

Post-Symposium Lecture

Wo man nichts mehr machen kann, ist noch viel zu tun - Basale Stimulation und körpernaher Dialogaufbau bei spastischer Haltung im Wachkoma

Samstag, 22. Oktober 2005, 9:00-17:00 Uhr
Pavillon XI Tagraum 1. Stock

Geriatrizentrum am Wienerwald, Neurologische Abteilung
Jagschlossgasse 59, 1130 Wien

Referenten: Frieder Lückhoff, Weimar
Univ.-Dozent Dr. med. Andreas Zieger, Oldenburg

Seminarinhalt

Spastische Beeinträchtigungen gelten häufig als zwangsläufige und schicksalhafte Folge von schwerer Hirnschädigung, z.B. nach schweren Schädelhirntrauma oder einer schweren Sauerstoffmangelschädigung bei Herzstillstand mit Reanimation im apallischen Syndrom (Wachkoma). Wer diese Menschen als bloße Defizitfiguren betrachtet, wird ihnen jedoch nicht helfen können. Neue Fragen und neue Antworten sind angesagt: Spastik ist eine Antwort des geschädigten Organismus auf ein schweres traumatisierendes Ereignis (z.B. Stresstrauma). Spastik ist das Vermögen eines schwersthirngeschädigten Menschen, sich im Schwerkraftfeld zu stabilisieren und sich selbst zu aktualisieren („Körpersemantik“). Übungen zur Selbsterfahrung sowie Tipps und Tricks sollen die verborgene Körpersprache der Betroffenen entschlüsseln helfen und das Verständnis für einen angemessenen Umgang mit Menschen, die in eine „spastische Haltung“ und Lebenslage geraten sind, vertiefen.

Kontakt

Frieder Lückhoff

Leiter des Lückhoff-Institutes Weimar,
Krankenpfleger, Lehrer für Berufe im
Gesundheitswesen, Kursleiter Basale
Stimulation®, cand. BScN
Marienstraße 8
D-99423 Weimar
Tel. +49/ 3643 499067
Fax: +49/3643 493687
kontakt@lueckhoff-institut.de
www.lueckhoff-institut.de

Privat-Dozent Dr. med. Andreas Zieger

www.a-zieger.de
Ltd. OA der Abt. für Schwerstschädel-Hirngeschädigte
Früh- und Weiterführende Rehabilitation
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg
Steinweg 13-17
D-26122 Oldenburg
Tel. und Fax: +49/441 236-402
Dr.andreas.zieger@evangelischeskrankenhaus.de
www.neurozentrum.de
Dozent für Klinische Neurorehabilitation
Institut für Psychologie
Abt. Gesundheits- und Klinische Psychologie
Fakultät IV Human- und Gesellschaftswissenschaften
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Postfach 2503
D-26111 Oldenburg
www.uni-oldenburg.de

Programmablauf

09.00-12.00 Uhr	Begrüßung, Vorstellung und eigene Erwartungen/Fragen Programmübersicht und Ziele Leitsätze und praktische Übungen zur Selbsterfahrung Austausch
12.00-13.00 Uhr	Mittagspause
13.00-17.00 Uhr	ff. Leitsätze und praktische Übungen zur Selbsterfahrung Austausch Abschlussreflexion

Leitsätze zur Seinsweise von Menschen im Wachkoma (apallischen Syndrom) aus Sicht der Philosophie und Praxis eines körpernahen Dialogaufbaus (Zieger 1993, 2004)

1. Solange ein Mensch lebt, ist er mit Wahrnehmungen, (unbewussten) Empfindungen und Bewegungen mit der Umwelt verbunden.
2. Menschen im apallischen Durchgangssyndrom („Wachkoma“) sind weder „hirntot“ noch „sterbend“. Sie haben sich aus einem akuten Komastatus (nach ca. 3-4 Wochen) in die erste Remissionsstufe des Komas = „Wachkoma“ entwickelt.
3. Das Vollbild weist folgende Symptome (Zeichen) auf:
 - Atmung spontan
 - Augen minuten- oder stundenweise geöffnet
 - Schlaf-/Wachrhythmus erschöpfungszeitlich strukturiert
 - Keine *absichtsvollen* Reaktionen auf verbale, auditive, taktile und Schmerzreize
 - keine *willkürlichen* Eigenaktivitäten oder Kontaktaufnahme.
4. Menschen im apallischen Durchgangssyndrom („Wachkoma“) sind schwerst-hirngeschädigte und schwerst-traumatisierte Menschen, deren Krankheitszustand, Symptomatik und „Körpersemantik“ von einer persönlichen Biographie geprägt.
5. Menschen im apallischen Durchgangssyndrom („Wachkoma“) verfügen in der frühen Remission über Eigenkompetenzen und Fähigkeiten zur Selbstaktualisierung gegenüber der Umwelt:
 - Stadium I: kurzes Fixieren (beginnende Aufmerksamkeit und Re-Orientierung)
 - Stadium II: Blickfolgen
 - Stadium III: Zuwendung und emotionale Reaktion, Greifen i. S. eines Klüver-Bucy-Syndroms, später eines Korsakow-Syndroms
 - Stadium IV: Hirnorganisches Psychosyndrom (Stadien der Remission nach Gerstenbrand 1967)
6. Menschen im apallischen Durchgangssyndrom („Wachkoma“) sind prinzipiell entwicklungs- und „rehabilitationsfähig“ (Gerstenbrand).
7. Sie benötigen klare Sicherheit, Struktur in der Situation und intensive Wahrnehmungsangebote, um die Wirkungen ihrer selbst auf die Umwelt und andere Menschen (körperlich, leib-sinnlich) spüren zu können.

