

Inhaltsverzeichnis

1	Sozialwissenschaften	20
1.1	Soziologie	20
1.1.1	Soziologische Perspektive	21
1.1.2	Was ermöglicht soziales Handeln?	23
1.1.3	Prinzipielle Offenheit sozialer Interaktion	25
1.1.4	Typische soziologische Themen und Themengebiete	27
1.1.5	Warum gibt es einen Bedarf für soziologisches Forschen und Denken?	30
1.1.6	Interdisziplinarität als Programm – das Zusammenwirken von Wissenschaften	32
1.1.7	Zum Anspruch sozialwissenschaftlicher Forschung	33
1.1.8	Fragestellungen in der soziologischen Forschung	34
1.1.9	Theorie der sozialen Rolle	37
1.1.10	Funktionen sozialer Rollen	40
1.1.11	Paradoxie von Rollen	42
1.1.12	Widersprüche und Konflikte in der Therapeutenrolle	47
1.1.13	Rollenunterschiede im Wandel – die Rolle der Ergotherapie	49
1.2	Persönlichkeitspsychologie und Persönlichkeitsmodelle, klinische Psychologie	50
1.2.1	Psychotherapie im Wandel der Zeit	50
1.2.2	Berufsfeld Psychotherapie	53
1.2.3	Bedeutende psychotherapeutische Schulen	60
1.2.4	Psychoanalyse	65
1.2.5	Verhaltenstherapie	91
1.2.6	Systemische Therapie	103
1.2.7	Gesprächspsychotherapie – Personenzentrierte Psychotherapie	121
1.2.8	Für die Ergotherapie bedeutsame schulenunabhängige Psychotherapie	132
1.2.9	Weitere Methoden	134
1.3	Allgemeine Psychologie	138
1.3.1	Wahrnehmung	138
1.3.2	Gedächtnis	158
1.3.3	Motivation	176
1.3.4	Emotion	210

1.4	Entwicklungspsychologie	218
1.4.1	Fachgebiet	218
1.4.2	Erbanlage und Umwelt	230
1.4.3	Psychologie der Entwicklung: Prozesse, Strukturen, Phasen	236
1.5	Sozialpsychologie	291
1.5.1	Begriff der Sozialpsychologie	291
1.5.2	Soziale Kognition	292
1.5.3	Kommunikation und Interaktion im ergotherapeutischen Berufsfeld	312
1.5.4	Konflikt und Konfliktanalyse	328
1.5.5	Gruppe und Gruppendynamik	337
1.6	Arbeits- und Organisationspsychologie	369
1.6.1	Gegenstand Arbeits- und Organisationspsychologie	369
1.6.2	Soziale Organisationen und ihre Strukturen	372
1.6.3	Bedeutung der Arbeit im historischen Kontext	375
1.6.4	Psychosoziale Rahmenbedingungen der Arbeit und Kontexteinflüsse	378
1.6.5	Arbeit und Persönlichkeitsentwicklung	388
1.6.6	Arbeit – Emotion und Motivation	395
1.6.7	Belastung in der Arbeit	400
1.7	Kontroll- und Prüfungsfragen	416
1.7.1	Soziologie	416
1.7.2	Persönlichkeitspsychologie und Persönlichkeitsmodelle	416
1.7.3	Allgemeine Psychologie	417
1.7.4	Entwicklungspsychologie	419
1.7.5	Kommunikation	419
1.7.6	Arbeits- und Organisationspsychologie	421
2	Pädagogik und pädagogische Psychologie	432
2.1	Einführung in das Fachgebiet	432
2.2	Historischer Exkurs	434
2.3	Erziehung	438
2.3.1	Erziehungsziele und -inhalte	440
2.3.2	Formen der Erziehung	441
2.3.3	Erziehungsstil und Erziehungshaltungen	441

2.3.4	Erziehungsstil-Typologien	442
2.3.5	Erziehungshaltung und pädagogische Beziehung	446
2.3.6	Erziehungsmaßnahmen	447
2.3.7	Zusammenwirken von Erziehungsstil, Methodik und Entwicklung des Kindes	448
2.3.8	Rechtliche Regelungen zur Erziehungshilfe	448
2.4	Bildung	448
2.4.1	Pädagogisch gelenkter Bildungsprozess	449
2.4.2	Bildung und soziale Ungleichheit	450
2.5	Pädagogische Psychologie	451
2.5.1	Entstehungsgeschichte	452
2.5.2	Aufgaben der Pädagogischen Psychologie.	453
2.6	Intelligenz und Intelligenzentwicklung	455
2.6.1	Intelligenz aus der Sicht der Allgemeinpsychologie	456
2.6.2	Intelligenz aus der Sicht der differenziellen Psychologie	459
2.6.3	Zweifaktorenmodell von Charles Spearman	459
2.6.4	Modell der Primärfaktoren nach Thurstone	460
2.6.5	Berliner Intelligenzstrukturmodell von Jäger	461
2.6.6	Modell der fluiden und kristallinen Intelligenz	461
2.6.7	Kritik am differenzialpsychologischen Ansatz	461
2.6.8	Intelligenz aus der Sicht der Entwicklungstheorie	462
2.7	Lernen	469
2.7.1	Lernbegriff	469
2.7.2	Lerntheorien	469
2.7.3	Lernstrategien	486
2.7.4	Lernarten	490
2.7.5	Lernerfolg, Reproduktion und Transferleistungen	493
2.7.6	Lern- und Leistungsmotivation	496
2.7.7	Lebenslanges Lernen	500
2.8	Lehren	501
2.8.1	Didaktik	501
2.8.2	Methodik	505
2.8.3	Pädagogische Aspekte im ergotherapeutischen Kontext	509

3	Sonderpädagogik	518
3.1	Gegenstand	518
3.1.1	Aufgaben	518
3.1.2	Einrichtungen sonderpädagogischer Förderung	519
3.2	Sonderpädagogische Diagnostik	522
3.2.1	Anamnestiche Methoden	522
3.2.2	Verhaltensbeobachtungen	522
3.2.3	Psychometrische Messinstrumente	522
3.2.4	Sonderpädagogische Förderdiagnostik	523
3.3	Sonderpädagogik im fachlichen Kontext	524
3.3.1	Heilpädagogik	524
3.3.2	Behindertenpädagogik	525
3.3.3	Sonderpädagogik und Medizin	526
3.4	Systematik der Behinderungen	527
3.4.1	Behinderung, Schädigung und Beeinträchtigung	528
3.4.2	Definition von Behinderung unter Einbezug der Umgebung	529
3.4.3	Klassifikationen	529
3.4.4	Behinderungen aus sozialmedizinischer Sicht	531
3.4.5	Kritik am Behinderungsbegriff	533
3.5	Behinderung und sonderpädagogische Förderung	534
3.5.1	Körperbehinderungen	535
3.5.2	Sozial-emotionale Beeinträchtigung (Verhaltensstörung)	536
3.5.3	Geistige bzw. kognitive Behinderungen	539
3.5.4	Lernbehinderungen	541
3.5.5	Seherschädigungen	544
3.5.6	Hörbehinderungen	547
3.5.7	Sprachbehinderungen	551
4	Medizinische Psychologie und Soziologie	558
4.1	Einführung	558
4.2	Gegenstand	559
4.2.1	Medizinische Soziologie	559
4.2.2	Medizinische Psychologie	560

4.3	Das Gesundheitssystem	561
4.3.1	Institutionen im Gesundheitswesen	561
4.3.2	Institutionen und Interessensvertretungen	567
4.3.3	Entwicklung von Struktur und Finanzierung im Gesundheitswesen	571
4.3.4	Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenkassen heute	571
4.3.5	Psychotherapeutengesetz	575
4.3.6	Pflegeversicherung	576
4.4	Krankheit und Gesundheit	581
4.4.1	Allgemeine Krankheitsmodelle	582
4.4.2	Spezifische Krankheitsmodelle	584
4.4.3	Krankheit als individuelles Geschehen	591
4.4.4	Ungleichheit bei Krankheit und Gesundheit	592
4.5	Subjektive Krankheitskonzepte oder -theorien	599
4.5.1	Allgemeine Aspekte	599
4.5.2	Bedeutung subjektiver Konstrukte	601
4.5.3	Kulturelle Aspekte von Krankheitskonzepten	602
4.6	Vom Kranken zum Patienten	604
4.6.1	Kranken- und Patientenkarriere	606
4.6.2	Kranken- bzw. Patientenrolle und Arztrolle	607
4.7	Der Mensch in den Institutionen Krankenhaus und Heim	608
4.7.1	Soziologische Perspektive	608
4.7.2	Psychologische Perspektive	613
4.8	Coping	615
4.8.1	Strukturelle Aspekte von Coping	616
4.8.2	Copingformen	619
4.8.3	Copingkonzepte	620
4.8.4	Phasenmodelle von Copingprozessen	629
4.9	Compliance	636
4.9.1	Motivation zur Compliance	638
4.9.2	Non-Compliance	640
4.10	Coping und Compliance bei spezifischen Krankheitsbildern	646
4.10.1	Körperliche Erkrankungen bei Erwachsenen	647
4.10.2	Psychische Erkrankungen am Beispiel von Psychosen	654
4.10.3	Familien mit Kindern mit Behinderungen	658

5	Gerontologie	676
5.1	Einführung	676
5.2	Aufgabe der Gerontologie	677
5.3	Demografische Entwicklung	679
5.3.1	Demografische Veralterung	680
5.3.2	Altersbilder	683
5.4	Entwicklung, ein lebenslanger Prozess	685
5.4.1	Entwicklungsaufgaben	685
5.4.2	Modell der selektiven Optimierung und Kompensation	687
5.5	Körperliche Veränderungen im Alter	688
5.5.1	Alter und Krankheit	690
5.5.2	Möglichkeiten der Unterstützung	691
5.6	Psychische und kognitive Veränderungen im Alter	691
5.6.1	Veränderungen der Wahrnehmung	691
5.6.2	Veränderungen der Psychomotorik	694
5.6.3	Intelligenz im Alter	695
5.6.4	Gedächtnis im Alter.	697
5.7	Soziale Veränderungen im Alter	701
5.7.1	Soziale Theorien	701
5.7.2	Soziale Netzwerke.	704
5.7.3	Verluste von sozialen Bezügen	707
5.8	Umgang mit einschneidenden Veränderungen und Erkrankungen im Alter	708
5.8.1	Faktoren, die das Krankheitserleben beeinflussen	709
5.8.2	Auseinandersetzungformen, exemplarisch am Lebensereignis „Schlaganfall“	711
5.8.3	Umgang mit chronisch kranken älteren Menschen	713
5.9	Umwelt, Kompetenz und Alter	713
5.9.1	Kompetenz	713
5.9.2	Umwelt-Anforderungs-Modell	714
5.9.3	Kompetenz und gesellschaftliche Bewertungsprozesse	715

5.10 Wohnen im Alter	716
5.10.1 Motive für Wohnungswechsel	719
5.10.2 Wohnstatistik	719
5.10.3 Wohnformen im Alter	719
5.10.4 Institutionalisiertes Wohnen	721
5.10.5 Heimübersiedlung	722
5.10.6 Anpassungsprozess positiv unterstützen	723
5.11 Demenz	725
5.11.1 Diagnostische Leitlinien (IDC-10)	725
5.11.2 Einteilungen der Demenz	727
5.11.3 Epidemiologie	729
5.11.4 Neurodegenerative Demenzerkrankungen	729
5.11.5 Vaskuläre Demenz (früher auch: arteriosklerotische Demenz)	731
5.11.6 Differenzialdiagnose	731
5.11.7 Interventionen	732
5.12 Lebensrückblick und Lebensinn	740
5.12.1 Lebensrückblick	740
5.12.2 Lebensinn	741
5.12.3 Entwicklung der Religiosität im Alter	742
6 Anhang	752
6.1 Berufs-, Gesetzes- und Staatskunde	752
6.1.1 Berufskunde	752
6.1.2 Gesetzeskunde	771
6.1.3 Staatskunde	782
6.2 Wissenschaftliches Arbeiten	788
6.2.1 Möglichkeiten und Wege sozialwissenschaftlicher Forschung	788
6.2.2 Der Forscher als Subjekt und Objekt – der Umgang mit Betroffenheit	791
6.2.3 Das Interview	792
6.2.4 Statistik	796
6.2.5 Systematische und teilnehmende Beobachtung	798
6.2.6 Das Experiment	801
6.2.7 Aktionsforschung	803

Glossar	805
Sachverzeichnis	810

Ergotherapeutische Messung der visuellen Wahrnehmung

Die visuelle Wahrnehmung ist differenziert erforscht. Das liegt sicherlich an der Bedeutung visueller Eindrücke in unserer Lebenswelt. Bilder bestimmen unser **Denken** und bestimmen auch unser **Lernen**. Der Schulunterricht spricht überwiegend das akustische und visuelle System an. Das visuelle System differenziert sich in den ersten beiden Lebensjahren und ist nach dem Verständnis von *Piaget* die Grundlage für den **Aufbau von kognitiven Strukturen**, die wir zum weiteren Lernen brauchen.

