der Aus- und Fortbildung hängt von sehr subtilen, kaum über Literaturstudium oder einmalige Selbsterfahrung zu erfassenden Aspekten ab, wie Sensibilität für die eigene und fremde Körperlichkeit oder eine konsequent Person zentrierte Sicht behinderter Menschen (siehe MALL 1992). Um sicher zu stellen, dass die Verwendung der Bezeichnung „Basale Kommunikation“ in der Aus- und Fortbildungsarbeit gewissen Qualitätskriterien entspricht, wurde für sie Markenschutz beantragt.

Ein Beispiel

Rolf, 12 Jahre, liegt auf einer Matte im Wohnzimmer der Heimgruppe. Die meisten Kinder sind in der Schule, die Mitarbeiterin sortiert Wäsche ein und bereitet das Mittagessen vor, bevor ihre Kollegin aus der Pause kommt. Rolf hat nach Sauerstoffmangel bei der Geburt eine starke Tetraspastik entwickelt, Lagerungskissen und -keile versuchen, ihn in einer Reflex hemmenden Lage zu halten. Eine Hand hat er - wie meist - im Mund, völlig eingespeichelt, die andere greift scheinbar ungezielt in die Luft. Der Kopf dreht mit überstrecktem Nacken immer wieder hin und her, die Augen schweifen durch den Raum, scheinen dabei nichts zu fixieren. Hin und wieder huscht ein Lächeln über sein Gesicht, vor allem, wenn seine Bewegungen die raschelnden, bunten Bänder erreichen, die von der Decke hängen. Auch erzeugt er einfache, langgezogene Vokallaute unterschiedlicher Tonhöhe.

Die Therapeutin kommt in den Raum, um Rolf zu besuchen. Sie kennen sich noch nicht. Auf ihr Eintreten reagiert er nicht sichtbar, auch als sie ihn anspricht, seinen Namen ruft, sieht sie keine Veränderung in seinem Verhalten. Sie weiß nicht, ob er sie wahrnimmt. Sie setzt sich neben ihn auf die Matte, legt vorsichtig ihre Hand auf seine Hüfte. Da hält er kurz mit seinen Bewegungen und Lauten inne, um sie gleich darauf wieder aufzunehmen.

Sie spricht ihn wiederholt an, mit ruhiger, etwas melodischer Stimme. Mit der Hand spürt sie den Rhythmus seiner Bewegungen, und sie unterstützt ihn ein wenig, indem ihre Hand aktiv mitgeht. Ihre Stimme übernimmt den Rhythmus, wenn sie Rolfs Namen ausspricht oder seine Laute nachahmt. Dazwischen spricht sie leise zu ihm, stellt sich ihm vor, spricht aus, dass sie ihn besuchen und kennen lernen möchte. Sie nimmt ihre Hand wieder weg von ihm. Rolf bleibt eine Weile still, nimmt dann seine Bewegungen wieder auf.

Jetzt beugt sie sich über ihn und schaut ihm ins Gesicht. Ihre Augen versuchen, seinen Blick „einzufangen“. Dazu sagt sie so etwas wie: „Hallo, Rolf! - Guten Tag!“, wiederholt es mehrmals. Ganz kurz fixieren Rolfs Augen die ihren, schweifen dann wieder ab. Als sie mit der Hand versucht, seine Kopfbewegungen etwas abzufangen und den Kopf vorsichtig auf sich auszurichten, wird seine Bewegung stärker, und er drängt ihre Hand mit dem Kopf zur Seite. Sie nimmt sich wieder zurück.

