

## Das therapeutische Führen nach dem Affolter-Konzept

**Das Affolter-Konzept ist ein neurologisch-pädiatrisches Therapiekonzept neben Bobath, Perfetti, Johnstone, Sensorischer Integration, Basaler Stimulation, der facio-oralen Therapie nach Coombes (F.O.T.T.) und anderen. Es eignet sich besonders für die Behandlung von neurologisch betroffenen Patienten jeden Alters, die aufgrund ihrer Hirnschädigung unter Wahrnehmungsstörungen leiden.**

Das therapeutische Führen nach Affolter wird im klinischen Bereich, besonders bei schwer betroffenen Patienten eingesetzt. Aber auch in ambulanten Einrichtungen, meist ergotherapeutischen Praxen, ist das Konzept eine nicht weg zu denkende Ergänzung der anderen Therapiemethoden. Bei diesem Konzept geht es darum, hirngeschädigte Menschen „führenderweise“ in ihrem Alltag zu begleiten.



*Bild 1: Die Therapeutin führt intensiv. W., mit Halbseitenlähmung links, bekommt deutliche Spürinformationen über die Widerstände der Umwelt (Wand, Tisch, Gurke). Durch die therapeutische Führung knann W. mit der linken Hand die Gurke umfassen. Sie erhält viel Spürinformationen beim Schälen, dadurch kann die Spannung im linken Arm weniger werden (kurzfristige Veränderung). Das Führen findet an einem speziellen Tisch statt (Lasit, Nitzborn).*

Beim Führen nach Affolter erspürt der therapeutische Begleiter gemeinsam mit dem Patienten All-

tagsgeschehnisse, mit dem Ziel, diese gewonnenen Wahrnehmungsinformationen zu ordnen und schließlich bei dem Patienten Erkenntnisse über sich und seine Umwelt hervorzurufen (Bild 1-6, 8-9).

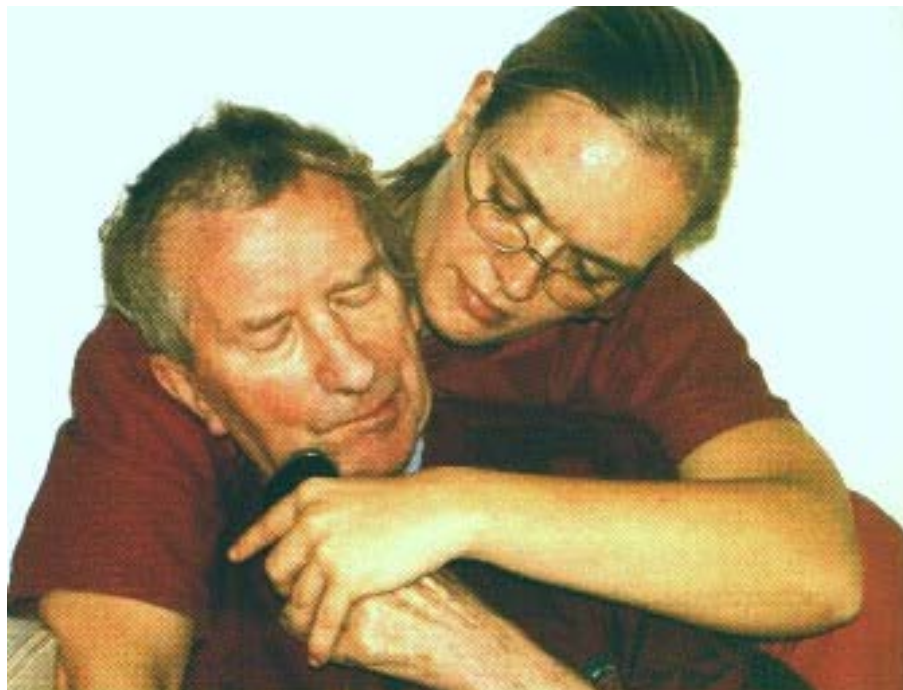
Mit therapeutischem Begleiter ist keine spezielle Berufsgruppe gemeint, da es sich beim Affolter-Konzept um ein teamübergreifendes Konzept handelt.

