

Körpersemantik und körpernaher Dialogaufbau in der frühen Remission des apallischen Syndroms

Andreas Zieger

Ltd. OA der Abt. für Schwerst-Schädel-
Hirngeschädigte
(Früh- und weiterführende Rehabilitation)
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg (D)

Hochschuldozent für Klinische Neurorehabilitation
Gesundheits- und Klinische Psychologie
Fakultät IV: Human- und
Gesellschaftswissenschaften
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg (D)



Übersicht

- I Der Körper des Patienten im apallischen Syndrom („Wachkoma“) in der modernen Medizin
- II Autonomes Körper selbst und Körpersemantik
- III Körpernaher Dialogaufbau
- IV Remission und Outcome (Studie)

I Der Körper des Wachkoma-Patienten

Sichtweise der Biotechnischen Medizin

„Defizitfigur“ (Objekt)

- kein Blickkontakt
- Dezerebrationshaltung
- Reflexe / Automatismen
- keine *sinnvollen* Reaktionen auf Reize
- keine *absichtsvollen* Eigenaktivitäten



Der Körper des Wachkoma-Patienten

Sichtweise der Beziehungsmedizin

„Traumatisiert an Leib
und Seele“ (Subjekt)

- Antwort auf das schädigende Ereignis
- Zurücknahme auf das autonome Körper-selbst / Schutzhaltung
- Spastische Haltung symbolisiert das Trauma („Körpersemantik“)



Integriertes Neuropsychotraumatisches Verständnis (Denkmodell)

Stresstrauma

Physikalischer Impact

↓ (Kaskade)
z.B. Kompression/Ödem
(Mittelhirn, Hirnstamm)

„keine Reaktion“
bewusstlos



Zurücknahme der Lebens-
tätigkeit auf das autonome
Körperselbst (Selbst-
abschliessung vom DU)

„Koma“



teilweise Remission
(schwere leib-seelisch-geistige
Dissoziation)



Psychischer Affekt

↓
z.B. Schmerz, Bedrohung
(Amygdala, Cingulum)

„Schock“
Zentralisation




„Wachkoma“

als Basis für Erholung/Remission/Reorganisation/Reintegration

II Autonomes Körper selbst und Körpersemantik

Basale Kompetenzen im Wachkoma

Vitale Grundrhythmen und Pulsationen

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

Vegetative Zeitgestalten und „Intelligenz“

Körperliche Grundbewegungen im zwischenleiblichen Dialog

Weitung

Engung

„Sich öffnen“

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

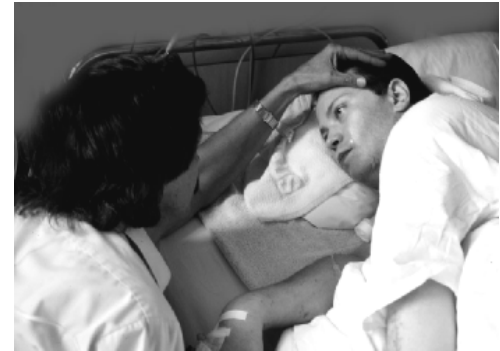
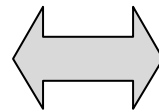
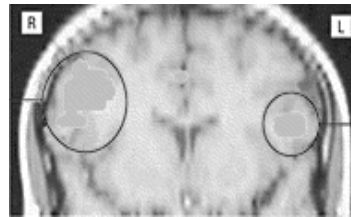
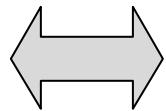
„Sich verschließen“

- Ausatmen
- Augen schließen
- Lippen schmal machen
- Mund schließen
- Körper anspannen
- Erblassen
- Kopf wegdrehen

= *analoge* Zeichen einer frühen Reagibilität!

Nonverbale zwischenleibliche Kommunikation

Implizites Körperwissen



„Spiegelneurone“

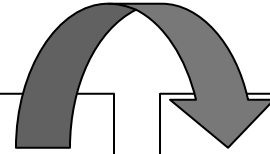
- Mitgefühl, Empathie („affective tuning“)
- Emotionale Mitbewegungen („Resonanz“)
- Nonverbale Verständigung („Körpersprache“)
- Übertragung – Gegenübertragung
- Denken vom Anderen her („theory of mind“)

Intuitive körpersprachliche 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

Körpersemantik

„Lesen im Buch des Körpers“



Pathosymptomatik

- Spontanatmung
- Schwitzen
- Geöffnete Augen
leerer Blick
kein Fixieren
- Tetraspastik mit
Beugehaltung der Arme
- Faustschluß
- Reflexe / Automatismen

Kompetenzen

- Lebensgrundrhythmus
- Austausch mit der Welt
- Erwacht, „träumerisch“
Selbstinnenschau
kein visuelles Objekt
- Selbstschutz, -kontakt
Selbststabilisierung
- nicht offen zum Dialog
- Erbkoordinationen

