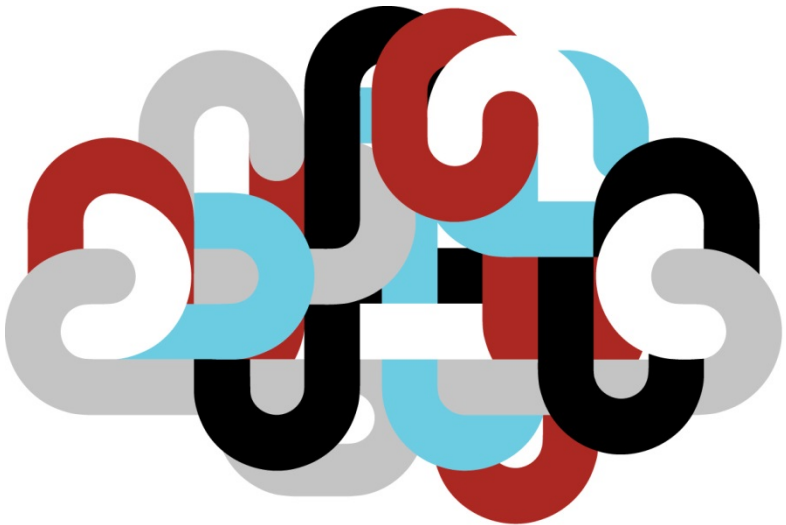


Neuropsychologie in der Rehaklinik Zihlschlacht AG



Informationsbroschüre Neuropsychologie

Impressum

Verfasser: Dipl.-Psych. Andreas Binder, Eidg. anerkannter Psychotherapeut (FSP), Klinischer Neuropsychologe GNP, Leiter Neuropsychologie/Klinische Psychologie, Rehaklinik Zihlschlacht

Erstellungsdatum: Juli 2015

Der Inhalt der Broschüre stützt sich auf die im Anhang aufgelisteten Fachbücher, Leitlinien und gängigen Internetadressen. Die medizinischen Inhalte wurden von Prof. Dr. med. Carsten Möller, Leitender Arzt / Wissenschaftlicher Leiter, Rehaklinik Zihlschlacht, auf ihre Aktualität hin geprüft.

Diese Broschüre wird regelmässig überprüft und kann unter: info@rehaklinik-zihlschlacht.ch angefordert werden.

Inhalt

Informationen zur Rehaklinik Zihlschlacht	4
Vorwort	5
Einleitung	7
Neuropsychologische Störungen	8
Die neuropsychologische Untersuchung	11
Die neuropsychologische Therapie	13
Beratung und Psychotherapie	14
Angehörigenberatung	15
Untersuchung der Fahreignung	16
Auswirkungen minimaler kognitiver Defizite im Alltag	18
Müdigkeit/Fatigue	21
Antriebsminderung	24
Reduziertes Störungsbewusstsein	29
Behandlung nach der stationären Rehabilitation	31
Nützliche Literatur	33
Nützliche Adressen	35

Informationen zur Rehaklinik Zihlschlacht

Die Rehaklinik Zihlschlacht ist eine führende Spezialklinik für neurologische Rehabilitation. Sie bietet ausgezeichnete medizinische Behandlung, professionelle Therapien und Pflege sowie eine individuelle von Menschlichkeit und Respekt getragene Betreuung. Die Klinik ist spezialisiert auf die Behandlung von hirn- und nervenverletzten Menschen mit dem Ziel der Wiedereingliederung in den Alltag.

Sie behandelt Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen. Für Personen mit Halbprivat- oder Privatversicherung führt die Rehaklinik Zihlschlacht eine Privatstation.

Die Klinik verfügt über 135 stationäre Betten, ein Angebot für die Tagesrehabilitation, ein ambulantes Therapiezentrum und über eine Hausarztpraxis. Sie betreibt Spezialabteilungen für Frührehabilitation, psychomental schwer betroffene Patientinnen und Patienten weiterführende Rehabilitation, für die Behandlung von Parkinsonerkrankungen sowie für die Behandlung chronischer Schmerzen.

Rund 400 bestens ausgebildete, auf verschiedensten Gebieten spezialisierte Mitarbeitende setzen sich rund um die Uhr zum Wohle der Patientinnen und Patienten ein.

Die Rehaklinik Zihlschlacht ist mit ihren modernen Bauten und den sorgfältig restaurierten historischen Gebäuden organisch in eine idyllische Landschaft im Herzen des Kantons Thurgau eingebettet.

Vorwort

Obwohl die Neuropsychologie seit Jahren ein fester Bestandteil der neurologischen Rehabilitation ist, ist vielen Patienten und Angehörigen unklar, was dieser Begriff bedeutet, wenn sie ihn zum ersten Mal auf dem Therapieplan sehen. Neuropsychologen haben ein allgemeines Studium der Psychologie absolviert und beschäftigen sich intensiv mit den Zusammenhängen zwischen Gehirn, Erleben, Denken, Gefühlen und Verhalten. Insbesondere interessieren sie sich für Auswirkungen neurologischer Erkrankungen auf die Psyche und das Verhalten und haben sowohl diagnostische Verfahren entwickelt, um diese Auswirkungen beschreiben zu können als auch Therapieverfahren, um bei bestehenden Einschränkungen die Erholung und eine möglichst grosse Selbständigkeit im Alltag zu fördern. In der Regel haben sie, zusätzlich zu ihrer postgraduierten Ausbildung in klinischer Neuropsychologie, eine Ausbildung zum Berater oder Psychotherapeuten absolviert und unterstützen Patienten und deren Angehörige in dem oft schwierigen Prozess, nach einer neurologischen Erkrankung in ein normales Leben zurückzufinden.

Diese kleine Broschüre möchte Ihnen einen Einblick in die Arbeit von Neuropsychologen geben, so dass Sie eine genauere Vorstellung haben, was Sie von uns erwarten dürfen. Sie beschreibt auch häufige Folgen neurologischer Erkrankungen, die über die stationäre Rehabilitation hinaus fortbestehen können und manchmal erst nach der Rückkehr nach Hause deutlich zutage treten, wenn der Alltag wieder seine Anforderungen stellt.

Wenn Sie Fragen zu diesen Inhalten haben, weil Ihnen Veränderungen Ihres Erlebens und Verhaltens auffallen oder wenn Ihnen Veränderungen in Ihrer Leistungsfähigkeit auffallen, die Sie sich nicht erklären können, wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Neuropsychologen. Er wird Ihnen gerne weiterhelfen.



Dipl.-Psych. Andreas Binder
Klinischer Neuropsychologe GNP
Eidg. anerkannter Psychotherapeut
Leiter Neuropsychologie

Einleitung

Die Neuropsychologie ist ein Zweig der Psychologie, der sich mit den Zusammenhängen von Gehirn und Verhalten beschäftigt. Sie befasst sich mit den kognitiven Funktionen des Gehirns, wie dem Denkvermögen, der Aufmerksamkeit, dem Gedächtnis, dem Sprachvermögen usw. In der klinischen Neuropsychologie werden diese Funktionen vor allem nach Verletzungen oder Erkrankungen des Gehirns untersucht, um die Auswirkungen von kognitiven Leistungsstörungen auf die Funktionsfähigkeit im Alltag einschätzen zu können.

Neben dieser diagnostischen Aufgabe führen Neuropsychologen aber auch Therapien durch, um beeinträchtigte Funktionen wiederherzustellen oder zu verbessern; oder um bei der Entwicklung von Strategien zu helfen, um mit bleibenden Einschränkungen im Alltag besser zurechtzukommen.

Neuropsychologen begleiten und unterstützen Patienten und deren Angehörige im Prozess der Krankheitsverarbeitung durch Gespräche, Entspannungsübungen und das Vermitteln von Informationen zu möglichen kognitiven Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen im Alltag.

In der stationären Neurorehabilitation ist die neuropsychologische Therapie schon seit Jahrzehnten ein fester und unverzichtbarer Bestandteil. In fast allen neurologischen Rehabilitationskliniken gibt es Neuropsychologen, die sich um die Diagnostik und Therapie der betroffenen Patienten kümmern.

Neuropsychologische Störungen

Neurologische Erkrankungen wie Schlaganfälle, Schädel-Hirn-Traumata, Multiple Sklerose, die Parkinson-Krankheit, Hirntumore etc. können zu Einschränkungen in unterschiedlichen kognitiven Funktionen führen. Besonders häufig sind:

Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen:

Diese zeigen sich häufig durch eine verlangsamte Reaktionsgeschwindigkeit. Das kann dazu führen, dass Betroffene in Situationen, in denen sie schnell reagieren müssen, dies nicht können oder auch, dass sie bei allen Handlungen etwas verlangsamt sind. Ausserdem sind Betroffene häufig stark ablenkbar oder es gelingt ihnen nicht, auf mehrere Dinge gleichzeitig zu achten. Im Alltag kann sich dies zum Beispiel zeigen, wenn man mit mehreren Menschen zusammen ist und es sehr anstrengend ist, dem Gesprächsverlauf zu folgen, weil die Sprecher häufig wechseln. Oder aber das Klingeln des Telefons unterbricht einen bei einer Tätigkeit und man weiss danach gar nicht mehr, was man gerade machen wollte.

Gedächtnisstörungen:

Gedächtnisstörungen nach einer erworbenen Hirnschädigung zeigen sich meistens dadurch, dass es dem Betroffenen schwerer fällt, sich neue Informationen zu merken oder etwas Neues zu lernen. Dinge, die man vor der Erkrankung oder der Verletzung gelernt hatte, werden in der Regel nicht vergessen. Es kann auch schwerer fallen, sich daran zu erinnern, dass man etwas tun wollte. Im Alltag zeigt sich eine solche Gedächtnisstörung zum Beispiel darin, dass man Termine und Verabredungen vergisst oder, dass man eine interessante Nachricht gelesen oder gehört hat, sie aber nicht oder nur unzureichend wiedererzählen kann.

Wahrnehmungsstörungen:

Bei Wahrnehmungsstörungen kann es dazu kommen, dass durch die Verletzung des Gehirns ein Teil des Gesichtsfeldes ausfällt, man spricht dann von einer Hemianopsie. Beim Neglect, einer anderen Wahrnehmungsstörung, vernachlässigt der Betroffene eine Raumbälfte – meistens die Linke. Er stösst gegen Gegenstände und übersieht alles, was auf der betroffenen Seite ist. Besonders hinderlich sind diese Beeinträchtigungen, wenn man sich zum Beispiel im Verkehr bewegt oder in einer belebten Fussgängerzone unterwegs ist.

Aphasien:

Aphasien sind Sprachstörungen. Es gibt Patienten, die Schwierigkeiten haben sich sprachlich auszudrücken, obwohl sie die Sprache ganz gut verstehen. Andere Patienten haben Schwierigkeiten, gesagtes zu verstehen und sprechen viel, aber häufig für Aussenstehende unverständlich. In schweren Fällen ist sowohl die Sprachproduktion als auch das Verständnis betroffen – man spricht dann von einer globalen Aphasie. Aphasien sind sowohl für den Patienten als auch für die Angehörigen besonders belastend, weil in der Situation der Krankheit dann auch noch neue Formen der Kommunikation gefunden werden müssen.

Dysexekutive Störungen:

Patienten mit dysexekutiven Störungen fällt es häufig schwer, vorausschauend zu planen oder etwas zu organisieren. Sie neigen dazu, vorschnell zu handeln und beachten dabei Regeln und Vorsichtsmassnahmen nicht ausreichend. Ausserdem sind sie häufig sehr stark ablenkbar. Im Alltag wird eine dysexekutive Störung zum Beispiel sichtbar, wenn jemand eine Mahlzeit zubereiten will, dabei aber die einzelnen Handlungsschritte durcheinander bringt, die falschen Zutaten einkauft etc.

Sie kann sich aber auch bereits bei einfacheren Tätigkeiten wie dem Suchen einer Busverbindung zeigen.

Dies sind alles nur Beispiele für häufige kognitive Störungen. Es gibt weitere Arten und häufig treten diese Störungen auch gemeinsam auf, so dass jemand zum Beispiel eine Aufmerksamkeitsstörung und eine Gedächtnisstörung hat.

Obwohl man kognitive Störungen häufig auf den ersten Blick nicht so leicht und eindeutig erkennen kann wie z.B. eine Lähmung, haben diese im privaten und beruflichen Alltag dennoch grosse Auswirkungen. Das Erkennen kognitiver Störungen, ihre Therapie und das Erlernen von Strategien im Umgang damit tragen wesentlich dazu bei, inwieweit neurologische Patienten nach der stationären Behandlung wieder an ihrem bisherigen privaten und beruflichen Leben teilnehmen können.

Die neuropsychologische Untersuchung

In der neuropsychologischen Untersuchung gibt der Psychologe dem Patienten Aufgaben zu unterschiedlichen kognitiven Funktionen wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit, logisches Denken etc. Dies können Aufgaben sein, bei denen man sich etwas merken muss, bei denen man schnell und genau reagieren muss oder bei denen man eine Denkaufgabe lösen muss. Das Ergebnis vergleicht er mit den Ergebnissen zahlreicher Menschen ohne eine neurologische Erkrankung und gleichen Alters. Dadurch lässt sich ein Bild von den Stärken und Schwächen in der kognitiven Leistungsfähigkeit gewinnen.

Die meisten Testaufgaben in der neuropsychologischen Untersuchung haben wenig mit dem Alltag zu tun. Sie lassen dennoch Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit im Alltag zu. Die Aufgaben sind so gestaltet, dass niemand einen Vorteil bei der Untersuchung hat, weil er genau diese Aufgabe häufig im Alltag ausführt.

Nach Abschluss der Untersuchung wertet der Psychologe alle Aufgaben aus. Das Ergebnis bildet die Grundlage für mögliche Therapie- und Trainingsmassnahmen. Nach Abschluss der Therapie oder gegen Ende des Aufenthalts wird er in der Regel einige der Aufgaben wiederholen um zu überprüfen, ob die Therapie wirksam war und wie gut sich die betroffenen Leistungen gebessert haben.

Selbstverständlich klärt der Psychologe nach der Auswertung den Patienten und auf dessen Wunsch auch die Angehörigen über die Ergebnisse der Untersuchung auf und erläutert, wie diese sich im Alltag auswirken können und welche Behandlungsmöglichkeiten bestehen.

Die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung werden zusammen mit der Einschätzung der Auswirkungen im Alltag und den Therapieempfehlungen an den behandelnden Arzt weitergeleitet, der diese Informationen für den Austrittsbericht verwendet. Wenn im Anschluss an die stationäre Rehabilitation eine ambulante Therapie stattfindet oder dies von einer Versicherung gewünscht wird, wird ein ausführlicher psychologischer Bericht erstellt.

Die neuropsychologische Therapie

In der neuropsychologischen Therapie wird das Gehirn durch gezielte Übungen dazu angeregt, verlorengegangene Leistungen wieder zu aktivieren. Man spricht in diesem Zusammenhang von Restitution. Dazu werden unterschiedliche Aufgaben am Computer oder mit Papier und Bleistift und anderen Materialien gelöst, für die genau die beeinträchtigte Funktion benötigt wird.

Damit diese Therapie wirken kann, müssen Aufgaben wiederholt durchgeführt werden. Es ist ähnlich, wie wenn man für einen 100-Meter Lauf trainiert; auch dann läuft man immer wieder die gleiche Bahn und wird im Verlauf zahlreicher Wiederholungen schneller.

Ausserdem werden Strategien vorgestellt und eingeübt, um mit bestehenden Schwierigkeiten im Alltag besser zurechtzukommen; man spricht von Kompensationsstrategien. Hat man beispielsweise Schwierigkeiten, sich neue Informationen zu merken, kann es eine wirksame Strategie sein, alle wichtigen Informationen aufzuschreiben. Es gibt aber auch zahlreiche andere Strategien, die die Merkfähigkeit unterstützen.

Die neuropsychologische Therapie kann sowohl einzeln als auch in einer Gruppe stattfinden. Beide Möglichkeiten sind wirksam und werden in der Regel kombiniert angeboten. Welche Therapien eingesetzt werden, hängt von den Ergebnissen der neuropsychologischen Untersuchung ab.

Beratung und Psychotherapie

Eine neurologische Erkrankung stellt eine grosse psychische Belastung für den Betroffenen und seine Angehörigen dar. Das Erleben der eigenen Verletzlichkeit und Endlichkeit und Fragen danach, wie es gesundheitlich weitergeht, wie gut man sich erholen wird, wie die Familie mit der veränderten Situation zurechtkommt, ob man seinem Beruf weiterhin nachgehen kann etc., können zu Sorgen, Ängsten, Traurigkeit und Verzweiflung führen.

Viele Menschen erleben es als hilfreich, über diese Belastungen zu sprechen. Oft fällt dies leichter bei einer Person, die nicht zur Familie gehört, weil Patienten ihre Angehörigen mit ihren Sorgen und ihrer Traurigkeit nicht zusätzlich belasten wollen.

Berater und Psychotherapeuten in der neurologischen Rehabilitation haben viel Erfahrung mit den Lebensveränderungen nach einer neurologischen Erkrankung. Neben dem unterstützenden Gespräch, das häufig bereits zu einer spürbaren Entlastung führt, können sie durch den Einsatz unterschiedlicher therapeutischer Methoden wie Entspannungsverfahren, Verhaltenstrainings, dem Entwickeln von individuellen Strategien für den Umgang mit belastenden Situationen, aber auch durch gemeinsame Gespräche mit Angehörigen dazu beitragen, dass sich die Patienten besser fühlen und Vertrauen fassen, die Herausforderungen dieser Lebenssituation zu bewältigen.

Angehörigenberatung

Eine neurologische Erkrankung betrifft nie nur den Patienten, sondern immer auch dessen Umfeld, vor allem seine Familie und die Angehörigen. Einen geliebten Menschen krank, verletzt oder mit einer Behinderung zu sehen, kann einen traurig, ängstlich oder verzweifelt machen. Besonders schwierig ist es, wenn die Kommunikation mit dem Patienten wegen einer Sprachstörung oder einer Bewusstseinsstörung nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich ist. Häufig fällt es Angehörigen auch sehr schwer, die bestehenden kognitiven Defizite wie Gedächtnis- oder Wahrnehmungsstörungen und deren Auswirkungen auf den Alltag richtig einzuordnen. Der bislang so vertraute Mensch kann auf einmal ganz anders wirken.

Wenn der Patient dies erlaubt, kann der behandelnde Psychologe Angehörige über die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung aufklären. Er kann aufzeigen, mit welchen Schwierigkeiten im Alltag zu rechnen ist, aber auch auf welche Stärken des Patienten man vertrauen darf. Gleichzeitig kann er die Kommunikation zwischen dem Patienten und seinen Angehörigen unterstützen.

Angehörige können den Patienten im Genesungsprozess sehr unterstützen. Sie sind daher herzlich eingeladen, bei Therapiestunden dabei zu sein.

Untersuchung der Fahreignung

Die Möglichkeit ein Auto zu nutzen, trägt viel zur Mobilität und Selbständigkeit bei. Gleichzeitig ist das Führen eines motorisierten Fahrzeugs auch mit einer hohen Verantwortung verbunden. Das Schweizer Recht sieht vor, dass sich jeder Autofahrer vergewissern muss ob er in der Lage ist, aktuell ein Fahrzeug zu führen. Eine neurologische Erkrankung kann dazu führen, dass aufgrund von Störungen der Wahrnehmung, der Aufmerksamkeit und/oder der Reaktionsbereitschaft die Fahreignung nicht oder vorübergehend nicht gegeben ist. Häufig kann durch geeignete therapeutische Massnahmen die Fahreignung nach einiger Zeit wieder erreicht werden.

Es ist Aufgabe der Ärzte und Therapeuten in der Rehabilitation, den Patienten zu beraten und vor bestehenden Risiken oder Gefahren zu warnen.

Um die Einschätzung zu erleichtern, ob der Patient derzeit ein Fahrzeug führen kann, bieten wir eine Untersuchung der Fahreignung an. Dabei werden an einem Computer von einem Mitarbeiter der Neuropsychologie grundlegende Funktionen der Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Reaktionsbereitschaft überprüft. Als Ergebnis bekommt der Patient auf der Grundlage von schweizweit gültigen Mindestanforderungen eine Empfehlung, ob er aktuell ein Fahrzeug lenken kann. Wenn daran aktuell noch Zweifel bestehen sollten, beraten wir den Patienten, durch welche therapeutischen Massnahmen er dieses Ziel wieder erreichen kann.

➤ Die Untersuchung der Fahreignung prüft grundlegende Funktionen der Aufmerksamkeit und Wahrnehmung. Sie findet an einem Computer statt und ist keine Probefahrt.

➤ Die Aufgaben haben auf den ersten Blick keinen direkten Bezug zum Autofahren. Sie sind für alle Teilnehmer der Untersuchung unvertraut. Dadurch wird sichergestellt, dass die Ergebnisse vergleichbar sind.

➤ Die Ergebnisse der Untersuchung ergeben Hinweise auf Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsleistungen, die für das Autofahren wichtig sind. Für die Gesamtbeurteilung berücksichtigt der Arzt weitere Faktoren, wie z.B. ihre aktuellen Medikamente und die körperliche Beweglichkeit.

➤ Aus dieser Gesamtbeurteilung ergibt sich eine Empfehlung, die Ihr behandelnder Arzt mit ihnen bespricht.

Auswirkungen minimaler kognitiver Defizite im Alltag

Durch Therapie und regelmässiges Üben gelingt es Patienten immer wieder, bestehende Defizite in kognitiven Funktionen deutlich zu verbessern. Häufig sind solche Patienten in der neuropsychologischen Abschlussuntersuchung dann unauffällig und zeigen keine spezifischen Defizite. Trotzdem kann es im Alltag zu Schwierigkeiten kommen. Diese zeigen sich durch ein langsames Arbeitstempo, Schwierigkeiten, sich über eine längere Zeit zu konzentrieren, schnellere Ermüdung, grössere Störbarkeit durch Nebengeräusche, Schwierigkeiten, mehrere Dinge gleichzeitig zu tun und ein allgemeines Gefühl der Überforderung.

Ein Grund, dass solche minimalen kognitiven Defizite in der neuropsychologischen Untersuchung häufig nicht entdeckt werden liegt darin, dass die Untersuchungszeiträume in der Regel kurz sind und eine Stunde nicht überschreiten. Diese Beschwerden stellen sich aber häufig erst nach längerer Tätigkeit ein. Hinzu kommt, dass die neuropsychologische Untersuchungssituation so gestaltet wird, dass es möglichst wenige Ablenkungen und Störreize gibt, was im Alltag in der Regel nicht der Fall ist. Ausserdem muss man sich in der Zeit der stationären Rehabilitation um viele alltägliche Aufgaben wie Putzen, Kochen, Einkaufen nicht kümmern, hat keinen Arbeitsweg etc. All dies kommt im Alltag als Zusatzbelastung hinzu.

Patienten, die nach der Rückkehr in ihren Alltag solche Beschwerden bemerken laufen Gefahr, sich zu überfordern, wenn sie diese Beschwerden überspielen oder durch grössere Anstrengung ausgleichen wollen. Dies kann z.B. dazu führen, dass ein Betroffener der in den Alltag zurückkehrt Überstunden macht, um sein langsames Arbeitstempo auszugleichen,

jeden Abend sehr früh schlafen geht weil er erschöpft ist und an den Wochenenden seinen Haushalt erledigt, und sich ansonsten nur ausruht, weil er von der Woche erschöpft ist. Soziale Kontakte und Hobbies werden vernachlässigt. Dies führt zu einem Teufelskreis, indem die Erschöpfung immer mehr zunimmt, weil Leistungsgrenzen regelmässig überschritten werden und Möglichkeiten für einen Ausgleich fehlen. Wenn diese Überforderungssituation über einen längeren Zeitraum besteht, kann es zu einem Erschöpfungszustand kommen, indem man nicht mehr in der Lage ist, seinen beruflichen und privaten Verpflichtungen nachzukommen. Es kann längere Zeit und therapeutische Unterstützung erfordern, um diesen Zustand zu überwinden. Häufig ist das für die Betroffenen auch psychisch stark belastend, da sie von dem Gefühl versagt zu haben und es einfach nicht zu schaffen gequält werden, und sich Vorwürfe machen. Es ist also wichtig, es gar nicht erst so weit kommen zu lassen.

Was kann ich tun?

Der erste und wichtigste Schritt ist anzuerkennen, dass auch nach Abschluss der stationären Rehabilitation noch nicht alles wie vor der Erkrankung ist, und dass die Rekonvaleszenz Zeit in Anspruch nehmen wird. Hören Sie auf die Signale ihres Körpers und gönnen Sie sich Pausen, wenn Sie müde werden. Geben Sie nicht Ihre Hobbies und alle Freizeitaktivitäten auf, um irgendwie Ihre Aufgaben zu erledigen. Nach einem Arbeitstag sollten Sie noch in der Lage sein, etwas für sich zu unternehmen, sei es Freunde zu treffen, ins Kino zu gehen oder etwas Sport zu treiben.

Um die Erschöpfung im Alltag zu verhindern, ist es am wichtigsten, Zeitdruck herauszunehmen. Arbeiten Sie in ihrem Tempo, indem Sie sich sicher und nicht gehetzt fühlen. Machen Sie regelmässige Pausen, bevor Sie erschöpft sind.

In der Pause ist es sinnvoll, von der Arbeit oder vom Arbeitsplatz wegzugehen. Damit Sie nicht in der Pause über die Arbeit nachdenken ist es hilfreich, in dieser Zeit etwas anderes, etwas Entspannendes zu tun; zum Beispiel eine Entspannungsübung, Musik hören oder etwas spazieren gehen.

Organisieren Sie Ihre Aufgaben möglichst so, dass Sie immer eine Aufgabe abschliessen können, bevor Sie eine neue Aufgabe anfangen. Mehrere Aufgaben gleichzeitig zu bearbeiten, beansprucht die Aufmerksamkeit und das Gedächtnis stark und trägt so zu einer deutlich schnelleren Ermüdung bei.

Schalten Sie Störquellen soweit wie möglich aus. Während Sie mit einer Tätigkeit beschäftigt sind, lassen Sie nicht im Hintergrund das Radio oder den Fernseher laufen, weil dies bereits eine Zusatzbelastung und Ablenkung darstellt. Schalten Sie den akustischen Hinweis auf neue Meldungen oder Nachrichten in den von Ihnen genutzten sozialen Netzwerken auf dem Smartphone oder Tablet aus.

Geben Sie sich Zeit! Die Erholung nach einer neurologischen Erkrankung nimmt Zeit in Anspruch. Willenskraft und Anstrengung in der Therapie sind wichtig, um Fortschritte zu erzielen. Werden sie eingesetzt, um die eigenen Körpersignale zu überspielen und sich mehr Leistung abzufordern, als man im Moment erbringen kann, können sie aber auch den Genesungsprozess verlangsamen und sogar schädlich wirken.

Müdigkeit/Fatigue

Es ist normal, dass Menschen nach einer gewissen Zeit von Anstrengungen und Tätigkeiten müde werden und sich ausruhen müssen. In Folge einer neurologischen Krankheit kann es aber zu einer Ermüdbarkeit und Erschöpfung kommen, die diese normale Müdigkeit weit übertrifft. Man spricht dann von einem Fatigue-Syndrom. Dabei handelt es sich um ein Gefühl körperlicher und/oder mentaler Erschöpfung, welche zu einer reduzierten Leistungsfähigkeit führt. Man scheint für jede alltägliche Tätigkeit mehr Energie zu benötigen und schon der Gang zum Bäcker kann sich wie eine Bergwanderung anfühlen. Ausserdem dauert es lange, sich von der Erschöpfung zu erholen. Häufig wachen Betroffene am nächsten Morgen erschöpft auf, obwohl sie eigentlich gut geschlafen haben.

Wenn trotz eigentlich guter körperlicher und mentaler Funktionen die eigene Leistungsfähigkeit aufgrund von dauerhafter Müdigkeit eingeschränkt bleibt, kann dies sehr frustrierend sein. Um zum Beispiel im Beruf eine möglichst gute Leistung zu bringen, verzichten Betroffene häufig auf sehr viele angenehme Freizeitaktivitäten und verbringen diese hauptsächlich im Bett, um es irgendwie zu schaffen. Meistens hilft eine solche Strategie aber nicht wirklich und kann sogar dazu führen, dass die Fatigue chronisch wird.

Im Umgang mit der Fatigue ist es zum einen wichtig zu verstehen, dass diese eine normale Folge der Erkrankung ist. Sie hat nichts mit Faulheit, fehlender Willenskraft etc. zu tun. Zum anderen ist es auch wichtig zu verstehen, dass man sie nicht durch Willenskraft überwinden kann und, dass im Gegensatz zur Wiedererlangung von körperlichen Funktionen wie dem Gehen oder bestimmter kognitiver Funktionen, viel Training nicht viel hilft

und sogar schädlich sein kann. Trotzdem kann der Betroffene einiges dazu beitragen, um mit der Fatigue besser zu leben und diese im Lauf der Zeit zu überwinden. Dabei ist immer ein ordentliches Mass an Geduld erforderlich.

Was kann ich tun?

Bauen Sie körperliche Kondition auf! Leichtes, regelmässiges Konditionstraining ohne Leistungsanspruch – spazieren, Rad fahren, schwimmen etc. – steigert die Vitalität. Ihr Arzt oder Ihr Physio- oder Sporttherapeut kann Sie beraten, welche sportliche Aktivität für Sie günstig ist.

Machen Sie sich mit Ihrer Fatigue vertraut! Finden Sie heraus, zu welchen Tageszeiten Sie sich besser fühlen und wann Sie besonders müde sind. Finden Sie heraus, welche Tätigkeiten besonders anstrengend für Sie sind, und welche Sie in der Regel ohne besondere Erschöpfung ausführen können.

Erstellen Sie einen Tagesplan! Geplante Routinen helfen im Umgang mit der Fatigue. Planen Sie sich regelmässige Pausenzeiten während des Tages ein. Legen Sie besonders wichtige oder besonders anstrengende Tätigkeiten in Zeitfenster, in denen Sie in der Regel eine hohe Leistungsfähigkeit haben.

Setzen Sie Prioritäten! Auch wenn dies nicht von Ihnen gewünscht wird: Die Fatigue kann einen dazu zwingen, weniger zu tun und Aktivitäten einzuschränken. Bestimmen Sie selbst, welche Ihnen besonders wichtig sind und machen Sie diese zuerst, bzw. legen Sie sie in Zeitfenster, in denen Sie in der Regel gut arbeiten können.

Lernen Sie ein Entspannungsverfahren! Ruhepausen sind wichtig im Umgang mit der Fatigue. Diese können Sie besonders effektiv nutzen, wenn Sie ein systematisches Entspannungsverfahren wie die progressive Muskelentspannung, autogenes Training, QiGong, Atementspannung oder ähnliches gelernt haben. All diese Verfahren helfen Ihnen, Körper und Geist rasch und tief zu entspannen und dadurch Pausen besser für sich nutzen zu können.

Kommunizieren Sie! Es ist wichtig, dass die Menschen in Ihrer Umgebung verstehen, dass Sie an einer Fatigue leiden und was das ist, damit sie nicht ständig Forderungen stellen und Sie überfordern. Von aussen ist eine Fatigue nicht oder nur schwer zu erkennen, darum müssen Sie ihre Umwelt dabei unterstützen. Kommunizieren Sie aber auch mit anderen Betroffenen. Der Austausch über die Fatigue, die damit verbundenen Einschränkungen, aber auch erfolgreiche Strategien, kann Ihnen helfen, zu einem besseren Umgang damit zu gelangen.

Antriebsminderung

Antriebsminderungen treten bei zahlreichen Verletzungen des Gehirns auf, vor allem nach diffusen Hirnschädigungen und bei Verletzungen des Frontallappens oder der Basalganglien. Sie stellen Behandler und Angehörige vor eine grosse Herausforderung und haben einen erheblichen Einfluss auf den Rehabilitationserfolg.

Bei einer Antriebsminderung können unterschiedliche Schwierigkeiten bestehen (nach: Schellhorn A. & Pössl J. (2002):

- **Ideenarmut:** Wenige Ideen zur Gestaltung der Freizeit, wenig Kreativität und Einfallsreichtum in Problemsituationen oder bei Problemlöseaufgaben
- **Probleme, Handlungen zu beginnen:** Handlungen werden trotz Vorsatz oder äußerer Aufforderungsreize nicht oder stark verzögert begonnen
- **Anstrengungsbereitschaft:** Flüchtige, ungenaue und oberflächliche Arbeitsweise; bei kleinen Schwierigkeiten wird die Handlung abgebrochen; Handlung versandet auch ohne spezifische Handlungsbarrieren und wird nicht bis zum Ende ausgeführt
- **Emotionale Indifferenz:** Bei normalerweise gefühlbetonten Themen oder Ereignissen sind keine entsprechenden Reaktionen sichtbar oder sie sind der Situation unangemessen
- **Reduzierter Sprachantrieb:** Passives und reaktives Gesprächsverhalten, Antworten auf Fragen sind knapp und laden nicht zur Fortsetzung des Gesprächs ein; der aktive Wortschatz ist meist verarmt und der Satzbau auf einzelne Wörter oder einfache Sätze reduziert

Ausserdem können vorkommen:

- **Plazidität:** Fügsames, kritikloses Verhalten, leichte Lenkbarkeit und Beeinflussbarkeit; häufige Widersprüche in den Aussagen, keine eigene Meinung
- **Mangel an Empathie:** Einfühlungsvermögen für andere kaum erkennbar; mangelnde soziale Wahrnehmung
- **Störungen des Planens und der Handlungskontrolle:** Handlungen werden wenig zielorientiert geplant und durchgeführt; Probleme in der Umstellungsfähigkeit, mangelnde Plausibilitätskontrollen
- **Konkretismus:** Unfähigkeit zur Abstraktion; Haften an Konkretem und Details
- **Reduzierte Impulskontrolle:** Impulsdurchbrüche in Form von Ungeduld, Reizbarkeit oder aggressivem Verhalten
- **Reduzierte Krankheitseinsicht:** Geringe oder keine Wahrnehmung von kognitiven und/oder Verhaltensänderungen

Bei einer leichten Antriebsminderung fällt es dem Betroffenen eventuell nur schwerer als gewöhnlich, in Situationen, die wenig Struktur bieten, in denen es keine äusseren Anregungen und kein Programm gibt, Handlungen zu beginnen. Patienten mit einer schweren Antriebsminderung beginnen keine Aktivitäten von sich aus und müssen selbst zu einfachsten Aktivitäten wie dem Aufstehen, Essen und Trinken etc. aufgefordert werden.

Auswirkungen:

Antriebsminderungen können sich in der Rehabilitation ungünstig auswirken, weil der Betroffene häufig passiv ist und nicht so engagiert an der Therapie teilnehmen kann, wie dies für das beste Ergebnis notwendig wäre.

Noch deutlicher wirken sich Antriebsminderungen aber im sozialen Umfeld aus. Häufig erleben Angehörige ihren Verwandten mit einer Antriebsminderung als in seiner Persönlichkeit verändert. Ein bislang aktiver und engagierter Partner ist plötzlich passiv, muss zu allem aufgefordert werden und übernimmt keine Verantwortung. Nicht selten haben die Angehörigen den Eindruck, „ein weiteres Kind“ zuhause zu haben. Dies kann auf Dauer auch eine langjährige Partnerschaft gefährden und in Frage stellen.

Auch für Freunde und Bekannte kann sich die Beziehung grundlegend verändern. Weil Betroffene nur noch wenig sprechen, nicht auf den Gesprächspartner eingehen, kein Interesse zeigen, nicht von sich aus Verabredungen treffen und frühere Hobbies aufgeben, weil sie das Interesse daran verloren haben, ist der Kontakt mit ihnen schwierig und anstrengend. Dies führt oft dazu, dass Freunde und Bekannte sich zurückziehen.

Häufig fällt es Angehörigen und Freunden schwer, die Antriebsminderung als Folge der Hirnschädigung zu sehen. Dies kann einerseits dazu führen, dass sie dem Betroffenen vorwerfen, „nur nicht zu wollen“, „sich nicht ausreichend anzustrengen“ und ihn damit überfordern, weil die Antriebsminderung nicht durch guten Willen überwunden werden kann. Häufig sind aber Angehörige und Freunde auch gekränkt und verunsichert, weil sie das plötzliche Desinteresse, das ihnen entgegengebracht wird, nicht verstehen können.

Therapie:

Die Therapie einer Antriebsminderung ist herausfordernd und langwierig. Eine Besonderheit dabei ist, dass die Betroffenen meistens nicht unter der Antriebsminderung leiden und darum nicht oder nur wenig zur Therapie motiviert sind.

Fachtherapeuten haben unterschiedliche Methoden zur Verfügung, mit denen sie Antriebsstörungen behandeln. Diese beruhen auf drei Prinzipien (Schellhorn A. & Pössl J.; 2002):

- Die Aktivitätsrate wird erhöht, wenn die gewünschten Handlungen zu Routinen werden, die ohne besonderen Vorsatz und ohne Willensanstrengung ablaufen
- Der Eigenantrieb lässt sich durch externe Anregungen und Verstärker vergrößern
- Der Antrieb kann durch bewusste Selbstkontrolle verbessert werden

Um die ersten beiden Prinzipien zu nutzen, greifen Therapeuten vor allem auf verhaltenstherapeutische Methoden zurück. Für das letzte Prinzip werden häufig externe Hilfsmittel eingesetzt, wie Antriebskalender oder Aktivitäten.

Umgang der Angehörigen mit der Antriebsstörung:

Angehörige spielen eine wesentliche Rolle dabei, ob es einem Patienten mit einer Antriebsstörung gelingt, im Alltag zurechtzukommen. Als erstes ist es wichtig zu verstehen, dass die Antriebsstörung eine Folge der Erkrankung ist und nicht als Faulheit, Depressivität oder Antipathie fehlgedeutet wird. Dann fällt es Angehörigen häufig schon viel leichter, immer wieder zu Handlungen aufzufordern, ohne davon genervt oder belastet zu sein.

Besteht eine schwere Antriebsstörung, müssen Handlungen immer wieder von aussen angeregt werden und die Angehörigen sollten auf eine gleichbleibende Tagesroutine achten. Dabei kann es entlastend sein zu wissen, dass diese Routine für den Betroffenen nicht langweilig ist, sondern eine Unterstützung darstellt, um überhaupt mit dem Alltag zurechtzukommen.

Es ist hilfreich, wenn Angehörige mit dem Patienten einen Tagesplan entwickeln und an einem zentralen Ort aufhängen. Verantwortlichkeiten für Aufgaben z.B. im Haushalt, sollten verteilt werden, ohne den Patienten zu überfordern. Erledigte Aktivitäten sollten abgehakt werden. Dabei sollte der Tagesplan möglichst gleich bleiben und nicht ständig verändert werden. Wenn es dem Patienten gelingt, seine Aufgaben zu erfüllen, sollte dies verstärkt werden, z.B. durch Lob, Zuwendung etc.

Aber auch Angehörige müssen für sich Sorge tragen und ihre Ressourcen pflegen, wenn sie dauerhaft mit der neuen Situation zurecht kommen wollen. Dazu gehört, dass sie sich eigene negative Gefühle, Sorgen und Ängste eingestehen und mit Freunden oder auch einem professionellen Berater darüber sprechen. Unterstützend kann auch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe sein. Es ist sinnvoll, auch Unternehmungen ohne den Patienten durchzuführen. Wenn es ein Hilfsangebot (Freunde, Verwandte, Tagesklinik) gibt, sollte dieses genutzt werden, damit der Angehörige Zeiten hat, in denen er sich nur um sich kümmern kann. Es ist nicht die Aufgabe des Angehörigen den Patienten rund um die Uhr zu beschäftigen.

Reduziertes Störungsbewusstsein

Etwa ein Drittel aller neurologischen Patienten hat ein reduziertes Störungsbewusstsein. Das heisst, trotz offensichtlicher Behinderung und Einschränkung nehmen sie diese nicht oder nur teilweise wahr. Man spricht dann von einer Anosognosie, dem Nichterkennen der eigenen Krankheit. Das Störungsbewusstsein kann vollständig fehlen, es kommt aber auch häufig vor, dass es nur teilweise eingeschränkt ist oder, dass der Betroffene zwar seine Einschränkungen sieht, deren Auswirkungen auf seinen Alltag aber nicht erkennt und unterschätzt.

Auf die bestehenden Schwierigkeiten angesprochen, reagieren solche Patienten häufig kaum oder sie bagatellisieren diese oder finden Erklärungen und Ausreden. Für Angehörige ist das Unvermögen, die Folgen der Erkrankung zu erkennen, häufig unverständlich, verwirrend und frustrierend. Häufig wird dann vermutet, der Betroffene sei verwirrt oder würde sich einfach weigern, die Realität anzuerkennen, was zur Belastung der Beziehung, fruchtlosen Diskussionen und Streit führen kann.

Tatsächlich ist es so, dass gerade in den ersten Wochen nach der Erkrankung das fehlende Störungsbewusstsein ausschliesslich eine Folge der Hirnverletzung ist. Es ist nicht so, dass der Betroffene seine Schwierigkeiten nicht sehen will, er kann es einfach nicht, ähnlich wie ein Farbenblinder die Farben nicht wahrnehmen kann. Im weiteren Krankheitsverlauf spielt manchmal auch das Nichtwahrhabenwollen eine gewisse Rolle, aber auch dann hat die Verletzung oder Krankheit selbst noch einen grossen Einfluss.

Ein adäquates Störungsbewusstsein ist wichtig, weil sich der Patient ansonsten selbst gefährden kann, wenn er z.B. trotz einer Lähmung selbst aufstehen möchte.

Das Störungsbewusstsein hat aber auch einen grossen Einfluss auf den Rehabilitationserfolg, weil die Motivation zur Mitarbeit bei den Therapien natürlich nur dann vollständig gegeben ist, wenn ich meine Schwierigkeiten erkenne und diese überwinden möchte.

Um das Störungsbewusstsein zu fördern, ist es meistens nicht hilfreich, den Betroffenen mit seinen Schwierigkeiten zu konfrontieren, indem man sie ihm vorhält. Wichtig ist, dass er selbst Erfahrungen mit der neuen Situation macht. In der Therapie wird der Patient darum immer wieder an Situationen herangeführt, in denen Schwierigkeiten zu erwarten sind. Er soll seine eigene Leistungsfähigkeit vor einer Aufgabe einschätzen und dies mit dem tatsächlichen Ergebnis vergleichen. Manchmal helfen auch Videoaufnahmen, bei denen der Patient sich von aussen betrachten kann und so zum Beispiel eine Lähmung sehen und erkennen kann. Aber auch der Austausch mit anderen Patienten spielt eine wichtige Rolle beim Entwickeln von Störungsbewusstsein.

Bei all diesen Massnahmen muss aber berücksichtigt werden, dass ein beginnendes und sich entwickelndes Störungsbewusstsein eine grosse emotionale Belastung für den Betroffenen darstellt. Es ist wichtig, diesen Prozess nicht zu sehr zu forcieren, der Patient braucht Zeit, um die neuen Erfahrungen zu verarbeiten sowie Menschen, mit denen er seinen Schmerz teilen kann. Wichtig ist, dass all diese therapeutischen Massnahmen im Geist der Kooperation durchgeführt werden: Es kommt darauf an, gemeinsam Stärken und Schwächen zu identifizieren, deren Auswirkungen auf den Alltag zu verstehen und an ihnen zu arbeiten. Es geht nicht darum, dem Patienten seine Behinderung aufzuzeigen oder ihn zum Eingeständnis zu bewegen, dass die anderen mit ihrer Einschätzung Recht hatten.

Behandlung nach der stationären Rehabilitation

Häufig ist nach der stationären Behandlung die psychologische Behandlung noch nicht abgeschlossen. Es kann sehr wichtig sein, die Wiedereingliederung in das häusliche Umfeld oder in den Beruf therapeutisch zu begleiten. Dies betrifft insbesondere die minimalen kognitiven Defizite, die Fatigue, die Antriebsminderung und das reduzierte Störungsbewusstsein.

Dementsprechend fallen vielen Betroffenen Einschränkungen und Schwierigkeiten erst nach der Rückkehr in ihr eigenes Umfeld auf. Während des Klinikaufenthaltes fehlen häufig Vergleichsmöglichkeiten mit der Leistungsfähigkeit vor der Erkrankung, und auch Wochenendaufenthalte zuhause reichen für diese Einschätzung meistens nicht aus. Der Alltag stellt in der Regel deutlich höhere Anforderungen und macht es notwendig, dass in der Klinik erarbeitete Strategien auf die eigene Lebenssituation angepasst werden.

Aber auch die psychische Belastung kann nach der Rehabilitation noch einmal zunehmen: Plötzlich geht es wieder darum, im bisherigen Alltag zu funktionieren, Menschen haben Erwartungen an einen oder man muss lernen, mit einer Behinderung zurechtzukommen. In einer solchen Zeit kann es entlastend und hilfreich sein, mit einem Therapeuten über die eigenen Unsicherheiten, Ängste und Nöte zu sprechen, Strategien zu entwickeln, um mit der veränderten Lebenssituationen und der eigenen veränderten Leistungsfähigkeit besser zurechtzukommen.

Nicht zuletzt hilft Ihnen der ambulante Therapeut aber auch, die in der Rehabilitation erreichten Fortschritte in der kognitiven Leistungsfähigkeit zu erhalten und auszubauen. Dafür kann er z.B. mit dem Patienten einen individuellen Therapieplan

erstellen. Es ist in der Regel notwendig, dass der Patient täglich selbständig für ca. 30 Minuten trainiert. Der Therapeut wird dann in der Therapie die jeweiligen Ergebnisse besprechen und den Therapieplan entsprechend anpassen.

Ambulante Neuropsychologie und Psychotherapie wird sowohl in den Ambulatorien verschiedener Rehabilitationskliniken angeboten, z.B. im ambulanten Therapiezentrum der Rehaklinik Zihlschlacht¹. Um diese in Anspruch nehmen zu können, benötigen Sie lediglich eine ärztliche Verordnung. Es gibt auch niedergelassene Kollegen, die eine solche Therapie anbieten. Ob und in welchem Umfang diese von der Versicherung finanziert wird, ist in der Versicherungspolice festgehalten. Bei Unsicherheiten hilft Ihnen Ihr Berater bei der Versicherung weiter.

¹ Ambulantes Therapiezentrum, Wilenstr. 8, 8588 Zihlschlacht
Telefon: 071 424 31 15

Nützliche Literatur

Diehm, C.: Schlaganfall. Vorsorge, Behandlung, Nachsorge. Midena: 1998

Gauggel, S., Konrad, K., Wietasch, A.-K.: Neuropsychologische Rehabilitation. Psychologie Verlagsunion: 1998

Goldenberg, G., Pössl, J. & Ziegler, W.: Neuropsychologie im Alltag. Thieme: 2002

Lorenzen, H.: Fatigue Management. Umgang mit chronischer Müdigkeit und Erschöpfung. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Fachleute des Gesundheitswesens. Schulz-Kirchner Verlag: 2010

Middeldorf, V.: Komm doch aus dem Schweigen. Sprachliche Handicaps und ihre erfolgreiche Behandlung. Verlag Gesundheit: 1999

Prosiegel, M.: Neuropsychologische Störungen und ihre Rehabilitation. Hirnläsionen, Syndrome, Diagnostik. Therapie. Pflaum Verlag: 2002

Sacks, O.: Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte. Rororo: 2009

Taylor, J.B.: Mit einem Schlag. Knauer: 2010

Nützliche Adressen

www.rehaklinik-zihlschlacht.ch

Neurologische Rehabilitationsklinik

www.fragile.ch

Schweizerische Selbsthilfeorganisation hirnerkrankter Menschen

www.parkinson.ch

Schweizerische Parkinsonvereinigung

www.multiplesklerose.ch

Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft

www.neuropsych.ch

Homepage des Schweizer Neuropsychologenverbandes

www.cogpack.de

Informationen zum Trainingsprogramm Cogpack

www.happyneuron.de

Informationen zum Online-Trainingsprogramm „happyneuron“

www.freshminder.de

Informationen zu der Hirnleistungssoftware Freshminder