### Patientenbeispiel

Anhand eines Patientenbeispiels möchte ich Ihnen veranschaulichen, wie das therapeutische Füh-

den Alltag war bei guten auditiven Funktionen nicht verbal zu erreichen, und jeder kann sich gut vorstellen, dass dies für die Angehörigen in der Betreuung und Pflege des Patienten ein großes Problem darstellte.

Folgende Situation möchte ich Ihnen beschreiben: Der Patient saß in einem Rollstuhl, er selbst konnte ihn aufgrund seiner Wahrnehmungsproblematik kaum selbst bedienen, er versuchte es auch gar nicht erst. Ich wollte ihn auf einen Stuhl transferieren. Dafür mussten die Bremsen geschlossen werden. Der Stuhl, auf dem er sitzen sollte, berührte sein Bein und erst danach



*Bild 2: Herr L. hatte eine rechts- und linkshirnige Blutung mit ausgeprägtem Hydrocephalus. Die Therapeutin führt ihn in der Nische intensiv beim Rasieren.*

ren aussehen könnte. Ich behandelte im Rahmen einer ergotherapeutischen Hausbehandlung einen 62-jährigen Patienten, der aufgrund mehrerer Schlaganfälle massivste Wahrnehmungsstörungen erlitten hatte. Seine Motorik zeigte deutliche Spannungserhöhungen in den Extremitäten, die er selber gut überwinden konnte, wenn er das Verständnis für eine Handlung aufbrachte. Der Rumpf war eher hypoton und dadurch instabil und zusammengesunken beim Sitzen. Stehen konnte er nur mit zwei Hilfspersonen. Das Verständnis für

wendete sich sein Blick diesem Stuhl zu.

Aus vorherigen Erfahrungen wusste ich, dass die alleinige verbale Aufforderung, die Bremsen zu schließen und sich umzusetzen, keine Aktion seinerseits in Gang setzen würde: Er würde mich anschauen und nichts machen! Also führte ich zunächst mit meiner rechten Hand seine rechte Hand an die rechte Rollstuhlbremse heran, um diese mit ihm zusammen zu schließen. Sein Rumpf stabilisierte sich, indem er sich aufsetzte, sobald ich mit

dem Führen begann (erste sog. positive kurzfristige Veränderung eines krankheitsbedingten Verhaltens). Seine Hand fühlte sich zunächst gespannt an, die Hand war zur Faust geschlossen. Jedoch mit Erreichen der festen Bremse und der anschließenden Spürinformation an dem festen Bremsengriff wurde sie geschmeidig, ließ die Bewegung zu und umschloss den Griff (erneute kurzfristige Veränderungen seines Verhaltensmuster). Offensichtlich konnte er diese Handlung nachvollziehen, aber nicht aktiv alleine durchführen. Dem Nicken seines Kopfes entnahm ich, dass er bereit war, die zweite Bremse zu schließen, er tat dieses jedoch nicht von allein. So machten wir dies wieder führenderweise gemeinsam: Ich führte seine linke Hand an die linke Bremse, gab ihm dort gespürte Information und siehe da, er schloss die Bremse allein! (erneute kurzfristige Veränderung).

Das Fazit dieses kurzen Beispiels ist folgendes: Der Patient konnte aufgrund seiner Wahrnehmungsproblematik die Alltagshandlung weder vorab planen noch aktiv ausführen, sie machte für ihn keinen Sinn. Durch das therapeutische Führen war er in der Lage, mit Hilfe des gemeinsamen Spürens zu der Erkenntnis zu kommen, was zu tun ist. Er hat also durch das gemeinsame Spüren im wahrsten Sinne

des Wortes begriffen,

- um welche Tätigkeit es sich handelt
- was bei dieser Tätigkeit zu tun ist.

### Die Bedeutung des Spürsinn

Im Gegensatz zu anderen Sinnesorganen ist der Spürsinn wenig erforscht. Der Spürsinn besteht:

1. aus dem Tastsinn (Oberflächensensibilität, taktil)
2. aus den Informationen von Muskeln, Gelenken und Sehnen (Tiefensensibilität, kinästhetisch).

Beide Sinne sind untrennbar, deshalb spricht man auch vom taktil-kinästhetischen System (=Spüren). Die Rezeptoren der Haut liefern uns Informationen über Temperatur, Berührung und Druck. Die Rezeptoren in den Muskeln und Gelenken informieren uns über die Stellung des Körpers im Raum. Das taktil-kinästhetische System wird als Körper-Nahsinn bezeichnet. Im Hinblick auf die Ausmaße der Hautoberfläche und die Vielzahl der dadurch entstehenden Informationsmöglichkeiten ist es naheliegender anzunehmen, dass der taktile Kanal der bedeutendere von beiden ist.

Bezüglich der anderen Sinnessysteme wie Hören und Sehen (Körper-Fernsinne) kann festgestellt werden, dass das taktil-



kinästhetische System als eine Art „Wurzel“ oder Basis angesehen werden kann, die immer wieder aufgesucht werden muss, wenn es darum geht, neue oder weiterentwickelte Fertigkeit- und Fähigkeiten zu erlernen.



An gesunden kleinen Kindern ist dies zu beobachten: Sie befühlen und erspüren Alltagsgegenstände und ihre Umwelt permanent und erwerben dadurch ständig neue Fähigkeiten.

Wenn die „Wurzel“ der Spürinformation „gespeist“ wird, können „Äste“ wachsen (z.B. Entwicklung von Sozialverhalten) und irgendwann „Früchte“ tragen (z.B. Sprachentwicklung). Das Aufsuchen von Spürinformation ist ein aktiver Prozess, der eine gezielte Aktion, eine Handlung voraussetzt,



Bild3: Frau E. hat vor 19 Jahren einen Schlaganfall rechts erlitten. Sie hat starke Sensibilitätsstörungen auf der betroffenen Seite und aufgrund dessen eine hohe Muskelspannung. Außerdem hat sie Probleme beim Schlucken und Sprechen. Durch das therapeutische Führen (hier: intensiv geführt) kann das Schlucken angebahnt werden.

durch die wiederum neue Handlungen in Gang gesetzt werden, sowohl bezüglich der Person selber, als auch in Bezug zur Umwelt. Also kann erst durch das Spüren eine Inter-Aktion mit der Umwelt stattfinden, die neue Lernerfahrungen beinhaltet.

Durch das Ausführen einer Lernerfahrung, welche das Spüren voraussetzt, kann die Speicherung im Gehirn, also die Lernfähigkeit, dreifach werden. (Tab. 2)

### **Informationsmöglichkeiten des taktil-kinästhetischen Systems**

Folgende Informationen erhalten wir beim Spüren über

- die Beschaffenheit der Gegenstände (Oberfläche, Dreidimensionalität, Temperatur, Festigkeit)
- die Beziehungen zwischen unterschiedlichen Gegenständen (nebeneinander, ineinander, aufeinander, zusammen und getrennt u.a.)
- die Beziehung der Gegenstände zum eigenen Körper
- die Beschaffenheit der Unterlage oder der seitlichen Begrenzungen
- die Position im Raum
  - es können Hypothesen gebildet werden, wo man sich in der Umwelt befindet (Position im Raum)
  - es können Hypothesen gebildet werden über das, was man tut und was man dadurch bewirkt (Ursache und Wirkung).

### **Begründerin des Konzeptes**

Frau Dr. phil. Felicie Affolter und ihre Mitarbeiter haben sich sehr intensiv mit der Bedeutung des taktil-kinästhetischen Systems befasst. Seit den späten 60er Jahren forschten sie zunächst bei wahrnehmungsgestörten Kindern und später auch bei hirngeschädigten Erwachsenen, welche Auswirkungen eine Störung in diesem System für die betroffenen Menschen und deren Angehörige hat. Sie beobachteten, dass als Folge von mangelhafter, nicht angepasster

oder übersteigter taktil-kinästhetischer Informationssuche die Interaktion der Person mit der Umwelt gestört ist (siehe auch: Desorganisation eines geschädigten Gehirns). Frau Dr. Affolter geht davon aus, dass das Gehirn ein Organ der Informationssuche ist. Weiter wird das Gehirn benötigt, um diese Informationen zu ordnen und zu speichern (Informationssortierer und -Speicher). Auch das Abrufen von Lernerfahrungen ist Aufgabe des Gehirns. Die Suche nach neuen Informationen geht aber allen anderen Aufgaben voraus. Ohne sie kann kein lebendiges Lernen und inhaltvolles Leben stattfinden. Ist das Gehirn durch einen Unfall oder andere Gründe geschädigt, ist diese Informationssuche desorganisiert. Eine Störung der taktil-kinästhetischen Informationssuche und -Verarbeitung wirkt sich aufgrund der einmaligen Bedeutung als „Wurzel“ besonders gravierend für die betroffene Person aus.

### **Auswirkungen der Desorganisation eines geschädigten Gehirns**

Zeichen eines geschädigten Gehirns und Hinweis auf eine Wahrnehmungsstörung können symptomatisch sein:

- **Bezüglich des Körpers** Tonusveränderungen, Gleichgewichtsstörungen, Koordinationsstörungen, motorische Unruhe
- **Bezüglich der kognitiven Funktionen** Störungen des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit und Orientierung
- **Bezüglich der psychischen Verfassung** Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmungen
- **Bezüglich der Persönlichkeit** Verhaltens-, Charakterveränderungen, Aggressivität
- **Bezüglich der Kommunikation** Sprache, Gestik, Mimik sind verändert
- **Bezüglich des sozialen Umgangs** Distanz-Nähe-Problem, Rückzugstendenzen

→ Der Alltag kann nicht mehr / nur unzureichend bewältigt werden.

Alle Bereiche beeinflussen sich gegenseitig.

Wenn Sie selber eine Wahrnehmungsstörung nachempfinden möchten, stellen Sie sich mit einem Tischtennisschläger vor einen Spiegel. Balancieren Sie einen Ball auf dem Schläger und sehen Sie dabei zur Kontrolle nur in den Spiegel, ohne direkt auf den Schläger zu schauen. Das Balancieren wird Ihnen kaum gelingen! So ähnlich und noch viel schlimmer geht es dem Wahrnehmungsgestörten in fast jeder Alltagssituation.

### **Die Therapie nach Affolter**

Das Führen von Bewegungen, Handlungen oder Geschehnissen finden wir auch in anderen Therapiekonzepten: bei der Basalen Stimulation, bei Perfetti, bei Bobath. Auch die Berührung spielt bei anderen Therapiemethoden eine große Rolle.

Was macht das therapeutische Führen nach Affolter aus?

Frau Dr. Affolter und ihr Team gehen davon aus, dass das Dilemma der Wahrnehmungsproblematik in einer gestörten Spür-Informationssuche und -Verarbeitung liegt.

Also soll das therapeutische Führen in erster Linie diese Spürinformation in alltäglichen Geschehnissen vermitteln und somit ursächlich die Probleme einer Des-Organisation des Gehirns angehen.

Die Alltagsgeschehnisse dienen als Quelle unendlicher und vielfältiger taktil-kinästhetischer Informationsmöglichkeiten. Beim Führen geht es also nicht darum, Bewegungen oder Handlungen um deretwillen auszuführen.

Es werden hier keine Einzelfunktionen wie zum Beispiel Anziehen trainiert, denn dann wird an den Symptomen und nicht an der Ursache therapiert. Einer vertrockneten Pflanze schneide ich auch nicht nur die Äste ab, sondern begieße die Wurzel (=Spürinformation!)

Als Ergebnis des therapeutischen Führens werden verloren gegangene Fähigkeiten wiederkehren (z.B. selbständiges Anziehen wird angebahnt) und noch nicht gelernte



*Bild4: Herr H. hatte im April 2000 einen Motorradunfall mit schwerem Schädelhirntrauma. Pflegerisch geführt wird er im Bett angezogen*

Fähigkeiten können gespeichert und abrufbar gemacht werden.

#### **Definition des therapeutischen Führens nach Affolter:**

Führen ist die gemeinsame (therapeutischer Begleiter und Patient) Spür-Informations-Suche beim Lösen von Alltagsproblemen. Das bedeutet, dass

1. das Führen weitestgehend non-verbal abläuft, da sich Sprache auf einer kognitiv höheren Stufe befindet und wir ursächlich an der taktil-kinästhetischen Informationsaufnahme behandeln wollen. Als darauf aufbauendes Ergebnis werden wir eine Verbesserung der sprachlichen Funktionen beobachten können, als „Frucht“ sozusagen.
2. die Alltagsgeschehnisse Mittel zum Zweck der Spürinformation und nicht das Ziel selbst sind. Alltagsgeschehnisse eignen sich als Quelle unendlicher und vielfältiger Spür-Informations-Möglichkeiten, das heißt: Führen in Alltagsgeschehnissen ist ein „muss“. Zum einen trägt es zur Reorganisation des Gehirns bei, da Alltag vertraut ist und dennoch variiert werden



*Bild5: Am Schrank wird er einfach geführt, unter Einbeziehung der stabilen Umwelt.*

kann. Zum anderen werden physiologische Bewegungen niemals isoliert gemacht, sondern immer vorab mit dem Ziel einer Alltags-handlung.

3. gemeinsame Spürinformation nur mit körperlicher Nähe vermittelt werden kann, vor allem beim intensiven Führen.

4. das Führen ein Konzept für das gesamte therapeutische Team ist (Pfleger, Therapeuten, Ärzte, Erzieher, Angehörige).

5. in jeder Alltagssituation (je nach Verständnisstufe) therapeutisch geführt werden kann.

#### **Die Arten und Prinzipien des therapeutischen Führens**

Frau Dr. Affolter unterscheidet drei verschiedene Formen des Führens:

1. das intensive Führen (Bild 1, 2, 3)
2. das einfache Führen (Bild 5, 6)
3. das pflegerische Führen (Bild 4, 8, 9)

Das intensive und einfache Führen kann bezüglich seiner Prinzipien gemeinsam erklärt werden: Der therapeutische Begleiter führt das Alltagsgeschehnis gemeinsam

mit dem Patienten, ähnlich wie in dem obigen Fallbeispiel beschrieben. Bleibt er die gesamte Zeit des Führens auf dem Körper/den Körperteilen des Patienten, so kann vom intensiven Führen gesprochen werden. Dieses ist für den Beobachter der deutlichste Unterschied, es gibt noch einige mehr, die hier nicht beschrieben werden können.

Beim einfachen Führen wird der Körper des Patienten nur für die sogenannten unerlässlichen Informationsquellen berührt, also die, die für den jeweiligen Handlungsschritt unbedingt notwendig sind. Bei beiden Führarten ist es wichtig, dass das Berühren so genau wie möglich gemacht wird, also rechte Fingerspitzen des Begleiters auf rechten Fingerspitzen des Patienten, und so weiter.

Es kommt auch vor, dass die verschiedenen Führarten ineinander übergehen (Bild 4-6). Der therapeutische Begleiter beginnt mit einer Führart und wählt er eine andere. Die Auswahl wird entscheidend mit beeinflusst von den kurzfristigen Veränderungen des Patienten, welche er als Reaktion auf die Führung zeigt (siehe Fallbeispiel: vom instabilen Rumpf zur Aufrichtung, von einer festen verkrampften Hand zu einer angepassten Greifhand).

Klar ist jedoch, dass Menschen, die die Umwelt und sich selbst nur bruchstückhaft oder chaotisch wahrnehmen, eine deutliche und geordnete Spürinformation benötigen. Hierfür dienen die Prinzipien des Führens, die je nach Führart variieren.

Das Wichtigste beim Führen ist die Fähigkeit des therapeutischen Begleiters, selbst das Geschehnis und die Position im Raum bei sich und dem Patienten nachzuspüren. Dafür benötigt er gerichtete Aufmerksamkeit, minimale kleine Bewegungen an der richtigen Stelle und Übung. Nur so kann er wiederum die benötigte taktil-kinästhetische Information beim Patienten vermitteln. Wenn das gemeinsame Spüren gelingt, kommt es zu kurzfristigen Veränderungen beim Patienten

ten: Ein Aphasiker fängt an zu sprechen, ein spastischer Arm wird locker, ein unruhiger Patient wird ruhig, eine unter Führung begonnene Handlung wird allein weitergeführt.



*Bild6: Nun holt er sein Pullover intensiv geführt aus dem Schrank heraus.*

Je öfter der wahrnehmungsgestörte Patient in seinem Alltag therapeutisch geführt wird, desto öfter und dauerhafter treten diese kurzfristigen Veränderungen auf, so dass wir dann von langfristigen Veränderungen sprechen. Kurz- oder langfristige Veränderungen sind also ein Zeichen für eine beginnende Reorganisation des Gehirns durch das Arbeiten an der „Wurzel“. So müssen wir keine Einzelleistungen trainieren, sondern der Patient kann in allen Ausführungsleistungen besser werden.

Als ein wichtiges Prinzip aller Führarten ist es notwendig zu verstehen, dass die Umwelt als Spürinformation gestaltet und genutzt werden muss. Dazu möchte ich mit Ihnen eine Selbsterfahrung machen: Nehmen Sie einen Stift mit einer Kappe, machen Sie diese ab und werfen Sie diese auf den Bo-

den. Danach nehmen Sie den Stift in eine Faust, und versuchen Sie, nur mit Hilfe dieser einen Hand die Kappe wieder auf den Stift zu bekommen. Sie werden merken, wie schwierig dies ist, ohne einen Teil, Stift oder Kappe, irgendwie zu stabilisieren zum Beispiel durch eine Wand. Genauso ist das beim therapeutischen Führen. Wenn bei einem Geschehnis alles hin und her wackelt, ist die Spürinformation undeutlich, verwirrend oder sogar erschreckend für einen wahrnehmungsgestörten Menschen. Auch so können Reaktionen von Patienten wie Aggression, Unruhe, Spannungen in der Muskulatur erklärt werden. Wenn diese Patienten die Umwelt berühren, kann es hilfreich sein, die Umwelt zu stabilisieren durch die Einbeziehung einer Wand, fester Schaumstoffkissen, und ähnliches. (Bild 1, 7, 8, 9)

gearbeitet wird, verursacht Verspannungen. Genau das können wir auch bei hirngeschädigten Menschen beobachten. Das therapeutische Führen beinhaltet außerdem immer, dass zwischen dem Wechsel von einer auf die andere Seite eine zusätzliche Information für die Position im Raum, auch „WO“-Information genannt, vermittelt wird. Im Sitzen zum Beispiel gebe ich dieses „WO“, indem ich das Becken des Patienten mit minimalsten Bewegungen auf der Unterlage/Stuhl bewege.

Das pflegerische Führen geschieht im Gegensatz zum intensiven und einfachen Führen so, dass der therapeutische Begleiter die Handlung für den Patienten macht. Somit gibt es hier das Prinzip „Fingerspitzen auf Fingerspitzen“ nicht. Der Schwerpunkt beim pflegerischen



*Bild8: Über die Bauchlage wird Herr L. pflegerisch geführt in eine Vorbereitete Nische transferiert. Dies geschieht auf einem Schaumstoffkeil zum Schutz der Atemwege, da er noch mit einer Trachekanüle versorgt wird.*

Ein weiteres notwendiges Prinzip ist der Seitenwechsel nach jedem wichtigen Handlungsschritt im geführten Geschehnis. Sie können selber feststellen, dass wir, bis auf wenige Ausnahmen, bei allen Alltagshandlungen rechte und linke Seite im Wechsel benutzen. Eine Aktivität wie zum Beispiel das Schreiben, bei der viel einseitig

Führen ist die „WO“-Information an der stabilen Umwelt nach dem Seitenwechsel.

Je nach Betroffenheit des Patienten und der Alltagssituation kann entschieden werden, welche Art des Führens die Effektivste ist.



*Bild9: Frau T. erlitt vor Jahren einen Schlaganfall links. Nachts lag sie immer auf dem Rücken. Ihre linke Seite und vor allem die linke Hand ist angespannt. Während des Lagerns vermittelt die Therapeutin pflegerisch geführte Spürinformationen an der stabilen Umwelt (Schaumstoffblöcke an der Wand). Hierdurch kann sich die Muskelspannung regulieren, die linke Hand beginnt sich zu lösen. Auch zu Hause kann therapeutisch geführt werden.*

### **Wirkung des therapeutischen Führens**

Wie schon erwähnt, können auch bei schwerst neurologisch betroffenen Patienten jeden Alters Fortschritte erwartet werden. Durch die wissenschaftlichen Studien von Frau Dr. Affolter und ihren Mitarbeitern handelt es sich um ein fundiertes Therapiekonzept, das mittlerweile über 30 Jahre angewendet wurde und sich hervorragend bewährt hat, da es sich mit anderen Therapiekonzepten gut vereinbaren lässt und auch die Angehörigen der Betroffenen einbezieht und entlastet. Für schwerst betroffene Menschen ist es das Konzept der Wahl.

In der ambulanten ergotherapeutischen Behandlung eignet es sich auch besonders bei Hausbesuchen, zum Beispiel in Altenheimen und Integrationskindergärten. Hier sind Alltagsgeschehnisse unendlich therapeutisch nutzbar.

Zum Schluss noch ein Zitat von Frau Dr. Affolter aus ihrem Buch „Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache“: „Vor uns (dem Patienten

Autorin:  
Elke Post



Ergotherapeutin, Bobath- und Affoltertherapeutin. Sie hat seit mehreren Jahren eine eigene Praxis in Hamburg und ist Lehrtherapeutin in unterschiedlichen Instituten im In- und Ausland. Außerdem bietet Sie Fallsupervisionen in Kliniken teamübergreifend an.

und dem Therapeuten, Anm. der Autorin) ist ein großer Berg; bei manchem (...) ist er höher, bei anderen niedriger; von jedem Berg aus (...) genießt man eine prächtige Aussicht. Und wenn man dort angekommen ist, umfängt einen ein herrliches Gefühl des „Gelungen-Seins.“

Adress- und Literaturliste können beim Verlag angefordert werden.

### **Kontakt:**

**ergo praxis**    **elke post**

Arnoldstraße 59  
22763 Hamburg  
Telefon: 040/3905097  
E-Mail:  
[info@ergopraxis-elkepost.de](mailto:info@ergopraxis-elkepost.de)  
Internet:  
[www.ergopraxis-elkepost.de](http://www.ergopraxis-elkepost.de)