

Fay Zischeck

# **Ergotherapeutische Interventionen bezüglich der Zufriedenheit von Suchtpatienten im Betätigungsbereich Freizeit**

Zischeck Fay  
Lindenstr. 10  
8152 Glattbrugg  
ERO6b  
S06-530-869  
Departement Gesundheit

Betreuende Lehrperson: Almut Späth

Datum der Abgabe: 18. 6.2009

# Inhaltsverzeichnis

## 1. Einleitung

1.1	Einführung in die Thematik	S. 4
1.2	Fragestellung	S. 5
1.3	Definitionen	S. 6
1.4	Methodik	S. 10

## 2. Hauptteil

2.1	Freizeit und die Auswirkungen auf die Gesundheit	S.12
2.2	Komplexität der Freizeit	S.14
2.3	Freizeit und Jugendliche	S.16
2.4	Hindernde und fördernde Faktoren für die Teilnahme an Freizeitaktivitäten	S.17
2.5	Theorie- Praxis- Transfer	S.18
2.6	Diskussion	S.25

## 3. Schlussteil S.27

## 4. Referenzliste S.29

## 5. Eigenständigkeitserklärung S.31

## 6. Danksagung S.31

## 7. Anhang S.31

## Abstract

Diese Arbeit untersucht anhand vorhandener Forschungsliteratur sinnvolle ergotherapeutische Interventionen mit dem Fokus auf Freizeit, um die Zufriedenheit von Suchtpatienten im Betätigungsbereich Freizeit zu verbessern. In die Arbeit wurden Studien einbezogen, welche in den Jahren 2000 bis 2009 veröffentlicht wurden. Die Datenbanken wurden mit den Schlüsselbegriffen *leisure, occupational therapy, intervention, satisfaction und substance abuse* durchsucht. Sieben Studien zur Freizeit in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und Ergotherapie wurden in die Arbeit integriert. Zuerst wird auf die verschiedenen Aspekte der Freizeit und deren Auswirkung auf die Gesundheit eingegangen. Im Weiteren werden Möglichkeiten der Ergotherapie aufgezeigt, wie die Freizeit als Bestandteil der Behandlung integriert werden kann. Dann wird die mögliche Rolle der Ergotherapie bei der Behandlung von Suchtpatienten vorgestellt. In der anschließenden Diskussion wird auf die wichtigsten Erkenntnisse eingegangen. Zuletzt werden Schlussfolgerungen zur Fragestellung gemacht.

# 1 Einleitung

## 1.1 Einführung in die Thematik

Die fundamentale Lehre der Ergotherapie (Passmore, 2003) sagt, dass die Gesundheit des Individuums sich durch Teilnahme in den drei Betätigungsbereichen Selbstversorgung, Arbeit und Freizeit widerspiegelt. Reichel (2005) teilt die Aktivitäten, welche Menschen durchführen in die Betätigungsbereiche *Aktivitäten des täglichen Lebens, Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, Bildung, Arbeit, Spiel, Freizeit* und *soziale Partizipation* ein.

Reichel (2005, S.67) schreibt dazu „Ergotherapeuten nutzen ihre Fachkenntnis, um Performanz- Angelegenheiten in einem oder in allen Betätigungsbereichen anzusprechen, die die Fähigkeit einer Person beeinflussen, sich in Betätigungen oder Aktivitäten einzubinden.“

In dieser Arbeit wird der Fokus auf den Betätigungsbereich *Freizeit* gelegt, weil von der Autorin die Erfahrung gemacht wurde, dass in der Psychiatrie oft vom Betätigungsbereich Arbeit und der Rückkehr an den Arbeitsplatz gesprochen wird.

Passmore (2003) erwähnt allerdings, dass Eingebundensein in zielgerichtete Aktivitäten, Freizeit eingeschlossen, die Gesundheit im weitesten Kontext unterstützt.

Bei der Arbeit mit Suchtpatienten fällt auf, dass Suchtpatienten oft in ihrer Freizeit konsumieren. Wilms (2005) schreibt, dass durch das Wegfallen der Droge eine gähnende Leere entsteht. Die Betroffenen (Wilms, 2005) wissen nicht wie sie sich beschäftigen können, sie haben es verlernt ihre Freizeit sinnvoll zu gestalten. Die tägliche Routine von Menschen mit Suchtproblemen (Buijsse, Caan & Davis (1999), Scaffa (1991), Stoffel (1994); (zit. nach Hodgson, Llyod & Schmid, 2001, S.487)) dreht sich oft um das Beschaffen der Drogen, und um deren Konsumation .

Ergotherapeuten (Moyers, Penelope, Stoffel & Virginia, 2004) in allen Bereichen arbeiten mit Menschen, die ein Suchtproblem haben. Sie (Moyers et al., 2004) begegnen Suchtpatienten oft, wenn sie in der Psychiatrie arbeiten, wobei nicht immer die Abhängigkeit als Hauptproblem angesehen wird, oft ist es eine Nebendiagnose. Deshalb (Moyers et al., 2004) ist es wichtig, dass die Ergotherapeuten über die

Suchtbehandlung Bescheid wissen, und Strategien kennen, um damit umzugehen. Interventionen (Moyers et al., 2004) sollen so gewählt werden, dass sie einen positiven Einfluss auf die Teilhabe in der Gesellschaft und das Eingebundensein in Betätigungen haben.

Für Ergotherapeuten (Hodgson, Llyod & Schmid, 2001) besteht das Bedürfnis, die Freizeitaktivitäten und deren Bedeutung für die Klienten zu verstehen. Griffin & McKenna (1998; zit. nach Hodgson et al., 2001, S. 487) verbinden Eingebundensein in Freizeit mit mehr Zufriedenheit im Leben. Auch wenn die Erfahrung von Freizeit (Suto, 1998) die psychischen Probleme nicht lösen kann, kann es für Individuen eine Verbesserung der Lebensqualität bedeuten. Nach Mann & Talty (1991; zit. nach Hodgson et al., 2001, S.487) ist es für Menschen mit andauernden psychischen Problemen schwierig, Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen. Mayers (2000; zit. nach Hodgson et al., 2001, S. 487) meint, dies hat einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität von Menschen mit andauernden psychischen Problemen, weil es ihren Wunsch in Freizeitaktivitäten eingebunden zu sein und eine bezahlte Arbeit zu haben, beeinflusst.

## **1.2 Fragestellung**

In dieser Arbeit geht es darum, die Bedeutung der Freizeit für die Zufriedenheit von Suchtpatienten im Betätigungsbereich Freizeit zu untersuchen. In einem zweiten Schritt werden mögliche Interventionen für Suchtpatienten aufgezeigt.

Es stellt sich daraus folgende Fragestellung:

Welche ergotherapeutischen Interventionen mit dem Fokus auf Freizeit sind sinnvoll, um die Zufriedenheit von Suchtpatienten im Betätigungsbereich Freizeit zu verbessern?

Im Hauptteil der Arbeit wird zuerst auf die Freizeit im Allgemeinen und deren Auswirkung auf die Gesundheit eingegangen. Dann wird die Komplexität der Freizeit beschrieben. Es wird auch auf die Freizeitgestaltung von Jugendlichen eingegangen, weil Freizeit oft mit der Kultur der Jugendlichen in Zusammenhang gebracht wird (Athanasou & Kirkaldy (1998), Evans & Pole (1991), Roberts (1983); (zit. nach

Passmore, 2003, S. 419)). Die meisten Jugendlichen (Passmore, 2003) verbringen 50% ihrer Zeit als Freizeit. Flaherty & Shanahan (2001; zit. nach Passmore, 2003, S.77) nehmen an, dass die Teilnahme an Freizeitaktivitäten mit bezahlter Arbeit und zunehmendem Alter abnimmt.

Danach werden hindernde und fördernde Faktoren für die Ausübung von Freizeitaktivitäten beschrieben, und dann wird erklärt, wie die Ergotherapie die Freizeit in die Therapie einbringen kann. Darauf folgend werden verschiedene Interventionen, und die Rolle der Ergotherapie in der Behandlung von Suchtpatienten vorgestellt.

Im Diskussionsteil wird auf die wichtigsten Erkenntnisse gemacht. Im Schlussteil der Arbeit werden Schlussfolgerungen zur Fragestellung gemacht.

Englische Begriffe werden in der Arbeit durch die Autorin sinngemäss übersetzt. In der Arbeit wird der Einfachheit halber die männliche Form verwendet.

