Nah und doch so fern - Wahrnehmen, Erleben und Körpersemantik im körpernahen Dialogaufbau mit Menschen im Wachkoma

Andreas Zieger
www.a-zieger.de

Evangelisches Krankenhaus Oldenburg
Abt. f. Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte

CvO Universität Oldenburg
Institut f. Sonder-/Rehabilitationspädagogik

Psychotherapie und spirituelle Wege: Jenseits der Worte. Leiberfahrung als achtsamer Weg der Bewusstseinserforschung.
Benediktushof Holzkirchen/Würzburg, am 15.-17. Mai 2009

Übersicht

1. Fühlende und erkennende Annäherung
2. „Wachkoma“ als Problem der modernen Medizin
3. Autonomes Körperselbst und Körper-semantik
4. Körpernaher Dialogaufbau
5. Fazit

1. Einfühlung …

„Ich kann mir keinen Zustand denken,
der mir unerträglicher
und schauerlicher wäre,
als bei lebendiger und
schmerzerfüllter Seele,
der Fähigkeit
beraubt zu sein, ihr Ausdruck zu verleihen.

Montaigne (1533-1592), Essais

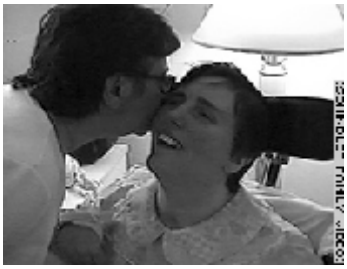
Solange ein Mensch lebt
ist er mit (innerer) Wahrnehmung
Bewegung und Erleben
mit der Umwelt
verbunden.

Lebewesen reagieren nicht bloß auf
chemische und physikalische Reize,
sondern antworten auf Zeichen …

Terri Schiavo

(gest. 2005)

Human vegetable?



„Bewusstsein messen wir daran,
inwieweit es uns gelingt,
Beziehungen herzustellen.“

Aaron Bodenheimer (1967)

Um Lebendes zu erforschen
muss man sich
am Leben beteiligen.

Viktor von Weizsäcker

„Aspektdualität“ (Fuchs 2008)

Leib sein - Körper haben

Naturwissenschaftliche Perspektive
- Empirisch-analytische Methode: „Biomedizin“ = biotechnisch-orientierte Medizin, „Defektmedizin“

Geisteswissenschaftliche Perspektive
- Phänomenologisch-hermeneutische Methode: Bio(somato)psychosoziale Medizin, „Beziehungsmedizin“

„Körper“
im biotechnischen Verständnis

- Körper haben (Objektstatus)
- Aus Organen zusammengesetzt
- Reiz-Reaktions-Schema („Excitabilitas“)
- Körper als „Maschine“ kann beobachtet, gemessen und repariert werden
- Kann geschädigt und irreparabel („verbraucht“) werden
- Defekte machen ihn „nutzlos“ und „wertlos“

Defektmedizinische Syndromlehre

„Katzenschnitt-Neurologie“ (Schönle)

- Apallisches Syndrom „Wachkoma“
- Mittelhirn-syndrom
- Bulbärhirn-syndrom

„Innere Enthauptung“ (Angstwurm)

Hirntodsyndrom

„Körper/Leib“ im beziehungsmedizinischen Verständnis

- Körper/Leibsein: verletzlich, kränkbar vergänglich; ästhetisch, erotisch, kreativ funktionell; Schutz, Erholung, Ressource
- Selbstaktualisierung, „Incitabilitas“
- Implizites Körperwissen, Ausdruck/Zeichen
- Resonanz, Mit-Bewegung, Dialog, Kommunikation, Kooperation
- Entwicklung und Heilung in Beziehungen und sozial angereicherter Umgebung

Beziehungstheoretische Erkenntnis-gewinnung

Deuten und Verstehen durch

Teilnehmen als gemeinsame Praxis in Beziehungsprozessen (intersubjektiv)

- In einen körpernahen Dialog gehen: leibhaftig zwischenmenschlich spüren (wahrnehmen und wahrgeben)
- Ästhetische Haltung einnehmen: Oszillieren zwischen empathischer Nähe und reflektierender Distanz

2. Wachkoma - biotechnische Medizin

Der „Apalliker“ als Defizitfigur (Objekt)

- Augen *geöffnet,* kein Blickkontakt
- Spontanatmung
- SWR erschöpfungszeitlich
- Reflexe/Automatismen
- keine *sinnvollen* Reaktionen auf Reize
- keine *absichtsvollen* Eigenaktivitäten

Wachkoma = „Bewusstlosigkeit“

- ohne Empfindungen, Seele, Geist
- ohne inneres Wahrnehmen und Erleben
- spastisch entstellter, „seelenloser“ Körper als „sinnlose Hülle“
- Fremdheits- und Abwehrgefühle: „grauenvoller Zustand“, Tötungswünsche
- Ohnmachtsgefühle: „wilder“ Aktionismus, Erschöpfung, Depression, Trennung
- Therapeutischer Nihilismus:
- Vergessener Leib, Ausschluss vom Dialog

„Verkörperte“ Ohnmacht und Beziehungslosigkeit

Widerspruch zum defektmedizinischen Dogma

Franz Gerstenbrand 1967: „Das apallische Syndrom ist eine Funktionsstörung, kein Defektzustand auf Dauer … Jeder Apalliker ist prinzipiell rückbildungsfähig!“

Es ist geboten, „günstige Voraussetzungen zu schaffen und die anlaufende Remission durch eine gerichtete Reizdarbietung zu fördern.“

Semiologie früher Remissionsphasen im apallischen Syndrom/Wachkoma

Vollbild	⇨ I. Primitive Psychomotorik	⇨ II. Nachgreifen
Keine emotionalen Reaktionen	Primitivemotionen Angst	Unmutsäußerungen Furchtgrinsen
Augen geöffnet →	**Optisches Fixieren** →	**Optisches Folgen**
SWR ermüdungszeitl.	SWR (Übergang)	SWR tageszeitlich
Nur Primitivmotorik Keine Spontanmotorik	Grobe gerichtete Massenbewegungen	Nachgreifen Abwehrbewegung

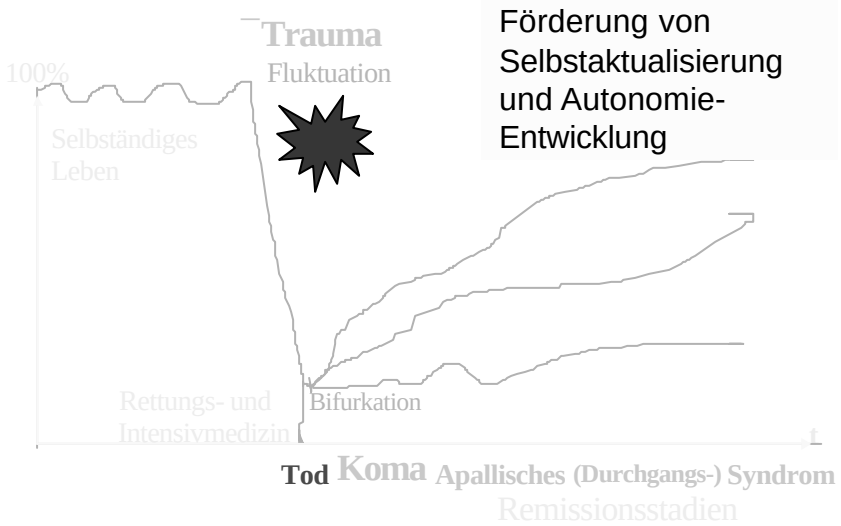
modifiziert nach Gerstenbrand 1967, 1990, 1999