Nach einer kleinen Pause legt sie die Hand wieder auf seine Hüfte und geht mit seiner Bewegung mit, immer wieder begleitet von ihrer Stimme. Dann - Rolf liegt auf der Seite - streicht ihre Hand mit deutlichem Druck seinen Rücken hinunter, vom Nacken bis zum Steißbein, wiederholt dies einige Male, versucht dabei, den Rhythmus seiner Bewegung aufzugreifen. Er reagiert nicht sichtbar, scheint aber auch nicht abzulehnen. So dehnt sie das Streichen aus, über seine Arme, die Beine, den ganzen Körper. Als sie seine Hände leicht massiert, spürt sie ihre Kälte. Zwischendurch hält sie inne, achtet auf Reaktionen von Rolf. Seine Bewegungen lassen nach, er wird immer ruhiger. Sie hat den Eindruck, er genießt es.

Nach etwa zwei bis drei Minuten lässt sie das Streichen wieder. Rolf bleibt ruhig. Sie spricht ihn erneut an, versucht, Blickkontakt herzustellen. Seine Reaktion ist ähnlich wie zuvor. Jetzt achtet sie

genauer darauf, wie Rolf atmet, indem sie seinen Bauch beobachtet und ihre Hand an seine Seite legt. Er hat einen sehr flachen, kaum wahrnehmbaren Rhythmus. Nur wenn er einen seiner Laute erzeugt, geschieht dies mit lang gedehntem Ausatmen. Sie versucht selbst, sich in seinen Atemrhythmus einzuschwingen und mit ihm zusammen auszuatmen. Dabei greift sie seine Töne auf, oder sie summt selbst in sein Ausatmen. Hin und wieder versetzt ihre Hand seinen Körper im Ausatmen in ganz leichte, rasche Schwingungen. Da sein Atemrhythmus schwierig zu übernehmen ist, steigt sie zwischendurch aus und lässt ihren eigenen Rhythmus fließen. Sie achtet auch darauf, selbst möglichst entspannt und gelassen zu bleiben. Rolf wird allmählich etwas ruhiger, seine Eigenbewegungen bleiben fast völlig aus, die Hand ist nicht mehr im Mund.

Um ihn noch unmittelbarer über den Körper ansprechen zu können, setzt sie sich jetzt hinter ihm auf die Matte und lehnt an die Wand. Einige Kissen nutzt sie, um den Rücken gut zu unterstützen. Dann fasst sie Rolf unter den Armen, lässt ihre Hände da liegen, achtet auf seinen Atemrhythmus, und mit einem Ausatmen zieht sie ihn zu sich her und lehnt ihn mit seinem Oberkörper gegen sie. Auf die starke Aktion reagiert er mit Verspannung. Die Spastik nimmt zu, er dreht den Kopf rasch hin und her, äußert gepresste Laute. Sie äußert Verständnis für sein Erschrecken und spricht beruhigend zu ihm. Seine Beine drehen sich stark nach innen und überstrecken sich, deshalb legt sie ihre Beine über seine Oberschenkel und dreht diese vorsichtig nach außen. Ihre Arme legt sie über seine Schultern, damit er gut an sie anlehnt. So wartet sie zunächst einmal ab, wie er weiter reagieren wird, versucht sensibel zu spüren, ob er über Muskelspannung, Körperbewegungen oder Stimme Ablehnung oder gar Angst äußert.

Nach dem ersten Schreck wird er jedoch wieder ruhiger, die Muskelspannung lässt nach. Sie kann wieder seinen Atemrhythmus wahrnehmen. Über ihre eigene Atembewegung, die er an ihrem Bauch deutlich spürt, spiegelt sie ihm seinen Rhythmus zurück. Ihr Akzent liegt dabei auf dem Ausatmen, das sie möglichst synchron mit ihm anbietet. Das Einatmen lässt sie bei ihm und für sich selbst freikommen. Wichtig ist ihr, spielerisch mit ihrem jetzt gemeinsamen Rhythmus umzugehen, nichts zu forcieren, selbst möglichst gelassen und entspannt zu bleiben. Zunächst ist sein Rhythmus sehr gebrochen, dazwischen lange Pausen oder Phasen, in denen er nur ganz flach atmet, oder lang gezogenes, gepresstes Ausatmen, oft zusammen mit einem seiner charakteristischen Laute.