### **1.3 Definitionen**

Die Definitionen werden hauptsächlich anhand des Buches von Reichel (2005) gemacht. Dieses Buch beschreibt die Systematik der Ergotherapie und ist deshalb gut einsetzbar, um die dort gebräuchliche Terminologie zu definieren. Einzelne Begriffe werden mit ergänzender Literatur definiert, um ein besseres Verständnis zu bekommen. Die Begriffe zur Suchtkrankheit werden mit dem Buch von Reed (2001) definiert, um die ergotherapeutische Perspektive aufzuzeigen. Zur Definition dieser Begriffe wird ebenfalls ergänzende Literatur bei gezogen.

#### **Substanzmissbrauch**

Kubny-Lüke (2003, S.235) versteht unter Sucht und Substanzmissbrauch „Nach einer Definition der WHO versteht man unter Drogenabhängigkeit einen Zustand psychischer und physischer Abhängigkeit von einer Substanz mit zentralnervöser Wirkung, die zeitweise oder fortgesetzt eingenommen wird.“

Substanzmissbrauch Reed (2001) wird zum Problem, wenn die Person nicht in der Lage oder nicht bereit ist, ihr Verhalten zu ändern, um unerwünschte Ereignisse zu vermeiden. Drogenmissbrauch, Alkoholmissbrauch und Alkoholismus sind

unangepasste Verhaltensmuster des Substanzmissbrauchs, welche zu klinisch signifikanten Beeinträchtigungen oder Stress führen können. Die Gründe (Reed, 2001) sind noch nicht gut verstanden. Oft werden drei Hauptfaktoren beobachtet (Reed, 2001). Eine *Sucht erzeugende Substanz, eine bestehende Veranlagung und die Persönlichkeit des Betroffenen*. Weitere Ursachen (Reed, 2001) sind zu finden in der Kultur, der sozioökonomischen Gruppe, und der Psyche des Individuums. Natürlich spielt die Verfügbarkeit der Substanz eine wichtige Rolle (Reed, 2001). Zu den spezifischen Faktoren (Reed, 2001) zählen Gruppendruck, emotionaler Stress und das Gefühl der Unmöglichkeit, die bestehende, negative Situation ändern zu können.

### **Doppeldiagnose**

Die Doppeldiagnose ist eine Koexistenz einer Suchtkrankheit und einer separaten psychischen Erkrankung (Kavanagh, Greenaway, Jenner, Saunders, White, Sorban & Hamilton (2000) & Teeson, Hall, Lynskey & Degenhardt (2000); (zit. nach Hodgson et al., 2001, S. 487)).

### **Intervention**

Die Intervention (Reichel, 2005) ist ein Plan, der zusammen mit dem Klienten entwickelt wird, und der die Therapie leiten wird. Mit der Intervention wird beabsichtigt, das Eingebundensein des Klienten in Betätigungen und Aktivitäten zu fördern, um dessen Partizipation am Leben zu unterstützen.

Während der Intervention / Behandlung (Reichel, 2005) legen die Ergotherapeuten den Fokus auf die Betätigungen. Dabei werden verschiedene therapeutische Aktivitäten einbezogen. Es werden (Reichel, 2005) auch tatsächlich vorhandene Betätigungen und Alltagsaktivitäten in der Therapie eingesetzt.

### **Evaluation**

Die Evaluation (Reichel, 2005) beinhaltet die Überprüfung der gewünschten und angestrebten Ergebnisse. In der Evaluation (Reichel, 2005) konzentrieren sich die Ergotherapeuten einerseits darauf, herauszufinden, was der Klient möchte und tun muss, sowie auf die Identifikation von fördernden und hindernden Faktoren der Performanz. Diese Informationen (Reichel, 2005) werden zusammen mit dem

Wissen der Ergotherapeuten über menschliche Betätigung und über den Effekt, den Krankheit, Behinderung und Einbindung in Betätigung auf die Performanz ausüben können, angeschaut.

### **Betätigung**

Für Baptiste, Law, Polatajko & Townsed (1997; zit. nach Reichel, 2005, S. 120) sind Betätigungen, Aktivitäten des täglichen Lebens, welche benannt und organisiert werden, und einen Wert und Bedeutung für die Individuen und die Kultur haben. Betätigung Baptiste et al. (1997; zit. nach Reichel, 2005, S. 120) ist alles, was Menschen machen um sich zu beschäftigen (occupy). Dies beinhaltet die Selbstpflege, die Freude am Leben und den Beitrag zum sozialen und wirtschaftlichen Gefüge ihrer Gesellschaft (Baptiste et al. (1997; zit. nach Reichel, 2005, S. 120).

Law et al. (2004; zit. nach Scheepers et al., 2007, S.120). definieren Betätigung als „Gruppen von Aktivitäten und Aufgaben im täglichen Leben, die von den Individuen und ihrer Kultur bestimmt und strukturiert sowie mit Wert und Bedeutung belegt werden.“

### **Betätigungsbereich**

Wenn Ergotherapeuten (Reichel, 2005) mit Klienten zusammen arbeiten, berücksichtigen sie alle Arten von Betätigungen in die sich die Klienten möglicherweise einbinden könnten. Reichel (2005, S. 67) schreibt über den Betätigungsbereich: „ (...) Diese menschlichen Aktivitäten sind in Kategorien von Betätigungsbereichen gegliedert - Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs), Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, Bildung, Arbeit, Spiel, Freizeit und soziale Partizipation.“

### **Freizeit**

Fazio & Parham (1997; zit. nach Reichel, 2005, S. 120) beschreiben Freizeit folgendermassen: „ A nonobligatory acitivity that is intrinsically motivated and engaged in during discretionary time, that is, time not comitted to obligatory occupations such as work, self- care, or sleep.“

Sinngemäss übersetzt durch die Autorin:



Freizeit ist eine freiwillige Aktivität, die intrinsisch motiviert ist und während der Zeit stattfindet, wo man nicht zu anderen Betätigungen wie Arbeit, Selbstversorgung oder Schlaf verpflichtet ist.

### **Assessment**

Assessments AOTA (1995; zit. nach Reichel, 2005, S. 118) sind spezifische Instrumente oder Werkzeuge, welche während der Evaluation verwendet werden.

### **Performanz**

Reichel (2005, S.66) schreibt zur Performanz „Wenn Einzelpersonen sich auf Betätigungen einlassen, widmen sie sich deren Performanz (Ausführung) als eine Folge von eigener Wahl, Motivation und Bedeutung(szuweisung).

(...) Eingebundensein in Betätigung beinhaltet sowohl subjektive (emotionale oder psychologische) Aspekte von Performanz und objektive (äusserlich beobachtbare) Aspekte von Performanz.“

### **Fertigkeiten**

Reichel (2005, S.67) versteht unter Fertigkeiten „kleine Einheiten der Performanz. Sie kennzeichnen, was jemand tut (z.B. bücken, wählen, schauen) gegenüber dem Leistungsvermögen oder den Körperfunktionen (z.B. Gelenkbeweglichkeit, Motivation, Sehschärfe), die dem zugrunde liegen.“

Fisher & Kielhofner (1995; zit. nach Reichel, 2005, S. 67) schreiben zu Fertigkeiten „Fertigkeiten sind beobachtbare Elemente von Handlung, die implizite, funktionale Ziele / Zwecke haben.“

### **Betätigungsperformanz**

Unter Betätigungsperformanz verstehen Law et al. (2004; zit. nach Scheepers et. al., 2007, S.120) „die Fähigkeit, sinnvolle kulturell bedingte und altersentsprechende Betätigungen auszuwählen, zu organisieren und zufrieden stellend auszuführen, um sich selbst zu versorgen, Freude am Leben zu haben und zum sozialen und ökonomischen Gefüge einer Gemeinschaft beizutragen.“

### **Canadian Model of Occupational Performance (CMOP)**

Scheepers, Steding - Albrecht & Jehn (2007, S. 120) beschreiben das CMOP wie folgt „Das CMOP geht von einer dynamischen Beziehung zwischen Person, Umwelt und Betätigung aus. Ein erster zentraler Ausgangspunkt ist der *ethische Standpunkt*, dass therapeutische Arbeit eine Partnerschaft zwischen Therapeutin und Klient voraussetzt.“

### **Canadian Occupational Performance Measure (COPM)**

Scheepers, Steding - Albrecht & Jehn (2007) schreiben zum CMOP:

Das auf dem CMOP basierende *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)* ist ein diagnoseunabhängiges teilstandardisiertes Interview, das Veränderungen in der Performanz und Zufriedenheit des Klienten bezüglich seiner Betätigungsperformanz misst. (...) Das COPM bezieht den Klienten von Anfang an systematisch in den ergotherapeutischen Prozess ein und will ihn so in seinem Engagement und seiner Eigenverantwortung für die angestrebte Veränderung fördern. Das Instrument wird überwiegend für den Erstbefund und die Therapieevaluation genutzt. (S.121)

## **1.4 Methodik**

Die Literatur wurde nach Studien durchsucht, welche zwischen 2000 und 2009 veröffentlicht wurden. Die Datenbanken Medline via Ovid SP, Amed, OTD-Base, Cinahl, Amed und PsychInfo wurden zur Suche genutzt. Als Schlüsselsuchbegriffe wurden *leisure, occupational therapy, intervention, satisfaction, substance abuse* und *psychiatric* verwendet. Weitere Suchbegriffe, welche über die Mesh-Begriff Suche von Pubmed oder beim Lesen der Studien herausgefiltert wurden waren *psychiatric care, psychiatric service, psychiatric patients, personal satisfaction, patient satisfaction, crisis intervention, treatment of drug misusers, substance related disorders, substance dependence, leisure activities, leisure participation* und *occupational therapy practice*. Die Suchverläufe wurden mit AND verknüpft, um die Suche einzugrenzen. Um die Suche weiter einzuschränken wurde nach Volltexten gesucht.

Von den so gefundenen Studien wurden die Titel und Zusammenfassungen gelesen. Dabei wurden mit Ausnahme der Studie von Kelly, Mc Kenna & Parahoo (2001) alle Studien ausgeschlossen. In dieser Studie (Kelly et. al., 2001) wurde die Beziehung zwischen der Partizipation in Aktivitäten und der Lebensqualität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen untersucht. Dabei wurde die Ergotherapie nicht direkt angesprochen, aber über die Teilnahme an Aktivitäten kann ein Bezug zur Ergotherapie hergestellt werden. Es wurden auch Studien gesucht, welche mehrmals zitiert worden sind. So wurden die Studien von Suto (1998) und Passmore (2003) gefunden, und nach dem Lesen der Zusammenfassungen als relevant für das Thema der Arbeit eingestuft. Die Studie zur Freizeit in der Ergotherapie von Suto (1998) wurde trotz des zurückliegenden Veröffentlichungsdatums eingeschlossen. Sie wurde in gelesenen Studien mehrmals erwähnt, weshalb darauf geschlossen wurde, dass es eine wichtige Studie zum Thema ist. Eingeschlossen wurden Studien, welche die Fragestellung behandeln. Dabei war zu erkennen, dass es wenig Studien gibt, welche die Fragestellung vollständig beantworten. Deshalb wurde bei der Suche in Freizeit und Ergotherapie, Ergotherapie und Suchtpatienten, Suchtpatienten und Zufriedenheit, und Suchtpatienten und Freizeit aufgeteilt. Es wurden auch Studien eingeschlossen, die allgemein psychische Erkrankungen, oder Doppeldiagnosen behandeln, weil wenige Studien vorhanden sind, die nur die Suchtproblematik aufzeigen. Die Studien, welche in keiner Datenbank im Volltext gefunden wurden, wurden über Subito bestellt.

Am Ende der Suche wurden sieben Studien eingeschlossen. Eine Metaanalyse über ergotherapeutische Behandlungen mit Suchtpatienten wurde zur Übersicht verwendet. Die sieben Studien wurden anhand der kritischen Besprechung qualitativer Studien von Bosch, Law, Letts, Stewart, Westmorland & Wilkins (1998) und der kritischen Besprechung quantitativer Studien von Bosch, Law, Letts, Stewart, Pollock & Westorland (1998) bewertet.

## 2 Hauptteil

### 2.1 Freizeit und die Auswirkungen auf die Gesundheit

Passmore (2003) erwähnen die Annahme der Ergotherapeuten, dass Eingebundensein in zielgerichtete Aktivitäten, Freizeit eingeschlossen, die Gesundheit im weitesten Kontext unterstützt. Die Freizeit (Caldwell & Smith (1988), Coleman & Iso-Ahola (1993), Tinsley & Tinsley (1989); (zit. nach Passmore, 2003, S.76)) spielt eine Rolle beim Beibehalten und Fördern der psychischen Gesundheit. Die Ergebnisse (Passmore, 2003) unterstützen die Meinung, dass Freizeit die psychische Gesundheit beeinflusst, am meisten durch die Verbesserung der Kompetenzen. Die Resultate (Passmore, 2003) demonstrieren, dass positive psychische Gesundheit eine Funktion von verbesserten Kompetenzen, Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl ist, welche teilweise durch die Erfahrung von Freizeitaktivitäten beeinflusst wird.

In der Studie (Passmore, 2003) wird gezeigt, dass die Jugendlichen einen Zusammenhang von Freizeit und Gesundheit sehen. Die Gesundheit beinhaltet körperliche Fitness und einen ausgeglichenen Lebensstil. Passmore (2003) schreibt, dass soziale Unterstützung helfen kann, um bei Problemen, die im Leben auftauchen zu vermitteln.

Griffin & McKenna (1998; zit. nach Hodgson et al., 2001, S. 487) verbinden Eingebundensein in Freizeit mit mehr Zufriedenheit im Leben. Ussher et al. (2000; zit. nach Hodgson et al., 2001, S.487) erklären, dass das Teilnehmen an Freizeitaktivitäten ein gesteigertes physisches und psychisches Wohlbefinden zu Folge haben kann. Passmore (2003) fügt dem hinzu, dass Freizeit als potentielle Förderung der Gesundheit angesehen werden kann, basiert auf Wilcocks (1998; zit. nach Passmore, 2003, S.77) Annahme, dass Betätigung einen Einfluss auf die Gesundheit und soziales Eingebundensein hat.

Mayers (2000; zit. nach Piers et al., 2004, S. 241) interviewte 11 Klienten mit andauernden psychischen Problemen zu deren Prioritäten im Leben.

Sieben davon meinten, dass sie gerne wieder sportliche Aktivitäten durchführen würden. Andere erzählten von den Schwierigkeiten, die sie haben, Beziehungen aufzubauen, was zu Einsamkeit führt. Zwei Interviewte erklärten, dass der Einbezug der Freizeit in den Alltag ihr Leben wertvoll macht, besonders seit sie arbeitslos sind. Die Erfahrung von Freizeit (Suto, 1998) bringt weder Heilung, noch entfernt sie die Auswirkungen des Alterns, der psychischen Erkrankung, oder chronischer Probleme der Gesundheit. Aber Suto (1998) meint auch, dass die Erfahrung von Freizeit das Potential hat, die Lebensqualität vieler Individuen und Gesellschaften zu verändern. Stevens, Redfearn & Tse (2003; zit. nach Davies, 2006, S. 576) schreiben dazu, dass die Lebensqualität mit Freizeitaktivitäten verbessert werden kann. Buijsse, Caan & Fowler (1999; zit. nach Davies, 2006, S.576) vermuten, dass die Entwicklung von Freizeitfertigkeiten helfen kann die Zeit zu strukturieren.

Dusoir, Kelly, McKenna & Parahoo (2001) untersuchten die Beziehung zwischen Eingebundensein in Aktivitäten und der Lebensqualität für Menschen mit andauernden schweren psychischen Problemen. Die Teilnehmer der Studie (Dusoir et al., 2001) wurden dazu aufgefordert von 14 aufgelisteten Aktivitäten, diejenigen anzugeben, welche sie in den letzten Monaten gemacht haben. Die Antworten ergaben eine generell tiefe Teilnahme an Aktivitäten. 37% der Teilnehmer (n=34) waren in den vergangenen Monaten nicht Einkaufen oder in einem Restaurant oder Kaffee gewesen. Daraus schliessen Dusoir et al. (2001), dass ein signifikanter Teil der Befragten ein sozial isoliertes Leben führen. Wenig Beteiligung an Aktivitäten (Dusoir et al., 2001) ausserhalb des Hauses kann auch erklärt werden durch die Tatsache, dass viele der Teilnehmer nur sehr wenig Freunde haben. Dusoir et al. (2001) meinen, dass ein Mangel an Freunden zu einem Mangel an Aktivitäten ausser Haus führen kann und umgekehrt wird es erschwert, neue Kontakte zu knüpfen, wenn man nicht ausser Haus geht. Die Resultate der Befragung (Dusoir et al., 2001) zeigten, dass die Teilnehmer während der letzten Monate nur an der Hälfte der aufgelisteten Aktivitäten teilnahmen. In einem nächsten Schritt wurden die Teilnehmer (Dusoir et al., 2001) zu ihrer Zufriedenheit in vier Domänen der Aktivität befragt. Die vier Domänen beinhalten Aktivitäten, die man zu Hause macht, solche, welche man ausser Haus macht, Unterstützung die man im Alltag erhält und Freude, die aus Fernseh- und Radiokonsum resultiert. Daraus ergab sich, dass fast 20%

(n=18) der Teilnehmer mit der Art an Unterstützung, die sie erhielten unzufrieden waren. 27.2 % (n= 25) waren unzufrieden mit ihren täglichen Aktivitäten (activities of living). Die Untersuchung ergab (Dusoir et al., 2001) keine positive Korrelation zwischen Eingebundensein in Aktivitäten des Lebens und globaler Lebensqualität für diese Teilnehmer mit schweren andauernden psychischen Problemen.

