



FACHINFORMATION

Neuropsychologische Frühförderung

Basale Stimulation im Bereich der neurologischen Rehabilitation

Neuropsychologische Frühförderung – Basale Stimulation

Einführung

Aus der Abteilung Neuropsychologie sind im Bereich der neurologischen Rehabilitation Mitarbeiterinnen mit den Berufsabschlüssen »Diplom Rehabilitationspädagogin«, »Heilerziehungspflegerin« und »Erzieherin mit heilpädagogischer Zusatzqualifikation« tätig.

Die Gestaltung der inhaltlichen Arbeit wurde von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung »Neuropsychologie«, in Absprache mit dem Chefarzt, begleitet. Durch intensive Supervisionen wurde die folgende Arbeitsgrundlage erstellt.

Das Arbeitsprofil der Mitarbeiterinnen umfasst vorrangig zwei therapeutische Schwerpunkte. Ein wesentliches Aufgabengebiet stellt die basale Stimulation bei Patienten mit schweren Bewusstseinsstörungen dar. Bestimmte Inhalte der basalen Stimulation sind weiterführende Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit schweren Schädel-Hirn-Verletzungen im Verlauf ihrer Rehabilitation.

Weiterhin werden Patienten bezüglich neuropsychologischer Defizite diagnostisch sowie mit unterschiedlichen Trainingsansätzen einzel- und gruppentherapeutisch betreut. Im engen Zusammenhang mit den therapeutischen Inhalten steht die intensive Angehörigenarbeit.

Zielgruppe:

- ▶ Patienten mit neurologischen Erkrankungen, in deren Folge sich eine schwere Bewusstseinsstörung zeigt (z. B. Apallisches Syndrom)
- ▶ Patienten mit schwerer Kommunikationsstörung (z. B. Locked in Syndrom)
- ▶ Patienten, die aufgrund neurologischer Erkrankungen verschiedene und in der Schwere unterschiedliche neurologische Störungsbilder aufweisen



Wahrnehmung



Auditive Reizsetzung

1. Schwerpunkt Basale Stimulation

Aufnahmediagnostik:

Mithilfe eines diagnostischen Inventars werden dem apallischen Patienten in unterschiedlichen Wahrnehmungsmodalitäten verschiedene basale Reize gesetzt und die darauf provozierten und beobachtbaren Reaktionen in einem Protokoll festgehalten. Diese Befundung erfordert eine Doppelbehandlung für circa 1 Stunde.

Es werden dabei die Reaktionen des Patienten auf:

- ▶ sensomotorische Reize,
- ▶ akustische Reize,
- ▶ visuelle Reize,
- ▶ taktile Reize,
- ▶ olfaktorische Reize dokumentiert.

Zielstellung:

Durch die zielgerichtete Reizsetzung sollen die Wachheit und die Aktivitäten des Patienten genauer beurteilt werden. Es wird auf der Grundlage von Beobachtungen festgestellt, inwieweit der Patient auf die oben angeführten Reize

- ▶ reflexgesteuerte Reaktionen,
- ▶ konstante Reaktionen,
- ▶ zielgerichtete Reaktionen zeigt.

Über diese Reizsetzungen wird versucht, Informationen zu sammeln, in welchem Zusammenhang der Patient

- ▶ eher entspannt und beruhigt,
- ▶ eher motorisch unruhig,
- ▶ eher deutlich genervt,
- ▶ mit Schmerzen,
- ▶ insgesamt wacher reagiert.



Fühlen am eigenen Körper



Wahrnehmung des eigenen Körpers

Im Verlauf der Beobachtungen wird überprüft, welche Möglichkeiten der Patient zur nonverbalen Kommunikation (z. B. über Lidschluss oder einfache Hand- und Fingerbewegungen) nutzen kann.

Organisation:

Nach der Eingangsbefundung wird pro Woche wenigstens ein fester Zeitpunkt (optimal zwei Termine) für eine standardisierte Reizsetzung/Diagnostik genutzt, um damit den Verlauf der Remission des Patienten besser darstellen zu können. Sie wird zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt, um die Befindlichkeit des Patienten über den Tag zu erfassen. Diese Diagnostik dient u. a. auch der Prognosebestimmung bspw. bei Patienten im apallischen Syndrom.

Die standardisierte Reizsetzung/Diagnostik wird über eine Doppelbehandlung realisiert, um den subjektiven Faktor der Reaktionsbeurteilung möglichst gering zu halten. Ein Therapeut führt die Reizsetzung aus und beobachtet den Patienten. Der zweite Therapeut beobachtet ebenfalls und protokolliert die gemeinsamen Feststellungen.

Zwischen den standardisierten Reizsetzungen werden durch jeweils einen Therapeuten punktuelle basale Stimulationen durchgeführt. Sie sollen zur Steigerung der Wachheit des Patienten, der Aktivierung seiner Wahrnehmungsleistung und dem Erreichen von konstanten Reizantworten dienen. Dabei hat immer die Vermittlung von angenehmen Reizen den Vorrang. In der Regel sollte dies immer durch den gleichen Therapeuten erfolgen, damit zwischen Patienten und Therapeuten eine vertrauensvolle Basis entstehen kann.

Gleichermaßen wie für die standardisierte Reizsetzung/Diagnostik gilt es, je nach Befinden des Patienten, feste oder flexible Therapiezeiten zu nutzen. Die Auswahl der Termine für die Einzeltherapie ist abhängig von den unterschiedlichen Belastungsfaktoren für den Patienten z. B. von der Therapiedichte, der Einhaltung von Ruhezeiten oder den Möglichkeiten zur Mobilisation in den Rollstuhl.

Modalität

Standardisierte Reizsetzung / Diagnostik

Basale Stimulation

Erläuterung

In den verschiedenen Wahrnehmungsmodalitäten wird dem Patienten jeweils kurz ein Reiz angeboten und dessen Reaktion abgewartet. Erfolgt keinerlei Reaktion, wird die Reizsetzung maximal zweimal wiederholt. Über den Zeitraum der Reizsetzung wird der Patient sprachlich begleitet, um Schreckreaktionen weitestgehend zu vermeiden.

Die Reizsetzung in den Modalitäten erfolgt geordnet und beinhaltet Gegensätzlichkeiten, die nachfolgend kurz beschrieben werden.

„... bedient sich des Vorhandenen und versucht, über das Zusammenspiel von Wahrnehmung und Bewegung in Kommunikation zu treten. Aktivierung durch individuell angepasste Stimulation führt zu einer Steigerung der Gesamtvitalität und der Bereitschaft des Patienten, aus Zuständen tiefer Reduktion herauszugehen.“ (A. Fröhlich)

Die Stimulation wird entsprechend der Befindlichkeit des Patienten individuell durchgeführt und hat zum Ziel, dem Patienten angenehme und vertraute Reize anzubieten, um damit die Wachheit positiv zu beeinflussen.

olfaktorische Stimulation

- ▶ über Geruchsstimulation Reaktionen hervorrufen
- ▶ Wiedererkennen beobachten

Material: für alle Patienten gleich. Sparsamer und umsichtiger Einsatz von unterschiedlichen ätherischen Ölen sowie bekannten Düften aus der Körperpflege



Verschiedene Geruchsqualitäten

- ▶ an bekannte Körperpflege bezogene Düfte anknüpfen
- ▶ an bekannte Umweltgerüche anknüpfen
- ▶ Wohlgefühl und Abneigung spüren lassen

Material: immer individuell auf Patienten zugeschnitten, u. a. Rasierwasser, Parfüm, Creme, Aromaöle, bei Spaziergang Umwelt/Natur erleben, z. B. Heu, Blumen, Blätter, Äste