Sie „unterstreicht“ ihr gemeinsames Ausatmen, indem sie sanfte Töne dazu brummt, über seine Arme oder seitlich seinen Oberkörper entlang streicht. Auch schickt sie im Ausatmen aus ihren Schultern, ihrem Becken ganz feine, rasche Schwingungen in seinen Körper, immer ein paar mal wiederholt, dann wieder gelassen. Sein Atemrhythmus wird allmählich ruhiger, fließender, harmonischer. Die Muskelspannung lässt spürbar nach, der Rücken schmiegt sich deutlicher an ihren Körper. Auch in den Beinen oder Armen spürt sie immer weniger Spastik. Schließlich öffnet er sogar die Hände, die Zehen sind nicht mehr überspannt nach oben gezogen. Sie achtet darauf, nicht zu viel Aktivität zu zeigen, immer wieder auch gar nichts zu tun, sondern ihn nur ihren gemeinsamen Rhythmus spüren zu lassen. Nach vielleicht knapp 10 Minuten hat sie den Eindruck, Rolf sei eingeschlafen. Sie genießt es, ihn so entspannt bei sich zu spüren und Geborgenheit erleben zu lassen.

Nachdem beide für ein paar Minuten fast ohne Aktivität so gesessen haben, spürt sie, wie wieder etwas mehr Spannung durch Rolfs Körper geht. Er dreht ansatzweise den Kopf nach hinten, vielleicht um in ihr Gesicht blicken zu können. Auch lautiert er wieder stärker. Sie spricht zu ihm, formuliert, was sie wahrnimmt, und wie sie es versteht. Ihre Hände streichen wieder über seinen Körper, sie spielt mit seinen Händen, die viel wärmer sind als zuvor. Schließlich dreht sie ihn seitwärts, so dass er quer zu ihr zwischen ihren Beinen sitzt und sie ihn mit dem linken Arm stützt. Er blickt sie mehrmals für kurze Zeit offen an, seine Mimik wirkt entspannt und fast fröhlich. Sein Atemrhythmus ist lebhafter als zuvor. Sie spricht wieder mehr zu ihm, berührt ihn auf verschiedene Art, macht kleine Fingerspiele mit ihm. Dann nimmt sie seine Hand, führt sie zu den Bändern, die von der Decke hängen, und bringt diese zum Rascheln. Er folgt ansatzweise mit den Augen.

Es sind etwa 30 Minuten vergangen, seit sie den Raum betreten hat. Bald kommen die anderen Kinder von der Schule zurück. Sie ist recht zufrieden mit dem Verlauf ihrer Kontaktaufnahme, und ihr

scheint, Rolf teilt diese Empfindung. Auch weil ihr allmählich das Sitzen an der Wand schwer fällt, beschließt sie, zum Ende der Begegnung zu kommen. Sie teilt Rolf dies mit Worten und über ihren Körper mit, indem sie ihn weniger eng hält und sich von ihm zurückzieht. Schließlich liegt er wieder wie zu Beginn auf der Matte. Sie spricht noch etwas zu ihm, bläst ihn sanft an, berührt ihn. Er ist noch immer relativ ruhig. Dann wendet er den Kopf ab und beginnt mit seinen Bewegungen und Lauten. - Morgen kommt sie wieder, und auch die nächsten Tage, Wochen, Monate, vielleicht Jahre. Sie ist gespannt, wie sich die Beziehung zu Rolf entwickeln wird. (Nach MALL 1998)

Umgang mit Körperlichkeit

Basale Kommunikation kommt auch ohne direkten Körperkontakt aus, vor allem, wenn der Partner großer Nähe zu ambivalent gegenüber steht. Ihr volles Potenzial entfaltet sie jedoch nur im gegenseitigen Spüren: Rücken an Bauch, Hand auf dem Körper, Bein an Bein. Dies setzt einen eher unbefangenen eigenen Umgang mit körperlicher Nähe voraus, vielleicht gestützt durch Körpertherapeutische Erfahrungen. Für Außenstehende mag die Situation ohne vorherige Aufklärung eher befremdlich wirken, weshalb Angehörigen, Kollegen oder Vorgesetzten die Hintergründe des Vorgehens zu erläutern sind.

