

Ein Zugang, der bleibt – auch bei Wachkoma oder Demenz: Basale Kommunikation

Referat bei der 8. Fachtagung Unterstützte Kommunikation von ISAAC
am 24.09.2005 in Dortmund

erschieden in

Boenisch, J., Otto, K.:

Leben im Dialog – Unterstützte Kommunikation über die gesamte Lebensspanne.
Karlsruhe (v. Loeper) 2005, S. 404-415

1 Themen, die bleiben

Persönlichkeit – und Intelligenz als Teil von ihr – analog einem Haus betrachtet, das individuell unterschiedlich viele Etagen vorweisen kann, bilden die Themen der Sensomotorischen Lebensweisen dessen untere Stockwerke, die in der Regel in den ersten 18 Monaten quasi im Rohbau fertiggestellt werden. Menschen, die „geistig behindert“ genannt werden, finden sich in der Regel hier mit ihren Themen, ausgeprägt „autistisches Verhalten“ lässt sich zum Großteil diesen Lebensthemen zuordnen. Auch für die Persönlichkeit von Menschen, die ohne größere Beeinträchtigungen mit dem Leben zurecht kommen, bleiben diese Lebensweisen prägend, und für ein gutes, erfülltes Leben bedürfen sie beständiger Pflege.

Menschen im Wachkoma sind unversehens durch ein Schädel-Hirn-Trauma, Sauerstoffmangel oder ein ähnliches Ereignis und seine Folgen aus ihrem bisherigen Leben heraus gerissen. Auslöser kann ein Unfall sein, ein Narkosezwischenfall oder eine nicht vollständig geglückte Reanimierung nach Herzinfarkt oder Hirnschlag; auch manche fortschreitenden Krankheitsbilder führen die daran leidende Person über kurz oder lang in einen vergleichbaren Zustand. – Mit demenziellen Erkrankungen werden unterschiedliche Verläufe beschrieben, die meist im höheren Alter von einem fortschreitenden Verlust der geistigen Fähigkeiten und der Intelligenzfunktionen begleitet werden.

Beide Personengruppen sind letztlich – die einen meist nach einem singulären Ereignis und dessen Konsequenzen, die andern eher als Begleiterscheinung eines allmählichen Prozesses – wieder auf Lebensinhalte zurück geworfen, die bei allen wichtigen, individuellen Unterschieden durchaus denen von sehr kleinen Kindern oder von Menschen gleichen, deren Entwicklung von Geburt oder früher Kindheit an durch starke Beeinträchtigungen geprägt waren. Diese grundlegenden Themen der Wahrnehmung, der Intelligenz und des Lebens sollen im Folgenden knapp umrissen werden¹.

1.1 „Es ist gut, dass ich da bin – ich bin in Sicherheit geborgen.“ – Sicherheit-Urvertrauen

Das Erleben, vorbehaltlos und ohne Bedingungen angenommen zu sein, sowie sich auf die Welt unhinterfragt verlassen zu können, bildet – um in der Analogie zu bleiben – die Bodenplatte für das Gebäude der Persönlichkeit, für die Entfaltung der intellektuellen Möglichkeiten. Vielleicht schon in vorgeburtlicher Zeit, aber auch im weiteren Leben des Menschen stellt diese Erfahrung eine Ausgangsbasis dar, die es erlaubt, das eigene Potenzial zu entwickeln und sich mit allen Ressourcen den Anforderungen des Lebens zu stellen. Im Gegenzug absorbiert jede Schwächung dieser Basis Energie, die dann nicht mehr für das Lösen tatsächlicher Probleme zur Verfügung steht.

Kommunikation gestaltet sich bezüglich dieser Thematik intuitiv und präverbal, von Körper zu Körper, von Gefühl zu Gefühl. Rhythmus, Tonusunterschiede, Berührung, Wärme, Gehalten- und

¹ detaillierter in Mall 2003; Grundlagen dazu v.a. Piaget 1975, auch Haisch 1988, Prekop 1990, Affolter 1992, Bigger 1993, Senckel 1998, Case 1999

Getragenwerden, Geruch, Stimmklang, Puls, Atemrhythmus – dies sind einige der Medien, über die Austausch von Person zu Person stattfindet.

Religiosität und Mystik, die Vorstellung von einem liebenden, alles umfassenden Gott lassen sich in Bezug zu dieser Thematik sehen, aber auch die Suche nach „Verschmelzungserlebnissen“, sei es in der körperlichen Liebe, sei es im Rhythmus der Disco-Musik, im Fußballstadion oder der Protestdemonstration, auch in der Wahl manches Urlaubsziels (wie Meer, Wald, Berggipfel, Wüste). Selbst im Einkuscheln im Bett am freien Sonntag Morgen oder das Versinken im körperwarmen Wasser der Badewanne hat noch etwas von der ursprünglichen Eins-Erfahrung, die wohl das Leben im Mutterleib lange gekennzeichnet haben dürfte.