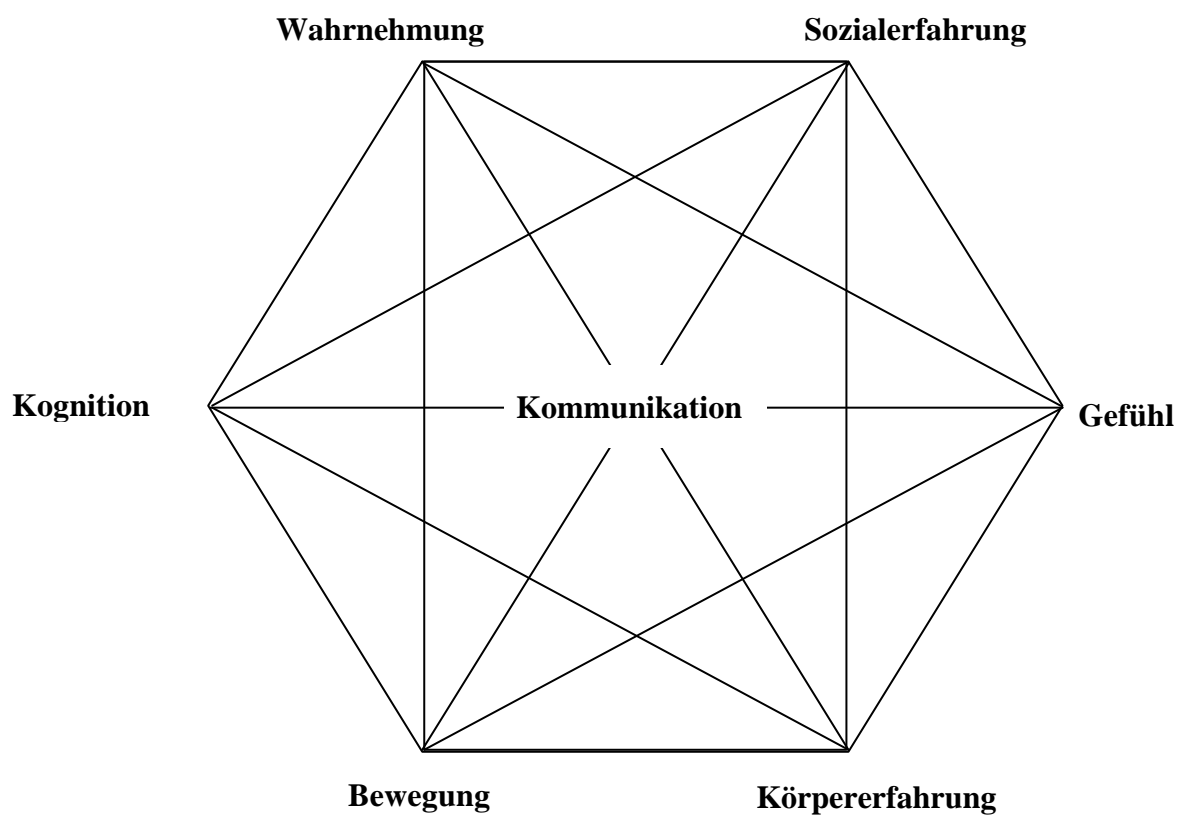
8. Durch Kontaktaufnahme („Initialberührung“), frühe Wahrnehmungs- und Bewegungsangebote (Bewegungserfahrung, Positionsveränderungen) in der Basalen Stimulation und beim körpernahen Dialogaufbau, durch das Einüben von Ja/Nein-Codes und durch weitergehende Kommunikation- und Interaktionsangebote kann die Förderung von Autonomie-Entwicklung wirksam gefördert und eine „spastische Haltung“ abgebaut werden.
9. Entscheidend und handlungsleitend ist das minimale Antwortverhalten in der Körpersprache („Körpersemantik“), trotz „spastischer Haltung“ nicht das (abstrakt bestimmte) Vorhandensein von „Bewusstsein“. Diese individuellen Rehapotenziale können semiquantitativ erfasst und evaluiert werden, z.B. mit der Skala Expressive Kommunikation und Selbstaktualisierung (SEKS; vgl. Zieger 2002) (siehe Anlage).
10. Es geht darum, für die Menschen trotz schlechter medizinischer Prognose eine zufriedenstellende soziale Perspektive zu erreichen. Dabei hat die ambulante, häuslich-familiäre Langzeitversorgung Vorrang vor der stationären Heimunterbringung.

