

Kommunikation im Bereich „Palliative Care: Pädiatrie“ in der Physiotherapie

von Annette Kux, Kinderphysiotherapeutin



Mutterwarm

*mutterwarm
in der höhle geborgen
werde ich geboren
schreie ich mich in die welt
um vaterberge zu erklimmen
um wasser zu kosten
um feuer zu entfachen
um luft zu trinken
so stehe ich auf der erde
und bin*

© Elisabeth Maria Mulz 1995

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	3
1.1 Fragestellung meiner Abschlussarbeit	5
2. Patientenbeispiel	6
3. Berücksichtigte Kommunikationsformen	8
3.1 Verbale Kommunikation	8
3.1.1 Kommunikation über Sprache und Töne bei Eltern und Kind	8
3.1.2 Hören und Lauschen	10
3.2 Nonverbale Kommunikation	10
3.2.1 Kommunikation über Körpersignale von Eltern und Kind	11
3.2.2 Kommunikation über Bewegung und Motorik des Kindes	12
3.2.3 Kommunikation über den Geruchs- und Geschmackssinn	16
3.2.4 Kommunikation über das Sehen	17
4. Resümee	18
5. Danksagung	20
6. Literaturangabe	21

1. Vorwort

Ich bin seit 30 Jahren Physiotherapeutin im Bereich Neurologie Kinder und Erwachsene. Seit acht Jahren bin ich selbständig und mache fast ausschließlich Hausbesuche. Dadurch hat sich ganz von allein die Auseinandersetzung mit Lebensanfang und Lebensende ergeben. Sowohl schwer kranke Babys, als auch chronisch, neurologisch erkrankte Erwachsene sind zunehmend die von mir betreuten kleinen und großen Patienten geworden.

Im Bereich, in dem ich arbeite, hat man es sehr selten mit einzelnen Patienten zu tun, sondern meist auch mit einem oder mehreren Angehörigen gleichzeitig. Betreuung von Schwerkranken zu Hause braucht zusammenhelfende, unterstützende, fachliche und familiäre Hilfe.

Babys sind ganz eng an ihre Eltern gebunden und von diesen in den ersten Lebensmonaten ganz und gar abhängig. Eltern begleiten ihre erkrankten Kinder daher meist rund um die Uhr im Krankenhaus und auch später, ohne dauernde medizinische Unterstützung, zu Hause.

Erwachsene Patienten mit neurologischen oder neurologisch-onkologischen Erkrankungen, die gerne auch in ihrer letzten Lebensphase zu Hause leben und bleiben wollen, brauchen die Unterstützung von Angehörigen und häufige Besuche von mobilem, pflegendem und medizinischem Personal.

Meine Interessen in meiner beruflichen Weiterbildung haben sich durch die Patienten, im Lauf der Jahre, von der Motorik, dem Erlernen von Bewegungsübergängen, der Harmonisierung der Muskelspannung, der Atmung, dem körperlichen Spüren und Wahrnehmen durch den Patienten selbst, hin zum Spüren und Wahrnehmen der Kommunikation innerhalb unseres Körpers gewandelt und verändert. Im gleichen Maße, erkannte ich die Bedeutung der vielfältigen Kommunikationsformen, die wir Menschen bewusst oder unbewusst benutzen. Ich habe gelernt, dass jede Emotion zu einer Bewegung führt. Man muss nur achtsam sein, um die Bewegung bei sich und beim Gegenüber zu erkennen.

So entstand ein Bedürfnis, Aus- und Weiterbildungen in Systemischer Familientherapie, Craniosakraler Therapie, körperorientierter Traumatherapie, Bindungstheoretischer Psychotherapie und Palliative Care zu besuchen.

Die Kommunikation, die wir täglich führen, findet auf mannigfache Weise statt. Wir sind unbewusst oft viel enger mit unseren Angehörigen verwoben, als wir denken und bemerken. Ebenso verhält es sich manchmal zwischen Therapeuten und Patienten.

Jeder Mensch hat eine eigene Lernerfahrung wie er mit anderen Menschen in Kontakt und Beziehung tritt. Diese Erfahrung liegt, oft sehr weit, in unseren Anfängen zurück, bis zurück in die Zeit, als unsere

Mutter mit uns schwanger war. Dies ist unsere erste und essentiell wichtigste Beziehung, die wir erlebt haben. Die Verbindung zwischen unserem Vater, unserer Mutter und uns, als Ergebnis daraus, ist unsere erste Beziehungserfahrung. Sie findet so früh statt, dass sie für uns mit Worten gar nicht greifbar ist. Wir erkennen also einen ganz wichtigen Teil unserer Kommunikation, der in der Regel dann zu Tage tritt, wenn es brenzlich oder eng wird und um das gute Meistern von Krisen und Übergängen geht, gar nicht, oder zumindest nur schwer (vgl. Ute Auhagen- Stephanos, Bindung beginnt vor der Zeugung, 2011).

Es hat sich während meiner Arbeit gezeigt, dass Krisen im Leben, wie Lebensanfang und Lebensende, in der Art wie wir und wie Betroffene und Angehörige damit umgehen, viele Gemeinsamkeiten haben. Das hat mich neugierig gemacht und erlernte Therapieformen, für den Lebensanfang, auch fürs Lebensende benutzen lassen. Es hat sich dadurch eine runde, fruchtbare, viele Dinge berücksichtigende Arbeit, für meine Patienten und ihren Familien, ergeben.

In meiner physiotherapeutischen Praxis konnte ich beobachten, wie Eltern mit ihrem Neugeborenen dabei waren eine Beziehung aufzubauen und gleichzeitig schon vor der schweren Herausforderung standen, den Kontakt vielleicht auch bald wieder lösen zu müssen, da die Überlebensprognose für das Neugeborene schlecht war. Diese Menschen - ein Mann und eine Frau, Vater und Mutter, Paar und Elternpaar - erhofften sich Hilfe und suchten nach Möglichkeiten ihrem Kind einen Platz im Herzen, im Familienleben, in Glück und Normalität zu geben, obwohl sie traurig, schockiert und ohnmächtig waren. Einem Kind, dem die Eltern wünschten, dass es sich in seinem Leben verwurzeln sollte.

Die Herausforderung in der physiotherapeutischen Behandlung ist dann, den Eltern so viel therapeutische Unterstützung zu geben, wie möglich und dabei aber als Therapeut nicht zwischen Eltern und Kind zu treten, so dass sich Eltern und Kind als kompetent erleben können. Die Eltern sollen so angeleitet und unterstützt werden, dass sie das Kind in seinen körperlichen Funktionen bestmöglich fördern können. Gleichzeitig soll stabiles Vertrauen und Sicherheit zwischen beiden entstehen. Dann kann das Bindungshormon Oxytocin ausgeschüttet werden (K. H. Brisch, Schwangerschaft und Geburt, S.36 f). Dieses emotional stabile Umfeld macht es möglich, nicht nur die Erkrankung, sondern auch Glück mit dem Kind zu spüren und zu teilen. Das bildet auch die wichtige Basis, ehrlich mit dem Kind über Schmerz, Trauer und Angst zu kommunizieren. Neugeborene leben im Hier und Jetzt. Meine Erfahrung zeigt, wenn Gefühle ambivalent und unklar mit dem Kind geteilt werden, dann kommt es zu Stress und Unsicherheitsreaktionen beim Kind. Dies verstärkt meist das Krankheitsgeschehen, ein Teufelskreis entsteht.

