

Kommunikation ist immer möglich – bis zuletzt!

Basale Kommunikation als Angebot für Menschen in Zuständen der Demenz

(unveröffentlicht – 2005)

Begegnung mit Frau W.

Frau W. lerne ich im Jahr 2004 beim Besuch eines Seniorenheims kennen. Sie 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, sahen ihre Kindern eines Tages keine Alternative, als sie in einem Seniorenheim 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 kaum zu erreichen. Bietet man ihr einen Sitzplatz an, damit sie mal zur Ruhe kommen kann, steht sie meist nach kurzer Zeit wieder auf und setzt ihr Herumgehen fort.

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.

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 verabschiede ich mich von ihr.

Verwirrtheit – der Verlust der Wechselseitigkeit

Unser Verhältnis zur Welt ist geprägt von Wechselseitigkeit, vom Wechselspiel zwischen „*Ich passe die Welt mir an.*“ und „*Ich passe mich der Welt an.*“ Piaget spricht in seiner Beschreibung, wie Menschen lernen ihre Umwelt zu begreifen, von *Assimilation* und *Akkommodation* als den zwei Polen von Anpassung – *Adaptation* – die ständig neu ins Gleichgewicht – *Äquilibration* – zu bringen sind¹. Dieses Wechselspiel beherrscht ein Mensch nicht naturgegeben, sondern muss erst in es hinein wachsen, und die ersten Monate seines Lebens sind geprägt von diesem Lernprozess, ganz im Hier und Jetzt, in *sensomotorischer* Auseinandersetzung mit sich – seinem Körper – und seiner Umwelt. Anstoß dazu ist die primäre Erfahrung des Neugeborenen, dass sein innerer Zustand (z.B. Hunger), der eine körperliche Reaktion auslöst (z.B. Schreien), von einer passenden Reaktion der Umwelt beantwortet wird (z.B. gestillt zu werden): „Die Umwelt passt sich mir an!“ Diese Erfahrung hat ihren Platz in der ersten Beziehung zu einem Menschen, in Kommunikation. Lernen und Entwicklung lässt sich so verstehen als zunehmend komplexe Entfaltung dieses Wechselspiels und als wachsende Fähigkeit, die Gegebenheiten der Umwelt und die eigenen Interessen und Absichten mit einander in Einklang zu bringen, um so das eigene Leben in maximaler Autonomie zu gestalten. Neurologische Grundlage für diese Bereitschaft zu Wechselseitigkeit lassen sich in einigen Arealen der Großhirnrinde sehen, die sich als „Spiegelneurone“ nicht nur von eigenen, sondern ebenso von wahrgenommenen Handlungsmustern anderer Menschen erregen lassen und so Einfühlung und intuitives Mitempfinden ermöglichen².

Wenn wir von einer Person sagen, sie sei „verwirrt“, drücken wir damit unser Erleben aus, dass sie im Gegensatz zu früher offensichtlich nicht mehr – oder nur noch begrenzt und nicht mehr zuverlässig vorhersehbar – sinnvoll in diesem Wechselspiel lebt und handelt: Was sie sagt, hat kaum noch einen nachvollziehbaren Bezug zu dem, was gerade ansteht; ihre Handlungen sind eher nicht mehr geeignet, ihre Interessen zu verwirklichen, ja würden ihr vielleicht sogar schaden, wenn man sie ließe. Dabei steht der Aspekt, was Ursache dieser Verhaltensänderung ist, gar nicht gleich im Vordergrund, auch wenn er natürlich bei einer – v.a. medizinischen – Intervention eine wesentliche Rolle spielt, sondern es ist das Erleben von gestörter Kommunikation.

Themen, die bleiben – basale Lebensweisen

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 Lebensmonaten quasi im Rohbau fertiggestellt werden. Menschen, die „geistig behindert“ genannt werden, finden sich in der Mehrzahl hier mit ihren Themen, aber 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. Bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen lässt sich zeigen, dass mit zunehmender Ausweitung des Krankheitsbilds v.a. bezüglich der geistigen Fähigkeiten und der Intelligenzfunktionen wieder die Themen der frühkindlichen Entwicklung in den Vordergrund treten³. Damit sind sie letztlich auf Lebensinhalte zurück geworfen, die bei allen bedeutungsvollen, individuellen Unterschieden durchaus denen von sehr kleinen Kindern gleichen. Diese grundlegenden Themen der Wahrnehmung, der Intelligenz und der Persönlichkeit sollen im Folgenden knapp umrissen werden⁴.

„*Es ist gut, dass ich da bin – ich bin in Sicherheit geborgen.*“ – Sicherheit und Vertrauen

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

Kommunikation gestaltet sich bezüglich dieser Thematik intuitiv und präverbal, von Körper zu Körper, von Gefühl zu Gefühl. Die Grenzen zwischen den Beteiligten sind durchlässig, der Eindruck von „All-Einheit“ dürfte diese Lebensweise prägen. Rhythmus, Tonusunterschiede, Berührung, Wärme, Gehalten- und Getragenwerden, Geruch, Stimmklang, Puls, Atemrhythmus – dies sind einige der Medien, über die sich ein derartiges Miteinander herstellen kann.

Religiöser Glaube, Meditation und Mystik, die Vorstellung eines liebenden, alles umfassenden Gottes lassen sich in Bezug zu dieser Thematik sehen, aber auch die Suche nach „Verschmelzungserlebnissen“, sei es in der partnerschaftlichen Sexualität, im Rhythmus von Disco-Musik, im Fußballstadion oder dem Demonstrationszug, auch in der Wahl manches Urlaubsziels (wie Meer, Wald, Berggipfel, Wüste). Selbst das Einkuscheln im Bett am freien Sonntag Morgen, das Versinken im körperwarmen Wasser der Badewanne oder das dösende

Schaukeln in der Hängematte hat noch etwas von der ursprünglichen Eins-Erfahrung, die wohl das Leben im Mutterleib lange gekennzeichnet haben dürfte.

