

## Sensomotorische Lebensweisen – Patienten mit „geistiger Behinderung“ besser verstehen

erschieden in:

Krankengymnastik – Zeitschrift für Physiotherapeuten. 58. Jg (4/2006) S. 325-339

### Zusammenfassung

Therapeutisches Arbeiten aus ganzheitlicher Sicht hat immer den ganzen Menschen im Blick. Um Patienten mit geistiger Behinderung besser zu verstehen, empfiehlt sich deshalb der Blick auf die sensomotorischen Themen der Entwicklung von Kognition und Persönlichkeit, wie sie beim nicht behinderten Kind in den ersten 18 Monaten im Vordergrund stehen, wie sie aber auch alle Menschen ihr Leben lang begleiten. Sie werden hier aus heilpädagogischer Sicht näher erläutert. Dies wird in Bezug gesetzt zu Erfahrungen, wie sie sicher viele Physiotherapeuten in der Arbeit mit diesem Personenkreis machen, und die damit vielleicht in einen sinnvollen Zusammenhang gerückt werden. Auch werden Ansätze aus der Heil- und Sonderpädagogik und benachbarten Bereichen genannt, die den einzelnen Themen gerecht werden können.

### Schlüsselwörter:

Geistige Behinderung, sensomotorische Entwicklung, Heilpädagogik

### Summary

Sensory-motor ways of life, understanding the „mentally handicapped“ better

Therapeutic work, from a holistic point of view, always includes the whole person in its scope. In order to better understand patients with mental handicaps, we recommend having a look at the sensory-motor themes in the development of cognition and personality, and how they are central to the development of a normal infant/child in the first 18 months of life, as well as they accompany adults throughout their entire lives. Here, we explain them in detail, from the viewpoint of remedial education. We relate them to experiences such as many physiotherapists have certainly experienced when working with this particular patient group, in order to perhaps bring them into a more meaningful light. In addition, the approaches of remedial education and special education and related areas are referred to, as they may also be appropriate to certain themes.

**Key words:** mental handicap, sensory-motor development, remedial education

### Résumé

**Le côté sensori-moteur de la vie – mieux comprendre les patients « handicapé mentaux »**

Une approche holistique des soins implique une vision globale de l'individu. Afin de mieux comprendre les patients atteints d'un handicap mental, il convient donc de prendre en compte les facteurs sensori-moteurs du développement cognitif et individuel, tels qu'ils occupent le devant de la scène pendant le 18 premiers mois chez l'enfant non handicapé, mais également présents chez toutes les personnes tout au long de leur vie. Ces éléments seront décrits en détail d'un point de vue de la pédagogie curative. Ensuite, ils seront mis en relation avec les expériences que de nombreux physiothérapeutes vivent certainement au cours de leur travail avec ce groupe de personnes. De cette façon, ces expériences peuvent éventuellement trouver une place dans un contexte judicieux. De plus, des approches issues de la pédagogie curative et spécialisée et celles de domaines proches sont mentionnées dans la mesure où elles peuvent apporter des éclaircissements complémentaires.

**Mots-clés :** handicap mental, développement sensori-moteur, pédagogie curative

## Einleitung

Säuglinge und Kinder mit verzögerter Entwicklung sowie Menschen mit geistiger Behinderung oder Mehrfachbehinderung werden wegen Problemen mit Körperhaltung und Motorik oft auch physiotherapeutisch behandelt. Nicht selten jedoch sind diese Patienten nur mit Schwierigkeiten aktiv in die Behandlung einzubeziehen. Es bleibt unklar, wie sie die Angebote und Übungen erleben, wie sich ihnen vermitteln lässt, worum es eigentlich geht. Was genau mit der Zuschreibung „geistig behindert“ zu verbinden ist, bleibt oft unklar, umso mehr, wenn von „schwerer“, gar „schwerster geistiger Behinderung“ oder von „schwerst-mehrfachbehindert“ die Rede ist.

Dieser Artikel stellt aus einem heilpädagogischen<sup>1</sup> Ansatz heraus ein Konzept vor, das schildert, wie diese Menschen möglicherweise sich und ihre Welt erleben. Dabei soll das Gemeinsame deutlich werden, das sie mit allen Menschen teilen, und es sollen sich daraus unmittelbar Einsichten ergeben, wie diese Menschen angesprochen werden könnten.

Es geht dabei um keine Allerklärungstheorie, sondern um möglichst hilfreiche Einsichten, die sich jeweils erst im Rahmen einer dialogisch geprägten Praxis – auch der Physiotherapie – bewähren müssen. Sie bezieht sich auf Themen, die die ersten Monate im Leben aller Menschen bestimmen, und die eine Persönlichkeit auf unterschiedliche Weise dauerhaft prägen (nach *Piaget* „sensomotorische Phase“<sup>2</sup> der Entwicklung, ergänzt durch Einsichten der pränatalen und frühkindlichen Psychologie<sup>3</sup> sowie der neuen Neuropsychologie<sup>4</sup>).

Bei diesen Themen wird der menschliche 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, Hauptthema von Physiotherapie – eine zentrale Bedeutung zukommt. Was man nicht direkt mit den Sinnen und in der Bewegung spüren kann, hat in diesen Lebensweisen kaum eine Bedeutung, da keine oder nur unzureichende innere Vorstellungen von der Welt zur Verfügung stehen.

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 dabei – in der gängigen Terminologie – vor allem um folgende *Personengruppen*:

- Menschen mit deutlicher bis schwerer geistiger Behinderung oder solchen mit sehr unausgeprägten Kompetenzprofilen (z.B. auch autistischem Verhalten),
- schwerst mehrfach behinderte Menschen,
- aber auch Menschen im Wachkoma oder in fortgeschrittenen Stadien der Demenz, bei denen aufgrund ihres Lebensschicksals diese Themen wieder in den Vordergrund gerückt sind,
- aber natürlich auch um Kinder, deren Entwicklung entsprechend verzögert verläuft.

## Im Wechsel von Einflussnahme und Anpassung

Die Dynamik menschlicher Entwicklung wird grundlegend geprägt vom Wechselspiel 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“<sup>5</sup>. Erst das immer wieder neu einzupandelnde Gleichgewicht zwischen beiden Polen ermöglicht es, sich in der Umwelt zufrieden stellend zurecht zu finden. 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, mit dem wirkliches Lernen erst beginnen

---

<sup>1</sup> ... für mich gleichbedeutend mit „ganzheitlich“ – am Wohl des ganzen Menschen interessiert, der mir beruflich gegenüber steht.

