

Erfahrungsbericht

Basale Stimulation

bei Huntington-Kranken

Christian Boch

Als Mitarbeiter des Huntington-Zentrums NRW im St. Josef-Hospital Bochum betreuen wir Menschen mit der seltenen vererbaren Nervenerkrankung Morbus Huntington. Bei dieser Krankheit kommt es als Folge eines Nervenzellabbaus zu unkontrollierten Bewegungen. Mit Hilfe der Basalen Stimulation gelang es uns, die überschießenden Bewegungen günstig zu beeinflussen. Eine erste Maßnahme war die beruhigende Ganzkörperwaschung, mit der die Bewegungsunruhe vermindert werden konnte. Es folgten die atemstimulierende Einreibung und der Nestbau. Auch die vibratorische Stimulation führte zu einer Reduzierung der heftigen, fahrigen Überbeweglichkeiten.

Ein Team mit einer Idee stellt sich vor!

Im Februar 1996 wurde unsere Station 31/A im St. Josef-Hospital eröffnet.

Diese Station war zunächst für sechs, mittlerweile zwölf, Patienten mit Morbus Huntington eingerichtet worden. Im Team arbeiteten überwiegend Mitarbeiter von anderen neurologischen Stationen, die unterschiedliche Erfahrungen mitbrachten. Die wenigsten hatten jedoch Vorkenntnisse mit diesem Krankheitsbild.

So arbeiteten wir ein Jahr lang mit immer stärker sinkender Motivation „an kranken Men-

schen herum“, ohne ein wirkliches Konzept zu haben.

Auf der Suche nach Lösungen für ein Patentrezept eilte ich, in meiner Funktion als Stationsleitung, von einer Fortbildung zur anderen – stets mit meinen Fragen auf Unverständnis treffend. Bis ich endlich bei einer Veranstaltung von *Christel Bienstein* etwas über **Basale Stimulation** hörte. Dieser Begriff war mir nicht fremd.

Wiederholt fiel uns in der Anfangszeit auf, dass sehr unruhige und überbewegliche Patienten ruhiger wurden, wenn man ihnen eine Hand auf die Brust legte.

Nach einem Grund- und Aufbaukurs in Basaler Stimulation fand ich immer neue Ansätze und ein besseres Verständnis für die Erscheinungen der Erkrankung. Dadurch steckte ich nach und nach die anderen Kolleg/innen an. Darüber hinaus begannen auch Ärzte, Krankengymnastinnen sowie die Logopädin und der Ergotherapeut sich für unsere Erfahrungen mit der Basalen Stimulation zu interessieren. So bildeten sich Arbeitsgruppen, in denen die Kenntnisse – aus den unterschiedlichen Bereichen zusammengeführt – vernetzt wurden.

Theoriegeleitete Idee

In diesem interdisziplinären Team haben wir unsere Kenntnisse und Vorstellungen ausgetauscht. Dabei haben wir Schnittstellen, Gemeinsamkeiten gefunden und Irrtümer ausräumen können.

Unser gemeinsames Arbeitsfeld ist die Erkrankung **Morbus Huntington**. Es handelt sich dabei um ein autosomal dominantes Erbleiden, mit einer Verlängerung des vierten Chromosoms. Die Krankheit tritt meist zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr auf, kann aber auch im 75. Lebensjahr beginnen. Ein juveniler Beginn, das heißt vor dem 20. Lebensjahr, ist selten (< 10 Prozent).

Klinisch unterscheidet man hyper- und hypokinetische Formen. Im Verlauf liegt eine zunehmende Minderbewegung der willkürlichen sowie der unwillkürlichen Muskulatur vor. In den späten Stadien sind Beeinträchtigungen des Sprechens und Schluckens oft sehr ausgeprägt.

Vegetative Störungen, wie Veränderungen des Appetits, der Libido, der Thermoregulation und des Schlafes, treten in unterschiedlichem Ausmaß auf. Die psychischen Veränderungen betreffen den geistigen und seelischen Bereich. So können Depressionen, schizoaffektive Psychosen, Affekt- und Antriebsschwäche früh-

zeitig auftreten und das Zusammenleben mit dem Kranken erschweren.

Im weiteren Verlauf ist bei allen Betroffenen eine Demenz nachweisbar. Früh sind Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Lernen und die visuelle Perzeption gestört.

Pathophysiologisch kommt es zu einem Glukose-Hypometabolismus und zu vermehrten Verklumpungen, die den Stoffwechsel der Nervenzellen beeinträchtigen. Folge ist ein vorzeitiger Nervenzelluntergang, auch im Bereich des Striatums. Dadurch kommt es in der Folge sowohl auf direktem wie indirektem Pfad zu einer übermäßigen Erregung des Thalamus.

Von hier werden Informationen zum Cortex weitergeleitet und in der Folge Bewegungen ausgelöst. Feuert der Thalamus nun übermäßig in Richtung Cortex, kommt es zu ständig überschießenden, unkontrollierten Bewegungen.

Die Thalamusregion wird aber ihrerseits ständig mit Rückmeldungen unterschiedlichster Qualitäten versorgt. Hierzu gehören Informationen zur Propriozeption, Lage, Berührung, Druck, Vibration, Schmerz, Temperatur sowie aus dem Gleichgewichtsapparat, aus den Seh- und Hörapparaten und aus dem limbischen System.

Diese Erkenntnis führt zu der Annahme, dass Huntington-Kranke nur unzureichend konkrete Rückmeldungen über ihren eigenen Körper bekommen. Ihre Bewegungen sind zu schnell, die Berührungen zu flüchtig, als dass sie ausreichen, um das Gehirn auf Dauer zufrieden zu stellen. Setzen wir nun unsererseits klare, gezielte Rückmeldungen mit Druck, Grenzen, Vibration und Temperatur entgegen, erfüllen wir das Bedürfnis nach Körperwahrnehmung und beeinflussen damit die Thalamuskern.

Die medikamentöse Therapie mit dem meisten Erfolg gegen die Überbewegungen setzt in der Dopaminübertragung an. Dies führt zu einer Reduzie-

rung der erregenden Übertragung vom Striatum über den Thalamus zum Cortex.

Veränderter Blickwinkel durch Basale Stimulation

Unser Team hat über einen Zeitraum von drei Jahren Schritt für Schritt Erfahrungen in der Pflege von an Morbus Huntington erkrankten Menschen gemacht. Wir haben viele Verhaltensweisen der Betroffenen besser verstehen, darauf reagieren und unser Pflegeverhalten ändern können.

Dazu ein Beispiel: Ein Mann kommt zur Aufnahme. Er liegt wiederholt vor dem Bett auf dem Boden. Die Angehörigen haben uns berichtet, dass er dies auch zu Hause getan hat. Früher hätten wir das im Sinne einer Bettflucht mit einer fixierenden Maßnahme beantwortet. Nach drei Jahren Erfahrung mit der Basalen Stimulation haben wir zunächst eine Superweich-Matratze auf den Boden gelegt. Da der Erkrankte aber – halb von dieser Matratze – auf dem Boden lag, ersetzten wir diese durch eine härtere Matratze. Das Ergebnis war erstaunlich. Der Betroffene blieb auf dieser Matratze am Boden liegen.

Diese Erfahrung transferierten wir mit Erfolg, in entsprechend individuell abgeänderter Form (drei Matratzen nebeneinander, zusätzlich ein großes „Kuscheltier“), bei anderen Huntington-Kranken.

Erste Erlebnisse mit der Initialberührung

Wiederholt fiel uns in der Anfangsphase auf, dass sehr unruhige und überbewegliche Patienten in der Aufnahmesituation selbst durch uns, als zunächst fremde Personen, ruhiger wurden, wenn man ihnen eine Hand auf die Brust legte und sie ansprach und ihnen ihre neue Umgebung und Situation

erklärte (Abb. 1). Mittlerweile nehmen wir in extremen Situationen auch vibratorische Stimulation hinzu, d. h. leichtes Hin-und-her-Bewegen der Hand an den langen Knochen. Ebenso sind Schulter- und Ellenbogengelenk gute Stellen für eine Initialberührung, um eine Reduzierung der Überbewegung zu erreichen und Kommunikation zu ermöglichen.



Abb. 1 Das Auflegen der Hand auf die Brust bewirkt eine Reduzierung der Überbewegungen

Die Erkrankung führt zu einer Veränderung der Persönlichkeit, oft zu einem Rückzug und zu stark ausfahrenden und überschießenden Bewegungen. Die Erkrankten erleiden dadurch den Verlust von Körperkontakt, was von den Angehörigen auch bestätigt wird. Dies gilt für zielgerichtete Berührungen mit dem eigenen Körper, aber auch für den Kontakt mit Angehörigen oder betreuenden Personen. Viele Kranke suchen diesen Körperkontakt oder einen klaren Widerstand, den wir ihnen geben und damit eine Reduzierung der Überbewegungen erreichen.

Kontakt halten

In unterschiedlichen Situationen erleben wir eine Reduzierung der Überbewegungen, mehr Stabilität und koordiniertere Bewegungen, wenn wir den Körperkontakt halten beziehungsweise den Erkrankten den Kontakt halten lassen – und zwar insbesondere an Stellen, die der Betroffene uns zeigt. So konnten wir feststellen, dass die Überbewegungen nachlassen, wenn wir die Hand des Patienten zum Nacken

führen. Die Erkrankten liegen ruhiger im Bett, können besser gehen und essen.

Viele unserer Kranken treten immer wieder am Fußende gegen das Brett, ziehen die Beine an und treten erneut dagegen. Anfangs haben wir das Bett länger gemacht – mit dem „Erfolg“, dass die Patienten zum Fußende rutschten und weiter vor das Brett traten. Neurologisch vorgeprägt, versuchten wir den Kontakt der Fußsohle mit dem Brett zu vermeiden. Mittlerweile legen wir Sandsäcke gegen die Fußsohle oder Decken zwischen Füße und Brett, um den dauerhaften Kontakt zu ermöglichen.

Diese „Über-Bewegungen“ lassen sich im Sinne von Andreas Fröhlich als Autostimulation verstehen, die wir verstärken, unterstützen und variieren. Das Phänomen – die Hand in den Nacken zu legen – sehen wir als Fixieren von Freiheitsgraden (n. N. A. Bernstein 1975), wie bei Kindern vor dem dritten Lebensjahr, um sich zu stabilisieren.

Abb. 2 Das Massieren der Beine und Füße wird von den Patienten genossen und erleichtert die anschließende Mobilisation



Beruhigende und belebende Ganzkörperwaschung

Überhaupt scheinen Druck, Körperkontakt und Grenzen – erfahren durch somatische Angebote – wichtig für Huntington-Kranke zu sein.

Da weder in der Literatur zur Pflege Huntington-Kranker detaillierte Konzepte beschrieben werden, noch Erfahrungen mit der Basalen Stimulation bei

Druck, Körperkontakt und Grenzen erfahren durch somatische Angebote scheinen sehr wichtig für Huntington-Kranke zu sein.

überbeweglichen Huntington-Patienten vorlagen, befanden wir uns in der glücklichen Lage, die beruhigende wie belebende Ganzkörperwäsche (GKW), die Haarwäsche, die atemstimulierende Einreibung und den Nestbau als somatische Angebote in unterschiedlichen Situationen ausprobieren zu können. Dabei erkannten wir, für die zahlreichen Probleme einen Erklärungsansatz gefunden zu haben. Unsere Erfahrungen sind folgende: Gegen das Hauptsymptom, die Hyperkinesen, hilft in den meisten Fällen eine beruhigende GKW (n. Bienenstein/Fröhlich), bei sehr unruhigen Patienten aber auch eine belebende GKW.

Sind die Informationen bei der belebenden (Waschrichtung gegen den Haarwuchs) Waschung intensiver? Da Huntington-Kranken unserer Meinung nach die Wahrnehmung des eigenen Körperbildes fehlt, bekommen sie so konkretere Informationen über ihr Körperbild. Ähnlich scheint es mit der Wassertemperatur zu sein. Betroffene, die noch selbstständig sind, duschen in der Regel mit über 40° C heißem Wasser. Dies erzeugt ein brennendes Gefühl auf der Haut, wodurch der Körper besser wahrgenommen wird.

Ein erster Kontakt mit dem Waschlappen und Wasser an den Händen war meist positiv besetzt und eine Möglichkeit der Temperaturakzeptierung (Huntington-Kranke mögen es mit 38 bis 39° C sehr warm). Vielfach führt der nächste Schritt, eine beruhigende Waschung der Brust, zu einer ersten Reduzierung der Überbewegungen. Danach führt die

Waschung vom Hals (ausgehend vom Ohr) über den Kapuzenmuskel hinunter den Arm entlang zur Hand. Die Finger werden einzeln moduliert, der Handrücken vom Fingergrundgelenk in Richtung Handgelenk, um einer häufig vorliegenden Beugedystonie entgegen zu wirken. Das Gesicht sowie Augen werden einzeln gewaschen, um einen Orientierungsverlust zu vermeiden – von der Stirnmitte zum Kinn nachfolgend. Den Rücken waschen wir meist in sitzender Position vom Steiß Richtung Nacken, um dem Streckmuster entgegen zu wirken.

Vom Nacken zum Steiß waschen wir rechts und links der Wirbelsäule entlang sowie – zur Betonung derselben – auf ihr hinunter, um eine Aufrichtung schlaffer Patienten zu erreichen. Die Waschung wird häufig um eine atemstimulierende Einreibung ergänzt, die den freien Sitz noch stärker ermöglicht und eine Harmonisierung der Rückenmuskulatur bewirkt. Der Genitalbereich folgt als nächstes fakultativ. Ist der inkontinente Kranke mit Urin und Stuhl verschmutzt, wird eine Reinigung durchgeführt. Kranke mit Teilselbstständigkeit können die Genitalreinigung meist noch selbstständig durchführen.

Die Beine werden beruhigend gewaschen und nacheinander – mit Betonung der Fußsohlen – aufgestellt. Hier beobachten wir immer wieder das Phänomen, dass gerade überwiegend Bettlägerige eine Waschung und das Massieren der Füße und der Fußsohlen genießend tolerieren, dabei zum Teil einschlafen. Wir haben den Eindruck, dass dies auch eine gute Vorbereitung zur anschließenden Mobilisation (Hinstellen auf die Beine) ist. Viele monatelang Bettlägerige waren zum Stehen beziehungsweise Gehen nach einer Betonung der Füße und Beine in der Lage (Abb. 2). Des Öfteren schlafen Huntington-Kranke unter der beruhi-

genden GWK ein. Diese Beobachtungen führten dazu, die Betroffenen abends zu waschen oder eine Massage in der entsprechenden Weise durchzuführen. Letzteres vor allem bei Durchschlafstörungen.

Bei den Waschungen konnten wir immer wieder durch Betonen stark angespannte Körperhaltungen lösen und die Betroffenen in die Lage versetzen, Extremitäten selbstständig zu halten oder zu bewegen.

Die von Fröhlich beschriebenen Mikrobewegungen (n. *Sasamotu*) helfen die Anspannungen zu reduzieren und sind eine hilfreiche, vorbereitende Maßnahme zur Mobilisation. Kommt es doch zu einer Reduktion der Anspannung, ist somit eine harmonischere Bewegung möglich, die Haltung wird symmetrischer.

Atemstimulierende Einreibung

Wie bereits erwähnt, harmonisiert eine atemstimulierende Einreibung (ASE) die Spannung im Rumpfbereich und ermöglicht den freien Sitz (Abb. 3). Eine weitere Möglichkeit, die Einreibung zu nutzen, ist es, sie als vorbereitende, beruhigende, die Atmung harmonisierende Maßnahme einzusetzen. Bei den überbeweglichen Patienten konnten wir – neben der beruhigenden Wirkung – die Betroffenen in die Lage versetzen, sich selbstständig zu waschen.

Des Weiteren ließen sich unwillkürliche Lautäußerungen – häufig als Folge einer beeinträchtigten Koordination der Atmung – günstig beeinflussen. Zumal diese Laute von den Betroffenen als unangenehm empfunden werden. Auch konnten wir den positiven Effekt auf das Schlafverhalten bei den Huntington-Kranken nutzen.

Immer wieder haben Huntington-Kranke Muskelgruppen, die unter erhöhter Anspannung stehen, und zeigen beispielsweise ein Vorwärts- oder Seitwärtsneigen des Kopfes oder ein übermäßiges Beugen oder Strecken der Extremitäten. Vielfach hilft ein Betonen der gegenüberliegenden Muskelgruppe zur Harmonisierung der Anspannung. Oft kann die Anspannung durch leichtes vibratorisches Hin-und-her-Bewe-

gen gelöst werden. Auch ein entlastendes Halten des Kopfes reduziert die Anspannung. Ist diese erhöhte Anspannung im Sinne einer besseren Spürinformation zu deuten?

Nestbau

Bei den Maßnahmen, die den Schlaf fördern, erweist sich immer wieder der Nestbau als sehr Erfolg versprechend (Abb. 4).

Die Patienten in der Halbseitenlagerung oder 30-Grad-Lagerung erspüren offensichtlich soviel Grenzerfahrung, dass dies zu einer Reduzierung der Überbewegungen führt und dadurch die Betroffenen einschlafen. In der Rückenlage verhindert ein um das Gesäß gelegter Nest-Ring das Hinunterrutschen im Bett, wenn das Kopfteil zum Essenreichen aufgestellt wird. Darüber hinaus verleiht es Sicherheit und Stabilität. Die Patienten „sitz-liegen“ sehr ruhig und können koordinierter die Nahrung aufnehmen. Dies ist auch besser, weil sie keine Stützarbeit für den Kopf übernehmen müssen und nicht permanent durch die Überbewegungen gestört werden und scheint gerade bei der Nahrungsaufnahme im Sitzen am Tisch hilfreich zu sein. Hier nutzen wir langlehnige Stühle oder Sessel und lagern den Kopf oft zusätzlich durch nachgiebige Hirsekissen.

Abb. 4 Eine zusammengerollte Decke unterstützt die Seitenlagerung des Patienten und vermittelt ihm das sichere Gefühl der Begrenzung

Abb. 3 Die atemstimulierende Einreibung reduziert die Spannung im Rumpfbereich und unterstützt den freien Sitz der Patientin

Bei der GWK heben wir erst nach und nach die durchgeführten Lagerungsmaßnahmen auf. Unsere Erfahrungen haben gezeigt, dass nach Entfernen aller Lagerungshilfsmittel die Überbewegungen sofort einsetzen. Deshalb begrüßen und informieren wir die Betroffenen zunächst, entkleiden den Oberkörper und sorgen für Kontakt an den Füßen beziehungsweise belassen die Lagerungsmaterialien, wie sie vorhanden sind. Dann decken wir erst die nächsten Körperpartien frei, die wir stimulieren möchten.

Das Entfernen der Materialien nimmt den Betroffenen den Widerstand. Es kommt abrupt zum Verlust ihrer Grenzerfahrung. Das löst die Überbewegungen aus. Erhalten wir die Grenzen und geben den Erkrankten nach und nach somatische Rückmeldungen über ihre Körperform, treten die Überbewegungen nicht so stark auf.



Abb. 5 Der Patient bestimmt den Zeitpunkt des Aufstehens selbst; die Krankenschwester wartet geduldig auf seine Signale

Vibratorische Stimulation

Verstärkend für die Körperwahrnehmung ist die vibratorische Stimulation sehr nützlich. Bei sehr überbeweglichen und unruhigen Huntington-Kranken können wir in Stresssituationen eine beruhigende Stimulation anbieten. Dies kann ein Einstieg in die Kommunikation sein oder in die GKW.

Wir führen eine vibratorische Stimulation beispielsweise am Brustbein durch. Wir legen unsere Hand auf und bewegen sie langsam – vibratorisch – hin und her. Dadurch erreichen wir ein Nachlassen der Überbewegungen und der Unruhe. Darauf aufbauend können wir ein besser verständliches Gespräch führen, die in ihrer Sprechfähigkeit eingeschränkten Kranken besser verstehen oder die GKW für beide Seiten stressfreier durchführen. Während einer Waschung können wir dann noch einmal einzelne Extremitäten vibratorisch stimulieren – wenn die Beine unruhig sind, an der Hüfte oder zur Betonung der Arme am Schultergelenk.

Als vorbereitende Maßnahme zur Förderung der Gangsicherheit führen wir auch vibratorische Stimulationen an den Beinen durch.

Hierzu nehmen wir dann ein „Massagegerät“ zur Hilfe und führen sie über einen längeren Zeitraum (ca. 10 Min.) durch. Der Erfolg nach der ersten Stimulation zeigt sich in einem weniger ausladenden und etwas schnelleren, also insgesamt sicheren Gang.

Orale Stimulation

Die orale Stimulation konnten wir wiederholt als vorbereitende Maßnahme bei Huntington-Kranken einsetzen. Zum einen erreichen wir ein Öffnen des Mundes, selbst bei unwillkürlichem Mundschluss, durch Schmecken-lassen und Neugierig-machen, zum anderen können wir nach einer oralen Stimulation einen besser koordinierten Schluckvorgang feststellen. Hierbei ist besonders das stimulierende Berühren der Zunge mit einer Zahnbürste, die mit einer Kompresse umwickelt wird, sehr förderlich. Die bei Huntington-Patienten typischen Transportschwierigkeiten können dabei positiv beeinflusst werden.

Bei Betroffenen mit hoher Anspannung konnten wir durch Ausstreichen der Wangen zum Mund Verkrampfungen lösen und damit ein Öffnen des Mun-

des erreichen, durch Beklopfen schlaffer Mundpartien nach und nach Spannung aufbauen. Unterstützend konnten wir den vibratorischen Effekt von Rasierapparaten (bei Männern) einsetzen.

Durch diese Maßnahmen sind wir in der Lage, die Betroffenen weit gehend stressfrei ganz beziehungsweise teilzuernähren. Die Indikation einer Ernährungssonde durch die Bauchdecke (PEG-Anlage) wird bei uns relativ früh gestellt. Danach wird, wenn möglich, auch weiter über den Mund ernährt. Denn wir haben die Erfahrungen gemacht, dass Unruhe, verbale Entäußerungen, hastiges Schlingen und zur Nahrung vorbeugen nachlassen beziehungsweise verschwinden, wenn der Erkrankte ausreichend Flüssigkeit und Nahrung bekommt.

Olfaktorische Stimulation

Unsere Erfahrungen mit der olfaktorischen Stimulation beschränken sich bisher auf den Einsatz von Lavendelöl-Kompressen. Sehr gute Erfolge haben wir hierbei, wenn wir die Kompressen als Einschlafhilfe nutzen. Aber auch bei Unruhe und starken Überbewegungen sind sie von Nutzen. Anfangs glaubten wir, bei jüngeren Betroffenen weniger gut Lavendelöl einsetzen zu können. Dies trifft nach unseren Erfahrungen jedoch nicht zu.

Selten verwenden wir Rosmarinöl oder -waschzusatz für eine GKW. Bei sehr depressiven, antriebsarmen Erkrankten haben wir teilweise Besserungen im Sinne einer Anregung mit stärkerem eigenen Antrieb festgestellt. Häufiger verwenden wir Pfefferminzöl in warmem Wasser für die GKW. Anfangs nutzten wir dies vor allem als fiebersenkende Maßnahme. Bei gleichzeitig unruhigen und überbeweglichen Betroffenen stellten wir eine Beruhigung und ein Nachlassen der Überbewegungen fest. Daraufhin führen wir jetzt auch Waschun-

gen zur Reduzierung von Überbewegungen durch. Wir glauben, dass durch die vitalisierende Verdunstungskälte das Körpergefühl nachhaltig verstärkt wird und somit die Überbewegungen nachlassen.

Der kommunikative Austausch

Der verbal kommunikative Austausch mit Huntington-Kranken ist häufig schwierig und frustrierend, da es frühzeitig zum Verlust der Sprechfähigkeit kommt. Bis dahin ist die Zeit der Verständigung dornenreich. Für beide Seiten!

Dennoch gibt es auch hier nutzbare Fähigkeiten. Neben den bereits oben beschriebenen Maßnahmen, die zur Beruhigung und dadurch zum besseren Verstehen führen, scheint das Sprachverständnis länger erhalten zu bleiben. Zudem benötigen Huntington-Kranke eine längere Zeit der Verarbeitung selbst kurzer Informationen. Dies hat natürlich Konsequenzen für unsere Arbeitsweise. Sie muss dementsprechend angepasst abwartend geduldig sein. Wir müssen, im engen Körperkontakt mit den Betroffenen, den rechten Zeitpunkt, beispielsweise des Hinstellens, abwarten (Abb. 6). Diesen Eigenimpuls nutzend, erleichtern wir uns die Arbeit und erhalten die Selbstständigkeit.

Darüber hinaus müssen wir vielfach auf die nonverbalen Hinweise der Kranken achten. Dies sind in erster Linie Unruhe mit starken Überbewegungen, aber auch das Wegdrehen zur Wandseite, das Nicht-öffnen des Mundes bei unbeliebten Speisen. Hier sind Hinweise zur Vergangenheit des Betroffenen hilfreich. So wirkt das Abspielen der Lieblingsmusik beruhigend. Auch meditativ beruhigende Musik, ruhiges Sprechen oder andere auditive Angebote verfehlen ihre beruhigende Wirkung nicht.

Fazit

Unsere Maßnahmen haben ihren Erfolg in dem medizinisch-therapeutischen Kontext. Ohne ausgleichende Medikamente helfen unsere Maßnahmen oft nicht (oder uns fehlt der rechte Zugang). Jedoch nützen die Tabletten ohne unsere stimulierenden Maßnahmen ebenso wenig. Rein sedierende Medikamente können von hohen Dosen herab eingespart werden.

Um die somatischen Angebote der Basalen Stimulation patientenorientiert einsetzen zu können, ist es unerlässlich, dass die Pflegenden die früheren Gewohnheiten des Patienten berücksichtigen: Welche Rolle spielt die Hygiene für ihn? Mag er Körperkontakt und wenn ja wel-

chen? Liegen besondere Schlafgewohnheiten vor? Zur Erhebung dieser individuellen Bedürfnisse können – neben dem Patienten selbst – vor allem seine Angehörigen wichtige Hinweise liefern.

Unsere Erfahrungen mit der Basalen Stimulation waren nur dank der Unterstützung des gesamten Teams möglich. Für die Unterstützung und Toleranz möchte ich mich beim Team der NR 5/A31 bedanken. Besonders möchte ich mich bei unserem Stationsarzt *Jürgen Andrich* bedanken, der mir bei der Erstellung dieses Artikel geholfen hat und mich auch bei der Entwicklung der theoretischen Grundlagen unterstützt hat.

Literatur:

- Lange, H. W. (Hrsg.): Die Huntington Krankheit. Zur Symptomatik, Ätiologie, Früherkennung, Therapie und Selbsthilfe. Hippokrates Verlag, Stuttgart 1986
 Harper, P. S. (Hrsg.): Huntington's disease. Saunders, London 1991
 Fröhlich, A. D.: Basale Stimulation: das Konzept. Verl. Selbstbestimmtes Leben 1998
 Bienstein, Chr.; Fröhlich, A. D.: Basale Stimulation in der Pflege. Verl. Selbstbestimmtes Leben
 Pickenhain, L.: Basale Stimulation. Neurowissenschaftliche Grundlagen. Verl. Selbstbestimmtes Leben 1998
 Nydahl/Bartoszek (Hrsg.): Basale Stimulation: neue Wege in der Intensivpflege. Ullstein Mosby 1997
 Affolter, F.: Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache. Neckar-Verlag 1987

Anschrift des Verfassers:

Christian Boch
 Riemkerstraße 46
 44809 Bochum
 christian.boch@ruhr-uni-bochum.de