

**Informationen und Hinweise
für Angehörige von
Schädel-Hirn-Verletzten und
Menschen im Koma und Wachkoma
(sog. apallisches Syndrom)**

Andreas Zieger

9. Auflage

Oldenburg: Eigenverlag 2004

Broszura ta ma być pomocą dla państwa, abyście mogli sobie wyobrazić, co to jest śpiączka (koma) czy stan budzenia się ze śpiączki lub stan czujny śpiączki (Wachkoma) i w jakiej sytuacji pacjent się znajduje.

Powinny zostać podane wskazówki, w jaki sposób powinniście się państwo sensownie zachować i uzupełniać będąc na odwiedzinach w klinice, ośrodku pielęgnacyjnym podczas terapii lub w domu.

Ludzie znajdujący się w śpiączce lub w czujnej śpiączce nie są umarłymi mózgowo czy umysłowo ani „umarłymi”, ale są najbardziej ciężko chorymi, żyjącymi, czułymi ludźmi, którzy tak długo jak żyją są związani ciałem i duszą z otoczeniem i innymi otaczającymi ich ludźmi.

Poprzez chorobę i jej następstwa życie ich zmieniło się gruntownie i głęboko. Śpiączka i czujna śpiączka są ekstremalnymi warunkami życia, które zmuszają to życie do najbardziej głębokiego oddalenia aż na granicę śmierci.

Życie ludzkie, wzrost i rozwój świadomości zostają poprzez wiązanie i stosunek do drugiego człowieka realizowane, także po bardzo trudnych i skomplikowanych uszkodzeniach mózgu, są ludzie w stanie się rozwijać. Poprzez działanie czy współpracę z innym człowiekiem odczuwają własne działanie i mogą sobie nową, inną identyfikację zbudować.

Nawet jeśli nasi chorzy, członkowie naszej rodziny znajdują się w najtrudniejszych warunkach życia, a ciągnące się debaty o „pomocy śmierci”, badania „o nie uznaniu zdolności”, „konwencja bioetyczna”, wprowadzenie ryczału dla szpitali o ograniczaniu opieki względem pacjenta, wszystko to nie może nas doprowadzić do rezygnacji i porzucenia naszego chorego, lecz powinniśmy pozostać głęboko z nim związani pielęgnując go i obchodząc się z nim według ludzkiej godności i uznania.

Dlatego że: Uznaniem i godnością zdrowych jest chronić słabych i chorych!

Poprzez to, że my trudzimy się, indywidualne potencjały rehabilitacyjne innych ludzi sensownie pobudzać i ich zachęcać, może nasze własne życie otrzymać głęboki sens. Bardzo duże znaczenie dla osiągnięcia pozytywnych, zadowalających wyników w okresie terapii „nieświadomego” ma dialog. Także w przypadku wyczerpania lub towarzyszenia przy odejściu (śmierci/umierania), jest bardzo ważne, aby się komunikować z człowiekiem, by on mógł umierać w godności.

II. Ogólne wskazówki

1. Jeżeli odwiedzamy chorego człowieka znajdującego się w klinice, na stacji intensywnej, w domu opieki lub warunkach domowych, gdy się do niego zbliżamy, zwróćmy na to uwagę i bądźmy w pełni świadomi tego, że ten człowiek, który jak długo on żyje, jest czuły naprzeciw wszystkiemu, co się z nim robi i co inni na jego temat mówią.
2. Stwórzcie stosunek do chorego członka rodziny w taki sposób, byście byli pewni, że jego nie ranicie i nie drażnicie, tzn.:
 - bądźcie, jeśli to tylko możliwe, wczuwającymi, troskliwymi, pełnymi miłości opiekunami (potrzeba ufności);
 - zaniechajcie szczypania, drażnienia lub niepotrzebnego podniecenia (stymulacji);
 - nie róbcie żadnych protekcyjnych uwag przy łóżku chorego i zróbcie wszystko, by inni tego zaniechali;
 - spróbujcie chorego nie obciążać swoimi uczuciami lęku i troskami. Przed odwiedzinami porozmawiajcie na ten temat z innymi ludźmi – pielęgniarką czy lekarzem, którzy gotowi są do wysłuchania i odciążenia. Spróbujcie się zebrać i działać optymistycznie, zauważać w każdej sytuacji pozytywne momenty i je podkreślać;
 - spróbujmy z chorym ponownie nawiązać bliski, ścisły i pełen miłości kontakt, wychodzić wciąż z propozycją dialogu.
3. Przynosimy ze sobą dużo wewnętrznej siły, cierpliwości, wytrzymałości, a przede wszystkim dużo czasu. Cieszcie się każdym, małym postępem i tym, że możecie być razem.

III. Informacje specjalne

1. Co to jest śpiączka?

Śpiączka to stan wyjątkowego głębokiego odurzenia (ogłuszenia) albo głęboki sen, który spowodowany został ciężką chorobą lub następstwem bardzo ciężkiego czaszko-mózgowego uszkodzenia. W medycynie śpiączka postawiona jest na równi z nieświadomością.

Według nowoczesnych poglądów stan „nieświadomości” nie jest po prostu ograniczonym wypadaniem z funkcji świadomości, ale także duchową odpowiedzią na działanie przemocy, użycia siły czy gwałtu.

Koma czyli śpiączka nie jest pasywnym lecz aktywnym stanem, w którym jest aż do najgłębszych poziomów świadomości powrócona czynność życia. Śpiączka ma funkcje chroniące i umożliwia danej osobie pozostać całkowicie dla siebie samej (z samą sobą).

Śpiączka jest ekstremalną, wysoce uczuciową, wrażliwą i dlatego potrzebującą opiekuńcze formy życia aż na krawędzi (śmierci).

Śpiączka nie jest tylko wyrazem pewnej choroby, „patologiczna” lecz jednocześnie możliwym punktem wyjściowym pewnego rozwoju życia, a więc sensowną formą życia.

Śpiączka wyraża destruktywne i produktywnie przez dymensjonalne momenty życia człowieka w jednorodną (jedyną swego rodzaju) historię życia.

Symptomy (charakter) śpiączki symbolizuje uraz i urojenia, które spowodowane zostały poprzez ból, cierpienie, chorobę.

Głębokość śpiączki z reguły odczytywana zostaje na podstawie reakcji na stosowane bodźce i stymulacje (pobudzenie).

Trzy najważniejsze stopnie budzenia ze śpiączki:

Żadnej reakcji – wygląda na to, że pacjent śpi głębokim snem i jest w pełni nie podatny (niewrażliwy) na żaden rodzaj stymulacji jak np. ból, dotyk, smak, szelest lub inne rzeczy, które zostają mu pokazywane.

Ogólne reakcje – pacjent reaguje sporadycznie na ogólne stymulacje, lecz nie zawsze w ten sam sposób czy rodzaj. Może on reagować na ruchy ciała, może zajść zmiana we wzorze myślenia i mówienia. Reakcje te bywają z reguły bardzo powolne.

Reakcje umiejscowione (zlokalizowane) – pacjent reaguje na specyficzne stymulacje, lecz nie zawsze w ten sam sposób. Reakcje następują bezpośrednio na stymulację jak np. odwracanie głowy na rozmowę (zapytanie) lub hałas (śledzenie, obserwowanie obiektu) czy za twarzą innej osoby (wodzenie). Poruszanie częściami ciała po stymulacji, w kierunku obiektu lub w kierunku przeciwnym. Pacjent może na proste polecenie np. „wyciągnij rękę” – podnieść swoją rękę, „zamknij oczy” (niekonsekwentnie) sprzecznie reagować. Po skończonej stymulacji pacjent może spokojnie leżeć. Pacjent może zauważyć czy odczuwać, że jest on do czegoś podłączony lub czymś zasilany i próbuje za to ciągnąć. Oprócz tego może się wszelkim przymusom sprzeciwiać i opierać, pokazuje „niepokój”.

2. Co to jest apaliczny syndrom (Wachkoma) – czujna śpiączka?

W swoim pierwotnym znaczeniu pod apalicznym syndromem rozumie się wygaśnięcie świadomości samego siebie i niezdolność kontaktu z powodu ciężkich czaszkowo-mózgowych uszkodzeń lub niedotlenienie mózgu.

W oparciu o francuskie oznaczenie *coma vigile* mówi się tu także śpiączce lub czujnej śpiączce np. pacjent leży z otwartymi oczami i nie jest w stanie o własnych siłach do podjęcia wszelkiego kontaktu ze swoim otoczeniem, chociaż czasami emocjonalne i wegetatywne reakcje występują

W stadium rozwojowym zachowany jest stabilny oddech, pokazuje się rytm śpiąco-czuwający, ale na skutek ogólnej spastyki (wzmoczone napięcie mięśni) powstaje daleko posuwająca się niezdolność poruszania czy ruchu. Poprzez tę przeważającą wegetatywną symptomatykę zostaje to schorzenie w lekceważący sposób nazwane „stanem wegetatywnym” w języku angielski „vegetative state”, „human vegetables”.

Takie oznaczenie przybliża do organicznej formy życia chorego pacjenta jako „prymitywną”, „umierającą”, „umarłą-mózgowo”, „warzywo”, „bezsensowną powłokę”, „nie wartą życia”. Ludzie, którzy znajdują się w stanie śpiączki lub czujnej śpiączki nie są warzywem ani umierającymi, ale żyjącymi. Nie potrzebują pomocy w/do umieraniu (eutanazja) lecz pomocy w/do życia. Oznacza to również umożliwienie by umierać w

godności. Jak nastąpił ich czas i modus umierania. Umieranie następuje wówczas, gdy większa ilość systemów organów naszego ciała jednocześnie odmawiają sojej służby lub poprzez pierwotne ciężkie uszkodzenie mózgu pewna uzgodniona, wtrącona i nieodzowna (dla konieczności życia) kooperacja organów naszego ciała tj. oddech, krążenie, praca nerek jest już niemożliwa (i w przypadku śmiertelnego syndromu mózgu - irreviesible) stało się nieodwracalne. W tym przypadku należy podjąć odpowiednie medyczne środki zaradcze i towarzyszyć w sensie pomocy przy umieraniu jako godności względem człowieczeństwa.

3. Co dzieje się na oddziale intensywnej terapii?

Po uprzednim opatrzeniu na miejscu wypadku i w szpitalu, pacjenci bywają przekazywani do opieki na oddział intensywnej terapii. Chodzi tutaj przede wszystkim o to, aby wszystkie funkcje witalne tj. oddech, krążenie, ciśnienie wprowadzane i w pewnej równowadze utrzymane zostało, a stres i ból były z dala od pacjenta odsuwane.

Ta tzw. przerwa w szoku trwa z reguły kilka dni. W tym okresie pacjenci są wspierani medycznie i oddychają przeważnie pod kontrolą (tzw. „sztuczna śpiączka”). Podczas tego okresu, który równy jest głębokiej narkozie, można czuwać nad funkcjami witalnymi, a zmiany są natychmiast rozpoznawalne.

Najważniejszy cel to zaopatrywanie mózgu w wystarczającą ilość tlenu i substancji odżywczych, aby nie nastąpiło jeszcze większe uszkodzenie.

Musimy też spojrzeć krytycznie na to, że oddział intensywnej terapii przedstawia nam bardzo sztuczną sytuację, na którym to oddziale pacjenci muszą przebywać często przez dłuższy czas i bez żadnego ludzkiego kontaktu, w dla nich zupełnie obcym otoczeniu, odizolowani, odcięci.

Z licznych badań na temat psychologicznej sytuacji pacjentów przebywających na oddziale intensywnej terapii zostało jednoznacznie udowodnione, że mimo śpiączki i narkozy, w której się znajdują, sytuacja ta może być dla nich straszna i być wielkim zagrożeniem. W wyżej wymienionym temacie śpiączki jest to zrozumiałe, dlatego że człowiek będący w śpiączce przyjmuje, musi się orientować, jest wrażliwy na wydarzenia w jego najbliższym otoczeniu np. znane jest to, że głośne kroki, głośne

szmery, hałas, alarm monitorów, także potrzebne czynności, które mają znaleźć zastosowanie, a omawiane są nad łóżkiem pacjenta, mogą u pacjenta spowodować zagrożenie, nawet jeżeli nie będzie to jego bezpośrednio dotyczyło, może on to wziąć do siebie.

Mówi się często o tym, że przede wszystkim u dzieci śpiączka często może być przedłużona i zachowywana, ponieważ one, obce, często bezludne otoczenie przeżywają w strachu i się wycofują.

4. Dlaczego ważna jest Twoja obecność?

Nie można odważnie stwierdzić, czy, ile i jak pacjent będący w śpiączce lub appalicznym syndromie dostrzega, co ewentualnie przeżywa, jak odczuwa, nawet jeśli nie reaguje i się nie wypowiada.

Z opisów na temat psychologicznej sytuacji osób chorych będących na oddziale intensywnej terapii wynika jednoznacznie, iż obecność i bliskość osób zaufanych ma wielkie znaczenie.

Nie rzadko są to właśnie członkowie rodziny, którzy zauważają zmiany u chorego tj. nieznane ruchy w wyrazie twarzy, przy oddychaniu lub biciu serca, przy kolorze skóry, otwieraniu oczu lub rodzaju spojrzenia.

Nie rzadko stają się te wczesne obserwacje o tych małych znakach i prymitywnych reakcjach sprzeczne ze spostrzeżeniami personelu opiekuńczego i lekarzy.

Niektórzy zabrali ze sobą kamery i filmowali reakcje chorego po to, by mogli je udowodnić.

Niekiedy to członkowie rodziny zauważają jako pierwsi, że zmienia się rodzaj intensywności (natężenie) reakcji w zależności od rodzaju i intensywności zewnętrznych wydarzeń, stymulacji i komunikacji.

Tak np. zauważono, że u pewnego pacjenta frekwencja bicia serca zawsze wzrastała, kiedy jego narzeczona wchodziła do pokoju, bez dotykania chorego i bez rozmowy z nim.

Inny pacjent został „zbudzony” uporczywym graniem jego córki na akordeonie.

Inni pacjenci pozwalają się karmić tylko przez ulubionego członka rodziny lub ulubioną pielęgniarkę, a do tego wybierają szczególne smaki i potrawy.

Moglibyśmy wiele takich przykładów wymieniać.

Wszystkie te obserwacje wskazują na to, że pacjent będący w śpiączce czy appalicznym syndromie, wcześniej niż dotąd przyjęto, próbuje nawiązać kontakt ze swoim otoczeniem – w sposób specyficzny stają się aktywnymi lub dają odpowiedzi.

Taki jest cel, aby nawiązywać do zewnętrznych znaków i form własnej aktualizacji, by zbudować godny zaufania i porozumiewawczy kod np. poprzez oddech, poprzez wzdychanie, mruganie oczami, znak ręką lub inne ruchy.

Poprzez Twoją aktywność, bliskość i oddanie możesz konieczną do życia komunikację i łączność odebrać i ją pomóc rozwijać. W ten sposób stworzysz nie tylko bardzo ważne zaufanie, ale dajesz jednocześnie informacje o miejscu i czasie.

Najważniejsze w tym jest, byście choremu pozwolili dać odczuwać działania ich samych, dzięki temu może się świadomość cielesna ponownie odbudować.



Ty

pole dialogu

wspólne pomiędzy ludźmi



Ja

5. Dlaczego możecie mieć nadzieję i być optymistami?

Kliniczne badania i doświadczenia naukowe wskazują na to, że czujna śpiączka nie jest defektywnym stadium końcowym, lecz jest to stadium pośrednie, w którym z pewnej głębokiej śpiączki może pojawić się rozwój nowego życia tzw. (appaliczny syndrom) przejściowy. Zostało to dzięki nowoczesnej technice zobrazowane i potwierdzone, że w appalicznym syndromie urywkowe pozostałości funkcyjne są zachowane np. przerabianie bólu, rozpoznawanie twarzy, zaufane głosy słyszeć, mówić wewnątrz siebie, budować zdania.

Niedawno zauważono, że przy wczesnej intensywnej komunikacji i oddaniu się, nie rzadko można było uniknąć ciężkich form syndromu i zapobiec następowaniu jego znaków.

Ludzie znajdujący się w appalicznym syndromie mogą nie tylko sensoryczne stymulacje zauważać, ludzkie głosy i bliskie dialogi, ale też nauczyć się prostych motorycznych reakcji.

Angloamerykańskie studia pokazały, że 50 % chorych mogło dzięki multisensoryczne stymulacji zostać ponownie reintegrowanych (wrócić do normy).

Przede wszystkim w środowisku domowym mogą jeszcze po latach zostać osiągnięte postępy w rozwoju. Poprzez przebywanie w otoczeniu rodzinnym, domowej atmosferze dotknięci chorobą członkowie naszej rodziny stają się bardziej komunikatywni, samowystarczalni (jeśli chodzi o potrzeby osobiste), pewni siebie i wówczas członkowie rodziny zostają odciążeni.

Doświadczenia wykazują co prawda, że pacjenci pozostają w stanie wielkiego upośledzenia, ale poprzez życie w rodzinie, przez terapeutyczne zabiegi i pomoc techniczną można pomóc tak, by pacjent był zdolny do samodzielnego poruszania się. Z wielką ostrożnością można dlatego powiedzieć, że obawa „pozostania” w appalicznym syndromie została zauważona jako coś większego, jako następstwo brakująca sensoryczna pobudka, komunikacja i brania udziału w dialogu, a mniej jako jedyny rezultat pewnego uszkodzenia mózgowego.

Pacjenci cierpią na pewien rodzaj „wewnętrznej blokady”, który potrzebuje uwolnienia poprzez serdeczne i pełne miłości międzyludzkie otoczenie, które tego „nieświadomego” bez zastrzeżeń przyjmie.

IV. Czym możecie konkretnie pomóc?

Dawać pozytywne bodźce.

Pozytywnymi bodźcami są bodźce w zakresie wszystkich zmysłów: zapach, dotyk, słuch, twarz, smak, a także poruszanie się. We wczesnej fazie stymuluje się strony głębokiej wrażliwości i czułości, równowagi, położenia i zmysłu ruchowego, są one decydujące dla pacjenta jeżeli chodzi o jego zdolność spostrzegawczą i zauważanie. Bardzo życzylibyśmy sobie, choć realia są trudne w stosunku do rzeczywistości, ale gdyby to było możliwe, to proszę zastosować terapię wodną i kąpiele, ponieważ poprzez pływanie w wodzie „automatycznie” pobudzone zostają wszystkie wzory ruchu, które mają pozytywny wpływ na wszystkie znane funkcje ruchowe.

Jedną ze wczesnych stymulacji jest „ręczna pomoc w oddychaniu”, której musicie się najpierw nauczyć, a także „ręką podpartę” śpiewanie, a także obecność wasza.

Zmysłem cielesnym poznaje chory granice swojego ciała. Słuch, dotyka głębię wrażliwości i miłości i zmysłu wibracyjny ciała i jest on jako pierwszy zmysł, z którym można nawiązać szybko kontakt.

Poprzez słuch dochodzi do chorego głos i nastrój. Poprzez proste lub kompleksowe stymulowanie zmysłów, dajemy drugiej osobie bodziec do spostrzegania i reakcji emocjonalnego wartościowania. Pełne ofiarowanie się i stymulacja są bodźcami, które animują pacjenta, aby pokazywał reakcję, swoją wolę do życia, uwidaczniał i się aktualizował.

Kiedy pewna zaistniała reakcja zostanie zauważona i zrozumiana jako sygnał do zawarcia kontaktu, wówczas może nastąpić pewna wymiana stron, proces bodźca i reakcji, propozycja i despropozycja, oferta i odpowiedź, przy czym stymulacja i reakcja będzie coraz bardziej się różnić od siebie, a przy współpracy może się coraz więcej wspólnych, małych czynności rozwijać.

Budowanie dialogu małymi krokami.

Przy dialogu chodzi o to, aby stworzyć zaufany kontakt na fundamencie pewnej sensorycznej komunikacji z pacjentem.

Najlepiej i najszybciej udaje się on bliskim, krewnym.

Przy budowaniu dialogu musimy zasięgnąć z powrotem do elementów basalnej stymulacji (do dawnej bazy) i multisensorycznej stymulacji.

Budowa dialogu różni się od poprzednich dwóch sposobów, ponieważ staramy się go budować przy pomocy bliskich. Propozycje i odpowiedzi odpowiednio do ogólnej sytuacji obustronnie uzgadniać, różnicować, wzmacniać lub indywidualnie zmieniać albo modulować.

Podczas gdy basalna sensoryczna stymulacja może zostać przeprowadzona przez każdą dowolną osobę, tak do zbudowania dialogu jest współpraca i kontakt z bliskimi niezastąpiony.

Bardzo ważnym jest by zrozumieć, że budowa dialogu nie jest łatwa, nie jest to jakiś starter cyklu bodziec – reakcja, ale pełen miłości, wciąż zmieniająca się, międzyludzka, cielesna komunikatywna sytuacja i interakcja, przy której przebiegu i rozwoju wszyscy partnerzy uczestniczą.

Proces budowy dialogu można najlepiej przedstawić (uwidocznić) na przykładzie spirali rozwojowej od góry otwartej, przy czym kierunek rozwoju wynika ze współpracy obydwu partnerów w sensie propozycji i kontrpropozycji.

Jak konkretnie postępować?

Pierwszy krok: oddanie się, zbliżenie się, zwrócenie się do chorego.

Zbliżenie się jest podstawowym dialogiem.

Gd wybieracie się państwo do szpitala w celu odwiedzin chorej osoby, wchodząc do pokoju, wcześniej ułożyliście sobie (przedstawiliście) wewnątrz siebie pewien obraz chorego. Prawdopodobnie jesteście zatroskani, chcecie pomóc, by zmienić jego stan. Zrozumiałe jest także to, że macie poczucie strachu, lęku.

Drugi krok: zbliżyć się i pozdrowić.

Spoglądacie na chorą osobę, kontaktujecie się oczyma, idziecie w stronę łóżka i pozdrawiacie uprzejmie np. cieszę się, że mogę cię odwiedzić; przyniosłem dla ciebie dużo czasu i chciałbym być blisko ciebie, czy mogłabyś mi dać jakiś znak, że mnie czujesz? Przy tym możecie jej rękę lub ramię swoją ręką pogłaskać, albo czoło lub usta i pogłaskać po włosach, ale możecie też tylko normalnie podać dłoń lub pocałować.

Trzeci krok: samemu się trzymać czy zatrzymać się wewnątrznie, orientować się, wczuwać się i obserwować.

Przy trzecim kroku mamy przede wszystkim zatrzymać się w sobie, potem dokładnie się zorientować i zezwolić, by sytuacja na siebie oddziaływała. W ten sposób możecie się wczuć w daną sytuację i dokładnie obserwować, w jaki sposób i czy maci na chorego oddziaływać, jakie uczucia w was się pojawiają i czy lub jaką odpowiedź otrzymacie.

Pozwólcie na oddziaływanie całego pomieszczenia, hałasu, światła, całokształtu chorej osoby oddziaływać na was i zwróćcie uwagę przy tym na swoje uczucia. Ważne jest abyście nie napadli chorej osoby swoimi uczuciami.

Do najbardziej obcych, wpływających niekorzystnie, sprowadzających do tego, że pacjent się oddala są: przede wszystkim strach, wstręt, przerażenie, zdziwienie.

Czy możecie to obce spojrzenie wytrzymać i przyzwyczaić się do tej nowej sytuacji, wczuć się w nią?

Może otrzymasz taką potrzebę, by się do swojego bliskiego przybliżyć i zwrócić jego uwagę na siebie.

Chcecie mieć kontakt z chorym, ale nie wiecie jak?

Dopiero wtedy, kiedy zwrócić uwagę na swoje uczucia, które przeważają uczucia (stosunków emocjonalnych) i zdecydowaliście się na wytrzymanie i pozostanie, wówczas powinniście się całkowicie zdać na sytuację i skoncentrować się na chorym: słuchać jak oddycha, szelestów i dźwięków, które produkuje organizm.

Obejrzyjcie sobie wszystko dokładnie i obserwujcie bliską chorą osobę. Zwróćcie uwagę na każdy ruch, każdy mały znak, każdą zmianę ciała, twarzy, wokół ust, przy oczach. Spójrzcie na monitor, na którym frekwencja serca i ciśnienie bywa rejestrowane.

Niewielka zmiana może stać się odpowiedzią i znakiem na to, że wasz bliski ją zarejestrował i chce z wami nawiązać kontakt.

W fazie początkowej może nie być żadnej reakcji przez kilka dni a nawet tygodni. Jesteście w niepewności i zwątpieniu, ale powinniście cierpliwie czekać i swoje propozycje powtarzać. Do tego potrzebujecie duchowej mocy, siły. Nie ma innej drogi. Nawet jeżeli wasz bliski jest za słaby i będzie musiał umrzeć, to towarzyszenie jemu dialogiem jest humanitarne i sensowne.

Czwarty krok: wspólne tworzenie pola do dialogu.

Jeżeli zauważycie jakąś odpowiedź, możecie swój domysł czy swoją pobudkę, która według waszego odczucia tę odpowiedź zwabiła, w delikatny sposób powtórzyć. Jeżeli odpowiedź się powtórzyła, może dalej przez jakiś okres czasu to kontynuować, tak długo aż wy lub chory będzie miał dość.

Możecie również coś innego zaproponować np. w formie małej pauzy.

Używajcie wcześniejszych form komunikacji, nawiązujcie do dawnych spostrzeżeń i wspólnych przeżyć, które mają wielkie znaczenie dla chorego.

Dajcie sobie czas, obserwujcie dokładnie, próbujcie jeśli to jest możliwe jak najdłużej utrzymywać łączność.

Przy tym wszystko co będziecie robić lub zamierzacie zrobić, róbcie ze spokojnym wyrażaniem się w prostych słowach nazywać wszystko i komentować. W ten sposób można wcześniej nawiązać do dialogu, jeżeli chodzi o propozycję, dawanie, branie, zauważać czy być zauważanym – oczywiście jeżeli obie strony tego pragną.

Znajdujecie się tak jak gdyby na wspólnym, cielesnym polu dialogowym, gdzie obydwój partnerzy, jeżeli nawet różnymi środkami, z różnym natężeniem i wytrwałością przyczyniają się do tworzenia dialogu.

Jeżeli zauważycie, że wasz bliski jest zmęczony i nie odpowiada, to powinniście na to zwrócić uwagę z koniecznością i respektować taki stan i po jednej lub dwóch propozycjach ustąpić.

Piąty krok: pożegnać się.

Piąty krok to pożegnanie, może to być serdeczny uścisk, wzięcie w objęcia, pieszczotliwe pogłaskanie lub mały pocałunek.

Musicie obowiązkowo powiedzieć, że znów macie zamiar przyjść. Musicie być także w pełni świadomi, że dotrzymacie słowa, dlatego że zaufanie które z wielkim trudem zdobyliście, mogłoby wygasnąć. Jeżeli wrócicie ponownie tak jak to zapowiedzieliście, to możecie wrócić do dialogu w ten sam sposób.

	Dialog jako ukształtowany proces	
Początek	1 > 2 > 3 > 4 >	(koniec) przerwanie
Ponowne rejestrowanie		czasowe wyłączenie się
Dialogu		

Pole dialogu
powtórzenie – ponowne wracanie

Po czym możecie poznać, że istnieje gotowość do dialogu?

Jeżeli staniecie przy łóżku, to z reguły nie wiecie, czy chory życzy sobie dialogu, czy mu może przeszkadzamy, czy ma dużo siły, czy czuje się zmęczony.

Do tego potrzebujecie wskazówek, by nie być niemiłe widzianym.

Po dotychczasowych doświadczeniach można stwierdzić, że „małe znaki” oznajmujące ruchy i prymitywne odruchy stały się pomocne.

Dla zrozumienia „mowy ciała” stały się skuteczne następujące dane:

Znaki na „otwarcie się” (gotowość do dialogu)

- głębokie oddychanie
- lekkie, ale jednoznacznie zwiększający się rytm serca
- lekkie rozluźnienie ciała
- lekkie otwieranie ust i oczu
- rozluźniony wyraz twarzy i mimika
- rozumny i wyraźny wzrok lub ruchy głowy w stronę bliskiego
- lekkie unoszenie rąk, dłoni, ramienia

Znaki towarzyszące „zamykaniu się”

- wzmożone szybkie oddychanie
- następowanie szybkiego rytmu serca
- intensywne pocenie się, występowanie silnych rumieńców lub bledności
- zamykanie ust i oczu
- odwracanie głowy lub oczu
- bardzo napięta muskulatura aż do skurczy
- wyraz twarzy napięty ze zmarszczkami na czole i zagryzanie warg.

Są to przykłady z pierwotnych (dawnych) doświadczeń, które są nam pomocne we wczesnym budowaniu dialogu z chorymi znajdującymi się w śpiączce i w appalicznym syndromie.

Zwróćcie uwagę na to, że u waszych bliskich mogą występować inne znaki aniżeli tego oczekujecie. One muszą też być wzięte pod uwagę i zostać potraktowane poważnie.

Ważnym jest także byście na siebie samych zwracali uwagę i zważali wciąż na to, czy występują jakieś małe znaki o pozytywnym znaczeniu, jeżeli chodzi o jednomyślność czy zgodność i zawieranie kontaktu, ale także znaki wnikające z niepewności i strachu i potrzebie cofnięcia się, zamknięcia się, które wy sami stwarzacie czy jesteście ich przyczyną (podświadomie czy nieświadomie).

V. Ważne wskazówki i możliwości do podjęcia (przyjęcia) kontaktu.

Ogólne wskazówki.

• Dla skutecznego przyjęcia kontaktu w sposób sensoryczny stymulacji lub zbudowania dialogu, sprawdziły się następujące reguły:

- Krótkotrwałe ćwiczenia w czasie odwiedzin, trwające 5 -10 min. a w późniejszym czasie 15 0 30 min.
- Na początku przerwy pomiędzy ćwiczeniami w możliwie jednakowych odstępach czasowych, w późniejszym okresie przerwy o różnych porach dnia.
- Zorganizowane tzn. uprzednio przemyślane fazy ćwiczeń w formie zapytania dla jednego lub dwóch kanałów zmysłowych.
- Stymulacja i zapytanie wszystkich kolejnych zmysłów tj. zapach, smak, dotyk, słuch a na zakończenie wzrok.
- Bodźce smakowe i bodźce głębokich uczuć "równowagi i położenia ciała" powinno zasadniczo przebywać pod kontrolą fachowego personelu.
- Mówcie i wychodźcie z tego założenia, że chory was słyszy, wasz głos czuje (odczuwa) a nawet rozumie.
- Dawać uprzednio przemyślane propozycje i pytania czy odpowiedzi z wielkim wyczuciem.

- Jeżeli następuje dialog, to możecie zaufać swojemu rozumowi swojej intuicji i fantazji i dalszym pomysłom nadać bieg.
- Spróbujcie sobie przedtem wyklarować, jakiej odpowiedzi byście sobie życzyli.
- Dawajcie proste i krótkie wskazówki, nawet jeśli jest to konieczne, to je powtarzać kilkakrotnie. Wyznaczać pewien określony czas na odpowiedź np. 1 min.
- Bodźce i propozycje z waszej strony powinny być atrakcyjne, miłe i strukturalne.
- Proszę zachować ostrożność przy niezwykłych zmianach, w takim przypadku proszę zawiadomić personel opiekuńczy.
- Zachodzi decydujące pytanie: W jaki sposób mogę Ja zostać pełnym miłości i dobra oraz wyrozumiałości ludzkiej dla bliźniego (chorego)?

Możliwości pobudzania zmysłów.

Zapach – jeżeli chodzi o pamięć do zapachu, to jest ona u człowieka będącego w stanie śpiączki bardzo głęboko zakotwiczona, szczególnie czujna i przemawiająca. Nos może odróżnić ok. 50 zapachów. Proszę używać jeśli to możliwe przyjemnych zapachów.

Metoda – nie trzymajcie materiałów zapachowych dłużej jak 15 sek. pod nosem pacjenta. Zmieniajcie zapachy, ale najwyżej 3 - 5 w ciągu dnia. Używajcie perfum, których używa rodzina, lub wody po goleniu. Używajcie mocnych i różnorodnych zapachów. Sami używajcie zawsze jednakowego zapachu dla siebie. Rozmawiajcie na temat czegoś, co można by nawiązać do zapachu. Wziąć ze sobą: wanilię, kawę, perfumy, ocet, czosnek, przyprawę, musztardę.

Zwróćcie

uwagę na – kręcenie głowy w kierunku zapachu lub odwracanie głowy od zapachu, wyraz twarzy, werbalne odpowiedzi lub szepty, czy pacjent odsuwa od siebie rzeczy, które pachną czy nie?

Uwaga – jeżeli pacjent oddycha przez Trachealkanal, wówczas zapach nie dochodzi do nosa, wąchanie jest praktycznie niemożliwe.

Nie wolno wdychać pudru, trzymać rzeczy pachnących za długo pod nosem pacjenta. Zaniechajcie nieprzyjemnych zapachów i zapachów, które wywołują wstręt.

Czucie – mówcie zawsze pacjentowi czego dotykacie i czym lub jaką częścią ciała dotykacie.

Metoda – dotykajcie twarz, dłoń, rękę i klatkę piersiową. Oddychajcie z pacjentem w ten sposób, że położycie rękę na jego klatkę piersiową. Zmieniajcie czas i miejsca dotyku.

Zwróć

Uwagę na – napięcia, odruchy i wyraz twarzy. Odpowiedzi poprzez głos czy tony (dźwięki, szepty). We wcześniejszej fazie mogą występować ruchy wegetatywne, małe znaki, zmiany w oddechu, rytmu serca, koloru skóry itd.

Weźcie ze

sobą np. – tkaninę, miękką bawełnę, szorstką wełnę, twardą gąbkę, mokre kawałki materiału, ciepłą albo zimną wodę.

Przedmioty z rodzinnego domu: art. Spożywcze, pędzel, piłkę, miskę, szczotkę do czesania włosów.

Trzymajcie za rękę, głaszczcie twarz, dłonie, klatkę piersiową i brzuch. Dotykajcie razem pacjenta ręką jego twarzy i nazywajcie jednocześnie te miejsca, które razem dotykacie: nos, usta, policzki, uszy, brwi, włosy itd. Możecie też zastosować odwrotność – ujmujecie dłoń pacjenta i jego dłonią dotykacie waszej twarzy mówiąc jednocześnie co robicie i czego dotykacie.

Uwaga – skóra jest z reguły bardzo wrażliwa i dlatego obracajcie pacjenta i oglądajcie, zwracając uwagę na zaczerwienienie, szramy, podrażnienia skóry i dajcie bezzwłocznie znać personelowi opiekunczemu.

Przede wszystkim trzeba zapobiec odleżynom.

Słuch – mówcie do chorego z pełną czułością.

Metoda – powiedzcie jemu, kim dla niego jesteście, datę, por roku, obecną część dnia, okoliczności w jakich się znajduje, miejsce itd.

Opowiedzcie mu rodzinne nowinki, o mieście, środowisku, o całym świecie.

Czytajcie krótkie opowiesci, listy lub wiersze, które wasz bliski lubił.

Nagrywajcie głosy, rozmowy rodzinne na kasety i odtwarzajcie je krótko, ale kilka razy dziennie.

Pozwólcie słuchać muzyki, którą lubił i może ją łatwo rozpoznać.

Produkujcie hałas, klaszcząc, szeleszcząc, dzwoniąc dzwonekami, pstrykając palcami i zwracajcie na siebie uwagę.

Zwróćcie

uwagę na – zwracanie głowy w stronę źródła dźwięku lub odwracanie. Ruchy ciała i oczu (mrużenie), mimikę, werbalne odpowiedzi lub szepty.

Uwaga – aby otrzymać bezpośrednią reakcję musimy stworzyć głośny hałas i intensywny szelest. Nie powodujcie jednak hałasu, którego nie są w stanie znieść wasze uszy. Jeżeli chcecie użyć słuchawek, ustawcie je najpierw według swojego słuchu. Nie wkładajcie słuchawek do uszu lecz przy uszach – pacjenci z obrażeniami głowy są bardzo wrażliwi i nie mogą się sami bronić. Zwracajcie zawsze baczną uwagę na pacjenta.

Twarz

Metoda – stawajcie zawsze w ten sposób, aby pacjent was dobrze widział.

Używajcie dużych kolorowych przedmiotów i unikajcie czerwonego koloru (jest to kolor ostrzegający). Poruszajcie obiektem w jedną i drugą stronę i mówcie o tym pacjentowi, w którą stronę przenosicie.

Powieście pacjentowi pocztówki, plakaty, fotografie rodzinne w odległości dobrze widzialnej dla pacjenta.

Spróbujcie dawać bodźce wizualne w kolorze w sposób budujący np. w jednym i tym samym miejscu, pozycji, przesuwać, powtarzać i powracać do obiektu.

Zwróć

uwagę na – otwieranie i zamykanie oczu, wyraz twarzy i koncentrowanie się na danym obiekcie. Czy chory patrzy wam w oczy? Czy patrzy uporczywie na przedmiot? Czy pacjent wodzi oczyma po przedmiocie, czy śledzi przedmiot, który przesuwać przed jego oczyma?

Odpowiedzi poprzez głos lub bodźce wizualne.

Zastosuj – przedmioty z życia rodzinnego tj. kwiaty, klucze, zabawki.

Fotografie rodzinne z urlopu, koleżanek, kolegów.

Powieście jakiś ruchomy przedmiot.

Użyjcie lustra i pozwólcie pacjentowi się w nim przejrzeć.

W późniejszym okresie czasu możecie zezwolić na obejrzenie krótkiego programu telewizyjnego (nie za długo).

Nie zapominajcie o tym, że dla pacjenta może być bardzo ważnym by rozpoznał swoją własną zaufaną twarz.

Zadbajcie o swój wygląd zewnętrzny i także wygląd twarzy pacjenta, gdy chcecie mu się dać zobaczyć w lustrze.

Uwaga – nie poruszajcie zbyt szybko przedmiotami, ponieważ pacjent nie będzie mógł się na nich skoncentrować.

Zwróćcie uwagę na to, czy pacjent koncentruje się na jedną lub drugą stronę przedmiotu pokazywanego, czy woli patrzeć na waszą twarz.

Myślcie raczej o pojedynczych stymulacjach, aby uzyskać bezpośrednią reakcję i nie „przedekorujcie łóżka”.

Smak – bodźce smakowe powinny być stosowane za uzgodnieniem i według instrukcji, a także w obecności personelu obsługującego lub terapeutów. Od lekarzy i terapeutów możecie państwo otrzymać instrukcje czy informacje mówiące o następstwach i zakłóceniach związanych z łykaniem i ryzykiem zakrztuszenia się.

Metody – używajcie przedmiotów codziennego użytku tj. kubka do picia, łyżki i widelca.

Użyjcie „butelkę dla niemowląt” tylko w wyjątkowych przypadkach, tak długo jak obecna jest reakcja ssania i nie można otworzyć ust.

Zanim podacie butelkę, róbcie przedtem kilkakrotne próby w ten sposób, że lekko przyciskacie dłonią na brodę, dolną wargę i język, po to by osiągnąć otwarcie buzi.

Uwaga – unikać podawania potraw i bodźców, których pacjent przedtem nie lubił, dlatego że tym sposobem można wywołać przeciwne reakcje, które zaburzają zaufanie i mogą prowokować.

Unikajcie bolesnych dotyków dziąseł i zębów, przy błonie śluzowej w buzi i języku, ponieważ możecie tym spowodować, że pacjent będzie zagryzał i zaciskał szczęki.

Zwróćcie uwagę na to, że pacjentowi grozi zakrztuszenie albo nawet uduszenie, jeżeli jemu bez kontrolowania coś włożymy do ust.

Pomyśl – może stać się bardzo ważnym i pomocnym dla terapeutów to, jeżeli przypomnisz sobie jakiś specyficzny smak lub pewną ulubioną potrawę, którą chory bardzo lubił.

Sadzanie i poruszanie

Tego rodzaju bodziec pobudzający ruch jest dozwolony jedynie w obecności jakiejś osoby lub personelu czy terapeuty.

Metoda – pod wpływem poruszania i podnoszenia pacjenta zostaje pobudzany zmysł ruchowy, równowaga, położenie i utrzymanie się w danej pozycji. Poprzez kąpiele i terapię wodną zostają aktywowane ruchy „automatyczne”. Poprzez poruszanie całego ciała w polu siły ciężkości zostają pobudzone głębokie ślady wspomnień, przestrzeni i czasu, a także „melodia ciała”.

Proszę każdą zmianę uprzednio oznajmiać.

Podeprzyjcie ciało, tułów, głowę za pomocą kilku osób.

Uważaj – wczesna sadzanie pacjenta powoduje u niego jak wynika z wcześniejszych badań mocne „reakcje budzące”, które doprowadzają do takiego efektu, że pacjent otwiera oczy.

Na początku trzeba zawsze zwracać uwagę na ciśnienie i pracę serca na monitorze.

Przeprowadzać wszelkie pobudzenia (bodźce) stopniowo i z małymi przerwami.

Unikaj – stanu wyczerpania pacjenta, występowania potu, bledności, drgawek i niepokoju.

Na co powinniście zwracać uwagę, a czego unikać.

- Jeżeli dajecie propozycje, nie żądajcie i nie oczekujcie odpowiedzi – postęp czasami trwa bardzo długo.
- Czasami będziecie państwo niecierpliwi i będziecie się złościć. Unikajcie pośpiechu, niepokoju i bojaźliwych zmartwień.

- Przynieście ze sobą dużo czasu dla siebie i chorego dla dobra waszego wspólnego kontaktu.
- Jeżeli pewnego dnia zauważycie, że nie jesteście duchowo dorośli by odwiedzić pacjenta, to odłóżcie lepiej wizytę na następny dzień, gdy będziecie lepiej się czuli.
- Nie zapominajcie o tym, że chory nie jest dzieckiem, ale dorosłym człowiekiem.
- Nie dawajcie miękkich ręczników, piłek i przedmiotów w rękę choremu, dlatego że one wzmacniają spastykę.
- Nie zapominajcie się o wszystko wypytać i informować od terapeutów.
- Miejcie też odwagę, by mówić o waszych spostrzeżeniach zaobserwowanych u chorego (do lekarzy czy terapeutów).
- Pomyślcie także o tym, że obsługujący personel czy terapeuta jest też tylko człowiekiem, jak każdy z nas i może też mieć zły dzień, dlatego że są bardzo zajęci i mają bardzo mało czasu.

Dodatkowe propozycje dla opiekującej się rodziny (bliskich)

- Połóżcie album ze zdjęciami i tekstem informującym zdjęcie dla szpitalnego personelu i dla odwiedzających po to, aby sobie stworzyć obraz życia pacjenta przed jego wypadkiem.
- Załóżcie także księgę odwiedzających, aby każdy odwiedzający miał możliwość wpisania się, a także będzie to informacją dla was samych, żeby wiedzieć, kto odwiedzał, w jakim czasie, jak długo i co robił, lub co zauważył u chorego.
- Filmowanie Video kamerą może stać się pomocne, by móc zadokumentować i potwierdzić własne małe reakcje i zmiany u chorego.
- Poproście innych znajomych, członków rodziny o pomoc i współpracę przy pacjencie.
- Proście o regularne terminy spotkań z lekarzami, terapeutami i innymi opiekunami po to, żebyście mogli być na bieżąco poinformowani o waszym chorym (pacjencie)

- Korzystajcie ze wskazówek, propozycji i instrukcji na temat „chorych pacjentów” po to, abyście zawsze byli przygotowani na przyjęcie waszego bliskiego do waszego wspólnego domu rodzinnego i przyjęcie jako członka waszej rodziny. Instrukcje takie jak np. mycie, ubieranie, karmienie, wózek, próba obciążenia itd.
- Wykorzystajcie konsekwentnie wasze własne doświadczenia i wiedzę dla budowy komunikowania się przy pomocy treningu TAK / NIE – oczy – ręce – Buzzer –Codu, korzystając ze współpracy z grupą terapeutów, przyglądania się i obserwacji ich wykonywanych czynności.
- Informujcie się i pytajcie, co moglibyście lepiej zrobić!
- Pomyślcie także o tym, że wasze siły są też ograniczone!

Cele i socjalne perspektywy

„Powrót ze śpiączki do społeczności”

Według światowej organizacji ochrony zdrowia, nie jest najważniejszym proces leczenia, ale pobudzanie, przyczynianie się do indywidualnych codziennych aktywności, a przede wszystkim do wzięcia udziału w socjalnym życiu i integrowaniu do życia w społeczeństwie mimo ciężkiego lub nawet bardzo ciężkiego upośledzenia pacjenta.

5. Erfahrung des Humanum

Das Leben in der Gemeinschaft *mit* Menschen im Koma und Wachkoma ist wichtig und sinnvoll. Voraussetzung ist eine Haltung, die sich von der *Rückbindung (Religio) auf die Schwächsten*, die Letzten, die *am Rande der Gesellschaft* leben und *in unsere Mitte* gehören, positiv leiten läßt. Eine solche Haltung ermöglicht allen Beteiligten, ihre *Erfahrung des Humanum* zu erweitern und zu vertiefen.

VII Verzeichnis von Selbsthilfeorganisationen und Fachverbänden

BDH. Bundesverband für Rehabilitation und Interessenvertretung Behinderter e.V., Eifelstraße 7, 53119 Bonn

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Walter-Kolb-Str. 9-11, 60594 Frankfurt am Main

Bundesverband »Schädel-Hirnpatienten in Not e.V.« Bayreuther Str. 33, 92224 Amberg, Notruf-Telefon für Angehörige: 09621/648 00; Fax: 09621/636 63

Der Bundesverband ist der größte bundesdeutsche Selbsthilfeverband für Schädel-Hirnverletzte. Durch eine Mitgliedschaft und ein Abonnement der Zeitschrift »Wachkoma – und danach« können Sie weitere, sehr hilfreiche Informationen über Regionalgruppen, geeignete Kliniken und Pflegeeinrichtungen sowie ein Mitgliederverzeichnis erhalten.

Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V. (DVfR), Friedrich-Ebert-Anlage 9, 69117 Heidelberg

Kuratorium ZNS für Unfallverletzte und Schäden des Zentralnervensystems, Rochusstr. 24, 53123 Bonn

Patienten im Wachkoma e.V., Geschäftsstelle, Am Heshahn 4, 51702 Bergneustadt. Notruf-Telefon: 02261/94 94 44

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Carl-Bertelsmann-Str. 256, 33311 Gütersloh

VIII Literaturhinweise

Affolter, F., Bischofsberger, W.: Wenn die Organisation des zentralen Nervensystems zerfällt - und es an gespürter Information mangelt. Villingen-Schwenningen: Neckar-Verlag 1993

Bauby, J.-D.: Schmetterling und Taucherglocke. Wien: Zsonlay 1997

Bienstein, Ch., Fröhlich, A.: Basale Stimulation in der Pflege. Pflegerische Möglichkeiten zur Förderung von wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben 1991

Bienstein, Ch., Fröhlich, A. (Hrsg.): Bewußtlos. Eine Herausforderung für Angehörige, Pflegende und Ärzte. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben 1994

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.): Wachkoma und danach. Die Langzeitrehabilitation schwer und schwerst schädel-hirn-geschädigter Menschen. Frankfurt am Main: Eigenverlag 2000

Drechsel, A.: Doch die Liebe hört nie auf... Wolfsburg: Edition Phillon 1994

Freeman, E.A. (Ed.): The Catastrophe of Coma. A way back. New York: Sheridan Medical Books 1989

Gérard, Chr., Lipinski, Chr. G., Decker, W.: Schädel-Hirn-Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Trias-Verlag 1996

Häusler, S.: Hirnverletzt, ein Schicksal ohne Ende? Das apallische Syndrom - Erfahrungsbericht und Ratgeber. München-Deisenhofen: Dustri Verlag Dr. Karl Feistle 1991

Hausmann, W.: Hoffnung allein genügt nicht. Rehabilitation nach einer schweren Hirnverletzung. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag 1988

Hoffmann, M. & V. Volkhardt: Koma. Eine Geschichte vom Überleben. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag 2002

Huthmacher, R.A.: Die Angehörigen schwerst- und lebensbedrohlich Kranker sowie sterbender Erwachsener. Würzburg: Königshausen & Neumann 1991

Kuratorium ZNS (Hrsg.): Das schwere Schädel-Hirn-Trauma. Ein kurzer Ratgeber für Angehörige. 2. Aufl. Bonn: Eigenverlag 1995

Lipp, B., Schlagel, W.: "Wege von Anfang an". Frührehabilitation schwerst-hirngeschädigter Patienten. Villingen-Schwenningen: Neckar-Verlag 1996

Mindell, A.: Schlüssel zum Erwachen. Sterbeerlebnisse und Beistand im Koma. Olten und Freiburg: Walter 1989

Mindell, A.: Koma. Ein Weg der Liebe. Ratgeber für Familie, Freunde und Helfer. Petersberg: Verlag Via Nova 2000

Pantke, K.-H.: Locked-in. Gefangen im eigenen Körper. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag 1999

Quester, R. u. Mitarb. (Hrsg.): Stufen zum Licht. Hoffnungen für Schädel-Hirnpatienten. Leimersheim: Fachverlag Hw-Studio Weber 1999

Tavalaro, J.: Bis auf den Grund des Ozeans. Freiburg: Herder 1998

Wiesenhütter, E.: Blick nach drüben. Selbsterfahrungen im Sterben. 5. Aufl.
Gütersloh: G. Mohn Verlag 1991

Zieger, A.: Dialogaufbau in der Frührehabilitation. Erfahrungen mit komatösen
Schädel-Hirn-Verletzten. Beschäftigungstherapie und Rehabilitation 31 (1992) 4,
326-334

Zieger, A.: Dialogaufbau in der Frührehabilitation mit Komapatienten auf der
Intensivstation. In: Neander/Meyer/Friesacher (Hrsg.): Handbuch der
Intensivpflege. (Kap. IV - 2.4). Landsberg: ecomed-Verlag 1993, Seite 1-24

Zieger, A. & Hildebrandt, H.: Neuropsychologische Frührehabilitation während
der intensivmedizinischen Versorgung. In: Gauggel, S., Kerkhoff, H. (Hrsg.):
Fallbuch der Klinischen Neuropsychologie. Göttingen: Hogrefe 1997, S. 267-289

Zieger, A.: Neue Forschungsergebnisse und Überlegungen im Umgang mit
Wachkoma-Patienten. Rehabilitation 31 (1998) 4, 1-9

Zieger, A.: Grenzen der Wahrnehmung - Über die ungewöhnliche Lebensform
von Menschen im Koma und Wachkoma. Behinderte (Graz) Heft 6 (1998) 21-40

Zieger, A.: Ethische Brennpunkte in der Behandlung Schwerst-Hirn-geschädigter.
Mitteilungen der Luria-Gesellschaft e.V. 6 (1999) 1, 4-18

Zieger, A.: Der Wachkoma-Patient als Mitbürger. Lebensrecht und Lebensschutz
von Menschen im Wachkoma und ihren Angehörigen in der
Solidargemeinschaft. WACHKOMA und danach 11 (2002) 2, 12-15

Zieger, A.: Der schwerstgeschädigte neurologische Patient im Spannungsfeld
von Bio- und Beziehungsmedizin. Intensiv 10 (2002) 6, 261-274

Zieger A. und B. Döttlinger: Häuslich-ambulante Pflege von Menschen im
Wachkoma – medizinische Aspekte. In: Häusliche Pflege heute. München:
Urban & Fischer 2003, S. 651-670

Zieger, A.: Traumatisiert an Leib und Seele - Konsequenzen für den Umgang
mit Wachkoma-Patienten aus beziehungsmedizinischer Sicht. Handout zum
Vortrag auf der Jahrestagung der Österreichischen Wachkoma Gesellschaft in
Wien, am 24. Oktober 2003 (download: www.wachkoma.at)

Zieger, A.: Neuropsychologisch orientierte Frührehabilitation aus ärztlicher
Sicht. In: Zieger, A. & Schönle, P.W. (Hrsg.): Aktuelle Entwicklungen in der
Neurorehabilitation. Rehabilitationswissenschaftliche Reihe Bd. 4, Bad
Honnef: Hippocampus-Verlag 2004, S. 3-70

Zieger, A.: Verlauf und Prognose der sog. Apallischen Syndroms. In: Zieger,
A. & Schönle, P.W. (Hrsg.): Aktuelle Entwicklungen in der
Neurorehabilitation. Rehabilitationswissenschaftliche Reihe Bd. 4, Bad
Honnef: Hippocampus-Verlag 2004, S 147-194

*

Kontaktadresse: Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Zieger

privat: Ziegelhofstr. 57
D - 26121 Oldenburg
Email: a.zieger@t-online.de
Homepage: www.a-zieger.de

dienstlich: Ev. Krankenhaus Oldenburg
Abt. für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte
(Frührehabilitation)
Steinweg 13-17
D - 26122 Oldenburg
Tel. und Fax: 0441/236-402
Email: Dr.andreas.zieger@evangelischeskrankenhaus.de
Homepage: www.neurozentrum.de

*