

Die wichtigsten Strategien zur...

... KONTAKTAUFNAHME MIT MENSCHEN IM WACHKOMA Ein Therapeut zeigt oder erklärt eine Übung, der Patient schaut zu und versteht, was zu tun ist. So läuft es normalerweise. Was aber, wenn der Patient nicht reagieren kann, weil er nicht bei Bewusstsein ist? Wenn der Therapeut nicht genau weiß, wie viel ankommt? Personen mit reaktionsloser Wachheit, wie Mediziner das „Wachkoma“ seit ein paar Jahren nennen, brauchen spezielle Formen der Kontaktaufnahme.

Hintergrund

Definition > Das Syndrom reaktionsloser Wachheit (Unresponsive Wakefulness) häufig auch Wachkoma, Apallisches Syndrom oder Persistent Vegetative State genannt, ist ein Zustand nach schwerer Hirnschädigung, bei dem vor allem die Großhirnrinde beschädigt ist (A-pallium=ohne Mantel). Die Folgen sind unter anderem der Verlust von bewusstem Denken und Handeln, Sprache und aktiver Motorik. Auslöser ist in 30 bis 40 Prozent der Fälle ein Schädel-Hirn-Trauma, bei etwa 70 Prozent sind Sauerstoffmangel, Toxine oder Tumore ursächlich. Der Begriff des Unresponsive Wakefulness Syndrome (UWS) ist der aktuell in Fachkreisen genutzte, der sich durchzusetzen versucht [1]. Die „Multi-Society-Task-Force on Persistent Vegetative State“ hat die Symptome des Syndroms 1994 anschaulich zusammengefasst [1]:

- > Vollständiger Verlust des Bewusstseins über sich selbst oder die Umwelt und der Fähigkeit zur Kommunikation

- > Verlust der Fähigkeit zu willkürlichen oder sinnvollen Verhaltensänderungen infolge externer Stimulation
- > Verlust von Sprachverständnis und -produktion
- > Harnblasen- und/oder Darminkontinenz
- > gestörter, aber grundsätzlich erhaltener Schlaf-/Wachrhythmus
- > weitgehend erhaltene Reflexe des Hirnstamms, des Rückenmarks und des vegetativen Nervensystems.

Wichtig ist, das UWS vom Minimalen Bewusstseinszustand („Minimally Conscious State“, MCS), vom Locked-in-Syndrom und von starken, länger andauernden Durchgangssyndromen zu unterscheiden (☞ **Abb. 1, S. xx**). Beim MCS können Patienten geringe Reaktionen auf äußere Reize zeigen. Beim Locked-in-Syndrom ist man bei Bewusstsein, aber aufgrund einer Hirnstammschädigung bewegungsunfähig. Um die Differenzialdiagnosen vom UWS abzugrenzen, sind mehrwöchige wiederholte Untersuchungen nötig.

Symptome > Das UWS ist ein Krankheitsbild mit verschiedenen Ausprägungen. In der Akutphase auf der Intensivstation sind die Patienten oft komatös, künstlich beatmet und über eine Sonde ernährt. Länger erfahrener Sauerstoffmangel kann zu Myoklonien führen. Besonders in der Anfangsphase sind vegetative Funktionen häufig instabil, was sich durch Herzrasen, starkes Schwitzen oder hohen Blutdruck zeigt. Der Muskeltonus ist nicht reguliert, Spastiken sind oft die Folge.

Prognose > Eine Prognose lässt sich kaum stellen. Die Faustregel: Je jünger, desto besser die Chancen auf Verbesserung. Grundsätzlich sind die Heilungschancen nach traumatischen Ereignissen höher als bei toxischen oder hypoxischen Auslösern [3].

Tipps

Erster Kontakt: Ankommen > Beginnt nach dem Krankenhausaufenthalt die Phase der Rehabilitation, hat die Kontaktaufnahme in der ersten Therapiesitzung absolute Priorität. Mehr sollten Therapeuten nicht anstreben. Der Patient erhält die Zeit, um in der Therapiesituation anzukommen. Der Therapeut erfasst den Raum: Wo und wie steht das Bett? Wie liegt der Patient? Wie sind die Lichtverhältnisse? Bestehen Berührungängste, kann es Therapeuten helfen, erst mal nur die Hände auf die Schultern des Patienten zu legen, den eigenen Atemrhythmus anzugleichen und abzuwarten. Ist der Patient an ein Oximeter angeschlossen, sieht der Therapeut, wie der Patient auf ihn und seine Ansprache oder Berührung reagiert. Sind die Reaktionen „negativ“, zum Beispiel wenn der Atem flacher oder schneller wird, lohnt es, nach der Ursache zu forschen: Gibt es zum Beispiel störende Faktoren im Raum (laute Musik, zu laute Ansprache, zu schnelle Bewegungen)?

Um gut therapieren zu können, sollten das Radio oder der Fernseher ausgeschaltet sein und gute Lichtverhältnisse vorherrschen. Auch die Ausgangsstellung ist für die Kommunikation wichtig. Beispielsweise kann eine Mobilisation an die Bettkante oder bei hypotonen Patienten ins Sitzbett, die Kontaktaufnahme erleichtern.

Das Tempo der Patienten ist verlangsamt, da ihre Wahrnehmung gedrosselt und die kognitive Verarbeitung stark herabgesetzt ist. Der Therapeut muss warten können, seinen Erwartungsdruck senken und Empathie zeigen. Es hilft, wenn ihm bewusst ist, dass er nicht der alleinige Heilsbringer sein kann.

Offen bleiben und Selbstwirksamkeit stärken > Entscheidend ist, dass die Patienten sich vom Gegenüber „gesehen“ fühlen. Dies ist für sie wichtig, um eine Perspektive entwickeln zu können. Physiotherapeuten sind regelmäßig und über eine längere Zeit bei den Patienten, sodass sie auch kleine und leise Zeichen (leichtes Drehen des Kopfes oder ein Flackern der Augen) bemerken und eine funktionierende Kommunikation aufbauen können. Patienten reagieren häufig nicht wie im Lehrbuch. Die oberste Maxime lautet daher: „Immer wieder offen in die Situation gehen“. Denn ein Kommunikationsaufbau ist auch nach mehreren Jahren im Wachkoma möglich.

Es besteht die Gefahr, dass der Therapeut das Schweigen durch viel eigenes Reden füllt.

Für die Selbstwirksamkeit der Patienten, also das Gefühl, selbst Einfluss nehmen zu können, ist es entscheidend, dass andere sie wahrnehmen. Zu spüren, „da draußen“ werden sie gesehen, ist wichtig und für eine positive Entwicklung hilfreich. Beispielsweise kann man bei wiederkehrendem Nystagmus versuchen, den Blick zu halten oder man bringt dem Patienten eine Klingel oder den Lichtschalter so an, dass er dies im Rahmen seiner Möglichkeiten bedienen kann.

Das Schweigen aushalten > Menschen im Wachkoma reagieren anders oder gar nicht auf äußere Reize oder Ansprache. Dieses Schweigen auszuhalten und sich davon nicht irritieren zu lassen, bedarf der Übung. Es besteht die Gefahr, dass der Physiotherapeut das Schweigen durch viel eigenes Reden füllen möchte. Hier gilt es, das Schweigen aushalten zu lernen und sich nicht davon verun-

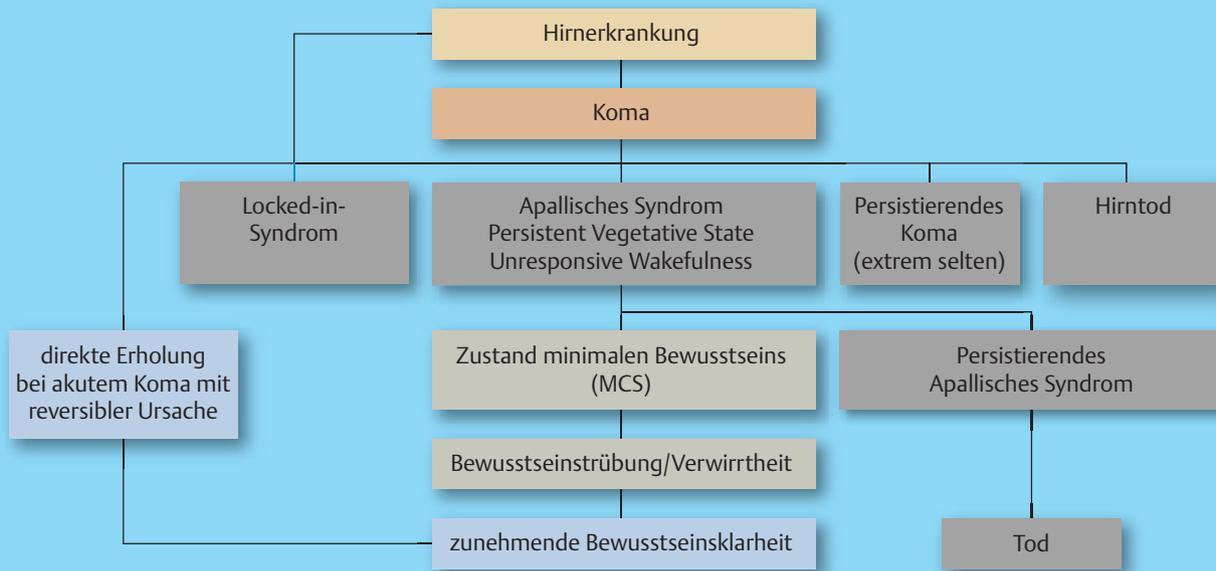


Abb. Koma ist nicht gleich Koma: Die Abbildung zeigt die Entwicklungsmöglichkeiten bei einer komaverursachenden Hirnerkrankung und die möglichen Verläufe der reaktionslosen Wachheit (UWS).

sichern zu lassen. Worte sollte man lieber durch dosierte und angepasste Berührung (taktil-kinästhetisch) ersetzen.

Rituale schaffen Struktur > Am Anfang der Behandlung ist es gut, wenn der Therapeut kurz sagt, was er als machen wird. Währenddessen ist Ruhe förderlich. Ziel ist es, ein konzentriertes Umfeld zu schaffen. Viel Gerede ist kognitiv nicht zu verarbeiten. Kann der Patient nicht auf Fragen reagieren, muss der Therapeut Dinge bestimmen. Sind aber Alternativen zum Sprechen gefunden worden, ist es selbstverständlich gut, den Patienten miteinzubeziehen.

Begrüßung und Verabschiedung gestaltet man am besten als Ritual: zum Beispiel mithilfe eines Klopfrhythmus an der Tür beim

Sobald ein Kommunikationscode gefunden ist, sollte der Patient mitbestimmen dürfen.

Eintreten oder mittels des Tons einer Klangschale zum Ende der Therapie. Auch eine feste eindeutige Berührung an der Schulter kann den direkten Kontakt einleiten und beenden. All das hilft dem Patienten zu erkennen: Jetzt kommt der Physiotherapeut. Im Therapieverlauf kann man weitere Rituale schaffen, die möglichst mit der Biografie des Menschen zu tun haben. Zum Beispiel können Riechimpulse (Holzduft) bei einem Schreiner sinnvoll sein oder der Klang der Lieblingsmelodie.

Handlungen kann der Therapeut taktil einleiten, in dem er zum Beispiel die Decke am Körper so herunterzieht, dass der Patient diese spürt. Geschieht dies immer wieder und regelmäßig, kann es

sich beim Patienten einschleifen und er weiß, was folgt. Techniken aus Affolter oder der Kinästhetik (Druck, Anfassen, Begrenzungen) können zudem Orientierung im Raum bieten und dem Patienten Sicherheit vermitteln.

Kommunikationscode verwenden > Die Suche nach einem passenden Kommunikationscode ist dann sinnvoll, wenn man merkt, dass die Person reagiert. Der Erfolg des Codes hängt allerdings stark von der Tagesform des Menschen ab. Einen Code zu finden, kostet Zeit. Häufig ist es der Logopäde, der diesen entwickelt und dann weitergibt. Ein Ja-/Nein-Code kann über verschiedene Kanäle funktionieren:

- > Augen (blinzeln oder schließen)
- > Hände (Händedruck oder Fingertippen)
- > Stirn (Runzeln)
- > Mund (Lachen)

Ist eine deutliche Reaktion zu spüren, empfiehlt es sich, die Therapiefrequenz zu erhöhen. Will man sichergehen, dass die Reaktionen kein Tick oder Zufall sind, kann die Skala Expressiver Kommunikation und Selbstaktualisierung (SEKS) helfen, den Eindruck zu objektivieren.

Dorothee Kammel

➔ Das Literaturverzeichnis sowie Literatur- und Linktipps finden Sie unter www.thieme-connect.de/products/physiopraxis > „Ausgabe 10/15“.

➔ Wer mehr über die Therapie bei Wachkoma lesen möchte kann dort auch den Artikel „Physiotherapie mit Menschen im Wachkoma“ aus *physiopraxis* 4/2010 einsehen.