

Seine lange Reise ins Leben.

Der geburtstaubblinde Michael S.

Von Jutta Hennies



**„Die Zeit heilt nicht alles,
aber rückt vielleicht
das Unheilbare aus dem Mittelpunkt.“**

Ludwig Marcuse

Die Geschichte des Michael S. beginnt mit einem Blick zurück zum Lebensanfang, gibt eine Beschreibung seiner Lebenswelt in Kindheit und Jugend, bis hin zur gegenwärtigen Lebenssituation als erwachsener Mann. Sein Lebensweg war steinig und felsig. Auch heute gibt es noch Stolpersteine. Das Leben verläuft nicht gerade und glatt – und doch wirkt Michael S. heute zufrieden und stärker in sich ruhend – besonders wenn er gerade mal wieder „unterwegs“ ist!

Seit 1999 lebt er bei uns im Deutschen Taubblindenwerk in Fischbeck. Er ist 38 Jahre alt und taubblind. Er verfügt noch über ein sehr geringes Resthörvermögen, dass es ihm ermöglicht, sehr laute Geräusche in bestimmten Frequenzbereichen wahrzunehmen.

Ankunft in der Welt!

Michael S. wurde aufgrund einer (verdeckten) Rötelninfektion der Mutter im dritten Schwangerschaftsmonat, hochgradig hösehbehindert, aber termingerecht geboren. Die Behinderung war nach der Geburt sofort offensichtlich. Die Eltern, beide damals Mitte 20, waren zutiefst erschrocken und mit dem Ausmaß der Behinderung ihres Neugeborenen zunächst völlig überfordert. Aufgrund des

geringen Geburtsgewichts von 900 g blieb Michael S. fast drei Monate im Inkubator, und erst nach dieser Zeit hatte die Mutter das erste Mal die Gelegenheit, ihren Sohn zu berühren! Es war für beide eine extrem schwierige Situation, denn Mutter und Kind waren noch in keiner Weise miteinander vertraut.

Die ersten Stationen auf dem Lebensweg waren die Stationen im Krankenhaus!

Im ersten Lebensmonat wurde der offene Ductus arteriosus (Botalli) geschlossen. In der Rekonvaleszenz erlitt Michael S. eine lebensgefährliche Streptokokken-Meningitis, offensichtlich mit vollem Erscheinungsbild: hohes Fieber, Schwellung des Gehirngewebes mit starken Kopfschmerzen, Übelkeit und Nahrungsverweigerung bis zum Erbrechen, Genickstarre, Schläfrigkeit und Schläfheit, Bauchschmerzen, hoch empfindlichen Reaktionen auf Berührungen, vermutlich erlitt er auch Krampfanfälle. Michael S. schrie lang anhaltend und schrill. Im ersten Lebensjahr wurde eine beiderseitige Staroperation durchgeführt, ein bzw. zwei Jahre später folgten Nachoperationen. In der Folge wurden zwei weitere Behandlungen erforderlich, mit 8 Jahren erblindete Michael S. vollständig.

Er litt wiederholt an schweren Atemwegsinfekten, mit 7 Jahren an einem schweren Stickhusten mit hohem Fieber. 1985 musste er eine beidseitige Leistenhodenoperation überstehen. Der Allgemeinzustand des kleinen Jungen schwankte, insgesamt war Michael S. lt. Krankenakten ein unterentwickeltes, schwerstbehindertes Kind.

Er war deutlich untergewichtig, schrie lang andauernd, wirkte permanent unglücklich und verunsichert. Er reagierte zumeist ablehnend auf Kontakt- und Berührungsangebote, verletzte sich und sein Gegenüber durch Kratzen, Kneifen, Schlagen. Oft verlor er sich in autostimulierenden, stereotyp wiederkehrenden Bewegungsmustern.

Der Tod als Perspektive!?

Michael S.s Mutter berichtet:

„Die Ärzte sagten uns: Der Junge wird sowieso bald sterben, den kriegen Sie doch nicht groß. Er wird sich auf keinen Fall entwickeln. Und diese Spastik wird er sein Leben lang behalten, wenn er durchkommen sollte. Also – wenn er das überhaupt überlebt, sitzt er Rollstuhl!“

Der Weg durch die Institutionen.

Mit 3 Jahren wurde Michael S. in einem Sonderkindergarten betreut, ein Jahr später in einer Kinderheilstätte stationär aufgenommen. An den Wochenenden besuchten ihn seine Eltern. Sie strebten dann eine baldige Heimunterbringung an, da die Gesamtsituation das Familienleben stark belastete. Seine beiden Brüder (3 Jahre jünger bzw. 2 Jahre älter) kamen in diesem, durch seine schwere Behinderung stark belasteten Familiensystem zu kurz.

