

Körper - Leib - Person

Am Beispiel von Hirntodsyndrom, Wachkoma und Locked-in-Syndrom

PD Dr. med. Andreas Zieger

www.a-zieger.de

Ltd. OA der Abt. für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte
Früh- und Weiterführende Rehabilitation
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg

Universitätsdozent für Klinische Neurorehabilitation
Gesundheits- und Klinische Psychologie
Human- und Gesellschaftswissenschaften
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg



Gastvorlesung zum Wahlpflichtfach „Integrative Medizin“, Institut für Medizinische
Psychologie Universitätsklinikum Greifswald, am 6. Juli 2007, 14:00-17:30 Uhr

Übersicht

- I Erkenntnistheoretische Annäherung
- II Hirntodsyndrom
- III Wachkoma
- IV Locked-in-Syndrom
- V Fazit

I Erkenntnistheoretische Annäherung

Gemeinsamkeit: Menschenmögliche Seinsweisen am Rande des Lebens/zum Tod:

- Schwerstkranke in Folge schwerster Verletzungen/Schädigungen des Gehirns
- Pathologisch erzwungene Lebensbedingungen
- Betreffen immer auch andere Menschen
- Gehirn als „soziales“ Organ betroffen
- Körperlichkeit steht im Vordergrund, Leiblichkeit und Person verblassen

Typische „Grenzsituationen“ (Jaspers)

- Unausweichlich
- Scheitern, Vergehen
- Lebensgefahr
- Todesangst
- Bewusstseinserschütternd
- Unüberwindlich?

„Körper“ im biotechnisch orientierten Verständnis der Medizin

- Organismus = aus Organen zusammengesetzt
- zielt auf Funktionstüchtigkeit (Normalität)
- Körper als „Maschine“: Funktionen können beobachtet und gemessen werden
- Körper haben (Objektstatus)
- kann sich abnutzen, geschädigt und irreparabel werden
- kann „nutzlos“ und „wertlos“ werden

„Körper“ im beziehungsmedizinisch orientierten Verständnis

- Subjektives Bezugssystem des Selbst
- Körper sein: verletzlich, kränkbar und vergänglich (Leib), erotisch, poetisch
- Schutz, Beziehung, (Mit)Bewegung, Ausdruck (Zeichen), Selbstaktualisierung, Kommunikation, Dialog, Kooperation, Arbeit
- Sozialer Erfahrungsraum im Umgang mit anderen (implizites Körperwissen)

Übung I

Wann spüre ich meinen Körper?

Antworten:

- Wenn er sich bewegt
- Wenn er einen anderen Körper berührt
- Wenn Teile ihre Funktion verändern (Lähmung, Überaktivität)
- Wenn es mich schmerzt
- Wenn ich ihn mir bewusst mache
- in lustvoller Aktion (Tanz, Pose, Sexualität)

II Hirntodsyndrom

Seit 1997 Hirntodkonzept:

- „Der Hirntod ist der Tod des Menschen“
- Todeskriterium: Ausfall der Hirnfunktion innerhalb der Schädelkapsel.
- Der Hirntod ist eingetreten, wenn ein Hirntodsyndrom festgestellt ist.

Die Leiche weist Lebenszeichen wie eine gerötete, durchblutete und warme Haut auf: „Tod“ kann nur kontraintuitiv wahrgenommen werden.

Geänderte Todesdefinition



Bis 1997 Herztodkonzept:

- Todeskriterium: Herz- und Atemstillstand
- Völliger Zusammenbruch der Lebensfunktionen
- Zusammenbruch des Organismus: Multiorganversagen

Die Leiche ist ohne Herzschlag, ohne Reflexe, starr, kalt und wies alsbald Leichenflecke unter der Haut auf.



Geschichte des Hirntodkonzepts

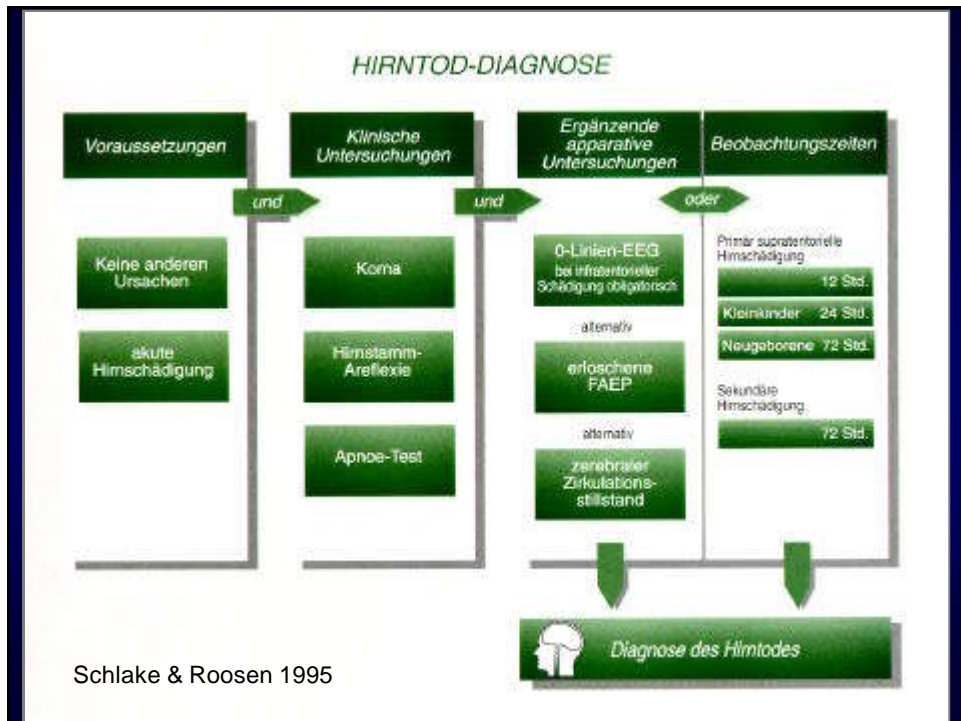
- Jahrtausendlang wurde ein Mensch frühestens dann für tot erachtet, wenn er kalt und steif, eben leblos war (Herztodkonzept).
- Aufkommen einer experimentell-naturwissenschaftlichen Medizin im 17. Jahrhundert
- Xavier Bichat (1800): Mort de cerveaux*
- Entwicklung Experimenten und Theorien zur Commotio und Contusio cerebri
- Beide Weltkriege: Hohe Anzahl von Hirnverletzten: Schwere Schädigung des Gehirns führen durch Stillstand von Atem- und Kreislauffähigkeit zum Tod.



- 1959 Mollaret und Goulon: "Coma depasse' ('jenseits des Komas,,): Erlöschensein der Hirnfunktion bei erhaltener Kreislauf- und Atemfunktion.
- Nach Abbruch der Beatmung kommt es zum „Stillstand der Lebensfunktionen“
- Anstieg der Zahl der Patienten, die nach einem vorübergehenden Kreislauf- und Atemstillstand an der künstlichen Beatmung (Intensivmedizin) weiterlebten: „Dissoziierter Hirntod“.

- Der entscheidende Schritt zur Etablierung des "Hirntod"-Konzeptes wurde vollzogen, als man das Coma dépassé als Kriterium der «Für-tot-Erklärung» eines Menschen zu werten begann.
- 1967 erste Herztransplantation durch Bernard in Kapstadt.
- 1967 Deutsche Gesellschaft für Chirurgie: Herzstillstand entspricht nicht dem Tod des Menschen, da man ihn (technisch) überwinden kann.

- 1968 Einführung des „Hirntodkonzeptes“, welches von einer Adhoc-Kommission der Harvard Medical School zum Zweck der Erarbeitung eines neuen Todeskriteriums formuliert wurde:
- „Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Stammhirns. Dabei wird durch kontrollierte Beatmung und Medikamente die Herz- und Kreislauffunktion noch künstlich aufrechterhalten.“



Geltungsbereich und Protokollierung

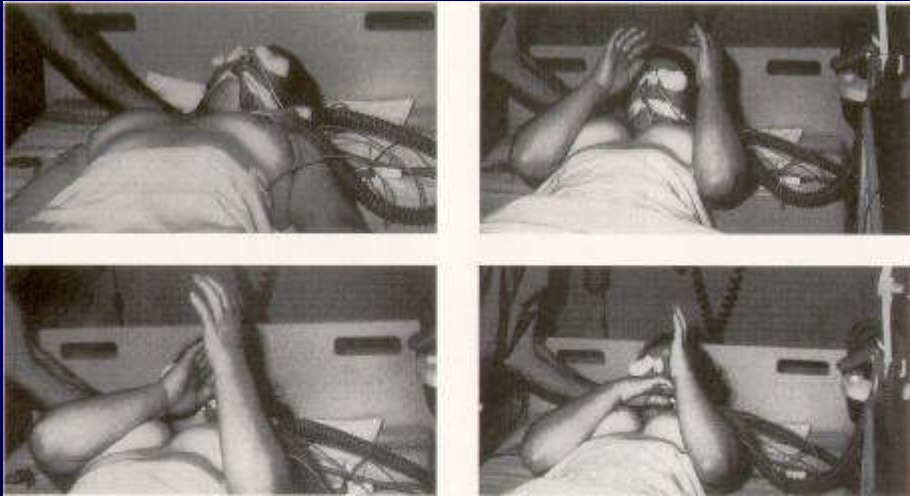
- Die beschriebene Hirntodfeststellung ist unabhängig von einer Organentnahme.
- Die zur Diagnose des Hirntodes führenden klinischen und apparativen ergänzenden Untersuchungsbefunde sowie alle Umstände, die auf ihre Ausprägung Einfluss nehmen können, müssen mit Datum und Uhrzeit sowie den Namen der untersuchenden Ärzte dokumentiert werden.

Kritik (1): Umgang mit Hirntoten:

- Hirntote werden bis zur Organentnahme am Leben gehalten. In dieser Zeit müssen sie genährt, gewaschen und gepflegt werden.
- Sie zeigen offensichtliche Lebenszeichen:
- Ihr Herz schlägt und sie atmen mit technischer Unterstützung durch Beatmungsgeräte.
- Sie sind warm, der Stoffwechsel funktioniert („lebendfrische Organe“).

- Hirntote Frauen können Kinder gebären, hirntote Männer können Erektionen haben.
- Hirnströme und Hormonproduktion der Hypophyse bei Hirntoten sind möglich.
- Hirntote zeigen (spinal vermittelte) Reaktionen auf äußere Reize: bei 75% Hirntoten sind Bewegungen der Arme (sog. Lazarus-Zeichen*) und Beine (Schreitbewegungen) möglich.
- Hirntote können sich aufrichten und gurgelnde Laute ausstoßen.

Lazarus-Zeichen



Turmelet al 1991

Kritik (2): Logik und Struktur der Hirntodbestimmung

- Die Interaktion mit dem sterbenden Patienten ist von Seiten des Arztes auf die Suche nach „Todeszeichen“ beschränkt.
- Gleichzeitig werden jedoch eindeutige Lebenszeichen wahrgenommen (Atmung, Herzschlag, durchblutete Haut etc.).
- Mit der Unterschrift des Arztes unter das Protokoll *ist zeitgleich* der Hirntod tatsächlich eingetreten.

- "Der Organismus stirbt während der Operation (Explantation) im Rahmen der Kochsalzdurchspülung des Kreislaufsystems ab. Es gibt Philosophen, die dies als Mord bezeichnet haben. ... Einige liberal-progressive Denker bezeichnen die Organentnahme beim Hirntoten als Gestattung einer Ausnahme vom Euthanasieverbot."

Linke, D. B., Hirnverpflanzung - Die erste Unsterblichkeit auf Erden, Rowohlt, Hamburg 1993, S. 124

Prof. Dr. K. Dörner auf dem Deutschen Evangelischen Kirchentag (2005):

- „Ein Hirntoter stirbt als Organspender erst bei der Entnahme-Operation – den Herztod.“
- „Der Hirntote ist ein Sterbender mit normalen Vitalitätszeichen (...) welcher seinen Angehörigen signalisiert: bleibe bei mir und überlasse mich nicht der Verwertung!“
- Dörner forderte eine Anerkennung des Hirntoten als lebenden Organspender, „weil ich bis zum Herztod ein lebender Mensch bin“.

Kritik (3) Defektmedizinische Syndromlehre: lebensunwirklich



„Katzenschnitt-
Neurologie“ (Schönle)

- Apallisches
Syndrom
- „Wachkoma“
- Mittelhirn-
syndrom
- Bulbärhirn-
syndrom

„innere Enthauptung“ (Angstwurm)

Hirntodsyndrom

Beziehungsmedizin/phänomenologische Anthropologie:

Thomas Fuchs (2000):

- Das Gehirn lässt sich ebenso wenig vom Körper isolieren, wie das Bewusstsein von seiner Leiblichkeit.
- Leiblichkeit ist Ausdruck der Verletzlichkeit (und Endlichkeit) unserer körperlichen Existenz, unseres Seins.
- Selbstbewusstsein entfaltet sich auf der Grundlage des leiblichen Spürens (Wahrnehmens) und Sich-Bewegens.

- Durch unseren Körper/Leib stehen wir von Anfang an in einer dialogischen Beziehung zur Welt noch bevor wir unser selbst bewusst werden (implizites Körperwissen).
- Leib und Person sind nicht voneinander zu trennen.
- Menschsein ist in der Einheit von Leib und Person begründet und als „denkender Körper“ zu verstehen.
- „Das Ich ist immer ein Körperliches“ (Freud).

Beziehungsmedizinisch-ethische Position zum Hirntodproblem (Zieger 2006)

- Das Hirntodkonzept ist kontraintuitiv.
- Es ist eine *gegenwärtige* kulturelle Übereinkunft, eine Konvention.
- Der „Hirntod“ markiert den *point of no return*.
- Es handelt sich bei Patienten im Hirntodsyndrom um „hirntot“ diagnostizierte Menschen, die im „Niemandland“ (Agamben) des Sterbens liegen.
- Ein dialogischer Umgang mit Menschen im Hirntodsyndrom ist beziehungsmedizinisch und -ethisch gefordert.

III Wachkoma

Der „Apalliker“ als „Defizitfigur“ (Objekt)

- Augen *geöffnet*, kein Blickkontakt
- Spontanatmung
- SWR erschöpfungszeitl.
- Reflexe/Automatismen
- keine *sinnvollen* Reaktionen auf Reize
- keine *absichtsvollen* Eigenaktivitäten

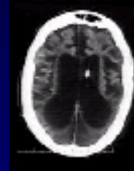


Assoziierte Probleme:

- Uneinheitliche Nomenklatur: *Persistent vegetative state (PVS)*, *vegetativer state (VS)*, *coma vigil*, *apallisches Syndrom*, „Wachkoma“
- Häufige Fehldiagnosen: 13-40%
- Schlechte medizinische Prognose
- Therapeutischer Nihilismus
- Keine Frührehabilitation: mangelhafte Abklärung der individuellen Rehapotenziale
- Unzureichende Pflege/Langzeitversorgung
- Forderung nach „Sterbehilfe“?



Terri Schiavo
(2005)



Bewusstlos?
Körperhülle?



Franz Gerstenbrand (1967)

„Das apallische Syndrom ist eine Funktionsstörung, kein Defektzustand auf Dauer ...

Jeder Apalliker ist prinzipiell rückbildungsfähig!“

Es ist geboten,
„günstige Voraussetzungen zu schaffen und die anlaufende Remission durch eine gerichtete Reizdarbietung zu fördern.“

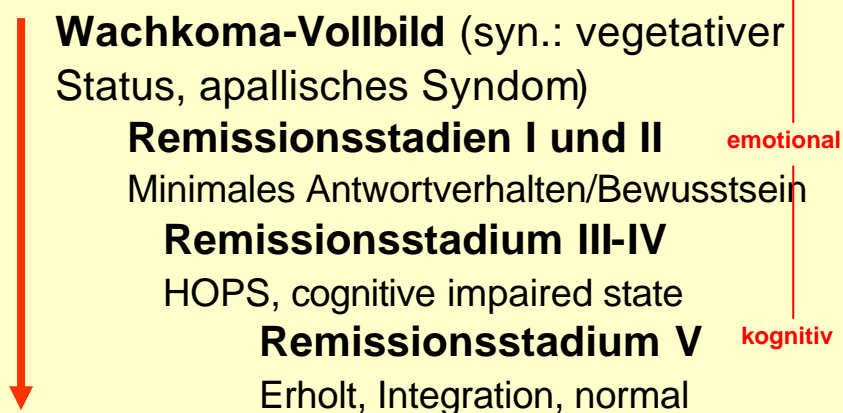
Frühe Remissionsphasen beim apallischen Syndrom

Vollbild	→ I. Primitive Psychomotorik	→ II. Nachgreifen
Keine emotionalen Reaktionen	Primitivemotionen Angst	Unmutsäußerungen Furchtgrinsen
Augen geöffnet	→ Optisches Fixieren	→ Optisches Folgen
SWR ermüdungszeitl.	SWR (Übergang)	SWR tageszeitlich
Nur Primitivmotorik	Grobe gerichtete Massenbewegungen	Nachgreifen
Keine Spontanmotorik		Abwehrbewegung

modifiziert nach Gerstenbrand 1967, 1990, 1999

Remissionsentwicklung heute

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



Der Wachkoma-Patient

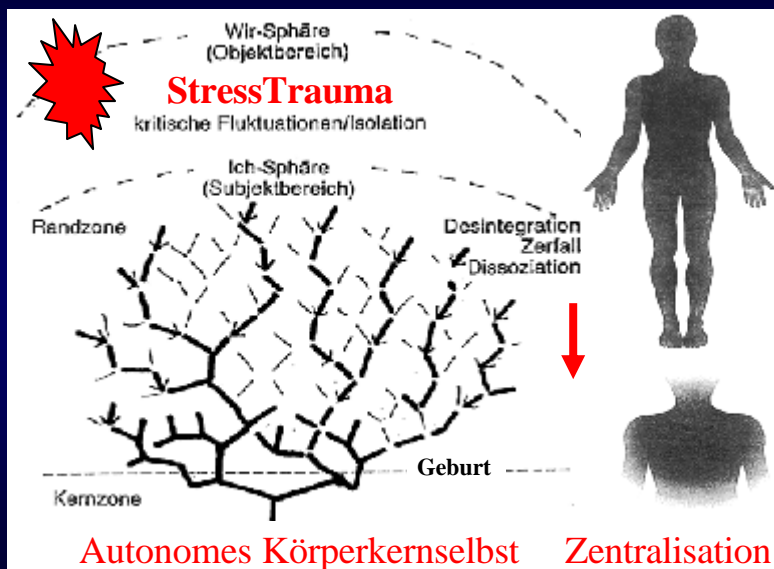
Beziehungsmedizinische Sichtweise

„Traumatisiert an Leib und Seele“ (Subjekt)

- Antwort auf ein schädigendes Ereignis
- Zurücknahme auf das autonome Körper selbst / Schutzhaltung
- Hochgradige Leib/Seele/Geist-Dissoziation
- Spastische Haltung symbolisiert das Trauma („Körpersemantik“)

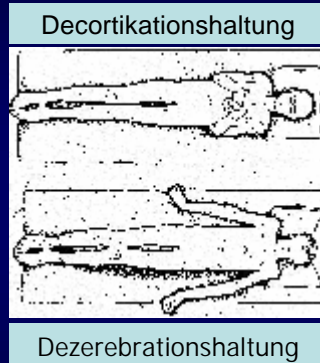


Koma als Schutzreaktion



Akutes Trauma – „Totstellreaktion“

- Zusammenklappen
- Erstarren, „Einfrieren“
- Verstummen, Anspannen
- Bedrohung, Schmerz
- überwältigende Angst
- lähmendes Entsetzen
- Ausgeliefertsein



Archaische KörperSchutz(re)aktion und -haltung

Auf Schmerzreiz: Beuge-Streck- oder Streck-Synergismen

„Tetraspastische Haltung“ als Schulthaltung und verkörpertes Trauma



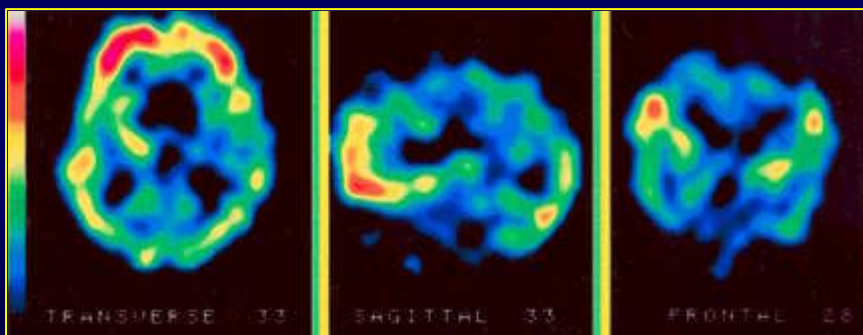
Was geht in diesem Menschen vor?

Übung II

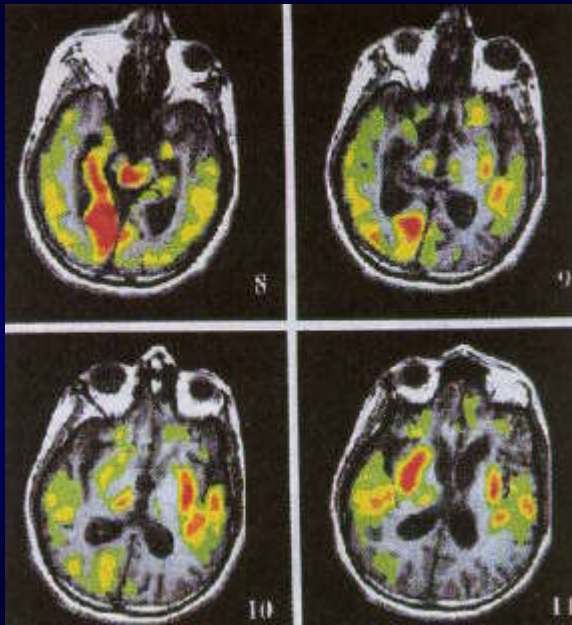
Der Körper als Haus meiner Seele
(Körper und Innerlichkeit)

Gedankenreise

Inselförmig fragmentierte kortikale
Residualaktivität im apallischen (?)
Syndrom/“Wachkoma“

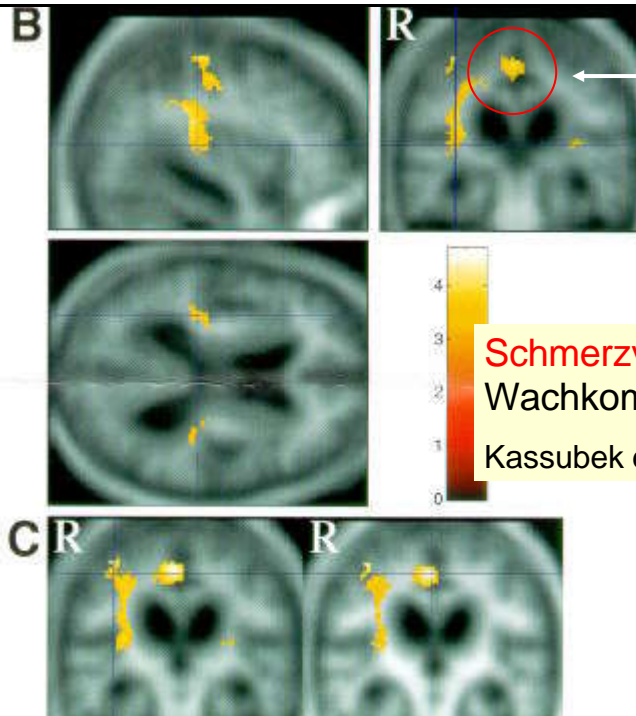


NRZ Greifswald 1999



Inselförmige
kortikale
Residualaktivität
bei Patienten im
Wachkoma
(vegetative state)

Schiff et al
1999/2002



Anteriores
Cingulum

Schmerzverarbeitung im
Wachkoma!

Kassubek et al. 2003

Inneres Wahrnehmen und Erleben im Koma/Wachkoma



- „Ozeanisches Erleben“, „Ewigkeit“
- Entgrenzungs-/Verschmelzungsgefühle
- Innere Bilder, Träume, Albträume
- Bizarres Körper selbstgefühl, ver-rückte Körpereigenproportionen
- Nahtoderleben: Tunnelerleben, Out of body-Erfahrungen (OBE), Lichterwelten

Hannich & Dierkes 1996, Lawrence 1995,1997; Zieger 1998

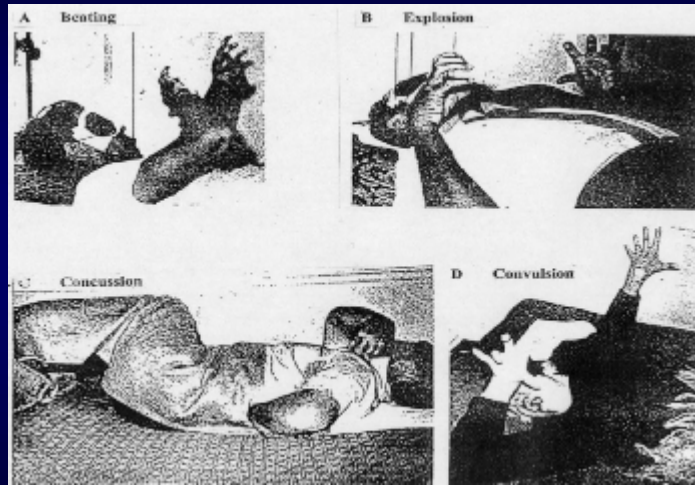
Coma Imagery

Bizarres Körper selbst erleben



Johnson 1980

Traumatische Körperpositionen



Johnson 1980

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

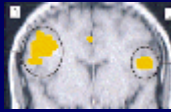


Vegetative Zeitgestalten und „Intelligenz“

Zwischenleibliche Kommunikation als existenzielle Grunderfahrung



Implizites Körperwissen



„Spiegelneurone“

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

Körperliche Grundbewegungen im zwischenleiblichen 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 wegdrehen

= analoge Zeichen einer frühen Reagibilität!

Körpersprachliche (intuitive) 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

Körpersprachliche (intuitive) Zeichen für „Stress“ „Anstrengung“, „Unmut“

- 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“)

Körpersemantische Übersetzungen



Pathosymptomatik

- Spontanatmung
Schwitzen
- Geöffnete Augen
leerer Blick
kein Fixieren
- Beugespastik mit Faustschluß, „Fetalhaltung“
- Primitive Reflexe und Schablonen

als Indiz für

- Austausch mit der Welt
Lebensgrundrhythmus
- Erwacht
Innenschau, durchblicken
verlorenes Objekt
- Selbstschutz, -kontakt
nicht kommunikativ
- Erbkoordinationen
Selbstaktualisierung

„Lesen im Buch des Körpers“

Übung IV

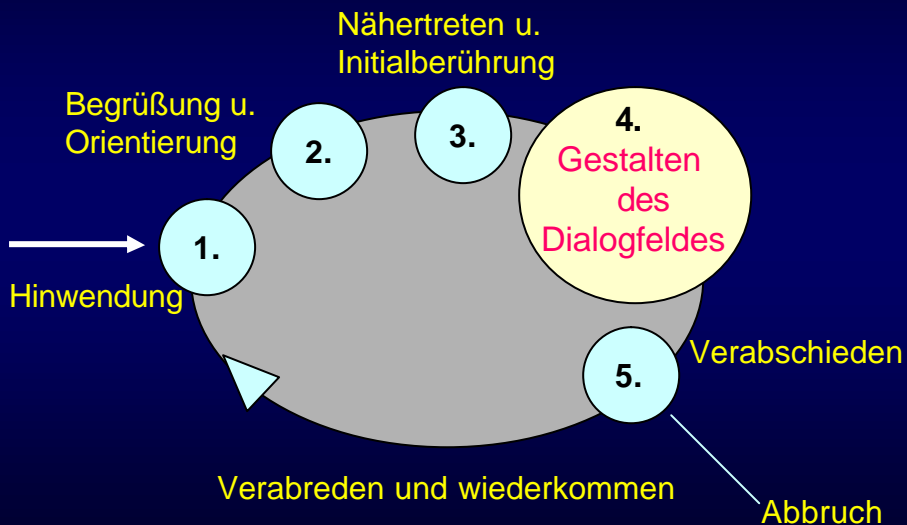
Wie fühlt sich „spastische Haltung“ an?

Wozu könnte sie sinnvoll sein?

Körpernaher Dialogaufbau

- „Körpernahe Interaktionen und Handlungsdialoge unter Einbeziehung von Angehörigen“ (Zieger 1993)
- Die Wirkungen seiner selbst durch die Berührungen/Hände/(Mit-)Bewegungen anderer spüren
- Aufbau von Ja/Nein-Codes
- Emotionale Ansprechbarkeit auf Musik

Dialogaufbau - Prozessstruktur



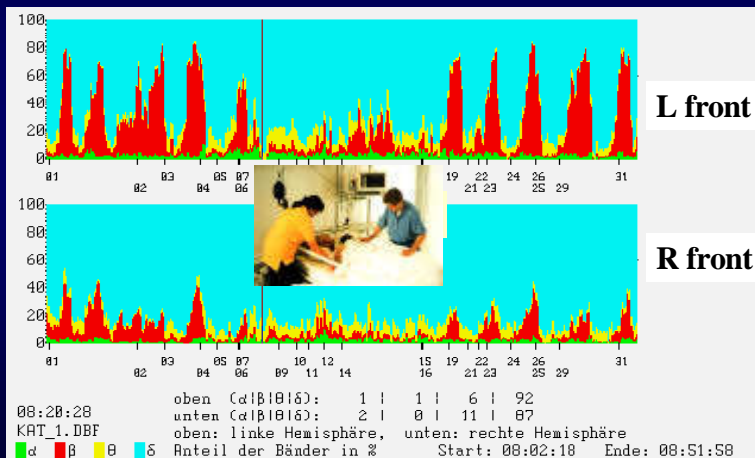
Körpernahe dialogische „Attraktoren“

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



Rolle der Angehörigen?

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



Aufbau von Ja/Nein-Codes

Elementare Codes

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

Elaborierte Codes

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



Video-Beispiel für Buzzertraining

Patient DF, 47 Jahre alt

Schweres gedecktes SHT mit Hypoxie
anfangs mehrwöchiges, tiefes Koma
danach wachkomaartiges, apathisches Bild

Pflegerische Situation:

„Willst Du mal raus aus dem Bett? Wenn ja, dann drück einmal drauf...!“

Video-Beispiel Musiktherapie

Annika, 16 Jahre

Schweres gedecktes SHT vom 3.1.2003

Mittelhirnsyndrom, prolongiertes Koma

Kau- und Schmatzbewegungen

Spastische Beugehaltung linker Arm

(tonisch-asymmetrischer Labyrinthreflex)

Tremor des rechten Armes

Musiktherapeutin: Karin Böseler, M.A.



7. Februar 2003



7. März 2003



2. Mai 2003



19. Mai 2003



4. Juli 2003

Remission und Outcome (Studie)

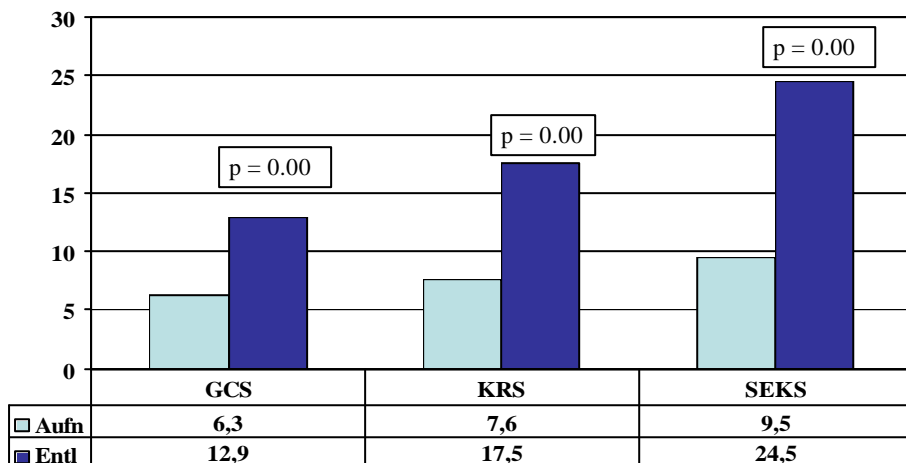
Abteilung für Schwerst-Schädel-Hirn-Geschädigte (Frührehabstation), Oldenburg
Prospektive Studie 1997-2004

Einschlusskriterien:

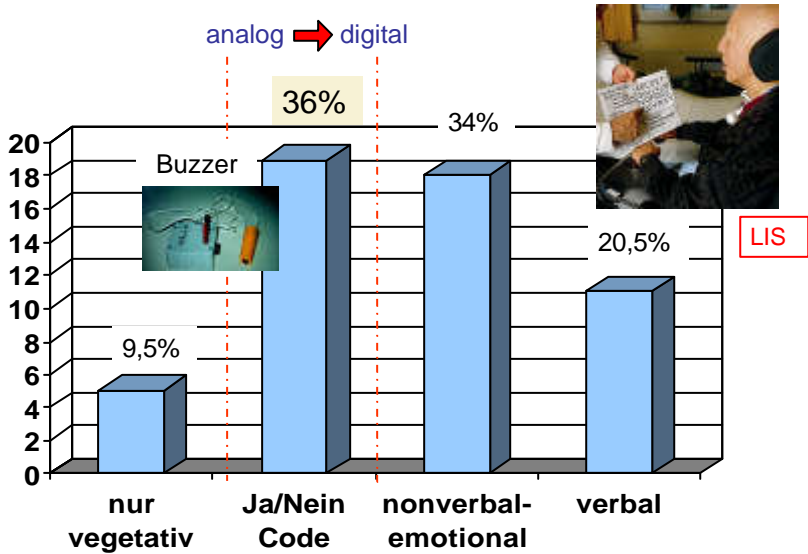
- Schweres SHT (CT, MRT, EEG)
- Komadauer mind 21 Tage („Wachkoma“)
- GCS_A max 8/15 Punkte
- KRS_A max 12/23 Punkte
- **GOS 2 Punkte („apallisch“)**

Outcome - Komaskalen

(Vergleich Mittelwert Aufn/Entl N = 53)

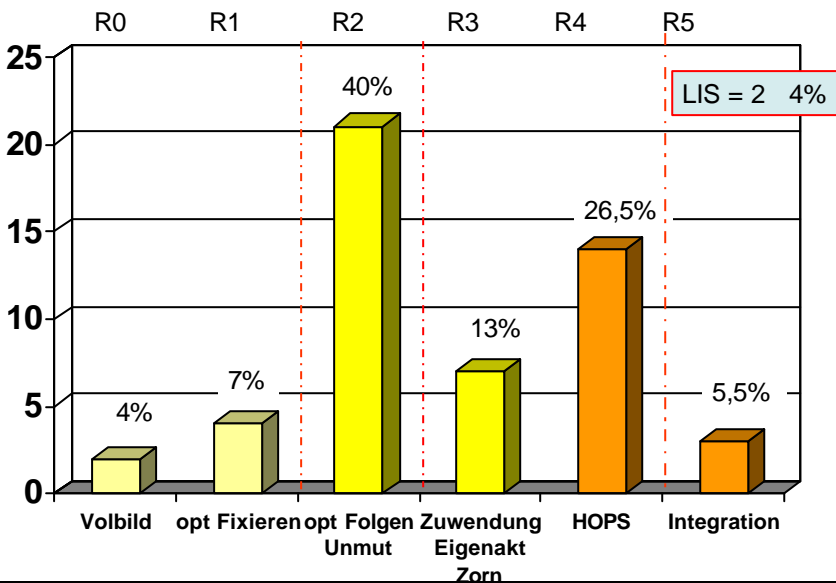


Ergebnisse - Kommunikationsstatus



Ergebnisse – Remissionsstatus

[modifiziert nach Gerstenbrand 1967: 55]



Soziale Perspektive – Ethik

Wachkoma als menschliche Seinsweise

- Medizinische und ethische Herausforderung
- Trotz schlechter medizinischer Prognose: Entwicklung einer sozialen Perspektive (Integration und Teilhabe: SGB IX)
- Gradmesser und Prüfstein für die Humanität einer Gesellschaft:

Der Wachkoma-Patient als Mitbürger!

- **Forschung!!**

IV Locked-in-Syndrom

**"Ich kann mir keinen Zustand denken,
der mir unerträglicher und schauerlicher wäre,
als bei lebendiger und schmerz erfüllter Seele
der Fähigkeit geraubt zu sein,
ihr Ausdruck zu verleihen."**

**Michel de Montaigne (1533-1592)
(Essais)**



Älteste Beschreibung in
"Der Graf von Monte Christo"
von Alexander Dumas (1802-1870):
Monsieur Noirtier de Villefort wird als
"Leichnam mit den lebenden Augen"
beschrieben.



„Thérèse Raquin“, Paris (1867):

„[] blieb sie plötzlich mit klaffendem Mund mitten
in einem Satz stecken, als werde sie erwürgt ...
nur noch eine halb lebendige Leiche, die sah und
hörte, aber nicht sprechen konnte.“

Emile Zola (1840-1902)

LIS-Outcome-Studie Oldenburg 1997 bis 2005

N=14

Alter im Durchschnitt 55,5 (31-68) Jahre

M=10, F=4



Akutphase



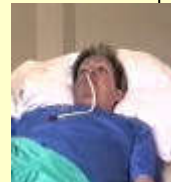
nach 24 Std.

Koma, Vigilanzstörung

Tetraplegie

Dysphagie

Anarthrie



**Blinzeln, vertikale
Augenbewegungen**

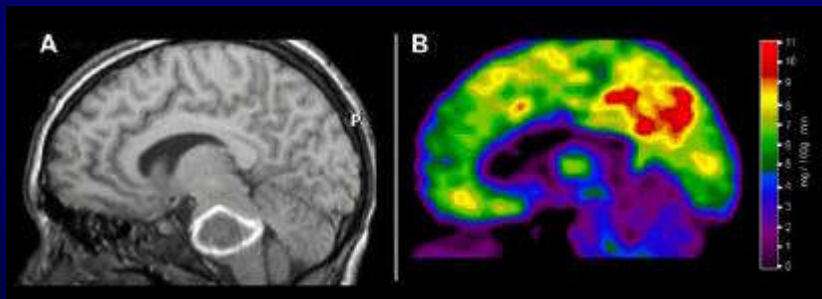
Neuropsychologisch topische Syndromanalyse

Syndrom	Hauptläsion	Verhalten/Zeichen
Koma	Diffus, multilokulär Hirnstamm: ob. Pons	Hypoarousal, kompl. Reaktionslosigkeit
Wachkoma	u.a. ob. Mittelhirn	Arousal, hochgradige Dissoziation
Locked-in	ventrale Pons bds.	wach, deifferentiert vert. Augenbewegungen
Hypersomnie	Hypothalamus	dauerhaft schlafend
Akin. Mutismus	frontolimb, SMA bds	wach, initiativlos
Dissoz. Stupor	Striatum (Dopamin ↓)	erstarrt, ↓ ansprechbar

Diagnostik mit neuer Bildgebung (MRT/PET)

Ponsblutung

Intakte kortikale
Stoffwechselaktivität



Laureys 2005

Patientin H.B., 56 Jahre

Basilaristhrombose 27.05.1997

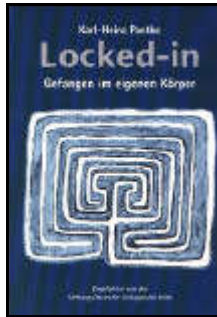


Körpereigene/körperfremde technische Kommunikationshilfen



Pat. R

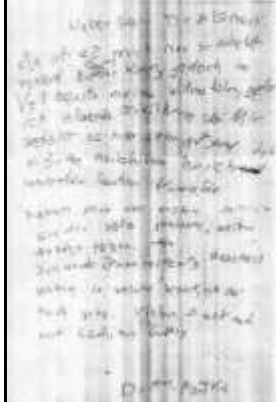




(1999)

"Ich war bei vollem Bewußtsein, konnte aber keinerlei Kontakt mit der Außenwelt aufnehmen.

Ich war Gefangener meines eigenen Körpers..."



← Handschriftliche Notiz von Dr. Pantke:

"Lieber Herr Doktor, da ich mich z.Z. nur schlecht verbal äußern kann, jedoch im Vollbesitz meines Willens bin, gebe ich folgende Erklärung ab: Mir geht es hier sehr gut, und ich möchte hier bleiben, bis ich wieder gehen kann.

Sie haben mir den ersten Schritt aus der Hölle gewiesen, weitere werden folgen..."

Selbsterfahrung von Dr. Pantke (1999)

„Die Geschichte meiner Krankheit“

Ereignis/Situation	Gefühle
Beginn	Übelkeit, dann Explosion im Kopf Alptraum, Verlassen des eigenen Körpers, dissoziative Körperwahrnehmungen
Notarzt	wurde mit den Worten „und Exitus“ für tot erklärt
Intensivstation	Traum und Realität verschwommen Gefühl, aus mehreren Personen zu bestehen, Luftnot/Erstickungsangst „Ich stand an der Pforte des Todes.“

Ereignis/Situation Gefühle

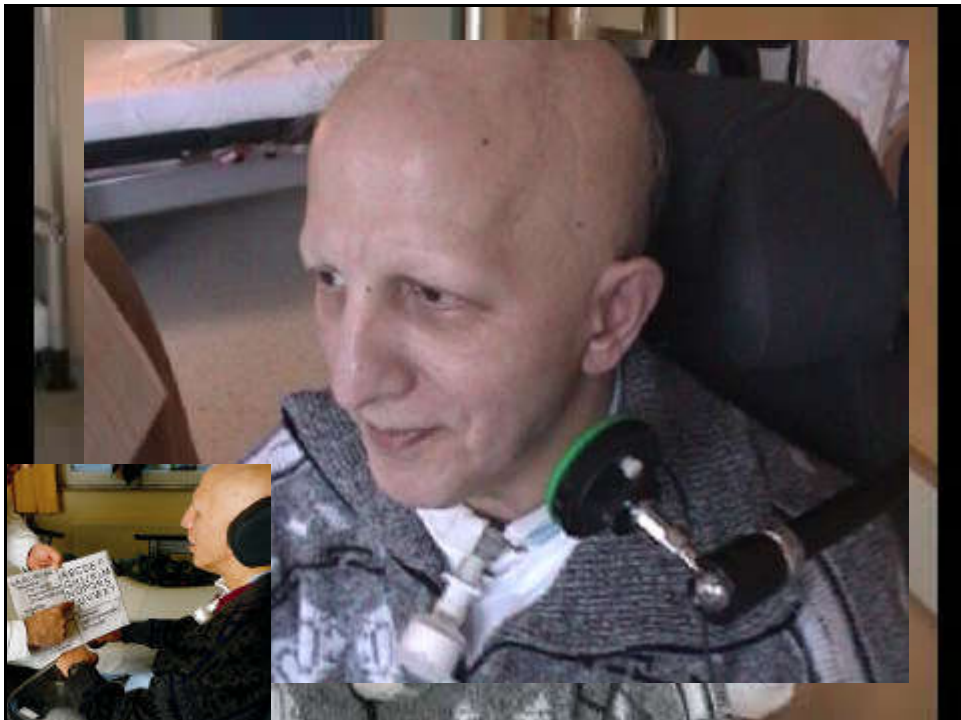
Frührehabstation	gut aufgehoben
Rehabilitation	„Man wollte mir einreden, dass sich mein gesundheitlicher Zustand nicht mehr ändern würde“, was auf ihn traumatisierend und stigmatisierend wirkte, Entmutigung
Bis heute	quälende Depressionen, Ängste (wären sonst nicht so heftig ausgebrochen). „Der Körper gesundet schneller, die Psyche langsam, vernarbt.“ Zurückgeworfen auf die „nackte menschliche Existenz.“

Lebensqualität für Betroffene

- Locked-in-Patienten stufen ihre eigene Lebensqualität „schlechter als Krebspatienten“, aber „besser als terminal Kranke“ ein.
- Viele leiden an Depressionen, jedoch wünschen alle, im Falle einer Pneumonie mit Antibiotika behandelt zu werden.
- Von 7 Langzeitüberlebenden (< 11 Jahre) hatten 54% niemals an Sterbehilfe gedacht, 46% kürzlich daran gedacht, und kein Patient hatte eine DNR-Order. (Doble et al. 2003)

Cinical Review: Smith & Delargy (2005)

- Die Lebenserwartung von Locked-in-Patienten hat sich verbessert. Mortalität: 14% in fünf Jahren.
- Frührehabilitation hilft Patienten einige Funktionen wieder zu erlangen
- Frühe Aufgabe sind Dialogangebote und die Bereitstellung/eines effektiven Kommunikationssystems (Zeigetafel, Buzzer, Talker etc.)
- Der Einbezug der Familie in die Rehabilitation ermöglicht evtl. die Rückkehr nach Hause
- **Trotz schwerer Behinderungen wünschen die Patienten nicht zwangsläufig, zu sterben!**



V Fazit

Bedeutung für medizinische Wissenschaft und Erkenntnis?

- Von den Erfahrungen der Betroffenen lernen, ihre Erfahrungen als Quelle der Erkenntnis verwenden
- Subjektwissenschaftliche Erweiterung des verobjektivierenden, empirisch-analytisch Wissenschaftsverständnisses
- Integration in ein „ganzheitliches“ Menschenbild / Wissenschaftsverständnis

„Ganzheitlichkeit“? (1)

Umfassendes Verständnis vom Menschsein (Ontologie):

- Entwicklung als Mensch/Person
- Angewiesensein auf andere (Beziehung)
- Somatisch-psychisch-soziale Einheit
- Komplexer multidimensionaler Gegenstand
- Körper/Leib, Seele, Geist
- Kultur, Transzendenz

„Ganzheitlichkeit“? (2)

Überwindung der Spaltungen zwischen den Erkenntnismethoden

- Alle Methoden der Erkenntnisgewinnung als Vielfalt in der Einheit nutzen:
- Phänomenologie
- Dialektik
- Empirisch-analytische Methode
- Hermeneutik

WHO-Konzept ICF (2001)

Gesundheitsproblem einer Person
(Gesundheitsstörung, Krankheit, Behinderung)