<sup>2</sup> siehe *Piaget* 1975, auch *Haisch* 1988, *Prekop* 1990, *Affolter* 1992, *Bigger* 1993, *Senckel* 1998, *Case* 1999

<sup>3</sup> siehe z.B. *Flanagan* 1963, *Gross* 1982, *Papoušek et al.* 2004, *Stern* 1979

<sup>4</sup> siehe z.B. *Bauer* 2002, 2005, *Spitzer* 2000

<sup>5</sup> siehe *Piaget* 1975

kann. Neuere Erkenntnisse der Neuropsychologie<sup>6</sup> bestätigen eindrucksvoll diesen Aspekt. Sie weisen darauf hin, dass mehrere Areale der Großhirnrinde (*Bauer*: „Spiegelneuronen“), die bei der Planung von Handlungsabsichten – und auch von Sprache – zusammenwirken, darauf angelegt sind, Resonanz zu wahrgenommenen Handlungen anderer Menschen zu erzeugen, die neurologische Basis von intuitiver Kommunikation und sozialem Lernen, wie es z.B. im ersten Lächeln deutlich wird. So ist das Kind für die Selbstorganisation seiner neurologischen Verarbeitungsstrukturen als lernfähiges und soziales Wesen darauf angewiesen, eben diese „Spiegelung“, die Erfahrung von Korrespondenz zwischen inneren Zuständen und von außen kommenden Ereignissen durch andere Menschen zu erleben (Abb. 1).

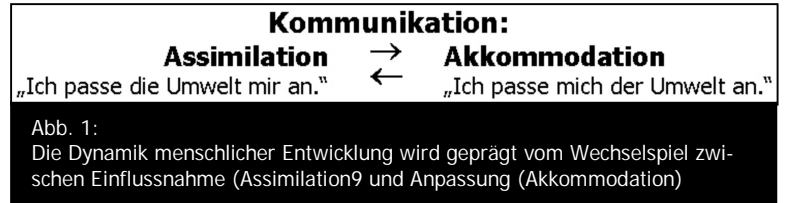
## Kommunikation als Basis für Lernen

Das kleine Kind erlebt und lernt dieses Wechselspiel zunächst in der ersten Beziehung zu einem Menschen, meist der

Mutter – in einer kommunikativen Situation: Indem diese sich sehr einfühlsam an das Kind anpasst, ermöglicht sie ihm, sich immer besser ihr anzupassen<sup>7</sup> (Symbiose<sup>8</sup>). Doch dieses Wechselspiel ist sehr leicht störbar, verschiedene Einflüsse und Erschwernisse können die erste Beziehung belasten oder gar verhindern – nicht selten im Zusammenwirken mit weiteren körperlichen und seelischen Traumata – was dann Entwicklung und Lernen wesentlich erschwert. Ebenso kann im späteren Leben durch dramatische Ereignisse, durch Unfall, Krankheit oder Alterungsprozesse der Kreislauf der Kommunikation zum Erliegen kommen. Gelingt es nicht, ihn wieder aufzunehmen, wird dies die Situation des betreffenden Menschen massiv beeinträchtigen, wieder oft zusätzlich zu einer eingetretenen körperlichen Erschwernis<sup>9</sup>.

## Sensomotorische Lebensweisen als Fundament des „Lebenshauses“

Mit Absicht soll hier nicht von „Phasen“ oder „Stufen“ die Rede sein, da damit lediglich Durchgangsstadien zum jeweils „höheren“ Niveau suggeriert werden. Es geht um „Lebensweisen“, um die Fundamente menschlicher Persönlichkeit, die auch für „Nichtbehinderte“ ihre Relevanz behalten, und die für viele beeinträchtigte Menschen ihr Leben überhaupt ausmachen. Als Analogie liegt das Bild eines Hauses nahe, das verschieden viele Stockwerke haben kann, je nach den konkreten Umständen seines Entstehens, und für dessen Stabilität es vor allem auf ein tragfähiges Fundament ankommt (Abb. 2). Auch nicht beeinträchtigte Menschen sind nicht immer nur mit ihren „höchst entwickelten“ Möglichkeiten befasst, sondern es ist selbst später im Leben möglich und manchmal nötig, sich wieder in die tieferen „Etagen“ zu begeben, dort nach dem Rechten zu sehen, den „Innenausbau“ zu vollenden, Reparaturen vorzunehmen, oder einfach die Möglichkeiten zu nutzen, die diese Lebensweise bietet.



<sup>6</sup> siehe *Bauer* 2005, auch *Bauer* 2002, S. 87

<sup>7</sup> ... 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.

<sup>8</sup> siehe *Mahler, Pine, Bergmann* 1994

<sup>9</sup> siehe *Mall* 2004 (2)

## Die einzelnen Themen sensomotorischer Lebensweisen

- *Einheit in Beziehung*: „Es ist gut, dass ich da bin! Ich bin in Sicherheit geborgen.“ (Sicherheit-Vertrauen)

In der nicht behinderten Entwicklung:  
Die 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.“ Wenn sich ein Mensch auf dieses Angenommen-Sein nicht bedingungslos verlassen kann, wird er sich nicht frei den Herausforderungen des Lebens stellen können. Dieser Mangel überlagert dann alles, was er tut, und absorbiert so Energie, die er für seine tatsächlichen Lebensprobleme bräuchte.

In der Situation im Mutterleib erlebt das Kind lange Zeit kaum eine Unterscheidung zwischen innen und außen: Keine Temperaturunterschiede, kein Warten auf Nahrung, kein Problem mit der Ausscheidung, 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, selbst wenn das für das Kind hilfreich wäre: Ob Stress, Sorgen, Ernährung, Krankheitserreger, Medikamente, Drogen – all diesem ist das Kind gegebenenfalls ungeschützt ausgesetzt.

Schon hier wird ein Kind davon geprägt, wie die Mutter – und vermittelt über sie seine gesamte Umwelt – zu ihm steht; im ungünstigen Fall wird es vielleicht schon belastet zur Welt kommen, anfälliger für spätere, zusätzliche Störungen<sup>10</sup>. Auch später spüren die meisten Menschen sehr sensibel, ob sie um ihrer selbst willen angenommen werden. Nicht selten werden gezielt „Einheitserfahrungen“ aufgesucht, in der Badewanne, im warmen Bett, in einer Liebesbeziehung, in der Natur, in Glaube, Religion, Meditation, Mystik.

