

Körpersemantik und körpernaher Dialogaufbau bei Menschen mit „spastischer Haltung“ im Wachkoma

Andreas Zieger, Priv.-Doz. Dr. med.

Abteilung für Früh- und Weiterführende Rehabilitation
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg

Dozent für Klinische Neurorehabilitation
Fakultät IV: Human- und Gesellschaftswissenschaften
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg



Jahrestagung der Österreichischen Wachkoma Gesellschaft Wien, am 21. Okt. 2005

Übersicht

- I Was meint „Spastische Haltung“?
- II Wie äußern sich „autonomes Körperselbst“ und „Körpersemantik“?
- III Wie wirkt „körpernaher Dialogaufbau“?
- IV Einfluss auf Remission und Outcome?
- V Fazit

I Der Körper des Wachkoma-Patienten aus Sicht der biotechnischen Medizin

Defektwesen, „Defizitfigur“ (Objekt)

- Augen geöffnet, kein Blickkontakt
- Tetra(beuge)spastik
- Reflexe / Automatismen
- keine *sinnvollen* Reaktionen auf Reize
- keine *absichtsvollen* Eigenaktivitäten



Der Körper des Wachkoma-Patienten aus Sicht der Beziehungsmedizin

„Traumatisiert an Leib
und Seele“ (Subjekt)

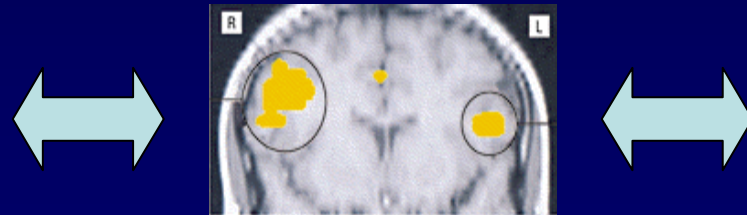
- Antwort auf ein starkes schädigendes Ereignis
- Zurücknahme auf das
- autonome Körperselbst / Schutzhaltung
- Zwingt den Körper in eine pathologisch-isolierende „spastische“ Haltung/Balance im Schwerkraftfeld



Zwischenleibliche Kommunikation als existenzielle Grunderfahrung



Implizites Körperwissen



„Spiegelneurone“



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

Organismische Schutzreaktion

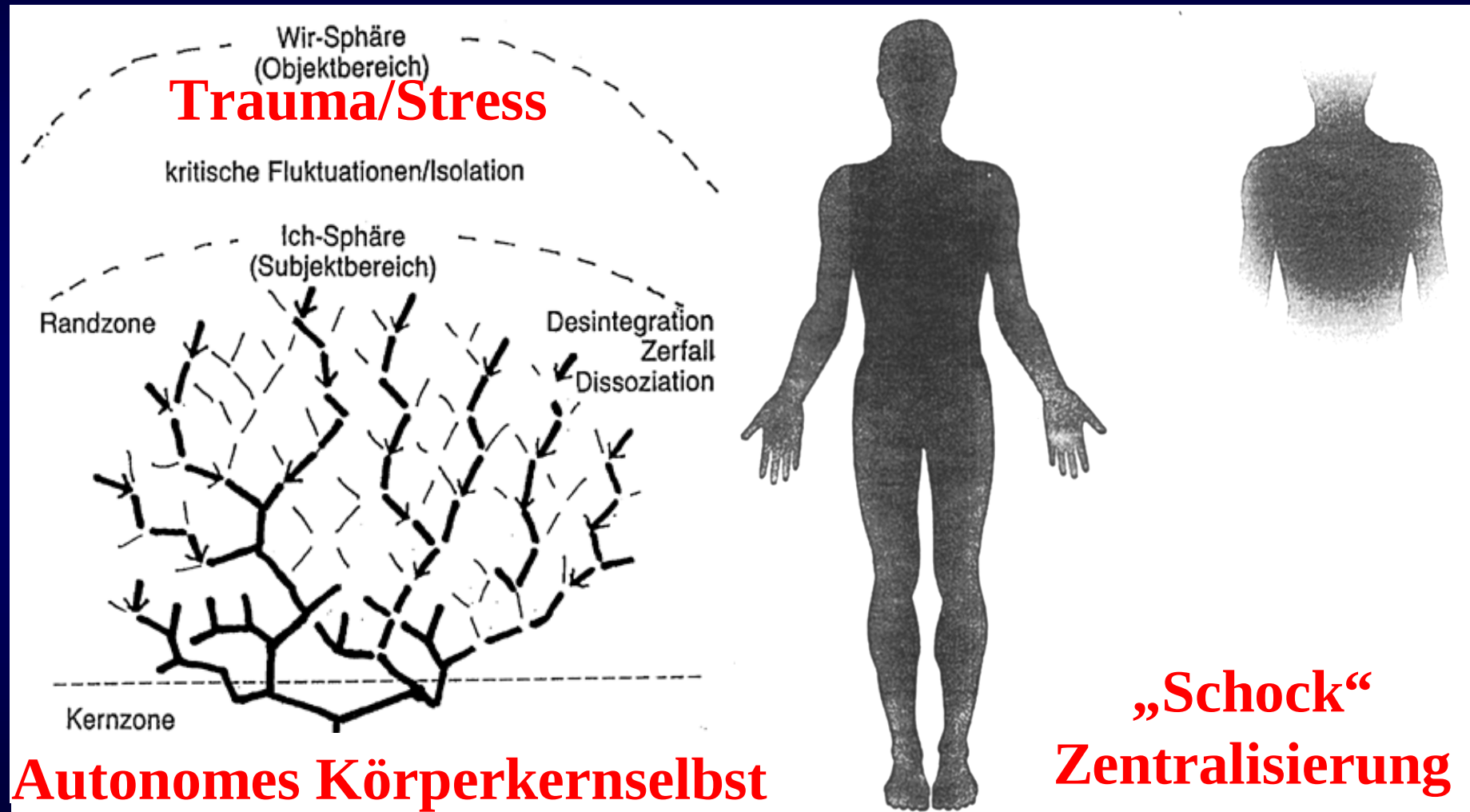
als unwillkürliche Antwort auf **lebensbedrohlichen Stress**/Angst/Schmerz

