Integration des Fazilitierens

Cordula & Dorothea Schall



Auf dem Weg von Bauchlage, Rückenlage und Seitlage bis zum Gehen und zurück in Partnerarbeit

(Technisches Beiheft zum Film)

ZiFF - GmbH
Katernberger Str. 107
D 45327 Essen
Tel.: +49(0)201 - 371 90 83
Fax: +49(0)201 - 371 90 84
Internet: www.ziff.de
Email: info@ziff.de

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 3

Der Rhythmisch-Tonische Dialog im Fazilitieren nach dem Bobath-Konzept 4

Die Tonusregulation aus der Bauchlage 5

Das Hochkommen zum Unterarmstütz über die Differenzierung der Schulterblätter 7

Die Stabilisierung des Unterarm-Stützes, symmetrisch und asymmetrisch 7

Der Übergang von der Zwergenstellung zum Vierfüßlerstand 8

Die Stabilisierung der Position von proximal und distal 9

Der Übergang zur Fortbewegung 9

Aus dem Vierfüßlerstand über den aufgebrochenen Vierfüßlerstand und Bärenstand in den Stand 9

Die Gewichtsverlagerung im Bärenstand 9

Die Gewichtsverlagerung im Stand und Anbahnung des Gehens 10

Der Bewegungsweg vom Stand in die Bauchlage 10

Die Tonusregulation aus der Rückenlage in den Vierfüßlerstand und zurück 11

Die Tonusregulation aus der Seitlage 12

Einleitung

Die Kürzung der Video-Sequenzen aus didaktischen Gründen auf etwa ein Drittel der realen Zeit darf nicht darüber hinweg täuschen, dass die sichtbare Ökonomisierung und Harmonisierung der Bewegungsabläufe der - in diesem Falle nicht behinderten – Partner sich über einen größeren Zeitraum erstreckt, da die rhythmische Arbeit mit den sich dadurch ergebenden Wiederholungen hierfür eine entscheidende Bedeutung hat. Gezeigt wird eine Partnerarbeit zur Entwicklung von Bewegungsübergängen von der liegenden Position bis zum freien Gehen entsprechend der kindlichen Bewegungsentwicklung.

Erläutert werden der Gesamtzusammenhang und die Entstehungsgeschichte dieser Arbeit im Rahmen der Tätigkeit der Autorinnen in Therapie und Ausbildung im Buch:„Entwicklungsförderung in Bewegung“.

Die Arbeit mit dem Partner, die im Rahmen der Ausbildung zum Bobath-Therapeuten angewandt wird, erlaubt die Technik des Fazilitierens gemeinsam in allen Bewegungs-übergängen in der Rolle des Therapeuten bzw. des Patienten sensorisch zu erspüren und motorisch zu entwickeln. Dies ist eine entscheidende Voraussetzung für die Interaktion im Rhythmisch-Tonischen Dialog. Damit ist dieses Video, entsprechend seiner ursprünglichen Fassung „Rhythmische Fazilitation“, geeignet als Übungsmaterial für Kursteilnehmer und Bobath-Therapeuten., die Interesse daran haben, auf der Basis des Rhythmisch-Tonischen Dialogs zu arbeiten. Um eine größere Konzentration der Partner sowie des Betrachters auf die Körperarbeit zu erzielen, werden die gezeigten Abläufe in rein nonverbaler Kommunikation durchgeführt.

In der konkreten Therapie mit dem Patienten, die in späteren Videosequenzen dargestellt werden wird, wird grundsätzlich nur in angemessen ausgewählten Ausschnitten dieser Bewegungsabläufe gearbeitet. Das Beherrschen dieser Bewegungsabläufe erweitert die Handlungskompetenz des Patienten. Mit ihrer Zunahme kann auch der Rhythmisch-Tonische Dialog mit dem Therapeuten in die Alltagshandlungen integriert werden. Zu Übungszwecken im Rahmen der Ausbildung wird daher zunächst die gezeigte Partnerarbeit angewandt.