1.2 „Ich werde mit dem Nötigen für Leib und Seele zuverlässig und gut versorgt.“ – Vitalfunktionen

Das ganze Leben lang ist für die Sicherung des Lebensnotwendigen Sorge zu tragen (der Keller in der Analogie des Hauses): Die Luft zum Atmen, Nahrung, Flüssigkeit, Schlaf, ausgeglichene Wärme, Schmerzfreiheit – aber ebenso, was häufig mit eher zweitrangiger Bewertung als seelische Bedürfnisse bezeichnet wird, wobei diese Unterscheidung bei genauer Betrachtung zusehends verschwimmt: Geborgenheit, Trost, Regulierung der psychischen wie der körperlichen Spannung, Berührung, Gehaltenwerden, Rhythmus, Bewegung.

Kommunikation meint hier zunächst das Einschwingen der grundlegenden Regelkreise wechselseitiger Anpassung, von Assimilation und Akkommodation, wobei der Umwelt – der ersten Bezugsperson – die Verantwortung zukommt, durch ihre Anpassung dem ansonsten recht hilflosen Menschen zu ermöglichen, im Gegenzug seine Fähigkeit zur eigenen Anpassung an fremd-strukturierte Umwelt zu entfalten². Medien, über die dieser Austausch stattfindet, sind weiterhin vor allem präverbal und körperlich: Anpassung von Muskeltonus und motorischen Mustern, von Bewegung, Berührung, stimmlichem und mimischem Ausdruck, schließlich der Blickkontakt, das Lächeln, um nur einige aufzuzählen – all diese Aspekte frühkindlicher Kommunikation sind inzwischen gut erforscht³, ihre fortwährende Relevanz für die Kommunikation unbeeinträchtigter Erwachsener ist gut dokumentiert.

Auch wenn der Aufbau dieser Regelkreise vor allem im ersten Lebensmonat im Vordergrund steht, bleibt es fortwährendes Anliegen jedes Menschen, mit andern in angepasstem Austausch, mit seiner Umwelt in Harmonie zu sein, wie er sich auch um die Sicherung seiner Vitalbedürfnisse – körperlicher und seelischer Art – permanent zu sorgen hat. Schwere Krankheit, Hunger, Durst, Schlafentzug, Schmerz, unpassende Temperatur, aber auch Trauer, psychischer Stress oder unausgeglichene körperliche wie seelische Spannung drängen sich unweigerlich in den Vordergrund und binden die verfügbare Energie der betroffenen Person. Wer nicht mehr selbst in der Lage ist, diese Bedürfnisse zuverlässig zu sichern, ist auf die Fürsorge anderer Menschen – auf Pflege – angewiesen.

1.3 „Ich spüre meinen Körper und seine Möglichkeiten, erlebe mich lustvoll in Bewegung.“ – Modalitätsspezifische Wahrnehmung

Die Sicherung der vitalen Bedürfnisse macht frei für die Entdeckung des eigenen Körpers: Sich spüren, eigene Bewegung immer differenzierter koordinieren (kinästhetische Wahrnehmung), sich an gespürte Bewegung immer besser anpassen, den Nervenkitzel starker vestibulärer Reize auskosten, so wie das Spüren der Körperoberfläche im berührt und gestreichelt Werden (somatische Wahrnehmung)⁴. Die Einzelsinne werden mit angepasster Bewegung verknüpft (Aufbau der modalitätsspezifischen Wahrnehmung). Die „Innenseite“ dieser Lernerfahrungen ist die rasant fortschreitende Ausdifferenzierung der neurologischen Strukturen zur Verarbeitung und Steuerung dieser Vorgänge, die eng mit emotionalem Empfinden, mit Lust- und Unlusterlebnissen verknüpft sind.

² ... 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. Siehe auch Fröhlich 1982.

³ siehe die Arbeiten von H. u. M. Papousek, z.B. 1983

⁴ siehe das Konzept der Basalen Stimulation (Fröhlich 1998)

Kommunikation geschieht hier weiter vor allem über den Körper, über die gemeinsame, sensibel an einander angepasste Dynamik der Bewegung, über Spannungs- und Druckveränderungen, über Stimme, Blickkontakt, das sich ausdifferenzierende Spiel der Mimik, über die Regelung von Nähe und Distanz, wobei in der nichtbehinderten Entwicklung der kindliche Partner eine immer aktivere Rolle übernimmt. Mehr und mehr nimmt seine Fähigkeit zur Akkommodation zu, so dass er sein Gegenüber immer differenzierter mit seinem Willen beeindrucken kann (Assimilation).