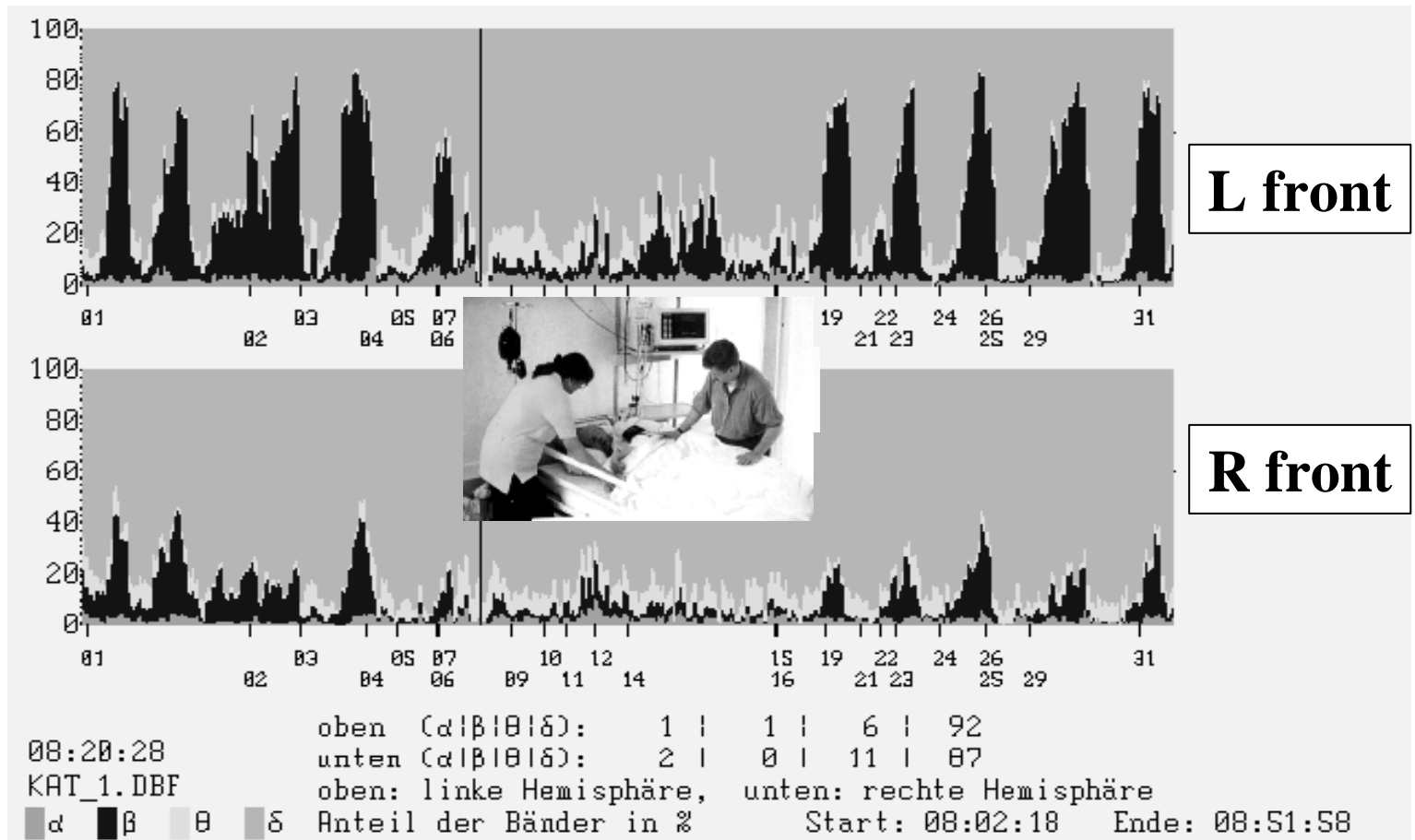
III Körpernaher Dialogaufbau

- Der Mensch ist „Anrede“ an die Welt (Buber)
- „Der Mensch wird am Du zum Ich“ (Buber)
- Wie kann ich dem Anderen ein gutes Du sein? (Feuser)
- *„Körpernahe Interaktionen und Handlungsdialoge unter Einbeziehung von Angehörigen“* (Zieger 1993)
- Die Wirkungen seiner selbst durch die Berührungen / Hände / (Mit-)Bewegungen anderer spüren
- Emotionale Ansprechbarkeit durch Musik

