



«Herausforderndes Verhalten» in der Neurologie

Die Erfahrung der Wirksamkeit

Autorin: Stephanie Kaller
Fotos: Stephanie Kaller

«Herausforderndes Verhalten» von Menschen wird in der Pflege oft beklagt. Doch wer fordert wen heraus? Ist es nicht eher die Frage nach der Wirksamkeit im eigenen Tun, die alle herausfordert? Ich gehe im Folgenden am Beispiel des Pusher-Syndroms dieser Frage nach und lade Sie zu einem Perspektivenwechsel ein.

Herausfordernd. Das Verhalten einer neurologischen PatientIn stellt für Pflegepersonen dann eine spezielle Herausforderung dar, wenn diese sich in einer bestimmten Situation von außen betrachtet nicht passend verhält und scheinbar gegen das Unterstützungsangebot der Pflegeperson arbeitet. Die Spannung wird auf beiden Seiten enorm hoch und die Unterstützung gleicht einem Kampf. Die PatientIn schimpft über die Pflegeperson, denn sie hat das Gefühl, ihr würde Gewalt angetan und nicht geholfen. Die Pflegeperson weist die PatientIn zurecht, bezeichnet sie bei der Übergabe als abwehrend und nicht kooperativ. In manchen Fällen wird die PatientIn als «pushend» bezeichnet, um damit auf ein spezifisches Phänomen hinzuweisen.

Das Pusher-Syndrom aus pathogenetischer Perspektive

Das Phänomen des «Pushens». Die Physiotherapeutin Patricia M. Davies beschrieb im Jahr 1985 erstmals das Pusher-Syndrom (englisch to push = drücken), das sie bei einer Gruppe von PatientInnen nach Schlaganfall mit Halbseitenlähmung beobachtete. «Der Patient stößt in allen Positionen heftig zur paretischen [gelähmten] Seite, und er setzt allen Versuchen einer passiven Korrektur seiner Haltung Widerstand entgegen, also jedem Bemühen, sein Gewicht wieder zur nicht betroffenen Seite hin, d. h. in und über die Mittellinie zu verlagern» (Davies 2002, S. 490).

Ursache und Behandlung. Eine Herausforderung stellt die Suche nach einer plausiblen Erklärung dann dar, wenn man die Frage beantworten will, warum die PatientInnen zur gelähmten Seite hin drücken. Das Unvermögen, sich im Sitzen und Stehen senkrecht auszurichten beziehungsweise sich aktiv in eine Schräglage zu bringen, steht bis heute im Mittelpunkt der Betrachtungen und wird mit einer pathologischen Wahrnehmung der eigenen Körperposition begründet. So beschreibt Lothar Urbas: «Die Körperlängsachse





verschiebt sich hier scheinbar zur betroffenen Seite hin, so dass der Patient sich im Sitzen und Stehen ständig zur betroffenen Seite hin schiebt und drückt, um vermeintlich im Gleichgewicht und in seiner verschobenen Senkrechten zu bleiben ...» (Urbas 1996, S. 59).

Die Behandlung der Betroffenen orientiert sich an der senkrechten Ausrichtung des Körpers und der Korrektur des Verhaltens. Ein Beispiel hierfür ist das visuelle Feedback-Training, bei dem die erhaltene Fähigkeit, senkrechte Strukturen als senkrecht zu sehen und die eigene Körperposition mit dieser Wahrnehmung abzugleichen, als Rückmeldung genutzt wird (vgl. Karnath; Brötz 2005).

Das Pusher-Syndrom aus ontogenetischer Perspektive

Herkömmliche Sichtweise. Aktuell konzentrieren sich die Beschreibungen des Pusher-Syndroms, die Diagnostik und Behandlung, wie eingangs beschrieben, auf die defizitäre Verhaltensweise, sich senkrecht in einer Position, wie Sitzen und Stehen, ausrichten zu können.

Neue Perspektive. Aus kinästhetischer Sicht sollte der Blick im Umgang mit dem Pusher-Syndrom jedoch vielmehr auf die grundlegende Kompetenz, das Gewicht

als Bewegungsprozesse wie die Fortbewegung oder Positionswechsel» (EKA 2018, S. 43). Wie organisiert ein Mensch sein Gewicht in einer Position in Bezug zur Schwerkraft? Welche Kompetenz wird benötigt, um in einer Position verweilen zu können? Im Folgenden möchte ich die Position «Sitzen» aus meiner Erfahrung beschreiben.

Sitzen. Wenn ich eine aufrecht sitzende Position auf einem Stuhl einnehme, kann ich wahrnehmen, wie das Becken Gewicht zum Stuhl leitet und die Fußsohlen das Gewicht der Beine zum Boden leiten. Das Gewicht von Kopf, Brustkorb und den Armen muss ich in dieser Position über dem Becken ausbalancieren. Ich erkenne das an kleinen «Wackelbewegungen», an Veränderungen meiner Muskelspannung sowie an kleinen Druckveränderungen an den gewichtabgebenden Stellen. Ich nehme Unterschiede in meiner Gewichtsabgabe und Körperspannung wahr, die ich fortlaufend selbst durch meine Bewegung produziere. So steuere ich mich in einem feedback-kontrollierten Prozess, um nicht vom Stuhl zu fallen.

Bedeutung der Extremitäten. Arme und Beine ermöglichen mir eine sehr differenzierte Gewichtsorganisation der zentralen Massen (Kopf, Brustkorb und Becken). Wenn ich im Sitzen mit einem Fuß leicht in den Boden drücke, bemerke ich nicht nur, wie ich Spannung aufbaue, sondern auch eine kleine Gewichtsverlagerung im Becken. Wenn ich die Möglichkeit nutze, mit den Füßen kleine Gewichtsverlagerungen in verschiedene Richtungen zu machen, spüre ich auch im Becken sehr differenzierte Gewichtsverlagerungen. Drücke ich mit einem Fuß immer kräftiger in den Boden, merke ich, wie meine Spannung sehr hoch wird. Am Becken nehme ich wahr, wie sich das Gewicht mehr zu einer Seite hin verlagert, aber auch wie ich durch die hohe Spannung an dieser Seite eher weniger als mehr Gewicht abgebe. Je höher ich diese Spannung aufbaue, umso weniger ist es mir möglich, differenziert meine Gewichtsabgabe am Becken und an den Füßen wahrzunehmen beziehungsweise zu verändern.

Pushen – eine Variante, sich anzupassen. Menschen steuern die eigenen Aktivitäten mit den ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten. Wenn ein Mensch nach einem Schlaganfall auf einer Seite gelähmt ist, nutzt er für seine Gewichtsorganisation die Möglichkeit, mit den nicht gelähmten Extremitäten Spannung aufzubauen und das Gewicht der zentralen Massen zu verlagern. Ich beobachte, dass die vielfältigen Möglichkeiten, die Beziehung zwischen Bein und Becken

«WEIL WIR DIE GEWICHTSABGABE UNSERER KÖRPERTEILE AUCH IM SITZEN ODER STEHEN FORTLAUFEND AKTIV STEuern UND NEU ORGANISIEREN MÜSSEN, BETRACHTET KINAESTHETICS SOLCHE SCHEINBAR BEWEGUNGSLOSEN POSITIONEN EBENSO ALS BEWEGUNGSPROZESSE WIE DIE FORTBEWEGUNG ODER POSITIONSWECHSEL.»

in der Schwerkraft zu organisieren, gerichtet werden: «Weil wir die Gewichtsabgabe unserer Körperteile auch im Sitzen oder Stehen fortlaufend aktiv steuern und neu organisieren müssen, betrachtet Kinaesthetics solche scheinbar bewegungslosen Positionen ebenso

Auf dem Weg vom Liegen zum Sitzen über die nicht gelähmte Seite.



(auch zwischen Arm und Brustkorb) zu gestalten, oft nicht genutzt werden. Beim Pushen wird das Gewicht der zentralen Masse in einem immer gleichen Muster verlagert. Dieses Muster ist nicht erst im Sitzen oder Stehen, sondern bereits bei Aktivitäten in der Rückenlage erkennbar. Es geht also nicht primär darum, sich senkrecht auszurichten.

Ich kann das Pushen also als eine mögliche Variante betrachten, mit der nicht gelähmten Seite zu agieren, um das eigene Gewicht in der Schwerkraft zu organisieren. Es stellt eine Variante dar, die einerseits sehr effektiv ist, um mit den Extremitäten das Gewicht einer zentralen Masse in Bewegung zu bringen, die andererseits aber verhindert, die eigene Gewichtsabgabe differenziert zu gestalten.

Ontogenetische Perspektive. Die Pusher-Symptomatik lässt sich also auf den Prozess der Selbststeuerung zurückführen, die aufgrund eines Ereignisses, wie beispielsweise einer Halbseitenlähmung nach einem Schlaganfall, offenbar nicht mehr sehr produktiv ausfällt. Es ist somit nicht allein ein Defekt im Gehirn, auf den das Pushen zurückzuführen ist. Es geht vielmehr darum, dass die davon betroffene Person aufgrund der neuen Situation die ständigen Ausgleichsbewegungen

nicht besonders produktiv ausführen kann. So betrachtet scheint es wenig sinnvoll, auf die Gewichtsorganisation nur in aufrechten Positionen wie Sitzen und Stehen zu fokussieren. Denn die Betroffene muss vielmehr ganz grundsätzlich (wieder) lernen, ihr Gewicht in der Schwerkraft zu organisieren. Diese Herausforderung besteht in jeder Situation neu.

Der Weg vom Liegen zum Sitzen – ein Fallbeispiel

Schwierige Situation. Herr G. wird mir vom zuständigen Pfleger als schwierig beschrieben. Er reagiere mit hoher Spannung auf die Unterstützungen, arbeite dagegen, zeige keine Motivation mitzuarbeiten und «pushe stark». Deshalb wäre der Transfer vom Bett in den Rollstuhl nur mit dem Lifter möglich. Die Aussagen meines Kollegen brachten mich zu der Annahme, dass Herr G. bisher Unterstützungen erhalten hat, die vermutlich wenig an seine Bewegungsmöglichkeiten angepasst waren.





Fragen beim Erstkontakt. Ich gehe zu Herrn G. und treffe ihn zur linken (gelähmten) Seite liegend an. Auf meine Ansprache und meine Berührung an der Schulter reagiert er nur wenig. Er scheint zu schlafen. Ich beginne, zunächst über einen Kontakt am rechten Arm, mit ihm in Bewegung zu kommen. Dabei achte ich auf die Anpassung meiner Bewegungselemente. In welche Richtung ist Bewegung möglich? Wie kann er seine Anstrengung auf- und abbauen? Wie viel Anstrengung braucht es von mir? Wie viel Zeit braucht er für die Anpassung in seiner Bewegung? Kann er die Reihenfolge, in der sein Körper in Bewegung kommt, nachvollziehen?

Hilfe zur Spannungsregulation. Als die Aktivitäten räumlich größer werden und ich nacheinander die Hilfsmittel der Positionsunterstützung entferne, wird er zunehmend wacher und spricht mit mir, jedoch vorwiegend in einer Sprache, die ich nicht verstehe. Der verbalen Aufforderung, sein rechtes Bein aufzustellen, kommt er nicht nach. Auf Berührung und Anzeigen von Richtung meinerseits erhöht er seine Anstrengung im Bein zum Strecken. Ich löse zunächst wieder den Kontakt und warte, dass er seine Spannung im Bein reduziert. Dann nehme ich langsamer und mit weniger Anstrengung Kontakt auf und suche in kleinen Bewe-

gungen mögliche Richtungen, die ihm zu verstehen geben, dass es ums Bein-Aufstellen geht. Dabei bemerke ich, wenn bei mir die Anstrengung zu hoch wird, und versuche sie durch Pausen und Richtungswechsel zu regulieren. Es geht mir darum, Herrn G. zu ermöglichen, im rechten Bein die Spannung zu reduzieren und im linken Bein die geringe Spannung für die Bewegung des Beins aufzubauen. Deshalb beginne ich sehr langsam über Berührungskontakt mit ihm die Spannung aufzubauen. Ich achte darauf, hierbei nicht zu schnell zu viel zu machen, um sensibel für Spannungsveränderungen zu sein, die auf seine Aktivität hinweisen.

Auf die Seite drehen. Mit dieser Achtsamkeit gestalten wir den Positionswechsel zur rechten Seite. Ich gebe ihm Möglichkeiten, seinen rechten Arm zielgerichtet zum Ziehen und Drücken einzusetzen. Die verbale Kommunikation empfinde ich als wenig hilfreich. Auf Fragen und Aufforderungen antwortet er in seiner Landessprache – scheint auch mir Fragen zu stellen, aber ich verstehe nichts.

Ins Sitzen kommen. Aus der rechten Seitenlage heraus unterstütze ich Herrn G. weiter zum Aufsitzen an die Bettkante. Meine Absicht ist, dass er lernt, die An-



Herr G. leitet das Gewicht über die Knochenstruktur des nicht gelähmten Armes. Das ermöglicht ihm, seine Muskelspannung differenzierter zu gestalten.



strengung seiner rechten Seite effektiv für seine Gewichtsorganisation zu nutzen. Deshalb unterstütze ich ihn dabei, das Gewicht seines Brustkorbes auf die Knochenstruktur seines rechten Armes zu verlagern. In dem Moment, in dem er seine Anstrengung dafür zu nutzen beginnt, das Gewicht auf seinen Arm zu bringen, nehme ich mich zurück. Er kann sein Gewicht selbst zunächst auf dem Ellenbogen, dann zum Aufsitzen organisieren und sich nun sitzend und körpermittig ausbalancieren. Als er anfängt, sich zur linken Seite zu drücken, beginne ich nicht dagegen zu drücken, was ihn erfahrungsgemäß dazu animieren würde, noch mehr zu drücken. Vielmehr setze ich mit ihm die Richtung seines Drückens fort beziehungsweise unterstütze das Ziehen seines Brustkorbs. Dadurch entsteht wieder Dynamik im Spannungsnetz und ich begleite ihn nochmals zum Stützen auf seinen rechten Ellenbogen. Hier leitet er sein Gewicht wieder auf knöcherne Strukturen, und seine Muskeln können differenzierter an- und entspannen, um das Gewicht auszubalancieren.

Wirksamkeit. Entgegen der Ankündigung meines Kollegen habe ich Herrn G. als sehr kooperativ und kein einziges Mal als abwehrend erlebt. Er konnte in der gemeinsamen Bewegung mit mir die Extremitäten seiner nicht gelähmten Seite nutzen, um Gewicht zu übernehmen und nicht, wie beim Pushen, um dieses von der Seite wegzubringen. Auf der nicht gelähmten Seite konnte er die Gewichtsabgabe wahrnehmen. Das zeigte sich auch darin, dass er seine Anstrengung viel differenzierter dazu nutzen konnte, sich aufzurichten.

Mein Fazit. Das Fallbeispiel belegt, dass das Verhalten eines Menschen abhängig von der Interaktion ist und nicht isoliert betrachtet werden kann. Eine PatientIn zeigt nicht allein aufgrund ihrer Erkrankung ein unpassendes Verhalten. Vielmehr lernt sie durch das Unterstützungsangebot, sich mehr oder weniger pushend und abwehrend zu verhalten. Statt das Defizit des Pushens zu behandeln, frage ich mich, wie ich mein Tun in Alltagsaktivitäten gestalten kann, um der PatientIn zu ermöglichen, sich differenzierter zu steuern. Lernen geschieht durch die eigene, selbst produzierte Bewegung, das Produzieren und Wahrnehmen von Unterschieden in einem feedback-kontrollierten Prozess. Ich verstehe meine Unterstützungsangebote als gemeinsamen Lernprozess. ●

Quellen

- > **Davies, Patricia M. (2002):** Hemiplegie. Ein umfassendes Behandlungskonzept für Patienten nach Schlaganfall und anderen Hirnschädigungen. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Sonderausgabe. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. ISBN 978-3-662-56103-4.
- > **European Kinaesthetics Association (Hg.) (2018):** Kinaesthetics. Lernen und Bewegungskompetenz. Linz: Verlag European Kinaesthetics Association. ISBN 978-3-903180-01-7.
- > **Karnath, Hans-Otto; Brötz, Doris (2006):** Pusher-Syndrom. In: Karnath, Hans-Otto; Hartje, Wolfgang; Ziegler, Wolfram (Hg.): Kognitive Neurologie (RRN Referenz-Reihe Neurologie – Klinische Neurologie). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag. ISBN 978-3-13136521-8. S. 159 – 167.
- > **Urbas, Lothar (1996):** Pflege eines Menschen mit Hemiplegie nach dem Bobath-Konzept. Einführung in die therapeutische Pflege. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. ISBN 978-3-13-113802-5.



Stephanie Kaller ist Krankenpflegerin und Kinaesthetics-Trainerin Stufe 3. Sie arbeitet in Gerlingen, Deutschland, in einer Klinik für neurologische Rehabilitation.

LQ



kinaesthetics – zirkuläres denken – lebensqualität

In der Zeitschrift LQ können die LeserInnen am Knowhow teilhaben, das Kinaesthetics-AnwenderInnen und Kinaesthetics-TrainerInnen in zahllosen Projekten und im Praxisalltag gesammelt haben. Ergebnisse aus der Forschung und Entwicklung werden hier in verständlicher Art und Weise zugänglich gemacht. Es wird zusammengeführt. Es wird auseinander dividiert. Unterschiede werden deutlich gemacht. Neu entdeckte Sachverhalte werden dargestellt und beleuchtet. Fragen werden gestellt. Geschichten werden erzählt.

Die LQ leistet einen Beitrag zum gemeinsamen analogen und digitalen Lernen.

Bestellen Sie die Zeitschrift LQ unter www.verlag-lq.net oder per Post

verlag lebensqualität
nordring 20
ch-8854 siebnen

verlag@pro-lq.net
www.verlag-lq.net
+41 55 450 25 10



Print-Ausgaben plus Zugang zur Online-Plattform



Bestellung Abonnement LQ – kinaesthetics – zirkuläres denken – lebensqualität

Ich schenke lebensqualität

- mir selbst
- einer anderen Person

Meine Adresse:

Vorname _____

Name _____

Firma _____

Adresse _____

PLZ _____ Ort _____

Land _____

eMail _____

Geschenkabonnement für:

Vorname _____

Name _____

Firma _____

Adresse _____

PLZ _____ Ort _____

Land _____

eMail _____