

Eine Diagnose, viele Symptome

Ergotherapeutische Interventionen bei Menschen mit funktioneller neurologischer Störung

Born, Joëlle

Matrikelnummer: 

Engel, Joëlle

Matrikelnummer: 

Departement Gesundheit

Institut für Ergotherapie

Studienjahr: 2020

Eingereicht am: 05.05.2023

Begleitende Lehrperson: Josef Adam

**Bachelorarbeit
Ergotherapie**

Anmerkungen zur Arbeit:

Kursiv geschriebene Wörter werden im Glossar (Anhang A) genauer erläutert. Die Wörter werden nur bei der Erstbenennung markiert. Abkürzungen sind im Abkürzungsverzeichnis (Anhang A) ersichtlich.

Das Wort Verfasserinnen bezeichnet die Urheberinnen der vorliegenden Bachelorarbeit. Wenn die Autorenschaft von Studien oder weiterer Literatur gemeint ist, werden die Begriffe Autoren und Autorinnen verwendet.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	6
1.1	Einführung in das Thema	6
1.2	Problemstellung / Relevanz für die Ergotherapie.....	6
1.3	Zielsetzung und Fragestellung.....	7
1.4	Definition zentraler Begriffe	7
1.4.1	Best Practice	7
1.4.2	Ergotherapeutische Intervention.....	7
1.4.3	Kognitive Funktionen.....	8
1.4.4	Motorische Funktionen	8
1.4.5	Sensorische Funktionen	8
2	Theoretischer Hintergrund	10
2.1	Krankheitsbild «FNS».....	10
2.2	Settings in der Ergotherapie	13
2.3	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement.....	13
3	Methode.....	16
3.1	Literaturrecherche	16
3.2	Auswahl der Hauptstudien.....	17
3.3	Beurteilung der Studienqualität.....	18
3.4	Einordnung der Ergebnisse ins CMOP-E	18
3.5	Beurteilung der Praktikabilität der Ergebnisse.....	19
4	Ergebnisse.....	20
4.1	Hauptstudie 1: Satisfaction and Occupational Performance in Patients with Functional Movement Disorder (Dahlhauser et al., 2017).....	20
4.1.1	Zusammenfassung.....	20
4.1.2	Kritische Würdigung	22
4.2	Hauptstudie 2: Occupational Therapy Consensus Recommendations for Functional Neurological Disorder (Long Version) (Nicholson et al., 2020).....	23
4.2.1	Zusammenfassung.....	23
4.2.2	Kritische Würdigung	28
4.3	Hauptstudie 3: Barriers and enablers to providing community-based occupational therapy to people with functional neurological disorder: An interview study with occupational therapists in the United Kingdom (Nicholson et al., 2022).....	29
4.3.1	Zusammenfassung.....	29
4.3.2	Kritische Würdigung	32
4.4	Hauptstudie 4: Sensory Processing Difficulties in Patients with Functional Neurological Disorder: Occupational Therapy Management Strategies and Two Cases (MacLean et al., 2022)	33

4.4.1	Zusammenfassung	33
4.4.2	Kritische Würdigung	37
5	Diskussion	38
5.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	38
5.1.1	Zusammenfassung der Ergebnisse in Verbindung zum CMOP-E	38
5.1.2	Beurteilung der Ergebnisse auf die Praktikabilität durch Ergotherapeutinnen aus der Praxis	44
5.2	Bezug zu anderen Quellen sowie theoretischem Hintergrund	48
5.3	Beantwortung der Fragestellung	52
6	Schlussfolgerung	53
6.1	Theorie-Praxis Transfer	53
6.2	Limitationen	56
6.3	Weiterer Forschungsbedarf / weiterführende Fragen	57
	Literaturverzeichnis	58
	Zusatzverzeichnisse	63
	Abbildungsverzeichnis	63
	Tabellenverzeichnis	63
	Wortzahl	64
	Danksagung	65
	Eigenständigkeitserklärung	66
	Anhang	67
	A Glossar und Abkürzungsverzeichnis	67
	B Rechercheprotokoll	72
	C Selektionsprozess Hauptstudien	85
	D Beurteilungsraster Studien (AICA-Tabellen)	86
	E Zusatzinformationen Hauptstudien	115
	F Fragebogen Inselehospital	118

Abstract

Einleitung: Funktionelle neurologische Störung, kurz FNS, ist einer der häufigsten Gründe für neurologische Konsultationen. Die Symptome können die kognitiven, motorischen sowie sensorischen Funktionen betreffen. Trotz der Häufigkeit fehlt es jedoch momentan an konkreten Handlungsempfehlungen für die Ergotherapie.

Ziel: Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, eine Übersicht über die aktuelle Literatur bezüglich ergotherapeutischer Behandlung von Patient:innen mit FNS zu erstellen.

Methode: Mittels Literaturrecherche wurden vier Studien ausgewählt. Diese wurden anhand des Arbeitsinstruments zum Critical Appraisal (AICA) kritisch gewürdigt und zusammengefasst. Die darin beschriebenen Interventionen wurden zur besseren Übersicht den drei Dimensionen des Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) zugeteilt. Zudem wurden in der Diskussion die Meinungen von Ergotherapeut:innen aus der Praxis miteinbezogen, um die Praktikabilität der jeweiligen Interventionen zu bewerten.

Ergebnisse: Die in der Literatur gefundenen Interventionen fokussieren sich hauptsächlich auf die motorischen sowie sensorischen Symptome der FNS. Zur Behandlung der kognitiven Symptome gibt es nur wenige Interventionen. Die Ergebnisse wurden in einer tabellarischen Übersicht dargestellt.

Schlussfolgerung: Es bestehen Empfehlungen für die Ergotherapie, jedoch sind diese nicht evidenzbasiert. Hierzu benötigt es mehr Forschung. Zudem sind viele empfohlene Interventionen im Schweizer Kontext nicht bekannt und können somit nicht direkt in die Praxis umgesetzt werden.

Keywords: funktionelle neurologische Störung, Ergotherapie, Intervention

1 Einleitung

1.1 Einführung in das Thema

Bei Patient:innen mit funktioneller neurologischer Störung (FNS), früher auch „Hysterie“ und „Konversionsstörung“ genannt, können laut Whiting et al. (2019) die willentlichen motorischen, kognitiven und sensorischen Funktionen vermindert sein. Dies tritt ohne vorausgehende Schädigung des Gehirns oder übrigen Nervensystems auf (Whiting et al., 2019). Bei den Betroffenen treten Symptome wie Kraftverlust, unabsichtliche unkontrollierbare Bewegungen, Probleme beim Gehen, Sensibilitätsverlust, Sehstörungen und Störungen der übrigen Sinne auf (Inselspital, Universitätsklinik für Neurologie, 2019). Die Zahlen bezüglich betroffener Personen variieren zwischen 11 – 200 von 100'000 Personen (Carson & Lehn, 2016). Frauen sind häufiger davon betroffen als Männer und meistens treten funktionelle neurologische Störungen im Alter zwischen 35 und 50 Jahren auf, es kann jedoch in allen Altersklassen auftreten (Carson & Lehn, 2016; Whiting et al., 2019). Die Symptome von FNS führen zu diversen Einschränkungen im Alltag. Dies wird auch im International Classification of Diseases (ICD-11) deutlich, welcher Folgendes erwähnt: «Die Symptome führen zu einer erheblichen Beeinträchtigung der persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen» (World health organization [WHO], 2019). Deshalb ist bei Menschen mit FNS eine ergotherapeutische Behandlung indiziert. Denn laut ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz & Arbeitsgemeinschaft Schweizerische Schulen für Ergotherapie (2005) besteht die Aufgabe von Ergotherapeut:innen darin, Menschen jeden Alters zu unterstützen und begleiten, wenn sie in ihrer Handlungsfähigkeit beeinträchtigt sind.

1.2 Problemstellung / Relevanz für die Ergotherapie

Im historischen Wandel hat sich die Bezeichnung oft geändert, weshalb die funktionelle neurologische Störung in der Neurologie, trotz ihrer Häufigkeit, noch weniger bekannt ist als andere neurologische Erkrankungen (Inselspital, Universitätsklinik für Neurologie, 2019). Eine Langzeitstudie von Saifee et al. (2012) zeigt, dass etwas mehr als 85 % der untersuchten stationären Patient:innen die Ergotherapie als hilfreich, davon sogar 50 % als sehr hilfreich, bezüglich ihren Symptomen empfanden. Dies verdeutlicht, dass die Ergotherapie bei der Behandlung von FNS relevant ist. Aybek und Perez (2022) kommen in ihrer Systematic Review jedoch zum Schluss, dass in ihren untersuchten Studien oftmals klare Angaben zu Interventionen und Vorgehensweisen für die Ergotherapie

fehlen. Diese klaren Empfehlungen fehlten auch den Ergotherapeut:innen der Neurologie des Inselspitals Bern. Deshalb schlugen sie eine Bachelorarbeit über die neusten Empfehlungen bezüglich ergotherapeutischer Behandlung von Menschen mit funktioneller neurologischer Störung vor. Für Ergotherapeut:innen in der Praxis ist es wünschenswert, Betroffenen eine angemessene und bestmögliche Therapie anbieten zu können. Mit dieser Arbeit besteht die Möglichkeit, einen Nutzen für die Praxis zu schaffen, indem eine Übersicht über aktuelle Empfehlungen für die Ergotherapie erstellt wird.

1.3 Zielsetzung und Fragestellung

Das Ziel dieser Arbeit ist es, eine Zusammenstellung der aktuellen Literatur über ergotherapeutische Interventionen bei Patient:innen mit FNS zu erstellen. Diese soll Klarheit über die Aufgaben der Ergotherapie bei der Behandlung von Patient:innen mit FNS schaffen sowie einen ganzheitlichen Überblick über die Behandlungsmöglichkeiten bei diesem komplexen Krankheitsbild geben. Dadurch sollen Ergotherapeut:innen einen geordneten Überblick für die Behandlung erhalten und allgemein das Bewusstsein für die FNS erweitert werden.

Aus dieser Zielsetzung ergibt sich folgende Fragestellung:

Welche Interventionen werden nach Best Practice in der Ergotherapie bei Patient:innen mit funktioneller neurologischer Störung, bei verminderten motorischen, sensorischen oder kognitiven Funktionen angewendet?

1.4 Definition zentraler Begriffe

1.4.1 Best Practice

Als Best Practice werden Interventionen betitelt, welche sich in der Praxis wiederholt bewährt haben und bei welchen daher die Annahme besteht, sie verbreiten zu können (Ackermann et al., 2021). Diese werden von Fachexpert:innen als gängige Behandlung akzeptiert und angewendet (National Cancer Institute, o. J.).

1.4.2 Ergotherapeutische Intervention

Ergotherapeutische Interventionen zielen darauf ab, dass Patient:innen gewünschte Aktivitäten wieder zufriedenstellend ausführen und an den Bereichen des täglichen Lebens, welche ihnen wichtig sind, teilnehmen können (Bode et al., 2008).

Gemäss der American Occupational Therapy Association [AOTA] (2020) besteht der ergotherapeutische Interventionsprozess aus drei Schritten: die Interventionsplanung, die Interventionsdurchführung und die Interventionsevaluation. Bei der Interventionsplanung wird gemeinsam mit den Patient:innen, basierend auf deren Zielen und Bedürfnissen sowie der vorhandenen Evidenz, ein Interventionsansatz gewählt. In der Interventionsdurchführung wird der aufgestellte Plan umgesetzt (AOTA, 2020). Dabei können ergotherapeutische Interventionen laut Habermann et al. (2020) sowohl Beratung wie auch Behandlung beinhalten. Gemäss Bode et al. (2008) werden in der Ergotherapie häufig die Körperfunktionen durch Übung verbessert, durch Hilfsmittel kompensiert oder die Umweltbedingungen angepasst. Zudem wird das Wieder-/ Erlernen von Alltagshandlungen unterstützt (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS], 2023). Abschliessend folgt die Evaluation der Durchführung sowie des Interventionsplanes in Bezug auf das Erreichen der gesetzten Ziele der ergotherapeutischen Interventionen (AOTA, 2020). Bei Bedarf werden Anpassungen vorgenommen (AOTA, 2020).

1.4.3 Kognitive Funktionen

Volz (2000) definiert kognitive Funktionen als bewusste und unbewusste Vorgänge, welche bei der Verarbeitung von externen und internen Informationen ablaufen. Dazu zählt das Wahrnehmen, Erkennen, Vorstellen, Denken, Erinnern, die Handlungsplanung sowie die Kommunikation (Volz, 2000).

1.4.4 Motorische Funktionen

Die American Physical Therapy Association (nach Hallemans et al., 2020) definiert Motorik als die Fähigkeit, die geschickte und effiziente Übernahme, Aufrechterhaltung, Veränderung und Kontrolle von freiwilligen Körperhaltungen und Bewegungsmustern zu erlernen oder zu demonstrieren.

1.4.5 Sensorische Funktionen

Unter Sinnesfunktionen (engl. sensory function) ist im Dorsch Lexikon der Psychologie (Wirtz, 2022) die Bezeichnung für die Funktionen der Sinnesorgane folgendermassen definiert: «Funktionen der Aufnahme, Verarbeitung und Umwandlung der Sinnesreize in Empfindungen und Wahrnehmungen, wobei sechs Funktionsbereiche zu unterscheiden

sind: optische, akustische, taktile (Tastsinn) und olfaktorische (Geruchs-) Wahrnehmung, Geschmacks-, Körper- und Gleichgewichtswahrnehmung» (Wirtz, 2022).

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Krankheitsbild «FNS»

Noch vor Kurzem wurde die FNS nur im psychiatrischen Sektor klassifiziert, doch seit der neuen Auffassung in der ICD-11 hat sie auch ihren Platz im neurologischen Sektor gefunden. So wird die funktionelle neurologische Störung zum einen von der WHO (2019) in der ICD-11 als «6B60 Dissociative neurological symptom disorder» im Kapitel «06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders» klassifiziert. Und zum anderen im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) als «F.44 Konversionsstörung/funktionelle neurologische Symptoms Störung» im Kapitel der «somatic symptom and related disorders» (American Psychiatric Association, 2013).

Gemäss WHO (2019) wird die funktionelle neurologische Störung wie folgt definiert:

Dissociative neurological symptom disorder is characterised by the presentation of motor, sensory, or cognitive symptoms that imply an involuntary discontinuity in the normal integration of motor, sensory, or cognitive functions and are not consistent with a recognised disease of the nervous system, other mental or behavioural disorder, or other medical condition. The symptoms do not occur exclusively during another dissociative disorder and are not due to the effects of a substance or medication on the central nervous system, including withdrawal effects, or a Sleep-Wake disorder. (WHO, 2019)

Die Symptome sind divers und können sich im Krankheitsbild einzeln oder als eine Kombination äussern (Whiting et al., 2019). Weiter können sich die Symptome in Schüben zeigen, in ihrer Ausprägung schwanken oder chronisch werden (Kola & LaFaver, 2021).

Die häufigsten Symptome von FNS sind die funktionellen Bewegungsstörungen sowie die dissoziativen Anfälle (Aybek & Perez, 2022; Kola & LaFaver, 2021). Patient:innen mit funktionellen Bewegungsstörungen weisen meist eine Mischung aus verschiedenen motorischen Symptomen auf (Aybek et al., nach Popkirov, 2020).

Häufig ist zum Beispiel die funktionelle Gangstörung (Popkirov, 2020). Das Gangbild der Patient:innen ist übermässig langsam, kleinschrittig und vorsichtig, wobei die Arme aus Vorsicht meist nach aussen gestreckt werden (Jordbru et al.; Lempert et al., nach

Popkirov, 2020). Das Hinterherziehen eines Beines, das plötzliche Einknicken des Knies sowie Standprobleme sind zudem oft beobachtbar (Stone, o. J.-a). Auch häufig sind der funktionelle Tremor, welcher sich als Ruhe-, Halte- und/oder Aktionstremor äussern kann, sowie funktionelle Zuckungen (Myoklonien), welche abrupt und *intermittierend* auftauchen (Popkirov, 2020). Eine geballte Faust oder ein nach innen eingedrehter Fuss sind oftmals die Folgen einer funktionellen Dystonie (FND Hope international, o. J.-a). Dabei handelt es sich um abnormale und anhaltende Muskelkontraktionen, welche eine Veränderung in der Körperhaltung verursachen (Stone, o. J.-b). Zu den weiteren Bewegungsstörungen gehören laut Popkirov (2020) unter anderem noch die funktionellen Tics, welche die willkürlichen Bewegungsabläufe wie das Sprechen unterbrechen oder stören und nicht unterdrückt werden können. Auch funktionelle Paresen oder funktionelle Schwäche können vorkommen (Popkirov, 2020). Dabei gelingt es den Patient:innen nur erschwert oder gar nicht, die betroffenen Teile des Körpers zu bewegen oder Bewegungen zu koordinieren (WHO, 2019). Die Paresen treten häufig als Hemiparese auf, es kommen jedoch auch Mono-, Para-, Tri- oder Tetraparesen vor (Baker & Silver; Binzer et al.; Heruti et al., nach Popkirov, 2020).

Dissoziative Anfälle sind laut Popkirov (2020) plötzlich auftretende und zeitlich begrenzte Störungen in der Wahrnehmung und der Bewegungskontrolle. Sie können von aussen epileptischen Anfällen oder Ohnmacht ähnlich sein (Popkirov, 2020).

Ein weiteres Symptom der FNS kann gemäss Popkirov (2020) der funktionelle Schwindel sein, wobei es sich meist um einen Schwankschwindel, unsystematischen Schwindel oder Benommenheit handelt. Zudem können funktionelle Sprach- oder Sprechstörungen sowie visuelle, auditive oder funktionelle kognitive Störungen auftreten (Popkirov, 2020).

Funktionelle kognitive Störungen können sich in Gedächtnisschwierigkeiten, Konzentrationsschwierigkeiten oder Depersonalisierung äussern (FND Hope international, o. J.-a; WHO, 2019). Zum Krankheitsbild können auch funktionelle sensorische Störungen wie Taubheit, Brennen, Schmerzen oder andere Symptome im Zusammenhang mit Berührung, Geruch, Geschmack, Gleichgewicht, Propriozeption, Kinästhesie oder Thermorezeption gehören (WHO, 2019).

Die FNS ist heute keine Ausschlussdiagnose mehr, sondern wird anhand typischer Krankheitsmerkmale und klinischer Zeichen diagnostiziert (Espay et al., 2018; Kola & LaFaver, 2022; Popkirov & Hoheisel, 2020). Auch ist das Vorhandensein einer psychischen Belastung für die Diagnosestellung nicht mehr notwendig (Espay et al.,
Joëlle Born & Joëlle Engel

2018). Da jedoch unter anderem psychische Störungen und belastende Lebensereignisse Risikofaktoren für die Entwicklung der Krankheit sein können, ist die Berücksichtigung möglicher psychologischer Faktoren für die Behandlung wichtig (FND Hope international, o. J.-b; Popkirov & Hoheisel, 2020). Das *biopsychosoziale Modell* nach Pick ermöglicht hierfür eine ganzheitliche Betrachtung des komplexen Krankheitsbildes (Egle & Ecker-Egle, 2020; Popkirov & Hoheisel, 2020).

In der Literatur wird wiederholt von *multidisziplinärer* Behandlung (Aybek & Perez, 2022; FND Hope international, o. J.-c; Saifee et al., 2012) sowie vom *multimodalen* Ansatz gesprochen, um eine bestmögliche Behandlung bei FNS zu gewährleisten (Popkirov & Hoheisel, 2020; Popkirov, 2020). Die Ergotherapie ist dabei ein Bestandteil der Behandlung (Aybek & Perez, 2022; FND Hope international, o. J.-c; Saifee et al., 2012).

Für eine erfolgreiche Behandlung von Menschen mit FNS ist zudem die Beziehungsgestaltung ein wichtiger Faktor (Barbey et al., 2020).

Gemäss dem Canadian Practice Process Framework (CPPF), welches dem ergotherapeutischen Grundlagemodell Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) zugehörig ist, treffen während des gesamten Therapieprozesses die jeweiligen persönlichen sowie umweltbedingten Faktoren der Patient:innen und Therapeut:innen im Praxiskontext aufeinander (Townsend & Polatajko, 2013). Bei der Therapieplanung muss dies berücksichtigt werden. Die therapeutische Zusammenarbeit, respektive Beziehung zwischen Patient:in und Therapeut:in, beginnt mit dem ersten Aktionspunkt des Prozesses und ist durch den gesamten Therapieprozess hinweg von Bedeutung (Townsend & Polatajko, 2013).

Es bleibt zu erwähnen, dass sich die Symptome der FNS zwar durch *Suggestion* oder Fokussierung und Ablenkung beeinflussen lassen, sie von den Betroffenen jedoch nicht mit Absicht produziert werden, wie dies bei der Simulation der Fall ist (Popkirov, 2020).

In der Literatur werden für die FNS auch die Begriffe «conversion disorder» sowie «dissociative neurological symptom disorder» verwendet. Die Verfasserinnen verwenden in dieser Arbeit den deutschen Ausdruck «Funktionelle neurologische Störung (FNS)», da dieser gemäss FND Hope international (o. J.-b) bevorzugt wird.

2.2 Settings in der Ergotherapie

Stationäre Behandlung / stationäre Rehabilitation

Während der stationären Rehabilitation übernachten die Patient:innen laut Naimer und Piso (2015) in der jeweiligen Institution und stehen unter durchgehender medizinischer Aufsicht. Tagsüber finden in den stationären Rehabilitationen zudem die entsprechenden Therapien statt (Naimer & Piso, 2015).

Ambulante Behandlung / ambulante Rehabilitation

Bei der ambulanten Rehabilitation übernachten die Patient:innen nicht in der Institution, sondern kommen nur für die Therapien und gehen im Anschluss wieder nach Hause (Naimer & Piso, 2015). Laut Scheepers (2015) umfasst die ergotherapeutische ambulante Versorgung überwiegend die Arbeit in ergotherapeutischen Praxen. Aber auch Sonderformen wie in Kliniken inbegriffene Ambulatorien, mobile Ergotherapie sowie Tagesstätten können dazugezählt werden (Scheepers, 2015).

Gemeindenaher Behandlung

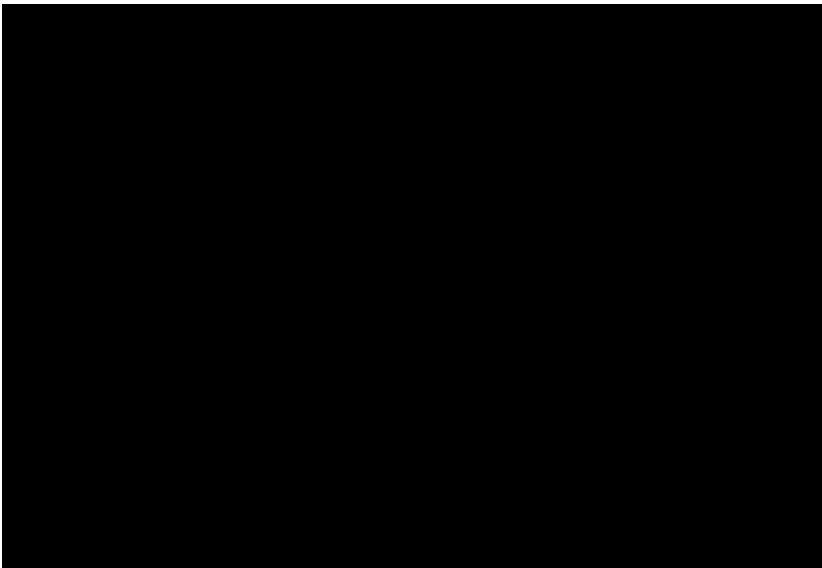
Gemeindenaher Behandlung hat verschiedene englische Bezeichnungen wie z. B. «community based practice» oder «community based services». Unter «community-based practice» versteht Knipmann (nach Scaffa & Reitz, 2008) Behandlungen, welche gemeindenah stattfinden und unter anderem die akute und chronische Versorgung sowie Rehabilitation beinhalten. Die Gemeinde kann in «community-based services» laut AOTA (o. J.) zum einen als Umfeld einer Betätigung agieren (wie z. B. das Zuhause oder die Gemeinschaft) oder aber auch der Fokus der Intervention sein. Daraus schlussfolgern die Verfasserinnen, dass gemeindenaher Ergotherapie, als Synonym von «community-based occupational therapy», im Umfeld der Patient:innen, sowie in allen Stadien der Erkrankung stattfindet.

2.3 Canadian Model of Occupational Performance and Engagement

Das CMOP-E nach Townsend und Polatajko (2013) ist ein ergotherapeutisches Grundlagenmodell aus Kanada. Es setzt sich aus drei Dimensionen zusammen und zeigt die dynamische Beziehung zwischen Person, Betätigung und Umwelt auf (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1

CMOP-E



Quelle: Townsend & Polatajko (2013, S. 23)

Es stellt die Person, als gelbes Dreieck dargestellt, ins Zentrum (Townsend & Polatajko, 2013). Die Person besteht aus der Spiritualität sowie den verschiedenen Performanzkomponenten, welche sie zum Handeln nutzt. Diese können die Durchführung einer Betätigung unterstützen oder beeinträchtigen. Um die Person herum befindet sich die Umwelt, welche als grüner Kreis dargestellt ist. Die Person mit ihren Betätigungen bewegt sich immer in einer individuellen Umwelt. Diese Umwelt, welche in vier Bereiche unterteilt ist, kann die Betätigungsperformanz einer Person erleichtern oder behindern. Dazwischen wird als blauer Kreis die Betätigung dargestellt. Sie bildet die Verbindung zwischen Person und Umwelt (Townsend & Polatajko, 2013).

Die Betätigung wird von Townsend (2002) als Gruppe von Aktivitäten und Aufgaben im täglichen Leben, die von den Individuen und ihrer Kultur bestimmt und strukturiert sowie mit Wert und Bedeutung belegt werden, definiert.

Aus der dynamischen Beziehung zwischen Person, Betätigung und Umwelt entsteht die Betätigungsperformanz (Townsend, 2002). Diese beschreibt die Fähigkeit einer Person, Betätigungen frei zu wählen und zufriedenstellend auszuführen (Townsend, 2002). Die Ergotherapie setzt genau dort an, wo sich die drei Dimensionen überschneiden (Townsend & Polatajko, 2013).

Erläuterung der Dimensionen Person, Betätigung sowie Umwelt sind in Tabelle 1 ersichtlich.

Tabelle 1*Erläuterung der Dimensionen des CMOP-E*

Person	
Spiritualität	Wird angesehen als: <ul style="list-style-type: none"> - der zentrale Kern der Person - die Essenz des Selbst - die Qualität, sich selbst zu sein - der Ausdruck von Willenskraft, Antrieb und Motivation - die Quelle der Selbstbestimmung - die persönliche Kontrolle
(Denken) Kognitive Performanzkomponente	Umfasst alle mentalen Funktionen, sowohl kognitiv als auch intellektuell. Dies beinhaltet unter anderem die Perzeption, die Konzentration, das Gedächtnis, das Verständnis, die Urteilsfähigkeit oder das logische Denken
(Fühlen) Affektive Performanzkomponente	Umfasst alle sozialen und emotionalen Funktionen der Person sowie die inter- und intrapersonellen Faktoren
(Tun) Physische Performanzkomponente	Umfasst alle motorischen, sensorischen und sensomotorischen Funktionen der Person
Umwelt	
Institutionelle Umwelt	Gesellschaftliche Praktiken und Institutionen z. B. ökonomische, rechtliche und politische Institutionen, inkl. Behörden
Soziale Umwelt	Soziale Beziehungen, Einstellungen und Überzeugungen
Physische Umwelt	Natürliche und gemachte Umgebung wie z. B. Gebäude, Garten oder Technologien
Kulturelle Umwelt	Traditionen und Werte von Personengruppen
Betätigung	
Selbstversorgung	Betätigungen, bei welchen man nach sich selbst schaut z. B. Körperpflege, Mobilität, Organisation von Zeit, persönliche Pflichten wie Anträge ausfüllen, Geldverwaltung
Produktivität	Betätigungen, welche einen sozialen oder wirtschaftlichen Mehrwert haben oder durch welche man den Lebensunterhalt finanziert z. B. Arbeit, Haushalt, Erziehung oder Freiwilligenarbeit
Freizeit	Betätigungen für den Genuss z. B. kreativ sein, Aktivitäten im Freien, Spiele oder Sport

Eigene Darstellung in Anlehnung an Townsend (2002, S. 37-46)

3 Methode

In diesem Kapitel wird die Methode dieses Literaturreviews beschrieben. Dies beinhaltet die Literaturrecherche mit den Keywords, die Ein- und Ausschlusskriterien, die Beurteilung der Studienqualität sowie den Transfer der Ergebnisse in die Praxis anhand des Übertrages ins CMOP-E und der Beurteilung der *Praktikabilität*.

3.1 Literaturrecherche

Zur Beantwortung der Fragestellung wird die Form des Literaturreviews verwendet. Dafür wurde vorgängig eine Suche in Google Scholar durchgeführt, um einen groben Überblick über die vorhandene Literatur zu erhalten. Anschliessend wurden von beiden Verfasserinnen Literaturrecherchen in den Datenbanken CINAHL Complete, MEDLINE und PubMed durchgeführt. Für ein möglichst passendes Suchergebnis wurden die relevanten Keywords (siehe Tabelle 2) verwendet und anhand von Booleschen Operatoren und Trunkierungen verschieden kombiniert. So wurden z. B. Kombinationen wie «(occupational therapy OR occupational therapist OR ot) AND (functional neurological disorder OR conversion disorder OR fnd) AND (treatment OR intervention OR therapy)» verwendet. Es wurde nach Primär- sowie Sekundärliteratur gesucht. Das Rechercheprotokoll befindet sich im Anhang B dieser Arbeit.

Tabelle 2

Schlüsselwörter, Keywords und Synonyme

Schlüsselwörter	Keywords	Synonyme
Ergotherapie	occupational therapy	therapy, OT, occupational therapist
Best Practice	best practice	best practice
Funktionelle neurologische Störungen	functional neurological disorders	FND, functional neurological symptom disorder, conversion disorder, dissociative neurological symptom disorder, functional movement disorder
Intervention	intervention	therapy, treatment, treatment approaches, rehabilitation, patient education
Motorische Funktion	motor function	motor skills, motor ability
Sensorische Funktion	sensory function	sensory skills
Kognitive Funktion	cognitive function	cognition, cognitive ability
Stationär	inpatient	inpatient treatment, stationary treatment
Ambulant	outpatient	outpatient treatment, ambulatory care
Gemeindenah	community-based	community based, home based

3.2 Auswahl der Hauptstudien

Tabelle 3

Ein- und Ausschlusskriterien

Kriterium	Einschlusskriterium
Erscheinungsjahr Literatur	2012 - 2022 (Ausnahme begründete Fälle)
Land	Ähnlich industrialisierte Länder wie die Schweiz (Europa, USA, Kanada, Australien)
Population	Erwachsene mit FNS, keine Einschränkung bzgl. Symptomen
Intervention	Interventionsempfehlungen mit ergotherapeutischem Fokus
Setting	Stationär, Ambulant, Domizil
Sprache	Deutsch, Englisch, Französisch

Für die Auswahl geeigneter Studien wurden vorgängig alle gefundenen Datenbankergebnisse nach Titel grob selektiert. Dadurch konnte eine Vorauswahl von 12 möglichen Studien getroffen werden. Bei diesen Studien wurde in einer zweiten Selektion ein erneutes Titelscreening durchgeführt (siehe Selektionsprozess im Anhang C). Von den acht verbliebenen Studien wurden die Abstracts hinsichtlich ihrer Relevanz für die Fragestellung bewertet. Die nach dem Abstractscreening verbliebenen fünf Studien wurden von beiden Verfasserinnen vertieft gelesen und anhand der Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Tabelle 3) kritisch geprüft. Dabei stellte sich eine Studie aufgrund von mangelnder Qualität als ungeeignet und vier als geeignet für diese Arbeit heraus (siehe Tabelle 4). Aufgrund der limitierten Literaturlage mussten jedoch zwei Ausnahmen bezüglich des Einschlusskriteriums «Intervention» gemacht werden. Obwohl die Studie von Nicholson et al. (2022) den Fokus auf Barrieren und Förderfaktoren für gemeindenahe Ergotherapie und nicht auf Interventionen legt, werden auch gängige ergotherapeutische Interventionen bei Patient:innen mit FNS beschrieben. Aus diesem Grund konnten trotzdem relevante Informationen für die Fragestellung abgeleitet werden, weshalb die Studie eingeschlossen wurde. Die Studie von Dahlhauser et al. (2017) untersucht primär die Wirksamkeit eines ambulanten multidisziplinären Programms mit ergotherapeutischem Schwerpunkt. Dadurch, dass die Programmbestandteile an sich jedoch detailliert beschrieben werden, wurde auch diese Studie eingeschlossen.

Tabelle 4

Ausgewählte Hauptstudien

Autor(en) und Jahr	Titel
(Dahlhauser et al., 2017)	Satisfaction and Occupational Performance in Patients with Functional Movement Disorder
(Nicholson et al., 2020)	Occupational Therapy Consensus Recommendations for Functional Neurological Disorder (Long Version)
(Nicholson et al., 2022)	Barriers and enablers to providing community-based occupational therapy to people with functional neurological disorder: An interview study with occupational therapists in the United Kingdom
(MacLean et al., 2022)	Sensory Processing Difficulties in Patients with Functional Neurological Disorder: Occupational Therapy Management Strategies and Two Cases

3.3 Beurteilung der Studienqualität

Zur Beurteilung der Forschungsqualität wurde für die drei qualitativen Studien sowie für die eine quantitative Studie das jeweilig passende Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) nach Ris und Preusse-Bleuler (2015) verwendet. Die ausgesuchten Hauptstudien wurden von jeder Verfasserin einzeln zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Anschliessend wurde in einem zweiten Schritt darüber kritisch diskutiert, bis ein Konsens gefunden wurde. Alle AICA-Tabellen zu den entsprechenden Studien befinden sich im Anhang D.

3.4 Einordnung der Ergebnisse ins CMOP-E

Zur Einordnung der Ergebnisse wird das CMOP-E verwendet, da dies mit seinen drei Domänen ein ganzheitliches Bild erfasst. Die einzelnen Interventionen aus den Hauptstudien wurden den verschiedenen Performanzkomponenten der Person des CMOP-E zugeteilt. Um die Fragestellung möglichst genau beantworten zu können, wurde die physische Performanzkomponente zudem in die Teilbereiche motorisch und sensorisch unterteilt. Dies ist nicht Bestandteil des Modelles, sondern eine zusätzliche Änderung der Verfasserinnen. Dies ermöglicht eine übersichtliche Darstellung der geeigneten Interventionen je nach eingeschränkten Funktionen. Zusätzlich wurden die Interventionen in relevanten Fällen den Umwelt- sowie Betätigungsbereichen zugeteilt. Die Verfasserinnen diskutierten die Zuordnung kritisch und stellten die Ergebnisse in einer Tabelle dar.

3.5 Beurteilung der Praktikabilität der Ergebnisse

Die Beurteilung der Praktikabilität der Ergebnisse erfolgte durch Ergotherapeut:innen aus dem Schweizer Kontext, welche in ihrem Berufsalltag mit Patient:innen mit FNS arbeiten. Mithilfe eines Fragebogens wurden ihre Meinungen zu den Ergebnissen aus den Hauptstudien eingeholt und für den Theorie-Praxis Transfer verwendet. Der Fragebogen ist im Anhang F ersichtlich.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die vier Hauptstudien genauer dargestellt sowie deren kritische Würdigung vorgenommen. Es werden nur die relevanten Ergebnisse der Studien in Bezug auf die Fragestellung dieser Arbeit umfassend dargestellt. Aufgrund der Relevanz für die Fragestellung wurde in der Hauptstudie 2 der Abschnitt nach der Schlussfolgerung mit den «Frequently Asked Questions» für diese Arbeit nicht berücksichtigt. Vereinzelt werden Zusatzinformationen im Anhang E dargestellt. Weniger relevante Ergebnisse werden nur grob erwähnt, sind jedoch im Anhang D ersichtlich.

4.1 Hauptstudie 1: Satisfaction and Occupational Performance in Patients with Functional Movement Disorder (Dahlhauser et al., 2017)

4.1.1 Zusammenfassung

Ziel der Studie

Das Ziel der Studie ist es, die Wirksamkeit des Therapieprogrammes «Behavioural Shaping Therapy» (BeST) zu untersuchen. Das BeST ist ein multidisziplinäres ambulantes Therapieprogramm für Patient:innen mit funktionellen Bewegungsstörungen (FMD). Die Autor:innen stellten die Hypothese auf, dass die Teilnehmer:innen zum einen eine signifikante Steigerung der Betätigungsperformanz sowie eine signifikante Steigerung der Zufriedenheit mit der *Performanz* in ihren Betätigungen zeigen werden.

Methode

Bei der Studie handelt es sich um eine quantitative retrospektive Chart-Review. Die Studie fand in einer ambulanten Rehabilitationspraxis in den USA statt. Die Stichprobe bestand aus 35 Teilnehmer:innen, welche eine bestätigte FMD-Diagnose hatten und zwischen 18 bis 75 Jahre alt waren. 72 % davon waren weiblich. Die Teilnehmer:innen wurden automatisch in die Studie einbezogen, wenn sie am Programm teilnahmen. Als Erhebungsinstrument wurde das Canadian Occupation Performance Measure (COPM), ein semi-strukturiertes Assessment, verwendet. Bei der Datenanalyse wurden deskriptive Daten kalkuliert. Die COPM-Werte der Performanz- sowie Zufriedenheits-Skalen vor und nach der Behandlung wurden verglichen und retrospektiv analysiert. Dafür wurde eine Kovarianzanalyse (ANCOVA) mit $\alpha = 0.05$ angewendet. Folgende Variablen wurden dabei

beachtet: Alter, Geschlecht, Anzahl Therapieeinheiten, Anzahl Therapeut:innen.

Intervention

Die meisten Teilnehmer:innen haben eine Woche lang, zweimal täglich, an je 45 Minuten Ergotherapie und 45 Minuten Physiotherapie teilgenommen. Bei einigen war auch noch die Logopädie involviert. Die Therapien fanden ambulant statt. Alle Therapeut:innen wurden vorher im BeST-Programm geschult. Es wurden verschiedene Behandlungsstrategien zur Re-Edukation der Muskeln und Verbesserung der Selbstwahrnehmung eingesetzt. Diese waren individuell an die Teilnehmer:innen angepasst. Zu den gängigen Aktivitäten gehörten geteilte Aufmerksamkeitsübungen auf einem Balanceball, Gehen mit stufenweiser Gewichtssteigerung mit einem Wäschekorb oder Spiele für die Feinmotorik. Grobmotorik, Feinmotorik, Zwerchfellatmung und progressive Muskelentspannung wurden häufig anhand von Alltagsaktivitäten geübt. Positive Verstärkung von normalen Bewegungsmustern, Ignorierung oder Ablenkung von «falschen» Bewegungsmustern und die Stärkung der *Kontrollüberzeugung* waren grundlegende ergotherapeutische Strategien. Zum Abschluss verfassten die Patient:innen ihr eigenes Heimprogramm für die Zeit nach Abschluss der Therapie. Da das Programm individuell an die Symptome der Teilnehmer:innen angepasst wurde, waren die einzigen standardmässigen Inhalte der Ergotherapie im BeST-Programm die Erklärung des Programms, die Evaluation, der zweimalige Gebrauch des COPM und das Heimprogramm.

Ergebnisse

Die Werte bei der Betätigungsperformanz verbesserten sich um 3.4 Punkte von 3.8 auf 7.2. Die Werte bei der Zufriedenheit verbesserten sich um 4.7 Punkte von 2.5 auf 7.2. Es gab demnach in beiden Kategorien eine signifikante Steigerung. Keine der Variablen hatte einen signifikanten Einfluss auf die finalen Resultate des COPM.

Diskussion

Die Resultate unterstützen die von den Autor:innen aufgestellten Hypothesen. Aufgrund fehlender Kontrollgruppen kann jedoch nicht abschliessend gesagt werden, dass die signifikanten Verbesserungen nur auf das BeST-Programm zurückzuführen sind. Auch kann der Erfolg nicht mit der Ergotherapie alleine begründet werden. Vielmehr spiegeln die Verbesserungen die Wirksamkeit eines ganzheitlichen Ansatzes des Behandlungsteams
Joëlle Born & Joëlle Engel

unter Einbezug der Ergotherapie wider. Die Angehörigen sollten ermutigt werden, die therapeutischen Techniken ausserhalb der Behandlung zu fördern, um den weiteren Erfolg nach Abschluss des Programmes zu gewährleisten. Die Beschreibung, dass FNS eine Dysfunktion zwischen Gehirn und Körper sei, half den Patient:innen das Gefühl der Kontrolle über ihre Symptome zu festigen.

4.1.2 Kritische Würdigung

Es wird in der Studie keine Fragestellung definiert. Zudem ist das Ziel nur vage formuliert, ohne die «Wirksamkeit» genauer zu spezifizieren. Einzig die Hypothesen sind klar ausformuliert. In der Einleitung wird das Thema mit verschiedenster Literatur aufgezeigt. Das Studiendesign ist sinnvoll gewählt, wurde jedoch nicht begründet. Das Vorgehen der Stichprobenziehung wurde nicht näher erläutert. Die Stichprobe ist jedoch repräsentativ für die Population und angemessen gross. Mithilfe einer a priori-Poweranalyse wurde die Stichprobengrösse ermittelt, welche für die Beantwortung der Fragestellung benötigt wird. Es wurden nur Daten verwendet von Teilnehmenden, welche das ganze Programm durchliefen. Das verwendete Messinstrument COPM wurde in separaten Studien auf die *Reliabilität* getestet, wobei dies einen Wert von über 80 erhalten hat. Zudem begründen acht Studien die *Validität* des COPM. Die Datenanalyse wird knapp beschrieben. Die statistischen Tests stimmen jedoch mit den Datenniveaus überein. Mithilfe einer Grafik werden die Ergebnisse übersichtlich dargestellt. Die Ergebnisse werden nicht einzeln, sondern zusammengenommen in Bezug auf die Hypothesen diskutiert und mit weiterer Literatur unterstützt. Die Schlussfolgerungen der Autor:innen sind nachvollziehbar. Die Limitationen der Studie werden aufgezeigt. Unter anderem wird von den Autor:innen diskutiert, dass die Variablen Komorbiditäten, psychologische Vorgeschichte oder Dauer der Symptome nicht erfasst wurden, jedoch einen Einfluss auf die Fortschritte der Patient:innen gehabt haben könnten. Auch wird die Generalisierbarkeit aufgrund des Studiendesigns ohne Kontrollgruppe als Limitation angegeben, da dadurch keine direkten Rückschlüsse auf das BeST-Programm sowie die Ergotherapie geschlossen werden können. Auf die Tatsache, dass die prä post COPM-Durchführungen der Patient:innen teilweise von unterschiedlichen Ergotherapeut:innen durchgeführt wurden, was zu Verzerrungen geführt haben könnte, wird nicht eingegangen. Die Studie entspricht dem Evidenzlevel III der Agency for Health Care Policy and Research [AHCPR] (nach Blümle et al., 2009).

4.2 Hauptstudie 2: Occupational Therapy Consensus Recommendations for Functional Neurological Disorder (Long Version) (Nicholson et al., 2020)

4.2.1 Zusammenfassung

Ziel der Studie

Das Ziel der Studie ist es, Empfehlungen für ergotherapeutische Interventionen und Assessments bei Patient:innen mit FNS (akut sowie chronisch) in den Settings Spital, Rehasentrum und Gemeinde zusammenzustellen. Zudem sollen bestehende Empfehlungen ergänzt und ein Ausgangspunkt für die Erarbeitung von evidenzbasierten Interventionen geschaffen werden.

Methode

Die qualitative Studie ist an die Delphi-Methode mit vier Hauptphasen angelehnt. In einer ersten Befragungsrunde füllten 12 Ergotherapeut:innen aus England, Schottland und der USA zwei online Umfragen bezüglich Interventionen und Assessments bei Patient:innen mit FNS aus. Die Teilnehmenden haben zwischen 10-23 Jahren Erfahrung in der Ergotherapie und arbeiten in unterschiedlichen Settings mit Patient:innen mit FNS. Mittels Follow-up-E-Mails wurden Erläuterungen eingeholt. In einer zweiten Runde wurden die zusammengefassten Umfragedaten aus der ersten Runde diskutiert und erörtert. Hierfür nahm die Ergotherapie-Expertengruppe zusammen mit einer multidisziplinären sechsköpfigen Expertengruppe (Neuropsychiatrie, Neurologie, Neurophysiotherapie, Neuropsychologie) an einem Face-to-Face Meeting in Edinburgh teil. Basierend auf dem Meeting wurden in einer dritten Runde Empfehlungen formuliert. Diese wurden in einer letzten Runde für Feedback an die multidisziplinäre Expertengruppe verschickt. Der Prozess wurde fortgesetzt, bis alle einverstanden waren und ein Konsens erreicht wurde.

Ergebnisse

Nicholson et al. (2020) haben folgende Konsensempfehlungen für Interventionen und Assessments bei Patient:innen mit FNS zusammengestellt:

Allgemein wird empfohlen, die Angehörigen in die Aufklärung sowie Behandlung miteinzubeziehen. Zur Leitung der Praxis werden das MOHO und das CMOP-E als die am häufigsten verwendeten Modelle genannt. Wichtige Punkte zum Erstgespräch sowie hilfreiche Assessment bei Patient:innen mit FNS, befinden sich in Anhang E.

Selbstmanagement: Besonders wichtig ist die Unterstützung des Selbstmanagements der Symptome, weshalb das Konzept des Selbstmanagements beim Erstkontakt eingeführt und in allen Aspekten der Ergotherapie berücksichtigt werden sollte. Interaktive Arbeitsbücher oder ein Therapietagebuch können ein nützliches Instrument zur Unterstützung des Selbstmanagements sein.

Therapeutische Beziehung: Zur Entwicklung einer positiven therapeutischen Beziehung ist es wichtig, sich Zeit zum Zuhören zu nehmen. Es wird empfohlen, vor Therapiebeginn den Therapierahmen zu definieren sowie eine verbale Vereinbarung zu treffen, um ein gemeinsames Verständnis über die Möglichkeiten in der Ergotherapie zu erlangen und mögliche Schwierigkeiten beim Abschluss der Therapie zu verhindern.

Zielsetzung: Die Ziele sollten von den Patient:innen gesetzt werden. Es soll auf eine aktivitätsbasierte, abgestufte Zielsetzung geachtet werden, welche nicht zwingend terminiert sein muss. Das COPM, OCAIRS oder OSA können für die Zielsetzung hinzugezogen werden.

Edukation: Die *Edukation* über FNS ist ein wichtiger Bestandteil der Therapie, da es den Patient:innen hilft, ihre Symptome besser zu verstehen sowie das Vertrauen in die Richtigkeit der Diagnose zu stärken. Dies schafft die Grundlage für die Rehabilitation und das Selbstmanagement. Da an der Diagnose FNS auch Stigmata hängen, ist es wichtig, die Informationen mit Empathie und Sensibilität zu überbringen und die Echtheit der Symptome zu betonen. Die Edukation soll zudem beinhalten, wie Betätigungen kombiniert mit erlernten Strategien Teil des Symptommanagements sind. Eine Tabelle mit Aspekten der Edukation über FNS befindet sich im Anhang E.

Sprachverwendung: Nicht konkrete Instruktionen (z. B. «erlaub dir, nach vorne zu kommen») können helfen, automatische Bewegungen abzurufen. Denn diese legen im Gegensatz zu konkreten Instruktionen (z. B. «Mach einen Schritt») den Fokus weniger auf den Mechanismus der Bewegung.

Hilfsmittel und Anpassungen: In der akuten Phase sowie während der Rehabilitation wird empfohlen, auf Hilfsmittel oder Umwelтанpassungen zu verzichten. Denn Hilfsmittel können Sekundärprobleme hervorrufen und normale automatische Bewegungsmuster

unterbrechen. Sind Hilfsmittel absolut notwendig, so sollte nur das Nötigste ausgehändigt werden und dies als Kurzzeitleösung, mit dem Ziel Fortschritte zu erzielen, angesehen werden. Wichtig ist eine gute Instruktion. Bei bestehenden Einschränkungen nach der Rehabilitation ist es angemessen, Hilfsmittel sowie Umweltsanpassungen in Betracht zu ziehen.

Schienenanfertigung: Schienen sollten wenn möglich vermieden werden. Es wird empfohlen zuerst andere Strategien auszuprobieren, welche normale Bewegungsmuster und Ruhigstellung fördern. Wird eine Schiene jedoch abgegeben, so ist eine gute Instruktion notwendig.

Verhaltenstherapeutische Strategien in der Ergotherapie: Es wird empfohlen, auch ohne spezialisierte Ausbildung in kognitiver Verhaltenstherapie (CBT), Prinzipien daraus in die ergotherapeutische Behandlung einzubeziehen. Dazu zählt das Identifizieren von ungünstigen Verhaltensmustern/Überzeugungen sowie das positive Reframing von negativen Gedanken. Auch ein Diskurs über den Zusammenhang von Gedanken, Gefühlen, Verhalten und körperlichen Symptomen sowie deren Einfluss auf die FNS kann hilfreich sein.

Berufliche Rehabilitation: Die Prinzipien der Arbeitsrehabilitation aus den üblichen neurologischen Behandlungen können auf FNS übertragen werden.

Disability Management: Die Pflegepersonen sollten instruiert werden, die Patient:innen während der Pflege möglichst aktiv in die Tätigkeiten miteinzubeziehen, anstatt ihnen alles abzunehmen. Zudem soll den Patient:innen auch Unterstützung bei Anträgen auf Leistungs- und Versicherungsansprüche angeboten werden. Ein Brief mit einer Beschreibung der Diagnose kann für Patient:innen ein wertvolles Tool zum Verhandeln mit zuständigen Stellen sein. An einen Umzug in eine angepasste Wohnung bzw. an Wohnungsanpassungen sollte nur gedacht werden, wenn die Patient:innen chronische Symptome haben oder sich Trigger in der Wohnung befinden und kein Behandlungserfolg mehr zu erwarten ist.

Rückfallpräventionsplan: Auf Phasen der Symptomverschlechterung sollten die Patient:innen mit einem Rückfallpräventionsplan vorbereitet werden. Dieser beinhaltet

Fragen wie: Was verschlimmert deine Symptome? Was sind die hilfreichsten Strategien, welche du gelernt hast? Was kannst du tun, wenn du merkst, dass sich deine Symptome/Funktionen verschlechtern? Was sind deine Ziele für die nächsten Monate?

Abschluss der Behandlung: Es sollten Folgetermine vereinbart werden, um die Fortschritte zu überprüfen, Probleme anzuschauen und Ziele neu festzulegen. Gerade wenn bei Abschluss der Therapie die Symptome noch bestehend sind, kann die Vermittlung an Peer-Unterstützungsorganisationen eine wichtige Ergänzung sein.

Symptomspezifische Behandlung: Bei allen motorischen Symptomen ist der Einbezug von Angst-Management und Ablenkungsstrategien sinnvoll. Zudem kann es hilfreich sein, Videofeedback zu verwenden, damit die Patient:innen Veränderungen in den Symptomen erkennen. Es hebt die Erfolge hervor und kann helfen, Strategien auch ausserhalb der Therapie umzusetzen. Weitere symptomspezifische Interventionsstrategien sind in Tabelle 5 ersichtlich.

Tabelle 5

Symptomspezifische Interventionsstrategien

Funktionelle motorische Symptome	
Funktioneller Tremor	<ul style="list-style-type: none"> - Den bestehenden Tremor mit alternativen, gewollte «Rhythmen» überlagern und allmählich alle Bewegungen bis zur völligen Ruhe verlangsamen - <i>Unilateraler</i> Tremor: Mit der nicht betroffenen Extremität einen neuen Rhythmus vorgeben (z. B. Klopfen, Öffnen und Schliessen der Hand), um den Tremor zum Stillstand zu bringen. Musik kann eingesetzt werden, damit einem Rhythmus gefolgt werden kann - Muskelentspannung, um eine Ko-Kontraktion zu verhindern - Den Tremor in Ruhe versuchen zu kontrollieren, bevor eine Aktivität begonnen wird - Einsatz von eher groben als feinen Bewegungen; beim Schreiben auf grosse Stifte und Darstellung setzen, anstelle der herkömmlichen Schreibschrift - Von Ko-Kontraktion oder dem Anspannen der Muskeln als Methode zur Unterdrückung eines Tremors ist abzuraten, da dies langfristig keine hilfreiche Strategie ist
Funktionelle Zuckungen	<ul style="list-style-type: none"> - Ansprechen von ungünstigen vorschnellen Gedankengängen und Bewegungen (z. B. Anzeichen von Angst, Frustration oder Anstrengung wie das Anhalten des Atems) - Entspannungstechniken wie Zwerchfellatmung oder progressive Muskelentspannung - Sensorische Grounding-Strategien, damit Patient:innen sich in den gegenwärtigen Moment versetzen können (z. B. Details in der Umgebung erfassen: Geräusche, Farben und Gerüche. Sensorische Ablenkung: Erspüren eines strukturierten Gegenstandes, Schnippen eines Gummibandes am Handgelenk. Kognitive Ablenkungen: Singen, Rückwärtszählen) - "Langsame" Bewegungsaktivitäten wie Yoga oder Tai Chi, um die Bewegungskontrolle wiederzuerlangen und die Aufmerksamkeit vom Symptom wegzulenken

Funktionelle Dystonie	<ul style="list-style-type: none"> - Förderung eines optimalen <i>Körperalignements</i> in Ruhe sowie in Aktivität - Förderung einer gleichmässigen Gewichtsverteilung beim Sitzen, Transfer, Stehen und Gehen, um Bewegungsmuster und Muskelaktivität zu normalisieren - Steigerung der Aktivität, um die betroffene Extremität (unter Verwendung normaler Bewegungsmuster) über eine längere Zeitdauer bei Aktivitäten einzubeziehen - Vermeidung von Haltungen, die eine längere Positionierung der Gelenke am Ende des Bewegungsbereichs begünstigen (z. B. vollständige Beugung von Hüfte, Knie oder Knöchel im Sitzen) - Schonung der betroffenen Extremität vermeiden, stattdessen therapeutische Ruhestellungen vermitteln und den Gebrauch der Extremität fördern - Vermittlung von Strategien wie z. B. Muskelentspannungsstrategien, Abstützung der betroffenen Extremität im Ruhezustand, Verwendung von Kissen oder Möbeln zur Gewichtsreduktion der Extremität beim Sitzen oder Liegen - Behandlung der mit Schmerz und Überempfindlichkeit verbundenen Probleme
Funktionelle Schwäche der Extremitäten	<ul style="list-style-type: none"> - Einbezug der Person in Aufgaben, die normale Bewegungen, ein gutes Körperalignement und eine gleichmässige Gewichtsbelastung/ -verlagerung fördern (z. B. Transfers, vom Sitzen zum Stehen, Stehen, Sitzen bei der Körperpflege oder in der Küche, Verwendung der Hand zur Stabilisierung von Gegenständen (zum Vermeiden von <i>learned non-use</i>) und Ablegen der Hand auf der Küchenzeile während dem Essen zuzubereiten im Stehen (anstatt sie an der Seite hängen zu lassen)) - <i>Bilaterale</i> funktionelle Schwäche der unteren Extremität: gemeinsame Therapie mit der Physiotherapie, um im Stehen mithilfe eines Stehbretts Aufgaben mit der oberen Extremität durchzuführen

Funktionelle kognitive Defizite

- Zusammenhang zwischen den kognitiven Funktionen und den möglichen Einflussfaktoren thematisieren. Damit die Patient:innen verstehen, dass ihre kognitiven Funktionen eigentlich intakt sind
- Der Schwerpunkt liegt im «Behandeln» der Einflussfaktoren (Fatigue, Schmerz, Angstzustände, schlechter Schlaf)
- Einbezug von Struktur und Routine (z. B. Tagesablauf/ -plan festhalten, Zeit zum Entspannen einplanen, Nutzung von Kalender und Alarmfunktionen)
- Abgestufte Reduktion der Unterstützung durch Angehörige
- Positive Risikobereitschaft innerhalb der Funktion fördern

Dissoziative (nicht-epileptische) Anfälle

(Sollten am besten von Psychotherapeut:innen behandelt werden)

- In der Ergotherapie die Person fragen, wie im Falle eines Anfalles geholfen werden kann
 - Person in eine verletzungsfreie Umgebung bringen
 - Sicherheit vermitteln, jedoch ständiges Beruhigen, Festhalten & Körperkontakt vermeiden
 - Anwendung sensorischer Grounding-Strategien zur Vorbeugung eines Anfalles
-

In Anlehnung an Nicholson et al. (2020), ergänzt mit eigener Darstellung

Gemäss Nicholson et al. (2020) gilt es zudem die häufigsten Probleme im Zusammenhang mit FNS zu adressieren. Dazu zählen die Hypersensibilität, Angstzustände, Fatigue- und Schmerzmanagement sowie psychisches Trauma. Bezüglich Hypersensibilität wird eine stufenweise Aussetzung gegenüber den Sinneseindrücken, welche im Alltag erlebt werden, empfohlen. Zudem sollten kompensatorische Strategien stufenweise reduziert werden. Ergotherapeut:innen sollten bei *learned non-use* Problemen aufgrund von

Hypersensibilität den Gebrauch der betroffenen Extremität stufenweise erleichtern und gleichzeitig Schutzhaltungen schrittweise reduzieren. Dies führt zu einer abgestuften Aussetzung gegenüber verschiedenen sensorischen Erfahrungen, was zur Normalisierung der Empfindungen beitragen kann. In den USA basieren Behandlungen auch auf der sensorischen Integration nach Jane Ayres. Weiter kann das Assessment *Adolescent/Adult sensory profile (AASP)* zur Entwicklung eines persönlichen Programmes für die Aussetzung gegenüber sensorischen Reizen angewendet werden. Dies kann helfen emotionale Reaktionen besser regulieren zu können, kognitive Funktionen zu verbessern und die Partizipation zu erhöhen. Ausführungen zu den weiteren häufigen Problemen befinden sich im Anhang E.

4.2.2 Kritische Würdigung

In der Einleitung wird das Thema mit diverser Literatur detailliert eingeführt. Das Ziel wird dargelegt, jedoch keine Forschungsfrage definiert. Die Relevanz der Studie wird damit begründet, dass die Rolle der Ergotherapie in der bisherigen Literatur noch fehlt. Das gewählte qualitative Studiendesign nach der Delphi-Methode macht für das Zusammentragen von Expertenmeinungen und der Bildung eines Konsens Sinn. Die Stichprobenziehung wurde nicht beschrieben, auch fehlt eine Begründung der Stichprobengröße. Diese ist jedoch für eine qualitative Studie angemessen. Zudem besteht sie aus einer guten Vielfalt bezüglich Settings und Erfahrung. Die Struktur der Datenerhebung sowie Datenanalyse stimmen mit der Delphi-Methode überein, jedoch werden diese nur grob beschrieben. Die Fragen der Online-Umfrage wurden nicht näher beschrieben, sodass nicht bekannt ist, welche Art von Fragen gestellt wurde. Auch wurde nicht erwähnt, wie oft die letzte Phase zum Erlangen eines Konsenses wiederholt wurde. Zusätzlich ist aufgrund der Wortwahl in der letzten Phase nicht ganz klar, welche Gruppe der Stichprobe genau gemeint ist. Es wird von der «multidisciplinary group» gesprochen, was zum einen die Expertengruppe oder aber alle zusammen sein könnten. Somit ist nicht ganz klar, ob die Ergotherapeut:innen auch involviert waren. Bei der Datenanalyse kann keine Aussage bezüglich Glaubwürdigkeit gemacht werden, da das Vorgehen nicht genauer beschrieben und die analytischen Entscheidungen nicht dokumentiert wurden. Die Ergebnisse werden sehr detailliert dargestellt und sind reichhaltig. Verschiedenste Tabellen sowie Boxen ergänzen den Text sinnvoll. Zitate werden keine einbezogen. Aufgrund von Referenzierungen in den Ergebnissen ist jedoch nicht immer klar ersichtlich,

ob diese nun aus sonstiger Literatur stammen oder von der Expertengruppe aus der Studie. Eine Diskussion weist die Studie nicht auf, sondern nur eine Schlussfolgerung, in welcher die Ergebnisse ganz kurz interpretiert werden. Die Ergebnisse werden jedoch schon im Ergebnisteil mit weiterer Literatur untermauert und ergänzt. Da es keine Forschungsfrage gibt, kann diese auch nicht beantwortet werden. Das definierte Ziel der Studie wurde jedoch erreicht. Die Implikationen für die Praxis lassen sich eher aus dem Ergebnisteil ziehen, als aus der Schlussfolgerung. Das Evidenzlevel der Studie sind Expertenmeinungen, sprich Level IV der AHCPR (nach Blümle et al., 2009).

4.3 Hauptstudie 3: Barriers and enablers to providing community-based occupational therapy to people with functional neurological disorder: An interview study with occupational therapists in the United Kingdom (Nicholson et al., 2022)

4.3.1 Zusammenfassung

Ziel der Studie

Das Ziel dieser Studie ist es, die Barrieren und Förderfaktoren von gemeindenahen Ergotherapieinterventionen bei Patient:innen mit FNS aus Sicht von Ergotherapeut:innen aus Grossbritannien zu ergründen. Zudem will die Studie eine Übersicht über die gängige Praxis der Ergotherapeut:innen im gemeindenahen Setting erstellen.

Methode

Bei dieser qualitativen Studie wurde zur Datenerhebung ein semi-strukturiertes Interview nach dem TDF durchgeführt. Der TDF ist ein verhaltens- und umsetzungsorientiertes Forschungsframework, mit welchem bei der Datenerhebung eine systematische und verständliche Untersuchung von Einflüssen auf die Praxis möglich ist (Phillips et al., nach Nicholson et al., 2022). Die Stichprobe besteht aus 10 Ergotherapeutinnen, welche zwischen 9 bis 23 Jahren Erfahrung in der Ergotherapie sowie 1,5 bis 25 Jahre Erfahrung im gemeindenahen Setting haben. Alle Teilnehmerinnen sind aus England und Schottland. Die Stichprobe wurde durch ein *Purposive Sampling* via Royal College of Occupational Therapists Specialist Section for Neurological Practice (RCOT SSNP) gezogen. Eine E-Mail-Einladung wurde an alle Mitglieder der RCOT SSNP gesendet, mit der Aufforderung, sich bei Interesse zu melden. Neun der Interviews fanden via Telefon und eines Face-to-Face statt.
Joëlle Born & Joëlle Engel

Face statt. Die Audioaufnahmen wurden transkribiert und anonymisiert. Die Datenanalyse erfolgte mit einem 6-stufigen Datenanalyseprozess gemäss dem Leitfaden zur Nutzung des TDF von Atkins et al. (nach Nicholson et al., 2022). In einem ersten Schritt machte sich die Hauptautorin mit den Daten vertraut, im zweiten Schritt wurde eine Probecodierung zur Festlegung der Codierungsstrategie durchgeführt. Im dritten Schritt wurden alle 2'646 Interviewantworten in die passenden TDF-Bereiche codiert. Ähnliche Antworten wurden in einem vierten Schritt in Themen kategorisiert und zusammengefasst, wobei 174 Aussagen entstanden. Die Aussagen wurden klassifiziert in Barriere, Förderungsfaktor oder einem Gemisch aus beidem. Im fünften Schritt wurde die Datensättigung bewertet und in einem abschliessenden Schritt die wichtigen Bereiche, welche ergotherapeutischen Interventionen bei Patient:innen mit FNS im gemeindenahen Setting beeinflussen, anhand der Kriterien von Atkins et al. (nach Nicholson et al., 2022) und Francis et al. (nach Nicholson et al., 2022) identifiziert.

Ergebnisse

Aus den von Nicholson et al. (2022) erfassten Aussagen stellen insgesamt 30 % Barrieren, 34 % Förderfaktoren und 36 % ein Gemisch dar.

Grundsätzlich besteht die Meinung, dass in der Regel bessere therapeutische Ergebnisse erzielt werden, wenn die Behandlung zu Hause/ im gemeindenahen Setting inklusive multidisziplinärer Unterstützung erfolgt. Ausnahmen seien Patient:innen mit einem hohen Grad an Beeinträchtigung oder traumatischen Manifestationen, bei welchen eine stationäre Behandlung sinnvoller sein kann. Ein rechtzeitiger Zugang zu gemeindenaher Ergotherapie ist wichtig, damit eine Chronifizierung und Abhängigkeit verhindert werden kann. Angebot, Qualität und Zugang zur Behandlung variierten jedoch erheblich je nach geografischem Standort. Begrenzte Ressourcen (Fachpersonen/Zeit) erschweren die multidisziplinäre Zusammenarbeit, da die Wartezeiten für die verschiedenen Fachpersonen unterschiedlich lang sind.

Bezüglich der Rolle der Ergotherapie gibt es nicht immer klare Abgrenzungen, weshalb einige die Befürchtung haben, ausserhalb ihrer beruflichen Grenzen zu arbeiten.

Ergotherapeut:innen nehmen oft eine Doppelrolle ein, insbesondere wenn der Bedarf an psychologischen Diensten besteht, jedoch keine Überweisung an die Psychologie möglich ist. Gängige Strategien und ergotherapeutische Interventionen bei der Arbeit mit Patient:innen mit FNS im gemeindenahen Setting bestehen unter anderem in der Edukation über die Diagnose, dem Fatigue- und Schmerzmanagement, dem

Wiedererlernen der ADLs, der abgestuften Zielsetzung, dem abgestuften Üben von Aktivitäten, der Angstbewältigung sowie den Entspannungsstrategien. Auch die Vermittlung von Selbstmanagementstrategien zur Verringerung der Abhängigkeit zu Therapeut:innen gehört für manche zum integralen Bestandteil der Arbeit.

Bei der Frage, ob sich die Behandlung von Patient:innen mit FNS von derjenigen mit anderen neurologischen Erkrankungen unterscheidet, gibt es unterschiedliche Meinungen. Aspekte, welche als Unterschiede genannt wurden, sind die Anwendung von Ablenkungsstrategien sowie Rhythmus, Bereitstellung von Psychoedukation und Unterstützung bei der Identifikation von Symptomtriggern. Klientenzentrierte Ziele zu setzen, wird als wichtig erachtet. Um eine hochwertige Betreuung gewährleisten zu können, wird die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachpersonen als essenziell angesehen. Auch Angehörige werden von fast allen Befragten routinemässig im Rehabilitationsprozess miteinbezogen. Am häufigsten bei der Edukation über die Diagnose und Symptomauslöser sowie Strategien zum Symptommanagement.

Die duale Ausbildung in physischer und psychischer Gesundheit sowie die Kernkompetenzen der Ergotherapie (Aktivitätsanalyse, Rehabilitation durch Einbezug von Aktivität) werden bei der Arbeit mit Patient:innen mit FNS als hilfreich erachtet.

Trotzdem führen begrenzte Ressourcen, fehlende Evidenzbasis und Leitlinien für die Behandlung sowie die Komplexität der Erkrankung dazu, dass die Befragten bei der Arbeit mit Patient:innen mit FNS oft ängstlich oder überfordert sind. Auch führt die dadurch entstandene sub-optimale Betreuung oft zu Frustration. Es werden Bedenken geäußert keine wirksame Behandlung anbieten zu können, da sich viele nicht kompetent genug fühlen. Die Befragten sind motiviert, ihre Fertigkeiten und ihr Wissen im Bereich FNS zu verbessern und sehen in Schulungen einen Mehrwert. Als unterstützend für FNS spezifisches Wissen wird unter anderem die Webseite www.neurosymptoms.org genannt.

Diskussion:

Die Symptome von FNS beeinträchtigen die Betätigungsperformanz der Patient:innen, weshalb die Befragten einen Mehrwert in der gemeindenahen Ergotherapie sehen. Begrenzte Ressourcen werden als Hauptbarriere für eine effektive und rechtzeitige Behandlung sowie multidisziplinäre Zusammenarbeit angegeben. Auch wenn Ergotherapeut:innen sowohl in der physischen als auch psychischen Rehabilitation ausgebildet sind, so sind nicht alle genügend ausgerüstet, um die Folgen schwerer psychischer Gesundheitsprobleme und psychischen Traumata zu handhaben.

Zusätzliches Training, Weiterbildungen und Weiterleitung an Psychologische Dienste könnten erforderlich sein. Allgemein ist ein besserer Zugang zur Edukation über FNS erforderlich. Die Praxis im gemeindenahen Setting unterscheidet sich gemäss Nicholson et al. 2022 nicht gross vom stationären Setting.

4.3.2 Kritische Würdigung

Die Einleitung zeigt die Thematik und Problemstellung anhand verschiedener Literatur auf. Das Ziel der Studie wird konkret dargestellt, jedoch keine Fragestellung daraus formuliert. Ein qualitativer Ansatz zum Erfragen von Meinungen ist zweckmässig, wurde von den Autor:innen jedoch nicht begründet. Die Durchführung von semi-strukturierten Interviews nach einem Leitfaden, hier dem TDF, entspricht dem Studiendesign. Wobei die Wahl des Vorgehens nach TDF begründet wurde. Die Stichprobenziehung sowie die Stichprobengrösse sind für das Design angemessen, letzteres wird mit den Empfehlungen von Francis et al. (nach Nicholson et al., 2022) für Stichprobengrösse bei qualitativen Studien begründet. Die Teilnehmer:innen werden ausreichend beschrieben. Da «community-based» bzw. «gemeindenah» breit gefasst ist, ist das genaue Verständnis des Settings für Ergotherapeut:innen, welche nicht aus Grossbritannien kommen, nicht klar verständlich und bedurfte einiger Recherche. Eine Definition oder Erläuterung der Bezeichnung «community-based» würde zu einem besseren Verständnis verhelfen. Die Vorgehensweise bei der Datenerhebung wird gut beschrieben sowie die erreichte Datensättigung diskutiert. Des Weiteren ist der Interviewleitfaden und die Dokumentation der Datensättigung unter Zusatzmaterial aufgeführt. Jedoch herrschten bei der Datenerhebung ungleiche Bedingungen, da nicht alle Interviews gleich erhoben wurden; eine Person wurde persönlich befragt, die restlichen via Telefon. Die Datenanalyse wurde sehr detailliert beschreiben und immer wieder referenziert. Zudem werden in Tabellen Ausschnitte aus der Analyse, wie zum Beispiel Teile der Codierung, dargestellt. Es wurden laufend Cross-Checks zwischen zwei Autor:innen durchgeführt, um die Voreingenommenheit zu minimieren, die Konsistenz in der Codierung zu gewährleisten sowie den analytischen Rigor zu verbessern. Dies erhöht die Glaubwürdigkeit. Die Ergebnisse werden verständlich aufgeführt und immer wieder mit Zitaten aus den Interviews untermauert. In der Diskussion lag der Fokus eher auf den Barrieren als auf den Förderfaktoren, jedoch werden die Ergebnisse nachvollziehbar diskutiert sowie mit weiterer Literatur verknüpft. Mögliche Bias der Autor:innen werden in den Limitationen

nicht erwähnt (z. B. Purposive Sampling). Das Ziel der Studie wurde erreicht. Eine Fragestellung konnte nicht beantwortet werden, da keine vorlag. Das Evidenzlevel der Studie sind Expertenmeinungen, sprich Level IV der AHCPR (nach Blümle et al., 2009).

4.4 Hauptstudie 4: Sensory Processing Difficulties in Patients with Functional Neurological Disorder: Occupational Therapy Management Strategies and Two Cases (MacLean et al., 2022)

4.4.1 Zusammenfassung

Ziel der Studie

Das Ziel der Studie wird nicht explizit erwähnt. Jedoch versucht die Studie mittels einer Fallanalyse das sensorisch basierte ambulante Ergotherapieprogramm für FNS am Massachusetts General Hospital aufzuzeigen. Dafür wird vorgängig die Rolle der Ergotherapie im multidisziplinären Behandlungsansatz erklärt sowie die *sensorischen Verarbeitungsschwierigkeiten* bei Patient:innen mit FNS erläutert. Anhand von zwei Fallbeispielen wird das Programm anschliessend vertieft angeschaut.

Methode

Beim Studiendesign handelt es sich um eine Fallstudie. Diese illustriert anhand von zwei verschiedenen Fällen das sensorisch basierte ambulante Ergotherapieprogramm für FNS. Die Stichprobe besteht aus zwei Patient:innen, welche seit einem bzw. drei Jahren FNS Symptome aufweisen und das Programm durchlaufen haben. Die Daten für die Fallbeschreibungen wurden durch die Sichtung der medizinischen Krankenakten der beiden Patient:innen erhoben.

Intervention

Das Programm basiert auf dem Sensory Modulation Program von Champagne (nach MacLean et al., 2022), kurz SMP, sowie den Praxis Guidelines der AOTA, den FNS spezifischen Ergotherapie Empfehlungen und den sensorisch basierten Ergotherapieansätzen im psychiatrischen Setting. Bei der ersten Befunderhebung werden die sensorische Vorgeschichte, die motorische Performanz, die kognitiven Beschwerden sowie Veränderungen in der Performanz der Alltagsaktivitäten erfasst. Dadurch sollen unter anderem sensorische Empfindlichkeiten, Vermeidungs- oder Suchverhalten,

Warnzeichen sowie positive bzw. negative Bewältigungsstrategien identifiziert werden. Das COPM, welches die Performanz in den Alltagsaktivitäten misst, wird verwendet, um individuelle Behandlungsziele zu definieren sowie den Fortschritt über die ganze Therapiedauer zu messen. Gemäss den Autor:innen kann das COPM bei Patient:innen mit FNS helfen, Verbesserungen in den Alltagstätigkeiten zu erkennen, selbst wenn keine Verbesserung der FNS Symptome erreicht wurde. Die Zielsetzung wird in jeder Therapie individuell festgelegt und ist oft ein wiederkehrender Prozess, da es sein kann, dass Patient:innen gelegentlich auf bereits erreichte Ziele zurückkommen müssen. Die Therapiedauer variiert zwischen ein bis sechs Monaten. Es findet eine ambulante Therapieeinheit pro Woche statt. Die Fortschritte werden im 30-Tage-Intervall erfasst. In der Tabelle 6 sind die vier grundlegenden Kernprinzipien bzw. Ziele des Programmes aufgeführt. Folgende Assessments werden in der ersten Zielphase angewendet: Das Adolescent/Adult Sensory Profile (AASP) wird eingesetzt, um die sensorischen Verarbeitungsmuster der Patient:innen während den Alltagsaktivitäten zu erfassen. Die Sensory-Motor Preference Checklist, mit diversen Aktivitäten zur Anregung verschiedener Sinne, soll das Verständnis der eigenen Tendenzen sowie Präferenzen fördern. Daraus können die Patient:innen Aktivitäten heraussuchen, welche sie als beruhigend, erregend, irritierend oder eine Kombination davon empfinden. Basierend auf all diesen Informationen wird eine sensorischen «Diät» entwickelt, um angepasste sensorische Verhaltensweisen zu fördern.

Tabelle 6

Kernprinzipien und Behandlungsstrategien des Programmes

Kernprinzipien	Assessment/ Behandlungsstrategien
1. Ziel: Erleichterung der Selbstwahrnehmung von sensorischen Verarbeitungsschwierigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Adolescent/Adult Sensory Profile (AASP) - Sensory-Motor Preference Checklist - Edukation über das individuelle sensorische Profil und die Selbstregulierung
2. Ziel: Erforschung von Selbstregulierungsstrategien durch Ausprobieren verschiedener sensorischer Modalitäten und sensomotorischen Erfahrungen	<ul style="list-style-type: none"> - Sensorische «Diät» erstellen: ein personalisierter, ausgewogener und abgestufter Zeitplan mit sensorischen Aktivitäten. Die «Diät» zielt darauf ab, ein «genau richtiges» Erregungsniveau zu erreichen, bei dem der eigene Erregungs-zustand für die anstehende Aufgabe angemessen ist. <p>Zu den Strategien der sensorischen «Diät» gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensorische «Mahlzeiten»: Regelmässig durchgeführte Aktivitäten, die die Selbstregulierung fördern (z. B. beschwerende Decke in der Nacht)

	<ul style="list-style-type: none"> - Sensorische «Snacks»: Nach Bedarf ausgeführte Aktivitäten, die den Körper entspannen und fokussiert halten (z. B. Kaugummi, Anti-Stress Ball) - Umgebungsunterstützung: Geringe Anpassungen der Umgebung (z. B. Möbel umstellen, Anzünden einer Kerze) - Freizeit: Aktivitäten/Aufgaben, die zum Spass und zur Freude ausgeführt werden (z. B. Kochen, Malen)
3. Ziel: Erweiterung/ Verfeinerung der Selbstregulationsfähigkeiten, durch Einbezug ihrer sensorischen «Diät» in der häuslichen und gemeindenahe Umgebung	<ul style="list-style-type: none"> - Unabhängige und langfristige Anwendung und Anpassung der sensorischen «Diät»
4. Ziel: Erweiterung des Repertoires/ Verbesserung der Fähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Anwendung und Verfeinerung der erlernten Fähigkeiten in einer Vielzahl von Situationen/ Settings

In Anlehnung an MacLean et al. (2022)

Folgende zwei Fälle wurden zur Veranschaulichung des Programmes aufgezeigt:

Fall 1: Ann, eine 23-jährige Frau, seit 3 Jahren mit FNS Symptomen. Sie hat dissoziative Anfälle, eine linksseitige Schwäche mit intermittierendem Gleichgewichtsverlust, eine Gangunsicherheit und leidet unter häufigem Fallenlassen von Objekten. Als Auslöser für ihre Symptome gilt Stress. Das mit dem AASP ermittelte sensorische Verarbeitungsmuster von Ann, zeigte eine niedrige Registrierung von sensorischen Reizen, Überempfindlichkeit und überdurchschnittlich hohe Reizvermeidung sowie überdurchschnittlich niedrige Reizsuche. Anhand des COPM konnte sie folgende Ziele definieren: Aktivitäten durchführen, ohne zu fallen oder zu stolpern, bei mehreren Aktivitäten das Gleichgewicht behalten, Aktivitäten beenden, ohne vermehrt Sachen fallen zu lassen, im Alltag weniger Objekte touchieren und die Stressoren zu bewältigen. Mithilfe der Checkliste und anschliessendem Ausprobieren wurden folgende Selbstregulationsstrategien bzw. Anns sensorische «Diät» zusammengestellt: Als hilfreiche sensorische «Mahlzeiten» identifizierte sie das Benutzen von Therapieketten, einer Gewichtsdecke in der Nacht sowie eine ausgeglichene Tagesroutine mit festen Zeiten für Entspannungsübungen und Pausen. Das Kaugummikauen, um während dem Autofahren fokussiert zu bleiben, wurde als «Snack» eingestuft. Weiter gab sie an, dass ihr das alleine Zeit verbringen in einer ruhigen Umgebung sowie progressive Muskelentspannung halfen, sich ausgeglichen zu fühlen. Schwierigkeiten der Körperwahrnehmung wurden durch *Sensory-Enhanced Yoga* angegangen. Das Ziel bestand darin, dass Ann ausreichend sensorische Inputs erhält, um ein besseres Körperbewusstsein zu erlangen, während gleichzeitig eine sensorische Überlastung vermieden wird (z. B. beim Autofahren). In den weiteren Therapieeinheiten

zeigte Ann Verbesserungen in der Selbstwahrnehmung ihrer sensorischen Präferenzen sowie Tendenzen und konnte die Strategien eigeninitiativ anwenden. Ihr COPM Score verbesserte sich um 3.6 Punkte in der Zufriedenheit und 5 Punkte in der Betätigungsperformanz. Auch berichtete sie über weniger Stürze, Stolpern oder Fallenlassen der Objekte und die Stressbewältigung wurde als verbessert und zufriedenstellend angesehen. Die Therapie war nach 7 Einheiten abgeschlossen.

Fall 2: Evan, 42-jährig, seit einem Jahr mit FNS Symptomen. Er leidet an dissoziativen Anfällen, Gesichtszuckungen, Stottern sowie Fatigue. Als Auslöser gelten Angst sowie Stress. Das AASP von Evan zeigte eine niedrige Registrierung von sensorischen Reizen, eine durchschnittliche Sensibilität und eine überdurchschnittlich hohe Reizvermeidung sowie überdurchschnittlich niedrige Reizsuche. Mit Hilfe des COPM konnte Evan folgende Ziele definieren: Gesichtszuckungen kontrollieren, wieder Autofahren, wieder Arbeiten gehen, Durchführung einer Alltagsroutine, zwischendurch weniger schlafen sowie Entscheidungen schneller treffen können. Da Evan beruhigende Aktivitäten durch den Tag für das Management seiner dissoziativen Anfälle helfen, wurde ihm für seine sensorische «Diät» das Schaukeln im Vierfüßlerstand gezeigt. Weiter identifizierte Evan als hilfreiche «Mahlzeiten» tiefes Atmen, Meditation und Sensory-Enhanced Yoga. Zur Verhinderung von körperlicher und kognitiver Überlastung wurde ihm aufgezeigt, wie die Aktivitäten der sensorischen «Diät» zur Förderung des Pacings sowie zur Erstellung einer ausgewogenen Tagesstruktur/ -routine eingesetzt werden können. Nach 30 Tagen wurde das COPM wiederholt und eine deutliche Verbesserung festgestellt. Evan meinte, dass die «Mahlzeiten» ihm im Alltag helfen, die Anzahl seiner Anfälle zu reduzieren sowie Stress und Angstzustände zu lindern. Zudem berichtete er über eine verbesserte Toleranz gegenüber Menschenmengen, eine schnellere Entscheidungsfindung und fühlte sich bereit, wieder arbeiten zu gehen. Das Autofahren konnte er erst 2.5 Monate nach Abschluss der Behandlung wieder aufnehmen. Sein COPM Score verbesserte sich um 2.2 Punkte in der Zufriedenheit und 3.4 Punkte in der Betätigungsperformanz. Die Therapie wurde nach 7 Einheiten abgeschlossen.

Diskussion

Das Programm hat hauptsächlich bei Patient:innen mit *paroxysmaler* FNS eine Relevanz, insbesondere bei denjenigen, welche angeben, dass sensorische Erfahrungen ihre Symptome auslösen und/oder verstärken. Durch die Tatsache, dass beide Fälle

multidisziplinär behandelt wurden, kann nicht gesagt werden, dass der Erfolg der Therapie nur auf die Ergotherapie zurückzuführen ist.

4.4.2 Kritische Würdigung

MacLean et al. (2022) führen das Thema mit vielfältiger Literatur zu sensorischen Verarbeitungsschwierigkeiten bei Patient:innen mit FNS, den Arten sensorischer Verarbeitungsmuster sowie der Beschreibung des sensorisch basierten ambulanten Ergotherapieprogramms für FNS nachvollziehbar ein. Es werden jedoch weder das Ziel der Studie noch die Fragestellung explizit erwähnt. Einzig die Inhaltsschwerpunkte der Studie werden im Abstract kurz erläutert. Aufgrund der fehlenden Fragestellung kann nicht beurteilt werden, ob das Studiendesign der Fallstudie passend gewählt ist. Weiter ist nicht bekannt, wie und aus welchen Gründen genau die beiden Fälle ausgewählt wurden. Es werden jedoch verschiedene Symptome, Geschlechter sowie Alter abgedeckt, wodurch die Stichprobe repräsentativ für die Population scheint. Die Datenerhebung erfolgte durch die Sichtung der medizinischen Krankenakte der Teilnehmer:innen. Eine genaue Dokumentation des Vorgehens sowie Angaben dazu, wer die Datenerhebung durchgeführt hat, fehlen jedoch. Auch fehlen Angaben zur Datenanalyse. Daher ist die Glaubwürdigkeit nicht gegeben. Die Studie wurde vom Mass General Brigham Human Research Committee abgesegnet. In der Diskussion wurden die Ergebnisse knapp beurteilt sowie mögliche Forschungsgebiete aufgezeigt. Der Übertrag in die Berufspraxis wird nicht weiter diskutiert. Die Generalisierbarkeit auf andere Fälle ist aufgrund des Studiendesigns nur bedingt möglich. Jedoch wird das Programm durch die genaue Darstellung der Fälle gut veranschaulicht. Die Autor:innen zeigen keine Limitationen ihrer eigenen Arbeit auf. Das Evidenzlevel der Studie ist Level IV der AHCP (nach Blümle et al., 2009).

5 Diskussion

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, Interventionen zur ergotherapeutischen Behandlung bei Menschen mit FNS zusammenzutragen. Die in der Literatur gefundenen Interventionen werden nachfolgend zusammengefasst, zur besseren Übersicht anhand des CMOP-E dargestellt sowie durch Ergotherapeut:innen aus der Praxis bezüglich Praktikabilität diskutiert.

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Interventionen aus den vier Hauptstudien ergänzen sich gut und widersprechen sich grundsätzlich nicht. Die Studie von Nicholson et al. (2020) deckt einen sehr vielfältigen Bereich des Krankheitsbildes FNS ab, während sich die Studie von Dahlhauser et al. (2017) nur mit den motorischen Symptomen der FNS befasst und sich die Studie von MacLean et al. (2022) hauptsächlich auf die sensorische Verarbeitung konzentriert. Nicholson et al. (2022) ist hingegen sehr allgemein gehalten. Zwei der Hauptstudien stellen ein Programm vor während die anderen zwei allgemeine Interventionsempfehlungen liefern.

5.1.1 Zusammenfassung der Ergebnisse in Verbindung zum CMOP-E

Die Ergebnisse aus den vier Hauptstudien wurden den drei Dimensionen des CMOP-E zugeteilt. Die Zusammenstellung ist in der Tabelle 7 veranschaulicht. Der Fokus wurde hauptsächlich auf die Performanzkomponenten bzw. die Person gelegt, wobei die anderen beiden Dimensionen in relevanten Fällen auch zugeteilt wurden.

Die Interventionen wurden immer denjenigen Performanzkomponenten, welchen die zu behandelnden Symptome angehörig sind, zugeteilt. Das heisst zum Beispiel, dass eine Intervention, welche bei motorischen Symptomen angewendet wird bzw. hilfreich sein kann, den motorischen Performanzkomponenten zugeteilt wird. Die Zuteilung wurde sofern möglich, aus den entsprechenden Studien entnommen. Das bedeutet, dass diejenigen Interventionen, welche in den Studien explizit einem Symptom zugeteilt wurden, ohne weitere Interpretation in die Tabelle übertragen wurden (schwarze Kreuze). Wenn die Intervention für FNS allgemein erwähnt wurden, ohne Spezifizierung bezüglich Symptomen, wurde dies von den Verfasserinnen persönlich interpretiert und den relevanten Performanzkomponenten zugeteilt (blaue Kreuze). Sofern eine Intervention von mehreren Studien erwähnt wurde, sowohl für FNS allgemein wie auch symptomspezifisch,

so kann es sein, dass einige Kreuze durch die Verfasserinnen interpretiert wurden und andere Kreuze durch die Studie gegeben sind.

Die physische Performanzkomponente wurde in der Darstellung zudem in die Teilbereiche motorisch und sensorisch unterteilt. Dies ist nicht Bestandteil des Modells, sondern eine zusätzliche Änderung der Verfasserinnen zur besseren Veranschaulichung der Ergebnisse hinsichtlich der Fragestellung.

Die Verfasserinnen sind der Meinung, dass manche symptom-spezifischen Interventionen auch bei anderen Symptomen angewendet werden können. Diese sind in der Tabelle aber nicht angekreuzt, da die Zuteilung den Studien entnommen wurde, ohne weitere Interpretation. Ein Beispiel dafür stellt das Heimprogramm für die Zeit nach der Behandlung dar, welches gemäss Studienerwähnung nur den motorischen Performanzkomponenten zugeteilt wurde, jedoch gemäss Verfasserinnen allen Symptomen bzw. Performanzkomponenten zugeteilt werden könnte.

Tabelle 7

Einordnung der Ergebnisse ins CMOP-E

Interventionsbestandteile	CMOP-E Dimensionen											
	Spiritualität	Person				Betätigung			Umwelt			
		Motorisch	Sensorisch	Affektiv	Kognitiv	Selbstversorgung	Produktivität	Freizeit	Physische	Soziale	Institutionelle	Kulturelle
Erfassen der motorischen Performanz beim Erstkontakt		X	X	X	X							
Veränderungen in den ADL erfassen beim Erstkontakt		X	X	X	X	X						
Erfassen der sensorischen Vorgeschichte		X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Durchführung der Sensory-Motor Preference Checklist		X	X	X	X							
Durchführung des AASP (Adolescent/Adult Sensory Profile)		X	X	X	X	X	X	X				
Durchführung des COPM		X	X	X	X	X	X	X				
Durchführung des OCAIRS		X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Durchführung des OSA		X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Edukation über die Diagnose betreiben		X	X	X	X							
Selbstmanagement-Strategien erarbeiten/umsetzen		X	X	X	X	X	X	X				
Unterstützung bei der Identifikation von Symptomtrigger		X	X	X	X				X	X		
Verbesserung der Selbstwahrnehmung		X	X	X	X							
Stärkung der Kontrollüberzeugung		X										
Unterstützung beim Wiedererlernen der ADL		X	X	X	X	X						
Abgestuftes Üben von Aktivitäten		X	X	X	X	X	X	X				
Einbezug der Angehörigen in den Therapieprozess		X	X	X	X					X		
Schmerzmanagement		X	X	X	X							
Fatigue-Management		X		X	X	X	X	X				
Schlafhygiene betreiben					X	X						
Einbezug von Tagesstruktur/ -routine: Z. B. Tagesablauf/ -plan festhalten, Zeit zum Entspannen einplanen, Nutzung von Kalender und Alarmfunktionen		X	X	X	X	X	X	X				

Interventionsbestandteile	CMOP-E Dimensionen											
	Person				Betätigung			Umwelt				
	Spiritualität	Physisch		Affektiv	Kognitiv	Selbstversorgung	Produktivität	Freizeit	Physische	Soziale	Institutionelle	Kulturelle
Motorisch		Sensorisch										
Schienenanfertigung inkl. Instruktion → wenn möglich darauf verzichten		X							X			
Hilfsmittelabgabe → während akuten Phasen oder Rehabilitation wenn möglich darauf verzichten		X							X			
Umweltanpassungen → während akuten Phasen oder Rehabilitation wenn möglich darauf verzichten		X	X						X			
Anwendung von nicht konkreten Instruktionen (z. B. «erlauben sie sich, nach vorne zu kommen) anstelle von konkreten Instruktionen (z. B. «machen sie einen Schritt nach vorne»)		X										
Anwendung von Ablenkungsstrategien und Rhythmus		X										
Geteilte Aufmerksamkeitsübungen anwenden		X										
Training der Grobmotorik anhand von Alltagsaktivitäten		X			X	X	X					
Training der Feinmotorik anhand von Alltagsaktivitäten		X			X	X	X					
Spiele für die Feinmotorik		X										
Normale Bewegungsmuster während Alltagsaktivitäten üben		X			X	X	X					
Positive Verstärkung normaler Bewegungsmuster		X										
Ignorieren/ Ablenken von falschen Bewegungsmustern		X										
«langsame» Bewegungsaktivitäten wie Yoga, Tai Chi anwenden		X										
Förderung eines optimalen Körperalignements		X										
Förderung gleichmässiger Gewichtsbelastung/ -verlagerung		X										
Re-Edukation der Muskeln		X										
Verwendung von Videofeedback		X										
Entspannungstechniken anwenden wie z. B.:		X	X	X	X							
- Zwerchfellatmung		X				X	X	X				
- Progressive Muskelentspannung		X				X	X	X				
Angstbewältigung/ Angst-Management Strategien		X	X	X	X							

Interventionsbestandteile	CMOP-E Dimensionen											
	Person					Betätigung			Umwelt			
	Spiritualität	Physisch		Affektiv	Kognitiv	Selbstversorgung	Produktivität	Freizeit	Physische	Soziale	Institutionelle	Kulturelle
Motorisch		Sensorisch										
Psychoedukation betreiben		X	X	X	X							
Einbezug von Strategien aus der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) wie z. B.:	X	X	X	X	X							
- Thematisieren ungünstiger Verhaltensmuster/Überzeugungen	X	X	X	X	X							
- Positives Reframing negativer Gedanken	X	X	X	X	X							
Strategien zur Selbstregulation einführen/anwenden		X	X	X	X							
Entwicklung einer sensorischen «Diät»:												
- Sensorische «Mahlzeiten»: Regelmässig durchgeführte Aktivitäten, die die Selbstregulierung fördern (z. B. beschwerende Decke in der Nacht)												
- Sensorische «Snacks»: Nach Bedarf ausgeführte Aktivitäten, die den Körper entspannt und fokussiert halten (z. B. Kaugummi, Anti-Stress Ball)		X	X	X	X	X	X	X	X	X		
- Umgebungsunterstützung: Geringe Anpassungen der Umgebung (z. B. Möbel umstellen, Anzünden einer Kerze)												
- Freizeit: Aktivitäten/ Aufgaben, die zum Spass und zur Freude ausgeführt werden (z. B. Kochen, Malen)												
Sensorische Grounding-Strategien erarbeiten/anwenden: z. B. Details in der Umgebung erfassen: Geräusche, Farben und Gerüche. Sensorische Ablenkung: Erspüren eines strukturierten Gegenstandes, Schnippen eines Gummibandes am Handgelenk. Kognitive Ablenkungen: Singen, Rückwärtszählen		X	X						X			
Stufenweise Reizaussetzung in Alltagsaktivitäten			X			X	X	X	X			
Sensorische Integration nach Jane Ayres			X									
Reduktion von Schutzhaltungen/learned non-use		X	X									
Berufliche Rehabilitation		X	X	X	X		X		X	X	X	
Pflegepersonen (Pflegepersonal sowie Angehörige) zur aktiven Pflege instruieren		X	X	X	X	X				X	X	
Unterstützung beim Stellen von Anträgen an Behörden		X	X	X	X	X					X	

Interventionsbestandteile	CMOP-E Dimensionen											
	Person				Betätigung			Umwelt				
	Spiritualität	Physisch		Affektiv	Kognitiv	Selbstversorgung	Produktivität	Freizeit	Physische	Soziale	Institutionelle	Kulturelle
Motorisch		Sensorisch										
Unterstützung bei Wohnungswechsel/Wohnungsanpassungen → nur bei Chronifizierungen oder vorhandenen Triggern in der Wohnung anwenden		X	X	X	X				X			
Erstellen eines Heimprogrammes für die Zeit nach dem Abschluss der Therapie		X										
Rückfallpräventionsplan erstellen → beinhaltet z. B. Aspekte wie hilfreiche Strategien, Vorgehen bei Verschlechterung der Symptome oder Ziel für die nächsten Monate		X	X	X	X							
Vermittlung an Peer-Unterstützungsorganisationen		X	X	X	X					X		

Eigene Darstellung. Anmerkung: Die Interventionsbestandteile stammen aus den vier Hauptstudien: Dahlhauser et al. (2017), MacLean et al. (2022), Nicholson et al. (2020) & Nicholson et al. (2022)

5.1.2 Beurteilung der Ergebnisse auf die Praktikabilität durch Ergotherapeutinnen aus der Praxis

Die Ergebnisse aus den Hauptstudien wurden zur Überprüfung der Praktikabilität an Schweizer Ergotherapeut:innen der Neurologie sowie Psychosomatik, welche mit Patient:innen mit FNS arbeiten, verschickt. Die Erhebung erfolgte mithilfe eines Fragebogens (siehe Anhang F), welcher aus den in der CMOP-E Tabelle (Tabelle 7) zusammengetragenen Interventionen zusammengestellt wurde. Bei jeder Intervention galt es zu beurteilen, ob diese bereits angewendet wird, sie sich vorstellen könnten, diese anzuwenden, diese nicht umsetzbar oder unbekannt ist. Insgesamt vier Ergotherapeut:innen der Neurorehabilitation sowie zwei Ergotherapeut:innen der Psychosomatik haben den Fragebogen ausgefüllt. Die durch die Verfasserinnen ausgewerteten und zusammengefassten Ergebnisse werden nachfolgend aufgeführt. Die Antworten wurden den jeweiligen Antwortkategorien nach der Mehrheit (4 Antworten oder mehr) zugeteilt. Gab es keine Mehrheit, wurden sie den Kategorien «Komplette Uneinigkeit», «Uneinigkeit mit Tendenz zu anwendbar» sowie «Uneinigkeit mit Tendenz zu nicht anwendbar» zugeteilt.

Bereits angewendete Interventionen

Die Ergotherapeut:innen erfassen beim Erstkontakt die Veränderungen in den ADL sowie die motorische Performanz, welche aber auch von der Physiotherapie erhoben wird. Die Unterstützung bei der Identifikation von Symptomtriggern, die Verbesserung der Selbstwahrnehmung, die Vermittlung von Selbstmanagement-Strategien oder der Schlafhygiene sind weitere Interventionen, welche mehrheitlich umgesetzt werden. Auch das Wiedererlernen der ADL's, die Reduktion von Schutzhaltung oder learned non-use, sowie das Gehen mit stufenweiser Gewichtssteigerung (z. B. mit einem Wäschekorb) zählen dazu. Angehörige werden wann immer möglich in den Therapieprozess miteinbezogen. Die Grob- und Feinmotorik werden von der Mehrheit nicht isoliert, sondern anhand von Alltagsaktivitäten trainiert. Zudem werden Spiele zum Trainieren der Feinmotorik eingesetzt. Hierbei achten die Ergotherapeut:innen bei beiden Interventionen darauf, den Fokus nicht auf die Funktion, sondern auf die Handlung, welche als Ablenkung fungiert, zu legen. Dasselbe gilt für das Üben normaler Bewegungsmuster während Alltagsaktivitäten. Beobachtete normale Bewegungsmuster werden positiv verstärkt. Dabei können gemäss den Ergotherapeut:innen, falls erlaubt, Videos hilfreich sein. Das

Ignorieren/Ablenken von falschen Bewegungsmustern wird von allen angewendet, mit der Anmerkung, dass nicht zu viel Fokus auf die Ereignisse gelegt werden sollte. Das Ignorieren wird jedoch als therapeutische Herausforderung angesehen. Im abgestuften Üben von Aktivitäten sehen die Ergotherapeut:innen den Vorteil, dass Erfolge ermöglicht werden können, wodurch Vertrauen gefasst und die Motivation gesteigert wird. Ein Grossteil der Befragten wendet Rhythmus oder Ablenkungsstrategien wie z. B. Zungenbrecher oder das rückwärts Aufzählen von Wochentagen/Monaten an. Geteilte Aufmerksamkeitsübungen werden von der Mehrheit einbezogen, wobei manche auch das Üben mit Ablenkung als Handeln mit geteilter Aufmerksamkeit ansehen. Die Förderung einer gleichmässigen Gewichtsbelastung/ -verteilung wird oft während Aktivitäten eingebaut, fällt jedoch auch in den Bereich der Physiotherapie, weshalb sich hier die Professionen überschneiden. Das Erstellen einer Tagesstruktur/ -routine wenden alle Ergotherapeut:innen an, zum Teil anhand der EMS. Die Mehrheit wendet auch Entspannungsstrategien an, jedoch nicht unbedingt die Erwähnten (Zwerchfellatmung oder progressive Muskelentspannung). Es werden eher Dinge einbezogen, die den Patient:innen guttun, z. B. anhand des Mini-Aktivitäten-Ansatzes. Das Fatigue-Management wird, falls indiziert, von den meisten angewendet, zum Teil anhand der EMS. Vereinzelt wird jedoch auch kritisch hinterfragt, ob dies zu viel Fokus auf die Defizite legt. Es instruieren alle Ergotherapeutinnen die Pflegenden zur aktiven Pflege, wobei *interdisziplinäre* Absprachen als sehr wichtig angesehen werden.

Uneinigkeit mit Tendenz zu anwendbar

Die Edukation über die Diagnose ist zum Teil aufgrund von fehlenden Kompetenzen oder Zuständigkeiten anderer Professionen wie den Ärzt:innen und der Psychologie eine Intervention, welche nur tendenziell durchgeführt wird. Trotzdem wird die Wichtigkeit anerkannt. Bezüglich des Einbezugs von Strategien aus der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT), wie z. B. Thematisierung ungünstiger Verhaltensmuster oder positives Reframing negativer Gedanken, waren sich die Ergotherapeutinnen etwas uneinig. Obwohl dies eher der Psychotherapie zugeschrieben wird, tendiert die Mehrheit jedoch dazu, dass die aufgelisteten Strategien auch in der Ergotherapie anwendbar sind. Auch das Schmerzmanagement könnten sie sich, je nach Indikation, tendenziell vorstellen anzuwenden. Eine stufenweise Reizaussetzung in Alltagsaktivitäten wird in der Tendenz als anwendbar betrachtet, z. B. anhand des ÖV-Trainings oder Einkaufens. Dasselbe gilt

für die Verwendung von Videofeedback, welches laut einigen Ergotherapeut:innen auch sehr gewünscht und hilfreich für die Patient:innen ist.

Unbekannte Interventionen

Bezüglich Erfassung war der Mehrheit der Ergotherapeut:innen die Erhebung der sensorischen Vorgeschichte, die Durchführung des OCAIRS, des AASP sowie der Sensory-Motor Preference Checklist nicht bekannt. Weiter waren die Anwendung von nicht konkreten Instruktionen anstelle von konkreten Instruktionen, die sensorischen Grounding-Strategien, die Entwicklung einer sensorischen «Diät» sowie das Erstellen eines Rückfallpräventionsplans unbekannt.

Nicht anwendbare Interventionen

Bezüglich Hilfsmittelabgaben sowie Umwelthanpassungen betonte die Mehrheit der Ergotherapeut:innen, dass sie darauf, wenn möglich, verzichten. Hilfsmittel sollten laut ihnen nur punktuell mit den Ergotherapeut:innen zusammen eingesetzt werden. Ist eine Abgabe unbedingt notwendig, so achten die Ergotherapeut:innen darauf, die Zeit der Verwendung schrittweise zu reduzieren, mit dem Ziel, das Hilfsmittel schlussendlich gar nicht mehr zu benutzen. Auch bei der Schienenanfertigung inkl. Instruktion war sich die Mehrheit einig, dass sie dies, sofern nicht unbedingt notwendig, aufgrund der Kontraindikation nicht anwenden.

Uneinigkeit mit Tendenz zu nicht anwendbar

Die Unterstützung beim Stellen von Anträgen an Behörden ordnen die Ergotherapeut:innen tendenziell nicht ihrer Profession, sondern dem Sozialdienst zu. Auch die Zwerchfellatmung und die progressive Muskelentspannung werden tendenziell der Physiotherapie zugeschrieben. Unterstützung beim Wohnungswechsel bzw. Wohnungsanpassungen könnten sich zwar einige Ergotherapeut:innen vorstellen anzubieten, das Hauptproblem wird jedoch in den fehlenden Ressourcen gesehen. Dazu kommt, dass die Durchführung je nach Arbeitssetting z. B. im akuten/stationären Setting, gar nicht umsetzbar ist. Die verschiedenen Settings führen auch bei der Vermittlung an Peer-Unterstützungs-Organisationen zu unterschiedlichen Meinungen. Es stellte sich zudem die Frage nach vorhandenen Organisationen in der Schweiz und ob das Interesse bei den Patient:innen dafür überhaupt besteht. Auch die Re-Edukation der Muskeln und

die sensorische Integration nach Jane Ayres betrachten die Ergotherapeutinnen in der Tendenz als nicht anwendbar.

Komplette Uneinigkeit

Bei der Durchführung des COPM waren sich die Befragten komplett uneinig. Manchen ist es unbekannt, andere können es sich im ambulanten, aber nicht im stationären Setting vorstellen und wieder andere machen es standardisiert beim Eintritt. Bei der Durchführung des OSA zeigt sich ein ähnliches Bild. Bezüglich der Förderung des optimalen Körperalignements sowie der Anwendung langsamer Bewegungsaktivitäten wie Tai Chi oder Yoga herrscht komplette Uneinigkeit, da dies zum Teil nicht der Ergotherapie, sondern der Physiotherapie zugeschrieben wird. Andere sagen, dass sie diese zwar nicht in der Ergotherapie selbst durchführen, jedoch die Patient:innen auf diese Aktivitäten aufmerksam machen. Beim Thema Angstbewältigung sowie Psychoedukation gibt es komplett unterschiedliche Ansichten. Einige wenden dies punktuell an, andere gaben an, dass dies vor allem durch die Psychologie bzw. den Neuropsychosomatischen Dienst aufgegriffen wird. Die Stärkung der Kontrollüberzeugung sowie Strategien zur Selbstregulation werden von der einen Hälfte angewendet und von der anderen Hälfte als unbekannt angegeben. Aufgrund verschiedener Arbeitssettings gibt es bei den Befragten auch bezüglich beruflicher Rehabilitation unterschiedliche Meinungen. Zudem werden zeitliche und geografische Grenzen als hinderlich angegeben. Weiter herrscht bezüglich des Erstellens eines Heimprogrammes für die Zeit nach Abschluss der Behandlung komplette Uneinigkeit. Einige sind der Meinung, dass dies im stationären Setting nicht anwendbar ist, da die Patient:innen im Anschluss an den stationären Aufenthalt weiter ambulante Therapie erhalten und die Behandlung somit meist noch nicht abgeschlossen ist. Andere wenden das Erstellen eines Heimprogrammes an, jedoch eher bezüglich Alltagsbewältigung anstelle eines Übungsprogrammes mit dem Fokus auf Defiziten.

Beziehungsgestaltung

Im Allgemeinen schenken die Ergotherapeut:innen dem Beziehungsaufbau viel Beachtung und Zeit. Es ist ihnen wichtig, die Patient:innen ernst zu nehmen, ihnen das Gefühl zu vermitteln, dass sie verstanden werden, ihnen mit Offenheit zu begegnen sowie Vertrauen aufzubauen. Für das Eingehen auf die Gefühle und die Bedürfnisse wird zum Teil die *gewaltfreie Kommunikation* hinzugezogen. Zur Optimierung der Beziehungsgestaltung

oder des Umgangs mit Patient:innen werden auch Erfahrungen aus dem interdisziplinären Team eingeholt.

5.2 Bezug zu anderen Quellen sowie theoretischem Hintergrund

Edukation der Diagnose / Fachwissen bezüglich FNS

Bei der Behandlung von Patient:innen mit FNS besteht ein zentraler Punkt in der Edukation der Diagnose (Nicholson et al., 2020; Nicholson et al., 2022). Die Wichtigkeit der Edukation für den Behandlungserfolg bestätigen auch Barbey et al. (2022) und Petrochilos et al. (2020). Gleichwohl fehlt Gesundheitsfachpersonen jedoch oftmals das nötige Fachwissen bezüglich FNS (Barbey et al., 2022; Nicholson et al., 2022).

Nicholson et al. (2022) haben in ihrer Studie aufgezeigt, dass Ergotherapeut:innen, welche mit Patient:innen mit FNS arbeiten, Schulung bezüglich FNS als wichtig empfinden und motiviert wären, sich mehr Fachwissen anzueignen. Den Mehrwert von FNS Schulungen haben auch Barbey et al. (2022), welche in ihrer Studie die erste multidisziplinäre FNS-Klinik der Schweiz vorstellen, erkannt. In der Klinik werden bereits Schulungen für die Physiotherapie, Psychologie und Pflege bezüglich Therapieprinzipien bei FNS durchgeführt sowie Vorlesungen an medizinischen Universitäten gehalten (Barbey et al., 2022). Von der Ergotherapie ist jedoch nicht die Rede.

Als hilfreiche Informationsquelle für Fachpersonen, aber auch Patient:innen und Angehörige, wird wiederholt die Onlineressource www.neurosymptoms.org erwähnt (Barbey et al., 2022; Gardiner et al., 2018; Nicholson et al., 2022). Sowie ergänzend von Barbey et al. (2022) das Informationsvideo auf der Internetseite des Inselspitals Bern. Die FNS Vereinigung Schweiz hat zudem zum Ziel, regionale Selbsthilfegruppen zu fördern, Betroffene zu vernetzen sowie Aufklärungsarbeit zu leisten (Zimmermann, o. J.). Dazu hilft auch ihre kürzlich erstellte Internetseite www.fns-schweiz.ch.

Setting

Bezüglich Settings wird in der Studie von Nicholson et al. (2022) erwähnt, dass abgesehen von Patient:innen mit einem hohen Grad an Beeinträchtigung grundsätzlich bessere therapeutische Ergebnisse erzielt werden, wenn die Behandlung zu Hause / im gemeindenahen Setting, anstatt stationär, stattfindet. Barbey et al. (2022) unterstützen diese Aussage. Sie empfehlen wenn möglich ein ambulantes Setting, damit Patient:innen in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. Einen stationären Aufenthalt empfehlen sie

wiederum bei mangelndem Fortschritt der ambulanten Behandlung oder bei sehr komplexen, schweren und chronischen Fällen. Dies mit der Begründung, dass dadurch eine höhere Behandlungsintensität möglich ist und zudem die Umwelt- und sozialen Faktoren eingeschränkt werden, welche möglicherweise die Symptome verstärken (Barbey et al., 2022).

Schwierigkeiten beim Abschliessen der Therapie / Selbstmanagement

Nicholson et al. (2020) erwähnen, dass bei Patient:innen mit noch bestehenden Symptomen, Schwierigkeiten beim Abschliessen der Therapie auftauchen können, weshalb eine verbale Vereinbarung zu Beginn der Therapie empfehlenswert sei. Gardiner et al. (2018) hingegen gehen einen Schritt weiter und empfehlen zur Vorbeugung dieses Problems die Ausarbeitung eines Therapievertrages, welcher das Festlegen realistischer Erwartungen sowie Regeln für das Nichterscheinen festhält. Zudem können Therapieberichte und schriftliche Instruktionen während des Entlassungsprozesses hilfreich sein. Eine weitere Hilfestellung liegt laut Gardiner et al. (2018) im Ausarbeiten eines Selbstmanagementplans für den gesamten Therapieprozess, wobei das Selbstmanagement durch die schrittweise Reduktion der Therapieeinheiten unterstützt wird, was wiederum möglichen Schwierigkeiten dem Abschluss vorbeugen kann. Die Unterstützung des Selbstmanagements wird auch von Nicholson et al. (2020) und Nicholson et al. (2022) sowie von Petrochilos et al. (2020), als integraler Bestandteil in der Therapie von Menschen mit FNS angesehen.

Ein Selbstmanagementplan soll laut Nielsen et al. (2014) Strategien und Übungen enthalten, welche sich während der Therapie als hilfreich erwiesen haben. Zudem soll er zeitlich realistische Ziele sowie Strategien, welche die Rückkehr zu nicht hilfreichen Verhalten verhindern, enthalten (z. B. Pacing, abgestufte Aktivitäts-/ Übungspläne zur Vermeidung von *Boom and Bust*-Verhalten) (Nielsen et al., 2014).

Abweichungen zur Behandlung von anderen neurologischen Erkrankungen

Psychoedukation

Bezüglich des Unterschieds zwischen der ergotherapeutischen Behandlung von Patient:innen mit FNS und derjenigen bei anderen neurologischen Erkrankungen erwähnten Nicholson et al. (2022) unter anderem die Anwendung von Psychoedukation. Darunter verstehen Barbey et al. (2022) das Erarbeiten von psychoedukativem Wissen mit den Patient:innen zusammen sowie anhand eines Therapieheftes mit individuellen Notizen

(z. B. identifizierte Auslöser, effektive Bewältigungsstrategien, Übungen für Zuhause, Reflexionen oder Beobachtungen der Patient:innen sowie der Therapeut:innen).

Identifikation von Symptomtriggern

Ein anderer Unterschied besteht gemäss Nicholson et al. (2022) in der Identifikation von Symptomtriggern. Diesbezüglich können laut Barbey et al. (2022) bei allen Symptomen der funktionellen neurologischen Störung Symptomtagebücher hilfreich sein. Bei diesen geht es darum, die Gedanken, das Verhalten sowie die extrinsischen und intrinsischen Faktoren zu ergründen, welche mit den Symptomen zusammenhängen. Dadurch können geeignete Bewältigungsstrategien entwickelt werden, wobei unter anderem auch die selektive Aufmerksamkeitsfokussierung bzw. Ablenkung ein wichtiger Bestandteil ist (Barbey et al., 2022).

Ablenkung

Ablenkungsstrategien und Rhythmus sind ein weiterer Aspekt, welcher sich laut Nicholson et al. (2022) von der Behandlung bei anderen neurologischen Erkrankungen unterscheidet. Gemäss Nicholson et al. (2020) sind Ablenkungsstrategien bei funktionellen motorischen Symptomen hilfreich. In keiner der Studien wird dieser Aspekt jedoch weiter vertieft. Laut Nielsen et al. (2014) zielen Ablenkungsstrategien hauptsächlich darauf ab, dass die selbst gerichtete Aufmerksamkeit reduziert wird, die Patient:innen ihre Bewegungen nicht kognitiv kontrollieren sowie automatische Bewegungen gefördert werden. Dies kann unter anderem durch Veränderung der motorischen Aufmerksamkeit erreicht werden wie z. B. an einen anderen Teil der Bewegung denken oder schnelle, rhythmische, ungewohnte oder unvorhersehbare Bewegungen durchführen (Nielsen et al., 2014). Auch können geteilte Aufmerksamkeitsübungen zur Förderung automatischer Bewegungen hilfreich sein (Barbey et al., 2022). Unter solchen Übungen verstehen Barbey et al. (2022) z. B. während dem Laufen einen Ball prellen, in die Hände klatschen oder sich auf das Rechnen konzentrieren.

Die Ablenkung kann auch auf kognitiver Ebene erzielt werden, z. B. anhand von Konversationen, Musik oder mentalen Aufgaben, wie Rechnen (Nielsen et al., 2014). Weiter können Visualisierungstechniken als Ablenkung fungieren, indem sich die Patient:innen während der Durchführung der Aktivität eine motorisch flüssigere Bewegung oder etwas Angenehmes vorstellen. Visualisierung kann jedoch auch kontraproduktiv sein,

wenn die Patient:innen die Aufmerksamkeit während der Bewegung zusätzlich auf die Symptome richten (Nielsen et al., 2014).

Gemäss Ranford et al. (2018) können sensorisch basierte Interventionen, nicht nur zur Verbesserung der sensorischen Verarbeitung, Emotionsregulation und als Bewältigungsstrategien, sondern auch als Ablenkungsstrategie zur Förderung normaler Bewegungsmuster eingesetzt werden. Beispiele dafür sind die Reduktion des Handtremors durch die Manipulation von Meditationskugeln sowie die Förderung der Konzentration und Teilhabe an Aktivitäten während der Therapie mithilfe von Rumpfstabilisation und Wippen auf einem Gymnastikball (Ranford et al., 2018).

Hilfsmittelabgabe

Die Abgabe von Hilfsmitteln während der Akutphase wird nicht nur in der Studie von Nicholson et al. (2020) kritisch betrachtet, sondern auch in der Studie von Gardiner et al. (2018) sowie Nielsen et al. (2014). Sie betonen beide die Wichtigkeit, dies möglichst zu unterlassen (Gardiner et al., 2018; Nielsen et al., 2014).

Fatigue-, Schmerz- und Angstmanagement

Das Fatigue- und Schmerzmanagement ist nicht nur in der Mehrheit der Hauptstudien, sondern auch in der multidisziplinären Behandlung von Petrochilos et al. (2020) und Barbey et al. (2022) ein Teil der Ergotherapie. Wobei Petrochilos et al. (2020) zusätzlich auch das Angstmanagement der Ergotherapie zuschreibt.

Beziehungsgestaltung und mögliche Interessenskonflikte

Die Unterstützung bei Anträgen auf Leistungs- und Versicherungsansprüche schreiben Nicholson et al. (2020) den Aufgaben der Ergotherapie zu. Barbey et al. (2022) sind jedoch der Meinung, dass dies nicht in die Ergotherapie gehören sollte, sondern Aufgabe der Hausärzte sei, damit mögliche Interessenskonflikte vermieden werden können. Das Ziel sei nur die therapeutische Beziehung zu den Patient:innen und nicht das fungieren als Expert:innen für deren finanziellen oder sozialen Anliegen. Weiter fügen Barbey et al. (2022) an, dass eine angemessene therapeutische Beziehungsgestaltung von grosser Wichtigkeit für den Behandlungserfolg ist. Patient:innen sollten einerseits die Möglichkeit erhalten viele Kontrollerfahrungen machen zu können und andererseits aber ein beständiges Team, klare Strukturen und Sicherheit erfahren (Barbey et al., 2022).

Wichtigkeit der Multidisziplinarität

Im theoretischen Hintergrund wird erwähnt, dass eine multidisziplinäre Behandlung inkl. Ergotherapie eine bestmögliche Behandlung bei FNS gewährleistet (Aybek & Perez, 2022; FND Hope International, o. J.-c; Saifee et al., 2012). Diese Aussage unterstützen auch Barbey et al. (2022), Gardiner et al. (2018), Nicholson et al. (2022) und Petrochilos et al. (2020), in dem sie die Wichtigkeit der multidisziplinären Behandlung betonen.

5.3 Beantwortung der Fragestellung

Diese Arbeit befasste sich mit folgender Fragestellung:

Welche Interventionen werden nach Best Practice in der Ergotherapie bei Patient:innen mit funktioneller neurologischer Störung, bei verminderten motorischen, sensorischen oder kognitiven Funktionen angewendet?

In der Tabelle 7 sind alle gefundenen Interventionen aufgelistet, welche gemäss aktueller Literatur in der Ergotherapie bei Patient:innen mit funktioneller neurologischer Störung nach Best Practice angewendet werden. Zusätzlich wurden sie den CMOP-E Dimensionen zugeteilt. Die Tabelle soll als Hilfestellung für die Auswahl von geeigneten Interventionen bei der Behandlung von Patient:innen mit FNS je nach motorischen, sensorischen sowie kognitiven Symptomen dienen. Die Zuteilung ist jedoch nicht abschliessend und es bedarf immer an zusätzlicher eigener Interpretation bezüglich der Machbarkeit bei den betroffenen Funktionen.

Bei der Zuordnung der Ergebnisse ins CMOP-E zeigte sich, dass sich die meisten Interventionen auf die motorischen oder sensorischen Funktionen beziehen.

Interventionen für die kognitiven Funktionen werden weniger häufig erwähnt.

Deshalb kann die Fragestellung nicht für alle Funktionen gleichstehend beantwortet werden. Auch kann nicht abschliessend beurteilt werden, ob alle Interventionen in der vorliegenden Arbeit zusammengetragen wurden.

Aufgrund der grossen Vielfalt an Symptomen, welche FNS beinhaltet, ist es nicht möglich, eine verallgemeinerbare Empfehlung abzugeben, welche Interventionen bei Patient:innen mit FNS anwendbar sind und welche nicht. Bei der Behandlung muss auf alle Symptome einzeln eingegangen werden und es bedarf immer einer guten Überlegung, was genau das Ziel ist, bevor die geeignete Intervention dazu ausgewählt wird.

6 Schlussfolgerung

6.1 Theorie-Praxis Transfer

Aus der Beurteilung der Praktikabilität durch Schweizer Ergotherapeut:innen lassen sich folgende Schlussfolgerungen für die Praxis ableiten:

Ein Grossteil der Interventionen aus den vier Hauptstudien ist gut übertragbar in die Praxis bzw. wird bereits im Praxisalltag angewendet. In diesen Interventionen besteht eine grosse Ressource, auf welche sich auch weiterhin gestützt werden kann. Insbesondere die Tatsache, dass die Vermittlung von Selbstmanagementstrategien in der Praxis bereits angewendet wird, ist von grosser Bedeutung, da dies als zentraler Bestandteil bei der Behandlung von FNS angesehen wird (Nicholson et al., 2020; Nicholson et al., 2022; Petrochilos et al., 2020). Weiter wird dem Aspekt der therapeutischen Beziehung sowohl in der Literatur (Nicholson et al., 2020; Nicholson et al., 2022) wie auch in der Praxis grosse Beachtung geschenkt, was gemäss Barbey et al. (2022) massgebend zum Behandlungserfolg beiträgt. Auch die Aspekte der Ablenkung sowie Identifikation der Symptomtrigger finden in der Praxis bereits Einzug. Des Weiteren entspricht auch die gut überlegte Hilfsmittelabgabe sowie Schienenanfertigung in der Praxis bereits den Empfehlungen von Gardiner et al. (2018), Nicholson et al. (2020), sowie Nielsen et al. (2014).

Trotzdem hat die Befragung auch gezeigt, dass die Ergotherapeut:innen im Schweizer Kontext tendenziell noch wenig Erfahrung in der Behandlung von Patient:innen mit FNS mitbringen.

Dies spiegelt sich auch bei der Edukation der Diagnose wider. So wird deren Wichtigkeit in der Praxis zwar erkannt, jedoch aufgrund von mangelndem Fachwissen, oftmals nicht oder nur ungerne durchgeführt. Dies deckt sich mit der Aussage von Nicholson et al. (2022). Da die Edukation für den Behandlungserfolg jedoch zentral ist (Barbey et al., 2022; Petrochilos et al., 2020), sehen die Verfasserinnen hier ein Handlungsfeld. Die von Barbey et al. (2022), Gardiner et al. (2018) und Nicholson et al. (2022) empfohlene Internetseite www.neurosymbols.com sowie das von Barbey et al. (2022) empfohlene Informationsvideo auf der Internetseite des Inselspitals Bern stellen hierfür sicherlich eine Ressource dar, welche auch im Schweizer Kontext verwendet werden kann.

Das fehlende Wissen führt auch dazu, dass in der Praxis manche Interventionen grundsätzlich unbekannt sind. Dies sind vor allem Interventionsbestandteile aus der Studie von McLean et al. (2022) wie das AASP, die Sensory-Motor Preference Checklist, die Erfassung der sensorischen Vorgeschichte oder das Erstellen einer sensorische «Diät». Daraus lässt sich schlussfolgern, dass das sensorisch basierte ambulante Ergotherapie Programm für FNS im Ganzen zum momentanen Zeitpunkt im Schweizer Kontext nicht umsetzbar ist. Für die Umsetzung müsste ein grosser Schulungsaufwand betrieben werden, was aufgrund von fehlenden zeitlichen sowie personellen Ressourcen nicht realistisch scheint. Denn die Befragung hat auch aufgezeigt, dass begrenzte Ressourcen nicht nur in der Studie von Nicholson et al. (2022) als Hindernis für die Behandlung angesehen werden, sondern auch in der Praxis. Wodurch z.B. die Unterstützung beim Wohnungswechsel bzw. bei Wohnungsanpassungen als tendenziell nicht umsetzbar angegeben wird.

Weitere, durch fehlendes Wissen, unbekannte oder tendenziell nicht anwendbare Interventionen, sind die sensorischen Grounding-Strategien, die Anwendung von nicht konkreten Instruktionen, die Durchführung des OCAIRS, die sensorische Integration nach Jane Ayres sowie der Rückfallpräventionsplan. Auch hier bedarf es an Einarbeitungszeit bzw. Schulung, bevor die Interventionen in der Praxis umgesetzt werden könnten.

Die Tatsache, dass sich die Ergotherapeut:innen aus der Praxis doch auch bei einem grossen Teil der Interventionen uneinig sind, ist abgesehen vom unterschiedlichen Fachwissen, auch auf die verschiedenen Arbeitssettings in der Ergotherapie zurückzuführen. Die Studie von Nicholson et al. (2022) besagt zwar, dass sich die Behandlung von Patient:innen mit FNS stationär sowie ambulant nicht stark unterscheiden, die Meinungen aus der Praxis widersprechen dem jedoch bei einigen Interventionen. Beispiele hierfür sind die berufliche Rehabilitation, die Unterstützung beim Wohnungswechsel bzw. bei Wohnungsanpassungen, die Durchführung des COPM, das Erstellen eines Heimprogrammes sowie die Vermittlung an Peer-Unterstützungsorganisationen. Es lässt sich also nicht generalisierend sagen, welche Interventionen, egal ob symptomspezifisch oder nicht, durchgängig in der Praxis angewendet werden können und welche nicht. Es bedarf immer einer individuellen Beurteilung je Setting.

Bezüglich der Vermittlung an Peer-Unterstützungsorganisationen könnte die Internetseite www.fns-schweiz.ch der FNS Vereinigung Schweiz eine hilfreiche Ressource für die Praxis darstellen.

Die Beurteilung der Praktikabilität hat aufgezeigt, dass es bei einigen Interventionen Überschneidungen mit anderen Professionen gibt. Die Ergotherapeut:innen nennen hierfür bei der Überschneidung mit der Physiotherapie die langsamen Bewegungsaktivitäten, die Förderung des optimalen Körperalignements, die Zwerchfellatmung und progressive Muskelentspannung, die gleichmässige Gewichtsbelastung sowie das Erfassen der motorischen Performanz. Überschneidend mit der Psychologie bzw. dem Neuropsychosomatischen Dienst sind die Psychoedukation, das Angstmanagement, die Edukation der Diagnose und die Aspekte aus der kognitiven Verhaltenstherapie. Dem Sozialdienst schreiben die Ergotherapeut:innen die Unterstützung bei Anträgen auf Leistungen und Versicherungsansprüchen zu sowie den Ärzt:innen auch die Edukation. Weiter sind bezüglich der Instruktion zur aktiven Pflege Absprachen im Team wichtig. Dies verdeutlicht, dass gute interdisziplinäre Absprachen und eine enge Zusammenarbeit mit den anderen beteiligten Professionen von grosser Bedeutung für die Praxis sind.

Die Interventionen aus den Hauptstudien decken sich grösstenteils mit den Aufgabenbereichen der Ergotherapie in der multidisziplinären Behandlung (Barbey et al., 2022; Petrochilos et al., 2020). Wobei die Studie von Dahlhauser et al. (2017) sogar ein multidisziplinäres Programm aufzeigt. Dadurch kann geschlussfolgert werden, dass die empfohlenen Interventionen aller vier Hauptstudien dem Aspekt der Multidisziplinarität gerecht werden bzw. zu einer bestmöglichen Behandlung von Patient:innen mit FNS beitragen.

Abschliessend lässt sich aber sagen, dass in der Praxis allgemein noch ein Fachwissensmangel bezüglich FNS vorhanden ist, welcher zuerst angegangen werden muss, um den Grossteil der in dieser Arbeit empfohlenen Interventionen in die Praxis umsetzen zu können.

6.2 Limitationen

Eine grosse Limitation dieser Arbeit besteht in der begrenzten Studienlage. Aufgrund der spärlich vorhandenen Literatur wurden zwei Studien derselben Hauptautorin eingeschlossen. Diese befassen sich inhaltlich jedoch nicht direkt mit denselben Themenschwerpunkten. Des Weiteren sind sowohl in den Hauptstudien wie auch in den Studien, welche für die Diskussion einbezogen wurden, teilweise nicht nur dieselben Hauptautor:innen beteiligt, sondern auch die Co-Autor:innen wiederholen sich. Dadurch sind die Ergebnisse nicht ganz so unabhängig voneinander und ziehen das Risiko mit sich, dass sich persönliche Bias der Autor:innen durch mehrere Studien ziehen könnte. Zudem weisen alle vier Hauptstudien durchschnittlich eine mässige Studienqualität sowie ein niedriges Evidenzlevel auf. Beides spiegelt jedoch die aktuelle Literaturlage zur Ergotherapie bei FNS wider. Eine weitere Limitation besteht darin, dass in den gefundenen ergotherapiespezifischen Studien nur wenige Interventionen zu verminderten kognitiven Funktionen beschrieben sind. Der Schwerpunkt unserer Arbeit liegt daher hauptsächlich auf den motorischen sowie sensorischen Symptomen.

Mögliche Übersetzungsfehler oder Verzerrungen der Bedeutung können nicht ausgeschlossen werden, da die einbezogene Literatur in Englisch verfasst ist. Zudem sind einige Interventionen nur vage beschrieben, sodass nicht gewährleistet werden kann, dass diese gemäss Intention der Autor:innen der Studie verstanden wurden. Dadurch gestaltet sich auch der Übertrag in die Praxis schwierig. Weiter erfolgte eine zum Teil subjektive Zuordnung der Ergebnisse in die Dimensionen des CMOP-E, weshalb diese, trotz kritischer Diskussion, durch die Interpretationen der Verfasser:innen beeinflusst ist. Bei der Bewertung der Praktikabilität muss die limitierte Anzahl Ergotherapeut:innen (n=6) beachtet werden. Sowie die Tatsache, dass die bisherige Erfahrung der befragten Ergotherapeut:innen bezüglich der Behandlung bei FNS teilweise niedrig ist (ein bis zwei Patient:innen mit FNS). Aus diesen Gründen ist die Bewertung nur bedingt repräsentativ für die Ergotherapeutische Praxis der Schweiz. Zudem wurden die Fragebogen online erfasst, was keine Gegenfragen zulies, wodurch nicht sichergestellt werden kann, ob alle Ergotherapeut:innen dasselbe unter den Interventionen verstanden haben.

6.3 Weiterer Forschungsbedarf / weiterführende Fragen

Die Literaturlage bezüglich Ergotherapie bei FNS fällt noch limitiert aus, was auch an den Limitationen dieser Arbeit ersichtlich ist. Es gibt zwar momentan ein paar Studien mit Best Practice Empfehlungen zu ergotherapeutischen Interventionen bei Patient:innen mit FNS. Es benötigt jedoch weitere Forschung zur Überprüfung der Interventionen auf ihre Evidenz. Dadurch können evidenzbasierte Empfehlungen geschaffen werden. Den in dieser Arbeit vorgestellten Studie fehlt es an grösseren Stichproben sowie teilweise an Vergleichsgruppen, weshalb die Ergebnisse nicht generalisierbar sind und zum Teil keine Rückschlüsse zulassen. Dies zeigt, dass grundsätzlich mehr Forschung nötig ist.

Weiter würde mehr Forschung im Schweizer Kontext helfen, um die Herausforderungen im Theorie-Praxis-Transfer zu minimieren.

Bezüglich Interventionen bei funktionellen kognitiven Symptomen gibt es bisher am wenigsten Literatur, weshalb dazu noch weitere Forschung benötigt wird.

Gemäss der einbezogenen Literatur unterscheiden sich die Interventionen in den verschiedenen Settings nicht relevant, durch die Beurteilung der Ergotherapeut:innen der Praxis jedoch teilweise schon. Diesbezüglich wäre es daher interessant herauszufinden, wo die Unterschiede in der Behandlung von Patient:innen mit FNS in den verschiedenen Settings liegen.

Des Weiteren stellt sich die Frage, ob aufgrund des Mangels an FNS spezifischem Fachwissen in der Praxis, die Edukation über dieses Krankheitsbild bereits in der ergotherapeutischen Ausbildung vermittelt werden sollte. Die Verfasserinnen gehen davon aus, dass dies einen wichtigen Beitrag für die Implikation im Berufsalltag leisten kann.

Literaturverzeichnis

- Ackermann, G., Elkeles, T., Kilian, H. & von Räden, U. (2021, 18. Oktober). *Good Practice / Best Practice in der Gesundheitsförderung*. BZgA Leitbegriffe. Abgerufen am 10. April 2023, von <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/good-practice-best-practice-in-der-gesundheitsfoerderung/>
- American Occupational Therapy Association [AOTA]. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4. Auflage). *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(Suppl. 2), 1-87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- American occupational therapy association. [AOTA]. (o. J.). *Practice Settings*. Abgerufen am 30. April 2023, von <https://www.aota.org/practice/practice-settings/community-based-services>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. Auflage). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aybek, S. & Perez, D. L. (2022). Diagnosis and management of functional neurological disorder. *BMJ*, o64. <https://doi.org/10.1136/bmj.o64>
- Barbey, A., Aybek, S., Pjanic, I. & Studer, H. (2020). Funktionelle neurologische Störungen: Pathophysiologie, Diagnostik und mögliche Therapieansätze. *Psychiatrie – Neurologie*, 20-24.
- Barbey, A., Pjanic, I., Studer, H., Bischoff, N., Bassetti, C. L. A. & Aybek, S. (2022). Management of Functional Neurological Disorders (FND): Experience from a Swiss FND Clinic. *Clinical and Translational Neuroscience*, 6(1). <https://doi.org/10.3390/ctn6010002>
- Blümle, A., Meerpohl, J. J., Wolff, R. & Antes, G. (2009). Evidenzbasierte Medizin und systematische Übersichtsarbeiten: Die Rolle der Cochrane Collaboration. *Der MKG-Chirurg*, 2(2), 86-92. <https://doi.org/10.1007/s12285-009-0081-6>
- Bode, H., Schröder, H. & Waltersbacher, A. (2008). *Heilmittel-Report 2008: Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie: Eine Bestandsaufnahme*. Schattauer Verlag.
- Carson, A. & Lehn, A. (2016). Chapter 5—Epidemiology. In M. Hallett, J. Stone, & A. Carson (Hrsg.), *Handbook of Clinical Neurology* (Bd. 139). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00005-9>

- Dahlhauser, S. E., Theuer, A. & Hollman, J. (2017). Satisfaction and Occupational Performance in Patients with Functional Movement Disorder. *Open Journal of Occupational Therapy (OJOT)*, 5(2), 1–7. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1287>
- Egle, U. & Ecker-Egle, M.-L. (2020). Funktionelle/dissoziative neurologische Störungen. In U. T. Egle, C. Heim, B. Strauss & R. von Känel (Hrsg.), *Psychosomatik. Neurobiologisch fundiert – evidenzbasiert* (1. Auflage). Kohlhammer.
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz & Arbeitsgemeinschaft Schweizerische Schulen für Ergotherapie. (2005). *Berufsprofil Ergotherapie*. Abgerufen am 10. März 2023, von <https://www.ergotherapie.ch/download.php?cat=6JLvL2DYoAPKasSNvUf3Dw%3D%3D&id=82>
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS]. (2023). *Ergotherapie*. Abgerufen am 23. März 2023, von <https://www.ergotherapie.ch/ergotherapie-de/>
- Espay, A. J., Aybek, S., Carson, A., Edwards, M. J., Goldstein, L. H., Hallett, M., LaFaver, K., LaFrance, W. C., Lang, A. E., Nicholson, T., Nielsen, G., Reuber, M., Voon, V., Stone, J. & Morgante, F. (2018). Current Concepts in Diagnosis and Treatment of Functional Neurological Disorders. *JAMA neurology*, 75(9), 1132–1141. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.1264>
- FND Hope International. (o. J.-a). *Symptoms*. Abgerufen am 15. März 2023, von <https://fndhope.org/fnd-guide/symptoms/>
- FND Hope International. (o. J.-b). *What is FND*. Abgerufen am 15. März 2023, von <https://fndhope.org/fnd-guide/>
- FND Hope International. (o. J.-c). *FND Treatment*. Abgerufen am 15. März 2023, von <https://fndhope.org/fnd-guide/treatment/>
- Gardiner, P., MacGregor, L., Carson, A. & Stone, J. (2018). Occupational therapy for functional neurological disorders: A scoping review and agenda for research. *CNS Spectrums*, 23(3), 205–212. <https://doi.org/10.1017/S1092852917000797>
- Habermann, C., Kolster, F. & Arts, M. (2020). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (3. überarbeitete Auflage). Georg Thieme Verlag.
- Halleman, A., Verbeque, E. & Van de Walle, P. (2020). Chapter 14—Motor functions. In A. Gallagher, C. Bulteau, D. Cohen & J. L. Michaud (Hrsg.), *Handbook of Clinical Neurology* (Bd. 173, S. 157–170). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64150-2.00015-0>
- Inselspital, Universitätsklinik für Neurologie. (2019). *Patienteninformation zu funktionellen neurologischen Störungen* [PDF]. Abgerufen am 5. August 2022, von

<http://www.neurologie.insel.ch/fileadmin/Neurologie/Dokumente/Psychosomatik/Flyer-Patienteninformation-zu-funktionellen-neurologischen-Stoerungen.pdf>

- Kola, S. & LaFaver, K. (2021). Functional movement disorder and functional seizures: What have we learned from different subtypes of functional neurological disorders? *Epilepsy & Behavior Reports*, 18, 100510. <https://doi.org/10.1016/j.ebr.2021.100510>
- Kola, S. & LaFaver, K. (2022). Updates in Functional Movement Disorders: From Pathophysiology to Treatment Advances. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 22(5), 305–311. <https://doi.org/10.1007/s11910-022-01192-9>
- MacLean, J., Finkelstein, S. A., Paredes-Echeverri, S., Perez, D. L. & Ranford, J. (2022). Sensory Processing Difficulties in Patients with Functional Neurological Disorder: Occupational Therapy Management Strategies and Two Cases. *Seminars in Pediatric Neurology*, 41, 100951. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2022.100951>
- Naimer, C. & Piso, B. (2015). *Ambulante neurologische Rehabilitation: Erreichung der definierten Ziele bei SchlaganfallpatientInnen*. [Projektbericht]. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment. https://eprints.hta.lbg.ac.at/1071/1/DSD_92.pdf
- National Cancer Institute. (o. J.). *NCI Dictionary of Cancer Terms*. Abgerufen am 10. April 2023, von <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/best-practice>
- Nielsen, G., Stone, J., Matthews, A., Brown, M., Sparkes, C., Farmer, R., Masterton, L., Duncan, L., Winters, A., Daniell, L., Lumsden, C., Carson, A., David, A. S. & Edwards, M. (2014). Physiotherapy for functional motor disorders: A consensus recommendation. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 86(10), 1113–1119. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2014-309255>
- Nicholson, C., Edwards, M. J., Carson, A. J., Gardiner, P., Golder, D., Hayward, K., Humblestone, S., Jinadu, H., Lumsden, C., MacLean, J., Main, L., Macgregor, L., Nielsen, G., Oakley, L., Price, J., Ranford, J., Ranu, J., Sum, E. & Stone, J. (2020). Occupational therapy consensus recommendations for functional neurological disorder. *Journal of Neurology*, 91(10), 1037–1045. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-322281>
- Nicholson, C., Francis, J., Nielsen, G. & Lorencatto, F. (2022). Barriers and enablers to providing community-based occupational therapy to people with functional neurological disorder: An interview study with occupational therapists in the United

- Kingdom. *British Journal of Occupational Therapy*, 85(4), 262–273. <https://doi.org/10.1177/03080226211020658>
- Petrochilos, P., Elmalem, M. S., Patel, D., Louissaint, H., Hayward, K., Ranu, J. & Selai, C. (2020). Outcomes of a 5-week individualised MDT outpatient (day-patient) treatment programme for functional neurological symptom disorder (FNSD). *Journal of Neurology*, 267(9), 2655–2666. <https://doi.org/10.1007/s00415-020-09874-5>
- Popkirov, S. (2020). *Funktionelle neurologische Störungen: Erkennen, verstehen, behandeln*. Springer-Verlag.
- Popkirov, S. & Hoheisel, M. (2020). Funktionelle neurologische Störungen: Vom Stigma der Hysterie lösen. *Deutsches Ärzteblatt*. 31-32(112), 1504-1508. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=214835>
- Ranford, J., Perez, D. L. & MacLean, J. (2018). Additional occupational therapy considerations for functional neurological disorders: A potential role for sensory processing. *CNS Spectrums*, 23(3), 194–195. <https://doi.org/10.1017/S1092852918000950>
- Ris, I., & Preusse-Bleuler, B. (2015). *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal [AICA] eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen der Bachelorstudiengänge im Departement Gesundheit ZHAW.
- Saifee, T. A., Kassavetis, P., Pareés, I., Kojovic, M., Fisher, L., Morton, L., Foong, J., Price, G., Joyce, E. M. & Edwards, M. J. (2012). Inpatient treatment of functional motor symptoms: A long-term follow-up study. *Journal of Neurology*, 259(9), 1958–1963. <https://doi.org/10.1007/s00415-012-6530-6>
- Scaffa, M. E. & Reitz, S. M. (2008). *Occupational therapy in community-based practice settings* (2. Auflage). F. A. Davis Company.
- Scheepers, C. (2015). Ambulante Versorgung. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie vom Behandeln zum Handeln* (5. Auflage). Thieme.
- Stone, J. (o. J.-a). *Functional gait disorder*. FND Guide. Abgerufen am 11. April 2023, von <https://neurosymptoms.org/en/symptoms/fnd-symptoms/functional-gait-disorder/>
- Stone, J. (o. J.-b). *Functional dystonia*. FND Guide. Abgerufen am 11. April 2023, von <https://neurosymptoms.org/en/symptoms/fnd-symptoms/functional-dystonia/>
- Townsend, E. A. & Polatajko H. J. (2013) *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation* (2. Auflage). Canadian Association of Occupational Therapists.

- Townsend. (2002). *Enabling occupation : an occupational therapy perspective* (überarbeitete Auflage). Canadian Association of Occupational Therapists.
- Volz, H.-P. (2000). Kognitive Prozesse—Eine Einführung. In H.-P. Volz, S. Kasper, H.-J. Möller, G. Sachs, A. Höse, H.-J. Möller & S. Kasper (Hrsg.), *Die Rolle der Kognition in der Therapie Schizophrener Störungen*. Deutscher Universitätsverlag.
https://doi.org/10.1007/978-3-322-83446-1_2
- Whiting, D. L., Perry, K. N. & Riashi, M. (2019). A clinician's quick guide of evidence-based approaches: Functional neurological symptom disorder (conversion disorder). *Clinical Psychologist*, 23(2), 177–179. <https://doi.org/10.1111/cp.12192>
- Wirtz, M. A. (2022, 06.Oktober). *Sinnesfunktionen*. Dorsch Lexikon der Psychologie. Abgerufen am 12. März 2023 <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/sinnesfunktionen>
- World Health Organization. (2019). 6B60 Dissociative neurological symptom disorder. In *International statistical classification of diseases and related health problems* (11. Ausgabe). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1069443471>
- Zimmermann, L. (o. J.). *Tätigkeiten*. FNS Vereinigung Schweiz. Abgerufen am 02. Mai 2023, von <https://www.fns-schweiz.ch/was-wir-tun>

Zusatzverzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 CMOP-E.....	14
-------------------------	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Erläuterung der Dimensionen des CMOP-E	15
Tabelle 2 Schlüsselwörter, Keywords und Synonyme	16
Tabelle 3 Ein- und Ausschlusskriterien	17
Tabelle 4 Ausgewählte Hauptstudien	18
Tabelle 5 Symptomspezifische Interventionsstrategien	26
Tabelle 6 Kernprinzipien und Behandlungsstrategien des Programmes	34
Tabelle 7 Einordnung der Ergebnisse ins CMOP-E.....	40

Wortzahl

Bachelorarbeit: 12061

Abstract: 200 Wörter

Danksagung

Gerne möchten wir uns hiermit herzlich bei folgenden Personen bedanken:

Ein besonderer Dank gilt unserem Betreuer Joseph Adam. Er hat sich stets Zeit genommen für unsere Fragen und uns während des ganzen Schreibprozesses dieser Arbeit wertschätzend und hilfreich unterstützt.

Ein grosses Dankeschön geht an die Ergotherapeutinnen des Inselspitals Bern ([REDACTED]). Sie waren es, welche das Thema vorgeschlagen sowie unsere Bachelorarbeit mit wertvollen Anregungen und Inhalten bereichert haben.

Den Korrekturleser:innen möchten wir für die aufgewendete Zeit danken, welche sie ins Gegenlesen unserer Bachelorarbeit investiert haben.

Weiter danken wir auch unseren Familien, Freunden und Mitstudierenden, welche uns mentale Unterstützung geleistet haben und uns stets motiviert haben.

Eigenständigkeitserklärung

Wir, Joëlle Born und Joëlle Engel, erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Winterthur, 5. Mai 2023

Winterthur, 5. Mai 2023

Joëlle Born

Joëlle Engel

Anhang

A Glossar und Abkürzungsverzeichnis

Glossar

Begriff	Definition
AASP	Das AASP ist ein Erfassungstool für Menschen zwischen 11 und 65+ Jahren. Es identifiziert das individuelle sensorische Verarbeitungsmuster innerhalb von vier Quadranten. Daraus werden die Verhaltensmuster in zwei Kategorien unterteilt (neurologischer Schwellenwert und Verhaltensreaktion). (MacLean et al., 2022)
ADL	ADL beschreiben grundlegende Fertigkeiten, die für die selbständige Pflege erforderlich sind (z. B. Essen, Mobilität, Körperpflege). (Edemekong et al., 2023)
bilateral	«zweiseitig, von zwei Seiten ausgehend, zwei Seiten betreffend» (Duden, o. J.-a).
Biopsychosoziales Modell	Beim biopsychosozialen Modell stehen die Patient:innen mit ihren Diagnosen im Vordergrund und nicht nur die Diagnose (Engel, 1977).
Boom und Bust Verhalten	Boom und Bust Verhalten ist, wenn man an einem Tag zu viel macht und dann am nächsten nicht mehr fähig fühlt irgendetwas zu tun (Versus Arthritis, 2021).
Edukation	Patient:innenedukation bezeichnet psychologische und pädagogische Maßnahmen, die Patient:innen und Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung helfen. Dies unter anderem durch Informieren, Schulen oder Beraten (Schewior-Popp et al., 2017).
Gewaltfreie Kommunikation	«Die Gewaltfreie Kommunikation ist ein Kommunikations- und Konfliktlösungsprozess. Der Prozess unterstützt Menschen, mit sich selbst und anderen in empathische Verbindung zu treten, und im sozialen Miteinander die Anliegen aller beteiligten Menschen zu berücksichtigen» (Gewaltfreie Kommunikation Austria, o. J.).
interdisziplinär	Interdisziplinarität bezeichnet das Zusammenwirken von mindestens zwei verschiedenen Disziplinen (Defila & Di Giulio, 1998).
intermittierend	«zeitweilig aussetzend, nachlassend; mit Unterbrechungen, zeitlichen Zwischenräumen erfolgend, verlaufend» (Duden, o. J.-b).
Kontrollüberzeugung	«Ganz generell gefasst bedeuten Kontrollüberzeugungen die eigene Wahrnehmung darüber, inwiefern Situationen beeinflussbar sind» (Mauritz, 2022).
Körperalignment/Alignement	Beim Alignment geht es darum wie Kopf, Schultern, Wirbelsäule, Hüfte, Knie und Knöchel ausgerichtet sind (Bone Health & Osteoporosis Foundation, o.J.).
learned non-use	Learned non-use ist das Ergebnis des fehlgeschlagenen Versuches das betroffene Körperteil früh zu nutzen. Dadurch wird dieses auch später nicht benutzt, obwohl es vielleicht möglich wäre (Field-Fote, 2015).
Multidisziplinär	Multidisziplinarität ist, wenn nebeneinander zwei oder mehr Disziplinen in einem ähnlichen Themengebiet arbeiten (Günther & Honekamp, 2013).
Multimodal	«Ein multimodales Behandlungsprogramm vereint verschiedene Verfahren zur Behandlung» (ÄZQ, o. J.).

paroxysmal	«anfallsweise auftretend, sich in der Art eines Anfalls steigernd» (Duden, o. J.-c).
Performanz	«Auswahl, Organisation und Durchführung von Betätigungen, Handlungen und Beschäftigungen bzw. von Aktivitäten und Aufgaben in Interaktion mit dem Umfeld» (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz, 2023-b).
Positives Reframing	«die Fähigkeit, ein bestimmtes Ereignis oder Verhalten in einem neuen Rahmen (Frame) zu sehen und in einen neuen Rahmen zu setzen»(Thommen, o. J.).
Praktikabilität	Die Praktikabilität beschreibt die Verwendbarkeit und Durchführbarkeit (Baumann & Pschyrembel Redaktion, 2018).
PTBS	«Eine Posttraumatische Belastungsstörung kann sich direkt nach einem belastenden Ereignis, manchmal aber auch erst Jahre später entwickeln. Zu den typischen Symptomen gehören Wiedererleben, vegetative Übererregbarkeit, Vermeidungsverhalten sowie negative Veränderungen von Gedanken und Gefühlen» (Universitätsspital Zürich, o. J.).
Purposive sampling	«Bei der gezielten Stichprobenziehung werden die Informanten absichtlich auf der Grundlage ihrer Fähigkeit ausgewählt, ein bestimmtes Thema, Konzept oder Phänomen zu erhellen» (Robinson, 2014).
Reliabilität	Die Reliabilität ist vorhanden, wenn ein Test bei wiederholten Messungen zu den gleichen Ergebnissen führt (Gritsch, 2008).
sensorischen Verarbeitungsschwierigkeiten	«Eine Dysfunktion der sensorischen Modulation (SMD) ist definiert als, ein Problem, den Grad, die Intensität und die Art der Reaktion auf sensorischen Input auf eine dosierte und anpassende Art zu regulieren und organisieren» (Lane et al., zitiert nach Miller & Summers, 2004).
Sensory-Enhanced Yoga	«Sensory-Enhanced Yoga wendet Techniken aus der sinnesbasierten Ergotherapie sowie aktuelle Erkenntnisse aus der Neurobiologie und der Traumapsychologie an, um Kernsymptome der PTBS und damit verbundene Faktoren der Lebensqualität zu behandeln» (Sensory-Enhanced Yoga Institute, o. J.).
Suggestion	«geistig-psychische Beeinflussung eines Menschen (mit dem Ziel, ihn zu einem bestimmten Verhalten zu veranlassen)» (Duden, o J.-d)
unilateral	«einseitig, nur eine Seite betreffend, von dieser ausgehend» (Duden, o. J.-e).
Validität	Die Validität beschreibt die Genauigkeit, mit der ein Test misst, was er messen soll (Gritsch, 2008).

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erklärung
ADL	Activities of daily living
AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research
COPM	Canadian occupational performance measure
EMS	Energiemanagementschulung
FMD	Functional motor disorder
FNS	Funktionelle neurologische Störung
MOHO	Model of human occupation
OCAIRS	Occupational Circumstances Assessment and Interview Rating Scale

OSA	Occupational self Assessment
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
TDF	Theoretical Domains Framework

Literaturverzeichnis Glossar

- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. [ÄZQ]. (o. J.). Dauerhafte Kreuzschmerzen – multimodaler Schmerz-Behandlung. Abgerufen am 30. April 2023, von <https://www.patienten-information.de/patientenblaetter/kreuzschmerz-multimodale-therapie#:~:text=Was%20hei%C3%9Ft%20%22multimodal%22%3F,k%C3%B6rperliche%20Aktivit%C3%A4t%20und%20psychotherapeutische%20Verfahren.>
- Baumann, U. & Pschyrembel Redaktion. (2018). *Praktikabilität*. Pschyrembel online. Abgerufen am 17. April 2023, von <https://www.pschyrembel.de/Praktikabilit%C3%A4t/P04VP>
- Bone Health & Osteoporosis Foundation. (o. J.). *Proper Body Alignment*. Abgerufen am 26. April 2023, von <https://www.bonehealthandosteoporosis.org/patients/treatment/exercisesafe-movement/proper-body-alignment/>
- Defila, R & Di Giulio, A. (1998). Interdisziplinarität und Disziplinarität. In J. H. Olbertz (Hrsg.), *Zwischen den Fächern über den Dingen? Iniversalisierungen versus Spezialisierung akademischer Bildung*. Leske + Budrich.
- Duden. (o. J.-a). *bilateral-Rechtschreibung, Bedeutung, Defintion, Herkunft*. Abgerufen am 30. April 2023, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/bilateral#bedeutung>
- Duden. (o J.-b). *intermittierend – Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft*. Abgerufen am 30. April 2023, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/intermittierend>
- Duden. (o. J.-c). *paroxysmal—Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft*. Abgerufen am 30. April 2023, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/paroxysmal>
- Duden. (o. J.-d). *Suggestion – Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft*. Abgerufen am 30. April 2023, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Suggestion>
- Duden. (o. J.-e). *unilateral – Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft*. Abgerufen am 30. April 2023, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/unilateral>
- Edemekong, P. F., Bomgaars, D. L., Sukumaran, S. & Schoo, C. (2023). Activities of Daily Living. *StatPearls Publishing*.

- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS]. (2023). *Performanz von Betätigung - Handlung - Beschäftigung bzw. Aktivität - Aufgabe*. Abgerufen am 29. April 2023, von <https://www.ergotherapie.ch/ergotherapie-de/>
- Field-Fote, E. C. (2015). Chapter 5 - Exciting recovery: Augmenting practice with stimulation to optimize outcomes after spinal cord injury. In N. Dancause, S. Nadeau & S. Rossignol (Hrsg.), *Progress in Brain Research* (Bd. 218, S. 103–126). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2014.12.006>
- Gewaltfreie Kommunikation Austria. (o. J.). *Über die gewaltfreie Kommunikation*. Abgerufen am 30. April 2023, von <https://www.gewaltfrei.at/ueber-die-gewaltfreie-kommunikation>
- Gritsch, S. (2008). Wissenschaft erklärt: Gütekriterien - Ach du meine Güte!. *ergopraxis* (01(3/04), 20-20. 10.1055/s-0030-1261800
- Günther, A. & Honekamp, W. (2013). Interdisziplinäre Lehre: Theorien, Erfahrungen, Meinungen. *HDS.Journal*, 1/2013. S. 32/33.
- MacLean, J., Finkelstein, S. A., Paredes-Echeverri, S., Perez, D. L. & Ranford, J. (2022). Sensory Processing Difficulties in Patients with Functional Neurological Disorder: Occupational Therapy Management Strategies and Two Cases. *Seminars in Pediatric Neurology*, 41, 100951 <https://doi.org/10.1016/j.spen.2022.100951>
- Miller, L. J., Summers, C. (2004). Therapeutisches Vorgehen bei sensorischer Modulationsstörung (SMD): Überlegungen zur Befundung und Behandlung. In S. Smith Roley, E. I. Blanche & R. C. Schaaf (Hrsg.), *Sensorische Integration*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-18867-1_13
- Mauritz, S. (2022). *Schutzfaktor Kontrollüberzeugungen*. Abgerufen am 30. April 2023, von <https://www.resilienz-akademie.com/schutzfaktor-kontrollueberzeugungen/>
- Robinson, R.S. (2014). Purposive Sampling. In A.C. Michalos (Hrsg.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2337
- Sensory-Enhanced Yoga Institute (o. J.). *About the Sensory-Enhanced Yoga Institute*. Abgerufen am 28. April 2023, von <https://www.sensoryenhancedyoga.org/sensory-enhanced-yoga-institute/>
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., Ullrich, L. (2017). *Thiemes Pflege—Das Lehrbuch für Pflegendende in Ausbildung*. (13. Auflage). Georg Thieme Verlag.

Thommen, J.-P. (o. J.). Reframing. Springer Gabler Wirtschaftslexikon. Abgerufen am 12. April 2023, von <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/reframing-46658>

Universitätsspital Zürich. (o. J.). Posttraumatische Belastungsstörungen. Abgerufen am 11. April, von <https://www.usz.ch/krankheit/posttraumatische-belastungsstoerungen/>

Versus Arthritis. (2021, 05. August). *The boom and bust cycle and fatigue: your questions answered*. Abgerufen am 30. April 2023, von <https://www.versusarthritis.org/news/2021/august/the-boom-and-bust-cycle-and-fatigue-your-questions-answered/#:~:text=When%20people%20live%20with%20chronic,to%20your%20levels%20of%20fatigue>

B Rechercheprotokoll

Suchkombination/ Eingrenzungen	Anzahl Treffer / Bewertung der Brauchbarkeit			Datum der Suche
	Medline	Cinahl	Pubmed	
"occupational therapy" OR therapy OR OT OR "occupational therapist" OR "occupational rehabilitation"	4421499	1688994	10968526	03.01.2023
"functional neurological disorder" OR FND OR "functional neurological symptom disorder" OR "conversion disorder" OR "dissociative neurological symptom disorder" OR "functional movement disorder"	4401	2887	4444	03.01.2023
intervention OR therapy OR treatment OR "treatment approaches" OR rehabilitation OR "patient education"	8822850	2722734	17795992	03.01.2023
"motor function" OR "motor skills" OR "motor ability"	75107	22869	60333	03.01.2023
"sensory function" OR "sensory skills"	3540	2900	3546	03.01.2023
"cognitive function" OR cognition OR "cognitive ability"	318272	123543	697410	03.01.2023
inpatient OR "inpatient treatment" OR "stationary treatment"	101331	131836	158597	03.01.2023
outpatient OR "outpatient treatment" OR "ambulatory care"	232764	132586	287558	03.01.2023
domicile OR "community-based" OR "community based"	84347	42146	86648	03.01.2023

Datenbank	Suchkombination/ Eingrenzungen	Anzahl Treffer / Bewertung der Brauchbarkeit	Datum der Suche
Medline	("occupational therapy" OR therapy OR OT OR "occupational therapist" OR "occupational rehabilitation") AND ("functional neurological disorder" OR FND OR "functional neurological symptom disorder" OR "conversion disorder" OR "dissociative neurological symptom disorder" OR "functional movement disorder")	1077 → Zu viele	03.01.2023

Medline	("occupational therapy" OR therapy OR OT OR "occupational therapist" OR "occupational rehabilitation") AND ("functional neurological disorders" OR FND OR "functional neurological symptom disorder" OR "conversion disorder" OR "dissociative neurological symptom disorder" OR "functional movement disorder") AND (intervention OR therapy OR treatment OR "treatment approaches" OR rehabilitation OR "patient education")	1087 → Zu viele	03.01.2023
Medline	("occupational therapy" OR therapy OR OT OR "occupational therapist" OR "occupational rehabilitation") AND ("functional neurological disorder" OR FND OR "functional neurological symptom disorder" OR "conversion disorder" OR "dissociative neurological symptom disorder" OR "functional movement disorder") AND (intervention OR therapy OR treatment OR "treatment approaches" OR rehabilitation OR "patient education") AND ("motor function" OR "motor skills" OR "motor ability" OR "sensory function" OR "sensory skills" OR "cognitive function" OR cognition OR "cognitive ability")	34 → Nicht brauchbar	03.01.2023
Medline	("occupational therapy" or therapy or OT or "occupational therapist" or "occupational rehabilitation") and ("functional neurological disorder" or FND or "functional neurological symptom disorder" or "conversion disorder" or "dissociative neurological symptom disorder" or "functional movement disorder") and (Intervention or therapy or treatment or "treatment approaches" or rehabilitation or "patient education") and (inpatient or "inpatient treatment" or "stationary treatment" or outpatient or "outpatient treatment" or "ambulatory care")	82 MacLean, J., Finkelstein, S. A., Paredes-Echeverri, S., Perez, D. L. & Ranford, J. (2022). Sensory processing difficulties in patients with functional neurological disorder: occupational therapy management strategies and two cases. <i>Seminars in Pediatric Neurology</i> , 41, 100951. https://dx.doi.org/10.1016/j.spen.2022.100951	03.01.2023
Medline	("occupational therapy" or therapy or OT or "occupational therapist" or "occupational rehabilitation") and ("functional neurological disorder" or FND or "functional neurological symptom disorder" or "conversion disorder" or "dissociative neurological symptom disorder" or "functional movement disorder") and (Intervention or therapy or treatment or "treatment approaches" or rehabilitation or "patient education") and ("motor function" OR "motor skills" OR "motor ability" OR "sensory function" OR "sensory skills" OR "cognitive function" OR cognition OR "cognitive ability") and (inpatient or "inpatient treatment" or "stationary treatment" or outpatient or "outpatient treatment" or "ambulatory care")	1 → Nicht brauchbar	03.01.2023

Medline	(occupational therapy or occupational therapist or ot) and (functional neurological disorder or conversion disorder or fnd) and (treatment or intervention or therapy)	<p>33</p> <p>Nicholson, C., Edwards, M. J., Carson, A. J., Gardiner, P., Golder, D., Hayward, K., Humblestone, S., Jinadu, H., Lumsden, C., MacLean, J., Main, L., Macgregor, L., Nielsen, G., Oakley, L., Price, J., Ranford, J., Ranu, J., Sum, E. & Stone, J. (2020). Occupational therapy consensus recommendations for functional neurological disorder. <i>Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry</i>, 91, 1037-1045. https://dx.doi.org/10.1136/jnnp-2019-322281 →unter Zusatzmaterial ist die "Long version" vorhanden</p> <p>Gardiner, P., MacGregor, L., Carson, A. & Stone, J. (2018). Occupational therapy for functional neurological disorders: a scoping review and agenda for research. <i>Cns Spectrums</i>, 23, 205-212. https://dx.doi.org/10.1017/S1092852917000797</p> <p>Ranford, J., MacLean, J., Alluri, P. R., Comeau, O., Godena, E., LaFrance, W. C., Hunt, A., Stephen, C. D. & Perez, D. L. (2020). Sensory processing difficulties in functional neurological disorder: a possible predisposing vulnerability?. <i>Psychosomatics</i>, 61(4), 343-352. https://dx.doi.org/10.1016/j.psym.2020.02.003</p> <p>Acker, S. (2010). Occupational therapy should be part of conversion disorder treatment. <i>Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services</i>, 48(3), 12, 45. https://dx.doi.org/10.3928/02793695-20100202-07</p> <p>→ Nichts neues:</p> <p>MacLean et al. (2022)</p>	03.01.2023
---------	--	---	------------

Medline	(occupational therapy or occupational therapist or ot) and (functional neurological disorder or conversion disorder or fnd)	33 → Nichts neues: MacLean et al. (2022) Nicholson et al. (2020) Ranford et al. (2020) Gardiner et al. (2018) Acker (2010)	03.01.2023
Medline	("occupational therapy" or therapy or OT or "occupational therapist" or "occupational rehabilitation") and ("functional neurological disorder" or FND or "functional neurological symptom disorder" or conversion disorder or "dissociative neurological symptom disorder" or "functional movement disorder") and (Intervention or therapy or treatment or "treatment approaches" or rehabilitation or patient education) and (motor skills or cognition or sensory skills)	20 → Nicht brauchbar	03.01.2023
Medline	("occupational therapy" or therapy or OT or "occupational therapis*" or "occupational rehabilitation") and ("functional neurological disorder" or FND or "functional neurological symptom disorder" or "conversion disorder" or "dissociative neurological symptom disorder" or "functional movement disorder")	1079 → Zu viele	03.01.2023
Medline	("occupational therapy" or therapy or OT or "occupational therapis*" or "occupational rehabilitation") and ("functional neurological disorder" or FND or "functional neurological symptom disorder" or "conversion disorder" or "dissociative neurological symptom disorder" or "functional movement disorder") Jahrgangsbeschränkung 2012-current	435 → Zu viele	03.01.2023
Medline	("occupational therapy" or therapy or OT or "occupational therapis*" or "occupational rehabilitation") and ("functional neurological disorder" or FND or "functional neurological symptom disorder" or "conversion disorder" or "dissociative neurological symptom disorder" or "functional movement disorder") Jahrgangsbeschränkung 2017-current	283 → Zu viele	03.01.2023
Medline	(fnd or functional neurological disorder or functional neurological symptom disorder or conversion disorder or dissociative neurological	15 → Nichts neues:	13.02.2023

	symptom disorder or functional movement disorder) and (ot or occupational therapy or occupational therapist or occupational rehabilitation) and (inpatient or inpatient treatment or stationary treatment or outpatient or outpatient treatment or ambulatory care or domicile or community based or community-based)	MacLean et al. (2022)	
Medline	(fnd or functional neurological disorder or functional neurological symptom disorder or conversion disorder or dissociative neurological symptom disorder or functional movement disorder) AND (ot or occupational therapy or occupational therapist or occupational rehabilitation) AND (inpatient or inpatient treatment or stationary treatment or outpatient or outpatient treatment or ambulatory care or domicile or community based or community-based or home based)	15 → Nichts neues: MacLean et al. (2022)	13.02.2023
Medline	(fnd or functional neurological disorder or functional neurological symptom disorder or conversion disorder or dissociative neurological symptom disorder or functional movement disorder) and (ot or occupational therapy or occupational therapist or occupational rehabilitation) and (inpatient or inpatient treatment or stationary treatment or outpatient or outpatient treatment or ambulatory care or domicile or community based or community-based or home based) and best practice)	0	13.02.2023
Medline	occupational therapy or occupational therapist or ot) and (functional neurological disorder or conversion disorder or fnd) and (best practice)	1 → Nichts neues: Nicholson et al. (2020)	13.02.2023
Cinahl	("occupational therapy" OR therapy OR OT OR "occupational therapist" OR "occupational rehabilitation") AND ("functional neurological disorder" OR FND OR "functional neurological symptom disorder" OR "conversion disorder" OR "dissociative neurological symptom disorder" OR "functional movement disorder") AND (intervention OR therapy OR treatment OR "treatment approach*" OR rehabilitation OR "patient education")	883 → Zu viele	03.01.2023
Cinahl	("occupational therapy" OR therapy OR OT OR "occupational therapist" OR "occupational rehabilitation") AND ("functional neurological disorder" OR FND OR "functional neurological symptom	885 → Zu viele	03.01.2023

	disorder" OR "conversion disorder" OR "dissociative neurological symptom disorder" OR "functional movement disorder")		
Cinahl	("occupational therapy" OR therapy OR OT OR "occupational therapist" OR "occupational rehabilitation") AND ("functional neurological disorder" OR FND OR "functional neurological symptom disorder" OR "conversion disorder" OR "dissociative neurological symptom disorder" OR "functional movement disorder") AND (intervention OR therapy OR treatment OR "treatment approaches" OR rehabilitation OR "patient education") AND ("motor function" OR "motor skills" OR "motor ability" OR "sensory function" OR "sensory skills" OR "cognitive function" OR cognition OR "cognitive ability")	31 →Nicht brauchbar	03.01.2023
Cinahl	("occupational therapy" or therapy or OT or "occupational therapist" or "occupational rehabilitation") and ("functional neurological disorder" or FND or "functional neurological symptom disorder" or "conversion disorder" or "dissociative neurological symptom disorder" or "functional movement disorder") and (Intervention or therapy or treatment or "treatment approaches" or rehabilitation or "patient education") and ("motor function" OR "motor skills" OR "motor ability" OR "sensory function" OR "sensory skills" OR "cognitive function" OR cognition OR "cognitive ability") and (inpatient or "inpatient treatment" or "stationary treatment" or outpatient or "outpatient treatment" or "ambulatory care")	3 → Nicht brauchbar	03.01.2023
Cinahl	(occupational therapy or OT or occupational therapist) AND (functional neurological disorder or conversion disorder or FND) AND (treatment or intervention or rehabilitation)	25 Nicholson, C., Francis, J., Nielsen, G. & Lorencatto, F. (2022). Barriers and enablers to providing community-based occupational therapy to people with functional neurological disorder: An interview study with occupational therapists in the United Kingdom. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 85(4), 262–273. https://doi.org/10.1177/03080226211020658 Mishra, N. (2022). Panel Discussion on Occupational Therapy in Movement Disorders: Technology and Context...59th Annual National Conference of All India Occupational Therapists' Association (OTICON 2022),	03.01.2023

		<p>March 11-13, 2022 (virtual). <i>Indian Journal of Occupational Therapy (Wolters Kluwer India Pvt Ltd)</i>, 54(2), 57–58</p> <p>Vikas, C. K. & Divya Parashar, R. A. (2019). Effect of Early Rehabilitation in a Subject with Conversion Disorder Presented as Paraplegia: A Case Study...56th All India Occupational Therapists' Association (AIOTA) Conference (OTICON'2019), February 8-10 2019, Chandigarh, India. <i>Indian Journal of Occupational Therapy (Wolters Kluwer India Pvt Ltd)</i>, 51(2), 67.</p> <p>→ Nichts neues:</p> <p>MacLean et al. (2022) Gardiner et al. (2018) Acker (2010)</p>	
Cinahl	(occupational therapy or OT or occupational therapist) AND (functional neurological disorder or conversion disorder or FND)	<p>32</p> <p>LeVan, D. & McDade, M. (2022). Using an Occupation-Based and Interdisciplinary Approach to Functional Neurological Disorder: A Case Study...American Occupational Therapy Association, INSPIRE Conference, March 31-April 3, 2022, San Antonio, Texas. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 76, 1. https://doi.org/10.5014/ajot.2022.76S1-PO9</p> <p>Ranford, J., Perez, D. L. & MacLean, J. (2018). Additional occupational therapy considerations for functional neurological disorders: a potential role for sensory processing. <i>CNS Spectrums: The International Journal of Neuropsychiatric Medicine</i>, 23(3), 194–195. https://doi.org/10.1017/S1092852918000950</p> <p>→ Nichts neues:</p>	03.01.2023

		Nicholson et al. (2022) Gardiner et al. (2018) MacLean et al., (2022) Vikas & Divya Parashar (2019) Mishra (2022)	
Cinahl	("occupational therapy" OR therapy OR OT OR "occupational therapist" OR occupational rehabilitation) AND ("functional neurological disorder" OR FND OR "functional neurological symptom disorder" OR conversion disorder OR "dissociative neurological symptom disorder" OR "functional movement disorder") AND (motor function OR motor skills OR motor ability) AND (intervention OR therapy OR treatment OR treatment approaches OR rehabilitation OR patient education)	11 → Nicht brauchbar	03.01.2023
Cinahl	("occupational therapy" OR therapy OR OT OR "occupational therapist" OR occupational rehabilitation) AND ("functional neurological disorder" OR FND OR "functional neurological symptom disorder" OR conversion disorder OR "dissociative neurological symptom disorder" OR "functional movement disorder") AND (sensory function OR sensory skills) AND (intervention OR therapy OR treatment OR treatment approaches OR rehabilitation OR patient education)	9 → Nicht brauchbar	03.01.2023
Cinahl	("occupational therapy" OR therapy OR OT OR "occupational therapist" OR occupational rehabilitation) AND ("functional neurological disorder*" OR FND OR "functional neurological symptom disorder*" OR conversion disorder* OR "dissociative neurological symptom disorder*" OR "functional movement disorder*") AND (cognitive function OR cognition OR cognitive ability) AND (intervention OR therapy OR treatment OR treatment approaches OR rehabilitation OR patient education)	25 → Nichts neues: Ranford et al. (2018)	03.01.2023
Cinahl	Find similar: Additional occupational therapy considerations for functional neurological disorders: a potential role for sensory processing. Occupational Therapy Nervous System Diseases + Published Date: 20120101-20231231	69'355 →Zu viele	04.01.2023

Cinahl	(occupational therapy or occupational therapist) AND (functional neurological disorder or conversion disorder or functional movement disorder)	35 Dahlhauser, S. E., Theuer, A. & Hollman, J. (2017). Satisfaction and Occupational Performance in Patients with Functional Movement Disorder. <i>The Open Journal of Occupational Therapy</i> , 5(2). https://doi.org/10.15453/2168-6408.1287 Zuba-Bates, S., Gustaitis, A., Khan, Z., Musto, L., Lim, J. & Ramirez, E. (2020). The Lived Experience of Functional Movement Disorder (FMD)...2020 American Occupational Therapy Association Annual Conference & Expo. <i>American Journal of Occupational Therapy</i> , 74, 1. https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S1-PO6721 → Nichts neues: Nicholson et al. (2022) Gardiner et al. (2018) Acker (2010) MacLean et al. (2022) LeVan & McDade (2022) Ranford et al. (2020) Vikas & Divya Parashar (2019)	13.02.2023
Cinahl	(fnd or functional neurological disorder or functional neurological symptom disorder or conversion disorder or dissociative neurological symptom disorder or functional movement disorder) AND (ot or occupational therapy or occupational therapist or occupational rehabilitation) AND (inpatient or inpatient treatment or stationary treatment or outpatient or outpatient treatment or ambulatory care or domicile or community based or community-based)	15 →Nichts neues: Nicholson et al. (2022) MacLean et al. (2022)	
Cinahl	(fnd or functional neurological disorder or functional neurological symptom disorder or conversion disorder or dissociative neurological symptom disorder or functional movement disorder) AND (ot or occupational therapy or occupational therapist or occupational rehabilitation) AND (inpatient or inpatient treatment or stationary	15 → Nichts neues: Nicholson et al. (2022) MacLean et al. (2022)	13.02.2023

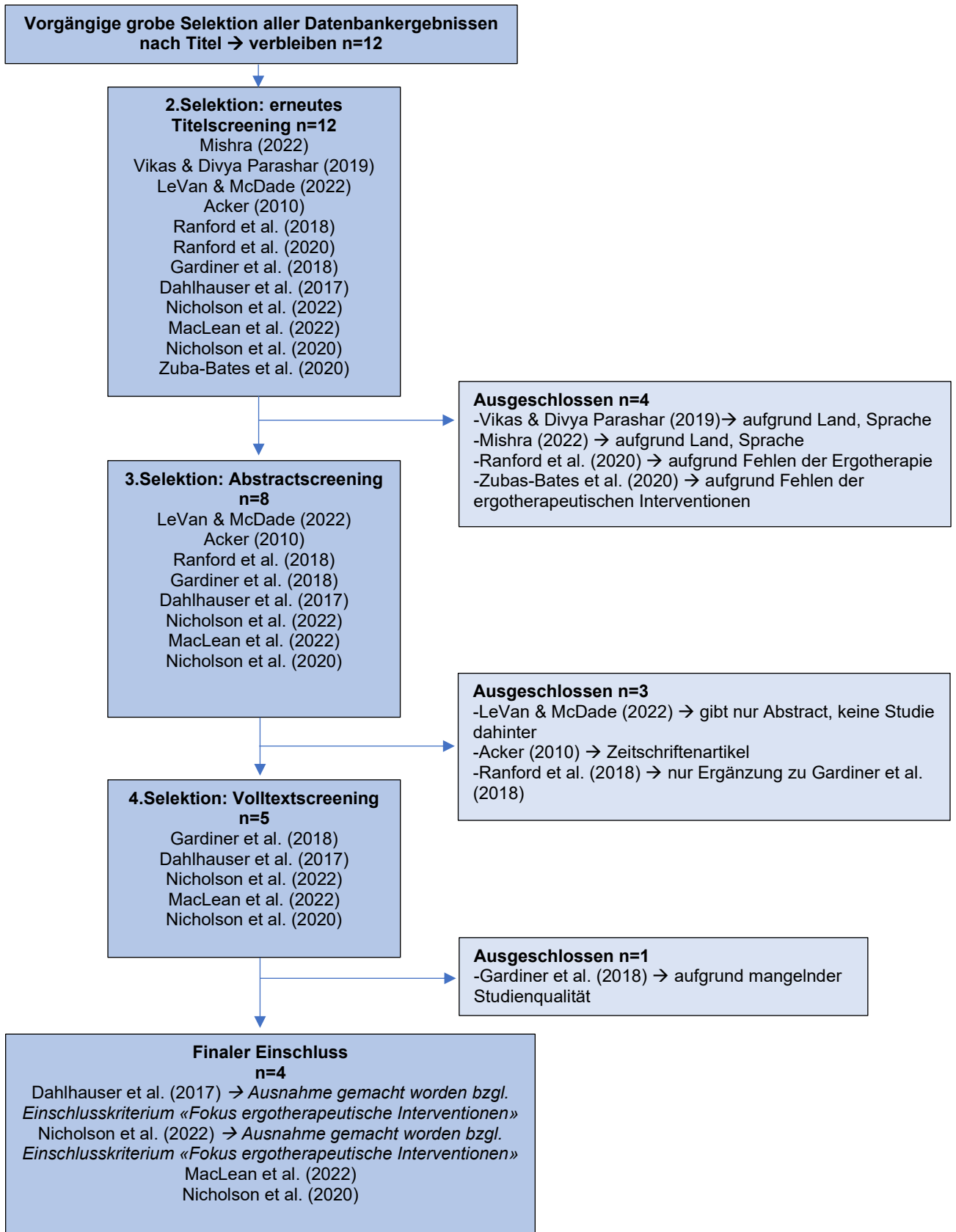
	treatment or outpatient or outpatient treatment or ambulatory care or domicile or community based or community-based or home based)		
Cinahl	(fnd or functional neurological disorder or functional neurological symptom disorder or conversion disorder or dissociative neurological symptom disorder or functional movement disorder) and (ot or occupational therapy or occupational therapist or occupational rehabilitation) and (inpatient or inpatient treatment or stationary treatment or outpatient or outpatient treatment or ambulatory care or domicile or community based or community-based or home based) and best practice)	73 →Nichts neues: Gardiner et al. (2018) MacLean et al. (2022) Le Van & McDade (2022) Mishra (2022)	13.02.2023
PubMed	("occupational therapy" OR therapy OR OT OR "occupational therapist" OR "occupational rehabilitation") AND ("functional neurological disorder" OR FND OR "functional neurological symptom disorder" OR "conversion disorder" OR "dissociative neurological symptom disorder" OR "functional movement disorder")	1561 → Zu viele	03.01.2023
PubMed	("occupational therapy" OR therapy OR OT OR "occupational therapist" OR "occupational rehabilitation") AND ("functional neurological disorders" OR FND OR "functional neurological symptom disorder" OR "conversion disorder" OR "dissociative neurological	1578 → Zu viele	03.01.2023
PubMed	("occupational therapy" OR therapy OR OT OR "occupational therapist" OR "occupational rehabilitation") AND ("functional neurological disorder" OR FND OR "functional neurological symptom disorder" OR "conversion disorder" OR "dissociative neurological symptom disorder" OR "functional movement disorder") AND (intervention OR therapy OR treatment OR "treatment approaches" OR rehabilitation OR "patient education") AND ("motor function" OR "motor skills" OR "motor ability" OR "sensory function" OR "sensory skills" OR "cognitive function" OR cognition OR "cognitive ability")	238 → Zu viele	03.01.2023
PubMed	("occupational therapy" or therapy or OT or "occupational therapist" or "occupational rehabilitation") and ("functional neurological disorder" or FND or "functional neurological symptom disorder" or "conversion disorder" or "dissociative neurological symptom disorder" or "functional movement disorder") and (Intervention or therapy or treatment or "treatment approaches" or rehabilitation or "patient education") and (inpatient or "inpatient treatment" or "stationary treatment" or outpatient or "outpatient treatment" or "ambulatory care")	136 → Zu viele	03.01.2023

PubMed	("occupational therapy" or therapy or OT or "occupational therapist" or "occupational rehabilitation") and ("functional neurological disorder" or FND or "functional neurological symptom disorder" or "conversion disorder" or "dissociative neurological symptom disorder" or "functional movement disorder") and (Intervention or therapy or treatment or "treatment approaches" or rehabilitation or "patient education") and ("motor function" OR "motor skills" OR "motor ability" OR "sensory function" OR "sensory skills" OR "cognitive function" OR cognition OR "cognitive ability") and (inpatient or "inpatient treatment" or "stationary treatment" or outpatient or "outpatient treatment" or "ambulatory care")	23 → Nichts neues: MacLean et al. (2022)	03.01.2023
PubMed	(occupational therapy or OT or occupational therapist) AND (functional neurological disorder or conversion disorder or FND) AND (treatment or intervention or rehabilitation) Recent 10 years	69 → Nichts neues: Nicholson et al. (2020) MacLean et al. (2022) Gardiner et al. (2018) Ranford et al. (2020)	03.01.2023
PubMed	("occupational therapy" OR therapy OR OT OR "occupational therapist" OR occupational rehabilitation) AND ("functional neurological disorder" OR FND OR "functional neurological symptom disorder" OR conversion disorder OR "dissociative neurological symptom disorder" OR "functional movement disorder") AND (motor function OR motor skills OR motor ability) AND (intervention OR therapy OR treatment OR treatment approaches OR rehabilitation OR patient education) recent 10 years	158 → Zu viele	04.01.2023
PubMed	("occupational therapy" or therapy or OT or "occupational therapis*" or occupational rehabilitation) AND ("functional neurological disorder" or FND or "functional neurological symptom disorder" or conversion disorder or "dissociative neurological symptom disorder" or "functional movement disorder") recent 10 years no books	104 → Zu viele	04.01.2023

	age 18-80+		
PubMed	(occupational therapy or occupational therapist or ot) AND (functional neurological disorder or conversion disorder or fnd) recent 10 years	69 → Nicht brauchbar	04.01.2023
PubMed	("occupational therapy" or "occupational therapist" or ot) AND ("functional neurological disorder*" or "conversion disorder*" or fnd)	30 → Nichts neues: Ranford et al. (2018) Acker (2010)	04.01.2023
PubMed	("Occupational Therapy"[Mesh]) AND "Conversion Disorder"[Mesh]	12 → Nichts neues: MacLean et al. (2022) Nicholson et al. (2020)	13.02.2023
PubMed	("Occupational Therapy"[Mesh] or "occupational therapist" or ot) and ("functional neurological disorder*" or "Conversion Disorder"[Mesh] or fnd)	16 → Nichts neues: MacLean et al. (2022) Nicholson et al. (2020) Ranford et al. (2018) Gardiner et al. (2018)	13.02.2023
PubMed	(fnd or functional neurological disorder or functional neurological symptom disorder or conversion disorder or dissociative neurological symptom disorder or functional movement disorder) AND (ot or occupational therapy or occupational therapist or occupational rehabilitation)) AND (inpatient or inpatient treatment or stationary treatment or outpatient or outpatient treatment or ambulatory care or domicile or community based or community-based) Filter: recent 10 Years	177 →Zu viele	13.02.2023
PubMed	(fnd or "functional neurological disorder*" or "functional neurological symptom disorder*" or "conversion disorder" or "dissociative neurological symptom disorder*" or "functional movement disorder*") AND (ot or occupational therapy or occupational therapist or occupational rehabilitation)) AND (inpatient or inpatient treatment or stationary treatment or outpatient or outpatient treatment or	13 →Nichts neues: MacLean et al. (2022)	13.02.2023

	ambulatory care or domicile or "community based" or "community-based") Filter: recent 10 Years		
PubMed	(fnd or functional neurological disorder or functional neurological symptom disorder or conversion disorder or dissociative neurological symptom disorder or functional movement disorder) and (ot or occupational therapy or occupational therapist or occupational rehabilitation) and (inpatient or inpatient treatment or stationary treatment or outpatient or outpatient treatment or ambulatory care or domicile or community based or community-based or home based) and best practice)	4 → Nichts neues: Nicholson et al. (2020)	13.02.2023

C Selektionsprozess Hauptstudien



D Beurteilungsraster Studien (AICA-Tabellen)

Arbeitsinstrument zum Critical Appraisal von quantitativen Studien-AICA- (Ris & Preusse-Bleuler, 2015)

Satisfaction and Occupational Performance in Patients with Functional Movement Disorder (Dahlhauser et al., 2017)

Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage (Hypothese)	<p>Um welche Konzepte / Problem handelt es sich? Es handelt sich um das behavioural shaping therapy Programm (BeST) bei Patient:innen mit functional movement disorder (FMD).</p> <p>Was ist die Forschungsfrage, -zweck bzw. das Ziel der Studie? Das Ziel ist es, die Wirksamkeit eines multidisziplinären BeST-Programmes (mit Ergotherapie inkludiert) bei Behandlung von Patient:innen mit FMD zu bewerten. Es wurde keine spezifische Fragestellung definiert.</p> <p>Welchen theoretischen Bezugsrahmen weist die Studie auf? Czarnecki et al., 2012 sagt, dass das BeST-Behandlungsmodell zu besseren kurz- und langzeit Outcomes bei Patient:innen mit somatischen Erkrankungen führen kann.</p> <p>Mit welchen Argumenten wurde der Forschungsbedarf begründet? Es wurde folgendermassen argumentiert: Es fehlt an Forschung zur Rolle und Behandlungsstrategie von Ergotherapie bei FMD. Obwohl die Ergotherapie stark im Programm involviert ist, fehlt es an Studien zur Wirksamkeit der Ergotherapie bei der Behandlung von Patient:innen mit FMD.</p>	<p>Sind die Forschungsfragen klar definiert? Ev. durch Hypothesen ergänzt? Es wurden keine Forschungsfragen definiert. Das Ziel wurde etwas ungenau definiert, das Wort «Effekt» hätte noch besser definiert werden können. Die Hypothese, dass Patient:innen welche am BeST-Programm teilnehmen, über eine signifikante Steigerung der Zufriedenheit und Betätigungsperformanz im COPM berichten werden, wurde aufgestellt.</p> <p>Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt? Das Thema wird mit verschiedenster Literatur aufgezeigt, jedoch z. T. nur vage.</p>
	Design	<p>Um welches Design handelt es sich? Es handelt sich um eine quantitative Studie (Retrospektive Chart Review)</p> <p>Wie wird das Design begründet? Das Design wird gar nicht begründet.</p>	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar? Der Zusammenhang zwischen dem Ziel und dem gewählten Design ist logisch, da ein Effekt gemessen werden soll.</p> <p>Werden die Gefahren der internen und externen Validität kontrolliert? Es wird nicht darauf eingegangen, einzig die Validität des COPM wird geprüft.</p>
	Stichprobe	<p>Um welche Population handelt es sich? Es handelt sich um Erwachsene mit einer FMD-Diagnose.</p> <p>Welches ist die Stichprobe?</p> <p>– Wer? Wie viel? Charakterisierungen?</p>	<p>Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht? Die Frage kann man nicht beurteilen, da nicht bekannt ist, wie die Stichprobe gezogen wurde.</p> <p>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation? Ja</p>

		<p>N=36, Erwachsene mit FMD in den USA, welche zwischen 18-75 Jahre alt sind, 72 % davon sind weiblich und 28 % männlich.</p> <p>Wie wurde die Stichprobe gezogen? Es wird nicht erwähnt, wie die Stichprobe gezogen wurde.</p> <p>Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? Nein, es werden nur vage die Ein- und Ausschlusskriterien aufgeführt.</p> <p>Gibt es verschiedene Studiengruppen? Nein, gibt es nicht.</p>	<p>Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Die Ergebnisse können auf alle Patient:innen mit FMD, welche an einem BeST-Programm teilnehmen in ähnlichen Ländern wie der USA übertragen werden.</p> <p>Ist die Stichprobengröße angemessen? Wie wird sie begründet? Beeinflussen die Drop-Outs die Ergebnisse? Es wurde vorgängig a-priori Power Analyse gemacht, um zu ermitteln, welche Stichprobengröße benötigt wird, um Forschungsfragen zu beantworten. Die Beeinflussung der Drop-Outs auf die Ergebnisse kann nicht beantwortet werden, da die Drop Outs nicht angegeben werden.</p> <p>Wie wurden die Vergleichsgruppen erstellt? Sind sie ähnlich? Es gibt keine Vergleichsgruppen.</p> <p>Werden Drop-Outs angegeben und begründet? Drop Outs werden nicht angegeben.</p>
	Datenerhebung	<p>Welche Art von Daten wurden erhoben? Messungen anhand vom COPM</p> <p>Wie häufig wurden Daten erhoben? Es wurden 2x Daten erhoben, in der ersten und in der letzten Therapieeinheit.</p>	<p>Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar? Es kann durch die fehlende Fragestellung nicht beurteilt werden, ob die Datenerhebung dafür nachvollziehbar ist, jedoch ist es für die Zielerreichung sinnvoll, die COPM Scores zu benützen, da Performanz und Zufriedenheit darin vorkommen.</p> <p>Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmern gleich? Ja</p> <p>Sind die Daten komplett, d. h. von allen Teilnehmern erhoben? Ja, es wurden nur Teilnehmer inkludiert, welche die kompletten Daten lieferten.</p>
Methode	Messverfahren & oder Intervention	<p>Welche Messinstrumente wurden verwendet (Begründung)? Das COPM wurde verwendet, ohne Begründung.</p> <p>Welche Intervention wird getestet? Das BeST-Programmes inkl. Ergotherapie wird getestet.</p>	<p>Sind die Messinstrumente zuverlässig (Reliabilität)? Ja, das COPM ist zwar standardisiert, jedoch nicht normgerecht, da die Informationen von den Patient:innen sehr subjektiv sind und an einem anderen Zeitpunkt anders herauskommen könnten. → test-retest reliability wurde in 3 separaten Studien getestet und es kam ein Wert von über 80 heraus.</p> <p>Sind die Messinstrumente valide (Validität)? Ja, 8 verschiedene Studien begründen die Validität des COPM.</p> <p>Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Es wird nur beschrieben, was das COPM misst, aber nicht erklärt wieso dies jetzt gut ist für die Studie.</p>

			Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt? Nein,
	Datenanalyse	<p>Welches Datenniveau weisen die erhobenen Variable auf? Sie sind metrisch bzw. intervallskaliert. (Alter, Geschlecht, Anzahl Therapieeinheiten, Anzahl Therapeut:innen)</p> <p>Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse verwendet (deskriptive und / oder schliessende)? Es wurden deskriptive Verfahren verwendet (ANCOVA). Die Analyse wurde mit der IBM® SPSS® 21.0 Software durchgeführt</p> <p>Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt? Ja, das Signifikanzniveau beträgt 0.05</p>	<p>Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben? Es wird knapp beschrieben.</p> <p>Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet? Ja</p> <p>Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus? Ja, bei intervallskalierten Datenniveaus ist ANCOVA korrekt sowie der t-test bei abhängigen Stichproben (prä-post Vergleiche).</p> <p>Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung? Ja</p> <p>Ist die Höhe des Signifikanzniveau nachvollziehbar und begründet? Wurde nicht begründet.</p>
	Ethik	<p>Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt? Es werden keine ethischen Fragen diskutiert</p> <p>Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden? Es wurde keine Genehmigung erwähnt.</p>	<p>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? Keine ethischen Fragen wurden diskutiert</p>
Ergebnisse	Ergebnisse	<p>Welche Ergebnisse werden präsentiert? Die Zufriedenheit und Performanz nach der Teilnahme am BeST Programm von Patient:innen mit FMD.</p> <p>Welches sind die zentralen Ergebnisse der Studie? Die Performanz ist um 3.4 Punkte gestiegen (95 % CI= 2.7 to 4.2 points, p<0.001) from a pretest score of 3.8 +- 1.5 to 7.2 +- 2.1) Die Zufriedenheit ist um 4.7 Punkte gestiegen. (95 % CI= 3.8 to 5.6 points, p<0.001) from a pretest score of 2.5 +- 1.1 to 7.2 +- 2.3)</p> <p>Werden die Ergebnisse verständlich präsentiert (Textform, Tabellen, Grafiken)? Ja, sie werden zusätzlich zum Text noch als Grafik angezeigt.</p>	<p>Sind die Ergebnisse präzise? Ja</p> <p>Wenn Tabellen / Grafiken verwendet wurden, entsprechen diese folgenden Kriterien? - Sind sie präzise und vollständig (Titel, Legenden..) Einzig der Titel fehlt bei der Grafik ansonsten ist sie komplett - Sind sie eine Ergänzung zum Text? Ja, ist sie</p>

Diskussion	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse</p>	<p>Werden signifikante und nicht signifikante Ergebnisse erklärt? Wie Interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? Teilweise werden sie erklärt. → Signifikante Verbesserungen in den COPM Scores können ohne Vergleichsgruppe nicht alleine auf das Programm zurückgeführt werden. Es spiegelt eher die Wirksamkeit eines ganzheitlichen Ansatz des Behandlungsteam inkl. ET wieder. Die Variablen Demografie, Anzahl Therapiesequenzen, Anzahl Therapeuten hatten keinen signifikanten Einfluss auf die COPM Resultate. Komorbiditäten, psychologische Vorgeschichte oder Dauer der Symptome wurden nicht erfasst, könnten jedoch einen Einfluss auf die Fortschritte der Patient:innen gehabt haben.</p> <p>Kann die Forschungsfrage aufgrund der Daten beantwortet werden? Nein, es gibt keine Fragestellung</p> <p>Werden Limitationen diskutiert? Eine Limitation ist die Generalisierbarkeit aufgrund des Studiendesigns. Es gab keine Kontrollgruppe ohne BeST und auch keine ohne Ergotherapie, weshalb keine Aussagen direkt auf diese beiden Komponenten zurückgeschlossen werden können. Zudem könnte ein Placeboeffekt stattgefunden haben, da das Programm an einer renovierten Klinik stattfand. Jedoch wurde z. B. die Tatsache, dass teilweise bei den gleichen Patient:innen die prä post Durchführung des COPM durch zwei verschiedene Ergotherapeut:innen gemacht wurde, wird nicht eingegangen.</p> <p>Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen? Ja, werden sie.</p>	<p>Werden alle Resultate diskutiert? Sie werden zusammengefasst diskutiert und nicht einzeln angeschaut</p> <p>Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja</p> <p>Werden die Resultate in Bezug auf die Fragestellung / Hypothesen, Konzepte und anderen Studien diskutiert und verglichen? Die Resultate werden in Bezug auf die Hypothese diskutiert, da es keine Fragestellung gibt.</p> <p>Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? Ja</p>
------------	---	--	--

	<p>Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Praxis</p>	<p>Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben?</p> <p>Dass man mit einer zweiten nicht renovierten Klinik arbeiten könnte wegen dem Placeboeffekt, die Kurz- und Langzeiterfolge messen sollte, man den Nutzen der Ergotherapie alleinstehend mithilfe einer prospektiven randomisierter Kontrollstudie untersuchen sollte, da hier nicht auf Ergotherapie geschlussfolgert werden kann. Sicher ist, dass die Ergotherapie eine Rolle bei FMD spielen kann auch ausserhalb der Psychiatrie.</p>	<p>Ist diese Studie sinnvoll?</p> <p>Ja</p> <p>Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?</p> <p>Ja, jedoch hauptsächlich die Schwächen.</p> <p>Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in die Praxis umsetzbar?</p> <p>Im Rahmen einer ambulanten multidisziplinären Behandlung, welche Ergotherapie beinhalten, sind die Ergebnisse sicherlich in die Praxis umsetzbar. Braucht jedoch Schulung im Programm.</p> <p>Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</p> <p>Ja, wenn eine BeST Programm Schulung erfolgt ist und die gleichen Messinstrumente verwendet werden können.</p>
--	--	--	--

Arbeitsinstrument zum Critical Appraisal von qualitativen Studien -AICA- (Ris & Preusse-Bleuler, 2015)

Occupational Therapy Consensus Recommendations for Functional Neurological Disorder (Long Version) (Nicholson et al., 2019)

Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Um welches Phänomen handelt es sich? Es handelt sich um ergotherapeutische Interventionen bei Patient:innen mit FNS</p> <p>Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert? Es wird zuerst auf die Aufgabe der Ergotherapie eingegangen, danach auf die Symptome der FNS und schliesslich auf die momentane Literaturlage. Diese zeigt, dass meistens die multidisziplinäre Behandlung aufgezeigt wird, die Rolle der Ergotherapie darin aber oft zu wenig beschrieben wird.</p> <p>Wie lautet die Forschungsfrage? Es gibt keine klar definierte Forschungsfrage.</p> <p>Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhabens wird benannt? Das Ziel der Studie ist es, Empfehlungen zu generieren für ergotherapeutische Interventionen und Assessments bei der Arbeit mit Menschen mit FNS für die ganzen Settings und Zeit der Erkrankung (akut-chronisch). Diese sollen als Ergänzung bestehender klinischer Empfehlungen dienen. Es soll ein Startschuss sein, um evidenzbasierte Interventionen zu generieren.</p>	<p>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Ja</p> <p>Sind die Forschungsfragen klar formuliert? Es gibt keine Forschungsfrage.</p> <p>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Ja, es wird mit verschiedenster Literatur untermauert.</p> <p>Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert? Es wird erklärt, dass es zu wenig spezifische ergotherapeutische Literatur zur Behandlung von FNS gibt und die Rolle der Ergotherapie dabei nicht ganz klar ist.</p>
	Ansatz/Design	<p>Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich? Es handelt sich um eine qualitative Studie nach der Delphi-Methode.</p> <p>Wie wird die Wahl des Ansatzes/Design begründet? Die Wahl des Ansatzes/ Designs wird nicht begründet.</p> <p>Um welche Population handelt es sich? Die Population sind Ergotherapeut:innen, welche mit Patient:innen mit FNS arbeiten.</p>	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Der Zusammenhang zwischen dem Ziel und dem Design macht Sinn, da so Meinungen von Expert:innen zusammengebracht und ein gemeinsamer Konsens für die Empfehlungen erreicht werden kann.</p> <p>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht? Da man nicht weiss, wie die Stichprobe gezogen wurde, kann diese Frage nicht beantwortet werden.</p>

	<p>Stichprobe</p>	<p>Welches ist die Stichprobe? – Wer? Wie viel? Charakterisierungen? Die Stichprobe besteht zum einen aus 12 Ergotherapeut:innen (7 England, 3 Schottland, 2 USA), welche zwischen 10-23 Jahre Erfahrung nach dem Studium haben und in verschiedenen Arbeitsfeldern (Akut, Praxis, Domizil, Psychiatrie, Neurologie, Notfall) arbeiten. Und zum anderen aus 8 Expert:innen für FNS aus anderen Disziplinen (Neuropsychologie (1), Neurologie (2), Neurophysio (2), Neuropsychiatrie (1), Vertretung der Betroffenen (2))</p> <p>Wie wurde die Stichprobe gezogen? Es wird nicht beschrieben, wie die Stichprobe gezogen wurde.</p> <p>Gibt es verschiedene Studiengruppen? Es gibt nur eine Studiengruppe, welche aus zwei Untergruppen besteht (12 Ergotherapeut:innen und 8 Expert:innen aus anderen Disziplinen)</p> <p>Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? Nein, die Auswahl wird nicht begründet.</p>	<p>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? Ja</p> <p>– Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Auf alle ergotherapeutischen Behandlungen bei FNS, welche in einem ähnlichen Gesundheitssystem wie das der USA, England oder Schottland stattfinden.</p> <p>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wird sie begründet? Die Grösse ist angemessen, sie wird jedoch nicht begründet.</p> <p>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? Die Teilnehmenden sind gut beschrieben, das Setting jedoch spärlich.</p> <p>Sind die ausgewählten Teilnehmenden als „Informanten“ geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen? Ja</p> <p>Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen? Ja</p>
	<p>Datenerhebung</p>	<p>Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenerhebung verwendet? Es wurde nach der Delphi Methode mit den vier Hauptschritten gearbeitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Im Jahr 2017/2018 wurden die 12 Ergotherapeut:innen dazu eingeladen, 2 online Umfragen bezüglich Assessment und Intervention auszufüllen. Diese wurden danach ausgewertet und zusammengefasst.(durch die Hauptautorin). Falls nötig, wurden Missverständnisse per E-Mail geklärt. - Die Ergotherapeut:innen Gruppe kam zusammen mit der Expert:innen Gruppe aus anderen Disziplinen zu einem face to face Meeting im September 2018. - Auf Grundlage des Meetings wurden Empfehlungen für die Praxis formuliert. - Zu den Empfehlungen wurden in der multidisziplinären Gruppe (aufgrund der Formulierung ist nicht ganz klar, ob hier die Ergotherapeut:innen auch involviert waren) so lange Feedback eingeholt, bis ein Konsens gefunden wurde. <p>Wie häufig wurden Daten erhoben? Da nicht bekannt ist, wie oft der letzte Prozess wiederholt wurde bis ein gemeinsamer Konsens erreicht wurde, kann nicht abschliessend gesagt werden, wie oft Daten erhoben wurden.</p>	<p>Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen? Es geht um menschliches Erleben, Verhalten und Muster</p> <p>Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)? Nein, das Vorgehen bei der Datenerhebung wird nicht explizit dargestellt (z. B. Art der Fragen nicht bekannt bei Onlineumfrage), nur in groben Etappen beschrieben. Sie nannten die Delphi-Methode als Grundlage.</p> <p>Wird die Datensättigung diskutiert? Der Prozess wurde wiederholt, bis Konsens gefunden wurde.</p> <p>Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)? Nein</p>

		Wie wurden die Daten verarbeitet (z. B. verbatim Transkription)? Wird nicht erwähnt.	
Methode	Methodologische Reflexion	Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selber diskutiert? Nein, der Ansatz selber wird durch die Forschenden nicht diskutiert.	Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forschenden dargestellt? Nein Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein (z. B. Stichprobenziehung, Datenerhebung etc.)? Schwierig zu sagen, da die Datenerhebung oder Stichprobenziehung z. B. nicht sehr explizit erklärt wird, die Struktur (4 Schritte) der Datenerhebung stimmt jedoch mit der Theorie der Delphi-Methode überein. Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung? Z. B.: ist die Methode für das Phänomen geeignet? Ja
	Datenanalyse	Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet? Die Datenerhebung- und Analyse sind bei der Delphi-Methode schwer trennbar. Bei der Datenanalyse wird auch nach der Delphi-Methode vorgegangen (diese wird bei der Datenerhebung bereits beschrieben). Man weiss nur, dass die Datenanalyse der Umfrage durch Claire Nicholson gemacht wurde, jedoch nicht wie genau sie dies getan hat. Den Inhalt des Manuskripts haben alle Autor:innen abgesegnet. Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse? Sie nehmen keine Stellung zur Qualität der Datenanalyse.	Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? Nein, es werden nur die groben Schritte der Delphi-Methode aufgeführt, genauere Angaben zum Vorgehen bei der Datenanalyse werden aber nicht beschrieben. Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht? Nur, dass es nach der Delphi Methode geht, diese wird jedoch nicht explizit referenziert Werden die analytischen Schritte genau beschrieben? Nein, sie werden nicht beschrieben. Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? Da zu wenige Infos über die Datenanalyse bekannt sind, kann die Frage nicht beantwortet werden. Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)? Dies ist nicht bekannt. Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)? Nein

	Ethik	<p>Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt? Es werden keine ethischen Fragen diskutiert.</p> <p>Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden? Nein</p>	<p>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? Dies wurde nicht gemacht.</p>
	Ergebnisse	<p>Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc.? Wann ist ET Behandlung wirkungsvoll?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn die Patient:innen verstehen und akzeptieren, was ihre Diagnose bedeutet - wenn die Patient:innen der Therapie zugestimmt haben - Wenn die Patient:innen Ziele formulieren können und motiviert sind - Wenn verstanden wird, dass die Förderung der Funktion im Vordergrund steht und deshalb im ersten Schritt noch keine Hilfsmittel abgegeben werden. <p>Assessment and Outcome measurement Beim Erstgespräch sollte man folgende Punkte beachten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfragen wann und wie die Symptome gestartet haben - Eine Liste der aktuellen Symptome sowie verschlimmernde und lindernde Faktoren erfragen. - Klären, wie viel die Patient:innne von ihrer Diagnose verstehen - Die medizinische Vorgeschichte erfragen - Eine detaillierte soziale Anamnese machen sowie Rollen, Aufgaben und bedeutungsvolle Betätigungen erfragen - Einen Tagesablauf erfragen - Abklären, ob die Patient:innen Betreuungsbedarf haben und ob dieser abgedeckt ist - Erfragen, wie der Zugang zum Haus, der Bildung und der Arbeit aussieht und ob die Patient:innen Hilfsmittel verwenden - Die Aktivitäten des täglichen Lebens beobachten/ erfassen, dabei notieren, wie die Ablenkbarkeit und Variabilität der Symptome aussieht. <p>Das MOHO und CMOP-E werden in der Praxis am meisten benutzt. Es fehlen jedoch klinisch validierte Outcome measures für FNS.</p> <p>Folgende ergotherapeutische Assessment können hilfreich sein: COPM, OCAIRS, WIR, MOHOST, OSA, AASP, AMPS</p>	<p>Demonstrieren die Ergebnisse „artfulness“, „versatility“ und „sensitivity to meaning and context“, d. h. sind aufgrund einer präzisen und „kunstvollen“ Analyse entstanden? Die Analyse ist weitgehendst unbekannt, deshalb lässt sich diese Frage nicht wirklich beantworten.</p> <p>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Ja, tun sie. Es sind jedoch keine Rohdaten verfügbar und die Ergebnisse z. T. etwas vage formuliert, was viel Interpretationsspielraum zulässt. Manche Ergebnisse wurden wiederum sehr differenzier dargestellt (UK Teilnehmer:innen sagten dies, USA Teilnehmer:innen das) Teilweise ist auch nicht ganz klar, ob die Aussagen von den Expert:innen kommen oder aus sonstiger Literatur, da im Ergebnisteil Referenzierungen enthalten sind.</p> <p>Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzis in ihrer Bedeutung? Ja</p> <p>Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein? Die Konzeptualisierungen der Forschenden sind nicht bekannt.</p> <p>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt? Teilweise werden Praxisbeispiele in Boxen präsentiert, aber nicht mehr.</p> <p>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Ja</p>

Ergebnisse	<p>Ergotherapeutische Behandlung Grundsätzliche ergotherapeutische Behandlungen bei Patient:innen beinhalten: Physische Rehabilitation durch geführtes Aktivitäten üben, Management von Schmerz und Fatigue, Unterstützung bei der Thematisierung von Problemen der mentalen Gesundheit, Abhängigkeit reduzieren und Unabhängigkeit fördern. Das Selbstmanagement der Symptome ist wichtig und sollte immer berücksichtigt werden.</p> <p>Ziele setzen Bei der Zielsetzung wird oft ein flexiblerer Ansatz gewählt als sonst im Neurorehabilitationssetting. Ziele werden von der betroffenen Person selbst gesetzt, in ihren Worten formuliert und sind nicht unbedingt Zeit gebunden. Wichtig ist es eher aktivitätsbasierte als einschränkungs-basierte Ziele zu setzen. Das COPM, OCAIRS, OSA können hilfreich sein, um Ziele zu setzen.</p> <p>Edukation Es ist wichtig, Edukation zu betreiben, jedoch nur in einem Mass in dem es die Patient:innen auch verstehen und annehmen können. Die Informationen sollten empathisch und sensibel überbracht werden. Aspekte der Edukation sind in Box 2 in der Studie ersichtlich.</p> <p>Berufliche Rehabilitation Arbeitsrehabilitationsprinzipien aus der Neurologie können auf FNS übertragen werden. Es empfiehlt sich das Arbeitsumfeld der Patient:innen bezüglich FNS aufzuklären sowie Anpassungen an den Arbeitsplätzen vorzunehmen (z. B. Anpassung der Aufgaben, reduzierte Arbeitszeiten, regelmässige Pausen, flexible Arbeitsmöglichkeiten). Die Rückkehr an den Arbeitsplatz soll stufenweise erfolgen. Ist dies nicht möglich, so kann ein positiver Ausstieg aus der aktuellen Funktion sowie die Suche nach einer Alternative unterstützt werden.</p> <p>Hilfsmittel Hilfsmittel werden als nicht hilfreich angesehen, da sie normale Bewegungsmuster verfälschen können und Sekundärprobleme auftreten können. In der akuten Phase sollte man Hilfsmittel vermeiden. Wenn sie nicht vermieden werden können, dann sollten sie als kurzzeitige Lösung angesehen werden. Die Patient:innen sollte man instruieren, wie diese optimal genutzt werden. Wenn die Einschränkungen nach der Reha immer noch da sind, können auch Umwelтанpassungen und Hilfsmittel auf lange Sicht in Betracht</p>	<p>Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent & inhaltlich unterscheidbar? Ja</p> <p>Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten? Ja, aber es gibt keine entwickelten Modelle.</p>
------------	---	---

		<p>gezogen werden.</p> <p>Schienenanfertigung Eine Schienenanpassung und somit Abgabe wird eher als kontraproduktiv angesehen und nur in speziellen Fällen angewendet, da sie die Aufmerksamkeit auf die betroffene Region lenken, den Gebrauch der akzessorischen Muskeln verstärken, Kompensationsstrategien begünstigen, zu Muskelschwund führen, die learned non-use unterstützen und Schmerzen steigern können. Es wird daher empfohlen zuerst andere Strategien auszuprobieren, welche normale Bewegungsmuster und Ruhigstellung fördern. Wird eine Schiene abgegeben, so ist eine regelmässige Überwachung und gute Instruktion wichtig!</p> <p>Sprachgebrauch Es sollte keine Sprache verwendet werden, die verurteilt. Weniger explizite Aufforderungen lassen eine automatischere Bewegung zu.</p> <p>Verhaltenstherapeutische (CBT) Ansätze verwenden Auch ohne spezifische verhaltenstherapeutische Ausbildung lassen sich Strategien daraus in der Therapie anwenden: z. B. kann man mit den Patient:innen anschauen, wie Gedanken, Gefühle, Verhalten und physische Symptome miteinander interagieren und die Symptome der FNS beeinflussen. Zudem sollte man nicht hilfreiche Verhaltensmuster identifizieren und positives Reframing bei negativen Gedanken anwenden.</p> <p>Symptomspezifische Behandlung <i>Funktionelle Bewegungsstörungen:</i> Bei allen Symptomen können Angstmanagement und Ablenkungsstrategien während dem Ausführen einer Tätigkeit hilfreich sein. Sowie Videofeedback. Bei funktionellen Zuckungen sollte man schauen, welche Bewegungen oder Verhalten vor den Zuckungen auftreten. Strategien, welche die Aufmerksamkeit weg vom Körper lenken, können hilfreich sein. Erleben von normalen Bewegungen und propriozeptivem Feedback hilft bei funktioneller Schwäche. Genauere Interventionen befinden sich in Tabelle 5 in der Studie.</p> <p><i>Funktionelle kognitive Störungen:</i> Die auslösenden Faktoren für die kognitiven Schwierigkeiten sollte adressiert werden. Strukturen und Routinen können helfen, wie z. B. Tagespläne, um Aktivitäts- und kognitive Überlastung zu vermeiden, sich Zeit für Entspannung nehmen (um Stress zu minimieren), Kalender und Alarmfunktion benützen. Zudem können die Patient:innen unterstützt werden beim Reduzieren von Unterstützung. Es soll kein Überfokus auf das Problem gelegt</p>
--	--	--

	<p>werden.</p> <p><i>Funktionelle visuelle Störungen:</i> In der Gruppe konnten nur von zwei Fällen mit funktionellen Sehschwierigkeiten berichtet werden. Dort war es jedoch beide Male hilfreich, den Patient:innen zu helfen die Diagnose zu verstehen und sensibel zu kommunizieren sowie die Patient:innen darauf hinzuweisen, wenn sie gerade Gebrauch von visuellen Informationen gemacht haben.</p> <p><i>Dissoziative Anfälle:</i> Die Patient:innen sollten gefragt werden, wie man sie während eines Anfalles unterstützen kann. Wenn noch kein Plan vorhanden ist, kann man einen entwickeln. Zudem sollte man Sicherheit vermitteln, jedoch ständiges Beruhigen/Körperkontakt/Festhalten vermeiden. Strategien zur Vorbeugung von Episoden können angewendet werden, z. B. sensorische Grounding Strategien.</p> <p><i>Funktionelle Sprachstörungen:</i> Dies wird hauptsächlich von der Logopädie therapiert. In der Ergotherapie werden jedoch folgende Punkte empfohlen: Das Unterstützen von normalen Atmungsmustern, die Patient:innen ermutigen eine gute Haltung einzunehmen während der Therapie, positive Verstärkung, wenn die Stimme gut eingesetzt wurde, Identifikation von Triggern, Strategien zum Angstmanagement entwickeln, abgestuftes Üben von Aktivitäten, stufenweise Reduktion von Kommunikationshilfsmitteln.</p> <p>Häufige Probleme im Zusammenhang mit FNS</p> <p><i>Hypersensibilität:</i> Das Tempo und die Intensität der Therapie kann durch die Hypersensibilität der Patient:innen beeinflusst werden. Abgestufte Aussetzung gegenüber verschiedenen sensorischen Reizen während der Alltagsroutine sowie stufenweise Minimierung von kompensatorischen Techniken wird empfohlen. In den USA basieren Behandlungen bei Hypersensibilität oft auch auf der sensorischen Integration nach Jane Ayers. Ergotherapeut:innen können bei learned non-use Problemen die stufenweise Nutzung der betroffenen Extremität erleichtern und gleichzeitig Schutzhaltungen schrittweise reduzieren. Zum Beispiel: Ermutigung zum Armschwingen beim Gehen, Gewichtsbelastung im Sitzen oder Stehen, beidseitiger Einsatz der oberen Extremität bei Aktivitäten. Eine abgestufte Aussetzung gegenüber verschiedenen sensorischen Erfahrungen kann zur Normalisierung der Empfindungen beitragen, z. B. das Tragen von Kleidung an der betroffenen Extremität, Auftragen von Feuchtigkeitscreme,</p>	
--	--	--

		<p>Abwaschen mit warmem Wasser. Das Assessment AASP kann auf Patient:innen abgestimmte kompensatorische Strategien zur Unterdrückung und Abstufung von sensorischen Empfindlichkeiten mit sensorischen Aktivitäten kombinieren. Dadurch können emotionale Reaktionen besser reguliert, kognitiven Funktionen verbessert und funktionale Beteiligung erhöht werden.</p> <p><i>Angstzustände:</i> Man kann Edukation bezüglich Angstzustände betreiben, indem der physiologische Prozess dahinter erklärt wird. Es kann auch geholfen werden herauszufinden wie die Angstzustände die FNS Symptome beeinflussen und Strategien zur Angstbewältigung angewendet werden. Dazu zählen z. B. Atemtechniken, progressive Muskelentspannung, Grounding-Strategien, Visualisierung, Ablenkung, Gedankenumkehr, Achtsamkeit, die Integration von Aktivitäten, welche Spass machen, Herz-Kreislauf-Training oder Unterstützung bei der Durchführung einer angstausslösenden Aufgabe in abgestuften Schritten.</p> <p><i>Fatigue- und Schmerzmanagement:</i> Evidenz von anderen Langzeiterkrankungen bezgl. Management von Schmerz und Fatigue sind auf FNS übertragbar. In der Ergotherapie kann Edukation bezgl. Schmerz und Fatigue betrieben werden sowie Einflussfaktoren analysiert und Bewältigungsstrategien entwickelt werden. Die Verwendung von Aktivitätsprotokollen kann hilfreich sein, um den Einfluss der Symptome auf die Teilhabe an Aktivitäten zu identifizieren. Weiter können das Entwickeln einer ausgeglichenen Tagesstruktur/-routine sowie der Einbezug abgestufter Aktivitäten zur Steigerung der Ausdauer hilfreich sein. Die Reduktion von Fehlhaltungen und das Arbeit-/Pausen-Prinzip sind allgemeine Schlüsselprinzipien bei den Interventionen.</p> <p><i>Psychologisches Trauma:</i> Der Umgang mit den Folgen eines psychologischen Traumas gehört grundsätzlich nicht in die Rolle der Ergotherapie. Ergotherapeut:innen sollten jedoch allgemein zuhören und die Not der Patient:innen auffangen können. Es ist wichtig, sich den eigenen Grenzen bewusst zu sein und zu wissen, an wen die Patient:innen weiterverwiesen werden können.</p> <p><i>Risiko Management:</i> Die Aufgabe von Ergotherapeut:innen ist es, beim Risikomanagement zu helfen und die Unabhängigkeit zu erhöhen, indem sie Patient:innen ermöglichen, durch einen Prozess der unterstützten positiven Risikobereitschaft an Aktivitäten</p>	
--	--	---	--

teilzuhaben. Dabei wird nach den Prinzipien von «Embracing risk; enabling choice» vorgegangen.

Disability management

Pflege:

Ergotherapeut:innen sollen Ratschläge zum Bedarf und Ausmass an Betreuer/Pflegekräfte geben. Pflegende sollen instruiert werden, die Patient:innen möglichst viel in die Pflege zu involvieren und nicht nur passive care zu betreiben.

Leistungen:

Ergotherapeut:innen können Unterstützung bei Anträgen auf Leistung- und Versicherungsansprüchen bieten. Ein sogenannter «To whom it may concern» Brief mit einer Beschreibung der Diagnose, dem Einfluss auf die Funktion sowie Unterstützungsbedarf kann ein wertvolles Tool für die Patient:innen sein zum Verhandeln mit zuständigen Stellen.

Wohnen:

Ein Umzug in eine angepasste Wohnung sollte verhindert werden, wenn die Symptome akut sind und eine Rehabilitation möglich und erwünscht ist. An einen Wohnungswechsel kann gedacht werden, wenn die Symptome chronisch sind oder die Wohnsituation Trigger für Symptome beinhaltet.

Rückfallpräventionsplan:

Phasen der Symptomverschlechterung sind häufig, daher kann es helfen die Patient:innen auf solche Phasen mittels eines Rückfallpräventionsplanes vorzubereiten. Dieser sollte folgende Fragen beinhalten:

- Was hast du über deine Diagnose gelernt?
- Was macht deine Symptome schlechter? Was könnte Rückfälle triggern?
- Welches sind die hilfreichsten Strategien, welche du gelernt hast?
- Welche Copingstrategien waren nicht hilfreich?
Was kannst du tun, wenn du merkst, dass die Symptome sich verschlechtern?
- Was sind deine Ziele für die nächsten 3,6,9,12 Monate?

Therapie beenden:

Wichtig ist es, die therapeutische Beziehung aufrechtzuerhalten, das Vertrauen und die Selbstwirksamkeit zu fördern, indem die Fähigkeit der Person unterstützt wird, ihren Selbstmanagementplan selbstständig fortzuführen. Es wird empfohlen, einen Folgetermin zu vereinbaren, um Fortschritte zu überprüfen/ Probleme zu lösen/

		<p>Ziele neu festzulegen. Peer-Unterstützungs-Organisationen können wichtig Ergänzung nach der Behandlung sein, gerade wenn die Symptome noch bestehend sind.</p> <p>Wie sind die Ergebnisse präsentiert? Zitate, Paradigmfälle, Teilnehmergeschichten? Sie werden gruppiert in Themen als Fliesstext formuliert, dazu sind diverse Tabellen und Boxen mit u. a. Praxisbeispielen oder weiterführenden Informationen aufgeführt. Es werden keine Zitate verwendet oder Verweise auf die verschiedenen Ergotherapeut:innen gemacht.</p>	
Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse? Sie beurteilen die Ergebnisse nicht selber noch einmal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie beleuchten oder erklären die Ergebnisse das Phänomen? Wird nicht diskutiert - Wie kann aufgrund der Daten die Forschungsfrage beantwortet werden? Es gibt keine Forschungsfrage, aber die Empfehlungen aus der Praxis wurden alle aufgelistet (dies war das Ziel der Studie, welches somit erreicht wurde.) - Wie stehen die Ergebnisse zur bereits existierenden Forschungsliteratur in Bezug? Es ist keine Diskussion vorhanden, aber die Ergebnisse wurden immer wieder mit vorhandener Literatur untermauert oder ergänzt im Ergebnisteil. 	<p>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften? Sind nicht gross Interpretationen vorhanden, nur ganz kurz in der Schlussfolgerung, da die Diskussion fehlt. Doch die wenigen vorhandenen leisten einen kleinen Beitrag,</p> <p>Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? Es gibt keine Forschungsfrage, welche beantwortet werden könnte, jedoch ist das Ziel erreicht worden.</p> <p>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert? Es wird nicht diskutiert, aber immer wieder mit vorhandener Literatur ergänzt und untermauert im Ergebnisteil.</p>
	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis	<p>Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben? Zukünftige Forschungen sollten die individuellen Komponenten der Empfehlungen testen und den potenziellen Nutzen bezüglich Kosten untersuchen. Zudem sollen Behandlungen für jüngere Menschen getestet werden.</p>	<p>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? Ja, jedoch eher die Ergebnisse als die Schlussfolgerungen.</p> <p>Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie? Ja, in sehr minimalistischer Weise.</p> <p>Welches ist der Evidence-Level der Studie? Expertenmeinungen, Level IV nach AHCPR.</p>

Arbeitsinstrument zum Critical Appraisal von qualitativen Studien -AICA- (Ris & Preusse-Bleuler, 2015)

Barriers and enablers to providing community-based occupational therapy to people with functional neurological disorder: An interview study with occupational therapists in the United Kingdom (Nicholson et al., 2022)

Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Um welches Phänomen handelt es sich? Es handelt sich um gemeindenahere Ergotherapie bei Patient:innen mit FNS.</p> <p>Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert? FNS wird mit verschiedener Literatur erläutert. Zudem werden die verschiedenen Settings erklärt sowie argumentiert, dass stationäre Behandlung nicht für alle das Geeignetste ist und gemeindenahere eine andere Variante dafür wäre. Die Vorteile wären tiefere Kosten.</p> <p>Wie lautet die Forschungsfrage? Es wird keine explizite Fragestellung definiert.</p> <p>Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhabens wird benannt? Das Ziel der Studie ist es, die Barrieren und Förderfaktoren von gemeindenaheren Ergotherapie Interventionen bei Patient:innen mit FNS aus Sicht von Ergotherapeut:innen aus Grossbritannien zu ergründen. Zudem wollen sie eine Übersicht über die gängige Praxis der Ergotherapeut:innen im gemeindenaheren Setting erstellen.</p>	<p>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Ja, das Ziel wird gut erläutert.</p> <p>Sind die Forschungsfragen klar formuliert? Forschungsfragen werden nicht explizit dargestellt.</p> <p>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Ja wird mit viel verschiedener Literatur eingeführt. Jedoch würde eine Definition oder Erläuterung der Bezeichnung «community-based»/gemeindenahere noch zu einem besseren Verständnis verhelfen. Denn durch diese breitgefaste Bezeichnung ist für Personen, welche nicht aus Grossbritannien kommen, nicht auf Anhieb klar verständlich, um was es sich handelt.</p> <p>Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert? Ja, es wird aufgezeigt und diskutiert was die Problematik und somit auch der Bedarf ist und zugleich mit Quellen belegt.</p>
Methode	Ansatz/Design	<p>Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich? Es handelt sich um eine qualitative Studie mit semi-strukturierten Interviews nach «TDF».</p> <p>Wie wird die Wahl des Ansatzes/Design begründet? Wieso qualitativ als Design ausgewählt wurde wird nicht erklärt, jedoch wieso nach «TDF». Und zwar weil damit eine systematische und verständliche Untersuchung möglich ist, welche danach hilft, mögliche Veränderungsstrategien auszuwählen. Zudem wurde dies auch schon bei verschiedenen Studien, welche Barrieren und Förderfaktoren erforschten im Gesundheitswesen (u. a. Ergotherapie) verwendet.</p>	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Ja, der Zusammenhang zwischen dem Ziel und dem gewählten Ansatz ist logisch nachvollziehbar (auch aufgrund der guten Erklärung von «TDF»). Da man die Sicht der Ergotherapeut:innen erforschen möchte, machen qualitative Interviews Sinn.</p>

	Stichprobe	<p>Um welche Population handelt es sich? Es handelt sich um Ergotherapeut:innen von Grossbritannien mit Erfahrung in der gemeindenahen Behandlung von Patient:innen mit FNS.</p> <p>Welches ist die Stichprobe?</p> <p>– Wer? Wie viel? Charakterisierungen? 10 Ergotherapeut:innen aus Grossbritannien mit Erfahrung in der Ergotherapie (9-32 Jahre) und in der gemeindenahen Ergotherapie (1.5-25 Jahre). Alle waren weiblich. 2 davon waren aus London, 5 aus England allgemein, 3 aus Schottland.</p> <p>Wie wurde die Stichprobe gezogen? Es wurde ein Purposive Sampling via the Royal College of Occupational Therapists Specialist Section for neurological practice gemacht. Damit die ganze UK und Ergotherapeut:innen mit unterschiedlicher Erfahrung dabei sind.</p> <p>Gibt es verschiedene Studiengruppen? Nein</p> <p>Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? Ja, es werden dadurch verschiedene Erfahrungsniveaus und verschiedene geografische Lagen abgedeckt.</p>	<p>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht? Ja, es wird ein qualitatives Design verwendet. Durch best-fit Teilnehmer können Informationen herausgezogen werden, welche relevant für den Forschungskontext sind.</p> <p>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? Ja</p> <p>– Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Sie können auf Ergotherapeut:innen von Grossbritannien mit Erfahrung in der gemeindenahen Ergotherapie von Menschen mit FNS übertragen werden, sowie Ergotherapie Settings mit ähnlichen Bedingungen und Patient:innen.</p> <p>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet? Ja, die Stichprobengrösse ist angemessen. Basierend auf den Empfehlungen für sample Grössen bei qualitativen Studien von Francis et al. (2010).</p> <p>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? Die Teilnehmer:innen werden genügend beschrieben</p> <p>Sind die ausgewählten Teilnehmenden als „Informanten“ geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen? Ja</p> <p>Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen? Ja</p>
	Datenerhebung	<p>Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenerhebung verwendet? Es wurde ein semi-strukturiertes Interview verwendet</p> <p>Wie häufig wurden Daten erhoben? Es wurde einmal Daten erhoben anhand des Interviews.</p> <p>Wie wurden die Daten verarbeitet (z. B. verbatim Transkription)? Es wurden Audioaufnahmen verbatim transkribiert und anonymisiert.</p>	<p>Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen? Ja, es geht um Verhalten, menschliches Erleben und Muster. (Siehe Tabelle 1 in der Studie)</p> <p>Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)? Die Vorgehensweise wurde gut und klar beschrieben. Auch ist der Interviewleitfaden unter Zusatzmaterial aufgeführt. Jedoch wurden nicht alle Interviews gleich erhoben (9 per Telefon, 1 persönlich), daher ungleiche Bedingungen in Datenerhebung.</p> <p>Wird die Datensättigung diskutiert? Ja, die Sättigung wird mit 10 Leuten erreicht, ab dem 9. gab es keine neuen Erkenntnisse mehr. Die Dokumentation der Datensättigung ist zudem unter Zusatzmaterial ersichtlich.</p>

		<p>Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)?</p> <p>Die Teilnehmer:innen konnten sich selber melden, bei Interesse an der Studie teilzunehmen. Mehr wurde nicht diskutiert.</p>
Methodologische Reflexion	<p>Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selber diskutiert?</p> <p>Durch die Forschenden selbst wird nichts diskutiert.</p>	<p>Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forschenden dargestellt?</p> <p>Nein</p> <p>Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein (z. B. Stichprobenziehung, Datenerhebung etc.)?</p> <p>Ja</p> <p>Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung? Z. B.: ist die Methode für das Phänomen geeignet?</p> <p>Ja</p>
Datenanalyse	<p>Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet?</p> <p>Die transkribierten Interviews wurden nach den veröffentlichten Guidelines für die Durchführung des TDFs (Atkins et al., 2017) gemacht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familiarisation with the Data - Pilot coding - coding of responses into TDF domains - Inductive Coding: Generation of belief statements - Assessment of data saturation - identifying important domains <p>Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse?</p> <p>Beim Coding wurde ein Cross Check gemacht und dadurch den analytischen Rigor verbessert, Konsistenz in Codierung gewährleistet und die Bias reduziert.</p>	<p>Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben?</p> <p>Ja, es wurde sehr ausführlich beschrieben.</p> <p>Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht?</p> <p>Ja, nach Atkins et al. (2017)</p> <p>Werden die analytischen Schritte genau beschrieben?</p> <p>Ja, sie werden genau beschreiben. Zudem werden Ausschnitte aus der Analyse wie z. B. Teile der Codierung in Tabellen dargestellt. Jedoch ist die Tabelle 3 nicht ganz vollständig, da die Anzahl Barrieren und Förderfaktoren (in der letzten Spalte) nicht immer einheitlich dargestellt wurden. Es sind nicht immer alle Antworten von allen Teilnehmenden ersichtlich. (Tabelle 3)</p> <p>Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig?</p> <p>Ja</p> <p>Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)?</p> <p>Durch Cross Check wird die Glaubwürdigkeit erhöht.</p> <p>Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)?</p> <p>Nein</p>

	Ethik	<p>Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt? Es werden keine ethischen Fragen diskutiert.</p> <p>Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden? Ja, es wird zwar erst am Schluss erwähnt und nicht im Methodenteil (School of Health Sciences Ethics Committee, City University of London)</p>	<p>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? Wird nicht diskutiert.</p>
Ergebnisse	Ergebnisse	<p>Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc.? Die Antworten wurden in 174 Statements zusammengefügt. Diese wurden in folgende Themen unterteilt:</p> <p>Nature of Behaviours Gängige Strategien/ Interventionen sind z. B. Edukation über die Diagnose, Fatigue- sowie Schmerzmanagement, Wiedererlernen von Aktivitäten des täglichen Lebens, abgestufte Zielsetzung, abgestufte Aktivitäten üben, Angstmanagement und Entspannungsstrategien. Die Teilnehmenden sind sich unsicher, ob man die gleichen Prinzipien wie bei «normalen» Neurologie Patient:innen anwenden kann. (Manche sagen Psychoedukation und Unterstützung bei der Identifikation von Symptomtrigger seien zusätzlich etwas Neues bei Patient:innen mit FNS)</p> <p>Beliefs about consequences Um die Chronifizierung der Symptome zu verhindern, ist zeitnahe Zugang zu gemeindenaher Ergotherapie wichtig. Dies ist jedoch aus Ressourcen Gründen oftmals nicht möglich. Die meisten empfanden Therapie zu Hause als am besten, erkannten stationäre Behandlung in gewissen Situationen jedoch als geeigneter.</p> <p>Memory, Attention and Decision Making Aufgrund von fehlenden Ressourcen und Wissen/Fertigkeiten werden Patient:innen mit FNS oft nicht angenommen zur Behandlung. Zudem wurde es als herausfordernd angesehen zu entscheiden, wann man die Therapie abschliesst.</p>	<p>Demonstrieren die Ergebnisse „artfulness“, „versatility“ und „sensitivity to meaning and context“, d. h. sind aufgrund einer präzisen und „kunstvollen“ Analyse entstanden? Ja</p> <p>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Ja</p> <p>Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung? Ja</p> <p>Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein? Wir kennen die Konzeptualisierungen der Forschenden nicht, daher kann die Frage nicht beantwortet werden.</p> <p>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt? Ja, es werden immer wieder Zitate verwendet</p> <p>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Ja</p> <p>Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent & inhaltlich unterscheidbar? Ja, einige Domänen sind sich etwas nah, jedoch trotzdem gut unterscheidbar.</p>

	<p>Ergebnisse</p>	<p>Environmental Context and Resources Als Barriere wurden fehlende Ressourcen (Personal und Zeit) genannt, was die multidisziplinäre Zusammenarbeit schwieriger gestaltet, da die Wartezeiten für die verschiedenen Professionen dadurch unterschiedlich lang sind. Durch fehlende Ressourcen in ländlichen Gegenden haben sich die Ergotherapeut:innen dort jeweils erweiterte Kompetenzen von anderen Professionen angeeignet.</p> <p>Social/Professional Role and Identity Alle ausser eine Person denken, dass gemeindenahere Ergotherapie Patient:innen mit FNS behandeln sollten. Ergotherapeut:innen nehmen oft eine duale Rolle ein, wenn der Zugang zu psychologischer Unterstützung fehlt. Es werden Bedenken geäussert, ausserhalb der Berufsgrenzen zu arbeiten.</p> <p>Knowledge Als Barrieren wurden vor allem das fehlende Wissen und die fehlende evidenzbasierte Grundlage für die Therapie genannt. Die Website www.neurosymptoms.org wurde jedoch als hilfreiche Quelle genannt.</p> <p>Skills Training in FNS wurde als vorteilhaft angesehen, jedoch war dies aus Kostengründen und Verfügbarkeit oftmals nicht möglich. Die duale Ausbildung (physisch und psychisch) sowie die Kernkompetenzen der Ergotherapie (Aktivitätsanalyse / Rehabilitation durch Einbezug von Aktivität) befähigen Ergotherapeut:innen mit Patient:innen mit FNS zu arbeiten.</p> <p>Motivation and Goals Es ist wichtig, klientenzentrierte Ziele zu setzen, um die funktionellen Ergebnisse zu maximieren.</p> <p>Social Influences Interprofessionell zusammen zu arbeiten, wurde als essenziell angesehen. Es wurde berichtet, dass routinemässig Angehörige einladen, wichtig ist. Man soll sie in den Rehabilitationsprozess einbeziehen, vor allem bei der Aufklärung über die Diagnose und Symptomauslöser sowie Strategien zur Symptomkontrolle. Zudem hatten die meisten keinen direkten Zugang zu einem «senior occupational therapist» und tauschten sich eher mit Peers oder anderen Gesundheitsfachpersonen aus.</p>	<p>Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten? Ja</p>
--	--------------------------	--	---

	<p>Beliefs about capabilities Viele fühlten sich unsicher im Behandeln von Patient:innen mit FNS. Zudem wurde auch der Mangel an Wissen über die psychische Gesundheit geäußert sowie den Fähigkeiten der anderen Gesundheitsfachpersonen mit der Diagnose sensibel und verständnisvoll umzugehen.</p> <p>Emotion Eine Person gab an nicht gerne mit FNS Patient:innen zu arbeiten. Des Weiteren waren Bedenken da, nicht die optimale Behandlung leisten zu können, sich unsicher zu fühlen und überfordert zu sein die komplexen physischen sowie psychischen Aspekte der Diagnose zu managen.</p> <p>Behavioural Regulation Guidelines würden helfen in der Therapie mit Patient:innen mit FNS. Drei Teilnehmer:innen betonten die Vorteile einer gemeinsamen Arbeit mit Studienabgänger:innen, um ihr Wissen und Fähigkeiten über FNS zu verbessern. Zudem fanden auch drei Teilnehmer:innen das Instruieren von Selbstmanagement Strategien bei Patient:innen mit FNS sehr hilfreich.</p> <p>Ergebnisse zusammengefasst: Die wichtigsten Hindernisse für die Behandlung waren: begrenzte veröffentlichte Informationen als Orientierungshilfe für die Praxis, mangelnde Klarheit über die berufliche Rolle, Mangel an verfügbaren Ressourcen, fehlender Zugang zu psychologischen Diensten und eingeschränkte multidisziplinäre Teamarbeit. Die wichtigsten Förderfaktoren waren: die duale Ausbildung von Ergotherapeuten und die Konzentration auf aktive Beteiligung, Zugang zu Schulung, Zugang zu Webseite, Vermittlung von Selbstmanagement Strategien, um Abhängigkeit zu Therapeut:in zu verringern. Angebot, Qualität und Zugang zu Dienstleistungen variierten je nach geografischem Standort.</p> <p>Wie sind die Ergebnisse präsentiert? Zitate, Paradigmfälle, Teilnehmergeschichten? Es wurde zusammengefasst von den Interviews erzählt und immer mal wieder mit Zitaten unterstrichen.</p>	
--	--	--

Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse?</p> <p>– Wie beleuchten oder erklären die Ergebnisse das Phänomen? Fehlende Ressourcen, verminderter Zugang zu zeitnahen Interventionen, keine klare Definition der professionellen Rolle und vermindertes Verstehen des Krankheitsbildes und den Behandlungsmöglichkeiten haben den grössten Einfluss darauf, dass die Ergotherapie nicht gemeindenah stattfindet.</p> <p>– Wie kann aufgrund der Daten die Forschungsfrage beantwortet werden? Es gibt keine Forschungsfrage, welche beantwortet werden könnte, das Ziel wurde jedoch erreicht.</p> <p>– Wie stehen die Ergebnisse zur bereits existierenden Forschungsliteratur in Bezug? Es werden eher die Zuständigkeit für FNS Patient:innen diskutiert (Psychiatrie oder Neurologie), als die aktuellen Barrieren und Förderfaktoren. Die beschriebenen stimmen grössten Teils mit den kürzlich veröffentlichten Konsensempfehlungen (England, Schottland, USA) überein. Es liegt daher nahe, dass die Ergebnisse eine gewisse internationale Relevanz haben.</p>	<p>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften? Ja</p> <p>Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? Der Fokus war eher auf den Barrieren als auf den Förderfaktoren, jedoch konnte das Ziel (Forschungsfrage fehlt) erreicht werden.</p> <p>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert? Ja, es wird Literatur hinzugezogen.</p>
	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis	<p>Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben? Es wird besserer Zugang zur Edukation über FNS bzw. gemeindenaher Ergotherapie bei FNS benötigt. Sowie ein einheitlicher Behandlungspfad, welcher auch die Ergotherapie beinhaltet. Es wird ein besserer koordinierter Ansatz zwischen den physischen sowie psychischen Institutionen benötigt, um dem Krankheitsbild FNS gerecht zu werden. Bessere Kommunikation zwischen Psychiatrie, Neurologie, allgemein Medizin und den restlichen Gesundheitsfachpersonen ist notwendig.</p>	<p>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? Ja</p> <p>Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie? Ja</p> <p>Welches ist der Evidence-Level der Studie? Es sind Expertenmeinungen, welche dem Level IV entsprechen nach AHCPR.</p>

Arbeitsinstrument zum Critical Appraisal von qualitativen Studien -AICA- (Ris & Preusse-Bleuler, 2015)

Sensory Processing Difficulties in Patients with Functional Neurological Disorder: Occupational Therapy Management Strategies and Two Cases (MacLean et al., 2022)

Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<p>Um welches Phänomen handelt es sich? Es handelt sich um das sensorisch basierte ambulante Ergotherapieprogramm für FNS am Massachusetts General Hospital.</p> <p>Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert? Sensorische Verarbeitungsschwierigkeiten werden erklärt und mit FNS in Verbindung gebracht. Die verschiedenen Arten von sensorischer Verarbeitung werden erklärt sowie Tools zur Messung. Das sensorisch basierte ambulante Ergotherapieprogramm für FNS am Massachusetts General Hospital wird detailliert erklärt.</p> <p>Wie lautet die Forschungsfrage? Es wird keine Forschungsfrage definiert.</p> <p>Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhabens wird benannt? Das Ziel wird nicht definiert, einzig im Abstract werden die Inhaltsschwerpunkte der Studie beschrieben.</p>	<p>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Nein</p> <p>Sind die Forschungsfragen klar formuliert? Nein</p> <p>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Ja mit vielfältiger Literatur sowie Tabellen, Grafiken.</p> <p>Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert? Ja, indem sie das Phänomen beschreiben.</p>
	Ansatz/Design	<p>Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich? Es handelt sich um eine Case Study.</p> <p>Wie wird die Wahl des Ansatzes/Design begründet? Es wird nur kurz erwähnt, dass die Fälle aufzeigen sollen, wie das Programm bei der Behandlung von Patient:innen mit FNS konkret aussehen kann.</p>	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Es hat keine Forschungsfrage und auch kein Ziel definiert, daher ist diese Frage nicht beantwortbar.</p>
	Stichprobe	<p>Um welche Population handelt es sich? Erwachsene Patient:innen mit FNS.</p> <p>Welches ist die Stichprobe? – Wer? Wie viel? Charakterisierungen? 2 Patient:innen mit Mixed FNS: Case 1: Ann, weiblich, 23J., wohnt bei Eltern, seit 3 Jahren Symptome, funktionellen Anfällen, linksseitige Schwäche mit intermittierendem Balanceverlust, häufiges Fallenlassen von Objekten, an Umgebung anstossen, stolpern, hinfallen. Stress gilt als Auslöser. Frühere Diagnosen waren PTBS aufgrund</p>	<p>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht? Kann nicht beurteilt werden, da man nicht weiss, wie diese gezogen wurde.</p> <p>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? Ja, es werden verschiedenste Symptome, Alter (entspricht der momentanen Population vom Massachusetts General Hospital FND Clinic) und Geschlecht abgedeckt.</p>

		Misshandlung in der Kindheit, frühere Gehirnerschütterung mit abgeklungenem Post-Concussion-Syndrom.	
Stichprobe	<p>Case 2: Evan, männlich, 42 Jahre, verheiratet, hat ein Sohn. Seit einem Jahr FNS mit funktionellen Anfällen, Gesichtszucken und anfangs noch Stottern und Fatigue. Frühere Diagnosen waren ADHS, Legasthenie und chronische Schmerzen im linken Fuss.</p> <p>Wie wurde die Stichprobe gezogen? Es wird nicht erwähnt, wie die Stichprobe gezogen wurde.</p> <p>Gibt es verschiedene Studiengruppen? Nein, sind einfach zwei verschiedene Cases.</p> <p>Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? Nein, es wird nur gesagt, dass sie ausgesucht wurden, um den Fortschritt während des Programmes aufzuzeigen.</p>	<p>– Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Auf alle erwachsenen Patient:innen mit FNS, mit ähnlichen Symptomen, in ähnlich soziokulturellem Kontext wie die USA,, welche dasselbe Programm durchlaufen.</p> <p>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wir wird sie begründet? Bei einer Case Study kann auch nur ein Einzelfall beleuchtet werden. Somit ist die Stichprobengrösse mit 2 Cases angemessen. Die Stichprobengrösse wird jedoch nicht begründet.</p> <p>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? Ja, das Setting und die Teilnehmenden werden detailliert beschrieben.</p> <p>Sind die ausgewählten Teilnehmenden als „Informanten“ geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen? Ja</p> <p>Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen? Ja</p>	
Datenerhebung	<p>Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenerhebung verwendet? Auswertung der medizinischen Krankenakten der beiden Cases.</p> <p>Wie häufig wurden Daten erhoben? 1x</p> <p>Wie wurden die Daten verarbeitet (z. B. verbatim Transkription)? Wird nicht erwähnt.</p>	<p>Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen? Es geht um den Prozess und das Erleben des Ergotherapieprogrammes.</p> <p>Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)? Nein</p> <p>Wird die Datensättigung diskutiert? Nein</p> <p>Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)? Es wird gesagt, dass die Patient:innen der Teilnahme an der Studie zugestimmt haben und dies vom Mass General Brigham Human Research Committee abgeseignet wurde.</p>	

Methode	Methodologische Reflexion	<p>Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selber diskutiert?</p> <p>Der gewählte Ansatz wird nicht diskutiert.</p>	<p>Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forschenden dargestellt?</p> <p>Nein</p> <p>Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein (z. B. Stichprobenziehung, Datenerhebung etc.)?</p> <p>Kann nicht beantwortet werden, da das methodische Vorgehen nicht beschrieben wird.</p> <p>Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung? Z. B.: ist die Methode für das Phänomen geeignet? Das Studiendesign ist zum Darstellen des Phänomens geeignet. Es ist jedoch nicht klar, ob dies überhaupt das Ziel war.</p>
	Datenanalyse	<p>Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet?</p> <p>Dies wird nicht beschrieben</p> <p>Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse?</p> <p>Sie nehmen keine Stellung zur Qualität der Datenanalyse.</p>	<p>Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben?</p> <p>Nein</p> <p>Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht?</p> <p>Nein</p> <p>Werden die analytischen Schritte genau beschrieben?</p> <p>Nein</p> <p>Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig?</p> <p>Kann keine Aussage dazu getätigt werden, da sie nicht beschrieben wird.</p> <p>Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)?</p> <p>Nein, keine Angaben dazu</p> <p>Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)?</p> <p>Nein, es gibt keine Dokumentation.</p>
	Ethik	<p>Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt?</p> <p>Es wurden keine ethischen Fragen diskutiert.</p> <p>Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden?</p> <p>Ja, das Mass General Brigham Human Research Committee hat die Studie genehmigt</p>	<p>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden?</p> <p>Es wurde rein die Genehmigung eingeholt, aber keine weiteren Fragen diskutiert.</p>

Ergebnisse	Ergebnisse	<p>Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc.?</p> <p>Die beiden Cases illustrieren den Ablauf des Programmes und zeigen dessen Wirksamkeit auf. In beiden Fällen konnten Fortschritte erzielt werden:</p> <p>Ann: Verbesserung des COPM Scores bei Zufriedenheit +3.6 Punkte, Betätigungsperformanz +5 Punkte. Zudem Verbesserung der Selbstwahrnehmung ihrer sensorischen Präferenzen/ Tendenzen, eigeninitiativ anwenden ihrer Strategien, weniger Stürze, Stolpern oder Fallenlassen der Objekte und die Stressbewältigung wurde als verbessert und zufriedenstellend angesehen.</p> <p>Evan: Verbesserung des COPM Scores bei Zufriedenheit +2.2 Punkte, Betätigungsperformanz +3.4 Punkte. Zudem Reduktion der Anzahl seiner Anfälle sowie Linderung von Stress und Angstzuständen, verbesserte Toleranz gegenüber Menschenmengen, eine schnellere Entscheidungsfindung und fühlte sich bereit, wieder arbeiten zu gehen. Das Autofahren konnte er erst 2.5 Monate nach Abschluss der Behandlung wieder aufnehmen, nachdem er 6 Monate lang keinen Anfall mehr gehabt hatte.</p> <p>→Die Ziele wurden bei beiden erreicht sowie die Therapie nach 7 Einheiten abgeschlossen.</p> <p><i>Beschreibung des Programmes:</i> Das Programm basiert auf den Praxis Guidelines der AOTA, den FNS spezifischen Ergotherapie Empfehlungen und den sensorisch basierten Ergotherapieansätzen im psychiatrischen Setting. In einem ersten Schritt werden die sensorische Vorgeschichte, die motorische Performanz, kognitive Beschwerden und Veränderungen in der Performanz der Alltagsaktivitäten erfassen. In der ersten Therapieeinheit wird das AASP* verwendet, um das sensorische Verarbeitungsmuster während den Alltagsaktivitäten zu beschreiben. Zudem wird das COPM benutzt, um die Performanz in den Alltagsaktivitäten zu messen. Dadurch werden Probleme identifiziert und priorisiert sowie der Fortschritt gemessen. Bei der Zielsetzung wird auf das COPM geachtet, sowie die 4 «overachieving goals» des sensory modulation program (SMP). Aus den Informationen des AASP und der sensorischen Vorgeschichte werden spezifische sensorisch basierte Interventionen ausgewählt, um adaptierte Verhaltensweisen zu fördern. Die Zielsetzung ist individuell verteilt auf den ganzen Therapieprozess und kann immer wieder</p>	<p>Demonstrieren die Ergebnisse „artfulness“, „versatility“ und „sensitivity to meaning and context“, d. h. sind aufgrund einer präzisen und „kunstvollen“ Analyse entstanden? Die Analyse der Daten ist unbekannt, weshalb diese Frage nicht beantwortet werden kann.</p> <p>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Die Cases sind detailliert beschrieben worden und reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten.</p> <p>Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung? Ja, die Ergebnisse wurden mit vielfältiger Literatur beleuchtet und präzise erklärt.</p> <p>Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein? Es wurden keine Konzeptualisierungen gemacht/oder nicht beschrieben.</p> <p>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt? Es gibt keine Zitate, jedoch eine Tabelle, welche die Ergebnisse unterstützt sowie eine Grafik, welche den Stand vor dem Programm aufzeigt und nicht die Veränderung danach.</p> <p>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Ja, das Phänomen als Ganzes wird beleuchtet.</p> <p>Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent & inhaltlich unterscheidbar? Das Konzept des Programmes ist klar verständlich.</p> <p>Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten? Das ganze Programm bildet die Verbindung zwischen den verschiedenen erklärten Elementen und Modellen.</p>
------------	------------	--	---

		<p>vorkommen. Die Therapiedauer variiert zwischen 1 - 6 Monaten. Es findet eine ambulante Therapieeinheit pro Woche statt. Die Fortschritte werden im 30 Tage Intervall (mit dem COPM) erfasst.</p> <p>Das erste Ziel ist es, die Selbsterkenntnis über die sensorischen Verarbeitungsschwierigkeiten zu fördern, indem die Ergebnisse des AASP besprochen werden. Zudem wird erklärt, wie die Verhaltensweisen/Reaktionen mit den sensorischen Prozessen zusammenhängen. Den Patient:innen wird eine Sensory-Motor Preference Checklist abgegeben. Auf dieser sind verschiedenste Aktivitäten aufgelistet, welche die verschiedenen Sinne anregen. Daraus können die Patient:innen Aktivitäten heraussuchen, welche beruhigend, erregend, irritierend oder eine Kombination davon sind. Dies führt dazu, das Verständnis der eigenen Tendenzen und Präferenzen zu fördern. Zudem betreiben die Ergotherapeut:innen Aufklärung bezüglich Erregungszustände und wie diese durch den Tag schwanken können und von sensorischen Inputs beeinflusst werden können.</p> <p>Das zweite Ziel ist es, die Selbstregulationsstrategien zu erkunden. Es werden dazu verschiedene Sinnesmodalität und sensomotorische Erfahrungen ausprobiert, um das gerade richtige Level der Erregung für die Aufgabe zu erreichen. Die verschiedenen Aktivitäten der Checkliste werden mit den Patient:innen ausprobiert und auf deren Einfluss bezüglich Erregungszustand geachtet. Das Ziel dabei ist es, gemeinsam eine sensorische «Diät» zu entwickeln. In dieser plant man Aktivitäten mit angemessenen sensorischen Inputs, welche die Patient:innen benötigen, um die FNS Symptome zu managen und Partizipieren zu können.</p> <p>In die Diät gehören Mahlzeiten (regelmässig geplante sensorische Erfahrungen und Verhalten), Snacks (sensorische Erfahrungen und Aktivitäten, falls nötig), Unterstützung aus dem Umfeld, ruhige Orte und Freizeitaktivitäten, um das bessere Funktionieren zu unterstützen.</p> <p>In der Ergotherapie werden die Patient:innen dabei unterstützt herauszufiltern, welche sensorischen Tools in Situationen mit verstärkten FNS Symptomen hilfreich waren und welche nicht.</p> <p>Beim dritten Ziel geht es darum, die sensorische Diät auch auf lange Sicht in den Alltag übertragen und anwenden zu können.</p> <p>Wenn die Patient:innen die Selbsterkenntnis und Grundlagen der Selbstregulation erlernt haben, geht es zum vierten Ziel. Dies ist die Verbesserung der Fähigkeiten. Die Patient:innen sollen durch Selbstreflexion eigenständig Strategien zu entwickeln, welche sie</p>	
--	--	--	--

		<p>zur Verhaltensänderung nutzen können. Durch das Teilnehmen an diverseren Aktivitäten lernen die Patient:innen die Strategien auch in andere Settings zu übertragen.</p> <p>*Das AASP (Adolescent/Adult Sensory Profile) wird bei Menschen im Alter von 11-65+ Jahren angewendet. Es identifiziert das individuelle sensorische Verarbeitungsmuster innerhalb Aktivitäten. Die Patient:innen füllen einen Fragebogen mit 60 Fragen aus. Die Scores werden in ein sensorisches Profil basierend auf den vier Quadranten von Winnie Dunn übertragen: niedrige Registrierung, Reizsuche, sensorische Sensibilität und Reizvermeidung.</p> <p>Wie sind die Ergebnisse präsentiert? Zitate, Paradigmafälle, Teilnehmergegeschichten? Die Ergebnisse werden im Fliesstext anhand zweier Fallbeschreibungen beschrieben.</p>	
Diskussion und Interpretation der Ergebnisse		<p>Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie beleuchten oder erklären die Ergebnisse das Phänomen? Die Autor:innen sehen im ET-basierten Sensory Modulation Programm bei Patient:innen mit funktionellen Anfällen eine Erfolgchance, vor allem bei denjenigen, welche sensorische Erfahrungen als Auslöser oder verstärkender Faktor für Symptome angeben. Aufgrund der multidisziplinären Behandlung besteht ein wichtiger Aspekt in der Klärung, was genau jetzt die Wirksamkeit ausgemacht hat. Wie wirkungsvoll waren die individuellen Komponenten. Die Autor:innen vermuten, dass die in der Studie beschriebenen Assessments und Interventionen auch auf Kinder und Jugendliche angepasst werden können (da teilweise Prinzipien des Programms auch auf Literatur von Kindern und Jugendlichen mit FNS basieren) - Wie kann aufgrund der Daten die Forschungsfrage beantwortet werden? Es ist keine Forschungsfrage vorhanden, das Phänomen wird jedoch gut dargestellt. 	<p>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften? Ja, zum Verständnis wann das Programm sinnvoll ist und bei welchen Patient:innen eher nicht.</p> <p>Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? Es ist keine Forschungsfrage vorhanden.</p> <p>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert? Ja</p>

Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>– Wie stehen die Ergebnisse zur bereits existierenden Forschungsliteratur in Bezug? Dass die beiden Fallbeschreibungen funktionelle Anfälle haben, stimmt mit früheren Beobachtungen überein, dass Patient:innen mit funktionellen Anfällen zu extremeren sensorischen Verarbeitungsmustern tendieren. Es wurde zuvor schon eine Kohortenstudie zu sensorischen Verarbeitungsschwierigkeiten bei FNS gemacht, aufgrund derer das Programm entwickelt wurde.</p>	
	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis	<p>Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben? Es gibt wenig Forschung zur Effektivität dieses Ansatzes bei Kinder-Jugendlichen mit FNS. Es ist mehr Forschung bezüglich sensorischen Modulationsstörungen im multiprofessionellen Setting notwendig. Zudem sollte die Wirksamkeit von sensorisch basierten Ergotherapieinterventionen für Patient:innen mit FNS erforscht werden.</p>	<p>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? Ja, auch wenn nicht mehr auf das Programm an sich eingegangen wird.</p> <p>Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie? Eher das, was noch gemacht werden sollte und nicht die Ergebnisse.</p> <p>Welches ist der Evidence-Level der Studie? Level IV nach AHCPR?</p>

E Zusatzinformationen Hauptstudien

Aus der Hauptstudie 2 (Nicolson et al., 2020):

Aspekte beim Erstgespräch bei FNS
1. Fragen Sie die Person, wann und wie ihre Symptome begonnen haben.
2. Erstellen Sie eine Liste der aktuellen Symptome. Fragen Sie für jedes Symptom nach verschlimmernden und lindernden Faktoren, Variabilität, Schweregrad und der Auswirkungen auf die Funktion.
3. Klären Sie das Verständnis der Person für ihre Diagnose und ob sie mit der Diagnose übereinstimmt.
4. Fragen Sie nach anderen Gesundheitsproblemen und der medizinischen Vorgeschichte (einschliesslich der psychischen Gesundheit).
5. Führen Sie eine ausführliche Sozialanamnese durch, in der Sie die üblichen Rollen, Verantwortlichkeiten und bedeutungsvollen Aktivitäten erfragen.
6. Machen Sie sich ein Bild von der 24-Stunden-Routine der Person. Dies ist hilfreich, um symptomfördernde Faktoren aufzudecken, wie z. B. schlechte Schlafhygiene, Boom und Bust Verhalten, Mangel an Betätigung und Struktur.
7. Stellen Sie fest, ob die Person Pflegebedarf hat, und wenn ja, ob diese Bedürfnisse erfüllt werden und wenn ja von wem.
8. Erkundigen Sie sich nach dem Zugang zur Wohnung, zur Ausbildungs- oder Arbeitsumgebung und nach dem Einsatz von Umwelтанpassungen und Hilfsmitteln.
9. Wenn die Person arbeitet oder eine Ausbildung macht, fragen Sie sie nach den Auswirkungen ihrer Symptome. Wenn sie arbeitslos oder im Ruhestand ist, kann es angebracht sein, nach dem Bezug von Leistungen/Versicherungen zu fragen.
10. Führen Sie eine Beobachtung der täglichen Aktivitäten durch (z. B. Körperpflege, Zubereitung von Mahlzeiten, Transfers), um die Auswirkungen der Symptome auf die Teilhabe an in Aktivitäten festzustellen. Notieren Sie während der Beobachtung die Ablenkbarkeit und Variabilität der Symptome, damit diese in einer unterstützenden Weise besprochen werden können.

In Anlehnung an Nicholson et al. (2020)

Aspekte der Edukation über FNS
Anerkennen, dass FNS eine reale, häufige und behindernde Erkrankung ist, welche neurologische Symptome hervorruft, die ausserhalb der Kontrolle der Person liegen.
Die Symptome werden durch eine potenziell reversible Fehlkommunikation zwischen dem Gehirn und dem Körper verursacht.
Besprechen Sie, dass FNS von Neurolog:innen anhand «positiver klinischen Anzeichen» (z. B. Hoover-Zeichen, Ablenkbarkeit, Mitreissen des Tremors, Variabilität der Symptome während der Funktion) diagnostiziert wird und keine Ausschlussdiagnose ist. Die Diagnose kann neben anderen neurologischen Erkrankungen diagnostiziert werden.
Helfen Sie der Person, die Relevanz der auslösenden Ereignisse zu verstehen.
Besprechen Sie, wie selbstgerichtete Aufmerksamkeit die Symptome verschlimmern kann und umgekehrt die Umlenkung der Aufmerksamkeit (Ablenkung) Symptome vorübergehend verringern kann.
Informieren Sie darüber, wie die Stressreaktion des Körpers die Funktion des Nervensystems und damit auch die FNS beeinflussen kann.
Besprechen Sie, wie Symptomfokussierung und chronische Gesundheitszustände kognitive Schwierigkeiten, Müdigkeit, Angstzustände, schlechte Laune und Schmerzen verursachen oder verschlimmern können .
Diskutieren Sie die Rolle der Ergotherapie bei der Behandlung von FNS.
Diskutieren Sie die Bedeutung eines 24-Stunden-Ansatzes in der Therapie; d.h. die Umsetzung von Rehabilitationsstrategien während des Tagesablaufs als Teil des Selbstmanagements.

Verweisen Sie auf Informationsquellen wie: www.neurosymptoms.org und von Patienten geführte Organisationen wie FND Hope International, FND Hope UK, FND Hope US, FND Hope Kanada, FND Action (UK), FND Dimensions (UK), FND Australia Support Services. Das Buch: *Overcoming Functional Neurological Symptoms: Five Areas Approach* kann ein nützliches Hilfsmittel sein, um den Betroffenen zu helfen Symptome und Bewältigungsstrategien zu verstehen, insbesondere bei denjenigen die Angst und/oder Stimmungs labilität als Teil ihres Problems erkennen.

In Anlehnung an Nicholson et al. (2020)

Hilfreiche ergotherapeutische Assessments bei FNS

Canadian Occupational Performance Measure (COPM)	Evidenzbasiertes Assessment, welches die die Selbstwahrnehmung der Performanz und Zufriedenheit einer Person mit der Performanz bei täglichen Aktivitäten aufzeigt.
Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale (OCAIRS)	Semistrukturiertes Interviewdesign basierend auf der Grundlage des Models of human occupation (MOHO); Erfassung von Informationen zur Teilhabe an Betätigungen in den 11 Bereichen: Gewohnheiten, Rollen, persönliche Ursachen, Werte, Fähigkeiten, physisches Umfeld, soziales Umfeld und Bereitschaft zur Veränderung
Worker Role Interview (WRI)	Halbstrukturiertes Interview, in welchem Faktoren besprochen werden, die sich auf die Fähigkeit einer Person auswirken können, während oder nach einer Krankheit oder Verletzung, am Arbeitsplatz zu bleiben oder an diesen zurückzukehren
Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST)	Bewertet die Auswirkungen der Volition, Habituation, Fähigkeiten und Umwelt einer Person auf ihre Fähigkeit zur Durchführung einer Betätigung
Occupational Self-Assessment (OSA)	Basiert auf dem MOHO. Erfasst die Wahrnehmung einer Person hinsichtlich ihrer eigenen Betätigungskompetenz und der für sie wichtigen Betätigungen. Die Beobachtungen der Therapeut:innen werden bei der Bewertung ebenfalls berücksichtigt
Adolescent and Adult Sensory Profile (AASP)	Bewertet Verhaltensreaktionen auf alltägliche Sinneserfahrungen. Geeignet für Kinder ab 11 Jahren
Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)	Ermöglicht Therapeut:innen die Fähigkeit einer Person bei der Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens (häusliche und persönliche) zu beobachten, sowie gleichzeitig die Qualität ihrer motorischen und prozessbezogenen Fähigkeiten zu beobachten und zu bewerten

In Anlehnung an Nicholson et al. (2020)

Häufige Probleme im Zusammenhang mit FNS

Angstzustände	<ul style="list-style-type: none"> - Edukation bezüglich Angstzustände betreiben, indem der physiologische Prozess dahinter erklärt wird. - Helfen herauszufinden wie die Angstzustände die FNS Symptome beeinflussen und Strategien zur Angstbewältigung anwenden: - z. B. Atemtechniken, progressive Muskelentspannung, Grounding-Strategien, Visualisierung, Ablenkung, Gedankenumkehr, Achtsamkeit, die Integration von Aktivitäten, welche Spass machen, Herz-Kreislauf-Training oder Unterstützung bei der Durchführung einer angstausslösenden Aufgabe in abgestuften Schritten.
Fatigue- und Schmerzmanagement	- Evidenz von anderen Langzeiterkrankungen bezgl. Management von Schmerz und Fatigue sind auf FNS übertragbar.

	<ul style="list-style-type: none"> - Edukation betreiben bezgl. Schmerz und Fatigue sowie Einflussfaktoren analysieren und Bewältigungsstrategien entwickeln. - Die Verwendung von Aktivitätsprotokollen kann hilfreich sein, um den Einfluss der Symptome auf die Teilhabe an Aktivitäten zu identifizieren. - Das Entwickeln einer ausgeglichenen Tagesstruktur/-routine sowie der Einbezug abgestufter Aktivitäten zur Steigerung der Ausdauer kann hilfreich sein. - Die Reduktion von Fehlhaltungen und das Arbeit-/Pausen-Prinzip sind allgemeine Schlüsselprinzipien bei den Interventionen.
Psychologisches Trauma	<ul style="list-style-type: none"> - Der Umgang mit den Folgen eines psychologischen Traumas gehört grundsätzlich nicht in die Rolle der Ergotherapie. - Ergotherapeut:innen sollten jedoch allgemein zuhören und die Not der Patient:innen auffangen können. - Es ist wichtig, sich den eigenen Grenzen bewusst zu sein und zu wissen, an wen die Patient:innen weiterverwiesen werden können.
Risikomanagement	<ul style="list-style-type: none"> - Die Aufgabe von Ergotherapeut:innen ist es, beim Risikomanagement zu helfen und die Unabhängigkeit zu erhöhen, indem sie Patient:innen ermöglichen, durch einen Prozess der unterstützten positiven Risikobereitschaft an Aktivitäten teilzuhaben. - Dabei wird nach den Prinzipien von «Embracing risk; enabling choice» vorgegangen.

In Anlehnung an Nicholson et al. (2020)

Fragebogen Bachelorarbeit FNS

Kreuzen Sie bitte in der Tabelle all diejenigen Interventionen an, welche bei der entsprechenden Frage zutreffen. Zusätzliche Erklärungen sowie Bemerkung zu den Fragen helfen uns für eine genauere Auswertung.

Frage 1: Welche Interventionen wenden Sie bei Patient:innen mit FNS bereits an?

Frage 2: Welche Interventionen können Sie sich mit Ihren jetzigen Fähigkeiten vorstellen bei der Arbeit mit Patient:innen mit FNS anzuwenden?

Frage 3: Welche Interventionen sind Ihrer Meinung nach bei der Arbeit mit Patient:innen mit FNS **nicht** umsetzbar? Wieso?

Frage 4: Welche Interventionen sind Ihnen neu / nicht vertraut bei der Arbeit mit Patient:innen mit FNS?

Interventionsbestandteile	Fragen				Erklärung, Bemerkung:
	1 Wende ich bereits an	2 Könnte ich mir vorstellen anzuwenden	3 NICHT Umsetzbar	4 unbekannt/ neu	
Erfassen der motorischen Performanz beim Erstkontakt					
Veränderungen in den ADL erfassen beim Erstkontakt					
Erfassen der «Sensory History»					
Edukation über die Diagnose					
Selbstmanagement-Strategien					
Schmerzmanagement					
Fatigue Management					
Wiedererlernen der ADL					

Unterstützung bei der Identifikation von Symptomtrigger					
Ablenkungsstrategien und Rhythmus					
Angstbewältigung/ Angst-Management Strategien					
Psychoedukation					
Entspannungstechniken wie z.B.:					
- Zwerchfellatmung					
- Progressive Muskelentspannung					
Einbezug der Angehörigen in den Therapieprozess					
Durchführung COPM					
Durchführung OCAIRS					
Durchführung OSA					
Durchführung AASP (Adolescent/Adult Sensory Profile)					
Durchführung Sensory-Motor Preference Checklist (Williams & Shellenberger, 1996)					
Schieneanfertigung inkl. Instruktion					
Hilfsmittelabgabe oder Umweltanpassungen (während akut/Reha)					
Re-Edukation der Muskeln					
Gehen mit stufenweiser Gewichtssteigerung (z.B. in einem Wäschekorb)					
Training der Grobmotorik anhand von Alltagsaktivitäten					
Training der Feinmotorik anhand von Alltagsaktivitäten					
Spiele für die Feinmotorik					
Abgestuftes Üben von Aktivitäten					
Normale Bewegungsmuster während Alltagsaktivitäten üben					
Positive Verstärkung normaler Bewegungsmuster					
Ignorieren/ Ablenken von falschen Bewegungsmustern					

Anwendung von nicht konkreten Instruktionen (z.B. «erlauben sie sich, nach vorne zu kommen) anstelle von konkreten Instruktionen (z.B. machen sie einen Schritt nach vorne)					
«langsame" Bewegungsaktivitäten wie Yoga, Tai Chi					
Förderung eines optimalen Körperalignements					
Förderung gleichmässiger Gewichtsbelastung/-verlagerung					
Geteilte Aufmerksamkeitsübungen					
Stärkung der Kontrollüberzeugung					
Verbesserung der Selbstwahrnehmung					
Einbezug von Strategien aus der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) wie z.B.:					
- Thematisieren ungünstiger Verhaltensmuster/ Überzeugungen					
- Positives Reframing negativer Gedanken					
Strategien zur Selbstregulation					
Sensorische Grounding-Strategien					
Verwendung von Videofeedback					
Schlafhygiene					
Tagesstruktur/-routine					
Entwicklung einer «Sensory diet» mit entsprechenden «Meals» und «Snacks»					
Stufenweise Reizaussetzung in Alltagsaktivitäten					
SI nach Jane Ayres					
Reduktion von Schutzhaltungen/ learned non-use					
Berufliche Rehabilitation					
Pflegepersonen zur aktiven Pflege instruieren, d.h. Patient:innen aktiv in Pflege integrieren					
Unterstützung beim Stellen von Anträgen an Behörden					
Wohnungsanpassungen/ Unterstützung bei Wohnungswechsel					

Erstellen eines Heimprogrammes für nach Abschluss der ergotherapeutischen Behandlung					
Rückfallpräventionsplan erstellen					
Vermittlung an Peer-Unterstützungsorganisationen					

Frage 5: Gibt es noch Interventionen/ Assessments, welche Sie verwenden, die nicht aufgeführt sind?

Frage 6: Auf was achten Sie bei der Beziehungsgestaltung bei Patient:innen mit FNS?

Vielen Dank fürs Mitmachen! 😊