Personen der beschriebenen Zielgruppe werden diese Nähe nur selten sexuell getönt erleben, da ganz andere Lebens Themen im Umgang mit sich und der Umwelt im Vordergrund stehen. Eher gewinnt die Situation eine frühkindliche Färbung mit Themen wie Vertrauen und Fürsorge und eher einseitiger Rollenverteilung bezüglich Aktivität/Passivität (siehe MALL 1998, S.86 ff). Dazu passt auch die Position des beschriebenen Schoßsitzes.

Sicher ist nicht völlig auszuschließen, dass über die körperliche Nähe die Sexualität mancher Partner angesprochen wird, vor allem solcher mit sehr unausgeglichem Entwicklungsprofil. Dann liegt es an der eigenen Achtsamkeit, dies zu bemerken und in akzeptable Bahnen zu lenken, was eventuell auch heißt, auf derartige Nähe künftig zu verzichten. Entsprechendes gilt, wenn der nicht-behinderte Partner hier eigene Grenzen berührt. Es wäre jedoch schade um die verpassten Chancen, Basale Kommunikation nicht zu nutzen, nur um unbedingt diese „Gefahr“ zu meiden.

Grenzen

Bei Personen mit sehr starker Ambivalenz gegenüber fremdstrukturiertem Kontakt, die auch bei einer „sich einschleichenden“ Annäherung zu Panik und Widerstand neigen, kann Basale Kommunikation an Grenzen stoßen. Oft lohnt es aber, dennoch nicht aufzugeben und sich immer wieder dieser Grenze zu nähern. Mit noch mehr Zeit, Geduld und fortgesetztem, vorsichtigem Bemühen kann es gelingen, doch so attraktiv für den Partner zu werden, dass er seine Ambivalenz überwindet.

Ihren Sinn verliert Basale Kommunikation bei Personen, deren umweltbezogene Bewusstheit weiter entwickelt ist. Sie finden das Verhalten der Bezugsperson „komisch“, beginnen zu agieren, ihr Atemfluss verliert seine Spontaneität. Basale Kommunikation bewegt sich im vorbewussten Gebiet und sollte nicht primär vom bewussten Verstand mit vollzogen werden. Hier gibt es sicher andere, entwickeltere Kommunikationsweisen (siehe TETZCHNER u. MARTINSEN 2000; KRISTEN 1997). Vielleicht kann man bei entsprechender Kompetenz auch stärker an der Methodik der Funktionellen Entspannungstherapie orientiert vorgehen, oder es lassen sich andere Verfahren der Entspannung und Körperarbeit einsetzen (gute Anregungen auch bei PÖRTNER 199, PROUTY u.a. 1998).

Was kommt „danach“?

Kommunikation beginnt mit dem Erleben: Mein Gegenüber nimmt meine „Äußerungen“ auf und reagiert passend darauf. In der Basalen Kommunikation werden soweit möglich sämtliche Lebensäußerungen mit eigenem Verhalten beantwortet, bis hin zum Atemrhythmus. Entsprechende Erfahrungen macht ein Baby in den ersten Wochen nach seiner Geburt und erfährt so, in Bezug zu seiner Umwelt zu sein und sie beeinflussen zu können. Ist die Person in der Lage dazu, differenziert sie auf dieser

Basis ihr kommunikatives Verhalten aus, der eigene, aktiv-gezielte Anteil an gelingender Kommunikation vergrößert sich:

Eigene vitale Bedürfnisse (Sicherheit, Nahrung, Wärme, Sauberkeit) werden zuverlässig und angepasst befriedigt. - Eigene Äußerungen (Mimik, Laute, Bewegungen, Rhythmen), von den Bezugspersonen widergespiegelt, werden als Vertrautes erkannt, das von außen zurück kommt. - Eigene sinnliche Vorlieben und Abneigungen werden ernst genommen und berücksichtigt. - Eigenes Verhalten setzt vertraute Abläufe in Gang, man kann als wirksam Handelnder in seine Umwelt eingreifen. - Eigene Wünsche lassen sich durch gezielte Äußerungen durchsetzen.