Aufeinander zugehen

Modalität	Standardisierte Reizsetzung / Diagnostik	Basale Stimulation	Modalität	Standardisierte Reizsetzung / Diagnostik	Basale Stimulation
taktile Stimulation	<ul style="list-style-type: none"> zur Information über sich selbst und den eigenen Körper, Orientierung zum Körperschema und den Raumverhältnissen Abgrenzungen erfahrbar machen Reizsetzung erfolgt vorrangig im Gesichts-, Arm-, Hand- und Oberkörperbereich Reizsetzung kann ebenso den gesamten Pflegebereich umfassen <p>Material: für alle Patienten gleich, u. a. Feder, Bürste, Noppenball, Ball mit Gummifasern, Pinsel</p>	<ul style="list-style-type: none"> zur Information über sich selbst und den eigenen Körper durch geführte Handlungen den Patienten den eigenen Körper spüren lassen, Orientierung zum Körperschema Raum und Abgrenzung erfahrbar machen Körpergrenzen und mit der Erkrankung im Zusammenhang stehende Veränderungen spüren lassen intensives Fühlen mit den Händen Möglichkeiten für den Patienten schaffen, um Gegenstände und vertraute Dinge zu erfassen, festzuhalten und willkürlich loszulassen charakteristische Merkmale von Materialien erkennen <p>Material: immer individuell auf den Patienten abgestimmt, u. a. feuchte, kalte und warme Tücher, unterschiedliche Gewebe, Naturmaterial, Gegenstände aus dem Alltag sowie aus Beruf und Hobby des Patienten, Hand- und Fußmassage</p>	visuelle Stimulation	<ul style="list-style-type: none"> zur Information über das Fokussieren, Augenfolgebewegungen und parallelen Kopfbewegungen in alle Richtungen Lichtempfindlichkeit, Pupillenveränderungen beobachten Reizsetzung erfolgt immer direkt vor dem Patienten Patient wird aufgefordert, Dinge mit den Augen zu fixieren und zu verfolgen <p>Material: für alle Patienten gleich, u. a. Blinker, Lichtstab, Farbkarten, Bilder mit attraktiven Mustern in schwarz und weiß</p>	<ul style="list-style-type: none"> Um das Fokussieren, Augenfolgebewegungen und parallele Kopfbewegungen in alle Richtungen anzuregen, werden optisch attraktive Objekte und Flächen ins Blickfeld gebracht. Objekte werden wiederholt langsam bewegt, um die Wahrnehmung anzuregen. bei wachernen Patienten Förderung der Körperwahrnehmung und des Körperselbstbildes durch gezielten Blick zu Körperteilen bzw. Führen der Arme und Beine ins Blickfeld des Patienten evt. durch Spiegel nicht bewegbare Körperteile ins Blickfeld rücken längere Blickfixierung erzielen durch Zeigen bekannter Materialien <p>Material: immer individuell auf den Patienten abgestimmt, u. a. persönliche Gegenstände oder Fotos, farbliche Gegenstände aus der Umwelt, Haushaltsgegenstände, Naturmaterialien</p>



Verschiedene Strukturen erspüren



Verschiedene Materialien erspüren



Visuelles Reizangebot



Alltagsreize – Naturmaterialien

Modalität

Standardisierte Reizsetzung / Diagnostik

Basale Stimulation

auditive Stimulation

- ▶ zur Information über Orientierung im Raum
- ▶ Lokalisierung und Verfolgen von Geräuschen
- ▶ Reizsetzung erfolgt immer einseitig ca. 5–10 cm vom Ohr des Patienten entfernt
- ▶ Zudem wird versucht, den Patienten selbst zu akustischen Reaktionen zu ermuntern (z.B. über die Atmung oder die Stimme), auch durch Führung der Hände (z.B. mit dem Knackfrosch) ein entsprechendes Geräusch zu erzeugen.

Material: für alle Patienten gleich, u.a. Knackfrosch, laut-leise-Glocken, Klanghölzer, Xylophon, Rassel



Unterschiedliche akustische Qualitäten

- ▶ Vertrautheit herstellen zu bekannten und neuen Tönen, Lauten und Geräuschen (Orientierung im Raum wie körpernahe Geräusche oder Alarmsignale der Überwachungsgeräte)
- ▶ bekannte Musik gezielt einsetzen
- ▶ Entspannungsmusik und Entspannungsgeschichten hören lassen
- ▶ Sicherheit und Vertrautheit über bekannte Stimmen vermitteln
- ▶ Es wird versucht, den Patienten selbst akustische Reaktionen oder auch durch Führung der Hände Geräusche erzeugen zu lassen.

