

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1: Einführung	11
1.1 Prinzipien der Rehabilitation	11
1.2 Für wen dieses Buch geschrieben wurde	13
1.3 Die Kernpunkte der Rehabilitation	13
1.3.1 Diagnostik	13
1.3.2 Das Störungsmodell	14
1.3.3 Ziele setzen	14
1.3.4 Bewusstheit (Selbsteinschätzungsfähigkeit)	15
1.3.5 Fallkomplexität	16
1.3.6 Gruppen- oder Einzelarbeit?	17
1.4 Zusammenfassung	18
Literatur	18
Kapitel 2: Einführung in die Hirnanatomie und die Mechanismen der Verletzungen	22
2.1 Mögliche Risiken	22
2.2 Gruppenarbeit	23
2.3 Anatomie	23
2.3.1 Gehirnzellen	23
2.3.2 Schädel, Hirnhäute (Meningen) und zerebrospinale Flüssigkeit (Liquor)	24
2.3.3 Der Hirnstamm	25
2.3.4 Die Gehirnhälften	25
2.3.4.1 Der Frontallappen	25
2.3.4.2 Der Temporallappen	25
2.3.4.3 Der Parietallappen	25
2.3.4.4 Der Occipitallappen	25
2.3.5 Das Kleinhirn	26
2.3.6 Das Limbische System	26
2.3.7 Blutversorgung	26
2.4 Mechanismen der Verletzung	27
2.4.1 Trauma	27
2.4.1.1 Anoxie	27
2.4.1.2 Entzündungen	28
2.4.1.3 Infektionen	28
2.4.1.4 Blutung und Hämatom	28
2.4.2 Vaskuläre Ereignisse	28
2.4.2.1 Schlaganfall	28
2.4.2.2 Aneurysma	28
2.4.2.3 Arteriovenöse Malformation	28
2.4.3 Andere Verletzungsursachen	28
2.4.3.1 Infektionen	28
2.4.3.2 Tumore	28

2.4.3.3	Hypoxie/Anoxie	29
2.5	Phasen der Genesung	29
2.5.1	Koma	29
2.5.2	Posttraumatische Amnesie	29
2.5.3	Neurologische Erholung	29
2.6	Vertiefung der Lerninhalte	29
2.7	Vorbereitung auf das Arztgespräch	30
	Literatur	31
	Hilfreiche Ressourcen	31
Kapitel 3: Aufmerksamkeit		40
3.1	Theoretischer Hintergrund, Modelle und Neuroanatomie	40
3.2	Aufmerksamkeitsdiagnostik	42
3.3	Häufig auftretende Konzentrationsprobleme nach Verletzungen des Gehirns	43
3.3.1	Reduzierte Verarbeitungsgeschwindigkeit	43
3.3.2	Ablenkbarkeit	43
3.3.3	Neglect	44
3.4	Querverbindungen	44
3.4.1	Gedächtnis	44
3.4.2	Exekutive Funktionen	44
3.4.3	Emotionen	45
3.4.4	Andere Faktoren, die die Aufmerksamkeit beeinflussen	45
3.5	Rehabilitation: Die Befundlage	45
3.6	Aufmerksamkeit und Konzentrationsprobleme mit den Patienten besprechen	46
3.6.1	Was ist Aufmerksamkeit?	46
3.6.2	Was kann eine Hirnverletzung die Aufmerksamkeit beeinflussen?	46
3.6.3	Den Patienten helfen, die eigene Aufmerksamkeit zu erkunden	46
3.7	Strategien für die Rehabilitation	48
3.7.1	Der Konzentrationsstrahl	48
3.7.2	Der Leuchtturm	48
3.7.3	Reduzierung externer Distraktoren	48
3.7.4	Reduzierung interner Distraktoren	49
3.7.5	Der Umgang mit visuellen Konzentrationsproblemen	49
3.8	Ein komplettes Konzentrationsprofil erstellen	50
3.9	Fallbeispiel	50
	Literatur	51
Kapitel 4: Gedächtnis		68
4.1	Theoretischer Hintergrund und Modelle	68
4.2	Neuroanatomie des Gedächtnisses	70
4.3	Häufig auftretende Gedächtnisprobleme nach Hirnverletzung	70
4.4	Querverbindungen	71
4.5	Gedächtnisdiagnostik	71
4.6	Rehabilitation: Die Befundlage	72
4.7	Gedächtnis und Gedächtnisprobleme mit Patienten erkunden	73
4.7.1	Was ist Gedächtnis?	73
4.7.2	Was kann nach einer Gehirnverletzung mit dem Gedächtnis passieren?	73
4.7.3	Ein Gedächtnisstagebuch führen	73
4.8	Rehabilitationsstrategien	74
4.8.1	Lehrmethoden zur Unterstützung des Gedächtnisses	74
4.8.1.1	Fehlerloses Lernen	74
4.8.1.2	Gestuftes Abrufen (Spaced Retrieval)	75
4.8.1.3	Wiederholtes Üben und das Prinzip des Überlernens	75
4.8.1.4	Kombinierte Ansätze zum Erlernen neuer Informationen	75
4.8.2	Interne Strategien	75
4.8.2.1	Assoziation bilden	75
4.8.2.2	Chunking	75

4.8.2.3	Schlüsselwörter	75
4.8.2.4	Bildliche Vorstellung	76
4.8.2.5	Die Mentale Tafel	76
4.8.2.6	Der Gedächtnispalast	76
4.8.2.7	Mentale Rückverfolgung	76
4.8.2.8	Mnemoniks	76
4.8.2.9	Die PQRS-Strategie	76
4.8.2.10	Gedankenkarten	77
4.8.3	Externe Strategien	77
4.8.3.1	Smartphones und andere elektronische Geräte	78
4.8.3.2	Gedächtnis-Notizbücher und persönliche Organizer	78
4.9	Ein komplettes Gedächtnisprofil erstellen	78
4.10	Fallbeispiel	79
	Literatur	79
	Weiterführende Literatur	80

Kapitel 5: Exekutive Funktionen **100**

5.1	Theoretischer Hintergrund und Modelle	100
5.1.1	Verbale Selbstregulation (Luria, 1966)	100
5.1.2	Das Überwachungssystem (Shallice, 1981)	100
5.1.3	Das Goal Neglect Model (Duncan, 1986)	100
5.1.4	Modell der Frontallappenfunktion (Stuss, 2011)	101
5.2	Neuroanatomie der exekutiven Funktionen	101
5.3	Rehabilitation: Die Befundlage	101
5.4	Exekutive Funktionen und Dysfunktionen mit dem Patienten erkunden	103
5.4.1	Was sind Exekutivfunktionen?	103
5.4.2	Wie können sich Exekutivfunktionen nach einer Gehirnverletzung verändern?	103
5.4.3	Hilfe für Patienten bei der Reflexion über exekutive Funktionen	103
5.5	Exekutive Funktionen diagnostizieren	103
5.6	Rehabilitationsstrategien	104
5.6.1	Strategien zur Bewältigung von Antriebsproblemen	104
5.6.1.1	Strukturierte Abläufe	104
5.6.1.2	Automatische Erinnerungen	104
5.6.1.3	Selbstinstruktionen	104
5.6.1.4	Management von Schlafstörungen und Fatigue	105
5.6.2	Strategien zur Bewältigung von exekutiven Kognitionsproblemen	105
5.6.2.1	Stopp! Denk nach!	105
5.6.2.2	Reinzoomen/Rauszoomen	105
5.6.2.3	Zeitdruckmanagement (ZDM)	105
5.6.2.4	Ziel-Management-System (ZMS)	106
5.6.2.5	Gedächtnisstrategien	107
5.6.2.6	Stichwortkarten	107
5.6.3	Strategien zum Umgang mit emotionalen und Verhaltensproblemen	107
5.6.3.1	Die Probleme verstehen	107
5.6.3.2	Die Frühwarnzeichen erkennen	107
5.6.3.3	Anwendung von Beruhigungsstrategien	108
5.6.4	Strategien zum Umgang mit Problemen der Metakognition und der Selbstwahrnehmung	108
5.6.4.1	Rein-/Rauszoomen	108
5.6.4.2	Feedback	108
5.6.4.3	Verhaltensexperimente	109
5.7	Ein Exekutives Funktionsprofil ausfüllen	110
5.8	Fallbeispiel	110
	Literatur	111

Kapitel 6: Kommunikation **128**

6.1	Theoretischer Hintergrund und Modelle	128
6.1.1	Exekutive Funktionen/Kognitive Modelle	128

6.1.2	Soziales Modell der Behinderung	128
6.1.3	Theoretischer Rahmen für personenzentrierte, kontextsensitive Interventionen und Unterstützung ..	129
6.2	Neuroanatomie der Kommunikation	129
6.3	Häufig auftretende Probleme	129
6.3.1	Kognitive Kommunikationsstörungen	129
6.3.1.1	Störungen der Informationsverarbeitung	130
6.3.1.2	Beeinträchtigungen im verbalen Ausdruck	130
6.3.1.3	Beeinträchtigungen im nonverbalen Ausdruck	130
6.3.2	Beeinträchtigungen Sozialer Kognitionen	130
6.4	Untersuchung kognitiver Kommunikation und sozialer Kognitionen	130
6.5	Querverbindungen	131
6.6	Rehabilitation: Die Befundlage	131
6.7	Exploration von Kommunikationsschwierigkeiten mit den Betroffenen	132
6.7.1	Erarbeiten eines Problembewusstseins	132
6.7.1.1	Videofeedback	132
6.7.2	Identifikation von Bereichen, in denen Interventionsbedarf besteht	132
6.8	(Weiter)Entwicklung von Fertigkeiten und Strategien	133
6.8.1	Zuhören	133
6.8.1.1	Kompetitives oder streitlustiges Zuhören	133
6.8.1.2	Passives oder aufmerksames Zuhören	133
6.8.1.3	Aktives Zuhören	133
6.8.1.4	Nonverbales Verhalten beim Zuhören	134
6.8.1.5	Verbales Verhalten beim Zuhören	134
6.8.1.6	Paraphrasieren	134
6.8.1.7	Klären	135
6.8.1.8	Zusammenfassen	135
6.8.2	Gespräche beginnen	135
6.8.3	Gespräche aufrechterhalten	135
6.8.4	Gespräche retten	135
6.8.5	Sich abwechseln	136
6.8.6	Strukturierung verbaler Inhalte	137
6.8.7	Beenden von Gesprächen	137
6.8.8	Kommunikationsstile	137
6.8.8.1	Körpersprache	138
6.8.8.2	Die Situation vorbereiten	139
6.8.8.3	Die kaputte Schallplatte	139
6.8.8.4	Skripte	139
6.9	Fallbeispiel	140
	Literatur	141
Kapitel 7: Fatigue		153
7.1	Theoretischer Hintergrund und Modelle	153
7.2	Neuroanatomie der Fatigue	155
7.3	Querverbindungen	155
7.4	Häufig auftretende Probleme	156
7.5	Erfassung der Fatigue und ihrer Folgen	157
7.6	Evaluation der Outcomes	158
7.7	Rehabilitation: Die Befundlage	158
7.8	Ansätze der Fatiguebehandlung	158
7.8.1	Das gemeinsame Störungsmodell erarbeiten	160
7.8.1.1	Was ist Fatigue?	160
7.8.1.2	Identifikation von Vulnerabilitätsfaktoren	161
7.8.1.3	Identifikation von Fatigueauslösern	161
7.8.2	Überwachung des Energie- bzw. Fatigue-Niveaus	161
7.8.3	Die vorhandenen Ressourcen optimal nutzen	162
7.8.3.1	Die drei Ps: pausieren, Prioritäten setzen und planen	162
7.8.3.2	Schlaf	163

7.8.3.3	Sport	164
7.8.3.4	Ernährung	164
7.8.3.5	Strategien, um mentale Anstrengung zu reduzieren	164
7.8.3.6	Strategien zum Umgang mit Stress und Sorgen	165
7.8.3.7	Umweltkontrolle	165
7.8.4	Energievorräte auftanken	166
7.9	Fallbeispiel	167
	Literatur	169
Kapitel 8: Stimmung		185
8.1	Theoretischer Hintergrund, Modelle und Befunde	185
8.2	Neuroanatomie des Affekts	189
8.3	Querverbindungen	190
8.4	Häufig auftretende Probleme	190
8.5	Emotionen und emotionale Probleme mit Patienten beleuchten	190
8.5.1	Das Gehirn und Emotionen	191
8.5.2	Was kann nach einer Hirnschädigung passieren?	191
8.5.3	Emotionen und Bewältigungsstile erheben und reflektieren	192
8.6	Therapeutische Techniken	192
8.6.1	Mitgeföhlsbasierte Ansätze einbauen	193
8.6.2	Achtsamkeit	193
8.6.3	Atemübungen	193
8.6.4	Mitgeföhlsbasierte Imagination	193
8.6.5	Progressive Muskelrelaxation	194
8.6.6	Kognitive Umstrukturierung	194
8.6.7	Verhaltensexperimente	194
8.6.8	Strategien zur Antriebssteigerung, einschließlich Strategien der Verhaltensaktivierung	195
8.7	Ein Stimmungsprofil erstellen	195
8.8	Fallbeispiele	195
	Literatur	197
Kapitel 9: Umgang mit einem veränderten Selbstbild nach Hirnschädigung		215
9.1	Was ist das Selbstbild?	215
9.1.1	Das Gehirn und die Wahrnehmung des eigenen Selbstbildes	215
9.1.2	Kognitive Systeme und Selbstwahrnehmung	215
9.1.3	Emotionale Systeme und Selbstwahrnehmung	216
9.1.4	Soziale Systeme und Selbstwahrnehmung	216
9.2	Wie beeinflusst eine Hirnschädigung das Selbstbild?	217
9.3	Rehabilitation: Die Befundlage	218
9.4	Modelle des Selbstbildes	219
9.5	Das Selbstbild und Selbstwertproblematiken mit Patienten erkunden	220
9.5.1	Das Individuum im Kontext seiner Lebensgeschichte begreifen	220
9.5.1.1	Zeitachsen	220
9.5.2	Die Situation nach der Hirnschädigung verstehen	221
9.5.2.1	Emotionen erkunden	221
9.5.2.2	Motivation explorieren	221
9.5.2.3	Eine Selbstbildkarte erstellen	222
9.5.3	Sich an Aktivitäten beteiligen, die eine Verbindung zu grundlegenden Werten und Bedeutungen schaffen	224
9.5.3.1	Berufsbezogene Experimente	225
9.5.3.2	Zielhierarchien	225
9.5.3.3	Projekte	225
9.5.3.4	Selbstcoaching und Mentoring	227
9.6	Umgang mit kognitiven und sonstigen Barrieren	228
	Literatur	228
	Weiterführende Literatur	229

Kapitel 10: Die Arbeit mit Angehörigen	240
10.1 Hintergrund	240
10.2 Wer gehört zur Familie?	241
10.3 Systemische Ansätze in der Neurorehabilitation	241
10.4 Die Familie und die Bedürfnisse ihrer Mitglieder kennenlernen	243
10.5 Wer ist für die Arbeit mit Familien zuständig? Familientherapie vs. Familienintervention	244
10.6 Familienintervention: ein gemeinsames Störungsmodell erarbeiten	244
10.6.1 Bereitstellung von Informationsmaterial und Links zu Webseiten	245
10.6.2 Verlaufsbeurteilung, Rückmeldung und Austausch mit der Familie	245
10.6.3 Hirnschädigungen verstehen: Psychoedukation für erwachsene Familienmitglieder	246
10.6.4 Hirnschädigungen verstehen: Psychoedukation für Kinder	246
10.6.4.1 Anatomie und Funktionsweise des Gehirns	246
10.6.4.2 Kognitive Fähigkeiten	246
10.6.4.3 Visuelle Verarbeitung	247
10.6.4.4 Sprache und Kommunikation	247
10.6.4.5 Physische Fähigkeiten	247
10.6.5 Unterstützung anbieten: Zentrale Ansprechpartner und häusliche Besuche	248
10.6.6 Unterstützung durch Gruppen: Familientage und Angehörigengruppen	249
10.6.7 Weiterleitung an andere therapeutische Angebote	249
Literatur	250
Die Herausgeber, Verfasser und Übersetzer des Buches	251
Dieses Buch wurde herausgegeben von	251
Die Beiträge dieses Buches wurden verfasst von	251
Dieses Buch wurde übersetzt von	252