

Handout zum Tutorial V:

Basale Stimulation und körpernaher Dialogaufbau bei Patienten im apallischen Syndrom

**Donnerstag, 20. Januar 2005
(1) 14:00-15:30 Uhr und (2) 16:00-17:30 Uhr**

Hörsaal 9

**Leitung Frieder Lückhoff, Weimar
 PD Dr. Andreas Zieger, Oldenburg**

Ablauf

- 1. Begrüßung und Vorstellung**
- 2. Programmübersicht und Ziele des Tutorials**
- 3. Leitsätze und praktische Übungen**
- 4. Abschlussreflexion**

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
Arzt für Neurochirurgie, Rehabilitationswesen
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
Hochschuldozent für Klinische Neurorehabilitation
Carl von Ossietzky Universität
Fakultät IV Human- und Gesellschaftswissenschaften
Institut für Psychologie
Abt. Gesundheits- und Klinische Psychologie
Postfach 2503
D-26111 Oldenburg
www.a-zieger.de

Leitsätze zur Seinsweise von Menschen im apallischen Syndrom

aus Sicht der Philosophie und Praxis eines körpernahen Dialogaufbaus

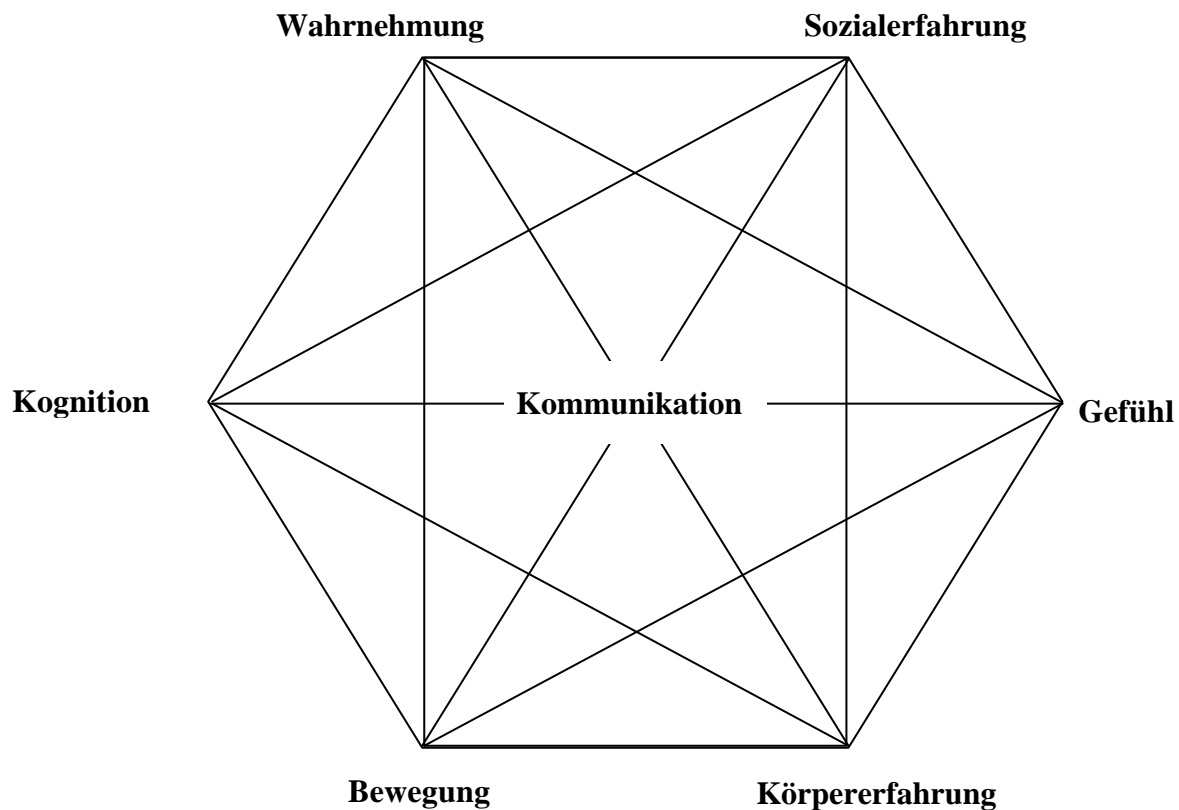
1. Der Mensch wird am Du zum Ich (Buber).
2. Solange ein Mensch lebt, ist er mit (unbewussten) Wahrnehmungen, (unbewussten) Befinden (z.B. Schmerzempfindung, Erleben) und (unbewussten, minimalen, tonischen) Bewegungen mit der Umwelt verbunden.
3. Menschen im apallischen Durchgangssyndrom („Wachkoma“) sind weder „hirntot“ noch „sterbend“. Sie haben sich aus einem akuten Komastatus (nach ca. 3-4 Wochen) in die erste Remissionsstufe „Wachkoma“ entwickelt.
4. 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.
5. Menschen im apallischen Syndrom („Wachkoma“) sind schwerst-hirngeschädigt und schwerst-traumatisiert, deren Symptomatik (Zeichen) und „Körpersemantik“ (Körpersprache) von einer persönlichen Biographie, den Folgen der erlittenen Hirnschädigung und der aktuellen Situation (Wahrnehmung, Befinden, Zustand) geprägt.
6. Menschen im apallischen Syndrom („Wachkoma“) verfügen in der frühen Remission über Eigenkompetenzen und Fähigkeiten zur Selbstaktualisierung in der Umwelt:
 - Stadium I: kurzes Fixieren (beginnende Aufmerksamkeit und Re-Orientierung)
 - Stadium II: Blickfolgen
 - Stadium III: Zuwendung und emotionale Reaktion, Greifen i. S. e. Klüver-Bucy-Syndroms, später eines Korsakow-Syndroms
 - Stadium IV: Hirnorganisches Psychosyndrom (Stadien der Remission nach Gerstenbrand 1967)

