

## Das Lächeln des Herrn T. Basale Kommunikation bei Menschen im Wachkoma

erschienen in Heft 2/2001 der Zeitschrift „Wachkoma und danach“  
des Vereins Schädel- und Hirnpatienten in Not e.V., Amberg

### Das Leben im Wachkoma

Für Menschen im Wachkoma teilt sich das Leben radikal in ein „Davor“ und ein „Danach“ – bezogen auf das Ereignis, das zum Koma geführt hat und die Gegenwart vom bisherigen Leben trennt. Es sind Personen, die nach Klinik und Rehabilitation nicht wieder den Weg in eine bewusste (Mit-) Gestaltung ihres Lebens gefunden, sondern sich auf (vorläufige?) Dauer auf den innersten Kern ihrer Vitalität zurück gezogen haben. Dies ist natürlich in Folge des schädigenden Ereignisses geschehen – Unfall, Narkosezwischenfall, Schlaganfall, Herzinfarkt, usw. – aber zugleich vor dem Hintergrund ihres bisherigen Lebens und den Erfahrungen, die sie seit diesem Vorfall gemacht haben. Der Versuch einer ganzheitlichen Einfühlung in die konkrete Lebenssituation des jeweiligen Menschen lässt mitunter einen tieferen Zusammenhang erahnen, der Respekt fordert und allzu forciertes Rehabilitationsbemühen zur Zurückhaltung mahnt.

Menschen im Wachkoma atmen, sie haben Puls und Blutdruck, ihre Muskeln sind angespannt oder entspannt. Sie schlafen oder sind wach, ihre Augen sind geöffnet oder geschlossen. Ihre Mimik, zum Teil auch Lautäußerungen verschiedener Art lösen beim Gegenüber eine emotionale Reaktion aus. Oft beschränkt sich die Eigenaktivität auf diese wenigen Dinge, selbst die Nahrungsaufnahme geschieht überwiegend passiv über Sonde, die Ausscheidung ohne aktive Beteiligung über Katheder und Einlauf.

In unserem Da-Sein in der Welt lassen sich sechs basale Themen finden, die sich in den ersten 18 Lebensmonaten der nicht behinderten Entwicklung entfalten, und die uns unser Leben lang in unterschiedlicher Gewichtung begleiten und unsere Persönlichkeit prägen: *Einheit* erleben – das *Überleben* sichern – sich in seinem Körper und in *Bewegung* erleben – mit sinnlichen *Effekten* der Umwelt umgehen und Vorlieben wie Abneigungen ausprägen – *Zusammenhänge* beherrschen und Gewohnheiten entwickeln – eigene *Absichten* darstellen und verfolgen (MALL 1997). Im Leben von Menschen im Wachkoma stehen die ersten beiden dieser Themen ganz im Vordergrund, die beim Kleinkind die vorgeburtliche und frühe nachgeburtliche Zeit bestimmen.

### Meine Begegnung mit Herrn T.

Im Rahmen einer einwöchigen Hospitation in einem Pflegeheim für Menschen im Wachkoma lerne ich Herrn T. kennen, mit Ende 40 in meinem Alter, von außereuropäischer Herkunft, als Besucher in Deutschland vor über 6 Jahren in Folge eines Unfalls ins Koma gefallen. Für die Kontaktaufnahme kommt erschwerend hinzu, dass er wohl neben seiner Muttersprache vermutlich nur Spanisch versteht, dies aber kaum jemand – auch ich nicht – mit ihm sprechen kann. Seiner Familie – Frau und Kindern – ist es nicht möglich, ihn zu besuchen, lediglich ein Foto von ihnen, das über seinem Bett hängt, und eine Videoaufnahme aus dem Heimatort haben sich besorgen lassen.