Der Wachkoma-Patient aus beziehungsmedizinischer Perspektive

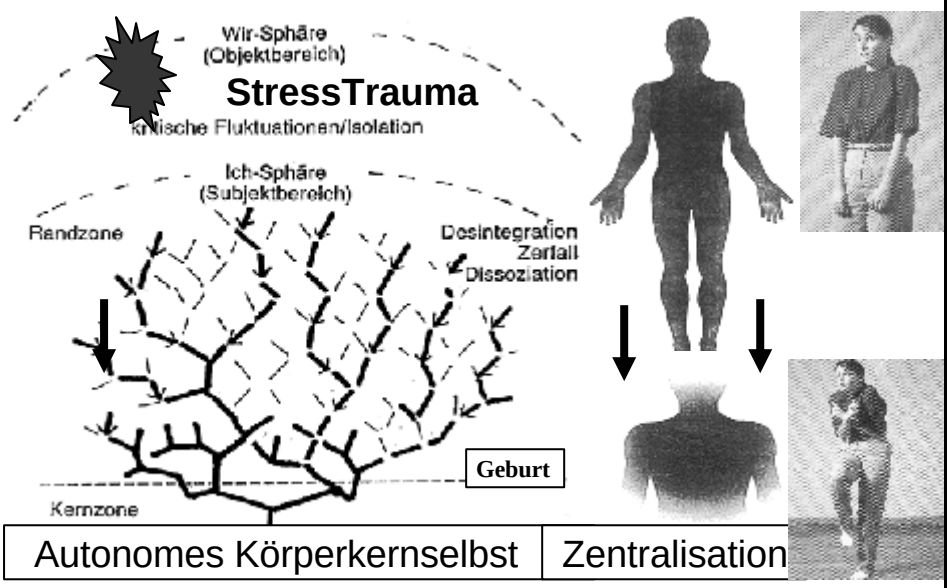
„Traumatisiert an Leib und Seele“ (Subjekt)

- Antwort auf ein schweres schädigendes Ereignis („Stresstrauma“)
- Hochgradige Leib/Seele/Geist-Dissoziation
- Zurücknahme auf das autonome Körper-selbst / Schutzhaltung
- Spastische Haltung verkörpert das Trauma Selbstaktualisierungen („Körpersemantik“)

Vom Trauma gezeichnete Lebenslinie im Koma-Remissionsprozess



Koma als Schutzreaktion



Autonomes Körperkernselbst | Zentralisation

Akutes Trauma – „Totstellreaktion“

- Zusammenklappen
- Erstarren, „Einfrieren“
- Verstummen, Anspannen
- Bedrohung, Schmerz
- „Nackte Angst
- „Lähmendes Entsetzen“
- „Bodenlose Verunsicherung“

Decortikationshaltung

Dezerebrationshaltung

Archaische KörperSchutz(re)aktion und -haltung

Unbewusste emotionale Verarbeitung

Auf Schmerzreiz: Beuge-Streck- oder Streck-Synergismen

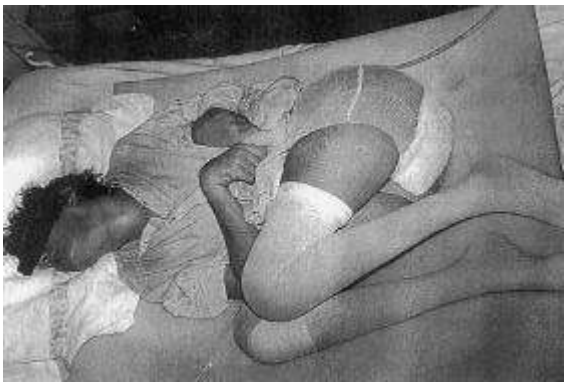
Integriertes Neuropsychotraumatologisches Verständnis (Denkmodell)

