

## Kurzerläuterung der Behandlungskonzepte:

### **Bobath–Konzept**

In der Ergotherapie werden vor allem die Grundfähigkeiten (Einsatz des Rumpfes wie z. B. Drehbewegungen im Liegen, Umsetzen vom Sitzen und Aufstehen vom Boden, Einsatz der oberen Extremität wie z.B. Greifen, Halten und Hantieren mit Gegenständen sowie Fortbewegung und Stehen) in vertraute, tägliche Situationen umgesetzt. Dabei kann es sich um einfache Alltagstätigkeiten wie z.B. sich waschen, sich ankleiden oder etwas transportieren oder auch um komplexere Situationen wie das Zubereiten ganzer Mahlzeiten oder Einkaufen handeln. Alle Aktivitäten, die zunächst kleinschrittig und eventuell isoliert erarbeitet wurden, müssen später in komplexe Alltagssituationen übertragen, mehrfach geübt und automatisiert werden, bis sie selbstverständlich in das Verhaltensrepertoire der Betroffenen integriert sind.

### **Affolter-Modell**

Die geführte Interaktionstherapie unterstützt den wahrnehmungsgestörten Menschen in der gespürten Informationssuche innerhalb problemlösender Alltagsgeschehnisse. Um den Betroffenen zu einer besseren Wahrnehmungsorganisation und angemessener Hypothesenbildung zu verhelfen, werden Teile der zur Problemexploration und Problemlösung notwendigen Bewegungen „geführt“ vollzogen. Geführt heißt, dass die Therapeutin mit dem Körper des Rehabilitanden Bewegungen ausführt. Gemeinsam werden so Beziehungen zwischen „Körper“ und „Umwelt“ hergestellt und untersucht. Dadurch können Informationen entstehen, die es dem Rehabilitanden ermöglichen, seine Informationssuche sowohl zur Position seines Körpers in der Umwelt - „Wo bin ich?“ - als auch zum Geschehen - „Was ist geschehen?“ - angemessen zu organisieren.

### **Kognitiv–therapeutische Übungen nach Perfetti**

Im Perfetti-Konzept wird Rehabilitation als Lernprozess unter pathologischen Bedingungen gesehen. Gezieltes Lernen ohne Aufmerksamkeit ist nicht möglich. Daher hat die gerichtete Aufmerksamkeit des Rehabilitanden einen besonderen Stellenwert. Indem er lernt sie gezielt auf bestimmte Elemente zu lenken, lernt er die Komponenten der Spastizität kognitiv zu kontrollieren. Ziel der Übungen ist das Wiedererlernen von Bewegungen, die anpassungsfähig, veränderbar und fragmentierbar sind.

### **Sensorische Integrationstherapie**

Sensorische Integration bedeutet die Vernetzung und Koordination aller Sinneseindrücke zu einer Gesamtwahrnehmung als eine Grundlage von Handeln und Lernen. Im Mittelpunkt der SI – Therapie steht die somato – sensorische und die vestibulär – propriozeptive Wahrnehmung sowie die Modulation der Wahrnehmung aus den verschiedenen Sinnessystemen. Durch die gezielte Aufnahme (intake) sensorischer Stimuli in einer für den Rehabilitanden als bedeutsam erlebten Situation soll er in die Lage versetzt werden, seine motorischen und emotionalen Handlungen besser an die Umwelt anzupassen (adaptives Verhalten). Räumliche und zeitliche Aspekte der verschiedenen Sinneseindrücke werden interpretiert, verknüpft und vereint.

## **AOT**

Die alltags-orientierte Therapie wurde für Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen entwickelt. Sie befasst sich bereits während des Rehabilitationsaufenthaltes des Betroffenen mit der Bewältigung seines außerhäuslichen Alltags. Das Ausfüllen von Formularen, eine Bahnfahrkarte im Reisebüro kaufen, Obst oder Gemüse abwiegen, eine Rolltreppe fahren, externe Hilfen beim Einkaufen einsetzen oder ein Eis im Cafe bestellen können mögliche Handlungsziele sein. Durchgeführt wird die Therapie meistens im Rahmen einer Einzelbetreuung oder in einer kleinen Gruppe. Nur so kann sie optimal auf die realen Alltagsanforderungen des Einzelnen und seine aktuellen Probleme abgestimmt werden. Ziel ist dabei immer, dass sich der Rehabilitand zunehmend mehr Selbständigkeit erarbeitet.

## **Forced-Use Konzept**

Das Forced-Use Konzept (auch Taubsches Training oder Constraint-Induced-Movement-Therapy) setzt sich beim Rehabilitanden mit Hemiparese mit den Folgen des „angelernten Nichtgebrauchs“ (Learned Nonuse) auseinander. Um den ungünstigen Lernprozess des Nichtgebrauchs zu verändern, soll in der Therapie der Gebrauch des paretischen Armes gesteigert und der Gebrauch des indirekt betroffenen verhindert werden. Der indirekt betroffene Arm wird sowohl in der Therapie als auch in der Freizeit durch eine Armschiene - meist in Kombination mit einer Schlinge - fixiert. Der direkt betroffene Arm wird somit zum Gebrauch „gezwungen“. Ein zusätzliches intensives Training des paretischen Arms in einer Einzelsituation ist unerlässlich.

## **Neurotraining nach V. Schweizer**

Ziel des Neurotrainings ist es, den Rehabilitanden in die Lage zu versetzen, möglichst viele seiner früheren Aktivitäten wieder ausführen zu können. Es wird zur Schulung geschädigter kognitiver Fähigkeiten ( z.B. Konzentration/Aufmerksamkeit, visuell-konstruktive Fähigkeiten, Planung ) bei Rehabilitanden nach einer Hirnschädigung eingesetzt. Es basiert auf einer breiten therapeutischen Erfahrung und wird in der praktischen Arbeit mit Rehabilitanden kontinuierlich weiterentwickelt. Es ist unabdingbar, zwischen den Übungen des Neurotrainings und den Alltagsanforderungen einen Bezug herzustellen. Es muss für den Rehabilitanden einsichtig werden, wo die gelernten Funktionen und Strategien im täglichen Leben verlangt werden.

## **Schreibtraining in Anlehnung an May und Marquard**

Im Schreibtraining geht es um die Planung und Durchführung individueller Übungsprogramme. Die für den Schreibvorgang notwendige Sensomotorik muss hinsichtlich ihrer Schreibökonomie diagnostiziert werden, um die Defizite z.B. in der feinmotorische Koordination oder im Schreibtempo, in der Beweglichkeit einzelner Teilbereiche wie Finger, Handgelenk oder Schulter, in der Druckdosierung oder der Sitzhaltung zu korrigieren und die richtigen Muster einzuüben oder bei erforderlicher Umschulung auf die nicht dominante Hand neu zu erlernen.

## **Johnstone Übungsbehandlung**

Die Johnstone Übungsbehandlung hat zum Ziel, bei Rehabilitanden mit Läsionen im ZNS durch taktile, propriozeptive und verbale Stimulation physiologische Bewegungsmuster anzubahnen und den Haltungskontrollmechanismus wiederherzustellen. Aufblasbare Druckbandagen (Johnstone-Splints ) und weitere Hilfsmittel werden so früh wie möglich als therapeutisches Übungsmittel in das Rehabilitationsprogramm integriert. Z. B. werden durch die aufblasbaren Druckbandagen einzelne Gelenke physiologischen Ausgangspositionen angenähert und entsprechend gehalten, so dass eine Tonusregulation und somit zweckmäßige Bewegung wieder eingeübt werden kann.