1. Schreckreaktion: Erstarren
Verstummen
2. „Totstellreaktion“: Einfrieren
(Schutz, Selbststabilisation)
3. Schock: Zusammenklappen
(Zentralisation)
4. Kollaps: Tod

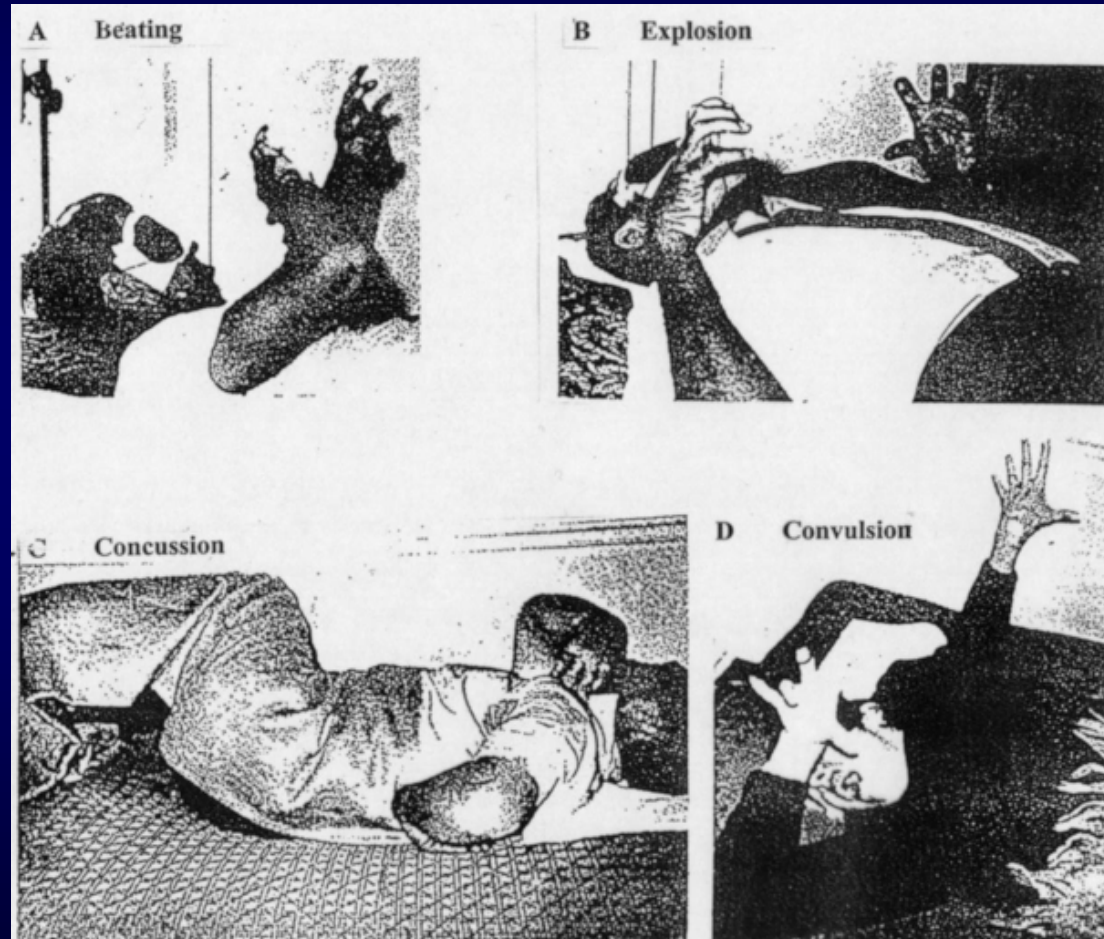


Bader-Johansson 2002

Koma als akute Schutzreaktion



Traumatische Körperbilder beim Coma Imagery



Johnson 1980, S. 364

„Spastische Haltung“ = Verkörperptes Trauma (Körpergedächtnis)



Becker et al. 1987

Wirkung von „Spastischer Haltung“ auf die Kommunikation

- Ein erstarrter Körper wirkt unkommunikativ!
- Ohne Eigeninitiative und (Mit-)Bewegungen
- Versagen des Spiegelneuronensystems:
Einfühlung, Körpersprache, Verstehen
- Negative Übertragungsgefühle: Befremden,
Angst, Ohnmacht, Unverständnis für den
„spastische“ Gegenüber („Monster“)

II Autonomes Körperselbst 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“

Basale kommunikative Zeichen im körpernahen 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 wegrehen

= *analoge* Zeichen einer frühen Response!