Der Rhythmisch-Tonische Dialog im Fazilitieren nach dem Bobath-Konzept

Zu Beginn der gemeinsamen Arbeit beobachtet der Therapeut den Patienten in dessen spontaner Haltung in der jeweiligen Ausgangsposition. Er beobachtet u.a. Auflagefläche, Atembewegung und Augen des Patienten, um sich in Ansatz und Verlauf der Arbeit daran orientieren zu können. Mit seinen Händen nimmt er Kontakt auf, sodass er durch die Haut hindurch den Tonus der Muskulatur und seine Veränderung als für ihn wichtigste nonverbale Rückmeldung erspüren kann. Eine weitere Rückmeldung bietet ihm im Verlauf der Arbeit die Beobachtung, ob Bewegungsimpulse vom Patienten aufgenommen und im Sinne von Stellreaktionen weitergeleitet oder aber unterbrochen werden, was den Therapeuten zur Veränderung seiner Impulsgabe auffordert.

Diese Interaktion stellt sich dar als Rhythmisch-Tonischer Dialog, von dem somit nur der geringste Teil im Video sichtbar werden kann. Er wird in der intensiven praktischen Kursarbeit entwickelt. Die Kursteilnehmer lernen in der Interaktion mit wechselnden Partnern, auch durch die unterstützende verbale und nonverbale Anleitung und Rückmeldung ihrer Lehrtherapeuten. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche und für beide Seiten intensive und anregende praktische Arbeit mit dem Patienten.

Im folgenden werden wir uns als Lern- und Übungshilfe für unsere Kollegen im wesentlichen auf die Beschreibung der präzisen Technik der Impulsgabe durch den Therapeuten im Sinne des Fazilitierens nach dem Bobath-Konzept beschränken. Der Rhythmisch-Tonische Dialog zwischen Therapeut und Patient muss dabei möglichst kontinuierlich aufrechterhalten werden, um dem Patienten die Möglichkeit zum angepassten Tonus in der Bewegung zu geben, damit er größtmögliche Bewegungsökonomie und Sicherheit entwickeln kann.

Die Beschreibung dieses im wesentlichen technischen Teils des Fazilitierens im Rhythmisch-Tonischen Dialog erfolgt entsprechend den gezeigten Sequenzen:

Die Tonusregulation aus der Bauchlage

Die Tonusregulation aus der Bauchlage verwenden wir insbesondere bei der Arbeit mit dem ganzkörperlich betroffenen bewegungsgestörten Patienten, da diese Ausgangstellung sich zur intensiven Arbeit an der Caudalisierung des Beckens zur Entwicklung und Erleichterung der Stützaktivität des Schultergürtels anbietet. Dies ist eine Voraussetzung für die Kontrolle des Patienten über die Einstellung seines Kopfes im Raum und damit über seine gesamte sensumotorische Aktivität und Entwicklung. Bei schwer betroffenen, insbesondere hypotonen Patienten bzw. Patienten mit Kontrakturen kann diese Arbeit für Patient und Therapeut durch angemessene Vertikalisierung in der Therapie, z.B. in der Schoßbehandlung und auf dem Großen Therapieball erleichtert bzw. ermöglicht werden. .

Nach Beobachtung des liegenden Partners begibt sich der Therapeut seitlich auf Beckenhöhe neben den Partner. Mit wach spürenden Händen nimmt er Kontakt auf. Seine untere Hand befindet sich am unteren Kreuzbeinrand, so dass von Handwurzel und Fingern aus Impuls in Richtung Tuber gegeben werden kann. Die obere Hand liegt auf bzw. zwischen beiden Schulterblättern, so dass die vom Becken aus eingeleitete Bewegung erspürt und im Sinne der Weiterleitung in Richtung Aufrichtung der Halswirbelsäule und Einstellung des Kopfes unterstützt werden kann. Diese „formenden„ Impulse der oberen Hand erreichen die Muskulatur, welche die unteren Schulterblattwinkel bewegt.

Die untere Hand übt einen kräftigen und deutlichen Caudalzug in Richtung des rechten und linken Tuber ossis ischii zur Verringerung der Lendenlordose aus, die obere Hand gibt einen leichten cranialen Zug. Dies ermöglicht eine freiere Bewegung der Wirbelkörper gegeneinander (Traktionswirkung).

