



Ott, U. Sozialwissenschaften



zum Bestellen [hier](#) klicken

by naturmed Fachbuchvertrieb

Aidenbachstr. 78, 81379 München

Tel.: + 49 89 7499-156, Fax: + 49 89 7499-157

Email: info@naturmed.de, Web: <http://www.naturmed.de>

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	Auseinandersetzungsfornen, 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 Lebenssinn	740
5.12.1 Lebensrückblick	740
5.12.2 Lebenssinn	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

Vorwort

Ergotherapie ist eine Fachdisziplin, die sich integrativer Aspekte der Bio- und Sozialwissenschaften bedient. Von daher ist es folgerichtig, die bereits vorliegenden Bände Prüfungswissen für die Anatomie, Physiologie und Grundlagen der allgemeinen und speziellen Krankheitslehre durch diesen Band Prüfungswissen: Sozialwissenschaften abzurunden.

Eng an der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung orientiert, findet der Leser alles, was er zur Prüfungsvorbereitung des schriftlichen und mündlichen Staatsexamens in Bezug auf die sozialwissenschaftlichen Grundlagen wissen sollte. Um das Prüfungswissen zu komplettieren, befindet sich im Anhang ein Kapitel zur Berufs-, Staats- und Gesetzeskunde und eine Einführung zum wissenschaftlichen Arbeiten.

Aus dem komplexen und mannigfaltigen Bereich der Sozialwissenschaften wurden für dieses Buch die, für die Ergotherapie relevanten, Disziplinen Pädagogik, pädagogische und medizinische Psychologie, Sonderpädagogik, Soziologie und Gerontologie ausgewählt. Dabei ist es für den Leser einerseits entscheidend, einen Überblick über alle relevanten Bereiche der Disziplinen zu bekommen und deren Betrachtungs- und Herangehensweisen voneinander abgrenzen zu können. Andererseits gilt es aber auch, die verschiedenen Perspektiven dieser Disziplinen zu vereinen und somit zu einer umfassenderen Sichtweise auf Zusammenhänge zu gelangen. Darüber hinaus erschien es angebracht, immer wieder den Transfer sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse auf berufsrelevante Anwendungssituationen herzustellen, um die theoretischen Erkenntnisse entsprechend verorten, anwenden und bewerten zu können. Dem Leser wird die, für das praktische Handeln notwendige, Theorie mit ergotherapeutischen Beispielen anschaulich und erfahrbar gemacht.

Um der Komplexität der Sozialwissenschaften gerecht zu werden, wurde anders als in den letzten Bänden auf die Schlagwörter in den Marginalien verzichtet.

Für die Auswahl des Lernstoffs waren einerseits die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und andererseits die Unterrichtserfahrung der Autoren wichtige Kriterien. Sie haben, über das spezielle Fachwissen hinaus, die alltägliche Praxis gesetzlicher und schulischer Vorgaben ausdifferenzieren, die didaktische Reduktion des Fachwissens vorzunehmen und mit Leben für die werdenden Ergotherapeuten zu füllen. Unterschiedliche curriculare Entscheidungen an den Schulen bringen es allerdings mit sich, dass Lehrinhalte, je nach Schwerpunktsetzung, gegenüber der Konzeption dieses Buch auch mal differieren können.

Die Übungen zwischendurch und die Prüfungsfragen zur Kontrolle des Lernerfolges und Lernstandes am Ende jeden Kapitels ermöglichen es, den persönlichen Kenntnisstand einzuschätzen, etwaige Wissenslücken zu schließen und Sicherheit für die Prüfung zu gewinnen.

Als letztes möchte ich die Gelegenheit nutzen, mich für die gute Zusammenarbeit und die engagierte Unterstützung bei den Autoren, dem Thieme-Verlag und bei Frau Götsch für die vielfältigen Arbeiten im Vorfeld zu bedanken.

Ulrike Ott

Berlin, im Juli 2012

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 theoretischen 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.

5

Merke**M!**

Die Begriffe „Biografearbeit“, „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 Biografearbeit. Lebensspuren entdecken und verstehen. Beltz; 2003
- E. Bliminger et al. Lebensgeschichten. Biografearbeit 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 **Realitätsorientierungstraining (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

Demenzranke 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.

5

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 neuropsychologischen Methoden bedienen, um Kompetenzen zu erhalten. Damit kann sie wesentlich zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, beitragen.

Exkurs



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!

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

Beispiel

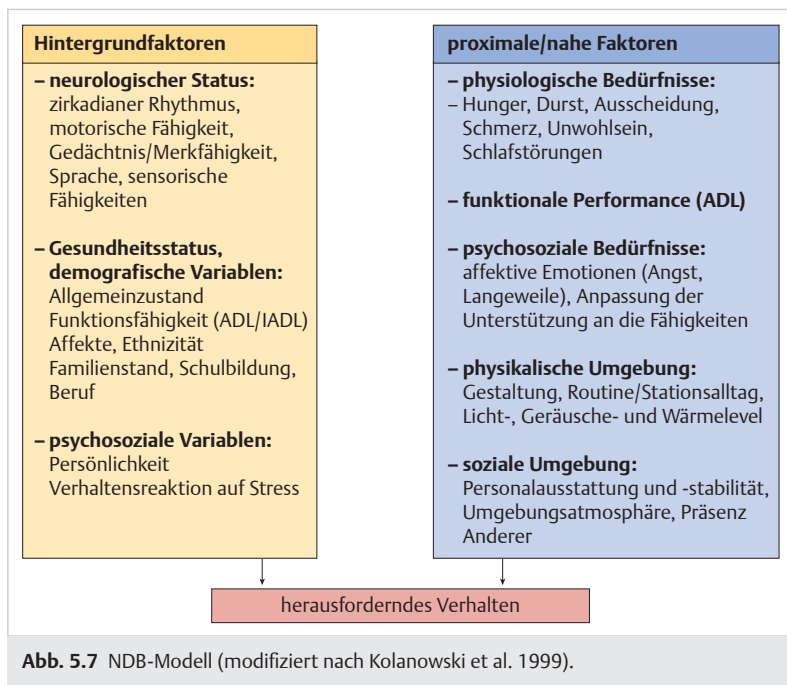
B

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.“ (Søren 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



5

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

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

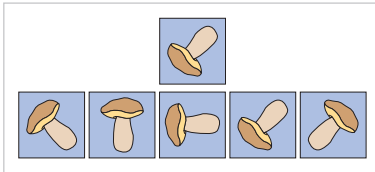


Abb. 1.13 Bildkarten zur Testung der Raumlage.

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 Westernsaloon 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

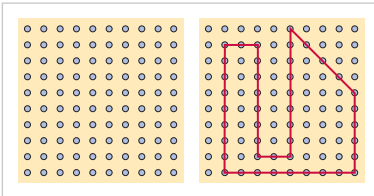


Abb. 1.14 Räumliche Beziehungen: erkennen und übertragen.

übertragen, sodass beide Kästchen gleich aussehen. Nur wenn ein Kind über eine Raumlageorientierung verfügt, kann es sich an den Punkten orientieren und die Figur exakt übertragen (► Abb. 1.14).

Konzeptgesteuerter Prozess (top-down)

Nach dem datengesteuerten folgt der konzeptgesteuerte Prozess der Wahrnehmung. Treffen Wahrnehmungsinhalte im Gehirn ein, werden ihnen zugleich **Bedeutungen** zugeschrieben. Der Eindruck bleibt nicht uneingebunden im Gehirn stehen, sondern löst Suchprozesse aus, die den „neuen“ Eindruck mit Bekanntem vergleichen. Diese **Suchprozesse** sind das Bindeglied zwischen der Wahrnehmung und einer weiteren psychologischen Grundfunktion: dem **Gedächtnis**. Ist eine Bedeutung gefunden worden, gilt der Eindruck als erklärt und somit als verarbeitet. Bleibt er aber unerkannt, bindet er weiterhin Energie, bis sich die Bedeutung erschließt.

Das Gedächtnis speichert die Wahrnehmungseindrücke. Durch den Vergleich und Zugriff auf bereits gespeicherte Inhalte erfolgt eine **Orientierung**. Der Wahrnehmende kann durch Rückgriff auf seine Erfahrungen entscheiden, ob das Wahrgenommene für ihn weiterhin Bedeutung hat bzw. eine **Reaktion** fordert – oder auch nicht. Das Gehirn wird durch die menschliche Entwicklung nach und nach angereichert mit **Erfahrungen** und **Erkenntnissen**, die auf unserer Wahrnehmung beruhen. Werden Objekte als bekannt gedeutet, verlieren wir das Interesse. Hingegen können wir bei Kindern beobachten, dass sie sich immer wieder anders Objekten zuwenden, sie neu deuten und neu interpretieren. Kinder ordnen Wahrnehmungsinhalte kreativer und flexibler zu als Erwachsene.

Definition



Kognitive Prozesse versehen das Wahrnehmungsbild mit einer Bedeutung. Entweder finden sie eine bereits abgespeicherte passende Bedeutung, oder sie erschließen eine neue Bedeutung.

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.

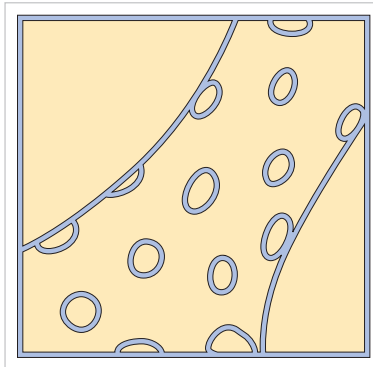


Abb. 1.15 Was sehen Sie?

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 Kosmetikhersteller 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 abgesucht.
- 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 Wechselspiels 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 Professionalisierung 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.

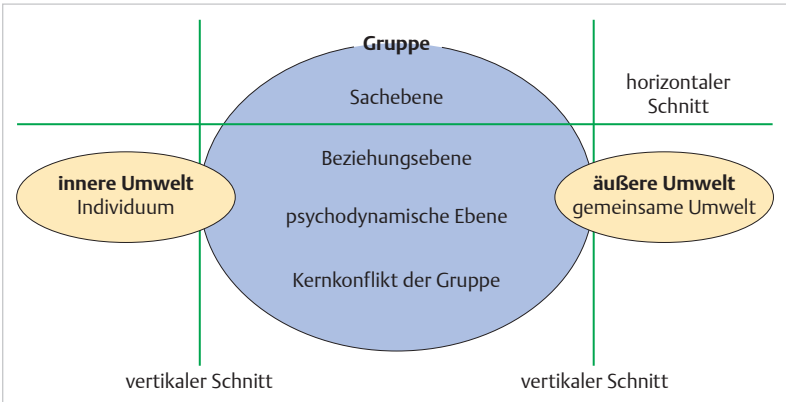


Abb. 1.38 Sichtweisen auf die Gruppe modifiziert nach König und Schattenhofer 2010.

- **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.

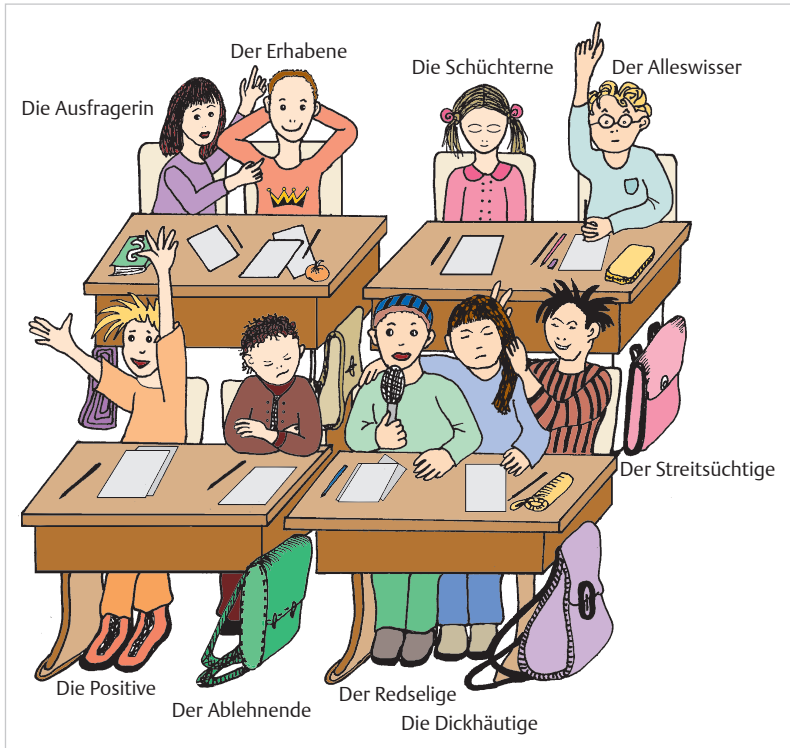


Abb. 1.39 Rollen in Gruppen.

- **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 **Vertrauensvorschuss**. 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 Ängsten 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:

Sachverzeichnis

A

- Abhängigkeit, existenzielle 240
- Ablauforganisation 375
- Abstinenzregel 82
- Abwehr 620
 - als Copingstrategie 621
- Abwehrmechanismus 620
 - reifer und unreifer 78
- Adherence 636 ff
- Adoleszenz 223 f, 276 ff
 - Entwicklungsaufgaben 277
- Adoleszenzphasen 276
- Adoptionsstudien 234 f
- Affiliationsmotiv 187
- Aggression 627
- Agnosie 725
- Agrafie 725
- Akalkulie 726
- Akklimatisierung 628
- Akkommodationsleistungen 463 f
- Akkommodierung 488
- Akteur-Beobachter-Verzerrung 306
- Aktionsforschung 803 f
- Aktivierungseffekt, sozialer 346 f
- Aktivität 529
- Aktivitäten des täglichen Lebens, Beeinträchtigung 718
- Aktivitätstheorie 702 f
- Alexie 725
- Alkoholmissbrauch, pränatale Entwicklung 237
- Alles-oder-Nichts-Prinzip 143, 145
- Altenheim 722
 - Informationen 725
- Alter
 - Alltagsauswirkungen 696 f
 - biologisches 681
 - chronische Erkrankungen, Umgang 713
 - Definition 681
 - einschneidende Veränderungen 708 f
 - Erkrankungen 708 f
 - Gleichgewichtssinn 694 f
 - kalendarisches 682
 - körperliche Veränderungen 688 ff
 - und Krankheit 690 f
 - Pflegebedürftigkeit 721 f
 - psychische und kognitive Veränderungen 691 ff
 - psychologisches 682
 - Reaktionszeit 694
 - soziale
 - Netzwerke 704 ff
 - Veränderungen 701 ff
 - soziales 682
 - Veränderungsprozesse 677
 - Wohnformen 719 ff
- Altern 289 ff
 - Phasen 683
- Alternsprozess, ungleichzeitiger 290 f
- Altersbilder 683 ff
 - eigene 716
- Altersentwicklungen 678
- Altersgedächtnis 697 ff
- Alzheimer-Demenz 729 f
 - Behandlung 733
 - Interventionen 732 f
 - kognitive Trainingsmethoden 736 f
 - psychosoziale Behandlungsmethoden 733 ff
- Amnrose 545
- Amnesie, posttraumatische 652
- Angst
 - Identitätsentwicklung 264
 - Selbstbeobachtung 99
- Angstneurose, Identitätsentwicklung 264
- Angstobjekt 99
- Angstreduktion 170 f
- Angstsituation 99
- Anlagen 231, 234
- Anorexia nervosa 247
- Anpassung, soziale, Kleinkind 255
- Anschauungsprinzip 508
- Antagonisten, Therapiemotivation 181
- Antidementiva 733
- Antipathiefehler 295
- Aphasie 725
- Apraxie 726
- Arbeit
 - Definition 378
 - Emotion 395
 - Erholungsphasen 387
 - historischer Kontext 375 f
 - Humankriterien 380
 - Motivatoren 398
 - und Persönlichkeitsentwicklung 388 ff
 - psychosoziale Rahmenbedingungen 378 ff
- Arbeiten
 - biografisches 735 f
 - wissenschaftliches 788 ff
 - Kontroll-/Prüfungsfragen 804
- Arbeiter
 - heimlicher 413
 - zwanghafter 413
- Arbeits-
 - und Organisationspsychologen, Wirkungsfelder 371
 - und Organisationspsychologie 369 ff
 - Anwendungsfelder 372
 - Gegenstandsbereiche 371
 - Kontroll-/Prüfungsfragen 421
- Arbeitsablauf, routinierter 209
- Arbeitsanfall 413
- Arbeitsanforderung 385
- Arbeitsaufgabe 382 ff
- Arbeitsbedingungen 382
- Arbeitsbelastung 400 ff
- Arbeitsbündnis, therapeutisches 63
- Arbeitsgedächtnis 173
 - Alter 698
- Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in Therapie und Geburtshilfe (AG-MTG) 771
- Arbeitsgestaltung 380, 382
 - psychologische 380 f
- Arbeitsgruppe, teilautonome 381
- Arbeitsinhalt 382 ff
- Arbeitslosigkeit 393 f
 - Gesundheit 595
- Arbeitsmittel 384
- Arbeitsmotivation 395, 398 f
- Arbeitsplatz 384
 - Mobbing 406 ff
- Arbeitspsychologische Fragestellungen 370 f
- Arbeitsrecht 776
- Arbeitssucht 412 ff
 - Skala 415
- Arbeitstherapie, Organisation 372 f
- Arbeitsumgebung 384

- Arbeitsunlustiger, chronischer 414
 Arbeitsverhalten, Lernbehinderung 542
 Arbeitsvertrag 776 f
 Arbeitszeit 386
 Arbeitszeiteinteilung, individuelle 386
 Arbeitszeitmodell, klassisches 386
 Arbeitszeitregelung 777
 Arbeitszufriedenheit 395 f, 398
 Arthritis 650
 Arthrose 650 f
 Ärztekammer 568 f
 Arzt-Patient-Beziehung, subjektives Krankheitskonzept 601 f
 Arztrolle 49, 607 f
 Assimilation 463
 Assimilationsleistungen 463
 Assoziation 174, 471
 – freie 79 f
 Assoziationspsychologie 470
 Attribuieren, Fehler 306
 Attributionale Theorie 306 f
 – der Emotion nach Weiner 307
 Attributionsprozess nach Kelly, Übersicht 305
 Attributionsrückmeldung 309
 Attributionstheorie 301 f
 – nach Heider 302 f
 Aufbauorganisation 373
 Aufforderungscharakter 183
 Aufmerksamkeitslenkung 157
 Aufmerksamkeitsmodifikation 215 f
 Ausbildung 765 ff
 – Ausbildungs- und Prüfungsverordnung 765
 Ausgrenzung, systematische 405
 Aussonderung, Behinderte 533
 Autonomie, Alter 715
 Autonomieentwicklung 254 ff, 259
 Autonomiegewinn 257
 Autonomiekonflikt 331
 Axiome 364
 Ayurveda 604
- B**
 Bachelor 766
 Bedrohungsmuster, Gruppenarbeit 347
 Bedürfnis
 – innerorganisches 180
 – konkurrierendes 186
 Beeinträchtigung 528
 – sozial-emotionale 536 ff
 Begabungsselbstbild 274
 Begriffslernen 481
 Behandlungsvertrag 778 f
 Behaviorismus 91 f
 – kritisches Resümee 474 f
 – Lerntheorien 229 f
 Behindertenpädagogik, Geschichte 525 f
 Behinderung 526, 528
 – anerkannte 531
 – Definition 528, 534
 – – unter Einbeziehung der Umgebung 529
 – geistige 526
 – Erziehungsauftrag 541
 – – Merkmale 539 f
 – Kinder
 – – Bewältigungsprozess 662
 – – Compliance von Eltern 663
 – Klassifikationen 529 ff
 – kognitive 539 ff
 – Kontroll-/Prüfungsfragen 554 f
 – medizinisches Modell 532
 – Schweregrad, Klassifikation 530
 – sonderpädagogische Förderung 534 ff
 – sozialmedizinische Sicht 531 f
 – sozialrechtliche Definition 532 f
 – Systematik 527 ff
 – therapeutisches Handeln 527
 Behinderungsbegriff, Kritik 533 f
 Beibehaltung, Kurzzeitgedächtnis 173 f
 Beobachtung
 – systematische 798 ff
 – teilnehmende 800
 Beobachtungslernen 350
 Beratung 312 f, 511 ff
 – entwicklungspsychologische, für junge Eltern 229
 – Handlungsformen 512 f
 – kollegiale 368
 Beratungsangebot, ergotherapeutisches 512
 Beratungsformen 512
 Beratungsgespräch, Voraussetzungen 513
 Beratungsinhalte 512
 Berliner Intelligenzstrukturmodell von Jäger 461
 Berufsentwicklung, geschichtliche Phasen 766 f
 Berufskunde 752 ff
 Berufspädagogik 433
 Berufsrolle 41
 Berufswahl 389 ff
 Beschäftigungstherapie, Geschichte 762 ff
 Bestrafung 474
 Betreuungsrecht 779
 Betroffenheit, Umgang, Forschung 791 f
 Bevölkerungspyramide 680
 Bewältigungsakt 615
 Bewältigungsdispositionen 616
 Bewältigungsformen 615
 Bewältigungsforschung 621
 – psychoanalytisch orientierte 620 f
 Bewältigungsmuster 615
 Bewältigungsreaktion 615
 Bewältigungsstil 616
 Bewältigungsstrategie 616
 Bewegungsentwicklung 218
 Bewegungstherapie, konzentrierte (KBT) 135 f
 Bewusstsein 67, 110 f
 Bewusstseinslage, motivationale und volitionale 201
 Beziehung
 – räumliche 152 f
 – soziale 378
 – therapeutische 66
 – – empathisches Verstehen 243
 Beziehungsforschung 221
 Beziehungskonflikt, im Alter 289
 Big Five 389 f
 Bilderleben, katathymes 134
 Bildung 448 ff
 – informelle 492
 – schulische, Schwerhörigkeit 551
 – und soziale Ungleichheit 450 f
 Bildungseinrichtung, Inklusion 521 f
 Bildungserfolg 450
 Bildungsniveau, Gesundheitsbericht 597
 Bildungsprozess, pädagogisch gelenkter 449 f
 Bildungssystem 450
 – traditionelles 500
 Bildungstheorie 450
 Bindung
 – unsicher-ambivalente 252
 – unsicher-desorganisierende 252
 – unsicher-vermeidende 252

Bindungserfahrung, frühkindliche 213
 Bindungsforschung 229
 Bindungsstil 251 ff
 Bindungsstile 251 ff
 Bindungstheorie 251 ff
 Biografiebögen 735
 Blackbox 92, 100
 Blended Learning 506
 Blindheit 545 f
 – Klassifikation nach ICD-10 546
 Borderline-Störung, Vertrauens- und Wertkrisen 252 f
 Brainstorming 368
 Bumerang-Kinder 283
 Bundesarbeitsgemeinschaft
 – der Heilmittelverbände 771
 – der Heilmittelbringer 570
 Bundesärztekammer 568 f
 Bundesdatenschutzgesetz 782
 Bundesgerichte 785
 Bundeskanzler 784
 Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) 561 f
 Bundespräsident 783
 Bundesrat 784
 Bundesregierung 784
 Bundesrepublik Deutschland 782 f
 Bundestag 783
 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) 776 f
 Burn-out 409 ff
 Burn-out-Stadien 410 f

