



Janina Heberling
Ergotherapeutin

Balance zwischen Therapie und Erwachsenwerden

Neurokognitive Rehabilitation bei einer Jugendlichen Patientin – ein Fallbeispiel

Ich lernte Irina 2015 kennen. Zu dem Zeitpunkt war sie 14,5 Jahre alt. Sie stellte sich mit einer rechtsseitigen Cerebralparese mit unklarer Genese vor.



Abbildung 1: Klientin Irina

Therapieverlauf:

Seit dem 3. Lebensjahr bekommt Irina einmal wöchentlich Physiotherapie. Seit dem 14. Lebensjahr bekam sie halbjährlich Botoxbehandlungen in Ober- und Unterarm. Dies ist seit September 2018 abgeschlossen. Auf Anraten des behandelnden Neurologen begann Irina kurz nach dem Beginn der Botox-Behandlungen mit der Ergotherapie. Seitdem behandle ich sie 2-mal wöchentlich nach der neurokognitiven Rehabilitation.

Für mich stellte sich eine neue Herausforderung, denn bisher hatte ich nur Erfahrungen mit akut neurologischen Patienten und nicht mit angeborenen Hemiparesen.

Zudem kamen noch weitere Herausforderungen durch ihre Pubertät hinzu. Sie berichtete von Stimmungsschwankungen und gestiegenen Anforderungen durch die Umwelt und Ansprüchen an sich selber. In der Therapie konnte sie diese Herausforderungen für sich selber sehr positiv nutzen und zeigte immer eine hohe Motivation. Besonders die Wahrnehmung ihrer Mitmenschen auf ihre Behinderung konnte sie jetzt stärker realisieren. All dies führte zu hohen Ansprüchen ihrerseits an die Therapie, dabei hatte sie jedoch keine unrealistischen Vorstellungen von den möglichen Therapieergebnissen. Zunehmend wichtiger wurden ihre Zukunftsperspektiven: Schule, Ausbildung, Führerschein, Partnerschaft und Familie.

Befunderhebung

In der Befunderhebung habe ich das Profil der Patientin (Abbildung 2) mit der ICF-Codierung verknüpft. Ein Auszug ist in Tabelle 1 dargestellt.

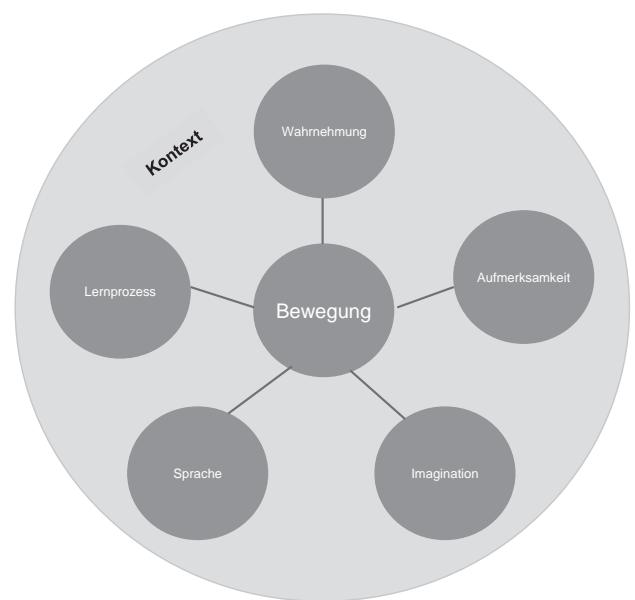


Abbildung 2: Profil der Patientin

Profil – spezifische Motorik	ICF-Codierung
Bewegung	
<ul style="list-style-type: none"> • Abnorme Reaktion auf Dehnung <ul style="list-style-type: none"> ▪ in Flexoren von Ellenbogen, Handgelenk und Finger ▪ kann sie kontrollieren durch gerichtete Aufmerksamkeit oder Imagination 	<ul style="list-style-type: none"> • Tonus der einzelnen Extremität (b7352.2) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Funktionen, die im Zusammenhang mit dem Ruhetonus einzelner Muskeln (...) der rechten oder linken Körperhälfte und dem Widerstand bei passiver Bewegung dieser Muskeln stehen
<ul style="list-style-type: none"> • Abnorme Irradiation <ul style="list-style-type: none"> ▪ bei großem Kraftaufwand (z.B. vom Stuhl aufstehen) ▪ bei Überforderung/Stress (z.B. beim Klausuren schreiben) <ul style="list-style-type: none"> • Flexion im Ellenbogen und Handgelenk • Extension in den Fingern 	<ul style="list-style-type: none"> • Funktionen des Muskeltonus (b7358.2) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Funktionsstörungen, wie verminderter Muskeltonus, erhöhter Muskeltonus, Spastizität ▪ Funktionen des Muskeltonus, anders bezeichnet
<ul style="list-style-type: none"> • Elementare Schemata <ul style="list-style-type: none"> ▪ Obere Extremität <ul style="list-style-type: none"> • Mitbewegen des Rumpfes beim Anheben des Armes ▪ untere Extremität <ul style="list-style-type: none"> • leichte Zirkumduktion beim Gehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Funktionen der Kontrolle der Willkürbewegungen, anders bezeichnet (b7608.2) • Funktion der Bewegungsmuster beim Gehen (b770.1) • Bewegungsmuster beim Gehen wie hemiplegisches Gangbild
<ul style="list-style-type: none"> • Rekrutierungsdefizit <ul style="list-style-type: none"> ▪ qualitativ ▪ quantitativ 	<ul style="list-style-type: none"> • Funktionen der Muskelkraft (b730.3) • Funktionen des Muskeltonus (b735.2) • Kontrolle der Willkürbewegungen, anders bezeichnet (b760.2)
Wahrnehmung	
<ul style="list-style-type: none"> • Taktile Wahrnehmung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Defizite bei der qualitativen Oberflächenwahrnehmung ▪ Lokalisation von Berührungen zunächst leicht auffällig, mittlerweile o.B. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewusste Sinnliche Wahrnehmung (d129.1)
Aufmerksamkeit	
<ul style="list-style-type: none"> • Grundsätzlich gute allgemeine Aufmerksamkeit • Kann sich in Therapie und Schulsituationen für die relevante Zeit konzentrieren • Unter Stresseinfluss sinkt die Aufmerksamkeitsspanne jedoch deutlich 	<ul style="list-style-type: none"> • Funktionen der Aufmerksamkeit (b140.1)
Imagination	
<ul style="list-style-type: none"> • Nutzt die Imagination als Strategie, um die Pathologie zu beeinflussen/kontrollieren • Ist in der Lage, eine Imagination der betroffenen Seite zu bilden • Kann eine motorische, sensorische und visuelle Imagination bilden 	<ul style="list-style-type: none"> • Höhere kognitive Funktionen (b164.0)
Sprache	
<ul style="list-style-type: none"> • Spricht von sich in der 1. Person • Keine abwertenden Körperbeschreibungen • Drückt Wünsche und Beschwerden klar und gezielt aus 	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitiv, sprachliche Funktionen (b167.0)
Lernen	
<ul style="list-style-type: none"> • Lernt sehr schnell • Kann vorher gelernte Strategien abrufen und nutzen • Kann eigenständig Lösungsansätze erarbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Sich Fertigkeiten aneignen (d155.0)
Kontextfaktoren	
<ul style="list-style-type: none"> • Familie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterstützt logistisch, mental und emotional • Freunde <ul style="list-style-type: none"> ▪ großer Freundeskreis ▪ sozial Integriert • Therapeuten 	<ul style="list-style-type: none"> • Engster Familienkreis (e310+4) • Freunde (e320+4) • Fachleute der Gesundheitsberufe (e355+4)

Tabelle 1: Profil der Patientin (Auszug)

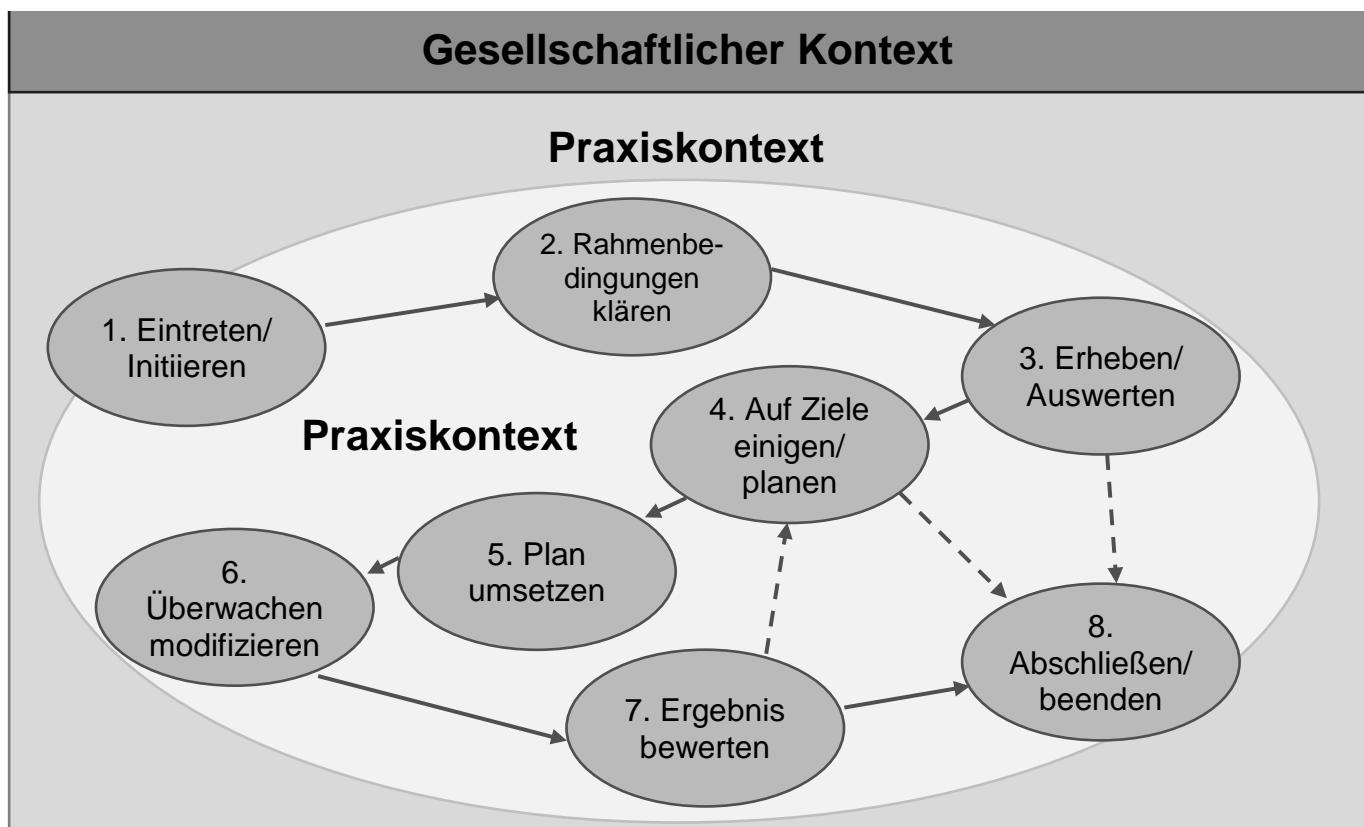


Abbildung 3: Canadian Practice Process Framework (CPPF) (Craik et al., 2007, p. 233)

Einblick in den Therapieverlauf

Um den Therapieverlauf besser strukturieren zu können, bin ich nach dem CPPF (Abbildung 3) vorgegangen, da es dem Rehabilitationsverlauf der NKR sehr ähnelt und sich daher gut mit der NKR integrieren lässt.

Das CPPF definiert drei Kontextarten, durch die die Therapie beeinflusst wird (vgl. Herold, 2009, p. 41):

1. Sozialer/gesellschaftlicher Kontext

Die Therapie ist in die sozialen Werte und Normen der Gesellschaft eingebettet. Sowohl der Therapeut als auch der Klient haben persönliche Werte und Normen, Spiritualität sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten, die sie in die Therapie mit einbringen.

2. Praxiskontext

Im Praxiskontext wird die therapeutische Beziehung zwischen Klienten und Therapeut hergestellt. Die Normen und Werte der beteiligten Personen treffen aufeinander und Verhaltensweisen werden ausgehandelt.

3. Bezugsrahmen

Der Bezugsrahmen beeinflusst den Therapieprozess am stärksten. Hier gehen das Wissen und die Fähigkeiten des Therapeuten und die Wünsche und Ziele des Klienten ein.

In die Kontexte sind im CPPF 8 Aktionspunkte eingebettet. Diese erläutere ich nachfolgend am konkreten Beispiel meiner Patientin:

1. Eintreten/Initiiieren

Bei einem neuen Klienten findet in diesem Aktionspunkt der Erstkontakt zwischen Klient und Therapeut statt. Bei bestehenden Klienten ist dieser Aktionspunkt nach einer abgeschlossenen Therapiephase relevant, wenn das Therapieziel geändert oder neu definiert werden soll.

2. Rahmenbedingungen klären

In diesem Schritt werden die Erwartungen und Rahmenbedingungen der Therapie geklärt. Ich habe dazu das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (vgl. Townsend and Polatajko, 2013) durchgeführt, um die nächsten Prioritäten der Klientin festzulegen. Für den nächsten Therapieabschnitt äußerte die Klientin dabei den Wunsch, sich selbst die Fingernägel lackieren zu wollen.

3. Erheben/Auswerten

Irina lackiert sich die Fingernägel zur Erhebung der aktuellen Funktion. Dabei filme ich sie, so dass wir uns im Anschluss gemeinsam das Video ansehen und analysieren

können. Wie in Abbildung 4 zu sehen ist, tupft die Klientin den Nagellack auf den Finger, anstatt ihn gleichmäßig zu verstreichen.

Das Ergebnis ist daher ungleichmäßig und für die Klientin nicht zufriedenstellend. Zudem haben wir bei der Analyse festgestellt, dass ihr das Nagellackfläschchen beim Abstreifen des überschüssigen Nagellacks immer wieder wegrutscht. Zudem ist die Position ihrer Finger zueinander nicht optimal. Ihre Bewertung im COPM für diese Tätigkeit:

Handlungsausführung: 3
Zufriedenheit: 2



Abbildung 4: Erheben der aktuellen Funktion



Abbildung 5: Übungen mit Schwämmchen



Abbildung 6: Übungen mit Stäbchen

4. Auf Ziele einigen/planen

Im Anschluss formuliert sie selbst ihr Ziel nach B-SMART (vgl. Haus, 2014, p. 405): „Ich will es innerhalb von 6 Wochen schaffen, meine Fingernägel ordentlich einfarbig selbst zu lackieren.“

Für sie bedeutet ordentlich, dass nur der Nagel lackiert wird und nicht die umliegende Nagelhaut; ebenso, dass keine Unebenheiten im Lack zu sehen sind.

5. Plan umsetzen

Behandlung nach der NKR. Hierzu haben wir mit verschiedenen Übungen im 1. bis 3. Grad gearbeitet. Unter anderem haben wir mit Schwämmchen und Stäbchen gearbeitet. Dies möchte ich hier kurz näher erläutern.

Übungen mit Schwämmchen (Abbildung 5):

- Erkennen von verschiedenen Widerständen der Schwämme
- Erarbeitung der Opposition des Daumens zum Zeigefinger
- Erkennen und Wahrnehmen von kinästhetischen und taktilen Informationen

- #### Übungen mit Stäbchen (Abbildung 6, Abbildung 7)
- Erarbeitung der Opposition des Daumens zum Zeigefinger
 - Erkennen der Stäbchenlänge
 - Relation der Finger zueinander



Abbildung 7: Übungen mit Stäbchen



Abbildung 8: Ergebnisbewertung

Referenzen

- Craik, J., Davis, J., Polatajko, H.J., 2007. Introducing the Canadian practice process framework (CPPF): Amplifying the context. *Enabling Occup. II Adv. Occup. Ther. Vis. Health Well- Justice Occup. Ott. CAOT Publ. ACEm* 229–46.
 Haus, K.-M., 2014. *Neurophysiologische Behandlung bei Erwachsenen - Grundlagen der Neurologie, Behandlungskonzepte, Hemiplegie verstehen*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York.
 Herold, C., 2009. *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis: mit 5 Tabellen; [mit ICF und CMOP-E]*. Springer, Heidelberg.
 Townsend, E.A., Polatajko, H.J., 2013. *Enabling Occupation II - Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, and Justice Through Occupation*. Canadian Association of Occupational Therapists, Ottawa.

6. Überwachen/ modifizieren

Durch eine fortlaufende Evaluation kann der Therapieplan angepasst werden, wenn dies erforderlich wird.

7. Ergebnis bewerten

Die Klientin lackiert sich eigenständig die Fingernägel und wir bewerten sowohl das Ergebnis als auch die Durchführung. In Abbildung 8 ist zu erkennen, dass die Klientin nun den Nagellack auf den Finger streicht anstatt ihn zu tupfen. Zudem nutzt sie nun eine Halterung für das Nagellackfläschchen als Hilfsmittel, so dass sie nun den überschüssigen Nagellack ohne Probleme abstreifen kann. Sie schafft es noch nicht, den Daumen richtig an den Pinsel anzupassen, da sie aber mit dem Ergebnis zufrieden ist, können wir die Therapiephase abschließen. Wäre sie mit dem Ergebnis in diesem Schritt nicht zufrieden, wären wir im CPPF zu Schritt 4 zurückgesprungen und hätten die Ziele angepasst. Ihre Bewertung im COPM für diese Tätigkeit ist jetzt:

Handlungsausführung: 8

Zufriedenheit: 9

8. Abschließen/ beenden

Die Klientin ist mit ihrem Ergebnis zufrieden und die Durchführung ist für sie adäquat. Das Ziel ist für sie erreicht. Das bedeutet, dass der Prozess abgeschlossen ist und man eventuell ein neues Betätigungsproblem identifizieren muss.

ONLINE EINKAUFEN UND SPENDEN

Es gibt viele Möglichkeiten, beim Einkaufen eine Spende für den VFCR zu generieren.
 Wir möchten ein paar vorstellen:

amazon smile

aus **boost** ist
 "we can help" geworden
gooding

Alle Projekte ermöglichen es, bei Einkäufen in vielzähligen Online-Shops ohne Zusatzkosten den VFCR zu unterstützen.

Einfach vor dem Online-shopping auf der entsprechende Seite den VFCR als zu unterstützende Organisation auswählen, den gewünschten Shop suchen und einkaufen.

Wir sagen DANKE!