7. Menschen im apallischen Durchgangssyndrom („Wachkoma“) sind prinzipiell entwicklungs- und „rehabilitationsfähig“ (Gerstenbrand). Entwicklung und Förderung beginnen auf der Intensivstation
8. Sie benötigen Sicherheit, klare Strukturen und Orientierungen in der Situation und intensive Wahrnehmungsangebote, um die Wirkungen ihrer selbst auf die Umwelt und andere Menschen (körperlich, leiblich) mit allen Sinnen spüren zu können.
9. Durch Kontaktaufnahme („Initialberührung“), frühe Wahrnehmungs- und Bewegungsangebote (Bewegungserfahrung, Positionsveränderungen), durch die Übersetzung der analogen Körpersprache in digitale Ja/Nein-Antwortcodes und durch weitergehende Kommunikations- und Interaktionsangebote kann die Autonomie-Entwicklung wirksam gefördert, eine „spastische Haltung“ vermindert und ein neues Gesamtverhalten des schwerstbeeinträchtigten Patienten aufgebaut werden.
11. Entscheidend und handlungsleitend ist das minimale Antwortverhalten in der Körpersprache („Körpersemantik“), nicht ein (nur abstrakt definierbares) Vorhandensein von „Bewusstsein“ oder nicht. Das Antwortverhalten (ob nun unwillkürliche Reflexe und Automatismen oder schon willkürlich initiierte Reaktionen) entsprechen den jeweiligen, individuellen Rehapotenzialen. Diese können semiquantitativ erfasst und evaluiert werden, z.B. mit der Skala Expressive Kommunikation und Selbstaktualisierung (SEKS; vgl. Zieger 2002) (siehe Anlage).
12. Letztlich geht es darum, für diese Menschen, die zu 80% kognitiv erwachen und ein Antwortverhalten zeigen (z.B. Ja/Nein-Codes), jedoch körperlich schwerstpflegeabhängig bleiben, trotz schlechter medizinischer Prognose eine zufriedenstellende soziale Perspektive zu erreichen. Dabei hat die ambulante, häuslich-familiäre Langzeitversorgung Vorrang der stationären Langzeitversorgung im Pflegeheim.

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)

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

- Gerstenbrand, F.: Das traumatische apallische Syndrom. Springer 1967
- 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
- Hannich H.-J., B. Dierkes: Ist Erleben im Koma möglich? Intensiv, 1996; 4: 4-7
- 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., & H. Hildebrandt: Neuropsychologische Frührehabilitation während der intensivmedizinischen Versorgung. In: Gauggel S. & H. Kerkhoff (Hrsg.): Fallbuch klinische Neuropsychologie. Hogrefe 1997, S. 267-289
- 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

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 austrecken, 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: