

# Körpersemantik und körpernaher Dialogaufbau

am Beispiel von Wachkoma-Patienten  
mit praktischen Übungen zur Selbsterfahrung

PD Dr. med. Andreas Zieger

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

Ltd. OA der Abt. für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte  
Früh- und Weiterführende Rehabilitation  
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg

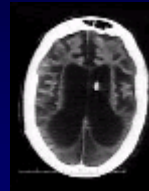
Universitätsdozent für Klinische Neurorehabilitation  
Gesundheits- und Klinische Psychologie  
Human- und Gesellschaftswissenschaften  
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg



Beitrag zum Wahlfach Integrative Medizin, Institut für Medizinische Psychologie  
Universitätsklinikum Greifswald, am 23.06.2006, 14:00-17:30 Uhr



Terri Schiavo  
(2005)



Bewusst sein?



## Beitrag zum „vergessenen Leib“

- Archäologie von Körperausdruck und Empfindungen im Wachkoma als Kompetenzen für einen körpernahen Dialogaufbau (Remission, Wohlbefinden)
- Subjektive Anatomie und historische Anthropologie des „verletzlichen Körperselbst“
- Beziehungsmedizinisch und evidenzsemiologisch orientierte Forschung mit Koma-Erfahrenen und ihren Angehörigen im multiprofessionellen Team

## „Körper“ im biomedizinischen Verständnis

- Organismus = aus Organen zusammengesetzt
- zielt auf Funktionstüchtigkeit (Normalität)
- Körper als „Maschine“: Funktionen können beobachtet und gemessen werden
- Körper haben (Objektstatus)
- kann sich abnutzen, geschädigt und irreparabel werden
- kann „nutzlos“ und „wertlos“ werden

## „Körper-Leib“ im beziehungsmedizinischen Verständnis

- Subjektives Bezugssystem des Selbst
- Körper sein: verletzlich, kränkbar und vergänglich, funktionell, erotisch, sexuell, poetisch
- Schutz, Beziehung, (Mit)Bewegung, Ausdruck (Zeichen), Selbstaktualisierung, Kommunikation, Dialog, Kooperation, Arbeit
- Sozialer Erfahrungsraum im Umgang mit anderen (implizites Körperwissen)

## Übung I

Wie/wann spüre ich meinen  
eigenen Körper?

# Übersicht

---

- I Das apallische Syndrom/„Wachkoma“ als Problem der modernen Medizin
- II Autonomes Körper selbst und Körpersemantik
- III Körpernaher Dialogaufbau
- IV Remission und Outcome (eigene Studie)
- V Soziale Perspektive - Ethik

## I Problem - biotechnische Medizin

---

Der „Apalliker“ als „Defizitfigur“ (Objekt)

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



## Der klinische Blick



Spastisch-kontrakte, „verkrüppelte“ Füße

### Ausgelöste Gefühle (wenn sie nicht verdrängt werden):

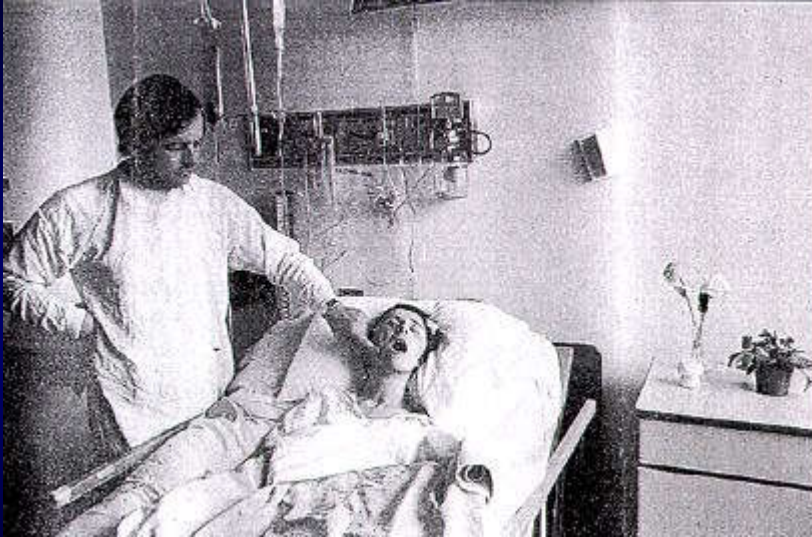
Erinnerungen an *eigene* frühere traumatische Erfahrungen und Ängste vor Sterben und Tod...

- „pathologisch“, „schrecklich“, „schmerzlich“

(Übertragungs-)Gefühle:

- „Grauensvoll“, „so möchte ich nicht leben“, „lohnt nicht mehr“
- werden abgewehrt und auf den Patienten projiziert:

Welche Gegenübertragung resultiert?



Verkörperte Ohnmacht – auf beiden Seiten

## Assoziierte Probleme:

- **Uneinheitliche Nomenklatur:** *Persistent vegetative state (PVS), vegetativer state (VS) coma vigil, apallisches Syndrom, „Wachkoma“*
- **Komaassoziierte Differenzialdiagnosen**
- Häufige Fehldiagnosen: 13-40%
- **Schlechte medizinische Prognose**
- Therapeutischer Nihilismus
- **Keine Frührehabilitation:** mangelhafte Abklärung der individuellen Rehapotenziale
- **Unzureichende Pflege/Langzeitversorgung**
- „Sterbehilfe“?

# 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.“

## Frühe Remissionsphasen beim apallischen Syndrom

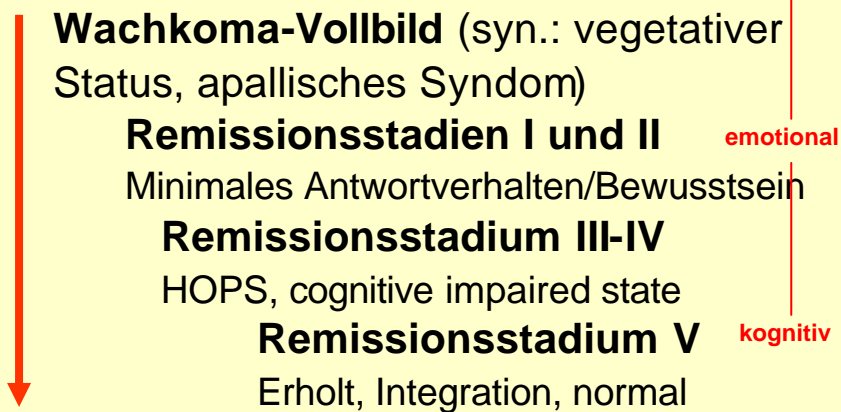
Vollbild	→	I. Primitive Psychomotorik	→	II. Nachgreifen
Keine emotionalen Reaktionen		Primitivemotionen Angst		Unmutsäußerungen Furchtgrinsen
<b>Augen geöffnet</b>	→	<b>Optisches Fixieren</b>	→	<b>Optisches Folgen</b>
SWR ermüdungszeitl.		SWR (Übergang)		SWR tageszeitlich
Nur Primitivmotorik		Grobe gerichtete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

modifiziert nach Gerstenbrand 1967, 1990, 1999

# Remissionsentwicklung heute

- **Hirntodsyndrom:** keine Remission möglich!

