



Marie Derleder
Ergotherapeutin

Mein Fuß, die Wolfskralle – Neurokognitive Übungen für die untere Extremität bei abnormen Irradiationen

Ein Patientenbeispiel

Im September 2017 kommt ein 76-jähriger Mann zu mir in die ergotherapeutische Praxis. Am 30.06.17 erlitt er einen Schlaganfall mit der Diagnose „Stammganglienblutung links“. Hierbei waren der Thalamus links und der hintere Schenkel der Capsula interna links betroffen. Als Symptomatik zeigten sich bei Entlassung eine brachialbetonte Hemiparese rechts, eine Dysarthrie und eine faziale Paresse. Die stationäre Rehabilitationsbehandlung erfolgte bis 30.08.17 und mit der ambulanten Ergotherapie starteten wir am 13.09.18.

Die Ziele des Klienten sind sicheres Gehen, mit der rechten Hand wieder schreiben und essen und mit dem Messer schneiden zu können. Als Hilfsmittel hat der Klient einen Rollstuhl, einen Rollator und einen Gehstock. Er berichtet, dass er den Rollstuhl und den Rollator bereits nach der Rehabilitationsbehandlung in den Keller verbannt hat. Er nutzt derzeit nur den Gehstock.

Das Profil des Klienten

Die spezifische Motorik:

ARD ⇒ der Klient zeigt im Bein keine abnorme Reaktion auf Dehnung

AIR ⇒ bei Gewichtsverlagerungen flektieren die rechten Zehen

RD ⇒ Knie instabil, Sprunggelenk kann aktiv kaum in die Extension bewegt werden, selektive Zehenbewegungen nur in Flexion möglich

ES ⇒ Bein wird über Zirkumduktion nach vorne gebracht, Rumpfflektion rechts

Die weitere Übersicht des Profils s. Seite 22

Hieraus ergaben sich folgende Hypothesen:

- ⇒ es erfolgt keine adäquate Fragmentierung des Rumpfes
- ⇒ die Symmetrieachse ist verschoben (Wahrnehmung, Vorstellung, Verhalten)
- ⇒ keine adäquate Fragmentierung des Sprunggelenks
- ⇒ keine adäquate Anpassung des Fußes an den Boden, gestörte Interaktion mit dem Boden

Die Übungen:

Aus den oben erlangten Erkenntnissen ergaben sich folgende Übungen, die Inhalt der Therapie waren.

Von Beginn an führte der Klient zusammen mit der Therapeutin Ganganalysen anhand von Videoaufnahmen durch. Hierbei wurden die einzelnen Phasen des Gehens erarbeitet, welche Gelenke daran beteiligt sind und in welcher Reihenfolge diese bewegt werden.

Des Weiteren wurden Übungen für das ganze Bein im Liegen durchgeführt. Hierbei war es die Aufgabe des Klienten, verschiedene Formen in unterschiedlichen Ebenen zu erkennen. Weiter wurden zur Stabilisierung des rechten Kniegelenks Schwämme unter die Kniekehle gelegt, deren unterschiedlichen Härtegrade der Klient erspüren sollte.



Bild 1

Das Profil des Klienten

Wahrnehmung	<ul style="list-style-type: none"> • Klient spürt Berührung und kann diese lokalisieren • spürt die Bewegung in den Gelenken und auch die Bewegungsrichtung • Klient hat Schwierigkeiten beim Erkennen von Gelenkpositionen in Sprunggelenk und Zehen • spürt abnorme Irradiationen in den Zehen beim Gehen, aber auch bei Gewichtsverlagerungen im Stand • hat Schwierigkeiten, in welcher Ebene eine Form liegt oder eine Bewegung stattfindet • Schwierigkeiten, Gelenkpositionen auf andere Seite zu spiegeln
Imagination	<ul style="list-style-type: none"> • Zu Beginn nicht möglich
Lernprozess	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgabenverständnis ist eingeschränkt • arbeitet meist zu schnell, muss gebremst werden • benötigt viele Wiederholungen • Lernen am Modell und durch Erfahrung über kontralaterale Seite • visuelle Überprüfung oft nötig • verbale Merkmale müssen herausgearbeitet werden
Aufmerksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Benötigt viel Aufmerksamkeit für Gehen oder das Ausführen einer Aufgabe • allgemeine Aufmerksamkeit gut • selektive Aufmerksamkeit eingeschränkt • Augen können während einer neurokognitiven Übung geschlossen bleiben
Sprache	<ul style="list-style-type: none"> • Spricht von seinen Körperteilen in der 3. Person • wenig Variationen beim Beschreiben von Gefühlen • beschreibt seinen Fuß als „Wolfskralle“ oder sagt, dass die Zehen beim Gehen immer „krallen“ • über Sprunggelenk rechts hat er das Gefühl einer festen „Spange“, die die Bewegung einschränkt
Wie ist die Bewegung	<ul style="list-style-type: none"> • in Qualität und Quantität eingeschränkt • rollt den Fuß nicht ab, Zehen schleifen beim Gehen • Ferse wird nicht zuerst aufgesetzt, sondern Außenkante des Fußes • Knie kann nicht stabil gehalten werden • senkt das Becken nicht ab, Zirkumduktion • setzt rechtes Bein mit zu viel Schwung nach vorne • flektiert den Rumpf rechts, schräger Schultergürtel • bewegt sich unsicher, verlagert Gewicht wenig auf das rechte Bein • Arme schwingen beim Gehen nicht mit

Die Fußwippe kam mit dem Ziel zum Einsatz, verschiedene Positionen im Sprunggelenk zu differenzieren.



Bild 2

Weiter hatte der Klient in einer Übung die Aufgabe, zwei Schwämme, die unter Vorfuß und Ferse liegen, anhand der Härtegrade zu unterscheiden, um die Wahrnehmung des Fußes als fragmentierbares Körperteil zu stärken.



Bild 3

Eine weitere Übung zur Fragmentierung des Fußes bestand aus unterschiedlich hohen Pappeblöcken, die unter den Vorfuß und Ferse gelegt wurden und deren Höhe erkannt werden musste.



Bild 4

Für die Förderung der taktilen Wahrnehmung im Fuß wurden Teppiche verwandt. Zuerst wurde nur ein Teppich unter den Fuß gelegt, im weiteren Verlauf hatte der Klient die Aufgabe, mit dem rechten Fuß dann zwei Teppiche zu unterscheiden.



Bild 5

Für die Wahrnehmung des Beckens und die Förderung der Fragmentierung im Rumpf kam die Beckenwippe sowie Personenwaagen zum Einsatz.



Bild 6

Begonnen wurde im Sitz



Bild 7

und im weiteren Verlauf wurde auf den Im Stand übergegangen.



Bild 8

Je sicherer der Klient wurde, desto mehr wurden die Waagen in Schrittposition gebracht.



Bild 9

Ein weiteres wichtiges Übungsinstrument stellte die Imagination dar. Der Klient hatte große Schwierigkeiten mit der sensorischen Imagination. Diese konnte er nach 4-5 Therapieeinheiten jedoch bereits gut umsetzen. Die motorische Imagination war ihm nur schwer möglich. Durch Erfolge mit der sensorischen Imagination war er sehr motiviert und arbeitete weiter an der Imagination von Bewegungen. Je nach Tagesform war es dem Klienten besser oder schlechter möglich, seine Aufmerksamkeit zu fokussieren, z. B. war es für ihn während eines zweiwöchigen Badumbaus kaum möglich, motorisch zu imaginieren.

Nach ca. 3 Monaten Behandlung ist der Klient in der Lage, das Körpergewicht zu verlagern, ohne dass Irradiationen am rechten Fuß auftreten. Außerdem bemerkt er, dass es ihm zunehmend leichter fällt, zu gehen. So schafft er beispielsweise eine Runde von ca. 1 km im Ortspark. Nach ca. 8 Monaten traut sich der Klient mit Unterstützung seiner Ehefrau wieder ins Schwimmbad. Hierauf ist er sehr stolz.

Liebe Mitglieder,

seit dem 1. Juni 2013 ist der VFCR im sozialen Netzwerk Facebook vertreten.

Über diese Plattform möchten wir Mitglieder, aber auch viele Interessierte über die Vereinsarbeit und die Neurokognitive Rehabilitation informieren.

Des Weiteren erhält man aktuelle News über Fortbildungen, interessante Veranstaltung im Bezug zur Neurokognition oder auch mal einen spannenden Artikel aus dem Netz oder einer Fachzeitschrift.

Wenn wir Eure Neugierde und Interesse geweckt haben, dann folgt doch einfach folgendem Link:

<https://www.facebook.com/VfcrVereinFurKognitiveRehabilitation>

Wenn Euch gefällt, was Ihr seht, freuen wir uns über Eure „likes“.

Aber auch über Kritik, Verbesserungsvorschläge oder Lob. Hierfür wendet Euch an:

Johanna Ismaier:
johanna.ismaier@gmx.net

Wer, wie ich, neu in der neurokognitiven Rehabilitation ist, dem fehlen am Anfang vielleicht die zündenden Ideen.

Was tun, wenn die, bei der Fortbildung gesehene Übung nicht klappt? Und was bedeutet das für die weitere Therapie? Wie kann ich die Übung vielleicht abwandeln?

Wer schon länger dabei ist, ist vielleicht froh, wenn er Hilfe bei dem Blick über den Tellerrand bekommt. Einfach nochmal frischen Schwung in die Therapie bringen und sich und den Patienten neu motivieren.

Wer auf der Suche nach einem fachlichen Austausch ist, Fragen zur Behandlung hat oder seine Erfahrungen weitergeben möchte, ist herzlich in der Facebook Gruppe „neurokognitive Rehabilitation – Austausch“ willkommen.

Stefanie Buchloh