Sich im eigenen Körper und in Bewegung erleben – in Sport und Tanz lebt dieses Thema auch bei nicht beeinträchtigten Erwachsenen weiter, in Zärtlichkeit wie im spielerischen Balgen lebt die Körperkommunikation weiter, ganz zu schweigen von ihrer Bedeutung als körpersprachliche „Begleitmusik“ der verbalen Kommunikation, die nicht zu beachten schon manches Missverständnis verursacht hat. Die derzeit modische Wellness-Industrie lebt von diesem Bedürfnis, wie auch Massagen und andere physikalische Behandlungen längst nicht nur der somatischen Gesundheit dienen. Wer verlernt, seinen Körper zu spüren, wird über kurz oder lang krank, der verbreitete Bewegungsmangel ist Boden für mancherlei Zivilisationskrankheit.

1.4 Die weiteren „Etagen“

Nach dem ersten Vierteljahr nimmt ein sich unbehindert entwickelndes Kleinkind nach einander die weiteren Stockwerke seines Persönlichkeits-Hauses in Angriff, im fortgesetzten Wechselspiel von Assimilation und Akkommodation – und parallel dazu differenziert sich die Kommunikation weiter aus: Über die Entdeckung der Umwelt mit seinen Sinnen (Intermodale Wahrnehmung), bei der die Basis für internalisierte Vorstellungen über die Eigenschaften der Objekte der Umwelt gelegt wird und sich Geschmacksvorlieben herausbilden, erwächst die Fähigkeit zum Beherrschen von Zusammenhängen (Seriale Wahrnehmung) mit der Entdeckung der eigenen Wirksamkeit, dem Ausbilden von individuellen Gewohnheiten, der Grundlegung intellektueller Konzepte wie Zeit- und Raumverständnis oder Objekt Konstanz. Gegen Ende des ersten Lebensjahres tritt das Bedürfnis sich darzustellen in den Vordergrund – wozu sich die sich bildende Verbalsprache besonders eignet – sowie sich an Handlungsmodellen in der Umgebung zu orientieren, um damit noch besser eigene Absichten verfolgen zu können (Intentionale Wahrnehmung).

Erst danach (mit ca. 18 Monaten) ist die sensomotorische Basis des Umgangs mit sich selbst und der Welt so gefestigt, sind die inneren Vorstellungen so differenziert, dass die Sensomotorischen Lebensweisen verlassen werden können. Doch auch im weiteren Leben bleiben diese grundlegenden Themen weiter aktuell, werden nach Bedarf oder gemäß Lust und Laune gepflegt, entwickelt und vervollkommen – um wieder zur Analogie des Hauses zurück zu kehren: Die tieferen Etagen werden renoviert, ausgebaut, verschönert oder ganz einfach zur Erhöhung der Lebensfreude genutzt.



Abb. 1: Sensomotorische Lebensweisen

1.5 Wenn das „Haus“ einstürzt...

Vergleichbar einem Erdbeben oder einer Feuersbrunst kann ein Ereignis wie ein Schädel-Hirn-Trauma das Gebäude der Persönlichkeit und der Intelligenz zum Einsturz bringen. Wenn es dann z.B. beim Leben im Wachkoma bleibt, ist nicht mehr verfügbar, was vorher war (wobei die höchst individuellen Unterschiede zwischen diesen Menschen nicht übergangen werden sollen – so wie auch die Umstehenden letztlich nie nachvollziehen können, wie die betroffene Person sich und ihre Situation wahrnimmt⁵). Das Leben ist jetzt wieder ganz von den basalen Themen bestimmt: Sicherheit und Vertrauen, Befriedigung der vitalen Bedürfnisse für Leib und Seele, sich Erfahren im eigenen Körper. Und der Mensch ist – gemäß diesen Lebensweisen – wieder auf andere Menschen angewiesen, die ihn möglichst bedingungslos so annehmen, wie er jetzt ist, die zuverlässig für das Lebensnotwendige sorgen, und die bereit sind, sich ihm anzupassen (aus seiner Sicht: Assimilation) und zu lernen, wie sie seine Signale verstehen und seine Bedürfnisse erkennen können.

