

Dialog ohne Worte

Nonverbale Verständigung am Lebensende

ASTRID STEINMETZ

Am Lebensende tritt Sprache als Kommunikationsmittel oftmals in den Hintergrund. Sich mit Worten zu verständigen, ist gerade schwerkranken Menschen zunehmend weniger möglich. Deshalb braucht es andere, nonverbale Formen der Verständigung. Zentral für ein Gelingen des „Dialogs ohne Worte“ ist es, die subtilen Signale des Gegenübers zu erkennen, die eigene Körpersprache präzise einzusetzen sowie an die jeweiligen Bedürfnisse des Gegenübers anzupassen und diesen am Dialog zu beteiligen. Die Resonanzwirkung bei den schwerkranken Menschen ist mitunter gewaltig – sie erleben sich wieder als Beteiligte im Miteinander und erfahren Gegenseitigkeit.

Sprachlose Verständigung

Eine schwer kranke Patientin leidet an ausgeprägter Luftnot, eine andere ist überwiegend schläfrig, der junge Mann mit Hirntumor versteht Handlungshinweise nicht mehr, sein Zimmernachbar liegt stumm mit abgewandtem Gesicht im Bett, er ist in tiefe Resignation gefallen. Und wieder ein anderer greift mit den Händen in die Luft, scheint kaum erreichbar zu sein. Am Ende des Lebens tritt Sprache als verbindendes Element häufig in den Hintergrund. Die Ursachen dafür sind vielschichtig: funktionell, kognitiv oder emotional. Allen gleich ist

die Konsequenz: Die Möglichkeiten, Bedürfnisse oder Wünsche zu äußern, das Befinden mitzuteilen, Vorlieben oder Abneigungen kundzutun, sind eingeschränkt. Kurz: für sich mit Worten zu sprechen wird immer weniger möglich.

Als Grundhaltung ist selbstverständlich, dass „die Sterbebegleitung [...] nicht bei der in ihrem Bewusstsein eingeschränkten, desorientierten oder verwirrten Person ‚endet‘, sondern sie wandelt sich. Nun ist besonderes Gewicht darauf zu legen, [...] eine Form der Kommunikation zu finden, die auf die veränderten Formen und Inhalte der

Botschaften Rücksicht nimmt“ (Andreas Kruse, 1992, S. 91).

Wie sieht dies in den Begegnungen mit diesen Personen jedoch praktisch aus? Worauf ist zu achten, wenn die sprachliche Ebene brüchig wird? Was bleibt übrig, um sich verständlich zu machen oder verstanden zu werden? Wie kann es gelingen, das Miteinander weiterhin abzu„stimmen“, stimmig in einen anderen Dialog einzutreten, in welchem wir die feinen Signale, die ein Mensch bis zu seinem Lebensende aussendet, aufnehmen und Resonanz darauf geben?

Grundsätzlich gilt: Der nonverbale Dialog beginnt damit, die Äußerungen der „Ganzheit und Einzigartigkeit einer Person“ (Buber, 1962, S. 278) wahrzunehmen, und setzt sich fort in dem Bemühen zu antworten auf das, „was man zu sehen, zu hören, zu spüren bekommt“ (Buber, 2006, S. 161). Vier grundlegende nonverbale Fertigkeiten kommen damit in das Spiel einer stimmigen Verständigung und bilden die Voraussetzung dafür, dass ein „Dialog ohne Worte“ entstehen kann:

Decodieren:

Subtile Signale erkennen

Decodieren meint, achtsam auch für die ganz subtilen Signale des Ausdrucks zu werden, zu erkennen, wenn beispielsweise eine Emotion auftaucht, sie zutreffend zu verstehen und darüber hinaus die subtilen Signale wahrzunehmen, mit denen auch ein in seiner Bewusstseinslage veränderter Mensch zeigt, ob ihm etwas zusagt oder nicht.

Encodieren:

Körpersprache präzise verwenden

Encodieren beschreibt die präzise und sinnvolle Verwendung der eigenen körpersprachlichen Möglichkeiten, um beispielsweise in der Kontaktaufnahme leicht verstanden zu werden oder auch in der Vermittlung von Informationen eindeutig zu sein. Für ein sinnvolles Encodieren ist also erforderlich, zuerst zu decodieren, auf welcher Ebene der schwer kranke Mensch verstehen und sich verständlich machen kann.