Aus dieser symmetrischen Ausgangsposition heraus beginnt die Bewegungsarbeit. An diesen sensorischen Bezugspunkt kehren die Partner regelmäßig zurück, wobei mit beginnender aktiverAufrichtung die Impulse beider Hände des Therapeuten die Caudalisierung unterstützen.

Nach Aufnahme und entsprechender Verarbeitung des Impulses durch den Partner geben untere und obere Hand des Therapeuten unter Beibehaltung der Traktion mit den Handwurzeln von der Mitte

einen Impuls zum Therapeuten hin in der engen Körperdiagonalen Richtung Knie und Ellbogen der belasteten Seite.

Nach kurzer Verweildauer und Abwarten der Reaktion wird ein Impuls zur Gewichtsübernahme in der engen Körperdiagonalen mehr mit den Fingern gegeben, bis erneut die symmetrische Position erreicht ist. Diese wird durch den Caudalisierungsimpuls bewusst gemacht.

Nach Verweildauer und Abwarten der Tendenz zur Aufrichtung führen die Finger den Impuls zur gegenüberliegenden Seite zur Verlängerung und Gewichtsübernahme fort. Auch hier wird die Reaktion abgewartet und dann die Rückkehr zur Mitte eingeleitet. Diese Arbeit im rhythmischen Wechsel wird so lange durchgeführt, bis der Partner deutlich mit Tonusveränderung und aktiver Längung der jeweils belasteten, sowie Verkürzung der entlasteten Seite und einer deutlichen Stellreaktion des Kopfes reagiert, die durch einen leichten Impuls mit den Fingern bzw. der Handwurzel zur Adduktion des Schulterblatts der entlasteten Seite aktiviert wird.

Bei guter Tonusregulation ist die Reaktion von Kopf und Händen bis zu den Füßen sichtbar.

Bei guter Gewichtsübernahme auf eine Körperseite kann der nun entlastete Arm vom Ellbogen aus möglichst weit in die Elevation gebracht werden, um eine weiterlaufende, deutliche Gewichtsverlagerung zu ermöglichen.

Nun können in der gleichen Weise Impulse in der Diagonalen gegeben werden, die zu einem Bewegungsablauf führen, der in der Horizontalen der Gegenbewegung von Schulter- und Beckengürtel beim physiologischen Gangmuster entspricht. Auch hier ist die Rückkehr Mittellinie und das Innehalten zur Förderung der bewussten Wahrnehmung der symmetrischen Position ein wichtiger Bezugspunkt für den die späteren Patienten mit asymmetrischen Tonusverhältnissen und seitenungleicher Körperwahrnehmung.

Der Wechsel zwischen symmetrischer und diagonaler Bewegung findet mit rhythmisch -betontem Innehalten ohne Pausen in fortlaufender Bewegung statt.

Das Hochkommen zum Unterarmstütz über die Differenzierung der Schulterblätter

Bei Erreichen eines ausreichenden Aktivitätstonus´ halten die Hände des Therapeuten in der Körpermitte inne und verstärken den Impuls nach caudal bis es zur Einstellung des Kopfes in der Körpermittellinie kommt. Dies macht dem Partner seine Körpermitte noch einmal intensiv bewusst.

Der caudale Zug am Becken wird beibehalten, der Therapeut wechselt seine Position, so dass er seine Hände nacheinander auf die Schulterblätter legen kann und dort von Anfang an einen caudalen Zug und einen Impuls für die Schulterblattwinkel an die Wirbelsäule geben kann.

Auf die zu belastende Seite wird das Schulterblatt unter der Hand des Therapeuten nach caudal-lateral mitgenommen und mit den Fingern ein Impuls lateral zum belasteten Ellenbogen zur Verstärkung der Stützaktivität gegeben und beibehalten. Unter der anderen Hand wird das Schulterblatt nach caudal-medial an die Wirbelsäule gebracht und eine Stellreaktion des Kopfes zur entlasteten Seite abgewartet.