Körpersemantik im Wachkoma

„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“
Selbsttinnenschau
kein visuelles Objekt
- Selbstschutz, Kontakt
Selbststabilisierung
- nicht offen zum Dialog
- Erbkoordinationen

Körpersprachliche Zeichen für „Anstrengung“, „Unmut“, „Stress“

- 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“)

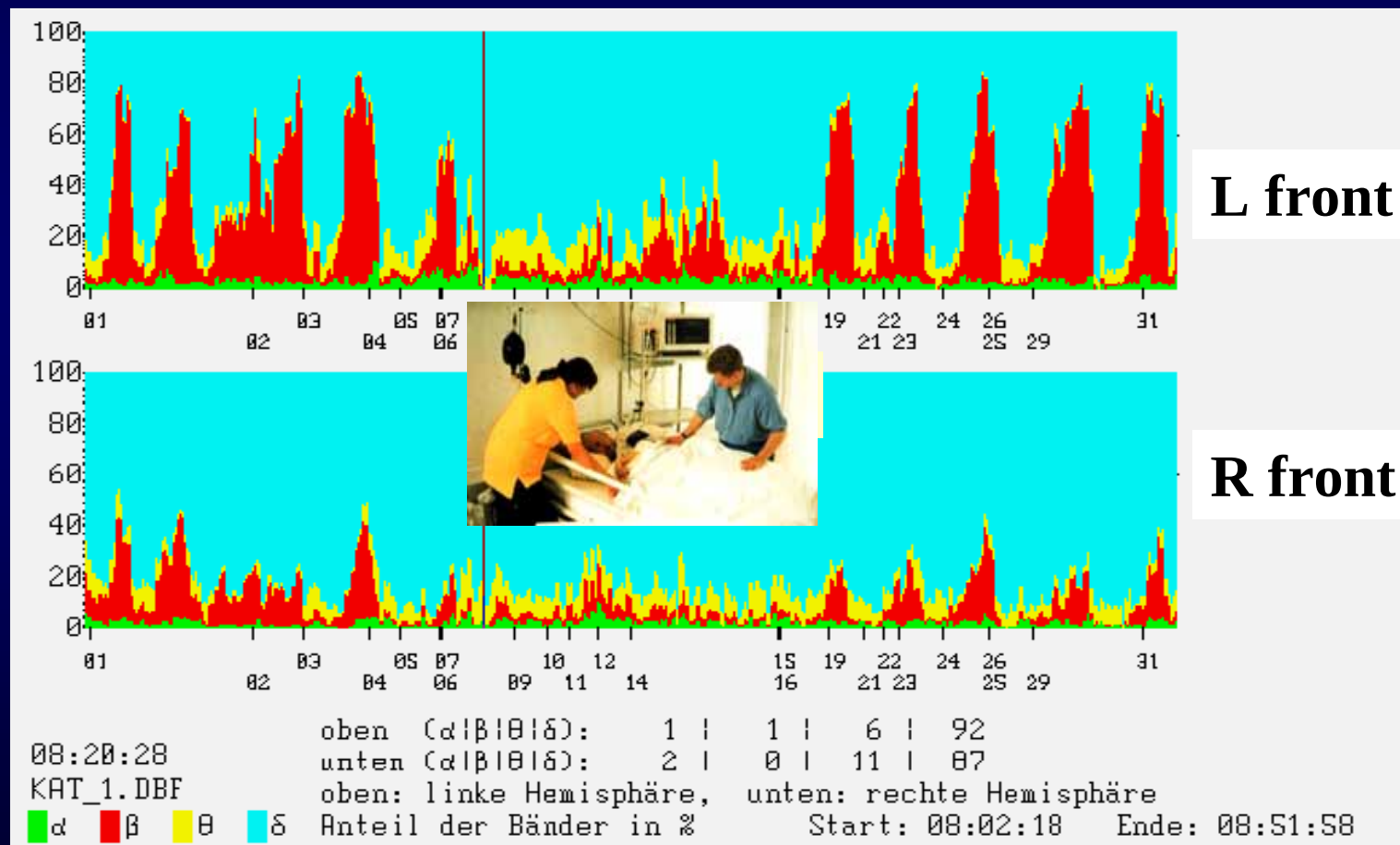
III Körpernaher Dialogaufbau

- Der Mensch ist „Anrede an die Welt“ (Buber)
- „Eine Spastik kann ein Rufen sein“
(Kesselring 1992)
- „*Körpernahe Interaktionen und Handlungsdialoge unter Einbeziehung von Angehörigen*“ (Zieger 1993)
- Die Wirkung seiner selbst durch die Berührungen / Hände / (Mit-)Bewegungen anderer spüren
- Im Stations-/Lebensalltag anwendbar

Umgebungsregulation durch Angehörige



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



Körpernahe dialogische „Attraktoren“

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



Aufbau von Ja/Nein-Codes in der frühen Remission trotz „spastischer Haltung“



- | | | |
|------------------------------|---|-----------------|
| • Seufzen | ➡ | Seufzercode |
| • Lidschluß, Blickbewegungen | | Augencode |
| • Kopfdrehen, Nicken | ➡ | Kopfcode |
| • Hände/Daumendruck | ➡ | Hand/Daumencode |
| • Buzzerdruck | ➡ | Buzzercode |
| • Beinanbeugen | ➡ | Beincode |

Unterstützte Kommunikation mit körpereigenen und einfachen technischen Mitteln!