Bedeutsam für die Physiotherapie

Wenn eine organische Beeinträchtigung vorliegt, fällt das bedingungslose „Ja!“ zu diesem Menschen zusätzlich schwer, oft erst nach einem langen Weg der Auseinandersetzung, geprägt von vielerlei Ambivalenzen. Doch gerade diese Menschen sind auf unvoreingenommene Akzeptanz angewiesen, um die besonderen Herausforderungen ihres Lebens bewältigen zu können. Ist jemand noch ganz an diese



Abb. 2:

Sensomotorische Lebensweisen: Das „Haus der Persönlichkeit“

<sup>10</sup> siehe Fröhlich 1982

Thematik gebunden, ist erst einmal – auch in einer physiotherapeutischen Behandlung – zumindest ein begrenztes Fundament an Vertrauen aufzubauen, bevor auf therapeutische Angebote eingegangen werden kann. Ein sehr förderungsbezogenes Vorgehen mag die Botschaft vermitteln, eben doch noch nicht „in Ordnung“ zu sein.<sup>11</sup> – Basale Kommunikation<sup>12</sup> zeigt einen methodisch strukturierten Weg, zumindest in einer begrenzten, realistischen Situation diese Erfahrung neu zu ermöglichen, womit sich evtl. eine kommunikative Basis für therapeutische Angebote im engeren Sinn schaffen lässt.

- *Überleben:* „Ich bin mit dem Nötigen für Leib und Seele gut versorgt.“ (Vitalfunktionen – erbkoordinierte Bewegung)

In der nicht behinderten Entwicklung: Der erste Monat.

Lebenslang sind wir mit der Befriedigung unserer Grundbedürfnisse beschäftigt: Wir atmen, essen und trinken, scheiden aus, regulieren die Körpertemperatur, schlafen, sorgen für Schmerzfreiheit. Andernfalls drängen sich diese Bedürfnisse unerbittlich in den Vordergrund. Doch auch unsere Seele bedarf der Pflege<sup>13</sup>: Wir brauchen Kontakt, Beruhigung, Entspannung, Trost, Geborgenheit.

Diese grundlegenden Notwendigkeiten prägen die ersten Lebenswochen eines Kindes, im oben geschilderten Wechselverhältnis von Assimilation und Akkommodation, in der Symbiose zur ersten Bezugsperson<sup>14</sup>. An neuen Erfahrungen aus der Außenwelt ist es noch kaum interessiert. Manche sehr schwer beeinträchtigte Menschen sind ihr Leben lang mit der Sicherung ihrer Grundbedürfnisse beschäftigt, und auch sie können sich dann kaum auf weiter gehende Angebote und Forderungen einlassen. Gerade wenn das Wechselspiel zwischen Assimilation und Akkommodation misslingt, fehlt ihnen eine grundlegende Dynamik für weiteres Lernen. – Auch bei gesunden und unbehindert lebenden Erwachsenen kann sich durch Unfall, schwere Erkrankung oder Altersabbau dieses Thema – die Stillung der körperlichen und seelischen Grundbedürfnisse – wieder in den Vordergrund schieben.

Bedeutsam für die Physiotherapie

Fragen bezüglich Lagerung, Haltungserleichterung, Schmerzvermeidung oder optimiertem Handling greifen diese Thematik auf, auch die Sorge um Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitszufuhr, sowie Aspekte der emotionalen Befindlichkeit, von Verständnis, Trost, Ruhe und Entspannung. Anregungen aus den ganzheitlichen Konzepten von Basaler Stimulation<sup>15</sup> und Basaler Kommunikation<sup>16</sup> helfen, Inhalte dieses Lebensthemas in die physiotherapeutische Arbeit zu integrieren.

- *Den Körper in Bewegung erleben:* „Ich spüre meinen Körper, entdecke seine Möglichkeiten, erlebe mich lustvoll in Bewegung.“ (modalitätsspezifische Wahrnehmung – erregungsgeleitete Selbstbewegung)

In der nicht behinderten Entwicklung: ca. 2. bis 3. Monat.

Lust an Bewegung ist eine zutiefst befriedigende Erfahrung, ob aktiv bei Sport, Tanz oder körperlicher Betätigung oder passiv auf der Schaukel, der Achterbahn, dem Karussell oder auch bei einer wohltuenden Massage oder im warmen Wasser des Thermalbads. Der eigene Körper wird auf lustvolle Weise erlebt. Diese Lust an Bewegung bestimmt auch das kleine Kind, wenn es getragen, geschaukelt, im Kreis geschwungen, auch hoch geworfen und aufgefangen wird, im Vertrauen auf seine Eltern. Es freut sich

---

<sup>11</sup> Erschreckt stellten Mitarbeiter eines Wohnheims nach dem Tod eines Bewohners fest, dass er ja noch gar nicht mit seinem Förderplan fertig geworden war. Bis an sein Lebensende musste er erfahren, dass er noch nicht „fertig“, seine Umwelt mit ihm noch nicht zufrieden war (mündlicher Bericht). Was für ein Leben...!

<sup>12</sup> siehe Mall 1999, 2003 (1), 2004 (1)

<sup>13</sup> ...wobei die Trennung zwischen Körper und Seele letztlich eine künstliche ist.

<sup>14</sup> siehe Mahler, Pine, Bergmann 1994

<sup>15</sup> Siehe Fröhlich 1998

<sup>16</sup> siehe Mall 2003 (1), 2004 (1)

an seiner wachsenden Fähigkeit zur Körperkontrolle, genießt Massage, Baden, Abrubbeln, Kitzeln, und jede andere Gelegenheit, den eigenen Körper lustvoll zu spüren<sup>17</sup>.

Dabei übt die Person den Gebrauch ihrer Sinnesorgane (der „Sinnesmodalitäten“) im Zusammenspiel mit der Motorik, so die visuelle Wahrnehmung mit der differenzierten motorischen Kontrolle der Augen, oder das gerichtete Hören, die gezielte Reaktion auf einen Berührungsreiz. Das nötige Urvertrauen vorausgesetzt kommt es zu der grundsätzlichen Entdeckung, dass die Sinnesorgane dazu taugen, sich sinnvolle Informationen über die Umwelt zu beschaffen, und es „sich lohnt“, sie als „Tor zur Welt“ zu nutzen.