„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: Berührung, Gehaltenwerden, Rhythmus, Bewegung, Geborgenheit, Trost, Regulierung der psychischen wie der körperlichen Spannung.

Kommunikation meint hier zunächst das Einschwingen der grundlegenden Regelkreise wechselseitiger Anpassung, von Assimilation und Akkommodation, wobei zu Beginn 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 entfalten⁵. 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 erforscht⁶, ihre fortwährende Relevanz für die Kommunikation unbeeinträchtigt erwachsener ist überzeugend 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, Schmerzen, 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 – sei es durch Krankheit, Unfall oder eben eine demenzielle Entwicklung – ist auf die Fürsorge anderer Menschen, auf Pflege angewiesen.

„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. Dazu gehört, sich zu spüren, eigene Bewegung differenziert zu koordinieren (kinästhetische Wahrnehmung), sich an gespürte Bewegung anzupassen, den Nervenkitzel starker vestibulärer Reize auszukosten, die Körperoberfläche im berührt und gestreichelt Werden zu spüren (somatische Wahrnehmung)⁷. Die Einzelsinne (Sinnesmodalitäten) werden in die Wahrnehmung integriert und mit angepasster Bewegung verknüpft (modalitätsspezifische Wahrnehmung⁸). Die „Innenseite“ dieser Lernerfahrungen in der frühkindlichen Entwicklung ist die rasant fortschreitende Ausdifferenzierung der neurologischen Strukturen zur Verarbeitung und Steuerung dieser Vorgänge, die eng mit emotionalem Empfinden, mit Lust- und Unlustlebnissen verknüpft sind.

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 nicht-behinderten 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.

Sich im eigenen Körper und in Bewegung erleben – in Sport und Tanz tritt dieses Thema auch bei nicht beeinträchtigten Erwachsenen wieder in den Vordergrund, 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 modischen „Wellness“-Angebote leben 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.

Die weiteren „Etagen“

Nach dem ersten Vierteljahr nimmt ein sich unbehindert entwickelndes Kleinkind nach einander die weiteren Stockwerke seines Persönlichkeits-Hauses in Angriff, in immer neu austariertem Gleichgewicht von Assimilation und Akkommodation – und parallel dazu differenziert sich die Kommunikation weiter aus: Über die

Entdeckung der Umwelt mit den 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 individueller Gewohnheiten, der Grundlegung intellektueller Konzepte wie Zeit- und Raumverständnis oder Objektkonstanz. 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.

Wenn das „Haus“ einstürzt...

Alterungs- und Abbauprozesse – vielleicht auch die langfristigen Konsequenzen der Art und Weise, wie der Mensch sein Leben gestaltet hat⁹ – führen bei Menschen mit einer demenziellen Erkrankung dazu, dass das Gebäude der Persönlichkeit zu bröckeln beginnt und schließlich zum Einsturz kommt. Die bisherigen Kompetenzen sind immer weniger verfügbar, die Fähigkeit zu differenzierter Kommunikation geht nach und nach verloren. Selbstverständlich sind dabei die individuellen Unterschiede nicht zu vernachlässigen – und ebenfalls ist Vorsicht geboten bei der Einschätzung, wie es im Inneren einer konkreten Person tatsächlich aussehen mag, oder wie sie selbst ihre Umwelt erlebt, wobei es auch zu beträchtlichen Schwankungen von Tag zu Tag kommen kann. Das Leben wird immer mehr von den geschilderten, 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 zunehmend 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.

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 auf die Kommunikationsweisen zurückzugreifen, 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, weiß, was hier gemeint ist, und das lässt sich auch ohne Mühe inhaltlich genau differenzieren.

Kommunikation ist viel mehr als Sprache!

Verbreitet sind Vorstellungen von Kommunikation dominiert vom Aspekt der Verbalsprache, ja sie wird oft sogar mit dieser gleich gesetzt, und wenn jemand keine Verbalsprache besitzt, gehen wir rasch von Kommunikationsunfähigkeit aus. Dies kann verschiedene Gruppen von Menschen betreffen, die nicht sprechen, wie wir es gewohnt sind: Sie sind gehörlos, von einer starken cerebralen Lähmung betroffen, deutlich geistig behindert, autistisch, in einem Zustand von Mutismus oder akuter Psychose oder eben der Verwirrtheit oder Demenz. Selbst hilflos ihnen gegenüber, wissen wir nicht mehr, wie wir mit ihnen umgehen, wie wir auf sie reagieren sollen, was sehr rasch in Abwehr, Ablehnung und Rückzug mündet, in einen sich selbst verstärkenden Kreisprozess an Entfremdung und Ausgrenzung.

Dabei wissen wir eigentlich alle – wie oben ausgeführt – dass Kommunikation viel mehr ist als Verbalsprache. Dazu braucht man lediglich die Kommunikation zwischen Eltern und ihrem Säugling beobachten, man betrachte die Art und Weise der „Zwiesprache“ zwischen Verliebten oder vielleicht auch die Art und Weise, wie sich Menschen mit einem Tier verständigen. Obwohl hier – wenn überhaupt – verbalsprachliche Kompetenz sicherlich nur eine sehr begrenzte Rolle spielt, gelingt es ohne Mühe, eine wechselseitige Verständigung zu erreichen. Darüber hinaus gibt es aus der Psychologie eine Fülle von Erkenntnissen bezüglich der non-verbale Anteile auch der alltäglichen Kommunikation unter nicht beeinträchtigten Erwachsenen, mit denen sich schon zahlreiche Ratgeber haben füllen lassen, die in Workshops Gewinn bringend vermittelt werden, und die sich bis zu einem gewissen Grad auch üben lassen. Im Eigenversuch lässt sich das leicht nachvollziehen, wenn man

einmal die Videoaufnahme einer sozialen Situation ohne Ton betrachtet und überrascht realisiert, wie viel und welche Art von Information sich so immer noch – oder vielleicht überhaupt erst jetzt – gewinnen lässt.

Der Kreislauf der Kommunikation

Es sei daran erinnert: Ursprünglich ist Kommunikation nichts, was ein Mensch lernen muss in dem Sinn einer Aneignung neuer Kompetenzen, wie z.B. wenn wir eine Fremdsprache lernen. Ein Mensch lernt, wie Kommunikation „geht“, wenn ein anderer sein Verhalten als Äußerung versteht, es auf sich bezieht und darauf passend antwortet – mit ihm kommuniziert.

So „weiß“ das neugeborene Kind noch nichts über Kommunikation, wenn es nach der Geburt seinen ersten Schrei ausstößt. Erst dadurch, dass die Mutter diesen Schrei als Äußerung auf sich bezieht, sie sich davon „etwas sagen“ lässt, und dass sie mit ihrer Stimme und Berührung, ihrer Nähe und Zärtlichkeit, mit ihrem Stillen antwortet, lässt das Kind erleben, dass da von außen etwas kommt, das zu seinem inneren Zustand passt, dass es „sich lohnt“, sich zu äußern. Unterbleibt dagegen die Antwort, vielleicht weil das Kind nach einer Problemgeburt mit Sauerstoffmangel sofort in Intensivbehandlung muss und die Mutter nicht anwesend sein kann, und wird auch später nicht wieder aufgegriffen, wird ihm diese Erfahrung fehlen und damit – vielleicht noch zusätzlich zu einer eingetretenen organischen Schädigung – ein zentraler Stimulus für seine Entwicklung und sein Lernen (wobei ihm zu wünschen ist, dass es diese Erfahrung zu einem möglichst frühen Zeitpunkt nachholen kann).

Das Spiel der Kommunikation lässt sich verstehen als Kreisprozess in vier Schritten:

Mein Partner zeigt ein Verhalten.

Ein verwirrter Mensch läuft ziellos umher, nestelt mit den Fingern, murmelt vor sich hin. Ob er damit seiner Umwelt gezielt etwas mitteilen will, ist unklar und wohl eher unwahrscheinlich.

Ich nehme sein Verhalten als Äußerung wahr.

Indem ich sein Verhalten auf mich wirken, mich davon beeindruckt lasse, bewirkt mein Partner bereits etwas mit seinem Verhalten – indem ich mich davon beeindruckt lasse, wird es für mich zu Ausdrucksverhalten: Er löst in mir Gefühle, Erinnerungen, frühere Erfahrungen, Gedanken, Hypothesen zu seinem Verhalten, Handlungsimpulse aus, unabhängig davon, was er mit seinem Verhalten vielleicht selbst intendieren könnte.

Ich antworte mit einem passenden Tun.

Entsprechend dem Eindruck, den sein Tun bei mir ausgelöst hat, suche ich nach einem Verhalten, von dem ich hoffe, dass der andere es als Antwort erleben könnte: Ich gehe vielleicht mit ihm mit durch den Raum, lege den Arm um seine Schultern, passe mich im Gehtempo und -rhythmus seinem Gangmuster an. – Oder ich lege meine Hände um die seinen, um seine von mir erlebte Unruhe mit meiner Ruhe zu beantworten. – Oder ich blende mich in sein Lautieren ein, vielleicht mit den gleichen Lauten oder einem Singsang, der sich in sein Lautieren einfügt, vielleicht mit einfachen Worten und Sätzen in der gleichen Stimmlage wie er. – Oder ich benenne einfach, was ich wahrnehme, kleide es in Worte, wie es in den Kontaktreflexionen der Prä-Therapie¹⁰ zu finden ist.

Mein Partner erlebt eine Antwort auf sein Tun.

Wenn der andere mein Tun wirklich als zu ihm passend erlebt, wird er spüren, dass sein Verhalten beantwortet wird. Vor allem, wenn Rhythmen im Spiel sind, wird es fast nicht möglich sein, sich dem zu entziehen. Vermutlich wird sich dies in seinem Verhalten zeigen: Er wird vielleicht innehalten, mich anschauen, vielleicht sogar lächeln, oder seine Unruhe lässt nach. – Oder er fasst mit seinen Händen die meinen und drückt sie. – Oder er unterbricht sein Lautieren, schaut zu mir her, antwortet vielleicht sogar auf meine Rede. Wie er genau reagiert – es könnte auch abweisend sein – ist dabei gar nicht so wesentlich, als dass sich damit der Kreis schließt und eine neue „Runde“ des Austauschs beginnt. Ich werde seine Reaktion wieder als Äußerung verstehen, auf die ich passend zu antworten suche.

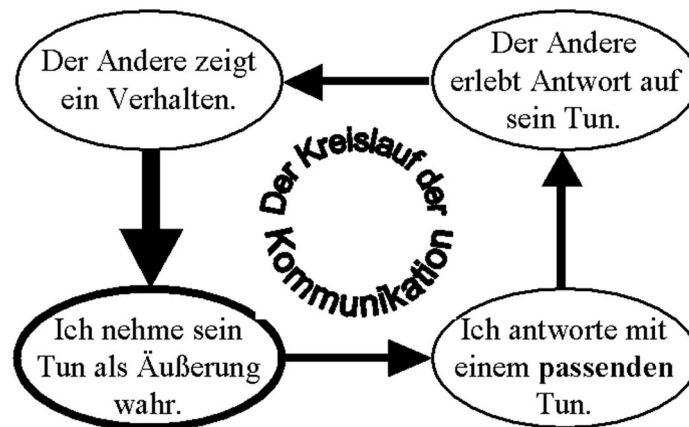


Abb. 1: Der Kreislauf der Kommunikation

Worauf es ankommt:

Um den Kreislauf der Kommunikation in Gang zu bringen, brauche ich nicht zu warten, bis der Partner absichtsvoll und gezielt mit mir einen Austausch sucht. Jederzeit kann ich mich entscheiden, damit zu beginnen. Wie es bei ihm ankommt, wird mir seine Reaktion zeigen. Ja, bei Menschen in einem Zustand der Verwirrung oder Demenz, bei denen die „üblichen“ Möglichkeiten der Kommunikation – vor allem die intentional eingesetzte, verbale Sprache – häufig versagen, muss ich vielleicht sogar damit beginnen, damit ein Austausch überhaupt wieder möglich wird: Ich nehme das, was ich beim Partner wahrnehmen kann, als Ausdruck wahr und versuche, darauf mit meinem Tun passend zu antworten:

Der erste Schritt liegt bei mir!

Bei meinem Antwortversuch werde ich jedoch stets das Risiko eingehen müssen, dass er vom andern nicht als solcher wahrgenommen wird, ja dass er bei ihm gar keine oder eine völlig andere Reaktion auslöst, als ich es mir vorgestellt habe. Hier helfen keine Tricks und keine Patentrezepte, auch Erfahrungen aus anderen Situationen oder von anderen Bezugspersonen sind nicht unbedingt übertragbar. Sie dürfen das auch gar nicht sein, denn es geht ja nicht darum, den andern nach meinem Belieben zu manipulieren, sondern mit ihm in wechselseitige Kommunikation einzutreten. Vermutlich werde ich eine Rückzugstendenz beim andern eher noch verstärken, wenn er merkt, dass ich ihn eine bestimmte Reaktionsrichtung drängen will und damit seinen grundlegenden Anspruch verkenne, akzeptiert und ernst genommen zu werden:

Welche Antwort passt, sagt mir nur die Reaktion des andern.

Als „Kommunikationsmittel“ in diesem Austauschprozess kann mir alles dienen, was sich an anderen Menschen wahrnehmen lässt, bzw. wodurch ich mich für den anderen erlebbar mache: Sprache und Stimme, Mimik, Gestik, Blickkontakt, Berührung, Bewegung, Körperhaltung und ihre Abstimmung auf den andern, aber auch Muskelspannung, Körpertemperatur, Hautfeuchtigkeit und -farbe, Ess- und Trink-, Ausscheidungs-, Schlaf-, Suchtverhalten, individuelle Gewohnheiten und „stereotype Verhaltensweisen“, die Geräusche, die jemand erzeugt, die Art, wie er seinen Körper oder seine Umgebung gestaltet; ja selbst wenn all davon kaum noch etwas wahrnehmbar ist, wie beispielsweise bei Menschen in Koma-ähnlichem Zustand, bleiben noch vegetative Phänomene wie Puls, Blutdruck, Hirnstromveränderungen – und natürlich der Atem in seinem rhythmischen Fluss, der fast synonym steht für Lebendigkeit:

Alles Wahrnehmbare kann zum Kommunikationsmittel werden.

In diesem Sinn gibt es kein sinnloses Verhalten oder „rein vegetatives“ Symptom, das in keinem Zusammenhang stünde mit dem Befinden eines Menschen. Es kommt lediglich darauf an, diesen Zusammenhang erspüren zu lernen zwischen all den Verhaltensweisen und Symptomen, die dieser Mensch zeigt, und seiner inneren Befindlichkeit, sowie zu lernen, selbst mit diesen Kommunikationsweisen zu spielen, um die verloren gegangene Wechselseitigkeit wieder zu beleben und erfahrbar werden zu lassen.

Basale Kommunikation

Basale Kommunikation entstand nach 1980 im Umgang mit Menschen mit schwerer geistiger Behinderung und/oder stark autistischem Verhalten. Seither hat sich diese Umgangsweise im heilpädagogischen Arbeitsfeld als hilfreicher Ansatz für Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen bewährt¹¹. Ihre wurde Entwicklung inspiriert von dem körper-psychotherapeutischen Vorgehen der Funktionellen Entspannung nach Marianne Fuchs¹², mit starken Einflüssen aus der Basalen Stimulation nach Andreas Fröhlich¹³ und der aus der Gestalttherapie entwickelten Integrativen Körpertherapie von Theijs Besems und Garry van Vugt¹⁴, auch von Elementen der Rhythmisch-musikalischen Erziehung nach Scheiblauer¹⁵.

Ausgangsbasis ist die Gewissheit, dass man „nicht nicht kommunizieren“¹⁶ kann, dass jeder lebendige Mensch etwas von sich, über sich mitteilt, vorausgesetzt, ein anderer Mensch erkennt seine Äußerungsweisen, greift sie auf und antwortet darauf. Dabei nutzt sie konsequent alles, was am Kommunikationspartner wahrnehmbar ist, etwas über ihn, von ihm aussagt, und versucht eine Antwort auf der gleichen Ebene, konkret und sinnlich unmittelbar wahrnehmbar: Körperhaltung, Bewegung, Berührung, Laute, Blick, Muskeltonus, Rhythmen im Verhalten. Als Basis, die allen lebenden Menschen gemeinsam ist, wird der Rhythmus des Atmens begriffen, als kleinste Einheit des Austauschs mit der Umwelt: Im Ausatmen Eigenes loslassend, aus dem Innersten abgebend, im Einatmen Fremdes ins Innerste aufnehmen – ein zutiefst leib-seelischer Rhythmus an der Nahtstelle zwischen bewusst und unbewusst. Er wird spielerisch 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, lautlicher oder auch sprachlicher Zuwendung.

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 sowie andere Ausdruckselemente des Körpers zurückgespiegelt zu bekommen, ermöglicht ein Erleben von tiefem Verstandenwerden, von Harmonie, Zusammenklang, Einswerden, vielleicht anklingend an Erlebnisinhalte der vorgeburtlichen Lebenssituation. Vorauszusetzen 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 körperbezogenem Erleben erleichtert, sei es durch körpertherapeutische Ansätze wie Funktionelle Entspannung¹⁷, Konzentrierte Bewegungstherapie¹⁸, Eutonie¹⁹, Feldenkrais²⁰, Kinästhetik²¹ oder Atemtherapie nach Middendorf²², sei es durch Wege aus dem asiatischen Raum wie Yoga, Shitatsu, Tai Chi oder Zen.

Sich so zu begegnen, bezieht sich auf Tiefenschichten der Persönlichkeit, rationale Reflexion hat 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 Aufnehmen des Atems sind 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, sich der Welt aktiv zu öffnen, sofern man dazu grundsätzlich noch in der Lage ist. Aber eben auch bei fortgeschrittener Demenz, wo es nicht mehr darum geht, Neues zu lernen oder Fortschritte zu machen, bleibt es 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.

Basale Kommunikation ist damit eine Möglichkeit – neben anderen – 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 mit einem klaren zeitlichen Rahmen 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 für den andern und dessen eigenen Rhythmus, wie auch für sich selbst im eigenen Körper, mit der eigenen Befindlichkeit. Damit kann grundsätzlich jedes Tun am andern zu einem gemeinsamen, kommunikativen Tun werden, auf eine Weise, in der auch die Pflegenden die Rückmeldung erhält, dass der andere sich wirklich erreicht fühlt.

Exkurs zur möglichen Wirkungsweise aus medizinischer Sicht

Folgendes Zitat bezieht sich ursprünglich auf die Wirkungsweise der Funktionellen Entspannung, dürfte aber auf das Angebot Basaler Kommunikation entsprechend übertragbar sein²³, mit dem Unterschied, dass hier die angesprochenen Erfahrungen ohne Verbalsprache, nur im direkten körperlichen Kontakt vermittelt werden:

„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 Schrittmachneurone 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 Parasympathikus (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 ermittelt. So können z. B. das »Loslassen im Aus« als »Entlastung« und das darauffolgende »Ein(atmen)« als befreiende Selbstentfaltung erlebt werden.“

Kommunikation mit verwirrten Menschen – praktische Erfahrungen

Im Jahr 2003 konnte ich eine Woche auf der gerontopsychiatrischen Station einer Landeslinik hospitieren und mit Patienten in Kontakt kommen. Hier einige Beispiele für Begegnungen, die sich dort entwickelten:

Frau St.

Sie ist 1926 geboren, lebt seit 6 J. im Heim. – Seit ca. 2 Wochen ist sie auf der Station wegen Angst, und Schlafstörungen, sie habe versucht, sich das Leben zu nehmen (Notaufnahmegrund). Diagnose: Altersdemenz, Alterspsychose. Früher war sie kaufmännische Angestellte im Einzelhandel.

Montag, Nachmittag:

Ich sitze im Aufenthaltsraum und beobachte. Frau St. sitzt auf einem 2er-Sofa neben einem anderen, männlichen Patienten. Sie jammert immer wieder, sagt z.B. „Mama“, steht auf und setzt sich wieder. Sie lehnt sich mehrmals bei ihrem Nachbarn an, legt den Arm um ihn; er reagiert nicht, scheint zu schlafen. Neben ihr sitzt eine andere Patientin auf einem Einzelsessel, spricht Frau St. immer wieder an, ergreift ihre Hand und tätschelt sie. Später lädt sie Frau St. ein, sich neben sie auf die Armlehne des Sessels zu setzen, zieht sie zu sich her, so dass Frau St. sich an sie anschmiegt. Die Schwester kommt nach einer Weile dazu („Na ihr Turteltäubchen!“ meint sie) und setzt Frau St. wieder für sich auf das Sofa (der Patient ist inzwischen aufgestanden); nach einer Weile hat die Nachbarin sie jedoch wieder bei sich auf dem Sessel. – Eine Schwester fordert Frau St. auf, das Glas leer zu trinken, das vor ihr auf dem Tisch steht, geht selbst aber wieder weg. Frau St. nimmt ein paar kleine Schlucke, hält das Glas dann weiter in der Hand, bis sie den Inhalt über Sofa und Hose schüttet. – Ich setze mich neben Frau St. auf den freien Platz, nehme aber keinen Kontakt zu ihr auf; sie zu mir auch nicht.

Dienstag, Vormittag (ca.09:00 – 10:15 Uhr):

Frau St. steht an der Küchentür und schaut der Praktikantin beim Aufräumen zu. Ich stelle mich nach einer Weile zu ihr, spreche sie an, komme in eine Art Konversation mit ihr. Sie erwähnt – auch später immer wieder – dass sie Angst habe (Angst vor dem Dunkeln), oder dass sie raus wolle. Ich schlage ihr vor, mit mir über die Station zu spazieren, biete ihr meinen Arm an, den sie annimmt. Wir spazieren einige Male über die Flure, setzen uns zwischendurch auf die bereit stehenden Sofas. Ich gehe so weit möglich auf ihre verbalen Äußerungen ein, kann sie aber nicht immer verstehen, richte mich auch sonst weitgehend nach ihren Impulsen und Wünschen. Dabei achte ich verstärkt auf Ansätze zu körperlichem Kontakt und gehe akzeptierend darauf ein. Seitlich neben ihr sitzend lege ich auch meinen Arm um ihre Schulter, gehe auf ihren Atemrhythmus ein. Sie atmet relativ rasch, sehr weit oben. Nach ca. einer Stunde „Kontaktpflege“ lehnt sie sich intensiver von der Seite bei mir an, lässt auch den Kopf gegen mich sinken. Ich unterstütze ihn mit der Hand. Zwischendurch kommt ein Patient vorbei und macht eine laute Bemerkung über uns, die sie aufschreckt. Dann habe ich den Eindruck, dass sie noch näheren Kontakt zulassen könnte, schlage ihr vor, die Beine auf das Sofa hochzulegen und sich mit dem Rücken an meine Seite anzulehnen. So bleibt sie längere Zeit (ca. 15 min), ich atme mit ihr, stütze ihren Kopf, lege nach einer Weile meine Hand auf ihren Bauch, lasse die Hand mit ihrem Atem leicht mitgehen. Ihr Rhythmus wird etwas ruhiger und tiefer, jedoch nur ein wenig. Dann wird es in unserer Nähe lauter, weil ein Patient von Sanitätern geholt wird. Sie wird aus ihrer Ruhe gerissen, setzt sich dann auf und will aufstehen. Ich begleite sie in den Aufenthaltsraum, biete ihr einen Platz auf einem der Sofas an. Sie bemerkt, sie habe schön geschlafen. Ich lasse sie allein.

Dienstag, Nachmittag:

Frau St. liegt lange auf ihrem Bett; ich beschäftige mich anderweitig. Später, ca. um 14:00 Uhr, sitzt sie wieder

neben der Mitpatientin von gestern und bedrängt sie, so dass diese darum bittet, Frau St. von ihr zu entfernen. Ich gehe darauf ein. Wir wandern wieder über die Station, gehen auch mal eine Runde in den Garten, als gerade die Sonne scheint. Sie ist aber innerlich sehr unruhig und getrieben, kommt gar nicht mehr zur Ruhe, jammert immer wieder. Wegen ihrer Brustbeschwerden soll noch ein EKG geschrieben werden, bis dahin wartet sie längere Zeit auf ihrem Bett. Ich sitze am Bettrand, versuche, beruhigenden Kontakt anzubieten. Das EKG ist dann ohne Befund. Wegen des schnellen Pulses erhält sie ihre Abenddosis an Betablockern früher. Gegen 16:30 Uhr versuche ich nochmals, sie wie am Vormittag neben mich auf das Sofa liegen zu lassen. Sie geht darauf ein, bricht dann aber bald ab und meint selbst, sie könne nicht ruhig werden. Ich frage mich, wie weit ich durch mein Kontaktangebot in ihr Prozesse auslöse, die ihre Unruhe eher noch vergrößern. Gegen 17:00 Uhr verabschiede ich mich dann für heute von ihr; sie hängt sich gleich auf dem Flur an einen männlichen Patienten, muss durch eine Schwester von ihm getrennt und daran gehindert werden, ins Stationszimmer zu kommen.

Mittwoch, Nachmittag:

Ich biete Frau St. an, mit mir über die Station zu spazieren, nehme sie am Arm. Sie geht mit, klagt recht intensiv über ihre Angst und Unwohlsein. Auf ein Entspannungsangebot im Körperkontakt auf dem Sofa kann sie nicht wirklich eingehen, sie ist dafür zu unruhig. Ich führe sie nach ca. 30 min in den Aufenthaltsraum, lasse sie dort allein.

Nachtrag:

Am Abend zuvor war sie wohl sehr unruhig (musste Bedarfsmedikation bekommen), verhielt sich distanzlos zu Männern, sprach von dem „jungen Mann“ und „Kavalier“, womit sie offensichtlich mich meinte.

Freitag, Vormittag:

Ca. 10:45 Uhr: Frau St. sitzt neben einem Mitpatienten, der nicht ohne Hilfe aufstehen kann. Er ruft immer wieder nach einer Schwester, ohne Resonanz. Schließlich stellt Frau St. einen bereit stehenden Gehwagen vor ihn, hilft ihm aufzustehen, zieht mit ihm (mit angezogener Bremse) los. Auf dem Flur stürzt der Patient; er wird in einen Rollstuhl gesetzt. Frau St. fährt ihn im Rollstuhl über die Station.

Herr A.

geb. 1913

Donnerstag, Nachmittag

Herr A. geht viel ohne erkennbares Ziel über die Station, sucht offensichtlich etwas (schaut hinter Sessel, in Ecken). Zwei Tage zuvor hatte er gemeint, er müsse unbedingt zu seiner Mutter und sehen, ob sie noch da sei, es sei ja nur 100 m von hier (die Mutter ist schon lange verstorben). Er sieht wohl recht schlecht, tastet sich um Hindernisse (auch um nicht vorhandene), ist heute Morgen dabei gestürzt und hat sich verletzt. Er wirkt dabei getrieben, sein Gesicht ist angestrengt verspannt.

Ich lade ihn ein, sich auf die Couch zu setzen, dränge ihn ein wenig, als er nicht gleich versteht. Ich setze mich neben ihn, achte darauf, dass er sich gut anlehnt. Nach einer Weile biete ich ihm an, meine Hand zu halten, was er erst auch nicht versteht, dann aber akzeptiert. Ich übernehme seinen Atemrhythmus, sage kurze, beruhigende Sätze in sein Ausatmen hinein, drücke dabei leicht seine Hand, achte darauf, dabei selbst ruhig und entspannt zu sein. Mit der Zeit geht sein Atem tiefer und ruhiger; gleich darauf kommt er hoch, tastet an seiner Brust herum, sucht Zigaretten. Ich hole ihm eine, zünde sie auch an, setze mich selbst aber abseits wegen des Rauchs. Als er fertig ist, komme ich zurück, achte wieder darauf, dass er entspannt sitzt, nehme wieder seine Hand, atme mit ihm. Ein anderer Patient erwähnt, er würde schwitzen „wie ein Bär“. Ich frage zurück, wie er wisse, ob ein Bär schwitzt, und so entspinnt sich ein kleines Gespräch über Bären. Herr A. wirft ein, er habe eine Menge Bären gesehen. Ich entgegne, das hätte ich auch, im Zoo. Herr A. entgegnet: Nicht im Zoo, in Russland. Wir kommen auf seine Kriegserfahrungen zu sprechen, sein Alter, seine Familie, seinen Beruf, seine Urlaubsziele. Ich achte darauf, immer ruhig in sein Ausatmen hinein zu sprechen. Er bleibt auch selbst dabei ruhig. Dann gegen 16 Uhr verabschiede ich mich, spreche davon, nach Hause zu fahren. Er wundert sich deswegen und fragt nach, wohl weil ich zuvor erzählt hatte, dass ich nahe Freiburg wohne, was weit weg ist; ich korrigiere, dass ich bei Schwester R. zu Gast sei.

Freitag, Vormittag:

Ca. 10:30 Uhr: Herr A. steht verloren im Speisesaal herum. Ich führe ihn in den Aufenthaltsraum. Da die Sofas alle besetzt sind, biete ich ihm einen Sessel an. Er bittet mich, mich neben ihn zu setzen, ich hole mir auch einen Sessel. Ich beginne eine Unterhaltung mit ihm, frage ihn nach seinem Haus, seiner Familie, lasse ihn von seiner früheren Arbeit erzählen. Nach ca. 15 min hat sich das Gespräch erschöpft, ich verlasse ihn wieder. Kurz darauf steht er auf, nimmt sein unruhiges Umhergehen wieder auf.

Frau B.

Donnerstag, Vormittag (ca. 9:00-10:15 Uhr)

Ich will Frau B. aus dem Speisesaal von einem lauten Mitpatienten weg bringen. Ich helfe ihr auf die Füße und führe sie zum Aufenthaltsraum. Unterwegs hat sie Angst, sie könne nicht weiter gehen. Sie verkrampft sich und geht nur mit viel Unterstützung weiter, wird dabei sehr ungehalten und schimpft.

Ich setze mich neben sie (sie sitzt im Ohrensessel) auf einen Schemel, spreche sie an, halte ihre Hand. Sie spricht unzusammenhängend, sagt oft „Ich weiß es nicht.“ Später führe ich sie zum Sofa, setze mich neben sie, halte ihre Hand und atme in ihrem Rhythmus mit. Auf ihre verbalen Äußerungen gehe ich kurz ein, erlebe sie aber nicht als so wesentlich. Zwischendurch produziert sie lustige Laute mit der Zunge, lacht selbst dazu. Z.T. ahme ich die Laute nach. Ich lege meinen Arm über die Lehne hinter ihrem Kopf, so dass sie den Kopf anlehnen kann und noch intensiver mein Mitatmen spürt. – Als von der CD das Lied „El condor pasa“ spielt, singt sie Teile der Melodie mit, ich stimme ein und singe auch mit, was sie freudig kommentiert. Wenig später wird sie immer ruhiger, schläft ein, schnarcht zwischendurch sogar ganz leicht. Ich bleibe ruhig neben ihr, atme weiter mit ihr. – Nach ca. 15 min wacht sie wieder auf, lacht mich an. Sie spielt kurz mit meinen Fingern, ich mache ein kleines Kleinkind-Fingerspiel mit ihr. Kurz danach lasse ich sie nach Ankündigung wieder allein, lege ihr statt meines Arms eine Nackenrolle hinter den Kopf. Sie bleibt friedlich sitzen.

Freitag, Vormittag:

Ca. 9:45 Uhr: Nach dem Frühstück sitzt Frau B. im Rollstuhl im Aufenthaltsraum; ich fahre sie nach verbaler Vorbereitung zum 2er-Sofa, helfe ihr beim Umsetzen und setze mich neben sie. Ich lege ihr ein „Hörnchen“-Kissen in den Nacken, nehme ihre Hand in meine und atme mit ihr. Sie ist ganz lustig drauf; es spielen 20er-Jahre-Schlager, sie singt zwischendurch streckenweise mit oder dirigiert mit der andern Hand. Zwischendurch wird sie ganz ruhig, scheint zu dösen. Ich bleibe ca. 20 min. so neben ihr sitzen, muss dann aber auf Toilette und verabschiede mich von ihr.

Ca. 11:00 Uhr: Ich setze mich wieder neben sie, es läuft keine Musik mehr; ich halte ihre Hand und atme mit ihr. Sie wird mit der Zeit immer ruhiger, scheint ein Nickerchen zu machen. Nach ca. 20 min. wird sie wieder lebhaft, muss sich ein wenig bewegen. Als ich aufstehe, mimt sie Weinen, lacht, als ich darauf eingehe.