Von daher ist es nicht verwunderlich, dass auch in der Ergotherapie ein Testverfahren in diesem Bereich entwickelt wurde: **Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung**. Er liegt in deutscher Sprache in der zweiten Fassung vor (FEW-2, ▶ Tab. 1.5). Die zweite Version unterscheidet zwischen motorikfreien bzw. -reduzierten und motorikabhängigen Anteilen der visuellen Wahrnehmung und erhebt diese grundsätzlich getrennt. Formkonstanz und Figur-Grund-Wahrnehmung sind bereits bekannt, sodass anschließend auf die weiteren, in ▶ Tab. 1.5 genannten Wahrnehmungsqualitäten eingegangen werden soll.

Tab. 1.5 Subtests des FEW-2

Subtest	Erhobene Wahrnehmungsqualität
Hohe Motorikbeteiligung	
Auge-Hand-Koordination	räumliche Beziehungen
Abzeichnen	Formkonstanz
räumliche Beziehungen	räumliche Beziehungen
visuo-motorische Geschwindigkeit	Formkonstanz
Geringe Motorikbeteiligung	
Lage im Raum	Lage im Raum
Figur-Grund-Wahrnehmung	Figur-Grund-Wahrnehmung
Gestaltschließen	Formkonstanz
Formkonstanz	Formkonstanz

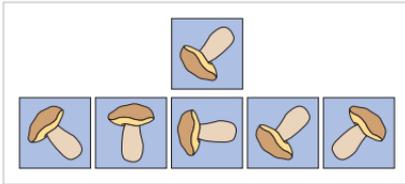


Abb. 1.13 Bildkarten zur Testung der Raumlage.

Lage im Raum

Die Wahrnehmung der Raumlage entwickelt sich vom Wahrnehmenden aus: Ich stehe in der Mitte des Raumes, vor mir auf dem Boden liegt eine Saltomatte, über mir hängt eine Lampe, links von mir ist die Heizung, rechts die Sprossenwand. Verändert die Person ihren Standort, verändern sich die Lagen der Gegenstände zur Person.

Die Wahrnehmung der Raumlage beginnt mit der **Motorikentwicklung** im 1. Lebensjahr. Durch die Möglichkeit der Fortbewegung macht das Kind rollend, ziehend, krabbelnd und laufend Erfahrungen, wie es sich zu den Gegenständen in seiner Umgebung positioniert.

Beispiel

B

Auch das Kinderfernsehen vermittelt Anregungen zur Raumlage-Wahrnehmung: Sehr bekannte Szenen aus der Sesamstraße zu diesem Thema haben wir Grobi zu verdanken. Grobi erklärt den Kindern unermüdlich in dem Film „Nah und Fern“ den Raum und steigert sich bei einer weiteren Szene in dem Film „Herum“, als er in einem Westensaloon pausenlos durch die Saloontür tanzt.

Tipps: http://www.youtube.com/watch?v=tUkJ_74xtF4

Oder auch Krümel und Lulatsch erklären „Hier und da“, <http://www.youtube.com/watch?v=xgMwyr57JXE&feature=related>

Übertragen auf die Testung im FEW-2 werden Kinder aufgefordert, aus mehreren **Bildkarten** mit unterschiedlich positionierten Figuren eine bestimmte Figur wieder zu finden. Das Kind hat ein Bild mit einer dargestellten Position als Vorgabe und sucht diese Position unter den anderen wieder heraus (► Abb. 1.13).

Räumliche Beziehungen

Räumliche Beziehungen bauen auf der Wahrnehmung der **Raumlage** auf. Ein Kind kombiniert nun die eigene Position im Raum mit den Positionen von anderen Gegenständen zueinander. Übertragen auf die Testung im FEW-2 werden die Kinder aufgefordert, Figuren aus einem **Punktraster** in ein zweites zu

Beispiel

B

Was sehen Sie auf ► Abb. 1.15? Zunächst die erste Antwort eines 3-jährigen Kindes: „Da sind viele Kugeln und ein paar Strichel!“ Sie haben einen anderen Erfahrungsschatz: Sicher sehen Sie den Hals einer Giraffe vor einem Fenster im 1. Obergeschoss. Haben Sie diese Erklärung für sich gefunden und finden Sie diese plausibel, können Sie sich von dem Bild lösen und sich anderen interessanten Wahrnehmungsinhalten zuwenden. Das 3-jährige Kind wird evtl. immer neue Beschreibungen liefern, alte verwerfen und kreativ weiter suchen.

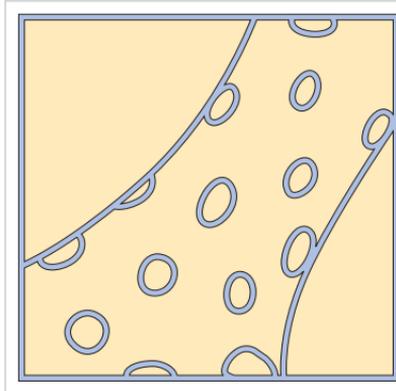


Abb. 1.15 Was sehen Sie?

Aha-Erlebnisse

Der Sprachtheoretiker *Karl Bühler* prägte diesen Begriff, der für das plötzliche Finden einer Lösung oder das Erkennen von bestimmten zusammenhängenden Gestalten steht. Meist treten die Lösungen plötzlich und unerwartet ein. Sie stehen in keinem zeitlichen Bezug zu der Ursprungsproblematik.

Übung



Überlegen Sie, wann Sie Aha-Erlebnisse hatten...

Beispiel

B

Zur Anregung: Ein Kosmetikerhersteller warb in den 70er-Jahren für ein Nahrungsergänzungsprodukt. Die Botschaft lautete, wer täglich zwei Tabletten einnehmen würde, bekäme viel schönere Haut, Haare und Fingernägel. Demonstrativ wurde die Pillendose umgedreht – und genau zwei Tabletten fielen heraus! Wie war das möglich?

Vielleicht haben Sie die Lösung sofort. Viele Jahre später schlug die Lösung wie ein Geistesblitz ein: Es waren nur zwei Tabletten in der Dose! Ähnliche Fragen sind: Wie kommen die Zahnpastastreifen in die Tube? ... oder das Budelschiff in die Flasche?

Wechselspiel zwischen Wahrnehmung und Gedächtnis

Wesentliche **Abläufe** zwischen Wahrnehmung und Gedächtnis sind (Schermer 1999):

- Über die Rezeptoren werden Umweltreize aufgenommen und zunächst bedeutungsfrei abgebildet. Die Abbildung der Realität wird als Empfindung, **Wahrnehmungsbild** aufgenommen. Für den Giraffenhals (► Abb. 1.15) ist das bedeutungsfreie Wahrnehmungsbild ein Bild oder Gemälde.
- Das Wahrnehmungsbild wird nun verglichen mit bereits gespeichertem Wissen: Kenne ich das? Was könnte das sein? Ziel ist, das Wahrgenommene zu erkennen, seine **Bedeutung** zu erschließen. Findet sich nun eine **Erkenntnis**, die zum Wahrnehmungsbild passt, ist eine Bedeutung gefunden worden. Ein Erwachsener kann ► Abb. 1.15 z. B. die Bedeutung „Giraffenhals vor dem Fenster“ zuschreiben, bei einem Kind bleibt es vielleicht bei einem „Bild mit Kreisen und Strichen“.
- Ist die Bedeutung gefunden, kann entschieden werden, welche **Reaktion** auf den Reiz erfolgen soll.
- Wird ein ähnliches Bild repräsentiert, kann wieder auf die nun bekannte Erfahrung zurückgegriffen werden.

Wechselspiel zwischen Wahrnehmung und Erwartung

Konträr zu dem vorgestellten Ansatz mit der Annahme, der Wahrnehmungseindruck zieht eine Bedeutungsbildung nach sich, postulierten *Brunner* und *Postmann* 1948 die **Hypothesentheorie der Wahrnehmung** (Schermer 1999). Diese Theorie gliedert sich in drei Schritte:

- Erwartungen (Hypothesen) werden entwickelt und unter dieser Prämisse wird die Umwelt wahrgenommen oder besser abgesehen.
- Es folgt die Informationsaufnahme, gleich dem datengesteuerten Prozess.
- Die Richtigkeit von Hypothese und Reizinput werden überprüft.

Beispiel**B**

Aus dem Forschungsbereich Psychoakustik: Sie wollen sich einen neuen Lady-Shaver kaufen und ihr Freund einen Rasierapparat. Für beide Geräte wird das Geräusch des Gerätes ein Kaufkriterium sein. Welche Frau möchte sich die Beine rasieren und dabei ein Geräusch hören, das dem Scheren eines Schafes gleich kommt? Anders bei Männern: Sie erwarten ein lautes Geräusch. Die Erwartungen sind unterschiedlich. Ist das Epiliergerät laut, wird es ein Ladenhüter und neben dem leisen Rasierer Staub ansetzen. Der Witz dabei: Technisch gesehen sind beide Geräte gleich.

Ein Staubsaugerhersteller entwickelte ein Modell, das fast geräuschlos saugte. Es verkaufte sich schlecht, weil die Kunden einen lauten Staubsauger erwarteten. Saugt er gut, muss er laut sein, sonst kann er nicht gut saubermachen, ist verstopft oder hat eine zu geringe Saugleistung.

Die Bedeutung des Wechselspieles zwischen Wahrnehmung und Erwartung liegt in der unklaren Reizsituation. Erwartungen haben darüber hinaus eine besondere Rolle in dem Bereich der **sozialen Wahrnehmung** (siehe S. 293).

Definition**[]**

Erwartungen beeinflussen die Wahrnehmung deutlich.

Verhaltens- und handlungsgesteuerter Prozess

Die Reize sind aufgenommen, weitergeleitet, verarbeitet und erkannt worden. Auf welche Reize reagieren wir automatisch, immer, ohne nachzudenken? Und welche weiteren Reize sind es wert, dass auf sie eine Reaktion folgt? Auf welche Reize muss vielleicht unbedingt reagiert werden?

► **Definitionen:** *Verhaltensgesteuerte Reaktionen* laufen zumeist unbewusst ab und sind automatisiert. Verhalten wird eher von der Umwelt gesteuert durch entsprechende Folgen, die ein Verhalten nach sich ziehen kann. Die *Handlung* dient in der Regel einer gezielten Zweckerreichung. Sie erfolgt kontrolliert und bewusst. Die Steuerung der Handlung unterliegt der handelnden Person.

Wahrnehmung und Aufmerksamkeit

Der Mensch ist umgeben von vielen Reizen, nimmt aber nur bestimmte wahr. Wie kommt es zu der Auswahl? Jeder kennt die Situation an einem Tag zum ersten Mal ein bestimmtes Wort zu hören. Nun ist man bisher ohne diesen Be-

griff ausgekommen, aber höchstwahrscheinlich wird man das Wort zeitnah in der U-Bahn oder in einem anderen Gespräch aufgreifen? Ist das Zufall?

Nein. Wie beschrieben ist die Wahrnehmungsfähigkeit einerseits eingeschränkt durch die Ausstattung mit **spezifischen Rezeptoren**, die nur bestimmte Reizqualitäten wahrnehmen können. Andererseits muss der Reiz eine bestimmte Stärke haben, die **absolute Reizschwelle**, um den Rezeptor zu aktivieren. Als weiterer Faktor kommt nun die **Aufmerksamkeit** hinzu. Durch die Lenkung der Aufmerksamkeit auf einen Reiz wird entschieden, ob der Reiz bedeutsam ist oder eben nicht. Das Lenken der Aufmerksamkeit ist eine weitere Selektion im Wahrnehmungsprozess.

Bei dem Prozess der Reduktion von Reizen durch **Selektion** sind zum Verständnis folgende Fragen zentral (Schermer 1999, Mietzel 2000):

- Wie werden die Informationen selektiert?
- Wann werden die Informationen selektiert?
- Welche Informationen werden selektiert?

Definition



Selektion reduziert die Wahrnehmung von Reizen. Die spezifische Ausstattung der Rezeptoren, die absolute Reizschwelle und die Lenkung von Reizen mit Aufmerksamkeit wirken selektierend.

Filtermodelle und Flaschenhalsparadigma

Die unzähligen Reize aus der Umwelt werden gefiltert. Diese These findet sich in den sogenannten Filtermodellen der Wahrnehmung wieder. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der Annahmen, an welcher Stelle im Wahrnehmungsprozess die Filterung erfolgt. Zwei unterschiedliche Annahmen konkurrieren über die **Lokalisation der Filterung**:

- Bei Broadbent (Schermer 1999) findet die Filterung gleich am **Anfang** statt: im sogenannten sensorischen Register, auch Ultrakurzzeitgedächtnis (UKZG) genannt (siehe S. 173, 698).
- Andere Autoren, z.B. Treisman (1960, nach Schermer 1999), gehen davon aus, dass die Informationen einer **Aufnahme** bedürfen, um zu entscheiden, ob sie „top oder flop“ sind.

Beispiel

B

Jeder kennt den sogenannten „*Cocktailparty-Effekt*“: Man befindet sich in einer Gruppe von Menschen, die sich in kleinen Grüppchen unterhalten. Der Raum gefüllt, die Gespräche wirken zunächst insgesamt, ein Stimmengewirr wird wahrgenommen. Dennoch ist man in der Lage, interessante Informationen zu filtern, z. B. den eigenen Namen oder in der Phase der Examensvorbereitung den Begriff „Flaschenhalsparadigma“.

Das Beispiel verdeutlicht das **Flaschenhalsparadigma** bzw. die These von Treisman (1960). Unsere Wahrnehmung „scannt“ (Metapher „Mensch ausgestattet mit Tentakeln wie ein Marsmensch“) alle Informationen und analysiert, welche für uns wichtig sind. Darum wird in diesem Filtermodell angenommen, dass die Informationen zunächst aufgenommen werden müssen, um sie dann wieder „rauszuwerfen“ und interessante weiterzuleiten.

Kapazitätstheorie

Ein anderer Ansatz für die Erklärung der Reduktion von Reizen ist die Kapazitätstheorie. Ausgehend von der Annahme, dass dem Menschen nur eine bestimmte Kapazität an **Aufmerksamkeit** zur Verfügung steht, muss zwangsläufig eine Entscheidung getroffen werden, welche Reize es wert sind, sich mit Ihnen zu beschäftigen. Die vorhandene Aufmerksamkeit muss auf die momentan wichtigsten Ereignisse in der Umwelt verteilt werden. Für die Verteilung sind folgende Kriterien benannt worden (Kahneman 1973, Schermer 1999):

- **Reizintensität**, z. B. plötzlich auftretende Reize, die nach Aufmerksamkeit verlangen (lauter Knall, verströmender schlechter Geruch etc.).
- Momentane **Intention**, die die Aufmerksamkeit auf handlungsleitende Aspekte lenkt.
- Bewertung der **Aufgabenschwierigkeit**, z. B. als einfach bewertete Lösungen erfordern weniger Aufmerksamkeit.
- Zusätzliche **Stressoren**, z. B. dauerhafte Straßengeräusche, die neben der eigentlichen Tätigkeit Energie binden.

1.3.2 Gedächtnis

Ein gutes Gedächtnis zu haben ist eine wünschenswerte und beneidenswerte Fähigkeit – nicht nur in der Vorbereitung auf das Examen. Wie funktioniert das Gedächtnis? Wie können Lernprozesse „gedächtnisfreundlich“ aufbereitet werden? Und welche Macht hat das Vergessen? Höchstwahrscheinlich wenden Sie sich diesem Kapitel sehr hoffnungsvoll zu. Wenn man weiß, wie das

1.3.3 Motivation

Am Anfang steht die Motivation: Jede angehende Therapeutin wird die Erfahrung gemacht haben, dass ihr Klient ihr Angebot nicht zwangsläufig als interessant oder gesundheitsfördernd erlebt, es vielleicht sogar ablehnt. Das, was Therapeuten in einer Situation als gut und richtig empfinden, müssen Klienten noch lange nicht als gut und richtig empfinden. Motivation ist der **Schlüssel** für eine **therapeutische Beziehung**: Menschen zu motivieren und ihre Beweggründe zu kennen, ist Grundlage für eine aktive Zusammenarbeit. Dieses Bestreben findet sich im Begriff **Motivationsarbeit** wieder, der am Anfang jedes therapeutischen Prozesses stehen sollte.

Übung



Eine Ergotherapieschülerin ist in ihrem zweiten Praktikum im psychosozialen Bereich in der Akutpsychiatrie. Zu Beginn begleitet sie ihre Anleiterin. Sie erlebt, dass Klienten die Ergotherapie meiden, indem sie z. B. die Station verlassen, sich auf die Toilette oder ins Bett zurückziehen.

1. Überlegen Sie, welche Beweggründe Klienten für dieses Verhalten haben könnten?
2. Wie könnten Sie diese Gründe erfragen und den Klienten damit konfrontieren?
3. Welche Fragen würden Sie stellen? Welche Aussagesätze könnten die Motivation steigern?
4. Welches Ziel hätte das Gespräch?

Antworten:

1. Angst, Unklarheiten über die Anforderungen, Erwartungen, geringe Durchschaubarkeit der Situation, Angst vor Versagen.
2. Gespräch mit dem Klienten suchen, ergotherapeutische Erfahrungen erfragen. Ergotherapie vorstellen, so wie sie in der Institution verstanden und umgesetzt wird: Inhalt, Ziele und Erwartungen, Vermutungen in Hypothesen formulieren und diese dem Klienten anbieten. Erfragen, wie es dem Klienten zurzeit geht.
3. Was glauben Sie, warum Ihnen die Ergotherapie helfen könnte?
Was können Sie in der Ergotherapie erreichen?
Welche Ziele könnten Sie verfolgen?
Geben Sie sich eine Chance.
Versuchen Sie, an der Gruppe teilzunehmen. Sie müssen nichts Kreatives machen. Dabei sein ist alles.

Kommen Sie mal mit, dann kann ich Ihnen in Ruhe die Räume zeigen und erklären, was wir in der Ergotherapie alles machen können. Und ich kann Ihnen zeigen, was andere Klienten gemacht haben bzw. machen.

Vielleicht hilft Ihnen zunächst die Abwechslung, nicht immer den eigenen Gedanken nachhängen zu müssen.

Versuchen Sie es mal und fühlen Sie, ob es Ihnen danach besser geht. Durch die Aktivität wird der Stoffwechsel angeregt und bestimmt sind Sie nach der Ergotherapie weniger müde (z. B. bei Müdigkeit bedingt durch die Nebenwirkungen von Medikamenten).

Manchmal hilft es, die Decke über den Kopf zu ziehen, aber das geht nicht das ganze Leben lang. Geben Sie sich einen Ruck.

4. Der Klient wird informiert, was er in der Ergotherapie tun kann. Was könnten seine Ziele sein, wie könnte er sich mit seinem durch Krankheit veränderten Handeln auseinandersetzen und seine Handlungsfähigkeit wieder trainieren. In diesem Gespräch werden dem Klienten alle Informationen zur Verfügung gestellt, sodass er auf der Grundlage dieser Informationen sich für oder gegen eine Teilnahme entscheiden kann.

Klienten müssen nicht darüber informiert sein, was Inhalte und Ziele der Ergotherapie sind. Es ist Aufgabe der Ergotherapeutin, über Therapieziele und -angebote zu informieren. Es ist nicht einfach, klar und präzise zu vermitteln, was die Inhalte des eigenen Berufes sind. Nur **informierte Klienten** können sich auf die Therapie einlassen.

Motiv

► **Definition:** Ursprünglich kommt der Begriff *motivus* aus dem Lateinischen und bedeutet „Bewegung auslösen“. Er ist in der Alltagssprache fest verankert und wird disziplinübergreifend verwendet.

Beispiel

B

In der Fotografie ist ein Motiv es wert, den Finger zu bewegen und abzudrücken, in der Kriminologie wird versucht, das Motiv des Täters zu finden und in der Therapie sollen Ressourcen erhoben und verdeutlicht werden, die den Klienten für Zielerreichung, Intensität und Organisation der Handlung in Hinblick auf die Zielerreichung bestimmen (Thomae 1994 nach Fröhlich 1997).

Innerhalb der Psychologie ist der Begriff Motiv sehr vielseitig verwendet worden. In der amerikanischen Psychologie wurde er in den 20er- und 30er-Jahren

alternativ zu den bereits bestehende Begriffen *drive* (Trieb), *instinct* (Instinkt) oder *need* (Bedürfnis) eingesetzt (Thomae 1999).

Definition



Setzt sich ein Mensch in Bewegung, gibt es einen Grund und ein Ziel, weshalb er sich bewegt und seine Trägheit überwindet.

Motivation, Volition und Handlung in der Ergotherapie

Dieses Kapitel erhält den wesentlichen Bezugsrahmen durch die wissenschaftliche Theoriebildung der **Psychologie**. Verschiedene Autoren entwickelten zunächst **Motivationstheorien**, anschließend **Volitionstheorien** und dann **Handlungstheorien**. Nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über einzelne Theorien, Autoren und Schwerpunkte, die in diesem Kapitel weiter ausgeführt werden (► Tab. 1.10).

Tab. 1.10 Wissenschaftliche Theorieentwicklung

	Motivationstheorien	Volitionstheorien	Handlungstheorien
Autoren	Freud (Schubmodell) Lewin (Zugmodell) Maslow (Bedürfnispyramide) extrinsische und intrinsische Motivation	Kuhl (Modell der Handlungskontrolle) Heckhausen (Rubikonmodell)	Theorieentwicklung in der Psychologie durch: Volpert Hacker von Cranach Theorieentwicklung in der akademischen Ergotherapie durch: Kielhofner Townsend und Polatajko Schule für Ergotherapie Biel etc.
Inhalte	Motive liegen in der Person? Motive liegen in der Umwelt? Mangelorientierung? Wachstumsorientierung? Klassifikation von Motiven	kognitive Aspekte stehen im Vordergrund: Ziele Wünsche Wille	Aufschlüsselung des Tuns von neurologischen Impulsen bis zur kognitiven Konzeption begleitet von emotionalen Zuständen Fokus ist auf die konkrete Aktivität gerichtet unter Einbeziehung der Umwelt

Tab. 1.11 Professionsentwicklung der Ergotherapie anhand der Gegenüberstellung der Themengebiete

	Motivation	Volition	Handlung
berufliche Entwicklung der Ergotherapie	Beschäftigungstherapie	Ergotherapie mit Schwerpunkt Klientenzentrierung	Ergotherapie mit eigener Modellbildung bzw. Akademisierung der ET
	Das Tun steht im Vordergrund; die Aktivität muss für den Patienten nicht sinnvoll und altersentsprechend sein Das Vorgehen ist überwiegend therapeutenzentriert; der Therapeut entscheidet, was für den Patienten gut und richtig ist	Der Wille des Klienten wird herausgearbeitet, eine sinnvolle und altersentsprechende Handlung soll vom Klienten gewählt werden Das Vorgehen ist überwiegend klientenzentriert; der Klient entscheidet, was für ihn gut und richtig ist	Ganzheitliche Betrachtung des Menschen unter verschiedenen individuellen und umweltbezogenen Aspekten
Fokus der ergotherapeutischen Arbeit	Was wird gemacht?	Was sind die Ziele des Klienten? Wo erlebt er seine Handlungsfähigkeit eingeschränkt?	Wie wird etwas gemacht?

Definition



Zuerst Motivation, dann Volition, dann Handlung.

In der Ergotherapie sind die Themengebiete Motivation – Volition – Handlung inhaltliche **Kernthemen**. Anhand der Begriffe lässt sich die Entwicklung der Ergotherapie verfolgen: von der **Beschäftigungstherapie** zur **Klientenzentrierung** hin zur **Handlungsorientierung** (► Tab. 1.11). Eine gute Darstellung findet sich bei Marotzki (2004).

Die drei Themenbereiche finden sich im Therapieverlauf wieder. Geht es zunächst in der Therapie um die Klärung der Motivation (**Motivationsarbeit**), werden anschließend **Ziele** besprochen und schließlich die **Handlungsfähigkeit** des Klienten analysiert (► Tab. 1.12).

Tab. 1.12 Motivation – Volition – Handlung im Therapieverlauf

Phase im Therapieverlauf	Inhalte der Therapie	Kernthema
Beziehungsaufbau	Hauptsache, der Klient setzt sich in Bewegung	Motivation
Befundung mit Zielformulierung	Zielklärung: Was möchte der Klient? Klientenzentrierung Festlegung von Material, Werkverfahren und Produkt	Volition, Entscheidung
Therapie zur Zielerreichung	Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit	Handlung

Definition



Die Begriffe Motivation – Volition – Handlung sind Kernthemen in der Professionalentwicklung der Ergotherapie. Sie finden sich auch im Therapieverlauf.

Erste Motivationsmodelle: Schub- und Zugmodell

Schubmodell: Motivation als Streben aus einem Mangelzustand

Freud ging davon aus, dass dem menschlichen Handeln nicht zwangsläufig bewusste Motive zugrunde liegen müssen, sondern dass **unbewusste Motive** das Handeln steuern können. Diese Motive sind in der Person verankert und werden als **innerorganismische Bedürfnisse** bezeichnet. Die Gründe für unbewusste Motive können vielschichtig sein. Zum Einen sind sicherlich **Ängste** verantwortlich, zum Anderen würde der bewusste Blick auf das eigene **Selbstbild** eine Veränderung nach sich ziehen müssen. Eine handelnde Person will nicht unbedingt wahrhaben, dass sie nicht aus Freundschaft handelt, sondern dass das wahre Motiv Egoismus ist, oder dass als Motiv nicht Kooperation sondern Eifersucht die antreibende Kraft ist.

Grundsätzlich unterscheidet *Freud* (1915) zwei Triebrichtungen, die das Handeln bestimmen:

- **Eros** (Lebenstrieb): Dem Eros sind alle lebenserhaltenden Triebe zuzuschreiben, z. B. die Sexualität, Aufnahme von Nahrung etc.
- **Thanatos** (Todestrieb): Dem Thanatos hingegen werden die destruktiven Energien zugeschrieben. Darunter könnte der Genuss von Drogen fallen, unregelmäßiger und mangelnder Schlaf sowie die unregelmäßige oder übermäßige Nahrungsaufnahme.

Beispiel**B**

Lisa sitzt an ihrem Schreibtisch und merkt, dass sie unkonzentriert ist. Sie verspürt Hunger. Dieses innerorganismische Bedürfnis bringt Lisa aus dem Gleichgewicht, sodass sie nicht mehr konzentriert bei der Sache sein kann. Der Hunger „schiebt“ Lisa in die Küche. Dort nimmt sie sich einen Apfel und isst ihn. Lisa befriedigt ihr Hungerbedürfnis durch eine gezielte Handlung, indem sie in die Küche geht und den Apfel isst. Der ehemalige Mangel, der sich auch physiologisch im Absinken des Blutzuckerspiegels gezeigt hat, wird durch den Apfel befriedigt. Es kommt zu einem Ausgleich, einer sogenannten Homöostase. Auch dieser Prozess lässt sich physiologisch nachvollziehen: Der Blutzuckerspiegel steigt durch den Apfel wieder an. Satt geht Lisa an ihren Schreibtisch zurück und kann konzentriert weiterarbeiten.

Dieses Beispiel für den Eros verdeutlicht, dass die Motivation im Schubmodell aus einem **Mangelzustand** heraus entsteht. Wird er ausgeglichen, ist er beseitigt. Freud thematisiert im Schubmodell, dass beide Triebe **Antagonisten** für die Therapiemotivation sind.

Beispiel**B**

Ein Alkoholiker lässt sich auf Drängen seiner Partnerin auf eine Entgiftung in einer Klinik ein. Er entgiftet, zeigt aber kein Interesse an einer weiterführenden Therapie und einer Klärung seiner Alkoholproblematik. Kurz darauf verlässt ihn seine Partnerin, weil sie den erneuten Rückfall ihres Partners nicht länger tolerieren will. Der Mann reagiert auf den Verlust mit verstärktem Trinken. Er fällt ins Delirium und wird bewusstlos auf der Straße aufgefunden. Es geht ihm körperlich und psychisch zum ersten Mal so schlecht, dass er Todesangst verspürt. In dieser „Gegenwart des Todes“ fühlt der Alkoholiker seine eigene Verantwortung. Verändert er jetzt nichts, geht es immer weiter bergab. Er fühlt sich mit dem Todestrieb (weitere Folgen des Trinkens) und mit seinem Eros (zeigt sich in dem Wunsch, weiterleben zu wollen) konfrontiert. In dieser Situation ist er auf sich selbst zurückgeworfen. Nur er kann sich in der Situation helfen. Nun hat er eine stärkere Motivation zur Therapie als bei früheren Entgiftungen.

Freud führte zur Überprüfung der **Therapiemotivation** das Gegensatzpaar **Leidensdruck** und **Krankheitsgewinn** ein. Das bedeutet, dass die Motivation für eine Therapie bzw. Bereitschaft für eine Veränderung steigt, wenn der Leidensdruck hoch und zeitgleich der Krankheitsgewinn niedrig ist. Im Umkehrschluss wird ein Klient nicht die notwendige Therapiemotivation mitbringen.

Definition



Leidensdruck \uparrow = Krankheitsgewinn \downarrow \rightarrow Therapiemotivation \uparrow
 Leidensdruck \downarrow = Krankheitsgewinn \uparrow \rightarrow Therapiemotivation \downarrow

Obwohl das Schubmodell nicht ausreicht, um jede Form des Sich-in-Bewegung-Setzens zu erklären, sind die Begriffe Leidensdruck und Krankheitsgewinn aus der **therapeutischen Fachsprache** nicht wegzudenken. Die Therapiemotivation von Klienten lässt sich schematisch anhand beider Begriffe betrachten und erfassen.

Übung



Analysieren Sie den Krankheitsgewinn und Leidensdruck von Brian!

Brian ist ein 6 Jahre alter Junger, der seit einem halben Jahr sehr gerne zur Ergotherapie kommt. Im Vordergrund steht die Förderung der Feinmotorik. Brian hat gute Fortschritte gemacht. Er kann den Stift besser halten, seine Bewegungen beim Schreiben und Malen besser differenzieren und schneidet viel besser mit der Schere. Die Eltern von Brian vertreten sehr unterschiedliche Standpunkte bezüglich der Notwendigkeit der Therapie: Die Mutter hält die Therapie für nicht mehr notwendig, der Vater möchte sie fortsetzen. Dafür nimmt er sich extra einen Nachmittag frei, um Brian zur Ergotherapie zu begleiten. Die Therapeutin fragt Brian, ob er weiter zu Therapie kommen möchte. Ja, er will.

Was könnte Brians Therapiemotivation beeinflussen? Diskutieren Sie die Frage unter Einbeziehung der Begriffe Leidensdruck und Krankheitsgewinn.

Für die Ergotherapie ergibt sich aus den **Antagonisten** Krankheitsgewinn und Leidensdruck noch eine weitere therapierelevante Komponente: die **Frustrationstoleranz**.

Definition



Leidensdruck \uparrow = Krankheitsgewinn \downarrow \rightarrow Frustrationstoleranz \uparrow
 Leidensdruck \downarrow = Krankheitsgewinn \uparrow \rightarrow Frustrationstoleranz \downarrow

Zugmodell: Motivation als Streben nach Wachstum und Entwicklung

In Abkehrung vom Schubmodell sieht das Zugmodell **Handlungsanreize** in der **Umwelt**. Der Mensch kann den Reizen in der Umwelt „nicht widerstehen“, er fühlt sich von ihnen angezogen. Der „angezogene“ Mensch verspürt daher eher

eine **Positivmotivation** oder anders formuliert: Er setzt sich in Bewegung, um ein inneres Wachstum zu erleben – und um so wieder ins Gleichgewicht zu gelangen. Der Gedanke der Homöostase liegt auch hier zugrunde.

Beispiel

B

Bernd findet seine Kommilitonin Ina sehr interessant. In den Pausen fühlt er sich regelrecht zu ihr hingezogen. Er genießt die Gespräche mit ihr, findet ihre Ansichten interessant und erlebt den Kontakt für sich als Bereicherung. Wird er durch eine andere Aufgabe gehindert, Kontakt zu Ina aufzunehmen, wird Bernd nervös und ist schnell gereizt. Seine Gereiztheit ist als ein Zeichen seines Ungleichgewichtes zu verstehen, weil er nicht seinem Wunsch, mit Ina in Kontakt zu treten, nachgehen kann.

Auch das Zugmodell eignete sich nicht, jede Form des „Sich-in-Bewegung-Setzens“ zu erklären. Aber auch von diesem Modell lässt sich ein **ergotherapeutischer Fachbegriff** ableiten. Kurt Lewin bezeichnete die bewegungsauslösenden Anreize in der Umwelt als Aufforderungscharaktere. Der **Aufforderungscharakter** wird gezielt als motivierendes Element in der Ergotherapie eingesetzt (Schermer 1999).