- **Koma (ca. 3 Wo)** (Intensivstation)



## Der Wachkoma-Patient

### Beziehungsmedizinische Sichtweise

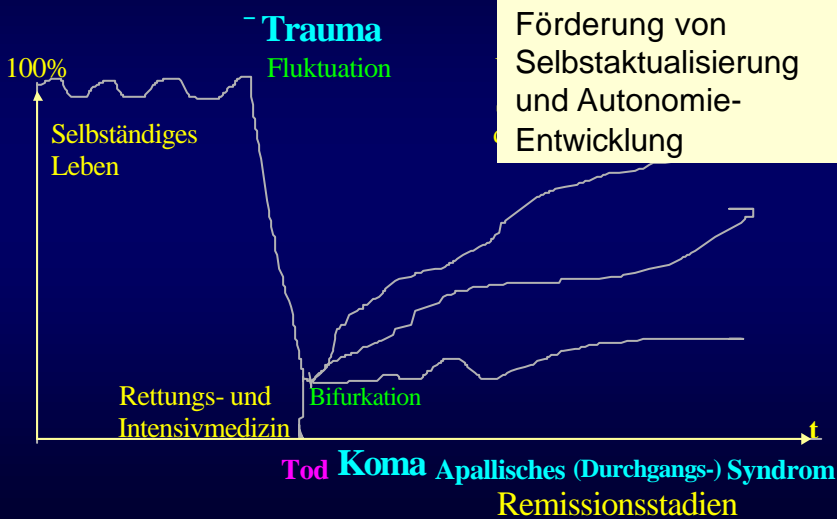
„Traumatisiert an Leib und Seele“ (Subjekt)

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

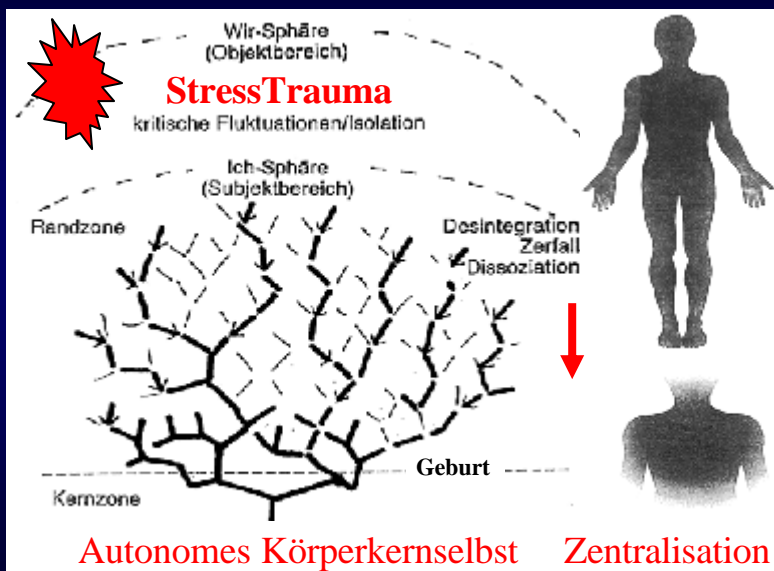




# Vom Trauma gezeichnete Lebenslinie im Koma-Remissionsprozess



# Koma als Schutzreaktion



# Organismische Schutzreaktion (unwillkürlich)

1. Schreckreaktion  
Zusammenzucken, Erstarren  
Verstummen, „Totstellreaktion“
2. Fliehen oder Kämpfen
3. Zurücknahme (Zentralisation)  
Schock, „Zusammenklappen“
4. Kollaps, Tod

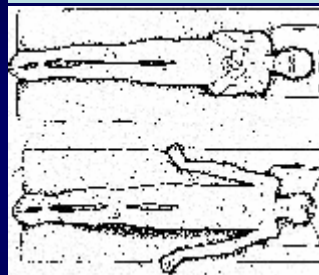


Bader-Johansson 2002

## Akutes Trauma – „Totstellreaktion“

- Zusammenklappen
- Erstarren, „Einfrieren“
- Verstummen, Anspannen
- Bedrohung, Schmerz
- überwältigende Angst
- lähmendes Entsetzen
- Ausgeliefertsein