Stresstrauma

Physikalischer Impact ↓ (Kaskade) z.B. Kompression/Ödem (Mittelhirn, Hirnstamm)	↓↓ Zurücknahme der Lebens-tätigkeit auf das autonome Körperselbst (Selbst-abschliessung vom DU)	**Psychischer Affekt** ↓ z.B. Schmerz, Bedrohung (Amygdala, Cingulum)
„keine Reaktion“ bewusstlos ↓	**„Koma“** ↓ teilweise Remission (schwere leib-seelisch-geistige Dissoziation)	„Schock“ Zentralisation ↓
↓	↓	↓

„Wachkoma“
als Basis für Erholung/Remission/Reorganisation/Reintegration

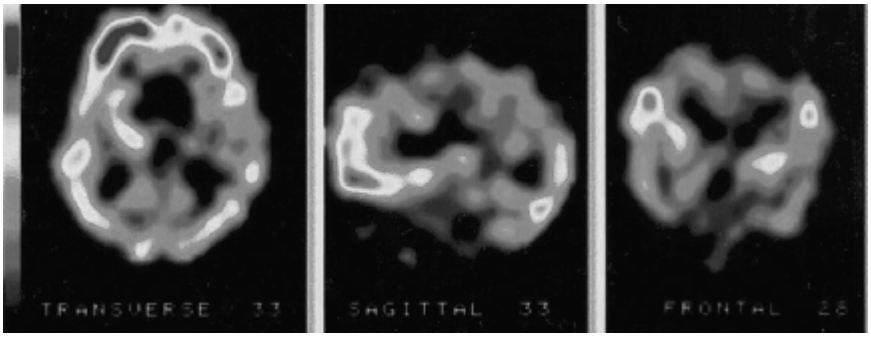
„Tetraspastische Haltung“ im Wachkoma als Schultzhaltung und verkörpertes Trauma („Körpersemantik“)



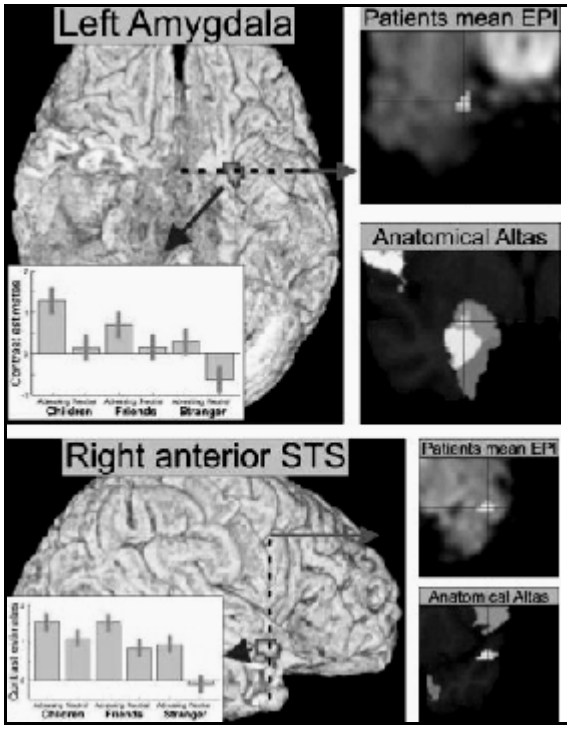
Was geht in diesem Menschen vor?

Inselförmige kortikale Residualaktivität „wie im Traum“

im SPECT eines Wachkoma-Patienten



NRZ Greifswald 1999

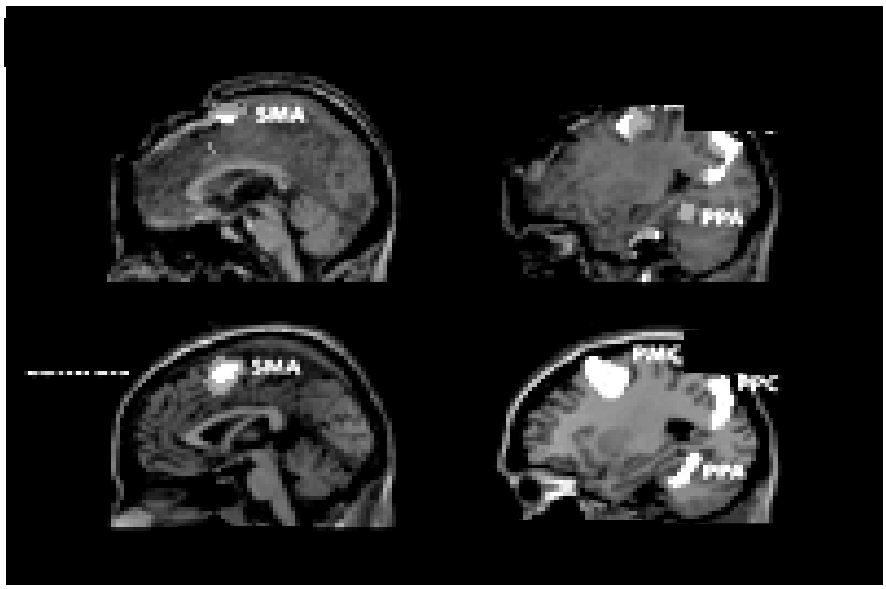


Aktivierbarkeit
„emotionaler“,
„beziehungs“-
relevanter
Hirnzonen bei einer
Wachkoma-Patientin
durch
Ansprache
von vertrauten
Angehörigen.

(Eckhoff et al 2008)

Forschungszentrum
Jülich

„Bewusstheit“ im Wachkoma?



Inneres Wahrnehmen und Erleben im Koma/Wachkoma (Subjekt)

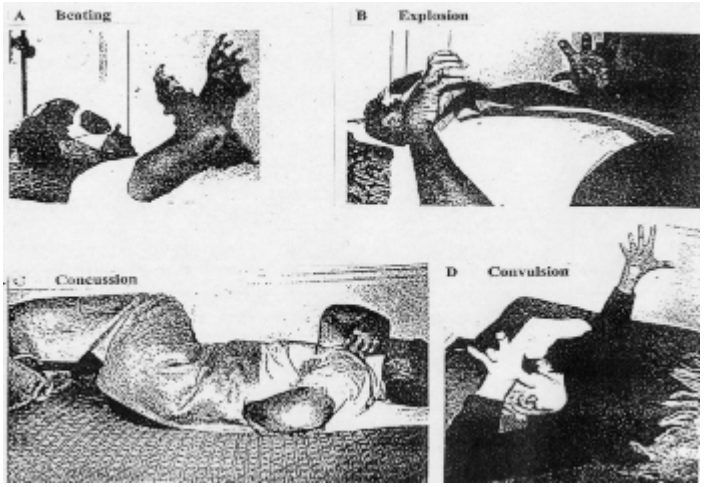
- „Ozeanisches Erleben“, „Schweben“
- Entgrenzungs-/Verschmelzungsgefühle
- Innere Bilder, Träume, Albträume
- Bizarres Körperselbstgefühl, ver-rückte Körpereigenproportionen
- Nahtoderleben: Tunnelerleben, Out of Body-Erfahrung (OBE), Lichterwelten

Hannich & Dierkes 1996; Lawrence 1995,1997; Zieger 1998

Coma Imagery in Hypnose - Bizarres Körperselbsterleben

Johnson 1980

Traumatische Körperpositionen



Johnson 1980

3. Autonomes Körperselbst und Körpersemantik im Wachkoma

Basale psychophysische Kompetenzen

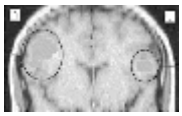
Vitale Grundrhythmen und Pulsationen

Engung	**Einatmen**	**Ausatmen**	Weitung
	Systole	**Diastole**	
	Anspannen	**Entspannen**	
	Schlafen	**Wachen**	
	Stoffaufnahme	**Stoffabgabe**	
	Hunger	**Sättigung**	
	Lust	**Unlust**	

Vegetative Zeitgestalten und Intelligenz des autonomen Körperselbst („Gattungsselbst“)

Zwischenleibliche Kommunikation als existenzielle Grunderfahrung

Implizites Körperwissen



„Spiegelneurone“

- Mitgefühl, Empathie („affective tuning“)
- Emotionale Mitbewegungen („Resonanz“)
- Simulation (Imitationslernen)
- Übertragung – Gegenübertragung
- Nonverbale Kommunikation („Körpersprache“)
- Denken vom Anderen her (Theory of mind)

Körperliche Grundbewegungen im zwischenleiblichen Dialog

Weitung	Engung
„Sich öffnen“	„Sich schließen“
• Einatmen	• Ausatmen
• Augen öffnen	• Augen schließen
• Lippen bewegen	• Lippen schmal machen
• Mund öffnen	• Mund schließen
• Körper entspannen	• Körper anspannen
• Erröten, Lächeln	• Erblassen
• Kopf zuwenden	• Kopf wegdrehen

Analoge Zeichen einer frühen Reagibilität!

Körpersprachliche (intuitive) Zeichen für „Wohlbefinden“

- Entspannte „aufmerksame“ Körperhaltung
- Ruhige Atmung
- Entspannte Mimik (Augenbrauen, Stirn)
- Augen leicht geöffnet (oder geschlossen)
- Mund leicht geöffnet (oder geschlossen)
- Rosige Hautfarbe
- Angedeutetes Lächeln

Körpersprachliche (intuitive) Zeichen für „Stress“ „Anstrengung“, „Unmut“

- Zunahme der „spastischen“ Körperhaltung mit Anziehen/Beugung der Arme
- Gepresste, unruhige „schwere“ Atmung
- Rotes Gesicht mit Schweißperlen
- Angespannte Mimik mit Stirnfurche und Unmutsreaktionen („Fremdeln“)
- Augen/Mund weit geöffnet (oder fest geschlossen)

Körpersprachliche (intuitive) Zeichen für “Schmerzen“, “Angst“

- Angestrengte, „verkrümmte“ Körperhaltung
- Angestrengte Mimik
- Augen weit offen, Blick starr, „hektisch“
- Mund weit offen und verzerrt („ersticktes Schreien“)
- Unruhige, „hektische“ Atmung
- Rote Gesichts(Haut)farbe
- Schweißausbrüche, Schwitzen
- Körperliche Unruhe („Beben“)

Entschlüsselung der Körpersemantik …

Pathosymptomatik

- Spontanatmung
  Schwitzen
- Geöffnete Augen
  leerer Blick
  kein Fixieren
- Beugespastik mit Faust-schluß, „Fetalhaltung“
- Primitive Reflexe und Schablonen

als Indiz für

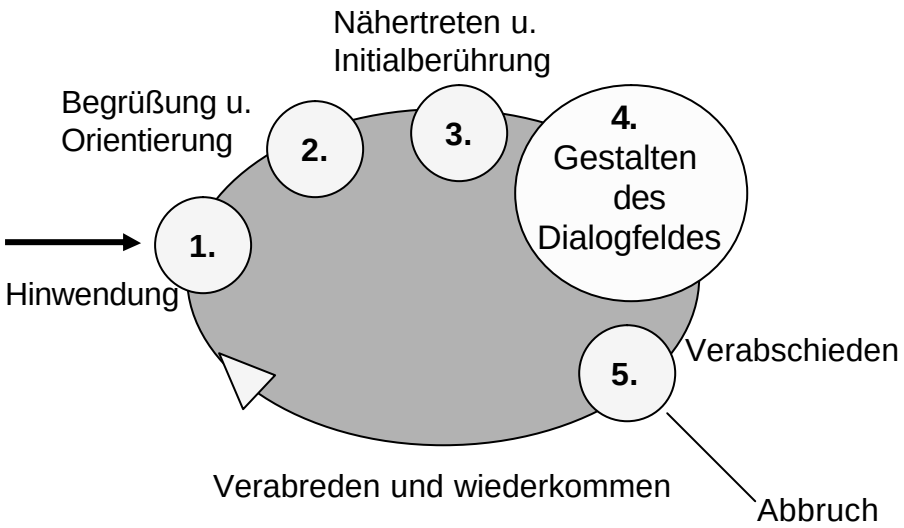
- Austausch mit der Welt
  Lebensgrundrhythmus
- Erwacht
  Innenschau
  verlorenes Objekt
- Selbstschutz, -kontakt
  nicht kommunikativ
- Erbkoordinationen
  Selbstaktualisierung