Literatur

- AFFOLTER, F.: *Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache*. Villingen-Schwenningen (Neckar-Verlag) ³1992
- ALEXANDER, G.: *Eutonie – Ein Weg der körperlichen Selbsterfahrung*. München (Kösel) 1999
- BAUER, J.: *Die Alzheimer Krankheit: Erst eine seelische, dann eine neurobiologische Erkrankung*.
<http://www.psychotherapieprofbauer.de/alzheimerkrankh.htm> (ohne Jahrgang, gefunden am 30.05.2005)
- BAUER, J.: *Warum ich fühle, was du fühlst – Intuitive Kommunikation oder das Geheimnis der Spiegelneurone*. Hamburg (Hoffmann u. Campe) 2005
- 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.: *Basale Stimulation – Das Konzept*. Düsseldorf 1998
- FUCHS, M.: *Funktionelle Entspannung: Theorie und Praxis einer organismischen Entspannung über den rhythmisierten Atem*. Stuttgart ⁴1989
- 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
- KRIMM-V. FISCHER, C.: *Rhythmik und Sprachanbahnung*. Heidelberg (Universitätsverlag Winter/Edition S) ³1995
- MALL, W.: *Basale Kommunikation – ein Weg zum andern. Zugang finden zu schwer geistig behinderten Menschen*. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hg.): *Hilfen für geistig Behinderte – Handreichungen für die Praxis II*, Marburg 1987
- MALL, W.: *Sensomotorische Lebensweisen – Wie erleben Menschen mit geistiger Behinderung sich und ihre Umwelt?* Heidelberg (Programm „Edition S“ im Universitätsverlag Winter) ²2003
- MALL, W.: *Kommunikation ohne Voraussetzungen mit Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen*. Heidelberg (Universitätsverlag Winter/Edition S) ⁵2004.

- MATTESON, M.A., LINTON, A.D., BARNES, S.J., CLEARY, B.L., LICHTENSTEIN, M.J.: *The relationship between Piaget and cognitive levels in persons with Alzheimer's disease and related disorders*. Aging Clin Exp Res 1996; 8:6169
- MIDDENDORF, I.: *Der Erfahrbare Atem – Eine Atemlehre*. Paderborn (Junfermann) 1984
- PAPOUSEK, H. U. M.: *Frühentwicklung des Sozialverhaltens und der Kommunikation*. In: Remschmidt, H. (Hg.): *Neuropsychologie des Kindesalters*. Heidelberg 1983, S. 182-189
- PIAGET, J.: *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Stuttgart (Klett) 1975 (Original: Neuchâtel 1959)
- PREKOP, J.: *Förderung der Wahrnehmung bei entwicklungsgestörten Kindern*. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hg.): *Hilfen für geistig Behinderte – Handreichungen für die Praxis I*. Marburg ³1990
- PROUTY, G., PÖRTNER, M., VAN WERDE, D.: *Prä-Therapie*. Stuttgart (Klett-Cotta) 1998
- STOLZE, H. (HG.): *Die Konzentrierte Bewegungstherapie – Grundlagen und Erfahrungen*. Berlin (Springer) ³2002
- VAN VUGT, G., BESEMS, TH.: *Gestalttherapie mit Behinderten*. In: FRÖHLICH, A., HEINEN, N., LAMERS, W. (HG.): *Schwere Behinderung in Praxis und Theorie – ein Blick zurück nach vorn. Texte zur Körper- und Mehrfachbehindertenpädagogik*. Dortmund (verlag selbstbestimmtes lernen) 2001
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J., JACKSON, D.: *Menschliche Kommunikation – Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern/Stuttgart/Wien ⁹1996
- Weitere Informationen im Internet: <http://www.basale-kommunikation.de>

Anmerkungen

¹ siehe Piaget 1975

² siehe Bauer 2005

³ „Eine im Jahre 1996 von einer amerikanischen Arbeitsgruppe um Matteson und Lichtenstein durchgeführte Untersuchung an Alzheimer-Patienten ergab, dass die intellektuellen Beeinträchtigungen bei der Alzheimer-Krankheit exakt entlang den von Piaget definierten Stufen der intellektuellen Entwicklung des Kindes verlaufen, allerdings in umgekehrter Richtung (Matteson, 1996).“ (Bauer o.J.)

⁴ detaillierter in Mall 2003; Grundlagen dazu v.a. bei Piaget 1975, auch Haisch 1988, Prekop 1990, Affolter 1992, Case 1999.

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

⁶ siehe die Arbeiten von H. u. M. Papousek, z.B. 1983

⁷ siehe das Konzept der Basalen Stimulation (Fröhlich 1998)

⁸ siehe Affolter 1992

⁹ siehe Bauer (o.J.)

¹⁰ siehe Prouty, Pörtner, Van Werde 1998

¹¹ siehe Mall 1987

¹² siehe Fuchs 1989

¹³ siehe Fröhlich 1998

¹⁴ siehe Van Vugt, Besems 2001

¹⁵ siehe Krimm 1995

¹⁶ Watzlawick u.a. 1996, S. 53

¹⁷ siehe Fuchs 1989

¹⁸ siehe z.B. Stolze 2002

¹⁹ siehe Alexander 1999

²⁰ siehe Feldenkrais 1996

²¹ siehe Hatch, Maietta, Schmidt 1994

²² siehe Middendorf 1984

²³ Quelle: <http://www.afe-deutschland.de/> (21.01.2004)