Decortikationshaltung



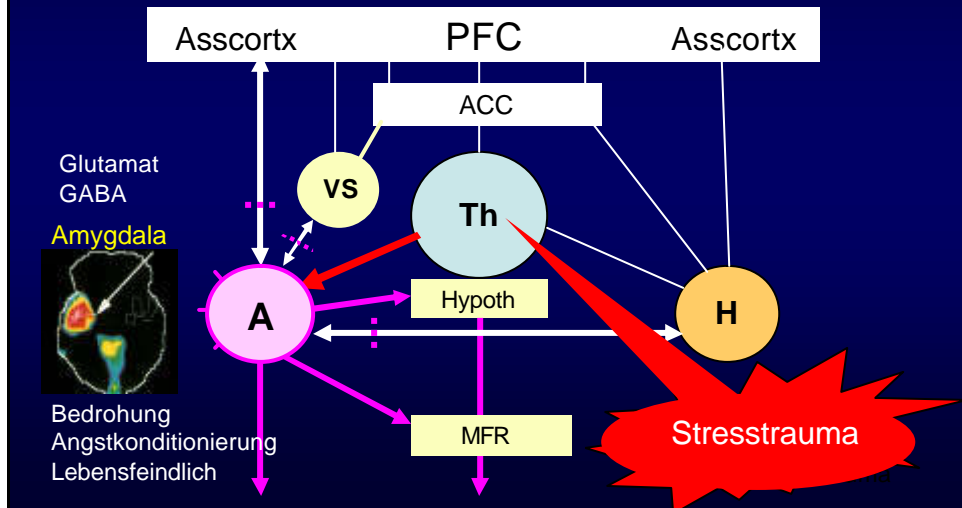
Dezerebrationshaltung

Archaische KörperSchutz(re)aktion und -haltung

Auf Schmerzreiz: Beuge-Streck- oder Streck-Synergismen

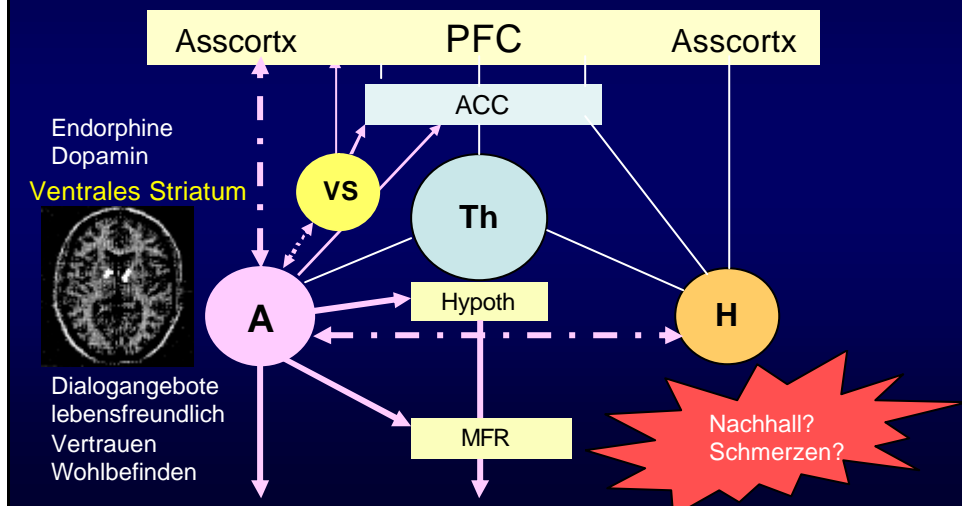
# Unbewusste emotionale Verarbeitung

## Akutphase - Koma



# Unbewusste emotionale Verarbeitung

## Remissionsphase - Wachkoma



## „Tetraspastische Haltung“ als Schulthaltung **und** verkörpertes Trauma

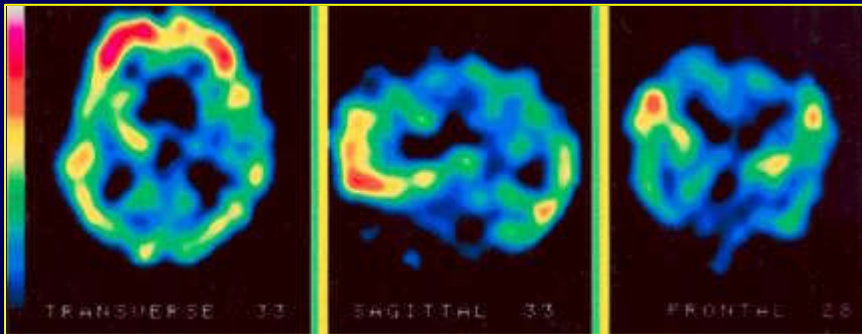


Was geht in diesem Menschen vor?

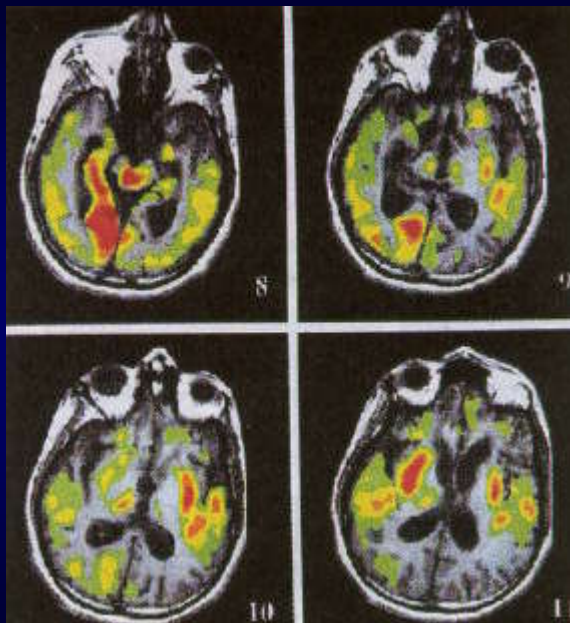
## Übung II

Der Körper als Haus meiner Seele  
(Körper und Innerlichkeit)

Inselförmig fragmentierte kortikale  
Residualaktivität im apallischen (?)  
Syndrom/“Wachkoma“

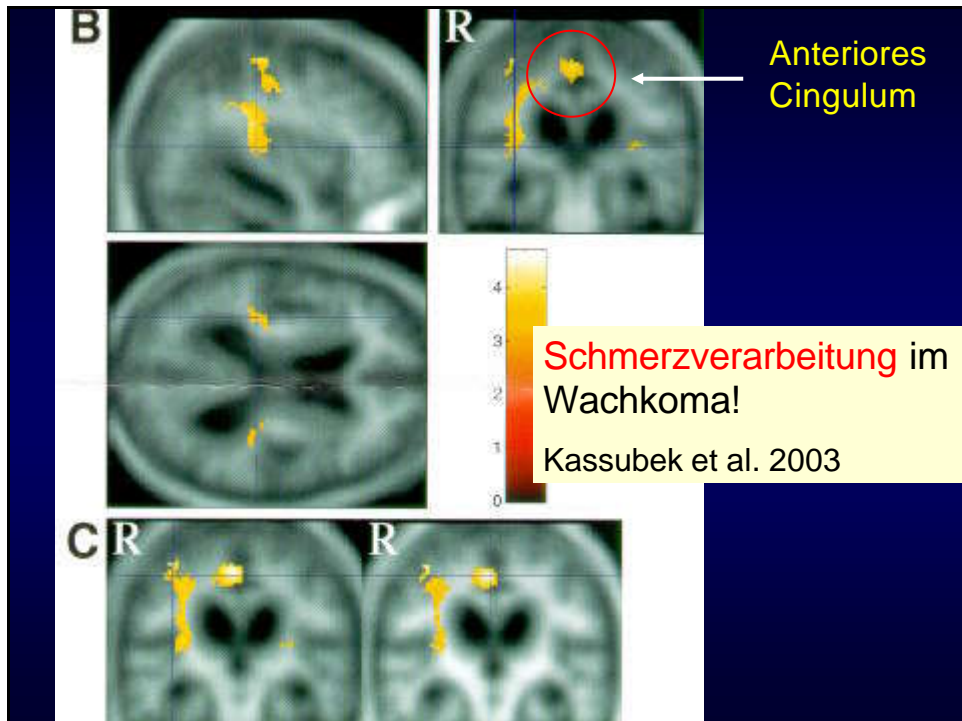


NRZ Greifswald 1999



Inselförmige  
kortikale  
Residualaktivität  
bei Patienten im  
Wachkoma  
(vegetative state)

Schiff et al  
1999/2002



## Inneres Wahrnehmen und Erleben im Koma/Wachkoma



- „Ozeanisches Erleben“, „Ewigkeit“
- Entgrenzungs-/Verschmelzungsgefühle
- Innere Bilder, Träume, Albträume
- Bizarres Körper selbstgefühl, ver-rückte Körpereigenproportionen
- Nahtoderleben: Tunnelerleben, Out of body-Erfahrungen (OBE), Lichterwelten

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

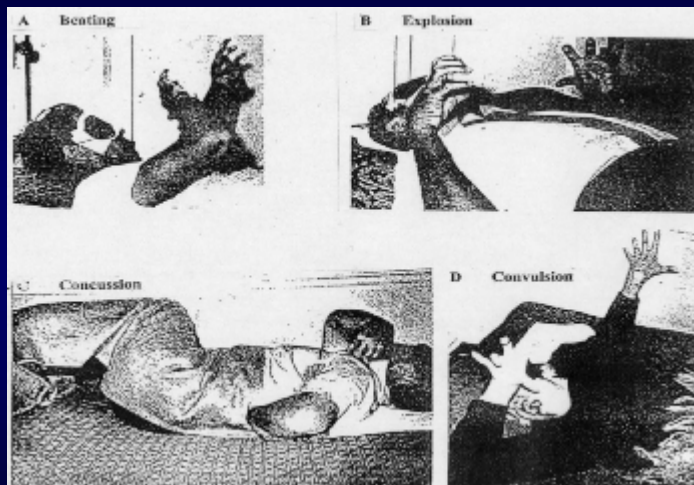
# Coma Imagery

## Bizarres Körpererleben



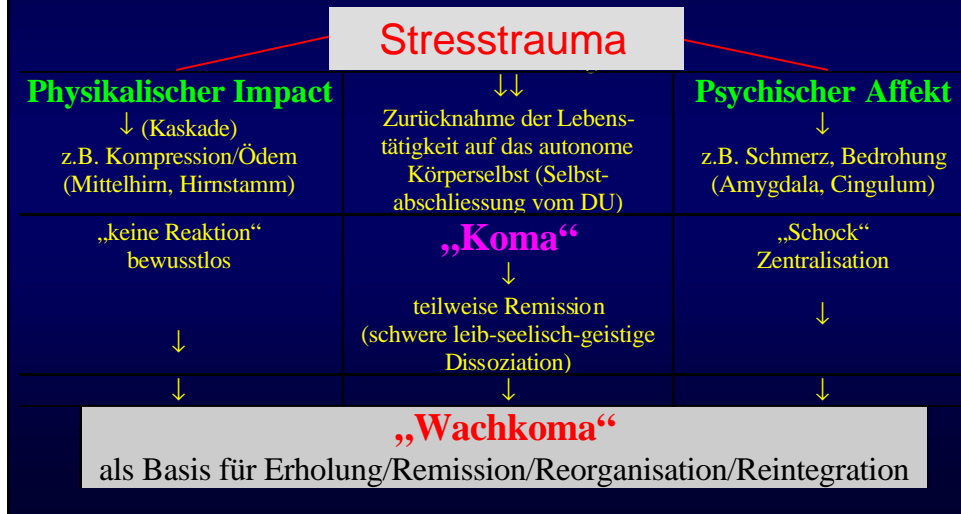
Johnson 1980

# Traumatische Körperpositionen



Johnson 1980

# Integriertes Neuropsychotraumatologisches Verständnis (Denkmodell)



## Ausgelöste (Übertragungs-)Gefühle

- werden wahrgenommen und als Aufgabe zur Hilfestellung, Linderung von Leid und Förderung von Autonomieentwicklung verstanden:
- „Diesem Patienten ist es schlecht ergangen, er könnte Schmerzen haben und meine Hilfe benötigen!“ (Empathie)
- Das eigene Ohnmachtsgefühl („Lähmung“) ist Ausdruck der realen Hilflosigkeit („Lähmung“) des Patienten (auch ich bin zuerst sprachlos)
- Diese einfache Erkenntnis meines Mitgefühls ermöglicht eine positive Gegenübertragung.



# Übung III

Wie fühlt sich körperlich  
„Sicherheit“ an?

## II Autonomes Körper selbst und Körpersemantik

---

Basale Kompetenzen im Wachkoma

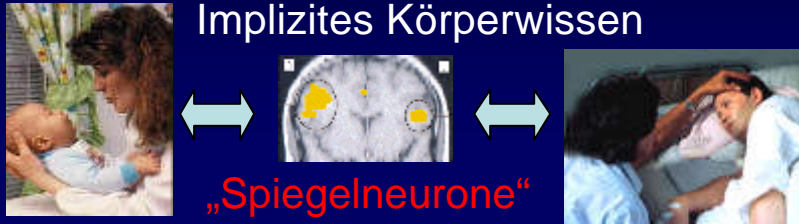
Vitale Grundrhythmen und Pulsationen

<b>Einatmen</b>	<b>Ausatmen</b>
<b>Systole</b>	<b>Diastole</b>
<b>Anspannen</b>	<b>Entspannen</b>
<b>Schlafen</b>	<b>Wachen</b>
<b>Stoffaufnahme</b>	<b>Stoffabgabe</b>
<b>Hunger</b>	<b>Sättigung</b>
<b>Lust</b>	<b>Unlust</b>



Vegetative Zeitgestalten und „Intelligenz“

# Zwischenleibliche Kommunikation als existenzielle Grunderfahrung



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

# Körperliche Grundbewegungen im zwischenleiblichen Dialog

Weitung

„Sich öffnen“

- Einatmen
- Augen öffnen
- Lippen bewegen
- Mund öffnen
- Körper entspannen
- Erröten, Lächeln
- Kopf zuwenden

Engung

„Sich schließen“

- Ausatmen
- Augen schließen
- Lippen schmal machen
- Mund schließen
- Körper anspannen
- Erblassen
- 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
- Augen/Mund weit geöffnet (oder fest verschlossen)
- Angespannte Mimik mit Stirnfurche und Unmutsreaktionen („Fremdeln“)

# Körpersemantische Übersetzungen



## Pathosymptomatik

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

## als Indiz für

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

„Lesen im Buch des Körpers“

## Übung IV

Wie fühlt sich „spastische Haltung“ an?

