

## Vorwort zur 1. Auflage im Interview mit Frau Horst

**Carolin Lange (ehem. Bausmann):** Frau Horst, in Ihrem Buch „Motorisches Strategietraining und PNF“ 2005 schrieben Sie im Vorwort, dass dieses Buch damals ein „Zwischenergebnis“ Ihrer Arbeit war und Sie sich auf eine Weiterentwicklung in Zusammenarbeit mit Ihren Kollegen freuen. Inwieweit hat sich das motorische Strategietraining und N.A.P. in dem nun vorliegenden Buch verändert?

**Renata Horst:** Der wesentliche Unterschied ist wohl, dass im vorliegenden Werk der Schwerpunkt auf den Therapieprozess der N.A.P. gelegt wird. Im ersten Buch ging es in erster Linie darum, motorische Strategien für den Patienten zu ermöglichen und die hierfür möglichen Methoden darzustellen. In diesem vorliegenden Buch geht es zudem darum, dass der Therapeut erlernen soll, seine therapeutischen Strategien anhand von aktueller Evidenz zu entwickeln und in einen dynamischen Prozess den Bedürfnissen seines Klienten anzupassen.

**Carolin Lange:** Was unterscheidet denn das Vorgehen der N.A.P.-Therapie von den bestehenden Konzepten?

**Renata Horst:** Traditionelle Konzepte, das möchte ich nicht außer Acht lassen, gehen ebenfalls davon aus, dass Menschen über funktionelle Reserven verfügen, und orientieren sich an den Bedürfnissen ihrer Patienten. Die praktische Umsetzung in der Behandlung von Patienten ist jedoch eher darauf ausgerichtet, bestimmte Bewegungsmuster einzuüben oder Gelenke passiv zu mobilisieren in der Erwartung, dass hierdurch das Ausführen von Alltagsaktivitäten wieder ermöglicht wird. Dies gelingt jedoch nur, wenn diese selbst geübt werden. Hierfür ist die Gestaltung einer Therapiesituation erforderlich, in der das gelernt werden kann. Im N.A.P.-Therapieprozess geht es weder darum, Strukturen manuell vorzubereiten, noch Bewegungsmuster zu erleichtern, um erst im Anschluss hieran Aktivitäten auszuführen. Der Klient muss mithilfe der Analyse des Therapeuten sein Problem selbst erkennen und lernen, Strategien zu entwickeln, um es zu lösen.

**Carolin Lange:** Das klingt sehr modern. Heißt das, dass der Therapeut gar nicht mehr seine Hände benutzen muss?

**Renata Horst:** Möglicherweise nicht. Aber hier gibt es keine Regel, die nur schwarz-weiß befolgt. Zuerst ist das Allerwichtigste, dass der Therapeut ein guter Zuhörer ist. Er muss seine Fragen so formulieren, dass er die wesentlichen Informationen zur Entwicklung seiner klinischen Hypothese erfährt. Dann muss er diese überprüfen mittels relevanter, reproduzierbarer Parameter.

**Carolin Lange:** Können Sie hierzu ein Beispiel nennen?

**Renata Horst:** Wenn ein Klient zum Beispiel beim Gehen in der Schwungbeinphase mit seinem Fuß hängen bleibt, kommen verschiedene mögliche Ursachen in Betracht. Es kann daran liegen, dass die Muskulatur, die den Fußrücken anhebt, zu schwach ist, oder daran, dass die Gegenspieler zu steif sind. Möglich ist aber auch, dass die Gegenspieler sogar zu schwach sind, um die nötige Vordehnung für die Fußhebung zu ermöglichen. Um festzustellen, woran das Problem liegt, muss der Therapeut die Kraft der Fußheber testen. Bevor er das machen kann, muss er feststellen, ob die Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk ausreichend vorhanden ist. Wenn ausreichend Beweglichkeit vorhanden ist und genügend Kraft der Fußheber, dann bleibt die mögliche Schwäche der Plantarflexoren als Ursache für mangelnde Fußhebung in der Schwungbeinphase. Man kommt unter Umständen nicht sofort auf diese Vermutung, da es etwas paradox erscheint, dass mangelnde Fußhebung an fehlender Kraft der Gegenspieler liegt. Aber wenn man sich mit der zeitgemäßen Literatur über die Biomechanik des Gehens befasst, dann ist die Erklärung plausibel. Dieser Prozess ermöglicht erst die Zielfestlegung.

**Carolin Lange:** Dann ist es doch ganz wichtig, dass der Therapeut sich gut auskennt in der Anatomie und Biomechanik.

**Renata Horst:** Auf jeden Fall, aber er muss nicht nur gute neurophysiologische Kenntnisse haben. Vor allem muss er daran interessiert sein, die individuellen Bedürfnisse seines Klienten zu verstehen, indem er versucht, seine Situation nachzuspüren.

**Carolin Lange:** Um auf die Hände zurückzukommen, wann nützt der Therapeut sie und wann nicht?

**Renata Horst:** Um zu entscheiden, welche Therapiestrategie zum Erreichen des definierten Zieles nützlich sein kann, greift der Therapeut ebenfalls auf sein biomedizinisches Wissen zurück. Wenn die Gelenke nicht muskulär gesteuert werden können, wie dies unter gesunden Umständen der Fall wäre, können seine Hände ein nützliches Werkzeug sein. Sie stellen die erforderliche biomechanische Situation während der Ausführung der willkürmotorischen Handlung her. So kann der Mensch erfahren, wie seine Muskeln arbeiten müssen, um die jeweilige Aktivität auszuführen. Im Idealfall können die Muskeln lernen, die Gelenke wieder automatisch zu steuern. Je bekannter die Aktivität ist, die geübt wird, umso eher gelingt dies.

**Carolin Lange:** Das klingt ja so, dass der Therapeut nicht nur lernt, eine motorische Strategie für den Patienten zu entwickeln, sondern auch eine Strategie für den Aufbau des Therapieprozesses?

**Renata Horst:** Richtig! Der Therapeut lernt, seine Behandlung in Bezug auf die Wahl der Methoden und die Gestaltung der Therapiesituation so aufzubauen, dass die Handlungsorganisation gefördert und eine Problemlösung sowie langfristige Veränderung im motorischen Lernen erreicht werden. Voraussetzung dafür ist, dass der Therapeut und der Patient das Handlungsziel vereinbart haben.

**Carolin Lange:** Auch andere Techniken legen für ihre Therapie kurz- und langfristige Ziele wie die Verlängerung der Gehstrecke von 300 m für eine bessere Teilhabe am sozialen Leben, z. B. für selbständiges Einkaufen, fest. Sie scheinen sich aber im Gegensatz dazu mehr auf eine konkrete Handlung zu konzentrieren.

**Renata Horst:** Ja! Handlung setzt motorisches Lernen und eine zentrale Handlungsorganisation voraus. Denn bevor eine Handlung real ausgeführt wird, muss sie in den verschiedenen Gehirnzentren organisiert und verschaltet werden. Bei diesem komplexen Prozess und bei der motorischen Handlungsausführung unterstützt der N.A.P.-Therapeut den Patienten.

Nach der ausgeführten Handlung wird diese im Therapieprozess analysiert und reflektiert. Therapeut und Patient überprüfen gemeinsam, ob das vereinbarte Handlungsziel erreicht wurde.

**Carolin Lange:** Heißt das, dass Sie einen Retest durchführen und überprüfen, ob die gemessenen Parameter sich verändert haben?

**Renata Horst:** Natürlich gehören dazu auch die Retests. Zudem ist es sehr wichtig, die Selbstreflexion des Klienten über das Ergebnis der Handlung zu fördern. Deshalb arbeiten wir auch gerne mit Videofeedback.

**Carolin Lange:** Ist die eigene Selbstreflexion für den N.A.P.-Therapieprozess genauso wichtig wie objektive Messkriterien?

**Renata Horst:** Auf jeden Fall, denn ohne emotionale Beteiligung kann nicht gelernt werden! Das kennen Sie bestimmt auch. Wenn Sie Erfolg mit einer Strategie hatten, haben Sie positive Gefühle, weil Sie positives Feedback durch den Erfolg bekommen, und Sie würden beim nächsten Mal wieder diese Strategie wählen.

**Carolin Lange:** Was ist aber mit negativen Gefühlen bei Misserfolgen?

**Renata Horst:** Auch diese sind wichtig und leider lernt man insbesondere auch aus Fehlern. Hierfür ist wichtig, dass sie verstehbar sind und sich daraus eine neue Lösungsmöglichkeit entwickeln kann. Deshalb muss der Therapeut lernen, nicht zu früh einzugreifen. Er muss seinem Klienten genügend Zeit lassen, ruhig mal einen Fehler zu erleben, damit er die Chance bekommt, geeignetere Strategien zu entwickeln. Erfahrungsgemäß fällt dies den Kollegen am schwersten. Sie sind oft viel zu früh mit ihren Händen dran. Was dazu führt, dass sie eher stören, als hilfreich zu sein.

**Carolin Lange:** Was kann nun ein Therapeut erwarten, wenn er dieses Buch liest oder einen Kurs bei Ihnen bucht?

**Renata Horst:** Er lernt zu lernen und Lernen zu verstehen. Er bekommt kein Programm bzw. Produkt vermittelt, das einfach nur anzuwenden ist. Vielmehr erlernt er, einen Prozess zu unterstützen. Es ist vergleichbar mit einem Lehrer, der nach den neuen prozessorientierten Schulkonzepten unterrichtet. Er bringt den Kindern auch nicht mehr im Frontalunterricht das Einmaleins durch reines Aus-

wendig-Lernen bei, sondern unterstützt sie, die Grundregel des Einmaleins selbst zu entwickeln und zu verstehen. Genauso unterstützt der N.A.P.-Therapeut seinen Klienten bei seiner Problem- und Handlungsbewältigung.

Renata Horst, Januar 2011

## Vorwort zur 2. Auflage

Das Gehirn ist ein problemlösendes Organ. Es kennt weder „einfach“ und „schwer“ noch „vorher“ und „hinterher“.

Jede Situation und vor allem jede Person ist einzigartig. Jede ihrer Handlungen bedarf einer spezifischen Organisation von lösungsorientierten Strategien, die sich an das Leistungsniveau des Individuums anpassen.

Therapeuten gestalten für ihre Patienten Lernumgebungen und versetzen sich idealerweise in die Lage der Betroffenen und sie verinnerlichen deren Bedürfnisse. Es geht mir daher nicht darum, in diesem Buch Übungen mit bestimmten Griff-techniken vorzustellen, sondern zielorientiertes und patientenzentriertes Arbeiten. Es gilt, Ziele gemeinsam mit den Patienten, seinen Angehörigen und anderen Hilfspersonen sowie allen beteiligten Fachkräften und Spezialisten zu erkennen und zu vereinbaren.

Die gemeinsame Sprache für die interdisziplinäre Kommunikation ist die ICF. Sie ermöglicht strukturiertes, logisches Denken und Handeln: Welche Strukturen müssen wie funktionieren, damit Alltagshandlungen möglichst ökonomisch und so selbständig wie möglich sicher ausgeführt werden können. Körperstrukturen und deren Funktionen werden alltagsorientiert beurteilt und therapeutisch so beeinflusst, dass zielgerichtete Handlungen des Menschen möglich sind.

Manche Überlegungen sind so „evident“ („e“ – von außen, „videre“ – zu sehen, d. h. „einsehbar“), dass es weder Studien hierzu gibt noch welcher bedarf. Man stelle sich ein Puzzle mit 1000 Teilen vor. Wenn 20 Personen aufgefordert werden, es zusammenzufügen, gäbe es mit allerhöchster Wahrscheinlichkeit keine zwei Personen, die die gleiche Strategie, d. h. die gleiche Reihenfolge, zum Zusammensetzen der Puzzleteile wählen würden. Was alle jedoch benötigen, ist das Bild – wie es schlussendlich aussehen soll, damit sie einem individuellen Plan nachgehen können. Gewisse Regeln erleichtern den Prozess: z. B. die Wahl der Formen, die ineinanderpassen, sowie die Farben, die sich ineinanderfügen. Unsere Patienten müssen ebenfalls verstehen, wo es in der Therapie hingehen soll und vor allem, warum.

Den Rahmen für das Gelingen des Puzzles setzen die eigenen Ziele der Patienten, ihre Ressourcen, die physiotherapeutische Untersuchung, Assessments, die gemeinsame Zielfindung und Zielsetzung sowie – nicht zu vergessen – der gemeinsame Weg, den wir mit den Betroffenen gehen. Dabei setzen wir *Wissen* und *Erfahrung* ein und manchmal auch Intuition beim gemeinsamen Ausprobieren von Lösungsstrategien, um Alltagssituationen zu meistern.

Essenziell erscheint mir das *Wissen* um die Bedeutung der exzentrischen Muskelfunktion. Verschiedene Pathologien – orthopädischer sowie neurologischer Ursache – führen zum Verlust der Fähigkeit, sich automatisch gegen die Schwerkraft zu behaupten. Häufig geht die exzentrische, d. h. fallverhindernde Muskelfunktion, die sich in der Evolution mit der Aufrichtung zuletzt entwickelte, zuerst verloren. Und – leider nicht selten, so meine *Erfahrung* – werden steife Muskeln detonisiert, obwohl sie hypoton sind, anstatt sie exzentrisch zu aktivieren, zum Beispiel durch Fördern der Koordination der vestibulo-spinalen Systeme. Analysieren Sie das Bewegungsverhalten Ihrer Patienten gerade unter diesem Aspekt stets sehr sorgfältig.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir haben einen wunderschönen Beruf, für manche von uns ist er sogar Berufung. Er macht noch mehr Spaß, wenn man analytisch arbeitet und *zusammen* mit den Patienten Ziele verfolgt.

Renata Horst, im Sommer 2021