Definition

[]

Der Aufforderungscharakter von Materialien, Werkverfahren und Produkten wird in der Ergotherapie gezielt zur Motivationssteigerung eingesetzt.

Übung



Ingrid ist aufgeregt: Gleich kommt ihre Dozentin aus der Schule zu der ersten Sichtstunde im ersten Praktikum in der Pädiatrie. Ingrid ist inspiriert von den klientenzentrierten Ansätzen und hat aus dem Unterricht noch im Ohr, dass die Entscheidungsfähigkeit von Kindern oft unterschätzt wird. Das möchte sie nicht tun. Ihr ist es wichtig, dass ihr Therapiekind sich in die Stunde aktiv einbringen kann und Entscheidungen selbstständig fällt. Ingrid wählt ein Setting, das viele Entscheidungsräume zulässt: Das Kind soll ein Spiel auswählen, nach dem Spiel zwischen vier bereits aufgebauten Übungen im Psychomotorikraum wählen und für eine Papier- und Bleistiftarbeit liegen verschiedene Vordrucke und Stifte zur Auswahl. Besser vorbereitet kann man nicht sein.

Leider verläuft die Stunde nicht wie geplant. Das Therapiekind will sich nicht für ein Spiel entscheiden und kann nicht bei der Sache bleiben. Hat es sich scheinbar entschieden, lässt es im nächsten Moment die Entscheidung fallen

und sucht einen neuen Anreiz. Und so flitzt es durch den Raum von Spiel zu Spiel, nicht bereit, innezuhalten und sich einzulassen.

Die Dozentin macht für das Verhalten des Kindes die Wahlsituation verantwortlich. Angeblich ist der Raum nicht reizarm und hat dem Kind zu viele Anreize geboten. Das Kind wurde durch die Umwelt zu sehr stimuliert und musste seinem inneren Bedürfnis nachgehen, alles zu sichten und zu „begreifen“.

Überlegen Sie, für welche Störungsbilder der Aufforderungscharakter indiziert ist und für welche reizarme Räume.

Antwort:

- Aufforderungscharakter: Depression und Antriebsschwäche.
- Reizarme Räume: Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS), Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), hyperkinetische Störung (HKS), Manie.

Motive

Die psychologische Forschung beschäftigt sich ausgiebig mit der Frage, wie sich Motive klassifizieren lassen und warum bestimmte Motive einen höheren Anreiz darstellen als andere. Das Verfolgen und Erreichen von Motiven bringt einen positiven emotionalen Zustand mit sich, der immer wieder angestrebt und erreicht werden soll.

Motivklassifikation: Bedürfnishierarchie nach Maslow

Die Bedürfnishierarchie von *Abraham Maslow* wurde 1954 zum ersten Mal veröffentlicht und ist bis heute weit über das psychologische Fachgebiet hinaus bekannt, auch als Maslowsche Bedürfnispyramide. Der Bedürfnishierarchie liegen zwei **Forschungsinteressen** zugrunde:

- Zum Einen wollte Maslow eine Annäherung zwischen **mangel- und wachstumsorientiertem Ansatz** schaffen.
- Zum Anderen beschäftigte sich die psychologische Forschung zeitgleich mit der **Clusterung** von Motivgruppen.

Maslow, ein Mitbegründer der Humanistischen Psychologie in den USA, sieht als das höchste Bedürfnis eines Menschen an, seine Anlagen zu entfalten, so dass er wächst und sich entwickeln kann. Dieses Streben nennt er **Selbstverwirklichung**. Um das zu erreichen, müssen allerdings andere Motive befriedigt sein. So entstand sein Hierarchiemodell (► Abb. 1.19).

Die **fünf Motivklassen** stehen hierarchisch übereinander. Die niederen Bedürfnisse wie die physiologischen Bedürfnisse und das Sicherheitsbedürfnis

- **Beobachtungslernen:** Besonders durch die gegenseitige und die kollektive Fehlerkorrektur kann man Gruppenlernen erklären, z. B. in der Gruppendiskussion Fehler erkennen und korrigieren. Mit zunehmender Erfahrung lernen Gruppenmitglieder, besser zu kooperieren, treffen Entscheidungen zügiger und können Konflikte besser bewältigen. Außerdem lernen sie, Fehler schneller zu erkennen und zu korrigieren (Schulz-Hardt et al. 2002).

Übung



Ein Klient bekommt vom Arzt eine ergotherapeutische Gruppentherapie verordnet. Als der Patient das erste Mal zu Ihnen kommt, sagt er zu Ihnen: „Was soll ich hier? Ich bin gar kein Gruppenmensch!“ Wie erklären Sie dem Patienten, was wahrscheinlich das Anliegen des Arztes war, und wie gestalten Sie das weitere Gespräch?

Das gruppendynamische Konzept

Der Begriff Gruppendynamik wurde in den 30er-Jahren durch den, von Deutschland in die Vereinigten Staaten emigrierten Psychologen *Kurt Lewin* (1890–1947) geprägt. Er war jüdischer Herkunft und sein Interesse für die **Kleingruppenforschung** entstand unter dem Eindruck der totalitären Herrschaft des Nationalsozialismus (wie bei Ruth Cohn). Ein Leitgedanke seiner Forschung war es, **Demokratieprozesse** zu fördern und Interaktion in Gruppen zu verstehen, z. B. den Umgang mit Macht, Konformität, Führungsstil, Gruppenrollen etc. (König et al. 2010).

Perspektiven auf den Gruppenprozess

Erkenntnisse über Phänomene der Gruppe, besonders über **Gruppenstrukturen** und **Gruppenentwicklung**, sind unverzichtbar bei der konkreten Umsetzung in der Arbeit mit Gruppen. Gruppen haben eine spezielle Autonomie, Eigengesetzlichkeit und Beziehungsdynamik, die geprägt werden durch die äußere und innere Umwelt. Dies ergibt zwei Sichtweisen auf den Gruppenprozess: den vertikalen und horizontalen Schnitt (► Abb. 1.38).

Vertikaler Schnitt

Der vertikale Schnitt beschreibt die verschiedenen Umwelten, die auf die Gruppe einwirken:

- **Äußere Umwelt:** Sie umfasst z. B. den Grad der Freiwilligkeit (z. B. Forensik) und die materiellen, personellen, technischen und räumlichen Rahmenbedingungen.

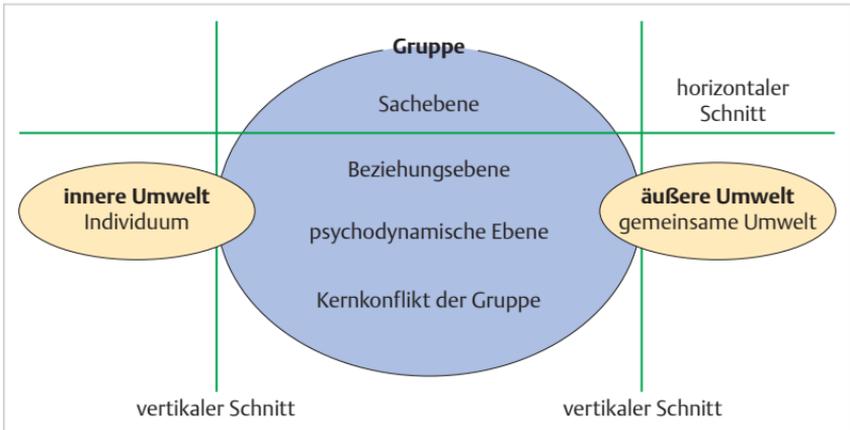


Abb. 1.38 Sichtweisen auf die Gruppe modifiziert nach König und Schattenhofer 2010.

- **Innere Umwelt:** Sie besteht z. B. aus bewussten und unbewussten Gefühlen, Wertvorstellungen, Verhaltensweisen, Bedürfnisse etc. der einzelnen Mitglieder. Jede Gruppe kann nur einen Teil der Individualität des einzelnen berücksichtigen, andere Teile müssen für den Gruppenzusammenhalt zurückgestellt werden (König et al. 2010).

Horizontaler Schnitt

In jeder Gruppe entspinnt sich aus den beiden Umweltfaktoren im Zusammenspiel eine ihr eigene teils **sichtbaren** und teils **unsichtbaren Gruppendynamik**. In der Interaktion wahrnehmbar ist meist nur die Sachebene und das Arbeitsziel (ein geringer Teil etwa 1/7 der Gesamtdynamik). Verborgен bleiben in der Regel die Ebenen des Beziehungsgeflechtes (das *Wie* der Kommunikation), der Psychodynamik (unbewusste Übertragung und Gegenübertragung) und die Kernkonflikte der Gruppe. Letztere werden verdrängt, um die Gruppe am Laufen zu halten (König et al. 2010).

Positionen in Gruppen

Jede Gruppe bildet parallel zur formellen Struktur (äußerer Rahmen, z. B. Hierarchie) eine innere, informelle Struktur aus. Es gibt viele verschiedene Möglichkeiten Rollen in der Gruppe zu beschreiben (► Abb. 1.39).

Am weitesten verbreitet ist das rangdynamische Positionsmodell nach Schindler (1967):

- **Anführer** (Alpha-Position): trägt Verantwortung, setzt Aktionen in Gang.

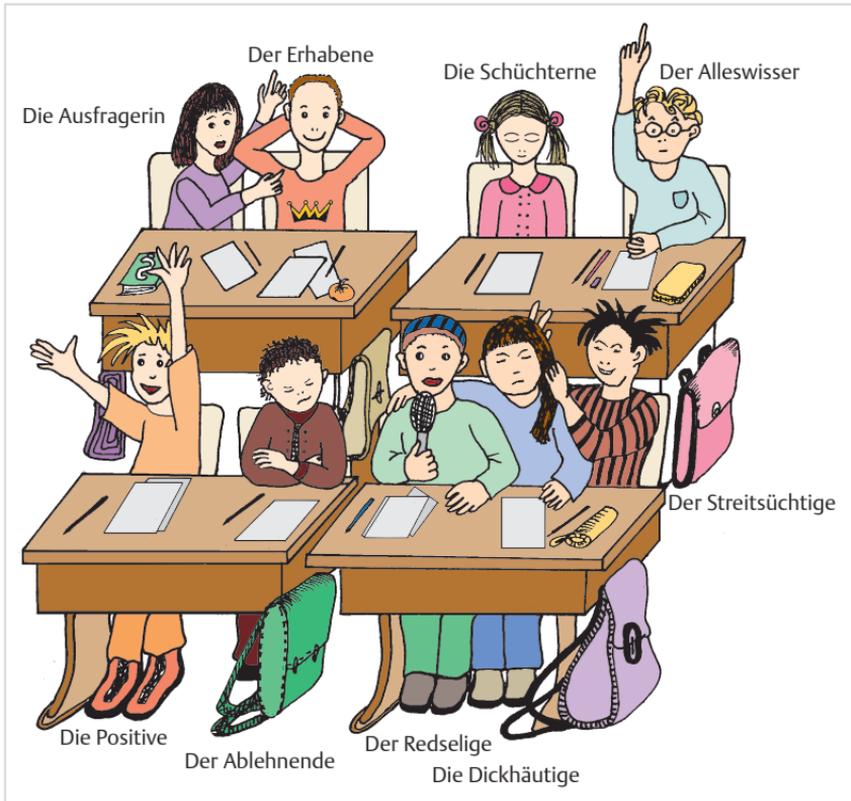


Abb. 1.39 Rollen in Gruppen.

