

Bewegung erleben trotz Spastizität

Von Rosemarie Mathys & Jan Straub

Mit der stetigen Zunahme von neurodegenerativen Störungen, insbesondere von demenziellen Prozessen, wächst die Menge an hochkomplexen Pflegesituationen, in denen Spastizität eine Rolle spielt und die somit neue fachliche Anforderungen an die unterstützenden Personen stellen.

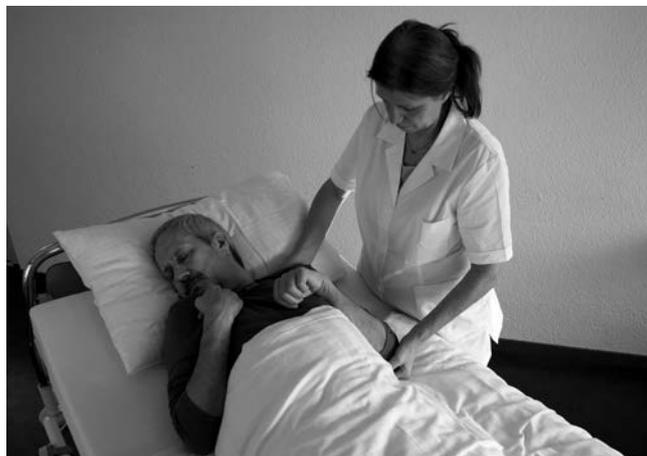
Spastizität und chronisch erhöhter Muskeltonus sind im Kontext von neurologischen Veränderungen sehr häufige, aber letztlich immer noch wenig erforschte Phänomene, obwohl die Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen gravierend sind: Die damit verbundenen Einschränkungen in der Bewegungs-, Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit führen zu einer massiven Reduktion oder gar zum vollständigen Verlust der Selbstpflegekompetenz. Unter Spastizität – der Begriff Spastik wird synonym verwendet – ist eine in charakteristischer Weise erhöhte Eigenspannung der Skelettmuskulatur zu verstehen, die immer auf eine Störung des zentralen Nervensystems zurückzuführen ist. Populär als «muskuläre Versteifung» bezeichnet, stellt sie ein ausserordentlich häufiges Begleitsymptom bei zahlreichen pathologischen neurologischen Zuständen dar (Stevenson/Jarrett, 2006).

Auslösende Reize

Bei Spastizität ist die Muskelanspannung zwar generell und dauerhaft erhöht, trotzdem ist sie kein statischer Zustand, sondern variiert situationsabhängig. Chronische Tonuserhöhung kann mit Steigerung auf folgende Reize reagieren: Berührung, Bewegung (passiv oder aktiv), Emotionen (Angst, Ärger oder auch grosse Freude), Tempo (Eile, Stress), Schmerz, Belastungszustände, Unsicherheit, Kälte, Lärm.

Auswirkungen auf die Lebensqualität

Die wohl direkteste Auswirkung von Spastizität ist die Bewegungseinschränkung, die sich in einer zunehmenden Immobilität zeigt. Auf der körperlichen Ebene sind die Veränderungen massiv: Die Willkürmotorik ist eingeschränkt, die Muskelkraft vermindert sich; auch die feinmotorischen Fähigkeiten nehmen kontinuierlich immer mehr ab. Es kommt zu Muskelverkürzungen, sekundären Arthrosen, Kontrakturen. Die dadurch entstehenden abnormen Körperhaltungen und spastischen Muster können zudem zu Atem-, Schluck- und Sprachproblemen führen.



Position der Hände der Technik Druck – Gegendruck von Schulter zu Ellenbogen am liegenden Klienten

Als Konsequenz dieser einschneidenden körperlichen Störungen kommt es häufig auch zu psychosozialen Veränderungen und sekundären Krankheitsbildern, wie etwa einer reaktiven Depression (Stevenson/Jarrett, 2006).