Mein Anliegen bei dieser Hospitation ist, Menschen im Wachkoma kennen zu lernen und zu sehen, wie weit sich Erfahrungen aus der Kommunikationsgestaltung mit schwer geistig und mehrfach behinderten Menschen auf diese Personen übertragen lassen. Die dort entwickelte Vorgehensweise der Basalen Kommunikation erlaubt, ganz ohne Voraussetzungen auf Seiten des behinderten Partners Situationen der Kommunikation und des Austausches zu gestalten (MALL 1987 u. 1998).

Herr T. wird über PEG-Sonde durch die Bauchdecke ernährt. Er leidet offensichtlich immer wieder unter Blähungen, zur Darmentleerung braucht er öfter Hilfe. Viel Zeit verbringt er im Bett, wo er immer wieder auf verschiedenen Seiten gelagert wird. Die Beine hat er angezogen, in Folge von Kontraktionen kann er sie nicht mehr strecken. Die Hände hält er meist in spastischer Stellung abgeknickt mit angewinkelten Armen vor der Brust. Er nimmt am Leben des Heimes teil, indem er meist einmal am Tag im Rollstuhl in den Aufenthaltsraum gebracht wird, dort auch in der Musik- oder Vorlesegruppe dabei ist. Bei gutem Wetter sitzt er auf der Terrasse. Sitzt er länger im Rollstuhl, lassen Körperhaltung, Mimik und Laute auf Unbehagen schließen, trotz des Versuchs der Mitarbeiter, ihn optimal zu lagern. Die Mitarbeiter sprechen ihn immer wieder an, beziehen ihn in ihre Unterhaltung mit ein, pflegen insgesamt einen rücksichtsvollen, respektierenden und humorvollen Umgangstil. Eine ehrenamtliche Helferin kommt ihn regelmäßig besuchen und geht mit ihm spazieren.

Beim ersten Kontakt am Nachmittag bleibe ich an der rechten Seite von Herrn T.'s Bett, der die Augen leicht geöffnet hat. Ich begrüße ihn, stelle mich vor, versuche, die gegenwärtige Situation in Worte zu fassen, unabhängig davon, wie weit er sie versteht. Ich lege meine Hand auf seine, streiche mit den Handflächen seine beiden Arme von den Schultern bis über die Fingerspitzen hinaus aus, vermittele mit den Händen eine leichte Vibration in seinen Körper. Beides versuche ich, in sein Ausatmen hinein anzubieten, wiederhole es ein paar Mal, lasse es dann wieder. Ich nehme den Arm, versuche ihn mit sanften Bewegungen synchron zu seinem Ausatem zu dehnen. Sein Arm wird weicher, er lässt ihn fast strecken. Die Hand bleibt eher geschlossen. Er atmet in langen Zügen relativ gleichmäßig, zwischendurch verhält er den Atem oder seufzt auf. Ich achte darauf, betont ruhig vorzugehen, mich selbst dabei gut zu spüren, Pausen zu lassen, genau zu beobachten, welche Reaktionen Herr T. zeigt. Während ich bei ihm bin, scheint sich seine Mimik zu öffnen, auch der Mund öffnet sich etwas und die Lippen bewegen sich leicht. Nach einer Weile gehe ich auf die linke Seite, wende seinen Kopf ansatzweise auf diese Seite und versuche, auch den linken Arm etwas zu dehnen, was nicht so gut geht. Nach ca. 30 Minuten verabschiede ich mich.

Am Vormittag des nächsten Tages versuche ich die nächste Begegnung. Nach der Begrüßung suche ich jetzt einen Weg, um hinter Herrn T. zu sitzen zu kommen, ohne bei ihm Missfallen und Verspannung auszulösen, was erst im zweiten Anlauf gelingt. Schließlich sitze ich im Bett hinter ihm am Kopfende, sein Kopf ruht auf meinem Bauch. Ich lege Wert darauf, selbst möglichst entspannt sitzen zu können, vom hoch gestellten Kopfteil und mit Kissen entsprechend unterstützt. Nun kann ich mich wieder auf Herrn T. konzentrieren. Ich beobachte jede Regung, die er zeigt, vor allem den Atem als seine aktivste Regung. Ich schwinde mich in seinen Atemrhythmus ein und spiegle ihm seinen Ausatem über meine mit atmende Bauchdecke zurück, manchmal unterstrichen durch sanftes Brummen oder Tönen. Mit meinen Händen streiche ich wieder über seine Arme, versuche sie zu dehnen, seine Körperhaltung zu öffnen. Herr T. atmet wieder gleichmäßig und ruhig. Auch sein linker Arm lässt sich heute recht gut dehnen, seine Arm- und Handhaltung öffnen. Zwischendurch zeigt er leichtes Erschrecken, wenn ich zu einer Bewegung ansetze. Später seufzt er auf einmal tief auf; ich verstehe es so, dass es ihm für dieses Mal reicht, und beginne mich zurückzuziehen. – Diese Art von Begegnung wiederhole ich nun die Woche über täglich zwei Mal, meist mit ähnlichem Verlauf. Ich werde sicherer darin, eine gute Position mit Herrn T. zusammen zu finden. Mitarbeiter, die mich mit Herrn T. beobachten, meinen, Herr T. scheine sich für sie während der Begegnung mit mir deutlich wohl zu fühlen. Wenn ich ihn verlasse, bleibt seine Körperhaltung für eine ganze Weile offener als zuvor.

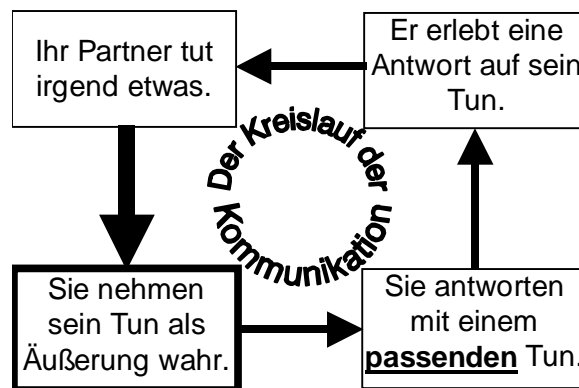
Einmal sitzt Herr T., als ich komme, im Rollstuhl auf der Terrasse. Nach der Begrüßung trete ich hinter ihn, entferne die Nackenstütze des Rollstuhls und lehne seinen Kopf an meinen Bauch, achte darauf, gut zu stehen. Auch so spiegle ich ihm seinen Atemrhythmus zurück, streiche zum Ausatmen über Schultern und Hände, lege meine Hände auf seine Schultern oder seine Brust, übermittle Brummen, Töne und leichte Vibration. Die Spannung in seinem Nacken lässt deutlich nach, der Kopf lässt sich aus der anfänglichen Seitendrehung in die Mitte drehen, bis ich sogar den seitlich stützenden Arm wegnehmen kann. Später nach einer Pause – nachdem ich die Nackenstütze wieder angebracht habe – trete ich vor ihn, fasse ihn an den Unterschenkeln an, versuche die Beine zu dehnen. Herr T. reagiert mit vermehrter Spannung, worauf ich wieder nachlasse. Besser geht es, als ich am Knie Gegendruck anbringe, so kann ich das Kniegelenk ein wenig strecken. Herr T.'s Mimik wird wacher, er öffnet die

Augen. Die Spannung im Bein nimmt immer wieder zu, dann lasse ich nach; wenn das Bein weicher wird, beginne ich erneut, sanft zu dehnen. Später nehme ich seine Hände, ziehe ein wenig an den Armen – weiter alles im Rhythmus seines Ausatmens – lege schließlich Unterarme und Hände auf den Armlehnen des Rollstuhls ab. Er lässt es zu, lässt sogar die Arme dort liegen, als ich mich verabschiede.