- **Fachmann** (Beta-Position): etwas abseits stehend, emotional weniger beteiligt.
- **Anhänger des Führers** (Gamma-Position): Identifikation mit dem Führer.
- **Außenseiter** (Omega-Position): Prügelknabe, Sündenbock.

Nach diesem Modell sind die obere und untere Rangposition besonders relevant: Alpha- und Omega-Position.

Alpha-Position

Die **Autorität** von Führenden bzw. Vorgesetzten wird u. a. bestimmt durch

- das Ausmaß der formellen Strukturierung der Gruppe,
- die Weise, in der der Vorgesetzte objektiv seine Funktion erfüllt,

- die aktuell erlebte Situation der Gruppe und ihrer Erwartungen,
- das Ausmaß des Bewusstseins der Gruppenmitglieder über ihre Ziele (Wawrinowski 1994).

Die Gruppe projiziert ihre **Idealvorstellungen** auf den Anführer. Entspricht er diesen Erwartungen, bekommt er einen **Vertrauensvorschluss**. Dieser gestattet es ihm im Unterschied zu den anderen Gruppenmitgliedern Neuerungen einzuführen und sich vom Konformitätsdruck zu lösen.

In informellen Gruppen geht die Führung eher unauffällig auf geeignete Personen über, während in formellen Gruppen die Kompetenz zur Führung aus zugeordneten Positionen abgeleitet wird (Wawrinowski 1994). Der **Führungsstil** des Leiters entscheidet mit über den Erfolg der Gruppe.

Exkurs



Der **Führungsstil** des Leiters einer Gruppe kann autoritär, laissez faire oder demokratisch sein.

► Autoritärer Führungsstil

- jede Entscheidung über Maßnahmen wird durch die stärkste Person (Führer) getroffen
- häufige Befehle oder Anordnungen
- Vorwürfe, Ungeduld, Kritik, Tadel, Setzen von Bedingungen
- Verwarnungen, Drohungen, Strafen
- großes Ausmaß des Redens und Fragens
- geringe Respektierung von Wünschen und Belangen
- ungleiche grundsätzliche Rechte von Führenden und Untergebenen
- Überzeugung des Leiters von der Notwendigkeit häufiger Kontrollen der Geführten
- geringe Akzeptanz und Verständnis anderer Menschen, insbesondere der „Abhängigen“

Vorteile des autoritären Führungsstils:

- relativ hohe Entscheidungsgeschwindigkeit
- Übersichtlichkeit der Kompetenzen
- zumindest kurzfristig, eine verbesserte Arbeitsleistung, allerdings ist eine solche Leistungssteigerung nicht über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten

Nachteile des autoritären Führungsstils:

- mangelnde Motivation der Mitarbeiter
- Einschränkung der persönlichen Freiheit
- Gefahr von Fehlentscheidungen durch überforderte Vorgesetzte
- Kompetenzen der Gruppenmitglieder werden nicht genutzt
- die geringe Selbstständigkeit der untergeordneten Gruppenmitglieder wirkt sich besonders negativ aus, wenn der Entscheidungsträger ausfällt (Wawrinowski 1994)

► **Laissez-faire-Führungsstil**

- Leiter verhält sich weitgehend passiv, er macht nur minimale Vorgaben
- er verhält sich freundlich, aber neutral zur Gruppe
- hilft oder bestraft auch nicht
- Outcome/Arbeitsergebnisse werden kaum bewertet
- Informationen fließen mehr oder weniger zufällig

Vorteile des Laissez-faire-Führungsstils:

- Gewährung von Freiheiten z. B. in der eigenständigen Arbeitsweise der Gruppenmitglieder
- Individualität wird gewährt
- wird oft im „Kreativ“-Bereich genutzt

Nachteile des Laissez-faire-Führungsstils:

- Gefahr mangelnder Disziplin
- Kompetenzstreitigkeiten
- Unordnung und Durcheinander
- Rivalitäten und Streitereien zwischen den Gruppenmitgliedern
- Bildung von informellen Gruppen und Außenseitern
- ungeübte Gruppen können auf der Strecke bleiben (Wawrinowski 1994).

► **Demokratischer Führungsstil**

- Ausdrucksformen der Macht, Stärke, Verfügungsgewalt und hierarchischer Überlegenheit über andere treten selten auf
- das Führen anderer Personen zur Erreichung von Zielen erfolgt nur im unbedingt notwendigen Ausmaß
- Leiter gibt der Gruppe einen Überblick über die Gesamttätigkeit und das Ziel
- alle wichtigen Entscheidungen werden in der Gruppe diskutiert
- der Leitende unterstützt und ermutigt aktiv die Gruppenmitglieder

- wenn Führung notwendig ist, dann in einer Art, die die Gleichwertigkeit und Würde des Partners achtet und anerkennt
- Berücksichtigung des Denkens und Fühlens anderer in den eigenen Handlungen und Maßnahmen
- Förderung der Unabhängigkeit, Sicherheit und Entscheidungsfreiheit anderer Personen

Vorteile des demokratischen Führungsstils:

- hohe Motivation der Gruppenmitglieder durch Entfaltung der Kreativität
- Förderung der Leistungsfähigkeit und höhere Selbstständigkeit
- Entlastung des Leitenden und somit auch eine Reduzierung des Risikos einer Fehlentscheidung
- höhere Identifikation mit der Gruppe bzw. dem Unternehmen
- das Gruppenklima ist meistens angenehm durch offene Kommunikationsstrukturen

Nachteil des demokratischen Führungsstils

- Entscheidungsgeschwindigkeit ist evtl. verlangsamt bzw. verzögert, da alle ausreichend informiert werden müssen und viele Köpfe Ideen produzieren müssen (Wawrinowski 1994)

Omega-Position

So wie viele Redewendungen, geht auch der **Sündenbock** auf die Bibel zurück: Am Versöhnungstag bekam der Hohepriester von den Israeliten zwei Ziegenböcke. Einer davon wurde geschlachtet und war für Gott bestimmt, der andere sollte die Sünden und Missetaten des Volkes auf sich laden (3. Buch Mose 16, 20-22) und sie dann in die Wildnis tragen (o. A. 2007).

Übung



Übertragen Sie diese biblische Geschichte auf „Sündenbock“-Entwicklungen in Gruppen. Vielleicht fällt Ihnen eine konkrete Gruppensituation ein, an der Sie die Dynamik überprüfen können. Überlegen Sie: Welche wichtige Rolle hat der Sündenbock?

Die Gruppenmitglieder bekämpfen eigene **verdrängte Anteile** und **projizieren** sie auf den Außenseiter. Die Gruppe gibt sich der Illusion hin, dass sie, wenn sie es schafft, diese Person hinauszudrängen, rascher vorankommt („Sündenbock-Prinzip“). Das erweist sich als Fehlschluss.

In Ihrer Ausbildung gibt oder gab es vielleicht einen sehr langsam Lernenden, der zurückblieb. Die anderen machten sich mehr oder minder über ihn lustig: „Ralf hätte hier gar nicht aufgenommen werden sollen. Der passt hier nicht rein.“ Alle reden nicht von den eigenen Wissenslücken und Lernproblemen, sondern nur von Ralfs. Aber alle haben Wissenslücken und diese schließen sich nicht durch das Ausscheiden des Letzten. Die Reife der Gruppe drückt sich dadurch aus, dass jeder einzelne für sich die verdrängten Anteile wahrnimmt und sie zulässt. Die Ausbildungsgruppe könnte z. B. sagen: „Wir haben alle Wissenslücken. Wie können wir sinnvoll Lerngruppen zusammenstellen?“

Definition

[]

Außenseiter können in anderen Gruppen gut integriert sein.

Beispiel

B

Der Einfluss der Rollenverteilung auf die Kommunikation: In der Ergotherapieabteilung einer psychosomatischen Klinik teilt die Ergotherapeutin Frau Jung den Gruppenmitgliedern am Montagmorgen mit, was die anstehenden Aufgaben für den Tag sind. Zwei der sieben Gruppenmitglieder äußern ihre Meinung dazu, die anderen sitzen nur schweigend da. Auch im Wochenverlauf ändert sich diese Konstellation nicht. Frau Jung ist in der Reflexion mit der Situation sehr unzufrieden. Sie schlägt deshalb am nächsten Morgen vor, die Arbeitsbesprechung anders zu gestalten. Alle Klienten sollen abwechselnd die Leitung der Arbeitsbesprechung übernehmen. Nach einigen Anfangsproblemen wurden die Gruppenmitglieder zunehmend lebhafter.

Durch die wechselnde Gesprächsleitung werden die gewohnten Rollen in der Gruppe aufgebrochen und alle können sich entwickeln.

Kriterien der Rangordnung in Gruppen

Überprüft man in Gruppen, wie und in welchem Ausmaß die Mitglieder das Geschehen beeinflussen, kann man Unterschiede beobachten. Macht und Einfluss hat der Teilnehmer, auf den viele **Interaktionsprozesse** bezogen sind; ob diese nun direkt oder indirekt, mit Worten, Blicken oder Gesten durchgeführt, von Ängste oder Aggressionen, Anerkennung oder Mitleid, Sympathie oder Abneigung motiviert sind. Wesentlich ist dabei, dass Macht- und Einflussfaktoren nicht nur mit Stärke, sondern auch mit Schwächen verbunden sind. Sie zeigen sich deshalb auch nicht nur im Durchsetzen, sondern auch im Verhindern, ihr Erscheinungsbild ist nicht nur offen sondern auch verdeckt und manipulativ.

Macht und **Einfluss** erlangt:

Integrative Validation: Nicole Richard modifizierte das Validationsverfahren von Naomi, indem sie sich ausschließlich auf die Gefühlswelt des Menschen mit Demenz konzentriert, sie wahrnimmt und wertschätzt, um so ein Vertrauensverhältnis aufbauen zu können.

Literaturtipps zum Weiterlesen:

- Integrative Validation. <http://www.integrative-validation.de/start.htm>

Mäeutik: Das Konzept beinhaltet eine „erlebnisorientierte Pflege“ von Dr. Cora van der Kooij. Mäeutik soll den Pflegenden klar machen, was sie innerlich – intuitiv – bereits wissen, um dieses methodisch und bewusst im Team umzusetzen. Auch hier erhalten Begrifflichkeiten wie „Intimität“, „Sicherheit“ und „Geborgenheit“ einen neuen Inhalt, in dem das gefühlsmäßige Erfahren des Pflegenden und des Klienten im Vordergrund steht (Kooij 1997, Demenz III/59).

Literaturtipps zum Weiterlesen:

- C. van der Kooij. Ein Lächeln im Vorübergehn. Huber; 2007
- U. Schindler, Hrsg. Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Praxisalltag. Vincentz; 2003

Biografisches Arbeiten

Unsere „Geschichte“ macht jeden von uns zu einer einzigartigen Person und nur unsere Geschichte vermittelt uns, wer wir sind. Bei Menschen, die an Demenz erkrankt sind, gehen diese Anteile der Persönlichkeit zunehmend verloren. Ein Zugang für die betroffene Person zu sich selbst ist, wenn sie in die Lage versetzt wird, sich zu erinnern. Durch das biografische Arbeiten gelingt es, noch vorhandene Ressourcen zu mobilisieren, Selbstvertrauen zu stärken und die Identität länger zu erhalten. Außerdem erfahren die Bezugspersonen mehr über Verhalten, Gefühle und Konflikte des Klienten, denn nur eingebettet in die Geschichte des Betroffenen können wir sie verstehen.

