

Leben im Wachkoma

Andreas Zieger

www.a-zieger.de

Beitrag zur Veranstaltung
„Ein Leben im Wachkoma ...“
Arbeitskreis Interdisziplinäres Ethik-Seminar
UKE HH, 12.05.2011

Fragen:

1. Wachkoma - Was ist das für ein Zustand?
2. Was geht in diesen Menschen vor?
3. Was muss die Gesellschaft leisten?
4. Was muss in der Medizin ändern?
5. Was schulden wir diesen Menschen?

Erkenntnistheoretisch-methodische Vorbemerkung

Die Methode der Erkenntnisgewinnung entscheidet über das Ergebnis, wie Wachkoma-Patienten „verstanden“ werden können:

1. Erste Person-Perspektive (Subjekt)
 2. Dritte Person-Perspektive (Objekt)
 3. Zweite Person-Perspektive (Intersubjektiv. Teilnehmendes intuitives/reflektiertes Verstehen
- **Multiperspektivität, systemisch, Person-Umfeld-Analyse**

1. Leben im Wachkoma - Beziehungsmedizinisches Verständnis

- Eine extreme, menschenmögliche Seinsweise
- Resultat moderner Lebensweise
- Gesamtorganismische Antwort auf ein lebensbedrohliches Ereignis/Stresstrauma
- Aus **tiefem** Koma erwacht, spontan atmend
- Körperhaltung und -ausdruck symbolisieren das erlebte Trauma (Semantik des autonomen Körperselbst)
- Menschen als verletzliches und auf andere angewiesenes Wesen
- Basis für neue Entwicklung/Remission

Verbreitete Vorurteile/Irrtümer

Menschen im Wachkoma

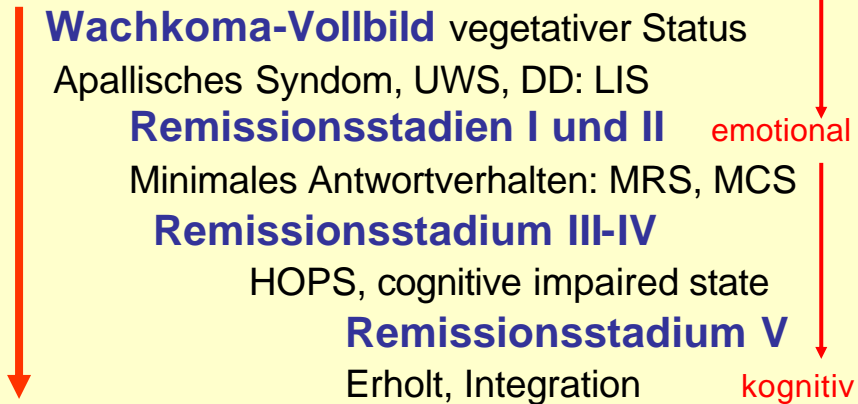
- seien hirntot oder sterbend
- seien schmerz- und empfindungslos
- seien willenlos
- könnten sich nicht selbst aktualisieren
- könnten nicht kommunizieren
- hätten den Wunsch zu sterben
- könnten sicher diagnostiziert/prognostiziert werden.

Sichere Diagnose/Prognose?

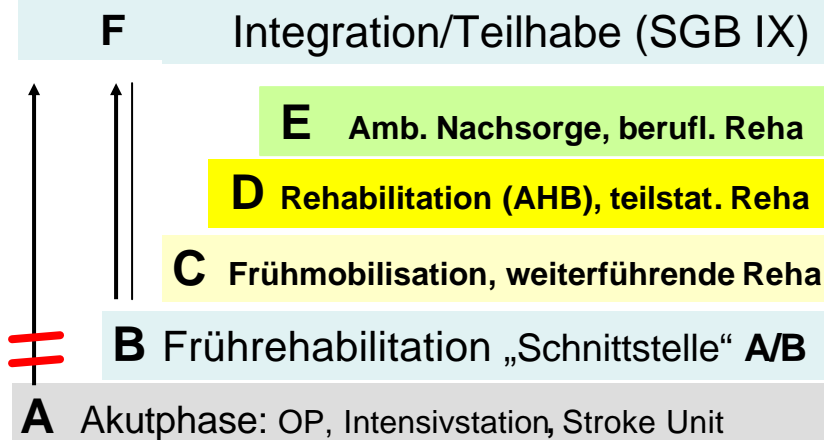
- Bis zu 40% Fehldiagnosen! Ohne Diagnose keine Therapie!
- Therapeutischer Nihilismus häufig! Ohne Therapie/Rehabilitation keine Prognose!
- Veraltete Datenlage! Prognosebestimmung im MSTF (1994) **ohne Frührehabilitation!**
- Prognose im Einzelfall unsicher! Spätes Erwachen selten, aber möglich!
- **Aufbau einer Teilhabe-Perspektive!**