Regulieren:

Körpersprache an Bedürfnisse anpassen

Regulieren bedeutet, das eigene körpersprachliche Verhalten an Ausdruck, Möglichkeiten und Bedürfnisse eines schwer kranken Menschen anzupassen. Dies erfordert Flexibilität in der eigenen Expressivität, um ein großes Spektrum an Ausdrucksweisen zur Verfügung zu haben – immer mit dem Ziel, das Gegenüber zu erreichen.

Dialogisieren:

Patient:in beteiligen

Diese drei Kompetenzen münden in der vierten, dem **Dialogisieren**. Hier geht es darum, einen Raum zu suchen, in dem die/der Patient:in sich beteiligen und dadurch Gegenseitigkeit erfahren kann. In diesem kann dann ein Wechselspiel von Regung und Antwort, Bewegung und Erwidern oder Blick in Blick entstehen. Wie können diese Kompetenzen sich nun auf den verschiedenen Ebenen der Leiblichkeit ausdrücken?

Am Ende des Lebens tritt Sprache als verbindendes Element häufig in den Hintergrund. Die Ursachen dafür sind vielschichtig: funktionell, kognitiv oder emotional.



Foto: Silke Schüssler

Mimische Hinweise erkennen

Wichtige Hinweise, um den emotionalen Zustand eines Menschen zutreffend einschätzen zu können, liefert der mimische Ausdruck. „Die Fähigkeit, Emotionen frühzeitig zu erkennen, erleichtert uns in vielen Situationen den Umgang mit anderen Menschen“ (Ekman, 2010, XVI). Doch werden einige der Basis-Emotionen bereits bei gesunden Menschen nur zu 60–80% zutreffend erkannt. Die Beurteilung älterer Gesichter ist im Vergleich dazu noch fehleranfälliger. Und wenn krankheitsbedingte Veränderungen wie z. B. Grimassieren oder Lähmungen hinzukommen, ist die Emotionserkennung deutlich erschwert. Nicht zuletzt sind bei fortgeschrittener Erkrankung die mimischen Signale häufig von geringerer Komplexität und Intensität. Diese wahrzunehmen und zu verstehen, erfordert neben Aufmerksamkeit auch Wissen.

Leibliche Grundbewegungen lesen lernen

Über die Mimik hinaus können wir auch in den leiblichen Grundbewegungen erkennen, ob ein Mensch sich tendenziell zuwendet, abwendet oder er ohne Reaktionen auf unser Kontaktangebot bleibt. Eine gerunzelte Stirn, ein abgewandter Blick, steigende Körperspannung oder verfestigte Atmung können Hinweise dafür sein, dass die Art der Kontaktaufnahme oder Handlung in diesem Moment nicht als angenehm erlebt wurde. Hingegen können Blickzuwendung, ein tiefer Seufzer, nachlassende Körperspannung oder auch ein leichtes Lächeln signalisieren, dass etwas als angenehm erfahren wurde. Dies bietet Orientierung für unsere Handlungen. Sofern ein Mensch nicht tief sediert ist, können wir immer mit diesen Signalen rechnen. Ein Ausbleiben einer leiblichen Reaktion auf eine Ansprache ist daher in der Regel so einzuordnen, dass die Person diese nicht wahrgenommen oder verstanden hat.

Bezug aufnehmen

Grundlegend für eine gelingende Kommunikation ist also die Frage, auf welcher Ebene der schwer kranke Mensch uns wahrnehmen, verstehen und antworten kann. Anhand seiner leiblichen Reaktionen lässt sich schnell erkennen, ob beispielsweise eine Frage verstanden wurde oder nicht. Wird – bei bestehendem Blickkontakt – auf diese nicht geantwortet, wurde die kommunikative Kompetenzebene nicht getroffen. Dies führt zur nächsten Frage: Lag es an Schwerhörigkeit oder eher an eingeschränkter sprachlicher Auffassung? In diesem Fall kann die Visualisierung des Gesagten durch die Verwendung von präziser Gestik sehr hilfreich sein, um das Verstehen überhaupt erst zu ermöglichen. Und so schaffen wir die Voraussetzung dafür, dass jemand antworten kann.

Indem wir auf die Möglichkeiten des Wahrnehmens und Verstehens des schwer kranken Menschen Bezug

Die unmittelbarste physische Form einer Kontaktaufnahme besteht in der Erwidlung des Blicks. Mit ihm kann das ganze Wesen eines Menschen berührt werden.



nehmen, tun wir den ersten Schritt zum Dialog. Wenn zusätzlich sein Ausdruck aufgegriffen und erwidert wird, eröffnet sich das Dialogfeld: Jemand, der sehr leise spricht, aber dennoch gut hört, wird in unserer Art der Ansprache spüren, ob wir ihn als Person wahrnehmen und meinen. Denn mit einer ebenfalls leisen Stimme kreieren wir einen emotionalen Beziehungsraum. Oder: Indem wir einen mimischen Gefühlsausdruck mit unseren Worten zum Klingen bringen, wird etwas geteilt und dadurch manches Schwere leichter. Oder: Bereits beim gemeinsamen Gang über den Flur darauf zu achten, die eigene Schrittlänge anzugleichen, kann Verbindung stiften – ganz ohne Worte.

Blickkontakt suchen

Die unmittelbarste physische Form einer Kontaktaufnahme besteht in der Erwidlung des Blicks. Mit ihm kann das ganze Wesen eines Menschen berührt werden und damit in Bewegung geraten. So kann ein einziger Blick eine gewaltige Resonanzwirkung auslösen, gerade in Situationen, in denen ein Mensch verstummt oder versteinert erscheint.

Dennoch sind in der Begleitung und Versorgung Schwerkranker nicht selten

Momente spürbar, in denen kein Blickkontakt entsteht. Woran liegt das? In gesunden Bezügen reagiert der Mensch auf Ansprache, indem er sich dem Sprechenden zuwendet und seinen Blick sucht. Dagegen können motorische und kognitive Einschränkungen dazu führen, dass sich der schwer kranke Mensch einer Ansprache nicht mehr zuwendet. Dieses Muster ist nicht in unseren nonverbalen Kommunikationsgewohnheiten verankert, aus frühen Beziehungserfahrungen und kulturellen Gepflogenheiten entstanden. Dies bedeutet, dass wir in solchen Fällen häufig ohne Blickkontakt die Kommunikation fortsetzen. Das Ausbleiben der Blickzuwendung erfolgte jedoch in der Regel nicht aus einer Entscheidung heraus („Ich verweigere mich“), sondern vielmehr aus einer Einschränkung der Möglichkeiten zu verstehen und zu antworten. Wenn wir einen Menschen aus der Ferne, in der räumlichen Bewegung zu ihm hin ansprechen, können wir also bereits feststellen, ob er sich zuwenden kann. Tut er dies nicht, dann können wir ihm den Weg zu uns erleichtern, indem wir in sein Blickfeld treten. Wenn auch hier keine Hinwendung der Augen erfolgt, suchen wir die Blickrichtung aktiv und geben ihm dann, wenn die Blicke sich getroffen haben, ein wenig Zeit, damit

sich seine Augen einstellen können. Die Reaktionen, die wir hier erfahren können, sind oftmals sehr innig: ein Lächeln oder auch ein Satz von einem scheinbar verstummten Menschen.

Dialoge der Hände

Oft sind Hände oder Finger eines Menschen noch sehr lange beweglich. Diese stellen damit eine weitere, besondere Möglichkeit zum Dialogisieren dar. Ein gemeinsames Feld entsteht dann, wenn die Bewegung des/der Patient:in aufgegriffen und beantwortet werden. Damit erlebt sich auch der schwer kranke und häufig sehr stark eingeschränkte Mensch als Beteiligter im Miteinander und erfährt Gegenseitigkeit.

Ist Empathie nur eine Begabung?

Die individuelle Verwendung unserer Körpersprache wurde durch frühe Beziehungserfahrungen geprägt und ist sensorisch, motorisch und emotional gespeichert. Bei der dialogorientierten Begleitung und Versorgung von kommunikativ und kognitiv eingeschränkten Menschen am Lebensende sind sehr komplexe expressions- und erlebnisorientierte Kommunikationsfertigkeiten erforderlich. Durch Reflexion und Übung kann sich der Raum unserer Verhaltensgewohnheiten weiterentwickeln, sodass geschulte Intuition wächst. Dann wird Empathie mehr als zufällige Begabung, dann ist sie Kompetenz. 

Dr. phil. **Astrid Steinmetz**, Dipl.-Musiktherapeutin und Dipl.-Sozialpädagogin (FH), ist Entwicklerin des Trainingsprogramms **KoW®** – Kommunikation ohne Worte zur Förderung nonverbaler dialogischer Interaktion im Patientenkontakt. Sie ist seit 1999 in der therapeutischen Arbeit mit Schwerkranken und Sterbenden tätig und seit 2000 als Trainerin und Referentin im deutschsprachigen Raum. Website: www.kow.eu E-Mail: steinmetz@kow.de