

# Umgang mit wahrnehmungsbeeinträchtigen Patienten

---

Prof. Dr. med. Andreas Zieger

[www.a-zieger.de](http://www.a-zieger.de)

---

Ev. Krankenhaus Oldenburg

• **Klinische Neurorehabilitation**

CvO Universität Oldenburg

---

Praxis der Intensivpflege II

21. Feb. 2008, 14.10-14.50 Uhr

18. Symposium Intensivmedizin & Intensivpflege, Bremen 20.-22. Feb. 2008



## Vortragsziele

---

1. Thema umfassend behandeln
2. Realistische und praxisorientierte Problemlösungen aufzeigen
3. Auf andere und eigene Vorarbeiten und Erfahrungen stützen wie z.B. „*Ärztliche Kriterien für die Einschätzung der Wahrnehmungssituation des Patienten.*“  
*Intensiv 10 (2002) 3, 119-123*

# Übersicht

---

- I Definitionen und Kritik
- II Analyse von Wahrnehmungsbeeinträchtigungen
- III Umgang mit wahrnehmungsbeeinträchtigten Patienten
- IV Schlussfolgerungen

## I Wahrnehmung?

---

### Allgemein

- Im *engeren* Sinne: Ein Vorgang der Aufnahme von Information eines Lebewesens über seine Sinne.
- Im *erweiterten* Sinne: Die aufgenommenen und ausgewerteten Informationen selbst werden gelegentlich Wahrnehmungen oder Perzepte genannt.

## Speziell

### In der Philosophie:

- Das sinnliche Abbild der Außenwelt im Zentralnervensystem von Lebewesen. Beinhaltet auch die Beziehungen zu den erfassten Objekten.

### Biologie:

- Fähigkeit eines Organismus, mit seinen Sinnesorganen (vis, aud, takt, prop, gust, olfak) Informationen aufzusuchen, aufzunehmen und zu verarbeiten.

## Psychologie/Physiologie:

- Summe der Schritte Aufnahme, Auswahl, Verarbeitung (z. B. Abgleich mit Vorwissen, Gedächtnis, Erfahrung)
- Interpretation von sensorischen Informationen, die der Anpassung des Wahrnehmenden an die Umwelt dienen oder die ihm eine Rückmeldung über Auswirkungen seines Verhaltens geben

## Pädagogik/Sonderpädagogik:

- Hier spielen Wahrnehmungsstörungen durch Müdigkeit, Konzentrationsmangel, Sinnesbeeinträchtigung und/oder angeborene Behinderung eine Rolle

## Kritik

- Eine von außen beobachtbare oder messbare Eigenschaft oder prozeßhafte Fähigkeit
- Scheinbar unabhängig von innerem Wahrnehmen, Empfinden und Erleben von Menschen als Subjekt
- Einseitiges und reduziertes empirisch-analytisches Verständnis!

## Integriertes und interdisziplinäres Verständnis

- Bezieht außer empirisch-analytischen Erkenntnismethoden auch phänomenologische, dialektische und hermeneutische Erkenntnismethoden mit ein
- Bezieht den subjektiven und intersubjektiven Beobachterstandpunkt mit ein
- Umfassendes „ganzheitliches“ Verständnis!

## Zirkuläre Mensch-Umwelt- Beziehung

- Lebewesen / Menschen reagieren nicht auf chemische und physikalische Reize, sondern sie antworten auf Zeichen (Dinge in der Umwelt, andere Lebewesen, Menschen).

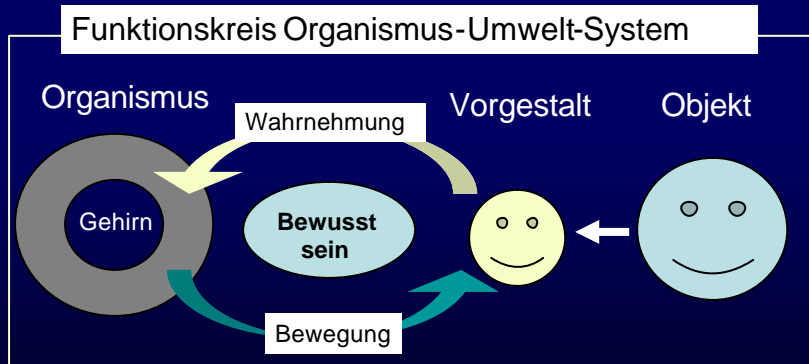
v. Weizsäcker 1932

- Der Reiz bewirkt nicht die Wahrnehmung, sondern er aktualisiert sie und begrenzt sie durch Antizipation (Bedeutung) zugleich auf das Aktuelle (Rekonfiguration).

Straus 1956

- Die Wahrnehmung der Wirkungen einer Handlung (Antizipation/Bedeutung) reduziert (potenziell) die Handlung selbst.

Fuchs 2008

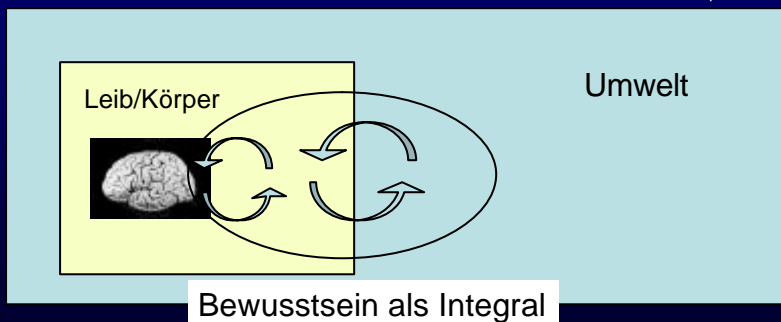


mod. nach Fuchs 2008, S. 144

- Der Leib/Körper ist ein System von Wahrnehmungs- und Bewegungsvermögen und ein Gleichgewicht suchendes Ganzes erlebt-gelebter Bedeutungen und Beziehungen

Merleau-Ponty 1965

mod. nach Fuchs 2008, S. 149



## II Analyse von Wahrnehmungsbeeinträchtigungen

---

### Unterscheidung von

- *Wahrnehmungsbeeinträchtigung* (z.B. Isolation, Hospitalismus, Sinnesstörungen, Trauma): in der Regel reversibel, wenn die beeinträchtigende Lebensbedingung wiederhergestellt ist.
- *Wahrnehmungsstörung* (krankhaft, z.B. Halluzination, Psychose, Koma)

### Unterscheidung je nach Beobachterstandpunkt:

1. Patientenbedingt
2. Umgebungsbedingt
3. Interaktionsbedingt (Beziehung)

## 1. Patientenbedingt

- „Ursache“ liegt im Patienten selbst
- Je nach Zeitpunkt der schädigenden Einwirkung: angeboren (z.B. Blindheit, Taubheit) oder erworben (z.B. Trauma)
- Je nach Ätiologie (Schädel-Hirntrauma, Schlaganfall, Stress- und Psychotrauma etc.) und Lokalisation (rechts/linkshirrig)
- Unterschiedliche Wahrnehmungsbeeinträchtigungen und -störungen:

## Lokalisation

- Linkshirniger Schlaganfall: Aphasie, Apraxie, „Katastrophenreaktion“, Halbseitenlähmung rechts
- Rechtshirniger Schlaganfall: Hemineglect links, Körperbildstörungen, visuo-konstruktive Störungen, affektiv-emotionale Veränderungen, reaktive Depression, Halbseitenlähmung links
- Frontalhirnsyndrom (nach SHT)
- Zentral vs peripher

## 2. Umgebungsbedingt

- „Ursache“ liegt in der Umwelt
- Intensivstation als besonders „künstliche Umwelt“
- Häufige Belastungen: Analgosedierung, Beatmung, Isolation, Veränderte Tag-Nachtrhythmus, Besuchzeiten für Angehörige, Monotonie, fremde Geräusche, Lärm)
- Krisen- und Grenzsituationen

## Stress- und Psychotrauma:

- Akute Belastungsreaktion mit vegetativer Instabilität, Angst und Amnesie oder Dissoziation, Bewusstseinsverengung
- Posttraumatische Belastungsstörung mit Hyperarousal, Vermeidungsverhalten, Intrusionen und Flashbacks
- Anpassungsstörungen
- Angststörung und Panikattacken
- Somatoforme Störungen
- Misidentitätssyndrom, Depersonalisation, Derealisation

### 3. Interaktionsbedingt

- Plötzliche Trennung / Isolation vom sozialen Umfeld und von vertrauten Angehörigen
- Intensivstation als prädestinierter Ort für inadäquate Kommunikation und unpersönliche Kontakte:
- Schichtdienst, häufig wechselndes und unterschiedlich sich kümmerndes Personal

- Isolierung wegen MRSA-/ESBL-/VRE-Besiedelung
- = eigener Stressor, der das Gehirn zwingt, auf andere, pathologische Weise zu Eindrücke zu verarbeiten
- Freiheitsberaubende und Fixierende Maßnahmen wie Bettgitter und Bachgurt als Schutz vor Stürzen oder selbst- oder fremdgefährdenden Handlungen
- = traumatisierender Stressor ...
- Führt zu pathologischen Austausch- und Interaktionsbedingungen

## Fazit:

- Vielfältige Ursachen und Symptome
- Einfluss auf Bewegungsfähigkeit, Selbst-erleben, Bewusstsein, Kommunikation und Wohlbefinden und Resilienz
- Potenziell entwicklungshemmend, traumatisierend und krankmachend
- Verschlechterte Erholungsfähigkeit und Prognose

## III Umgang mit wahrnehmungsbeeinträchtigten Patienten

---

### Allgemeine Maßnahmen und Ziele:

- Normalisierung des Umgebungsumfeldes
- Bindungs- und Beziehungsangebote als unverzichtbares, *handlungsleitendes Gebot* für Intensivpflegepersonal
- Aufbau von Vertrauen und Sicherheit
- Förderung von Wahrnehmungssituationen

Einordnung des Selbst des Patienten in Raum und Zeit, Biographie und Situation:

- Überprüfung der Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmedikation
- Strukturgebende Orientierung zu Zeit, Ort, Situation und Person
- Tagesstrukturierte Abläufe, Aufgaben und Rituale
- Einbezug von Angehörigen („Besuchszeitrythmus“)

Förderung von Kontaktaufnahme und Kommunikation:

- Basale Stimulation, körpernaher Dialogaufbau, Unterstützte Kommunikation, Musiktherapie und anderen körperorientierten Verfahren
- Sinnvolles Wirkungsfeld für verständnisvolle, instruierte, angeleitete und kooperative Angehörige:

Die Zuwendung  
des  
Angehörigen  
zum  
Patienten  
besitzt  
einen  
positiven Einfluss  
auf die  
Lebensqualität  
nach  
Intensivbehandlung.



## Spezielle Maßnahmen und Ziele:

Bsp. „Bewusstseinsgestörter Patient“

- Überprüfung der Medikation
  - „Komastimulation“: Medikamentös, (multi)sensorisch, Basale Stimulation
  - Körpernaher Dialogaufbau unter Einbezug von Angehörigen
  - Musiktherapie, Clowntherapie (Kinder)
  - Tierbesuch und Tiergestützte Therapie
- Förderung von Wachheit und gerichteter Aufmerksamkeit

## Bsp. „Unruhiger“ Patient

- Begrenzende Lagerung
- Verstärkung des Körpergefühls, „schwere Decke“
- Das Spüren der Wirkung seiner selbst im Kontakt mit anderen
- Körpernaher zwischenmenschlicher Austausch über Körperkontakt

Beruhigung, Entspannung, geordnete (Selbst)Wahrnehmung, Orientierung und gerichtete Aufmerksamkeit

## Bsp. „Immobilier (Langzeit)Patient“

Polytrauma, Beatmung, instabile Frakturen (z.B., Beckenring), Langzeitfixierung

**Cave: Bed-Rest-Syndrom**

- Bewegungserfahrungen im Liegen: z.B. Lagerung, isometrische Übungen, passives Durchbewegtwerden, Bettfahrrad, Bewegungsimagination und -imitation
- Mobilisation im Schwerkraftfeld, Vertikalisierung (Fix. Ext.), Raumanzug?

Vermeidung eines Bed-Rest-Syndroms

## Bsp. „Neglekt-Patient“

Vernachlässigung der rechten Körper- und Raumseite durch rechtshirnigen Insult:

- Suche nach Wahrnehmungs“attraktoren“
- Lenkung von Aufmerksamkeit und „Bewusstsein“ zur vernachlässigten Körper- und Raumfeldseite
- Einbeziehung des Neglekt-Seite in das alltagspraktische Handeln in Interaktion mit Pflegenden/Therapeuten

Neglektausgleich oder -minderung

## IV Schlußfolgerungen

---

- Schlüsselposition der Umgebung und von anderen Menschen, Angehörigen, Pflegepersonal, Therapeuten und Ärzten für die Wahrnehmungssituation des Patienten
- Überwindung der krankheits- und erlebensbedingten „Zerstückelung“ der Wahrnehmung und Isolierung
- Aufhebung einer potenziell „krankmachenden Grenzsituation“ durch gezielte Interaktion und Wahrnehmungsförderung

- Rekonstruktion einer geordneten Wahrnehmungssituation
- Fach- und abteilungsübergreifende Teamarbeit (Intensiv-Frührehabstation)
- Zusammenarbeit mit Angehörigen  
Ineinandergreifen von *externen* Strukturierungs- und Wahrnehmungshilfen und *interner* Erholungsfähigkeit
- Plastizität des Gehirns als „soziales Beziehungsorgan“ - auch bei primär hirngeschädigten Patienten!

\*