Für manche beeinträchtigte Menschen bleibt es bedeutsam, ihre Körpersinne anzuregen. So reizen sie z.B. ihren Gleichgewichtssinn durch Schaukeln, sich Drehen oder andere Bewegungsabläufe, suchen überstarke Tastempfindungen oder stimulieren ihre Gelenke durch Überdehnen oder das Einnehmen bizarrer Körperstellungen, oder es kommt bezogen auf die übrigen Sinnesorgane zu Selbststimulation. Selbst wenn komplexere Verhaltensweisen möglich sind, können z.B. bei Stress, Überforderung, Langeweile oder Reizüberflutung diese Erlebnis- und Verhaltensweisen wieder verstärkt in den Vordergrund rücken – vielleicht ein Rückzug aus der überfordernd erlebten Umwelt. Manchmal scheint dieses Sich-Verschließen so weit generalisiert, dass die Sinnesorgane überhaupt nicht zur Aufnahme umweltbezogener Reize genutzt werden, z.T. sogar Blind- oder Taubheit diagnostiziert wird, obwohl sich keine organische Sinnesschädigung finden lässt. Andere hindern vor allem ihre motorischen Einschränkungen an Erfahrungen aus diesem Themenbereich, was ihre Welterfahrung begrenzt und den Aufbau der folgenden Lebensweisen erschweren kann.

**Physiotherapie** hilft – gemäß dieser Lebensweise – den eigenen Körper sicherer und kompetenter zu beherrschen, wie auch die Voraussetzungen für den sinnvollen Einsatz der Sinnesorgane zu erwerben. Auch die Grundangebote Basaler Stimulation<sup>18</sup> (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 – effektgeleitete Bewegung)

In der nicht behinderten Entwicklung: ca. 3. bis 8. Monat.

Ein Kind, das seinen Körper und seine Einzelsinne genügend beherrschen gelernt und genügend Vertrauen hat, sich unbekanntem Erfahrungen auszusetzen, geht an die Entdeckung seiner Umwelt<sup>19</sup>. Es erkundet mit allen Sinnen die Objekte seiner Umgebung und weiß bald, was ihm gefällt und was nicht. Damit bildet es unter Zusammenführung aller Sinnesbereiche („intermodal“) eine innere Vorstellungswelt aus (die sich in der entsprechenden Vernetzung der Großhirnrinde niederschlägt<sup>20</sup>), welche Eigenschaften die Objekte seiner Umwelt auszeichnet, wozu auch die vertrauten Personen gehören<sup>21</sup>.

In Situationen des Genießens greifen auch nicht behinderte Erwachsene das gleiche Thema auf: Sie haben Lieblingsspeisen, gestalten die Farben ihrer Umgebung, achten bei Kleidung oder Möbeln auf die taktilen Eigenschaften. In der Natur, beim Wohlklang von Musik oder beim Einsatz von Düften geht ihnen um die angenehme Stimulation der Sinne.

Beeinträchtigte Menschen werden häufig durch die ungenügende Bewegungsfähigkeit an der Entdeckung ihrer Umwelt gehindert, wenn nicht andere ihnen bei der Kompensation ihrer Einschränkungen assistieren. Oft hemmt sie auch übermächtige Angst, sich neugierig und offen auf die Begegnung mit

<sup>17</sup> 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. „sinnesspezifischer Stufe“ (z.B. Affolter 1987, S. 36; Prekop 1990, S. 56).

<sup>18</sup> siehe Fröhlich 1998, 2001

<sup>19</sup> 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; Prekop 1990, S. 57).

<sup>20</sup> siehe Vester 1996, S. 38 f

<sup>21</sup> So lässt sich das „Fremdeln“ nach etwa 8 Monaten als Resultat dieser gewachsenen Vorstellungskraft verstehen.

dem Unbekannten einzulassen, worauf sie dann vielleicht ihre Umwelterforschung auf wenige „stereotype“ Teilbereiche beschränken und es so vermeiden, von Neuem überwältigt zu werden.

Anderen bietet die zugängliche Welt – das Bett, der Rollstuhl – kaum Chancen, neue und abwechslungsreiche Sinnesreize zu erleben, was ihre innere Vorstellungswelt verarmt bleiben lässt<sup>22</sup>. Wenn sie sich dann selbst mit immer den gleichen Sinnesreizen zu stimulieren, zielt das evtl. darauf, dem Nervensystem überhaupt eine Reizzufuhr zu bieten, nach der es trotz allem verlangt, oder auf diese Weise die Angst vor dem Neuen und Unbekannten zu vermeiden.

Bedeutsam für die Physiotherapie

Physiotherapie kann hier kompensatorisch helfen, trotz motorischer Einschränkungen Umwelterfahrungen zu ermöglichen. Sie stößt dabei jedoch an Grenzen, wenn der Patient aufgrund übermächtiger Angst sich neuen Umwelterfahrungen verschließt. Dann lohnt es sich evtl., mit „vertrauensbildenden Maßnahmen“ anderer Art zu beginnen, wie z.B. mit eher „verwöhnenden“ Angeboten, die das Wohlbefinden fördern, um diese notwendige Ausgangsbasis zu entwickeln. – Strukturierte Ansätze speziell zur Unterstützung dieser Thematik finden sich im Konzept der Basalen Stimulation<sup>23</sup> wie auch in der Therapie nach dem Affolter-Modell<sup>24</sup>.

➤ *Zusammenhänge beherrschen*: „Ich kenne mich aus und habe Einfluss, meine Gewohnheiten werden respektiert.“ (seriale Wahrnehmung – gewohnheitsgeleitete Betätigung)

In der nicht behinderten Entwicklung: Ca. achter bis elfter Monat.

Im Laufe der Zeit entdeckt das nicht behinderte Kind sein Vermögen, seine Umwelt zu beeinflussen<sup>25</sup>, erlebt sich als wirksam. So schreit es vielleicht nicht mehr nur als Reaktion auf frustrierende Erfahrungen, zum Beispiel 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 („serial“), voller Erwartung, wie lange dies „funktioniert“, und wie groß sein Einfluss tatsächlich ist. Es lernt auch, aus gegenwärtigen Ereignissen auf zukünftige zu schließen („was als Nächstes kommt“). Ansätze für die Wahrnehmung von Raum und Zeit bilden sich, wie auch die Erkenntnis der Objekt Konstanz, nämlich dass Dinge und Menschen auch dann noch vorhanden sind, wenn man sie gerade nicht spürt, sieht oder hört. Als Fremder, der mit dem Kind in Kontakt kommen will, passt man sich besser zunächst ihm an, „spielt sein Spiel mit“ und konfrontiert es nicht gleich mit eigenen, neuen Ideen und Anregungen, um für das Kind ein interessanter Spielpartner zu werden.

