

Probleme der konservativen Skoliosebehandlung in der Klinik*

J. Karch

Die Effektivität der dreidimensionalen Skoliosebehandlung nach Schroth im stationären Behandlungsmodus ist mittlerweile belegt. Eine solche Behandlung führt zu hochsignifikanten Verbesserungen des restriktiven Syndroms, zur Linderung skoliosebedingter Schmerzzustände und letztendlich zu einer Krümmungsaufrichtung, auf lange Sicht wohl auch zu einer Verzögerung der Krümmungszunahme.

Dennoch ergeben sich im Hinblick auf die tägliche Behandlung einige Probleme, die zum Teil auch auf die Gruppenbehandlung zurückgeführt werden können.

In der Mehrzahl behandeln wir Patienten mit einem Durchschnittsalter von 14–20 Jahren mit den für diese Altersgruppe typischen persönlichen Problemen. Ein großer Teil unserer Patienten befindet sich im präpubertären bzw. im pubertären Alter.

Überblicksartig läßt sich folgende grobe Einteilung der Problematik treffen: Krankheitsbewußtsein, Motivation, familiäre Trennung, Belastungsfähigkeit, Gruppentherapie und Integrationsprobleme.

Krankheitsbewußtsein

Patienten, die zur Erstbehandlung in der Klinik sind, werden zunächst in einer Gruppe zusammengefaßt und für die Dauer von einer Woche von einem Therapeuten betreut.

Wichtigstes Ziel dieser ersten Woche ist es, den Patienten das «Krankheitsbewußtsein» zu vermitteln.

Es ist keine Seltenheit, daß sich innerhalb einer solchen Gruppe Patienten befinden, die ihr Leiden als unüberwindliche Hürde empfinden und

dieses auch als Ursache der Störung ihres sozialen Umfeldes betrachten.

Andere nehmen die Skoliose zwar wahr, haben jedoch keine Beziehung zu ihrem Leiden aufgebaut oder eine solche bereits im Ansatz verdrängt.

Es sind vielfältige Zwischenstufen zu finden, die immer in Abhängigkeit von Schweregrad, Schmerzsituation und sozialem Umfeld zu sehen sind.

Oberste und wichtigste Aufgabe zur Erlangung des «richtigen Krankheitsbewußtseins» muß daher eine niveaugerechte, möglichst umfassende Information über das Krankheitsbild «Skoliose» bzw. «Haltungsverfall» sein.

Hier muß ein möglichst für alle Altersstufen ansprechender Einstieg gefunden werden.

Die didaktischen Anforderungen an den Therapeuten sind in diesem Bereich besonders hoch. Es müssen Wege auf verbaler und visueller Ebene beschritten werden. Ebenso sollten negative und positive Erfahrungen im Bereich der Körperwahrnehmung Bestandteile der Erstinformation sein. Wir zeigen Torso-, Wirbelsäulen- und Wirbelmodelle, die vom Patienten betrachtet und im wahrsten Sinne des Wortes «erfaßt» werden können.

Ebenso nützlich erweist sich das Zeigen und Erklären des Krankheitsbildes an von Röntgenbildern abgezeichneten skoliotisch veränderten Wirbelsäulen.

Die physiologischen Abläufe von Körperbewegungen unter Einbeziehung der statischen Verhältnisse sowie das Erkennen pathologischer und korrigierender Atembewegungen, lassen sich sehr gut über die eigene Körperwahrnehmung erarbeiten. Unter Anleitung gelingt dies bereits schon in der ersten Woche bei Partnerübungen.

* Nach einem Vortrag auf dem 1. Sobernheimer Skoliose-Workshop am 20. April 1991, Katharina-Schroth-Klinik, Sobernheim.

Motivation

Ist diese erste Hürde von der Gruppe genommen, muß die Motivationsphase beginnen. Die Übergänge sind meist gleitend, so daß bereits in der vorher beschriebenen Informationsphase motivierende Vorausblicke wichtig werden. Die Zielsetzung muß in dieser Phase jedoch immer in realistischen Bereichen liegen.

Hier helfen Erfahrungswerte und solche, die von Patienten mit ähnlichen Ausgangswerten erreicht wurden.

Im allgemeinen liegen in der Erhaltung der «Erstmotivation» die geringeren Schwierigkeiten. Weitaus hartnäckiger stellen sich die Probleme nach einer durchschnittlichen stationären Behandlungszeit von ca. 4 Wochen Dauer. Hier besitzt der Patient bereits ein relativ gutes Körpergefühl und parallel dazu ein ebenso kritisches Verhalten. Dieses ist als positiver Behandlungsverlauf zu werten, da sich der Patient nun weitaus intensiver mit seinem Krankheitsbild auseinandersetzt.

Dennoch taucht hier manchmal das Problem fehlender «Durchhaltungsmotivation» auf, besonders wenn eine Stagnation des Behandlungserfolges eintritt.

Meist sind Erwartungshaltung und realistische Ziele zu weit auseinandergerückt.

Eine Überarbeitung der bisherigen Erfolge mit neuer Zielsetzung sowie das Einschalten einer kleinen Lockerung des Übungsprogramms können sehr hilfreich sein.

Ein individuelles Übungsheft, das jedem Patienten zum Beginn seiner Behandlung ausgehändigt wird, unterstützt die Motivation und zeigt auch die «für ihn» realistischen Steigerungen der meßbaren Behandlungsdaten.

Er selbst ermittelt Vitalkapazitätswerte am Glockenspirometer, Körperlängenzuwachs, kontrolliert sein Ausdauertraining in Bewegung und Atmung und führt damit gleichsam eine gewisse Art von «Buchführung» über die von ihm geleisteten Einzelübungen.

Eine besondere Unterstützung zur Motivationssteigerung stellen die «Kontrollfotos» dar, die in 14tägigem Abstand angefertigt werden. Der Patient wird dabei von allen 4 Seiten mit freiem Oberkörper vor einer mit einem Raster versehenen Wand fotografiert.

Eventuell verordnete oder zu verordnende Schuherhöhungen oder andere orthopädische

Hilfsmittel werden dabei mit einem zusätzlichen Kontrollfoto berücksichtigt.

Beim ersten Betrachten der Fotos zeigen sich die Patienten im allgemeinen sehr motiviert.

Optimalen motivierenden Charakter haben diese Bilder ungefähr in der 3. Behandlungswoche, denn zu dieser Zeit liegt dem Patienten die zweite Fotoserie zum Vergleich vor. Hier entwickelt sich bereits eine dauerhafte Motivation, die als Durchhaltungsmotivation bezeichnet werden kann.

Belastungsfähigkeit

Dem neu ankommenden Patienten erscheint das von uns angebotene Übungsprogramm im Vergleich zu anderen konservativen Skoliosebehandlungen sehr intensiv.

Allein die im Wechsel stattfindenden Gruppen- und Übungsprogramme ergeben eine tägliche Behandlungszeit von ca. 6 Stunden.

Zusätzlich sind die Sonderbehandlungen wie Massagen und andere physikalische Therapien hinzuzurechnen.

In der Informationsphase der ersten Woche werden bereits die individuellen Belastungsgrenzen festgestellt und dementsprechend, zeitweilige Stagnation des Übungsprogrammes festgelegt. Eine Überprüfung dieser Parameter erfolgt in 8- bis 14tägigem Abstand.

Oft findet sich bei Patienten im Alter von ca. 40 Jahren und älter eine Art Torschlußpanik, die in einer drohenden Überbelastung ihren Ausdruck finden kann. Hier muß in erhöhtem Maße auf richtiges «Maßhalten» hingearbeitet werden.

Behandlungsschwerpunkte müssen hier mehr auf Erhalt und Verbesserung der Vitalfunktionen verlagert werden.

Im Gegensatz dazu glauben oft Jugendliche, im pubertären Alter bereits die Grenze ihrer Belastungsfähigkeit erreicht zu haben. Hier sollte die oben erwähnte «individuelle» und kontinuierliche Leistungssteigerung im Behandlungsplan vorgesehen sein.

Ganz anderes Verhalten zeigen Heranwachsende nach Abschluß der Pubertät.

Diese Personengruppe könnte als die «erfolgreichste» angesehen werden, da körperliche Belastungsfähigkeit und realistisches «Krankheitsbewußtsein» zu einem relativ günstigen Zeit-

punkt zusammentreffen. Es entwickelt sich eine «natürliche Motivation».

Aber auch hier stellen sich Probleme ein:

Erstens kann es zur «Übermotivation» kommen, was wiederum zur Überschreitung der Belastungsfähigkeit führen kann, zweitens ist eine größere «Frustrationsbereitschaft» festzustellen, wenn durch Beendigung der Knochenreife und des Wachstums strukturelle Hindernisse auf dem Weg zum Erfolg hinzugekommen sind. Die Aussicht auf Verminderung der Progredienz sowie Steigerung und Erhalt der Vitalfunktionen helfen manches Problem zu verringern, ebenso eine nochmalige Überprüfung der nötigen Übungsrichtungen anhand der Kontrollbilder und des Übungsheftes. In Ausnahmefällen gibt eine Röntgenkontrolluntersuchung, u.U. auch in Übung, dem Patienten wieder die nötige Sicherheit zum Weiterarbeiten.

Familiäre Trennung

Dieses Problem stellt sich am Anfang bei fast allen Patienten und behindert den Behandlungsplan oft in der Phase der «Erstinformation». Hier finden sich die größten Probleme bei den Kindern, deren Bindung an das Elternhaus noch sehr ausgeprägt ist. Im allgemeinen verschwindet dieses Problem jedoch sehr schnell und weicht der von den Patienten als sehr positiv empfundenen Einbettung in die «familiäre» und «kameradschaftliche» Atmosphäre von «Gleichgesinnten».

Um die Hürde der häuslichen und familiären Trennung gerade bei den Kindern etwas zu mindern, sind Kinderbetreuung während und besonders in den übungsfreien Zeiten von ausschlaggebender Bedeutung.

Im dafür zur Verfügung stehenden «Hobbyraum» können nicht nur Kinder, sondern alle Patienten Bastelarbeiten, Makramee, Emaillieren und anderes unter Anleitung erlernen. Besonders bei den jugendlichen Patienten werden Tischtennisturniere, Videoabende und selbstgestaltete Discoabende sehr hoch geschätzt.

Die älteren Patienten treffen sich häufig in der ruhigen Atmosphäre des Kaminraumes, wo sich die Möglichkeiten des gegenseitigen Erfahrungsaustausches bieten; aber auch Fernsehen, Lesen, Bodenschach oder andere Spiele bringen mitunter die nötige Unterstützung zur Überbrückung der familiären Trennung.

Bei scheinbar unüberwindlichen Problemen, und dies nicht nur im Zusammenhang mit der Loslösung aus dem privaten Milieu, ist die Konsultation unseres Diplompsychologen oft eine entscheidende Hilfe.

Gruppentherapie

Da die Gruppentherapie den zeitlich größten Behandlungsrahmen bildet, sollten zunächst die Vorteile der Gruppendynamik genannt werden, die gerade bei einem stationären Aufenthalt zum Ausdruck kommen.

Kontinuierliche «Motivationssteigerung» und gegenseitiges «Auffangen» in Frustrationsphasen sind sicherlich die herausragenden Merkmale der Gruppentherapie.

Dennoch sollte der aufmerksame Therapeut auf Zeichen von Überbelastung einzelner Patienten sowie auf «Abschottung» kleinerer «Grüppchen» in der Gruppe achten.

Das Zwischenschalten von fachlichen Informationen in den Übungsauftrag an die Gruppe ist ebenso wichtig wie eine sich wiederholende «Kontrollabfrage».

Hier ist ein entsprechendes «Fingerspitzengefühl» des Therapeuten von ausschlaggebender Bedeutung.

Die pädagogischen Fähigkeiten des Behandlers sollten vollständig ausgenutzt werden. Neben diesen sind aber auch die manuellen Möglichkeiten, die dem Therapeuten zur Verfügung stehen, ständig zum Einsatz zu bringen, damit, gerade in der Zeit der Gruppenübungsstunde, gewissermaßen jedem Gruppenmitglied eine möglichst individuelle Behandlung zuteil werden kann.

Die richtige Koordination dieser mehrfachen Anforderungen kann deutlich zur Minderung von Problemen beitragen.

Integrationsprobleme

Diese beziehen sich auf die Integration einer neu erworbenen Haltung in den häuslichen Alltag.

Selbst durch ständige Bahnung korrigierender Haltungs- und Bewegungsmuster in den spezifischen Übungen, scheint das Problem, die korrigierte Haltung in den Alltag zu übernehmen, noch relativ hoch.

Zunächst findet sich beim Patienten eine nach ca. 4 Wochen Behandlungsdauer gute Sicherheit in den Übungsausführungen. Die eigentliche Gefahr scheint in der Wiedereingliederung in das häusliche und berufliche Umfeld zu liegen.

Integrationsprobleme werden auch oft durch falsche Interpretation des Patienten auf das Feedback seiner Umwelt hervorgerufen. Beispiel: «Wenn mich meine Freunde mit dieser Haltung sehen, werden sie mich bestimmt für überheblich oder eingebildet halten...!»

Hier können sehr schnell festgelegte Verhaltensmuster wieder Prioritäten erhalten, die dann möglicherweise neu erworbene «Korrekturen» zu Fall bringen können.

In dieser Phase äußern sich fast alle Patienten, erstaunlicherweise auch die schlechter motivierten, über die Behandlungsdauer, die «jetzt» als zu kurz angesehen wird.

In diesem Zusammenhang werden von «ihnen»

auch die Probleme erkannt, die von seiten der Kostenträger auftauchen, besonders im Hinblick auf verspätete Zuweisung, zu kurze Behandlungszeit sowie zu lange Pausen zwischen den einzelnen Heilverfahren.

Das Schließen der Lücke «Integrationsprobleme» erfolgt derzeit durch eine intensive Verbreitung der Schroth-Methode über die der Katharina-Schroth-Klinik angegliederte Deutsche Gesellschaft für Krankengymnastische Skoliosebehandlung e. V. (D. G. K. S.).

Es können jährlich ca. 140 examinierte Krankengymnasten ein 16tägiges Kursprogramm durchlaufen, dem ein Wochenendeführungskurs (A-Kurs) vorgeschaltet sein muß.

Nach nunmehr 3jährigem Praktizieren des Ausbildungsprogramms zeigt sich an der positiven Resonanz von seiten der Patienten als auch der «neuen Schroth-Therapeuten», daß bestehende Integrationsprobleme oft erfolgreich abgebaut werden konnten.