Emotional unterstützte Eltern, die ihre verschiedenen Rollen als Eltern eines schwer erkrankten Kindes wahrnehmen und gleichzeitig unterstützt werden, diese Rollen möglichst oft voneinander zu trennen,

sind handlungsbereiter. Jedes Gefühl der Eltern ist erlaubt und wenn das gelingt, fühlt sich das Baby bei seinen Eltern geborgen, auch wenn das Gefühl Trauer oder Angst ist, weil es ehrlich gezeigt wird und dadurch authentisch ist. Eltern, die lachen, sind, genauso wie Eltern, die weinen, für ein Kind keine Bedrohung, sondern echt und klar wahrnehmbar und greifbar.

Gute Elternunterstützung, während ich mit dem Kind an Lagerung, Handling, Atmung und Entspannung arbeite, erscheint mir im Bereich Palliative Care Pädiatrie, als eines der wichtigsten Ziele. Die emotional, authentische, die Selbstwirksamkeit der Eltern und des Kindes unterstützende Herangehensweise an jegliche physiotherapeutische Handlung hat für mich einen enorm hohen Stellenwert. Sowohl Eltern, als auch Kind, sollen während der Therapie möglichst häufig die Möglichkeit haben, gemeinsam Bewegungen und Handlungen erfolgreich und kompetent auszuführen. Lob bekommen und sich über kleine Erfolge zusammen ausdauernd freuen können, das stärkt den Selbstwert der kleinen Familie.

Die Therapeutin muss neben den physiotherapeutischen Techniken große Empathie spüren, fühlen und zeigen. Auch sie sollte echt, greifbar und authentisch sein.

Bei erwachsenen Patienten, wenn die allgemein übliche Kommunikation mit der Sprache immer mehr durch die lebensbegrenzende Erkrankung zurückweicht, ist das Wissen um alle frühen Kommunikationsformen auch sehr hilfreich.

1.1 Fragestellung

In meiner Hausarbeit möchte ich der Frage nachgehen:

Welche Möglichkeiten haben Eltern und Babys miteinander zu kommunizieren, wenn es noch keine gesprochenen Worte auf Seite des Neugeborenen gibt und gleichzeitig eine Diagnose im Raum steht, die uns Erwachsenen die "Sprache verschlägt"?

Wie kann ich, in meiner Rolle als Physiotherapeutin, den kleinen Patienten mit seiner Familie bestmöglich unterstützen, eine gemeinsame Sprache zu finden?

Ich werde meine Abschlussarbeit an Hand eines Patientenbeispiels beginnen. Dieses Beispiel steht stellvertretend für Familien mit einem schwer erkrankten Neugeborenen, die auf dem Land ohne eine engmaschige medizinische Versorgung leben. Die Eltern versuchen ihr Kind zu pflegen und zu versorgen und es vielleicht sogar bis zum Tod möglichst gut zu Hause zu betreuen.

Im Folgenden werde ich mich mit den sich ergebenden und benutzten Kommunikationsvariationen auseinandersetzen, während ich meine therapeutische Arbeit mit der Familie beschreibe.

2. Patientenbeispiel

Ich wurde von einer Mutter zu einem physiotherapeutischen Hausbesuch für ihr neugeborenes Baby gerufen.

Die Familie war nach vier Monaten Krankenhausaufenthalt zum ersten Mal zu Hause. Es war das erste, lang ersehnte Kind. Dieses Kind war mit einer chromosomalen Fehlbildung geboren worden. Es musste sofort nach der Geburt mehrmals operiert werden, um überleben zu können. Die Mutter hatte die ersten vier Monate mit dem Kind in wechselnden Krankenhäusern verbracht. Jetzt war sie zum ersten Mal zu Hause und musste lernen, mit ihrem schwer kranken Kind den Alltag zu bewältigen.

Als ich zum Hausbesuch kam, öffnete mir die Oma die Tür. Sie wohnte, als Hilfe und Unterstützung, die meiste Zeit mit im Haus, außerdem war der Vater des Neugeborenen anwesend.

Das Baby lag auf dem Arm der Mutter. Es hatte eine Nasensonde, durch die es gerade Nahrung bekam. Außerdem hatte es wechselweise eine Sauerstoffmaske oder Sauerstoff-Brille und einen Monitor mit Fühlsonde am Fuß. Dieser Monitor zeichnete den Sauerstoffgehalt im Blut und die Herzfrequenz auf und piepste immer wieder, um den bedrohlichen Abfall der Sauerstoffsättigung anzuzeigen. Ein Absauggerät stand am Boden.

Die Mutter saß mit roten Wangen, kleinen, müden Augen auf einem Küchenstuhl. Sie vermittelte einen sehr angestregten, angespannten und erschöpften Eindruck. Das Baby jammerte immer wieder leise und atmete schwer. Es hatte die Augen geschlossen. Sein Gesicht war geschwollen und gerötet.

Das Bild, das sich hier zeigte, kann stellvertretend für so manche Familie gelten, die einen Säugling mit besonderen Bedürfnissen versorgt und liebevoll in ihrer Mitte aufnimmt. Eltern sind dann innerhalb von einer Sekunde nicht nur Eltern eines Neugeborenen, was schon Herausforderung genug wäre, sondern auch Eltern, die sich von Hoffnungen in eine Zukunft mit gesundem Kind verabschieden müssen. An Stelle von Neubeginn und Wachstum tritt immer mehr die Thematik von Vergehen und Verabschieden. Mann und Frau sind Vater und Mutter geworden, gleichzeitig sind sie aber auch, auf eine Art, klinisches Personal und Therapeuten geworden. Sie sind junge Eltern, die eine Nähe und Bindung zu ihrem Kind aufbauen wollen und sollen. Eine sehr schlechte Überlebensprognose (die gar nicht offen ausgesprochen oder verstanden wurde), hat die junge Familie mit Loslassen, Ablösen und Trauern, als Eltern, aber auch als Einzelpersonen - Vater und Mutter- konfrontiert. Normales Leben,

Beruf und Freunde treten oft stark oder ganz in den Hintergrund. Im Vordergrund steht der Überlebenskampf der kleinen Familie.