Der rhythmische Wechsel der Seiten erfolgt so häufig, bis die Ellbogen im Unterarmstütz leicht vor den Schultergelenken etwas mehr als schulterbreit positioniert sind.

Die Stabilisierung des Unterarm-Stützes, symmetrisch und asymmetrisch

Abschließend wird der Schultergürtel vom Nacken her zum Schultergelenk ausgestrichen und ein dreidimensionaler Druck in der Schulterdach-Schulterkopf-Ellbogenachse mit Impuls für die ventrale Muskelkette zur Verstärkung des Stützes gegeben.

Bei noch mangelnder Rumpfaktivität folgt eine zusätzliche Stabilisierung des Stützes von den unteren Schulterblattwinkeln ausgehend in der Form, dass die Spannung über eine Hand auf dem Schulterblatt gehalten wird. Die andere Hand des Therapeuten wandert Richtung gebend über das Schulterblatt bis zum Schulterblattwinkel und gibt vom Daumenballen einen Widerstandsimpuls. Ist dort die Spannung aufgebaut, folgt die andere Hand in gleicher Weise, bis symmetrischer

Widerstandsimpuls auf beide Ellbogen gegeben werden kann und sich reaktiv der Tonus der ventralen Muskelkette erhöht. Dies ist auch an der Aufrichtung des Nackens, einer deutlichen Verringerung der Lendenlordose und Streckung der unteren Extremität erkennbar.

Auch in dieser höheren Position kann nun ein Impulswechsel um die Körperdiagonale zur Einleitung von Bewegungen entsprechend des Gangmusters gegeben werden, um somit die Mobilität des Rumpfes zu erhöhen.

Wie im Film deutlich erkennbar, geht der Impuls in die Unterstützungsfläche zur Gewichtsübernahme auf die belastete Seite von der gleichseitigen Hand des Therapeuten aus. Die Hand auf der mobilen Seite wird erst nach Gewichtsübernahme auf die belastete Seite bei Bedarf zur Modulation der Bewegung eingesetzt.

Nach Rückkehr zur symmetrischen Position durch exzentrische Muskelaktivität wandern die Hände des Therapeuten so langsam und mit Richtungimpuls nach caudal bzw. beim Innehalten mit cranial gerichtetem Widerstandsimpuls über den Körper des Partners in Richtung Füße, daß Aufmerksamkeit und Tonus vom Partner gehalten werden können. Dies intensiviert das Gespür für die ganzkörperliche Aktivität.

Der Übergang von der Zwergenstellung zum Vierfüßlerstand

Wie zuvor wird nun von der belasteten Seite aus ein kontinuierlicher Druck vom unteren Schulterblattwinkel in Richtung Ellbogen gegeben und damit das Schulterblatt in Richtung caudal-lateral mitgenommen und abgewartet, bis in weiterlaufender Reaktion der Körper bis in die Zwergenstellung folgt.
Am gebeugten Knie wird lateral ein dreidimensionaler Impuls in Richtung Unterstützungs-fläche gegeben, die reaktive Bewegung der Hüfte über das Knie wird von der anderen Hand am Becken kontrolliert. Auf diesem Weg in Richtung Vierfüßlerstand kann mit Richtungs-wechsel und Intensivierung des Impulses konzentrisch und exzentrisch auf Hin- und Rückweg gearbeitet werden, um die Qualität und damit Ökonomie des Ablaufs zu erhöhen.
Für den letzten Bewegungsabschnitt kann das gebeugte Knie seitlich durch den Fuß des Therapeuten stabilisiert werden, von der freien

Hüfte aus wird der Impuls in Richtung des gleichen Knies gegeben. Bei ausreichender Stabilität der Hüfte kann diese Bewegung auch vom belasteten Knie aus eingeleitet werden.

Die Stabilisierung der Position von proximal und distal

Im Vierfüßlerstand werden beide Hände des Therapeuten auf die Schulterblätter gelegt, um von dort aus eine Mobilisierung zu erreichen. Diese Mobilisierung ist auch vom Becken aus und nach distal wandernd von Händen und Füßen aus möglich.
Die dabei entstehende Bewegung bezeichnet man in der kindlichen Bewegungsentwicklung auch als „Rocking".

Der Übergang zur Fortbewegung

Bei Erzielen eines guten tonischen Dialogs in der Diagonalen kann es zur Intensivierung bis hin zu Positionswechsel und Fortbewegung im Vierfüßlergang kommen. Wichtig dabei ist, dass auch hier der rhythmisch-tonische Dialog nicht unterbrochen wird.

Aus dem Vierfüßlerstand über den aufgebrochenen Vierfüßlerstand und Bärenstand in den Stand

Bei stärkerer Gewichtsverlagerung nach caudal-lateral von der unteren Extremität aus kommt es zum Übergang in den aufgebrochenen Vierfüßlerstand. Vom Becken aus wird nun der Impuls für den weiteren Bewegungsablauf gegeben. Durch die diagonale Arbeit im aufgebrochenen Vierfüßlerstand kommt es zur Abrollphase des aufgestellten Fußes und dem Tonusaufbau im Wechsel von ventraler und dorsaler Muskelkette. Dies fördert Mobilität und Koordination in dissoziierter Aktivität und bereitet damit das Hochkommen in den Bärenstand vor.

Die Gewichtsverlagerung im Bärenstand

Der Impuls für die Gewichtsverlagerung nach dorsal wird vom Becken aus mit leichtem cranialem Zug gegeben, bis die Zehen sich vom

Boden lösen und es durch die posturale Reaktion zur Aufrichtung in den Stand kommt.

Die Gewichtsverlagerung im Stand und Anbahnung des Gehens

Beide Hände des Therapeuten liegen seitlich an der Hüfte über den kleinen Glutäen. Die Hand an der zu belastenden Seite gibt einen leichten Impuls in Richtung Ferse – Außenseite und nach ventral. Die Hand der freien Seite unterstützt die Bewegung auf die zu belastende Seite durch einen Impuls nach dorsal. Die reaktive Stabilisation auf der belasteten Seite wird abgewartet. Für eine rein seitliche Verlagerung zur Aktivierung von Pronatoren und Supinatoren des Fußes beschränkt sich die Impulsgabe darauf, in der frontalen Ebene das Gewicht auf die Außenkante des zu belastenden Fußes zu geben. Durch Impulse zur Verlagerung nach dorsal und ventral über die Außenkante beider Füße in Richtung Großzehenballen bzw. Ferse kommt es zum Wechsel Zehen- und Fersenstand und damit zu einem Tonusaufbau von ventraler und dorsaler Kette. Von der dreidimensionalen Verlagerung bis zur Gleichgewichtsreaktion im Einbeeinstand ausgehend wird auf der belasteten Seite ein Impuls für das Becken nach ventral gegeben, so dass es zur Gewichtsverlagerung über den belasteten Fuß nach ventral und damit zum Schritt kommt. Die Rückverlagerung über den ursprünglich belasteten Fuß in Verbindung mit einem Impuls an der freien Beckenseite nach dorsal unterstützt den Schritt des freien Beines nach hinten.
Das Ziel dieser Vorgehensweise ist nicht das Vorwärtsgehen an sich, sondern die Förderung der dafür benötigten sensorisch-integrativen Fähigkeiten, der Tonusregulation in der Vertikalen, der Kraft und der Feinkoordination.

Der Bewegungsweg vom Stand in die Bauchlage

Beim Rückweg in die Bauchlage gibt der Therapeut Hilfestellung in Form von Unterstützung der Gewichtsverlagerung und angemessener Abnahme von Körpergewicht , um einen harmonisch-flüssigen exzentrischen Bewegungsablauf zu ermöglichen. Dieser Ablauf ist besonders wichtig für den Aufbau und die aktive Kontrolle des Haltetonus im Rumpf.