Wie kann ich in spastischer Haltung jemanden auf mich aufmerksam machen oder „rufen“?

Wie kann ich für jemanden, der in „spastischer Haltung“ leben muss, etwas Wohlbefinden erreichen?

### III Körpernaher Dialogaufbau

---

- „*Körpernahe Interaktionen und Handlungsdialoge unter Einbeziehung von Angehörigen*“ (Zieger 1993)
- Die Wirkungen seiner selbst durch die Berührungen/Hände/(Mit-)Bewegungen anderer spüren
- Aufbau von Ja/Nein-Codes
- Emotionale Ansprechbarkeit auf Musik

### Spezifische Therapieansätze

---

#### „Komastimulation“

im engeren Sinn

- Pharmakologisch
- Elektrisch
- Multisensorisch, Umgebung
- Kognitiv

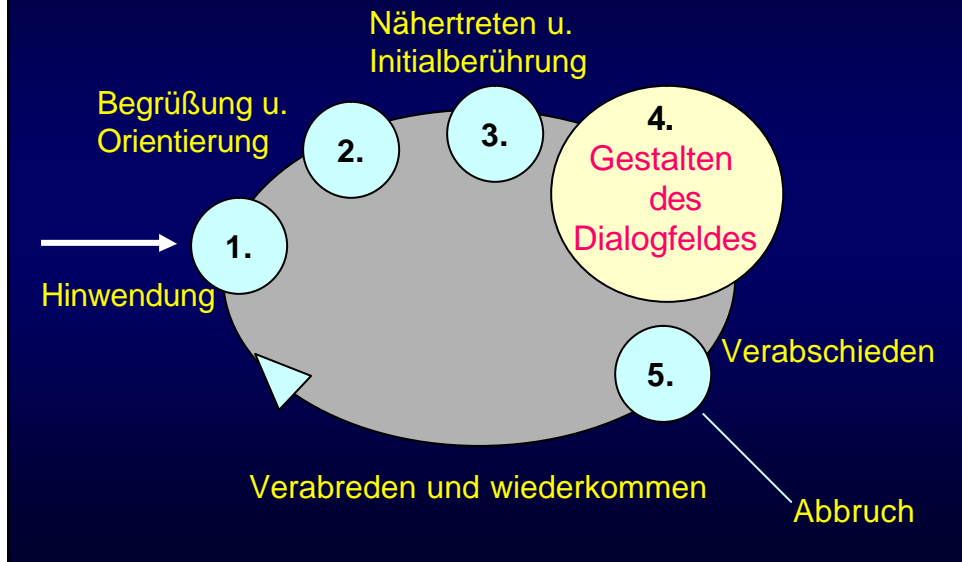


im erweiterten Sinn

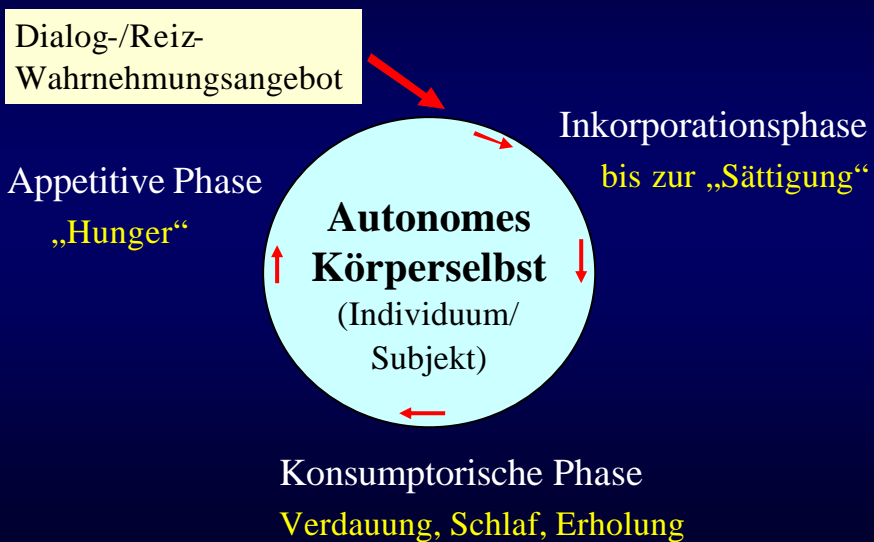
- Körpernaher Dialogaufbau
- Musiktherapie
- Prozessorientierte Therapie
- Neuropsychotrauma-Therapie (Kinder)



# Dialogaufbau - Prozessstruktur



# Verarbeitung von Dialog-, Reiz- und Wahrnehmungsangeboten/Interventionen



# Körpernahe dialogische „Attraktoren“

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



Rolle der Angehörigen?

Name:		2 x	
		wöchentlich	
		täglich	

## Skala Expressive Kommunikation und Selbstaktualisierung (SEKS)\*

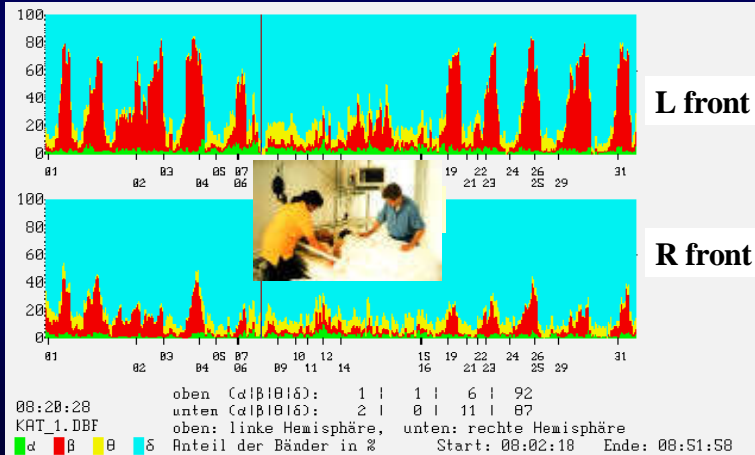
Handzeichen					
Datum					
<b>Vegetative Körpersignale</b>					
<b>Tonische Körpersignale</b>					
<b>Augen</b>					
<b>Mimik</b>					
<b>Eigenbewegungen</b>					
<b>Gesten und Gebärden</b>					
<b>Stimme und Sprache</b>					
<b>Summe</b> (min. 0; max. 38)					

Raterhinweis: Merkmal vorhanden = 1, sonst 0

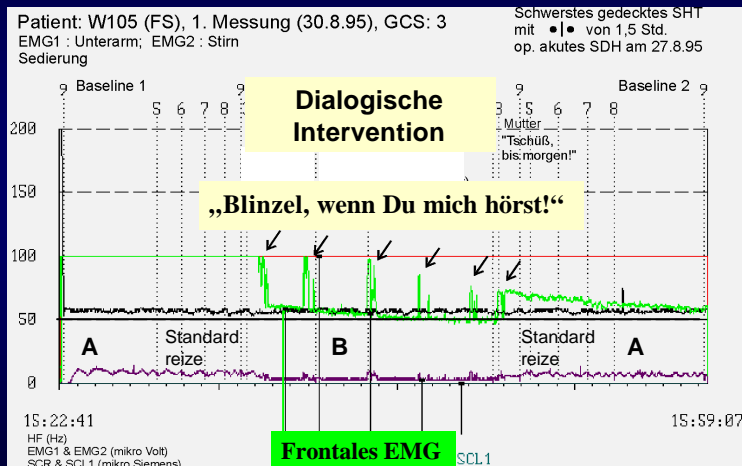
\*(© vgl. Zieger, 1997; revidiert 1999, 2002; validiert 2002 Uni Greifswald)



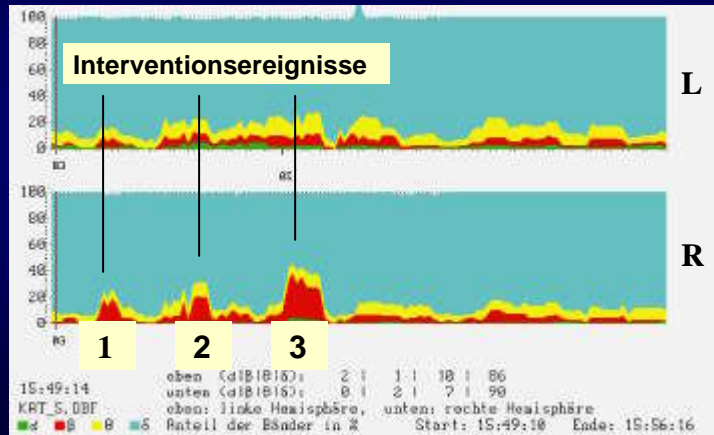
# Angehörigen-induzierte „Beruhigung“ „Entspannung“ und „Aufmerksamkeit“ im EEG-Power-Spektrum bei Pat. KA



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



## Ereigniskorrelierte $\beta$ -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...!“*

VideoBuzzerTrainingDF13101997

## Kommunikations-Modi

### Nonverbal

- analog
- mehrdeutiger
- unsicherer
- mitfühlend, empathisch
- intuitiv

### Verbal

- digital
- eindeutiger
- sicherer
- weniger mitfühlend empathisch
- rational

## Video-Beispiel Musiktherapie

Annika, 16 Jahre

Schweres gedecktes SHT vom 3.1.2003

Mittelhirnsyndrom, prolongiertes Koma

Kau- und Schmatzbewegungen

Spastische Beugehaltung linker Arm

(tonisch-asymmetrischer Labyrinthreflex)

Tremor des rechten Armes

Musiktherapeutin: Karin Böseler, M.A.



7. Februar 2003



7. März 2003



2. Mai 2003



19. Mai 2003



4. Juli 2003

## IV Remission und Outcome (Studie)

**Abteilung für Schwerst-Schädel-Hirn-Geschädigte (Frührehabstation), Oldenburg**  
**Prospektive Studie 1997-2004**

### Einschlusskriterien:

- Schweres SHT (CT, MRT, EEG)
- Komadauer mind 21 Tage („Wachkoma“)
- GCS\_A max 8/15 Punkte
- KRS\_A max 12/23 Punkte
- **GOS 2 Punkte („apallisch“)**

## Patienten n = 53

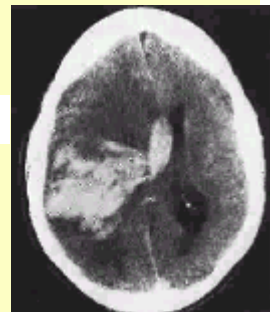
**Alter** durchschnittlich 39,5 Jahre (17-71)

**Geschlecht** w=33 m=20

### Ätiologie

- **SHT/Polytrauma** n = 22
- **Hypoxie** n = 15
- ICB/Insult n = 13
- SAB/OP n = 2
- Enzephalitis n = 1

70%



### Verweildauer

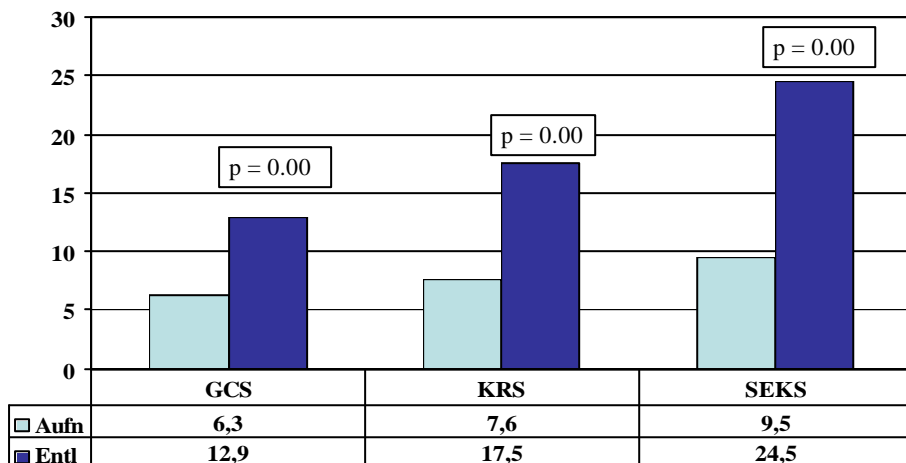
- Intensivstation 49,2 Tage (11-190)
- Frührehabstation 163,6 Tage (39-354)

# Outcome-Parameter

- GCS, GOS (Komatiefe, Outcome)
- KRS, SEKS (Reagibilität/Remissionszeichen)
- **FIM** (funktionelles Outcome)
- **FRB** (Ausmaß der Pflegeabhängigkeit)
- Mobilitätsstatus
- Status orale Ernährung
- **Kommunikationsstatus**
- **Remissionsstatus** (mod. nach Gerstenbrand 1967)
- **Entlassungsstatus**