C

Canadian Occupational Performance Measure 399
 Charakterlehre 73 f
 Chronologie 386
 Chronometrie 386
 chunks 698
 Code
 – elaborierter 316
 – restringierter 317

Compliance 602, 636 ff
 – Einflussfaktoren 637
 – Förderung 646
 – Grundlage 637
 – Hemm- und Risikofaktoren 644 f
 – Kontroll-/Prüfungsfragen 664
 – Krankheitsbilder 646 ff
 – Motivation 638 ff
 Computer Based Training 509
 Coping 602, 615 ff
 – akkomodatives 628
 – antizipatorisches 617
 – assimilatives 627
 – Ausrichtung an Persönlichkeitstheorien 621 f
 – Handlungsstrategien in Anlehnung an Heim und Willi 625 f
 – Kontroll-/Prüfungsfragen 664
 – Konzepte 625 f
 – Krankheitsbilder 646 ff
 – präventives 617
 – proaktives 617
 – reaktives 618
 – strukturelle Aspekte 616
 Copingformen 619 f
 Copingkonzepte 620
 Copingprozess
 – Aspekte 618
 – Funktion 618 f
 – Phasenmodell nach Kübler-Ross 629 ff
 – zeitliche Aspekte 616 f
 Copingstrategien nach Bischof 627
 Copingverhalten, Motivationssystem 626
 Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC) 770

D

Daseinstechniken 621 f
 Daten, medienstatistische 31
 Datenschutz 782
 Deformation, Entstehung 330
 Dementia-Care-Mapping nach Tim Kitwood 734
 Demenz 725 ff
 – bedürfnisorientiertes Verhaltensmodell 739 f
 – Definition 726
 – diagnostische Leitlinien 725 ff
 – Differenzialdiagnose 731 f
 – Einteilung 727 ff
 – Epidemiologie 729
 – frontotemporale 730 f
 – herausforderndes Verhalten 738 f
 – ökologische Zugänge 737 f
 – Reisberg-Skala 728
 – Validation nach Naomi Feil 734 f
 – vaskuläre 731
 – zeitlicher Verlauf 727 f
 Demenzerkrankung, neurodegenerative 729 ff
 Denken
 – anschauliches 468
 – induktives 457
 – – Einschränkungen 458
 – – Kindesalter 458
 – soziologisches 21, 30 ff
 – symbolisches 467
 – systemisches, Entwicklung 104 f
 – zirkuläres 109
 – Zukunftsbezug 261
 Depersonalisation 409
 Depression
 – kognitive Verhaltenstherapie 99 f
 – psychoanalytische Gruppentherapie 90
 – Vertrauensproblematik 252
 Desensibilisierung, systematische 98 f
 Deutsche Krankenhausesellschaft 566 f
 Deutscher
 – Idealismus 106
 – Verband der Ergotherapeuten 769 f
 Deutung 81 f
 Diagnosis Related Groups (DRG) 573
 Diagnostik, sonderpädagogische 522
 Diagramm, epigenetisches 250
 Dialog, kontrollierter 336 f
 Didaktik 501
 Dienstleistungsgesellschaft 377
 Dingexploration 249 f
 Diskriminierung, Behinderte 533
 Diskulturation 610
 Dissonanztheorie 497
 Distinktheit 304
 Distress 330
 Double-Bind-Kommunikation 104 f, 320
 DRG-System 573, 753
 Drogenmissbrauch, pränatale Entwicklung 237
 Dyade
 – Mutter-Kind 239 ff
 – Mutter-Säugling 253
 – zur Triade 241, 285
 Dysphonie 553

E

Echtheit 127 f
 Egozentrismus 249
 Eigenanamnese 522
 Eigengruppe 341
 Eingliederungshilfe 533
 Einstellung 310
 Einzelarbeit 507
 Elementarpädagogik 432
 Eltern, eigene, Altern 287
 Elternarbeit, begleitende 90
 Elternzeit 778

- Emotion 210 ff
 - Arbeit 399
 - Auslöser 214
 - Klassifikation 212 ff
 - und Kognition 214
 - komplexe 213
 - Lernprozess, Einfluss 170 f
 - limbisches System 211
 - Regulation 214 ff
 - Wahrnehmungsmodifikation 216
 - Emotionsregulation 216
 - Empathie 128, 216
 - blockierte elterliche 243 f
 - elterliche 242 f
 - mütterliche 242 f
 - Engagementzyklus 610
 - Engramm 244
 - Entspannungsübung 98 f
 - Entwicklung
 - demografische 679 ff
 - früheste 219 f
 - individuelle 223
 - kindliche 219
 - kognitive 475
 - – Stadien 466 f
 - Kontextbedingungen 232 f
 - als lebenslanger Prozess 685 ff
 - Phasen 236 ff
 - psychische, Organisatoren 253
 - Spezialisierung 219
 - Entwicklungsaufgaben
 - Älterwerden 685 ff
 - Individuation, frühe Dyade 253 f
 - Entwicklungsanforderung 250
 - Entwicklungsphasen 222 f
 - Entwicklungsprozess, Grundlagenforschung 222
 - Entwicklungspsychologie 218 ff
 - altersabhängige Methodenwahl 225 f
 - Erbanlage und Umwelt 230 ff
 - Erwachsenenalter 223
 - Forschung, Fragestellung 226
 - Forschungsmethoden 225
 - Forschungsrichtungen 233 ff
 - Kindergartenalter 259 ff
 - Kontroll-/Prüfungsfragen 419
 - Längsschnittstudie 226
 - Paradigmenwechsel 227
 - Phasen 236 ff
 - Positionen 224 f
 - psychoanalytische 228 f
 - Querschnittstudie 227
 - Säuglingsalter 239 ff
 - Schulen 227
 - Sichtweisen 224 f
 - Spiel 259 ff
 - Themengebiete 221 f
- Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern 229
- Entwicklungsstadien 223
 - pränatale 237
- Entwicklungsstörung
 - Klassifikation nach ICD-10 543
 - Prävention 275 f
 - Zwangsneurose 259
- Entwicklungsziel 219, 265
 - Individuation, frühe Dyade 253 f
- Epidemiologie 797 f
- Epigenetik 233 f
- Erbanlage und Umwelt 230 ff
- Ereigniserleben 710
- Ergonomie 384
- Ergotherapeut
 - Ausbildung 765 ff
 - Rollenveränderungen 49
- Ergotherapie
 - Berufsentwicklung, geschichtliche Phasen 766 f
 - Berufskunde 752 ff
 - Definition 754 f
- Emotion, Umgang 217
- familiäre Gewalt 32
- Geschichte 760 f
- – Rückschau 764
- Gruppenarbeit 343
- als Heilberuf 771 ff
- als Heilmittel 773
- Herausforderungen 768
- interkulturelle Unterschiede 318
- Kinderschutz 32
- Leistungsanforderungen, Klient 187 f
- Leistungsmotive 190
- Pädagogische Psychologie 455
- Professionsentwicklung, Themengebiete 179
- rechtliche Grundlagen 771 ff
- Rollenunterschiede im Wandel 49 f
- schulunabhängige Psychotherapie 132 ff
- Verbände 769 ff
- Ziel 755
- Ergotherapie-Definition des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten 754 ff
- Ergotherapieeinheit, Rubikonmodell, Phasen 200 f
- Erinnerungsarbeit 736
- Erkenntnisbildung 799
- Erkrankung
 - aktive Bewältigung 711
 - resignative Bewältigung 712
- Erleben, subjektives 213
- Eros 180 f
- Ersatzhandlung 246
- Ersatzkassen 563
- Erschöpfung, emotionale 409
- Erstgespräch, ergotherapeutisches
 - – Kommunikation 326
 - – Rahmenbedingungen 326
- Erwachsene, körperliche Erkrankungen 647 ff
- Erwachsenenalter 284 ff
 - junges 282 ff
 - spätes 289 ff
- Erwachsenentherapie, Spielelemente 131
- Erwartung 23
 - gekoppelte 23
 - soziale Rolle 37
 - vorstrukturierte 25
- Erwartungs-Valenz-Modell, Compliance 638
- Erwerbstätigkeit, Ziele 399 f
- Erwünschtheit, soziale 300
- Erziehung 438 ff
 - entwicklungsfördernde, Dimensionen 448
 - entwicklungshemmende, Dimensionen 448
 - funktionale 441
 - intentionale 441
 - kompensatorische 519
- Erziehungsbegriff 439
- Erziehungsformen 441
- Erziehungshaltung 441 f, 446 f
 - autoritäre 442
 - autoritative 442
 - demokratische 443
 - egalitäre 443
 - pädagogische Beziehung 446 f
 - permissive 444
 - verwöhnende 443
- Erziehungshilfe, rechtliche Regelungen 448
- Erziehungsinhalte 440
- Erziehungsmaßnahmen 447 f
- Erziehungsmittel 447
- Erziehungsstil 441 f
- Erziehungsstil-Typologie 442 ff
 - nach Hurrelmann 445
- Erziehungsverhalten 444 f
- Erziehungswissenschaft 432
- Erziehungsziele 440

- Es 69
- Eustress 330
- Eustress-Distress-Modell 330
- Euthanasie 763
- Evidenzbasierte
 - Medizin 766 f
 - Praxis 766 ff
 - Implementierung 768 f
- Existenz, berufliche, Festigung 285
- Experiment 801 f
- Experteninterview 793
- Exploration, sensomotorische 248
- Extinktion 474
- F**
- Fachsprache 317
- Fallpauschalen, psychiatrische 573 f
- Fallwissen, exemplarisches 794
- False-Consensus-Effekt 297 f
- Familie
 - Behinderung, Compliance von Eltern 663
 - Kinder mit Behinderungen 658 ff
 - therapeutische Kommunikation 105
- Familienforschung
 - empirische 226
 - tiefenpsychologische 85 f
- Familientherapie
 - systemische 107
 - tiefenpsychologische 85 f
- Faschismus 763
- Feedback 200 f, 335 f
 - TOTE-Modell 202 f
- Feedback-Regeln 335 f
- Fehler, logischer 295
- Feldexperiment 802
- Fernsinn 139
- Figur-Grund-Wahrnehmung 146 f, 150
- Flaschenhalsparadigma 157 f
- Flow-Effekt 396 f
- Focusing 130
- Fokaltherapie 84 f
- Förderbedarf, sonderpädagogischer 520
- Förderdiagnostik, sonderpädagogische 523
- Förderschulen 520
- Förderung
 - kompensatorische, Zielsetzung 519
 - schulische 519
 - sonderpädagogische
 - Behinderung 534 ff
 - Einrichtungen 519 ff
- Formkonstanz 150
- Forschung
 - Beobachtung 798 ff
 - empirische 788
 - Methodenwahl 790 f
 - qualitative 794 f
 - sozialwissenschaftliche 33, 788
 - soziologische 30 ff
 - Fragestellungen 34 ff
 - thematische Ebenen 29
 - Umgang
 - mit Betroffenheit 791 f
 - Veröffentlichung 36
- Forschungsfragen, Einflussfaktoren 35 f
- Forschungsfragestellung 34 f
- Forschungsmethode, Auswahl 790
- Forschungsqualität 795
- Forschungsthemen 790
- Fragebogen
 - Forschung 790
 - standardisierter 795 f
- Fragen
 - hypothetische 117 f
 - ressourcenorientierte 118
 - triadisch-zirkuläre 116
 - zirkuläre 116
- Freizeit 756
- Freizeitpädagogik 433
- Fremdanamnese 522
- Fremdeln 253
- Fremdenfeindlichkeit 312
- Fremdgruppe 341
- Fremdschilderung 89
- Frontalunterricht 507
- Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung 151
- Frühförderung 518 f
- Frustration 190
- Frustrationstoleranz 182
- Fühlen 211
- Führung 378
- Führungsstil
 - autoritärer 353
 - demokratischer 354
- Fünf-Faktoren-Modell 389 f
- G**
- Gebärdensprache 255, 549 ff
- Geburt 239
 - psychische 253
- Geburtenrate 679
- Geburtstrauma 239
- Gedächtnis 158 ff
 - im Alter 697 ff
 - autobiografisches 699
 - biographisches 174
 - deklaratives 175
 - episodisches 174
 - explizites 175
 - Fötus 238
 - genetisches 233
 - implizites 175
 - motorisches 175
 - prozedurales 175, 699
 - semantisches 175, 699
 - sensorischer Speicher 698
- Gedächtnisleistung
 - altersbedingte Veränderung 700
 - limbisches System 169
- Gedächtnismodell 161 ff
 - Antwortbogen, Auswertung 171 f
 - Übungen, Selbstversuch 161 ff
- Gedächtnisspanne
 - Definition 168
 - Organisation 169
 - Sitz 173
- Gedächtnistraining 159
- Gefühl 211
- Gegenübertragung 81
- Gehörlosigkeit 548 f
 - Folgen 549
 - Klassifikation nach ICD-10 549
- Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 567
- Gemeinwohlorientierung 48
- Gender-Medizin 593
- Generalisierung 296 f
- Genfer Konstruktivismus 106
- Gerontologie 676 ff
 - Aufgabe 677 ff
 - Forschungsgebiete, Überblick 676 f
 - Kontroll-/Prüfungsfragen 744 ff
- Gesamt-Intelligenzquotient 459
- Geschlechtsidentität 263
 - frühe 260
- Geschlechtsreife 264
- Geschlechtsunterschied, kindliche Neugier 261
- Geschwister behinderter Kinder 661 f
- Gesellschaft
 - moderne, Freiheits- und Möglichkeitsräume 27
 - Rollendeterminations 38 f
 - soziologisches Interesse 30
- Gesellschaftsentwicklung, Forschung 30
- Gesetz
 - der Geschlossenheit 148
 - der Nähe 147 f
- Gesetzeskunde 752 ff
- Gesetzliche Sozialversicherung 774
- Gesichtsfeldausfall 545