Spastizität aus der Sicht der Basalen Stimulation

und der Ortho-Bionomy Für die Förderung der Beweglichkeit bei Spastizität haben sich zwei Konzepte – Basale Stimulation und Ortho-Bionomy – als besonders wirkungsvoll erwiesen. Die Basale Stimulation betrachtet das Phänomen Spastizität nicht nur aus pathophysiologischer Sicht, sondern zusätzlich noch aus der Bedeutungs- und Erlebensperspektive und postuliert dabei folgende Hypothese: «Gelähmte und bewegungslose Menschen spüren sich und die Umwelt wenig und verlieren dadurch ihre Orientierung. [...] Tonuserhöhung scheint bei manchen Patienten der Versuch zu sein, mehr zu spüren.» (Nydahl, 2005: 136). Beobachtungen in der Praxis scheinen diese Deutung zu unterstützen: Bei Menschen mit spastischen Mustern finden sich sehr häufig geballte Fäuste, die zudem oft eng an den Brustkorb gepresst sind. Werden derartige körpersprachliche Signale neutral interpretiert, so wirkt eine solche Haltung ganz offensichtlich wie ein Versuch, sich zu schützen; ähnlich auch bei den oft anzutreffenden Embryonalstellungen (Fröhlich/Bienstein, 2010). Man könnte also die Tonuserhöhung, die den Betroffenen deutlich spürbare Sinneseindrücke vermittelt, tatsächlich als Ausdruck einer Suche nach mehr Information verstehen (Nydahl/Bartoszek, 2007), was gerade bei lange



Position der Hände Mikrobewegung am Fussgelenk
Fotos: zVg

bettlägerigen und wahrnehmungsveränderten Menschen durchaus nachvollziehbar ist: Wer über wenig Informationen zu sich selber und seiner unmittelbaren Umgebung verfügt, interpretiert Geräusche, Personen und Berührungen sehr rasch als bedrohlich und muss sich folgerichtig schützen. Gleichzeitig lassen sich solche Haltungen aber auch als Versuch werten, «das eigene Leben zu spüren».

Auch die Ortho-Bionomy legt grösstes Gewicht auf das achtsame Wahrnehmen solcher Körpersignale. Sie achtet auf kleinste Eigenbewegungen im Gewebe, begleitet diese in der Entfaltung. Beide Konzepte werten diese Zeichen als wichtige und wertvolle Botschaften, die es zu beachten und zu verstehen gilt. Folgerichtig werden die körpersprachlichen Mitteilungen als eine vollgültige Kommunikationsform betrachtet, die einen Dialog zwischen Klientin/Klient und Pflegeperson ermöglichen. Der Aspekt der Gegenseitigkeit zieht sich dann wie ein roter Faden durch die gesamte Intervention: Die Klientin oder der Klient ist ein echtes Gegenüber, das durch seine Reaktionen die Handlung entscheidend mitgestaltet. Mit seiner Hilfe lässt sich der Pflegeprozess planen, durchführen, evaluieren und laufend anpassen.

Die Situation erfassen

Im Assessment einer Situation, in der Bewegungsförderung bei Spastizität das Thema ist, geht es darum, die spastischen Muster genau zu beobachten, um das noch vorhandene Beweglichkeitspotenzial in die Gestaltung

der Pflege einbeziehen zu können. Die Basale Stimulation richtet den Wahrnehmungsfokus auf die Perspektive des betroffenen Menschen, auf sein Erleben und die Bedeutung seines Verhaltens und konzentriert sich auf beobachtbare körpersprachliche Zeichen; die Ortho-Bionomy dagegen leitet vor allem zur gezielten Beobachtung von Reaktionen auf Entspannungsimpulse an. Grundsätzlich gilt es in beiden Konzepten danach zu suchen, worauf und wie die betroffene Klientin oder der Klient reagiert.

Das Anbahnen einer Aktivität

Das gezielte Anbahnen von pflegerischen Interventionen über das Medium der Berührung schafft eine zentrale Voraussetzung für ein erfolgversprechendes Outcome der intendierten Handlung. Das betrifft unter anderem Aktivitäten im Zusammenhang mit Körperpflege, Nahrungsaufnahme und Positionsveränderungen. Das Anbahnen einer Aktivität – man könnte auch von Einstimmen sprechen – hat das Ziel, zusammen mit der betroffenen Person ins Hier und Jetzt zu gelangen, um in dieser Gegenwart gemeinsam etwas zu tun. Anbahnen knüpft auch an physiologische Bedingungen an: Jede Aktivität, die mit Bewegungsabläufen oder Kraftaufwand verbunden ist, wird vom Gehirn – ob bewusst oder unbewusst – vorbereitet, geplant.

