

„Geht nicht“ geht nicht

Er gilt als nicht therapierbar. Und er lernt und lernt. **Monika Schmidiger** beschreibt, was passiert, wenn man nicht an endgültige Diagnosen glaubt.

Die Ausgangslage

Sie halfen einander. Heute ist Herr Z 55 Jahre alt. Er lebte vor seinem Schlaganfall mit seiner Mutter zusammen. Sie halfen einander. Er unterstützte sie bei schwereren Hausarbeiten. Sie umsorgte ihren Sohn da, wo er Unterstützung brauchte, da er geistig beeinträchtigt ist.

Sich mit Fragen orientieren. Als Kompensation für seine unsichere Orientierung benutzte Herr Z die Sprache als Orientierungshilfe. Er stellt immer wieder dieselben Fragen, um sich zurechtzufinden. Zusätzlich hilft es ihm, wenn der Alltag in engen, immer gleichen Mustern verläuft. Es scheint, als ob diese ihm Sicherheit vermitteln und das Leben erleichtern.

Der Schlaganfall. Im Februar 2013 erlitt Herr Z einen Schlaganfall. Dieses Ereignis zeigte sich in starken Lähmungserscheinungen auf seiner rechten Körperseite. Eine Rehabilitation wurde abgelehnt, da er nicht therapierbar sei. Deshalb wurde er nach einem sechswöchigen Krankenhausaufenthalt in ein Alters- und Betagtenheim verlegt.

Immobilität. Als ich ihn das erste Mal traf, war Herr Z in einem erbärmlichen Zustand. Er konnte nicht schlucken und musste über einen kleinen Schlauch in der Bauchdecke ernährt werden. Wenn Pflegende ihn vom Bett in den Rollstuhl bringen wollten, leistete er beim kleinsten Impuls zu einer Gewichtsverlagerung massiven Widerstand und konnte nur mit dem Patientenlift mobilisiert werden. Jede Pflegehandlung war ein Kraftakt, da er sich bei der kleinsten Berührung komplett versteifte.

Zweifel. Als ich zum ersten Mal mit ihm arbeitete, zweifelte ich an meinen eigenen Kompetenzen. Er schien mir bei jeder gemeinsamen Aktivität eine sehr große Spannung aufzubauen, stellte ununterbrochen dieselben Fragen und kommentierte jede Tätigkeit. Ich fragte mich ernsthaft, ob bei ihm wirklich irgendeine Veränderung sei-

ner Bewegungsmuster möglich ist. Jede verbale Aufforderung, sich auf die eigene Bewegung zu konzentrieren, scheiterte an seinen vielen Fragen. Ich hatte kaum Hoffnung, dass er das, was wir gemeinsam machten, irgendwie nachvollziehen kann. Trotz dieser Zweifel dachte ich, dass mit Kinaesthetics etwas auszurichten sein müsste, und machte mich ans Werk.

Analyse

Nur Mut! Als Kinaesthetics-Trainerin interessiert es mich, wie wir Pflegenden eine Lernumgebung für die PatientInnen gestalten können, innerhalb derer sie aktiver und kompetenter werden. Auch wenn ich in dieser Situation wenig Erfolgchancen sah, wusste ich: Ich probiere es, auch wenn es aussichtslos erscheint.

Aktivitäten in der Rückenlage. Ich überlegte mir Folgendes: Wenn man die Herausforderung, das eigene Körpergewicht in der Schwerkraft zu kontrollieren, mit den verschiedenen Positionen in Beziehung bringt, die ein Mensch einnehmen kann, wird ersichtlich: Grundsätzlich ist es in tieferen Positionen einfacher, zu kontrollieren, wie die einzelnen Körperteile ihr Gewicht abgeben. Dies darum, weil in tieferen Positionen mehr Körperteile direkt auf eine Auflagefläche treffen. In Kinaesthetics wird dieses Grundmuster mit dem Begriff „Hierarchie der Kompetenzen“ bezeichnet (vgl. Kasten).

Aus diesem Grund überprüfte ich zuerst, wie Herr Z sich selbstständig im Bett bewegt. Ich beobachtete, wie er sich aus der Rückenlage in die Seitenlage bewegen konnte oder sich in Rückenlage kopfwärts fortbewegt. Und das Resultat war für mich auf den ersten Blick ernüchternd: Er bewegte sich mit so viel Kraft, dass er ganz spastisch wurde und der Erfolg seiner Bemühungen eher zufällig war.

Trotzdem suchte ich in der Rückenlage Ansatzpunkte für eine Veränderung. Ich dachte mir: Wenn es ihm gelingt, in der Rückenlage seine Anpassungsmöglichkeiten zu erweitern und seine

Körperspannung angemessener zu regulieren, könnte das auf andere Aktivitäten in höheren Positionen einen Einfluss haben.

Ein genaues Bild. Die Situation war für mich so komplex, dass ich beschloss, anhand des Konzept-Rasters von Kinaesthetics meine Beobachtungen und Erfahrungen mit Herrn Z differenziert zu analysieren. Das Resultat dieser ersten Auseinandersetzung wird aus der Grafik ersichtlich.

Das Lernen beginnt

Superweichmatratze. Als ich mich zum ersten Mal mit Herr Z bewegte, bemerkte ich, dass er auf – oder besser – in einer Superweichmatratze lag. Diese ließ ich möglichst schnell austauschen, da diese weiche Umgebung seine Bewegungswahrnehmung nur erschwert.

Aus der Rückenlage in die Seitenlage. Als ich ihn das erste Mal aufforderte, sich aus der Rückenlage in die Seitenlage zu bewegen, verunsicherte ich ihn sehr. Er sagte: „Das kann ich nicht, das machen sie immer für mich.“

Also schlug ich ihm vor, die Beine anzuziehen. Sein linkes Bein konnte er mit wenig Anstrengung anziehen. Beim Anwinkeln des rechten Beines hatte ich den Eindruck, dass er viel Kraft brauchte und sein ganzer Körper sich verkrampfte.

Er wollte bei allen Aktivitäten unbedingt mithelfen. Wenn ich ihn unterstützte, sich auf die linke Seite zu drehen, zog er mit seiner Hand mit großer Anstrengung am Bettgitter. Und drehte sich so fast alleine auf die Seite!

Er will und kann. Da wusste ich: Er will und kann Aktivitäten aktiv mitgestalten. Er hat sehr viel Kraft und setzt diese Kraft so ein, wie es ihm möglich ist. Er will und er kann – das sind ideale Voraussetzungen. Jetzt stellte sich die Frage, wie er lernen kann, diese Aktivitäten mit passender Anstrengung zu gestalten.

Die Wirkungszusammenhänge

Interaktionsqualität. Im Moment, in dem ich Herrn Z berühre, entsteht eine unmittelbare Wirkung auf ihn und auf mich. Wenn ich ihn grob anfasse und mit viel Kraft anleite, zeigt sich die Wir-

Herr Z hat nicht nur den Weg ins Sitzen gelernt; er ist in der Lage, sich selbst sein T-Shirt an- und aus-zuziehen (wie auf Seite 30 beschrieben).



kinaesthetics-konzeptraster

Die Analyse der Ausgangslage im März 2013

Herr Z hat seine Bewegungskompetenz so entwickelt, dass sich seine Muskeln bei der kleinsten Störung in höchster Intensität anspannen. In Bewegungsinteraktionen versteift er sich und kann sich kaum wieder entspannen: Eine „Alles-oder-Nichts-Anpassung“ ist beobachtbar. Der Seh- und Hörsinn scheint intakt zu sein. Bei Anweisungen braucht er viele sprachliche Informationen, um sich sicher zu fühlen.

Das Zusammenspiel von Zeit, Raum und Anstrengung ist in der Interaktion oft so gestaltet, dass ich ihm für Aktivitäten zu wenig Zeit lasse, er seine inneren Bewegungsspielräume einschränkt und die Körperspannung erhöht.

Er kann seine Körperteile nicht vielfältig und der Situation angepasst interagieren lassen, er bewegt alles oder nichts. In der Interaktion zwischen mir und ihm ist meistens nur eine einseitige Interaktionsform möglich, d. h. die Führung liegt bei mir.

Er trägt das Gewicht seiner Körperteile bei Fortbewegungsaktivitäten mit seinen Muskeln. Das führt zu hoher Spannung. Selbst im Liegen kann er das Gewicht seiner Körperteile nur schwer direkt abgeben. Er nutzt den Bewegungsspielraum seiner Zwischenräume fast nicht aus. Alle sieben Massen bewegt er meistens en bloc.

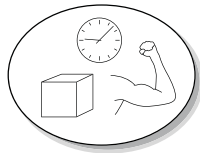
Die körperliche Orientierung ist bei ihm richtiggehend verkümmert. Weder „Oben“ noch „Unten“ im Körper und schon gar nicht die Vorder- und Rückseiten scheinen für ihn einen Unterschied zu machen und dementsprechend differenziert einsetzbar zu sein.

Interaktion

Funktionale Anatomie



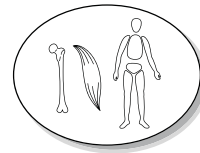
Sinne



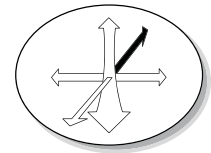
Bewegungselemente



Interaktionsformen



Knochen/Muskeln
Massen/Zwischenräume



Orientierung

Die Standortbestimmung im November 2013

Herr Z hat noch immer die Fähigkeit, seine Muskeln sehr stark anzuspannen. Er kann heute selber unterscheiden, wann er eine Aktivität anstrengend oder weniger anstrengend findet.

Er kann einzelne Aktivitäten wie Liegen so gestalten, dass er seinen inneren Raum nutzt. Er kann Zeit und Anstrengung besser koordinieren. Andere Aktivitäten (z. B. vom Liegen ins Sitzen kommen) sind immer noch eher anstrengend und schnell; er nutzt seine inneren Räume eher wenig.

Er kann viel besser Körperteile einzeln und nacheinander bewegen. In der Interaktion mit den Pflegepersonen kann er verbalen Aufforderungen und Bewegungsanleitungen folgen. Wir benutzen eher die schrittweise Interaktionsform.

Er übernimmt bei Fortbewegungsaktivitäten weniger Gewicht mit seinen Muskeln, aber immer noch recht viel. So baut er immer noch eine hohe Spannung im Körper auf. Er bewegt grundsätzlich seine Massen freier in verschiedene Richtungen.

Seine körperliche Orientierung hat sich offensichtlich verbessert.

Er kann seine Transport- und Haltungsverhaltensmöglichkeiten weder unterscheiden noch einsetzen.

Wenn er sich fortbewegen will, zieht er oft mit dem rechten Arm an irgendetwas und baut eine enorme Spannung auf. Das führt dazu, dass er das Spiel zwischen Ziehen und Drücken im Körper nicht mehr produktiv einsetzen kann.

Er hält sich vor allem in Rückenlage auf, aber selbst diese Position bereitet ihm Schwierigkeiten. So kann er z. B. seinen rechten Arm nicht ablegen. Auch das Gewicht der anderen Massen kann er nicht differenziert abgeben. Das zeigt sich darin, dass er nicht imstande ist, die Massen einzeln zu rollen. Dadurch kann er die Position kaum anpassen und nur minimal verändern.

Gezielte gehende Fortbewegungen in irgendeiner Position und Positionswechsel sind ohne Unterstützung kaum möglich.

