

Nähe und Distanz

Überlegungen zum Beziehungsprozess beim Bewegen

Elisabeth Kirchner, Uniklinikum Ulm, Projektleiterin Kinästhetik
Copyright 2003 E. Kirchner

Mit Heidi Bauder-Mißbach führte ich ein Seminar in Kinästhetik mit Körperbehinderten, für ihre Assistenten und für ihre Pflegenden durch.

Am Abend des ersten Seminartages waren alle Beteiligten fröhlich, erfüllt, zufrieden und ein Gefühl des psychischen und körperlichen Wohlbefindens begleitete jeden nach Hause. Der nächste Tag wurde freudig und mit Tatkraft erwartet. Die Stimmung, die Atmosphäre, die Fröhlichkeit und das Wohlbefinden durch die gemeinsame Körperarbeit begleitete uns weiter.

Wir hatten das Seminar unter das Motto eines gegenseitigen Lernprozesses von unterschiedlichen Bewegungsmustern, von unterschiedlichen Bewegungsgewohnheiten unter unterschiedlichen Voraussetzungen gestellt.

Die Freude der Körperbehinderten ihren Bewegungsapparat, ihre lange antrainierten Bewegungsfähigkeiten im Rollstuhl, ja ihren Körper unter einem erweiterten Blickwinkel zu sehen und zu erfahren übertrug sich auch auf unser Bewegungssystem. Wir waren stolz Bewegungs-/Mobilisationshandlungen unter Berücksichtigung, der noch vorhandenen Fähigkeiten der Betroffenen durchführen zu können. Die Angst bei Positionswechseln was falsch zu machen oder Schmerzen zu bereiten wurden immer geringer.

Das Kommunikationsinstrument für jedwede Art von Positionswechsel, sei es seitwärts auf der Liege, zur Seite drehen, ins Sitzen, vom Sitzen auf den Rollstuhl, nach oben im Liegen bewegen oder zu trainieren vom Boden in den Rollstuhl waren Sprache, Wissen, Körpereinsatz und Lernen. Die Bereitschaft der Körperbehinderten sich zusammen mit ihren Assistenten auf ungewohnte, andere Bewegungsmuster verbunden mit viel Körperkontakt einzulassen war groß. Alle wollten lernen sich gegenseitig den Alltag zu erleichtern. Die Körperbehinderten und ihre Assistenten hinterließen bei uns einen Eindruck hoher Lernbereitschaft. Die Abhängigkeit der körperbehinderten Menschen in ihren Alltagsfunktionen, wie Essen und Trinken, An- und Auskleiden, der Pflege des Körpers, der Kontrolle der Ausscheidung und der Abhängigkeit von Hilfsmittel um mobil zu sein ist für die Betroffenen sehr schwierig zu akzeptieren und ein langer Weg des Lernens. Abhängigkeit in den genannten Alltagsfunktionen, seinen Körper von anderen Menschen bewegen zu lassen, einhergehend mit tiefen sozialen Einschnitten, persönlichen Krisen muss von den Betroffenen zwangsläufig angenommen und akzeptiert werden. Hilfsmittel sind unabdingbar, jedoch auch Hilfsmittel haben ihre Grenzen, denn der Körper kann nicht nur über Hilfsmittel unterstützt werden.

Ich möchte an diesem Punkt überleiten zu meiner Überlegung zu Nähe und Distanz in einer Bewegungsunterstützung.

In der Pflegepraxis wird des öfteren darüber diskutiert, Kinästhetik sei zu nahe

bei der Mobilisation. Grundsätzlich muss dieser Sichtweise zugestimmt werden, denn je weniger ein Mensch seine Körperteile, sein Bewegungssystem auf Grund von Erkrankungen und Behinderungen benutzen kann, um so mehr ist der betroffene Mensch auf Bewegungsunterstützung von anderen Menschen, von außen angewiesen. In allen Positionen, in allen Positionswechseln braucht er Hilfe um Alltagshandlungen durchführen zu können. Meist gegen sein individuelles Bewegungsmuster das er sich im Laufe seines Lebens erworben oder neu durch die Erkrankung, durch die Behinderung erlernen musste.

Es stellt sich die Frage wie gehen wir Pflegenden mit Nähe und Distanz in der Bewegung bei Patienten, bei Bewohnern, bei körperbehinderten, bei körper- und geistig Behinderten in den unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens um?

