

IN DIESEM ARTIKEL SIND SIE DER HELD: VON DER VERORDNUNG BIS ZUR BEHANDLUNG; ERFAHRUNGEN EINER PÄDIATRISCHEN PHYSIOTHERAPEUTIN

Leonor Antonietti, Cecile Holenweg-Gross

Übersetzer: Rudolf Schlaepfer



Leonor Antonietti

Sind Sie bereit, den Alltag einer Physiotherapeutin mitzuerleben? Diesen Artikel aus einem anderen Blickwinkel zu lesen und Ihre Komfortzone zu verlassen? Ich danke jetzt schon für Ihre Offenheit, die zum Aufbau eines transdisziplinären Teams beiträgt.

Sie sind Physiotherapeutin in der Gegend von Lausanne und bekommen folgende Verordnung: «Globale Stimulierung der Entwicklung eines Kindes im korrigierten Alter von 9 Monaten.» Sie nehmen mit der Mutter Kontakt auf und erfahren, dass ihr Kind im Alter von 25 SSW geboren wurde, in Folge einer nekrotisierenden Enterokolitis mehrmals operiert wurde und Schwierigkeiten beim Sitzen hat. Sie machen einen Termin am Wohnort der Familie aus für eine erste Kontaktnahme mit dem Kind, den Eltern und eventuell anwesenden anderen Familienmitgliedern.

Anlässlich dieser ersten Konsultation beobachten Sie, wie sich das Kind an seine Umgebung anpasst und listen die Haltungsstrategien auf, die das Kind entwickelt hat, um seine Umwelt zu explorieren. Der Ausgangspunkt Ihrer Beurteilung wird sein, was das Kind kann, was es gerne tut und wie es dies tut. Dann, unter Berücksichtigung der medizinischen Gegebenheiten (handelt es sich um eine Störung, die zu einer sensorischen, oder Beeinträchtigung von Muskeltonus, Koordination, oder Kraft führt?), stellen Sie Hypothesen auf, aus welchem Grund das Kind diese oder jene motorische Strategie als Antwort auf sein Umfeld benutzt. Schliesslich beobachten Sie, was es nicht zu tun fähig ist und weshalb. Ihr Verständnis der Situation wird nur dann vollständig sein, wenn die Familie und andere zur Umgebung des Kindes gehörende Personen an deren Erarbeitung teilgenommen haben.

Die Interaktion die Sie mit dem Kind und seiner Umgebung entwickeln, wird für Ihre Beurteilung und zukünftige Betreuung entscheidend sein. Sie werden Ihr Verhalten dauernd den Bedürfnissen und dem Verhalten des Kindes anpassen müssen. Denn sein Gefühl der Sicherheit oder seine Furcht vor Bewegungen werden von Ihrem Anpassungsvermögen an seine Zone of Proximal Development (ZPD) abhängen¹⁾.

Nach Abschluss Ihrer Beurteilung werden Sie in der Lage sein, Prioritäten Ihrer physiotherapeutischen

Betreuung zu setzen und eines oder mehrere SMART-Ziele (Specific, Measurable, Attainable, Relevant, Timed)²⁾, in Absprache mit dem (älteren) Kind/oder der Familie des Kindes zu bestimmen. Den Erfolg Ihrer physiotherapeutischen Intervention können Sie mit Hilfe der Goal Attainment Scale³⁾ beurteilen.

Jetzt liegt es an Ihnen!

Beschreiben Sie die Fotos 1 und 2 und die posturalen Strategien des Kindes

Die roten Pfeile und Striche bezeichnen Risikoverhalten, die zu sekundären Störungen oder Einschränkungen führen können, und die Sie gemäss Internationaler Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) 4) aufzeichnen.

