

Wachkoma Wachkoma



Aktivierungsstudie
"Kleiner Unterschied? Frauen und Männer im Wachkoma"

liebe Leserinnen & Leser!

Wachkoma ist ein Krankheitsbild, das für viele ein Fremdwort ist. Betrifft es jemanden aber persönlich, dann stürzt eine Welt ein – große Probleme kommen auf Angehörige zu und selten bekommen Sie eine aufklärende Antwort.

Die immer wiederkehrenden Bemerkungen von Außenstehenden: „Die/der versteht ja sowieso nichts!“ waren der Auslöser für diese Aktivierungsstudie. Während unserer täglichen Arbeit mit den Patienten konnten wir beobachten, dass Menschen, die nicht mehr sprechen und sich nicht bewusst bewegen können, mit vegetativen Körpersignalen kommunizieren.

Die wissenschaftliche Grundlage sollte geschaffen werden.

Eine engagierte und berufserfahrene Gruppe von Fachleuten im Pflegeheim St. Anna Lana bildete die Kerngruppe dieses Projektes. Teilnehmer der Kerngruppe waren die Krankenschwester Annelies Gasser, die Altenpflegerin Renate Tammerle, die Sozialbetreuerinnen Sabine Braunhofer, Doris Perkmann und Bernadette Schwarz, der Physiotherapeut Sandro Predelli und ich als Physiotherapeutin und Projektleiterin Waltraud Starke. Dr. Wolfgang Vinatzer begleitete uns als wissenschaftlicher Berater. Das gesamte Pflorgeteam von St. Anna Lana unterstützte tatkräftig und fachkompetent unser Projekt mit dem täglichen Aufzeichnen der Beobachtungen.

3 Frauen und 3 Männer im Wachkoma wurden im Zeitraum von 10 Monaten (01.03.2006 – 31.12.2006) während einer pflegerischen Maßnahme – der beruhigenden basalen Ganzkörperwaschung – und einer physiotherapeutischen Maßnahme – dem passiv Durchbewegen – beobachtet. Die vegetativen Körpersignale wurden als entscheidende Faktoren beobachtet. Die Ergebnisse wurden nach diesen 10 Monaten ausgewertet. Ende März 2007 stand das Ergebnis fest:

Es existiert eine vegetativ gesteuerte Kommunikation!

Die Beobachtungen werden durch Menschen, welche den Betreuten kennen, ausgewertet. Ein Umdenken muss stattfinden. Aus dem so genannten „Vegetativen Status“ wird ein Mensch wie Du und ich – ein Mensch wie er es immer war – Frau und Mann.

Unsere Bemühungen drehen sich um Menschen im Wachkoma, aber auch um Menschen die schwerstbehindert nicht mehr ihre Wünsche, Bedürfnisse und Ängste mitteilen können. Wir wollen mit dieser Broschüre unsere Erfahrungen weitergeben und hoffen für die betroffenen Menschen einen guten Dienst leisten zu können.

In diesem Sinne ein gutes Lesen wünschen Ihnen die Autoren der Broschüre



Benedette
Schwarz

Wolfgang
Haid

Pekarna Wos

Nenke
Tammack

Braunhofer
Söhne

Gosser Annelies

Wachkoma – was ist das?



Nach einem Unfall mit Kopfverletzung oder einem schwerwiegenden Sauerstoffmangel im Gehirn fallen die Menschen ins Koma. Es tritt ein Bewusstseinsverlust auf der, Stunden, Tage, Wochen oder Monate dauert. Je länger der Bewusstseinsverlust dauert, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit einer erheblichen Schädigung des Gehirns – es tritt das **Wachkoma** auf.

In der ersten Aufwachphase entwickelt der Patient einen Schlaf-Wach-Rhythmus, der Blick geht noch ins Leere, Aufforderungen werden nicht befolgt. Er kann Harn- und Stuhlentleerung nicht kontrollieren (inkontinent). In 70 – 80% der Fälle kommt es zu einer Rückbildung des Krankheitsbildes – **Remissionsphasen**. Bei einigen Patienten bleibt eine Restbehinderung zurück – die Rückkehr. ins normale Leben ist möglich.

Ursachen

Hypoxische Ursachen

= Sauerstoffmangel im Gehirn

- Tumore
- Suizidversuche
- Vergiftungen
- Ausgedehnter Schlaganfall
- Gehirnblutungen
- Kreislaufstillstand
- Meningitis/Enzephalitis

Traumatische Ursachen

= Folge von Unfällen mit Kopfverletzung

- Schweres Schädel – Hirntrauma



Folgen

- Teilweise Unterbrechung der Verbindungssysteme vom Großhirn zum Zwischenhirn, Hirnstamm und Rückenmark – aus dem Koma entwickelt sich das Wachkoma
- Bewegungsimpulse der Großhirnrinde erreichen nicht das Rückenmark, der Patient kann sich nicht bewusst bewegen.
- Das Wachkoma verläuft in Aufwachphasen =Remissionsphasen

Menschen im Wachkoma sind weder „Hirntod“ noch „Sterbende“, sondern schwerstkranke, lebende und empfindsame Menschen die solange sie leben, mit Leib und Seele mit der Umgebung und mit anderen Menschen verbunden sind.

