

## 8. Besonderheiten der visuellen Rehabilitation

Die Behandlung von zerebralen Sehstörungen erfordert die Kenntnis der vielfältigen hirnganischen Leistungsstörungen. Lernfähigkeit, Einfühlungsvermögen und Kreativität sind erforderlich, um dieses besondere Arbeitsfeld zu betreten.

### 8.1 Vorgehensweise in der Therapie

Nach der Diagnostik muss der Patient aufgeklärt, sensibilisiert und mobilisiert werden.

- *Aufklären* über die Sehstörung und ihre Auswirkungen. Dabei muss die Verständnismöglichkeit des Einzelnen berücksichtigt werden.
- *Sensibilisieren* für seine Schwierigkeiten und Einschränkungen im Alltag, um Veränderungen und Verbesserungen anzustreben.
- *Mobilisieren* zur Mitarbeit in der Therapie und zum intensiven Üben im Alltag.

Wichtig ist das realistische Einschätzen der Sehstörung durch die TherapeutInnen. Falsche Versprechungen und unrealistische Hoffnungen sind unbedingt zu vermeiden. Die Therapie sollte von einer optimistischen Grundhaltung und -stimmung getragen sein.

#### Der „übliche Tempodruck“ – ein häufiger Fehler in der Therapie!

Auf keinen Fall sollte in der Therapie mit Tempodruck gearbeitet werden. Es kommt, wie auch in anderen Therapiebereichen, in der Behandlung von Menschen mit Gesichtsfeldausfällen darauf an, dass gründlich und mit hoher Aufmerksamkeit geübt wird.

Viele bekannte Gelehrte wie Konfuzius oder Goethe rieten schon vor langer Zeit:

#### „Geh' langsam, wenn Du es eilig hast.“

Konfuzius riet dazu, da sonst keine vertiefte Sinneswahrnehmung und Selbsterkenntnis möglich sei und Goethe hielt seinen Kutscher an, langsam zu fahren, weil sonst die Reise besonders lange dauern würde, z. B. durch Erschöpfung der Pferde und Unfälle.

*In Bezug auf die visuelle Rehabilitation bei Gesichtsfeldausfällen bedeutet dies:*

- **Vom Langsamen zum Schnellen**
- Vom Einfachen zum Komplexen
- Vom Komplexen zum Automatisierten
- Vom Automatisierten zum Generalisierten

Tempo im Wahrnehmen und Handeln stellt sich dann ein, wenn auf diesem Lernweg und über einen ausreichend langen Zeitraum die erlernten Strategien ausreichend geübt wurden, automatisiert ablaufen und Patienten die erworbenen Fähigkeiten generalisiert anwenden können, das heißt, in den unterschiedlichsten Situationen, und dann durchaus auch in einem höheren Tempo.

Um dieses Fernziel zu erreichen, ist teilweise eine Behandlungszeit über die „Regelfallzeit“ hinaus erforderlich. Häufig wird diese Ausdauer der Patienten, Therapeuten, verordnenden Ärzte und Kostenträger belohnt: Die Rückkehr in den Beruf gelingt, eine vorzeitige Berentung wird vermieden, die Bewältigung des Alltags und somit die selbständige Teilhabe in den verschiedenen Bereichen des Lebens ist wieder möglich.

Als Test und zur Leistungserprobung allerdings kann die Zeiterfassung beim Lösen bestimmter Aufgaben oder beim Durchführen von Tätigkeiten sinnvoll sein, z. B. um Therapiefortschritte oder die Arbeitsfähigkeit eines Patienten festzustellen.

## 8.2 Verhalten des Patienten

Nach einer hirnrnorganischen Schädigung kommt es häufig vor, dass Patienten psychische Probleme entwickeln und/oder auffällige Verhaltensweisen zeigen.

Teilweise steht dies direkt im Zusammenhang mit der Hirnschädigung, häufig ist es aber auch die Folge des einschneidenden Erlebens und der Versuch einer Krankheitsbewältigung.

Der Verlust der unversehrten Gesundheit, wie beispielsweise eine hirnrnorganische Schädigung mit u. U. bleibenden Einschränkungen, löst bei fast allen Patienten eine Trauerreaktion aus. Deren Ausprägung ist von Mensch zu Mensch verschieden und zeigt sich im seelischen, körperlichen und sozialen Bereich. Wird die Trauer erfolgreich bewältigt, kann sie überwunden werden. Gelingt dies nicht, kann Rückzug, Hoffnungslosigkeit und Resignation zu einer depressiven Entwicklung führen.

Der Ablauf dieses Prozesses verläuft häufig in **vier Phasen** und es ist wichtig, dass Therapeuten die Verhaltensweisen ihrer Patienten hinsichtlich dieser Phasen einordnen können:

1. Zunächst wird der schmerzliche Verlust der unversehrten Gesundheit verdrängt, man will ihn nicht wahrhaben und hofft, dass alles „nur ein böser Traum“ ist und alles bald wieder gut wird. Dies kann mehrere Tage und je nach Schweregrad der Schädigung auch Wochen dauern. Man ist wie versteinert; dies hilft zunächst, mit dem Schmerz fertig zu werden. In dieser Zeit braucht der Patient Fürsorge vom therapeutischen Team, ist aber noch nicht in der Lage, die Auswirkung seiner Sehbeeinträchtigung voll zu überblicken. Von seinem sozialen Umfeld braucht er nun viel Zuwendung, Sicherheit und Geborgenheit.
2. Die Auswirkungen des Gesichtsfeldausfalls werden zunehmend erkannt, aber noch nicht in vollem Umfang verstanden, und es kommt zu heftigen emotionalen Gefühlsschwankungen. Ein Durcheinander von Schmerz, Wut, Verzweiflung und Angst quälen den Patienten. Je weniger bisher Gefühle zugelassen und auch darüber gesprochen werden konnte, desto schwerer ist diese Phase der „chaotischen Emotionen“ zu ertragen. Hier ist ein behutsamer, akzeptierender, aber auch strukturgebender Umgang des therapeutischen Teams und des sozialen Umfelds hilfreich.
3. Können diese Gefühlsausbrüche zugelassen und somit bewältigt werden, beginnt eine Phase des Sich-Einfindens in die neue Situation und der Akzeptanz der erlittenen visuellen Einschränkung. Der Patient beginnt, auch durch die Aufklärung über seinen Zustand, konkrete Überlegungen anzustellen, wie der Alltag in Zukunft gestaltet werden muss und kann. Hilfe und Anregung durch das therapeutische Team wird meist dankbar angenommen und das Verständnis der Einschränkungen durch den Gesichtsfeldausfall wächst; der Patient wird zum „Experten“ seiner selbst und wird zunehmend aktiver.
4. In der letzten Phase wird die Akzeptanz des erlittenen Sehverlusts stärker und der Patient ist in der Lage, aktiv und zielgerichtet an der Kompensation seines Gesichtsfeldausfalls und der Verbesserung seiner Alltagskompetenz zu arbeiten. Großer Übungsfleiß und der unbedingte Wille, „das Beste aus der Situation zu machen“, ermöglichen erfreuliche Fortschritte, die wiederum die seelische und gesamte gesundheitliche Verfassung stabilisieren.

*Um einen Überblick über mögliche Verhaltensweisen und Auffälligkeiten zu erhalten, werden diese im folgenden Abschnitt in kompakter Form dargestellt.*

- **Ängstlich:** Die Einschränkungen im Alltag, wie z. B. mangelnde Orientierung/Gangunsicherheit, führt oft zwangsläufig zu ängstlichem Verhalten. Mit zunehmendem Übungsstand werden die Patienten sicherer und die Ängstlichkeit kann einer vernünftigen Vorsicht weichen.
- **Depressiv/mangelnder Antrieb:** Das Erleben der Erkrankung, Schwierigkeiten, den Alltag weiterhin selbständig zu bewältigen, den Beruf nicht mehr ausführen zu können oder die Einschränkung der Mobilität, erfordern einen oft schmerzlichen Prozess der Trauer und der Lebensumstellung. Mit der Zeit kann dies im Zusammenhang mit Ermutigung und dem verbesserten Umgang mit den Auswirkungen der Sehstörung etwas abklingen. Bei einer ausgeprägten Depression sollte unbedingt psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen und/oder entsprechende Medikamente verordnet werden.
- **Aggressiv:** Die Schwierigkeiten im Alltag, die durch den Gesichtsfeldausfall entstanden sind, machen manche Patienten wütend und ungeduldig; dies ist manchmal die „andere Art“, die Trauer zu bewältigen und den teilweise mühsamen Weg der Lebensumstellung zu verarbeiten. Abhängig vom Persönlichkeitsstil des Patienten kann sich dieses schwierige Verhalten durch die zunehmende realistische Einschätzung der Möglichkeiten und des Umgangs mit den eigenen Schwierigkeiten abmildern. Unter Umständen ist eine psychotherapeutische Behandlung erforderlich.
- **Mangelnde Aufmerksamkeit:** Fast 80 Prozent der Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen zeigen Aufmerksamkeitsdefizite in verschiedener Ausprägung. Dies erschwert die Zusammenarbeit während der Therapie und schränkt die Eigenarbeit im häuslichen Umfeld ein. Geduld und Ausdauer der TherapeutInnen und der Angehörigen sind hier in besonderem Maße gefragt.
- **Mangelnde Krankheitseinsicht** (Anosognosie = Unfähigkeit, die Erkrankung/Funktionsausfälle zu erkennen): Dieses mehr oder minder ausgeprägte Nichtwahrnehmen der Erkrankung ist eine direkte Folge der Hirnschädigung und in aller Regel, vor allem im akuten Stadium, nicht als psychische Reaktion zu interpretieren. Dies schließt nicht aus, dass im späteren Verlauf psychische Faktoren mit dazu beitragen, die Krankheitsfolgen zu leugnen oder zu bagatellisieren. Eine ausgeprägte Anosognosie kann die ergotherapeutische Behandlung sehr erschweren. Eine gute Patient-Therapeut-Beziehung sowie der Austausch des Patienten mit anderen von Hirnschädigung Betroffener, kann die mangelnde Krankheitseinsicht verringern. Eine Psychotherapie im klassischen Sinne ist hier in aller Regel kontraindiziert.
- **Bagatellisieren von Folgen der Erkrankung** (Anosodiaphorie = das Fehlen einer normalerweise zu erwartenden affektiven Reaktion auf die Folgen einer Erkrankung oder Hirnschädigung): Eine ausgeprägte Anosodiaphorie, etwa in Form einer Gleichgültigkeit oder eines mangelnden Leidensdruckes, kann die Behandlung erheblich stören und bei schwerer Form unmöglich machen.

All diese Verhaltensweisen und Schwierigkeiten des Patienten gilt es, in der Behandlung zu berücksichtigen. Geduld, Ausdauer und ein immer ermutigendes Verhalten sowie eine klare, realistische Einschätzung des Patienten und seiner Möglichkeiten, sind unabdingbar. Der Patient darf in der Rehabilitationsphase nicht überfordert, aber auch keinesfalls unterfordert werden.

### 8.3 Sehen im Alter

Älteren Menschen sollte man den Willen, ihnen helfen zu wollen, deutlich zeigen; diese Haltung überträgt sich auf den Patienten und motiviert zur Mitarbeit.

Therapeut und Patient müssen sich aber über die Grenzen im Klaren sein, die das Alter manchmal setzt.

Älteren Menschen muss man zur Erkenntnis verhelfen, dass in höheren Lebensjahren am visuellen Wahrnehmungsvermögen keine wundersamen Reparaturen mehr möglich sind. Andere altersbedingte Augenkrankungen, wie z. B. Makuladegeneration, grauer Star (Katarakt) und grüner Star (Glaukom), können große Hindernisse darstellen.

Eine Vielzahl von Allgemeinerkrankungen können ebenso die Durchblutung der Augen empfindlich stören und Sehverluste mit sich bringen; dabei handelt es sich beispielsweise um Bluthochdruck, Diabetes oder erhöhtes Cholesterin. Trotzdem können in der visuellen Rehabilitation oft kleine Erfolge große Schritte sein.

Die gesteckten Therapieziele sollten den Gewohnheiten, Neigungen, Hobbys und Lesegewohnheiten zugeordnet werden. Ein selbständiges, unfall- und sturzfrees Leben sollte erhalten bleiben oder gefördert werden. Und immer gilt es, niemals falsche oder zu hochgestellte Hoffnungen zu wecken.

Ältere Menschen müssen zum „Sehenwollen“ motiviert werden. Es ist bekannt, dass schlechtes und gestörtes Sehen als **„Demenzbeschleuniger“** wirkt.

## 8.4 Prämorbidie Persönlichkeit des Patienten

Die prämorbidie Persönlichkeit (lat. prä = vor, Morbus = Krankheit) wird auch als Primärpersönlichkeit bezeichnet. Dies beschreibt das Persönlichkeitsgefüge einer Person, wie es vor bestimmten Prozessen (z. B. einer Hirnschädigung) vorhanden war.

Die behandelnden ErgotherapeutInnen müssen versuchen, sich ein Bild von der prämorbidie Persönlichkeit ihrer Patienten in Bezug auf intellektuelle Ansprüche und Ausführungen vor der Erkrankung zu machen. Dies schützt vor unverhältnismäßigen Anforderungen in der Therapie.

Jeder Patient hat individuelle Eigenschaften bezüglich seines geistigen Vermögens und eigene Verhaltensweisen, die zu berücksichtigen sind. Ein Blick auf die prämorbidie Persönlichkeit kann die Auswahl geeigneter Therapieanwendungen erheblich erleichtern.

**Die visuelle Rehabilitation muss der Persönlichkeit angepasst werden.**