Ihre Beobachtungen:

Das Kind ruht auf dem Bauch der Mutter (Foto 1). Es gleitet leicht (Foto 2) die Arme hängen, die Beine



Foto 1

Korrespondenz:
antoniettileonor
@bluewin.ch



Foto 2

sind gespreizt. Es läuft Gefahr, weiter nach unten zu gleiten, scheint jedoch bequem zu sein. Gesamthaft nimmt es eine offene Haltung ein, die dem Halt entspricht, der ihm die Mutter gewährt. Der Kopf lehnt nach hinten, die Schultern sind nach oben gezogen (rote Pfeile), der Nacken ist dadurch nicht sichtbar, die Arme liegen seitlich, nach hinten am Körper. Der Bauch des Kindes ist vorgewölbt. Die Aktivität der Bauchmuskulatur wird durch die nach hinten anlehende Haltung nicht gefördert (rote Striche). Stellt man ein Spielzeug vor das Kind hin, zeigt es Interesse, die Arme bewegen sich jedoch nicht spontan nach vorne. Mit Hilfe des ICF zeichnen Sie die Risiken sekundärer Störungen und Einschränkungen auf, die diese Körperstellung haben kann:

- Bezüglich «Organische Funktionen und anatomische Strukturen»: Hochhalten der Schultern könnte langfristig zu Muskelverkürzungen führen.

- Bezüglich «Aktivität»: Behinderung beim Ergreifen eines Spielzeuges, da die Arme nicht nach vorne gebracht werden können.
- Bezüglich «Teilnahme»: Beschränkte Interaktion mit Umfeld und Umweltstimuli. (Schema 1)

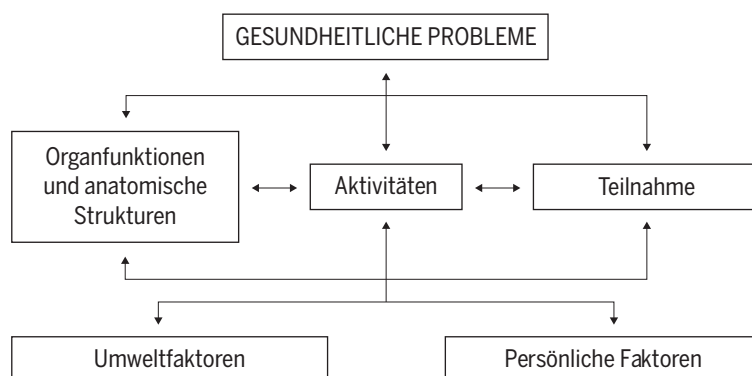
Ausgehend von Ihren Beobachtungen erstellen Sie erste Hypothesen:

Das Kind ist es gewöhnt, sich in dieser Stellung, in der es sich wohl fühlt, auszuruhen und auch zu schlafen. Der mütterliche Körper scheint dem vorherrschenden Schema des Kindes zu entsprechen. Sie schliessen daraus, dass es wahrscheinlich einen erhöhten Extensionstonus der hinteren Muskelkette und Hypoaktivität der vorderen Muskelkette aufweist (eine Hypothese, die Sie werden bestätigen müssen, indem Sie das Umfeld des Kindes verändern oder es in die Arme nehmen).

Beschreiben sie die Fotos 3, 4, 5 und 6. Welche Unterschiede stellen Sie im Vergleich zu den ersten Fotos fest. Weshalb?

Die grünen Striche und Pfeile bezeichnen die vorgeschlagenen Anpassungen an das Umfeld.

Sie schlagen der Mutter vor, ihr Kind anders zu tragen: Sie setzen das Kind neben die Mutter. Die Mutter bildet mit ihren leicht gespreizten Beinen ein Nest (grüne Striche), das linke Bein etwas höher als das rechte. Mit ihrem linken Arm umgibt sie Kopf und Schulter des Kindes, um dessen linken Arm nach vorne zu bringen (grüner Bogen). Sie zeigen dem Kind das Spielzeug und führen gleichzeitig die Hand der Mutter auf die Brust und den Bauch des Kindes, und fordern sie auf, die Atembewegungen des Kindes zu begleiten (grüner Pfeil). Das Kind verändert seinen posturalen Tonus und nimmt eine gebeugtere, leicht nach vorne geneigte Haltung ein. Die Mutter bemerkt die Änderung. Die Arme des Kindes bieten weniger Widerstand, es bringt sie nach vorne und legt die Hand auf den durchsichtigen Regenstab (Foto 4). Sie können Ihre Hände kurzzeitig wegnehmen. Es hört, sieht, spürt das Vibrieren der Kügelchen. Es zeigt Interesse.



Schema 1. Interaktion zwischen den ICF-Komponenten⁴⁾.



Photo 3



Photo 4

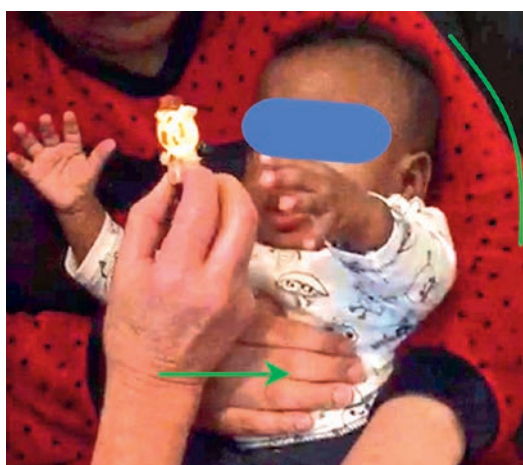


Photo 5



Photo 6

Dann zeigen Sie ihm ein leuchtendes Spielzeug (Foto 5). Die Mutter hat das Bedürfnis ihres Kindes gut erfasst. Seine tiefere Atmung, von leichtem Vibrieren begleitet, in einer runderen Haltung hilft dem Kind, seinen posturalen Tonus zu verändern. Das Gefühl des Widerstandes im Bereich des Schultergürtels nimmt ab. Es entspannt sich, die Schultern beginnen sich zu senken. Die Arme des Kindes sind leichter, entspannter, es kann sie vor sich halten, sie nach dem Spielzeug strecken und danach greifen! (Foto 6). Es braucht jedoch Zeit, um es dem Kind zu ermöglichen, seinen posturalen Tonus anzupassen. Es soll für Kind und Mutter angenehm sein.

Nur wenn die Mutter den Gewinn für ihr Kind versteht und spürt, wird sie versuchen, diese Erfahrung zu reproduzieren und sie mit ihrem Ehemann und weiteren Personen, die mit dem Kind Kontakt haben, zu teilen.

Es ist der Beginn einer Veränderung. Das Kind beweist, dass es das Potential⁵⁾ besitzt, seinen posturalen Tonus mit Hilfe von Anpassungen seines Umfeldes und der Unterstützung seiner Mutter zu ändern. Gleichzeitig lernt die Mutter, die Kontrolle zu dosieren und mit zunehmender Fähigkeit ihres Kindes "sich selbst zu halten", allmählich ihre Hände zurückzuziehen, sei es nur für ein paar Sekunden.

Sie haben mit der Mutter ein Vertrauensverhältnis hergestellt. Sie ist daran interessiert, ihrem Kind diese neue Erfahrung zu gestatten, denn es erlaubt ihm, Spielzeuge in sitzender Stellung selbst zu erkunden. Sie werden dies gemeinsam während einer Woche üben, bis zur nächsten Sitzung. Ihr erstes SMART-Ziel ist festgelegt: «Bis nächsten Mittwoch soll das Kind das leuchtende Spielzeug jedes Mal, wenn man es ihm auf Augenhöhe zeigt, mit beiden Händen (mit gestreckten Armen) ergreifen. Das Kind sitzt dabei auf den Beinen seiner Mutter, die ihm mit ihren Händen Halt gibt und, wie weiter oben beschrieben, den Reaktionen des Kindes anpasst.»

Die Behandlung hat begonnen. Die Mutter wird Ihnen gestatten, ihr Kind in die Arme zu nehmen, was

Fortbildung

es Ihnen ermöglichen, Ihre Hypothesen weiter zu prüfen. Sie schlagen ihr vor, die nächste Sitzung zu filmen, um so Ihrer Zusammenfassung der Abläufe Fotos beilegen zu können.