Bei Menschen mit einer demenziellen Erkrankung sind es eher Alterungs- und Abbauprozesse, die das Gebäude der Persönlichkeit zum Bröckeln und schließlich zum Einsturz bringen. (Auch hier sind die individuellen Unterschiede nicht zu vernachlässigen – und ebenfalls ist Vorsicht geboten bei der Einschätzung, wie es im Inneren einer konkreten Person tatsächlich aussehen könnte, oder wie sie selbst ihre Umwelt erlebt, wobei auch beträchtliche Schwankungen von Tag zu Tag vorstellbar sind.) Die bisherigen Kompetenzen sind immer weniger verfügbar, die Fähigkeit zu differenzierter Kommunikation geht nach und nach verloren, und zunehmend sind sie angewiesen auf andere Menschen, die ihre Bedürfnisse erkennen und für das Notwendige sorgen (auch hier wieder: Rückkehr zum Überwiegen von Assimilation). Dies betrifft ebenfalls die beschriebenen, basalen Lebensthemen: Sicherheit und Vertrauen, die körperlichen und seelischen Vitalbedürfnisse, das Erleben des eigenen Körpers.

Auch wenn mit diesen Menschen Kommunikation in dem Sinn, wie es sich zwischen nicht beeinträchtigten Erwachsenen einspielt (intentionale, vor allem verbale Kommunikation), nicht mehr möglich ist, liegt es doch nahe, entsprechend den nun im Vordergrund stehenden Lebensthemen wieder vorrangig die Kommunikationsweisen zu pflegen, die ihnen auch in der frühkindlichen Entwicklung entsprochen haben, und die selbstverständlich weiterhin ständig – teils unbewusst, teils bewusst – unseren differenzierteren Kommunikationsweisen unterliegen. Das hat nichts mit einer sicherlich deplazierten Infantilisierung dieser Menschen zu tun, solange ihnen nicht undifferenziert und äußerlich eine falsch verstandene „Babysprache“ aufgedrängt wird. Wer sich vergegenwärtigt, wie z.B. zwei frisch Verliebte mit einander kommunizieren mögen, weiß, was hier gemeint ist, und das lässt sich auch ohne Mühe inhaltlich genau differenzieren.

2 Zwei Beispiele

2.1 Herr T.⁶

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

Herr T. wird über PEG-Sonde durch die Bauchdecke ernährt. Er leidet offensichtlich immer wieder unter Blähungen, wirkt dann ausgesprochen gequält, zur Darmentleerung braucht er öfter Hilfe. Er trägt ein Urinalkondom. Viel Zeit verbringt er im Bett, wo er immer wieder verschieden gelagert wird. Die Beine lassen sich in Folge von Kontraktionen nicht mehr strecken. Die Hände hält er meist abgeknickt mit angewinkelten Armen vor der Brust, der Kopf tendiert nach links, seiner stär-

⁵ siehe z.B. Zieger 1998

⁶ siehe Mall 2001

ker betroffenen Seite. Er nimmt am Leben des Heimes teil, indem er meist einmal am Tag im Rollstuhl in den Aufenthaltsraum gebracht wird, dort auch in der Musik- oder Vorlesegruppe dabei ist. Bei gutem Wetter sitzt er auf der Terrasse. Sitzt er länger im Rollstuhl, lassen Körperhaltung, Mimik und Laute auf Unbehagen schließen, trotz des Bemühens, ihn optimal zu lagern. Die MitarbeiterInnen sprechen ihn immer wieder an, beziehen ihn in ihre Unterhaltung mit ein, pflegen insgesamt einen rücksichtsvollen, respektierenden und humorvollen Umgangsstil. Eine ehrenamtliche Helferin kommt ihn regelmäßig besuchen und geht mit ihm spazieren.

2.2 Frau W.

Frau W. war die längste Zeit ihres Lebens eine ausgesprochen differenzierte Persönlichkeit, sehr interessiert an allem, was um sie her vorging. Früh verwitwet meisterte sie das Leben, auch nachdem ihre Kinder alle ausgezogen waren. In den letzten Jahren jedoch wurde sie immer zerstreuter, vergesslicher, brachte auch lang vertraute Abläufe durcheinander; da sie dadurch immer mehr sich selbst zu gefährden drohte, sich auch nicht mehr regelmäßig ernährte oder um ihre Gesundheit kümmerte, blieb ihren Kindern eines Tages keine Alternative, als sie in einem Altenheim unterzubringen.

