Schule für Ergotherapie Biel

Texte zum Konzept
Ergotherapie
aus ERGOTHERAPIE
Arbeitsmaterialien zum Projekt ET-AT
EVS 1982

August 2007

TEXTE ZUM KONZEPT ERGOTHERAPIE 1982

Aus: **ERGOTHERAPIE**
Arbeitsmaterialien zum Projekt Ergotherapie –Aktivierungstherapie
Ergotherapeutinnen-Verband Schweiz (Hrsgb.) 1982

EINLEITUNG (S. 116 -118)

Die vorliegenden Texte zum Konzept der Ergotherapie sind das Ergebnis einer langjährigen Arbeit von Ergotherapeuten und Aktivierungstherapeuten aller Fachbereiche, die in Praxis und Ausbildung tätig sind. Sie stellen einen Versuch dar, das Konzept der Ergotherapie, wie es heute in der Schweiz praktiziert wird, zu umschreiben.
Bei unserer Arbeit mussten wir davon ausgehen, dass es eine umfassende theoretische Fundierung der Ergotherapie bisher nicht gibt. In der bestehenden Literatur über Ergotherapie sind fast ausschliesslich Methoden und Techniken dargestellt, die entweder einseitig auf medizinischen Grundlagen basieren, oder von sehr allgemeinen sozialpädagogischen Konzepten abgeleitet sind.

Ergotherapie liegt die Erfahrung zugrunde, dass menschliches Tätigsein sowohl in einem allgemeinen Sinn als auch auf sehr spezifische Weise therapeutische Wirkungen haben kann. Die Vielfalt in Frage kommender Tätigkeiten und die Komplexität ihrer möglichen Wirkung auf Patienten erklären, weshalb die vorliegenden praktischen Erfahrungen und Resultate der Ergotherapie (noch) keine umfassende wissenschaftliche Begründung gefunden haben. Moderne Handlungstheorien, Entwicklungstheorien, sowie Konzepte der humanistischen Psychologie weisen in diese Richtung und bestätigen die Komplexität des handlungsorientierten Konzeptes der Ergotherapie. Da Ergotherapie auf medizinischen, psychologischen und pädagogischen Grundlagen beruht, würde eine vereinheitlichende Theorie einschränken und kann deshalb zum heutigen Zeitpunkt nicht angestrebt werden.
Zu Anfang des Projektes wurde deutlich, dass für die aus der Praxis herausgewachsene junge Berufsgruppe gerade dieser Mangel an verbindlichen Theorien und anerkannten Konzepten zum Problem wurde. Dies wirkte sich einerseits aus in einer ausschliesslichen Praxisgläubigkeit bzw. Theoriefeindlichkeit, andererseits in einer Überschätzung jeweils aktueller Theorien und daraus abgeleiteter Konzepte und modischer Behandlungsmethoden. Beide Tendenzen wirkten einer Weiterentwicklung der Ergotherapie entgegen und legten eine Besinnung auf die Grundlagen unseres Berufes nahe. Es war uns von Anfang an bewusst, dass die hier gesammelten Texte nur im Sinne einer Annäherung an ein Konzept verstanden werden können. Konfrontiert mit den wachsenden Aufgaben unseres Berufes in Praxis und Ausbildung schien es uns jedoch wichtig, unsere Arbeit gemeinsam zu überdenken und zu formulieren.
Die hier aufgeführten Texte zum allgemeinen Konzept der Ergotherapie und die bereichsspezifischen Beiträge sind in einem mehrjährigen intensiven Dialog aller Beteiligten entstanden und haben sich wechselseitig beeinflusst. Schwierigkeiten bei diesem demokratischen Vorgehen entstanden vor allem durch die vielseitigen Meinungen und unterschiedlichen Interpretationen von Begriffen innerhalb der heterogenen Berufsgruppe. Besonders belastend war der Zeitdruck, da die meisten Kollegen diese Arbeit neben einer vollen Berufstätigkeit leisten mussten. Methodische Hilfen, mit diesen zusätzlichen Problemen umzugehen und effizient zusammenzuarbeiten, konnten die Gruppen z.T. erst im Verlauf des Projektes kennen lernen.
Als einen Gewinn dieser Arbeit erachten wir, dass es zu einem intensiven Austausch innerhalb der Berufsgruppe kam. Zweifel, Problemsituationen, die bisher von Einzelnen ausgehalten werden mussten, konnten besprochen und zumindest geteilt werden. Im Bemühen, die eigene Arbeit zu beschreiben, klärte sich vieles und es entstand ein besseres Verständnis auch für die Arbeit anderer Bereiche der Ergotherapie und diejenige angrenzender Berufsgruppen. So erlebten wir die Entstehung der vorliegenden Texte in erster Linie als einen wichtigen Entwicklungsprozess unserer Berufsgruppe.
Wie weit diese Texte zu einem Konzept der Ergotherapie Gültigkeit haben werden, können wir heute nicht beurteilen. Sie geben Aufschluss über den Stand der beruflichen Entwicklung in den Jahren 1978/82. Es war unser Ziel, mit dieser Arbeit einen Anfang zu machen, indem wir versuchten, gemeinsam zusammenzustellen und zu formulieren, wie wir heute in der Schweiz Ergotherapie verstehen und praktizieren. Dabei war für uns wohl das wichtigste Resultat, dass wir innerhalb der Berufsgruppe den Versuch wagten, trotz aller Schwierigkeiten nach einer gemeinsamen Sprache zu suchen, die es uns in den nächsten Jahren erleichtern wird, Ergotherapie in einem sinnvollen gesellschaftlichen Zusammenhang weiter zu entwickeln.