Die Tonusregulation aus der Rückenlage in den Vierfüßlerstand und zurück

Diese Arbeit erweist sich häufig als sinnvoll bei diplegischen Patienten, da es zu einer intensiven Mobilisierung und Stabilisierung von Becken und unteren Extremitäten, sowie zur Aktivierung der diagonalen ventralen Muskelkette kommt.
Der Therapeut befindet sich symmetrisch zum Partner caudal zu dessen Becken.
Die spinae des Partners berühren die Innenseite der Hände des Therapeuten, seine Finger geben einen Traktionsimpuls nach caudal auf die Lendenwirbelsäule.
Im Wechsel wird nun ein Impuls in Richtung Tuber und Ferse gegeben, wieder in der engen Körperdiagonalen. Der Therapeut beobachtet und fühlt, über welche Seite der Partner eher mit spontaner Aktivierung in Richtung Aufrichtung reagiert.
Als Hilfestellung zur besseren Aufrichtung wird nun in dieser Richtung der freie Arm über den Rumpf gelegt, der Stütz auf der belasteten Seite kann vom Fuß des Therapeuten mit einem Impuls über das Handgelenk in Richtung Ellbogen erleichtert werden. Vom zu belastenden Becken aus wird ein Impuls in die Unterstützungsfläche leicht nach dorsal und cranial gegeben, dadurch wird die Protraktion der Schulter auf der belasteten Seite verhindert und die Kontrolle des Schulterblattes als punctum fixum in Adduktion an die Wirbelsäule erleichtert. Dies ermöglicht physiologische Stützaktivität.
Die Hand auf der freien Beckenseite gibt gleichzeitig einen dreidimensionalen Impuls vom Beckenkamm in die Unterstützungsfläche und nach caudal. Dieser Zug wird kontinuierlich zur Unterstützung der Aufrichtung auf der belasteten Seite gehalten.
Der Therapeut wechselt seine Position nach dorsal, gibt mit einer Hand Impuls auf das zu belastende Knie in die Unterstützungsfläche und verstärkt dies über den Zug am freien Becken nach caudal.
Über die zweite Zwergenstellung geht es in den Vierfüßlerstand. Vom Knie des freien aufgestellten Beins erfolgt ein Impuls in die neue Unterstützungsfläche Fuß, wobei der Zug Richtung caudal am oberen Becken weiter gehalten wird. Auch hier wird über konzentrisch-exzentrische Arbeit Tonus aufgebaut, bis ein leichter Übergang in den Vierfüßlerstand erfolgt.

Beim Rückweg erfolgt Unterstützung entsprechend dem Weg aus dem Stand.

Die Tonusregulation aus der Seitlage

Die Seitlage zu wählen, erleichtert häufig die Arbeit im rhythmisch-tonischen Dialog mit Schwerstbehinderten, insbesondere in der Vertikalisierung (z.B. auf dem Großen Therapieball). Falls notwendig, kann Lagerungsmaterial so verwandt werden, dass Arm und Bein der unbelasteten Seite auf einem festen Schaumstoffblock liegen und der Kopf schulterhoch unterlagert ist.
Die Position des Therapeuten ist hinter dem Partner auf Höhe des Beckens. Die Hände des Therapeuten liegen auf dem Schulterblatt und den Tuber der unbelasteten Seite, der dreidimensionale Impuls erfolgt in Richtung Knie bzw. auf der Schulter in Richtung caudal zur Wirbelsäule im Wechsel mit dem Impuls am Becken nach dorsal-caudal, auf dem Schulterblatt nach lateral-caudal auf den Ellbogen. Die reaktive Einstellung des Kopfes wird abgewartet.
Ebenso kann der Impuls symmetrisch in Richtung Knie und Ellbogen bzw. caudal zur Wirbelsäule gegeben werden.
Diese Arbeit dient der intensiven aktiven Mobilisierung von Schulter- und Beckengürtel sowie der daraus folgenden Tonusregulation im Rumpf, die den Schulterstütz und die Aktivierung des Rumpfes auf der belasteten Seite mit reaktiver Aufrichtung des Kopfes gegen die Schwerkraft ermöglicht. Sie wird entsprechend der therapeutischen Zielsetzung beidseits durchgeführt.