Die meisten Menschen strukturieren ihren Alltag gemäß ihren Gewohnheiten, Routinen und Rituale geben Sicherheit, manchmal bis hin zur Zwanghaftigkeit. Eine neue Situation – 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 und zeitlichen Zusammenhänge sind. Etwas zu bewirken, eine neue Situation zu kontrollieren, sich als einflussreich zu erleben, schafft ein Gefühl der Befriedigung.

Selbst bei sehr geringen Handlungsmöglichkeiten aufgrund seiner Beeinträchtigungen kann ein Mensch die eigene Wirksamkeit entdecken und will sich dann auch aktiv in seine Umwelt einbringen. Erhält er keine Gelegenheit dazu, greift er wohl eher zu „störendem Verhalten“, bevor er sich in Resignation drängen lässt – dies um so mehr, wenn seine Umwelt schon immer bereits zu wissen meint, was er zu tun hat. Er will auch spüren, wie weit sein Einfluss reicht, und ob die aufgezeigten Grenzen wirklich verlässlich sind. Wenn die Umwelt überstark eingrenzt oder aber unrealistisch nachgiebig oder gar von irritierender Ambivalenz ist, kann der subjektive Eindruck von eigener Ohnmacht, Omnipotenz oder

<sup>22</sup> 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 z.B. die Abbildungen in *Vester* 1996, S. 38 f, sowie *Spitzer* 2000, *Hüther* 2001).

<sup>23</sup> siehe *Fröhlich* 1998, 2001

<sup>24</sup> siehe *Ewald, Hofer* 2001

<sup>25</sup> 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).

Verwirrung entstehen. Die Kontrolle der Umwelt über Zwänge und Rituale oder das Bestehen auf Gleichförmigkeit sorgt dann für Klarheit der Strukturen, mag aber auch helfen, übergroße Angst vor Neuem (siehe Thema „Umwelt erleben“) abzuwehren und unvorhersehbare Situationen zu vermeiden. Letzteres deutet häufig auf tief sitzende Verunsicherungen (bzgl. der Themen „Sicherheit-Vertrauen“, „Vitalfunktionen“).

Verhindert eine zu bevormundende und einschränkende Umwelt die Entdeckung der eigenen Wirksamkeit, obwohl der Mensch „das Zeug dazu“ hätte, bleibt er vielleicht zwar weiterhin „brav“, lenkbar und überangepasst, ihm fehlt jedoch eine wichtige Grunderfahrung, um seine Persönlichkeit im Herauswachsen aus der symbiotischen Beziehungswelt auszudifferenzieren. Gleichzeitig wird auch seine intellektuelle Entfaltung behindert, weil ihm wichtige Grundkonzepte für die Erkenntnis seiner Umwelt vorenthalten bleiben.

Eine Schwäche der serialen Wahrnehmung erschwert oft den Umgang mit Zeitstrukturen. Dann ist „später“ vielleicht gleich bedeutend mit „nie“, warten zu müssen ist kaum möglich. Manche vergewissern sich bezüglich der Abläufe durch ständiges Nachfragen, und die Visualisierung von Zeitstrukturen oder Handlungsketten kann ihnen eine große Hilfe sein (z.B. durch Kalender, Pläne o.ä.). Selbst wenn solche Zusammenhänge schon oft miterlebt wurden, kann jemand 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 ist der TEACCH-Ansatz<sup>26</sup> sehr hilfreich, der zeitliche Zusammenhänge, Abläufe und Erwartungen klar, meist visuell betont strukturiert. Die „Affolter-Therapie“<sup>27</sup> baut über das Führen durch „problemlösende Alltagsgeschehnisse“ das Spüren der eigenen Wirksamkeit auf.

Bedeutsam für die Physiotherapie

Verweigert in der Physiotherapie ein Patient im Bewusstsein seiner eigenen Wirksamkeit die Kooperation mit der Therapeutin, dann vielleicht schon deswegen, weil ihr Angebot von außen kommt und nicht „sein Spiel“ ist. Wenn dann nicht zunächst die „Ideallinie“ der eigenen Therapievorstellungen zurückgestellt wird, um eine Atmosphäre kooperativer Gemeinsamkeit zu ermöglichen, kommt es leicht zu Machtkämpfen und letztlich unlösbaren Clinch-Situationen. Langfristig mag es effektiver sein, sich erst ein Stück weit an den Patienten anzupassen, „sein Spiel mitzuspielen“, bevor die eigenen Konzepte eingebracht werden – oft eine Gratwanderung und eine Herausforderung an die pädagogische Kompetenz der Therapeutin.

Auch wenn ein Patient für sich bereits eine motorische Strategie zur Lösung eines Problems entwickelt hat, die aber aus physiotherapeutischer Sicht nicht optimal oder gar schädlich ist; besteht die therapeutische Kunst wieder darin, aus einer partnerschaftlichen Haltung heraus zwischen dem Respekt vor der Autonomie des Patienten und dem eigenen fachlichen Anspruch zu vermitteln, um ihm eine physiologisch angemessenere Vorgehensweise nahe zu bringen.

Ist das Verständnis von Zusammenhängen instabil, sind auch „Wenn-dann“-Situationen schwer nachzuvollziehen. So kann eine in Aussicht gestellte Belohnung kaum zur Mitarbeit motivieren, oder der Rückgriff auf bereits geübte Handlungsabfolgen ist evtl. nur unzuverlässig möglich, ebenso die Übertragung von Handlungsmustern von einer Situation auf eine andere (z.B. von der Praxis in die Schulklasse oder nach Zuhause) – ein Argument, die Therapie möglichst in die Alltagssituation des Patienten zu integrieren.

- *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: Ca. elfter bis achtzehnter Monat.)

Wenn jemand eine gewisse Kompetenz im Umgang mit Zusammenhängen erworben hat, wenn er weiß, „wie es läuft“, nutzt er dies umgehend, um seine Interessen („Intentionen“) „ins Spiel“ zu bringen, in-

<sup>26</sup> siehe Häussler 1999

<sup>27</sup> siehe Ewald, Hofer 2001

dem er seine Wünsche äußert, beobachtet, „wie es die andern machen“ und es auch einmal auf diese Weise versucht, auch mit der Zeit die relevanten Wörter und Bezeichnungen lernt, damit man ihn versteht<sup>28</sup>. Er lernt bald abzuschätzen, wie weit man sich an die „Spielregeln“ halten sollte, und wo man sie vielleicht zu eigenen Gunsten ändern könnte. Es liegt ihm an der Beachtung durch die andern, er will sich einbringen können, dazu gehören, beteiligt sich gern an als bedeutungsvoll angesehenen Tätigkeiten, übernimmt Aufgaben und freut sich über Anerkennung.