Remissionsphasen im Wachkoma

Vom Koma bis zum vollen Bewusstsein durchläuft der Patient 7 Remissionsphasen. Im Verlauf bestehen zwischen den einzelnen Phasen fließende Übergänge und die Dauer

der einzelnen Phasen kann von unterschiedlicher Länge sein. Nicht alle Patienten durchlaufen alle Stadien, einige Patienten können auch in einer früheren Phase verbleiben.



Phase 1	Koma – tiefe Bewusstlosigkeit, kein Augen öffnen auf Schmerz	Phase 2	Wachkoma – keine emotionelle Reaktion Augen sind für längere Zeit geöffnet Reflex auf Schmerzreiz
Phase 3	Primitiv – psychomotorische Phase – Bedingtes optisches Fixieren ist möglich, jedoch noch kein Erkennen Patient beginnt den Kopf zu drehen Undifferenziertes ängstliches Verhalten Schwitzen Kurzer Blickkontakt	Phase 4	Das Nachgreifen – Erste mimische Reaktionen Sicheres optisches Fixieren und Folgen, Lallen Gezielte motorische Aktivitäten Verständnis für die Situation und sprachliche Verständigung fehlen
Phase 5	Klüver – Bucy Phase – Rasch wechselndes Affektverhalten Bedingtes Sprach – und Situationsverständnis, Code – Sprache möglich Beherrschte Fähigkeiten setzen langsam wieder ein Koordination und Kraftdosierung werden sicherer und gezielter Orientierung zu Zeit, Person und Ort fehlen noch	Phase 6	Korsakow – Phase – Gefühlsleben erwacht wieder Euphorisch – depressive Stimmungslage Aufbau der Sprache Erste Wünsche werden konkret benannt Freies Gehen Bewusst werden der eigenen Situation (Suizidgefahr)
Phase 7	Integrationsstadium – Im Rahmen seiner motorischen Fähigkeiten wird der Patient zunehmender unabhängiger		

Menschen im Wachkoma sind Menschen mit Recht auf beste medizinische und pflegerische Betreuung!

Die vegetativ gesteuerte Kommunikation

Man kann nicht nicht kommunizieren.
(Paul Watzlawick)

Kommunikation heißt, sich austauschen, ausdrücken, mitteilen, gleichzeitig Botschaften und Signale der anderen empfangen, entschlüsseln und darauf reagieren.

Vegetativ gesteuerte, nonverbale, verbale Kommunikation.

Wenn Menschen auf Grund einer schweren Behinderung nicht mehr reden und sich nicht mehr bewegen können, teilen sie sich mit **vegetativen Körpersignalen** (siehe Tabelle unten) mit.

Bereich Pflege: Bei Anwendungen verändern sich gegenüber der Ausgangslage die Endlagen kaum und wenn, dann positiv.

Bereich Physiotherapie: Wir beobachten häufige Veränderungen der Endlage, was auf die grundsätzlich verschiedenen Maßnahmen zurückzuführen ist.

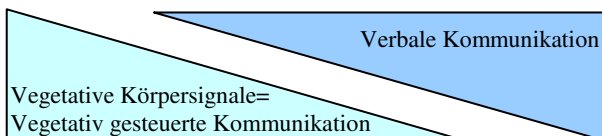
Vegetative Körpersignale	Mann - Anzahl	Frau - Anzahl
Unruhe	3. Platz – 126	2. Platz – 153
Schwitzen	1. Platz – 165	1. Platz – 187
Zittern	4. Platz – 111	6. Platz – 8
Gänsehaut	10. Platz – 16	7. Platz – 7
Erbrechen	9. Platz – 25	10. Platz – 2
Erhöhte Schleimabsonderung	2. Platz – 128	3. Platz – 109
Erröten	5. Platz – 101	4. Platz – 103
Erblassen	11. Platz – 13	9. Platz – 3
Tränenfluss	8. Platz – 33	7. Platz – 7
Abwesenheit	6. Platz – 100	5. Platz – 78
Schluckauf	7. Platz – 43	11. Platz – 0 (kein Schluckauf)



Silent moves

Es wird beobachtet, dass Menschen im Wachkoma in den Remissionsphasen 2,3 und 4 vorwiegend mit vegetativen Körpersignalen kommunizieren.

Nonverbale Kommunikation in Form von Mimik, Augenbewegungen und Muskeltonus unterstützen die Aussagekraft.



Faktoren der vegetativ gesteuerten Kommunikation

Die Verwendung der vegetativen Körpersignale findet unter verschiedenen Gesichtspunkten statt.

Beobachtete verwendete Körpersignale	Unruhe, Zittern, Schwitzen, Gänsehaut, Erbrechen, erhöhte Schleimabsonderung, Erröten, Erblassen, Tränenfluss, Abwesenheit
Intensität der Körpersignale	Vegetativ, verbale oder nonverbale Kommunikation stehen in direktem Verbindung mit der Dringlichkeit der Bedürfnisse <i>Fallbeispiel: XY hat Schmerzen und zeigt diese durch intensive, fallspezifische vegetative Körpersignale wie Schluckauf und Muskelzucken.</i>
Zusammensetzung bei Verwendung mehrerer Körpersignale	Bei guter Ausgangslage treten vegetative Körpersignale weniger gehäuft auf, als bei schlechter Ausgangslage.
Aussagekraft, Mitteilungsbedürfnis	Beide Faktoren sind vielfältig. Hand, Kopf, Fuß – und Blinzelcodes ermöglichen exaktere Interpretationen.

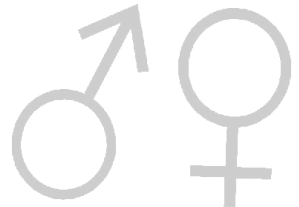
Gender - Aspekte

Frauen

- befinden sich in höheren Remissionsphasen
- sind eher offen, sie haben während des Tages die Augen meist geöffnet, vor allem wenn sie im Rollstuhl sitzen.
- kommunizieren bei guter körperlicher Verfassung durch Lautieren und Sprechen einzelner Wörter
- reagieren nur selten mit Muskelzittern
- verwenden bei Autostimulationen nur den Oberkörper

Männer

- sind eher verschlossen, haben die Augen häufig geschlossen, wenn sie im Rollstuhl sitzen. Das Verschließen der Augen signalisiert oft "Ich will in Ruhe gelassen werden"
- kommunizieren verstärkt mit vegetativen Körpersignalen
- Tränenfluß tritt bei Männern häufiger in Erscheinung (Depressionen?)
- aktivieren bei Autostimulationen den ganzen Körper



Frauen und Männer verwenden verschiedene Körpersignale zur Kommunikation.

Schluckauf wurde nur bei Männern beobachtet.

Die Beobachtungen der geschlechterspezifischen Unterschiede sollte man präsent halten, wenn man mit Frauen und Männern im Wachkoma arbeitet.

Versteht mich jemand?

Was Menschen im Wachkoma mithilfe der vegetativ gesteuerten Kommunikation sagen wollen

Fallbeispiele:

XY zeigt eine große Anzahl von sehr intensiven Körpersignalen - Schmerzen

XY hält in einer bestimmten Situation aus Angst die Arme in einer Flexionsstellung, ist apathisch und blass

XY beginnt mit dem Schluckauf, wenn Angehörige sich von ihm verabschiedet

XY schaukelt sich so lange, bis er eine für ihn angenehme Lage findet

XY zeigt sich ruhig, schlafend und abwesend, wenn jemand das Zimmer betritt

Der Patient will einen Selbstschutz aufbauen, er hat Angst vor Schmerzen und nimmt eine Schonhaltung ein

Er verwendet die vegetativen Körpersignale und Autostimulationen als Ablenkung für unangenehme Situationen – unangenehme Lagerung, Ablenkung von Schmerz

Er will zeigen, dass er Ruhe braucht

Er will sein aktuelles Körperbild ermitteln

Er will auf sich aufmerksam machen

Er verwendet vegetative Körpersignale als Möglichkeit der Autostimulation

Er will mitteilen, dass er Schmerzen hat.



Impressum:

Autoren Broschüre: Braunhofer S., Gasser A., Perkmann D., Schwarz B., Starke W., Tammerle R.

Ausgangsprojekt: Aktivierungsstudie „Kleiner Unterschied? Frauen und Männer im Wachkoma“ durchgeführt im Pflegeheim St. Anna, Lana 2006/07

Kontaktadressen: Pflegeheim St. Anna, Treibgasse 13, 39011 Lana, Tel.: 0473 561368, E-Mail: St.Anna@pflegeheim.it; KVW Meran „Ergo–sum Mensch sein im Wachkoma“ Tel.: 0473-220381, E-Mail: ergo-sum@hotmail.de

Druck: Lanarepro

Sponsoren: Ladurner Hospitalia – Meran,

Gamper & Burger Orthopädie - Bozen