

Welche Unterstützung benötigen Patienten in der Schule?

➔ Um Fehlinterpretationen (und in dessen Folge Fehlverhalten) auf Grund mangelnder Information zu vermeiden, sollten Lehrkräfte sich hinreichend Kenntnis zum individuellen Krankheitsbild ihres Schülers verschaffen. (vgl. S. 8-11 + S.31/ schulische Fallbeispiele in www.epilepsie-lehrerpaket.de);

➔ ERSTE HILFE...

- 1) Ruhe bewahren!
- 2) Anfall genau beobachten – Dauer: in der Regel 1-3 min – auf die Uhr sehen!
- 3) gefährliche Gegenstände entfernen – vorhandene Brille abnehmen – etwas Weiches unter den Kopf legen!
- 4) nicht versuchen, Gegenstände zwischen die Zähne zu schieben oder Arme/ Beine festzuhalten (Verletzungsgefahr!) - keine Beatmung!
- 5) beengte Kleidung lockern – sobald möglich in stabile Seitenlage drehen – vor Unterkühlung schützen!
- 6) vorübergehende Verwirrtheit ist in der Erholungsphase möglich – so lange bei dem Schüler bleiben, bis er wieder vollständig orientiert/ klar ist!

➔ Ein Arzt sollte gerufen werden...

- 1) bei Verletzungen/ Knochenbrüchen!
- 2) bei Wiederholung eines Anfalls nach wenigen Minuten! (Alle Anfallsarten können als "Status epilepticus" vorkommen. Dieser Status charakterisiert lange anhaltende oder sich häufig wiederholende Anfälle, so dass es zwischen den Anfällen nicht zur Erholung des Patienten kommt.)
- 3) bei einer Anfallsdauer von mehr als 5-10 min!

➔ Gerne wird bei der Lehrkraft eine diagnostische Funktion abgerufen. Dem Facharzt hilft sowohl die genaue Beschreibung des Anfalls wie auch Veränderungen im Lern-, Leistungs- und Sozialverhalten, um die medikamentöse Behandlung optimal anzupassen. (vgl. S. 33-37 + Leitfaden im Anhang in www.epilepsie-lehrerpaket.de)

Fazit

Lehrkräfte brauchen Handlungssicherheit durch Kenntnis über somatische und therapiebedingte Auswirkungen der Erkrankung, damit entspannter und angemessener Umgang gelingt, der sich auch auf die Mitschüler überträgt.

Eltern fordern gelegentlich Beaufsichtigung auf Schritt und Tritt. Um mehr Selbstständigkeit zulassen zu können, hilft die Möglichkeit zu einer offenen Äußerung der Ängste und Bedenken. So kann nach und nach mehr Loslassen gelingen.

Mitschüler, die in einem solchen Umfeld Epilepsie erlebt haben und verstehen, können in kritischen Situationen problemgerecht Verantwortung übernehmen.

Die Webseite vom Netzwerk „Schule und Krankheit“ bietet Hinweise zu vielen chronischen Erkrankungen (psychischer und somatischer Art): www.schuleundkrankheit.de/
Empfehlenswert ist die Handreichung: <http://www.schuleundkrankheit.de/files/handreicherung.pdf>

Johann-Christoph-Winters-Schule

Städt. Schule für Kranke

Sekretariat:

Lindenburger Allee 38

50931 Köln-Lindenthal



JCW-Schule

Web: www.jcw-schule.de

Information für Lehrkräfte Epilepsie

Wann spricht man von Epilepsie?

Ein epileptischer Anfall ist die Folge einer ungebremsten Ausbreitung von Nervenzellimpulsen im Gehirn.

Jeder 20. Mensch erleidet im Laufe seines Lebens mindestens einen epileptischen Anfall.

Ein erster epileptischer Anfall ist nicht gleichbedeutend mit einer Epilepsie. Von einer solchen spricht man erst, wenn drei und mehr Anfälle ohne erkennbaren Auslöser aufgetreten sind.

„Epilepsie“ ist ein Sammelbegriff für über 80 unterschiedliche Krankheitsbilder. Krank sind die Betroffenen in der Regel aber nur in den wenigen Minuten eines Anfalls. Ansonsten sind Epilepsiekranke (in Deutschland ca.

800 000 Menschen, davon etwa 1/3 Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren) meist genauso gesund, intelligent und leistungsfähig wie ihre Mitmenschen. So findet man sie in allen Schularten und (fast) allen Berufen.

Epileptische Anfälle können sich durch Phänomene im motorischen, sensiblen, sensorischen, vegetativen und psychischen Bereich in unterschiedlicher Kombination äußern. Je nachdem welcher Teil des Gehirns an der epileptischen Reaktion teilnimmt, können unterschiedliche Anfälle auftreten. Deshalb sollte man von **Epilepsien** sprechen, die in unterschiedliche Epilepsie-Syndrome eingeteilt werden.

Die häufigsten Anfallsformen

➤ Grand mal-Anfall

Der bekannteste Anfall ist der Grand mal-Anfall. Er verläuft in mehreren Phasen, die teilweise auch übersprungen werden können. Oft kündigt sich der Anfall durch ein Vorgefühl (= Aura) an. Es folgen die tonische Phase mit Muskelspannungen und Stürzen und schließlich die klonische Phase mit rhythmischen Zuckungen am ganzen Körper und Blaufärbung der Lippen. In der Erholungsphase versinkt der Patient in einen Tiefschlaf, da das Gehirn im Anfall viel Energie verbraucht hat. Der Grandmal-Anfall dauert ca. fünf Minuten und hört in der Regel von alleine auf.

➤ **Petit mal-Anfälle** erscheinen weniger dramatisch und werden daher oft nicht als Epilepsien erkannt.

Die häufigsten Formen im Schulalter sind die Absencen.

➤ **Absencen** sind kurze Bewusstseinspausen; sie werden in der Literatur im "Struwwelpeter" als "Hans guck in die Luft" beschrieben: Der Blick wird leer, der Kopf oft zurückgeneigt, die Lider blinzeln in einer Frequenz von ca. 3x pro Sekunde. Die Kinder sind für die Dauer des Anfalls ohne Bewusstsein, können jedoch automatisierte Tätigkeiten (Rad fahren, Laufen ...) weiter ausführen oder halten kurz inne. Der Anfall ist nur von kurzer Dauer und wird leicht übersehen. Absencen treten besonders bei Schulkindern häufig als Serien auf.

➤ **Myoklonische Anfälle** äußern sich als Zuckungen des Schultergürtelbereichs vorzugsweise im Jugendalter.

➤ **Einfach fokale Anfälle** können vielfältige Erscheinungsbilder aufweisen, je nach der Gehirnregion, die am Anfallsgeschehen beteiligt ist. Da der "Herd" jedoch in der Regel beim einzelnen Patienten an einer bestimmten Stelle sitzt, sind diese Anfälle bei der jeweiligen Person meist gleichförmig. Man unterscheidet je nach Ursprungsort und Erscheinungsform.

- motorisch: unwillkürliche Bewegungen in einer Muskelgruppe
- sensorisch: Sinneswahrnehmungen ohne reale Entsprechungen
- sensibel: Gefühlswahrnehmungen, die keinem äußeren Reiz entsprechen
- vegetativ: z.B. Herzrasen, Schwitzen
- psychisch: z.B. Angstgefühle, Aggression, Trauer

Bei Patienten mit einfach fokalen Anfällen bleibt das Bewusstsein erhalten, so dass sie darauf reagieren können. Gleichzeitig spüren sie, dass sie ihre Bewegungen und Empfindungen nicht mehr kontrollieren können. Dadurch ist die psychische Belastung der Betroffenen oft größer als bei generalisierten Anfällen, die sich dem Erleben entziehen.

➤ Komplex fokale Anfälle

Bei dieser Anfallsart sind mehrere Gehirnbereiche betroffen und das Bewusstsein ist eingeschränkt. So kann es zu Reaktionen kommen, die für Außenstehende zunächst nicht als Anfall erkennbar sind, vom Betroffenen aber nicht kontrolliert werden können. Solche ungesteuerten Verhaltensweisen (auf die Straße laufen, Hantieren mit gefährlichen Gegenständen u.ä.) können den Betroffenen in riskante Situationen bringen. Der Patient kann auch Abwehrreaktionen zeigen, die jedoch reflexartig oder automatisiert ablaufen. Häufig werden orale Automatismen beobachtet wie Schmatzen und andere Mundbewegungen oder Nesteln an der Kleidung.

Mögliche Reaktionen der Umwelt

Der mehr oder weniger dramatische Kontrollverlust bei manchen epileptischen Anfällen vermag beim 'Zuschauer' heftigste emotionale Reaktionen auszulösen. Unkontrollierte Zuckungen im Anfall können als Todeskampf missverstanden werden, mögliche Begleiterscheinungen lösen vielleicht Verlegenheit, Scham und Angst aus. Andere Phänomene werden als (schulische) Verhaltensauffälligkeit fehlinterpretiert. Führt dies zu Sprachlosigkeit, sind nicht selten Beziehungs- und Kommunikationsstörungen die Folge; die soziale Integration erscheint zumindest erschwert.

Ängste führen bei Eltern wie bei weiteren Helfern zur Intention, dem mit Kontrollbestrebungen und Schonung (Unterforderung, nicht leistungsgerechter Rückmeldung etc.) entgegenwirken zu wollen. Erste Ablösungsschritte werden vermieden oder hinausgeschoben. Das natürliche Autonomiebestreben der Schüler wird z.T. gebremst oder gar verhindert, was Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung zur Folge haben kann.

Notwendigkeiten, Einschränkungen und Belastungen

Gerade von Jugendlichen in der Ablösungsphase wird ein hohes Maß an Disziplin verlangt sowie ein stabiles Selbstwertgefühl, um notwendige Rahmenbedingungen auch in der Peergroup vertreten zu können...

- ✗ geregelte Medikamenteneinnahme;
- ✗ geregelter Nachtschlaf (keine Teilnahme an Mitternachtspartys auch auf Klassenfahrten);
- ✗ kein Alkohol-/ Drogenkonsum;
- ✗ ggf. kein Führerschein;
- ✗ Schwimmen nur unter besonderen Bedingungen;
- ✗ ein Aushalten/ Aufarbeiten von Leistungsschwankungen durch vorübergehende Veränderungen im Krankheitsbild, durch Anfallshäufungen und Medikamentenumstellung;
- ✗ häufig erhöhte Reizoffenheit, deren Ausdrucksformen leicht missverstanden werden;
- ✗ ein Erleben der eigenen Erkrankung findet meist nur „im Spiegel der Umwelt“