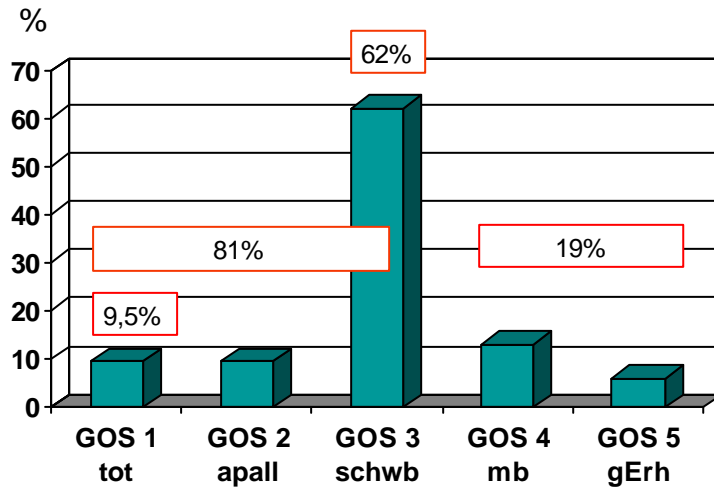
# Outcome - Komaskalen

(Vergleich Mittelwert Aufn/Entl N = 53)

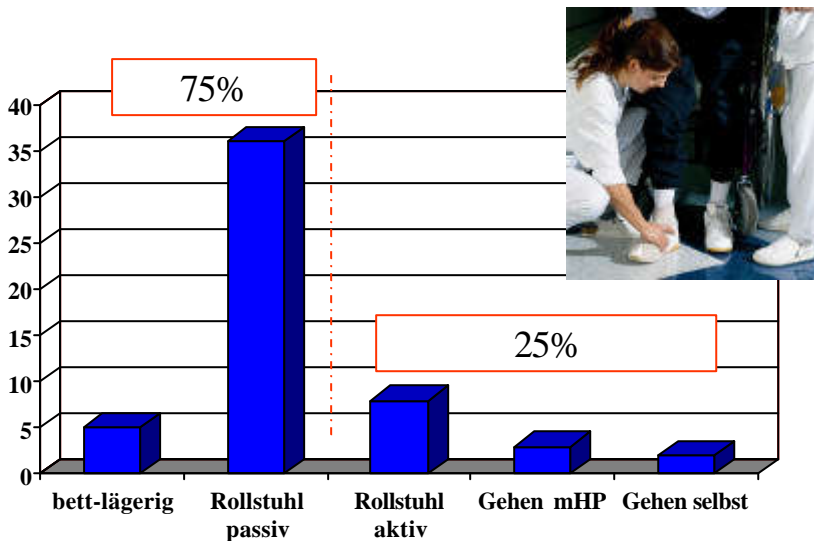




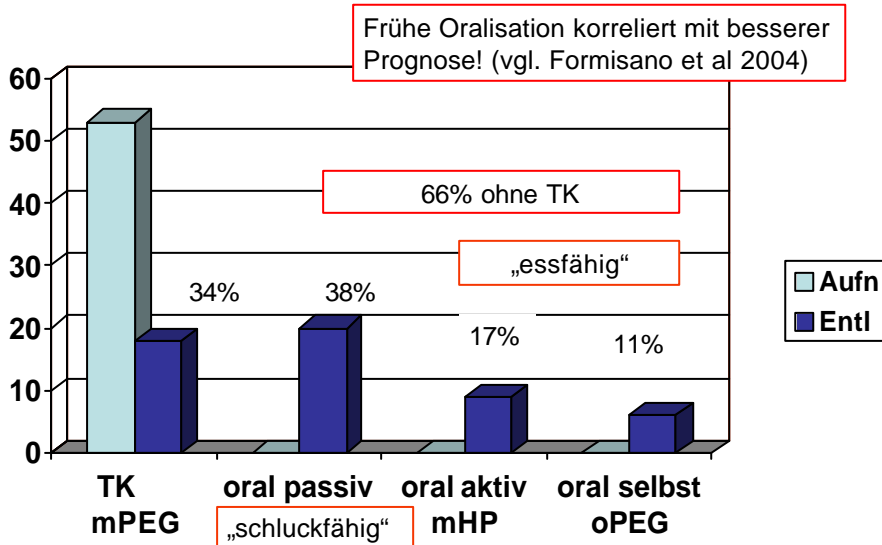
# Outcome - GOS



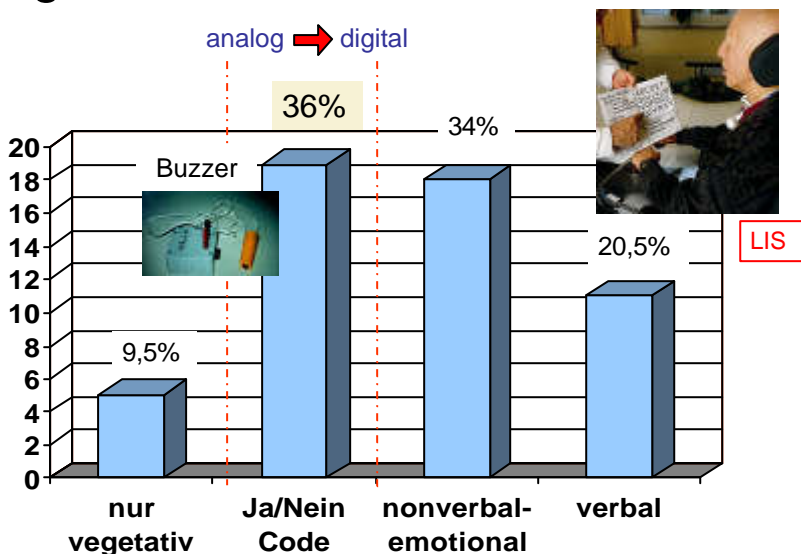
# Outcome - Mobilitätsstatus



# Outcome - Status orale Ernährung

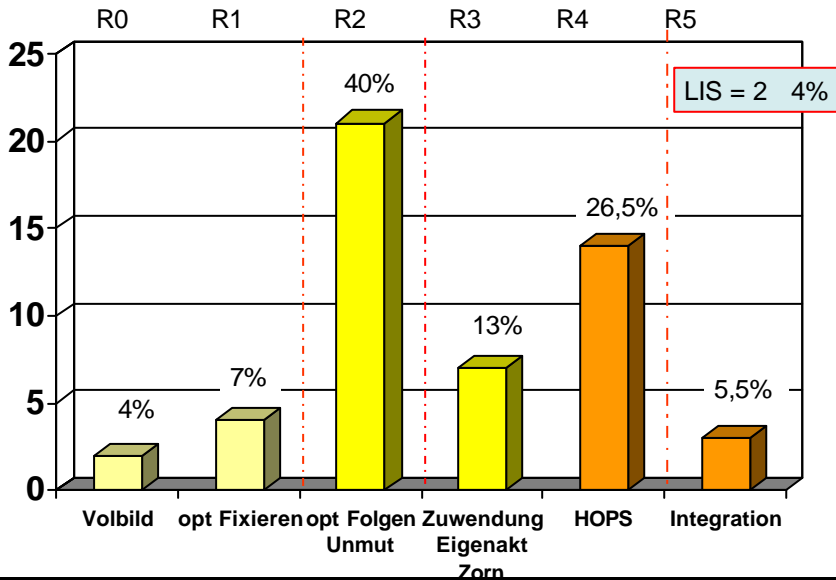


# Ergebnisse - Kommunikationsstatus

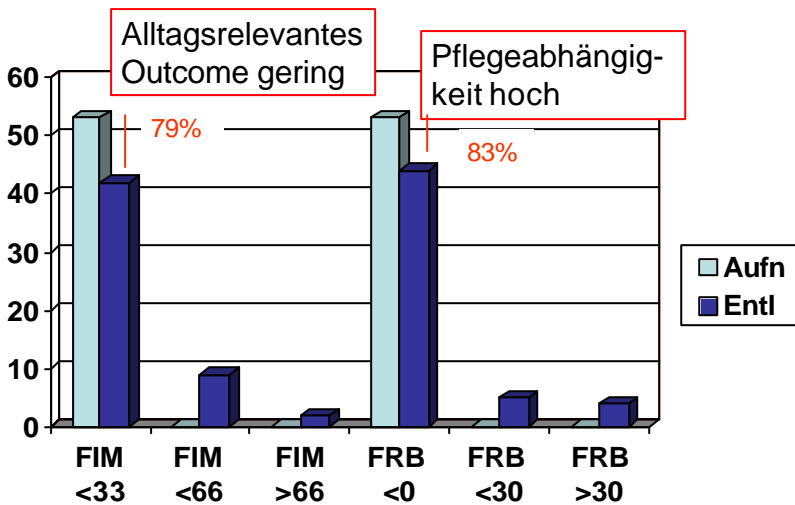


# Ergebnisse – Remissionsstatus

[modifiziert nach Gerstenbrand 1967: 55]

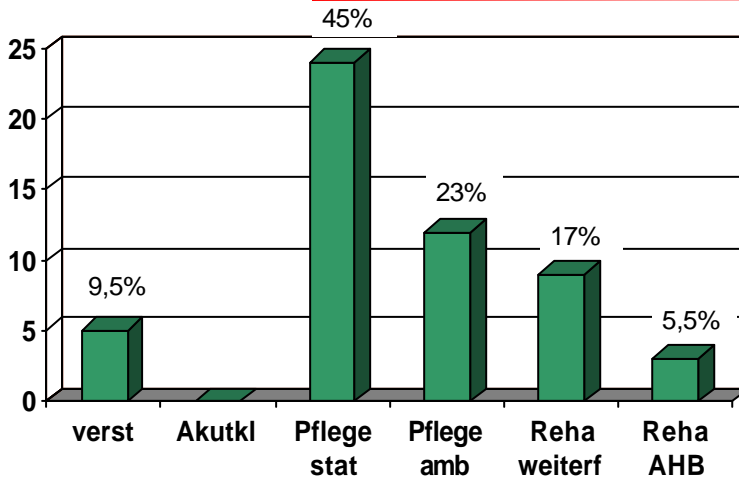


# Ergebnisse - FIM und FRB



## Ergebnisse - Entlassungsstatus

soziale Perspektive



## Fazit

- Verstorben 10%
- Im Dauerkoma lebend 10%
- **Grauzone** „Living with liminality“ 10%
- Bedürfnisnah kognitiv präsent und/oder verbal kommunikabel ..... 80%
- Körperlich schwerst pflegeabhängig 75%
- **Sozial integriert** ?

..... körperlich-geistige Dissoziation

## V Soziale Perspektive – Ethik

---

### Wachkoma als menschliche Seinsweise

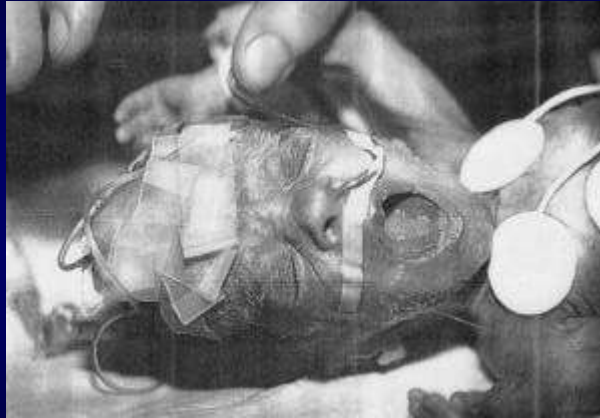