Multisensorische Stimulation und Umgebungsregulation



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



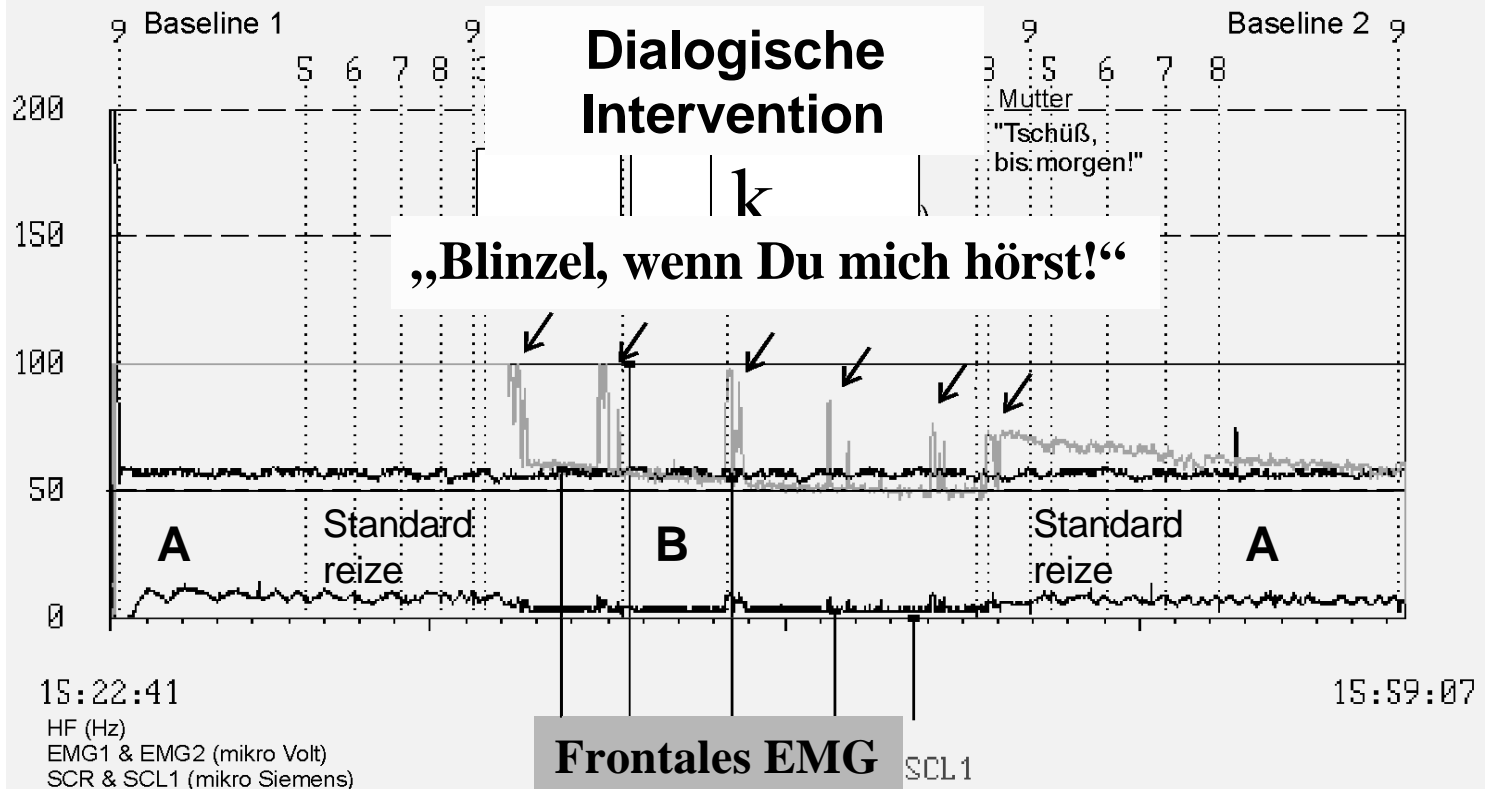
Dialogische Reizangebote durch Angehörige (Mutter) bei Pat. SF



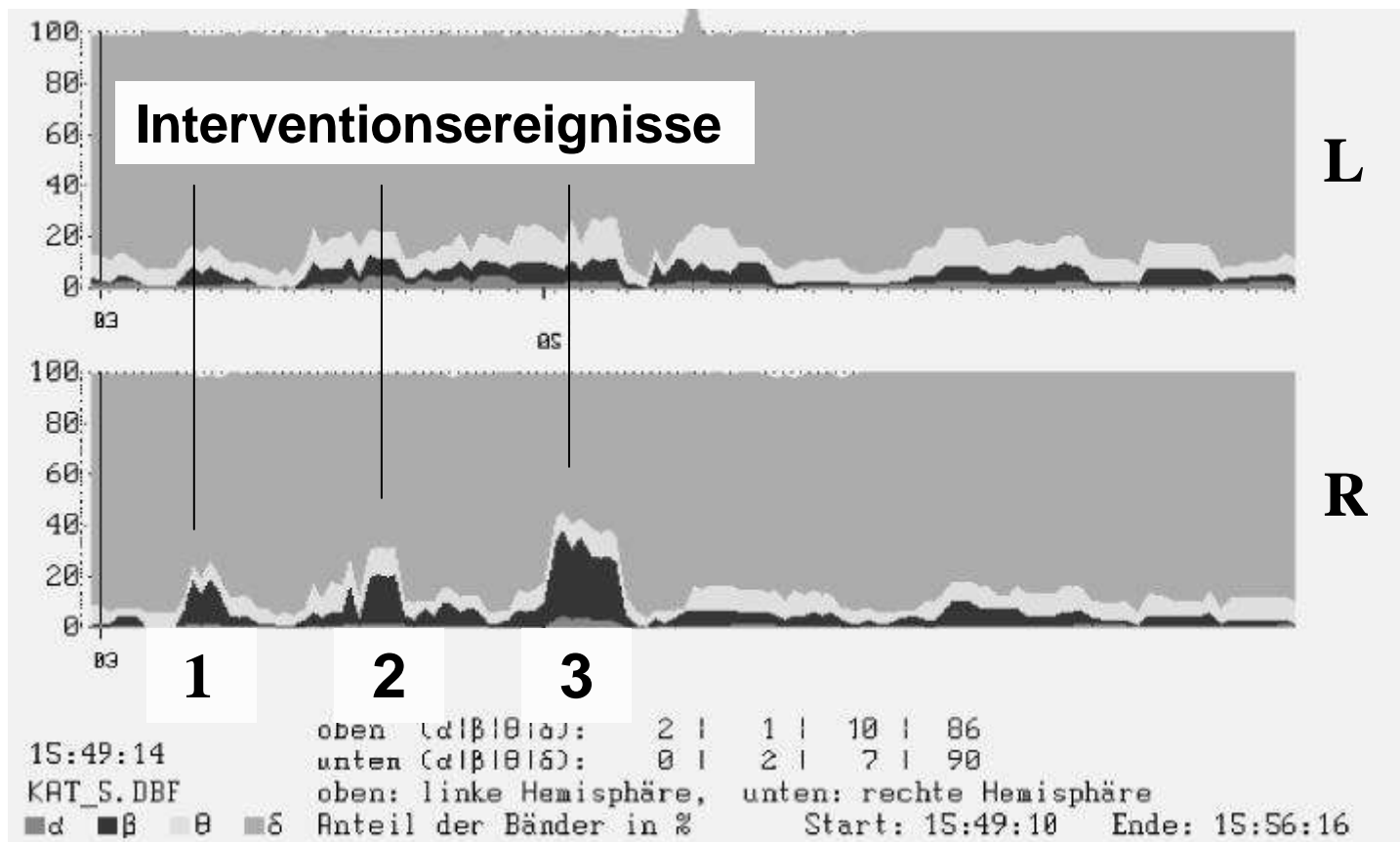
Ereigniskorrelierte „mimische“ Reaktionspotentiale im front. EMG unter dialogischer Intervention bei Pat. SF

Patient: W105 (FS), 1. Messung (30.8.95), GCS: 3
EMG1 : Unterarm; EMG2 : Stirn
Sedierung

Schwerstes gedecktes SHT
mit •|• von 1,5 Std.
op. akutes SDH am 27.8.95



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

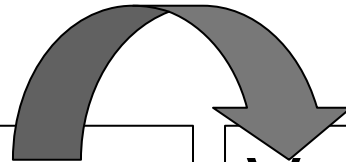


Körpernahe dialogische „Attraktoren“

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



„Übersetzung“ des Dialogmodus



Nonverbal

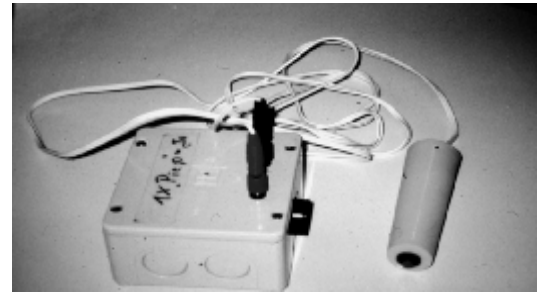
- analog, mehr oder weniger
- mehrdeutig
- unsicher, inkonstant
- mitfühlend-empathisch
- intuitiv

Verbal

- digital, Ja/Nein
- eindeutig
- sicher, konstant
- entscheidungsorientiert
- rational

Aufbau von Ja/Nein-Codes

Digitaler Modus



- Seufzen → Seufzercode
- Lidschluß, Blickbewegungen → Augencode
- Kopfdrehen, Nicken → Kopfcode
- Daumendruck → Daumencode
- Hände/Daumendruck → Hand/Daumencode
- Buzzerdruck → Buzzercode
- Beinanebeugen → Beincode

Dialogebenen

Tonisch-empathisch

(unbewusst, Körperwissen)

Vegetative und Körper(re)aktionen

(Hirnstamm-subkortikal)

Expressiv-nonverbal

(vorbewusst, intuitiv)

Körperhaltung, Mimik Stimme, Händedruck

(limbisch-subkortikal)

Symbolisch-verbal

(rational-bewusst)

Sprechen

Gestikulieren, Zeigen

(Assoziationskortex-subkortikal)



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“)

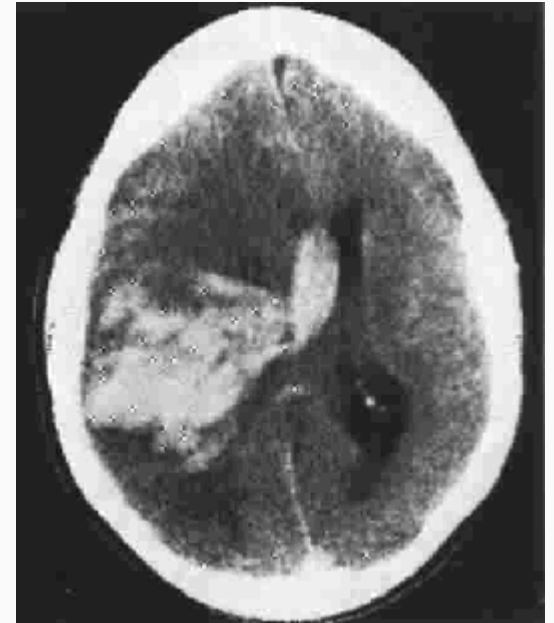
Patienten (n = 53)

Alter durchschnittl 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



Verweildauer

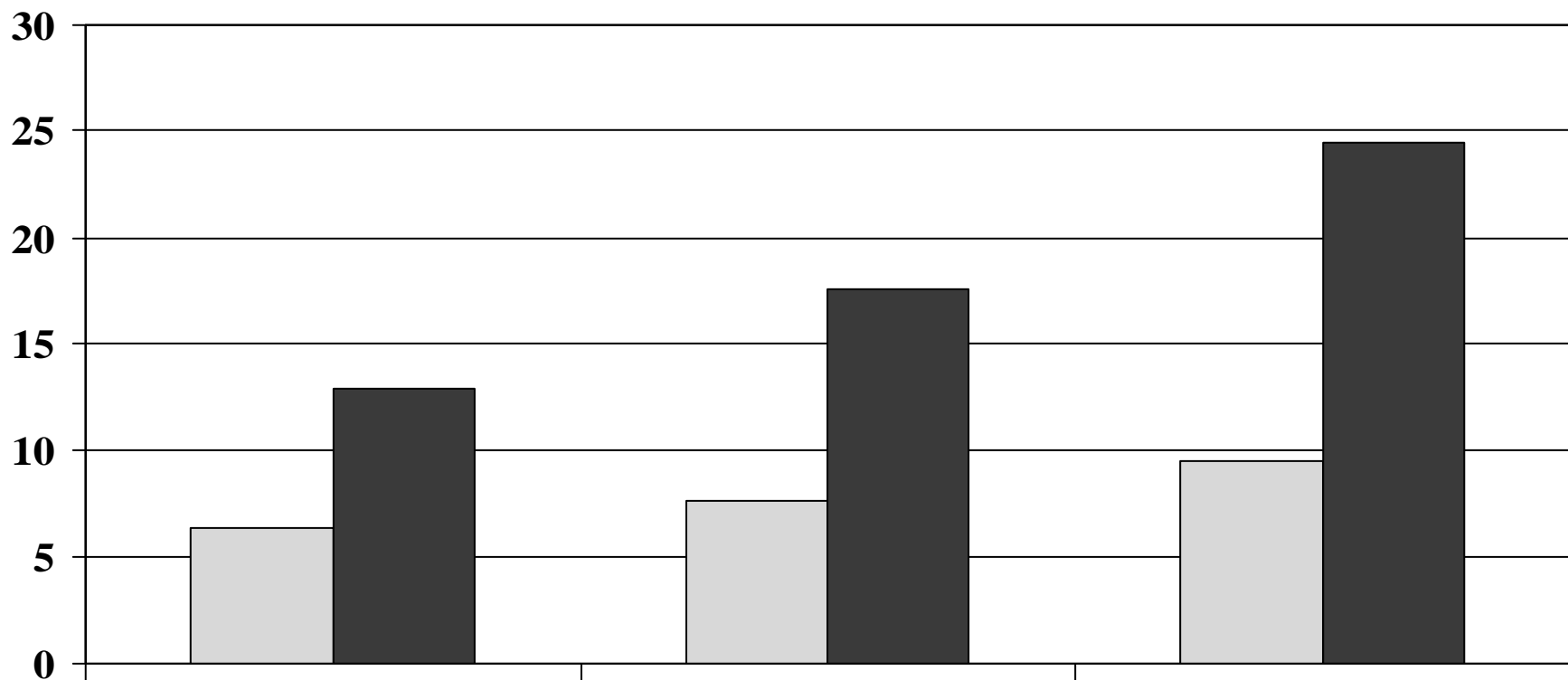
- Intensivstation 49,2 Tage (11 - 190)
- Frührehabstation 163,6 Tage (39 - 354)

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**

Verlaufsentwicklung - Koma-Scores

[Vergleich Mittelwert Aufn/Entl N = 53]



	GCS	KRS	SEKS
Aufn	6,3	7,6	9,5
Entl	12,9	17,5	24,5

Name:

2 x	
wöchentlich	
täglich	

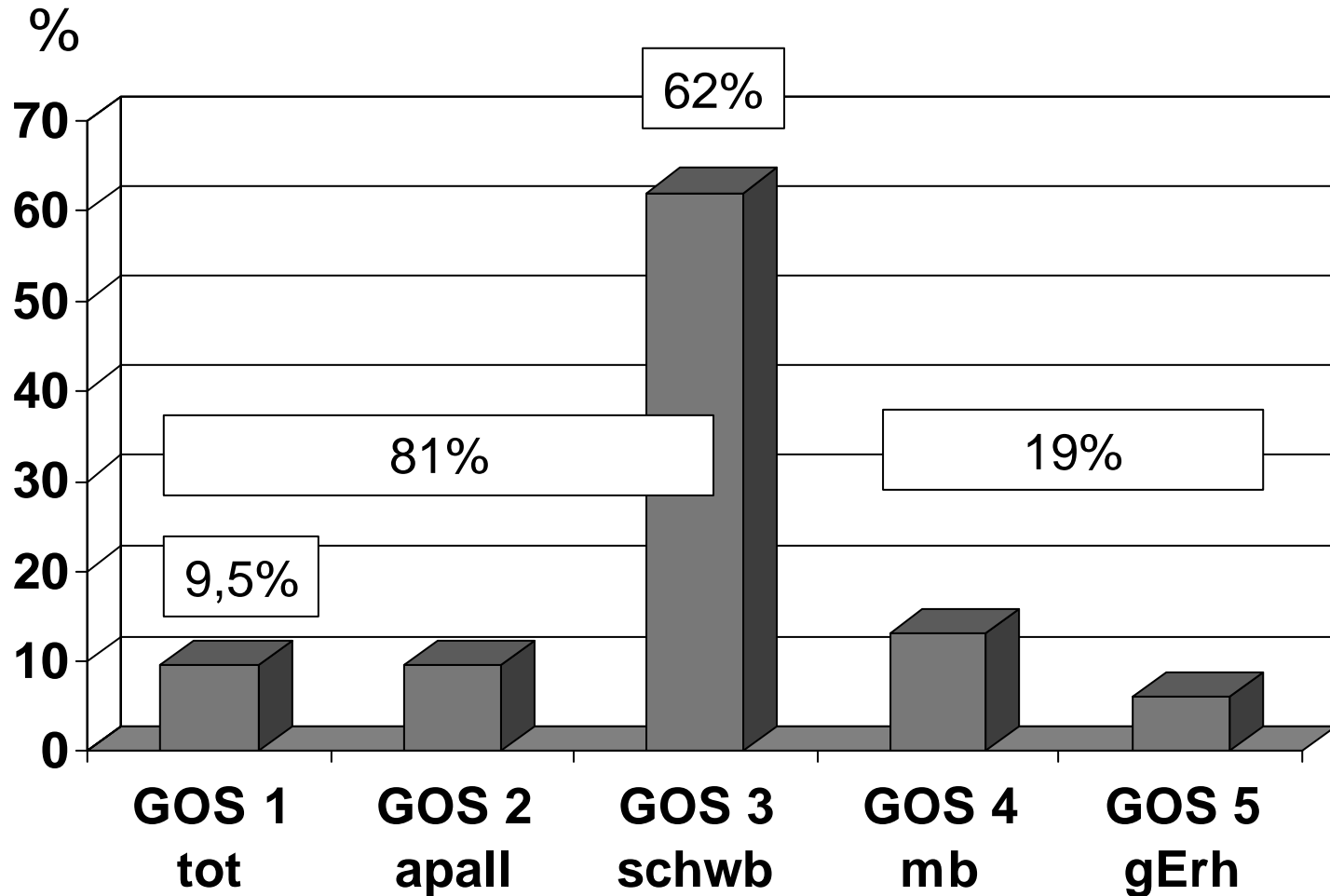
Skala Expressive Kommunikation und Selbstaktualisierung (SEKS)*

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

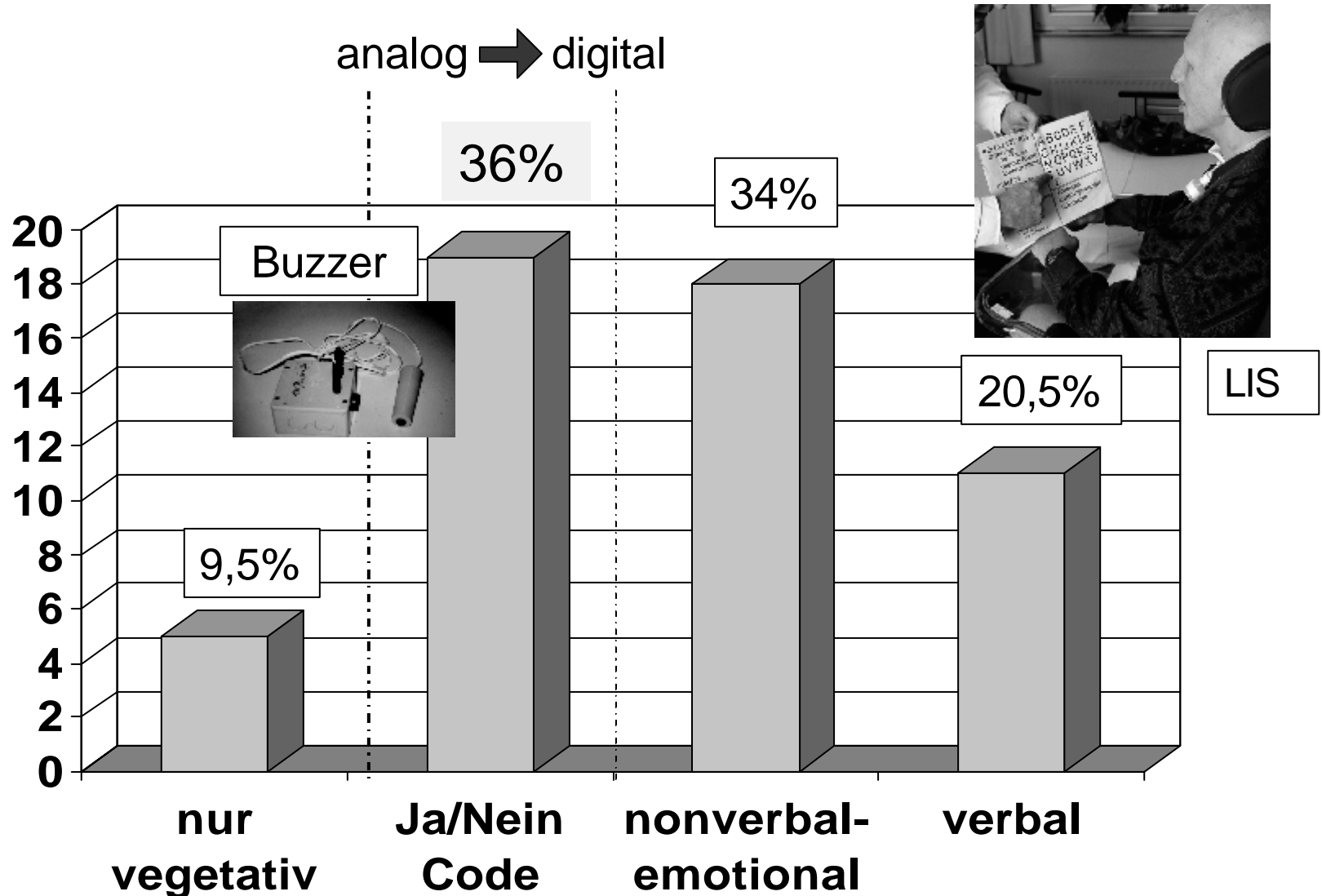
Raterhinweis: Merkmal vorhanden = 1, sonst 0

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

Ergebnisse - Outcome GOS

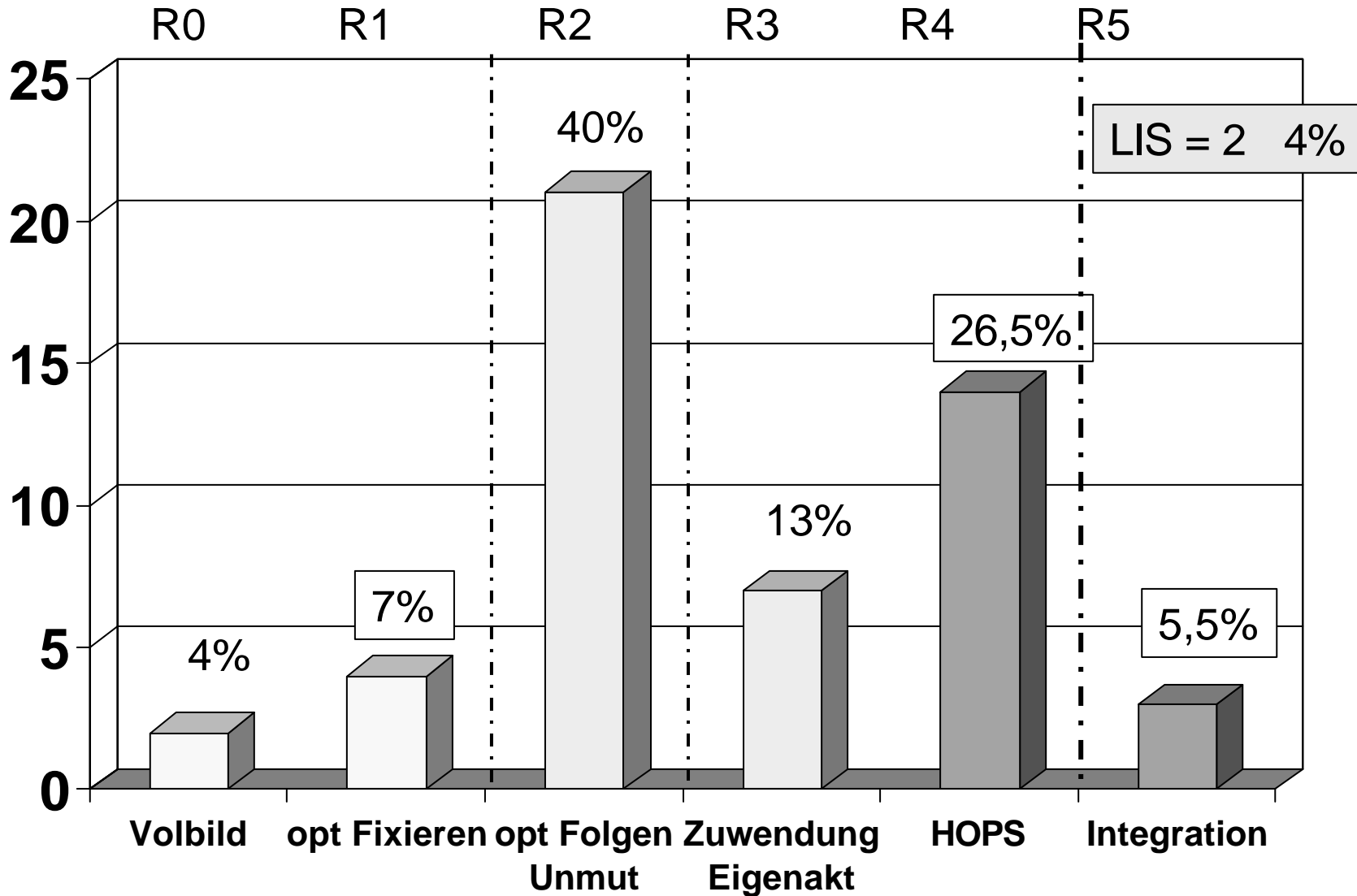


Ergebnisse - Kommunikationsstatus

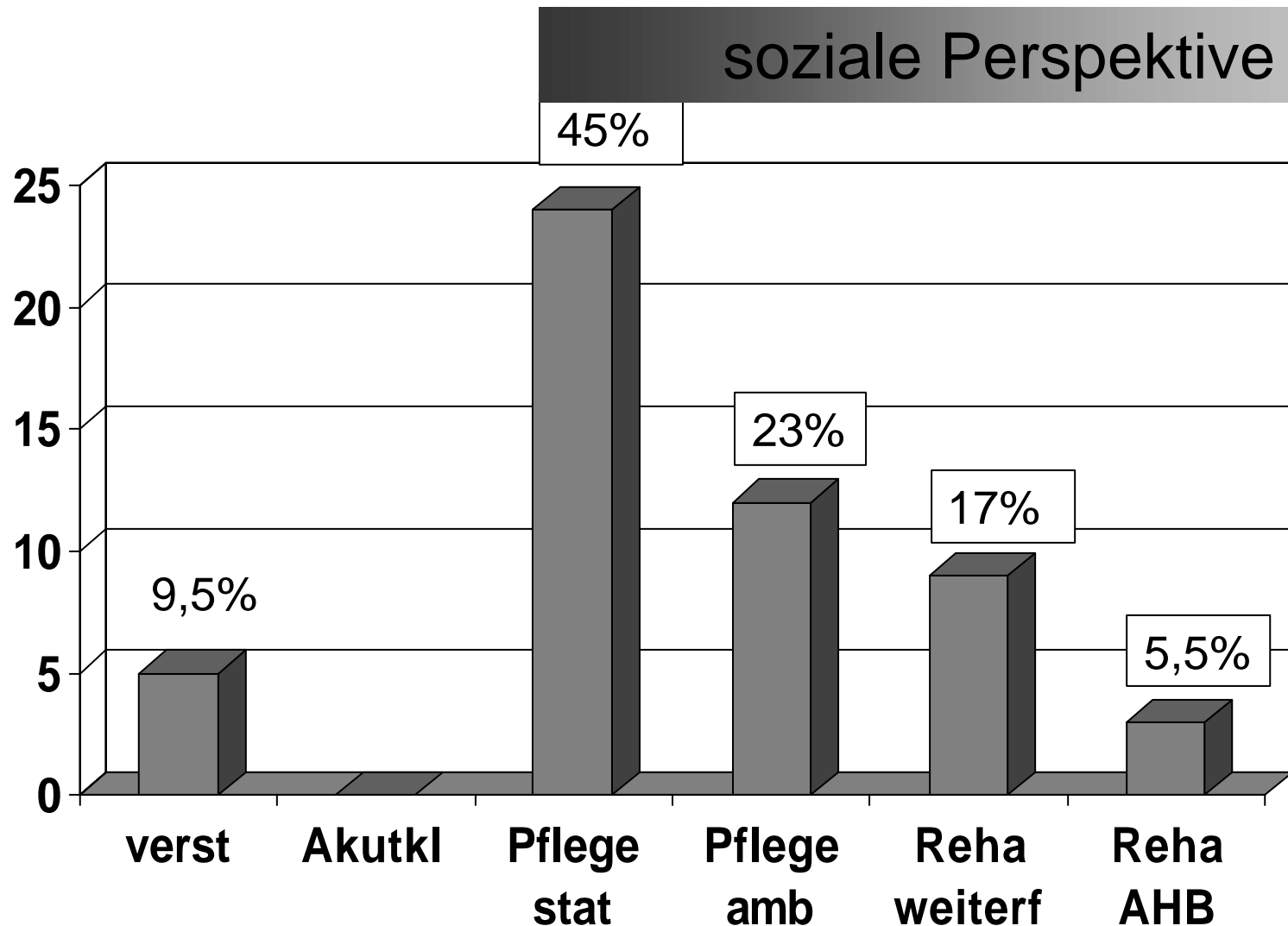


Ergebnisse – Remissionsstatus

[modifiziert nach Gerstenbrand 1967: 55]



Ergebnisse - Entlassungsstatus



Apallisches Syndrom - menschliche Seinsweise - medizinisch und sozial?

- verstorben 9,5%
- im Dauerkoma lebend 9,5%
- **Grauzone** „Living with liminality“ **10%**
- bedürfnisnah kognitiv präsent und/oder kommunikabel 80%
- aber körperlich pflegeabhängig 75%
- Soziale Integration und Teilhabe!

..... körperlich-geistige Dissoziation