Koma und Remissionsstufen

- **Hirntodsyndrom:** keine Remission möglich!
- **Koma** (ca. 3 Wo) (Intensivstation) vegetativ



Vom Koma zurück in die Gemeinde Neurologisches Rehaphasenmodell (BAR 1995/2003)



2. Innerlichkeit/Innenleben?

Neuer Lebensbegriff und „Koma/Wachkoma“

- Lebewesen reagieren nicht auf chemische oder physikalische Reize, sondern antworten auf innere und/oder äußere Zeichen (Semion).
- Jedes Lebewesen ist fähig, zu fühlen
- sich selbst zu erregen (aktivieren), zu aktualisieren und zu organisieren (Autonomie)
- sich (leiblich) zu spüren und auszudrücken
- sich veränderten Umweltbedingungen anzupassen (Interaktion und Lernen)

Erinnerungen aus dem posttraumatischen Komazustand

Zwischen **40-50% der untersuchten Patienten** erinnerten übereinstimmend:

- Gefühle des Gefangenseins
- Gefühle von **Todesbedrohung**
- Veränderte sensorische Erfahrungen:
Bomben explodieren, Geruch toter
Personen, Schlachtfeldszenen

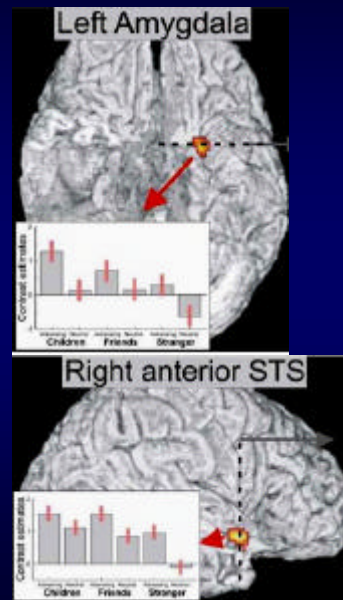
Schaper 1975, Tosch 1988, zit. nach Hannich
1993, S. 51-52

„Durchaus ansprechbar!“

(Deutschlandfunk, 12. März 2009)

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

(Eickhoff, Zilles et al 2008)
Forschungszentrum Jülich



Frühe Ansprache und Aktivierung („Komastimulation“)

- Angereicherte Umgebung mit sensorischer Regulation
- Körpernaher Dialogaufbau unter Einbeziehung von Angehörigen mit Aufbau von Ja/Nein-Codes (Zieger 1993, 2005)
- Emotionale Ansprache und „attraktive“ Reize durch nahe Angehörige
- Musiktherapie, Tierbesuch
- „Übersetzung“ der Körpersemantik (Körpersignale Körpersprache) in adäquate Angebote (Zieger 2009)



Aufbau von Ja/Nein-Codes

Elementare Codes

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



Elaborierte Codes

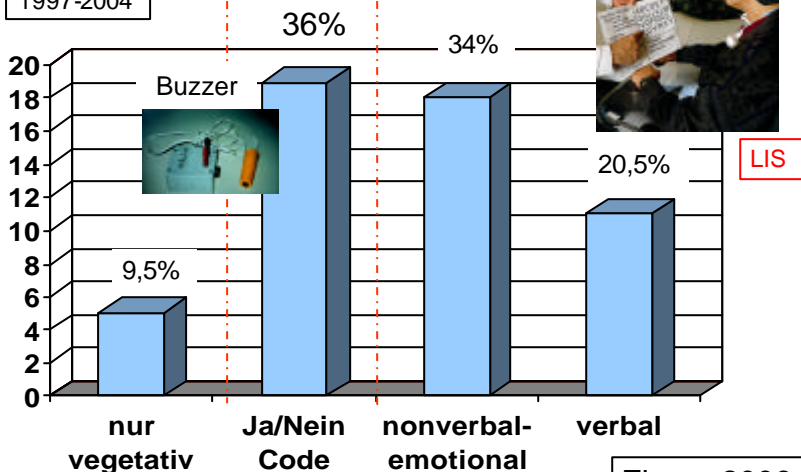
- ABC vorsprechen
- ABC zeigen
- Mimik, Gesten
- Gebärden
- PC-Taste bedienen



Outcome - Kommunikationsstatus

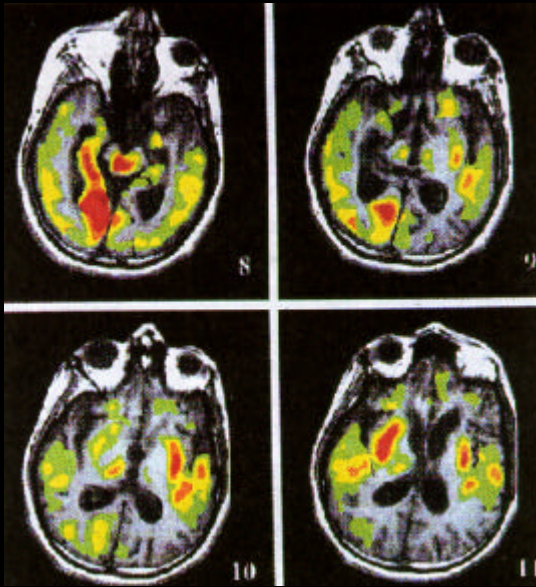
N = 53
1997-2004

analog → binär



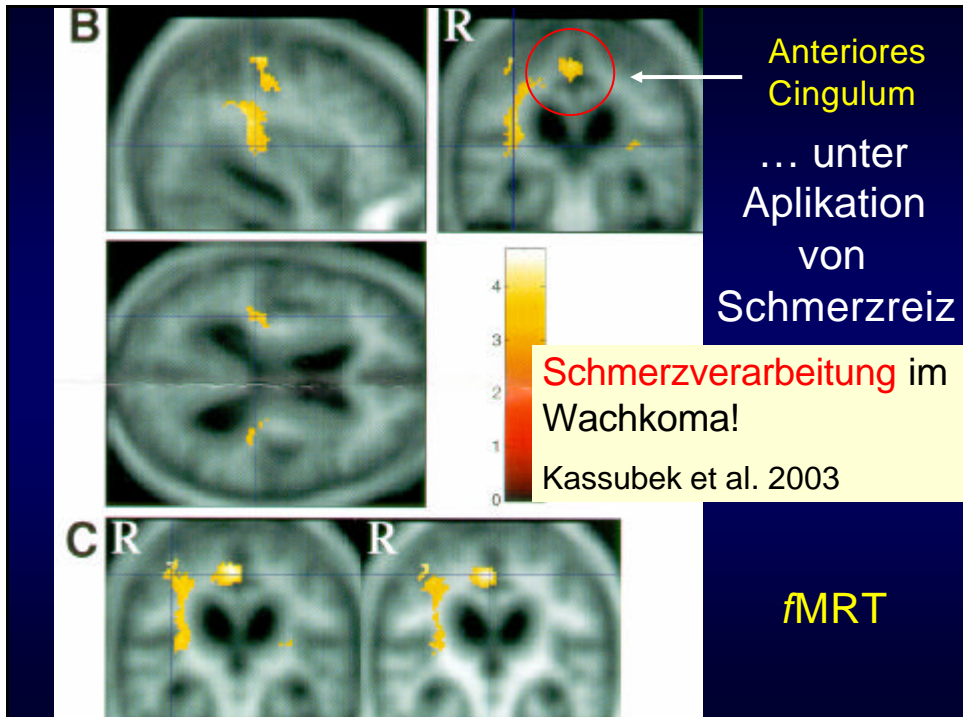
Zieger 2006

Neue Bildgebung: in Ruhe ...



Dissoziierte
inselförmige
kortikale und
subkortikale
Ruheaktivität
im
Wachkoma!

Schiff et al
1999/2002



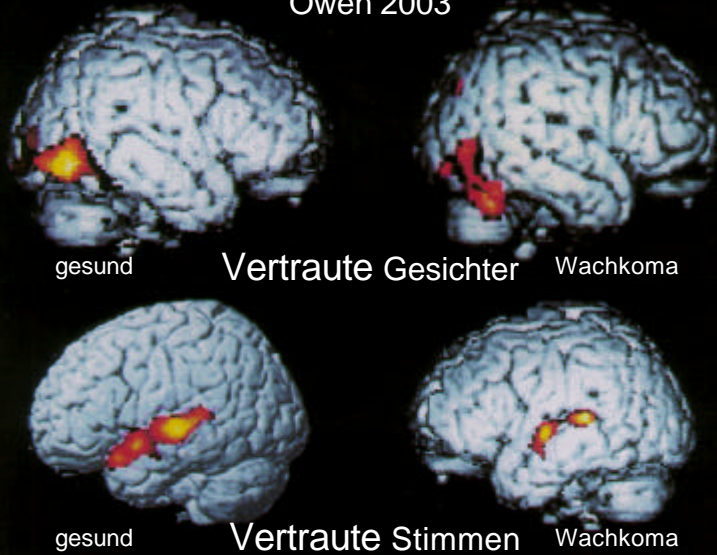
Anteriores
Cingulum
... unter
Aplikation
von
Schmerzreiz

Schmerzverarbeitung im
Wachkoma!
Kassubek et al. 2003

fMRT

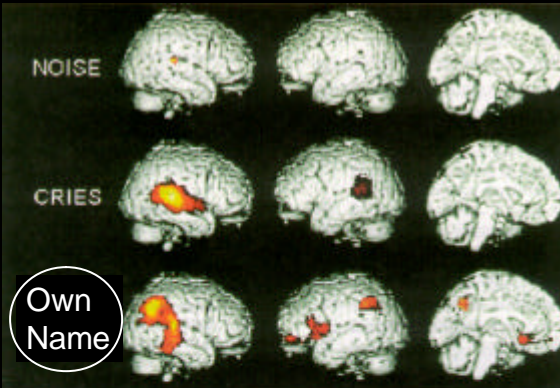
... unter Aktivierung: **kortikale Areale!**

Owen 2003



Emotionale
Ansprache
im MCS

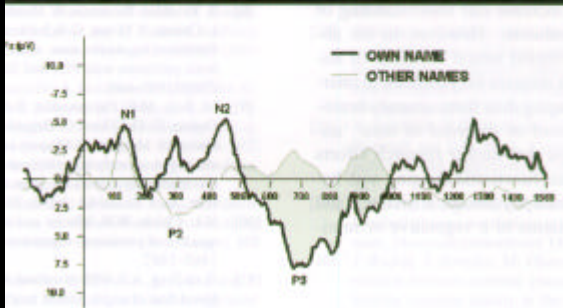
Own
Name



Laureys
et al 2004

PET
&

P300



Emotionale Verarbeitung bei MCS

(A) Fremde vs (B+C) vertraute Stimme (Mutter)

