

Menschen in anderen Bewusstseinszuständen auf der Intensivstation

Wie kann ich Ihnen hilfreich begegnen?

A) Von welchen Menschen sprechen wir?

- Auf die Intensivstation kommen Menschen, die eine intensive und umfassende Beobachtung / Behandlung ihrer Lebensfunktionen brauchen – zum Beispiel nach einer Operation, einem Unfall, einer lebensbedrohlichen Erkrankung. Ziel ist die Stabilisierung und Verbesserung der überlebensnotwendigen Körperfunktionen. Die Intensivstation ist eine Durchgangsstation, von der man nach einiger Zeit wieder auf eine Normalstation kommt – um dann entlassen zu werden. Viele Patienten sind ansprechbar.
- Eine besondere Herausforderung – gerade auch für die Angehörigen – sind Patienten, die nicht bei Bewusstsein sind. Prof. Dr. Heesen, Chefarzt der anästhesiologischen Intensivstation des Klinikums am Bruderwald, Bbg. hat einmal folgende Bewusstseinszustände unterschieden: Wachbewusstsein / Alltagsrealität – Trance – Schlaf – Narkose / künstliches Koma – Wachkoma mit verschiedenen Stufen.
- Koma meint dabei: „...einen Zustand der Bewusstlosigkeit und Reaktionslosigkeit, der vom Schlaf dadurch zu unterscheiden ist, dass die Person nicht auf externe Stimulation (Rufen, kneifen, ...) oder auf innere Bedürfnisse (volle Blase, ...) reagiert. Koma resultiert aus der Störung oder Schädigung von Bereichen des Gehirns, meist des Großhirns und oberer Teile des Hirnstammes, die an bewussten Aktionen oder der Aufrechterhaltung des Bewusstseins beteiligt sind.“ Dazu gehört auch der Verlust des Schlaf – Wach – Rhythmus. (USA – nach Amy Mindell)
- Mir hilft ein Bild, eine Analogie für das, was im Koma geschieht:
Ein Autounfall – das Auto liegt im Graben, sitzt fest; der Fahrer ist im Auto eingeschlossen; er will das Auto bewegen, aus dem Graben heraus: es tut keinen Rucker, keine Bewegung des Autos.
Wir Außenstehende können nicht in das Auto hineinsehen – merken also nichts von dem, wie es dem Fahrer geht, was bei ihm abläuft.
 + Die erste Hilfe, die auch langfristig weiter geleistet werden muss: die Medizin versucht, das Auto – den Körper – wieder flott zu machen, zu „reparieren“ – das Überleben und dann das Leben zu sichern oder Schmerzen und Symptome zu erleichtern.
 + Und: Ärzte, Pflegende und andere versuchen, den „Fahrer“ zu unterstützen, mit ihm zu kommunizieren – damit er mit seiner Situation (besser) umgehen kann.
- Prof. Dr. Zieger (Leiter der Station für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte / Frührehabilitation Oldenburg)¹ betont mit Blick auf das **apallische Syndrom** oder **Wachkoma**, dass es sich um **keinen defektiven Endzustand** handeln muss, sondern als ein **Zwischenstadium** in der Entwicklung neuen Lebens aus einem tiefen Koma heraus in Erscheinung treten kann. Mit modernen **bildgebenden Verfahren** wurde nachgewiesen, dass im apallischen Syndrom **fragmentierte kortikale Restfunktionen** bestehen, mit meinen Worten: Es gibt noch funktionierende **Inseln** im Bereich der **Hirnrinde**. Zu den **Restfunktionen**, die nachgewiesen werden konnten, gehören z.B. Schmerzverarbeitung, Gesichtererkennen, Hören vertrauter Stimmen. Bei **frühzeitiger, intensiver Zuwendung und Kommunikation** lassen sich die schweren Formen oder ein „Steckenbleiben“ im **apallischen Syndrom** häufig vermeiden.

¹ A. Zieger, Informationen und Hinweise für Angehörige von Schädel-Hirn-Verletzten und Menschen im Koma und Wachkoma (sog. Apallisches Syndrom), 9. Aufl. 2004, S. 8

- **Die Forschung geht davon aus, dass ein Mensch im Koma, in einem anderen Bewusstseinszustand, nicht tot, nicht weg ist – er erlebt etwas, auch wenn ich als Außenstehender dazu keinen Zugang habe:** aktuelle Gefühle, Gedanken, innere Bilder (vergleichbar ist zum Beispiel, wenn wir uns in Urlaubserinnerungen hineinversetzen; wenn wir träumen). Allerdings hat der andere in diesem Zustand des Komas keine Kontrolle, wie sie unser Wachbewusstsein hat. Deshalb braucht es klare Ansagen und Informationen, was vor sich geht.

- **Was ist das für ein Erleben im Koma, wenn man den von Prof. Hannich ausgewerteten Berichten folgt?**

Die Außenrealität wird illusionär verkannt und häufig als sehr bedrohlich bewertet. **Ärzte und Pflegende** werden in ihrer Funktion als **Verfolger missdeutet**: Sie werden zu „Verbrechern mit Masken“, „Gefängnis-Wärtern“ und „Sklavenhändlern“, um nur einige Beispiele aus den Berichten zu nennen.

Auch die **medizintechnischen Geräte** werden solcherart missdeutet: Aus dem pochenden Geräusch des **Dialysegeräts** wird das Marschieren von Truppen auf einem Schlachtfeld. Das fahrbare **Röntgengerät** wird zum Dinosaurier, der den Menschen im Bett zu verschlingen droht.

Die Patienten erleben sich überwiegend als **schutzlos** ausgeliefert. Eine **reflexive Distanzierung** wie im Wachbewusstsein ist ja nicht möglich. Was der Patient erfährt, bezieht er **direkt auf sich**. Die Welt wird elementar in **gut und böse** eingeteilt. D.h. vergleichbar einem **Säugling** erkennt der Komatöse an der Art, ihn zu **berühren**, an **Stimme und Tonfall**, am **Geruch**, ob da positive oder negative Zuwendungen kommen.

- Die Inhalte dieses Erlebens kann ich als Außenstehender nicht erkennen, verstehen. Allerdings kann ich den Ausdruck sehen, miterleben – z.B. in Blutdruckveränderungen, Stirnrunzeln, Atemveränderungen, Temperaturveränderungen, Bewegungen der Augen und Gliedmaßen, ...
- **Prof. Dr. Zieger** leitete ein interdisziplinäres Forschungsprojekt zur **Koma-Stimulation** und zum **Koma-Monitoring**. Eine wichtige Rolle spielte dabei die **Einbeziehung vertrauter Personen**, Familienangehöriger, die regelmäßig zu Besuch kamen und mit den Patienten durch **Ansprache und liebevolle Berührung** in Beziehung getreten sind. Die **Ergebnisse** des Forschungsprojekts sind veröffentlicht.² Menschen im Koma und Wachkoma verfügen demnach über die Fähigkeit, spontan und aufgrund von Reizangeboten ihr **inneres Verhalten** (engl. „covert behavior“) auszurichten und zu synchronisieren. Bevor es zu offenen, von außen beobachtbaren Verhaltenszuständen kommt (engl. „overt behavior“), sind **verdeckte Verhaltensänderungen** feststellbar durch Messung vegetativer und zentralnervöser Aktivitäten.

B) Was bedeutet dies für mich als Begleiter eines komatösen Menschen?

- Mich begleiten bis heute die **Sätze eines Kollegen aus der Seelsorge** – gesprochen zu einer jungen Frau im Koma; er sagte:

„Grüß Gott – ich will Sie besuchen; daß Sie meine Stimme hören, sich daran gewöhnen. ... Ich bin Peter F...., der Pfarrer hier auf dieser Station... Ich sehe Sie Sie brauchen Hilfe; viele Kabel und Schläuche helfen beim Atmen – helfen, damit Sie leben können – wenn Sie das wollen... Ich lege Ihnen meine Hand auf Ihre.... ich weiß nicht, ob Ihnen das angenehm ist oder nicht – Sie können mir ein Zeichen geben, durch bewegen,.....— wenn Sie wollen... Ich freue mich, wenn wir uns dann vielleicht

² A. Zieger, H. Hildebrandt, A. Engel, K. Kleen, B. Bußmann: Interventionsbegleitendes Monitoring mit Hilfe ereigniskorrelierter autonomer und elektrokortikaler Potentiale während Koma-Stimulation nach schwerem Schädel-Hirntrauma. Neurol Rehabil. 4 (1998)

einmal sehen und reden können...Ich komme wieder, dann kennen Sie meine Stimme auch schon ... (Segenswort) .. Auf Wiedersehen!“

➤ Mich beeindrucken diese Sätze, denn ich spüre und erlebe in ihnen **eine Haltung, die mir für das Begleiten von Komatösen (und Sterbenskranken) wichtig erscheint:**

1. Respekt vor dem Menschen, der trotz Bewußtlosigkeit keine Sache ist, der ein – anderes – Bewusstsein hat;
2. Er ist ganz nah an dem, was er sieht, an der Situation;
3. Er ist vorsichtig, zurückhaltend mit Grenzüberschreitungen – Berührung;
4. Er bittet um Zeichen, – um körperliche Signale als Antwort/Reaktion;
5. Er liefert keine Interpretationen von Inhalten; er vertraut darauf, daß das, was in der Frau passiert, seinen Sinn hat;
6. Er hat den Druck abgelegt, mit der Sprache kommunizieren zu müssen.

➤ Was tue ich, was kann ich tun?

Es gibt in der Begegnung mit Menschen in einem künstlichen oder auch realen Koma **vielfältige Kanäle der Wahrnehmung**. Wenn jemand über einen Besuch beim Koma-Patienten sagt, „**Bei dem passiert ja nichts...**“, dann heißt das vor allem **zweierlei:**

- Er hat **nicht wirklich hingesehen** und
- er hat sich **keine Zeit** für diese Begegnung gelassen.

Also: Es gibt vielfältige **Kanäle der Wahrnehmung**, so viele, wie uns **Sinne** zur Verfügung stehen. – Die **Sprache des Komatösen** ist häufig eine **muskuläre Antwort**, die minimale Bewegung eines Augenlids zum Beispiel. Dies stellt eine **große Anstrengung** dar, „ist eine große Geschichte“ für den Patienten. Dafür braucht es **Zeit**. Und es muss beantwortet und gewürdigt werden: „**Ja, ich sehe es... Ja!**“

Anregungen zur Begegnung für Pflegende, Angehörige, Seelsorgende ...

1. **Kontakt aufnehmen:** Ich stelle mich vor – ich sage, was ich tue – ich lasse den anderen an der Normalität teilnehmen (wenn ich zu Hause vorgelesen haben, dann tue ich dies hier auch usw.)

Ein sehr geeigneter Weg der Kontaktaufnahme ist der Atem. Wenn ich mit dem Patienten mitatme und ihn das durch behutsame Berührung mit meiner Hand auf seiner Hand oder mit meiner Hand auf seiner Brust spüren lasse, dann kann sich der Atem minimal verändern. Es kann eine „kleine Zwiesprache“ entstehen. Und dabei auf die minimalen Signale achten: Atem / Augen-, Mund-, Körperbewegungen / Haut / Geräusche.... – hierfür braucht es Geduld und Konzentration, manchmal dauert es 15 oder 20 Minuten bis eine Reaktion zu erkennen ist – wenn überhaupt.

2. **Wege finden:** Ich sage etwas zu meinen Absichten („Ich folge Deiner Atmung, und ich möchte allem folgen, was in dir geschieht. Alles was äußerlich und innerlich mit dir passiert, ist wichtig, weil es uns zeigt, wie es weiter gehen soll. Es zeigt uns den Weg.“) Ich fordere ihn auf, alles zu beachten, was geschieht – „Nimm dir Zeit und schaue, höre oder fühle...“.

3. **Die Signale aufgreifen:** Ich beschreibe, was ich sehe, greife es auf, indem ich es mitmache, verstärke, sage was ich wahrnehme... Wie Sie reagieren zeigt dem Komatösen, daß Sie in Verbindung mit ihm sind. Ich bleibe in dem was ich sage eher unbestimmt was die Inhalte angeht und zugleich bestätigend: „Ja, das ist jetzt wichtig; genau so muß Du es tun, jawohl. Ah, mach das noch mehr. usw.“ – Wichtig ist dabei zuerst meine Haltung: Ich glaube, daß es wichtig und sinnvoll ist, was gerade im anderen abläuft – und ich versuche ihm zu helfen, daß er nicht stecken bleibt. Ein solcher Kontakt kann nicht zustande kommen, ohne Antwort / Reaktion bleiben; er kann von minimalen Reaktionen über den Austausch mit Hilfe eines binären (JA-Nein) Signalsystems bis hin zum kurzfristigen oder dauerhaften Erwachen reichen.