Im Alter von 7 Jahren wurde Michael S. daher in das Bildungszentrum des Deutschen Taubblindenwerks Hannover aufgenommen, wo er bis zur Aufnahme in Fischbeck als Internatsschüler lebte. Aufgrund seiner „Verhaltensbesonderheiten“, die ihren Ursprung sehr wahrscheinlich in den zahlreichen traumatischen Lebenserfahrungen hatten, gestaltete sich die Schulzeit überwiegend sehr problematisch. (Michael S. bekam in dieser Zeit *Melleril* zur Beruhigung verschrieben, ein Medikament zur Behandlung u.a. von Schizophrenie und Psychosen!)

Belastungen durch Traumata!

Traumatische Erfahrungen werden über das Autonome Nervensystem im Körper gespeichert und verankert. So begleiten sie den Menschen sein Leben lang, wenn es nicht gelingt, sie zu bearbeiten bzw. ihre Auswirkungen positiv zu beeinflussen. Die umfassende Hörsehbehinderung bzw. Taubblindheit, der lange Aufenthalt im Inkubator, die körperliche bzw. gesundheitliche Situation im Säuglingsalter, die zahlreichen medizinischen – oft schmerzhaften – Behandlungen, Intubation, Sondierung, die häufigen und frühen Trennungszeiten von den Eltern, die zahlreichen folgenden therapeutischen, überwiegend schmerzvollen Interventionen, deren Sinn Michael S. unerschlossen blieben – all das führte zu starker Verunsicherung und hochgradiger Isolation, die den Zugang zur Welt zusätzlich massiv einschränkten.

Ein „Esstraining“, bei dem Michael S. mit zugehaltener Nase den Schluckvorgang lernen sollte, sei als ein Beispiel von vielen (aus heutiger Sicht durchaus fragwürdigen) Methoden hier erwähnt. Die Physiotherapie nach Vojta, deren Zweck und Ziel Michael S. ebenso verschlossen blieb, und die er nur unter äußerster Gegenwehr über sich ergehen ließ, löste bei ihm wahrscheinlich eine Traumatisierung

des gesamten Körpers aus. Erschwerend kam hinzu, dass die schmerzhaften Übungen täglich 5-mal durchgeführt werden mussten, welches seine Mutter übernommen hatte.

Frau S. heute: *„Ich wollte einfach alles für meinen Sohn tun, damit die Spastik zurückging. Es hat ja letztendlich auch geholfen, aber nach den Übungen war ich immer fix und fertig, nassgeschwitzt und völlig am Ende. Und Michael hatte sich jedes Mal blau geschrien.“*

Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Mutter und Kind wurde durch diese Therapie zusätzlich immens erschwert.

Auswirkung auf die Entwicklung von Bindung, Sicherheit und Zugehörigkeit:

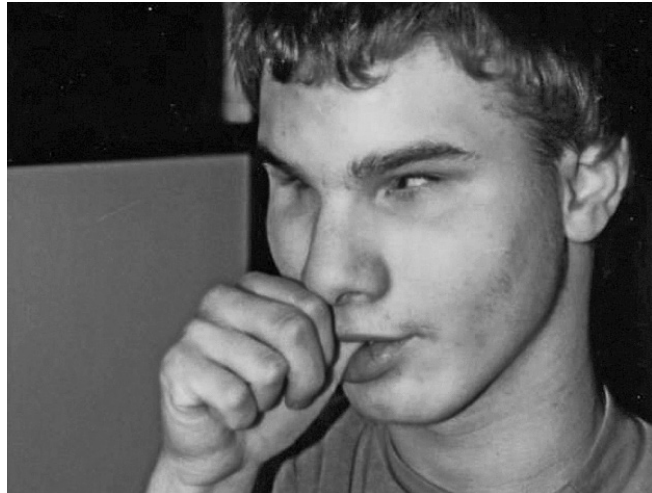
Wo ist mein sicherer Ort?

Nach der von *Bowlby* begründeten Bindungstheorie haben Menschen ein angeborenes Bedürfnis, enge und von intensiven Gefühlen geprägte Beziehungen zu Mitmenschen aufzubauen. Kann diesem Bedürfnis nicht Rechnung getragen werden, kommt es zu massiven Brüchen im Beziehungsaufbau zwischen Eltern und Kind und damit zu entscheidenden Entwicklungsbeeinträchtigungen des Kindes. Das Bindungsverhalten wird durch Trennung von der Bindungsperson sowie durch das Erleben von Angst aktiviert, etwa durch äußere oder innere Bedrohung und Gefahr.

Die hochgradige Sinnesbehinderung führte dazu, dass Michael S. den emotionalen Ausdruck anderer Menschen, also Mimik, Sprache, Körperhaltung nicht bzw. äußerst eingeschränkt wahrnehmen konnte, d.h. sein Zugang zu Menschen und zur Welt fand unter veränderten Bedingungen statt. Aufgrund der Sinnesbehinderung war er umso mehr darauf angewiesen, über Körperkontakt, also berührt, gehalten, bewegt werden, Trost zu erlangen. So war die Welt zunächst für ihn eine „inadäquate“, in der er nur minimale Struktur und Orientierung finden konnte. Ein gelingender Dialog mit seinen unmittelbaren Bezugspersonen war nicht möglich, der Aufbau von Urvertrauen so gut wie ausgeschlossen. In angstauslösenden Situationen im Krankenhaus, getrennt von den Eltern, konnte Michael S. auf nichts Vertrautes zurückgreifen.



Michael als Kind...



... und als Jugendlicher.

Wir wissen heute, dass alle höheren psychischen Funktionen zuerst in einer sozialen Interaktion ausgebildet und dann nach innen verlagert werden. Konkret heißt das z.B., dass eine verlässliche Beruhigung bzw. Stabilisierung durch die Bezugsperson (soziale Funktion) später beim Kind durch diese Erfahrung zur Fähigkeit der Selbstberuhigung bzw. Selbststabilisierung wird (psychische Funktion).

Mit anderen Worten: Nur wer als Kind verlässlich getröstet wurde, kann sich später selbst trösten. Nur wer als Kind seine eigenen Gefühle gespiegelt und über die Sprache benannt bekommen hat, kann sich später durch das Verinnerlichen dieser Zusammenhänge kognitiv und emotional steuern und beruhigen. Ein taubblind geborener Mensch wird in diesem Bereich naturgemäß sehr große Schwierigkeiten haben!

Was bleibt mir übrig?

Michael S. zeigte bis ins Erwachsenenalter hinein, dass ihm nahezu jegliche Fähigkeit der Selbstberuhigung fehlte – allein die Selbstverletzungen, heftige Schläge ins Gesicht und gegen den Kopf, verschafften ihm ein Mindestmaß an innerer Stabilität.

Prof. Wolfgang Jantzen (Begründer der Rehistorisierenden Diagnostik) vertritt die Meinung, dass frühe misslingende, pathologische oder stark reduzierte Dialogangebote sich nach innen verlagern und das Körperselbstbild nachhal-

tig irritieren, so dass ein „sicherer innerer Raum“ nicht ausgebildet wird, stattdessen wird ein „unsicherer innerer Raum“ mit Stress gefühlt. Auch der Neurowissenschaftler *António Damasio* spricht von einem unbewussten, inneren Milieu, von einem „ozeanischen Körperhintergrundempfinden“ oder „Körpergefühlsbett“ als erweitertem Bewusstsein.

Michael S. wirkte wie ein Mensch, der keinen sicheren Boden unter sich verspürte. Andere Menschen waren in erster Linie als bedrohlich einzustufen, denn der Kontakt war für ihn oft unvorhersehbar, nicht nachvollziehbar und daher stark verunsichernd. Bei geringsten Irritationen im Miteinander, z.B. durch eine zu rasche Bewegung oder für ihn nicht klar nachvollziehbare Veränderung des Körperausdrucks, reagierte er mit Schlägen, Kratzen und Kneifen.

Erste Schritte in die soziale Welt!

Michael S. galt bereits als Kind als „extrem schwierig und verhaltensauffällig“. Nur ganz allmählich gelang es im Rahmen des Schulunterrichts, ihm durch den Einsatz von Bezugsobjekten Ereignisse anzukündigen, so dass er sich innerlich auf Zukünftiges einstellen konnte. Nach und nach lernte er einige einfache Gebärden wie „essen“, „trinken“, „schlafen“, „Toilette“. Die Fortschritte im kommunikativen Bereich verschafften allen Beteiligten hier und da etwas Erleichterung in den alltäglichen Situationen. Doch war der Alltag weiterhin bestimmt von



Auf Entdeckungsreise.

heftigen selbst- und fremdverletzenden Ausbrüchen bei Kontrollverlust und Verunsicherung.

Das Leben als erwachsener Mensch!

Nach Beendigung seiner Schulzeit sollte Michael S. in ein Fischbecker Wohnheim mit Tagesstruktur wechseln, um in einer Wohngruppe mit weiteren sechs taubblinden Erwachsenen zu leben. Im Vorfeld fanden Hospitationen in Hannover statt, um sich gegenseitig kennen zu lernen. Hier ein kurzer Auszug aus den Notizen des Fischbecker Gruppenleiters:

„Michael S. kratzt und kneift sein Gegenüber, wo er nur kann, oft am Hals. Er zerreißt Ketten und die komplette Oberbekleidung und hinterlässt tiefe schmerzende Kratzwunden, die sich anschließend bse entzünden und eitern. Er schlägt sich ausdauernd ins Gesicht, entweder mit der flachen Hand oder der Faust, mit den daraus resultierenden Verletzungen. Es fällt auf, dass er immer nur ins Bett will – eigentlich ein deutliches Signal!“

In den Unterrichtspausen läuft er unentwegt zu seinem Essplatz und fühlt, ob das Mittagessen schon da ist! Er isst wenig und wirkt sehr hektisch, es kommt keine Entspannung auf. Er weit und hofft, dass er gleich nach dem Essen ins Bett gehen darf. Er will ENDLICH RUHE!“

Schließlich entschied man, bis zum Wechsel nach Fischbeck die Unterrichtseinheiten für Michael S. stark zu reduzieren, um ihm seinen deutlichen Signalen entsprechend, mehr Ruhe zu ermöglichen und so den Stresslevel zu senken.

Umzug nach Fischbeck – was ist Heimat?

Am Tag des Einzugs begleiteten ihn seine Eltern, und es war ein recht seltsam anmutendes Bild: Sie schoben ihren taubblinden Sohn in einem „Sicherheitsabstand“ von 1–2 Metern vorsichtig vor sich her bzw. tickten ihn nur kurz an, wenn er stehen blieb. Sie waren seinem fremdverletzenden Verhalten ebenso hilflos ausgeliefert wie alle anderen Personen auch. Ihre große Belastung und berforde-

rung war deutlich zu spüren, ebenso die tiefe Hoffnung, einen geeigneten Platz für ihren Sohn gefunden zu haben, der ihm eine Heimat werden könnte. Sie hielten den Kontakt, doch die Familienbesuche wurden im Laufe der Jahre immer seltener. Es war offensichtlich, dass die Familie Abstand brauchte, um durchzuatmen und aufzutanken.

Die ersten Tage und Wochen.

Die betreuenden Mitarbeiter erinnern sich: „Natürlich war uns klar, dass die Veränderung erneut eine tiefgreifende Verunsicherung für Michael S. mit sich brachte! Eine neue Umgebung, neue Gerüche, neue Menschen, ungewohnte Handlungsabläufe, ... Wie würde er diese Umstellung verkraften?“

Michael S. schien fast immer unter Hochspannung zu stehen. Er gab unentwegt scharfe Zischlaute von sich, je intensiver und lauter er zischte, umso angespannter war er. Ständig drehte er seinen Kopf mit schaukelnden Bewegungen hin und her, je nach innerer Verfassung schneller oder langsamer – bis hin zu massivem Schlagen, mit der flachen Hand oder der Faust ins Gesicht.

Nähe konnte er in keiner Form und Situation ertragen, weder bei der Körperpflege noch bei den Mahlzeiten. Es war zunächst nicht möglich, neben ihm zu sitzen, da er sofort, wenn er eine Person spürte und sie zu fassen bekam, fest zugriff, kratzte und schlug.“

Was kann ICH tun? Was können WIR tun?

Michael S. beschäftigte sich fast ausschließlich mit Bauklötzen, die er aus der Schule mitgebracht hatte. Dieses Hantieren schien ihn jedoch nicht im Sinne einer Beruhigung zu stabilisieren. Einerseits bestand er auf diese Tätigkeit, die ihm offensichtlich sehr vertraut war, andererseits wurde er dadurch im Laufe der Zeit immer angespannter, bis hin zur Selbstverletzung. Offensichtlich war er unterfordert, ohne bisher eine adäquate Handlungsalternative zu kennen.

„So ließen wir ihm die Bausteine zunächst, um ihn nicht zu verunsichern. Ein anderes Angebot zu finden, war jedoch schwierig. Wir wollten ihm ausreichend Zeit und Raum geben, um bei uns anzukommen. So wenige Angebote machen wie möglich, aber so viel wie nötig – das war aber gar nicht zu realisieren, denn Michael S. lehnte ja noch jeden Kontakt und alle Angebote ab. Aufgrund seines abwehrenden und selbstschützenden Verhaltens lebte

er im Grunde genommen so gut wie ohne menschliche Berührung. Jeglicher Kontakt war auf das Nötigste beschränkt.

Wir – Michael S. eingeschlossen – waren alle in einem Dilemma: Ohne sozialen, d.h. auch körperlichen Kontakt und sinnvolles Tun kann ein Mensch sich nicht wirklich weiterentwickeln. Michael S. zeigte sich im Tagesablauf kaum zufrieden, nur in seinem sicheren Bett ging es ihm gut. Nach und nach zeigte er immerhin Freude beim abendlichen Zähneputzen – er wusste, sein Bett wartete schon!“

Mann gegen Mann.

Auf der Suche nach Lösungsstrategien kam es zu einer Form der körperlichen Auseinandersetzung, die der Gruppenleiter wie folgt beschreibt: „In einer der alltäglichen Krisensituationen bin ich mit Michael S. nach draußen auf die Wiese gegangen, wo wir miteinander „kämpften“. Aus dem Wissen und der Einstellung heraus, dass Michael S. aufgrund fehlender Handlungsalternativen auf fremd- und selbstverletzendes Verhalten zurückgreifen musste, und nicht etwa „böswillig“ oder „aggressiv“ war, ließ ich mich auf eine körperliche Auseinandersetzung ein. Meine Intention war, dass ich ihm auf diese Weise vielleicht eine Alternative, ein neues Gegenüber anbieten könnte, das

- ihm körperlich standhält,
- ihn spiegelt,
- ihm klare Grenzen bietet und sich der Konfrontation nicht entzieht, um den Verletzungen auszuweichen.

Dabei stellte ich allerdings schon nach kurzer Zeit fest, dass Michael S. bis zum bitteren Ende kämpfen und damit alles eskalieren würde! Denn größeren Schaden würde sicherlich er davontragen!

Aus heutiger Sicht bin ich mir ziemlich sicher, dass dieser Weg nicht der richtige war. Zwar stand ich Michael S. als Person zur Verfügung, so dass er keine Isolation erlebte, und natürlich war das immer noch besser, als ihn zu fixieren oder ihm Medikamente zu geben – aber wer weiß, wie viele Auseinandersetzungen dieser Art er in seinem Leben bereits erlebt hatte!“

Es geht auch anders – ein Selbstversuch.

Der Gruppenleiter hatte die Aufgabe übernommen, zunächst als Hauptbezugsperson den Kontakt zu Michael S. aufzubauen. Nach all den vielen (und leider oft geschei-

terten) unterschiedlichen Versuchen, sich Michael S. dauerhaft zu nähern, kam ihm eine Idee, die zwar nicht unbedingt weiterzuempfehlen ist – aber lassen wir ihn selbst erzählen: „Ich kam irgendwann auf die Idee, mich ohne Gegenwehr einfach mal von Michael S. kratzen zu lassen. Er war es ja bisher gewohnt, dass zu unserem eigenen Schutz sofort seine Hand festgehalten wurde, wenn er uns kratzte. Natürlich auch zu seinem Schutz, wenn er sich so stark selbst verletzte. Immer war bisher ein unschönes Gerangel daraus entstanden.“

So ließ ich es also geschehen – und für Michael S. war mein Verhalten völlig unerwartet und neu: Stille... Abwarten... ich sah, dass er regelrecht stutzte, wie wenn ein neuer Denkprozess bei ihm einsetzte: „Wann packt der denn jetzt meine Hand?“ Ich spürte, in diesem Moment hatte ich bei Michael S. für einen Augenblick seinen Schutzmechanismus, vielleicht auch seine Konditionierung durchbrochen! Das machte mir Hoffnung und ich freute mich, auch wenn es wirklich heftig wehtat...!“

Diese Verhaltensvariante wurde einige Male wiederholt, aber die (körperlichen) Grenzen beim Gruppenleiter waren irgendwann doch erreicht!

Professioneller Rat ist gefragt. Was sagt der Psychologe dazu?

Wir ließen uns psychologisch beraten und inspirieren, z. B.:

- *Michael S.s Unfähigkeit, sich auf Neues einzustellen bzw. mit heftiger Gegenwehr darauf zu reagieren, beruhe evtl. auf einer behinderungsbedingten autistischen Informationsverarbeitung.*
- *Weniger einmischen, noch mehr selbstständig agieren lassen.*
- *In Kontaktsituationen möglichst kurz, klar, emotionslos und sachlich handeln.*
- *Hautkontakt (noch) reduzierter und ritualisiert anbieten, eher über Materialien arbeiten.“*

Nur ein Bauchgefühl.

Für manchen waren das zunächst schwer zu akzeptierende Vorschläge, denn es fällt nicht jedem Menschen leicht, die eigene Emotionalität stark zu kontrollieren, sich überwiegend ritualisiert zu verhalten bis hin zur Kontaktaufnahme über Gegenstände, die auch dem eigenen Schutz dienen sollen. Und irgendwie schien es doch noch einen anderen Weg zu geben, der noch im Verborgenen lag – ein Bauchgefühl, mehr nicht...

Der Gruppenleiter erinnert sich: „Ich fragte mich, wo kann ich Michael abholen, was kann er, wo ist er zugänglich, wo oder wie kann ich ihm begegnen? Wie kann ich ihm basal begegnen? Was braucht er? Also fing ich an, ihn noch genauer zu beobachten. Bewusst entschied ich mich dafür, die geplanten Kontaktangebote nicht in Michaels Zimmer bzw. auf seinem Bett stattfinden zu lassen, das ihm als sicherer Rückzugsort diene. Also versuchte ich, mich im Snoezelen-Raum gemeinsam mit ihm aufs Bett zu legen. Klar – das ging voll daneben! Kratzen, Kratzen, und nichts als heftige Gegenwehr!“

Nach einigen Anläufen setzte ich mich erreichbar neben ihn auf einen Stuhl, beobachtete dann, dass er sehr intensiv am Daumen nuckelte, was er auch im Alltag tat. Dieses Nuckeln nahm ich auf: Ich besorgte ihm einige unterschiedliche Nuckel, die er aber leider ablehnte! Später eine Nuckelflasche, die nahm er tatsächlich gut an! Ich füllte die Flasche mit warmem Kakao und er schmatzte sie genüsslich leer. Nach einigen Wiederholungen nahm er zum ersten Mal meine Hand und steckte wie ein Baby seinen Daumen in meine Faust, ohne zu kratzen! Ich sah an seiner Mimik und entspannten Körperhaltung sehr deutlich, dass er diese Situation als angenehm empfand! Nach einiger Zeit konnte ich sie immer wieder herstellen! So konnte ich über einen längeren Zeitraum erstmals Vertrauen, Intimität und Ruhe erzeugen!“

Eine der ersten Maßnahmen entstand: „Nuckelflasche im Snoezelenraum“. Wichtig war, dass der Kontakt zunächst nur über diese eine Person geschehen sollte, um Michael S. nicht zu verunsichern. Er war so angewiesen auf Sicherheit, Vertrautheit und Kontinuität, dass eine andere Herangehensweise, vielleicht schon ein anderer Geruch, ihn völlig aus der Fassung hätte bringen können.

„Dieser Prozess zog sich über zwei Jahre hin. Am Anfang legte er nur seinen Daumen in meine Hand, später streichelte und massierte ich den Daumen ganz vorsichtig, ging dann allmählich auf die anderen Finger über, die ganze Hand, den Unterarm, Oberarm, Kopf. Das Gleiche geschah mit dem anderen Arm, Schulter, Gesicht, bis zu den Füßen über den Oberkörper und den Rücken! Später übertrug ich die Situation in andere Räumlichkeiten, wie sein Zimmer und den Gruppenraum.“

Im Verlauf dieser basalen Angebote beschloss das Team, Michael S. seine Bauklotz-Kiste zurückzugeben, um herauszufinden, ob er entspannter damit hantieren würde.



Eincremen mit Sonnenmilch.



Tiergestütztes Beisammensein mit einem Schaf.

Die Betreuer hofften, dass er durch die körperliche Zuwendung inzwischen dazu der Lage wäre. Und tatsächlich konnte Michael S. sich für eine Weile wach, entspannt und konzentriert damit beschäftigen, schob sie dann von sich, um sie bei Bedarf wieder hervorzuholen. Offensichtlich hatte er ein gutes Stück innere Stabilität gewonnen!

Mit der Zeit war er dann auch für andere Materialien bzw. Beschäftigungsaktivitäten zu motivieren, mit denen er seine Zeit sinnvoll füllen konnte.

Menschen sind nicht gefährlich!?

