

## **BASALE STIMULATIE IN DE INTENSIEVE VERZORGING. VERZORGING ALS BASIS VOOR COMMUNICATIE.**

**DOOR PETER NYDAHL**

**VERSCHEENEN IN HET PFLEGEZEITSCHRIFT VOOR VERZORGING 4/99,  
KOHLLHAMMERVERLAG, STUTTGART 1999**

Vertaald door Marieke Berlaen en Philip Vanmaekelbergh.

Een oudere dame, eind de 60, meningo-encephalitis en 2 weken lang comateus, in de ontwaak- en regeneratiefase op de intensive care van een neurologische dienst: ze opent de ogen, kan zich nauwelijks bewegen, fronst herhaaldelijk het voorhoofd, lijkt verpleegkundige handelingen niet te begrijpen en aanvaardt deze in het algemeen nogal moeilijk. Verbale aanmaningen, zoals 'opent u even de mond' beantwoordt ze niet adequaat.

Voor een betere oriëntatie en activering mobiliseer ik de patiënte in een leunstoel. Vanuit deze positie zou een mondverzorging (bij deze patiënte moeilijk) goed mogelijk moeten zijn. Ik breng een beker met kamillethee tot aan haar lippen, vraag haar de mond te openen en te spoelen. Ze werkt niet mee, knijpt haar lippen enkel nog steviger dicht als ik ze daar aanraak. Ze lijkt niet te begrijpen waarom ik deze handeling bij haar wil uitvoeren.

Wat gaat er in haar om? Hoe beleeft ze deze situatie? Waarom kan ze niet 'meewerken' en hoe kan ik met deze vrouw communiceren?

Om deze situatie te begrijpen en mogelijke therapeutische uitgangspunten te kunnen ontwikkelen, bekijken we het concept van de basale stimulatie.

We wijden een beetje uit

Basale stimulatie is een concept ter ondersteuning, verzorging en begeleiding van diep meervoudig gehandicapte personen. Het werd in de jaren '70 door Andreas Fröhlich (professor in de orthopedagogie) in samenwerking met diep mentaal meervoudig gehandicapte kinderen ontwikkeld en 10 jaar later samen met verpleegster en pedagoge Christel Bienstein bij de verzorging van volwassenen overgenomen (Bienstein, Fröhlich 1997).

Fröhlich had naar nieuwe communicatie- en stimuleringsmogelijkheden voor diep meervoudig gehandicapte personen gezocht. Hij vertrok vanuit een voor die tijd radicaal uitgangspunt.

Hij probeerde voor zwaar gehandicapte kinderen, die niet meer in staat zijn verder te ontwikkelen een positieve definitie te formuleren.

Zelfs kinderen met sterke waarnemingsstoringen hebben capaciteiten, die tot dan toe maar weinig aandacht kregen:

- \* ze zijn in staat om elementaire processen, zoals de bloedcirculatie, spijsvertering, ... in stand te houden;

- \* ze kunnen zich actief beschermen tegen een onvoorspelbare omgeving (door eigen technieken, zoals zich terugtrekken, in slaap vallen of door autostimulerend gedrag);

- \* ze kunnen waarnemingen die dicht bij het lichaam liggen (zoals specifieke aanrakingen) opnemen;

- \* ze kunnen communiceren (via de ademhaling, de hartslag, ...)

- \* ze zijn gelukkig of tevreden, ze kunnen lijden.

Fröhlich heeft ontdekt, dat deze kinderen in staat zijn tot communicatie, alleen moet de omgeving hun signalen au sérieux nemen, hun vermogen om te communiceren gebruiken en

de communicatie zelf moet bekende informatie bevatten. Zo laat hij aan de hand van een stofdoek een spastisch kind z'n lichaamsgrenzen waarnemen. Dit gebeurt behoedzaam en in interactie met het kind. Op die manier wordt er van het kind niet te veel gevergd. Voor het kind is dit een aangename belevenis, het herkent informatie van lichamelijke aard, het voelt zich ondanks de zware beperking geaccepteerd en au sérieux genomen.

Het reageert binnen z'n mogelijkheden zeer opmerkzaam, door het afnemen van de spasticiteit, door een verdiepte ademhaling, door een zucht. (Fröhlich 1998).

Fröhlich heeft samen met zijn collega Ursula Haupt een model voor totale communicatie ontwikkeld, dat rekening houdt met volgende aspecten (Fröhlich 1998): waarneming, contactervaring, cognitie, gevoelens, beweging en ervaring van het lichaam. Deze aspecten van de communicatie staan onderling met elkaar in verband en beïnvloeden elkaar.

## Kommunikation



Een foto van een grootmoeder en haar kleinkind verduidelijkt dit. Beide partners maken in hun interactie gebruik van bekende informatie, ze nemen elkaar au sérieux, ze aanvaarden elkaar als communicatiepartner en ze gebruiken gemeenschappelijke communicatiewegen. Het kleinkind neemt duidelijk waar hoe zijn oma met hem spreekt en speelt; het ziet, hoort, ruikt en voelt haar. En terwijl het communiceert ontdekt het zichzelf. Het legt de grondslag voor een verdere sociale omgang, het leert een andere wereld kennen en kan zo ook zijn eigen identiteit ontdekken. Het breidt zijn kenvermogen uit, leert bij, beleeft dingen, leert wat mag en wat niet mag. Het voelt zich aanvaard en geliefd en is daardoor in staat zich te bewegen, met mimiek en gebaren te spelen en dingen uit te proberen. Het ervaart z'n lichaam op een andere manier als het op oma's schoot zit en nauw contact heeft.

Het kleinkind zal deze aspecten in de komende jaren verder ontwikkelen, net zoals zijn grootmoeder het heeft gedaan en het nog steeds doet en zoals elk van ons het doet tot aan zijn dood.

Maar wat gebeurt er als iemand aan een zware ziekte of een trauma lijdt, van de persoonlijke en sociale omgeving wordt weggerukt en op de intensive care ligt?

Dan kan het door de ziekte en door het verblijf in het ziekenhuis zelf, tot zware communicatiestoornissen komen (Fröhlich 1995). Door het gebruik van bv. catheters ontstaat er desoriëntatie en verwarring, die het verdere genezingsproces en de revalidatie kan vertragen en bemoeilijken (Buchholz, Gebel-Schürenberg, Nydahl, Schürenberg 1998).

De waarneming wordt niet enkel door ziekte maar ook door het verblijf in het ziekenhuis, met de vaak overbelaste atmosfeer verstoord. Informatie wordt slechts fragmentarisch, onduidelijk of ook vervormd waargenomen.

Zo groeit uit de stem van een verpleegster de stem van een vriend, de verpleegster wordt voor een ander persoon gehouden. De omgeving, de apparaten kunnen niet altijd begrepen en gerangschikt worden, af en toe wordt hen ook een andere betekenis toegeschreven: het zuiggeluid van de hemofiltratie wordt een melkmachine uit de koestal, het klotsen van de beademing wordt een kabbelende beek, het liggen op een alternating matras geeft het gevoel op zee te varen.

Een prikkelarme omgeving kan leiden tot een sensorische deprivatie, een toestand waarin patiënten steeds ongenueanceerder gaan waarnemen (Bienstein, Fröhlich 1997).

De contactervaring verandert. De functionele vragen tot medewerking veronderstellen geen echte deelname aan een communicatieproces. Ze werken vaak misverstanden in de hand. De vertrouwde vaste contactpersonen zijn weg. Veel patiënten reageren daar op met een bewuste isolatie in een zelfbeschermende reflex. Ze sluiten zich af, om deze toestand te kunnen overleven (Zieger, 1996).

De sensorische deprivatie en de isolatie leiden vaak tot een gereduceerd verstandelijk prestatievermogen; de patiënten beginnen associatief en ,voor buitenstaanders, wispelturig te denken. Ze kunnen daarbij tot vroegere ontwikkelingsstadia terugkeren. Het kan zover komen dat het vroegere beleefde als actueel ondervonden wordt (Nydahl, Bartoszek 1998). Die gevoelens worden op een directe manier beleefd. Zoals sommige patiënten achteraf meedeelden, kunnen die gevoelens een gevaarlijk tot levensbedreigend karakter hebben (Hannich 1994; Hannich, Dierkes 1996).

Dit alles leidt tot coördinatiestoringen (Neander et. al. 1996), tot dyskinese. Vroeger geautomatiseerde bewegingspatronen tonen plots niet meer het gewenste succes. Een gebaar wordt verkeerd begrepen, zich op de zijde draaien leidt tot uit het bed vallen. Er ontstaat vervreemding van het eigen lichaam, die door de ongedifferentieerde waarneming een gewoonte dreigt te worden. Lichaamsvreemde objecten zoals een matras of toevoer- en afvoerleidingen kunnen in het lichaamsbeeld geïntegreerd worden, zodat de welgekende, fundamentele zekerheid van het eigen lichaam verloren gaat. Een elementaire identiteitscrisis kan het gevolg zijn van deze communicatiestoornissen. Een revalidatie wordt uitgesteld en het kan tot verdere verwickelingen komen.

De auteur gaat er na wetenschappelijk onderzoek van uit dat voornoemde communicatiestoornissen bij 30% van de patiënten op de intensieve verpleging bij het begin van de opname optreden (Nydahl, Bartoszek 1998). Bij de zwaarste belemmeringen, zoals bij de verschillende vormen van coma loopt het op tot 50% (Hannich, Dierkes 1996).

# Kommunikation



We keren terug naar de oude dame, die de mondverzorging weigert. We nemen aan, dat de beschreven communicatiestoornissen ook bij haar van toepassing zijn. Samengevat laat het zich als volgt formuleren: het gaat de oude dame, die nog steeds in een leunstoel zit, niet zo goed.

Belangrijk hierbij is, dat de mislukte mondverzorging niet aan haar koppigheid of het verward zijn te wijten is. Maar veeleer aan mijn foutief inschatten: de oude dame heeft in haar trauma geen andere mogelijkheid dan zich op deze manier te gedragen.

Wat kunnen we nu doen? Hoe kunnen we met deze vorm van communicatiestoornis rekening houden en hoe kan er therapeutisch mee worden omgegaan?



Tot nu toe werden deze patiënten, afhankelijk van hun primaire stoornis, vooral beschreven met de focus op de handicap, op wat ze niet kunnen. Proberen we eens, zoals Fröhlich, met een positieve definitie van de zwaarst aangedane patiënten: zelfs de zwaarst aangedane mensen zijn in staat,

1. te voelen en te beleven
2. lichamelijke waarnemingen te ondervinden
3. via lichaamstaal te communiceren
4. hun omgeving en andere personen waar te nemen
5. op de omgeving en personen specifiek te reageren
6. die communicatie te ontwikkelen

7. een sociale deskundigheid te ontwikkelen
8. aan hun eigen leven uitdrukking te geven
9. behoeftes te ontwikkelen
10. zich aan nieuwe situaties aan te passen
11. te leren en zich te ontwikkelen

Dit alles heeft ook betrekking op de oude dame. Ze is niet in staat te communiceren zoals wij het vaak van de patiënten eisen, wanneer we hen als gelijkwaardige partners beschouwen. Ze beschikt echter duidelijk wel over een communicatieve en sociale competentie.

Hoe kan nu een relatie, een communicatie en tenslotte ook een verzorging met haar opgebouwd worden?

We komen hier op Fröhlich terug: communicatie -en daarmee ook ondersteuning- kan enkel zinvol zijn als bekende informatie, sociale competentie en de resterende communicatiewegen van de patiënt worden gebruikt (Fröhlich 1998). Bekende informatie kan voor de oude dame inhouden: de grenzen van het eigen lichaam, de situatie in de kamer, het voelen van vertrouwde bewegingen, een vertrouwde positie in het bed of de stoel, een bekende geur, een bekend voorwerp zoals vb een toiletartikel. De sociale vaardigheid kan vervuld worden als er rekening gehouden wordt met de beleving en het waarnemingsvermogen van de patiënte; als er op haar tempo wordt gewerkt en haar de gelegenheid wordt gegeven om de communicatie te begrijpen en erop te antwoorden. Daarom vatten we basaal stimulerende handelingen niet echt op als maatregelen, maar als een aanbod. Sociale competentie houdt immers in: het recht om te weigeren.

Er moeten nog meer voorwaarden vervuld worden om te kunnen spreken van een communicatie, een begeleiding, een ondersteuning en een basaal stimulerende verzorging voor de oude dame:

1. structuur
2. lichaams- en omgevingservaring
3. samenhang
4. individuele aanpassing
5. relatie aanknopen
6. begeleiding en ondersteuning

Mensen met diepe communicatiestoornissen hebben nood aan een klare structuur om bij het ondervinden van nieuwe handelingen niet overstuur te raken. Pas door een heldere, begrijpelijke structuur wordt het mogelijk zich op de afloop van een handeling te concentreren. Door gestructureerd te werk gaan is het voor de patiënt mogelijk zijn lichaam duidelijk te ervaren. Het helpt hem om zichzelf weer in de omgeving te oriënteren. De handeling moet begrijpelijk zijn en voor de patiënt iets voorstellen.

Daartoe houden we rekening met wat we de individuele normaliteit van de patiënt noemen. We gaan na in welke aanraking, in welk voorwerp, in welke gewaarwording hij vertrouwen heeft. En vooral: de patiënt krijgt de tijd om die informatie te verwerken. Hij wordt niet overbelast of overgestimuleerd. Hij krijgt de kans om zich te oriënteren, om zich in te stellen op wat volgt. Het vertrekpunt van basale stimulatie is het opbouwen van een relatie. Zonder voorwaarden. Om nadien vooruitgang te kunnen boeken (Nydahl, Bartoszek 1998).



Onze oude dame zit nu nog steeds in haar stoel, een eerste -gewone- poging tot mondverzorging is mislukt. Ik haal een stoel en zet me naast haar. Ik spreek haar aan, ze beweegt haar gesloten ogen. Ik raak haar aan aan de schouder, ze opent de ogen. Ik stel me op in het midden van haar gezichtsveld, ze kijkt me aan. Ik geef haar, met een heldere uitspraak, uitleg over mijn aanbod om haar mond te verzorgen, ze is aandachtig. Ik beweeg daarna mijn hand, die nog steeds op haar schouder rust, zachtjes over de hals naar haar kaak. Ik strijk systematisch van de wangen in de richting van de mond zonder de mond of de lippen aan te raken, ze beweegt haar mond, ze houdt de lippen dicht, ze blijft me fixeren met een ontspannen, aandachtige gezichtsuitdrukking. Ik blijf haar vasthouden aan de schouder en blijf zo in contact met haar. Ik trek haar nachtkastje met het mondwater bij. Ik toon haar de fles, ze frons haar wenkbrauwen. Zou ze dit herkennen? Ik beweeg me verder in haar gezichtsveld en doe één druppeltje van de vloeistof in een glas water, ze volgt mijn bewegingen. Dan glijdt mijn hand langzaam maar duidelijk van haar schouder naar haar rechterhand, ze schijnt het spoor te volgen. Ik breng haar hand duidelijk omlaag en maak haar 'gewaarworden' intensiever. Vervolgens leg ik haar hand op het nachtkastje. Ik laat haar dit betasten en plaats het glas in haar hand. Ze is er nauwelijks toe in staat om voldoende tonus op te bouwen al lijkt ze zich toch in te spannen om het glas te grijpen. In een bedachtzaam gemaakte beweging hef ik haar hand en arm op, ik observeer goed haar gezichtsuitdrukking om te kunnen zien of ik te snel of te langzaam ben.