Eine beschützende Familienatmosphäre (Dusoir et al., 2001) zusammen mit sozialem Rückzug und Entfremdung von Freunden wegen dem Stigma, psychisch krank zu sein, ist ein wichtiger Faktor, der zu sozialer Isolation gegenüber der Gesellschaft führt. Die Tendenz, Richtung sozialem Rückzug für diese Klientengruppe (schwere andauernde psychische Erkrankung), kann durch die Erfahrung einer Schikanierung, wie sie die Teilnehmer der Studie von Dusoir et al. (2001) erzählt haben, verschlimmert werden. Chiu, Duckmanton & Trauer (1970; zit. nach Dusoir et al., 2001, S. 143) vermuten, dass Freizeit und soziale Beziehungen mögliche Bereiche sind, die die Lebensqualität von psychisch Kranken verbessern können. Berkman (1984; zit. nach Dusoir et al., 2001, S. 143) erklärt, dass soziale Eingebundenheit das Selbstwertgefühl verbessern kann. Wenn man diese Sicht zusammen nimmt, mit der Sicht von Dusoir (1999), dass das Selbstwertgefühl und die Lebensqualität zusammen hängen, kommt man zur Vermutung, dass soziale Eingebundenheit zu Lebensqualität beitragen kann. Dusoir et al. (2001) machen keine Angaben zu einer direkten Ursache-Wirkungs-Beziehung zwischen der sozialen Beteiligung und der Lebensqualität.

## **2.2 Komplexität der Freizeit**

Barber, Eccles, Godbey & Raymore (1999; zit. nach Passmore, 2003, S. 77) betonen, dass die Freizeit ein Faktor bei der Entwicklung von Kompetenzen, Selbstidentität und sozialer Interaktion sein kann.

Passmore (2003) fand heraus, dass die Freizeit für die persönliche Entwicklung wichtig ist. Durch die Teilnahme an Freizeitaktivitäten (Passmore, 2003) wächst und entwickelt man sich. Die Freizeitaktivitäten (Passmore, 2003) die Möglichkeit zu teilen und geben ein Gefühl der Zugehörigkeit und Intimität. In der Freizeit (Passmore, 2003) kann man eigene Entscheidungen treffen und die Verantwortung

übernehmen, wodurch die Fertigkeiten und das Wissen erweitert werden und das Selbstwertgefühl gesteigert wird. Die Ausübung von Freizeitaktivitäten (Passmore, 2003) bietet die Möglichkeit persönliche und aufgabenorientierte Kompetenzen zu entwickeln.

Bundy (1993; zit. nach Suto, 1998, S.272) meint, wenn man die dominante Arbeitsmoral in der Gesellschaft anschaut, waren die Ergotherapeuten bis vor kurzem sehr zögernd, die Freizeit von Erwachsenen ernst zu nehmen. Die Verwerfung der Arbeit als Schwerpunkt für Identität und Wert (Bundy (1993) & Stebbins (1992); (zit. nach Suto, 1998, S. 272)) repräsentieren eine Änderung in der Sicht der Freizeit. Statt der Arbeit wird die Freizeit als Möglichkeit zur Selbstverwirklichung, persönlicher Zufriedenheit und Identität angesehen (Bundy (1993) & Stebbins (1992); (zit. nach Suto, 1998, S.272)).

Csikszentmihalyi & Larson (1984) & Neulinger (1981); (zit. nach Passmore, 2003, S. 419) schlagen vor, dass die Sicht der Freizeit mehrere Faktoren beinhalten soll: Die frei gewählte Aktivität, Möglichkeiten der psychischen Zufriedenheit, persönlicher Wachstum durch optimale Herausforderung der Aktivitäten und Aktivitäten, welche zur Stressreduktion und Erholung gewählt werden. Die Freizeit Hendry (1983) & McKay (1986); (zit. nach Passmore, 2003, S. 420) wird durch verschiedene Umstände wie Alter, Geschlecht und soziale Klasse beeinflusst. Primeau (1996) & Suto (1998); (zit. nach Craik & Piers, 2004, S.240) meinen, dass Freizeit eine wichtige Komponente vom täglichen Leben jedes Menschen ist, und für viele Personen bedeutungsvoll. Nach Suto (1998; zit. nach Craik et al., 2004) ist die Freizeit eine wichtige Komponente im Leben der Menschen, wobei die Arbeit jedoch oft einen höheren Stellenwert in der Gesellschaft einnimmt. Für CAOT (1997; zit. nach Suto, 1998, S.272) muss unser Körper die vier grossen Bereiche Arbeit, Spiel, Erholung und Schlaf auch unter schwierigen Umständen in Balance halten können. Nach dem Departement of National Health and Welfare und der Canadian Association of Occupational Therapists (1997; zit. nach Suto, 1998, S. 272) definieren die ersten Leitlinien für die Klientenzentrierte Praxis der Ergotherapie die Freizeit als die Komponenten vom Leben, welche frei sind von der Arbeit und den Selbstversorgungsaktivitäten.

Stebbins (1992; zit. nach Suto, 1998, S.272) macht einen Unterschied zwischen der seriösen Freizeit und der ungezwungenen Freizeit. Die ungezwungene Freizeit dient nach Stebbins (1992; zit. nach Suto, 1998, S.272) nicht der Erweiterung der persönlichen Entwicklung. Stebbins (1992; zit. nach Suto, 1998, S.272) ordnet der ungezwungenen Freizeit Zuschauersport und Aktivitäten, welche man macht, damit die Zeit vergeht zu. Seriöse Freizeit verkörpert nach Stebbins (1992; zit. nach Suto, 1998, S. 272) das Eingebundensein in Hobbys oder Praktikas. Stebbins (1992; zit. nach Suto, 1998, S. 272) meint, dass Eingebundensein in seriöse Freizeitaktivitäten oft ein Eintauchen in eine Subkultur mit anderen sozialen Sitten, Werten und Normen ist. Dabei überrascht es nicht, dass Menschen, welche an seriösen Freizeitaktivitäten beteiligt sind, sich stark mit der gewählten Aktivität identifizieren Stebbins (1992; zit. nach Suto, 1998, S. 272).

Kelly (1992; zit. nach Suto, 1998, S. 273) erklärt Freizeit als komplexes Konstrukt, welches sich in Familien, gesellschaftlichen Rollen ereignet und in verschiedenen Kontexten stattfindet.

## **2.3 Freizeit und Jugendliche**

Freizeit wird oft mit der Kultur der Jugendlichen in Zusammenhang gebracht (Athanasou and Kirkaldy (1998), Evans & Pole (1991) & Roberts (1983); (zit. nach Passmore, 2003, S. 419)). Die meisten Jugendlichen (Passmore, 2003) verbringen 50% ihrer Zeit als Freizeit. Flaherty & Shanahan (2001; zit. nach Passmore, 2003, S.77) nehmen an, dass die Teilnahme an Freizeitaktivitäten mit bezahlter Arbeit und zunehmendem Alter abnimmt. Hendry (1983, zit. nach Passmore, 2003, S. 419) schreibt, dass die Freizeit eine Auswirkung auf die Entwicklung von Jugendlichen und deren Wohlbefinden hat.

Passmore (2003) untersuchte die Wahrnehmung der Freizeit von Jugendlichen, wobei herauskam, dass die Freizeit Freude bereiten, und frei gewählt werden soll. Dadurch (Passmore, 2003) können die Betroffenen ihre Freizeit selbst kontrollieren. Freizeit ist (Passmore, 2003) stark mit Freunden und sozialen Erfahrungen verbunden. Freizeitaktivitäten (Passmore, 2003) beinhalten herausfordernde sowie auch beruhigende Aktivitäten. In der Studie (Passmore, 2003) teilten die Forscher die



Freizeit in drei Kategorien auf: soziale Freizeit (social leisure), Erholungs-Freizeit (time-out leisure) und leistungsorientierte Freizeit (achievement leisure).

Die leistungsorientierte Freizeit beinhaltet Aktivitäten im Team, Sport, Musik und kreative Aktivitäten wie Malen oder Schreiben. Die Jugendlichen (Passmore, 2003) erwähnten auch, dass diese Freizeitaktivitäten verbindliche Abmachungen und Organisation voraussetzen. In der leistungsorientierten Freizeit erkannten die Jugendlichen das Potential für die Entwicklung von mehr Selbstvertrauen und eigener Kompetenz. Die soziale Freizeit wurde von den Jugendlichen als die Freizeit bezeichnet, in der sie mit anderen Menschen in Interaktion sind. Sie wird als sehr wichtig angesehen, um ein Gefühl der Dazugehörigkeit zu erlangen. In der sozialen Freizeit und der leistungsorientierten Freizeit war den Jugendlichen der Kontakt zu Gleichaltrigen am wichtigsten. Passmore (2003) schliesst daraus, dass der Kontext, in welchem die Freizeitaktivität stattfindet, wichtiger ist als die Aktivität selber. Passmore (2003) sagt, dass Eingebundensein in soziale Freizeitaktivitäten die Entwicklung sozialer Kompetenz und Selbstvertrauen von Jugendlichen unterstützt. Dies gibt den Betroffenen ein Gefühl der Dazugehörigkeit und der Akzeptanz (Passmore, 2003).

Die dritte Kategorie (Passmore, 2003), die Erholungs - Freizeit, beinhaltet Aktivitäten, die wenig Anforderungen an das Individuum stellen, meist alleine durchgeführt werden, und der Entspannung dienen. Für die älteren Teilnehmer (Passmore, 2003) dienten diese Aktivitäten auch als Stressmanagement, und Zeit um zu reflektieren.

## **2.4 Hindernde und fördernde Faktoren der Teilnahme an Freizeitaktivitäten**

Die Teilnehmer (Craik & Piers, 2004), welche psychisch krank waren, nannten hindernde Faktoren, um an Freizeitaktivitäten teilzunehmen. Dazu gehören wenig finanzielle Unterstützung, schlechte Transportmöglichkeiten oder physische Schwierigkeiten. Hierzu muss gesagt werden, dass alle Teilnehmer der Studie arbeitslos waren (Craik et al., 2004). Deshalb (Craik et al., 2004) entfällt die übliche Teilung in Arbeit, Freizeit und Aktivitäten des täglichen Lebens. Für viele Teilnehmer

(Craik et al., 2004) war die Freizeit bereits die Zeit, die sie zur Verfügung hatten, nachdem sie die Aktivitäten des täglichen Lebens erledigt hatten.

Auch Hodgson (2001) sieht fehlende finanzielle Mittel und fehlende Transportmöglichkeiten als hindernde Faktoren, um an Freizeitaktivitäten teilzunehmen. Des Weiteren (Hodgson et al. 2001) kann die psychische Verfassung und die soziale Integration Menschen mit einer Doppeldiagnose daran hindern sich in Freizeitaktivitäten einzubinden. Die Gefühle der Zukunftslosigkeit, Hoffnungslosigkeit und die verminderte Motivation (Hodson et al., 2001) verschlechterten sich bei Drogenkonsum. Die Freizeitaktivitäten (Hodgson et al., 2001) dieser Menschen wurden vor dem Entzug durch die Beschaffung und den Konsum der Droge definiert. Das Aufgeben der Droge (Hodgson et al., 2001) bedeutete auch gleichzeitig das Aufgeben vieler sozialer Kontakte. Diese soziale Isolation, die am Anfang entstehen kann, ist ein Risikofaktor rückfällig zu werden, und erschwert es den Betroffenen wiederum Freizeitaktivitäten auszuüben.

Chugg & Craik (2002; zit. nach Craik et al., 2004, S. 246) sagen dazu, dass physische Schwierigkeiten die Klienten teilweise mehr daran hindern, an Freizeitaktivitäten teilzunehmen, als psychische. Nagle, Valient, Polatajko (2002; zit. nach Craik et al., 2004, S. 246) setzen ein soziales Netzwerk voraus, um an Freizeitaktivitäten teilnehmen zu können. Das Fehlen von Freundschaften, oder einer vertrauten Person im Leben der Teilnehmer (Craik et al., 2004), beeinträchtigte ihr Wohlbefinden. Klienten erzählten (Hodgson et al., 2001), dass es ihnen geholfen hat, sich an Freizeitaktivitäten zu beteiligen, indem sie alte Hobbys neu definierten. Sie gingen weiterhin in Bars, verliessen diese jedoch, bevor sie in Versuchung kamen Alkohol zu konsumieren. Für die Teilnehmer (Hodgson et al., 2001) war es hilfreich, sich ein neues Umfeld in einem Drogen freien Milieu zu suchen.

## **2.5 Theorie-Praxis Transfer**

### **Hinweise zur Ergotherapie**

Ergotherapeuten (Craik et al., 2004) sollen sich hauptsächlich auf die extrinsischen Faktoren, (Transportschwierigkeiten, finanzielle Einschränkungen) welche die Teilnahme an Freizeitaktivitäten erschweren, konzentrieren, und die Patienten beim Aufbauen eines sozialen Netzwerkes unterstützen. Craik et al. (2004) schreiben,

dass mit den extrinsischen Faktoren leichter gearbeitet werden kann, als mit den intrinsischen Faktoren, wie Mangel an Motivation oder Konzentration. Damit möchten sie (Craik et. al, 2004) nicht vorschlagen, dass ergotherapeutische Interventionen, welche auf der Symptomreduzierung oder der Verbesserung der Funktion basieren, weggelassen werden sollen. Es wird gewünscht, dass Ergotherapeuten (Craik et al., 2004) die Klienten bei der Partizipation in Freizeit unterstützen und dies als angemessenes Ziel ansehen.

Suto (1998) formuliert, dass die Freizeit und ihre Stellung in der Ergotherapie erschwert wird, durch die verschiedenen Bedeutungen, die der Freizeit zugeordnet werden. Freizeit (Suto, 1998) ist sowohl ein Betätigungsbereich, wie auch ein Geisteszustand und Zeit, welche gefüllt werden muss. Aber auch eine reale Aktivität mit welcher therapeutische Ziele gemacht werden können (Suto, 1998). Schaut man die Geschichte (Suto, 1998) der europäischen - kanadischen Kultur an, wurde der Arbeit mehr Aufmerksamkeit geschenkt, als der Freizeit. Die Freizeit in der Ergotherapie (Hultsmann (1995), Samdahl (1991), Stokowski (1994); (zit. nach Suto, 1998, S.273)) ist eine beobachtbare Aktivität für Therapeuten und eine subjektive Erfahrung für die Klienten. Anhand von Assessments (Suto, 1998) können Ergotherapeuten Aktivitäten identifizieren, die für den Klienten bedeutungsvoll sind. Mit Hilfe von Assessments (Suto, 1998) bekommt man Informationen über den Bereich, in welchem Freizeit eine Rolle spielt, und darüber wie oft und intensiv die Klienten an Freizeitaktivitäten teilnehmen. Die Therapeuten versuchen anhand von Assessments herauszufinden, welche Aktivitäten der Klient wünscht, und welche eher nicht. Suto (1998) fügt dem hinzu, dass Assessments oft auf vergangenen Freizeitinteressen fokussieren.

Cooper, Law, Letts, Rigby, Stewart & Strong (1996; zit. nach Suto, 1998, S.273) erwähnen, dass die Freizeit als Begriff in der Ergotherapie begrenzt ist, es sei denn die Umwelt, in der sie stattfindet, wird miteinbezogen. Der Kontext (Gunter (1987) & Shaw (1986); (zit. nach Suto, 1998, S. 273)), in welchem Freizeitaktivitäten durchgeführt werden, beeinflusst die Gefühle der Betroffenen.

Reid (1995; zit. nach Suto, 1998, S.274) definiert die Freizeit als die Aktivitäten, welche einerseits eine Belohnung für das Individuum haben, und ihm andererseits ein Vergnügungsgefühl vermitteln. Reid (1995; zit. nach Suto, 1998, S.274) fügt

hinzu, dass die ergotherapeutische Praxis und die theoretische Entwicklung von dieser Definition der Freizeit begleitet werden soll. Reid (1995; zit. nach Suto, 1998, S.274) unterscheidet die Arbeit von der Freizeit in der Art der Belohnung. Bei der Arbeit (Reid (1995; zit. nach Suto, 1998, S.274)) ist die Belohnung oft das Geld, die Freizeit beinhaltet normalerweise einen intrinsischen Wert. Daraus schliesst Reid (1995; zit. nach Suto, 1998, S.274), dass Freizeit mehr eine Geisteshaltung, als eine Art von Aktivität ist.

Primeau (1996; zit. nach Suto, 1998, S.274) schreibt, dass für Ergotherapeuten der Fokus mehr auf dem *wie fühlst du dich*, als dem *was machst du* sein soll. Die Frage sollte sein, welche Bedeutung hat diese Betätigung für dich?

Wilms(2005) schreibt:

Sinnvolle Freizeitgestaltung dient der Entspannung, der Bereicherung durch neue Eindrücke und als Gegenpol zu einem Arbeitsalltag. Sie bietet körperliche Reize, die im Alltag fehlen. Sie erschliesst neue Erlebnisräume. In der Freizeit entsteht der Raum, eigene Fähigkeiten auszuprobieren und zu erweitern. Man kann sich mit sich selbst beschäftigen und sich selbst in anderen Zusammenhängen erleben. Eine gelungene Freizeit ergänzt einerseits den Alltag, andererseits ist sie ein wichtiges Element, den Selbstwert zu stabilisieren und auszubauen. Drogenabhängige haben das lange nicht mehr erlebt, haben sich selbst nicht entfalten können. Sie brauchen in der Therapie nicht nur Ideen und Impulse für eine Gestaltung der aufgabenfreien Zeit. Sie sollen erfahren, wie wichtig es für ihre Selbstwirksamkeit und ihr Selbstbild ist, ihre Freizeit zu gestalten. Unterstützung bei der Freizeitgestaltung zu leisten, ist ein wichtiger Behandlungsauftrag der Ergotherapie. Als handlungsorientierte Therapieform kann mit Hilfe der Ergotherapie der Einzelne darin unterstützt werden, für ihn befriedigende Freizeitaktivitäten zu finden. (S.109)

Nach Hodgson et al. (2001) ist es wichtig die Klienten dabei zu unterstützen neue soziale Fertigkeiten zu erlernen, damit sie sich besser in Freizeitaktivitäten mit anderen Menschen einbinden können. Das ist eine schwierige Aufgabe (Hodgson et al., 2001) für die Betroffenen, denn durch das Aufgeben der Droge geben sie auch eine Art zu Leben und ein soziales Netzwerk auf. Hodgson et al. (2001) haben gezeigt, dass Teilnahme an Freizeitaktivitäten auch als Rückfallprophylaxe gesehen werden kann. Abstinenz (Hodgson et al., 2001) bedeutet nicht nur das Aufgeben der Droge, sondern auch eine neue Art zu leben.

Ergotherapeuten (Hodgson et al., 2001) können Klienten in den frühen Stadien der Rehabilitation, bei einem abstinenten Lebensstil, durch eine sinnvolle Beteiligung am Leben unterstützen. Dies (Hodgson et al., 2001) kann erreicht werden durch eine zielgerichtete Nutzung der Zeit und der Entwicklung neuer Rollen, Interessen und Fähigkeiten. Ebenso (Hodgson et al., 2001) des Engagements in sinnvolle Freizeitaktivitäten.

Die Rolle der Freizeit (Passmore, 2003) bei der Verbesserung des Selbstwertgefühls, der Selbstwirksamkeit und der Kompetenzen, ist neben der Freude die Freizeit bereitet, sehr wichtig für Jugendliche. Diese Ergebnisse (Passmore, 2003) können nicht generalisiert werden, aber sie bieten eine theoretische Evidenz, dass die Ergotherapeutische Praxis auf bedeutungsvollen Aktivitäten basieren soll, wovon die Freizeit verschiedene Möglichkeiten bietet.

Kompetente Performanz (Passmore, 2003) durch die Teilnahme an bedeutungsvollen Betätigungen ist zentral zur Förderung des Wohlbefindens. Dies assoziiert Passmore (2003) mit der ergotherapeutischen Philosophie und kann ihrer Meinung nach durch angemessenes Engagement in Freizeit beeinflusst werden.

Die Resultate der Studie (Dusoir et al., 2001) zeigen eine tiefe Beteiligung der psychisch Kranken an strukturierten, sozialen und häuslichen Aktivitäten. Durch die Tatsache (Dusoir et al. 2001), dass diese Aktivitäten mit Lebensqualität verbunden werden können, sollen grössere Anstrengungen zur Förderung einer stärkeren Partizipation dieser Aktivitäten unternommen werden.

## **Aufgaben der Ergotherapie in der Behandlung von Suchtpatienten**

Alkoholabhängigkeit (Allan, Mains & McQueen, 2006) ist mit langanhaltenden Gesundheitsproblemen wie Arbeitslosigkeit, gescheiterten Beziehungen und wenig Möglichkeiten, im täglichen Leben zu funktionieren, verbunden.

Wilms (2005) gibt folgende Umschreibung:

Wenn Abhängigkeitserkrankte nach der Entgiftung in die Therapie kommen, zeichnet sie oft ein unruhiger Aktivismus. Dienste werden freiwillig übernommen, das Zimmer dreimal umgeräumt, sie joggen oder lungern unruhig herum. Das Leben der Betroffenen vor der Therapie war von der Drogenbeschaffung und der Vermeidung des Entzugs dominiert. Für Beziehungen gab es in der Regel so wenig Raum, wie für Arbeitsaktivitäten, die Gestaltung einer gemütlichen Wohnung oder für Freizeitaktivitäten. Durch die Suchtbehandlung verändert sich für die Betroffenen die Situation. Die Droge ist weg, und eine gähnende Leere entsteht. Die Klienten haben es in der Regel verlernt sich in irgendeiner Form zu beschäftigen. Sie wissen nicht wie man Freizeit sinnvoll gestalten kann. (S.109)

Nach Mann und Talty (1991; zit. nach Hodgson et al., 2001, S.487) ist es für Menschen mit andauernden psychischen Problemen schwierig, Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen. Mayers (2000; zit. nach Hodgson et al., 2001, S. 487) scheint dieses Gebiet den grössten negativen Effekt auf die Lebensqualität von Menschen mit andauernden psychischen Problemen zu haben. Da es nicht ihrem Wunsch, in Freizeitaktivitäten eingebunden zu sein, und eine bezahlte Arbeit zu haben, entspricht. Mann und Talty (1991; zit. nach Hodgson et al., 2001, S.487) sagen, dass die Teilnahme an Freizeitaktivitäten ein wichtiger Faktor bei der Rückfallprävention von Personen mit Doppeldiagnose ist. Die ergotherapeutische Philosophie (Hodgson et al., 2001) unterstützt den Gedanken, dass Planen und Teilhaben an Freizeitaktivitäten helfen kann, ein substanzfreies Leben zu führen. Die Entwicklung von Freizeitfertigkeiten Clarey & Felstead (1990; zit. nach Davies, 2006, S. 576) fördert eine Veränderung des Lebensstils, was bei der Rückfallprävention helfen kann.

Das MoC (Model of Care for the Treatment of Drug Misusers) wurde vom Department of Health gegründet (NAT (National Treatment Agency for Substance Misuse) (2002; zit. nach Davies, 2006, S. 575)). 2002 (2006 neue Version) wurde es unter Festlegung der nationalen Rahmenbedingungen für die Behandlung von erwachsenen Drogensüchtigen veröffentlicht (Davies, 2006). Das MoC NAT (2002; zit. nach Davies, 2006, S. 575) zielt darauf ab, eine effiziente und effektive Behandlung von Drogensüchtigen zu entwickeln, nach welcher in ganz England einheitlich gearbeitet wird. Das MoC wurde hauptsächlich von Medizinalpersonen erstellt, dabei wurde die Sicht von anderen Berufsgruppen, Benutzern und Pflegern berücksichtigt. Ergotherapeuten (Davies, 2006) waren an der Entwicklung nicht beteiligt. Davies (2006) macht in seiner Studie Vorschläge, wie die Ergotherapie in das MoC integriert werden könnte. Nach Davies (2006) haben Ergotherapeuten die Möglichkeit bei der Behandlung von Drogensüchtigen die Betroffenen und deren Umfeld über die Optionen einer Therapie zu informieren. Die Ergotherapeuten (Davies, 2006) können in der ersten Phase der Rehabilitation kurze motivations- und betätigungsorientierte Interventionen anbieten.

In der Behandlung der Drogenabhängigen NTA (2002; zit. nach Davies, 2006, S.576) soll ein Assessment gebraucht werden, das den Konsum der Drogen, des Alkohol und psychologische, physische, soziale und gesetzliche Probleme misst. Die Ergotherapeuten Rotert (1989; zit. nach Davies, 2006, 576) betrachten den Klienten ganzheitlich in seinem Umfeld. Das ist sehr wichtig im Umgang mit Drogensüchtigen, denn bei dieser Klientengruppe können psychische, physische und soziale Probleme auftreten (Davies, 2006). Clarey & Felstead (1990; zit. nach Davies, 2006, S.576) legen in der Behandlung des Substanzmissbrauchs den Schwerpunkt der Ergotherapie auf die Beurteilung der Klienten und deren Fähigkeit in den täglichen Aktivitäten unabhängig zu funktionieren. Stevens, Redfearn & Tse (2003; zit. nach Davies, 2006, S. 576) schlagen das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) als Messinstrument der Selbständigkeit in den täglichen Aktivitäten vor. Es ist jedoch zu beachten, dass die Studie von Stevens et al. (2003; zit. nach Davies, 2006, S. 576) eine Einzelfallstudie ist und nach Drummond (1996; zit. nach Davies, 2006, S. 576) Resultate von Einzelfallstudien nicht generalisiert werden können.

Die Ergotherapeuten in der Studie von Busutil (1989) & Rotert (1989); (zit. nach Davies, 2006, S. 576) fanden heraus, dass Sozialisierung schwierig war für Menschen, welche Drogen konsumieren. Ergotherapeuten Chacksfield & Forshaw (1997; zit. nach Davies, 2006, S.576) können mit den Klienten wichtige soziale Fähigkeiten, wie Kommunikations- und Durchsetzungsvermögen trainieren.

Als Rückfallprophylaxe (NAT (2002; zit. nach Davies, 2006, S. 575) sollen Suchtpatienten, welche Unterstützung und ein kontrolliertes Umfeld brauchen, stationär behandelt werden. Die stationäre Betreuung MoC NAT (2002; zit. nach Davies, 2006, S. 575) beinhaltet eine umfassende Anamnese, effektive psychologische Interventionen und die Planung einer zukünftigen Betreuung. Ergotherapeuten MoC NAT (2002; zit. nach Davies, 2006, S. 575) sind in einem multidisziplinären Team integriert und arbeiten nach dem stationären Behandlungsprogramm. Aufgaben der Ergotherapie (Davies, 2006) können in der Durchführung von Assessments und der Zieldefinition liegen. Ergotherapeuten (Busutil (1989), Clarey & Felstead (1990), Rotert (1989), Stevens (1984) & Redfearn, Stevens & Tse (2003); (zit. nach Davies, 2006, S. 576)) sollen ein strukturiertes Tagesprogramm anbieten, welches Selbstversorgungsaktivitäten, Produktivität und Freizeit beinhaltet. Dem MoC zufolge, beinhaltet die Heimrehabilitation (residential rehabilitation), intensive und strukturierte Programme in einem kontrollierten Umfeld. Ziele dieser Programme sind Abstinenz, Leben in der Gesellschaft, Rückfallprävention, Bildung, berufliche Erfahrungen, Entwicklung von Fertigkeiten im täglichen Leben, geteilte Verantwortung, Gruppenberatungen, Unterstützung beim selbständigen Wohnen und Nachbetreuung.

Obwohl die Ergotherapie im MoC nur ganz wenig erwähnt wird, kam in der Studie von Davies (2006) klar hervor, dass die Ergotherapie eine Rolle in der Behandlung von Suchtpatienten spiele.

Kubny-Lüke( 2003) schreibt:

in der Suchtbehandlung kommen vor allem psychosoziale Verfahren zum Einsatz. Ergotherapie soll an dem Punkt wirken, wo psychische Faktoren die Handlungsfähigkeit des Klienten hemmen. (...) im Zentrum steht die Wiederherstellung oder Stärkung der Fähigkeit sich emotional



wahrzunehmen (sensorisch, Fremd- und Selbstwahrnehmung) und auszudrücken und auf dieser Basis Interaktion zu gestalten. (...) lange ging man davon aus, dass kognitive Hirnfunktionen, wie z.B. Gedächtnisleistung, kaum therapiert werden können. Inzwischen zeigt sich, dass beispielsweise konsequentes Hirnleistungstraining durchaus zur Verbesserung dieser Dysfunktion und damit wesentlich zur allgemeinen Leistungsfähigkeit beiträgt. (S.34)

## 2.6 Diskussion

Die Jugendlichen (Passmore, 2003) sehen in der Freizeit eine persönliche Herausforderung, woran sie wachsen, und ein Gefühl für Selbstvertrauen und Kompetenz entwickeln können. Angenommen die Suchtpatienten konsumierten schon seit ihrer Jugend in der Freizeit Drogen, dann konnten sie kein Gefühl für Selbstvertrauen und Kompetenz entwickeln. Zudem sind viele Suchtkranke arbeitslos und können sich auch nicht über die Arbeit definieren.

Passmore (2003) erwähnt, dass die Freizeitaktivitäten mit bezahlter Arbeit und zunehmendem Alter abnehmen. Bundy (1993) & Stebbins (1992); (zit. nach Suto, 1998, S.272) erklären, wenn man die Arbeit als Schwerpunkt für Identität und Wert verwirft, kann die Freizeit zur Möglichkeit der Selbstverwirklichung, persönlicher Entwicklung und Identität werden.

In der Ergotherapie (Craik et al., 2004) soll mit extrinsischen Faktoren wie Transportschwierigkeiten und finanziellen Einschränkungen gearbeitet werden. Damit könne leichter gearbeitet werden, als mit intrinsischen Faktoren wie Mangel an Motivation oder Konzentration. Kubny-Lüke (2003) schreibt hingegen, dass Hirnleistungstraining durchaus Gedächtnisleistungen wie Konzentration verbessern kann.

Die Autorin denkt, dass es wichtig ist, sowohl den extrinsischen, als auch den intrinsischen Faktoren in der Therapie Beachtung zu schenken.

Das Eingebundensein in soziale Freizeitaktivitäten (Passmore, 2003), fördert die Entwicklung sozialer Kompetenzen und das Selbstvertrauen.

Dies vermittelt ein Gefühl der Dazugehörigkeit. Durch das Aufgeben der Droge (Hodgson et al., 2001), geben die Betroffenen ihre bisherige Lebensform, und ein soziales Netzwerk auf. Die dadurch entstandene soziale Isolation (Hodgson et al., 2001), ist ein Risikofaktor wieder zur Droge zu greifen. Dies erschwert es den Betroffenen, sich in Freizeitaktivitäten einzubinden.

Die Unterstützung bei der Freizeitgestaltung (Wilms, 2005), ist ein wichtiger Behandlungsauftrag der Ergotherapie, im Umgang mit Suchtkranken ist. In der Ergotherapie kann man gemeinsam mit dem Klienten versuchen, alte Hobbys neu zu definieren. Das neue Definieren von alten Hobbys (Hodgson et al., 2001) hat vielen Klienten geholfen, wieder zu Freizeitaktivitäten zurückzufinden. Als Beispiele (Hodgson et al., 2001) wurden genannt, die Bar frühzeitig zu verlassen, bevor die Gäste beginnen betrunken zu werden. Die Familie oder einen guten Freund mitzunehmen kann auch helfen, der Versuchung zu widerstehen (Hodgson et al., 2001).

Die Autorin schlägt vor, kritische Situationen gemeinsam mit dem Klienten zu ermitteln. In einem weiteren Schritt werden Strategien entwickelt, wie mit diesen Situationen umzugehen ist.

Bei der Suche nach Studien, wurden wenige gefunden, welche die Rückfallprävention von Suchtpatienten behandeln. Durch das Lesen von schon gefundenen Studien und das Suchen darin erwähnter Studien zum Thema Freizeit, wurde nicht weiter nach Studien zur Rückfallprophylaxe von Suchtpatienten gesucht. Die Rolle der Freizeit bei der Rückfallprophylaxe von Suchtpatienten wäre ein weiteres Forschungsgebiet. In dieser Arbeit wurde darauf verzichtet.

Wilms (2005) schreibt, dass die Suchtpatienten durch das Wegfallen der Droge oft eine Leere erleben, die sie nicht zu füllen wissen. Diese Menschen (Wilms, 2005) haben verlernt, sich sinnvoll zu beschäftigen. Anhand von Assessments (Suto, 1998) können Ergotherapeuten Informationen über den Bereich, in welchem Freizeit eine Rolle spielt einholen. Suto (1998) schreibt dazu, dass die Erfahrung von Freizeit weder Heilung bringt, noch entfernt sie die Auswirkungen des Alterns, der psychischen Probleme oder chronischen Gesundheitsproblemen. Sie kann aber zur Verbesserung der Lebensqualität des Individuums beitragen.

Die Autorin weist darauf hin, dass in dieser Arbeit der Fokus auf dem Betätigungsbereich Freizeit gelegen hat und deshalb die anderen Bereiche nicht beachtet wurden. Man sollte aber bei der Behandlung von Suchtpatienten auch die anderen Betätigungsbereiche beachten.

### **3    Schlussteil**

Nach dem Bewerten der Studien wurden diejenigen eingeschlossen, welche einen Bezug zur Ergotherapie herstellten und welche das Thema Freizeit oder Psychische Krankheiten behandelten.

Mit diesen Studien konnte die Fragestellung nicht einheitlich beantwortet werden. Es musste aufgeteilt werden in Freizeit, Freizeit und Ergotherapie, und in Ergotherapie und Suchtpatienten. Dabei kam heraus, dass die Freizeit für die Zufriedenheit im Leben ein wichtiger Faktor ist (Passmore, 2003). Durch die Teilnahme an Freizeitaktivitäten kann die Lebensqualität verbessert werden (Suto, 1998).

Die Freizeit (Caldwell &Smith (1988), Coleman &Iso-Ahola (1993), Tinsley &Tinsley (1989); (zit. nach Passmore, 2003, S.76)) spielt eine Rolle beim Beibehalten und Fördern der psychischen Gesundheit. Bei Suchtpatienten wird die Freizeit in Verbindung mit der Drogenbeschaffung gebracht (Wilms, 2005). Es kann durch die gelesenen Studien nicht klar beantwortet werden, welche Rolle und Aufgaben der Ergotherapie, in Bezug auf die Behandlung von Suchtpatienten und deren Freizeitgestaltung, zukommen. Ergotherapeuten sollen die Freizeit in der Behandlung von Suchtpatienten beachten (Wilms, 2005). Mann und Talty (1991; zit. nach Hodgson et al., 2001, S.487) sagen, dass Teilhabe an Freizeitaktivitäten ein wichtiger Faktor bei der Rückfallprävention von Personen mit Doppeldiagnose ist. Die ergotherapeutische Philosophie (Hodgson et al., 2001) unterstützt den Gedanken, dass Planen und Teilhaben an Freizeitaktivitäten helfen kann ein Drogen freies Leben zu führen.

Es wurden viele Studien zur Freizeit und Ergotherapie gefunden. Wohingegen wenige, auf Suchtpatienten im speziellen eingingen. Es waren keine Studien vorhanden, die ergotherapeutische Interventionen mit dem Fokus auf Freizeit

untersuchten. Dies wäre ein Gebiet, welches weiter erforscht werden könnte. Ein zusätzliches Forschungsgebiet könnte die Rolle der Ergotherapie bei der Behandlung von Suchtpatienten mit dem Fokus auf Freizeit sein. In der gelesenen Literatur wurden Möglichkeiten der Ergotherapie in der Behandlung von Suchtpatienten aufgezeigt, jedoch keine spezifischen ergotherapeutischen Interventionen mit Fokus auf Freizeit erwähnt. Die Arbeit zeigt, dass die Freizeit ein Potential in der Ergotherapie erschliesst. Deshalb sollte der Betätigungsbereich Freizeit mehr in die Ergotherapie integriert werden.

Aus der Arbeit wird ersichtlich, dass der Betätigungsbereich Freizeit mehr in die Ergotherapie integriert werden soll. Bei der Behandlung von Suchtpatienten sollte darauf geachtet werden, wie sie ihre Freizeit vor dem Entzug gestalteten und wie sie nach dem Entzug mit der Gestaltung ihrer Freizeit zurechtkommen.

## 4 Referenzliste

- American Occupational Therapy Association. (1995). Occupation: A position paper. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 1015 - 1018.
- Baptiste, W., Law, M., Polotajko, H. & Townsed, E. (1997). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Ottawa, ON: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Berding, J., Dehnhardt, B., Reichel, K., Rode, A., Scheffler, J., Späth, A. (2006). *Fachwörterbuch Ergotherapie- Deutsch- Englisch- Englisch-Deutsch*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Bosch, J., Law, M., Letts, L., Pollock, N., Stewart, D. & Westmorland, M. (1998). *Guidelines for Critical Review Form - Quantitative Studies* [On-Line]. Available: [http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantreview.pdf\(19.1.2009\)](http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantreview.pdf(19.1.2009))
- Bosch, J., Law, M., Letts, L., Stewart, D., Westmorland, M., Wilkins, S. (2007). *Guidelines for Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)* [On-Line]. Available: [http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualguidelines\\_version2.0.pdf](http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualguidelines_version2.0.pdf) (19.1.2009)
- Craik, C. & Piers, Y. (2004). Factors Enabling and Hindering Participation in Leisure for People with Mental Health Problems. *British Journal of Occupational Therapy*, 6, 240 -247.
- Davies, R. (2006). According to the Models of Care for Drug Misusers does Occupational Therapy have a Role in the Treatment of Drug Misuse? *British Journal of Occupational Therapy*, 12, 575 - 577.
- Fazio, L. S. (Eds) & Parham, L. D. (1997). *Play in occupational therapy for children*. St. Louis, MO: Mosby.
- Fisher, A., & Kielhofner, G. (1995). *A model of human occupation: Theory and application*. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins.
- Hodgson, S., Llyod, C. & Schmid, T. (2001). The Leisure Participation of Clients with a Dual Diagnosis. *British Journal of Occupational Therapy* ,6, 487 - 492.

- Jehn, P., Scheepers, C. & Steding - Albrecht, U. (2007). *Vom Behandeln zum Handeln- Lehrbuch für Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Kelly, S., McKenna, H., & Parahoo, K. (2001). The relationship between involvement in activities quality of life for people with severe and enduring mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 139 - 146.
- Kubny-Lücke, B. (2003). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- National Treatment Agency for Substance Misuse. (2002). *Models of Care for the treatment of drug misusers*. London: Department of Health.
- National Treatment Agency for Substance Misuse. (2002). *Models of Care for the treatment of drug misusers - Update 2006*. London: Department of Health.
- Passmore, A. (2003). The nature of leisure in adolescence: a focus group study. *British Journal of Occupational Therapy*, 9, 419 - 426.
- Passmore, A. (2003). The occupation of leisure: Three Typologies and their influence on Mental Health in Adolescence. *OTJR: occupation, participation and health*, 2, 76 - 83.
- Reed, K. (2001). *Quick Reference to Occupational Therapy*. Gaithersburg: Aspen Publishers.
- Reichel, K. (2005). *Ergotherapie systematisch beschreiben und erklären- das AOTA Framework als Beitrag zur Systematisierung der deutschen Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Stoffel, MS. & Virginia, C. (2006). An Evidence - Based and Occupational Perspective of Interventions for Persons with Substance - use Disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, 5.
- Suto, M. (1998). Leisure in Occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 5, S.271 - 278.
- Wilms, R. (2005). *Ergotherapie mit suchtkranken Menschen*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

## **5 Eigenständigkeitserklärung**

Zürich, 11. 6. 2009

„Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst habe.“

## **6 Danksagung**

Ich danke allen, die mich während der Zeit, in der ich die Bachelorarbeit geschrieben habe, unterstützten. Im Speziellen danke ich meinem Vater, meiner Mutter, meiner Gotte und meiner Schwester die meine Arbeit durchgelesen haben. Ganz herzlich danke ich Almut Späth, die mir geduldig meine Fragen beantwortete und mich während des Schreibens betreute.

## **7. Anhang**

- Matrix
- 2 Beispielbögen zur Bewertung der Studien