

Der somatische Dialog*

— Zur psychischen Situation schwerst mehrfachbehinderter Kinder —



Andreas D. Fröhlich

Studium der Pädagogik-Sonderpädagogik von 1966—1972, danach Tätigkeit an einer Schule für Lernbehinderte und an einer Schule für Körperbehinderte

21/2 Jahre Assistent im Fachbereich Sonderpädagogik der Erziehungswissenschaftlichen Hochschule Rheinland-Pfalz

Seit 1976 Leitung eines Schulversuchs für schwerstbehinderte Kinder am Reha-Zentrum in Landstuhl, Pfalz.

Seit 5 Jahren Vorsitzender des Pädagogischen Beirates des Bundesverbandes für spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte

Lehrbeauftragter an der Universität Kaiserslautern und der Erziehungswissenschaftlichen Hochschule in Mainz.

Pädagogischer Grundgedanke der mich hauptsächlich beschäftigt: Was ist ein Kind, wie kann die Pädagogik dieses Kindes entwicklungsgemäß zu verwirklichen helfen, wenn durch Krankheit und Schädigung das Kind dazu selbst nicht in der Lage ist?

In den vergangenen Jahren rückte der Personenkreis der sog. schwerstbehinderten Kinder mehr und mehr in das Interessensfeld der rehabilitativen Disziplinen wie Psychologie, Medizin und Pädagogik. An verschiedenen Stellen wurde auf die besonderen Schwierigkeiten in der Förderung dieser Kinder hingewiesen, vielfältige Vorschläge zur Therapie und Erziehung dieser Kinder wurden gemacht. (Vergl. Breiting/Fischer, Haupt/Fröhlich und andere).

Die zur Frage stehenden Kinder zeichnen sich durch extreme Entwicklungsrückstände im psychomotorischen Bereich aus, hinzu kommen schwerste cerebrale Bewegungsstörungen und/oder Fehlbildungen. Eine Retardierung der intellektuellen Fähigkeiten ist ebenso zu beobachten. Die Kinder bieten insgesamt einen Eindruck stagnierter Entwicklung in allen Bereichen der Persönlichkeit.

Beschreibung von Symptomen

Wir haben über mehrere Jahre hin der körperlichen und der Wahrnehmungsentwicklung dieser Kinder besondere Aufmerksamkeit gewidmet, wobei wir zu wichtigen Erkenntnissen über Entwicklungsmöglichkeiten im Rahmen schwerster Einschränkungen gekommen sind. Jetzt will uns scheinen, daß es neben der motori-

schen und wahrnehmungsmäßigen, damit der kognitiven Seite der Entwicklungsstörung, auch Anzeichen gibt, die auf eine spezifische emotionale Schädigung hinweisen. Wir beobachten bei vielen Kindern immer wieder zunächst unerklärliche Schreiatacken, wir sehen Kinder, die sich die Haare ausreißen, die in den Augen bohren, die mit dem Kopf auf den Boden schlagen, die die Hände an den Zähnen reiben, bis sie zu bluten beginnen, aber auch Kinder mit geringeren Auffälligkeiten, wie Haardrehen, montones Streichen der Hände über bestimmte Körperpartien, Hin- und Herbewegen der Hand vor den Augen.

Bisherige Erklärung

Gegenüber diesen aktiven Auffälligkeiten bemerkt man nicht so schnell eine Fülle von Verhaltensweisen bei diesen Kindern, die durch extreme Ruhe, Apathie, Nichtreagieren gekennzeichnet sind. Kinder, die in ihrer Entwicklung etwas weiter vorangekommen sind, zeigen oft einen auffälligen „Bedarf“ an Körperkontakt, den sie ohne Ansehen der Person, sei diese fremd oder bekannt, herzustellen versuchen.