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 im Durchschn. 39,5 Jahre (17-71)

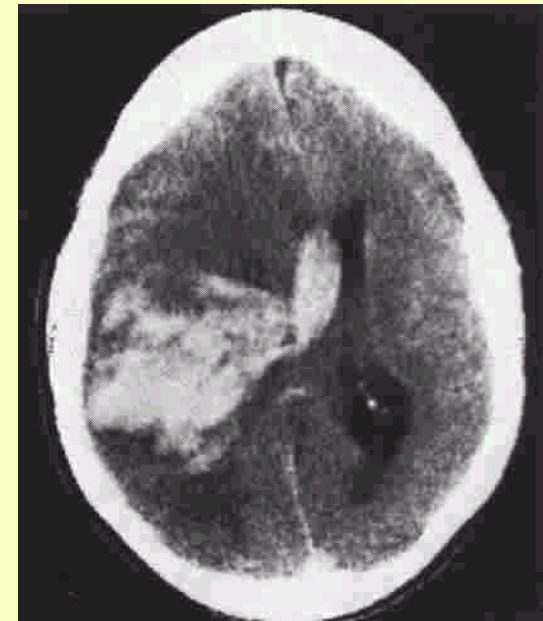
Geschlecht w=33 m=20

Ätiologie

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

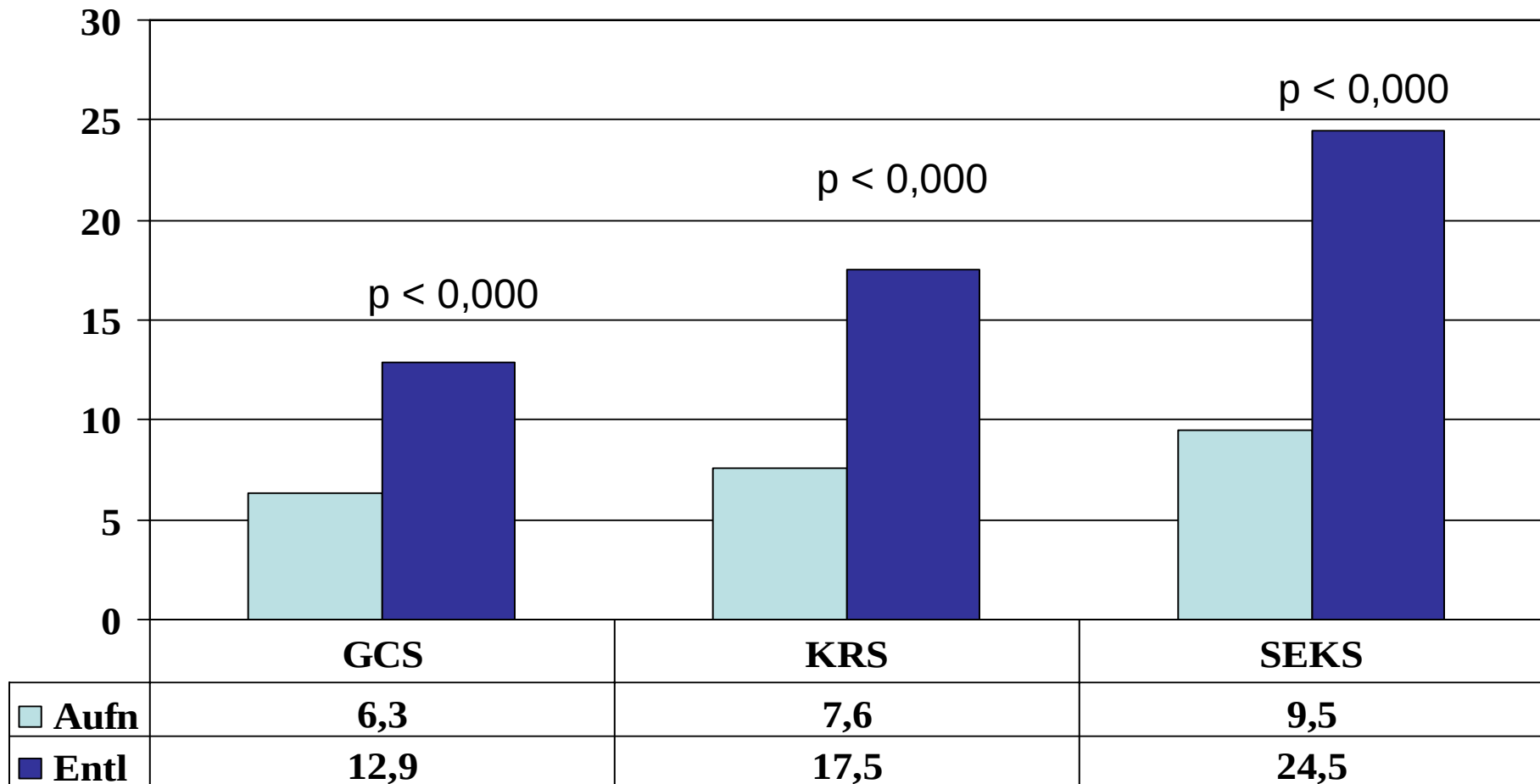
Verweildauer

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



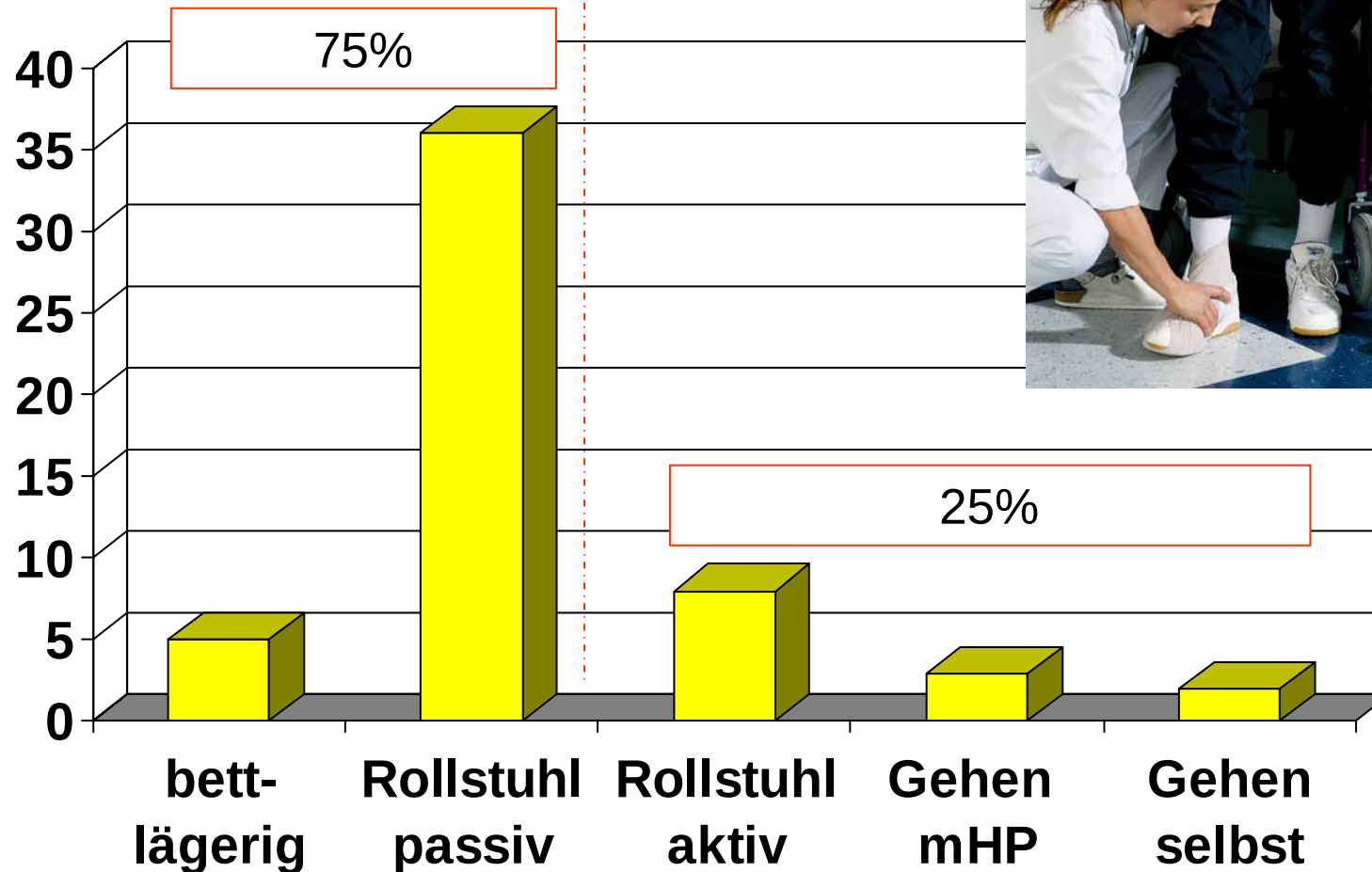
Outcome - Koma-Scores

[Vergleich Mittelwert Aufn/Entl N = 53]

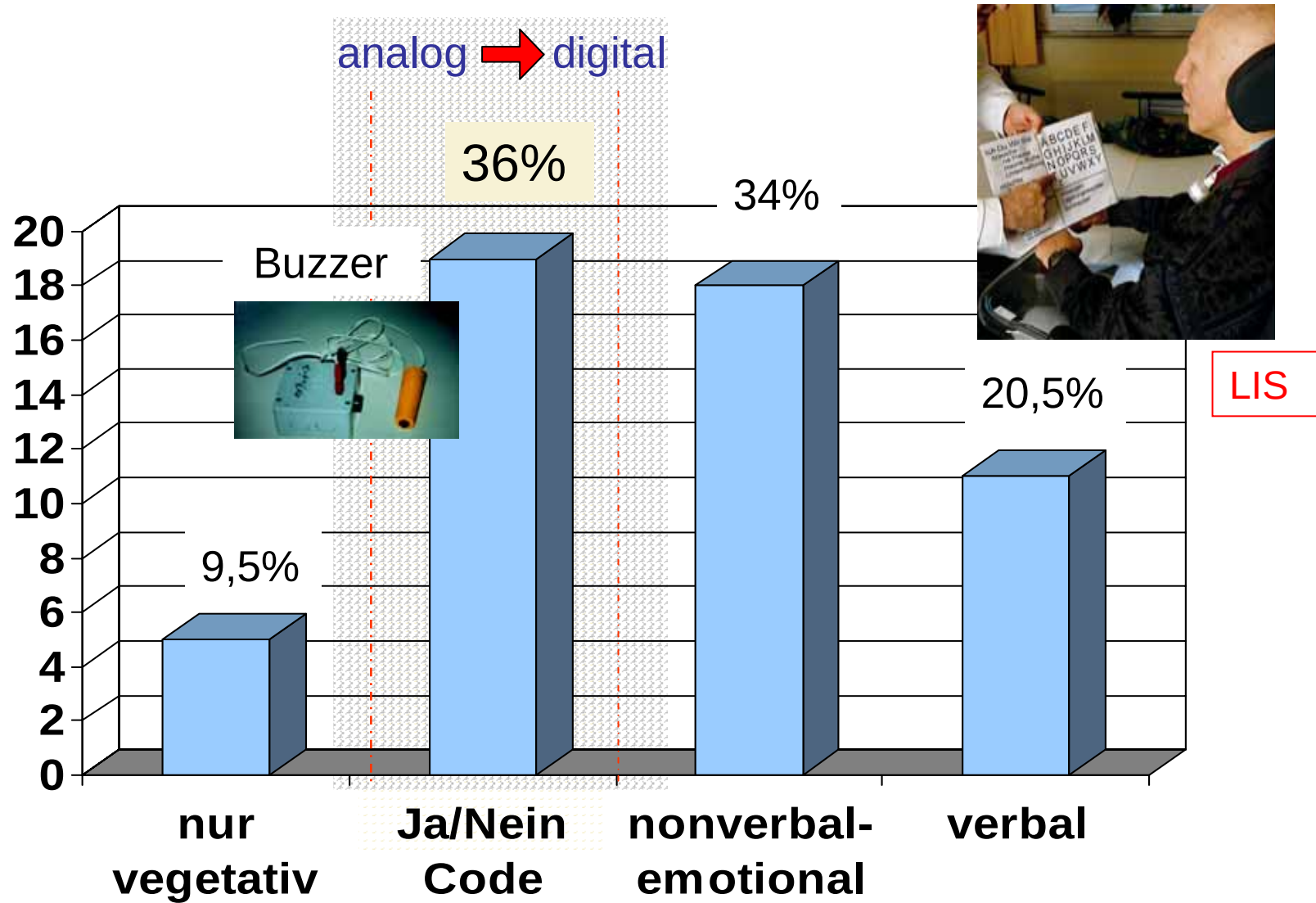


Outcome - Mobilitätsstatus

Entwicklungshemmende
Wirkung von Spastik

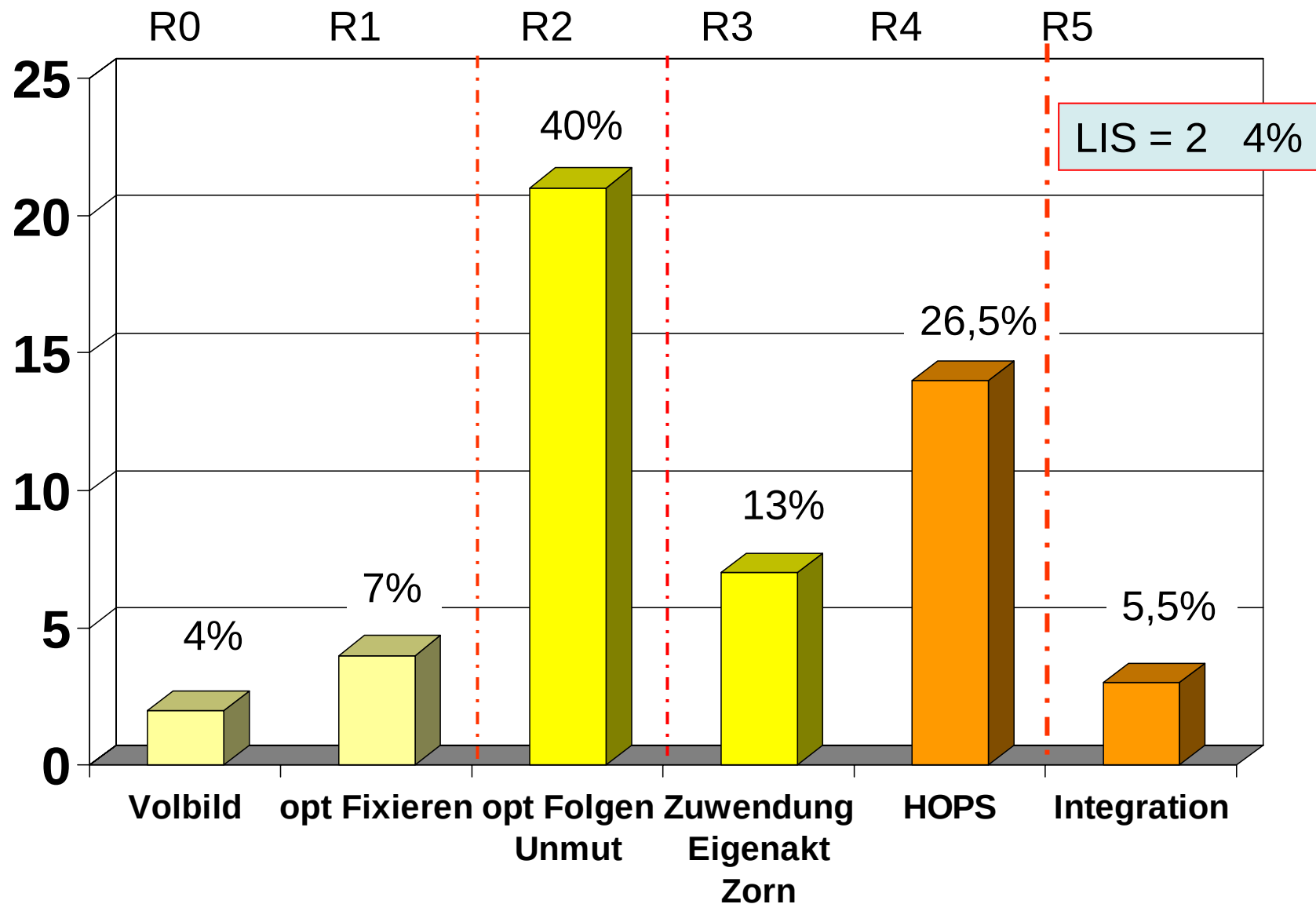