Die Krankheit des Kindes erschafft einen Raum, der Sicherheit und Bedrohung zugleich darstellt. Sicherheit ergibt sich, weil die Erkrankung des Kindes von den Eltern viel Aktivität und Struktur verlangt. Solange die Eltern und das therapeutische Team gut zusammenarbeiten, scheint die Krankheit beherrschbar. Der Alarm an den Monitoren piepst selten, das bedeutet, dass das Kind lebt. Die Aktivität hilft die Bedrohung zu verdrängen. Eltern sind dann oft, obwohl Laien, hervorragende Diagnostiker für ihr Kind.

In der knapp bemessenen gemeinsamen Zeit soll aber auch die Beziehung zwischen Vater, Mutter und Kind glücken. Die Eltern beschreiben dies oft mit den Worten: "Aufwachen aus dem furchtbaren Alptraum und einfach nur kurz normales Familienglück spüren dürfen."

Das Thema Schuld steht dann im Raum. Schuld am Leid des Kindes zu sein. Schuldig zu sein, wenn es nicht gelingt, das Kind zu beruhigen, es zufrieden zu stellen, ihm zu helfen. Für die Eltern entsteht eine dauernde Überforderung.

Für mich ergab sich in diesem Fall die Herausforderung, das Baby am Körper eines Elternteils in eine Position zu bringen, in der der Überlebenskampf geringer und weniger anstrengend sein würde. Ich wollte eine Möglichkeit finden, die offensichtliche Überforderung der Eltern, weil so vieles zeitgleich stattfinden musste, zu reduzieren. Mein Ziel war es, die Zeit zu gewinnen, die es braucht, um jedem Aspekt, der die Eltern und ihr Kind berührte, möglichst einen ausreichenden eigenen Raum zu gewähren. Ich wollte für gelungene, entlastende therapeutische Maßnahmen beim kleinen Patienten auf dem Körper der Eltern sorgen. Die Eltern sollten sich wieder selbst spüren können, elterliches Glück und kindliches Lächeln sollten entstehen können.

Ich erlebte in der Familie aber auch, dass es Momente gab, in denen die kommunizierten Wünsche und Empfindungen bei Eltern und Kind verschieden, ja sogar gegenläufig waren.

Ein Beispiel: Das Kind entspannt sich, kommt zur Ruhe und kann sich selbst spüren und sich vielleicht sogar in seiner Aktivität und Selbstwirksamkeit im Jetzt erfahren. Es bekommt für einige Zeit genug Sauerstoff, ist satt und kann sich entspannen. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit für das Baby, aus seiner Innen- in die Außenwahrnehmung zu kommen, und es schaut seine Eltern an. Wenn die Eltern dann im gleichen emotionalen Zustand sind, können verliebte, entspannte Blicke zwischen Baby, Mutter und Vater oder Geschwistern ausgetauscht werden. Ich möchte die Chancen von Resilienz für alle spürbar machen und nutzen, ich möchte die Eltern in dem Gefühl halten, gute Eltern zu sein, um

die Ruhe mit dem Kind zu genießen und sich daran wenigstens etwas "satt zu trinken". Dies ist oft sehr berührend.

Die Eltern sehen aber oft eher das große Ganze und blicken dabei in die Zukunft. Die Diagnose, die Prognose und das Leid hängen dann wie Klebstoff über dem Augenblick. Dies überlagert dann die kleinen Inseln von Glück und zur Ruhe kommen. Glück auszuhalten, das auch ganz schnell wieder entweichen kann und keinen Bestand haben wird, ist unerträglich schwer. Dagegen erscheint die dauerhafte Bedrohung durch die Erkrankung manchmal leichter zu sein, weil sie stabiler und durch Aktivität auszuhalten ist. Meine Aufgabe ist dann, die körperlichen Reaktionen bei Eltern und Kind zu benennen und als Übersetzer für die Kommunikation zwischen beiden zu fungieren.

3. Berücksichtigte Kommunikationsformen

3.1 Verbale Kommunikation

3.1.1 Kommunikation über Sprache und Töne bei Eltern und Baby

Was ist nun damit gemeint? Wir sprechen miteinander und hierbei ist, neben dem Inhalt des gesprochenen Wortes, auch der Sinngehalt der Äußerung wichtig.

Dies betrifft die Sprache zwischen den Eltern und ihrem Kind und der Kommunikation mit mir, der Therapeutin. Haben wir wirklich das gleiche gemeint und verstanden? Manchmal ist es hilfreich, das Gesagte nochmals zu wiederholen, nachzufragen und durch bewusstes Zeit nehmen in Pausen nachzuspüren und zu überprüfen, ob wir wirklich transparent miteinander kommuniziert haben. Was lösen die gesprochenen Worte in mir aus?

Zur Sprache gehört auch der Ton, die Melodie und der Rhythmus des Gesprochenen. Diese Merkmale unserer Sprache lassen Aussagen über die emotionale Situation zu. Indem der Therapeut in seiner Sprache, absichtlich, voller, tiefer und langsamer spricht, sich gleichzeitig körperlich sichtbar entspannt und dadurch in seiner Haltung und Mimik verändert, kann er die Patienten beruhigen und therapieempfindlich machen. Peter Levine nennt dies Stammhirnsprache (vgl. P. Levine, Sprache ohne Worte, 2011 und Stephen W. Porges, Die Polyvagal- Theorie 2010 S.109 ff). Sie führt zum Wahrnehmen der durch die Sprache ausgelösten Reaktionen in unserem Körper und kann, entsprechend moduliert, helfen, sich selbst besser zu spüren und die eigenen Emotionen körperlich zu orten. Umgekehrt verändern starke Emotionen auch unsere Sprache. Das folgende Beispiel zeigt dies: Schnelle, hektische Aussprache mit hohen Tönen erhöht die Anspannung und führt zu Stressreaktionen im Körper des Sprechers (z.B. die Eltern) und auch im Zuhörer (z.B. Kind), Alarmbereitschaft entsteht. Körperliche

Not, wie zum Beispiel Atemnot, Pulsanstieg, nimmt zu, die Durchblutung, die Fähigkeit sich selbst spüren zu können, nimmt ab. Der Körper schaltet zunehmend auf automatisiertes Überleben. Selbstbestimmtes und selbstwirksames Handeln wird immer schwieriger, die Zeit scheint zu rennen.

Ich, als Therapeutin, lege also Wert auf die Art und Weise des Sprechens, aber auch darauf, dass ich dem Kind immer vorab beschreibe, was ich jetzt dann mit ihm tun werde. Das Kind soll hören dürfen, was gemacht wird, und ich lasse ihm Zeit, dies auch nachvollziehen zu können. Ich beobachte dazu die Augen und die Körperspannung des Kindes und kann sehen, ob es ganz bei mir und bei der Sache ist, die kommen wird. Ich gebe den Tönen und Bewegungen des Kindes Worte. Dies schafft Verlangsamung und zunehmend Vertrauen. (vgl. P. Levine, M. Kline "Kinder vor seelischen Verletzungen schützen " S.119, 120). Wenn Eltern diese Art der verbalen Kommunikation beherrschen, können sich die Eltern und das Kind so besser verstehen. Selbstwirksamkeit und beruhigende Kompetenz wird für Eltern und Kind spürbar und gibt Raum zum Luftholen. Sie können nun durch sich selbst etwas bewirken.

Das Kind beobachtet beim Sprechen in der Regel, vorausgesetzt wir achten darauf, unsere Mimik, unseren Mund, unsere Augen und hört gleichzeitig unsere Worte. In der Kommunikation mit Neugeborenen ist dies höchst entscheidend. Emotionen, die sich in der Gesichtsmuskulatur und dem Augenkontakt spiegeln, interagieren auch mit dem Vagussystem und dessen Ursprung im Hirnstamm. Dieses Autonome Nervensystem fördert ruhige Verhaltenszustände und hat größten Einfluß auf Herz und Bronchial System, wenn wir es in der Therapie schaffen, die Umgebung für ein Kind so zu gestalten, dass es sich sicher fühlen kann (S. Porges, Die Polyvagale Theorie, 2010 S.36ff). Ich versuche, den Eltern und dem Kind zu helfen, die Emotionen, die in der Sprache ausgetauscht werden, zu bemerken. Zum Beispiel sagt eine Mutter zu ihrem Kind, während es stabil und geborgen auf ihrem Schoß liegt und die Augen beider sich begegnen: "Ich liebe dich, ich bin froh, dass es dich gibt". Sprache, Blickkontakt und Berührung passen zusammen, das Kind fixiert die Mutter und lächelt. Beide tauchen ein in ein sicheres "Einssein", treten in Beziehung und lächeln sich entspannt an. So entsteht ein großer Glücksmoment, der oft von Liebkosungen begleitet sein kann.

Dieses „stimmige Miteinander in Beziehung sein“, ermöglicht auch, zu einem anderen Zeitpunkt, einen Satz mit Tränen: " und es tut mir leid, dass es dir so schlecht geht und ich habe Angst, dich zu verlieren". Das schafft Echtheit und Nähe und man darf sich ganz spüren. Meist beruhigt sich das Kind, trotz des Benennens der Trauer, weil die Eltern in ihrem Gefühl echt sind und klar. Mimik, Gefühl und Sprache passen jedesmal zusammen. Die medizinischen Aktivitäten können vielleicht kurz in den Hintergrund rücken. Summen oder leises Singen kann noch zusätzlich entspannen. Wenn das Kind im entspannten Zustand gelöst aussieht, beschreibe ich dies, und motiviere auch die Eltern dazu, zu erzählen, was sie wahrnehmen und fühlen. Ich verwende dabei Formulierungen und Umschreibungen wie etwa: " weich, zart, flaumig, knuddelig, duftig, rosig, samtig, warm, entspannt, wie ein Löwe auf einem Ast auf Papas

Arm" und anderem Ähnlichen. So erzeuge ich positive Bilder und Verknüpfungen. Diese Verankerung von schönen, angenehmen, erlebten Dingen mit dem Kind ermöglicht die Fähigkeit zu Resilienz in der Familie und schafft nicht medizinische Erinnerungen.

3.1.2 Das Hören und Lauschen

Wir können hören. Dieser Sinn entwickelt sich als einer der ersten, während der Schwangerschaft und verliert sich als einer der letzten, wenn man stirbt. Wir können Töne und Geräusche innerhalb und außerhalb von unserem Körper wahrnehmen. Das Kind hört den Herzschlag und die Stimmen der Eltern schon in der Schwangerschaft im Bauch und erkennt sie auch nach der Geburt wieder. Über die Stimme wird, durch die Tonlage, die Resonanz, die sie im Körper des Gegenübers erzeugt, eine Emotion ausgelöst. Die Stimme der Eltern gibt dem Kind Sicherheit. Eine ruhige, tiefe, langsam gesprochene Sprache erreicht die alten Anteile unseres Gehirns, die für unsere Urinstinkte wie Kampf, Flucht und Totstellen verantwortlich sind. Da das Kind oft auf dem Körper der Eltern liegt oder getragen wird, kann es die Stimme, die Atmung und den Herzschlag hören und auch gut körperlich spüren.

Beruhigende Sprache muss etwas Zeitlupenartiges, Hängendes bekommen, dann fühlt sich unser Nervensystem sicherer (vgl. P. Levine "Sprache ohne Worte", 2007).

3.2 Nonverbale Kommunikation

Die nonverbale Kommunikation ist enorm wichtig. Sie macht mehr als die Hälfte, unserer Art und Weise, wie wir mit Menschen in Beziehung treten, aus. Sie kann unsere Worte und das Gesagte unterstreichen. Wenn die Sprache unseres Körpers aber nicht zu unseren Worten passt, dann kann sie uns auch verraten oder Unsicherheit und Vorsicht in unserem Gegenüber auslösen. Oft ist uns unsere eigene nonverbale Kommunikation gar nicht bewusst.

3.2.1 Kommunikation über Körpersignale von Eltern und Kind

Körperkontakt ist die ursprünglichste Form der sozialen Kommunikation. Das Kind, der Embryo, kommuniziert von Anfang an über den Körper mit seiner Mutter und der Außenwelt. Die Berührung zwischen Mutter und Kind ist höchst intim und kommt so in unseren zwischenmenschlichen Beziehungen nie wieder vor. Man weiß heute, dass nonverbale, emotionale und körperliche Kommunikation zwischen Mutter und Kind sehr fein aufeinander abgestimmt sind. Wenn hier keine

Störungen auftreten, dann wissen der Körper von Mutter und Kind gut und genau miteinander zu funktionieren und effektiv, selbstwirksam und adäquat zu reagieren. "Die Haut ist unser größtes Wahrnehmungsorgan" (Bienstein u. Fröhlich, Basale Stimulation in der Pflege, 1993, S.23) und sie erinnert sich!

Ich versuche, Bewegungen des Kindes in Sprache zu übersetzen. Beispiele dafür wären: Greift das Kind oft an die gleiche Stelle an seinem Körper oder hält seine Wirbelsäule in einer asymmetrischen Form, kann dies eine Stelle sein, an dem es während der Geburt intensiven Druck und gleichzeitig größten emotionalen Stress aushalten musste. Falls das Baby eine Bewegung während der Geburt nicht zu Ende ausführen konnte, weil vielleicht ein Notkaiserschnitt gemacht werden musste, kann sich dies so zeigen. Dann kann es helfen, diese Bewegung des Kindes auf dem Körper der Mutter, im Idealfall zusammen mit Hilfe des Vaters, zu Ende zu bringen. Auch eine "Rückkehr" ins Fruchtwasser, über ein sinnliches Heilbad und danach einem selbstbestimmten Landen auf Mutters Bauch, kann Eltern und Kind helfen, einen entspannten Neuanfang zu dritt zu beginnen.

Schlaffe Extremitäten können von betäubenden Eingriffen während der Schwangerschaft und Geburt und damit einhergehender großer Überlebensangst erzählen. Auch da hilft es, die unterbrochenen Bewegungen zu erspüren, zu benennen und zu Ende zu bringen.

Gebären ist eine Arbeit zwischen dem mütterlichen und dem kindlichen Körper, der Drehungen, Wegdrücken, "Freikrabbeln", Streck- und Beugebewegungen von Kopf und Wirbelsäule des Kindes verlangt. Alle Einschränkungen und Unterbrechungen in diesem Prozess können in der kindlichen Motorik als Auffälligkeiten sichtbar werden.

So können geballte Fäuste, rotes Gesicht oder kräftige Abwehrbewegungen von Wut und Zorn über perinatal Erlebtes erzählen und nicht nur von momentan empfundenem Schmerz berichten.

Grimassen und Überreaktibilität im Säuglingsgesicht können vom Absaugen nach der Geburt kommen und, zum Beispiel, Ekel zeigen. Das Kind wirkt dann, als würde es nicht gestillt oder gefüttert werden wollen, weil es den Kopf dauernd wegdreht, es hat aber eigentlich Hunger. Wenn Eltern diese Bewegungen nicht richtig einordnen können, sind sie oft sehr frustriert und haben das Gefühl ihr Kind nicht ernähren zu können, oder dass das Kind sie ablehnt.

Groß aufgerissene Augen können von Schock zeugen, lascher Muskeltonus von Ohnmacht oder für das Kind übergriffig empfundenen Situationen erzählen. Dies lässt sich stellvertretend von mir, als Therapeutin, für das Kind in Worte fassen. Das braucht Zeit und muss ausgehalten werden. Sich ergebende Bewegungen und Emotionen sollten zugelassen und begleitet werden. Auch die Eltern

hatten ja vielleicht während der Geburt, zur gleichen Zeit, ähnliche Erfahrungen. So erneut durchstandene und transparente Prozesse haben etwas Kräftigendes, Verbindendes und Heilendes.

Viel wichtiger sind die positiven Gesichtsregungen wie Freude und Liebe. Diese bei den Erwachsenen und dem Kind zu entdecken und zu verbalisieren, ist eine Ressource, die man so lange wie möglich ausschöpfen sollte. Werden diese mimischen Bewegungen verbalisiert, erzeugt dies oft Freudentränen. Diese emotionale Entladung führt zu unglaublicher Nähe, Entspannung und körperlicher Beruhigung bei der gesamten jungen Familie. Für dieses Gefühl muss ganz viel Zeit zur Verfügung stehen. Alles andere sollte dann warten. Manchmal mache ich dann kleine Filme oder Fotos von der Familie, die schönen und bleibenden Wert haben.

3.2.2 Kommunikation über Bewegung und Motorik

Der Säugling muss am Lebensanfang lernen, sich gegen die Schwerkraft zu bewegen und aufzurichten. In der täglichen Pflege wird er von uns bewegt und reagiert auf diese Impulse. Er empfindet mit seinen Rezeptoren, seinen Sinnen und Spiegelneuronen unsere Bewegungen, unsere Haltung, unsere Muskelspannung, unsere Atembewegungen und unsere Emotion in der Mimik. Da er viel von anderen Menschen bewegt wird, ist Bewegung ein ganz essentieller Faktor in der Kommunikation zwischen Eltern, Kind und Therapeuten.

Ich bringe deshalb den Eltern das neurophysiologische Handling nach Bobath bei (vgl. Elke Lommel, Handling und Behandlung auf dem Schoß, 2002).

Dabei erlernen die Eltern, die täglichen Handlungen (hochnehmen und hinlegen, wickeln, baden, anziehen, füttern und tragen), die sie mit dem Kind durchführen, so zu machen, dass das Kind sich in seiner eigenen Bewegungsfähigkeit erkannt und abgeholt fühlen kann. Die Bewegungen müssen langsam genug durchgeführt werden, dem Kind erklärt werden und das Kind muss wählen können. Also zum Beispiel drehe ich das Kind, beim Wickeln oder Hochnehmen, nicht so wie es meiner Händigkeit und Lieblingsaktivität entspricht, sondern so, wie es dem Drehvermögen der Wirbelsäule und des Kopfes des Kindes gut tut. Das Kind kann sich als selbstwirksam empfinden, weil es sich adäquat mitbewegen und aktiv sein kann. Es soll dabei nicht über seine noch geringe Fähigkeit, sich mit der Schwerkraft auseinander zu setzen, hinweg bewegt werden. Meist lächelt dann das Kind, weil es sich stark und selbstbestimmt fühlt. Obwohl es von jemandem bewegt wird, kann es seine Muskeln mitanspannen und mitarbeiten. Es hat Spaß. Ein Lob verstärkt die gute Empfindung noch zusätzlich.

Gleichzeitig entwickeln die Eltern Kompetenz und Sicherheit bei Alltagshandlungen mit dem Kind. Dies wirkt beruhigend auf alle.

Diese Art der Bewegungen sind selten linear, sondern häufig rotatorisch. Gedrehte Bewegungen wirken sich auch positiv auf das Craniosakrale System aus, das System, das unsere Lebenskraft beherbergt. Diese Kraft kann so leichter fließen, wenn sie nicht linear gebunden ist, sondern sich wie eine Welle oder Vulkanwolke rotatorisch vergrößern und verkleinern kann und dadurch im Fluss ist (Ramraj U. Löwe, Craniosacrale Heilkunst 2007 s. 14ff). Wenn ein Mensch sterbend ist, zieht sich diese craniosacrale Lebensenergie in unseren Kern - etwa in der Herzgegend - zurück, dorthin, wo man sie beim Lebensbeginn entstehen, spüren und im Ultraschall auch sehen kann. Dies ist für mich als Therapeutin, aber auch für die Eltern gut fühlbar, wenn man offen ist und seinen Wahrnehmungen vertraut.

Ich habe festgestellt, dass man dieser Lebensenergie einen Halt geben kann, auch wenn sie sich verkleinert in ihrer Ausdehnung und sich spürbar zurückzieht. Vielleicht kann man sich das so vorstellen, wie bei einer Schwelle und Engstelle zwischen zwei Räumen. Die Energie verlässt mit viel Halt und Verkleinerung einen Raum, um sich in einem neu, sich eröffnenden Raum, auf eine neue Art wieder auszubreiten und zu vergrößern.

Auch hier lässt sich das Bild des Vulkans heranziehen, der seine Energie aus dem Erdinneren bezieht, durch ein enges Loch seine Lava in Rhythmen und mit Pausen hindurch presst und in die Luft und den Himmel speit. Die herabgefallene, später erkaltende Lava verbindet somit Erdinneres mit Erdoberfläche. Die Bewegung, die die Lava macht, ist in dem hart gewordenen Gestein weiterhin sichtbar.

Unsere Atmung und der "Atem des craniosacralen Systems" haben auf unsere innere Kraft und auf das gute Zusammenspiel all unserer Körperfunktionen den wohl größten Einfluss. Über die Felder, von diesen beiden Atemsystemen, sind wir auch mit unserer Umwelt verbunden. Diese Atmungsbewegungen wirksam, fließend und gleichzeitig haltgebend als beruhigende Kraft wahrnehmbar zu machen, ebnet den Weg zu harmonischer, achtsamer, sich gegenseitig beruhigender, gemeinsamer Zeit für Eltern und Kind.



"Geburt ins Leben" Annette Kux 2013

Eltern, die medizinisch und therapeutisch gut begleitet sind, trauen sich eher, ihr Kind selbst beim Sterben zu begleiten, medizinische Interventionen zuzulassen, aber nicht unbedingt notärztliche Hilfe zusätzlich zu rufen. Dadurch werden eventuell nicht mehr hilfreiche Reanimationen vermieden (DVD "Mein kleines Kind" Katja Baumgarten 2002). Ein "friedlicheres" Sterben wird möglich.

Deshalb lege ich mein Augenmerk in stabileren Krankheitsphasen auf selbstwirksame und die Kompetenz der Eltern unterstützende Therapie. Eltern sollen unterstützt werden das "Auge im Taifun" sein zu können. Bewegung und Physiotherapie, die auf dem warmen, für das Kind bekannten Körper der Eltern stattfindet, ziehe ich, wenn möglich, allen anderen Variationen vor. Eltern sind für ein Kind der beste Platz, um Halt im eigenen Körper, für die Aufrichtung gegen die Schwerkraft und im eigenen Leben zu finden. Dazu braucht es Haltung von allen Beteiligten. Haltung heißt für mich, als Therapeutin, dass ich mich in mir wohl und zu Hause fühle, mich selbst gut kenne, ehrlich zu mir und den betreuten

Familien bin, aber auch meine Grenzen wahrnehme. Dies ist für mich als Physiotherapeutin im Kontext Palliative Care ein ganz wesentlicher Punkt im Umgang mit meinen Patienten und ihren Familien. Haltung bedeutet also einerseits die Fähigkeit des Menschens sich, in der Bewegungsentwicklung, gegen die Schwerkraft aufzurichten und diese Position zu halten, als auch, in einer körperlichen und emotionalen Balance sein zu können.

Als haltungsförderndes Setting, in meiner Praxis, bewährt es sich, den Vater bequem als Stütze hinter die Mutter zu setzen und das Kind auf den mütterlichen Bauch zu legen. Alle drei können Blickkontakt aufnehmen, spüren Halt im Rücken, spüren ihre jeweiligen Atembewegungen, den Herzschlag und können sich berühren. Der bewegliche Körper der Mutter kann sich unter guter Anleitung an die Atembedürfnisse oder Bewegungsbedürfnisse des Kindes anpassen. Die Kraft des Vaters im Rücken der Mutter ist dabei eine gute Basis. Ich, als Therapeutin, kann dann manuelle Techniken zur Verbesserung von Atmung, Verdauung oder der Entspannung der Gesichtsmuskulatur beim Kind durchführen. Das äußere, entspannte und die Familie verbindende Setting unterstützt meine Behandlung dabei sehr.

Wir spüren beim Berühren den Tonus, also die Muskelspannung, unseres Gegenübers. Wir können ihn an der Haltung und der Art der Bewegungsabläufe sehen.

Ein Beispiel aus dem Alltag: Pfannkuchenteig in seiner richtigen Konsistenz können wir beim Rühren auch mit geschlossenen Augen erkennen. Die Rezeptoren in unseren Gelenken und der Haut melden Bekanntes und Richtiges oder Falsches zu unserem Gehirn. So ähnlich muss es dem Kind gehen, wenn es bewegt wird. Es empfindet diese basale Stimulation als angenehm, weich, stabil und sicher oder als hektisch, ängstlich und ohne echten Kontakt. Bewegung wird als beruhigend oder aufregend, als den Atem des Lebens unterstützend oder unterbrechend erfahren.

Der Tonus von uns Therapeuten und den Angehörigen überträgt sich auf den Patienten. Auch die Atembewegungen hören und spüren wir. Diese Bewegung überträgt sich auf unser ganzes Nervensystem und natürlich auch auf das des Kindes. Bewusstes, langsames, tiefes Atmen senkt die Muskelanspannung und bewirkt entspannte Resonanz im Körper unseres Gegenübers.

Schnelles, angestregtes Atmen fährt im Körper die Alarmbereitschaft und Aktivität hoch. In Notsituationen bleibt dadurch nur noch wenig Spielraum, um Neues zuzulassen oder auszuprobieren. Unser System ist dann auf Modus "Überleben" gestellt. Die Spiegelneuronen in unserem Gehirn arbeiten ständig und schaffen einen Abgleich mit allem, was im Außen mit allen Sinnen, von uns erlebt wird und welche Emotionen in uns dadurch ausgelöst werden. Dieses Arbeitsfeld, in dem wir Therapeuten uns bewegen können, ist nicht zu unterschätzen. Bei jedem körperlichen Kontakt zwischen uns Menschen ist innere Haltung und Intension enthalten und führt zu einer Resonanz, einer

Berührtheit beim Berührten. Haltung, Tun und Intension sollten möglichst kongruent sein. Das schafft Sicherheit und lässt Verbundenheit und Vertrauen entstehen. "Dies führt zu Stressabbau, ist ein heilsamer Aspekt in Beziehungen und eine Bedingung für Resilienz" (Elvira Muffler, Kommunikation in der Psychoonkologie, Carl Auer Verlag, S. 51, 2011).

Der Tonus regelt auch die Durchblutung und Sekretion. Wenn ich die Hautfarbe, Sekretion, Temperatur und Pupillen meines kleinen Patienten beobachte, habe ich einen guten Indikator für wachsam mitarbeitend und angenehm oder unangenehm. Gleichzeitig sind diese Parameter auch eine Hinweis für die Effizienz meiner Therapie. Tonusregulation beim Kind und bei den Eltern ist also immer ein wichtiges Therapieziel. Gerade wenn Kinder häufige epileptische Anfälle haben, ist eine Vertrauen schaffende, im Rücken und an den Füßen, Halt gebende und tonusregulierende Sitzpositionen für Eltern mit ihrem Kind hilfreich. Auslösende Reize können so leichter gemildert werden. Die häufig vorhandene Angst der Eltern wird geringer, die Stabilität im System nimmt zu!

Eine andere gute Therapieeinheit kann auch sein, wenn man die Eltern ermutigt, mit dem Kind bei schönem Wetter raus auf den Balkon oder wirklich in die Natur zu gehen. Eltern brauchen dabei Unterstützung und adaptierte Lösungsmöglichkeiten, beim stabilen Tragen im Tragetuch und dem gleichzeitigen Transport der oft schweren Sauerstoffgeräte und Monitore. Auch im Kinderwagen kann man, mit guter, Halt gebender Lagerung des Babys, einen Ausflug ins Freie wagen. Solche Ereignisse schaffen Normalität im Familienalltag.

3.2.3 Kommunikation über den Geruchs - und Geschmackssinn

Diese Sinne sind ebenfalls schon in der Schwangerschaft ausgebildet. Man muss davon ausgehen, dass ein Kind über das Schlucken des Fruchtwassers die Befindlichkeiten der Mutter und eventuelle therapeutische Interventionen mitbekommt. Betäubungsmittel haben auch Einfluss auf die Muskulatur des Kindes. Dies ist auch nach der Geburt in der Stützkraft noch spürbar.

Wir können angenehmes und unangenehmes riechen, manche Menschen können Stress riechen. Manche Eltern können riechen, ob es ihrem Kind gerade besser oder schlechter geht. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Kinder sehr schnell, auch wenn sie im Wachkoma liegen, am Geruch erkennen, wer bei Ihnen am Bett steht. Manchmal glaubte ich auch, dass sie erkennen konnten, was derjenige vorhatte. Die Parameter an den Monitoren zeigten dies an.

Ich habe mir angewöhnt, immer echtes Rosenwasser als dezentes Parfüm an mir zu haben. Der Duft von Rosen aus dem Oman ist leicht, klar, rosa rosig und ergibt ein Gefühl von Frühlingserwachen. Die Kinder können mich immer erkennen. Dies schafft Sicherheit und beruhigt. Aber auch der Eigengeruch

eines Kindes kann zur Ressource für die Eltern gemacht werden. Wenn das Kind nach neugeboren, milchig oder nach Babypflegemittel riecht, Babywangen sich wie Rosenmarillen anfühlen und duften, dann spreche ich dies an und empfehle den Eltern zu schnuppern, zu fühlen, zu schmecken, zu küssen, und sich daran zu erfreuen. So bleibt es den Eltern besser im Gedächtnis, wenn diese Wahrnehmungen gerochen, gespürt, gesagt und mit jemandem geteilt werden können. Diese Erinnerung bleibt für alle Zeiten erhalten.

3.2.4 Kommunikation über das Sehen

Das Kind kann schon früh die Umrisse und vor allem die Augen und den Mund der Eltern erkennen. Das Sehen, der Blickkontakt, hat eine große Bedeutung für die Kommunikation. Hierbei kann man sich gegenseitig "bis in die Seele" hineinsehen. Dafür braucht es Zeit, und hier kommen viele Gefühle unvermittelt hoch.

Je nach Vorgeschichte und Schwangerschaftsverlauf kennt das Kind das Gefühl, auf dem Platz des kritisch Beobachteten, Gemessenen, für Gut oder Falsch und als Problem Befundeten zu sein. Um dies zu heilen, gibt es einige gute, therapeutisch wirksame Lagerungsmöglichkeiten eines Babys am Körper der Eltern, in denen sich Eltern und Kind in die Augen sehen können, ihre Herzen hören und füreinander öffnen können. Nicht nur das Baby wird zum Mittelpunkt, sondern die ganze Familie. Belastender Druck kann entweichen und Raum für Heilung kann entstehen.

Hier ist es meines Erachtens ganz wichtig, die Möglichkeit zu unterstützen, nur Neugeborenes und Eltern sein zu dürfen. Einfach nur der Mensch ohne Wertung und Bewertung sein, nur im Jetzt sein zu dürfen. Wenn dies gelingt, entspannt es ungemein und gleichzeitig kann Beziehung, Glück, aber auch Trauer gespürt werden.

Die therapeutischen Maßnahmen in solchen Situationen fallen dann ausschließlich mir zu. Meist dreht es sich dabei um Halt an Füßen und in der Wirbelsäule, sowohl bei den Eltern als auch beim Kind und um die Gewährleistung von freier, harmonischer Beweglichkeit der Atemmuskeln. Ich beschreibe in diesen Momenten dann nur die körperlichen, sich lösenden Veränderungen, die gemeinsame Harmonie von Eltern und Kind oder ich bin still und "halte den Raum" dafür.

Ich selbst achte bei meiner Kleidung auf die Farben, die ich an habe, wenn ich zu meinen kleinen Patienten gehe. Die Stoffe sind weich und anschmiegsam. Die Farben sind lebendig, licht und nicht im Muster unruhig. Dies wirkt, wie ich an den Babys und den Monitoren der Wachkoma-Kinder gemerkt habe, beruhigend und wie ein bekanntes Ritual, wenn sie Farbe, Geruch, Stimme und meine körperliche und seelische Anwesenheit beim nächsten Besuchen wiedererkennen. Die Eltern freuen

sich oft über die Farbe, die ich mit in die Behandlung bringe. Dies sorgt ganz von allein für positive Kraft in meiner Therapieeinheit. Farbe ist Schwingung und durchdringt unser Sein. Mir als Therapeutin ist sie Ressource und macht mich resilient.

Viele Menschen können ihre Emotionen in Farben spüren und beschreiben. Auch dies ist eine Möglichkeit, auf vielen Ebenen zu fühlen und sich Erinnerungen zu schaffen. Es kann auch helle, leuchtende Tage in schlimmen Lebenssituationen geben. Diese bunten Tage müssen sorgsam gehegt und gepflegt werden.

4. Resümee

" Wir können den Wind nicht ändern, aber wir können die Segel richtig setzten." (Aristoteles)

Eine Schwangerschaft und die Geburt eines gemeinsamen Kindes macht bei den Eltern aus zwei eigenständigen Lebensentwürfen und Lebensbäumen einen gemeinsamen. Dies ist schon schwierig genug zu bewältigen. Wenn nun ein Kind lebensbedrohlich erkrankt ist, werden die Familie und eventuelle Geschwister ständig mit der zu erwartenden Lücke konfrontiert, die kommen wird, wenn das Kind versterben sollte. Glücksmomente werden dann unweigerlich von Trauer und Angst eingeholt. Wie wird jeder einzelne mit diesen Gefühlen umgehen? Wieviel Kontakt zueinander und Kommunikation darüber wird möglich sein? Welche Strategie hat jeder, mit dieser Situation zurechtzukommen und umzugehen?