Michael S. wurde im Laufe der Zeit zusehends ruhiger, das Zischen, die ständigen Kopfbewegungen und das fremdverletzende Verhalten waren so gut wie nicht mehr vorhanden – und das Nuckeln hörte auf. Dieser Prozess dauerte wieder etwas über zwei Jahre. Dann kam der Zeitpunkt, dass auch andere Mitarbeiter des Teams ihm so oder auf ähnliche Weise begegnen konnten! Indem sie darauf achteten, Veränderungen, neue Anforderungen und emotionale Lebendigkeit zunächst sehr behutsam einzubringen, fasste Michael S. immer mehr Mut und erfuhr auf diese Weise, dass menschlicher Kontakt nicht bedrohlich oder gefährlich sein muss, sondern im Gegenteil sehr angenehm und spannend sein kann. Inzwischen wurde auch das Medikament *Melleril* ausgeschlichen. Michael S. kam sehr gut ohne aus, wirkte wacher und deutlich aufmerksamer.

Jetzt geht's los!

Michael S. fing allmählich und in kleinen Schritten damit an, sich selbstbestimmt in der Wohngruppe „umzusehen“. Um sein Interesse und seine Eigeninitiative aufzugreifen und zu erweitern, um ihm das Gefühl der Selbstwirksamkeit zu ermöglichen, ließ sich das Team Einiges einfallen:

- Er entdeckte Süßigkeiten, die in speziellen Dosen „zum zufälligen Auffinden“ in der Wohngruppe deponiert waren.
- Er begann, bei der Lebensmittellieferung Obst und Gemüse zu erkunden und später zu sortieren.
- Er räumte Besteckkästen aus und sortierte das Besteck nach der Reinigung (mit leichter Unterstützung) ein.
- Er half beim Reinigen des Kühlschranks und „fand“ dabei einen leckeren Joghurt.
- Er nahm Kontakt zu den Betreuern auf, wenn sie sich ihm „zum zufälligen Zusammentreffen“ in den Weg stellten.
- Wichtig: Gelegenheiten zum gemeinsamen Handeln schaffen!
- Das Team ließ sich von geeigneten und günstigen Momenten inspirieren!

So zeigte Michael S. beispielsweise große Freude daran, wenn ihm beim morgendlichen Wecken spielerisch ins Haar gepustet wurde und er anschließend Wange an Wange neben der Betreuerin sitzen konnte. Dabei re-



Michael unter Sand.

agierte er ganz offen und mit neugieriger Erwartung auf kleine, spielerische Veränderungen in der Kontaktgestaltung, z. B. im Wechsel – rechte Wange – linke Wange, ähnlich wie Kleinkinder beim „Baby Talk“.

Sein Aktivitätsradius innerhalb der Wohngruppe erweiterte sich Stück für Stück. Michael S. beteiligte sich nun u.a., mit Begleitung und Unterstützung zunehmend an alltäglichen Abläufen, sortierte Lebensmittel in die dafür vorgesehenen Behälter, bereitete das Abendessen für die Gruppe mit vor, brachte die gereinigte Wäsche in seinen Schrank und war auch bei Botengängen in andere Bereiche mit dabei.

...und zwar so richtig!

Mit der Zeit kristallisierte sich heraus, dass eine Betreuerin eine besonders enge Beziehung zu Michael S. aufgebaut hatte. Sie hatte, wie sie sagte, „ein vorbehaltloses Ja“ zu ihm. Michael S. profitierte enorm von der ver-

trauensvollen Basis dieses Miteinanders. Er wurde zusehends mutiger und vergrößerte seinen Radius – und nun entdeckte er das Außengelände! Freude, Erregung, positive Anspannung und Neugier spiegeln sich auf seinem Gesicht, wenn er sich am Handlauf auf den Weg macht, um die 56.000 qm Außenbereich zu erforschen. Er legt ein Tempo vor, das uns beim Zuschauen so manches Mal schon beunruhigt hat – und er wirkt dabei völlig angstfrei. Immerhin trägt er zu seinem eigenen Schutz einen Helm, um die Verletzungsgefahr bei Kollisionen mit Hauswänden usw. zu verringern. Seine Bezugsbetreuerin hat ihm entsprechende Strategien gezeigt, wie er sich verhalten muss, wenn er den Handlauf einmal „verloren“ hat, um sich neu zu orientieren – und Michael S. beweist, dass er sehr schnell lernen und „umschalten“ kann!

Was sehr schön ist und für alle Beteiligten eine große Bereicherung darstellt – Michael S. fährt einmal im Jahr für 3 Wochen in die Ferien zu seinen Eltern nach Hause. Die

„alten Geschichten“ sind (fast) vergessen, der Kontakt ist sehr unproblematisch geworden, und die Familie ist wieder beisammen!

Die Welt – ein sicherer Ort!

Eine sichere Bindung gewährleistet, das Leben kompetent bewältigen zu können. Da gab und gibt es noch eine ganze Menge nachzuholen! Auf seine Signale muss Michael S. also eine unmittelbare und angemessene Reaktion erfahren. Michael S. zeigte bzw. erzählte uns mit seinen „herausfordernden Verhaltensweisen“ viel von seinen bisherigen Bindungserfahrungen und Bindungsgeschichten. Er war viele Jahre auf der Suche nach etwas und jemandem, der berechenbar und vorhersehbar ist. Einerseits suchte er eine freundliche Lebensbegleitung, andererseits war er nur schwer davon zu überzeugen, dass die Welt eigentlich ein sicherer Ort ist und dass die Menschen ihm wohlgesonnen sind. Auch unter den sichersten Bedingungen fühlte es sich für ihn offensichtlich längst nicht sicher genug an. Michael S. musste und muss diese Sicherheit nicht nur gezeigt oder gesagt bekommen, er muss es auch mit und in seinem ganzen Körper, mit jeder Faser spüren: „Jetzt und hier ist alles gerade absolut in Ordnung, in diesem Moment bin ich vollkommen sicher aufgehoben!“.

Er spürt offensichtlich immer deutlicher, dass er mit seiner Umgebung und mit den Menschen in einer harmonischen Weise verbunden sein kann. Michael S. und Menschen wie er brauchen Hautkontakt, Freundlichkeit, Herzlichkeit, Natürlichkeit, viel Humor, körperlich-seelisches Wohlfühlgefühl, ein „inneres Gutsein“ und mit sich eins sein. Berührungen über die Haut spielen eine immens große Rolle dabei, auch wenn es Jahre dauern mag, bis ein Mensch sich öffnen kann.

Menschen wie Michael S., deren Lebensgeschichten dramatisch, tragisch und oft traumatisierend sind, brauchen zugewandte, liebevolle und Halt gebende Betreuungspersonen, die sie unvoreingenommen und bedingungslos annehmen, wie sie sind. Denn viele der schwer behinderten Menschen haben anstelle von Beziehungserfahrungen hauptsächlich sehr lange Therapie-Erfahrungen gemacht und dadurch Attribute wie *Unvollkommen-Sein*, *Noch-Nicht-Gut-Genug-Sein* in ihr Selbstbild integriert.

Michael S. braucht verlässliche und sehr geduldige Partner, die ihm helfen, sicheren Boden unter die Füße zu bekommen, damit er Schritt für Schritt vorankommt. Er profitiert von intensiven Momenten der Verbundenheit mit den Menschen, aber auch mit Tieren und mit der Natur! Es hat wohl ein halbes Leben gebraucht, bis er mit und in seinem Körper zu spüren begann, wie es sich anfühlt, zufrieden, froh, glücklich und ruhig zu sein und – ja, ganz bewusst sage ich: geliebt zu werden! Michael S. hat sich entschieden, hier in Fischbeck Wurzeln zu schlagen. Vielleicht ist das seine Definition von Heimat. 🌱



Jutta Hennies

Praxisbegleiterin Basale Stimulation (Pädagogik und Pflege) ist seit 1991 im Deutschen Taubblindenwerk Fischbeck beschäftigt und Betreuungsdienstleitung mit dem Schwerpunkt Mitarbeiterfortbildung (Basale Stimulation, Rehistorisierende Diagnostik, u. a.). Überwiegend in Einrichtungen für mehrfach- und sinnesbehinderte Menschen bietet sie Kurse zum Thema Basale Stimulation an und hält Vorträge zu fachspezifischen Themen. Außerdem ist sie verantwortlich für die Öffentlichkeitsarbeit der Einrichtung.

jutta.hennies@taubblindenwerk.de

*Wer Michael S. bei seinen Erkundungsgängen über das Einrichtungsgelände zuschauen möchte und einige seiner Mitbewohner im Alltag erleben, dem sei unser Film **DAS DORF DER STILLE** ans Herz gelegt. Ausgestrahlt im April 2015 bei ARTE, zu beziehen über: info@umbreit-film.de*

Literatur

Wolfgang Jantzen / Willehad Lanwer (Hrsg.): „Diagnostik als Rehistorisierung: Methodologie und Praxis einer verstehenden Diagnostik am Beispiel schwer behinderter Menschen“
ICHS-Praxis 2011