Ganz in Übereinstimmung mit der allgemeinen Lehrmeinung haben wir diese Verhaltensweisen als Stereotypien beschrieben. Gerade im vergangenen Jahr konnte eine

*Festvortrag zum 25jährigen Bestehen d. Verein z. Förderung spastisch Gelähmter u. a. Körperbehind. e.V., 4400 Münster

Gruppe von Fachleuten, die sich besonders mit diesem Problem beschäftigen, auf einem Symposium in Würzburg hierüber Gedanken austauschen. Stereotypie wurde dort, fast einhellig, als ein Über- bzw. Unterforderungssymptom interpretiert. Das Kind versucht durch solche Stereotypen gewisse Defizite seiner Wahrnehmung zu kompensieren. Ein Kind, das ein nicht differenziertes Bedürfnis nach taktile^{*} Stimulation im Bereich des Kopfes hat, kann vielleicht durch lerntheoretisch näher zu bestimmende Zusammenhänge darauf kommen, den Kopf auf den Boden zu schlagen und unabhängig von dem dabei empfundenen Schmerz eine sensorische^{**} Befriedigung zu erfahren.

Stereotypie wird damit also nicht mehr als eine „unerwünschte Verhaltensweise“ beschrieben, die es schnellstens gilt, pädagogisch abzubauen, sondern als eine Verhaltensweise, die ein Signal für die besondere Bedürfnissituation dieses Kindes sein kann. Das therapeutische Vorgehen ist also nicht mehr im Abtrainieren zu suchen, sondern in einer sensorischen Anreicherung der von dem Kind bevorzugt gesuchten Dimension. In unserem Beispiel würde dies bedeuten: man bietet dem Kind Kopfmassage an, man bietet ihm Fahren auf rüttelndem Untergrund an, vestibuläre^{***} Anregungen durch Schaukeln und dergl. mehr, um so sein genuines Bedürfnis nach dieser Art der Stimulation zu befriedigen. Dabei gibt man ihm gleichzeitig die Möglichkeit, unterschiedliche, differenzierbare Erfahrungen zu machen und so lernt das Kind, daß es nicht nur auf eine (stereotype), möglicherweise schädliche Form der Stimulation angewiesen ist.

* Tastsinn betreffend

** Sinnesempfindung betreffend

*** Gleichgewicht betreffend

Mit diesem gedanklichen Modell konnten wir in einigen Fällen tatsächlich recht erfolgreich arbeiten, und ähnliches erfolgreiches Arbeiten wird von Kollegen im Bereich der Geistigbehindertenförderung oder auch aus der Art mit autistischen Kindern berichtet. (Vergl. hierzu vielfältige Unterlagen des Symposiums in Würzburg, St. Josefs Stift).

Weitere Interpretationsmöglichkeiten

Bei Bernhard Hassenstein fanden sich schon beim Säugling Zuordnungen sogenannter Stereotypen zu psychischen Auffälligkeiten: Wenn im Regelbereich, d.h. bei nur mäßig psychisch auffälligen Kindern ein solcher Zusammenhang besteht, so könnte man doch annehmen, lautete die vorläufige Hypothese, daß solche Zusammenhänge auch bei schwerstbehinderten Kindern bestehen könnten.

Gerade die Form der vestibulär betonten Stereotypen (Schaukeln, Schlagen, Hin und Her des Kopfes etc.) könnten in engem Zusammenhang mit der Entbehrung einer Dauerbezugsperson stehen, die ja in hohem Maße über vestibuläre Kanäle Beziehung vermittelt. Hiermit würde sich also über das oben angebotene und derzeit auch durchaus als progressiv geltende Interpretationsmodell ein weiteres Modell anfügen, daß auf besondere psychische Schädigungen bzw. Störungen abheben würde.

Im folgenden soll nun versucht werden, diese Denkmöglichkeit näher darzulegen

Körpererfahrung

Ursula Haupt, die seit einigen Jahren in unserem Projekt zur Förderung schwerstbehinderter Kinder uns wissenschaftlich berät und begleitet, hebt auf das Phänomen der „Körpererfahrung“ ab. Sie weist darauf hin, daß nach neueren Erkenntnissen der Neuropsychologie und Entwicklungspsychologie damit gerechnet werden kann, daß unser Körper unabhängig von der kortikalen Wahrnehmung, d.h. von bewußtem Aufnehmen, selbst Erfahrungen speichern kann. Diese Wahrnehmungen sind aber nicht nur physischer, organischer Art, sondern ganzheitlich. Der Körper scheint auch emotionale Ereignisse, so z.B. für das Subjekt katastrophale Situationen, in einer diffusen, aber sehr nachhaltigen Art speichern zu können.

Haupt beschreibt einen dreijährigen Jungen mit spastischer Tetraplegie nach Rötelenbryopathie, fehlender Sprachentwicklung und schwerer geistiger Behinderung. „Die Tetraplegie war nicht extrem ausgeprägt. So konnte der Junge sich auf dem Boden rutschend fortbewegen. Er nahm keinerlei Kontakte auf, auch nicht zu seiner Mutter. Er hatte eine deutliche Abneigung gegen jeden Körperkontakt, ließ sich aber sehr gerne im Kinderwagen fahren“ (S. 55).

In einer Förderphase gelang es, ihm Freude an Materialien, Spielzeugen zu vermitteln. Hilfe — durch Körperkontakt — lernte er langsam anzunehmen. Hören und Sehen wurden für ihn bedeutungsvoll.

Nachdem das Kind den Körperkontakt zu seiner Mutter offenbar schätzen gelernt hatte, wollte es unter keinen Umständen mehr

darauf verzichten. Er schrie schrill und klammerte sich mit allen Anzeichen von Verzweiflung an seine Mutter. Auf Anraten der Autorin gab die Mutter dem so artikulierten Bedürfnis des Kindes nach und bot ihm über 3 Tage/Nächte den verlangten intensiven Körperkontakt an. Dann schien das Kind fast plötzlich zufrieden und benahm sich wieder „normal“.

Aus der Sicht des Pädagogen vermutet Haupt also, daß auch bei nur sehr schwach ausgebildeter Kognition, bei kaum registrierbarem Erinnerungsvermögen und einer nicht gesicherten Ausdrucksmöglichkeit dennoch einschneidende Erlebnisse im prä-, peri- und postnatalen Leben eines Kindes bestehen und durch besondere Situationen wieder lebendig werden können.

Ergebnisse der pränatalen* Psychologie

Wir finden in der Literatur (Milacovic) deutliche Hinweise darauf, daß bereits nichtgeborene Kinder infolge der Auseinandersetzungen mit den hormonell vermittelten Gefühlen und deren Schwankungen der Mutter Traumphasen benutzen, um wieder selbst „emotional“ ins Gleichgewicht zu kommen. Die Tatsache, daß bereits ungeborene Kinder mit hoher Wahrscheinlichkeit

* vor der Geburt



Therapie ist nicht mehr als Abtrainieren, sondern als sensomotorische Anreicherung zu verstehen

Traumarbeit leisten, deutet an, daß bereits auf sehr frühen Entwicklungsniveau sog. psychische Anteile der Person bereitigt sind.

Wenn Kinder auf so frühem Entwicklungsniveau unterschiedliche Gefühle erleben können, dann ist damit gezeigt, daß das Erleben und Verarbeiten von Gefühlen nicht zwangsläufig an ein bestimmtes, schon höher differenziertes, kognitives Niveau gebunden ist. Damit können wir theseartig formulieren: Auch bei sehr schwer behinderten Kindern mit kaum registrierbaren kortikalen** Funktionen können durchaus emotionale Erfahrungen gemacht werden.

Aus einer selbst durchgeführten Befragung von etwa 30 Müt-

** die Hirnrinde betreffend

Biographische Daten

tern schwerstbehinderter Kinder konnten einige Detaillkenntnisse über die frühe psycho-emotionale Situation derselben gewonnen werden. In einem überraschend hohen Anteil der zur Frage stehenden Schwangerschaften waren nicht nur physische Auffälligkeiten zu beobachten, wie Krankheit, Störung des Schwangerschaftsverlaufs, sondern auch eine Fülle von schweren psychischen Belastungen der Mutter, wie Trennung vom Ehemann, sehr starke wirtschaftliche Not, „schreckliche Erlebnisse“ wie Unfalltod der Mutter und dergl. mehr.

Beim Sparen

DIE ERSTE seit 1819



Hans-Sachs-Gasse 5,
8010 Graz



Streicheln und Drücken, Berühren und Fühlen, die Stimme eines anderen fühlen . . .

Schon Kuhnert hat 1971 darauf hingewiesen, daß bei 66 Prozent der von ihr betreuten schwer körperbehinderten Kinder die Schwangerschaften durch besonderen Streß der Mutter gekennzeichnet waren. Diese damals nur sehr zurückhaltend publizierten Ergebnisse gewinnen für mich neue Bedeutung unter dem Aspekt der psychoemotionalen Interaktion vom ungeborenen Kind und schwangerer Mutter.

Darüber hinaus konnte Kaspar in der von uns betreuten Population zeigen, daß die Zeit des ersten Lebensjahres durch lebensbedrohliche Zustände, medizinische Eingriffe und lange Hospitalisierungen für die Kinder als möglicherweise bedrohlich, deprivierend und permanent angstausslösend gewirkt haben kann (Kaspar 1978).

Aus den hier sicherlich nur unzureichend ausgeführten Details lassen sich — weiterhin nur als Hypothese — einige Folgerungen ableiten. Die bislang als Symptome für unzureichende sensorische Verarbeitung interpretierten Stereotypen

Schlußfolgerungen

könnten auch ein Anzeichen für bestimmte psychische Problemsituationen sein. Die Einförmigkeit, mit der solche Stereotypen bei Kindern mit höchst unterschiedlicher Behinderung auftreten, lassen es unwahrscheinlich erscheinen, daß es sich um zufällig erworbene Verhaltensweisen handelt. Wir vermuten hier gemeinsame Ursachen, die diesen Verhaltensweisen zugrunde liegen. Beim zufälligen Erlernen bestimmter stimulierender Verhaltensweisen müßte die Palette der Stereotypen wesentlich weiter gestreut sein. Die allgemeine Symptomatik der Kinder kann neben der Beschreibung der körperlichen Schädigung und der durch die Hirnschädigung bedingten geistigen Schädigung besser verstanden werden, wenn im Sinne der Kinderpsychiatrie auch depressive Zustände mit in die Überlegung einbezogen werden. Die pränatale Psychologie

gibt zumindest eine Bestätigung dafür, daß auch ohne Beteiligung höherer Bewußtseinsprozesse emotional aufgenommen, verarbeitet und gespeichert werden kann, so daß damit die Voraussetzung auch für mißglückte Verarbeitung gegeben ist. Das Resultat aus körperlicher Beeinträchtigung, geistiger Behinderung und langer sozialer sensorischer Deprivation kann somit auch eine tiefe vitale Depression sein. Die Kinder konnten nicht lernen, daß Menschen liebevolle Zuwendung und zuverlässige Bedürfnisbefriedigung anbieten. Es erlebt seine Umwelt immer wieder neu als unverständlich, bedrohlich und möglicherweise angsterzeugend.

Wir haben wohl, beeindruckt durch die schwersten körperlichen Behinderungen und extreme geistige Behinderung, diesen Aspekt menschlichen Daseins lange Zeit bei diesen Kindern vernachlässigt. Die jetzt erst besser systematisierte Arbeit im Hinblick auf die Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit für Kinder in stabilen Beziehungen öffnet den Blick auf neue Probleme.