Material: immer individuell auf den Patienten abgestimmt, u.a. CD, Instrumente, Gesang, eigene Tonaufnahmen von Familie

2. Neuropsychologie / Frühförderung

Patienten mit neurologischen Erkrankungen zeigen verschiedene und im Schweregrad unterschiedliche neuropsychologische Störungen. Diese können die kognitiven Funktionsbereiche, wie Aufmerksamkeit und Konzentration, Lernen und Gedächtnis, visuell-perzeptive und visuo-konstruktive Fähigkeiten, planerische Fähigkeiten sowie die basalen Funktionen, z. B. Orientierung, Rechnen, Schreiben, Lesen und Kommunikation betreffen.

Im Rahmen der Frühphase der Rehabilitation liegt der Schwerpunkt in einer ersten Abklärung der neuropsychologischen Auffälligkeiten und der persönlichen Stärken des Patienten, damit diese kompensatorisch genutzt werden können. Dem schließt sich ein erstes einzel- oder gruppenorientiertes Therapieangebot an.

Aufnahmediagnostik:

Die Patienten werden in einer Aufnahmevisite im Hinblick auf ihre

- ▶ Wachheit
- ▶ vegetative Stabilität und Mobilität
- ▶ Kommunikationsfähigkeit
- ▶ Orientiertheit
- ▶ Aufmerksamkeitsfähigkeit
- ▶ Gedächtnistätigkeit
- ▶ Verhalten
- ▶ kognitive Belastungsfähigkeit orientierend befundet.

Es werden die Beobachtungen der Aufnahmediagnostik und anschließend im weiteren Verlauf der Behandlung die Ergebnisse der Therapie in Protokollform festgehalten. Entsprechend dieser Beobachtungen werden Festlegungen bezüglich der weiteren therapeutischen Betreuung getroffen. Es besteht die Möglichkeit mit dem Patienten eine detaillierte Screeninguntersuchung durchzuführen bzw. einzel- und gruppentherapeutische Schwerpunkte abzuleiten.

2.1 Screening

Das Screening ist ein Instrument, um kognitive Störungen genauer festzustellen und zu klassifizieren. Es wurde von Kollegen der Neuropsychologie der KLINIK BAVARIA angelehnt an die standardisierte ausführliche Diagnostik für den Bereich der Frührehabilitation entwickelt.

Mithilfe dieses Screenings können die kognitiven Funktionsbereiche, wie:

- ▶ Aufmerksamkeit und Konzentration
- ▶ Orientiertheit
- ▶ Sprache
- ▶ Lernen und Gedächtnis
- ▶ Grundfertigkeit Lesen, Rechnen, Schreiben
- ▶ visuell-perzeptive und visuo-konstruktive Fähigkeiten
- ▶ logisches Denken

überprüft und zudem besondere Auffälligkeiten, wie Neglect, Apraxie und Ataxie festgestellt werden.

2.2 Einzeltherapie

Die Schwerpunkte der Einzeltherapie sind entsprechend den neuropsychologischen Störungsbildern sehr vielfältig. Dominante Inhalte in der Frühphase der Rehabilitation sind folgende:

Kommunikationsaufbau

Ziel:

Modalitäten zur erfolgreichen Kommunikation zu finden durch Erproben nonverbaler Kommunikation mit Hilfe mimischer Ausdruckskraft (z. B. Lidschluss) und gestischer Ausdruckskraft (z. B. Finger- und Handbewegungen) oder mittels Buchstabentafel, Schriftkarten u. a.

Primäres Ziel stellt die Aktivierung der verbalen Kommunikation dar.

Individuelles Erstellen und Erproben von unterschiedlichsten Buchstabentafeln, sowie von Schrift- und Bildkarten.