… als Basis einer frühen Kontaktaufnahme, Interaktion und Rehabilitation

4. Körpernaher Dialogaufbau

- *„Körpernahe Interaktionen und Handlungsdialoge unter Einbeziehung von Angehörigen“* (Zieger 1993)
- Emotionale Ansprechbarkeit auf Tiere, Musik, andere vertraute Menschen
- Das Spüren der Wirkungen seiner selbst durch die Berührungen/Hände/ (Mit-)Bewegungen/Antworten anderer
- Aufbau von Ja/Nein-Codes

Dialogaufbau - Prozessstruktur



Begegnung mit „befremdlichen“ Menschen im Wachkoma

Sascha R., 19 Jahre (Unfall 2007)

Abt. für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte

Interdisziplinäres Frührehateam

Basale Stimulation und früher körpernaher Dialogaufbau, Aufbau von Ja-Nein-Codes

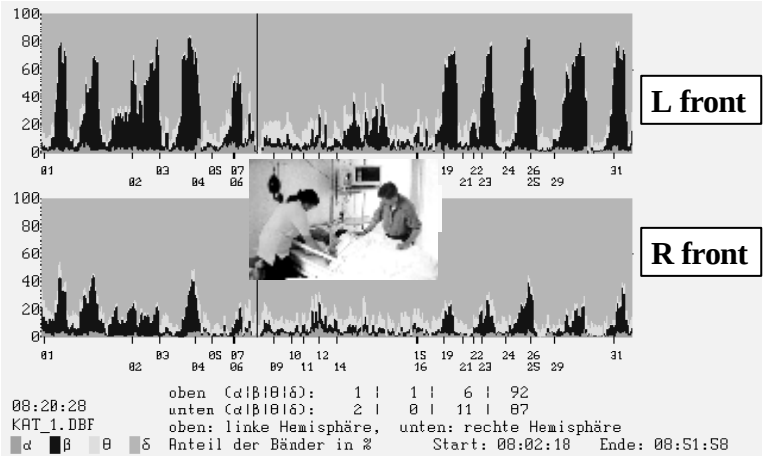
Videobilder mit Sw. Janine Badelt; aus: Promotionsprojekt von Matthias Zündel, „Interaktionsorientiertes Bewegungshandeln“, Pflegewissenschaften, Universität Bremen 2008

Körpernahe dialogische „Attraktoren“

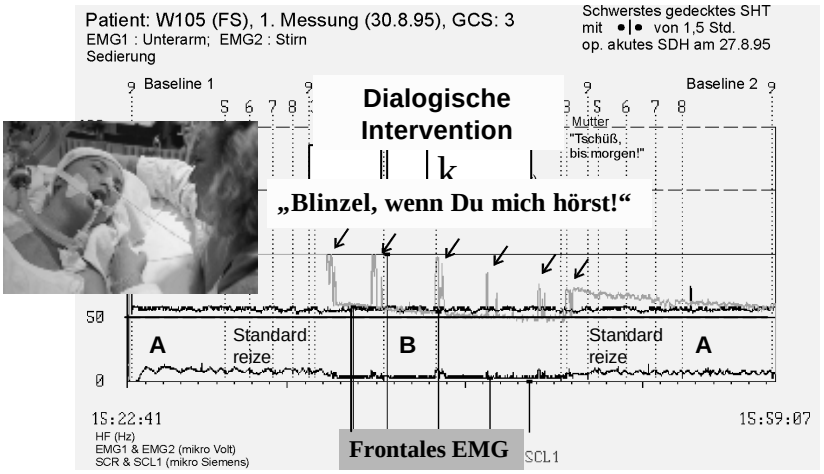
- Liebevoller Blick
- Lächeln
- Vertraute Stimme
- Atmen, Summen, Singen
- Liebevolle Berührungen, Handauflegen Halten, Streicheln, „Sprechende“ Hände
- „Frühe“ Körperhaltungen/Mitbewegungen: Atmen, Wiegen, Schaukeln, Umarmen Liebkosen

Bedeutung der Angehörigen

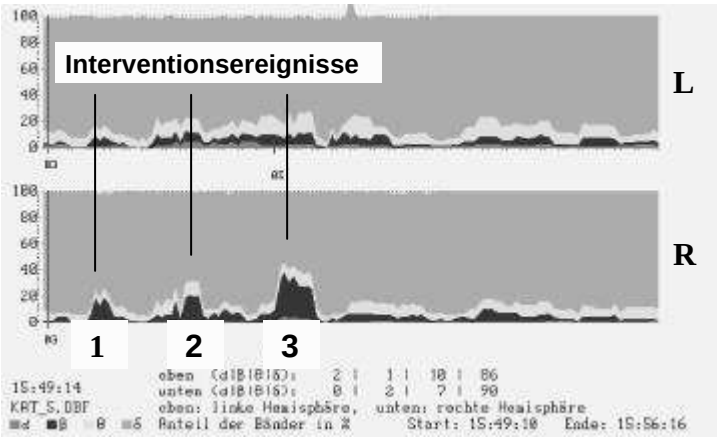
Angehörigen-induzierte „Beruhigung“ „Entspannung“ und „Aufmerksamkeit“ im EEG-Power-Spektrum bei Pat. KA



Ereigniskorrelierte „mimische“ Reaktions-potentiale im frontalen EMG unter dialogischer Intervention bei Pat. SF



Ereigniskorrelierte ß-Aktivierung im EEG-Powerspektrum unter therapeutischer Intervention bei Pat. KA



Aufbau von Ja/Nein-Codes

Elementare Codes

- Seufzen
- Lidschlag
- Augen schliessen
- Kopf nicken
- Daumen drücken
- Hand drücken, heben
- Bein beugen
- Buzzer drücken

Elaborierte Codes

- ABC vorsprechen
- ABC zeigen
- Mimik, Gesten
- Gebärden
- PC-Taste bedienen

Video-Beispiel für Buzzertraining

Patient DF, 47 Jahre alt
Schweres gedecktes SHT mit Hypoxie
anfangs mehrwöchiges, tiefes Koma
danach wachkomaartiges, apathisches Bild

Pflegerische Situation:
„Willst Du mal raus aus dem Bett? Wenn ja, dann drück einmal drauf…!“

Video-Beispiel: Musiktherapie
„Erwachendes Ich-Selbst“ im Dialog

Annika, 16 Jahre
Schweres gedecktes SHT vom 3.1.2003
Koma, Mittelhirnsyndrom
Kau- und Schmatzbewegungen
Spastische Beugehaltung linker Arm
Tremor im rechten Arm
Trachealkanüle, Magensonde

Musiktherapeutin: Karin Böseler, M.A.

7. Februar 2003

7. März 2003

2. Mai 2003

19. Mai 2003

4. Juli 2003

5. Fazit

Wachkoma als menschenmögliche Seinsweise/„verkörperte Subjektivität“

- Autonomes Körperselbst und -semantik als Ansatz für zwischenleiblichen Dialog
- Empathisch-spürendes Teilnehmen und ästhetisches Reflektieren als achtsamer Weg
- Inter/transdisziplinäre Versorgung und Multiperspektivität (Team/Forschung)
- Herausforderung für Humanität