

Sensomotorische Lebensweisen - PatientInnen mit „geistiger Behinderung“ besser verstehen

erschienen in praxis ergotherapie – Fachzeitschrift für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie
18. Jg Heft 2/2005 – S. 93-145

Einleitung

Säuglinge und Kinder mit verzögerter Entwicklung, Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit geistiger Behinderung oder Mehrfachbehinderung gehören zum Klientel von ErgotherapeutInnen. Da sich ihre komplexen Beeinträchtigungsbilder in der Regel auch in Problemen sensomotorischer Wahrnehmung und Koordination manifestieren, sind ihren Möglichkeiten, sich sinnvoll und kompetent zu betätigen, oft enge Grenzen gesetzt. ErgotherapeutInnen sind bestrebt, diesen Defiziten entgegen zu wirken, werden jedoch gerade bei diesem Personenkreis oft mit der Fragestellung konfrontiert, wie diese beeinträchtigten Menschen aktiv in eine Behandlung einzubeziehen sind. Wie erleben sie das, was man ihnen anbietet und mit ihnen macht, wie lässt sich ihnen vermitteln, worum es eigentlich geht? Im Hinblick auf diese Menschen wird häufig relativ undifferenziert die Bezeichnung „geistig behindert“ benutzt. Doch würde ein Vergleich, was wir mit diesem Begriff konkret verbinden, eine überraschende Breite der Assoziationen ergeben. Dies dürfte noch ausgeprägter der Fall sein, wenn wir von „schwerer“ oder gar „schwerster geistiger Behinderung“ oder von „schwerst-mehrfachbehindert“ sprechen.

Dieser Artikel will aus einem heilpädagogischen Ansatz heraus möglichst konkret-erfahrungsbezogen und nachvollziehbar darstellen, wie diese „geistig behinderten“ Menschen möglicherweise sich und ihre Welt erleben. Dies soll auf eine Weise geschehen, dass zum einen das Gemeinsame deutlich wird, das wir mit ihnen teilen, und dass zum andern sich daraus unmittelbar Erkenntnisse ergeben, wie sie angemessen angesprochen werden könnten. Es soll dabei ganz sicher keine Allerklärungstheorie vorgestellt werden, sondern es geht um einen theoretischen Hintergrund für möglichst nützliche Einsichten, die sich dann jeweils erst im Rahmen einer dialogisch geprägten Praxis – auch der Ergotherapie – bewähren müssen. Zu diesem Zweck hat es sich als hilfreich erwiesen, sich an Themen zu erinnern, die in den ersten Monaten auch unseres Lebens einmal im Mittelpunkt gestanden haben, und die bis heute unsere Persönlichkeit auf unterschiedliche Weise prägen.

Es sind dies im Wesentlichen die Themen der – nach Piaget – „sensomotorischen Phase“¹ der Entwicklung, ergänzt durch Einsichten der pränatalen und frühkindlichen Psychologie². In ihnen wird unser Umgang mit der Welt ganz von dem bestimmt, was sich mit den Sinnen aufnehmen und mit Bewegung beantworten lässt, wobei eben der Koordination der Bewegung – der taktil-kinästhetischen Wahrnehmung – eine ganz zentrale Bedeutung zukommt. Was man nicht direkt mit den Sinnen und in der Bewegung spüren kann, hat in diesen Lebensweisen kaum eine Bedeutung, da sich noch keine oder nur unzureichende innere Vorstellungen über die Welt ausgebildet haben. In der unbehinderten Entwicklung legt ein Kind vor allem in den ersten 18 Lebensmonate die Grundlagen für diese Lebensthemen. In der Arbeit mit beeinträchtigten Menschen geht es vor allem um folgende Personengruppen: Men-

¹ siehe Piaget 1975, auch Haisch 1988, Prekop 1990, Affolter 1992, Bigger 1993, Senckel 1998, Case 1999

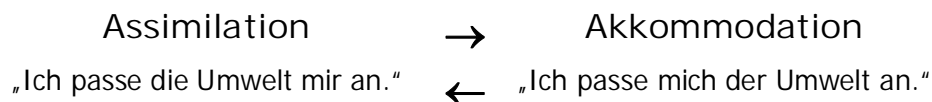
² siehe zum Beispiel Flanagan 1963, Gross 1982, Stern 1979

schen mit deutlicher bis schwerer geistiger Behinderung, schwerst mehrfach behinderte Menschen, aber auch Menschen im Wachkoma oder in fortgeschrittenen Stadien der Demenz, die aufgrund ihres Lebensschicksals wieder zu diesen Themen zurück gekehrt sind – aber natürlich auch um Kinder, deren Entwicklung entsprechend verzögert verläuft.

Am Anfang steht Kommunikation.

Die Dynamik menschlicher Entwicklung wird vom Wechselspiel geprägt zwischen Einflussnahme („Ich passe die Welt mir an.“ bzw. bin darauf angewiesen, dass sie es tut) und Anpassung („Ich passe mich an die Welt an.“), in Piagets Begriffen: „Assimilation“ und „Akkommodation“³. Erst das immer wieder neu einzupendelnde Gleichgewicht zwischen beiden Polen ermöglicht es, sich in der Umwelt einigermaßen zufrieden stellend zurechtzufinden. Im ersten Atemzug – Fremdes aufnehmen im Einatmen, Eigenes abgeben im Ausatmen – oder in der fortschreitenden Anpassung des Saugmusters an die Mutterbrust wird schon ganz früh dieses Wechselspiel deutlich, das die vorgeburtliche Situation im Mutterleib in der ersten Beziehung zu einem Menschen fortsetzt, und das auch weiterhin jedes echte Lernen prägt. Die moderne Hirnforschung sieht deutliche Hinweise, dass für die Selbstorganisation seiner neurologischen Verarbeitungsstrukturen das Kind auf eben diese Erfahrung von Korrespondenz zwischen inneren Zuständen und von außen kommenden Ereignissen angewiesen ist⁴.

Kommunikation:



Das kleine Kind erlebt und lernt dieses Wechselspiel in der ersten Beziehung zu einem Menschen, meist der Mutter, das heißt, in einer kommunikativen Situation: Dadurch, dass die Mutter sich und ihr Verhalten sehr einfühlsam an das kleine Kind anpasst, ermöglicht sie ihm, sich immer besser ihr anzupassen⁵. Doch dieses Wechselspiel ist leicht störbar, verschiedene Einflüsse und Erschwernisse können die erste Beziehung belasten oder gar verhindern. Das kann – nicht selten im Zusammenwirken mit weiteren körperlichen und seelischen Traumata – diese grundlegende Dynamik stören und so die Entwicklung eines Menschen wesentlich erschweren. Ebenso kann im späteren Leben durch dramatische Ereignisse, durch Unfall, Krankheit, Krisen oder im Verlauf eines Alterungsprozesses der Kreislauf wechselseitiger Kommunikation zum Erliegen kommen, und manchmal gelingt es nicht, ihn wieder aufzunehmen. Auch dann wird dies die Situation des betreffenden Menschen massiv beeinträchtigen, wieder oft zusätzlich zu einer eingetretenen körperlichen Erschwernis⁶.

Sensomotorische Lebensweisen

Mit Absicht soll hier von „Lebensweisen“ die Rede sein, nicht von „Phasen“ oder „Stufen“, da diese Begriffe suggerieren, es handele sich dabei „lediglich“ um Durchgangsstadien, die nur das Ziel haben, zum nächst „höheren“ Niveau zu kommen. Es geht um die Fundamente unserer Persönlichkeit, die auch für uns „Nichtbehinderte“ ihre Relevanz behalten und unsere Persönlichkeit prägen, und die für viele beeinträchtigte Menschen ihr Leben überhaupt ausmachen. Als Analogie wäre anstatt einer Treppe oder Leiter das Bild eines Hauses viel naheliegender, das ein „richtiges“ Haus sein kann, ganz gleich

³ siehe Piaget 1975

⁴ siehe Bauer 2002, S. 87

⁵ ... was nicht heißt, dass das Kind nicht auch bald das Seine dazu beiträgt, um das Zusammenspiel mit der Mutter optimal zu gestalten (siehe u.a. die Arbeiten von Stern) - doch wenn die Mutter bzw. keine andere Person bereit ist, darauf einzugehen, ist es mit seinen Möglichkeiten rasch am Ende.

⁶ siehe Mall 2004 (2)

wie viele Etagen es aufweist, und das vor allem ein tragfähiges Fundament benötigt. Und analog zu einem Gebäude beschäftigen auch wir uns nicht nur mit unseren „höchst entwickelten“ Möglichkeiten, sondern kehren immer wieder zu den „tieferen“ Themen zurück, arbeiten an ihrer Vervollkommnung oder müssen „Reparaturarbeiten“ vornehmen.

Einheit in Beziehung:

„Es ist gut, dass ich da bin! Ich bin in Sicherheit geborgen.“
(Urvertrauen)

(In der nicht behinderten Entwicklung im Vordergrund: In der Zeit vor der Geburt.)

Alle Menschen sind auf die Erfahrung angewiesen: „Es ist gut, dass ich da bin!“ – ohne Bedingungen, gerade so, wie ich bin. Niemand will seine Lebensberechtigung erst verdienen müssen, indem er vorgegebene Bedingungen erfüllt, die er vielleicht gar nicht erfüllen kann. Wenn sich ein Mensch auf dieses Angenommen-Sein nicht bedingungslos verlassen kann, wird er sich nicht frei den Herausforderungen des Lebens stellen können, sondern dieser Mangel überlagert alles, was er tut, und verbraucht so die Energie, die er eigentlich für seine tatsächlichen Lebensprobleme bräuchte.

