

1.1 Der Gegenstandsbereich der Ergotherapie und seine Elemente

Carola Habermann

1.1.1 Der Gegenstandsbereich

Ergotherapie hat zum Ziel, Menschen jeden Alters in ihrer Handlungsfähigkeit zu unterstützen und zu begleiten. Sie ermöglicht damit bedeutungsvolle Betätigungen für diese Menschen. Dies geschieht unter Berücksichtigung ihrer persönlichen Umwelt, um ihnen hier gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen (DVE 2008). Dabei handelt es sich um ein komplexes Konstrukt des Eingebundenseins (s. Kap. 2.1.8) in Betätigung damit eine Teilhabe in der persönlichen Umwelt möglich ist. Diese Gedanken finden sowohl im COPM-E (ebd. und CAOT 2007) als auch im AOTA-Framework Berücksichtigung, (Reichel 2005). Beide beeinflussen die deutschsprachige Ergotherapie zunehmend. Der Berufsverband der US-amerikanischen Ergotherapeuten (AOTA) hat das Framework entwickelt, welches das komplexe Gebilde des er-

gotherapeutischen Gegenstandsbereichs aufzeigt (AOTA 2002 in Reichel 2005). Viele deutschsprachige Definitionen und Erklärungen nähern sich diesem Konstrukt an (z.B. Götsch, Marotzki & Reichel oder Scheepers in Scheepers et al. 2007). Es lehnt sich in seiner Begrifflichkeit an die ICF (s. Kap. 1.3.2) an und bietet damit Bezeichnungen, die international verstanden werden. Auch um den Menschen in seiner Betroffenheit durch eine neurologische Erkrankung zu erfassen, ermöglicht die Beschreibung der AOTA einen sinnvollen Rahmen (Tab. 1.1)

1.1.2 Elemente und wichtige Begriffe

In der Ergotherapie werden bestimmte Begriffe zum menschlichen Handeln und zu seiner Handlungsfähigkeit verwendet. In den Praxismodellen (s. Kap. 2), aber auch in den Kapiteln 4 und 5 werden einige Definitionen aufgezeigt. Für die Leser mag das verwirrend wirken, aber es gibt noch keinen übergreifenden Konsens in der deutschsprachigen Ergotherapie, wie welcher Begriff verwendet wird. Handlung und Aktivität wird manchmal eher synonym verwen-

Tab. 1.1 Eingebundensein in Betätigung zur Unterstützung der Partizipation im Kontext (nach AOTA, übersetzt von Reichel, 2004).

Performanz in Betätigungsbereichen	(instrumentelle) Aktivitäten des täglichen Lebens Bildung und Arbeit Spiel und Freizeit soziale Partizipation
Performanzfertigkeiten	motorische Fertigkeiten Verarbeitungsfertigkeiten Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten
Performanzmuster	Gewohnheiten Routinen Rollen
Kontext	kulturell physisch sozial persönlich spirituell zeitlich virtuell
Aktivitätsanforderungen	Gebrauch von Objekten und deren Eigenschaften Raumanforderungen soziale Anforderungen Abfolge und Zeit einteilen erforderliche Handlungen erforderliche Körperfunktionen und -strukturen
Klientenfaktoren	Körperfunktionen und -strukturen

det, obwohl die Handlung eine übergeordnete Rolle spielt. Sie ist ein komplexes Geschehen und mit kognitiven Prozessen verbunden.

Handlung wird nach Blaser (2004) verstanden als Definition eines Ziels, Planen der angemessenen Vorgehensweise, Auswählen geeigneter Handlungsschritte, (fortlaufende) Überprüfung von Plan und Vorgehen, Aufnahme und Abschluss der Handlung zum angemessenen Zeitpunkt, (evtl.) abschließende Bewertung des Vorgehens.

Der Begriff der Aktivität ist häufig durch die ICF (s. Kap. 1.3.2) geprägt. Dort wird beschrieben, was Aktivität im Sinne des konkreten Tuns beinhalten kann. Es geht hier um die Tätigkeit an sich, ohne dass begleitende gedankliche Prozesse beschrieben werden.

Aktivität bedeutet, dass der Mensch das in Art und Umfang tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird.

Die Verwendung der Begriffe muss daher in der gemeinsamen intra- und interdisziplinären Sprache geklärt werden, um bei der Behandlung Einigkeit zu erzielen. Die Betrachtung der unterschiedlichen Begriffe beeinflusst die Diskussion über die Behandlungsschwerpunkte der Ergotherapie, besonders auch im Arbeitsfeld Neurologie.

Eine weitere wichtige Begriffsdiskussion rankt sich um den Menschen, für den Ergotherapeuten Intervention als Therapie und Beratung anbieten. Es geht um die Bezeichnung Klient oder Patient (s. auch Kap. 3). Die Betrachtung der Bezeichnung für den Empfänger therapeutischer Leistung als Klient stammt aus der klientenzentrierten Sichtweise (s. Kap. 2). Es ist aber auch ein Begriff, der durch Überlegungen aus dem Qualitätsmanagement der Non-Profit-Organisationen stammt (Kölsch & Roerkohl 1996). Hier ist für den modernen Dienstleister im sozialen Bereich der Begriff Kunde oder Klient selbstverständlich. Somit kann der Mensch, der bei ergotherapeutischer Beratung, im Rahmen einer Rehabilitation oder in der ambulanten Ergotherapiepraxis als Kunde die Leistung eines Anbieters einholt, als Klient bezeichnet werden. Vor allem um die gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen betroffenem Menschen und Therapeutin zu demonstrieren, wird der Klientenbegriff bevorzugt (vergl Sumsion 2002 und Kap. 2, 5.6).

Klientenzentrierung: Therapeutin und Klient definieren gemeinsam Probleme, der Klient wird dazu ermutigt, seine Ziele selbst zu formulieren und beide legen die Behandlungsinhalte gemeinsam fest. Der Klient übernimmt im Behandlungsprozess Eigenverantwortung.

Klientenzentrierung heißt auch, dass die Therapeutin den Klienten in seiner Einzigartigkeit respektiert. Sie versucht die Klientenperspektive zu erfassen, indem sie ihn und seine Erfahrungen im therapeutischen Prozess im Mittelpunkt der Intervention sieht. Ihr therapeutisches Handeln ist auf die Sicht des Klienten, auf sein Handeln, sein Denken und Fühlen eingestellt.

Erfahrungsgemäß sieht sich der betroffene Mensch in einem Krankenstadium dennoch eher als Patient. Dies ist im besonderen Maße zu beobachten, wenn die Erkrankung noch einen akuten Entwicklungsstand hat. Im Verlaufe der Rehabilitation übernimmt der Patient immer mehr Eigenverantwortung und wird so zum Klienten. Hier im Buch wechseln die Bezeichnungen, je nach Sichtweise der jeweiligen Autorinnen und Autoren.

1.1.3 Elemente im Arbeitsfeld Neurologie

Ergotherapie in der Neurologie beschäftigt sich mit der Behandlung von Menschen, die durch eine neurologische Erkrankung bzw. Schädigungen im zentralen Nervensystem (ZNS) eine vorübergehende oder dauernde Herabsetzung ihrer Handlungsfähigkeit erlitten haben. Die Schädigungen verursachen Störungen bei sensomotorischen, neuropsychologischen und kognitiven Funktionen und haben Auswirkungen auf psychosoziale Fähigkeiten des betroffenen Menschen. Sie beeinträchtigen ihn in der Gesamtheit seiner Handlungsfähigkeit.

Die ergotherapeutische Behandlung legt daher ihre Schwerpunkte einerseits auf diese gestörten Funktionen und andererseits auf die Handlungsfähigkeit. In die Behandlung miteinbezogen werden die Lebenszusammenhänge des gesamten Menschen mit seinen psychosozialen Fähigkeiten, die ihn umgebenden Umweltfaktoren im psychosozialen Bereich und sein Lebensraum. Bedeutend sind die letztgenannten Kriterien deshalb, da das Individuum in dynamischer Beziehung zur Umwelt und seiner Betätigung in dieser Umwelt steht (Townsend

et al., 1997). Alle Fähigkeiten und genannten Kriterien werden durch das ZNS verarbeitet und gesteuert, sie beeinflussen und lenken jede Handlung. Die Ergotherapie berücksichtigt all diese Faktoren in der Behandlung und setzt sie gezielt ein, um gewünschte Handlungen wieder zu ermöglichen.

„Die Ergotherapie – abgeleitet vom Griechischen „ergein“ (handeln, tätig sein) – geht davon aus, dass „tätig sein“ ein menschliches Grundbedürfnis ist, und dass gezielt eingesetzte Tätigkeit gesundheitsfördernde und therapeutische Wirkung hat. Deshalb unterstützt und begleitet Ergotherapie Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind und/oder ihre Handlungsfähigkeit erweitern möchten. (...) In der Ergotherapie werden spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung gezielt und ressourcenorientiert eingesetzt. Dies erlaubt dem Klienten, seine Handlungsfähigkeit im Alltag, seine gesellschaftliche Teilhabe (Partizipation) und seine Lebensqualität und -zufriedenheit zu verbessern“ (Ausschnitt Definition DACHS 2007, S. 6).

Diese umfassende Definition für Ergotherapie zeigt die Behandlungsgrundlagen für den Patienten mit neurologischer Erkrankung. Ergotherapie kommt zum Einsatz, wenn durch Schädigung des ZNS Störungen hervorgerufen wurden, die bedeutungsvolle Betätigungen beeinträchtigen oder verhindern. Da das Gehirn das Steuersystem für unser gesamtes organisches, geistiges und seelisches Dasein ist, haben in diesem Fachbereich alle Behandlungsaspekte der Ergotherapie eine Bedeutung.

Die Vielschichtigkeit der möglichen Beeinträchtigungen und lebensbestimmenden Faktoren fordert von der Therapeutin ein umfangreiches Wissen sowie hohe Inter- und Transdisziplinarität. Dies macht die ergotherapeutische Arbeit in der Neurologie so spannend. Der komplexe Verlauf der neurologischen Rehabilitation (s. **Abb. 1.1**) bietet ein umfangreiches Feld, in dem Ergotherapeuten in jeder Rehabilitationsphase wichtige Aufgaben übernehmen. Die Bedeutung der Ergotherapie beruht darauf, dem Menschen zu mehr Aktivität und Partizipation und damit wieder zu mehr Lebensqualität zu verhelfen.

Nachfolgend werden nun einige, das ergotherapeutische Handeln bestimmende Faktoren näher erläutert.

1.1.4 Beeinträchtigung in der Aktivität und der Partizipation

Durch einen ZNS-Schaden entstandene Störungen beeinträchtigen die alltäglichen Aktivitäten des Betroffenen und seine Teilnahme am täglichen Leben (Partizipation). Die Betrachtungsweise des menschlichen Daseins anhand von Teilhabemöglichkeiten spiegelt auch die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wider. Diese Klassifikation beschreibt ausführlich die Kriterien, die zur Teilhabe am täglichen Leben nötig sind (s. 1.3.2).

Die Philosophie der ICF weist dem ergotherapeutischen Schwerpunkt den Weg, indem die Therapeutin sich in der Beobachtung davon lenken lässt, welche gestörten Körperfunktionen und -strukturen eine Beeinträchtigung in der körperlichen, geistigen oder seelischen Integrität verursachen. So erhält sie einen Überblick, welche Aktivitäten aufgrund welcher Bedingungen nicht möglich sind, in welchen relevanten Lebensbereichen dem Patienten Partizipation erschwert oder unmöglich ist und welche Kontextfaktoren fördernd oder hemmend wirken (**Tab. 1.2**).

1.1.5 Die Betätigungsorientierung

Wie bereits in der oben genannten Definition von Ergotherapie charakterisiert, hat sie als betätigungsorientierte Methode eine signifikante Wirkung beim neurologisch beeinträchtigten Patienten. Die eigentliche Ausführung von Betätigung in seiner Umwelt wird in der Ergotherapie als Betätigungsleistung bezeichnet. Damit wird beschrieben, wie der Mensch sich sinnvoll und für seine Kultur und Altersgruppe entsprechend betätigt. Dazu gehört auch, dass er in der Lage ist, für ihn bedeutungsvolle Betätigung auszuwählen, zu organisieren und zu seiner Zufriedenheit auszuführen (Miesen et al. 2004). Für den neurologisch erkrankten Menschen ist das Zentralorgan für die Betätigungsleistung, das ZNS, durch bestimmte Funktionsstörungen beeinträchtigt. Folglich ist der Patient in den zuvor genannten Formen der Auswahl, der Organisation und Ausführung seiner Betätigung eingeschränkt.

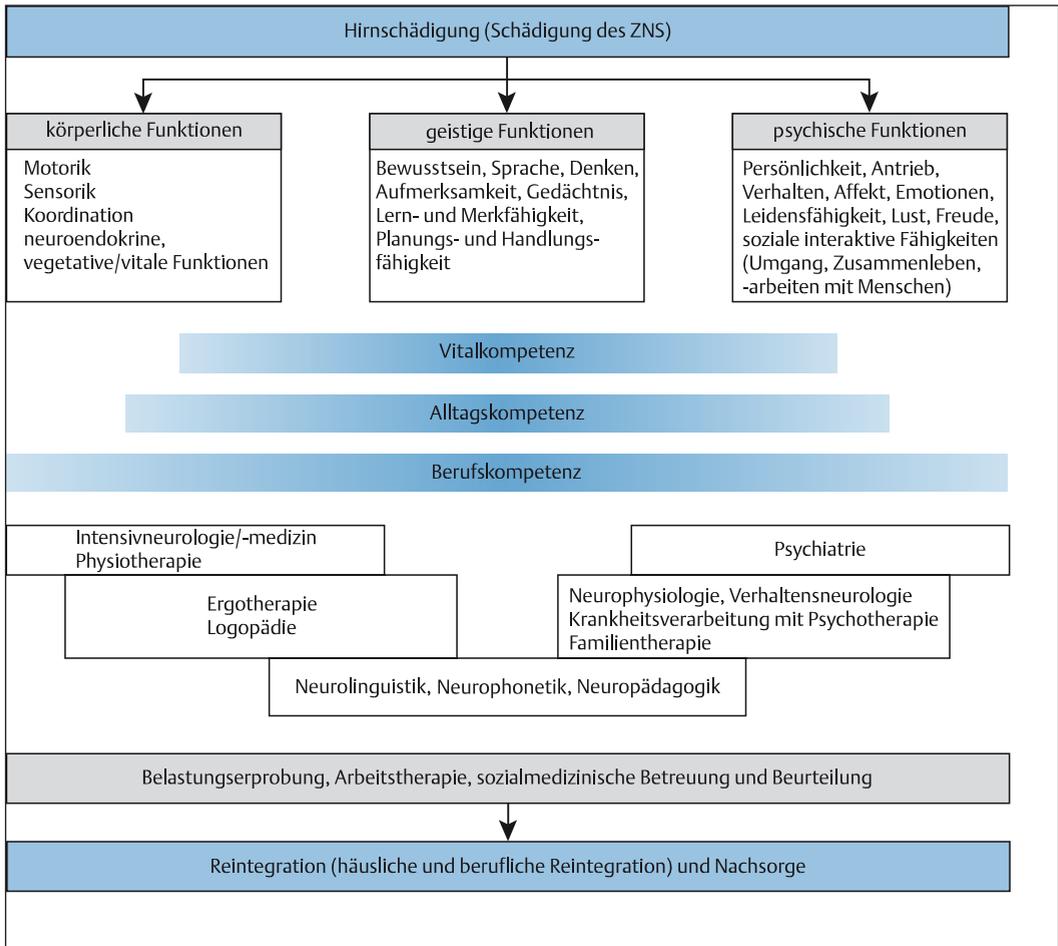


Abb. 1.1 Komplexität der neurologischen Rehabilitation (Welter & Schönle 1997).

„Ziel der Ergotherapie ist es, Menschen bei der Durchführung von für sie bedeutungsvollen Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit/Erholung in ihrer Umwelt zu stärken“ (Ausschnitt Definition DACHS 2007, S. 6).

Betätigung wird sich immer direkt auf dieses Zentralorgan auswirken. So verhilft die Ergotherapeutin dem Patienten durch gezielt ausgewählte Betätigungen unter anderem zu geschickter und zufriedenstellender Betätigungsperformanz sowie zur Aktivität und Teilhabe (Abb. 1.2).

Zu diesem Zweck kann die Ergotherapeutin auf verschiedenen Ebenen intervenieren:

- Der betroffene Mensch wird befähigt, sich aktiv an der Lösung zur Veränderung seiner Performanz zu beteiligen.
- Der betroffene Mensch wird unterstützt, um andere oder neue Fertigkeiten zur Bewältigung von Anforderungen zu erlangen, z. B. durch Verbesserung von beeinträchtigten Funktionen/ Performanzkomponenten.
- Die Anforderung einer Handlung an die Betätigungsperformanz wird dem betroffenen Menschen angepasst, z. B. durch Veränderungen im Ablauf.
- Das Umfeld wird so verändert, dass der betroffene Mensch genügend Unterstützung für die gestörten Performanzkomponenten hat, z. B. durch Adaption von Gegenständen oder Räumen.

Tab. 1.2 Umfang der gestörten Aktivität und Partizipation im Lebenslauf von Herrn E.

Diagnosen und Befunde	Zeitablauf	Beeinträchtigung der Aktivität (Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.)	Beeinträchtigung der Partizipation (Probleme, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erleben kann.)
Apoplex mit komplettem Verschluss der Arteria carotis interna, mit der Folge einer armbetonten Hemiparese rechts und globaler Aphasie	August 2002	<ul style="list-style-type: none"> ■ einseitig betonte Beeinträchtigung beim Ändern und Aufrechterhalten der Körperposition sowie beim Gegenstände Tragen, Bewegen und Handhaben, ■ beeinträchtigte Kommunikation, Selbstversorgung und häusliches Leben, ■ eingeschränkte Bewältigung von allgemeinen Aufgaben und Anforderungen, ■ Einschränkungen in weiteren bedeutenden Lebensbereichen sowie beim Lernen und bei der Wissensanwendung, ■ Beeinträchtigung interpersoneller Interaktionen und Beziehungen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ eingeschränkte Partizipation an der persönlichen Selbstversorgung und an der Mobilität, ■ stark eingeschränkte Partizipation am Informationssausaustausch, an sozialen Beziehungen, an der Gemeinschaft und am sozialen und staatsbürgerlichen Leben, ■ durch Krankenhausaufenthalt kaum Partizipation am häuslichen Leben, keine Partizipation an Bildung, Ausbildung, an Erwerbstätigkeit und anderer Beschäftigung
<ul style="list-style-type: none"> ■ Sturzfolge: Oberschenkelhalsbruch, operative Versorgung mit Nagel ■ Armbetonte Hemiparese mit Hypertonus 	November 2002	<ul style="list-style-type: none"> ■ noch eingeschränkt beim Ändern und Aufrechterhalten der Körperposition und Fortbewegung über weitere Strecken, nur einseitige Handhabungen von Gegenständen möglich, ■ leichte Einschränkungen in Teilbereichen der Kommunikation, der Selbstversorgung (Nahrungszubereitung und Einkauf), der allgemeinen Aufgabenbewältigung und leicht eingeschränkte weiterer Lebensaktivitäten, ■ Beeinträchtigung des Lernens und der Wissensanwendung sowie interpersoneller Aktivitäten 	<ul style="list-style-type: none"> ■ leicht bis minimal eingeschränkte Partizipation an der Mobilität, (kurzfristig stärker eingeschränkt nach Sturz), ■ minimal eingeschränkte Partizipation an der Selbstversorgung, ■ leicht bis minimal eingeschränkte Partizipation am Informationssausaustausch, an sozialen Beziehungen, an der Gemeinschaft und am sozialen und staatsbürgerlichen Leben, ■ keine Partizipation am häuslichen Leben (bis auf psychosoziale Partizipation), an Bildung, Ausbildung, an Erwerbstätigkeit und anderer Beschäftigung
<ul style="list-style-type: none"> ■ Restaphasie mit nichtflüssiger Sprache, ■ restliche leichte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen 	März 2003 bis September 2003	<ul style="list-style-type: none"> ■ Restaphasie mit nichtflüssiger Sprache, ■ restliche leichte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Restaphasie mit nichtflüssiger Sprache, ■ restliche leichte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Knochenentzündung, Hüftkopfresektion, ■ TEP, ■ armbetonte Hemiparese rechts mit Hypertonus 	Januar 2004 bis August 2004	<ul style="list-style-type: none"> ■ erneut eingeschränkt beim ändern und Aufrechterhalten der Körperposition und bei der Fortbewegung über weitere Strecken, ■ weiterhin nur einseitige Handhabungen von Gegenständen möglich, ■ Einschränkungen in der Selbstversorgung (Nahrungszubereitung und Einkauf) und weiterer Lebensaktivitäten 	<ul style="list-style-type: none"> ■ erneut eingeschränkte Partizipation an der Mobilität, ■ leicht eingeschränkte Partizipation an der Gemeinschaft und am sozialen Leben, ■ beginnende Partizipation an Bildung, Ausbildung (ergotherapeutische Maßnahmen), ■ keine Partizipation am häuslichen Leben (bis auf psychosoziale Partizipation), an Erwerbstätigkeit und anderer Beschäftigung

Tab. 1.2 Fortsetzung

Diagnosen und Befunde	Zeitablauf	Beeinträchtigung der Aktivität (Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.)	Beeinträchtigung der Partizipation (Probleme, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erleben kann.)
<ul style="list-style-type: none"> ■ armbetonte Hemiparese rechts, ■ TEP 	November 2005	<ul style="list-style-type: none"> ■ noch eingeschränkt beim Ändern und Aufrechterhalten der Körperposition rechtsseitig, nur einseitige Handhabungen von Gegenständen möglich, ■ leichte Einschränkungen der Selbstversorgung (Nahrungszubereitung und Einkauf) und weiterer Lebensaktivitäten 	<ul style="list-style-type: none"> ■ minimal eingeschränkte Partizipation an der Mobilität, ■ verminderte Partizipation am häuslichen Leben und anderer Beschäftigung, ■ Partizipation an Bildung, Ausbildung (Maßnahmen im Berufsförderungswerk), ■ keine Partizipation an Erwerbstätigkeit
<ul style="list-style-type: none"> ■ armbetonte Hemiparese rechts, ■ TEP 	Januar 2006	<ul style="list-style-type: none"> ■ noch eingeschränkt beim Ändern und Aufrechterhalten der Körperposition rechtsseitig, weniger Aktivitätsstörung in der Handhabung von Gegenständen, ■ geringe Einschränkungen bei einigen Lebensaktivitäten 	<ul style="list-style-type: none"> ■ minimal verminderte Partizipation an der Mobilität, am häuslichen Leben und anderer Beschäftigung, ■ keine Partizipation an Erwerbstätigkeit
<ul style="list-style-type: none"> ■ armbetonte Hemiparese rechts, ■ TEP 	März 2006	<ul style="list-style-type: none"> ■ siehe Januar 2006 	<ul style="list-style-type: none"> ■ minimal verminderte Partizipation an der Mobilität, am häuslichen Leben und anderer Beschäftigung, ■ beginnende Partizipation an Erwerbstätigkeit (Umschulung)

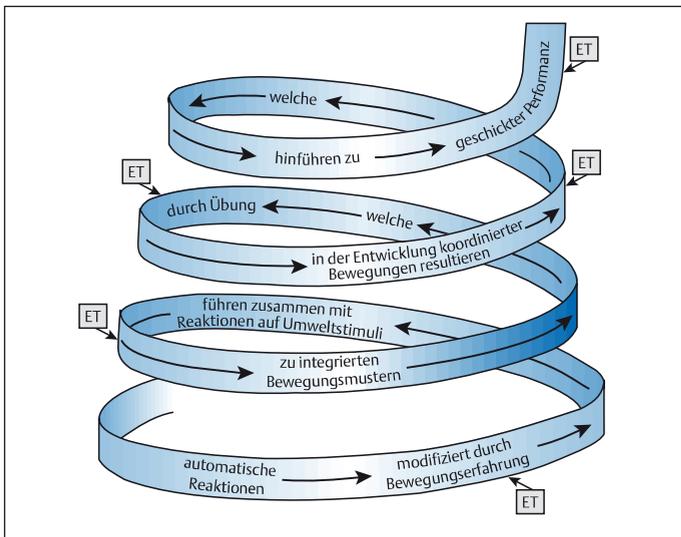


Abb. 1.2 Handlungsorientierung der Ergotherapie (nach Hagedorn 2000).

Diese betätigungsorientierte Methode bietet der Ergotherapeutin im neurologischen Arbeitsfeld 2 Möglichkeiten: Zum einen ermöglicht sie, den Alltag des Patienten und dessen Handlungen in seiner Gesamtheit zu erfassen und daraus mit dem Patienten die therapeutischen Ziele zu entwickeln. Zum anderen kann so aber auch herausgefunden werden, welche Betätigungen in der Handlung und in welchem Setting für den Patienten wie am besten therapeutisch zu nutzen sind.

Vorrangiges Ziel der gesamten Therapie ist dabei, die vom Patientenwunsch ausgehende Verbesserung seiner Performanzkomponenten unter Berücksichtigung seiner gestörten Basisfähigkeiten zu verbessern, so dass er seine gewohnten Handlungen wieder weitgehend selbstständig ausführen kann.

Um nun eine Handlung bzw. eine Betätigung in der Therapie zu nutzen, muss die Therapeutin analysieren, warum und wie sie diese einsetzen will und kann. Die Analyse der Handlung ist unterteilt in die mögliche Anwendbarkeit der Handlung an sich (z. B. zum Abruf von Performanzkomponenten als automatische Reaktion) und die Notwendigkeit einer Modifikation und Adaption der Handlungsanforderungen. Hierbei ist zu überlegen, ob die für die Handlung notwendige Betätigungsperformanz, die Fähigkeit des Patienten oder das Setting adaptiert werden muss.

Weiterhin muss bei der Analyse der Handlung beachtet werden (**Abb. 1.3**), ob es sich um eine Betätigung handelt, die der Patient immer schon ausgeführt hat, ob es sich um eine neue handelt oder ob es sich um eine alte Betätigung mit neuen Performanzkomponenten handelt (z. B. Brot streichen mit der linken anstatt der rechten Hand).

Die Therapeutin bespricht mit dem Patienten ihre Analyse und erläutert ihm dabei, warum sie bestimmte Tätigkeiten vorschlägt. Dies geschieht immer unter Berücksichtigung des angestrebten Ziels, d. h. der Handlung, die der Patient wieder ausführen möchte (s. Kap. 3). Das kann bedeuten, dass das Behandlungsziel möglicherweise eine Lösung für ein Performanzproblem (Problem in der Betätigungsdurchführung) sein soll, es kann aber auch eine bestimmte Fähigkeit oder Funktion für die gesamte Handlung wichtig sein. In diesem Fall kann die Handlung an sich für die Therapie dieser Fähigkeit oder Funktion genutzt werden.

Um ein Performanzproblem eines neurologischen Patienten zu identifizieren, muss „Art und Qualität der Aus- und Durchführung einer Aktivität, Handlung, Leistung“ (Hagedorn 2000) analysiert werden. Zu den Techniken der Analyse, der Adaption und der Anwendung als therapeutische Maßnahme einer

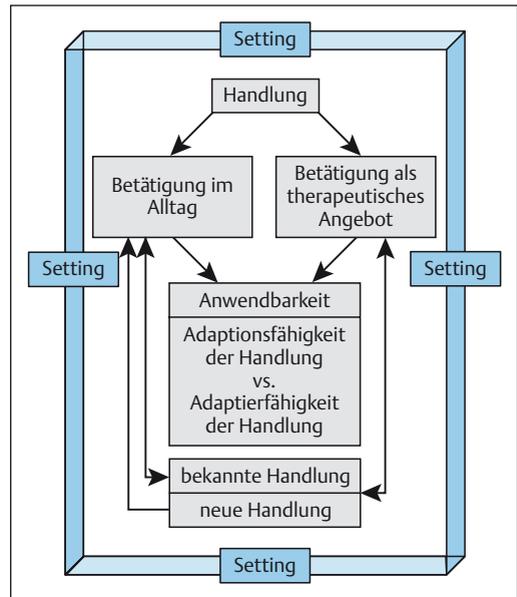


Abb. 1.3 Betätigungsanalyse.

Betätigung schlägt sie verschiedene Möglichkeiten vor, die zur Planung des Aktivitätseinsatzes sinnvoll erscheinen (s. Kap. 2).

Die Ergotherapeutin analysiert also eine gewünschte oder geplante Handlung unter neurologischen Gesichtspunkten nach den Performanzkomponenten, die für die Handlung benötigt werden. Dazu zergliedert sie Handlungen in Anforderungen und Einzelaufgaben von Aktivitäten (**Abb. 1.4**) und kann bei Bedarf die Handlung an das gewünschte Therapieziel adaptieren (s. Kap. 2).

Um nun die Handlungsfähigkeit ergotherapeutisch zu unterstützen, müssen alle Voraussetzungen des Patienten bedacht werden. Die Therapeutin beobachtet und analysiert daher die Handlung und die dazugehörigen Performanzkomponenten im Zusammenhang mit den:

- physiologischen Fähigkeiten des Patienten anhand ihrer Kenntnisse der normalen Bewegung,
- psychologischen Prozessen des Patienten anhand der Kenntnisse handlungspsychologischer (**Abb. 1.5**) und neuropsychologischer Abläufe,
- emotionalen Bedingungen des Patienten anhand des Wissens um die Einflussgrößen von Emotionen auf die Handlung.

Die Wirkung der verschiedenen Handlungskomponenten sollen hier anhand einiger Beispiele verdeutlicht werden:

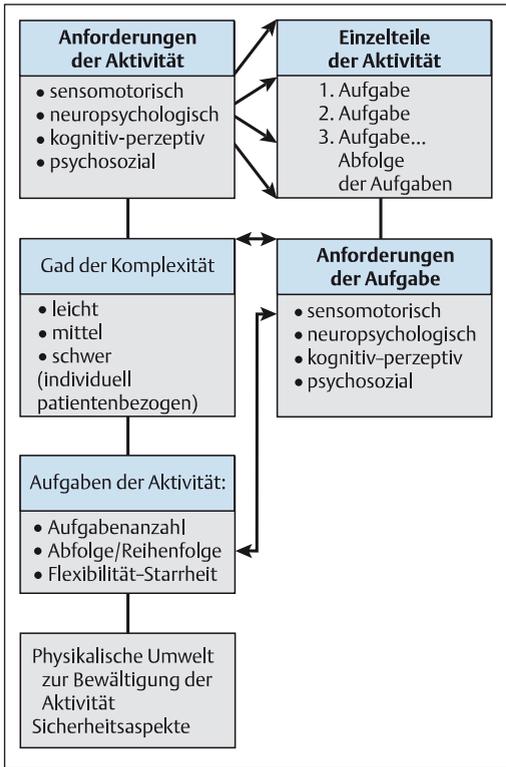


Abb. 1.4 Aktivitäts- und Aufgabenanalyse (nach Hagedorn 2000).

Beispiel 1: Ein Mensch hat Hunger und will sich etwas kochen (Intentionsbildung). Seine Muskulatur ist, als physiologischer Prozess, in Bereitschaft, um die Zutaten vorzubereiten, den Topf aus dem Schrank zu nehmen und für weiterführende Tätigkeiten (Intentionsinitiierung). Er bückt sich und nimmt den Topf aus dem Küchenschrank heraus, bereitet die Zutaten vor, kocht. (Intentionsrealisierung). Die Zubereitung wird beendet, anschließend wird gegessen und der Mensch ist satt (Intentionsdesaktivierung).

Beispiel 2: Der Sportler steht zum Sprint in den Startblöcken bereit (Intentionsbildung). Seine Streckermuskulatur ist gespannt zum Loslaufen (Intentionsinitiierung).

nung), sodass er noch vor dem Startschuss lossprintet (Intentionsrealisierung). Die psychische Spannung des Wettbewerbs hat physiologische Auswirkung. Der Schiedsrichter bricht den Start ab, der Sportler kehrt zu seinem Startblock zurück (Intentionsdesaktivierung). Der enttäuschende (emotionale) Start lässt ihn mit erhöhtem Tonus auf den nächsten Startschuss warten.

Beispiel 3: Der Patient sieht auf dem Tisch das von der Ergotherapeutin vorbereitete Material (Intentionsbildung). Er freut sich darauf, endlich wieder einmal in der Küche tätig zu sein. Sein gesamter Körper befindet sich in einer (emotional bedingten) physiologisch normalen Tonuserhöhung aufgrund der Vorfreude. Sein Tonus in Arm und Hand verstärkt sich pathologisch in der Erwartung, gleich mit einem Küchenmesser eine Salatgurke zu schneiden (Intentionsinitiierung). Es könnte auch sein, dass sich der Tonus pathologisch erhöht, weil der Patient nicht weiß, was er mit den Gegenständen tun soll (fehlgeleitete Intentionsrealisierung). Die Therapeutin führt den Patienten langsam an das Messer und die Salatgurke heran, mit dem Auftrag zunächst nur das Material zu spüren (Intentionsdesaktivierung der beachteten oder unbekanntenen Aktivität).

Beispiel 4: Der Patient wird in ein Bad geführt. Er steht hilflos im Raum und weiß nicht, was er hier soll. Es erfolgt keine Intentionsbildung und -initiierung. Er zeigt aufgrund der unsicheren Situation eine (emotional bedingte) Tonuserhöhung. Die Therapeutin führt ihn so im Bad, dass er durch Wahrnehmen über die weniger betroffene Seite und Anfassen der Gegenstände zu einer Intentionsbildung kommen kann.

1.1.6 Neuronale Bedingungen

Im Laufe seines Lebens baut jedes Individuum sein eigenes neuronales Netzwerk auf. Dies geschieht im Rahmen der persönlichen Entwicklung und Lebensgestaltung durch individuelle Stimuli, die sowohl bahrend als auch hemmend prägend auf das neuronale Netzwerk und damit das Leben wirken. Diese

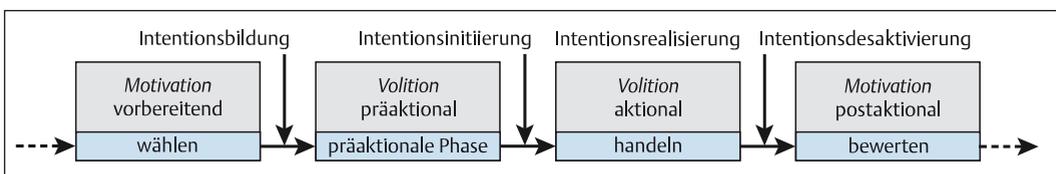


Abb. 1.5 Schematische Darstellung der 4 Handlungsphasen (nach Gollwitzer 1986).

besonderen, individuellen Prägungen machen das Charakteristikum des Netzwerks jedes Menschen aus. Tritt hier nun eine Schädigung auf, benötigt der Patient auch wieder individuelle Stimuli, um eine Reorganisation der Nervenzellen anzuregen.

Therapeutische und medizinische Erfahrungen zeigen stets, dass Patienten mit neurologischen Schädigungen bestimmte Fähigkeiten aufgrund der Plastizität des Gehirns wiedergewinnen können. Diesen Patienten werden in der Ergotherapie möglichst alltägliche und vertraute Handlungen angeboten, um dem ZNS bekannte und stimulierende Impulse anzubieten.

Ebenso dient die ausgewählte und bedeutungsvolle Betätigung der Hemmung störender und unerwünschter, pathologischer Handlungs- und Bewegungsabläufe.

Das Gehirn organisiert sich selbst kontinuierlich um und seine Verbindungen sind veränderbar. Es ist in der Lage, auf Veränderungen in seiner Struktur und auf Veränderungen aus der Umwelt mit anderen und neuen Organisationsstrukturen zu reagieren. Nelles (2004) beschreibt, dass in der Plastizität ein großes Selbstheilungspotenzial des Gehirns vermutet wird. Frühere Untersuchungen belegen bereits, dass funktionelle und strukturelle Umorganisationen ein Grundprinzip der Funktionsweisen des intakten ebenso wie des umschriebenen geschädigten Gehirns bilden (Hummelsheim 1998).

Sowohl wissenschaftliche Ergebnisse als auch Erkenntnisse über das Lernen (speziell das motorische Lernen) zeigen, dass bei jedem Lernvorgang im Gehirn ein funktioneller Umorganisationsprozess stattfinden kann (s. Kap. 2 u. 3). Plastizität des Gehirns bedeutet, dass es fähig zur Adaption, Reorganisation und Kompensation ist (Abb. 1.6). Menschliche Eigenschaften, Beschaffenheiten und Fähigkeiten haben eine Entsprechung im Gehirn. Diese Repräsentationen sind mit einer Landkarte vergleichbar, allerdings untereinander verknüpft. Die Verbindungen sind nach Ähnlichkeit und Häufigkeit strukturiert. Ihre Arbeitsweise folgt immer einem gleichen Grundprinzip. Die Verarbeitung ähnlicher und häufiger Reize erfolgt an beieinanderliegenden Feldern des Netzwerks. Die Repräsentation ähnlicher und häufiger Aktivität liegt ebenso nahe beieinander. Es kann dabei trotzdem zu erfahrungsabhängigen Umorganisationen kommen. Beispielsweise verändert sich die neuronale Repräsentation der Finger der linken Hand eines Geigenspielers im Vergleich zu Nichtmusikern erheblich. Auch diese Veränderbarkeit wird neuronale Plastizität genannt (Spitzer 2003). Die Übertragung der neuronalen Informati-

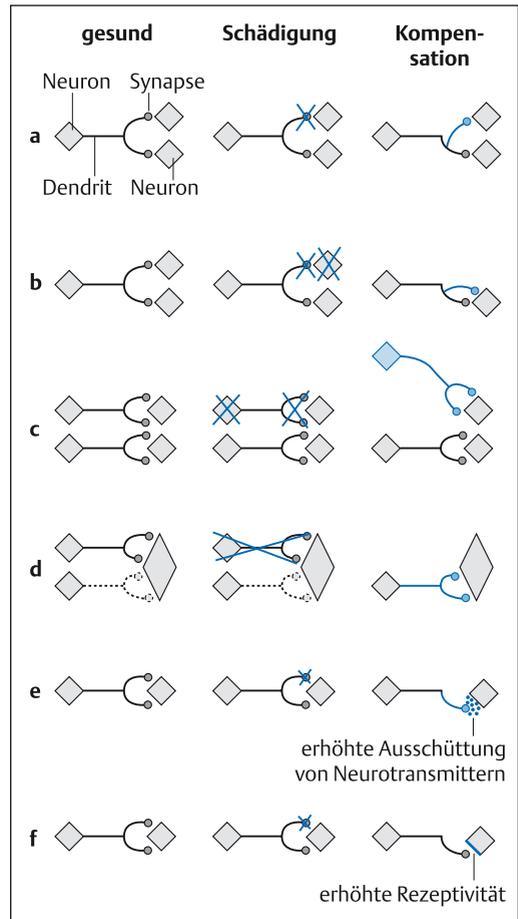


Abb. 1.6 Reorganisation und Kompensation.

onen geschieht mithilfe biochemischer Substanzen, den sogenannten Transmittern. Das Besondere an diesen Verbindungen ist, dass sie nicht nur Impulse durch Aktivierung übertragen, sondern Impulse auch hemmen können. Bei lange anhaltenden gleichen Impulsen bildet sich ein unverwechselbares Muster an neuronaler Aktivität, welches durch die Netzwerke zirkuliert. Diese Aktivität führt zu Veränderungen an den Synapsen im Sinne von verstärkter Übertragung und diese Veränderungen erleichtern die folgenden Übertragungen gleicher oder ähnlicher Muster (Pinel 1997). Damit sind die Muster an bestimmten Stellen repräsentiert. Die geordnete therapeutische Intervention ermöglicht also mit entsprechenden Impulsen und möglichen Veränderungen eine neurophysiologische Veränderung.

Neuere Studien (z.B. Nelles, 2004) zeigen, dass wirksame Stimuli Veränderungen in der kortikalen Repräsentanz erzeugen und bestimmte neuronale