In der Phase des Anbahnens werden zahlreiche Bewegungsinformationen angeboten – Bewegung soll für die Betroffenen deutlich erfahrbar sein; die Reaktionen darauf leiten das weitere Vorgehen, in dem es vor allem darum geht, durch gezielte Berührung situationsspezifische Informationen zu übermitteln und so die Beweglichkeit zu fördern. Sowohl in der Basalen Stimulation wie in der Ortho-Bionomy wird das Anbahnen immer mit einer Initialberührung – im Sinne einer gut reflektierten Kontaktaufnahme – an einer geeigneten Körperstelle eingeleitet.

Kriterien:

- Der Körper und die eigene Kraft werden erfahrbar gemacht.
- Die auf den Körper wirkende Schwerkraft kann gefühlt werden.
- Es wird ein lockendes Angebot für Eigenbewegungen geschaffen.

- Es wird Halt vermittelt, sodass eine neue Position über eine längere Zeitspanne erfahrbar bleibt.
- Der Körper wird so unterstützt, dass keine Überdehnungen oder Verkürzungen der Muskulatur entstehen und somit das spastische Muster reduziert wird.
- Der Körper wird möglichst schmerzfrei positioniert.
- Jedes Zeichen von Zustimmung oder Ablehnung wird beantwortet und einbezogen.

Für das zielorientierte Anbahnen bieten sich zahlreiche Möglichkeiten auf der somatischen, vestibulären und vibratorischen Wahrnehmungsebene an (Mathys/Straub, 2010). Aus der Basalen Stimulation sei speziell das «Modellieren» (s. unten) erwähnt. Als besonders geeignet hat sich auch die Technik der Mikrobewegung erwiesen, die aus der Ortho-Bionomy stammt; dabei werden minimale Bewegungsimpulse eingesetzt, die den Betroffenen die Richtung der intendierten Bewegung vermitteln und gleichzeitig den Pflegenden aufzeigen, welches Selbstbewegungspotenzial vorhanden ist und wie es optimal genutzt werden kann. Jede Lageveränderung ist mit Bewegung verbunden. Positionswechsel eignen sich daher ausserordentlich gut, die meist stark reduzierte Körperwahrnehmung der Klientinnen und Klienten durch gezielte Berührungs- und Bewegungsinformationen zu stärken.

Ein Fallbeispiel

Geschildert wird ein Positionswechsel von der Rücken- in die linke Seitenlage: Frau O., 71 Jahre alt, ist durch schwere spastische Muster in ihrer Bewegungsfähigkeit massiv eingeschränkt; die Wahrnehmungsfähigkeit ist durch eine fortgeschrittene Demenz verändert.

Die Pflegeperson positioniert sich auf der rechten Bettseite. Nach der Initialberührung an der rechten Schulter macht sie Frau O. durch die Bettdecke hindurch mit grossflächigem, sanftem Druck den Körper bewusst. Danach wird die Decke langsam zurückgerollt. Anschliessend wird der Körper durch langsame, grossflächige Bewegungen mo-

delliert. Das Modellieren hat Frau O. bis jetzt immer sehr geschätzt, denn damit liess sich in der Regel der Körpertonus reduzieren – es wird also eine Ressource eingesetzt.

