



Hanne Karow

Wenn man sein Gesicht verliert

**„Ich möchte die Menschen wieder mit
MEINEM Lächeln begrüßen und willkommen
heißen“ (Zitat: Patientin, Frau J.)**

Mit diesem Zitat möchte ich meinen Erfahrungsbericht beginnen, da diese Aussage sehr bezeichnend für die Rolle unserer Mimik im Alltag ist.

Die Gesichtsmimik verrät häufig schon vor einem gesprochenen Wort was in uns vorgeht. Wenn die Mimik nicht oder wie in diesem Fall nur einseitig funktioniert, ist die Möglichkeit des emotionalen Ausdrucks drastisch verändert und stellt den Betroffenen vor eine große Herausforderung.

Patientendaten und Diagnosen:

Bei meiner Patientin handelt es sich um eine 62 Jahre alte Frau, die im Folgenden Frau J. genannt wird.

Bei Frau J. wurden im Nov. 2011 erste Anzeichen einer Facialisparese festgestellt. In der Folge wurde nach einiger Zeit die Diagnose Azinuszell-Ca der Parotis links gestellt. Der Tumor hatte sich um den Facialisnerv gewickelt. Der Tumor hatte sich so stark ausgebildet, dass sich bereits vor der notwendigen OP eine massive (komplette) Gesichtslähmung ausgebildet hatte.

Erste OP am 22.06.2012

- Es wurde eine Extirpation (vollständige Entfernung) der Ohrspeekeldrüse durchgeführt.
- Es kam außerdem zur Entfernung des N. facialis.

Zweite OP am 03.07.2012

- Es kam zu einer geplanten Neck-Dissektion bei der alle Lymphknoten des Halses ausgeräumt wurden.
- Zu dem wurde ein Suralisinterponat gelegt, bei der der N. suralis (sensibler Nerv des Unterschenkels) anstelle des N. facialis gesetzt wurde.
- Durchführung einer Mastoidektomie, bei der Knochenmaterial des Mastoideus abgetragen wurde



Abb.1:
Ansicht lateral und
frontal

Anfängliches Erscheinungsbild:

- taubes Ohrläppchen
- sensorische Defizite und Schmerzen rund um das Narbengebiet
- Schwellung der gesamten Gesichtshälfte
- komplette Facialisparese ohne Reinnervationszeichen
- Tränendes, geschwollenes Auge
- Bell-Phänomen
- Defizite in der Aussprache
- Zähne kaum sichtbar beim Lachen
- Lidschluss inkomplett
- Mundöffnung stark eingeschränkt
- Hyperaktivität der rechten Gesichtshälfte

Im Anschluss an die Operationen folgte schließlich die Strahlentherapie. Zur Vorbereitung mussten Frau J. alle Backenzähne gezogen werden, da die Gefahr einer Entzündung bestand. Bis Oktober 2012 unterzog sich Frau J. der Strahlentherapie.

Therapeutische Anwendungen seit Sept. 2012:

- Ergotherapie
- Crano-sacral Therapie
- Shiatsu
- Lymphdrainage

Hilfsmittel:

- In der Nacht trägt Frau J. einen Uhrglasverband, welcher das Auge vor dem Austrocknen schützen soll.
- Frau J. trägt ein kleines Goldgewicht im Augenlid um den Lidschluss zu erleichtern

Herausforderung in der Therapie – die Regenerations-Zeit:

Nach Aussage der behandelnden Ärzte kann nach Beendigung der Strahlentherapie bis zu einem Jahr vergehen, bis erste Anzeichen einer Reinnervation sichtbar werden. Diese Zeitspanne benötigt das Gewebe, um sich zu erholen. Zu dem ist während der Strahlentherapie kein Wachstum möglich.

Diese Tatsache stellt nach wie vor eine große Herausforderung für den Therapeuten aber insbesondere für die Patientin dar. Was können die Ziele sein, wenn eine Bewegung erstmal nicht erreicht werden kann? Warum ist es trotzdem so wichtig am Gesicht zu arbeiten? Welche Rolle spielen die Elemente rund um den Profilpunkt „Motorik“?

Die Studien u.a. von Merzenich und Kaas (1980) zeigten bereits, welche Wichtigkeit die zentral-peripheren Relationen haben. Jede Läsion, egal in welchem Bereich, provoziert eine Läsion zu Lasten des ZNS. Genauso bringt eine Läsion im ZNS eine Veränderung auf peripherer Ebene mit sich.

Übertragen auf Frau J. bedeutet dies, dass die periphere Facialisparese auch zentrale Veränderungen hervorruft. Die Informationen, die das Gesicht im Normalzustand an das Gehirn weiterleitet sind nun extrem verändert, wodurch es auch zu einer Veränderung der Repräsentation des Gesichts im Kortex kommt. Frau J. ist nicht mehr in der Lage, eine physiologische Gesichtsbewegung durchzuführen. Das bedeutet, es werden veränderte Informationen aus der Peripherie an die Zentrale weitergeleitet. W.Laube (2009) schrieb „Inaktivität führt zur Vergessenheit in der Bewegungswiederherstellung“. Das bedeutet: Je länger die Bewegung motorisch nicht abgerufen wird umso größer ist die Gefahr, dass das Gehirn vergisst (veränderte Repräsentation) wie diese Bewegungen organisiert werden sollen.

Ziele:

Also gibt es eine klare Antwort auf die Frage nach den Zielen, wenn die Bewegung am Anfang nicht erreicht werden kann, sie aber nach ca. einem Jahr abgerufen werden soll:

- Den Erhalt einer physiologischen Repräsentation sichern
- Das Gesicht als Gesicht nicht vergessen
- Das Gefühl und das Bild von ihrem Gesicht vor dem Tumor präsent halten
- Emotionen auch mit links fühlen können

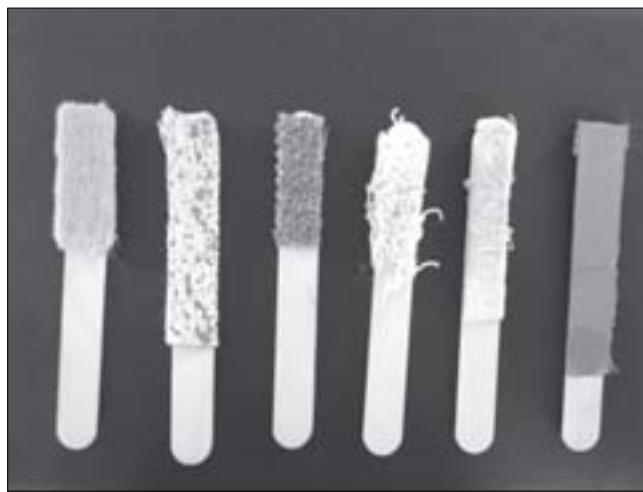
Bei der Formulierung dieser Ziele rückte die Bewegungsausführung in den Hintergrund und Profilpunkte wie Wahrnehmung, Imagination, Gedächtnis (auch prä-läsional) spielten eine vordergründige Rolle.

Zu Therapie-Beginn war mir das Wichtigste, dass Frau J. ihr Gesicht wieder harmonisch wahrnehmen kann, dass es nicht zwei Gesichtshälften getrennt voneinander gibt und sie bewusst die Möglichkeit erlernt Harmonie herzustellen, indem sie ihr Gesicht entspannt.

Frau J beschrieb ihr Gesicht anfangs so:

„Die linke Hälfte ist steif und fremd, vom empfinden wie angeklebt. Es ist, als hätte ich zwei Gesichter“. Dies war eine Beschreibung, welche auf eine beginnende Veränderung im Bezug auf die Repräsentation des Gesichts hinwies. Dieser beginnenden Veränderung musste unbedingt entgegengewirkt werden. Im Hinblick auf die Motorik ist dieser Punkt von großer Wichtigkeit. Wenn Frau J. - oder besser das ZNS von Frau J., durch die Inaktivität vergisst, wie sich Gesichtsbewegungen anfühlen, dann bedeutet dies natürlich eine Veränderung auf zentraler Ebene. Das heißt auch, dass wenn der Nerv nach einem langen Zeitraum der Inaktivität zu wachsen beginnt, eine physiologische motorische Umsetzung schwierig sein wird, da das Gehirn verlernt hat dieses zu organisieren. Es besteht die Gefahr, dass stereotype und pathologische Bewegungsmuster entstehen.“

Einige praktische Beispiele zur Umsetzung der Ziele:



Beispiel 1: Erarbeiten der taktilen Wahrnehmung im Gesicht, durch den Gebrauch von unterschiedlichen Oberflächen.

Frau J. hatte keine Sensibilitätsdefizite an sich, sondern hat die Berührungen am Gesicht als unangenehm wahrgenommen und dies v.a. deutlich verändert im Vergleich zu rechten Gesichtshälften. Dem entsprechend war die Durchführung auch immer auf dem Vergleich der rechten und linken Gesichtshälften aufgebaut. Dadurch konnte Frau J. durch Imaginationsprozesse das jeweils Gefühlte von der rechten auf die linke Seite übertragen, um sich so einer harmonischen taktilen Wahrnehmung anzunähern. Dieses Ziel wurde schnell erreicht und hatte zum Erfolg, dass Frau J. eine Berührung der li. Seite als angenehm und bekannt empfindet sowie bei gleichzeitiger Berührung (rechts und links) keine Unterschiede mehr bestehen.

Beispiel 2: Erarbeiten der Gesichtssymmetrie durch erkennen unterschiedlicher Positionen

Die Aufgabe der Patientin ist es Positionen im ersten Übungsgrad Grad zu erkennen. Dabei führt die Therapeutin z.B. den betroffenen Mundwinkel in unterschiedliche Positionen und die Patientin soll mit den Fingern anzeigen in welcher Position der Mund sich gerade befindet. Eine weiter Übungsmodalität kann sein, dass Frau J. immer dann ein Handzeichen geben soll, wenn eine symmetrische Position erreicht ist. Als Variante kann diese Übung auch mit beiden Mundwinkeln gleichzeitig durchgeführt werden, also in Relation zueinander. Diese Übungen werden bei Frau J. ebenfalls mit dem Augenlid und der Augenbraue durchgeführt. Auch bei dieser Übung gelang es der Patientin recht

schnell ihr Gesicht in ruhigen Situationen als gerade und symmetrisch wahrzunehmen. Besonders positiv ist, dass Frau J. durch diese Übung nicht vergisst, wie sich ihr Gesicht gerade, symmetrisch und harmonisch anfühlt.

Beispiel 3: Erarbeiten der Mundöffnung, durch unterschiedliche Höhen (Holzspatel) im Mund

Das zu lösende Problem in der Übung ist, dass die Patientin erkennen soll, wie viele Spateln sie zwischen den Zähnen hat, wobei sie sich auf die Kieferbewegung und v.a. auf die Qualität der Bewegung konzentrieren soll. Frau J. konnte sich z.B. sehr lebendig daran erinnern, wie weit der Mund sich öffnen musste, um in ein Fischbrötchen hineinzubeissen. Somit hatten wir eine ideale Möglichkeit die Übung mit der prä-läsionalen Realität zu verbinden. Unterschiedliche Lebensmittel kamen in der Vorstellung von Frau J. zum Ein-



Abb.4: Unterschiedliche Gesichtsausdrücke

satz, immer in Verbindung mit folgender Frage: „Wie weit müssen sie den Mund dann öffnen, und vor allem mit welchem Gefühl?“ Frau J. ist mittlerweile wieder in der Lage ein Fischbrötchen ohne große Anstrengung zu essen.

Beispiel 4: Der Erhalt der Repräsentation von Mimik und Emotion

Bei dieser Übung greift auch die Theorie der Spiegelneurone. Ich habe Frau J. immer wieder Fotos von unterschiedlichen Gesichtsausdrücken (siehe Abb. 4) vorgelegt, aus denen sie versuchen sollte zu erkennen, welche Emotion jeweils ausgedrückt wird und wie sich das Gesicht dabei anfühlt. In dem Moment, in dem Frau J. versucht, sich die Emotion vorzustellen, macht ihr Gehirn die gleiche Aktivität wie die Person auf dem Foto, was zum Erhalt unterschiedlicher und v.a. physiologischer Repräsentationen auf zentraler Ebene führt.

Übungsinstrumente:

Gesicht ist Emotion und dies nutzen wir als Instrument in der Übung. Bei jeder Übung, die ich mit Frau J. durchführe, steht das Vorstellen bestimmter und v.a. erlebter und gefühlter Situationen im Vordergrund. Frau J. soll möglichst keine Bewegungsvorstellung durchführen, ohne dabei die geforderte Mimik mit einer Emotion/Situation zu verbinden. Dadurch wird es ihr leichter gemacht, Inhalte miteinander zu verknüpfen und Erfolge können so besser abgespeichert werden. Der Lernprozess wird also erleichtert. Die Übungen werden immer wieder mit der erlebten Realität (v.a. Prä-läsional) verglichen, um sich Schritt für Schritt heranzuarbeiten.

Verändertes Profil nach einem Jahr Therapie:

Motorik:

- Die Mundöffnung ist deutlich verbessert
- Ein kompletter Lidschluss bei gerichteter Aufmerksamkeit ist möglich
- Leichte Reinnervationszeichen, zu Beginn nur am Mund, nun auch im Bereich von Schläfe Stirn und Auge

Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Imagination, Gedächtnis:

- Fühlbare und sichtbare Harmonisierung der Gesichtszüge
- bessere Fähigkeit das Gesicht bewusst zu entspannen
- Bewegungsvorstellung ist physiologisch – „...fast als würde ich tatsächlich bewegen“ (Zitat Frau J.)
- Durch die motorische Imagination hat Frau J. mehr Selbstvertrauen erlangt, da sie einen bewussten Einfluss und Zugang zu ihrem Gesicht besitzt

- Der Einsatz von erlebten Situationen ist ein leicht anwendbares Handwerkszeug und gibt der Patientin die Möglichkeit ihr Gesicht zu kontrollieren

....das Profil rund um die Motorik verbessert sich.

Herausforderung für die Patientin und den Therapeuten

- Zu Beginn regt sich motorisch nichts, weil sich nichts regen kann oder nie etwas regen wird? Ein ganzes Jahr ausschließlich daran zu arbeiten die Repräsentation des Gesichts aufrecht zu erhalten, ist mit viel Geduld und Kreativität verbunden.
- Es geht um mehr als Bewegung, es geht um Ausdruck. Insbesondere im Gesicht ist es alles andere als erstrebenswert, sich nur mit der Bewegung auseinander zu setzen. Der größte Wunsch der Patientin ist „die Menschen wieder mit meinem Lächeln begrüßen zu dürfen“.
- Bewegung im Gesicht im 1. Grad zu führen ist viel komplexer als am Körper, weil man als Therapeutin nie wirklich weiß, wie der Patient sich vorher bewegt hat und ein Vergleich mit der nicht betroffenen Seite ist auch nur schwierig zu treffen, da es selten bis nie einseitige Gesichtsbewegungen gibt, sondern fast immer das gesamte Gesicht involviert ist. Zu dem sind Gesichtsbewegungen sehr individuell.
- Umgang mit dem Thema Langsamkeit und Geduld – dies war und ist die große Herausforderung! Erst die Bestrahlung, die bedeutet, dass 1 Jahr lang kein Wachstum des Nervs zu erwarten ist. Jetzt beginnt er zu wachsen und dies ist auch deutlich sichtbar. Aber ein Nerv wächst ca. 1 cm pro Monat, also ist auch hier viel Geduld gefordert.

Wir bleiben dran und arbeiten uns Schritt für Schritt dem Lächeln entgegen ... Vielen Dank fürs Lesen.

Hanne Karow

Kurstermine des VFCR 2014

Wir haben uns aus Platzgründen an dieser Stelle entschieden, nur auf die Kurse des VFCR zu verweisen. Alle weiteren Kurstermine finden Sie auf der Homepage unter www.vfcr.de

Monographischer Kurs in Italien

Datum: 03. - 05. April 2014, Ort: Villa Miari, Santorso / Italien

Symposium

Datum: 13. - 14. Juni 2014, Ort: Berufsförderungswerk Nürnberg, Schleswiger Straße 101, 90427 Nürnberg, Tel: 0911 938-7264, tagungszentrum@bfw-nuernberg.de, www.bfw-nbg-gaestehaus.de

Monographischer Kurs in Deutschland

Datum: 09. - 11. Oktober 2014, Ort: N.N.