Am Nachmittag des vierten und vorletzten Tages sitze ich wieder hinter ihm auf seinem Bett. Als ich gekommen bin, ist Herr T. nach rechts gedreht gebettet, seine Augen sind offen, die Arme und Hände spastisch abgewinkelt. Es gelingt mir jetzt immer besser, in eine bequeme Position zu kommen, bei der Herr T. sich gut an mich anlehnen kann. Sein Atem fließt bald schön gleichmäßig im Zusammenklang mit mir, er schließt die Augen, seinen rechten Arm kann ich behutsam ganz vom Körper weg bewegen und seitlich neben meinem Bein ablegen. Der linke Arm ist nicht so gut zu dehnen, lässt sich aber auch etwas öffnen. Auch der meist links geneigte Kopf lässt sich auf die rechte Seite drehen. Eine Schwester kommt in den Raum und meint, als sie uns sieht, sie habe Herrn T. noch nie so entspannt gesehen. Nach ca. 30 Minuten bemerke ich, dass er die Augen öffnet. Sein Atemrhythmus ändert sich, wird vielfältiger. Ich spüre ein Zucken in seiner linken Schulter, das mich an Weinen denken lässt. Dann beruhigt sich der Atem wieder, die Augen schließen sich. Als ich mich ein wenig später zurückziehe, meine ich, eine „missmutige“ Lautäußerung zu hören. Seine Körperhaltung bleibt jedoch geöffnet. – Wenig später schaue ich die Begegnung nochmals auf Video an und bin völlig überwältigt: Da, wo ich gespürt habe, wie Herr T. lebhafter wird, geht ein breites, offenes Lächeln über sein Gesicht!

## Alles ist Kommunikation!

„Man kann nicht nicht kommunizieren.“ Diese Feststellung WATZLAWICKS (1996, S. 53) ist inzwischen Allgemeingut. Sie spricht sich leicht aus, oft aber werden die Konsequenzen daraus ignoriert: Es gibt keine kommunikationsunfähigen Menschen, jeder Mensch äußert sich, verhält sich so, dass er auf seine Umwelt Einfluss ausüben kann. Der kritische Punkt ist, ob sich jemand davon beeinflussen lässt, diese Äußerung bemerkt und sinnvoll, das heißt so, dass sein Partner dies als zu sich passend erlebt, darauf antwortet (MALL 1993).



Kommunikation beginnt mit meiner Entscheidung, Verhalten des Andern als *Ausdruck* wahr zu nehmen, mich davon *beeindrucken* zu lassen und darauf passend zu antworten. Nicht anders ergeht es dem neu geborenen Säugling, dessen Mutter sein erstes Schreien selbstverständlich als Äußerung auf sich bezieht und mit Stimme und Körperkontakt darauf antwortet. Erst im ständig wiederholten Erleben, wie sein Verhalten auf Antwort stößt, dass da jemand ist, der dies Verhalten aufgreift und passend darauf reagiert, kann ein Mensch lernen, was Kommunikation heißt, kann er sich in Beziehung erleben. Oder – ganz wörtlich – mit Martin BUBER: „Der Mensch wird am Du zum Ich.“

Auch im Wachkoma äußert sich ein Mensch, zeigt Verhalten, das sich evtl. ändert, und das in mir Resonanz hervorruft: Er hat die Augen offen oder geschlossen, den Blick vielleicht gerichtet oder ungerichtet. Die Spannung seiner Muskeln ändert sich, ebenso Körperhaltung und Mimik. Er hat Puls, Blutdruck und Körpertemperatur, er wechselt zwischen Schlaf und Wachsein, manchmal arbeitet auch seine Verdauung mal so und mal anders. Und vor allem: Er atmet, und der Rhythmus seines Atems spiegelt unmittelbar seine Seele, teilt mir etwas mit von seiner Art und Weise, in der Welt zu sein. Wenn mir also daran liegt, mit einem Menschen im Wachkoma in Kommunikation zu kommen, finde

ich vielfältige Ansätze, bei denen ich beginnen kann, und es liegt an mir, sie zu nutzen. Auf welche konkrete Weise dies gelingt, lässt sich nur über das konkrete Tun, über Versuch und Irrtum herausfinden.