In der Situation im Mutterleib erlebt das Kind lange Zeit kaum eine Unterscheidung zwischen Innen und Außen: Keine Temperaturunterschiede zwischen Körper und Umwelt, kein Warten auf Nahrung, kein Ausscheiden-Müssen, kein Hell-Dunkel-Unterschied, an den es seinen Schlaf-Wach-Rhythmus anpassen müsste, durchdrungen von der Geräuschumwelt der Mutter. Es gibt allerdings auch keine Möglichkeit zur Distanzierung von der Mutter, ob Stress, Sorgen, Fehlernährung, Krankheitserreger, Medikamente, Drogen – auch all diesem ist es gegebenenfalls ungeschützt ausgesetzt.

Schon hier im Mutterleib wird ein Kind davon geprägt, wie die Mutter – und vermittelt über sie seine gesamte Umwelt – zu ihm steht. Im ungünstigen Fall, vor allem, wenn es manifeste physische Schädigungen erleiden musste oder massive psychische Belastungen eine Rolle spielten, wird es vielleicht schon belastet zur Welt kommen, anfälliger für Störungen, die später zusätzlich eintreten mögen. Aber selbst noch im Erwachsenenalter spüren wir Menschen sehr sensibel, ob wir um unserer selbst willen angenommen werden und es uns nicht erst verdienen müssen. Gezielt suchen viele Menschen immer wieder „Einheitserfahrungen“ auf, in der Badewanne, im warmen Bett, in einer Liebesbeziehung, in der Natur, in Glaube, Religion, Meditation, Mystik.

Gerade wenn auch noch eine organische Beeinträchtigung vorliegt oder die Entwicklung nicht wie erwartet voran schreitet, wird es der Umwelt eines Menschen zusätzlich schwer fallen, bedingungslos „Ja!“ zu ihm zu sagen. Doch wohl noch mehr als jeder von uns sind gerade diese Menschen darauf angewiesen, unvoreingenommen akzeptiert zu werden, nur dann können sie die Kraft entwickeln, sich den besonderen Herausforderungen ihres Lebens zu stellen. – Mit dem Angebot der Basalen Kommunikation⁷ steht ein Weg zur Verfügung, auf eine methodisch strukturierte Weise Menschen diese Erfahrung zumindest in einer begrenzten, realistischen Situation neu zu ermöglichen.

Auch eine ergotherapeutischen Behandlung wird sehr viel wirkungsvoller sein, wenn die PatientIn die grundsätzliche Akzeptanz durch die TherapeutIn spürt („Es ist gut, dass du da bist – so wie du bist!“), um so mehr, wenn ihr Fundament an Ur-Vertrauen vielleicht ohnehin schon brüchig ist. Bei einer PatientIn, die noch ganz an diese Thematik gebunden ist, wird erst einmal zumindest ein begrenztes Fundament an Vertrauen aufzubauen sein, bevor sich die Bereitschaft einstellen kann, auf die Angebote der TherapeutIn einzugehen und sie in die eigene Entwicklung zu integrieren.

⁷ siehe Mall 1999, 2004 (1)

Überleben:

„Ich bin mit dem Nötigen für Leib und Seele gut versorgt.“

(Vitalfunktionen – erbkoordinierte Bewegung)

(In der nicht behinderten Entwicklung im Vordergrund: Im ersten Monat.)

Lebenslang sind wir mit der Befriedigung unsere Grundbedürfnisse beschäftigt: Unser Überleben hängt unmittelbar davon ab, dass wir atmen, essen und trinken, ausscheiden, die Körperwärme regulieren, schlafen, für Schmerzfreiheit sorgen. Wenn das nicht zuverlässig gelingt, drängen sich diese Bedürfnisse unerbittlich in den Vordergrund, was zum Beispiel jeder nachvollziehen kann, dessen Trinkflasche bei einer Wanderung in der Sommerhitze leer war, und kein Brunnen war in Sicht. Doch nicht nur unsere körperlichen Bedürfnisse bedürfen der Pflege, sondern auch die unserer Seele. Wir geraten psychisch aus dem Gleichgewicht und suchen Hilfe, um wieder Ruhe zu finden. Wenn wir von Leid oder Schmerzen geplagt sind, suchen wir Beistand und Trost. Wenn uns ein lieber Mensch in die Arme nimmt, uns schaukelt und wiegt, oder auch in angenehmen Klängen und Gerüchen erleben wir Geborgenheit, Entspannung und Wohlbefinden.

In den ersten Wochen prägen diese grundlegenden Notwendigkeiten das Leben eines Kindes, zu aller erst die Erfahrung des oben geschilderten Wechselverhältnisses von Assimilation und Akkommodation, der Aufbau der Symbiose mit der ersten Bezugsperson⁸. So ist das Kind noch kaum an vielen neuen Erfahrungen aus der Außenwelt interessiert. Entsprechend kann ein sehr schwer beeinträchtigter Mensch sein Leben lang mit der Sicherung seiner Grundbedürfnisse beschäftigt sein, und er wird dann kaum bereit sein, sich auf weiter gehenden Angebote und Forderungen einzulassen. Oder er erfährt die geschilderte Wechselseitigkeit mit seiner Umwelt nicht angemessen und verlässlich genug, womit ihm die grundlegende Dynamik für weiteres Lernen fehlt und er sein Leben auf sich gestellt organisieren muss. Aber auch uns gesunden und unbehindert lebenden Erwachsene kann es jederzeit passieren, dass sich nach Unfall oder schwerer Erkrankung oder in Folge eines Altersabbaus dieses Thema wieder völlig in den Vordergrund schiebt. Dann geht es auch für uns in erster Linie darum, dass unsere sowohl körperlichen als auch seelischen Grundbedürfnisse gestillt werden. – In der Heil- bzw. Sonderpädagogik finden sich dazu wertvolle Anregungen in den ganzheitlichen Konzepten von Basaler Kommunikation⁹ und Basaler Stimulation¹⁰, die sich gut in ergotherapeutische Arbeit integrieren lassen dürften¹¹.

Bei der körperlichen Seite dieser Thematik geht es in erster Linie um Fragen bezüglich Lagerung, Haltungserleichterung, Schmerzvermeidung oder optimiertes Handling, oder um Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitszufuhr. Doch lassen sich auch bei weniger stark beeinträchtigten Menschen, die sich durchaus schon tätig mit ihrer Umwelt auseinandersetzen, oft noch Defizite in der Befriedigung grundlegender emotionaler Bedürfnisse beobachten. Auch für sie sind dann Erfahrungen von Verständnis, Trost, Ruhe, Kontakt und Entspannung wichtig, weil sie sonst daran gehindert sind, ihre Potentiale zur Entfaltung zu bringen.

Den Körper entdecken:

„Ich spüre meinen Körper, entdecke seine Möglichkeiten, erlebe mich lustvoll in Bewegung.“

(modalitätsspezifische Wahrnehmung - erregungsgeleitete Selbstbewegung)

(In der nicht behinderten Entwicklung im Vordergrund: Im ca. zweiten bis dritten Monat.)

Lust an Bewegung ist eine zutiefst befriedigende Erfahrung. Wenn wir bei Sport, Tanz oder körperlicher Betätigung aktiv sind, oder wenn wir passiv auf der Schaukel, der Achterbahn, dem Karussell Bewegung erleben, ist es das Zusammenspiel der taktil-kinästhetischen Sinnessysteme, das wir genießen.

⁸ siehe Mahler, Pine, Bergmann 1994

⁹ siehe Mall 2004 (1)

¹⁰ Siehe Fröhlich 1998

¹¹ siehe Mall 1999

Im Spitzensport, Tanz und Artistik oder beim Spielen eines Musikinstruments wird unermüdlich daran gearbeitet, Körperbeherrschung und Bewegungsabläufe zu perfektionieren. Motorradfahren, Klettern oder Bungee-Springen werden durch den „Kick“ reizvoll, den die extremen Stimulation dieser Sinne auslösen kann. Aber auch eine wohl tuende Massage, das warme Wasser des Thermalbads, die Wärme von Sonne oder Solarium, das verwöhnende Angebot einer geschickten Kosmetikerin ermöglichen uns, unseren Körper auf angenehme Weise zu erleben, wie auch das zärtliche Zusammensein mit einem geliebten Menschen.

Es ist diese Lust an Bewegung, die auch das kleine Kind erlebt, wenn es getragen, geschaukelt, im Kreis geschwungen, auch hoch geworfen und aufgefangen wird, im Vertrauen auf seine Eltern. Die Freude an der wachsenden Fähigkeit zur Körperkontrolle leitet es, wenn es lernt, den Kopf gerade zu halten, mit der Hand den Mund zu finden, die Augen auf das Gesicht der Mutter auszurichten und ihre Hand zu ergreifen, die es berührt. Es genießt Massage, Baden, Abrubbeln, Kitzeln, und jede andere Gelegenheiten, den eigenen Körper lustvoll zu spüren¹².

Wichtiger Aspekt dieser Lebensweise ist, dass die Person den Gebrauch ihrer Sinnesorgane (der „Sinnesmodalitäten“) im Zusammenspiel mit der Motorik übt, sei es die visuelle Wahrnehmung, die die differenzierte motorische Kontrolle der Augen voraussetzt, sei es das gerichtete Hören oder auch die gezielte Reaktion auf einen Berührungsreiz. Dabei kommt es wohl – das nötige Urvertrauen vorausgesetzt – zu der grundsätzlichen Entdeckung, dass die Sinnesorgane dazu taugen, sich sinnvolle Informationen über die Umwelt zu beschaffen, dass es sich lohnt, sie als „Tor zur Welt“ zu nutzen.

Auch für manche beeinträchtigten Menschen bleibt es von großer Bedeutung, ihre Körpersinne anzuregen, indem sie zum Beispiel ihren Gleichgewichtssinn durch Schaukeln, sich Drehen oder andere Bewegungsabläufe reizen, überstarke Tastempfindungen suchen oder ihre Gelenke durch Überdehnen oder die Einnahme bizarrer Körperstellungen stimulieren. Auch bezogen auf die übrigen Sinnesorgane kann es zu Selbststimulation kommen. Bei manchen Gelegenheiten, zum Beispiel in Situationen der Überforderung, Reizüberflutung oder Langeweile, können diese Erlebnis- und Verhaltensweisen auch bei weniger schwer beeinträchtigten Menschen wieder verstärkt in den Vordergrund rücken. Bei anderen Personen sind es vor allem ihre motorischen Einschränkungen, die sie am Erwerb der Erfahrungen aus diesem Themenbereich hindern, womit ihre Ausgangsbasis, um die darauf aufbauenden Lebensweisen zu erwerben, geschwächt ist und sie so eventuell weiter diesem Thema verhaftet bleiben. – Der Schwerpunkt ergotherapeutischer Angebote kann in dieser Lebensweise darauf liegen, dem Menschen die differenziertere Erfahrung des eigenen Körpers zu ermöglichen, um ihn sicherer und kompetenter zu beherrschen, wie auch die Voraussetzungen für den sinnvollen Einsatz der Sinnesorgane zu erwerben. Die Sensorische Integration¹³ wie auch die Grundangebote Basaler Stimulation¹⁴ (vestibuläre, somatische und vibratorische Anregung) setzen an dieser Lebensweise an.

Die Umwelt mit den Sinnen entdecken:

„Ich bin offen für Neues, kann mit meinen Sinnen genießen.“

(intermodale Wahrnehmung – erregungsgeleitete Betätigung)

(In der nicht behinderten Entwicklung im Vordergrund: Im ca. dritten bis achten Monat.)

Wenn ein Kind seinen Körper und seine Einzelsinne genügend beherrschen gelernt und genügend Vertrauen hat, sich unbekanntem Erfahrungen auszusetzen, geht es an die Entdeckung seiner Umwelt¹⁵:

¹² Entspricht Piagets „zweitem Stadium“ der „primären Zirkulärreaktionen“ (Piaget 1975, S. 57 ff); Haisch spricht von „erregungsgeleiteter Selbstbewegung“ (Haisch 1988, S. 21 ff), Prekop und Affolter von „modalitätss-“, bzw. „sinnespezifischer Stufe“ (zum Beispiel Affolter 1987, S. 36; Prekop 1990, S. 56).

¹³ siehe Ayers 1984

¹⁴ siehe Fröhlich 1998, 2001

¹⁵ Entspricht Piagets „drittem Stadium“ der „sekundären Zirkulärreaktionen“ (Piaget 1975, S. 159 ff); Haisch spricht von „effektgeleiteter Betätigung“ (Haisch 1988, S. 31 ff), Prekop und Affolter von „intermodaler Stufe“ (Affolter 1992, S. 39);

Wie fühlt sich das an? – Wie schmeckt das? – Wie riecht es? – Welche Geräusche kann man damit machen? – Wie sieht es aus? Es erkundet mit allen Sinnen die Objekte seiner Umgebung, und es weiß bald, was ihm gefällt und was nicht. In der Folge bildet es eine innere Welt der Vorstellungen aus (die sich wie bei allen sensomotorischen Erfahrungen in der entsprechenden Vernetzung der neuronalen Verarbeitungszentren niederschlägt¹⁶), welche Eigenschaften die Objekte seiner Umwelt aufweisen, wozu auch die vertrauten Personen gehören¹⁷.

In Situationen, in denen wir etwas genießen, greifen wir auch als nicht behinderte Erwachsene das gleiche Thema auf: Wir haben unsere Lieblingsspeisen, gestalten die Farben in unserer Umgebung, achten beim Kauf von Kleidung oder von Möbeln auf die taktilen Eigenschaften der Dinge, suchen Wohlgerüche auf. Auch in der Natur, beim Umgang mit Musik oder dem Einsatz von Kosmetika geht uns um die angenehme Stimulation unserer Sinne.

Beeinträchtigte Menschen werden häufig schon durch ihre ungenügende Bewegungsfähigkeit – die Schwächen der taktil-kinästhetischen Wahrnehmung – an der umfassenden Entdeckung ihrer Umwelt gehindert, und oft finden sie nicht die Unterstützung durch andere, die sie zur Kompensation ihrer Einschränkungen bräuchten. Oder sie sind durch übermächtige Angst gehemmt, sich neugierig und offen auf die Begegnung mit dem Unbekannten einzulassen, beschränken dann vielleicht ihre Umwelterforschung auf wenige „stereotype“ Teilbereiche und vermeiden es so, von Neuem überwältigt zu werden. Manchmal scheint dieses Sich-Verschließen vor der Umwelt so weit zu gehen, dass die Sinnesorgane überhaupt nicht zur Aufnahme Umwelt-bezogener Reize genutzt werden und die Personen zunächst gar als blind oder taub diagnostiziert werden, obwohl sich keine organische Schädigung des Sinnesapparats finden lässt.

Teilweise mag es aber auch an der Begrenztheit der zugänglichen Welt liegen (zum Beispiel das Bett, der Rollstuhl, das Zimmer), die kaum Chancen bietet, neue und abwechslungsreiche Sinnesreize zu erleben, was die Eindrücke, die die betroffenen Menschen von dieser Welt gewinnen können, entsprechend beschränkt und ihre innere Vorstellungswelt verarmt bleiben lässt¹⁸. Wenn sie sich dann selbst mit immer den gleichen Sinnesreizen stimulieren, hat das eventuell den Sinn, dem Nervensystem wenigstens ein Mindestmaß an Reizzufuhr zu bieten, nach der es trotz allem verlangt.

Ergotherapie wird sich hier wohl zum Ziel setzen, mit der PatientIn Wege zu erarbeiten, wie trotz motorischer Einschränkungen Umwelterfahrungen möglich werden können. Sie wird dabei jedoch an Grenzen stoßen, wenn übermächtige Angst die PatientIn dazu bewegt, sich allen neuen Umwelterfahrungen zu verschließen. Dann lohnt es sich eventuell, zunächst die tieferen Themen Vertrauen und Sicherheit aufzugreifen (wie zum Beispiel durch eher „verwöhnende“ Angebote, die das Wohlbefinden fördern), um diese notwendige Ausgangsbasis zu festigen. – Strukturierte Ansätze speziell zur Unterstützung dieser Thematik finden sich im Konzept der Sensorischen Integration¹⁹, der Basalen Stimulation²⁰ wie auch in der Therapie nach dem Affolter-Modell²¹.

Prekop 1990, S. 57).

¹⁶ siehe Vester 1996, S. 38 f

¹⁷ So lässt sich das „Fremdeln“ nach etwa 8 Monaten als Resultat dieser gewachsenen Vorstellungskraft verstehen.

¹⁸ Damit korrespondiert wohl ebenso eine Verarmung der inneren, neuronalen Verarbeitungsstrukturen, die sich entsprechend der Art und Weise gestalten, wie der Mensch mit der Umwelt interagiert (siehe zum Beispiel die Abbildungen in Vester 1996, S. 38 f, sowie Spitzer 2000, Hüther 2001).

¹⁹ siehe Ayres 1984

²⁰ siehe Fröhlich 1998, 2001

²¹ siehe Ewald, Hofer 2001

Zusammenhänge beherrschen:

„Ich kenne mich aus und habe Einfluss, meine Gewohnheiten werden respektiert.“

(seriale Wahrnehmung – gewohnheitsgeleitete Betätigung)

(In der nicht behinderten Entwicklung im Vordergrund: Im ca. achten bis elften Monat.)

Im Laufe der Zeit entdeckt das nicht behinderte Kind sein Vermögen, auf seine Umwelt Einfluss auszuüben²². So schreit es zum Beispiel nicht mehr nur als Reaktion auf frustrierende Erfahrungen, wie vielleicht nach dem Verlust seines Lieblingsspielzeugs, sondern setzt dies gezielt zur „Provokation“ einer Reaktion von Mutter oder Vater ein. Es spielt mit diesen Reiz-Reaktions-Ketten, voller Erwartung, wie lange dies „funktioniert“ und wie groß sein Einfluss tatsächlich ist, wobei der Reiz mehr im Erleben der eigenen Wirksamkeit liegt als in dem konkreten Ziel der Handlungskette. Es freut sich auf das Spazieren Gehen bereits beim Anblick der Jacke, gegen das Baden protestiert es bereits, wenn es das Wasser rauschen hört. Beim Hoppe-Reiter-Spiel wartet es voller Spannung auf das „Plumps“, wie auch am Ende des Fingerspiels auf das Kitzeln. Hierbei bilden sich Ansätze für die Wahrnehmung von Raum und Zeit, wie auch beim Verstecken und wieder Finden die Erkenntnis der Objektkonstanz, nämlich dass Dinge und Menschen auch dann noch vorhanden sind, wenn man sie gerade nicht spürt, sieht oder hört. Wer als Fremder mit dem Kind in Kontakt kommen will, wird sich eher dessen Gewohnheiten anpassen, zunächst sein Spiel mitspielen und es nicht gleich mit eigenen, neuen Ideen und Anregungen konfrontieren, sonst wird er für das Kind kaum ein interessanter Spielpartner werden.

Auch die meisten nicht behinderten Menschen strukturieren ihren Alltag gemäß ihren Gewohnheiten. Routinen und Rituale geben Sicherheit, manchmal bis hin zur Zwanghaftigkeit. Eine unvertraute Situation, sei es eine neue Arbeitsstelle, die neue Wohnung nach einem Umzug, das Hotel am Urlaubsort, fordert dazu heraus zu ergründen, wie es hier läuft, wie die räumlichen, zeitlichen und ursächlichen Zusammenhänge sind. Wenn es gelingt, etwas zu bewirken, eine neue Situation zu kontrollieren, sich als einflussreich zu erleben, schafft dies ein Gefühl der Befriedigung.

Selbst wenn ein Mensch auf Grund seiner Beeinträchtigungen nur sehr wenige Handlungsmöglichkeiten hat, kann er entdecken, dass er seine Umwelt beeinflussen kann, und sei es mit schlichter Verweigerung, gezieltem Stören, oder im „stereotypen“ Einfordern bestimmter Dinge (zum Beispiel dass immer das Radio zu spielen hat). Sobald jemand ein Empfinden für die eigene Wirksamkeit gewonnen hat, will er sich auch aktiv in seine Umwelt einbringen, und erhält er keine konstruktive Gelegenheit dazu, wird er dies wohl eher mit „störendem Verhalten“ tun, bevor er sich in Resignation drängen lässt – dies um so mehr, wenn er sich vielleicht ohnehin ständig überfahren und bevormundet erlebt, weil seine Umwelt schon immer bereits zu wissen meint, was er will, was er braucht, was er tun soll. Er will auch spüren, wie weit sein Einfluss reicht, und ob die aufgezeigten Grenzen wirklich verlässlich sind. Dabei kann – je nach Reaktion der Umwelt, die überstark eingrenzt oder aber unrealistisch nachgiebig ist, manchmal sogar gleichzeitig bezogen auf verschiedene Verhaltensbereiche – der subjektive Eindruck von Ohnmacht, von Omnipotenz oder von Verwirrung entstehen. Die Kontrolle der Umwelt über Zwänge und Rituale oder das Bestehen auf Gleichförmigkeit können dann den Sinn haben, für sich selbst für Klarheit der Strukturen zu sorgen, aber auch, übergroße Angst vor Neuem abzuwehren und unvorhersehbare Situationen zu vermeiden. Letzteres kann ein Hinweis auf Schwierigkeiten bezüglich dieses Themas sein, vielleicht aber auch Folge tief sitzender und weit zurück liegender Verunsicherungen (bezüglich der Themen „Urvertrauen“, „Vitalfunktionen“).

Wenn sich der Sinn für Zusammenhänge nicht oder nur unvollkommen entwickelt, wird es mühsam bis unmöglich sein, eine Vorstellung von zeitlichen Strukturen zu erwerben. Dann ist „später“ vielleicht gleich bedeutend mit „nie“, warten zu müssen ist kaum auszuhalten. Manche vergewissern sich bezüg-

²² Entspricht Piagets „viertem Stadium“ der „Koordination der sekundären Verhaltensschemata und ihre Anwendung auf neue Situationen“ (Piaget 1975, S. 216 ff); Haisch spricht von „gewohnheitsgeleiteter Betätigung“ (Haisch 1988, S. 38 ff), Affolter und Prekop von der „serialen Stufe“ (Prekop 1990, S. 56 ff; Affolter 1992, S. 52 ff).

lich der zu erwartenden Abläufe durch ständiges Nachfragen, und es kann ihnen eine große Hilfe sein, wenn man Zeitstrukturen oder Handlungsketten visualisiert (zum Beispiel durch Kalender, Pläne o.ä.). Selbst wenn jemand solche Zusammenhänge schon oft miterlebt hat, kann er Mühe haben, sie selbstständig ohne Begleitung „auf die Reihe“ zu bekommen oder gar auf neue Situationen zu übertragen. Wird dies von der Umwelt nicht erkannt, kommt es rasch zu Überforderung. – Bezüglich dieser Thematik kann zum Beispiel der TEACCH-Ansatz²³ sehr hilfreich sein, über die klare, meist visuell betonte Strukturierung von Zusammenhängen und Abläufen diesen Wahrnehmungsdefiziten entgegen zu kommen. Sensorische Integration²⁴ kann die Erfahrung von Ursache und Wirkung vermitteln, die „Afolter-Therapie“²⁵ versucht über das Führen durch „problemlösende Alltagsgeschehnisse“ das Spüren der eigenen Wirksamkeit aufzubauen und zu festigen.

In der ergotherapeutischen Behandlung könnte es zu Problemen kommen, wenn eine PatientIn im Bewusstsein ihrer eigenen Wirksamkeit es verweigert, sich auf die Angebote der TherapeutIn einzulassen, einfach schon deswegen, weil dies von außen kommt, sie es nicht als „ihr Spiel“ erlebt. Hier nehmen immer wieder Machtkämpfe und letztlich unlösbare Clinch-Situationen ihren Ausgang, wenn beide Seiten darauf bestehen, die Situation kontrollieren zu wollen. Es ist dann vermutlich aussichtsreicher, zunächst von der „reinen Lehre“ der eigenen Therapievorstellungen abzugehen und erst einmal eine Atmosphäre kooperativer Gemeinsamkeit herzustellen, sich ein Stück weit an die PatientIn anzupassen, „ihr Spiel mitzuspielen“, bevor man versucht, die eigenen Konzepte einzubringen – sicherlich oft eine Gratwanderung und eine Herausforderung an die pädagogische Kompetenz der TherapeutIn.

In ähnlichem Zusammenhang ist zu sehen, wenn eine PatientIn für sich bereits eine Strategie zur Lösung eines Problems entwickelt hat, die aber aus ergotherapeutischer Sicht nicht optimal ist. Auch dann ist es wenig Erfolg versprechend, sich auf einen Machtkampf mit der PatientIn einzulassen. Die therapeutische Kunst besteht wieder darin, aus einer partnerschaftlichen Haltung heraus die Brücke zu finden zwischen dem nötigen Respekt vor der Autonomie der PatientIn und dem eigenen fachlichen Anspruch, ihr eine angemessenere Vorgehensweise zu vermitteln.

Hat die PatientIn noch kein zuverlässiges Verständnis von Zusammenhängen entwickelt, wird sie mit den typischen Wenn-dann-Situationen Mühe haben (zum Beispiel wird sie kaum zur Mitarbeit zu motivieren sein, indem man ihr eine Belohnung in Aussicht stellt; oder die Erinnerung an frühere Erfahrungen oder an Handlungsabfolgen ist nur unzuverlässig möglich). Sie kann auch große Schwierigkeiten zeigen, Handlungsmuster, die sie in einer Situation erlebt oder erarbeitet hat, auf eine andere Situation zu übertragen, zum Beispiel von der Praxis in die Schulklasse oder nach Zuhause, was dafür sprechen würde, die Therapie möglichst nahe an der Alltagssituation der PatientIn durchzuführen.

Absichten verfolgen:

„Ich drücke mich aus und werde wahrgenommen, ich werde einbezogen und finde Modelle für mein Handeln.“

(intentionale Wahrnehmung – darstellungs- und modellgeleitetes Handeln)

(In der nicht behinderten Entwicklung im Vordergrund: Im ca. elften bis achtzehnten Monat)

Wenn jemand eine gewisse Kompetenz im Umgang mit Zusammenhängen erworben hat, und weiß, „wie es läuft“, wird er dies umgehend nutzen, um seine Interessen ins Spiel zu bringen. Er wird mit seinen Mitteln seine Wünsche äußern, er wird beobachten, „wie es die andern machen“, und es auch einmal auf diese Weise versuchen, und er wird vielleicht mit der Zeit die relevanten Wörter und Bezeichnungen lernen, damit man ihn versteht²⁶. Dabei lernt er auch abzuschätzen, wie weit man sich an

²³ siehe Häussler 1999

²⁴ siehe Ayers 1984

²⁵ siehe Ewald, Hofer 2001

²⁶ Entspricht Piagets „fünftem Stadium“ der „tertiären Zirkulärreaktionen“ und der „Entdeckung neuer Mittel durch aktives Ausprobieren“ (Piaget 1975, S. 267 ff); Haisch spricht vom „darstellungs- und modellgeleiteten Handeln“ (Haisch 1988, S.

die „Spielregeln“ halten sollte, und wo es vielleicht möglich wäre, sie zu eigenen Gunsten zu ändern. Es liegt ihm daran, beachtet zu werden, „eine Rolle zu spielen“, sich einbringen zu können. Er beteiligt sich gern an Tätigkeiten, die in seiner Umgebung als bedeutungsvoll angesehen werden, lässt sich Aufgaben übertragen und freut sich über Lob und Anerkennung. – Diese Voraussetzungen sollte jemand mitbringen, um zum Beispiel erfolgreich in einer Werkstatt für behinderte Menschen integriert zu werden.

Entsprechendes erleben wir bei einem Kind gegen Ende des ersten Lebensjahrs, wenn es die ersten Worte und Gesten formt und lernt, damit seine Wünsche auszudrücken, Interessantes zu bezeichnen, oder Abläufe zu kommentieren. Es setzt gezielt bekannte Abläufe in Gang, um damit seine Absichten zu zeigen oder seine Ziele zu erreichen. So krabbelt es zum Beispiel zum Schuhständer, holt seine Schuhe heraus und drückt damit aus: „Mama, ich will spazieren gehen!“ Es übt auch den exakt angepassten Umgang mit den Objekten seiner Umwelt und will hier ebenfalls seine Vorstellungen durchsetzen: Es steckt Bauklötze auf und in einander, schaut, was in welches Loch passt – es will mit seinem Körper die Objekte beherrschen („taktile Kontrolle“ – entsprechend auch in der Grobmotorik: Gehen auf unebenem Untergrund, treppab steigen, in zu großen Schuhen gehen, usw.). Das Kind beobachtet, wie sich die Erwachsenen und die anderen Kinder in seiner Umgebung verhalten, und versucht, sie nachzuahmen, um das, was ihm tauglich scheint, in sein Verhaltensrepertoire zu integrieren.

Wenn beeinträchtigte Menschen diese Lebensweise entwickelt haben, wollen sie sich ebenfalls mitteilen, eine Rolle spielen, beachtet werden und erreichen, dass man ihre Absichten berücksichtigt. Manchmal mag es ihnen dabei von ihren kognitiven Fähigkeiten her schwer fallen, diesen Wunsch auch mit eigenen Inhalten zu füllen, und so ahmen sie einfach nach, wie es die anderen tun, oder sprechen nach, was sie von anderen hören, äußern Meinungen und Urteile, die sie übernommen haben (nicht unähnlich manchen Stammtisch- oder Kaffeeklatschgesprächen). Im ungünstigen Fall treffen sie dabei auf das Vorurteil, dass sie ohnehin nichts Eigenes zu sagen haben, weil sie ja „geistig behindert“ sind, und dass ihre Meinung keine Rolle spielt, worauf ihnen eigentlich nur die Wahl bleibt zu resignieren oder aufzubegehren – und dann nennt man sie wieder „verhaltensgestört“. Auf andere Weise ungünstig wirkt es sich aus, wenn sich die Umwelt von diesem Verhalten blenden lässt und der Person eine Kompetenz und Einsicht zuspricht, die sie gar nicht wirklich hat, wodurch es wieder zu Überforderung und unrealistischen Erwartungen kommen kann.