ZU EINEM ALLGEMEINEN KONZEPT DER ERGOTHERAPIE (S. 152-172)

VORWORT

Der erste Entwurf zu diesem Text wurde als Zusammenfassung der 1978/79 in den Arbeitsgruppen entstandenen Beiträge zum Konzept der Ergotherapie geschrieben. Im März 1980 wurde er erstmals einem grossen Kreis von Ergotherapeuten und Aktivierungstherapeuten zur Stellungnahme vorgelegt und aufgrund der Diskussionsergebnisse ergänzt und verändert.

In Zusammenarbeit mit den Arbeitsgruppen und Mitgliedern des Ausbildungsausschusses der Schule für Ergotherapie Biel entstand die vorliegende dritte Fassung. Sie diente 1982 den Arbeitsgruppen als gemeinsame Vorlage für die Texte zu den verschiedenen Bereichen der Ergotherapie.

Wir danken den Psychologen Regula Streckeisen, Dr. Hans Studer und Heinz Schüpbach für ihre Beratung und persönliche Unterstützung und allen Ergotherapeuten und Aktivierungstherapeuten, die sich an dieser herausfordernden Arbeit mit beteiligt haben.

Ursula Mosthaf
Elisabeth Staerkle

1. DEFINITION DER ERGOTHERAPIE

Ergotherapie leistet einen Beitrag innerhalb umfassender Behandlungs- und Rehabilitations-massnahmen.
Ergotherapeutische Massnahmen beruhen auf medizinischen, psychologischen und pädagogischen Grundlagen. Der Beruf des Ergotherapeuten wird innerhalb des Schweizerischen Gesundheitswesens der Gruppe der medizinisch-therapeutischen Berufe zugeordnet.
Ergotherapie ist indiziert bei Patienten, die vorübergehend oder dauernd durch Unfall, physische oder psychische Krankheit oder Behinderung, durch soziale oder entwicklungsbedingte Störungen eingeschränkt und dadurch im selbständigen Handeln beeinträchtigt sind.
Ziel der Ergotherapie ist es, in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, der Krankheit oder Behinderung entgegenzuwirken und den Patienten im Erhalten und Erreichen seiner Handlungsfähigkeit in persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensbereichen zu unterstützen.
Ergotherapie schliesst Erfassung, Planung, Behandlung und Evaluation ein. Eine sorgfältige und immer wieder neu anzupassende Erfassung des Patienten und seiner Lebenssituation ist die Voraussetzung für therapeutisches Planen und Handeln.
Ergotherapie (abgeleitet von griechisch ergein / tun, werken und therapeutein / dienen, pflegen, behandeln) geht davon aus, dass menschliches Tätigsein sowohl in einem allgemeinen Sinn als auch auf sehr spezifische Weise therapeutische Wirkungen haben kann. Das methodische Vorgehen und die Mittel der Ergotherapie richten sich darauf aus, für und mit dem Patienten verbesserte Handlungsvoraussetzungen zu schaffen, die seinen Bedürfnissen und seiner Belastbarkeit angepasst sind.
Tätigkeiten sind daher das eigentliche Mittel der Ergotherapie. Dem Auswählen und Vermitteln geeigneter Tätigkeiten kommt eine grosse Bedeutung zu. Es setzt beim Ergotherapeuten Fähigkeiten voraus, Tätigkeiten auf ihre physischen und psychischen Anforderungen hin zu analysieren und in ihrer Wirkung auf den einzelnen Patienten oder eine bestimmte Gruppe zu prüfen.
Die Zusammenarbeit mit dem Patienten, d.h. das Gespräch, das evtl. Vorbereiten und Begleiten während der Tätigkeit, wie auch das Bereitstellen und Anpassen von Materialien, Geräten und evtl. Hilfsmitteln erfordern differenziertes methodisches Vorgehen und therapeutisches Können.
Insbesondere bei schwerer behinderten Patienten ist es wichtig, mit nahestehenden Bezugspersonen zusammenzuarbeiten und die Bedürfnisse des täglichen Lebens in die Behandlung mit einzubeziehen.

2. INDIKATION ZUR ERGOTHERAPIE

Ergotherapie ist indiziert bei Patienten, die vorübergehend oder dauernd durch Unfall, physische, psychische Krankheit oder Behinderung, durch soziale oder entwicklungsbedingte Störungen eingeschränkt und dadurch im selbständigen Handeln beeinträchtigt sind.
Indikation zur Ergotherapie besteht insbesondere bei Patienten, die von einer langfristigen oder andauernden Behinderung bedroht und gezwungen sind, umzulernen und sich erschwerten Lebensbedingungen anzupassen. Sie kann auch indiziert sein bei Patienten mit akuten Erkrankungen, die einer kurzfristigen Intervention und intensiver rehabilitativer Massnahmen bedürfen.
Bei Indikation zur Ergotherapie erfolgt die Überweisung des Patienten zur Behandlung in der Regel durch einen Arzt.

3. ZIELSETZUNG DER ERGOTHERAPIE

3.1 Allgemeine Zielsetzung

Ergotherapie hat zum Ziel, die Situation des Patienten zu verbessern und begleitende Hilfe zu geben zur Bewältigung von Problemen und zur aktiven Auseinandersetzung mit der Krankheit oder Behinderung. Innerhalb interdisziplinärer Zusammenarbeit leistet Ergotherapie einen Beitrag, beim Patienten Initiative, Selbständigkeit und soziale Zugehörigkeit zu unterstützen und zu fördern und dadurch seine körperliche, psychische und soziale Situation zu bessern.

3.2 Spezifische Zielsetzung

Ergotherapie ist darauf ausgerichtet, bei Patienten, die durch Krankheit oder Behinderung in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind, Voraussetzungen für kompetentes Handeln zu entwickeln und zu fördern.
Kompetentes Handeln erfordert einerseits Antrieb und Motivation, andererseits Fertigkeiten und Fähigkeiten, um alltägliche Verrichtungen und individuell und sozial bedeutsame Handlungen planen und ausführen zu können.
Spezifische Zielsetzungen und konkrete Teilziele ergeben sich aus der Erfassung der personalen, interpersonalen und äusseren Handlungsvoraussetzungen des Patienten, einschliesslich ihrer durch Krankheit oder Behinderung verursachten Beeinträchtigungen.

3.2.1. Personale Handlungsvoraussetzungen.

Für die Therapie besonders bedeutsam sind die personalen Handlungsvoraussetzungen des Patienten und ihre Beeinträchtigungen durch die Krankheit oder Behinderung.
Personale Handlungsvoraussetzungen können in den folgenden drei Stufen umschrieben werden:

- *kognitive und soziale Fähigkeiten*
- *individuelle und soziale Fertigkeiten und Gewohnheiten*
- *motorische Funktionen, Sinnesfunktionen und physiologische Funktionen.*

Kognitive und soziale Fähigkeiten schliessen die bewusste, willentliche Antizipation (gedankliche Vorwegnahme), Ausführung und Evaluation von individuell und sozial bedeutsamen Handlungen ein. Weiter beinhalten sie die Bereitschaft zur Kooperation und Kommunikation, zur Reflexion von persönlichen Emotionen und Motiven, von sozialen Regeln und Normen.
Eingeschlossen sind dabei auch psychische Voraussetzungen, welche die Entwicklung eines Selbstkonzeptes ermöglichen.
Individuelle und soziale Fertigkeiten und Gewohnheiten sind teilweise automatisierte Verhaltensweisen, die es ermöglichen, alltägliche Verrichtungen relativ geläufig auszuführen.
Motorische Funktionen, Sinnesfunktionen und physiologische Funktionen sind die grundlegenden Voraussetzungen (Basisfunktionen) für Fertigkeiten und Gewohnheiten und für kognitive und soziale Fähigkeiten.
Für Zielsetzung, Planung und Durchführung der Therapie ist es unerlässlich, dass sowohl Schädigungen bzw. Störungen, als auch intakte personale Handlungsvoraussetzungen des Patienten auf allen drei Stufen (Fähigkeiten, Fertigkeiten, Funktionen) erfasst werden.

3.2.2. Interpersonale Handlungsvoraussetzungen

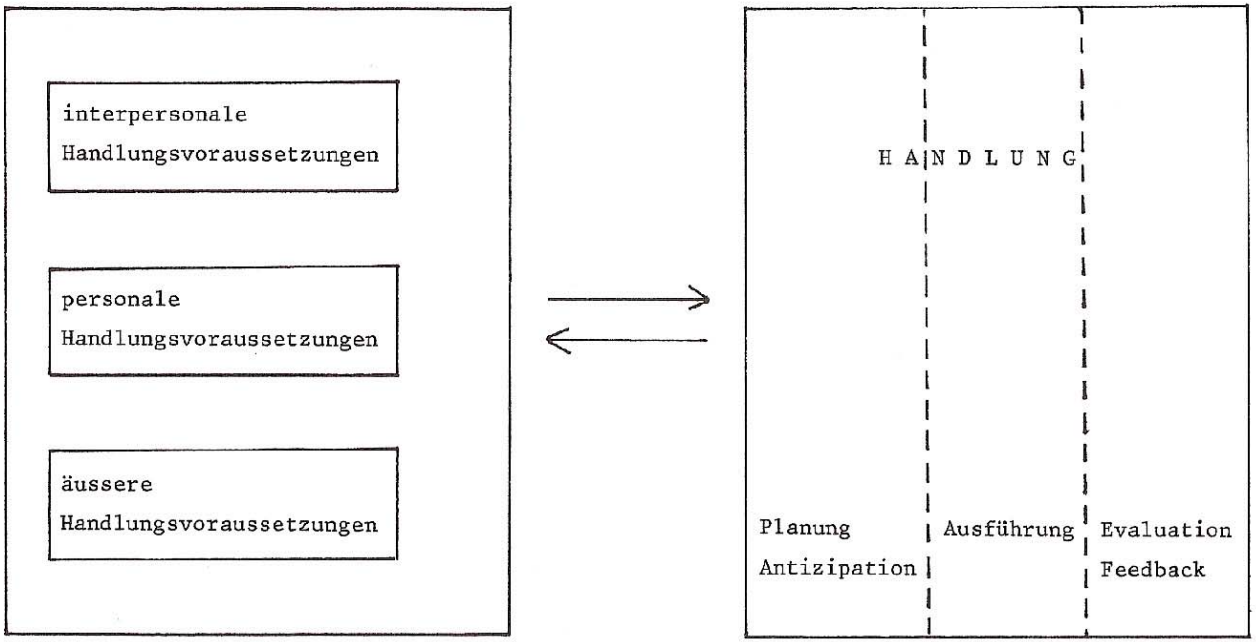
Unter interpersonalen Handlungsvoraussetzungen sind die zwischenmenschlichen Beziehungen und die soziale Situation des Patienten zu verstehen, die bei der Therapie erfasst und berücksichtigt werden müssen. Von besonderer Bedeutung ist die Beziehung zwischen Patient und Therapeut.
In die Zusammenarbeit werden häufig auch dem Patienten nahestehende Personen wie Familienangehörige, Pflegepersonal, Lehrer u.a. miteinbezogen.

3.2.3. Äussere Handlungsvoraussetzungen

Äussere Handlungsvoraussetzungen wie z.B. Wohnsituation, Tagesablauf, institutionelle Gegebenheiten, finanzielle Regelungen und Einstellungen gegenüber Kranken und Behinderten beeinflussen die Situation des Patienten.
Der Ergotherapeut muss diese räumlichen, zeitlichen, ökonomischen und gesellschaftlichen Bedingungen berücksichtigen und u.U. in die Zielsetzung miteinbeziehen.

Art und Schweregrad der Krankheit oder Behinderung des Patienten und andere Faktoren, wie Alter, soziale Situation u.a.m. beeinflussen die Entscheidung darüber, ob der Schwerpunkt der Behandlung mehr auf der Berücksichtigung der personalen, der interpersonalen oder der äusseren Handlungs-voraussetzungen liegt.

HANDLUNGSMODELL: HANDLUNGSVORAUSSETZUNGEN UND HANDLUNGSPHASEN



bisherige Entwicklung,
aktueller Stand der Handlungskompetenz

Tätigsein, Handeln als Mittel der Verbesserung/Förderung der Handlungskompetenz

weitere Förderung und Entwicklung der Handlungskompetenz

4. ERGOTHERAPEUTISCHES VORGEHEN

Ergotherapeutisches Vorgehen schliesst Erfassung, Planung, Behandlung und Evaluation ein.
Es ist nicht möglich, diese einzelnen Phasen des therapeutischen Vorgehens klar voneinander abzugrenzen. Sie verlaufen in der Praxis häufig gleichzeitig und sind auf vielfältige Weise aufeinander bezogen. Sie können in der genannten Reihenfolge vor sich gehen, sie können gleichzeitig verlaufen (Behandlung und Erfassung), oder es können sich direkte Rückschlüsse ergeben (z.B. von der Planung zurück zur Erfassung). Therapieziele, Methoden und Mittel werden während dieses dauernden Prozesses des Vergleichens und Veränderns zunehmend differenzierter, indem sie dem Behandlungsverlauf immer wieder neu angepasst werden.

4.1 Erfassung

4.1.1 Bereiche der Erfassung

Eine sorgfältige Erfassung des Patienten ist Grundlage der Behandlung.
Sie richtet sich auf:
- Angaben zur Person des Patienten Alter, Geschlecht, Zivilstand, Beruf usw.
- Krankheit oder Behinderung Anamnese, Diagnose, Krankheitsverlauf
- Handlungsvoraussetzungen des Patienten und deren Beeinträchtigung durch Krankheit oder Behinderung

4.1.2 Methoden und Mittel der Erfassung

Die Erfassung des Patienten findet meistens innerhalb der Behandlungssituation statt. Wesentlich für die Qualität der Erfassung ist die Erfahrung des Ergotherapeuten, durch Unterlagen, Informationen und eigene Beobachtungen wichtige Hinweise zu finden und Schlüsse daraus zu ziehen.
Unterlagen wie Krankheitsgeschichte, Gutachten, Berichte u.a. orientieren über den bisherigen Verlauf und den gegenwärtigen Stand der Krankheit oder Behinderung des Patienten, sowie über andere medizinische, therapeutische, soziale und pädagogische Massnahmen.
Ergänzende Informationen erhält der Ergotherapeut durch den Patienten und u.U. durch Bezugspersonen wie Angehörige, Pflegepersonal, andere Therapeuten, Lehrer u.a.

Wichtigstes Mittel der Erfassung für den Ergotherapeuten ist die **Beobachtung.** Sie richtet sich auf:

- spontanes, das heisst in diesem Zusammenhang nicht von Testsituationen beeinflusstes Verhalten des Patienten im Umgang mit sich selbst, im Kontakt mit Menschen, im Umgang mit Materialien und Gegenständen.
- das Verhalten des Patienten in Situationen, die vom Therapeuten strukturiert sind, z.B. beim Lösen von Aufgaben, beim Ausführen bestimmter Handlungsabläufe, die besondere Anforderungen stellen (motorischer Funktionstest, Selbsthilfetest, Prüfung von Wahrnehmungsleistungen, Arbeits - und Belastungsproben) oder in sozialen Situationen, die vom Therapeuten bestimmt werden.

Abklärungen evtl. auch ohne nachfolgende ergotherapeutische Behandlung werden in einzelnen Fällen als Beitrag zur Entscheidung über rehabilitative Massnahmen durchgeführt. Dabei kann es sich um die Differenzierung von Diagnosen, um Mitsprache bei der Planung weiteren Vorgehens, um die Abgabe von Hilfsmitteln, um spezielle Einrichtungen in der Wohnung und am Arbeitsplatz u.a.m. handeln.

Der Therapeut muss aufmerksam und offen sein, um die Situation, die Handlungsvoraussetzungen und Bedürfnisse des Patienten zu erfassen und Veränderungen, die im Moment oder im Verlauf einer längeren Behandlungszeit eintreten, wahrzunehmen. Aus einer gründlichen Erfassung ergeben sich Zielrichtungen, aus denen die konkreten Nah- und Fernziele der Therapie abgeleitet werden.

4.2 Planung und Behandlung

4.2.1 Planung der Behandlung

Voraussetzung für eine wirksame Therapie ist eine gründliche Planung aller Massnahmen. Aufgrund einer differenzierten Erfassung müssen Zielvorstellungen entwickelt und konkrete Nah- und Fernziele bestimmt werden. Aus diesen Zielsetzungen wird das methodische Vorgehen d.h. die Auswahl, das Einsetzen und Dosieren der Methoden und Mittel abgeleitet und immer wieder mit den sich verändernden persönlichen Voraussetzungen und Bedürfnissen des Patienten in Übereinstimmung gebracht. Aus der Indikation und den daraus entwickelten Zielsetzungen ergeben sich

Behandlungsform, Behandlungszeit, Behandlungsart und die Formen der Zusammenarbeit im Rahmen der institutionellen Gegebenheiten.

4.2.2 Planungskriterien und Grundsätze

Ergotherapie als Behandlungsverlauf kann als Entwicklungsprozess betrachtet werden, bei dem Patient und Therapeut als Partner beteiligt sind. Eine Atmosphäre, in der sich Patient und Therapeut wohlfühlen, stellt eine wichtige Voraussetzung dar, dass sich eine tragfähige und partnerschaftliche Beziehung entwickeln kann.
Vorhandene physische und psychische Fähigkeiten, Bedürfnisse und Interessen des Patienten werden in die Behandlung miteinbezogen. Der Krankheit oder Behinderung des Patienten wird Rechnung getragen durch das Berücksichtigen von Indikationen und Gegenindikationen.
Interpersonale und äussere Faktoren, die die Lebenssituation des Patienten wesentlich mitbestimmen, werden in der Behandlung berücksichtigt.
Die Tätigkeit des Therapeuten darf sich nicht ausschliesslich auf die Behandlungssituation beschränken. Um in der Therapiesituation erarbeitete günstige Bedingungen und praktische Hilfen in die konkreten Lebenssituationen des Patienten zu integrieren, richtet sich die Aufmerksamkeit des Therapeuten auch darauf, Gegebenheiten des täglichen Lebens zu erfassen und zu erschliessen. Es geht darum, gemeinsam mit dem Patienten und evtl. seinen Bezugspersonen realistische Möglichkeiten zu erarbeiten, die es dem Patienten erlauben, so selbständig und unabhängig wie möglich zu handeln.

4.2.3 Methodisches Vorgehen und Mittel der Behandlung

Die Therapiesituation wird beeinflusst durch die gewählte Behandlungsform (Einzeltherapie / Gruppentherapie), Häufigkeit und Dauer der Behandlung und die räumlichen Verhältnisse. Innerhalb dieser organisatorischen Bedingungen, die der Ergotherapeut nur teilweise mitbestimmt, ist es ihm überlassen, die Therapiesituation zu gestalten. Um während einer Behandlungsstunde für die momentanen Bedürfnisse des Patienten offen und flexibel sein zu können, muss der Therapeut klare Zielvorstellungen haben, gut vorbereitet sein und ein breites Angebot an Mitteln und methodischen Möglichkeiten zur Verfügung haben.

4.2.3.1. Tätigkeit

Ergotherapie geht davon aus, dass für den Patienten sinnvolle und ihm angepasste Tätigkeiten therapeutische Wirkungen haben, d.h. Heilungs-, Lern- und Integrationsprozesse begünstigen können. So haben ausgewählte Tätigkeiten in erster Linie therapeutischen Wert; sie können jedoch für die Handlungsfähigkeit des Patienten auch von unmittelbarer Bedeutung sein und damit in sich selbst ein anzustrebendes Therapieziel darstellen.
Unter dem Sammelbegriff "Tätigkeit" sind spielerische, kreative, produktive und zur Alltagsbewältigung erforderliche praktische Tätigkeiten zu verstehen. Aus der Vielzahl der infrage kommenden Tätigkeiten seien hier folgende Gruppen erwähnt:

- **Aktivitäten des täglichen Lebens**
- **spielerische, musische und geistige Tätigkeiten**
- **bildnerisches Gestalten und Werken**
- **vorbereitende Tätigkeiten für Schule, Berufsausbildung und Beruf**

Dem **Auswählen, Vorbereiten und Anpassen der Tätigkeiten** kommt eine grosse Bedeutung zu. Es setzt beim Ergotherapeuten die Fähigkeit voraus, Tätigkeiten auf ihre kognitiven, sensorischen, motorischen und sozioemotionalen Anforderungen hin zu analysieren und sie dem Alter, dem Entwicklungsstand und den Bedürfnissen des Patienten anzupassen. Die individuellen Voraussetzungen und die spezifische Behinderung des Patienten beeinflussen die Wahl der sozialen Situation, das Bereitstellen von Materialien, Werk zeugen und Spielzeug, nötigenfalls von Hilfsmitteln und Adaptationen.
Um möglichst gute Voraussetzungen für den Patienten zu schaffen, muss der Ergotherapeut u.U. vorbereitend behandeln zur Erleichterung einzelner, für die Tätigkeit erforderlicher Fähigkeiten. In der eigentlichen Tätigkeitsphase können dann solche, für den Patienten wichtige Handlungselemente kombiniert und in der wiederholten Ausführung geübt werden.

Die Bedeutung der Tätigkeit als therapeutisches Mittel liegt vor allem darin, dass Planen und Ausführen selbst der einfachsten Tätigkeiten des täglichen Lebens, das Zusammenspiel komplexer Fähigkeiten erfordern.
Der therapeutische Wert einer Tätigkeit ist umso grösser, je mehr sie vom Patienten nicht nur als Übung, sondern als Einheit und sinnvolles eigenes Handeln erlebt wird. In manchen Situationen kann

es eine Rolle spielen, dass auch nahe Bezugspersonen des Patienten die Tätigkeit gutheissen und eventuell aktiv unterstützen.

4.2.3.2 Methodisches Vorgehen in verschiedenen Behandlungsbereichen bezogen auf Aspekte des Verhaltens

Beim Planen und Ausführen von Tätigkeiten wirken Motivation, Sinnesempfindungen, Bewegungen, soziale und kognitive Fähigkeiten auf komplexe Weise zusammen. Um auf die Schwierigkeiten des Patienten eingehen zu können, müssen die folgenden Aspekte des Verhaltens erfasst und in der Therapie berücksichtigt werden.

Sensorik
Sensorische Beeinflussung im Sinne von Sensibilisierung und Desensibilisierung, insbesondere im taktil-kinästhetischen Bereich, ist bei Patienten mit sensomotorischen und perzeptiv-kognitiven Störungen zur Erleichterung von Haltung und Bewegung, der Handhabung von Gegenständen und praktischem Verhalten von grosser Bedeutung. Bei psychisch Kranken, z.B. Patienten mit Depersonalitätserlebnissen, bei Störungen des Körpergefühls, spielt das Einbeziehen sensorischer Erlebnisse eine wichtige Rolle.
Sensorisches Empfinden und Erleben kann durch Körperkontakt, körpernahe Behandlung und durch die besonderen physikalischen Eigenschaften ausgewählter Materialien beeinflusst werden.
Um hier spezifisch arbeiten zu können, sind spezielle Kenntnisse neurophysiologischer und neuropsychologischer Konzepte erforderlich, sowie die Fähigkeit, Materialien und Gegenstände auf ihren sensorischen Wert (Oberflächenstruktur, Grösse, Gewicht usw.) hin zu analysieren und dosiert einzusetzen.

Motorik
Körperlich behinderte Patienten brauchen häufig Hilfe, um für die Ausführung bestimmter Tätigkeiten erforderliche Haltungen einzunehmen und sich entsprechend bewegen zu können.
Die körperliche Unterstützung und manuelle Erleichterung von Haltung und Bewegung erfordert spezielle Kenntnisse und Methoden aus dem Bereich physiotherapeutischer Behandlungsverfahren, sowie die Fähigkeit, Tätigkeiten auf ihren Bewegungs- bzw. Stabilisierungswert hin zu analysieren und ihre Ausführung entsprechend vorzubereiten und zu kontrollieren.
Während der Ausführung einer Tätigkeit hängt es von Art und Schweregrad der Behinderung ab, ob der Therapeut Haltung und Bewegung des Patienten leitet, oder ob eine Kontrolle und Erleichterung durch die Tätigkeit selbst, d.h. ihre besonderen sensorisch-motorischen Anforderungen gewährleistet ist. Weitere Hilfen können durch adaptiertes Material, Geräte, Hilfsmittel und Einrichtungen gegeben werden.
Bei Patienten mit psychischen und/oder psychosomatischen Krankheiten können Tätigkeiten mit besonderen motorischen Anforderungen angezeigt sein.

Kognitive Fähigkeiten
Liegt ein Entwicklungsrückstand oder erworbene Störungen im perzeptiv-kognitiven Bereich vor, bieten ausgewählte Tätigkeiten die Möglichkeit, den Patienten mit ihm angepassten Aufgaben des Planens und Organisierens von Handlungen zu konfrontieren. Beim Realisieren von Tätigkeiten und Vorhaben kann der Ergotherapeut dem Patienten Hilfe bieten zum Bilden und Klären von Motiven und Zielvorstellungen sowie zum Entscheiden, Planen und Durchführen konkreter Handlungsvorhaben. Dazu sind u.U. auf diese konkreten Vorhaben bezogene perzeptiv-kognitive Vorübungen notwendig (Anknüpfen an Bekanntem, Vereinfachungen, Aufgliedern in Teilschritte u.a.m.).
Um hier, insbesondere bei hirngeschädigten und geistigbehinderten Patienten, spezifisch arbeiten zu können, sind Kenntnisse aus den Gebieten der Entwicklungspsychologie, Neuropsychologie und Heilpädagogik erforderlich.

Emotionale Fähigkeiten
In Einzelgesprächen, Gruppenprozessen und mit geeigneten Tätigkeiten können bei Patienten mit psychischen Störungen emotionale Fähigkeiten gefördert werden. Die Tätigkeit und der Kontakt mit Therapeuten und Mitpatienten geben dem Patienten Gelegenheit, sich selbst, seine persönlichen Fähigkeiten und Grenzen vertieft wahrzunehmen und dadurch vorhandene Ängste abzubauen und Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen zu erlangen oder wiederzugewinnen.

Soziale Interaktion
Um dem Patienten die therapeutischen Massnahmen verständlich zu machen und sie in einen für ihn sichtbaren Zusammenhang mit seinen Bedürfnissen zu bringen, bedarf es verschiedenster Mittel verbaler und nonverbaler Interaktion. Von besonderer Bedeutung ist dabei das Gespräch zwischen Patient und Therapeut. Dem Patienten kann Hilfe geboten werden, auch zu anderen Menschen

Beziehungen zu finden. Die Persönlichkeit des Therapeuten, d.h. seine Art sich zu verhalten, sein Selbstverständnis und seine Einstellung gegenüber dem Patienten sind in diesem Zusammenhang entscheidend.
In der Arbeit mit Patienten mit gravierenden Störungen im sozio-emotionalen Verhalten müssen die persönlichen Fähigkeiten des Therapeuten unterstützt werden durch spezielle Kenntnisse und Methoden sozialer Interaktion und psychotherapeutischer Behandlungsverfahren.

4.2.3.3 Grundsätzliche Ueberlegungen zum Aufbau einer Therapiestunde

Beim Aufbau einer Therapiestunde können grundsätzlich Vorbereitungs-, Tätigkeits- und Abschlussphase unterschieden werden. Es hängt von Alter und Belastbarkeit des Patienten und der therapeutischen Zielsetzung ab, wie diese Phasen jeweils gewichtet werden.

Vorbereitungsphase
Ergotherapeutische Behandlungssituationen erfordern in der Regel konkrete Vorbereitungen, die je nach Zielsetzung ohne den Patienten bzw. mit dem Patienten gemeinsam vorgenommen werden. Im Hinblick auf möglichst selbständiges Planen und Handeln kann eine spezifisch vorbereitende Behandlung erforderlich sein. Emotionales Einstimmen, perceptiv-kognitiv und/oder sensorisch-motorische Vorbereitung im Sinne der beschriebenen therapeutischen Möglichkeiten sind hier von wesentlicher Bedeutung.
Zur Einrichtung des Tätigkeitsfeldes gehören die Auswahl des Raumes wie auch die bewusste Anordnung bzw. Anpassung von Materialien, Werkzeugen, Gegenständen und Hilfsmitteln.
Tätigkeitsphase
Während dieser Phase ist es wichtig, dass der Patient zu einer möglichst selbständigen und für ihn sinnvollen Tätigkeit kommt. Vom Therapeuten ist zu beachten, dass physische und psychische Hilfen und Erleichterungen richtig dosiert und angeboten werden. In dem Masse, in dem der Patient lernt, sich den besonderen Bedingungen der Tätigkeit bzw. der sozialen Situation anzupassen, kann es angezeigt sein, entsprechend den methodischen Prinzipien der abnehmenden Hilfe und der zunehmenden Selbständigkeit, Erleichterungen allmählich zurückzunehmen und die Anforderungen zu steigern.
Abschlussphase
Bei der Gestaltung der Therapiestunde ist es wichtig, diese mit dem Patienten zu einem deutlichen Abschluss zu bringen. Dies kann z.B. durch ein bewusstes Abschliessen der Tätigkeit oder in einem rückblickenden Gespräch mit dem Patienten geschehen.

4.3 Evaluation

Während des Therapieverlaufs erfolgt eine regelmässige Überprüfung der Zielvorstellungen und konkreten Zielsetzungen. Daraus resultiert eine permanente Neuanpassung der Nahziele, Mittel und Methoden.
Rückmeldungen dazu ergeben sich unmittelbar in der Behandlungssituation durch die Beobachtung und durch Information des Patienten. Bei bestimmten Patientengruppen werden sie ergänzt durch einen motorischen Status, durch Tests, Messungen u.a.m. Medizinische Kontrollen und Rückmeldungen durch andere Rehabilitations - Fachleute und Bezugspersonen des Patienten beeinflussen die Beurteilung des Therapieverlaufs und den Abschluss der Therapie. Der Behandlungsverlauf wird in der Regel durch fortlaufende Aktenführung, Aufnahmestatus, Zwischen- und Abschlussberichte festgehalten und evtl. ergänzt durch Arbeitsproben, Foto-, Film- oder Videodokumentationen.

Grundlagentexte zum Ergotherapiekonzept 1982

DEFINITION DER ERGOTHERAPIE DER WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPY, 1976

"Occupational Therapy is assessment and treatment through the specific use of selected activity. This is designed by the Occupational Therapist and undertaken by those who are temporarily or permanently disabled by physical or mental illness, by social or developmental problems. The purpose is to prevent disability and to fulfill the person's needs by achieving optimum function and independence in work, social and domestic environments. "
(WFOT Council Meeting 1976)

„Ergotherapie bedeutet Erfassung und Behandlung durch spezifisches Einsetzen ausgewählter Aktivität. Diese wird vorn Ergotherapeuten konzipiert und durchgeführt in Zusannnenarbeit mit Patienten, die vorübergehend oder dauernd durch physische oder psychische Krankheit, durch soziale oder entwicklungsbedingte Störungen behindert sind. ziel der Ergotherapie ist (fortschreitender) Behinderung entgegenzuwirken und persönlichen Bedürfnissen des Patienten nachzukonnnen durch das Erreichen optimaler Funktionsfähigkeit und Unabhängigkeit in den häuslichen, ‚sozialen und beruflichen Lebensbereichen“.
(Übersetzung EVS Projekt ET/AT, 1978)

THE PHILOSOPHICAL BASE OF OCCUPATIONAL THERAPY

Man is an active being whose development is influenced by the use of purposeful activity. Using their capacity for intrinsic motivation, human beings are able to influence their physical and mental health and their social and physical environment through purposeful activity. Human life includes a process of continuous adaptation. Adaptation is a chance in function that promotes survival and self-actualization. Biological, psychological, and environmental factors may interrupt the adaptation process at any time through the life cycle.
Dysfunction may occur when adaptation is impaired. Purposeful activity facilitates the adaptive process. Occupational Therapy is based on the belief that purposeful activity (occupation), including its interpersonal and environmental components, may be used to prevent and mediate dysfunction, and to elicit maximum adaptation. Activity as used by the Occupational Therapist includes both an intrinsic and a therapeutic purpose.

(Adopted by the Representative Assembly, American Occupational Therapy Association Inc. April, 1979)

LITERATURHINWEISE

Flavell J.: KOGNITIVE ENTWICKLUNG, Stuttgart 1979

Frese M., Semmer N.: HANDLUNGSTHEORETISCHE IMPLIKATIONEN FUER KOGNITIVE THERAPIE, in : Hoffmann N. (Hrsg.), "Grundlagen kognitiver Therapie", Bern 1979

Galperin P.J.: DIE ENTWICKLUNG DER UNTERSUCHUNGEN ÜBER DIE BILDUNG GEISTIGER OPERATIONEN, in: Hiebsch (Hrsg.), "Ergebnisse der sowjetischen Psychologie", Stuttgart 1969

Hacker W.: ALLGEMEINE ARBEITS- UND INGENIEURSPSYCHOLOGIE, Bern 1978

Hopkins,H.L.; Smith, H.D.,(Hrsgb.): WILLARD AND SPACKMAN'S OCCUPATIONAL THERAPY, 5th Edition, Philadelphia 1978

Jantzen W.: GRUNDRISS EINER ALLGEMEINEN PSYCHOPATHOLOGIE UND PSYCHOTHERAPIE, Köln 1979

Jentschura, G.; Janzen,H.-W.,(Hrsgb.): BESCHAEFTIGUNGSTHERAPIE Stuttgart 1979

Jetter K.H.: KINDLICHES HANDELN UND KOGNITIVE ENTWICKLUNG, Bern 1975

Leontjew A.N.: PROBLEME DER ENTWICKLUNG DES PSYCHISCHEN, Frankfurt a.M. 1973

Leontjew A.N.: TAETIGKEIT, BEWUSSTSEIN, PERSOENLICHKEIT, Stuttgart 1977

Miller G.A., Galanter E., Pribram K.H.: STRATEGIEN DES HANDELNS, Stuttgart 1974

Neisser U.: KOGNITION UND WIRKLICHKEIT, Stuttgart 1979

Piaget J.: DER AUFBAU DER WIRKLICHKEIT BEIM KINDE, Stuttgart 1975

Piaget J.: DIE ENTWICKLUNG DES RAEUMLICHEN DENKENS BEIM KINDE, Stuttgart 1975

Reed, K.; Sanderson, S.R.: CONCEPTS OF OCCUPATIONAL THERAPY, Ba1timore 1980

Rubinstein S.L.: SEIN UND BEWUSSTSEIN, Berlin 1977

Semmer N., Pfäfflin M.: INTERAKTIONSTRAINING - Ein handlungstheoretischer Ansatz zum Training sozialer Fertigkeiten, Weinheim 1979

Volpert W.: HANDLUNGS STRUKTURANALYSE ALS BEITRAG ZUR QUALIFIKATIONSFORSCHUNG, Köln 1974

Volpert W.: DER ZUSAMMENHANG VON ARBEIT UND PERSOENLICHKEIT AUS HANDLUNGSTHEORETISCHER SICHT, in: Grosskurth P. (Hrsg.), "Arbeit und Persönlichkeit", Hamburg 1979

Wehrstedt W.: KURZER ABRISS DER POLNISCHEN TAETIGKEITSPSYCHOLOGIE, in: Braun/ Holzkamp (Hrsg.), "Kritische Psychologie", Band 2, Köln 1977