- Medizinische und ethische Herausforderung
- Trotz schlechter medizinischer Prognose: Entwicklung einer sozialen Perspektive (Integration und Teilhabe: SGB IX)
- Gradmesser und Prüfstein für die Humanität einer Gesellschaft

### Der Wachkoma-Patient als Mitbürger!

- **Forschung!!**

- Schwerstpflegeeinrichtungen Phase F
- Wohngemeinschaft mit Angehörigen: „Wachkoma-Haus“
- Mitmenschliches Gestalten und Erleben: Besuch eines Wochenmarktes
- Nachbarschaft, Gemeinsinn
- Soziale Vernetzung, soziale Teilhabe
- Aufbau einer gemeinsamen Zukunft
- **Palliativmedizinische Möglichkeiten**, wenn erschöpft/sterbenskrank

Das nackte Antlitz als „absolutes  
Tötungsverbot“ (Lévinas 1996)



Aus: Wiesemann & Röder 1996, p. 37  
„Medizin und Menschlichkeit“

„Medizin ist eine Art und Weise,  
miteinander umzugehen.“

V.v. Weizsäcker 1947

„Die Schwachen und Kranken zu  
schützen ist die Würde der Gesunden.“

Dörner 2001

„Jede Gesellschaft hat die Medizin,  
die sie verdient!“

Zieger 2002