Dort fällt einem Besucher vor allem ihre Unruhe auf: Die meiste Zeit geht sie auf der weitläufigen Station umher, trägt meist irgendetwas mit sich herum, das sie unterwegs aufgegriffen hat, z.B. ein Kissen, wirkt so, als ob sie dringend etwas erledigen müsse, aber nicht mehr weiß, was es war. Auch ihre Körperhaltung und Mimik wirkt gehetzt, ständig fährt sie sich mit der Zunge um den Mund, oder sie spricht leise vor sich hin. Meist kann man nicht verstehen, was sie sagt; manchmal sind kurze Satzstücke zu entnehmen, doch auf eine Antwort reagiert sie nicht. Bei den Mahlzeiten braucht sie jemanden in der Nähe, damit sie nicht wieder aufsteht, muss auch immer wieder erinnert werden, weiter zu essen und zu trinken. Versuche, verbal auf sie einzugehen und sie zu beruhigen, scheinen sie nicht zu erreichen. Bietet man ihr einen Sitzplatz an, damit sie mal zur Ruhe kommen kann, steht sie nach kurzer Zeit wieder auf und setzt ihr Herumgehen fort.

3 Basale Kommunikation⁷

Die Umgangsweise der Basalen Kommunikation greift konsequent alles auf, was am Kommunikationspartner wahrnehmbar ist, etwas über ihn, von ihm aussagt, und versucht, auf der gleichen Ebene, konkret und sinnlich unmittelbar wahrnehmbar zu antworten: Körperhaltung, Bewegung, Berührung, Laute, Blick, Muskeltonus, Rhythmen im Verhalten – sowie als Basis, die allen lebenden Menschen gemeinsam ist, den Rhythmus des Atmens. Dieser wird begriffen als kleinste Einheit des Austauschs mit der Umwelt: Im Ausatmen Eigenes aus dem Innersten abgebend loslassen, im Einatmen Fremdes ins Innerste aufnehmen – ein zutiefst leib-seelischer Rhythmus an der Nahtstelle zwischen bewusst und unbewusst. Dieser Rhythmus wird übernommen und im eigenen Atmen spürbar zurück gespiegelt, teils verbunden mit feinen, unterschwelligem Bewegungsreizen in Form von leichten Schwingungen, sanftem Rütteln, oder auch von Berührungen, Streichen, behutsamem passiven Bewegen.

„An dieser Stelle sei ein kurzer Exkurs eingefügt zu hypothetischen neurophysiologischen Wirkzusammenhängen:

1. Durch die Kopplung von Loslassen im Ausatmen und kleinen Bewegungsreizen in einem begrenzten Körperbereich kommt es zu einer Steigerung der sensorischen Afferenzen, insbesondere der Propriozeption. Unterschiede von Druck, Spannung, Gliederstellung und Haltung werden genauer und intensiver wahrgenommen.
2. Gleichzeitig werden die spontanaktiven Schrittmacherneurone des Atemzentrums im Hirnstamm erreicht. Unter Mitwirkung der Formatio reticularis wird der zentrale (autonome) Atemrhythmus von seinen zivilisationsbedingten Einengungen und Störungen befreit.
3. Alle vegetativen Muster werden verändert: Der Wahrnehmungsprozeß geht mit mess- und spürbar veränderten vegetativen Organfunktionen einher (Blutdruck, Darmtätigkeit, Speichelfluß oder auch der periphere Bronchialwiderstand). Durch eine passagere Aktivierung des Parasymp-

⁷ siehe Mall 2004

pathikus (im ‚Loslassen‘) und einen nachfolgenden leichten Sympathikusreiz (durch kleine Bewegungsreize) kann es zu einer ‚vegetativen Balancierung‘ kommen.

4. Veränderungen im emotional-affektiven Erleben werden ebenfalls über die *Formatio reticularis* und deren Verbindung zum limbischen System vermittelt. So können z. B. das ‚Loslassen im Aus‘ als ‚Entlastung‘ und das darauffolgende ‚Ein(atmen)‘ als befreiende Selbstentfaltung erlebt werden.“⁸

Angestrebt ist, auf Körperebene den Kreislauf wechselseitiger Kommunikation – entsprechend den ersten Kommunikationserfahrungen des Neugeborenen – wieder neu in Gang zu setzen, der in Folge der eingetretenen Veränderungen unterbrochen oder wesentlich erschwert wurde. Erneut soll die Erfahrung vermittelt werden, dass sich zunächst die Umwelt der betreffenden Person anpasst. Damit kann sie sich wieder im Austausch erleben, und nur so öffnen sich vielleicht Wege, wie sie sich neu und differenzierter an ihre Umwelt anpassen kann.