Danach entfernt die Pflegeperson die Lagerungshilfsmittel, indem sie nacheinander zuerst die Arme, dann die Beine frei macht. Es folgt das Angebot der Mikrobewegung; die schwachen, aber wahrnehmbaren Eigenbewegungen von Frau O. werden so beantwortet, dass die Bewegungen durch minimalen Druck in die von ihr angedeutete Richtung ganz leicht verstärkt und begleitet werden. Frau O. zeigt mit nachlassendem Tonus an, dass die Intervention fortgesetzt werden kann. Mithilfe der Unterlage zieht nun die Pflegeperson den ganzen Körper gegen sich auf die rechte Bettseite, um Platz für den Drehvorgang zu gewinnen. Durch diese Aktion erhöht sich reaktiv der Muskeltonus der Klientin. Nochmals modelliert die Pflegeperson den Körper; der Tonus senkt sich wieder. Nach einer kurzen Ruhepause wird Frau O. in betont langsamem Tempo auf die linke Seite gedreht, und dann wird mit kleinen Bewegungen nach einer optimalen Position gesucht, indem die körpersprachlichen Signale und die Tonusveränderungen ständig beobachtet werden: Je stimmiger die Position, desto entspannter ist der Körper. Die so gefundene Position wird durch Lagerungshilfsmittel mit viel Auflageflächen – zur Vermittlung eines deutlichen Körpergefühls – stabilisiert. Um das Körpererleben zusätzlich zu verstärken, wird jede Extremität im Einklang mit dem Atemrhythmus um ein wenig angehoben und beim Ausatmen sorgsam zurückgelegt. Die Pflegeperson legt nun die Bettdecke langsam über die Klientin; danach umfasst sie durch die Bettdecke die Füsse von Frau O. und vermittelt ihr durch klaren Druck auf die Fusssohle eine deutliche Information zu ihrem Körperende. Abschliessend wird Frau O. gefragt, ob sie sich wohl fühle. Keine sichtbaren körpersprachlichen Zeichen – auch das ist eine Mitteilung; sie wird als Einverständnis mit der neuen Position interpretiert.

Frau O. hat durch diese Intervention, die Elemente aus der Basalen Stimulation und aus der Ortho-Bionomy kombiniert, ihren Körper durch gezielte Berührung und unterstützte Bewegung als Ganzes erlebt – ein kleines Stück Lebensqualität.

Leitfragen zur Beobachtung und Einschätzung der Situation:

- Welche Anforderungen oder Herausforderungen tragen zur Erhöhung des Muskeltonus bei?
- Welche Reize machen die Tonussteigerung notwendig?
- Welche Umstände führen dazu, dass der betroffene Mensch den Muskeltonus nicht abbaut?
- Welche Beuge-/Streckmuskulatur ist betroffen?
- Wie sind die Extremitäten, die rechte/linke Körperseite von der Tonuserhöhung betroffen? Wie ist der Körperstamm daran beteiligt?
- Wie zeigt sich das spastische Haltungsmuster?
- Gibt es in unterschiedlichen Körperpositionen Unterschiede in der Spastizität?
- Sind in Ruhephasen oder bei Aktivitäten Unterschiede in der Spastizität erkennbar?
- Welche aktiven Eigenbewegungen oder Eigenberührungen sind möglich?
- Was passiert bei der Kontaktaufnahme, bei Berührung?
- Wie ist die Hör- und Sehfähigkeit?
- Wie ist die Sprachfähigkeit?
- Wird eine Selbststimulation über die eigene Stimme (Summen, repetitive Laute etc.) oder über Bewegung (Schaukeln, Wippen etc.) ausgeübt? Mathys/Straub, 2010



Rosemarie Mathys, Pflegefachfrau HF, Praxisbegleiterin Basale Stimulation® in der Pflege, Berufsschullehrerin im Gesundheitswesen, Ortho-Bionomy® Practitioner, führt eine Gesundheitspraxis, ist Lehrbeauftragte am medi in Bern, an der Berner Fachhochschule im Studiengang Pflege und Dozentin für betriebsinterne Weiterbildung.
rosemariemathys@bluewin.ch



Jan Straub, Dr. phil., MME Universität Bern, Pflegefachmann HF, Berufsschullehrer im Gesundheitswesen, Dozent an der Berner Fachhochschule im Studiengang Pflege.

Literatur

Bartoszek G. & Nydahl P. (Hrsg.) (2007).
Basale Stimulation – Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker, München: Urban & Fischer.

Mathys R. & Straub J. (2010).
Spastizität – pflegerische Interventionen aus der Sicht der Basalen Stimulation und der Ortho-Bionomy. Bern: Huber.

Weber K., Wiese M. (2006).
Weiche manuelle Techniken der Ortho-Bionomy®. Stuttgart: Sonntag.

Weitere Literatur gibt es bei den Autoren.

Dieser Artikel erschien in
"NOVA – Das Fachmagazin für Pflege und Betreuung"
Ausgabe Nr. 1/2011