- Gespräch, therapeutisches, Handlungsabsichten 198
 Gesprächsführung, ergotherapeutisches
 Erstgespräch 327
 Gesprächspsychotherapie 121 ff
 – Entwicklung 122
 – Entwicklungsbedingungen 126 f
 – klientenzentrierte, Therapiekonzept 127
 Gesprächstherapie, therapeutische Klärung 133
 Gestalttherapie 134, 136
 Gesundheit
 – Richtgrößen 582
 – spätes Erwachsenenalter 290
 – systemische Perspektive 113 f
 Gesundheitsbewusstsein, sozialer Status 596
 Gesundheitsfonds 572
 Gesundheitsförderung 560
 Gesundheits-Krankheits-Kontinuum 75
 Gesundheitsmodell 588 ff
 Gesundheitsstrukturgesetz 571
 Gesundheitssystem 561 ff
 – Soziologie in der Medizin 559 f
 Gesundheitswesen
 – Finanzierung 571 ff
 – Institutionen 561 ff, 567 ff
 – Interessenvertretungen 567 ff
 – Körperschaften 561 ff
 – Rollenwandel 38
 – Strukturentwicklung 571
 – Verbände 561 ff
 Gewalt 32
 Gewalteskalation 32
 Glaube, religiöser 742 f
 Glossar 805 ff
 Glücksspielsucht 51
 Grad der Behinderung (GdB) 531
 Grammatik 255
 Größenkonstanz 149
 Großgruppen 340
 Großgruppenunterricht 507
 Grundfunktion
 – emotionale, Definition 759
 – motorische, Definition 759
 – sensorische, Definition 758 f
 Gruppe 337 ff
 – Alpha-Position 352 f
 – Beziehungsstruktur 358 f
 – Einstellungsveränderung 359 ff
 – ergotherapeutische, Leistung 346
 – formelle 341
 – gruppendynamische Formel 345
 – heterogene 343
 – homogene 343 f
 – individuelle Leistung 346 f
 – informelle 341
 – interagierende, Leistung 347 f
 – interdependente, Leistung 347 f
 – Omega-Position 355
 – Phasenmodelle 359 f
 – Positionen 351 f
 – Rangordnung, Kriterien 356
 – zur Reifungshilfe 341 ff
 – Risikobereitschaft 346
 – sachorientierte 341 f
 – soziale 338 f
 – – Begriffe und Merkmale 338 f
 – Status 357
 – Verhaltensänderung 359 ff
 Gruppenanalyse, Riemann-Thomann-Kreuz 358 f
 Gruppenarbeit
 – ausdruckszentrierte und interaktionelle 342
 – Geschichte 377
 Gruppenarten 338
 Gruppendynamik 337 ff, 350 f
 Gruppenentwicklung 350
 Gruppenklima 366
 Gruppenleitung
 – Führungsstil 353 f
 – themenzentrierte Interaktion 366
 Gruppenlernen 349 f
 Gruppenphasen, Modelle 360 f
 Gruppenprozess
 – horizontaler Schnitt 351
 – vertikaler Schnitt 350 f
 Gruppenstruktur 350
 – Dimensionen 358 f
 Gruppentherapie 342 f
 – psychoanalytische 90 f
 – Verhaltenstherapie 102
 Gruppenverhalten, Krisensituation 338
 Gruppenzusammenhalt, Kohäsionsfaktoren 357 f
 Gute Gestalten 148
- H**
- Halo-Effekt 295
 Haltung, therapeutische 64
 Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder 460
 Handeln 757 ff
 – didaktisches 501
 – planvolles 484
 – soziales 20, 22
 – – Ambivalenz 26
 – – Kategorien 23 f
 Handlung 204
 – Ablaufstruktur 207 ff
 – adäquate 194
 – Aufbaustruktur 208 ff
 – Kriterien zur Überprüfung 204
 Handlungsablauf
 – Phasen 207
 – Steuerung 194
 Handlungsabsicht 194
 – degenerierte 194 ff
 Handlungsbedingungen 204 ff
 – äußere und personale 205 ff
 Handlungsfähigkeit
 – DACHS-Definition 757
 – Einschränkung 209
 – Verbesserung 755
 – Wiederherstellung 757 ff
 Handlungsplanung 196
 Handlungsregulierung 202
 Handlungstheorie 178, 202
 Heidelberger Familientherapie 86
 Heilberuf, medizinischer 771 ff
 Heilmittel 773
 Heilmittelbringer 575
 Heilmittelrichtlinien 575
 Heilmittelverordnung 753
 Heilpädagogik 524 f
 Heim 608 ff
 Heimübersiedlung 722 f
 Helligkeitskonstanz 150
 Hemmung 264
 Hemmungseffekt, Gruppen 346 f
 Herausforderung 190 f
 Herausforderungsmuster, Gruppenarbeit 347
 Heterophobie 312
 Heuristik 800
 Hierarchiekonflikt 331
 Hilfflosigkeit, erlernte 189 f, 307 f
 Hörbehinderung 547 ff
 – Grad der Behinderung (GdB) 547
 – Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) 547 f
 Hörerziehung 550
 Hörgerät 692

- Hörhilfen, technische 550
- Hörtraining 692
- Hörverlust, Alter 692 f
- Humankriterien 380
- Human-Relations-Bewegung 377
- Hypernestiker 169 f
- Hypnotherapie 135
- Hypothesentheorie der Wahrnehmung 155
- Hysterie, Identitätsentwicklung 264
- I**
- ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) 528, 588
- Ich-Differenzierung 686
- Ich-Entwicklung 258
 - Entwicklungsstufen 685
- Ich-Ideal 70
- Ich-Identität 276
- Ich-Integrität 287, 685
 - spätes Erwachsenenalter 289 f
- Ich-Stärkung, homogene Gruppe 343
- Ich-Störung 610
- Ich-Transzendenz 686
- Identität
 - Entwicklungsstörungen 280 f
 - sexuelle, Entwicklung 278
 - soziale 277
- Identitätsdiffusion 278 f
- Identitätsentwicklung, frühe, Störungen 264 f
- Individuation 240
 - frühe Dyade 253 f
- Industriezeitalter 376, 761 f
- Informationsaufnahme 160 f
 - Strategien 490
- Informationsverarbeitung, Gedächtnismodell 697
- Informationsverarbeitungstheorie 456
- Informationsverlust 161
- Inklusion 521 f
 - der Vollperson 41
- Inklusionskonzept 521 f
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQIG) 569 f
- Institution 373
 - formelle, informelle Strukturen 613
 - totale 609 ff, 722
- Integration
 - hierarchische 466
 - zieldifferente 521
 - zielgleiche 521
- Integrationseinrichtungen 521
- Integrität 287
- Intelligenz 455 ff
 - im Alter 695 f
 - analytische 457
 - anschauliches 468
 - differenzielle Psychologie 459
 - emotionale 216
 - fluide, Alter 695 ff
 - kreative 457
 - kristalline, Alter 696 f
 - Messung 459
 - praktische 457
 - Problemlöseverhalten 456
 - vorbegriffliche 467
- Intelligenzdiagnostik, Kritik 461 f
- Intelligenzentwicklung 455 ff
 - sensomotorische Phase 248 f
 - Stufenmodell von Piaget 248 f
- Intelligenzminderung 237
- Intelligenzquotient 459
- Intelligenzstörung 539 ff
 - Klassifikation nach CD-10 540
- Intelligenz-Struktur-Test 460
- Interaktion 242
 - ergotherapeutische Schulung 198
 - ergotherapeutisches Berufsfeld 312 ff
 - soziale 21 f
 - – Grundstruktur 23
 - – Offenheit 25 ff
 - themenzentrierte 364
 - – Strukturmodell 365 f
- Interdisziplinarität 32 f
- Interferenz 297
- Internet 51
 - junges Erwachsenenalter 283
 - Lernen 505
- Interpunktion 322
- Interrollenkonflikt 45, 47
- Intervention, paradoxe 117
- Interview 792 ff
 - Einstiegsfrage 793
 - freies 792
 - Interpretation 794
 - narratives 792
 - standardisiertes 795 f
- Intimität 282
- Intimitätsmotiv 187
- Intrarollenkonflikt 45 ff
- Introspektion 93
- Invention 628
- Isolation, soziale 282, 704 f
- J**
- Jobenlargement 381
- Jobenrichment 381
- Jobrotation 381
- Johari-Fenster 362 f, 367
- Jugendalter
 - Entwicklungsstörungen 280
 - Identität 277 ff
 - Identitätsentwicklung 279
 - Krise 277 ff
 - psychosomatische Störungen 280
- Jugendforschung 31
- Jugendhilferecht 448
- Jugendjargon 317
- Jugendlicher, schizophrener, Coping 654
- Jugendzeit, verlängerte 679
- Junktim 66
- K**
- Kann-Erwartung 38 f
- Kapitalismus, Arbeitsteilung 376
- Karriere 389 ff
- Kassenärztliche
 - Bundesvereinigung 565 f
 - Vereinigung 564 f
- Kassenzahnärztliche Vereinigung 564 f
- Kastrationsangst 261
- Katharsis 343
- Kausalattribution 292, 301
- Kausalität, zirkuläre 109
- Kinder
 - behinderte
 - – Bewältigungsprozess 662
 - – Copingprozess 658 ff
 - – Erziehungsauftrag 536
 - – familiäre Rollenprobleme 660
 - – Geschwister 661 f
 - – Bindungstypen 229
 - – blinde 546
 - entwicklungsgestörte, Copingprozess 659
 - Hamburg-Wechsler-Intelligenztest 460
 - kognitive Leistungen des induktiven Denkens 458
 - präoperationale Phase 250
 - Problemlösefähigkeit 196
 - psychisch kranker Eltern 656 f
 - Rollenspiel 266 ff
 - sonderpädagogische Betreuung 518
 - sozial benachteiligte 222