Basale Kommunikation kann - oft in der „besonderen“ Situation von Förderung oder Therapie - einen solchen Prozess der kommunikativen Entfaltung in Gang setzen, der sich aber im Alltag des betreffenden Menschen fortsetzen muss:

Den behinderten Partner auch im Alltag sehr genau beobachten, seine Äußerungen wahrnehmen und darauf reagieren. - Ihm seine eigenen Verhaltensweisen (Laute, Bewegungen, Rhythmen, ...) zurück spiegeln, Pausen lassen, damit er reagieren kann, seine Reaktionen beobachten. - Vertraute Abläufe (Pfle gehandlungen, Füttern, Spielangebote, ...) immer wieder unterbrechen, auf eine Reaktion des Partners warten, von ihr die Art der Fortsetzung abhängig machen. - Lieblingstätigkeiten unterbrechen, warten, bis der Partner den Wunsch nach Fortsetzung ausdrückt. - Alternativen deutlich wahrnehmbar anbieten (z.B. beim Füttern: Willst du jetzt trinken oder essen?), beobachten, ob die Reaktion des Partners Rückschlüsse auf seinen Willen zulässt, diesem dann nachkommen. Mit der Zeit lassen sich evtl. Bilder und Symbole als Hilfen einsetzen. - Bestimmte Äußerungen des Partners mit Bedeutung belegen (z.B. Zustimmung/Ablehnung), ihm das auch mitteilen, künftig zuverlässig entsprechend reagieren. - Evtl. auch mal durch absichtliches Missverstehen Ablehnungsreaktionen provozieren und entsprechend reagieren (siehe TETZCHNER u. MARTINSEN 2000; KRISTEN 1997).

Mit dieser Entfaltung von Kommunikation entwickelt sich auch die Persönlichkeit des Partners und verbessert sich seine Selbstwahrnehmung. Er erlebt sich als Person ernst genommen und gefordert und spürt, dass und wie er Einfluss auf seine Umwelt nehmen kann.

3 Kritische Bilanz

Basale Kommunikation als Weg un-bedingter Begegnung zwischen Menschen aus gegensätzlichsten Lebenswelten (behindert, fremd bestimmt, ohnmächtig vs. kompetent, bestimmend, autonom) legt den Finger in die Wunde jeder segregierenden „Schwerstbehinderten-“ Pädagogik. Behinderung wird erlebbar als etwas, das in der Lebensgeschichte, der direkten Interaktion geschieht, nicht unabänderlich gesetzt ist - als gesellschaftliche und zwischen-menschliche Konstruktion (siehe ELBERT 1982 und NIEDEKEN 1998). Gleichzeitig wird Erziehung, Förderung, Therapie wahrnehmbar als kommunikativer, von beiden Partnern wechselseitig gestalteter Prozess, dessen Ziele nicht einseitig vorab definiert werden.

Hier stößt man auf den Widerstand jener, denen weiter wichtig ist, die Prozesse „in der Hand“ zu haben. Sie kritisieren die mangelnde „Zielorientierung“ des Vorgehens, oder dass „das doch keine Arbeit“ sei, wenn man „nur“ zusammen auf der Matte sitzt und „schmust“. Bei erwachsenen Partnern lässt sich auch auf die fehlende „Erwachsenen-Gerechtigkeit“ verweisen. Möglicherweise verdecken diese Argumente die Angst, nicht mehr von vorn herein wissen zu können, wie sich die Begegnung, Erziehung, Therapie gestalten wird, letztendlich die Wirkungslosigkeit der eigenen Anstrengung in Kauf nehmend sowie den Partner fortgesetzt aufs Neue behindernd.

