

# **Was ist wirklich? Verborgenes in der Wahrnehmung apallischer Patienten**

**H.-J. Hannich**

aus dem:

Institut für Medizinische Psychologie  
Universität Greifswald  
W.-Rathenau-Str. 48  
17487 Greifswald

In der Einladung zu diesem Vortrag bin ich von Herrn Dr. Donis gebeten worden, mich mit den Frage zu befassen, wie Grundeinstellungen das Verhalten gegenüber dem Wachkoma-Patienten beeinflussen können. Herr Dr. ZIEGER hat ja hierzu schon ausführlich Stellung genommen und die unterschiedlichen z.T. kontroversen Zugänge zum Patienten aus biomedizinischer und beziehungsmedizinischer Sicht dargestellt. Ich möchte deshalb meine Ausführungen eher grundsätzlich halten und mich dabei auf die Pilatus- Frage aus Joh. 18,38, beziehen. „Was ist Wahrheit?“ - Pilatus stellt diese Frage, weil er unschlüssig ist, ob die Anklagen wahr genug sind, um Jesu zu verurteilen, und wird gleichzeitig mit der Aussage Jesu konfrontiert, dass er für die Wahrheit zeuge. Er nimmt dabei, wie GADAMER (1957) interpretiert, eine neutrale Position ein. Und von einer solchen neutralen Position möchte ich auch mit meiner Frage nach dem: „Was ist wirklich?“ ausgehen. Da ich nicht als Arzt und Neurologe, nicht als Pfleger oder Angehöriger, sondern als Psychoanalytiker zu Ihnen spreche, erlaube ich mir, diese klassische psychoanalytische Position als „Statthalter des Nicht- Wissens“ einzunehmen und hoffe am Geburtsort der Psychoanalyse auf Ihr Verständnis.

Beim natürlich nur fiktionalen Versuch der vorurteilsfreien Annäherung an den Wachkoma-Patienten, fällt auf, dass der Patient sich der gewohnten und bekannten Formen der Beziehungs- und Kontaktaufnahme entzieht. Er wird dadurch zum Repräsentanten des Fremden und Andersartigen. Durch seine Unerreichbarkeit wirft er den Helfer auf sich selbst, in einen Zustand der fragenden Ungewissheit das Erleben des anderen betreffend zurück.

Diese Unerreichbarkeit trifft im Übrigen nicht nur für Menschen im Wachkoma zu. Es ist zu bedenken, dass sie eine zutiefst menschliche Daseinsform darstellt: schlussendlich lebt jeder Mensch aus einem existentiellen Kern der Unerreichbarkeit und Unverfügbarkeit, bei den apallischen Menschen tritt er besonders offenkundig zutage und wird besonders eindrücklich erlebt.

„ Sie geben uns viele Fragen, kaum Antworten. Weisen Sie uns darauf hin, dass der Mensch auch in anderen als den gängigen Lebensformen wertvolle Impulse an uns weitergibt? Weisen Sie uns darauf hin, dass wir uns ... auf langsamere Tempi, einlassen müssen? Weisen Sie uns darauf hin, dass wir unsere Wahrnehmung auf nicht erfolgsorientierte Begegnungen schärfen sollten? Viele Fragen, kaum Antworten“. Mit diesen Worten versucht ein Arzt, die Lebensform des Wachkoma-Patienten zu beschreiben.

Frau P., eine Angehörige, berichtet auf die Frage, was ihr durch einen Verkehrsunfall apallischer Mann wohl wahrnehme und erlebe: „ Ich hab das immer mal versucht nachzuvollziehen: Im tiefsten Inneren hat er schon was gespürt, aber das nicht auf die Reihe gekriegt. So wie: „Da war was, da ist was, das ich kenne, das kommt mir vertraut vor“, aber nicht erkennen können, was... Dass er nicht raus kann aus seinem Gefangensein.“

Und die Betreuerin von Barbara, einer 24-jährigen apallischen Patientin sagt:: „ Das hatten wir so vor einem halben Jahr, dass sie vegetative Phasen mit Schweißausbrüchen hatte und man sich auch einbildete, dass das teilweise ihre Reaktionen auf Gespräche im Tagesverlauf waren. Aber was wirklich von ihr rüberkommt, ob sie was damit mitteilen will, das wissen wir nicht."

Wir können die Mehrdeutigkeit der von den Patienten gesendeten Botschaften vergleichen mit der Uneindeutigkeit von Tintenklecksen, wie sie etwa in der psychologischen Rorschach-Diagnostik verwendet werden. Sie lassen einen grossen Interpretationsspielraum zu. Und ähnlich wie die Auslegung des Tintenklecks als diagnostisches Instrument Hinweise auf die Person des Deutenden gibt, berichtet auch die Zuordnung des Wachkomapatienten in einen bestimmten Deutungszusammenhang vor allem von der Person des

Zuordnenden. Er gibt damit Hinweise auf sein Vorverständnis vom Menschen, auf seinen Erkenntnisstand und letztendlich auf sein Bewusstsein.

Das hat Konsequenzen, die ich an einem Alltagsbeispiel erläutern und dann auf den Wachkoma-Patienten übertragen möchte: wenn ich etwa den Eindruck habe, zwischen mir und Herrn Meier spielt sich nur wenig bewusstes Sein ab, und ich sage: „Herr Meier ist gefühllos,“ dann kann es an dem anderen, aber mindestens genauso gut an mir liegen. Denn einmal kann ich grundsätzlich nicht wissen, was Herr Meier mit seiner Privatsache der Gefühle und Wahrnehmungen macht, was er davon bei sich behält und was er zeigt. Zweitens kann ich in meiner Wahrnehmung zu unsensibel oder von Wahrnehmungsfehlern eingeschränkt sein, um Herrn Meier zu erreichen. Korrekt wäre also zu sagen: „Ich bekomme keinen Draht zu Herrn Meier, ich erlebe mich in Bezug auf ihn gefühllos.“

Bezogen auf den Patienten im apallischen Syndrom heißt das: wenn ich dem anderen das „Fehlen zur sinnvollen Reaktion auf Ansprache und Berührung bzw. zur eigenen Kontaktaufnahme zur Umwelt“, wie es die gültigen Diagnosekriterien vorschlagen, attestiere, kann das auch heißen, dass *mir* die Fähigkeiten zur Kontaktaufnahme bzw. zur sinnvollen Reaktion auf seine Ansprache fehlen. Diese Kriterien sind Zuschreibungen von außen über Vorgänge, die nur subjektiv entscheidbar sind.

Der Psychiater DÖRNER weist darauf hin, dass wir immer wieder der Gefahr erliegen, andere Menschen unserem Verstand zu unterwerfen. Während er dieses nicht für zulässig hält, bin ich eher der Meinung, dass wir auf einen Deutungszusammenhang zur Annäherung an den anderen angewiesen sind. Wir schaffen - ob wir wollen oder nicht- Konstruktionen über den anderen, die uns sinnvoll erscheinen. Dabei bleibt immer eine Irrtumswahrscheinlichkeit bestehen. Unsere Konstruktion über die Wirklichkeit des anderen kann seiner

Realität entsprechen, muss es aber nicht: es kann so sein, es kann aber auch ganz anders sein, es gibt kein erstes und kein letztes Wort.

Ein Beispiel dafür ist die hohe Fehlerquote bei der Diagnosezuordnung apallisches Syndrom. Sie bewegt sich Untersuchungen zufolge zwischen 15-43 %. (ZIEGER, 2000). Selbst den modernen technischen Möglichkeiten der Elektrophysiologie gelingt es nur – wie der Neurowissenschaftler LINKE (1990) es ausdrückt-, über die Feststellung ereigniskorrelierter Potentiale etwas Licht in die „black box“ des Innenlebens zu bringen. Das Gleiche gilt für die bildgebenden Verfahren, die aus einer black box so etwas ähnliches machen wie eine blue box.

Mithilfe dieser Methoden ist es immerhin möglich, die rein an äußeren Verhaltensparametern orientierten Skalen zur Feststellung der Bewusstseinslage (z.B. die Glasgow Coma Scale) in ihrer Aussagekraft zu relativieren. Diese klinischen Skalen suggerieren Wahrnehmungs- und Empfindungsunfähigkeit und damit Bewusstlosigkeit bei fehlender Reaktivität auf Außenreize hin. Nun ist nachweisbar, dass Patienten noch zu komplexeren cerebralen Prozessen in der Lage sind, auch wenn sie deren Ergebnis nicht mitteilen können.

Trotz dieses Fortschritts ist der Erkenntniszuwachs durch den Einsatz evozierter Potentiale und bildgebender Verfahren nur begrenzt. Der Grund dafür liegt darin, dass ihr Auftreten nur anzeigen kann, dass etwas passiert. Die Unsicherheit, ob das, was passiert, valide die angenommenen Hirnprozesse abbildet, bleibt bestehen. Diese Bewertung unterliegt der Interpretation der Beurteiler.

Hierzu ein Beispiele aus dem klinischen Alltag:

In einer Untersuchung einer ehemaligen Doktorandin von mir, Frau Dr. Gustorff, wurde der musiktherapeutische Dialogaufbau zu bewusstlosen Patienten überprüft. Hierzu wurde die

Methode von Nordoff/Robbins eingesetzt, die auf dem dialogischen Miteinander von Therapeut und Patient aufbaut. Der Therapeut greift die körperlichen Signale des Patienten auf und setzt sie musikalisch um. Beispielsweise folgt er dem Atemrhythmus des Patienten mit seiner Stimme, indem er beim Einatmen des Patienten die Stimme hebt, beim Ausatmen die Stimme senkt, bei einer Atempause ebenfalls innehält. U.a. wurden mittels Videoaufnahmen die Antworten der Patienten auf das musiktherapeutische Angebot festgehalten. Dabei zeigte sich, dass die Patienten durchgängig Ganzkörperbewegungen im Sinne von Dehnen und Strecken unter Musiktherapie zeigten. Entsprechend waren auch im EEG Aktivitätszunahmen zu erkennen, wie beispielsweise dieser Ausschnitt aus dem EEG eines 33-jährigen Patienten nach Schadelhirntrauma zeigt.

In der Diskussion um den Aussagewert dieser Beobachtungen traten zwei Meinungen zutage. Die eine bewertete die beobachteten Veränderungen als körperlichen Selbstausdruck des Patienten in dem Dialogzusammenhang Musiktherapie, die andere beurteilte sie als reine Reaktionen auf eine äußere Reizsetzung, wobei diese auch durch Kneifen oder laute Ansprache – so das Argument- hätte erfolgen können.

Es wird deutlich, daß die Aktivitätsänderung im EEG nicht aus sich selbst heraus erklärbar ist, sondern eines Bezugsrahmens bedarf. Dabei bleibt Raum für unterschiedliche Interpretationsmuster, die den gleichen Vorgang in diesem oder jenem Licht erscheinen lassen – das eine Mal als sinnvoll-bezogene Äusserung, das andere Mal als ein Ablauf ohne personalen Sinnbezug. Hintergrund dieser unterschiedlichen Auffassungen sind verschiedenartige Körperkonzepte, die zum tragen kommen. Das erste Denkbild über den Körper versteht ihn als (soziales) Subjekt, das zweite Denkbild sieht Körper und seine Vorgänge als objektive Gegebenheiten an. Während das erste Bild Intentionalität unterstellt, suggeriert das zweite Reaktivität.

Diese dichotomen Konstruktionen “ Körper als Subjekt“-„Körper als Objekt“- durchziehen die Medizin wie einen roten Faden. Wir finden sie im Wachkoma in der Auseinandersetzung zwischen Bio-und Beziehungsmedizin, in der Schmerztherapie in der Diskussion um den chronischen Schmerz als sinnlosen

Peiniger oder als subjektiv bedeutsame Ausdruckskrankheit. Sogar in den Sterbe-Todeskonzepten tauchen diese Denkbilder auf: einmal ist der Sterben und Tod gleichgesetzt mit dem Erlöschen von biologischen Prozessen, denen soweit als möglich Einhalt geboten werden muß. Das Nicht-Gelingen wird zur Niederlage. Das andere Mal sind Sterben und Tod hochbedeutsame individuelle Geschehnisse, die sinnvoll gestaltet werden müssen.

Was darin deutlich wird, ist, dass es – wie KÜCHENHOFF es ausdrückt- „den nackten“ absoluten Körper nicht gibt. Er ist eingekleidet in Deutungs- und Denkmuster. Sie sind das Verborgene in der Wahrnehmung von kranken Menschen und damit auch von Wachkomapatienten.

An dieser Stelle bietet sich nun ein Exkurs in die Kulturgeschichte des Körpers an- vom Ilias des Homers über Platon und Aristoteles bis hin zu Descartes und seinen Nachfolgern. Ein solcher geschichtlicher Ausflug weist auf, daß die Vorstellung vom menschlichen Körper in der Geschichte der Medizin eine zentrale und den Kulturkreis charakterisierende Rolle eingenommen hat. Er zeigt, daß der menschliche Körper und damit auch seine Krankheiten immer von einem zeitgebundenen Gehirn gedeutet und von einem zeitgebundenen Verstand konstruiert werden. Körper-und Krankheitsbilder entstehen an der Schnittstelle von Anatomie, Gehirn und Kultur.

Den Denkstilen und dem Denken über den Körper gehen der Grazer Medizinpsychologe PIERINGER und sein Radiologie-Kollege EBNER in ihrem sehr lesenswerten Buch „Zur Philosophie in der Medizin“ (2000) nach. Sie stellen fest, daß Körpervorstellungen immer in Zusammenhang mit den eingesetzten Methoden der Erkenntnisgewinnung stehen. Sie nennen vier primäre Erkenntnismethoden:

1. die phänomenologische Erkenntnismethode
2. die dialektische Erkenntnismethode
3. die empirisch-analytische Erkenntnismethode
4. die hermeneutische Erkenntnismethode

Leider habe ich nicht genügend Zeit, die einzelnen Methoden ausführlich zu erklären. Ich möchte mich deshalb auf eine kurze Vorstellung der unterschiedlichen Körperbilder und Krankheitsdefinitionen beschränken, die aus den vier Ansichten abgeleitet werden.

In der *Phänomenologie* ist der Körper Subjekt, er ist meine Welt, ich selbst bin mein Körper. Er ist die Verkörperung meiner Ideen und meines Willens (SCHOPENHAUER). Krankheit wird zur „pathischen Kreation des Lebens“. Sie gehört ebenso wie der Tod zum Leben hinzu. Krankheit und Tod führen den Menschen auf das Wesentliche seiner Existenz zurück. Dieses gilt es, mithilfe der vorurteilsfreien Anschauung anzuschauen, auch wenn es fremd, tragisch und widersinnig erscheint.

In der Wachkoma-Diskussion findet sich der phänomenologische Ansatz m.E. wieder in der Definition des Wachkomas von ZIEGER als „...eine aktive, bis auf tiefste Bewußtseisebenen und Kernzonen des autonomen Körper selbst zurückgenommene Lebensform am Rande des Todes. Das Koma hat Schutzfunktion und ermöglicht es dem Menschen, angesichts eines überwältigenden Traumas ganz bei sich zu sein. Es kann ein Stadium im Sterbeprozess sei. Es kann aber auch Ausgangspunkt neuen, anderen Lebens und der Wiedergewinnung von neuer Identität werden.“

Die *dialektische Methode* versteht den Körper als Verkörperung der persönlichen Struktur im Hier und Jetzt der Auseinandersetzung mit seiner

Umwelt. Er ist soziales Subjekt. Krankheit wird zur bio-psycho-sozialen Krise. Es geht um aktuelle biologische Regelkreise bzw. um persönliche Beziehungsmuster und deren Störungen im Lebensprozess. Gesundheit ist Erlangen bzw. Beibehaltung der Balance. Leben und Tod sind polare Wirklichkeiten, Tod ist Gegenspieler des Lebens. Die Leitidee der Therapie ist Harmonieförderung. Im Umgang mit Wachkoma-Patienten findet sich die dialektische Methode in der Ressourcenorientiertheit medizinisch-pflegerischer Ansätze wie etwa der Wahrnehmungs- und Bewegungsförderung im Rahmen von .Rehabilitation wieder.

Die *empirisch-analytische Methode* versteht den Körper als Objekt., als materiellen, begreifbaren und erfassbaren Gegenstand der Welt. Der Mensch hat einen Körper, die Krankheit ist ein darin zu objektivierendes Geschehen. Sie ist ursächlich bedingt und kann durch Korrekturen und durch Setzen von Gegenmaßnahmen behoben werden. Der Tod ist die totale Störung, der „Todfeind“ des Menschen und der Medizin. Unschwer sind hier die Denkmuster der gegenwärtigen Schulmedizin zu erkennen, die auch in der Diagnostik und Therapie von Patienten im apallischen Syndrom angewendet werden.

Im *hermeneutischen Sinne* ist der Körper Bühne der Person. Mit ihm ist der Mensch zwischenleiblich auf den anderen bezogen. Die Krankheit ist dramatisches Ausdrucksverhalten, welches sich zwischenmenschlichen Bereich abspielt. Erkenntnis wird durch einfühlende, mitspielende Deutung und Interpretation der Zeichen der Krankheit gewonnen. Einfühlende, liebende Zuwendung werden zum therapeutischen Agens. Bei der Behandlung apallischer Patienten gehören die Ansätze zum Dialogaufbau in den hermeneutischen Zusammenhang, da sie die im Körperlichen sich ausdrückende interpersonelle

Bezogenheit zum Ausgangspunkt ihrer Bemühungen nehmen ( Musiktherapie, Verfahren des Dialogaufbaus).

Die vier Denkstile zum menschlichen Körper stellen jeweils eine eigenständige Position dar und können- wie das obige Beispiel um die Diskussion zum Aussagewert des EEGs zeigt- auch konträr sein. Im obigen Beispiel standen etwa hermeneutisches und empirisch-analytisches Denken gegenüber.

Bei genauem Hinsehen zeigt sich, daß aber alle Ansätze zur Beschreibung des apallischen Syndroms relevant sind. Ein Blick in die Programmgestaltung der heutigen Veranstaltung bestätigt dieses. Deshalb wäre folgende Synopsis aller vier Ansichten gleichzeitig auch die im Verborgenen wirkende Theorie, die unseren Wahrnehmung auf den apallischen Patienten im Hier und Jetzt bestimmt:

„ Das apallische Syndrom ist pathische Kreation des Lebens, ist subjektive, biologische Entwicklungskrise, ist objektiv verursachte Störung, und ist leidenschaftliches Ausdrucksverhalten zugleich. Dieses gilt für Prozesse der Diagnose wie für Leitlinien der Therapie. “