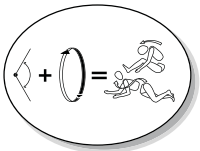
Aktiv zieht er mit einer Hand am Bettgitter oder Bettbügel. Er nutzt so die Umgebung, um sich zu bewegen – allerdings mit sehr viel Anstrengung und wenig Kontrolle.

Menschliche Bewegung

Anstrengung

Menschliche Funktion

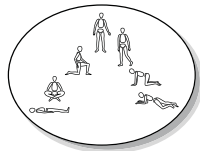
Umgebung



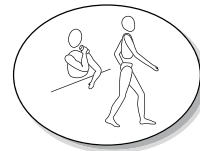
Haltungs-/Transportbewegung, parallele/spiralige Muster



Ziehen/Drücken



Einfach: Positionen/Grundpositionen



Komplex: Bewegung am Ort/Fortbewegung



Gestalten der Umgebung

Er hat mehr Möglichkeiten, Transportbewegungen zu nutzen.

Er kann Drücken und Ziehen differenzierter gestalten.

Er kann Liegen und Sitzen differenziert gestalten und selber Anpassungen machen. Er kann in Rückenlage bewusst das Gewicht seiner Massen auf eine Unterstützungsfläche abgeben.

Er kann sein T-Shirt ausziehen und mit wenig Unterstützung wieder anziehen, selbstständig essen und seine Zähne putzen. Er geht am Handlauf mit Unterstützung, kommt selber von der Rücken- in die Seitenlage und braucht wenig Unterstützung von der Seitenlage ins Sitzen sowie vom Bett in den Rollstuhl.

Er benutzt den Bettbügel nicht mehr. Er kommt mit einer normalen Matratze besser zurecht und hat keine Probleme (Dekubitus o. Ä.) bekommen.

„Er will und er kann – das sind ideale Voraussetzungen. Jetzt stellt sich die Frage, wie er lernen kann, diese Aktivitäten mit passenderer Anstrengung zu gestalten.“



Die Autorin:

Monika Schmidiger ist von Beruf Pflegefachfrau und Kinaesthetics-Trainerin Stufe 3. Sie arbeitet in der Altenpflege und wohnt im Kanton Bern, Schweiz.



kung in der Art, wie er sich selbst zu regulieren beginnt: Meine „Hilfe“ wird dann zum Grund, noch mehr Spannung aufzubauen und seine Körperseite mit Lähmungserscheinungen wird spastisch. Er lernt auf diese Weise, sich daran anzupassen, dass ich ihn bewege, und nicht, sich immer selbstständiger zu bewegen.

Als Pflegende muss ich verstehen, dass sich jeder Mensch autonom meinen Bewegungsimpulsen anpasst. Ich kann nicht vorhersehen, wie jemand das tut. Aber ich habe die Kompetenz, meine Bewegung differenziert und gezielt anzupassen. Wenn ich im Tun die Anpassung von Herrn Z genau beobachte und mein eigenes Bewegungsverhalten gezielt kontrolliere, kann meine Bewegung für ihn zur Möglichkeit werden, selbst sensibler und achtsamer zu werden und die eigene Bewegungskompetenz zu erweitern.

Ein langer Lernprozess

Ich habe mit Herrn Z insgesamt 8 Monate gearbeitet. Schritt für Schritt bezog ich die Pflegekollegen mit ein. Und Herr Z lernte mit der Zeit, genau zu beschreiben, was ihm hilft. Sein Veränderungsprozess ist eindrücklich. Hier eine Standortbestimmung.

Drehen im Bett: Heute kann Herr Z seine Beine anziehen und mit ihnen gegen die Matratze drücken, um aus der Rückenlage in die Seitenlage zu gelangen. Er hat immer noch das Muster, hierfür mit der einen Hand am Bettgitter zu ziehen. Und das erhöht seine Körperspannung immer noch recht stark.

Sich in der Rückenlage anpassen: Er hat gelernt, seine Beine und Arme so einzusetzen, dass er selber Gewichtsverlagerungen in der Rückenlage gestalten kann.

Aus der Seitenlage ins Sitzen: Er ist imstande, alleine aus der Seitenlage ins Sitzen zu kommen, tut es aber mit so viel Spannung, dass er auf längere Sicht Gefahr läuft, sich dabei zu verletzen.

Sitzen: Er kann das Sitzen am Bettrand durch kleine Anpassungsbewegungen kontrollieren, indem er z. B. mit den Füßen gegen den Boden drückt.

Schuhe anziehen: Er hat gelernt in den linken Schuh zu schlüpfen. Rechts braucht er Unterstützung, was unterdessen in gleichzeitig-gemeinsamer Interaktionsform gelingt.

Vom Bett in den Rollstuhl: Mittlerweile hält er sich mit der linken Hand an der weiter entfernten Lehne des Rollstuhls, zieht sich mit viel Kraft ins Stehen, macht dann etwas mit den Füßen, das eher wie ein Rutschen aussieht, und setzt sich dann sehr schnell in den Rollstuhl.

T-Shirt ausziehen: Es gelingt ihm ganz einfach, sein großes T-Shirt auszuziehen. Dabei geht er so vor: Er greift mit der linken Hand hinter den Kopf, bis er den Kragen des T-Shirts fassen kann. Dann zieht er es über den Kopf. Danach ergreift er den Stoff bei der rechten Schulter und schlüpft mit dem rechten Arm aus dem T-Shirt. Anschließend legt er den rechten Arm auf das T-Shirt und schüttelt den linken Arm aus dem T-Shirt.

Essen: Die PEG-Sonde ist entfernt. Er isst selbst normale Kost und verschluckt sich nicht mehr. Diese Kompetenz ist entstanden, weil er lernte, den Weg vom Liegen ins Sitzen selbst zu gestalten und dabei mit den Extremitäten das Gewicht seiner Körperteile zu übernehmen. Als Folge davon kann er seinen Kopf und seinen Brustkorb im Sitzen mit viel weniger Anstrengung kontrollieren und die Zwischenräume des Halses und der Taille besser nutzen. Und das ist eine wichtige Voraussetzung, um schlucken zu können.

Stehen: Am Handlauf kann er allein stehen, braucht aber Anleitung, um das Gewicht zu verlagern. So kann er jedes Bein im Stehen anwinkeln und Gewicht auf das andere Bein bringen.

Lernt er spastisch zu werden?

Unglaublicher Fortschritt. Einerseits ist es faszinierend, wie viele Aktivitäten Herr Z jetzt selbstständig ausführen kann. All das war vor acht Monaten undenkbar. Andererseits beobachte ich, dass er in vielen Aktivitäten noch immer sehr viel Kraft einsetzt. Das bedeutet: Er ist auch jetzt noch auf dem Weg, seiner Tendenz zu spastischen Mustern zu folgen. Er lernt durch das eigene Tun spastischer zu werden. Es be-

steht die Gefahr, dass er durch die größere Selbstständigkeit Schritt für Schritt daran arbeitet, die Aktivitäten nicht mehr selbst ausführen zu können.

Abhängigkeit ist gelernt. Man könnte sagen: Das gehört zum Krankheitsbild. Wenn wir annehmen, dass wir durch die Qualität der eigenen alltäglichen Aktivitäten ständig unsere eigene Entwicklungsrichtung beeinflussen, sieht das anders aus. Dann kann man sagen: Sein Umgang mit sich selbst hat die Tendenz, die Anzahl der Möglichkeiten in der eigenen Bewegung einzuschränken. Um das zu verändern, braucht er kompetente BewegungspartnerInnen.

Das Lernen geht weiter. Das heißt für Herrn Z, für mich und für das Pflegeteam, dass wir uns nicht auf den Lorbeeren ausruhen dürfen. Wir können alle stolz sein auf das, was er erreicht hat. Jetzt jedoch müssen wir unsere Achtung vermehrt auf

das „Wie“ legen. Wir müssen seine Bewegungsmuster noch besser verstehen lernen. Wenn das gelingt, können wir ihn so anleiten, dass die Qualität der Alltagsgestaltung ihm hilft, immer kompetenter zu werden. Hier liegt die faszinierende Kunst, der ästhetische Teil von Kinaesthetics. Das heißt für uns Pflegekräfte, dass wir uns selbst hinterfragen und ständig überprüfen sollten: „Stimmt die Anleitung? Kann Herr Z die eigene Spannung passend kontrollieren? Kann er aktiv mitmachen?“

Wir müssen noch besser in der Lage sein, ihn während der gemeinsamen Aktivität in einem angemessenen Spannungsaufbau zu unterstützen. Und das führt weg von festgefahrenen Mustern – v. a. bei uns selbst. Wir müssen uns von der Illusion verabschieden, schon im Voraus zu wissen, wie eine Mobilisation aussehen sollte.

Hierarchie der Kompetenzen

Kinaesthetics beschreibt im Konzept „Menschliche Funktion“ sieben Grundpositionen. Die erste Grundposition ist die Rückenlage. Diese erfordert die Kompetenz, das Gewicht jeder Masse (d. h. von Kopf, Brustkorb, Becken, Beinen und Armen) einzeln auf die Unterstützungsfläche abgeben zu können. Wenn das gelingt, sind alle Zwischenräume frei beweglich und man kann die Massen einzeln auf der Unterstützungsfläche rollen. In der Rückenlage ist es am einfachsten zu kontrollieren, wie die Körperteile ihr Gewicht in der Schwerkraft abgeben.

Die nächste Grundposition (Bauchlage mit Ellbogenstütz) erfordert zusätzlich die Kompetenz, dass man das Gewicht des Kopfes und teilweise des Brustkorbs indirekt über die Arme auf die Unterstützungsfläche abgeben kann. Nur schon deshalb ist diese Grundposition anspruchsvoller.

Mit jeder folgenden Position geben immer weniger Massen ihr Gewicht direkt auf die Unterstützungsfläche ab und die Herausforderung der indirekten Gewichtsabgabe nimmt zu.

Spezifische Kompetenzen, die in diesem Sinn hierarchisch gestuft sind, haben durch alle Grundpositionen hindurch und auf allen Wegen von einer Grundposition in eine andere eine elementare Bedeutung. In der Rückenlage kann man z. B. relativ einfach lernen, mit den Beinen die Bewegung des Beckens zu unterstützen und zu kontrollieren – eine Kompetenz, die auch in allen höheren Grundpositionen eine wichtige Rolle spielt. Sie ist auch eine Erleichterung oder gar Voraussetzung, dass man mit angemessener Anstrengung in die nächsthöhere Position gelangt. Entsprechend gilt auch für die anderen spezifischen Kompetenzen, die die Grundpositionen oder der Weg zwischen ihnen erfordert, dass man sie sinnvoller und leichter in tieferen Positionen erwirbt oder erweitert als in höheren.

Feedback-Kontrollsystem

Kinaesthetics geht davon aus, dass wir unser Verhalten und unsere Aktivitäten durch einen zirkulären Rückmeldeprozess selbst regulieren. Das bedeutet, dass alle Bewegungsmuster – die hilfreichen und weniger hilfreichen – gelernt sind und durch die Qualität der alltäglichen Aktivitäten einem ständigen Anpassungsprozess unterworfen sind. Und dieser führt entweder zu weniger oder zu mehr Bewegungsmöglichkeiten.

Diese Erkenntnis bedeutet, dass jede pflegerische Unterstützung das Potenzial in sich trägt, die Möglichkeiten einer PatientIn zu verbreitern. Und es versteht sich von selbst, dass professionelle Pflege nicht die Quelle für eine Verarmung, Einschränkung oder Behinderung dieser Möglichkeiten sein darf.