

Rehabilitation nach Hirnschädigung

Rachel Winson
Barbara A. Wilson
Andrew Bateman
(Hrsg.)

Ein Therapiemanual

Übersetzt von
Boris Suchan
Patrizia Thoma

Rehabilitation nach Hirnschädigung

Rachel Winson
Barbara A. Wilson
Andrew Bateman
(Hrsg.)

Ein Therapiemanual

übersetzt von
Boris Suchan
Patrizia Thoma

Therapeutische Praxis

 **hogrefe**

Rachel Winson
Barbara A. Wilson
Andrew Bateman
(Hrsg.)

Rehabilitation nach Hirnschädigung

Ein Therapiemanual

übersetzt von Boris Suchan und Patrizia Thoma

 **hogrefe**

The Brain Injury Rehabilitation Workbook wurde im Jahre 2017 ursprünglich auf Englisch veröffentlicht. Die Übersetzung erfolgte mit Genehmigung von The Guilford Press.

Copyright © 2017 The Guilford Press

A Division of Guilford Publications, Inc. Published by arrangement with The Guilford Press

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Merkelstraße 3

37085 Göttingen

Deutschland

Tel. +49 551 999 50 0

Fax +49 551 999 50 111

info@hogrefe.de

www.hogrefe.de

Aus dem Englischen übersetzt von Boris Suchan und Patrizia Thoma

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar

Format: EPUB

1. Auflage 2020

© 2020 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2985-4; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2985-5)

ISBN 978-3-8017-2985-1

<https://doi.org/10.1026/02985-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden.

Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Zitierfähigkeit: Dieses EPUB beinhaltet Seitenzahlen zwischen senkrechten Strichen (Beispiel: |1|), die den Seitenzahlen der gedruckten Ausgabe und des E-Books im PDF-Format entsprechen.

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1 Einführung

1.1 Prinzipien der Rehabilitation

1.2 Für wen dieses Buch geschrieben wurde

1.3 Die Kernpunkte der Rehabilitation

1.3.1 Diagnostik

1.3.2 Das Störungsmodell

1.3.3 Ziele setzen

1.3.4 Bewusstheit (Selbsteinschätzungsfähigkeit)

1.3.5 Fallkomplexität

1.3.6 Gruppen- oder Einzelarbeit?

1.4 Zusammenfassung

Literatur

Kapitel 2 Einführung in die Hirnanatomie und die Mechanismen der Verletzungen

2.1 Mögliche Risiken

2.2 Gruppenarbeit

2.3 Anatomie

2.3.1 Gehirnzellen

2.3.2 Schädel, Hirnhäute (Meningen) und zerebrospinale Flüssigkeit (Liquor)

2.3.3 Der Hirnstamm

2.3.4 Die Gehirnhälften

2.3.4.1 Der Frontallappen

2.3.4.2 Der Temporallappen

2.3.4.3 Der Parietallappen

2.3.4.4 Der Occipitallappen

2.3.5 Das Kleinhirn

2.3.6 Das Limbische System

2.3.7 Blutversorgung

2.4 Mechanismen der Verletzung

2.4.1 Trauma

2.4.1.1 Anoxie

2.4.1.2 Entzündungen

2.4.1.3 Infektionen

2.4.1.4 Blutung und Hämatom

2.4.2 Vaskuläre Ereignisse

2.4.2.1 Schlaganfall

2.4.2.2 Aneurysma

2.4.2.3 Arteriovenöse Malformation

2.4.3 Andere Verletzungsursachen

2.4.3.1 Infektionen

2.4.3.2 Tumore

2.4.3.3 Hypoxie/Anoxie

2.5 Phasen der Genesung

2.5.1 Koma

2.5.2 Posttraumatische Amnesie

2.5.3 Neurologische Erholung

2.6 Vertiefung der Lerninhalte

2.7 Vorbereitung auf das Arztgespräch

Literatur

Hilfreiche Ressourcen

Kapitel 3 Aufmerksamkeit

3.1 Theoretischer Hintergrund, Modelle und Neuroanatomie

3.2 Aufmerksamkeitsdiagnostik

3.3 Häufig auftretende Aufmerksamkeitsprobleme nach Verletzungen des Gehirns

3.3.1 Reduzierte Verarbeitungsgeschwindigkeit

3.3.2 Ablenkbarkeit

3.3.3 Neglect

3.4 Querverbindungen

3.4.1 Gedächtnis

3.4.2 Exekutive Funktionen

3.4.3 Emotionen

3.4.4 Andere Faktoren, die die Aufmerksamkeit beeinflussen

3.5 Rehabilitation: Die Befundlage

3.6 Aufmerksamkeit und Aufmerksamkeitsprobleme mit den Patienten besprechen

3.6.1 Was ist Aufmerksamkeit?

3.6.2 Was kann eine Hirnverletzung die Aufmerksamkeit beeinflussen?

3.6.3 Den Patienten helfen, die eigene Aufmerksamkeit zu erkunden

3.7 Strategien für die Rehabilitation

3.7.1 Der Aufmerksamkeitsstrahl

3.7.2 Der Leuchtturm

3.7.3 Reduzierung externer Distraktoren

3.7.4 Reduzierung interner Distraktoren

3.7.5 Der Umgang mit visuellen Aufmerksamkeitsproblemen

3.8 Ein komplettes Aufmerksamkeitsprofil erstellen

3.9 Fallbeispiel

Literatur

Kapitel 4 Gedächtnis

4.1 Theoretischer Hintergrund und Modelle

4.2 Neuroanatomie des Gedächtnisses

4.3 Häufig auftretende Gedächtnisprobleme nach Hirnverletzung

4.4 Querverbindungen

4.5 Gedächtnisdiagnostik

4.6 Rehabilitation: Die Befundlage

4.7 Gedächtnis und Gedächtnisprobleme mit Patienten erkunden

4.7.1 Was ist Gedächtnis?

4.7.2 Was kann nach einer Gehirnverletzung mit dem Gedächtnis passieren?

4.7.3 Ein Gedächtnistagebuch führen

4.8 Rehabilitationsstrategien

4.8.1 Lehrmethoden zur Unterstützung des Gedächtnisses

4.8.1.1 Fehlerloses Lernen

4.8.1.2 Gestufter Abruf (Spaced Retrieval)

4.8.1.3 Wiederholtes Üben und das Prinzip des Überlernens

4.8.1.4 Kombinierte Ansätze zum Erlernen neuer Informationen

4.8.2 Interne Strategien

4.8.2.1 Assoziation bilden

4.8.2.2 Chunking

4.8.2.3 Schlüsselwörter

4.8.2.4 Bildliche Vorstellung

4.8.2.5 Die Mentale Tafel

4.8.2.6 Der Gedächtnispalast

4.8.2.7 Mentale Rückverfolgung

4.8.2.8 Mnemoniks

4.8.2.9 Die PQRS-Strategie

4.8.2.10 Gedankenkarten

4.8.3 Externe Strategien

4.8.3.1 Smartphones und andere elektronische Geräte

4.8.3.2 Gedächtnis-Notizbücher und persönliche Organizer

4.9 Ein komplettes Gedächtnisprofil erstellen

4.10 Fallbeispiel

Literatur

Weiterführende Literatur

Kapitel 5 Exekutive Funktionen

5.1 Theoretischer Hintergrund und Modelle

5.1.1 Verbale Selbstregulation (Luria, 1966)

5.1.2 Das Überwachungssystem (Shallice, 1981)

5.1.3 Das Goal Neglect Model (Duncan, 1986)

5.1.4 Modell der Frontallappenfunktion (Stuss, 2011)

5.2 Neuroanatomie der exekutiven Funktionen

5.3 Rehabilitation: Die Befundlage

5.4 Exekutive Funktionen und Dysfunktionen mit dem Patienten erkunden

5.4.1 Was sind Exekutivfunktionen?

5.4.2 Wie können sich Exekutivfunktionen nach einer Gehirnverletzung verändern?

5.4.3 Hilfe für Patienten bei der Reflexion über exekutive Funktionen

5.5 Exekutive Funktionen diagnostizieren

5.6 Rehabilitationsstrategien

5.6.1 Strategien zur Bewältigung von Antriebsproblemen

5.6.1.1 Strukturierte Abläufe

5.6.1.2 Automatische Erinnerungen

5.6.1.3 Selbstinstruktionen

5.6.1.4 Management von Schlafstörungen und Fatigue

5.6.2 Strategien zur Bewältigung von exekutiven Kognitionsproblemen

5.6.2.1 Stopp! Denk nach!

5.6.2.2 Reinzoomen/Rauszoomen

5.6.2.3 Zeitdruckmanagement (ZDM)

5.6.2.4 Ziel-Management-System (ZMS)

5.6.2.5 Gedächtnisstrategien

5.6.2.6 Stichwortkarten

5.6.3 Strategien zum Umgang mit emotionalen und Verhaltensproblemen

5.6.3.1 Die Probleme verstehen

5.6.3.2 Die Frühwarnzeichen erkennen

5.6.3.3 Anwendung von Beruhigungsstrategien

5.6.4 Strategien zum Umgang mit Problemen der Metakognition und der Selbstwahrnehmung

5.6.4.1 Rein-/Rauszoomen

5.6.4.2 Feedback

5.6.4.3 Verhaltensexperimente

5.7 Ein Exekutives Funktionsprofil ausfüllen

5.8 Fallbeispiel

Literatur

Kapitel 6 Kommunikation

6.1 Theoretischer Hintergrund und Modelle

6.1.1 Exekutive Funktionen/Kognitive Modelle

6.1.2 Soziales Modell der Behinderung

6.1.3 Theoretischer Rahmen für personenzentrierte, kontextsensitive Interventionen und Unterstützung

6.2 Neuroanatomie der Kommunikation

6.3 Häufig auftretende Probleme

6.3.1 Kognitive Kommunikationsstörungen

6.3.1.1 Störungen der Informationsverarbeitung

6.3.1.2 Beeinträchtigungen im verbalen Ausdruck

6.3.1.3 Beeinträchtigungen im nonverbalen Ausdruck

6.3.2 Beeinträchtigungen Sozialer Kognitionen

6.4 Untersuchung kognitiver Kommunikation und sozialer Kognitionen

6.5 Querverbindungen

6.6 Rehabilitation: Die Befundlage

6.7 Exploration von Kommunikationsschwierigkeiten mit den Betroffenen

6.7.1 Erarbeiten eines Problembewusstseins

6.7.1.1 Videofeedback

6.7.2 Identifikation von Bereichen, in denen Interventionsbedarf besteht

6.8 (Weiter)Entwicklung von Fertigkeiten und Strategien

6.8.1 Zuhören

6.8.1.1 Kompetitives oder streitlustiges Zuhören

6.8.1.2 Passives oder aufmerksames Zuhören

6.8.1.3 Aktives Zuhören

6.8.1.4 Nonverbales Verhalten beim Zuhören

6.8.1.5 Verbales Verhalten beim Zuhören

6.8.1.6 Paraphrasieren

6.8.1.7 Klären

6.8.1.8 Zusammenfassen

6.8.2 Gespräche beginnen

6.8.3 Gespräche aufrechterhalten

6.8.4 Gespräche retten

6.8.5 Sich abwechseln

6.8.6 Strukturierung verbaler Inhalte

6.8.7 Beenden von Gesprächen

6.8.8 Kommunikationsstile

6.8.8.1 Körpersprache

6.8.8.2 Die Situation vorbereiten

6.8.8.3 Die kaputte Schallplatte

6.8.8.4 Skripte

6.9 Fallbeispiel

Literatur

Kapitel 7 Fatigue

7.1 Theoretischer Hintergrund und Modelle

7.2 Neuroanatomie der Fatigue

7.3 Querverbindungen

7.4 Häufig auftretende Probleme

7.5 Erfassung der Fatigue und ihrer Folgen

7.6 Evaluation der Outcomes

7.7 Rehabilitation: Die Befundlage

7.8 Ansätze der Fatiguebehandlung

7.8.1 Das gemeinsame Störungsmodell erarbeiten

7.8.1.1 Was ist Fatigue?

7.8.1.2 Identifikation von Vulnerabilitätsfaktoren

7.8.1.3 Identifikation von Fatigueauslösern

7.8.2 Überwachung des Energie- bzw. Fatigue-Niveaus

7.8.3 Die vorhandenen Ressourcen optimal nutzen

7.8.3.1 Die drei Ps: pausieren, Prioritäten setzen und planen

7.8.3.2 Schlaf

7.8.3.3 Sport

7.8.3.4 Ernährung

7.8.3.5 Strategien, um mentale Anstrengung zu reduzieren

7.8.3.6 Strategien zum Umgang mit Stress und Sorgen

7.8.3.7 Umweltkontrolle

7.8.4 Energievorräte auftanken

7.9 Fallbeispiel

Literatur

Kapitel 8 Stimmung

8.1 Theoretischer Hintergrund, Modelle und Befunde

8.2 Neuroanatomie des Affekts

8.3 Querverbindungen

8.4 Häufig auftretende Probleme

8.5 Emotionen und emotionale Probleme mit Patienten beleuchten

8.5.1 Das Gehirn und Emotionen

8.5.2 Was kann nach einer Hirnschädigung passieren?

8.5.3 Emotionen und Bewältigungsstile erheben und reflektieren

8.6 Therapeutische Techniken

8.6.1 Mitgeföhlsbasierte Ansätze einbauen

8.6.2 Achtsamkeit

8.6.3 Atemübungen

8.6.4 Mitgeföhlsbasierte Imagination

8.6.5 Progressive Muskelrelaxation

8.6.6 Kognitive Umstrukturierung

8.6.7 Verhaltensexperimente

8.6.8 Strategien zur Antriebssteigerung, einschließlich Strategien der Verhaltensaktivierung

8.7 Ein Stimmungsprofil erstellen

8.8 Fallbeispiele

Literatur

Kapitel 9 Umgang mit einem veränderten Selbstbild nach Hirnschädigung

9.1 Was ist das Selbstbild?

9.1.1 Das Gehirn und die Wahrnehmung des eigenen Selbstbildes

9.1.2 Kognitive Systeme und Selbstwahrnehmung

9.1.3 Emotionale Systeme und Selbstwahrnehmung

9.1.4 Soziale Systeme und Selbstwahrnehmung

9.2 Wie beeinflusst eine Hirnschädigung das Selbstbild?

9.3 Rehabilitation: Die Befundlage

9.4 Modelle des Selbstbildes

9.5 Das Selbstbild und Selbstwertproblematiken mit Patienten erkunden

9.5.1 Das Individuum im Kontext seiner Lebensgeschichte begreifen

9.5.1.1 Zeitachsen

9.5.2 Die Situation nach der Hirnschädigung verstehen

9.5.2.1 Emotionen erkunden

9.5.2.2 Motivation explorieren

9.5.2.3 Eine Selbstbildkarte erstellen

9.5.3 Sich an Aktivitäten beteiligen, die eine Verbindung zu grundlegenden Werten und Bedeutungen schaffen

9.5.3.1 Berufsbezogene Experimente

9.5.3.2 Zielhierarchien

9.5.3.3 Projekte

9.5.3.4 Selbstcoaching und Mentoring

9.6 Umgang mit kognitiven und sonstigen Barrieren

Literatur

Weiterführende Literatur

Kapitel 10 Die Arbeit mit Angehörigen

10.1 Hintergrund

10.2 Wer gehört zur Familie?

10.3 Systemische Ansätze in der Neurorehabilitation

10.4 Die Familie und die Bedürfnisse ihrer Mitglieder kennenlernen

10.5 Wer ist für die Arbeit mit Familien zuständig?
Familientherapie vs. Familienintervention

10.6 Familienintervention: ein gemeinsames Störungsmodell erarbeiten

10.6.1 Bereitstellung von Informationsmaterial und Links zu Webseiten

10.6.2 Verlaufsbeurteilung, Rückmeldung und Austausch mit der Familie

10.6.3 Hirnschädigungen verstehen: Psychoedukation für erwachsene Familienmitglieder

10.6.4 Hirnschädigungen verstehen: Psychoedukation für Kinder

10.6.4.1 Anatomie und Funktionsweise des Gehirns

10.6.4.2 Kognitive Fähigkeiten

10.6.4.3 Visuelle Verarbeitung

10.6.4.4 Sprache und Kommunikation

10.6.4.5 Physische Fähigkeiten

10.6.5 Unterstützung anbieten: Zentrale Ansprechpartner und häusliche Besuche

10.6.6 Unterstützung durch Gruppen: Familientage und Angehörigengruppen

10.6.7 Weiterleitung an andere therapeutische Angebote

Literatur

Die Herausgeber, Verfasser und Übersetzer des Buches

Dieses Buch wurde herausgegeben von

Die Beiträge dieses Buches wurden verfasst von

Dieses Buch wurde übersetzt von

Materialien auf CD-ROM

^[11] **Kapitel 1** **Einführung**

*Barbara A. Wilson*¹

„Neuropsychologische Rehabilitation“ ist ein Prozess, bei dem Menschen mit überdauernden Schäden des Gehirns geholfen wird, ein Optimum an physikalischem, emotionalem, psychologischem und beruflichem Wohlbefinden zu erreichen ([McLellan, 1991](#)). Das Hauptziel einer solchen Rehabilitation ist die Unterstützung von Menschen mit Behinderungen, die aus einer Hirnschädigung resultieren, um ein optimales Level an Wohlbefinden zu erreichen und den Einfluss ihrer Probleme auf den Alltag zu reduzieren. Es soll ihnen dabei geholfen werden, dass sie in ein passendes persönliches Umfeld zurückkehren können. Rehabilitation bedeutet nicht, seinen Patienten beizubringen, besser in bestimmten Tests abzuschneiden, Wortlisten zu lernen oder bestimmte Stimuli schneller zu entdecken. Der Fokus der Behandlung liegt auf der Verbesserung bestimmter Aspekte des alltäglichen Lebens. Rehabilitation benötigt deshalb den Einbezug persönlich bedeutsamer Themen, Aktivitäten oder Gegebenheiten und Interaktionen ([Ylvisaker & Feeney, 2000](#)).

1.1 Prinzipien der Rehabilitation

Dieses Manual entstand aus Psychoedukationsgruppen für Patienten² mit erworbenen Hirnschädigungen am Oliver Zangwill Centre (OZC) für Neuropsychologische Rehabilitation in Ely, Cambridgeshire, United Kingdom. Das Rehabilitationsprogram am OZC basiert auf sechs Kern-Komponenten, die nach Ansicht der Mitarbeiter die Prinzipien der guten klinischen Praxis illustrieren und die Basis der in diesem Buch beschriebenen Materialien bilden.

1. *Das Therapeutische Milieu.* Das „Therapeutische Milieu“ in der ganzheitlichen Rehabilitation ist ein Konzept, das von der Arbeit von [Ben-Yishay \(1996\)](#) abgeleitet wurde und sich auf die Organisation aller Aspekte der Umwelt bezieht, um eine maximale Unterstützung im Anpassungsprozess und in der sozialen Teilnahme zu gewähren. Das Milieu vermittelt ein starkes Gefühl der gegenseitigen Zusammenarbeit und des Vertrauens – ein Gefühl, das die Arbeitsallianz zwischen Patienten und Klinikern stützt.
2. *Sinnvolle Ziele.* Es wird darauf geachtet, dass die mit den Patienten gesetzten Ziele sinnvoll, zielgerichtet und funktional sind. Mit „sinnvoller funktionaler Tätigkeit“ beziehen wir uns auf alle Aktivitäten des Alltags, die die Basis für die soziale Teilhabe bilden. Diese kann die Bereiche Beruf, Ausbildung, Freizeit, Soziales und selbständiges Leben beinhalten. Durch die Teilhabe in diesen Bereichen bekommt unser Leben Sinn und Bedeutung. Obwohl wir darüber im Alltag nicht bewusst nachdenken, sind es diese Aktivitäten, die es uns

ermöglichen, bestimmte Ziele zu erreichen oder Pläne umzusetzen, die für uns persönlich von Bedeutung sind und zu unserer Identität beitragen.

3. *Gemeinsames Verständnis.* Im Rehabilitationskontext bezieht sich dieser Begriff auf ein gemeinsames Verständnis bei Patienten, Familienmitgliedern und Mitarbeitern der Rehabilitationseinrichtung. Die Verwendung des Begriffs leitet sich aus dem Konzept des Störungsmodells in der klinischen Praxis ab ([Butler, 1998](#)). Wie nachfolgend genauer erläutert wird, ist ein Störungsmodell eine Karte oder ein Leitfaden für Interventionen. Das Modell verbindet etablierte Theorien und die persönlichen Ansichten, Erfahrungen und Geschichten des Patienten und seiner Angehörigen. Dieses Konzept sollte bei allen Interventionen berücksichtigt werden und die Art und Weise beeinflussen, wie die Rehabilitation insgesamt organisiert wird. Es beinhaltet eine Teamphilosophie, die eine gemeinsame Teamsicht sowie klar formulierte Werte und Ziele enthält. Das gemeinsame Verständnis umfasst zudem die Assimilation von Forschung und Theorie, die Berücksichtigung des Wissens und der Erfahrungen anderer Fachleute und involvierter Familien sowie eine interne Qualitätskontrolle und die Berücksichtigung der Rückmeldungen ehemaliger Patienten und Patientinnen.
4. *Psychologische Interventionen.* Die Interventionen setzen ein gewisses Verständnis von Gefühlen und Verhalten voraus. Sie leiten sich aus spezifischen psychologischen Modellen ab, die jedoch persönliche

Bedürfnisse berücksichtigen Die Modelle sind der Ausgangspunkt für das Behandler-Team, um bei Patienten positive Veränderung zu bewirken und spezifische Probleme anzugehen.

5. *Kompensatorische Strategien und Umlernen.* Dies sind die beiden wichtigsten Ansätze für den Umgang mit kognitiven Beeinträchtigungen. „Kompensatorische Strategien“ sind alternative Möglichkeiten, ein gewünschtes Ziel zu erreichen, wenn die zugrundeliegende Funktion des Gehirns nicht mehr effektiv arbeitet. Viele davon sind in diesem Manual beschrieben. „Umlernen“ wird verwendet, um die Leistung einer bestimmten Gehirnfunktion oder in bestimmten Aufgaben oder Aktivitäten zu verbessern. Umlernen trägt auch dazu bei, Fähigkeiten zu verbessern, die durch mangelnde Nutzung verloren gegangen sind (z. B. durch eine längere Phase der Arbeitsunfähigkeit nach einer Hirnschädigung).
6. *Pflegende Angehörige.* Rehabilitation beinhaltet die enge Zusammenarbeit mit Familien und Betreuern, die manchmal berichten, dass sie sich in der Rehabilitation nur wie ein „Anhängsel“ fühlen. Auch in der Politik wächst das Bewusstsein, dass Familien und Betreuer eine erhebliche Belastung nach einer Schädelhirnverletzung erfahren, sodass Unterstützung für sie auf jeden Fall zu empfehlen ist.

Am OZC wird ein ganzheitlicher Ansatz in der Rehabilitation von Hirnverletzungen verfolgt, der auf den Pionierarbeiten von [Diller \(1976\)](#), [Ben-Yishay \(1978\)](#) und [Prigatano \(1986\)](#) basiert. Ein solcher Ansatz „besteht aus gut integrierten

Interventionen, die sowohl in Umfang als auch in ihrer Art die hoch spezifischen und umschriebenen Interventionen, die üblicherweise unter dem Begriff „kognitives Training“ zusammengefasst werden, übertreffen“ ([Ben-Yishay & Prigatano, 1990](#), p. 400). Die Hauptphilosophie des ganzheitlichen Ansatzes ist, darauf zu beharren, dass es sinnlos ist, die kognitiven, sozialen, emotionalen und funktionellen Aspekte der Hirnverletzung zu trennen. Angesichts der Tatsache, dass Emotionen das menschliche Verhalten beeinflussen, einschließlich der Art wie Menschen denken, sich erinnern, kommunizieren und Probleme lösen, müssen wir anerkennen, dass diese Funktionen miteinander verbunden und oft schwer voneinander zu trennen sind. Daher müssen sie alle in der Rehabilitation behandelt werden.

[Ben-Yishay und Prigatano \(1990\)](#) bieten ein Modell mit hierarchischen Stufen in der Holistischen Vorgehensweise, durch die sich der Patient (entweder implizit oder explizit) in der Rehabilitation arbeiten muss:

- *Beschäftigung*: Steigerung der Bewusstheit der Person für das, was ihr passiert ist.
- *Bewusstheit*: Verbesserung des Verständnisses der Person für das, was passiert ist.
- *Beherrschung*: Die Bereitstellung von Strategien oder Techniken zur Reduzierung kognitiver Probleme.
- *Kontrolle*: Die Entwicklung kompensatorischer Fähigkeiten.
- *Akzeptanz*

- *Identität*: Bereitstellung von beruflicher und sonstiger Beratung.

Man kann argumentieren, dass der ganzheitliche Ansatz weniger ein Modell als vielmehr eine Reihe von Überzeugungen oder Prinzipien ist ([Prigatano, 1999](#)). Dennoch macht das ganzheitliche Modell klinisch gesehen Sinn, und auf lange Sicht ist es wahrscheinlich ökonomischer, trotz seiner offensichtlichen Kosten ([Cope, Cole, Hali & Barkan, 1991](#); [Mehlbye & Larsen, 1994](#); [Wilson, 1997](#); [Wilson & Evans, 2002](#)).

In der Tat gibt es immer mehr Beweise dafür, dass Rehabilitation die Auswirkungen kognitiver, psychosozialer und emotionaler Probleme reduziert und dies zu größerer Unabhängigkeit und letztendlich zu Beschäftigungsfähigkeit für viele Personen mit Hirnverletzungen sowie zu weniger Stress in der Familie führt ([Cicerone et al., 2005](#); [Wilson, Gracey, Evans & Bateman, 2009](#)). [Cicerone et al. \(2008\)](#) und [Cicerone et al. \(2011\)](#) bestätigen die Wirksamkeit der ganzheitlichen Ansätze für Schädel Hirntrauma (SHT): „Eine umfassende holistische neuropsychologische Rehabilitation wird zur Verbesserung postakuter Teilhabe und Lebensqualität nach moderatem oder schweren SHT empfohlen“ ([Cicerone et al., 2011](#), S. 526).

Obwohl der ganzheitliche Ansatz für die Mehrheit der Menschen mit Hirnschädigung am besten ist, sollte erwähnt werden, dass ganzheitliche Programme durch den Einbezug von Ideen und Anwendungen aus der Lerntheorie (wie Aufgabenanalyse, Base ^[13] line-Aufzeichnung und