

2. DONAU-SYMPOSIUM FÜR NEUROLOGIE

abgehalten unter den Auspizien
der World Federation of Neurology

veranstaltet von der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik, Wien
unter Mitwirkung der Wiener Medizinischen Akademie

Wien, am 5. und 6. Mai 1969

Herausgeber: F. Gerstenbrand, Wien

KONGRESSBERICHT



Verlag der Wiener Medizinischen Akademie

All rights reserved
by Verlag der Wiener Medizinischen Akademie, 1971

Aiser Straße 4 A-1090 Wien IX

Printed by H. Egermann, Wien 17

DIE THERAPEUTISCHE GEMEINSCHAFT IN DER
REHABILITATION HIRNVERLETZTER

F. GERSTENBRAND und H. SCHULTES

Aus der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik Wien
(Suppl. Leiter: Doz. Dr. P. BERNER)

An der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik Wien besteht seit 6 Jahren eine Modellstation für die Rehabilitation Hirnverletzter. Die Einheit verfügt über 18 Betten, 4 davon für Frauen. Es werden auch Kinder beiderlei Geschlechts aufgenommen.

Im Verlauf der letzten Jahre wurde in der Betreuung, Überwachung und Nachbehandlung Hirnverletzter in Zusammenarbeit mit den Unfallstationen der I. und II. Chirurgischen Universitätsklinik Wien, sowie der II. Chirurgischen Abteilung des Wilhelminenspitals in Wien ein gut funktionierendes System entwickelt. Der Hirnverletzte wird schon im akuten Stadium neurologisch untersucht und bis zur Übernahme an die Rehabilitationsstation laufend kontrolliert. Dies trifft in erster Linie für schwere Hirnverletzungen, meist mit sekundären Hirnstamm-Symptomen zu, die wiederum häufig in ein traumatisches apallisches Syndrom übergehen. Schon auf den Intensivpflegestationen wird mit der Vorbereitung zur Rehabilitation begonnen. In dieser Vorbereitungsphase kommt als erste therapeutische Maßnahme die tonussteuernde Bewegungs- und Lagerungstherapie zur Anwendung. Anschließend erfolgt der Versuch der ersten Kontaktaufnahme.

Die Übernahme der Patienten auf die Rehabilitationsstation erfolgt, sobald eine Intensivbehandlung nicht mehr notwendig ist. Die Patienten der Modellstation sind in zwei Gruppen eingeteilt. Die Neuzutransferierten werden in der Mobilisierungsgruppe zusammengefaßt und erst einer kompletten Durchuntersuchung mit ausführlicher neurologischer und psychiatrischer Untersuchung, psychologischer Testuntersuchung, Schädelröntgen, EMG, EEG und Luftfüllung unterzogen. Aus dem Untersuchungsergebnis erfolgt die Bilanzierung der eingetretenen Hirnschädigung und daraufhin die Aufstellung eines individuellen Rehabilitationsprogrammes. Später wird mit Hilfe einer speziellen Testanordnung ein Leistungsprofil des einzelnen Patienten angefertigt. Bei Patienten, deren Zustand noch nicht stabil genug ist, werden einzelne Untersuchungen, vor allem die Luftfüllung, aufgeschoben. Dies trifft vor allem für Patienten mit einem apallischen Syndrom zu. In diesem Rehabilitationsabschnitt der Mobilisierungsphase sind die therapeutischen Maßnahmen auf Kontaktaufnahme mit dem Patienten, physikalische Therapie mit passiven und aktiven Bewegungsübungen und medikamentöser Therapie durch Anwendung von Antispastika, bei Bedarf Sedativa, gelegentlich auch Psychostimulantia, konzentriert.

Sobald der Patient mobil genug ist, sich möglichst ohne fremde Hilfe fortbewegen kann - das Tracheostoma soll zu dieser Zeit geschlossen und der Dauerkatheter entfernt sein - wird er in die zweite Gruppe, die Leistungsgruppe, aufgenommen. Erst in der Leistungsgruppe setzt die systematische Rehabilitation ein. Ihre Grundtendenz ist es, die gestörten Funktionen wieder aufzubauen und ausgefallene zu ersetzen, beziehungsweise zu kompensieren. Das Training darf nicht bei den fehlenden Funktionen beginnen, sondern muß zuerst die er-

entgegenkom . So werden regelmäßig im Nachmittagsplan von Patienten Vorträge über den eigenen Beruf, von Studenten über Geschichte, Literatur etc., gehalten. Die Bildung von Untergruppen wird gefördert, in denen sich einerseits Patienten mit den gleichen Ausfällen, wie Sprachstörungen oder eine Übungsgruppe mit cerebellaren Ausfällen, die wiederum unter sich trainiert, oder andererseits sich solche mit gemeinsamen beruflichen Interessen zusammenfinden. Die in der "Leistungsgruppe" bestehende Dynamik erstreckt sich auch auf jene Patienten, die noch in der "Mobilisierungsgruppe" sind. Durch die räumliche Verbindung sind die schon beweglichen Patienten in ständigem Kontakt mit den bettlägerigen. Spontan und vom Pflegepersonal angeregt, werden kleinere Hilfreichungen durchgeführt. Es ist mitunter rührend, wie sich die einzelnen Patienten um den noch hilflosen Leidensgefährten bemühen. Indirekt vermehrt sich damit aber auch das Pflegepersonal, ganz abgesehen von dem positiven Effekt auf den noch Schwerkranken. Es entwickelt sich dadurch ein starkes Zusammengehörigkeitsgefühl von Menschen, die durch einen gleichen Schicksalsschlag getroffen wurden.

Die Führung der therapeutischen Gemeinschaft muß autoritär sein. Die Autorität verteilt sich allerdings auf das gesamte Therapeutenteam der Rehabilitation. Dieses besteht aus dem Abteilungsleiter, einem Stationsarzt, dem Pflegepersonal, das einer Stationsschwester untersteht und speziellen Fachärzten, insbesondere Ärzten der Intensivstation, Orthopäden und Unfallchirurgen, sowie Gymnastiker, Heilmasseur, Logopäden, Fürsorger, Berufsberater etc. Zwischen der Gruppe der Patienten und dem Behandlungsteam baut sich ebenfalls eine Dynamik auf, die auf den Abteilungsleiter und die Stationsschwester als Repräsentanten der Autorität ausgerichtet sein muß. Die Abstimmung der Rollen, die sich an die Vater- und Mutterposition anlehnen, soll präzise sein. Unsere Erfahrung hat gezeigt, daß sich eine Rollenverteilung beider Positionen für die Patienten günstig auswirkt. Die richtig abgestimmte Rollenverteilung hat auch auf das Pflegepersonal und das übrige Team eine gute Auswirkung. Unkonsequenz bringt sofort Unruhe in die Gruppe und kann in kurzer Zeit negative Tendenzen entstehen lassen. Dies zeigt sich darin, daß die Leistungsbereitschaft absinkt und die Patienten eine gegenseitige Spannung entwickeln oder gemeinsam das Pflegepersonal gegeneinander ausspielen.

Ein weiterer Faktor in der Dynamik der Gruppe entsteht durch die notwendige Einbeziehung der Angehörigen und des Berufsmilieus. Bei den Besuchen werden die Angehörigen, aber auch die Berufskollegen, mit den eingetretenen Schäden und eventuell auch der Änderung in der Persönlichkeit des Patienten konfrontiert. Es ist notwendig, die Umgebung des Verletzten über die Verletzungsfolgen aufzuklären, aber auch Angehörige, sowie Freunde zu einer positiven Beeinflussung des Verletzten zu bewegen.

In der Rehabilitation Hirnverletzter bildet das System der therapeutischen Gemeinschaft eine brauchbare Grundlage. Durch die Gruppendynamik wird die Leistungssteigerung günstig beeinflusst. Außerdem stellt die therapeutische Gemeinschaft das soziale Vorfeld für die Wiedereingliederung in die normale Gesellschaft dar.

halten und nur teilgestörten auf- und ausbauen. Das nach der nzierung und den Kontrollen der psychologischen Testuntersuchungen erstellte Leistungsprofil erleichtert die Bestimmung des Therapieakzentes. Es wird aber auch zur Kontrolle des Therapieablaufes eingesetzt.

Alle Patienten der Rehabilitationsstation, deren Angehörige, das Pflegepersonal und das Therapeutenteam, bilden zusammen die therapeutische Gemeinschaft. Diese stellt die Grundlage der Rehabilitationsstation dar. Die therapeutische Gemeinschaft wird nach den Regeln einer therapeutischen Gruppe geführt. Da es sich bei den Patienten zum Großteil um Schersthirnverletzte handelt, sind allerdings besondere Gesetzmäßigkeiten wirksam. Die therapeutische Gemeinschaft unterscheidet sich dadurch von den therapeutischen Gruppen, wie sie MORENO(1954) oder GASTAGER(1965) bei Schizophrenen beschrieben haben und ist auch anders konstituiert, als die therapeutic community, die DENBER und Mitarbeiter(1968) für die Behandlung von schizophrenen Defektzuständen vorschlugen.

Die Patienten beider Gruppen - der Mobilisierungs- und der Leistungsgruppe - sind in einer separierten Abteilung untergebracht, die mit Aufenthalts- und Arbeitsraum, sowie einem eigenen Gymnastikraum ausgestattet ist. Die Patienten, die sich noch in der Mobilisierungsgruppe befinden, liegen in einem Krankenzimmer beisammen. Diese Gruppenmitglieder werden von den übrigen Patienten vorerst nur wahrgenommen, aber von der Gemeinschaft als Mitglieder angenommen und durch Hilfeleistungen betreut.

Durch die Verschiedenartigkeit der zerebralen Ausfälle des einzelnen und durch das ständige Hinzukommen neuer Patienten besteht in der Leistungsgruppe von vornherein ein Leistungsgefälle, das eine individuelle Leistungsanforderung bedingt. Der noch leistungsschwache Patient wird von den in der Remission fortgeschrittenen umsorgt und erhält dadurch einen Aktivierungsimpuls. Auf die anderen Patienten wirkt sich der Niveauunterschied und der Vergleich zum eigenen Fortschritt als Antrieb aus. Die Intensität der Leistungsanforderung wird für die Gesamtgruppe als "Kollektiv" von außen gesteuert und bei den regelmäßigen Gruppenbesprechungen den jeweiligen Gegebenheiten angepaßt. Die durch den "Gruppenappell" noch immer wirkende Dynamik wird so von außen aufrecht erhalten und dosiert. Der Gruppenappell darf sich aber nicht nur auf die Leistungsanforderung und das Leistungsergebnis auswirken, sondern muß auch den Zusammenhalt in der Gruppe steuern.

Der primorbiden Persönlichkeit entsprechend und abhängig vom entstandenen Zerebralschaden haben die Patienten in der Gruppengemeinschaft bestimmte Aufgaben. Einer der Patienten aus der Gruppe erhält eine besondere Verantwortlichkeit, die sich vor allem auf Einhalten des von allen Patienten täglich selbst bestimmten Tagesprogrammes erstreckt. Von diesem Patienten, der auch als Gruppensprecher fungiert, oder dazu manipuliert wird, soll auch ein positiver Appell in der gesamten Gruppe ausgehen, der sich positiv auf die Leistungsanforderung, aber auch auf die schon gegenseitige Hilfeleistung auswirkt. Für diese Vorzugsrolle wird ein schon in der Rehabilitation fortgeschrittener und auch in seiner Persönlichkeit geeigneter Patient ausgewählt. Auch die übrigen Patienten erhalten Aufgaben, die den noch bestehenden zerebralen Ausfällen angepaßt sind und der primorbiden Persönlichkeitsstruktur

Zusammenfassung

Es wird über die therapeutische Gemeinschaft als Grundlage einer Rehabilitationsstation für Hirnverletzte berichtet. Die therapeutische Gemeinschaft setzt sich aus Patienten, deren Angehörigen und dem Behandlungsteam zusammen. Nach dem Grad der Remission erfolgt die Aufteilung des Patienten in eine Mobilisierungs- und eine Leistungsgruppe. Leistungsgefälle und durch Gruppenappell gesteuerte Leistungsanforderungen fördern den Rehabilitationserfolg. Eine autoritäre Führung der Gruppe, die zwischen Abteilungsleiter und Stationschwester nach dem Vater-Mutterprinzip aufgeteilt wird und ein festes Tagesprogramm sind für das reibungslose Funktionieren notwendig. Ein Leistungsprofil erleichtert die Erstellung eines individuellen Rehabilitationsprogrammes. Dieses ist auf dem Prinzip aufgebaut, zunächst die verbliebenen Fähigkeiten auszubauen, und erst danach die gestörten zu trainieren, zuletzt die ausgefallenen zu kompensieren.

Literatur

- DELAY, J. und P. PICHOT: Medizinische Psychologie. Thieme-Verlag, Stuttgart (1968)
- DENBER, H. C. B., D. TURSUS und M. V. SEEMAN: The therapeutic community: nine years after. *Psychiat. Quart.*, 42, 531-538 (1968)
- GASTAGER, H.: Die Rehabilitation des Schizophrenen. Paracelsus Beihefte, 37 Brüder Hollinek-Verlag, Wien (1965)
- GERSTENBRAND, F.: Das traumatische apallische Syndrom. Springer-Verlag, Wien-New York (1967)
- GERSTENBRAND, F. und H. HOFF: Die Rehabilitation der Hirnverletzten. *Wr. klin. Wschr.*, 74, 184-188 (1962)
- MORENO, J. L.: Die Grundlagen der Soziometrie, Westdeutscher Verlag, Köln (1954)
- QUATEMBER, R., W. SLUGA und H. TSCHABITSCHER: Die Bedeutung der Teamarbeit in der Wiederherstellungstherapie neurologischer Krankheitsbilder. *Wr. klin. Wschr.*, 73, 174-177 (1961)