## **Hintergründe zur Basalen Kommunikation**

Basale Kommunikation entstand um 1980 aus der Notwendigkeit, einem nicht-sprechenden, stark geistig behinderten Jungen, der am Tag nach der Geburt im Krankenhaus von seiner Mutter verlassen worden und völlig von Angst durchdrungen war, ansatzweise die Möglichkeit zu vertrauen spüren zu lassen (MALL 1980). Angeregt vom psychosomatischen Therapieansatz der Funktionellen Entspannung nach Marianne FUCHS (1989) und anderen Körper bezogenen Umgangsweisen aus der Psychotherapie (z.B. nach BESEMS und v. VUGT, siehe GLAR 1997), entdeckte ich die Möglichkeit, ausgehend vom Atemrhythmus mich so dicht auf den Partner einzulassen, dass er im begrenzten Zusammensein mit mir tatsächlich ein wenig so etwas wie ur-mütterliche Geborgenheit erleben konnte, ohne dafür Vorleistungen erbringen zu müssen.

Im Laufe der Jahre etablierte sich Basale Kommunikation vor allem im Bereich der Begleitung und Förderung von Menschen mit schwerer geistiger oder mehrfacher Behinderung oder solchen mit stark autistischen Verhaltensweisen, die nicht oder nur unzureichend über Sprache und andere Kommunikationsweisen erreichbar sind. Früh schon wurde jedoch auch über Erfahrungen mit Basale Kommunikation bei verwirrten alten Menschen berichtet (GROND 1988, S. 215f), und so lag es nahe, dass auch Menschen im Wachkoma von dieser Umgangsweise profitieren könnten (siehe auch LEYENDECKER 1998, S. 324 u. 327).

Ausgangsbasis für Basale Kommunikation ist der Atemrhythmus des Partners, auf den ich mich ganz direkt, spielerisch und ungezwungen beziehe, indem ich meinen Rhythmus in dem des Partners mit-„schwingen“ lasse und meine Aktivität wie Berühren, Lautieren, Streichen, Vibrieren in diesen gemeinsamen Rhythmus einbette. Dazu beobachte ich jede Regung des Partners – Veränderungen der Muskelspannung, der Atmung, der Mimik, Lautäußerungen, Bewegungen – und beachte sie als Äußerung, greife sie wenn möglich auf, spiegle sie, passe mich ihnen an.

## **Wie sieht Basale Kommunikation konkret aus?**

Basale Kommunikation setzt bei mir als dem „aktiven“ Partner einen guten Bezug zu mir selbst und meiner eigenen Körperlichkeit voraus. Nur so gut, wie ich mich selbst spüren kann (und es zulasse), bin ich in der Lage, den Andern wahrzunehmen. Dies beginnt bereits damit, sorgsam darauf zu achten, wie ich in der Begegnung sitze/stehe/liege, ob es mir gut dabei geht, wie ich meine Haltung vielleicht verbessern kann. Günstig ist ein Hintergrund vertiefter Körper-therapeutischer Selbsterfahrung.

Auf der unmittelbar sinnlich wahrnehmbaren Ebene, am besten im direkten Körperkontakt, lasse ich den Partner spüren, dass ich bei ihm bin. Dazu greife ich den Rhythmus seines Atems auf, schwinde mich selbst in diesen Rhythmus ein, nutze ihn als Grundrhythmus meiner Aktivitäten, mich an der Phase des Ausatmens, des Loslassens orientierend. Wenn es möglich ist, im Bett oder auf einer Liege hinter dem Partner zu sitzen und ihn mit seinem Oberkörper an sich anlehnen lassen, spürt er sehr intensiv über meinen Bauch die wiegende Bewegung meines/unseres Atems. Es lassen sich aber auch andere Möglichkeiten finden, wie z.B. im Rollstuhl die Kopfstütze zu entfernen, hinter dem Partner zu stehen oder zu sitzen, den Rollstuhl zu sich her zu neigen, so dass Kopf und Oberkörper am Bauch anlehnen. Selbst wenn großflächiger Körperkontakt nicht gut möglich ist, kann ich andere Körper bezogene Aktivitäten wie Streichen über den Körper, Dehnen, Drücken, Lautieren in den gemeinsamen Aus-Atem einbetten. Ich achte selbst dabei darauf, nicht primär therapeutisch-zielgerichtet tätig sein zu wollen. Worauf es mir zu aller erst ankommt, ist das Erlebnis von Zusammenklang, von Kommunikation. Deshalb behält die Situation auch etwas Spielerisches, Zwangloses. Es kommt nicht so genau darauf an, was ich im Detail mache und ob „alles richtig“ ist, so lange es gelingt, den Andern wahrnehmbar zu erreichen.