Es gibt eine Vielzahl von Biografiebögen, die mit dem Betroffenen gemeinsam erarbeitet und durch Fremdanamnese ergänzt werden können. Es geht überwiegend um die subjektive Wahrnehmung der Lebensgeschichte und weniger um die Objektivität der Geschichte. Deshalb spiegeln die Geschichten der Betroffenen die Wirklichkeit wider und brauchen grundsätzlich keine Überprüfung. Ebenso eignen sich halbstrukturierte Gespräche, Genogramme, Fotoalben und eigene kreative Zugänge, die während der gemeinsamen Arbeit zum Tragen kommen können.

Demenziell erkrankte Menschen haben, wie alle andere auch, das Recht, nur das zu erzählen, was sie freiwillig erzählen möchten. Wenn der Klient etwas Belastendes ansprechen möchte, wird er es von sich aus tun. Ein Rückblick kann traumatische Erlebnisse wachrufen, und es muss immer berücksichtigt

werden, dass Verleugnungs- und Verdrängungsmechanismen als Schutz des Ichs vor bedrohlicher, individueller Überforderung unbedingt respektiert werden müssen.

Die **Reminiszens-Therapie (REM)** nach *Robert Butler* ist eine spezielle Ausrichtung der Erinnerungsarbeit. REM stützt sich auf die theoretische Annahmen der Lebensaufgaben von Erikson wie auch das Verfahren der Validation. Jedoch sieht Butler die Rückschau nicht als eine Regression, sondern als ein Prozess, um zur Ich-Integrität zu gelangen.

Merke

M!

Die Begriffe „Biografiearbeit“, „Erinnerungsarbeit“ und „Reminiszens“ haben in der Fachwelt unterschiedliche Bedeutung. In der Praxis werden sie nicht immer deutlich voneinander unterschieden.

Literaturtipps zum Weiterlesen:

- B. Kerkhoff, A. Halbach. Biografisches Arbeiten. Beispiele für die praktische Umsetzung. Vincentz; 2002
- H. Ruhe. Methoden der Biografiearbeit. Lebensspuren entdecken und verstehen. Beltz; 2003
- E. Bliminger et al. Lebensgeschichten. Biografiearbeit mit altem Menschen. Vincentz; 1996
- R. Butler. The life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged. Psychiatry. 1963; 26: 65–76

Kognitive Ansätze

Es liegt nahe, dass sich kognitive Trainingsmethoden an den kognitiven Fähigkeiten der Klienten ausrichten. Die Methoden gehen über Computerprogramme, kognitive Studien mit Bewegungseinheiten (SIMA), Gedächtnistraining nach Fransiska Stengel bis hin zu der 10-Minuten-Aktivierung nach Ute Schmidt-Hackenberg. Bei allen Methoden soll Spaß und Freude wie körperliche Bewegung und das Einbeziehen der Sinneskanäle für das subjektive Wohlbefinden im Training Bestandteil sein. Keine Trainingsstudie hat bislang die Wirksamkeit über die Zeit des Trainingsprogramms hinaus empirisch ausreichend belegt. Ein recht bekannter kognitiver Ansatz ist das Realitätsorientierungstraining (ROT).

Das **Realitätsoreintierungstraining (ROT)** wurde ansatzweise bereits 1958 von *J. Folsom*, später unter Mitarbeit von *Lucille Taulbee*, in den USA entwickelt. Primäre Zielsetzung des ROT ist die Verbesserung der zeitlichen, örtlichen und personellen Orientierung und des allgemeinen Gedächtnisses. Das ROT ist zum

einen ein 24-Stunden-Konzept, das darauf abzielt, den Alltag der demenziell erkrankten alten Menschen „rund um die Uhr“ so zu gestalten, dass ihre Orientierungsfähigkeit durch entsprechende Methoden und Umweltgestaltung unterstützt wird. Zusätzlich wird das ROT als Gruppe angeboten. In regelmäßig stattfindenden Gruppen werden verschiedene Aktivitäten (einfache Tätigkeiten, Singen, Vorlesen) durchgeführt, um einen Bezug zur Umwelt zu schaffen, wie etwa zur aktuellen Jahreszeit oder anstehenden Festen. Das ROT stellt geradezu ein gegensätzliches Konzept zur Validation dar.

Literaturtipps zum Weiterlesen:

- M. Hautzinger. Realitätsorientierungstraining. In: M. Linden, M. Hautzinger. Verhaltenstherapiemanual. Springer; 2008
- V. Maier. Kognitiv aktivierende Methoden bei Alzheimer Demenz: Gedächtnistraining, Realitätsorientierungstraining, Erinnerungstherapie, Selbst-Erhaltungstherapie & Validationstherapie. Vdm Dr. Müller; 2008

Ökologische Zugänge

Demenzkranke sind besonders auf ihre Umwelt angewiesen, die sich dem jeweiligen Krankheitsverlauf anpasst und sowohl beschützend als auch stimulierenden Charakter aufweisen soll. Die Umwelt soll:

- übersichtlich sein und Sicherheit und Geborgenheit vermitteln; Funktionsfähigkeit und Kompetenzerhaltung unterstützen sowie maximale Bewegungsfreiheit gewährleisten (durch Wohnanpassung, adaptive Umwelt),
- Orientierung unterstützen, z. B. durch tagesstrukturierende Maßnahmen, kleine Gruppen; Milieugestaltung, die sich an Gewohnheiten der alten Menschen orientieren,
- im Pflegeheim Kontinuität zum bisherigen Leben herstellen durch individuelles Mobiliar, persönlichen Kleidungsstil etc.,
- physikalische Umweltfaktoren wie Beleuchtung, Temperatur, Gerüche und Geräuschkulisse an die Bewohner anpassen,
- stimulierend sein und soziale Kontakte fördern, z. B. Aktivitätsgruppen, Singgruppe, gemeinsame Ausflüge etc.,
- Rückzugsmöglichkeiten und Ruheräume schaffen, z. B. einen Snoezel-Raum. Unter der „Phantasieschöpfung der beiden Wörter „snuffeln“ (schnüffeln, schnuppern) und „doezelen“ (dösen, schlummern) versteht man einen Aufenthalt in einem gemütlichen, angenehm von leisen Klängen und Melodien und angenehmen Lichteffekten gestalteter Raum. Er kann von wohlriechenden Düften durchflutet sein, die schöne Erinnerungen wecken und zum Träumen animieren“. (Mertens 2002) Dabei sollen die Düfte und Klänge womöglich an alten Erinnerungen anknüpfen.

Für alle genannten Zugänge konnte in Studien keine eindeutige Wirksamkeit nachgewiesen werden, jedoch, und das ist evident, brauchen Betroffene deutlich weniger Psychopharmaka, wie z. B. Neuroleptika (S3-Leitlinie „Demenzen“ 2009). Alle genannten Verfahren unterscheiden sich in ihrem theoretischen Verständnis als auch von den Techniken, verfolgen aber das gleiche Ziel, nämlich dass sich die betroffenen Personen wohlfühlen und ihre Lebensqualität sich verbessert.

Alle oben erwähnten Verfahren und Zugänge sind ein fester Bestandteil in der Behandlung von demenziell erkrankten Menschen.

Bedeutung für die Ergotherapie

[]

Die Ergotherapie, deren Hauptdomäne die Förderung, der Erhalt und/oder die Wiederherstellung der alltäglichen Aktivitäten (ADL und IADL) ist, wird sich in allen Stadien der Erkrankung unterschiedlichen Zugängen und Verfahren, auch neurophysiologischen Methoden bedienen, um Kompetenzen zu erhalten. Damit kann sie wesentlich zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, beitragen.

Exkurs

i

Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz

Im Jahr 2003 wurde eine Rahmenempfehlung vom Bundesministerium für Gesundheit für herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz entwickelt. Der Auftrag war, zu ermitteln, welche pflegerischen Interventionsmaßnahmen erfolgreich dazu beitragen, die Pflegequalität von Demenzkranken mit Verhaltensauffälligkeiten zu verbessern.

Schwieriges bzw. störendes Verhalten wird als ein herausforderndes Verhalten bewertet. „Störendes Verhalten“ sieht den Ursprung in der Person, enthält eine negative Wertung und sieht das Verhalten als Störfaktor, welcher abzustellen ist. „Herausforderndes Verhalten“ geht von inneren (Person) und äußeren Faktoren (Umwelt) als Ursache aus (transaktional) und legt den Fokus auf diejenigen, die sich durch ein bestimmtes Verhalten herausgefordert fühlen. Dadurch enthält es keine negative Zuschreibung.

„Herausfordernde Verhaltensweisen“ sind:

- Agitation, zielloses Umherwandern,
- Wahn, Halluzinationen,
- Angst,
- Aggressivität,

- Schreien, Rufen,
- gestörter Tag-/Nachtrhythmus,
- Apathie und
- Depressivität.

Merke

M!

Es ist festzuhalten, dass jedes Verhalten – auch bei Menschen mit Demenz – Gründe hat. Die Suche nach den Gründen für das Verhalten ist handlungsleitend (Was löst die Symptome aus?). Grundlegend für einen guten Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen ist die möglichst präzise Beschreibung des Verhaltens und seiner Entstehungsbedingungen. Was tut eine Person? Wie geht es ihr dabei?

Verstehen steht vor jedem Machen!

5

Herausforderndes Verhalten kann, muss aber nicht Ausdruck von Unwohlsein, wie z. B. Angst und Unsicherheit, Abhängigkeit und Fremdbestimmtheit, sein.

Beispiel

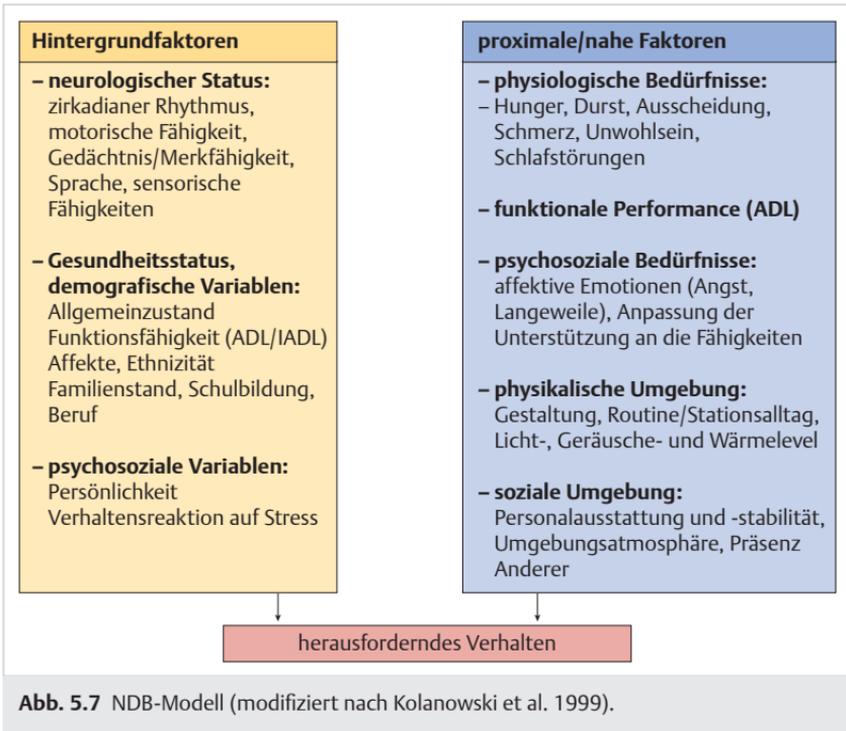
B

Ein an Demenz erkrankter alter Mann musste mehrmals einem ambulanten Arzt vorgestellt werden. Immer wenn er das Wartezimmer betrat, dauerte es nicht lange, bis er wieder aufstand und darauf drängte, die Arztpraxis zu verlassen. Zunächst war die Vermutung, dass er sich bei dem Arzt unwohl fühlen muss. Es erschien jedoch nicht ganz schlüssig. In der Auseinandersetzung mit seiner Biografie wurde sehr bald klar, dass der Mann ein leidenschaftlicher Gärtner war und durch die vielen Gartenbilder im Wartezimmer daran erinnert wurde und raus in „seinen Garten“ wollte.

Durch diese Erkenntnis eröffneten sich neue Herangehensweisen/Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit dem alten Mann.

Die Rahmenempfehlung empfiehlt das NDB-Modell (bedürfnisorientiertes Verhaltensmodell bei Demenz), um das Verhalten analysieren zu können. In diesem Modell wird Verhalten durch 2 Faktoren erklärt (► Abb. 5.7):

- **Hintergrundfaktoren:** Diese sind durch Interventionen kaum zu beeinflussen, mit ihrer Beschreibung können aber Risiken erfasst werden.
- **Proximale/nahe Faktoren:** Diese können herausforderndes Verhaltensweisen auslösen. Sie können eher beeinflusst werden.



Dieses Modell stellt ein Hilfsmittel dar, um herausfordernde Verhaltensweisen situativ genauer analysieren zu können. Wird ein Verhalten in seiner subjektiven Bedeutung ergründet, erweist sich ein Verhalten, das als „störend“ empfunden wurde, oft als unverstandenes Verhalten.

5.12 Lebensrückblick und Lebenssinn

„Das Leben verstehen kann man nur rückwärts, aber leben muss man es vorwärts.“ (Soren Kierkegaard, 1813–1855)

5.12.1 Lebensrückblick

In der Kindheit und Jugend wird die Lebenszeit noch als unendlich wahrgenommen. Der Blick richtet sich nach vorne. Ab der Lebensmitte werden sich die meisten Menschen bewusst, dass ihr Leben begrenzt ist. In dieser Phase wird deutlich, dass die Hälfte des Lebens bereits gelebt wurde. Dies führt dazu,

dass das Leben hinterfragt und gleichzeitig der Blick nach vorne gerichtet wird. Man stellt sich Fragen, wie z.B.: Was möchte ich im Leben noch erreichen? Was ist wichtig und worauf will ich mich zukünftig konzentrieren? Was ist eher belastend und soll abgeschüttelt werden? Was möchte ich ändern? Welche Möglichkeiten gibt es?

Die Rückschau hilft, Erfahrungen und Erlebnisse zu ordnen, um sie in einem größeren Lebenszusammenhang sehen zu können. Die Lebensrückschau kann dabei helfen, das Leben als Ganzes zu akzeptieren und dabei auch schwere Zeiten und Schicksalsschläge mit einem Sinn zu versehen. Die Bejahung des bisher zurückgelegten Lebens kann dazu beitragen, den Anforderungen der Gegenwart und der Zukunft besser gewachsen zu sein. Lebenserinnerungen können somit ermöglichen, dass Ressourcen aktiviert werden.

5.12.2 Lebenssinn

Mit der Rückschau auf das eigene Leben wird häufig auch die Frage nach dem Lebenssinn gestellt. Die Frage nach dem Lebenssinn wird besonders in Lebenssituationen aufgeworfen, in denen Menschen sich in bedeutsamen Krisen befinden und/oder das Leben einen Wendepunkt bekommt und das Vertraute so nicht länger existiert.

Gerade im Alter, wo verdichtet einschneidende Ereignisse auftreten können, versuchen Menschen, ihre bisherigen Erfahrungen und Handlungen in einen übergeordneten Sinnzusammenhang zu bringen.

Die Auseinandersetzung mit der Sinnfrage beinhaltet auch eine Selbstreflexion. Wenn Menschen ihrem Leben einen Sinn geben, können sie sich selbst so annehmen, wie sie geworden sind. Dies beeinflusst erheblich die Lebenszufriedenheit. Gelingt es nicht, in dem gelebten Lebensweg einen Sinn zu sehen, wird der ältere Mensch möglicherweise mit sich hadern bis hin, dass er sich hoffnungslos fühlt.

Bedeutung für die Ergotherapie

[]

Die Ergotherapeutin kann bei der Selbstreflexion helfen, indem sie

- den alten Menschen Gelegenheit bieten, sich mitteilen zu können,
- aktiv zuhören, mithilfe der klientenzentrierten Gesprächsführung,
- den alten Menschen Raum für Gespräche bieten, in denen diese ihr Leben und sich selbst betrachten können,
- biografisch arbeiten
- einen Austausch in der Gruppe fördern (damit die Klienten sehen, dass es anderen auch so geht).

5.12.3 Entwicklung der Religiosität im Alter

Die meisten der heute pflegebedürftigen alten Frauen und Männer sind in einer Zeit aufgewachsen, in der sich die gelebte Religiosität erheblich von der heutigen unterschied; sie wuchsen meistens auf mit:

- strengem kirchen- und traditionsgebundenen Glauben mit festen Ritualen,
- regelmäßigem Kirchgang,
- festen Vorstellungen von „Gut“ und „Böse“,
- Gott der Vater war ein strenger oder auch ein gütiger und schützender Vater,
- Konflikt mit kirchlichen Traditionen zur Zeit der Partnerfindung und Eheschließung.

Der Glaube der Kindheit und Jugend wurde mit dem Erwachsenwerden für viele auf die Probe gestellt (interkonfessionelle Eheschließung, Ausleben der Sexualität).

Die Entwicklung der Religiosität im Alter erfordert daher eine differenzierte Sichtweise (Kühnert u. Wittrahm 2006):

- Im Alter kommt es häufig zu einer erneuten Auseinandersetzung mit religiösen Fragen, oftmals gekoppelt an die Auseinandersetzung mit dem Lebenssinn.
- Eine verstärkte Kirchlichkeit im Alter ist unwahrscheinlich; diese hängt eher von der Lebensgeschichte ab und weniger vom Alter bzw. der aktuellen Lebenssituation.
- Es gibt verschiedene persönliche Stile religiösen Glaubens:
 - **Kirchlicher Typus** mit den Merkmalen:
 - fühlt sich einer Gemeinde zugehörig,
 - nimmt am Gottesdienst teil,
 - pflegt persönliches Gebet,
 - engagiert sich aus seinem Glauben für andere,
 - Religion nicht nur persönlich bedeutsam, sondern auch wichtig für die Gesellschaft, für ein menschlicheres Miteinander.
 - **Kultur-christlicher Typus** mit den Merkmalen:
 - sieht sich als Teil der christlichen Kultur,
 - engagiert sich persönlich wenig hinsichtlich religiöser Aktivitäten,
 - zahlendes Kirchenmitglied,
 - besucht Gottesdienste zu besonderen Festen.
 - **Ungebunden-religiöser Typus** mit den Merkmalen:
 - Spiritualität ist in seinem Leben wichtig,
 - achtet auf das Göttliche in der Natur (oder in zwischenmenschlichen Beziehungen),
 - meditiert, hört spirituelle Musik,

- lehnt einen institutionellen Rahmen ab,
- will nicht von außen festgelegt und fremdbestimmt werden.
- **Skeptisch-ablehnender Typus**
 - ihm ist das Leben auf Erden wichtig, er bezweifelt eine jenseitige Macht,
 - in der Regel keine religiöse Praxis,
 - überlässt religiösen Glauben anderen, macht auf die Schattenseite der Religiosität in Geschichte und Gegenwart aufmerksam.

Religiosität kann für den älteren Menschen eine Ressource sein und eine wichtige Kraftquelle, wenn es darum geht, Verluste anzunehmen und ihnen einen Sinn zu geben. Jedoch kann Religiosität auch hinderlich werden, besonders dann, wenn Schicksalsschläge z. B. als eine Strafe Gottes gesehen werden.

Merke

M!

Die Bedeutung von Religion im Alter sollte immer durch persönliche Gespräche eruiert werden. Sie sollen die subjektive Bedeutung von Religiosität eines älteren Menschen berücksichtigen!

Bedeutung für die Ergotherapie

[]

Die Aufgabe einer Ergotherapeutin ist es:

- die Bedeutung des Themas zu erkennen,
- sich Kenntnisse über Glauben und Religion anzueignen,
- mit alten Menschen ins Gespräch zu kommen und
- dafür zu sorgen, dass Religiosität gelebt werden kann, z. B. dass Kirchenbesuche organisiert, Feste durchgeführt und Bräuche, Rituale gelebt werden können etc.

Kontroll-/Prüfungsfragen



1. „Alt ist nicht gleich alt“. Belegen Sie anschaulich diese grundlegende Aussage in der Gerontologie.
2. Erläutern Sie die vier Merkmale, die Veränderungen im Alter charakterisieren!
3. Nennen Sie jeweils ein Beispiel von Veränderungsprozessen im Alter, die auf der psychischen, sozialen und körperlichen Ebene stattfinden!
4. Alterbedingte Veränderungen bringen Aufgaben und Probleme für den alten Menschen mit sich. Nennen Sie die Grundprinzipien der Hilfestellung für die Unterstützung alter Menschen bei der Bewältigung von Veränderungen!
5. Psychische Veränderungen im Alter zeigen sich unter anderem als Leistungseinbußen im kognitiven Bereich. Beschreiben Sie, wie Informationen verarbeitet und gespeichert werden. Gehen Sie dabei insbesondere darauf ein, wie sich diese Prozesse im Alter verändern.
6. In welche Dimensionen wird die Intelligenz unterschieden? Warum ist diese Unterscheidung vor allem für die Intelligenzentwicklung im höheren Erwachsenenalter bedeutsam?
7. Zeigen Sie anhand des folgenden Beispiels auf, wie Sie Lernprozesse bei alten Menschen unterstützen können. Berücksichtigen Sie dabei auch nicht kognitive Faktoren: Auf Ihrer ambulanten Tour kommen Sie zu Frau Müller. Sie ist 76 Jahre alt und lebt allein. Sie hat nicht viele Kontakte, das Fernsehen bietet ihr Ersatz. Vor zwei Wochen ist ihr Fernsehgerät kaputt gegangen. Sie hat inzwischen ein neues Gerät, kommt damit aber nicht zurecht. Wenn Sie zu ihr kommen, ist sie jedes Mal wütend, weil sie „ihre Sendungen“ nicht sehen konnte. Ihr Nachbar hat ihr zwar erklärt, wie sie ihre Sender finden kann und ihr die Gebrauchsanweisung für die Fernbedienung gezeigt, aber sie bleibt bei ihrer Meinung, dass sie sowieso nichts versteht und gleich wieder alles vergisst. Sie sehen Handlungsbedarf, weil Frau Müller zunehmend unzufrieden ist, und sich auch wieder aufregt, wenn sie nicht findet, was sie sucht.
8. Erläutern Sie, woraus soziale Netzwerke gebildet sind, und geben Sie jeweils 3 Beispiele.
9. Problematisieren Sie die Aussage „Die Anzahl der Kontaktpersonen, die einem (alten) Menschen zur Verfügung steht, ist entscheidend für ausreichende soziale Ressourcen“.
10. Frau B., 78 Jahre alt, ist seit 8 Jahren Witwe, ihre Ehe war kinderlos. Sie ist mobil und versorgt sich selbst, nur das Tragen der Einkäufe ist ihr nicht mehr möglich. Jeden Samstag fährt eine ihrer beiden Nichten sie mit dem Auto