Outcome - Kommunikationsstatus

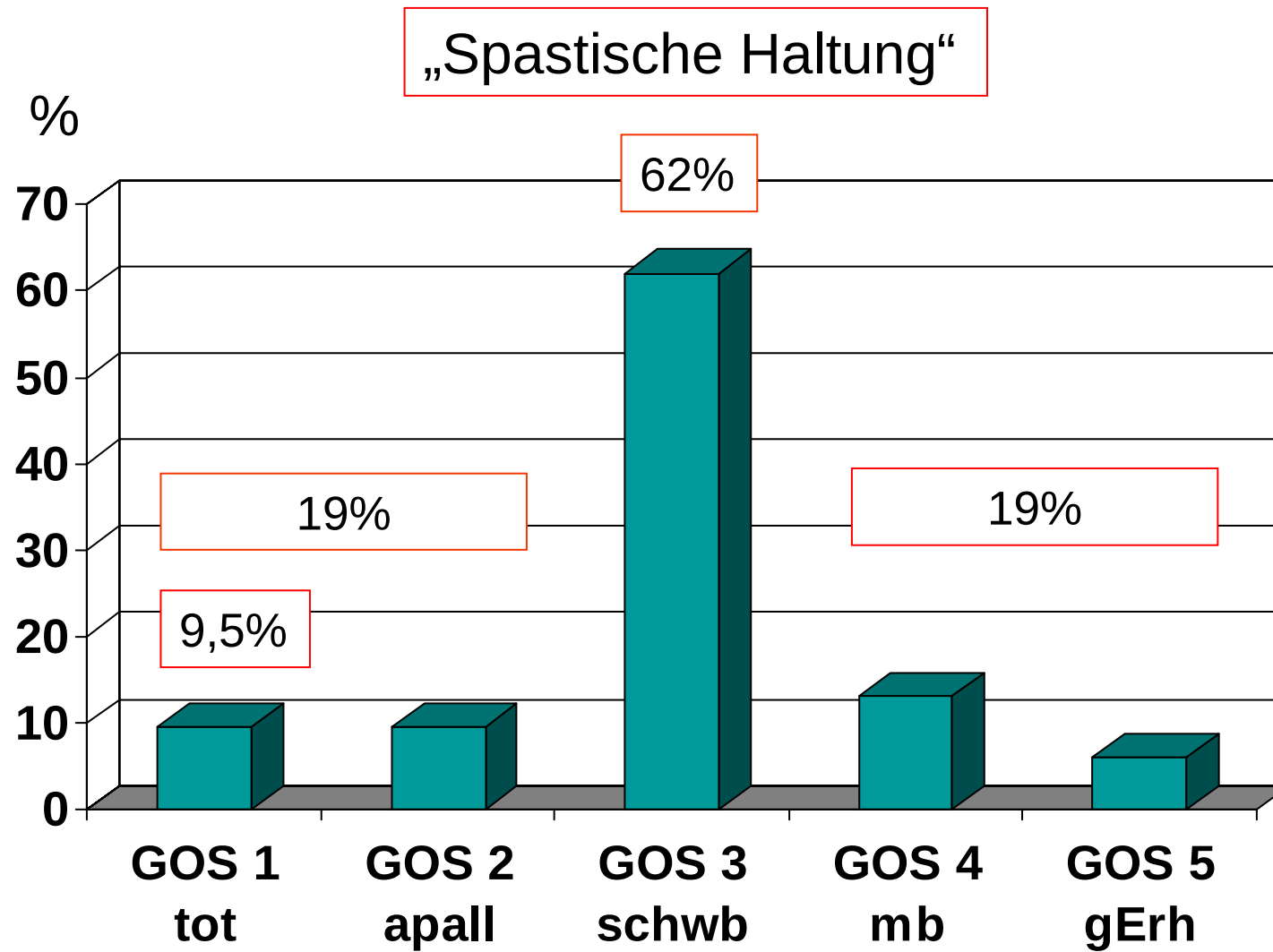


Outcome – Remissionsstatus

[modifiziert nach Gerstenbrand 1967: 55]

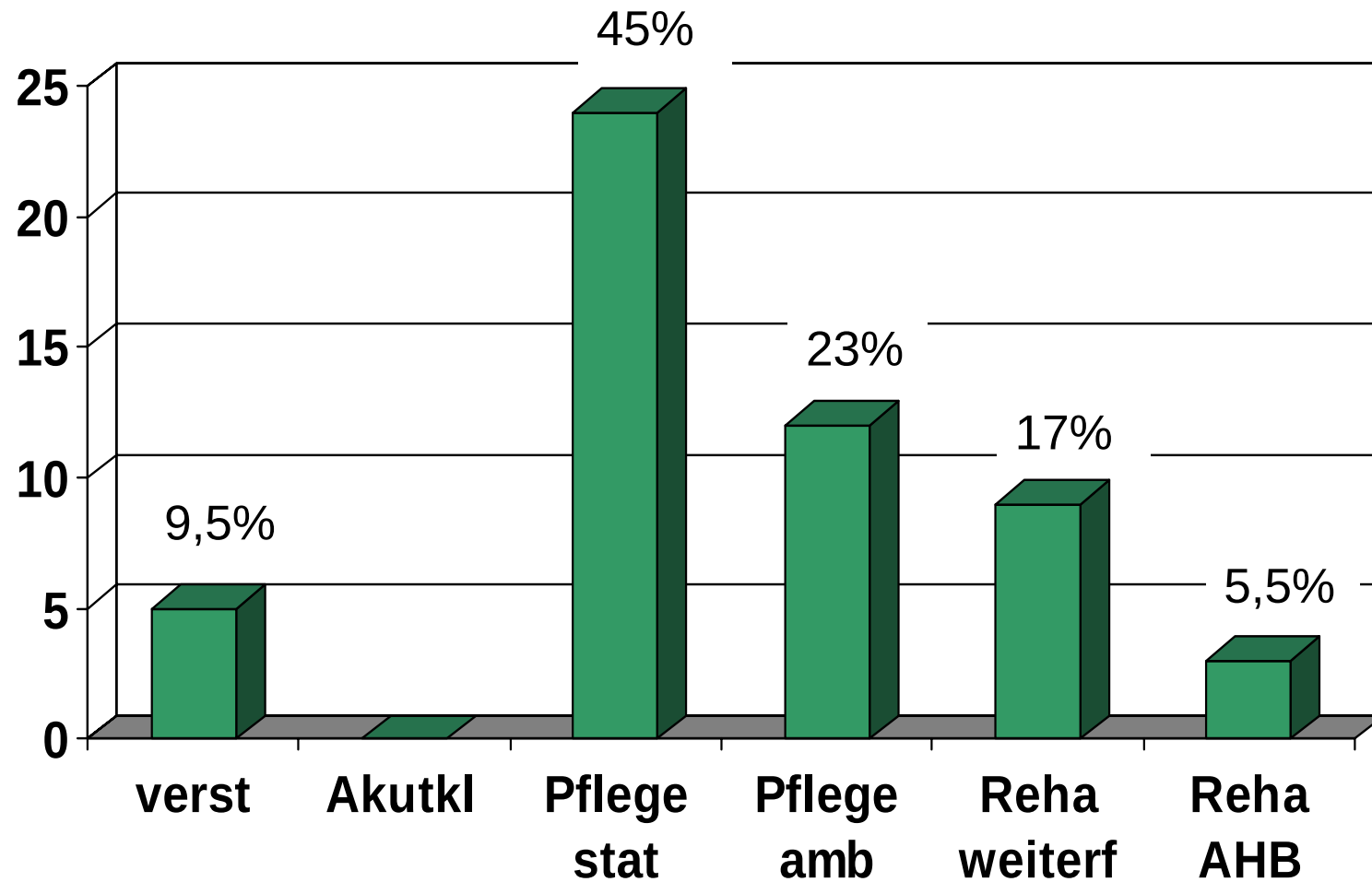


Outcome – GOS



Outcome - Entlassungsstatus

soziale Perspektive?



„Endergebnis“

- verstorben 9,5%
- im Dauerkoma lebend 9,5%
- **Grauzone** „Living with liminality“ **10%**
- bedürfnisnah kognitiv präsent und/oder kommunikabel 80%
.....
- aber körperlich pflegeabhängig 75%
(in spastischer Haltung verbleibend)

..... körperlich-geistige Dissoziation

V Fazit

- „Spastische Haltung“ als zwanghafte Antwort auf ein lebensbedrohliches Trauma
- Pathologische Bedingung wie auch Kompetenz
- Minderung der Spastik durch körpernahe attraktive Dialogangebote und Erlernen von Körpersprache und Körpersemantik
- Ohnmacht in positive Kraft wandeln!