

Metamorphose

Beobachtungen zum Zusammenhang von Bewegung und Wahrnehmung bei motorischen Einschränkungen (Teil 1)
Band 2 - Jahrgang 2002

Christine Kühn, Gudrun Mrosack, Gerhard Scharbert
und Karl-Heinz Pantke (Hrg.)



Eine Publikation von LIS
1. NOV. 2002

In diesem Heft, das sich sowohl an Betroffene, im therapeutischen Bereich Tätige wie medizinisch Interessierte richtet, wird anhand von Berichten von Betroffenen und Aufsätzen von Medizinern der in vielen Therapien angenommene Zusammenhang zwischen Bewegung und Wahrnehmung untersucht. Eines der faszinierendsten Gebiete der Neurologie. Es werden krankheitsbedingte Einschränkungen der motorischen Fähigkeiten betrachtet. Patienten mit dem Locked-in Syndrom leiden zum Teil unter heftigen Halluzinationen. Das Locked-in Syndrom wurde als Beispiel für den Ausfall aller motorischen Fähigkeiten gewählt, die Ausführungen lassen sich jedoch auf andere Krankheiten übertragen. Außer einem Interview mit Frau und Herrn Müller sind Informationen über den Verein LIS e. V. zu finden. Mit einem Vorwort von Franz Gerstenbrand.

Geschäftsstelle

„Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge zu Berlin-Lichtenberg“, Haus 30.

Kontakt: LIS e. V. c/o Dr. Karl-Heinz Pantke und
Christine Kühn, Mansteinstr. 3, 10783 Berlin

ISBN 3-00-010525-5

Vorwort

Die traurige Geschichte des Monsieur Mortier de Villefort in Dumas' „Der Graf von Monte Christo“ hat, ebenso wie die mittelalterlichen Legenden über Patienten, die im Locked-in Syndrom lebendig begraben wurden, bis heute die Gemüter erregt und dem mithin schwersten neurologischen Krankheitsbild ein negatives Image verliehen. Aus den Schilderungen von Patienten im Locked-in Syndrom, die bei weitgehend erhaltenem Bewusstsein sehen, hören, fühlen und erkennen, ist die verzweifelte Hilflosigkeit eines in den unbeweglichen Körper eingekerkerten zu erahnen. Trotz wacher Sinne fehlt jede Möglichkeit, sich zu bewegen und sich der Umgebung mitteilen zu können, der Körper untersteht nicht mehr dem eigenen Willen. Die vollkommene körperliche Hilflosigkeit verursacht eine tiefgreifende Beeinflussung in der Beziehung des Ich zum persönlichen Können und zum eigenen Wollen, wie auch zu den Reaktionsmöglichkeiten zum Umfeld und zum eigenen Körper.

Im Verlauf von Wochen und Monaten kann der durch ein Locked-in Syndrom Betroffene nur mit übermenschlicher Willensanstrengung und eiserner Kraft seine verlorene Motorik schrittweise und über lange Geduldstrecken wieder aufbauen. Dieser Wiederaufbau der ausgefallenen Funktionen des zentralen Nervensystems durch eine Schädigung von Anteilen des Hirnstamms, jenem Hirnabschnitt, den alle auf- und absteigenden Gehirnbahnen durchziehen und in dem die lebenswichtigen Zentren für Atmung und Kreislauf lokalisiert sind, ist auch beim kompletten Locked-in Syndrom mit Ausfall praktisch aller motorischen Funktionen möglich und erlaubt dem oft als hoffnungslos eingestuft, manchmal schon aufgegebenen Patienten ein weitgehend unabhängiges Leben.

Entgegen früherer Meinungen kann sich geschädigtes Hirngewebe regenerieren, Nervenbahnen sprossen entlang der ausgefallenen Bahnsysteme und stellen die früheren Verbindungen wieder her. Neue Ganglienzell-Netze können sich aufbauen und gestörter Funktionen sich zurückbilden. Voraussetzung für die Restauration des Nervensystems ist ein konsequentes Rehabilitationsprogramm mit kontinuierlichem Leistungstraining, unterstützt durch moderne Medikamente, mit möglichst frühzeitigem Beginn. Vor allem ist der Optimismus von Patient und seinem behandelnden Arzt von entscheidender Bedeutung.

Jeder Patient mit einem Locked-in Syndrom benötigt, wie auch ein apallischer Patient, ein spezielles Rehabilitationsprogramm. Dieses kann aus Gründen der notwendigen, hochspezialisierten Betreuung aber auch aus ökonomischen Überlegungen in einem Spezialzentrum zusammen mit apallischen Patienten durchgeführt werden und soll ohne Zeitverzögerung einsetzen.

Der Selbsthilfegruppe für die Betreuung von Locked-in-Syndrom-Patienten ist zu wünschen, dass die vorgenommenen Ziele: mehr Aufklärung bei Patienten und deren Angehörigen, aber auch bessere Kenntnis dieses Krankheitsbildes in der Ärzteschaft, wie auch bei den Gesundheitspolitik-Verantwortlichen, erreicht werden. Dr. Pantke, dem unermüdlich, tapfer kämpfenden Individualisten und seinen Mitarbeitern ist für den bisher geleisteten großen Einsatz zu danken.

Wien im Juni 2002,
Prof. Dr. Franz Gerstenbrand