Selbstverständlich tritt Basale Kommunikation in Schule, Förderstätte oder Wohngruppe ergänzend neben die Erfordernisse und Routinen des Alltags, neben andere Möglichkeiten von Lernen, Therapie und Lebensgestaltung. Ihr Erlebnis könnte eine Art bleibender Basis sein, auf die sich „Betreuer“ und „Betreuter“, „Therapeut“ und „Patient“, „Lehrer“ und „Schüler“ immer wieder zurück ziehen können, um sich ihrer selbst und des andern zu vergewissern. Beide spüren, ob man noch in Kontakt ist, wie es beiden gerade geht, ob man mit seinen Angeboten den Partner erreicht hat, um danach wieder

neu gemeinsam in den Alltag aufzubrechen, auch um weiter führende pädagogische, fördernde, therapeutische Erfahrungen zu machen.

4 Perspektiven/Ausblick

Bisherige Erfahrungen mit Basaler Kommunikation sind schön und ermutigend, bei genauer Beobachtung auch objektivierbar: Menschen mit Behinderung erleben sich als angenommen, brechen neu auf, sich und ihre Umwelt zu entdecken, zeigen selbstbewusster, was sie wollen. Fachleute gewinnen die Erfahrung, wirklich in Kontakt zu sein, erleben sich unmittelbar als bedeutungsvoll für ihren behinderten Partner. Abzuwarten bleibt, ob sich für die Weitervermittlung Basaler Kommunikation ein spezielles Anforderungsprofil für Multiplikatoren etablieren wird.

Es gibt Berichte über den Einsatz Basaler Kommunikation im Umgang mit dementen alten Menschen (GROND 1988), der jedoch in den Einrichtungen leider an enge zeitliche und personell-fachliche Grenzen stößt. Viel versprechende erste Versuche, Basale Kommunikation zur Kontaktgestaltung bei Menschen im Wachkoma zu nutzen (MALL 2000), lassen angesichts der verbreiteten Hilflosigkeit in der Begegnung mit diesen Personen auf neue Chancen hoffen. Allerdings sollte gerade bei diesen beiden Zielgruppen der mögliche „Förderaspekt“ noch zurückhaltender gesehen und zunächst das So-Sein dieser Menschen akzeptiert werden, es ihrer Entscheidung überlassend, sich für Veränderungen zu öffnen.

Wünschenswert sind weitere Versuche, Basale Kommunikation an Eltern zu vermitteln, was bisher meist eher auf Schwierigkeiten gestoßen ist. Sicher sind die Gründe dafür sehr vielschichtig und immer vor der immens schwierigen und komplexen Situation der Eltern zu sehen. Da, wo sich Mütter darauf einlassen konnten, machten sie die bereichernde Erfahrung, mit dem eigenen Kind auf diese Weise eine wirklich „mütterliche“ Situation gestalten zu können.