Andere Menschen mit Beeinträchtigungen sind sich zwar durchaus bewusst, welche Wünsche, Bedürfnisse oder Kommentare sie äußern möchten, doch konnten sie aus unterschiedlichsten Gründen keinen Zugang zur Verbalsprache finden. Sie können von den vielfältigen Möglichkeiten der Unterstützten Kommunikation profitieren, die ihnen helfen, die fehlende Verbalsprache zu kompensieren – wenn sie die entsprechende Unterstützung erfahren²⁷.

In der Ergotherapie sind PatientInnen, die diese Lebensweise erreicht haben, sicher oft gut zur Mitarbeit zu motivieren. Sie können auch eher verbale Anweisungen umsetzen, sind empfänglich für Lob und Ansprache. Allerdings ist es nachvollziehbar, wenn sie sich dann lieber auf diesem relativ hohen Leistungsniveau präsentieren wollen, so dass es der TherapeutIn nicht leicht fällt, eher ihre „schwächeren“ Seiten zu thematisieren, an denen sie eigentlich arbeiten will. Auch gelingt es diesen PatientInnen zum Teil verblüffend gut, sich als wesentlich kompetenter zu präsentieren, als durch ihre realen Fähigkeiten gedeckt ist, indem sie Verhalten und Sprache weniger behinderter Personen übernehmen. Hier ist wieder „pädagogische“ Kompetenz bei der Gestaltung der therapeutischen Angebote gefordert, so dass die PatientInnen nicht überfordert werden, aber auch zur Mitarbeit motiviert bleiben, selbst wenn es darum geht, die eigenen Schwächen wahrzunehmen, und sie sich gleichzeitig partnerschaftlich ernst genommen erleben. Andernfalls wird man Gefahr laufen, Unverständnis und Widerstand zu provozieren.

46 ff), Affolter und Prekop von der „intentionalen Stufe“ (Prekop 1990, S. 60).

²⁷ siehe Tetzchner, Martinsen 2000, Wilken 2002, Boenisch, Bünk 2003

ren. Einige Ideen dazu aus heilpädagogischer Sicht: Gemeinsam üben – Übungen eventuell in Wettkampfsportarten verpacken – sie mit adäquater Kommunikation oder ablenkender Konversation verknüpfen – realistische Leistungsziele absprechen und Erreichtes rückmelden – mitbestimmen lassen – Hintergründe von Angeboten angemessen erläutern – die eigene Sprechweise daraufhin reflektieren, ob sie den andern nicht überfordert.

Beginn des Denkens:

„Ich beziehe mich auf meine Erfahrungen, teile mein inneres Erleben mit, fühle mich in andere ein.“

(Symbolverständnis)

(In der nicht behinderten Entwicklung im Vordergrund: Ab ca. dem achtzehnten Monat.)

Wenn wir jemanden sehen, der weint, schauen wir in der Regel nicht neugierig zu, wie ihm Wasser aus den Augen läuft, sondern wir werden von seinem Gefühl angesteckt und fühlen seine Trauer selbst in uns, denn wir können uns vorstellen, wie sich Traurigkeit anfühlt. Wenn uns jemand einen Witz erzählt, erkennen wir in unserer Vorstellung das Unerwartete oder Unpassende an dieser Geschichte, was ihre Komik ausmacht und uns zum Lachen bringt. Beim Bericht vom letzten Urlaub beschränken wir uns nicht auf die Aufzählung der Mahlzeiten und Unternehmungen, sondern versuchen, die dazu gehörigen Gefühle in unserer Vorstellung neu zu wecken, nachzuerleben und dem Zuhörer zu vermitteln. Beim Betrachten eines Films gelingt es uns meist mühelos, in unserer Vorstellung die erzählte Geschichte aus all den Einzelbildern und -sequenzen neu zu konstruieren.

Kinder beginnen, wenn sie aus den sensomotorischen Lebensweisen heraus wachsen, mit „als ob“-Spielen: Dann ist der Klotz ein Krankenwagen, das Aststück ein verletzter Mensch, den man ins Krankenhaus fahren muss. Der Sand im Förmchen ist ein Kuchen, und wenn die Mama ihn nicht „isst“, ist das Kind beleidigt. Es kann sich auch hinein versetzen, wie sich ein anderes Kind fühlt, wenn jemand ihm weh tut, und lernt so, dass man anderen keine Schmerzen zufügen sollte. Oder später, wenn das Kind die Puppe „füttert“, hört die Mutter im Kinderzimmer auf einmal sich selbst, weil das Kind in ihre Rolle geschlüpft ist²⁸. Das Kind ist damit nicht mehr an das unmittelbar zu Spürende, an das Hier und Jetzt gebunden, ihm gelingt immer müheloser der Schritt in die Welt der Vorstellungen. Es kann die sensomotorischen Lebensweisen verlassen und die nächsten Themen der kognitiven Entwicklung bis hin zur Ausbildung einer abstrakten Intelligenz im Jugendalter angehen.

Wenn Menschen der Schritt aus den sensomotorischen Lebensweisen nicht gelingt, wie es meist bei den Personen der Fall ist die wir geistig behindert nennen, sind sie kaum zu echter Einfühlung in andere in der Lage, da sie deren Gefühle ja nicht unmittelbar spüren können²⁹. Sie schauen sich im Fernsehen zum Beispiel gern Tier- oder Musikfilme an, bei denen man sieht, was tatsächlich geschieht, aber nicht die eigentliche Geschichte in der Vorstellung erst konstruieren muss. Vielleicht begeistern sie sich an dramatischen Effekten in Action-Filmen, verstehen dabei aber nicht die Handlung. Wenn man sie nach dem letzten Urlaub fragt, zählen sie vielleicht die äußeren Begebenheiten auf, können aber eher nicht den emotionalen Gehalt neu ins Erleben rufen. Witze mit Hintersinn verstehen sie kaum, mit polemischen oder zynischen Bemerkungen löst man eher Irritation aus, vielleicht auch ein diffuses Gefühl, abgelehnt zu werden. Dies kann auch der Fall sein, wenn sich eine Bezugsperson von ihrem Verhalten persönlich angegriffen fühlt und beleidigt oder aggressiv reagiert, obwohl die Person sich dies gar nicht absichtsvoll vorstellen konnte (zum Beispiel bei „Machtkämpfen“ oder „provozierendem Verhalten“, das meist eher im Rahmen der serialen Wahrnehmung zu verstehen ist).

²⁸ Entspricht Piagets „sechstem Stadium“ der „Erfindung neuer Mittel durch geistige Kombination“ (Piaget 1975, S. 333 ff); Haisch spricht vom „mitteilungs- und erfahrungsgeliteten Handeln“ (Haisch 1988, S. 56 ff), Affolter und Prekop von der „Symbolstufe“ (Perkop 1990, S. 63).

²⁹ Dies ist zu unterscheiden von dem symbiotischen „Mitschwingen“, zu dem bereits ein Neugeborenes gut in der Lage ist, das wohl aber kaum bewusst mitvollzogen (und zum Beispiel verbalisiert) wird.

So wird auch in der ergotherapeutischen Situation darauf zu achten sein, wie weit eine PatientIn wirklich in der Lage ist, sich einer inneren Vorstellungswelt zu bedienen bzw. sich in die Vorstellungen eines andern hinein zu versetzen. Abstrakte Anweisungen, metaphorische Äußerungen oder Anspielungen, unspezifische Aufforderungen (zum Beispiel: „Jetzt streng dich mal mehr an!“ – Was soll man da konkret tun?) oder emotionale Appelle können ins Leere laufen bzw. mehr verunsichern als helfen. Gerade die sprachliche Zuwendung ist genau auf solche Überforderungen zu überprüfen. Die Vorstellungskraft der PatientIn mag dann nur begrenzt in der Lage sein, Inhalte zu vergegenwärtigen, die nicht direkt in der gegenwärtigen Situation am eigenen Körper konkret wahrnehmbar sind. Es braucht hier viel Sensibilität von Seiten der TherapeutIn, um zu spüren, wie das eigene Verhalten, die eigenen Mitteilungen vom Gegenüber tatsächlich aufgenommen und verarbeitet werden.

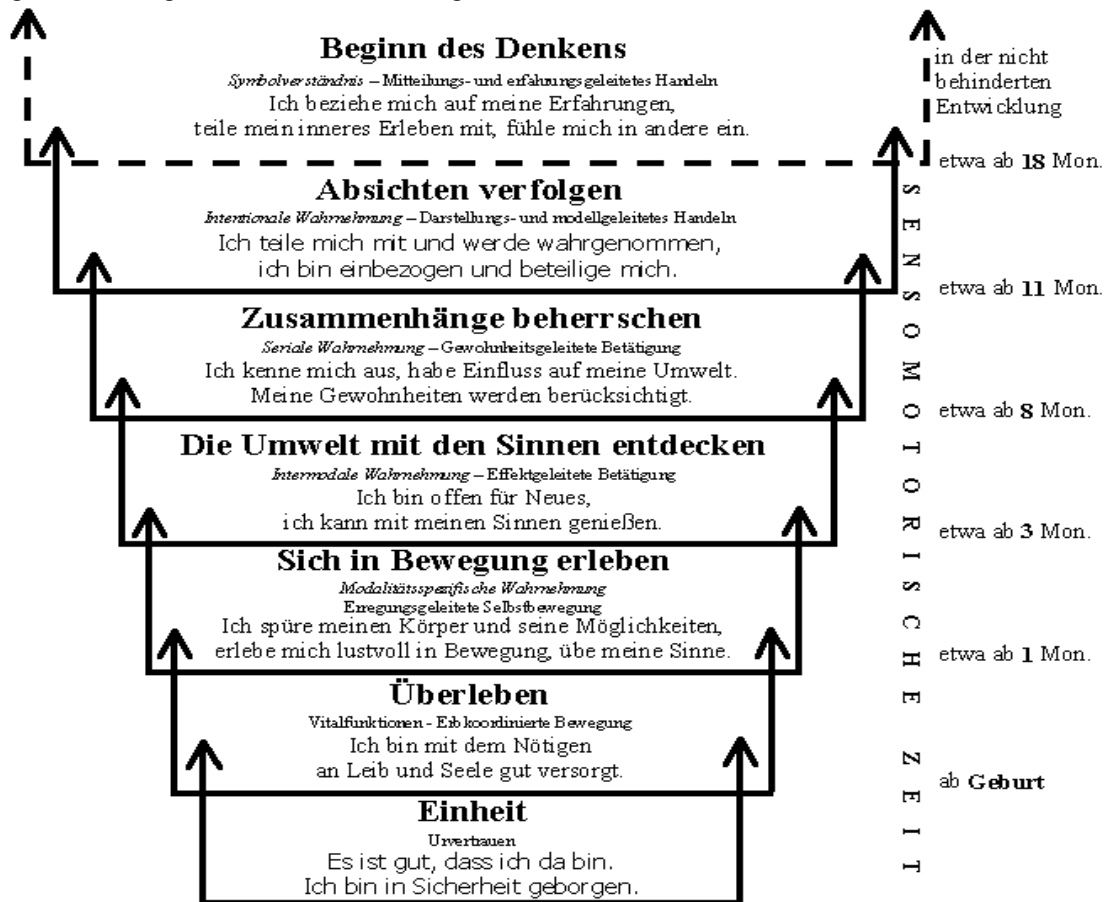


Abb. 1: Sensomotorische Lebensweisen (Übersicht)

Wie lassen sich Menschen mit geistiger Behinderung verstehen?

Es ist letztlich eine Fehlannahme zu meinen, wir könnten einen anderen Menschen völlig verstehen (oft genug verstehen wir uns selbst nur unzureichend). Wir sammeln Beobachtungen, lassen sie auf uns wirken und interpretieren vor dem Hintergrund eigener Vorerfahrungen, in welchem Zusammenhang dieses Verhalten verständlich werden könnte. Dann – wenn es kein Vorurteil bleiben soll – müssen wir entsprechend dieser Vermutungen handeln und in der Folge sehen, ob dies im Umgang mit diesem konkreten Menschen weiter hilft. Die Weise, wie er auf unser Verhalten reagiert, können uns einen Hinweis geben, ob unsere Vermutungen zutreffen, oder ob wir daneben liegen.

In diesem Sinn kann das vorgestellte Konzept der sensomotorischen Lebensweisen einen Hintergrund bieten, vor dem sich im Verhalten von Menschen, die „geistig behindert“ genannt werden, häufig ein Sinn erkennen lässt. So mag uns vielleicht ein Mensch zeigen, dass sein Leben noch immer durch das

unmittelbare Körpererleben, Bewegen und bewegt Werden bestimmt wird, dass ihm Tasteindrücke, Gleichgewichtsangeregung, Vibrationserfahrungen wichtig sind. Reagiert er nun auf entsprechende Angebote mit Interesse und Freude, erleben wir uns darin bestätigt, seine Bedürfnisse getroffen zu haben. Lösen wir jedoch Angst und Abwehr aus, können wir vielleicht der Frage nachgehen, ob er noch von Defiziten aus tiefer liegenden Themen (Urvertrauen – Vitalfunktionen) geprägt ist. Vielleicht schätzt er dann eher Angebote, die Vertrauen, Angstreduktion, Sicherheit und Entspannung vermitteln.

Bei vielen Menschen mit Beeinträchtigungen finden wir jedoch kein homogenes „Profil“ ihrer Lebensweisen. Weiter entwickelte Fähigkeiten stehen oft neben ganz tief greifenden Schwächen (wie ja auch nicht so selten bei nicht behinderten Menschen). Da kann es zum Beispiel Hinweise auf große Defizite in sehr grundlegenden Themen geben, die aber nicht ausschließen, dass ein Sinn für Zusammenhänge vorhanden ist, vielleicht überwiegend genutzt, um durch zwanghaftes Bestehen auf Gleichförmigkeit das Bedürfnis nach Sicherheit zu realisieren. Im Umgang mit diesen Menschen ist es häufig sinnvoll, sich in erster Linie an den Themen zu orientieren, die – zum Beispiel erkennbar an ihrem Spontanverhalten – im subjektiven Erleben dieser Person vordergründig sind. Dabei sind dennoch, gerade wenn es um Förderung und Therapie geht, die tieferen, eventuell defizitären Themen im Auge zu behalten. Die Kunst besteht dann darin, Wege zur Motivation dieser Person zu finden, sich diesen Themen neu zu stellen.

Wenn Ergotherapie sich zum Ziel setzt, in Kooperation mit der PatientIn ihre Kompetenz im Umgang mit sich und ihrer Umwelt nachhaltig zu verbessern, wird sie deshalb immer auch im Blick behalten, wie sich das Verhalten der PatientIn in das Gesamt ihrer sensomotorischen Entwicklung einbettet, die ja nie getrennt von seiner Persönlichkeitsentwicklung zu sehen ist. Dabei kann es manchmal helfen, sich daran zu orientieren, was man von einem nicht behinderten Kind erwarten würde, das sich gerade mit diesem Lebenssthemata auseinandersetzt. Zum Teil lässt sich dabei feststellen, dass ein bestimmtes Therapieziel, das zu erreichen man sich vorgenommen hat, eigentlich in Relation zum vorherrschenden Lebenssthemata dieser Person noch gar nicht „dran“ ist und von ihr vermutlich kaum in ihr Verhaltensrepertoire integriert werden kann.

Störungen im sensomotorischen Fundament und ihre Folgen

Kommt es in grundlegenden Lebensweisen zu Störungen bzw. sind sie aufgrund veränderter Lebensumstände wieder neu in Frage gestellt, kann dies die Entwicklung oder Nutzung der aufbauenden Lebensweisen ganz oder teilweise verhindern und zu immer breiteren Ausfällen führen, bis eventuell die gesamte Entwicklung weitgehend zum Stillstand kommt bzw. die entwickelteren Fähigkeiten nicht mehr nutzbar sind. Es kann dabei durchaus noch bei hoher Eigenmotivation oder intensiver Förderung zum Aufbau vereinzelter Spitzenleistungen kommen, doch bleiben diese meist schmalspurig, und es ist nur begrenzt oder gar nicht möglich, sie auf neue Situationen zu übertragen oder realitätsbezogen anzuwenden.

Wenn sich Bemühungen zu Therapie und Förderung dann nur auf diese schmalen, weiterführenden Leistungsfelder konzentrieren (nach der hier falsch verstandenen Devise, an den Stärken anzusetzen), werden eventuell lediglich isolierte Leistungen antrainiert, die jedoch eben meist instabil und nur mangelhaft auf neue Situationen übertragbar sind. So erlernt jemand zum Beispiel mit viel Mühe und unter dem Einsatz ausgefeilter Hilfsmittel eine bestimmte Tätigkeit, wird sie aber kaum in seine Gesamtpersönlichkeit integrieren und meist deshalb von sich aus eher nicht auf die Idee kommen, das Gelernte auch anzuwenden oder es auf neue Situationen zu übertragen, und ohne fortgesetztes Training wird diese Fähigkeit bald wieder zerfallen. Eventuell wird er nie wirklich Freude daran finden, da er diese Fähigkeit nicht aus eigenem Antrieb erlernt hat, und sie bleibt für ihn eher mit negativen Gefühlen verbunden und wird nicht als Bereicherung der eigenen Möglichkeiten erlebt.

Sind grundlegende Themen nur unzuverlässig gefestigt und tauchen in aufbauenden Lebensweisen zusätzliche Störungen auf, kann die gesamte Entwicklung wieder zusammenbrechen. Das kann zum Bei-

spiel ein Umgebungswechsel sein oder der Verlust vertrauter Personen oder Strukturen, auch körperliche Beeinträchtigungen oder Krankheiten. Es ist davon auszugehen, dass das soziale und emotionale Verhalten einer Person (zum Beispiel auch Aspekte wie Frustrationstoleranz, Sozialverhalten, Umgang mit Neuem) tendenziell der Lebensweise verhaftet bleibt, in der die frühesten Störungen erscheinen.

Stereotypes Verhalten lässt sich oft einzelnen dieser Lebensweisen zuordnen und kann so wertvolle Hinweise geben, welche Themen für diese Person relevant sind. Ihr Auftreten erscheint dann durchaus sinnvoll als Möglichkeit der Person, trotz der eingeschränkten inneren oder äußeren Möglichkeiten aktiv zu werden, damit vielleicht dem Organismus die nötige Reizzufuhr sicher zu stellen, die Angst vor Neuem zu vermeiden, eigenkontrollierte Strukturen zu schaffen oder soziale Situationen zu kontrollieren.

Mögliche Folgerungen für die ergotherapeutische Praxis – aus Sicht eines Heilpädagogen

Umgangsformen, Angebote oder Anforderungen sollten möglichst die Lebensweise berücksichtigen, die bei der beeinträchtigten PatientIn im Vordergrund steht. Dies mag – in relativ pauschalen Aussagen, die selbstverständlich sehr individuell an den einzelnen Menschen anzupassen sind – bezogen auf die einzelnen Lebensweisen bedeuten:

- Wenn ein Mensch von großen Defiziten bezüglich Sicherheit und Urvertrauen beherrscht wird, sollte er zunächst ein Mindestmaß an Vertrauen aufbauen können, bevor er sich neuen Erfahrungen und Anforderungen wirklich öffnen kann. Wer als TherapeutIn dies ignoriert, wird kaum eine nachhaltige Wirkung seiner Angebote erzielen, sondern bestenfalls eine erzwungene Anpassung oder ein resignatives Sich-Fügen, meist jedoch schlichte Wirkungslosigkeit oder gar Verweigerung und aktiven Widerstand.
- Ist für die PatientIn die Regelung der Vitalfunktionen – gleich ob körperlich oder psychisch – noch zu instabil gesichert, wird sie vor allem auf entsprechende Hilfestellung angewiesen sein, zum Beispiel bezüglich Schmerzfreiheit, Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung, Schlaf-Wachrhythmus, Körpertemperatur, aber eben auch bezüglich Trost, zur Ruhe Kommen, Entspannung, Wohlbefinden.
- Fällt es der Person schwer, ihren Körper zu beherrschen, ihre Motorik zu kontrollieren, ihre Sinnesorgane koordiniert zu „benutzen“, wird sie sich eventuell über Angebote freuen, die ihre entsprechende Kompetenz stärken, die sie aber auch ihren Körper auf angenehme, aktivierende wie spannende Weise erleben lassen.
- Hat die PatientIn vorrangiges Interesse an der Effekt-bezogenen Entdeckung der Umwelt, wird sie eine Erweiterung ihres Erfahrungsraums begrüßen, eventuell auch mit kompensatorischer Hilfestellung, falls sie von motorischen Beeinträchtigungen daran gehindert wird.
- Sobald sie ein Bewusstsein der eigenen Wirksamkeit erworben hat, sich mit der Beherrschung von Zusammenhängen befasst, wird die Person erwarten, dass ein Partner – auch eine ErgotherapeutIn – zunächst sich ihr anpasst, „ihr Spiel mitspielt“, bevor sie bereit ist, auf Anregungen von außen einzugehen. Sie wird die Sicherheit wiederkehrender Abläufe schätzen und sich freuen, Bekanntes wieder zu erleben.
- Hat sie das Bedürfnis entdeckt, sich mitzuteilen und aktiv einzubringen, will sie in ihren Mitteilungen und als Interaktionspartner ernst genommen werden, sich einbezogen erleben und sich über attraktive Verhaltensmodelle freuen. Die ErgotherapeutIn wird nach Wegen suchen, wie die PatientIn – vielleicht „ihr zuliebe“ – sich auch mit ihren schwachen Seiten (zum Beispiel den motorischen Beeinträchtigungen) auseinandersetzt, indem sie diese ernst nimmt und ihre Mitarbeit einwirbt, und wird darauf achten, sie intellektuell nicht zu überfordern.

Maßgeblich für die Einschätzung der vorherrschenden Lebensweise ist, wie sich die Person spontan im Umgang mit sich selbst, mit Dingen und mit Menschen im Alltag verhält. Dafür kann es wertvoll sein, sie zunächst ganz unvoreingenommen zu beobachten und nicht gleich mit einem fertigen Programm aufzuwarten. Kriterium für ein angemessenes Anspruchsniveau ist die positive Reaktion, die erfolgreiche Mitarbeit der PatientIn. Wenn diese nicht erreicht wird, sollte dies als Anfrage an das eigene Vorgehen verstanden werden, das vielleicht die gegebenen Voraussetzungen auf Seiten der PatientIn nicht berücksichtigt. Sensomotorisches Lernen kann nicht von außen induziert werden. Es geschieht lustbetont – d.h. aus dem direkten Erleben heraus, dass man „etwas davon hat“ – oder gar nicht. Dazu muss es von den Interessen und Lebensthemen der PatientIn ausgehen und möglichst in ihrem Alltag verwurzelt bleiben.

Menschen mit geistiger Behinderung – Menschen wie wir! – Ein Ausblick

Menschen, die wir als geistig behindert bezeichnen, sind prinzipiell keine andere Art von Menschen als wir, ihre Persönlichkeit wurzelt in den selben Grunderfahrungen wie die aller Menschen. Zwar mag es uns „nicht behinderten“ Menschen gelungen sein, über die sensomotorischen Lebensweisen hinaus unsere Möglichkeiten weiter zu entwickeln: So können wir unsere Vorstellungskraft einsetzen, um anstehende Probleme zu lösen, wir haben ein differenziertes Sprach- und Schriftverständnis, mit dem wir Kontakt zu anderen Menschen auch über große Entfernungen herstellen können, sowie viele weitere Möglichkeiten. Dennoch bleiben wir gleichzeitig den sensomotorischen Lebensweisen verhaftet: Wir sehnen uns danach, bedingungslos angenommen zu werden; täglich müssen wir für das Lebensnotwendige sorgen; wir erleben uns gern in unserem Körper und freuen uns an seinen Möglichkeiten bzw. stoßen an ihre Grenzen; wir genießen mit unseren Sinnen; wir legen es darauf an, uns auszukennen und Einfluss nehmen zu können; und wir haben das Bedürfnis, uns mitzuteilen und einbezogen zu sein.

Gleichzeitig ist uns der Umstand bewusst, dass auch uns nicht alle prinzipiell möglichen Lebensweisen zur Verfügung stehen. So erwirbt nicht jeder einen Dokortitel – und nicht jeder Gelehrte ist in der Lage, ein Regal an die Wand zu hängen. Keiner von uns kann alles, jeder erlebt die Grenzen seiner Möglichkeiten, ist also im Sinne des Wortes behindert. Es gehört zu unserem Menschsein, begrenzt zu sein, lediglich im Grad unserer Einschränkungen gibt es Unterschiede.

Ganz wichtig ist dabei zu sehen, dass Menschen nicht nur behindert sind, sondern allzu oft behindert werden: Wenn jemand, der nicht der Norm entspricht, nicht akzeptiert wird, wenn eine unpersönliche Medizin den Menschen nur wie eine Körpermaschine behandelt, Therapie rein auf das Trainieren von Funktionen ausgerichtet ist, Pädagogik nicht vom Kind und seinen Bedürfnissen, sondern von fixen Leitbildern und Inhalten ausgeht, wenn Menschen, die nicht in unsere Leistungsnormen passen, und ihre Familien sozial und ökonomisch benachteiligt werden – all das wird es Menschen wesentlich erschweren, wenigstens die Möglichkeiten zu entfalten, die ihnen ansonsten offen stünden, gerade wenn sie ohnehin mit Beeinträchtigungen zu leben haben.

Auch vor unserem Leben machen diese behindernden Umstände nicht halt, wir sind stets gefährdet, auch wenn wir das gerne ignorieren. Durch Unfall, Krankheit oder Altersfolgen können wir unversehens wieder zu denselben Lebensweisen zurück geführt werden, die auch das Leben schwer beeinträchtigter Menschen bestimmen. Wenn wir uns klar machen, wie wir unter diesen Umständen behandelt werden wollten, hätten wir eine Richtschnur, welche Lebensqualität wir Menschen mit Behinderungen zugestehen. Wenn eine Gesellschaft diese Zusammenhänge nicht wahr haben will und sich untersteht zu messen, was Menschen wert sind, womöglich allein nach dem Kriterium der ökonomischen Nützlichkeit, gefährdet sie damit ihre Grundlage, die in der allgemeinen Menschenwürde aller ihrer Mitglieder besteht. Jeder einzelne spaltet sich von den Fundamenten seiner eigenen Persönlichkeit ab und reduziert seine Lebensqualität damit ganz wesentlich, wenn er diese Wertung für sich übernimmt. Darüber hinaus sollte er realisieren, dass eines Tages gemessen an seinen eigenen Wertkriterien sein eige-

nes Lebensrecht in Frage gestellt sein könnte. So können Menschen mit geistiger Behinderung uns stets daran erinnern, dass sich der Wert eines Menschen nicht darin begründet, was er leisten kann, sondern allein darin, dass er lebt. Wenn eine Gesellschaft dies aus ihrem Erleben ausblendet, ist sie tatsächlich arm dran, ihr materieller Reichtum mag noch so groß sein.

Schlüsselfragen zur Beobachtung

Mit Hilfe folgender Fragen lässt sich ein Überblick über die Ausprägung der sensomotorischen Lebensweisen eines Menschen gewinnen. Bei ihrer Beantwortung sollte vor allem an konkreten Beobachtungen angesetzt werden. Dabei muss der hypothetische Charakter aller Aussagen im Bewusstsein bleiben³⁰. Das heißt, eine Auswertung mag erste Annahmen liefern, in welchen Themen sich dieser Mensch ansprechen lässt, diese müssen sich dann aber erst im pädagogisch-therapeutischen Umgang mit ihm bewähren.

„Einheit – Überleben“ (Urvertrauen – Vitalfunktionen)

- Emotionale Grundstimmung?
- Bereitschaft zu vertrauen?
- Sicherung der körperlichen Grundbedürfnisse?
- Auf „Beruhigung“ angewiesen sein?
- Extrem sensibel für Stimmungen?
- Reaktion auf Stress?
- Annehmen von Trost?

„Sich in Bewegung erleben“ (Modalitätsspezifische Wahrnehmung)

- Lust an Bewegung?
- Erwartung: Der Partner ermöglicht mir spannende Bewegungserfahrungen?
- Sinnesbehinderungen?
- Wie werden die einzelnen Sinnesbereiche genutzt?
- Sinnvolle/angemessene Reaktionen bzgl. einzelner Sinnesbereiche?
- Selbststimulation bzgl. einzelner Sinnesbereiche – bzgl. Bewegungserfahrung?

Tast- und Bewegungswahrnehmung (umspannt alle sensomotorischen Themen)

- Körperbehinderung?
- Körperbeherrschung, Gleichgewichtskontrolle?
- Reaktion auf Berührt-Werden?
- Reaktion auf Bewegt-Werden?
- Kraftdosierung, Wechsel zw. An- und Entspannung, Umgang mit Widerstand?
- Automatisierung von Bewegungsfolgen?
- Taktile Kontrolle?
- Koordination von gesehener und eigener Bewegung?

„Die Umwelt entdecken“ (Intermodale Wahrnehmung)

- Interesse an vielfältigen Sinneseffekten:
„Was kann ich mit Dingen/Situationen erleben?“
- Neugier für neue Dinge/Effekte?
- Hat sie Vorlieben/Abneigungen bezüglich bestimmter Sinneseffekte („Geschmacksvorlieben“)?
- Erwartung: Der Partner zeigt mir neue, interessante Effekte?

³⁰ Für nähere Details und noch differenziertere Beobachtungsfragen siehe Mall 2003.

- „Stereotypes“ Spiel, das sich um die Erzeugung von Effekten dreht?
- Kommt es zu Situationen der Reizüberflutung?

„Zusammenhängen beherrschen“ (Seriale Wahrnehmung)

- Interesse an Abläufen?
- Neugier bzgl. Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen?
- Erleben der eigenen Wirksamkeit?
- Bestehen auf Gewohnheiten – bis zu zwanghaftem Bestehen auf Gleichförmigkeit?
- Selbständiges In-Gang-Setzen vertrauter Handlungsabläufe?
- Übertragung vertrauter Abläufe auf neue Situationen?
- Umgang mit räumlichen Zusammenhängen?
- Umgang mit zeitlichen Zusammenhängen?
- Erkennen, „was fehlt“?
- Erwartung: Der Partner spielt „mein Spiel“ mit?
- Bedürfnis, sich als Initiator von Abläufen zu erleben?
- „Stereotypes“ Spiel, das sich um Abläufe dreht?
- Interesse daran, dass die gewünschte Wirkung erreicht wird?

„Absichten verfolgen“ (Intentionale Wahrnehmung)

- Bedürfnis, sich darzustellen (verbal oder nonverbal: Was ich tue, was ich will, was ich erlebe, wie ich mich fühle); Interesse verstanden zu werden?
- Bedürfnis, als aktiv Handelnder wahrgenommen zu werden?
- Interesse an „Handlungsmodellen“ – Nachahmung von Handlungsabläufen anderer?
- Interesse an Verweigerung „aus Prinzip“ („Trotz“)?
- Neukombination bekannter Handlungselemente auf neue Situationen?
- Ausbildung taktischer Kontrolle (siehe oben)?
- „Stereotypes“ Spiel, das sich an Modellen anderer orientiert (zum Beispiel Konversation)?

„Beginn des Denkens“ (Symbolverständnis)

- Problemlösung durch „geistiges Kombinieren“ ohne direktes Handeln?
- Verständnis für Geschichten (zum Beispiel Bilderbuch, Film)?
- Verständnis für Gefühle, auch die anderer Personen („sich einfühlen“)?
- Interesse daran, verstanden zu werden?
- Nachspielen von Situationen und Szenen (inkl. Gefühlsbeteiligung)?
- Sprechen über Vergangenes und Zukünftiges – Planen (mit emotionaler Beteiligung)?
- Sinn-entnehmendes Lesen?

Zusammenfassung

- Auffälligkeiten bzgl. Tast- und Bewegungswahrnehmung?
- In welcher Lebensweise finden sich Spitzenleistungen?
- In welcher Lebensweise finden sich Entwicklungslücken?
- Welcher Lebensweise lässt sich das Spontanverhalten zuordnen?
- Problematisches Verhalten?

Literatur

Affolter, f.: *Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache*. Villingen-Schwenningen (Neckar-Verlag) 31992

- Ayres, J.: *Bausteine der kindlichen Entwicklung*. Berlin 1984.
- Bauer, J.: *Das Gedächtnis des Körpers – Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. Frankfurt (Eichborn) 2002
- Bensch, C., Klicpera, Ch.: *Dialogische Entwicklungsplanung*. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft, 26. Jg. (2/2003) S. 42-51
- Bigger, A.: *Förderdiagnostik Schwer- und Schwerstbehinderter – Diagnostik und Förderung unter dem Aspekt der Kognition*. Luzern (Zentralstelle für Heilpädagogik) ²1993
- Boenisch, J., Bünk, Ch. (Hg.): *Methoden der Unterstützten Kommunikation*. Karlsruhe (von Loeper) 2003
- Case, R.: *Die geistige Entwicklung des Menschen – Von der Geburt bis zum Erwachsenenalter*. Heidelberg (Universitätsverlag C. Winter/Edition Schindele) 1999
- Ciampi, L.: *Affektlogik*. Stuttgart (Klett-Cotta) ³1992
- Ewald, W., Hofer, A.: *Das Affolter-Modell. Forschungsergebnisse – Entwicklungsmodell – Anwendung*. 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. 83-100
- Flanagan, G. L.: *Die ersten neun Monate des Lebens*. Reinbek (Rowohlt) 1963
- Fröhlich, A.: *Basale Stimulation – Das Konzept*. Düsseldorf (Verlag Selbstbestimmtes Lernen) 1998
- Fröhlich, A.: *Der somatische Dialog- Zur psychischen Situation schwerst mehrfach behinderter Kinder*. In: Behinderte 5. Jg./1982 Heft 4, S. 15-20
- Fröhlich, A.: *Die Entstehung eines Konzepts: Basale Stimulation*. 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. 145-160
- Fröhlich, A., Bienstein, Ch., Haupt, U.: *Fördern – Pflegen – Begleiten. Beiträge zur Pflege- und Entwicklungsförderung schwerst beeinträchtigter Menschen*. Düsseldorf (Verlag Selbstbestimmtes Lernen) 1997
- 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
- Gross, W.: *Was erlebt ein Kind im Mutterleib? Ergebnisse und Folgerungen der pränatalen Psychologie*. Freiburg (Herder) 1982
- Haisch, W.: *Kognition, dargestellt an der Entwicklung der sensomotorischen Intelligenz*. In: Schermer, F.J. (Hg.): *Einführung in Grundlagen der Psychologie*. Würzburg (Arusin) 1988
- Häussler, A.: *Strukturierung als Hilfe zum Verstehen und Handeln: Die Förderung von Menschen mit Autismus nach dem Vorbild des TEACCH-Ansatzes*. In: ISAAC und Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. (Hrsg.): *Unterstützte Kommunikation mit nichtsprechenden Menschen. Tagungsband der 5. Fachtagung Dortmund 1999*. Karlsruhe (von Loeper) 1999, S. 52-61
(zu finden unter: <http://www.uni-leipzig.de/~gbpaed/artikel/haussler.htm>)
- Hüther, G.: *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht) 2001
- Kahle, W.: *Nervensystem und Sinnesorgane*. Stuttgart (Thieme/dtv) ³1979
- Mahler, M., Pine, F., Bergmann, A.: *Die psychische Geburt des Menschen – Symbiose und Individuation*. Frankfurt a.M. (Fischer) 1994 (Original 1975)
- 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 1987.
- Mall, W.: *Heilpädagogische Partnerschaft mit schwerstbehinderten Menschen*. In: Annehmen und Verstehen – Förderung von Menschen mit sehr schweren Behinderungen. Hürth (Lebenshilfe NRW) 1992
- Mall, W.: *Kommunikation – Basis der Förderung*. In: Frei, E. X., Merz, H.-P.: *Menschen mit schwerer geistiger Behinderung – Alltagswirklichkeit und Zukunft*. Luzern (SZH) ²1993
- Mall, W.: *Basale Kommunikation in der Ergotherapie*. In: Zeitschrift praxis ergotherapie, 12. Jg, Heft 5/1999, S. 372 – 377
- Mall, W.: *Sensomotorische Lebensweisen – Wie erleben Menschen mit geistiger Behinderung sich und ihre Umwelt?* Heidelberg (Programm „Edition S“ im Universitätsverlag Winter) ²2003

- Mall, W.: *Kommunikation ohne Voraussetzungen mit Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen*. Heidelberg (Universitätsverlag Winter/Edition S) ⁵2004.
- Mall, W.: *Der Zündfunke für Entwicklung – Was „zündet“ menschliches Lernen?* in: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft, 27. Jg. 1/2004, S. 26-33 (leicht überarbeitet im Internet unter <http://www.winfried-mall.de/pdf/zuendfunke.pdf>).
- Nydahl, P., Bartoszek, G. (Hg.): *Basale Stimulation – Neue Wege in der Intensivpflege*. München, Jena (Urban & Fischer) ³2000
- Piaget, J.: *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Stuttgart (Klett) 1969 (Original: Neuchâtel 1959)
- Prekop, J., Huwe, H., u.a.: *Wahrnehmungsübungen im Bereich des Tastsinns und des Bewegungssinns*. Verband ev. Einrichtungen für geistig u. seelisch Behinderte e.V., Stuttgart ²1982
- Saal, F.: *Behindertsein – Bedeutung und Würde aus eigenem Recht*. In: Behinderte in Familie und Gesellschaft 21. Jg (4/5/6/1998)
- Senckel, B.: *Mit geistig Behinderten leben und arbeiten. Eine entwicklungspsychologische Einführung*. München (Beck) ³1998
- Spitzer, M.: *Geist im Netz – Modelle für Lernen, Denken und Handeln*. Heidelberg, Berlin (Spektrum Akademischer Verlag) 2000
- Stern, D.: *Mutter und Kind – Die erste Beziehung*. Stuttgart (Klett-Cotta) 1979
- Tetzchner, S., Martinsen, H.: *Einführung in Unterstützte Kommunikation*. Heidelberg (Edition »S« im Universitätsverlag Winter) 2000
- Vester, F.: *Denken, Lernen, Vergessen*. München (dtv) ²³1996
- Wilken, E. (Hg.): *Unterstützte Kommunikation – Eine Einführung in Theorie und Praxis*. Stuttgart, Berlin, Köln (Kohlhammer) 2002

zum Autor:

Winfried Mall, Diplom-Heilpädagoge (FH)
 Heilpädagogische Fachberatung
 Neustraße 22
 D-79312 Emmendingen
 e-Mail: kontakt@winfried-mall.de
 Internet: <http://www.winfried-mall.de>