Von der therapeutischen Sitzung zur intensiven, in den Alltag des Kindes integrierten Tätigkeit

Das Kind lernt nicht nur von seinen Eltern, die Eltern lernen auch von ihrem Kind. Es zeigt ihnen sehr subtil seine Vorlieben: Wie es in die Arme genommen werden will, wie es will, dass man ihm zu essen gibt. Schritt für Schritt lernen die Eltern, sich an die Strategien anzupassen, die ihr Kind ihnen signalisiert. Bei einem Kind mit einer Störung der sensomotorischen Entwicklung sind diese Strategien wohl kurzzeitig erfolgreich, oft jedoch weder abwechslungsreich noch effizient genug, um Fähigkeiten für die Zukunft zu entwickeln.

Dieses Beispiel zeigt, wie die Mutter eine neue Art und Weise ausprobiert, mit ihrem Kind zu interagieren, wobei ihr das Kind seinerseits neue Fähigkeiten bekundet. Dieser Ansatz wurde gewählt, damit er für die Mutter und ihr Kind Sinn macht, und durch das Einbinden in den Alltag des Kindes ein intensives Arbeiten gewährleistet. Zwischen den Sitzungen werden die Mutter und ihr Kind diese Erfahrung reproduzieren, integrieren und auf ihre Weise anpassen. Es geht nicht darum, zu «kopieren» sondern «mit dem Körper zu begreifen». Auch die Körperschematas der Eltern und nicht nur diejenigen des Kindes ändern sich. Doch Vorsicht, die Eltern können nicht alles auf Anhieb integrieren. Fortschritte und Zeit sind die Schlüsselwörter damit das Lernen Freude bereitet und Zuversicht verschafft.

Schlussfolgerung

Ein Kind mit einer Störung der sensomotorischen Entwicklung wird durch die unzulängliche posturale Kontrolle und/oder erschwerte Verarbeitung sensorischer Informationen benachteiligt und benötigt eine optimale Anpassung seiner Umgebung, inbegriffen eine angepasste Unterstützung seitens der Erwachsenen⁶⁾.

Eine Hauptaufgabe der pädiatrischen Physiotherapeutin besteht darin, die Eltern⁷⁾ zu begleiten, sie beim Entwickeln ihrer Fähigkeit zu beobachten, zu analysieren und die zur Verfügung stehenden Hilfsmittel anzuwenden: Wie ihre Hände, ihren Körper, Spielzeuge, Lagerungsmittel einsetzen, um ihrem Kind zu helfen, sein Potential zu entwickeln und autonom zu werden. Dies mit möglichst effizienten Strategien, denn der Lernprozess wird durch das Einbinden neuer Kompetenzen in das tägliche Leben ermöglicht⁸⁾.

Autorinnen

Leonor Antonietti, NDT Bobath Senior Tutor – Fondation Dr Combe, Lausanne
Dr. Med. Cecile Holenweg-Gross, Unité de Neuroréhabilitation pédiatrique, CHUV, Lausanne

Die Autorinnen haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Referenzen

- 1) Bouchard C. Le développement global de l'enfant de 0 à 5 ans en contextes éducatifs. Presses de l'Université du Québec 2009
- 2) Bexelius AM, Brogren Carlberg E, Löwing K. Quality of Goal Setting in Pediatric Rehabilitation-A SMART Approach. Child Care Health. 2018; 44(6): 850-6.
- 3) Palisano RJ, Haley SM, Brown DA. Goal Attainment scaling as a measure of change in infant with motor delay. Physical therapy journal. 1992; 72: 432-7
- 4) WHO (2001). Deutsche Version (2005) <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/>
- 5) Bobath B. The very early treatment of Cerebral Palsy. Developmental Medicine and Child Neurology. 1967; 9 (4): 373-90.
- 6) Rosenbaum P, Rosenbloom L. Cerebral Palsy >From Diagnosis to adult life. Chapter 11,12 Mayston M. Mac Keith Press (2012)
- 7) Parminder R, O'Donnell M, Rosebaum P, Brehaut J, Walter SD et al. The health and well being of caregivers of children with cerebral palsy. Pediatrics, 2006; 115(6):e626-36
- 8) Galvan A. Neural plasticity of Development and Learning. Human Brain Mapping 31:879-890(2010)