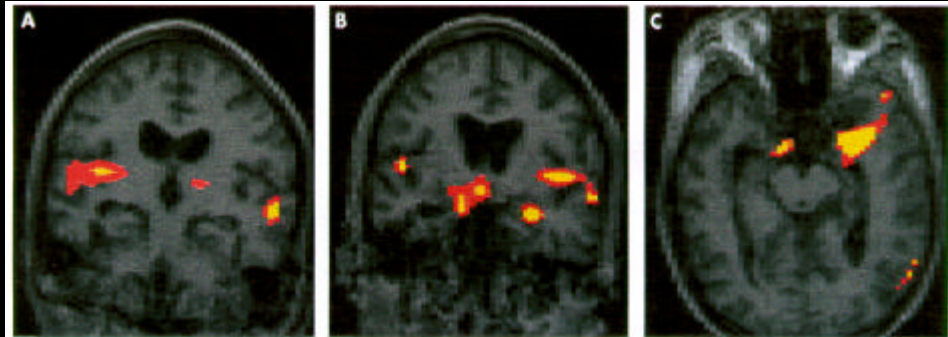


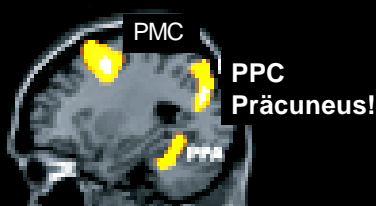
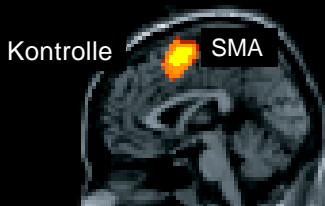
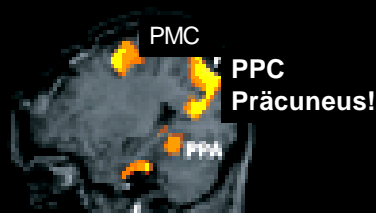
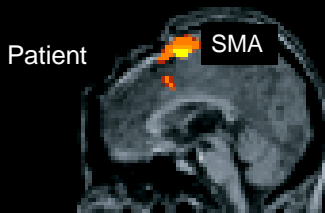
Figure 1 Brain areas of activation produced by non-familiar voice subtracted from silence in coronal view (control experiment, A). Brain areas of activation produced by mother's voice subtracted from non-familiar voice in coronal view (B), and in axial view (C)

(Bekinschtein 2005)

Kognitive Kompetenzen im VS/Wachkoma

1.) Tennisspiel

2.) Räumliche Navigation



fMRT

Owen et al 2006

Aktueller Forschungstrend

Kommunikation mit Komapatienten

(Coma Science Group: Moonen et al, ENS 2010)

13 Komapatienten mit Kontrollgrp.(Gesunde):

- Vier Befehle/Antworten vom Sprachcomputer wiederholt: „Ja, Nein, Stop, Go“
- 10-12 Fragen gestellt: EEG-Veränderungen

Ergebnisse

- Trefferquote im Durchschnitt: 25-33%!
- 3 Patienten haben auf > 50 % der Fragen adäquat geantwortet!

3. Was muss die Gesellschaft leisten?

- Die gemeinschaftlichen Versprechungen und Gesetze einhalten und auf diese chronisch Schwerkranken anwenden
- Soziale Gerechtigkeit/Gleichbehandlung und soziale Sicherheit (materiell, ethisch, supportiv, empathisch)
- Rehabilitation und Teilhabeperspektive für eine ausreichende Lebenszufriedenheit
- Verfassung, SGB, Menschenrechte, Behindertenrechtskonvention

4. Was muss sich in der Medizin ändern?

- Reifes Verständnis von der Seinsweise „Leben“ und „Leben im Wachkoma“
- Wertschätzung der ganzen Person samt Angehörigen/Familie
- Überwindung unreifen Verhaltens gegenüber der „Randgruppe“ Wachkoma: Teilhabe und Inklusion statt latenter Ausgrenzung und Stigmatisierung
- Überwindung von „Totsagen“ und ökonomistischer „Lebensunwertmentalität“
- Versorgungsforschung, Multiperspektivität

5. Was schulden wir diesen Menschen?

- Reifes Verständnis von der Seinsweise „Leben“ und „Leben im Wachkoma“ (Überwindung unserer eigenen Ängste und Vorurteile)
- Ästhetische Haltung gegenüber deren Lebenssituation
- Wertschätzung der ganzen Person samt Angehörigen/Familie
- Vorurteilslose Solidarität und Unterstützung ...