Ein Kind ca. ab dem Ende des ersten Lebensjahrs gebraucht die ersten Worte und Gesten 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. Es versucht die Erwachsenen und die anderen Kinder in seiner Umgebung nachzuahmen, um das, was ihm tauglich scheint, in sein Verhaltensrepertoire zu integrieren. Auch der exakt angepasste Umgang mit den Objekten seiner Umwelt wird geübt, das Kind will mit den Händen die Objekte beherrschen („taktile Kontrolle<sup>29</sup>“): Bauklötze auf und in einander stecken, Dinge in Löcher stecken; in der Grobmotorik: auf unebenem Untergrund gehen, treppab steigen, in zu großen Schuhen gehen, usw.

Wenn Menschen mit geistiger Behinderung diese Lebensweise entwickelt haben, wollen sie sich einbringen, sich mitteilen und beachtet werden sowie ihre Absichten berücksichtigt sehen. Vielleicht mag es ihnen von ihren kognitiven Fähigkeiten her schwer fallen, dies auch mit eigenem Inhalt zu füllen, und so ahmen sie oft nach, was sie von andern hören, äußern Meinungen und Urteile, die sie übernommen haben. Wenn es ungünstig kommt, treffen sie dabei auf das Vorurteil, dass sie doch 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.

Andere Menschen mit Beeinträchtigungen wüssten zwar durchaus, welche Wünsche, Bedürfnisse oder Kommentare sie äußern möchten, aber können aus unterschiedlichsten Gründen keine Verbalsprache einsetzen. Sie profitieren von den kompensierenden Möglichkeiten der Unterstützten Kommunikation<sup>30</sup> – wenn sie die entsprechende Unterstützung erfahren.

Bedeutsam für die Physiotherapie

In der Physiotherapie sind diese Patienten sicher oft gut zur Mitarbeit zu motivieren, sie können auch eher verbale Anweisungen umsetzen, sind empfänglich für Lob und Ansprache. Allerdings sind sie sich oft auch deutlicher ihrer Einschränkungen und deren negativer Bewertung durch die Umwelt bewusst. Es ist nachvollziehbar, wenn sie sich lieber mit einem relativ hohen Leistungsniveau präsentieren wollen, und sie sollen sich dann vielleicht gerade mit ihren „schwächeren“ Seiten (den motorischen Beeinträchtigungen) abgeben. Hier ist wieder die Therapiesituation möglichst so zu gestalten, dass die Patienten zur Mitarbeit auch an den eigenen Schwächen motiviert bleiben, sich aber gleichzeitig partnerschaftlich ernst genommen erleben. Ideen dazu: Gemeinsam üben, Übungen in Wettkampfspiele verpacken, sie mit adäquater Kommunikation oder ablenkender Konversation verknüpfen, realistische Leistungsziele absprechen und Erreichtes klar und verständlich rückmelden, mitbestimmen lassen, Hintergründe der Übungen angemessen erläutern. Der Appell an die Einsicht in die Notwendigkeit der Therapie bleibt oft zu abstrakt, da die inneren Vorstellungen noch nicht so differenziert ausgebildet sind und das Erleben weiterhin überwiegend am Hier und Jetzt haftet.

➤ *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: Ab ca. dem achtzehnten Monat.)

Sieht ein nicht behinderter, erwachsener Mensch einen anderen weinen, schaut er ihm in der Regel nicht neugierig zu, wie ihm Wasser aus den Augen läuft, sondern kann dessen Trauer selbst in sich spüren

<sup>28</sup> 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. 46 ff), *Affolter* und *Prekop* von der „intentionalen Stufe“ (*Prekop* 1990, S. 60).

<sup>29</sup> siehe *Prekop* 1990, S. 60f

<sup>30</sup> siehe *Tetzchner, Martinsen* 2000, *Wilken* 2002, *Boenisch, Bünk* 2003

und verhält sich entsprechend, denn er hat eine innere Vorstellung davon, wie sich Traurigsein anfühlt. Wenn jemand einen Witz erzählt bekommt, erkennt er in seiner Vorstellungskraft das Unerwartete oder Unpassende an dieser Geschichte, was ihre Komik ausmacht und ihn zum Lachen bringt.

Kinder beginnen, wenn sie ab ca. 18 Monaten aus den sensomotorischen Lebensweisen heraus wachsen, mit „als ob“-Spielen: Ein Klotz ist ein Auto, ein Aststück ein Mensch, der Sand im Förmchen ein Kuchen. Es weiß jetzt, wie sich ein anderes Kind fühlt, wenn jemand ihm weh tut<sup>31</sup>. Wenn später das Kind die Puppe „füttert“, hört die Mutter im Kinderzimmer auf einmal sich selbst. Das Kind ist nicht mehr an das unmittelbare Spüren und Handeln gebunden, ihm gelingt der Schritt in die Welt der Vorstellungen, was Menschen mit einer deutlichen geistigen Behinderung in der Regel nicht möglich ist.

Bedeutsam für die Physiotherapie

Die Physiotherapeutin sollte sich deshalb vergewissern, ob der Patient sich einer inneren Vorstellungswelt bedienen bzw. sich in die Vorstellungen eines andern hinein versetzen kann. Gerade wenn die eigene Kommunikation nicht reflektiert wird, laufen abstrakte Anweisungen, metaphorische Äußerungen, Anspielungen oder unspezifische Aufforderungen (z.B.: „Streng dich bitte mehr an!“), emotionale Appelle oder gar ironische Bemerkungen rasch ins Leere bzw. verunsichern den Patienten mehr, als dass sie helfen.

## Wie lassen sich Menschen mit geistiger Behinderung verstehen?

Menschen lassen sich letztlich nie völlig verstehen. Es lassen sich Beobachtungen sammeln, man lässt sie auf sich wirken und interpretiert vor dem Hintergrund eigener Vorerfahrungen und theoretischer Konzepte, in welchem Zusammenhang sie einen Sinn ergeben könnten. Dann muss zunächst entsprechend dieser Hypothesen gehandelt werden, um in der Folge zu sehen, ob dies im Umgang mit diesem konkreten Menschen weiter hilft. Erst seine Reaktionen zeigen, ob die eigenen Vermutungen hilfreich sind oder vielleicht daneben liegen.

Das vorgestellte Konzept kann einen Hintergrund bieten, vor dem sich im Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung ein Sinn erkennen lässt. So mag jemand vielleicht 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, wird dies die Vermutung bestätigen, damit seine Bedürfnisse getroffen zu haben. Lösen sie jedoch Angst und Abwehr aus, wirft dies die Frage auf, ob er vielleicht noch von Defiziten aus den tiefer liegenden Themen (Sicherheit-Vertrauen – Vitalfunktionen) geprägt ist. Vielleicht schätzt er dann eher Angebote, die Vertrauen, Angstreduktion, Sicherheit, Entspannung vermitteln. (Vielleicht haben aber die genannten Bewegungsangebote auch nur Schmerzen ausgelöst, weil sie unphysiologisch oder für diese Person unangemessen gestaltet waren.)

Oft findet sich jedoch kein homogenes „Profil“ ihrer Lebensweisen.

Weiter entwickelte Fähigkeiten stehen häufig neben ausgeprägten Schwächen. Da kann z.B. ein Sinn für Zusammenhänge vorhanden sein (seriale Wahrnehmung), der jedoch überwiegend genutzt wird, um durch zwanghaftes Bestehen auf Gleichförmigkeit das Bedürfnis nach Sicherheit zu realisieren (Sicherheit-Vertrauen). Oder eine Person kann ihre höher entwickelten Fähigkeiten (z.B. intentionale Wahrnehmung) nur dann zeigen, wenn sie emotional und/oder gesundheitlich ausgeglichen ist (Vitalfunktionen); andernfalls stehen sie ihr nicht zur Verfügung. Hier ist es häufig sinnvoll, sich in erster Linie an den Themen zu orientieren, die – z.B. erkennbar am Spontanverhalten – im subjektiven Erleben der betreffenden Person im Vordergrund zu stehen scheinen, selbst wenn sie je nach Befindlichkeit wechseln. Gleichzeitig empfiehlt es sich bei einem therapeutischen Angebot, den tieferen, evtl. defizitären Themen besondere Beachtung zu schenken und Wege zur Motivation dieser Person zu finden, sich diesen Themen neu zu stellen.

---

<sup>31</sup> Entspricht *Piagets* „sechstem Stadium“ der „Erfindung neuer Mittel durch geistige Kombination“ (*Piaget* 1975, S. 333 ff); *Haisch* spricht vom „mitteilungs- und erfahrungsgeleiteten Handeln“ (*Haisch* 1988, S. 56 ff), *Affolter* und *Prekop* von der „Symbolstufe“ (*Prekop* 1990, S. 63).

## Bewegungsverhalten im Kontext betrachten

Wenn Physiotherapie sich bemüht, die motorische Kompetenz des Patienten nachhaltig zu verbessern, wird sie deshalb immer auch im Blick behalten, wie sich sein Bewegungsverhalten in das Gesamt seiner sensomotorischen Entwicklung einbettet, mit ihren Implikationen für die Persönlichkeitsentwicklung. Dabei hilft oft der Blick darauf, was man von einem nicht behinderten Kind erwarten würde, das sich gerade mit dem entsprechenden Lebensthema auseinandersetzt. Manchmal lässt sich dabei z.B. feststellen, dass ein Therapieziel im motorischen Bereich eigentlich in Relation zum vorherrschenden Lebensthema dieser Person noch gar nicht „dran“ ist, weshalb sie es vermutlich kaum in ihr Verhaltensrepertoire integrieren wird.

## 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 evtl. die gesamte Entwicklung weitgehend zum Stillstand kommt bzw. die entwickelteren Themen ganz in den Hintergrund treten<sup>32</sup>. Es kann dabei durchaus zum Aufbau von vereinzelt Spitzenleistungen kommen, doch bleiben diese meist schmalspurig, sie werden kaum auf neue Situationen übertragen oder realitätsbezogen angewendet.

Konzentrieren sich therapeutische Bemühungen dann nur auf diese schmalen, weiterführenden Leistungsfelder (vielleicht im falsch verstandenen Bemühen, an den Stärken anzusetzen), bauen sie oft lediglich isolierte Leistungen auf, meist instabil und nur mangelhaft auf neue Situationen übertragbar. So wird z.B. jemand, der noch vorrangig mit dem Thema „Vitalfunktionen“ zu tun hat, mit Mühe und viel Training sowie aufwändigen Hilfsmitteln zum Gehen gebracht. Er erkennt aber darin nicht „sein Thema“ und wird es nicht in seine Gesamtentwicklung integrieren, wird kaum von sich aus selbstständig auch in neuen Situationen gehen, und ohne fortgesetztes Training wird diese Fähigkeit vermutlich bald wieder zerfallen. Assoziiert er gar das Üben subjektiv mit Druck und Zwang, bleibt diese Fortbewegungsweise vielleicht sogar auf Dauer 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, kommt es nicht selten vor, dass die bisherige Entwicklung völlig oder teilweise wieder zusammenbricht, z.B. durch den Verlust vertrauter Personen oder Strukturen, durch einen einschneidenden Umgebungswechsel, auch durch körperliche Beeinträchtigungen oder Krankheiten. Tendenziell bleibt das soziale und emotionale Verhalten einer Person (z.B. auch Aspekte wie Frustrationstoleranz, Sozialverhalten, Umgang mit Neuem) weitgehend der tiefsten Lebensweise verhaftet, die sich nicht umfassend genug ausbilden konnte.