Im Kontakt von Körper zu Körper – sehr intensiv im Schoßsitz, aber auch in anderen Situationen mit verschiedenen Graden von Nähe bis zum rein lautlichen Kontakt – den eigenen Atemrhythmus zurück gespiegelt zu bekommen, ermöglicht ein Erleben von tiefem Verstandenwerden, von Harmonie, Zusammenklang, Einswerden, vielleicht sogar an Erfahrungen aus der vorgeburtlichen Lebenssituation anklingend. Voraussetzung ist ein hoher Grad an Achtsamkeit auf Seiten dessen, der die Begegnung gestaltet, und zwar sowohl für den andern als auch für sich selbst. Dies wird durch zugrunde liegende, differenzierte Eigenerfahrung mit Körper-bezogenem Erleben erleichtert, seien es körpertherapeutische Ansätze wie Funktionelle Entspannung⁹, Konzentrative Bewegungstherapie¹⁰, Eutonie¹¹, Feldenkrais¹², Kinästhetik¹³ oder Atemtherapie nach Middendorf¹⁴, seien es Meditationswege aus dem asiatischen Raum wie Yoga, Tai Chi oder Zen.

Eine solche Begegnung bezieht sich auf die Tiefenschichten der Persönlichkeit, Verstand und Reflexion haben von Seiten des Gestaltenden eine zwar unverzichtbare, doch letztlich dienende Funktion; primär ist das Spüren von Mensch zu Mensch, von Körper zu Körper. Die Eigendynamik des ‚Atemrhythmus‘ dient als Leitfaden: Das Ausatmen als Phase der Entspannung und des Loslassens wie auch der guten Aktion – die Leere der anschließenden Pause, die Raum gibt zu individueller Entfaltung – der Impuls einzuatmen aus der Tiefe des Zwerchfells – das Einatmen, das sich nimmt, was es braucht, das zugelassen und dem Raum gegeben wird. Im gemeinsamen Ausatmen findet die Begegnung statt, möglicherweise unterstrichen durch Ton, Schwingung, streichende Berührung, Bewegung. In der Atempause, beim Impuls einzuatmen und dem anschließenden Empfangen sind wieder beide ganz bei sich, um sich im nächsten Ausatmen wieder zu begegnen.

Es geht um Zusammenspiel, auf keinen Fall um ein technisches Üben oder Machen, eher vergleichbar einem gemeinsamen Tanz, näher an Musik und Rhythmik als an Therapie und Förderung, bleibt daher auch ohne vordergründigen Zwecknutzen. Allein die erlebte Begegnung zählt, im Vertrauen darauf, dass die Erfahrung, mit einem anderen Menschen zweckfrei in Harmonie im Austausch zu sein, schon für sich Energien frei setzt, die eigenen Möglichkeiten zu entfalten und sich aktiv in die Welt einzubringen – sofern man dazu grundsätzlich in der Lage ist. Aber eben auch in Lebenssituationen wie langjährigem Wachkoma oder fortgeschrittener Demenz, in denen es nicht mehr darum geht, Neues zu lernen oder Fortschritte zu machen, bleibt es weiterhin sinnvoll, nicht allein für sich, sondern im Gleichklang mit einem anderen Menschen zu sein – bis hin zur Begleitung beim Sterben, wenn Worte nicht mehr weiter helfen.

⁸ Dieses Zitat bezieht sich auf die Wirkungsweise der Funktionellen Entspannung (siehe Fuchs 1989), die entscheidende Impulse zur Entwicklung Basaler Kommunikation beigetragen hat, dürfte aber auf diese Umgangsweise entsprechend übertragbar sein, mit dem Unterschied, dass hier die angesprochenen Erfahrungen nicht primär über Verbalsprache, sondern im direkten körperlichen Kontakt vermittelt werden. – Quelle: <http://www.afe-deutschland.de/> (21.01.2004)

⁹ siehe Fuchs 1989

¹⁰ siehe z.B. Stolze 2002

¹¹ siehe Alexander 1999

¹² siehe Feldenkrais 1996

¹³ siehe Hatch, Maietta, Schmidt 1994

¹⁴ siehe Middendorf 1984

Basale Kommunikation ist damit eine Möglichkeit – neben anderen – neu an die basalen Themen menschlichen Lebens anzuknüpfen: Angenommensein, Sicherheit, Vertrauen, Kontakt, Trost, Entspannung, Berührung, Rhythmus, sich und den andern unmittelbar im Körper erfahren. Sie lässt sich als unmittelbare Begegnung gestalten, ihre Grundelemente sind jedoch auch unschwer in viele gemeinsame Tätigkeiten und Verrichtungen in Pflege und Therapie einzubeziehen. Dabei kommt es nicht notwendig auf ein Mehr an Zeit an (das Mindestmaß an Zeit für eine menschenwürdige Pflege vorausgesetzt), sondern eher auf gesteigerte Achtsamkeit, auf ein bewusstes Achten auf den andern und dessen eigenen Rhythmus, wie auch auf sich selbst im eigenen Körper, mit der eigenen Befindlichkeit. Damit kann grundsätzlich jedes Tun am andern zu einem gemeinsamen Tun werden, eben zu Kommunikation, auf eine Weise, in der auch der Pflegenden die Rückmeldung erhält, dass der andere sich wirklich erreicht fühlt.

Bezogen auf die oben vorgestellten Personen, Herrn T. im Wachkoma, sowie Frau W. in fortgeschrittener Demenz, erlebte der Autor selbst folgende Begegnungen auf der Basis einer befristeten Hospitation in der jeweiligen Einrichtung:

3.1 Herr T.

„Am Nachmittag des vierten und vorletzten Tages sitze ich wieder hinter ihm auf seinem Bett. Als ich gekommen bin, ist Herr T. nach rechts gedreht gebettet, seine Augen sind offen, die Arme und Hände spastisch abgewinkelt. Es gelingt mir jetzt immer besser, in eine bequeme Position zu kommen, bei der Herr T. sich gut an mich anlehnen kann. Sein Atem fließt bald schön gleichmäßig im Zusammenklang mit mir, er schließt die Augen, seinen rechten Arm kann ich behutsam ganz vom Körper weg bewegen und seitlich neben meinem Bein ablegen. Der linke Arm ist nicht so gut zu dehnen, lässt sich aber auch etwas öffnen. Auch der meist links geneigte Kopf lässt sich auf die rechte Seite drehen. Eine Schwester kommt in den Raum und meint, als sie uns sieht, sie habe Herrn T. noch nie so entspannt gesehen. Nach ca. 30 Minuten bemerke ich, dass er die Augen öffnet. Sein Atemrhythmus ändert sich, wird vielfältiger. Ich spüre ein Zucken in seiner linken Schulter, das mich an Weinen denken lässt. Dann beruhigt sich der Atem wieder, die Augen schließen sich. Als ich mich ein wenig später zurückziehe, meine ich, eine ‚missmutige‘ Lautäußerung zu hören. Seine Körperhaltung bleibt jedoch geöffnet. – Wenig später schaue ich die Begegnung nochmals auf Video an und bin völlig überwältigt: Da, wo ich gespürt habe, wie Herr T. lebhafter wird, geht ein breites, offenes Lächeln über sein Gesicht!“¹⁵



Abb. 2: Basale Kommunikation mit Herrn T.

¹⁵ aus Mall 2001

3.2 Frau W.

Ich erlebe Frau W., wie sie getrieben über den Stationsflur geht, und schließe mich ihr an. Dabei gehe ich knapp neben ihr, übernehme auf entspannte Weise ihren Schrittrhythmus, biete ihr an, sich bei mir einzuhängen, was sie zeitweilig tut. Nach einer Weile kommen wir an das Ende eines Flurs, wo ein kleines Sofa für zwei Personen steht. Dort schlage ich ihr vor, ein wenig zu pausieren, führe sie zum Sofa und dazu, sich hinzusetzen. Ich achte darauf, dass sie möglichst gut sitzt, mit einem Kissen im Rücken. Selbst setze ich mich knapp neben sie, so dass sie mit der linken Seite ihres Oberkörpers gegen meinen Oberkörper lehnt. Den rechten Arm lege ich hinter ihr auf die Sofalehne, mit meiner linken Hand versuche ich, ihre Hände zu beruhigen und ihr das Sitzen Bleiben zu erleichtern. Sie deutet mal aus dem Fenster (draußen liegt frischer Schnee), ich kommentiere dies, ohne dass von ihr eine klare Reaktion kommt. Dann spüre ich, wie ihre Unruhe wieder zunimmt und sie aufstehen will. Nach kurzem Versuch, sie zum Bleiben zu bewegen, gehe ich darauf ein. Wir stehen auf, gehen wieder zusammen über die Station.

Nach gut fünf Minuten kommen wir zum Sofa zurück, und wieder schlage ich ihr vor, dass wir uns dort ein wenig ausruhen. Zunächst kommt sie schräg zum Sitzen, ich biete ihr an, sich gegen mich zu lehnen. Sie korrigiert jedoch daraufhin ihren Sitz, so dass sie hinten an die Lehne kommt. Ich setze mich wieder so wie vorhin, so dass sie seitlich hinter sich meinen Oberkörper spürt. Als sie sitzen bleibt, beginne ich, ihren Atemrhythmus aufzugreifen und in ihrem Rhythmus – in ihrem Ausatmen – mitzuatmen. Wenn sie etwas spricht – meist nur kurze Wort- oder Satzstücke – versuche ich zu verstehen, wovon sie spricht, und darauf einzugehen. Parallel dazu lasse ich sie weiter meinen (ihren/unseren) Atemrhythmus spüren. Hin und wieder erzeuge ich ein sehr feines Schwingen aus meinem Becken, das sich auf ihren Körper überträgt, um damit einen Impuls zur Entspannung zu geben, oder ich betone unser Ausatmen mit einem ganz leichten Geräusch.



Abb. 3: Basale Kommunikation mit Frau W.

Frau W. bleibt weiter sitzen, das Nesteln ihrer Hände lässt allmählich nach, immer wieder kommt auch sekundenlang ihre Zunge zur Ruhe, die sonst fast pausenlos über die Lippen streift. Sie wird insgesamt immer ruhiger, bis sie nach ca. acht Minuten kurz eingeschlafen zu sein scheint. Bald darauf kehrt jedoch ihre Unruhe zurück, und kurz danach setzt sie an, wieder aufzustehen. Ich helfe ihr dabei und begleite sie zurück in den Aufenthaltsbereich der Station. Dort verabschiedete ich mich von ihr.

4 Literatur

- Affolter, F.: Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache. Villingen-Schwenningen (Neckar-Verlag) 1992 (3. Aufl.)
- Alexander, G.: Eutonie – Ein Weg der körperlichen Selbsterfahrung. München (Kösel) 1999
- Bigger, A.: Förderdiagnostik Schwer- und Schwerstbehinderter – Diagnostik und Förderung unter dem Aspekt der Kognition. Luzern (Zentralstelle für Heilpädagogik) 1993 (2. Aufl.)
- Case, R.: Die geistige Entwicklung des Menschen – Von der Geburt bis zum Erwachsenenalter. Heidelberg (Universitätsverlag C. Winter) 1999
- Feldenkrais, M.: Bewusstheit durch Bewegung – Der aufrechte Gang. Frankfurt (Suhrkamp) 1996
- Fröhlich, A. D.: Der somatische Dialog – Zur psychischen Situation schwerst mehrfachbehinderter Kinder. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft 5. Jg./1982 Heft 4, S.15-20
- Fröhlich, A.D.: Basale Stimulation: Das Konzept. Düsseldorf (verlag selbstbestimmtes leben) 1998
- Fuchs, M.: Funktionelle Entspannung: Theorie und Praxis einer organismischen Entspannung über den rhythmisierten Atem. Stuttgart (Hippokrates) 1989 (4. Aufl.)
- Haisch, W.: Kognition, dargestellt an der Entwicklung der sensomotorischen Intelligenz. In: Schermer, F.J. (Hg.): Einführung in Grundlagen der Psychologie. Würzburg (Arusin) 1988.
- Hatch, F., Maietta, L., Schmidt, S.: Kinästhetik – Interaktion durch Berührung und Bewegung in der Pflege. Eschborn (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.) 31994
- Mall, W.: Das Lächeln des Herrn T. – Basale Kommunikation bei Menschen im Wachkoma. In Wachkoma und danach 2/2001 (Verein Schädel- und Hirnpatienten in Not e.V., Amberg)
- Mall, W.: Sensomotorische Lebensweisen – Wie erleben Menschen mit geistiger Behinderung sich und ihre Umwelt? Heidelberg (Programm „Edition S“ im Universitätsverlag Winter) 2003 (2. Aufl.)
- Mall, W.: Kommunikation ohne Voraussetzungen mit Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen. Heidelberg (Universitätsverlag Winter/Edition S) 2004 (5. Aufl.).
- Middendorf, I.: Der Erfahrbare Atem – Eine Atemlehre. Paderborn (Junfermann) 1984
- Papoušek, H. u. M.: Frühentwicklung des Sozialverhaltens und der Kommunikation. In: Remschmidt, H. (Hg.): Neuropsychologie des Kindesalters. Heidelberg 1983, S. 182-189
- Prekop, J.: Förderung der Wahrnehmung bei entwicklungsgestörten Kindern. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hg.): Hilfen für geistig Behinderte – Handreichungen für die Praxis I. Marburg (Lebenshilfe-Verlag) 1990 (3. Auflage).
- Senckel, B.: Mit geistig Behinderten leben und arbeiten. Eine entwicklungspsychologische Einführung. München (Beck) 1998 (3. Aufl.)
- Stern, D.: Mutter und Kind – Die erste Beziehung. Stuttgart (Klett-Cotta) 1979
- Stolze, H. (Hg.): Die Konzentrative Bewegungstherapie – Grundlagen und Erfahrungen. Berlin (Springer) 2002 (3. Aufl.)
- Zieger, A.: Grenzbereiche der Wahrnehmung – Über die ungewöhnliche Lebensform von Menschen im Koma und Wachkoma. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft 21. Jg. 6/1998