Therapeutische Ansätze

In dem Moment, indem man zu erkennen glaubt, daß es einem Menschen schlecht geht, sucht man nach Wegen der Verbesserung.

Wir haben lange Zeit unter dem Aspekt sensorischer Stimulation bei Kindern somatische Angebote (Basale Stimulation) gemacht. Wir haben dem Kind seine Körperoberfläche mit verschiedenen Materialien fühlbar und erfahrbar gemacht. In anderen Bereichen haben wir durch bestimmte gleichmäßige Rhythmen Auf-

merksamkeit zu erzeugen versucht. Im Bereich der akustischen Anregung waren dies herzschlagähnlich gleichmäßige, fast monotone Rhythmen mit tiefer Frequenz, z. B. Schläge einer großen Trommel. Im somatischen Bereich fiel auf, daß insbesondere nach sehr langsamen Therapieeinheiten, die sehr gleichmäßig und ruhig durchgeführt wurden, eine Entspannung der Kinder zu beobachten ist.

Erst im Laufe der Zeit lernten wir an einzelnen Kindern Zusammenhänge im oben beschriebenen Sinne zu sehen. Es waren dann im Wesentlichen die anschaulichen Arbeiten von Léboyer, die es uns versuchen ließen, auf zusätzliche Stimulationsmaterialien bei bestimmten Kindern zu verzichten. Wir wandten eine nur leicht modifizierte Art der Massage an, wie sie Léboyer beschreibt. Dabei erfuhren wir, daß dies den Kindern über die sensorische Anregung hinaus tiefe Entspannung zu geben

scheint. Wir ergänzten dies dann durch zusätzliche intensive liebevolle Kopfmassage, aber auch durch sehr kräftig eingesetzte, sehr körperbetonte „Balgereien“, in denen besonders der aggressive Anteil, der hinter depressiven Zuständen liegen kann, angesprochen wurde.

Bei manchen Kindern ist es dann möglich — dies vorerst als vorsichtige Andeutung — die in bestimmten stereotypen Formen liegende Autoaggression auf ein Gegenüber zu richten, das seinerseits nicht mit Aggressionen antwortet. Hierbei scheint es wichtig, daß dies nicht im Sinne eines passiv-stummen Leidens geschieht, sondern daß die Interaktion dabei sehr zugewandt erhalten bleibt. Die Uminterpretation in dieser Interaktion erfolgt durch den Therapeuten bzw. Pädagogen, der die Aggression aufnimmt, sich als Ziel anbietet, aber dabei eine gewisse spielerische Komponente beibehält. Wichtig

ist es, so deutet es sich für uns jedenfalls an, dem Kind jeweils noch Alternativen des Verhaltens anzubieten: Zum Schlagen und Schreien, oder zum Sich-Beißen ein Schlagen auf etwas, was sehr viel Lärm macht.

Man muß hierbei immer daran denken, daß es sich um ein äußerst unklares Vorgehen handelt, da wir ja über den inneren Zustand dieser Kinder nur sehr indirekt Informationen bekommen. Eine sprachliche Verständigung ist nicht möglich. Auch andere Zeichen oder Hinweise können wegen der schweren geistigen Retardierung dieser Kinder von diesen nicht vermittelt werden.

Somatischer Dialog


Wir haben in der Zeit unserer Arbeit mit schwerstbehinderten

Gut informiert. Viel profitiert.

Durch die Geldanlage-Profis der Allgemeinen Sparkasse. Steuerspar- und Anlageberatung – kommen Sie auf einen Sprung vorbei!



Allgemeine
Sparkasse

Wir wissen wie der  läuft.

Kindern erfahren, daß der Körper zu einer sehr weiten Interaktion und Kommunikation fähig ist. Streicheln und Drücken, Berühren und Fühlen, die Stimme eines anderen fühlen, dies alles sind nur unzureichende sprachliche Formulierungen für Verständigungsmöglichkeiten. In unserer Zivilisation beschränken sich solche somatischen Dialoge auf enge Liebesbeziehungen zwischen der Mutter und dem sehr kleinen Kind oder Erwachsenenliebe — wenn sie sich diese Sensibilität erhalten haben.

In der Arbeit mit diesen sehr schwer behinderten Kindern, denen keine der sog. „höheren Kommunikationsformen“ zur Verfügung stehen, muß auf diesen somatischen Dialog zurückgegriffen werden, wenn wir überhaupt Interaktion herstellen wollen.

Mit der Erkenntnis, daß auch bei schwerstbehinderten Kindern psychodynamische Prozesse mit al-

Abschließende Bemerkung

ler Vehemenz und mit allen denkbaren Folgen ablaufen, gewinnt die Arbeit eine neue Perspektive. Ging es bislang um eine kognitive und sensorisch-perzeptive Verbesserung der Ausgangssituation dieser Kinder, so kommt nun ein psychohygienisch psychotherapeutischer Aspekt hinzu. Damit wird die Arbeit deutlich anspruchsvoller und komplizierter. Die unaußersächlich enge Verknüpfung somatischer Anregung mit emotionalem Kontakt in Verbindung von Beziehungen und Stimulationen macht die Arbeit risikobehaftet. Dies heißt mit anderen Worten, Basale Stimulation scheint nicht nur eine Physiotherapie zu sein, sondern auch eine Psychotherapie.

Und damit ist die Indikationsstellung strenger zu handhaben. Die Anforderungen an den, der sie durchführt, sind wesentlich zu erhöhen.

Diese Erweiterung des Konzeptes, verbunden mit einer kritischen Einschätzung des Einsatzes, soll keine Zurücknahme bisheriger Positionen bedeuten, soll aber eindringlich darauf hinweisen, daß auch schwerstbehinderte Kinder als eine psychosomatische Ganzheit zu sehen sind.

Literaturverzeichnis

- Breitinger, M./Fischer, D.: Intensivbehinderte lernen leben. Würzburg 1981
- Fröhlich, A.: Die Förderung Schwerstbehinderter — Erfahrungen aus sieben Ländern. Luzern 1981
- Hassenstein, B.: Verhaltensbiologie des Kindes. München-Zürich 1973
- Haupt, U.: Bedeutung und Grenzen eines Entwicklungsmodells in der Förderung schwerstbehinderter Kinder, in: Haupt, U./Fröhlich, A.
- Haupt, U./Fröhlich, A.: Entwicklungsförderung schwerstbehinderter Kinder. Mainz 1982
- Herzka, St.: Kinderpsychopathologie. Basel/Stuttgart 1981
- Kasper, L.: Sozialentwicklung schwerstbehinderter Kinder. Wiss. Hausarb. Mainz 1978
- Kunert, S.: Die psychische Situation von Eltern behinderter Kinder, in: Matthiaß/Bruster/v. Zimmermann: Spastisch gelähmte Kinder. Stuttgart 1971
- Kwiatkowski, E.: Psychotherapie als subjektiver Prozeß. Weinheim/Basel 1980
- *Milakovic, J.: Vorgeburtliche Erfahrungen der Realität und Anpassungsprozesse, in: Han/Schindler: Pränatale und Perinatale Psychosomatik. Stuttgart 1982
- *Lebeyer, F.: Sanfte Hände. München 1980
- Anschrift des Verfassers:
Andreas D. Fröhlich, Wolfsangeln 10,
D-6750 Kaiserlautern



Prospekt und
Preisliste vom
Hersteller
mit der
65jährigen
Erfahrung.

Versehrten- Dreirad 26"

WULFHORST

Herzbrocker Str 5 D-4830 Gütersloh 1 Tel. (05241) 28038

Generalsvertretung Holland:
Z.P. Postmann van der Hoopstraat 6
NL-9716 JM Eteningen/Noord

Generalsvertretung Österreich:
Ench Pany Hühlerdorfer Str 215
A-1140 Wien