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

## Anregungen für die physiotherapeutische Praxis – aus Sicht eines Heilpädagogen

Ein Patient wird um so besser zur Kooperation in der Lage sein und von der Behandlung profitieren, je besser Anforderungen, Angebote oder Umgangsformen die Lebensweise berücksichtigen, die bei ihm 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:

---

<sup>32</sup> Bezüglich der Alzheimer-Demenz siehe *Bauer* o.J.: „Bei einem Mini-Mental-State-Wert von 2 Punkten und weniger haben die Patienten das sogenannte sensomotorische Anpassungsniveau der ersten beiden Lebensjahre erreicht.“

- Wenn ein Mensch von großen Defiziten bezüglich Sicherheit und Vertrauen beherrscht wird, benötigt er zunächst ein Mindestmaß an Vertrauen, bevor er sich neuen Erfahrungen und Anforderungen wirklich öffnen kann. Je besser einer Therapeutin dies gelingt, um so nachhaltiger wird die Wirkung ihrer Angebote sein; sonst stellt sich bestenfalls eine erzwungene Anpassung oder ein resignatives Sich-Fügen ein, oder die Therapie bleibt schlicht wirkungslos, ruft gar Verweigerung und aktiven Widerstand hervor.
- Ist für den Patienten die Regulation der Vitalfunktionen – körperlich wie psychisch – noch zu instabil, wird er vor allem auf entsprechende Hilfestellung angewiesen sein, z.B. bezüglich Schmerzfreiheit, Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung, Schlaf-Wachrhythmus, Körpertemperatur, aber eben auch was Trost, Beruhigung, Entspannung, Kontakt, Wohlbefinden betrifft.
- Fällt es der Person schwer, ihren Körper zu beherrschen, ihre Motorik zu kontrollieren, ihre Sinnesorgane koordiniert zu „benutzen“, wird sie sich evtl. über Angebote freuen, die ihre entsprechende Kompetenz stärken, oder die sie ihren Körper auf angenehme, aktivierende wie entspannende Weise erleben lassen.
- Hat der Patient vorrangiges Interesse an der auf Sinneseffekte bezogenen Entdeckung der Umwelt, wird er eine Erweiterung seines Erfahrungsraums begrüßen, evtl. auch mit kompensatorischer Hilfestellung, falls er von motorischen Beeinträchtigungen daran gehindert wird.
- Sobald er sich mit der Beherrschung von Zusammenhängen befasst und ein Bewusstsein der eigenen Wirksamkeit erworben hat, liegt es nahe, sich zunächst ihm anzupassen, „sein Spiel mitzuspielen“, bevor er bereit ist, auf Anregungen von außen einzugehen. Er wird die Sicherheit wiederkehrender Abläufe schätzen und sich freuen, Bekanntes wieder zu erleben.
- Hat er das Bedürfnis entdeckt, sich mitzuteilen und aktiv einzubringen, will er als Interaktionspartner ernst genommen werden, sich einbezogen erleben und freut sich über attraktive Verhaltensmodelle. Die Physiotherapeutin wird gleichzeitig anstreben, dass er – vielleicht „ihr zuliebe“ – sich auch mit seinen schwachen Seiten (z.B. den motorischen Beeinträchtigungen) auseinandersetzt, indem sie ihn ernst nimmt und seine Mitarbeit einwirbt.

Hinweise für die Einschätzung der vorherrschenden Lebensweise können sich zunächst aus der unvoreingenommenen Beobachtung ergeben, wie sich die Person spontan im Umgang mit sich selbst, mit Dingen und mit Menschen in ihrem Alltag verhält, einschließlich ihrer sog. stereotypen Verhaltensweisen. Kriterium für ein angemessenes Anspruchsniveau ist jedoch letztlich die positive Reaktion, die erfolgreiche Mitarbeit des Patienten. Wenn diese sich nicht erreichen lässt, sollte dies als Anfrage an das eigene Vorgehen verstanden werden, das vielleicht die gegebenen Voraussetzungen auf Seiten des Patienten noch nicht ausreichend berücksichtigt. Sensomotorisches Lernen kann letztlich nicht von außen „gemacht“ werden. Es geschieht lustbetont – d.h. aus dem direkten Erleben heraus, dass man „etwas davon hat“ – oder gar nicht. Dabei muss durchaus auch mit ambivalenten Reaktionen gerechnet werden, und nicht selten muss man jemandem auch einfühlsam etwas Neues zumuten, bevor er entdecken kann, dass er davon profitiert. Dabei geht man so weit möglich von den Interessen und Lebensthemen des Patienten aus und bleibt in seinem Alltag verwurzelt.

#### Literatur

(vollständige Liste beim Autor, dort auch eine kompakte Zusammenstellung von Schlüsselfragen zur Beobachtung von beeinträchtigten Menschen)

1. Affolter, F.: Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache. 3. Aufl., Villingen-Schwenningen 1992
2. Bauer, J.: Warum ich fühle, was du fühlst – Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hamburg 2005
3. Bauer, J.: Die Alzheimer-Krankheit: Erst eine seelische, dann eine neurobiologische Erkrankung. Ohne Jahrgang. Quelle: <http://www.psychotherapie-prof-bauer.de/alzheimerkrankh.htm>
4. Boenisch, J., Bünk, Ch. (Hg.): Methoden der Unterstützten Kommunikation. Karlsruhe 2003
5. Case, R.: Die geistige Entwicklung des Menschen – Von der Geburt bis zum Erwachsenenalter. Heidelberg 1999
6. Fröhlich, A.: Basale Stimulation – Das Konzept. Düsseldorf 1998

7. Fröhlich, A., Heinen, N., Lamers, W. (Hg.): Schwere Behinderung in Praxis und Theorie – ein Blick zurück nach vorn. Texte zur Körper- und Mehrfachbehindertenpädagogik. Dortmund 2001
8. Haisch, W.: Kognition, dargestellt an der Entwicklung der sensomotorischen Intelligenz. In: Schermer, F.J. (Hg.): Einführung in Grundlagen der Psychologie. Würzburg 1988
9. Mall, W.: Demut in der Heilpädagogik - Fragen an Georg Feuser. 2003 (unveröffentlicht, zu finden unter: <http://www.winfried-mall.de/pdf/demut.pdf>)
10. Mall, W.: Basale Kommunikation – ein Beitrag der Heilpädagogik zur Behandlung schwerst beeinträchtigter Menschen. In: Krankengymnastik – Zeitschrift für Physiotherapeuten 55 (8/2003) S. 1342-1346
11. Mall, W.: Sensomotorische Lebensweisen – Wie erleben Menschen mit geistiger Behinderung sich und ihre Umwelt? 2. Aufl., Heidelberg 2003
12. Mall, W.: Kommunikation ohne Voraussetzungen mit Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen. 5. Aufl., Heidelberg 2004
13. Piaget, J.: Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. Stuttgart 1969 (Original: Neuchâtel 1959)
14. Senckel, B.: Mit geistig Behinderten leben und arbeiten. Eine entwicklungspsychologische Einführung. 3. Aufl., München 1998
15. Tetzchner, S., Martinsen, H.: Einführung in Unterstützte Kommunikation. Heidelberg 2000
16. Wilken, E. (Hg.): Unterstützte Kommunikation – Eine Einführung in Theorie und Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln 2002