Onder haar opmerkelijke blik breng ik haar hand langzaam omhoog tot aan de mond. Vooraleer het glas de lippen bereikt, opent ze de lippen. Ik leid het glas, nog steeds in haar hand, helemaal tot aan de lippen. Samen kippen we voorzichtig het glas. Ze neemt een beetje vloeistof op. Ik neem een lichte tegenprutting waar in haar arm en doe de arm met het glas weer weg. Dan merk ik dat de oude dame goed gecoördineerde bewegingen met de tong verricht. Ze spoelt zelfstandig haar mond. Eigenlijk had ik erop gerekend, dat ze de vloeistof snel zou doorslikken, maar zij houdt de vloeistof in de mond en lijkt te wachten. Ik leg haar rechterhand neer, neem een nierbekken, toon het haar en hou het aan haar onderkaak. Ze spuwt de vloeistof uit. Ik veeg behoedzaam haar mond af en we herhalen het ganse proces nog twee keer, waarbij ik elke keer, eerder als vraag, haar rechterarm lichtjes ophef en zo ontdek of ze deze beweging met haar tonus ondersteunt. We hebben een weg gevonden om met elkaar te communiceren. Daarna knikt ze, ze sluit kort de ogen (dank u?) en maakt nu een afgematte indruk. Ze wil de handeling beëindigen. Ik leg haar weer in bed.

Mondverzorging blijkt nu toch mogelijk te zijn. Het gestructureerd te werk gaan, de ervaring van het lichaam, de herkenning en de daarmee verbonden zingeving en interactie maken het de patiënte voelbaar, dat ze als persoon en communicatiepartner au sérieux genomen wordt, dat ze gerespecteerd wordt. Ze krijgt vertrouwen, op dat moment een nieuwe ervaring. Ze is terug in staat om een toenadering te beantwoorden en zelf actief te worden.

Basale stimulatie is geen nieuwe techniek. Het is een nieuwe omgangsvorm met bewustzijns-gestoorde mensen. Het is geen aanvullende verzorging maar eerder een nieuwe structurering van de verzorging zelf (Fröhlich 1996). Basaal stimulerende verzorging opent zowel voor de patiënten als voor de verzorgers een nieuw perspectief, dat meer voldoening en zin geeft. Communicatiestoornissen kunnen gecompenseerd worden en daardoor kunnen de patiënten efficiënter vooruitgeholpen worden. Ze zijn tevredener en hebben een betere outcome. Aan verpleegkundigen biedt basale stimulatie de mogelijkheid om creatief en individueel te werken. Ze kunnen bij de omgang met verwarde of bewustzijns-gestoorde patiënten nieuwe manieren ontwikkelen en zijn niet meer zo gebonden aan hun eigen onmacht of hulpeloosheid. Zowel patiënten als verpleegkundigen krijgen de mogelijkheid tot verdere ontwikkeling geboden: herhaaldelijk ervaren ze respect en succes.

#### Bibliografie:

- Bienstein, C.; Fröhlich, A.: Basale Stimulation in der Pflege. Verlag selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf 1997
- Fröhlich, A.: Basale Stimulation. Pflege aktuell 7/8 '95, Fachzeitschrift des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe Eschborn 1995
- Fröhlich, A.: Basale Stimulation - das Konzept. Verlag selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf 1998
- Hannich, H. J.: Beziehung und Interaktion mit Bewußtlosen. In: Bienstein, C.; Fröhlich, A. (Hrsg.): Bewußtlos. Verlag Selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf 1994
- Hannich, H. J., Dierkes, B.: Ist Erleben im Koma möglich? Intensiv 4/96: 4-7, Thieme Stuttgart 1996
- Neander, K.-D. et. al.: Der Einfluß von Weichlagerung auf die Körperwahrnehmung und -haltung. Pflege 4/96, S. 293-299, Verlag Hans Huber, Bern 1996
- Buchholz, T.; Gebel-Schürenberg, A.; Nydahl, P., Schürenberg, A.: Der Körper: eine unförmige Masse - Wege zur Habituationsprophylaxe. Die Schwester Der Pfleger 7/98, Bibliomed Verlagsgesellschaft, Braun Melsungen 1998
- Nydahl, P.; Bartoszek, G. (Hrsg.): Basale Stimulation - Neue Wege in der Intensivpflege. Ullstein Medical, Wiesbaden, 1998
- Zieger, A.: Dialogaufbau mit komatösen neurochirurgischen Patienten. In: Lipp, Schlaegel: Wege von Anfang an. Neckar Verlag 1996
- Abbildungen aus:
- Bartoszek, G., Nydahl, P.: Basale Stimulation \_ Gedanken und Erfahrungen in der Pflege (CD-ROM). Ullstein Medical, Wiesbaden 1998