In Abhängigkeit von der jeweiligen Bedürfnislage des Patienten und seinen kognitiven und motorischen Fähigkeiten wird die effektivste Kommunikationsform gesucht und geübt (z. B. bei Locked-in Patienten). Bei Bedarf wird die PC-gestützte Kommunikation erprobt.

Orientierungstraining

Ziel:

- ▶ Weitestgehende und stabile Reorientierung
- ▶ Vermitteln von Informationen und Korrektur zu Angaben die Person betreffend (Lebenslauf)
- ▶ Erklärung der derzeitigen Situation (Erkrankung und Verlauf)
- ▶ Orientierung zu dem momentanen Aufenthaltsort (Klinik/Station)
- ▶ richtige zeitliche Einordnung von Ereignissen (aktuelles Datum, Umgang mit der Uhr)



Kommunikationsaufbau:
Nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten



Orientierungstraining:
Übungsmaterial zur zeitlichen Reorientierung



Wahrnehmung lenken



Wahrnehmungsleistung ausbauen

Externe Hilfen für Patienten zur Tagesstruktur erproben

Ziel:

- ▶ Selbstständigkeit im Stationsalltag fördern

Die Einzeltherapien werden in Abhängigkeit zu der Belastbarkeit und dem Tagesbefinden des Patienten in der Regel bis auf eine Stunde ausgedehnt und von einem Therapeuten durchgeführt. Dabei ist es wichtig, sich an der derzeitigen Bedürfnislage des Patienten zu orientieren.

Neben dem oben beschriebenen Funktionstraining wird versucht, an vorhandenen Fähigkeiten des Patienten anzuknüpfen. Soweit es möglich ist, werden diese zur Kompensation von Defiziten eingesetzt.



Computergestütztes
Aufmerksamkeitstraining

Aufmerksamkeitstraining

Ziel:

- ▶ Aktivierung und Steigerung der Vigilanz
- ▶ Verringerung der Ablenkbarkeit
- ▶ Steigerung der Aufmerksamkeitsfähigkeit und kognitiven Ausdauer

Dieses Funktionstraining wird mit Hilfe von Papier-Bleistift-Aufgaben (z. B. Rigling), PC-gestützten Programmen (z. B. RehaCom) und anderen auf den Patienten zugeschnittenen und ausgewählten Materialien durchgeführt.

Wahrnehmungsleistungen ausbauen

Ziel:

- ▶ Wahrnehmungsleistung aktivieren
- ▶ Kompensationsmechanismen, zur Verringerung von taktilen, räumlichen, zeitlichen, körperbezogenen Wahrnehmungsstörungen erarbeiten und beüben (z. B. Neglecttraining)
- ▶ Bezüge zum Alltag herstellen



Aktivierungsangebote

2.3 Gruppentherapie

Neben dem vielfältigen Angebot der Einzeltherapie wird derzeit eine Gruppentherapie zur Aktivierung angeboten. Diese Therapie findet zweimal wöchentlich statt.

Zielstellung:

Im Rahmen der Gruppentherapie stehen folgende Schwerpunkte im Mittelpunkt:

- ▶ Erhöhung der kognitiven Belastbarkeit
- ▶ Leistungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration und des Gedächtnisses stimulieren
- ▶ Soziale Integration der Patienten und Austausch unter den Patienten fördern
- ▶ Spaß und Entspannung am Spiel

Neben den funktionellen Aspekten dient die Gruppentherapie zur diagnostischen Verhaltensbeobachtung der Patienten zu folgenden Fragestellungen:

- ▶ Stimmungs- und Affektlage
- ▶ Selbstwahrnehmung, Störungsbewusstsein
- ▶ Kommunikations- und Sozialverhalten
- ▶ kognitive Probleme

Arbeitsmaterialien:

Das inhaltliche Angebot für die Gruppe ist abhängig von der Anzahl der Teilnehmer und deren Leistungsfähigkeit. Sie werden nach Kriterien, wie die erforderliche konzentrierte Ausdauer, notwendigen Gedächtnisleistungen, sowie visuellen und taktilen Anforderungen ausgewählt.

Aufnahmekriterien:

Der Patient sollte

- ▶ wenigstens 30 Minuten vegetativ stabil sein
- ▶ mindestens 30 Minuten konzentriert belastbar und wach sein
- ▶ über ein ausreichendes situatives Verständnis verfügen
- ▶ motorisch nicht zu schwer betroffen sein, um Handlungen teilweise selbstständig ausführen zu können
- ▶ Motivation und Kooperativität dem Gruppengeschehen entgegen bringen

Ausschlusskriterien:

Patienten, die

- ▶ Hyperaktivitäten und ein starkes agitiertes Verhalten zeigen,
- ▶ keinerlei Kommunikationsmöglichkeiten nutzen können nicht in der Gruppentherapie betreut werden.



Wort-Bild-Zuordnung

Das Angebot umfasst:

- ▶ bekannte Gesellschaftsspiele (z. B. Kreuzworträtsel, Domino, »Mensch ärgere dich nicht«)
- ▶ funktionelle Spiele (z. B. Memory, Tactilo, Tast- und Fühlspiele)
- ▶ zudem ist je nach der Gruppenzusammensetzung und der Bedürfnislage der Patienten ein eigener Aktionsspielraum unter einem bestimmten Thema (Projekt) möglich (z. B. mit Bastelmaterial, Farben)

Organisatorisches:

- ▶ die Gruppe wird als offene Gruppe geführt, so dass jederzeit neue Patienten daran teilnehmen können
- ▶ die Teilnahme an der Gruppe wird durch eine Aufnahmevisite der vorgeschlagenen Patienten durch die Therapeuten festgelegt
- ▶ auf die Teilnahmekontinuität wird großer Wert gelegt
- ▶ es können derzeit maximal sechs Patienten im Gruppenrahmen aufgenommen werden
- ▶ die Gruppe wird von zwei Therapeuten betreut

3. Angehörigenarbeit

Das Einbeziehen der Angehörigen in das Therapieschehen hat eine hohe Bedeutung.

Es umfasst folgende Inhalte:

- ▶ den Angehörigen werden Informationen zu Therapieschwerpunkten gegeben, dabei werden sie u. a. über die „Basale Stimulation“ oder die Zielsetzungen der „Neuropsychologischen Frühförderung“ informiert
- ▶ sie werden therapieunterstützend zum Umgang mit ihrem betroffenen Angehörigen angeleitet und betreut

- ▶ Familienmitglieder sollen Erfahrungen sammeln für die Betreuung des Angehörigen nach dem Klinikaufenthalt
- ▶ es werden Informationsmaterialien und Kontaktadressen von Selbsthilfegruppen zur Verfügung gestellt
- ▶ die Kolleginnen stehen für Fragen im Stationsbetrieb und in den Angehörigenteams als Ansprechpartner zu Verfügung

Diese Arbeitsgrundlage wurde von den Mitarbeiterinnen der Abteilung Neuropsychologie/Frühförderung im Bereich der neurologischen Rehabilitation erarbeitet:

Kerstin Lamprecht Dipl.-Rehabilitationspädagogin & Approbation zum Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, Wachkomatherapeutin

Ulrike Suetovius Erzieherin mit heilpädagogischer Zusatzqualifikation, Wachkomatherapeutin

Evelin Neuhäuser Heilerziehungspflegerin

© KLINIK BAVARIA 04.2019

Erklärung: Alle verwendeten Berufs-, Personen- und Grußbezeichnungen gelten für alle Geschlechter (m/w/d).

Fachkrankenhaus
KLINIK BAVARIA Kreischa
Zentrum für fachübergreifende
Intensivmedizin und Weaning

An der Wolfsschlucht 1–2
01731 Kreischa
Telefon: 035206 6-2953, -2955
Telefax: 035206 6-2954
E-Mail: info@klinik-bavaria.de
Internet: www.klinik-bavaria.de

Gebührenfreie BAVARIA-Infoline: 0800 57347242