5 Literatur und Materialien (aktualisiert Mai 2004)

- AFFOLTER, F.: Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache. Villingen-Schwenningen 1987
- ELBERT, J.: Geistige Behinderung - Formierungsprozesse und Akte der Gegenwehr. In: KASZTANTOWICZ, U. (Hg.): Wege aus der Isolation. Heidelberg 1982. Zu finden unter: <http://www2.uibk.ac.at/bidok/library/grundlagen/elbert-formierungsprozesse.html>
- FRÖHLICH, A. D.: Der somatische Dialog - Zur psychischen Situation schwerst mehrfachbehinderter Kinder. In: Behinderte 5. Jg./1982 Heft 4, S.15-20
- FRÖHLICH, A., BIENSTEIN, CH., HAUPT, U.: Fördern - Pflegen - Begleiten. Beiträge zur Pflege- und Entwicklungsförderung schwerst beeinträchtigter Menschen. Düsseldorf 1997
- FRÖHLICH, A.D.: Basale Stimulation - Das Konzept. Düsseldorf 1998
- FUCHS, M.: Funktionelle Entspannung: Theorie und Praxis einer organismischen Entspannung über den rhythmisierten Atem. Stuttgart ⁴1989
- GLAR, P. (Caritasverband für das Bistum Aachen e.V. - Hg.): Reader Gestalttherapie mit Behinderten. Aachen 1997. (Beim Hg. zu bestellen: Referat Behindertenhilfe, Kapitelstr. 3, 52066 Aachen)
- GROND, E.: Die Pflege verwirrter alter Menschen. Freiburg ⁴1988
- HAISCH, W.: Kognition, dargestellt an der Entwicklung der sensomotorischen Intelligenz. In: Schermer, F. H. (Hg.): Einführung in Grundlagen der Psychologie. Würzburg 1988
- KRIMM-V. FISCHER, C.: Rhythmik und Sprachanbahnung. Heidelberg ³1995
- KRISTEN, U.: Praxis Unterstützte Kommunikation - Eine Einführung. Düsseldorf ²1997
- LEBOYER, F.: Sanfte Hände. Die traditionelle Kunst der indischen Baby-Massage. München 1979
- MALL, W.: Entspannungstherapie mit Thomas - erste Schritte auf einem neuen Weg. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 29. Jg./1980 Heft 8, S. 298-301

- MALL, W.: Basale Kommunikation - ein Weg zum Andern. In: Geistige Behinderung, 23. Jg., Heft 1/1984, Innenteil. - Neu abgedruckt in: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hg.): Hilfen für Behinderte - Handreichungen für die Praxis II; Marburg/Lahn 1987
- MALL, W.: Die Wiederaufnahme der primären Kommunikationssituation als Basis zur Förderung schwer geistig behinderter Menschen. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 36. Jg./1985 Beiheft 12, S. 24-32
- MALL, W.: Heilpädagogische Partnerschaft mit schwerstbehinderten Menschen. In: Annehmen und Verstehen - Perspektiven der Förderung von Menschen mit sehr schweren Behinderungen, Tagungsbericht des Fachkongresses am 3./4.9.1992 in Duisburg. Hürth 1992
- MALL, W.: Kommunikation - Basis der Förderung. In: Frei, E.X., Merz, H.-P. (Hg.): Menschen mit schwerer geistiger Behinderung - Alltagswirklichkeit und Zukunft. Luzern ²1993
- MALL, W. Wie kommt der Austausch in Gang? In: Unterstützte Kommunikation - ISAAC's Zeitung, Heft 2-3/1998
- MALL, W.: Das Lächeln des Herrn T. - Basale Kommunikation bei Menschen im Wachkoma. In: Zeitschrift „Wachkoma und danach“ (Schädel- und Hirnpatienten in Not e.V.) Heft 2/2001, S. 38-41
- MALL, W.: Sensomotorische Lebensweisen - Wie erleben Menschen mit geistiger Behinderung sich und ihre Umwelt? Heidelberg ²2003
- MALL, W.: Kommunikation ohne Voraussetzungen mit Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen. Heidelberg (Edition »S« im Universitätsverlag Winter) ⁵2004
- NIEDECKEN, D.: Namenlos - Geistig Behinderte verstehen. Neuwied, Kriftel, Berlin 1998
- PÖRTNER, M.: Ernstnehmen - Zutrauen - Verstehen. Personzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. Stuttgart ²1999
- PROUTY, G., PÄRTNER, M., VAN WERDE, D.: Prä-Therapie. Stuttgart 1998
- TETZCHNER, S., MARTINSEN, H.: Einführung in Unterstützte Kommunikation. Heidelberg 2000
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J., JACKSON, D.: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern/Stuttgart/Wien ⁷1985