- Strafen 447
- Trennungsfamilie 137
- Kinder- und Jugendpsychotherapie, analytische 88 ff
- Kinderarmut 221
- Kindergartenreife 255
- Kinderschutz 32
- Kinderspieltherapie, nicht-direktive 130 f
- Kindertherapie
 - analytische 90
 - Gesprächspsychotherapie 129 f
 - Indikation 89
 - Spiel 270 f
- Kindeswunsch 285
- Kippfiguren 146
- Klärung 128
- Klausur, Konzeption 7 ff
- Kleingruppen 340
- Kleingruppenarbeit 507
- Kleinkind, soziale Regeln 255
- Kleinkindalter, Entwicklung 254 ff
- Klientengruppen, Leistung 346
- Klimakterium 286
- Kochlea-Implantat 550
- Kognition 95
 - soziale 292
- Kognitionspsychologie 159 f
- Kognitives Modell der Emotionen 214 f
- Kognitivismus 230
- Kohärenz 589 f
- Kohärenzgefühl 589
- Kohorten 683
- Kollusion 87
 - Definition 86
- Kommunikation
 - analoge 318 f
 - Beziehungsaspekt 321 f
 - digitale 315
 - ergotherapeutische Schulung 198
 - ergotherapeutisches Berufsfeld 312 ff
 - Gehörlosigkeit 549
 - Grundlagen 313 ff
 - Hilfsregeln 365
 - Inhaltsaspekt 321 f
 - interkulturelle 317
 - interprofessionelle 313
 - intraprofessionelle 313
 - Kontroll-/Prüfungsfragen 419 f
 - männliche 316
 - Modalitäten 322 f
 - nonverbale 318 f
 - paradoxe 320
 - Rollenverteilung 356
 - symbolische 245 f
 - als Systemelement 111
 - Theorie von Shannon und Weaver 313 f
 - therapeutische 789
 - verbale 315
 - weibliche 316
- Kommunikationsabsichten 314
- Kommunikationsarten 315
- Kommunikationsebenen 321
- Kommunikationsforschung, symbolische 244 f
- Kommunikationsmedien 51
- Kommunikationsmuster, chronische, Therapie 114 f
- Kommunikationsnetz, Gruppen 344 f
- Kommunikationspartner 321 f
- Kommunikationsprobleme 114, 325
- Kommunikationsprozess 322
 - Struktur 323
- Kommunikationspsychologie, Axiome 321
- Kommunikationsstörung, familiäre 104 f
- Kommunikationssystem, Mitglieder 111
- Kommunikationstheorie 104
- Kompensation 687
- Kompensationseffekt, sozialer 348
- Kompetenz
 - Alter 713 ff
 - gesellschaftlicher Bewertungsprozess 715 f
 - interkulturelle 604
- Kompetenzerwartung 639 f
- Kompetenzkonflikt 332
- Konditionierung
 - klassische 92 f, 471
 - operante 92 f, 447, 472 f
- Konsens 303 f
- Konflikt 328
 - ödipaler 262
 - sozio-kognitiver 349
- Konfliktablauf 332
- Konfliktanalyse 328 ff, 333 f
- Konfliktarten 331
- Konfliktbewältigung, Spiel 269
- Konfliktentstehung im Gehirn 329
- Konfliktparteien, Innenleben 329
- Konfliktschlichtung 337
- Konfliktverlauf, Phasen 332 f
- Konformität 300
- Konformitätsexperiment 300 f
- Konfrontation 128
- Kongruenz 127 f, 392
- Konnotieren, positives 116 f
- Konsequenz-Erwartung 639
- Konsistenz 304 f
- Konsistenzbestreben 297
- Konsistenzfehler 294
- Konstanzphänomene 149, 297
- Konstruktivismus 230, 482 f
 - Definition 106
 - radikaler 105
- Kontingenz, doppelte 25 ff
- Kontinuitätstheorie 703
- Kontrastfehler 298
- Kontrollervartung 639 f
- Konzept
 - der anpassenden Fertigkeiten 344
 - gruppendynamisches 350 f
 - psychosozialer Krisen 250 f
- Kooperation, interdisziplinäre 32 f
- Koordinationsverlust 348
- Kopfstandbrainstorming 368
- Körperbehinderung 535 ff
 - Klassifikation
 - – nach ICD-10 535 f
 - – nach Thesing und Vogt 535
- Körperbild 247
- Körperbildstörung 247
- Körperexploration 249 f
- Körperschaft öffentlichen Rechts 565 f
- Körperschema 248
- Körpersprache 319
- Körper-Transzendenz 686
- Kovariationsprinzip
 - Anwendbarkeit 305
 - nach Kelly 303
- Krankenhaus 608 ff
 - Fallpauschalen 573
 - Finanzierung 572 ff
 - psychologische Perspektive 613 ff
 - Strukturen 611
- Krankenhausfinanzierungsgesetz 572
- Krankenhausgesellschaften 566
- Krankenhaushierarchie 612
 - Patientenrolle 614 f
- Krankenkarriere 605 f
- Krankenkassen 561 ff
 - gesetzliche, Finanzierungssystem 571 f
- Krankenkassenbeitrag 572
- Krankenkasse 607 f
 - Initiierung 43 f
 - Konflikte 45 ff
 - psychische Erkrankung 44
 - Selbstdiagnose 44 f
 - soziale Konstruktion 42 f

- Krankenverhalten
 - 605 f
- Krankenversicherung, gesetzliche, Träger 564
- Krankheit
 - Bezugssysteme 581
 - chronische, Definition 646 f
 - und Gesundheit 581 ff
 - bildungsspezifische Unterschiede 597 f
 - geschlechtsspezifische Unterschiede 593
 - schichtspezifische Unterschiede 594 ff
 - Ungleichheit 592 ff
 - systemische Perspektive 113 f
- Krankheitsbegriff, multifaktorieller 52
- Krankheitsbewältigung 602, 615 ff
 - Phasenmodell nach Kübler-Ross 629 ff
 - psychoedukative Unterstützung 635
 - psychotherapeutische Unterstützung 635
 - soziale Unterstützung 636
 - Unterstützung 634 ff
- Krankheitsbilder, neue 51
- Krankheitseinschätzung, subjektive 43 f
- Krankheitseinsicht, externalisierende 63
- Krankheitserleben, Alter 709
- Krankheitsgeschehen, beeinflussende Faktoren 591 f
- Krankheitsgewinn 181 f
 - Non-Compliance 643 ff
- Krankheitskonzept
 - archaisches 600 f
 - kulturelle Aspekte 602 ff
 - naturalistisches 603 f
 - subjektives 599 ff
- Krankheitskosten 593
- Krankheitsmodell
 - allgemeines 582 ff
 - biomedizinisches 584 f, 590
 - biopsychosoziales 586 ff, 590
 - mehrdimensionales 583 f
 - monokausales 583
 - psychosomatisches 585, 590
 - Risikofaktorenmodell 585 f
 - salutogenetisches 590
- Krankheitstheorie
 - soziale 599 ff
 - subjektive
 - Bedeutung 601 f
 - therapeutische Situation 601 f
- Krankheitsverhalten, hilfesuchendes 605
- Krankheitswahrnehmung 639
- Krisensituation, Bewältigung 631 ff
- Krisenverarbeitungsmodell nach Schuchardt 631 ff
- Krisenzyklus 219
- Kultur, fremde 50
- Kulturforschung 29
- Kultursystem 378
- Kulturvergleichsforschung 236
- Kunde 49 f
- Kurzzeitgedächtnis (KZG) 173 f
- Kurzzeittherapie 84 f
- Kybernetik 104
- L**
 - Lächeln, soziales 253
 - Lage im Raum 152
 - Lageorientierung 196 f
 - Laissez-faire-Erziehung 443 f
 - Laissez-faire-Führungsstil 354
 - Landeskrankenhaus-gesetze 566
 - Langzeitarbeitslosigkeit 394
 - Langzeitgedächtnis 160, 174 f
 - Alter 698 f
 - Latenzzeit 272, 274 f
 - Entwicklungsstörung, Prävention 275 f
 - Laufbahnplanung 391
 - Lebensbäume 680
 - Lebensereignis, besonderes 62
 - Lebenserwartung 593
 - durchschnittliche 288
 - Zunahme 679
 - Lebensgeschichte 290
 - Lebensjahre, mittlere 287 ff
 - Lebenskonflikt, zentraler, seelische Leiden verursachender 88 f
 - Lebensoptimismus 285
 - Lebensqualität, Definition 756 f
 - Lebensrückblick 740 ff
 - Lebenssinn 740 ff
 - Lebenszufriedenheit 757
 - Selbstverwirklichung, Berufstätigkeit 389
 - Wohnsituation 716
 - Lehren 501 ff
 - darbietendes 508
 - erarbeitendes 508
 - exemplarisches 508
 - Kontroll-/Prüfungsfragen 513 f
 - Methodik 505
 - Organisationsform 506 f
 - situiertes 483
 - softwaregestütztes 508
 - Sozialform 506 f
 - Vermittlungsformen 508
 - Lehrender, Rolle 504
 - Lehrplan 501
 - Leidensdruck 181 f
 - Leidensgefühl, subjektives 77
 - Leistung
 - ambulante 574
 - ergotherapeutische 753
 - Finanzierung 752
 - Leistungsfähigkeit
 - optimale 403
 - schulische 275
 - Leistungsgesellschaft 188
 - Leistungsmotiv 187
 - Leistungsmotivation 496 f
 - Entwicklung 498 f
 - kognitive Entwicklungsvoraussetzungen 499
 - Motivtypen 187 ff
 - Sozialisation 499 f
 - Leistungstypen 188
 - Leistungszufriedenheit, verminderte 409
 - Lernarten 490 ff
 - Lernaufgaben, einfache 475
 - Lernbegriff 469
 - Lernbehinderung 541 ff
 - Berufsvorbereitung 544
 - Erziehungsauftrag 543
 - Klassifikation nach ICD-10 543
 - Merkmale 541 f
 - sonderpädagogische Interventionen 543
 - soziale Faktoren 542
 - Lerneffekte 478 f
 - Lernen 469 ff
 - aggressives Verhalten 229
 - Ängste 170 f
 - assoziatives 470 f
 - bewusstes versus unbewusstes 492 f
 - Dreistufen-Modell 359 ff
 - entdeckendes 476 ff
 - Feedback 335 f
 - formales
 - Definition 491
 - versus informelles 491
 - nach Gagné 481 f
 - Gedächtnis 159
 - implizites 493

- individuelles 349
 - informelles, Definition 492
 - instrumentelles 472
 - intentionales 492
 - inzidentelles 492 f
 - kollektives 349
 - lebenslanges 500
 - - Arbeit 388
 - Merkmale 478
 - am Modell 478
 - motorischer Ketten 481
 - multipler Diskrimination 481
 - nicht formales, Definition 491
 - permanentes, lebensbegleitendes 220
 - Schule 273
 - situiertes 483
 - sozial vermitteltes individuelles 349
 - sprachlicher Assoziationen 481
 - situiertes 483
 - durch Versuch und Irrtum 242, 472 f
 - Lernerfahrung, negative 275
 - Lernerfolg 493
 - Lerngeschichte 23
 - Lernkarten 161
 - Lernkultur, neue 500
 - Lernkurve, klassische 172
 - Lernkurveneffekt 172
 - Lernleistung 504
 - im Alter 700 f
 - Lernmotiv, soziales 498
 - Lernmotivation 496
 - Bedingungen 497 f
 - Einflussgrößen 498
 - Lernorganisation 490 f
 - Lernprobleme 274
 - Lernprogramm, digitalisiertes 505 f
 - Lernprozess 476
 - und Transferleistung 495 f
 - Ziel 493
 - Lernsituation, Struktur 494
 - Lernstile 486 ff
 - nach Honey und Mumford 488
 - nach Kolb 487 f
 - Lernstrategie 486
 - Lerntheorien 469 ff
 - Hauptrichtungen 485
 - kognitive 475 f
 - - kritisches Resümee 482
 - konstruktivistische 482 f
 - - kritisches Resümee 484
 - Lerntraining, kognitives, Schüler 102
 - Lerntypen 488 ff
 - Lernpsychentheorie 489
 - Lerntypus, eigener, Einschätzung 490
 - Lernwelten 441
 - Lernziel 486
 - affektives 503
 - Definition 502
 - kognitives 503
 - psychomotorisches 503
 - Lernzielstufen 496
 - Lewy-Body-Demenz 730
 - Lineares Modell 109
 - Lippenlesen 550
 - Loci-Methode 169 f
 - Logotherapie 135
 - Loopingprozess 610
 - Lustgewinn, oraler 250
- M**
- Macht, Gruppe 356 f
 - Machtmotiv 187
 - Macht-Ohnmacht-Konflikt 258 f
 - Mäeutik 735
 - Magersucht 247
 - Magisches Denken 600
 - Maniker, Emotion 211
 - Marburger Bund 569
 - Masochismus 259
 - Maßstabsfehler 298
 - Masterstudium 766
 - McCarthy Scales for Children's Abilities 460
 - Meaning based Coping 628
 - Medien
 - Lehren 505
 - neue 51
 - Medizin, evidenzbasierte 766 f
 - Medizinisches Versorgungszentrum 574
 - Medizinpsychologie 558 ff
 - Medizinsoziologie 29, 558 ff
 - Mehrfachbehinderung 530
 - Mehrspeichermodell 697 f
 - von Atkinson und Shiffrin 172 ff
 - Memantine 733
 - Menopause 286
 - Menschenbild, Handlungstheorien 202
 - Menschenfeindlichkeit, gruppenbezogene 312
 - Menschexploration 249 f
 - Mensch-Maschine-Interaktion 384
 - Merkfähigkeit 161, 168
 - Merkstrategie 169
 - Messinstrumente, psychometrische 522
 - Metakommunikation 333 f
 - Methodik 505
 - Midlife-Crisis 287
 - Migranten 50
 - Kommunikation 317 f
 - Krankheitskonzepte 602 f
 - Migration
 - Entwicklungspsychologie 221
 - Spracherwerb 260
 - Mildefehler 298
 - Milgram-Experiment 301, 802
 - Mimik 319
 - Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) 531
 - Misserfolgserfahrung 188
 - Mitarbeiter 378
 - als autonom handelnde Person 379
 - Leistungsfähigkeit 384
 - Mitarbeiterführung 379
 - Mitarbeitermotivational 383
 - Mobbing 404 ff
 - Mobbingerfahrungen 405 f
 - Mobbinghandlungen, Häufigkeit 405
 - Mobbingprozess 407
 - Mobbingursachen 406
 - Mobbingverlauf 406 ff
 - Model of Human Occupation 379
 - Modell
 - zur Beschreibung der Beziehungen 385
 - der fluiden und kristallinen Intelligenz 461
 - grundsätzliches entwicklungspsychologisches 224
 - der Handlungskontrolle 194 ff
 - kognitiv-behaviorales der Krankheitsverarbeitung 628
 - der kognitiven Entwicklung nach Piaget 227 f
 - der kritischen Lebensereignisse 628
 - der menschlichen Betätigung 194
 - der Persönlichkeitsorientierungen 392
 - der Primärfaktoren nach Thurstone 460
 - zur Rolle der Umwelt im Alter 714 f
 - der selektiven Optimierung und Kompensation 687 f
 - „sozialer Konvoi“ 707
 - soziales der Behindderung 532
 - zum Verlauf der Mobbingphasen 407
 - der zeitlichen Dimension von Copingprozessen 616
 - Modellklausel im Berufsgesetz 766
 - Modelllernen
 - Bedingungen 480
 - Phasen 479 f
 - Moral
 - autonome 263
 - heteronome 263
 - Treatment 760
 - Moralentwicklung 263

Morphologie 315
 Motiv 177 f, 184 ff
 – bewusstes 180
 Motivation 176 ff
 – extrinsische 191 f, 396 f
 – intrinsische 191 f, 396 f
 – Motivations- und Volitionsforschung, Phasen 199
 Motivationsarbeit 176, 179
 Motivationsmodelle 180 ff
 Motivationssteigerung 183
 Motivationssystem 626
 Motivationstheorien 178
 Motivationsverlust 348 f
 Motivausprägung 187
 Motive 184 ff
 Motivgruppen
 – Clusterung 184
 – Klassifikation 187
 Motivklassen 184 ff
 Motivklassifikation 184 ff
 – Bedürfnishierarchie nach Maslow 184 ff
 Multidimensionalität 677
 Multidirektionalität 677
 Muss-Erwartung 39
 Mutismus 553
 Mutter-Kind-Dyade 239 ff
 Mutter-Kind-Interaktion, Empathie 245
 Mutterschutzgesetz 777

N

Nahsinn 139
 NDB-Modell 739 f
 Nein, erstes 253 f
 NEO-Fünf-Faktoren-Inventar 389
 Netzwerk, soziales 283
 – – Alter 704 ff
 – – Verlust im Alter 707 f

Neugier, kindliche 261
 Neurose 70 f, 74 f
 – Entwicklungspsychologie 228
 – psychoanalytische Gruppentherapie 90 f
 – Symptomentstehung 76 f
 Neurosekonzeption 66
 Neurowissenschaften 53
 – Kooperation 32 f
 – Psychoanalyse 66
 Neutralität
 – affektive 48
 – Systemtherapie 115 f
 Non-Compliance 636, 640 ff
 – Formen 641
 – Gründe 642
 – Kosten 640
 – Risiken 643
 – unbewusste 643
 – Ursachen 643 ff
 – Verhaltensdimensionen 642
 – vorhersehbare 643
 Norm 24 f
 Normalbiographie 283 f
 Normalidentität 283
 Normalitätskonzept 74 f

O

Objekt Konstanz 254
 Objektpermanenz 254, 258, 467
 Objektsprache 320
 Ödipus-Konflikt, Struktur 262
 Optimierung 687
 Organisation 373
 – äußere, formale Strukturen 612
 – formal-instrumentelle 611
 – innere, informale Strukturen 612 f
 – Merkmal 373
 – soziale, Strukturen 372 ff
 Organisationsform 506 f
 Organisationskonflikt 332

Organisationspsychologische Fragestellungen 370
 Orientierung, sexuelle 278 f

P

Paarsetting 87
 Paartherapie
 – Entwicklungspsychologie 221
 – psychoanalytisch orientierte 86 f
 – systemische 119 f
 – Verhaltenstherapie 101
 Pädagogik 432 ff
 – Definition 432
 – Entwicklung, historische Meilensteine 437 f
 – Forschungstraditionen, Entwicklung 454
 – Geschichte 434 ff
 – Handlungsfelder 434
 – und Medizin 526 f
 – psychodramatische Arbeitsformen 136
 – repressionsfreie 85
 – Subdisziplinen 433
 – Zielgruppe, Alter 433
 Pädagogische Psychologie 451 ff
 – – Entstehungsschicht 452
 – – Forschungsmethoden 453
 – – Lernmotivation 497
 – – praxisorientierte Aufgaben 455
 – – theoretisch-empirische Aufgaben 453 ff
 Paradigmen 470
 Paraphrasieren 128
 Parawissenschaft 603
 Partialtriebe 72
 Partnerarbeit 507
 Passiv-Aktiv-Umkehr 269
 Pathogenetisches Modell 590

Patient 604 ff
 – Intrarollenkonflikt 46 f
 – als Kunde 49 f
 Patientenkarriere 605 f
 Patientenorientierung 48
 Patientenrolle 607 f
 – Konflikte 45 ff
 – Selbstdiagnose 44 f
 – soziale Konstruktion 42 f
 – Übernahme 605 ff
 Patientenschulung 635
 Penisneid 261
 Persistenz 192
 Personalauswahl 393
 Personalentwicklung 393
 Personenmerkmal Alter 714
 Personenwahrnehmung 294
 Persönlichkeit und Umwelt, Formel 714 f
 Persönlichkeitseigenschaften 389 f
 Persönlichkeitsentwicklung 219 f
 Persönlichkeitsmerkmale, Fünf 389 f
 Persönlichkeitsmodell 93 f
 – Kontroll-/Prüfungsfragen 416 f
 – psychoanalytisches 67
 Persönlichkeitspsychologie, Kontroll-/Prüfungsfragen 416 f
 Persönlichkeitssystem 378
 Persönlichkeitstheorie
 – berufsbezogene 391
 – implizite 294
 – psychoanalytische 66 ff
 – – Menschenbild 68 f
 Perspektivübernahme 243
 Perversion 75
 Pflege, vollstationäre 579 f
 Pflegebedürftige nach Art der Versorgung 577

- Pflegebedürftigkeit, Definition 577
- Pflegeheim 608 ff, 722
 - Gesamtkosten 580
 - Informationen 725
 - Privatheit 724
- Pflegekassen 576
 - Leistungen 577 f
- Pflegeleistung, Vergütung, Rahmenverträge 574
- Pflegesätze 579
- Pflegestufe, Leistungszahlungen 578 f
- Pflegeversicherung 576 ff
 - Leistungen 578
- Phänomen der Maske 65
- Phase
 - anale 254
 - infantile-genitale 261
 - orale 250
 - pränatale 236 ff
- Phasenmodell, psychoanalytisches 72
- Philanthropismus 436
- Phobie
 - Desensibilisierung 98
 - Identitätsentwicklung 264
 - Selbstbeobachtung 100
 - soziale 275
- Phonem 315
- Plastizität 678
- Positionsmodell, rangundynamisches 351 f
- Positivmotivation 183
- Post-Stroke-Depression 649
- Postulate 364 f
- Präformation 233
- Pragmatik 255
- Prägnanz 148 f
- Prävention 113, 137, 518
- Primacy-Effekt 171, 294 f
- Primärgruppe 340
- Primärkassen 561 f
- Primärprävention 753 f
- Prinzip
 - der abnehmenden Hilfe 536
 - der Abstraktion 502
 - der Aktivität 508
 - der Anschaulichkeit 536
 - der Fachbezogenheit 502
 - der Individualisierung 536
 - der Reduzierung 508
 - des Selbstbehalts 580
 - der Selbstständigkeit 536
 - der Verstärkung 536
 - der Zielebenen nach dem Schwierigkeitsgrad 502 f
 - der Zielsetzung nach dem Lernbereich 503
- Probefahren, experimentelles 258
- Problem, Definition 115
- Problemaktualisierung 133
- Problembewältigung 133
- Problemmkommunikation 114
- Problemlösen 482, 484
- Problemsystem 113
- Produktivität 756
- Projektion 78
- Prophezeiung, selbst-erfüllende 297
- Prozessverlust 348
 - Prüfungssystem für Schul- und Bildungsberatung 460
- Prüfung
 - Fragestellung und Bedeutung 8
 - Konzeption 7 ff
 - Prüfungsangst 75, 171
 - Prüfungsangst, Anspruchsniveau 9
 - Prüfungsvermeidung 75
- Psychiatrie, Krankenhausbehandlungstage 574
- Psychiatrie-DRG's 574
- Psychische
 - Erkrankungen 654 ff
 - Störung
- Lern- und Zugangsmöglichkeiten 52
- Zeitpunkt des Auftretens 61
- Psychoanalyse 65 ff
 - Abwehrmechanismus 78
 - Anwendungen 83 ff
 - Entwicklungen 83 ff
 - Indikation 82 f
 - Krankheitstheorie 76 ff
 - Menschenbild 68 f
 - Modifikationen 83 ff
 - Setting 79
 - Strukturmodell 69
 - Symptomentstehung 76 f
 - Therapie, zentrale Begriffe 79 ff
 - Therapietechnik 79
 - Therapieziel 79
 - Triebwünsche 77
- Psychodrama 134 f
- Psychologie
 - allgemeine 138 ff
 - Kontroll-/Prüfungsfragen 417 f
 - der Entwicklung 236 ff
 - Forschungstraditionen, Entwicklung 454
 - kognitive 159
 - medizinische 558 ff
- Psychologischer Psychotherapeut 575
- Psychomotorik, Alter 694 f
- Psychose 70 f, 654 ff
 - Compliance 657 f
 - Coping
 - von Angehörigen 655 f
 - der Kranken 654 f
 - Tabuisierung 657
- Psychotherapeut
 - Kassenzulassung 575
 - nichtärztlicher 576
- Psychotherapeutische Methode 54
- Psychotherapie 53 ff
 - allgemeine 134
 - analytische, therapeutische Klärung 133
 - Behandlungsdauer 55
 - Definition 53 f
 - differenzielle Merkmale 54 f
 - dynamische 88 ff
 - Finanzierung 55, 57
 - Indikation 55, 64 f
 - Indikationsfrage 56
 - klientenzentrierte
 - Definition 129
 - Indikation 129
 - Lebensphase 55
 - personenzentrierte 121 ff
 - schulenunabhängige 132 ff
 - Setting 55
 - systemische 60
 - Therapiemotivation 61 f
 - Therapieplanung 62
 - tiefenpsychologische 84
 - im Wandel der Zeit 50 ff
- Psychotherapieforschung 58 ff
 - akademische 60
 - empirische 58 f
 - Ergebnisse, Grenzen 59
 - Forschungsschwerpunkte 59
 - methodenunspezifische Wirkfaktoren 58
 - quantitative Studien 59
- Psychotherapiegesetz 575 f
- Psychotherapie-Richtlinie 53
- Störungsbilder 64 f
- Psychotherapieschulen 60 ff
- Pubertät 72
- Pygmalion-Effekt 296

R

- Rational-Emotive Verhaltenstherapie (REVT) 99 f
- Rationalisierung 78
- Raumlage, Wahrnehmung 152
- Raumsprache 319
- Reaktionsbildung 78

- Reaktionsformen auf Belastung 622 f
 - Reaktionshierarchie 623
 - Realismus, moralischer 263
 - Realitätsorientierungstraining (ROT) 736 f
 - Reattributionstraining 306, 308 f
 - Recency-Effekt 171, 294 f
 - Redestörung 553
 - Reflexion 258
 - Reformpädagogik 436 f
 - reframing 117
 - Regellernen 482
 - Regression 80
 - Rehabilitation, berufliche 369
 - Reifung 231
 - kindliche 219
 - Reihungsfehler 298
 - Reinlichkeitserziehung 72
 - Reisberg-Skala, Demenz 728
 - Reiz
 - Kapazitätstheorie 158
 - und Reaktion, sequenziertes, zyklisch-zirkuläres Wechselspiel 241
 - sensorischer 249
 - zum Signal zum Symbol 245
 - Unterschiedsschwelle 143, 145
 - Reizkonfrontation 99
 - Reizkontrolle 215
 - Reizmodifikation 215
 - Reiz-Reaktions-Lernen 471, 481
 - Anwendung 471 f
 - Reiz-Reaktionsmuster 141
 - Reizschwelle, absolute 143, 157
 - Reizüberflutung 142
 - Religiosität im Alter 742 f
 - Reminiszenz-Therapie 736
 - Rentenphase 291
 - Repräsentanz, kognitive, Dimension 710
 - Resilienzforschung 130
 - Resonanzrunde 368
 - Respekt 64
 - Response-Modifikation 216
 - Ressourcenaktivierung 132 f
 - Ressourcenmangel, Lernbehinderung 542
 - Revision 628
 - Reziprozität 37
 - Rheumatische Erkrankungen 650 f
 - Compliance 651
 - RIASEC-Modell beruflicher Interessen nach Holland 391 f
 - Risikofaktorenmodell 585
 - Rolle
 - Definition 42
 - in Gruppen 351 f
 - Paradoxie 42 ff
 - soziale 37 ff
 - Standarddefinition 37
 - Rolldetermination, gesellschaftliche 38
 - Rollenerwartung 38
 - Rollenkonflikt 331
 - Rollenspiel 100
 - altersgerechtes 260
 - Kinder 260 f, 266 ff
 - Rollenübernahme, Kinder 267 f
 - Rollenverhalten, Lehrender 504
 - Rosenthal-Effekt 296
 - Rubikonmodell 198 ff
 - Phasen 199
 - Rückzug, sozialer, Alter 702
 - Ruhezeitenregelung 777
 - S**
 - Sadismus 259
 - Salutogenetisches Modell 588 ff
 - Säugling
 - Entwicklungspsychologie 225 f
 - Signale 245
 - Spannungszustand, Qualifizierung 244 f
 - Säuglingsforschung 229
 - neuere 238
 - Sceno-Test 270 f
 - Schädel-Hirn-Trauma 651 ff
 - Angehörige 652 f
 - Compliance 654
 - Coping 651 ff
 - kognitive und neuropsychische Folgen 653
 - Schädigung 528
 - Scham 255, 264
 - Scheidungsfamilie, Kind 137
 - Scheinkonflikt 332
 - Schemata 292
 - Schikanierung 405
 - Schizophrenie
 - Compliance 657 f
 - Coping 654 f
 - von Angehörigen 655 f
 - multifaktorielles Prozessgeschehen 235
 - pränatale Risikofaktoren 237 f
 - Zwillingsforschung 234 f
- Schlaganfall 647 ff
 - akzeptierende Bewältigungsform 711
 - Auseinandersetzungsformen 711 ff
 - Belastungsfaktoren 648
 - Compliance 649 f
 - Coping 647 ff
 - Depression 649
 - Schlüsselqualifikationen 388
 - Schubmodell 180 ff
 - Schulalter 272
 - Entwicklungsaufgaben 274
 - Schulangst 275
 - Schule
 - Bedeutung 272 ff
 - bedeutende psychotherapeutische 60 ff
 - Schulpädagogik 432
 - Schulphobie 275
 - Schulprobleme, Latenzzeit 274 f
 - Schulschwänzen 275
 - Schulschwierigkeiten 275
 - Schweigepflicht 780 ff
 - Schwellensituation 62
 - Schwerbehinderung, Ausprägung 531
 - Schwerhörigkeit 549 f
 - Erziehungsauftrag 550
 - Sehbehindertenpädagogik 546
 - Sehbehinderung 544 f
 - Seheinschränkung, Alter 693 f
 - Sehfähigkeit, nachlassende 693 f
 - Sehschädigung 544 ff
 - Erziehung und Bildung 546 f
 - Ursachen 545
 - Sehschwäche, Klassifikation nach ICD-10 546
 - Sekundärgruppe 340
 - Sekundärprävention 754
 - Selbst
 - ideales 124 f
 - reales 124 f
 - Selbstbehalt 580
 - Selbstbild 188
 - Selbstdiagnose, Internet 51
 - Selbstempathie 242
 - Selbst-Erhaltungstherapie 734
 - Selbstkonzept, Definition 124
 - Selbstorganisation 108
 - Selbstreferenz, zirkuläre 108
 - Selbstreflexion 258
 - Selbststeuerungsfähigkeit, Verlust 330 f
 - Selbstversorgung 756
 - Selbstverwirklichung 184 f
 - Berufstätigkeit 389
 - Selbstwahrnehmung, Leidensdruck 61
 - Selbstwertgefühl
 - Adoleszenz 278
 - Regulation 125 f
 - Selbstwirksamkeit 188 ff
 - Selbstwirksamkeitserwartung 229
 - Selbstwirksamkeitsüberzeugung 100
 - Selektion 296, 687

- Selektivitätstheorie, sozioemotionale 703 f
- Semantik 255, 316
- Seniorenresidenz 721
- Sequenz, invariante 466
- Setting
 - ergotherapeutisches
 - – Aufgabenschwierigkeit 190 f
 - – Vorgehensweise 509
 - konstruktivistisches 485
- Sexualentwicklung, infantile 228
- Sexualität, infantile 71
- Sexualtrieb 71
- Shell-Jugendstudie 277
- Signal, Verstehbarkeit 245
- Signallernen 481
- Sinnessysteme 144
 - Einteilung 138 f
- Situation, pädagogische 451
- Situationskontrolle 204 ff
 - Entscheidungsspielraum 206
 - Faktoren 205
 - Tätigkeitsspielraum 206 f
- Skalenfragen 117
- SMARTI-Regeln 400
- Snoezel-Raum 737
- SOK-Modell 687 f
- Sokratischer Dialog 118 f
- Soll-Erwartung 38 f
- Sonderpädagogik 433, 518 ff
 - Aufgaben 518 f
 - im fachlichen Kontext 524 ff
 - Kontroll-/Prüfungsfragen 554 f
 - und Medizin 526 f
- Sonderpädagogische Förderdiagnostik 523
- Sozialexploration 249 f
- Sozialform 506 f
 - komplementär ausgerichtete 507
 - symmetrisch ausgerichtete 507
- Sozialforschung
 - empirische 36, 789, 792
 - qualitative 794 f
- Sozialgesetzbuch 532 f, 774 f
- Sozialgesetzgebung 774 ff
- Sozialisationsgeschichte, individuelle 23
- Sozialkompetenz 90
- Sozialmedizin, Erkrankungen, Umgang 592 ff
- Sozialpädagogik 433
- Sozialpsychologie 291 ff
- Sozialstatistik 31
- Sozialsystem 378
- Sozialverhalten
 - aggressives 274
 - Lernbehinderung 542
- Sozialwissenschaften 20 ff
- Soziologie 20 f
 - allgemeine 28
 - Forschung 29
 - klinische Handlungsfelder 28
 - Kontroll-/Prüfungsfragen 416
 - medizinische 558 ff
 - moderne 29
 - spezielle 28
 - Themenvielfalt 27 ff
 - traditionelle 29
 - Ziele 33 f
- Soziologische Perspektive 21 f
- Sozioökonomischer Status, Gesundheitsverhalten 594 ff
- Spaltung 78
- Spannungsquelle 246 f
- Spiegelung 131
- Spiel
 - kindliche Entwicklung 265 ff
 - kindliches 268 f
 - Pädagogik 270
 - pädagogische Aspekte 269 ff
 - psychologisch-therapeutische Aspekte 269 ff
- Spielentwicklung 259 ff, 267
- Spielformen 266
- Spielhandlung, sequenzierte 268
- Spielmerkmale 266
- Spieltherapie 270 f
 - kindzentrierte 130 f
 - nicht-direktive, Indikation 132
- Spirale der Krisenverarbeitung nach Schuchhardt 632 ff
- Sprachbehinderung 551 ff
- Sprache
 - Denken, Entwicklung 257 f
 - und soziale Interaktionen 257
- Sprachentwicklung 245 f
 - Bedeutung 258
 - Behinderung 542
 - Stufen 257
- Sprachentwicklungsstörung 553
- Sprachentwicklungsverzögerung 551
 - Klassifikation 552 f
 - Ursachen 552
- Sprachreduktion 312
- Sprachstörung 551
 - Förderung 553 f
 - Klassifikation 552 f
 - zentrale 553
- Sprachwelten 316
- Sprecherziehung 550
- Sprechkompetenz 255
- Sprechstörung, zentrale 553
- Sprechzimmer, virtuelles 51
 - Staatsbürger- und Gesetzkunde, Kontroll-/Prüfungsfragen 785 f
- Staatsbürgerkunde 752 ff, 782 ff
- Statistik 796 ff
- Status, sozialer
 - – Bildung 450
 - – Gesundheitsverhalten 595
- Sterbender 629 ff
- Sterbephase nach Kübler-Ross, Verhaltensdimensionen 630
- Sterblichkeit, Bildungsniveau 597
- Stereotype 310 f
- Steuerungsmodell, korporatistisches 561
- Stimulus-Reaktions-Verbindung 229 f
- Störung, Definition 115
- Störungskonzept, naives 63
- Störungslehre 127
- Strafen 447
- Strafrecht 780
- Strengfehler 298
- Stress
 - Arbeit 400 f
 - arbeitsbezogener 409
 - Definition 401
 - kontrollierter Dialog 337
 - positive Auswirkungen 403
- Stresskonzept, kognitives 623 ff
- Stressmodell, transaktionales 402, 623 ff
- Stressniveau, mittleres 403
- Stressoren 402
 - Auswirkungen 402 f
- Stressreaktion
 - physiologische 401
 - psychische 402
- Stufenmodell von Piaget 251 f, 464 ff
- Subjekt-Objekt-Unterscheidung, psychische 258
- Sublikation 627
- Subsidiaritätsprinzip 774
- Substitution 268
- Suchterkrankung, Gruppentherapie 91
- Suchtverhalten, Selbstbeobachtung 100
- Supervision 367
- Symbiose 240
- Symbol 245
- Symbolisierung 126, 131
- Symbolspiel 268
- Sympathiefehler 295

Symptomwahrnehmung 605
 Syntax 315
 System
 – Definition 107 f
 – geschlossenes 108
 – informelles 613
 – offenes 108
 – soziales 108
 Systemtheorie 104
 – moderne 108
 Systemtherapie 103 ff
 – Definition 109
 – Entwicklung 107 f
 – Fragen 117 f
 – Indikationsfragen 120 f
 – Krankheitstheorie 112 f
 – Persönlichkeitsmodell 110 ff
 – philosophische Grundlagen 105 f
 – Problemsysteme 111
 – und Psychoanalyse, Parallelen 112
 – Setting, Besonderheiten 120
 – Therapieprinzipien 115 f
 – Therapieziel 115

T

Taubheit
 – frühkindliche 549
 – Klassifikation nach ICD-10 549
 Team, sachorientierte Gruppe 342
 Team-Teaching 507
 Teekesselchen 315
 Teilhabe 529
 – Teilzeit- und Befristungsgesetz 778
 Thanatos 180
 Themengebiete 221 f
 Theorie
 – der kognitiven Entwicklung von Piaget 462
 – der Objektbeziehung 245 f
 Theoriearbeit 788
 Theorieentwicklung, wissenschaftliche 178

Therapeutenrolle
 – Konflikt 47 f
 – normative Erwartungen 47 f
 – Rollenerwartung, Patient 509
 – Zielkonflikt 48
 Therapeutischer Prozess, pädagogische Aspekte 510
 Therapeut-Klient-Beziehung, subjektives Krankheitskonzept 601 f
 Therapeut-Patienten-Interaktion 22
 – Rollen 45
 Therapie-Compliance, elterliche 663
 Therapie-Erfolgservartung 639
 Therapie-Ergebniservartung 639
 Therapie-Folgeervartung 639
 Therapiemotivation, Antagonisten 181
 Therapieplan 501
 TOTE-Modell 202 f
 – Operation 203
 – Struktur 203
 Trainieren 511
 Transfer 494
 Transferleistung 494
 Transsexualität 278
 Trauerarbeit, Alter 707
 Trauerprozess, Ergotherapie 708
 Traumdeutung 68
 Triade 241, 253
 Triebbefriedigung 72
 Triebleben, menschliches 67 ff
 Triebwünsche 77
 – unterschiedliche 262
 Trotzphase 255

U

Üben 511
 Überforderung 188, 191
 Über-Ich 69
 Übertragung 80 f
 Übertragungsneurose 81

Ultrakurzzeitgedächtnis (UKZG) 173
 Umgang mit Betroffenheit 791 f
 Umschulung 388
 Umwelt 231
 – globale 231 f
 – Handlungsanreize 182 f
 – individuell-persönliche 232
 Umwelt-Anforderungs-Modell 714 f
 Umweltdeterminismus 95
 Unbewusstes 67
 Unfalltraumata 65 ff
 Ungleichheit, soziale 596
 Unterbringungsrecht 779
 Unterrichtsanleitung, therapeutische 510
 Unterrichtsereignis 506
 Unterrichtsgestaltung, mediale 505
 – Unterrichtsgruppe, Erfahrungs- und Lernmöglichkeiten 273
 Unterrichtsmittel 505
 Unterrichtsplanung 504, 506
 Unterschiedsschwelle 143, 145
 Unterstützung
 – im Alter 691
 – soziale, Alter 704 f
 Urtrennung 239
 Urvertrauen 250, 252, 259
 – Ich-Identität 279
 Uterus, sozialer 239

V

Valenz 638
 Validation
 – integrative 735
 – nach Naomi Feil 734 f
 Variabilität, interindividuelle 678
 Veralterung, demografische 680 f
 Verbalisieren 128

Verband der Ergotherapeutischen Schulen (VDES) 770 f
 Verbitterung 712
 Verdrängung 78
 Vereinnahmung, institutionelle 613 f
 Verhalten
 – Definition 96
 – instrumentelles, Formen 472 f
 – leistungsmotiviertes 498 f
 – Löschung 474
 – selbstverletzendes 125 f
 – wertschätzendes und empathisches 634
 Verhaltensänderung, Lernen 470
 Verhaltensbeobachtung 522
 Verhaltensgrundformen 758
 Verhaltenskritik, Prinzipien 335 f
 Verhaltensmodell, Bedürfnisorientiertes, Demenz 739 f
 Verhaltensprobleme, Latenzzeit 274 f
 Verhaltensstörung 536 ff
 – Erziehungsauftrag 539
 – Klassifikation
 – – nach ICD-10 539
 – – nach Mischker 538
 – mehrdimensionale 537
 – typische Verhaltensweisen 537
 – Ursachen 538
 Verhaltenstherapie 91 ff
 – Definition 91, 93, 101
 – Desensibilisierung 471
 – Gegenkonditionierung 471 f
 – Indikation 102 f
 – kognitive 99 f
 – Krankheitstheorie 96 f
 – Paradigmenwechsel 95 f
 – Therapieplan 98

- Therapiesetting 101
- Therapieziel 98
- Verhaltenstraining 101
- Verleugnung 78
- Vernachlässigung 443
- Verschreibung, ritualisierte 117
- Verschwiegenheitspflicht 781 f
- Versichertengemeinschaft 48
- Versorgung
 - ambulante ärztliche, Akteure 565
 - psychotherapeutische, Institutionen 56
- Verstärkerpläne 473
- Verstärkung
 - negative 447, 473
 - positive 447, 473
 - – und negative 93
- Verstehen, empathisches 243
- Versuch und Irrtum 242
- Verteilungskonflikt 331
- Verwirrtheitszustand, akuter 726
- Verzerrung
 - gruppendienliche 306
 - selbstdienliche 306
- Vier-Ohren-Modell von Schulz von Thun 323 f
- Visualisierungsmedien 505
- Volitionstheorie 178, 192 ff
- Vollblindheit 545
- Vorbewusstes 67
- Vorsorgeuntersuchung 593
- Vorurteile 311 f
- Vulnerabilitäts-Stress-Modell 97 f

W

- Wachstum
 - qualitatives 218
 - quantitatives 218
- Wahrnehmung
 - und Aufmerksamkeit 156 f
 - datengesteuerter Prozess 143
 - Definition 139
 - eigene, Optimierung 299
 - und Erwartung 155 f
 - Filtermodelle 157 f
 - und Gedächtnis 155
 - konzeptgesteuerter Prozess 153 f
 - kreuzmodale 238
 - soziale 293 ff
 - Veränderung im Alter 691 f
 - visuelle 145 ff
 - – ergotherapeutische Messung 151 ff
 - – Gruppierungsge-setze 145 ff
 - – Organisationsge-setze 145 ff
- Wahrnehmungsbeeinflussung, soziale 300 f
- Wahrnehmungsbild 155
- Wahrnehmungsentwicklungsbaum 139 f
- Wahrnehmungsprozess 142 f
- Wahrnehmungs-selbsttraining 299 f
- Wahrnehmungsveränderung, Krankheit 620
- Wahrnehmungsweg 141
- Wandel, demographischer 221
- Wechselspiel, sequenziertes zyklisch-zirkuläres 241 f

Welt

- dingliche 249
- soziale 249
- – Forschung 789
- Weltverband der Ergotherapeuten (WFOT) 770
- Wert der eigenen Person 250
- Wertkonflikt 331
- Wertschätzung 446
 - positive 127
- Widerstand 81
- Willen 192
- Willensfreiheit 26
- Wissen, organisiertes 292
- Wissenschaftliches Arbeiten 36
- Wissen-um-die-Folgen-Fehler 298
- Wirtschaftspädagogik 433
- Wohnbereiche, problematische, Alter 718
- Wohnbiografie 723
 - Rituale 724
- Wohnen
 - im Alter 716 ff
 - – Anpassungsprozess, Unterstützung 723 ff
 - betreutes, Formen 719 f
 - institutionalisiertes 721 f
 - selbst organisiertes, gemeinschaftliches 720 f
- Wohngemeinschaft, betreute 721
- Wohnprojekt, quartierbezogenes 720
- Wohnqualität 717
- Wohnstatistik 719
- Wohnstifte 721
- Wohnungswechsel, Alter 719
- Workaholic 413
- Workaholism 412 ff
- Work-Life-Balance 394
- Wortschatz 255

Z

- Zeichen, paraverbale 320
- Zeit der Aufklärung 435 f
- Zeitdiagnostik 29
- Zeitsouveränität 386 f
- Zentraltendenz 298
- Zielformulierung, Präzisierung 502
- Zielkonflikt 331
- Zirkuläres Modell 109
- Zone, erogene 255, 261
- Züchtigung, körperliche 447
- Zufallsbeobachtung 798
- Zufriedenheitsforschung 790
- Zugang zu sich selbst, Störungen 246 f
- Zugmodell 182 f
- Zürcher Modell der sozialen Motivation 626
- Zwangscharakter, analer 74, 259
- Zwangsneurose 259
 - psychoanalytische Gruppentherapie 90 f
- Zweierbeziehung 239 f
- Zweifaktorenmodell von Charles Spearman 459 f
- Zwei-Faktoren-Theorie
 - der Gefühle 214
 - von Herzberg 397 f
- Zweifel 255
- Zwillingsforschung 234 f
- Zyklus 241



Hat Ihnen das Buch Ott, U. Sozialwissenschaften gefallen?

zum Bestellen [hier](#) klicken

by naturmed Fachbuchvertrieb

Aidenbachstr. 78, 81379 München

Tel.: + 49 89 7499-156, Fax: + 49 89 7499-157

Email: info@naturmed.de, Web: <http://www.naturmed.de>