Ich sehe meine Möglichkeit in meiner physiotherapeutischen Tätigkeit darin, neben den Bewegungen, auch jegliche Form von Kommunikation unseres menschlichen Körpers, mit den Eltern erfahrbar zu machen und gemeinsam mit ihrem Kind zu spüren. Achtsames Wahrnehmen und Transparenz in der Kommunikation ist neben der Motorik ein wichtiges Ziel, das ich mit Eltern und Kind übe und erreichen will. Dies bringt Entspannung für alle. Es wappnet die Eltern, vielleicht auch über den Tod des Kindes hinaus, in Kommunikation miteinander, in der gemeinsamen Trauer aber auch in der Freude über gehabtes, gemeinsames Leben, zu sein.

Dem einsamen, aktiven oder ohnmächtigen Kämpfen, als trauernde Eltern und als Ehepaar, soll dadurch eine andere Reaktionsmöglichkeit entgegen gesetzt werden. Ich möchte ermöglichen, schöne Erinnerungen zu schaffen, für einen Menschen, der für immer im Familiensystem bleiben wird, aber oft von nur wenigen gesehen und erlebt wurde. Mit meinen physiotherapeutischen Interventionen soll den Eltern eine Möglichkeit gegeben werden, den anstehenden Wandel nicht nur erleiden zu müssen, sondern aktiv mitgestalten zu dürfen. Dem Leiden einen Sinn abfordern, dies bedeutet für mich ganzheitliche Physiotherapie im Palliative Care.

"Die Familie ist eine Schicksalsgemeinschaft" (Stephan Hausner, Auch wenn es mich das Leben kostet! S.18), in der alle Mitglieder für immer verbunden bleiben. Das bedeutet konkret, dass ein ersehntes Kind, das in eine Paarbeziehung hineingewünscht wird, egal ob es nun wirklich gezeugt wird, geboren wird, lebt oder vielleicht sogar, weil es krank ist, früh stirbt, dass dieses Kind für immer mit dem Stammbaum der Eltern und Geschwister verbunden ist. Dieses Kind ist wie ein Samen, der auch wenn es nur kurz aufkeimt, auf immer einen Platz und eine Wirkung hat. Um so besser wahrgenommen und sicher dieser Platz im Familiensystem ist, um so mehr Ruhe und Stabilität hat das System in der Zukunft.

Wir Menschen sind aus unserer Geschichte entstanden und reagieren und handeln danach. Auch wenn wir manche wichtigen Einzelheiten gar nicht wissen und kennen. Der Körper in seiner Lebensenergie kennt sie aber, lebt sie aus und agiert entsprechend. Wenn verlorene Kinder einen guten Platz in den Herzen der Angehörigen finden und die Eltern und Geschwister es schaffen, diese entsetzliche Lücke, mit der Zeit in ihr Leben zu integrieren, dann hat der Lebensbaum einer Familie eine große Narbe, aber vielleicht auch die Möglichkeit, einen Sinn und neue Kraft aus dieser Narbe zu gewinnen.

Wenn dir jemand erzählt,
dass die Seele mit dem Körper
zusammen vergeht und dass das,
was einmal tot ist,
niemals wieder kommt,
so sage ihm:
Die Blume geht zugrunde,
aber der Samen bleibt zurück
und liegt vor uns, geheimnisvoll,
wie die Ewigkeit des Lebens.

(Khalil Gibran, 1883-1931)

Werden und Vergehen begleiten uns Menschen unser ganzes Leben. Nach vorne leben bedeutet immer auch, ein mehr oder weniger bewusstes Abschied nehmen vom Gelebten. Um so bewusster, achtsamer und transparenter die Kommunikation mit uns selbst, unserer eigenen Geschichte und den Menschen, mit denen wir während unseres Lebens in Beziehung treten, stattfindet, umso eher wird gelebtes, lebendiges Leben daraus. Ein Leben, in dem Freude, Erfüllung und Trauer nah beieinander liegen dürfen, besonders in den herausfordernden, große Schwellen überschreitenden Ereignissen, wie Geburt und Tod. Wer hier große Verbundenheit spüren und erfahren darf, wo es um echte "Entbindungen" geht, ist gehalten und kann sich in seiner eigenen Lebensbewegung entfalten. "Die Kommunikation und Beziehung wird auch den Tod überdauern" (vgl. Roland Kachler, Hypnosystemische Trauerbegleitung, S. 61 f).

5. Danksagung

Ich danke der Leitung und den Lehrenden des Hospizorientierten Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung und interdisziplinären Palliative Care Basislehrgangs 2015/16 für die vielen Impulse, die ich für meine Arbeit und das Leben bekommen habe. Ich danke ebenfalls für die vielen persönlichen Gespräche mit den Teilnehmern, in denen es um das Werden und Vergehen von uns Menschen ging, das uns täglich begleitet. Das Leben wird nach vorne gelebt und braucht beständiges, bewusstes Verabschieden und neues Erwachen und Begrüßen des Hier und Jetzt.

Ich danke meinem Mann, der mir oft zugehört hat und sich mit mir über unsere eigene Vergänglichkeit, unseren Lebenssinn, dem Sinn von Leiden und der Macht und Kraft der Ahnen ausgetauscht hat. Meinen fünf Kindern, an ihnen kann ich sehen, wie lebendig das Leben sein kann, aber auch wie schnell es vergeht und wie wertvoll jede Sekunde ist. Sie haben mich immer mal wieder zu den kleinen Patienten begleitet und ihre Gefühle und Wahrnehmungen aus ihrem Blickwinkel erzählt. Das war sehr bereichernd.

Und natürlich allen Patienten mit ihren Familien, die mir ihr Vertrauen geschenkt haben, von denen ich so viel lernen durfte. Mit manchen von ihnen habe ich heute noch Kontakt.

6. Literaturverzeichnis

Auhagen-Stephanos U., Levend H. und Janus L., Die Bindung beginnt vor der Zeugung, 2011, Mattes Verlag, Heidelberg

Baumgartner Katja, Mein kleines Kind DVD 2002

Bienstein und Fröhlich, Basale Stimulation in der Pflege, 1993, Hans Huber, Bern

Brisch Karl Heinz, Schwangerschaft und Geburt 2013, Klett Cotta, Stuttgart

Castellino Ray, Bindungsphasen des Babys DVD 2013, Auditorium, Schwarzach

Hausner Stephan, Auch wenn es mich das Leben kostet 2010, Carl Auer, Heidelberg

Kachler Roland, Hypnosystemische Trauerbegleitung 2012, Carl Auer, Heidelberg

Kostrzewa St., Kutzner M., Was wir noch tun können! 2002, Hans Huber, Bern

Levine Peter, Kline Maggie, Kinder vor seelischen Verletzungen schützen 2008, Kösel, München

Levine Peter, Sprache ohne Worte 2011 Kösel, München

Löwe Ramraj U., Craniosacrale Heilkunst 2014, Aurum, Bielefeld

Muffler Elvira, Kommunikation in der Psychoonkologie 2015, Carl Auer, Heidelberg

Porges Stephen W. Die Polyvagal- Theorie 2010, Junfermann, Paderborn