Im Dialog begegnen sich zwei Menschen gleichwertig und gleichberechtigt, wenn auch mit unterschiedlich verteilten individuellen Kompetenzen und verwirklichtbaren Potenzialen. Entwicklung und Förderung beginnen bereits auf der Intensivstation und können durch gemeinsames Lernen lebenslang fortgesetzt werden. Dabei geht es primär um die Bedürfnisse der Betroffenen nach Wohlbefinden und Lebensqualität, nicht um normierte Leistung und Nützlichkeit. Wer diese Menschen lediglich als „Defizitfiguren“ ansieht und versteht, wird mit ihnen nicht in Dialog kommen.

Ganzheitliches Entwicklungsmodell nach Fröhlich/Haupt (Förderdiagnostik mit schwerbehinderten Kindern, 1993)

oder

Umfassende Sicht menschlicher Entwicklung aus der Sicht des Konzeptes Basale Stimulation



Alle im Modell genannten Elemente sind in einer Wahrnehmungssituation immer **gleichzeitig** vorhanden. Sie sind für den Betroffenen immer **gleichgewichtig** von der Bedeutung her und sie sind immer **gleich wirklich**.

Basale Stimulation - Zentrale Ziele

Aus den Grundüberlegungen des Konzeptes Basale Stimulation® wurden zentrale Ziele entwickelt, die die Person des kranken Menschen ganz in den Mittelpunkt stellen. Der Mensch wird als eigenaktives Subjekt verstanden, das zeitlich begrenzt Unterstützung benötigt. Es findet dem entsprechend ein Perspektivenwechsel statt. Nicht die pflegerische, therapeutische oder pädagogische Handlung sondern die lebensweltnahe Aktivität des Betroffenen ist Thema der Begegnung.

Leitfrage:

Was soll der Betroffene erleben können?

Leben erhalten und Entwicklung erfahren

Das eigene Leben spüren

Sicherheit erleben und Vertrauen aufbauen

Den eigenen Rhythmus entwickeln

Außenwelt erfahren

Beziehung aufnehmen und Begegnung gestalten

Sinn und Bedeutung geben

Sein Leben gestalten

Autonomie und Verantwortung

Übungen zur Selbsterfahrung

- 1.) Auf die Hände setzen (Lückhoff)
- 2.) Handauflegen auf die Schultern eines/r anderen (Zieger)
- 3.) Selbsterfahrung mit beugespastischer Haltung (Zieger)
- 4.) Wahrnehmungs- und Bewegungsangebote bei beugespastischer Haltung (Lückhoff)
- 5.) Einfluss der Kopfhaltung auf Lagerung und Dialog (Zieger/Lückhoff)

und viel andere.

Lassen Sie sich überraschen!

Literaturhinweise

Basale Stimulation

- Bienstein, Ch./Fröhlich, A. Bewusstlos
Verlag Selbstbestimmtes Leben 2000
- Bienstein, Ch./Fröhlich, A. Basale Stimulation
Kallmeyer 2004
- Fröhlich, A. Basale Stimulation – Das Konzept
Verlag Selbstbestimmtes Leben 2000
- Fröhlich, A. et al Fördern-Pflegen-Begleiten
Verlag Selbstbestimmtes Leben 1997
- Nydahl, P./Bartoszek, G. Basale Stimulation in der Intensivpflege
Fischer 2004

Körpernaher Dialogaufbau

Hannich, H.-J.: Bewußtlosigkeit und Körpersprache. Überlegungen zu einem Handlungsdialog in der Therapie komatöser Patienten. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 1993; 38(4): 219-226

Zieger, A.: Dialogaufbau in der Frührehabilitation mit Komapatienten auf der Intensivstation. In: Neander/Friesacher/Meier (Hrsg.): Handbuch der Intensivpflege. Ecomed-Verlag 1993/2001, Kapitel IV 2.4, S. 1-24

Zieger, A.: Der schwerstgeschädigte neurologische Patient im Spannungsfeld von Bio- und Beziehungsmedizin. Intensiv, 2002; 10(6): 261-274

Zieger, A.: Verlauf und Prognose des sog. Apallischen Syndroms („Wachkoma“) im Erwachsenenalter. In: Zieger, A. & P. Schönle (Hrsg.): Neurorehabilitation bei diffuser Hirnschädigung. Hippocampus-Verlag 2004, S. 147-194

Zieger, A.: Beziehungsmedizinisches Wissen im Umgang mit so genannten Wachkoma-Patienten. In: Höfling, W. (Hrsg.): Das sog. Wachkoma. Juristische, medizinische und ethische Aspekte. Münster: Lit-Verlag 2005, S. 49-90

Zieger, A.: Körpernaher Dialogaufbau mit Menschen im Koma/Wachkoma nach erworbener schwerer Hirnschädigung. In: Boenisch, J. & Otto K. (Hrsg.): Leben im Dialog. Unterstützte Kommunikation über die gesamte Lebensspanne. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag 2005, S. 390-403

Name:	wöchentlich	
	täglich	

Skala Expressive Kommunikation und Selbstaktualisierung (SEKS)

(vgl. Zieger 1997; revidiert 1999, 2002; validiert von C. Engel, Uni Greifswald 2002)

Handzeichen						
Datum						
Punktwert 0 = Merkmal nicht vorhanden 1 = Merkmal vorhanden (Mehrfachnennungen möglich)						
Vegetative Körpersignale						
AF: Innehalten, Beschleunigung, Verlangsamung						
HF: Beschleunigung, Verlangsamung						
Schwitzen						
Erröten, Erblassen						
Tränenfluß						
(min 0; max. 5)						
Tonische Körpersignale						
Gesamten Körper anspannen/entspannen						
Arm/Bein anspannen/entspannen						
Kopf anspannen/entspannen						
Gesicht angespannt/entspannt						
(min. 0; max. 4)						
Augen						
matter Blick						
starrer Blick						
glänzender Blick						
Fixieren						
Blickwendung						
Blickfolgen, Nachschauen						
Blinzelcode reproduzierbares Blinzeln oder tiefes Augenschließen als Zeichen für JA						
(min. 0; max .7)						
Mimik						
apathisch, erschöpft, müde						
Indifferent						
Schmerz						
Lächeln, Staunen						
Freude, Unmut Furcht/Angst, Wut/Zorn Weinen, Trauer Ekel						
Augengruß mehrfaches Anheben der Augenbrauen/Stirnmuskeln						
(min.0; max. 6)						

Datum						
Eigenbewegungen						
Selbststimulationen Schaukelbewegungen, Stereotypien, Daumenlutschen						
Diffuse Suchaktivität Herumdrehen, Strampeln, Herumnesteln						
Zielgerichtete Bewegungen Kopfwendung, Arm ausstrecken, Zugreifen, Zutreten						
Kopfcode: Ja/Nein Kopfnicken bzw. Kopfschütteln						
Handcode: Ja/Nein Händedruck und Loslassen Handheben bzw. Handsenken						
Beincode: Ja/Nein Bein in Knie anheben / beugen = Ja, bzw. senken / strecken = Nein						
Buzzer-Code Summer 1 x drücken = Ja 2 x drücken = Nein						
(min. 0; max. 7)						
Gesten und Gebärden						
Stimmungen und Bedürfnisse z.B. Nähe, Zärtlichkeit, Schmuse Verlegenheit, Langeweile Niedergeschlagenheit Verzweifeln, Drohen, Wut, Zorn						
Ja/Nein-Geste auch „Weiß nicht“ (Schulterzucken)						
Zeigen , auf einen Gegenstand/eine Person deuten						
Wünsche und Absichten ausdrücken z.B. Geste für Rauchen, Trinken, Schlafen, Zeitunglesen, Telefonieren, Nichthören						
(min. 0; max. 4)						
Stimme und Sprache						
Affektive nichtartikulierte Äußerungen z.B. Seufzen, Stöhnen, Wimmern, Weinen, Schreien Summen, Brummen,						
Stimmlose Mundbewegungen und Artikulationen z.B. Flüstern, Koartikulieren, Mitbewegungen						
Stimmhafte Lautäußerungen und Artikulationen z.B. Brabbeln, Murmeln						
Affektive Lautäußerungen z.B. Schmerz : „Au“ Begrüßung: „Hallo“ Leises/Lautes Lachen						
Verständliche einzelne Wörter und Antworten z.B. „Ja“, „Nein“, „Mama“, „Papa“, „Hunger“, „Durst“, „Komm“, „Geh weg“, „Gut“, „Schlecht“, „Richard“ usw.						
(min. 0; max. 5)						
Summe (min. 0; max. 38)						

Eigene Notizen: