

1 Einleitung: Wozu Tiefenwahrnehmung?



Der lange Gang der Intensivstation. Für viele Patienten ein Bild für die Wirklichkeit, die sie dort erfahren: Sie haben einen langen Weg vor sich. Je länger sie da sind, um so bedeutender wird für sie und die anderen Beteiligten die Frage, wie sie sich zu einem möglichen Ziel der Behandlung verhalten. Auch der Patient, der nicht sprechen kann, hat etwas zu sagen. Welche Veränderung in der Kommunikationsperspektive braucht es, um ihn zu verstehen und ihm eine Resonanz zu geben?

Tiefenwahrnehmung (oder Raumwahrnehmung) ist ein Begriff aus der Wahrnehmungspsychologie. Ausgehend von der Position des Betrachters wird damit beschrieben, wie im Zusammenspiel von Bewegungsästhetik, Akustik und visueller Erfahrung die Wahrnehmung eines Raumes möglich wird.

Wir haben den Begriff auf die Wahrnehmung von Komapatienten übertragen. Ausgangspunkt ist die innere Positionierung des Besuchenden, die durch Introspektion am Anfang eines Kontaktes erfolgt. Danach folgt die visuelle, akustische, sensitive und intuitive Aufmerksamkeit für den Patienten. Alles, was sich im äu-

ßeren und inneren Raumgeschehen ausdrückt, betrachten wir als Beziehungsge-
schehen zwischen zwei Menschen in unterschiedlichen Bewusstseinslagen. Mit an-
deren Worten: Oberflächlich sehen wir einen Menschen, der auf übliche Kommu-
nikationsangebote nicht reagiert. In der Tiefenwahrnehmung entdecken wir die
Begegnung mit einem Menschen, der seine Anteilnahme am Geschehen in einer
anderen Weise ausdrückt. Die neurologische Bewertung des Bewusstseins und der
Resonanzfähigkeit eines Menschen im Koma bestärken die Haltung, dass dieser
Mensch nicht abwesend ist. Er ist auf einer anderen Ebene gegenwärtig und reso-
nanzfähig, auf der er etwas zeigt. Darauf wollen wir achten, denn wahrgenommene
Beziehungsfähigkeit ist die Grundlage menschlicher Existenz.

Warum sich um ein solches Thema in einem Grenzbereich bemühen? Alle Mit-
arbeitenden auf der Intensivstation – ärztliches und therapeutisches Personal, Pfl-
gende und Seelsorgende – können ihre Arbeit machen, ohne sich mit Wahrneh-
mung oder gar Tiefenwahrnehmung als Kommunikation zu beschäftigen. Es kann
sogar gut sein, in manchen Situationen funktional und *bewusst* Anderes ausblen-
dend zu arbeiten. Der Patient wird trotzdem professionell und gut behandelt. Wenn
der Patient dabei im Koma³ ist und nicht spricht, so stellt das für die Behandlung
kein Problem dar.

Allerdings geht es auf einer Intensivstation fast immer um Grenzbereiche. Die
Intensivstation ist nicht nur ein Ort, wo man viel im Griff haben muss, sondern wo
es auch Ergriffenheit und phänomenologische Grenzerfahrungen gibt. Das wird
deutlich, wenn erfahrbar wird, dass ein Mensch mehr als die Diagnose und die zu
erfassenden Parameter ist. Die Beteiligten sind berührt, dass er mit den Interven-
tionen und Angeboten anders umgeht, als es zu erwarten wäre und erhofft wurde.
Dann ist zu spüren, dass das, was mit und an einem Menschen vorgeht, mehr als ein
technischer Vorgang ist, auf den man mit genauen Abläufen reagiert. Diese Erfah-
rung weist eine Spur, vielleicht anders zu handeln oder mit dem Menschen zu
interagieren.

Die Berufsgruppen der Intensivstation arbeiten mit unterschiedlichem Können
und Perspektiven daran, Menschen in einer körperlichen existenziellen Bedrohung
zu helfen und beizustehen. Diese Aufgabe kann jeder von ihnen gut erfüllen. Dazu
gehört aber auch, darauf zu schauen, wie sich der Patient zum Angebot der Hilfe
verhält. Echte Hilfe ist, den anderen wahrzunehmen und damit umzugehen, wie er
sich zeigt und was er annehmen kann oder will. Das geht das Schaffen aller an. Mit
Menschen in Wachzuständen ist das eher leicht. Da kann man sich meistens über die
Sprache oder eine Geste verständigen und Resonanz einholen. Aber wie ist es, wenn
die Sprache versagt? Dann wird eher *über* einen Menschen gesprochen als mit ihm.
Dabei kann er leicht in die Objektivität abgleiten. Schmerzempfinden, Angst-
erfahrung, körperliches Leid und das Wachbewusstsein können medikamentös
ausgeschaltet werden. Trotzdem zeigt sich der Mensch aus dem Tiefenbewusstsein
heraus: Auch wer nicht sprechen kann, hat viel zu sagen. Das würde im Umgang mit

3 Wenn hier von *Koma* die Rede ist, bezieht sich das auf Patienten, die sich nach der *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) auf den Stufen - 4 (Tiefe Sedierung. Keine Reaktion auf Ansprache, aber irgendeine Bewegung auf körperlichen Reiz.) und - 5 (Nicht erweckbar. Keine Reaktion auf Ansprache oder körperlichen Reiz.) befinden.

ihm bedeuten, auf Regungen und Resonanzen zu achten, die aus dem tieferen Bewusstsein kommen könnten. Dieses ist auch im Koma aktiv, denn es gibt »dort« beispielsweise Träume und Erfahrungen. Es wäre ein Trugschluss, aus der medizinischen Bewusstlosigkeit einen völligen Verlust des Bewusstseins abzuleiten. Das wird weder Menschen in anderen Bewusstseinszuständen noch den Behandelnden gerecht.

Bei der Arbeit in genau diesem Grenzbereich kann die *Struktur zur Tiefenwahrnehmung* helfen, für Möglichkeiten einer Wahrnehmung und Kommunikation jenseits der Sprache und in verschiedenen Bewusstseinssebenen zu sensibilisieren. Sie kann einen Diskurs in einem Team anregen, in Einzelbegegnungen hilfreich sein und in Grenzsituationen erweiterte Wahrnehmungs- und Kommunikationshaltungen eröffnen. Das kann aktuell oder retrospektiv umgesetzt werden.

Dieser Leitfaden beansprucht keine Deutungshoheit. Er ist als Übungsweg innerhalb einer Intensivstation entstanden, auf der eine Kultur der Achtsamkeit gelebt wird: tägliche gemeinsame Übergabe mit Team- und Ethik-Timeout, Kommunikation quer durch die Hierarchien sowie ein aufmerksamer, integrierender Umgang mit Angehörigen. Die Kunst der Intensivmedizin ist verbunden mit dem Interesse, Menschen und deren Geschichten, die mitschwingen, zu verstehen und damit umzugehen.

2 Lebensraum Intensivstation: Ort intensiven Lebens



Das Bett eines Intensivpatienten ist sein Lebens- und Erlebensraum in einer Situation, in der um sein körperliches Überleben gekämpft wird. Seine Präsenz entfaltet sich auf gut 1,5 Quadratmetern. Er zeigt sich, drückt sich aus und interagiert mit den Behandelnden und denen, die ihn besuchen.

Die Intensivstation ist potenziell ein Ort der Entfremdung. Die technische Fähigkeit zur Manipulation der Vitalfunktionen eines Menschen ist hoch. Man kann die Atmung unterstützen und detailliert steuern oder Organersatzverfahren einsetzen, die einzelne Organfunktionen oder sogar ganze Organe zumindest zeitweise ersetzen können. Alles in allem bedeutet dies weniger oder mehr Intervention zum körperlichen Überleben. Dabei müssen Eingriffe in einer hohen Distanz zur leiblichen und seelischen Einheit und Unversehrtheit des Menschen durchgeführt werden. Die Handelnden agieren in emotionalem Abstand, um durch maximale Manipulation und Überbrückung von Dysfunktionen die Körperlichkeit des Menschen zu retten. Der zu Rettende ist in einem Bewusstseinszustand, der unterschiedlich

beschrieben werden kann: Sein Bewusstseinszustand ist vom Wachbewusstsein unterschieden, er ist bewusstlos, er ist in die Bewusstlosigkeit gefallen, ist sediert worden, wurde ins Koma gelegt oder ist ins Koma gefallen. Schon die Unterschiedlichkeit, wie über den Zustand der Abwesenheit einer reflektierenden geistigen Präsenz gesprochen werden kann, verdeutlicht, dass dabei nicht die Rede von der Auflösung des Subjekts sein kann: »*Er bekommt nichts mehr mit*« beschreibt eine Vereinfachung, die die maximale Manipulation erleichtert oder gar erst möglich macht. Damit ist aber keine Aussage über den Persönlichkeitszustand, in dem sich der Mensch befindet, gemacht. Wenn ein Mensch im Moment der Intubation oder der Anlage eines Organersatzverfahrens dem Objekthaften näher scheint als seiner Subjekthaftigkeit, ist er aus seiner untrennbaren wechselseitigen Bezogenheit und Verbundenheit von Subjekt und Welt nicht herauslösbar oder herausgelöst. Im Innersten gibt es in den Behandelnden ein Bewusstsein, dass hier nicht um eine Abstraktion, sondern um einen Menschen gekämpft wird. Es gibt eine wechselseitige Anteilnahme, die auf der einen Seite professionell kontrolliert und zurückgehalten wird und auf der anderen Seite nicht abgefragt oder wahrgenommen wird. Wenn aber die Erstversorgung erledigt ist und jener Zustand erreicht ist, der in der intensivmedizinischen Sprache eine Zufriedenheit ausdrückt: dass nämlich *der Patient stabil⁴ ist*, dann tritt der Prozess in eine andere Phase, in der der scheinbar objekthafte Patient in eine mindestens subjekthafte Position wechselt. Die Wahrnehmung der Werte über Monitore und Blutgasanalysen bis hin zu der Beobachtung der Verstoffwechselung eröffnen ein dialogisches Geschehen. Dabei geht es um die Frage, wie der Patient zeigt, in welcher Weise er die Intervention und Hilfe rezipiert. Obwohl also der Mensch an sich, spricht man ihn an, in der Regel stumm bleibt, geht es um Resonanz mit Fokus auf körperliche und objektive Kriterien. Die Gefahr steht dabei im Raum, die Subjekthaftigkeit des behandelten Menschen zu vernachlässigen. Doch auch der *stumm leidende* Mensch nimmt am Leben teil und teilt sich dem Leben mit.

Schließlich werden Menschen, egal auf welcher Seite des Geschehens, mit Macht und Ohnmacht konfrontiert: »*Machen Sie bitte alles!*«, »*Wir können nichts mehr machen ...*« oder »*Er wollte nie so (an Maschinen) weiterleben.*« sind Sätze, die hier oft zu hören sind. Während das Intensivpersonal *alles* für den Patienten macht, wissen die Angehörigen in den schwersten Momenten nicht mehr, was *sie* machen sollen und haben zugleich oft eine enge innere Verbundenheit mit dem Patienten. Die *Struktur zur Tiefenwahrnehmung* ist ein Instrument, den Blick auf Handlungsräume zwischen Macht und Ohnmacht zu eröffnen. Jeder kann sich damit in seiner Weise als Wahrnehmender einbringen.

4 »*Stabil*« bedeutet hier, dass sich keine akute Lebensgefahr zeigt. Das heißt aber auf der anderen Seite, dass der Patient außerhalb einer Intensivstation trotzdem nicht überlebensfähig wäre.

2.1 Entdeckungen

»Ich ahne, warum ich hier bin«, sagt ein Patient. Vor einigen Monaten wurde er mit einer Lungenerkrankung auf die Intensivstation gebracht. Dort hat er Koma, Erwachen und einen Kampf um die Atemluft erfahren. Als äußeres Zeichen ist ihm ein *Tracheostoma* geblieben. Damit kann er zeitweise ohne Gerät atmen und mit einem entsprechenden Aufsatz wieder sprechen. Den größten Teil des Tages verbringt er noch an einem Beatmungsgerät. Immerhin muss ihn dieses nur noch unterstützen; die Atemzüge kann er weitgehend schon selbst tun.

Er nutzt die halbe Stunde mit der *Sprechkanüle* und erzählt von seiner Partnerin. Die beiden haben den Kontakt zueinander verloren. Er beschreibt sie als streng und gewissenhaft; sich selbst kreativ, chaotisch und mit wenig Struktur. Dann kommen ihm die Tränen und er berührt seinen Brustkorb: »Ich weiß, dass die Krankheit mit meiner Lebensgeschichte zu tun hat.« Er berichtet von Sprachlosigkeit, Abtauchen in die Verständnislosigkeit und wie er »atemlos« wurde bei seinen Anstrengungen, sich wieder zu finden.

Was dieser Mensch innerlich und in seiner Sozial- und Weltbeziehung erlebt, sieht er in seinem körperlichen Ergehen abgebildet. Indem er sich mit dieser Spur auseinandersetzt, schafft er eine Deutungs- oder Integrationsleistung. So gelingen ihm erste Schritte einer Krankheitsbewältigung. Er nutzt dazu einen zwischenmenschlichen Kontakt, in dem ihm Verständnis, Zuhören und Wahrnehmen angeboten wird.

Wahrnehmung verändert den Schauenden und den, der gesehen wird. Sie ist ein Schauen ohne Werten und ein Gesehenwerden ohne Drängen, und eröffnet zwischen dem Greifbaren und Unbegreiflichen einen *dritten Ort* mit der Möglichkeit zur *transpersonalen Kommunikation*. Dort kann die Wirklichkeit als Wechselwirkung zwischen dem Gegebenen und dem Geschehenden erfahren werden. Man kann dieses Phänomen mit *Eindruck*, *Atmosphäre* oder *Spirit* treffender umschreiben als beschreiben. Es geht in erster Linie um ein erfahrungsbezogenes Geschehen. Wenn dieses auf die Ebene einer geistigen Reflexion gehoben wird, dann kann wechselseitige Anteilnahme in einem unsicheren Geschehen entdeckt werden. Das ist ein nutzbarer stabilisierender Vorgang.

Was aber ist mit einem Patienten im Koma? Er kann nicht erzählen. Er ist in einem Zustand, in dem er existiert, aber nicht reflektiert – zumindest nicht so, wie es ein Mensch im Wachbewusstsein tun kann. Ihm fehlt die im Wort auszudrückende Resonanz auf eine Erfahrung. Auf der Ebene des gesprochenen Worts kann er sich nicht zeigen. Das bringt ein Ungleichgewicht in die Begegnung. Um ihn zu behandeln, spricht man über ihn. In dieser Lage wird deutlich, was das lateinische Wort *Patient* bedeutet: ein Leidender und Erduldender; er muss zulassen, dass ein anderer ihn behandelt.

Viele Patienten auf der Intensivstation können nicht sprechen. Wenn ich am Bett eines beatmeten Menschen oder eines Komapatienten sitze, erinnert mich das an eine Erfahrung aus meinem Leben, die wohl viele kennen. Ich lag krank im Bett und meine Mutter versorgte mich. Damals wurde sicherlich mehr ausgetauscht als Worte: leidende und besorgte Blicke, greifende oder beruhigend streichelnde Hän-

de, Herzenswärme, vielleicht auch ein gesummes Lied. Das alles kann als Kommunikation verstanden werden, also ein Austausch oder eine Übertragung von Informationen auf verschiedenen Arten und Wegen. (Röhner & Schütz 2020)

Die Begegnung mit einem Komapatienten ist von anderer Qualität als die zwischen Mutter und Kind. Aber der Patient kann mit seiner Form des Daseins eine existenzielle Frage anrühren: *Wo bin ich in diesem Zustand, in dem sich Wachsein und Schlafen nicht mehr abwechseln? Wenn Existieren, Leiden, Schlafen und Schweigen scheinbar alles sind, was ich von mir zeige?* Für seine Angehörigen stellt sich umgekehrt die Frage: *Was ist mit ihm? Wo ist er? Können wir ihn erreichen und wird er uns wahrnehmen?*

Die dritte Frage stellt sich für die meisten Angehörigen nicht wirklich. Sie wissen, dass Beziehung und Austausch mit dem Patienten möglich sind. Dabei sind sie sicher auch bewegt von der Überzeugung, dass es nicht anders sein kann, weil sie sonst verzweifeln würden. Das ist aber nur die eine Seite. Wenn Angehörige zugewandt und unterstützend begleitet werden und ein reflektiertes Gespräch möglich ist, dann wird ihre Kompetenz sichtbar, mit der sie feine Kanäle der Wahrnehmung und kommunikativen Interaktion aufspüren und nutzen. Damit zeigen sie, was der Kommunikationsforscher Paul Watzlawick (2017, Absatz 2.24) so beschreibt:

*»Man kann nicht nicht kommunizieren, [denn] zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehungen zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit basieren.«
(e.d., Absatz 2.64).*

Jede Form des Daseins eines Menschen ist ein Angebot zur Kommunikation. Er ist Mensch, indem er durch Geben und Nehmen in den Austausch und in Resonanz mit der Welt tritt. Vielfach wurde gezeigt, dass ein Mensch nicht existieren kann, wenn er von diesem Grundbedürfnis abgeschnitten ist. Reine körperliche Funktionalität hält den Menschen längerfristig nicht am Leben.

Der Mensch im Koma, der auf einer Intensivstation behandelt wird, steht unter großer Aufmerksamkeit, was seine körperliche Funktionalität angeht. Weil die Beziehungsebene zwischen ihm und den Behandelnden unterschiedlich ist, kann sein Kommunikationsbedürfnis leicht übersehen werden. Zudem ist das Handeln der Mitarbeitenden in eine naturwissenschaftliche Hierarchie eingeordnet. Kommuniziert und behandelt wird vorrangig auf der Ebene physischer (materieller) und replizierbarer Erkenntnis. Gesundheit ist aber vielschichtiger und mehr als die Abwesenheit von Krankheit⁵ und die Wiederholbarkeit von Prozessen. Sie ist auch ein dynamischer und phänomenologischer Zustand, dessen einzelne Faktoren sich komplementär zueinander verhalten. Darum braucht es, wenn ein Mensch in einem anderen Bewusstseinszustand ist, Aufmerksamkeit für diese komplementären

5 Verschiedene Definition von Gesundheit machen das deutlich, z.B. die Definition der WHO: »Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen« (WHO 2020) oder nach Aaron Antonovsky: »Gesundheit besitzt eine körperliche, psychische, soziale und ökologische Dimension und kann deshalb nicht alleine durch naturwissenschaftliche und medizinische, sondern muss zusätzlich auch durch psychologische, soziologische, ökonomische und ökologische Analysen erforscht werden« (Antonovsky & Franke 1997).

Aspekte. Man kann schauen, was er in seiner Weise zeigt und wie er darin wahrgenommen werden kann. Das Wahrgenommene kann durch Berührung oder Aussprechen verstärkt und dem Patienten als Resonanz angeboten werden. Dabei kann wiederum darauf geachtet werden, was er daraus macht. Das ist eine Option zur Kommunikation und ein Signal an einen Menschen in einem höchst unsicheren Zustand, dass er in seiner Umwelt Resonanz erzeugt. Was er letztlich daraus macht, lässt sich – wie jede behandelnde Intervention auch – oft erst zu einem späteren Zeitpunkt ausführlicher bewerten.

2.2 Grenzfragen

Es lässt sich nun die Frage stellen, ob ich einen Menschen im Koma überhaupt kontaktieren darf, wenn sich dieser nicht dazu verhalten kann.

Intensivmedizin findet zumeist statt im Grenzbereich zwischen den Fragen: »Was muss ich tun?« und »Was darf ich (nicht) tun?«. Erstere lässt sich meistens anhand von Leitlinien und Vorgaben auf dem neuesten Stand der Wissenschaft vergleichsweise leicht beantworten, für die zweite gilt es, sich zusätzlich noch am (mutmaßlichen) Patientenwillen zu orientieren. Diesen zu ermitteln ist auch dann erforderlich, wenn der Patient – wie im Koma – aktuell nicht einwilligungsfähig ist und sich vorher nicht dazu äußern konnte.

Der Wille des Patienten ist geprägt von seinem Recht auf Selbstbestimmung, seiner Würde, seinen individuellen Werten und Wünschen sowie seinen Bedürfnissen. Als eines der höchsten Bedürfnisse ist dabei die Sehnsucht nach Zugehörigkeit zu einer Gruppe, nach Beziehung, nach Nähe und Wertschätzung anzusehen. Auch der Mensch im Koma darf nicht nur zu einem Instrumentarium der Heilberufe werden, sondern hat das Recht auf Erfüllung dieser Bedürfnisse.

Das Bedürfnis nach Beziehung ist dabei sogar höher anzusetzen als das Recht auf eine mögliche Ablehnung eines Kontakts, denn eine Abwehrhaltung lässt sich überhaupt erst durch den Aufbau einer Beziehung erschließen. Die Herstellung eines Kontakts hilft herauszufinden, wie ich als Mensch genau diesem Menschen zu diesem Zeitpunkt dienlich sein kann, denn erst in der zwischenmenschlichen Begegnung kann sich ein Mensch als Subjekt zu erkennen geben.

Um dem Bedürfnis nach Zugehörigkeit mit der *Struktur zur Tiefenwahrnehmung* gerecht zu werden, beginne ich den Versuch einer Begegnung zunächst aus der Grundhaltung heraus, dass jeder Mensch grundsätzlich ansprechbar ist. Anschließend begeben wir uns auf eine Suche nach Beziehung zu diesem Menschen in höchster Not und Verletzlichkeit. Was sich dabei zeigt und einen Eindruck hinterlässt, ist ein Signal der Lebendigkeit des anderen. Ich bin präsent als Mensch vor einem lebendigen Menschen, der sich nur anders ausdrückt. *Ich bin da* und will bewusst *nichts erreichen*. Was ich dabei wahrnehme und möglicherweise ausspreche, ist Ausdruck dieser Begegnung. Ich nehme Anteil, aber ver füge nie über den an-

deren Menschen oder seine inneren Erlebnisse. Eine ablehnende Wahrnehmung respektiere ich hierbei immer.

3 **Neurologische Aspekte von Bewusstsein, Wahrnehmung und Koma**

Ein Beitrag von Dr. Frank Erbguth



Ein Komapatient, so kann man es verstehen, kommuniziert beispielsweise über den Monitor mit den Menschen, die mit ihm in Kontakt treten. Die Vitalparameter können etwas von einer Resonanz auf Berührung, auf Ansprache oder auf emotionale Anteilnahme abbilden.

3.1 Das »abgeschaltete« Bewusstsein

Es gibt unterschiedliche Zustände, in denen das menschliche Bewusstsein »abgeschaltet« ist oder zu sein scheint: