

Marcello Ciarrettino

Lehrer im Gesundheitswesen

Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie

Pflegeexperte für Menschen im Wachkoma

(nach dem Essener Curriculum Prof. Bienstein, Ciarrettino, Dr. Hockauf)

Mitglied der Arbeitsgruppe NEBEL Ltg. Prof. Chr. Bienstein/Annett Horn

Student der Fachhochschule Ludwigshafen Pflegepädagogik

Kontakt: m.ciarrettino@bawig-essen.de

Pflege von Menschen im Wachkoma

 Definitionen nach ANA

(American Neurological Association 1993)

 Remissionsphasen nach Franz Gerstenbrand

 Zustand Wachkoma

 Prozess Wachkoma

 Und was leistet Pflege?

Definitionen nach ANA

ANA =nach American Neurological Association 1993

Ursprünglich:

Erlöschen des Selbstbewusstseins
und der Kontaktfähigkeit

21.09.2006

3

Definitionen nach ANA

ANA =nach American Neurological Association 1993

Jetzt:

- Wachkoma – Apallisches Syndrom – Coma Vigile
- Erhaltene Spontanatmung (wenn auch nicht immer suffizient)
- Schlaf-/ Wachrhythmus
- Geöffnete Augen
- Kein Fixieren
- Keine *sinnvolle* Reaktion auf Ansprache oder Berührung
- Keine *eigene* Kontaktaufnahme zur Umwelt

21.09.2006

4



Keine *sinnvolle* Reaktion auf Ansprache oder Berührung???
Keine *eigene* Kontaktaufnahme zur Umwelt???

21.09.2006

5

Remissionsphasen nach Franz Gerstenbrand

- Vom Koma bis zum vollen Bewusstsein durchläuft der Patient 7 Remissionsstufen.
- Zwischen den einzelnen Phasen sind fließende Übergänge.
- Die Dauer der einzelnen Phasen kann von unterschiedlicher Länge sein.
- Nicht alle Patienten durchlaufen alle Stadien.
- Eine Rückbildung kann nach kurzer Zeit eintreten, aber auch erst nach monatelangem Bestehen des Vollbildes eines apallischen Syndroms

21.09.2006

6

Remissionsphasen nach Franz Gerstenbrand

1. Koma (Zustand Koma)
2. Coma Vigile – Wachkoma – Apallisches Syndrom (Zustand Wachkoma)
3. Primitiv- Psychomotorische Phase (Prozess Wachkoma)
4. Phase des Nachgreifens (Prozess Wachkoma)
5. Klüver-Bucy Phase (Prozess Wachkoma)
6. Korsakow Phase (Prozess Wachkoma)
7. Integrationsstadium (Prozess Wachkoma)

(nach F. Gerstenbrand 1967)

Zustand Wachkoma

- keine emotionale Reaktion
- Lange Schlaf- und kurze Wachphasen in Abhängigkeit von Belastungsmomenten
- Augen sind für längere Zeit geöffnet
- Reflektorische Primitivmotorik auf Schmerzreize und pflegerische Maßnahmen
- Motorische Primitivschablonen im Sinne von Massenbewegungen auf äußere Reize verschiedenster Art
- Wischbewegungen, orale Mechanismen
- Ausgeprägter Muskeltonus (Spastik)

3. Primitiv-Psychomotorische Phase (Prozess Wachkoma)

- Undifferenziertes ängstliches Verhalten
- Zunehmend differenzierter werdender ängstlicher Ausdruck in Augen und Mimik
- Schwitzen
- Wachphasen beginnen sich an der Tageszeit zu orientieren
- Patienten halten für kurze Zeit Blickkontakt
- Bedingtes optische Fixieren ist möglich, jedoch noch kein Erkennen (zunächst auf akustische, später auf optische Reize)
- Patient beginnt den Kopf zu drehen.
- Psychomotorische Unruhe - Abwend-, Wisch- und Strampelbewegungen - teilweise noch mit Massenbewegungen verbunden
- Eßtraining wird möglich
- Rigider Haltungstonus wird lockerer

21.09.2006

9

4. Phase des Nachgreifens (Prozess Wachkoma)

- Ungeduldiges Verhalten bei der Pflege, in der Therapie (Patient dreht den Kopf weg, schließt die Augen)
- Erste mimische Reaktionen - ein Lächeln oder Schmollen können beobachtet werden
- Sicheres optisches Fixieren und Folgen von Gegenständen und Personen, die sich im Gesichtsfeld des Patienten befinden
- Es wird alles in den Mund gesteckt, allerdings ohne jegliche Absicht dahinter
- Unmutsbrummen, "ein Lallen" kann beobachtet werden
- Gezieltere motorische Aktivitäten - Hand öffnen & schließen, allerdings noch mit fehlender Kraftdosierung - dies betrifft vor allem das Festhalten und Loslassen
- Patient greift gezielter nach Gegenständen - greift aber auch gerne in das Essen
- Nachlassen des Muskeltonus

21.09.2006

10

5. Klüver Bucy Phase (Prozess Wachkoma)

- Rasch wechselndes Affektverhalten mit zornigen Reaktionen und anschließendem Schmeichel- und Streichelverhalten
- Gefühle wie Freude und später auch Trauer werden differenzierter
- Bedingtes Sprach- und Situationsverständnis
- Code-Sprache ist möglich
- Zunehmender Einsatz von Sprache - ja/nein - bei manchen Patienten ist die Sprache innerhalb kürzester Zeit wieder da
- Koordination und Kraftdosierung werden sicherer und gezielter
 - Hand geben & wieder loslassen
 - Löffel halten und wieder gezielt ablegen
 - gute Rumpf- und Kopfkontrolle
 - Gehen mit Hilfestellung
 - mit Einsetzen der Willkürmotorik oft gleichzeitige Entwicklung spastischer Bewegungsabläufe

21.09.2006

11

5. Klüver Bucy Phase (Prozess Wachkoma)

- Motorische Schablonen treten auf (zB Handkuß geben)
- Eßsucht
- Fehlendes Schamgefühl kann beobachtet werden
- Beherrschte Fähigkeiten setzen langsam wieder ein
- Personen können bereits unterschieden und wiedererkannt werden
- Desorientiertheit
 - Zeitlich
 - Örtlich
 - Zur Person
 - Situativ
- fehlendes Realitätsbewusstsein & fehlende Kritikfähigkeit
- Inkontinenz
- Patient kann eigene Fähigkeiten und Möglichkeiten noch nicht richtig einschätzen

21.09.2006

12

6. Korsakow Phase (Prozess Wachkoma)

- Bewußtwerden der eigenen Stimmung
 - das Gefühlsleben erwacht wieder
 - es kann nun auch Trauer gefühlt werden
 - Manisch- depressive Stimmungslage
- Aufbau der Sprache (Logopädie!)
- Orientierungsphase
- Personen erkennen
- Bewußtwerden der eigenen Situation (Suizidgefahr!)
- Abbau der Bewegungsschablonen
- Komplexe und koordinierte Bewegungsabläufe werden möglich
- Eigeninitiiertes Handeln ist ansatzweise zu beobachten
- Freies Laufen
- Einschätzen der eigenen Situation und damit Zukunftsperspektive gelingt dem Patienten nur vereinzelt
- Ausfälle im Kurz- und Mittelzeitgedächtnis beobachtet werden
- Häufig starke Diskrepanz zwischen der geistigen und motorischen Leistungsfähigkeit - letztere beeinträchtigt durch erhebliche Beuge- und Streckspasmen

21.09.2006

13

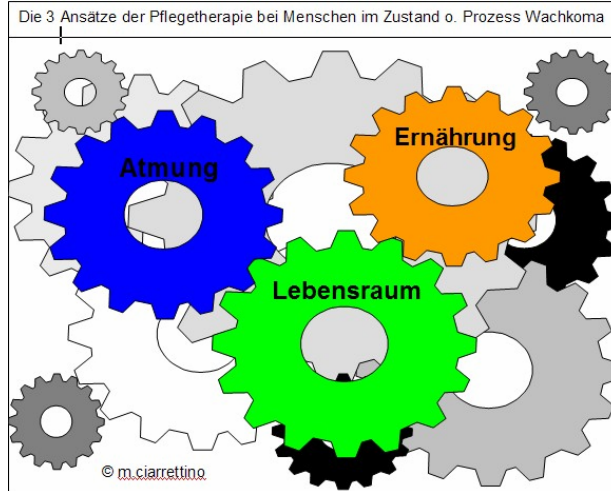
7. Integrationsstadium (Prozess Wachkoma)

- Die Orientierung ist weitgehend vorhanden und ein sinnvolles Handeln ist möglich. Der Patient kann Aufträge befolgen und somit ist eine sehr gute Mitarbeit in der Therapie möglich
- Der Patient beginnt, sich mit seiner Umwelt auseinander zusetzen und plant seinen Tagesablauf
- Berufswünsche werden geäußert, Zukunftspläne werden geschmiedet - der Patient orientiert sich verstärkt nach außen
- Im Rahmen seiner motorischen Fähigkeiten wird der Patient zunehmend unabhängiger
- In den meisten Fällen wird der Patient Harn- und Stuhlkontinent
- Die Einstellung zu sich selbst und zur eigenen Behinderung ist wieder "positiver"
- Teilweise Einschränkungen durch:
 - Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörungen
 - Konzentrationsschwäche
 - hochgradige Sehstörungen bzw. Blindheit
 - Körperliche Behinderungen
 - Distanz- und Kritikschwäche des Patienten
 - Leichte Reizbarkeit & Ablenkbarkeit
 - Mangelnder Antrieb
- Geringe Flexibilität

21.09.2006

14

Und was leistet Pflege?



**Keine Warm-Satt-Sauber -Pflege sondern
Pflege mit rehabilitativem Charakter**

21.09.2006

15

Danke für Ihre Aufmerksamkeit



Bitte schützen Sie sich gut!

21.09.2006

16