

„Ich bin jetzt positiver zu meinem Arm eingestellt“ – Patienteninterview über Erfahrungen mit Robotik-Therapie, „klassischer“ Ergotherapie und Neurokognitiver Rehabilitation



Franz Eisenschink
Ergotherapeut in eigener Praxis

Vor ca. einem Jahr stellte sich ein stark betroffener hemiparetischer Patient mit Zustand nach raumfordernder Media- und Anteriorischämie 02/2015 in unserer Praxis vor. Der hochmotivierte leicht logorrhoische Patient erzählte bei der Anamnese von seinen verschiedenen Erfahrungen aus seiner sechsjährigen Rehabilitationszeit, in der er permanent in ergotherapeutischer und physiotherapeutischer Behandlung war. Etwa zeitgleich zum Wechsel in unsere Praxis begann er eine ambulante Behandlung bei einer niedergelassenen Neuropsychologin wegen dem Ziel, wieder Autofahren zu können. Der Patient arbeitet ca. 15 Stunden pro Woche als freiberuflicher Fotograf. Zur Definition der Begrifflichkeit „klassischer“ Ergotherapie: Der Patient hatte in seinen verschiedenen Rehabilitationsphasen immer wieder ähnliche Erfahrungen gemacht, wie KollegInnen mit HemiparesepatientInnen arbeiten, was dazu geführt hat, dass er den Begriff „klassische Ergotherapie“ verwendet hat, den ich hier für das Interview übernommen habe.

Herr H., Sie haben ja verschiedene Therapieformen oder Konzepte erlebt und gesehen, wie unterschiedlich TherapeutInnen arbeiten und wie Sie als Patient in die Therapie mit eingebunden werden. Ich würde Sie gerne zu drei Bereichen befragen, der Robotik-Therapie, der „klassischen“ Ergotherapie und der Neurokognitiven Rehabilitation, mit der sie

sich jetzt bei uns beschäftigen.

Zunächst zur Robotik-Therapie: Wo fand die Therapie statt?

Ich war in einer ambulanten Praxis, die ein spezielles Robotik-Reha-Programm anbietet. Die haben mehrere Geräte für die obere Extremität. Ich hatte ein Aufnahmegeräusch, bei der die Hand kurz genommen wurde. Daraufhin wurden zehn Tage festgelegt zu je drei Stunden Therapie. Diese fanden hintereinander von Montag bis Freitag statt. Ebenfalls wurden die Roboter festgelegt, die für mich relevant waren. Die Therapie ist eine Selbst-Zahler-Leistung, die eigentlich zwischen 2000 € und 3000 € gekostet hätte. Wir haben es damals bei der Krankenkasse eingereicht, die die Zwei-Wochen-Frist zum Antworten verstreichen ließ. Deshalb musste es die Krankenkasse zum Glück übernehmen. Aber eigentlich wurde mir gesagt, dass das abgelehnt wird.

Wie war der Therapieablauf in diesen zehn Tagen?

Am Anfang wurde mithilfe der Roboter befundet, wie groß das aktive Bewegungsausmaß ist und wie viel Prozent man anteilig selbst bewegt. Dann arbeitete ich nach „Schema F“ die zehn Tage lang immer in der gleichen Reihenfolge an den Robotern. Es waren mehrere PatientInnen dabei, allerdings war die therapeutische Betreuung immer in einer Eins-zu-Eins-Beziehung und auch immer von derselben Therapeutin. Die Abfolge war immer die gleiche. Zuerst kam der Handroboter, der meine Hand vor allem passiv mobilisiert hat, dann kam ein Roboter, bei dem man aktiv durch Bewegungen auf einem Bildschirm spielen konnte. Man musste da die Hand auf einen Ball legen und konnte beispielsweise einen Korb steuern, mit dem man runterfallende Äpfel auffing. Das hat sehr viel Spaß gemacht und meine Motivation war sehr hoch.

Wie verhielt sich bei dieser Übung der Muskeltonus?

Der ist schon gestiegen, da ich die fehlende Funktion durch Druck auf das Gerät ausgeglichen habe, um das Spielgerät zu bewegen.

Zum Schluss kam der Armbotter. Den habe ich am wenigsten gemocht, weil der für mich am stressigsten war.

In welcher Hinsicht stressig?

Ich hatte zwar eine Unterstützung durch den Roboter, die man vorher einstellen konnte, trotzdem habe ich bei diesem Roboter am meisten kompensiert und bin „fest“ geworden. Der Tonus ließ aus Erschöpfung irgendwann dann nach. Das führte oft zur falschen Beurteilung von mir selbst, dass ich durch die Müdigkeit gedacht habe, der Arm wäre lockerer.

Könnte man sagen, dass das Ziel der Bewegungsausführung eher in der Quantität, als in der Qualität lag?

Genau. Man muss allerdings dazu sagen, dass meine Therapeutin schon immer wieder darauf geachtet hat, dass ich nicht kompensierte. Aber es liegt nun mal in meiner Natur, dass ich voll durchpowern und möglichst wenig Fehler machen möchte und da kann die Therapeutin dich festhalten wie sie will, die schiebst du weg.

Was hat die Robotik-Therapie für die Funktion und den Muskeltonus gebracht?

Beim Vorgespräch wurde klar kommuniziert, dass ich meine Funktion nach diesen zwei Wochen nicht zurückbekommen würde, sondern dass der Tonus etwas weniger wird. Der Tonus hat auch merklich nachgelassen, hatte ich das Gefühl zumindest. Das war allerdings nicht besonders nachhaltig, weil ich dann auch wieder in die „normale Therapie“ zurückgegangen bin. Dann stieg der Tonus wieder schnell an. Als Fazit könnte man sagen, dass es für meine Motivation zu dieser Zeit sehr wichtig für mich war, diese Form der Therapie zu machen. Der Tonus konnte reduziert werden, allerdings nicht nachhaltig, Funktionen konnten nicht verbessert werden.

Welche Therapiemaßnahmen haben Sie in der „klassischen“ Ergotherapie kennengelernt?

Ich war ausschließlich in Praxen, die ausdrücklich auch oder vor allem neurologisch behandelt haben. Dort wurde hauptsächlich gedehnt. Es wurde darüber geredet, die Gelenke frei zu halten durch passives Dehnen. Ich habe aber mit der Zeit gemerkt, dass es mir nicht guttut. Vor allem weil es dann nach Wochen und Monaten immer so weitergegangen ist. Mein Arm war oft kurze Zeit nach der Therapie etwas lockerer, der Tonus hat aber dann schnell wieder zugenommen. Eine Therapeutin war dabei, die die Behandlung etwas sanfter gestaltet hat. Da war der Arm genauso locker, aber ich hatte keine Schmerzen. In den ganzen Rehaeinrichtungen oder Praxen, wo ich behandelt wurde, wurde eine Standardmobilisierung gemacht oder eben mit Gewalt aufgedehnt. Es kommt einem als Patient zunächst ja erstmal logisch vor, dass das was fest ist auseinandergezogen werden muss. Wahrnehmungsübungen fanden, wenn dann nur zur Befundung statt. Zum Beispiel sollte ich bestimmen, welchen Finger die Therapeutin ge-

rade berührt. Das war dann als Patient schon deprimierend, wenn man aufgezeigt bekommen hat, dass man was nicht kann, aber das in der Therapie nicht thematisiert hat.

Hat die „klassische“ Ergotherapie zu einer Veränderung geführt?

Nein, außer dass ich froh war, wenn sie wieder vorbei war. Was mir noch aufgefallen ist, war, dass wenn ein Gelenk gedehnt wurde, der Tonus an einer anderen Stelle durch die Schmerzen oder durch die Gewalteinwirkung zugenommen hat, zum Beispiel der Tonus der Hand. Langfristig gesehen, ich meine, ich habe diese Art der Therapie über Jahre gemacht, hat es eigentlich gar nichts gebracht. Den größten Nachteil finde ich eigentlich, dass du selbst bei dieser Therapie den Tonus nicht beeinflussen kannst. Die Therapie fand immer passiv statt und wenn der Tonus zuhause steigt, dann sitzt du mit deinem Tonus daheim, kannst aber nichts machen.

Wie unterscheidet sich in Ihrer Wahrnehmung die Neurokognitive Rehabilitation von diesen Therapieerfahrungen?

Man nimmt aktiv an der Therapie teil, bei den anderen Therapien war ich nur passiver Beteiligter. Es ist kognitiv anstrengender, weil man mitdenken muss, aber man kann auch schnell Erfolgsergebnisse generieren. Zum Beispiel, dass ich selbst den Tonus meines Arms beeinflussen kann, nur, weil ich mich auf meinen Arm konzentriere. Das kann man eben auch schöner Weise zuhause wiederholen. Es ist zwar nicht ganz so einfach ohne Anleitung, aber es geht mit ein bisschen Übung. Und das ist das, was mich am meisten beeindruckt und auch begeistert hat. Auch dass man mit seinem Gehirn lernt, was zu beeinflussen und nicht manuell irgendwelche Bewegungen von Anfang an versucht zu machen, die eh nicht klappen und wo der Tonus eher zunimmt. Für mich ist es nun logisch, dass man zunächst lernen muss, den Tonus zu kontrollieren, bevor Bewegungen möglich sind, weil ich nur dann meinen Arm richtig spüre. Grundsätzlich nehme ich meinen Arm durch die Neurokognitive Rehabilitation besser war. Das ist auch so ein schleicher Weg, bei dem man immer mehr seinen Arm wahrnimmt oder auch positiver eingestellt ist zu seinem Arm.

Hat die Neurokognitive Rehabilitation an Ihrer Alltagssituation etwas verändert?

Zuhause im Alltag begleitet sie mich eigentlich immer. Wenn der Tonus beispielsweise steigt, versuche ich sofort, das zu regulieren. Das ist in der Öffentlichkeit für mich noch schwierig, weil das noch zu lange dauert. Da sind noch so typische angespannte Situationen, wenn ich zum Beispiel im Restaurant vom Tisch aufstehe und ich denke, die Leute beobachten mich. Das bekomme ich noch nicht ganz hin. Das müsste noch schneller gehen, aber da arbeite ich gerade dran.

Die Neurokognitive Rehabilitation ist ja auch kognitiv fordernd. Hat Ihre kognitive Leistungsfähigkeit davon profitiert?

Ich denke schon, gerade die Daueraufmerksamkeit hat sich positiv verändert. Ich arbeite ja noch selbstständig, da merke ich, dass ich wesentlich länger am Computer arbeiten kann. Das kann auch an der neuropsychologischen Unterstützung liegen. Wobei ich eh das Gefühl habe, dass die Neuropsychologie und die Neurokognitive Rehabilitation eng ineinander greifen. Obwohl man sich nicht abgesprochen hat, ist das wie aus einem Gus mit dem Ziel, dass ich innerlich ruhiger werde und den Druck loswerden kann.

Was sind Ihre Therapieziele für die Zukunft?

Das oberste Ziel für das nächste Jahr ist, dass ich wieder Autofahren kann und den Führerschein nochmal mache. Laut der Einschätzung der Neuropsychologin könnte ich jetzt anfangen, Fahrstunden zu nehmen. Im Moment scheue ich mich ein wenig davor, auch wegen der Maskenpflicht, die in der Fahrschule immer noch herrscht, da ich Angst habe, dass mich dies in meiner Konzentration behindert.

Ein anderes Ziel wäre schon, eine gewisse Funktion in der oberen Extremität zurückzubekommen. Mir ist klar, dass komplexe Bewegungen nicht in naher Zukunft realistisch sind. Aber dass ich vielleicht zusammen mit dem schnelleren Kontrollieren des Tonus eine rudimentäre Grundfunktion in der Extremität erreiche.

Vielen Dank für Ihre Zeit sowohl beim Symposium, als auch jetzt für das Interview. Ich wünsche Ihnen für Ihre weitere Rehabilitation viel Erfolg!

Satzung VFCR

Ab sofort ist die aktuell gültige Satzung auf der Homepage zu finden und steht auch als Download zur Verfügung.

Startseite → Vereinssatzung.

Apraxie

Neurokognitive Rehabilitation nach Prof. C. Perfetti

Eine Fähigkeit, die Patienten mit apraktischen Störungen wiedererlangen sollen, ist das Dekodieren und Transformieren von wahrgenommenen Informationen in andere Sinneskanäle.

Die Fotoserien für die spezielle Behandlung von Apraxiepatienten sind nach den Vorgaben der neurokognitiven Rehabilitation von Prof. Perfetti hergestellt.



Die Fotokiste ist aufgeteilt in Bewegungsveränderung der oberen und unteren Extremität. Sie enthält 45 Serien à 3 oder 4 Fotos. Eine Serie ist komplett auf einer Tafel (DIN A4) und jedes Foto einzeln (DIN A 5). Die Fotos sind laminiert und nummeriert. Preis: € 280,00 zzgl. Versandkosten

**Bestelladresse: Birgit Rauchfuß
Warburger Weg 49
45659 Recklinghausen
b.rauchfuss@t-online.de**

© Bodynek, Jung, Rauchfuß