Wie gestalten wir Pflegenden den Interaktionsprozess in den jeweiligen pflegerischen Interventionen die bei der Durchführung der Unterstützung, der Förderung von Körperfunktionen vonnöten sind?

Wie wird die Durchführung und die Steuerung von Bewegungsabläufen zu den unterschiedlichen Positionen und bei den Positionswechseln durchgeführt?

Welche Bedeutung hat denn Bewegung grundsätzlich für den Menschen?

Wie führen wir Pflegenden Bewegungs/Mobilisationshandlungen durch?

Wie viel Nähe ertragen wir Pflegenden bei der Unterstützung von Bewegungs/Mobilisationshandlungen?

Allgemein haben sich viele Wissenschaften zu diesem Themenkomplex Nähe und Distanz, Bewegung, Psyche und Sozialisation auseinandergesetzt, wie z. B. die Biologie, die Anatomie, Physiologie, die Neurowissenschaften, die Philosophie, die Psychologie, die Bewegungswissenschaften, die Sportwissenschaften und viele mehr. Es würde völlig den Rahmen sprengen in diese Überlegungen von Nähe und Distanz die Aussagen, die Untersuchungen zu zitieren, jedoch sind sie mit eingeflochten.

Einige Literaturempfehlungen sind im Anhang beigefügt.

Die pflegerische Intervention bei Erkrankungen, bei Behinderungen geht in die individuelle Nähe des Menschen, körperlich und psychisch. Instrumente der Kommunikation sind Berührung, Sprache und Sehen.

Je mehr körperliche Einschränkungen vorhanden sind, um so mehr an Bedeutung gewinnt die taktil-kinästhetische Interaktion zur Bewältigung von Alltagshandlungen. Der kranke, der behinderte Mensch muss genauso diese Form der Kommunikation wie die Pflegende annehmen, es sei dahin gestellt ob beide dies wollen oder nicht.

Nähe und Distanz zum Menschen ob krank, gesund oder behindert wird täglich in Einrichtungen des Gesundheitswesens überschritten. Beispiele gibt es genügend, wie Visiten bei denen körperliche Untersuchungen in unterschiedlichen Regionen ohne Rücksichtnahme auf Zuschauer, auf Nachbarpatienten oder auf Nachbarbewohner stattfinden.

Positionswechsel an die Bettkante um die Lunge abzuhören werden meist im Hauruckverfahren durchgeführt, meist kann der zu Untersuchende diesem Schritt nicht folgen.

Bettdecken werden weggerissen ohne dass der Betroffene die Chance hat seinen Intimbereich zu schützen.

Keine Schutzvorrichtungen werden angebracht bei intimen Pflegeverrichtungen, wie einer Körperpflege, einer Intimpflege oder bei der Ausübung von Ausscheidungen auf dem Nachtstuhl.

Bei Eintritt in die Zimmer wird nicht immer angeklopft.

Blutabnahmen werden während des Frühstücks durchgeführt, manche Patienten verlieren anschließend den Appetit. Desgleichen gilt für Verbandswechsel. Beispiele könnten noch genügend angeführt werden. Die Verletzung der natürlichen Distanz und Nähe durch Fremde in unterschiedlichen Handlungen ist für die Betroffenen nicht immer akzeptabel oder erträglich. Es gebraucht viel Disziplin in der Alltagsroutine diese Faktoren zu berücksichtigen. Vor allem die körperlichen und die psychischen Voraussetzungen der kranken Menschen in die Handlungen einfließen zu lassen.

Bewegungshandlungen in der Pflege

Heidi Bauder-Mißbach(2002) beschreibt das bewusst machen von Unterschieden in Bewegungshandlungen als Grundlage von kinästhetischem (-bewegungs-) Lernen.

Sie stellt dabei den Zusammenhang zwischen Heben in der Mobilisation, zwischen der Mobilisation nach kinästhetischen Prinzipien und deren Bedeutung für die Gesundheit her. Mit freundlicher Genehmigung von Heidi Bauder-Mißbach ein Auszug der Unterrichtsmaterialien zum Kinästhetik-Mentor von Viv-Arte Kinästhetik Bewegungsschule.

Mobilisation und Heben	Mobilisation nach kinästhetischen Prinzipien	Bedeutung für die Gesundheit
Gesunderhalten des Körpers		
<ul style="list-style-type: none"> - Überlastung der Lendenwirbelsäule, der Halswirbelsäule - erhöhte Muskelspannung - einseitige Gelenksabnutzung - Verspannung - einseitige Muskelbeanspruchung - plötzlich vollständige Kontraktion der Muskeln - Belastung von Muskeln 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation aller Gelenke - ausgeglichenes Muskeltraining - fließender Kontraktionsaufbau- und Abbau - Belastung von Knochen - ausgeglichener Muskeltonus 	<p>Gesunderhaltung des Bewegungsapparates, der Organe</p>

Koordinieren, -effektivieren, -funktionieren im Alltag		
<ul style="list-style-type: none"> - Luft anhalten - abrupte Bewegung - zufällige, ungewisse Zielerreichung - Körperteile im Ungleichgewicht - Effekt während der Handlung schlecht beeinflussbar 	<ul style="list-style-type: none"> - Bewegungsintegration bei beiden Beteiligten - fließende Bewegung - Sicherheit das Ziel zu erreichen - Möglichkeiten zur Korrektur unterwegs - Gleichgewicht und Effektivität - erhöhtes Selbstwertgefühl durch Bewegungserfolg - erhöhte Methodenkompetenz in der Pflege 	<p>Erlernen von neuen oder verlorenen Funktionen und deren Integration in den Alltag</p> <p>Sicherheit und Gleichgewicht in Bewegung</p>
Kommunizieren, in Beziehung sein, Mensch sein		
<ul style="list-style-type: none"> - einseitiger Austausch - Beobachtung des Ziels - Beziehungslosigkeit - Machtdemonstration - Gewalt - Abnahme der Selbstverantwortung - Hospitalismus 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufmerksamkeit auf beiden Seiten - Interesse am entdecken neuer Wege - gemeinsam lernen, Austausch - Patient und Pflegende auf gleicher Ebene - Patient kann durch bessere Wahrnehmung selber Einfluss auf seine Gesundheitsentwicklung nehmen - Förderung der Selbstheilung 	<ul style="list-style-type: none"> - sich wohlfühlen und sich zu rechtfinden in seinem Körper - sich wohlfühlen und zurecht finden in Beziehung mit der Umgebung - Sinnfindung - Persönlichkeitsentwicklung

© Heidi Bauder-Mißbach

Jedwede pflegerische Handlung bei Patienten, Bewohnern und körperbehinderten Menschen die in ihrer Bewegung passiv oder teilaktiv sind geht in den sehr intimen Bereich von körperlicher und psychischer Nähe.

Denn, Voraussetzung zur Durchführung der Körperpflege, das An- und Auskleiden, das Erreichen einer Position zur Einnahme von Nahrung und Flüssigkeit, das Einnehmen einer Position für die Durchführung von Ausscheidungen, das entspannen und ausruhen nach körperlicher Belastung bedingen Bewegungsabläufe und spezifische Fertigkeiten, spezifisches Wissen der Handelnden.

Desgleichen Bewegungs-Mobilisationsmaßnahmen die helfen vom Liegen zum Sitzen, vom Sitzen zum Stehen oder auf einen Stuhl zu helfen. Bis jetzt ist es noch nicht möglich in einer gewissen Distanz und wenig Nähe diese Hilfestellungen in Bewegung zu geben. Selbst der zielgerichtete Einsatz von Rutschmatten, von Rutschbrettern und von Hoyerliftern bedingt eine gewisse Nähe zum Betroffenen. Jedoch haben Ziehen, Zerren, Nichtbewegung und Hauruckmaßnahmen negative Auswirkungen auf das gesamte Bewegungssystem. Dies war nach 20 Berufsjahren die wichtigste Erkenntnis die ich aus meinem ersten Seminar 1988

in Kinästhetik in meinen Berufsalltag mitnahm.

Meine Erkenntnis damals war, dass ich mit Ziehen, Zerren und Hauruck bei allen pflegerischen Bewegungsinterventionen das Bewegungssystem nicht mit einbezog, wie z. B. im Bett nach oben durch den 3 Punkte - Griff, unter die Achsel greifen oder mit dem Durchzug den Patienten nach oben im Bett brachte. Auch war es mir zuwider, wenn die Patienten die Arme um meinen Hals legten bei Transfers von der Bettkante in den Stuhl. Manche Mobilisation unterlies ich aus diesen Gründen, obwohl ich wusste, dass dies für die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen notwendig war.

Die Auseinandersetzung mit dem System Bewegung, die Teilnahme an Seminaren verschiedener Bewegungsmethoden, an verschiedener Bewegungsschulen, eines neu erworbenes Wissen in Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie, Neurophysiologie, die Zusammenhänge in kinästhetisches Handeln zu führen gaben mir ein kognitives und handlungsorientiertes Verständnis für Bewegungsabläufe. Das Resultat dieses Prozesses bei mir war und ist, dass ich Bewegungshandlungen bei allen Mobilisationen als Förderung des Genesungsprozesses ansehe. Damit löste sich das Problem der Nähe in einer Bewegungs-/Mobilisationshandlung und ich konnte trotzdem die für mich notwendige Distanz beibehalten.

Ingrid Darmann (2002) führte in der Zusammenfassung eines Artikels mit dem Titel: "Bewegung als Interaktion - Systemisch-konstruktivistische Sichtweise von Bewegung und Konsequenzen für die Pflege" aus:

"Der Beitrag beginnt mit einer Problemanalyse in der festgestellt wird, dass Pflegepraxis und Pflegeausbildung überwiegend an einem mechanistischen Verständnis von Bewegung orientiert sind, das auf dem naturwissenschaftlichen Reiz-Reaktions-Modell basiert. Es wird problematisiert, dass nach diesem Verständnis subjektive Dimensionen von Bewegung zu wenig berücksichtigt werden, was patientenignorierende Bewegung von Patienten durch Pflegepersonen zur Folge hat. Um zu einem umfassenden Bewegungsverständnis zu gelangen werden systemisch-konstruktivistische Perspektiven eingeführt. Hieraus werden Konsequenzen für die Gestaltung pflegerischer Bewegungsangebote gezogen. Bewegungsorientierte Interventionen sind demnach als bewegungsdialogische Aushandlungsprozesse zu gestalten, bei denen das Angebot der Pflegenden als Vorschlag und die Reaktion des Patienten als Gegenvorschlag gedeutet werden kann."

Die Problematik der Nähe und der Distanz zum kranken Menschen, zum körperbehinderten Menschen in einer direkten pflegerischen Intervention wird bestehen bleiben. Jedoch kann diese Problematik nicht gelöst werden in dem ein Bewegungskonzept, hier die Kinästhetik, herangezogen wird für die Entscheidung wann was zu nahe ist und wann Distanz gebraucht wird. Es braucht mehr, nämlich Bewusstheit für die Zusammenhänge des Systems Mensch und dessen Bewegung.

Pflegerische Intervention überschreitet ständig die Distanz zum Menschen und ist oft sehr nahe am Menschen, es bleibt die Frage wie gehen wir mit diesen Begriffen im Alltag um?

Ich denke über das Verstehen, das fachliche Wissen über dieses System, damit

verbunden kann Pflege einen Beitrag für den Genesungs- und den Gesundheitsprozeß leisten.

Literatur:

Balgo, R.:

Bewegung und Wahrnehmung als System, Verlag Karl Hofmann Schorndorf 1998, S. 212-213

Bauder - Mißbach, H.:

Ausbildung zum Kinästhetik Mentor Seminare 11 - 15

Herausgeber Viv-Arte Verlag, Asselfingen, 3. Auflage April 2002, Seite 31

Bauder - Mißbach, H.:

Die kinästhetische Bewegungslehre Seminarunterlagen 1 - 4

Herausgeber Viv-Arte Verlag, Asselfingen, Auflage Oktober 2002, S. 8-9, 10 - 16, 18 - 22, 56 - 60, 66 - 80

Eisenschink, A. M., Bauder-Mißbach, H., Kirchner, E.:

Kinästhetische Mobilisation, Schlütersche Verlagsanstalt, Veröffentlichung Mai 2003

Darmann, I.: Bewegung als Interaktion, Hans Huber Verlag, Pflege 2002; 15: 181-186

Loosch, E:

Allgemeine Bewegungslehre, Limpert Verlag Wiebelsheim 1999, S. 11-21

Montagu, A.:

Körperkontakt, Klett-Cotta, 9. Auflage 1997, S. 7 - 14, 220-221

Prohl, R., Seewald, J. (Hrsg.) Bewegung verstehen, Verlag Karl Hoffmann Schorndorf, 1995

S.: 155-159

Steinmüller, W., Schaefer, K., Fortwängler, M. (Hrsg.)

Gesundheit - Lernen - Kreativität, Verlag Hans Huber 2001, S. 7 - 10, 133-142