Basale Kommunikation kann „einfach so“ eingesetzt werden, um Kontakt, Trost, Gemeinschaft, Entspannung zu vermitteln. Situationen der Begegnung, der Begrüßung, des Abschieds lassen sich mit

diesen Mitteln vielleicht so gestalten, dass sie für den Partner im Wachkoma unmittelbarer wahrnehmbar sind. Basale Kommunikation ist auch vorstellbar als Ausgangsbasis für spezifische therapeutische Angebote wie Physiotherapie, facial-orale Stimulation, Basale Stimulation. Sie stellt dann sicher, dass Therapeut und Patient wirklich in Kontakt sind bzw. immer wieder zum Kontakt zurück kehren und das Angebot entsprechend fein auf den Andern abgestimmt werden kann. Kurzfristig kann die Erfahrung Basaler Kommunikation zu mehr Ruhe, Entspannung, Wohlbefinden führen, wie auch zu größerer Offenheit für andere Angebote. Langfristige Erfahrungen sind noch zu sammeln. Vorstellbar ist, dass sich so vielleicht ein schmaler Pfad zum „Personkern“ des Partners bahnen lässt, auf dem dieser sich direkt angesprochen fühlt. Vielleicht könnte in ihm die Ahnung gestärkt werden, dass es eine Möglichkeit gäbe, aktiv zu antworten.

Um das Wesentliche an Basaler Kommunikation zu verstehen, sollte man sie selbst erlebt haben. Dies geht am besten in Selbsterfahrungs-orientierter Weiterbildung, in der nach entsprechender Vorbereitung die Teilnehmer miteinander in wechselnden Rollen – also auch von der „passiven“ Seite her – sich selbst in Basaler Kommunikation spüren und anschließend darüber austauschen können.

## **Grenzen**

Menschen im Wachkoma unterscheiden sich grundsätzlich von Menschen, die z.B. seit früher Kindheit mit schwerer geistiger Behinderung aufgewachsen sind. Sie haben eine Biographie, die oft weitgehend „normal“ verlaufen ist und dann mit dem schädigenden Ereignis einen einschneidenden Bruch erlebt hat. Dennoch ist ihre Vergangenheit weiterhin „da“ und wirkt in die Gegenwart im Wachkoma hinein. Dies kann auch nach außen deutlich werden in der Stellung, die der Betreffende in seinem familiären Beziehungssystem weiterhin einnimmt. Erschwerend kommt hinzu, dass von außen nie eindeutig festzustellen ist, ob und wie diese Menschen Ereignisse aus der Umwelt auffassen und verarbeiten. Selbst wenn keinerlei sichtbare Reaktion zu beobachten ist, sagt dies nichts darüber aus, was die Person selbst wahrnimmt und welche Bedeutung es für sie hat.

### ***Nicht mit unvermitteltem Nähe-Angebot überfordern.***

Nach oft langen Monaten und Jahren in Klinik und Heim, aber auch bei der Pflege zuhause haben sich Menschen im Wachkoma in der Regel wohl daran gewöhnt, viel Zeit für sich allein zu sein. So viel lässt sich gar nicht mit ihnen zusammen tun, um damit einen Großteil der 24 Stunden jeden Tages auszufüllen. Es ist vorstellbar, dass sie sich auf diese Situation eingestellt haben, und ein auffallendes Mehr an Ansprache und Zuwendung zunächst als Irritation erlebt wird.

Deshalb werde ich mit einem so nahen Angebot wie Basaler Kommunikation zunächst sehr behutsam umgehen, um den Partner nicht zu unvermittelt aus seiner gewohnten Situation herauszureißen und ihn damit zu überfordern. Ich werde diese Nähe zeitlich begrenzt anbieten – denkbar ist je nach Möglichkeiten von zwei bis drei mal wöchentlich bis zu ein bis zwei mal täglich, jeweils für ca. 20 bis 30 Minuten – und dem Partner dann wieder Zeit lassen, für sich allein zu sein. Gleichzeitig werde ich sehr sorgsam auf Zeichen von Irritation achten, die auf eine Überforderung schließen lassen könnten, und mein Angebot entsprechend ändern.

### ***Keine unrealistischen Erwartungen bei sich oder beim Partner wecken.***

Die Pflege eines Menschen im Wachkoma ist sehr aufwendig und stellt hohe Anforderungen an Zeit, Kompetenz und Belastbarkeit der Bezugspersonen. Deshalb ist für beide Seiten wichtig, klar den Rahmen zu erkennen, in dem sich die Beziehung gestalten kann, selbst wenn ich bei mir den Impuls oder beim Partner den Wunsch verspüre, mich über dieses Maß hinaus zu engagieren. In diesen Rahmen muss sich auch ein Angebot wie Basale Kommunikation einbetten. Auch deshalb werde ich mit diesem Angebot vorsichtig umgehen, es in Häufigkeit und Dauer begrenzen und sorgsam die kurz- und langfristigen Veränderungen beobachten, die es evtl. beim Partner auslöst.

### ***Respekt vor der Autonomie des Partners.***

Die Einsicht in die Unmöglichkeit, die Welt mit den Sinnen des Andern zu erleben, führt zum Respekt vor seiner Art und Weise zu leben, vor seiner Autonomie. Die Entscheidung, was dem Partner gefallen sollte, was ihm gut tut, liegt letztlich nicht bei mir. Wenn ich ihm ein Angebot wie das der Basalen

Kommunikation mache, muss ich auch bereit sein, seine Ablehnung zu akzeptieren, ohne das als persönliche Kränkung aufzufassen. Selbst wenn ich es in meiner Person bin, die der Andere ablehnt, habe ich dies zu respektieren.

### ***Auf ausgelöste Gefühle achten, verantwortlich damit umgehen.***

Basale Kommunikation kann ein Weg sein, sehr direkt in Kontakt mit tiefen Persönlichkeitsschichten des Partners zu kommen. Dabei ist es möglich, dass tiefe Gefühle an die Oberfläche dringen, die bisher wie unter einer Art Schutzschicht verborgen waren, wie Trauer, Schmerz oder Sehnsucht. Es besteht die Gefahr, dass der Partner davon regelrecht überschwemmt und sein seelisches Gleichgewicht massiv bedroht wird. Auch unter diesem Aspekt werde ich ein Angebot wie Basale Kommunikation behutsam einbringen, ständig aufmerksam beobachtend, was es beim Partner auslösen mag.

### ***Dem Partner in seiner konkreten Lebenswirklichkeit begegnen.***

Um Basale Kommunikation anzubieten, benötige ich keine besonders aufwendig gestaltete Situation, kein Material, einfach nur den Partner und mich. Ich nehme ihn nicht in eine Sondersituation mit, sondern beginne da, wo er gerade ist, z.B. in seinem Zimmer, evtl. auf seinem Bett, wo ich es eben für uns beide bequem einrichten kann. Wichtig ist, dass ich mich ohne Störung voll auf ihn und mich konzentrieren kann.

Dabei mache ich mir klar, dass ich dabei auf seine gesamte Lebenswirklichkeit treffe, auf seine Geschichte, wie er vor dem schädigenden Ereignis gelebt hat, wie es zu diesem Vorfall kam, in welchem subjektiven Zusammenhang er geschehen sein könnte, wie es ihm seither ergangen ist. Ich lasse den Umstand, dass er im Wachkoma lebt, nicht meine Wahrnehmung dominieren, sondern versuche ihn ganzheitlich als Person in seiner vielschichtigen Komplexität zu begreifen, so weit dies überhaupt möglich ist. Mit meinem Angebot trete ich in diese Komplexität ein, und es steht letztlich nicht in meiner Macht zu bestimmen, welche Funktion es für den Partner gewinnen wird.

## **Nachtrag**

Eine kürzlich an einem meiner Fortbildungskurse teilnehmende Kinderkrankenschwester erinnerte sich, nachdem sie im Kurs selbst Basale Kommunikation kennen gelernt hatte, an folgende Begebenheit: Sie pflegte vor einigen Jahren in der Kinderklinik, in der sie damals arbeitete, ein etwa 9-jähriges Mädchen, das nach einem Fahrradunfall schon 2 - 3 Tage im Koma lag. Die Mutter, die zu ihrem einzigen Kind ein sehr inniges Verhältnis hatte, verbrachte Tag und Nacht an ihrem Bett, sang ihr vor, erzählte vom Tag. Schließlich kam sie dazu, wie die Mutter ihren Kopf auf die Brust des Mädchens gelegt hatte, mit dem Gesicht zu seinem Gesicht gewandt, und dabei war, sehr deutlich mit dem Kind in seinem Rhythmus zu atmen. Dies setzte sie für ein bis zwei Stunden fort, und da wachte das Kind auf. – Natürlich weiß niemand, ob das Kind nicht ohnehin aufgewacht wäre. Auch sind die genaueren medizinischen Daten nicht bekannt. Bemerkenswert ist jedoch das intuitive Handeln der Mutter, die einzig verbliebene Lebensäußerung ihres Kindes aufzugreifen und sie als Begegnungsebene zu nutzen.

## **Literatur**

FUCHS, M.: *Funktionelle Entspannung – Theorie und Praxis einer organismischen Entspannung über den rhythmisierten Atem.* Stuttgart (Hippokrates) <sup>4</sup>1989

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 (Lambertus) <sup>4</sup>1988

LEYENDECKER, CH.: *Mit „bewusstlosen“ Kindern kommunizieren? - Sensorische Anregung und körpernaher Dialogaufbau mit schwerst hirngeschädigten Kindern in bzw. nach Apallischem Syndrom.* Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN), 67. Jg/1998 Heft 4, S. 319-333

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. Zugang finden zu schwer geistig behinderten Menschen*. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hg.): *Hilfen für geistig Behinderte - Handreichungen für die Praxis II*. Marburg (Lebenshilfe-Verlag) 1987

MALL, W.: *Kommunikation - Basis der Förderung*. In: Frei, E.X., Merz, H.-P. (Hg.): *Menschen mit schwerer geistiger Behinderung - Alltagswirklichkeit und Zukunft*. Luzern (Schweiz. Zentralstelle für Heilpädagogik) <sup>2</sup>1993, S. 135-151

MALL, W.: *Sensomotorische Lebensweisen – Wie erleben Menschen mit geistiger Behinderung sich und ihre Umwelt?* Heidelberg (Edition Schindele im Universitätsverlag C. Winter) 1997.

MALL, W.: *Wie kommt der Austausch in Gang?* In: *Unterstützte Kommunikation - ISAAC's Zeitung* 2/3/1998

MALL, W.: *Kommunikation mit schwer geistig behinderten Menschen - ein Werkheft*. Heidelberg (Edition Schindele im Universitätsverlag C. Winter) <sup>4</sup>1998

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J., JACKSON, D.: *Menschliche Kommunikation - Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern/Stuttgart/Wien <sup>9</sup>1996.